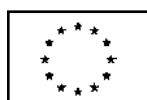




# Statistiques de la santé

## Chiffres clés sur la santé 2002

**Données 1970-2001**



COMMISSION  
EUROPÉENNE



THÈME 3  
Population  
et conditions  
sociales

3

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

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003

ISBN 92-894-3731-6

© Communautés européennes, 2003

## Introduction

Cette deuxième édition de *Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002*, de la collection Panorama, contribue à atteindre les objectifs du nouveau **programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)** adopté par la décision n° 1786/2002/CE du 23 septembre 2002 du Parlement européen et du Conseil. Le premier volet de ce nouveau programme souligne l'importance de la préparation et de la diffusion, auprès des autorités compétentes des États membres, des professionnels de la santé et autres et, le cas échéant, d'autres parties concernées et du grand public, d'**informations** et de **connaissances en matière de santé**, y compris sous la forme de statistiques, de rapports, d'études, d'analyses et de conseils sur les questions d'intérêt commun pour la Communauté et les États membres. Dans le domaine des informations en matière de santé, il est particulièrement nécessaire de garantir, en s'appuyant sur une expertise compétente et pertinente, une coordination efficace et durable des activités concernant ce qui suit: définition des besoins d'informations, élaboration d'indicateurs, collecte de données et d'informations, questions de comparabilité, échanges de données et d'informations avec et entre les États membres, développement continu de bases de données, analyses et diffusion élargie des informations. Cette coordination doit également être garantie en ce qui concerne la rapidité de réaction aux menaces de santé et pour les activités relatives à la surveillance épidémiologique, à l'élaboration de méthodes de surveillance, à l'échange d'informations sur les lignes directrices et sur les actions, mécanismes et procédures de prévention et de lutte.

Le nouveau programme suit le grand nombre de projets achevés ou en cours dans le cadre du programme de surveillance de la santé (PSS) de la Communauté européenne (CE) couvrant la période 1997-2001 et prorogé à 2002. La présente publication constitue un ensemble complet, cohérent et internationalement comparable de données et d'indicateurs de santé et mentionne, le cas échéant, les activités PSS utiles aux fins des statistiques de la santé publique. Une caractéristique particulièrement intéressante de ce rapport tient au fait qu'Eurostat a réuni des informations sur un large éventail de sujets de santé à partir des sources de données les plus pertinentes du monde: la base de données NewCronos d'Eurostat, la base de données sur la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la base de données «Santé pour tous» de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que des données fournies par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), par EuroHIV, par des études épidémiologiques spécifiques, etc.

La mortalité est couverte en détail dans le volume *Atlas de la mortalité* de cette collection Panorama sur les statistiques de la santé. Le présent volume, *Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002*, regroupe des informations sur un large éventail de sujets de santé provenant de plus de 40 sources disponibles les plus pertinentes. L'analyse est plus détaillée que dans la première édition. Parmi les nouveaux sujets abordés, citons: les ressources humaines dans le secteur des soins et de l'action sociale, les problèmes de santé liés au travail, le stress, le bien-être et l'isolement social, la mortalité infantile, la santé mentale, la résistance antimicrobienne et certaines maladies transmissibles.

La consultation de *Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002* est facilitée par l'utilisation de la couleur, le référencement des résultats dans le texte, l'inclusion d'un glossaire et d'une bibliographie complète dans chaque chapitre ou sous-section, y compris les adresses web des sources.

Lorsque les données sont disponibles, la couverture géographique du présent document inclut les quinze États membres ainsi que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse. La plupart des analyses sont effectuées au niveau national ou à celui de l'Union européenne (UE), et certaines le sont au niveau 2 de la NUTS (voir glossaire). Sauf indication contraire, les données allemandes comprennent celles de l'ex-Allemagne de l'Est et de l'Allemagne de l'Ouest pour toutes les années.

Bon nombre des bases de données sont et ont été mises à jour rétrospectivement; c'est pourquoi certaines données concernant les résultats d'années antérieures peuvent différer de celles du volume précédent. La dernière extraction de données effectuée dans NewCronos (base de données d'Eurostat) remonte au 7 mars 2003.

Les métadonnées figurent dans des encadrés à la première citation d'une source particulière dans le volume. Des informations plus détaillées concernant certaines sources sont données dans les références bibliographiques accompagnant chaque chapitre.

Veuillez remplir notre questionnaire concernant le présent volume; les informations que vous nous donnerez nous permettront d'améliorer *Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002*.

## QUESTIONNAIRE

Veillez inscrire un **X** dans toutes les cases pertinentes

1. Avez-vous lu la première édition de *Chiffres clés sur la santé*? Oui  Non
2. Quel(s) chapitre(s) ou sous-section(s) vous a (ont) été le **plus** utile(s)?  
.....  
.....
3. Quel(s) chapitre(s) ou sous-section(s) vous a (ont) été le **moins** utile(s)?  
.....  
.....
4. Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles vous ont été le **plus** utiles?  
Résultats  Analyses  Métadonnées  Sites web
5. Parmi les caractéristiques suivantes, lesquelles vous ont été le **moins** utiles?  
Résultats  Analyses  Métadonnées  Sites web
6. Quels sujets aimeriez-vous voir traités dans *Chiffres clés sur la santé*?  
.....  
.....
7. Avez-vous des remarques à faire concernant certaines parties du texte?  
.....  
.....  
.....
8. Avez-vous des remarques à faire concernant certains résultats?  
.....  
.....
9. Autres remarques?  
.....  
.....
10. Aimerez-vous que *Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé* soit disponible sur le web, avec des fonctions d'interactivité et des liens avec les sources? Oui  Non
11. Dans quel secteur travaillez-vous?  
.....  
.....
12. Dans quel pays?  
.....

Prière de renvoyer le questionnaire à: Antoni Montserrat Moliner  
Eurostat  
Bâtiment Bech  
5, rue Alphonse Weicker  
L-2721 Luxembourg

La présente publication a été préparée par  
l'Office for National Statistics (ONS, Royaume-Uni)

et

le secteur «santé et sécurité» de l'unité E.3 («Santé, éducation et culture») d'Eurostat.

Le texte, les tableaux, les sources, les bibliographies et le glossaire ont été préparés par  
Antoni Montserrat Moliner (Eurostat)

et

Tim Devis et Susan Westlake (ONS, Royaume-Uni).

Ont également apporté leur concours:

Ehshan Sumun, Alan Hervé (ONS, Royaume-Uni) et d'autres collègues anglais de l'ONS, du ministère de la santé (Department of Health) et de celui de l'environnement, de l'alimentation et des affaires rurales (Department of Environment, Food and Rural Affairs)

ainsi que

Gunter Brückner, Marleen De Smedt, Jaap van den Berg, Didier Dupré, Nassima Hamzaoui et Luca Locatelli (Eurostat E.3), d'autres membres du personnel d'Eurostat, de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs et des collègues d'autres services de la Commission.

© Megrin GIE 1999, pour les limites administratives, pour le compte des organisations nationales responsables de la cartographie officielle des pays représentés.

Les remarques des lecteurs sont les bienvenues et doivent être adressées à:

antoni.montserrat@cec.eu.int

marleen.desmedt@cec.eu.int

Tél. (352) 43 01-33249/33673

Fax (352) 43 01-35399

**NewCronos** est la base de données macroéconomique et sociale d'**Eurostat** (l'office statistique des Communautés européennes); elle a été créée à l'intention de tous ceux qui souhaitent disposer d'informations statistiques de qualité pour faciliter les prises de décisions. Elle contient des données statistiques harmonisées sur l'UE, la zone euro, les États membres et les pays candidats. Ces données, qui peuvent être quotidiennes, mensuelles, trimestrielles, semestrielles ou annuelles en fonction du domaine statistique couvert, sont exprimées dans toute une série d'unités différentes. En fonction de la variable ou du pays sélectionné, elles sont disponibles de 1960 à nos jours.

La base de données **NewCronos** est subdivisée en neuf thèmes (par exemple «Population et conditions sociales») comprenant chacun plusieurs domaines (par exemple «Démographie», «Santé et sécurité», «Enquêtes sur le budget des ménages», «Conditions de vie et de revenu», etc.) couvrant eux-mêmes des secteurs spécifiques. Chaque domaine ou secteur est structuré en collections donnant les indicateurs économiques et sociaux concernés. Ces collections sont elles-mêmes structurées en tableaux multidimensionnels. Ainsi, le domaine «Santé et sécurité» comprend deux collections («Santé publique» et «Santé et sécurité au travail») incluant chacune plusieurs groupes («Causes de décès», «État de santé», «Soins de santé», «Modes de vie», «Accidents du travail», «Problèmes de santé liés au travail», «Maladies professionnelles», «Accidents du trajet», etc.).

Toutes les données de **NewCronos** sont disponibles dans les Data Shops dont la liste figure à la fin de la présente publication.

#### Date de clôture pour le présent volume

La date limite pour la présente édition est le 7 mars 2003.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET CARTES</b> .....	12
<b>SYMBOLES UTILISÉS ET ABRÉVIATIONS DÉSIGNANT LES PAYS</b> .....	22
<b>1. POPULATION ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE</b> .....	23
1.1. Structure de la population .....	23
1.2. Naissances et décès; solde migratoire .....	26
1.3. Espérance de vie .....	27
1.4. Contexte socio-économique .....	28
<b>2. MODES DE VIE</b> .....	51
2.1. Alimentation .....	51
2.1.1. Apports quotidiens .....	51
2.1.2. Consommation alimentaire .....	53
2.1.3. Dépenses consacrées à l'alimentation .....	54
2.1.4. Une alimentation saine et bien équilibrée? .....	55
2.1.5. Choix des aliments .....	56
2.2. Activité physique .....	57
2.3. Tabagisme .....	60
2.3.1. Fumeurs .....	60
2.3.2. Dépenses consacrées au tabac .....	61
2.3.3. Très jeunes fumeurs .....	61
2.3.4. Contrôles nationaux de la vente et de la publicité du tabac .....	61
2.3.5. Cigarettes disponibles sur le marché .....	62
2.4. Consommation d'alcool .....	63
2.4.1. Alcool disponible sur le marché .....	63
2.4.2. Dépenses consacrées à l'alcool .....	64
2.4.3. Proportion de buveurs .....	64
2.4.4. Très jeunes buveurs .....	64
2.5. Toxicomanie .....	65
2.5.1. Prévalence dans l'utilisation de drogues .....	65
2.5.2. Attitudes et opinions des jeunes sur les drogues .....	67
2.6. Grossesse chez les adolescentes .....	69
2.7. Exclusion sociale .....	71
<b>3. RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, AUX LOISIRS ET À LA CIRCULATION</b> .....	119
3.1. Environnement .....	119
3.1.1. Émissions de dioxyde de soufre (SO <sub>2</sub> ) .....	119
3.1.2. Émissions d'oxydes d'azote (NO <sub>x</sub> ) .....	119
3.1.3. Émissions de gaz carbonique (CO <sub>2</sub> ) .....	120
3.1.4. Émissions de composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) .....	120
3.1.5. Émissions de métaux lourds dans l'atmosphère .....	121
3.1.6. Population raccordée à un réseau d'égout .....	122
3.1.7. Traitement des eaux usées urbaines .....	122
3.1.8. Émissions de particules .....	124
3.1.9. Pollution de l'air par l'ozone .....	125
3.1.10. Exposition au bruit .....	127
3.2. Conditions de travail .....	129
3.2.1. Sécurité au travail .....	129
3.2.2. Environnement de travail .....	131
3.3. Accidents domestiques et de loisirs .....	132
3.4. Accidents de la circulation .....	133
<b>4. ÉTAT DE SANTÉ</b> .....	149
4.1. État de santé ressenti .....	149

4.1.1.	État de santé évalué par l'intéressé	149
4.1.2.	Enquêtes de santé par interview (ESI)	151
4.1.3.	Affections chroniques subjectives	152
4.1.4.	Affections chroniques subjectives chez les enfants	153
4.2.	Caractéristiques anthropométriques	153
4.3.	Santé dentaire	154
4.4.	Incapacité et restrictions	155
4.4.1.	Espérance de vie sans incapacité	155
4.4.2.	Incapacité	157
4.4.3.	Réduction temporaire des activités habituelles	158
4.4.4.	Déficiences spécifiques	159
4.4.5.	Emploi des personnes handicapées	159
4.4.6.	Attitude des Européens face au handicap	159
4.5.	Stress	162
4.6.	Bien-être et isolement social	163
4.7.	Morbidité en fonction du diagnostic	163
4.7.1.	Maladies transmissibles	164
4.7.1.1.	Maladies évitables par la vaccination	165
4.7.1.2.	Maladies sexuellement transmissibles	168
4.7.1.3.	VIH/sida	169
4.7.1.4.	Hépatite virale	173
4.7.1.5.	Maladies d'origine hydrique, alimentaire et environnementale	173
4.7.1.6.	Maladies transmises par des agents non conventionnels	175
4.7.1.7.	Maladies transmises par aérosol	176
4.7.1.8.	Zoonoses (autres que celles citées au point 4.7.1.5)	178
4.7.1.9.	Maladies graves importées	179
4.7.1.10.	Maladies streptococciques	179
4.7.1.11.	Infections nosocomiales	180
4.7.1.12.	Résistance antimicrobienne	181
4.7.2.	Maladies non transmissibles	181
4.7.2.1.	Cancer (néoplasmes malins)	181
4.7.2.2.	Anomalies congénitales	185
4.7.2.3.	Maladies cardio-vasculaires	187
4.7.2.4.	Diabète	188
4.7.2.5.	Maladies professionnelles	189
4.7.2.6.	Problèmes de santé liés au travail	190
4.7.2.7.	Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles: ostéoporose	192
4.7.2.8.	Allergie et asthme	193
4.7.2.9.	Démence	194
4.7.2.10.	Autres affections neurologiques et neurodégénératives	195
4.7.2.11.	Troubles mentaux	197
4.7.2.12.	Maladies rares	203
<b>5.</b>	<b>MORTALITÉ</b>	<b>275</b>
5.1.	Mortalité infantile et juvénile	275
5.2.	Mortalité par cause	278
5.3.	Causes spécifiques de mortalité	279
<b>6.</b>	<b>SOINS DE SANTÉ</b>	<b>307</b>
6.1.	Ressources humaines en matière de santé	307
6.1.1.	Ressources humaines dans le secteur de la santé et du travail social	307
6.1.2.	Médecins	308
6.1.3.	Médecins spécialistes	312
6.1.4.	Dentistes	312
6.1.5.	Pharmaciens	312
6.1.6.	Infirmières et sages-femmes	313
6.1.7.	Kinésithérapeutes	314
6.2.	Équipements et consommation	315
6.2.1.	Lits d'hôpital et séjour hospitalier	316
6.2.2.	Lits de soins de longue durée	317

6.2.3.	Lits d'hôpital: la dimension régionale	318
6.2.4.	Nuits d'hospitalisation	318
6.2.5.	Sorties d'hôpital et durée moyenne du séjour	320
6.2.6.	Installations médicales de haute technologie	322
6.2.7.	Soins ambulatoires: consultations des professionnels de la santé	323
6.2.8.	Soins à domicile	323
6.2.9.	Consommation de produits pharmaceutiques	323
6.2.10.	Facilité d'accès à certains services de santé	324
6.2.11.	Satisfaction en matière de systèmes de santé	326
6.3.	Traitements et actes médicaux	327
6.3.1.	Couverture vaccinale	327
6.3.2.	Interventions chirurgicales	327
6.3.3.	Césariennes	328
6.3.4.	Transplantation d'organes	328
6.3.5.	Dialyse	328
6.3.6.	Procréation médicalement assistée	330
6.4.	Dimension économique des soins de santé — Valeur de la production, dépenses de santé, coût et financement	330
6.4.1.	Valeur de la production médicale dans le système de comptabilité nationale	332
6.4.2.	Dépenses de santé selon l'approche de l'OCDE	333
6.4.3.	Dépenses pharmaceutiques	333
6.4.4.	Le système de comptes de la santé	334
6.4.5.	Les limites des systèmes de santé: Eucomp	335
6.4.6.	Dépenses de soins de santé dans les régimes de protection sociale	335
6.4.7.	Consommation finale des ménages et santé dans le système de comptabilité nationale	336
6.4.8.	Consommation finale des ménages et santé dans les enquêtes sur le budget des ménages	337
6.4.9.	Recherche et développement dans le domaine de la santé	337
<b>ANNEXES</b>		
1.	Organisation des systèmes de santé dans les pays de l'UE	443
2.	Description des systèmes de soins à domicile (soins infirmiers et services d'aide à domicile)	444
3.	Description des paiements directs	448
3.1.	Principales mesures de partage du coût des soins médicaux et des séjours à l'hôpital, 2001	448
3.2.	Principales mesures de partage du coût des autres prestations de soins de santé, 2001	454
<b>GLOSSAIRE</b>		
		466



## LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET CARTES

Code	Type	Titre	Source
<b>1. POPULATION ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE</b>			
<b>1.1. Structure de la population</b>			
1.1.1.	Tableau	Population par sexe au 1 <sup>er</sup> janvier, 1950-2002	Eurostat
1.1.2.	Graphique	Répartition de la population par âge et par sexe, 1975-2000, EU-15	Eurostat
1.1.3.	Graphique	Population par âge, 2000	Eurostat
1.1.4.	Tableau	Rapport total de dépendance	Eurostat
1.1.5.	Tableau	Population: réelle (1995-2000) et prévue (2005-2050)	Eurostat
<b>1.2. Naissances et décès; solde migratoire</b>			
1.2.1.	Tableau	Indicateur conjoncturel de fécondité	Eurostat
1.2.2.	Tableau	Taux brut de natalité	Eurostat
1.2.3.	Tableau	Taux brut de mortalité	Eurostat
1.2.4.	Tableau	Migration nette	Eurostat
1.2.5.	Tableau	Composantes de l'évolution démographique, 1990-2001	Eurostat
<b>1.3. Espérance de vie</b>			
1.3.1.	Tableau	Espérance de vie à la naissance, hommes et femmes, 1950-2000	Eurostat
1.3.2.	Tableau	Espérance de vie à 55 ans, hommes et femmes, 1960-2000	Eurostat
1.3.3.	Tableau	Espérance de vie à 65 ans, hommes et femmes, 1950-2000	Eurostat
1.3.4.	Tableau	Espérance de vie à 75 ans, hommes et femmes, 1950-2000	Eurostat
1.3.5.	Tableau	Grappes de pays pour l'espérance de vie à différents âges	DG SANCO
1.3.6.	Tableau	Hypothèses utilisées pour les prévisions nationales les plus récentes en matière d'espérance de vie	Eurostat
<b>1.4. Contexte socio-économique</b>			
1.4.1.	Tableau	Densité de population, population urbaine par rapport à la population totale et population active par rapport à la population totale, dernière année	OMS
1.4.2.	Tableau	PIB aux prix du marché par habitant	Eurostat
1.4.3.	Tableau	Taux de chômage harmonisés par sexe	Eurostat
<b>2. MODES DE VIE</b>			
<b>2.1. Alimentation</b>			
2.1.1.	Tableau	Pourcentage de l'énergie totale disponible dans les matières grasses des aliments destinés à la consommation humaine par jour	OMS
2.1.2.	Tableau	Consommation quotidienne moyenne de matières grasses selon le type d'aliments, 1999	FAO
2.1.3.	Tableau	Apports journaliers moyens de calories par personne	FAO
2.1.4.	Tableau	Apports journaliers moyens de calories par personne en fonction du type d'alimentation, 1999	FAO
2.1.5.	Tableau	Pourcentage de l'énergie totale disponible dans les protéines des aliments destinés à la consommation humaine	OMS
2.1.6.	Tableau	Apports journaliers moyens de protéines par personne en fonction du type d'alimentation, 1999	FAO
2.1.7.	Tableau	Disponibilité moyenne de certains produits alimentaires (grammes/personne/jour)	DAFNE
2.1.8.	Tableau	Produits alimentaires et boissons non alcoolisées — Dépenses moyennes de consommation et structure des dépenses des ménages, 1999	Eurostat
2.1.9.	Tableau	Tendances des dépenses des ménages consacrées aux produits alimentaires et aux boissons non alcoolisées, 1988, 1994, 1999	Eurostat

2.1.10. Tableau	Structure des dépenses de consommation en produits alimentaires et boissons non alcoolisées (niveau 2 de la Coicop), 1999	Eurostat
2.1.11. Tableau	Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?», 1999	Eurobaromètre
2.1.12. Tableau	Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?» selon les classes d'âge, 1999	Eurobaromètre
2.1.13. Tableau	Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?» selon la situation professionnelle, 1999	Eurobaromètre
2.1.14. Tableau	Facteurs indiqués par la population de 15 ans et plus comme comptant parmi les trois plus importants dans le choix des aliments, 1996	IFES
2.1.15. Tableau	Adultes (15 ans et plus) pour lesquels «essayer de s'alimenter sainement» est un facteur important pour le choix des aliments, par sexe et par âge, 1996	IFES

## 2.2. Activité physique

2.2.1. Tableau	Réponses à la question «Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?», 1999	Eurobaromètre
2.2.2. Tableau	Réponses à la question «Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?» selon les classes d'âge, 1999	Eurobaromètre
2.2.3. Tableau	Tabagisme, alimentation et satisfaction quant à sa propre santé dans le cas d'exercices physiques réguliers, EU-15, 1999	Eurobaromètre
2.2.4. Tableau	Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?», 1999	Eurobaromètre
2.2.5. Tableau	Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?» selon les classes d'âge, 1999	Eurobaromètre
2.2.6. Tableau	Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?» selon la situation professionnelle, 1999	Eurobaromètre
2.2.7. Tableau	Tabagisme, alimentation, consommation d'alcool et exercice physique au regard de la variable «vie saine», EU-15, 1999	Eurobaromètre
2.2.8. Tableau	Participation aux quatre activités physiques les plus populaires au cours d'une semaine typique, en fonction de l'âge, 1997	IFES
2.2.9. Tableau	Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) participant à différentes activités physiques au cours d'une semaine typique, par nombre d'heures consacrées à l'activité, 1997	IFES
2.2.10. Tableau	Facteurs de motivation perçus pour la participation de la population (de plus de 15 ans) à une activité/un exercice physique, 1997	IFES
2.2.11. Tableau	Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) qui consacre un nombre d'heures différent à une activité physique plus intense que la station debout ou la marche pendant les heures de travail, 1997	IFES
2.2.12. Tableau	Nombre d'heures passées en position assise par la population de 15 ans et plus pendant un jour de repos type, 1997	IFES
2.2.13. Tableau	Enfants déclarant faire de l'exercice pendant deux heures ou plus par semaine, en fonction de l'âge et du sexe, 1997/1998	HBSC
2.2.14. Tableau	Enfants déclarant regarder la télévision pendant au moins quatre heures par jour, en fonction de l'âge et du sexe, 1997/1998	HBSC

## 2.3. Tabagisme

2.3.1. Tableau	Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) qui fume quotidiennement, par âge et par sexe, 1995	Eurobaromètre
2.3.2. Tableau	Prévalence des fumeurs par groupe d'âge et par sexe, 1999	Eurobaromètre
2.3.3. Tableau	Alimentation et stress chez les fumeurs et les non-fumeurs, EU-15, 1999	Eurobaromètre
2.3.4. Tableau	Nombre de cigarettes par jour par fumeur, en fonction du sexe, 1995	Eurobaromètre
2.3.5. Tableau	Tendances des dépenses des ménages consacrées au tabac	Eurostat
2.3.6. Tableau	Structure des dépenses de consommation consacrées au tabac (niveau 2 de la Coicop), 1999	Eurostat
2.3.7. Tableau	Pourcentage d'enfants qui déclarent fumer, 1997/1998	HBSC
2.3.8. Tableau	Contrôles nationaux de la vente et de la publicité du tabac, 1994-2001	DG SANCO
2.3.9. Tableau	Nombre moyen de cigarettes par personne par an disponibles sur le marché	OMS

## 2.4. Consommation d'alcool

2.4.1.	Tableau	Nombre moyen de litres par personne par an d'alcool pur disponible sur le marché	OMS
2.4.2.	Tableau	Tendances des dépenses des ménages consacrées à l'alcool	Eurostat
2.4.3.	Tableau	Structure des dépenses de consommation consacrées aux boissons alcoolisées (niveau 2 de la Coicop), 1999	Eurostat
2.4.4.	Tableau	Buveurs d'alcool, en fonction de l'âge et du sexe, 1999	Eurobaromètre
2.4.5.	Tableau	Exercice, stress et alimentation en fonction de la consommation d'alcool, EU-15, 1999	Eurobaromètre
2.4.6.	Tableau	Pourcentage de jeunes gens reconnaissant boire de la bière, du vin ou des spiritueux au moins une fois par semaine, 1997/1998	HBSC
2.4.7.	Tableau	Contrôles nationaux de la publicité en faveur de l'alcool, 1994-1998	OMS

## 2.5. Toxicomanie

2.5.1.	Tableau	Prévalence de la toxicomanie sur les douze derniers mois, d'après des enquêtes nationales, 1994-2001	OEDT
2.5.2.	Tableau	Prévalence de la toxicomanie sur la vie parmi la population générale, d'après des enquêtes nationales récentes, 1994-2001	OEDT
2.5.3.	Tableau	Prévalence sur la vie de l'utilisation de différentes drogues illégales parmi les étudiants de 15-16 ans, d'après des enquêtes nationales, 1993-2000	OEDT
2.5.4.	Tableau	Estimation de la prévalence nationale de l'utilisation de drogues à problème chez les adultes, 1996-1998	OEDT
2.5.5.	Tableau	Quelques caractéristiques des patients traités pour la première fois pour des problèmes de toxicomanie, 1999/2000	OEDT
2.5.6.	Tableau	Prévalence des anticorps de l'hépatite C et du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, 1994-2000	OEDT
2.5.7.	Tableau	Essai et consommation récente de drogues pour les jeunes de 15 à 24 ans, 2002	Eurobaromètre
2.5.8.	Graphique	Consommation au cours du dernier mois de cannabis/autres drogues — Consommation régulière de cigarettes/alcool, EU-15, 2002	Eurobaromètre
2.5.9.	Tableau	Conséquences ressenties de l'utilisation de drogues, 2002	Eurobaromètre
2.5.10.	Tableau	Estimation de la dangerosité des produits, 2002	Eurobaromètre
2.5.11.	Tableau	Estimation de la dangerosité de trois substances: pourcentage de réponses «très dangereux», 2002	Eurobaromètre

## 2.6. Grossesse chez les adolescentes

2.6.1.	Tableau	Taux de fécondité, naissances vivantes, chez les jeunes filles de 15 à 19 ans	Eurostat
2.6.2.	Graphique	Taux de fécondité, naissances vivantes, chez les jeunes filles de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans, 1998	Unicef
2.6.3.	Tableau	Nombre total d'avortements légaux chez les jeunes filles de 15 à 19 ans	Eurostat

## 2.7. Exclusion sociale

2.7.1.	Tableau	Personnes vivant dans la pauvreté et victimes d'exclusion sociale selon un des trois critères, en fonction de leur situation professionnelle	Eurostat
2.7.2.	Tableau	Comparaison de la pauvreté objective et de la pauvreté subjective	Eurostat/EB

## 3. RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT, AUX CONDITIONS DE TRAVAIL, AUX LOISIRS ET À LA CIRCULATION

### 3.1. Environnement

3.1.1.	Tableau	Émissions de dioxyde de soufre (SO <sub>2</sub> )	Eurostat
3.1.2.	Tableau	Émissions d'oxydes d'azote (NO <sub>x</sub> )	Eurostat
3.1.3.	Tableau	Émissions anthropogènes de dioxyde de carbone (CO <sub>2</sub> )	AEE
3.1.4.	Tableau	Émissions de composés organiques volatils non méthaniques (COVNM)	Eurostat

3.1.5.	Tableau	Émissions pondérées de métaux lourds dans l'air en équivalents toxiques (Teq) d'arsenic (As)	Öko Inst.
3.1.6.	Graphique	Pourcentage de la population raccordée à un réseau d'égout (avec traitement), 1990 et 1998	Eurostat
3.1.7.	Graphique	Indice de traitement des eaux usées urbaines, 1995	Eurostat
3.1.8.	Graphique	Indice de traitement des eaux usées urbaines, IRL, P, FIN, S, 1970-1995	Eurostat
3.1.9.	Graphique	Indice de traitement des eaux usées urbaines, DK, E, NL, A, 1970-1995	Eurostat
3.1.10.	Tableau	Émissions de particules	Eurostat
3.1.11.	Carte	Nombre de jours où le seuil de concentration d'ozone de 110 µg/m <sup>3</sup> (12-20 heures) a été franchi, stations de mesure, zones urbaines, rues et autres, 1999	AEE
3.1.12.	Carte	Nombre de jours où le seuil de concentration d'ozone de 110 µg/m <sup>3</sup> (12-20 heures) a été franchi, stations de mesures rurales, 1999	AEE
3.1.13.	Graphique	Proportion de la population exposée à différents niveaux de bruit dû au trafic routier (EU-15), en pourcentage de la population totale de l'UE	AEE
3.1.14.	Graphique	Énergie sonore totale estimée, pays de la CEAC, 1999-2001	Eurostat

### 3.2. Conditions de travail

3.2.1.	Tableau	Accidents du travail dans l'UE par sexe, par âge et par type d'activité, 1994-1999	Eurostat
3.2.2.	Tableau	Accidents du travail mortels dans l'UE par sexe, par âge et par type d'activité, 1994-1999	Eurostat
3.2.3.	Tableau	Accidents du travail dans les États membres de l'UE, 1999	Eurostat
3.2.4.	Tableau	Conséquences médicales et économiques des accidents du travail dans l'UE et en Norvège, 1998	Eurostat
3.2.5.	Tableau	Activités, personnes et emplois présentant un risque élevé d'accidents du travail, Europe, 1998-1999	Eurostat
3.2.6.	Graphique	Travailleurs exposés à des dangers physiques	FILWC
3.2.7.	Graphique	Facteurs du travail physique, EU-15 (en %)	FILWC

### 3.3. Accidents domestiques et de loisirs

3.3.1.	Graphique	Nombre d'accidents domestiques et de loisirs, par âge et par type de blessure, UE, 1995 — Hommes	Ehlass
3.3.2.	Graphique	Nombre d'accidents domestiques et de loisirs, par âge et par type de blessure, UE, 1995 — Femmes	Ehlass

### 3.4. Accidents de la circulation

3.4.1.	Tableau	Nombre de personnes blessées dans un accident de la circulation, pour 100 000 personnes	CEE-ONU
3.4.2.	Carte	Sécurité routière: nombre de décès par million d'habitants dans les régions de l'UE, 1996-1998	Eurostat

## 4. ÉTAT DE SANTÉ

### 4.1. État de santé ressenti et mesuré

4.1.1.	Tableau	État de santé ressenti, par sexe	Eurostat
4.1.2.	Graphique	État de santé ressenti, par niveau d'éducation, EU-15, 1998	Eurostat
4.1.3.	Tableau	État de santé ressenti, par âge	Eurostat
4.1.4.	Tableau	État de santé ressenti, en fonction de la situation professionnelle	Eurostat
4.1.5.	Tableau	Pourcentage de personnes souffrant d'affections chroniques, par sexe	Eurostat
4.1.6.	Tableau	Enfants déclarant souffrir de maux de tête, de maux d'estomac ou de mal de dos au moins une fois par semaine, par âge et par sexe, 1997/1998	OMS

### 4.2. Caractéristiques anthropométriques

4.2.1.	Tableau	Taille moyenne des Européens, par âge et par sexe, 1996	Eurobaromètre
4.2.2.	Tableau	Poids moyen des Européens, par âge et par sexe, 1996	Eurobaromètre

4.2.3.	Tableau	Indice de masse corporelle (IMC) par sexe (répartition en pourcentage de la population de 15 ans et plus), 1996	Eurobaromètre
4.2.4.	Tableau	Enfants ayant déclaré suivre un régime ou pensant qu'ils devraient en suivre un, 1997/1998	OMS

### 4.3. Santé dentaire

4.3.1.	Tableau	Caries dentaires: indice DMFT (dents cariées, manquantes ou obturées) et pourcentage de personnes touchées, par groupe d'âge	OMS
4.3.2.	Tableau	Jeunes scolarisés qui déclarent se brosser les dents plus d'une fois par jour, 1997/1998	OMS

### 4.4. Incapacité et restrictions

4.4.1.	Tableau	Espérance de vie (avec et sans incapacité) à 16 ans, par sexe, 1996	REVES
4.4.2.	Graphique	Pourcentages de personnes de 16 à 64 ans ayant déclaré des incapacités sévères ou modérées, par sexe, 1996	REVES
4.4.3.	Tableau	Personnes de 16 ans et plus gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, par sexe	Eurostat
4.4.4.	Tableau	Personnes gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, par âge	Eurostat
4.4.5.	Tableau	Proportions de personnes (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, selon le niveau d'études (plus haut niveau atteint), 1996	REVES
4.4.6.	Tableau	Personnes de 16 ans et plus gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, selon le niveau d'études	Eurostat
4.4.7.	Tableau	Proportions de personnes (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, ayant un emploi, par sexe, 1996	REVES
4.4.8.	Tableau	Personnes gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, selon la situation professionnelle	Eurostat
4.4.9.	Tableau	Probabilité d'avoir un revenu et un revenu gagné pour les personnes en âge de travailler (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, 1996	REVES
4.4.10.	Tableau	Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé, par sexe	Eurostat
4.4.11.	Tableau	Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, par âge	Eurostat
4.4.12.	Tableau	Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, par niveau d'études	Eurostat
4.4.13.	Tableau	Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, en fonction de la situation professionnelle	Eurostat
4.4.14.	Graphique	Les Européens face aux handicaps: proportions de personnes connaissant des personnes handicapées, EU-15	Eurobaromètre
4.4.15.	Graphique	Les Européens face aux handicaps: accès des personnes handicapées aux services, EU-15	Eurobaromètre
4.4.16.	Graphique	Les Européens face aux handicaps: l'information des Européens sur les handicaps, EU-15	Eurobaromètre

### 4.5. Stress

4.5.1.	Tableau	Réponses à la question «Vous sentez-vous régulièrement stressé?», par sexe, 1999	Eurobaromètre
4.5.2.	Tableau	Réponses à la question «Vous sentez-vous régulièrement stressé?», par âge, 1999	Eurobaromètre
4.5.3.	Tableau	Insatisfaction concernant divers aspects de la vie, 1997	Eurostat

#### 4.6. Bien-être et isolement social

4.6.1. Tableau	Fréquence des rencontres avec des amis chez soi/ailleurs, 1997	Eurostat
4.6.2. Tableau	Enfants déclarant se sentir solitaires, par âge et par sexe, 1997/1998	OMS

#### 4.7. Morbidité en fonction du diagnostic

4.7.1. Tableau	Incidence de certaines maladies évitables par la vaccination	Eurostat
4.7.2. Graphique	Surveillance clinique virologique de la grippe en Europe	OMS
4.7.3. Tableau	Incidence de la syphilis et des gonococcies	Eurostat
4.7.4. Tableau	Nouveaux cas de sida par année de diagnostic, avec correction du délai de déclaration	EuroHIV
4.7.5. Tableau	Taux d'incidence du sida par million d'habitants et par année de diagnostic, avec correction du délai de déclaration	EuroHIV
4.7.6. Graphique	Cas cumulés de sida par groupe de transmission, personnes âgées de 13 ans ou plus, déclarés jusqu'à la fin de 2001	EuroHIV
4.7.7. Tableau	Cas de sida (non corrigés) par groupe d'âge (pourcentage du total cumulé)	EuroHIV
4.7.8. Tableau	Maladies indicatives du sida (cas non corrigés) diagnostiquées en 2001 chez les adultes/adolescents, hommes et femmes (%), EU-15	EuroHIV
4.7.9. Tableau	Données comparatives de déclaration du VIH et du sida pour 2001	EuroHIV
4.7.10. Tableau	Incidence de l'hépatite virale A, B et C	Eurostat
4.7.11. Tableau	Incidence de certaines maladies d'origine alimentaire et hydrique	Eurostat
4.7.12. Tableau	Maladie de Creutzfeldt-Jakob: cas sporadiques, iatrogènes, familiaux, GSS et nouveau variant — Cas confirmés et suspectés	Eurostat
4.7.13. Tableau	Incidence de certaines maladies transmises par aérosol	Eurostat
4.7.14. Tableau	Incidence de la tuberculose, total pour 100 000 personnes	EuroTB
4.7.15. Tableau	Cas de tuberculose par âge et par sexe, 1999	EuroTB
4.7.16. Graphique	Variation annuelle moyenne des taux de notification de la tuberculose, 1995-1999	EuroTB
4.7.17. Tableau	Incidence de certaines maladies zoonotiques	Eurostat
4.7.18. Tableau	Incidence du choléra et de la malaria	Eurostat
4.7.19. Tableau	Incidence des maladies streptococciques	Eurostat
4.7.20. Tableau	Infections nosocomiales en France et en Espagne (comparaison non corrigée)	Raisin/EPINE
4.7.21. Tableau	Résultats cumulés des tests de susceptibilité à <i>Streptococcus pneumoniae</i> et <i>Staphylococcus aureus</i> invasifs, 1998-2000	EARSS
4.7.22. Tableau	Incidence du cancer en 1997: taux standardisé par âge pour 100 000 personnes (population type européenne)	IARC
4.7.23. Graphique	Nombre de cancers spécifiques, en pourcentage du nombre total de cancers dans les 15 pays de l'UE, 1997	IARC
4.7.24. Graphique	Cancers les plus fréquents, par sexe et par groupe d'âge, EU-15, 1997	IARC
4.7.25. Tableau	Survie et prévalence totale pour certains types de cancer, vers 1990	Europrevail
4.7.26. Tableau	Nombre de cas (N) par type de naissance et taux de prévalence totale pour 10 000 naissances, 28 registres membres d'Eurocat combinés, 1980-1999	Eurocat
4.7.27. Tableau	Nombre total de cas d'anomalies congénitales par type de naissance et taux de prévalence par registre, 1980-1999	Eurocat
4.7.28. Graphique	Anomalies congénitales par groupes principaux, 28 registres membres, 1980-1999	Eurocat
4.7.29. Tableau	Taux d'accidents coronariens, accidents coronariens mortels et évolutions annuelles; adultes âgés de 35 à 64 ans, par sexe, années 80 et début des années 90	Monica
4.7.30. Tableau	Nombre de personnes atteintes de diabète sucré: total estimé pour 1994 et projections pour 2000 et 2010	IDI
4.7.31. Graphique	Prévalence estimée du diabète sucré, 1994	IDI
4.7.32. Tableau	Maladies professionnelles reconnues dans l'UE — Nombre total de cas et incidence par million, 1995	Eurostat
4.7.33. Graphique	Maladies professionnelles reconnues dans l'EU-15 (% de la totalité des cas), 1995	Eurostat
4.7.34. Tableau	Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail autres que des accidents, Europe, 1998-1999	Eurostat



4.7.35. Tableau	Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail (à l'exclusion des accidents), selon leur situation professionnelle et la durée d'arrêt de travail au cours des douze derniers mois, UE, 1998-1999	Eurostat
4.7.36. Tableau	Incidence des fractures de la hanche liées à l'ostéoporose, rapport hommes/femmes de l'incidence par groupe d'âge et projections du nombre de fractures de la hanche incidentes annuelles pour 2000, EU-15	DG SANCO
4.7.37. Tableau	Prévalence des fractures vertébrales liées à l'ostéoporose, rapport hommes/femmes de la prévalence par groupe d'âge et projections du nombre de fractures vertébrales prévalentes pour 2000, EU-15	DG SANCO
4.7.38. Tableau	Pourcentage de la population ayant une réaction positive aux allergènes et pourcentage de la population souffrant d'asthme et de rhinite	ECHRS
4.7.39. Tableau	Asthme et symptômes allergiques dans la population âgée de 13 à 14 ans	ISAAC
4.7.40. Tableau	Estimation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, 2000	Alzheimer E.
4.7.41. Tableau	Prévalence estimée de la démence et de la maladie d'Alzheimer, certaines années des années 90	Alzheimer E.
4.7.42. Tableau	Taux d'hospitalisation des personnes atteintes de la maladie de Parkinson; divers pays et diverses périodes	UCL
4.7.43. Tableau	Prévalence des principaux troubles psychiatriques en soins de santé primaire selon certaines études	varia
4.7.44. Tableau	Taux de prévalence standardisé des problèmes de santé liés au travail (stress, dépression et anxiété) par groupe de diagnostic et par groupe d'âge	Eurostat
4.7.45. Tableau	Sorties d'hôpital pour 100 000 habitants: troubles mentaux et de comportement (F00-F99)	Eurostat
4.7.46. Graphique	Estimation des troubles de santé mentale le plus souvent déclarés par rapport au nombre total de sorties d'hôpital, 1999 (%), Angleterre et France	Eurostat

## 5. MORTALITÉ

### 5.1. Mortalité infantile

5.1.1. Tableau	Taux de mortalité infantile	Eurostat
5.1.2. Tableau	Décès d'enfants (de moins de 1 an)	Eurostat
5.1.3. Carte	Taux de mortalité infantile par région, 1997-1999	Eurostat
5.1.4. Graphique	Principales causes de décès d'enfants de moins de 1 an, garçons, 1997-1999	Eurostat
5.1.5. Graphique	Principales causes de décès d'enfants de moins de 1 an, filles, 1997-1999	Eurostat
5.1.6. Graphique	Taux de mortalité due au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), 1998	Eurostat
5.1.7. Tableau	Taux de mortalité périnatale	Eurostat
5.1.8. Tableau	Taux de mortalité néonatale	Eurostat
5.1.9. Tableau	Taux de mortalité néonatale précoce	Eurostat
5.1.10. Tableau	Taux de mortalité intra-utérine tardive	Eurostat
5.1.11. Tableau	Taux de mortalité postnéonatale	Eurostat
5.1.12. Tableau	Taux de mortalité infantile	Eurostat
5.1.13. Graphique	Taux de mortalité infantile par cause de décès, garçons, fin des années 90	Eurostat
5.1.14. Graphique	Taux de mortalité infantile par cause de décès, filles, fin des années 90	Eurostat

### 5.2. Mortalité par cause

5.2.1. Tableau	Taux de mortalité corrigé selon l'âge pour 65 causes, hommes, 1998	Eurostat
5.2.2. Tableau	Taux de mortalité corrigé selon l'âge pour 65 causes, femmes, 1998	Eurostat
5.2.3. Graphique	Décès, par cause et par sexe, 1998, EU-15, en pourcentage	Eurostat

5.2.4.	Graphique	Décès, par cause et par groupe d'âge, hommes, 1998	Eurostat
5.2.5.	Graphique	Décès, par cause et par groupe d'âge, femmes, 1998	Eurostat
5.2.6.	Tableau	Décès selon les causes, par âge et par sexe, 1998, pourcentages par sexe et par groupe d'âge	Eurostat
5.2.7.	Tableau	Taux de mortalité puerpérale	OMS
5.2.8.	Tableau	Taux de mortalité standardisé (TMS) par néoplasmes malins, tous âges, hommes	OMS
5.2.9.	Tableau	Taux de mortalité standardisé (TMS) par néoplasmes malins, tous âges, femmes	OMS
5.2.10.	Tableau	Taux de mortalité standardisé (TMS) par maladies respiratoires, tous âges, hommes	OMS
5.2.11.	Tableau	Taux de mortalité standardisé (TMS) par maladies respiratoires, tous âges, femmes	OMS

### 5.3. Causes spécifiques de mortalité

5.3.1.	Tableau	Décès dus à l'abus d'alcool (y compris la psychose alcoolique), par sexe et par âge, 1998	Eurostat
5.3.2.	Tableau	Décès directement liés à la consommation de drogues	OEDT

## 6. SOINS DE SANTÉ

### 6.1. Ressources humaines en matière de santé

6.1.1.	Tableau	Population active dans le secteur sanitaire et social	Eurostat
6.1.2.	Tableau	Pourcentage de l'emploi dans le secteur sanitaire et social par rapport à l'emploi total	Eurostat
6.1.3.	Tableau	Nombre de médecins praticiens	Eurostat
6.1.4.	Tableau	Nombre de médecins praticiens pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.5.	Tableau	Nombre de médecins habilités à exercer	Eurostat
6.1.6.	Tableau	Nombre de médecins habilités à exercer pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.7.	Carte	Nombre de médecins pour 100 000 habitants, 1999-2000	Eurostat
6.1.8.	Graphique	Nombre de médecins par sexe, année disponible la plus récente	Eurostat
6.1.9.	Graphique	Pourcentage de médecins par groupe d'âge et par sexe, 1998	Eurostat
6.1.10.	Tableau	Nombre de médecins spécialistes par spécialité, année disponible la plus récente	Eurostat
6.1.11.	Tableau	Nombre de médecins spécialistes par spécialité pour 100 000 habitants, année disponible la plus récente	Eurostat
6.1.12.	Tableau	Nombre de dentistes praticiens	Eurostat
6.1.13.	Tableau	Nombre de dentistes praticiens pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.14.	Tableau	Nombre de dentistes habilités à exercer	Eurostat
6.1.15.	Tableau	Nombre de dentistes habilités à exercer pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.16.	Tableau	Nombre total de pharmaciens praticiens	Eurostat
6.1.17.	Tableau	Nombre de pharmaciens praticiens pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.18.	Tableau	Nombre de pharmaciens travaillant dans des pharmacies	Eurostat
6.1.19.	Tableau	Nombre de pharmaciens travaillant dans des pharmacies pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.20.	Tableau	Nombre d'infirmières et de sages-femmes exerçant leur profession	Eurostat
6.1.21.	Tableau	Nombre d'infirmières et de sages-femmes exerçant leur profession pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.22.	Tableau	Nombre d'infirmières qualifiées	Eurostat
6.1.23.	Tableau	Nombre d'infirmières qualifiées pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.24.	Tableau	Nombre de sages-femmes	Eurostat
6.1.25.	Tableau	Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants	Eurostat
6.1.26.	Tableau	Nombre de kinésithérapeutes	Eurostat
6.1.27.	Tableau	Nombre de kinésithérapeutes pour 100 000 habitants	Eurostat



## 6.2. Équipements et consommation

6.2.1.	Tableau	Nombre total de lits d'hôpital (y compris en hôpital psychiatrique)	Eurostat
6.2.2.	Tableau	Nombre de lits d'hôpital (y compris en hôpital psychiatrique) pour 100 000 habitants	Eurostat
6.2.3.	Tableau	Durée moyenne d'hospitalisation	OCDE
6.2.4.	Carte	Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants	Eurostat
6.2.5.	Tableau	Nombre de lits en hôpital psychiatrique	Eurostat
6.2.6.	Tableau	Nombre de lits en hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants	Eurostat
6.2.7.	Tableau	Nombre de lits d'hôpital réservés aux soins aigus	Eurostat
6.2.8.	Tableau	Nombre de lits d'hôpital réservés aux soins aigus pour 100 000 habitants	Eurostat
6.2.9.	Tableau	Nombre de lits réservés aux soins de longue durée	Eurostat
6.2.10.	Tableau	Nombre de lits réservés aux soins de longue durée pour 100 000 habitants	Eurostat
6.2.11.	Graphique	Pourcentage de la population de plus de 16 ans hospitalisée au cours des douze derniers mois	Eurostat
6.2.12.	Graphique	Pourcentage de la population hospitalisée au cours des douze derniers mois, par âge, EU-15	Eurostat
6.2.13.	Tableau	Nombre moyen de nuits d'hospitalisation, par habitant et par sexe	Eurostat
6.2.14.	Tableau	Durée totale de séjour des personnes hospitalisées, par sexe	Eurostat
6.2.15.	Graphique	Sorties d'hôpital les plus fréquentes par diagnostic (CIM-10), EU-15, 1999 (%)	Eurostat
6.2.16.	Tableau	Sorties d'hôpital par principaux groupes de diagnostic (CIM-10) pour 100 000 habitants, 1999	Eurostat
6.2.17.	Tableau	Durée moyenne du séjour à l'hôpital pour le diagnostic principal (CIM-10), 1999	Eurostat
6.2.18.	Tableau	Équipements médicaux de haute technologie par million d'habitants	OCDE
6.2.19.	Tableau	Nombre de consultations chez un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois, 1998	Eurostat
6.2.20.	Tableau	Fréquence des consultations chez un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois, 1998	Eurostat
6.2.21.	Tableau	Achats de médicaments dans des pharmacies de détail, par type de médicament, au cours des douze mois ayant précédé le 31 janvier 2002	IMS Health
6.2.22.	Graphique	Possibilité de se rendre à pied chez un médecin généraliste ou dans un centre de santé, 1999	Eurobaromètre
6.2.23.	Tableau	Facilité d'accès à des médecins généralistes ou à des centres de santé — Temps nécessaire pour se rendre chez un médecin généraliste ou dans un centre de santé	Eurobaromètre
6.2.24.	Tableau	Facilité d'accès à des médecins généralistes ou à des centres de santé — Temps nécessaire pour se rendre à l'hôpital le plus proche	Eurobaromètre
6.2.25.	Tableau	Satisfaction en matière de services de santé, par sexe, 1999	Eurobaromètre
6.2.26.	Tableau	Satisfaction en matière de services de santé, par âge en fin d'études à temps complet, 1999	Eurobaromètre
6.2.27.	Tableau	Satisfaction en matière de services de santé, par profession, 1999	Eurobaromètre
6.2.28.	Tableau	Satisfaction en matière de services de santé, par rapport à il y a deux ans, 1999	Eurobaromètre
6.2.29.	Tableau	Satisfaction en matière de services de santé, par rapport à il y a deux ans, par profession, 1999	Eurobaromètre

## 6.3. Traitements et actes médicaux

6.3.1.	Tableau	Immunisation des nourrissons; taux de couverture par maladie	OMS
6.3.2.	Tableau	Nombre d'interventions chirurgicales pour 100 000 habitants	OCDE
6.3.3.	Tableau	Césariennes pour 1 000 naissances vivantes	OMS
6.3.4.	Tableau	Transplantations d'organes (chiffres absolus)	Eurostat
6.3.5.	Tableau	Transplantations d'organes (par million d'habitants)	Eurostat
6.3.6.	Tableau	Patients en dialyse	OCDE
6.3.7.	Graphique	Techniques de reproduction assistée (TRA) par million de personnes	ESHRE
6.3.8.	Graphique	Pourcentage de naissances et de naissances multiples (% du total)	ESHRE

## 6.4. Coût et financement

6.4.1. Tableau	Valeur ajoutée brute, secteur sanitaire et social	Eurostat
6.4.2. Tableau	Dépenses totales de santé	OCDE
6.4.3. Tableau	Dépenses publiques de santé	OCDE
6.4.4. Tableau	Dépenses totales en soins de santé individuels	OCDE
6.4.5. Tableau	Dépenses publiques en soins de santé individuels	OCDE
6.4.6. Tableau	Dépenses totales en soins hospitaliers	OCDE
6.4.7. Tableau	Dépenses totales en soins ambulatoires	OCDE
6.4.8. Tableau	Dépenses totales en soins à domicile	OCDE
6.4.9. Tableau	Dépenses totales en médicaments délivrés à des patients en consultation externe	OCDE
6.4.10. Tableau	Dépenses totales en produits pharmaceutiques délivrés à des patients en consultation externe	OCDE
6.4.11. Tableau	Dépenses totales en appareils et matériels thérapeutiques délivrés à des patients en consultation externe	OCDE
6.4.12. Tableau	Dépenses en prestations de protection sociale: maladie/soins de santé	Eurostat
6.4.13. Tableau	Prestations de protection sociale en espèces: maladie/soins de santé	Eurostat
6.4.14. Tableau	Prestations de protection sociale en nature: maladie/soins de santé	Eurostat
6.4.15. Tableau	Prestations sociales détaillées par fonction: maladie/soins de santé (tous systèmes), 1999	Eurostat
6.4.16. Tableau	Dépenses de consommation finale des ménages	Eurostat
6.4.17. Tableau	Dépenses moyennes de santé par ménage	Eurostat
6.4.18. Tableau	Protection et amélioration de la santé publique en pourcentage du total des crédits budgétaires publics de R & D (budget final)	Eurostat

## Annexes

1. Tableau	Organisation des systèmes de santé dans les pays de l'UE	BASYS
2. Tableau	Description des systèmes de soins à domicile (soins infirmiers et services d'aide à domicile)	NIVEL
3. Tableau	Description des paiements directs	Missoc
3.1. Tableau	Principales mesures de partage du coût des soins médicaux et des séjours à l'hôpital, 2001	
3.2. Tableau	Principales mesures de partage du coût des autres prestations de soins de santé, 2001	

## Symboles utilisés et abréviations désignant les pays

0	taux ou pourcentage arrondi à zéro selon une procédure convenue
:	données non disponibles
-	néant
<i>italique</i>	données provisoires ou estimées
()	données non fiables en raison de la petite taille de l'échantillon
—	rupture dans la série chronologique
EM	États membres
EU-15	Union européenne (15 États membres)
zone euro	Les 11 pays de la zone euro
EEE	Espace économique européen
AELE	Association européenne de libre-échange
B	Belgique
DK	Danemark
D	Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est depuis 1991)
EL	Grèce
E	Espagne
F	France
IRL	Irlande
I	Italie
L	Luxembourg
NL	Pays-Bas
A	Autriche
P	Portugal
FIN	Finlande
S	Suède
UK	Royaume-Uni
IS	Islande
NO	Norvège
CH	Suisse
LI	Liechtenstein

## 1. POPULATION ET CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

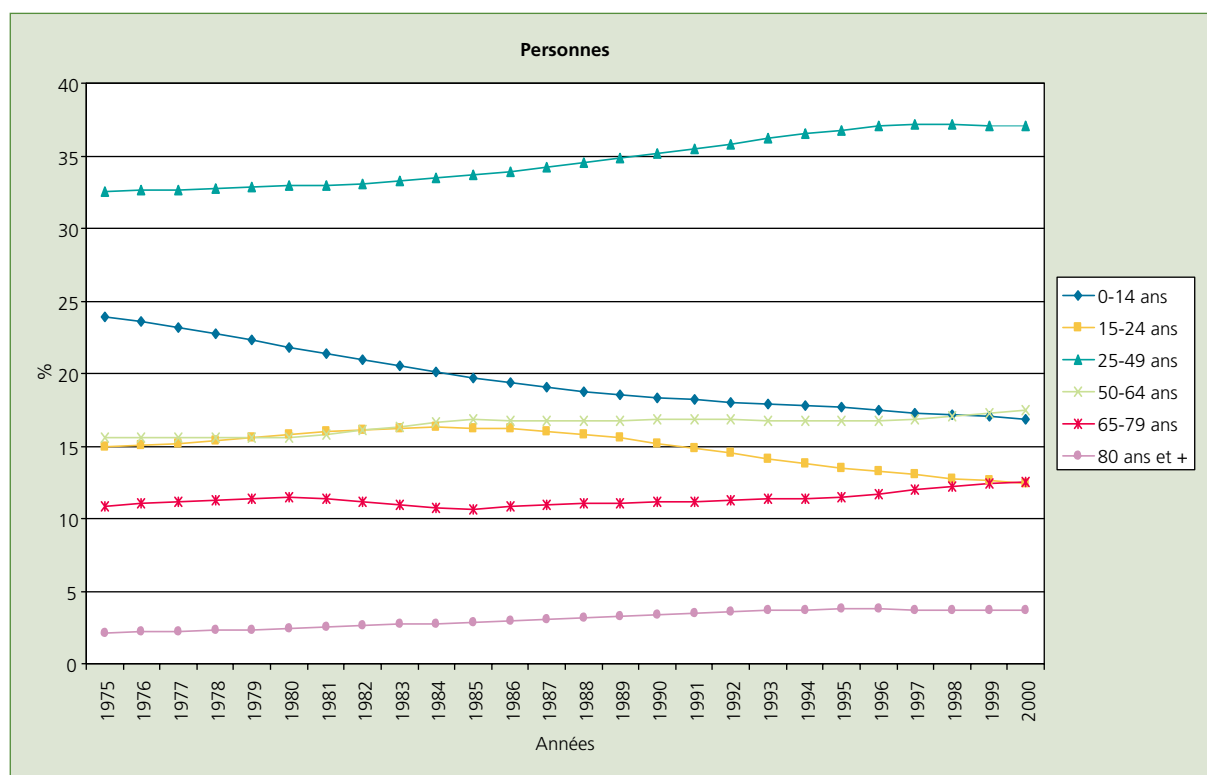
### 1.1. Structure de la population

En 2002, les quinze États membres de l'Union européenne avaient une population totale de 379,6 millions d'habitants, les pays les plus peuplés étant l'Allemagne (82,4 millions), le Royaume-Uni (60,1), la France (59,3) et l'Italie (57,8) (voir tableau 1.1.1), alors que le Luxembourg comptait moins de 0,5 million d'habitants. En 1953, la population de l'UE était d'environ 300 millions d'habitants (voir Eurostat, 2001). Il lui a ensuite fallu dix ans, puis treize ans et enfin vingt-deux ans pour augmenter, à chaque fois, de 25 millions d'habitants. Comme on peut le constater, le rythme de croissance démographique a ralenti au cours du demi-siècle, et plus particulièrement au cours des vingt dernières années. Dans les années 90, le taux de croissance annuel était de 0,34 %, si bien qu'avec un taux estimatif de 0,39 % (soit près de 1,5 million d'habitants), 2002 se situe assez bien dans cette tendance générale récente. Bien que des niveaux de croissance plus bas aient été enregistrés dans la seconde moitié des années 90, la dernière augmentation est nettement inférieure à celles des années 60 (2,5 millions, en moyenne, par an). Comparativement à la fin des années 90, le niveau de croissance de 2001 est légèrement supérieur mais, considéré dans une perspective à plus long terme, il n'en reste pas moins modeste. La population du Luxembourg et celle de l'Irlande vont conti-

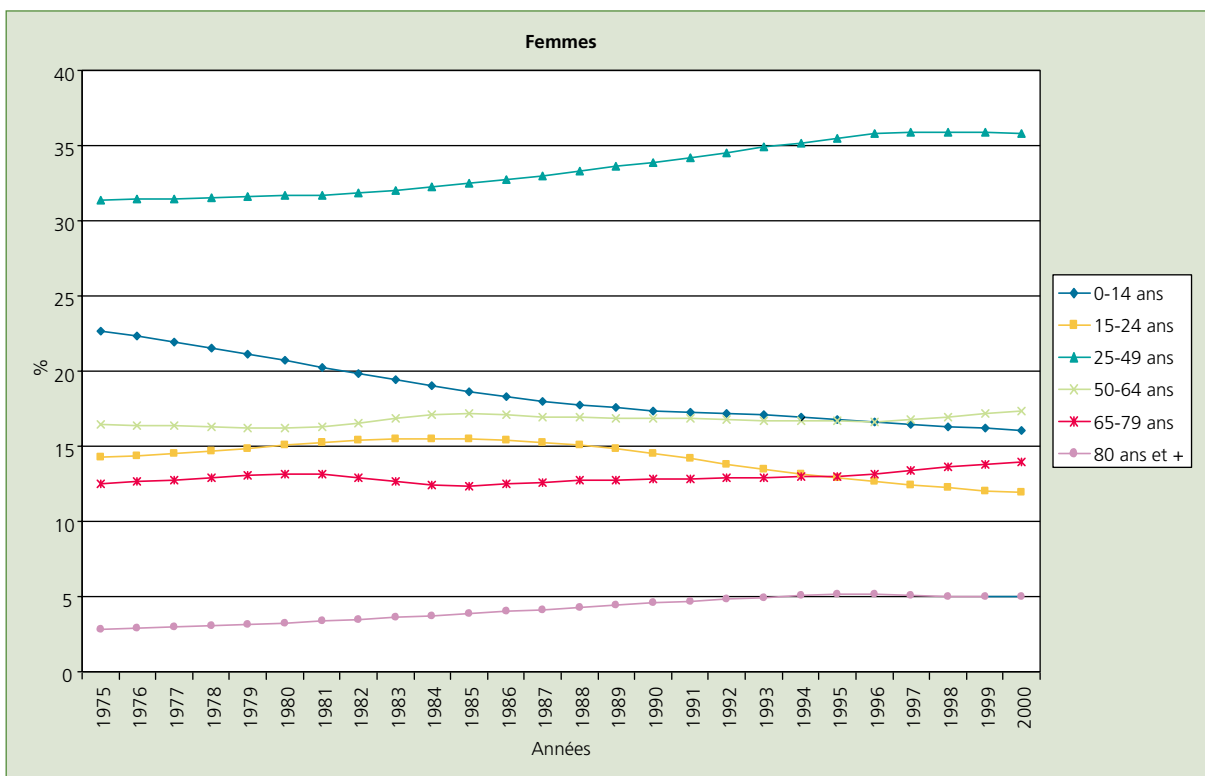
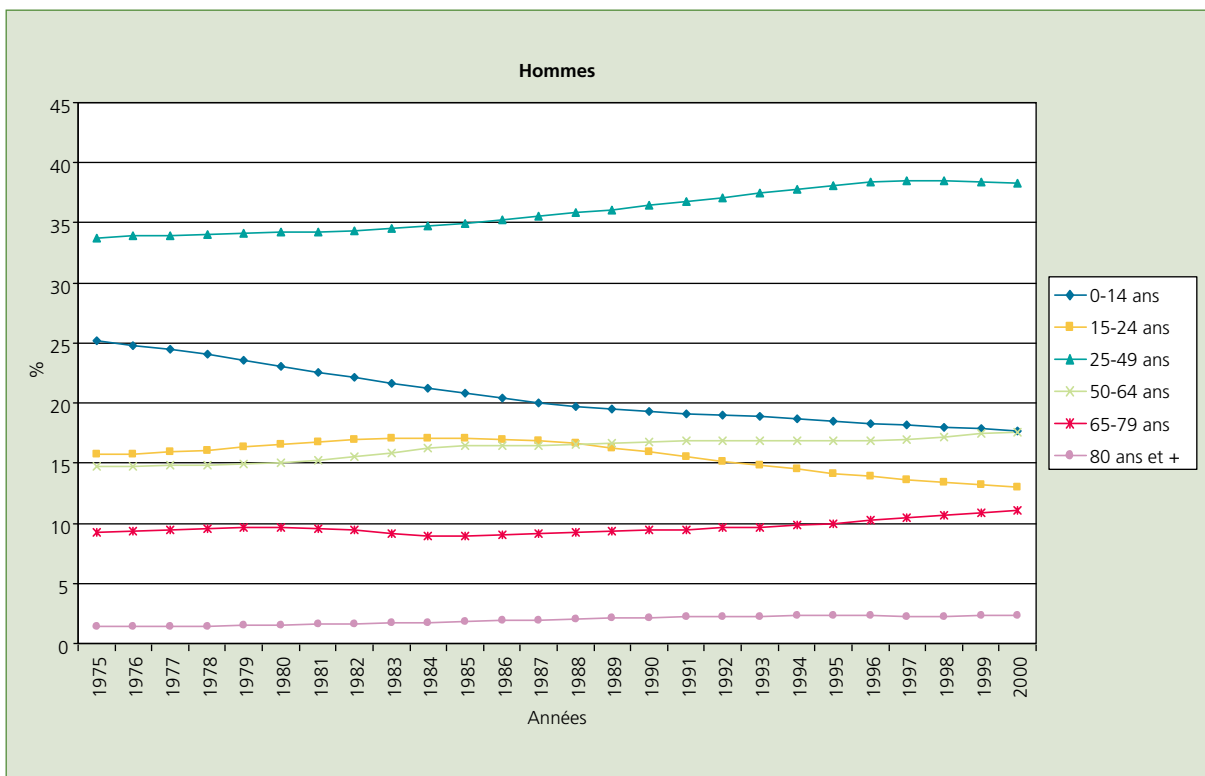
nuer de croître à un rythme annuel très supérieur à 1 % alors que celle de l'Allemagne ne progressera guère de plus de 0,1 %. Ces estimations confirment que la migration internationale reste une composante importante de l'évolution de la population (voir tableau 1.2.4). Par exemple, sans la migration, l'Allemagne et la Suède connaîtraient une réduction de leur population alors que celle de l'Autriche et de l'Italie augmenterait à peine. Près des deux tiers des pays de l'UE ont connu un accroissement de leur population en 2001. La croissance démographique de l'Espagne, en particulier, est relativement importante en raison de l'augmentation considérable des naissances vivantes et de l'afflux net de migrants.

L'analyse par âge (voir graphiques 1.1.2 et 1.1.3) faisait ressortir qu'en 2000 un habitant de l'UE sur six (16,2 %) avait plus de 64 ans, proportion valable pour la plupart des pays à l'exception de l'Irlande (11,2 %). Plus d'un habitant sur cinq (21,9 %) de ce pays avait en effet moins de 15 ans, proportion nettement plus élevée qu'ailleurs. Les tendances enregistrées depuis 1975 font ressortir une progression relativement élevée de la tranche d'âge des 25 à 49 ans (de 32 à 37 % de la population totale en 2000) et un recul de la proportion des moins de 15 ans (de 24 à 17 % pendant la même période). Pour ces deux tranches d'âge, les tendances ont été les mêmes pour les femmes et les hommes. Les progressions enregistrées pour la dernière tranche d'âge (80 ans et plus) sont également impressionnantes (de 1 à 2 % pour les hommes et de 3 à 5 % pour les femmes).

### 1.1.2. Répartition de la population par âge et par sexe, 1975-2000, EU-15



# 1. Population et contexte socio-économique

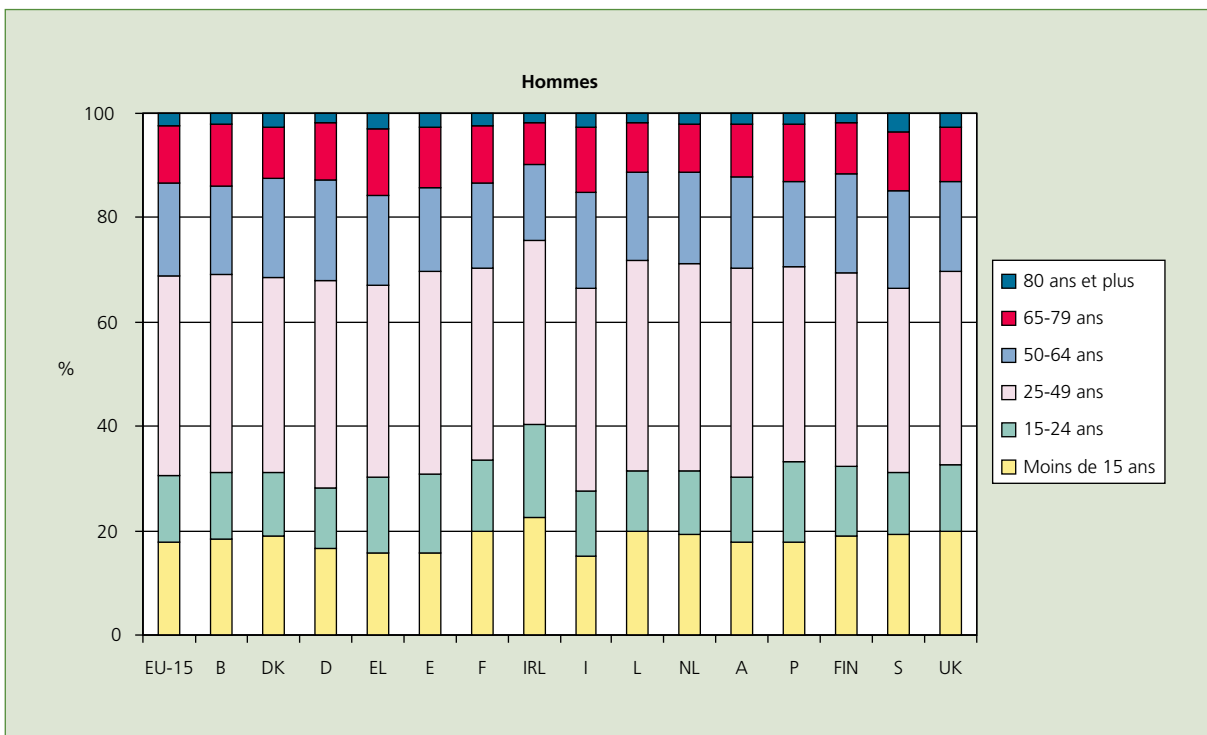
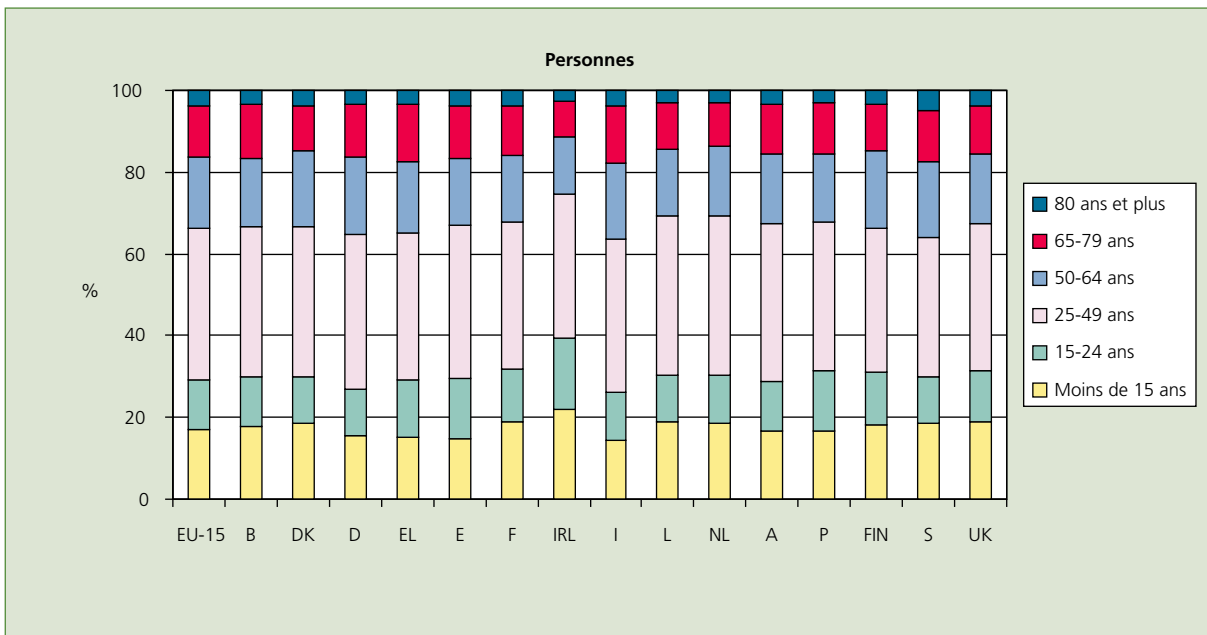


Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

Le rapport total de dépendance, qui est égal au rapport de la population des moins de 15 ans et des 65 ans et plus à la population âgée de 15 à 64 ans, a globalement augmenté dans l'UE de 1960 à 1975,

année où il a atteint 58 %, mais est retombé à 49 % en 1991, niveau auquel il s'est maintenu par la suite (voir tableau 1.1.4). Un rapport élevé indique une plus grande dépendance de la population économi-

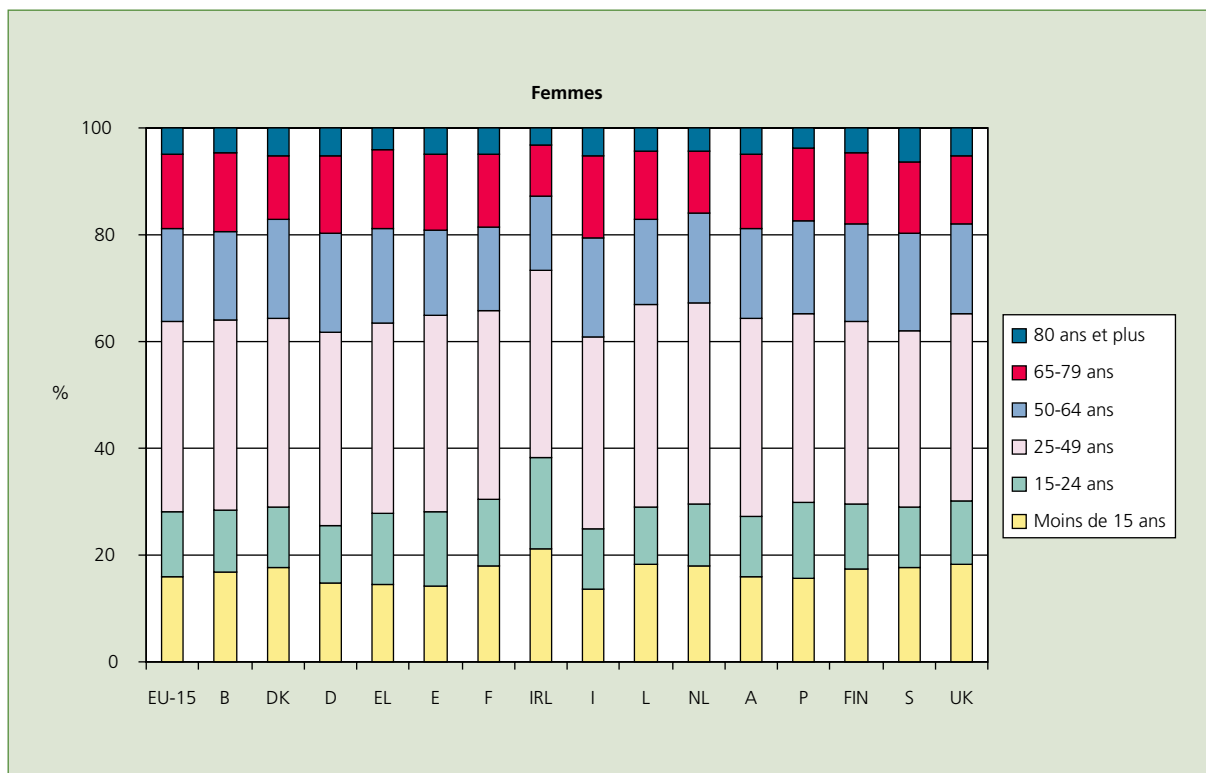
1.1.3. Population par âge, 2000



quement inactive, comme cela a été le cas en Suède pour 1998 (58 %) par exemple. Cette situation peut avoir des implications considérables pour la politique de la santé ainsi que pour celle de la protection sociale et du marché du travail.

Selon les *projections* faites pour l'UE, la population devrait atteindre 388,3 millions d'habitants en

2025 puis retomber à 367,7 millions d'ici à 2050 (voir tableau 1.1.5). Sur cette période de cinquante ans, on prévoit un recul considérable de la population de l'Allemagne, de l'Espagne et de l'Italie et une progression modeste de celle de certains autres pays tels que la France, les Pays-Bas et la Suède.



Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.2. Naissances et décès; solde migratoire

Selon l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), les niveaux de *fécondité* de l'UE ont régulièrement baissé pour passer de 2,72 enfants par femme en 1965 à 1,42 en 1995 et ils ont peu changé depuis (voir tableau 1.2.1). En accord avec la structure par âge mentionnée plus haut, l'ICF irlandais a été le plus élevé de l'UE en 2000 (1,89) mais il n'en a pas moins chuté considérablement par rapport à 1965 où il était de 4,03. Les niveaux de fécondité les plus faibles ont été enregistrés en Espagne (1,24 en 2000) et en Italie (1,23 la même année). Hors UE, l'Islande a eu un ICF de 2,08 en 2000 (voir Eurostat, 2002).

En 2001, le nombre de naissances vivantes (voir tableau 1.2.2) devrait atteindre 4,03 millions, soit environ 0,5 % de moins qu'en 2000. Dans le milieu des années 60, le nombre annuel de naissances vivantes était supérieur de plus de 2 millions mais, entre 1965 et 1975, les niveaux de fécondité ont considérablement chuté. Selon les prévisions, les taux bruts de natalité devraient rester les plus élevés en Irlande et les plus bas en Allemagne. Neuf pays de l'UE enregistreront probablement une diminution du nombre de naissances vivantes, ce recul étant le plus important au Portugal (- 4 %). La Grèce, par contre, devrait être le pays de l'UE où l'accroissement du nombre de naissances sera le plus important (près de 6 %).

En 1976, dans l'UE, le nombre de décès a atteint son niveau record de l'après-guerre (près de 3,8 millions). Par la suite, il a fluctué et a diminué pour atteindre son niveau actuel (environ 3,6 millions). L'impact du vieillissement de la population sur le nombre de décès a été

compensé par la réduction des taux bruts de mortalité (voir tableau 1.2.3). Pour 2001, on s'attend également à ce que les effets du vieillissement de la population soient contrebalancés par une réduction accrue des taux de mortalité. En raison du vieillissement de la population et de courbes de mortalité relativement moins favorables, l'Allemagne et le Danemark continueront d'être les États membres de l'UE où le *taux brut de mortalité* est le plus élevé (voir tableau 1.2.3). Grâce à sa population relativement jeune, l'Irlande est l'État membre où ce taux a les chances d'être le moins élevé. Environ les trois quarts des pays de l'UE ont connu une année relativement «bonne» en 2001, l'Irlande se classant en tête (7 % de décès en moins). Par contre, le Danemark devrait être confronté à une augmentation d'environ 1 % du nombre de décès.

De 1990 à 2000, la population de l'UE a augmenté de 12,7 millions d'habitants, la majeure partie de cette progression étant due au *solde migratoire*. L'accroissement naturel, qui se chiffrait à 658 000 habitants en 1990, est tombé à 261 000 seulement en 1999. Pendant chacune des années 90, le nombre total annuel de décès a été d'environ 3,7 millions alors que le nombre total annuel des naissances est passé de 4,4 millions en 1990 à 4,0 millions en 1999. Les flux migratoires sont représentés dans le tableau 1.2.4, avec un solde net de plus de 1 million d'immigrants en 1990, 1991 et 1992. Ce niveau est resté élevé jusqu'en 1994, l'Allemagne étant le principal bénéficiaire de cet afflux migratoire. Toutefois, si on exprime le solde migratoire en fonction de la population, c'est au Luxembourg (10,2 immigrants pour 1 000 habitants en 1998) et en Irlande (5,9 en 1998)

qu'il a été le plus important. Comparativement, en Grèce, le solde migratoire, qui était de 14,9 pour 1 000 en 1991, est tombé à 2,1 en 1998.

Après une période de déclin relativement marquée, l'afflux net de migrants (internationaux) dans l'UE est passé de 515 000 en 1998 à 897 000 en 1999. Pour 2000 et 2001, il devrait diminuer très légèrement pour se situer aux environs de 1 million de personnes. À eux quatre, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni accueilleront plus des deux tiers de ces immigrants, le Luxembourg restant, quant à lui, le pays de l'UE ayant le solde migratoire le plus important pour 1 000 habitants. Par contre, en Allemagne et en France, le solde migratoire global semble moins élevé qu'on pourrait s'y attendre compte tenu de l'importance de leur population (voir tableau 1.2.5). Par suite de l'adoption d'un programme complet de régularisation de ses immigrants sans papiers, l'Espagne a continué d'être le pays de l'UE ayant le solde migratoire le plus important.

L'accroissement naturel de la population est la différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès. Le rapport total de dépendance est un indicateur calculé par Eurostat; il est égal au ratio du nombre de personnes de moins de 15 ans et de 65 ans et plus au nombre de personnes de 15 à 64 ans. Il indique dans quelle mesure les jeunes (de moins de 15 ans) et les personnes âgées (de plus de 64 ans) dépendent de ce que l'on considère être la population active (de 15 à 64 ans). Il part du principe que les personnes de cette dernière tranche d'âge soutiennent financièrement les jeunes et les personnes âgées. Ce rapport est exprimé sous forme de pourcentage.

L'indicateur conjoncturel de fécondité est le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme pourrait mettre au monde durant sa vie si, pendant ses années de fécondité, elle avait eu le nombre d'enfants correspondant aux taux de fécondité par âge de l'année civile de la période respective. Il s'agit donc de la descendance finale d'une génération fictive, calculée en cumulant les taux de fécondité par âge des femmes pour l'année considérée (les effectifs de femmes à chaque âge étant supposés égaux). L'indicateur conjoncturel de fécondité est également utilisé pour indiquer la fécondité de remplacement; dans les pays les plus développés, le taux de 2,1 est considéré comme étant ce niveau de remplacement. Le taux brut (de natalité ou de mortalité) correspond au rapport entre le nombre d'événements (naissances ou décès) et la moyenne de la population au cours d'une année donnée.

Le solde migratoire est la différence entre l'immigration et l'émigration survenues dans une zone géographique pendant une année donnée (le solde migratoire est donc négatif lorsque les émigrants sont plus nombreux que les immigrants). Comme dans la plupart des pays les flux d'immigration et d'émigration sont connus avec peu de précisions, ou même parfois totalement inconnus, le solde migratoire est la plupart du temps estimé par la différence entre l'accroissement de population et l'accroissement naturel entre deux dates. Les statistiques sur le solde migratoire sont donc affectées par toutes les imprécisions statistiques portant sur les deux termes de cette équation, et en particulier le premier.

### 1.3. Espérance de vie

Dans l'ensemble de l'UE, l'espérance de vie à la naissance, mesure synthétisant les niveaux courants de mortalité, était de 74,6 ans pour les hommes et de 80,9 ans pour les femmes en 1997 (voir tableau 1.3.1), la plupart des États membres se situant plus ou moins à ces niveaux. Parallèlement, l'espérance de vie à 75 ans était de 9,5 ans pour les hommes et de 11,8 ans pour les femmes (voir tableau 1.3.2). La différence d'espérance de vie entre les deux sexes est particulièrement marquée en France où, à la naissance, pour une fille, elle est de 7,6 ans supérieure à celle d'un garçon. En Suède, cette différence n'est que de 5,1 ans. Depuis 1960, l'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de l'UE. Les espérances de vie constatées pour les femmes et les hommes sont résumées dans le tableau 1.3.5 (voir Ferrinho et Pereira, 2001). L'accroissement de l'espérance de vie est plus rapide dans les pays de l'Europe du Sud que dans ceux de l'Europe du Nord. Eurostat a eu recours aux projections de mortalité pour estimer l'espérance de vie dans le futur. Selon le scénario haut, cette dernière

Pour Eurostat, l'espérance de vie est le nombre moyen d'années supplémentaires qu'une personne d'un âge donné peut espérer vivre, à supposer que les taux de mortalité par âge (c'est-à-dire les taux observés pour la période examinée) restent constants. Les tables d'espérance de vie sont basées sur la probabilité de décès calculée selon la méthode du taux de mortalité de Farr:  $q_x = M_x / (B_x + (M_x/2))$ , formule dans laquelle  $M_x$  représente le nombre de décès de personnes âgées de  $x$  à moins de  $x + 1$  an au cours de la période couverte,  $B_x$  est la population moyenne âgée de  $x$  à moins de  $x + 1$  an au cours de la période de base et  $q_x$  est la probabilité de décès de l'âge  $x$  à  $x + 1$ . L'espérance de vie est normalement exprimée sous la forme du nombre d'années qu'une personne peut espérer atteindre à partir de l'âge de 0 an (espérance de vie à la naissance). D'autres âges peuvent également être choisis comme points de départ. L'espérance de vie est normalement calculée pour tous les niveaux d'âge, ainsi que pour les hommes, les femmes et la population totale.

sera, en 2050, de 83 ans pour les hommes et de 87 ans pour les femmes. Les hypothèses fondées sur ces valeurs ont donné lieu à de récentes prévisions démographiques (voir tableau 1.3.6), si bien qu'en France, par exemple, l'espérance de vie à la naissance en 2025 est de 78,8 ans pour les hommes et de 87,2 ans pour les femmes. Ces dernières décennies, l'espérance de vie a considérablement augmenté. Ainsi, en Espagne, elle est passée de 59,8 ans en 1950 à 69,2 ans en 1970 et à 75,1 ans en 1999 pour les hommes (64,3 ans, 74,8 ans et 82,1 ans, respectivement, pour les femmes).



## 1.4. Contexte socio-économique

La densité de population des États membres de l'UE varie considérablement. Elle est faible en Finlande (15 habitants au kilomètre carré) et en Suède (20) mais nettement plus forte aux Pays-Bas (380), en Belgique (333), au Royaume-Uni (240) et en Allemagne (230) (voir tableau **1.4.1**). Dans sept des quinze États membres, la population urbaine représente plus de 80 % de la population totale, la Belgique se classant en tête (97 %), alors qu'en Irlande (59 %), en Grèce (60 %) et au Portugal (63 %), l'urbanisation progresse plus lentement.

La mesure de la prospérité sous forme de *produit intérieur brut* (PIB) aux prix du marché, en euros et par habitant, fait ressortir d'importantes différences entre les pays de l'UE (voir tableau **1.4.2**). Ainsi, en 2001, le PIB par habitant était de 11 920 euros pour la Grèce, de 12 200 euros pour le Portugal et de 16 150 euros pour l'Espagne. Si, pour la plupart des autres pays, le PIB par habitant était voisin de celui de l'ensemble de l'UE (23 170 euros), il était très au-dessus de ce niveau au Luxembourg (47 470 euros), au Danemark (33 680 euros) et en Irlande (30 070 euros).

Le taux de *chômage* est un autre indicateur du bien-être d'une nation. Dans l'ensemble de l'UE, il était de 6,4 % en 2001 pour les hommes, en baisse par rapport à 1994, et, à l'échelle des pays, c'est en Allemagne (7,7 %), en Espagne (7,5 %) et en Italie (7,3 %) (voir tableau **1.4.3**) qu'il était le plus élevé. Pour les femmes, il était plus important (8,6 % pour l'ensemble de l'UE) mais avait également baissé ces dernières années. C'est en Grèce (15,6 %), en Espagne (15,5 %) et en Italie (12,9 %) qu'il était le plus élevé. Il est intéressant de noter que dans quatre pays (l'Irlande, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède), le taux de chômage des femmes était inférieur à celui des hommes.

## Références

Eurostat, «Premières estimations démographiques pour 2001», *Statistiques en bref*, 19/2001, 2001.

Eurostat, *Statistiques sociales européennes — Démographie*, 2002.

Ferrinho, P., et Pereira Miguel, J., *For better health in Europe*, Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs, 2001.

1.1.1. Population par sexe au 1<sup>er</sup> janvier, 1950-2002

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1950 Personnes</b>	<b>295 833,4</b>	<b>8 639,0</b>	<b>4 251,5</b>	<b>68 376,0</b>	<b>7 566,0</b>	<b>28 009,0</b>	<b>41 647,3</b>	<b>2 969,0</b>	<b>47 101,0</b>	<b>294,7</b>
Hommes	:	4 253,0	2 109,0	31 493,0	3 687,0	13 526,0	20 004,7	1 511,0	22 935,0	:
Femmes	:	4 386,0	2 142,5	36 883,0	3 879,0	14 483,0	21 642,6	1 458,0	24 166,0	:
<b>1960 Personnes</b>	<b>314 826,0</b>	<b>9 128,8</b>	<b>4 565,5</b>	<b>72 543,0</b>	<b>8 300,4</b>	<b>30 327,0</b>	<b>45 464,8</b>	<b>2 835,5</b>	<b>50 025,5</b>	<b>313,0</b>
Hommes	151 721,0	4 477,9	2 264,6	33 686,4	4 015,3	14 831,0	22 046,6	1 429,0	24 498,9	154,6
Femmes	163 105,0	4 650,9	2 300,9	38 856,6	4 285,1	15 496,0	23 418,2	1 406,5	25 526,6	158,4
<b>1970 Personnes</b>	<b>339 974,9</b>	<b>9 660,2</b>	<b>4 906,9</b>	<b>78 269,1</b>	<b>8 780,4</b>	<b>33 587,6</b>	<b>50 528,2</b>	<b>2 943,3</b>	<b>53 685,3</b>	<b>338,5</b>
Hommes	164 762,1	4 729,6	2 432,5	37 031,5	4 283,2	16 414,3	24 655,5	1 478,9	26 260,0	166,2
Femmes	175 212,8	4 930,6	2 474,4	41 237,6	4 497,2	17 173,3	25 872,7	1 464,4	27 425,3	172,3
<b>1980 Personnes</b>	<b>354 571,7</b>	<b>9 855,1</b>	<b>5 122,1</b>	<b>78 179,7</b>	<b>9 587,5</b>	<b>37 241,9</b>	<b>53 731,4</b>	<b>3 392,8</b>	<b>56 388,5</b>	<b>363,5</b>
Hommes	172 110,2	4 818,9	2 529,1	37 156,6	4 702,7	18 273,1	26 243,8	1 705,1	27 459,2	178,0
Femmes	182 461,5	5 036,2	2 593,0	41 023,1	4 884,8	18 968,8	27 487,6	1 687,7	28 929,3	185,5
<b>1990 Personnes</b>	<b>363 763,4</b>	<b>9 947,8</b>	<b>5 135,4</b>	<b>79 112,8</b>	<b>10 120,9</b>	<b>38 826,3</b>	<b>56 577,0</b>	<b>3 507,0</b>	<b>56 694,4</b>	<b>379,3</b>
Hommes	177 012,0	4 860,1	2 530,6	38 109,7	4 982,0	19 024,6	27 544,0	1 743,2	27 527,8	185,4
Femmes	186 751,4	5 087,7	2 604,8	41 003,1	5 138,9	19 801,7	29 033,0	1 763,8	29 166,6	193,9
<b>1995 Personnes</b>	<b>371 442,0</b>	<b>10 130,6</b>	<b>5 215,7</b>	<b>81 538,6</b>	<b>10 442,9</b>	<b>39 196,8</b>	<b>57 752,5</b>	<b>3 597,6</b>	<b>57 268,6</b>	<b>406,6</b>
Hommes	181 220,3	4 954,7	2 573,3	39 645,0	5 155,8	19 188,3	28 078,1	1 787,2	27 790,7	199,6
Femmes	190 221,7	5 175,9	2 642,4	41 893,6	5 287,0	20 008,5	29 674,5	1 810,4	29 477,9	207,0
<b>1996 Personnes</b>	<b>372 475,6</b>	<b>10 143,0</b>	<b>5 251,0</b>	<b>81 817,5</b>	<b>10 465,1</b>	<b>39 249,1</b>	<b>57 936,0</b>	<b>3 620,1</b>	<b>57 333,0</b>	<b>412,8</b>
Hommes	181 923,7	4 958,8	2 592,2	39 824,8	5 164,9	19 204,0	28 365,3	1 797,4	27 817,4	202,6
Femmes	190 693,4	5 184,3	2 658,8	41 992,7	5 300,1	20 038,5	29 780,5	1 822,7	29 515,6	210,2
<b>1997 Personnes</b>	<b>373 486,6</b>	<b>10 170,2</b>	<b>5 275,1</b>	<b>82 012,2</b>	<b>10 486,6</b>	<b>39 308,5</b>	<b>58 116,0</b>	<b>3 652,2</b>	<b>57 461,0</b>	<b>418,3</b>
Hommes	182 346,0	4 971,8	2 604,9	39 954,8	5 172,4	19 236,1	28 235,7	1 813,0	27 893,3	205,4
Femmes	191 140,6	5 198,4	2 670,2	42 057,3	5 314,2	20 072,4	29 880,3	1 839,1	29 567,6	212,9
<b>1998 Personnes</b>	<b>374 144,5</b>	<b>10 192,3</b>	<b>5 294,9</b>	<b>82 057,4</b>	<b>10 511,0</b>	<b>39 387,5</b>	<b>58 299,0</b>	<b>3 694,0</b>	<b>57 563,4</b>	<b>423,7</b>
Hommes	182 803,7	4 982,7	2 615,7	39 992,3	5 181,2	19 271,2	28 316,2	1 833,7	27 950,6	208,2
Femmes	191 541,4	5 209,6	2 679,2	42 065,1	5 329,7	20 116,3	29 982,8	1 860,3	29 612,8	215,5
<b>1999 Personnes</b>	<b>375 106,2</b>	<b>10 213,8</b>	<b>5 313,6</b>	<b>82 037,0</b>	<b>10 521,7</b>	<b>39 519,2</b>	<b>58 496,6</b>	<b>3 734,9</b>	<b>57 612,6</b>	<b>429,2</b>
Hommes	183 303,0	4 993,7	2 625,4	40 004,1	5 185,0	19 332,3	28 406,1	1 854,2	27 967,7	211,3
Femmes	191 973,8	5 220,0	2 688,2	42 032,9	5 336,7	20 186,9	30 090,5	1 880,7	29 644,9	218,0
<b>2000 Personnes</b>	<b>376 481,8</b>	<b>10 239,1</b>	<b>5 330,0</b>	<b>82 163,5</b>	<b>10 554,4</b>	<b>39 733,0</b>	<b>58 748,7</b>	<b>3 776,6</b>	<b>57 679,9</b>	<b>435,7</b>
Hommes	183 967,8	5 006,0	2 634,1	40 090,8	5 199,8	19 435,8	28 533,4	1 875,3	28 003,3	214,7
Femmes	192 514,0	5 233,1	2 695,9	42 072,7	5 354,6	20 297,2	30 215,3	1 901,3	29 676,6	221,1
<b>2001 Personnes</b>	<b>378 036,6</b>	<b>10 263,4</b>	<b>5 349,2</b>	<b>82 259,5</b>	<b>10 564,7</b>	<b>40 121,7</b>	<b>59 038,5</b>	<b>3 825,9</b>	<b>57 844,0</b>	<b>439,5</b>
Hommes	:	5 018,0	2 644,3	40 156,5	:	19 639,5	28 678,7	1 900,8	28 094,9	216,5
Femmes	:	5 245,4	2 704,9	42 103,0	:	20 482,2	30 360,3	1 925,3	29 749,2	223,0
<b>2002 Personnes</b>	<b>379 600,7</b>	<b>10 307,3</b>	<b>5 368,4</b>	<b>82 440,3</b>	<b>10 598,3</b>	<b>40 409,3</b>	<b>59 344,0</b>	<b>3 882,7</b>	<b>56 305,6</b>	<b>440,1</b>
Hommes	:	5 041,3	2 654,1	40 274,7	:	19 779,4	28 831,1	1 928,3	27 261,0	218,8
Femmes	:	5 266,6	2 714,2	42 165,6	:	20 630,0	30 512,9	1 954,4	29 044,6	225,2

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1. Population et contexte socio-économique

(en milliers)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>10 026,8</b>	<b>6 926,0</b>	<b>8 437,0</b>	<b>3 988,0</b>	<b>6 986,2</b>	<b>50 616,0</b>	:	<b>3 250,0</b>	<b>4 668,2</b>	<b>1950 Personnes</b>
4 998,3	3 213,7	4 088,1	1 904,7	3 480,6	24 575,0	:	1 610,1	2 249,8	Hommes
5 028,5	3 712,3	4 349,0	2 083,3	3 505,6	26 041,0	:	1 639,8	2 418,4	Femmes
<b>11 417,3</b>	<b>7 030,4</b>	<b>8 826,0</b>	<b>4 413,0</b>	<b>7 471,3</b>	<b>52 164,4</b>	<b>175,7</b>	<b>3 567,7</b>	<b>5 295,6</b>	<b>1960 Personnes</b>
5 686,2	3 273,2	4 222,8	2 124,7	3 727,8	25 282,1	87,5	1 777,8	2 565,1	Hommes
5 731,1	3 757,2	4 603,2	2 288,3	3 743,5	26 882,3	88,2	1 789,9	2 730,5	Femmes
<b>12 957,6</b>	<b>7 455,1</b>	<b>8 697,6</b>	<b>4 614,3</b>	<b>8 004,3</b>	<b>55 546,4</b>	<b>204,0</b>	<b>3 863,2</b>	<b>6 168,7</b>	<b>1970 Personnes</b>
6 465,1	3 510,8	4 158,0	2 230,2	3 996,5	26 949,7	103,2	1 922,0	3 014,0	Hommes
6 492,5	3 944,3	4 539,6	2 384,1	4 007,8	28 596,7	100,8	1 941,2	3 154,7	Femmes
<b>14 091,0</b>	<b>7 545,5</b>	<b>9 713,6</b>	<b>4 771,3</b>	<b>8 303,0</b>	<b>56 285,0</b>	<b>226,9</b>	<b>4 078,9</b>	<b>6 303,6</b>	<b>1980 Personnes</b>
6 994,3	3 564,2	4 670,7	2 306,8	4 115,5	27 392,4	114,4	2 021,9	3 066,2	Hommes
7 096,7	3 981,3	5 042,9	2 464,5	4 187,5	28 892,6	112,5	2 057,0	3 237,4	Femmes
<b>14 892,6</b>	<b>7 689,5</b>	<b>9 919,7</b>	<b>4 974,4</b>	<b>8 527,0</b>	<b>57 459,3</b>	<b>253,8</b>	<b>4 233,1</b>	<b>6 673,9</b>	<b>1990 Personnes</b>
7 358,5	3 685,1	4 782,5	2 412,8	4 212,1	28 053,7	127,4	2 093,3	3 257,5	Hommes
7 534,1	4 004,4	5 137,2	2 561,6	4 314,9	29 405,6	126,4	2 139,8	3 416,4	Femmes
<b>15 424,1</b>	<b>8 039,9</b>	<b>10 012,8</b>	<b>5 098,8</b>	<b>8 816,4</b>	<b>58 500,2</b>	<b>267,0</b>	<b>4 348,4</b>	<b>7 019,0</b>	<b>1995 Personnes</b>
7 627,5	3 898,4	4 824,3	2 481,6	4 356,3	28 659,6	133,9	2 150,3	3 428,4	Hommes
7 796,6	4 141,4	5 188,5	2 617,1	4 460,1	29 840,6	133,1	2 198,2	3 590,7	Femmes
<b>15 493,9</b>	<b>8 054,8</b>	<b>10 041,4</b>	<b>5 116,8</b>	<b>8 837,5</b>	<b>58 703,6</b>	<b>268,0</b>	<b>4 370,0</b>	<b>7 062,4</b>	<b>1996 Personnes</b>
7 662,3	3 907,2	4 777,5	2 491,7	4 366,1	28 791,6	134,3	2 160,7	3 448,8	Hommes
7 831,6	4 147,6	5 202,2	2 625,1	4 471,4	29 912,1	133,6	2 209,2	3 613,5	Femmes
<b>15 567,1</b>	<b>8 067,8</b>	<b>10 069,8</b>	<b>5 132,3</b>	<b>8 844,5</b>	<b>58 905,1</b>	<b>269,9</b>	<b>4 392,7</b>	<b>7 081,3</b>	<b>1997 Personnes</b>
7 696,8	3 915,0	4 853,7	2 500,6	4 369,7	28 922,6	135,2	2 172,1	3 457,6	Hommes
7 870,3	4 152,9	5 216,1	2 631,7	4 474,8	29 982,4	134,6	2 220,6	3 623,7	Femmes
<b>15 654,2</b>	<b>8 075,4</b>	<b>10 107,9</b>	<b>5 147,3</b>	<b>8 847,6</b>	<b>59 089,6</b>	<b>272,4</b>	<b>4 417,6</b>	<b>7 096,5</b>	<b>1998 Personnes</b>
7 740,1	3 918,5	4 872,9	2 509,1	4 371,9	29 039,5	136,4	2 185,1	3 465,2	Hommes
7 914,1	4 157,0	5 235,0	2 638,3	4 475,7	30 050,1	135,9	2 232,5	3 631,2	Femmes
<b>15 760,2</b>	<b>8 082,8</b>	<b>10 150,1</b>	<b>5 159,6</b>	<b>8 854,3</b>	<b>59 391,1</b>	<b>275,7</b>	<b>4 445,3</b>	<b>7 123,5</b>	<b>1999 Personnes</b>
7 793,3	3 922,5	4 894,5	2 516,1	4 375,6	29 221,1	138,1	2 199,6	3 478,7	Hommes
7 967,0	4 160,3	5 255,6	2 643,6	4 478,7	30 170,0	137,6	2 245,8	3 644,8	Femmes
<b>15 864,0</b>	<b>8 102,6</b>	<b>10 198,2</b>	<b>5 171,3</b>	<b>8 861,4</b>	<b>59 623,4</b>	<b>279,0</b>	<b>4 478,5</b>	<b>7 164,4</b>	<b>2000 Personnes</b>
7 846,3	3 935,0	4 919,4	2 523,0	4 380,1	29 370,6	139,7	2 217,1	3 500,7	Hommes
8 017,6	4 167,5	5 278,8	2 648,3	4 481,3	30 252,8	139,4	2 261,4	3 663,7	Femmes
<b>15 987,1</b>	<b>8 121,3</b>	<b>10 262,9</b>	<b>5 181,1</b>	<b>8 882,8</b>	<b>59 894,2</b>	<b>283,4</b>	<b>4 503,4</b>	<b>7 204,1</b>	<b>2001 Personnes</b>
7 909,9	3 947,8	4 953,3	2 529,3	4 392,8	29 511,8	141,9	2 231,3	3 519,7	Hommes
8 077,2	4 173,5	5 309,5	2 651,8	4 490,0	30 351,0	141,5	2 272,1	3 684,4	Femmes
<b>16 105,3</b>	<b>8 139,3</b>	<b>10 335,6</b>	<b>5 194,9</b>	<b>8 909,1</b>	<b>60 113,9</b>	<b>286,6</b>	<b>4 524,1</b>	<b>7 261,2</b>	<b>2002 Personnes</b>
7 972,0	3 935,6	4 991,6	2 537,6	4 408,4	:	143,5	2 241,9	3 549,1	Hommes
8 133,3	4 179,7	5 344,0	2 657,3	4 500,7	:	143,1	2 282,1	3 712,1	Femmes

1.1.4. Rapport total de dépendance <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	53,9	54,7	56,2	48,1	51,8	55,4	60,9	72,4	51,5	47,4
1965	55,7	57,2	54,1	54,3	52,2	56,7	60,6	73,6	51,9	52,1
1970	58,2	58,7	55,3	58,2	54,7	59,4	60,5	73,5	54,7	52,9
1975	58,4	57,0	56,1	57,5	56,6	60,0	59,9	72,0	56,9	49,7
1980	55,5	52,9	54,9	52,6	56,8	58,3	57,6	70,1	55,4	48,4
1985	49,7	48,4	50,6	44,1	52,5	54,9	51,9	67,0	48,2	44,0
1990	48,9	49,1	48,7	44,7	49,7	50,8	51,6	63,3	46,0	44,2
1991	49,0	49,6	48,3	45,3	49,2	49,9	51,9	61,9	45,7	44,7
1992	49,0	50,1	48,2	45,6	48,9	49,0	52,3	60,6	45,6	45,4
1993	49,1	50,5	48,2	45,8	48,6	48,2	52,6	59,2	45,6	46,1
1994	49,2	50,8	48,2	46,1	48,3	47,5	52,7	57,8	45,7	46,9
1995	49,2	51,0	48,3	46,4	48,1	47,0	52,9	56,2	45,9	47,6
1996	49,3	51,4	48,5	46,5	47,9	46,7	53,0	54,5	46,4	48,3
1997	49,3	51,7	48,8	46,5	47,7	46,4	53,2	53,0	46,9	48,8
1998	49,3	52,0	49,1	46,6	47,7	46,3	53,3	51,6	47,1	49,2
1999	49,4	52,2	49,4	46,5	47,8	46,2	53,4	50,4	47,5	49,5
2000	49,5	52,4	49,8	46,9	48,0	46,3	53,6	49,4	47,9	49,7
2001	:	52,5	50,1	47,4	:	46,2	53,7	48,5	48,4	50,0

(<sup>1</sup>) Le rapport total de dépendance est le ratio du nombre de personnes de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus au nombre de personnes de 15 à 64 ans.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.1.5. Population: réelle (1995-2000) et prévue (2005-2050)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1995	371 573,9	10 130,6	5 215,7	81 538,6	10 442,9	39 177,4	58 020,4	3 579,6	57 268,6	406,6
1996	372 635,4	10 157,4	5 250,9	81 849,5	10 480,6	39 238,5	58 243,3	3 588,6	57 292,5	412,7
1997	373 711,1	10 182,5	5 268,8	82 170,1	10 517,8	39 307,3	58 473,6	3 597,3	57 327,3	418,6
1998	374 800,4	10 205,7	5 286,1	82 493,2	10 557,6	39 382,4	58 707,6	3 606,2	57 368,5	424,2
1999	375 890,4	10 229,3	5 303,5	82 812,9	10 599,5	39 462,0	58 943,4	3 615,2	57 412,4	429,6
2000	376 960,7	10 252,3	5 320,5	83 123,5	10 642,8	39 544,5	59 178,8	3 624,6	57 454,9	434,5
2005	381 812,2	10 367,1	5 398,1	84 373,6	10 870,0	39 981,5	60 330,3	3 681,3	57 626,2	454,9
2010	385 382,2	10 484,0	5 452,3	84 853,6	11 079,3	40 372,4	61 386,8	3 760,1	57 632,9	471,2
2015	387 343,8	10 577,5	5 487,1	84 869,5	11 212,6	40 487,7	62 202,2	3 842,8	57 238,8	485,9
2020	388 232,6	10 657,9	5 525,7	84 670,0	11 269,4	40 307,4	62 830,7	3 908,7	56 543,5	500,8
2025	388 253,7	10 725,8	5 575,7	84 178,8	11 299,7	39 983,4	63 302,0	3 947,3	55 721,5	516,2
2030	387 236,1	10 763,8	5 617,5	83 344,9	11 343,2	39 640,5	63 615,9	3 958,6	54 828,1	530,6
2035	384 887,4	10 754,3	5 629,6	82 273,8	11 390,2	39 250,8	63 693,9	3 947,8	53 817,1	542,4
2040	380 776,5	10 682,7	5 610,8	80 939,2	11 400,1	38 684,5	63 401,4	3 919,8	52 576,4	551,1
2045	374 949,0	10 566,9	5 578,1	79 179,7	11 349,7	37 855,9	62 817,7	3 877,3	51 061,8	557,5
2050	367 729,2	10 427,8	5 541,6	77 089,2	11 242,4	36 736,4	62 063,0	3 818,0	49 286,9	562,6

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.2.1. Indicateur conjoncturel de fécondité

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	2,59	2,56	2,54	2,37	2,28	2,86	2,73	3,76	2,41	2,28
1965	2,72	2,62	2,61	2,50	2,30	2,94	2,84	4,03	2,66	2,42
1970	2,38	2,25	1,95	2,03	2,39	2,90	2,47	3,93	2,42	1,98
1975	1,96	1,74	1,92	1,48	2,38	2,80	1,93	3,40	2,20	1,55
1980	1,82	1,68	1,55	1,56	2,21	2,20	1,95	3,25	1,64	1,49
1985	1,60	1,51	1,45	1,37	1,68	1,64	1,81	2,50	1,42	1,38
1990	1,57	1,62	1,67	1,45	1,39	1,36	1,78	2,11	1,33	1,61
1991	1,53	1,66	1,68	1,33	1,38	1,33	1,77	2,08	1,31	1,60
1992	1,51	1,65	1,76	1,30	1,38	1,32	1,73	1,99	1,31	1,64
1993	1,47	1,61	1,75	1,28	1,34	1,27	1,65	1,90	1,25	1,70
1994	1,44	1,56	1,81	1,24	1,35	1,21	1,66	1,85	1,21	1,72
1995	1,42	1,55	1,80	1,25	1,32	1,18	1,70	1,84	1,18	1,69
1996	1,44	1,55	1,75	1,32	1,30	1,17	1,72	1,88	1,20	1,76
1997	1,45	1,55	1,75	1,37	1,31	1,16	1,71	1,92	1,22	1,71
1998	1,45	1,53	1,72	1,36	1,29	1,15	1,75	1,93	1,19	1,68
1999	1,45	1,61	1,73	1,36	1,28	1,20	1,79	1,88	1,23	1,73
2000	1,48	1,66	1,77	1,36	1,29	1,24	1,89	1,89	1,23	1,79
2001	1,47	1,65	1,34	1,27	1,29	1,25	1,90	1,98	1,29	1,70

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

# 1. Population et contexte socio-économique

(en %)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
63,7	51,4	59,1	61,0	52,3	54,0	75,7	58,7	52,3	1960
61,0	57,0	59,5	54,7	50,5	55,1	75,5	57,9	52,7	1965
60,0	62,2	61,7	51,3	52,5	59,1	71,4	59,6	53,8	1970
57,1	61,8	60,7	48,5	55,5	59,9	65,2	60,0	54,0	1975
51,7	56,6	58,6	47,8	56,2	56,5	60,0	58,8	51,1	1980
46,4	48,3	55,4	46,7	54,6	52,3	57,3	55,7	46,6	1985
45,0	47,9	51,6	48,5	55,4	52,9	55,2	54,4	46,2	1990
45,2	47,8	50,6	48,7	55,7	53,3	55,3	54,5	46,5	1991
45,4	48,0	49,8	48,8	56,2	53,8	55,1	54,6	46,6	1992
45,7	48,1	49,0	49,1	56,6	54,1	55,6	54,8	47,1	1993
45,9	48,3	48,5	49,3	56,9	54,3	55,8	54,8	47,5	1994
46,2	48,5	48,0	49,7	57,1	54,2	55,6	54,8	47,8	1995
46,4	48,6	47,6	49,9	57,0	54,1	55,3	54,9	48,0	1996
46,6	48,5	47,7	50,0	56,8	53,9	55,0	54,9	48,3	1997
46,8	48,3	47,6	49,9	56,6	53,7	54,5	54,8	48,4	1998
47,1	48,1	47,5	49,6	56,2	53,4	53,9	54,6	48,5	1999
47,4	47,8	47,6	49,4	55,8	53,0	53,6	54,4	48,6	2000
47,5	47,4	47,9	49,4	55,3	:	53,4	54,1	48,6	2001

(en milliers)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
15 422,8	8 039,9	9 912,1	5 098,8	8 816,4	58 503,6	267,0	4 348,4	:	1995
15 498,3	8 058,7	9 921,0	5 115,1	8 835,7	58 692,6	268,2	4 369,2	:	1996
15 584,8	8 079,2	9 934,2	5 132,0	8 857,5	58 860,1	270,7	4 392,3	:	1997
15 676,9	8 100,6	9 951,2	5 147,9	8 881,3	59 011,0	273,1	4 415,6	:	1998
15 772,3	8 122,3	9 970,9	5 163,4	8 906,1	59 147,7	275,5	4 439,0	:	1999
15 868,2	8 144,0	9 993,0	5 178,4	8 931,6	59 269,2	277,9	4 462,0	:	2000
16 311,3	8 241,6	10 130,6	5 241,8	9 055,2	59 748,7	288,5	4 570,6	:	2005
16 659,1	8 325,5	10 292,7	5 290,1	9 175,9	60 146,1	297,3	4 662,8	:	2010
16 940,3	8 388,2	10 421,2	5 325,1	9 307,0	60 557,9	304,7	4 750,3	:	2015
17 204,5	8 442,7	10 512,6	5 350,3	9 470,2	61 038,3	311,1	4 850,6	:	2020
17 459,0	8 484,6	10 594,4	5 363,8	9 641,0	61 460,4	316,5	4 959,0	:	2025
17 665,9	8 497,8	10 677,8	5 351,8	9 772,3	61 627,5	320,3	5 053,2	:	2030
17 777,1	8 475,3	10 747,2	5 306,3	9 855,3	61 426,4	321,5	5 114,7	:	2035
17 770,5	8 425,2	10 776,3	5 232,7	9 914,3	60 891,6	319,8	5 142,4	:	2040
17 684,1	8 345,6	10 754,1	5 153,0	9 987,6	60 179,9	315,9	5 154,3	:	2045
17 563,9	8 240,7	10 681,1	5 078,3	10 082,3	59 315,1	310,6	5 160,8	:	2050

(nombre de naissances par femme)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3,12	2,69	3,10	2,72	2,20	2,72	4,17	2,91	2,44	1960
3,04	2,70	3,14	2,48	2,42	2,89	3,71	2,95	2,61	1965
2,57	2,29	2,83	1,83	1,92	2,43	2,81	2,50	2,10	1970
1,66	1,82	2,58	1,68	1,77	1,81	2,65	1,98	1,61	1975
1,60	1,62	2,18	1,63	1,68	1,90	2,48	1,72	1,55	1980
1,51	1,47	1,72	1,65	1,74	1,79	1,93	1,68	1,52	1985
1,62	1,45	1,57	1,78	2,13	1,83	2,30	1,93	1,59	1990
1,61	1,49	1,57	1,79	2,11	1,81	2,18	1,92	1,60	1991
1,59	1,49	1,54	1,85	2,09	1,79	2,21	1,88	1,58	1992
1,57	1,48	1,52	1,81	1,99	1,75	2,22	1,86	1,51	1993
1,57	1,44	1,44	1,85	1,88	1,74	2,14	1,86	1,49	1994
1,53	1,40	1,40	1,81	1,73	1,71	2,08	1,87	1,48	1995
1,53	1,42	1,43	1,76	1,60	1,72	2,12	1,89	1,50	1996
1,56	1,37	1,46	1,75	1,52	1,72	2,04	1,86	1,51	1997
1,63	1,34	1,46	1,70	1,50	1,71	2,05	1,81	1,46	1998
1,65	1,32	1,49	1,74	1,50	1,68	1,99	1,84	1,48	1999
1,72	1,34	1,52	1,73	1,54	1,65	2,08	1,85	1,50	2000
1,69	1,29	1,42	1,73	1,57	1,63	1,95	:	1,41	2001

## 1.2.2. Taux brut de natalité

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	18,3	17,0	16,6	17,3	18,9	21,5	17,9	21,4	18,1	16,0
1965	18,5	16,5	18,0	17,4	17,7	21,0	17,7	22,1	19,0	16,0
1970	16,2	14,8	14,4	13,5	16,5	19,6	16,7	21,8	16,7	13,0
1975	13,6	12,2	14,2	9,9	15,7	18,8	14,1	21,1	14,9	11,1
1980	13,0	12,6	11,2	11,1	15,4	15,3	14,9	21,8	11,3	11,4
1985	11,9	11,6	10,5	10,5	11,7	11,9	13,9	17,6	10,2	11,2
1990	12,0	12,4	12,3	11,4	10,1	10,3	13,4	15,1	10,0	12,9
1991	11,7	12,6	12,5	10,4	10,0	10,2	13,3	15,0	9,9	12,9
1992	11,5	12,4	13,1	10,0	10,1	10,2	13,0	14,4	10,0	13,1
1993	11,2	12,0	13,0	9,8	9,8	9,9	12,3	13,8	9,6	13,4
1994	10,9	11,5	13,4	9,5	10,0	9,5	12,3	13,5	9,3	13,5
1995	10,8	11,4	13,3	9,4	9,7	9,3	12,6	13,5	9,2	13,2
1996	10,8	11,4	12,9	9,7	9,6	9,2	12,7	14,0	9,2	13,7
1997	10,8	11,4	12,8	9,9	9,7	9,4	12,5	14,3	9,2	13,1
1998	10,7	11,2	12,5	9,6	9,6	9,2	12,7	14,4	9,0	12,6
1999	10,6	11,1	12,4	9,4	9,5	9,5	12,7	14,2	9,1	12,9
2000	10,7	11,3	12,6	9,2	9,6	9,8	13,1	14,3	9,4	13,1

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.2.3. Taux brut de mortalité

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	10,7	12,5	9,5	12,0	7,3	8,6	11,4	11,5	9,6	11,8
1965	10,7	12,2	10,1	11,9	7,9	8,3	11,2	11,5	9,9	12,2
1970	10,8	12,3	9,8	12,6	8,4	8,3	10,7	11,4	9,7	12,2
1975	10,9	12,2	10,1	12,6	8,9	8,4	10,6	10,4	10,0	12,2
1980	10,5	11,5	10,9	12,2	9,1	7,7	10,2	9,8	9,8	11,3
1985	10,5	11,3	11,4	12,0	9,4	8,1	10,0	9,4	9,7	11,0
1990	10,2	10,4	11,9	11,6	9,3	8,6	9,3	8,9	9,6	9,9
1991	10,2	10,4	11,6	11,4	9,3	8,7	9,2	8,9	9,8	9,7
1992	10,0	10,4	11,8	11,0	9,5	8,5	9,1	8,7	9,6	10,2
1993	10,2	10,7	12,1	11,1	9,4	8,7	9,2	9,0	9,7	9,8
1994	9,9	10,4	11,7	10,9	9,4	8,6	9,0	8,6	9,7	9,4
1995	10,0	10,5	12,1	10,8	9,6	8,8	9,1	8,8	9,7	9,3
1996	10,0	10,4	11,6	10,8	9,6	8,9	9,2	8,7	9,5	9,4
1997	9,9	10,2	11,3	10,5	9,6	9,1	9,1	8,6	9,6	9,4
1998	9,8	10,2	11,0	10,3	9,5	8,9	9,2	8,5	9,9	9,0
1999	9,9	10,3	11,1	11,1	9,8	9,4	9,2	8,4	9,9	8,8
2000	9,7	10,3	10,9	10,9	9,8	9,1	9,1	8,2	9,7	8,6

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1. Population et contexte socio-économique

(naissances vivantes par millier d'habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
20,8	17,9	24,1	18,5	13,7	17,5	28,0	17,3	17,7	<b>1960</b>
19,9	17,9	23,4	17,1	15,9	18,3	24,6	17,8	19,1	<b>1965</b>
18,3	15,0	20,8	14,0	13,7	16,2	19,7	16,7	16,1	<b>1970</b>
13,0	12,4	19,8	13,9	12,6	12,4	20,1	14,1	12,4	<b>1975</b>
12,8	12,0	16,2	13,2	11,7	13,4	19,8	12,5	11,7	<b>1980</b>
12,3	11,5	13,0	12,8	11,8	13,2	16,0	12,3	11,5	<b>1985</b>
13,2	11,7	11,8	13,1	14,5	13,9	18,7	14,4	12,5	<b>1990</b>
13,2	12,1	11,8	13,0	14,4	13,7	17,6	14,3	12,7	<b>1991</b>
13,0	12,0	11,7	13,2	14,2	13,5	17,7	14,0	12,6	<b>1992</b>
12,8	11,9	11,5	12,8	13,5	13,1	17,5	13,8	12,1	<b>1993</b>
12,7	11,5	11,0	12,8	12,8	12,9	16,7	13,9	11,9	<b>1994</b>
12,3	11,0	10,8	12,3	11,7	12,5	16,0	13,8	11,7	<b>1995</b>
12,2	11,0	11,1	11,8	10,8	12,5	16,1	13,9	11,7	<b>1996</b>
12,3	10,4	11,4	11,5	10,2	12,3	15,3	13,6	11,4	<b>1997</b>
12,7	10,1	11,4	11,1	10,1	12,1	15,2	13,2	11,0	<b>1998</b>
12,7	9,7	11,5	11,2	10,0	11,8	14,8	13,3	11,0	<b>1999</b>
13,0	9,6	12,0	11,0	10,2	11,4	15,3	13,2	10,9	<b>2000</b>

(nombre de décès par millier d'habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
7,6	12,7	10,7	9,0	10,0	11,5	6,6	9,1	9,8	<b>1960</b>
8,0	13,0	10,6	9,7	10,1	11,6	6,7	9,4	9,5	<b>1965</b>
8,4	13,2	10,7	9,6	9,9	11,8	7,1	10,0	9,2	<b>1970</b>
8,3	12,7	10,8	9,3	10,8	11,8	6,5	10,0	8,8	<b>1975</b>
8,1	12,2	9,7	9,3	11,0	11,7	6,7	10,1	9,4	<b>1980</b>
8,5	11,8	9,7	9,8	11,3	11,8	6,8	10,7	9,2	<b>1985</b>
8,6	10,7	10,4	10,0	11,1	11,1	6,7	10,9	9,5	<b>1990</b>
8,6	10,7	10,6	9,8	11,0	11,2	7,0	10,5	9,2	<b>1991</b>
8,6	10,5	10,3	9,9	10,9	10,9	6,6	10,4	9,1	<b>1992</b>
9,0	10,3	10,8	10,1	11,1	11,3	6,6	10,8	9,0	<b>1993</b>
8,7	10,0	10,1	9,4	10,5	10,7	6,5	10,2	8,9	<b>1994</b>
8,8	10,1	10,5	9,6	10,6	11,0	7,2	10,4	9,0	<b>1995</b>
8,9	10,0	10,8	9,6	10,6	10,8	7,0	10,0	8,9	<b>1996</b>
8,7	9,8	10,6	9,6	10,5	10,7	6,8	10,1	8,9	<b>1997</b>
8,8	9,7	10,8	9,7	10,5	10,4	6,7	9,9	8,9	<b>1998</b>
8,9	9,7	10,8	9,6	10,7	10,6	6,9	10,1	8,7	<b>1999</b>
8,8	9,5	10,6	9,5	10,5	10,2	6,5	9,8	8,7	<b>2000</b>

## 1.2.4. Migration nette

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Chiffres nets</b>										
<b>1960</b>	- 117	4	3	174	- 31	- 142	140	- 42	- 94	1
<b>1965</b>	40	26	1	323	- 40	- 70	110	- 22	- 158	2
<b>1970</b>	:	4	12	560	- 46	- 28	180	- 3	- 47	1
<b>1975</b>	283	24	- 9	- 211	59	14	14	17	10	4
<b>1980</b>	575	- 3	0	303	50	112	44	- 1	- 7	1
<b>1985</b>	299	0	10	56	6	- 8	39	- 26	82	1
<b>1990</b>	1 104	20	8	628	55	1	80	- 23	133	4
<b>1991</b>	1 135	14	11	601	153	23	90	- 2	33	4
<b>1992</b>	1 203	25	12	788	49	20	90	2	64	4
<b>1993</b>	900	19	11	471	56	25	70	- 6	59	4
<b>1994</b>	726	18	10	330	27	27	50	- 10	45	4
<b>1995</b>	:	13	29	431	30	:	45	:	51	5
<b>1996</b>	:	13	17	304	19	:	35	:	120	4
<b>1997</b>	:	6	12	95	21	:	40	20	:	4
<b>1998</b>	:	7	19	47	23	:	40	22	:	4
<b>Taux de migration nette</b>										
<b>1960</b>	:	0,5	0,7	2,4	- 3,7	- 4,6	3,1	- 14,8	- 1,9	1,7
<b>1965</b>	:	2,8	0,1	4,2	- 4,7	- 2,2	2,3	- 7,5	- 3,0	5,3
<b>1970</b>	:	0,4	2,4	7,2	- 5,3	- 0,8	3,5	- 1,2	- 0,9	3,1
<b>1975</b>	:	2,4	- 1,7	- 2,7	6,5	0,4	0,3	5,4	0,2	9,7
<b>1980</b>	:	- 0,3	0,1	3,9	5,2	3,0	0,8	- 0,2	- 0,1	3,7
<b>1985</b>	:	0,0	1,9	0,7	0,6	- 0,2	0,7	- 7,3	1,5	2,2
<b>1990</b>	:	2,0	1,6	7,9	5,4	0,0	1,4	- 6,5	2,4	10,3
<b>1991</b>	:	1,4	2,1	7,5	14,9	0,6	1,6	- 0,6	0,6	10,8
<b>1992</b>	:	2,5	2,2	9,8	4,7	0,5	1,6	0,6	1,1	10,8
<b>1993</b>	:	1,9	2,1	5,8	5,4	0,6	1,2	- 1,7	1,0	10,7
<b>1994</b>	:	1,8	2,0	4,0	2,6	0,7	0,9	- 2,8	0,8	9,9
<b>1995</b>	:	1,3	5,5	5,3	2,9	:	0,8	:	0,9	11,3
<b>1996</b>	:	1,3	3,3	3,7	1,8	:	0,6	:	2,1	8,8
<b>1997</b>	:	0,6	2,2	1,2	2,0	:	0,7	5,5	:	9,1
<b>1998</b>	:	0,7	3,5	0,6	2,1	:	0,7	5,9	:	10,2

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).



## 1. Population et contexte socio-économique

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
(en milliers)									
-13	-2	-226	-9	9	111	0	-5	22	<b>1960</b>
19	11	-129	-21	33	-44	0	-2	-2	<b>1965</b>
34	10	:	-36	49	-15	-2	-1	-18	<b>1970</b>
72	-25	347	-4	16	-45	0	5	-58	<b>1975</b>
53	9	42	-1	10	-37	-1	4	17	<b>1980</b>
24	7	23	3	11	72	-1	6	14	<b>1985</b>
60	123	-33	7	35	6	-1	2	57	<b>1990</b>
63	59	-25	13	25	73	1	8	69	<b>1991</b>
58	37	-10	9	20	36	0	10	41	<b>1992</b>
60	40	15	8	32	35	0	13	40	<b>1993</b>
37	13	10	3	51	111	-1	7	31	<b>1994</b>
33	:	5	3	12	109	-1	6	15	<b>1995</b>
43	:	10	3	6	93	-1	6	-1	<b>1996</b>
:	3	15	4	6	92	0	11	-7	<b>1997</b>
41	5	15	3	11	:	1	14	1	<b>1998</b>
(pour 1 000 habitants)									
-1,1	-0,3	-25,5	-2,1	1,2	2,1	0,0	-1,4	4,2	<b>1960</b>
1,5	1,4	-14,3	-4,6	4,2	-0,8	-0,8	-0,5	-0,3	<b>1965</b>
2,6	1,4	:	-7,9	6,1	-0,3	-8,7	-0,3	-2,9	<b>1970</b>
5,3	-3,2	38,2	-0,8	2,0	-0,8	-1,9	1,2	-9,1	<b>1975</b>
3,7	1,2	4,3	-0,3	1,1	-0,7	-2,7	1,0	2,7	<b>1980</b>
1,7	1,0	2,3	0,6	1,3	1,3	-2,5	1,5	2,1	<b>1985</b>
4,0	15,9	-3,3	1,4	4,1	0,1	-3,9	0,4	8,4	<b>1990</b>
4,2	7,5	-2,5	2,6	2,9	1,3	3,9	1,9	10,1	<b>1991</b>
3,8	4,6	-1,0	1,7	2,3	0,6	-1,0	2,3	5,9	<b>1992</b>
3,9	5,0	1,5	1,7	3,7	0,6	-0,7	3,0	5,7	<b>1993</b>
2,4	1,6	1,0	0,6	5,8	1,9	-3,0	1,7	4,4	<b>1994</b>
2,1	:	0,5	0,6	1,3	1,9	-5,1	1,5	2,1	<b>1995</b>
2,8	:	1,0	0,5	0,7	1,6	-1,9	1,3	-0,2	<b>1996</b>
:	0,4	1,5	0,7	0,7	1,6	0,7	2,4	-1,0	<b>1997</b>
2,6	0,6	1,5	0,7	1,2	:	3,6	3,1	0,1	<b>1998</b>

## 1.2.5. Composantes de l'évolution démographique, 1990-2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1990 Population (1)</b>	<b>363 763,4</b>	<b>9 947,8</b>	<b>5 135,4</b>	<b>79 112,8</b>	<b>10 120,9</b>	<b>38 826,3</b>	<b>56 577,0</b>	<b>3 507,0</b>	<b>56 694,4</b>	<b>379,3</b>
Naissances vivantes	4 379,1	123,8	63,4	905,7	102,2	401,4	762,4	53,0	569,3	4,9
Décès	3 720,8	104,1	60,9	921,4	94,2	333,1	526,2	31,4	543,7	3,8
Accroissement naturel	658,3	19,6	2,5	-15,8	8,1	68,3	236,2	21,7	25,5	1,2
Solde migratoire (2)	1 012,8	19,5	8,6	656,2	71,1	-20,0	80,0	-7,7	24,2	3,9
Accroissement total de la population	1 671,2	39,2	11,1	640,4	79,2	48,3	316,2	14,0	49,8	5,1
<b>1991 Population (1)</b>	<b>365 382,0</b>	<b>9 987,0</b>	<b>5 146,5</b>	<b>79 753,2</b>	<b>10 200,1</b>	<b>38 874,6</b>	<b>56 840,7</b>	<b>3 521,0</b>	<b>56 744,1</b>	<b>384,4</b>
Naissances vivantes	4 289,8	125,9	64,4	830,0	102,6	396,0	759,1	52,7	562,8	5,0
Décès	3 730,2	104,1	59,6	911,2	95,5	337,7	524,7	31,3	553,8	3,7
Accroissement naturel	559,6	21,8	4,8	-81,2	7,1	58,3	234,4	21,4	-9,1	1,2
Solde migratoire (2)	1 023,9	13,2	10,9	602,6	87,2	32,2	35,5	5,1	4,2	4,2
Accroissement total de la population	1 583,5	35,0	15,7	521,3	94,4	90,5	269,9	26,5	13,1	5,4
<b>1992 Population (1)</b>	<b>366 965,5</b>	<b>10 022,0</b>	<b>5 162,1</b>	<b>80 274,6</b>	<b>10 294,5</b>	<b>38 965,1</b>	<b>57 110,5</b>	<b>3 547,5</b>	<b>56 757,2</b>	<b>389,8</b>
Naissances vivantes	4 247,8	124,8	67,7	809,1	104,1	396,7	743,7	51,1	567,8	5,1
Décès	3 676,4	104,2	60,8	885,4	98,2	331,5	521,5	30,9	546,7	4,0
Accroissement naturel	571,4	20,6	6,9	-76,3	5,9	65,2	222,1	20,2	21,2	1,1
Solde migratoire (2)	1 302,7	25,7	11,6	776,4	48,9	26,3	36,5	1,7	181,9	4,3
Accroissement total de la population	1 874,1	46,3	18,5	700,1	54,7	91,5	258,6	21,9	203,1	5,4
<b>1993 Population (1)</b>	<b>368 839,7</b>	<b>10 068,3</b>	<b>5 180,6</b>	<b>80 974,6</b>	<b>10 349,2</b>	<b>39 056,6</b>	<b>57 369,2</b>	<b>3 569,4</b>	<b>56 960,3</b>	<b>395,2</b>
Naissances vivantes	4 139,5	120,8	67,4	798,4	101,8	385,8	711,6	49,3	549,5	5,4
Décès	3 758,6	108,2	62,8	897,3	97,4	339,7	532,3	32,1	552,4	3,9
Accroissement naturel	381,0	12,7	4,6	-98,8	4,4	46,1	179,3	17,2	-2,9	1,4
Solde migratoire (2)	1 012,2	19,6	11,5	462,3	56,0	32,9	16,5	-3,4	181,1	4,3
Accroissement total de la population	1 393,2	32,3	16,0	363,5	60,4	79,0	195,8	13,8	178,2	5,7
<b>1994 Population (1)</b>	<b>370 232,8</b>	<b>10 100,6</b>	<b>5 196,6</b>	<b>81 338,1</b>	<b>10 409,6</b>	<b>39 135,6</b>	<b>57 565,0</b>	<b>3 583,2</b>	<b>57 138,5</b>	<b>400,9</b>
Naissances vivantes	4 052,9	116,4	69,7	769,6	103,8	370,1	711,0	48,3	533,1	5,5
Décès	3 679,0	104,9	61,1	884,7	97,8	338,2	520,0	30,9	556,3	3,8
Accroissement naturel	373,9	11,6	8,6	-115,1	6,0	31,9	191,0	17,3	-23,3	1,7
Solde migratoire (2)	734,7	18,4	10,5	315,6	27,3	29,3	-3,5	-2,8	153,4	4,0
Accroissement total de la population	1 108,5	29,9	19,1	200,5	33,3	61,2	187,5	14,5	130,1	5,7
<b>1995 Population (1)</b>	<b>371 442,0</b>	<b>10 130,6</b>	<b>5 215,7</b>	<b>81 538,6</b>	<b>10 442,9</b>	<b>39 196,8</b>	<b>57 752,5</b>	<b>3 597,6</b>	<b>57 268,6</b>	<b>406,6</b>
Naissances vivantes	4 009,9	115,6	69,8	765,2	101,5	363,5	729,6	48,8	525,6	5,4
Décès	3 733,9	105,9	63,1	884,6	100,2	346,2	531,6	32,3	556,7	3,8
Accroissement naturel	276,0	9,7	6,6	-119,4	1,3	17,2	198,0	16,5	-31,1	1,6
Solde migratoire (2)	737,6	2,8	28,7	398,3	20,9	35,1	-14,6	5,9	95,5	4,6
Accroissement total de la population	1 013,6	12,5	35,3	278,9	22,2	52,3	183,4	22,4	64,4	6,2
<b>1996 Population (1)</b>	<b>372 475,6</b>	<b>10 143,0</b>	<b>5 251,0</b>	<b>81 817,5</b>	<b>10 465,1</b>	<b>39 249,1</b>	<b>57 936,0</b>	<b>3 620,1</b>	<b>57 333,0</b>	<b>412,8</b>
Naissances vivantes	4 040,1	116,2	67,6	796,0	100,7	362,6	734,3	50,7	528,1	5,7
Décès	3 732,3	105,3	61,0	882,8	100,7	351,4	535,8	31,7	554,6	3,9
Accroissement naturel	307,8	10,9	6,6	-86,8	0,0	11,2	198,6	18,9	-26,5	1,8
Solde migratoire (2)	688,2	16,3	17,5	281,5	21,6	48,2	-18,5	13,2	154,5	3,7
Accroissement total de la population	996,0	27,2	24,1	194,7	21,5	59,4	180,1	32,1	128,0	5,5
<b>1997 Population (1)</b>	<b>373 486,6</b>	<b>10 170,2</b>	<b>5 275,1</b>	<b>82 012,2</b>	<b>10 486,6</b>	<b>39 308,5</b>	<b>58 116,0</b>	<b>3 652,2</b>	<b>57 461,0</b>	<b>418,3</b>
Naissances vivantes	4 046,4	115,9	67,6	812,2	102,0	369,0	726,8	52,3	528,9	5,5
Décès	3 684,9	103,9	59,9	860,4	99,7	349,5	530,3	31,6	553,1	3,9
Accroissement naturel	361,5	12,0	7,7	-48,2	2,3	19,5	196,4	20,7	-24,2	1,6
Solde migratoire (2)	482,0	10,0	12,0	93,4	22,1	59,5	-13,5 p	21,1	126,6	3,8
Accroissement total de la population	843,5	22,0	19,7	45,2	24,4	79,0	182,9	41,8	102,4	5,4
<b>1998 Population (1)</b>	<b>374 345,1</b>	<b>10 192,3</b>	<b>5 294,9</b>	<b>82 057,4</b>	<b>10 511,0</b>	<b>39 387,5</b>	<b>58 299,0</b>	<b>3 694,0</b>	<b>57 563,4</b>	<b>423,7</b>
Naissances vivantes	4 000,2	114,3	66,2	785,0	100,9	361,9	740,3	53,6	515,4	5,4
Décès	3 715,2	104,6	58,4	852,4	102,7	357,9	540,4	31,4	569,4	3,9
Accroissement naturel	285,0	9,7	7,7	-67,3	-1,8	4,0	199,9	22,2	-54,0	1,5
Solde migratoire (2)	515,4	11,8	11,0	47,0	12,5	127,7	-2,2 p	18,7	103,2	4,0
Accroissement total de la population	800,4	21,5	18,7	-20,4	10,7	131,7	197,7	40,9	49,3	5,5
<b>1999 Population (1)</b>	<b>375 276,8</b>	<b>10 213,8</b>	<b>5 313,6</b>	<b>82 037,0</b>	<b>10 521,7</b>	<b>39 519,2</b>	<b>58 496,6</b>	<b>3 734,9</b>	<b>57 612,6</b>	<b>429,2</b>
Naissances vivantes	3 996,6	113,5 (*)	66,2 (*)	770,7 (*)	100,6 (*)	377,8 (*)	744,8 (*)	53,4 (*)	523,5 (*)	5,6 (*)
Décès	3 735,2	104,9 (*)	59,2 (*)	846,3 (*)	103,3 (*)	370,4 (*)	541,6 (*)	31,7 (*)	570,9 (*)	3,8 (*)
Accroissement naturel	261,4	8,6 (*)	7,1 (*)	-75,6 (*)	-2,7 (*)	7,4 (*)	203,2 (*)	21,7 (*)	-47,5	1,8 (*)
Solde migratoire (2)	897,4	16,8 (*)	9,4 (*)	202,1 (*)	23,8 (*)	206,4 (*)	44,3 (*)	20,0 (*)	114,7 (*)	4,7 (*)
Accroissement total de la population	1 158,7	25,3 (*)	16,4 (*)	126,5 (*)	21,1 (*)	213,8 (*)	247,5 (*)	41,7 (*)	67,3 (*)	6,5 (*)
<b>2000 Population (1)</b>	<b>376 481,8</b>	<b>10 239,1</b>	<b>5 330,0</b>	<b>82 163,5</b>	<b>10 554,4</b>	<b>39 733,0</b>	<b>58 748,7</b>	<b>3 776,6</b>	<b>57 679,9</b>	<b>435,7</b>
Naissances vivantes	:	:	67,1	754,1	101,0 (*)	395,8 (*)	778,9	54,2 (*)	543,0 (*)	5,7 (*)
Décès	3 662,6 (*)	104,9	58,0	830,3	103,0 (*)	359,1 (*)	538,3	31,1 (*)	560,2 (*)	3,8 (*)
Accroissement naturel	:	:	9,1	-76,2	-2,0	36,6 (*)	240,6	23,1 (*)	-17,2	2,0 (*)
Solde migratoire (2)	:	:	10,1 (*)	105,3 (*)	23,9 (*)	352,1	55,0 (*)	26,5 (*)	181,3 (*)	3,6 (*)
Accroissement total de la population	1 444,5 (*)	24,3 (*)	19,2 (*)	29,1 (*)	21,9 (*)	388,7	295,6 (*)	49,6 (*)	164,1 (*)	5,6 (*)
<b>2001 Population (1)</b>	<b>377 987,8</b>	<b>10 263,4</b>	<b>5 349,2</b>	<b>82 259,5</b>	<b>10 564,7</b>	<b>40 121,7</b>	<b>59 037,2</b>	<b>3 826,2</b>	<b>57 844,0</b>	<b>441,3</b>

(\*) Estimations.

(1) Au 1<sup>er</sup> janvier.

(2) Y compris les corrections.

NB: Chiffres provisoires en italiques.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

# 1. Population et contexte socio-économique

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>14 892,6</b>	<b>7 689,5</b>	<b>9 919,7</b>	<b>4 974,4</b>	<b>8 527,0</b>	<b>57 459,3</b>	<b>253,8</b>	<b>4 233,1</b>	<b>6 673,9</b>	<b>1990 Population (1)</b>
198,0	90,5	116,4	65,5	123,9	798,6	4,8	60,9	83,9	Naissances vivantes
128,8	83,0	103,1	50,1	95,2	641,8	1,7	46,0	63,7	Décès
69,1	7,5	13,3	15,5	28,8	156,8	3,1	14,9	20,2	Accroissement naturel
48,7	71,9	-55,5	8,6	34,8	68,4	-1,0	1,8	56,6	Solde migratoire (2)
117,9	79,4	-42,2	24,1	63,6	225,2	2,1	16,7	76,8	Accroissement total de la population
<b>15 010,4</b>	<b>7 768,9</b>	<b>9 877,5</b>	<b>4 998,5</b>	<b>8 590,6</b>	<b>57 684,5</b>	<b>255,9</b>	<b>4 249,8</b>	<b>6 750,7</b>	<b>1991 Population (1)</b>
198,7	94,6	116,4	65,4	123,7	792,5	4,5	60,8	86,2	Naissances vivantes
130,0	83,4	104,4	49,3	95,2	646,2	1,8	44,9	62,6	Décès
68,7	11,2	12,1	16,1	28,5	146,3	2,7	15,9	23,6	Accroissement naturel
50,0	87,7	-24,6	14,4	25,0	76,4	1,1	7,9	68,5	Solde migratoire (2)
118,7	98,9	-12,6	30,5	53,5	222,7	3,9	23,8	92,1	Accroissement total de la population
<b>15 129,2</b>	<b>7 867,8</b>	<b>9 864,9</b>	<b>5 029,0</b>	<b>8 644,1</b>	<b>57 907,3</b>	<b>259,7</b>	<b>4 273,6</b>	<b>6 842,8</b>	<b>1992 Population (1)</b>
196,7	95,3	115,0	66,7	122,8	781,0	4,6	60,1	86,9	Naissances vivantes
129,9	83,2	101,2	49,8	94,7	634,2	1,7	44,7	62,3	Décès
66,8	12,1	13,9	16,9	28,1	146,8	2,9	15,4	24,6	Accroissement naturel
43,2	82,1	-9,6	9,1	19,8	44,9	0,2	10,2	40,6	Solde migratoire (2)
110,0	94,2	4,3	26,0	47,9	191,7	2,7	25,5	65,2	Accroissement total de la population
<b>15 239,2</b>	<b>7 962,0</b>	<b>9 869,2</b>	<b>5 055,0</b>	<b>8 692,0</b>	<b>58 098,9</b>	<b>262,4</b>	<b>4 299,2</b>	<b>6 908,0</b>	<b>1993 Population (1)</b>
195,7	95,2	114,0	64,8	118,0	761,7	4,6	59,7	83,8	Naissances vivantes
137,8	82,5	106,4	51,0	97,0	657,9	1,8	46,6	62,5	Décès
58,0	12,7	7,6	13,8	21,0	103,9	2,9	13,1	21,3	Accroissement naturel
44,4	40,3	15,3	9,1	32,1	90,1	0,2	12,6	39,4	Solde migratoire (2)
102,4	53,0	23,0	22,9	53,1	194,0	2,7	25,6	60,6	Accroissement total de la population
<b>15 341,6</b>	<b>8 015,0</b>	<b>9 892,2</b>	<b>5 077,9</b>	<b>8 745,1</b>	<b>58 292,9</b>	<b>265,1</b>	<b>4 324,8</b>	<b>6 968,6</b>	<b>1994 Population (1)</b>
195,6	92,4	109,3	65,2	112,3	750,7	4,4	60,1	83,0	Naissances vivantes
133,5	80,7	99,6	48,0	91,8	627,6	1,7	44,1	62,0	Décès
62,1	11,7	9,7	17,2	20,4	123,0	2,7	16,0	21,0	Accroissement naturel
20,4	13,1	10,3	3,6	50,9	84,2	0,8	7,6	29,5	Solde migratoire (2)
82,6	24,8	20,0	20,8	71,3	207,3	1,9	23,6	50,4	Accroissement total de la population
<b>15 424,1</b>	<b>8 039,9</b>	<b>10 012,8</b>	<b>5 098,8</b>	<b>8 816,4</b>	<b>58 500,2</b>	<b>267,0</b>	<b>4 348,4</b>	<b>7 019,0</b>	<b>1995 Population (1)</b>
190,5	88,7	107,2	63,1	103,4	732,0	4,3	60,3	82,2	Naissances vivantes
135,7	81,2	103,9	49,3	94,0	645,5	1,9	45,2	63,4	Décès
54,8	7,5	3,2	13,8	9,5	86,6	2,4	15,1	18,8	Accroissement naturel
14,9	7,4	5,4	4,3	11,6	116,9	-1,4	6,4	24,5	Solde migratoire (2)
69,8	14,9	8,6	18,1	21,1	203,4	1,0	21,5	43,3	Accroissement total de la population
<b>15 493,9</b>	<b>8 054,8</b>	<b>10 041,4</b>	<b>5 116,8</b>	<b>8 837,5</b>	<b>58 703,6</b>	<b>268,0</b>	<b>4 370,0</b>	<b>7 062,4</b>	<b>1996 Population (1)</b>
189,5	88,8	110,4	60,7	95,3	733,4	4,3	60,9	83,0	Naissances vivantes
137,6	80,8	107,3	49,2	94,1	636,0	1,9	43,9	62,6	Décès
52,0	8,0	3,1	11,6	1,2	97,4	2,5	17,1	20,4	Accroissement naturel
21,3	5,0	10,2	3,9	5,8	104,1	0,5	5,7	-1,4	Solde migratoire (2)
73,2	13,0	13,4	15,5	7,0	201,4	1,9	22,8	19,0	Accroissement total de la population
<b>15 567,1</b>	<b>8 067,8</b>	<b>10 069,8</b>	<b>5 132,3</b>	<b>8 844,5</b>	<b>58 905,1</b>	<b>269,9</b>	<b>4 392,7</b>	<b>7 081,3</b>	<b>1997 Population (1)</b>
192,4	84,0	113,0	59,3	90,5	726,8	4,2	59,8	80,6	Naissances vivantes
135,8	79,4	105,2	49,1	93,3	629,7	1,8	44,6	62,8	Décès
56,7	4,6	7,9	10,2	-2,8	97,1	2,3	15,2	17,7	Accroissement naturel
30,4	3,0	15,3	4,8	6,0	87,5	0,2	9,7	-2,6	Solde migratoire (2)
87,1	7,6	23,2	15,0	3,1	184,5	2,5	24,9	15,1	Accroissement total de la population
<b>15 654,2</b>	<b>8 075,4</b>	<b>10 107,9</b>	<b>5 147,3</b>	<b>8 847,6</b>	<b>59 089,6</b>	<b>272,4</b>	<b>4 417,6</b>	<b>7 096,5</b>	<b>1998 Population (1)</b>
199,4	81,2	113,5	57,1	89,0	716,9	4,2	58,4	78,4	Naissances vivantes
137,5	78,3	106,6	49,3	93,3	629,2	1,8	44,0	62,6	Décès
61,9	2,9	6,9	7,8	-4,2	87,7	2,4	14,4	15,8	Accroissement naturel
44,1	4,5	15,2	4,5	10,9	102,5 (*)	1,0	13,4	11,3	Solde migratoire (2)
106,0	7,4	22,2	12,3	6,7	190,2 (*)	3,3	27,7	27,1	Accroissement total de la population
<b>15 760,2</b>	<b>8 082,8</b>	<b>10 150,1</b>	<b>5 159,6</b>	<b>8 854,3</b>	<b>59 391,1</b>	<b>275,7</b>	<b>4 445,3</b>	<b>7 123,5</b>	<b>1999 Population (1)</b>
200,4 (*)	78,1 (*)	116,0 (*)	57,6 (*)	88,2 (*)	700,2 (*)	4,1 (*)	59,3 (*)	78,4 (*)	Naissances vivantes
140,5 (*)	78,2 (*)	108,3 (*)	49,3 (*)	94,7 (*)	632,1 (*)	1,9 (*)	45,2 (*)	62,5 (*)	Décès
60,0 (*)	-0,1	7,8 (*)	8,2 (*)	-6,6 (*)	68,1 (*)	2,2 (*)	14,1 (*)	15,9 (*)	Accroissement naturel
43,8 (*)	19,8 (*)	10,4 (*)	3,4 (*)	13,7 (*)	164,1 (*)	1,1 (*)	19,0 (*)	25,0 (*)	Solde migratoire (2)
103,7 (*)	19,7 (*)	18,1 (*)	11,7 (*)	7,1 (*)	232,3 (*)	3,3 (*)	33,2 (*)	40,9 (*)	Accroissement total de la population
<b>15 864,0</b>	<b>8 102,6</b>	<b>10 198,2</b>	<b>5 171,3</b>	<b>8 861,4</b>	<b>59 623,4</b>	<b>279,0</b>	<b>4 478,5</b>	<b>7 164,4</b>	<b>2000 Population (1)</b>
206,6	78,3 (*)	120,0	56,7 (*)	90,4 (*)	679,3 (*)	4,3 (*)	59,2 (*)	78,5 (*)	Naissances vivantes
140,5	76,8 (*)	105,4	49,3 (*)	93,5 (*)	608,4 (*)	1,9 (*)	44,0 (*)	62,5 (*)	Décès
66,1	1,5 (*)	14,6	7,4 (*)	-3,0 (*)	70,9 (*)	2,4 (*)	15,2 (*)	15,9 (*)	Accroissement naturel
57,0 (*)	17,3 (*)	50,0 (*)	2,4 (*)	24,4 (*)	140,0 (*)	1,9 (*)	9,7 (*)	23,7 (*)	Solde migratoire (2)
123,1 (*)	18,8 (*)	64,6 (*)	9,8 (*)	21,4 (*)	208,7 (*)	4,3 (*)	24,9 (*)	39,6 (*)	Accroissement total de la population
<b>15 987,1</b>	<b>8 121,3</b>	<b>10 262,9</b>	<b>5 181,1</b>	<b>8 882,8</b>	<b>59 862,8</b>	<b>283,4</b>	<b>4 503,4</b>	<b>7 204,1</b>	<b>2001 Population (1)</b>

## 1.3.1. Espérance de vie à la naissance, hommes et femmes, 1950-2000

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Hommes	:	62,0	:	64,6	63,4	59,8	62,9	64,5	63,7	:
	Femmes	:	67,3	:	68,5	68,5	64,3	68,5	67,1	67,2	:
1960	Hommes	67,4	67,7	70,4	:	67,3	67,4	66,9	68,1	67,2	66,5
	Femmes	72,9	73,5	74,4	:	72,4	72,2	73,6	71,9	72,3	72,2
1970	Hommes	68,4	67,8	70,7	:	70,1	69,2	68,4	68,8	69,0	67,1
	Femmes	74,7	74,2	75,9	:	73,8	74,8	75,9	73,5	74,9	73,4
1980	Hommes	70,5	70,0	71,2	69,6	72,2	72,5	70,2	70,1	70,6	69,1
	Femmes	77,2	76,8	77,3	76,1	76,8	78,6	78,4	75,6	77,4	75,9
1990	Hommes	72,8	72,7	72,0	72,0	74,6	73,3	72,7	72,1	73,6	72,3
	Femmes	79,4	79,4	77,7	78,4	79,5	80,4	80,9	77,6	80,1	78,5
1995	Hommes	73,9	73,4	72,7	73,3	75,0	74,3	73,9	72,9	74,9	73,0
	Femmes	80,4	80,2	77,8	79,7	80,3	81,5	81,9	78,4	81,3	80,2
1996	Hommes	74,2	73,8	73,1	73,6	75,1	74,4	74,1	73,1	75,3	73,3
	Femmes	80,6	80,5	78,2	79,9	80,4	81,7	82,0	78,7	81,4	79,9
1997	Hommes	74,6	74,1	73,6	74,0	75,6	75,0	74,6	73,4	74,9	74,1
	Femmes	80,9	80,6	78,4	80,3	80,8	81,9	82,2	78,6	81,3	79,8
1998	Hommes	74,6	74,3	73,9	74,5	75,5	75,1	74,8	73,5	75,5	73,7
	Femmes	80,9	80,5	78,8	80,6	80,6	82,1	82,4	79,1	81,8	80,5
1999	Hommes	74,9	74,4	74,2	74,7	75,5	75,1	75,0	73,9	75,6	74,6
	Femmes	81,1	80,8	79,0	80,7	80,6	82,1	82,5	79,1	82,3	81,1
2000	Hommes	75,3	74,6	74,5	:	:	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9
	Femmes	81,4	80,8	79,3	:	:	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.3.2. Espérance de vie à 55 ans, hommes et femmes, 1960-2000

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1960	Hommes	19,7	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Femmes	23,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1970	Hommes	19,8	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Femmes	24,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	Hommes	20,7	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	Femmes	25,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	Hommes	22,1	21,8	21,2	21,2	23,5	23,1	22,8	20,7	22,6	21,7
	Femmes	26,9	27,1	25,6	26,0	26,8	27,9	28,6	25,1	27,4	26,6
1995	Hommes	22,9	22,5	21,5	22,1	23,9	23,7	23,6	21,3	23,6	22,0
	Femmes	27,8	27,7	25,4	27,1	27,4	28,8	29,3	25,7	28,4	27,8
1996	Hommes	23,0	22,7	21,8	22,4	24,0	23,7	23,6	21,6	23,8	22,0
	Femmes	27,9	27,9	25,8	27,2	27,5	28,9	29,4	25,8	28,6	27,7
1997	Hommes	23,4	23,0	22,2	22,7	24,4	23,9	23,9	21,8	:	22,6
	Femmes	28,1	28,0	25,9	27,5	27,8	29,0	29,6	25,9	:	27,4
1998	Hommes	:	23,0	22,4	23,0	24,3	23,9	24,0	22,0	:	22,6
	Femmes	:	28,0	26,1	27,7	27,7	29,1	29,7	26,2	:	27,8
1999	Hommes	:	23,1	22,6	23,2	24,2	23,9	24,1	22,1	:	23,2
	Femmes	:	28,1	26,2	27,8	27,6	29,0	29,7	26,2	:	28,3
2000	Hommes	:	23,3	22,9	:	:	:	:	22,5	:	23,3
	Femmes	:	28,2	26,5	:	:	:	:	26,3	:	28,3

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1. Population et contexte socio-économique

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	56,4	:	:	66,2	:	:	:	<b>1950 Hommes</b>
:	:	61,6	:	:	71,2	:	:	:	<b>Femmes</b>
71,5	66,2	61,2	65,5	71,2	67,9	71,3	71,6	68,7	<b>1960 Hommes</b>
75,3	72,7	66,8	72,5	74,9	73,7	76,4	76,0	74,5	<b>Femmes</b>
70,7	66,5	64,2	66,5	72,2	68,7	71,2	71,2	70,7	<b>1970 Hommes</b>
76,5	73,4	70,8	75,0	77,1	75,0	77,3	77,5	76,9	<b>Femmes</b>
72,7	69,0	67,7	69,2	72,8	70,2	73,4	72,3	72,8	<b>1980 Hommes</b>
79,3	76,1	75,2	77,6	78,8	76,2	80,1	79,2	79,6	<b>Femmes</b>
73,8	72,4	70,4	70,9	74,8	72,9	75,4	73,4	74,0	<b>1990 Hommes</b>
80,9	78,9	77,4	78,9	80,4	78,5	80,5	79,8	80,7	<b>Femmes</b>
74,6	73,6	71,2	72,8	76,2	74,0	75,9	74,8	75,3	<b>1995 Hommes</b>
80,4	80,1	78,6	80,2	81,4	79,2	80,0	80,8	81,7	<b>Femmes</b>
74,7	73,9	71,1	73,0	76,5	74,3	76,5	75,4	75,9	<b>1996 Hommes</b>
80,3	80,2	78,6	80,5	81,5	79,5	81,2	81,0	82,0	<b>Femmes</b>
75,2	74,3	71,6	73,4	76,7	74,7	76,3	75,5	76,3	<b>1997 Hommes</b>
80,5	80,6	78,8	80,5	81,8	79,6	81,5	81,0	82,1	<b>Femmes</b>
75,2	74,7	71,7	73,5	76,9	74,8	77,7	75,6	76,3	<b>1998 Hommes</b>
80,6	80,9	78,9	80,8	81,9	79,7	81,5	81,3	82,4	<b>Femmes</b>
75,3	75,1	72,2	73,8	77,1	75,0	77,7	75,6	76,8	<b>1999 Hommes</b>
80,5	81,0	79,2	81,0	81,9	79,8	81,5	81,1	82,5	<b>Femmes</b>
75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4	78,0	76,0	76,9	<b>2000 Hommes</b>
80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2	81,4	81,4	82,6	<b>Femmes</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	22,0	:	<b>1960 Hommes</b>
:	:	:	:	:	:	:	24,5	:	<b>Femmes</b>
:	18,6	:	:	:	:	:	21,1	:	<b>1970 Hommes</b>
:	23,0	:	:	:	:	:	25,3	:	<b>Femmes</b>
:	20,0	:	:	:	:	:	21,6	:	<b>1980 Hommes</b>
:	24,5	:	:	:	:	:	26,6	:	<b>Femmes</b>
22,1	21,7	21,3	20,9	23,1	21,5	24,1	22,2	23,0	<b>1990 Hommes</b>
27,5	26,5	25,6	26,4	27,6	26,0	27,8	27,1	28,2	<b>Femmes</b>
22,6	22,6	21,8	22,0	24,0	22,3	24,3	23,0	24,1	<b>1995 Hommes</b>
27,6	27,3	26,3	27,3	28,3	26,5	27,7	27,7	28,9	<b>Femmes</b>
22,6	22,8	21,6	22,2	24,2	22,6	24,1	23,5	24,4	<b>1996 Hommes</b>
27,6	27,4	26,4	27,6	28,4	26,7	28,0	28,0	29,1	<b>Femmes</b>
23,0	23,0	21,9	22,6	24,4	22,9	24,2	23,6	24,6	<b>1997 Hommes</b>
27,8	27,8	26,6	27,7	28,6	26,9	28,3	28,0	29,2	<b>Femmes</b>
23,0	23,3	22,0	22,5	24,5	23,0	24,8	23,7	24,6	<b>1998 Hommes</b>
27,8	28,0	26,6	27,9	28,6	26,9	28,4	28,3	29,4	<b>Femmes</b>
23,2	23,5	22,2	22,7	24,6	23,2	25,1	23,8	24,9	<b>1999 Hommes</b>
27,7	28,1	26,7	28,0	28,6	27,0	28,0	28,1	29,5	<b>Femmes</b>
23,3	24,0	22,5	23,2	24,9	23,6	26,5	24,2	25,1	<b>2000 Hommes</b>
27,8	28,3	27,1	28,1	28,7	27,4	28,0	28,3	29,4	<b>Femmes</b>

## 1.3.3. Espérance de vie à 65 ans, hommes et femmes, 1950-2000

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Hommes	:	12,3	:	:	13,0	11,8	12,3	12,1	12,6	:
	Femmes	:	13,9	:	:	13,7	13,5	14,6	13,3	13,7	:
1960	Hommes	12,7	12,4	13,7	:	13,4	13,1	12,5	12,6	13,4	12,5
	Femmes	15,1	14,8	15,3	:	14,6	15,3	15,6	14,4	15,3	14,5
1970	Hommes	12,6	12,1	13,7	:	13,9	13,3	13,0	12,4	13,3	12,1
	Femmes	15,9	15,3	16,7	:	15,2	16,0	16,8	15,0	16,2	14,9
1980	Hommes	13,4	13,0	13,6	:	14,6	14,8	14,0	12,6	13,3	12,3
	Femmes	17,1	16,9	17,6	:	16,8	17,9	18,2	15,7	17,1	16,0
1990	Hommes	14,6	14,3	14,0	14,0	15,7	15,4	15,6	13,3	15,1	14,2
	Femmes	18,4	18,5	17,8	17,6	18,0	19,1	19,9	16,9	18,8	18,2
1995	Hommes	15,3	14,8	14,1	14,7	16,1	16,0	16,1	13,6	15,8	14,7
	Femmes	19,1	19,1	17,5	18,5	18,4	19,8	20,6	17,3	19,6	19,2
1996	Hommes	15,4	15,0	14,4	14,9	16,1	16,0	16,1	13,9	16,0	14,8
	Femmes	19,2	19,2	17,8	18,6	18,6	19,9	20,6	17,3	19,8	19,2
1997	Hommes	15,6	15,2	14,6	15,2	16,5	16,1	16,3	14,1	:	14,8
	Femmes	19,4	19,4	17,9	18,9	18,9	20,0	20,8	17,5	:	19,0
1998	Hommes	:	15,2	14,8	15,3	16,4	16,1	16,4	14,2	:	15,1
	Femmes	:	19,3	18,1	19,0	18,7	20,1	20,9	17,7	:	19,2
1999	Hommes	:	15,4	14,9	15,5	16,3	16,1	16,5	14,2	:	15,3
	Femmes	:	19,4	18,1	19,2	18,7	20,1	20,9	17,7	:	19,5
2000	Hommes	:	15,5	15,2	:	:	:	:	14,6	:	15,6
	Femmes	:	19,5	18,3	:	:	:	:	17,7	:	19,8

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1.3.4. Espérance de vie à 75 ans, hommes et femmes, 1950-2000

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1950	Hommes	:	7,1	:	:	7,8	6,8	7,0	6,9	7,0	:
	Femmes	:	8,0	:	:	7,7	7,6	8,4	7,6	7,6	:
1960	Hommes	:	7,3	7,9	:	7,7	7,6	7,2	7,1	7,8	7,4
	Femmes	:	8,4	8,7	:	8,2	8,8	8,9	8,1	8,8	8,3
1970	Hommes	:	7,3	8,3	:	7,9	7,9	7,8	7,3	7,9	7,4
	Femmes	:	8,8	9,9	:	8,6	9,2	9,8	8,5	9,3	8,5
1980	Hommes	:	7,6	8,2	:	8,8	8,8	8,2	7,3	7,8	7,2
	Femmes	:	9,8	10,6	:	9,7	10,5	10,7	9,1	9,9	8,8
1990	Hommes	8,7	8,4	8,4	8,2	9,3	9,2	9,3	7,7	9,1	8,7
	Femmes	11,0	11,0	11,0	10,3	10,4	11,2	12,0	10,0	11,1	11,1
1995	Hommes	9,2	8,7	8,4	8,8	9,7	9,6	9,9	7,9	9,6	8,8
	Femmes	11,5	11,5	10,8	11,1	10,7	11,8	12,6	10,3	11,9	11,7
1996	Hommes	9,3	8,8	8,6	8,9	9,8	9,6	9,8	8,0	9,7	8,6
	Femmes	11,6	11,6	11,1	11,1	10,8	11,9	12,6	10,2	12,0	11,6
1997	Hommes	9,5	9,0	8,8	9,2	10,1	9,6	10,0	8,2	:	8,9
	Femmes	11,8	11,7	11,2	11,4	11,1	12,0	12,7	10,4	:	11,6
1998	Hommes	:	9,0	8,9	9,2	9,9	9,6	10,0	8,2	:	8,8
	Femmes	:	11,6	11,4	11,4	10,9	12,0	12,9	10,5	:	11,7
1999	Hommes	:	9,0	8,9	9,3	9,8	9,6	10,1	8,1	:	9,1
	Femmes	:	11,6	11,4	11,5	10,8	11,9	12,8	10,4	:	11,8
2000	Hommes	:	9,1	9,1	:	:	:	:	8,4	:	9,1
	Femmes	:	11,7	11,6	:	:	:	:	10,4	:	12,0

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 1. Population et contexte socio-économique

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	12,3	:	:	11,7	:	:	:	1950	Hommes
:	:	14,4	:	:	14,2	:	:	:		Femmes
14,2	:	13,0	:	13,7	11,9	:	14,5	:	1960	Hommes
15,7	:	15,3	:	15,3	15,1	:	16,1	:		Femmes
13,6	11,7	12,2	:	14,2	12,0	:	13,8	:	1970	Hommes
16,5	14,9	15,0	:	16,8	16,0	:	16,8	:		Femmes
14,0	12,9	12,9	12,5	14,3	12,6	15,6	14,3	:	1980	Hommes
18,5	16,3	16,5	16,5	17,9	16,6	19,0	18,0	:		Femmes
14,4	14,4	13,9	13,7	15,3	14,0	16,2	14,6	15,3	1990	Hommes
18,9	18,0	17,0	17,7	19,0	17,9	19,5	18,5	19,4		Femmes
14,7	15,1	14,3	14,5	16,0	14,6	16,2	15,1	16,1	1995	Hommes
19,0	18,7	17,7	18,6	19,6	18,2	19,0	19,1	20,2		Femmes
14,8	15,3	14,2	14,6	16,1	14,8	16,2	15,5	16,3	1996	Hommes
19,0	18,8	17,7	18,7	19,7	18,3	19,2	19,4	20,3		Femmes
15,0	15,4	14,4	15,0	16,2	15,1	16,3	15,5	16,5	1997	Hommes
19,2	19,1	17,9	18,9	19,9	18,4	19,9	19,4	20,4		Femmes
15,1	15,6	14,3	14,9	16,3	15,2	16,6	15,7	16,6	1998	Hommes
19,2	19,3	17,9	19,1	19,9	18,5	19,7	19,6	20,5		Femmes
15,1	15,8	14,5	15,1	16,4	15,3	16,9	15,6	16,8	1999	Hommes
19,1	19,4	18,0	19,2	19,9	18,5	19,2	19,5	20,6		Femmes
15,3	16,2	14,7	15,5	16,7	15,6	18,1	16,0	16,9	2000	Hommes
19,2	19,6	18,3	19,3	20,0	18,9	19,6	19,7	20,7		Femmes

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
:	:	:	:	:	6,7	:	:	:	1950	Hommes
:	:	:	:	:	8,0	:	:	:		Femmes
8,3	:	:	:	7,9	7,1	:	8,5	:	1960	Hommes
8,9	:	:	:	8,6	8,7	:	9,2	:		Femmes
8,2	7,0	:	:	8,4	7,2	:	8,1	:	1970	Hommes
9,5	8,5	:	:	9,6	9,4	:	9,6	:		Femmes
8,5	7,4	:	7,4	8,4	7,4	9,3	8,6	:	1980	Hommes
11,1	9,2	:	9,4	10,5	9,8	11,7	10,7	:		Femmes
8,5	8,5	8,0	8,2	8,9	8,4	10,1	8,7	9,0	1990	Hommes
11,4	10,5	9,7	10,4	11,4	11,1	12,1	11,1	11,6		Femmes
8,6	9,1	8,2	8,7	9,4	8,7	9,8	8,9	9,6	1995	Hommes
11,5	11,1	10,1	10,9	11,9	11,2	11,2	11,6	12,3		Femmes
8,6	9,2	8,1	8,7	9,5	8,9	9,3	9,1	9,8	1996	Hommes
11,5	11,2	10,0	11,0	12,0	11,3	11,8	11,8	12,3		Femmes
8,8	9,3	8,2	8,9	9,6	9,0	10,0	9,1	9,9	1997	Hommes
11,7	11,4	10,2	11,2	12,1	11,4	12,1	11,7	12,4		Femmes
8,9	9,4	8,1	8,8	9,6	9,1	9,7	9,2	9,8	1998	Hommes
11,6	11,5	10,2	11,3	12,1	11,4	11,9	11,8	12,4		Femmes
8,8	9,6	8,2	9,0	9,7	9,1	9,9	9,1	10,0	1999	Hommes
11,6	11,6	10,1	11,3	12,0	11,3	11,5	11,8	12,5		Femmes
8,9	9,9	8,3	9,1	9,8	9,3	11,1	9,3	10,1	2000	Hommes
11,6	11,7	10,5	11,4	12,2	11,6	12,0	11,9	12,6		Femmes

## 1.3.5. Grappes de pays pour l'espérance de vie à différents âges

	Plus grande espérance de vie		Espérance de vie intermédiaire		Plus petite espérance de vie	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>0-15 ans</b>	S	F, I, E, S	A, F, D, EL, I, L, E, NL, UK	A, B, FIN, D, EL, L, NL, UK	B, DK, FIN, IRL, P	DK, IRL, P
<b>À 45 ans</b>	F, EL, I, E, S	F	A, B, D, L, NL, DK	A, B, FIN, D, EL, I, L, E, NL, S	DK, FIN, IRL, P	DK, IRL, P, UK
<b>À 65 ans</b>	F, EL, I, E, S	F	A, B, DK, FIN, D L, P, NL, UK	A, B, FIN, D, EL, I, L, E, NL, S, UK	IRL	DK, IRL, P

Source: Ferrinho, P., et Pereira Miguel, J., *For better health in Europe*, Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs, 2001.

## 1.3.6. Hypothèses utilisées pour les prévisions nationales les plus récentes en matière d'espérance de vie

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1990	Hommes	:	72,8	72,0	72,0	:	73,3	72,7	72,1	73,6	72,3
	Femmes	:	79,4	77,7	78,4	:	80,4	80,9	77,6	80,1	78,5
1991	Hommes	:	72,9	72,5	72,2	:	73,4	72,9	72,3	73,6	72,0
	Femmes	:	79,6	78,0	78,7	:	80,6	81,1	77,9	80,2	79,1
1992	Hommes	:	73,3	72,6	72,6	:	73,4	73,1	72,5	74,0	71,9
	Femmes	:	79,9	78,0	79,2	:	80,7	81,3	78,1	80,6	78,5
1993	Hommes	:	73,4	72,6	72,7	:	73,3	73,3	72,6	74,5	72,2
	Femmes	:	80,0	77,8	79,2	:	80,9	81,5	78,2	80,9	79,4
1994	Hommes	:	74,0	72,7	73,1	:	73,3	73,5	72,8	74,7	73,2
	Femmes	:	80,5	78,1	79,6	:	81,0	81,8	78,4	81,2	79,7
1995	Hommes	:	73,7	72,6	73,2	:	73,2	73,7	73,0	74,9	:
	Femmes	:	80,5	77,8	79,6	:	81,2	82,0	78,6	81,4	:
2000	Hommes	:	74,4	73,4	73,7	:	74,1	74,6	73,7	75,9	:
	Femmes	:	81,1	78,5	80,1	:	81,9	83,0	79,4	82,3	:
2005	Hommes	:	75,0	73,5	74,3	:	74,8	75,5	74,5	76,6	:
	Femmes	:	81,7	78,6	80,8	:	82,5	83,9	80,2	83,0	:
2010	Hommes	:	75,7	73,5	74,8	:	75,3	76,4	75,2	77,1	:
	Femmes	:	82,3	78,6	81,1	:	83,0	84,8	81,0	83,5	:
2015	Hommes	:	76,4	73,5	:	:	75,7	77,2	75,8	77,7	:
	Femmes	:	82,9	78,6	:	:	83,4	85,7	81,7	84,1	:
2020	Hommes	:	77,1	73,5	75,7	:	76,0	78,0	76,4	78,3	:
	Femmes	:	83,6	78,6	81,9	:	83,7	86,5	82,4	84,7	:
2025	Hommes	:	77,9	73,5	:	:	:	78,8	77,0	78,3	:
	Femmes	:	84,3	78,6	:	:	:	87,2	83,1	84,7	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).



(en années)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH		
73,8	72,4	:	70,9	74,8	72,9	75,4	73,4	74,0	1990	Hommes
80,1	78,9	:	78,9	80,4	78,5	80,5	79,8	80,7		Femmes
74,0	72,4	:	71,3	74,9	73,2	74,8	74,0	74,1	1991	Hommes
80,1	79,0	:	79,3	80,5	78,6	81,1	80,1	81,1		Femmes
74,3	72,7	:	71,7	75,4	73,6	76,7	74,2	74,5	1992	Hommes
80,3	79,2	:	79,4	80,8	79,0	80,7	80,3	81,3		Femmes
74,0	73,0	:	72,1	75,5	73,6	77,0	74,2	74,9	1993	Hommes
80,0	79,4	:	79,5	80,8	78,9	80,8	80,2	81,4		Femmes
74,6	73,4	:	72,8	76,1	74,2	77,1	74,9	75,2	1994	Hommes
80,3	79,7	:	80,1	81,4	79,4	81,2	80,6	81,7		Femmes
74,5	73,5	:	72,8	76,2	74,2	:	74,9	75,4	1995	Hommes
80,2	80,1	:	80,1	81,4	79,4	:	80,6	82,3		Femmes
75,3	74,4	:	73,6	77,2	75,1	77,3	75,4	76,1	2000	Hommes
80,6	80,8	:	80,6	82,0	80,1	81,9	81,5	83,0		Femmes
76,0	75,2	:	74,3	77,9	76,0	77,5	76,2	76,8	2005	Hommes
80,8	81,6	:	81,0	82,5	80,8	82,1	82,1	83,7		Femmes
76,6	76,1	:	75,1	78,5	76,6	77,5	76,9	77,5	2010	Hommes
81,1	82,3	:	81,5	83,0	81,5	82,1	82,7	84,4		Femmes
77,3	76,8	:	75,1	79,1	77,2	77,5	77,4	78,2	2015	Hommes
81,3	83,0	:	81,5	83,4	82,1	82,1	83,1	85,1		Femmes
77,8	77,6	:	75,1	79,6	77,6	77,5	77,9	78,8	2020	Hommes
81,6	83,7	:	81,5	83,8	82,6	82,1	83,5	85,6		Femmes
78,3	79,3	:	78,0	80,1	78,0	77,5	79,0	79,3	2025	Hommes
81,9	84,9	:	83,5	84,1	82,9	82,1	83,8	85,8		Femmes

### 1.4.1. Densité de population, population urbaine par rapport à la population totale et population active par rapport à la population totale, dernière année

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Densité de population <sup>(1)</sup> (habitants au km <sup>2</sup> )	:	333	123	230	81	78	107	54	192	169	380	97	109	15	20	240
Population urbaine par rapport à la population totale(%)( <sup>2</sup> )	:	97	85	87	60	77	75	59	67	91	89	65	63	67	83	89
Population active par rapport à la population totale(%)( <sup>3</sup> )	:	43	54	49	43	42	45	45	41	43	49	48	50	50	48	50

(<sup>1</sup>) 2000.

(<sup>2</sup>) 1999.

(<sup>3</sup>) 1998, mais 1999 pour B, D, E, IRL, L, FIN et UK.

Source: Organisation mondiale de la santé/Europe: base de données «Santé pour tous».

### 1.4.2. PIB aux prix du marché par habitant

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1980</b>	:	:	9 620	:	3 620	:	9 110	:	5 730	:
<b>1985</b>	:	11 110	15 460	:	5 380	:	12 700	:	9 930	:
<b>1986</b>	:	11 920	16 870	:	4 930	:	13 600	:	10 880	:
<b>1987</b>	:	12 610	17 830	:	4 880	:	14 000	:	11 640	:
<b>1988</b>	:	13 320	18 340	:	5 520	:	14 780	:	12 550	:
<b>1989</b>	:	14 410	19 090	:	6 120	:	15 820	:	13 980	20 960
<b>1990</b>	:	15 580	20 450	:	6 510	:	16 500	10 620	15 300	22 780
<b>1991</b>	15 730	16 340	21 060	17 910	7 120	11 400	16 930	10 960	16 560	24 520
<b>1992</b>	16 310	17 350	22 010	19 380	7 460	11 870	17 750	11 680	16 730	26 310
<b>1993</b>	16 290	18 290	22 860	20 580	7 680	10 890	18 500	11 950	14 880	29 150
<b>1994</b>	17 020	19 610	24 620	21 660	8 090	10 850	19 270	12 920	15 090	32 010
<b>1995</b>	17 650	20 880	26 390	23 020	8 600	11 390	20 030	14 130	14 640	33 510
<b>1996</b>	18 490	20 940	27 430	22 930	9 350	12 230	20 570	15 890	16 920	34 220
<b>1997</b>	19 420	21 260	28 250	22 710	10 200	12 600	20 780	19 290	17 910	36 710
<b>1998</b>	20 280	21 980	29 050	23 360	10 360	13 320	21 650	20 850	18 560	39 280
<b>1999</b>	21 280	23 040	30 670	24 050	11 200	14 270	22 530	23 770	19 230	42 200
<b>2000</b>	22 570	24 240	32 580	24 640	11 640	15 250	23 450	27 320	20 160	46 360
<b>2001</b>	23 170	24 960	33 680	25 060	11 920	16 150	24 100	30 070	21 000	47 470

Source: Eurostat, base de données NewCronos (économie et finance).

(en euros)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	7 580	:	7 900	11 160	6 840	:	11 170	12 240	<b>1980</b>
:	11 700	:	14 690	16 400	10 630	:	20 160	19 760	<b>1985</b>
:	12 830	:	14 750	16 700	9 990	:	18 440	21 710	<b>1986</b>
13 330	13 660	:	15 710	17 250	10 450	:	18 760	22 860	<b>1987</b>
13 770	14 260	:	18 180	18 920	12 330	:	19 730	23 950	<b>1988</b>
14 530	15 230	:	21 150	21 260	13 310	:	21 230	24 500	<b>1989</b>
15 510	16 470	:	21 610	21 910	13 560	19 530	21 440	26 830	<b>1990</b>
16 230	17 480	6 640	19 910	23 230	14 460	21 200	22 340	27 680	<b>1991</b>
17 030	18 570	7 650	16 630	22 740	14 280	20 560	22 770	27 380	<b>1992</b>
18 170	19 840	7 450	14 520	18 830	14 150	19 150	22 990	29 130	<b>1993</b>
19 110	20 940	7 710	16 580	19 840	15 040	19 850	23 890	31 540	<b>1994</b>
20 530	22 350	8 330	19 360	20 800	14 810	19 930	25 710	33 400	<b>1995</b>
20 900	22 630	8 900	19 610	23 330	15 930	21 260	28 310	33 000	<b>1996</b>
21 310	22 500	9 440	21 030	23 830	19 850	24 050	31 030	31 860	<b>1997</b>
22 390	23 350	10 060	22 370	24 140	21 450	26 550	29 720	32 950	<b>1998</b>
23 640	24 300	10 790	23 330	25 700	23 050	29 140	32 290	34 050	<b>1999</b>
25 190	25 260	11 490	25 340	28 010	26 100	32 990	39 080	36 190	<b>2000</b>
26 480	25 940	12 200	26 210	26 320	26 510	29 800	40 570	38 260	<b>2001</b>

## 1.4.3. Taux de chômage harmonisés par sexe

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
<b>Hommes</b>									
1985	:	6,3	5,6	:	5,0	16,5	8,1	16,0	5,6
1990	:	4,0	6,8	:	3,9	9,6	6,6	12,8	6,2
1991	:	4,2	7,2	:	4,4	9,9	7,1	14,2	6,0
1992	:	5,1	8,0	5,1	5,0	11,7	8,1	15,1	6,3
1993	9,2	6,7	9,3	6,5	5,7	15,5	9,7	15,4	7,5
1994	9,4	7,7	7,1	7,0	6,0	16,2	10,2	14,2	8,5
1995	9,0	7,6	5,6	7,0	6,2	14,9	9,5	12,2	8,8
1996	9,1	7,4	5,3	8,1	6,1	14,4	10,2	11,5	8,9
1997	8,9	7,3	4,4	9,1	6,4	13,1	10,2	9,9	8,9
1998	8,2	7,7	3,9	8,6	7,1	11,2	9,7	7,7	9,0
1999	7,5	7,3	4,4	8,1	7,9	9,0	9,1	5,7	8,6
2000	6,7	5,6	4,1	7,5	7,3	7,9	7,6	4,2	8,0
2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,1	3,9	7,3
<b>Femmes</b>									
1985	:	16,4	7,9	:	10,6	20,6	12,1	18,5	13,1
1990	:	10,4	7,6	:	10,8	19,8	11,3	14,6	13,5
1991	:	9,8	8,6	:	11,9	19,5	11,6	15,8	12,9
1992	:	10,0	9,2	8,2	12,9	21,0	12,4	16,0	13,0
1993	11,5	11,5	9,9	9,4	13,6	24,1	13,2	16,0	14,5
1994	11,9	12,7	8,5	9,8	13,7	26,1	13,8	14,6	15,4
1995	11,7	12,7	8,1	9,4	14,1	25,3	13,5	12,5	16,1
1996	11,7	12,5	7,5	9,5	15,2	24,4	13,9	11,8	15,9
1997	11,6	11,9	6,2	10,4	15,2	23,4	13,7	9,9	16,1
1998	11,1	11,6	6,0	9,7	16,7	21,8	13,4	7,3	16,1
1999	10,2	10,3	5,4	8,9	18,0	18,7	12,6	5,5	15,5
2000	9,2	8,5	4,8	8,1	16,8	16,7	11,2	4,2	14,3
2001	8,6	7,4	4,9	7,8	15,6	15,5	10,5	3,7	12,9

Source: Eurostat, base de données NewCronos (chômage).

1. Population et contexte socio-économique

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	
<b>Hommes</b>								
2,1	6,6	:	6,7	:	3,0	11,6	:	<b>1985</b>
1,2	4,1	:	3,3	3,6	1,7	7,2	:	<b>1990</b>
1,3	3,9	:	2,8	8,0	3,4	9,7	:	<b>1991</b>
1,7	4,1	:	3,6	13,6	6,6	11,6	:	<b>1992</b>
2,2	5,4	3,1	4,8	18,1	10,7	12,1	:	<b>1993</b>
2,6	6,0	3,0	6,1	18,1	10,7	11,0	:	<b>1994</b>
2,0	5,5	3,1	6,5	15,7	9,7	9,9	:	<b>1995</b>
2,2	4,7	3,7	6,5	14,3	10,1	9,3	4,7	<b>1996</b>
2,0	3,7	3,7	6,1	12,3	10,2	7,7	3,9	<b>1997</b>
1,9	3,0	3,8	4,1	10,9	8,6	6,8	3,1	<b>1998</b>
1,8	2,3	3,4	3,9	9,7	7,2	6,5	3,4	<b>1999</b>
1,8	2,1	3,1	3,3	9,0	6,0	5,9	3,6	<b>2000</b>
1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5	3,7	<b>2001</b>
<b>Femmes</b>								
4,3	10,1	:	12,6	:	2,8	10,7	:	<b>1985</b>
2,5	8,5	:	6,7	2,7	1,7	6,4	:	<b>1990</b>
2,3	7,9	:	5,9	5,2	2,8	7,3	:	<b>1991</b>
2,8	7,2	:	5,1	9,6	4,4	7,5	:	<b>1992</b>
3,3	7,5	5,0	6,7	14,4	7,3	7,8	:	<b>1993</b>
4,1	7,9	4,9	7,9	14,9	7,8	7,2	:	<b>1994</b>
4,3	8,1	5,0	8,2	15,1	7,8	6,7	:	<b>1995</b>
4,2	7,7	5,2	8,2	14,9	9,0	6,3	4,8	<b>1996</b>
3,9	6,6	5,4	7,6	13,0	9,5	5,8	4,2	<b>1997</b>
4,0	5,0	5,4	6,4	12,0	8,1	5,3	3,3	<b>1998</b>
3,3	4,3	4,7	5,2	10,7	7,1	5,0	3,0	<b>1999</b>
3,1	3,6	4,3	5,0	10,6	5,8	4,7	3,2	<b>2000</b>
2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,9	4,4	3,5	<b>2001</b>

## 2. MODES DE VIE

Le présent ouvrage ne fait qu'esquisser brièvement le lien qui existe entre style de vie et santé et ne contient qu'une faible proportion de données pertinentes. Pour des analyses plus détaillées, il convient de se reporter aux références bibliographiques. Ce chapitre fournit des données sur l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool, la toxicomanie, la grossesse chez les adolescentes et l'exclusion sociale.

### 2.1. Alimentation

Selon le projet **Eurodiet** (voir site web Eurodiet) lancé en octobre 1998, on estime qu'un tiers de la totalité des décès prématurés est lié à l'alimentation alors que moins de 1 % du budget total de la santé est consacré à la promotion de la santé dans l'ensemble de l'UE. Dans la majeure partie de l'Europe, depuis 1950, on a constaté une augmentation considérable d'un certain nombre de maladies chroniques pendant la vie adulte qui empirent avec l'âge. Les principaux facteurs de la coronaropathie, des accidents cérébrovasculaires, de l'obésité, du diabète non insulino-dépendant, des calculs biliaires, des troubles de carence en fer et en iode, des caries dentaires, de l'ostéoporose et de plusieurs cancers sont liés à l'alimentation et à l'inactivité. Il est de plus en plus évident que le fardeau que représente la mauvaise santé pour le public et les services de santé européens s'alourdit régulièrement, surtout en ce qui concerne le nombre croissant de personnes âgées qui, en vivant plus longtemps, semblent gagner des années de mauvaise santé plutôt que des années de bien-être.

#### 2.1.1. Apports quotidiens

Selon la **consultation conjointe d'experts OMS/FAO (Organisation mondiale de la santé/Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture) sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques**, les objectifs concernant les apports alimentaires correspondent aux apports moyens jugés cohérents avec la préservation de la santé (voir site web OMS/FAO). Il y a rarement de «valeur idéale» pour un tel objectif. Au contraire, conformément au concept de plage d'apports en nutriments sans danger pour les individus, il existe souvent une plage d'apports moyens cohérente avec la préservation de la santé. Lorsque les apports moyens se situent en dehors des valeurs limites ou lorsque les tendances, dans ce domaine, donnent à penser que les apports moyens s'écartent de ces valeurs limites, des problèmes de santé sont à redouter. Il importe donc de s'inquiéter lorsqu'une forte proportion de valeurs se situe en dehors des objectifs définis. Il arrive parfois qu'il n'y ait pas de limite inférieure. Cela veut dire qu'il n'est pas prou-

vé que l'élément nutritif est indispensable dans l'alimentation et que, par conséquent, un faible apport ne doit pas être préoccupant. Les objectifs d'apports alimentaires à utiliser dans toutes les parties du monde sont présentés dans le tableau suivant. Ils sont exprimés sous forme numérique et non pas sous forme d'augmentation ou de réduction d'apports de nutriments spécifiques dans la mesure où, pour une population donnée, le changement souhaité dépend des apports existants et peut aller dans un sens comme dans l'autre. Les experts attirent plus particulièrement l'attention sur les éléments macronutritifs fournisseurs d'énergie. Cela ne veut pas dire que les autres éléments nutritifs n'ont pas d'importance. Cela veut plutôt dire qu'ils reconnaissent que les rapports antérieurs de la FAO et de l'OMS ont fourni des conseils limités sur la signification d'une «alimentation équilibrée» décrite en termes de proportions de diverses sources d'énergie et qu'il existe un consensus apparent quant à l'incidence de cet aspect de l'alimentation sur les maladies chroniques autres que de carence.

#### Recommandations concernant les apports alimentaires

<b>Matières grasses totales</b>	15-30 % de l'apport énergétique
Acides gras saturés	< 7 % de l'apport énergétique
Acides gras polyinsaturés	6-10 % de l'apport énergétique
Acides gras polyinsaturés n-6	5-8 % de l'apport énergétique
Acides gras polyinsaturés n-3	1-2 % de l'apport énergétique
Acides gras insaturés	< 1 % de l'apport énergétique
Acides gras mono-insaturés	Reste du total de matières grasses
<b>Glicides totaux</b>	55-75 % de l'apport énergétique
Sucres rapides	< 10 % de l'apport énergétique
<b>Protéines</b>	10-15 % de l'apport énergétique
<b>Cholestérol</b>	< 300 mg/j
<b>Chlorure de sodium (sodium)</b>	< 5 g/d (< 2 g/j)
<b>Fruits et légumes</b>	Ø400 g/j

Source: Consultation conjointe d'experts de l'OMS/FAO sur l'alimentation.

Les données de l'OMS (base de données «Santé pour tous», SPT) montrent que, depuis 1970, on a constaté une augmentation progressive de la proportion d'énergie tirée de la consommation humaine de lipides en Europe (voir tableau 2.1.1), sauf au Danemark (où la proportion était la plus forte en 1970, soit 40,1 %), en Norvège et aux Pays-Bas (voir site web OMS/SPT). En Norvège et aux Pays-Bas, les proportions ont légèrement varié alors qu'au Danemark elles ont diminué. Les augmentations les plus importantes entre 1970 et 1999 ont été constatées en Espagne, en Italie et au Portugal, la proportion étant régulièrement la plus faible dans ce dernier pays (suivi de l'Irlande). Dans tous les pays (exception faite du Portugal avant 1990), la proportion de l'énergie fournie par les lipides est supérieure à la recommandation internationale (pas plus de 30 %). Eurodiet a constaté que le pourcentage d'énergie provenant des acides gras saturés était toujours plus faible chez les personnes qui consomment plus de fibres, de fruits et de légumes que chez les autres.

Les données fournies par **Faostat** (base de données de la FAO) montrent que la consommation de graisses d'origine animale (83 g en moyenne dans l'UE) est supérieure à la consommation de graisses d'origine végétale (66,7 g) dans tous les pays à l'exception de la Grèce, de l'Espagne et de l'Italie où c'est le contraire qui est vrai. C'est dans ces trois pays qu'on consomme le plus d'huile végétale par personne, la Grèce et l'Espagne étant ceux où on consomme le moins de graisses animales. Le Danemark se classe deuxième pour la consommation de graisses animales, derrière la France. C'est également au Danemark qu'on consomme à la fois le plus de graisses animales et le moins d'huile végétale par personne. Si on compare les données de 1999 (voir tableau 2.1.2) et de 1997, la consommation de matières grasses a récemment augmenté dans la plupart des pays. La progression la plus importante (16,2 g/personne) en ce qui concerne la consommation de produits animaux, surtout de la viande et des graisses animales, a été constatée en Islande. Ces deux années-là, l'Islande a toutefois été le pays où la consommation quotidienne de matières grasses a été la plus faible, avec le Danemark, l'Irlande, le Portugal, la Finlande et la Suède. Les pays où la consommation quotidienne de matières grasses pour les deux années en question a été la plus forte sont la France (> 164 g), suivie de l'Autriche, de la Belgique, de la Grèce et de l'Espagne (> 150 g chacune). Toutefois, la quantité de matières grasses consommées par personne a diminué en Belgique, au Danemark, en Grèce et en Autriche.

Le nombre moyen de calories par personne et par jour dépasse la valeur recommandée des apports caloriques au moins depuis 1970 (voir tableau 2.1.3). La consommation de calories a progressivement augmenté de 1970 à 1999 dans tous les pays sauf en Suisse. En 1970, c'est dans ce pays qu'on consommait le plus de calories par personne (3 481 kcal), devant l'Irlande, l'Italie et la France, et c'est en Espagne qu'on en consommait le moins (2 733 kcal), suivie de la Suède et du Portugal. En 1999, par contre, c'est au Portugal que la consommation quotidienne de calories était la plus forte (3 768 kcal), devant la Grèce, l'Irlande, l'Italie et la Belgique/Luxembourg, et c'est en Finlande (3 143 kcal) et en Suède (3 141 kcal) qu'elle était la plus faible, devant les Pays-Bas et la Suisse.

Les céréales constituaient la principale source de calories par personne dans tous les pays. L'Islande était le pays où on consommait le plus de calories provenant des sucres, devant la Suisse et le Danemark (voir tableau 2.1.4). Selon certaines analyses, une consommation de saccharose inférieure à 18 kg par personne et par an diminuerait le risque de carie dentaire, ce rapport de cause à effet étant plus marqué avec une consommation inférieure à 10 kg par an. Dans tous les pays, et plus particulièrement

en Grèce, en Espagne et en Italie, les produits d'origine végétale représentaient une plus grande partie de l'apport calorique que les produits d'origine animale. Les Islandais et les Norvégiens tirent une bien plus grande partie de leur apport calorique du poisson que les habitants des autres pays de l'UE. La comparaison des données de 1999 (voir tableau 2.1.4) et de 1997 montre que, dans tous les pays à l'exception des Pays-Bas, la plus grosse part de l'apport calorique provenait de produits d'origine végétale en 1999, alors que, la même année, la part de l'apport calorique provenant de produits d'origine animale était la plus faible en Autriche, en Belgique et au Luxembourg, au Danemark, en Suède et en Suisse. Pour ces deux années, l'apport calorique provenant des produits d'origine végétale a été le plus élevé en Grèce (2 860 par personne et par jour en 1999 et 2 851 en 1997) et le plus faible en Islande (1 966 en 1999 et 1 893 en 1997) et en Finlande. L'apport calorique provenant des produits d'origine animale a été le plus élevé en France (1 353 en 1999 et 1 334 en 1997) et le plus faible en Grèce (829 en 1999 et 798 en 1997), devant l'Espagne et l'Italie.

Entre 1970 et 1999, selon les données **SPT**, la part de l'apport énergétique tirée des protéines a progressivement augmenté, avec quelques fluctuations, dans la plupart des pays. En Belgique et au Luxembourg, on a constaté une augmentation dans les années 70, suivie d'une réduction progressive. La progression la plus importante (2,5 %) a été constatée au Danemark (voir tableau 2.1.5). Selon les données **Faostat**, les produits d'origine animale sont une source protéique plus importante que les produits d'origine végétale dans tous les pays, bien que la viande, suivie des céréales et des produits laitiers, soit globalement la source protéique la plus importante dans l'UE (voir tableau 2.1.6). C'est au Portugal (120,7 g) que la consommation de protéines, par personne et par jour, est la plus forte et en Suisse (88,6 g) qu'elle est la plus faible. En 1999 comme en 1997, les pro-

Les informations constituant la base de données «**Santé pour tous**» (SPT) sont compilées par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe et couvrent la période qui commence en 1970. Les données sont communiquées par les pays membres ou collectées auprès d'autres sources ou organisations mondiales. Diverses sources sont utilisées pour la plupart des indicateurs en fonction des données pouvant être fournies par un pays déterminé, pour une année donnée. La moyenne de l'UE est pondérée de la population et est normalement calculée lorsque la moitié au moins des pays disposent de données pour un indicateur et pour une période déterminés. Le nombre de pays pris en compte dans le calcul de moyennes pour différents indicateurs varie donc. Par ailleurs, à mesure que de



nouvelles données seront communiquées, un plus grand nombre de pays répondront aux critères d'inclusion dans le calcul des moyennes appropriées, si bien que, pour un même indicateur et une même année, les moyennes pourront varier entre différentes versions de la base de données SPT.

**L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture** (FAO) prépare des bilans alimentaires pour chaque pays. Ces bilans alimentaires dépendent des statistiques du commerce et de la production agricole et s'appuient essentiellement sur les données officielles contenues dans les publications nationales. Certains pays publient un bilan alimentaire complet (par exemple l'Allemagne, l'Autriche), alors que d'autres ne communiquent que certaines informations sur certaines denrées (par exemple la France, le Royaume-Uni). Les données sont disponibles pour la période allant de 1961 à 1999 et sont collectées annuellement. Les bilans alimentaires utilisent l'année civile comme période de référence. La définition d'une liste complète de denrées potentiellement comestibles présente des difficultés pratiquement insurmontables, aussi bien sur le plan conceptuel que sur le plan statistique, c'est pourquoi Faostat a adopté une liste pragmatique. D'une manière générale, les bilans alimentaires sont établis pour les produits primaires de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche — jusqu'à la première phase de transformation dans le cas des cultures et jusqu'à la deuxième (et parfois la troisième) dans le cas des produits de l'élevage et du poisson. Cette restriction concernant les dernières phases de transformation tient d'abord à la difficulté d'obtenir des données pour les diverses formes de produits transformés et, plus encore, à la difficulté de trouver l'origine des éléments entrant dans la composition des produits composites transformés. Un logiciel de désagrégation est utilisé pour convertir de nombreux produits dérivés en leur équivalent primaire. Les facteurs nutritionnels sont ajoutés séparément aux groupes agrégés pertinents. La définition du concept de disponibilité alimentaire a varié avec le temps mais, ces dernières années, la formule suivante a été adoptée lors de la préparation et de la publication des bilans alimentaires: disponibilités alimentaires intérieures = production + importations – exportations + variation des stocks (réduction ou augmentation).

Pour les besoins du calcul de la valeur calorique et de la teneur en matières grasses et en protéines des disponibilités alimentaires *par habitant*, le choix des facteurs appropriés de consommation alimentaire est très important. Par exemple, les facteurs concernant la farine de blé dépendent, entre autres, de la teneur en eau, de la variété et du degré de mouture. Les facteurs nutritionnels sont directement obtenus à partir des tableaux nationaux de composition des aliments. Les données quantitatives des bilans alimentaires étant établies «à l'achat», il est nécessaire que la composition nutritive en termes de portion comestible soit également convertie sur cette base. La conversion est effectuée en appliquant des facteurs de déchets/résidus à la composition nutritive en termes de portion comestible.

duits d'origine végétale ont constitué la principale source protéique en Grèce, en Italie et au Portugal, et la plus faible aux Pays-Bas, en Suède et en Suisse. Ces deux années également, les produits d'origine animale ont constitué la principale source protéique en France et en Islande, et la plus faible en Allemagne, au Royaume-Uni et en Suisse.

### 2.1.2. Consommation alimentaire

Les chiffres par habitant fournis par **Faostat** ne représentent que la moyenne et ne sont pas nécessairement représentatifs de la consommation réelle des individus. Il peut y avoir des différences considérables de consommation entre les individus et quant à l'importance des pertes d'aliments comestibles et de nutriments dans le ménage, par exemple pendant le stockage, la préparation et la cuisson, sous forme de déchets donnés à manger aux animaux (y compris les animaux familiers) ou jetés. Par ailleurs, les bilans alimentaires ne donnent aucune indication sur les différences qui peuvent exister dans les aliments consommés par divers groupes de population, par exemple des groupes socio-économiques distincts et différentes régions géographiques d'un même pays, pas plus qu'ils ne donnent d'informations sur l'incidence des variations saisonnières sur les disponibilités alimentaires totales.

Le projet **DAFNE** (acronyme de Data Food Networking; voir le site web DAFNE), coordonné par l'**université d'Athènes** dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE, va fournir des données plus précises sur la consommation alimentaire à partir des enquêtes sur le budget des ménages (*voir point 2.1.3*). Les données ne sont pas pleinement comparables dans la mesure où la période de collecte des données et d'autres variables n'ont pas été les mêmes dans tous les pays et où on ne dispose de données que pour huit États membres. L'actuel projet DAFNE IV (*voir encadré ci-après*) élargira les actuelles disponibilités alimentaires (par personne, par jour) à divers niveaux de détail, de 15 groupes d'aliments principaux à 57 groupes désagrégés. Les données disponibles montrent qu'il existe une différence notable d'habitudes alimentaires entre les pays européens. Par exemple (*voir tableau 2.1.7*), la disponibilité de viande est supérieure à 180 g/personne/jour en Hongrie, au Luxembourg et en Pologne alors que l'Espagne se classe en première position pour le poisson, de même que la Grèce pour les légumes (229 g/personne/jour). Pour les fruits, la tendance est la même que pour les légumes, les pays méditerranéens ayant les chiffres de disponibilité les plus élevés, l'Espagne se plaçant ici en tête (308 g/personne/jour, soit plus ou moins l'équivalent d'une poire moyenne plus une grosse orange). Ce chiffre diffère considérablement des 100 g/personne/jour environ (soit grosso modo l'équivalent d'une pomme) disponibles en Irlande et en Pologne.



La base de données **DAFNE** est fondée sur les informations collectées dans le cadre des enquêtes sur le budget des ménages (voir point 2.1.3) régulièrement effectuées par les instituts nationaux de la statistique de la plupart des pays européens sur des échantillons de ménages représentatifs. La méthodologie utilisée est suffisamment uniforme pour permettre d'effectuer des comparaisons entre les pays, avec un minimum d'ajustements. La principale vocation des enquêtes sur le budget des ménages n'est pas de recueillir des informations sur la nutrition. En enregistrant des données sur les valeurs et les quantités des achats des ménages consacrés à l'alimentation, elles peuvent toutefois décrire de manière satisfaisante les tendances alimentaires prédominantes dans des échantillons de population représentatifs. De plus, l'enregistrement simultané de données démographiques et socio-économiques sur les membres des ménages permet d'évaluer les effets de ces dernières sur les choix alimentaires. Les données DAFNE sont directement accessibles au moyen d'un logiciel (Dafne-Soft v1.0) qu'on peut télécharger gratuitement sur le site web du projet (<http://www.nut.uoa.gr>). L'actuel projet **DAFNE IV** vise à élargir la base de données DAFNE et à contrôler les tendances des pratiques en matière de nutrition en s'appuyant sur des informations comparables et harmonisées. La base de données DAFNE comprendra des enquêtes effectuées dans quatorze pays européens et couvrant les vingt dernières années.

sur les trois dernières enquêtes pour lesquelles des données sont disponibles met en évidence une augmentation des dépenses de consommation moyennes (en SPA par ménage) consacrées à l'alimentation et aux boissons non alcoolisées, entre 1988 et 1994, dans tous les États membres, à l'exception de la Grèce et du Portugal, ainsi qu'une augmentation entre 1994 et 1999 dans tous les États membres à l'exception de l'Allemagne, du Luxembourg et de l'Autriche (voir tableau 2.1.9).

Si on examine ensuite le pourcentage des dépenses des ménages consacré à l'alimentation et aux boissons non alcoolisées, la situation est légèrement différente (voir tableau 2.1.8). Il ressort ce qui suit de la comparaison des pourcentages les plus élevés et les plus faibles: le Portugal a dépensé deux fois plus que le Luxembourg et l'Autriche pour les légumes, trois fois plus que les Pays-Bas pour la viande et dix fois plus que les Pays-Bas et l'Autriche pour le poisson; l'Italie a dépensé deux fois plus que le Luxembourg pour le pain, deux fois plus que le Luxembourg et le Royaume-Uni pour les produits laitiers et près de trois fois plus que le Danemark, l'Irlande et le Royaume-Uni pour les fruits; le Danemark a dépensé trois fois plus que le Portugal pour les produits sucrés; l'Irlande a dépensé trois fois plus que le Portugal pour les boissons gazeuses non alcoolisées, alors que le Danemark et l'Italie ont dépensé deux fois plus que la plupart des autres États membres pour le café et autres stimulants. L'examen des tendances sur les trois dernières enquêtes pour lesquelles des données sont disponibles permet de constater que le pourcentage des dépenses totales des ménages consacrées à l'alimentation (voir tableau 2.1.9) a diminué dans tous les États membres de 1988 à 1994 et dans tous les États membres à l'exception de la Belgique de 1994 à 1999.

La structure des dépenses de consommation consacrées à l'alimentation et aux boissons non alcoolisées a ensuite été analysée pour différents groupes (voir tableau 2.1.10). Par catégorie socio-économique, et dans la plupart des États membres, les proportions des dépenses totales des ménages sont les plus faibles chez les travailleurs non manuels et les travailleurs indépendants et les plus fortes chez les chômeurs. Par revenu, la proportion est la plus forte chez les personnes du premier quintile (ayant les gains les plus faibles), la proportion décroissant à mesure qu'augmente le quintile dans tous les États membres. Par type de ménage, la proportion des dépenses totales des ménages est la plus faible chez les célibataires. Par contre, les proportions sont les plus fortes dans la catégorie «trois adultes et plus avec enfants» dans six États membres et chez les «parents seuls avec enfants» dans cinq États membres. Par âge, les proportions sont les plus fortes chez les personnes de 60 ans ou plus dans tous les États membres sauf au Danemark et en Allemagne, et les plus faibles chez les personnes

### 2.1.3. Dépenses consacrées à l'alimentation

Les données fournies par les **enquêtes sur le budget des ménages** 1999 montrent que l'Italie a consacré, en moyenne, le plus de dépenses à l'alimentation [mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA) par ménage, voir encadré ci-après], devant l'Irlande et le Luxembourg (voir tableau 2.1.8), alors que la Finlande leur en a consacré le moins, devant les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Il ressort ce qui suit de la comparaison des dépenses les plus élevées et les moins élevées: l'Italie a dépensé deux fois plus pour le pain et près de trois fois plus pour la viande que la Finlande, deux fois plus pour les produits laitiers que le Royaume-Uni et près de trois fois plus pour les fruits que le Danemark; l'Irlande a consacré deux fois plus de dépenses pour les légumes que la Finlande et quatre fois plus pour les produits sucrés que le Portugal; la Grèce a dépensé six fois plus pour les huiles et les matières grasses que le Royaume-Uni; le Portugal a dépensé huit fois plus pour les poissons et les fruits de mer que les Pays-Bas; l'Autriche a dépensé près de vingt-deux fois plus pour les «autres» produits (non classés ailleurs) que le Portugal. L'Irlande est le pays où les dépenses moyennes (en SPA par ménage) consacrées aux boissons non alcoolisées, notamment aux boissons gazeuses, ont été les plus élevées. L'Italie s'est classée en tête pour les dépenses consacrées au café et autres stimulants. Le Portugal a consacré le moins de dépenses aux boissons non alcoolisées. L'examen des tendances

de moins de 30 ans, sauf en Autriche (30 à 44 ans). Par degré d'urbanisation, les proportions sont les plus fortes chez les personnes vivant en milieu rural et les plus faibles chez celles qui vivent dans les zones à forte densité de population. Dans chacun de ces groupes, les habitants du Luxembourg consacrent une plus faible proportion de leur budget familial à l'alimentation et aux boissons non alcoolisées que les habitants des autres États membres, alors que le contraire est vrai pour les personnes vivant en Espagne ou en Italie (deux fois plus, en pourcentage, qu'au Luxembourg).

Grâce aux **enquêtes sur les budgets des ménages (EBM)**, Eurostat cherche à donner une image précise de la consommation et des dépenses totales d'un ménage privé, avec une ventilation suffisamment détaillée en fonction des caractéristiques du ménage (par exemple son revenu, ses caractéristiques socio-économiques, sa taille et sa composition, son degré d'urbanisation, la région dans laquelle il vit, etc.). Les EBM fournissent également des informations sur les niveaux de vie en fonction des niveaux de revenu et de dépenses. L'utilisation des EBM pour l'élaboration des indices de prix à la consommation est examinée à l'occasion de l'établissement des indices harmonisés au niveau de l'UE. Les données des enquêtes servent également à établir les comptes nationaux pour mesurer la consommation finale des ménages à un niveau agrégé. La consommation finale des ménages fait partie de la production totale d'un territoire économique donné, à un moment donné, et fait donc partie du système des comptes nationaux pour la mesure du produit national brut (PNB). Toutes les EBM se limitent aux personnes vivant au sein de *ménages privés*. Les ménages collectifs ou institutionnels (maisons de retraite, hôpitaux, prisons, casernes, etc.) sont exclus, comme le sont généralement les personnes sans domicile fixe. Dans la plupart des cas, la population ainsi exclue ne représente pas plus de 2 % de la population totale, bien que l'incidence de cette exclusion soit plus forte pour les personnes âgées et, certainement, pour les sans domicile fixe. Les dépenses de consommation finale des ménages correspondent aux dépenses effectuées par les ménages pour la consommation de biens et de services. Elles comprennent, en plus des achats effectués en numéraire, la valeur estimative de certains biens et services, par exemple la valeur de la production interne, les avantages en nature et les loyers imputés pour certaines catégories de ménages.

Les parités des pouvoirs d'achat (**PPA**) sont des taux de conversion monétaire qui transforment des indicateurs économiques exprimés dans les monnaies nationales en une monnaie commune, selon un taux qui égalise le pouvoir d'achat d'une unité de différentes monnaies nationales. Autrement dit, les PPA sont à la fois des déflateurs de prix et des convertisseurs monétaires; grâce à la conversion en une monnaie commune, elles éliminent les différences des niveaux de prix entre les pays. En principe, la monnaie de référence peut être celle de n'importe quel

membre du groupe ou d'un autre pays (par exemple, le dollar américain est utilisé par l'OCDE, les Nations unies et d'autres organisations internationales). Pour les besoins de l'UE, Eurostat a adopté une unité appelée **SPA**. Le SPA (standard de pouvoir d'achat) est l'unité monétaire de référence commune artificielle déterminée de telle sorte que le produit intérieur brut (PIB) total de l'UE exprimé en SPA soit égal au PIB total de l'UE exprimé en euros. Les agrégats économiques en volume sont ensuite obtenus après que leur valeur d'origine en unités monétaires nationales a été divisée par les PPA respectifs. Un SPA représente le même volume de biens et de services dans tous les pays. Toutefois, dans chaque pays, différentes sommes (en monnaie nationale) sont nécessaires pour acheter ce volume de biens et de services, en fonction du niveau des prix.

#### 2.1.4. Une alimentation saine et bien équilibrée?

En 1999, l'enquête **Eurobaromètre 52.1** effectuée par la **Commission européenne** demandait aux personnes de dire si elles avaient une alimentation saine et équilibrée (voir tableau **2.1.11**). Globalement, les trois quarts ont répondu «oui» — plus de 50 % dans chaque pays à l'exception de l'Italie (48,3 %). C'est en Irlande que la proportion de «oui» a été la plus forte (85,7 %). Dans chaque pays, plus de femmes que d'hommes ont répondu «oui». L'analyse par tranches d'âge montre que la proportion globale de ceux qui considéraient avoir une bonne alimentation augmente avec l'âge — de 65,4 % pour les personnes de 15 à 24 ans à 83 % pour les personnes de 55 ans et plus (voir tableau **2.1.12**). C'est en Italie que les proportions ont été les plus faibles dans chaque tranche d'âge. L'examen du lien existant entre la catégorie socio-professionnelle et l'alimentation (voir tableau **2.1.13**) montre que, globalement, les personnes qui estimaient bien manger étaient les retraités (84,1 %) suivis des personnes au foyer (81,4 %), alors que les chômeurs (64,6 %) suivis des étudiants (67,8 %) estimaient moins bien manger.

Depuis l'automne 1973, les enquêtes **Eurobaromètre** (voir site web Eurobaromètre) sont effectuées deux fois par an au nom de la Commission européenne sur la base d'interviews directes au domicile des participants. La taille de l'échantillon (personnes de 15 ans et plus) est d'environ 1 000 dans chaque pays à l'exception du Luxembourg (600), du Royaume-Uni (1 000 en Grande-Bretagne et 300 en Irlande du Nord) et de l'Allemagne (2 000, soit 1 000 dans l'ex-Allemagne de l'Ouest et 1 000 dans l'ex-Allemagne de l'Est). Des questions identiques sont posées dans chaque État membre, et un contrôle de traduction est effectué. La petite taille de l'échantillon entraîne d'importants intervalles de

confiance (IC); dans les ventilations en fonction de l'âge et du sexe, le nombre d'observations dans une cellule ne peut dépasser 50, ce qui entraîne un important IC. Le plan d'échantillonnage de base est du type aléatoire (probabilité) à plusieurs phases. Dans la première phase, une sélection aléatoire de points échantillons est effectuée dans chaque région administrative du niveau 2 de la NUTS (nomenclature des unités territoriales statistiques d'Eurostat, voir point 3.4). Les 1 350 points échantillons obtenus sont proportionnels à la taille et à la densité de la population de chaque pays. Dans la deuxième phase, les adresses sont sélectionnées de manière aléatoire. Un participant est alors choisi au hasard dans chaque ménage sélectionné. On fait jusqu'à deux rappels pour obtenir une entrevue. En raison de la prédominance de l'échantillonnage par la méthode des quotas, les chiffres correspondant aux non-réponses ne sont pas disponibles. Toutefois, l'échantillonnage par la méthode des quotas n'est pas totalement aléatoire. Les personnes qui sont rarement chez elles sont moins représentées dans l'échantillon, mais on peut considérer que ce dernier est représentatif de la catégorie des citoyens moyens qu'on peut joindre chez eux et qui acceptent d'être interviewés.

Une comparaison entre l'échantillon et l'univers statistique (tiré des données de population d'Eurostat) est réalisée pour chaque pays. Une pondération nationale est ensuite effectuée, selon une procédure de pondération marginale (RIM) et intercellulaire (ajustement proportionnel itératif), à partir de cet univers. Dans tous les pays, un nombre minimal de variables (sexe, âge, région du niveau 2 de la NUTS) a été introduit dans la procédure d'itération. Un coefficient de pondération est utilisé pour réunir l'Allemagne de l'Est (20,8 %) et l'Allemagne de l'Ouest (79,2 %), ainsi que le Royaume-Uni d'Irlande du Nord (2,5 %) et de Grande-Bretagne (97,5 %), les autres pays étant à 100 %. Un coefficient de pondération EU-15 est calculé à partir des secteurs échantillons combinés, en utilisant les chiffres de population de chaque secteur.

### 2.1.5. Choix des aliments

Les données fournies par l'**Institute of European Food Studies** (IEFS) montrent (par ordre de popularité) la proportion de personnes sélectionnant les facteurs qui, selon elles, sont parmi les «trois plus importants» dans le choix des aliments (voir tableau 2.1.14). Le facteur «qualité et fraîcheur» a été le seul choisi par plus de la moitié des participants dans chaque pays, sauf en Irlande où il a été choisi par 49 % des participants. Les facteurs «commodité», au Danemark (25 %), et «additifs», au Luxembourg (21 %), ont été bien plus importants que dans les autres pays alors que le facteur «prix», en Grèce et au Luxembourg (18 % dans les deux), et le facteur «habitude», en Autriche (10 %), ont été moins déterminants.

Entre un quart et la moitié des participants ont choisi le facteur «essayer de s'alimenter sainement». Si on examine de plus près quelles sont les personnes qui ont retenu ce facteur dans chaque État membre, la proportion de femmes essayant de s'alimenter sainement (voir tableau 2.1.15) a été plus importante dans chaque tranche d'âge que la proportion d'hommes, sauf en Espagne dans la tranche d'âge des 55 ans ou plus. Cette proportion augmente généralement avec l'âge, bien qu'en Italie et au Portugal les proportions les plus fortes aient été trouvées pour les femmes de 15 à 35 ans. En Espagne, en France, aux Pays-Bas et en Finlande, les proportions ont été plus grandes pour les femmes de 36 à 54 ans que pour les autres tranches d'âge. Aux Pays-Bas, elles ont été plus fortes pour les hommes de 36 à 54 ans que pour les autres tranches d'âge.

Les enquêtes de l'IEFS (voir site web IEFS) sont des enquêtes transversales utilisant des questionnaires d'interview directe. Les interviews ont été réalisées entre a) octobre 1995 et février 1996 pour «Influences on food choice and sources of information on healthy eating» (influences sur le choix des aliments et sources d'informations sur une alimentation saine) et entre b) février et avril 1997 pour «A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition and health» (enquête paneuropéenne sur les attitudes des consommateurs envers les aliments, la nutrition et la santé) et «A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health» (enquête paneuropéenne sur les attitudes des consommateurs envers l'activité physique, le poids du corps et la santé — voir IEFS, 1999). Environ 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus ont participé dans chaque État membre, soit un échantillon total d'environ 15 000 pour chaque enquête. Les exceptions ont été le Luxembourg (500), l'Allemagne (1 250-1 000 pour l'Allemagne de l'Ouest et 250 pour l'Allemagne de l'Est) et le Royaume-Uni (1 000 pour l'Angleterre, le pays de Galles et l'Écosse). L'Irlande du Nord n'a pas été prise en compte dans l'enquête (a) et était représentée par 250 personnes dans l'enquête (b). Le choix des sujets a été contrôlé par quotas pour que les échantillons soient représentatifs des pays. Ces quotas ont été définis par divers facteurs sociodémographiques fondés sur les statistiques officielles (données du recensement) les plus récentes de chaque État membre. Lorsque le choix de l'échantillon par quotas ne correspondait pas tout à fait à la population, les résultats de chaque État membre ont été pondérés du sexe, de l'âge et de la répartition régionale. Les résultats pour l'échantillon total de l'UE ont été pondérés de la population et des profils nationaux en fonction du sexe, de l'âge et de la répartition régionale.

## Références

DAFNE: <http://www.nut.uoa.gr/>

Eurobaromètre:  
<http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>

Eurodiet: <http://Eurodiet.med.uoc.gr/>

Consultation conjointe d'experts OMS/FAO sur l'alimentation, la nutrition et la prévention des maladies chroniques: <http://www.who.int/hpr/nutrition/26Aprildraftrev1.pdf>

Faostat: <http://www.fao.org/>

SPT (OMS): <http://www.who.dk>

IEFS: <http://www.iefs.org/workinst.html>

IEFS, *A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition and health: reports 1 & 2*, Institute of European Food Studies, Dublin, 1999.

## 2.2. Activité physique

Selon **Eurodiet**, quatre aspects différents de l'activité physique sont bénéfiques à la santé: la quantité totale régule le poids; une activité intense de courte durée favorise la condition physique et influence le bien-être; des exercices modérés réduisent la morbidité de 30 à 50 %; l'activité avec mise en charge limite la perte osseuse et le risque de fracture. Il suffit d'une heure de marche par jour pour ralentir la déminéralisation osseuse (voir site web Eurodiet). Rütten (2001) a examiné l'activité physique autodéclarée dans un échantillon de plus de 3 000 adultes dans six États membres. Il a constaté que «dans les deux sexes, les personnes sans activité avaient un revenu inférieur à celles qui avaient une activité; l'activité physique covarie positivement avec le revenu». Un contrôle en fonction de l'âge, du sexe, du revenu et des États membres montre également que les «opportunités perçues» ont une «incidence principale significative sur la santé autoévaluée».

En 1999, l'enquête **Eurobaromètre 52.1** (voir point 2.1.4) effectuée par la **Commission européenne** demandait aux personnes interrogées si elles «faisaient de l'exercice au moins deux fois par semaine» (voir tableau 2.2.1). Moins de la moitié d'entre elles ont répondu par l'affirmative, cette proportion variant de 18,8 % en Grèce à 77,8 % au Luxembourg. Dans la plupart des États membres, une plus forte proportion d'hommes que de femmes a répondu en ce sens. De même, cette proportion était plus forte chez les personnes de 15 à 24 ans que chez les personnes plus âgées. Les différences entre les États membres augmentaient avec l'âge, de 45 à 88 % dans le groupe des personnes de 15 à 24 ans et de 8 à 85 % dans le groupe des personnes de 55 ans et plus (voir tableau 2.2.2). 81 % des personnes faisant de

l'exercice ont déclaré qu'elles avaient une alimentation saine et équilibrée contre 70 % de celles qui n'en faisaient pas (voir tableau 2.2.3). La proportion de fumeurs était moindre chez les personnes qui faisaient de l'exercice (30 %) que chez celles qui n'en faisaient pas (36 %). 37 % des personnes faisant de l'exercice se disaient «très» et 51 % «assez» satisfaites de leur santé alors que 23 % de celles qui ne faisaient pas d'exercice se déclaraient «très» et 59 % «assez» satisfaites.

Dans la même enquête, il était demandé aux participants de dire s'ils considéraient que leur style de vie était sain (voir tableau 2.2.4). Les proportions de «oui» ont varié de 64 % en Grèce à 89 % en Espagne, les femmes ayant légèrement plus tendance à aller dans ce sens que les hommes dans tous les États membres, sauf au Portugal. Dans l'ensemble, les pourcentages de «oui» ont légèrement baissé jusqu'à 55 ans, avant d'augmenter de manière significative après cet âge (voir tableau 2.2.5). Les variations entre les pays ont diminué avec l'âge. C'est en Grèce que les pourcentages de «oui» ont été les plus bas dans chaque tranche d'âge, sauf dans celle des personnes de 55 ans et plus (Portugal). C'est toutefois ce dernier pays qui a enregistré la plus forte proportion de réponses affirmatives dans la tranche d'âge la plus jeune. En fonction des professions, c'est dans les groupes des retraités et des personnes au foyer que les pourcentages de «oui» ont été les plus élevés (voir tableau 2.2.6). Par ailleurs, c'est dans le groupe des «cadres» que les variations ont été les plus faibles et dans celui des «employés» qu'elles ont été les plus fortes. Là encore, ce sont les Grecs qui ont déclaré avoir les styles de vie les moins sains dans tous les groupes professionnels, sauf chez les travailleurs indépendants (Pays-Bas) et les chômeurs (Irlande). Une analyse de cette question avec d'autres variables (voir tableau 2.2.7) a montré que, parmi ceux qui considéraient que leur style de vie était sain, 83 % ont déclaré avoir une alimentation saine et équilibrée, 76 % ne buvaient pas régulièrement d'alcool, 70 % ne fumaient pas, mais seulement 43 % faisaient de l'exercice au moins deux fois par semaine.

Les données 1997 communiquées par l'**Institute of European Food Studies** ont mis en évidence des différences entre les pays quant à la quantité d'exercice/activité et aux nombres de personnes les pratiquant. La marche, le jardinage, le vélo, la natation et le conditionnement physique ont été les cinq activités de loisirs et de sports les plus pratiquées dans l'UE par les personnes de 15 ans et plus (voir IEFS, 1999). Comme indiqué dans le tableau 2.2.8, une plus forte proportion de personnes a participé aux trois premières de ces activités, au total, en Autriche et aux Pays-Bas que dans les autres États membres. Par contre, la natation et le vélo ont été moins pratiqués en Grèce, en Espagne, en Italie



et au Portugal que dans les autres États membres, et le jardinage et la marche ont également été moins populaires au Portugal. Il est intéressant de noter qu'en Grèce (68 %) et au Portugal (63 %) une majorité de personnes ont été d'accord pour dire que des campagnes locales seraient efficaces pour les encourager à avoir plus d'activités physiques (voir IEFS, 1999). Cette proportion était considérablement plus forte que dans les autres États membres. Dans l'UE, un tiers des personnes âgées de 15 ans et plus ne pratiquait aucune des activités de loisirs et de sports suggérées. 41 % d'entre elles considéraient ne pas avoir besoin d'un surcroît d'activité physique. Les personnes ne pratiquant aucune de ces activités avaient tendance à être des femmes de plus de 55 ans ayant un niveau d'éducation primaire. Comme mentionné dans le tableau 2.2.9, la proportion de personnes consacrant plus de 5 heures par semaine à la pratique de diverses activités physiques variait de plus de 40 % en Autriche, en Finlande et en Suède, à 5 % seulement au Portugal. La proportion de personnes ne pratiquant aucune activité physique variait de 8 % en Finlande à 61 % au Portugal. Les personnes pratiquant le plus intensément des activités de loisirs et de sports ont des chances d'être de jeunes hommes ayant un niveau d'étude supérieur. Une plus forte participation à des activités autres que le jardinage, le vélo et la marche est associée à un niveau d'étude plus élevé. Le tableau 2.2.10 montre que, dans chaque pays, les proportions de personnes choisissant des «facteurs de motivation» particuliers variaient considérablement. Toutefois, sur 11 facteurs suggérés, «rester en bonne santé» a été le facteur le plus souvent cité dans tous les pays sauf aux Pays-Bas et en Finlande. Il apparaît que la participation à un exercice physique n'est pas perçue comme un divertissement, ce facteur étant globalement le moins populaire dans l'UE.

La nature du travail ayant considérablement évolué (voir Rose et Reilly, 1997) à la suite du passage des industries manufacturières aux industries de services et de la progression de l'automatisation sur le lieu de travail, seulement 5 % de la population de l'UE avait une activité physique (autre que la marche) au travail pendant plus de 6 heures par jour. La France avait la plus faible proportion de personnes dans cette catégorie (1 %), suivie du Luxembourg et de la Suède (3 %, tous les deux), alors que cette proportion était la plus forte en Autriche (15 %). Hormis la marche, 42 % des travailleurs de l'UE n'avaient pas d'activité physique dans le cadre de leur emploi. Comme indiqué dans le tableau 2.2.11, la France avait le plus fort pourcentage de sa population dans cette catégorie (59 %), suivie de près par le Luxembourg et l'Espagne, et c'est en Autriche que ce pourcentage était le plus faible (23 %). Les niveaux d'activité différaient peu entre les hommes et les femmes. Les

personnes âgées de 15 à 34 ans étaient plus susceptibles de rester assises plus de 6 heures par jour que celles appartenant aux autres tranches d'âge et mentionnaient plus souvent que les autres les contraintes du travail et des études comme obstacles à la pratique d'une activité physique; cela risque d'avoir une incidence sur leur santé. On a constaté des différences entre les pays quant au temps pendant lequel les travailleurs restent assis durant une journée de repos type (voir tableau 2.2.12). Les plus fortes proportions de travailleurs passant plus de 4 heures en position assise ont été constatées aux Pays-Bas (51 %) et en Allemagne (50 %), les plus faibles l'ayant été en Italie (21 %) et en Belgique (24 %). Il y a peu de différence dans les proportions de ceux qui ne s'assoient jamais pendant leur temps de loisir, l'Espagne et l'Italie ayant le pourcentage le plus élevé (5 %) dans ce domaine. Bien qu'en général l'activité au travail n'ait pas été associée à la participation aux 17 activités de loisirs suggérées, il est intéressant de noter que les personnes les plus actives au travail étaient également celles qui passaient le moins de temps assises pendant leur temps libre, alors que celles qui restaient plus de 6 heures assises au travail avaient le plus de chances de rester assises plus longtemps pendant leur temps libre.

Compte tenu de la tendance, chez les jeunes adultes, à devenir plus sédentaires que ceux de 35 ans et plus (voir ci-dessus), les résultats de l'étude HBSC 1997/8 (**comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé**) sont inclus dans le présent document. Il ressort de cette étude que les garçons avaient plus de chances que les filles de pratiquer des exercices physiques pendant deux heures ou plus par semaine (voir tableau 2.2.13). En Autriche, plus d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans pratiquaient des activités physiques pendant au moins deux heures par semaine que dans les autres pays, à l'exception des garçons de 11 ans en Suisse. Cela constitue un autre exemple de pays européens ayant des cultures différentes en matière d'exercices et d'activités physiques. Exception faite du Portugal, où une question différente a été posée, une plus faible proportion d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans pratiquaient des activités physiques pendant au moins deux heures par semaine en Angleterre que dans les autres pays (sauf en ce qui concerne les filles de 15 ans en Grèce). C'est au Danemark, en Allemagne et en Autriche que la proportion de filles de chaque tranche d'âge pratiquant des activités physiques pendant ce laps de temps était la plus forte. Les proportions ont augmenté pour les deux sexes entre 11 et 13 ans dans tous les pays, sauf en Irlande du Nord et en Suisse où elles sont restées les mêmes. On constate toutefois une disparité garçons-filles dans l'évolution de l'activité physique entre 13 et 15 ans. Pour les filles, les pourcentages

ont diminué dans tous les pays sauf deux, alors que pour les garçons elles ont augmenté dans six pays et diminué dans six autres. Dans une analyse séparée effectuée par l'OMS (voir Currie, 2000) à partir des mêmes données et basée sur onze pays (dont sept sont pris en compte dans le présent document), on a constaté que plus les familles sont aisées (ou perçues comme telles par des enfants de 11, 13 et 15 ans), plus elles ont un comportement positif en matière de santé (pratique plus régulière d'activités physiques ou consommation accrue de fruits).

La proportion d'enfants déclarant regarder la télévision pendant au moins quatre heures par jour (voir tableau 2.2.14) est une indication du comportement sédentaire pendant les temps de loisirs. Les proportions sont plus ou moins les mêmes dans tous les pays et toutes les catégories, mais il existe néanmoins quelques différences entre les pays et les tranches d'âge. C'est au pays de Galles que la proportion est la plus forte (de 31 à 44 % selon les tranches d'âge) et en Suisse (de 9 à 18 %) et en France (de 12 à 17 %) qu'elle est la plus faible. Selon l'OMS (voir Currie, 2000), ceux qui regardent trop la télévision sont souvent ceux qui ont de mauvaises habitudes alimentaires pour les deux sexes et les trois tranches d'âge (consommation de bonbons, de chips et de boissons sucrées).

Le projet **Eupass (European Physical Activity Surveillance System)**, coordonné par la **Technische Universität Chemnitz** (Allemagne) dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE, a créé et testé un système de surveillance de l'activité physique en tant que déterminant majeur de la santé. Ce système fournit des indicateurs essentiels et facultatifs, teste les indicateurs choisis et étudie des structures de mise en œuvre du contrôle de la santé dans l'UE. Le type, la fréquence, la durée et l'intensité ont été identifiés comme dimensions fondamentales de l'activité à mesurer. On a constaté qu'aucune de ces dimensions n'était couverte par l'une quelconque des enquêtes nationales des huit États membres participant au projet. En outre, la focalisation des questions varie considérablement entre les pays, même lorsqu'elles concernent une même dimension, sans compter que, dans la plupart des cas, différentes périodes de référence ont été utilisées.

## Références

Currie, C., e.a. (éd.), *Health and health behaviour among young people* (international report from the health behaviour in school-aged children — HBSC — 1997/1998 survey), série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000.

L'étude HBSC (**comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé**) a été adoptée par le bureau de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe comme étude collaborative peu après son lancement en 1982. Chaque pays membre participant effectue l'enquête avec des questionnaires que les enseignants ou des chercheurs font remplir en classe. Une section «*intérêt particulier*» du questionnaire change dans le temps. La première enquête a été effectuée en Angleterre, en Autriche, en Finlande et en Norvège, en 1983/1984, et le nombre de pays participants est, depuis, progressivement passé à 32. Les enquêtes ont été effectuées tous les quatre ans depuis la deuxième effectuée en 1985/1986. En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie sont couvertes dans l'étude 1997/1998. Les résultats de l'étude dans ces régions ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble du pays. Par ailleurs, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts. Il est prévu qu'un plus grand nombre de pays participent à la prochaine enquête. Dans chaque pays, la collecte des données devrait de préférence durer deux semaines, en tout cas pas plus de quatre. Pour 1997/1998, l'enquête sur le terrain a été effectuée entre octobre 1997 et mai 1998. Il s'agit d'une enquête transversale pour laquelle trois groupes d'âge sont échantillonnés de manière à représenter: le début de l'adolescence (11 ans), les difficultés liées au changement émotionnel et physique (13 ans), la phase intermédiaire de l'adolescence où on commence à prendre de très importantes décisions de vie et de carrière (15). Il est conseillé d'effectuer l'enquête auprès de tous les élèves de la tranche d'âge, qu'ils fréquentent des écoles privées, publiques ou spéciales. Les pays peuvent choisir de stratifier leurs échantillons de manière à assurer une couverture géographique acceptable, et c'est ce qu'ils font pour la plupart. Il est conseillé d'effectuer un «échantillonnage en grappes» (la grappe étant la classe scolaire) et de faire en sorte que ces classes fassent l'objet d'un échantillonnage aléatoire. La taille minimale recommandée de l'échantillon pour chacun des trois groupes est de 1 536 élèves. Cela suppose un intervalle de confiance de 95 % (+/- 3 %), avec 1,2 comme valeur du facteur de conception. Pour les pays de l'UE, la taille de l'échantillon a varié d'un peu moins de 4 000 à plus de 6 000 (les trois groupes réunis).

Eurodiet: <http://Eurodiet.med.uoc.gr/>

IEFS, *A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health* et *A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition and health: Reports 1 et 2*, Institute of European Food Studies, Dublin, 1999.

Rose, D., et O'Reilly, K., *Constructing classes: towards a new social classification for the UK*, ESRC/ONS, Swindon, 1997.

Rütten, e.a., «Self reported physical activity, public health, and perceived environment; results from a comparative European study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (2), 2001, p. 139-146.

### 2.3. Tabagisme

Dans l'UE, un demi-million de personnes meurent chaque année des conséquences du tabagisme, et la moitié de ces décès surviennent chez des personnes de 35 à 69 ans, à un âge très inférieur à l'espérance de vie moyenne. Le nombre de décès dus au tabagisme va augmenter considérablement au cours des prochaines décennies, à mesure que se feront pleinement ressentir les changements de la structure de la population et l'impact différé du tabagisme sur la santé (voir Harkin, 1997). La morbidité due au tabagisme va des infections respiratoires aiguës telles que la toux et le rhume à l'emphysème et aux maladies cardio-vasculaires qui constituent le plus fort pourcentage des décès liés au tabagisme. Le cancer du poumon est toutefois la maladie la plus fortement liée à la consommation de tabac, et les taux de mortalité le concernant sont le meilleur indicateur de l'exposition à long terme. De nombreux pays ont des programmes d'information et d'éducation sur les dangers du tabac ainsi que des programmes d'aide pour ceux qui veulent arrêter de fumer. Toutefois, selon l'OMS (voir Harkin, 1997), la télévision transnationale et la publicité dans la presse, d'une part, et l'application de la loi interdisant la vente aux jeunes, d'autre part, posent un problème à certains pays. La proposition de la Commission d'une directive concernant la publicité pour le tabac, et notamment les règles à respecter pour la publicité directe et indirecte et le parrainage de manifestations, a été adoptée en mai 2001. Le Parlement européen et le Conseil ont adopté la directive 2001/37/CE en juin 2001 concernant la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac (voir site web Europa).

#### 2.3.1. Fumeurs

Les données de l'enquête **Eurobaromètre 43.0** (voir site web Eurobaromètre) effectuée par la **Commission européenne** montrent que, dans l'UE, un tiers des hommes et un quart des femmes fumaient en 1995 (voir tableau 2.3.1). Plus d'un tiers des personnes âgées de 15 ans et plus fumaient au Danemark, en Grèce, en France et en Italie contre moins d'un quart au Portugal, en Finlande et en Suède. Parmi les fumeurs, la proportion d'hommes augmentait entre les tranches d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 34 ans mais diminuait ensuite régulièrement, alors

que la proportion de femmes diminuait avec l'âge. Il existe des différences entre les pays quant aux proportions d'hommes et de femmes de différents âges qui fument, mais elles ne sont pas homogènes. D'une manière générale, dans chaque État membre, la proportion d'hommes qui fumaient était plus forte que celle de femmes, à quelques exceptions près, par exemple, en Suède, dans chaque tranche d'âge, et en Grande-Bretagne dans deux. La proportion de fumeurs était plus grande chez les Danoises et les Grecs, et moins grande chez les Portugaises et les Suédois, que chez les ressortissants d'autres États membres. Il ressort de l'enquête **IEFS** effectuée en 1997 que 36 % de l'ensemble de la population de l'UE fumaient, le pourcentage variant de 46 % en France à 24 % en Suède et au Portugal (voir IEFS, 1999).

Les données de l'enquête **Eurobaromètre 52.1** effectuée par la **Commission européenne** donnent une image légèrement différente en ceci que, dans la plupart des États membres, un tiers de la population fumait en 1999 alors qu'en Suède cette proportion était inférieure à un quart (voir tableau 2.3.2). Le contexte et le libellé des questions ne sont pas strictement comparables entre les enquêtes Eurobaromètre 1995 et 1999. Une nouvelle série de questions sur le tabagisme (identiques à celles de 1995) sera intégrée dans une des enquêtes Eurobaromètre à venir (automne 2002). Une comparaison des tendances entre 1995 et 2002 sera donc possible. Selon l'enquête Eurobaromètre 52.1, les hommes fumaient plus que les femmes dans chaque pays sauf au Danemark et en Suède, et, d'une manière générale, les différences entre les hommes et les femmes augmentaient avec l'âge. Selon les tranches d'âge, les plus fortes proportions de fumeurs (hommes) ont été constatées en Belgique et en France chez les hommes de 15 à 24 ans (53 %), au Portugal chez les hommes de 25 à 34 ans (66 %), en Grèce chez les hommes de 35 à 54 ans (74 et 83 %), en Espagne chez ceux de 55 à 64 ans (52 %) et au Danemark chez ceux de 65 et plus (39 %). Les plus fortes proportions de fumeurs (femmes) ont été constatées en France chez les femmes de 15 à 24 ans (53 %), en Grèce chez celles de 25 à 34 ans (53 %) et au Danemark chez celles de 35 ans et plus (55, 48, 41 et 34 %). C'est en Suède qu'on a trouvé la plus faible proportion de fumeurs hommes dans chaque tranche d'âge de 15 à 64 ans et en Finlande, suivie de la Suède, chez les personnes de 65 ans et plus. Par contre, c'est au Portugal qu'on a trouvé le plus faible pourcentage de fumeurs femmes dans les tranches d'âge de 15 à 24 ans et de 35 à 54 ans, en Italie dans la tranche de 25 à 34 ans, et en Espagne chez les personnes de 55 ans et plus (ainsi qu'en France chez celles de 65 ans et plus). Les données ont également montré que 65 % des fumeurs (deux sexes) avaient une alimentation saine et équilibrée contre 79 % des non-fumeurs (voir tableau 2.3.3). En outre, 47 % des

fumeurs «se sentaient régulièrement stressés» contre 33 % des non-fumeurs.

En ce qui concerne le tabagisme lourd, les données (voir tableau **2.3.4**) de l'enquête **Eurobaromètre 43.0** montrent qu'en 1995, il n'y a que chez les femmes vivant au Royaume-Uni et chez les hommes vivant en Grèce, en Autriche et au Portugal qu'un nombre non négligeable de personnes fumaient plus de 40 cigarettes par jour. C'est en Italie qu'on a constaté le niveau le plus faible de tabagisme, pratiquement tous les hommes fumant moins de 25 cigarettes par jour et pratiquement toutes les femmes moins de 20. Dans l'UE, en 1995, le niveau le plus courant de tabagisme se situait entre 10 et 14 cigarettes par jour. La grande majorité des fumeurs, dans tous les pays de l'UE, fumaient moins de 20 cigarettes par jour, sauf les hommes grecs dont les deux tiers en fumaient plus de 20.

### 2.3.2. Dépenses consacrées au tabac

Les données des **enquêtes sur le budget des ménages (EBM)**, lorsqu'elles sont disponibles, montrent qu'entre 1988 et 1994 les dépenses consacrées au tabac, exprimées en «SPA par ménage» ont augmenté dans tous les États membres sauf en Belgique (où elles ont diminué), et qu'entre 1994 et 1999 elles ont augmenté dans tous les États membres sauf en Irlande (où elles sont restées inchangées), en Italie et en Finlande (où elles ont légèrement reculé). Le pourcentage des dépenses totales des ménages consacrées au tabac a augmenté de 1988 à 1994 dans tous les États membres sauf en Belgique, en Italie et au Royaume-Uni où il a baissé, et au Luxembourg où il est resté inchangé. Entre 1994 et 1999, il a augmenté dans cinq États membres et diminué dans sept. C'est en Grèce que les ménages ont consacré les plus fortes proportions de leurs dépenses au tabac chaque année (2,9 % en 1999), soit de trois à quatre fois plus qu'au Luxembourg (voir tableau **2.3.5**). Toutefois, il est bien connu que les personnes interrogées ont tendance, pour des raisons culturelles, à sous-estimer leurs dépenses en tabac et en alcool lorsqu'elles répondent à l'EBM.

Si on considère les proportions des dépenses consacrées au tabac par diverses catégories de ménages (voir tableau **2.3.6**), les données EBM de 1999, lorsqu'elles sont disponibles, montrent que: c'est en Irlande que les différences entre les catégories socio-économiques sont les plus importantes et en Italie les plus faibles, les proportions les plus fortes de l'UE se retrouvant dans les ménages au chômage; c'est au Royaume-Uni, devant la Grèce, que les différences entre les quintiles de revenu sont les plus importantes et aux Pays-Bas les plus faibles, suivis de l'Italie (pour l'UE, les proportions des dépenses de tabac diminuent à mesure que le revenu augmente); ce sont les ménages de trois adultes (devant les familles

monoparentales) qui consacrent les plus fortes proportions de leurs dépenses au tabac, les plus faibles étant l'apanage des ménages de deux adultes avec des enfants; par âge, dans la plupart des États membres, les proportions les plus fortes se retrouvent dans les ménages dans lesquels la personne de référence a moins de 30 ans et les plus faibles dans ceux où elle a 60 ans ou plus, sauf au Danemark où elle a entre 30 et 44 ans. Aucune tendance nette ne se dégage en fonction du degré d'urbanisation.

### 2.3.3. Très jeunes fumeurs

Les enfants qui fument quotidiennement ont des chances d'être tabacomanes alors que ceux qui fument «au moins chaque semaine» peuvent ne fumer qu'en société, auquel cas il est possible de les encourager à cesser de fumer. Les données de l'enquête **HBSC** (voir OMS, 2000) montrent que la proportion d'enfants de 11 ans qui fumaient quotidiennement ou «au moins chaque semaine» en 1997/1998 était très faible, moins de 3 % (voir tableau **2.3.7**). Dans cette tranche d'âge, c'est en Angleterre et en Irlande du Nord que les taux de garçons fumant chaque semaine étaient les plus élevés, tout comme en Écosse pour les filles fumant chaque jour et chaque semaine. Les proportions augmentaient pour les enfants de 13 ans, avec un écart plus marqué entre les pays. Pour les garçons, les pourcentages variaient de 2 % (usage quotidien) et 4 % (usage hebdomadaire) en Suède à 9 % (usage quotidien) et 14 % (usage hebdomadaire) en Allemagne. Pour les filles, ils variaient de 2 % (usage quotidien) et 4 % (usage hebdomadaire) au Portugal à 12 % (usage quotidien) et 18 % (usage hebdomadaire) au pays de Galles. À 15 ans, les proportions augmentaient encore. Pour les garçons, elles variaient de 10 % (usage quotidien) et 18 % (usage hebdomadaire) en Suède à 22 % (usage quotidien) en Allemagne et 30 % (usage hebdomadaire) en Autriche, et, pour les filles, de 10 % (usage quotidien) et 14 % (usage hebdomadaire) au Portugal à 26 % (usage quotidien) et 36 % (usage hebdomadaire) en Autriche. Quotidiennement, dans chaque tranche d'âge, les garçons fumaient plus que les filles en Belgique et en Irlande et vice versa en Écosse. Toutefois, si, généralement, à 11 ans, plus de garçons que de filles fumaient, cette tendance s'inversait à 13 et 15 ans dans la plupart des pays. Le rapport des garçons aux filles fumant chaque semaine était plus élevé dans huit pays à 11 ans, dans six pays à 13 ans, et uniquement au Portugal à 15 ans.

### 2.3.4. Contrôles nationaux de la vente et de la publicité du tabac

Les politiques antitabac (voir tableau **2.3.8**) ont été comparées aux habitudes tabagiques des enfants dans chaque pays. Dans quatre États membres, l'âge



minimal pour l'achat de cigarettes était de 18 ans. Parmi ceux-ci, et comparativement aux autres États membres, c'est en France que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de 15 ans était de loin le plus bas et que son augmentation avec l'âge était la plus faible, en Norvège que le taux d'enfants de 11 ans fumant chaque semaine était le plus faible et que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de cet âge était un des plus bas, et en Suède que le nombre moyen de cigarettes fumées était le plus faible pour les enfants de 11 et 13 ans et le deuxième (parmi les plus bas) pour ceux de 15 ans, et que le taux d'enfants de 13 et 15 ans fumant quotidiennement était le plus faible, de même que pour les garçons de chaque tranche d'âge fumant chaque semaine. Si on examine les trois États membres où la législation concernant le tabagisme dans les lieux publics et la publicité du tabac est la moins sévère, comparativement aux autres États membres (en laissant de côté l'Espagne qui ne disposait pas de données pour les enfants) et relativement aux habitudes tabagiques des enfants, c'est en Allemagne que le nombre moyen de cigarettes fumées par des filles de 11 ans était le plus élevé et le deuxième (parmi les plus élevés) pour les garçons de 13 ans, et que le taux de garçons de chaque tranche d'âge fumant quotidiennement était parmi les plus importants, au Danemark que la proportion d'enfants de 15 ans fumant chaque semaine était parmi les plus fortes et que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de 15 ans était parmi les plus élevés, et au Royaume-Uni que la proportion d'enfants de chaque tranche d'âge fumant quotidiennement était parmi les plus fortes, que le taux d'enfants de 11 et 13 ans et de filles de 15 ans fumant chaque semaine était parmi les plus importants, et que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de 13 ans comptait, lui aussi, parmi les plus élevés. Il y a donc une certaine corrélation entre une législation indulgente et les habitudes tabagiques des enfants. Si on examine les États membres où la législation concernant le tabagisme dans les lieux publics et la publicité du tabac est la plus sévère, comparativement aux autres États membres et relativement aux habitudes tabagiques des enfants, c'est en Suède que la proportion de fumeurs quotidiens était la plus faible et que la proportion d'enfants de 13 ans fumant chaque semaine était parmi les plus faibles, que le nombre moyen de cigarettes fumées par des garçons de 13 ans était le plus bas, qu'il était presque le plus bas pour les filles de 13 ans, qu'il était également le plus bas pour les garçons de 15 ans fumant quotidiennement et le deuxième (parmi les plus bas) pour les garçons et les filles de 15 ans, et en Norvège que la proportion de fumeurs hebdomadaires et quotidiens était parmi les plus faibles et que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de 13 ans était également parmi les plus faibles, que la proportion d'enfants de 15 ans fumant chaque semaine se si-

tuait dans la moyenne et que le nombre moyen de cigarettes fumées par des enfants de 15 ans approchait la moyenne. Il semble effectivement qu'il y ait un lien entre une législation plus sévère et les habitudes tabagiques des enfants en Suède et en Norvège, mais cela n'est pas le cas pour la Finlande.

Il ressort de la comparaison des politiques et des habitudes tabagiques des adultes que la proportion de personnes fumant plus de 20 cigarettes par jour était plus faible dans les États membres appliquant les politiques les plus restrictives en matière de publicité, la principale exception étant le Portugal où le taux se situait parmi les plus élevés. C'est également au Portugal que la proportion (69 %) de personnes n'ayant jamais fumé était la plus forte, devant l'Autriche (66 %), loin devant la France où elle était la plus faible (35 %). C'est également en France que la proportion de personnes ayant été d'anciens fumeurs pendant plus et moins d'un an était la plus forte. Le taux d'anciens fumeurs était le plus bas en Allemagne, en Autriche et au Portugal et le plus haut en France (46 %), en Grèce (44 %) et aux Pays-Bas (42 %). Pour les enfants de 13 et 15 ans, l'enquête HBSC a mis en évidence un lien marqué entre fumer ses premières cigarettes, fumer et boire plus souvent, et être ivre plus souvent. Dans une analyse effectuée par l'OMS et portant sur onze pays, dont sept sont pris en compte dans le présent document, une plus grande aisance financière des familles (perçue par les enfants de 11, 13 et 15 ans) est associée au tabagisme au Portugal et à l'état d'ébriété en Écosse, au pays de Galles et au Portugal, cette association ne se retrouvant pas dans les autres pays. L'enquête **Eurobaromètre 52.1** montre que 41,5 % des fumeurs de 15 ans et plus boivent aussi régulièrement et que 49,6 % des buveurs fument aussi régulièrement.

### 2.3.5. Cigarettes disponibles sur le marché

Compte tenu de l'importance de la contrebande dans de nombreux pays (voir Harkin, 1997), le nombre officiel moyen de cigarettes disponibles sur le marché ne peut être comparé de manière fiable dans tous les pays. On a estimé qu'en 2000 la contrebande représentait de 10 à 30 % de la consommation en Belgique et de 25 à 30 % de celle du Royaume-Uni (voir Rowell, 2000). L'Espagne et l'Italie ont des taux élevés de contrebande malgré de moindres niveaux de taxation. En outre, certains pays, par exemple le Luxembourg (où les prix sont nettement plus bas que dans les pays voisins), ont une faible population autochtone et une forte population de passage. Le nombre de cigarettes disponibles dans un pays ne peut se traduire en indicateur approprié (par personne) permettant de suivre les tendances du tabagisme. Toutefois, sur la base de données de l'OMS (voir tableau 2.3.9), le nombre moyen de cigarettes par personne par année dispo-

nibles sur le marché a considérablement augmenté au cours des quinze dernières années, notamment en Belgique, en France, en Italie, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Dans d'autres pays (la Grèce, l'Irlande et le Portugal, par exemple), les quantités par personne disponibles sur le marché ont augmenté au plus de 20 % et sont restées stables dans le reste des États membres.

### Références

Currie, C., e.a. (éd.), *Health and health behaviour among young people* (international report from the health behaviour in school-aged children — HBSC — 1997/1998 survey), série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, 2000.

Eurobaromètre:

<http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>

Europa:

<http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/tobacco/publication.htm>

*Communication to the Council and the European Parliament on the present and proposed Community role in combatting tobacco consumption:*

<http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmed/tobac/comm-en8.htm>

Harkin, A.-M., Anderson, P., et Goos, C., *Smoking, drinking and drug-taking in Europe*, OMS, Copenhague, 1997.

IEFS, *A pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health*, Institute of European Food Studies, Dublin, 1999.

Rowell, A., et Bates, C., *Tobacco smuggling in the UK*, 2000, <http://www.ash.org.uk/html/smuggling/html/uksmuggling.html>

## 2.4. Consommation d'alcool

L'abus d'alcool est associé à divers effets néfastes à court terme tels que les accidents, la violence, l'intoxication et les problèmes sociaux, et à des risques à long terme de maladies chroniques graves (voir CE, 2000). Les méfaits de l'alcool se traduisent souvent par des atteintes à la santé physique et mentale des membres de la famille du buveur et du buveur lui-même. Dans la mesure où les définitions des accidents mortels et des accidents entraînant des blessures varient entre les pays, les données des accidents de la route auxquels est associée la consommation d'alcool ne sont pas comparables (voir site web NTSB). Toutefois, en 1997/1998, selon l'OMS Europe (voir Rehn e.a., 2001), les taux variaient de 4,3 pour 100 000 en Italie à 52 pour 100 000 au Luxembourg.

Le **groupe de travail sur l'alcool, les drogues et les médicaments de la direction générale de la santé et de la protection des consommateurs** réalise un projet visant à décrire la méthodologie de collecte et d'analyse des données et à tenir à jour une base de données pour tous les États membres de l'UE. Exception faite de la Belgique, les pays dans lesquels les restrictions de conduite concernant l'alcool étaient les plus rigoureuses avaient tendance à avoir les taux d'accidents de la route les plus bas. Le rapport 2001 de la présidence suédoise (voir rapport 2001) s'appuie sur les résultats de l'**étude comparative européenne sur l'alcool (ECAS)** qui comparait, en 1998, les politiques, la consommation et les méfaits de l'alcool entre 1950 et 1995 dans les États membres. Cette étude mettait en évidence une convergence accrue des préférences en matière de boissons et une réduction des différences de niveaux de consommation (également reflétées par la mortalité liée à l'alcool, surtout la cirrhose du foie) entre les États membres au fil des années. Les remarques faites quant à la vente de tabac et la contrebande dans la section précédente peuvent également s'appliquer à l'alcool. L'enquête ECAS a constaté d'importantes différences entre les États membres quant aux quantités d'alcool importées à titre privé, les pays où l'alcool coûte le plus cher (Danemark, Finlande, Norvège, Royaume-Uni et Suède), et étant ceux qui en importent le plus. Elle a également constaté que d'autres facteurs (culture, conditions de vie et politiques, par exemple) étaient plus importants que les facteurs économiques pour expliquer les différences de consommation.

### 2.4.1. Alcool disponible sur le marché

Selon les données 1999 (voir tableau **2.4.1**) de l'OMS (SPT), la disponibilité sur le marché d'alcool pur par personne, lorsque les données sont disponibles, était la plus grande au Luxembourg aussi bien en 1998 (16,4 litres) qu'en 1999 (15 litres). Pour 1998, c'est en Norvège (5,4 litres) et en Suède (6,0 litres) que la disponibilité d'alcool pur par personne était la plus faible. Différentes habitudes de consommation d'alcool semblent continuer d'exister dans diverses parties de l'UE. En 1999, la disponibilité annuelle de vin par personne était la plus forte au Luxembourg (61 litres), suivi de la France (57,2 litres), du Portugal (51,7 litres) et de l'Italie (51,5 litres), et la plus faible en Islande (7,2 litres), devant la Norvège (9,5 litres), le Royaume-Uni (14,5 litres), la Suède (14,8 litres), la Finlande (17,5 litres) et les Pays-Bas (18,6 litres). La disponibilité de bière par personne était la plus forte en Irlande (154,7 litres), devant l'Allemagne (127,5 litres), le Luxembourg (109 litres) et l'Autriche (108,9 litres), et la plus faible en Italie (27,1 litres), suivie de la France (38,7 litres), la Grèce (40,3 litres) et l'Islande (44,3 litres). La disponibilité de spiritueux était la plus forte en Grèce (2,7 litres), suivie de l'Espagne et de la France (2,4 litres les deux).

et de la Finlande (2,3 litres), et la plus faible en Italie (0,5 litre), suivie de la Norvège (0,9 litre).

#### 2.4.2. Dépenses consacrées à l'alcool

Si on examine les tendances des données (voir tableau 2.4.2) de l'enquête sur le budget des ménages, les dépenses en alcool (en SPA par ménage) ont augmenté de 1988 à 1994 dans tous les États membres à l'exception de l'Italie et du Portugal. Entre 1994 et 1999, elles ont progressé dans la moitié des États membres et reculé dans les autres. En 1994 et 1999, les dépenses de l'Irlande ont été dix fois supérieures à celles de la Grèce où elles ont été les plus faibles pour chacune des trois années de référence. Les dépenses en spiritueux (en SPA par ménage) ont progressé entre 1988 et 1994 dans tous les États membres à l'exception de la Belgique, le Portugal dépensant le moins ces deux années-là. Entre 1988 et 1994, les dépenses en vin ont augmenté dans tous les États membres sauf au Portugal, alors que les dépenses en bière ont augmenté dans tous les États membres. Pour chacune de ces trois années, il existe des différences entre États membres quant au pourcentage des dépenses totales des ménages consacrées à la bière (de 0,2 à 3,9 %), au vin (de 0,2 à 1,0 %) et aux spiritueux (de 0,1 à 0,8 %) en 1999. Si on compare les pourcentages des dépenses totales des ménages consacrées à l'alcool par différents ménages, il ressort des données EBM 1999 (voir tableau 2.4.3) que, dans chaque catégorie socio-économique et chaque quintile de revenu, les dépenses des ménages ont été proportionnellement les plus fortes en Irlande et les plus faibles en Grèce, que les écarts les plus marqués entre les catégories socio-économiques ont été trouvés en Irlande (4,1 %), devant la Finlande (1,4 %), et les plus faibles en Espagne (0,2 %) et au Royaume-Uni (0,3 %), que les plus grandes différences entre les quintiles de revenu ont été constatées en Irlande (1,6 %) et les plus petites en Grèce, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni (0,1 %), que les types de ménages dépensant proportionnellement le plus étaient ceux de trois adultes ou plus et que ceux qui dépensaient le moins étaient les familles monoparentales, que les dépenses augmentaient avec l'âge de la personne de référence, et qu'il n'y avait pas de tendance homogène quant à la proportion des dépenses en fonction du degré d'urbanisation dans l'UE.

#### 2.4.3. Proportion de buveurs

Les données (voir tableau 2.4.4) de l'enquête Eurobaromètre 52.1 montrent qu'un quart de la population de l'UE déclarait boire régulièrement de l'alcool, les proportions variant de 6 % des femmes et 19 % des hommes en Italie à 40 % des femmes et 64 % des hommes en Irlande. Plus d'hommes

que de femmes boivent régulièrement dans chaque État membre, et, dans l'ensemble de l'UE, la proportion est de deux hommes pour une femme. Il y avait peu de différence entre les tranches d'âge de 15 à 64 ans (26 à 28 %), mais on constatait une réduction considérable (jusqu'à 17 %) à 65 ans et plus. Les données montrent également que 43 % de ceux qui buvaient régulièrement de l'alcool se sentaient également stressés, contre 36 % de ceux qui n'en buvaient pas régulièrement (voir tableau 2.4.5).

#### 2.4.4. Très jeunes buveurs

Les jeunes commencent à goûter à l'alcool à la jeune adolescence, comme par le passé, mais la consommation régulière d'alcool commence plus tôt qu'avant (voir CE, 2000). L'enquête HSBC a examiné les proportions de jeunes consommant de l'alcool. Les enfants âgés de 11, 13 et 15 ans buvant au moins une fois par semaine en 1997/1998 étaient plus nombreux en Grèce, en Angleterre, au pays de Galles et au Danemark (voir tableau 2.4.6), pays dans lesquels il y avait un tiers de buveurs en plus chez les garçons que chez les filles. Grosso modo, le nombre de jeunes consommant de l'alcool double entre 11 et 15 ans dans la plupart de ces pays. En 1998, dans une semaine moyenne en Angleterre, 35 000 enfants de moins de 16 ans consommaient des niveaux d'alcool supérieurs aux niveaux recommandés pour les adultes. C'est en Allemagne, en Finlande et en Norvège que les proportions de jeunes buvant de l'alcool à 11 ans étaient les plus faibles. À 13 ans, les proportions étaient les plus faibles en Norvège pour les garçons et les filles (ainsi qu'au Portugal et en Suisse pour les filles), suivie de la Suisse et de la Finlande pour les garçons. À 15 ans, les proportions étaient les plus faibles en Finlande pour les garçons et les filles (suivie du Portugal et de la Suisse pour les filles et de la Norvège pour les garçons).

Une analyse comparative des risques s'appuyant sur les données de l'étude *Global Burden of Disease 2000* de l'OMS a montré que, chez les hommes de 15 à 29 ans, dans l'UE, un décès sur quatre est attribuable à l'alcool (voir Harkin, 1997). Il semble qu'il n'y ait aucun lien entre les proportions de jeunes buveurs et la législation applicable à la vente d'alcool. Les pays dans lesquels les proportions de jeunes buveurs sont les plus faibles ont toutefois tendance à être plus restrictifs en ce qui concerne la publicité (voir tableau 2.4.7), alors que ceux où la prévalence est la plus forte ont tendance à l'être moins. Les boissons alcoolisées comptent parmi les produits pour lesquels la publicité est la plus forte, et nombreux sont ceux qui considèrent que les annonces publicitaires télévisées en faveur de l'alcool vont à l'encontre des initiatives nationales (voir site web IAS) visant à réduire la consommation d'alcool.

## Références

Commission européenne, *Rapport sur l'état de santé des jeunes dans l'Union européenne*, 2000.

Harkin, A.-M., Anderson, P., et Goos, C., *Smoking, drinking and drug-taking in Europe*, OMS, Copenhague, 1997.

Institute of Alcohol Studies: <http://www.ias.org.uk>

National Transportation Safety Board — Fiabilité des données sur les accidents de la route: <http://www.nts.gov/ITS/roaddata.htm>

Rehn, N., Room, R., et Edwards, G., *Alcohol in the European Region — Consumption, harm and policies*, OMS, bureau régional pour l'Europe, 2001.

*Report from the Swedish Presidency on alcohol*, juin 2001.

## 2.5. Toxicomanie

### 2.5.1. Prévalence dans l'utilisation de drogues

Les données recueillies (voir site web de l'OEDT) par l'**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)**, à partir d'enquêtes de prévalence sur les douze derniers mois, effectuées entre 1994 et 2000, montrent que le cannabis était la drogue la plus couramment utilisée dans les États membres sous revue (voir tableau 2.5.1). La consommation de cannabis pour l'ensemble des adultes (d'âge variant de 15-18 ans à 59-74 ans) allait de 1 % en Suède à 9 % au Royaume-Uni. Dans la plupart des États membres, la prévalence chez les jeunes adultes (15-18 ans à 29-44 ans) était plus ou moins le double de la prévalence pour l'ensemble des adultes et variait de 1 % en Suède à 23 % au Royaume-Uni. La prévalence de consommation d'autres drogues pour l'ensemble de la population adulte était nettement plus faible dans chaque État membre, de 0,0 % (en Suède pour la cocaïne) à 3 % (au Royaume-Uni pour les amphétamines), et, pour les jeunes adultes, de 0,0 % (en Suède pour la cocaïne) à 8 % (au Royaume-Uni pour les amphétamines), et leur popularité variait d'un pays à l'autre. La prévalence de consommation de drogues autres que le cannabis était inférieure ou égale à 1 % pour l'ensemble de la population adulte dans tous les États membres à l'exception de l'Espagne, de l'Irlande et du Royaume-Uni, et inférieure à 5 % pour les jeunes adultes. Dans chaque pays, la plus forte prévalence de consommation d'une seule drogue était généralement associée à une prévalence plus forte de consommation d'autres drogues.

Les données collectées pendant la même période montrent que, dans la plupart des États membres, la prévalence à vie était de 2 à 3 fois supérieure à celle des douze derniers mois, sauf au Danemark, où elle l'était de 4 à 6 fois, et en Suède (de 8 à 13 fois) (voir

tableau 2.5.2). Pour l'ensemble de la population adulte, la prévalence à vie de la consommation de cannabis était la plus forte au Royaume-Uni (25 %), au Danemark (24,3 %) et en Espagne (22,2 %), et la plus faible dans l'ex-Allemagne de l'Est (3,6 %) et en Finlande (7,3 %). La situation est similaire pour les jeunes adultes, à ceci près que les proportions sont plus élevées (de 42 % au Royaume-Uni à 6,4 % dans l'ex-Allemagne de l'Est pour le cannabis). Les amphétamines constituent le second (en prévalence) groupe de drogues consommées, bien que la prévalence à vie soit inférieure à 10 % dans tous les États membres à l'exception du Royaume-Uni où elle atteint 20 % chez les jeunes adultes. En ce qui concerne la consommation de cocaïne et d'ecstasy, la prévalence à vie était inférieure à 5 % pour l'ensemble de la population adulte et chez les jeunes adultes, sauf en Espagne (5,2 %) et au Royaume-Uni (6,4 %) pour la cocaïne, et au Royaume-Uni (10 %) pour l'ecstasy. Lorsque deux années d'enquêtes sont données, la prévalence à vie de consommation de toutes les drogues indiquées dans le tableau a diminué en Espagne et augmenté au Royaume-Uni, mais elle varie dans les autres États membres.

Il ressort des enquêtes effectuées de 1993 à 2000 (voir tableau 2.5.3) auprès des jeunes de 15 et 16 ans que le pays de Galles avait la plus forte prévalence à vie de consommation de toutes drogues illégales (41,5 %) et en particulier de solvants (15,1 %). La prévalence de consommation de toutes drogues, surtout de cannabis, chez les jeunes de 15-16 ans était également importante au Royaume-Uni dans son ensemble, en Irlande, en Espagne et aux Pays-Bas. Elle était faible en Autriche, au Portugal, en Norvège, en Suède, en Finlande et en Grèce, ce dernier pays ayant toutefois le deuxième niveau de prévalence en ce qui concerne l'utilisation des solvants (13,7 %). Bien que la prévalence de consommation de LSD en Irlande ait été la plus forte en 1995 (13 %), l'utilisation d'un échantillon plus important en 1998 a permis de constater qu'elle se situait à 3,4 %. De même, le Luxembourg avait une prévalence de 11,1 % en 1999 pour la consommation de cocaïne avec un petit échantillon, mais l'utilisation d'un échantillon bien plus important a permis de constater qu'elle n'était que de 1,5 %. Outre le chiffre précédent, dans le tableau, la prévalence de consommation d'héroïne et de cocaïne dans cette tranche d'âge était très faible dans tous les pays (moins de 5 %). La prévalence de consommation des amphétamines et de l'ecstasy était inférieure à 10 %, sauf en Écosse (12,0 %) et au pays de Galles (14,2 %) pour les amphétamines. Lorsqu'il y a deux années d'enquêtes, on constate que la prévalence de consommation de toutes les drogues a augmenté dans plus de pays que dans ceux où elle a diminué, exception faite de l'ecstasy et des amphétamines.



Toutefois, dans certains pays, les tendances de la prévalence de consommation varient. Ainsi, la consommation (toutes drogues confondues) a augmenté au Danemark, sauf pour l'héroïne pour laquelle elle a diminué, alors que le contraire a été constaté en Italie.

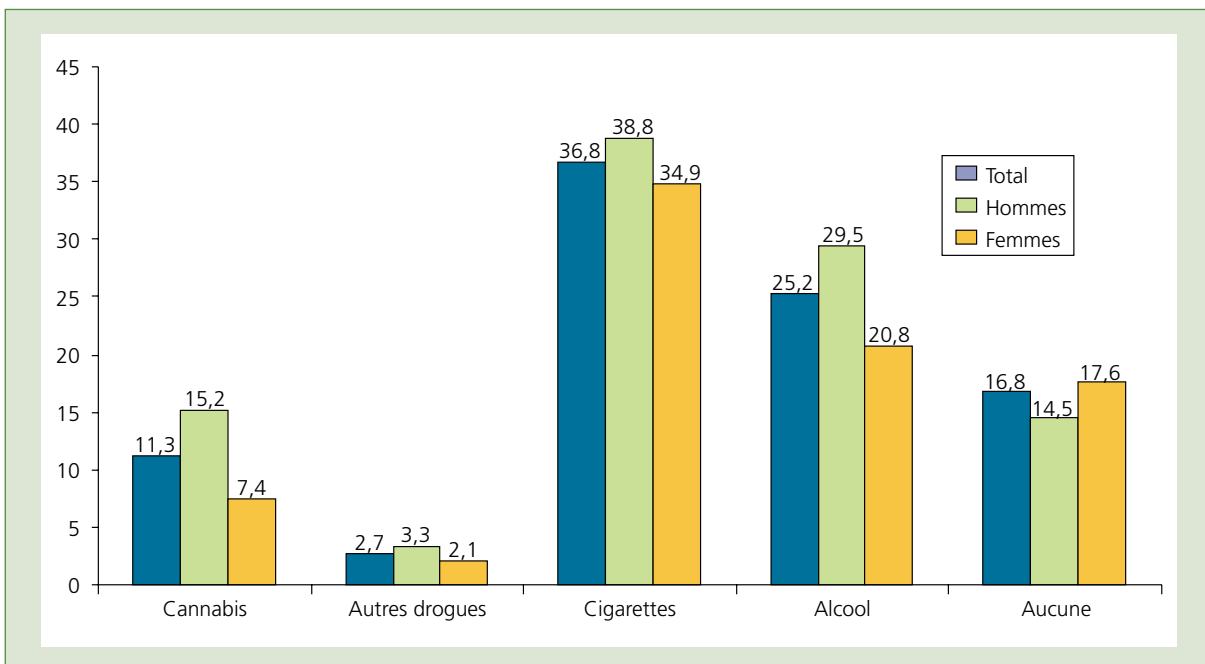
En ce qui concerne la consommation de drogues à problème, en 1996/1998, les estimations de la prévalence nationale exprimées pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans (voir tableau 2.5.4) étaient inférieures à 10 dans tous les États membres et inférieures à 5 dans neuf d'entre eux. Elles variaient de 1,4 à 3 en Allemagne et de 2,3 à 8,9 au Royaume-Uni. Les données OEDT (voir tableau 2.5.5) montrent que, en 1998, l'âge moyen des consommateurs de drogues à problème variait de 23 ans en Irlande et de 23,5 en Finlande à 31,4 aux Pays-Bas et à 33 en Suède. Dans tous les États membres, les personnes traitées pour des problèmes de drogue étaient en majorité des hommes (68 % en Autriche et 86 % en Italie). Lorsqu'on dispose de données à ce sujet, la proportion d'utilisateurs de drogues injectables varie considérablement, de 1,2 % en Espagne à 100 % en Autriche. Dans ce groupe de personnes traitées pour des problèmes de drogue, les opiacés étaient les principales drogues utilisées dans dix États membres sur treize, leur utilisation étant la plus forte au Portugal (92,2 %). Les plus faibles taux d'utilisation des opiacés ont été constatés en Belgique d'expression flamande, en Finlande et en Suède. La prévalence de consommation de la cocaïne variait de 1 % en Suède à 30,9 % en Espagne, avec, concernant la cocaïne injectée, le plus fort pourcentage enregistré au Portugal (78,4 %). Les proportions de consommateurs d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines procédant par injection n'ont aucune relation avec la prévalence de chaque drogue dans les États membres. Selon l'OEDT, tous les États membres appliquent dorénavant des programmes d'échange de seringues, quoique à des degrés variables. Le cannabis était la deuxième drogue à problème utilisée (de 3,4 à 40 %) dans tous les États membres sauf deux dans lesquels il était précédé par la cocaïne (Espagne et Pays-Bas), et un par les amphétamines (Finlande). L'utilisation des hallucinogènes représentait moins de 1 % de la consommation des drogues à problème dans tous les États membres sauf l'Allemagne (2,2 %) et la Suède (2 %). Les données fournies par le rapport annuel 2000 de l'OEDT montraient que le pourcentage de consommation d'une « autre drogue » était relativement plus élevé en Suède (14 %) et au Danemark (12 %) en 1998, et en Suède (33 %) et en Wallonie, Belgique (11,9 %) en 1997. Toutefois, parallèlement au fait que les chiffres du Danemark (2 %) et de la Belgique (de 5,5 à 6,5 %) étaient nettement plus faibles, les données du tableau 2.5.5 issues du rapport 2001 font état d'un usage d'« autres drogues » égal à 47 %, mais aucun chiffre

n'est donné pour l'usage d'amphétamines ou d'ecstasy en Suède en 1998. Les différences constatées dans les données de la Suède sont dues à l'utilisation de plusieurs sources — le système DOK, qui couvre différents types d'unités de traitement, était utilisé pour le rapport 2000.

La prévalence nationale d'anticorps de l'hépatite C chez les injecteurs de drogues contrôlés entre 1994 et 2000 allait de 19 % en Suède (1998) à 83 % en Espagne (1996) (voir tableau 2.5.6). Les données locales mettent en évidence une prévalence variant de 38 % à Lisbonne, au Portugal (1999), et en Belgique d'expression flamande (1999) à 92 % en Finlande (1999 à 2000). C'est en Italie qu'on a contrôlé le plus grand nombre d'utilisateurs de drogues injectables, pays dans lequel la prévalence de l'hépatite C était de 67 % en 1999 comparativement à 68 % en 1998. La prévalence du VIH chez les injecteurs contrôlés entre 1996 et 2000 était inférieure à 5 % dans les deux tiers des États membres. La plus forte prévalence a été constatée à Lisbonne, au Portugal, en 1998/1999 (48 %), devant l'Espagne (33,1 %) en 1999 et les Pays-Bas (25,9 %) dans une étude locale effectuée entre 1997 et 1999. L'Italie a contrôlé le plus d'injecteurs et avait une prévalence de 15,1 % en 1999, contre 16,2 % en 1998. L'incidence des cas de sida associés à l'utilisation de drogues injectables entre 1985 et 2000 était inférieure à cinq par million dans sept États membres (voir chapitre 4). Pour tous les États membres, l'incidence a atteint son niveau maximal au début des années 90, sauf au Portugal où elle a augmenté chaque année de 1985 (0,1) à 1999 (61,0), avant de baisser légèrement (60,4) en 2000. Les incidences ont augmenté de manière considérable à partir de 1985, ont atteint un niveau maximal en 1993/1994, puis ont baissé dans trois pays: l'Espagne (2,4, 120,5 et 33,5), l'Italie (1,7, 58,7 et 11,5) et la France (0,8, 25,2 et 3,8).

Les données sont collectées dans chaque pays par l'**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)** auprès de divers organismes, par exemple les centres de traitement ou les ministères. Le réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies (**Reitox**) a, dans chaque État membre, un point focal national qui coordonne ses centres d'information nationaux afin de répondre aux exigences de l'OEDT en données de base. Les sources sont des enquêtes par sondage, les données de la police et celles des centres de traitement. Le **projet européen d'enquête scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD)** (voir site web IPDT) et les données **HBSC** ont été utilisés pour les enfants d'âge scolaire. L'OEDT est opérationnel depuis 1995. Seuls l'Allemagne, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni ont collecté des séries de données comparables. Selon l'OEDT, la qualité et la

### 2.5.8. Consommation au cours du dernier mois de cannabis/autres drogues — Consommation régulière de cigarettes/alcool, EU-15, 2002



Source: Eurobaromètre 57.2, Commission européenne.

comparabilité des données fournies par les États membres se sont considérablement améliorées, malgré les différences constatées au niveau des méthodes de collecte, de la taille des échantillons et des bases de sondage, différences susceptibles d'avoir une incidence sur la précision et la validité des données. Il existe des variations mineures dans la classification des drogues; par exemple, dans certains pays, les enquêtes posent des questions sur l'usage de la «cocaïne» et d'autres sur «la cocaïne ou le crack». Il y a également des différences dans les tranches d'âge des enquêtes. Par ailleurs, tous les pays n'ont pas effectué l'enquête la même année. Toutes ces différences ont une incidence certaine sur la comparabilité. Les habitants des zones urbaines déclarent des taux supérieurs de consommation de drogues que ceux des zones rurales, et les écarts constatés dans les chiffres nationaux peuvent en grande partie être conditionnés par la proportion de la population urbaine.

La taille des échantillons varie selon les pays (de 562 à 47 657), aussi bien sur le plan relatif que dans l'absolu, mais elle concerne des enquêtes nationales complètes. Dans certains cas, les enquêtes nationales couvrent une tranche d'âge plus large que celle qui est présentée dans un tableau; par conséquent, les estimations présentées peuvent être fondées sur des échantillons plus petits. L'échantillonnage aléatoire simple et la stratification à plusieurs degrés (avec des techniques différentes aux divers degrés) sont les méthodes d'échantillonnage les plus courantes. La majorité a recours à la pondération, généralement pour faire des corrections en

fonction de l'âge, du sexe et/ou de la région. Certaines études font un échantillonnage superposé, généralement pour l'âge, le sexe et (au Royaume-Uni) l'origine ethnique. Les résultats varient en fonction du climat culturel, politique et économique dans lequel les enquêtes sont effectuées. Les données des enquêtes ne sont pas rigoureusement comparables en raison de différences méthodologiques. L'OEDT a produit des lignes directrices pour la mise en œuvre standardisée de cinq indicateurs épidémiologiques clés de la consommation de drogues (consommation de drogue, consommation de drogues à problème, demandes de traitement, décès liés à la drogue et maladies infectieuses liées à la drogue); ces lignes directrices doivent être mises en œuvre au niveau national dans tous les États membres dans les années à venir.

#### 2.5.2. Attitudes et opinions des jeunes sur les drogues

Les données de l'enquête **Eurobaromètre 57.2** de 2002, menée par la **Commission européenne**, analysent les attitudes et les opinions des jeunes citoyens de l'UE ayant de 15 à 24 ans concernant les drogues (réf. EB572). Plus de 10 % des jeunes (voir tableau **2.5.7**) disent avoir utilisé du cannabis dans le mois précédant l'enquête en France (19,8 %), en Espagne (15,0 %), au Royaume-Uni (13,4 %), au Danemark (12,2 %) et aux Pays-Bas (12,2 %). Au cours de la même période, l'utilisation d'une autre drogue dépasse 3 %: en Irlande (4,8 %), au

Royaume-Uni (4,4 %), en Espagne (3,7 %), aux Pays-Bas (3,2 %) et en Finlande (3,1 %). L'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni se trouvent dans le groupe principal pour les deux types d'utilisations. Le Danemark et la France sont dans le même groupe pour le cannabis mais sont dans la moyenne européenne pour les autres drogues. Les jeunes Irlandais sont les utilisateurs les plus lourds des drogues autres que le cannabis mais aiment, en moyenne, moins ce dernier. Dans presque tous les cas, il y a un lien mathématique entre le taux d'expérimentation et l'utilisation des différentes drogues. Les pays moins touchés par le phénomène — s'appliquant à la fois au cannabis et à d'autres drogues — sont la Grèce (de 1,3 et 0,4 %), la Suède (de 3,9 et 1,6 %), l'Autriche (de 4,6 et 1,3 %), le Portugal (de 4,9 et 1,8 %) et, dans une moindre mesure, l'Italie (de 7,8 et 0,6 %) et le Luxembourg (de 4,5 et 2,3 %). Bien que les pays méridionaux, à l'exception de l'Espagne, semblent moins touchés par les drogues que la moyenne européenne, il n'y a aucune claire division nord-sud sur cette question. Finalement, la Belgique (de 9,5 et 1,9 %) et l'Allemagne (de 8,3 et 2,4 %) sont bien au-dessous des 11,3 et des 2,7 % pour la totalité de l'Union européenne mais moins clairement que le groupe mentionné ci-dessus.

Pour vérifier, dans la mesure du possible, la corrélation qui peut exister entre l'utilisation des drogues et l'utilisation du tabac et/ou de l'alcool, les questions concernant ces deux substances ont été incluses dans l'analyse des données sociodémographiques (voir graphique 2.5.8). On voit ainsi que le taux de pénétration du cannabis est deux fois plus élevé chez les garçons que chez les filles et celui d'autres drogues plus de 50 % plus élevé. Les différences de comportement concernant le tabac et l'alcool sont beaucoup moins sensibles entre les sexes. Il va de soi que tout lien entre ces deux substances et les drogues est moins clair pour les filles que pour les garçons.

Les avis sur les conséquences potentielles de la consommation de stupéfiants ont été également analysés dans cet Eurobaromètre (voir tableau 2.5.9). Il convient de noter que, afin d'avoir la plus large série possible d'avis exprimés, deux conséquences «positives» ont été incluses dans le questionnaire. L'une était le «soulagement de la douleur ou de l'effort» et l'autre le «plaisir». La dépendance est en première place avec un peu moins des deux tiers (63 %) des avis exprimés. La possibilité d'avoir des problèmes avec la loi (38,3 %) est la deuxième conséquence souvent citée. Les conséquences pour la santé mentale ou physique occupent une place plus importante parmi les préoccupations que les problèmes sociaux (le suicide, la prostitution, la pauvreté) qui peuvent être posés par les drogues. En effet, les problèmes mentaux (35,4 %), les maladies contagieuses

(33,7 %) et d'autres problèmes de santé (23,1 %) sont parmi les six premières conséquences mentionnées. Le soulagement de la douleur ou de l'effort (26,4 %) est en cinquième position tandis que le plaisir, en neuvième place, parvient à obtenir 14 % des réponses. Les aspects «salutaires» ou d'«amusement» des drogues, donc, persistent parmi un nombre significatif du segment d'âge de la population étudiée.

Afin d'établir un classement de ces substances jugées les plus dangereuses (voir tableau 2.5.10), seule la réponse «très dangereuse» a été prise en considération. Les résultats confirment la position spéciale du cannabis parmi les drogues. Indépendamment du tabac et de l'alcool, le cannabis est jugé la substance la moins dangereuse sur la liste. 11,5 % des répondants l'ont même jugé «pas du tout dangereuse». Il convient de noter néanmoins que, bien qu'il soit largement connu, 4,3 % déclarent qu'ils n'ont aucun avis sur la dangerosité du cannabis. La méfiance vis-à-vis des autres drogues existe à différents degrés chez presque tous les interrogés. Moins de 1 % d'entre eux considèrent que les six substances classées les plus dangereuses ne sont pas dangereuses. On voit également que les réponses «ne sait pas» sont moins fréquentes pour l'héroïne et pour la cocaïne, en tête du tableau, et pour l'ecstasy en cinquième position. Elles sont légèrement plus fréquentes pour la morphine (6 %), le crack (7,2 %), la colle et les solvants (8,1 %), le LSD (8,6 %), les substances dopantes (8,9 %) et les amphétamines (11,4 %). Il semblait intéressant de mesurer les variations au niveau national prenant comme référence trois substances occupant chacune une position différente dans l'échelle des risques: l'héroïne, considérée la plus dangereuse, le cannabis, vu comme la moins dangereuse, et l'ecstasy, qui occupe la cinquième place sur la liste mais qui est peut-être (outre le cannabis) la drogue ayant la plus grande couverture médiatique. Le tableau 2.5.11 fait la comparaison des trois substances. On voit de nouveau que les réponses au niveau de l'Union européenne sont les mêmes que les réponses par pays montrant le niveau le plus élevé de l'homogénéité. Pour l'héroïne, les avis sont près de la moyenne de l'Union européenne (88,8 %) dans pratiquement tous les États. Les Pays-Bas (79,2 %) et le Portugal (75,4 %) ont un avis légèrement en dessous de la moyenne et la Grèce (96,1 %) légèrement plus haut que cette moyenne. Quel que soit le cas, cette substance est vue comme très dangereuse par une très grande partie des jeunes dans chaque État membre. Pour l'ecstasy, les avis sont beaucoup plus variés. L'Italie (74,3 %) et le Danemark (71,1 %) sont les pays avec le nombre le plus élevé de répondants qui la considèrent très dangereuse. Les Néerlandais (49,4 %), les Finlandais (45,2 %) et les Portugais (44,1 %) sont en dessous de la moyenne euro-

péenne (63,5 %) mais lui donnent un taux de danger très élevé. Il y a des différences également marquées d'un pays à l'autre en ce qui concerne le cannabis, la substance considérée la moins dangereuse par les personnes couvertes par l'étude. Les pays peuvent être groupés en ce qui concerne le taux d'avis «très dangereux» de la manière suivante: l'avis que le cannabis est une substance très dangereuse est plus élevé que la moyenne de l'UE (20,6 %) en Grèce (47,8 %), en Suède (45,1 %) et en Finlande (35,3 %). On le trouve moins souvent aux Pays-Bas (7,2 %) et au Danemark (8,7 %). Il est possible que les variations dans la tolérance et la publicité sur le cannabis puissent jouer un rôle dans les différences d'évaluation des personnes sur sa dangerosité.

Dans l'**Eurobaromètre 57.2** (voir point 2.1.4 pour les détails), dans chaque État membre, les questions ont été soumises à un échantillon représentatif de la population nationale âgée de 15 à 24 ans. Au total, 7 687 personnes ont été interrogées, environ 450 personnes en moyenne dans chaque État membre, sauf en Allemagne (900 personnes interrogées), en Irlande du Nord (200) et au Luxembourg (200). Il convient de noter que les chiffres concernant l'Union européenne sont une moyenne pondérée des chiffres nationaux. Pour chaque État membre, la pondération utilisée est la part de la population communautaire totale âgée de 15 à 24,1 ans.

## Références

OEDT: <http://www.emcdda.org>

*Annual report on the state of the drugs problem in the European Union 2001*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

IPDT: <http://www.ipdt.pt/investigacao/espada99/espada99.pdf>

Eurobaromètre 57.2, *Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs*, rapport de Marc Callemien pour la DG Justice et affaires intérieures, 2002.

Harkin, A.-M., Anderson, P., et Goos, C., *Smoking, drinking and drug-taking in Europe*, OMS, Copenhague, 1997.

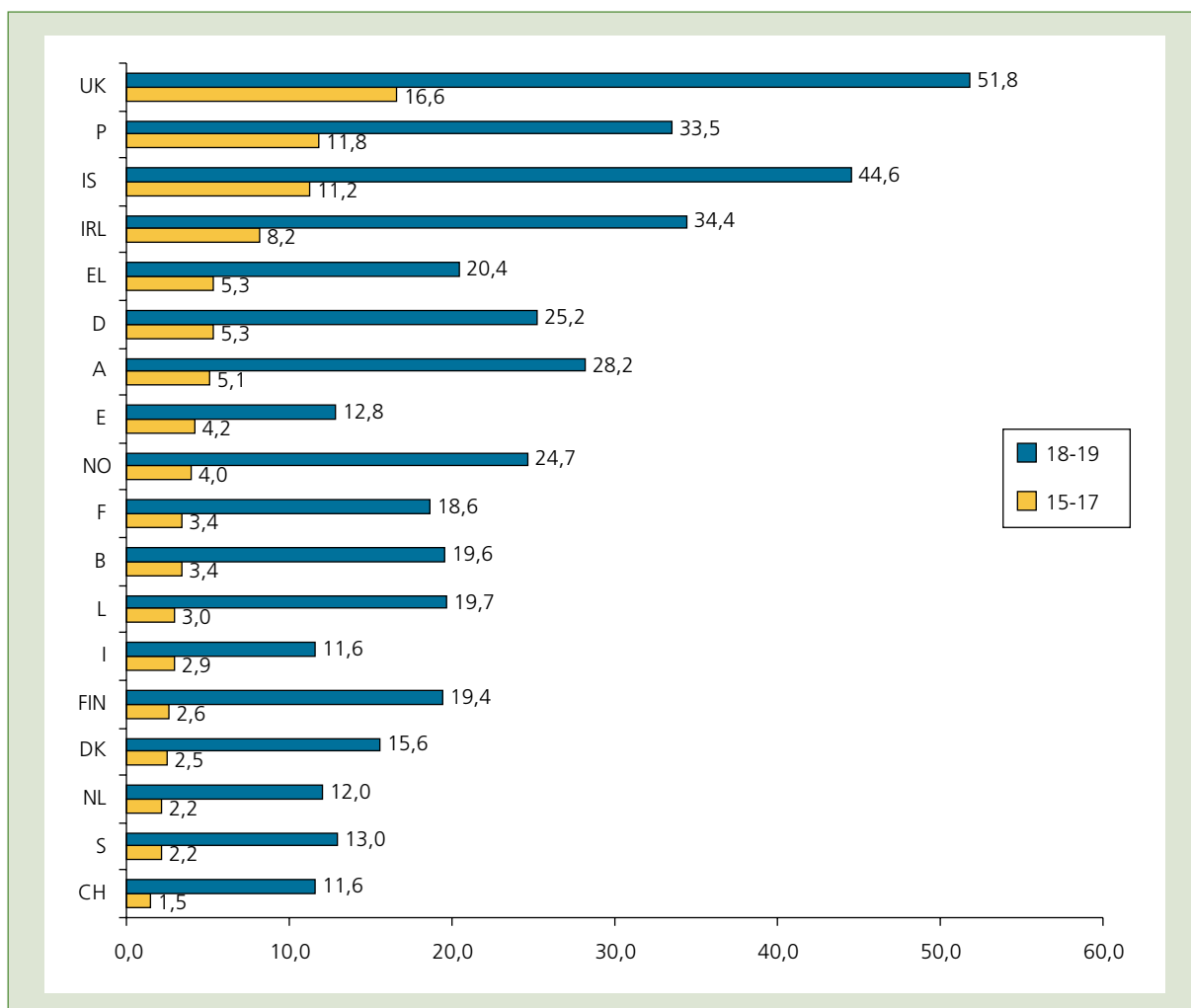
## 2.6. Grossesse chez les adolescentes

La grossesse chez les adolescentes est associée au risque accru de conséquences défavorables pour la santé et la situation sociale de la mère et

de l'enfant. Par exemple, les données de l'enquête de 1995 menée au Royaume-Uni sur l'allaitement ont montré (voir Botting, 1999) que les mères adolescentes avaient plus de chances de fumer et moins d'allaiter leur bébé. Le taux de mortalité des bébés nés de mères adolescentes était plus élevé et leur poids à la naissance était inférieur à la normale. Les bébés avaient plus de risques de présenter des malformations congénitales et d'avoir des accidents. La plupart des mères adolescentes étaient dans l'impossibilité de poursuivre leurs études ou leur travail et recevaient des prestations de l'État. Les mères seules et leurs enfants avaient plus de risques de vivre dans des conditions défavorisées, et le manque d'éducation réduit leurs possibilités à long terme de les améliorer. Elles sont donc exposées à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Il ressort d'une étude effectuée en Écosse que la différence des taux de grossesse chez les adolescentes entre les régions plus riches et les régions plus défavorisées a progressé entre le début des années 80 et le début des années 90, l'augmentation étant plus rapide dans les zones les plus défavorisées sur le plan socio-économique (voir McLeod, 2001). Les méthodes de collecte des données pouvant varier d'un pays à l'autre, il faut se montrer prudent pour faire des comparaisons entre États membres. **Eurostat** a recalculé les taux de fécondité par âge et l'âge moyen des femmes à la procréation, selon la même définition — l'âge atteint durant l'année de l'événement (voir Calot, 1984). Ces taux ne peuvent donc pas être directement comparés avec les chiffres donnés dans *Chiffres clés sur la santé 2000*, car ils n'ont pas été calculés de la même façon. Avec 28,9 naissances vivantes pour 1 000 filles en 2000, c'est au Royaume-Uni que le taux de fécondité pour les filles âgées de 15 à 19 ans en 1980-2000 a été le plus élevé (voir tableau 2.6.1). Les taux étaient également élevés de 1980 à 2000 en Irlande, en Islande et au Portugal. C'est en Italie, aux Pays-Bas et en Suède que les taux étaient les plus bas. Selon l'**Unicef** (voir Unicef), pour 1998, le graphique 2.6.2 ventile le nombre de naissances en jeunes adolescentes et en adolescentes plus âgées, et il montre, dans la partie supérieure du tableau, que les enfants nés de jeunes adolescentes constituent une très faible proportion des naissances pour l'ensemble des adolescentes. Dans la moitié inférieure, toutefois, les enfants nés d'adolescentes de 15 à 17 ans constituent une proportion considérablement plus forte du taux de natalité pour l'ensemble des adolescentes. Pour les filles de moins de 15 ans et de 15 à 19 ans, le nombre d'avortements légaux déclarés a augmenté entre 1995 et 1999, malgré un léger recul entre 1998 et 1999 au Royaume-Uni (voir tableau 2.6.3).



### 2.6.2. Taux de fécondité, naissances vivantes, chez les jeunes filles de 15 à 17 ans et de 18 à 19 ans, 1998



Source: Unicef (United Nations Children's Fund), Innocenti research centre, *A league table of teenage births in rich nations*, juillet 2001.

On ne dispose pas de données nouvelles sur le **comportement sexuel** dans l'UE mais les données existantes sont disponibles dans *Chiffres clés sur la santé 2000*. Les données sur les **maladies sexuellement transmissibles** sont présentées au point 4.4.

Un nouveau projet **Reprostat (création d'indicateurs et de déterminants de la santé génésique dans l'Union européenne)** coordonné par l'**Instituto de Medicina Preventiva** de l'université de Lisbonne (Portugal) dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE a été lancé en 2001. Il est notamment axé sur les indicateurs du taux de natalité chez les adolescentes, le taux de prévalence de la contraception, l'âge moyen lors du premier accouchement, l'âge et le contraceptif utilisé lors du premier rapport sexuel et l'utilisation du condom lors du dernier rapport sexuel.

#### Références

Botting, B., e.a., «Teenage mothers and the health of their children», *Population trends*, n° 97, National Statistics, Stationery Office, 1999.

Calot, G., INED Travaux et documents n° 104, 1984.

McLeod, A., «Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas», *British Medical Journal*, vol. 323, 2001 (disponible à l'adresse suivante: <http://bmj.com/>).

Unicef (Fonds des Nations unies pour l'enfance), centre de recherche Innocenti, *A league table of teenage births in rich nations*, juillet 2001.

## 2.7. Exclusion sociale

L'expression «exclusion sociale» décrit le processus qui empêche certaines personnes de participer pleinement à la société et d'être socialement intégrées (voir EACSI, 1999). La pauvreté et l'exclusion sociale peuvent entraîner des problèmes d'isolement et de mauvaise santé. Par exemple, les pauvres sont souvent stressés parce qu'ils se sentent stigmatisés et exclus de la société et parce qu'ils savent qu'ils sont dans l'incapacité de contrôler leur existence en raison des possibilités réduites qui leur sont offertes; ces conditions sont aujourd'hui clairement liées à de hauts niveaux de coronaropathie. Les femmes pauvres ont plus de chances d'avoir des enfants de faible poids à la naissance et il existe aujourd'hui un lien évident entre ce phénomène et une susceptibilité accrue aux maladies chroniques à l'âge adulte.

Dans le **panel communautaire des ménages (PCM)**, les personnes interrogées devaient dire si elles arrivaient à joindre les deux bouts ou si elles avaient les moyens de s'offrir une voiture ou des vacances. Dans l'UE, parmi celles qui vivaient dans des conditions de **pauvreté monétaire** (moins de 60 % du revenu médian) en 1995 et 1996, près de la moitié des chômeurs étaient victimes d'exclusion sociale (voir tableau 2.7.1), contre un tiers des «inactifs» et un cinquième des travailleurs salariés. Les plus grandes différences entre les États membres ont été constatées chez les chômeurs, suivis des travailleurs salariés. Dans chaque groupe d'emploi, c'est au Danemark que les pauvres avaient le moins de risques d'être victimes d'exclusion sociale, surtout en ce qui concerne les chômeurs. Les États membres où la proportion de pauvres victimes d'exclusion sociale était la plus grande variaient en fonction du groupe d'emploi. Dans le groupe des chômeurs, c'est en Allemagne, en Italie, en France et au Royaume-Uni qu'elle était la plus forte et, dans le groupe des «inactifs», en France et au Luxembourg pour deux des critères, ainsi qu'en Belgique et au Portugal pour un des critères. Dans le groupe des travailleurs salariés, la plus forte proportion de personnes victimes d'exclusion sociale se trouvait au Luxembourg pour tous les critères. Les bases de sondage et les documents administratifs disponibles ont tendance à exclure les membres les plus marginalisés de la société, les sans domicile fixe, par exemple. De même, de nombreux échantillons de l'enquête ne tiennent pas compte de la population institutionnalisée. Par conséquent, les statistiques fondées sur des bases de sondage existantes ne peuvent que sous-représenter les segments de la population potentiellement les plus exposés à l'exclusion sociale.

Les données de l'enquête **Eurobaromètre 56.1** 2001 effectuée par la **Commission européenne** mesurent la pauvreté subjective. À l'exception du Danemark et de l'Allemagne, la proportion de personnes qui se considèrent comme pauvres est nettement plus grande que celle des personnes

confrontées au risque objectivement mesuré de pauvreté. Dans certains pays, la différence peut être un rapport de 3 pour 1. Ainsi, au Portugal, 20 % de la population se situent sous le seuil de pauvreté, alors que 66 % de cette population se considèrent comme pauvres. En Grèce, ces proportions sont respectivement de 22 et 54 %. Cette différence (voir tableau 2.7.2) est essentiellement liée au fait que ces deux indicateurs ne mesurent pas la même chose. Le premier est relatif en ce sens qu'il est calculé par rapport au revenu médian national: il dépend de la répartition du revenu dans le pays en question et peut donc être considéré comme un indicateur des inégalités nationales. Le second révèle dans quelle mesure les personnes ne sont pas satisfaites de leur niveau de vie: il dépend d'une perception toute personnelle de ce qui est nécessaire pour mener une existence convenable et de l'écart éventuel entre ce minimum subjectif et le revenu net déclaré (voir Gallie et Paugam).

Le tableau 2.7.2 compare l'indicateur «risque de pauvreté» fondé sur la définition objective de la pauvreté de l'UE avec celui de la pauvreté subjective que nous venons de définir. Selon le **panel communautaire des ménages**, la proportion de personnes exposées au risque de pauvreté est nettement plus forte en Grèce, au Portugal et au Royaume-Uni (le plus souvent supérieure à 20 %). Elle est également élevée en Espagne, en Irlande et en Italie (environ 20 %). À l'autre bout de l'échelle, les pays scandinaves (Danemark, Finlande et Suède) semblent moins exposés au risque de pauvreté car la propor-

Pour une description de l'enquête **panel communautaire des ménages** effectuée dans les États membres de l'UE et coordonnée par Eurostat, se reporter au *chapitre 4*.

S'il existe un large éventail d'indicateurs et de méthodes de mesure de la pauvreté, les statisticiens adoptent généralement une approche strictement financière en fixant un seuil de revenu au-dessous duquel les ménages ou les particuliers sont considérés comme pauvres. Ce seuil varie: pendant de nombreuses années, il était le plus souvent égal à 50 % du revenu médian national. Depuis 2001, **Eurostat** utilise un seuil de référence égal à 60 % du revenu médian national et décrit comme un indicateur du «risque de pauvreté». Pour tenir compte des économies d'échelle s'appliquant aux ménages en fonction de leur composition, on donne généralement une valeur de 1 au premier adulte du ménage, de 0,5 aux autres membres du ménage âgés de 14 ans et plus, et de 0,3 aux enfants de moins de 14 ans. Par opposition à ce type de mesure, certaines approches s'appuient sur la pauvreté subjective. Là encore, il existe une définition couramment utilisée: les personnes pauvres sont celles dont le revenu net total est inférieur à ce qu'elles considèrent comme absolument nécessaire pour avoir un niveau de vie convenable.

## 2. Modes de vie

---

tion de personnes vivant dans des ménages pauvres est souvent inférieure à 10 %. Au Luxembourg et aux Pays-Bas, le risque de pauvreté est également relativement faible (entre 11 et 12 %). La Belgique, l'Allemagne et la France se situent dans une position intermédiaire (entre 15 et 20 %).

### Références

Comité consultatif européen de l'information statistique, conférence annuelle du conseil des utilisateurs de statistiques sur les statistiques de l'exclusion sociale, Imac Research, 1999.

Frey, L., *Social exclusion and social cohesion: an introduction*, CEIES, conférence décennale, SIGMA (2/2001), 2001.

Gallie, D., et Paugam, S., *Précarité sociale et intégration sociale*, rapport à l'attention de la Commission européenne fondé sur l'enquête Eurobaromètre 56.1, 2002.

### 2.1.1. Pourcentage de l'énergie disponible dans les matières grasses des aliments destinés à la consommation humaine par jour <sup>(1)</sup>

	EU-15	B <sup>(2)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL	I
<b>1970</b>	34,3	36,9	40,1	36,4	31,0	29,3	34,5	32,6	29,3
<b>1975</b>	34,9	36,8	38,7	36,2	32,7	30,8	36,2	33,0	30,7
<b>1980</b>	36,3	38,0	39,6	36,7	34,9	33,0	39,4	35,8	32,3
<b>1985</b>	37,2	39,6	37,1	36,6	35,4	35,5	39,8	35,4	36,2
<b>1990</b>	38,4	39,5	37,8	38,4	35,3	38,0	41,4	33,6	37,9
<b>1991</b>	38,5	39,9	36,6	38,4	35,9	39,0	41,6	33,5	37,7
<b>1992</b>	38,6	39,1	38,3	38,1	36,4	39,3	41,8	33,1	36,8
<b>1993</b>	38,7	39,7	37,1	38,5	35,8	39,5	41,7	33,0	37,5
<b>1994</b>	38,6	40,3	36,4	38,3	36,1	39,0	41,8	32,6	37,9
<b>1995</b>	38,8	40,5	36,8	37,8	37,1	39,3	41,8	32,6	37,6
<b>1996</b>	38,9	40,1	36,5	39,1	37,2	39,2	41,5	32,0	37,4
<b>1997</b>	39,2	39,6	34,8	40,2	37,7	39,6	42,0	33,8	37,6
<b>1998</b>	39,2	39,5	35,2	39,1	37,8	40,7	41,7	33,5	38,1
<b>1999</b>	39,0	:	35,4	38,8	36,9	40,5	41,4	33,6	37,8

(1) Selon les recommandations de diverses administrations compétentes en matière de nutrition, la proportion de l'énergie totale fournie par des lipides ne devrait pas être supérieure à 30-33 %.

(2) Y compris le Luxembourg.

Source: Organisation mondiale de la santé/Europe, base de données «Santé pour tous».

### 2.1.2. Consommation quotidienne moyenne de matières grasses selon le type d'aliments, 1999

	EU-15	B <sup>(1)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Matières grasses par jour</b>	149,8	159,1	130,4	146,9	151,3	150,7	164,6	136,3
<b>Produits végétaux</b>	66,7	68,6	29,4	62,0	94,1	87,7	55,9	47,7
Céréales (hormis la bière)	3,5	2,9	3,2	3,3	4,3	2,8	3,7	3,4
Racines amylicées	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Édulcorants	:	:	:	:	:	:	:	:
Légumineuses	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1
Noix autres que l'arachide	2,6	3,1	2,7	3,2	4,7	3,7	2,1	0,5
Oléagineux	2,2	1,4	0,7	2,4	4,2	3,0	1,9	2,0
Huiles végétales	54,8	59,1	17,3	48,3	76,5	75,0	44,9	38,6
Légumes	0,7	0,8	0,7	0,5	1,5	0,8	0,7	0,5
Fruits (hormis le vin)	0,8	0,7	0,8	0,8	1,0	0,9	0,8	0,4
Stimulants (thé, café, etc.)	1,7	0,1	3,4	3,1	1,3	0,7	1,6	1,9
Épices	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Boissons alcoolisées	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>Produits animaux</b>	83,0	90,5	101,0	85,0	57,1	63,1	108,6	88,5
Viande	33,3	21,3	31,6	27,9	23,3	33,8	45,1	33,9
Abats	0,4	0,8	0,1	0,4	0,4	0,4	0,8	1,6
Graisses animales	25,0	46,4	49,2	36,9	4,5	7,0	32,7	25,7
Lait (hormis le beurre)	19,4	16,1	14,1	15,4	24,9	15,5	24,2	24,3
Œufs	3,4	3,9	4,2	3,3	2,8	3,8	4,3	1,9
Poisson et fruits de mer	1,5	1,9	1,9	1,1	1,2	2,5	1,5	1,2

(1) Y compris le Luxembourg.

Source: Base de données Faostat, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
39,3	34,7	23,7	35,7	36,5	38,9	35,0	39,2	38,5	<b>1970</b>
38,6	36,8	25,8	38,3	36,3	38,2	38,8	42,5	41,9	<b>1978</b>
38,3	39,5	27,8	38,1	37,1	39,0	38,8	39,9	41,3	<b>1980</b>
38,5	41,1	28,7	37,6	37,0	38,5	38,2	38,2	41,3	<b>1985</b>
38,6	40,1	31,6	35,5	37,1	38,0	36,5	36,6	40,8	<b>1990</b>
37,3	40,3	32,1	36,2	37,1	38,1	34,3	37,0	41,2	<b>1991</b>
37,1	41,0	31,8	36,5	36,0	39,6	35,1	37,1	40,2	<b>1992</b>
38,6	40,9	31,8	37,1	36,6	38,9	34,6	37,0	40,5	<b>1993</b>
38,9	39,7	31,8	36,8	37,4	38,5	34,8	37,1	41,3	<b>1994</b>
41,0	39,7	31,7	37,9	38,2	39,2	34,2	37,3	40,8	<b>1995</b>
39,4	40,6	31,9	37,2	36,7	39,0	34,0	37,2	40,1	<b>1996</b>
39,1	40,5	32,2	36,9	37,9	38,7	36,1	36,4	39,8	<b>1997</b>
38,9	38,9	32,4	36,9	36,4	39,6	36,8	37,5	40,6	<b>1998</b>
39,0	37,8	32,4	36,5	37,3	39,5	37,3	36,8	40,2	<b>1999</b>

(en grammes par personne)

I	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
152,4	140,4	152,8	135,6	127,6	130,1	145,7	137,2	140,2	145,7	<b>Matières grasses par jour</b>
82,7	53,9	59,4	58,8	37,0	57,4	63,6	39,2	52,9	57,3	<b>Produits végétaux</b>
3,9	2,4	5,0	5,5	3,9	3,2	3,2	8,3	4,3	3,1	Céréales (hormis la bière)
0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	Racines amyliacées
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	Édulcorants
0,3	0,1	0	0,2	0	0,1	0,3	0	0	0,1	Légumineuses
3,5	2,2	3,4	1,5	0,7	1,7	0,8	0,5	2,2	5,8	Noix autres que l'arachide
1,3	1,6	2,7	1,1	1,2	1,8	3,2	1,8	0,9	1,4	Oléagineux
71,2	42,2	45,6	44,8	29,5	48,9	53,3	21,3	42,5	44,9	Huiles végétales
0,9	0,5	0,7	1,0	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,6	Légumes
0,9	0,6	0,7	1,4	0,4	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	Fruits (hormis le vin)
0,6	3,7	0,8	2,9	0,3	0,3	1,2	6,0	1,8	0,5	Stimulants (thé, café, etc.)
0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	Épices
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	Boissons alcoolisées
69,6	86,4	93,4	76,7	90,7	72,7	82,2	98	87,2	88,3	<b>Produits animaux</b>
30,1	32,6	30,9	30,4	44,3	22,9	37,3	42,1	29,6	40,3	Viande
0,3	0,1	0,1	0,6	0,1	0,1	0,2	0,9	0,2	0,4	Abats
16,7	19,9	36,9	24,6	14,8	22,4	19,9	26,5	26,7	22,2	Graisses animales
17,6	28,2	21,0	16	26,4	21,9	21,1	23,3	22,3	21,5	Lait (hormis le beurre)
3,5	4,4	3,5	2,5	2,5	3,2	2,5	1,5	2,8	2,8	Œufs
1,5	1,2	0,9	2,6	2,5	2,2	1,2	3,6	5,8	1,2	Poisson et fruits de mer

## 2. Modes de vie

### 2.1.3. Apports journaliers moyens de calories par personne <sup>(1)</sup>

	EU-15	B <sup>(2)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	3 185	3 125	3 157	3 166	3 137	2 733	3 300	3 445	3 422
1975	3 177	3 167	2 988	3 161	3 335	2 990	3 246	3 496	3 364
1980	3 279	3 302	3 127	3 338	3 215	3 062	3 375	3 663	3 585
1985	3 333	3 439	3 165	3 464	3 507	3 120	3 498	3 604	3 411
1990	3 376	3 531	3 172	3 317	3 531	3 267	3 506	3 625	3 572
1991	3 423	3 571	3 251	3 430	3 571	3 338	3 538	3 616	3 628
1992	3 446	3 653	3 328	3 478	3 630	3 363	3 546	3 637	3 525
1993	3 380	3 589	3 308	3 329	3 523	3 304	3 535	3 613	3 457
1994	3 374	3 599	3 285	3 345	3 650	3 313	3 517	3 557	3 450
1995	3 378	3 584	3 333	3 397	3 608	3 249	3 536	3 552	3 493
1996	3 404	3 602	3 325	3 401	3 593	3 305	3 511	3 555	3 514
1997	3 413	3 619	3 407	3 382	3 649	3 310	3 518	3 565	3 507
1998	3 439	3 610	3 434	3 418	3 643	3 342	3 560	3 640	3 601
1999	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629

<sup>(1)</sup> L'apport calorique recommandé dans la plupart des pays est d'environ 2 900 kcal par jour pour les hommes (de 25 à 50 ans, mesurant environ 176 cm et pesant environ 79 kg) et de 2 200 kcal pour les femmes (de 25 à 50 ans, mesurant environ 163 cm et pesant environ 63 kg), même si cet apport diffère d'une personne à l'autre en fonction de certaines caractéristiques.

<sup>(2)</sup> Y compris le Luxembourg.

Source: Base de données Faostat, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

### 2.1.4. Apports journaliers moyens de calories par personne en fonction du type d'alimentation, 1999

	EU-15	B-L	DK	D	EL	E	F	IRL	I
<b>Nombre de calories par jour</b>	3 461	3 625	3 317	3 411	3 689	3 353	3 575	3 649	3 629
<b>Produits végétaux</b>	2 380	2 483	2 089	2 344	2 860	2 425	2 221	2 454	2 692
Céréales (hormis la bière)	849	758	770	778	1062	736	867	955	1 152
Racines amyloacées	141	193	126	142	130	157	120	214	70
Édulcorants	374	472	499	414	308	300	385	456	302
Légumineuses	36	22	9	18	46	53	20	18	56
Noix autres que l'arachide	29	33	29	34	55	41	24	5	40
Oléagineux	26	16	8	31	43	32	21	22	13
Huiles végétales	485	523	153	427	677	664	397	342	630
Légumes	83	133	78	54	165	106	86	61	105
Fruits (hormis le vin)	126	121	119	137	203	136	81	77	163
Stimulants (thé, café, etc.)	27	9	52	44	20	14	26	26	14
Épices	4	4	7	4	3	3	3	5	1
Boissons alcoolisées	197	199	237	259	130	182	188	273	141
<b>Produits animaux</b>	1 082	1 141	1 229	1 067	829	929	1 353	1 195	937
V viande	429	308	432	368	330	461	552	447	407
Abats	15	25	3	13	13	13	30	59	12
Graisses animales	226	420	446	334	41	63	294	234	151
Lait (hormis le beurre)	321	292	241	279	362	259	373	399	276
Œufs	49	56	59	47	40	54	62	27	50
Poisson et fruits de mer	42	40	47	27	44	78	42	29	41

Source: Base de données Faostat, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

### 2.1.5. Pourcentage de l'énergie totale disponible dans les protéines des aliments destinés à la consommation humaine

	EU-15	B <sup>(1)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	11,6	11,8	9,9	11,2	12,8	12,2	12,7	12,3	11,4
1975	11,8	12,2	10,6	11,4	12,7	12,4	12,7	12,6	11,7
1980	12,1	12,3	11,2	11,6	12,8	12,7	13,3	12,6	12,0
1985	12,2	12,0	12,0	11,6	12,5	12,7	13,4	12,4	12,4
1990	12,3	11,7	12,5	11,9	12,7	12,8	13,2	12,6	12,3
1991	12,2	11,8	13,1	11,3	12,8	12,8	13,3	13,0	12,4
1992	12,0	11,7	12,3	11,1	12,5	12,7	13,0	12,4	12,5
1993	12,1	11,9	12,2	11,1	12,7	13,0	12,8	12,2	12,4
1994	12,2	11,6	12,3	11,4	12,7	13,3	12,9	12,0	12,4
1995	12,2	11,5	12,5	11,2	13,0	13,2	13,0	12,1	12,3
1996	12,2	11,3	12,8	11,3	13,0	13,0	13,0	12,4	12,5
1997	12,2	11,2	12,2	11,1	12,9	13,0	13,0	12,3	12,4
1998	12,3	11,4	12,3	11,4	12,9	13,2	13,0	12,3	12,4
1999	12,2	:	12,4	11,3	12,9	13,2	13,0	12,5	12,5

<sup>(1)</sup> Y compris le Luxembourg.

Source: Organisation mondiale de la santé/Europe, base de données «Santé pour tous».

## 2. Modes de vie

(en kcal par personne)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3 024	3 227	2 930	3 121	2 877	3 282	3 017	3 022	3 481	<b>1970</b>
3 047	3 145	3 109	3 198	2 922	3 128	2 975	2 979	3 230	<b>1975</b>
3 073	3 349	2 845	3 091	2 991	3 116	3 252	3 351	3 494	<b>1980</b>
3 105	3 373	3 060	2 963	2 981	3 191	3 161	3 195	3 348	<b>1985</b>
3 282	3 507	3 517	3 146	2 978	3 220	3 049	3 144	3 339	<b>1990</b>
3 344	3 543	3 546	3 120	2 954	3 188	3 120	3 211	3 253	<b>1991</b>
3 408	3 532	3 514	3 185	3 071	3 274	3 090	3 230	3 326	<b>1992</b>
3 327	3 512	3 570	3 040	3 148	3 233	3 074	3 269	3 283	<b>1993</b>
3 139	3 398	3 634	3 025	3 184	3 220	3 089	3 289	3 267	<b>1994</b>
3 186	3 550	3 630	3 107	3 120	3 136	3 086	3 276	3 260	<b>1995</b>
3 278	3 581	3 665	3 042	3 175	3 221	3 015	3 348	3 277	<b>1996</b>
3 284	3 536	3 667	3 100	3 194	3 276	3 117	3 357	3 223	<b>1997</b>
3 231	3 659	3 674	3 180	3 034	3 242	3 262	3 412	3 281	<b>1998</b>
3 243	3 639	3 768	3 143	3 141	3 318	3 313	3 425	3 258	<b>1999</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
3 243	3 639	3 768	3 143	3 141	3 318	3 313	3 425	3 258	<b>Nombre de calories par jour</b>
2 064	2 456	2 701	1 948	2 111	2 268	1 966	2 294	2 172	<b>Produits végétaux</b>
572	910	1 063	793	770	739	699	956	733	Céréales (hormis la bière)
154	115	235	136	92	198	94	147	77	Racines amylacées
455	452	330	391	436	370	611	459	504	Édulcorants
27	8	40	12	13	62	9	10	13	Légumineuses
25	37	22	8	19	9	5	23	63	Noix autres que l'arachide
18	34	11	14	20	37	22	10	18	Oléagineux
374	402	397	262	433	472	188	376	395	Huiles végétales
71	69	117	47	55	65	42	48	64	Légumes
135	140	174	89	113	96	90	109	116	Fruits (hormis le vin)
52	21	37	19	17	21	77	34	15	Stimulants (thé, café, etc.)
11	6	1	3	4	5	4	4	5	Épices
170	257	264	168	133	187	102	112	170	Boissons alcoolisées
1 178	1 183	1 067	1 195	1 030	1 050	1 347	1 132	1 086	<b>Produits animaux</b>
419	417	412	494	318	448	504	345	463	Viande
7	4	19	6	5	8	24	7	15	Abats
177	333	222	136	205	176	241	242	197	Graisses animales
479	358	291	460	402	349	442	379	345	Lait (hormis le beurre)
62	50	36	36	45	35	22	39	40	Œufs
34	21	87	63	55	34	115	120	27	Poisson et fruits de mer

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
11,5	11,1	11,2	11,4	12,2	11,3	16,5	11,6	10,4	<b>1970</b>
11,8	11,5	11,0	11,8	12,6	11,4	16,9	12,4	10,9	<b>1975</b>
12,2	11,3	10,9	12,2	13,1	11,2	16,1	12,4	11,1	<b>1980</b>
12,5	11,4	11,6	12,5	12,9	11,6	16,1	12,6	11,5	<b>1985</b>
11,8	11,7	11,9	12,6	12,9	11,6	14,6	12,4	11,4	<b>1990</b>
11,8	11,6	11,9	12,5	12,8	11,5	14,7	12,2	11,7	<b>1991</b>
11,9	11,8	12,1	12,3	12,8	11,4	14,7	12,2	11,5	<b>1992</b>
12,5	11,7	12,2	12,2	12,8	11,4	15,0	12,3	11,3	<b>1993</b>
12,5	11,7	12,4	12,7	12,7	11,6	15,7	12,4	11,4	<b>1994</b>
12,9	11,8	12,3	12,9	12,6	11,7	15,3	12,5	11,2	<b>1995</b>
13,0	11,8	12,5	13,1	12,8	11,6	13,7	12,6	11,0	<b>1996</b>
13,2	11,7	12,6	12,9	12,7	11,7	14,2	12,5	11,0	<b>1997</b>
13,1	11,9	12,7	13,0	13,0	11,8	14,0	12,1	11,1	<b>1998</b>
12,8	11,7	12,8	12,9	12,9	11,7	13,9	12,2	10,9	<b>1999</b>

### 2.1.6. Apports journaliers moyens de protéines par personne en fonction du type d'alimentation, 1999

	EU-15	B-L	DK	D	EL	E	F	IRL	I
<b>Nombre de calories par jour</b>	106	104,3	102,4	96,2	118,8	110,7	115,9	113,9	113,2
<b>Produits végétaux</b>	42,0	39,8	37,8	38,5	54,6	41,0	39,8	41,9	51,4
Céréales (hormis la bière)	26,1	23,6	23,5	23,6	33,4	22,9	26,4	27,9	35,5
Racines amylicées	3,3	4,5	2,9	3,3	3,0	3,7	2,8	4,8	1,6
Édulcorants	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Légumineuses	2,4	1,4	0,6	1,2	2,9	3,3	1,3	1,2	3,7
Noix autres que l'arachide	0,8	0,8	0,8	0,9	1,5	1,2	0,6	0,1	1,0
Oléagineux	1,0	0,5	0,2	1,6	0,8	1,0	0,8	0,7	0,3
Huiles végétales	0,1	0,2	0,1	0,1	0	0,1	0	0,1	0,1
Légumes	4,0	4,9	3,7	2,6	7,9	4,9	4,5	2,9	5,5
Fruits (hormis le vin)	1,5	1,4	1,2	1,5	2,8	1,8	1,0	0,9	2,1
Stimulants (thé, café, etc.)	1,6	0,8	2,8	1,9	0,8	1,2	1,6	1,2	1,2
Épices	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0
Boissons alcoolisées	1,0	1,4	1,6	1,7	0,5	0,9	0,5	1,9	0,3
<b>Produits animaux</b>	64,1	64,5	64,5	57,7	64,2	69,6	76,1	72,0	61,7
Viande	30,2	27,0	34,2	27,1	28,1	36,4	34,2	33,1	31,8
Abats	2,3	4,0	0,5	2,1	1,9	2,0	4,9	9,5	1,9
Graisses animales	0,4	0,7	0,7	0,7	0,2	0,1	0,6	0,7	0,3
Lait (hormis le beurre)	20,7	23,0	17,9	20,0	23,3	14,6	24,9	22,2	17,4
Œufs	3,9	4,5	4,8	3,8	3,2	4,4	5,0	2,2	4,0
Poisson et fruits de mer	6,5	5,3	6,4	4,0	7,5	12,2	6,4	4,2	6,3

Source: Base de données Faostat, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

### 2.1.7. Disponibilité moyenne de certains produits alimentaires

(grammes/personne/jour)

	B	D	EL	E	IRL	L	UK	NO
	1987/1988	1988	1993/1994	1990/1991	1987	1993	1993	1992/1994
<b>Viande</b>	168,0	140,0	151,0	178,0	138,0	185,0	138,0	128,0
<b>Fruits</b>	198,0	202,0	282,0	308,0	103,0	234,0	132,0	174,0
<b>Poisson</b>	26,0	12,0	38,0	75,0	10,0	28,0	21,0	53,0
<b>Légumes</b>	162,0	141,0	229,0	180,0	130,0	180,0	158,0	102,0
<b>Pâtes</b>	7,3	8,6	24,0	10,0	3,5	25,0	8,9	4,9
<b>Lait</b>	153,0	207,0	190,0	349,0	484,0	154,0	288,0	338,0
<b>Céréales</b>	11,0	24,0	17,0	17,0	33,0	28,0	35,0	17,0

Source: DAFNE (Data Food Networking), Athènes.



## 2. Modes de vie

(en grammes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
104,0	106,0	120,7	101,7	101,3	96,8	114,7	104,1	88,6	<b>Nombre de calories par jour</b>
32,5	41,6	50,0	35,8	34,5	41,7	37,9	40,8	34,5	<b>Produits végétaux</b>
17,8	27,1	30,7	24,2	23,2	23,5	27,4	28,7	22,5	Céréales (hormis la bière)
3,6	2,6	5,5	3,2	2,1	4,7	2,1	3,5	1,8	Racines amylicées
0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	:	0,0	0,0	Édulcorants
1,8	0,5	2,5	0,8	0,9	4,1	0,6	0,6	0,9	Légumineuses
0,7	0,9	0,5	0,2	0,5	0,3	0,1	0,6	1,6	Noix autres que l'arachide
0,6	1,7	0,3	0,6	0,8	1,5	0,9	0,3	1,0	Oléagineux
0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0	:	0,2	0,1	Huiles végétales
3,1	3,3	5,9	2,1	2,5	3,1	1,9	2,1	3,2	Légumes
1,4	1,5	2,0	1,0	1,3	1,1	1,0	1,3	1,4	Fruits (hormis le vin)
1,9	2,0	1,2	2,2	2,0	1,7	2,5	2,3	1,2	Stimulants (thé, café, etc.)
0,3	0,2	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	Épices
1,1	1,6	0,9	1,1	0,8	1,4	0,6	0,8	0,7	Boissons alcoolisées
71,5	64,5	70,7	65,9	66,8	55,1	76,8	63,4	54,1	<b>Produits animaux</b>
29,1	32,3	32,0	22,4	26,1	26,1	29,0	18,4	23,2	Viande
1,0	0,6	3,0	0,9	0,7	1,1	3,2	1,1	2,5	Abats
0,1	0,4	0,1	0,6	0,8	0,1	0,7	0,7	0,2	Graisses animales
31,0	24,3	17,9	29,6	27,6	19,5	23,5	24,3	21,4	Lait (hormis le beurre)
5,0	4,0	2,9	2,9	3,6	2,8	1,8	3,2	3,2	Œufs
5,3	2,8	14,7	9,4	7,9	5,4	18,6	15,8	3,6	Poisson et fruits de mer

### 2.1.8. Produits alimentaires et boissons non alcoolisées — Dépenses moyennes de consommation et structure des dépenses des ménages, 1999

	B	DK	EL	E	F (¹)	IRL (²)	I
<b>DÉPENSES MOYENNES DE CONSOMMATION (EN SPA PAR MÉNAGE) (*)</b>							
<b>Produits alimentaires</b>	3 303	2 725	3 680	3 508	3 399	4 014	4 748
Pain et céréales	647	511	459	572	631	723	891
Viande	981	666	939	1 043	1 005	1 122	1 268
Poisson et fruits de mer	209	129	304	496	218	110	438
Lait, fromage et œufs	442	434	591	509	495	603	753
Huiles et graisses	92	87	354	137	89	104	237
Fruits	233	174	320	290	250	216	477
Légumes	339	296	455	291	400	503	457
Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie	248	355	223	121	173	396	184
Produits alimentaires n.c.a.	113	74	35	49	138	237	44
<b>Boissons non alcoolisées</b>	354	348	212	202	223	485	431
Café, thé et cacao	85	130	81	75	74	100	171
Eaux minérales, boissons gazeuses, jus de fruits et de légumes	269	218	131	126	149	385	260
<b>STRUCTURE DES DÉPENSES (% DES DÉPENSES TOTALES DES MÉNAGES)</b>							
<b>Produits alimentaires</b>	12,1	11,6	15,7	17,3	15,2	13,6	17,4
Pain et céréales	2,4	2,2	2,0	2,8	2,8	2,4	3,3
Viande	3,6	2,8	4,0	5,1	4,5	3,8	4,7
Poisson et fruits de mer	0,8	0,6	1,3	2,4	1,0	0,4	1,6
Lait, fromage et œufs	1,6	1,9	2,5	2,5	2,2	2,0	2,8
Huiles et graisses	0,3	0,4	1,5	0,7	0,4	0,4	0,9
Fruits	0,8	0,7	1,4	1,4	1,1	0,7	1,8
Légumes	1,2	1,3	1,9	1,4	1,8	1,7	1,7
Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie	0,9	1,5	1,0	0,6	0,8	1,3	0,7
Produits alimentaires n.c.a.	0,4	0,3	0,1	0,2	0,6	0,8	0,2
<b>Boissons non alcoolisées</b>	1,3	1,5	0,9	1,0	1,0	1,6	1,6
Café, thé et cacao	0,3	0,6	0,3	0,4	0,3	0,3	0,6
Eaux minérales, boissons gazeuses, jus de fruits et de légumes	1,0	0,9	0,6	0,6	0,7	1,3	1,0

(\*) SPA = standards de pouvoir d'achat.

(¹) 1994.

(²) Données provisoires.

NB: On ne dispose pas de données pour l'Allemagne et la Suède.

n.c.a. = non classifié ailleurs.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

### 2.1.9. Tendances des dépenses des ménages consacrées aux produits alimentaires et aux boissons non alcoolisées, 1988, 1994, 1999

DÉPENSES MOYENNES DE CONSOMMATION (EN SPA PAR MÉNAGE) (\*)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>1988</b>	2 980	2 724	:	2 487	3 498	4 027	2 866	:	4 068	4 022	2 214	:	3 527	:	:	2 479
<b>1994</b>	3 375	2 735	2 592	2 786	3 153	4 469	3 622	4 121	4 818	4 764	2 454	3 754	3 461	2 525	3 198	2 724
<b>1999</b>	:	3 657	3 073	2 605	3 892	3 709	:	4 499	5 180	4 361	2 697	3 535	:	2 581	3 329	2 897

STRUCTURE DES DÉPENSES (% DES DÉPENSES TOTALES DES MÉNAGES)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>1988</b>	18,1	16,1	:	14,8	22,6	26,2	17,3	:	23,8	15,1	13,4	:	29,6	:	:	14,3
<b>1994</b>	16,1	12,0	13,5	13,5	17,8	22,8	16,2	18,5	21,1	12,3	12,1	15,4	21,2	15,8	17,8	13,3
<b>1999</b>	:	13,3	13,1	11,1	16,6	18,3	:	15,4	19,0	10,1	10,5	13,4	:	14,2	15,4	10,5

(\*) SPA = standards de pouvoir d'achat.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

L	NL	A	P (¹)	FIN	UK	
<b>DÉPENSES MOYENNES DE CONSOMMATION (EN SPA PAR MÉNAGE) (*)</b>						
3 911	2 437	3 181	3 348	2 351	2 638	<b>Produits alimentaires</b>
708	455	576	523	443	561	Pain et céréales
1 172	568	768	1 010	490	651	Viande
219	67	81	528	91	103	Poisson et fruits de mer
569	416	477	406	449	361	Lait, fromage et œufs
143	69	120	195	71	61	Huiles et graisses
338	207	264	254	175	187	Fruits
378	322	277	328	235	402	Légumes
265	187	272	88	204	202	Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie
119	147	346	16	194	111	Produits alimentaires n.c.a.
450	260	354	112	230	259	<b>Boissons non alcoolisées</b>
144	93	128	47	98	85	Café, thé et cacao
306	168	226	66	132	174	Eaux minérales, boissons gazeuses, jus de fruits et de légumes
<b>STRUCTURE DES DÉPENSES (% DES DÉPENSES TOTALES DES MÉNAGES)</b>						
9,1	9,5	12,0	20,5	12,9	9,5	<b>Produits alimentaires</b>
1,6	1,8	2,2	3,2	2,4	2,0	Pain et céréales
2,7	2,2	2,9	6,2	2,7	2,4	Viande
0,5	0,3	0,3	3,2	0,5	0,4	Poisson et fruits de mer
1,3	1,6	1,8	2,5	2,5	1,3	Lait, fromage et œufs
0,3	0,3	0,5	1,2	0,4	0,2	Huiles et graisses
0,8	0,8	1,0	1,6	1,0	0,7	Fruits
0,9	1,3	1,0	2,0	1,3	1,5	Légumes
0,6	0,7	1,0	0,5	1,1	0,7	Sucre, confitures, miel, sirops, chocolat et confiserie
0,3	0,6	1,3	0,1	1,1	0,4	Produits alimentaires n.c.a.
1,0	1,0	1,3	0,7	1,3	0,9	<b>Boissons non alcoolisées</b>
0,3	0,4	0,5	0,3	0,5	0,3	Café, thé et cacao
0,7	0,7	0,9	0,4	0,7	0,6	Eaux minérales, boissons gazeuses, jus de fruits et de légumes

### 2.1.10. Structure de dépenses de consommation en produits alimentaires et boissons non alcoolisées (niveau 2 de la Coicop, 1999)

	B	DK	D	EL	E	IRL	I
<b>Selon la catégorie socio-économique</b>							
Travailleurs manuels dans l'industrie et les services	14,9	13,3	11,3	18,0	19,5	16,1	17,8
Travailleurs non manuels dans l'industrie et les services	12,7	12,6	:	13,2	14,6	13,5	:
Travailleurs indépendants	12,7	12,4	10,0	16,8	19,0	16,3	16,9
Chômeurs	14,2	15,4	13,5	18,2	20,7	21,0	22,1
Retraités	13,9	13,8	:	19,6	21,6	16,3	21,0
Inactifs, autres	14,2	14,4	11,8	15,8	20,1	19,0	21,3
Indéterminés	:	:	:	:	:	19,6	:
<b>Selon le quintile de revenu</b>							
Premier quintile	16,9	15,5	15,5	24,0	24,9	18,1	25,1
Deuxième quintile	14,9	14,8	13,5	20,6	21,6	16,8	22,4
Troisième quintile	14,0	13,7	12,1	18,4	19,6	15,9	20,1
Quatrième quintile	12,9	12,8	10,8	15,8	17,4	14,2	18,0
Cinquième quintile	10,6	11,2	8,2	12,1	13,3	13,1	14,0
<b>Selon le type de ménage</b>							
Personne seule	11,0	12,2	9,5	13,1	15,7	12,7	18,9
Parent seul avec enfants à charge	13,4	14,4	12,8	13,9	15,6	18,0	19,0
Deux adultes	13,1	12,6	10,6	18,3	18,8	14,6	19,0
Deux adultes avec enfants à charge	14,2	13,9	12,5	16,0	17,1	16,4	18,9
Trois adultes ou plus	15,7	13,6	11,4	17,2	19,6	13,5	19,2
Trois adultes ou plus avec enfants à charge	14,3	14,5	12,3	18,1	19,9	16,6	19,7
<b>Selon l'âge de la personne de référence</b>							
Moins de 30 ans	11,7	12,3	10,4	13,0	15,4	12,5	15,9
De 30 à 44 ans	13,2	13,7	11,7	15,1	16,6	15,6	17,1
De 45 à 59 ans	13,7	12,5	11,2	15,8	17,8	15,7	18,4
60 ans et plus	13,8	13,5	10,5	19,7	21,2	16,6	21,4
<b>Selon le degré d'urbanisation</b>							
Zone densément peuplée (au moins 500 habitants/km <sup>2</sup> )	13,2	13,1	:	:	16,9	:	18,4
Zone intermédiaire (entre 100 et 499 habitants/km <sup>2</sup> )	13,5	12,5	:	:	18,3	:	19,5
Zone faiblement peuplée (moins de 100 habitants/km <sup>2</sup> )	14,2	14,1	:	:	21,0	:	20,4

NB: On ne dispose pas de données pour la France et le Portugal.

Coicop: classification de la consommation individuelle des ménages.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

### 2.1.11. Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?», 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>	Oui	74,3	81,3	84,0	80,2	69,7	79,8	82,1	85,7
	Non	23,5	17,5	14,5	16,3	28,7	18,3	17,0	12,7
	Je ne sais pas	2,2	1,2	1,5	3,5	1,5	1,9	0,9	1,6
<b>Hommes</b>	Oui	70,0	75,5	82,6	77,0	68,1	75,5	79,6	83,4
	Non	27,7	22,6	15,7	19,9	31,1	22,0	19,7	15,2
	Je ne sais pas	2,4	1,9	1,7	3,2	0,9	2,5	0,7	1,5
<b>Femmes</b>	Oui	78,3	86,6	85,2	83,2	71,3	83,9	84,4	88,0
	Non	19,5	12,8	13,4	12,9	26,5	14,8	14,5	10,4
	Je ne sais pas	2,1	0,6	1,3	3,9	2,2	1,3	1,1	1,7

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

(en %)

L	NL	A	FIN	S	UK	
11,9	10,2	14,8	14,9	16,7	11,5	<b>Selon la catégorie socio-économique</b>
7,9	9,9	10,7	12,5	14,2	9,3	Travailleurs manuels dans l'industrie et les services
9,4	10,7	13,7	14,3	14,0	9,6	Travailleurs non manuels dans l'industrie et les services
10,8	13,3	15,3	16,7	16,6	12,9	Travailleurs indépendants
11,9	11,2	15,3	16,6	16,4	12,0	Chômeurs
10,7	12,0	14,1	12,2	16,2	12,8	Retraités
12,4	:	:	:	:	:	Inactifs, autres
						Indéterminés
14,2	13,0	17,9	17,0	17,5	15,1	<b>Selon le quintile de revenu</b>
12,5	12,8	15,5	17,0	16,5	12,9	Premier quintile
10,5	10,8	13,9	14,9	16,8	11,3	Deuxième quintile
9,3	9,8	13,4	13,8	15,0	10,2	Troisième quintile
7,5	8,4	9,7	11,5	12,8	7,6	Quatrième quintile
						Cinquième quintile
8,0	9,0	10,7	13,0	14,3	9,0	<b>Selon le type de ménage</b>
9,5	11,8	13,6	16,1	15,4	13,2	Personne seule
9,4	10,1	12,8	13,6	14,7	10,1	Parent seul avec enfants à charge
10,6	11,7	13,5	14,9	16,5	11,3	Deux adultes
11,7	10,1	15,8	16,1	15,3	10,6	Deux adultes avec enfants à charge
12,1	11,4	17,0	15,4	19,3	11,1	Trois adultes ou plus
						Trois adultes ou plus avec enfants à charge
7,4	8,3	12,5	10,9	14,6	9,0	<b>Selon l'âge de la personne de référence</b>
9,9	10,9	12,0	14,1	15,4	10,3	Moins de 30 ans
9,9	10,5	13,8	14,0	15,2	10,2	De 30 à 44 ans
11,6	11,3	15,3	16,5	16,1	12,1	De 45 à 59 ans
						60 ans et plus
9,6	:	11,5	13,3	14,0	10,3	<b>Selon le degré d'urbanisation</b>
10,2	:	13,4	14,5	14,8	10,5	Zone densément peuplée (au moins 500 habitants/km <sup>2</sup> )
10,5	:	15,6	16,5	16,2	10,9	Zone intermédiaire (entre 100 et 499 habitants/km <sup>2</sup> )
						Zone faiblement peuplée (moins de 100 habitants/km <sup>2</sup> )

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
48,3	77,0	77,2	82,8	58,6	80,1	79,8	78,3	<b>Total</b>	Oui
48,3	19,9	20,0	12,7	40,2	17,2	18,5	20,8		Non
3,4	3,0	2,8	4,5	1,2	2,7	1,8	0,9		Je ne sais pas
40,9	71,4	72,5	81,8	52,6	76,7	75,6	72,7	<b>Hommes</b>	Oui
55,7	25,3	23,3	12,4	46,0	20,2	21,6	26,0		Non
3,4	3,2	4,2	5,9	1,4	3,1	2,9	1,3		Je ne sais pas
55,2	82,2	81,7	83,7	64,0	83,2	83,8	83,6	<b>Femmes</b>	Oui
41,4	15,0	16,9	13,1	35,0	14,5	15,5	15,9		Non
3,4	2,8	1,4	3,2	0,9	2,3	0,7	0,5		Je ne sais pas

### 2.1.12. Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?» selon les classes d'âge, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
15-24	Oui	65,4	71,0	62,9	68,6	54,8	78,2	77,2	79,3
	Non	32,3	26,2	34,8	27,4	41,2	20,2	22,82	0,5
	Je ne sais pas	2,3	2,8	2,3	4,0	4,0	1,6	:	0,2
25-39	Oui	70,8	77,0	82,1	74,5	65,3	74,0	79,8	82,4
	Non	26,7	21,6	16,5	21,5	33,3	21,8	19,5	15,2
	Je ne sais pas	2,6	1,5	1,4	3,9	1,4	4,1	0,7	2,3
40-54	Oui	72,5	80,4	89,0	80,0	73,9	78,9	80,5	85,5
	Non	25,0	18,7	9,6	16,0	25,5	19,9	17,5	11,4
	Je ne sais pas	2,5	0,9	1,5	3,9	0,6	1,1	2,0	3,1
55 +	Oui	83,0	90,4	91,8	89,7	78,4	87,1	88,2	93,4
	Non	15,2	9,1	6,9	7,5	20,7	12,6	11,0	5,9
	Je ne sais pas	1,7	0,5	1,2	2,8	0,9	0,3	0,8	0,8

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.1.13. Réponses à la question «Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?» selon la situation professionnelle, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Indépendants	Oui	70	71	89	84	71	78	85	88
	Non	27	27	9	11	29	19	15	12
	Je ne sais pas	3	2	2	5	1	3	:	:
Cadres	Oui	75	67	87	81	70	68	72	94
	Non	23	33	11	16	30	28	28	4
	Je ne sais pas	2	:	2	3	:	4	:	2
Employés	Oui	69	80	73	76	60	71	80	80
	Non	29	17	22	19	39	27	19	15
	Je ne sais pas	3	2	5	5	1	2	1	5
Ouvriers	Oui	71	79	84	74	69	79	76	88
	Non	27	21	14	22	31	19	22	11
	Je ne sais pas	2	0	2	4	:	2	2	2
Personnes au foyer	Oui	81	91	100	90	75	91	93	91
	Non	17	9	:	5	22	8	6	7
	Je ne sais pas	2	:	:	6	3	0	1	2
Sans emploi	Oui	65	78	85	74	67	70	78	59
	Non	33	20	15	24	33	25	20	38
	Je ne sais pas	3	2	:	3	:	5	2	3
Retraités	Oui	84	90	91	90	78	85	92	95
	Non	14	9	8	8	21	15	7	5
	Je ne sais pas	2	1	1	2	1	:	1	:
Étudiants	Oui	68	74	73	67	57	81	78	78
	Non	30	23	27	30	38	19	22	22
	Je ne sais pas	2	3	:	3	5	1	:	:

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.1.14. Facteurs indiqués par la population de 15 ans et plus comme comptant parmi les trois plus importants dans le choix des aliments, 1996

(en %)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Qualité/fraîcheur	76	64	76	75	80	77	49	84	68	73	90	66	67	73	59
Prix	34	39	40	18	52	57	30	29	18	36	54	38	62	59	43
Goût	46	29	31	47	22	42	45	40	49	41	25	40	41	37	49
Essayer de s'alimenter sainement	37	48	31	32	32	25	35	25	24	28	50	34	40	30	40
Préférences familiales	29	22	29	38	25	21	36	36	18	36	32	24	17	31	30
Habitudes	19	18	26	28	20	20	29	19	18	21	10	21	20	21	20
Commodité	12	25	11	11	11	13	13	15	14	16	8	12	17	17	15
Additifs	11	17	7	5	5	5	5	5	21	9	8	5	7	8	5

Source: Institute of European Food Studies (IFES), A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition & health, 1996.

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
40,7	50,7	69,5	76,8	58,1	69,7	52,5	64,5	<b>15-24</b>	Oui
56,4	47,3	29,0	17,9	39,8	28,1	45,0	33,4		Non
2,9	2,0	1,6	5,4	2,1	2,2	2,5	2,1		Je ne sais pas
49,8	71,2	75,9	83,2	55,4	75,4	72,3	70,0	<b>25-39</b>	Oui
45,8	26,5	21,3	13,7	44,2	22,3	25,4	29,4		Non
4,3	2,2	2,8	3,1	0,3	2,3	2,3	0,6		Je ne sais pas
39,5	81,2	72,8	80,9	54,2	77,3	85,6	80,9	<b>40-54</b>	Oui
58,1	14,9	22,8	11,5	44,8	17,3	12,9	17,9		Non
2,4	3,9	4,4	7,6	1,1	5,4	1,4	1,2		Je ne sais pas
57,0	89,1	86,7	86,5	64,9	91,7	93,3	91,3	<b>55 +</b>	Oui
39,4	7,4	11,3	10,2	33,7	7,5	5,5	8,3		Non
3,6	3,4	2,0	3,3	1,4	0,8	1,2	0,4		Je ne sais pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
40	80	66	76	56	85	85	85	<b>Indépendants</b>	Oui
55	20	28	20	43	13	14	15		Non
5	:	6	4	1	2	1	:		Je ne sais pas
53	76	77	85	61	88	79	85	<b>Cadres</b>	Oui
43	16	22	12	39	10	19	14		Non
4	8	1	4	:	2	3	1		Je ne sais pas
46	63	73	79	47	74	81	66	<b>Employés</b>	Oui
51	34	24	19	50	23	19	32		Non
3	3	3	3	4	3	:	1		Je ne sais pas
38	70	72	79	46	73	74	73	<b>Ouvriers</b>	Oui
60	28	24	14	53	23	23	26		Non
2	2	3	6	0	4	3	1		Je ne sais pas
55	95	87	89	68	89	83	81	<b>Personnes au foyer</b>	Oui
42	4	11	8	32	11	8	19		Non
3	2	1	3	:	:	9	0		Je ne sais pas
35	78	85	70	54	62	66	59	<b>Sans emploi</b>	Oui
63	16	15	30	46	32	31	39		Non
2	6	:	:	:	5	2	2		Je ne sais pas
59	87	84	89	70	92	94	91	<b>Retraités</b>	Oui
37	11	13	6	28	8	4	9		Non
4	3	3	4	2	1	1	0		Je ne sais pas
51	47	68	80	61	71	65	67	<b>Étudiants</b>	Oui
47	51	29	12	37	25	34	30		Non
2	2	4	8	2	4	1	3		Je ne sais pas

85



### 2.1.15. Adultes (15 ans et plus) pour lesquels «essayer de s'alimenter sainement» est un facteur important pour le choix des aliments, par sexe et par âge, 1996

(en %)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Hommes</b>															
15-35 ans	26	26	25	29	28	17	23	17	14	16	35	30	25	18	32
36-54 ans	37	43	29	25	21	21	28	23	22	23	48	30	36	19	34
55 ans et plus	36	45	29	37	34	24	34	22	34	16	52	29	44	32	37
<b>Femmes</b>															
15-35 ans	37	56	36	35	36	29	37	32	20	33	51	41	39	25	35
36-54 ans	44	63	35	35	44	32	46	31	28	39	53	37	52	40	50
55 ans et plus	45	63	33	38	28	30	53	26	34	33	57	36	46	52	53

Source: Institute of European Food Studies (IEFS), A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition &amp; health, 1996.



## 2. Modes de vie

### 2.2.1. Réponses à la question «Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?», 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>	Oui	39,7	29,7	54,9	28,2	18,8	40,6	46,8	64,6
	Non	59,6	69,8	44,7	70,6	80,3	59,0	52,6	34,4
	Je ne sais pas	0,7	0,5	0,4	1,2	0,9	0,3	0,6	1,0
<b>Hommes</b>	Oui	44,1	36,6	55,0	33,4	23,9	43,9	52,8	63,6
	Non	55,4	62,5	44,4	65,8	75,5	56,1	47,0	36,0
	Je ne sais pas	0,5	1,0	0,6	0,8	0,6	:	0,2	0,3
<b>Femmes</b>	Oui	35,6	23,3	54,8	23,4	13,9	37,5	41,3	65,5
	Non	63,5	76,7	45,0	75,1	84,9	61,8	57,7	32,9
	Je ne sais pas	0,8	-	0,2	1,5	1,3	0,6	1,0	1,6

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.2.2. Réponses à la question «Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?» selon les classes d'âge, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>15-24 ans</b>	Oui	58,5	46,8	51,0	55,4	45,1	59,7	48,6	69,9
	Non	41,5	52,3	49,0	43,3	54,8	40,3	51,4	29,9
	Je ne sais pas	:	0,8	:	1,3	0,2	:	:	0,2
<b>25-39 ans</b>	Oui	39,8	29,8	49,6	31,1	17,1	34,9	43,9	68,2
	Non	59,3	69,9	49,5	66,9	81,8	64,0	55,5	31,0
	Je ne sais pas	0,9	0,4	1,0	2,0	1,1	1,1	0,6	0,8
<b>40-54 ans</b>	Oui	36,9	28,2	51,0	27,6	12,1	37,7	41,9	64,8
	Non	63,0	71,8	49,0	72,1	87,1	62,3	58,1	33,9
	Je ne sais pas	0,1	-	-	0,4	0,8	-	-	1,3
<b>55 ans et plus</b>	Oui	34,4	22,7	65,2	15,7	10,7	36,4	52,2	57,5
	Non	64,8	76,6	34,4	83,3	87,9	63,6	46,4	41,0
	Je ne sais pas	0,8	0,7	0,5	1,0	1,3	-	1,3	1,5

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.2.3. Tabagisme, alimentation et satisfaction quant à sa propre santé dans le cas d'exercices physiques réguliers, EU-15, 1999

(en %)

Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?	Oui	Non	Je ne sais pas	
<b>Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?</b>	Oui	81,2	69,9	51,5
	Non	17,3	27,6	18,8
	Je ne sais pas	1,5	2,4	29,7
<b>Êtes-vous fumeur?</b>	Oui	30,0	36,4	26,6
	Non	69,6	63,5	58,0
	Je ne sais pas	0,4	0,1	15,4
<b>Êtes-vous satisfait de votre état de santé?</b>	Très satisfait	36,8	22,7	21,9
	Assez satisfait	51,1	55,8	56,4
	Pas très satisfait	9,8	17,6	14,2
	Pas du tout satisfait	1,9	3,7	2,6
	Je ne sais pas	0,3	0,2	4,9

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2. Modes de vie

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
26,7	77,8	55,8	40,6	23,6	76,0	57,7	57,1	<b>Total</b>	Oui
72,8	20,8	43,7	58,7	76,1	22,9	42,3	42,5		Non
0,5	1,4	0,6	0,7	0,3	1,0	0,0	0,5		Je ne sais pas
32,0	80,0	53,9	45,3	32,9	72,4	57,0	60,7	<b>Hommes</b>	Oui
67,3	19,2	44,9	53,9	66,5	26,5	43,0	39,1		Non
0,7	0,8	1,1	0,7	0,6	1,0	:	0,2		Je ne sais pas
21,7	75,8	57,5	36,2	15,3	79,4	58,5	53,7	<b>Femmes</b>	Oui
77,9	22,2	42,5	63,1	84,7	19,6	41,5	45,7		Non
0,4	2,0	-	0,7	-	1,0	-	0,7		Je ne sais pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
44,6	87,7	57,1	58,5	55,0	72,6	59,9	63,9	<b>15-24 ans</b>	Oui
53,9	11,6	42,2	41,5	45,0	25,9	40,1	34,7		Non
1,5	0,6	0,7	:	:	1,4	:	1,3		Je ne sais pas
35,1	73,4	47,9	44,1	26,5	67,0	49,3	54,5	<b>25-39 ans</b>	Oui
64,6	25,6	50,7	55,2	72,5	31,9	50,7	45,5		Non
0,4	0,9	1,4	0,7	1,0	1,2	:	0,0		Je ne sais pas
21,2	76,3	57,3	46,3	14,1	76,2	46,8	55,7	<b>40-54 ans</b>	Oui
78,8	21,4	42,7	52,9	85,9	23,0	53,2	44,3		Non
-	2,3	-	0,8	-	0,8	-	-		Je ne sais pas
16,0	78,7	62,6	24,6	8,1	85,1	71,6	57,1	<b>55 ans et plus</b>	Oui
83,4	19,8	37,4	74,4	91,9	13,9	28,4	42,1		Non
0,6	1,5	-	1,0	-	0,9	-	0,8		Je ne sais pas

## 2.2.4. Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?», 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>	Oui	80,8	84,1	79,3	81,2	64,4	89,1	88,2	86,4
	Non	16,0	13,9	18,8	14,7	34,5	9,4	10,5	11,8
	Je ne sais pas	3,2	2,0	1,9	4,2	1,1	1,4	1,3	1,8
<b>Hommes</b>	Oui	78,1	82,3	78,8	79,0	60,7	87,7	85,7	83,5
	Non	18,5	15,6	19,6	17,3	38,6	10,5	12,8	14,6
	Je ne sais pas	3,4	2,1	1,6	3,8	0,7	1,8	1,5	1,9
<b>Femmes</b>	Oui	83,4	85,8	79,7	83,2	68,0	90,5	90,5	89,1
	Non	13,7	12,3	18,1	12,2	30,5	8,5	8,3	9,2
	Je ne sais pas	2,9	1,9	2,2	4,6	1,4	1,1	1,2	1,7

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2.2.5. Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?» selon les classes d'âge, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>15-24 ans</b>	Oui	79,8	78,1	59,5	79,9	58,2	87,8	85,5	86,1
	Non	17,1	17,4	37,6	15,2	39,7	10,0	14,1	12,5
	Je ne sais pas	3,1	4,4	2,9	4,9	2,1	2,2	0,3	1,3
<b>25-39 ans</b>	Oui	78,9	82,7	79,6	79,6	55,8	89,2	84,6	82,3
	Non	17,9	15,5	18,7	16,2	43,9	9,6	14,0	15,8
	Je ne sais pas	3,3	1,9	1,8	4,1	0,3	1,3	1,4	2,0
<b>40-54 ans</b>	Oui	76,8	84,3	80,4	76,4	63,4	87,5	85,8	84,4
	Non	20,3	15,2	19,0	20,1	35,1	11,4	12,2	13,0
	Je ne sais pas	2,9	0,4	0,6	3,5	1,5	1,1	2,0	2,6
<b>55 ans et plus</b>	Oui	85,9	88,0	88,1	86,1	75,2	91,0	94,8	91,7
	Non	10,8	9,8	9,2	9,4	23,9	7,7	3,9	6,9
	Je ne sais pas	3,2	2,1	2,7	4,5	0,9	1,3	1,3	1,4

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2.2.6. Réponses à la question «Menez-vous une vie saine?» selon la situation professionnelle, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Indépendants</b>	Oui	76,2	80,4	78,9	78,4	65,8	89,6	85,2	88,8
	Non	20,3	16,9	19,0	16,1	34,2	6,6	14,8	9,5
	Je ne sais pas	3,5	2,7	2,1	5,5	-	3,8	-	1,7
<b>Cadres</b>	Oui	78,8	80,9	77,7	79,6	67,1	75,5	89,7	90,3
	Non	17,4	19,1	20,1	14,3	32,9	22,9	9,4	9,0
	Je ne sais pas	3,8	-	2,2	6,2	-	1,6	0,9	0,8
<b>Employés</b>	Oui	78,3	87,9	78,0	82,3	51,4	85,1	85,5	80,8
	Non	17,7	10,8	20,8	14,4	46,7	12,9	13,4	17,2
	Je ne sais pas	4,0	1,3	1,2	3,3	1,8	2,0	1,1	1,9
<b>Ouvriers</b>	Oui	79,4	84,2	80,7	78,3	57,0	89,0	84,8	85,4
	Non	17,1	14,2	17,2	16,8	43,0	9,4	13,2	12,7
	Je ne sais pas	3,4	1,6	2,1	4,9	-	1,7	2,0	2,0
<b>Personnes au foyer</b>	Oui	86,3	89,1	100,0	84,7	69,6	93,3	95,7	91,2
	Non	11,7	10,9	-	12,2	27,0	6,2	4,3	7,9
	Je ne sais pas	2,0	-	-	3,1	3,4	0,5	-	1,0
<b>Sans emploi</b>	Oui	72,7	73,0	68,3	75,8	64,2	87,1	78,8	60,9
	Non	25,7	23,6	31,7	22,5	35,8	12,9	19,6	32,4
	Je ne sais pas	1,6	3,3	-	1,6	-	-	1,6	6,7
<b>Retraités</b>	Oui	85,9	88,9	88,2	87,2	70,6	94,8	95,1	88,0
	Non	10,9	9,2	9,5	9,0	29,1	4,5	3,0	9,8
	Je ne sais pas	3,2	1,9	2,3	3,9	0,3	0,7	1,9	2,2
<b>Étudiants</b>	Oui	80,2	76,4	67,0	78,4	62,7	88,3	84,4	89,0
	Non	16,8	18,6	30,6	18,3	34,7	10,6	14,1	10,1
	Je ne sais pas	3,1	5,0	2,4	3,3	2,5	1,0	1,5	0,9

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2. Modes de vie

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
73,6	80,4	74,9	82,5	81,5	78,1	78,4	78,7	<b>Total</b>	Oui
19,2	16,6	22,1	11,8	17,0	19,0	19,7	19,8		Non
7,2	3,0	2,9	5,8	1,5	2,8	1,8	1,5		Je ne sais pas
70,3	77,2	71,7	81,6	83,0	72,9	77,5	73,5	<b>Hommes</b>	Oui
20,7	20,6	25,5	11,7	16,2	24,0	20,9	24,8		Non
9,1	2,1	2,8	6,7	0,7	3,1	1,6	1,7		Je ne sais pas
76,7	83,2	78,0	83,2	80,1	83,0	79,3	83,6	<b>Femmes</b>	Oui
17,9	13,0	18,9	11,9	17,7	14,4	18,6	15,1		Non
5,5	3,8	3,0	4,9	2,2	2,6	2,0	1,3		Je ne sais pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
74,4	69,1	72,3	82,3	93,1	73,4	72,3	78,7	<b>15-24 ans</b>	Oui
19,4	29,2	26,4	9,7	6,2	22,2	26,6	19,3		Non
6,2	1,7	1,4	8,0	0,7	4,5	1,0	2,1		Je ne sais pas
72,1	74,0	71,1	82,2	83,6	74,5	75,4	75,7	<b>25-39 ans</b>	Oui
18,5	22,3	25,1	12,8	16,0	23,8	22,6	23,1		Non
9,4	3,7	3,8	5,0	0,4	1,7	2,0	1,1		Je ne sais pas
68,0	79,9	72,6	83,5	78,3	70,3	74,2	72,8	<b>40-54 ans</b>	Oui
25,9	17,6	25,4	13,5	21,7	25,2	23,1	25,1		Non
6,1	2,5	2,1	3,0		4,5	2,7	2,1		Je ne sais pas
78,4	90,5	82,7	82,0	74,5	90,9	86,7	85,8	<b>55 ans et plus</b>	Oui
14,9	6,4	13,7	10,4	21,5	7,7	11,9	13,2		Non
6,7	3,2	3,6	7,5	4,0	1,4	1,4	1,0		Je ne sais pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
60,8	79,2	55,2	81,5	85,8	84,9	81,4	81,3	<b>Indépendants</b>	Oui
31,3	19,3	41,2	14,2	13,0	13,3	16,8	18,6		Non
7,9	1,5	3,7	4,3	1,2	1,9	1,8	0,1		Je ne sais pas
75,9	78,8	70,8	86,4	85,5	81,4	68,8	73,9	<b>Cadres</b>	Oui
16,2	21,2	28,3	8,7	14,5	16,2	30,6	24,0		Non
8,0	-	0,9	4,9	-	2,4	0,6	2,0		Je ne sais pas
70,5	68,9	74,1	82,6	78,3	63,1	79,6	72,0	<b>Employés</b>	Oui
16,3	27,8	23,3	14,4	20,9	29,9	18,4	26,7		Non
13,2	3,2	2,6	3,1	0,8	6,9	2,0	1,3		Je ne sais pas
70,3	71,2	74,2	80,3	84,4	72,0	76,1	78,3	<b>Ouvriers</b>	Oui
22,1	22,3	22,8	13,8	15,6	24,4	22,2	19,7		Non
7,6	6,6	3,0	5,8	-	3,7	1,8	2,0		Je ne sais pas
82,1	93,1	82,5	80,4	80,3	87,2	90,9	85,6	<b>Personnes au foyer</b>	Oui
15,0	4,6	14,0	14,1	16,9	12,8	-	12,8		Non
2,9	2,3	3,5	5,5	2,8	-	9,1	1,6		Je ne sais pas
63,7	81,6	72,5	70,6	73,0	65,7	72,3	65,2	<b>Sans emploi</b>	Oui
33,4	18,4	27,5	21,8	27,0	32,4	21,7	34,8		Non
2,9	-	-	7,6	-	1,9	6,0	-		Je ne sais pas
80,4	88,8	78,0	86,1	72,2	88,9	86,3	81,6	<b>Rétraités</b>	Oui
12,5	8,3	18,0	7,5	25,2	9,8	12,3	17,1		Non
7,1	2,9	4,0	6,4	2,7	1,3	1,4	1,3		Je ne sais pas
78,6	72,2	70,0	81,4	90,8	72,3	75,6	83,7	<b>Étudiants</b>	Oui
15,5	26,6	27,5	8,6	6,5	22,8	23,3	14,4		Non
5,8	1,2	2,5	10,0	2,7	4,9	1,0	1,8		Je ne sais pas

## 2. Modes de vie

### 2.2.7. Tabagisme, alimentation, consommation d'alcool et exercice physique au regard de la variable «vie saine», EU-15, 1999

(en %)

Menez-vous une vie saine?	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?</b>			
Oui	83,4	35,0	41,6
Non	15,2	63,0	35,9
Je ne sais pas	1,5	2,0	22,5
<b>Buvez-vous régulièrement de l'alcool?</b>			
Oui	23,3	35,3	21,3
Non	76,1	64,4	74,3
Je ne sais pas	0,6	0,4	4,4
<b>Êtes-vous fumeur?</b>			
Oui	29,5	54,0	41,9
Non	70,3	45,8	54,9
Je ne sais pas	0,3	0,3	3,2
<b>Faites-vous de l'exercice deux fois par semaine?</b>			
Oui	43,3	25,1	22,5
Non	56,2	74,6	72,0
Je ne sais pas	0,5	0,3	5,4

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.2.8. Participation aux quatre activités physiques les plus populaires (1) au cours d'une semaine typique, en fonction de l'âge, 1997

(en %)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Marche (2)</b>																
5-34 ans	25	22	22	14	19	24	26	49	18	29	21	35	16	60	45	42
35-54 ans	30	27	32	19	24	37	28	62	25	46	25	44	19	69	67	43
55 ans et plus	40	32	35	35	33	50	43	56	34	57	26	43	24	76	74	41
<b>Jardinage</b>																
15-34 ans	8	9	17	12	2	1	8	15	5	13	19	17	4	3	9	9
35-54 ans	21	19	43	25	11	4	20	32	14	32	37	41	2	11	29	26
55 ans et plus	27	17	41	33	19	4	26	37	20	41	44	50	3	19	45	36
<b>Vélo</b>																
15-34 ans	18	22	32	29	3	11	14	22	8	18	53	40	6	27	38	12
35-54 ans	18	17	27	28	2	7	13	9	8	15	52	45	2	30	44	12
55 ans et plus	14	18	24	26	1	3	11	12	5	18	54	29	< 1	27	34	5
<b>Natation</b>																
15-34 ans	12	16	11	14	4	7	11	19	9	24	20	22	9	14	15	15
35-54 ans	10	8	12	13	4	7	11	10	4	17	16	22	1	15	11	14
55 ans et plus	7	4	7	10	5	4	9	5	2	12	13	14	< 1	14	12	5

(1) Sur une liste de 17 activités de loisirs suggérées dans l'UE.

(2) Sans interruption, pendant trente minutes.

Source: Institute of European food studies (IEFS), Dublin (soutenu par la Commission européenne).

### 2.2.9. Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) participant à différentes activités physiques au cours d'une semaine typique, par nombre d'heures consacrées à l'activité, 1997

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Aucune activité</b>	32	42	24	31	40	37	36	14	39	20	19	16	61	8	12	24
<b>&lt; 1 heure</b>	7	7	6	6	4	11	7	5	7	8	6	4	7	5	4	7
<b>1-3 heures</b>	18	18	16	19	18	17	20	16	20	19	18	18	15	18	16	17
<b>3-5 heures</b>	21	15	22	19	22	21	20	28	19	21	18	20	11	26	23	25
<b>&gt; 5 heures</b>	21	14	30	24	16	12	16	37	14	30	38	42	5	41	45	27

Source: Institute of European food studies (IEFS), Dublin (soutenu par la Commission européenne).

### 2.2.10. Facteurs de motivation perçus <sup>(1)</sup> pour la participation de la population (de plus de 15 ans) à une activité/un exercice physique, 1997 (en %)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Rester en bonne santé	42	45	44	49	49	55	28	38	47	39	34	44	21	41	44	37
Se détendre	30	26	25	24	23	38	33	27	41	27	39	22	18	33	16	22
Être en forme	30	33	22	34	24	32	29	27	27	29	26	21	8	32	36	34
Prendre l'air	20	14	22	25	9	17	16	32	18	9	9	38	15	37	27	19
Rencontrer des gens	14	14	35	13	6	13	12	17	12	16	22	22	12	9	15	16
Perdre du poids	13	12	9	11	25	16	7	19	15	10	13	9	7	14	17	15
S'amuser	10	10	18	7	8	9	10	14	7	16	19	13	8	5	11	12
Aucune participation	11	16	6	7	17	4	18	5	9	14	9	4	49	< 1	5	8

(<sup>1</sup>) Sur 11 facteurs suggérés.

Source: Institute of European food studies (IEFS), Dublin (soutenu par la Commission européenne).

### 2.2.11. Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) qui consacre un nombre d'heures différent à une activité physique plus intense que la station debout ou la marche pendant les heures de travail, 1997

	EU-15 <sup>(1)</sup>	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Aucune	42	39	37	38	49	56	59	34	38	58	28	23	51	34	51	31
Jusqu'à 2 heures	36	38	36	41	21	28	31	35	38	29	30	34	33	41	31	42
De 2 à 6 heures	17	16	19	15	21	12	9	24	20	10	27	28	10	17	15	21
Plus de 6 heures	5	7	7	6	9	4	1	7	4	3	7	15	6	8	3	6

(<sup>1</sup>) Valeur pondérée en fonction de la population.

Source: Institute of European food studies (IEFS), Dublin (soutenu par la Commission européenne).

### 2.2.12. Nombre d'heures passées en position assise par la population de 15 ans et plus pendant un jour de repos type, 1997 (en %)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Aucune	3	3	< 1	< 1	4	5	4	3	5	2	1	2	2	1	< 1	2
Moins de 2 heures	24	30	15	10	28	30	32	30	34	29	14	25	29	19	20	20
De 2 à 3 heures	39	42	40	40	35	39	39	37	40	39	33	41	38	45	38	38
4 heures et plus	34	24	45	50	33	26	26	30	21	30	51	32	31	35	40	40

Source: Institute of European food studies (IEFS), Dublin (soutenu par la Commission européenne).

### 2.2.13. Enfants déclarant faire de l'exercice pendant deux heures ou plus par semaine, en fonction de l'âge et du sexe, 1997/1998

	B <sup>(1)</sup>	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	F <sup>(1)</sup>	IRL	A	P <sup>(2)</sup>
<b>11 ans</b>								
Garçons	64	76	78	57	79	57	80	38
Filles	45	62	65	36	51	46	70	20
<b>13 ans</b>								
Garçons	68	82	85	70	82	64	86	47
Filles	46	70	73	44	57	57	75	24
<b>15 ans</b>								
Garçons	66	72	85	72	76	67	86	48
Filles	44	62	70	38	50	45	63	25

(<sup>1</sup>) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

(<sup>2</sup>) Au Portugal, il a été demandé aux élèves d'indiquer la durée de chaque activité et non pas le temps total pour la semaine; par conséquent, les résultats ne peuvent être comparés avec ceux d'autres pays.

Source: Currie, C., e.a., (éd.), *Health and health behaviour among young people* (International report from the health behaviour in school-aged children — 1997/1998 survey); série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000.

### 2.2.14. Enfants déclarant regarder la télévision pendant au moins quatre heures par jour, en fonction de l'âge et du sexe, 1997/1998

	B <sup>(1)</sup>	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	F <sup>(1)</sup>	IRL	A	P
<b>11 ans</b>								
Garçons	22	21	20	28	15	28	17	28
Filles	18	14	15	25	12	21	9	26
<b>13 ans</b>								
Garçons	23	25	22	28	16	28	25	32
Filles	19	23	22	24	15	20	20	28
<b>15 ans</b>								
Garçons	20	22	25	29	17	19	22	26
Filles	18	19	19	21	14	16	20	25

(<sup>1</sup>) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: voir tableau 2.2.13.



## 2. Modes de vie

(en %)

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
70	57	45	69	67	67	58	81	<b>11 ans</b> Garçons
56	44	37	53	48	45	53	54	Filles
76	67	57	72	67	75	73	81	<b>13 ans</b> Garçons
60	53	43	54	55	51	65	60	Filles
72	68	61	72	71	75	70	79	<b>15 ans</b> Garçons
59	53	40	52	49	48	63	56	Filles

(en %)

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
25	19	24	30	27	31	19	11	<b>11 ans</b> Garçons
25	18	20	27	25	32	13	9	Filles
28	28	31	30	34	38	26	13	<b>13 ans</b> Garçons
25	23	31	28	32	44	21	12	Filles
21	25	29	27	28	38	28	18	<b>15 ans</b> Garçons
15	19	28	26	23	38	22	16	Filles

### 2.3.1. Pourcentage de la population (de plus de 15 ans) qui fume quotidiennement, par âge et par sexe, 1995

	EU-15	B	DK	D (W)	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Total</b>																
Hommes	33	34	39	30	49	39	39	31	33	28	37	35	37	22	18	29
Femmes	25	28	37	21	29	23	31	28	24	28	31	21	13	18	25	26
Tous	29	31	38	25	39	31	35	29	38	28	34	28	24	20	22	27
<b>15-24 ans</b>																
Hommes	37	36	50	39	46	33	51	31	29	28	57	42	49	27	18	28
Femmes	33	28	45	35	36	26	58	31	22	34	40	33	27	13	25	30
Tous	35	32	47	37	41	30	54	31	25	31	48	38	37	19	22	29
<b>25-34 ans</b>																
Hommes	44	43	55	33	56	49	57	37	28	37	44	53	58	35	14	32
Femmes	33	41	36	25	47	56	38	29	39	34	33	25	37	28	18	37
Tous	38	42	44	29	52	52	47	33	33	36	38	37	48	32	16	34
<b>35-44 ans</b>																
Hommes	38	27	30	30	60	58	41	39	49	30	34	37	45	35	27	32
Femmes	29	41	47	22	39	33	37	31	34	20	36	20	11	25	33	26
Tous	33	34	38	26	50	45	39	35	41	25	35	28	27	29	30	29
<b>45-54 ans</b>																
Hommes	34	44	34	31	65	32	37	26	35	29	34	37	32	35	20	33
Femmes	23	44	29	25	27	20	20	21	27	27	24	31	6	21	24	26
Tous	29	44	32	28	44	26	28	23	31	28	28	34	16	27	22	29
<b>55-64 ans</b>																
Hommes	27	30	40	24	40	37	17	27	36	26	45	20	30	13	17	31
Femmes	16	12	37	15	11	3	15	29	21	36	33	10	—	10	24	23
Tous	21	20	39	20	25	19	16	28	28	31	38	15	12	12	20	27
<b>65 ans et plus</b>																
Hommes	16	22	28	17	28	22	15	2	21	18	13	15	11	3	11	17
Femmes	11	9	26	5	7	—	10	22	7	21	18	9	—	—	33	15
Tous	13	14	27	10	17	8	12	21	13	19	16	12	5	2	21	16

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

### 2.3.2. Prévalence des fumeurs par groupe d'âge et par sexe, 1999

(en %)

Êtes-vous fumeur?	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>TOTAL</b>																
Hommes	40	47	32	41	58	47	43	38	35	39	37	47	44	40	19	37
Femmes	28	28	44	27	32	28	34	27	20	29	27	30	14	22	25	33
Tous	34	37	38	34	45	37	38	32	27	34	31	38	28	30	22	35
<b>15-24 ans</b>																
Hommes	43	53	21	45	47	46	53	32	34	50	34	45	33	34	16	45
Femmes	40	38	49	45	43	45	53	27	23	39	29	39	16	29	26	41
Tous	41	46	35	45	45	46	53	30	29	45	32	42	25	31	21	43
<b>25-34 ans</b>																
Hommes	46	55	33	49	64	49	56	34	38	43	39	50	66	49	20	35
Femmes	38	40	38	37	53	50	46	37	22	33	26	43	27	30	33	43
Tous	42	48	35	43	59	49	51	35	30	38	33	47	46	39	26	39
<b>35-44 ans</b>																
Hommes	45	49	32	41	74	54	52	55	34	42	45	63	55	41	21	46
Femmes	38	40	55	34	42	38	49	41	33	25	34	50	24	28	34	37
Tous	41	44	43	37	58	46	50	48	33	34	39	57	39	34	27	41
<b>45-54 ans</b>																
Hommes	46	48	40	45	83	65	41	38	45	36	36	51	55	62	23	34
Femmes	28	27	48	34	36	21	31	23	20	30	37	21	6	20	33	32
Tous	37	38	44	40	60	43	36	31	32	33	36	36	30	41	28	33
<b>55-64 ans</b>																
Hommes	35	42	29	35	48	52	22	36	35	44	42	35	29	26	17	33
Femmes	20	23	41	17	16	8	28	27	14	35	23	18	11	12	24	29
Tous	27	32	35	26	31	29	25	31	24	38	32	26	20	19	21	31
<b>65 ans et plus</b>																
Hommes	25	32	39	27	36	18	22	32	24	19	20	26	20	15	17	28
Femmes	10	8	34	8	7	5	5	13	10	7	11	11	—	12	8	19
Tous	16	17	36	15	20	11	12	21	15	14	15	17	8	13	12	23

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2.3.3. Alimentation et stress chez les fumeurs et les non-fumeurs, EU-15, 1999

(en %)

Êtes-vous fumeur?		Oui	Non	Je ne sais pas
Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?	Oui	65,1	79,2	43,4
	Non	32,4	18,9	24,2
	Je ne sais pas	2,5	1,9	32,4
Vous sentez-vous régulièrement stressé?	Oui	47,5	33,1	28,2
	Non	49,5	64,1	27,0
	Je ne sais pas	3,0	2,8	44,8

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2.3.4. Nombre de cigarettes par jour par fumeur, en fonction du sexe, 1995

(en %)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Hommes</b>																
< 5	11	7	21	12	2	5	21	9	10	14	6	26	11	12	.	12
5-9	14	10	4	12	6	21	13	18	31	10	13	9	16	19	8	20
10-14	23	24	24	30	14	32	25	21	21	17	17	13	11	30	31	27
15-19	17	18	15	14	11	16	21	11	11	30	39	15	25	13	38	5
20-24	18	24	29	14	23	12	17	25	12	13	12	10	21	21	8	28
25-29	5	.	3	2	14	.	5	4	.	9	11	8	9	6	8	2
30-34	3	2	4	2	8	.	.	3	.	.	.	12	3	.	.	2
35-39	2	.	.	5	11	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.
> 40	2	.	.	.	12	.	.	.	.	.	.	4	4	.	.	.
<b>Femmes</b>																
< 5	14	13	22	17	14	12	21	14	29	6	3	11	4	7	24	6
5-9	20	21	12	27	6	14	13	31	31	13	21	24	24	21	29	19
10-14	23	23	29	31	29	16	23	19	20	10	34	14	29	23	14	18
15-19	15	14	16	7	16	11	24	15	8	25	17	15	19	4	14	15
20-24	14	14	14	10	24	7	13	18	.	36	6	31	5	13	5	18
25-29	3	8	.	3	3	6	5	.	.	.	9	.	5	.	5	3
30-34	2	.	3	5	8	2	.	.	.	.	.	.	4	.	5	2
35-39	1	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.	.	10	.	5	2
> 40	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.	.	.	.
<b>Tous</b>																
< 5	12	9	21	14	7	8	21	11	18	10	4	19	8	9	14	9
5-9	17	15	8	19	6	18	13	25	31	11	17	16	19	20	20	19
10-14	23	24	27	30	20	25	24	20	20	14	25	14	18	27	21	22
15-19	16	17	16	11	13	14	22	13	10	27	28	15	23	9	24	10
20-24	16	20	21	12	24	10	15	21	7	25	9	19	15	17	6	23
25-29	4	3	1	3	10	3	5	2	.	4	10	4	7	3	6	2
30-34	2	1	4	3	8	1	.	2	.	.	.	7	4	.	3	2
35-39	1	.	.	2	6	.	.	.	.	1	.	.	4	.	.	1
> 40	1	.	.	.	7	.	1	.	.	.	.	2	2	.	3	1

Source: Eurobaromètre 43.0, Commission européenne.

## 2.3.5. Tendances des dépenses des ménages consacrées au tabac

## Dépenses moyennes de consommation par ménage (en SPA)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	168	153	:	:	354	201	136	:	224	192	142	:	170	:	:	365
1994	272	58	413	197	491	293	236	600	282	284	196	329	239	206	221	404
1999	:	233	456	:	668	389	:	600	267	348	206	400	:	201	224	428

## Structure des dépenses (% des dépenses totales des ménages)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1988	1,0	0,9	:	:	2,3	1,3	0,8	:	1,3	0,7	0,9	:	1,4	:	:	2,1
1994	1,3	0,3	2,2	1,0	2,8	1,5	1,1	2,7	1,2	0,7	1,0	1,4	1,5	1,3	1,2	2,0
1999	:	0,8	1,9	:	2,9	1,9	:	2,1	1,0	0,8	0,8	1,5	:	1,1	1,0	1,5

NB: SPA = standards de pouvoir d'achat.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

## 2.3.6. Structure des dépenses de consommation consacrées au tabac (niveau 2 de la Coicop), 1999

	B	DK	EL	E	IRL	I
<b>Selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence</b>						
Travailleurs manuels dans l'industrie et les services	1,3	2,6	4,1	2,6	2,9	1,1
Travailleurs non manuels dans l'industrie et les services	0,8	1,5	2,3	1,6	1,7	:
Indépendants	0,8	1,3	3,3	2,0	1,5	1,0
Sans emploi	2,4	3,7	4,8	2,7	5,2	1,8
Retraités	0,6	2,2	2,2	1,6	2,0	0,8
Inactifs, autres	1,2	2,5	2,0	1,6	3,3	0,9
Indéterminée	:	:	:	:	5,5	:
<b>Selon le quintile de revenu</b>						
Premier quintile	1,5	2,6	4,4	2,8	2,4	1,4
Deuxième quintile	1,0	2,7	3,7	2,3	2,5	1,1
Troisième quintile	0,8	2,2	3,1	2,1	2,4	1,0
Quatrième quintile	0,8	1,8	2,8	1,8	2,1	0,9
Cinquième quintile	0,6	1,3	1,8	1,3	1,4	0,7
<b>Selon le type de ménage</b>						
Personne seule	0,9	2,5	1,9	0,8	1,8	0,9
Parent seul avec enfants à charge	1,2	1,9	1,9	1,7	2,8	1,2
Deux adultes	0,7	2,1	2,5	1,4	2,1	0,9
Deux adultes avec enfants à charge	0,8	1,3	2,7	1,8	1,7	1,0
Trois adultes ou plus	0,9	2,3	3,6	2,4	2,5	1,0
Trois adultes ou plus avec enfants à charge	1,3	3,1	3,8	2,5	3,1	1,1
<b>Selon l'âge de la personne de référence</b>						
Moins de 30 ans	1,2	2,0	3,4	3,1	3,1	1,1
De 30 à 44 ans	0,9	1,8	3,0	2,0	2,0	1,1
De 45 à 59 ans	1,0	2,1	3,1	2,0	2,0	1,1
60 ans et plus	0,5	1,9	2,3	1,6	1,9	0,8
<b>Selon le degré d'urbanisation</b>						
Zone densément peuplée (au moins 500 habitants/km <sup>2</sup> )	0,9	2,0	:	1,9	:	1,0
Zone intermédiaire (entre 100 et 499 habitants/km <sup>2</sup> )	0,8	1,6	:	2,0	:	1,0
Zone faiblement peuplée (moins de 100 habitants/km <sup>2</sup> )	0,9	2,3	:	2,0	:	0,9

NB: On ne dispose pas de données pour l'Allemagne, la France et le Portugal.

Coicop = classification de la consommation individuelle des ménages.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

(en %)

L	NL	A	FIN	S	UK	
<b>Selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence</b>						
1,3	0,9	2,3	1,8	1,4	2,4	Travailleurs manuels dans l'industrie et les services
0,5	0,7	1,3	0,7	0,7	1,1	Travailleurs non manuels dans l'industrie et les services
0,5	0,9	1,3	0,9	1,0	1,5	Indépendants
2,3	1,9	3,7	2,5	2,0	3,9	Sans emploi
0,8	0,6	1,1	0,9	0,6	1,0	Retraités
1,3	1,3	1,5	1,2	1,6	3,1	Inactifs, autres
1,0	:	:	:	:	:	Indéterminée
<b>Selon le quintile de revenu</b>						
1,5	1,1	2,1	2,0	1,8	3,4	Premier quintile
1,2	1,0	1,8	1,3	1,0	2,5	Deuxième quintile
0,7	0,9	1,6	1,1	1,1	1,5	Troisième quintile
0,7	0,7	1,4	1,1	1,0	1,3	Quatrième quintile
0,4	0,5	1,1	0,7	0,6	0,7	Cinquième quintile
<b>Selon le type de ménage</b>						
0,8	1,0	1,6	1,3	1,4	1,6	Personne seule
0,9	1,1	1,8	1,3	1,3	2,3	Parent seul avec enfants à charge
0,7	0,8	1,4	1,1	0,9	1,3	Deux adultes
0,8	0,6	1,4	1,0	0,9	1,2	Deux adultes avec enfants à charge
1,1	0,9	1,8	1,4	1,2	2,3	Trois adultes ou plus
0,9	1,1	1,4	1,1	1,1	2,4	Trois adultes ou plus avec enfants à charge
<b>Selon l'âge de la personne de référence</b>						
0,9	0,7	1,7	1,3	1,2	2,1	Moins de 30 ans
0,8	0,8	1,7	1,2	1,1	1,6	De 30 à 44 ans
0,9	1,0	1,8	1,2	1,1	1,5	De 45 à 59 ans
0,6	0,6	0,9	0,6	0,7	1,1	60 ans et plus
<b>Selon le degré d'urbanisation</b>						
0,9	:	1,7	1,0	1,1	1,6	Zone densément peuplée (au moins 500 habitants/km <sup>2</sup> )
0,8	:	1,5	1,1	1,1	1,4	Zone intermédiaire (entre 100 et 499 habitants/km <sup>2</sup> )
0,7	:	1,3	1,3	1,0	1,4	Zone faiblement peuplée (moins de 100 habitants/km <sup>2</sup> )

## 2.3.7. Pourcentage d'enfants qui déclarent fumer, 1997/1998

	B <sup>(1)</sup>	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	F <sup>(1)</sup>	IRL	A	P
<b>Quotidiennement</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	1	0,4	1	0,1	1	1	0,3	1
Filles	0	0,1	0,1	0,5	0,5	0,4	0,1	1
<b>13 ans</b>								
Garçons	6	3	9	3	5	8	5	3
Filles	4	4	9	2	6	6	3	2
<b>15 ans</b>								
Garçons	21	15	22	13	20	19	20	13
Filles	20	21	25	14	25	16	26	10
<b>Chaque semaine</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	2	1	2	1	2	2	2	2
Filles	0,4	1	1	1	1	2	1	2
<b>13 ans</b>								
Garçons	10	6	14	5	9	14	10	5
Filles	8	8	13	5	11	12	8	4
<b>15 ans</b>								
Garçons	28	20	28	18	28	25	30	19
Filles	28	28	33	19	31	25	36	14
<b>Nombre moyen de cigarettes fumées par semaine</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	1	2	3	7	4,5	1	1	2
Filles	1	1	5	4,5	2,5	2	1	2,5
<b>13 ans</b>								
Garçons	7	8	10	7	4,5	10	5	5
Filles	4	5	9	6	3	5	3	3
<b>15 ans</b>								
Garçons	21	30	29,5	35	7	25	20	20
Filles	20	28	20	30	10	20	20	20

(<sup>1</sup>) En Belgique, seule la région flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Currie, C., e.a. (éd.), *Health and health behaviour among young people* (international report from the health behaviour in school-aged children — 1997/1998 survey); série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000.

## 2.3.8. Contrôles nationaux de la vente et de la publicité du tabac, 1994-2001

	B <sup>(1)</sup>	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO
Âge minimal pour l'achat de cigarettes	:	:	:	:	16	18	:	16	:	:	:	:	18	18	16	16	18
1994 — Interdiction dans les lieux publics <sup>(2)</sup>	2	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1
1994 — Interdiction de la publicité <sup>(3)</sup>	2	3	3	2	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1
2001 — Législation en matière de publicité <sup>(4)</sup>	C	C	L	L	L	B	C	B	L	C	L	B	B	L	C	:	:

(<sup>1</sup>) Région d'expression flamande seulement.

La législation concernant l'interdiction ou les restrictions, sur la base des profils de consommation de tabac dans l'UE établis par l'OMS pour 1994, a été classée comme suit: 1) la plus sévère, 2) intermédiaire, 3) la moins sévère.

(<sup>2</sup>) Par lieux publics, on entend: les écoles et autres locaux dans lesquels se réunissent des jeunes gens; les centres de soins et les établissements médicaux; les salles d'attente des gares de chemin de fer et des gares routières, des ports et des aéroports; les bâtiments de l'administration; les véhicules de transports publics; les gares de chemin de fer, les vols intérieurs et internationaux; les espaces clos ouverts au public; les théâtres, cinémas, salles d'exposition, galeries d'art, musées et bibliothèques.

(<sup>3</sup>) Les espaces publicitaires sont: la radio et la télévision; les panneaux publicitaires, les cinémas, les locaux de services de santé, les établissements d'éducation, les centres de jeunesse et de sport.

(<sup>4</sup>) L = restrictions limitées, B = interdiction totale, C = modification de la loi en cours.

Sources:

- 1) *Tobacco consumption 1970-1994 in the Member states of the European Union and in Norway and Iceland*, Statistics Sweden, Commission européenne.
- 2) Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil sur le rapprochement des lois, règlements et dispositions administratives des États membres concernant la publicité et le parrainage des produits du tabac (30 mai 2001), Commission européenne, Bruxelles.
- 3) Harkin, A.-M., Anderson, P., et Goos, C., *Smoking, drinking and drug-taking in Europe*, Organisation mondiale de la santé, Danemark, 1997.

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
<b>Quotidiennement</b>								
0,2	0	1	1	1	1	1	0,5	<b>11 ans</b> Garçons
0,4	0,3	1	2	1	1	0,1	0	Filles
7	2	7	5	7	6	4	3	<b>13 ans</b> Garçons
8	2	8	8	10	12	5	4	Filles
19	10	21	19	16	18	18	17	<b>15 ans</b> Garçons
20	16	24	24	24	23	21	17	Filles
<b>Chaque semaine</b>								
1	1	3	2	3	2	1	1	<b>11 ans</b> Garçons
1	0,5	1	3	2	2	0,2	1	Filles
10	4	11	9	12	8	8	6	<b>13 ans</b> Garçons
14	5	15	13	15	18	7	8	Filles
25	18	25	22	20	22	23	25	<b>15 ans</b> Garçons
29	24	33	28	28	29	28	25	Filles
<b>Nombre moyen de cigarettes fumées par semaine</b>								
2	1	2	2	3	4,5	1	1	<b>11 ans</b> Garçons
2,5	2	1	2	3	2	2,5	1	Filles
10	4	10	5	10	11,5	5	4	<b>13 ans</b> Garçons
9	4	5	8	10	12	5	4	Filles
26	10	30	30	30	30	25	20	<b>15 ans</b> Garçons
20	20	20	30	30	30	20	20	Filles



## 2. Modes de vie

## 2.3.9. Nombre moyen de cigarettes par personne par an disponibles sur le marché

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1985</b>	1 852	1 989	1 717	:	2 866	2 023	1 744	1 759	1 984	1 967
<b>1990</b>	1 799	1 751	1 566	2 035	2 656	2 096	1 689	1 656	1 662	1 671
<b>1995</b>	1 616	1 585	1 702	1 654	2 937	1 989	1 519	1 680	1 531	:
<b>1996</b>	1 587	1 533	1 800	1 664	2 864	1 899	1 476	1 684	1 515	:
<b>1997</b>	1 598	1 199	1 717	1 678	2 848	2 057	1 416	1 713	1 621	:
<b>1998</b>	1 615	1 206	1 605	1 687	2 853	2 284	1 425	1 733	1 624	:
<b>1999</b>	1 653	1 212	1 636	1 909	2 861	2 271	1 416	1 834	1 613	:

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS Europe, 2000.

## 2.4.1. Nombre moyen de litres par personne par an d'alcool pur disponible sur le marché

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Vin 1999</b>	33,6	24,9	29,9	22,9	35,2	33,7	57,2	28,7	51,5	61,0
<b>Bière 1999</b>	77,8	94,5	101,9	127,5	40,3	68,8	38,7	154,9	27,1	109,0
<b>Spiritueux 1999</b>	1,7	1,1	1,1	2,0	2,7	2,4	2,4	2,1	0,5	1,6
<b>Alcool pur <sup>(1)</sup> 1999</b>	:	:	:	12,6	:	:	:	:	:	15,0
<b>Alcool pur <sup>(1)</sup> 1998</b>	:	:	11,6	12,6	10,2	12,0	13,3	14,2	9,1	16,4

(<sup>1</sup>) Correspond à la quantité d'éthanol consommée dans un pays pendant l'année civile ou calculée à partir des statistiques officielles de la production locale, des importations et des exportations, en tenant compte de stocks et de la production à domicile lorsque ces données sont disponibles. Cette quantité est divisée par la population moyenne.

Les données publiées dans «World drink trends» ont été utilisées comme données de base dans certains cas.

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS Europe, 2000.

100



## 2.4.2. Tendances des dépenses des ménages consacrées à l'alcool

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Dépenses moyennes de consommation par ménage (en SPA) <sup>(1)</sup></b>								
<b>Spiritueux 1988</b>	41	79	:	:	37	29	72	:
<b>1994</b>	55	51	58	:	:	35	111	146
<b>1999</b>	:	52	91	:	51	30	:	224
<b>Vin 1988</b>	95	98	:	:	40	92	165	:
<b>1994</b>	125	230	176	:	82	97	257	131
<b>1999</b>	:	256	243	:	53	84	:	218
<b>Bière 1988</b>	31	71	:	:	31	41	31	:
<b>1994</b>	43	94	171	:	33	50	:	856
<b>1999</b>	:	100	197	:	42	47	:	1 086
<b>Alcool 1988</b>	166	249	:	:	109	162	267	:
<b>1994</b>	313	376	405	321	115	182	367	1 132
<b>1999</b>	:	408	531	:	146	161	:	1 528
<b>Structure des dépenses (% des dépenses totales de ménages)</b>								
<b>Spiritueux 1988</b>	0,2	0,5	:	:	0,2	0,2	0,4	:
<b>1994</b>	0,3	0,2	0,3	:	:	0,2	0,5	0,7
<b>1999</b>	:	0,2	0,4	:	0,2	0,1	:	0,8
<b>Vin 1988</b>	0,6	0,6	:	:	0,3	0,6	1,0	:
<b>1994</b>	0,6	1,0	0,9	:	0,5	0,5	1,1	0,6
<b>1999</b>	:	0,9	1,0	:	0,2	0,4	:	0,8
<b>Bière 1988</b>	0,2	0,4	:	:	0,2	0,3	0,2	:
<b>1994</b>	0,2	0,4	0,9	:	0,2	0,3	:	3,8
<b>1999</b>	:	0,4	0,8	:	0,2	0,2	:	3,9

(<sup>1</sup>) SPA = standards de pouvoir d'achat.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
1 074	2 135	1 393	1 393	1 356	1 711	1 802	569	2 545	<b>1985</b>
1 222	1 789	1 565	1 436	1 254	1 710	1 621	695	2 488	<b>1990</b>
1 075	1 568	1 638	1 016	920	1 552	1 380	609	2 201	<b>1995</b>
991	1 605	1 627	885	936	1 518	1 376	621	2 185	<b>1996</b>
1 066	1 636	1 656	920	678	1 492	1 340	629	2 047	<b>1997</b>
1 058	1 919	1 653	934	644	1 400	1 272	581	2 012	<b>1998</b>
	1 928	1 649	931	711	1 336		608	2 009	<b>1999</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
18,6	30,9	51,7	17,5	14,8	14,5	7,2	9,5	43,6	<b>Vin 1999</b>
84,2	108,9	64,3	80,1	59,3	99,0	44,3	51,0	58,6	<b>Bière 1999</b>
1,7	1,4	1,5	2,3	1,0	1,5	1,1	0,9	1,4	<b>Spiritueux 1999</b>
10,1	11,2	13,2	8,7	:	10,0	:	:	:	<b>Alcool pur (°) 1999</b>
9,9	11,2	13,6	8,6	6,0	9,8		5,4		<b>Alcool pur (°) 1998</b>

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
<b>Dépenses moyennes de consommation par ménage (en SPA) (°)</b>								
48	39	73	:	22	:	:	59	<b>Spiritueux 1988</b>
48	50	76	44	28	93	:	109	<b>1994</b>
19	75	74	35	:	93	:	87	<b>1999</b>
177	305	86	:	230	:	:	95	<b>Vin 1988</b>
210	375	117	125	166	77	:	135	<b>1994</b>
171	336	142	123	:	92	:	189	<b>1999</b>
35	94	77	:	23	:	:	50	<b>Bière 1988</b>
:	125	82	143	30	156	:	102	<b>1994</b>
49	100	109	119	:	150	:	121	<b>1999</b>
259	439	235	:	275	:	:	204	<b>Alcool 1988</b>
258	550	274	312	223	325	354	346	<b>1994</b>
239	512	326	277	:	334	412	397	<b>1999</b>
<b>Structure des dépenses (% des dépenses totales de ménages)</b>								
0,3	0,1	0,4	:	0,2	:	:	0,3	<b>Spiritueux 1988</b>
0,2	0,1	0,4	0,2	0,2	0,6	:	0,5	<b>1994</b>
0,1	0,2	0,3	0,1	:	0,5	:	0,3	<b>1999</b>
1,0	1,1	0,5	:	1,9	:	:	0,5	<b>Vin 1988</b>
0,9	1,0	0,6	0,5	1,0	0,5	:	0,7	<b>1994</b>
0,6	0,8	0,6	0,5	:	0,5	:	0,7	<b>1999</b>
0,2	0,4	0,5	:	0,2	:	:	0,3	<b>Bière 1988</b>
:	0,3	0,4	0,6	0,2	1,0	:	0,5	<b>1994</b>
0,2	0,2	0,4	0,5	:	0,8	:	0,4	<b>1999</b>

### 2.4.3. Structure des dépenses de consommation consacrées aux boissons alcoolisées (niveau 2 de la Coicop), 1999

(en %)

	B	DK	EL	E	IRL	I	L	NL	A	FIN	S	UK
<b>Selon la catégorie socioprofessionnelle</b>												
Travailleurs manuels dans l'industrie et les services	1,2	2,0	0,7	0,8	7,0	0,8	1,2	1,2	1,0	2,1	1,7	1,5
Travailleurs non manuels dans l'industrie et les services	1,4	2,2	0,5	0,7	5,7	:	1,0	1,2	0,8	1,8	1,9	1,5
Indépendants	1,2	1,8	0,7	0,7	4,8	0,8	1,1	1,1	1,2	1,5	2,2	1,2
Sans emploi	1,4	2,9	0,6	0,9	5,4	0,9	2,0	1,4	1,2	2,9	2,0	1,3
Retraités	2,0	2,7	0,7	0,9	4,5	1,1	1,3	1,7	1,3	1,6	1,7	1,4
Inactifs, autres	1,6	1,8	0,3	0,7	4,7	0,7	1,3	1,2	1,1	1,9	1,9	1,3
Indéterminée	:	:	:	:	2,9	:	1,5	:	:	:	:	:
<b>Selon le quintile de revenu</b>												
Premier quintile	1,4	2,3	0,7	0,9	4,8	1,0	1,4	1,3	1,1	1,9	1,8	1,4
Deuxième quintile	1,4	2,5	0,7	0,8	4,9	1,0	1,2	1,2	1,0	1,5	1,6	1,5
Troisième quintile	1,5	2,2	0,7	0,8	5,8	0,9	1,3	1,2	1,1	1,8	1,7	1,4
Quatrième quintile	1,7	2,1	0,6	0,8	6,4	0,9	1,2	1,3	1,1	2,0	2,2	1,5
Cinquième quintile	1,5	2,3	0,6	0,7	5,5	0,7	1,0	1,3	1,0	1,9	2,0	1,5
<b>Selon le type de ménage (niveau 2 de la Coicop)</b>												
Personne seule	1,5	2,5	0,5	0,5	4,1	0,9	1,4	1,2	1,0	1,8	2,1	1,4
Parent seul avec enfants à charge	1,1	1,7	0,4	0,4	3,5	0,6	1,3	0,7	0,7	1,5	1,1	1,0
Deux adultes	1,9	2,6	0,8	0,9	5,0	1,0	1,4	1,5	1,2	2,0	2,3	1,6
Deux adultes avec enfants à charge	1,3	1,8	0,5	0,8	4,3	0,8	1,1	1,2	0,8	1,7	1,5	1,3
Trois adultes ou plus	2,3	2,8	0,7	0,9	8,6	1,0	1,0	1,5	1,3	2,2	1,4	1,6
Trois adultes ou plus avec enfants à charge	1,3	2,4	0,7	0,8	7,5	0,9	0,8	1,2	1,3	1,7	1,7	1,4
<b>Selon l'âge de la personne de référence</b>												
Moins de 30 ans	0,9	1,7	0,6	0,8	9,0	0,7	1,0	0,8	0,7	1,6	1,9	1,4
De 30 à 44 ans	1,2	1,9	0,6	0,8	4,9	0,7	1,1	1,0	0,9	1,8	1,6	1,4
De 45 à 59 ans	1,7	2,7	0,6	0,7	5,5	0,9	1,2	1,6	1,2	2,1	2,1	1,5
60 ans et plus	2,0	2,6	0,7	0,9	4,4	1,0	1,3	1,5	1,4	1,5	2,0	1,4
<b>Selon le degré d'urbanisation</b>												
Zone densément peuplée (au moins 500 habitants/km <sup>2</sup> )	1,6	2,4	:	0,7	:	0,9	1,3	:	0,9	1,9	2,4	1,4
Zone intermédiaire (entre 100 et 499 habitants/km <sup>2</sup> )	1,3	1,9	:	0,8	:	0,9	1,2	:	1,2	1,8	2,0	1,5
Zone faiblement peuplée (moins de 100 habitants/km <sup>2</sup> )	1,7	2,4	:	0,9	:	1,0	1,1	:	1,1	1,6	1,7	1,4

NB: On ne dispose pas de données pour l'Allemagne, la France et le Portugal.

Coicop = classification de la consommation individuelle des ménages.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

## 2.4.4. Buveurs d'alcool, en fonction de l'âge et du sexe, 1999

(en %)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>TOTAL</b>																
Hommes	35,3	44,1	49,1	31,9	36,8	28,3	32,6	63,9	18,7	35,1	54,4	31,9	47,4	32	35,3	53,7
Femmes	16	18,7	38,5	11	7,7	9,3	13,4	39,9	6,3	13,9	31	9,7	12,9	14	20,9	34,6
Tous	25,3	30,9	43,6	21	22	18,5	22,6	51,5	12,3	24,1	42,5	20,3	29,2	22,6	27,9	43,9
<b>15-24 ans</b>																
Hommes	33,3	48,6	46,6	30,4	40	31,3	23,2	53,1	14	29,5	56,2	22,6	24,7	32,1	50,8	56,7
Femmes	18,8	19,4	29,8	15,6	12,1	13,9	13,2	50,6	5,2	9,8	33,9	8,6	7	19,2	33,9	41,7
Tous	26,2	34,3	38,3	23,2	26,4	22,8	18,3	51,9	9,7	19,8	45,3	15,8	16	25,7	42,5	49,4
<b>25-34 ans</b>																
Hommes	36,4	47,6	49,2	35,7	43,7	32	29	80	16,9	26,5	55,3	29,9	60,7	29,7	36,3	53,2
Femmes	18,9	24,5	29,6	16,7	18,3	17,3	18,6	51,2	2,8	15,2	21,2	10,5	19,4	15,5	17	37,5
Tous	27,8	36,1	39,7	26,4	31,2	24,8	23,8	65,6	9,9	20,9	38,5	20,2	39,9	22,6	26,8	45,5
<b>35-44 ans</b>																
Hommes	37,3	46,5	37,7	33,1	39,6	24,2	31,2	70,5	19,8	39,6	58	39,7	55,3	39,5	37,1	63,5
Femmes	17,6	23,4	42	9,1	7,8	7,8	16,8	53	7,3	14,6	31,2	10,1	13	25,3	24,3	41
Tous	27,5	35,1	39,9	21,2	23,7	16	24	61,7	13,5	27,7	44,8	25,3	33,8	32,4	30,8	52,3
<b>45-54 ans</b>																
Hommes	37,9	49,1	53,5	34,3	39,9	33,3	46,9	63,4	17,9	32,6	49,9	29,6	49,3	40,6	33,7	49,4
Femmes	18,3	21,1	46,7	14,6	5,6	9,9	15	39,2	4,5	18,5	37,9	8,5	9,9	10,8	25,5	42,4
Tous	28,1	35,2	50,1	24,5	23	21,5	30,8	51,3	11,1	25,9	44	19,1	28,8	26	29,7	45,9
<b>55-64 ans</b>																
Hommes	38,9	34,9	58,1	33,3	35	36,5	36,3	51,1	26,3	30,6	55,9	35,7	52,9	30	37,4	57,7
Femmes	14,4	10,1	52,9	9,3	2,9	4,6	12,3	27,1	10,1	16,1	37,3	19,7	13,6	11,1	19	26,9
Tous	26,3	22,1	55,5	21,1	18,4	19,9	23,9	39	17,8	20,5	46,6	27,4	31,7	20,1	28,1	42,1
<b>65 ans et plus</b>																
Hommes	28,4	35,2	51,7	22,1	22,5	13,5	32,2	62,6	19	49,4	50,4	33,3	46,2	14,3	20,4	42,1
Femmes	10	13,4	34	4,4	:	2	6	18,1	7,9	6,6	28,8	4,4	14,3	3,9	11,5	21,8
Tous	17,1	22,2	41,3	10,8	10	6,7	16,5	36,6	12,4	29,8	37,5	15	27,2	7,8	15,3	30,1

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2.4.5. Exercice, stress et alimentation en fonction de la consommation d'alcool, EU-15, 1999

(en %)

Buvez-vous régulièrement de l'alcool?	Oui	Non	Je ne sais pas
Faites-vous de l'exercice au moins deux fois par semaine?	Oui 44,5	38,2	25,9
	Non 55,0	61,3	49,9
	Je ne sais pas 0,6	0,5	24,2
Vous sentez-vous régulièrement stressé?	Oui 43,3	36,2	33,7
	Non 54,0	61,0	30,0
	Je ne sais pas 2,7	2,8	36,3
Avez-vous une alimentation saine et équilibrée?	Oui 69,6	76,0	63,2
	Non 28,3	21,9	18,4
	Je ne sais pas 2,2	2,1	18,5

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 2. Modes de vie

### 2.4.6. Pourcentage de jeunes gens reconnaissant boire de la bière, du vin ou des spiritueux au moins une fois par semaine, 1997/1998

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
<b>11 ans</b>								
Garçons	7	4	2	20	6	7	3	4
Filles	2	2	0,3	8	3	1	1	1
<b>13 ans</b>								
Garçons	11	11	10	27	12	8	8	9
Filles	6	9	5	16	5	6	4	3
<b>15 ans</b>								
Garçons	38	46	29	52	31	27	39	29
Filles	22	38	22	31	15	12	23	9

(¹) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Currie, C., e.a. (éd.), *Health and health behaviour among young people* (international report from the health behaviour in school-aged children, 1997/1998 survey); série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000.

### 2.4.7. Contrôles nationaux de la publicité en faveur de l'alcool, 1994-1998

	B		DK		D		EL		E		F		IRL		I		L	
	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998
<b>Spiritueux</b>																		
Télévision	V	R	B	B	V	V	N	N	R	B	B	B	V	V	R	R	N	V
Radio	V	R	B	B	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	R	N	V
Presse écrite	V	V	V	V	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	R	N	V
Affichage	V	V	V	V	V	V	N	N	N	N	R	R	V	V	N	V	N	V
<b>Vins de table</b>																		
Télévision	N	R	B	B	V	V	N	N	N	R	B	B	V	V	R	R	N	V
Radio	N	R	B	B	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	R	N	V
Presse écrite	N	V	V	V	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	R	N	V
Affichage	N	V	V	V	V	V	N	N	N	N	R	R	V	V	N	R	N	V
<b>Bière</b>																		
Télévision	V	R	B	B	V	V	N	N	N	R	B	B	V	V	R	R	N	V
Radio	V	R	B	B	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	V	N	V
Presse écrite	V	V	V	V	V	V	N	N	N	R	R	R	V	V	N	R	N	V
Affichage	V	V	V	V	V	V	N	N	N	N	R	R	V	V	N	R	N	V

NB: V = autoréglementée; R = restreinte; B = interdite; N = aucun contrôle.

Sources: 1. Harkin, A.-M., Anderson, P., et Goos, C. (1997), *Smoking, drinking and drug-taking in Europe*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1997.

2. Rehn, N., Room, R., et Edwards, G. (2001), *Alcool dans la région européenne — Consommation, méfaits et politiques*, Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe, 2001.

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
2 0,3	3 1	14 9	8 4	5 1	12 5	1 0,2	4 0,5	<b>11 ans</b> Garçons Filles
5 4	6 4	22 16	17 11	14 6	24 16	4 3	5 3	<b>13 ans</b> Garçons Filles
11 8	17 11	47 36	37 33	33 20	53 36	16 12	19 9	<b>15 ans</b> Garçons Filles

NL		A		P		FIN		S		UK		IS		NO		CH		
1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	1994	1998	
V	V	V	R	R	R	B	B	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	<b>Spiritueux</b>
V	V	V	R	R	R	B	R	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	Télévision
V	V	V	V	N	N	B	R	B	R	V	V	B	B	B	B	R	N	Radio
V	V	V	V	B	N	B	B	B	R	V	V	B	B	B	B	R	R	Presse écrite
																		Affichage
V	V	V	R	R	R	R	R	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	<b>Vins de table</b>
V	V	V	R	R	R	R	R	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	Télévision
V	V	V	V	N	N	R	R	B	R	V	V	B	B	B	B	N	N	Radio
V	V	V	V	V	N	R	R	B	R	V	V	B	B	B	B	B	N	Presse écrite
																		Affichage
V	V	V	R	R	R	R	R	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	<b>Bière</b>
V	V	V	R	R	R	R	R	B	B	V	V	B	B	B	B	B	B	Télévision
V	V	V	V	N	N	R	R	B	R	V	V	B	B	B	B	N	N	Radio
V	V	V	V	B	N	R	R	B	R	V	V	B	B	B	B	R	N	Presse écrite
																		Affichage

## 2.5.1. Prévalence de la toxicomanie sur les douze derniers mois, d'après des enquêtes nationales, 1994-2001

	Année	Méthode		Classe d'âge	Tous adultes (%)			
		Collecte données	Échantillon		Cannabis	Cocaïne	Amph. (1)	Ecstasy
<b>B (expression flamande)</b>	<b>1994</b>	Tél.	2 259	(18-65)	1,5	0,2	0,3	0,1
<b>DK</b>	<b>1994</b>	Interv.	2 521	:	:	:	:	:
	<b>2000</b>	Interv.	14 228	(16-64)	4,4	0,5	1,0	0,3
<b>D (ex-RFA)</b>	<b>1995</b>	Poste	6 292	(18-59)	5,0	0,9	0,8	0,9
<b>(ex-RDA)</b>	<b>1995</b>	Poste	1 541	(18-59)	1,9	0,2	0,2	0,6
<b>D (ex-RFA)</b>	<b>1997</b>	Poste	6 337	(18-59)	4,5	0,7	0,5	0,9
<b>(ex-RDA)</b>	<b>1997</b>	Poste	1 682	(18-59)	2,3	0,1	0,3	0,4
<b>EL</b>	<b>1998</b>	Interv.	3 752	(15-64)	4,4	0,5	0,1	0,1
	<b>2000</b>	Poste	8 139	(18-59)	6,0	0,9	0,6	0,7
<b>E</b>	<b>1997</b>	Interv.	12 445	(15-64)	7,6	b) 1,6	0,9	c) 0,9
	<b>1999</b>	Interv.	12 488	(15-64)	7,0	b) 1,6	0,7	c) 0,8
<b>F</b>	<b>1995</b>	Tél.	1 993	(18-69)	4,7	0,2	d) 0,3	:
	<b>1999</b>	Tél.	1 999	(15-64)	7,4	0,2	0,1	0,2
<b>IRL</b>	<b>1998</b>	Poste	10 415	(15-64)	9,4	1,3	2,6	2,4
<b>NL</b>	<b>1997/1998</b>	Interv.	22 000	(15-64)	5,5	0,7	0,4	0,8
<b>P</b>	<b>2001</b>	Interv.	15 000	(15-64)	3,3	0,3	0,1	0,4
<b>FIN</b>	<b>1996</b>	Poste	3 009	(16-74)	1,9	:	:	:
	<b>1998</b>	Poste \$	2 568	(15-69)	2,5	b) 0,2	0,2	0,2
<b>S</b>	<b>1998</b>	Interv.	1 500	(15-69)	1,0	:	:	:
	<b>2000</b>	Interv.	2 000	(15-64)	1,0	0,0	< 0,5	< 0,5
<b>UK (Angleterre et pays de Galles)</b>	<b>1998</b>	Interv.	10 293	(16-59)	9,0	1,2	2,7	1,2
	<b>2000</b>	Interv.	1 330	(16-59)	8,6	0,0	1,7	1,7

(1) Amph. = amphétamines; \$ = échantillon mixte; poste (n = 2 143) et tél. (n = 425); a) drogues dures; b) cocaïne ou crack; c) ecstasy et autres drogues de confection; d) amphétamine + ecstasy; e) pour la classe d'âge de 16 à 44 ans, le chiffre est 7,0 %, comme dans l'enquête de 1994; f) recalculé au niveau national pour la classe d'âge de 16 à 34 ans.

NB: Les chiffres de prévalence présentés dans ce tableau peuvent être différents, dans certains pays, des chiffres publiés au niveau national en raison de l'utilisation de classes d'âge différentes (voir note 6).

- 1) «Collecte données» signifie «méthode de collecte de données utilisée dans l'enquête»; «Interv.» (interview directe); «Tél.» (interview téléphonique); «Poste» (questionnaire postal).
- 2) Lorsque plusieurs enquêtes sont disponibles pour un pays, les deux dernières sont présentées dans le tableau. Au Danemark, il y a eu deux enquêtes en 1994, la plus comparable avec l'enquête 2000 est présentée.
- 3) Les enquêtes de villes fournies par certains pays n'ont pas été prises en compte, car elles tendent à produire des estimations de prévalence plus fortes non comparables avec les estimations pour l'ensemble d'un pays.
- 4) Les tailles d'échantillons concernent les enquêtes nationales complètes. Dans certains cas, les enquêtes nationales couvrent une classe d'âge plus large que celle qui est donnée ici, et, par conséquent, les estimations présentées sont basées sur des échantillons moins importants. Les estimations pour les jeunes adultes sont également basées sur des sous-ensembles moins importants.
- 5) En Belgique, en Irlande et au Luxembourg, les enquêtes 1998 n'ont pas fourni d'estimations pour la prévalence sur les douze derniers mois.
- 6) Il était demandé aux pays de donner les résultats en utilisant, autant que possible, les groupes d'âge OEDT standards (tous adultes: 15-64 ans; jeunes adultes: 15-34 ans). Dans certains pays où les classes d'âge sont plus restrictives, les estimations de la prévalence ont tendance à être plus élevées. Certains pays ont recalculé leurs chiffres de prévalence en utilisant les groupes d'âge OEDT standards.

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).



Classe d'âge	Jeunes adultes (%)				
	Cannabis	Cocaïne	Amph. (1)	Ecstasy	
(18-35)	3,6	:	:	:	B (expression flamande)
(16-44)	7,0	:	a) 0,5	:	DK
(16-34)	e) 9,7	1,4	2,5	0,9	
(18-39)	8,8	1,6	1,5	1,6	D (ex-RFA)
(18-39)	3,5	0,3	0,4	1,2	(ex-RDA)
(18-39)	7,8	1,2	0,9	1,7	D (ex-RFA)
(18-39)	4,5	0,2	0,6	0,7	(ex-RDA)
(15-34)	8,8	1,0	0,1	0,3	EL
(18-34)	13,0	1,9	1,3	1,6	
(15-34)	14,2	b) 2,7	1,7	c) 1,7	E
(15-34)	12,7	b) 2,7	1,4	c) 1,7	
(18-39)	8,9	0,3	d) 0,6	:	F
(15-34)	15,1	0,5	0,1	0,4	
(15-34)	17,7	2,6	5,4	4,9	IRL
(15-34)	9,8	1,4	0,8	1,8	NL
(15-34)	6,2	0,6	0,1	0,8	P
(16-34)	5,2	:	:	:	FIN
(15-34)	6,3	b) 0,4	0,4	0,4	
(15-34)	2,0	:	:	:	S
(15-34)	1,0	0,0	0,0	< 0,5	
(16-29)	23,0	3,0	8,0	4,0	UK (Angleterre et pays de Galles)
f) (16-34)	17,9	2,5	5,9	2,9	
(16-29)	22,0	5,0	5,0	5,0	

### 2.5.2. Prévalence de la toxicomanie sur la vie parmi la population générale, d'après des enquêtes nationales récentes, 1994-2001

	Année	Méthode Collecte données	Échantillon	Classe d'âge	Tous adultes (%)			
					Cannabis	Cocaïne	Amph. (1)	Ecstasy
<b>B (expression flamande)</b>	<b>1994</b>	Tél.	2 259	(18-65)	5,8	0,5	0,9	0,5
<b>B (francophone)</b>	<b>1996-1997</b>	Tél.	3 311#	(18-49)	12,8	:	:	:
<b>B (francophone)</b>	<b>1998-1999</b>	Tél.	3 311#	(18-49)	20,8	:	:	:
<b>DK</b>	<b>1994</b>	Interv.	2 521	:	:	:	:	:
	<b>2000</b>	Interv.	14 228	(16-64)	24,3	1,7	4,5	0,8
<b>D (ex-RFA)</b>	<b>1995</b>	Poste	6 292	(18-59)	13,9	2,2	2,8	1,6
<b>(ex-RDA)</b>	<b>1995</b>	Poste	1 541	(18-59)	3,6	0,2	0,7	0,7
<b>D (ex-RFA)</b>	<b>1997</b>	Poste	6 337	(18-59)	13,4	1,5	1,8	1,7
<b>(ex-RDA)</b>	<b>1997</b>	Poste	1 682	(18-59)	4,2	0,2	0,5	0,7
<b>EL</b>	<b>1998</b>	Interv.	3 752	(15-64)	13,1	1,3	0,6	0,3
<b>E</b>	<b>1997</b>	Interv.	12 445	(15-64)	22,2	c) 3,3	2,5	e) 2,5
	<b>1999</b>	Interv.	12 488	(15-64)	19,8	c) 3,2	2,2	e) 2,4
<b>F</b>	<b>1999</b>	Tél.	2 002	(15-64)	21,9	1,5	0,2	0,9
	<b>2000</b>	Tél.	13 685	(15-64)	22,5	1,6	1,5	0,9
<b>IRL</b>	<b>1998</b>	Interv.	1 000	(18-64)	14,2	:	:	:
	<b>1998</b>	Poste	10 415	(15-64)	19,9	:	:	:
<b>L</b>	<b>1998</b>	Interv.	667	(15-64)	12,9	0,2	:	1,2
<b>NL</b>	<b>1997/1998</b>	Interv.	22 000	(15-64)	19,1	2,6	2,2	2,3
<b>P</b>	<b>2001</b>	Interv.	15 000	(15-64)	16,2	0,9	0,5	0,7
<b>FIN</b>	<b>1998</b>	Poste	2 568	(15-69)	9,7	c) 0,6	1,0	0,5
	<b>2000</b>	Interv.	2 500	(15-64)	9,9	0,6	1,0	0,6
<b>S</b>	<b>1998</b>	Interv.	1 500	(15-69)	13,0	1,0	2,0	0,0
	<b>2000</b>	Interv.	2 000	(15-64)	13,0	1,0	2,0	0,0
<b>UK (Angleterre et pays de Galles)</b>	<b>1996</b>	Interv.	10 940	(16-59)	22,0	3,0	9,0	3,0
	<b>1998</b>	Interv.	10 293	(16-59)	25,0	3,0	10,0	4,0
<b>NO</b>	<b>1999</b>	Interv.	2 170	(15-64)	15,3	2,2	3,8	1,3

(\*) Amph. = amphétamines; # échantillon groupé pour la période 1996-1999 de la section drogue 2 112; \$ = échantillon mixte, poste (n = 2 143) et tél. (n = 425); a) drogues dures; b) pour la classe d'âge de 16 à 44 ans, le pourcentage est de 32,3 % pour le cannabis; c) cocaïne ou crack; d) amphétamine + ecstasy; e) ecstasy et autres drogues de confection; f) recalculé au niveau national pour la classe d'âge de 16 à 34 ans.

NB: Les chiffres de prévalence présentés dans ce tableau peuvent être différents, dans certains pays, des chiffres publiés au niveau national en raison de l'utilisation de classes d'âge différentes (voir note 6).

- 1) «Collecte données» signifie «méthode de collecte de données utilisée dans l'enquête»; «Interv.» (interview directe); «tél.» (interview téléphonique); «Poste» (questionnaire postal).
- 2) Lorsque plusieurs enquêtes sont disponibles pour un pays, les deux dernières sont présentées dans le tableau. Au Danemark, il y a eu deux enquêtes en 1994, la plus comparable avec l'enquête 2000 est présentée.
- 3) Ce tableau s'efforce de présenter les enquêtes nationales. Exceptionnellement, certaines enquêtes régionales pertinentes sont proposées. Les enquêtes de villes fournies par certains pays n'ont pas été prises en compte, car elles tendent à produire des estimations de prévalence plus fortes non comparables avec les estimations pour l'ensemble d'un pays (ou pour d'importantes régions comprenant des zones urbaines et rurales).
- 4) Les tailles d'échantillons concernent les enquêtes nationales complètes. Dans certains cas, les enquêtes nationales couvrent une classe d'âge plus large que celle qui est présentée ici, et, par conséquent, les estimations présentées sont basées sur des échantillons moins importants. Les estimations pour les jeunes adultes sont également basées sur des sous-ensembles moins importants.
- 5) Au Luxembourg, la taille de l'échantillon pour l'enquête 1998 est très petite, et les résultats doivent être interprétés avec prudence.
- 6) Il était demandé aux pays de donner les résultats en utilisant, autant que possible, les groupes d'âge OEDT standards (tous adultes: 15-64 ans; jeunes adultes: 15-34 ans). Dans certains pays où les classes d'âge sont plus restrictives, les estimations de la prévalence ont tendance à être plus élevées. Certains pays ont recalculé leurs chiffres de prévalence en utilisant les groupes d'âge OEDT standards.

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Jeunes adultes (%)					
Classe	Cannabis	Cocaïne	Amph. (1)	Ecstasy	
(18-35)	9,2	1,2	2,0	1,3	<b>B (expression flamande)</b>
(18-34)	17,8	:	:	:	<b>B (francophone)</b>
(18-34)	26,1	:	:	:	<b>B (francophone)</b>
(16-44)	36,7	:	a) 5,0	:	<b>DK</b>
b) (16-34)	34,0	3,1	7,0	1,9	
(18-39)	21,0	3,7	4,1	2,8	<b>D (ex-RFA)</b>
(18-39)	6,4	0,3	1,3	1,3	<b>(ex-RDA)</b>
(18-39)	20,1	2,2	2,4	3,2	<b>D (ex-RFA)</b>
(18-39)	7,8	0,4	1,0	1,3	<b>(ex-RDA)</b>
(15-34)	19,7	2,2	0,7	0,6	<b>EL</b>
(15-34)	31,8	c) 5,2	4,1	e) 4,7	<b>E</b>
(15-34)	28,5	c) 4,8	3,2	e) 4,4	
(15-34)	32,9	1,9	0,1	1,7	<b>F</b>
(15-34)	35,7	1,9	1,4	1,8	
(18-34)	26,2	:	:	:	<b>IRL</b>
(15-34)	30,0	:	:	:	
(15-34)	15,8	0,3	:	1,9	<b>L</b>
(15-34)	27,3	3,7	3,0	4,4	<b>NL</b>
(15-34)	26,2	1,3	0,6	1,4	<b>P</b>
(15-34)	17,5	c) 1,2	2,0	1,3	<b>FIN</b>
(15-34)	16,6	1,2	2,5	1,4	
(15-34)	16,0	1,0	3,0	1,0	<b>S</b>
(15-34)	14,0	1,0	2,0	1,0	
(16-29)	36,0	4,0	16,0	9,0	<b>UK (Angleterre</b>
(16-29)	42,0	6,0	20,0	10,0	<b>et pays de Galles)</b>
f) (16-34)	38,1	6,4	16,5	7,7	
(15-34)	20,9	3,3	5,4	2,5	<b>NO</b>

### 2.5.3. Prévalence sur la vie de l'utilisation de différentes drogues illégales parmi les étudiants de 15-16 ans, d'après des enquêtes nationales récentes, 1993-2000

(en %)

	Année	Projet (1)	Échan- tillon	Toutes drogues illégalés	Cannabis	Sol- vants	Amph. (2)	Ecstasy	LSD	Cocaïne	Héroïne
<b>B (expression flamande)</b>	<b>1998</b>	HBSC (OMS)	9 211	:	23,7	4,4	3,8	6,2	2,1	1,3	0,7
	<b>1999</b>		47 657	27,9	24,1	4,2	6,5	4,0	4,2	1,9	0,9
	<b>2000</b>	HBSC (OMS)	4 989		20,7	3,6	3,3	2,6	3	1,2	0,6
<b>B (francophone)</b>	<b>1997-1998</b>	HBSC (OMS)	12 987	:	27,9	5,8	7,0	6,3	7,1	3,5	3,4
<b>DK</b>	<b>1995</b>	ESPAD	2 571	:	18,0	6,0	1,9	0,5	0,4	0,5	2,0
	<b>1999</b>	ESPAD	1 557	25,4	24,8	7,5	4,0	3,1	1,0	1,5	1,3
<b>EL</b>	<b>1993</b>		10 543	4,5	3,0	6,3	4,0	:	1,1	0,9	0,6
	<b>1998</b>		8 557	11,4	10,2	13,7	3,6	1,8	2,6	1,6	0,8
<b>E</b>	<b>1996</b>		19 191	29,6	24,3	3,5	4,1	c) 4,6	e) 5,6	2,5	0,8
	<b>1998</b>		18 346	32,9	28,0	4,2	4,0	c) 2,8	e) 4,7	4,3	1,0
	<b>2000</b>		18 348	37,1	30,0	4,0	3,4	5,4	0,0	4,1	0,6
<b>F</b>	<b>1997</b>		9 919	27,5	23,0	5,5	1,9	b) 2,5	:	1,5	1,4
	<b>1999</b>	ESPAD	12 113	:	28,8	11,0	2,3	2,4	1,0	1,5	1,2
<b>IRL</b>	<b>1995</b>	ESPAD	1 849	37,0	37,0	:	3,0	9,0	e) 13,0	2,0	2,0
	<b>1998</b>		8 497	27,5	21,7	13,0	4,2	2,8	3,4	2,2	1,8
<b>I</b>	<b>1995</b>	ESPAD	1 641	21,0	19,0	8,0	3,0	4,0	e) 5,0	3,0	2,0
	<b>1999</b>	ESPAD	20 215	:	16,8	4,7	1,4	1,3	e) 2,1	1,6	3,7
	<b>2000</b>	ESPAD	22 358	30,2	28,4	4,9	1,3	2,9	2,5	2,7	0,3
<b>L</b>	<b>1999</b>		562	:	37,1	:	:	5,6	5,8	11,1	2,8
	<b>1999</b>		7 347	:	27,7	3,6	3,1	1,8	1,4	1,5	0,8
<b>NL</b>	<b>1996</b>		10 455	31,7	31,1	:	7,8	8,1	:	4,3	1,3
	<b>1999</b>		2 945	28,8	28,6	:	4,0	5,0	:	4,2	0,0
<b>A</b>	<b>1994</b>		2 250	9,9	9,5	:	:	:	:	:	a) 2,0
<b>P</b>	<b>1995</b>	ESPAD	4 767	4,7	3,8	:	:	:	0,2	1,0	0,9
	<b>1999</b>	ESPAD	3 609	12,3	9,4	3,3	3,2	2,3	1,0	1,3	2,6
<b>FIN</b>	<b>1995</b>	ESPAD	2 300	5,5	5,2	4,4	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1
	<b>1999</b>	ESPAD	3 109	10,1	9,9	5,4	0,6	0,6	:	0,6	1,0
<b>S</b>	<b>1998</b>		5 455	7,7	7,2	8,2	1,1	1,0	1,0	0,6	0,6
	<b>1999</b>		6 000	8,0	7,0	12,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
	<b>2000</b>		6 000	9,0	8,0	9,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>UK</b>	<b>1997</b>		28 756	39,8	37,5	4,0	7,3	3,0	d) 3,2	1,5	0,7
<b>UK (Angleterre)</b>	<b>1998</b>		4 752	31,4	29,6	5,7	7,6	2,5	3,2	2,8	1,0
<b>UK (Écosse)</b>	<b>1998</b>		3 538	39,0	38,0	9,0	12,0	4,0	7,0	1,0	0,0
<b>UK (Écosse)</b>	<b>2000</b>	15 ans seulement	7 000	32,0							
<b>UK (pays de Galles)</b>	<b>1998</b>	HBSC (OMS)	1 238	41,5	35,8	15,1	14,2	4,5	6,7	1,8	1,1
<b>NO</b>	<b>1999</b>	ESPAD	3 918	13,0	12,3	5,9	2,6	2,5	1,5	1,3	1,2

(1) Projet = projets internationaux dans le cadre desquels les enquêtes nationales ont été effectuées.

(2) Amph. = amphétamines; a) drogues dures; b) LSD et ecstasy; c) ecstasy et autres drogues synthétiques; d) hallucinogènes synthétiques; e) LSD = LSD et autres hallucinogènes.

NB: 1) Ce tableau s'efforce de présenter les enquêtes nationales. Certaines enquêtes régionales pertinentes sont présentées exceptionnellement.

2) Dans les pays pour lesquels on dispose d'informations sur plus de deux enquêtes nationales, seules les deux dernières sont présentées. Dans le cas de la Belgique et du Royaume-Uni, plus de deux enquêtes sont prises en compte en raison de différentes couvertures géographiques.

3) Les enquêtes ne couvrant que des villes ou des zones métropolitaines ne sont pas prises en compte. De même, les enquêtes dont la classe d'âge est notablement différente de la classe d'âge exigée (15-16 ans) ne sont pas présentées.

4) Dans toutes les enquêtes, la collecte des données s'est faite au moyen de questionnaires par écrit.

5) Dans les enquêtes ESPAD, «cocaïne» ne comprend pas «crack cocaïne».

6) En matière de consommation de drogues, l'enquête française de 1997 donne des informations sur la prévalence de l'année passée et non pas sur la prévalence sur la vie.

7) En Allemagne, depuis 1970, on effectue une enquête auprès des jeunes (12-25 ans) tous les trois à quatre ans au lieu de l'enquête scolaire. Dans l'enquête 1997, l'échantillon total était de 3 100 (12-25 ans): la prévalence sur la vie concernant toute drogue illégale chez les jeunes de 14 à 17 ans était de 11 % (ex-RFA), et de 10 % (ex-RDA).

8) Dans les enquêtes grecques (1993 et 1998), les amphétamines ne sont pas comprises dans la catégorie «Toutes drogues illégales».

9) Au Luxembourg, la taille de l'échantillon (562) de cette étude est très petite et il importe d'interpréter les résultats avec prudence.

10) Au Royaume-Uni (Écosse), seuls les enfants de 15 ans sont pris en compte.

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

## 2. Modes de vie

### 2.5.4. Estimation de la prévalence nationale de l'utilisation de drogues à problème chez les adultes, 1996-1998

	B	DK	D	E	F	IRL	I
Population totale (15-64 ans) (1)	6 706,3	3 551,2	55 968,1	26 866,3	38 370,9	2 387,2	39 168,8
Extrapolation à partir des données de la police	:	:	2,5-3,0	:	4,3	:	4,4
Extrapolation à partir des données de traitement	:	:	1,7-2,5	6,6 b)	4,1-4,6	:	6,1-7,6
Multiplicateur de mortalité	:	4,0	1,4-2,0	3,1 b)	:	1,9-3,2	:
Capture — Recapture	:	4,0	:	:	:	2,6-5,7 c)	7,0
Indicateur multivariable	:	:	:	:	:	:	6,3
Récalcul — Multiplicateur du VIH/sida	3,0 a)	2,9	:	:	3,2-4,0	3,6	8,3
Plage globale des estimations	3,0	2,9-4,0	1,4-3,0	3,1-6,6	3,2-4,6	1,9-5,7	4,4-8,3

(1) Milliers.

NB: a) estimation utilisant le registre du VIH/sida au lieu du récalcul; la définition ne tient compte que des UDI et sous-estime donc l'utilisation totale des drogues à problèmes. b) opiomanes; c) opiomane grave. Les données de la police font état de 7 % de consommateurs de drogues non opiacées; 10 % ont été identifiés parce qu'ils possédaient de la drogue (pas nécessairement des utilisateurs) et 5 % l'ont été par d'autres moyens. Capture — Recapture sur trois échantillons: les données de la police couvrent la période du 1<sup>er</sup> septembre 1995 au 30 août 1996; autres sources de l'année civile 1996; d) héroïnomanes ou utilisateurs de drogues dures; f) opiomanes et utilisateurs d'amphétamines à problème. L'estimation basse concerne essentiellement les utilisateurs de drogues ayant des problèmes médicaux alors que l'estimation haute comprend également les utilisateurs exposés à des problèmes juridiques potentiels, conduite sous l'emprise de la drogue, par exemple; g) 1 700 à 3 350 héroïnomanes; 8 900 à 12 450 autres toxicomanes, surtout des injecteurs d'amphétamines (à l'exclusion des utilisateurs de cannabis); h) UDI. Toutes les estimations sont basées sur une période de douze mois entre 1996 et 1998, sauf pour l'Autriche (1995), l'Irlande (1995-1996) et la Suède (1992). La Grèce et le Portugal n'ont pas été en mesure de fournir des estimations.

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), octobre 2001, projet CT.99.RTX.05 (coordonné par l'institut de recherche thérapeutique, Munich).

### 2.5.5. Quelques caractéristiques des patients traités pour la première fois pour des problèmes de toxicomanie, 1999/2000

	Année	Âge moyen	Répartition par âge		Répartition hommes/femmes	% drogue principale voie IV	% drogues principales (% administration par voie IV)									
			< 25	> 35			Opiacés	Cocaïne	Amphétamines	Ecstasy	Hallucinogènes	Cannabis	Autres			
<b>B</b>	<b>1999</b>	24,5	63,0	13,0	76/24	8,0	21,0 (7,0)	5,0 (5,0)	14,0 (3,0)	3,0 (0,0)	3,0 (0,0)	0,0 (0,0)	1,0 (0,0)	44,0 (1,0)	4,0 (0,0)	
<b>DK a)</b>	<b>2000</b>	28,0	40,1	22,5	77/23	16,0	41,0 (33,0)	4,0 (7,0)	7,0 (5,0)	3,0 (0,0)	0,0 (0,0)	:	30,0 (0,0)	1,0 (0,0)		
<b>D b)</b>	<b>1999</b>	26,6	:	:	82/18	:	44,2 (37,1)	9,8 (21,7)	:	:	:	2,2 (:)	40,0 (:)	0,0 (0,0)		
<b>EL</b>	<b>2000</b>	29,4	39,7	28,1	85/15	64,1	90,5 (70,6)	0,6 (16,7)	:	0,0 (0,0)	0,1 (0,0)	0,0 (0,0)	6,5 (0,0)	0,1 (0,0)		
<b>E</b>	<b>2000</b>	28,8	36,2	21,6	85/15	9,2	48,6 (17,5)	32,1 (1,9)	1,4 (1,3)	1,1 (0,0)	0,3 (0,0)	0,0 (0,0)	14,5 (0,0)	0,4 (3,6)		
<b>F c)</b>	<b>1999</b>	28,9	31,6	20,7	80/20	:	58,8 (59,0)	5,0 (39,0)	0,2 (25,0)	1,3 (11,0)	0,4 (13,0)	0,0 (0,0)	25,3 (7,2)	1,1 (20,3)		
<b>IRL</b>	<b>1999</b>	23,0	:	:	73/27	30,6	55,6 (55,0)	1,6 (8,0)	2,1 (6,0)	8,9 (0,0)	0,2 (0,0)	0,0 (0,0)	29,1 (0,0)	0,2 (0,0)		
<b>I d)</b>	<b>2000</b>	28,0	36,0	21,0	87/13	49,0	71,0 (100,0)	9,0 (8,0)	1,0 (0,0)	2,0 (0,0)	:	:	15,0 (1,0)	1,0 (0,0)		
<b>L</b>	<b>2000</b>	24,2	63,0	26,0	50/50	75,0	88,0 (20,0)	:	:	:	:	:	13,0 (0,0)	:		
<b>NL</b>	<b>2000</b>	30,1	35,0	28,0	79/21	3,0	28,0 (12,0)	34,1 (1,0)	3,0 (7,0)	2,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	6,0 (0,0)	1,0 (0,0)		
<b>A e)</b>	<b>2000</b>	29,2	33,9	26,2	70/30	100,0	100,0	:	:	:	:	:	:	:		
<b>P f)</b>	<b>2000</b>	29,1	6,1	24,8	82/18	26,7	67,8 (28,0)	1,1 (1,3)	:	:	:	:	2,5 (0,0)	0,0 (0,0)		
<b>FIN</b>	<b>1999</b>	23,5	:	:	75/25	43,7	23,2 (66,2)	:	39,0 (61,8)	1,6 (0,0)	:	:	32,7 (0,0)	:		
<b>S g)</b>	<b>2000</b>	35,5	30,0	44,0	54/44	10,0	30,0 (14,0)	3,0 (0,0)	21,0 (23,0)	2,0 (0,0)	:	0,0 (0,0)	19,0 (0,0)	2,0 (0,0)		

NB: a) Les données sur les opiacés ne concernent que l'héroïne.

b) Les informations sur la voie d'administration IV des opiacés concernent l'héroïne, celles sur la voie d'administration de la cocaïne concernent la cocaïne CI.

c) Les données concernent le recensement annuel des clients en traitement.

d) Les données concernent tous les clients en traitement pendant l'année de déclaration, y compris les clients poursuivant le traitement entamé l'année précédente.

e) Les données ne concernent que les clients suivant un traitement de substitution: les données sur les opiacés utilisés comme drogue principale et sur l'administration par voie IV sont donc égales à 100 %.

f) Les données sur toutes les demandes de traitement concernent les interventions (pas les personnes); il n'est pas possible de différencier les drogues.

g) Les données proviennent du registre national des sorties des unités d'hospitalisation utilisant le code 19 de la CIM-10, si bien qu'aucune drogue principale n'est identifiable.

On ne dispose pas de données pour le Royaume-Uni.

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

(pour 1 000 habitants)

L	NL	A	FIN	S	UK	NO	
284,0	10 661,5	5 444,8	3 433,4	5 650,8	38 275,4	2 852,9	Population totale (15-64 ans) (1)
6,7-7,7	:	:	:	:	:	:	Extrapolation à partir des données de la police
6,7	2,3-2,7	:	0,5-0,7 f)	:	6,9-8,9	:	Extrapolation à partir des données de traitement
:	:	:	1,2-2,5 f)	:	2,3-4,6	3,2-4,6 h)	Multiplicateur de mortalité
:	:	2,9-3,4	2,5-4,2 f)	2,5-3,5 g)	:	:	Capture — Recapture
:	2,5 d)	:	:	:	7,2-7,5	:	Indicateur multivariable
:	:	:	:	:	:	:	Rétrocalcul — Multiplicateur du VIH/sida
6,7-7,7	2,3-2,7	2,9-3,4	0,5-4,2	2,5-3,5	2,3-8,9	3,2-4,6	Plage globale des estimations

### 2.5.6. Prévalence des anticorps de l'hépatite C et du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, 1994-2000

	Année	Données	Nombre testé	% infectés
<b>Hépatite C</b>				
<b>B (francophone)</b>	1998	Traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés	237	52
<b>B (flamande)</b>	1999	Traitement des toxicomanies, dépistage	195	(38)
<b>DK</b>	1996/1997	1) Funen: étude prison/traitement; 2) Copenhague: traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés	602	(75-86)
<b>D</b>	1995	Lohr: enquête centre de désintoxication pour toxicomanes	120	(66)
<b>EL</b>	1999	1) Désintoxication à la méthadone; 2) laboratoire de santé publique	567	41-82
<b>E</b>	1996	Enquête centres de désintoxication pour toxicomanes	1 000	83
<b>F</b>	1998/1999	1) Traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés; 2) échange de seringues, dépistage	8 744	50-63
<b>IRL</b>	1996/1998	1) Enquête prisons; 2) Dublin: traitement des toxicomanies, dépistage	862	(52)-81
<b>I</b>	1999	Traitement des toxicomanies	73 512	67
<b>L</b>	1998	Enquête dans les prisons, dépistage	116	37
<b>NL</b>	1996	Heerlen et Maastricht: étude traitement des toxicomanies et dans la rue	288	(73)
<b>A</b>	1999	Vienne, dépistage: 1) centre de traitement hospitalier; 2) services de seuil bas et échange de seringues	160	(63-72)
<b>P</b>	1997/2000	1) Lisbonne et 2) Porto: traitement des toxicomanies, dépistage	549	(45-88)
<b>FIN</b>	1999/2000	Dépistage par test de salive dans les prisons; Helsinki: échange de seringues, test sanguin de dépistage	281	(38)-58
<b>S</b>	1994	Stockholm: étude prison/traitement	905	(92)
<b>UK (Angleterre)</b>	1998	1) Enquêtes prisons et communautés, Angleterre hors Londres; 2) Londres: dépistage, traitement des toxicomanies	1 169	19-(52)
<b>Infection par le VIH</b>				
<b>B (francophone)</b>	1998	Traitement des toxicomanies et services de seuil bas, déclarations par les intéressés	252	1,6
<b>B (flamande)</b>	1998/1999	Traitement des toxicomanies, services de seuil bas et hôpitaux, dépistage et déclarations par les intéressés	559	0,5-1,9
<b>DK</b>	1996/1997	1) Funen: étude prison/traitement des toxicomanies; 2) Copenhague; traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés	608	1,5
<b>D</b>	1999	Traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés	1 795	3,8
<b>EL</b>	1999	Système de déclaration de traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés et dépistage	912	0-2,2
<b>E</b>	1999	Système de déclaration de traitement des toxicomanies, dépistage	8 750	33,1
<b>F</b>	1999	Centres de traitement des toxicomanies, déclarations par les intéressés	8 339	15,9
<b>IRL</b>	1997/1999	1) Dublin: centre de traitement des toxicomanies, dépistage; 2) prisons, dépistage	773	1,2-5,8
<b>I</b>	1999	Traitement des toxicomanies dans les services publics	69 474	15,1
<b>L</b>	1999	Traitement des toxicomanies, services de seuil bas et hôpitaux, déclarations par les intéressés et dépistage	150	3,3
<b>NL</b>	1997/1999	Dépistage, enquêtes répétées dans et hors traitement des toxicomanies: 1) Amsterdam; 2) Arnhem; 3) Brabant; 4) Groningen; 5) Rotterdam	1 118	0,5-25,9
<b>A</b>	1999	Déclarations par les intéressés et dépistage; 1) décès par overdose d'opiacés; 2) Voralberg: traitement des toxicomanies; 3) Vienne: services de seuil bas; 4) Vienne: traitement des toxicomanies	319	3,1
<b>P</b>	1998/2000	Dépistage; 1) traitement des toxicomanies 1999/2000; 2) Lisbonne: étude dans zone à problème 1998/1999	880	(0-48)
<b>FIN</b>	1999/2000	Décès dus à la drogue, prisons, Helsinki et Tampere: échange de seringues	692	0-2,8
<b>S</b>	1997	Étude dans neuf prisons	196	2,6
<b>UK (Angleterre)</b>	1998	1) Traitement des toxicomanies, échange de seringues, seuil bas, dépistage par test de salive; 2) enquêtes	3 366	0,33-3,3
<b>UK (Écosse)</b>	1997	Premiers tests de séropositivité au VIH	1 497	1,6

NB: a) Les données entre parenthèses sont des données locales.

b) Les différences entre pays doivent être interprétées avec prudence en raison des différences de sources et de l'utilisation, dans certains cas, de données locales.

c) Pour l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne, les données se limitent à la prévalence du VHC chez les UDI traités et peuvent donc ne pas être représentatives de la prévalence du VHC chez les UDI non traités.

d) Dans la colonne «Données», les chiffres suivis d'une parenthèse désignent les sources (pour plus de détails, voir <http://www.emcdda.org/>).

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

## 2. Modes de vie

## 2.5.7. Essai et consommation récente de drogues pour les jeunes de 15 à 24 ans, 2002 (en %)

	Déjà essayé		Consommé au cours du dernier mois	
	Cannabis	Autres drogues	Cannabis	Autres drogues
EU-15	28,9	8,8	11,3	2,7
B	24,7	6,8	9,5	1,9
DK	47,0	11,4	12,2	2,5
D (ouest)	27,2	8,4	8,8	2,4
D (est)	18,5	9,1	6,0	2,5
EL	4,8	1,2	1,3	0,4
E	29,4	12,2	15,0	3,7
F	44,9	9,0	19,8	2,9
IRL	24,2	8,9	8,7	4,8
I	17,2	2,7	7,8	0,6
L	27,3	6,6	4,5	2,3
NL	35,3	10,6	12,2	3,2
A	17,9	4,6	4,6	1,3
P	14,1	6,8	4,9	1,8
FIN	19,2	9,0	5,6	3,1
S	16,5	9,9	3,9	1,6
UK	37,0	13,7	13,4	4,4

Question: Pouvez-vous me dire quelles sont les affirmations qui s'appliquent à vous?

Source: Eurobaromètre 57.2, Commission européenne.

## 2.5.9. Conséquences ressenties de l'utilisation de drogues, 2002 (en %)

	Dépendance	Problèmes avec la justice	Troubles mentaux	Maladies transmissibles	Soulagement de la douleur ou du stress
EU-15	63,0	38,3	35,4	33,7	26,4
B	49,1	36,5	34,1	25,5	30,8
DK	69,3	43,4	69,8	15,0	24,6
D (ouest)	71,4	46,0	22,6	38,8	25,1
D (est)	69,2	36,2	24,3	29,2	23,3
EL	66,2	30,7	21,7	50,9	13,4
E	58,4	38,6	53,4	33,3	10,4
F	61,4	36,4	29,1	31,5	37,7
IRL	64,2	49,6	33,8	25,3	23,4
I	65,6	32,3	35,9	48,9	25,3
L	52,3	32,1	33,2	32,4	26,5
NL	61,2	20,5	45,5	13,2	40,8
A	64,5	43,6	50,7	35,4	19,9
P	56,1	26,7	26,2	54,7	13,0
FIN	67,4	47,0	43,1	37,5	14,6
S	65,8	31,2	57,6	25,3	22,4
UK	57,3	43,0	37,2	21,3	34,2

Question: La consommation de drogues peut avoir certaines conséquences. Choisissez les trois qui se rapprochent le plus de votre opinion.

Source: Eurobaromètre 57.2, Commission européenne.

## 2.5.10. Estimation de la dangerosité des produits, 2002 (en %)

	Très dangereux	Plutôt dangereux	Pas très dangereux	Pas du tout dangereux	Ne sait pas
Héroïne	88,8	8,8	0,7	0,1	1,7
Cocaïne	74,0	20,8	3,0	0,2	2,0
Crack	73,4	16,6	2,5	0,3	7,2
LSD	65,2	23,3	2,7	0,1	8,6
Ecstasy	63,5	28,7	4,7	0,1	3,1
Morphine	60,8	26,2	6,2	0,7	6,0
Colle/solvants	47,0	32,4	11,3	1,1	8,1
Amphétamines	40,9	37,5	9,3	1,0	11,4
Substances dopantes	32,8	40,1	16,6	1,6	8,9
Cannabis	20,6	27,0	36,6	11,5	4,3
Cigarettes/tabac	12,4	35,7	41,3	9,6	1,1
Alcool	12,9	34,9	43,4	7,4	1,1

Question: Voici une liste. Veuillez me dire dans quelle mesure vous trouvez chaque produit dangereux.

Source: Eurobaromètre 57.2, Commission européenne.

### 2.5.11. Estimation de la dangerosité de trois substances: pourcentage de réponses «très dangereux», 2002

	Héroïne	Ecstasy	Cannabis
EU-15	88,8	63,5	20,6
B	83,5	57,8	14,7
DK	84,2	71,1	8,7
D (ouest)	89,3	58,6	18,3
D (est)	84,6	48,9	22,5
EL	96,1	68,8	47,8
E	85,8	65,3	23,1
F	93,1	69,6	21,1
IRL	90,8	66,8	29,8
I	91,3	74,3	17,2
L	87,2	60,6	16,2
NL	79,2	49,4	7,2
A	86,2	52,0	20,2
P	75,4	44,1	24,9
FIN	91,2	45,2	35,3
S	90,0	68,2	45,1
UK	90,0	64,6	17,4

Question: Voici une liste. Veuillez me dire dans quelle mesure vous trouvez chaque produit dangereux.

Source: Eurobaromètre 57.2, Commission européenne.

### 2.6.1. Taux de fécondité, naissances vivantes, chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (pour 1 000)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH
1980	: 20,2	16,3	:	:	25,9	24,4	:	19,9	16,6	9,2	34,4	42,1	18,9	15,7	30,6	56,6	25,2	9,9	
1985	: 12,5	9,8	:	36,0	18,3	15,9	:	12,2	10,6	6,8	24,4	32,8	18,5	11,0	29,4	34,7	17,8	6,6	
1990	16,4	11,5	9,1	17,8	20,0	11,9	12,1	17,2	8,6	17,7	7,7	21,1	23,9	12,4	14,0	33,0	37,7	17,1	6,9
1996	:	:	8,2	12,9	12,1	7,3	9,7	16,6	6,6	9,9	5,6	15,6	20,7	9,8	7,7	29,5	21,5	13,6	5,6
1997	:	:	8,8	12,9	11,9	7,6	9,6	17,2	:	9,0	6,0	14,6	21,0	9,0	7,2	30,0	24,0	12,7	10,5
1998	:	:	8,1	:	11,6	7,7	9,6	18,6	:	9,7	6,2	14,0	20,9	9,2	6,5	30,6	24,7	12,4	5,5
1999	:	:	7,6	12,9	11,3	8,3	10,0	19,9	:	10,4	6,6	13,4	20,8	9,8	6,7	30,3	24,5	11,5	29,7
2000	:	:	7,7	:	:	:	:	19,0	:	12,7	7,2	13,5	22,0	10,3	7,0	28,9	22,5	11,6	30,0

Source: Eurostat, statistiques démographiques.

### 2.6.3. Nombre total d'avortements légaux chez les jeunes filles de 15 à 19 ans

	B	DK	D	EL	E	F	I	FIN	S	UK	IS	NO
1995	:	2 328	6 487	:	6 695	15 218	10 918	1 489	4 067	31 233	158	:
1996	:	2 339	11 131	468	:	:	:	1 514	4 225	35 557	207	:
1997	:	:	12 010	:	:	:	:	1 633	4 240	36 633	:	:
1998	1 781	:	:	:	7 657	:	10 941	1 786	:	40 371	:	:
1999	1 989	:	13 759	:	:	:	:	1 952	4 090	39 676	:	2 414
2000	:	:	:	:	:	:	11 160	2 264	5 001	40 235	:	:

Source: Eurostat, statistiques démographiques.



## 2. Modes de vie

 2.7.1. Personnes vivant dans la pauvreté <sup>(1)</sup> et victimes d'exclusion sociale selon un des trois critères, en fonction de leur situation professionnelle

	EU-15		B		DK		D		EL		E		F	
	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996
<b>SALARIÉS</b>														
Pas les moyens de m'offrir une voiture	19	22	14	20	7	11	18	17	22	28	20	21	18	26
Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé	21	21	15	19	14	9	25	24	22	27	20	19	20	19
Difficultés à joindre les deux bouts	16	16	13	13	7	6	19	17	16	19	16	15	15	15
<b>SANS EMPLOI</b>														
Pas les moyens de m'offrir une voiture	59	6	66	52	12 <sup>(2)</sup>	16 <sup>(2)</sup>	54	58	44	49	55	50	67	75
Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé	53	53	55	46	21	:	58	61	40	41	47	43	53	55
Difficultés à joindre les deux bouts	47	48	48	47	16	11 <sup>(2)</sup>	49	51	33	36	43	39	46	47
<b>INACTIFS <sup>(3)</sup></b>														
Pas les moyens de m'offrir une voiture	34	34	40	36	25	30	29	26	40	37	29	27	40	45
Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé	37	36	37	45	26	27	41	35	38	37	32	29	38	40
Difficultés à joindre les deux bouts	31	31	36	37	23	25	32	28	30	29	27	25	34	34

<sup>(1)</sup> Le seuil de définition des ménages à faible revenu correspond à 60 % du revenu médian net équivalent par personne; ce pourcentage est plus fiable que celui de 50 % en termes de qualité des données.

Le revenu médian est moins affecté par les valeurs extrêmes ou les fluctuations de l'échantillon que le revenu moyen.

On ne dispose pas de données pour la Finlande et la Suède.

<sup>(2)</sup> Retraités ou indisponibles pour un emploi.

<sup>(3)</sup> Données non fiables ou incertaines.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (panel communautaire des ménages).

## 2.7.2. Comparaison de la pauvreté objective et de la pauvreté subjective

	Indicateur de risque de pauvreté % d'individus vivant dans des ménages confrontés à un risque de pauvreté <sup>(1)</sup>				Indicateur de pauvreté subjective % d'individus qui s'estiment pauvres <sup>(2)</sup>
	1995	1996	1997	1998	2001
<b>B</b>	17	6	15	16	32
<b>DK</b>	12	10	8	9	9
<b>D</b>	17	15	15	16	14 <sup>(3)</sup>
<b>EL</b>	22	21	23	22	54
<b>E</b>	20	19	20	19	34
<b>F</b>	16	17	16	18	30
<b>IRL</b>	19	20	20	17	24
<b>I</b>	20	19	19	20	41
<b>L</b>	12	12	-	-	8
<b>NL</b>	11	12	11	12	18
<b>A</b>	13	14	13	13	16
<b>P</b>	23	22	24	20	66
<b>FIN</b>	-	8	8	-	30
<b>S</b>	-	-	9	10	20
<b>UK</b>	21	17	22	21	27

<sup>(1)</sup> Panel communautaire des ménages, seuil de risque de pauvreté: 60 % du revenu médian national, échelle de l'OCDE «modifiée», qui attribue la valeur 1 au premier adulte du ménage, la valeur 0,5 aux autres personnes de 14 ans ou plus et la valeur 0,3 aux enfants de moins de 14 ans.

<sup>(2)</sup> Eurobaromètre 56.1, *Pauvreté et exclusion sociale*, 2001. Il s'agit du pourcentage d'individus dont le revenu total net est inférieur à ce qu'ils jugent absolument nécessaire pour vivre correctement.

<sup>(3)</sup> Länder de l'Ouest en Allemagne: 11 %, Länder de l'Est: 24 %.

Source: Gallie, D., et Paugam, S., *Précarité et intégration sociales*, rapport pour la Commission européenne basé sur l'Eurobaromètre 56.1, 2002.

(en %)

IRL		I		L		A		P		UK		
1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	1995	1996	
11	11	20	24 <sup>(2)</sup>	45	41	26	14	31	28	19	22	<b>SALARIÉS</b>
9	10	23	26	33	15	18	16	25	20	14	15	Pas les moyens de m'offrir une voiture
8	8	18	21	30	18	14	10	20	17	13	11	Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé
												Difficultés à joindre les deux bouts
47	37	69	49		:	56	46	48	30	60	57	<b>SANS EMPLOI</b>
47	40	58	56		:	42	44	38	29	56	59	Pas les moyens de m'offrir une voiture
42	38	53	54		:	38	34	34	27	53	58	Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé
												Difficultés à joindre les deux bouts
38	31	27	26	38	36	37	31	47	45	44	44	<b>INACTIFS<sup>(3)</sup></b>
33	31	33	35	48	40	27	27	39	35	42	42	Pas les moyens de m'offrir une voiture
28	27	28	31	43	39	22	19	33	30	37	36	Pas les moyens de m'offrir une semaine de congé
												Difficultés à joindre les deux bouts

### 3. Risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, aux loisirs et à la circulation

#### 3.1. Environnement

##### 3.1.1. Émissions de dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>)

Les émissions anthropogènes (celles qui sont introduites par l'homme dans l'environnement dans le cadre de processus naturels) de dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) sont en partie responsables de l'acidification et des épisodes de *smog* hivernal entraînant des problèmes respiratoires (Commission européenne, 2001a). On a également constaté que le SO<sub>2</sub> contribuait à la dégradation de la visibilité en raison des concentrations de sulfates en suspension dans l'atmosphère. Sur la période 1980-1998, les émissions par habitant ont diminué de 68 % (voir tableau 3.1.1). En 1998, les taux d'émission les plus élevés ont été constatés en Grèce (51 unités par habitant) et en Irlande (48) et les plus faibles en Suède et en Autriche (6 pour ces deux pays). C'est par ailleurs dans ce dernier pays que la réduction a été la plus considérable pendant cette période (89 %). L'actuelle proposition de directive européenne sur les plafonds nationaux d'émissions vise à réduire les émissions de 77 % dans l'EU-15 de 1990 à 2010. Le tableau montre que pour l'UE, cette réduction a déjà atteint 53 % et que le Danemark et le Luxembourg se situent déjà pratiquement au niveau visé. En 1998, la majeure partie des émissions de SO<sub>2</sub> était le fait de l'industrie énergétique (65 %), le secteur des transports ayant moins d'importance (5 %). C'est dans l'utilisation décroissante du lignite, surtout en Allemagne, qu'il faut trouver une des raisons de la réduction des émissions depuis 1980. Par opposition, si c'est en Grèce que les émissions par habitant sont les plus élevées de l'UE, c'est parce que ce pays dépend de plus en plus du lignite pour produire de l'électricité. L'utilisation ac-

Les données sur les émissions de dioxyde de soufre sont collectées par l'**Agence européenne pour l'environnement (AEE)** dans le cadre de l'inventaire annuel de la convention CEE-ONU sur la pollution atmosphérique transfrontalière à longue distance (CLRTAP). La combustion du charbon, du lignite et des produits pétroliers est la principale source anthropogène de ces émissions. Les émissions totales de SO<sub>2</sub> sont directement liées à la quantité de soufre dans les combustibles fossiles et aux techniques de désulfuration utilisées. Lorsqu'on ne dispose pas de détails sur la teneur en soufre ou sur l'efficacité de la désulfuration, on utilise des facteurs d'émission par défaut pour estimer les émissions de SO<sub>2</sub>.

crue de l'énergie nucléaire et la législation européenne visant à réduire la teneur en soufre des carburants ont également contribué au recul des émissions dans l'UE.

##### 3.1.2. Émissions d'oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>)

Les oxydes d'azote présents dans l'atmosphère peuvent être transportés sur de grandes distances et se déposer très loin de leur source d'émission (Commission européenne, 2001a). Les émissions d'oxydes d'azote sont en partie responsables de divers problèmes, y compris l'acidification, l'eutrophisation et la concentration accrue de photoxydants dans l'atmosphère, à l'origine d'épisodes de smog photochimique. Les émissions locales dans les zones urbaines où la circulation automobile est très dense sont également associées aux impacts sur la santé humaine. Le protocole de Sofia signé en 1988 définissait des objectifs de stabilisation des émissions de NO<sub>x</sub> aux niveaux de 1987, objectifs à atteindre au plus tard en 1994. Comme le montre le tableau 3.1.2, en 1998, dans la plupart des États membres, les taux d'émissions étaient très inférieurs à ceux de 1987 et de 1980. À l'heure actuelle, les États membres dans lesquels les taux d'émissions sont les plus élevés sont la Finlande (49 kg par habitant), le Danemark (44) et le Luxembourg (40). Pour l'ensemble de l'UE, ils se situent à 28 kg par habitant. De nouveaux objectifs concernant les émissions de NO<sub>x</sub> ont été fixés par le protocole de Göteborg signé en 1999; ils prévoient de réduire les taux d'émissions à 49 % d'ici à 2010 par rapport à 1990. Certains États membres sont en bonne voie d'atteindre cet objectif, en particulier l'Allemagne et la Suède.

Dans l'UE, les principaux producteurs d'émissions de NO<sub>x</sub> sont les transports routiers, les centrales thermiques, les autres sources mobiles et l'industrie. Presque la moitié de la totalité des émissions anthropogènes de NO<sub>x</sub> résulte de la combustion de carburants fossiles dans les véhicules. Même si ces émissions ont diminué de 25 % depuis 1980, avec des réductions considérables dans les centrales thermiques et dans l'industrie, il n'en reste pas moins que l'utilisation accrue de l'essence et du gazole dans les transports routiers constitue le principal obstacle à une réduction continue des émissions de NO<sub>x</sub>. Toutefois, l'adoption progressive des catalyseurs a des résultats positifs qui devraient prendre de l'ampleur dans les années à venir.

Les données sur les émissions d'oxydes d'azote sont collectées par l'**Agence européenne pour l'environnement (AEE)** dans le cadre de l'inventaire annuel de la CLRTAP (convention de la CEE-ONU sur la pollution atmosphérique transfrontalière à longue distance). Les oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>) comprennent le

NO et le NO<sub>2</sub>, mais, pour des besoins de comparabilité, les émissions de NO<sub>x</sub> sont mesurées en unités de NO<sub>2</sub> dans le présent document. Les émissions d'oxydes d'azote résultent essentiellement de la réaction de l'azote et de l'oxygène dans le processus de combustion des combustibles fossiles et dans la biomasse ainsi que de certains procédés de production. Les émissions de NO<sub>x</sub> produites par d'importantes sources ponctuelles sont déclarées individuellement ou, lorsque ces informations ne sont pas disponibles, elles sont estimées à partir des données d'activité. Pour être valables, les estimations doivent pouvoir s'appuyer sur des informations détaillées concernant les caractéristiques des conditions et des processus de combustion; or, ces détails sont souvent de mauvaise qualité. La CLRTAP/l'EMEP doivent poursuivre leurs travaux pour améliorer les estimations; l'EMEP est le programme coopératif de surveillance et d'évaluation du transport à longue distance des polluants atmosphériques en Europe.

En 1988, le **protocole** concernant la lutte contre les émissions d'oxydes d'azote ou leurs flux transfrontaliers a été signé à **Sofia** (Bulgarie). Ce protocole exige, dans un premier temps, la stabilisation des émissions d'oxydes d'azote ou de leurs flux transfrontaliers. L'année de référence générale est 1987 (à l'exception des États-Unis qui ont choisi 1978 comme année de référence).

Un **protocole** visant à diminuer l'acidification, l'eutrophisation et l'ozone au sol a été signé à **Göteborg** (Suède) en 1999. Ce protocole fixe, pour 2010, des plafonds d'émission de quatre polluants: soufre, NO<sub>x</sub>, COV et ammoniac. Ces plafonds ont été négociés sur la base d'évaluations scientifiques des effets de la pollution et de scénarios de réduction de cette dernière. Les parties dont les émissions ont un impact plus lourd de conséquences pour l'environnement ou la santé et sont relativement bon marché à réduire devront faire les plus gros efforts en ce sens. Lorsque le protocole aura été intégralement mis en œuvre, les émissions de soufre de l'Europe devront être réduites d'au moins 63 %, celles d'oxydes d'azote de 41 %, celles de composés organiques volatils (COV) de 40 % et celles d'ammoniac de 17 % par rapport à 1990. L'eutrophisation désigne l'enrichissement excessif de l'eau en nutriments et les effets biologiques néfastes associés.

### 3.1.3. Émissions de gaz carbonique (CO<sub>2</sub>)

Les activités humaines, en particulier la combustion de combustibles fossiles, augmentent la concentration des gaz à effet de serre tels que le gaz carbonique et le méthane dans l'atmosphère, ce qui entraîne le réchauffement de la planète (Commission européenne, 2001a). En signant le protocole de Kyoto en 1997, l'UE et ses États membres se sont engagés à réduire de 8 % par rapport à 1990 les niveaux d'émission de six gaz à effet de serre d'ici 2008 à 2012. Le gaz carbonique (CO<sub>2</sub>) est le plus important d'entre eux, et la principale source d'émissions anthropo-

gènes de ce gaz est la combustion de combustibles fossiles dans les centrales thermiques, dans l'industrie, dans les ménages ou pour les besoins des transports. Bien que, globalement, dans l'UE, les émissions de CO<sub>2</sub> par habitant aient diminué de 3 % entre 1990 et 1998 (voir tableau 3.1.3), on a constaté une augmentation de ces émissions dans onze pays sur quinze pendant cette période, en particulier au Portugal (+ 18 %) et en Irlande (+ 20 %). Seuls l'Allemagne (- 16 %), le Luxembourg (- 55 %) et le Royaume-Uni (- 7 %) ont fait état de réductions notables obtenues pour diverses raisons. Par exemple, au Royaume-Uni, la réduction a été le résultat du passage du charbon au gaz pour la production d'électricité. Quatre grands secteurs sont responsables de la majeure partie des émissions de CO<sub>2</sub> dans l'UE. Le secteur énergétique est le plus important (32 % des émissions totales en 1998) et celui où les réductions ont été les plus notables ces dernières années. Les autres secteurs concernés sont l'industrie, les transports et le chauffage résidentiel et commercial.

Les données sur les émissions de CO<sub>2</sub> sont collectées dans l'inventaire annuel des gaz à effet de serre de la Communauté européenne établi par l'**AEE**. La méthode internationale d'estimation des émissions de gaz à effet de serre est fondée sur des directives du panel intergouvernemental sur le changement climatique (IPCC). Ces directives ont été formellement adoptées par tous les signataires de la convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques (CCNUCC).

L'initiative internationale la plus récente visant à lutter contre l'effet de serre a été le **protocole de Kyoto**, accord passé entre les pays industrialisés pour réduire les émissions de six gaz à effet de serre, surtout le gaz carbonique, dans un certain délai. Chaque pays développé participant doit décider de la façon d'atteindre, sur une période de cinq ans (2008-2012), l'objectif qu'il s'est fixé, mais les modalités de base restent à définir lors de futures négociations.

### 3.1.4. Émissions de composés organiques volatils non méthaniques (COVNM)

En raison des effets différents qu'elles ont sur l'environnement, on fait généralement une distinction entre les émissions de composés organiques volatils méthaniques et celles de composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) (Commission européenne, 2001a). Avec les oxydes d'azote, les COVNM contribuent à la formation de photoxydants et sont donc responsables du *smog* photochimique, en particulier durant les mois d'été. Les émissions de COVNM sont directement liées à l'utilisation de solvants organiques et à diverses caractéristiques d'utilisation des combustibles fossiles pour la production d'énergie. Le protocole UNECE CLRTAP de 1999 a fixé un objectif de réduction (57 %) des émissions de COV entre 1990 et 2010. De 1990

à 1998, les émissions de COVNM par habitant dans l'EU-15 ont diminué de 25 % et, dès 1998 (voir tableau 3.1.4), certains États membres (Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas et Autriche) avaient déjà pratiquement atteint le niveau de réduction visé. En Grèce et au Portugal, par contre, le taux d'émission a augmenté pendant cette période.

En 1998, les transports routiers représentaient 34 % des émissions de COVNM, surtout sous forme de gaz d'échappement et d'émissions fugitives lors du ravitaillement en essence des véhicules. L'installation progressive de convertisseurs catalytiques sur les véhicules à essence a contribué à faire baisser le taux d'émission dans certains pays. L'augmentation constatée en Grèce et au Portugal est symptomatique de l'âge du parc automobile dans ces deux pays, ainsi que du niveau d'utilisation des véhicules. Par ailleurs, 38 % des émissions de COVNM sont dus à l'emploi de solvants et de produits contenant des solvants et des COV libérés pendant leur utilisation. On a constaté une réduction notable des émissions provenant de ces sources dans les pays qui ont pris des dispositions pour réglementer l'usage des solvants (Autriche, Allemagne, Belgique).

Les données sur les émissions de COVNM sont collectées par l'AAE dans le cadre de l'inventaire annuel de la CLRTAP (convention de la CEE-ONU sur la pollution atmosphérique transfrontalière à longue distance). Les informations recueillies concernent: la quantité de combustible brûlé pour produire de l'énergie, le stockage et le traitement des combustibles lors du transport et de la distribution, la quantité de solvants contenus dans des produits donnés (peinture, produits de nettoyage à sec, etc.). Compte tenu de la mauvaise qualité des données dont on dispose sur l'utilisation des solvants, les estimations des émissions ne sont pas très fiables. Pour surmonter ce problème, les États membres utilisent une méthode d'«équilibre des solvants» tenant compte de facteurs d'émission pour effectuer leurs estimations.

### 3.1.5. Émissions de métaux lourds dans l'atmosphère

Comme ils ne se décomposent pas, les métaux lourds libérés dans l'atmosphère finissent par se déposer et s'accumuler dans le sol, dans l'eau et dans les sédiments (Commission européenne, 2001a). Un indice des émissions de métaux lourds dans l'atmosphère (**As-Teq**) a été élaboré; il concerne les émissions d'arsenic, de cadmium, de chrome, de mercure, de nickel et de plomb résultant de processus tels que la combustion. Cet indice est fondé sur la toxicité pour l'homme et sur les quantités de matière émises. Il a considérablement diminué entre 1985 et 1996 (voir tableau 3.1.5), cette réduction atteignant 62 % pour l'ensemble de l'UE pendant cette période. Une analyse par pays montre qu'elle a été la

plus forte en Allemagne et aux Pays-Bas, et la plus faible au Luxembourg et au Portugal. Selon Eurostat, la réduction la plus importante a été constatée dans le secteur des transports où les émissions pondérées étaient inférieures à un cinquième de leur valeur de 1985. Cette année-là, les transports routiers représentaient environ un tiers de l'indice contre seulement 13 % en 1995 grâce à l'abandon progressif de l'essence au plomb. La réduction des émissions produites par le secteur énergétique est due à l'abandon progressif du lignite (houille brune) comme combustible dans l'ex-Allemagne de l'Est et à l'utilisation accrue de filtres dans les centrales thermiques pour éliminer les particules, y compris les métaux lourds, des fumées de combustion.

Dans le secteur industriel, les émissions de métaux lourds résultent essentiellement de la combustion des combustibles et des procédés de production du fer et de l'acier; dans ce dernier cas, les émissions pondérées ont reculé de 40 % entre 1985 et 1995. Pour les ménages, les émissions pondérées de métaux lourds ont diminué de 29 % pendant la même période, grâce à l'abandon progressif de l'antracite et du lignite pour le chauffage résidentiel. Le protocole CLRTAP de 1998 sur le cadmium, le plomb et le mercure exige des pays qu'ils réduisent les émissions de ces trois métaux et les ramènent à un niveau inférieur à ce qu'il était en 1990. Le tableau 3.1.5 montre que, en ce qui concerne l'indicateur d'équivalence toxique (As-Teq), qui inclut l'arsenic et le nickel en plus des trois métaux mentionnés ci-dessus, ce résultat a été obtenu dans tous les États membres sauf au Luxembourg.

L'indicateur **As-Teq** (élaboré par l'institut Öko de Darmstadt et diffusé par Eurostat) doit servir à mesurer les quantités totales de métal lourd émises dans l'atmosphère de l'EU-15 par les principales sources. Lors de son élaboration, une distinction est faite entre les substances potentiellement carcinogènes et celles qui ne présentent qu'une toxicité à long terme. Les premières sont pondérées en fonction de leur valeur de risque unitaire alors que les autres le sont en fonction de leur toxicité chronique. L'arsenic sert de substance de référence (1 g = 1 g As-Teq). Les processus pris en compte pour calculer l'indice ont été les suivants: production publique d'énergie et de chaleur à partir de l'antracite, du lignite et du fioul, combustion industrielle d'antracite, transports routiers, industrie sidérurgique, incinération des déchets et brûlage de combustibles solides dans les ménages. Les données concernant les émissions de métaux lourds peuvent varier considérablement pour le même vecteur énergétique et la même centrale énergétique, si bien qu'il importe d'utiliser l'indice avec prudence dans les comparaisons entre divers pays ou différentes années. La fiabilité des données de 1985 étant douteuse, la comparaison utilise la période de dix ans de 1986 à 1996.

### 3.1.6. Population raccordée à un réseau d'égout

La réduction de la charge organique des eaux domestiques (et industrielles) est traitée par oxydation, c'est-à-dire par mise au contact avec l'air. Pour obtenir ce résultat, le réseau d'égout recueille et transporte les eaux usées non traitées. Depuis 1990, la proportion de la population raccordée à un réseau d'égout a considérablement augmenté dans certains États membres, en particulier au Portugal (de 55 % à 82 %) et en Autriche (de 72 % à 81 %). Dans tous les pays de l'UE (voir graphique 3.1.6) pour lesquels des données sont disponibles, au moins 80 % de la population étaient raccordés à un réseau d'égout en 1998, et, pour certains (Pays-Bas et Royaume-Uni), la proportion était nettement plus élevée.

Les données sur la proportion de la population raccordée à un réseau d'égout sont fournies par Eurostat qui collecte les informations auprès des États membres. Comme le montre le graphique 3.1.6, certains pays n'ont pas communiqué ces détails dernièrement ou ne les ont pas communiqués du tout.

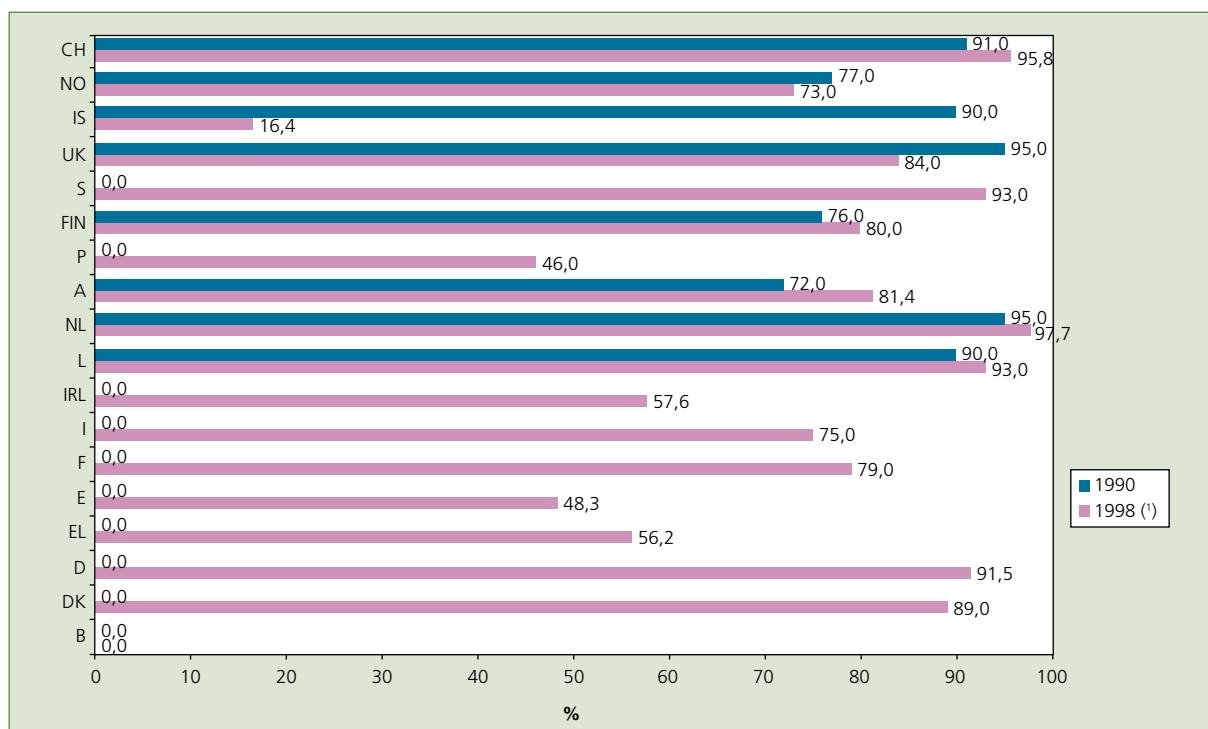
#### 3.1.7. Traitement des eaux usées urbaines

Le rejet des eaux usées urbaines non traitées est une cause majeure de pollution des eaux de surface et est à l'origine de problèmes d'eutrophisation, d'accroissement des concentrations bactériennes, d'insuffisance en oxygène et d'augmentation de la concentration de nutriments (Commission européenne, 2001a). Les zones urbaines sont exposées à des risques de contamination grave en raison des débordements des égouts ou du ruissellement direct des eaux de pluie par des réseaux d'égout sé-

parés. Pour contrôler le degré de traitement des eaux usées urbaines, on utilise le pourcentage de la population raccordée aux stations d'épuration des eaux usées. Toutefois, Eurostat (voir Commission européenne, 2001a, p. 150-153) a créé un indicateur plus complexe pondérant les différents types de traitement en fonction de leur capacité à éliminer les polluants les plus importants. Cet indicateur est fondé sur des coefficients de pondération correspondant à différents types de traitement des eaux usées. Il varie de 0 (lorsque la totalité des eaux usées fait l'objet d'un traitement tertiaire) à 100 (lorsque les eaux usées ne font l'objet d'aucun traitement).

En 1995, les pays dans lesquels la majeure partie des eaux usées faisait l'objet d'un traitement tertiaire étaient la Suède (indice 10), le Danemark (16) et l'Allemagne (21) alors que ceux dans lesquels le traitement, à ce niveau, était moindre, étaient l'Irlande (indice 79), la Grèce (81) et le Portugal (90) (voir tableau 3.1.7).

### 3.1.6. Pourcentage de la population raccordée à un réseau d'égout (avec traitement), 1990 et 1998 <sup>(1)</sup>

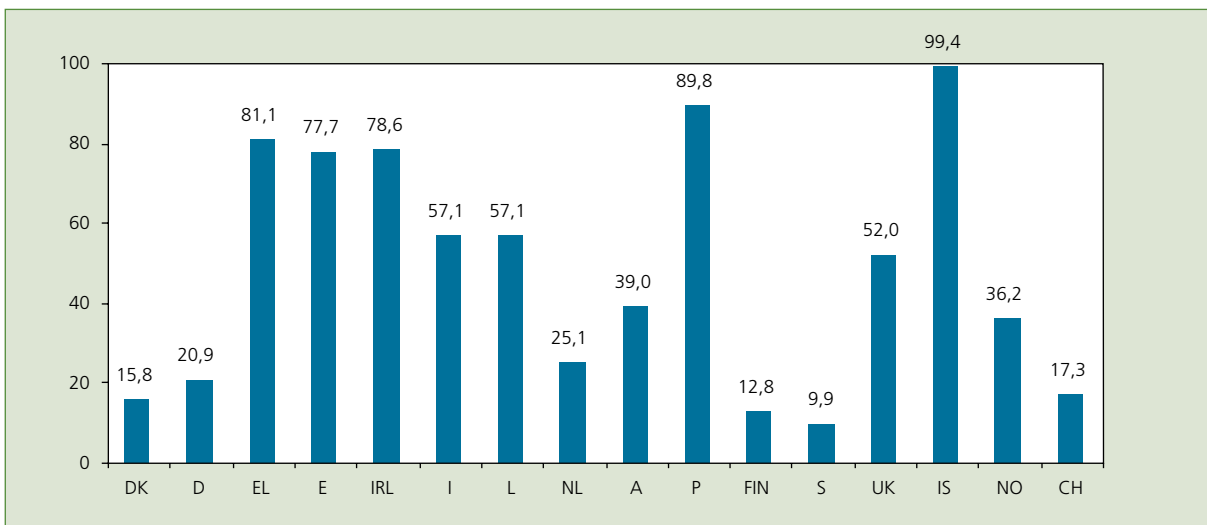


<sup>(1)</sup> D: 1995; EL: 1997; E: 1995; F: 1995; IRL: 1995; I: 1995; UK: 1997.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).



3.1.7. Indice de traitement des eaux usées urbaines, 1995 <sup>(1)</sup>



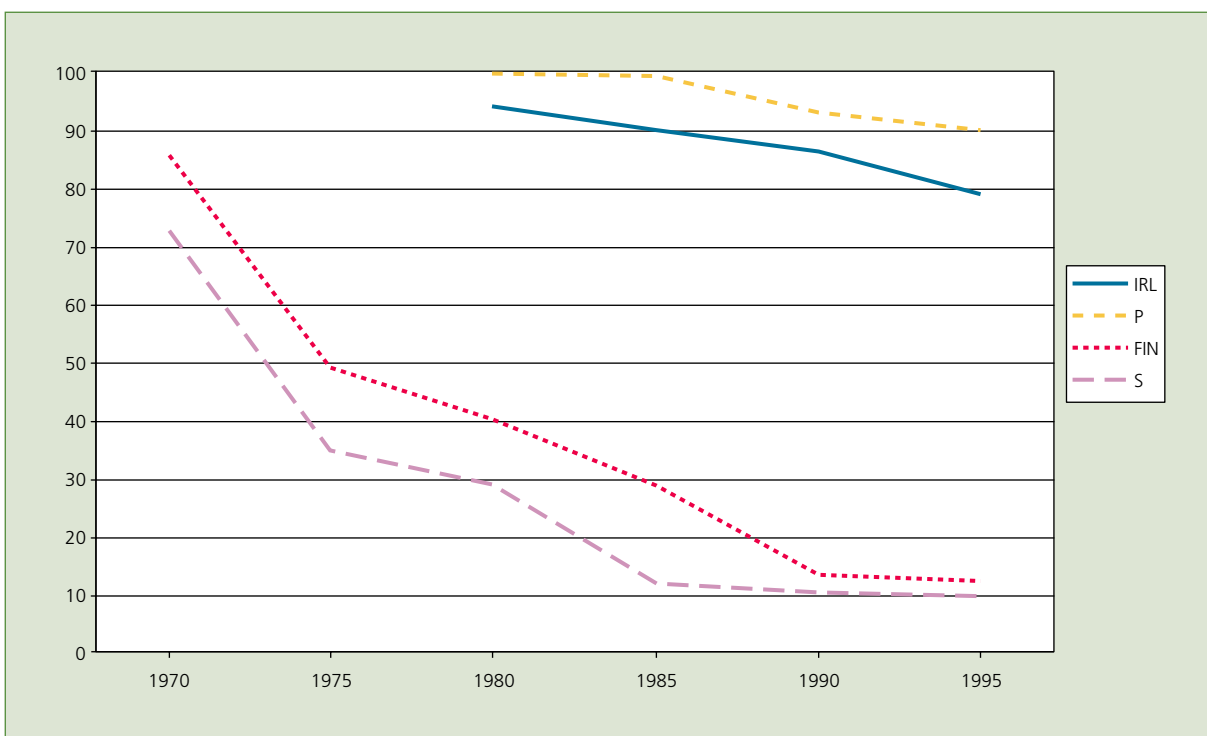
<sup>(1)</sup> 100 = aucun traitement; 0 = toutes les eaux usées sont traitées; P: données 1994.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).

Les mêmes coefficients de pondération ayant été utilisés dans les estimations pour tous les États membres, l'indice de ceux dont les systèmes de traitement étaient les plus efficaces doit être inférieur. En réalité, l'efficacité de traitement varie d'un pays à l'autre, si bien que l'indice illustre plutôt des tendances pour chaque État membre. Comme le mon-

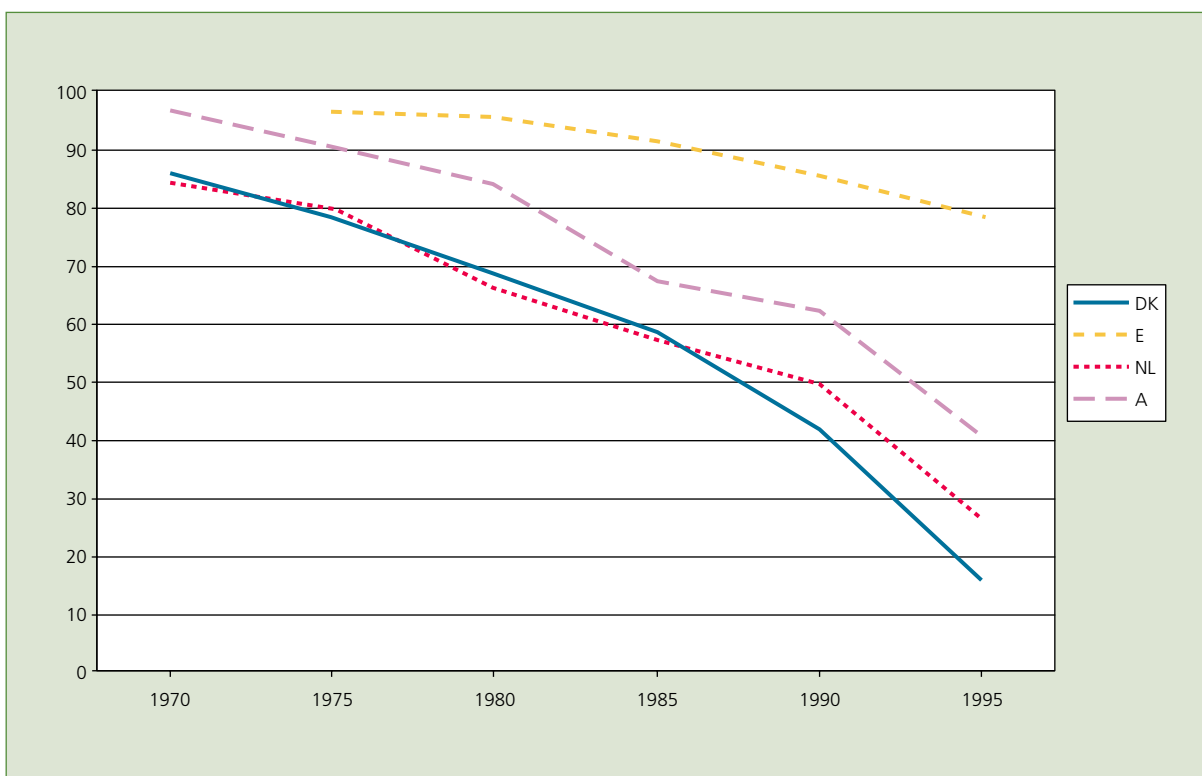
trient les graphiques 3.1.8 et 3.1.9, depuis 1970, l'indice a nettement baissé dans les pays ayant accéléré le raccordement de la population à des stations d'épuration et appliquant des techniques d'épuration plus efficaces. En général, on a constaté des améliorations considérables, spécialement au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède.

3.1.8. Indice de traitement des eaux usées urbaines, IRL, P, FIN, S, 1970-1995



NB: 100 = les eaux usées ne font l'objet d'aucun traitement; 0 = toutes les eaux usées font l'objet d'un traitement tertiaire.  
Source: Eurostat, adapté par TAU.

## 3.1.9. Indice de traitement des eaux usées urbaines, DK, E, NL, A, 1970-1995



NB: 100 = les eaux usées ne font l'objet d'aucun traitement; 0 = toutes les eaux usées font l'objet d'un traitement tertiaire.  
Source: Eurostat, adapté par TAU.

124



L'indice de traitement des eaux usées a été élaboré pour Eurostat par des bureaux d'étude, dont TAU (Madrid), EMAIL (Leiden), Öko-Institut (Darmstadt) et DHI (Horsholm, Danemark). Pour chaque pays/année, l'indice utilise un ensemble de coefficients de pondération basés sur l'efficacité d'élimination théorique de l'azote, du phosphore et de la DBO (demande biochimique d'oxygène) pour chaque type de traitement. Les rendements d'épuration sont des valeurs moyennes, et les mêmes coefficients de pondération ont été utilisés pour tous les États membres. Ces coefficients sont les suivants: 0 pour le traitement tertiaire qui correspond à la meilleure technologie disponible, 0,49 pour le traitement secondaire, 0,86 pour le traitement primaire et 1 pour l'absence de traitement. Ils ont été appliqués au pourcentage de la population raccordée à chaque type de station d'épuration et au pourcentage de la population non raccordée à une installation d'épuration.

## 3.1.8. Émissions de particules

Les fortes concentrations de particules dans l'atmosphère constituent un risque pour la santé humaine. C'est particulièrement vrai pour celles de moins de  $10 \mu\text{m}$  qu'on a associées aux maladies du cœur et du poumon. Combinées à des niveaux élevés de dioxyde de soufre, les particules en suspension sont à l'origine d'épisodes de *smog* hivernal dans les régions où la vi-

tesse des vents et l'inversion de température sont faibles (Commission européenne, 2001a). Lorsqu'elles sont inhalées, elles pénètrent profondément dans les poumons. On considère qu'elles ont une incidence néfaste sur la santé dans la mesure où elles constituent un fardeau supplémentaire pour les personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou de maladies cardiovasculaires (MCV). Les émissions de particules ont également un effet négatif sur la visibilité. Les particules les plus fines sont essentiellement du carbone (suie résultant de la combustion incomplète de combustibles, surtout du carburant diesel et du bois) et des aérosols. Les particules les plus grosses résultent essentiellement de processus mécaniques (tels que ceux qui sont mis en œuvre dans l'industrie extractive) et d'autres procédés industriels.

Alors que les taux d'émission ont été estimés pour l'UE, on manque de données pour de nombreux États membres. En raison des différences constatées au niveau des définitions et des méthodologies nationales, y compris en ce qui concerne les seuils de taille, les données présentées dans le tableau 3.1.10 sont mieux adaptées au suivi des tendances qu'à une comparaison entre pays. Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données ininterrompues, on a constaté une réduction des émissions de particules entre 1980 et 1996, ce résultat étant essentiellement dû à la diminution



des quantités de charbon utilisées pour le chauffage et la production d'énergie. Parallèlement, on a constaté une augmentation des émissions dues à la circulation routière, et plus particulièrement aux moteurs Diesel, ce qui constitue un sujet de préoccupation, même si les tendances varient considérablement d'un pays à l'autre.

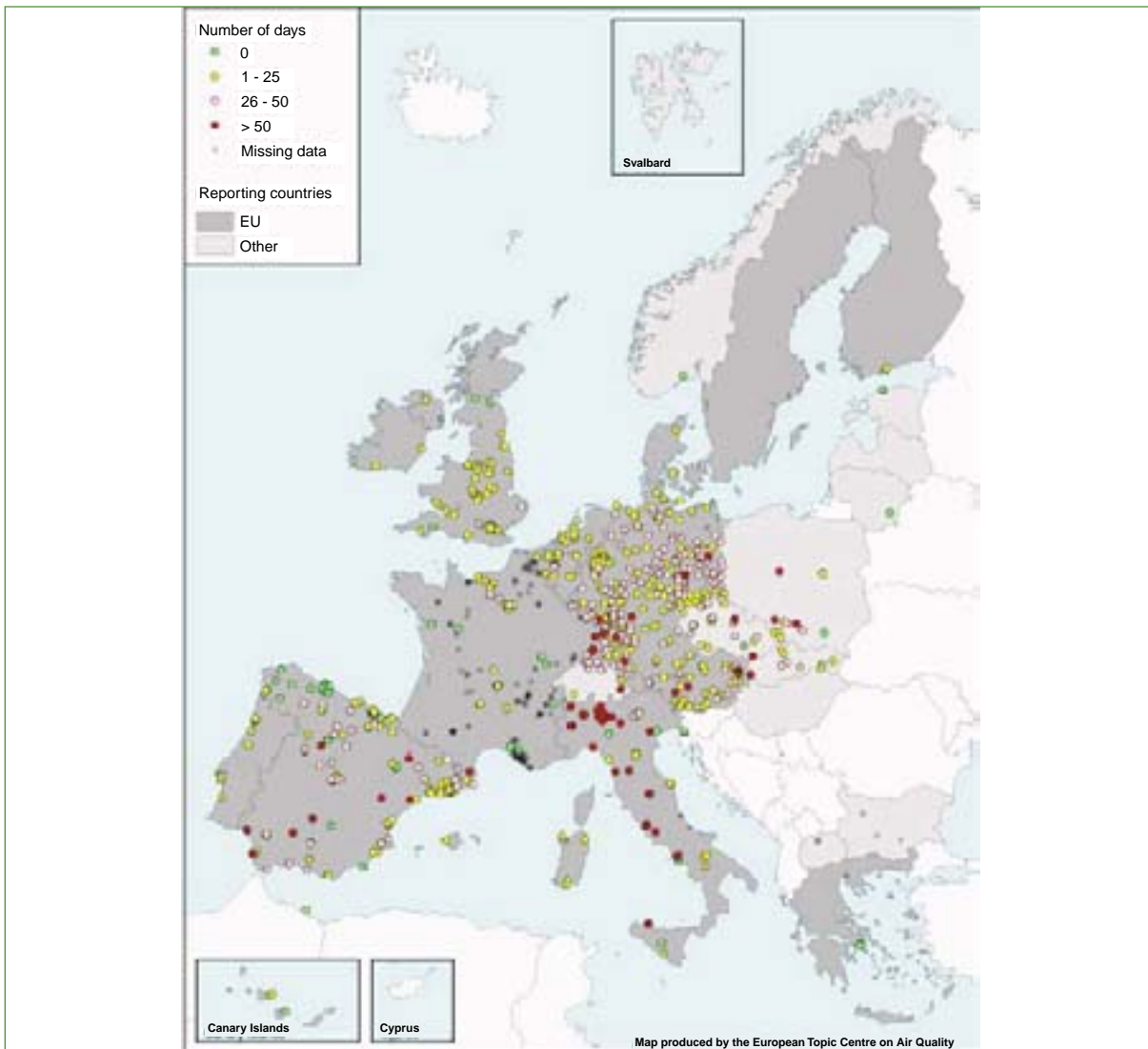
Les données sur les émissions de particules sont collectées dans un questionnaire commun **Eurostat/OCDE**. En ce qui concerne ces émissions, on s'intéresse plus particulièrement aux très fines particules respirables en raison de leur incidence probable sur la santé humaine. Les émissions de particules sont calculées à partir de la consommation de combustibles et de coefficients d'émission qui varient en fonction du processus de combustion.

### 3.1.9. Pollution de l'air par l'ozone

L'ozone troposphérique est un polluant secondaire résultant de la réaction de polluants primaires appelés précurseurs tels que les oxydes d'azote et les COV sous l'influence du rayonnement solaire. Il s'agit donc d'un oxydant photochimique à l'origine d'un *smog* dangereux pour la santé. Une personne exposée à une forte concentration d'ozone peut être victime de réactions inflammatoires et d'une diminution des fonctions respiratoires. Les symptômes observés sont les suivants: toux, douleur thoracique, gêne respiratoire, maux de tête et irritation des yeux.

Une directive du Conseil de l'UE de 1994 exige des États membres qu'ils contrôlent les concentrations d'ozone et qu'ils déclarent les détails des épisodes

### 3.1.11. Nombre de jours où le seuil de concentration d'ozone de 110 µg/m<sup>3</sup> (12-20 heures) a été franchi, stations de mesure, zones urbaines, rues et autres, 1999



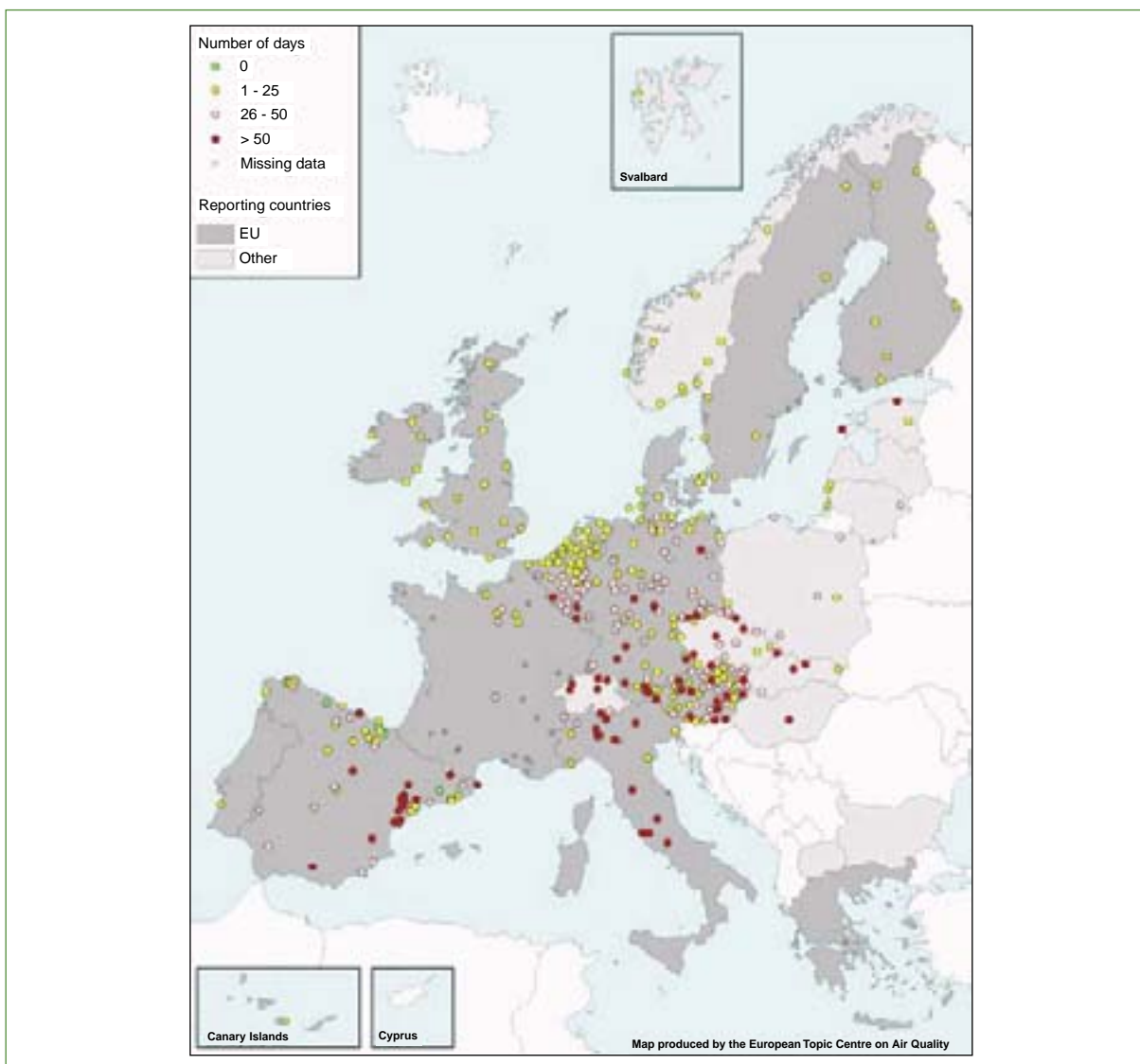
NB: La valeur seuil de la concentration d'ozone pour la protection de la santé humaine est de 110 µg/m<sup>3</sup>; la carte indique, pour les stations de mesure, le nombre de jours en 1999 où ce seuil a été franchi entre 12 et 20 heures.

Source: Agence européenne pour l'environnement, rapport thématique n° 1/2001.

pendant lesquels les concentrations sont supérieures aux valeurs seuils convenues (voir AEE, 2001). Le seuil de protection de la santé humaine est fixé à  $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ , moyenne calculée sur une période de 8 heures. Les concentrations d'ozone atteignent généralement leur valeur maximale dans l'après-midi, lorsque l'intensité du rayonnement solaire est la plus forte; c'est pourquoi on considère que la période de la journée qui convient le mieux pour mesurer les concentrations quotidiennes maximales est celle qui va de midi à 20 heures. Les données de 1999 montrent que le seuil a été le plus souvent atteint dans les zones urbaines italiennes (surtout dans le nord du pays) et dans certaines parties de l'Allemagne et de l'Espagne (voir carte 3.1.11).

Pour les zones rurales, les tendances étaient similaires, et certaines parties de l'Autriche ont souvent atteint ces niveaux (voir carte 3.1.12). L'AEE considère que les valeurs élevées constatées en Autriche peuvent être liées à l'altitude des stations d'enregistrement. Elle signale également que 42 % de la population de l'UE ont été exposés à des concentrations supérieures à  $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$  de 1 à 25 jours en 1999 et que 12 % ont été exposés à de telles concentrations pendant 50 jours ou plus. La directive de l'UE sur l'ozone donnait une valeur cible ( $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ), concentration à ne pas dépasser plus de 20 jours par an. Bien qu'il ne soit pas facile de comparer les données de 1999 avec la valeur cible, l'AEE considère que le seuil de risque pour la santé humaine a été dépassé dans l'UE cette année-là.

**3.1.12. Nombre de jours où le seuil de concentration d'ozone de  $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$  (12-20 heures) a été franchi, stations de mesures rurales, 1999**



NB: La valeur seuil de la concentration d'ozone pour la protection de la santé humaine est de  $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ; la carte indique, pour les stations de mesure, le nombre de jours en 1999 où ce seuil a été franchi entre 12 et 20 heures.

Source: Agence européenne pour l'environnement, rapport thématique n° 1/2001.

Les informations sur la pollution de l'air par l'ozone sont préparées par l'European Topic Centre on Air Quality (centre thématique européen sur la qualité de l'air) pour le compte de l'**Agence européenne pour l'environnement**. En 1999, 1 451 stations de

mesure (dont 1 304 dans les États membres) ont fourni des informations. Sur ces dernières, 346 étaient situées en zone rurale, 563 en milieu urbain, 266 dans des rues et 129 en milieu industriel ou non précisé.

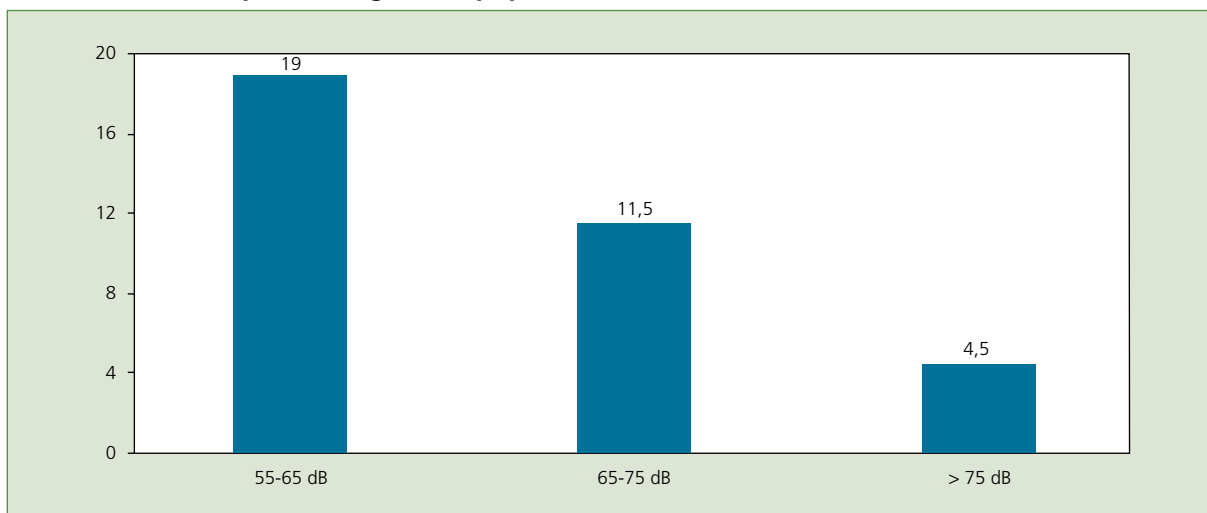
### 3.1.10. Exposition au bruit

#### *Bruit de la circulation: exposition et nuisances*

Le bruit est un problème à prendre au sérieux dans la mesure où on sait que des niveaux supérieurs à 40 dB(A) Ldn altèrent notre bien-être et où il est prouvé que des niveaux supérieurs à 60 dB(A) Ldn peuvent affecter notre santé physique et induire des troubles psychologiques (voir AEE, 2001). Si, au cours des deux dernières décennies, on a constaté des réductions considérables du bruit produit par tous les types de véhicules, dans l'UE, plus de 120 millions de per-

sonnes se trouvent exposées à des niveaux sonores supérieurs à 55 dB(A) Ldn devant leurs maisons en raison de l'intensification rapide des transports (en particulier des transports aériens et routiers). Cela représente plus de 30 % de la population de l'UE (voir graphique 3.1.13). Par ailleurs, plus de 50 millions d'Européens sont exposés à des niveaux sonores supérieurs à 65 dB Ldn et on estime également que 10 % de la population de l'UE sont exposés à un niveau de bruit ferroviaire supérieur à 55 dB LAeq. Les données sur les nuisances sonores des transports aériens sont plus incertaines, mais des études montrent que 10 % de la population totale de l'UE peuvent être très gênés par le bruit des avions.

### 3.1.13. Proportion de la population exposée à différents niveaux de bruit dû au trafic routier (EU-15) en pourcentage de la population totale de l'UE



NB: Le niveau 45-55 dB n'est pas illustré par manque de données.

Source: Agence européenne pour l'environnement, 1999.

Le bruit a une incidence physiologique et psychologique sur la population: des niveaux sonores supérieurs à 40 dB LAeq 2 peuvent avoir un effet sur le bien-être, la plupart des gens étant modérément gênés à 50 dB LAeq et sérieusement gênés à 55 dB LAeq. Les niveaux supérieurs à 65 dB LAeq sont néfastes pour la santé (voir OMS, 1999). Dans l'UE, les limites des émissions de bruit ont été considérablement revues à la baisse depuis 1972 et la législation de l'UE fixe aujourd'hui des niveaux sonores maximaux pour les véhicules automobiles, les motocyclettes et les avions. Toutefois, certaines incohérences méthodologiques (non-harmonisation des indices et inadéquation des procédures de

test pour les véhicules) ont ralenti l'évolution des normes de qualité acoustique en milieu urbain et limitent considérablement la précision des mesures du bruit. La Commission européenne a finalement adopté la directive 2002/49/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 juin 2002 relative à l'évaluation et à la gestion du bruit ambiant.

#### *Exposition au bruit des avions*

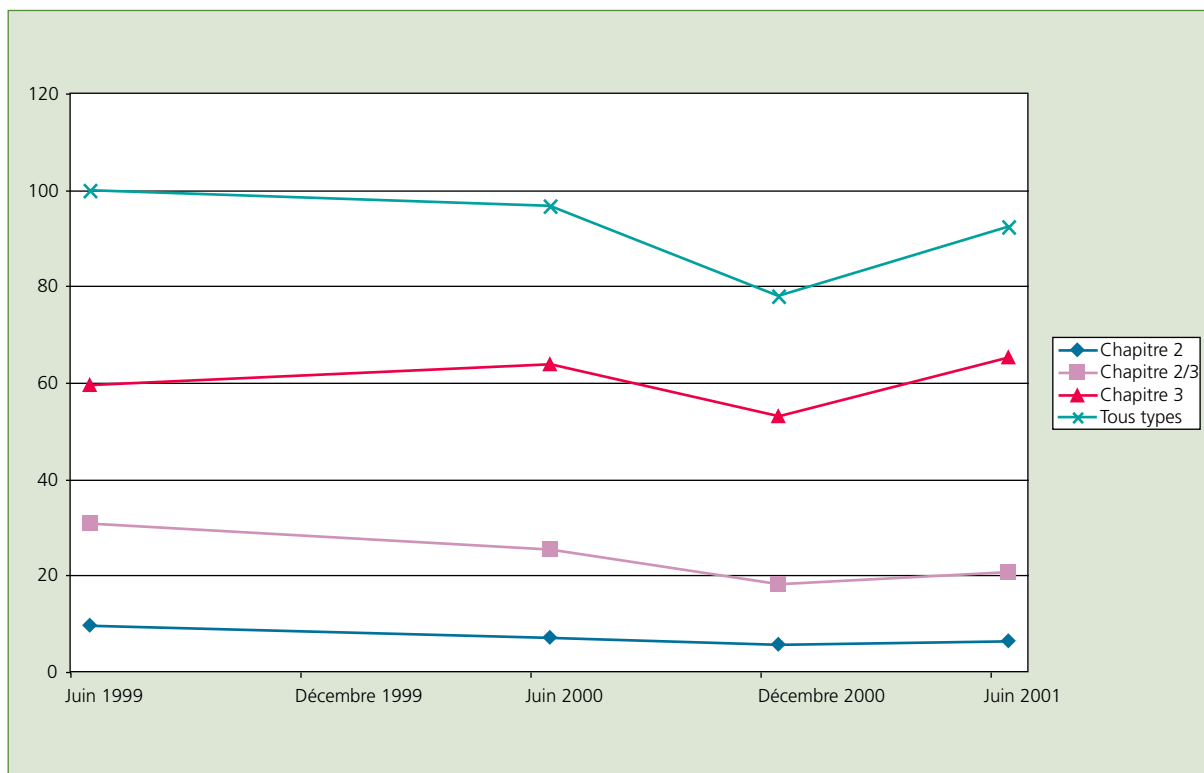
Le bruit du trafic aérien diffère du bruit continu et variable de la circulation routière en cela qu'il se caractérise essentiellement par des crêtes sonores au décollage et à l'atterrissage des avions (voir CEAC,

1997). Toutefois, le personnel des aéroports et les riverains sont également exposés à des niveaux élevés d'émissions sonores correspondant au démarrage des moteurs, au roulage et à d'autres activités au sol, par exemple le fonctionnement des groupes électrogènes d'appoint. Les niveaux sonores dépassent souvent les 60 dB et sont fonction du nombre de mouvements d'avions et des types d'avions. L'exposition au bruit est déterminée par la répartition de la population autour de l'aéroport ainsi que par les trajectoires des vols. Parmi les effets avérés du bruit des avions, il y a lieu de citer les troubles du sommeil, les difficultés d'apprentissage chez les enfants, l'hypertension, les cardiopathies et une sensation persistante de malaise. Les efforts internationaux visant à réduire le bruit des transports aériens ont été principalement axés sur la réduction du bruit des avions eux-mêmes (voir encadré ci-après). Toutefois, la fixation de normes pour les nouveaux avions n'a qu'un impact progressif sur les niveaux de bruit en raison de la durée d'exploitation considérable des avions et de la mise en service très progressive des nouveaux modèles. D'autres mesures ont également été nécessaires. La directive 83/206/CEE du Conseil interdit l'atterrissage dans la Communauté aux avions immatriculés hors de l'UE et ne bénéficiant pas de la certification acoustique. La **Conférence européenne de l'aviation civile (CEAC)** et la Communauté européenne ont interdit aux flottes aériennes d'acquiescer d'autres avions relevant du chapitre 2 à partir

de novembre 1990. La directive 92/14/CEE du Conseil interdit l'utilisation d'avions relevant du chapitre 2 à partir du 1<sup>er</sup> avril 2002. Parmi les autres mesures visant à réduire le bruit des avions et le bruit autour des aéroports, il convient de citer: les restrictions de vol des avions les plus bruyants, surtout la nuit, le paiement de taxes de bruit, l'aménagement du territoire et l'adoption de mesures de réduction du bruit, par exemple l'installation d'ouvrages antibruit.

La **CEAC** a récemment examiné la situation en ce qui concerne l'abandon progressif, en Europe, des avions relevant du chapitre 2. Les avions ont été classés en trois catégories (chapitre 2, chapitre 3 et chapitre 2/3) représentant les types d'avions existant dans différentes versions relevant de différents chapitres ou éventuellement équipés de kits d'insonorisation. La CEAC a utilisé les estimations d'énergie sonore par type d'avion effectuées par Eurocontrol pendant trois périodes récentes: 1<sup>er</sup> juin 1999, 1<sup>er</sup> juin 2000 et 1<sup>er</sup> décembre 2000. **Eurostat** a ajouté les estimations d'**Eurocontrol** au 1<sup>er</sup> juin 2001 pour les besoins de cette analyse. Dans les pays de la CEAC, le nombre total de vols a augmenté de 14 % entre le 1<sup>er</sup> juin 1999 et le 1<sup>er</sup> juin 2001, mais cette augmentation tenait compte d'une réduction de 56 % des vols d'avions relevant du chapitre 2 et de 43 % des vols d'avions relevant du chapitre 2/3. L'accroissement du nombre de vols d'avions relevant du chapitre 3 a entraîné une légère augmentation de l'énergie sonore associée à cette catégorie (voir graphique 3.1.14).

### 3.1.14. Énergie sonore totale estimée <sup>(1)</sup>, pays de la CEAC, 1999-2001



(<sup>1</sup>) Énergie sonore totale en juin 1999 = 100.

Source: Eurostat (statistiques de l'environnement et de l'énergie).

Toutefois, la réduction du nombre de vols d'avions appartenant aux deux autres catégories a entraîné un recul sensible des émissions sonores correspondantes ainsi qu'une diminution générale des émissions de bruit tous types d'avions confondus, ce qui traduit bien l'incidence de l'abandon progressif des avions plus anciens sur les émissions globales de bruit. Les chiffres du 1<sup>er</sup> décembre 2000 sont pris en compte pour mettre en évidence l'incidence de la variation saisonnière. Le 1<sup>er</sup> juin 2000, il y a eu 448 695 départs depuis les aéroports de la CEAC, dont 3 761 (0,8 %) d'avions relevant du chapitre 2, ces derniers produisant toutefois 7,7 % de l'énergie sonore totale tous vols confondus. De même, les avions relevant du chapitre 2/3 ont représenté

8,4 % de la totalité des départs ce jour-là mais ont produit 26,7 % de l'énergie sonore totale. L'abandon des avions relevant du chapitre 2 aura donc une incidence considérable sur la réduction des niveaux sonores (voir CEAC, 2001).

### 3.2. Conditions de travail

#### 3.2.1. Sécurité au travail

On peut mesurer la sécurité au travail en analysant la fréquence des accidents du travail. En 1999, dans l'UE, on a estimé à 4 786 898 le nombre d'accidents du travail ayant entraîné un arrêt de plus de trois jours, soit une augmentation de 2,3 % par rapport aux 4 678 586 accidents du même type enregistrés en 1998 (voir tableau 3.2.1). Eurostat a collecté ces données à partir des **statistiques européennes des accidents du travail (SEAT)** pour 1994 et après, ainsi que des données complémentaires à partir de l'**enquête sur les forces de travail (EFT)** pour 1999 (voir Dupré, 2001). Il est ressorti de ces données que le taux d'incidence (exprimé en nombre d'accidents du travail pour 100 000 personnes employées) dans neuf secteurs communs d'activité économique suivait une courbe descendante régulière et était passé de 4 539 en 1994 à 4 089 en 1998 et à 4 088 en 1999. Une comparaison similaire par secteur d'activité économique fait état d'une augmentation du taux d'incidence en 1999 dans l'agriculture, la chasse et la sylviculture (+ 4,0 %), dans le commerce (gros et détail) et les réparations (+ 1,8 %), dans l'hôtellerie et la restauration (+ 3,4 %) et dans les activités financières, immobilières, locatives et de services aux entreprises (+ 10,3 %). Il ressort d'une analyse par âge et par sexe qu'en 1999 les taux d'incidence sont sensiblement plus élevés pour les hommes (5 253) que pour les femmes (1 909). Ils sont également plus élevés dans la tranche d'âge de 18 à 24 ans (5 804 en 1999) puis diminuent avec l'âge. Les activités où les taux d'incidence sont les plus élevés ont tendance à être celles qui emploient une forte proportion de jeunes travailleurs, surtout des hommes (dans le bâtiment, par exemple).

Les données SEAT peuvent également servir à analyser les accidents du travail mortels (voir tableau 3.2.2). En 1999, il y a eu 5 275 accidents du travail mortels dans l'UE, dont 4 736 de travailleurs dans les 9 secteurs communs d'activité économique. Le taux d'incidence de ces accidents a baissé régulièrement de 1994 à 1999, année où il se situait à 4,77, soit un recul de 22 % par rapport à 1994. Cette tendance à la baisse a particulièrement été évidente dans le secteur de l'intermédiation financière (- 27 % de 1994 à 1999), dans celui de l'hôtellerie et de la restauration et dans le secteur manufacturier (- 26 %). Par contre, le taux d'incidence dans le secteur de la métallurgie et des tra-

Le niveau **LAeq** [niveau de pression acoustique continu équivalent pondéré A perçu pendant une heure, exprimé en dB(A) et référencé à 20 micropascals] désigne le niveau sonore régulier qui, pendant une période donnée d'une heure, produirait la même énergie sonore pondérée A qu'un bruit réel pendant une journée de travail réelle. Le niveau **Ldn** (niveau sonore diurne-nocturne) est une mesure du fond sonore sur vingt-quatre heures. Il représente le niveau sonore constant pondéré A qui serait mesuré si on faisait la moyenne de la totalité de l'énergie sonore reçue pendant la journée. Il inclut également une pondération de 10 décibels pour les événements sonores nocturnes.

L'**Organisation de l'aviation civile internationale** (OACI) des Nations unies a défini les premières normes internationales de certification acoustique en 1971. Cette certification n'est pas appliquée aux avions à réaction de la première génération (par exemple le Boeing 707 et le Douglas DC-8). Les avions conçus avant octobre 1977 ont été certifiés au titre du chapitre 2 (BAe1-11, Boeing 727, Boeing 737-200 et Douglas DC-9, par exemple). Depuis octobre 1997, les nouveaux avions (737-300/400, Boeing 767, Douglas DC-10 et Airbus A319, par exemple) doivent répondre aux normes plus rigoureuses du chapitre 3. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, les nouveaux avions devront être conformes aux normes encore plus strictes du chapitre 4.

La **Conférence européenne de l'aviation civile** (CEAC) compte 38 membres, dont tous les États membres de l'UE et la quasi-totalité des pays européens. La CEAC étudie les activités des compagnies aériennes des pays en développement en axant ses recherches sur leur situation actuelle et les évolutions prévisibles en matière d'utilisation d'avions bruyants. Ces travaux bénéficient de l'appui d'Eurocontrol (Organisation européenne pour la sécurité de la navigation aérienne) dont l'objectif principal est la mise en place d'un système paneuropéen intégré de gestion du trafic aérien. Les données sur les émissions de bruit pendant le survol et l'approche pour chaque type d'avion ont été fournies par l'Association des compagnies européennes de navigation aérienne.



vaux des métaux a augmenté de 16 % de 1994 à 1998 (avant de baisser en 1999). Les données de tendance par âge des travailleurs victimes d'accidents mortels font apparaître un recul plus prononcé du taux d'incidence chez les jeunes travailleurs (- 11,9 % de 1996 à 1999 dans la tranche d'âge de 18 à 24 ans) que chez les travailleurs plus âgés (- 3,9 % dans la tranche d'âge de 55 à 64 ans).

En 1999, le taux d'incidence des accidents du travail a considérablement varié d'un pays à l'autre (voir tableau 3.2.3). C'est en Espagne (taux d'incidence standardisé de 7 027 pour 100 000 salariés, dans les neuf secteurs communs), au Portugal (5 048) et en France, au Luxembourg, en Belgique et en Allemagne (entre 5 000 et 4 900) qu'il a été le plus élevé et en Irlande (1 291), en Suède (1 425) et au Royaume-Uni (1 606) qu'il a été le plus bas. Toutefois, d'une manière générale, les taux les plus élevés ont été constatés dans les pays où les accidents du travail sont couverts par un régime d'assurance et les taux les plus bas dans les pays dans lesquels les accidents doivent être déclarés à l'inspection du travail, ce qui donne à penser que le taux dépend de la source utilisée. Les accidents du travail mortels sont analysés en fonction de ceux de la circulation routière et des transports (CRT) et de tous les autres. Pour les accidents de travail mortels non CRT, le taux d'incidence standardisé pour l'EU-15 a été de 2,9 pour 100 000 salariés en 1999 dans les neuf secteurs communs. Ce taux allait de 7,0 en Irlande, 6,3 en Grèce et 6,1 au Portugal à 1,1 en Suède et 1,4 au Royaume-Uni.

Les conséquences médicales et économiques des accidents du travail peuvent être analysées en fonction de la partie du corps de la victime touchée et du type de blessure. En 1999, dans l'UE et en Norvège, la majorité des accidents a touché les membres supérieurs (42 %) et les membres inférieurs (27 %) (voir tableau 3.2.4). Très peu ont concerné (3 %) le corps entier, mais, parmi ceux-ci, environ un sur huit (13 %) a entraîné un arrêt de travail d'au moins trois mois ou une incapacité permanente. Les victimes de blessures aux membres avaient nettement moins de chances d'être mises en arrêt de longue durée (5 % pour les membres supérieurs et 7 % pour les membres inférieurs). Les blessures les plus courantes ont été les plaies et les blessures superficielles (41 % du total), devant les luxations, les entorses et les foulures (26 %). Seulement 1,6 % était des amputations traumatiques, mais près d'un tiers de ces dernières (31 %) a entraîné un arrêt de longue durée ou une incapacité permanente. Les fractures osseuses constituent un groupe important de blessures (11 % de la totalité) dont 9 sur 10 donnent lieu à un arrêt de travail de deux semaines ou plus.

Les données EFT plus récentes (pour 1999) identifient des groupes spécifiques de travailleurs particulièrement exposés à des risques importants d'ac-

cidents du travail (voir tableau 3.2.5). Ainsi, l'incidence totale des accidents survenus aux travailleurs du secteur de la pêche et de l'aquaculture était de 43 % supérieure à celle de l'ensemble des travailleurs (ce résultat est fondé sur une analyse de tous les accidents, avec ou sans arrêt de travail). Dans ce même groupe général, les accidents survenant dans les emplois à court terme de la construction ont été particulièrement nombreux: dans le cas d'un emploi temporaire, l'incidence était de 132 % supérieure à la normale et lorsque le travailleur occupait son poste depuis moins de deux ans, elle était encore supérieure de 71 %. En outre, les travailleurs temporaires du secteur de la santé et de l'action sociale avaient un taux d'incidence de 91 % supérieur à la normale alors que, pour les travailleurs du secteur de l'hôtellerie et de la restauration ayant moins de deux ans d'ancienneté, il était de 72 %. Les secteurs dont les travailleurs sont très exposés aux accidents entraînant un arrêt de travail de longue durée (deux semaines ou plus) étaient les suivants: construction (70 % supérieur à la normale), agriculture, chasse et sylviculture (44 % supérieur à la normale) et industries extractives (39 % supérieur à la normale). De plus, d'une manière générale, le taux d'incidence des accidents était supérieur à la normale de 34 % chez les travailleurs posés et de 27 % chez les travailleurs de nuit.

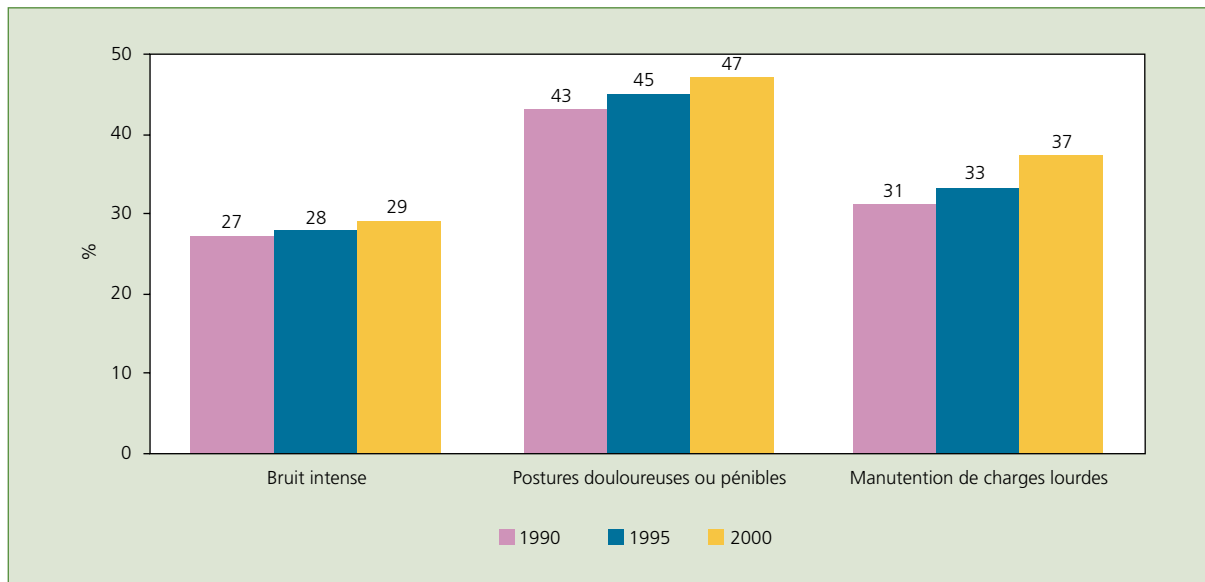
Les **statistiques européennes des accidents du travail (SEAT)** collectées par Eurostat s'appuient sur la directive 89/391/CEE du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des personnes au travail. Elles couvrent à la fois les accidents mortels et les accidents du travail entraînant plus de trois jours d'arrêt. Appartiennent à cette dernière catégorie les accidents pour lesquels la reprise du travail ne se fait pas avant le cinquième jour suivant leur survenance ou après quatre jours d'arrêt au moins. Dans neuf États membres, les accidents doivent être déclarés pour bénéficier d'un traitement pris en charge par la sécurité sociale ou le régime d'assurance, si bien que, pratiquement, tous sont déclarés. Dans six autres (Danemark, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Suède, et Royaume-Uni, ainsi que la Norvège) la déclaration est incomplète et Eurostat estime le nombre global d'accidents en utilisant un taux de déclaration implicite estimé par les États membres concernés. Dans l'**enquête sur les forces de travail (EFT)** effectuée dans l'Union européenne en 1999, qui est une enquête auprès des ménages fournissant des données sur l'emploi et le marché du travail, un module spécial couvrait les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les accidents du travail ont été enregistrés rétrospectivement en posant des questions sur leur survenance au cours des douze derniers mois. Ce module a été utilisé par onze États membres (les exceptions étant la Belgique, la France et l'Autriche, les Pays-Bas l'ayant utilisé ultérieurement).

### 3.2.2. Environnement de travail

La troisième **enquête européenne sur les conditions de travail** (EECT) effectuée en 2000 par la **Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail** a fait apparaître que

tous les travailleurs de l'UE continuent d'être exposés à des environnements physiquement contraignants (29 % au bruit intense, 47 % à des postures douloureuses ou pénibles et 37 % à la manutention de charges lourdes) (voir graphique 3.2.6).

### 3.2.6. Travailleurs exposés à des dangers physiques

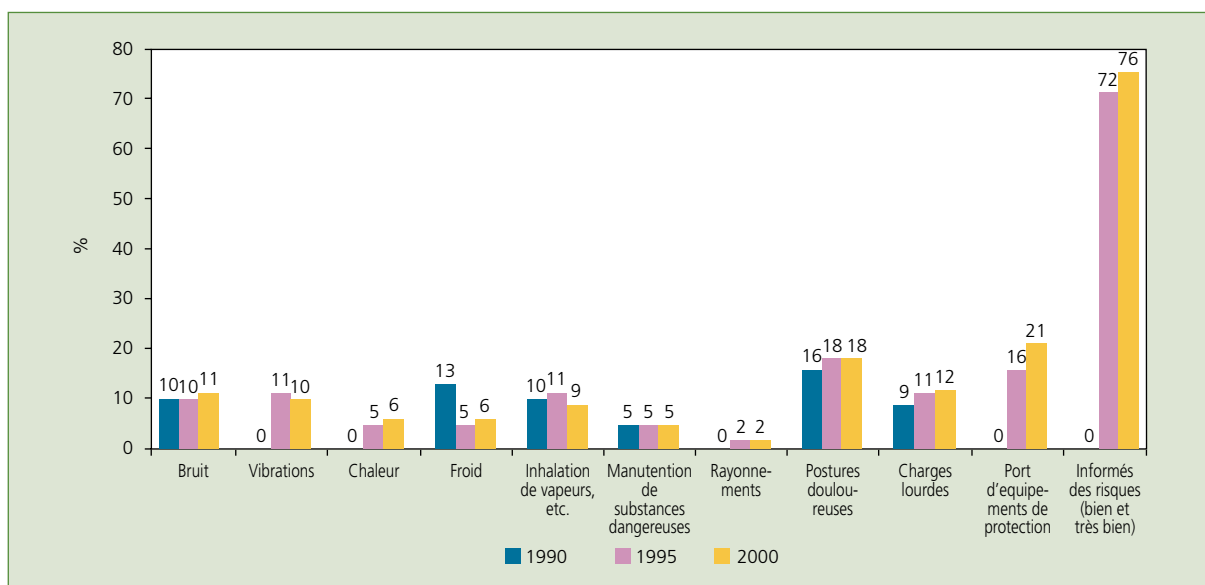


Source: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

Toutefois, en ce qui concerne d'autres facteurs du travail physique (voir graphique 3.2.7), des améliorations ont été constatées dans certains domaines depuis l'enquête de 1995, par exemple pour ce qui est de l'exposition au froid (de 5 à 6 %), de l'inhalation de vapeurs (de 11 à 9 %) et des vibrations (de 11 à 10 %). En outre, le port d'équipements de protection est passé de 16 à 21 %. L'importance de l'exposition

au risque physique varie selon le sexe, la situation professionnelle, le secteur d'activité et la profession. En général, les femmes sont moins exposées que les hommes (même si les premières travaillent autant que les autres dans des postures douloureuses et pénibles). Il existe un lien évident entre le travail temporaire et les mauvaises conditions de travail qui augmentent l'exposition aux risques pour la santé: 62 %

### 3.2.7. Facteurs du travail physique, EU-15 (en %)



Source: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

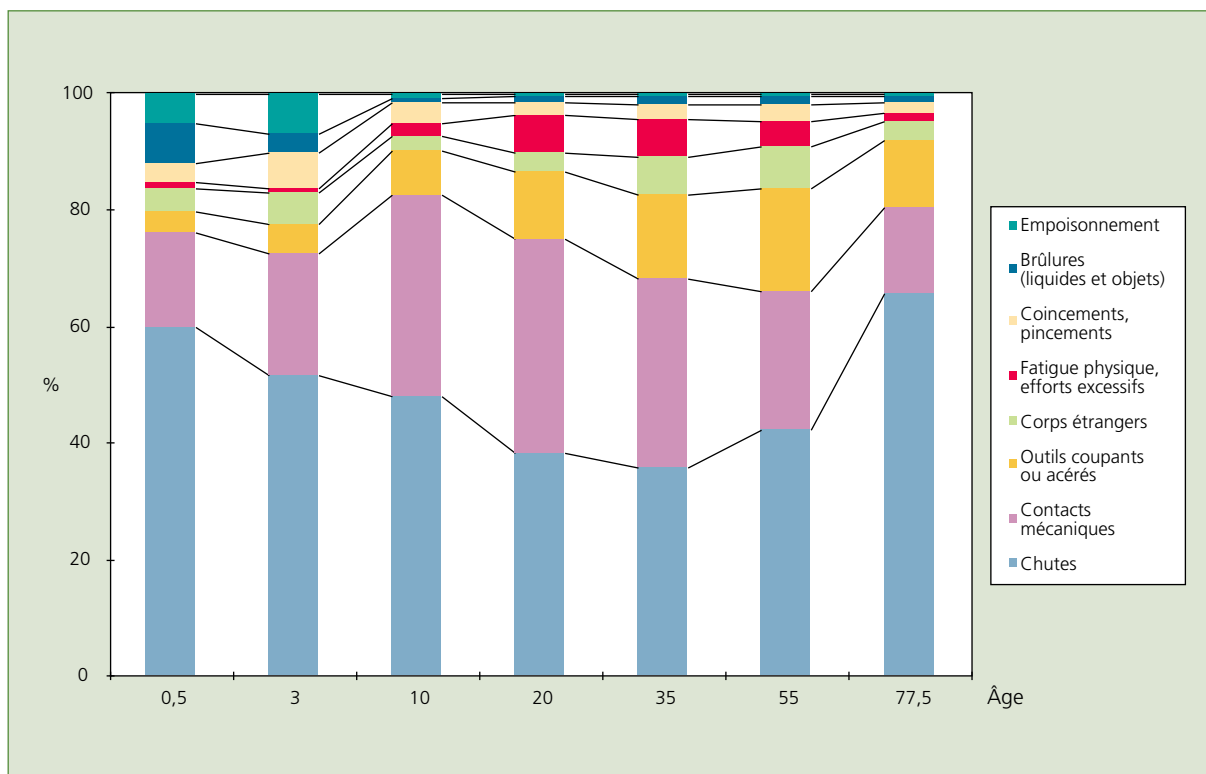
des intérimaires considèrent être bien informés des risques liés à l'utilisation de matériaux, d'instruments ou de produits, contre 79 % des salariés en contrat à durée indéterminée (CDI); 38 % d'entre eux et 36 % de salariés en contrat à durée déterminée (CDD) effectuent en permanence des mouvements répétitifs contre 29 % des salariés en CDI. Quelque 27 % de travailleurs pensent être exposés à des risques en matière de santé et de sécurité en raison de leur travail. Ce pourcentage a légèrement reculé au cours de la décennie (de 30 % en 1990 à 28 % en 1995).

La **Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail** a mené sa troisième enquête européenne sur les conditions de travail en 2000 (voir Paoli et Merllié, 2001). Cette enquête est effectuée en tant que module de l'enquête **Eurobaromètre** (voir encadré, point 2.1.4). Les deux enquêtes précédentes avaient été menées en 1990 et 1995. Pour l'enquête 2000, au total, 21 703 travailleurs ont été interrogés dans le cadre d'entretiens en face-à-face à leur domicile. Environ 1 500 travailleurs ont été interrogés dans chaque État membre, à l'exception du Luxembourg (502). Cette enquête, au même titre que celles de 1990/1991 et de 1995/1996, a été menée en étroite coopération avec les instituts nationaux menant ce type d'enquête et avec Eurostat.

### 3.3. Accidents domestiques et de loisirs

Si l'UE reconnaît la valeur et l'importance des données sur les accidents survenant à domicile et pendant les activités de loisirs, elle manque d'informations à jour sur ce sujet. Les données les plus récentes concernent la période de 1993 à 1995 et sont fournies par le **système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs (Ehlass)**. Les analyses présentées dans ce document sont axées sur les mécanismes des accidents en 1995 et sur le sexe et l'âge des victimes (voir graphiques 3.3.1 et 3.3.2). En ce qui concerne le sexe féminin, les chutes ont été le type le plus courant des accidents domestiques et de loisirs, à tous les âges, en particulier pour les enfants de moins de un an (60 % de la totalité des accidents) et pour les femmes de 65 ans et plus (80 %). Les empoisonnements accidentels n'ont été constatés que chez les enfants de moins de 5 ans (6 %) alors que les accidents impliquant des outils coupants ou acérés deviennent relativement plus courants avec l'âge (de 3 % d'accidents chez les enfants en bas âge à 10 % chez les femmes de 55 à 64 ans) puis moins fréquents à partir de 65 ans. En ce qui concerne le sexe masculin, des tendances similaires ont été constatées pour les mêmes types d'accidents.

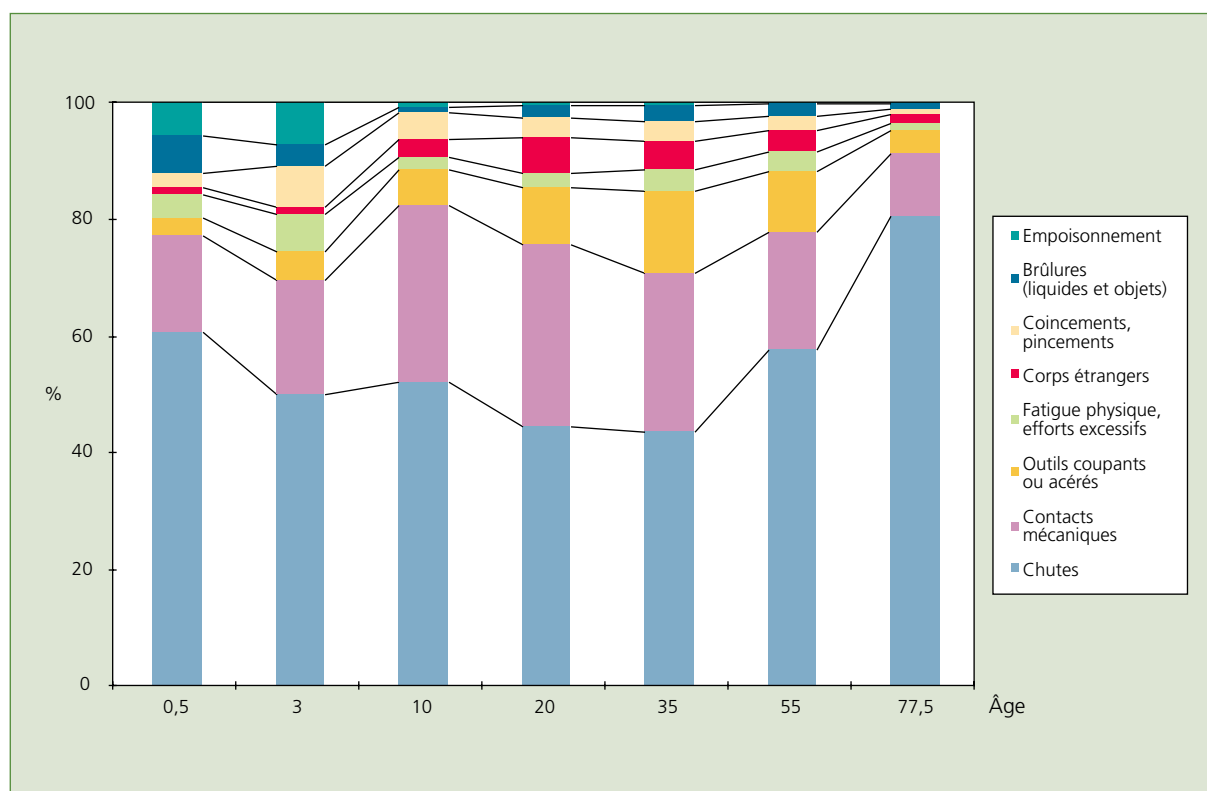
#### 3.3.1. Nombre d'accidents domestiques et de loisirs, par âge et par type de blessure, UE, 1995 — Hommes



Source: Système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs, DG Santé et protection des consommateurs.



### 3.3.2. Nombre d'accidents domestiques et de loisirs, par âge et par type de blessure, UE, 1995 — Femmes



Source: Système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs, DG Santé et protection des consommateurs.

Le **système communautaire d'information sur les accidents domestiques et de loisirs** (Ehlass) a été institué par la décision 93/683/CEE du Conseil et constitue un réseau de collecte d'informations sur les accidents domestiques et de loisirs. Les données ont été collectées par les États membres et les résultats communiqués à la **DG Santé et protection des consommateurs** de la Commission européenne. Toutefois, aucun résultat postérieur à 1995 n'est disponible, et les plans actuels prévoient un nouveau système de surveillance des blessures (ISS) qui fournira des données sur ces accidents dans un avenir proche. L'ISS est une des applications du réseau européen d'informations dans le domaine de la santé publique (Euphin) (voir Commission européenne, 2001b).

### 3.4. Accidents de la circulation

Les informations permettant d'analyser la sécurité routière concernent essentiellement deux mesures: celle de l'incidence des blessures dans les accidents de la route et celle de la mortalité qui leur est associée. Les accidents de la route sont ceux dans lesquels sont impliqués un ou plusieurs automobilistes, passagers, cyclistes, motocyclistes et piétons. S'il existe des normes internationales de classification reconnues pour l'enregistrement des blessés et des décès dans les accidents de la route, il existe également des différences quant au mode d'enregistrement et de pré-

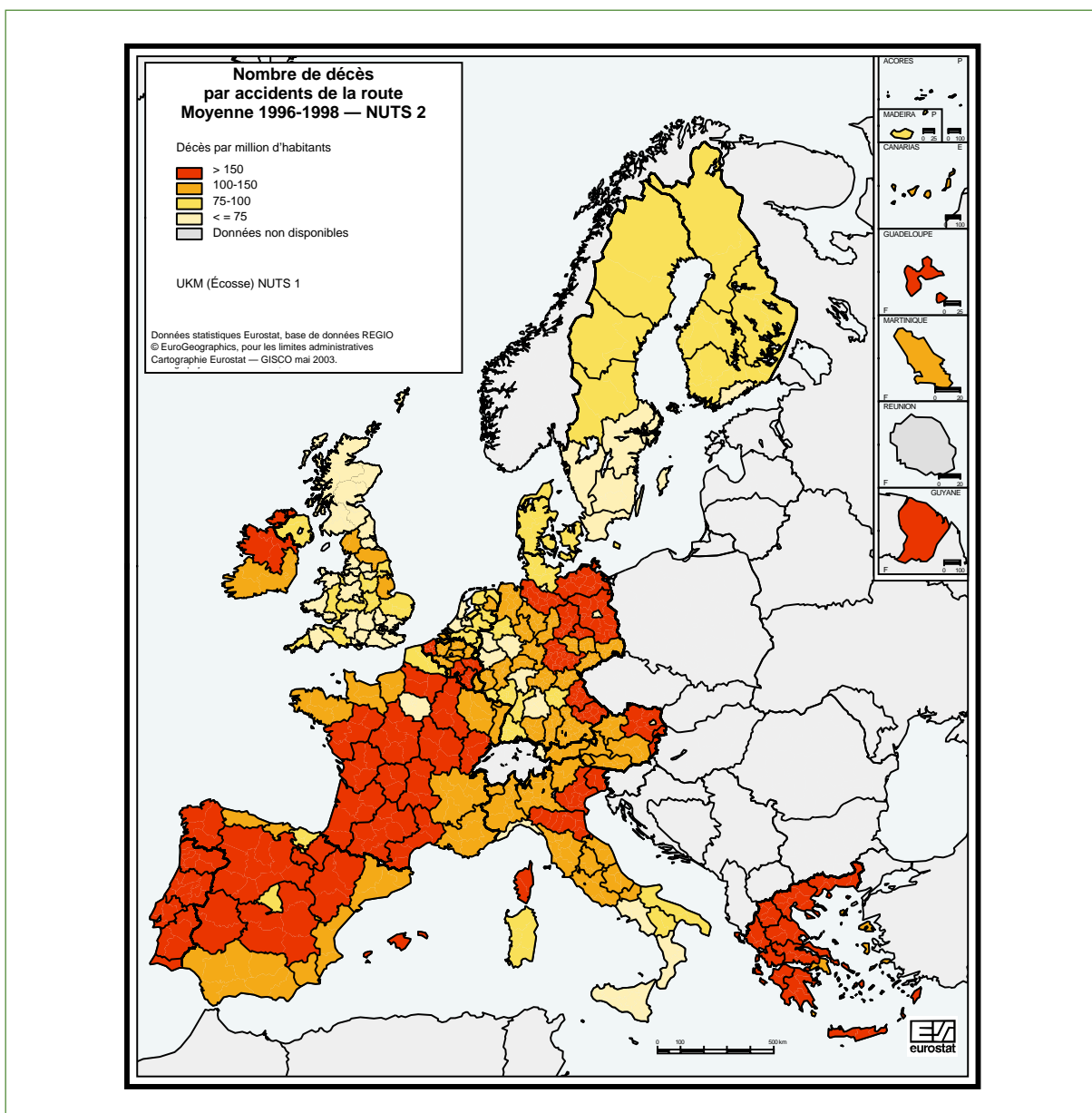
sentation des données par les pays. L'évolution de la classification dans le temps peut également compliquer l'interprétation des tendances. Ces réserves ayant été formulées, le taux de blessés dans des accidents de la route, en 1999 et pour l'ensemble de l'UE, était, selon **Eurostat**, de 489 pour 100 000 habitants, soit 17 % de moins qu'en 1970 (voir tableau 3.4.1). Plus récemment, la diminution depuis 1990 a été de 6 %, mais cette évolution mineure masque d'importantes variations entre les pays. Les taux de blessés ont nettement augmenté depuis 1990 en Italie (+ 42 %), en Irlande (+ 17 %) et en Grèce (+ 13 %). Pendant la même période, ils ont diminué en Finlande (- 32 %), en France (- 29 %) et au Luxembourg (- 25 %).

Les accidents de la route sont responsables de la majorité des décès dans les accidents des transports et sont la cause la plus courante des décès pour les personnes de moins de 40 ans. Comparativement à l'espérance de vie normale, un accident de la route mortel représente en moyenne 40 ans de vie perdus, contre 10,5 ans pour les décès par cancer et 9,7 ans pour les décès dus aux maladies cardio-vasculaires (Collin, 2000). Dans l'UE, ces dernières années, le taux de mortalité due aux accidents de la route a baissé (de 140 décès par million d'habitants en 1990 à 110 en 1998). Cette diminution est évidente dans la plupart des États membres, sauf en Grèce où le taux est passé de 175 en 1991 à 212 en 1998.

Une analyse des zones infranationales montre que les taux de mortalité varient considérablement dans l'ensemble de l'UE (voir carte 3.4.2). Par ailleurs, ces taux ne sont pas comparables avec ceux du chapitre 5 du présent volume en raison des différences entre les systèmes de déclaration. Sur la période de trois ans allant de 1996 à 1998, les taux les plus élevés ont été enregistrés dans cinq régions grecques (Anatoliki Makedonia, Sterea Ellada, Thessalia, Kentriki Ellada et Peloponnisos), deux régions portugaises (Alentejo et Algarve), Namur (Belgique) et Luxembourg. Toutefois (voir Loof et Finn), lorsqu'on compare les taux régionaux, il faut tenir compte de la population et du nombre de véhicules ainsi que d'autres facteurs ayant une incidence sur la sécurité routière, par exemple la qualité des routes, la taille et la qualité des véhicules,

le comportement des automobilistes face au port de la ceinture de sécurité et à la vitesse, et le respect du code de la route. Par exemple, dans l'UE, le taux d'alcoolémie autorisé varie de 0,2 mg/ml en Suède à 0,8 mg/ml en Irlande, en Italie, au Luxembourg et au Royaume-Uni. Au Danemark et en Suède, la vitesse sur autoroute est limitée à 110 km/h alors qu'en France, en Italie et en Autriche elle l'est à 130 km/h et qu'en Allemagne il n'y a aucune limitation de vitesse sur la majeure partie du réseau autoroutier. Le respect général par la société des limites imposées au comportement des conducteurs peut expliquer l'uniformité des taux de mortalité associés aux accidents de la route dans les régions de Suède (voir Loof et Finn, 2001). Les taux de mortalité les plus bas ont surtout été constatés dans les grands centres urbains:

**3.4.2. Sécurité routière: nombre de décès par million d'habitants dans les régions de l'UE, 1996-1998**



Bruxelles (Belgique), Hambourg (Allemagne), Berlin (Allemagne), Vienne (Autriche), Uusimaa (Finlande), Stockholm (Suède), Västverige (Suède), Londres (Royaume-Uni) et West Midlands (Royaume-Uni). Ces taux pourraient s'expliquer par les vitesses relativement moins élevées rencontrées dans les zones urbaines ainsi que par l'utilisation intensive des transports en commun, même par les propriétaires de voitures (voir Loof et Finn, 2001). Le contraste entre les taux élevés de décès et les faibles taux de blessés dans les accidents de la route, comme c'est le cas en Grèce, et la situation inverse (faibles taux de mortalité, taux élevés d'accidents) constatée au Royaume-Uni, par exemple, illustre bien les différences de méthodes et de définitions.

En 1997, près des deux tiers (64 %) des décès dus aux accidents de la route concernaient des automobilistes, les jeunes conducteurs (moins de 34 ans) étant particulièrement touchés puisqu'ils représentaient 41 % de la totalité de ces décès (voir Collin, 2000). Par contre, 44 % des piétons tués dans des accidents de la route étaient âgés de 65 ans et plus. L'analyse par jour de survenance montre que près de la moitié des accidents de la route, tous types confondus, ont eu lieu vers la fin de la semaine (15 % le vendredi, 17 % le samedi et autant le dimanche).

Les décès dus à des accidents de la route concernent les personnes tuées sur le coup ou celles qui meurent dans un délai de trente jours après l'accident. Les données sont collectées par **Eurostat** et sont présentées dans le présent document sous forme de taux bruts de mortalité sur la base d'une population de référence standard. Bien que la période de référence de trente jours ait été adoptée par la conférence européenne des ministres des transports (CEMT), il existe de grandes différences quant aux périodes de référence utilisées dans les États membres. Les données sur les accidentés de la route sont fournies par les statistiques des accidents de la route en Europe (**CEE-ONU**).

La **nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS)** a été créée par Eurostat (voir site web de la NUTS). Elle donne une ventilation uniforme et cohérente des unités territoriales pour la production de statistiques régionales de l'Union européenne. À ce jour, la classification de la NUTS n'a pas de cadre juridique mais, après de longues délibérations au Conseil et au Parlement européen, le règlement de la NUTS devrait être adopté en 2002. La NUTS n'est définie que pour les quinze États membres de l'Union européenne. Elle subdivise chaque État membre en un nombre entier de régions de niveau NUTS 1 dont chacune est à son tour subdivisée en un nombre entier de régions de niveau NUTS 2 et ainsi de suite. Il s'agit donc d'une classification hiérarchique. La NUTS subdivise le territoire économique des États membres de l'Union européenne en 78 régions de niveau NUTS 1, 211 régions de niveau NUTS 2 et 1 093 régions de ni-

veau NUTS 3. En raison de leur superficie ou de leur population relativement faibles, certains pays ne disposent pas des trois niveaux régionaux. L'Irlande et la Suède n'ont aucune région de niveau 1 si bien que, dans leur cas, le niveau national et le niveau 1 sont identiques. Le Danemark n'a ni région de niveau 1 ni région de niveau 2 si bien que le niveau national, le niveau 1 et le niveau 2 sont identiques. De son côté, le Luxembourg n'ayant pas de régions de niveau 1, 2 ou 3, son niveau national correspond à tous les niveaux de la NUTS. Dans les cartes figurant dans la présente publication, les statistiques sont présentées au niveau 2 de la NUTS.

### Références

Collin, C., «La sécurité dans les transports», *Statistiques en bref*, thème 7 — 3/2000, Commission européenne, 2000.

Dupré, D., «Les accidents du travail dans l'UE, 1998-1999», Commission européenne, *Statistiques en bref*, thème 3 — 16/2001, 2001.

CEAC, *Report on standard method of computing noise contours around civil airports*, CEAC, doc. n° 29, 1997.

CEAC, *Analysis of the June 2000 period for noisy aircraft*, document pour la réunion du groupe d'experts sur la réduction des nuisances causées par les transports aériens, Madrid, 2001.

Ehlass (système communautaire d'informations sur les accidents domestiques et de loisirs): <http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/injury/ehlass/default.htm>

Commission européenne, *Indicateurs de pression environnementale pour l'UE*, Luxembourg, 2001a.

Commission européenne, *Euphin Bulletin*, août 2001, 2001b.

Agence européenne pour l'environnement, *Air pollution by ozone in Europe in 1999 and the summer of 2000*, rapport thématique n° 1/2001, Copenhague, 2001.

Loof, A., et Finn, N., «Road traffic deaths in the regions of Europe», *Statistiques en bref*, thème 1 — 5/2001, Commission européenne, 2001.

Paoli, P., et Merllié, D., *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin, 2001.

«Régions — Nomenclature des unités territoriales statistiques — NUTS»: <http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/regstat/information>

OMS, *Guidelines for Community noise*, 1999 (<http://www.who.int/peh/noise/guidelines2.html> noise).

3.1.1. Émissions de dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1980</b>	65	41	66	95	57	76	24	55	67	44
<b>1985</b>	54	41	66	95	55	62	23	52	34	44
<b>1990</b>	45	37	35	67	50	53	22	53	29	39
<b>1991</b>	40	33	47	50	54	53	24	51	27	38
<b>1992</b>	37	32	37	41	54	52	21	48	25	38
<b>1993</b>	33	29	30	36	53	49	18	45	23	38
<b>1994</b>	30	25	30	30	51	48	17	49	22	32
<b>1995</b>	28	24	29	26	53	44	16	45	23	21
<b>1996</b>	24	24	35	18	52	38	16	41	20	19
<b>1997</b>	21	22	21	17	50	38	13	45	18	13
<b>1998</b>	21	20	15	16	51	38	14	48	18	8
<b>Variation %</b>										
<b>1980-1998</b> <sup>(1)</sup>	-68	-52	-78	-83	-10	-50	-40	-13	-73	-81
<b>1990-1998</b> <sup>(2)</sup>	-53	-48	-59	-77	3	-28	-36	-10	-39	-78

(<sup>1</sup>) Pour IS et CH, l'évolution concerne 1980-1997.

(<sup>2</sup>) Pour IS et CH, l'évolution concerne 1990-1997.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).

3.1.2. Émissions d'oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1980</b>	38	32	57	43	43	27	35	35	29	57
<b>1985</b>	37	32	57	43	42	24	34	33	29	57
<b>1987</b>	38	33	55	43	38	26	34	33	32	59
<b>1990</b>	37	34	52	34	32	30	33	34	34	61
<b>1991</b>	36	34	62	31	33	31	34	34	35	62
<b>1992</b>	35	34	53	29	32	32	33	37	35	63
<b>1993</b>	33	34	52	27	32	31	31	33	33	63
<b>1994</b>	32	34	53	25	33	31	30	32	31	57
<b>1995</b>	31	33	48	24	33	31	29	32	31	52
<b>1996</b>	30	31	55	23	34	30	29	33	31	54
<b>1997</b>	29	30	47	23	35	30	28	32	29	43
<b>1998</b>	28	29	44	22	36	30	28	33	29	40
<b>Variation %</b>										
<b>1980-1998</b>	-25	-9	-24	-49	-15	11	-19	-5	1	-30
<b>1987-1998</b>	-25	-11	-21	-50	-4	17	-17	0	-9	-32

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).

### 3. Risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, aux loisirs et à la circulation

(en kg SO<sub>2</sub> kg par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
19	51	35	54	16	87	38	34	18	<b>1980</b>
18	25	34	53	16	66	31	:	12	<b>1985</b>
14	12	35	52	15	65	32	12	6	<b>1990</b>
12	11	34	39	13	62	28	10	6	<b>1991</b>
11	8	40	28	12	60	31	9	6	<b>1992</b>
11	8	34	24	12	54	33	8	5	<b>1993</b>
10	7	32	22	11	46	30	8	4	<b>1994</b>
10	7	37	19	11	40	30	8	5	<b>1995</b>
9	7	34	21	9	34	32	8	5	<b>1996</b>
8	6	34	19	6	28	32	7	5	<b>1997</b>
7	6	34	17	6	27	:	7	:	<b>1998</b>
									<b>Variation %</b>
-61	-89	-5	-68	-63	-68	-15	-80	-75	<b>1980-1998 (1)</b>
-47	-52	-3	-67	-62	-58		-46		<b>1990-1998 (2)</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

(en kg par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
41	30	32	59	48	46	60	46	27	<b>1980</b>
40	29	31	58	48	45	85	:	28	<b>1985</b>
39	28	31	58	47	48	97	54	27	<b>1987</b>
39	25	31	57	47	49	103	52	25	<b>1990</b>
38	25	33	58	46	46	104	49	24	<b>1991</b>
37	24	35	56	45	45	109	49	22	<b>1992</b>
35	22	35	56	45	41	111	50	21	<b>1993</b>
33	23	36	55	43	39	110	49	19	<b>1994</b>
32	21	37	51	41	36	106	49	19	<b>1995</b>
32	21	38	52	34	35	110	51	19	<b>1996</b>
30	21	38	51	31	32	105	51	18	<b>1997</b>
29	21	38	49	29	30	:	51	:	<b>1998</b>
									<b>Variation %</b>
-28	-30	19	-18	-40	-35		10		<b>1980-1998</b>
-25	-25	21	-16	-39	-38		-6		<b>1987-1998</b>

137

3.1.3. Émissions anthropogènes de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	:	:	12,6	14,1	5,0	5,1	8,2	:	6,5	:
1985	:	:	12,5	13,9	5,9	4,8	6,0	:	6,1	30,0
1990	9,1	11,6	10,3	12,8	8,4	5,6	5,7	9,0	7,3	26,2
1991	:	12,0	12,3	12,2	8,3	5,8	6,1	9,1	7,1	:
1992	8,9	11,7	11,2	11,5	8,3	6,0	5,9	9,3	7,3	:
1993	8,7	10,8	11,5	11,3	8,4	5,7	5,4	9,1	7,1	27,6
1994	8,7	11,2	12,2	11,1	8,4	6,0	5,2	9,5	6,8	22,3
1995	8,7	12,4	11,5	11,1	8,6	6,2	5,4	9,6	7,3	17,1
1996	8,9	12,7	14,0	11,3	8,8	5,9	5,5	9,8	7,6	16,8
1997	8,7	12,4	12,1	10,9	9,1	:	5,4	10,4	7,7	14,3
1998	8,8	12,0	11,3	10,8	9,5	:	5,7	10,8	7,9	11,7
1999	:	11,9	10,7	10,5	:	:	5,6	11,2	7,9	11,9
<b>Variation % 1990-1999</b> (¹)	-3	3	4	-18	13	5	-1	24	9	-55

(¹) 1990-1998 pour EU-15, EL, P, IS; 1990-1996 pour E.

Source: Agence européenne pour l'environnement.

## 3.1.4. Émissions de composés organiques volatils non méthaniques (COVNM)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1980	44	67	39	42	65	45	47	32	38	42
1985	43	67	39	42	63	44	46	31	35	42
1990	42	34	32	41	33	48	45	31	39	50
1991	40	30	33	35	33	48	44	32	40	47
1992	39	30	32	32	33	47	43	32	41	44
1993	37	30	29	29	34	44	41	30	41	41
1994	36	29	31	27	34	46	39	30	41	44
1995	35	28	31	24	35	44	37	29	41	40
1996	33	26	26	23	36	43	36	30	37	40
1997	32	27	26	22	37	43	35	31	36	36
1998	31	26	24	21	38	43	33	31	36	31
<b>Variation % 1990-1998</b>	-25	-24	-24	-49	15	-10	-25	-1	-6	-37

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).

### 3. Risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, aux loisirs et à la circulation

(en tonnes par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
11,8	8,5	:	11,3	9,9	10,7	7,9	7,9	:	6,0	<b>1980</b>
10,4	7,8	:	10,2	8,0	10,0	7,9	7,7	:	6,6	<b>1985</b>
11,0	8,0	5,7	11,8	6,4	10,3	8,2	8,3	6,0	7,2	<b>1990</b>
11,3	8,4	6,0	11,8	6,4	10,3	8,1	7,9	6,2	7,3	<b>1991</b>
11,1	7,6	6,4	11,3	6,5	10,0	8,4	8,0	6,0	7,5	<b>1992</b>
11,2	7,5	6,2	11,3	6,4	9,7	8,7	8,3	5,5	7,2	<b>1993</b>
11,3	7,7	6,2	12,4	6,6	9,6	8,6	8,7	5,3	7,2	<b>1994</b>
11,8	7,9	6,4	11,9	6,6	9,4	8,6	8,7	5,4	:	<b>1995</b>
12,2	8,1	6,3	13,1	7,1	9,7	8,9	9,3	5,4	:	<b>1996</b>
11,7	8,3	6,4	12,6	6,3	9,3	9,2	9,4	5,3	:	<b>1997</b>
11,5	8,1	6,7	12,4	6,4	9,6	9,1	9,3	5,4	:	<b>1998</b>
11,0	8,1	:	12,4	6,4	9,0	:	9,3	5,7	:	<b>1999</b>
0	1	18	5	0	-12	11	13	-5	:	<b>Variation % 1990-1999<sup>(1)</sup></b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

(en kg par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
38	47	32	44	64	40	24	44	51	<b>1980</b>
37	47	31	43	64	41	43	:	50	<b>1985</b>
34	45	32	42	63	43	50	71	44	<b>1990</b>
28	40	33	41	60	41	55	70	40	<b>1991</b>
29	36	35	40	58	39	54	77	37	<b>1992</b>
27	34	35	39	56	38	52	80	34	<b>1993</b>
25	32	37	37	53	37	53	82	32	<b>1994</b>
24	32	37	36	51	35	45	84	30	<b>1995</b>
23	31	38	34	50	33	45	84	29	<b>1996</b>
20	30	38	34	48	31	36	82	28	<b>1997</b>
19	29	38	34	48	30	:	78	:	<b>1998</b>
-43	-34	19	-20	-23	-29	:	10	:	<b>Variation % 1990-1998</b>

139

### 3.1.5. Émissions pondérées de métaux lourds dans l'air en équivalents toxiques (Teq) d'arsenic (As)

(1995 = 100)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1985	234	230	314	538	157	143	218	180	134	125	403	320	118	224	339	222
1990	165	143	148	331	113	153	159	132	108	84	192	207	117	131	153	152
1991	152	143	162	289	114	135	137	132	106	82	164	179	116	124	141	148
1992	138	136	135	237	110	118	123	122	110	75	143	167	123	113	138	136
1993	121	121	123	187	104	105	109	115	102	60	132	118	108	100	119	123
1994	109	117	115	141	99	104	98	107	101	75	112	100	97	98	104	111
1995	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1996	88	81	104	84	93	82	99	102	88	97	77	99	81	78	91	86
<b>Variation %</b>																
1985-1996	-62	-65	-67	-84	-41	-42	-54	-44	-34	-23	-81	-69	-31	-65	-73	-61

Source: Öko-Institut (via Eurostat).

### 3.1.10. Émissions de particules

(en kg par habitant)

	EU-15	B	D	F	IRL	I	L	NL	A	FIN	S	UK	NO	CH
1980	12,0	:	33,3	8,1	27,6	7,7	:	11,2	9,9	:	:	6,4	5,0	5,8
1985	11,6	:	34,2	5,4	33,1	7,9	8,4	6,1	7,7	16,7	:	6,0	5,4	4,3
1990	9,4	2,4	23,0	4,1	29,9	8,8	:	5,0	5,0	15,2	4,7	5,5	5,6	3,6
1991	6,9	:	12,0	4,1	:	:	:	4,0	4,9	14,4	:	5,4	5,2	3,4
1992	5,8	:	8,0	3,9	:	:	:	4,0	:	12,2	:	5,2	5,1	3,2
1993	5,3	:	6,0	3,7	:	:	:	4,0	:	11,2	:	5,0	5,7	3,0
1994	4,9	2,7	4,0	3,6	:	:	:	4,0	:	10,4	:	4,6	6,2	2,9
1995	4,8	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	9,5	:	3,7	5,9	2,8
1996	4,6	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	10,0	:	3,6	6,2	2,7
1997	:	:	4,0	:	:	:	:	3,0	:	10,1	:	:	5,0	2,6
<b>Variation %</b>														
1980-1996 <sup>(1)</sup>	-61	:	-88	-55	:	:	:	-73	:	:	:	-44	23	-54

<sup>(1)</sup> Pour 1980-1996 ou la dernière année comparable.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).



## 3.2.1. Accidents du travail dans l'UE par sexe, par âge et par type d'activité, 1994-1999

Type d'activité économique <sup>(1)</sup>	Personnes employées en 1999 (milliers)	Accidents du travail ayant entraîné plus de 3 jours d'absence <sup>(2)</sup>													
		Nombre estimé en 1999	Taux d'incidence <sup>(3)</sup>							Évolution du taux d'incidence (%)					
			1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994-1998	1996-1998	1998-1999				
<b>Total, tous les secteurs d'activité</b>	<b>139 377</b>	<b>4 786 898</b>													
<b>A et D à K: Total des 9 secteurs communs</b>	<b>99 269</b>	<b>4 058 272</b>	<b>4 539</b>	<b>4 266</b>	<b>4 229</b>	<b>4 106</b>	<b>4 089</b>	<b>4 088</b>	<b>-9,9</b>	<b>-3,3</b>	<b>0,0</b>				
<i>dont</i> <sup>(4)</sup> :															
hommes	61 896	3 251 269	5 960	5 534	5 458	5 291	5 268	<b>5 253</b>	<b>-11,6</b>	<b>-3,5</b>	<b>-0,3</b>				
femmes	33 205	633 899	1 936	1 864	1 924	1 865	1 890	<b>1 909</b>	<b>-2,4</b>	<b>-1,8</b>	<b>1,0</b>				
18-24 ans	12 138	707 120	:	:	5 751	5 613	5 725	<b>5 804</b>	:	<b>-0,5</b>	<b>1,4</b>				
25-34 ans	28 883	1 215 247	:	:	4 390	4 210	4 179	<b>4 118</b>	:	<b>-4,8</b>	<b>-1,5</b>				
35-44 ans	26 171	945 924	:	:	3 766	3 696	3 678	<b>3 703</b>	:	<b>-2,3</b>	<b>0,7</b>				
45-54 ans	20 571	731 519	:	:	3 558	3 548	3 543	<b>3 521</b>	:	<b>-0,4</b>	<b>-0,6</b>				
55-64 ans	8 900	311 040	:	:	4 063	3 671	3 602	<b>3 577</b>	:	<b>-11,4</b>	<b>-0,7</b>				
<b>A: Agriculture, chasse, sylviculture</b>	<b>5 124</b>	<b>361 736</b>	<b>6 496</b>	<b>6 123</b>	<b>6 771</b>	<b>6 647</b>	<b>6 790</b>	<b>7 060</b>	<b>4,5</b>	<b>0,3</b>	<b>4,0</b>				
<b>D: Industries manufacturières</b>	<b>30 022</b>	<b>1 342 302</b>	<b>5 071</b>	<b>4 962</b>	<b>4 660</b>	<b>4 607</b>	<b>4 492</b>	<b>4 471</b>	<b>-11,4</b>	<b>-3,6</b>	<b>-0,5</b>				
<i>dont</i> <sup>(5)</sup> :															
da Industries agricoles et alimentaires	3 397	275 012	7 360	6 920	6 557	6 550	6 323	<b>6 264</b>	<b>-14,1</b>	<b>-3,6</b>	<b>-0,9</b>				
db Industrie textile et habillement	2 266	52 469	:	2 765	2 639	2 589	2 653	<b>2 642</b>	:	<b>0,5</b>	<b>-0,4</b>				
dc Industrie du cuir et de la chaussure	506	10 132	:	2 505	2 394	2 308	2 292	<b>2 390</b>	:	<b>-4,3</b>	<b>4,3</b>				
dd Travail du bois et fabrication d'articles en bois	910	87 661	:	10 238	10 793	12 020	10 677	<b>10 399</b>	:	<b>-1,1</b>	<b>-2,6</b>				
de Industrie du papier et du carton, édition et imprimerie	2 556	63 828	:	2 795	2 686	2 606	2 596	<b>2 548</b>	:	<b>-3,4</b>	<b>-1,8</b>				
df Cokéfaction, raffinage, industries nucléaires	175	1 469	:	1 158	1 094	962	875	<b>859</b>	:	<b>-20,0</b>	<b>-1,8</b>				
dg Industrie chimique	2 068	43 222	:	2 431	2 400	2 195	2 177	<b>2 126</b>	:	<b>-9,3</b>	<b>-2,3</b>				
dh Industrie du caoutchouc et des plastiques	1 289	52 015	:	4 233	3 897	3 843	3 827	<b>4 102</b>	:	<b>-1,8</b>	<b>7,2</b>				
di Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques <sup>(6)</sup>	1 159	69 423	6 518	6 915	6 533	6 543	6 269	<b>6 352</b>	<b>-3,8</b>	<b>-4,0</b>	<b>1,3</b>				
dj Métallurgie et travail des métaux	4 414	348 068	8 650	9 022	8 546	8 331	8 076	<b>8 080</b>	<b>-6,6</b>	<b>-5,5</b>	<b>0,0</b>				
dk Fabrication de machines et équipements	3 277	110 661	:	3 708	3 308	3 523	3 615	<b>3 412</b>	:	<b>9,3</b>	<b>-5,6</b>				
dl Fabrication d'équipements électriques et électroniques	3 329	86 556	:	2 858	2 684	2 638	2 631	<b>2 637</b>	:	<b>-2,0</b>	<b>0,2</b>				
dm Fabrication de matériel de transport	2 922	79 891	:	2 936	2 734	2 756	2 883	<b>2 782</b>	:	<b>5,5</b>	<b>-3,5</b>				
dn Autres industries manufacturières	1 753	61 895	:	4 292	3 929	3 628	3 670	<b>3 686</b>	:	<b>-6,6</b>	<b>0,4</b>				
<b>E: Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau</b>	<b>1 156</b>	<b>16 459</b>	:	<b>1 545</b>	<b>1 619</b>	<b>1 662</b>	<b>1 625</b>	<b>1 423</b>	:	<b>0,4</b>	<b>-12,4</b>				
<i>dont</i> <sup>(7)</sup> :															
e40 Production et distribution d'électricité, de gaz et de chaleur	918	11 418	:	1 368	1 383	1 461	1 410	<b>1 215</b>	:	<b>2,0</b>	<b>-13,8</b>				
e41 Captage, traitement et distribution d'eau	239	5 041	:	2 133	2 426	2 429	2 382	<b>2 182</b>	:	<b>-1,8</b>	<b>-8,4</b>				
<b>F: Construction</b>	<b>10 825</b>	<b>845 315</b>	<b>9 014</b>	<b>9 080</b>	<b>8 023</b>	<b>7 963</b>	<b>8 008</b>	<b>7 809</b>	<b>-11,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-2,5</b>				
<b>G: Commerce, réparation automobile et d'articles domestiques</b>	<b>21 037</b>	<b>525 071</b>	<b>2 552</b>	<b>2 523</b>	<b>2 431</b>	<b>2 394</b>	<b>2 451</b>	<b>2 496</b>	<b>-4,0</b>	<b>0,8</b>	<b>1,8</b>				
<b>H: Hôtels et restaurants <sup>(8)</sup></b>	<b>5 425</b>	<b>201 328</b>	<b>4 121</b>	<b>3 645</b>	<b>3 532</b>	<b>3 365</b>	<b>3 590</b>	<b>3 711</b>	<b>-12,9</b>	<b>1,6</b>	<b>3,4</b>				
<b>I: Transports et communications</b>	<b>7 833</b>	<b>446 649</b>	<b>6 139</b>	<b>5 790</b>	<b>6 018</b>	<b>5 937</b>	<b>5 862</b>	<b>5 702</b>	<b>-4,5</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,7</b>				
<i>dont</i> <sup>(9)</sup> :															
i60 Transports terrestres et transports par conduites	3 141	188 319	5 732	5 139	6 000	6 006	5 987	<b>5 939</b>	<b>4,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,8</b>				
i61 Transports par eau	92	4 652	4 933	4 658	4 886	5 132	5 290	<b>5 347</b>	<b>7,2</b>	<b>8,3</b>	<b>1,1</b>				
i62 Transports aériens	366	13 144	5 470	4 397	4 121	4 184	4 317	<b>3 682</b>	<b>-21,1</b>	<b>4,8</b>	<b>-14,7</b>				
i63 Services auxiliaires des transports	1 953	185 812	11 580	11 829	10 526	10 415	9 755	<b>9 643</b>	<b>-15,8</b>	<b>-7,3</b>	<b>-1,1</b>				
<b>J et K: Activités financières; immobilier, location et services aux entreprises</b>	<b>17 848</b>	<b>319 412</b>	<b>1 638</b>	<b>1 627</b>	<b>1 582</b>	<b>1 602</b>	<b>1 623</b>	<b>1 790</b>	<b>-0,9</b>	<b>2,6</b>	<b>10,3</b>				

(1) Classé selon la NACE Rév. 1 (activités économiques), section (branche) et sous-section ou division (secteur); les sections couvrent de A à K.

(2) Ne tient pas compte des accidents mortels.

(3) Taux d'incidence exprimé sous forme de nombre d'accidents du travail pour 1 000 personnes employées.

(4) Le sexe ou l'âge ne sont pas toujours précisés (particulièrement aux Pays-Bas); les travailleurs âgés de moins de 18 ans et de plus de 64 ans sont inclus dans le total; taux d'incidence par âge après correction de la classe d'âge pour le Portugal.

(5) Les taux d'incidence excluent le Portugal; la section I de la NACE «Transports et communications» inclut la division I 64 «Postes et télécommunications».

(6) Verre, produits céramiques, produits pour la construction.

(7) Les taux d'incidence excluent le Portugal avant 1996.

NB: Statistiques européennes des accidents du travail (SEAT); pour le Danemark et l'Irlande, 1998 = 1997; pour la France, 1997 = 1998; pour les Pays-Bas, 1995 = 1998 = nombre d'accidents 1994; les nombres d'accidents 1999 sont réévalués en proportion de l'évolution 1999/1994 de l'emploi; pour le Portugal 1996 = 1995, et 1998 = à partir des données 1999.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 3.2.2. Accidents du travail mortels dans l'UE par sexe, par âge et par type d'activité, 1994-1999

Type d'activité économique (1)	Personnes employées en 1999 (milliers)	Nombre en 1999	Accidents du travail mortels (2)							Évolution du taux d'incidence (%)		
			Taux d'incidence (3)							1994-1998	1996-1998	1998-1999
			1994	1995	1996	1997	1998	1999				
<b>Total, toutes les branches d'activité</b>	<b>139 377</b>	<b>5 275</b>										
<b>A et D à K: Total des 9 branches communes</b>	<b>99 269</b>	<b>4 736</b>	<b>6,09</b>	<b>5,90</b>	<b>5,18</b>	<b>5,22</b>	<b>5,03</b>	<b>4,77</b>	<b>-17,5</b>	<b>-3,0</b>	<b>-5,2</b>	
<i>dont</i> (4):												
hommes	61 896	4 409	:	:	7,70	7,70	7,40	<b>7,12</b>	:	<b>-3,8</b>	<b>-3,8</b>	
femmes	33 205	239	:	:	0,76	0,82	0,84	<b>0,72</b>	:	<b>11,6</b>	<b>-14,3</b>	
18-24 ans	12 138	417	:	:	3,88	3,71	3,60	<b>3,42</b>	:	<b>-7,3</b>	<b>-5,0</b>	
25-34 ans	28 883	1 055	:	:	4,10	3,94	3,85	<b>3,58</b>	:	<b>-6,2</b>	<b>-7,0</b>	
35-44 ans	26 171	1 086	:	:	4,58	4,87	4,60	<b>4,25</b>	:	<b>0,5</b>	<b>-7,6</b>	
45-54 ans	20 571	1 218	:	:	6,28	6,00	6,12	<b>5,86</b>	:	<b>-2,5</b>	<b>-4,2</b>	
55-64 ans	8 900	695	:	:	8,31	8,94	8,06	<b>7,99</b>	:	<b>-3,0</b>	<b>-0,9</b>	
<b>A: Agriculture, chasse, sylviculture</b>	<b>5 124</b>	<b>682</b>	<b>14,0</b>	<b>13,8</b>	<b>12,9</b>	<b>12,6</b>	<b>12,4</b>	<b>13,3</b>	<b>-11,4</b>	<b>-3,9</b>	<b>7,3</b>	
<b>D: Industries manufacturières</b>	<b>30 022</b>	<b>1 009</b>	<b>4,6</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>3,7</b>	<b>3,4</b>	<b>-19,6</b>	<b>-5,1</b>	<b>-8,1</b>	
<i>dont</i> (5):												
da Industries agricoles et alimentaires	3 397	<b>171</b>	9,2	5,2	4,7	4,8	4,4	<b>3,6</b>	<b>-52,2</b>	<b>-6,4</b>	<b>-18,2</b>	
db Industrie textile et habillement	2 266	<b>28</b>	:	2,1	1,4	1,5	1,8	<b>1,4</b>	:	<b>28,6</b>	<b>-22,2</b>	
dc Industrie du cuir et de la chaussure	506	<b>10</b>	:	2,1	1,7	1,7	1,9	<b>2,4</b>	:	:	:	
dd Travail du bois et fabrication d'articles en bois	910	<b>54</b>	:	9,5	8,5	9,1	8,9	<b>6,4</b>	:	<b>4,7</b>	<b>-28,1</b>	
de Industrie du papier et du carton, édition et imprimerie	2 556	<b>50</b>	:	2,7	1,7	1,7	1,9	<b>2,0</b>	:	<b>11,8</b>	<b>5,3</b>	
df Cokéfaction, raffinage, industries nucléaires	175	<b>5</b>	:	1,1	0,8	4,0	2,9	<b>2,9</b>	:	:	:	
dg Industrie chimique	2 068	<b>57</b>	:	3,1	3,8	3,3	3,7	<b>2,8</b>	:	<b>-2,6</b>	<b>-24,3</b>	
dh Industrie du caoutchouc et des plastiques	1 289	<b>47</b>	:	2,5	2,5	2,9	2,0	<b>3,7</b>	:	<b>-20,0</b>	<b>85,0</b>	
di Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques (6)	1 159	<b>85</b>	9,1	7,3	8,1	10,4	8,2	<b>7,8</b>	<b>-9,9</b>	<b>1,2</b>	<b>-4,9</b>	
dj Métallurgie et travail des métaux	4 414	<b>264</b>	6,2	7,7	7,7	8,1	7,2	<b>6,1</b>	<b>16,1</b>	<b>-6,5</b>	<b>-15,3</b>	
dk Fabrication de machines et équipements	3 277	<b>85</b>	:	2,5	2,5	2,5	2,3	<b>2,6</b>	:	<b>-8,0</b>	<b>13,0</b>	
dl Fabrication d'équipements électriques et électroniques	3 329	<b>73</b>	:	3,6	3,2	2,9	2,6	<b>2,2</b>	:	<b>-18,8</b>	<b>-15,4</b>	
dm Fabrication de matériel de transport	2 922	<b>38</b>	:	2,6	2,0	2,0	1,5	<b>1,3</b>	:	<b>-25,0</b>	<b>-13,3</b>	
dn Autres industries manufacturières	1 753	<b>42</b>	:	2,8	2,7	2,6	2,2	<b>2,5</b>	:	<b>-18,5</b>	<b>13,6</b>	
<b>E: Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau</b>	<b>1 156</b>	<b>37</b>	:	<b>4,4</b>	<b>5,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	:	<b>-43,9</b>	<b>0,0</b>	
<i>dont</i> (7):												
e40 Production et distribution d'électricité, de gaz et de chaleur	918	<b>33</b>	:	4,3	5,8	4,4	3,6	<b>3,7</b>	:	<b>-37,9</b>	<b>2,8</b>	
e41 Captage, traitement et distribution d'eau	239	<b>4</b>	:	4,1	1,3	0,8	1,7	<b>1,7</b>	:	:	:	
<b>F: Construction</b>	<b>10 825</b>	<b>1 266</b>	<b>14,7</b>	<b>14,8</b>	<b>13,3</b>	<b>13,1</b>	<b>12,8</b>	<b>11,7</b>	<b>-12,9</b>	<b>-3,8</b>	<b>-8,6</b>	
<b>G: Commerce, réparation automobile et d'articles domestiques</b>	<b>21 037</b>	<b>491</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,5</b>	<b>2,3</b>	<b>-10,7</b>	<b>0,0</b>	<b>-8,0</b>	
<b>H: Hôtels et restaurants (7)</b>	<b>5 425</b>	<b>75</b>	<b>1,9</b>	<b>1,8</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>-31,6</b>	<b>18,2</b>	<b>7,7</b>	
<b>I: Transports et communications</b>	<b>7 833</b>	<b>892</b>	<b>13,7</b>	<b>13,7</b>	<b>12,0</b>	<b>12,1</b>	<b>11,8</b>	<b>11,4</b>	<b>-13,9</b>	<b>-1,7</b>	<b>-3,4</b>	
<i>dont</i> (8):												
i60 Transports terrestres et transports par conduites	3 141	<b>649</b>	21,7	22,8	20,4	20,8	20,3	<b>20,5</b>	<b>-6,5</b>	<b>-0,5</b>	<b>1,0</b>	
i61 Transports par eau	92	<b>23</b>	38,4	30,8	26,4	20,7	15,7	<b>26,4</b>	:	:	:	
i62 Transports aériens	366	<b>15</b>	7,9	6,0	5,7	4,3	5,3	<b>4,2</b>	:	:	:	
i63 Services auxiliaires des transports	1 953	<b>175</b>	10,3	13,8	10,0	11,3	10,2	<b>9,1</b>	<b>-1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>-10,8</b>	
<b>J et K: Activités financières; immobilier, location et services aux entreprises</b>	<b>17 848</b>	<b>284</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>-22,7</b>	<b>6,3</b>	<b>-5,9</b>	

(1) Classé selon la NACE Rév. 1 (activités économiques), section (branche) et sous-section ou division (secteur); les sections couvrent de A à K.

(2) Taux d'incidence exprimé en accidents mortels pour 100 000 personnes employées.

(3) Taux d'incidence exprimé en accidents de travail pour 1 000 personnes employées.

(4) Le sexe ou l'âge ne sont pas toujours précisés (particulièrement aux Pays-Bas); les travailleurs âgés de moins de 18 ans et de plus de 64 ans sont inclus dans le total; taux d'incidence par âge après correction de la classe d'âge pour le Portugal.

Les taux d'incidence totale et les taux par âge sont recalculés pour 1996 avec les données des Pays-Bas pour déterminer la tendance 1996-1998.

(5) Les taux d'incidence excluent le Portugal; la section I de la NACE «Transports et communications» inclut la division i64 «Postes et télécommunications».

(6) Verre, produits céramiques, produits pour la construction.

(7) Les taux d'incidence excluent le Portugal avant 1996.

NB: Statistiques européennes des accidents du travail (SEAT), y compris les accidents de la route et les accidents survenus avec n'importe quel moyen de transport pendant le travail, sauf en Irlande, au Royaume-Uni et (en partie) aux Pays-Bas.

Les taux d'incidence excluent les Pays-Bas avant 1996 (pour toutes les années, par sexe).

Pour le Danemark et l'Irlande, 1998 = 1997; pour la France, 1997 = 1998, pour le Portugal, 1996 = 1995, et 1998 = à partir des données 1999.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 3.2.3. Accidents du travail dans les États membres de l'UE, 1999

	Personnes employées (milliers)	Accidents du travail non mortels				Accidents du travail mortels					
		Ayant entraîné un arrêt de plus de 3 jours <sup>(1)</sup>			Tous <sup>(2)</sup>	Nombre d'accidents			Taux d'incidence standardisé		
		Nombre estimé	Taux d'incidence standardisé		% de tous les accidents non mortels <sup>(3)</sup>	Nombre estimé	Accidents CRT mortels <sup>(4)</sup>	Autres accidents	Total	Autres accidents	Total
			1994	1999							
<b>Tous les secteurs d'activité économique</b>											
<b>EU-15</b>	139 377	4 786 898		63	7 582 672	2 145	3 130	5 275			
<b>EUR-12 <sup>(5)</sup></b>	105 581	4 283 010		73	5 836 452	2 088	2 853	4 941			
<b>9 secteurs d'activité communs</b>											
<b>EU-15</b>	99 269	4 058 272	4 539	4 088	64	6 332 531	2 091	2 645	4 736	2,9	
<b>EUR-12</b>	76 386	3 685 198	:	4 764	73	5 043 581	2 034	2 403	4 437	3,3	
<i>Données nationales fournies par le régime d'assurance couvrant les accidents du travail <sup>(6)</sup></i>											
<b>B</b>	1 926	90 385	4 415	4 924	:	:	48	57	105	3,3	
<b>D</b>	24 185	1 214 329	5 583	4 908	85	:	487	529	1 016	2,4	
<b>EL</b>	1 352	38 064	3 702	2 740	:	:	17	81	98	6,3	
<b>E</b>	9 112	623 585	6 166	7 027	71	:	256	425	681	5,0	
<b>F</b>	12 738	603 060	5 515	4 991	:	:	417	368	785	3,4	
<b>I</b>	14 715	626 325	4 641	4 067	:	:	663	480	1 143	3,4	
<b>L</b>	196	8 889	4 508	4 973	59	:	4	3	7	:	
<b>A <sup>(6)</sup></b>	2 713	96 807	3 554	3 301	:	:	63	146	209	5,1	
<b>P</b>	2 788	151 471	7 361	5 048	:	:	53	170	223	6,1	
<b>FIN</b>	1 570	48 775	3 914	3 137	:	:	5	26	31	1,8	
<i>Données nationales tirées des déclarations faites à une autre autorité compétente <sup>(6)</sup></i>											
<b>DK</b>	1 748	52 816	2 653	3 031	43	:	23	35	58	2,2	
<b>IRL <sup>(6)</sup></b>	924	11 105	1 494	1 291	51	:	:	44	:	7,0	
<b>NL <sup>(6)</sup></b>	4 167	172 403	4 287	4 223	:	:	14	74	88	2,3	
<b>S</b>	2 539	35 608	1 123	1 425	23	:	20	25	45	1,1	
<b>GB</b>	18 596	284 650	1 915	1 606	33	:	:	182	:	1,4	
<b>NO</b>	1 232	:	:	:	:	50 483	:	:	21	2,4	

(1) Statistiques européennes des accidents du travail (SEAT): accidents entraînant plus de 3 jours d'arrêt de travail.

(2) Module ad hoc de l'enquête sur les forces de travail (EFT) 1999, y compris les accidents n'ayant pas entraîné d'arrêt de travail ou ayant entraîné moins de 4 jours d'arrêt de travail.

(3) Les pourcentages concernent tous les secteurs d'activité.

(4) Accidents de la circulation routière et des transports (CRT) au travail = accidents dans le secteur des transports et accidents de la circulation avec tous les moyens de transport au travail dans tous les autres secteurs de l'activité économique.

(5) Zone euro (EUR-12): Belgique, Allemagne, Grèce, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal et Finlande.

(6) Pour l'Autriche et l'Irlande, taux d'accidents non mortels 1994 = 1996; pour les Pays-Bas, accidents non mortels basés sur les données 1994, sauf pour 1999 où les chiffres ont été réévalués en proportion de l'évolution 1999/1994 de l'emploi.

(7) Assurance publique (par exemple sécurité sociale) ou assurance privée, selon l'État membre.

(8) Généralement l'inspection du travail.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 3.2.4. Conséquences médicales et économiques des accidents du travail dans l'UE et en Norvège, 1998

	Total ( <sup>1</sup> ) ( <sup>2</sup> )	Jusqu'à 4 jours d'arrêt de travail ( <sup>1</sup> )	Plus de 3 jours d'arrêt de travail ( <sup>2</sup> ) par:				Partie du corps touchée/type de blessure (%)	Décès ( <sup>3</sup> ) (%)
			Durée de l'arrêt de travail (%)					
			Moins de 2 semaines	2 semaines à moins de 3 mois	Incapacité permanente de 3 mois ou plus	Total		
<b>Parties du corps touchées</b> (% par durée de l'arrêt)								
<b>Total</b>	:	:	<b>47,3</b>	<b>46,7</b>	<b>6,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Tête	:	:	64,9	30,8	4,3	100	9,2	28,2
Cou (y compris les vertèbres)	:	:	36,6	57,8	5,6	100	2,1	2,0
Dos (y compris la colonne vertébrale)	:	:	50,1	43,7	6,2	100	7,7	3,2
Torse (y compris les organes)	:	:	46,9	48,7	4,4	100	5,2	10,7
Membres supérieurs (y compris les mains)	:	:	48,0	46,5	5,4	100	41,2	1,6
Membres inférieurs (y compris les pieds)	:	:	42,0	51,2	6,8	100	26,5	2,2
Corps entier ( <sup>3</sup> )	:	:	39,7	47,2	13,1	100	2,7	31,2
Autres ( <sup>3</sup> ) et non précisés	:	:	46,9	41,8	11,3	100	5,4	20,8
<b>Types de blessure</b> ( <sup>4</sup> ) (% par durée de l'arrêt)								
<b>Total</b>	:	:	<b>47,3</b>	<b>46,7</b>	<b>6,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Plaies et blessures superficielles	:	:	56,5	40,0	3,5	100	37,6	-
Fractures osseuses	:	:	10,8	70,7	18,5	100	10,8	19,7
Luxations, entorses, foulures	:	:	45,6	49,5	4,7	100	24,4	-
Amputations traumatiques	:	:	6,6	64,1	29,3	100	0,5	1,2
Commotions et blessures internes ( <sup>4</sup> )	:	:	50,0	42,8	7,2	100	11,3	6,5
Brûlures et gelures	:	:	54,8	42,5	2,8	100	1,6	1,3
Empoisonnement, infections ( <sup>4</sup> )	:	:	60,8	35,9	3,3	100	1,0	0,7
Noyade, asphyxie	:	:	60,4	36,2	3,5	100	0,2	1,9
Effets du bruit, des vibrations, de la pression ( <sup>4</sup> )	:	:	57,7	40,3	2,0	100	0,0	0,1
Effets de la température, de la lumière, du rayonnement ( <sup>4</sup> )	:	:	66,5	28,4	4,8	100	0,1	0,6
Chocs ( <sup>4</sup> )	:	:	36,7	51,9	11,4	100	0,0	0,5
Blessures multiples ( <sup>4</sup> )	:	:	30,9	57,2	11,9	100	0,2	10,0
Autres et non précisés	:	:	45,6	44,3	10,2	100	12,3	57,6
<b>Gravité</b> ( <sup>5</sup> ) (% par durée de l'arrêt)								
	<b>100</b>	<b>36,8</b>	<b>29,8</b>	<b>29,5</b>	<b>3,8</b>	<b>63,1</b>	:	<b>0,1</b>
<b>Nombre de jours perdus</b> ( <sup>5</sup> )								
Total estimé (millions)	148,4	1,8	18,2	82,6	45,8	146,5	:	-
Pour 100 000 personnes employées	108 798	1 164	13 334	60 676	33 624	107 634	:	-
Nombre moyen de jours perdus par accident	20	1	8	38	162	31	:	-
<b>Personnes victimes de plus d'un accident par an</b> (%) ( <sup>5</sup> )								
	<b>13,8</b>							

(<sup>1</sup>) Source: Module ad hoc dans l'enquête sur les forces de travail 1998: accidents sur douze mois 1998-1999, y compris sans arrêt et avec arrêt de travail < 4 jours. Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

(<sup>2</sup>) «SEAT: plus de trois jours d'arrêt de travail et décès», Eurostat, base de données NewCronos (santé de sécurité).

(<sup>3</sup>) Corps entier = y compris les sites multiples; autres = y compris les décès au travail d'origine strictement médicale (en France).

(<sup>4</sup>) Type de blessure concerne la «blessure la plus grave». «Blessures multiples» = blessures de même gravité; commotions, blessures internes = hémorragies, blessures aux organes internes, etc.; empoisonnement, infections, effets du bruit, des vibrations, de la pression, températures extrêmes (y compris coup de soleil, hypothermie), lumière et rayonnement = effets aigus; chocs = choc électrique et choc consécutif à une attaque par une personne, un animal, etc.

(<sup>5</sup>) Hormis la Norvège.

## 3.2.5. Activités, personnes et emplois présentant un risque élevé d'accidents du travail, Europe, 1998-1999

	Taux d'incidence relative d'accidents du travail <sup>(1)</sup>		
	Tous les accidents non mortels <sup>(2)</sup> (avec ou sans arrêt de travail)	Accidents avec arrêt de travail <sup>(2)</sup>	
		Plus de 3 jours	2 semaines ou plus
<b>Tous les accidents <sup>(1)</sup></b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Secteur d'activité</b>			
Agriculture, chasse, sylviculture	132	166 <sup>(5)</sup>	144
Pêche, aquaculture	243	:	:
Industries extractives	112	:	139
Industries manufacturières	112	110 <sup>(5)</sup>	127
Construction	141	196 <sup>(5)</sup>	170
Hôtels et restaurants	117	88 <sup>(5)</sup>	63
Transports et communications	114	143 <sup>(5)</sup>	109
Santé et action sociale	134	:	116
<b>Hommes</b>	<b>113</b>	<b>129 <sup>(5)</sup></b>	<b>120</b>
<i>dont</i> : âgés de 15-24 ans	135 <sup>(4)</sup>	:	:
éducation primaire et secondaire du premier cycle <sup>(3)</sup>	179 <sup>(4)</sup>	:	:
<b>15-24 ans (plus de 3 jours d'arrêt de travail: 18-24 ans)</b>	<b>109 <sup>(4)</sup></b>	<b>140 <sup>(5)</sup></b>	<b>:</b>
<b>Activité</b>			
Personnel des services, vendeurs	113 <sup>(4)</sup>	:	:
Agriculteurs/ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche	112 <sup>(4)</sup>	:	:
Artisans/ouvriers des métiers de type artisanal	164 <sup>(4)</sup>	:	:
Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage	155 <sup>(4)</sup>	:	:
Ouvriers et employés non qualifiés	134 <sup>(4)</sup>	:	:
Forces armées	108 <sup>(4)</sup>	:	:
<b>Unité locale employant 1-9 personnes</b>	<b>:</b>	<b>100 <sup>(5)</sup></b>	<b>:</b>
<i>dont</i> : Industries manufacturières	:	141 <sup>(5)</sup>	:
Construction	:	224 <sup>(5)</sup>	:
Transports et communications	:	174 <sup>(5)</sup>	:
<b>Unité locale employant 10-49 personnes</b>	<b>:</b>	<b>126 <sup>(5)</sup></b>	<b>:</b>
<i>dont</i> : Industries manufacturières	:	132 <sup>(5)</sup>	:
Construction	:	230 <sup>(5)</sup>	:
Transports et communications	:	205 <sup>(5)</sup>	:
<b>Emploi permanent, moins de 2 ans d'ancienneté <sup>(6)</sup></b>	<b>126</b>	<b>106</b>	<b>90</b>
<i>dont</i> : Industries manufacturières	138	:	121
Construction	171	:	140
Hôtels et restaurants	172	:	59
Transports et communications	157	:	66
Santé et action sociale	157	:	109
<b>Emploi temporaire</b>	<b>115</b>	<b>101</b>	<b>104</b>
<i>dont</i> : moins de 2 ans d'ancienneté <sup>(6)</sup>	121	106	104
<i>dont</i> : Construction	232	:	:
Commerce de gros et de détail, réparations	131	:	:
Hôtels et restaurants	137	:	:
Santé et action sociale	191	:	:
<b>Moins de 20 heures de travail par semaine</b>	<b>144</b>	<b>101</b>	<b>106</b>
<b>Travail posté (souvent ou parfois) <sup>(7)</sup></b>	<b>146</b>	<b>137</b>	<b>134</b>
<b>Travail de nuit (souvent ou parfois) <sup>(7)</sup></b>	<b>146</b>	<b>134</b>	<b>127</b>

<sup>(1)</sup> Incidence ou taux d'incidence = accidents pendant une année/personnes occupées dans la population de référence; taux d'incidence relative = incidence dans un groupe particulier/incidence dans tous les groupes. Le taux d'incidence relative est de 100 pour tous les groupes à chacun des trois niveaux de gravité des accidents (tous, > 3 jours, > 2 semaines). Par exemple, un taux d'incidence relative de 144 pour les accidents agricoles entraînant 2 semaines ou plus d'arrêt de travail signifie que l'incidence de tels accidents était de 44 % supérieure à celle de tous les accidents à ce niveau de gravité.

<sup>(2)</sup> Accidents au cours des six derniers mois, salariés répondant directement (réponses par un autre membre du ménage exclue), dans un emploi qui est toujours l'emploi principal à la date de l'enquête — sauf <sup>(4)</sup> et <sup>(5)</sup>.

<sup>(3)</sup> Niveau d'éducation atteint, sauf IRL, I, P, UK.

<sup>(4)</sup> Accidents au cours des douze derniers mois dans un emploi qui est toujours l'emploi principal (salariés ou indépendants, réponses directes ou indirectes).

<sup>(5)</sup> Statistiques européennes des accidents du travail (SEAT), 1998.

<sup>(6)</sup> Ancienneté dans l'entreprise ou en tant que travailleur indépendant.

<sup>(7)</sup> Travail posté et de nuit, sauf D, E, IRL, L, FIN (travail posté), UK.

Source: Module ad hoc, enquête sur les forces de travail 1999, sauf chiffres repérés par <sup>(5)</sup>.

## 3.4.1. Nombre de personnes blessées dans un accident de la circulation, pour 100 000 personnes

	EU-15	B	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1960</b>	:	859	442	:	:	137	405	192	401	717
<b>1970</b>	590	1118	541	877	293	268	663	333	444	735
<b>1975</b>	539	862	414	740	258	278	681	249	429	801
<b>1980</b>	540	860	307	834	277	300	644	267	405	655
<b>1985</b>	489	774	286	705	324	342	510	232	391	567
<b>1986</b>	496	829	276	740	291	369	487	246	385	562
<b>1987</b>	492	850	248	708	280	411	445	250	391	472
<b>1988</b>	511	877	244	743	308	441	456	252	409	521
<b>1989</b>	512	892	240	737	303	454	439	264	387	507
<b>1990</b>	523	884	220	721	287	417	416	283	395	484
<b>1991</b>	494	825	211	646	300	398	378	293	434	445
<b>1992</b>	486	784	215	654	311	349	361	298	437	418
<b>1993</b>	463	770	202	635	306	316	344	287	390	432
<b>1994</b>	468	742	198	646	309	305	327	297	430	400
<b>1995</b>	474	708	202	639	318	324	326	364	464	422
<b>1996</b>	467	672	196	613	322	330	305	380	471	387
<b>1997</b>	473	697	191	621	332	333	303	371	482	370
<b>1998</b>	480	708	182	616	339	374	301	357	520	369
<b>1999</b>	489	715	186	644	324	375	294	331	561	362
<b>Variation %</b>										
<b>1970-1999 <sup>(2)</sup></b>	- 17	- 36	- 66	- 27	11	40	- 56	- 1	26	- 51
<b>1990-1999 <sup>(3)</sup></b>	- 6	- 19	- 15	- 11	13	- 10	- 29	17	42	- 25

<sup>(1)</sup> Les chiffres concernent la République fédérale d'Allemagne avant 1991.

<sup>(2)</sup> Pour NL: 1970-1997.

<sup>(3)</sup> Pour NL: 1990-1997.

Source: Commission économique pour l'Europe des Nations unies — Santé pour tous (OMS, Europe), 2001.

### 3. Risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, aux loisirs et à la circulation

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
421	924	162	219	288	674	:	173	642	<b>1960</b>
552	983	352	371	293	652	465	318	609	<b>1970</b>
456	909	457	320	268	581	324	287	491	<b>1975</b>
414	858	439	188	242	600	312	260	531	<b>1980</b>
344	809	414	206	257	576	378	296	475	<b>1985</b>
354	788	430	231	268	583	326	299	482	<b>1986</b>
346	772	569	230	253	:	401	274	474	<b>1987</b>
334	779	623	254	280	593	371	269	471	<b>1988</b>
349	810	643	257	288	617	329	281	468	<b>1989</b>
357	803	663	269	272	615	346	288	450	<b>1990</b>
323	790	730	243	253	556	447	282	428	<b>1991</b>
327	744	744	208	248	555	516	274	429	<b>1992</b>
319	692	697	164	234	545	550	274	417	<b>1993</b>
328	687	647	168	247	561	558	266	428	<b>1994</b>
338	646	685	208	246	550	619	277	418	<b>1995</b>
318	629	692	189	241	567	580	280	384	<b>1996</b>
314	653	688	183	247	577	558	275	393	<b>1997</b>
:	644	687	184	247	572	518	281	399	<b>1998</b>
:	693	649	184	255	561	550	265	421	<b>1999</b>
									<b>Évolution %</b>
-43	-30	85	-50	-13	-14	18	-17	-31	<b>1970-1999<sup>(2)</sup></b>
-3	-14	-2	-32	-6	-9	59	-8	-6	<b>1990-1999<sup>(3)</sup></b>



## 4. État de santé

### 4.1. État de santé ressenti

#### 4.1.1. État de santé évalué par l'intéressé

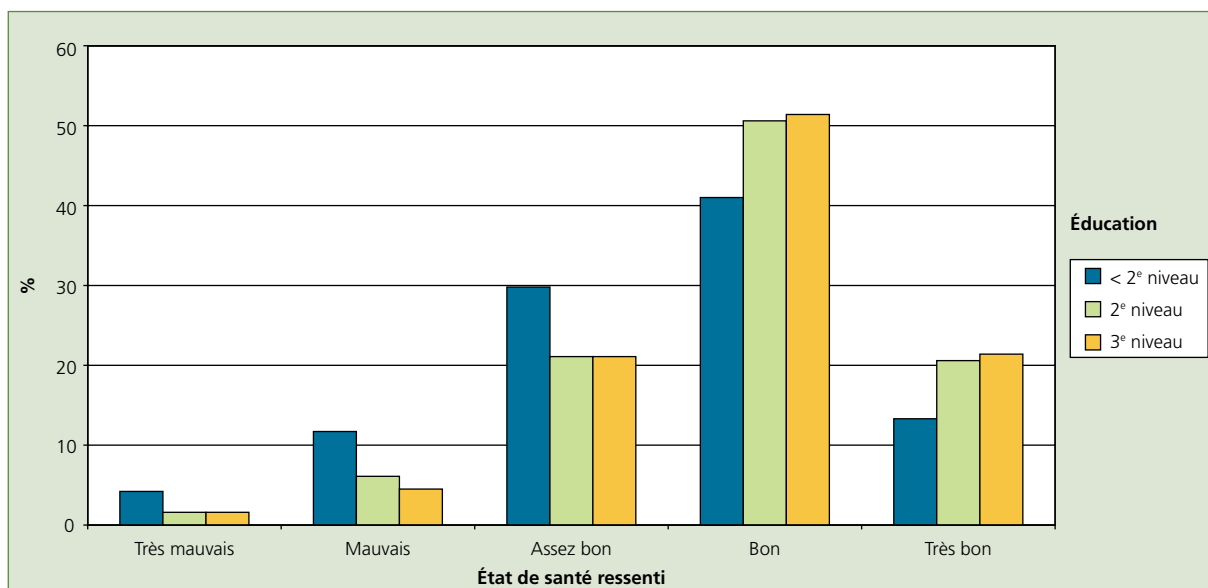
De par sa nature, l'état de santé général d'une population mesuré selon le principe de l'«autoévaluation» ne varie que très lentement dans le temps. Les améliorations au niveau de la prévention, de l'alimentation, de l'activité physique et d'autres facteurs liés au style de vie peuvent mettre des années avant de se répercuter sur la santé de la population. De plus, l'état de santé n'est pas uniformément réparti: plus on grimpe dans l'échelle socio-économique, moins les groupes sont exposés à la maladie, à l'invalidité et au décès prématuré. En plus de l'environnement socio-économique, les facteurs génétiques, l'environnement physique et les expériences de la première enfance contribuent tous à influencer la façon dont la santé est globalement perçue par la population. La perception peut également varier en fonction de la culture, ce qui rend toute comparaison plus ou moins inutile. Pour évaluer les aspects positifs de la santé, les administrations centrales ont notamment recours à des enquêtes d'autoévaluation de l'état de santé. L'état de santé subjectif ou autodéclaré ne saurait remplacer des indicateurs plus objectifs, mais il peut les compléter: les autoévaluations de la santé introduisent un point de vue personnel dans le contrôle de la santé de la population et révèlent certains aspects de la santé qui pourraient échapper à des mesures

plus traditionnelles (voir NZ MoH, 1999). On a constaté que les indicateurs de la santé telle qu'elle est perçue par les intéressés sont de bons prédicteurs de l'utilisation future des soins de santé et de la mortalité (voir Miilunpalo, 1997) et qu'ils ont une valeur prévisionnelle en ce qui concerne le déclin des capacités fonctionnelles chez les personnes âgées et dans la population en général. Par nature, toute évaluation de la santé par les personnes intéressées est subjective. L'UE est composée de pays différents ayant chacun sa propre langue et ses propres traditions culturelles. Donc, même en cas d'accord sur la structure et le libellé de la question d'autoévaluation de l'état de santé, il est probable que les réponses refléteraient, ne serait-ce que partiellement, des différences culturelles quant à la perception de la santé (voir Robine, 2002).

Le **panel communautaire des ménages (PCM)** coordonné par **Eurostat** demandait aux personnes âgées de 16 ans et plus d'évaluer leur propre état de santé (voir site web PCM). Dans sa majorité, la population de l'UE percevait son état de santé comme bon ou très bon (voir tableau 4.1.1). Les femmes avaient un peu plus tendance que les hommes à dire de leur santé qu'elle était bonne, mauvaise ou très mauvaise (43,3 % contre 36,1 %) en 1998. On a toutefois constaté des différences considérables entre États membres. En 1998, une plus forte proportion de la population jugeait sa santé très bonne ou bonne en Irlande (81 %), au Danemark (75,6 %) et en Grèce (75,4 %) que dans les autres États membres. Cette proportion tombait à moins de 50 % au Portugal et en Allemagne où,

#### 4.1.2. État de santé ressenti, par niveau d'éducation, EU-15, 1998

(en %)



NB: Définition des niveaux d'études:

3<sup>e</sup> niveau: troisième niveau reconnu de l'enseignement (enseignement supérieur) (CITE 5-7),

2<sup>e</sup> niveau: deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 3),

< 2<sup>e</sup> niveau: inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).

On ne dispose pas de données pour la Suède.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

respectivement, 22,3 % et 19,0 % de la population considéreraient être en mauvaise ou très mauvaise santé. D'une manière générale, dans l'UE, l'état de santé ressenti s'améliorait à mesure que le niveau d'études s'élevait (voir graphique 4.1.2) et la probabilité qu'il soit perçu comme très bon ou bon diminuait à mesure que l'âge augmentait. Après un palier de 85,3 % pour les personnes âgées de 16 à 24 ans, la proportion de personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé tombait à 78,6 % pour le groupe suivant (25 à 34 ans) et continuait de baisser pour chaque tranche d'âge successive, pour n'être plus que de 23,7 % chez les personnes de 85 ans ou plus.

On notera que cette évolution entre les tranches d'âge successives est similaire aux résultats obtenus lors de chaque vague précédente du PCM (voir tableau 4.1.3). Les proportions les plus fortes de personnes percevant leur santé comme très bonne ont été constatées au Danemark, en Grèce et en Irlande entre 16 et 54 ans, en Grèce, en Irlande et au Royaume-Uni entre 55 et 64 ans et au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni à 65 ans et plus. C'est en France que les proportions de personnes considérant leur santé comme très mauvaise étaient les plus fortes à tous les âges, sauf entre 65 et 74 ans où elles étaient plus élevées en Finlande et entre 75 et 84 ans où elles l'étaient en Allemagne. La perception de l'état de santé comme «très mauvais» ou «mauvais» augmentait avec l'âge, les proportions les plus fortes dans ces deux catégories étant constatées en Allemagne et au Portugal dans la plupart des tranches d'âge. Pour l'ensemble de l'UE, parmi les personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population active à la population inactive était d'environ 2:1. C'est chez les répondants inactifs (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) que les taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais étaient les plus élevés (voir tableau 4.1.4).

Le **panel communautaire des ménages (PCM)** est une enquête longitudinale à objectifs multiples couvrant de nombreux aspects de la vie quotidienne, en particulier l'emploi et le revenu, mais également les caractéristiques démographiques, l'environnement, l'éducation et la santé. Le PCM est une source unique d'informations en raison de ses trois principales caractéristiques, à savoir: 1) couverture multidimensionnelle simultanée d'un éventail de sujets; 2) méthodologie et procédures standardisées permettant de disposer d'informations comparables entre les pays; 3) conception longitudinale ou par panel. Le PCM a été conçu pour compléter les deux principales enquêtes sociales coordonnées au niveau de l'UE, à savoir l'enquête sur les forces de travail et l'enquête sur le budget des ménages. En tout, l'échantillon couvre quelque 60 000 ménages

comprenant 130 000 adultes âgés de 16 ans ou plus au 31 décembre de l'année précédente. La première vague s'est déroulée en 1994, alors que l'UE ne comptait que douze États membres, si bien que l'Autriche, la Finlande et la Suède n'ont pas été prises en compte. La section santé du PCM contient des questions sur l'état de santé ressenti, sur le fait de se sentir handicapé dans ses activités habituelles du fait d'affections chroniques, sur la réduction temporaire (deux dernières semaines) d'activité en raison de problèmes de santé et sur l'hospitalisation et les consultations médicales au cours des douze mois précédant l'interview. En raison de la conception longitudinale, par panel, du PCM, il est possible de suivre et d'interroger les mêmes ménages privés et les mêmes personnes sur plusieurs années consécutives. Contrairement à une enquête transversale, il fournit des données sur la dynamique sociale de l'UE et donne des informations sur les liens et les transitions dans le temps au microniveau. Trois pays, à savoir l'Allemagne, le Luxembourg et le Royaume-Uni, obtiennent des données comparables à partir d'autres enquêtes nationales par panel (panel socio-économique allemand — GSOEP, panel anglais des ménages — BHPS) qui couvrent des sujets similaires à ceux du PCM. En 1997, la Finlande a décidé de ne pas collecter d'informations sur le revenu à partir d'interviews mais de tirer ces informations des registres. En outre, d'autres pays ont revu leurs données. Les données fournies par le PCM étant à la disposition d'un large éventail d'utilisateurs et le PCM étant un fournisseur d'importants indicateurs, certains pays ont pris de plus en plus conscience de la qualité des données et ont entrepris de réviser ces dernières de manière significative. Ces révisions ne sont pas encore finalisées et les données continueront d'être mises à jour pour 2000 et 2001. Depuis 1997, la base de données contient, pour la Suède, des données transversales comparables tirées de l'enquête suédoise sur les conditions de vie.

Dans les statistiques de la santé, l'âge est une variable importante dans la mesure où de nombreux problèmes de santé augmentent avec l'âge. Il faut quand même reconnaître que plusieurs problèmes opérationnels affectent le PCM. Le plus important est le manque d'actualité des données. Ainsi, les données collectées à l'échelle nationale en 1999 ne seront disponibles, au niveau de l'UE, qu'au début de 2003, c'est-à-dire avec un retard de trente-sept mois. D'autres problèmes concernent essentiellement les taux des premières réponses/d'érosion et la non-participation d'un des pays de l'UE au projet, la Suède.

Après huit années d'utilisation (de 1994 à 2001), Eurostat et les États membres ont décidé de mettre un terme au projet du panel communautaire des ménages et de le remplacer, en 2003, par un nouvel instrument, **EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie)**. Il y a plusieurs raisons à cela: avant tout, il importait d'adapter le contenu et l'actualité du panel aux nouveaux besoins politiques, en particulier après les sommets eu-

ropéens de Lisbonne et de Nice. Lors de ces sommets, la priorité a été donnée à l'éradication de la pauvreté, et une meilleure connaissance de l'exclusion sociale a été demandée sur la base d'indicateurs approuvés en commun. En conséquence, on a de plus en plus besoin de données comparables et récentes sur le revenu et l'exclusion sociale, plus particulièrement dans le cadre du programme d'action communautaire visant à encourager la coopération entre les États membres dans la lutte contre l'exclusion sociale, et d'indicateurs structurels produits annuellement pour le rapport du printemps au Conseil européen. Grâce à ce projet, pour la première fois, des données comparables sur la répartition du revenu et sur la pauvreté/l'exclusion sociale ont été produites pour l'UE.

#### 4.1.2. Enquêtes de santé par interview (ESI)

Dans les États membres de l'UE et les pays de l'AELE/EEE, des **enquêtes de santé par interview (ESI)**, des **enquêtes de santé par examen (ESE)**, des combinaisons ESI/ESE et d'autres enquêtes auprès de la population ayant une composante santé suffisamment importante pour donner un aperçu de la couverture des domaines concernés par le contrôle de la santé au moyen d'enquêtes nationales et internationales peuvent être utilisées pour collecter des informations sur l'état de santé auto-évalué de la population (état de santé ressenti, affections chroniques, incapacités, santé mentale), sur un certain nombre de comportements liés à la santé (déterminants de la santé tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'usage de drogues, les habitudes de consommation alimentaire) et sur l'utilisation des services médicaux (hospitalisation, consultation de médecins/dentistes, consommation de médicaments, actions préventives telles que les tests de dépistage du cancer). Ces enquêtes collectent en outre des informations complètes sur les caractéristiques individuelles des personnes interviewées, et, dans certains pays, les données des enquêtes peuvent être combinées, au microniveau, avec des données provenant des registres.

**Eurostat** travaille dans ce domaine depuis plusieurs années. Les méthodologies et les instruments ont été mis au point et évalués. Des informations complètes sur les enquêtes de santé nationales existantes ont été recueillies et, avec l'appui du programme de surveillance de la santé de la CE 1998-2002, sauvegardées sous forme électronique (base de données ESI/ESE). Des données existantes provenant d'enquêtes nationales ont été collectées en 1999 sur 12 sujets (*voir point 4.1.3*) et une collecte similaire, mais portant dorénavant sur 18 sujets, est actuellement en cours. Il ressort de la collecte 1999 qu'il existe déjà un certain nombre de sujets pour lesquels les enquêtes

nationales existantes peuvent fournir des données suffisamment comparables (état de santé ressenti, affections chroniques, tabagisme, indice de masse corporelle), que, pour un certain nombre de sujets, il suffirait d'adaptations relativement minimes des approches nationales, par exemple l'harmonisation des périodes de référence dans les questions concernant la consultation de médecins/dentistes et la consommation de médicaments, pour obtenir une bien meilleure comparabilité internationale. Pour d'autres sujets, les approches nationales sont encore assez éloignées mais une harmonisation semble tout à fait possible. On s'attend à ce que la collecte en cours de données existantes sur 18 sujets ESI montre déjà que, dans certains pays au moins, des améliorations significatives ont été réalisées dans le sens d'une meilleure comparabilité des données internationales. Pour stimuler l'harmonisation, **Eurostat** participe directement ou indirectement à un certain nombre de projets visant à élaborer des instruments conseillés pour les enquêtes de santé. C'est notamment le cas du projet Eurohis (coordonné par l'OMS Europe), du projet Euro-REVES-II et d'un certain nombre d'autres projets soutenus dans le cadre du programme d'action communautaire en matière de surveillance de la santé. Outre la mise au point d'instruments concernant un seul sujet, on s'efforce, depuis peu, d'élaborer des «modules» contenant plusieurs instruments dans un domaine spécifique (état de santé, déterminants de la santé, utilisation des services médicaux).

L'**enquête de base** d'un système européen d'enquête de santé (EHSS) actuellement mis au point par Eurostat en collaboration avec les États membres et la DG Santé et protection des consommateurs pourrait constituer une forme d'une future **enquête européenne de santé par interview (EHIS)**. La première série d'enquêtes EHIS pourrait (éventuellement) avoir lieu en 2006 dans tous les États membres de l'UE, y compris dans les nouveaux États membres. Le système d'enquête pourrait revêtir diverses formes dans les différents États membres et pourrait, dans tous, comporter les éléments communs suivants: *Mini European health module (MEHM)* (minimodule de santé européen), qui serait la composante annuelle de l'EHSIS et fournirait les données nécessaires, chaque année, pour les indicateurs structurels européens dans le domaine de la santé tels que l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), ainsi que d'autres modules tels qu'un *European survey module on determinants of health (ESMD)* (module européen d'enquête sur les déterminants de la santé) et un *European survey module on care (ESMC)* (module européen d'enquête sur les soins). À partir de 2003, le module MEHM sera annuellement inclus dans l'enquête SILC (*voir encadré du point 4.1.1*).

Le projet de **base de données ESI/ESE**, coordonné par le **bureau de statistique néerlandais**, par **KTU** (Finlande) et par l'**Institut scientifique de la santé publique** (Belgique), a démarré en 1998 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Cette base de données contient des informations sur les méthodes et le contenu des enquêtes ESI, ESE et ESI/ESE. Actuellement, elle inclut des informations sur 8 ESE nationales, 70 ESI nationales et 2 enquêtes de santé internationales. Elle contient (ou contiendra) en outre des instruments conseillés de diverses sources (OMS/EURO, projets de surveillance de la santé) et couvre plus de 5 000 questions ESI (dans la langue d'origine et en anglais). Les utilisateurs de la base de données peuvent chercher des informations sur des enquêtes particulières ou sur des sujets particuliers tels que la santé subjective, les styles de vie, l'utilisation des services. Pour faciliter la recherche, une liste de sujets de santé a été préparée. Elle contient actuellement 93 sujets répartis dans 7 domaines: facteurs démographiques et socio-économiques; état de santé; facteurs individuels; facteurs liés au style de vie; conditions de vie et de travail; prévention; protection de la santé, promotion de la santé et utilisation des services médicaux et sociaux. Comme la base de données permet une mise à jour permanente, elle peut servir de guide de référence actualisé pour la collecte de données de la Commission auprès des États membres. D'autres organisations internationales peuvent utiliser les résultats du projet lorsqu'elles ont besoin d'informations sur la disponibilité de données comparables ou sur les enquêtes ESI/ESE (inter)nationales et des enquêtes similaires dans l'UE. Les instituts nationaux peuvent utiliser la base de données comme un miroir pour évaluer leurs propres enquêtes et pour décider d'adapter certains éléments dans leurs enquêtes (pour des raisons d'harmonisation internationale).

La liste des indicateurs est fondée sur la liste des domaines et des sujets de santé élaborée pour un inventaire des enquêtes ESI en 1996/1997 ainsi que sur l'ensemble des indicateurs recommandés par le projet «**Indicateurs de santé de la Communauté européenne**» (ISCE).

Le projet «Indicateurs de santé de la Communauté européenne» (ISCE) est coordonné par l'Institut national de la santé publique et de l'environnement — **RIVM** (Pays-Bas) dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Il doit proposer un ensemble cohérent d'indicateurs de santé de la Communauté européenne destinés à répondre aux besoins formulés dans le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, choisis sur la base de critères explicites et acceptés par tous les États membres.

#### 4.1.3. Affections chroniques subjectives

On dispose actuellement de trop peu de données comparables sur les affections chroniques subjectives au niveau européen. Les maladies chroniques comp-

tent parmi les problèmes de santé ayant le plus d'influence sur la qualité de la vie, surtout chez les personnes âgées, et sont au nombre des principales causes d'utilisation des services de santé. Elles affectent souvent les capacités psychologiques et physiques des personnes sur de longues périodes, voire indéfiniment. Bien qu'il soit important de suivre la répartition et les tendances des maladies chroniques de la population générale, peu de pays collectent de telles données de morbidité de façon régulière. Les données ne sont généralement collectées que pour certaines maladies et certains sous-groupes qui ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la population (par exemple, pour les besoins des registres des cancers). De nombreux pays collectent des données sur la morbidité liée à des affections physiques chroniques au moyen d'enquêtes ESI. Cette approche convient tout particulièrement pour les maladies de longue durée et à faible taux de mortalité, d'autant plus qu'elle a l'avantage d'être bon marché et relativement rapide à mettre en œuvre et qu'elle permet de collecter simultanément des données sur un certain nombre d'affections chroniques et d'autres informations liées à la santé, par exemple sur l'utilisation des services médicaux. Toutefois, les enquêtes ESI ne sont pas exemptes d'inconvénients. La méthode d'échantillonnage ne convient pas pour mesurer des affections à faible prévalence, et la déclaration subjective peut ne pas toujours identifier correctement l'affection, par exemple certaines personnes peuvent être malades mais ne pas en avoir conscience ou elles peuvent avoir elles-mêmes «diagnostiqué» une maladie et s'être trompées. Il existe de plus une hétérogénéité considérable des concepts et des définitions adoptés dans différents pays effectuant des enquêtes sur les affections chroniques.

Comme nous l'avons indiqué plus haut (voir point 4.1.2), **Eurostat** a collecté, en 1999, des données provenant d'enquêtes ESI nationales sur 12 sujets dans les États membres de l'UE et de l'AELE/EEE, données pour lesquelles une certaine harmonisation semble tout à fait possible dans un avenir proche. Les écarts sont dus à des différences quant à l'année de collecte des données (de 1991 à 1998) et à des différences entre les systèmes nationaux de soins de santé. Les précédents résultats d'une étude Eurostat portant sur certaines affections mettent en évidence une importante variation du pourcentage (voir tableau 4.1.5) de personnes souffrant de maladies chroniques dans les États membres ayant participé à l'étude (seulement 8), de 45,4 % en Suède (1996/1997), 40,0 % au Royaume-Uni (1996) et 37,6 % au Danemark (1994), à 17,0 % en Suisse (1997) et 27,7 % en Espagne (1997). Plusieurs de ces affections chroniques sont importantes dans la mesure où elles sont des causes majeures de décès, d'incapacité ou d'hospitalisation (hypertension, diabète, insuffisance cardiaque chronique ou accident cérébro-vasculaire).



#### 4.1.4. Affections chroniques subjectives chez les enfants

Selon l'étude sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) (voir site web PCM), on dispose de quelques données sur les affections chroniques subjectives chez les jeunes. L'augmentation des symptômes non associables à une affection physique grave peut traduire un déséquilibre dans l'environnement psychologique des jeunes. Le tableau 4.1.6 donne les proportions de jeunes ayant souffert de maux de tête, de maux d'estomac ou de mal de dos «au moins une fois par semaine» en 1997/1998. La proportion d'enfants âgés de 11, 13 et 15 ans déclarant souffrir de maux de tête était plus forte que celle d'enfants de même âge déclarant souffrir de maux d'estomac ou de mal de dos. Pour ce qui est des maux de tête, les filles étaient plus touchées que les garçons dans tous les pays. Pour elles, les proportions augmentaient de 11 à 13 ans dans tous les pays et de 13 à 15 ans dans la plupart. Pour les garçons, les proportions augmentaient avec l'âge dans environ la moitié des pays et diminuaient dans les autres. Pour ce qui est des maux d'estomac, plus de filles que de garçons (tous de 11, 13 et 15 ans) s'en plaignaient dans tous les pays. Les proportions allaient décroissant entre 11 et 13 ans et entre 13 et 15 ans dans la plupart des pays. Les différences entre les pays augmentent légèrement pour les garçons entre 11 et 13 ans, puis diminuent d'un tiers à 15 ans. Pour les filles, ces différences diminuent d'un quart entre 11 et 13 ans puis augmentent légèrement. Enfin, pour ce qui est du mal de dos, la proportion de ceux qui en souffraient à 13 ans était plus forte qu'à 11 ans, pour les garçons dans tous les pays et pour les filles dans la plupart des pays. La proportion de ceux qui en souffraient à 15 ans était plus forte qu'à 13 ans, pour les filles dans tous les pays et pour les garçons dans la plupart des pays. Là encore, il y avait des différences d'un pays à l'autre.

#### Références

PCM (voir métadonnées, point 4.1.1):  
<http://www-rcade.dur.ac.uk/echp/>

HBSC, étude conjointe de l'OMS:  
<http://www.who.dk/hbsc/hbsc%20page.htm>

Ministère de la santé de Nouvelle-Zélande, *Our health, our future: the health of New Zealanders*, 1999.

Miilunpalo, S., e.a., «Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population», *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, n° 5, mai 1997, p. 517-528.

Robine, J. M., Jagger, C., et Romieu, I. (éd.), *Selection of a coherent set of health indicators for European Union*, Euro-REVES, Montpellier (France), 2002.

#### 4.2. Caractéristiques anthropométriques

Les données de l'enquête **Eurobaromètre** 1996 (voir site web «Eurobaromètre») montrent qu'il existe une relation inverse entre l'âge et la taille, chez les hommes comme chez les femmes, dans les tranches d'âge indiquées dans le tableau 4.2.1. Dans l'UE, par conséquent, les personnes de chaque génération sont plus grandes que celles de la génération précédente. En général, les hommes continuent d'être plus grands et plus lourds que les femmes. Chez les hommes, le poids (voir tableau 4.2.2) augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge de 15 à 44 ans puis diminue, alors que chez les femmes il augmente jusqu'à la tranche d'âge de 55 à 64 ans avant de diminuer.

Les classifications de l'**indice de masse corporelle** (IMC) utilisées en 1996 par l'Eurobaromètre dans le tableau 4.2.3 étaient les suivantes: < 18: insuffisance pondérale grave; 18 à 19: insuffisance pondérale; 20 à 26: poids normal; 27 à 30: surcharge pondérale; > 30: surcharge pondérale grave. Sur cette base, dans tous les États membres, une plus forte proportion de femmes que d'hommes est en insuffisance pondérale grave (surtout en Belgique, en France, en Italie et au Luxembourg) et en insuffisance pondérale (surtout au Danemark, en France, en Italie et au Luxembourg). Une plus forte proportion d'hommes que de femmes est en surcharge pondérale dans tous les États membres (surtout en Grèce et en Suède) et en surcharge pondérale grave dans neuf États membres. Les proportions de personnes de poids normal selon cette classification vont de 58 % en Espagne à 74 % aux Pays-Bas pour les hommes, et de 51 % en Grèce à 66 % en Irlande pour les femmes. Il est à noter qu'il est important d'utiliser l'IMC et une mesure de la répartition des graisses (tour de taille ou rapport du tour de taille au tour de hanches, etc.) dans le calcul du risque de comorbidité liée à l'obésité. Selon **Eurodiet**, l'obésité peut aller jusqu'à multiplier par 100 le risque de diabète (voir site web Eurodiet). Pour au moins 80 % du nombre croissant de diabétiques, une prise de poids excessive est en cause, surtout lorsque la graisse s'accumule dans l'abdomen. Avec un IMC inférieur à 18,5, le risque d'avoir d'autres problèmes cliniques augmente. De nombreuses personnes perçoivent mal leur propre image corporelle; par exemple, les personnes en surcharge pondérale peuvent ne pas se considérer comme telles. Par contre, il existe également un nombre croissant de personnes, surtout des filles et des jeunes femmes, boulimiques ou anorexiques (voir Garrow, 1993).

Pour les enfants de 11, 13 et 15 ans, les données de l'enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (**HBSC**) 1997/1998 (voir tableau 4.2.4) font ressortir des différences entre les garçons et les filles et entre les pays quant aux proportions de jeunes considérant être en surcharge

pondérale (voir site web HBSC). Un quart des garçons de 11 et 13 ans et un peu moins d'un quart de ceux de 15 ans suivaient un régime ou pensaient qu'ils devraient en suivre un. La proportion de filles était plus forte pour chaque âge et l'augmentation d'un âge à l'autre était plus importante. Près d'un tiers des filles de 11 ans, près de la moitié de celles de 13 ans et la moitié de celles de 15 ans suivaient un régime ou pensaient qu'elles devraient en suivre un. À mesure que diminue l'activité physique des jeunes femmes européennes, ces dernières compensent en tentant de manger moins pour limiter leur prise de poids. Selon Eurodiet (voir site web Eurodiet), elles s'exposent ainsi à des risques d'anémie. Les enfants de 11 ans étaient ceux qui avaient le *moins* de chances de suivre un régime en Suède (18 % des garçons, 21 % des filles) et en Suisse (19 % des garçons, 25 % des filles). Les enfants de 13 et 15 ans avaient le moins de chances de suivre un régime en Suisse (13 ans: 19 % des garçons et 34 % des filles; 15 ans: 15 % des garçons et 42 % des filles). Les garçons d'Irlande du Nord (28, 30 et 26 % respectivement, pour chaque âge) et de Grèce (27, 30 et 29 %) étaient ceux qui avaient le *plus* de chances de suivre un régime aux trois âges, le cas de figure étant le même pour les garçons autrichiens de 11 ans (29 %) et de 13 ans (30 %). Les filles avaient plus de chances de suivre un régime en Grèce (37 %), au pays de Galles (37 %), en Belgique et en Irlande du Nord (36 % dans chaque pays) à 11 ans, en Irlande du Nord (53 %) et au pays

de Galles (50 %) à 13 ans et en Grèce et en Norvège (56 % dans chaque pays) à 15 ans.

### Références

Eurobaromètre (voir métadonnées, point 2.1): <http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb.html>

Eurodiet: <http://eurodiet.med.uoc.gr>

Garrow, J. S., et James, W. P. T. (éd.), *Human nutrition and dietetics*, 9<sup>e</sup> édition, Churchill Livingstone, Londres, 1993.

HBSC, étude conjointe de l'OMS (<http://www.who.dk/hbsc/hbsc %20page.htm>).

### 4.3. Santé dentaire

Si, depuis une bonne vingtaine d'années, la santé dentaire s'est améliorée en raison, notamment, de l'utilisation du fluorure dans le dentifrice, certaines inégalités persistent. Une task-force paneuropéenne (voir site web Dental) a constaté que c'est dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés et dans certains groupes de migrants que la santé dentaire est la moins bonne. La parodontopathie, l'érosion dentaire et la carie dentaire sont tous des problèmes de santé dentaire, mais la carie est celui qui représente le coût le plus élevé (de 5 à 10 %) pour le budget de la santé et le seul problème majeur de santé d'origine alimentaire bien documenté en Europe (voir site web Eurodiet). Une fraction seulement de l'argent consacré au traitement est destinée à la prévention. L'ingestion fréquente de sucre, en particulier de saccharose, dans les aliments et les boissons est la principale cause de carie dentaire. Les acides contenus dans les aliments et les boissons sont surtout à l'origine de l'érosion dentaire, problème de plus en plus fréquent.

Les données concernant la carie dentaire ont été compilées par le **centre de collaboration de l'OMS, Suède** (voir site web OMS), à partir d'un certain nombre de sources et sur plusieurs années et ne sont donc pas strictement comparables, mais ce sont les données les plus récentes dont on dispose (voir tableau 4.3.1). C'est peut-être pour cette raison qu'aucun pays ne se distingue véritablement des autres, en mieux ou en pire. Environ la moitié de la population de l'UE a souffert de caries à 5/6 ans, cette proportion approchant les 100 % à l'âge adulte. Dans tous les pays, le nombre moyen de dents cariées était de 3,5 ou moins à 5/6 ans et de 2,3 ou moins à 12 ans, la moitié environ des dents ayant été touchées à l'âge adulte et environ les trois quarts à l'âge de la retraite. L'objectif global de santé bucco-dentaire déclaré en 1981 par l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS était que, chez les enfants de 12 ans, le nombre de dents DMFT (cariées, manquantes ou obturées) ne devait pas dépasser 3 en 2000. Une analyse détaillée de la

L'indice de masse corporelle (IMC) ou *indice de Quetelet* est une mesure du poids d'une personne par rapport à sa taille qui correspond relativement bien à la teneur en graisse de l'organisme chez les adultes. Les experts considèrent l'IMC comme l'indice le plus utile de l'obésité chez les adultes quand les seules données disponibles concernent le poids et la taille. L'IMC est calculé pour chaque personne interrogée (en l'occurrence dans le cadre de l'enquête **Eurobaromètre**) en divisant le poids corporel (exprimé en kg) par la taille (exprimée en m) au carré. Si le résultat se situe entre 18 et 20, la personne présente une insuffisance pondérale et si l'indice est inférieur à 18, on parle d'insuffisance pondérale grave. Une personne ayant un IMC compris entre 27 et 30 présente une surcharge pondérale et quand l'IMC atteint 30 ou plus, on parle de surcharge pondérale grave. Il n'existe pas de consensus international quant à la classification de l'obésité légère et une fourchette de 25 à 30 est parfois utilisée. Le groupe de travail international sur l'obésité (OMS) a proposé une nouvelle classification de l'indice de masse corporelle utilisant une plage de 18,5 à 24,9 pour le poids normal, de 25,0 à 29,9 pour la surcharge pondérale, de 30,0 à 34,9 (obésité modérée), de 35,0 à 39,9 (obésité grave) et de plus de 40 (obésité très grave). Cette classification sera adoptée par Eurostat dans ses futures enquêtes et analyses. On notera que ces valeurs sont indépendantes de l'âge et qu'elles correspondent au même degré d'adiposité dans les différentes populations.

situation concernant les caries dans de nombreux pays fait ressortir une répartition asymétrique de la prévalence des caries, les valeurs DMFT étant élevées pour certains enfants de 12 ans alors qu'elles sont nulles pour d'autres. Un indice significatif de caries (SIC) a donc été calculé (voir site web OMS) dans certains pays pour le tiers de la population comptant le plus grand nombre de caries — valeur DMFT moyenne pour ce groupe d'enfants de 12 ans — comme suit: Allemagne 4,1, France 4,7, Suède 2,8, Royaume-Uni (nord-ouest de l'Angleterre) 3,5, Royaume-Uni (Écosse) 4,3. Pour l'indice SIC, l'objectif est de tomber sous une valeur DMFT inférieure à 3 d'ici à 2015.

Dans l'enquête 1997/1998 sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) (voir site web HBSC), il était demandé aux enfants de 11, 13 et 15 ans de dire s'ils se brossaient les dents «plus d'une fois par jour». Dans chaque pays, les «oui» étaient plus nombreux chez les filles que chez les garçons (voir tableau 4.3.2). Les différences les plus grandes entre les garçons et les filles ont été constatées à 15 ans en Finlande (garçons 31 % et filles 61 %), en Grèce (35 % et 61 %), en Irlande (46 % et 74 %) et en France (53 % et 79 %). Dans la plupart des pays, la proportion de filles et de garçons qui se brossaient les dents «plus d'une fois par jour» était comparativement plus forte à 15 ans qu'à 13 ans. De même, la proportion de filles était comparativement plus forte et celle de garçons plus faible à 13 ans qu'à 11 ans. On constate des différences nettes entre les pays pour les trois âges. C'est en Suède que les proportions de jeunes se brossant les dents «au moins une fois par jour» étaient les plus fortes (de 81 à 92 %), devant le Danemark (de 78 à 88 %) et la Suisse (de 73 à 89 %), et en Finlande qu'elles étaient les plus faibles (de 28 à 61 %) ainsi qu'en Belgique (de 33 à 62 %) et en Grèce (de 35 à 64 %).

### Références

*Dental health in Europe: a problem for disadvantaged groups*, préparé par une task-force paneuropéenne créée à la suite d'une conférence sur la promotion de la santé dentaire financée par la Commission européenne ([http://www.gamdat.se/sthvf/dental\\_health\\_in\\_europe.htm](http://www.gamdat.se/sthvf/dental_health_in_europe.htm)).

Eurodiet: <http://eurodiet.med.uoc.gr/>

HBSC, étude conjointe de l'OMS (voir métadonnées, point 2.2), [http://www.who.dk/hbsc/hbsc %20page.htm](http://www.who.dk/hbsc/hbsc%20page.htm)

OMS: <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>

## 4.4. Incapacité et restrictions

Les définitions de l'incapacité (voir Mayhew, 2001) varient souvent en fonction de la finalité de la col-

lecte de données ou des classifications utilisées. Pour cette raison, et compte tenu de la possibilité de comptabiliser plusieurs fois les personnes ayant des incapacités multiples, les estimations officielles et non officielles varient. La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), réalisée par l'Organisation mondiale de la santé et initialement publiée en 1980, a fait l'objet d'une révision qui a donné lieu à la nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) adoptée par l'OMS en 2001.

### 4.4.1. Espérance de vie sans incapacité

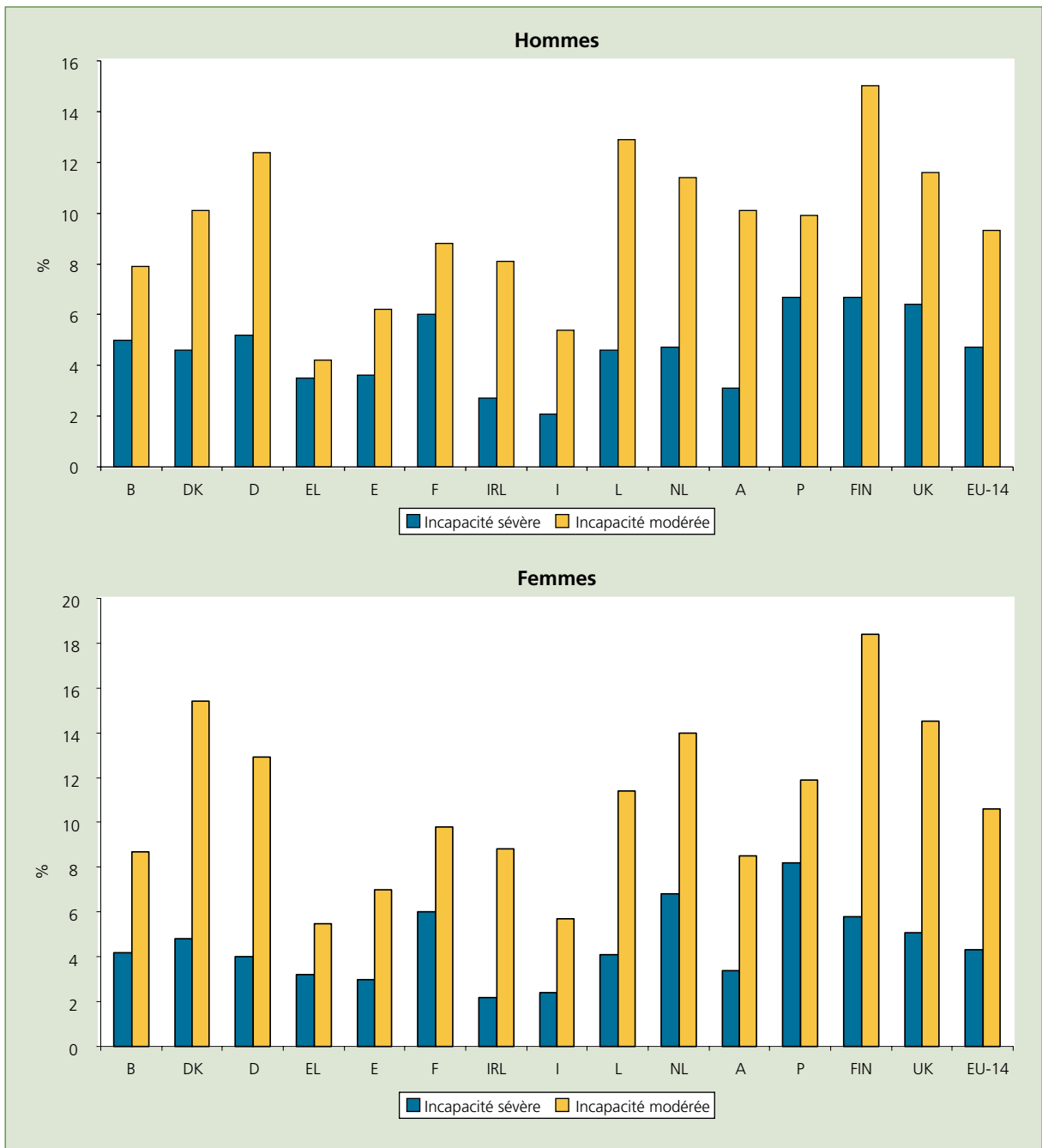
L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 16 ans a été calculée par l'Inserm (REVES) à partir des statistiques de morbidité et des données du panel communautaire des ménages (PCM). Il est à noter que des différences nationales (culturelles) au niveau des déclarations d'incapacité peuvent avoir une incidence considérable sur les résultats. On a constaté des différences marquées d'espérance de vie avec incapacité sévère, modérée ou nulle entre les États membres (voir tableau 4.4.1). Les hommes, en Grèce, et les femmes, en France, avaient respectivement l'espérance de vie la plus élevée à 16-60 ans et 66 ans. Par ailleurs, les Grecs (hommes et femmes) et les Italiennes peuvent espérer passer une plus grande partie de leur vie sans incapacité que les habitants des autres États membres. Par contre, les Finlandais et les Finlandaises peuvent s'attendre à passer une plus grande partie de leur vie avec une incapacité modérée (10 ans pour les hommes, 13 pour les femmes) ou sévère (7 ans pour les hommes, 8 pour les femmes). C'est en Belgique que les hommes et les femmes peuvent espérer passer le plus petit nombre d'années avec une invalidité modérée (5 et 6 ans, respectivement). De leur côté, les Irlandais et les Irlandaises peuvent s'attendre à passer le plus petit nombre d'années avec une incapacité sévère (2 et 3 ans, respectivement). Selon Eurodiet, des analyses récentes de l'institut suédois de la santé publique produisant des estimations concernant les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) donnent à penser que, dans l'UE, les facteurs alimentaires et un mode de vie sédentaire ont un coût en soins de santé supérieur à celui qui est lié à l'usage du tabac (voir site web Eurodiet).

L'espérance de vie sans incapacité est calculée par l'Inserm (REVES) selon la méthode de Sullivan: la prévalence (en fonction de l'âge) de l'incapacité subjective sert à subdiviser les années vécues dans la table de mortalité courante en années avec et sans incapacité (voir Robine, 1992). Les tables de mortalité sont fournies par Eurostat. Les données d'incapacité proviennent du PCM (données 1996). Ce dernier comporte diverses questions sur la santé, y compris une question générale sur les restrictions des activités habituelles dues à un problème de santé. Compte tenu

du manque de données comparables pour les personnes vivant en institutions, REVES a supposé que, dans chaque pays, ces dernières avaient des taux d'incapacité comparables à ceux des personnes vivant dans des ménages. Cette hypothèse est peu probable mais elle permet au moins de faire une estimation minimale. Une autre hypothèse consisterait à considérer que toutes les personnes vivant dans des institutions ont un handicap, ce qui permettrait de faire une estimation maximale. Toutefois, les types d'institutions diffèrent d'un pays à un autre et on ne dispose pas de

données suffisantes sur la sévérité de l'incapacité. Par ailleurs, pour pouvoir effectuer des calculs à la naissance, REVES a, pour tous les pays et pour les deux sexes, appliqué un taux constant d'incapacité (de 1 %) entre 0 et 16 ans. Ce taux, qui est compatible avec les valeurs observées au-delà de 16 ans, n'a pratiquement aucun impact sur la valeur des espérances de vie sans incapacité. Enfin, REVES a calculé les intervalles de confiance pour les personnes de plus de 16 ans selon la méthode Mathers (1991), en utilisant le barème de calcul de Jagger (1997).

**4.4.2. Pourcentages de personnes de 16 à 64 ans ayant déclaré des incapacités sévères ou modérées, par sexe, 1996**



Source: Panel communautaire des ménages, Eurostat; avec la coopération du réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES).



#### 4.4.2. Incapacité

Les données provenant du **panel communautaire des ménages (PCM)** (voir site web PCM) montrent qu'il y a, dans l'ensemble de l'UE, peu de différences entre les proportions moyennes d'hommes et de femmes ayant déclaré des incapacités sévères ou modérées en 1997/1998 (voir graphique 4.4.2).

L'incapacité est définie, dans ce cas, par la question du PCM cherchant à savoir si on est gêné, dans ses activités habituelles, par un problème de santé physique ou mentale, par une maladie ou par une incapacité. Toutefois, on a constaté d'importantes différences entre États membres, la Finlande étant le pays où la proportion de personnes ayant déclaré une incapacité était la plus forte et la Grèce et l'Italie ceux où elle était la plus faible. Dans l'UE, les niveaux d'études (voir sites web sur les niveaux d'éducation) étaient négativement corrélés avec l'incapacité. En 1996, la proportion de personnes sans incapacité âgées de 16 à 64 ans ayant atteint le niveau d'études le plus élevé (18 %) était deux fois supérieure à celle des personnes souffrant d'incapacité sévère (9 %) (voir tableau 4.4.6). La proportion de personnes atteintes d'incapacité sévère n'ayant pas achevé leurs études secondaires (58 %) était près de 50 % supérieure à celle des personnes sans incapacité (41 %). Une plus forte proportion de personnes sans incapacité avaient atteint le plus haut niveau d'études au Danemark (32 %), en Finlande (31 %), en Belgique et au Royaume-Uni (25 % dans ces deux pays) que dans les autres États membres. Par ailleurs, de plus fortes proportions de personnes affectées d'incapacité modérée en Belgique et au Danemark (25 % dans ces deux pays) et de personnes souffrant d'incapacité sévère en Belgique, au Danemark et en Allemagne (14 % dans tous ces pays) avaient atteint le plus haut niveau d'études que dans les autres États membres. En Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche, la proportion de personnes ayant achevé leurs études secondaires dans chaque catégorie d'incapacité était plus forte que dans les autres États membres. Au Portugal, indépendamment du degré d'incapacité, moins de personnes avaient achevé leurs études secondaires que dans les autres États membres.

Dans l'ensemble de l'UE, 62 % des personnes sans incapacité âgées de 16 à 64 ans avaient un emploi en 1996, contre 46 % de celles qui étaient atteintes d'une incapacité modérée et seulement 24 % de celles qui souffraient d'une incapacité sévère (voir tableau 4.4.8). Si on ne considère que les personnes âgées de 25 à 59 ans, 72 % des personnes sans incapacité avaient un emploi contre 56 % de celles qui étaient atteintes d'une incapacité modérée et 29 % de celles qui souffraient d'une incapacité sévère (voir Handicap, 2001). Comme on pouvait s'y attendre compte tenu des rôles traditionnels et de la procréation, plus d'hommes que de femmes avaient un emploi dans chaque catégo-

rie. On a constaté des différences entre les États membres dans les proportions de personnes ayant un emploi dans chaque catégorie. Parmi les personnes sans incapacité, plus d'hommes au Danemark, en Allemagne, au Portugal et au Royaume-Uni, et plus de femmes au Danemark et au Royaume-Uni avaient un emploi que dans les autres États membres. Parmi les personnes atteintes d'une incapacité modérée, plus d'hommes au Danemark et au Portugal et plus de femmes au Danemark, au Portugal et en Finlande avaient un emploi que dans les autres États membres. Les hommes comme les femmes souffrant d'une incapacité sévère avaient plus de chances d'avoir un emploi en France (devant les Pays-Bas puis le Luxembourg pour les hommes, et le Portugal puis l'Autriche pour les femmes) que dans les autres États membres. C'est en Espagne, en Irlande et en Italie que les proportions de femmes travaillant dans chaque catégorie étaient les plus faibles. C'est également dans ces pays que les proportions comptaient parmi les plus faibles pour les hommes, le Danemark étant le pays où la proportion d'hommes en incapacité sévère ayant un emploi était la plus faible (15 %).

Dans l'UE, en raison de l'accès aux prestations, les personnes handicapées avaient légèrement plus de chances (incapacité sévère 92 %, incapacité modérée 90 %) d'avoir un revenu en 1996 que celles qui ne l'étaient pas (85 %) (voir tableau 4.4.10). On notait toutefois certaines différences entre les États membres. Les personnes vivant au Danemark, en Finlande et au Royaume-Uni avaient nettement plus de chances (de 97 à 99 %) d'avoir un revenu, qu'elles soient handicapées ou non, que celles qui vivaient en Grèce, en Espagne et en Italie. Dans ces trois derniers États membres, les handicapés avaient plus de chances d'avoir un revenu que les non-handicapés (incapacité sévère de 77 à 82 %, incapacité modérée de 74 à 79 % et aucune incapacité de 66 à 71 %). En ce qui concerne le revenu gagné, la situation est toutefois très différente. Les personnes souffrant d'une incapacité sévère avaient nettement moins de chances d'avoir un revenu gagné que celles atteintes d'une incapacité modérée, ces dernières ayant à leur tour moins de chances d'en avoir un que les personnes sans incapacité. Pour chaque catégorie, c'est en Espagne, en Italie et en Irlande (Espagne: 13 %, Irlande: 17 % et Italie: 18 % pour les handicapés sévères; Espagne: 27 %, Italie: 29 % et Irlande: 31 % pour les handicapés modérés; Italie 49 % et Espagne 52 % pour les non-handicapés) que les proportions de personnes tirant un revenu d'un emploi étaient les plus faibles. Les plus fortes proportions de personnes gagnant un revenu variaient en fonction de la catégorie: 38 % au Luxembourg et 36 % en France (incapacité sévère), 58 % en Allemagne et 56 % en France (incapacité modérée), contre 79 % au Danemark et 76 % au Royaume-Uni (sans incapacité).

En 1998, dans l'UE, la proportion de personnes âgées de 16 ans et plus ayant déclaré être très gênées ou plus ou moins gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, par une maladie ou une incapacité variait de 13,0 % en Italie à 40,1 % en Allemagne (voir tableau 4.4.3). Dans ce dernier pays, la proportion de personnes se disant plus ou moins gênées en 1997 (29,6 %) et 1998 (29,3 %) était près du double de celle du Danemark et des Pays-Bas qui venaient en deuxième et troisième positions. Dans tous les États membres, une plus forte proportion d'hommes que de femmes était concernée. Entre 1996 et 1998, moins de 5 % des personnes de moins de 45 ans étaient très gênées dans leurs activités habituelles, ce pourcentage approchant 30 % pour les personnes âgées de 75 à 84 ans et 40 % pour les personnes de 85 ans et plus (voir tableau 4.4.4). Le tableau 4.4.6 compare la proportion de personnes de l'UE âgées de 16 ans et plus qui étaient gênées dans leurs activités habituelles entre 1996 et 1998, par niveau d'études. Entre 1996 et 1998, la proportion de personnes âgées de 16 ans et plus, qui travaillaient et n'étaient pas gênées dans leurs activités habituelles, a légèrement baissé (de 90 à 85 %) (voir tableau 4.4.8). En 1998, les proportions de personnes très gênées ou plus ou moins gênées allaient de 5 % en Italie à 28 % en Allemagne pour les actifs et de 21 % en Italie à 55 % en Allemagne pour les inactifs.

#### 4.4.3. Réduction temporaire des activités habituelles

Le panel communautaire des ménages (PCM) demandait également aux personnes de 16 ans et plus si elles avaient réduit leurs activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale. Dans l'UE, en 1996, une plus forte proportion de femmes (14,9 %) que d'hommes (11,7 %) avait répondu «Oui» à cette question (voir tableau 4.4.10). Le rapport des raisons physiques aux raisons mentales était de près de 6:1 pour les hommes et de 4:1 pour les femmes. Les proportions de personnes ayant déclaré réduire leurs activités entre 1996 et 1998 pour des raisons de problèmes physiques étaient les plus fortes au Danemark et en Finlande, et les plus faibles en Espagne et en Italie. Les proportions de personnes ayant invoqué des problèmes émotionnels ou mentaux étaient les plus fortes aux Pays-Bas et les plus faibles en Italie.

Les données du PCM pour la période allant de 1996 à 1998 montrent que, dans l'UE, la réduction des activités chez les personnes de 16 ans et plus s'accroît généralement avec l'âge, à quelques exceptions près dans certains États membres — surtout dans les deux premières tranches d'âge et dans la dernière (voir tableau 4.4.11). On a constaté d'importantes variations entre les États

membres. Si on examine la tranche d'âge de 16 à 24 ans en 1998, les proportions de la population réduisant ses activités en raison de maladie ou de blessure allaient de 1 % en Grèce à 20 % au Danemark et, dans la tranche d'âge de 85 ans et plus, de 13 % en Italie à 30 % au Danemark. En 1998, la réduction due à des problèmes émotionnels ou mentaux dans la tranche d'âge de 16 à 24 ans allait de 0,2 % en Italie à 3,9 % au Portugal et, dans la tranche d'âge de 85 ans et plus, de 3 % en Irlande et aux Pays-Bas à 25,5 % en Autriche.

D'une manière générale, dans l'UE, la réduction de l'activité était légèrement moins accentuée à mesure que les niveaux d'études augmentaient, bien qu'on ait pu constater, dans certains États membres, certaines années, que les personnes ayant les niveaux d'études les plus élevés réduisaient plus leur activité que celles du second niveau (voir tableau 4.4.12). En 1996 et 1997, c'est en Allemagne et en Finlande que les proportions de personnes ayant réduit leurs activités étaient les plus élevées et en Grèce et en Italie (ainsi qu'en Irlande pour le premier niveau, pour des raisons de maladie ou de blessure) qu'elles l'étaient le moins. En 1996, dans l'UE, la proportion d'inactifs qui réduisaient leur activité, par rapport aux actifs, était supérieure à 2:1 (voir tableau 4.4.13). Ce rapport variait entre les États membres. Les plus élevés, en 1998, étaient de 10:1 en Irlande pour la réduction due à des problèmes affectifs ou mentaux (0,4 % d'actifs par rapport à 4 % d'inactifs) et de 4:1 en Grèce pour la réduction due à des problèmes de maladie ou de blessure (2 % d'actifs par rapport à 8 % d'inactifs). Dans chaque catégorie et dans chaque État membre, les proportions variaient légèrement entre 1996 et 1998.

Les données d'incapacité pour les résultats figurant dans les tableaux 4.4.2 à 4.4.13 provenaient du PCM. Les tableaux concernant l'éducation, la situation relative à l'emploi, etc., par niveau d'incapacité, étaient basés sur une étude du **réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES)** pour les données PCM de 1996. Les questions posées dans le PCM étaient «Avez-vous une maladie, une incapacité ou un problème de santé physique ou mentale chronique?» et, si la réponse était «Oui», «Êtes-vous gêné dans vos activités habituelles par cette maladie, cette incapacité ou ce problème de santé physique ou mentale?» questions auxquelles les participants pouvaient répondre par «Oui, très» ou «Oui, dans une certaine mesure» ou «Non». Les variations constatées entre les États membres sont en partie dues aux différences réelles de possibilités ou d'intégration sociale des groupes de population. Certaines de ces variations peuvent également résulter de différences d'interprétation de la question sur l'incapacité (différences culturelles) et de différences d'organisation sociale et de disponibilité des services dans les divers États membres. En outre, il est parfois dif-

ficile de comparer les catégories de personnes concernées en raison de différences dans les systèmes d'éducation, de pension, de retraite et de soins de santé.

#### 4.4.4. Déficiences spécifiques

Les données sur le nombre de non-voyants et de partiellement voyants dans les pays européens sont fondées sur des estimations fournies par les membres nationaux de l'**Union européenne des aveugles** (UEA) et sont des approximations d'une réalité très complexe (voir site web Euroblind). En raison du manque de statistiques officielles et de la diversité des définitions légales de la cécité et de la cécité partielle, il est particulièrement difficile d'effectuer des calculs précis. En particulier, le nombre de personnes âgées malvoyantes suit une courbe ascendante. Bon nombre d'entre elles ne considèrent pas qu'il est utile de commencer des cours de rééducation et, par conséquent, ne figurent pas dans les registres officiels. Au niveau de l'Union européenne, le chiffre généralement utilisé par ceux qui participent à des campagnes en faveur des malvoyants est de 7 millions (sur une population totale d'environ 385 millions). Rappelons qu'il ne faut pas comparer ce chiffre avec des données nationales qui sont fondées sur des définitions plus strictes de la malvoyance. En raison de ces problèmes et compte tenu du fait que peu de données ont été actualisées, les chiffres ne figurent pas dans le présent document.

À l'heure actuelle, on ne dispose pas de données sur la prévalence de la surdité, de la malentendance ou de l'acouphène au niveau de l'UE. Dans certains pays, des enquêtes sont prévues ou en cours.

#### 4.4.5. Emploi des personnes handicapées

Un module ad hoc de l'**enquête sur les forces de travail 2002** collecte des informations sur l'emploi des personnes handicapées. Ce module a été préparé par **Eurostat** en collaboration avec ONS-UK (voir Meltzer, 2002), et les États membres ont accepté de l'inclure dans l'enquête en vertu du règlement EFT sur les modules ad hoc. Il devrait permettre, pour la première fois, de disposer d'informations comparables détaillées sur la participation à la vie active des personnes handicapées comparativement à celle des personnes non handicapées. Pour la première fois également, l'échantillon sera suffisamment important pour permettre des ventilations appropriées, par exemple par nature du handicap, et pour disposer d'informations sur l'aide fournie aux personnes handicapées (ou sur l'aide dont elles ont besoin) pour qu'elles puissent travailler. Le contenu du module a été influencé par des considérations théoriques, méthodologiques et stratégiques.

Ce module s'intéresse plus particulièrement à la restriction des activités plutôt qu'aux limitations fonc-

tionnelles. Le handicap n'est plus perçu comme quelque chose qu'on porte en soi mais comme le résultat d'une interaction entre l'individu et l'environnement. Comme tel, c'est une caractéristique dynamique et non pas statique. Il en résulte que la mesure et la classification du handicap ne peuvent plus être décrites en termes de perte de structure ou de fonctionnalité. Le choix de l'EFT comme vecteur d'un module sur l'incapacité permet d'analyser les données d'incapacité avec la gamme complète des données de l'emploi collectées de manière systématique dans l'EFT. Le module est adapté aux personnes handicapées actives et inactives en ceci qu'il couvre les tâches qu'elles peuvent effectuer. Les informations à collecter ont trait à des causes durables d'incapacité telles que: les problèmes de bras ou de mains (y compris l'arthrite ou les rhumatismes), les problèmes de jambes ou de pieds (y compris l'arthrite ou les rhumatismes), les problèmes de dos ou de cou (y compris l'arthrite ou les rhumatismes), les troubles de la vue (avec lunettes ou verres de contact, le cas échéant), les troubles auditifs (avec prothèses auditives, le cas échéant), les troubles de la parole, les affections cutanées (y compris le défigement grave, les allergies), les affections poitrinaires ou problèmes respiratoires (y compris l'asthme et la bronchite), les problèmes cardiaques, de tension ou de circulation sanguine, les problèmes gastriques, hépatiques, rénaux ou digestifs, le diabète, l'épilepsie (y compris les crises d'épilepsie), les troubles mentaux, nerveux ou émotionnels, les autres maladies évolutives (y compris les cancers, la sclérose en plaques, le VIH, la maladie de Parkinson) et d'autres problèmes de santé de longue durée.

#### 4.4.6. Attitude des Européens face au handicap

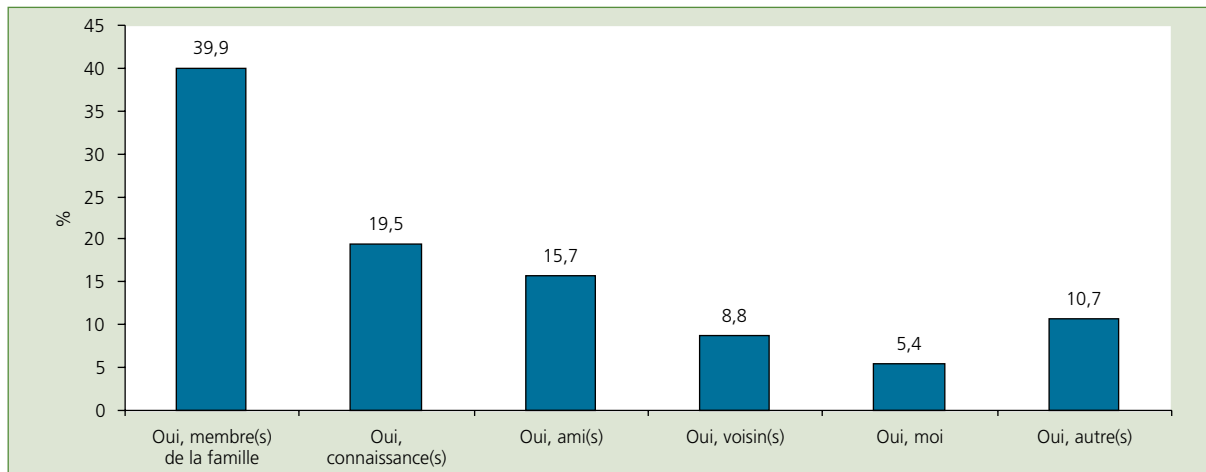
L'*Année européenne des handicapés*, en 2003, sensibilisera la population au problème du handicap. L'enquête **Eurobaromètre 54.2** effectuée par la **Commission européenne** en 2001 demandait aux participants de dire quelle était leur attitude face au handicap (voir Eurobaromètre 54.2). Il convient de noter que l'enquête était axée sur les opinions exprimées par les Européens, ces dernières ne reflétant pas nécessairement leur comportement quotidien. Les Européens peuvent n'avoir qu'une vague connaissance des différentes formes de handicaps et des problèmes qui y sont associés, mais ce n'est pas pour autant qu'ils y sont indifférents. Ils manifestent au contraire une volonté réelle de changer les choses. L'enquête (voir graphique **4.4.14**) montrait que, dans leur majorité, les citoyens de l'UE connaissaient de loin ou de près au moins une personne atteinte d'une maladie, d'un handicap ou d'une invalidité de longue durée. Ils manifestaient également un intérêt certain pour le problème du handicap, 39,9 % d'entre eux ayant un membre de leur famille handicapé et 5,4 % se considérant eux-

#### 4. État de santé

mêmes comme handicapés. Une grande majorité d'Européens (80 %) déclaraient ne pas se sentir mal à l'aise en présence de personnes handicapées, sur-

tout au Danemark, en Espagne, en Irlande, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, les Grecs se sentant les moins à l'aise dans cette situation.

#### 4.4.14. Les Européens face aux handicaps: proportions de personnes connaissant des personnes handicapées, EU-15



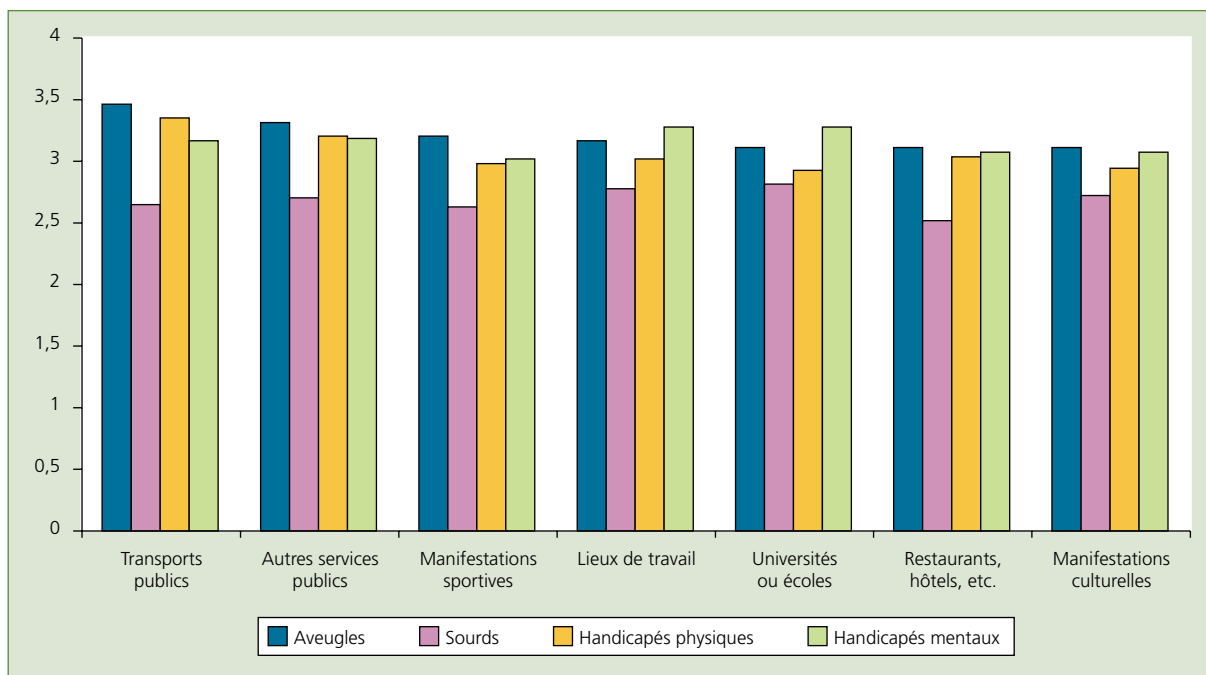
Question: Connaissez-vous personnellement des personnes qui ont une maladie de longue durée, un handicap ou une infirmité, qui limite leurs activités d'une façon ou de l'autre? De qui s'agit-il?

Source: Eurobaromètre 54.2, Commission européenne, 2001.

Dans l'ensemble, les citoyens de l'EU-15 considéraient que l'accès des personnes handicapées aux bâtiments, aux services et aux manifestations était «assez difficile» à «très difficile» (voir graphique 4.4.15). Sur une liste de 7 situations types, 76 % considéraient que l'accès des lieux aux non-voyants était difficile, 73 % pensaient de même pour les handicapés mentaux,

71 % pour les handicapés physiques et 54 % pour les sourds. Les pourcentages ont été calculés par addition des résultats jugeant l'accès «très difficile» et «assez difficile». Ainsi, 88 % des Européens considéraient que l'accès aux transports en commun pour les non-voyants était difficile (54 % considéraient qu'il était «très difficile» et 34 % «assez difficile»). 85 % souli-

#### 4.4.15. Les Européens face aux handicaps: accès des personnes handicapées aux services, EU-15



NB: Moyenne (1 = pas du tout difficile, 2 = pas très difficile, 3 = assez difficile, 4 = très difficile).

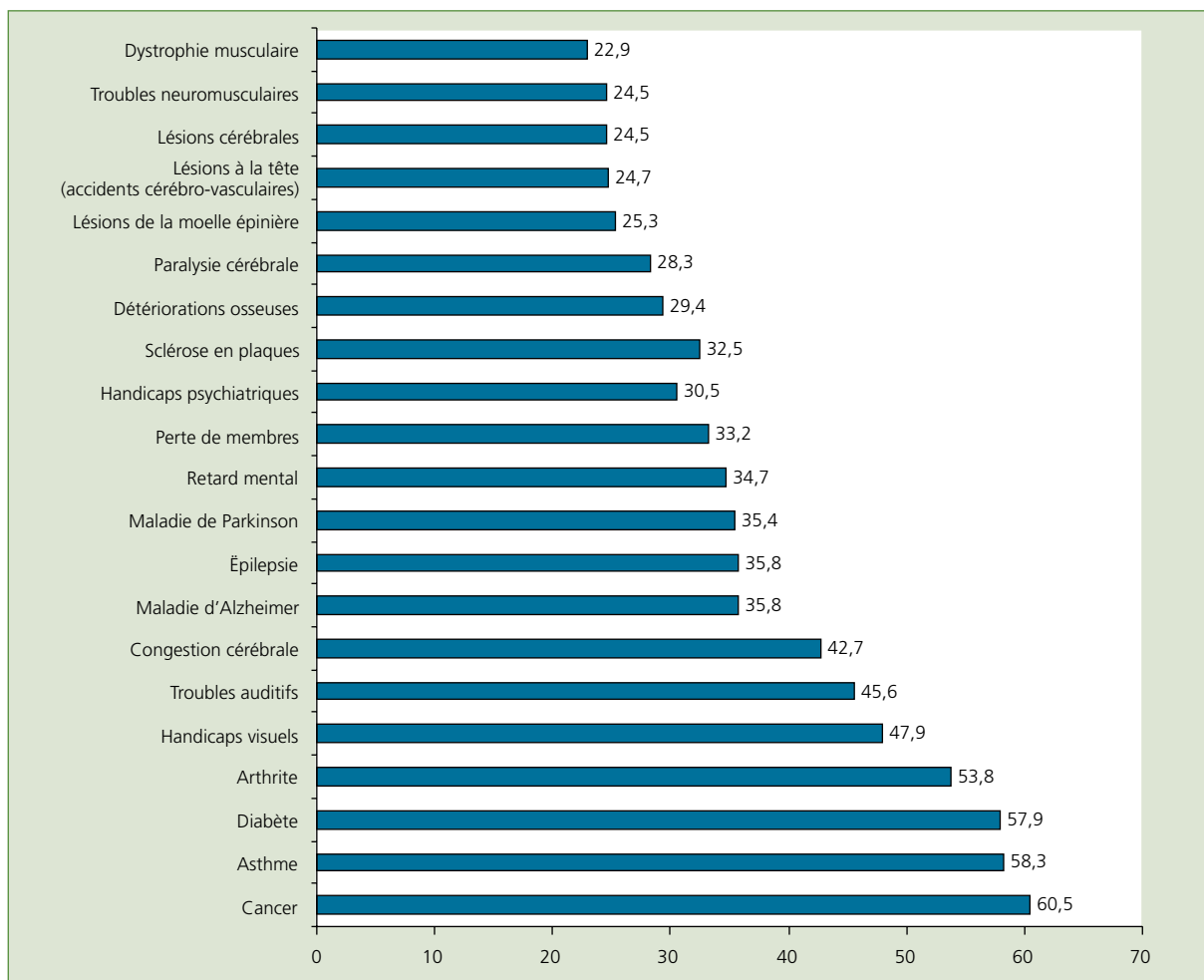
Source: Eurobaromètre 54.2, Commission européenne, 2001.

gnaient les difficultés d'accès des transports en commun pour les handicapés physiques. Près de trois Européens sur quatre considéraient que l'accès aux services publics (transports compris) était difficile pour les handicapés mentaux. 59 % des participants considéraient que l'accès aux écoles et aux universités était difficile pour les sourds. Lorsqu'il leur a été demandé si l'accès aux lieux publics s'était amélioré au cours des dix dernières années, 57 % des Européens ont déclaré que oui, avec une appréciation moyenne de 2,62 points, selon une échelle allant de 1 «aucune amélioration» à 4 «très nette amélioration». Dans quatre pays, quelques améliorations seulement ont été notées: la Grèce (1,85 point), le Portugal (2,13), l'Italie (2,41) et la France (2,49). Les pays dont les habitants ont une appréciation nettement plus positive des changements sont le Luxembourg (2,84), le Royaume-Uni (2,91), l'Autriche (2,95), la Suède (2,97), les Pays-Bas (2,99) et la Finlande (3,03).

Étant donné que 57 % des Européens admettent mal connaître les 21 types d'incapacité mentionnés dans le

questionnaire (ce pourcentage étant basé sur les résultats collectés pour chaque question), il est intéressant de noter que le mot «incapacité» couvre une série de déficiences générant différents niveaux d'information dans la population. Quatre grands groupes sont les mieux connus (voir graphique 4.4.16): a) incapacités dues aux maladies de longue durée telles que le cancer (61 %), l'asthme et le diabète (58 %), l'arthrite (54 %) (qui ne sont pas toujours considérés comme un handicap); b) incapacités correspondant à une perception plus généralisée du handicap, ce qui est le cas des incapacités physiques et sensorielles — par exemple, 48 % des Européens connaissaient les troubles visuels, 46 % les troubles auditifs, 43 % l'apoplexie, et seulement 23 % la dystrophie musculaire (qui est l'incapacité qui obtient le score le plus bas sur les 21 types d'incapacité sélectionnés); c) incapacités mentales et psychologiques, les moins connues, avec seulement 37 % de personnes connaissant relativement bien la maladie d'Alzheimer, 35 % la maladie de Parkinson et 31 % les déficiences psychiatriques; d) autres types d'incapacités

#### 4.4.16. Les Européens face aux handicaps: l'information des Européens sur les handicaps, EU-15



Question: Dans quelle mesure vous sentez-vous informé des différents types de handicaps qui existent? Diriez-vous que vous êtes plutôt informé?

Source: Eurobaromètre 54.2, Commission européenne, 2001.



pacités pour lesquels les niveaux d'information sont inégaux — lésion cérébrale, traumatismes crâniens et de la colonne vertébrale (25 %), sclérose en plaques (32 %) et déficiences du squelette (30 %). Près d'un quart des Européens pensaient qu'au moins 20 % de la population de leur propre pays avaient un handicap et 19 % n'avaient aucune opinion sur le nombre réel de personnes handicapées dans leurs pays respectifs.

Pratiquement tous les participants de l'enquête étaient en faveur d'une meilleure intégration des personnes handicapées et 97 % considéraient qu'il faudrait faire quelque chose pour qu'elles participent plus à la vie de la société (par exemple, en leur facilitant l'accès aux lieux publics). Plus précisément, 93 % souhaitaient que plus d'argent soit consacré à l'élimination des obstacles physiques qui compliquent l'existence des personnes handicapées et 72 % que les enfants handicapés fréquentent les mêmes écoles que les autres enfants. Cette attitude positive se trouve renforcée par le fait qu'une minorité de la population (39 %) pensait que les personnes handicapées étaient moins productives au travail et que 76 % des Européens rejetaient l'idée d'isoler les personnes handicapées de la communauté.

### Références

*Handicap et participation sociale en Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2001.

PCM: <http://www-rcade.dur.ac.uk/echp/>

Niveaux d'éducation: voir [http://unesco.org/en/act/act\\_p/iscled.html](http://unesco.org/en/act/act_p/iscled.html) et <http://www.fernuni-hagen.de/FTB/telemate/database/iscled.htm>

«Les Européens face aux handicaps», *Eurobaromètre 54.2*, Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales, 2002.

Euroblind: <http://www.euroblind.org/fichiersGB/STAT.htm>

Eurodiet (<http://eurodiet.med.uoc.gr/>) et *Determinants of the Burden of disease in the EU*, NIPH, Suède, 1997.

Mayhew, L., *Disability — Global trends and international perspectives*, présenté devant la Staple Inn Actuarial Society, Londres, 2001.

Meltzer, H., *The 2002 LFS ad hoc module on disability*, Eurostat/Office for National Statistics, Royaume-Uni, 2002.

Robine, J. M., e.a. (OPCS), *Health expectancy: first workshop of the international healthy life expectancy network (REVES): studies on medical and population subjects*, n° 54, HMSO, Londres, 1992.

### 4.5. Stress

On sait que le stress induit des changements hormonaux, métaboliques et immunologiques domma-

geables pouvant contribuer de manière importante à la morbidité et la mortalité excessives dues à un certain nombre de maladies mentales, mais aussi de maladies cardio-vasculaires et de certains cancers. Les données de l'enquête **Eurobaromètre 52.1** (1999) montrent que près de 40 % des personnes âgées de 15 ans et plus se sentaient régulièrement stressées (voir tableau 4.5.1) et qu'il y avait d'importantes différences entre les États membres, de 26 % en Finlande à 72 % en Grèce. Dans la plupart des États membres, les femmes étaient proportionnellement plus stressées que les hommes, les différences les plus marquées étant constatées en France (13 %) et au Portugal (12 %), et les moins importantes en Allemagne (0,2 %) et en Finlande (1 %). Les variations entre les pays augmentaient avec l'âge, et, dans chaque tranche d'âge, la proportion de personnes stressées était plus forte en Grèce que dans les autres États membres (voir tableau 4.5.2). La Finlande avait la proportion la plus faible ou la deuxième (parmi les plus faibles) de personnes stressées dans toutes les tranches d'âge sauf dans celle des personnes de 55 ans et plus où elle se classait derrière l'Allemagne et le Danemark. Les proportions les plus fortes de personnes stressées se trouvaient dans la tranche d'âge de 25 à 39 ans dans tous les États membres, sauf en Allemagne et aux Pays-Bas où elles appartenaient à la tranche d'âge de 15 à 24 ans, et en France, en Irlande et en Italie où elles appartenaient à celle de 40 à 54 ans. Dans tous les États membres, les proportions les plus faibles étaient enregistrées dans la tranche d'âge de 55 ans et plus, sauf en Grèce où elles l'étaient dans celle de 15 à 24 ans.

Divers aspects de la vie peuvent affecter la santé mentale et physique. Le **panel communautaire des ménages (PCM)** demandait aux personnes de dire dans quelle mesure elles étaient satisfaites de leur travail (ou de leur activité principale), de leur situation financière, de leur logement et du temps libre dont elles disposaient. En 1997 (voir tableau 4.5.3), dans l'UE, près de la moitié des personnes interrogées se disaient «insatisfaites de leur situation financière», cet aspect étant associé à la variation la plus importante (50 %) entre les États membres. La plus faible variation (27 %) concernait les personnes «insatisfaites de leurs heures de temps libre». Il existe des différences très nettes entre les pays, les personnes de certains États membres étant le plus insatisfaites dans chaque aspect examiné et celles d'autres États membres l'étant le moins. C'est en Grèce, en Italie et au Portugal que les personnes interrogées étaient le plus «insatisfaites de leur travail» (Grèce: 51 %, Italie: 47 % et Portugal: 37 %), de leur «situation financière» (Portugal: 71 %, Grèce: 70 % et Italie: 62 %), «de leur logement» (Grèce: 38 %, Portugal: 31 % et Italie: 29 %) et, avec celles d'Espagne, «des heures de temps libre» (Grèce: 45 %, Italie: 41 %, Espagne: 37 %, Portugal: 33 %). Ce sont celles du Danemark, des Pays-Bas et de l'Autriche qui étaient le moins «insatisfaites de leur tra-

vail» (11 % dans chaque pays), «de leur situation financière» (Danemark: 21 %, Pays-Bas: 22 % et Autriche: 28 %), «de leur logement» (Pays-Bas: 8 %, Autriche: 9 %, Danemark: 11 % et France: 11 %) et, avec celles de Finlande, «des heures de temps libre» (Autriche: 18 %, Danemark: 20 %, Finlande: 21 %, Pays-Bas: 22 % et Irlande: 22 %).

#### 4.6. Bien-être et isolement social

Dans le **panel communautaire des ménages (PCM)**, les personnes interrogées devaient dire selon quelle périodicité elles rencontraient des amis ou leur parlaient (voir tableau 4.6.1). En 1997, dans l'UE, les trois quarts rencontraient des amis au moins une fois par semaine, les Irlandais se montrant les plus sociables (95 %) à cet égard, devant les Grecs (93 %) et les Espagnols (92 %). C'est en Allemagne, et de loin, que la proportion des personnes rencontrant des amis au moins une fois par semaine (43 %) était la plus faible et que celle des personnes rencontrant des amis moins d'une fois par mois était de loin la plus forte (22 %). Parmi celles et ceux qui rencontraient des amis moins d'une fois par mois, c'est en Italie (33 %), en Grèce (30 %), en Irlande (30 %) et en Espagne (27 %) que la proportion de personnes ne parlant à personne en dehors du ménage était la plus forte. On ne disposait pas de données pour l'Allemagne à cet égard. Ainsi, pour une petite minorité d'entre elles, les personnes vivant dans les pays les plus sociables et rencontrant des amis moins d'une fois par mois ont des risques de ressentir plus la solitude que les personnes similaires vivant dans des pays moins sociables.

En 1997/1998, dans l'étude sur le **comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC)**, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demandait aux jeunes Européens âgés de 11, 13 et 15 ans, s'ils se sentaient solitaires (voir tableau 4.6.2). Dans le tableau, il n'a pas été tenu compte de ceux qui ont répondu «Oui, parfois» mais uniquement de ceux qui ont répondu «Oui, assez souvent» ou «Oui, très souvent». Les données montrent que la proportion de filles solitaires était supérieure à celle de garçons solitaires, pour chaque groupe d'âge et dans chaque pays (sauf pour les enfants de 11 ans en Suède). Dans les pays autres que la Grèce, la proportion de garçons qui déclaraient se sentir seuls diminuait légèrement entre 11 et 15 ans alors que la proportion correspondante de filles augmentait faiblement. À 11 ans, les proportions de jeunes se sentant seuls étaient les plus fortes au pays de Galles (15 % pour les garçons et 22 % pour les filles) et les plus faibles en Norvège (4 % pour les garçons et 5 % pour les filles). À 15 ans, c'est en Grèce qu'on trouvait les proportions les plus fortes (20 % pour les garçons et 39 % pour les filles) et au Danemark les plus faibles (3 % pour les garçons et 10 % pour les filles).

#### Références

HBSC (voir métadonnées, point 2.2): [http://www.who.dk/hbsc/hbsc %20page.htm](http://www.who.dk/hbsc/hbsc%20page.htm)

#### 4.7. Morbidité en fonction du diagnostic

Les deux sections qui suivent donnent un bref aperçu de certains groupes de maladies. À l'exception du cancer et de certaines maladies transmissibles, on dispose actuellement de très peu de données spécifiques aux maladies pour l'ensemble de la population de l'UE. **Eurostat** a commencé à examiner certains problèmes méthodologiques concernés. Différentes méthodes sont utilisées pour collecter les données d'incidence et de prévalence dans les pays. Il importe de tenir compte de l'effet éventuel des différences sur les données lorsqu'on fait des comparaisons entre les pays.

Dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE, un projet d'**établissement d'un inventaire des données de morbidité pour l'ensemble de l'Union européenne**, coordonné par

Il existe deux types fondamentaux de statistiques de morbidité, à savoir la mesure de l'incidence et celle de la prévalence. L'*incidence* est une mesure du nombre de nouveaux cas survenant dans une population dans une période donnée. Exprimée sous forme de *taux d'incidence*, elle correspond au nombre de cas en proportion du nombre de personnes dans la population au début de la période concernée. L'incidence mesure donc le risque pendant une période définie. La *prévalence* est une mesure du nombre de cas existant à un moment donné. Le *taux de prévalence* correspond à la proportion de ce nombre de cas dans la population totale. La prévalence est une mesure fréquemment utilisée pour planifier l'affectation des ressources en services de santé. Elle est moins utilisée en recherche étiologique où les mesures de l'incidence présentent plus d'intérêt. Par exemple, l'incidence peut être exprimée en nombre de nouveaux cas de maladie (ou de troubles) pour 100 000 habitants par an et la prévalence sous forme de proportion d'une population touchée par la maladie à n'importe quel moment de l'année. L'incidence peut faire référence à la première apparition d'une maladie (c'est-à-dire aux nouveaux cas) ou à tous les épisodes. Pour que les statistiques de prévalence de différentes études soient comparables, il faut que la période prise en compte soit la même. Les principales sources d'informations spécifiques aux maladies pour les données d'incidence et de prévalence d'un éventail de pays de l'UE sont les suivantes: *enquêtes de santé par interview, enquêtes transversales sur la population, enquêtes par panel/cohorte, dossiers médicaux/statistiques administratives, dossiers d'hospitalisation, registres des maladies, registres des médecins généralistes et communications administratives.*



L'**Office for National Statistics** (Royaume-Uni), a été lancé pour identifier les sources nationales de données de morbidité dans l'UE. Ce projet se concrétisera par la préparation d'un inventaire électronique des sources de données (et de métadonnées) de morbidité spécifiques aux maladies que les États membres pourront actualiser chaque année pour la Commission, et qui pourra être mis à la disposition du public. Par ailleurs, le projet **Euro-med-data (EMD)** coordonné par l'**école de santé publique** de l'université libre de Bruxelles (Belgique) a été conçu pour participer à l'effort collectif au niveau de l'UE. Il se propose d'établir un inventaire de données médico-administratives collectées de manière systématique dans dix-huit pays européens au niveau des soins de santé primaires et secondaires ainsi que dans le domaine de la médecine du travail.

#### 4.7.1. Maladies transmissibles

La surveillance est définie par l'OMS comme « la collecte, le regroupement, l'analyse et l'interprétation systématiques et continues des données, et la diffusion des informations auprès de ceux qui ont besoin de savoir pour que des mesures puissent être prises ». En vertu de la décision 2000/96/CE de la Commission du 22 décembre 1999, l'UE a accepté de mettre en place au niveau communautaire un réseau de surveillance de l'incidence de 39 maladies transmissibles spécifiques ainsi que des infections nosocomiales et de la résistance antimicrobienne, couvertes dans la présente section. Pour la sélection des maladies devant faire l'objet d'une surveillance épidémiologique sur le réseau de l'UE, les critères suivants ont été retenus:

- maladies entraînant, ou pouvant entraîner, une morbidité et/ou une mortalité significative dans la Communauté;
- maladies pour lesquelles l'échange d'informations peut constituer une mise en garde rapide contre des menaces pour la santé publique;
- maladies rares et graves dont il ne serait pas pris acte au niveau national et pour lesquelles la mise en commun de données permettrait de formuler des hypothèses à partir d'une base plus large de connaissances;
- maladies pour lesquelles on dispose de mesures préventives efficaces, avec tous les avantages que cela représente pour la santé.

Selon la décision 2002/253/CE de la Commission du 19 mars 2002 qui établit des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire, les États membres doivent communiquer des informations sur l'évolution épidémiologique et l'émergence de menaces pour la santé publique dues à des maladies transmissibles.

Ils doivent utiliser le réseau communautaire pour permettre d'effectuer des comparaisons et de prendre des mesures préventives et curatives aux niveaux communautaire et national. Pour les besoins de comparabilité de ces informations, l'établissement de définitions communes de cas est une condition préalable, même lorsque les réseaux de surveillance des maladies n'ont pas encore été mis en place. Dès que la décision prendra effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2003, ces définitions de cas seront obligatoires pour les communications d'informations sur le réseau communautaire et elles devront par ailleurs être conformes à la réglementation concernant la protection des données individuelles.

On peut trouver un aperçu complet de toutes les sources d'information sur les maladies transmissibles (systèmes de notification obligatoire, systèmes de notification volontaire, systèmes d'alerte en cas d'urgences épidémiologiques, institutions et laboratoires) dans l'**inventaire européen des ressources sur les maladies transmissibles (IRIDE)**, projet coordonné par l'**Istituto superiore di sanità** (Italie) dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Cet inventaire (<http://iride.cineca.org>) constitue une source informatisée de données facilitant les échanges d'informations entre les États membres, sur le réseau européen, pour lutter contre les maladies transmissibles. Le projet IRIDE se propose également de décrire et d'analyser les ressources existantes de contrôle et de lutte contre les maladies transmissibles dans les États membres de l'UE et dans les pays candidats. En outre, IRIDE améliore les échanges d'informations pertinentes entre les États membres sur le réseau européen de lutte contre les maladies transmissibles et offre la possibilité de standardiser les protocoles d'étude des poussées de maladies transmissibles, de la maîtrise de la

L'organisation des ressources nécessaires pour lutter contre les maladies transmissibles et les surveiller varie entre les États membres (voir Salmaso, 1998). Par contre, on a pu constater une similitude entre les systèmes de notification des maladies transmissibles. Il s'agit des **systèmes de notification obligatoire (SNO)** pour lesquels le nombre d'institutions participant, au niveau national, à la gestion du système de notification varie de un (Angleterre et pays de Galles, Autriche, Écosse, Finlande, Irlande et Suisse) à quatre (Pays-Bas). Dix pays disposent d'un niveau annexe et intermédiaire entre le notifiant et le niveau national, et huit en ont plus d'un. Dans les deux pays restants (Luxembourg et Norvège), le notifiant envoie le rapport directement à l'institution de niveau national. En Allemagne, en Italie et au Portugal, les systèmes ont des flux d'informations plus complexes en ceci que diverses institutions de niveau intermédiaire envoient des informations à diverses institutions de niveau national. Le nombre de maladies et de pathogènes donnant lieu à des notifications obligatoires varie de 22 en

France à 80 en Finlande, la moyenne se situant à 39,5. En Espagne et en Italie, toutes les maladies transmissibles doivent être obligatoirement notifiées. Dans sept pays [la Communauté d'expression flamande (Belgique), la Communauté d'expression française (Belgique), le Danemark, la Finlande, la Norvège, la Suède et la Suisse], les laboratoires jouent également le rôle de notifiants même si leur fonction, dans le système de notification, varie d'un pays à l'autre. Par exemple, en Suède, toutes les maladies incluses dans le système sont enregistrées à la fois par les cliniques et les laboratoires alors qu'au Danemark une distinction nette est faite entre le système qui utilise les cliniques comme notifiants et celui qui utilise les laboratoires.

Les **systèmes de notification volontaire (SNV)** sont des infrastructures conçues pour automatiquement analyser et interpréter les données systématiquement collectées et fournir des informations à leur sujet, mais pas nécessairement parce qu'une loi particulière l'exige. Un SNV est souvent mis en place pour répondre rapidement à un besoin d'informations non disponibles au niveau national, et les sources primaires d'information peuvent différer de celles qui sont utilisées pour les systèmes de notification obligatoire. Très souvent, les SNV sont mis en place pour des raisons pratiques, et, par définition, leur création ne dépend pas d'une loi particulière. Ils constituent néanmoins une source importante d'informations et peuvent être d'une très grande utilité dans la lutte contre les maladies et les pathogènes sous surveillance. Le nombre de SNV dans chaque pays de l'UE varie de 1 à 20. Le Luxembourg et la Norvège sont les seuls pays qui en sont dépourvus (les maladies et les pathogènes ne sont déclarés que par l'intermédiaire des systèmes obligatoires).

qualité pour les laboratoires microbiologiques de référence et d'autres questions relatives à la lutte contre les maladies transmissibles dans les pays européens.

#### 4.7.1.1. Maladies évitables par la vaccination

Les maladies comprises dans ce groupe sont le tétanos, les infections bactériennes que sont la diphtérie, la coqueluche et l'*haemophilus influenzae* de type b ainsi que les infections virales que sont la grippe, la rougeole, les oreillons, la poliomyélite et la rubéole. Toutes sont contagieuses, certaines très, mais, pour la plupart d'entre elles, il existe des vaccins qui sont systématiquement inoculés aux enfants.

La **poliomyélite** est due au poliovirus, un entérovirus qui touche la partie antérieure de la moelle épinière et, par conséquent, les cellules nerveuses chargées de stimuler la contraction des muscles. Elle peut ainsi entraîner une faiblesse musculaire permanente et une paralysie. Une vaccination systématique est pratiquée dans l'enfance, soit par

voie orale (vaccin de Sabin) ou par injection (Salk). Dans l'UE, très peu de cas de poliomyélite ont été déclarés au cours de la dernière décennie (voir tableau 4.7.1), à l'exception d'une poussée aux Pays-Bas en 1992-1993. Les quelques cas déclarés depuis 1995 étaient tous des effets indésirables de l'usage du vaccin. En juin 2002, l'OMS a pris la décision historique de certifier que la région européenne de l'OMS était exempte de poliomyélite. Le dernier cas de poliomyélite sauvage indigène a été relevé en Turquie orientale, en 1998.

La **diphtérie** est due à la bactérie *Corynebacterium diphtheriae*; elle peut être mortelle. Les bactéries prolifèrent dans la bouche ou la gorge et entraînent une inflammation. En raison de la vaccination obligatoire, l'incidence de la diphtérie est proche de 0 dans les pays de l'UE (voir tableau 4.7.1), mais des épidémies se sont déclarées ces dernières années en Europe orientale, par exemple en Russie en 1997 (voir note éditoriale, 1997a). On considère que certains cas de diphtérie constatés dans les pays de l'UE pourraient avoir été contractés dans des pays orientaux. Lors d'une récente réunion du **groupe de travail européen sur la diphtérie**, il a été noté que, pour la diphtérie, les niveaux d'anticorps diminuaient chez les personnes de plus de 21 ans. Ce constat a été à l'origine d'une recommandation selon laquelle il convenait de se faire faire un vaccin antidiphtérique-antitétanique (Td) de rappel tous les dix ans (voir Lai, 2002).

L'***haemophilus influenzae* de type b (Hib)** est, de toutes les bactéries hémophiles, celle qui a le plus de chances de causer une maladie, en particulier la méningite, mais les enfants sont systématiquement vaccinés contre elle. L'incidence de Hib dans les pays de l'UE est généralement faible (voir tableau 4.7.1), les niveaux les plus élevés ayant été relevés en Belgique et des niveaux moyens en France et en Suisse. Dans certains pays, pratiquement aucun cas n'a été déclaré ces dernières années.

La **coqueluche** est due à la bactérie *Bordetella pertussis* à l'origine, entre autres symptômes, de quintes de toux caractéristiques. Elle peut s'accompagner de complications des voies aériennes et peut évoluer vers une pneumonie. La coqueluche peut être une maladie grave chez l'enfant de moins de 2 ans. L'historique de la coqueluche dans l'UE montre que l'immunisation réduit la morbidité associée à la maladie (voir Therre et Baron, 2000). Bien que les vaccins cellulaires inactivés aient été utilisés dans certaines campagnes nationales de vaccination pendant plus de trente ans, certains effets indésirables, surtout chez les sujets vaccinés les plus âgés, sont devenus une cause majeure de préoccupation. De nouveaux vaccins anticoqueluche acellulaires ont été mis au point ces dernières années, et leur utilisation varie considérablement selon les pays européens. Des doutes quant à leur sé-

curité ont amené certains pays à arrêter l'utilisation des vaccins cellulaires et à les remplacer par des vaccins acellulaires alors que d'autres continuent d'utiliser le premier type de vaccin. Il n'en reste pas moins que la sécurité et l'efficacité des vaccins anticoqueluche continuent d'alimenter la controverse.

Des épidémies de coqueluche se déclarent tous les trois ou quatre ans, et les pays européens peuvent être classés en trois groupes (voir tableau 4.7.1) selon l'incidence de la maladie. Il y a d'abord les pays où le niveau d'incidence est faible (Belgique, Grèce, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Autriche, Portugal et Royaume-Uni). Il y a ensuite ceux où il est modéré (Danemark, Islande et Irlande). Il y a enfin ceux où il est élevé (Allemagne, Finlande, Norvège, Pays-Bas, Suède et Suisse). On notera toutefois la périodicité des épidémies (Suède: 1990, 1994, Finlande: 1995, Italie: 1995, 1996, Norvège: 1997, 1998 et Pays-Bas: 1999). On relèvera également qu'en Suède, bien que la vaccination soit recommandée depuis 1996 pour tous les enfants et que la couverture vaccinale soit considérable, l'incidence actuelle reste importante, bien qu'en recul. Les vaccins acellulaires récemment mis au point sont prometteurs, mais d'importantes questions subsistent quant à la durée de l'immunité qu'ils assurent. Ils permettent également de faire des rappels tardifs de manière à réduire la transmission de l'infection aux bébés. Il faut mentionner enfin que le prix élevé des vaccins acellulaires, comparativement à celui des vaccins cellulaires, peut également jouer au détriment d'une utilisation plus généralisée.

La **rubéole** est une infection virale contagieuse évitable par une vaccination systématique des enfants. Elle peut être grave pendant la grossesse, une femme infectée pendant les premiers mois pouvant faire une fausse couche, avoir un enfant mort-né ou avoir un bébé présentant des anomalies congénitales. Les épidémies de rubéole se déclarent tous les six à neuf ans, généralement au printemps. Dans leurs déclarations de 1998, la plupart des huit pays membres du **réseau européen de surveillance séroépidémiologique (ESEN)** avaient pratiqué la vaccination sélective contre la rubéole chez des filles prépubères dans les années 70 afin de protéger les femmes enceintes de l'infection rubéolique (voir Levy-Bruhl, 1998). Certains de ces pays avaient également lancé un programme de vaccination des personnes âgées non immunes. Vers la fin des années 80, les données et les résultats épidémiologiques d'une modélisation mathématique ont montré que, seule, une stratégie sélective ne pouvait éliminer la rubéole congénitale. La vaccination contre la rubéole suit donc désormais le même calendrier et les mêmes niveaux de couverture que la vaccination contre la rougeole. Au Danemark, en Allemagne, en France

et en Italie, des vaccinations de rattrapage étaient encore indiquées en 1998 pour les filles ou les femmes non vaccinées ou réceptives. À l'évidence, il ressort de l'examen du tableau 4.7.1 que la rubéole a pratiquement été éliminée aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède, mais qu'elle persiste dans d'autres pays tels que l'Italie, l'Irlande, la Suisse et le Royaume-Uni, pour diverses raisons.

La **rougeole** est une infection virale se manifestant par divers symptômes et une éruption cutanée caractéristique. La vaccination des enfants est systématique et est généralement combinée avec la vaccination contre les oreillons et la rubéole. Avant la disponibilité générale du vaccin contre la rougeole, des épidémies se déclaraient tous les deux à trois ans. La rougeole peut entraîner des complications telles que la pneumonie (chez les bébés) ou une infection de l'oreille moyenne. Parmi les pays membres du réseau ESEN, la plupart avaient atteint un niveau élevé d'immunisation contre la rougeole en 1998, surtout grâce à des programmes de vaccination de longue date et/ou à une stratégie ROR (rougeole/oreillons/rubéole) à deux doses. La Finlande et la Suède ont atteint ce niveau élevé de protection, tout comme le Danemark, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. En Italie, par contre, la couverture vaccinale (voir chapitre 6) est restée faible jusqu'en 1997 alors qu'en France, si elle était plus élevée, elle restait très inférieure à 100 %. Ces deux pays ont déclaré une incidence relativement élevée de la rougeole jusqu'en 1997, incidence qui a toutefois très sensiblement diminué récemment (voir tableau 4.7.1). Dans le cas de la France, la réduction peut être due à la recommandation d'une deuxième dose à partir de 1996 (voir Brachet, 2000).

Les **oreillons** sont une infection virale entraînant une tuméfaction douloureuse des glandes salivaires mais pouvant également toucher d'autres organes, en particulier chez les adultes. Les complications peuvent entraîner des orchites (chez l'homme), des encéphalites ou des méningites. La vaccination est systématique pour les enfants. Dans les pays membres du réseau ESEN, la vaccination systématique a été adoptée dans les années 80 et le vaccin est aujourd'hui associé avec celui de la rougeole et de la rubéole (ROR) (voir Levy-Bruhl, 1998). Les oreillons ont pratiquement disparu en Finlande, au Luxembourg, en Norvège et aux Pays-Bas, et cet objectif est également près d'être atteint au Danemark, en Grèce et en Suède. La maladie est également bien jugulée en Irlande et au Royaume-Uni. Actuellement, les taux d'incidence les plus élevés sont déclarés par la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal (voir tableau 4.7.1). Les programmes d'immunisation, les couvertures vaccinales et les programmes de surveillance des oreillons et de la rougeole sont les

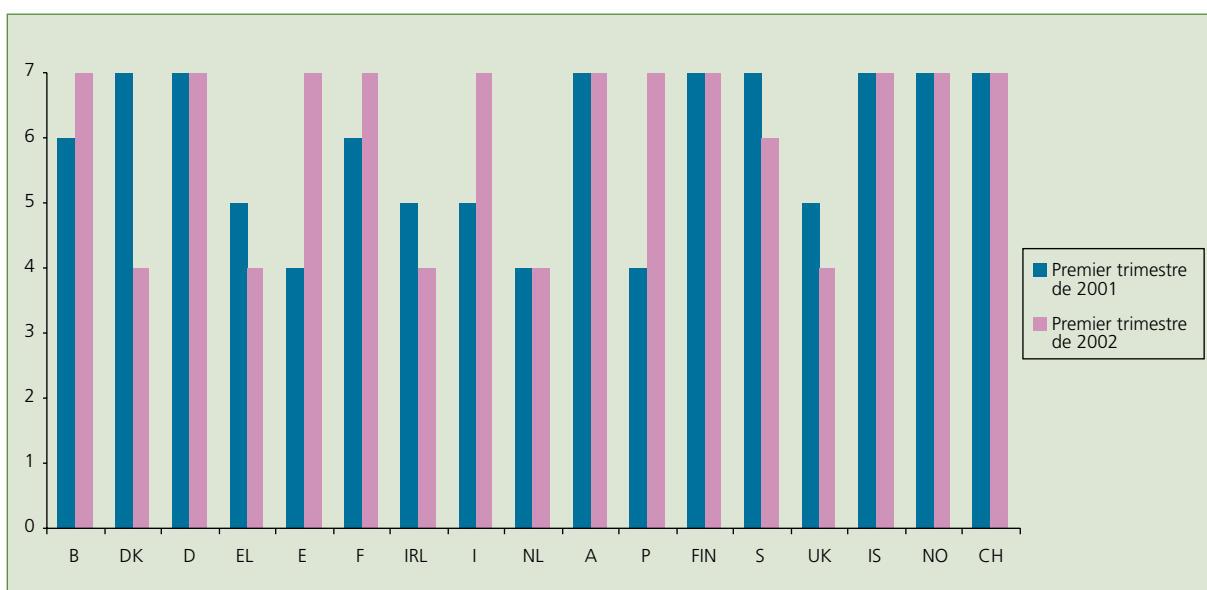
mêmes. En ce qui concerne la rougeole, grâce à des niveaux très élevés de couverture avec deux injections de ROR, la Finlande et la Suède ont atteint l'objectif fixé par l'OMS (incidence inférieure à 1 pour 100 000).

Le **tétanos** est une maladie grave, parfois mortelle, du système nerveux central. Il est dû à l'infection d'une plaie par les spores de la bactérie *Clostridium tetani*. Les spores vivent dans le sol. Lorsqu'elles pénètrent dans le corps par une plaie, elles peuvent se multiplier et produire une toxine affectant les nerfs qui commandent l'activité musculaire. Les enfants de moins de 7 ans peuvent recevoir le vaccin combiné DTC (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). Le tétanos continue d'être un important problème de santé publique dans les pays en développement mais on relève également des cas, quoique rares, dans l'UE. Au cours des cinquante dernières années, l'utilisation à grande échelle du vaccin antitétanique et l'amélioration du traitement des plaies ont modifié son épidémiologie dans les pays industrialisés: les cas néonataux ont disparu, et une réduction considérable de l'incidence de la maladie a été constatée dans les autres groupes d'âge. Toutefois, bien que très peu de cas de tétanos aient été rapportés dans l'UE au cours des dix dernières années (voir tableau 4.7.1), la maladie n'a pas disparu.

La **grippe** est une infection virale qui entraîne des poussées généralisées d'affections respiratoires, habituellement vers la fin de l'automne et en hiver. Elle est généralement due au virus grippal A ou B. Bien que la maladie disparaisse généralement en sept à dix jours, elle a d'éventuelles complications chez les très jeunes enfants, les personnes très âgées et celles qui souffrent d'une maladie du

cœur, des poumons ou du système nerveux. Une vaccination annuelle est conseillée contre les souches de virus ayant le plus de chances d'être à l'origine d'une épidémie. Le vaccin tient compte des souches courantes de l'année précédente et des souches actuelles à l'origine de la maladie dans d'autres parties du monde. La vaccination s'adresse généralement aux personnes exposées aux complications. Un système d'alerte rapide, le **programme européen de surveillance de la grippe (EISS: European Influenza Surveillance Scheme)**, est en service depuis 1996 (Manguerra et Mosnier, 2000). Durant l'hiver 2000/2001, c'est surtout le virus A (H1N1) qui a sévi, devant le virus B plus courant dans certains pays. Dans la plupart des pays couverts par le programme EISS, les pics des taux de morbidité enregistrés ont été très inférieurs à ceux de l'année précédente, ce qui témoigne d'un niveau modéré d'activité grippale. Pendant la semaine 15/2002, la plupart des réseaux nationaux participant au programme EISS ont rapporté des niveaux d'activité grippale bas ou de base. Cinq réseaux n'ont fait état d'aucune activité grippale (Danemark, Espagne, Irlande, Pologne et Suisse), onze ont déclaré une activité sporadique et deux (Allemagne et Norvège) ont déclaré une activité grippale locale. En 2002, le virus grippal dominant a été le virus A pour six réseaux et le virus B pour cinq réseaux. Sept réseaux ont indiqué qu'aucun virus grippal ne circulait pendant la semaine 15/2002. Aucun nouveau cas de virus grippal A (H1N2) ou B (de type Victoria/2/87) n'a été déclaré au programme EISS durant la semaine 15/2002. Les cartes d'activité des virus sont produites par les **centres nationaux de la grippe (réseau Flu Net de l'OMS)** (voir graphique 4.7.2).

#### 4.7.2. Surveillance clinique virologique de la grippe en Europe



NB: 1 = aucune surveillance; 2 = aucun cas déclaré; 3 = aucune activité; 4 = activité sporadique; 5 = poussée locale; 6 = poussée régionale; 7 = épidémie.  
Source: Réseau Flu Net de l'OMS.



Selon **Eurostat**, dans l'UE, le nombre de décès dus à la grippe a régulièrement augmenté ces dernières années (2 532 en 1994, 3 420 en 1995, 4 323 en 1996, 4 450 en 1997 et 5 613 en 1998).

En novembre 2001, la Commission européenne a invité des experts de toute l'Europe à exprimer leurs points de vue sur les différentes façons d'améliorer la préparation à une pandémie de grippe au niveau européen. La conférence a été bien suivie et a permis d'identifier des actions clés qui devront être menées par les autorités sanitaires en collaboration avec les gouvernements et les industries pharmaceutiques. Sur la base des suggestions émises lors de cette conférence, et avec l'appui d'un groupe de travail composé d'experts des États membres, la DG Santé et protection des consommateurs de la Commission a élaboré un **plan communautaire de préparation et de réponse à la pandémie de grippe**, actuellement en phase finale. Pendant la phase de préparation du plan, les divers services de la Commission en ont longuement discuté avec des experts de l'Agence européenne pour l'évaluation des produits médicaux (EMEA) et avec des producteurs de vaccins et d'antiviraux sous la tutelle de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations — EFPIA). Des démarches pour adopter le plan comme document juridique sont en cours. L'objectif principal du plan est d'élaborer une réponse coordonnée de la Communauté en cas de pandémie de grippe. Le plan gère les aspects essentiels de la réponse et tente d'identifier tous les acteurs concernés au niveau de la Communauté et de préciser leurs rôles. Il identifie aussi les activités de la Commission et de l'EMEA susceptibles de faciliter la coordination des actions des États membres et place la réponse de la Communauté dans le contexte d'une réponse élargie au niveau international. L'activité de surveillance essentielle comprend la détection rapide et la caractérisation des souches pandémiques à partir d'échantillons cliniques ou autres ainsi qu'une évaluation fiable des risques et de leur potentiel épidémique chez l'homme. La surveillance de routine devrait inclure les informations sur la circulation et l'émergence des souches virales de la grippe chez les hommes et les animaux, la sévérité de la maladie et, si possible, des informations sur les taux d'hospitalisation, les taux d'attaque et les coûts. La production d'antiviraux et de vaccins efficaces constitue le pilier de la prévention et des stratégies d'atténuation et de réponse.

#### 4.7.1.2. Maladies sexuellement transmissibles

L'activité sexuelle facilitant la propagation des organismes, une grande diversité de micro-organismes infectieux peut se communiquer par contact sexuel, et les maladies ou infections sexuel-

lement transmissibles (IST) comptent parmi les maladies infectieuses les plus courantes. Celles dont il est question ici sont les chlamydioses, les gonococcies, les infections à VIH et la syphilis.

Les **gonococcies** (plus particulièrement la blennorragie) sont transmises par la bactérie *Neisseria gonorrhoea* et peuvent se propager, par l'intermédiaire de la circulation sanguine, à d'autres parties du corps, notamment à la peau et aux articulations. Elles peuvent entraîner des problèmes pelviens et de reproduction chez la femme. En Europe, les tendances récentes (voir tableau 4.7.3) confirment un recul général de l'incidence, en particulier aux environs des années 90. Les taux restent toutefois élevés au Royaume-Uni. Une augmentation soudaine des cas de blennorragie a été constatée en France en 1998, comme l'attestent les données du réseau national des gonocoques (**Renago**), et les données récentes pour l'Angleterre et le pays de Galles montrent que les diagnostics de blennorragie, en 2000, ont atteint leur niveau le plus élevé depuis 1987, avec une augmentation de 27 % la dernière année (voir Hughes, 2001). Il n'y a pas de relation linéaire entre l'incidence de gonococcies et celle d'infections par le VIH, mais les premières nommées sont l'indicateur le plus logique des comportements à risque pouvant entraîner une éventuelle poussée des cas d'infection par le VIH dans un avenir proche. L'étude française a noté l'importance croissante des souches résistantes aux antibiotiques, en particulier à la pénicilline, ce qui augmente la probabilité d'échec du traitement et le risque de transmission.

La **syphilis** est une infection sexuellement transmissible due à la bactérie *Treponema pallidum*. Elle évolue selon trois phases. L'incidence de la syphilis qui, il y a quelques années encore, constituait une menace importante, confirme une tendance progressive au recul dans les pays de l'UE au cours des quinze dernières années (voir tableau 4.7.3). Une reprise à la hausse de l'incidence en Finlande à partir de 1993, avec un niveau maximal atteint en 1995, constitue une exception à la règle. Cette augmentation a été liée à l'infection contractée par des hommes à l'étranger, particulièrement en Russie (voir Hiltunen-Back, 1996). Plus récemment, on a constaté une recrudescence de la syphilis infectieuse en Belgique, en France, en Irlande, au Luxembourg et au Royaume-Uni. Les jeunes, les homosexuels masculins et les personnes ayant difficilement accès aux soins de santé semblent être plus particulièrement affectés, et ces caractéristiques sont les mêmes dans tous les États de l'UE (voir Fenton, 2001). Toutefois, des approches juridiques très réglementées adoptées dans certains pays aux attitudes moins strictes adoptées dans d'autres, les mesures de lutte contre les IST varient considérablement dans l'UE.

La bactérie *Chlamydia trachomatis* est la cause d'environ la moitié des infections urétrales autres que la blennorragie chez les hommes et d'infections du col de l'utérus non causées par la blennorragie chez les femmes. Cette IST semble être aussi commune aujourd'hui que la syphilis ou la blennorragie il y a quelques années, mais on dispose de peu de données pour les États membres de l'UE. Au Royaume-Uni, l'infection à *Chlamydia trachomatis* (chlamydie) est l'IST bactérienne la plus courante, et ses conséquences à long terme sont particulièrement néfastes pour les femmes chez lesquelles c'est une cause avérée de salpingo-oophorite, de grossesse extra-utérine et de stérilité tubaire (voir Pimenta et Fenton, 2001). Toutefois, cette affection est largement asymptomatique si bien qu'une forte proportion de cas n'est pas diagnostiquée.

Les données sur les maladies évitables par la vaccination (sauf la grippe) et les maladies sexuellement transmissibles (sauf le sida) sont collectées par Eurostat directement auprès des systèmes obligatoires et volontaires de surveillance existant dans les États membres. Certaines données sont recueillies auprès du système d'information sur les maladies infectieuses (CISID) de l'OMS.

#### 4.7.1.3. VIH/sida

Le premier cas de **syndrome d'immunodéficience acquise (sida)** a été constaté en 1981 mais ce n'est qu'en 1983 que le **virus d'immunodéficience humaine (VIH)** a été découvert et qu'on a reconnu que le sida était le résultat d'une infection par le VIH évoluée.

Selon le **Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV)**, en 2001, 8 210 nouveaux cas de sida (nombre corrigé des délais de déclaration) ont été déclarés dans les pays de l'UE, ce qui porte à 232 407 le nombre total de cas enregistrés dans l'UE (voir tableau 4.7.4), dont 18 avant 1981. Pour la septième année consécutive depuis le début de l'épidémie, le nombre annuel de nouveaux cas déclarés a diminué (de 11 % entre 2000 et 2001). L'incidence annuelle du sida par million d'habitants (corrigée des délais de déclaration) a été estimée à 21,8 en 2001, soit une réduction de 11 % depuis 2000 (voir tableau 4.7.5). À l'heure actuelle, cela correspond à un nouveau cas pour 40 000 Européens contre quatre il y a quelques années seulement. Avec un total de 24 886 nouveaux cas déclarés, l'année 1994 a été un tournant décisif en ce qui concerne l'incidence annuelle du sida qui a reculé de 66 % de 1994 à 2001 dans l'UE. La réduction la plus importante (32 %) au cours des sept dernières années a été constatée entre 1996 et 1997; elle coïncidait avec l'utilisation accrue du traitement antirétroviral très actif (trithérapie HAART). Selon les données corrigées des délais de

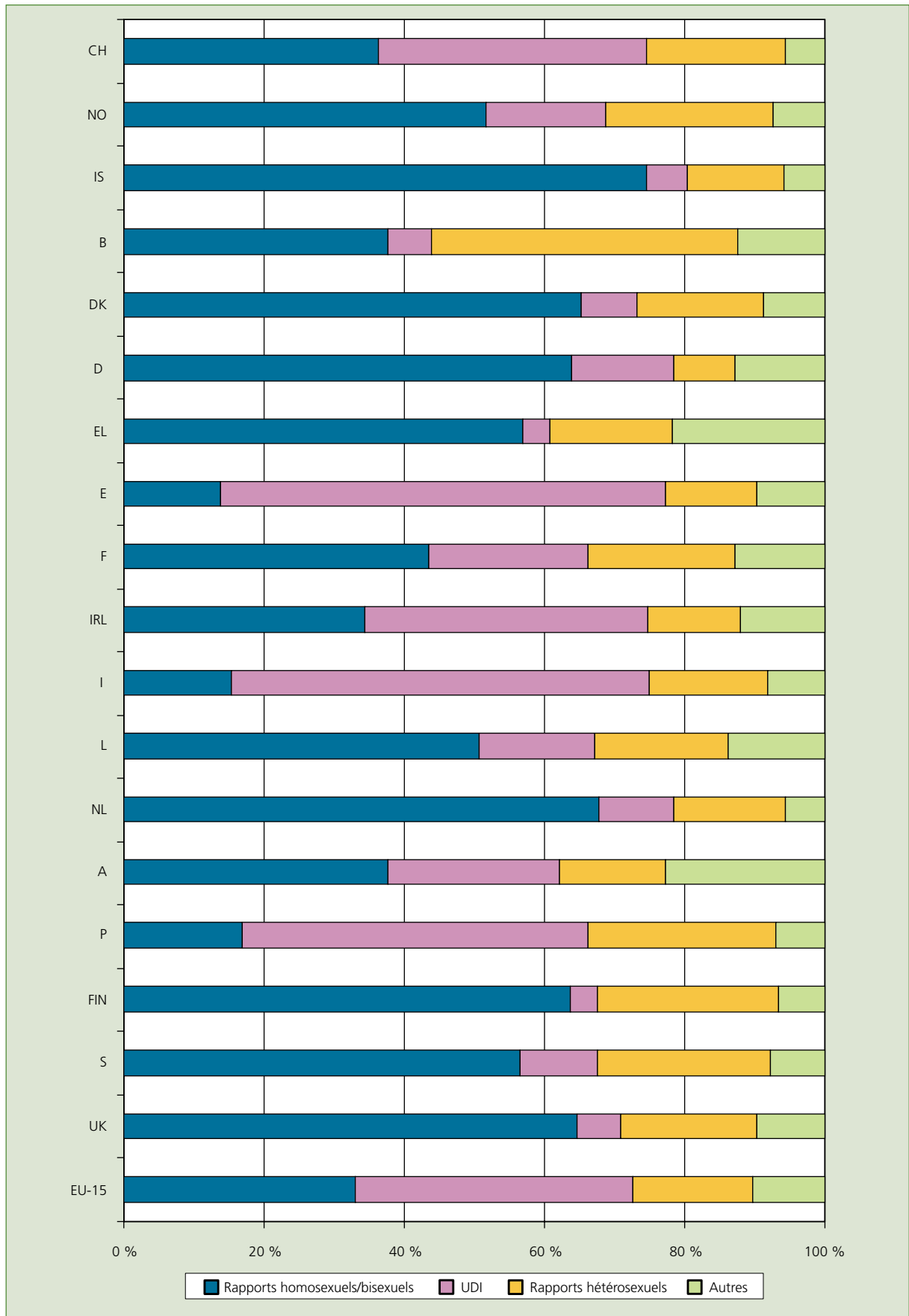
déclaration, cette tendance s'est poursuivie les années suivantes, mais à un rythme moins soutenu. Depuis l'adoption de la trithérapie, on a constaté une diminution de l'incidence du sida dans toutes les catégories de transmission. La trithérapie est axée sur le lancement, au stade précoce, d'une combinaison de régimes antirétroviraux très efficaces visant, autant que possible, à supprimer la répllication virale, à préserver la fonction immunitaire et à réduire le développement de la résistance (voir Montserrat et Hamzaoui, 2002).

Des tendances similaires de nivellement du nombre de nouveaux cas sont enregistrées dans la plupart des États membres. Des réductions considérables ont été observées entre 1995 et 2001 en Espagne (- 69 %), l'État membre où l'incidence était la plus élevée depuis dix ans, et en Italie (- 70 %) ainsi qu'en France (- 72 %), où, pendant longtemps, l'incidence s'est située au deuxième rang (parmi les plus élevées) dans l'UE. En 2001, le Portugal a connu une augmentation annuelle de 13 % et est, depuis 1998, le pays où l'incidence corrigée est la plus forte, en raison, notamment, d'une épidémie relativement récente chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI). L'évolution de l'incidence du sida a été influencée par la mise en œuvre progressive de la révision en 1993 de la définition européenne des cas qui s'est traduite par une augmentation exceptionnellement forte en 1994, suivie d'une réduction progressive en 1995. Toutefois, depuis 1995, les tendances devraient avoir été relativement peu altérées par cette révision. Le récent recul de l'incidence du sida est à mettre au compte de l'utilisation accrue de la trithérapie depuis 1996 et de l'évolution de l'incidence du VIH qui a atteint son niveau maximal vers le milieu des années 80.

#### Catégories de transmission

Une analyse, par catégorie de transmission, des données cumulées jusqu'à la fin de 2001 (voir graphique 4.7.6) montre que, dans l'UE, 39,4 % des cas de sida étaient dus à l'utilisation de drogues injectables (UDI), 32,6 % à des rapports homosexuels ou bisexuels et 17,6 % à des rapports hétérosexuels. Ces proportions varient considérablement entre les pays de l'UE: ainsi, en Espagne et en Italie, la proportion des rapports homosexuels/bisexuels était d'environ 15 % et celle des UDI d'au moins 60 %. Par contre, la proportion des rapports homosexuels/bisexuels était supérieure à 60 % au Danemark, aux Pays-Bas, en Finlande et au Royaume-Uni, avec de faibles proportions d'UDI. En Belgique, la situation était différente: 36 % de rapports homosexuels/bisexuels, 6 % d'UDI, mais 45 % de rapports hétérosexuels. En Allemagne, si la proportion était de 9 % pour les rapports hétérosexuels, elle était de 64 % pour les rapports homosexuels/bisexuels et de 14 % pour les UDI.

**4.7.6. Cas cumulés de sida par groupe de transmission, personnes âgées de 13 ans ou plus, déclarés jusqu'à la fin de 2001**



Source: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV).



Depuis le début de l'épidémie, on a constaté une évolution des caractéristiques des cas de sida. En 1985, c'est dans la catégorie de transmission par des hommes homosexuels/bisexuels que l'incidence était la plus élevée, mais, depuis 1990, on constate une diminution continue de la proportion des cas de sida dans cette catégorie pour laquelle le taux d'incidence, qui était supérieur à 60 % les premières années de l'épidémie, est tombé à 19,6 % en 2001. Par contre, la proportion des cas de sida dus à la transmission hétérosexuelle a augmenté progressivement et est passée de 8,9 % en 1985 à 36,5 % en 2001. Ces dernières années, le pourcentage de cas de sida dans la catégorie de transmission par les UDI est passé de 43,7 % en 1996 à 33,2 % en 2001, ce qui n'empêche pas cette catégorie de rester la plus importante (39,4 % du total des cas) dans l'UE. Les cas de sida chez les UDI sont trois fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. La proportion des cas de sida dus à une transmission mère-enfant a considérablement diminué (de 80 % entre 1985 et 2001), ce qui s'explique probablement par la recommandation de traiter les femmes enceintes infectées par le VIH à la zidovudine pour empêcher toute transmission verticale. Toutefois, l'utilisation de médicaments antirétroviraux dans les cas de grossesse doit tenir compte d'éventuels effets indésirables à court et à long terme sur le fœtus et le nouveau-né. Depuis 1985, le nombre de cas concernant les hémophiles et les transfusés a également diminué de 88 %. Dès qu'on s'est rendu compte que l'agent causal du sida pouvait être transmis par le sang, il a été demandé aux membres de groupes à risque élevé de ne plus faire de dons du sang. Depuis octobre 1985, date à laquelle on a pu disposer de tests fiables, tous les dons doivent faire l'objet de tests de dépistage des anticorps anti-VIH. Enfin, 4,6 % du total des cas représentent un groupe de cas d'infection nosocomiale, certains cas d'exposition professionnelle d'agents de santé et certains cas inclassifiables par manque d'information.

#### Incidence par sexe et par âge

La **proportion de femmes** atteintes du sida a augmenté entre 1986 (11,0 %) et 2000 (22,9 %) en raison de l'importance croissante du mode de transmission hétérosexuelle. En 2000, en moyenne, en Europe occidentale, 14 % des femmes infectées à la suite de rapports hétérosexuels avaient un partenaire à « haut risque » (UDI, bisexuel, etc.), alors que 36 % avaient un partenaire originaire d'un pays où l'épidémie était généralisée. Dans l'UE, 19,1 % des cas de sida étaient enregistrés dans le groupe des personnes de 25 à 29 ans et 26,6 % dans celui des personnes de 30 à 34 ans (voir tableau 4.7.7). La situation est plus ou moins la même dans les pays de l'UE lorsqu'on examine la répartition des cas par **âge**, en cela que les cas de sida ont tendance à être concen-

trés dans les tranches d'âge de 30 à 34 ans et de 40 à 49 ans. La seule exception est le Portugal, où c'est dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans que la concentration est la plus forte. Dans ce même pays, pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, la moyenne (11,6 %) est deux fois supérieure à celle de l'UE (5,5 %), comme c'est le cas pour le Luxembourg (15,4 %) et l'Allemagne (12,9 %) pour la tranche d'âge de 50 à 59 ans (moyenne de l'UE: 7,1 %). L'âge moyen auquel le sida est diagnostiqué est plus élevé dans le cas de la transmission par des hommes homosexuels/bisexuels que dans celui de la transmission hétérosexuelle, et, pour ces deux groupes, l'âge moyen de diagnostic est supérieur à celui du groupe des UDI. L'âge moyen de diagnostic du sida a augmenté avec le temps, de moins de 30 ans jusqu'à 1988 à 38,7 ans en 2001. Cette augmentation a été particulièrement remarquable pour le groupe des UDI (de 26 ans dans le milieu des années 80 à 36 ans en 2001). Dans les autres catégories, on constate également un accroissement (quoique moins prononcé) de l'âge auquel le sida est diagnostiqué. Les chiffres font ressortir une moindre incidence dans les nouvelles cohortes, l'incidence plus élevée dans les cohortes plus âgées pouvant s'expliquer par une différence du mode de vie.

#### Maladies indicatives du sida

Le diagnostic du sida exige, chez une personne infectée par le VIH, la présence d'au moins une des maladies opportunistes indicatives du sida. La trithérapie a amélioré l'état immunitaire des séropositifs et a contribué à réduire la fréquence de toutes ces maladies. En 2001, la pneumonie due au *Pneumocystis carinii* était la maladie opportuniste la plus fréquente (et également la plus grave). Elle touchait 22,2 % des hommes et 21,0 % des femmes chez lesquels le sida avait été diagnostiqué (voir tableau 4.7.8). La candidose œsophagienne (due à *Candida albicans*, la mycose liée au VIH la plus courante) était la deuxième maladie opportuniste la plus fréquente en 2001 (13,0 % des hommes et 14,9 % des femmes). La tuberculose (pulmonaire et extrapulmonaire) occupait la deuxième place pour les deux sexes combinés; ainsi, dans 41 % des cas de sida diagnostiqués en 1994, la tuberculose était présente. Ce pourcentage est tombé à 21,6 % en 2001. Ce recul est probablement à mettre au compte de l'accroissement de la prophylaxie et de la prévention de la tuberculose chez les séropositifs. Le sarcome de Kaposi est une autre maladie opportuniste bien connue; c'est traditionnellement le signe extérieur de sida le plus notable, car des taches et des lésions apparaissent sur la peau. Le nombre de sarcomes de Kaposi a également diminué de manière considérable depuis l'adoption de la trithérapie (de 21 % dans les années 90 à 5,5 % en 2001).

### Nouveau diagnostic de séropositivité

Selon le **Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV)**, le recul actuel de l'incidence du sida ne signifie pas que l'incidence du VIH diminue. En 1999, un **système de déclaration du VIH** a été créé dans douze des quinze États membres de l'UE aux niveaux national et régional. Neuf pays ont commencé à déclarer le VIH avant 1991, l'Allemagne en 1993, la Grèce, l'Espagne et le Luxembourg en 1999, alors que la France et l'Autriche n'ont toujours pas mis de système en œuvre. En Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, le système de déclaration du VIH vient juste d'entrer en service dans quelques régions, et il n'est pas tenu compte de leurs données dans le présent document. Les cas de séropositivité sont déclarés par les laboratoires dans quatre pays, par les cliniciens dans deux, et par les laboratoires et les cliniciens dans les neuf autres (voir tableau 4.7.9). Un total cumulé de 119 710 cas de séropositivité (pour dix États membres seulement) a été rapporté dans l'UE à la fin de 2001. Pour ces dix pays, un total de 10 632 cas de séropositivité et de 2 616 cas de sida a été déclaré en 2001. Tous les pays ont déclaré plus de cas de séropositivité que de cas de sida, le rapport variant, en 2001, de 2,4 au Portugal et 2,5 en Allemagne à 10,0 au Luxembourg et 9,0 en Belgique. Les déclarations des cas d'infection par le VIH doivent être interprétées avec prudence car elles ne donnent pas une mesure précise de son incidence et de sa prévalence. La proportion de séropositifs diagnostiqués et déclarés varie en fonction de la phase de l'épidémie, des types de test de détection d'anticorps anti-VIH et des caractéristiques des systèmes de surveillance. Les nombres annuels de séropositifs déclarés dans les années 90 ont été relativement stables dans certains pays et ont diminué dans d'autres. La comparaison des données concernant les cas de séropositivité et de sida déclarés donne à penser que le niveau de transmission du VIH est resté relativement stable dans l'UE ces dernières années et que le recul soudain de l'incidence du sida est essentiellement dû aux effets de la trithérapie.

Au cours des cinq dernières années, on a constaté une réduction notable de l'incidence du sida dans l'UE, mais cette incidence reste élevée. La situation actuelle se caractérise par un équilibre de facteurs agissant en sens opposés. D'un côté, il y a les campagnes de prévention et la trithérapie et, de l'autre, il y a la persistance de fortes prévalences de séropositivité dans certains groupes, une série de circonstances qui limite l'efficacité de la trithérapie, des problèmes d'accès au traitement et de continuité du traitement et le diagnostic tardif de la séropositivité. Ce dernier facteur reste important car plus d'un tiers des personnes atteintes du sida ignorent qu'elles sont séropositives.

Le **Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV)** offre un réseau de surveillance couvrant les 51 pays de la région européenne de l'OMS, en collaboration avec l'OMS et Onusida. Depuis 2000, le Centre EuroHIV est basé à l'Institut de veille sanitaire (INVS), à Saint-Maurice, France. Il est soutenu par la DG Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne et il a pour objectif de planifier, de mettre en place et de gérer le système européen de surveillance du VIH/sida. Il doit notamment collecter, analyser et diffuser des données épidémiologiques (<http://www.eurohiv.org>) permettant de décrire et de mieux connaître l'épidémie de VIH/sida et d'améliorer la prévention et le traitement. Dans chaque pays, une même institution est chargée d'assurer la qualité des données déclarées, de réunir les données provenant de différentes sources et de les communiquer au Centre européen. Les informations sur les cas de séropositivité et de sida sont présentées au Centre EuroHIV sous une forme standard. Les chiffres diffusés par Eurostat s'appuient sur les données du Centre EuroHIV. Pour les besoins de la surveillance, les cas imputables à plus d'un mode de transmission ne sont comptabilisés qu'une fois. La définition de la transmission hétérosexuelle varie légèrement entre les pays. La catégorie de transmission «autre/indéterminé» comprend quelques cas d'exposition professionnelle chez les agents de santé et des cas pour lesquels on ne dispose pas de suffisamment d'informations (à supposer qu'on en dispose) pour effectuer une classification. Aucune correction n'est faite pour les sous-déclarations ou les sous-diagnostic, si bien que les données présentées ne tiennent pas compte des cas qui ne seront jamais déclarés ou diagnostiqués.

Les estimations nationales de sous-déclarations vont de 0 à 25 % pour les cas de sida et ne sont pas disponibles pour les cas d'infection par le VIH. En raison des délais de déclaration (intervalle de temps entre le diagnostic d'un cas de sida et sa déclaration au niveau national), EuroHIV suggère que le meilleur moyen d'évaluer les tendances de l'incidence consiste à examiner les données (corrigées des délais de déclaration) par année de diagnostic plutôt que par année de déclaration. Les délais de déclaration varient considérablement selon les pays et les groupes de transmission et peuvent aller jusqu'à plusieurs années dans certains cas. Globalement, environ un tiers des cas sont déclarés à la fin du trimestre au cours duquel ils ont été diagnostiqués et 10 à 15 % le sont plus d'un an après le diagnostic. Différentes définitions de cas sont utilisées selon les pays en fonction de facteurs démographiques (enfants, adultes, survenance relative des infections opportunistes), de l'infrastructure en laboratoires et de la formation disponible, mais les pays participant au programme de surveillance du sida en Europe utilisent une définition uniforme des cas de sida définitivement adoptée en 1993. La définition européenne du sida diffère de la définition utilisée par les États-Unis en ceci qu'elle n'inclut pas les critères de

numération des lymphocytes CD4+ T. La définition des cas cliniques de sida de l'OMS est utilisée dans les pays disposant de ressources de diagnostic limitées.

#### 4.7.1.4. Hépatite virale

L'hépatite, ou inflammation du foie, est généralement due à un des cinq virus suivants: le virus de l'hépatite A, le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C, le virus de l'hépatite Delta ou celui de l'hépatite E. Les trois premiers sont examinés dans le présent document (voir tableau 4.7.10).

Le virus de l'hépatite A est rarement mortel mais c'est une cause significative de morbidité et de perte socio-économique. Il a le plus de chances de se manifester dans les milieux où les conditions hygiéniques sont mauvaises, c'est pourquoi son niveau d'incidence est faible dans la plupart des pays européens. Il existe un vaccin fiable et efficace et ce sont généralement les adultes qui sont victimes de la maladie. Dans l'UE, cette dernière n'est pas très répandue; ainsi, en 2000, on estimait son incidence à 2,4 cas pour 100 000 habitants, un niveau inférieur à ce qu'il était ces dernières années. Toutefois, la maladie se manifeste de temps en temps, par exemple en Grèce (1998), en Irlande (1997), en Italie (1996/1997), en Norvège (1998/1999) et au Luxembourg (1997-2000), et elle est généralement due à la contamination de produits alimentaires. Aux Pays-Bas, au début de l'année 1998, une forte poussée d'infections par le virus de l'hépatite A a pu être due à un phénomène de transmission secondaire, en contrecoup d'un pic relativement élevé pendant l'automne 1997 (voir Termorshuizen et Van de Laar, 1998).

En Europe occidentale, avec moins de 1 % de la population touchée par une infection chronique, le virus de l'hépatite B est moins courant que dans les pays en développement. Chez les porteurs chroniques, le virus est retenu de manière permanente et la maladie évolue vers une cirrhose hépatique ou un cancer du foie. L'hépatite B est le type le plus grave d'hépatite virale et le seul qui se transforme en hépatite chronique pour laquelle un vaccin est disponible. Ce vaccin est à la fois sûr et efficace. Dans l'UE, la transmission est le plus souvent due à l'activité sexuelle chez les jeunes et à l'utilisation de drogues injectables. Le virus de l'hépatite B représente également un risque majeur d'infection professionnelle pour les travailleurs de la santé. Dans l'UE, l'incidence de la maladie est actuellement faible. Elle est estimée à 3,9 cas pour 100 000 habitants et a diminué au cours des dix dernières années. Cette tendance masque toutefois des poussées occasionnelles de la maladie, par exemple au Portugal (1993), au Luxembourg (1994), en France

(1997), en Norvège (1998) et en Islande (1999) ainsi qu'une incidence relativement élevée en Islande, au Luxembourg et en Norvège ces dernières années.

Le virus de l'hépatite C est une cause majeure d'hépatite aiguë et d'affection hépatique chronique et il se transmet essentiellement par contact direct avec du sang humain (transfusions de sang qui n'a pas été soumis à un dépistage et réutilisation d'aiguilles et de seringues non stérilisées) (voir OMS Fact Sheet, 2000). Il n'existe actuellement aucun vaccin contre l'hépatite C, la recherche dans ce domaine se trouvant compliquée par la capacité du génome du virus à muter. En l'absence de vaccin, seule la réduction du risque de transmission nosocomiale et des comportements à risque peut avoir un impact sur l'incidence de la maladie. Cette dernière est faible dans la majeure partie de l'UE, mais des niveaux élevés ont été constatés en Islande, en Finlande, au Luxembourg, en Suède et en Suisse.

#### 4.7.1.5. Maladies d'origine hydrique, alimentaire et environnementale

Ces chiffres sont à interpréter avec précaution car il est probable que de nombreuses infections d'origine alimentaire et hydrique ne sont pas enregistrées, soit parce que les patients ne les déclarent pas, soit parce qu'aucun diagnostic en laboratoire n'est effectué, soit encore parce que le diagnostic n'est pas déclaré à l'organisme central de surveillance. Les cas enregistrés peuvent en fait ne représenter qu'une faible estimation de l'incidence de la maladie. Malgré ce phénomène de sous-déclaration, l'importance de ces problèmes de santé est considérable.

La **campylobactériose** résulte de l'infection du tube digestif ou du sang par la bactérie *Campylobacter*. Elle se manifeste couramment sous forme de gastro-entérite due à la consommation d'eau contaminée, de viande insuffisamment cuite ou au contact d'animaux infectés. C'est la principale cause d'infections zoonotiques à entérobactéries aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Elle est sous-estimée en raison de la surveillance insuffisante dont elle fait l'objet, de la faible fréquence de ses manifestations et parce que les infections sont rarement mortelles (voir OMS, 2001d). Dans les pays développés, son incidence déclarée a augmenté de manière notable au cours des vingt dernières années, surtout depuis 1990. Toutefois, de nombreuses infections restent non déclarées pour chaque cas diagnostiqué, avec tout ce que cela représente en termes de séquelles post-infectieuses. À ce sujet, rappelons que la campylobactériose a été impliquée dans des cas de diarrhée aiguë et de syndrome de Guillain-Barré (atteinte paralytique). En outre, comme c'est le cas avec de nombreuses maladies infectieuses, la cam-

pylobactériose est de plus en plus résistante aux antibiotiques. Elle est plus fréquente chez les jeunes enfants et les jeunes adultes, et plus chez les hommes que chez les femmes. On considère que la volaille est le vecteur le plus important de l'infection dans les pays développés. En Europe du Nord, l'incidence de 60 à 90 pour 100 000 est probablement inférieure à la réalité. Au Danemark, tout comme au Royaume-Uni et en Suisse, les taux ont suivi une courbe ascendante de 1990 à 2000. Ces taux, ainsi que d'autres se situant à un niveau équivalent ces dernières années, sont indiqués dans le tableau 4.7.11. La contamination se fait souvent à l'occasion de voyages internationaux, caractéristique de nombreuses maladies infectieuses dans les pays de l'UE (voir encadré ci-après), et ces «importations» représentent 10 à 15 % des cas au Danemark et au Royaume-Uni, et 50 à 65 % en Norvège et en Suède.

La **salmonellose** est un problème de santé de plus en plus important dans l'UE. Les *enterobacteriaceae* forment un groupe de bactéries pouvant causer des infections du tube digestif ou d'autres organes. Ce groupe comprend les bactéries *Salmonella*, *Shigella* et *Escherichia*. De nombreux types d'infections à *Salmonella* sont connus, en plus de celles qui sont à l'origine de la fièvre typhoïde, et chacune d'elles s'accompagne de troubles gastro-intestinaux. Les produits alimentaires infectés sont souvent des sources de salmonellose. En Europe occidentale, l'incidence de la salmonellose a baissé de 1993 à 1995, avant de remonter au début de 1997 (59,1 pour 100 000) pour à nouveau diminuer légèrement les années suivantes. Les tendances les plus récentes témoignent d'une incidence relativement élevée dans de nombreux pays, en particulier au Danemark (en 2000), en Allemagne et au Luxembourg (1999 à 2000), contrairement aux faibles niveaux enregistrés en Grèce et au Portugal. Pour les contagions constatées en 2000 (Angleterre et pays de Galles, Allemagne, Écosse, Islande et Pays-Bas), le vecteur de l'infection impliqué était la laitue alors qu'une station de villégiature turque (site web Enter-net) était à l'origine de celles de 1999 (Allemagne, Angleterre et pays de Galles, Danemark, Finlande, Irlande, Norvège, Suède et Suisse).

Le **botulisme** se manifeste le plus souvent après avoir consommé des produits contaminés par une toxine synthétisée dans les aliments par la bactérie *Clostridium botulinum*. Cette toxine botulique est la plus virulente qu'on connaisse et elle peut gravement agir sur les nerfs et les muscles. Presque tous les cas déclarés dans l'UE sont d'origine alimentaire, le botulisme néonatal et le botulisme par blessure étant rares (voir Therre, 1999). Le botulisme d'origine alimentaire est dû à la consommation d'aliments contaminés. Les conserves domestiques

en sont la source la plus courante, de même que les légumes, le poisson, les fruits, les condiments, le bœuf, les produits laitiers, le porc et la volaille. Bien que la déclaration des cas de botulisme soit obligatoire dans la plupart des pays de l'UE, il existe des différences entre les États membres dans la définition des cas, ce qui peut se traduire par une certaine sous-déclaration. Les caractéristiques épidémiologiques du botulisme peuvent également varier d'un pays à l'autre en fonction de différences d'habitudes alimentaires. De 1988 à 1998, quatre pays (Allemagne, Espagne, France et Italie) ont connu de fréquentes poussées modérées de botulisme alors que dans quatre autres (Belgique, Danemark, Suède et Royaume-Uni — Angleterre et pays de Galles), les poussées ont été rares et de faible importance. En Grèce, aux Pays-Bas, en Autriche et en Finlande, aucun cas n'a été déclaré dans les dix années qui ont précédé 2000. Comme on peut le voir dans le tableau 4.7.11, ces tendances se sont poursuivies en 2000, avec la constatation d'une incidence relativement élevée au Portugal la dernière année.

La **leptospirose** est une infection due à la bactérie *Leptospira* qui peut évoluer vers la jaunisse (et éventuellement des problèmes hépatiques mortels chez les personnes âgées) et la maladie de Weil. C'est une maladie professionnelle pour les agriculteurs et les personnes travaillant dans les égouts et les abattoirs. L'infection humaine est due à l'exposition à l'eau et au sol contaminés par l'urine d'animaux infectés. Elle a été associée au canotage, à la baignade et à la natation dans l'eau de lacs et de rivières contaminés. Son incidence est faible dans la plupart des pays de l'UE, les taux les plus élevés ayant été relevés en France (de 1996 à 1999) et au Portugal (voir tableau 4.7.11). Une étude de la leptospirose au Portugal a fait état de 552 cas de 1993 à 1997, l'incidence étant plus élevée chez les personnes âgées. Toutefois, les chiffres portugais provenaient de deux sources (déclarations et sorties d'hôpital) et l'incidence réelle était probablement supérieure à l'incidence rapportée (voir Falçao, 1999).

La **listériose** est une infection due à la bactérie *Listeria monocytogenes*; elle peut évoluer vers la méningite. Les bactéries sont généralement contenues dans des produits laitiers contaminés ou des légumes crus. Son incidence est généralement basse dans l'ensemble de l'UE, les taux les plus élevés étant constatés au Danemark, en Finlande, en France, en Suède et en Suisse (voir tableau 4.7.11).

La **shigellose** (ou dysenterie bacillaire) est une infection intestinale causée par la bactérie *Shigella*; elle se manifeste sous forme de diarrhée sévère. Les épidémies se produisent le plus souvent dans des lieux surpeuplés où l'hygiène laisse à désirer. Dans l'UE, les taux d'incidence les plus élevés sont



constatés en Norvège, en Suède et en Suisse (voir tableau 4.7.11). Au Portugal, en 1995, un rapport décrivait les effets de l'introduction de la shigellose dans une garderie d'enfants, avec un risque élevé de propagation secondaire. Cette attaque de la maladie, très probablement due à la consommation d'aliments contaminés, a touché 123 personnes, dont 99 enfants (voir Suspiro et Menezes, 1996).

La **fièvre typhoïde** est une fièvre infectieuse qui, dans la deuxième phase de la maladie, se manifeste par des troubles sévères de l'appareil digestif. Elle est causée par la bactérie *Salmonella typhi* qu'on ne trouve que chez l'homme et elle peut évoluer vers une forme grave. La **fièvre paratyphoïde** est causée par *Salmonella paratyphi*; c'est une maladie qui présente les mêmes symptômes mais qui est généralement moins grave. La maladie est transmise d'homme à homme par l'intermédiaire des aliments ou de l'eau potable et ce sont par conséquent essentiellement les conditions d'hygiène qui déterminent sa propagation. C'est surtout pour cette raison qu'elle est aujourd'hui moins fréquente dans l'UE (voir tableau 4.7.11), sauf au Portugal, en Italie et en Autriche (en 2000) ainsi qu'en Suède (2001).

La **trichinose** est une infection parasitaire causée par *Trichinella spiralis*. On la contracte généralement en mangeant du porc ou des produits du porc crus, mais parfois également en consommant la viande d'autres animaux. Elle est rare dans l'UE (voir tableau 4.7.11) mais deux poussées constatées en France et en Italie en 1998 ont été liées à la consommation de viande de cheval importée de Yougoslavie. Ces poussées ont mis en évidence les limitations de la réglementation concernant le contrôle de la viande de cheval importée à l'époque (voir Hemery, 1999).

La **yersiniose** est un type de gastro-entérite causée par les bactéries du genre *Yersinia*. Ces dernières sont souvent présentes dans la viande non cuite, notamment le porc et la volaille. Elles peuvent proliférer à 0 °C et le recours accru à la réfrigération dans la chaîne alimentaire peut jouer un rôle dans l'accroissement de la prévalence de cet organisme dans les produits alimentaires. Différents sérotypes de *Y. enterocolitica* sont associés aux infections humaines et ont été observés dans certains États membres (Belgique, Danemark, Finlande et Suède).

On ne dispose pas à l'heure actuelle de données d'incidence concernant d'autres maladies d'origine alimentaire et hydrique telles que celle qui est causée par les **E. coli** dits «**entérohémorragiques**» (EHEC), la **cryptosporidiose**, la **giardiase** et la **toxoplasmose** pour la majorité des États membres de l'UE.

Les événements se produisant dans un pays et qui, auparavant, auraient pu ne pas avoir d'implications au-delà des frontières peuvent aujourd'hui potentiellement affecter de nombreuses autres nations. La multiplication des voyages internationaux et les pratiques actuelles de fabrication et de distribution jouent un rôle important dans la survenance de cas d'infection dus à des pathogènes d'origine alimentaire. Il est aujourd'hui possible de voyager pratiquement partout dans le monde dans un délai de vingt-quatre heures, soit pendant une durée inférieure à la période d'incubation de la majorité des pathogènes entériques. Le fait qu'il est aujourd'hui courant qu'une denrée alimentaire soit fabriquée ou récoltée à un endroit avant d'être distribuée ailleurs est tout aussi important. La distribution peut se faire à l'intérieur d'un pays, dans une région économique (par exemple l'Union européenne), sur un continent ou à l'échelle mondiale. Ces conditions de distribution font qu'une infection peut se déclarer loin de la source de contamination. La libre circulation des personnes et des biens entre les pays peut être un moyen efficace de propager la maladie à l'échelle internationale. C'est pour répondre à ces problèmes qu'ont été créés des réseaux de surveillance, par exemple le réseau **Enter-net (réseau international de surveillance des infections à entérobactéries)** financé par la DG Santé et protection des consommateurs, qui peuvent réagir rapidement aux attaques internationales d'infections d'origine alimentaire.

#### 4.7.1.6. Maladies transmises par des agents non conventionnels

La **maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)**, également appelée encéphalopathie subaiguë spongiforme, est une infection progressive toujours mortelle qui se caractérise par des spasmes musculaires et une perte progressive de la fonction mentale. Bien qu'elle se manifeste à l'échelle mondiale, on sait peu de choses sur son mode de transmission. Elle touche essentiellement les adultes, surtout vers la fin de la cinquantaine. Une maladie semblable à la MCJ touche les ovins (tremblante du mouton) et les bovins (maladie de la vache folle). La maladie est transmise à la progéniture et on suppose qu'on peut la contracter en consommant des tissus infectés. Le diagnostic de la MCJ n'est généralement pas confirmé tant que la personne est en vie, car il faut effectuer des tests sur le tissu cérébral. Par conséquent, les chiffres déclarés pour les cas de MCJ comprennent les cas confirmés et les cas suspects. Tels qu'ils sont présentés ici (voir tableau 4.7.12), ils incluent les cas sporadiques, iatrogènes, familiaux, GSS et nouveau variant de la MCJ (voir encadré ci-après). Dans l'UE, la MCJ a été déclarée dans tous les pays et si le taux d'incidence est faible — aucun pays n'a déclaré plus de 2 cas par million d'habitants (sauf la Suisse en 2001) —, les différences

sont peu sensibles. En 2001, l'incidence était la plus faible en Grèce (0,38 cas par million d'habitants) et en Irlande (0,53) et la plus forte au Royaume-Uni (1,30), en Allemagne (1,31), en Espagne (1,45), en France (1,96) et en Suisse (2,65). Les cas sporadiques représentent plus de 85 % des cas dans la majorité des États membres alors que le nouveau variant de la MCJ (rapporté depuis 1996 et qu'on soupçonne d'être un variant humain de l'ESB) a été observé au Royaume-Uni (104 cas, sur les 108 déclarés dans l'UE en 2001), en France (3 cas) et en Irlande (1 cas).

Les données collectées par Eurostat sont initialement fondées sur l'étude collaborative de la MCJ dans l'Union européenne financée par la CE dans le cadre du programme Biomed1 en 1993. De 1993 à 1995, les données provenant des registres nationaux de la MJC en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ainsi qu'en Slovaquie ont été comparées. Cette comparaison avait pour objectif principal de déterminer si l'incidence de la MCJ était plus ou moins la même dans l'UE et s'il y avait des différences de facteurs de risque présumés dans les différents pays. Le projet a été élargi en 1997, dans le cadre du programme Biomed2 de la CE, de manière à inclure l'Autriche et la Suisse et il s'intitule maintenant **The European and Allied Countries Collaborative Study Group of CJD (EUROCJD)**. On trouvera des informations complémentaires sur le site web de l'EUROCJD (<http://www.eurocjd.ed.ac.uk/euroindex.htm>).

Les cas *sporadiques confirmés* sont ceux pour lesquels le diagnostic a été confirmé sur le plan pathologique; ils n'ont pas de cause identifiable et représentent 85 % de la totalité des cas. Les cas *sporadiques suspectés* sont ceux dont on a reconnu les symptômes et certaines caractéristiques cliniques mais qui n'ont pas été confirmés sur le plan pathologique. Les cas *iatrogènes* sont ceux où il semble que l'infection se soit produite accidentellement lors d'un acte médical. Les cas *familiaux* sont ceux qui surviennent dans des familles associées à certaines mutations ou lorsqu'il est probable qu'un parent du premier degré soit atteint de la MCJ; ils représentent 10 à 15 % de la totalité des cas. Les cas *GSS* font référence au syndrome rare de Gerstmann-Straussler-Scheinker, alors que *nvMCJ* désigne le nouveau variant déclaré pour la première fois en 1996.

#### 4.7.1.7. Maladies transmises par aérosol

La **légionellose** (ou maladie du légionnaire) est causée par la bactérie *Legionella pneumophila*; elle évolue vers une pneumonie souvent mortelle pour les personnes faiblement immunisées. Les bactéries vivent dans l'eau et sont souvent présentes dans les installations de climatisation des hôpitaux et des hôtels et dans d'autres systèmes de distribution d'eau produisant des aérosols, par exemple les ins-

tallations d'hydromassage et les distributeurs d'eau. Par contre, les poussées importantes au niveau d'une communauté sont essentiellement associées aux tours aérorefrigérantes qu'on appelle également «systèmes de climatisation humide» car le processus de refroidissement de l'air nécessite un contact important entre l'eau et l'air et crée, de ce fait, des aérosols. Lorsque des bactéries du genre *Legionella* sont présentes dans ces systèmes, elles peuvent être la cause de la maladie du légionnaire. L'incidence de cette dernière a lentement augmenté dans l'UE (voir tableau 4.7.13). Pour 2000, il ressort d'une analyse par pays que c'est en Espagne (1,9 cas pour 100 000 habitants), au Danemark (1,7), aux Pays-Bas (1,1), en Suisse (1,1) et en France (1,0) qu'elle était la plus élevée. Les données fournies par le **groupe de travail européen sur les infections à Legionella (EWGLI)** donnent à penser que, pour 1999, 32 % des cas étaient d'origine communautaire, 9 % d'origine hospitalière et 21 % associés aux voyages, soit dans le propre pays de la victime, soit à l'étranger. Les taux élevés constatés au Danemark, en Espagne et aux Pays-Bas étaient dus à d'importantes poussées infectieuses de type communautaire représentant collectivement près de 300 cas de légionellose. En ce qui concerne les manifestations liées aux voyages, le nombre de groupes de cas détectés en 1999 était en augmentation par rapport aux années précédentes mais correspondait à un moindre nombre de cas. Peut-être est-ce la conséquence d'une réaction rapide des agents locaux de la santé publique et de la mise en place de politiques de contrôle et d'entretien efficaces dans de nombreux grands hôtels des centres de villégiature européens.

La **méningococcie** est causée par la bactérie à Gram négatif *Neisseria meningitidis* (ou méningocoque) pour laquelle l'homme est un hôte naturel. Cette maladie contagieuse a deux formes: la méningite méningococcique (ou méningite cérébrospinale), la plus courante, est la seule forme de méningite bactérienne donnant lieu à des épidémies, et la septicémie méningococcique. La méningite méningococcique se manifeste partout dans le monde. Endémique sous les climats tempérés, elle provoque un nombre régulier de cas sporadiques ou de petits groupes de cas, avec une pointe saisonnière en hiver et au printemps. À part les épidémies en Afrique subsaharienne, on estime à environ 500 000 le nombre annuel de cas de méningite méningococcique dont 50 000 sont mortels (voir OMS Fact Sheet, 1998). Il existe toutefois des vaccins antiméningococciques. Des données récentes concernant l'UE font ressortir une faible incidence (1,7 cas pour 100 000 habitants) en 1999 (voir tableau 4.7.13). C'est en Irlande et en Islande qu'elle est la plus élevée. Un rapport sur la méningite bactérienne en Europe pour la période 1997-1998 a confirmé une incidence relativement élevée en Ir-

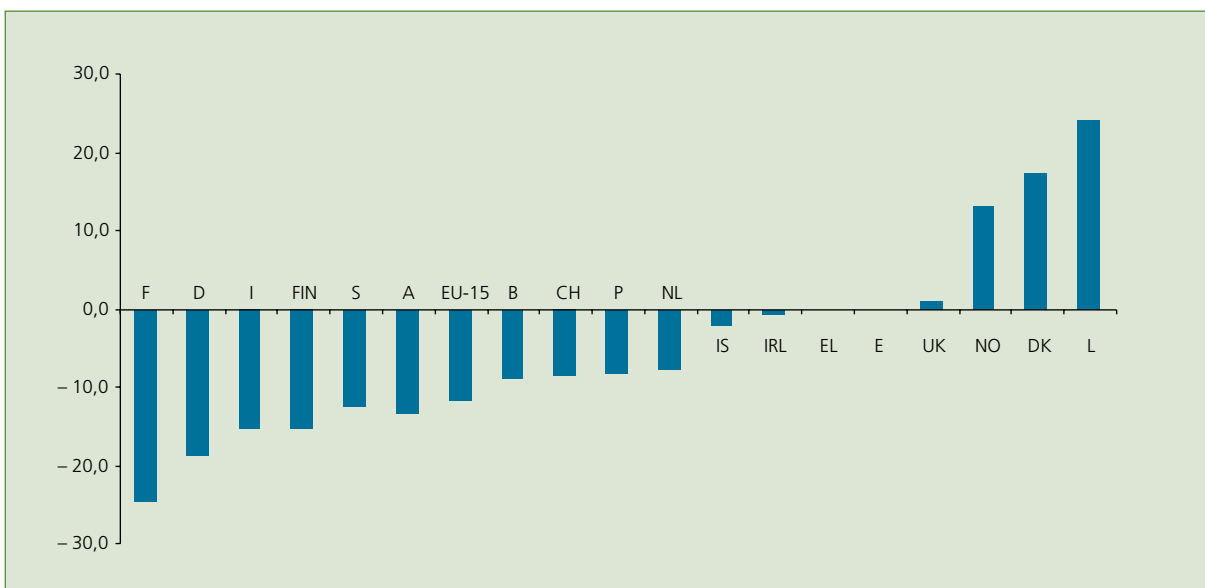
lande et a également noté un accroissement de la résistance à la sulfamide (41 % des spécimens en 1997-1998, contre 34 % en 1996) (voir Handysides, 1999).

La **tuberculose** est une infection contagieuse potentiellement mortelle causée par les bactéries aérobies *Mycobacterium tuberculosis*, *M. bovis* et *M. africanum*. L'infection s'attrape par inhalation, dans un local, d'air contenant *M. tuberculosis*; il faut pour cela que quelqu'un atteint de tuberculose envoie la bactérie dans l'air en toussant. C'est pourquoi la maladie se propage facilement dans les conditions de surpeuplement et de manque d'hygiène. À partir des années 40, la mise au point d'antibiotiques tels que la streptomycine, l'isoniazide, l'éthambutol et la rifampine a réduit la prévalence de la tuberculose dans de nombreux pays, mais l'apparition du sida dans les années 80, ainsi que l'existence de nouvelles souches résistantes aux antibiotiques, a entraîné une augmentation des niveaux de tuberculose. Toutefois, en Europe occidentale, l'incidence diminue actuellement après la stabilisation et les augmentations constatées dans de nombreux pays à la fin des années 80 et au début des années 90. Dans de nombreux pays de l'UE, les tendances sont toutefois altérées par les nombres croissants de cas déclarés chez des patients d'origine étrangère. Ces dernières années, la tendance des taux de déclaration chez les nationaux était régulièrement à la baisse dans les pays où le nombre de cas déclarés chez les étrangers augmentait, ce qui donne à penser que, dans la population d'origine étrangère, la tuberculose peut avoir eu une incidence limitée sur la transmission aux nationaux (voir EuroTB, 2002). Dans l'UE,

45 777 cas ont été déclarés en 2000, soit un taux d'incidence de 12,2 pour 100 000 habitants. Les taux étaient inférieurs à 20 pour 100 000 habitants dans tous les pays sauf en Espagne (21,2) et au Portugal (45,2) (voir tableau 4.7.14). De 1995 à 2000, l'incidence a diminué de 15,9 %, les réductions annuelles du taux variant de -4,0 % en 1995-1998 à -4,7 % en 1999-2000 (voir graphique 4.7.16). Les exceptions à la règle ont été la Grèce et l'Espagne où une modification du mode de déclaration a récemment été mise en œuvre. Au Danemark et en Norvège, les taux ont augmenté en 1995-1999 en raison de l'augmentation du nombre de cas d'origine étrangère (voir EuroTB, 2002). Pour dix pays pour lesquels on dispose de données, la réduction moyenne annuelle du nombre de cas déclarés entre 1995 et 1999 était plus marquée chez les nationaux (-7 %) que chez les personnes d'origine étrangère (-1,5 %). Une analyse par âge montre que les personnes âgées constituent le groupe le plus important, 24 % des nouveaux cas concernant des personnes de 65 ans et plus. En outre, 62 % des cas concernaient des hommes, ces derniers constituant la majorité des nouveaux cas dans chaque pays de l'UE (voir tableau 4.7.15).

La tuberculose pharmacorésistante a été reconnue dans les années 40, mais ce n'est qu'en 1994 que l'OMS a lancé son projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux. Ce projet mondial a aujourd'hui confirmé l'existence d'une multi-résistance aux antituberculeux (MDR-TB) définie comme la résistance à (au moins) l'isoniazide et à la rifampicine. En Europe occidentale, de 1994 à 1999, la MDR-TB n'était pas considérée comme un problème de santé publique; sur les 13 zones ex-

#### 4.7.16. Variation annuelle moyenne des taux de notification de la tuberculose, 1995-1999



Source: Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB).



minées, 11 avaient une prévalence de MDR-TB inférieure ou égale à 1 % (voir OMS, 2000). Toutefois, un récent rapport sur l'Allemagne indiquait qu'alors qu'en 2000 l'incidence de la tuberculose avait encore diminué, un échantillon de cas révélait une multirésistance de 5,5 %, en augmentation par rapport aux deux années précédentes. Même si ces données n'étaient pas représentatives de l'ensemble de l'Allemagne, on pouvait supposer une progression de la multirésistance dans le pays (voir Laude, 2001).

Le **programme de centres collaborateurs de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB)** a débuté en 1996; il avait pour objectifs d'améliorer la contribution de la surveillance épidémiologique à la lutte contre la tuberculose en Europe et de standardiser les méthodes de surveillance. Il est essentiellement financé par l'Union européenne (DG Santé et protection des consommateurs) et est géré conjointement par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en France et l'Association royale de lutte contre la tuberculose aux Pays-Bas (KNCV). Les 51 pays de la région Europe de l'OMS participent au projet par l'intermédiaire d'un correspondant officiel. La principale activité du projet consiste à collecter, à valider, à analyser et à publier annuellement des données standardisées sur les cas de tuberculose déclarés et (depuis 1998) sur la résistance aux médicaments antituberculeux.

#### 4.7.1.8. Zoonoses (autres que celles citées au point 4.7.1.5)

La **fièvre charbonneuse** ou charbon bactérien est causée par la bactérie *Bacillus anthracis* dont les spores peuvent survivre pendant plusieurs années dans l'environnement. Chez l'homme, la plupart des cas sont de type cutané (une spore pénètre dans la peau par une coupure ou une abrasion). Il existe des vaccins mais leur utilisation se limite généralement aux groupes à haut risque, par exemple aux personnes exposées dans le cadre de leur activité professionnelle. Dans l'UE, les cas les plus fréquents de fièvre charbonneuse sont signalés en Grèce, en Espagne et au Portugal, mais l'incidence reste très faible — seulement 0,01 cas pour 100 000 habitants dans l'ensemble de l'UE en 2000 (voir tableau 4.7.17).

La **brucellose**, causée par les bactéries de type *Brucella*, est généralement transmise par l'intermédiaire de lait non pasteurisé ou de produits laitiers. C'est une maladie professionnelle du personnel vétérinaire et des agriculteurs. Des données récentes pour l'UE (voir tableau 4.7.17) témoignent d'un recul de l'incidence (0,63 cas pour 100 000 habitants en 2000, soit une réduction de 56 % par rapport à 1996). En 2000, cette dernière était la plus élevée

en Grèce (8,10), au Portugal (5,00), en Espagne (2,80) et en Italie (1,85).

La **leishmaniose** — viscérale et cutanée — est transmise par des phlébotomes. En Europe, la leishmaniose devient également une infection fréquente associée avec le VIH. Dans tous les pays méditerranéens, la leishmaniose, viscérale et cutanée, est transmise aux hommes et aux chiens par les phlébotomes du type *phlebotomine*. La plus grande incidence de la leishmaniose viscérale est signalée dans des régions de la Grèce, de l'Espagne, de l'Italie et du Portugal. Les phlébotomes sont très sensibles à la température (voir IPCC) et les températures plus élevées sont susceptibles de changer la répartition géographique des espèces vectorielles importantes de phlébotome et d'accélérer la maturation du parasite protozoaire, augmentant ainsi le risque d'infection. Plusieurs cas importés de leishmaniose canine sont également signalés chaque année.

La **fièvre Q** est une infection à rickettsies causée par l'organisme *Coxiella burnetii*; elle ressemble à la pneumonie virale. Elle est généralement transmise par l'inhalation de poussières contaminées dans les élevages d'ovins et de bovins. Une étude effectuée en 1997 montre que la déclaration de la fièvre Q varie considérablement selon les pays de l'UE (voir note éditoriale, 1997b), mais les derniers chiffres disponibles donnent à penser que la maladie est peu courante (voir tableau 4.7.17). Dans cette étude, quatre pays ont déclaré des poussées de la maladie de 1990 à 2000, dont 995 cas (en Italie, 2000) et 276 cas (en Allemagne, 1999).

La **rage** est une infection virale du cerveau qui entraîne une inflammation de ce dernier et de la moelle épinière. Le virus est présent dans la salive des animaux infectés et est généralement transmis aux humains par la morsure d'un chien ou d'un chat infecté. Là également, il existe un vaccin à l'intention de ceux qui travaillent au contact des animaux, mais des injections de rappel sont nécessaires au bout de deux ans. Cette maladie est rare dans l'UE où on n'a pratiquement pas déclaré de cas au cours de la dernière décennie (voir tableau 4.7.17).

L'**encéphalite à tiques** est une méningo-encéphalite grave causée par un flavivirus qui est transmis à l'homme lorsqu'il est piqué par une tique infectée. L'infection peut également être due à l'ingestion de lait non pasteurisé provenant d'animaux infectés (chèvres, par exemple). L'infection est endémique dans de nombreuses régions forestières d'Europe, notamment en Scandinavie. La répartition des tiques et leur abondance sont sensibles aux changements de climat ainsi qu'à l'habitat et à la disponibilité d'hôtes, surtout les espèces les plus grosses (le plus souvent des ongulés), sur lesquelles les tiques porteuses peuvent s'alimenter dans les trois stades de leur vie. Selon l'**International**

**Scientific Working Group on Tick-Borne-Encephalitis (ISW-TBE)**, l'incidence de l'encéphalite à tiques est sous-estimée, même dans les pays où la maladie est connue, et n'est pas encore correctement diagnostiquée. L'incidence publiée de l'encéphalite à tiques en Europe (voir Randolph, 2002) suit une courbe nettement ascendante en Allemagne, en Estonie, en Slovaquie et en République tchèque dans les années 90. Le nombre de cas a régulièrement augmenté depuis le milieu des années 80 en Finlande, en Suède et en Suisse. Depuis 1997, les premiers cas indigènes sont apparus en Norvège. En Autriche, seul pays où la couverture vaccinale systématique est étendue, l'incidence de l'encéphalite à tiques a progressivement diminué depuis le début des années 80 (voir tableau 4.7.17).

#### 4.7.1.9. Maladies graves importées

La **malaria** est une infection des globules rouges due au *Plasmodium*; elle se propage par la piqûre de moustiques *Anopheles* femelles infectés. Une campagne lancée à la fin des années 50 a éradiqué la maladie dans tous les pays de la région européenne de l'OMS, y compris les États membres de l'UE. Dans les années 80, en Europe, la maladie avait été pratiquement oubliée mais, ces dernières années, elle est réapparue à la suite d'une certaine instabilité politique et économique, de mouvements importants de population et de changements dans l'utilisation des terres (voir Sabatinelli, 2001). Les cas de malaria importée de pays tropicaux endémiques constituent un problème considérable pour de nombreux pays de l'UE. L'accroissement continu des voyages internationaux et des mouvements de population a entraîné une importation massive de maladies transmissibles dans les pays où elles avaient été éradiquées. Dans l'UE, les seuls cas autochtones déclarés durant les années 90 l'ont été en Grèce et en Italie, et encore leur nombre était-il très faible. Toutefois, les cas de malaria importée ont été multipliés par huit (voir tableau 4.7.18), la plupart à destination de l'UE (30 % d'augmentation de l'incidence entre 1995 et 1999). Au total, 13 986 cas ont été déclarés en 2000 (3,7 pour 100 000) dans l'UE (8 843 en 1990, 2,4 pour 100 000). L'incidence en 2000/2001 a été particulièrement notable en France (13,6 pour 100 000), aux Pays-Bas (3,6), au Royaume-Uni (3,4), en Belgique (3,2) et au Danemark (2,9).

Le **choléra** est une infection intestinale aiguë due à l'ingestion d'aliments ou d'eau contenant la bactérie *Vibrio cholerae*. La transmission peut également se faire par contact de personne à personne, mais les conditions hygiéniques du milieu ont un effet sur la survenance du choléra dans la mesure où la bactérie peut rapidement se propa-

ger dans des conditions de surpeuplement et lorsque les ressources en eau ne sont pas protégées (voir OMS, 2001b). Bien que cette pandémie soit toujours en cours, 34 cas seulement (dans trois pays) ont été déclarés dans l'UE en 2000 et tous étaient des cas de maladie importée (voir OMS, 2001c). Pour les pays de l'UE, les données (voir tableau 4.7.18) indiquent qu'en raison des quelques cas annuels (importés) l'incidence n'est pas nulle mais qu'elle est très faible dans l'ensemble de l'Europe.

Aucun cas de **peste** n'a été déclaré récemment en Europe et aucune donnée UE n'est présentée dans le présent document. La maladie se propage généralement par des piqûres de puces à partir desquelles le bacille *Yersinia pestis* voyage dans le corps jusqu'à un ganglion lymphatique, généralement dans l'aîne. Il existe des vaccins, mais leur utilisation n'est recommandée que pour les groupes à haut risque, les agents de santé, par exemple.

#### 4.7.1.10. Maladies streptococciques

Les **infections pneumococciques** sont causées par la bactérie Gram positif *Streptococcus pneumoniae*. Les pneumocoques sont des hôtes fréquents des voies respiratoires supérieures en hiver et au début du printemps, et, à l'échelle mondiale, ils sont la principale cause des pneumonies graves chez les enfants de moins de 5 ans. Les infections pneumococciques invasives comprennent la pneumonie, la méningite et la bactériémie fébrile (voir OMS, 2002). Dans l'UE, les personnes âgées sont les principales victimes des infections pneumococciques auxquelles sont notamment associées l'infection par le VIH, la drépanocytose et diverses insuffisances chroniques d'organes. Le vaccin antipneumococcique polyvalent actuellement disponible offre une protection immunitaire moyenne d'environ 60 à 70 %, mais la durée de la protection dans les groupes affectés est relativement courte. L'incidence déclarée pour les pays de l'UE (voir tableau 4.7.19) est la plus élevée en Belgique (13,3 cas pour 100 000 habitants en 2000), au Danemark (16,6 en 1999) et en Suède (13,3 en 2000). Elle est la plus faible en Espagne (0,5 pour 100 000 en 2000), mais on ne dispose d'aucune donnée pour cinq États membres.

*Streptococcus pyogenes* (**streptocoque du groupe A**) est un des pathogènes humains les plus fréquents. On estime que de 5 à 15 % d'individus normaux hébergent la bactérie, généralement dans les voies respiratoires, sans le moindre signe de maladie. Lorsque la bactérie est introduite ou transmise à des tissus vulnérables, divers types d'infections suppurées peuvent se manifester. On a constaté une récente augmentation de la diversité, de la gravité et des séquelles des infections à *Streptococcus*

*pyogenes* ainsi qu'une résurgence d'infections invasives graves qui ont poussé les médias à parler de la «bactérie qui tue» ou de la «bactérie dévoreuse de chair». On n'a aucune explication totale du déclin et de la résurgence de la maladie. Cette dernière représente toujours un problème de santé majeur à l'échelle mondiale et les chercheurs s'efforcent de préciser les risques et les mécanismes de séquelles et d'identifier les souches rhumatogènes et néphritogènes. Le programme **Strep-Euro** de surveillance de la maladie à streptocoques du groupe A a été lancé le 1<sup>er</sup> septembre 2002; il est coordonné par l'**université de Lund** (Suède) et a pour objectif de mieux comprendre l'épidémiologie de cette maladie invasive en Europe. Actuellement, la surveillance (voir tableau **4.7.19**) est basée sur la déclaration passive de cas par des médecins dans l'ensemble de l'UE et le nombre de cas déclarés peut être sous-estimé; il semble toutefois que l'incidence soit notable en Belgique, en Norvège, en Suède et en Suisse.

Le **streptocoque du groupe B** est un type de bactérie à l'origine de maladies chez les nouveau-nés, les femmes enceintes, les personnes âgées et les adultes déjà atteints par d'autres maladies (diabète ou maladie du foie, par exemple). Le streptocoque du groupe B est la cause la plus courante de certaines maladies (sepsis, méningite et pneumonie) des nouveau-nés. Les bébés qui survivent, en particulier ceux atteints de méningite, peuvent avoir des problèmes à longue échéance (perte de l'ouïe ou de la vue, troubles d'apprentissage, par exemple). Chez les femmes enceintes, le streptocoque du groupe B peut causer des infections de la vessie ou de l'utérus (amniotite, endométrite) et des mortinaissances. Chez les hommes ainsi que chez les femmes qui ne sont pas enceintes, les maladies les plus courantes causées par le streptocoque du groupe B sont les infections sanguines, les infections de la peau ou des tissus mous et la pneumonie. Environ 20 % des hommes et des femmes non enceintes atteints d'une maladie à streptocoque du groupe B en meurent. Dans l'UE, la couverture des données pour ce type de maladie est très insuffisante et très peu de données sont disponibles (voir tableau **4.7.19**).

Les données sur les maladies infectieuses telles que l'hépatite virale, les maladies d'origine hydrique, alimentaire et environnementale, les maladies transmises par aérosol (sauf la tuberculose), les maladies graves importées et les streptococcies sont collectées par **Eurostat** directement auprès des systèmes obligatoires et volontaires de surveillance existant dans les États membres. Certaines données peuvent provenir du système d'information sur les maladies infectieuses (CISID) de l'**OMS** et de l'Office international des épizooties (**OIE**) pour certaines zoonoses.

#### 4.7.1.11. Infections nosocomiales

À l'heure actuelle, aucune donnée complète relative à l'incidence des infections nosocomiales (ou infections d'origine hospitalière) n'a été publiée au niveau de l'UE, mais des chiffres diffusés par certains réseaux existants, en France (**Raisin**) et en Espagne (**EPINE**), donnent une idée de l'importance et des implications du problème (voir tableau **4.7.20**). En France, on a constaté un taux de prévalence de 6,9 % en 2001 (comparativement à 8,0 % en 1996). Les infections nosocomiales les plus fréquentes sont dues à *E. Coli* (22,6 % de la totalité des cas), *Staphylococcus aureus* (19,8 %), *Pseudomonas aeruginosa* (11,0 %) et *Enterococcus* (6,0 %). En Espagne, le taux de prévalence est passé de 9,9 % en 1990 à 7,9 % en 1999. Les infections nosocomiales les plus fréquentes étaient très similaires à celles observées en France, mais les infections dues au staphylocoque négatif (quant à la coagulase) (13,2 %) sont bien plus fréquentes en Espagne qu'en France. En Espagne, une analyse par site d'infection a révélé que les infections les plus fréquentes étaient celles des voies urinaires (27,7 %), devant les infections chirurgicales superficielles (13,3 %), les infections chirurgicales profondes (9,4 %), les bactériémies primaires (7,6 %) et «autres infections respiratoires» (7,1 %) (voir Vaqué et Rossello). De fait, ces données reflètent l'impact logique des facteurs extrinsèques de risque dus à l'hospitalisation. Par exemple, les infections des voies urinaires sont associées à la fréquence de l'infusion intraveineuse, les infections chirurgicales aux actes de chirurgie, les infections respiratoires à la ventilation mécanique et les bactériémies aux dispositifs intravasculaires. Les infections nosocomiales sont un problème mondial et les études de prévalence dans d'autres pays montrent que de 6 à 12 % des patients hospitalisés sont infectés après leur admission.

Le projet européen **Helics (Hospitals in Europe link for infection control through surveillance)**, <http://helics.univ-lyon1.fr/index.htm> est un partenariat international de réseaux nationaux et régionaux coordonné par l'**université Claude Bernard Lyon 1** (France) dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Il a été lancé en 1998. Dans sa phase actuelle (Helics III), deux bases de données sur les infections nosocomiales pour lesquelles existe déjà un consensus européen sont utilisées: infections chirurgicales et en services de soins intensifs; validation d'une approche scientifique de l'analyse comparative par rapport à des études pilotes antérieures; accessibilité des méthodes et des données pour l'évaluation épidémiologique; établissement d'un consensus pour les enquêtes de prévalence et pour la surveillance des nouvelles infections chez les patients immunodéprimés. Les différences entre les protocoles régio-

naux et nationaux de surveillance des infections nosocomiales dans les services de soins intensifs sont trop grandes pour permettre une comparaison internationale des taux d'infection. Un protocole européen standardisé sur les infections contractées dans les services de soins intensifs, comprenant plusieurs niveaux de corrections des risques, est actuellement mis en place et sera testé en 2002.

#### 4.7.1.12. Résistance antimicrobienne

Chaque fois qu'un nouvel agent antimicrobien a été adopté en médecine clinique on a détecté, par la suite, des souches de micro-organismes résistants (voir OMS, 2001a). Ces derniers peuvent se multiplier en présence de concentrations de médicament supérieures à celles auxquelles sont soumises les personnes recevant des doses thérapeutiques. La prévalence de la résistance varie par région et dans le temps, mais, tôt ou tard, on constate une forme de résistance à chaque antimicrobien. À cet égard, la stratégie mondiale de l'OMS définit l'utilisation appropriée d'antibiotiques comme suit: *l'utilisation rentable d'antimicrobiens qui optimisent l'effet thérapeutique clinique tout en réduisant au minimum la toxicité des médicaments et le développement d'une résistance aux antimicrobiens.*

L'OMS considère également la surveillance de la résistance aux antimicrobiens comme essentielle, aussi bien parce qu'elle donne des informations de base que parce qu'elle permet d'effectuer un suivi de l'effet des interventions. En 2001, le **système européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARSS)** a contrôlé deux pathogènes: *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus*, mais d'autres pathogènes (*Escherichia coli* et *E. faecium/E. faecalis*) seront ultérieurement inclus (voir Buchholz, 2001). Les données sur la résistance, à partir de 1998, des souches invasives de *S. pneumoniae* sont résumées dans le tableau 4.7.21 et, dans cette analyse, le pathogène *S. pneumoniae* non sensible à la pénicilline est particulièrement important. Dans ce contexte, «invasive» fait référence à des isolats de sang et de liquide céphalorachidien, bien que, sur les 7 108 isolats provenant de seize pays, la plupart semblent être d'origine sanguine. Une analyse par âge a mis en évidence une incidence relativement plus élevée chez les personnes âgées, puis chez les enfants de moins de cinq ans. C'est dans cette dernière tranche d'âge que le risque de résistance était le plus élevé. La proportion de pathogène *S. pneumoniae* non sensible à la pénicilline dans les isolats était en générale plus forte dans les pays de l'Europe méridionale (Espagne, Italie et Portugal).

Le problème du *Staphylococcus aureus* est en grande partie lié à la durée du séjour hospitalier, si bien que la surveillance de la nécessité des antimicrobiens a porté sur un large éventail d'hôpitaux dans les pays déclarants. La résistance aux antimicrobiens peut entraîner un prolongement du séjour en hôpital, une augmentation des coûts et une morbidité, voire une mortalité, plus élevée. Sur la base des données à partir de 1998, les résultats ont montré que, chez les patients en services de soins intensifs, *Staphylococcus aureus* avait 2,3 fois plus de chances d'être résistant à la méthicilline que chez les patients hospitalisés dans d'autres services, par exemple en médecine interne, en obstétrique ou en gynécologie. De plus, on a constaté que le risque de trouver une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline augmentait avec l'âge. Toutefois, étant donné que pour les deux pathogènes on ne dispose pas de données sur plus de trois ans, il est trop tôt pour identifier d'éventuelles tendances séculaires. Comme pour le pathogène *S. pneumoniae* non sensible à la pénicilline, la proportion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les isolats était généralement, elle aussi, plus élevée dans les pays de l'Europe du Sud. Enfin, il est à noter que l'infection à *Staphylococcus aureus* est aujourd'hui de plus en plus déclarée comme une infection d'origine extrahospitalière et que le problème ne se limite pas seulement aux hôpitaux.

crobiens a porté sur un large éventail d'hôpitaux dans les pays déclarants. La résistance aux antimicrobiens peut entraîner un prolongement du séjour en hôpital, une augmentation des coûts et une morbidité, voire une mortalité, plus élevée. Sur la base des données à partir de 1998, les résultats ont montré que, chez les patients en services de soins intensifs, *Staphylococcus aureus* avait 2,3 fois plus de chances d'être résistant à la méthicilline que chez les patients hospitalisés dans d'autres services, par exemple en médecine interne, en obstétrique ou en gynécologie. De plus, on a constaté que le risque de trouver une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline augmentait avec l'âge. Toutefois, étant donné que pour les deux pathogènes on ne dispose pas de données sur plus de trois ans, il est trop tôt pour identifier d'éventuelles tendances séculaires. Comme pour le pathogène *S. pneumoniae* non sensible à la pénicilline, la proportion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline dans les isolats était généralement, elle aussi, plus élevée dans les pays de l'Europe du Sud. Enfin, il est à noter que l'infection à *Staphylococcus aureus* est aujourd'hui de plus en plus déclarée comme une infection d'origine extrahospitalière et que le problème ne se limite pas seulement aux hôpitaux.

Le **système européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARSS)** créé par la Commission européenne est un réseau de systèmes de surveillance nationaux qui vise à collecter des données comparables dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens (voir Bronzwaer, 1999). L'EARSS recommande aux coordinateurs nationaux de sélectionner suffisamment de laboratoires dans chaque pays pour couvrir au moins 20 % de la population totale. Les informations recueillies sur les isolats comprennent les résultats des tests, des détails sur les patients et l'hôpital desservi par le laboratoire. L'équipe de gestion du système EARSS a mis en place des filtres de contrôle de la qualité destinés à maintenir un niveau élevé de qualité pour la collecte et la déclaration des données. Cela contribue à garantir la comparabilité des données entre les pays. La Commission européenne est également concernée par l'utilisation des antimicrobiens et a récemment lancé un appel d'offres pour la fourniture d'informations, pour chaque pays, sur les quantités d'agents antimicrobiens utilisées en médecine humaine et sur les aspects de leur utilisation.

#### 4.7.2. Maladies non transmissibles

##### 4.7.2.1. Cancer (néoplasmes malins)

Une cellule cancéreuse est une cellule qui, échappant au mécanisme de contrôle normal, prolifère de manière désordonnée. Le cancer peut se développer dans n'importe quel tissu de n'importe quel



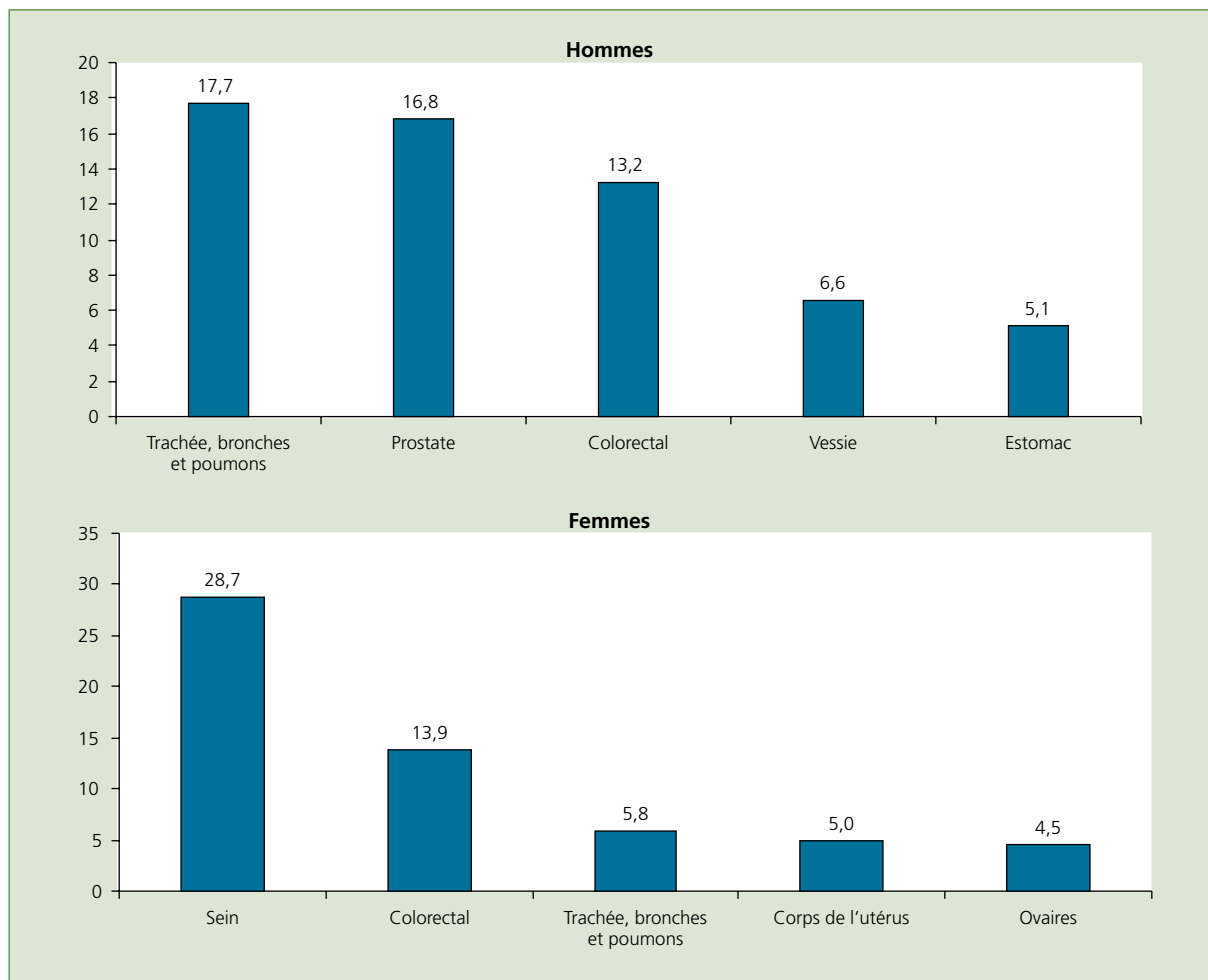
organe du corps. À mesure qu'elles croissent et se multiplient, les cellules cancéreuses forment une masse de tissu cancéreux qui envahit les tissus adjacents et peuvent se répandre (métastases) dans l'organisme. De nombreux facteurs génétiques et environnementaux peuvent avoir une incidence sur le risque d'avoir un cancer. Il s'agit notamment des facteurs suivants: antécédents familiaux, aberrations chromosomiques, tabagisme, exposition prolongée au rayonnement ultraviolet, alimentation, certains produits chimiques et certaines expositions professionnelles. L'augmentation de l'incidence avec l'âge résulte probablement d'une combinaison d'exposition accrue et prolongée aux carcinogènes et d'affaiblissement du système immunitaire du corps, le tout associé à une longévité accrue. Les néoplasmes malins sont une cause majeure de décès et leur traitement fait un usage important de ressources en soins de santé.

Dans la présente publication, l'expression «type de cancer» est utilisée pour parler des cancers situés dans des organes ou des tissus spécifiques ainsi que des cancers systémiques tels que la leucémie et le

lymphome (voir AIHW, 1998). Les données sur l'incidence des nouveaux cas de cancer concernent 1997 et sont fournies par le **Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)/OMS**. Les données sur la mortalité sont fournies par **Eurostat** (voir détails, *chapitre 5*).

À l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques, il y a eu 1 594 379 nouveaux cas de cancer et 927 740 décès dus au cancer dans l'UE en 1997 (dernière année de référence complète pour tous les États membres). Le cancer se déclare plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. En 1997, dans l'UE, les taux d'incidence corrigés selon l'âge, tous cancers confondus (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques), étaient de 419,0 nouveaux cas pour 100 000 chez les hommes et de 296,8 pour 100 000 chez les femmes, soit un rapport hommes/femmes corrigé de l'âge de 1,4 [une incidence de 345,1 pour 100 000 pour les deux sexes pris ensemble (voir tableau 4.7.22)]. À l'exception du cancer du sein (extrêmement rare chez l'homme) et de celui de la glande thyroïde, les taux d'incidence pour chaque

**4.7.23. Nombre de cancers spécifiques, en pourcentage du nombre total de cancers dans les 15 pays de l'UE, 1997**



Source: EUCAN, Agence internationale de recherche sur le cancer, Lyon.

type de cancer sont plus élevés chez les hommes. Pour ces derniers, c'est aux Pays-Bas (465,6) que l'incidence est la plus élevée, devant la France (460,7) et l'Autriche (460,3) et en Grèce (338,1) qu'elle est la plus faible, devant la Suède (356,9) et le Portugal (385,7). Pour les femmes, c'est au Danemark (396,5) qu'elle est la plus élevée, devant le Royaume-Uni (366,8) et l'Irlande (365,6) et en Grèce (231,4) qu'elle est la plus faible, devant l'Espagne (242,1) et le Portugal (265,1).

Selon les taux d'incidence pour 1997, on pourrait s'attendre à ce qu'un homme sur trois et une femme sur quatre soient directement touchés par le cancer dans les 75 premières années de leur vie. Le cancer représente actuellement 28,5 % des décès chez les hommes et 22,0 % chez les femmes. Pour l'ensemble de la population de l'UE, en 1997, la combinaison cancer du côlon et cancer du rectum (220 973 nouveaux cas) constitue le type de cancer enregistrable le plus courant (voir graphique 4.7.23). Chez les hommes, les cancers enregistrables les plus courants sont celui de la trachée, des bronches et des poumons (17,7 % du total), celui de la prostate (16,8 %), celui du côlon et du rectum (cancer colorectal) (13,2 %), celui de la vessie (6,6 %) et celui de l'estomac (5,1 %). Ces cinq cancers représentent 59 % de la totalité des cancers enregistrables chez les hommes. Chez les femmes, les types de cancer enregistrables les plus courants sont celui du sein (28,7 %), celui du côlon et du rectum (13,9 %), celui de la trachée, des bronches et des poumons (5,8 %), celui du corps de l'utérus (5,0 %) et celui des ovaires (4,5 %). Au total, ils représentent 58 % de la totalité des types de cancer enregistrables chez les femmes.

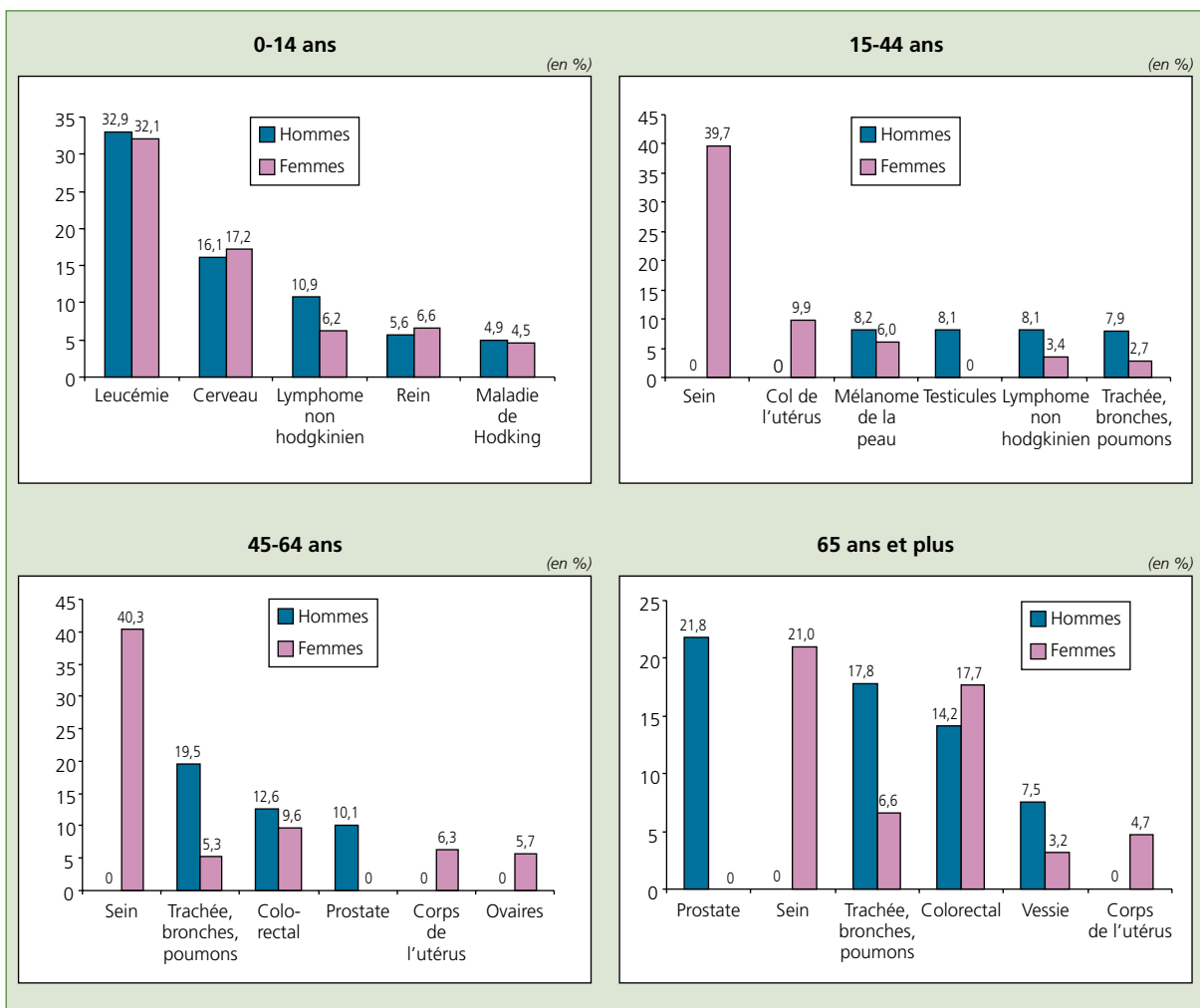
L'incidence des cancers les plus courants varie avec l'âge. Dans l'UE, en 1997, pour les personnes âgées de moins de 15 ans, les cancers diagnostiqués les plus courants étaient les leucémies (32,9 % de la totalité des cas chez les garçons et 32,1 % chez les filles), les cancers du cerveau et du système nerveux central (16,1 et 17,2 % respectivement) et le lymphome non hodgkinien (10,9 et 6,2 %). Ces trois cancers représentaient donc 60 % de la totalité des cancers dans ce groupe d'âge. Chez les personnes âgées de 15 à 44 ans, les cancers les plus fréquents étaient le mélanome de la peau (8,2 %), le cancer des testicules (8,1 %) et le lymphome non hodgkinien (8,1 %) chez les hommes et le cancer du sein (39,7 %) et du col de l'utérus (9,9 %) chez les femmes. Chez les personnes de 45 à 64 ans, le cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (8,6 %), le mélanome de la peau (8,2 %), le cancer des testicules (8,1 %) et le lymphome non hodgkinien (8,1 %) étaient les plus fréquents chez l'homme et le cancer du sein (40,3 %), le cancer colorectal (9,6 %), le cancer de l'estomac (9,2 %) et le cancer du corps de l'utérus (6,3 %) les plus fréquents chez les femmes. La tendance change

encore pour les personnes âgées de 65 ans et plus pour lesquelles le cancer de la prostate (21,8 %), le cancer de la trachée, des bronches et des poumons (17,8 %), le cancer colorectal (14,2 %) et celui de la vessie (7,2 %) chez les hommes, et le cancer du sein (21,0 %), le cancer colorectal (17,7 %), le cancer de la trachée, des bronches et des poumons (6,6 %) et le cancer du corps de l'utérus (4,7 %) chez les femmes sont les plus fréquents. Toutefois, certains cancers qui seraient classés parmi les cinq premiers en nombre de décès ne sont pas présentés dans le graphique 4.7.24.

Les registres des cancers (RC), qui collectent également des informations sur l'incidence et la survie, sont la principale source de données sur la prévalence du cancer. Un récent rapport sur le projet **Europreval** (voir Micheli, à paraître) regroupe des données de prévalence comparables pour dix-sept pays européens. Les résultats, résumés dans le tableau 4.7.25, incluent ceux de neuf États membres de l'UE, bien que ceux de l'Angleterre et de l'Écosse figurent séparément. Parmi ces États membres, les RC ont fait ressortir, toutes malignités confondues, la plus forte prévalence corrigée selon l'âge en Autriche (1 677 pour 100 000) et en Suède (1 638) et la plus faible en Espagne (1 175). Une analyse de la prévalence fondée sur des données provenant de la même source, par type de cancer, montre que pour le cancer du *sein*, les taux les plus élevés ont été trouvés en Suisse (637 pour 100 000) et en Islande (667), et les plus bas en Espagne (386) et en Allemagne (501). Pour le cancer du *poumon*, les niveaux les plus élevés ont été constatés en France (92) et aux Pays-Bas (82), et les plus bas en Finlande (68). Pour le cancer de la *prostate*, la prévalence était la plus forte en Islande (264), en Autriche (235) et en Suède (234), et la plus faible en Espagne (87) et en Italie (93). Pour le cancer du *côlon*, c'est aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suède que la prévalence était la plus forte, et en Finlande et en Espagne qu'elle était la plus faible. D'une manière plus générale, l'étude a montré que, dans toutes les populations, la prévalence du cancer était plus forte chez les hommes que chez les femmes et que, pratiquement dans tous les pays sur lesquels elle a porté, plus de 50 % des cas concernaient des personnes de 65 ans et plus. La prévalence a été la plus forte pour le cancer du sein chez la femme dans tous les pays et représentait 34 % de la prévalence totale chez les femmes en Europe. Le cancer colorectal (10 %) était deuxième en prévalence chez les femmes, mais premier chez les hommes (15 %). Pour ces derniers, le cancer de la prostate était deuxième en prévalence (15 %), suivi du cancer du poumon (12 %).

Dans tous les pays participant au projet **Europreval**, un taux de survie relative à cinq ans corrigé selon l'âge (pourcentage) a été calculé (sur la base de l'étude **Eurocare II**) pour la période d'incidence de 1988 à 1992. La survie relative à cinq ans corrigée

**4.7.24. Cancers les plus fréquents, par sexe et par groupe d'âge, EU-15, 1997**



Source: EUCAN, Agence internationale de recherche sur le cancer, Lyon.

selon l'âge, par type de cancer, chez les cancéreux de 15 ans et plus (voir tableau 4.7.25) montrait que le risque de décès était très élevé dans le diagnostic d'un cancer de l'estomac, d'un cancer colorectal, d'un cancer du poumon et d'une leucémie et que le pronostic était bien meilleur pour le mélanome de la peau, la maladie de Hodgkin, le cancer du sein, celui du corps de l'utérus et celui du col de l'utérus. Les différences par pays peuvent également être considérables. C'est en Suisse (48,7 %), en Autriche (48,3 %) et en France (45,2 %) que le taux de survie relative à cinq ans corrigé selon l'âge est le plus élevé.

Des données récentes extraites de la base de données «Surveillance epidemiology and end results» (SEER), programme 1973-1998 de l'**US National Cancer Institut**, ont été analysées par périodes. Les estimations de survie à 5, 10, 15 et 20 années, et les taux relatifs de survie pour tous les types de cancers étaient de 63, 57, 53 et 51 %, respectivement, analysés par période. Ces estimations étaient 1, 7, 11 et 11 % plus élevés, respectivement, que des estima-

tions correspondantes par analyse de survie basées sur cohorte. Par analyse de période, les taux relatifs de survie à 20 ans étaient de près de 90 % pour le cancer de la thyroïde et celui du testicule, ils dépassent 80 % pour les mélanomes et le cancer de la prostate, étaient d'environ 80 % pour l'endométriose et de presque 70 % pour le cancer de la vessie et la maladie de Hodgkin. Un taux relatif de 20 ans de survie de 65 % a été estimé pour le cancer du sein, de 60 % pour le cancer du col de l'utérus et d'environ 50 % pour le cancer colorectal, des ovaires et rénal (voir Brenner, 2002).

**EUCAN**, qui mesure l'incidence, la mortalité et la prévalence du cancer, est une base de données collectées par le CIRC (Centre international de recherche sur le cancer). Les taux d'incidence proviennent des registres des cancers qui fournissent également des statistiques sur la survie. Les données relatives au cancer sont toujours collectées et compilées un certain temps après les événements auxquels elles ont trait, si bien que les statistiques les



plus récentes sont toujours «en retard». Dans l'étude **Europrevail**, les données concernant 2,98 millions de cancéreux ont été analysées. Pour ces patients, les diagnostics établis de 1970 à 1992 figurent dans 38 registres des cancers de dix-sept pays européens (voir Micheli, à paraître). Pour les États membres, la couverture nationale variait considérablement. Elle était totale au Danemark et en Finlande, d'environ 50 % au Royaume-Uni, de 6 à 18 % en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche et en Suède, et très faible en Allemagne (1,7 %) et en France (2,9 %). Les règles d'inclusion des cas dans l'analyse étaient celles utilisées par l'étude **Eurocare** sur la survie des malades cancéreux européens; les résultats sont donc cohérents avec ceux d'Eurocare.

Le projet **Eurochip** (European Cancer Health Indicator Project) est coordonné par l'**Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori**, Italie. Il a commencé en 2000 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de l'UE. Le projet Eurochip vise à élaborer une liste complète d'indicateurs de santé utiles pour contrôler le cancer dans les pays de l'UE. La liste comprendra des variables sur la prédominance des facteurs de risque, de l'activité préclinique, de la présence de cancer du suivi clinique, des rechutes, de la survie des malades, des procédures diagnostiques et thérapeutiques, de l'efficacité, des résultats et de la prévalence de soins. Le projet vise également à établir des méthodes normalisées pour collecter, pour vérifier et pour valider des données et à proposer des méthodes, des procédures et des techniques pour analyser les résultats et les rendre disponibles.

#### 4.7.2.2. Anomalies congénitales

Les anomalies congénitales (malformations à la naissance) constituent un groupe hétérogène de cas individuels souvent rares qui, collectivement, représentent un important fardeau de santé publique en termes d'impact sur la qualité de la vie des personnes atteintes et des membres de leur famille, d'années de vie potentiellement perdues et d'années vécues avec une incapacité importante, et de coût en services de santé. Parmi les facteurs ayant une incidence sur le risque d'anomalies congénitales, il convient de citer les déficiences nutritionnelles, l'exposition à certains rayonnements, certaines drogues, l'alcool, certains types d'infections et de maladies chez la mère et les troubles héréditaires.

La surveillance des anomalies congénitales est assurée par le réseau **Eurocat (European Registry of Congenital Anomalies and Twins)** des registres européens des malformations congénitales (voir encadré) qui, à ce jour, a couvert un total de 11 millions de naissances sur une période de vingt

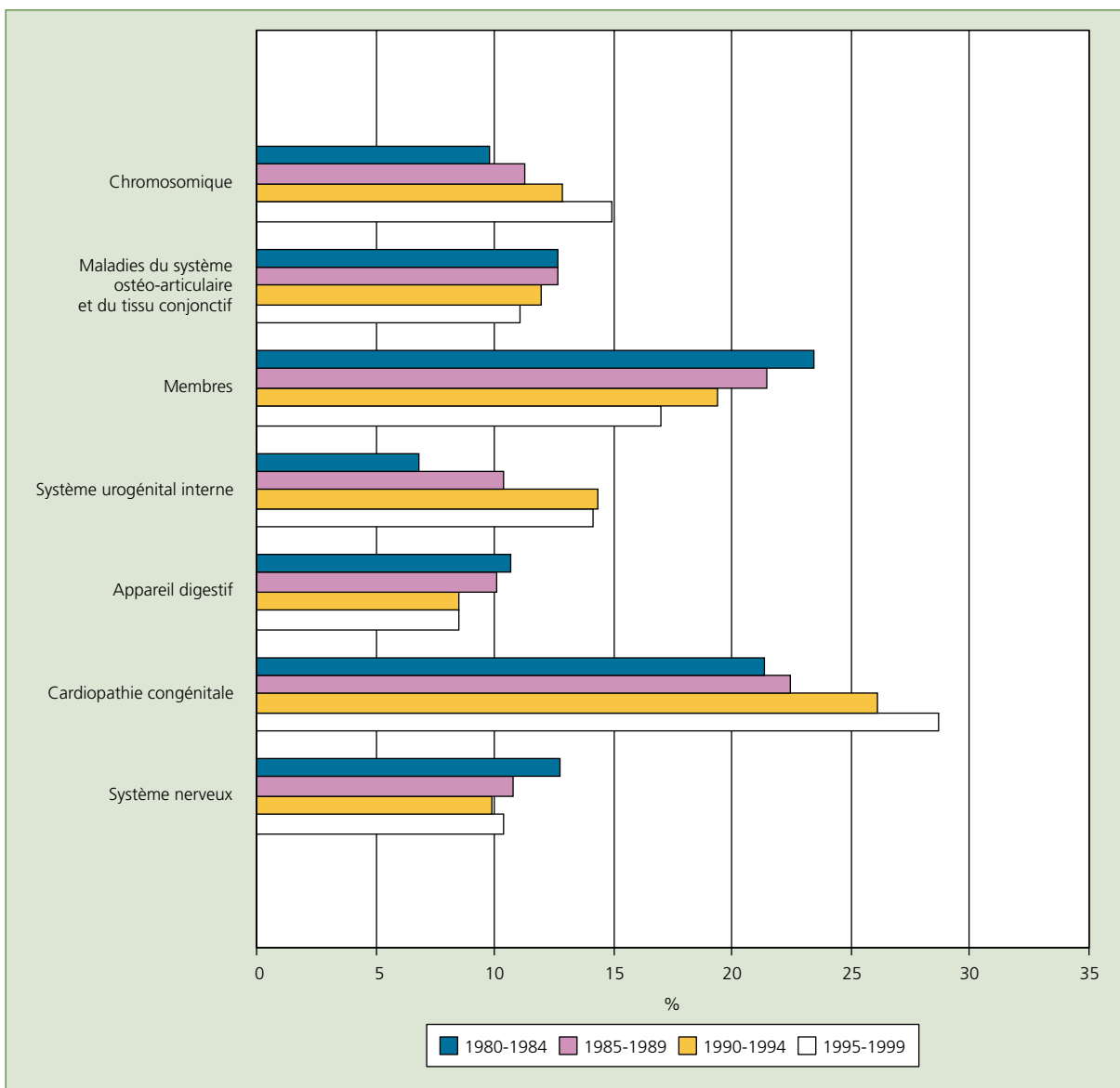
ans et couvre actuellement plus de 700 000 naissances dans 17 pays. La collaboration européenne facilite la mise en commun des données, leur comparaison entre différents pays, la mobilisation de l'expertise et l'adoption d'une approche commune des questions européennes de santé publique.

Le tableau **4.7.26** présente le nombre de cas de diverses anomalies congénitales par type de naissance et les taux de prévalence totale pour 10 000 naissances dans 28 registres membres entre 1980 et 1999. Sur cette période, 132 017 bébés et fœtus affectés ont été enregistrés au total avec leurs anomalies congénitales, ce qui donne un taux de prévalence totale de 217 pour 10 000 naissances. Le tableau **4.7.27** donne le nombre de cas d'anomalies congénitales par type de naissance et les taux de prévalence associés (naissances vivantes, naissances et prévalence totale) pour chacun des 28 registres membres et des 4 registres associés entre 1980 et 1999. Le graphique **4.7.28** donne le pourcentage de cas dans chacun des 7 grands groupes d'anomalies dans les 28 registres membres, par période de cinq ans, entre 1980 et 1999.

Sur l'ensemble des registres membres de 1980 à 1999, les taux de prévalence les plus élevés pour les groupes d'anomalies ont été constatés pour la cardiopathie congénitale (53,8 pour 10 000) devant les malformations des membres (40,2) et les aberrations chromosomiques (27,1). En ce qui concerne les anomalies spécifiques, les plus courantes étaient la communication interventriculaire (22,9), le syndrome de Down (16,8) et les anomalies du tube neural (10,9). Il convient toutefois de noter que les informations collectées concernent le nombre d'anomalies spécifiques déclarées. Le bébé pouvant présenter plusieurs anomalies, ces chiffres par anomalie ne constituent pas une comptabilisation des bébés.

Sur les vingt dernières années, on a constaté d'importantes évolutions de la méthode de dépistage qui ont conduit au diagnostic précoce des cas d'anomalie congénitale pris en compte dans les registres (facteur important de l'augmentation de la proportion des cardiopathies congénitales illustrée dans le graphique **4.7.28**) et à l'établissement d'autres diagnostics prénatals souvent suivis d'interruptions de grossesse pour raison d'anomalies graves. De 1995 à 1999, 15 % des cas étaient des interruptions de grossesse provoquées à la suite d'un diagnostic prénatal, le pourcentage le plus élevé ayant été constaté à Paris. En outre, les tendances démographiques, et notamment l'augmentation de l'âge moyen de la mère à la naissance, ont entraîné une augmentation de la prévalence des grossesses affectées par des troubles liés à l'âge (syndrome de Down, par exemple), comme en témoigne la proportion croissante de cas d'anomalies chromosomiques (voir **4.7.28**).

**4.7.28. Anomalies congénitales par groupes principaux, 28 registres membres, 1980-1999**



Source: Eurocat Report 8. Surveillance of Congenital Anomalies 1980-1999, University of Ulster 2002.

Le réseau **Eurocat (European Surveillance of Congenital Anomalies)** des registres européens des malformations congénitales collecte et publie des données sur la prévalence des anomalies congénitales, puis effectue des travaux de recherche concertée. Le projet a été lancé en 1979, et, actuellement, le service central d'enregistrement (Central Registry) est situé à l'**University of Ulster**, avec un financement du programme européen sur les maladies rares. Sont membres d'Eurocat 39 registres répartis dans 17 pays européens; tous transmettent des données au service central d'enregistrement sur une base annuelle (voir tableau 4.7.25). Eurocat recommande un certain nombre de principes d'enregistrement, parmi lesquels: couverture d'une population résidente géographiquement définie (registres basés sur la population), utilisation de plusieurs sources de constatation, constatation des interruptions de grossesse forcées à la suite de dia-

gnostics prénatals, constatation des cas diagnostiqués après la période néonatale et constatation des décès intra-utérins après une gestation de 20 semaines. Il est toutefois important de noter que, selon les caractéristiques et les contraintes locales, la méthode de collecte des données n'est pas la même dans toutes les régions d'Europe. Les comparaisons directes entre registres doivent tenir compte de ces différences, ainsi que de facteurs tels que les critères d'inclusion, la pratique des diagnostics dans la région et les variations de l'âge au moment du diagnostic (prénatal ou postnatal). Par conséquent, les différences de prévalence de toutes les anomalies entre régions (voir tableau 4.7.27) ne peuvent pas simplement être interprétées comme des différences de risque. Pour plus d'informations sur tous les aspects d'Eurocat: <http://www.eurocat.ulster.ac.uk>

### 4.7.2.3. Maladies cardio-vasculaires

Les maladies du cœur et de l'appareil circulatoire représentent environ la moitié de la totalité des décès dans les pays européens, et, parmi elles, la coronaropathie (ou cardiopathie ischémique) est la plus meurtrière. Les coronaropathies sont responsables de nombreux décès prématurés et, comme les soins cliniques des maladies cardio-vasculaires sont coûteux et de longue durée, elles constituent également un lourd fardeau économique pour l'Europe.

Un récent rapport du projet **Monica** de l'OMS résume les conclusions du projet en ce qui concerne les tendances de survie et les taux d'accidents coronariens. Il montre que l'incidence de ces derniers est plus forte dans les populations de l'Europe du Nord que dans celles de l'Europe du Sud (voir tableau 4.7.29) et qu'elle baisse rapidement dans les pays européens du Nord, mais plus lentement dans ceux du Sud (voir Rayner et Petersen, 2000). L'évolution géographique des taux d'incidence et de leurs tendances est analogue à celle des taux de mortalité. Les taux de mortalité clinique dépendent de nombreux facteurs, y compris de la précision du diagnostic, de la gravité de la maladie et de l'impact du traitement. Les résultats du projet **Monica** montrent que la mortalité a tendance à être la plus forte en Belgique, au Danemark, en France et en Allemagne et la plus faible en Finlande et en Islande.

Pendant la période couverte par l'étude, la mortalité diminuait dans la plupart des pays, surtout en France et en Suisse, alors qu'elle augmentait dans d'autres (au Danemark et dans une partie de la Finlande). Sur 170 000 personnes étudiées pendant une période de dix ans (du milieu des années 80 au milieu des années 90), ce sont les hommes vivant en Carélie du Nord (Finlande), à Glasgow (Royaume-Uni), à Kuopio (Finlande) et à Belfast (Royaume-Uni) ainsi que les femmes vivant à Glasgow (Royaume-Uni), à Belfast (Royaume-Uni) et à Varsovie (Pologne) qui avaient les taux moyens de cardiopathie les plus élevés. Chez les femmes, sur cette même période, les taux moyens d'infarctus du myocarde les plus bas ont été constatés en Catalogne (Espagne), à Toulouse (France) et à Brianza (Italie). Ainsi, chez les femmes, les taux d'infarctus du myocarde étaient huit fois plus élevés à Glasgow qu'en Catalogne. Chez les hommes, toujours sur cette même période, les taux moyens d'infarctus du myocarde les plus bas ont été constatés en Catalogne (Espagne), dans les cantons de Vaud et de Fribourg (Suisse) et à Toulouse (France). À titre d'exemple, en Carélie du Nord, les taux étaient dix fois plus élevés qu'à Pékin. Le projet **Monica** a suivi les taux de crise cardiaque, les facteurs de risque et les soins coronaires dans des populations prédéterminées de 37 pays, du milieu des années 80 au milieu des années 90. Là où les

taux de mortalité ont baissé, la modification totale était due, en moyenne, pour un tiers à la modification de la survie et pour deux tiers à la différence des taux de crise cardiaque, ce qui souligne bien l'importance que revêtent à la fois la prévention des cardiopathies et l'amélioration des soins en cas d'accidents aigus.

Pour aider à mieux comprendre le recul apparent de la mortalité due aux coronaropathies à la fin des années 70, l'OMS a lancé le projet **Monica** (projet de surveillance des tendances et des déterminants des maladies cardio-vasculaires) pour répondre à certaines questions clés: a) Les déclinés rapportés concernant les coronaropathies étaient-ils authentiques? b) Dans l'affirmative, quelle part des déclinés est attribuable à l'amélioration de la survie plutôt qu'au recul des taux d'accidents coronariens? Ce projet prévoyait de mesurer, sur dix ans et dans des populations déterminées, les tendances des taux de coronaropathie et leur taux de mortalité clinique, les tendances des facteurs de risque et les tendances des taux de soins coronariens aigus (voir Tunstall-Pedoe e.a., 1999). Il couvrait 37 populations dans 21 pays. Les registres identifiaient les infarctus du myocarde non mortels et les décès coronariens certains, possibles ou inclassifiables chez les femmes et les hommes âgés de 35 à 64 ans suivis pendant 28 jours en soins hospitaliers ou non. Le projet a élaboré une méthodologie de collecte de données pour l'enregistrement standardisé des accidents coronariens et des accidents cérébrovasculaires, y compris pour la collecte de données sur les renseignements diagnostiques et de données sur les soins médicaux fournis aux patients avant, pendant et après l'attaque. Les méthodes ont été élaborées en tenant compte des caractéristiques locales du système de soins de santé dans chaque centre et de l'évaluation des facteurs de risque au moyen d'enquêtes par sondage de la population faisant l'objet de l'étude.

Un nouveau projet, le projet **Eurociss** (Cardiovascular Indicators Surveillance Set), coordonné par l'**Istituto Superiore di Sanità (ISS)** en Italie, a été lancé en 2000 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Ce projet vise à identifier, parmi les données existantes, celles qui sont essentielles pour une définition objective des indicateurs de morbidité des maladies cardio-vasculaires, et à recommander des méthodes standardisées applicables à l'avenir dans l'Union européenne, en préparant des recommandations de collecte et d'harmonisation des données facilement applicables dans les différents pays, afin d'obtenir des données fiables et significatives pour la surveillance périodique de la morbidité cardio-vasculaire dans l'UE. Les taux d'attaque ne sont pas suffisants pour décrire le fardeau que représentent les maladies cardio-vasculaires pour la population, surtout en ce qui concerne la cardiopathie ischémique, compte tenu de la fréquence élevée des manifestations chro-

niques de cette maladie. À la suite des modifications démographiques en Europe et des progrès réalisés dans le traitement de la cardiopathie ischémique, on ne sait pas très bien comment cela influera sur la fréquence des formes chroniques de la maladie et, par conséquent, sur la nécessité de surveiller son apparition.

#### 4.7.2.4. Diabète

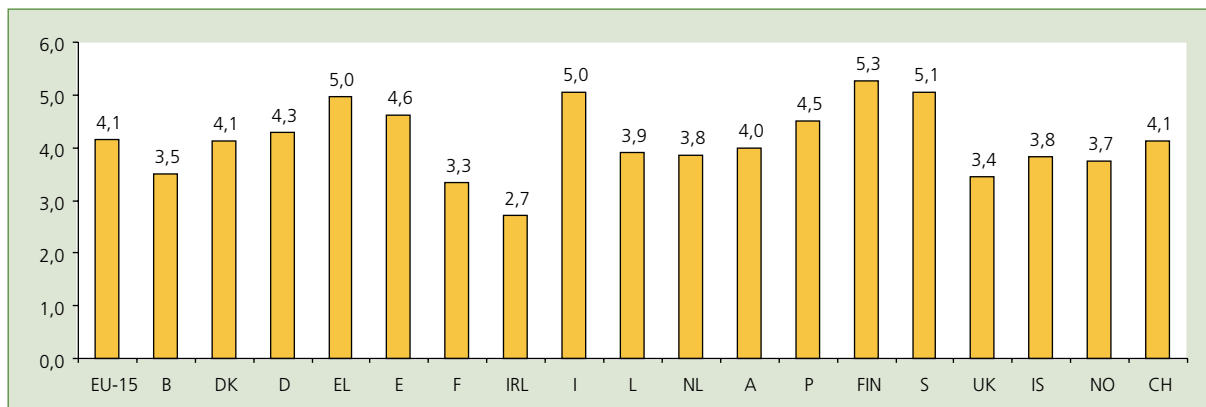
Le **diabète sucré** est une maladie chronique due à une déficience héréditaire et/ou acquise de production d'insuline par le pancréas ou à l'inefficacité de l'insuline produite. Une telle déficience entraîne une augmentation des concentrations de glucose dans le sang qui, à son tour, endommage de nombreux éléments du corps humain, en particulier les vaisseaux sanguins et les nerfs (voir OMS, 2002). Il existe essentiellement deux types de diabète: le diabète insulino-dépendant (DID), cas de figure où les cellules pancréatiques produisant l'insuline sont détruites par le système immunitaire de l'organisme; le diabète non insulino-dépendant (DNID), cas de figure où le pancréas produit de l'insuline que l'organisme ne peut utiliser correctement. Parmi les complications associées au diabète, il convient de citer la rétinopathie diabétique (cause importante de cécité et de trouble

visuel), l'insuffisance rénale, la cardiopathie, la neuropathie et le pied du diabétique.

À l'échelle mondiale, les évaluations de la prévalence du diabète sont imprécises, et les dernières estimations disponibles pour l'UE datent de 1994. L'utilisation des données sur la mortalité entraîne une sous-évaluation, car il est fréquent que le diabète ne soit pas mentionné sur le certificat de décès des diabétiques. Pour l'UE, les estimations ont été préparées en 1997 par l'**Institut international du diabète** (IID) sur la base d'informations provenant d'enquêtes conçues pour mesurer la prévalence du DID et/ou du DNID dans diverses populations (voir McCarty et Zimmet, 1997). L'IID a également fait des projections de prévalence du diabète pour 2000 et 2010. Dans l'UE, on estimait à 12,7 millions le nombre de diabétiques en 1995, nombre dont on prévoyait qu'il passerait à 15,6 millions en 2000 (augmentation de 22,9 %) et à 19,6 millions d'ici à 2010 (augmentation supplémentaire de 25,9 %) (voir tableau 4.7.30). En 2000, on estimait à 4,1 % la proportion de la population de l'UE atteinte de diabète, cette proportion étant nationalement la plus forte en Finlande (5,9 %), en Suède (5,1 %), en Italie (5,0 %) et en Grèce (5,0 %). L'Irlande (2,7 %) était d'assez loin l'État membre où la proportion de diabétiques était la plus faible (voir graphique 4.7.31).

#### 4.7.31. Prévalence estimée du diabète sucré, 1994

(en % de la population atteinte de diabète sucré)



Source: McCarty et Zimmet, International Diabetes Institute et WHO Collaborating Centre of the Epidemiology of Diabetes Mellitus (1997).

Dans leur étude pour l'**Institut international du diabète** (IID), Amos, McCarty et Zimmet ont utilisé les résultats de plus de 250 investigations mondiales pour déterminer la prévalence du DID et/ou du DNID. La plupart de ces études n'avaient pas été spécialement conçues pour mesurer la prévalence nationale, et les chercheurs ont obtenu ces nombres en utilisant des taux de prévalence par âge. Ces taux ont ensuite été appliqués aux populations de 1995 pour produire des estimations pour chaque pays. En l'absence de données de prévalence pour un pays, ce sont les taux d'un pays voisin ayant une composition ethnique similaire qui ont été utilisés. Pour

faire des projections, les chercheurs ont choisi les taux de prévalence du DNID disponibles pour chaque groupe ethnique, ainsi qu'un taux approprié, et ont appliqué ce dernier à la population prévue pour 2010. Comme ils considéraient qu'il y avait un lien entre le DNID et le degré d'occidentalisation, ils ont tenu compte du niveau de développement économique actuel et futur dans le choix des taux. Pour le DID, les projections ont été faites en utilisant les mêmes méthodes que pour les estimations de 1995. Enfin, les projections pour 2000 ont été basées sur une moyenne des estimations de 1995 et des projections pour 2010.

Il existe un projet de création d'indicateurs du diabète en Europe, le projet **EUDIP (European Diabetes Indicator Project)**, coordonné par le **centre hospitalier de Luxembourg** et lancé en 2001 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Ce projet a pour double objectif de proposer un ensemble d'indicateurs du diabète à utiliser dans l'UE et d'adopter des définitions harmonisées pour les indicateurs du diabète. Un inventaire des indicateurs et des sources de données disponibles dans les différents pays de l'UE/AELE sera établi. D'autres indicateurs potentiels et d'autres collectes de données axés sur différents aspects du diabète sucré nécessitant une surveillance seront ajoutés à l'inventaire. À partir de la liste, un ensemble d'indicateurs sera choisi en fonction de leur pertinence, de leur validité, de leur fiabilité, de leur reproductibilité et de leur sensibilité.

#### 4.7.2.5. Maladies professionnelles

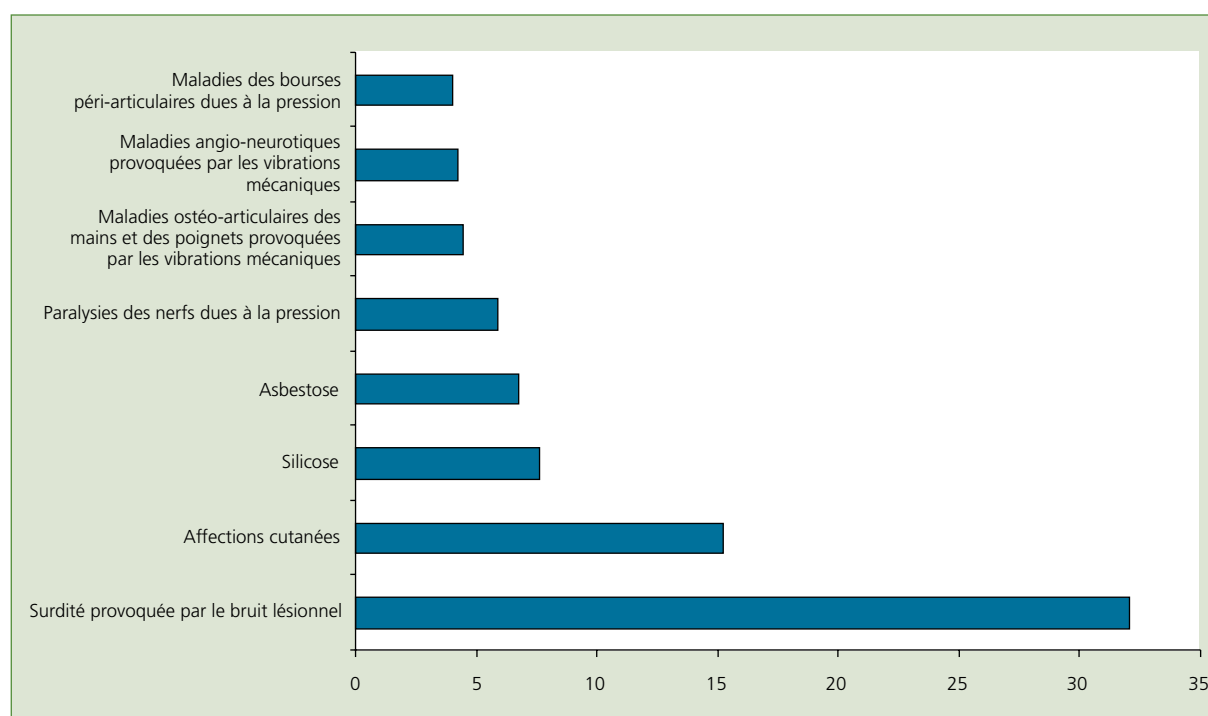
Les chiffres correspondent aux premiers résultats d'un projet pilote **Eurostat** sur les **statistiques européennes des maladies professionnelles (projet EODS)**. Dans ce projet, Eurostat (à la demande de la DG Emploi et affaires sociales de la Commission européenne) a préparé des statistiques européennes relatives aux cas reconnus en 1995 pour 31 items sélectionnés dans la liste européenne des maladies professionnelles (recommandation 90/326/CEE). La plupart des maladies professionnelles correspondant aux 31 items sélectionnés ont été couvertes dans tous les États membres. Eurostat

a préparé les statistiques européennes des maladies professionnelles (EODS, phase I) mises en œuvre à partir de l'année de référence (2001). Les premières données seront disponibles en 2003.

Il importe de se montrer prudent lorsqu'on veut faire des comparaisons entre États membres, alors que les analyses de données concernant l'industrie devraient être plus sûres si on tient compte des quelques exceptions de couverture mentionnées ci-dessus. Au total, 57 414 cas de maladies professionnelles ont été reconnus dans l'UE en 1995 pour les 31 items (voir tableau **4.7.32** et graphique **4.7.33**) sélectionnés dans la liste européenne des maladies professionnelles. Pour l'EU-15, cela représente une incidence de 368,9 cas EODS par million. Les statistiques européennes basées sur les 31 items sélectionnés dans la liste européenne couvrent donc environ 70 % de la totalité des cas reconnus de maladies professionnelles en Europe en 1995.

Il existe toutefois des données nationales pour 1999. Le nombre total de cas *reconnus* par l'Allemagne, l'Espagne et la France évolue différemment sur la période 1995-1999. En France, on a constaté une augmentation marquée des cas (de 8 534 en 1995 à 16 665 en 1999), augmentation essentiellement due aux modifications apportées au système d'indemnisation des troubles du système ostéo-articulaire qui ont entraîné un accroissement considérable des cas reconnus (de 4 704 en 1995 à 10 874 en 1999), ainsi qu'une progression des cas

#### 4.7.33. Maladies professionnelles reconnues dans l'EU-15 (% de la totalité des cas), 1995



Source: Eurostat/EODS (statistiques européennes des maladies professionnelles).



reconnus d'asbestose (de 817 à 1 950). La tendance a été la même en Espagne où le nombre de cas est passé de 6 005 en 1995 à 14 119 en 1999, surtout en raison des troubles du système ostéo-articulaire. Par contre, on a constaté un léger recul en Allemagne, où le nombre de cas est passé de 21 886 en 1995 à 17 046 en 1999. En ce qui concerne les autres pays pour lesquels on dispose de données, les chiffres sont stables ou traduisent une légère diminution du nombre de cas. Il n'y a qu'en Italie et en Suède qu'on a constaté, à partir de 1993, une baisse significative du nombre de maladies professionnelles reconnues en raison de modifications de la législation et des politiques sociales. L'hypoacousie (ou surdité) provoquée par le bruit lésionnel représente environ un tiers du sous-ensemble de données couvert par Eurostat. Plus de 95 % des cas d'hypoacousie provoquée par le bruit lésionnel au travail concernent des hommes. À cet égard, il importe de rappeler que le taux de participation des hommes au marché du travail est supérieur à celui des femmes et que les hommes assument plus souvent des tâches liées à l'utilisation de machines et d'outils bruyants. La plupart des cas de maladies de la peau sont enregistrés dans le secteur manufacturier et le secteur social (hôpitaux). La plupart des cas de maladies infectieuses sont déclarés pour ce dernier secteur; ces maladies sont reconnues comme des maladies professionnelles pour les personnes travaillant dans les hôpitaux et les établissements du même genre dans la plupart des systèmes de reconnaissance.

sentiellement consacrée aux problèmes de santé (à l'exclusion des accidents corporels et indépendamment de leur gravité) qui, de l'avis des répondants, étaient dus à leurs conditions de travail actuelles ou passées ou que ces dernières avaient aggravés.

Pendant la période 1998-1999, dans l'UE, le nombre de personnes souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé liés au travail (PSLT) (à l'exclusion des accidents, mais y compris les cas où l'apparition du problème continuait d'avoir des répercussions) a été estimé à 7,7 millions. Pour indication, le total annuel comparable de travailleurs victimes d'accidents du travail était de 7,4 millions. Ces problèmes étaient plus nombreux chez les travailleurs âgés de 45 ans et plus (57 %) et chez ceux de sexe masculin (54 %). En outre, 12 % des victimes avaient eu plusieurs PSLT dans l'année, mais il n'a été tenu compte que du problème le plus grave (voir tableau 4.7.34). Les troubles du système ostéo-articulaire étaient, de loin, le problème médical le plus courant (53 % de la totalité des personnes souffrant de PSLT) devant le stress/la dépression/l'anxiété (18 %). Il est intéressant de noter que, dans le groupe des inactifs qui avaient antérieurement travaillé, seulement 8 % ont déclaré le stress/la dépression/l'anxiété comme problème, même si cela ne veut pas dire que des maladies telles que la dépression tendent à disparaître dans cette population, mais au contraire qu'elles sont nettement moins liées au travail antérieurement effectué.

Les **statistiques européennes des maladies professionnelles (EODS)** préparées par Eurostat tiennent compte des cas reconnus par les États membres selon leurs critères nationaux de reconnaissance des maladies professionnelles. La première publication ne contient que des cas tirés du sous-ensemble des 31 items sélectionnés dans la liste européenne des maladies professionnelles et présentés dans le tableau 4.7.32.

#### 4.7.2.6. Problèmes de santé liés au travail

Il est reconnu depuis longtemps qu'un métier ou une profession peut être la cause d'une maladie ou du moins être un facteur de maladie. Ce constat est à l'origine d'un large éventail de mesures soutenues par la législation, conçues pour réglementer la sécurité au travail, même si on sait que de nouveaux risques peuvent toujours se présenter. Toutefois, on s'intéresse également à la façon dont le travail d'une personne altère son état de santé général. Eurostat a récemment analysé les données fournies par l'**enquête sur les forces de travail (EFT)** de l'UE dans laquelle les répondants faisaient une autoévaluation de leur état de santé lié au travail (voir Dupré, 2001). Cette étude était es-

Lorsqu'on analyse séparément les personnes touchées par des PSLT entraînant un arrêt de travail de plus de trois jours, on constate que leur répartition par groupe de diagnostic est très comparable à celle de toutes les personnes touchées par des PSLT. La seule différence notable tient à la plus forte proportion de personnes ayant un problème de stress/de dépression/d'anxiété, ce qui donne à penser que de tels problèmes ont tendance à entraîner des arrêts de travail plus longs que les autres. Si on poursuit l'analyse concernant les personnes ayant eu un arrêt de travail de trois jours ou plus, cette différence en faveur des problèmes de stress/de dépression/d'anxiété est encore plus marquée en ce qui concerne les personnes ayant eu un arrêt de travail de deux semaines ou plus. Un quart des personnes touchées par des PSLT pendant la période 1998-1999 n'ont pas eu d'arrêt de travail pour cette raison (voir tableau 4.7.35), et, si on ne tient compte que des personnes qui étaient alors actives, plus d'un tiers n'ont pas été arrêtées pour cause de maladie; 49 % n'ont pas été arrêtées ou absentes moins d'une semaine. Pendant la période de référence, 348,7 millions de jours de travail ont été perdus dans l'UE en raison de PSLT, mais pour la plupart, ils étaient attribuables à des travailleurs ayant été arrêté pendant au moins une semaine.

Une part importante du nombre global de jours de travail perdus concernait des personnes s'attendant à ne plus jamais retravailler en raison de leur PSLT (120,1 millions de jours) et des personnes actives arrêtées pendant un mois ou plus (148,3 millions de

jours). Ainsi, les principaux effets des PSLT (en jours perdus) ne sont pas dus à la forte proportion de travailleurs dont les problèmes ne nécessitent qu'un arrêt de courte durée, mais à la moindre proportion de ceux qui sont en arrêt de plus longue durée.

### Différences conceptuelles entre le module ad hoc de l'EFT 1999 et les données EODS

	Module ad hoc de l'EFT 1999	EODS
Maladie, incapacité ou problème de santé physique ou psychologique que la victime considère être dû à son travail actuel ou passé	Oui	Non, sauf les cas reconnus comme maladie professionnelle
Maladie, incapacité ou problème de santé physique ou psychologique qui, de l'avis de la victime, s'est aggravé en raison de son travail actuel ou passé	Oui	Non
Maladie, incapacité ou problème de santé physique ou psychologique déclaré aux autorités	Oui	Seulement s'il est reconnu comme maladie professionnelle
Maladie professionnelle reconnue par le régime d'assurances sociales	Oui	Oui
Caractéristiques (dans le cas de plusieurs problèmes de santé pour une même personne)	Problème le plus grave	Toutes les maladies
Période de référence	Problèmes de santé s'étant manifestés au cours des 12 derniers mois <sup>(1)</sup> , quelle que soit la date de début de la maladie et d'exposition à l'agent nocif/aggravant ou au facteur de contrainte	Année civile de reconnaissance, quelle que soit la date de début de la maladie et d'exposition à l'agent nocif ou au facteur de contrainte

(<sup>1</sup>) À la date de l'interview.

Pour les problèmes de santé liés au travail, le module ad hoc couvre toutes les maladies, incapacités et autres problèmes de santé physique ou psychologique (à l'exception des accidents corporels) survenus au cours des douze derniers mois, dans la mesure où le travail *en est la cause ou a contribué à les aggraver*. Il s'agit là d'un concept au sens large qui va bien au-delà des maladies professionnelles reconnues par les régimes d'assurances sociales. Toutefois, comme pour les maladies professionnelles, il inclut les *problèmes remontant à un an avant l'enquête (ou année de référence) et ceux qui sont dus à un emploi antérieur et qui, le cas échéant, continuent d'affecter les personnes actuellement non actives* (par exemple, une maladie des poumons contractée par un mineur il y a peut-être plusieurs années de cela). Les *trois grandes différences* avec le concept médico-légal de la maladie professionnelle sont les suivantes: a) dans le module ad hoc, le concept de problème de santé lié au travail est basé sur une *autoévaluation, par les sujets sous revue, de leur état de santé lié au travail*; b) il tient compte de tous les problèmes rapportés, *quelle qu'en soit la gravité*; c) il comprend également les *problèmes de santé considérés par la victime comme dus, en partie seule-*

*ment, à ses activités professionnelles actuelles ou passées* («aggravés par le travail»). En outre, le module ad hoc fait référence aux problèmes de santé survenus pendant l'année, alors que les statistiques sur les maladies professionnelles se réfèrent en général, comme c'est le cas pour l'EODS, à l'année de reconnaissance par le régime d'assurances sociales.

Dans le cadre de l'**enquête sur les forces de travail (EFT)** de 1999, enquête auprès des ménages sur l'emploi et le marché du travail, un module ad hoc examinait les accidents du travail et les maladies professionnelles. Le module comportait des questions sur les maladies, incapacités et autres problèmes de santé physique et psychologique survenus au cours des douze derniers mois et causés ou aggravés par le travail. Le module a été appliqué par onze États membres (les exceptions étant la Belgique, la France et l'Autriche, les Pays-Bas l'ayant appliqué ultérieurement) et la Hongrie. Au total, 650 000 personnes ont ainsi été interviewées sur les PSLT. La population active est constituée des personnes ayant un emploi et des personnes au chômage pendant la semaine de référence de l'en-



quête. Toutefois, pour les PSLT, seuls les chômeurs ayant déjà occupé un emploi sont pris en compte, et les arrêts de travail au cours des douze derniers mois n'ont été comptés que pour ceux qui avaient occupé un emploi pendant cette période.

#### 4.7.2.7. Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles: ostéoporose

Les troubles du système ostéo-articulaire sont une cause majeure de douleur chronique et d'incapacité physique. Si les lésions des os, des muscles et des articulations sont courantes, tout comme le sont des inflammations telles que l'arthrite, les déséquilibres métaboliques ou hormonaux peuvent également affecter les os et les articulations. À titre d'exemple, on peut citer l'ostéoporose, cas dans lequel une perte de minéraux tels que le calcium et le phosphore peut affaiblir la densité de l'os et augmenter le risque de fracture. Les deux cas les plus courants sont l'ostéoporose post-ménopausique, due à un manque d'œstrogènes et touchant surtout les femmes de plus de 50 ans, et l'ostéoporose sénile, associée à la déficience en calcium liée à l'âge et touchant les personnes de plus de 70 ans, surtout les femmes. Les fractures ostéoporotiques touchent généralement la hanche, la colonne vertébrale et l'avant-bras et constituent un problème majeur de santé publique. Les fractures de la hanche et des vertèbres sont associées à une survie réduite et à une morbidité considérable.

Les résultats d'une étude récente soutenue par l'UE illustrent bien l'augmentation de l'incidence et de la prévalence de l'ostéoporose avec l'âge, ainsi qu'avec le sexe, comme nous l'avons noté ci-dessus (voir tableaux 4.7.36 et 4.7.37). Pour les raisons indiquées dans l'encadré figurant ci-après, les comparaisons entre les pays sont difficiles. Les prévisions (voir encadré) montrent que le nombre annuel de fractures de la hanche devrait être de 414 000 en 2000 et devrait atteindre 972 000 d'ici à 2050. Sur la même période, la prévalence des fractures vertébrales devrait passer de 23,7 millions en 2000 à 37,3 millions en 2050. Ces chiffres, qui reflètent bien la proportion croissante de personnes âgées dans les populations de l'UE, disent combien, dans les années à venir, la demande de ressources de santé sera considérable rien que pour les fractures dues à l'ostéoporose.

Au milieu des années 90, la **DG Santé et protection des consommateurs** de la Commission européenne a constitué un groupe de travail ayant pour mission d'étudier l'épidémiologie, la pathogénèse et la gestion clinique de l'ostéoporose dans les États membres de l'UE, en mettant l'accent sur la prévention de la

maladie dans le futur (voir Commission européenne, 1998). Les données sur l'incidence provenaient de diverses sources. Pour cinq pays, ce sont les résultats de l'étude MEDOS (**Mediterranean Osteoporosis Study**) qui ont été utilisés, alors que pour d'autres on a puisé dans divers registres. Dans les tableaux, les données de certains pays sont utilisées pour d'autres pays pour lesquels on ne disposait pas d'informations; ainsi, les données sur l'incidence des Pays-Bas sont également utilisées pour la Belgique et le Luxembourg. De plus, il a été considéré que l'incidence augmentait de façon exponentielle avec l'âge, si bien que toutes les données sur l'incidence par âge ont été transformées en algorithmes naturels au point médian de la tranche d'âge. La régression linéaire a ensuite pu être calculée, et les chiffres d'incidence, estimés à partir d'une répartition plus régulière. Le groupe de travail a également fait des prévisions sur l'incidence et la prévalence futures dans l'UE en partant des données actuelles sur l'incidence et la prévalence des fractures de la hanche et des vertèbres et sur la base de l'évolution démographique et de l'augmentation de l'espérance de vie auxquelles on peut s'attendre. Pour d'autres pays, ce sont les résultats d'une étude européenne de prévalence des tassements vertébraux (**EVOS — European Vertebral Osteoporosis Study**) qui ont été utilisés. L'étude EVOS est la plus importante étude épidémiologique consacrée à l'ostéoporose en Europe; elle a porté sur plus de 17 000 sujets, hommes et femmes, âgés de 50 à 79 ans, dans 39 centres de 17 pays européens. Les études EVOS/EPOS (European Prospective Osteoporosis Study) ont fourni des données uniques sur l'épidémiologie descriptive de la difformité vertébrale prévalente et incidente et des fractures incidentes des membres dans ces pays. Ces études ont également évalué le rôle de plusieurs importants facteurs de risque liés au mode de vie quant à la survenue des fractures, ainsi que la part de la teneur minérale des os; elles ont en outre évalué les résultats d'une fracture spinale en termes de morbidité et de mortalité.

Un nouveau projet d'établissement d'indicateurs de santé de la Communauté, **«Indicators for Monitoring Musculoskeletal Conditions»** coordonné par l'**université d'Oslo** (Norvège), a été lancé en 2000 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. L'objectif de ce projet est d'identifier et d'élaborer des indicateurs appropriés pour assurer une surveillance des troubles du système ostéo-articulaire dans la population, en s'intéressant plus particulièrement aux aspects de santé publique. L'élaboration des indicateurs nécessite des informations sur la prévalence (globale et détaillée pour des affections spécifiques), les tendances (temporelles et régionales), les déterminants (génétiques, psychosociaux et environnementaux) et les conséquences (qualité de vie, capacité fonctionnelle, consommation de soins de santé et dépenses de sécurité sociale) aux niveaux national et communautaire. Le projet donnera la priorité aux affections

qui, à ce jour, ont été imparfaitement décrites et sont absentes des classifications internationales existantes, et il créera les moyens permettant de distinguer les épisodes mineurs momentanés survenant dans l'existence de toute personne à partir des affections plus significatives.

#### 4.7.2.8. Allergie et asthme

L'allergie ou autre hypersensibilité est une expression générique s'appliquant aux symptômes dus à des substances de notre environnement normalement tolérées par l'organisme. Le terme «allergie» doit être réservé aux réactions auxquelles participent les mécanismes immunologiques du corps. Par «autre hypersensibilité», on entend les troubles qui ressemblent à l'allergie, mais qui, autant qu'on le sache à l'heure actuelle, ne sont pas liés au système immunitaire (voir National Board on Health and Welfare, 2001). Les affections allergiques se manifestent le plus souvent sous forme de rhinite, d'asthme, d'eczéma atopique et d'autres manifestations cutanées, mais également sous forme de choc anaphylactique potentiellement mortel. Dans les pays développés, elles sont au nombre des troubles chroniques les plus courants et touchent de 15 à 30 % de la population. De nombreuses études, en particulier le **livre blanc européen sur les allergies** (UCB Institute of Allergy) et le **Spezialbericht Allergien** (rapport spécial sur les allergies) du Statistisches Bundesamt (Office fédéral allemand des statistiques), montrent que les maladies allergiques sont un véritable phénomène. Divers facteurs et des interactions environnementales complexes entrent en jeu, y compris la qualité du logement, les habitudes alimentaires et l'évolution de l'environnement industriel et chimique.

Les résultats de la phase I (voir tableau **4.7.38**) de l'enquête ECRHS (**European Community Respiratory Health Survey**) confirment non seulement que la prévalence de l'asthme et de l'allergie continue d'augmenter, en général, mais également qu'elle n'est pas la même dans tous les pays ayant participé à l'enquête, les différences pouvant atteindre le rapport 1/4, voire 1/8, selon les pathologies. Cette enquête, qui a porté sur quelque 140 000 personnes âgées de 20 à 44 ans, a pratiquement couvert tous les pays de l'UE. La prévalence de l'asthme peut varier selon un facteur de 1 à 6 d'un pays à l'autre. Une tendance marquée fait apparaître des variations de 1 à 6 pour l'asthme (de 2 à 12 % de la population), de 1 à 4 pour les rhinites allergiques (de 10 à 40 % de la population) et même de 1 à 8 pour l'hyperréactivité bronchique (de 3,5 à 28 % de la population). La prévalence des troubles asthmatiques et allergiques est la plus forte dans les régions anglophones et la plus faible dans les pays méditerranéens et en Islande. Les sites où, selon l'enquête, la prévalence de l'asthme

était la plus forte étaient Cambridge (Royaume-Uni) et Umeå (Suède). C'est à Erfurt (Allemagne) et à Galdakao (Espagne) que la prévalence était la plus faible (environ 2 %). L'enquête ECRHS est passée à la phase II au cours de laquelle les sujets ayant participé à la phase I seront réexaminés dix ans plus tard. Cette nouvelle enquête a pour objectif d'examiner tous les facteurs expliquant non seulement les causes de l'asthme, mais également les moyens de se protéger contre la maladie.

Les allergies respiratoires sont parmi les plus courantes. Elles incluent la rhinite allergique, telle que le rhume des foins bien connu, dont il semble que l'incidence soit passée de 1 % de la population au début du XX<sup>e</sup> siècle à entre 15 et 20 % ces dernières années; elle touche plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes. La rhinite allergique chronique, généralement due aux allergènes présents dans les bâtiments, entraîne un niveau d'inconfort équivalent à celui d'un asthme modéré et peut évoluer vers l'asthme. Ce lien est inquiétant dans la mesure où l'asthme est une autre affection allergique majeure. Elle touche 10 % des enfants, persiste chez 5 % des adultes et affecte deux fois plus de personnes qu'il y a vingt ans. La pollution de l'air — avec les émissions de NO<sub>x</sub> par les véhicules, par exemple — est de plus en plus souvent citée comme cause du problème, et certaines études montrent que l'asthme est plus courant en zones urbaines qu'en zones rurales. Les allergies cutanées constituent une autre catégorie importante d'allergies. L'eczéma et l'urticaire touchent également de plus en plus de personnes, et les experts prévoient que, chez 40 à 60 % des personnes atteintes, l'affection évoluera vers des problèmes respiratoires. L'alimentation est très souvent considérée comme responsable de ces troubles, même s'il s'agit plus d'intolérance que d'allergies comme telles dans la mesure où les symptômes ne sont pas dus à une activation du mécanisme immunitaire. Quoi qu'il en soit, cette hypersensibilité est également liée à un changement de mode de vie.

La première phase d'une autre enquête internationale très importante (sur questionnaire uniquement) consacrée aux symptômes de l'asthme, **l'étude internationale sur l'asthme et les allergies chez l'enfant (ISAAC — International Study of Asthma and Allergies in Childhood)**, effectuée dans 155 centres répartis dans 56 pays auprès d'enfants âgés de 6 à 9 ans et de 13 à 14 ans, fait apparaître des variations très appréciables (rapport de 1 à 15) des symptômes de l'asthme entre les pays. Selon les données ISAAC (voir tableau **4.7.39**), la prévalence la plus faible de la respiration sifflante perturbant le sommeil chez les enfants de 13 à 14 ans a été constatée en Europe orientale (Russie, Ouzbékistan, Albanie et Roumanie) et en Asie (Chine et Corée du Sud). La

prévalence la plus forte a été constatée dans les pays développés, industrialisés et riches (États-Unis, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Australie) et dans certains pays en développement tels que le Nigeria et le Brésil. Chez les enfants de 6 à 7 ans, la variation de la prévalence entre les pays ne faisait pas apparaître une tendance nette liée au stade de développement ou à la richesse de ces derniers. Les prévalences les plus faibles ont été constatées aussi bien dans les pays en développement (Hong Kong, Corée du Sud, Malaisie, Indonésie et Estonie) que dans les pays occidentaux riches (Italie, France et Espagne). Les études ECRHS et ISAAC ont mis en évidence une variation régionale marquée de la prévalence de l'asthme et des symptômes de l'asthme pendant l'enfance et jusqu'à l'âge adulte, aussi bien dans un même pays qu'entre plusieurs pays, y compris les pays développés et les pays en développement. On connaît encore mal les raisons de cette variation. Pour mieux les comprendre, il faut plus d'informations sur la prévalence de l'asthme dans des populations hétérogènes, surtout de pays en développement dans lesquels la prévalence de l'asthme semble être très faible. On s'attend que des études complémentaires de ces populations donnent des indices sur les raisons de l'augmentation alarmante de la prévalence de l'asthme à l'échelle mondiale, surtout chez les enfants.

l'asthme et des affections allergiques dans un grand nombre de pays en utilisant la même technique et les deux procédures suivantes. Premièrement, un même protocole standardisé a été utilisé pour les différentes régions afin de s'assurer que les variations constatées sont authentiques. Deuxièmement, l'enquête a eu recours à des mesures subjectives et objectives et les deux approches ont eu l'avantage d'indiquer une même tendance marquée de variations géographiques pour l'asthme et les affections allergiques (voir <http://www.ecrhs.org/>).

**L'étude internationale sur l'asthme et les allergies chez l'enfant (ISAAC — International Study of Asthma et Allergies in Childhood)**, projet coordonné par la faculté de médecine et des sciences de la santé, **University of Auckland** (Nouvelle-Zélande), comprend trois phases: un questionnaire principal par écrit pour deux tranches d'âge, rempli dans 156 centres collaborateurs répartis dans 56 pays avec la participation 721 601 enfants; la deuxième phase permet d'effectuer des comparaisons internationales standardisées de la maladie et des facteurs de risque pertinents; la troisième phase examine les variations des tendances temporelles de l'asthme, de la rhinoconjonctivite allergique et de l'eczéma atopique dans le monde entier, et évalue la relation entre les tendances constatées et les données environnementales (voir <http://isaac.auckland.ac.nz/>).

L'enquête ECRHS (**European Community Respiratory Health Survey**) est la première enquête qui cherche à évaluer la prévalence de l'asthme et des affections allergiques dans de nombreux pays en utilisant un protocole standardisé. L'ECRHS est une enquête longitudinale décentralisée portant sur plus de 10 000 jeunes adultes; elle a commencé en 1990 et collecte essentiellement des données auprès des pays européens. Elle est coordonnée par le Department of Public Health Sciences, **King's College London**, et est financée par le programme «Qualité de vie et gestion des ressources du vivant» dans le cadre du cinquième programme-cadre de la CE pour la recherche. Une affection asthmatique était définie par une réponse affirmative à au moins une des deux questions suivantes: «Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des douze derniers mois?» et «Prenez-vous actuellement un médicament pour l'asthme?» Les résultats de l'enquête ECRHS II devraient être publiés en 2004. Cette enquête, qui a porté sur quelque 140 000 personnes âgées de 20 à 44 ans, couvre pratiquement tous les pays de l'Union européenne et a collecté des informations sur l'Algérie, l'Australie, l'Estonie, les États-Unis, l'Islande, l'Inde et la Nouvelle-Zélande. Au total, 48 centres représentant 22 pays ont participé à la phase initiale de l'enquête ECRHS. Chaque centre a traité les données concernant 3 000 à 4 000 sujets, dont une moitié d'hommes et une moitié de femmes. L'ECRHS est la première enquête qui cherche à évaluer les variations géographiques de

#### 4.7.2.9. Démence

La démence est une perte des facultés mentales qui évolue généralement lentement et qui touche la mémoire, la réflexion et le jugement et peut entraîner une dégradation de la personnalité. Elle évolue généralement lentement et touche surtout les personnes de plus de 60 ans. C'est une des causes les plus importantes d'incapacité chez les personnes âgées, et, compte tenu du vieillissement des populations, le nombre de patients atteints de démence est appelé à augmenter (voir Huismann e.a., 1998). Dans l'UE, les causes les plus courantes de démence sont la **maladie d'Alzheimer** (environ 50 à 70 % des cas) et les accidents cérébrovasculaires successifs qui entraînent la démence vasculaire (environ 30 %); les autres causes sont la démence de Pick, la démence de Binswanger, la démence de Lewy-Body, etc. Les données disponibles en Europe sur la prévalence de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences sont collectées par **Alzheimer Europe**. Toutefois, les estimations (voir tableau 4.7.40) doivent être prises avec circonspection, car le type de source varie considérablement, en échelle et en précision, par État membre. On estime à 4,624 millions le nombre d'Européens de 30 à 99 ans qui souffraient de différents types de démence en 2000 (12,3 pour 1 000 habitants), les femmes (2,9 millions) étant plus touchées que les hommes (1,7 million). C'est en Suède (14,9) et

en Italie (13,9) que la prévalence estimée est la plus forte et au Portugal (10,4) et en Irlande (8,4) qu'elle est la plus faible.

Les taux de maladie d'Alzheimer par âge (voir Huisman e.a., 1998) font apparaître une augmentation très marquée avec l'âge (d'environ 1 % de 65 à 69 ans à 6 % de 75 à 79 ans et environ 21 % de 85 à 89 ans). Huisman a également présenté les nombres de cas estimés pour les pays de l'UE (voir tableau 4.7.41) ces dernières années, nombres à partir desquels ont été calculés les taux pour la population de 65 ans et plus. Certains chiffres peuvent donc n'inclure que des cas diagnostiqués pour lesquels la maladie en est à un stade avancé. La maladie étant de longue durée et évoluant lentement, le nombre de cas peut être nettement plus élevé. Cela dit, le taux de démence est de 10 % dans deux pays (Danemark et Espagne) et atteint 14 % en Finlande. Pour la maladie d'Alzheimer, le taux est de 7 % en Finlande et à peine plus faible en Suède et en Espagne.

Même si la démence ne touche pas que les personnes âgées, il n'en reste pas moins que les chances d'être atteint par cette maladie augmentent avec l'âge. Grâce aux travaux du groupe **Eurodem** (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group), il est possible, pour un pays donné, d'estimer le nombre de personnes ayant des chances d'être atteintes de démence, à condition de disposer de statistiques démographiques précises. Eurodem a regroupé les données sur la prévalence de la démence modérée à sévère dans plusieurs pays européens pour produire un ensemble de taux de prévalence pour les hommes et les femmes selon neuf tranches d'âge (de 30 à 59 ans, de 60 à 64 ans, de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans, de 80 à 84 ans, de 85 à 89 ans, de 90 à 94 ans et de 95 à 99 ans). L'étude portait sur des personnes atteintes de démence vivant à domicile ou traitées dans des établissements ou des cliniques (pour plus de détails sur cette étude, voir Hofman e.a., 1991).

**Alzheimer Europe** a calculé la probabilité d'être atteint de démence en utilisant les taux de prévalence Eurodem sur la base des statistiques démographiques fournies par Eurostat. Un tableau a été préparé pour chaque pays européen pour lequel on disposait d'informations pertinentes, ainsi qu'un tableau comparatif. Pour certains pays, les statistiques démographiques concernant les groupes de personnes les plus âgées n'étaient pas encore disponibles; il faut donc bien garder cela à l'esprit au moment de consulter les tableaux. Il importe également de se montrer prudent avec les résultats pour les raisons suivantes: les données ont été fournies par l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède et peuvent donc manquer de précision si on les utilise pour d'autres pays n'ayant pas partici-

pé à l'étude. Cette dernière s'appuie uniquement sur des cas diagnostiqués, ce qui pose un problème quant à la précision d'estimation du nombre de personnes atteintes de démence dans la mesure où, pour bon nombre de ces dernières, la maladie n'a jamais été diagnostiquée et où se trouvent exclues celles qui en sont aux premiers stades de la maladie non encore diagnostiquée. Pour plus de détails sur Alzheimer Europe, consulter l'internet (<http://www.alzheimer-europe.org/index.html>).

#### 4.7.2.10. Autres affections neurologiques et neurodégénératives

La **maladie de Parkinson** est une maladie dégénérative progressive du système nerveux central qui affecte essentiellement les mouvements volontaires et coordonnés. Les manifestations physiques distinctives sont le tremblement, la rigidité et la bradykinésie. La maladie de Parkinson idiopathique est due à la perte progressive de neurones dopaminergiques dans la substance noire et la voie nigrostriée du mésencéphale. Le parkinsonisme secondaire peut être dû à certains médicaments (par exemple, le métoprolole et le halopéridol) ou à une maladie cérébrovasculaire (par exemple, les infarctus lacunaires multiples). C'est une maladie qui se déclare dans les dernières années de l'âge mûr et qui touche généralement les personnes de plus de 50 ans. Selon un récent rapport de l'OMS, la maladie de Parkinson touche 3,765 millions de personnes dans le monde, et la maladie est diagnostiquée chez 305 000 personnes par an. En 1996, 2,635 millions de personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentaient un handicap chronique, et 58 000 sont décédées. En 1997, l'étude **Euro-Parkinson** (voir de Rijk e.a., 1997) effectuée dans le cadre du programme Biomed a examiné cinq enquêtes communautaires: aux Pays-Bas, en France, en Italie et en Espagne (deux enquêtes). La prévalence globale (pour une population 100), ajustée à l'âge d'une population de type européenne de 1991, était 2-3 pour le parkinsonisme et 1-6 pour la maladie de Parkinson. La prévalence globale du parkinsonisme pour les tranches d'âge de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans, de 80 à 84 ans et de 85 à 89 ans était respectivement 0-9, 1-5, 3-7, 5-0 et 5-1. Les chiffres spécifiques correspondant à la maladie de Parkinson étaient 0-6, 1-0, 2-7, 3-6 et 3-5. Après ajustement selon l'âge et le sexe, la prévalence ne diffère pas sensiblement dans les différentes études, mis à part l'étude française dans laquelle la prévalence était plus faible. La prévalence était semblable chez les hommes et les femmes. De façon générale, 24 % des sujets avec la maladie de Parkinson ont été détectés par les enquêtes. La prévalence à la fois du parkinsonisme et de la maladie de Parkinson augmente avec l'âge, sans différences significatives entre hommes et



femmes. Il n'y a aucune preuve convaincante de différences de prévalence dans les pays européens. Une proportion substantielle de patients souffrant de la maladie de Parkinson reste non détectée dans la population générale. Des estimations suggèrent qu'approximativement 400 000 hommes et 540 000 femmes de 65 ans et plus vivant dans l'UE souffrent de la maladie de Parkinson (voir Erasmus University Medical School, 1996).

Le *British Medical Journal* (1<sup>er</sup> juillet 2000) se faisait l'écho d'une récente enquête sur la prévalence de la maladie de Parkinson dans la région de Londres. Il s'agissait de la première grande enquête sur la prévalence de la maladie de Parkinson effectuée dans le sud de l'Angleterre. Elle a commencé avec 121 000 noms, soit tous ceux qui figuraient dans les registres des malades de 15 cabinets de médecine générale. La précision des résultats est d'environ  $\pm 15\%$ . La prévalence globale selon l'âge de la maladie de Parkinson idiopathique à Londres est de 168 pour 100 000 (soit environ 0,17 %). Ce résultat est très proche de celui de l'étude EuroParkinson (prévalence selon l'âge de 160 pour 100 000, soit 0,16 %). On a constaté que la prévalence de la maladie de Parkinson à Londres était passée de 109 pour 100 000 (0,11 %) dans la tranche d'âge des personnes de 50 à 59 ans à 961 pour 100 000 (0,96 %) dans la tranche d'âge des personnes de 70 à 79 ans et à 1 265 pour 100 000 (1,27 %) chez les personnes de plus de 80 ans. La prévalence est restée stable pendant trente ans malgré la réduction de la mortalité pour les patients de moins de 75 ans. À supposer que la maladie de Parkinson idiopathique reste non diagnostiquée dans 10 à 20 % de la totalité des cas, la véritable prévalence de la maladie de Parkinson idiopathique à Londres peut avoisiner les 200 pour 100 000.

En ce qui concerne la maladie de Parkinson, les données sur les sorties d'hôpital ont été étudiées dans certains pays de l'UE, mais sur des périodes différentes (voir Gourbin et Wunsch). La maladie de Parkinson n'est pas une pathologie pour laquelle le niveau d'hospitalisation est élevé, et le recours à des solutions autres que l'hospitalisation peut expliquer les différences entre États membres (voir point 4.7.2.11). Il semble toutefois que les hôpitaux jouent un rôle de plus en plus important dans le traitement des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, avec d'importantes différences par tranche d'âge; ainsi, en Suède, le taux d'hospitalisation était de 11,9 pour 100 000 personnes âgées de 45 à 49 ans et de 235,4 pour 100 000 personnes âgées de 80 à 84 ans (voir tableau 4.7.42).

L'**épilepsie** est un trouble récurrent dû à des décharges épileptogènes focales ou généralisées provenant de cellules du cerveau. Elle se caractérise par une fonction électrique anormale des neurones (nerfs) dans le cortex cérébral. Ce terme n'est pas le

nom d'une maladie distincte; il décrit un groupe de troubles dont les crises récurrentes sont le principal symptôme. Les différentes formes de l'épilepsie sont consécutives à une anomalie ou un trouble particulier ou sont dites «idiopathiques», sans cause bien claire. Dans l'UE, aucune donnée sur la prévalence ou l'incidence n'a été collectée (sauf dans le cadre de quelques enquêtes locales ou régionales ou des registres de patients dans le Royaume-Uni). Sur la base de nombreuses études effectuées dans le monde entier, il a été estimé que la prévalence moyenne de l'épilepsie active (c'est-à-dire la répétition de crises ou la nécessité d'un traitement) était d'environ 8,2 pour 1 000 habitants, mais ce chiffre peut être sous-estimé. Des études effectuées dans les pays développés donnent à penser que l'incidence annuelle de l'épilepsie est d'environ 50 pour 100 000 habitants. En utilisant la General Practice Research Database (1994-1998), on observe en Angleterre et dans le pays de Galles que la prévalence standardisée par âge de l'épilepsie en 1998 était de 7,4 pour 1 000 chez les hommes et de 7,2 pour 1 000 chez les femmes, en augmentation de 7 % entre 1994 et 1998. La prévalence de l'épilepsie était plus élevée dans les secteurs à revenus plus faibles. Le nombre estimé de patients avec épilepsie en Angleterre et au pays de Galles en 1998 était de 400 000 (voir ONS-UK, 2002). Le projet européen **Eucare** (European Concerted Action and Research in Epilepsy) se propose de faire mieux connaître l'épilepsie dans toute l'Europe grâce à un éventail d'actions éducatives et politiques; il a publié le livre blanc européen sur l'*épilepsie*.

La **sclérose en plaques** est un trouble du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) dû à des lésions de la substance blanche du système nerveux central qui détériore la gaine de myéline; elle se caractérise par un manque de coordination des muscles, une faiblesse musculaire, des troubles de la parole, une paresthésie et des troubles de la vue. On constate des différences considérables quant à la survenance de la sclérose en plaques dans le monde. Elle a été attribuée à des facteurs environnementaux, tels que l'exposition à des virus ou au rayonnement ionisant, ou à des facteurs génétiques. À l'échelle mondiale, la sclérose en plaques est nettement plus fréquente dans les hautes latitudes que dans les basses latitudes. Les estimations du nombre de personnes touchées par cette maladie dans le monde entier varient de 1,1 million à 2,5 millions. Aucune donnée sur sa prévalence ou son incidence n'a été collectée dans l'UE (à l'exception de quelques enquêtes locales et régionales), où on estime à 350 000 le nombre de personnes touchées. La prévalence de la sclérose en plaques (voir RUG) varie de 20 à 40 pour 100 000 dans les pays méditerranéens à environ 150 pour 100 000 dans le nord du Royaume-Uni et de la Sicile. Aux Pays-Bas, on ne dispose de données que pour la

province de Groningue (61,1 pour 100 000 en 1986), et une estimation nationale en Autriche a obtenu une prévalence de 98,5 pour 100 000 (voir Baumhackl e.a., 2002). Les données **Eurostat** sur la mortalité due à la sclérose en plaques ne sont disponibles que pour six pays: Danemark (288 décès, 1996-1999), Islande (5 décès, 1996-1997), Luxembourg (9 décès, 1998-1999), Norvège (352 décès, 1996-1999), Pays-Bas (384 décès, 1996-1997) et Suède (287 décès, 1997-1999).

Il est difficile de mesurer les taux d'incidence et de prévalence d'affections rares (voir Robbins et Ewbank). Ainsi, pour la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques (ou même l'épilepsie), la taille de l'échantillon nécessaire commence à approcher celle de la population totale. Il existe toutefois une classe de maladies pour lesquelles il est possible, mais très coûteux, d'effectuer de grandes enquêtes basées sur la population. Certaines maladies appartenant à cette catégorie n'ont été étudiées que dans quelques enquêtes basées sur la population. Souvent, même les grandes enquêtes produisent des estimations avec d'importants intervalles de confiance. Dans certains cas, on ne dispose que d'études de prévalence, car ces dernières ne nécessitent pas un suivi longitudinal. D'une manière générale, ces études produisent des estimations de simples paramètres relatifs à la maladie concernée (par exemple, incidence, prévalence ou mortalité associée). La prévalence d'une maladie dans une population est la proportion de cette population atteinte de la maladie à un moment donné. C'est par définition un produit de l'incidence de la maladie (taux d'apparition de nouveaux cas) et de sa durée moyenne qui est déterminée par les taux de guérison et de mortalité. On considère que, pour de nombreuses maladies chroniques, le taux de guérison est nul; une fois la maladie déclarée, on peut plus ou moins contrôler ses symptômes et son évolution, mais le patient n'arrivera jamais à s'en défaire. Pour ces cas, la prévalence est exclusivement déterminée par l'incidence de la maladie et par la mortalité qui lui est associée. Compte tenu des coûts d'estimation de l'incidence et de la prévalence de nombreuses affections, les analyses statistiques qui améliorent ces estimations sont particulièrement rentables. En particulier, il y a beaucoup d'enseignements à tirer de la combinaison des données fournies par les études d'incidence et de prévalence. À partir d'études d'incidence individuelles, il est possible de combiner les taux de prévalence tirés de l'enquête de référence avec les taux d'incidence des études longitudinales.

#### 4.7.2.11. Troubles mentaux

Le fardeau de la maladie mentale sur la santé et sur la productivité a longtemps été sous-estimé. Les données tirées de l'étude *Global burden of disease study 2000* effectuée par l'OMS, la Banque mondiale et l'université de Harvard révèlent que les troubles mentaux, suicide compris, représentent

plus de 15 % du fardeau de la maladie dans les pays à économie de marché tels que ceux de l'UE. Le *Rapport mondial de la santé 2001 — Santé mentale: nouvelles conceptions, nouveaux espoirs* de l'OMS estime à 12 % le fardeau mondial de la maladie mentale. Les deux études ont élaboré une mesure unique qui permet de comparer le fardeau que représentent de nombreux états pathologiques en tenant compte des décès et de l'incapacité. Cette mesure a été appelée «années de vie corrigées de l'incapacité» (DALY). En appliquant cette mesure (DALY) aux résultats de l'étude *Global burden of disease 2000*, la dépression se classait deuxième derrière la cardiopathie ischémique en importance du fardeau de la maladie dans les pays à économie de marché. La schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et le trouble de stress posttraumatique contribuent également de manière significative au fardeau économique total attribuable aux troubles mentaux (voir OMS, 2000b).

Le fardeau de la maladie est une mesure de la santé d'une population. Cette approche offre un moyen de quantifier l'importance de différentes maladies. Il ne s'agit pas seulement d'une mesure de l'incidence ou de la mortalité, mais plutôt d'un calcul de l'impact total. Les années de vie corrigées de l'incapacité (DALY) servent à mesurer le fardeau de la maladie pour chaque catégorie de maladies; elles tiennent compte de l'incidence de la maladie, de l'âge auquel elle survient et du temps vécu avec une incapacité. Les nombres DALY donnent à la fois la contribution absolue et la contribution relative de chaque catégorie de maladies au fardeau total de la maladie d'une population.

Dans l'UE, les conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression (voir 2002/C 6/01) reconnaissent que les problèmes liés au stress et à la dépression ainsi que leur transmission d'une génération à l'autre revêtent une importance majeure pour toutes les classes d'âge et contribuent dans une mesure notable à la charge de morbidité et à la perte de qualité de vie dans l'Union européenne, et invitent la Commission dans le cadre des programmes d'action dans le domaine de la santé publique à collecter des données fiables concernant les problèmes liés au stress et à la dépression, à faciliter la collecte de données comparables sur les caractéristiques, les déterminants et les causes du stress et de la dépression, ainsi qu'à compléter les politiques nationales et les stratégies de développement pour la prévention des problèmes liés au stress et à la dépression.

Un projet d'action sur deux ans destiné à créer des indicateurs de santé mentale dans l'UE et coordonné par le **Centre national de recherche et de dé-**

**veloppement pour les affaires sociales et sanitaires (Stakes, Finlande)** a été lancé au début de 1999 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Il devait collecter des informations sur les indicateurs et les systèmes d'information existants et adopter des définitions harmonisées pour les indicateurs de santé mentale. Ces derniers doivent être intégrés dans un système européen complet de surveillance de la santé. La santé mentale (voir Stakes, 2002) a deux dimensions: 1) la **santé mentale positive** peut être conceptualisée comme une valeur en elle-même ou comme une ressource comprenant l'aptitude à faire face à l'adversité et à éviter les défaillances ou divers problèmes de santé lorsqu'on est confronté à des situations pénibles; 2) la **santé mentale négative** concerne les troubles, les symptômes et les problèmes mentaux. En tant que partie invisible de la santé générale, la santé mentale reflète l'équilibre entre l'individu et l'environnement. Elle est influencée par: a) les facteurs biologiques et psychologiques individuels, b) l'interaction sociale, c) les structures et les ressources de la société et d) les valeurs culturelles. Dans ce contexte, la santé mentale peut être perçue comme un processus incluant des facteurs prédisposants, déclenchants et de soutien, ainsi que diverses conséquences et divers résultats. Le sujet de la santé mentale est toutefois très complexe dans la mesure où la plupart des troubles mentaux sont multifactoriels dans leur étiologie. Une multitude de facteurs de risque peut influencer l'apparition et l'évolution d'un même trouble, et un facteur de risque peut être le même pour de nombreuses formes de mauvaise santé, qu'il s'agisse de maladies somatiques ou de maladies mentales.

Un **indicateur de santé mentale** est une mesure de l'état de santé mentale; c'est, par rapport à cette dernière, une variable qui indique une priorité ou un problème. Il peut s'agir d'une question dans une enquête de santé ou de données statistiques recueillies, et c'est une mesure répétée. Les indicateurs ne sont, dans le meilleur des cas, que des mesures indirectes ou partielles d'une situation complexe. Le projet Stakes a eu pour objectif de créer un ensemble d'indicateurs pour surveiller la santé mentale. La surveillance de la santé mentale est définie ici comme la mesure systématique et répétée de facteurs liés à la santé mentale de la population. Outre la collecte de données, la surveillance de la santé suppose un suivi de ces mesures de manière à pouvoir interpréter l'évolution de la situation de la santé mentale selon les politiques et les stratégies en place, ainsi que la prise de décisions pertinentes le cas échéant.

Certains des indicateurs suggérés dans le projet **Stakes** ont été régulièrement collectés par **Eurostat**: a) ressources (lits d'établissements psychiatriques et nombre de psychiatres), b) causes de dé-

cess liés à des problèmes mentaux (suicide, alcool et maladies mentales), c) stress, d) réduction des activités due à des problèmes émotionnels, e) bien-être et isolement social, f) consommation de médicaments psychotropes et g) durée moyenne de l'hospitalisation pour cause de troubles mentaux. Les indicateurs mentionnés ci-dessus sont présentés dans d'autres chapitres ou points de la présente publication. Les résultats des enquêtes de santé (maladies chroniques) ne sont pas encore disponibles (voir point 4.1), et d'autres questions, telles que le bien-être mental (conformément aux questions suggérées par le **Mental Health Group Euro-REVES**) et les consultations de professionnels de santé mentale, seront mises en œuvre dans une enquête Eurobaromètre à venir en 2002. Les quelques données dispersées disponibles sur les sorties d'hôpital et sur les problèmes de dépression et d'anxiété liés au travail (également collectées par Eurostat) ainsi que quelques données générales de prévalence provenant de diverses sources seront utilisées dans le présent point.

Dans l'UE, on dispose rarement de données spécifiques sur la prévalence ou l'incidence des maladies mentales les plus significatives au niveau national. Il existe toutefois aux niveaux local et régional des études et des chiffres qui ont été utilisés dans le présent point.

### Dépression

La **dépression** est, selon le DSM-IV (voir encadré), caractérisée par un état de tristesse, une perte d'intérêt pour les activités et un manque d'énergie (voir OMS, 2001e). Elle est également reconnaissable à d'autres symptômes, parmi lesquels la perte de confiance et d'estime de soi, un sentiment injustifié de culpabilité, des idées de mort et de suicide, une réduction de la faculté de se concentrer, des troubles du sommeil et un manque d'appétit. Divers symptômes somatiques peuvent également être présents. S'il est courant de se sentir déprimé, notamment après avoir essuyé des revers, un trouble dépressif n'est diagnostiqué que lorsque les symptômes atteignent un certain seuil et persistent pendant au moins deux semaines. La dépression est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle peut toucher quelqu'un à n'importe quel stade de son existence, même si l'incidence est la plus forte à l'âge mûr. On constate toutefois une augmentation des cas chez les adolescents et les jeunes adultes (voir Lewinsohn e.a., 1993). La dépression est essentiellement un trouble épisodique récurrent, les épisodes durant généralement de quelques mois à quelques années et étant séparés par des périodes de comportement normal. Dans environ 20 % des cas, toutefois, la dépression est chronique, sans période de rémission (voir Thornicroft et Sartorius, 1993), surtout en l'absence d'un



traitement approprié. Le taux de récurrence de ceux qui se rétablissent après le premier épisode est d'environ 35 % dans les deux ans et d'environ 60 % dans les douze ans. Le taux de récurrence est plus élevé chez les personnes de plus de 45 ans. Le suicide est un des résultats particulièrement tragiques du trouble dépressif. Environ 15 à 20 % des patients dépressifs mettent fin à leurs jours en se suicidant.

L'étude **ODIN (Outcome of depression in Europe)** est financée par la **DG Recherche** de la Commission européenne. Elle faisait partie d'une étude européenne plus vaste qui examinait la dépression dans différentes régions, et notamment dans quatre États membres de l'UE seulement et en Norvège. L'objectif était d'évaluer la prévalence des troubles dépressifs dans des échantillons aléatoires de la population générale de cinq pays européens voir (voir tableau 4.7.43). Il s'agissait d'une étude communautaire transversale en deux phases, dont la première utilisait l'inventaire des dépressions de Beck et la seconde le système d'évaluation clinique en neuropsychiatrie. Une analyse de l'échantillon combiné ( $n = 8,764$ ) a fait ressortir une prévalence globale de 8,2 % des troubles dépressifs, dont 9,6 % pour les femmes et 6,2 % pour les hommes. Les centres entrent dans trois catégories: forte prévalence (Irlande et Royaume-Uni, zones urbaines: de 12,8 à 17,1 % respectivement), faible prévalence (Espagne, zones urbaines: 2,6 %) et prévalence moyenne (Norvège et Finlande: de 6,0 à 9,3 %). En conclusion, il ressort de l'étude ODIN que la prévalence des troubles dépressifs est forte en Europe. Les auteurs attirent toutefois l'attention sur le fait que l'étude a ses limites en raison du faible taux de réponse des centres et d'un biais éventuel dû aux non-répondants (voir Ayuso-Mateos e.a., 2001).

L'étude **Depres (Depression Research in European Society)** est une autre source utile (voir Tafforeau et Bayingana, 2002). Il s'agit d'une enquête effectuée dans six États membres; elle portait sur 78 463 adultes de 18 ans et plus et utilisait le *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) conformément à la CIM-10. Les résultats (voir tableau 4.7.43) font ressortir un taux de prévalence sur 6 mois de 17,0 % pour les troubles dépressifs. Ils montrent également que c'est en France et au Royaume-Uni que la prévalence est la plus forte pour différents types de dépression (plus de 22 % au total pour les deux sexes). La prévalence la plus faible a été observée en Allemagne (11,3 %) et en Belgique (12,2 %). Dans l'étude Depres, seulement 57 % des individus identifiés comme déprimés avaient consulté un médecin. Parmi ces 57 %, la plupart avaient consulté un médecin généraliste qui, dans deux tiers des cas, ne leur avait pas prescrit de médicament et qui, lorsqu'il l'avait fait, ne

leur avait prescrit un antidépresseur que dans 25 % des cas. Les résultats sont très proches de ceux de l'enquête **US National Comorbidity Survey** qui avait trouvé que 17,3 % de la population générale avaient connu un épisode de dépression majeure et que 24,5 % avaient été atteints d'un trouble d'anxiété à un moment donné de leur existence.

Comme cela a déjà été dit ci-dessus, l'enquête de 1999 sur les forces de travail comportait un module ad hoc consacré aux problèmes de santé liés au travail (PSLT) (voir point 4.7.2.6). Selon les données collectées, le taux de prévalence standardisé des PSLT par groupe de diagnostic a montré que, dans l'UE, 1 181 travailleurs sur 100 000 avaient déclaré un problème de dépression, d'anxiété ou de stress avec ou sans arrêt de travail (voir tableau 4.7.44); dans ce cas précis, l'enquête ne couvrait que huit États membres. Les résultats font ressortir un large éventail de valeurs, la prévalence la plus forte étant constatée dans les pays nordiques tels que la Finlande (3 374) et la Suède (2 052) et la plus faible en Italie (652) et en Espagne (326). Pour ces huit États membres, c'est dans le secteur de l'éducation (2 306) et celui de la santé et des services sociaux (2 188) que la prévalence était la plus forte. Ces groupes comprennent les enseignants, les infirmières, les travailleurs sociaux et les médecins. Dans l'UE, 445 travailleurs sur 100 000 ont déclaré, pour cette raison, plus de 14 jours (soit deux ou trois semaines) d'arrêt de travail. C'est dans la tranche d'âge de 45 à 54 ans que la prévalence était la plus forte pour les deux types (1 532 avec ou sans arrêt de travail et 603 avec plus de 14 jours d'arrêt). Le taux de prévalence des problèmes entraînant un arrêt de travail de deux semaines ou plus (temps cumulé sur une année) est le plus élevé dans le secteur de la santé et des services sociaux (832) et dans celui de l'éducation (828). Actuellement, on dispose d'assez peu d'informations permettant d'évaluer dans le temps les tendances de ces affections liées au travail pour les forces de travail de l'UE. Les résultats des enquêtes sur la maladie liée au travail vont dans le sens d'une augmentation du taux de prévalence des cas déclarés de stress lié au travail, mais cette augmentation pourrait également être due à d'autres facteurs et ne pas correspondre à un véritable accroissement du stress au travail. En ce qui concerne les restrictions à long terme, toutefois, l'Organisation internationale du travail (OIT) déclare que les maladies mentales affectent plus de vies humaines et entraînent un plus grand gaspillage des ressources humaines que toutes les autres formes d'incapacité, les troubles mentaux étant une des trois causes principales d'incapacité. Dans l'UE, les troubles de santé mentale constituent une raison majeure d'attribution d'une pension d'invalidité (voir site web OIT).

### Schizophrénie

La **schizophrénie** est, selon le DSM-IV (voir encadré), un trouble grave qui, d'une manière générale, commence à se manifester vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (voir OMS, 2001e). Elle se caractérise par des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception et par des émotions inappropriées. La perturbation touche les fonctions les plus fondamentales qui donnent à la personne normale un sentiment d'individualité, d'unicité et d'autodétermination. Le comportement peut être gravement perturbé pendant certaines phases de la maladie, ce qui peut avoir des conséquences sociales négatives. Une forte croyance en des idées qui sont fausses, et ce sans que rien dans la réalité le justifie (délires), est une autre caractéristique de ce trouble. La schizophrénie a une évolution variable, avec guérison symptomatique et sociale complète dans environ un tiers des cas. Elle peut toutefois être chronique et récurrente, avec des symptômes résiduels et une guérison sociale incomplète. Les personnes atteintes de schizophrénie chronique représentaient, par le passé, une grande proportion du nombre total de pensionnaires d'établissements psychiatriques, et c'est encore le cas lorsque ces établissements continuent d'exister.

Les informations accumulées depuis près d'un siècle de recherche épidémiologique indiquent que la schizophrénie se manifeste dans toutes les populations avec une prévalence variant de 1,4 à 4,6 pour 1 000 et des taux d'incidence allant de 0,16 à 0,42 pour 1 000 habitants (voir Jablensky, 2000). Selon les données de l'US National Institute of Mental Health, dans une année donnée, environ 2,2 millions d'Américains adultes, soit environ 1,1 % de la population âgée de 18 ans et plus, sont atteints de schizophrénie (voir Narrow, 1998). Dans l'UE, les résultats des rares études effectuées dans ce domaine font ressortir des prévalences variant de 2,4 à 6,7 pour 1 000 chez les personnes âgées de 18 ans et plus. La schizophrénie atteint les hommes et les femmes à part pratiquement égale, mais elle a tendance à se manifester plus tard et à évoluer plus favorablement chez la femme. La démonstration a été faite, de manière répétée, que la schizophrénie évolue de façon moins défavorable dans les pays en développement (voir Kulhara et Wig, 1978, et Thara e.a., 1994). Par exemple, une étude internationale montre que la proportion de schizophrènes chez lesquels on constate une rémission complète à deux ans était de 63 % dans les pays en développement et de 37 % dans les pays développés (voir Jablensky e.a., 1992).

### Trouble affectif bipolaire

Le **trouble affectif bipolaire** (voir site web National Institute of Mental Health), également appelé «psychose maniaco-dépressive», est, selon le DSM-IV (voir

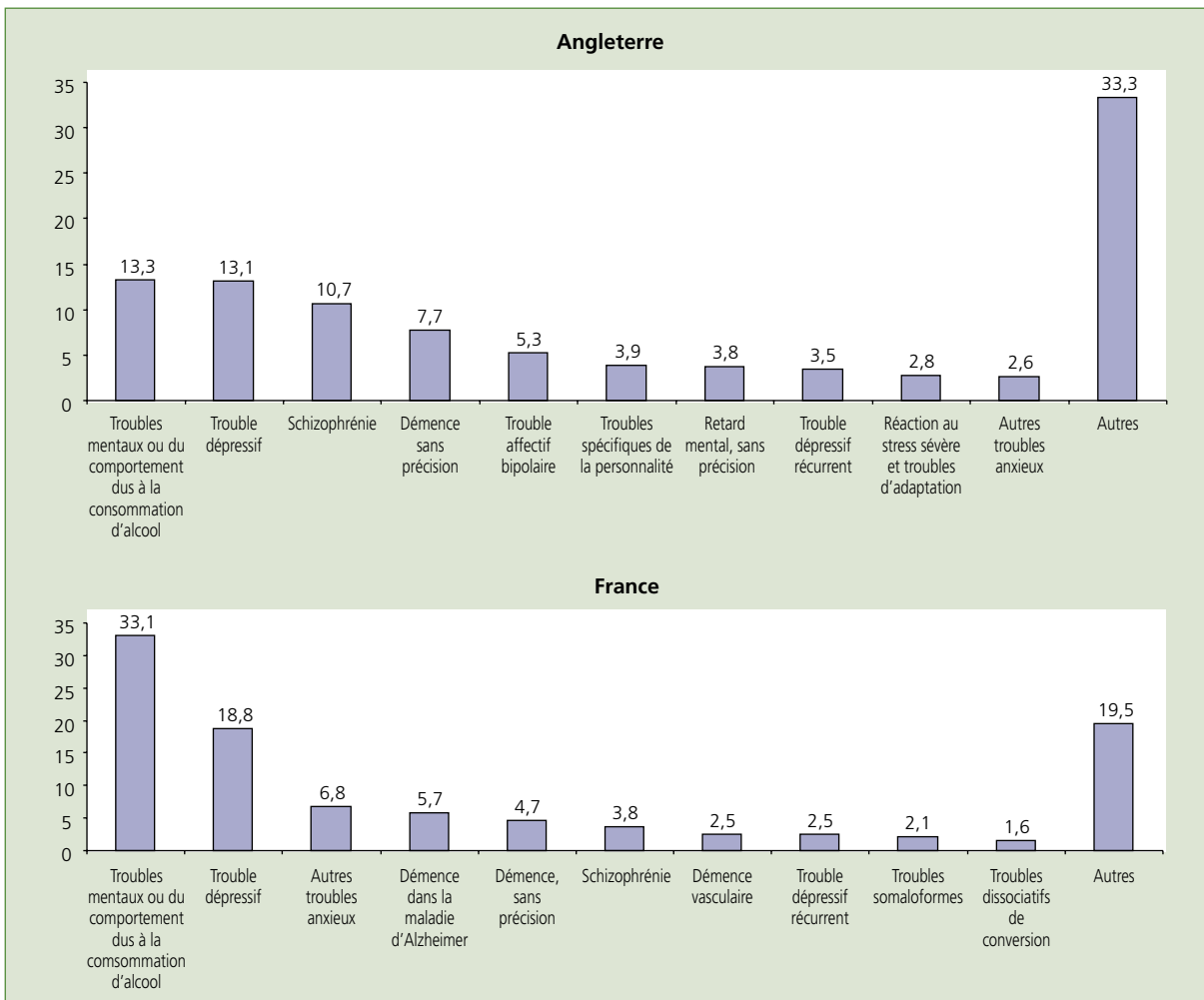
encadré), un type de trouble cérébral qui se traduit par des fluctuations inhabituelles de l'humeur, de l'énergie et du comportement. Différents des hauts et des bas qui peuvent affecter quiconque, les symptômes du trouble bipolaire sont sévères. Ils peuvent entraîner une détérioration des relations avec les autres, un mauvais rendement scolaire ou professionnel, voire le suicide. Le trouble bipolaire est une maladie de longue durée qui doit être soigneusement gérée pendant toute la vie de la personne atteinte. Il peut être traité, et les personnes qui en sont atteintes peuvent mener une vie pleine et productive. Le trouble bipolaire se manifeste généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Toutefois, chez certaines personnes, les premiers symptômes apparaissent pendant l'enfance et chez d'autres à un âge avancé.

Selon les données du National Institute of Mental Health, l'utilisation du questionnaire DIS (Diagnostic Interview Schedule) basé sur le DSM-IV montre que, dans une année donnée, le trouble bipolaire touche environ 2,3 millions d'adultes, soit environ 1,2 % de la population des États-Unis âgée de 18 ans et plus (voir Narrow, 1998). Dans l'UE, la majorité des études utilisant le DIS (voir tableau 4.7.43) fait état de prévalences allant, dans une année donnée, de 0,2 à 1,2 % de la population âgée de 18 ans et plus. Toutefois, certaines situations de comportements maniaques ou hypomaniaques ne sont pas déclarées comme symptômes d'un trouble bipolaire si bien que, selon d'autres études, cette prévalence pourrait varier de 1,6 à 6,5 % (voir Bourgeois et Verdoux, 1995). Les taux de prévalence à vie du trouble bipolaire I se situent dans une plage de 0 à 1,6 % et ceux du trouble bipolaire II de 0,3 à 2,0 %. Les études incluant d'autres sous-groupes du spectre ont fait état de taux variant de 3,0 à 5,5 %. À l'exception de l'étude par cohorte de Zurich, qui a trouvé un taux de 55 pour 1 000, on ne dispose pas de données de prévalence sur l'hypomanie DSM-IV, et il n'en existe aucune pour le trouble cyclothymique DSM-IV. Une différence de prévalence du trouble bipolaire entre les sexes n'est pas prouvée.

### Troubles mentaux et de comportement chez les patients sortis d'hôpital

Les codes CIM-9-MC de sorties d'hôpital ne représentent que les personnes **hospitalisées au moins une nuit** pour des problèmes de santé; ils ne tiennent pas compte des patients traités en service de soins ambulatoires dans des centres de soins primaires ou par des médecins. Si on utilise cette classification avec les données collectées par Eurostat, on estime que 2,141 millions d'Européens (EU-15 sans la Belgique) ont été hospitalisés en 1999 pour des troubles mentaux ou du comportement. Des chiffres très similaires ont été rapportés pour les États-Unis la même année: 2,018 millions selon l'US National Discharge Survey.

#### 4.7.46. Estimation des troubles de santé mentale les plus souvent déclarés par rapport au nombre total de sorties d'hôpital, 1999 (%), Angleterre et France



Source: Eurostat (sur la base des rapports nationaux de sorties d'hôpital).

On ne dispose pas de données détaillées sur le principal diagnostic hospitalier des troubles mentaux et du comportement pour la majorité des États membres. Sur la base des données Eurostat (voir graphique 4.7.46), les troubles mentaux ou du comportement dus à la consommation d'alcool (13,3 %) et l'épisode dépressif (13,1 %) sont les diagnostics les plus fréquents en Angleterre, suivis de la schizophrénie (10,7 %), de la démence non spécifiée (7,7 %) et du trouble affectif bipolaire (5,3 %). En France, les principales causes sont les mêmes, mais les pourcentages diffèrent: les troubles mentaux et du comportement dus à la consommation d'alcool (33,1 %) et l'épisode dépressif (18,8 %) restent les plus fréquents, mais ils sont suivis d'autres troubles d'anxiété (6,8 %), de la démence dans la maladie d'Alzheimer (5,7 %), de la démence non spécifiée (4,7 %) et de la schizophrénie (3,8 %). Dans l'UE, on manque de données fiables sur les diagnostics de réadmission, mais on estime que les troubles schizophréniques et les psychoses affectives sont les causes les plus fréquentes

de réadmission. Les statistiques de sorties (voir chapitre 6) sont basées sur le comptage des sorties d'hôpital, qui est un comptage des événements et non des patients. Par exemple, dans ces statistiques, un patient admis trois fois à l'hôpital (et qui, donc, en est sorti trois fois) pendant l'année de référence comptera pour trois sorties.

En termes de sorties d'hôpital pour 100 000 (voir tableau 4.7.45), pour l'éventail complet des troubles mentaux et du comportement, les taux nationaux les plus élevés ont été relevés en Finlande (1 778,4), en Autriche (1 507,4) et au Luxembourg (1 101,7 en 1998) et les plus bas en Espagne (261,9) et aux Pays-Bas (137,6). Les grandes différences de taux de sorties entre les États membres peuvent être attribuées au degré de disponibilité et d'utilisation d'autres types de soins (cliniques de soins ambulatoires, services de soins de proximité et soins à domicile, par exemple). Les différences de taux entre certaines années peuvent être attribuées à des modifications des politiques de soins de santé (adoption de programmes de soins de proximité

en remplacement de l'hospitalisation, par exemple). Pour bien interpréter ces résultats, il faut tenir compte du fait que les capacités d'hospitalisation ont diminué selon divers schémas dans chaque État membre, ce qui veut dire que le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques a considérablement baissé partout et qu'il est aujourd'hui courant, dans les États membres de l'UE et selon des proportions variables, qu'une bonne partie des soins de santé mentale soit donnée sous forme de soins ambulatoires, dans des centres de soins primaires et des hôpitaux psychiatriques privés (qui ne sont pas nécessairement couverts par les statistiques officielles). Aujourd'hui, la réforme du secteur de la santé accélère ces modifications des systèmes de santé mentale publique. Ce processus de désinstitutionnalisation a entraîné une dispersion des patients qui peuvent ne pas disposer des services et du soutien nécessaires pour fonctionner correctement (voir chapitre 6).

Le manuel *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* est publié par l'**American Psychiatric Association (APA)** et constitue la classification standard des troubles mentaux initialement utilisée par les professionnels de la santé mentale aux États-Unis et aujourd'hui utilisée ailleurs. Il est prévu pour être applicable (voir site web APA) dans un large éventail de contextes et utilisable par des cliniciens et des chercheurs travaillant dans différentes orientations (systèmes biologiques, psychodynamiques, cognitifs, comportementaux, interpersonnels, familiaux, par exemple). Le DSM-IV a été conçu pour être utilisé dans tous les cadres de traitement (soins en régime hospitalier ou ambulatoire, hospitalisation partielle, consultation-liaison, centres de consultation, cabinets privés et soins primaires), avec les populations communautaires et par les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, le personnel infirmier, les ergothérapeutes, les conseillers et autres professionnels de la santé (somatique et mentale). Le DSM comprend trois éléments principaux: la classification des diagnostics, les ensembles de critères diagnostiques et le descriptif. La classification des diagnostics est la liste des troubles mentaux faisant officiellement partie du système DSM. «Poser un diagnostic DSM» consiste à sélectionner, dans la classification, les troubles qui correspondent le mieux aux signes et symptômes présents chez la personne concernée. Un code de diagnostic est associé à chaque étiquette de diagnostic. Ces codes de diagnostics sont tirés de la classification internationale des maladies, neuvième édition, modification clinique (CIM-9-MC) (voir encadré, chapitre 5). La CIM-9-MC est le système de codage officiel utilisé dans l'UE pour suivre la morbidité et la mortalité des maladies et produire des statistiques. Il existe un ensemble de critères diagnostiques indiquant quels symptômes doivent être présents (et pendant combien de temps) pour que chaque trouble inclus dans le DSM puisse faire l'ob-

jet d'un diagnostic (on les appelle alors «critères d'inclusion»), et indiquant quels symptômes ne doivent pas être présents (on les appelle alors «critères d'exclusion») pour qu'une personne donnée puisse faire l'objet d'un diagnostic particulier.

Le DSM-IV est un manuel de diagnostic qui utilise les codes de la CIM-9-MC pour faciliter la tenue des dossiers médicaux. Le DSM-IV (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, quatrième édition) publié en 1994 est la dernière révision majeure du DSM. En prévision du fait que la prochaine révision majeure du DSM (c'est-à-dire le DSM-V) ne paraîtra pas avant 2010, une révision du texte du DSM-IV appelée «DSM-IV-TR» a été publiée en juillet 2000. Contrairement au DSM-III et au DSM-III-R, tous les codes de diagnostics du DSM-IV et du DSM-IV-TR ont été sélectionnés de manière à correspondre à des codes valides de la CIM-9-MC. En octobre 1995, l'APA a également publié le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, quatrième édition — version «soins primaires» (DSM-IV-PC). Ce dernier s'adresse tout particulièrement aux cliniciens de premier recours. Le DSM-IV-TR étant un manuel de diagnostic, il n'existe pas de code CIM-9-MC pour un certain nombre de sous-types et de déterminants. Actuellement, le **National Center for Health Statistics** (États-Unis) prépare une modification de la CIM-10 destinée à être utilisée aux États-Unis (CIM-10-CM); elle sera testée sur le terrain au cours des années à venir. Une version internationale du DSM-IV est à la disposition des psychiatres dans les pays qui utilisent la CIM-10. La version internationale du DSM-IV présente l'utilisation des codes de la CIM-10 et comporte des sections supplémentaires décrivant la relation entre les ensembles de critères du DSM-IV et les critères diagnostiques de la CIM-10 pour la recherche.

Une nouvelle action est actuellement en cours, l'**European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMd/MHEDEA 2000)**, coordonnée par l'**Institut Municipal d'Investigació Mèdica** (Barcelone). C'est une nouvelle étude transversale étudiant la prévalence et les facteurs associés des troubles mentaux, ainsi que leur effet sur la qualité de vie en matière de santé et l'utilisation des services dans six pays européens. Un total de 22 000 personnes représentatives de la population non résidante dans des institutions ayant 18 ans et plus, résidant en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie et aux Pays-Bas, ont été interviewées dans leur maison, utilisant la version la plus récente du Composite International Diagnostic Interview (CIDI, 2000), une enquête épidémiologique bien connue pour évaluer des troubles mentaux. C'est la première étude internationale qui utilise la méthodologie standardisée mise à jour pour l'évaluation épidémiologique. On attend des différences significatives de prévalence,



d'impact et de niveau de besoins dans les services de santé (voir Alonso e.a., 2000).

### Les systèmes de santé mentale dans l'UE

La **London School of Economics and Political Science**, LSE Health and Social Care, a examiné (voir Knapp, 2002) les principaux défis auxquels font face les systèmes de santé mentale en Europe. Dans l'optique des ressources, il y a plusieurs défis auxquels font face les systèmes de santé mentale de l'Europe. L'un de ces défis est la répartition des ressources: il y a, par exemple, une tendance vers la concentration dans les grandes villes du meilleur et plus large éventail de services, puisque les problèmes de santé mentale semblent être plus prédominants dans les populations urbaines que dans les populations rurales. Une question connexe pourrait être que certains services sont à la disposition, seulement, des groupes à revenus élevés, bien qu'un grand nombre des problèmes de santé mentale communs soient associés aux personnes avec un faible revenu. Plus généralement, il semble nécessaire pour les gouvernements européens d'aborder les problèmes de l'âge, et pas seulement de l'exclusion sociale, chez les personnes avec une maladie mentale grave, ainsi que les problèmes du soutien et des inconvénients sociaux substantiels que rencontrent les personnes avec des troubles mentaux communs. Un autre défi est celui de la distribution des ressources: un exemple clair de cela est la position dominante continue des grands asiles psychiatriques dans certains pays. En termes de coût, ces hôpitaux représentent des proportions élevées des budgets disponibles pour la santé mentale, mais ils ne prêtent soutien qu'à une petite proportion de la population ayant des besoins spécifiques dans le domaine de la santé mentale.

Le financement des services de santé mentale ressemble au financement des services de santé généraux (voir Dixon, 2002). Beaucoup de problèmes de santé mentale deviennent, par sa nature, chroniques, exigeant l'accès aux services sur une base continue. Néanmoins, l'intensité dans l'utilisation des services variera avec le temps dû à l'incidence variable des épisodes aigus, qui exigent la flexibilité dans la livraison des soins. Dans la plupart des pays et des cultures, les problèmes de santé mentale portent un stigmate, et les individus peuvent être lents pour reconnaître ou pour chercher le traitement pour les problèmes de santé mentale, et, inversement, il peut être plus difficile pour le système de soins de santé d'identifier et de traiter les individus. Plus significative est la diversification des soins qui a eu lieu au sein de la plupart des États membres à la suite du passage de la psychiatrie institutionnalisée vers les soins communautaires.

Depuis le début du mouvement de désinstitutionnalisation dans beaucoup de pays dans les

années 60, une grande variété de modèles basés sur des services communautaires ont été développés, visant à offrir des soins aux personnes avec des problèmes de santé mentale en dehors de l'environnement hospitalier (voir Catty, Burns et Knapp, 2002). Tandis qu'il y a un consensus très large sur le fait que le traitement en communauté est un objectif précieux, il y a bien moins de consensus sur l'efficacité relative de tels modèles de services ou sur leurs implications en termes de ressources. Tandis que les interventions de santé mentale sont en elles-mêmes loin d'être faciles à évaluer, les modèles de services — structures pour la livraison d'une série d'interventions — le sont encore moins. En réponse à la nécessité de s'assurer de l'efficacité du «traitement à domicile» sur d'autres formes de soins pour les personnes avec des problèmes de santé mentale, la LSE a conduit un examen systématique du «traitement à domicile» défini comme tout service non résidentiel de base communautaire. Les facteurs contextuels, tels que les méthodes pour fournir les soins psychiatriques et sociaux ou les différences dans l'organisation et le financement, doivent être bien cernés et être pris en considération dans l'interprétation du succès ou autre pour le service évalué ainsi que pour l'évaluation de sa capacité d'action dans différents contextes (pour plus d'informations, voir <http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/>).

#### 4.7.2.12. Maladies rares

Un **programme d'action communautaire sur les maladies rares**, y compris les maladies génétiques, a été adopté par le Parlement européen, et la décision n° 1295/1999/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 1999 a adopté un programme d'action communautaire sur les maladies rares pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 1999 au 31 décembre 2003. Ce programme a pour objectif de contribuer, en coordination avec d'autres mesures communautaires, à assurer un niveau élevé de protection de la santé face aux maladies rares. Au sens de ce programme, les maladies rares, y compris celles qui sont d'origine génétique, sont des maladies potentiellement mortelles ou des maladies débilitantes chroniques dont la prévalence est tellement faible que des efforts combinés spéciaux sont nécessaires pour y faire face afin d'empêcher une morbidité importante ou une mortalité périnatale ou précoce, ou une réduction considérable de la qualité de vie ou du potentiel socio-économique des personnes. Dans la Communauté, une prévalence est faible lorsqu'elle est **inférieure à 5 pour 10 000**. On dispose rarement d'informations statistiques sur ces maladies, et, dans le présent volume, seuls les résultats du programme Eurocat sur les anomalies congénitales sont présentés. On peut trouver une liste complète de ces maladies rares dans **Orphanet** (<http://www.>

orpha.net), base de données créée avec l'appui du programme d'action communautaire sur les maladies rares. Cette dernière est dédiée aux informations concernant les maladies rares et les médicaments orphelins; elle vise à améliorer la gestion de telles maladies, qu'elles soient génétiques ou acquises d'origine immunologique ou qu'il s'agisse de cancers ou de maladies pour lesquels un diagnostic précis n'a pas été posé.

Le projet **Nep hird (Network of Public Health Institutions on Rare Diseases)** a été lancé en 2002 pour recueillir des informations sur certaines maladies rares. Il est coordonné par l'**Istituto Superiore di Sanità** (Italie) et bénéficie de l'appui du programme d'action communautaire sur les maladies rares. Ses principaux objectifs sont les suivants: créer un modèle pour la collecte de données épidémiologiques au niveau européen, identifier les activités nationales sur les maladies rares en cours dans les pays participants et concevoir, réaliser et gérer le site web Nephird. Cette étude devrait se traduire par des recommandations sur les standards de bases de données, la mise en place d'une structure institutionnelle et l'adoption de mesures de politique de santé sur la collecte de données et la fourniture de services. Le projet va ainsi contribuer à simplifier la production de données épidémiologiques fiables et complètes (incidence, prévalence et répartition géographique), importantes pour la planification ou la programmation d'activités de services de santé consacrées aux maladies rares.

### Références

- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare), *Cancer in Australia 1998*, 1998.
- Alonso, J., Ferrer, M., e.a., *The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMEDI/MEDEA 2000) project: rationale and methods*, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS), Barcelone, 2000.
- Amos, A., McCarty, D., et Zimmet, P., «The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010», *Diabetic Medicine*, 1997.
- APA (American Psychiatric Association), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* ([http://www.psych.org/clin\\_res/dsm/index.cfm](http://www.psych.org/clin_res/dsm/index.cfm)).
- Ayuso-Mateos, J. L., e.a., «Troubles dépressifs en Europe: chiffres de prévalence tirés de l'étude ODIN», *British Journal of Psychiatry*, n° 179, 2001, p. 308-316.
- Baumhackl, U., Eibl, G., Ganzinger, U., e.a., *Prevalence of multiple sclerosis in Austria — Results of a nationwide survey*, Austrian MS Study Committee, 2002.
- Berkow, R. (éd.), *The Merck manual of medical information*, New York, 1997.
- Bourgeois, M. L., et Verdoux, H., *Les troubles bipolaires de l'humeur*, Paris, 1995.
- Brachet, R., e.a., «Rougeole: une situation suboptimale en France», *Eurosurveillance*, vol. 5, n° 2, 2000, p. 21-22.
- Brenner, H., «Long-term survival rates of cancer achieved by the end of the 20<sup>th</sup> century: a period analysis», *The Lancet*, n° 360, 2002, p. 1131-1135.
- Bronzwaer, S. L. A. M., e.a., «Système européen de surveillance de la résistance antimicrobienne (EARSS): objectifs et organisation», *Eurosurveillance*, vol. 4, n° 4, 1999, p. 41-44.
- Buchholz, U., e.a., «Activités et résultats d'EARSS: derniers échos», *Eurosurveillance*, vol. 6, n° 1, 2001, p. 2-5.
- Catty, J., Burns, T., et Knapp, M., «Evaluating innovative mental health services — Lessons from a systematic review of home treatment», *Eurohealth*, vol. 8, n° 1, hiver 2001/2002.
- Commission européenne, *Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne — Action pour la prévention*, Luxembourg, 1998.
- Conclusions du Conseil du 15 novembre 2001 relatives à la lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression (2002/C 6/01), JO C 6 du 9.1.2002.
- De Rijk, M. C., Tzourio, C., e.a., «Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in Europe: the Europarkinson collaborative study», *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, n° 62, 1997, p. 10-15.
- Dixon, A., «Dilemmas in financing mental health», *Eurohealth*, vol. 8, n° 1, hiver 2001/2002.
- Dupré, D., «Les problèmes de santé liés au travail dans l'UE 1998-1999», *Statistiques en bref*, thème 3 — 17/2001, Commission européenne, 2001.
- Enter-net (réseau international de surveillance des infections entériques): <http://www.phls.co.uk/inter/enter-net/menu.htm>
- Erasmus University Medical School, *Monitoring neurological diseases in Europe*, rapport pour la DG V, Commission européenne, 1996.
- Eucare (European Concerted Action and Research in Epilepsy): <http://www.eucare.be/index.htm>
- Eurocat (<http://www.eurocat.ulster.ac.uk>), *Eurocat Report 8: Surveillance of congenital anomalies 1980-1999*.
- EuroTB, *Surveillance de la tuberculose en Europe: rapport sur les cas de tuberculose déclarés en 1999*, 2002.



- Falçao, J. M., e.a., «Leptospirose au Portugal: situation épidémiologique de 1991 à 1997», *Eurosurveillance*, vol. 4, n° 4, 1999, p. 44-47.
- Fenton, K., e.a., «La surveillance européenne des infections sexuellement transmissibles: une initiative opportune et adaptée», *Eurosurveillance*, vol. 6, n° 5, 2001, p. 69-70.
- Gourbin, C., et Wunsch, G. (non daté), *Les statistiques hospitalières: un instrument de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies neurodégénératives*, Institut de démographie, université catholique de Louvain.
- Handysides, S., «Méningites bactériennes en Europe 1997-1998», *Eurosurveillance Weekly*, vol. 3, n° 51, 1999.
- Hemery, C., «Nouvelle épidémie de trichinellose en Région Midi-Pyrénées, France — Septembre-octobre 1998», *Eurosurveillance*, vol. 4, n° 1, 1999, p. 13-14.
- Hiltunenback, E., e.a., «Augmentation de la syphilis en Finlande en relation avec l'épidémie russe», *Eurosurveillance*, vol. 1, n° 1, 1996.
- Hofman, A., e.a., «The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings», *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, n° 3, 1991, p. 736-748.
- Hughes, G., «Diagnoses of gonorrhoea in England and Wales at their highest for 13 years», *Eurosurveillance Weekly*, n° 31, 2001.
- Huisman, A., e.a., *Neurodegenerative diseases among migrants in EU States — Prevalence and care situation*, préparé pour WIAD au nom de la Commission européenne, 1998 (SOC 97 201321 05F03).
- IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change), *Climate change 2001: impacts, adaptation and vulnerability*, 2001 ([http://www.grida.no/climate/ipcc\\_tar/wg2/index.htm](http://www.grida.no/climate/ipcc_tar/wg2/index.htm)).
- Jablensky, A., e.a., «Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organisation ten-country study», *Psychological Medicine Monograph*, n° 20 (suppl.), 1992.
- Jablensky, A., «Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000.
- Karcher, F., et Buchow, H., «Influenza pandemic preparedness and response planning at community level», *Eurosurveillance*, vol. 7, n° 11, 2002, p. 166-168.
- Knapp, M., «Mental health: familiar challenges, unprecedented opportunities», *Eurohealth*, vol. 8, n° 1, hiver 2001/2002.
- Kulhara, P., et Wig, N. N., «The chronicity of schizophrenia in North-West India — Results of a follow-up study», *British Journal of Psychiatry*, n° 132, 1978, p. 186-190.
- Lai, S., et Efstratiou, A., «Compte rendu du sixième congrès international du groupe de travail européen sur la diphtérie à Bruxelles, Belgique», *Eurosurveillance*, vol. 7, n° 1, 2002, p. 7-12.
- Laude, G., e.a., «Tuberculosis in Germany, 2000», *Eurosurveillance Weekly*, n° 49, 2001.
- Levy-Bruhl, D., e.a., «ESEN: une comparaison des programmes de vaccination — Troisième partie: rougeole, oreillons et rubéole», *Eurosurveillance*, vol. 2, n° 12, 1998, p. 115-119.
- Lewinsohn, P. M., e.a., «Adolescent psychopathology — Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students», *Journal of Abnormal Psychology*, n° 102, 1993, p. 517.
- Manguerra, J. C., et Mosnier, A., «Surveillance de la grippe en Europe, d'octobre 1999 à février 2000», *Eurosurveillance*, vol. 5, n° 6, 2000, p. 63-68.
- McCarty, D., et Zimmet, P., «Diabetes 1994 to 2010: global estimates and projections», *International Diabetes Institute*, 1997.
- Micheli, A., e.a., «Cancer prevalence in European registries areas», *Annals of Oncology* (à paraître).
- Montserrat, A., et Hamzaoui, N., «Le sida dans l'Union européenne de 1985 à 2001: incidence et mortalité», *Statistiques en bref*, thème 3 — 17/2002, Commission européenne, 2002.
- Narrow, W. E., *One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 years and over in the US: NIMH ECA prospective data — Population estimates based on US census estimated residential population age 18 years and over on July 1 1998* (non publié) (voir <http://www.nimh.nih.gov>).
- National Board on Health and Welfare, «Health in Sweden», *Scandinavian Journal on Public Health*, 2001.
- National Institute of Mental Health (États-Unis): <http://www.nimh.nih.gov>
- Note éditoriale, «Les cas de diphtérie déclarés dans l'Union européenne», *Eurosurveillance*, vol. 2, n° 8/9, 1997a.
- Note éditoriale, «Fièvre Q en Europe», *Eurosurveillance*, vol. 2, n° 2, 1997b.
- OIT (Organisation internationale du travail): [http://www.wfmh.org/wmhd/sec1\\_pt2\\_reintegration.html](http://www.wfmh.org/wmhd/sec1_pt2_reintegration.html)
- OMS, «Epidemic meningococcal disease», *Aide-mémoire*, n° 105, 1998.

- OMS, *Résistance aux médicaments antituberculeux dans le monde — Rapport n° 2: prévalence et tendances*, 2000 (voir WHO/CDS/TB/2000.278).
- OMS, «Hépatite C», *Aide-mémoire*, n° 164, 2000.
- OMS, *Stratégie mondiale de l'OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens*, 2001a.
- OMS, *Report on global surveillance of epidemic-prone infectious diseases*, chapitre 4 («Choléra»), 2001b.
- OMS, «Choléra 2000», *Weekly Epidemiological Record*, n° 76, 2001c, p. 233-240.
- OMS, *The increasing incidence of human campylobacteriosis*, 2001d, rapport et compte rendu de la consultation d'experts, novembre 2000.
- OMS, *Rapport mondial de la santé 2001 — Santé mentale: nouvelles conceptions, nouveaux espoirs*, 2001e.
- OMS, «Diabète sucré», *Aide-mémoire*, n° 138, 2002.
- OMS, *Vaccines, immunisation and biologicals: pneumococcus*, 2002a (disponible à l'adresse suivante: <http://www.who.int/vaccines/>).
- OMS, *Le fardeau mondial de la maladie*, 2002b (<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>).
- OMS consultation d'experts, Copenhague, Danemark, novembre 2000 (voir WHO/CDS/CSR/APH/2000.4).
- ONS-UK, *Epilepsy prevalence and prescribing patterns in England and Wales*, Health Statistics Quarterly, automne 2002.
- Pimenta, J., et Fenton, K., «Tendances des infections à *Chlamydia trachomatis* et perspectives de dépistage national au Royaume-Uni», *Eurosurveillance*, vol. 6, n° 5, 2001, p. 81-84.
- Randolph, S., «The changing incidence of tickborne encephalitis in Europe», *Eurosurveillance Weekly*, juin 2002.
- Raisin (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), *Enquête de prévalence nationale des infections nosocomiales 2001*, INVS, 2002.
- Rayner, M., et Petersen, S., *European cardiovascular disease statistics*, édition 2000, British Heart Foundation, 2000.
- Robbins, J., et Ewbank, D., *Dementia in Parkinson's Disease: demographic models and estimates*, Population Studies Center, University of Pennsylvania.
- RUG (University of Groningen Northern Centre for Healthcare Research): <http://coo.med.rug.nl/nch/zwanikkensum.pdf>
- Sabatinelli, G., e.a., «Le paludisme dans la région européenne de l'OMS (1971-1999)», *Eurosurveillance*, vol. 6, n° 4, 2001, p. 61-65.
- Salmaso, S., *Inventory of the means of controlling diseases transmissible in the European Union, Norway, and Switzerland: Report on the analysis of the information collected*, DG Santé et protection des consommateurs, 1998.
- Stakes, *Establishment of a set of mental health indicators for European Union*, Helsinki, 2002.
- Suspiro, A., et Menezes, J., «Épidémie de shigellose dans une institution pour enfants à Queluz, Portugal — 1995», *Eurosurveillance*, vol. 1, n° 1, 1996.
- Tafforeau, J., et Bayingana, K., *La dépression — État des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique*, Institut scientifique de la santé publique, 2002.
- Termorshuizen, F., et Van de Laar, M., «Recrudescence de l'hépatite A au début de l'année 1998 aux Pays-Bas», *Eurosurveillance*, vol. 3, n° 11, 1998, p. 110-112.
- Thara, R., e.a., «Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 90, 1994, p. 344-351.
- Therre, H., «Le botulisme en Europe», *Eurosurveillance*, vol. 4, n° 1, 1999, p. 2-7.
- Therre, H., et Baron, S., «Vaccination contre la coqueluche en Europe — L'état des lieux fin 1999», *Eurosurveillance*, vol. 5, n° 1, 2000, p. 6-10.
- Thornicroft, G., et Sartorius, N., «The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders», *Psychological Medicine*, n° 23, 1993, p. 1023-1032.
- Tunstall-Pedoe, H., e.a., «Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO Monica populations», *The Lancet*, n° 353, 1999, p. 1547-1557.
- Vaqué, J., et Rosselló, J. (éd.), *Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles* (<http://www.mpsp.org/mpsp/epine/>).

## 4. État de santé

### 4.1.1. État de santé ressenti, par sexe

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Très bon	Total	1998	16,1	22,3	43,5	8,2	53,7	17,0	9,7	45,7
		1997	17,4	24,4	44,2	8,1	49,6	18,8	12,8	46,0
		1996	20,0	23,7	44,8	12,5	52,5	20,4	13,9	45,5
	Hommes	1998	18,3	25,3	45,7	9,3	57,9	18,5	11,3	45,1
		1997	19,7	27,5	46,6	9,1	53,9	20,4	15,1	46,9
		1996	21,9	26,6	46,5	14,2	54,3	21,9	15,5	47,1
	Femmes	1998	14,0	19,6	41,3	7,2	49,9	15,5	8,2	46,2
		1997	15,2	21,7	41,8	7,2	45,6	17,3	10,6	45,1
		1996	18,2	21,0	43,1	11,0	50,7	19,1	12,4	43,9
Bon	Total	1998	44,1	50,8	32,1	38,8	21,7	51,3	46,2	35,3
		1997	43,5	48,1	32,2	40,0	24,9	49,1	46,1	35,1
		1996	45,3	49,7	30,7	53,7	24,3	46,8	45,4	35,5
	Hommes	1998	45,6	52,3	31,5	41,3	20,9	52,4	48,3	37,7
		1997	45,1	49,2	32,0	42,8	24,8	51,6	48,1	36,7
		1996	47,0	50,7	32,2	55,0	22,7	48,6	47,7	36,4
	Femmes	1998	42,7	49,4	32,7	36,5	22,5	50,3	44,3	32,9
		1997	42,1	47,2	32,4	37,5	25,1	46,7	44,3	33,6
		1996	43,9	48,9	29,3	52,5	25,9	45,1	43,2	34,6
Assez bon	Total	1998	27,5	21,5	17,8	34,0	15,1	20,3	34,8	15,9
		1997	27,3	22,1	16,9	33,9	16,3	20,9	33,1	15,1
		1996	25,3	21,1	17,0	25,4	14,9	21,0	32,6	15,5
	Hommes	1998	25,6	18,1	17,0	32,8	13,0	19,8	32,5	14,4
		1997	25,2	19,0	16,4	32,8	13,1	19,0	29,7	13,7
		1996	23,0	18,4	15,6	23,2	14,4	19,5	29,6	13,6
	Femmes	1998	29,2	24,5	18,6	35,1	17,1	20,9	37,0	17,3
		1997	29,3	24,8	17,3	34,9	19,3	22,7	36,2	16,4
		1996	27,4	23,6	18,4	27,3	15,5	22,3	35,4	17,2
Mauvais	Total	1998	9,2	4,4	4,8	14,4	7,3	9,4	4,7	2,6
		1997	8,8	4,6	4,8	13,5	6,8	9,7	4,0	3,2
		1996	7,2	4,7	5,7	6,7	6,2	9,7	4,1	2,9
	Hommes	1998	7,9	3,4	4,2	12,6	6,5	7,6	3,9	2,4
		1997	7,4	3,5	3,6	11,3	5,9	8,0	3,5	2,1
		1996	6,2	3,7	4,6	6,1	6,2	8,7	3,4	2,1
	Femmes	1998	10,5	5,2	5,4	16,0	8,0	11,0	5,4	2,8
		1997	10,2	5,6	6,0	15,5	7,6	11,2	4,6	4,2
		1996	8,0	5,6	6,7	7,2	6,1	10,6	4,8	3,6
Très mauvais	Total	1998	3,1	1,1	1,8	4,6	2,1	2,0	4,6	0,6
		1997	2,9	0,8	2,0	4,5	2,4	1,6	4,0	0,7
		1996	2,2	0,8	1,8	1,7	2,1	2,1	4,0	0,7
	Hommes	1998	2,6	0,9	1,6	4,0	1,7	1,7	4,0	0,4
		1997	2,6	0,8	1,4	4,1	2,3	1,0	3,7	0,7
		1996	1,9	0,7	1,1	1,5	2,4	1,3	3,7	0,8
	Femmes	1998	3,6	1,3	2,0	5,2	2,5	2,2	5,1	0,7
		1997	3,3	0,8	2,6	4,9	2,5	2,1	4,3	0,8
		1996	2,5	0,9	2,5	2,0	1,8	2,9	4,2	0,7

NB: Les enquêtes effectuées en Allemagne et au Royaume-Uni ont changé en 1997, si bien que les données 1996 ne peuvent être comparées à celles des années ultérieures.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
15,7	:	17,9	31,7	3,3	:	(:)	21,2	<b>Très bon</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
17,4	:	18,7	31,6	3,3	(19,0)	(:)	23,5			<b>1997</b>
16,6	23,3	19,1	32,2	3,5	20,5	:	(31,5)			<b>1996</b>
19,1	:	21,4	34,9	4,0	:	(:)	24,5	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	
20,7	:	22,5	34,8	4,3	(21,1)	(:)	26,7			<b>1997</b>
19,6	25,7	21,9	34,5	4,2	(21,7)	:	(33,2)			<b>1996</b>
12,5	:	14,5	28,8	2,7	:	(:)	18,4	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	
14,3	:	15,2	28,7	2,4	17,2	(:)	20,6			<b>1997</b>
14,0	20,9	16,4	30,0	2,9	19,5	:	29,9			<b>1996</b>
43,6	:	55,4	40,9	43,3	:	(:)	47,5	<b>Bon</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
42,2	:	54,4	41,2	42,4	(43,3)	(:)	45,4			<b>1997</b>
42,5	44,3	54,7	39,9	44,4	39,4	:	(38,8)			<b>1996</b>
45,9	:	56,4	40,2	48,5	:	(:)	46,7	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	
44,0	:	54,7	39,9	47,4	(41,8)	(:)	44,9			<b>1997</b>
44,8	45,3	55,3	40,3	50,4	(39,5)	:	(40,1)			<b>1996</b>
41,5	:	54,4	41,6	38,7	:	(:)	48,2	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	
40,6	:	54,2	42,4	38,0	44,6	(:)	45,8			<b>1997</b>
40,4	43,3	54,2	39,5	39,0	39,4	:	37,6			<b>1996</b>
28,3	:	22,3	20,0	31,1	:	(:)	21,2	<b>Assez bon</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
28,4	:	22,3	19,8	30,8	(29,2)	(:)	21,4			<b>1997</b>
28,6	25,5	21,7	19,9	29,3	31,1	:	(21,9)			<b>1996</b>
24,7	:	18,9	19,4	29,1	:	(:)	20,1	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	
25,0	:	19,4	19,1	29,2	(30,0)	(:)	20,0			<b>1997</b>
25,4	22,5	19,4	18,0	27,3	(30,8)	:	(19,8)			<b>1996</b>
31,6	:	25,6	20,7	33,0	:	(:)	22,3	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	
31,4	:	25,0	20,5	32,2	28,5	(:)	22,6			<b>1997</b>
31,6	28,5	23,9	21,6	31,1	31,4	:	23,7			<b>1996</b>
10,0	:	3,8	5,8	18,0	:	(:)	7,7	<b>Mauvais</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
9,8	:	4,0	5,5	18,4	(7,2)	(:)	7,2			<b>1997</b>
9,9	5,9	3,9	6,2	18,1	7,9	:	(6,3)			<b>1996</b>
8,4	:	2,9	4,1	14,9	:	(:)	7,0	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	
8,2	:	2,9	4,9	14,7	(6,1)	(:)	6,1			<b>1997</b>
8,3	5,8	2,9	5,7	14,1	(6,9)	:	(5,4)			<b>1996</b>
11,5	:	4,7	7,3	20,7	:	(:)	8,3	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	
11,3	:	5,0	6,1	21,7	8,1	(:)	8,1			<b>1997</b>
11,4	6,0	4,8	6,6	21,8	8,7	:	7,1			<b>1996</b>
2,4	:	0,6	1,6	4,3	:	(:)	2,3	<b>Très mauvais</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
2,2	:	0,6	1,8	5,0	(1,2)	(:)	2,6			<b>1997</b>
2,3	1,0	0,6	1,9	4,7	1,1	:	(1,5)			<b>1996</b>
1,9	:	0,5	1,4	3,6	:	(:)	1,7	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	
2,0	:	0,5	1,2	4,3	(1,0)	(:)	2,2			<b>1997</b>
1,9	0,8	0,5	1,5	4,0	(1,2)	:	(1,5)			<b>1996</b>
2,9	:	0,8	1,7	4,9	:	(:)	2,8	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	
2,4	:	0,6	2,3	5,7	1,5	(:)	2,9			<b>1997</b>
2,7	1,2	0,7	2,2	5,3	1,0	:	1,6			<b>1996</b>

## 4. État de santé

### 4.1.3. État de santé ressenti, par âge

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
16-24 ans	Très bon	1998	32,0	41,8	69,1	24,3	(89,4)	34,3	19,0	67,9	
		1997	34,5	48,5	57,3	26,7	(90,2)	40,1	22,2	65,8	
		1996	38,5	46,0	63,0	33,0	(94,1)	44,1	24,2	67,4	
	Bon	1998	53,3	49,6	26,6	58,1	(8,7)	58,7	60,2	26,5	
		1997	50,3	43,5	32,5	54,1	(7,9)	50,4	60,7	27,8	
		1996	50,7	44,5	29,9	57,3	(4,0)	49,2	56,6	25,7	
	Assez bon	1998	12,3	8,0	3,2	15,1	(1,3)	4,8	18,2	5,0	
		1997	12,6	7,2	8,8	15,5	(1,3)	7,3	15,2	5,3	
		1996	9,4	9,1	6,4	8,9	(0,9)	5,0	17,3	6,4	
	Mauvais	1998	2,0	0,5	0,3	2,3	(0,1)	2,0	1,4	0,2	
		1997	1,9	0,8	0,7	2,6	(0,6)	1,9	1,0	0,6	
		1996	1,1	0,3	0,1	0,7	(0,5)	1,6	1,0	0,4	
	Très mauvais	1998	0,4	0,0	0,8	0,2	(0,4)	0,1	1,2	0,3	
		1997	0,6	:	0,7	1,1	(0,0)	0,2	0,9	0,6	
		1996	0,4	0,1	0,7	0,2	(0,4)	0,1	0,8	0,1	
	25-34 ans	Très bon	1998	24,8	36,2	61,5	13,0	82,2	24,3	17,3	58,3
			1997	26,3	38,0	63,9	11,9	80,0	27,6	21,6	56,5
			1996	30,4	35,5	61,6	22,7	83,2	28,2	22,5	53,9
Bon		1998	53,8	52,8	29,0	56,5	14,0	62,9	57,7	32,8	
		1997	53,4	51,0	26,0	60,4	16,6	60,6	54,2	33,9	
		1996	53,0	51,8	28,4	63,5	13,1	58,3	54,3	35,6	
Assez bon		1998	17,4	9,4	6,3	23,5	2,6	10,2	22,4	7,6	
		1997	16,5	9,7	7,1	21,9	2,1	9,5	21,1	8,3	
		1996	14,0	10,4	8,7	11,3	2,3	10,3	19,7	8,3	
Mauvais		1998	3,2	1,1	2,2	6,1	0,7	2,1	1,3	0,9	
		1997	3,0	1,1	2,0	4,9	0,9	2,0	1,3	1,0	
		1996	2,0	1,8	0,7	2,0	1,1	2,7	2,0	1,7	
Très mauvais		1998	0,8	0,6	1,0	0,9	0,5	0,4	1,3	0,4	
		1997	0,9	0,1	0,9	1,0	0,3	0,3	1,8	0,2	
		1996	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	1,5	0,5	
35-44 ans		Très bon	1998	17,6	21,9	51,4	7,8	74,0	18,0	10,6	49,9
			1997	19,2	25,3	47,8	8,9	67,4	19,3	15,1	48,7
			1996	22,1	25,8	48,5	12,8	66,7	21,2	16,3	46,9
	Bon	1998	51,8	57,9	33,3	47,5	19,1	62,4	54,3	35,9	
		1997	51,3	52,2	37,7	49,5	26,1	60,7	51,6	35,7	
		1996	53,2	54,8	32,4	65,5	26,1	59,3	50,2	39,2	
	Assez bon	1998	24,3	17,0	12,4	34,5	5,0	15,3	30,3	12,8	
		1997	23,2	19,1	12,0	30,4	4,5	15,8	28,5	12,6	
		1996	20,0	16,0	14,0	18,8	5,6	14,9	28,3	11,2	
	Mauvais	1998	4,9	2,6	2,3	8,5	1,5	3,7	2,0	1,4	
		1997	5,0	3,1	2,2	10,4	0,9	3,6	2,7	2,7	
		1996	3,7	3,0	4,3	2,6	1,0	4,1	2,6	2,3	
	Très mauvais	1998	1,4	0,6	0,6	1,7	0,4	0,7	2,8	0,0	
		1997	1,2	0,3	0,3	0,8	1,0	0,7	2,1	0,3	
		1996	0,9	0,3	0,8	0,2	0,6	0,5	2,6	0,4	
	45-54 ans	Très bon	1998	12,5	17,4	41,4	5,2	52,7	11,3	7,1	38,8
			1997	13,5	20,6	42,4	4,6	45,9	12,4	8,6	42,0
			1996	15,5	18,6	43,8	8,6	49,0	14,4	10,2	42,1
Bon		1998	45,1	53,5	34,8	35,8	28,2	56,2	46,0	41,8	
		1997	45,4	50,9	37,9	39,1	35,0	53,6	48,9	39,5	
		1996	49,7	55,1	34,2	59,4	33,2	50,9	48,2	38,5	
Assez bon		1998	30,2	21,1	17,9	36,8	13,4	23,1	37,5	17,0	
		1997	30,4	21,9	13,9	38,5	13,4	25,9	34,7	15,4	
		1996	26,5	19,0	16,3	23,4	12,1	24,9	33,9	16,2	
Mauvais		1998	9,4	6,7	4,0	18,3	4,6	7,8	4,4	1,8	
		1997	8,0	5,6	4,5	13,4	4,1	7,1	3,7	2,6	
		1996	6,6	6,5	4,6	7,7	4,2	8,6	3,6	2,5	
Très mauvais		1998	2,9	1,3	1,9	4,0	1,2	1,7	5,1	0,7	
		1997	2,7	1,1	1,4	4,4	1,6	1,0	4,1	0,5	
		1996	1,7	0,8	1,1	0,9	1,5	1,3	4,1	0,6	

## 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
40,1	:	29,0	68,6	9,0	:	(52,2)	(24,5)	<b>16-24 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
42,8	:	29,6	64,1	8,7	(:)	(57,4)	(27,0)			<b>1997</b>
43,5	49,6	34,6	66,0	9,7	(:)	:	(:)			<b>1996</b>
49,8	:	58,7	28,3	75,8	:	(37,0)	52,7	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
47,0	:	58,2	29,9	75,6	(:)	(32,2)	48,9			<b>1997</b>
46,7	40,3	56,3	28,8	75,0	(:)	:	(:)			<b>1996</b>
8,8	:	10,9	2,3	12,9	:	(9,8)	17,2	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
8,8	:	10,3	5,5	13,2	(:)	(9,9)	19,3			<b>1997</b>
8,2	8,0	7,1	4,7	11,5	(:)	:	(:)			<b>1996</b>
1,2	:	1,3	0,6	1,8	:	(0,5)	4,9	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
1,2	:	1,7	0,2	1,8	(:)	(0,2)	4,0			<b>1997</b>
1,3	1,7	1,6	0,4	2,9	(:)	:	(:)			<b>1996</b>
0,1	:	0,1	0,2	0,6	:	(0,5)	0,8	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
0,2	:	0,3	0,2	0,7	:	(0,3)	0,8			<b>1997</b>
0,3	0,5	0,4	0,1	0,8	:	:	(:)			<b>1996</b>
28,6	:	26,9	49,4	4,5	:	(:)	27,7	<b>25-34 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
29,7	:	29,8	50,5	5,2	32,8	(:)	29,1			<b>1997</b>
26,3	36,7	27,7	52,8	4,7	37,9	:	(41,9)			<b>1996</b>
54,9	:	61,6	41,2	63,8	:	(:)	47,2	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
52,2	:	58,5	41,2	64,1	56,8	(:)	47,1			<b>1997</b>
54,6	51,7	60,2	37,4	65,0	52,0	:	(39,9)			<b>1996</b>
14,7	:	10,0	8,3	24,7	:	(:)	19,0	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
16,2	:	9,6	5,9	22,2	9,5	(:)	17,2			<b>1997</b>
17,0	9,7	10,2	7,7	23,5	9,7	:	(15,7)			<b>1996</b>
1,3	:	1,3	0,9	5,4	:	(:)	5,2	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
1,4	:	2,0	1,8	6,3	0,7	(:)	5,3			<b>1997</b>
1,6	1,6	1,7	1,5	5,6	0,3	:	(1,9)			<b>1996</b>
0,5	:	0,0	0,1	1,6	:	(:)	0,9	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
0,4	:	0,1	0,6	2,2	0,2	(:)	1,3			<b>1997</b>
0,5	0,3	0,2	0,6	1,2	0,2	:	(0,6)			<b>1996</b>
14,8	:	18,6	37,3	3,8	:	(:)	24,6	<b>35-44 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
16,1	:	17,6	36,7	3,8	23,0	(:)	28,2			<b>1997</b>
16,3	22,1	19,2	37,3	3,6	22,7	:	(37,9)			<b>1996</b>
54,9	:	60,7	48,6	51,2	:	(:)	50,7	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
54,9	:	60,8	48,6	50,3	55,3	(:)	47,5			<b>1997</b>
55,4	54,6	61,0	49,1	53,8	56,1	:	(36,5)			<b>1996</b>
26,0	:	16,9	11,7	34,0	:	(:)	16,4	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
25,4	:	18,1	12,7	35,0	18,9	(:)	17,3			<b>1997</b>
24,9	18,9	16,7	11,9	31,2	18,6	:	(16,6)			<b>1996</b>
3,5	:	3,3	1,6	9,0	:	(:)	6,6	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
2,6	:	3,0	1,4	7,4	2,6	(:)	5,2			<b>1997</b>
2,8	3,5	2,7	1,4	9,2	2,1	:	(7,8)			<b>1996</b>
0,7	:	0,5	0,8	2,0	:	(:)	1,7	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
1,0	:	0,5	0,6	3,5	0,3	(:)	1,8			<b>1997</b>
0,6	0,9	0,5	0,4	2,1	0,6	:	(1,2)			<b>1996</b>
7,5	:	15,5	19,3	1,4	:	(:)	22,2	<b>45-54 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
10,5	:	15,1	20,9	1,5	11,7	(:)	25,0			<b>1997</b>
9,5	18,1	14,1	20,2	1,4	12,7	:	(29,9)			<b>1996</b>
47,6	:	57,1	47,5	36,6	:	(:)	48,3	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
47,4	:	56,6	46,4	36,2	44,8	(:)	43,7			<b>1997</b>
47,8	45,1	58,2	46,9	40,0	42,1	:	(42,8)			<b>1996</b>
35,9	:	22,3	26,2	43,6	:	(:)	19,2	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
34,2	:	23,3	25,0	41,3	36,3	(:)	20,7			<b>1997</b>
34,3	29,6	23,0	23,8	39,5	38,6	:	(19,8)			<b>1996</b>
7,5	:	4,4	5,9	16,3	:	(:)	7,2	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
6,6	:	4,3	6,6	18,2	6,8	(:)	7,9			<b>1997</b>
7,1	5,4	4,2	6,9	15,9	6,0	:	(6,0)			<b>1996</b>
1,5	:	0,8	1,1	2,0	:	(:)	3,1	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
1,3	:	0,6	1,1	2,8	0,4	(:)	2,7			<b>1997</b>
1,4	1,8	0,5	2,2	3,2	0,7	:	(1,4)			<b>1996</b>



#### 4. État de santé

(suite)

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
55-64 ans	Très bon	1998	8,5	14,1	27,8	2,7	32,5	7,0	4,0	28,3	
		1997	8,9	14,1	35,4	1,9	22,9	5,3	7,2	29,3	
		1996	10,7	11,3	32,5	5,4	25,9	7,5	6,6	31,8	
	Bon	1998	38,2	48,6	35,0	28,5	31,8	41,2	40,4	41,4	
		1997	37,6	50,1	28,8	29,5	37,6	41,6	40,3	39,4	
		1996	39,1	52,6	27,2	45,4	39,9	37,0	40,0	40,7	
	Assez bon	1998	35,8	31,5	29,9	40,7	22,2	32,4	44,1	23,3	
		1997	36,8	30,1	27,2	41,5	27,7	32,6	43,6	25,4	
		1996	36,5	30,5	30,7	38,0	23,4	35,0	42,2	22,2	
	Mauvais	1998	13,4	4,8	5,6	20,7	11,2	16,3	6,1	5,6	
		1997	12,8	4,1	6,9	19,9	8,8	17,9	4,7	4,4	
		1996	10,5	4,3	8,0	8,7	8,5	17,1	5,5	3,9	
	Très mauvais	1998	4,0	1,0	1,7	7,4	2,4	3,2	5,3	1,3	
		1997	3,9	1,5	1,8	7,2	3,1	2,5	4,1	1,5	
		1996	3,2	1,2	1,5	2,6	2,2	3,4	5,7	1,4	
	65-74 ans	Très bon	1998	5,8	6,9	17,3	3,8	12,5	4,7	2,6	21,5
			1997	6,4	7,1	20,4	2,4	5,6	4,5	3,5	24,0
			1996	6,8	8,6	21,2	3,9	11,4	6,1	4,2	21,7
Bon		1998	29,3	44,5	35,0	18,8	28,7	28,9	27,1	37,7	
		1997	28,3	43,2	31,7	17,3	30,8	30,3	28,3	39,1	
		1996	32,5	42,0	32,0	40,8	31,8	28,0	29,2	37,7	
Assez bon		1998	41,5	37,3	34,7	47,1	33,5	39,6	51,0	34,4	
		1997	43,1	38,8	35,9	52,1	38,7	38,3	52,8	29,2	
		1996	41,7	38,9	28,5	41,3	35,9	38,4	51,4	34,8	
Mauvais		1998	17,9	8,4	9,3	23,4	19,6	22,1	11,0	5,5	
		1997	16,9	9,1	8,7	20,3	20,4	23,5	7,7	7,2	
		1996	14,5	8,2	14,3	10,4	16,1	22,7	8,4	5,2	
Très mauvais		1998	5,5	3,0	3,8	6,9	5,7	4,6	8,2	1,0	
		1997	5,3	1,7	3,3	7,8	4,5	3,5	7,8	0,5	
		1996	4,4	2,3	4,0	3,7	4,8	4,8	6,8	0,7	
75-84 ans		Très bon	1998	4,3	6,1	14,5	1,5	6,7	3,3	1,5	12,1
			1997	4,3	6,9	17,4	2,4	2,6	2,2	3,3	16,4
			1996	4,8	6,5	14,4	1,6	2,9	3,1	2,8	14,3
	Bon	1998	22,7	39,5	29,8	13,8	21,5	23,3	22,8	35,8	
		1997	22,9	38,2	25,6	12,7	18,4	23,5	23,2	34,5	
		1996	25,2	35,6	29,4	31,8	23,7	20,8	21,8	31,6	
	Assez bon	1998	41,5	41,7	34,3	38,9	45,7	38,1	56,2	42,2	
		1997	39,6	37,5	35,6	37,5	48,5	37,3	52,3	34,5	
		1996	42,8	40,8	30,4	41,9	43,9	39,6	54,5	40,0	
	Mauvais	1998	22,0	10,0	16,4	28,9	20,9	28,8	9,5	8,9	
		1997	23,7	15,5	14,5	32,5	19,3	30,9	10,9	10,6	
		1996	20,1	15,4	16,7	18,1	21,2	26,9	11,5	11,2	
	Très mauvais	1998	9,6	2,7	5,0	16,8	5,3	6,5	10,0	1,0	
		1997	9,5	1,9	6,9	14,9	11,2	6,2	10,2	4,0	
		1996	7,1	1,6	9,1	6,6	8,4	9,5	9,4	2,9	
	85 ans et plus	Très bon	1998	4,2	8,1	12,6	2,8	1,0	1,8	2,2	8,9
			1997	4,3	5,3	13,6	2,6	0,5	3,7	3,0	10,3
			1996	3,7	5,5	11,5	0,8	0,2	4,2	3,2	5,6
Bon		1998	19,5	26,1	31,7	12,8	12,4	22,7	14,4	35,7	
		1997	20,0	36,4	30,8	11,8	11,7	17,9	19,2	29,4	
		1996	21,3	31,8	31,8	25,3	11,8	18,2	15,8	35,4	
Assez bon		1998	39,2	49,2	35,2	46,5	42,8	37,1	42,9	33,5	
		1997	39,7	50,8	14,1	47,9	43,2	36,4	45,7	32,2	
		1996	41,4	50,1	24,4	39,7	48,8	36,6	55,6	34,8	
Mauvais		1998	23,8	15,9	17,9	20,5	27,9	28,5	19,4	20,8	
		1997	24,0	5,7	20,7	23,9	36,2	34,3	16,3	27,5	
		1996	24,3	12,6	26,4	28,5	27,1	28,6	8,8	14,2	
Très mauvais		1998	14,0	0,7	2,6	17,4	15,9	10,0	21,0	1,1	
		1997	12,1	1,8	20,8	13,8	8,4	7,7	15,8	0,6	
		1996	9,7	:	5,9	5,7	12,1	12,4	16,5	10,0	

NB: Les enquêtes effectuées en Allemagne et au Royaume-Uni ont changé en 1997, si bien que les données 1996 ne peuvent être comparées à celles des années ultérieures.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK			
5,5	:	11,5	10,9	0,6	:	(-)	18,0	<b>55-64 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
6,5	:	10,6	11,4	0,3	4,2	(-)	20,2			<b>1997</b>
4,8	12,2	10,7	9,1	0,9	6,1	:	27,7			<b>1996</b>
38,0	:	49,1	47,6	19,2	:	(-)	46,8	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
36,3	:	48,2	44,7	18,7	28,0	(-)	44,5			<b>1997</b>
35,4	39,5	47,3	42,7	19,4	25,7	:	34,5			<b>1996</b>
40,3	:	33,3	31,4	39,2	:	(-)	23,3	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
41,1	:	35,5	33,8	43,3	51,5	(-)	23,7			<b>1997</b>
42,1	36,9	35,5	36,7	39,6	52,6	:	26,4			<b>1996</b>
14,0	:	4,8	8,7	35,8	:	(-)	9,4	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
14,1	:	5,2	8,1	31,6	13,3	(-)	8,4			<b>1997</b>
14,3	10,4	5,5	9,0	33,1	13,6	:	9,2			<b>1996</b>
2,1	:	1,3	1,4	5,3	:	(-)	2,5	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
2,0	:	0,6	2,0	6,1	2,9	(-)	3,3			<b>1997</b>
3,4	1,1	1,0	2,6	7,0	2,0	:	2,2			<b>1996</b>
2,3	:	7,9	4,8	0,2	:	(-)	13,3	<b>65-74 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
4,5	:	8,5	4,6	0,1	5,7	(-)	17,0			<b>1997</b>
2,9	4,4	8,5	4,7	0,3	3,4	:	16,7			<b>1996</b>
26,4	:	47,1	36,7	8,8	:	(-)	45,0	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
22,9	:	46,0	42,1	10,3	21,6	(-)	42,3			<b>1997</b>
21,9	35,2	43,9	41,5	11,7	18,2	:	36,5			<b>1996</b>
41,9	:	39,2	43,7	38,4	:	(-)	28,5	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
44,5	:	38,4	39,0	34,6	53,2	(-)	27,5			<b>1997</b>
44,4	49,4	39,8	36,9	35,9	60,0	:	35,8			<b>1996</b>
24,8	:	5,1	11,3	40,9	:	(-)	9,8	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
23,7	:	5,8	11,3	44,8	15,3	(-)	10,2			<b>1997</b>
25,8	9,7	6,5	14,1	40,8	16,7	:	8,2			<b>1996</b>
4,7	:	0,8	3,4	11,8	:	(-)	3,4	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
4,4	:	1,2	3,1	10,4	4,1	(-)	3,0			<b>1997</b>
5,0	1,3	1,4	2,8	11,4	1,7	:	2,8			<b>1996</b>
1,9	:	4,2	3,1	:	:	(-)	12,5	<b>75-84 ans</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
1,7	:	5,5	2,5	0,4	(0,5)	(-)	11,3			<b>1997</b>
2,7	4,7	4,0	2,6	0,0	(2,0)	:	15,2			<b>1996</b>
12,6	:	35,7	28,6	10,2	:	(-)	40,1	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
15,5	:	33,6	29,9	4,7	(14,0)	(-)	42,9			<b>1997</b>
14,1	16,0	33,9	26,1	5,4	(12,3)	:	33,2			<b>1996</b>
43,4	:	46,8	39,6	30,3	:	(-)	31,2	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
39,4	:	47,4	38,1	31,0	(57,4)	(-)	29,0			<b>1997</b>
42,3	54,8	49,0	41,5	30,3	(52,0)	:	36,2			<b>1996</b>
31,6	:	11,5	22,1	43,9	:	(-)	12,2	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
33,6	:	12,1	19,6	48,1	(23,9)	(-)	11,1			<b>1997</b>
32,7	22,3	11,2	21,9	49,9	(27,3)	:	11,6			<b>1996</b>
10,5	:	1,7	6,5	15,6	:	(-)	4,0	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
9,8	:	1,4	9,8	15,8	(4,2)	(-)	5,8			<b>1997</b>
8,2	2,2	2,0	8,0	14,4	(6,3)	:	3,8			<b>1996</b>
:	:	1,2	3,4	0,5	:	:	10,4	<b>85 ans et plus</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
1,3	:	12,2	1,1	:	:	:	9,4			<b>1997</b>
2,6	:	4,1	2,3	:	:	:	(9,0)			<b>1996</b>
12,9	:	42,3	10,1	4,8	:	:	34,8	<b>Bon</b>	<b>1998</b>	
13,2	:	26,4	15,3	2,6	(-)	:	41,1			<b>1997</b>
11,1	: u	31,5	12,0	2,6	(-)	:	(33,6)			<b>1996</b>
33,9	:	45,1	36,8	32,4	:	:	29,9	<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>	
33,0	:	46,2	48,6	29,7	(-)	:	29,3			<b>1997</b>
38,3	: u	47,1	37,7	30,2	(-)	:	(36,2)			<b>1996</b>
35,7	:	10,1	35,3	41,8	:	:	17,5	<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>	
39,6	:	11,3	23,8	28,6	(-)	:	11,9			<b>1997</b>
34,7	: u	17,0	34,5	39,8	(-)	:	(19,2)			<b>1996</b>
17,5	:	1,3	14,5	20,4	:	:	7,4	<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>	
12,8	:	4,0	11,2	39,2	(-)	:	8,3			<b>1997</b>
13,4	: u	0,4	13,5	27,4	(-)	:	(2,0)			<b>1996</b>

## 4.1.4. État de santé ressenti, en fonction de la situation professionnelle

			EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Actifs	Très bon	1998	19,9	26,2	51,7	9,5	71,9	20,1	11,9	53,9	
		1997	21,4	30,0	53,0	9,7	67,6	22,6	15,5	53,7	
		1996	24,6	28,9	53,0	15,3	69,5	25,0	16,7	53,3	
	Bon	1998	51,5	57,4	34,2	47,7	19,6	61,8	53,7	36,4	
		1997	50,9	53,5	34,2	48,9	24,2	59,2	53,4	35,7	
		1996	52,6	54,9	32,6	61,8	22,7	56,0	52,2	36,8	
	Assez bon	1998	22,6	14,2	11,8	30,6	6,3	14,6	30,1	8,8	
		1997	22,4	14,8	10,7	30,7	6,7	15,1	27,3	9,6	
		1996	19,3	14,4	12,1	18,6	6,3	15,1	27,1	9,1	
	Mauvais	1998	4,9	1,9	1,7	10,2	2,0	3,1	2,4	0,7	
		1997	4,3	1,6	1,7	8,8	1,1	2,8	2,1	0,9	
		1996	2,9	1,6	1,9	3,7	1,4	3,5	2,3	0,7	
	Très mauvais	1998	1,1	0,2	0,6	2,0	0,2	0,5	1,9	0,3	
		1997	1,0	0,1	0,4	2,0	0,3	0,3	1,7	0,1	
		1996	0,7	0,3	0,4	0,6	0,2	0,4	1,7	0,1	
	Inactifs	Très bon	1998	11,7	18,0	28,9	6,3	32,8	13,8	6,9	35,0
			1997	12,8	18,4	27,7	6,2	30,9	15,0	8,8	36,2
			1996	14,4	18,0	30,0	8,9	34,4	15,8	10,1	35,7
Bon		1998	35,6	43,6	28,4	27,5	24,2	41,0	35,0	33,8	
		1997	35,2	42,4	28,3	28,3	25,7	39,1	35,7	34,3	
		1996	36,8	44,1	27,4	43,2	25,9	37,4	36,4	33,8	
Assez bon		1998	33,2	29,3	28,5	38,7	25,3	26,0	41,7	25,2	
		1997	33,1	29,8	28,4	38,0	26,3	26,6	41,3	21,9	
		1996	32,6	28,4	25,9	34,2	24,2	26,9	40,0	23,5	
Mauvais		1998	14,0	7,0	10,3	19,7	13,4	15,6	8,0	5,1	
		1997	13,8	7,9	10,7	19,8	12,6	16,5	6,8	6,0	
		1996	12,2	8,1	12,4	10,5	11,3	15,9	6,5	5,6	
Très mauvais		1998	5,4	2,1	3,9	7,8	4,3	3,5	8,5	0,9	
		1997	5,1	1,6	4,9	7,7	4,5	2,8	7,3	1,5	
		1996	4,1	1,5	4,3	3,2	4,2	3,9	6,9	1,5	

NB: Les enquêtes effectuées en Allemagne et au Royaume-Uni ont changé en 1997, si bien que les données 1996 ne peuvent être comparées à celles des années ultérieures.

On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

## 4.1.5. Pourcentage de personnes souffrant d'affections chroniques, par sexe

	Année	Total	Hommes	Femmes
B	1997	27,5	26,8	28,2
DK	1994	37,6	35,5	39,6
E	1997	27,7	27,9	27,6
NL	1997/1998	34,6	32,1	37,1
S	1996/1997	45,4	42,3	48,4
UK	1996	40,0	39,8	40,2
NO	1995	47,2	47,6	46,9
CH	1997	17,0	15,8	18,2

Source: Eurostat (sur la base des résultats nationaux de l'enquête ESI pour différentes périodes et différents échantillons).

## 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
20,8	:	21,4	40,5	3,9	:	26,2	<b>Actifs</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
21,7	:	22,2	40,8	3,8	21,8	<b>1997</b>			
20,6	30,1	22,1	41,3	3,7	23,9	(38,9)			<b>1996</b>
53,3	:	61,6	43,9	53,2	:	51,5		<b>Bon</b>	<b>1998</b>
52,3	:	59,6	43,4	53,9	52,6	48,8			<b>1997</b>
52,9	50,4	60,1	42,9	56,1	48,9	(43,2)			<b>1996</b>
22,5	:	14,4	13,4	32,1	:	17,4		<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>
22,5	:	15,8	13,0	32,2	22,2	17,5			<b>1997</b>
23,0	15,9	15,5	13,1	30,2	24,0	(15,9)			<b>1996</b>
3,0	:	2,3	1,8	9,9	:	4,3		<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>
3,1	:	2,0	2,2	9,1	3,2	3,9			<b>1997</b>
3,0	2,7	1,9	2,2	9,1	2,7	(1,8)			<b>1996</b>
0,4	:	0,3	0,3	0,9	:	0,6		<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>
0,3	:	0,3	0,5	1,0	0,2	0,9			<b>1997</b>
0,5	0,9	0,4	0,5	0,9	0,4	(0,2)			<b>1996</b>
11,2	:	12,9	19,5	2,5	:	15,9	<b>Inactifs</b>	<b>Très bon</b>	<b>1998</b>
13,5	:	14,3	18,9	2,6	(14,9)	17,7			<b>1997</b>
13,1	16,2	15,4	19,2	3,2	(14,9)	21,2			<b>1996</b>
34,9	:	47,2	36,7	27,3	:	45,2		<b>Bon</b>	<b>1998</b>
33,3	:	47,2	38,2	24,8	(29,6)	44,0			<b>1997</b>
33,2	38,1	47,3	35,6	26,6	(24,0)	32,8			<b>1996</b>
33,4	:	32,9	29,3	29,4	:	26,0		<b>Assez bon</b>	<b>1998</b>
33,5	:	30,8	29,3	28,6	(39,5)	25,9			<b>1997</b>
33,6	35,4	29,7	29,5	28,0	(42,5)	30,1			<b>1996</b>
16,3	:	5,9	11,2	30,9	:	10,1		<b>Mauvais</b>	<b>1998</b>
15,8	:	6,8	10,0	32,8	(13,2)	9,0			<b>1997</b>
16,1	9,2	6,6	11,9	31,7	(16,4)	12,6			<b>1996</b>
4,3	:	1,1	3,3	9,8	:	2,9		<b>Très mauvais</b>	<b>1998</b>
3,9	:	1,0	3,6	11,2	(2,7)	3,4			<b>1997</b>
3,9	1,1	1,1	3,8	10,4	(2,2)	3,3			<b>1996</b>

#### 4. État de santé

#### 4.1.6. Enfants déclarant souffrir de maux de tête, de maux d'estomac ou de mal de dos au moins une fois par semaine, par âge et par sexe, 1997/1998

	B <sup>(1)</sup>	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	F <sup>(1)</sup>	IRL	A	P
<b>MAUX DE TÊTE</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	17	20	23	16	22	20	17	16
Filles	25	26	27	23	35	22	23	27
<b>13 ans</b>								
Garçons	16	19	21	21	20	22	19	17
Filles	28	34	31	34	37	28	30	33
<b>15 ans</b>								
Garçons	13	16	18	23	22	22	16	20
Filles	27	34	30	44	42	38	36	46
<b>MAUX D'ESTOMAC</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	8	10	20	12	19	13	9	11
Filles	15	20	25	17	38	19	17	12
<b>13 ans</b>								
Garçons	6	9	12	12	17	13	10	8
Filles	13	20	24	17	31	17	18	13
<b>15 ans</b>								
Garçons	4	6	8	13	16	12	6	7
Filles	10	12	19	21	32	14	18	16
<b>MAL DE DOS</b>								
<b>11 ans</b>								
Garçons	8	14	13	10	15	11	7	19
Filles	10	15	16	15	25	10	9	26
<b>13 ans</b>								
Garçons	12	21	16	15	22	17	14	24
Filles	16	21	20	15	32	16	17	29
<b>15 ans</b>								
Garçons	17	26	19	23	26	21	19	23
Filles	21	27	22	18	38	20	22	30

(<sup>1</sup>) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Étude HBSC sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, bureau de l'OMS pour l'Europe.

#### 4.2.1. Taille moyenne des Européens, par âge et par sexe, 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Tous âges</b>								
Hommes	175,2	174,4	178,4	177,0	174,4	171,6	174,6	174,8
Femmes	164,0	164,0	166,4	165,6	162,8	161,2	163,2	163,4
<b>15-24 ans</b>								
Hommes	177,6	175,6	181,4	180,2	176,4	173,4	176,4	176,2
Femmes	165,8	166,6	168,4	167,0	165,4	164,4	164,8	164,8
<b>25-34 ans</b>								
Hommes	177,2	176,4	180,2	179,4	177,2	175,2	176,6	175,8
Femmes	165,4	165,4	168,0	167,4	164,4	162,8	164,6	163,0
<b>35-44 ans</b>								
Hommes	176,6	176,6	180,0	178,4	175,6	172,0	174,8	175,6
Femmes	164,6	165,4	167,2	166,4	163,0	160,4	163,4	164,0
<b>45-54 ans</b>								
Hommes	175,6	175,2	176,6	177,4	173,2	171,0	175,2	174,8
Femmes	163,8	163,0	165,8	166,0	162,2	159,8	162,0	163,2
<b>55-64 ans</b>								
Hommes	173,2	172,2	177,2	174,2	170,6	168,2	171,8	173,0
Femmes	163,0	162,0	164,6	164,6	161,0	159,6	162,4	162,0
<b>&gt; 65 ans</b>								
Hommes	172,0	168,6	174,8	172,6	172,0	167,2	169,6	171,6
Femmes	161,4	160,6	163,8	162,0	160,2	158,0	160,2	162,2

Source: Eurobaromètre 44.3, Commission européenne, 1996.

#### 4. État de santé

(en %)

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
								<b>MAUX DE TÊTE</b>
								<b>11 ans</b>
26	26	22	22	25	26	14	21	<b>Garçons</b>
36	35	27	30	35	34	21	27	<b>Filles</b>
								<b>13 ans</b>
29	28	21	24	30	24	15	18	<b>Garçons</b>
42	44	38	37	37	35	28	29	<b>Filles</b>
								<b>15 ans</b>
26	27	26	26	30	27	18	19	<b>Garçons</b>
46	53	42	48	45	45	36	36	<b>Filles</b>
								<b>MAUX D'ESTOMAC</b>
								<b>11 ans</b>
15	21	21	19	28	19	17	13	<b>Garçons</b>
22	31	28	31	37	32	24	21	<b>Filles</b>
								<b>13 ans</b>
15	17	15	15	27	14	10	10	<b>Garçons</b>
23	33	23	27	24	23	22	23	<b>Filles</b>
								<b>15 ans</b>
10	18	11	13	15	15	11	9	<b>Garçons</b>
20	31	19	29	21	25	18	22	<b>Filles</b>
								<b>MAL DE DOS</b>
								<b>11 ans</b>
11	11	11	11	12	15	10	8	<b>Garçons</b>
10	12	11	11	12	16	9	12	<b>Filles</b>
								<b>13 ans</b>
13	13	13	12	17	17	14	13	<b>Garçons</b>
14	20	13	16	19	15	19	19	<b>Filles</b>
								<b>15 ans</b>
18	25	17	17	17	23	17	19	<b>Garçons</b>
21	25	17	19	25	22	25	23	<b>Filles</b>

(en centimètres)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
								<b>Tous âges</b>
173,8	177,0	179,6	177,2	169,4	175,8	178,8	176,4	Hommes
162,2	165,2	168,0	165,6	160,0	163,4	165,6	162,4	Femmes
								<b>15-24 ans</b>
176,2	179,0	182,4	178,2	173,8	178,2	179,6	178,2	Hommes
164,2	166,6	170,6	166,6	163,0	165,0	166,2	163,4	Femmes
								<b>25-34 ans</b>
175,6	178,0	182,2	179,0	171,2	175,0	181,4	177,0	Hommes
164,4	166,0	168,6	166,8	161,0	165,4	166,8	162,8	Femmes
								<b>35-44 ans</b>
174,4	178,8	181,2	179,0	169,4	175,8	179,0	176,6	Hommes
162,4	164,2	168,8	165,8	160,0	164,2	166,6	162,0	Femmes
								<b>45-54 ans</b>
173,2	177,2	178,6	176,2	166,6	176,8	179,2	177,2	Hommes
161,2	166,0	167,2	165,8	157,8	164,2	165,2	162,4	Femmes
								<b>55-64 ans</b>
171,4	173,6	176,8	175,8	166,4	174,8	176,8	175,0	Hommes
161,0	164,8	165,6	165,0	159,0	162,2	165,6	162,6	Femmes
								<b>&gt; 65 ans</b>
170,4	172,6	174,0	172,4	166,0	173,0	176,6	173,4	Hommes
160,6	163,0	164,0	162,8	157,4	160,6	163,8	161,0	Femmes



#### 4. État de santé

#### 4.2.2. Poids moyen des Européens, par âge et par sexe, 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Tous âges</b>								
Hommes	78,8	75,8	79,6	80,0	78,4	75,2	74,8	75,8
Femmes	65,4	64,2	65,0	65,4	67,0	62,6	61,0	63,8
<b>15-24 ans</b>								
Hommes	72,8	68,8	76,6	76,2	73,6	71,6	70,4	70,6
Femmes	60,2	59,2	64,0	61,0	59,4	57,0	56,4	59,4
<b>25-34 ans</b>								
Hommes	78,6	75,6	80,0	79,8	79,2	78,0	75,4	75,8
Femmes	63,6	63,2	63,0	63,0	63,2	59,8	61,2	62,6
<b>35-44 ans</b>								
Hommes	80,4	77,6	80,2	81,4	81,0	77,8	74,6	77,6
Femmes	64,8	62,8	64,0	65,8	67,2	60,8	61,0	62,8
<b>45-54 ans</b>								
Hommes	81,6	79,8	81,0	83,2	80,8	76,2	77,6	78,0
Femmes	67,6	66,4	67,2	67,8	71,4	64,6	61,2	67,2
<b>55-64 ans</b>								
Hommes	80,2	79,2	81,6	80,0	78,2	74,8	76,0	79,4
Femmes	69,2	68,6	66,8	70,2	70,8	70,2	65,4	68,6
<b>65 ans et plus</b>								
Hommes	77,8	75,8	78,2	78,8	78,0	73,6	74,8	76,2
Femmes	67,0	66,8	66,0	64,8	71,0	66,6	62,2	66,8

Source: Eurobaromètre 44.3, Commission européenne, 1996.

#### 4.2.3. Indice de masse corporelle (IMC) par sexe (répartition en pourcentage de la population de 15 ans et plus), 1996

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>IMC &lt; 18</b>								
Hommes	0,8	1,8	0,4	0,4	0,6	0,8	0,6	0,4
Femmes	2,8	4,4	2,6	1,7	1,8	2,9	4,2	3,0
<b>IMC 18-20</b>								
Hommes	3,8	5,8	2,6	1,6	3,0	3,7	5,2	4,8
Femmes	10,6	10,0	14,3	7,8	9,5	10,4	18,8	10,8
<b>IMC 20-27</b>								
Hommes	65,9	64,0	73,0	62,2	60,2	58,3	69,7	71,4
Femmes	59,0	60,9	61,3	62,8	51,2	52,5	54,8	66,1
<b>IMC 27-30</b>								
Hommes	15,9	13,1	13,7	17,1	23,9	18,3	13,6	11,9
Femmes	10,8	7,9	8,1	11,2	14,7	12,2	9,0	7,9
<b>IMC &gt; 30</b>								
Hommes	8,4	7,8	8,1	8,7	11,0	11,4	6,6	7,3
Femmes	8,1	8,8	7,3	4,8	14,7	6,6	5,0	7,7
<b>Indéterminé</b>								
Hommes	5,1	7,6	2,2	10,0	1,4	7,5	4,4	4,2
Femmes	8,7	8,0	6,3	11,6	8,1	15,4	8,2	4,5

NB: < 18 = insuffisance pondérale grave; 18-20 = insuffisance pondérale; 27-30 = surcharge pondérale; > 30 = surcharge pondérale grave.

Source: Eurobaromètre 44.3, Commission européenne, 1996.

#### 4. État de santé

(en kg)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
								<b>Tous âges</b>
75,0	79,8	78,4	79,6	72,2	78,4	80,2	79,4	Hommes
61,2	64,0	68,0	65,6	62,8	65,6	65,2	65,6	Femmes
								<b>15-24 ans</b>
70,8	73,2	73,4	73,4	69,4	75,0	73,4	74,2	Hommes
55,8	57,4	66,6	59,0	56,2	59,8	58,6	62,6	Femmes
								<b>25-34 ans</b>
73,6	77,0	81,0	78,6	71,4	74,8	80,0	79,0	Hommes
57,0	64,2	66,6	63,4	60,8	63,4	63,4	64,4	Femmes
								<b>35-44 ans</b>
77,0	79,4	79,6	81,0	75,4	78,6	80,2	81,4	Hommes
59,6	63,8	67,8	65,0	62,8	63,8	65,0	66,0	Femmes
								<b>45-54 ans</b>
78,0	84,6	80,4	83,2	74,2	82,8	82,0	82,6	Hommes
63,6	68,6	68,8	72,4	66,0	68,2	67,8	67,0	Femmes
								<b>55-64 ans</b>
78,0	84,2	79,6	83,0	72,0	83,8	81,0	80,4	Hommes
65,0	67,4	69,6	67,2	67,6	71,4	69,2	68,8	Femmes
								<b>65 ans et plus</b>
74,6	81,6	76,4	77,8	72,0	78,6	82,8	79,4	Hommes
66,6	65,4	72,6	69,4	64,4	67,4	67,2	65,8	Femmes

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

219



I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
								<b>IMC &lt; 18</b>
0,4	1,1	0,8	1,2	1,1	0,4	0,6	1,9	Hommes
4,2	4,8	2,6	2,5	2,1	3,2	2,2	2,0	Femmes
								<b>IMC 18-20</b>
4,3	4,9	6,8	2,5	3,2	4,3	4,2	2,6	Hommes
13,9	15,2	8,6	10,5	8,2	7,6	10,6	8,7	Femmes
								<b>IMC 20-27</b>
72,1	59,3	73,7	65,8	65,8	66,7	67,3	61,1	Hommes
56,7	53,2	65,4	60,5	54,6	59,4	65,5	55,3	Femmes
								<b>IMC 27-30</b>
13,0	17,2	12,8	16,8	13,8	15,9	20,1	16,9	Hommes
10,6	9,4	11,4	10,8	12,2	12,5	10,8	12,2	Femmes
								<b>IMC &gt; 30</b>
5,8	12,3	4,3	8,0	9,2	10,3	6,6	10,6	Hommes
6,3	7,7	8,0	7,4	11,3	10,1	6,4	10,9	Femmes
								<b>Indéterminé</b>
4,3	5,3	1,6	5,7	6,9	2,4	1,2	6,9	Hommes
8,3	9,7	4,1	8,3	11,5	7,3	4,6	10,8	Femmes

#### 4.2.4. Enfants ayant déclaré suivre un régime ou pensant qu'ils devraient en suivre un, 1997/1998

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
<b>11 ans</b>								
Garçons	22	23	26	27	25	20	29	20
Filles	36	29	35	37	35	29	36	30
<b>13 ans</b>								
Garçons	22	23	28	30	21	26	30	22
Filles	40	42	44	47	47	37	49	39
<b>15 ans</b>								
Garçons	16	20	22	29	19	20	18	18
Filles	51	47	50	56	52	50	53	44

(¹) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie du Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Currie, C., e.a. (éd.), *Health and health behaviour among young people (international report from the health behaviour in school-aged children — 1997/98 survey)*; série politique de l'OMS: politique sanitaire pour les enfants et les adolescents (HEPCA), édition n° 1, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000.

#### 4.3.1. Caries dentaires: indice DMFT (dents cariées, manquantes ou obturées) et pourcentage de personnes touchées, par groupe d'âge

	Notes	Année d'enquête	% (DMFT)				% (dents cariées)				
			5-6 ans	12 ans	18 ans	35-44 ans	5-6 ans	12 ans	18 ans	35-44 ans	
<b>B (Bruxelles)</b>	(¹)	<b>1998</b>	:	1,6	:	:	:	:	50,0	:	:
<b>DK</b>	(²)	<b>1985-2000</b>	1,3	1,0	4,6	22,9	:	37,0	:	85,0	99,0
<b>D</b>	(³)	<b>1997</b>	2,5	1,7	:	16,1	23,6	64,0	58,2	:	99,2
<b>EL</b>	(⁴)	<b>1994</b>	1,5	1,6	:	15,8	:	58,0	:	:	100,0
<b>E</b>	(⁵)	<b>1994</b>	1,0	2,3	:	10,9	25,2	30,0	68,0	:	99,0
<b>F</b>	(⁶)	<b>1993</b>	0,1	1,9	:	14,6	23,3	43,0	61,0	49,4	:
<b>IRL</b>	(⁷)	<b>1992</b>	2,1	2,1	:	19,0	:	58,0	56,0	:	:
<b>I</b>	(⁸)	<b>1996</b>	1,4	2,1	:	9,4	26,3	36,0	63,4	:	94,2
<b>L</b>		<b>1990</b>	3,0	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>NL</b>	(⁹)	<b>1992-1993</b>	1,7	0,9	:	17,4	22,3	45,0	40,0	:	:
<b>A</b>	(¹⁰)	<b>1996</b>	2,2	1,7	5,5	21,7	27,9	53,0	56,0	84,0	:
<b>P</b>	(¹¹)	<b>1999</b>	2,1	1,5	:	10,9	:	47,0	53,0	:	:
<b>FIN</b>	(¹²)	<b>1997</b>	1,4	1,1	:	:	:	44,2	:	:	:
<b>S</b>	(¹³)	<b>1999</b>	:	0,9	3,6	:	:	28,0	39,0	41,1	:
<b>UK</b>	(¹⁴)	<b>1997-1998</b>	1,7	1,1	:	16,6	20,3	42,6	44,0	:	:
<b>IS</b>	(¹⁵)	<b>1996</b>	3,5	1,5	:	:	26,2	:	:	:	:
<b>NO</b>	(¹⁶)	<b>1993</b>	1,4	2,1	6,9	20,5	:	36,0	64,0	90,0	:
<b>CH</b>		<b>1988</b>	2,2	2,0	:	18,8	27,4	53,0	62,0	:	:

(¹) 5-7 ans.

(²) 5 ans (1994); 12 ans (2000); 18 ans (1992); 35-44 ans (1985).

(³) 5-6 ans, données de 1991-1994, Allemagne de l'Est uniquement.

(⁴) 5-7 ans (1994); 12 ans (Athènes, 1993); 35-44 ans (1985).

(⁵) 6-7 ans; 35-44 ans (1993); 65-74 ans (1989).

(⁶) 6 ans; 12 ans (1998); 35-44 ans, Rhône-Alpes seulement (1994); 65-74 (1995).

(⁷) 5 ans; avant fluoruration.

(⁸) 5-6 ans (1994); 12 ans (1996); 35-44 ans (1995); 65-74 ans (certaines régions, 1993).

(⁹) 5 ans; 12 ans (1996, seulement La Haye); 35-44 ans et 65-74 ans (1986).

(¹⁰) 12 ans (1997); 18 ans (1998); 35-44 ans (1974); 65-74 ans (1992).

(¹¹) 35-44 ans (1984).

(¹²) % dents cariées 6 ans (1997); DMFT 5 ans (1991); 12 ans (1997).

(¹³) 6 ans.

(¹⁴) 5 ans; 35-44 ans et 65-74 ans (1998); 12 ans (1996-1997).

(¹⁵) 5-6 ans (1989); 12 ans (1996); 65-74 ans (1992).

(¹⁶) 5 ans; 35-44 ans (1990).

Source: Organisation mondiale de la santé, Oral Health Country/Area Profile Programme (centre de collaboration de l'OMS, université de Malmö, Suède).

#### 4. État de santé

(en %)

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
								<b>11 ans</b>
26	18	25	23	28	26	20	19	Garçons
31	21	31	34	36	37	26	25	Filles
								<b>13 ans</b>
24	19	25	26	30	22	22	19	Garçons
41	39	39	47	53	50	43	34	Filles
								<b>15 ans</b>
16	19	20	22	26	20	21	15	Garçons
42	51	49	51	55	53	56	42	Filles

#### 4. État de santé

#### 4.3.2. Jeunes scolarisés qui déclarent se brosser les dents plus d'une fois par jour, 1997/1998

	B (¹)	DK	D (¹)	EL	F (¹)	IRL	A	P
<b>11 ans</b>								
<b>Garçons</b>	33	80	69	42	54	47	58	54
<b>Filles</b>	44	85	82	53	69	61	73	73
<b>13 ans</b>								
<b>Garçons</b>	35	79	66	36	60	44	55	51
<b>Filles</b>	55	88	79	53	76	67	74	76
<b>15 ans</b>								
<b>Garçons</b>	42	78	66	35	53	46	61	56
<b>Filles</b>	62	88	82	64	79	74	79	78

(¹) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Étude HBSC sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, bureau de l'OMS pour l'Europe.

#### 4.4.1. Espérance de vie (avec et sans incapacité) à 16 ans, par sexe, 1996

		B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Espérance de vie à 16 ans</b>								
Nombre total d'années d'espérance de vie dont:	Hommes	58,5	57,7	:	60,0	59,1	58,8	57,9
	Femmes	65,0	62,8	:	65,1	66,3	66,5	63,2
Années sans incapacité	Hommes	49,6	47,2	:	51,9	50,0	44,9	49,4
	Femmes	53,8	46,4	:	54,8	52,8	47,7	51,8
Années avec incapacité modérée	Hommes	5,1	7,1	:	4,4	5,5	7,6	6,4
	Femmes	5,8	11,2	:	5,8	8,7	10,6	8,2
Années avec incapacité sévère	Hommes	3,8	3,4	:	3,7	3,5	6,4	2,1
	Femmes	5,4	5,2	:	4,5	4,8	8,3	3,2

Source: Eurostat, statistiques de mortalité et panel communautaire des ménages; calculé par l'Inserm (REVES).

#### 4.4.3. Personnes de 16 ans et plus gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, par sexe

		UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL		
<b>Très gênées</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>	9,7	15,3	7,1	10,8	7,6	6,5	11,5	3,3	
		<b>1997</b>	9,1	6,0	6,9	9,7	6,7	6,2	10,5	3,9	
		<b>1996</b>	7,3	7,1	7,0	7,4	5,8	5,5	10,2	3,7	
	<b>Hommes</b>	<b>1998</b>	8,8	12,8	5,5	10,1	7,0	6,1	10,8	3,4	
		<b>1997</b>	7,9	4,4	5,3	8,2	6,7	5,9	9,7	3,6	
		<b>1996</b>	6,8	6,8	6,0	7,1	6,2	5,1	9,7	3,3	
	<b>Femmes</b>	<b>1998</b>	10,6	17,4	8,6	11,5	8,0	6,9	12,1	3,3	
		<b>1997</b>	10,2	7,4	8,5	11,0	6,6	6,5	11,2	4,2	
		<b>1996</b>	7,7	7,3	8,0	7,7	5,4	5,9	10,7	4,2	
	<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>	16,0	7,1	15,8	29,3	8,7	9,7	13,4	12,7
			<b>1997</b>	15,9	9,1	16,6	29,6	9,3	9,6	12,8	11,8
			<b>1996</b>	12,9	9,9	14,4	15,4	8,0	9,8	13,2	10,9
<b>Hommes</b>		<b>1998</b>	14,4	6,6	13,8	26,5	7,7	8,6	12,5	11,2	
		<b>1997</b>	14,6	8,4	14,6	27,8	7,9	8,2	11,6	11,2	
		<b>1996</b>	11,7	9,6	12,0	15,1	8,1	8,4	11,9	9,6	
<b>Femmes</b>		<b>1998</b>	17,4	7,5	17,9	31,9	9,6	10,7	14,3	14,2	
		<b>1997</b>	17,1	9,8	18,7	31,3	10,5	10,9	13,8	12,3	
		<b>1996</b>	13,9	10,2	16,7	15,8	7,9	11,1	14,4	12,1	

NB: Les enquêtes effectuées en Allemagne et au Royaume-Uni ont changé en 1997, si bien que les données 1996 ne peuvent être comparées avec celles des années ultérieures.

L'enquête effectuée en Belgique a changé en 1998, si bien que les données 1998 ne peuvent être comparées avec celles des années antérieures.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4. État de santé

(en %)

FIN	S	UK				NO	CH	
		Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles			
<b>11 ans</b>								
28	82	62	57	55	56	65	78	<b>Garçons</b>
42	88	76	66	75	71	72	84	<b>Filles</b>
<b>13 ans</b>								
28	81	60	56	50	56	62	77	<b>Garçons</b>
50	90	82	73	76	76	74	84	<b>Filles</b>
<b>15 ans</b>								
31	82	64	56	56	60	64	73	<b>Garçons</b>
61	92	84	78	84	82	82	89	<b>Filles</b>

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
<b>Espérance de vie à 16 ans</b>								
59,6	57,9	59,4	58,6	56,1	57,6	59,0	Nombre total d'année d'espérance de vie	Hommes
65,9	64,6	64,9	64,7	63,4	65,0	64,0		dont:
51,5	45,4	47,5	46,3	43,9	40,8	45,5	Année sans incapacité	Hommes
54,8	48,5	47,6	50,4	46,4	43,7	46,9		Femmes
5,2	8,1	7,7	8,5	6,7	10,1	9,0	Années avec incapacité modérée	Hommes
6,5	11,3	11,0	9,4	9,7	12,8	11,6		Femmes
3,0	4,4	4,1	3,7	5,5	6,6	4,6	Années avec incapacité sévère	Hommes
4,6	4,8	6,3	5,0	7,3	8,5	5,5		Femmes

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	8,0	5,8	10,4	:	14,4	<b>Très gênées</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
5,1	:	7,8	6,1	10,9	9,1	15,1			<b>1997</b>
4,9	5,6	7,4	5,6	10,3	10,6	(7,6)			<b>1996</b>
4,3	:	6,5	4,7	9,2	:	12,9		<b>Hommes</b>	<b>1998</b>
4,2	:	6,4	5,2	9,2	8,6	12,9			<b>1997</b>
4,2	5,9	6,2	4,7	9,1	9,9	(7,7)			<b>1996</b>
5,9	:	9,3	6,9	11,4	:	15,7		<b>Femmes</b>	<b>1998</b>
5,9	:	9,1	7,0	12,3	9,5	17,1			<b>1997</b>
5,6	5,3	8,6	6,5	11,4	11,1	7,5			<b>1996</b>
7,9	:	15,0	11,5	13,5	:	:	<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
7,3	:	14,3	12,0	13,5	20,3	:			<b>1997</b>
7,9	15,0	14,1	12,3	13,8	19,1	(16,6)			<b>1996</b>
7,1	:	13,1	11,0	11,6	:	:		<b>Hommes</b>	<b>1998</b>
6,8	:	12,3	11,9	11,8	18,8	:			<b>1997</b>
7,2	14,9	12,3	11,9	12,5	17,5	(13,9)			<b>1996</b>
8,7	:	16,7	11,9	15,2	:	:		<b>Femmes</b>	<b>1998</b>
7,7	:	16,2	12,1	15,1	21,6	:			<b>1997</b>
8,6	15,1	15,9	12,7	15,1	20,5	18,9			<b>1996</b>



## 4.4.4. Personnes gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, par âge

			UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Très gênées	Tous âges	1998	9,7	15,3	7,1	10,8	7,6	6,5	11,5	3,3
		1997	9,1	6,0	6,9	9,7	6,7	6,2	10,5	3,9
		1996	7,3	7,1	7,0	7,4	5,8	5,5	10,2	3,7
	16-24 ans	1998	1,8	4,3	1,2	1,5	(1,0)	2,2	2,5	1,1
		1997	1,5	0,5	0,6	1,1	(0,9)	2,0	2,1	2,0
		1996	1,6	1,1	1,0	1,8	(0,9)	1,4	1,9	1,0
	25-34 ans	1998	2,7	6,5	1,4	2,3	1,2	1,7	2,7	2,2
		1997	2,6	1,3	2,5	2,3	1,1	1,0	2,7	1,0
		1996	2,0	2,0	1,2	1,9	1,1	1,4	3,6	2,0
	35-44 ans	1998	4,7	10,7	3,7	4,4	1,7	3,6	4,9	2,1
		1997	4,2	3,1	2,7	3,3	1,9	3,1	5,4	2,8
		1996	3,0	4,3	3,9	1,8	2,1	2,3	5,3	2,6
	45-54 ans	1998	8,1	16,5	4,3	8,5	5,1	5,0	9,9	2,8
		1997	8,0	6,2	4,3	8,4	4,7	4,6	9,0	3,3
		1996	5,6	7,1	5,1	5,6	4,6	3,5	8,0	3,2
	55-64 ans	1998	13,9	20,1	9,6	17,2	10,7	10,6	16,0	4,9
		1997	13,0	7,7	9,8	15,1	10,3	12,2	13,0	5,3
		1996	10,9	8,4	10,9	11,3	8,1	9,7	13,3	4,5
	65-74 ans	1998	17,8	26,6	17,0	16,7	18,2	11,8	25,7	6,6
		1997	16,9	12,7	18,2	16,6	13,4	11,7	22,3	8,6
		1996	13,9	15,4	17,6	12,4	12,5	11,1	22,5	7,7
	75-84 ans	1998	(28,5)	35,8	23,2	37,0	20,6	20,9	29,4	9,2
		1997	27,3	16,3	18,7	32,7	22,7	19,5	30,6	13,5
		1996	22,6	21,1	21,2	21,9	17,9	18,9	28,9	14,1
85 ans et plus	1998	39,1	42,4	27,9	39,2	43,0	26,7	44,7	15,4	
	1997	35,9	23,5	39,0	29,7	34,6	24,6	45,9	20,8	
	1996	34,0	27,6	35,3	37,2	28,0	27,1	44,2	26,5	
Plus ou moins gênées	Tous âges	1998	16,0	7,1	15,8	29,3	8,7	9,7	13,4	12,7
		1997	15,9	9,1	16,6	29,6	9,3	9,6	12,8	11,8
		1996	12,9	9,9	14,4	15,4	8,0	9,8	13,2	10,9
	16-24 ans	1998	6,1	1,6	6,0	12,2	(0,8)	1,9	6,5	3,6
		1997	5,5	1,3	10,1	10,6	(0,4)	1,9	5,1	5,0
		1996	4,1	2,9	8,4	5,7	(0,5)	1,4	5,2	4,2
	25-34 ans	1998	8,0	4,0	10,1	17,6	2,0	2,6	6,0	7,3
		1997	7,6	4,4	11,4	15,2	1,4	3,8	6,5	7,2
		1996	5,7	4,9	9,6	6,6	1,9	2,9	5,6	6,8
	35-44 ans	1998	10,7	6,4	14,1	20,6	3,4	5,0	9,6	10,1
		1997	10,5	7,4	14,4	21,4	3,4	5,0	7,3	10,0
		1996	8,8	7,9	11,2	11,2	2,9	4,7	7,9	8,2
	45-54 ans	1998	16,1	6,8	15,6	30,3	8,1	9,6	12,6	13,8
		1997	16,0	8,5	14,8	31,2	8,1	8,5	11,5	11,7
		1996	12,0	10,3	12,6	15,8	7,2	8,3	11,3	10,5
	55-64 ans	1998	23,0	9,4	22,4	40,0	15,7	18,5	17,5	18,7
		1997	23,1	12,8	21,0	40,7	14,9	16,5	18,5	15,6
		1996	19,6	15,2	21,3	22,7	11,8	18,6	20,2	14,4
	65-74 ans	1998	28,5	12,1	25,6	49,5	19,1	22,4	21,9	24,5
		1997	29,2	16,5	30,9	49,3	24,0	20,9	24,6	24,9
		1996	24,4	18,0	27,3	24,9	20,0	23,5	25,8	26,1
	75-84 ans	1998	(29,0)	12,5	25,8	41,9	18,1	21,5	30,1	35,9
		1997	30,1	19,2	25,5	45,6	23,4	27,0	27,8	28,3
		1996	25,7	18,9	23,2	24,0	21,7	27,0	31,3	28,2
85 ans et plus	1998	28,8	19,7	18,5	42,2	13,9	23,8	34,2	24,1	
	1997	32,3	19,1	17,3	58,1	21,9	23,4	26,7	22,3	
	1996	24,3	9,8	15,1	25,4	23,6	16,2	32,4	16,5	

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

## 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	8,0	5,8	10,4	:	14,4	<b>Très gênées</b>	<b>Tous âges</b>	<b>1998</b>
5,1	:	7,8	6,1	10,9	9,1	15,1			<b>1997</b>
4,9	5,6	7,4	5,6	10,3	10,6	(7,6)			<b>1996</b>
0,7	:	2,1	0,4	2,0	:	2,3		<b>16-24 ans</b>	<b>1998</b>
0,7	:	2,6	0,4	2,1	1,7	2,3			<b>1997</b>
0,9	1,6	3,5	0,6	2,6	1,8	:			<b>1996</b>
1,3	:	2,3	1,5	4,8	:	5,3		<b>25-34 ans</b>	<b>1998</b>
0,8	:	2,7	1,5	5,1	1,3	6,7			<b>1997</b>
1,0	1,6	2,7	1,7	4,5	1,3	(1,7)			<b>1996</b>
1,5	:	5,5	2,5	6,3	:	8,6		<b>35-44 ans</b>	<b>1998</b>
1,4	:	5,6	2,2	7,4	2,2	8,4			<b>1997</b>
1,0	2,9	5,0	1,2	6,2	2,5	(4,5)			<b>1996</b>
2,5	:	8,0	6,0	7,4	:	14,0		<b>45-54 ans</b>	<b>1998</b>
2,5	:	8,3	5,4	9,5	8,5	15,8			<b>1997</b>
2,7	5,5	7,9	5,6	7,9	8,1	(6,9)			<b>1996</b>
5,5	:	11,5	6,9	18,9	:	19,2		<b>55-64 ans</b>	<b>1998</b>
5,7	:	11,8	8,1	14,8	16,9	20,6			<b>1997</b>
5,9	8,3	11,3	8,6	16,9	17,9	13,9			<b>1996</b>
10,7	:	14,7	10,8	20,0	:	23,8		<b>65-74 ans</b>	<b>1998</b>
10,4	:	14,5	11,9	20,9	18,3	24,8			<b>1997</b>
10,9	10,5	12,9	11,7	19,1	22,4	11,8			<b>1996</b>
19,8	:	23,4	22,2	26,5	:	33,9		<b>75-84 ans</b>	<b>1998</b>
20,9	:	22,3	25,9	28,7	38,7	32,8			<b>1997</b>
21,0	18,8	21,8	19,9	29,5	41,7	20,8			<b>1996</b>
32,1	:	27,7	42,4	43,9	:	52,4		<b>85 ans et plus</b>	<b>1998</b>
32,2	:	18,4	37,5	47,8	(64,5)	50,1			<b>1997</b>
28,5	:	24,1	36,2	45,5	59,7	(29,8)			<b>1996</b>
7,9	:	15,0	11,5	13,5	:	:	<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>Tous âges</b>	<b>1998</b>
7,3	:	14,3	12,0	13,5	20,3	:			<b>1997</b>
7,9	15,0	14,1	12,3	13,8	19,1	(16,6)			<b>1996</b>
1,8	:	9,0	1,5	3,9	:	:		<b>16-24 ans</b>	<b>1998</b>
2,1	:	7,4	2,6	3,6	8,2	:			<b>1997</b>
1,5	8,3	7,8	2,4	4,9	9,9	:			<b>1996</b>
2,0	:	9,4	4,3	6,4	:	:		<b>25-34 ans</b>	<b>1998</b>
2,0	:	7,9	4,2	6,2	10,6	:			<b>1997</b>
2,0	7,6	8,1	3,5	5,2	9,8	(9,9)			<b>1996</b>
4,2	:	12,6	6,5	6,7	:	:		<b>35-44 ans</b>	<b>1998</b>
3,5	:	12,5	6,1	7,5	15,7	:			<b>1997</b>
3,7	9,9	12,5	8,0	9,3	13,7	(13,7)			<b>1996</b>
7,5	:	15,1	14,1	14,2	:	:		<b>45-54 ans</b>	<b>1998</b>
6,9	:	15,6	15,2	14,9	20,7	:			<b>1997</b>
7,1	16,4	14,5	14,3	13,4	20,1	(13,9)			<b>1996</b>
12,3	:	21,0	18,8	23,4	:	:		<b>55-64 ans</b>	<b>1998</b>
10,2	:	21,2	20,7	24,0	37,1	:			<b>1997</b>
13,1	21,7	21,4	21,8	24,3	32,2	21,3			<b>1996</b>
16,5	:	22,5	24,9	28,2	:	:		<b>65-74 ans</b>	<b>1998</b>
16,0	:	22,4	24,6	26,5	35,5	:			<b>1997</b>
16,3	30,4	22,9	24,8	28,5	32,5	32,3			<b>1996</b>
20,6	:	24,7	24,9	30,9	:	:		<b>75-84 ans</b>	<b>1998</b>
18,8	:	23,7	24,9	27,3	32,8	:			<b>1997</b>
22,5	24,7	24,7	26,8	27,7	26,1	26,7			<b>1996</b>
17,9	:	25,7	24,1	9,1	:	:		<b>85 ans et plus</b>	<b>1998</b>
17,1	:	34,5	28,6	11,2	(23,8)	:			<b>1997</b>
19,9	:	21,9	28,0	15,0	23,6	(30,8)			<b>1996</b>

#### 4.4.5. Proportions de personnes (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, selon le niveau d'études (plus haut niveau atteint), 1996

	UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Incapacité sévère</b>								
3 <sup>e</sup> niveau	9	14	14	14	8	5	8	3
2 <sup>e</sup> niveau	30	28	24	49	15	5	29	20
< 2 <sup>e</sup> niveau	58	56	60	36	75	90	58	76
À l'école ou n/a	3	3	2	1	1	-	5	1
<b>Incapacité modérée</b>								
3 <sup>e</sup> niveau	14	25	25	18	9	5	14	6
2 <sup>e</sup> niveau	35	23	32	50	25	8	30	30
< 2 <sup>e</sup> niveau	48	44	41	31	66	87	49	62
À l'école ou n/a	3	8	2	1	0	-	8	3
<b>Incapacité nulle</b>								
3 <sup>e</sup> niveau	18	25	32	20	20	18	20	13
2 <sup>e</sup> niveau	38	27	39	50	31	24	34	34
< 2 <sup>e</sup> niveau	41	33	27	28	46	58	32	45
À l'école ou n/a	4	14	3	2	3	-	13	8

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Définition des niveaux d'études:

- à l'école ou n/a: à l'école ou non applicable,
- 3<sup>e</sup> niveau: troisième niveau reconnu de l'enseignement (enseignement supérieur) (CITE 5-7),
- 2<sup>e</sup> niveau: deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 3),
- < 2<sup>e</sup> niveau: inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).

Source: Panel communautaire des ménages, Eurostat; avec la coopération du réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES).

#### 4.4.6. Personnes de 16 ans et plus gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, selon le niveau d'études

			UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Très gênées</b>	< 2 <sup>e</sup> niveau	1998	12,5	23,0	15,4	12,3	11,8	9,7	10,7	5,0
		1997	12,3	9,1	11,7	11,3	9,7	8,5	17,2	5,5
		1996	10,6	10,9	11,7	11,1	8,5	7,6	16,4	5,8
	2 <sup>e</sup> niveau	1998	(6,3)	12,7	3,7	10,9	2,1	1,1	2,5	1,5
		1997	(6,7)	5,3	4,7	10,7	3,5	1,3	7,5	1,8
		1996	4,5	6,8	5,0	6,0	2,8	1,1	7,0	1,8
	3 <sup>e</sup> niveau	1998	(4,4)	9,2	2,7	8,0	1,3	1,0	2,7	1,0
		1997	(4,6)	2,7	4,3	6,6	1,6	1,6	3,9	1,7
		1996	3,3	3,5	4,0	5,1	1,9	1,4	3,9	0,7
<b>Plus ou moins gênées &lt; 2<sup>e</sup> niveau</b>	1998	1998	18,0	7,3	21,8	30,9	12,3	13,4	14,4	17,8
		1997	19,0	12,9	21,3	32,3	13,5	12,7	18,6	15,2
		1996	15,8	12,8	20,3	16,5	11,1	13,1	19,2	13,9
	2 <sup>e</sup> niveau	1998	(12,0)	6,9	15,2	29,2	3,3	4,1	6,3	7,2
		1997	(13,7)	8,2	15,5	30,6	4,6	3,5	10,2	9,2
		1996	9,9	9,2	11,6	15,3	5,0	2,7	10,0	8,9
	3 <sup>e</sup> niveau	1998	(11,6)	5,3	9,3	27,0	4,4	2,6	9,9	6,8
		1997	(11,7)	7,0	12,8	27,1	2,7	3,0	7,4	4,6
		1996	9,0	8,9	10,6	14,2	3,5	2,8	8,1	5,4

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Définition des niveaux d'études:

- 3<sup>e</sup> niveau: troisième niveau reconnu de l'enseignement (enseignement supérieur) (CITE 5-7),
- 2<sup>e</sup> niveau: deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 3),
- < 2<sup>e</sup> niveau: inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).

L'enquête effectuée en Belgique a changé en 1998, si bien que les données 1998 ne peuvent être comparées à celles des années antérieures. Les enquêtes effectuées en Allemagne et au Royaume-Uni ont changé en 1997, si bien que les données 1996 ne peuvent être comparées à celles des années ultérieures.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK	
							<b>Incapacité sévère</b>
2	11	10	2	1	7	11	3 <sup>e</sup> niveau
12	12	50	51	4	35	29	2 <sup>e</sup> niveau
69	73	40	46	96	57	60	< 2 <sup>e</sup> niveau
16	4	-	1	-	-	-	À l'école ou n/a
							<b>Incapacité modérée</b>
3	10	13	6	2	22	18	3 <sup>e</sup> niveau
17	25	53	59	7	37	35	2 <sup>e</sup> niveau
71	61	32	35	91	41	47	< 2 <sup>e</sup> niveau
9	4	2	-	-	-	-	À l'école ou n/a
							<b>Incapacité nulle</b>
7	16	18	7	6	31	25	3 <sup>e</sup> niveau
35	28	54	65	15	41	37	2 <sup>e</sup> niveau
57	49	25	28	78	28	38	< 2 <sup>e</sup> niveau
2	7	3	1	1	-	0	À l'école ou n/a

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

227



(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK	
7,6	:	8,1	9,8	12,5	:	21,9	<b>Très gênées</b> < 2 <sup>e</sup> niveau
5,6	:	11,0	10,6	12,4	15,4	20,5	
5,3	7,7	11,1	9,4	12,1	18,4	(11,1)	
1,1	:	1,6	3,9	2,4	:	15,1	<b>2<sup>e</sup> niveau</b>
1,2	:	7,0	4,0	3,3	6,2	12,2	
1,2	2,7	6,4	3,7	2,7	7,4	(5,5)	
0,6	:	2,3	2,8	2,5	:	8,3	<b>3<sup>e</sup> niveau</b>
1,1	:	5,1	2,5	2,9	2,9	9,6	
2,1	3,0	4,7	2,5	1,5	2,8	(2,9)	
10,3	:	15,2	14,2	15,9	:	:	<b>Plus ou moins gênées</b> < 2 <sup>e</sup> niveau
7,6	:	17,1	14,9	15,5	25,5	:	
8,9	17,8	17,0	16,9	15,5	24,0	(20,1)	
4,3	:	5,8	10,5	4,2	:	:	<b>2<sup>e</sup> niveau</b>
4,1	:	14,1	10,9	5,2	17,6	:	
3,7	13,8	13,7	10,1	6,5	17,0	(13,4)	
3,0	:	9,0	6,7	4,7	:	:	<b>3<sup>e</sup> niveau</b>
4,4	:	10,3	7,1	3,3	16,3	:	
3,7	8,7	10,3	8,8	5,7	14,4	(12,9)	

#### 4. État de santé

#### 4.4.7. Proportions de personnes (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, ayant un emploi, par sexe, 1996

(en %)

	UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	UK
<b>Sévère</b>															
Hommes	27,9	20,4	15,0	30,3	15,9	16,6	45,4	15,2	18,8	35,6	36,0	31,9	34,7	23,0	16,6
Femmes	20,5	15,9	19,2	21,5	17,5	9,0	28,5	11,8	12,2	20,8	19,5	25,3	27,7	19,9	18,2
Total	24,3	18,3	17,1	26,4	16,7	13,1	36,8	13,7	15,3	28,7	26,1	28,4	30,7	21,6	17,4
<b>Modérée</b>															
Hommes	57,6	54,2	62,3	67,3	54,2	40,2	59,0	38,7	40,5	49,5	57,1	54,5	64,1	50,8	57,7
Femmes	36,7	22,6	45,0	41,4	23,8	18,9	43,1	16,6	19,4	29,5	33,8	41,7	44,3	49,1	39,1
Total	46,2	36,9	52,0	53,8	36,3	28,7	50,5	27,1	29,6	40,2	44,0	48,6	52,9	49,8	46,6
<b>Nulle</b>															
Hommes	75,1	69,2	81,7	81,4	77,6	66,6	73,2	72,2	65,4	78,6	78,8	81,5	80,0	65,5	84,3
Femmes	49,3	44,5	70,5	57,7	39,2	32,7	55,1	42,4	33,0	46,4	45,5	58,1	59,0	56,6	60,7
Total	61,9	56,3	76,3	69,3	57,8	49,5	64,0	57,2	49,0	62,4	62,4	69,6	69,2	61,1	71,6

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages, Eurostat; avec la coopération du réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES).

#### 4.4.8. Personnes gênées dans leurs activités habituelles par un problème de santé physique ou mentale, une maladie ou une incapacité, selon la situation professionnelle

			UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Actives</b>	<b>Très gênées</b>	<b>1998</b>	3,5	8,1	1,5	4,8	1,8	1,5	4,2	1,1
		<b>1997</b>	3,1	1,8	1,7	3,7	1,0	1,5	3,9	1,1
		<b>1996</b>	2,3	2,5	1,4	2,8	1,0	1,0	4,1	1,0
	<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>1998</b>	11,2	4,4	12,4	23,6	4,0	4,6	9,1	6,8
		<b>1997</b>	11,0	5,0	11,7	23,3	4,1	3,9	8,7	6,4
		<b>1996</b>	8,1	6,6	10,1	11,7	3,4	4,2	8,3	5,5
<b>Inactives</b>	<b>Très gênées</b>	<b>1998</b>	16,7	23,1	17,0	18,4	14,2	11,5	21,9	6,3
		<b>1997</b>	15,8	10,4	16,7	17,1	12,4	10,8	20,0	7,4
		<b>1996</b>	13,5	11,9	17,1	13,4	10,9	10,1	18,1	7,3
	<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>1998</b>	21,7	10,0	22,1	36,9	14,1	14,7	19,5	20,5
		<b>1997</b>	21,9	13,5	26,0	38,0	14,7	15,2	18,5	18,6
		<b>1996</b>	18,8	13,6	22,0	20,3	13,0	15,4	19,7	17,7

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4.4.9. Probabilité d'avoir un revenu et un revenu gagné pour les personnes en âge de travailler (16-64 ans) avec une incapacité sévère, modérée ou nulle, 1996

(en %)

	UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	UK
<b>Avoir un revenu</b>															
Incapacité sévère	92	95	99	95	82	82	94	95	77	90	85	94	86	99	97
Incapacité modérée	90	90	98	93	79	74	92	95	78	88	85	95	82	97	98
Incapacité nulle	85	88	99	94	71	67	93	91	66	85	84	90	76	97	98
<b>Avoir un revenu gagné</b>															
Incapacité sévère	26	20	21	29	22	13	36	17	18	38	29	34	28	22	22
Incapacité modérée	49	36	53	58	37	27	56	31	29	43	44	50	47	51	50
Incapacité nulle	64	57	79	71	53	52	68	59	49	64	66	68	64	66	76

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages, Eurostat; avec la coopération du réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES).

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
1,0	:	4,0	1,9	4,2	:	4,8	<b>Actives</b>	<b>Très gênées</b>	<b>1998</b>
1,0	:	3,7	1,4	3,8	2,8	5,5			<b>1997</b>
1,0	2,3	3,9	1,6	3,8	3,0	(1,6)			<b>1996</b>
3,7	:	11,4	6,9	10,1	:	:		<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>1998</b>
3,6	:	10,7	7,3	9,7	14,9	:			<b>1997</b>
3,5	9,8	11,0	7,4	9,9	15,2	(9,3)			<b>1996</b>
8,9	:	13,3	11,4	20,5	:	21,7	<b>Inactives</b>	<b>Très gênées</b>	<b>1998</b>
8,6	:	13,1	12,6	21,6	17,9	22,4			<b>1997</b>
8,5	9,0	12,1	11,4	20,2	22,6	15,9			<b>1996</b>
11,8	:	19,6	17,9	18,7	:	:		<b>Plus ou moins gênées</b>	<b>1998</b>
10,5	:	19,1	18,4	19,4	27,9	:			<b>1997</b>
11,8	20,2	18,3	19,3	19,8	25,3	26,5			<b>1996</b>



#### 4. État de santé

##### 4.4.10. Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé, par sexe

		UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Maladie ou blessure	Total	1998	:	11,8	20,7	:	4,6	9,8	:	7,6
		1997	:	9,0	17,7	:	6,6	10,4	6,9	8,6
		1996	11,1	10,1	18,2	15,0	5,8	9,3	7,8	8,7
	Hommes	1998	:	9,5	18,4	:	3,8	8,3	:	6,7
		1997	:	7,1	15,3	:	5,6	8,8	6,1	7,8
		1996	10,0	9,1	14,5	14,0	5,8	7,8	6,9	6,9
	Femmes	1998	:	13,8	23,0	:	5,2	11,2	:	8,5
		1997	:	10,6	20,1	:	7,4	11,8	7,8	9,3
		1996	12,1	11,0	21,8	15,8	5,7	10,8	8,5	10,5
Problèmes affectifs ou mentaux	Total	1998	:	3,7	3,8	:	1,3	2,3	:	2,0
		1997	:	3,1	4,0	:	1,1	1,7	1,3	2,0
		1996	2,3	3,3	3,8	3,0	0,8	1,8	1,5	2,0
	Hommes	1998	:	2,6	2,7	:	1,0	2,3	:	1,5
		1997	:	2,3	2,7	:	0,9	0,9	0,8	1,4
		1996	1,7	2,0	3,4	2,4	0,9	1,2	0,9	1,8
	Femmes	1998	:	4,8	4,9	:	1,5	2,4	:	2,6
		1997	:	3,8	5,3	:	1,3	2,4	1,8	2,5
		1996	2,8	4,5	4,2	3,5	0,7	2,4	2,0	2,2

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
4,6	:	14,0	11,7	12,3	:	:	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
3,9	:	14,5	12,5	12,2	22,1	:			<b>1997</b>
3,7	11,4	15,8	12,6	11,7	21,4	(15,8)			<b>1996</b>
4,2	:	11,4	10,2	11,0	:	:		<b>Hommes</b>	<b>1998</b>
3,3	:	11,4	10,8	10,6	20,0	:			<b>1997</b>
3,4	9,8	13,9	11,1	10,5	19,2	(14,1)			<b>1996</b>
4,9	:	16,5	13,0	13,5	:	:		<b>Femmes</b>	<b>1998</b>
4,5	:	17,5	14,0	13,6	24,1	:			<b>1997</b>
3,9	12,9	17,6	14,0	12,9	23,5	17,3			<b>1996</b>
0,8	:	5,0	2,9	4,2	:	:	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>Total</b>	<b>1998</b>
0,9	:	5,1	2,7	3,5	2,3	:			<b>1997</b>
0,8	3,4	5,5	2,8	3,5	2,9	(2,7)			<b>1996</b>
0,5	:	3,5	2,4	4,0	:	:		<b>Hommes</b>	<b>1998</b>
0,7	:	3,0	2,3	3,1	1,9	:			<b>1997</b>
0,6	2,4	3,9	2,0	2,9	2,4	(1,8)			<b>1996</b>
1,2	:	6,4	3,4	4,4	:	:		<b>Femmes</b>	<b>1998</b>
1,1	:	7,1	3,1	3,8	2,8	:			<b>1997</b>
0,9	4,3	7,0	3,6	4,1	3,3	3,5			<b>1996</b>

#### 4. État de santé

#### 4.4.11. Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, par âge

			UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Maladie ou blessure	16-24 ans	1998	:	8,4	20,3	:	(0,7)	6,5	:	4,8
		1997	:	4,5	20,6	:	(1,8)	6,7	2,9	5,0
		1996	5,5	6,1	16,0	8,8	(1,3)	3,8	3,5	5,1
	25-34 ans	1998	:	8,2	19,1	:	1,7	6,7	:	4,8
		1997	:	6,6	13,2	:	1,4	5,9	4,4	7,9
		1996	7,2	6,1	17,9	9,9	1,2	6,1	4,5	8,1
	35-44 ans	1998	:	9,8	19,8	:	1,9	7,5	:	5,9
		1997	:	6,6	14,4	:	1,9	7,4	4,2	8,3
		1996	7,8	7,9	13,7	9,9	2,0	7,1	4,7	7,4
	45-54 ans	1998	:	12,7	16,3	:	2,7	9,2	:	6,8
		1997	:	9,7	13,7	:	4,2	10,3	5,0	8,2
		1996	9,6	9,8	14,4	12,3	4,8	6,5	6,7	7,8
	55-64 ans	1998	:	13,7	17,0	:	5,9	11,0	:	10,4
		1997	:	8,0	19,4	:	8,8	15,6	8,2	8,5
		1996	14,1	12,5	19,2	18,3	6,5	13,5	9,2	10,5
	65-74 ans	1998	:	15,3	28,6	:	9,7	14,6	:	13,9
		1997	(13,8)	15,6	24,8	:	14,3	16,3	13,0	12,5
		1996	16,7	15,7	26,4	22,7	13,2	17,0	13,4	12,4
	75-84 ans	1998	:	17,2	32,6	:	11,8	19,5	:	18,1
		1997	(18,3)	16,5	26,3	:	23,5	18,7	17,4	17,8
		1996	22,7	20,3	32,0	28,0	19,0	21,1	20,7	20,3
	85 ans et plus	1998	(23,3)	35,1	30,4	:	27,8	26,8	:	15,4
		1997	(21,7)	15,4	42,6	:	26,9	21,3	20,1	18,2
		1996	27,0	22,5	26,3	35,7	29,5	22,3	22,9	22,2
Problèmes affectifs ou mentaux	16-24 ans	1998	:	1,3	1,9	:	(0,5)	2,0	:	1,4
		1997	:	2,2	3,7	:	(0,6)	0,5	0,2	0,9
		1996	0,9	1,4	1,6	1,2	(0,4)	0,6	0,5	0,7
	25-34 ans	1998	:	2,4	1,3	:	0,7	2,1	:	1,2
		1997	:	1,7	2,4	:	0,9	0,6	1,0	1,6
		1996	1,7	1,8	3,0	2,4	0,5	0,9	0,9	1,6
	35-44 ans	1998	:	3,4	3,0	:	1,1	2,0	:	1,3
		1997	:	3,0	3,6	:	1,0	1,7	0,8	1,2
		1996	1,7	3,0	2,6	1,6	0,4	1,3	1,2	1,7
	45-54 ans	1998	:	6,1	3,4	:	0,9	2,5	:	2,6
		1997	:	3,0	3,3	:	0,8	1,9	1,2	2,5
		1996	2,5	4,5	4,4	3,3	0,6	2,0	1,8	2,5
	55-64 ans	1998	:	5,2	5,4	:	1,8	2,0	:	3,3
		1997	:	4,0	3,8	:	1,4	2,1	1,4	3,1
		1996	2,7	3,5	5,5	3,0	1,0	2,5	1,8	3,6
	65-74 ans	1998	:	3,6	7,1	:	2,2	2,4	:	3,1
		1997	(2,7)	4,8	7,0	:	1,7	2,7	2,1	2,4
		1996	2,9	5,0	6,8	3,8	1,2	2,1	2,6	2,1
	75-84 ans	1998	:	4,9	7,9	:	1,5	3,2	:	4,0
		1997	(3,6)	3,7	7,1	:	2,1	3,4	3,0	5,4
		1996	4,7	6,3	5,5	6,4	2,3	5,4	3,1	4,5
	85 ans et plus	1998	(7,3)	3,4	7,5	:	4,8	8,0	:	3,0
		1997	(6,1)	3,0	9,1	:	2,0	8,0	6,3	5,9
		1996	5,2	2,6	1,5	8,3	3,4	6,4	2,5	6,6

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

## 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
2,8	:	10,3	4,2	1,4	:	:	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>16-24 ans</b>	<b>1998</b>
1,6	:	11,0	6,3	2,6	16,2	:			<b>1997</b>
1,5	3,6	11,8	7,4	2,8	12,2	:			<b>1996</b>
3,2	:	11,3	6,7	4,5	:	:		<b>25-34 ans</b>	<b>1998</b>
2,4	:	11,7	7,4	4,5	13,8	:			<b>1997</b>
2,3	5,1	13,2	6,6	4,4	13,6	(10,2)			<b>1996</b>
3,6	:	11,3	8,1	6,1	:	:		<b>35-44 ans</b>	<b>1998</b>
2,4	:	13,2	8,2	7,1	16,0	:			<b>1997</b>
2,0	8,1	15,0	8,0	9,6	15,3	(12,0)			<b>1996</b>
4,6	:	14,3	11,5	11,4	:	:		<b>45-54 ans</b>	<b>1998</b>
3,3	:	13,8	12,2	12,1	19,6	:			<b>1997</b>
3,1	10,7	16,3	14,6	10,7	17,8	(14,4)			<b>1996</b>
4,3	:	16,9	14,6	22,5	:	:		<b>55-64 ans</b>	<b>1998</b>
4,6	:	17,9	15,5	20,7	31,0	:			<b>1997</b>
4,7	16,2	18,3	15,1	17,9	29,7	21,4			<b>1996</b>
5,9	:	17,6	21,5	26,0	:	:		<b>65-74 ans</b>	<b>1998</b>
6,0	:	18,1	20,3	24,2	34,3	:			<b>1997</b>
5,7	22,4	18,7	21,1	23,1	33,8	18,9			<b>1996</b>
9,6	:	24,0	25,5	34,6	:	:		<b>75-84 ans</b>	<b>1998</b>
9,7	:	24,9	33,0	28,3	50,0	:			<b>1997</b>
10,0	30,8	25,2	27,8	27,7	43,9	27,4			<b>1996</b>
13,1	:	25,1	39,3	36,5	:	:		<b>85 ans et plus</b>	<b>1998</b>
13,1	:	23,8	31,9	41,7	(62,9)	:			<b>1997</b>
12,1	:	22,3	39,6	39,0	70,5	(31,6)			<b>1996</b>
0,2	:	2,8	0,5	3,9	:	:	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>16-24 ans</b>	<b>1998</b>
0,4	:	2,0	0,4	1,9	1,2	:			<b>1997</b>
0,1	1,1	3,4	0,9	2,6	1,5	:			<b>1996</b>
0,2	:	4,5	1,5	6,2	:	:		<b>25-34 ans</b>	<b>1998</b>
0,5	:	4,6	1,4	4,2	1,1	:			<b>1997</b>
0,3	1,5	4,4	1,3	3,8	1,4	(2,8)			<b>1996</b>
1,1	:	4,5	1,2	3,4	:	:		<b>35-44 ans</b>	<b>1998</b>
0,7	:	4,8	1,2	4,4	1,8	:			<b>1997</b>
0,5	2,0	5,0	1,1	2,8	3,1	(2,9)			<b>1996</b>
0,6	:	4,9	2,8	3,3	:	:		<b>45-54 ans</b>	<b>1998</b>
0,6	:	4,8	2,9	2,6	3,4	:			<b>1997</b>
0,4	1,7	5,5	3,7	3,5	3,7	(3,2)			<b>1996</b>
0,3	:	6,2	3,5	3,4	:	:		<b>55-64 ans</b>	<b>1998</b>
0,8	:	7,8	3,8	3,7	4,2	:			<b>1997</b>
0,8	3,4	7,3	3,8	4,3	4,1	3,5			<b>1996</b>
1,6	:	6,1	4,5	4,6	:	:		<b>65-74 ans</b>	<b>1998</b>
1,3	:	6,0	4,5	4,0	2,9	:			<b>1997</b>
1,3	9,8	7,0	4,9	4,4	2,4	2,2			<b>1996</b>
1,3	:	8,4	7,8	3,8	:	:		<b>75-84 ans</b>	<b>1998</b>
2,5	:	8,5	7,9	3,9	2,1	:			<b>1997</b>
3,4	11,4	9,3	8,3	4,0	5,1	3,0			<b>1996</b>
6,4	:	3,0	25,5	9,2	:	:		<b>85 ans et plus</b>	<b>1998</b>
5,4	:	5,5	14,5	3,2	(2,7)	:			<b>1997</b>
4,4	:	6,1	10,4	1,8	1,6	(4,2)			<b>1996</b>

#### 4. État de santé

#### 4.4.12. Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, par niveau d'études

		UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
<b>&lt; 2<sup>e</sup> niveau</b>	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>1998</b>	(10,3)	15,9	26,1	:	6,6	12,1	:	9,6
		<b>1997</b>	(10,3)	10,4	20,7	:	9,8	12,4	9,5	9,8
		<b>1996</b>	13,5	12,7	22,7	18,3	8,6	11,1	10,7	10,0
	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>1998</b>	(2,8)	5,4	6,4	:	1,8	2,8	:	3,2
		<b>1997</b>	(2,4)	3,3	5,1	:	1,6	2,2	2,0	2,9
		<b>1996</b>	2,8	3,9	5,2	3,7	1,2	2,2	2,1	2,9
<b>2<sup>e</sup> niveau</b>	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>1998</b>	:	9,7	18,7	:	1,5	5,1	:	5,5
		<b>1997</b>	:	9,6	15,2	:	2,4	6,6	6,1	7,3
		<b>1996</b>	9,3	9,4	16,9	14,2	2,3	5,1	6,2	8,1
	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>1998</b>	:	2,7	2,7	:	0,6	1,9	:	1,0
		<b>1997</b>	:	3,4	3,3	:	0,7	0,6	0,9	0,9
		<b>1996</b>	1,9	3,7	3,5	2,6	0,4	1,0	1,4	1,2
<b>3<sup>e</sup> niveau</b>	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>1998</b>	:	8,9	18,0	:	2,3	6,7	:	6,2
		<b>1997</b>	:	7,1	15,9	:	2,2	5,9	4,4	7,0
		<b>1996</b>	8,0	8,7	15,0	11,3	1,9	6,5	4,7	6,5
	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>1998</b>	:	2,7	2,4	:	0,6	1,0	:	0,5
		<b>1997</b>	:	2,5	3,7	:	0,5	0,7	1,1	1,2
		<b>1996</b>	1,7	2,0	2,5	3,0	0,2	1,0	0,7	1,3

NB: Définition des niveaux d'études:

— 3<sup>e</sup> niveau: troisième niveau reconnu de l'enseignement (enseignement supérieur) (CITE 5-7),

— 2<sup>e</sup> niveau: deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 3),

— < 2<sup>e</sup> niveau: inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire (CITE 0-2).

On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

#### 4.4.13. Réduction des activités habituelles au cours des deux dernières semaines en raison de problèmes de santé physique ou mentale, en fonction de la situation professionnelle

		UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
<b>Actifs</b>	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>1998</b>	:	8,8	17,8	:	1,9	6,9	:	5,0
		<b>1997</b>	(5,5)	6,3	12,7	:	2,4	6,8	4,1	6,3
		<b>1996</b>	7,4	7,3	13,9	10,5	1,7	6,0	5,0	5,5
	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>1998</b>	:	2,9	1,5	:	0,6	1,2	:	0,4
		<b>1997</b>	(1,0)	2,0	2,1	:	0,3	0,5	0,7	0,6
		<b>1996</b>	1,3	2,0	2,0	2,0	0,2	0,7	1,0	1,0
<b>Inactifs</b>	<b>Maladie ou blessure</b>	<b>1998</b>	:	15,1	25,9	:	7,6	12,6	:	11,1
		<b>1997</b>	(12,0)	11,9	27,0	:	10,9	13,9	11,1	11,4
		<b>1996</b>	15,9	13,2	26,0	20,7	10,1	12,7	11,4	12,8
	<b>Problèmes affectifs ou mentaux</b>	<b>1998</b>	:	4,7	8,0	:	2,1	3,4	:	4,2
		<b>1997</b>	(2,9)	4,2	7,6	:	1,9	2,8	2,2	3,7
		<b>1996</b>	3,5	4,7	7,1	4,2	1,4	2,8	2,2	3,4

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

## 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
5,1	:	14,0	15,0	14,6	:	:	< 2 <sup>e</sup> niveau	Maladie ou blessure	1998
4,2	:	17,6	15,6	14,1	28,6	:			1997
4,2	14,1	18,3	16,7	13,2	28,3	(18,2)			1996
1,2	:	5,0	4,0	4,7	:	:	Problèmes affectifs ou mentaux		1998
1,0	:	6,3	4,4	3,6	3,3	:			1997
0,7	4,1	7,1	4,0	3,9	4,2	(2,9)			1996
3,9	:	15,2	10,1	3,8	:	:	2 <sup>e</sup> niveau	Maladie ou blessure	1998
2,4	:	14,1	11,0	3,4	19,6	:			1997
2,2	9,1	15,8	10,6	4,6	17,5	(14,6)			1996
0,2	:	5,5	2,4	3,0	:	:	Problèmes affectifs ou mentaux		1998
0,3	:	4,8	1,9	2,3	1,9	:			1997
0,3	2,0	5,2	2,2	1,5	1,9	(2,6)			1996
2,7	:	10,2	8,6	3,6	:	:	3 <sup>e</sup> niveau	Maladie ou blessure	1998
2,7	:	10,9	10,2	3,3	16,0	:			1997
2,0	5,8	11,6	11,1	6,7	16,4	(12,3)			1996
0,0	:	4,5	1,7	2,2	:	:	Problèmes affectifs ou mentaux		1998
0,4	:	4,1	1,7	3,1	1,4	:			1997
0,3	1,3	3,3	2,5	1,5	2,2	(2,5)			1996

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

235



(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	UK			
3,8	:	11,4	7,4	6,6	:	:	Actifs	Maladie ou blessure	1998
2,7	:	11,5	8,2	6,8	14,9	:			1997
2,6	6,1	13,4	8,4	7,1	14,9	(9,1)			1996
0,2	:	4,0	1,1	3,6	:	:	Problèmes affectifs ou mentaux		1998
0,3	:	3,9	1,2	2,5	1,6	:			1997
0,2	1,8	4,1	1,4	2,3	1,8	(1,3)			1996
5,2	:	17,7	17,6	21,5	:	:	Inactifs	Maladie ou blessure	1998
4,9	:	18,9	18,4	20,4	32,4	:			1997
4,6	16,8	19,3	18,6	18,7	31,9	25,1			1996
1,5	:	6,3	5,5	5,3	:	:	Problèmes affectifs ou mentaux		1998
1,4	:	7,0	4,8	5,0	3,4	:			1997
1,3	4,9	7,3	4,9	5,2	4,6	4,7			1996

#### 4. État de santé

##### 4.5.1. Réponses à la question «Vous sentez-vous régulièrement stressé?», par sexe, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Hommes</b>	Oui	35,3	41,1	27,7	32,0	68,6	31,3	37,6	38,3
	Non	61,7	57,6	69,6	62,9	31,0	66,9	61,0	58,5
	Je ne sais pas	3,0	1,3	2,4	5,1	0,4	1,8	1,4	3,2
<b>Femmes</b>	Oui	40,5	51,9	35,2	31,8	74,4	37,5	50,2	32,2
	Non	56,5	46,2	63,0	63,1	25,0	60,1	48,5	63,9
	Je ne sais pas	3,0	1,9	1,8	5,2	0,6	2,4	1,3	3,9
<b>Total</b>	Oui	38,0	46,7	31,5	31,9	71,6	34,5	44,2	35,2
	Non	51,8	45,1	58,7	52,8	25,0	54,6	45,2	55,4
	Je ne sais pas	3,0	1,6	2,1	5,1	0,5	2,1	1,3	3,6

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

##### 4.5.2. Réponses à la question «Vous sentez-vous régulièrement stressé?», par âge, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>16-24 ans</b>	Ouis	40,7	49,5	36,1	47,1	67,2	29,0	39,8	30,3
	Non	56,4	48,7	62,0	49,3	32,7	68,8	58,0	66,2
	Je ne sais pas	2,8	1,8	1,9	3,6	0,2	2,2	2,1	3,5
<b>25-39 ans</b>	Oui	46,8	57,4	43,3	42,8	76,0	44,6	49,2	40,1
	Non	50,7	39,9	55,9	52,1	23,3	53,6	50,2	56,3
	Je ne sais pas	2,5	2,6	0,8	5,1	0,7	1,8	0,6	3,7
<b>40-54 ans</b>	Oui	44,2	54,2	37,8	39,9	74,4	42,8	52,5	41,3
	Non	51,8	45,1	58,7	52,8	25,0	54,6	45,2	55,4
	Je ne sais pas	3,9	0,8	3,5	7,3	0,6	2,6	2,3	3,3
<b>55 ans</b>	Oui	24,4	30,7	13,0	11,2	68,6	22,7	35,7	29,7
	Non	72,8	68,1	84,7	84,5	31,0	75,2	63,4	66,6
	Je ne sais pas	2,8	1,2	2,2	4,2	0,4	2,0	0,9	3,7

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

236



##### 4.5.3. Insatisfaction concernant divers aspects de la vie, 1997

(en %)

	UE	B	DK	EL	E	F	IRL <sup>(1)</sup>	I	NL	A	P	FIN <sup>(1)</sup>	UK
<b>Insatisfaction concernant la situation financière</b>	47	32	21	70	58	45	45	62	22	28	71	39	33
<b>Insatisfaction concernant les heures de temps libre</b>	32	27	20	45	37	24	22	41	22	18	33	21	:
<b>Insatisfaction concernant le travail ou l'activité principale</b>	28	20	11	51	33	19	22	47	11	11	37	19	:
<b>Insatisfaction concernant le logement</b>	20	12	11	38	22	11	14	29	8	9	31	15	:

(<sup>1</sup>) Données peu fiables (observations des 20-49 ans ou 10-20 % d'observations manquantes).

NB: On ne dispose pas de données pour D, L et S.

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.

##### 4.6.1. Fréquence des rencontres avec des amis chez soi/ailleurs, 1997

(en %)

	UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	NL	A	P	FIN	UK
<b>Rencontre avec des amis:</b>														
a) au moins une fois par semaine	72	67	79	43	93	92	63	95	80	85	70	75	82	87
b) une ou deux fois par mois	19	22	18	34	5	6	27	4	13	13	24	14	14	11
c) moins d'une fois par mois	9	11	3	22	2	3	10	1	7	2	7	11	4	3
% de ceux de la catégorie c) qui ne parlent à personne	20	12	6	:	30	27	7	30 <sup>(1)</sup>	33	:	17	24	22	13

(<sup>1</sup>) Données peu fiables (observations des 20-49 ans ou 10-20 % d'observations manquantes).

Source: Panel communautaire des ménages — UDB, Eurostat, version de décembre 2001.



#### 4. État de santé

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
33,9	38,5	29,1	35,6	33,5	27,0	27,9	39,0	Oui	<b>Hommes</b>
61,0	60,7	69,8	58,4	63,5	68,2	70,9	60,0	Non	
5,1	0,8	1,1	6,0	3,0	4,8	1,2	1,1	Je ne sais pas	
35,6	43,5	38,0	30,6	45,2	26,1	32,6	47,3	Oui	<b>Femmes</b>
60,2	52,2	58,6	65,0	51,1	70,0	66,8	51,6	Non	
4,2	4,4	3,5	4,4	3,7	3,9	0,6	1,2	Je ne sais pas	
34,8	41,1	33,6	33,0	39,7	26,5	30,3	43,3	Oui	<b>Total</b>
6,6	56,2	64,1	61,9	57,0	69,2	68,8	55,6	Non	
4,6	2,7	2,3	5,1	3,4	4,4	0,9	1,1	Je ne sais pas	

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
31,2	49,9	42,7	31,1	32,9	26,4	38,5	52,1	Oui	<b>16-24 ans</b>
63,1	47,7	56,4	63,4	63,6	71,0	60,0	46,7	Non	
5,7	2,4	0,9	5,5	3,4	2,6	1,6	1,2	Je ne sais pas	
40,6	56,1	33,0	47,3	48,7	34,9	44,2	55,8	Oui	<b>25-39 ans</b>
56,2	41,3	64,1	45,8	48,1	62,3	54,2	44,2	Non	
3,2	2,6	2,9	6,9	3,2	2,8	1,6	-	Je ne sais pas	
42,2	39,4	36,7	40,8	44,4	32,5	31,8	45,3	Oui	<b>40-54 ans</b>
53,7	57,4	61,4	53,6	53,3	59,2	67,7	51,5	Non	
4,1	3,2	1,9	5,7	2,4	8,3	0,5	3,2	Je ne sais pas	
26,7	26,4	26,5	13,9	32,4	14,0	14,7	25,4	Oui	<b>55 ans</b>
67,7	71,2	70,8	83,3	63,4	83,2	84,9	73,9	Non	
5,6	2,4	2,8	2,8	4,1	2,8	0,3	0,7	Je ne sais pas	

#### 4.6.2. Enfants déclarant se sentir solitaires, par âge et par sexe, 1997/1998

(en %)

	B <sup>(1)</sup>	DK	D <sup>(1)</sup>	EL	F <sup>(1)</sup>	IRL	S	UK		NO	CH		
								Angleterre	Écosse	Irlande du Nord	Pays de Galles		
<b>11 ans</b>													
<b>Garçons</b>	12	4	9	12	12	11	8	11	14	11	15	4	6
<b>Filles</b>	16	8	10	18	18	14	6	12	19	13	22	5	9
<b>13 ans</b>													
<b>Garçons</b>	9	4	9	16	12	8	6	9	11	10	15	5	6
<b>Filles</b>	15	9	12	28	21	14	9	12	18	17	17	8	13
<b>15 ans</b>													
<b>Garçons</b>	7	3	9	20	13	8	6	6	8	6	11	7	6
<b>Filles</b>	16	10	13	39	24	16	14	14	19	17	22	12	14

(<sup>1</sup>) En Belgique, seule la région d'expression flamande, en France, seules les régions Nancy-Lorraine et Toulouse - Midi-Pyrénées, et en Allemagne, seule la Rhénanie-du-Nord - Westphalie, sont couvertes. L'Espagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne sont pas couverts.

Source: Étude HBSC sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé, bureau de l'OMS pour l'Europe.

#### 4. État de santé

##### 4.7.1. Incidence de certaines maladies évitables par la vaccination

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Poliomyélite</b>										
1990	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
1996	0	-	-	0	0	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	0	-	-	-	0	-	-	-	-	-
1999	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
2000	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
2001	0	-	-	-	-	0	-	-	-	-
<b>Diphtérie</b>										
1990	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
1995	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1996	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
1998	0	0	0	-	-	0	-	-	0	0
1999	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
2000	0	-	-	-	-	-	-	-	0	-
2001	0	-	-	-	-	-	:	-	0,1	-
<b>Haemophilus influenzae de type B</b>										
1990	:	1,9	:	:	:	0,2	:	:	:	:
1995	:	3,9	0,2	:	:	0,2	0,8	:	0,2	:
1996	:	4,0	0,1	:	:	0,2	0,8	:	0,2	:
1997	:	4,6	0,1	:	:	0,2	0,8	:	0,2	-
1998	:	6,2	0,1	:	:	0,2	0,7	:	0,2	-
1999	:	4,6	0,1	:	:	0,1	0,7	0,2	0,2	:
2000	:	0,1	0	:	0,1	0,1	:	0,2	:	-
2001	:	:	0	0,1	0,1	:	:	0,1	:	:
<b>Rougeole</b>										
1990	:	43,2	3,5	:	2,3	55,8	244,5	15,9	9,6	4,2
1995	:	105,1	0,4	:	1,7	22,6	93,5	6,5	65,9	0,2
1996	:	71,2	2,3	:	56,5	12,6	113,8	6,3	56,9	6,1
1997	:	38,0	1,2	:	1,3	4,7	137,4	5,1	71,8	0,2
1998	:	38,0	0,5	:	0,5	1,1	30,4	5,5	7,1	-
1999	:	16,0	0,1	:	0,4	0,6	31,1	3,9	5,0	-
2000	:	:	0,3	:	0,3	0,4	17,0	42,4	2,5	-
2001	:	:	0,2	7,3	0,5	0,2	14,3	6,3	1,0	1,6
<b>Oreillons</b>										
1990	:	:	6,6	:	8,2	78,6	187,4	1,4	106,4	:
1995	:	85,1	0,3	:	2,2	25,6	84,6	0,8	114,4	-
1996	:	94,1	0,8	:	1,4	37,5	85,6	11,6	112,9	:
1997	:	58,0	0,6	:	1,4	17,8	68,4	8,0	51,6	0,5
1998	:	58,0	0,4	:	0,6	7,2	44,6	1,5	25,6	-
1999	:	30,0	0,4	:	0,7	10,5	35,3	0,4	70,2	-
2000	:	:	0,7	:	0,5	23,5	31,4	1,4	65,3	-
2001	:	:	0,3	:	0,1	19,4	19,5	1,0	20,3	1,4
<b>Coqueluche</b>										
1990	:	0	11,1	:	7,0	25,9	2,1	22,9	26,9	0,8
1995	:	0	1,6	:	2,0	9,5	:	12,1	25,1	0,2
1996	:	0,1	1,7	:	0,9	9,1	0,8	7,2	6,8	0,2
1997	:	0,2	3,8	:	1,0	2,9	2,7	12,6	5,9	0
1998	:	0,5	2,4	:	0,8	0,8	1,3	6,8	12,1	0
1999	:	0,5	3,4	:	0,3	1,0	:	4,8	6,6	0
2000	:	0,8	3,1	:	0,1	2,3	:	4,0	4,4	-
2001	:	0,9	3,7	:	0,9	0,9	:	3,7	2,1	-
<b>Rubéole</b>										
1990	:	:	8,8	:	7,8	60,2	0	7,4	61,4	:
1995	:	0	0,1	:	1,5	12,0	:	2,8	11,6	0,5
1996	:	:	0,2	:	1,4	43,3	:	16,6	38,2	:
1997	:	8,4	0	:	0,7	9,7	:	3,2	60,2	2,4
1998	:	:	0	:	0,7	2,2	:	2,2	5,8	-
1999	:	:	-	:	13,7	1,4	:	1,7	2,0	-
2000	:	:	-	:	0,1	0,9	:	2,6	4,5	-
2001	:	:	-	:	0,1	0,4	:	1,5	8,4	1,6
<b>Tétanos</b>										
1990	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	-	0,3	-
1995	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1	-	0,2	-
1996	0,1	0	-	0	0,1	0,1	0,1	-	0,2	0,2
1997	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	-	0,2	-
1998	0,1	-	0	0	0	0,1	0	0	0,2	-
1999	0,1	0	0	0	0,1	0,1	0	0	0,2	-
2000	0,1	0	0,1	0	0	0,1	0,1	0	0,2	-
2001	:	0	0	0	0	0,1	0	0,1	0,1	-

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>Poliomyélite</b>
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1990
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1995
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1996
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1997
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1998
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1999
-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	2000
-	-	-	-	-	-	-	-	-	2001
0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>Diphthérie</b>
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1990
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1995
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1996
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1997
0	:	0	0	0	0	0	0	-	1998
0	-	-	0	-	-	-	-	-	1999
-	-	0	0	-	-	-	0	-	2000
-	:	-	0	-	-	-	-	-	2001
:	:	:	:	:	:	-	:	3,1	<b>Haemophilus influenzae de type B</b>
:	:	:	0,1	:	:	-	0,3	0,7	1990
:	:	:	0,1	0,2	:	-	0,2	0,5	1995
0,1	:	:	0	0,5	:	-	0,2	0,7	1996
0,1	:	:	0,1	0,4	:	-	0,1	0,5	1997
0,1	:	0,2	0,1	0,2	:	-	0,1	0,8	1998
0,1	:	0,1	0	0,3	:	-	0,1	0,8	1999
0	:	0,1	0,1	0,2	0,3	-	0,0	0,7	2000
0,1	3,0	4,1	0,1	0,3	27,2	:	2,2	43,5	<b>Rougeole</b>
1,2	129,0	1,9	0,1	0,3	15,4	0,7	0,4	19,9	1990
0,4	85,0	1,1	-	0,5	11,7	0,4	0,5	28,3	1995
0,1	40,0	1,3	-	0,9	8,2	-	0,3	90,4	1996
0,1	8,5	1,0	0	0,1	7,7	-	0	28,2	1997
15,0	3,9	0,5	-	0,2	5,0	-	0,1	:	1998
6,4	4,1	0,5	0	0,7	4,8	-	1,6	:	1999
0,1	:	0,3	0	0,1	4,2	-	0,1	9,7	2000
0,1	:	12,8	0,1	0,2	9,2	30,2	13,8	62,6	<b>Oreillons</b>
0,2	:	22,5	0,1	0,5	4,1	33,7	0,3	723,7	1990
0,2	:	113,6	0	0,1	3,7	13,4	0,4	181,2	1995
0,3	:	195,2	0	0,5	3,8	-	0,1	77,7	1996
0,2	:	28,4	0	0,4	3,2	4,4	0,2	112,7	1997
0	:	31,6	0	0,2	3,4	16,0	0,1	210,6	1998
:	:	64,9	-	0,4	5,6	-	0	:	1999
:	:	7,2	0	0,2	5,6	-	0,1	138,8	2000
3,2	3,0	1,0	14,2	128,7	29,3	1,2	4,9	:	<b>Coqueluche</b>
2,1	1,1	0,2	9,9	120,9	4,1	10,1	1,6	284,9	1990
17,9	1,2	0,2	11,5	95,9	4,6	37,3	2,0	162,8	1995
22,5	1,5	0,1	11,8	52,5	6,2	2,2	41,8	183,6	1996
14,4	1,4	0,1	16,2	20,0	3,2	1,1	52,3	183,2	1997
39,8	1,3	0,1	17,8	27,4	2,5	8,0	27,2	154,4	1998
30,5	1,4	0,2	16,2	30,5	1,5	2,9	76,3	104,7	1999
43,7	3,1	0,0	6,1	11,0	1,7	1,1	57,2	83,3	2000
0,3	:	2,4	1,2	0,2	27,4	12,6	33,4	67,4	<b>Rubéole</b>
0,1	:	1,3	0,1	0,0	13,1	77,1	0,2	25,6	1990
0,3	:	2,8	0	0,1	19,9	119,7	0,4	41,1	1995
0,1	:	2,7	0	0	7,1	-	0	50,8	1996
0,1	:	0,8	0	0	6,9	-	0,1	25,4	1997
0	:	0,6	-	0	4,3	-	0,1	19,7	1998
0,1	:	0,6	-	0	3,5	-	0,1	16,7	1999
0	:	0,4	-	0	2,8	-	0,0	16,7	2000
0	:	0,3	0	0	0	-	0	0	<b>Tétanos</b>
0	-	0,3	-	0	0	-	0,1	0	1990
0	-	0,2	0	0	0	-	0	0	1995
0	-	0,2	-	0	0	-	0,1	0	1996
-	-	0,2	0	0	:	-	0	0	1997
-	-	0,3	0,2	0	0	-	0	0	1998
:	-	0,2	:	-	0	-	-	0,1	1999
:	-	0,2	:	-	0	-	-	0	2000
:	-	0,2	:	-	0	-	0	0	2001



(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Syphilis</b>
4,0	5,3	2,8	2,3	1,8	4,2	1,7	:	4,8	<b>1985</b>
3,4	2,6	1,8	0,6	1,7	2,4	2,8	0,2	4,9	<b>1990</b>
1,3	2,2	2,2	3,3	0,8	2,3	0,8	0,1	3,2	<b>1995</b>
1,4	2,6	2,1	4,3	0,6	2,0	0,0	0,2	2,4	<b>1996</b>
1,7	2,5	2,4	3,4	0,5	2,1	2,2	0,3	1,9	<b>1997</b>
0,8	2,5	1,8	3,6	0,5	2,2	1,8	0,3	2,4	<b>1998</b>
0,1	2,3	2,5	2,7	0,4	2,5	4,0	1,2	:	<b>1999</b>
0	2,9	1,8	3,9	1,1	3,0	5,4	0,9	:	<b>2000</b>
:	3,9	1,3	3,1	0,9	:	11,8	0,7	:	<b>2001</b>
									<b>Gonococcies</b>
86,1	64,9	2,5	127,4	64,6	92,6	114,3	141,7	15,1	<b>1985</b>
24,6	20,5	2,6	46,7	9,8	36,0	28,7	6,0	6,2	<b>1990</b>
9,1	11,1	0,7	7,4	2,8	22,2	0,4	4,0	3,8	<b>1995</b>
7,7	7,4	0,7	4,4	2,4	21,4	0,0	5,1	3,6	<b>1996</b>
7,6	5,5	0,7	4,2	2,8	22,2	1,9	4,4	3,8	<b>1997</b>
7,6	4,7	0,4	5,2	3,9	22,4	2,2	3,8	3,8	<b>1998</b>
0,5	5,4	0,6	4,9	4,8	27,7	0,7	4,3	4,6	<b>1999</b>
:	5,0	0,5	5,2	6,6	:	5,7	5,6	5,7	<b>2000</b>
:	6,6	0,4	4,7	6,0	:	1,1	7,3	6,6	<b>2001</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

## 4.7.7. Cas de sida (non corrigés) par groupe d'âge (pourcentage du total cumulé)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Moins de 1 an	0,6	1,4	0,3	0,1	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	0,0	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4	1,0
1-4 ans	0,5	1,6	0,3	0,2	0,6	0,6	0,5	1,8	0,5	0,6	0,3	0,7	0,3	0,0	0,5	0,9
5-14 ans	0,5	1,4	0,2	0,3	0,8	0,4	0,4	1,7	0,4	0,6	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,8
15-24 ans	5,5	3,8	3,6	3,4	5,0	7,6	4,2	7,2	4,8	3,8	2,8	5,9	11,6	2,4	9,8	4,3
25-29 ans	19,1	12,7	1,1	12,6	13,7	23,8	16,8	24,3	21,2	10,9	12,1	16,7	22,1	9,0	16,8	15,8
30-34 ans	26,6	21,3	20,1	22,0	20,0	29,9	24,3	26,4	31,0	21,2	21,1	23,9	21,6	25,0	20,4	23,0
35-39 ans	18,9	20,2	17,9	19,5	17,7	17,8	19,1	17,7	19,9	19,9	21,3	18,0	16,1	16,9	17,2	19,7
40-49 ans	17,8	23,1	28,4	25,4	21,4	12,4	20,7	14,6	14,0	23,1	29,0	21,9	16,0	28,9	20,7	23,4
50-59 ans	7,1	9,5	12,6	12,9	10,6	4,1	8,6	4,9	5,2	15,4	9,9	7,7	7,0	11,4	9,1	8,3
60 ans et plus	3,4	4,9	4,6	3,6	8,3	2,5	4,8	0,6	2,4	4,5	2,8	4,1	4,4	5,4	4,7	2,9

Source: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV).

241



## 4.7.8. Maladies indicatives du sida (cas non corrigés) diagnostiquées en 2001 chez les adultes/adolescents, hommes et femmes (%), EU-15

	Hommes	Femmes	Total
Pneumocystis carinii	22,2	21,0	21,9
Candidose œsophagienne	13,0	14,9	13,4
Tuberculose pulmonaire	11,9	12,1	11,9
Tuberculose extrapulmonaire	9,9	9,0	9,7
Toxoplasmose	6,4	8,8	6,9
Syndrome de dépérissement lié au VIH	5,8	4,8	5,6
Sarcome de Kaposi	6,5	2,3	5,5
Rétinite à cytomégalovirus	3,4	4,1	3,6
Pneumonie récurrente	2,7	3,5	2,9
Cryptococcose	2,8	2,2	2,6
Encéphalopathie à VIH	2,8	2,2	2,6
Leucoencéphalopathie multifocale progressive	2,6	2,0	2,5
Lymphome, non précisé	2,2	1,6	2,1
Maladie à virus de l'Herpes simplex	1,0	1,7	1,1

Source: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV).

#### 4. État de santé

#### 4.7.9. Données comparatives de déclaration du VIH et du sida pour 2001

		Cas de VIH cumulés		Cas de VIH en 2001		Cas de sida en 2001		Rapport VIH/sida 2001
		déclarés à la fin de 2001	Nombre	Taux par million	Nombre	Taux par million		
<b>EU-15</b>	:	119 710	10 632	54,4	2 616	:	4,1	
<b>B</b>	<b>1986</b>	14 876	961	94,5	107	10,5	9,0	
<b>DK</b>	<b>1990</b>	3 341	301	56,8	74	13,9	4,1	
<b>D</b>	<b>1993</b>	18 251	1 377	16,7	558	6,8	2,5	
<b>EL</b>	<b>1999</b>	5 859	427	40,1	87	8,1	4,9	
<b>E</b>	<b>1999</b>	:	:	:	:	:	:	
<b>F</b>	:	:	:	:	:	:	:	
<b>IRL</b>	<b>1985</b>	2 645	299	79,6	16	4,2	:	
<b>I</b>	<b>1985</b>	:	:	:	:	:	:	
<b>L</b>	<b>1999</b>	511	40	92,0	4	9,5	10,0	
<b>NL</b>	<b>1989</b>	:	:	:	:	:	:	
<b>A</b>	:	:	:	:	:	:	:	
<b>P</b>	<b>1983</b>	18 995	2 543	257,5	1 045	105,8	2,4	
<b>FIN</b>	<b>1986</b>	1 361	128	24,7	17	3,3	7,5	
<b>S</b>	<b>1985</b>	5 645	277	31,0	42	4,7	6,6	
<b>UK</b>	<b>1984</b>	48 226	4 279	72,6	666	11,3	6,4	

Source: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV).

#### 4.7.10. Incidence de l'hépatite virale A, B et C

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Hépatite virale A</b>										
<b>1990</b>	:	2,9	1,8	:	1,7	:	:	15,3	3,6	:
<b>1995</b>	:	5,5	2,0	8,1	2,8	:	:	3,7	2,5	5,2
<b>1996</b>	:	5,6	2,0	6,0	1,0	:	15,4	8,6	15,1	2,4
<b>1997</b>	8,7	4,6	2,2	5,6	1,2	4,6	17,7	11,6	17,3	23,2
<b>1998</b>	6,4	5,1	1,6	4,7	2,3	5,1	17,5	6,0	5,1	28,6
<b>1999</b>	:	3,9	1,7	3,8	2,5	3,7	:	8,6	2,6	26,9
<b>2000</b>	:	4,3	1,5	3,4	1,4	2,5	:	8,2	1,6	20,7
<b>2001</b>	:	3,1	1,2	2,8	2,0	2,2	:	2,9	2,6	:
<b>Hépatite virale B</b>										
<b>1990</b>	4,4	0,7	:	:	4,2	:	:	0,3	5,2	:
<b>1995</b>	4,3	0,7	2,1	7,5	2,1	:	:	0,3	4,5	19,8
<b>1996</b>	4,2	3,2	1,9	7,4	1,6	:	5,1	0,3	3,9	12,1
<b>1997</b>	5,0	3,0	1,9	7,4	1,6	3,0	10,3	0,8	3,5	19,4
<b>1998</b>	4,4	1,3	1,8	6,3	2,4	2,9	8,7	4,2	3,1	13,0
<b>1999</b>	:	1,2	1,1	5,5	2,4	2,4	:	4,3	2,9	14,4
<b>2000</b>	:	2,5	1,2	5,5	2,7	2,2	:	5,0	2,6	7,3
<b>2001</b>	:	5,2	0,8	3,0	2,2	1,9	:	9,0	1,8	18,6
<b>Hépatite virale C</b>										
<b>1990</b>	:	:	:	:	0,1	:	:	:	:	:
<b>1995</b>	:	:	1,0	:	0,5	:	:	:	2,5	20,2
<b>1996</b>	:	1,7	0,3	:	0,3	:	:	:	2,0	11,6
<b>1997</b>	:	0,8	0,3	:	0,3	:	:	:	1,6	16,0
<b>1998</b>	:	:	0,5	4,7	1,1	:	9,9	:	1,5	13,5
<b>1999</b>	:	:	0,3	4,7	1,5	2,5	:	:	1,4	22,6
<b>2000</b>	:	4,2	0,2	4,3	1,4	2,1	:	:	0,4	12,9
<b>2001</b>	:	:	0,1	5,3	1,2	:	:	1,7	0,3	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>Hépatite virale A</b>									
5,1	4,2	8,1	1,4	3,1	12,7	2,0	2,8	13,2	<b>1990</b>
6,4	4,7	3,4	3,2	6,8	4,0	0,0	5,7	7,3	<b>1995</b>
4,7	3,2	4,7	3,6	5,5	2,5	1,1	11,9	3,7	<b>1996</b>
5,6	5,7	3,6	3,3	7,8	3,3	1,1	7,6	3,9	<b>1997</b>
7,9	3,2	2,7	2,3	2,9	2,8	0,7	11,5	5,1	<b>1998</b>
4,4	4,2	1,2	0,9	2,1	3,0	3,4	22,5	4,9	<b>1999</b>
4,1	2,7	0,9	0,9	1,7	1,8	-	7,2	4,0	<b>2000</b>
4,4	1,6	0,5	1,0	1,9	1,6	-	4,5	2,4	<b>2001</b>
<b>Hépatite virale B</b>									
1,8	3,5	4,8	4,0	3,0	1,2	26,7	:	6,6	<b>1990</b>
1,5	2,6	10,0	2,2	3,3	1,3	3,0	2,3	5,0	<b>1995</b>
1,5	2,8	8,4	5,7	2,1	1,4	6,7	2,2	2,7	<b>1996</b>
1,6	2,6	6,8	6,2	1,7	1,6	7,8	4,2	3,7	<b>1997</b>
1,8	3,1	5,7	4,8	1,5	2,0	5,4	10,6	2,6	<b>1998</b>
4,3	4,0	4,1	4,9	2,4	2,1	16,3	10,6	2,8	<b>1999</b>
9,7	3,2	2,9	4,6	2,5	1,6	17,6	10,1	2,0	<b>2000</b>
10,2	2,6	2,0	2,5	2,4	1,5	21,9	4,5	1,8	<b>2001</b>
<b>Hépatite virale C</b>									
:	:	:	:	5,4	:	5,9	:	:	<b>1990</b>
:	2,0	4,7	26,6	32,6	:	15,7	:	37,3	<b>1995</b>
:	2,1	4,1	34,7	29,6	:	18,7	0,4	35,6	<b>1996</b>
:	3,9	4,8	37,1	52,1	:	19,6	0,5	39,3	<b>1997</b>
:	4,7	7,0	35,0	45,0	:	24,2	0,5	39,9	<b>1998</b>
1,6	7,0	4,1	33,9	39,5	4,6	30,5	0,6	40,3	<b>1999</b>
3,2	5,1	2,0	33,6	38,8	5,0	31,2	0,5	33,7	<b>2000</b>
3,5	4,3	2,4	28,1	39,4	4,8	28,0	0,8	32,4	<b>2001</b>



#### 4. État de santé

##### 4.7.11. Incidence de certaines maladie d'origine alimentaire et hydrique

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Botulisme</b>										
1990	:	0,01	0	0,02	-	0,03	0,02	:	0,08	:
1995	:	-	0,04	0,01	-	0,02	0	:	0,07	:
1996	:	-	0	0,01	-	0,02	0	:	0,10	:
1997	:	0,01	0	0,01	-	0,02	0	:	0,06	:
1998	:	0,03	0,02	0,03	-	0,03	0	:	0,06	:
1999	:	0,01	0	0,02	-	0,02	0,10	:	0,04	:
2000	:	0,02	-	0,01	:	0,02	0	:	:	:
2001	:	-	-	0,01	:	0	:	:	:	:
<b>Campylobactériose</b>										
1990	:	47,9	26,6	:	:	5,4	:	:	:	:
1995	:	47,2	49,9	8,1	:	8,4	:	17,9	2,8	:
1996	:	42,6	56,6	12,4	:	9,6	:	17,8	3,6	30,8
1997	:	49,6	50,5	16,0	:	9,7	:	25,8	4,1	25,0
1998	:	58,2	66,2	40,5	0,9	11,4	:	35,7	3,5	:
1999	:	57,7	45,6	35,2	2,4	13,5	:	55,8	3,1	:
2000	:	67,5	140,2	37,6	:	15,8	:	42,7	:	:
2001	:	67,7	86,7	66,4	:	15,5	:	:	:	:
<b>Leptospirose</b>										
1990	:	:	:	:	0,01	0,03	:	0,14	0,22	:
1995	:	:	0,04	0,06	-	0,02	:	0,03	0,11	:
1996	:	-	0,08	0,03	-	0,03	1,73	0,17	0,13	:
1997	0,31	-	0,04	0,03	-	0,02	1,62	0,22	0,09	-
1998	0,26	-	0,04	0,05	0,11	0,02	1,16	0,32	0,12	-
1999	0,28	:	-	0,06	0,22	0,01	1,29	0,16	0,11	-
2000	:	-	0,13	0,05	0,12	0,02	0,08	0,20	0,08	-
2001	:	:	0,07	0,06	0,21	0,02	0,45	0,24	0,05	0,00
<b>Listériose</b>										
1990	:	:	0,72	:	:	0,05	:	:	:	:
1995	:	0,41	0,56	:	:	0,06	0,57	:	0,05	:
1996	:	0,49	0,74	:	-	0,05	0,42	:	0,07	:
1997	:	0,39	0,63	0,04	-	0,05	0,41	:	0,12	-
1998	0,18	0,59	0,76	0,05	-	0,04	0,37	0,11	0,08	-
1999	:	0,45	0,83	0,04	0,07	0,08	0,46	:	0,07	-
2000	0,17	:	0,46	0,04	0,06	0,09	0,44	0,19	0,06	-
2001	:	0,59	0,71	0,26	0,03	0,14	0,32	0,10	0,03	-
<b>Salmonellose</b>										
1990	:	:	40,5	:	6,4	13,6	:	13,5	33,9	5,0
1995	58,8	102,9	70,1	141,8	12,3	10,7	30,5	15,9	25,8	11,3
1996	57,1	114,6	62,1	134,2	6,5	12,7	29,4	18,7	23,4	16,2
1997	59,1	134,8	95,1	129,6	2,9	13,1	32,8	26,2	27,9	13,4
1998	52,7	137,0	73,3	119,9	0,1	16,9	28,1	34,1	24,9	11,6
1999	47,5	154,4	43,6	104,0	2,9	17,6	23,2	25,8	24,5	68,5
2000	43,0	136,9	43,6	96,8	2,2	16,3	21,8	16,9	20,5	96,2
2001	40,6	104,3	54,6	93,8	2,9	19,4	21,8	11,2	12,0	82,9
<b>Shigellose</b>										
1990	:	:	:	:	2,8	1,9	:	7,9	:	-
1995	:	:	1,1	2,3	0,2	0,3	:	2,7	2,8	-
1996	:	:	2,3	1,9	3,3	0,3	:	1,6	3,6	-
1997	2,6	2,0	1,5	2,4	0,2	0,5	1,7	1,1	4,1	-
1998	2,2	2,7	2,3	2,0	0,1	0,4	1,4	3,2	3,5	-
1999	2,1	2,9	1,0	2,0	0,5	0,2	1,6	3,1	3,1	-
2000	2,0	2,0	2,9	1,6	0,1	0,2	1,6	0,8	4,1	-
2001	:	4,5	2,8	2,0	0,1	0,2	:	0,7	3,2	-
<b>Trichinose</b>										
1990	:	-	:	:	:	0,04	:	:	0,11	:
1995	:	:	:	:	:	0,10	:	0	-	:
1996	:	-	-	0	-	0,04	:	-	-	:
1997	:	-	-	0,01	-	0,03	:	:	-	-
1998	:	0,01	-	0,06	-	0,14	:	0,94	0,10	:
1999	:	-	-	0,03	-	0,04	:	:	-	-
2000	:	-	-	0	-	0,11	:	:	-	-
2001	:	-	-	0,01	-	0,11	-	:	-	-

#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Botulisme</b>
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	<b>1990</b>
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	<b>1995</b>
-	-	:	0	0,01	-	:	-	0	<b>1996</b>
-	-	:	0	0	-	-	-	0,01	<b>1997</b>
-	-	:	0	0	0	0,37	0,18	0	<b>1998</b>
-	-	0,02	0	0	:	0,73	0,09	:	<b>1999</b>
0,02	0,01	0,31	0,02	-	:	1,08	0,04	:	<b>2000</b>
0,01	0,01	0	-	-	:	-	-	:	<b>2001</b>
									<b>Campylobactériose</b>
:	:	:	:	47,0	66,9	3,9	15,6	62,0	<b>1990</b>
18,4	:	:	43,1	63,3	83,4	7,1	24,1	71,9	<b>1995</b>
23,9	14,0	:	51,4	57,5	78,6	16,0	26,2	80,1	<b>1996</b>
23,5	20,7	:	46,8	77,8	89,0	34,5	26,8	84,1	<b>1997</b>
22,3	30,4	:	55,4	83,6	130,0	80,4	38,5	76,9	<b>1998</b>
20,1	40,2	:	64,0	86,6	130,6	158,1	51,9	94,2	<b>1999</b>
21,2	42,8	:	68,2	94,8	136,6	87,8	49,8	105,6	<b>2000</b>
23,0	48,2	:	76,6	96,6	:	76,7	66,5	93,7	<b>2001</b>
									<b>Leptospirose</b>
0,26	0,01	0,25	:	:	0,07	:	:	0,06	<b>1990</b>
0,18	0,04	0,37	:	:	0,05	:	:	0,06	<b>1995</b>
0,06	0,01	0,39	0	-	0,04	-	-	0,03	<b>1996</b>
0,10	0,04	0,67	0	-	0,07	-	-	0,08	<b>1997</b>
0,15	0,04	0,92	0,02	-	0,06	-	-	0,06	<b>1998</b>
0,20	0,02	0,51	0,00	-	0,07	-	-	:	<b>1999</b>
0,18	0,05	0,45	0,02	-	0,10	-	-	:	<b>2000</b>
0,15	0,05	0,79	0,08	:	0,04	-	-	:	<b>2001</b>
									<b>Listériose</b>
:	:	:	:	0,15	:	:	:	:	<b>1990</b>
:	:	:	0,67	0,39	0,18	:	:	0,24	<b>1995</b>
-	:	:	0,57	0,26	0,22	1,12	0,34	0,38	<b>1996</b>
-	:	:	1,03	0,33	0,23	0,74	0,48	0,49	<b>1997</b>
0,19	-	-	0,89	0,47	0,21	-	0,20	0,61	<b>1998</b>
0,07	:	-	0,89	0,40	0,19	-	0,43	0,48	<b>1999</b>
0,11	-	-	0,35	0,60	0,18	-	0,07	0,73	<b>2000</b>
0,11	:	:	0,54	0,75	0,24	-	0,40	0,47	<b>2001</b>
									<b>Salmonellose</b>
19,2	:	0,9	147,8	66,9	:	:	26,0	101,4	<b>1990</b>
16,6	89,7	2,0	67,8	40,4	56,9	:	23,8	64,4	<b>1995</b>
18,5	110,5	2,1	55,4	43,7	55,5	28,4	28,3	55,3	<b>1996</b>
16,4	92,8	1,8	57,6	53,1	61,8	33,0	31,7	51,2	<b>1997</b>
14,3	89,6	3,4	53,1	51,9	44,7	36,0	33,8	42,3	<b>1998</b>
13,5	87,3	4,1	54,3	58,1	33,8	62,7	32,2	39,1	<b>1999</b>
12,9	80,5	3,1	50,7	54,7	28,8	130,8	33,2	34,6	<b>2000</b>
13,1	81,4	5,2	52,7	53,0	29,0	59,5	42,4	37,4	<b>2001</b>
									<b>Shigellose</b>
2,8	2,7	0,1	:	10,7	5,3	:	:	8,7	<b>1990</b>
2,5	1,9	1,4	1,4	6,4	9,4	:	3,4	7,6	<b>1995</b>
2,1	1,4	0,0	2,1	6,4	4,5	:	4,0	6,2	<b>1996</b>
2,6	2,5	0,1	2,0	7,1	4,1	2,2	3,7	8,8	<b>1997</b>
2,4	2,1	0,1	1,7	6,6	3,3	-	3,9	7,0	<b>1998</b>
2,1	3,0	0,2	1,4	5,3	2,7	0,7	4,3	7,7	<b>1999</b>
2,0	1,4	0,1	1,5	5,6	2,7	1,1	116,7	5,7	<b>2000</b>
2,2	2,5	0	4,3	6,1	2,4	-	4,2	6,6	<b>2001</b>
									<b>Trichinose</b>
-	-	-	:	-	:	:	-	:	<b>1990</b>
-	0,01	-	-	-	:	:	-	:	<b>1995</b>
-	0	-	-	-	-	-	0,05	-	<b>1996</b>
-	0	-	-	-	-	-	-	-	<b>1997</b>
-	0,01	-	-	-	-	-	-	-	<b>1998</b>
0,01	0,04	-	-	-	-	-	-	-	<b>1999</b>
0,01	0,02	-	-	-	0,01	-	-	-	<b>2000</b>
0,01	:	:	-	-	:	-	-	-	<b>2001</b>

#### 4. État de santé

(suite)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Fièvre typhoïde et paratyphoïde</b>										
1990	:	:	:	:	1,1	4,8	0,3	-	2,1	0,3
1995	:	:	0,7	0,3	0,4	1,4	0,1	0,1	1,9	-
1996	:	:	0,5	0,3	0,4	1,4	0,2	0,1	1,9	1,0
1997	:	:	0,6	0,2	0,3	0,8	0,2	-	1,4	-
1998	0,5	-	0,4	0,2	0,3	0,8	0,1	0,1	1,2	-
1999	:	:	1,2	0,2	0,5	0,5	:	-	1,4	-
2000	:	:	0,6	0,2	0,3	0,5	:	0,0	1,1	-
2001	:	:	0,6	0,2	0	0,4	:	0,1	0,6	-
<b>Yersiniose</b>										
1990	:	10,1	15,9	:	:	0,5	:	:	:	:
1995	:	9,9	14,9	:	:	0,7	:	:	:	:
1996	:	9,9	10,1	:	:	0,7	:	:	:	:
1997	:	9,9	8,2	:	:	0,9	:	:	:	:
1998	:	9,9	:	:	:	0,7	:	:	:	:
1999	:	9,8	6,3	6,5	0,5	1,1	:	:	:	:
2000	:	9,8	5,0	5,8	0,3	1,2	:	:	:	:
2001	:	9,8	5,3	8,7	0	1,4	:	:	:	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

#### 4.7.12. Maladie de Creutzfeldt-Jakob: cas sporadiques, iatrogènes, familiaux, GSS et nouveau variant — Cas confirmés et suspectés

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Nombre total de décès</b>										
1990	:	5	:	:	:	:	:	0	:	:
1991	:	7	:	:	:	:	:	2	:	:
1992	:	5	:	:	:	:	51	0	:	:
1993	:	6	:	21	:	26	55	0	36	:
1994	:	5	:	72	:	26	59	0	40	1
1995	:	6	:	87	:	21	74	1	35	1
1996	:	6	:	80	:	29	89	1	59	1
1997	466	11	11	107	6	44	91	2	62	0
1998	532	14	5	124	4	65	103	6	72	1
1999	515	13	5	106	7	52	105	2	86	1
2000	501	8	4	109	9	52	104	3	80	1
2001	585	15	4	120	8	58	130	5	93	0
<b>Taux par million d'habitants</b>										
1990	:	0,50	:	:	:	:	:	-	:	:
1991	:	0,70	:	:	:	:	:	0,60	:	:
1992	:	0,50	:	:	:	:	0,89	-	:	:
1993	:	0,60	:	0,26	:	0,67	0,96	-	0,63	:
1994	:	0,50	:	0,89	:	0,66	1,02	-	0,70	2,49
1995	:	0,59	:	1,07	:	0,67	1,28	0,30	0,61	2,46
1996	:	0,59	:	0,98	:	0,54	1,53	0,30	1,03	2,42
1997	1,25	1,08	2,09	1,30	0,57	0,74	1,56	0,55	1,08	-
1998	1,42	1,37	0,94	1,51	0,38	1,12	1,75	1,62	1,25	2,36
1999	1,37	1,27	0,94	1,29	0,67	1,65	1,78	0,54	1,49	2,33
2000	1,33	0,78	0,75	1,33	0,85	1,32	1,77	0,79	1,39	2,30
2001	1,55	1,46	0,75	1,46	0,76	1,46	2,20	1,31	1,61	-

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité) basée sur l'ECJD, les données NeuroCJD et les rapports nationaux.

#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>Fièvre typhoïde et paratyphoïde</b>									
0,5	0,8	4,2	:	0,9	0,5	:	:	1,0	<b>1990</b>
0,5	0,2	4,3	0,2	0,7	0,7	:	:	0,7	<b>1995</b>
0,4	0,2	3,4	0,3	0,5	0,5	:	:	0,5	<b>1996</b>
0,3	0,3	2,8	0,2	0,5	0,4	:	:	0,4	<b>1997</b>
0,2	0,1	3,1	0,1	0,6	0,4	:	0,9	0,5	<b>1998</b>
0,4	0,2	2,0	0,9	1,2	0,5	:	0,7	0,4	<b>1999</b>
0,4	1,4	1,4	0,1	0,5	0,3	:	0,7	:	<b>2000</b>
0,5	:	1,7	0,2	1,8	0,4	:	0,8	0,4	<b>2001</b>
<b>Yersiniose</b>									
:	:	:	:	:	:	:	:	2,2	<b>1990</b>
:	:	:	18,1	:	:	:	3,4	1,2	<b>1995</b>
:	0,6	:	16,7	5,3	0,5	:	2,8	1,3	<b>1996</b>
:	0,9	:	13,7	8,5	0,4	:	2,5	1,0	<b>1997</b>
:	1,2	:	13,9	7,2	0,3	:	3,2	0,7	<b>1998</b>
:	1,1	:	12,3	6,2	:	:	2,8	:	<b>1999</b>
:	1,5	:	12,4	7,1	:	:	3,1	:	<b>2000</b>
:	:	:	14,1	6,5	:	:	2,8	:	<b>2001</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

247



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>Nombre total de décès</b>									
:	:	2	2	:	33	:	:	7	<b>1990</b>
:	:	1	3	:	36	:	:	9	<b>1991</b>
:	:	1	3	:	52	:	:	6	<b>1992</b>
12	6	1	0	:	46	:	:	10	<b>1993</b>
19	10	1	7	:	59	:	:	10	<b>1994</b>
8	10	2	:	:	47	:	:	9	<b>1995</b>
16	11	2	:	:	60	:	:	10	<b>1996</b>
19	7	4	10	13	80	1	7	10	<b>1997</b>
19	8	4	3	15	89	0	2	9	<b>1998</b>
20	8	6	7	13	84	0	2	8	<b>1999</b>
11	8	8	4	13	81	0	5	11	<b>2000</b>
16	11	15	8	11	81	0	5	19	<b>2001</b>
<b>Taux par million d'habitants</b>									
:	:	0,20	0,40	:	0,57	:	:	1,05	<b>1990</b>
:	:	0,10	0,60	:	0,62	:	:	1,33	<b>1991</b>
:	:	0,10	0,60	:	0,90	:	:	0,88	<b>1992</b>
0,79	0,75	0,10	-	:	0,79	:	:	1,45	<b>1993</b>
1,24	1,25	0,10	1,40	:	1,01	:	:	1,44	<b>1994</b>
0,52	1,24	0,20	:	:	0,80	:	:	1,28	<b>1995</b>
1,03	1,37	0,20	:	:	1,02	:	:	1,42	<b>1996</b>
1,22	0,87	0,40	1,95	1,47	1,36	3,71	1,59	1,41	<b>1997</b>
1,21	0,99	0,40	0,58	1,70	1,51	-	0,45	1,27	<b>1998</b>
1,27	0,99	0,53	1,36	1,47	1,42	-	0,45	1,12	<b>1999</b>
0,69	0,99	0,78	0,77	1,47	1,36	-	1,11	1,54	<b>2000</b>
1,01	1,35	1,46	1,54	1,24	1,35	-	1,12	2,65	<b>2001</b>

#### 4. État de santé

##### 4.7.13. Incidence de certaines maladies transmises par aérosol

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Legionellose</b>										
1990	:	:	:	:	:	:	0,1	0	0,1	:
1995	:	:	1,8	:	:	:	0,1	0	0,2	:
1996	:	:	1,3	0,2	:	1,1	0,1	0,1	0,2	:
1997	0,3	0,2	2,3	0,2	0	0,5	0,4	0,2	0,2	-
1998	0,4	0,6	1,7	0,0	-	0,9	0,6	0,1	0,2	-
1999	0,6	1,9	1,8	0,1	0	1,1	0,7	0,1	0,5	-
2000	0,6	0,6	1,7	0,1	0,0	1,9	1,0	0,2	0,4	0,2
2001	0,9	1,0	2,0	0,4	0,1	3,5	1,4	0,1	0,3	-
<b>Méningococcie</b>										
1990	1,6	0,5	3,9	1,1	1,3	3,2	0,6	3,7	0,7	0,5
1995	1,4	1,3	4,5	0,8	1,7	2,5	0,4	10,6	0,5	0,5
1996	1,7	2,0	4,3	0,8	2,2	3,9	0,5	11,3	0,4	0,7
1997	1,9	2,1	4,5	1,0	3,6	5,5	0,5	13,9	0,4	0,7
1998	1,6	2,4	3,1	0,9	2,1	2,8	0,7	13,3	0,3	1,9
1999	1,7	2,2	1,9	0,9	2,0	3,3	0,7	16,7	0,4	1,9
2000	1,8	2,9	3,0	0,9	2,5	3,5	0,8	15,5	0,3	1,6
2001	1,6	4,3	3,1	1,0	2,2	2,3	0,9	10,4	0,2	1,8

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

##### 4.7.14. Incidence de la tuberculose, total pour 100 000 personnes

	UE	B	DK	D	EL <sup>(1)</sup>	E <sup>(2)</sup>	F	IRL	I	L
1975	33,9	43,9	12,3	:	87,9	8,9	47,5	36,9	7,3	28,9
1980	25,2	27,3	8,4	:	56,1	12,9	32,0	33,9	5,8	24,8
1985	19,5	19,8	6,1	25,8	15,7	28,0	20,5	22,7	7,3	15,0
1990	15,2	15,9	6,8	18,5	8,7	19,6	16,0	17,5	7,5	12,7
1991	14,8	14,6	6,5	16,9	7,5	23,2	15,0	18,2	6,6	12,5
1992	15,8	13,3	7,0	17,6	8,9	27,0	15,0	17,0	8,3	6,4
1993	15,5	14,9	7,9	17,5	9,6	24,3	16,6	16,8	8,3	9,6
1994	15,3	15,1	9,5	16,0	8,8	24,2	15,7	14,6	10,2	10,7
1995	14,5	13,6	8,6	15,0	9,0	21,3	15,0	12,7	9,1	7,9
1996	13,9	13,3	8,5	14,4	9,0	21,2	13,1	12,0	9,0	8,7
1997	13,6	12,4	10,5	13,6	7,3	23,8	11,7	11,4	9,0	9,1
1998	13,2	11,8	10,0	12,7	11,0	23,2	11,3	11,5	8,3	10,4
1999	12,8	12,4	10,1	12,2	9,0	21,3	11,3	12,6	7,7	9,8
2000	12,2	12,8	11,2	11,0	6,7	21,3	11,3	10,7	6,4	10,1

(<sup>1</sup>) Jusqu'en 1996, nouveaux cas respiratoires seulement; depuis 1997, cas respiratoires et méningés nouveaux et récurrents.

(<sup>2</sup>) Nouveaux cas seulement.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité) sur la base des données du Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB).

##### 4.7.15. Cas de tuberculose par âge et par sexe, 1999

	UE	B	DK	D	EL <sup>(1)</sup>	F <sup>(2)</sup>	IRL	I	L	
<b>Âge</b>										
0-4 ans	2	3	4	2	2	4	2	4	2	2
5-14 ans	3	2	5	2	2	3	3	4	2	5
15-24 ans	11	10	13	9	9	13	10	12	9	12
25-34 ans	18	16	31	15	12	22	15	16	17	29
35-44 ans	17	14	19	16	15	17	18	12	14	10
45-54 ans	13	15	12	13	11	11	14	12	11	12
55-64 ans	11	11	7	15	13	8	10	13	12	10
65 ans et plus	24	29	10	27	30	17	28	26	31	21
Indéterminé	1	0	0	0	7	4	0	0	3	0
<b>Sexe</b>										
Hommes	62	66	56	62	70	65	59	61	63	86
Femmes	38	34	44	38	30	31	40	39	37	14
<b>Total cas</b>	<b>47 981</b>	<b>1 270</b>	<b>536</b>	<b>9 974</b>	<b>952</b>	<b>8 393</b>	<b>6 674</b>	<b>469</b>	<b>4 429</b>	<b>42</b>

(<sup>1</sup>) Sexe indéterminé pour 1 % des cas.

(<sup>2</sup>) Sexe indéterminé pour 3 % des cas; cas respiratoires et méningés seulement.

Source: Centre collaborateur de l'OMS pour la surveillance de la tuberculose en Europe (EuroTB), rapport sur les cas de tuberculose déclarés en 1999.

#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Legionellose</b>
0,3	0,2	:	:	0,4	0,3	:	:	0,9	<b>1990</b>
0,3	0,2	:	0,1	0,5	0,3	:	:	0,5	<b>1995</b>
0,3	0,2	:	0,2	0,6	0,3	:	:	0,4	<b>1996</b>
0,3	0,2	0,1	0,2	1,3	0,4	-	0,0	1,0	<b>1997</b>
0,3	0,3	0,2	0,2	1,1	0,4	-	0,1	1,1	<b>1998</b>
1,7	0,5	0,1	0,2	1,0	0,4	0,7	0,2	1,1	<b>1999</b>
1,1	0,5	0,2	0,1	0,9	0,4	0,4	-	1,1	<b>2000</b>
1,1	0,1	0,1	0,3	0,9	0,3	0,4	1,0	1,9	<b>2001</b>
									<b>Méningococcie</b>
3,4	0,6	3,0	0,6	1,2	2,5	2,4	4,0	1,8	<b>1990</b>
3,0	0,6	1,8	1,5	0,9	2,4	8,2	3,6	1,5	<b>1995</b>
3,1	0,7	1,9	1,5	1,2	2,4	6,3	3,2	1,4	<b>1996</b>
3,2	1,3	1,9	0,9	0,9	2,6	7,4	2,6	1,5	<b>1997</b>
3,2	0,9	1,9	1,0	0,7	2,6	5,9	2,4	1,7	<b>1998</b>
3,4	1,1	2,4	1,1	0,7	2,7	7,6	1,8	2,3	<b>1999</b>
3,3	0,8	3,1	0,9	0,7	2,7	6,5	1,7	2,5	<b>2000</b>
4,8	1,2	1,9	0,9	0,8	2,3	6,4	1,9	2,3	<b>2001</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
16,3	31,5	99,9	74,2	17,7	22,6	18,4	12,5	32,9	<b>1975</b>
12,0	29,2	69,5	47,0	11,1	18,8	11,0	12,2	18,3	<b>1980</b>
9,3	19,0	68,8	37,2	8,4	11,8	5,4	9,0	14,9	<b>1985</b>
9,4	19,8	62,6	15,5	6,5	10,3	7,1	6,7	19,1	<b>1990</b>
9,1	18,4	60,5	15,4	6,0	10,6	5,9	6,8	16,8	<b>1991</b>
11,3	17,2	60,1	13,9	7,1	11,1	6,2	6,7	14,4	<b>1992</b>
10,0	15,9	55,2	10,7	7,1	11,2	4,2	6,0	13,5	<b>1993</b>
11,8	15,8	56,8	10,9	6,0	10,6	6,8	5,6	13,3	<b>1994</b>
10,5	17,2	56,3	13,0	6,4	10,5	4,5	5,4	11,8	<b>1995</b>
10,8	17,9	52,9	12,6	5,6	10,6	4,1	5,0	10,8	<b>1996</b>
9,5	17,0	51,5	11,2	5,2	10,8	3,7	4,7	10,5	<b>1997</b>
8,6	16,2	52,8	12,2	5,0	10,5	6,2	5,5	10,6	<b>1998</b>
9,7	14,9	51,7	11,0	5,6	10,6	4,4	6,1	10,8	<b>1999</b>
8,9	15,0	45,2	10,4	5,1	11,3	4,7	5,3	8,8	<b>2000</b>

(pourcentage et nombre de cas)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Âge</b>
3	2	1	0	0	2	0	3	1	0-4 ans
4	2	2	0	2	4	0	6	2	5-14 ans
19	7	11	3	13	14	17	15	14	15-24 ans
25	15	22	5	24	20	17	21	21	25-34 ans
16	18	21	6	14	16	25	15	18	35-44 ans
10	17	14	12	8	11	8	10	10	45-54 ans
8	12	11	12	6	11	8	6	8	55-64 ans
15	26	18	61	33	22	25	25	26	65 ans et plus
0	0	0	0	0	0	0	0	0	Indéterminé
									<b>Sexe</b>
58	64	68	53	51	54	50	52	56	Hommes
42	36	32	47	49	46	50	48	44	Femmes
<b>1 535</b>	<b>1 201</b>	<b>5 160</b>	<b>566</b>	<b>493</b>	<b>6 287</b>	<b>12</b>	<b>273</b>	<b>772</b>	<b>Total cas</b>

#### 4. État de santé

#### 4.7.17. Incidence de certaines maladies zoonotiques

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Fièvre charbonneuse</b>										
1990	:	:	:	:	0,04	0,32	:	:	0,02	:
1995	0	-	-	0	0,03	0,13	-	-	-	:
1996	0,02	-	-	0	0,04	0,13	-	-	-	:
1997	0,01	-	-	0	0,10	0,10	0,01	-	0	-
1998	0,01	-	-	-	0,01	0,09	-	-	-	-
1999	0,01	-	-	0,21	0,04	0,07	-	-	-	-
2000	0,01	-	-	-	-	0,09	-	-	-	-
2001	0,01	-	-	-	0	0,07	-	-	-	-
<b>Brucellose</b>										
1990	:	:	:	0,04	1,84	7,83	0,15	0,43	2,20	0,26
1995	:	:	:	0,04	2,60	6,91	0,10	0,17	2,39	-
1996	1,41	-	-	0,03	2,68	5,30	0,10	0,28	3,31	-
1997	1,39	-	-	0,03	3,43	5,50	0,10	0,19	2,93	-
1998	1,15	-	-	0,02	3,99	3,93	0,10	0,41	2,54	-
1999	1,14	-	-	0,03	5,10	3,90	0,10	0,51	2,30	0,20
2000	0,89	-	-	0,03	5,19	2,83	0,10	0,40	1,85	-
2001	0,72	0	0,09	0,03	3,84	2,30	0,09	0,37	1,56	-
<b>Leishmaniose</b>										
1990	:	:	:	:	0,23	0,31	:	:	0,20	:
1995	:	:	:	:	-	0,23	:	:	0,31	:
1996	:	-	-	:	0,06	0,19	:	:	0,31	:
1997	:	-	-	:	0,03	0,23	:	:	0,28	-
1998	:	-	-	:	0,24	0,22	:	:	0,23	-
1999	:	-	-	:	0,34	0,17	0,19	:	0,27	-
2000	:	-	-	:	0,49	0,20	:	:	0,37	-
2001	:	:	-	:	0,44	0,24	0,11	:	0,31	-
<b>Fièvre Q</b>										
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	0,04	:
1995	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1996	:	-	-	0,09	-	:	0,08	-	-	:
1997	:	-	-	0,10	-	:	0,30	:	1,21	:
1998	:	-	-	0,18	-	0,48	0,40	:	0,26	-
1999	:	-	-	0,34	-	0,45	0,34	:	:	-
2000	:	-	-	0,24	0,01	0,20	0,40	:	1,73	-
2001	:	-	-	0,40	0,02	0,30	0,50	:	:	-
<b>Rage</b>										
1990	0	-	-	0	-	-	-	-	-	-
1995	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	0	-	-	0	-	-	0,01	-	0	-
1997	0	-	-	-	-	-	0	-	-	-
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2001	0	-	-	-	-	-	:	:	-	-
<b>Encéphalite à tiques</b>										
1990	:	:	-	:	:	:	0	:	:	:
1995	:	:	-	0,30	:	:	0	:	0	:
1996	:	:	-	0,10	:	:	0	:	0	:
1997	:	:	-	0,30	:	:	0	:	0	:
1998	:	:	0	0,20	0,80	:	0	:	0	-
1999	:	:	0,10	0,10	:	-	0	:	0	:
2000	:	:	0,10	0,20	:	:	:	:	0	-
2001	:	:	:	0,30	:	:	:	:	:	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).



#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<b>Fièvre charbonneuse</b>									
-	-	0,01	-	-	-	:	-	:	<b>1990</b>
-	-	0,06	-	-	0	:	-	-	<b>1995</b>
-	-	-	-	-	0	-	-	-	<b>1996</b>
-	-	-	-	-	0	-	-	-	<b>1997</b>
-	-	0,04	-	-	-	-	-	0,01	<b>1998</b>
-	-	0,04	-	-	0	-	0,12	-	<b>1999</b>
-	-	0,64	-	-	0	0	0,02	-	<b>2000</b>
-	-	-	-	-	0	-	-	-	<b>2001</b>
<b>Brucellose</b>									
0,03	0,04	11,20	:	0,04	:	:	-	0,42	<b>1990</b>
0,02	0,01	9,23	0,02	0,03	:	:	-	0,20	<b>1995</b>
0,03	-	8,67	0	0,07	0,03	-	-	0,25	<b>1996</b>
0,02	0,05	8,72	0	0,03	0,01	-	-	0,20	<b>1997</b>
0,01	0,01	8,21	0,02	0,02	0,01	-	-	0,10	<b>1998</b>
0,01	0,02	0,02	0	-	0,14	-	0,02	0,10	<b>1999</b>
0,02	0,02	5,07	0	0,01	0,03	-	-	0,14	<b>2000</b>
0,01	0,02	3,71	0,02	0,02	0,04	-	0,04	0,15	<b>2001</b>
<b>Leishmaniose</b>									
:	:	0,28	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
:	:	0,18	0,06	:	:	:	:	:	<b>1995</b>
-	-	0,27	0,02	0,07	0,03	-	-	-	<b>1996</b>
-	-	0,15	-	0,01	0,02	-	-	-	<b>1997</b>
:	:	0,11	-	0,00	-	-	-	-	<b>1998</b>
:	:	0,19	-	0,03	-	-	-	-	<b>1999</b>
:	:	0,07	-	0,01	0,02	-	-	-	<b>2000</b>
:	:	0,13	-	-	0,04	-	0,02	:	<b>2001</b>
<b>Fièvre Q</b>									
0,15	:	:	:	:	:	:	:	0,48	<b>1990</b>
0,18	:	:	-	:	:	:	:	0,20	<b>1995</b>
0,10	:	:	-	-	0,25	-	-	0,18	<b>1996</b>
0,10	:	:	-	-	0,21	-	:	0,18	<b>1997</b>
0,06	:	:	0,02	-	0,19	-	0,05	0,14	<b>1998</b>
0,04	:	0,12	-	-	0,19	-	0,04	:	<b>1999</b>
0,06	:	0,11	-	-	0,18	-	-	:	<b>2000</b>
0,09	:	0,19	0,00	:	0,10	-	-	:	<b>2001</b>
<b>Rage</b>									
-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1990</b>
-	-	-	-	-	0	-	-	-	<b>1995</b>
-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1996</b>
0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1997</b>
-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1998</b>
-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>1999</b>
-	-	-	-	0	-	-	-	-	<b>2000</b>
-	:	-	-	0	0	-	-	:	<b>2001</b>
<b>Encéphalite à tiques</b>									
:	1,20	:	0,20	0,60	:	:	-	0,40	<b>1990</b>
:	1,40	:	0,50	0,80	:	:	-	0,90	<b>1995</b>
:	1,60	:	0,20	0,50	:	:	-	0,90	<b>1996</b>
:	1,20	:	0,40	0,90	:	:	0	1,70	<b>1997</b>
:	0,80	:	0,30	0,70	-	:	-	1,00	<b>1998</b>
:	0,50	:	0,20	0,60	-	:	0	1,50	<b>1999</b>
:	0,70	:	0,80	2,20	-	-	0	1,30	<b>2000</b>
:	0,70	:	0,60	1,31	-	-	0	1,50	<b>2001</b>

#### 4. État de santé

##### 4.7.18. Incidence du choléra et de la malaria

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Choléra</b>										
1990	0	-	0	0	-	0	0	-	-	-
1995	0	-	0,1	0	-	0	0	-	0	-
1996	0	-	0	-	-	-	0	-	-	-
1997	0	-	-	0	-	-	0	-	-	-
1998	0	-	0	0	-	-	0	-	0	-
1999	0	-	-	0	-	-	-	-	0	:
2000	0	-	-	0	-	-	-	0	-	-
2001	0	0	-	0	-	0	-	0	-	-
<b>Malaria</b>										
1990	2,4	0,2	2,3	1,2	0,2	0,4	7,5	0,3	0,9	1,8
1995	2,3	0,1	3,3	1,2	0	0,7	6,3	0,3	1,3	1,5
1996	2,8	0,1	3,6	1,2	0	0,6	8,8	0,4	1,3	1,0
1997	2,9	0,1	4,0	1,2	0,1	0,7	9,2	0,2	1,4	1,9
1998	3,1	3,3	3,4	1,2	0,1	0,9	10,1	0,5	1,6	1,9
1999	3,4	3,6	3,9	1,1	0,2	1,0	12,1	0,5	1,7	4,2
2000	3,7	3,3	3,8	1,0	0,2	1,1	13,6	0,5	1,7	0,9
2001	3,5	3,2	2,9	1,3	0,2	1,2	12,2	0,3	1,7	0,9

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

##### 4.7.19. Incidence des maladies streptococciques

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Choléra</b>										
<b>Streptococcus pneumoniae</b>										
1990	:	6,8	12,5	:	:	:	:	:	:	:
1995	:	11,1	20,6	:	:	0,3	8,6	:	0,3	:
1996	:	15,0	27,0	:	:	0,4	9,0	:	0,3	:
1997	:	13,8	23,1	:	:	0,4	9,4	0,8	0,4	:
1998	:	13,9	17,9	:	:	0,3	8,9	0,5	0,4	:
1999	:	13,7	16,6	:	:	0,3	8,9	0,5	0,5	:
2000	:	13,3	:	1,3	:	0,5	:	0,7	:	:
<b>Streptococcus pyogenes (streptocoque du groupe A)</b>										
1995	:	1,9	:	:	:	0,0	0,5	:	0,1	:
1996	:	2,7	:	:	:	0,0	1,0	:	0,1	:
1997	:	2,5	1,0	:	:	0,1	0,5	:	:	:
1998	:	2,9	0,7	:	:	0,1	0,9	:	:	:
1999	:	2,9	0,8	0,6	:	0,1	:	:	:	:
2000	:	3,8	1,5	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	3,5	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>Streptocoque du groupe B</b>										
1995	:	:	:	:	:	:	2,9	:	:	:
1996	:	:	:	:	:	:	3,0	:	:	:
1997	:	:	:	:	:	:	3,0	:	:	:
1998	:	:	:	:	:	:	3,4	:	:	:
1999	:	:	:	:	:	0	3,2	:	:	:
2000	:	0,8	:	0,1	:	0	:	:	:	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

#### 4. État de santé

(cas pour 100 000 habitants)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
0	-	-	-	-	0	-	-	-	<b>Choléra</b>
0,1	-	0	0	0	0,1	-	0	0	<b>1990</b>
0	-	-	-	-	0,1	-	-	-	<b>1995</b>
0	-	-	-	-	0,1	-	-	0	<b>1996</b>
0	0	-	0	-	0,1	-	0,1	0	<b>1997</b>
0	0	-	0	-	0,1	-	-	-	<b>1998</b>
-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	<b>1999</b>
0	-	-	0	-	0	-	-	-	<b>2000</b>
									<b>2001</b>
									<b>Malaria</b>
1,7	1,5	1,3	:	2,4	3,6	0	1,4	4,4	<b>1990</b>
2,0	1,0	0,8	0,6	1,8	3,5	0	1,8	4,1	<b>1995</b>
2,0	1,1	0,9	0,9	2,1	4,3	0	2,3	4,1	<b>1996</b>
1,4	0,9	0,7	1,1	3,0	4,0	0	2,4	4,5	<b>1997</b>
1,6	1,0	0,8	0,8	2,4	3,5	0,7	2,0	4,8	<b>1998</b>
1,7	1,2	0,8	0,6	2,0	3,4	5,4	1,7	4,4	<b>1999</b>
4,4	0,8	0,8	0,7	1,8	3,5	:	0,7	4,4	<b>2000</b>
3,6	0,9	0,6	0,7	1,8	3,4	1,1	1,7	4,5	<b>2001</b>

NL	A	P	FIN	S	Angleterre	IS	NO	CH	
:	:	:	:	6,7	7,2	:	5,9	:	<b>Streptococcus pneumoniae</b>
:	:	:	9,7	13,7	8,0	:	16,2	:	<b>1990</b>
4,7	:	:	10,5	15,3	9,1	:	20,3	:	<b>1995</b>
4,5	:	:	11,5	13,2	9,9	:	18,6	:	<b>1996</b>
:	:	:	10,9	15,2	9,1	:	20,3	:	<b>1997</b>
:	:	:	11,0	13,0	9,0	:	19,7	3,6	<b>1998</b>
:	:	:	11,6	13,3	:	:	9,9	10,2	<b>1999</b>
									<b>2000</b>
									<b>Streptococcus pyogenes (streptocoque du groupe A)</b>
:	:	:	1,1	3,3	:	:	2,5	:	<b>1995</b>
:	:	:	1,2	2,4	:	:	2,6	:	<b>1996</b>
1,9	:	:	1,6	3,4	:	:	3,7	:	<b>1997</b>
1,4	:	:	2,0	3,5	:	:	4,3	3,6	<b>1998</b>
0,9	:	:	2,2	3,4	1,3	:	5,9	10,3	<b>1999</b>
1,0	:	:	2,2	3,7	1,4	:	:	11,5	<b>2000</b>
1,2	:	:	1,9	3,6	1,4	:	4,6	:	<b>2001</b>
									<b>Streptocoque du groupe B</b>
:	:	:	2,2	:	:	:	2,0	:	<b>1995</b>
:	:	:	2,8	:	:	:	1,4	:	<b>1996</b>
:	:	:	2,7	:	:	:	2,0	:	<b>1997</b>
:	:	:	2,9	:	:	:	1,9	:	<b>1998</b>
:	0	:	3,0	:	:	:	3,0	:	<b>1999</b>
:	:	:	3,0	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 4.7.20. Infections nosocomiales en France et en Espagne (comparaison non corrigée)

	France				Espagne			
	1996		2001		1990		1999	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
<b>Patients infectés</b>	18 885	8,0	21 010	6,9	3 720	9,7	4 170	7,8
Dont:								
<i>dans le même hôpital</i>	15 798	6,7	18 042	5,9	-	-	-	-
<i>dans un autre hôpital</i>	3 087	1,3	2 939	1,0	-	-	-	-
<b>Infections</b>			23 024	7,5	-	-	-	-
Dont:								
<i>contractées dans l'hôpital</i>	-	-	19 640	6,4	-	-	-	-
<i>contractées dans un autre hôpital</i>	-	-	3 353	1,1	-	-	-	-
Infections les plus fréquentes								
	France				Espagne			
	1996		2001		1990		1999	
Escherichia coli	-	-	4 452	23,6	447	16,3	545	16,7
Staphylococcus aureus	-	-	3 913	19,8	307	11,2	214	6,6
Pseudomonas aeruginosa	-	-	2 199	11,1	316	11,5	339	10,4
Enterococcus	-	-	1 178	6,0	212	7,7	290	8,9
Proteus mirabilis	-	-	1 048	5,3	101	3,7	122	3,7
Staphylococcus, coag. nég.	-	-	914	4,6	341	12,4	431	13,2
Candida albicans	-	-	704	3,6	91	3,3	135	4,1
Klebsiella pneumoniae	-	-	601	3,1	65	2,4	74	2,3
Streptococcus autres	-	-	514	2,6	93	3,4	82	2,5
Enterobacter spp.	-	-	768	3,9	88	3,2	102	3,1
Candida autre	-	-	256	1,3	46	1,7	80	2,5
Klebsiella oxytoca	-	-	255	1,3	38	1,4	36	1,1
Morganella	-	-	233	1,2	18	0,7	43	1,3
Acinetobacter	-	-	230	1,2	25	1,9	117	3,6
Serratia	-	-	210	1,1	29	1,1	24	0,7

Source: Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), France, et Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (EPINE), Espagne.

4.7.21. Résultats cumulés des tests de susceptibilité à *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus* invasifs, 1998-2000

Pathogènes	B	DK	D	EL	E	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	IS
<i>S. pneumoniae</i> non sensible à la pénicilline (SPNP)															
Moyennement résistant	143	:	0	:	316	28	13	1	11	0	20	8	18	16	2
Résistant	85	:	1	:	124	14	27	1	4	0	0	7	4	20	0
<i>S. pneumoniae</i> total	1 531	:	210	:	1 344	265	338	27	1 106	33	119	246	1 214	544	77
<b>SPNP (%)</b>	15	:	0	:	33	16	12	7	1	0	17	6	2	7	3
<i>S. aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM)	132	10	54	196	254	324	674	7	8	33	136	3	14	507	1
<i>S. aureus</i> total	602	1 106	633	554	707	812	1 615	65	1 777	153	369	461	1 917	1 385	58
<b>SARM (%)</b>	22	1	9	35	36	40	42	11	0	22	37	1	1	37	2

Source: Eurosurveillance (vol. 6, n° 1, 2001), concernant le système européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARSS).

#### 4.7.22. Incidence du cancer en 1997: taux standardisé par âge pour 100 000 personnes (population type européenne)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>								
Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)	345,1	380,2	364,1	341,1	278,4	322,1	359,5	361,8
Lèvre, cavité buccale, pharynx	12,6	11,9	9,8	12,3	4,9	16,9	24,7	8,4
Œsophage	5,4	4,9	5,9	4,6	1,4	4,3	7,8	8,8
Estomac	15,0	11,2	7,8	16,0	13,0	16,8	9,6	13,9
Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus	45,2	46,1	52,2	50,8	24,5	42,2	43,3	52,8
Foie et voies biliaires intrahépatiques	6,4	2,2	3,5	4,3	12,8	7,8	6,7	2,1
Pancréas	8,3	7,4	10,1	9,3	7,6	6,9	6,1	10,0
Larynx	5,6	7,6	4,4	4,3	5,0	8,8	7,0	3,0
Trachée, bronches et poumons	42,7	55,3	53,9	39,5	44,8	39,8	38,8	43,6
Mélanome de la peau	8,5	7,2	14,5	8,6	3,2	6,6	8,4	12,0
Rein et autres organes urinaires	10,3	9,7	10,0	12,4	7,8	8,7	10,1	8,8
Vessie	15,2	16,5	10,8	11,9	16,8	21,8	13,5	13,1
Cerveau	6,6	8,3	7,2	6,5	11,7	6,5	5,5	7,7
Glande thyroïde	3,8	2,4	2,0	2,9	5,6	3,9	5,1	1,7
Lymphome non hodgkinien	11,4	10,2	11,6	9,8	5,3	10,8	12,2	12,4
Maladie de Hodgkin	2,3	2,1	2,2	2,1	2,7	2,4	2,4	2,4
Myélome multiple	4,3	4,4	4,4	4,1	2,9	3,6	4,8	5,3
Leucémie	9,4	10,3	9,5	9,0	9,8	9,3	10,2	9,9
<b>Hommes</b>								
Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)	419,0	473,1	373,4	413,6	338,1	426,7	460,7	405,9
Lèvre, cavité buccale, pharynx	22,1	20,1	14,6	21,5	7,4	31,4	46,1	13,5
Œsophage	9,3	8,6	9,4	8,2	2,3	8,4	14,7	13,0
Estomac	21,3	16,1	11,0	21,7	17,5	24,3	14,5	19,9
Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus	56,1	55,1	57,7	62,4	27,6	53,3	55,4	65,9
Foie et voies biliaires intrahépatiques	10,1	3,2	5,2	6,7	18,4	11,8	12,0	2,7
Pancréas	10,1	9,1	11,8	11,4	9,5	8,8	7,9	11,6
Larynx	11,3	14,2	7,8	8,6	9,9	18,5	13,9	5,4
Trachée, bronches et poumons	75,7	107,0	69,7	71,4	82,5	80,2	72,6	61,9
Mélanome de la peau	9,3	8,0	13,6	10,5	3,4	7,9	9,5	10,5
Testicules	4,9	4,9	10,5	5,7	3,2	2,3	5,3	4,6
Prostate	69,2	101,5	50,2	75,8	41,4	46,3	86,4	73,7
Rein et autres organes urinaires	14,9	13,2	14,1	18,4	11,4	13,4	14,9	12,9
Vessie	27,7	29,1	18,8	21,2	30,3	42,7	24,7	21,5
Cerveau	8,0	9,9	9,3	7,8	14,3	8,2	6,6	9,5
Glande thyroïde	2,0	1,6	1,3	1,7	2,9	1,7	2,4	1,4
Lymphome non hodgkinien	14,0	12,5	13,5	12,2	6,1	13,4	15,5	14,4
Maladie de Hodgkin	2,7	2,4	2,9	2,5	3,2	2,9	2,9	2,4
Myélome multiple	5,2	5,4	5,8	5,0	3,4	4,2	5,7	6,2
Leucémie	11,9	12,8	12,1	11,4	12,5	11,8	12,8	12,5
<b>Femmes</b>								
Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)	296,8	318,8	366,8	300,1	231,4	242,1	284,7	335,1
Lèvre, cavité buccale, pharynx	4,2	4,4	5,3	4,2	2,7	4,1	5,3	4,0
Œsophage	2,2	1,8	2,9	1,6	0,6	0,8	1,8	5,2
Estomac	10,3	7,5	5,2	12,1	9,2	10,8	5,8	9,0
Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus	36,9	39,4	47,8	42,3	21,9	33,7	34,0	42,2
Foie et voies biliaires intrahépatiques	3,6	1,5	2,2	2,6	8,0	4,4	2,4	1,5
Pancréas	6,8	6,0	8,5	7,6	6,0	5,2	4,5	8,7
Larynx	0,9	1,8	1,4	0,9	0,7	0,4	0,9	0,9
Trachée, bronches et poumons	17,0	14,9	42,1	16,2	12,2	6,9	10,3	28,5
Mélanome de la peau	7,9	6,4	15,8	7,1	2,9	5,6	7,4	13,4
Sein	97,2	116,0	113,2	94,7	70,6	70,0	109,6	96,3
Col de l'utérus	10,5	10,3	14,6	12,1	8,1	7,7	11,6	10,1
Corps de l'utérus	15,8	19,2	18,4	15,5	8,6	15,0	15,5	14,0
Ovaires	14,5	16,8	18,2	15,2	10,0	13,5	12,6	19,8
Rein et autres organes urinaires	6,5	6,9	6,5	7,9	4,7	4,9	6,0	5,3
Vessie	6,0	7,1	4,7	6,1	5,4	5,1	4,6	6,5
Cerveau	5,3	6,9	5,3	5,3	9,3	5,1	4,5	6,0
Glande thyroïde	5,5	3,3	2,8	4,1	8,3	6,0	7,8	2,0
Lymphome non hodgkinien	9,2	8,3	10,1	7,9	4,6	8,5	9,3	10,5
Maladie de Hodgkin	2,0	1,8	1,6	1,8	2,2	1,9	1,9	2,3
Myélome multiple	3,6	3,7	3,2	3,4	2,5	3,2	4,0	4,5
Leucémie	7,5	8,5	7,5	7,2	7,5	7,2	8,1	8,0

Source: EUCAN, Agence internationale de recherche sur le cancer, Lyon.

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
<b>Total</b>								
348,2	364,4	372,5	357,4	314,6	331,5	333,5	355,3	<b>Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)</b>
9,0	14,3	9,1	9,5	12,5	7,2	6,6	7,1	<b>Lèvre, cavité buccale, pharynx</b>
2,9	6,0	5,8	3,6	4,6	3,3	2,7	9,2	<b>Œsophage</b>
20,2	12,9	12,2	18,0	30,2	12,6	8,9	13,3	<b>Estomac</b>
44,2	48,7	50,0	49,6	46,5	33,4	39,8	45,0	<b>Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus</b>
13,2	1,8	1,6	7,8	4,7	3,6	4,3	3,1	<b>Foie et voies biliaires intrahépatiques</b>
9,2	6,6	7,7	12,0	6,8	11,7	7,8	8,7	<b>Pancréas</b>
7,4	4,7	4,4	3,6	9,1	2,1	1,6	3,4	<b>Larynx</b>
44,6	47,2	53,2	39,8	26,5	33,0	23,6	51,9	<b>Trachée, bronches et poumons</b>
7,4	8,5	13,4	10,8	4,5	9,8	16,4	9,2	<b>Mélanome de la peau</b>
10,7	7,8	10,3	14,6	6,1	12,4	9,7	8,6	<b>Rein et autres organes urinaires</b>
17,3	13,7	12,5	17,4	15,1	12,0	15,2	16,2	<b>Vessie</b>
5,9	7,3	6,2	5,9	7,3	6,8	7,0	6,9	<b>Cerveau</b>
5,8	2,2	2,1	4,5	5,7	6,3	3,1	1,8	<b>Glande thyroïde</b>
14,2	9,7	12,0	9,7	13,0	14,4	11,6	11,6	<b>Lymphome non hodgkinien</b>
2,9	0,6	2,0	1,9	2,7	2,6	1,9	2,1	<b>Maladie de Hodgkin</b>
4,6	3,6	4,8	3,3	3,9	4,0	4,4	4,4	<b>Myélome multiple</b>
10,1	10,8	8,1	8,1	8,1	6,9	9,4	9,0	<b>Leucémie</b>
<b>Hommes</b>								
433,0	450,2	434,8	438,5	385,7	398,7	356,9	393,9	<b>Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)</b>
16,0	26,1	12,9	16,0	23,8	11,3	9,1	9,9	<b>Lèvre, cavité buccale, pharynx</b>
5,3	10,4	9,3	7,0	8,5	4,5	4,4	13,3	<b>Œsophage</b>
28,5	17,9	18,8	24,5	42,3	17,9	12,4	19,8	<b>Estomac</b>
55,6	58,9	60,8	64,2	60,5	38,8	47,1	56,2	<b>Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus</b>
20,4	2,5	2,2	12,6	7,5	5,4	5,6	4,2	<b>Foie et voies biliaires intrahépatiques</b>
11,3	7,9	8,2	13,5	8,7	14,0	8,3	10,2	<b>Pancréas</b>
15,3	9,9	8,1	7,2	18,8	4,3	3,0	6,1	<b>Larynx</b>
85,4	87,0	91,5	67,9	50,6	62,0	31,4	75,3	<b>Trachée, bronches et poumons</b>
8,9	9,0	11,8	11,9	3,9	10,3	16,9	8,4	<b>Mélanome de la peau</b>
4,0	4,2	4,8	7,8	3,2	2,9	6,3	5,7	<b>Testicules</b>
53,9	87,3	84,6	94,8	53,4	116,0	102,2	64,2	<b>Prostate</b>
16,4	10,9	13,9	19,6	9,0	17,4	12,2	11,9	<b>Rein et autres organes urinaires</b>
33,2	24,3	23,0	31,7	25,8	23,6	25,4	27,0	<b>Vessie</b>
7,3	9,1	7,4	7,7	9,5	7,5	8,1	8,5	<b>Cerveau</b>
3,0	0,0	1,2	2,9	2,8	3,4	2,1	1,1	<b>Glande thyroïde</b>
17,5	13,2	14,4	11,5	17,0	16,8	13,3	13,7	<b>Lymphome non hodgkinien</b>
3,2	1,2	2,3	2,0	3,2	3,4	2,1	2,4	<b>Maladie de Hodgkin</b>
5,5	4,5	6,1	3,6	4,8	4,2	5,3	5,4	<b>Myélome multiple</b>
12,9	16,3	10,8	10,3	10,0	8,7	11,5	11,2	<b>Leucémie</b>
<b>Femmes</b>								
291,4	307,6	338,4	307,3	265,1	302,1	326,0	336,6	<b>Tous types sauf peau (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanocytiques)</b>
3,1	3,5	5,8	3,8	2,9	4,0	4,3	4,6	<b>Lèvre, cavité buccale, pharynx</b>
1,0	2,2	3,0	1,0	1,4	2,3	1,3	5,9	<b>Œsophage</b>
13,9	9,3	7,1	13,9	20,8	9,5	6,2	8,2	<b>Estomac</b>
35,7	41,0	41,9	39,5	36,0	29,7	34,1	36,2	<b>Côlon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus</b>
7,5	1,2	1,1	4,2	2,5	2,4	3,3	2,1	<b>Foie et voies biliaires intrahépatiques</b>
7,5	5,5	7,4	10,6	5,3	9,8	7,4	7,5	<b>Pancréas</b>
0,9	0,2	1,3	0,6	1,0	0,4	0,5	1,1	<b>Larynx</b>
13,1	16,1	24,5	19,4	7,6	13,4	17,3	34,6	<b>Trachée, bronches et poumons</b>
6,1	8,2	15,2	10,0	5,1	9,6	16,4	10,1	<b>Mélanome de la peau</b>
93,4	99,7	120,0	90,1	73,8	102,3	107,3	108,3	<b>Sein</b>
9,1	4,2	8,2	11,2	17,3	5,1	10,8	10,2	<b>Col de l'utérus</b>
16,9	32,0	16,6	18,1	17,8	20,6	22,1	14,3	<b>Corps de l'utérus</b>
11,1	15,4	15,8	16,7	9,9	16,1	20,4	18,9	<b>Ovaires</b>
6,0	5,4	7,2	10,6	3,8	8,4	7,6	6,0	<b>Rein et autres organes urinaires</b>
5,4	6,2	4,9	7,8	7,1	4,6	7,1	8,2	<b>Vessie</b>
4,7	5,6	5,2	4,4	5,4	6,2	6,0	5,5	<b>Cerveau</b>
8,4	4,2	2,9	5,9	8,3	9,2	4,1	2,5	<b>Glande thyroïde</b>
11,3	6,8	10,0	8,3	9,6	12,4	10,1	9,7	<b>Lymphome non hodgkinien</b>
2,6	0,0	1,7	1,7	2,3	2,0	1,7	1,8	<b>Maladie de Hodgkin</b>
4,0	3,0	3,8	3,1	3,2	3,8	3,6	3,6	<b>Myélome multiple</b>
8,0	6,4	6,0	6,4	6,6	5,9	7,7	7,2	<b>Leucémie</b>

## 4.7.25. Survie et prévalence totale pour certains types de cancer, vers 1990

Survie <sup>(1)</sup>	Mélanome											Tous néoplasmes malins <sup>(2)</sup>
	Estomac	Colo-n	Rectum	Poumon	de la peau	Sein	Col de l'utérus	Corps de l'utérus	Prostate	Maladie de Hodgkin	Leucémie	
DK	13,3	41,2	39,7	5,7	78,5	70,6	64,2	75,6	41,0	69,6	27,6	38,6
FIN	19,7	49,0	47,7	10,2	80,6	78,4	60,4	75,9	61,6	73,8	33,6	44,1
IS	23,5	47,6	:	12,2	75,4	79,2	84,7	76,9	66,2	:	21,8	48,9
S, registres	17,4	53,6	50,4	9,0	87,6	80,6	68,0	82,2	64,7	72,3	32,7	52,1
Angl., registres	11,8	41,2	40,5	7,0	78,2	66,7	62,6	72,9	44,3	71,7	28,5	37,0
Écosse	10,7	41,1	37,4	6,2	82,5	65,0	59,0	70,2	47,2	65,8	26,1	33,7
A, registres	26,9	48,5	50,6	11,0	89,3	63,2	68,7	80,7	54,4	:	42,0	48,3
D, registres	25,5	49,8	43,5	9,4	76,1	71,7	64,1	73,0	67,6	72,0	39,0	44,7
NL, registres	19,3	57,1	53,0	11,6	80,5	74,4	67,8	83,7	55,3	:	32,5	42,2
CH, registres	22,8	50,8	52,1	10,3	88,6	79,6	67,2	76,6	71,4	75,9	40,3	48,5
F, registres	24,8	52,9	48,4	11,9	77,4	80,3	64,1	74,7	61,7	75,9	47,2	45,2
I, registres	23,2	47,0	43,5	8,8	67,7	76,7	64,0	72,9	47,4	70,6	26,6	41,0
E, registres	26,4	49,5	43,2	:	78,8	70,4	61,8	73,0	54,5	:	39,4	43,4
Registres européens <sup>(3)</sup>	21,1	46,7	42,7	9,1	76,0	72,5	61,8	73,2	55,7	71,7	34,3	41,0
Prévalence <sup>(4)</sup>	Mélanome											Tous néoplasmes malins <sup>(2)</sup>
	Estomac	Colo-n	Rectum	Poumon	de la peau	Sein	Col de l'utérus	Corps de l'utérus	Prostate	Maladie de Hodgkin	Leucémie	
DK	13,9	90,6	64,0	51,0	95,9	599,1	131,8	151,2	111,5	19,3	32,9	1 452,5
FIN	36,7	61,7	41,0	47,3	72,7	529,4	22,6	119,8	174,8	17,8	31,8	1 204,9
IS	57,4	90,4	30,3	52,3	58,3	666,8	95,6	141,5	263,9	18,2	25,4	1 593,3
S, registres	22,1	98,4	59,6	33,4	140,8	620,0	85,9	129,2	233,9	16,9	33,9	1 638,4
Angl., registres	17,7	76,3	50,8	50,8	50,4	554,4	93,7	87,9	106,0	20,5	27,6	1 202,2
Écosse	20,6	91,4	47,9	70,0	64,6	539,9	93,3	69,7	111,0	20,4	29,7	1 299,0
A, registres	70,0	85,1	52,5	49,0	129,7	478,2	141,3	134,1	235,3	23,2	34,8	1 676,7
D, registres	41,6	103,0	66,8	50,1	50,7	500,6	84,6	125,6	154,0	18,2	31,3	1 388,1
NL, registres	35,5	112,2	67,4	81,8	59,6	612,6	47,1	110,9	151,8	15,3	25,9	1 331,8
CH, registres	26,8	90,0	63,8	56,5	96,2	636,9	44,3	137,4	215,4	16,5	33,5	1 447,9
F, registres	27,5	92,9	64,4	91,9	30,8	585,1	80,4	91,4	168,2	20,2	40,1	1 560,5
I, registres	61,7	96,5	54,3	56,1	39,2	553,6	60,4	109,9	93,3	25,7	28,8	1 379,2
E, registres	49,4	67,8	45,4	46,4	30,7	385,9	61,7	98,0	87,1	20,3	25,5	1 175,4
Registres européens <sup>(3)</sup>	30,5	78,1	52,4	54,4	55,0	503,9	88,2	108,3	113,6	19,8	28,4	1 252,8

(1) Source: Étude Eurocare 2. Survie relative à cinq ans corrigée selon l'âge (pourcentage), période d'incidence 1988-1992.

(2) À l'exclusion du cancer de la peau non mélanocytaire.

(3) Y compris les registres de l'Estonie, la Pologne, la Slovaquie et la Slovénie.

(4) Source: Étude Europrevail. Prévalence totale au 31 décembre 1992; corrigée selon l'âge, proportion pour 100 000.



**4.7.26. Nombre de cas (N) par type de naissance et taux de prévalence totale pour 10 000 naissances, 28 registres membres d'Eurocat combinés <sup>(1)</sup>, 1980-1999**

	Naissances vivantes	Décès intra-utérins <sup>(2)</sup>	Interruption de grossesse <sup>(2)</sup>	Total	
	LB	FD	IA	LB + FD + IA	
	N	N	N	N	Taux <sup>(3)</sup>
<b>Système nerveux</b>	<b>6 943</b>	<b>1 250</b>	<b>5 196</b>	<b>13 389</b>	<b>22,01</b>
Anomalies du tube neural	2 613	759	3 244	6 616	10,88
Anencéphalie et autres anomalies du système nerveux	368	463	1 661	2 492	4,10
Encéphalocèle	351	81	372	804	1,32
Spina bifida	1 894	215	1 211	3 320	5,46
Hydrocéphalie	1 645	302	1 165	3 112	5,12
Microcéphalie	1 123	70	122	1 315	2,55
Arhinencéphalie/holoprosencéphalie	205	56	303	564	1,09
<b>Œil</b>	<b>2 870</b>	<b>102</b>	<b>204</b>	<b>3 176</b>	<b>5,22</b>
Anophtalmie/microphthalmie	619	50	120	789	1,30
Anophthalmos	117	20	37	174	0,29
Microthalmos	502	30	83	615	1,01
Cataracte	558	4	18	580	0,95
<b>Oreille</b>	<b>4 210</b>	<b>134</b>	<b>258</b>	<b>4 602</b>	<b>7,57</b>
Anotie/microtie	514	20	43	577	0,95
Anotie	119	6	18	143	0,24
Microtie	395	14	25	434	0,71
<b>Cardiopathies congénitales</b>	<b>29 294</b>	<b>848</b>	<b>2 595</b>	<b>32 737</b>	<b>53,82</b>
Anomalies des cavités cardiaques et de l'implantation des vaisseaux du cœur	2 595	114	348	3 057	5,03
Tronc artériel commun	341	37	68	446	0,86
Transposition des gros vaisseaux (complète)	1 167	21	82	1 270	2,45
Ventricule unique	430	37	98	565	0,93
Malformations du septum cardiaque	19 735	513	1 490	21 738	35,74
Communication interventriculaire	12 803	315	798	13 916	22,88
Communication interauriculaire	6 119	131	291	6 541	10,75
Canal atrioventriculaire complet	1 516	73	400	1 989	3,27
Tétralogie de Fallot	1 358	36	118	1 512	2,49
Malformations des valves	4 908	152	575	5 635	9,26
Atrésie et sténose tricuspide	513	18	69	600	0,99
Maladie d'Ebstein	158	12	14	184	0,30
Atrésie/sténose de la valve pulmonaire	582	17	41	640	1,05
Hypoplasie du cœur gauche	898	40	325	1 263	2,08
Malformations des grandes artères et veines	6 447	176	417	7 040	11,57
Coarctation de l'aorte	1 652	47	100	1 799	2,96
<b>Fente labiale avec ou sans fente palatine</b>	<b>4 696</b>	<b>211</b>	<b>470</b>	<b>5 377</b>	<b>9,07</b>
<b>Fente palatine</b>	<b>3 080</b>	<b>119</b>	<b>227</b>	<b>3 426</b>	<b>5,78</b>
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>10 027</b>	<b>435</b>	<b>1 011</b>	<b>11 473</b>	<b>18,86</b>
Fistule œsophago-trachéale — atrésie et sténose congénitales de l'œsophage	1 593	70	122	1 785	2,93
Absence, atrésie et/ou sténose congénitales de l'intestin grêle	1 234	51	97	1 382	2,27
Absence, atrésie et/ou sténose duodénale	591	30	59	680	1,31
Absence, atrésie et/ou sténose d'autres parties de l'intestin grêle	372	8	19	399	0,77
Atrésie et sténose congénitales du rectum ou de l'anus	1 475	92	200	1 767	3,12
<b>Système urogénital interne — ovaires, utérus et système rénal</b>	<b>12 953</b>	<b>682</b>	<b>2 352</b>	<b>15 987</b>	<b>26,28</b>
Agénésie rénale bilatérale	527	168	520	1 215	2,05
Maladie kystique rénale	1 823	107	625	2 555	4,92
Hydronéphrose congénitale	4 054	83	304	4 441	7,30
Exstrophie de la vessie	190	9	49	248	0,41
<b>Système génital externe</b>	<b>7 635</b>	<b>143</b>	<b>313</b>	<b>8 091</b>	<b>13,30</b>
Hypospadias	5 788	24	46	5 858	10,62
Hermaphrodisme	291	49	68	408	0,79
<b>Membres</b>	<b>22 075</b>	<b>656</b>	<b>1 712</b>	<b>24 443</b>	<b>40,18</b>
Anomalies réductionnelles des membres	2 710	194	536	3 440	5,66
Anomalies réductionnelles — membre supérieur	1 739	139	377	2 255	3,71
Absence complète de membre supérieur	38	14	21	73	0,12
Absence du bras et de l'avant-bras, mais main présente	40	5	9	54	0,09
Absence de l'avant-bras et de la main	139	7	25	171	0,28

#### 4. État de santé

(suite)

	Naissances vivantes	Décès intra- utérins <sup>(?)</sup>	Interruption de grossesse <sup>(?)</sup>	Total	
	LB N	FD N	IA N	LB + FD + IA N	Taux <sup>(*)</sup>
Absence de la main et des doigts	667	57	113	837	1,38
Raccourcissement du bras	580	52	172	804	1,32
Raccourcissement du membre inférieur	861	72	207	1 140	1,87
Absence complète de membre inférieur	31	5	22	58	0,10
Absence de la jambe et de la jambe inférieure, mais pied présent	27	4	14	45	0,07
Absence de la jambe inférieure et du pied	18	3	8	29	0,05
Absence du pied et des orteils	244	23	40	307	0,50
Raccourcissement de la jambe	301	18	68	387	0,64
Polydactylie	4 658	117	289	5 064	8,95
Syndactylie	3 613	110	209	3 932	6,95
<b>Maladies du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif</b>	<b>11 350</b>	<b>856</b>	<b>2 762</b>	<b>14 968</b>	<b>24,61</b>
Atrésie des choanes	444	4	17	465	0,76
Craniosynostose	759	16	32	807	1,33
Syndrome de Pierre Robin	568	5	7	580	0,95
Dysostose mandibulo-faciale (Treacher-Collins et Franceschetti)	82	7	1	90	0,15
Syndrome de Hallerman-Streiff	6	0	0	6	0,01
Syndrome de Goldenhar	133	2	4	139	0,23
Chondrodystrophies et ostéodystrophies	808	73	412	1 293	2,13
Hernie diaphragmatique	1 181	74	234	1 489	2,87
Omphalocèle	826	164	594	1 584	2,60
Laparoschisis	605	64	172	841	1,38
Syndrome de «Prune Belly»	77	11	94	182	0,30
<b>Maladies chromosomiques</b>	<b>9 214</b>	<b>670</b>	<b>6 580</b>	<b>16 464</b>	<b>27,07</b>
Syndrome de Down (trisomie 21)	6 591	231	3 400	10 222	16,81
Syndrome de Patau (trisomie 13)	259	60	356	675	1,30
Syndrome d'Edward (trisomie 18)	511	172	945	1 628	3,14
Autres trisomies et trisomies partielles sur un autosome	464	61	540	1 065	1,75
Monosomies et délétions sur un autosome	368	16	149	533	0,88
Syndrome de Turner	309	86	594	989	1,63
Syndrome de Klinefelter	188	9	225	422	0,69
<b>Nombre total de cas (registres des membres)</b>	<b>112 550</b>	<b>3 893</b>	<b>15 574</b>	<b>132 017</b>	<b>217,04</b>

(<sup>1</sup>) Mayence: microcéphalie non comprise.

L'Italie du Nord-Est n'enregistre pas les cas de microcéphalie, d'arhinencéphalie/holoprosencéphalie, de maladie kystique rénale, d'hermaphrodisme, de hernie diaphragmatique, de syndrome de Patau (trisomie 13) et syndrome d'Edward (trisomie 18) et n'utilise pas le code standard pour les cas (non inclus) de tronc artériel commun, de transposition des gros vaisseaux (complète), d'absence, d'atrésie et/ou de sténose congénitales du duodenum et d'absence, d'atrésie et/ou de sténose d'autres parties de l'intestin grêle.

La Sicile du Sud-Est n'utilise pas le code standard pour les cas (non inclus) de fente labiale avec ou sans fente palatine, de fente palatine, d'agénésie rénale bilatérale.

North Thames (ouest) (Royaume-Uni: Angleterre) n'enregistre pas les cas d'hypospadias, de polydactylie et de syndactylie.

(<sup>2</sup>) FD = décès intra-utérin après 20 semaines de gestation.

(<sup>3</sup>) IA = interruption de grossesse à la suite d'un diagnostic prénatal.

(<sup>4</sup>) Taux de prévalence totale = (LB (anomalie) + FD (anomalie) + IA (anomalie))/(LB (population) + enfants mort-nés (SB) (population)) x 10 000.

Source: Eurocat Report 8: Surveillance of Congenital Anomalies 1980-1999, University of Ulster, 2002.

#### 4.7.27. Nombre total de cas d'anomalies congénitales par type de naissance et taux de prévalence par registre, 1980-1999

Registre	Nombre de cas				Taux de prévalence pour 10 000 naissances <sup>(1)</sup>		
	Naissances vivantes	Décès intra-utérins <sup>(2)</sup>	Interruptions de grossesse <sup>(2)</sup>	Total	Naissances vivantes <sup>(4)</sup>	Naissances vivantes et décès intra-utérins	Naissances vivantes, décès intra-utérins et interruptions de grossesse
	LB	FD	IA	LB + FD + IA	LB	LB + FD	LB + FD + IA
Styrie (A) 1985-1999	4 902	109	371	5 382	255,7	260,5	279,8
Anvers (B) 1990-1999	2 491	43	200	2 734	-	233,0	251,4
Hainaut (B) 1980-1999	4 888	179	476	5 543	229,4	236,4	258,6
Bulgarie 1980-1999	665	40	40	745	175,2	184,3	190,4
Croatie 1983-1999	1 697	22	15	1 734	165,3	166,5	167,9
Odense (DK) 1980-1999	2 177	101	166	2 444	206,7	215,2	230,9
Paris (F) 1981-1999	15 624	685	4 346	20 655	225,3	233,4	295,6
Strasbourg (F) 1982-1998	6 310	182	811	7 303	280,9	287,3	323,2
Mayence (D) <sup>(5)</sup> 1990-1999	1 337	59	105	1 501	356,8	367,7	395,3
Saxe-Anhalt (D) 1987-1999	3 032	107	344	3 476	213,1	219,4	243,0
Dublin (IRL) 1980-1999	10 110	562		10 672	242,0	253,8	253,8
Galway (IRL) 1981-1999	870	40		910	160,7	166,9	166,9
Campanie (I) 1996-1999	2 927	20	569	3 516	149,8	150,3	179,3
Émilie-Romagne (I) 1981-1999	7 175	66	108	7 349	161,9	162,6	165,0
Nord-est de l'Italie <sup>(6)</sup> 1981-1999	8 835	137	1 477	10 449	99,2	100,3	116,8
Sud-est de la Sicile (I) 1991-1998	2 522	34		2 556	-	167,9	168,0
Toscane (I) 1980-1999	5 506	107	712	6 325	180,4	183,1	206,4
Malte 1986-1999	1 618	60		1 678	228,3	235,2	235,2
Nord des Pays-Bas 1981-1999	6 646	218	389	7 253	232,0	238,3	251,8
Sud du Portugal 1990-1999	1 215	58	87	1 360	108,6	113,0	120,8
Asturies (E) 1990-1999	1 431	33	247	1 711	208,9	212,5	248,3
Barcelone (E) 1992-1999	1 309	57	428	1 794	132,6	137,6	180,8
Pays basque (E) 1990-1998	2 291	47	502	2 840	159,5	162,0	196,8
Vaud (CH) 1989-1999	2 710	58	428	3 196	322,1	327,7	378,4
Glasgow (UK: Écosse) 1980-1999	6 710	285	749	7 744	277,1	287,1	317,9
Mersey (UK: Angleterre) 1995-1999	2 292	123	592	3 007	164,7	172,7	215,0
North Thames (Ouest) (UK: Angleterre) <sup>(7)</sup> 1991-1999	3 751	393	2 065	6 209	-	97,4	145,9
Wales (UK: pays de Galles) 1998-1999	1 509	75	347	1 931	230,2	240,5	293,1
<b>Total (registres membres)</b>	<b>112 550</b>	<b>3 893</b>	<b>15 574</b>	<b>132 017</b>	<b>186,0</b>	<b>191,5</b>	<b>217,0</b>
<b>Registres associés</b>							
Finlande 1993-1999	11 750	316	1 471	13 537	274,6	280,9	315,1
Centre-est de la France 1980-1999	24 160	520	3 966	28 646	128,2	130,2	151,1
Norvège 1980-1998	32 538	961	639	34 138	304,9	311,1	317,0
ECEMC (E) 1980-1999	26 343	566		26 909	174,7	177,2	177,2
<b>Total (registres associés)</b>	<b>94 791</b>	<b>2 363</b>	<b>6 074</b>	<b>103 230</b>	<b>202,2</b>	<b>197,5</b>	<b>209,8</b>
<b>Total (tous les registres)</b>	<b>207 341</b>	<b>6 256</b>	<b>21 648</b>	<b>235 245</b>	<b>189,5</b>	<b>194,1</b>	<b>213,8</b>

<sup>(1)</sup> Décès intra-utérins après 20 semaines de gestation.

<sup>(2)</sup> Interruption de grossesse à la suite d'un diagnostic prénatal.

<sup>(3)</sup> Pour LB = (anomalie LB)/(population LB); pour LB + FD = (anomalie LB + anomalie FD)/(LB + population d'enfants mort-nés (SB)); pour LB + FD + IA = (anomalie LB + anomalie FD + anomalie IA)/(population LB + SB).

<sup>(4)</sup> Le total des registres membres comprend Anvers (B), le sud-est de la Sicile (I) et North Thames (Ouest) (UK: Angleterre), le nombre total des naissances remplaçant le nombre de naissances vivantes.

<sup>(5)</sup> Microcéphalie non comprise.

<sup>(6)</sup> N'enregistre pas les cas de microcéphalie, d'arhinencéphalie/holoprosencéphalie, de maladie kystique rénale, d'hermaphroditisme, de hernie diaphragmatique, de syndrome de Patau (trisomie 13), de syndrome d'Edward (trisomie 18).

<sup>(7)</sup> N'enregistre pas les cas d'hypospadias, de polydactylie et de syndactylie.

Source: Eurocat Report 8: Surveillance of Congenital Anomalies 1980-1999, University of Ulster, 2002.

#### 4.7.29. Taux d'accidents coronariens, accidents coronariens mortels et évolutions annuelles; adultes âgés de 35 à 64 ans, par sexe, années 80 et début des années 90

Population	Années d'enregistrement	Taux d'accidents coronariens <sup>(1)</sup>		Accidents coronariens mortels <sup>(2)</sup>		Évolution annuelle du taux d'accidents coronariens (%)		Évolution annuelle des accidents coronariens mortels (%)	
		H	F	H	F	H	F	H	F
B (Charleroi)	1983-1992	487	118	50,1	59,3	0,3	1,1	-1,8	-1,8
B (Gand)	1983-1992	346	77	47,4	58,0	-3,2	-3,0	-1,6	-1,8
DK (Glostrup)	1982-1991	517	140	52,5	58,0	-4,2	-2,5	1,5	2,5
FIN (Kuopio)	1983-1992	718	124	45,7	38,7	-6,0	-4,5	1,0	1,0
FIN (Carélie du Nord)	1983-1992	835	145	48,1	41,3	-6,5	-5,1	-0,5	-0,2
FIN (Turku/Loimaa)	1983-1992	549	94	48,5	48,9	-4,2	-4,5	-0,2	-1,9
F (Lille)	1985-1994	298	64	58,7	69,5	-1,1	-1,6	-0,3	0,8
F (Strasbourg)	1985-1993	292	64	49,0	57,1	-3,9	-6,6	-1,7	-2,3
F (Toulouse)	1985-1993	233	36	40,0	59,8	-2,1	-1,7	-3,8	-3,6
D (Augsbourg)	1985-1994	286	63	55,1	64,6	-3,2	0,9	1,3	-2,9
D (Brême)	1985-1992	361	81	49,6	52,0	-3,4	0,7	-0,9	-2,2
D (Allemagne de l'Est)	1985-1993	370	78	50,0	62,8	-0,5	2,5	1,7	-1,0
IS (Islande)	1981-1994	486	99	36,9	34,1	-4,7	-3,7	-2,1	-1,0
I (Brianza)	1985-1994	279	42	40,7	52,5	-2,3	-3,5	-0,8	-4,8
I (Frioul)	1984-1993	253	47	45,1	49,9	-0,9	-0,8	-2,0	-2,0
E (Catalogne)	1985-1994	210	35	36,7	45,5	1,8	2,0	-1,7	1,5
S (Göteborg)	1984-1994	363	84	43,6	45,4	-4,2	-3,7	0,3	1,2
S (nord de la Suède)	1985-1995	509	119	36,1	34,4	-5,1	-2,4	-2,9	0,4
CH (Tessin)	1985-1993	290	:	33,5	:	-2,6	:	-4,2	:
CH (Vaud/Fribourg)	1985-1993	231	:	38,4	:	-3,6	:	-3,0	:
UK (Belfast)	1983-1993	695	188	41,0	41,5	-1,4	0,2	-1,3	-2,1
UK (Glasgow)	1985-1994	777	265	48,2	46,4	0,4	2,8	-0,4	0,5

(<sup>1</sup>) Accidents coronariens (non mortels: infarctus du myocarde avec survie 28 jours après la survenue; mortels: décès dus à une coronaropathie dans les 28 jours après la survenue) pour 100 000 habitants, corrigés selon l'âge.

(<sup>2</sup>) Accidents mortels/accidents coronariens en pourcentage.

Source: Tunstall-Pedoe e.a. (1999); extrait d'*European cardiovascular disease statistics*, édition 2000.

#### 4.7.30. Nombre de personnes atteintes de diabète sucré: total estimé pour 1994 et projections pour 2000 et 2010

(en milliers et pourcentage)

	1995			2000			% augmentation 1995-2000			2010			% augmentation 2000-2010		
	Total	IDDM	NIDDM	Total	IDDM	NIDDM	Total	IDDM	NIDDM	Total	IDDM	NIDDM	Total	IDDM	NIDDM
EU-15	12 708,8	878,6	11 830,2	15 617,4	831,6	14 785,8	22,9	-5,3	25,0	19 663,8	803,8	18 860,0	25,9	-3,3	27,6
B	233,3	20,2	213,1	358,6	19,2	339,4	53,7	-5,0	59,3	517,0	18,7	498,3	44,2	-2,6	46,8
DK	194,8	23,0	171,8	220,1	25,0	195,1	13,0	8,7	13,6	267,4	26,0	241,4	21,5	4,0	23,7
D	2 900,1	184,6	2 715,5	3 527,5	174,0	3 353,5	21,6	-5,7	23,5	4 413,5	168,8	4 244,7	25,1	-3,0	26,6
EL	483,7	12,9	470,8	525,8	11,8	514,0	8,7	-8,5	9,2	579,6	11,3	568,3	10,2	-4,2	10,6
E	1 744,1	92,1	1 652,0	1 828,8	84,4	1 744,4	4,9	-8,4	5,6	1 939,1	79,7	1 859,4	6,0	-5,6	6,6
F	1 240,6	93,3	1 147,3	1 965,2	88,8	1 876,4	58,4	-4,8	63,5	2 869,7	85,4	2 784,3	46,0	-3,8	48,4
IRL	62,6	17,0	45,6	102,6	15,7	86,9	63,9	-7,6	90,6	161,8	14,8	147,0	57,7	-5,7	69,2
I	2 724,8	89,2	2 635,6	2 905,8	81,6	2 824,2	6,6	-8,5	7,2	3 249,3	76,7	3 172,6	11,8	-6,0	12,3
L	14,3	1,0	13,3	17,0	1,0	16,0	18,9	0,0	20,3	22,0	1,1	20,9	29,4	10,0	30,6
NL	486,2	37,8	448,4	610,4	36,2	574,2	25,5	-4,2	28,1	821,9	34,9	787,0	34,6	-3,6	37,1
A	269,1	13,2	255,9	322,8	12,7	310,1	20,0	-3,8	21,2	421,3	12,5	408,8	30,5	-1,6	31,8
P	444,2	12,6	431,6	458,3	13,7	444,6	3,2	8,7	3,0	477,8	14,4	463,4	4,3	5,1	4,2
FIN	280,4	37,4	243,0	272,8	35,4	237,4	-2,7	-5,3	-2,3	273,1	34,2	238,9	0,1	-3,4	0,6
S	353,8	44,0	309,8	448,6	42,4	406,2	26,8	-3,6	31,1	582,5	41,9	540,6	29,8	-1,2	33,1
UK	1 276,8	200,3	1 076,5	2 053,1	189,7	1 863,4	60,8	-5,3	73,1	3 067,8	183,4	2 884,4	49,4	-3,3	54,8
IS	7,7	0,7	7,0	10,7	0,7	10,0	39,0	0,0	42,9	15,8	0,7	15,1	47,7	0,0	51,0
NO	145,4	19,3	126,1	167,2	18,8	148,4	15,0	-2,6	17,7	213,3	18,5	194,8	27,6	-1,6	31,3
CH	241,1	10,5	230,6	295,4	10,2	285,2	22,5	-2,9	23,7	391,5	10,1	381,4	32,5	-1,0	33,7

NB: IDDM = Insulin-dependent diabetes mellitus (type I).

NIDDM = Non-insulin-dependent diabetes mellitus (type II).

Sources: Amos, McCarty et Zimmet, International Diabetes Institute and WHO Collaborating Centre of the Epidemiology of Diabetes Mellitus (1997).

#### 4.7.32. Maladies professionnelles reconnues dans l'UE — Nombre total de cas et incidence par million, 1995

	Nombre de cas	Incidence par million
<b>Tous les cas EODS</b>	57 414	386,9
Maladies provoquées par les isocyanates	301	2,0
Maladies provoquées par le cadmium ou ses composés	13	0,1
Maladies provoquées par le chrome ou ses composés	276	1,9
Maladies provoquées par le mercure ou ses composés	29	0,2
Maladies provoquées par le manganèse ou ses composés	7	0,0
Maladies provoquées par le nickel ou ses composés	325	2,2
Maladies provoquées par le plomb ou ses composés	200	1,3
Maladies provoquées par le sulfure de carbone	18	0,1
Maladies provoquées par le benzène ou ses homologues (les homologues du benzène sont définis par la formule: C <sub>n</sub> H <sub>2n-6</sub> )	259	1,7
Maladies provoquées par les dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques	109	0,7
Maladies de la peau et cancers cutanés dus aux sous-produits de la distillation de la houille	30	0,2
Affections cutanées provoquées dans le milieu professionnel par des substances allergisantes ou irritatives scientifiquement reconnues non considérées sous d'autres positions	8 767	59,1
Silicose	4 381	29,5
Asbestose	3 894	26,2
Mésotéliome consécutif à l'inhalation des poussières d'amiante	1 446	9,7
Pneumoconioses dues aux poussières de silicates	488	3,3
Complication de l'asbestose par le cancer bronchique	987	6,7
Affections broncho-pulmonaires dues aux poussières de métaux frittés	57	0,4
Troubles respiratoires de caractère allergique provoqués par l'inhalation de substances allergisantes reconnues chaque fois comme telles et inhérentes au type de travail	4 543	30,6
Affections respiratoires provoquées par l'inhalation de poussières de cobalt, d'étain, de baryum et de graphite	9	0,1
Maladies infectieuses ou parasitaires transmises à l'homme par des animaux ou débris d'animaux	461	3,1
Brucellose	242	1,6
Hépatite virale	501	3,4
Tuberculose	458	3,1
Cataracte provoquée par le rayonnement thermique	22	0,1
Hypoacousie ou surdité provoquée par le bruit lésionnel	18 419	124,1
Maladies ostéo-articulaires des mains et des poignets provoquées par les vibrations mécaniques	2 539	17,1
Maladies angioneurotiques provoquées par les vibrations mécaniques	2 454	16,5
Maladies des bourses périarticulaires dues à la pression	2 305	15,5
Paralysies des nerfs dues à la pression	3 392	22,9
Maladies provoquées par des radiations ionisantes	482	3,2
Maladies provoquées par des agents chimiques	1 567	10,6
Maladies de l'appareil respiratoire	15 805	106,5
Maladies infectieuses et parasitaires	1 662	11,2
Maladies provoquées par des agents physiques	29 613	199,5

Source: Eurostat/EODS (statistiques européennes des maladies professionnelles).

#### 4.7.34. Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail <sup>(1)</sup> autres que des accidents, Europe, 1998-1999

Groupe de population/diagnostic	Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail								
	Toutes (avec ou sans arrêt de travail)				Avec arrêt de travail				
	EU-11 <sup>(2)</sup>		EU-15 (estimation) <sup>(3)</sup>		Plus de 3 jours		2 semaines ou plus		
	et HU		% du total population		EU-15 (estimation) <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>		EU-15 (estimation) <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup>		
				%		%			
		Nombre	Nombre	Tous groupe	Nombre	du total	Nombre	du total	
				de population					
<b>Total — Tous groupes de diagnostic et de population</b>	<b>6 012 672</b>	<b>7 711 906</b>	<b>100</b>		<b>2 953 543</b>	<b>100</b>	<b>2 063 482</b>	<b>100</b>	
Dont: hommes	3 280 617	4 174 268	54						
femmes	2 732 055	3 537 638	46						
personnes ayant plus d'un problème de santé			12						
<b>Groupe de diagnostic</b>									
Troubles du système ostéo-articulaire	3 192 147	4 094 276	53		1 472 563	50	1 015 146	49	
Stress, dépression, anxiété	1 091 389	1 399 825	18		669 328	23	533 066	26	
Troubles pulmonaires	457 743	587 105	8		207 211	7	116 982	6	
Troubles cardiovasculaires	249 050	319 434	4		101 528	3	83 796	4	
Maux de tête, fatigue visuelle	204 631	262 462	3		74 932	2	33 739	2	
Troubles auditifs	161 412	207 028	3		50 257	2	38 512	2	
Maladies infectieuses	152 964	196 193	2		127 656	4	60 270	3	
Problèmes cutanés	152 238	195 262	2		56 183	2	34 024	2	
Autres	351 098	450 321	6		193 885	7	147 947	7	
<b>Actifs <sup>(4)</sup></b>	<b>4 323 909</b>	<b>5 545 884</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>2 953 543</b>	<b>100</b>	<b>2 063 482</b>	<b>100</b>	
Dont: troubles du système ostéo-articulaire	2 176 721	2 791 882	36	50	1 472 563	50	1 015 146	49	
stress, dépression, anxiété	949 620	1 217 991	16	22	669 328	23	533 066	26	
troubles pulmonaires	288 616	370 181	5	7	207 211	7	116 982	6	
moins de 45 ans	2 389 606	3 064 930	40	55	1 608 207	54	1 054 503	51	
de 45 à 64 ans	1 883 999	2 416 434	31	44	1 310 543	44	983 781	48	
65 ans et plus	50 304	64 520	1	1	34 793	1	25 198	1	
<b>Inactifs ayant antérieurement travaillé</b>	<b>1 688 763</b>	<b>2 166 022</b>	<b>28</b>	<b>100</b>					
Dont: troubles du système ostéo-articulaire	1 015 426	1 302 394	17	60					
stress, dépression, anxiété	141 769	181 834	2	8					
troubles pulmonaires	169 127	216 924	3	10					
moins de 45 ans	202 682	259 962	3	12					
de 45 à 64 ans	786 409	1 008 655	13	47					
65 ans et plus	699 672	897 405	12	41					

<sup>(1)</sup> Problèmes de santé pendant la totalité ou une partie des 12 derniers mois, à la date de l'interview; pour les personnes présentant plus d'un de ces problèmes, seul le plus grave (du point de vue médical et de celui de son incidence sur l'activité) est compté.

<sup>(2)</sup> Sauf B, F, NL et A; aucun diagnostic disponible pour D.

<sup>(3)</sup> Les estimations pour l'EU-15 ont été faites à partir des données disponibles pour les États membres couverts par le module.

<sup>(4)</sup> Arrêt de travail au cours des 12 derniers mois.

Source: Enquête sur les forces de travail, module ad hoc, Eurostat, 1999.

**4.7.35. Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail (à l'exclusion des accidents), selon leur situation professionnelle et la durée d'arrêt de travail au cours des douze derniers mois, UE, 1998-1999**

	Personnes souffrant de problèmes de santé liés au travail			Nombre de jours perdus	
	Toutes	Actifs ou personnes s'attendant à ne plus retravailler en raison de leurs PSLT <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>		Total (millions)	Moyenne par PSLT
	%	%	%		
	du total	du total	cumulé		
<b>Actifs <sup>(1)</sup></b>					
Aucun arrêt de travail	27	35	35	0,0	0
1-3 jours perdus	5	7	42	0,8	2
De 4 jours à moins de 1 semaine perdue	5	7	49	2,1	5
De 1 à moins de 2 semaines perdues	6	8	57	4,7	10
De 2 semaines à moins de 1 mois perdu	8	10	67	13,2	22
De 1 à moins de 3 mois perdus	8	10	78	37,3	60
3 mois perdus ou plus	11	14	91	111,0	137
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>91</b>		<b>169,1</b>	<b>31</b>
<b>Personnes s'attendant à ne plus jamais retravailler en raison de leurs PSLT <sup>(2)</sup></b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>120,1</b>	<b>274</b>
<b>Nombre total d'actifs ou de personnes s'attendant à ne plus jamais retravailler</b>	<b>77</b>	<b>100</b>		<b>289,2</b>	<b>49</b>
<b>Autres inactifs <sup>(3)</sup></b>	<b>23</b>			<b>59,5</b>	<b>137</b>
<b>Toutes les victimes</b>	<b>100</b>			<b>348,7</b>	<b>55</b>

<sup>(1)</sup> Personnes ayant un emploi, ou sans emploi, mais ayant travaillé dans le passé.

<sup>(2)</sup> Personnes inactives en raison d'un problème de santé lié à leur travail antérieur ou s'attendant à devenir inactives, c'est-à-dire à ne plus jamais avoir d'emploi rémunéré en raison d'un récent problème de santé lié au travail.

<sup>(3)</sup> Le problème de santé lié au travail n'est pas spécifié comme cause de l'inactivité. Les jours perdus sont comptabilisés pour les non-retraités qui auraient été incapables de travailler pendant 3 mois ou plus en raison de ce problème de santé (raison d'inactivité non déclarée ou partielle, facteur empêchant la reprise du travail, etc.). Les nombres moyens de jours perdus dans ce groupe et le total sont calculés en ne tenant compte que de ces cas.

Source: Enquête sur les forces de travail, module ad hoc, Eurostat, 1999.



**4.7.36. Incidence <sup>(1)</sup> des fractures de la hanche liées à l'ostéoporose, rapport hommes/femmes <sup>(2)</sup> de l'incidence par groupe d'âge et projections du nombre de fractures de la hanche incidentes annuelles pour 2000, EU-15**  
(cas pour 10 000 personnes)

Groupe d'âge		B <sup>(3)</sup>	DK <sup>(4)</sup>	D <sup>(5)</sup>	EL <sup>(6)</sup>	E <sup>(7)</sup>	F <sup>(8)</sup>	IRL <sup>(9)</sup>	I <sup>(10)</sup>	L <sup>(11)</sup>	NL <sup>(12)</sup>	A <sup>(13)</sup>	P <sup>(14)</sup>	FIN <sup>(15)</sup>	S <sup>(16)</sup>	UK <sup>(17)</sup>
50-54	Hommes	2	3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	5	1
	Femmes	3	4	3	3	1	1	2	2	3	3	3	3	3	5	2
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	142	146	106	179	120	120	138	145	142	142	94	113	93	104	138
55-59	Hommes	4	6	6	3	1	1	3	2	4	4	6	5	6	9	3
	Femmes	6	9	7	5	2	2	4	4	6	6	7	5	6	10	4
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	151	154	125	180	131	142	154	159	151	151	123	113	104	111	154
60-64	Hommes	8	11	10	6	3	3	6	4	8	8	10	8	10	16	6
	Femmes	12	17	14	11	4	4	9	7	12	12	14	10	12	19	9
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	157	162	147	183	142	156	163	176	157	157	146	128	116	119	163
65-69	Hommes	14	19	16	11	7	6	11	7	14	14	16	12	18	28	11
	Femmes	23	32	27	20	11	10	19	14	23	23	47	17	23	36	19
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	166	171	171	184	157	168	177	188	166	166	303	146	129	126	177
70-74	Hommes	24	32	24	20	14	12	20	13	24	24	24	18	31	47	20
	Femmes	41	57	48	37	24	22	37	26	41	41	48	29	43	63	37
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	173	179	197	185	172	184	190	202	173	173	197	164	141	133	190
75-79	Hommes	40	53	37	35	27	24	34	21	40	40	37	26	49	77	34
	Femmes	72	98	82	64	50	47	70	45	72	72	82	48	76	107	70
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	180	186	225	186	188	198	204	217	180	180	224	182	154	139	204
80-84	Hommes	65	85	54	58	50	44	57	33	65	65	54	38	78	122	57
	Femmes	122	164	138	108	102	93	125	78	122	122	138	76	130	177	125
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	187	194	256	186	204	213	219	232	187	187	256	201	168	145	219
85 +	Hommes	160	199	110	124	126	110	147	67	160	160	110	65	177	280	147
	Femmes	317	416	351	232	290	262	362	172	317	317	351	151	346	443	362
	<i>Rapport hommes/femmes</i>	198	209	319	187	230	238	246	257	198	198	319	234	195	158	246
<b>Projection du nombre de cas <sup>(8)</sup></b>																
Hommes		3	2	21	3	8	10	1	9	0	4	2	2	2	6	15
Femmes		10	7	94	8	28	41	2	34	0	13	9	5	4	14	59

<sup>(1)</sup> Nombre de nouveaux cas d'ostéoporose dans la période indiquée.

<sup>(2)</sup> Rapport hommes/femmes exprimé comme: (taux de femmes/taux d'hommes) x 100.

<sup>(3)</sup> 1996.

<sup>(4)</sup> 1964-1993.

<sup>(5)</sup> 1994.

<sup>(6)</sup> 1997.

<sup>(7)</sup> 1985.

<sup>(8)</sup> 2000; milliers de cas.

Source: Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne. Action pour la prévention. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales, 1998.

**4.7.37. Prévalence <sup>(1)</sup> des fractures vertébrales liées à l'ostéoporose, rapport hommes/femmes <sup>(2)</sup> de la prévalence par groupe d'âge et projections du nombre de fractures vertébrales prévalentes pour 2000, EU-15**

(cas pour 10 000 personnes)

Groupe d'âge		B <sup>(3)</sup>	DK <sup>(4)</sup>	D <sup>(5)</sup>	EL <sup>(6)</sup>	E <sup>(7)</sup>	F <sup>(8)</sup>	IRL <sup>(9)</sup>	I <sup>(9)</sup>	L <sup>(9)</sup>	NL <sup>(9)</sup>	A <sup>(9)</sup>	P <sup>(9)</sup>	FIN <sup>(9)</sup>	S <sup>(9)</sup>	UK <sup>(9)</sup>
50-54	Hommes	1 600	1 760	1 130	1 340	1 370	1 450	1 350	973	1 600	1 330	1 580	2 060	1 760	1 760	1 350
	Femmes	1 200	1 220	730	1 010	846	838	699	743	1 200	896	858	846	1 220	1 220	699
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	75	69	65	75	62	58	52	76	75	67	54	41	69	69	52
55-59	Hommes	1 790	1 960	1 260	1 490	1 520	1 620	1 500	1 080	1 790	1 480	1 760	2 300	1 960	1 960	1 500
	Femmes	1 620	1 630	980	1 360	1 130	1 120	938	996	1 620	1 200	1 150	1 130	1 630	1 630	938
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	91	83	78	91	74	69	63	92	91	81	65	49	83	83	63
60-64	Hommes	1 970	2 160	1 390	1 650	1 680	1 790	1 660	1 200	1 970	1 630	1 940	2 540	2 160	2 160	1 660
	Femmes	2 120	2 140	1 280	1 780	1 490	1 470	1 230	1 300	2 120	1 570	1 510	1 490	2 140	2 140	1 230
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	108	99	92	108	89	82	74	108	108	96	78	59	99	99	74
65-69	Hommes	2 160	2 370	1 520	1 810	1 840	1 960	1 810	1 310	2 160	1 790	2 120	2 780	2 370	2 370	1 810
	Femmes	2 710	2 740	1 640	2 280	1 900	1 890	1 570	1 670	2 710	2 020	1 930	1 900	2 740	2 740	1 570
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	125	116	108	126	103	96	87	127	125	113	91	68	116	116	87
70-74	Hommes	2 350	2 580	1 650	1 960	2 000	2 130	1 980	1 420	2 350	1 950	2 310	3 020	2 580	2 580	1 980
	Femmes	3 420	3 450	2 070	2 870	2 400	2 380	1 980	2 110	3 420	2 540	2 430	2 400	3 450	3 450	1 980
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	146	134	125	146	120	112	100	149	146	130	105	79	134	134	100
75-79	Hommes	2 540	2 790	1 790	2 130	3 160	2 310	2 140	1 540	2 540	2 110	2 500	3 270	2 790	2 790	2 140
	Femmes	4 230	4 280	2 570	3 550	2 970	2 950	2 460	2 610	4 230	3 150	3 020	2 970	4 280	4 280	2 460
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	167	153	144	167	94	128	115	169	167	149	121	91	153	153	115
80-84	Hommes	2 740	3 000	1 920	2 290	2 330	2 480	2 300	1 660	2 740	2 270	2 690	3 520	3 000	3 000	2 300
	Femmes	5 180	5 230	3 140	4 350	3 630	3 600	3 000	3 190	5 180	3 850	3 690	3 630	5 230	5 230	3 000
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	189	174	164	190	156	145	130	192	189	170	137	103	174	174	130
85 +	Hommes	3 140	3 440	2 200	2 620	2 670	2 840	2 630	1 900	3 140	2 600	3 080	4 030	3 440	3 440	2 630
	Femmes	7 480	7 560	4 540	6 280	5 250	5 210	4 340	4 610	7 480	5 570	5 330	5 250	7 560	7 560	4 340
	<b>Rapport hommes/femmes</b>	238	220	206	240	197	183	165	243	238	214	173	130	220	220	165
<b>Projection du nombre de cas <sup>(9)</sup></b>																
	Hommes	324	187	1 880	300	1 040	1 620	74	1 170	13	384	234	373	172	338	1 520
	Femmes	570	293	2 930	492	1 490	2 210	80	2 100	22	563	318	362	260	521	1 830

(1) Nombre de nouveaux cas d'ostéoporose dans la période indiquée.

(2) Rapport hommes/femmes exprimé comme: (taux de femmes/taux d'hommes) x 100.

(3) 1996.

(4) 1964-1993.

(5) 1994.

(6) 1997.

(7) 1985.

(8) 2000; milliers de cas.

Source: Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne. Action pour la prévention. Commission européenne, DG Emploi et affaires sociales, 1998.

#### 4.7.38. Pourcentage de la population ayant une réaction positive aux allergènes et pourcentage de la population souffrant d'asthme et de rhinite

Pays	Ville	Allergies					
		Chats	Pollen	Moisissure	Acariens	Asthme	Rhinite
B	Anvers-Sud	9,3	17,6	4,0	22,3	:	:
	Ville d'Anvers	9,7	16,0	6,5	26,7	:	:
D	Hambourg	12,5	14,3	8,2	18,5	4,4	23,0
	Erfurt	8,2	20,2	3,9	15,7	2,1	13,4
EL	Athènes	3,9	15,8	1,7	13,6	:	:
E	Albacete	2,7	10,0	0,3	7,2	:	:
	Barcelone	14,4	15,0	13,6	29,1	:	:
	Galdakona	3,1	8,1	1,0	19,0	:	:
	Huelva	2,7	20,5	2,6	20,3	:	:
	Oviedo	4,2	9,5	1,1	18,5	:	:
	Séville	2,8	14,7	1,1	20,1	:	:
F	Bordeaux	10,5	19,3	4,6	32,6	5,5	30,2
	Montpellier	8,5	16,9	3,3	21,1	5,0	34,4
	Grenoble	7,3	18,7	1,5	18,8	3,5	28,1
	Paris	8,6	13,8	0,3	24,0	5,1	30,3
IRL	Dublin	7,5	16,9	2,0	34,4	:	:
I	Turin	5,9	21,8	1,7	11,7	:	:
NL	Bergen op Zoom	6,2	20,7	6,0	24,4	4,7	20,7
	Gelen	10,4	24,8	6,0	29,9	4,4	23,8
	Groningue	10,3	18,3	2,8	29,4	4,3	23,6
S	Göteborg	7,4	17,5	2,0	12,0	5,8	22,2
	Umea	14,1	18,0	2,9	6,7	6,8	21,1
	Uppsala	14,8	18,5	2,4	8,5	6,0	22,3
UK	Cambridge	12,6	26,7	1,5	29,3	:	:
	Cardiff	8,5	16,2	1,7	29,4	:	:
	Ipswich	11,6	24,3	3,2	23,0	:	:
	Norwich	10,1	25,9	3,8	27,7	:	:
IS	Reykjavik	7,3	12,0	6,5	8,9	3,4	17,8
NO	Bergen	7,4	15,0	1,6	14,2	4,3	19,5
CH	Bâle	14,4	33,1	6,7	18,8	:	:

Source: D'après Burney, P., e.a., «European Community Respiratory Health Survey», *European Respiratory Journal*, vol. 9, 1996, p. 687-695.

«The distribution of total and specific IgE in the Community Respiratory Health Survey», *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 99, 1997, p. 314-322.

## 4.7.39. Asthme et symptômes allergiques dans la population âgée de 13 à 14 ans

	B		D		EL		E			F			I		
	Anvers	Greifswald	Münster	Athènes	Almeria	Barcelone	Bilbao	Valladolid	Marseille	Pessac	Marne-Ouest	Crémone	Milan	Rome	Viterbe
Respiration sifflante (à un moment quelconque)	18,5	13,3	23,4	12,3	17,6	26,4	18,9	10,2	21,5	19,1	19,5	24,2	24,4	22,1	22,9
Respiration sifflante au cours des 12 derniers mois	12,0	3,0	14,1	3,7	7,4	14,3	11,9	6,1	14,9	12,8	13,3	9,2	10,6	9,8	6,7
4 attaques ou plus de respiration sifflante au cours des 12 derniers mois	3,5	1,1	3,7	0,7	2,2	3,4	4,2	1,5	4,0	3,9	4,2	1,7	2,3	2,0	1,5
Trouble du sommeil dû à la respiration sifflante	1,5	5,1	1,3	0,7	0,9	1,4	1,5	0,5	1,2	1,0	1,4	0,6	0,7	0,4	0,2
Difficulté pour parler due à la respiration sifflante au cours des 12 derniers mois	2,6	4,2	6,1	0,7	1,9	2,7	3,0	1,4	2,8	1,8	2,9	1,6	2,5	2,6	1,0
Asthme (à un moment quelconque)	8,1	23,0	7,0	4,5	8,0	11,1	16,3	6,3	14,4	15,0	10,7	8,2	10,7	11,3	8,4
Respiration sifflante pendant ou après un exercice au cours des 12 derniers mois	13,1	21,5	21,2	3,6	11,4	18,3	19,8	13,1	22,8	19,3	20,1	13,2	18,0	14,4	1,5
Toux nocturne au cours des 12 derniers mois	21,2	38,0	20,2	6,7	15,9	20,5	25,6	22,9	26,9	24,3	25,4	19,7	27,3	23,0	16,0
Symptômes nasaux (à un moment quelconque)	44,8	38,0	36,5	17,2	38,3	35,4	48,5	45,2	54,1	53,6	47,9	36,6	45,2	39,5	16,1
Symptômes nasaux au cours des 12 derniers mois	36,4	29,3	28,7	14,4	27,9	26,1	35,3	31,7	45,4	44,1	40,5	23,6	32,4	30,2	11,5
Symptômes nasaux et oculaires au cours des 12 derniers mois	15,2	12,6	15,7	6,4	15,6	12,8	17,6	12,8	15,2	14,8	12,7	10,8	16,7	15,0	5,0
Symptômes nasaux gênant considérablement l'activité au cours des 12 derniers mois	1,7	0,5	0,7	0,2	0,3	0,3	0,4	0,1	1,1	0,7	0,9	0,2	0,5	0,5	0,2
Rhume des foies (à un moment quelconque)	17,0	11,7	21,1	12,7	10,5	8,5	11,0	7,7	11,0	15,4	16,8	15,7	21,0	16,4	4,7
Rhinoconjonctivite au cours des 12 derniers mois	14,5	12,3	14,4	6,3	15,5	11,7	17,2	12,7	14,4	14,8	12,4	10,7	16,4	14,7	5,0
Éruption cutanée (à un moment quelconque)	16,4	11,8	12,9	6,2	9,6	8,2	9,6	9,8	23,1	23,6	25,1	13,9	15,7	12,5	11,2
Éruption cutanée au cours des 12 derniers mois	11,4	8,2	9,1	4,0	6,5	5,8	6,4	6,4	16,1	16,2	16,4	9,0	10,4	8,2	5,5
Éruption cutanée aux plis de flexion des membres	7,7	6,8	8,8	3,2	5,7	4,5	4,8	4,6	9,9	9,1	10,4	5,4	7,1	5,1	5,2
Disparition complète de l'éruption cutanée au cours des 12 derniers mois	7,8	4,7	7,8	2,7	5,0	5,4	5,1	5,3	11,6	11,9	12,3	7,8	9,3	7,2	5,9
Trouble du sommeil dû à l'éruption cutanée au cours des 12 derniers mois	1,7	0,9	0,7	0,7	0,9	0,6	0,5	0,8	1,4	0,9	1,8	0,5	0,7	0,6	0,2
Eczéma (à un moment quelconque)	21,5	5,8	10,0	3,9	9,8	12,6	8,3	10,1	22,8	23,2	23,7	9,8	11,8	5,1	12,7
Eczéma atopique au cours des 12 derniers mois	6,7	6,6	7,1	3,1	5,6	3,9	4,5	4,6	8,9	9,1	9,4	5,3	7,0	4,9	4,2

Source: ISAAC, the International Study of Asthma and Allergies in Childhood, Nouvelle-Zélande, 2001.

4.7.40. Estimation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences (<sup>1</sup>), 2000

Groupe d'âge	Nombre de cas			Taux de prévalence	
	Total	Hommes	Femmes		
EU-15	-	4 624 424	1 697 629	2 926 795	12,3
B	30-99	129 389	46 972	82 417	12,6
DK	30-99	65 959	24 720	41 239	12,4
D	30-94	1 032 969	353 744	679 225	12,6
EL	30-99	131 283	58 396	72 887	12,5
E	30-99	488 956	188 944	300 012	12,4
F	30-99	758 229	274 355	483 784	12,6
IRL	30-94	31 702	12 947	18 755	8,4
I	30-99	791 205	295 349	495 856	13,7
L	30-94	4 665	1 668	2 997	10,7
NL	30-94	164 910	61 508	103 402	10,4
A	30-94	97 137	33 417	63 720	12,0
P	30-99	103 690	40 992	62 698	10,4
FIN	30-99	58 797	20 241	38 556	11,4
S	30-99	131 643	49 987	81 656	14,9
UK	30-94	741 042	274 499	466 543	12,4
IS	30-99	2 510	1 069	1 441	9,0
NO	30-99	57 758	21 398	36 360	12,9
CH	30-94	88 304	32 860	55 444	12,3

(<sup>1</sup>) Incluent la démence complexe du sida, la maladie de Binswanger, la démence à corps de Lewy, la maladie de Pick, la démence vasculaire et autres formes de démences.

Source: Alzheimer Europe, Luxembourg.

A		P			FIN		S			UK			
Salzbourg	Urfhar	Lisbonne	Portimao	Porto	Helsinki	Laapland	Linköping	Stockholm/Up.	Anglia/Oxford	Nord-Est	Écosse	South Thames	
19,5	19,5	21,6	18,1	14,1	32,7	29,7	18,6	25,4	50,7	49,9	52,9	47,3	Respiration sifflante (à un moment quelconque)
11,5	11,5	11,1	8,1	7,4	19,8	16,1	11,2	14,8	34,3	34,1	36,7	31,3	Respiration sifflante au cours des 12 derniers mois
2,3	3,0	2,8	2,0	1,7	5,1	3,3	3,5	4,5	10,2	9,3	11,6	9,7	4 attaques ou plus de respiration sifflante au cours des 12 derniers mois
0,8	0,9	1,3	1,4	1,0	0,8	0,2	0,7	0,9	2,9	4,3	4,7	3,4	Trouble du sommeil dû à la respiration sifflante
3,0	5,0	2,4	1,9	1,6	5,1	2,7	1,7	2,3	9,0	8,7	10	8,8	Difficulté pour parler due à la respiration sifflante au cours des 12 derniers mois
6,3	5,3	12,3	10,3	11,3	7,4	6,6	10	10,8	22,8	20,3	21,4	20,6	Asthme (à un moment quelconque)
17,5	19,0	14,1	14,8	10,5	25,1	20,6	17,4	21,4	30,3	28,7	31,4	26,8	Respiration sifflante pendant ou après un exercice au cours des 12 derniers mois
13,3	13,3	17,5	18,1	13,1	19,5	15,6	10,2	14,0	43,3	47,1	42,3	45,5	Toux nocturne au cours des 12 derniers mois
28,5	25,3	31,4	28,5	29,8	55,1	43,9	25,4	35,1	46,0	49,1	48,5	46,9	Symptômes nasaux (à un moment quelconque)
22,1	21,0	20,4	19,7	22,7	45,5	33,3	19,2	26,7	37,1	39,6	40,1	37,2	Symptômes nasaux au cours des 12 derniers mois
12,0	10,6	7,0	8,9	10,6	23,6	15,8	12	12,6	19,8	21,2	21,3	18,4	Symptômes nasaux et oculaires au cours des 12 derniers mois
0,2	0,6	0,3	0,1	0,5	1,3	0,8	1,0	1,4	1,3	1,8	1,4	1,8	Symptômes nasaux gênant considérablement l'activité au cours des 12 derniers mois
20,0	14,1	5,1	3,1	4,2	30,9	23,2	23,4	24,8	38,6	33,1	33,2	38,4	Rhume des foins (à un moment quelconque)
11,5	9,2	6,5	8,8	6,2	22,9	14,9	11,3	12,0	18,2	19,4	20,3	16,6	Rhinoconjonctivite au cours des 12 derniers mois
9,4	7,9	10,6	5,9	13,8	27,1	28,4	26,7	24,1	24,4	28,7	25,5	26,0	Éruption cutanée (à un moment quelconque)
6,6	6,1	6,5	3,3	8,9	21,8	21,2	19,9	17,4	21,9	25,0	23	23,4	Éruption cutanée au cours des 12 derniers mois
5,5	6,5	4,5	2,0	5,1	18,6	18,6	17,8	15,0	16,7	19,9	17,6	18,0	Éruption cutanée aux plis de flexion des membres
4,2	5,5	5,8	3,6	7,5	18,7	18,9	16,6	15,4	17,4	19,6	17,3	18,5	Disparition complète de l'éruption cutanée au cours des 12 derniers mois
0,5	0,7	1,2	1,1	1,5	1,3	0,7	1,3	1,2	1,9	3,5	3,3	2,4	Trouble du sommeil dû à l'éruption cutanée au cours des 12 derniers mois
4,4	6,1	10,3	9,4	9,2	25,9	24,1	46,9	49,3	24,6	24,1	20,6	20,9	Eczéma (à un moment quelconque)
5,1	5,3	4,0	1,8	4,4	17,3	17,1	15,6	13,3	15,6	18,7	16,7	16,6	Eczéma atopique au cours des 12 derniers mois

#### 4.7.41. Prévalence estimée de la démence et de la maladie d'Alzheimer, certaines années des années 90

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Période	1997	Avril 1997	1997	Avril 1997	Avril 1997	Mars 1997	Avril 1997	1990	1992	1997	1996	1994	Février 1996	1995	1996
<b>Toutes causes de démence</b>															
Nombre de cas estimés <sup>(1)</sup>	100	80	800	70	650	500	33	749	4	170	87	92	100	120-166	678
Taux <sup>(2)</sup>	60	101	62	41	104	55	79	76	71	81	71	65	136	78	73
<b>Maladie d'Alzheimer</b>															
Nombre de cas estimés <sup>(1)</sup>	:	42	480	46	400	350	20	309-409	2	119	60	49	53	100	500
Taux <sup>(2)</sup>	:	53	37	27	64	38	48	41	37	57	49	34	72	65	54

<sup>(1)</sup> En milliers.

<sup>(2)</sup> Nombre de cas pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Source: Huismann, Raven et Geiger; d'après Alzheimer Europe (Luxembourg) et les associations nationales contre la maladie d'Alzheimer.

#### 4.7.42. Taux d'hospitalisation <sup>(1)</sup> des personnes atteintes de la maladie de Parkinson; divers pays et diverses périodes

	A	Angleterre	Pays de Galles	IRL	NL <sup>(2)</sup>	NL <sup>(3)</sup>	S
Hommes	1993-1996	1992-1995	1992-1995	1994-1997	1994-1996	1997	1994-1996
45-49 ans	0,69	4,62		3,14	2,90	4,05	14,25
50-54 ans	0,91	10,15	17,51	15,02	6,26	9,10	21,54
55-59 ans	0,60	18,30	59,55	21,41	14,55	23,20	43,65
60-64 ans	1,97	33,32	149,11	45,27	21,69	48,43	80,15
65-69 ans	2,17	64,26	294,09	69,57	47,30	114,62	134,69
70-74 ans	0,41	134,91	693,30	122,77	87,93	229,51	237,04
75-79 ans	3,40	235,90	1 501,53	175,63	124,51	372,05	292,88
80-84 ans	0,00	347,28	2 181,30	198,11	135,21	463,28	305,18
85 ans et plus	3,14	400,79	3 229,39	75,46	101,03	384,47	214,32
<b>Femmes</b>							
45-49 ans	1,50	2,35		2,29	2,57	4,38	9,40
50-54 ans	0,87	4,80	17,10	4,90	4,21	6,19	9,39
55-59 ans	0,93	10,58	25,82	11,69	11,47	19,22	24,93
60-64 ans	1,65	18,98	76,66	33,02	21,47	38,67	51,76
65-69 ans	1,88	39,87	154,95	48,03	36,60	67,56	118,00
70-74 ans	2,33	73,46	395,06	68,00	77,01	151,12	171,09
75-79 ans	0,77	116,52	745,63	94,39	92,28	262,20	197,12
80-84 ans	1,40	156,78	1 113,75	125,37	88,65	275,34	192,44
85 ans et plus	1,62	144,80	1 298,13	14,50	43,82	154,29	94,63
<b>Personnes</b>							
45-49 ans	1,09	3,49	:	2,72	2,74	1,12	11,86
50-54 ans	0,89	7,47	17,30	10,05	5,26	2,93	15,58
55-59 ans	0,77	14,42	42,53	16,58	13,02	4,07	34,30
60-64 ans	1,80	25,96	111,74	39,08	21,57	13,24	65,54
65-69 ans	2,01	51,28	220,18	58,18	41,55	39,37	125,84
70-74 ans	1,63	100,29	524,96	92,40	81,70	122,71	200,94
75-79 ans	1,65	163,57	1 041,29	128,31	104,76	301,14	237,69
80-84 ans	0,97	222,01	1 471,43	153,36	104,14	643,09	235,42
85 ans et plus	2,01	208,03	1 762,24	33,51	58,69	937,23	131,14

(1) Nombre de personnes en fonction du sexe/groupe d'âge hospitalisées pour être traitées contre la maladie de Parkinson, pour 100 000 personnes.

(2) La maladie de Parkinson était le diagnostic principal pour tous les hôpitaux.

(3) La maladie de Parkinson était le diagnostic principal ou le diagnostic associé, mais uniquement pour les hôpitaux généraux.

Source: Gourbin et Wunsch (université catholique de Louvain).

#### 4.7.43. Prévalence des principaux troubles psychiatriques en soins de santé primaire selon certaines études

##### ODIN [prévalence (%) pondérée en fonction des variables DSM-IV]

	Trouble dépressif majeur			Dysthymie			Trouble d'adaptation		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Espagne, zones urbaines	1,8	2,0	1,8	0,5	-	0,7	0,2	2,3	0,4
Finlande, zones urbaines	4,7	2,7	6,6	0,3	0,3	0,4	0,2	0,8	1,3
Finlande, zones rurales	4,1	4,3	3,8	1,3	1,1	1,5	1,0	0,1	1,9
Irlande, zones urbaines	15,1	9,5	21,3	0,6	-	1,3	0,3	0,2	0,3
Irlande, zones rurales	5,5	6,5	5,1	0,3	-	0,5	-	-	-
Norvège, zones urbaines	7,0	4,6	9,4	1,5	0,4	2,6	0,2	-	0,5
Norvège, zones rurales	8,5	5,8	10,0	1,5	0,4	2,6	0,2	0,5	-
Royaume-Uni, zones urbaines	7,8	2,7	14,8	2,3	2,2	2,6	1,1	0,7	1,5
Royaume-Uni, zones rurales	6,1	6,5	5,9	1,1	3,3	-	0,6	1,0	-
Échantillon total	6,7	4,9	8,0	1,0	1,0	1,0	0,5	0,3	0,6

##### Depres (Depression Research in European Society) (%)

	Année	Interviews	Total	Sévère	Modérée	Symptômes
Belgique	1994/1995	8 076	12,2	5,0	1,5	5,7
Allemagne	1994/1995	16 184	11,3	3,8	1,9	5,6
Espagne	1994/1995	16 132	15,9	6,5	1,5	8,2
France	1994/1995	14 517	22,4	9,1	1,7	11,6
Pays-Bas	1994/1995	7 811	16,4	6,9	3,0	6,5
Royaume-Uni	1994/1995	15 743	22,0	9,9	1,7	10,4
Total	1994/1995	78 463	17,0	6,9	1,8	8,3

##### Schizophrénie (pour 1 000 personnes)

###### Prévalence

Thuringe, Allemagne	1931	37 561	2,4	-	-	-
Population insulaire, Danemark	1989	50 000	3,3	-	-	-
Communauté, sud de la Suède	1956	-	4,5 / 6,7	-	-	-
London Health District	1997	112 127	5,1	-	-	-
Croatia	1971	9 201	5,9	-	-	-
Australia, four urban areas	2000	980	3,9 / 6,9	-	-	-

###### Incidence

Norway	1946	14 231	0,24	-	-	-
Iceland	1964	2 338	0,27	-	-	-
Mannheim, Germany	1970	Case register	0,54	-	-	-
Moscow, Russia	1974	248 000	0,20	-	-	-
London (Camberwell), United Kingdom	1991	Case register	0,25	-	-	-
Québec, Canada	1992	338 000	0,31	-	-	-
London Health District, United Kingdom	1997	112 127	0,21	-	-	-
Nottingham, United Kingdom	1997	-	0,14 / 0,09	-	-	-

###### Trouble bipolaire (pour 1 000 personnes)

Munich, Allemagne	1992	-	2,0	-	-	-
Bâle, Suisse	1992	-	4,0	-	-	-
Islande	1991	-	7,0	-	-	-
Florence, Italie	1985	-	34,0	-	-	-
Zurich, Suisse	1994	-	55,0	-	-	-
Mayence, Allemagne	1993	-	65,0	-	-	-

Sources: Depres, ODIN, rapport mondial de la santé 2001 de l'OMS et autres.



#### 4. État de santé

#### 4.7.44. Taux de prévalence standardisé des problèmes de santé liés au travail (stress, dépression et anxiété) par groupe de diagnostic et par groupe d'âge (pour 100 000 personnes)

	Total	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus
<b>Avec ou sans jours d'arrêt de travail</b>							
<b>EU-15 (estimé) <sup>(1)</sup></b>	1 181	542	890	1 356	1 532	1 339	418
<b>Plus de 14 jours perdus (2 semaines d'absence ou plus)</b>							
<b>EU-15 (estimé) <sup>(1)</sup></b>	445	218	312	501	603	528	181
<b>Avec ou sans jours d'arrêt de travail</b>							
<b>DK</b>	842	529	635	770	1 296	918	:
<b>E</b>	326	:	:	460	389	422	:
<b>I</b>	652	310	493	849	814	479	411
<b>L</b>	843	:	672	905	1 059	1 569	:
<b>P</b>	847	312	971	1 049	724	705	608
<b>FIN</b>	3 374	914	2 215	4 163	4 302	4 765	1 878
<b>S</b>	2 052	624	1 541	2 573	2 494	2 489	:
<b>UK</b>	1 479	680	1 140	1 847	1 814	1 411	355

<sup>(1)</sup> Les estimations pour l'EU-15 ont été faites sur la base des données disponibles pour les États membres couverts par le module.

Source: Enquête sur les forces de travail, module ad hoc, Eurostat, 1999.

#### 4.7.45. Sorties d'hôpital pour 100 000 habitants: troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	Angleterre	IS	NO	CH
<b>1993</b>	:	:	:	806	333	234	:	:	482	:	145	959	:	1 499	1 296	:	:	147	:
<b>1994</b>	:	:	276	894	347	243	:	:	563	:	149	975	101	1 631	1 280	:	:	152	:
<b>1995</b>	:	:	255	938	341	249	:	110	:	:	148	1 009	96	1 639	1 217	:	:	151	:
<b>1996</b>	:	:	253	950	335	268	:	104	460	:	146	1 038	103	1 713	1 190	:	:	166	:
<b>1997</b>	:	:	261	981	344	268	465	102	472	:	149	1 450	110	1 740	1 117	:	:	164	:
<b>1998</b>	:	:	256	1 022	347	262	487	102	489	1 102	143	1 458	116	1 787	1 051	490	:	164	:
<b>1999</b>	:	:	257	1 037	:	:	509	100	463	:	138	1 507	112	1 778	:	467	:	194	:
<b>2000</b>	:	:	264	:	:	:	508	108	:	:	129	1 535	:	1 838	:	370	:	184	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 5. MORTALITÉ

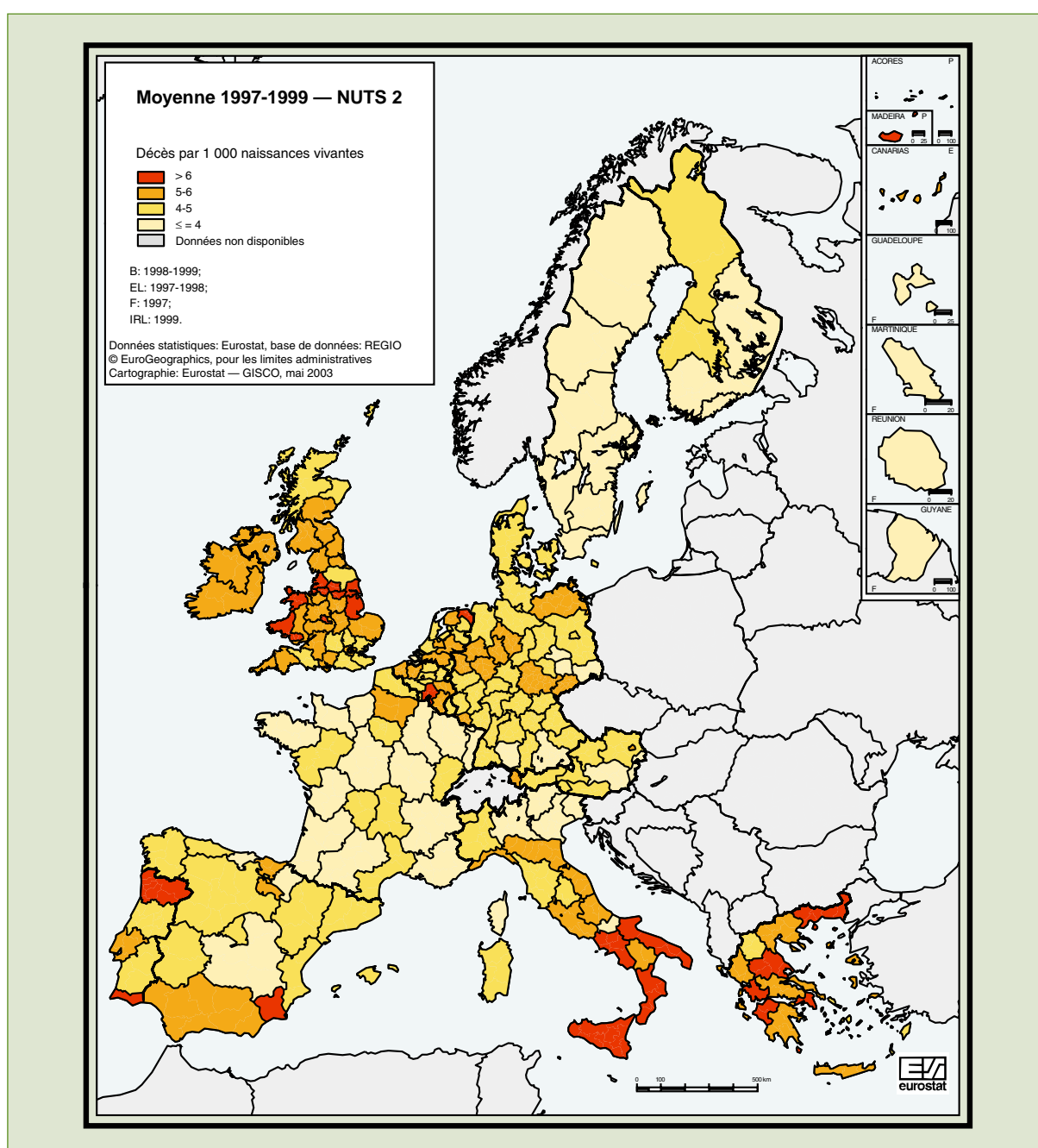
Le volume *Atlas of mortality* de la présente série de *Statistiques de la santé* ne couvre que les **causes de décès** (spécialement au niveau 2 de la NUTS). Le présent chapitre fait une synthèse des principales informations sur les tendances de la mortalité dans l'UE. Pour plus de détails, veuillez consulter le document *Atlas of mortality*.

### 5.1. Mortalité infantile et juvénile

Pendant de nombreuses années, on a généralement considéré que le taux de mortalité infantile (TMI) était une mesure importante de la santé pu-

blique. Selon les données démographiques d'**Eu-rostat**, en 2000, le taux de l'UE était de 4,9 décès pour 1 000 naissances vivantes de moins de 1 an (voir tableau **5.1.1**), soit une baisse de plus d'un tiers par rapport à 1990. Des taux particulièrement bas ont été enregistrés en 2000 pour l'Islande (3,0) et la Suède (3,4), mais le TMI est généralement faible dans tous les pays de l'UE comme en témoigne la carte **5.1.3** qui fait état, pour 1997-1999, de taux relativement faibles dans les pays nordiques, la majeure partie de la France et de l'Allemagne et certaines parties de l'Espagne, mais également de taux relativement élevés dans certaines régions du Royaume-Uni et

#### 5.1.3. Taux de mortalité infantile par région, 1997-1999



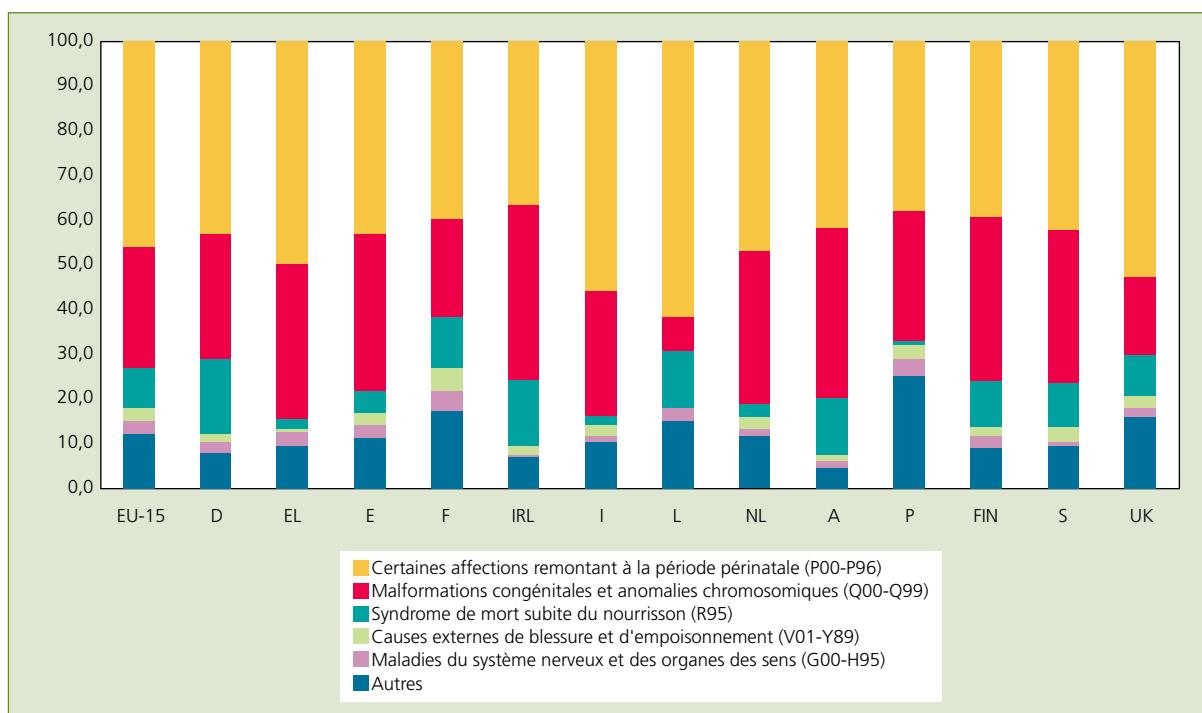
## 5. Mortalité

de l'Irlande, ainsi qu'en Belgique et aux Pays-Bas, et dans les régions les plus au sud de l'Espagne et de l'Italie.

L'analyse de la mortalité infantile par cause, sur la base des données démographiques d'Eurostat,

montre que le groupe «Certains affections périnatales» (qui comprennent le traumatisme de la naissance, les troubles respiratoires et cardiovasculaires, les infections spécifiques à la période périnatale, etc.) constitue la cause la plus courante de mortalité pour les garçons et les filles. Cela est

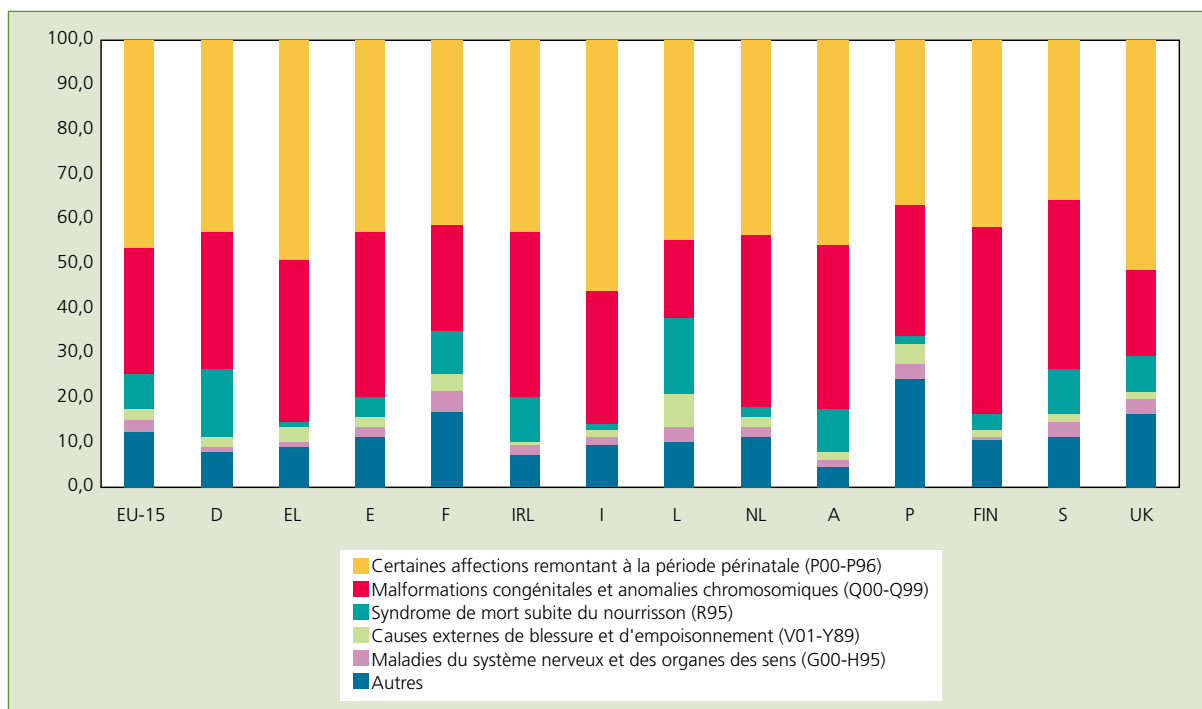
### 5.1.4. Principales causes de décès d'enfants de moins de 1 an, garçons, 1997-1999 <sup>(1)</sup>



(<sup>1</sup>) Pourcentage de répartition pour chaque pays; on ne dispose pas de données pour B et DK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

### 5.1.5. Principales causes de décès d'enfants de moins de 1 an, filles, 1997-1999 <sup>(1)</sup>



(<sup>1</sup>) Pourcentage de répartition pour chaque pays; on ne dispose pas de données pour B et DK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

particulièrement vrai au Luxembourg (62 % de la totalité des causes pour les garçons et 45 % pour les filles), en Italie (56 % pour les deux) et au Royaume-Uni (52 % pour les deux) (voir graphiques 5.1.4 et 5.1.5). Les malformations congénitales sont une autre cause courante de mortalité, en particulier en Irlande (39 % pour les garçons et 37 % pour les filles) en Finlande (37 % pour les garçons et 42 % pour les filles) et en Autriche (38 % pour les garçons et 37 % pour les filles), et représentent un tiers de la mortalité infantile totale. Le petit groupe de décès dus à des causes externes, plus important en France et au Portugal, est également à prendre en compte.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) présente un intérêt considérable, et le taux de l'UE, pour 1998, était de 4,4 décès pour 10 000 naissances vivantes (voir graphique 5.1.6). En raison des différences au niveau des déclarations et du codage, il importe de se montrer prudent pour comparer les données concernant les causes des décès entre différents pays. Cela est particulièrement vrai pour l'attribution de certains décès au SMSN.

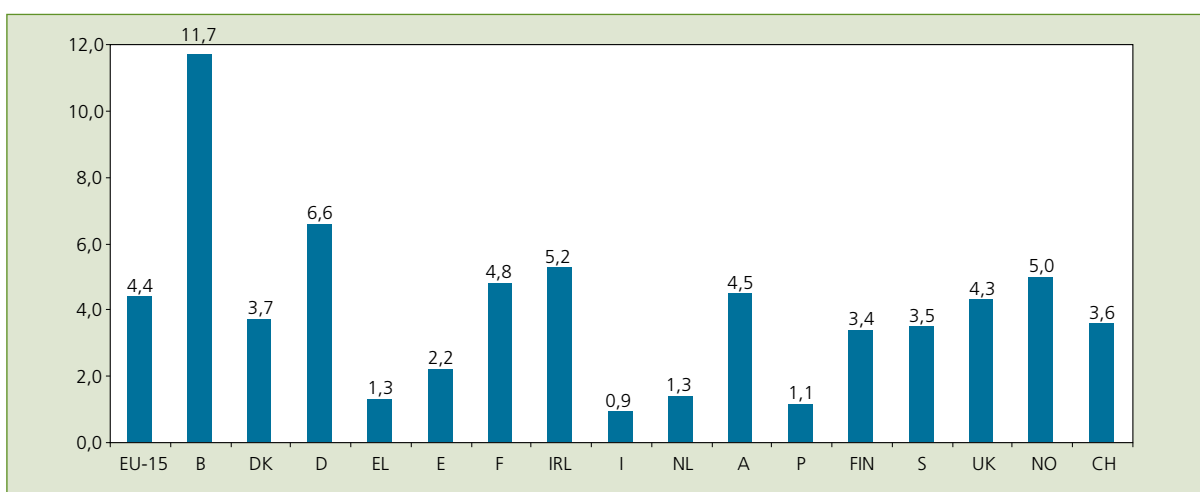
Le recul de la mortalité infantile peut être considéré en fonction de ses composantes (âge néonatal et âge périnatal). Selon les données démographiques d'**Eurostat**, dans l'UE, le TMI est passé de 34,5 pour 1 000 en 1960 à 18,1 pour 1 000 en 1975, puis à 6,9 pour 1 000 en 1992. Ainsi, entre 1960 et 1992, le recul a été de 80 % et, entre 1960 et 1975, de 48 %. Comparativement, la diminution a été de 79 % entre 1960 et 1992 et de 38 % entre 1960 et 1975 pour le taux de mortalité néonatale et, respectivement, de 81 et 61 % pour le taux de mortalité postnéonatale. C'est donc au niveau de la mortalité postnéona-

le que la diminution du TMI a été la plus sensible dans les années 60 et 70 et au niveau de la mortalité néonatale qu'elle l'a été les années suivantes.

Les taux de mortalité juvénile (entre 1 et 14 ans) pour les pays de l'UE ne sont véritablement disponibles que depuis 1992, mais on a pu constater qu'ils baissaient lentement et sûrement ces dernières années (voir tableau 5.1.12). En 1998, alors que le taux de mortalité juvénile dans l'UE était de 18,5 pour 100 000, il était notablement plus élevé au Portugal (36,8). Dans ce groupe d'âge, les causes externes de blessure et d'empoisonnement constituent le motif principal de décès (42 % pour les garçons et 28 % pour les filles) devant les tumeurs malignes et les malformations congénitales (voir graphiques 5.1.13 et 5.1.14).

**Peristat**, un nouveau projet européen, qui consiste à définir des indicateurs valides et fiables pour contrôler et évaluer la santé périnatale dans l'Union européenne et qui est coordonné par l'**Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, France)** dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE, a été lancé en 2000. Les indicateurs de santé périnatale mesurent la santé maternelle, fœtale et infantile pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum, ainsi que ses déterminants. L'objectif général du projet est quadruple: il veut définir les mesures pertinentes de santé périnatale et ses déterminants, développer des méthodes, définitions et lignes directrices pour l'élaboration et la publication d'indicateurs fiables et comparables, évaluer dans quelle mesure les systèmes de recueil existants peuvent être utilisés pour établir des indicateurs

### 5.1.6. Taux de mortalité due au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), 1998



NB: On ne dispose pas de données pour L.

1) D 1999, IRL 1999, NL 1999, A 1999, 2) P 1997, FIN 1997, 3) DK 1996, EL 1996, 4) B 1995.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

fiables de la santé périnatale, et créer une base de données contenant les indicateurs de santé périnatale actuellement disponibles pour les États membres de l'UE.

Les données sur la mortalité infantile sont collectées par **Eurostat**. La *mortalité infantile* est la mortalité des enfants nés vivants qui meurent dans l'année suivant leur naissance. Le taux de mortalité infantile est égal au nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes dans une période donnée. La *mortalité périnatale* tient compte des mort-nés et des décès néonataux précoces (c'est-à-dire des décès d'enfants nés vivants, mais décédés dans un délai d'une semaine après l'accouchement). Le taux de mortalité périnatale s'obtient en divisant le nombre total de mort-nés et de décès néonataux précoces par le nombre total de naissances (naissances vivantes et mort-nés) dans une certaine période. En raison des différences de définition des mortinaissances, les taux de mortalité périnatale ne sont pas totalement comparables. Les *taux de mortalité néonatale et de mortalité néonatale précoce* représentent, respectivement, le taux de mortalité dans un délai de 28 jours et dans un délai d'une semaine après la naissance pour 1 000 naissances vivantes dans une période donnée. Un certain nombre de pays revoient actuellement leurs définitions qui font la distinction entre l'avortement spontané, le *décès néonatal précoce* et la *mortinaissance* (ou mise au monde d'un enfant mort-né). Les critères utilisés dans les États membres vont d'une période minimale de gestation de 22 semaines (154 jours) à 28 semaines (196 jours). La *mortalité postnéonatale* couvre la période allant de 28 jours à un an après la naissance.

## 5.2. Mortalité par cause

Pour présenter les données de mortalité par cause, **Eurostat** utilise un ensemble standard de 65 affections et groupes d'affections qui, pour 1998, sont présentés sous forme standardisée dans les tableaux **5.2.1** et **5.2.2**. Pour l'UE, le taux de mortalité standardisé toutes causes confondues pour les hommes est de 923 pour 100 000; il est le plus élevé au Portugal (1 147 en 1998), au Danemark (1 046) et en Irlande (1 028) et le plus faible en Suède (787) et en Grèce (811). Pour les femmes, il est de 525 pour 100 000 au niveau de l'UE; il est le plus élevé au Danemark (682) et au Portugal (667) et le plus bas en France (461) et en Espagne (481).

Les principales causes de décès dans l'UE sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs malignes; ensemble, elles représentent deux tiers de la totalité des décès, hommes et femmes confondus (voir graphique **5.2.3**). Dans le groupe des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques sont responsables de 1 décès sur 6 et les maladies cardio-vasculaires d'environ 1 sur

10. En tant que cause de décès, la cardiopathie ischémique varie en importance dans l'Europe: en Finlande et en Suède, elle est la cause de près d'un quart de la totalité des décès chez les hommes, contre moins de 10 % en France. Pour la pneumonie, les taux varient également entre les pays (8 % des décès chez les hommes au Royaume-Uni, mais seulement 1 % en Italie), mais ces écarts tiennent en partie à des différences de procédures de codage et d'affectation.

Ces caractéristiques des données sont plus marquées pour la mortalité des femmes. Ainsi, en Autriche, 60 % des décès féminins sont attribués à des maladies de l'appareil circulatoire et 20 % de la totalité des décès à la cardiopathie ischémique, alors qu'en France les proportions sont respectivement de 32 et 8 %. Sur l'ensemble de l'UE, les types de cancer responsables de la plus forte mortalité chez les femmes sont ceux du sein, du poumon, du côlon, de l'estomac, des ovaires, du pancréas et de l'utérus, alors que, chez les hommes, ce sont ceux du poumon, de la prostate, du côlon, des glandes lymphatiques, de l'estomac, du pancréas et de la vessie.

Les causes de décès les plus probables pour chaque tranche d'âge sont indiquées dans les graphiques **5.2.4** et **5.2.5**, et l'examen de ces données montre que les chances de mourir de maladies de l'appareil circulatoire augmentent avec l'âge, alors que les décès dus aux tumeurs malignes sont plus probables entre 55 et 64 ans. Les causes externes de mortalité des hommes sont plus courantes à un âge précoce, surtout entre 15 et 34 ans, mais elles diminuent ensuite avec l'âge. Des chiffres plus détaillés sont donnés dans le tableau **5.2.6**.

Les données sur le nombre réel de décès sont collectées par l'**Organisation mondiale de la santé** (OMS) (au niveau national) et par **Eurostat** (aux niveaux national et régional, NUTS 1 et NUTS 2). Les données sur les décès par cause sont généralement fondées sur la cause initiale indiquée dans les parties I et II du certificat de décès. Les causes de décès acceptables sont celles qui sont indiquées dans la *classification internationale des maladies (CIM)* de l'OMS. Tous les pays de l'UE utilisent la neuvième révision (CIM-9) ou la dixième révision (CIM-10) de cette classification.

La **CIM**, tenue à jour par l'**OMS**, est destinée à faciliter la comparabilité internationale concernant la collecte, le traitement, la classification et la présentation des données statistiques sur la mortalité. L'OMS précise les règles et conventions à appliquer, de manière à garantir la production de données cohérentes et comparables par une analyse statistique aux niveaux local, national et international. Elle impose également une présentation type pour la déclaration des causes de décès sur le certificat de décès. Les informations déclarées sont ensuite



traduites en codes médicaux grâce à l'utilisation de la structure de classification et des règles de sélection et de modification précisées dans la révision applicable de la CIM publiée par l'OMS. Ces règles de codage améliorent l'utilité des statistiques de mortalité en privilégiant certaines affections, en les regroupant et en sélectionnant systématiquement une unique cause de décès à partir d'une suite d'affections. L'unique cause de décès sélectionnée pour présentation sous forme de tableau est appelée «cause initiale de décès», et les autres causes déclarées sont appelées «causes non initiales de décès». La combinaison des causes initiales et non initiales constitue les causes multiples de décès.

La CIM a été périodiquement révisée de manière à tenir compte des évolutions dans le domaine de la médecine. La dixième révision (**CIM-10**) diffère de la neuvième révision (CIM-9) à certains égards, bien que leur couverture globale soit similaire. La CIM-10 comporte des catégories alphanumériques au lieu de catégories numériques, et certains chapitres ont été réorganisés, certains titres modifiés et certaines conditions regroupées. La CIM-10 comporte presque deux fois plus de catégories que la CIM-9. Certaines modifications relativement mineures ont été apportées aux règles de codage de la mortalité. Toutefois, dans la plupart des pays de l'UE, on utilise une version de la CIM-9 [classification internationale des maladies, neuvième révision, modification clinique (CIM-9-MC)] ou la nouvelle CIM-10-MC pour le codage des diagnostics et des procédures associées à la consommation des soins hospitaliers (voir chapitre 6).

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 dont la mortalité est observée. Comparer les TBM de deux populations ou plus (au niveau 2 de la NUTS, dans la présente publication) consiste à comparer une combinaison de différents taux de mortalité par âge et de différentes structures démographiques qui ne reflètent pas les différences «réelles» de mortalité, mais qui tiennent compte des effets de la structure démographique sur le nombre total de décès et sur les TBM.

Le *taux de mortalité standardisé* (TMS) est le taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge. Comme la plupart des causes de décès varient notablement selon l'âge et le sexe des personnes, l'utilisation de TMS améliore la comparabilité entre périodes et entre pays, car ces taux visent à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations. Pour des raisons de comparabilité internationale, les TMS utilisés dans le présent document sont calculés par Eurostat sur la base de la population européenne standard définie par l'OMS.

Les taux de mortalité standardisés pour certaines affections ou certains groupes d'affections et les

cartes de mortalité ne sont pas présentés dans le présent volume dans la mesure où une bonne partie de ces données sont fournies dans un autre volume du *Panorama des statistiques de la santé* d'Eurostat, le document *Atlas of mortality*. Toutefois, on trouvera dans le présent document deux groupes de causes ne figurant pas dans cette publication, à savoir «toutes les tumeurs malignes» (voir tableaux 5.2.8 et 5.2.9) et «toutes les maladies respiratoires» (voir tableaux 5.2.10 et 5.2.11). Pour ce dernier groupe, la variation évidente entre les pays illustre bien l'incidence de la modification des règles d'affectation des codes. Ainsi, pour le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), la réinterprétation des règles de l'OMS sur le codage de la pneumonie comme cause de décès a entraîné une baisse brutale de ce taux en 1984 (représenté ici pour 1985), alors qu'un changement dans le sens opposé a produit une soudaine hausse en 1993.

### 5.3. Causes spécifiques de mortalité

Dans l'UE, environ 8 900 décès d'hommes et 2 500 décès de femmes ont été attribués à l'affection «abus d'alcool» en 1998. Cette affection (CIM-10, code F10) inclut la psychose alcoolique et, comme le montre le tableau 5.3.1, la mortalité qui lui est associée est la plus fréquente chez les personnes d'âge mûr (40-69 ans). Le fait qu'une proportion aussi forte de décès soit déclarée en Allemagne est sans doute lié à des différences d'interprétation quant à l'affectation des codes à partir des certificats de décès.

Le meilleur moyen d'évaluer les nombres de **décès liés à la consommation de drogues** consiste à utiliser les détails compilés par l'**Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)**. Les données fournies par divers pays (voir tableau 5.3.2) ne sont pas directement comparables en raison de différences de définitions. Les chiffres présentés font apparaître une augmentation régulière des décès liés à la consommation de drogues entre 1985 et 2000, et, selon l'indice corrigé de l'OEDT, le nombre total dans l'ensemble des pays déclarants a progressé de 142 % pendant cette période, y compris une augmentation de 117 % entre 1985 et 1991. Depuis 1991, l'indice s'est stabilisé, mais cette stabilisation masque des tendances variables entre États membres. Ainsi, en Angleterre et au pays de Galles, le nombre de décès liés à la consommation de drogues a augmenté de deux tiers entre 1991 et 2000 et a triplé au Portugal pendant la même période, alors qu'il a baissé en Italie, en Allemagne, en France et en Espagne. En valeurs absolues, le Royaume-Uni a déclaré le plus grand nombre de décès liés à la consommation de drogues en 2000 (3 495), l'Allemagne faisant état pour sa part de 2 030 cas.

## 5.1.1. Taux de mortalité infantile

	EU-15	B	DK	D (*)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	34,5	31,2	21,5	35,0	40,1	43,7	27,5	29,3	43,9	31,5
1965	27,5	23,7	18,7	24,1	34,3	37,8	22,0	25,2	36,0	24,0
1970	23,4	21,1	14,2	22,5	29,6	28,1	18,2	19,5	29,6	24,9
1975	18,1	16,1	10,4	18,9	24,0	18,9	13,8	17,5	21,2	14,8
1980	12,4	12,1	8,4	12,4	17,9	12,3	10,0	11,1	14,6	11,5
1985	9,5	9,8	7,9	9,1	14,1	8,9	8,3	8,8	10,5	9,0
1990	7,6	8,0	7,5	7,0	9,7	7,6	7,3	8,2	8,2	7,3
1991	7,4	8,4	7,3	6,9	9,0	7,2	7,3	7,6	8,1	9,2
1992	6,9	9,6	6,6	6,2	8,4	7,1	6,8	6,5	7,9	8,5
1993	6,5	8,0	5,4	5,8	8,5	6,7	6,5	6,1	7,1	6,0
1994	6,1	7,6	5,5	5,6	7,9	6,0	5,9	5,7	6,6	5,3
1995	5,6	6,1	5,1	5,3	8,1	5,5	4,9	6,3	6,2	5,5
1996	5,5	5,6	5,6	5,0	7,2	5,5	4,8	6,0	6,2	4,9
1997	5,2	6,1	5,2	4,9	6,4	5,0	4,7	6,1	5,6	4,2
1998	<b>5,1</b>	5,6	4,7	4,7	<b>6,7</b>	4,9	4,6	6,2	5,4	5,0
1999	5,0	4,9	4,2	4,5	6,2	4,5	4,3	5,5	5,1	4,6
2000	<b>4,7</b>	4,8	5,3	<b>4,4</b>	6,1	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	5,9	<b>4,5</b>	5,1

(\*) République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

## 5.1.2. Décès d'enfants (de moins de 1 an)

	EU-15	B	DK	D (*)	EL	E	F	IRL	I	L
1960	199 773	4 824	1 636	44 105	6 300	28 826	22 484	1 777	39 950	158
1965	167 739	3 684	1 606	31 907	5 194	25 470	18 990	1 604	35 677	127
1970	128 623	2 999	1 005	23 547	4 290	18 595	15 437	1 255	26 639	110
1975	86 087	1 932	746	14 760	3 409	12 641	10 277	1 176	17 526	59
1980	57 642	1 510	484	10 779	2 658	7 048	8 010	821	9 320	48
1985	40 546	1 120	427	7 419	1 647	4 071	6 389	551	6 090	37
1990	33 373	985	473	6 385	993	3 050	5 599	434	4 654	36
1991	31 772	1 062	471	5 711	927	2 846	5 511	400	4 571	46
1992	29 401	1 194	444	4 992	871	2 798	5 075	331	4 489	44
1993	26 807	962	367	4 665	864	2 581	4 604	302	3 905	32
1994	24 663	887	380	4 309	823	2 239	4 193	277	3 507	29
1995	22 600	700	353	4 053	827	1 996	3 545	309	3 257	30
1996	22 190	652	376	3 962	730	2 008	3 501	303	3 250	28
1997	21 181	705	351	3 951	657	1 856	3 439	321	2 973	23
1998	20 376	642	309	3 666	<b>674</b>	1 774	3 399	330	2 803	27
1999	:	556	:	3 496	619	1 700	3 221	293	:	26
2000	:	554	358	3 362	:	1 535	:	322	2 461	29

(\*) République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
17,9	37,5	77,5	21,0	16,6	22,5	13,0	18,9	21,1	21,1	1960
14,4	28,3	64,9	17,6	13,3	19,7	15,0	16,8	17,8	22,8	1965
12,7	25,9	55,5	13,2	11,0	18,5	13,2	12,7	15,1	11,8	1970
10,6	20,5	38,9	10,0	8,6	16,1	12,5	11,1	10,7	6,5	1975
8,6	14,3	24,3	7,6	6,9	12,1	7,7	8,1	9,1	7,6	1980
8,0	11,2	17,8	6,3	6,8	9,3	5,7	8,5	6,9	10,7	1985
7,1	7,8	11,0	5,6	6,0	7,9	5,9	7,0	6,8	0,0	1990
6,5	7,5	10,8	5,9	6,2	7,4	5,5	6,4	6,2	0,0	1991
6,3	7,5	9,3	5,2	5,3	6,6	4,8	5,9	6,4	10,7	1992
6,3	6,5	8,7	4,4	4,8	6,3	4,8	5,1	5,6	0,0	1993
5,6	6,3	8,1	4,7	4,4	6,2	3,2	5,2	5,1	5,6	1994
5,5	5,4	7,5	3,9	4,1	6,2	6,1	4,0	5,0	0,0	1995
5,7	5,1	6,9	4,0	4,0	6,1	3,7	4,0	4,7	7,4	1996
5,0	4,7	6,4	3,9	3,6	5,9	5,5	4,1	4,8	:	1997
5,2	4,9	6,0	4,2	3,5	5,7	2,6	3,9	4,8	7,5	1998
5,2	4,4	5,6	3,6	3,4	5,8	2,4	3,9	4,6	:	1999
5,1	4,8	5,5	3,8	3,4	5,6	3,0	3,8	4,9	:	2000

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
4 286	4 727	16 576	1 725	1 699	20 700	64	1 167	1 993	8	1960
3 541	3 673	13 656	1 371	1 639	19 600	71	1 113	1 996	9	1965
3 045	2 908	10 027	854	1 212	16 700	53	823	1 495	5	1970
1 894	1 926	6 991	656	894	11 200	55	625	843	2	1975
1 557	1 303	3 852	481	671	9 100	35	411	667	3	1980
1 430	977	2 327	395	666	7 000	22	434	515	4	1985
1 397	709	1 279	368	739	6 272	28	428	574	0	1990
1 291	708	1 259	383	761	5 825	25	387	537	0	1991
1 235	718	1 068	344	657	5 141	22	353	557	4	1992
1 227	618	996	287	571	4 826	22	305	465	0	1993
1 104	578	881	308	499	4 649	14	312	424	2	1994
1 041	481	805	248	429	4 526	26	244	415	0	1995
1 086	451	758	242	377	4 466	16	246	389	3	1996
968	398	727	232	328	4 252	23	247	387	:	1997
1 035	400	683	239	316	4 079	11	228	376	3	1998
1 048	341	651	208	297	4 045	10	232	361	:	1999
1 059	378	662	213	309	3 791	13	225	386	:	2000

5.1.7. Taux de mortalité périnatale <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D <sup>(2)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
1960	35,4	31,9	26,2	34,9	26,4	42,8	31,4	37,7	41,9	32,2
1965	30,3	27,3	23,9	27,9	29,4	37,1	27,9	30,0	36,5	30,6
1970	26,1	23,3	17,9	25,3	27,4	31,1	23,3	24,3	31,2	24,7
1975	20,3	20,0	13,3	18,8	25,5	20,9	18,1	21,5	24,2	16,0
1980	14,1	14,1	8,9	12,1	20,3	14,4	12,9	14,8	17,8	9,8
1985	10,8	10,8	8,1	8,4	15,7	10,9	10,7	12,3	13,5	7,8
1990	8,3	8,9	8,3	6,3	11,9	7,6	8,3	10,1	10,5	6,9
1991	8,0	8,3	7,9	5,8	11,1	7,2	8,2	9,4	9,8	9,6
1992	7,6	8,4	8,1	5,8	10,0	7,3	7,7	9,3	8,8	7,7
1993	:	:	7,4	5,4	10,9	6,6	7,2	9,1	8,3	6,3
1994	:	:	7,8	6,4	9,7	6,5	7,4	9,3	:	6,2
1995	:	:	7,5	6,8	10,4	6,0	7,4	10,5	7,7	7,0
1996	:	:	8,0	6,8	9,5	6,4	8,2	:	7,6	:
1997	:	:	:	6,5	9,5	:	:	9,7	6,8	6,9
1998	:	:	:	:	8,9	5,9	7,0	:	6,1	:
1999	:	7,1	:	6,2	9,1	5,7	6,5	9,0	:	5,2
2000	:	:	:	6,1	:	:	:	:	:	7,3

(<sup>1</sup>) Mortalité plus décès dans la première semaine par millier de naissances vivantes et d'enfants mort-nés.

(<sup>2</sup>) République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

5.1.8. Taux de mortalité néonatale <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D <sup>(2)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
1960	20,3	20,4	16,1	23,2	19,5	20,2	17,7	20,4	23,9	19,1
1965	17,5	16,0	14,7	17,5	19,8	20,0	15,3	17,2	22,5	16,3
1970	15,9	14,2	11,0	17,2	19,6	17,5	12,7	12,8	20,6	16,8
1975	12,6	11,7	8,0	13,4	18,0	12,6	9,1	12,0	16,1	9,5
1980	8,3	7,5	5,6	8,1	13,9	8,5	5,8	6,7	11,3	5,3
1985	6,0	5,8	4,7	5,3	10,6	5,9	4,6	5,3	8,2	2,9
1990	4,5	4,2	4,6	3,7	6,5	5,0	3,6	4,8	6,3	4,3
1991	4,4	4,3	4,2	3,5	6,1	4,6	3,5	5,0	6,3	5,0
1992	4,2	4,2	4,1	3,4	5,7	4,6	3,3	4,3	5,9	4,1
1993	:	:	3,5	3,1	6,1	4,1	3,1	4,0	5,3	3,4
1994	:	:	4,0	3,2	5,6	3,9	3,2	4,0	:	3,3
1995	:	:	3,7	3,2	5,8	3,5	2,9	4,7	4,6	3,5
1996	:	:	3,9	3,0	5,2	3,5	4,0	4,1	4,6	2,8
1997	:	:	:	2,9	4,9	3,2	3,0	3,6	4,3	2,2
1998	:	:	:	2,8	4,6	3,0	2,9	4,3	4,0	3,0
1999	:	3,1	:	2,9	4,4	2,8	2,7	3,9	:	3,2
2000	:	2,9	:	2,7	:	:	:	4,0	:	3,9

(<sup>1</sup>) Décès de nourrissons de moins de 28 jours par millier de naissances vivantes.

(<sup>2</sup>) République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
26,6	34,9	41,1	27,5	<b>25,4</b>	33,5	19,7	23,7	25,6	:	<b>1960</b>
23,1	29,5	38,6	24,5	<b>19,7</b>	27,7	24,0	21,4	22,8	:	<b>1965</b>
18,6	26,7	36,5	17,0	16,4	23,7	18,5	19,1	18,1	:	<b>1970</b>
13,9	21,2	31,3	12,4	11,3	19,8	15,6	14,1	13,4	:	<b>1975</b>
11,1	14,1	23,9	8,4	8,8	13,4	8,8	11,1	9,5	:	<b>1980</b>
9,8	10,1	21,5	7,3	7,4	9,9	5,2	9,1	8,3	:	<b>1985</b>
9,6	6,9	14,2	6,2	6,5	8,1	6,3	7,5	7,7	:	<b>1990</b>
9,1	6,5	13,7	6,8	6,6	8,1	4,6	7,4	7,1	:	<b>1991</b>
9,1	6,8	11,9	5,9	5,8	7,7	6,7	7,4	7,0	:	<b>1992</b>
9,1	6,1	10,2	5,1	5,9	9,1	4,1	6,9	6,8	:	<b>1993</b>
8,6	6,2	9,3	5,4	5,4	8,9	4,5	7,5	6,1	:	<b>1994</b>
8,0	6,8	9,1	4,9	5,5	:	6,3	6,1	7,0	:	<b>1995</b>
8,4	7,1	8,6	4,9	:	:	7,4	6,5	6,3	:	<b>1996</b>
7,9	6,4	7,2	5,9	5,4	:	:	:	6,9	:	<b>1997</b>
7,9	6,6	6,7	:	:	:	:	:	:	:	<b>1998</b>
7,9	6,0	6,4	4,3	5,6	8,2	5,8	6,1	:	:	<b>1999</b>
:	6,7	6,2	5,8	4,2	8,1	5,3	5,9	7,8	:	<b>2000</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
13,5	24,6	27,9	14,4	<b>13,4</b>	16,0	9,2	11,7	16,1	:	<b>1960</b>
11,4	20,1	25,4	13,6	<b>10,8</b>	13,4	10,6	11,9	13,8	:	<b>1965</b>
9,5	19,1	24,3	10,5	9,1	12,5	10,2	9,5	10,9	:	<b>1970</b>
7,6	15,5	22,1	7,8	6,4	10,9	8,9	7,3	7,4	:	<b>1975</b>
5,7	9,4	15,5	5,1	5,0	7,7	6,0	5,1	5,9	:	<b>1980</b>
5,0	7,1	12,2	4,3	4,2	5,3	3,6	4,7	4,5	:	<b>1985</b>
4,8	4,4	7,0	3,7	3,5	4,5	4,0	3,9	3,8	:	<b>1990</b>
4,6	4,4	6,9	4,2	3,6	4,4	2,9	3,7	3,6	:	<b>1991</b>
4,4	4,7	6,0	3,7	3,3	4,3	3,7	3,8	3,9	:	<b>1992</b>
4,5	3,7	5,6	3,0	3,1	4,2	2,8	3,5	3,5	:	<b>1993</b>
4,0	3,9	4,8	3,5	3,0	4,1	1,1	3,7	3,3	:	<b>1994</b>
3,8	3,4	4,7	2,6	2,9	4,2	4,4	2,7	3,4	:	<b>1995</b>
4,2	3,4	4,2	2,9	2,5	4,0	3,0	2,5	3,2	:	<b>1996</b>
3,7	3,2	4,1	2,8	2,4	3,9	3,1	:	3,4	:	<b>1997</b>
3,8	3,2	3,7	3,0	:	3,8	2,2	:	3,5	:	<b>1998</b>
4,0	2,8	3,6	2,6	2,2	3,9	1,5	2,7	3,4	:	<b>1999</b>
:	3,3	3,4	2,9	2,3	3,9	2,5	2,6	3,6	:	<b>2000</b>

5.1.9. Taux de mortalité néonatale précoce <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D <sup>(2)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
1960	16,2	17,0	13,9	19,7	12,3	15,9	14,6	16,1	17,8	16,3
1965	14,4	13,9	13,2	15,7	14,2	15,7	12,8	13,6	17,1	13,8
1970	13,0	12,1	9,5	15,2	14,5	13,7	10,1	10,6	16,1	15,2
1975	10,3	10,0	6,7	11,2	13,8	9,8	7,3	10,3	13,2	8,8
1980	6,7	6,2	4,6	6,4	11,2	6,7	4,4	5,8	9,4	4,3
1985	4,7	4,6	3,6	4,0	7,6	4,6	3,4	4,2	6,8	2,4
1990	3,5	3,4	3,6	2,7	4,8	3,6	2,5	4,1	5,1	2,6
1991	3,4	3,4	3,4	2,5	4,3	3,3	2,5	3,8	5,0	4,2
1992	3,2	3,2	3,2	2,5	4,0	3,3	2,3	3,7	4,6	3,1
1993	:	:	2,9	2,4	4,3	2,9	2,2	3,2	4,2	2,2
1994	:	:	3,4	2,4	4,0	2,8	2,3	3,2	:	2,6
1995	:	:	3,0	2,4	4,1	2,6	2,2	3,8	3,4	2,6
1996	:	:	3,3	2,3	3,7	2,5	3,2	3,5	3,5	1,8
1997	:	:	:	2,2	3,4	2,2	2,1	2,7	3,1	1,8
1998	:	:	:	2,1	3,1	2,0	2,0	3,5	2,8	2,2
1999	:	2,4	:	2,2	3,0	1,9	2,0	3,2	:	2,7
2000	:	2,1	:	2,1	:	:	:	3,0	:	2,6

<sup>(1)</sup> Décès de nourrissons de moins de 7 jours par millier de naissances vivantes.

<sup>(2)</sup> République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

5.1.10. Taux de mortalité intra-utérine tardive <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D <sup>(2)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
1960	19,5	15,1	12,4	15,5	14,3	27,3	17,0	21,9	24,5	16,1
1965	16,1	13,5	10,9	12,3	15,5	21,8	15,2	16,6	19,8	17,1
1970	13,4	11,2	8,5	10,3	13,1	17,6	13,3	13,8	15,4	9,7
1975	10,2	10,1	6,7	7,8	11,8	11,2	10,9	11,4	11,1	7,2
1980	7,5	7,9	4,4	5,7	9,2	7,8	8,6	9,1	8,4	5,5
1985	6,1	6,2	4,4	4,4	8,1	6,3	7,3	8,2	6,7	5,3
1990	4,8	5,5	4,7	3,5	7,1	4,0	5,9	6,0	5,4	4,2
1991	4,7	4,9	4,6	3,3	6,8	3,9	5,7	5,7	4,8	5,4
1992	4,4	5,2	5,0	3,3	6,0	4,0	5,4	5,5	4,3	4,6
1993	4,5	4,8	4,6	3,1	6,6	3,7	5,0	5,9	4,2	4,1
1994	4,6	4,0	4,4	4,0	5,7	3,7	5,1	6,1	3,9	3,7
1995	:	4,8	4,5	4,4	6,3	3,4	5,3	6,7	4,3	4,4
1996	:	:	4,8	4,5	5,8	3,9	5,0	:	4,2	:
1997	:	:	:	4,3	6,1	:	:	7,0	3,6	5,1
1998	:	:	:	:	5,9	3,9	5,0	:	3,2	:
1999	:	4,7	:	4,0	6,2	3,9	4,6	5,8	:	2,5
2000	:	:	:	4,0	:	3,6	4,5	:	:	4,7

<sup>(1)</sup> Enfants mort-nés pour 1 000 (naissances vivantes et enfants mort-nés).

<sup>(2)</sup> République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
11,9	20,2	15,0	12,6	<b>11,8</b>	13,7	7,1	9,9	14,4	:	<b>1960</b>
10,1	17,8	15,7	12,3	<b>9,5</b>	11,7	9,3	10,6	12,5	:	<b>1965</b>
8,0	16,8	16,1	9,1	8,1	10,7	8,7	8,5	9,4	:	<b>1970</b>
6,3	12,9	16,3	6,8	5,5	9,3	8,2	6,1	6,3	:	<b>1975</b>
4,5	7,5	12,3	4,2	4,3	6,2	4,2	4,0	4,6	:	<b>1980</b>
4,0	5,5	10,2	3,5	3,4	4,4	2,9	3,9	3,7	:	<b>1985</b>
3,9	3,3	5,7	3,1	3,0	3,5	3,6	3,2	3,1	:	<b>1990</b>
3,8	3,1	5,5	3,5	2,8	3,4	1,8	2,7	3,0	:	<b>1991</b>
3,5	3,3	4,7	3,0	2,6	3,4	3,3	3,1	3,2	:	<b>1992</b>
3,7	2,8	4,1	2,5	2,6	3,4	2,2	2,7	2,7	:	<b>1993</b>
3,2	2,9	3,4	2,9	2,3	3,2	1,1	3,0	2,7	:	<b>1994</b>
3,1	2,5	3,6	2,0	2,2	3,3	4,4	2,2	2,9	:	<b>1995</b>
3,4	2,6	3,2	2,3	1,8	3,2	2,8	2,0	2,6	:	<b>1996</b>
2,8	2,2	2,8	2,2	2,0	3,0	2,6	:	2,8	:	<b>1997</b>
3,0	2,5	2,8	2,4	:	2,9	2,2	:	2,9	:	<b>1998</b>
3,2	2,0	2,7	2,1	1,7	3,0	1,2	2,1	2,9	:	<b>1999</b>
:	2,5	2,5	1,8	1,7	2,9	1,9	2,1	2,9	:	<b>2000</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	LI	
14,9	15,0	26,5	15,1	13,7	20,1	12,7	13,9	11,4	10,4	<b>1960</b>
13,1	11,9	23,2	12,4	10,2	16,1	14,8	10,9	10,4	5,0	<b>1965</b>
10,7	10,1	20,7	8,0	8,3	13,1	9,8	10,7	8,9	0,0	<b>1970</b>
7,7	8,4	15,2	5,7	5,8	10,5	7,5	8,1	7,2	0,0	<b>1975</b>
6,6	6,6	11,8	4,2	4,5	7,2	4,6	7,1	4,9	0,0	<b>1980</b>
5,9	4,6	11,4	3,9	3,9	5,5	2,3	5,2	4,6	0,0	<b>1985</b>
5,7	3,6	8,6	3,2	3,6	4,6	2,7	4,3	4,6	0,0	<b>1990</b>
5,3	3,4	8,2	3,3	3,7	4,7	2,9	4,6	4,1	:	<b>1991</b>
5,6	3,5	7,2	2,9	3,2	4,3	3,5	4,3	3,9	:	<b>1992</b>
5,4	3,3	6,1	2,7	3,4	5,7	1,9	4,2	4,1	:	<b>1993</b>
5,4	3,3	5,8	2,5	3,1	5,8	3,4	4,6	3,4	:	<b>1994</b>
4,9	4,4	5,4	3,0	3,4	:	1,9	3,9	4,1	:	<b>1995</b>
5,0	4,5	5,4	2,7	:	:	4,6	4,5	3,7	:	<b>1996</b>
5,1	4,3	4,5	3,7	3,5	:	:	:	4,2	:	<b>1997</b>
4,8	4,1	4,0	:	:	:	:	:	:	:	<b>1998</b>
4,7	4,0	3,7	2,2	3,8	5,3	4,6	4,0	:	:	<b>1999</b>
:	4,2	3,7	4,1	2,5	5,3	3,5	3,8	4,9	:	<b>2000</b>

5.1.11. Taux de mortalité postnéonatale <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D <sup>(2)</sup>	EL	E	F	IRL	I	L
1960	14,2	10,8	5,4	11,8	20,6	23,5	9,8	8,9	20,0	12,4
1965	10,0	7,7	4,0	6,6	14,5	17,8	6,7	8,0	13,5	7,7
1970	7,5	6,9	3,2	5,3	10,0	10,6	5,5	6,7	9,0	8,1
1975	5,5	4,4	2,4	5,5	6,0	6,3	4,7	5,5	5,1	5,3
1980	4,1	4,6	2,8	4,3	4,0	3,8	4,2	4,4	3,3	6,2
1985	3,5	4,0	3,2	3,8	3,5	3,0	3,7	3,5	2,3	6,1
1990	3,1	3,8	2,9	3,3	3,2	2,6	3,7	3,4	1,9	3,0
1991	3,0	4,1	3,1	3,4	2,9	2,6	3,8	2,6	1,8	4,2
1992	2,7	5,4	2,5	2,8	2,7	2,5	3,5	2,2	2,0	4,4
1993	:	:	1,9	2,7	2,4	2,6	3,4	2,1	1,8	2,6
1994	:	:	1,5	2,4	2,3	2,1	2,7	1,7	:	2,0
1995	:	:	1,4	2,1	2,3	2,0	2,0	1,6	1,6	2,0
1996	:	:	1,7	2,0	2,0	2,0	0,8	1,9	1,6	2,1
1997	:	:	:	2,0	1,5	1,8	1,7	2,5	1,3	2,0
1998	:	:	:	1,9	2,1	1,9	1,7	1,9	1,4	2,0
1999	:	1,8	:	1,6	1,8	1,7	1,6	1,6	:	1,4
2000	:	:	:	:	:	:	:	1,9	:	1,3

<sup>(1)</sup> Décès de nourrissons ayant 28 jours et plus mais moins de 1 an par millier de naissances vivantes.

<sup>(2)</sup> République fédérale d'Allemagne (y compris l'ancienne Allemagne de l'Est à partir de 1991).

Source: Eurostat, base de données NewCronos (démographie).

5.1.12. Taux de mortalité infantile <sup>(1)</sup>

	UE	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1992	:	24,8	:	22,6	:	:	:	:	:
1993	:	21,8	:	21,9	:	:	:	:	:
1994	21,4	21,3	21,9	20,7	20,5	23,5	20,5	18,9	21,0
1995	20,2	23,0	21,4	19,4	18,6	22,3	19,7	20,7	21,1
1996	19,5	:	21,8	17,3	21,6	23,1	18,4	19,7	20,1
1997	19,0	:	:	17,1	21,5	20,9	18,0	18,9	19,6
1998	18,5	:	:	16,4	:	20,4	17,3	20,0	16,5
1999	:	:	:	16,5	:	:	:	21,2	:

<sup>(1)</sup> Décès entre 1 et 14 ans par millier d'habitants de cet âge.

NB: On ne dispose pas de données pour L.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

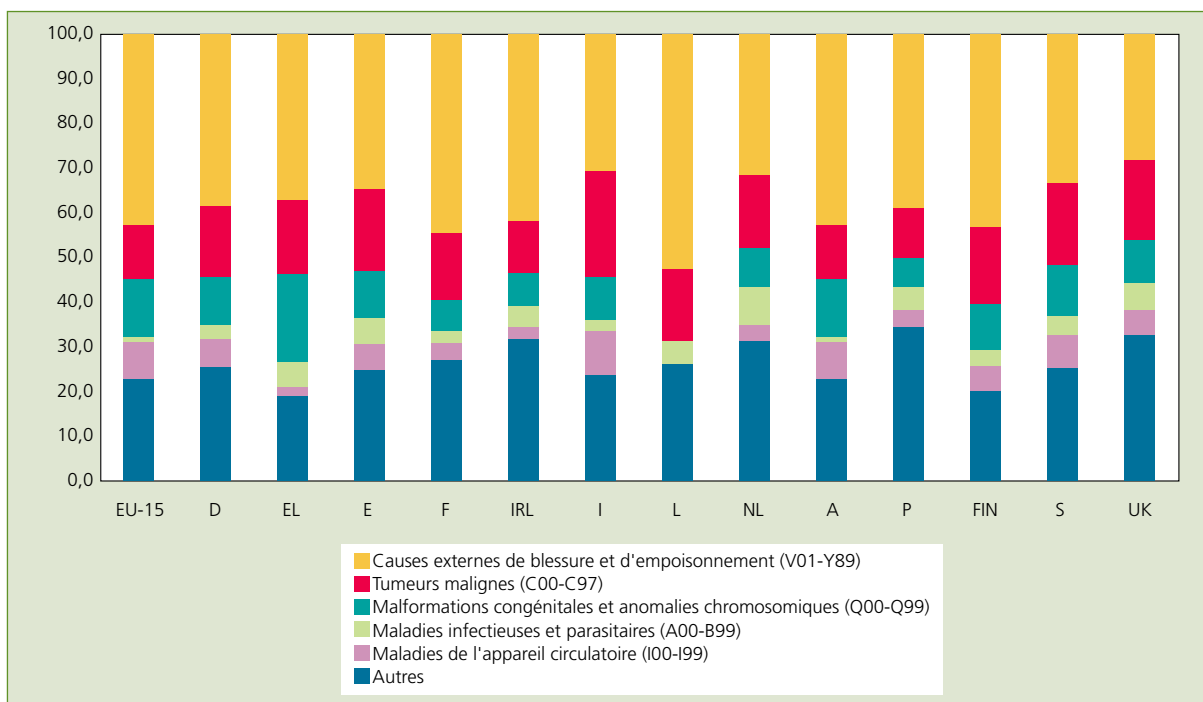
NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
4,4	12,9	49,6	6,6	3,2	6,5	3,8	7,2	5,0	<b>1960</b>
3,0	8,2	39,5	4,0	2,5	6,3	4,4	4,9	4,0	<b>1965</b>
3,2	6,8	31,2	2,7	1,9	6,0	3,0	3,2	4,2	<b>1970</b>
3,0	5,0	16,8	2,2	2,2	5,2	3,6	3,8	3,3	<b>1975</b>
2,9	4,9	8,8	2,5	1,9	4,4	1,7	3,0	3,2	<b>1980</b>
3,0	4,1	5,6	2,0	2,6	4,0	2,1	3,8	2,4	<b>1985</b>
2,3	3,4	4,0	1,9	2,5	3,4	1,9	3,1	3,0	<b>1990</b>
1,9	3,1	3,9	1,7	2,6	3,0	2,6	2,7	2,6	<b>1991</b>
1,9	2,8	3,3	1,5	2,0	2,3	1,1	2,1	2,5	<b>1992</b>
1,8	2,8	3,1	1,4	1,7	2,1	2,0	1,6	2,1	<b>1993</b>
1,6	2,4	3,3	1,2	1,4	2,1	2,1	1,5	1,8	<b>1994</b>
1,7	2,0	2,8	1,3	1,2	2,0	1,7	1,3	1,6	<b>1995</b>
1,5	1,7	2,7	1,1	1,5	2,1	0,7	1,5	1,5	<b>1996</b>
1,3	1,5	2,3	1,1	1,2	2,0	2,4	:	1,4	<b>1997</b>
1,4	1,7	2,3	1,2	:	1,9	0,4	:	1,3	<b>1998</b>
1,2	1,6	2,0	1,0	1,2	1,9	0,9	1,2	1,2	<b>1999</b>
:	1,5	2,1	:	1,1	1,7	0,5	1,2	1,3	<b>2000</b>

(pour 100 000)

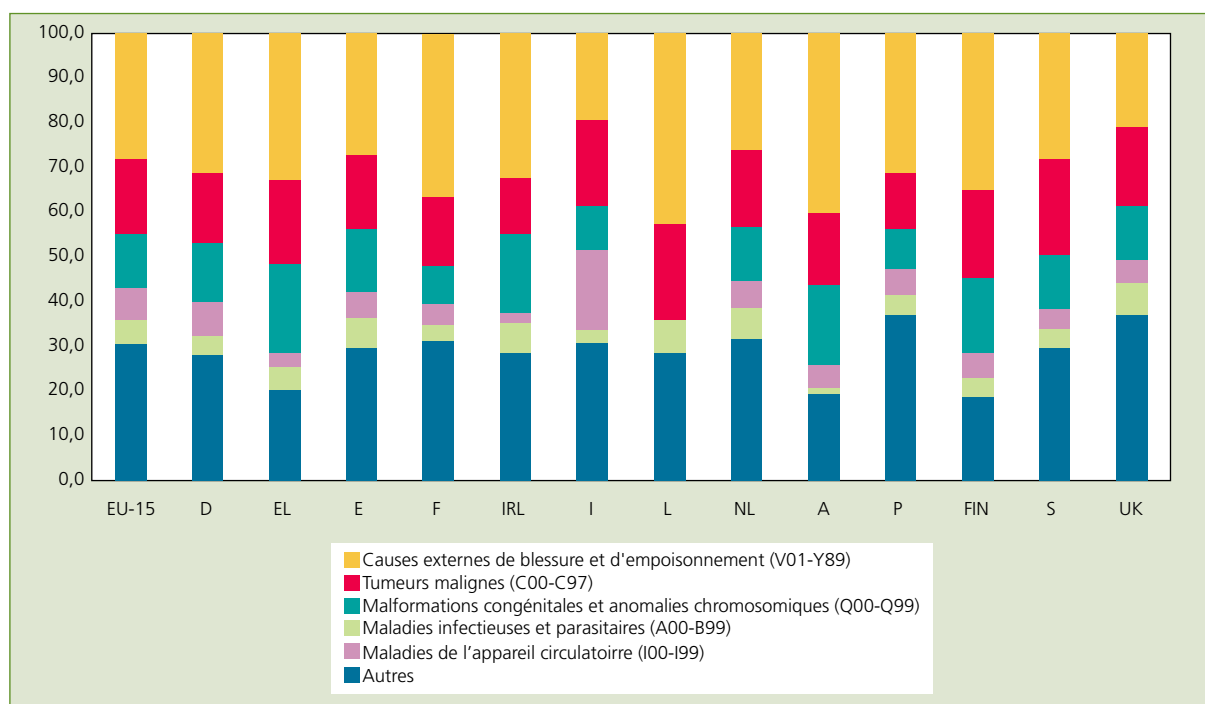
NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1992</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1993</b>
20,5	22,8	40,5	17,1	14,6	21,0	20,0	24,1	<b>1994</b>
21,7	19,5	37,6	18,5	13,1	17,8	18,5	19,6	<b>1995</b>
19,8	19,3	38,1	18,4	13,5	17,5	17,6	19,1	<b>1996</b>
18,7	18,2	36,5	19,9	:	17,9	20,7	18,7	<b>1997</b>
17,2	17,0	36,8	14,2	14,6	17,5	15,9	16,9	<b>1998</b>
18,7	17,1	30,3	17,8	:	16,8	:	:	<b>1999</b>



### 5.1.13. Taux de mortalité infantile par cause de décès, garçons, fin des années 90



NB: Données pour EU-15 1996, D 1997-1999, E 1996-1998, F 1996-1998, UK 1997-1999; on ne dispose pas de données pour B et DK.  
 Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

5.1.14. Taux de mortalité infantile par cause de décès, filles, fin des années 90 <sup>(1)</sup>

(<sup>1</sup>) Décès entre 1 et 14 ans.

NB: Données pour les années cumulées: EU-15 1996-1998, D 1997-1999, E 1996-1998, F 1996-1998, I 1996-1997, UK 1997-1999. On ne dispose pas de données pour B et DK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 5.2.1. Taux de mortalité corrigé selon l'âge pour 65 causes, hommes, 1998

	EU-15	B <sup>(1)</sup>	DK <sup>(2)</sup>	D	EL <sup>(3)</sup>	E	F	IRL	I
<b>Toutes causes de décès</b>	923,3	995,3	1046,5	926,9	811,2	872,3	862,9	1027,9	835,0
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	11,2	16,1	11,6	9,2	6,2	17,7	12,8	6,8	5,3
Tuberculose	1,5	1,5	1,2	1,1	0,8	1,9	2,1	2,0	1,1
Infection à méningocoques	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2	0,0	0,4	0,0
Sida (infection par le VIH)	2,9	:	5,1	1,1	0,5	7,1	2,7	0,5	:
Hépatite virale	1,0	1,0	0,5	1,0	0,4	1,9	0,4	0,5	2,1
<b>Tumeurs</b>	264,6	302,4	274,5	255,9	217,3	265,2	286,2	252,9	266,1
Tumeurs malignes	258,4	301,1	268,3	249,9	217,2	258,7	279,4	250,6	255,9
Lèvre, cavité buccale, pharynx	8,2	8,3	6,7	8,8	2,9	9,3	14,8	5,8	7,0
Œsophage	8,5	8,0	9,2	6,9	2,6	7,7	12,4	11,9	4,8
Estomac	15,5	12,9	10,7	16,2	12,4	17,1	10,6	12,7	19,5
Côlon	19,2	22,1	22,1	21,2	11,2	20,2	19,2	22,8	17,4
Rectum et anus	8,5	7,8	12,7	10,3	1,6	7,1	7,1	9,2	7,8
Foie et voies biliaires intrahépatiques	11,0	6,7	5,1	7,3	18,2	12,7	16,7	4,3	18,9
Pancréas	11,1	11,0	11,0	12,3	9,4	9,2	11,6	12,1	11,1
Larynx et trachée/bronches/poumon	73,9	112,0	76,6	67,9	77,3	79,5	75,8	63,9	80,2
Peau	2,4	1,6	3,9	2,3	0,7	2,0	2,1	1,6	2,4
Sein	0,4	0,4	0,4	0,5	0,1	0,3	0,4	0,4	0,3
Prostate	27,6	33,9	33,9	27,2	16,3	25,2	27,4	31,6	19,4
Rein	5,9	5,8	5,9	7,0	4,1	4,3	6,2	5,8	5,5
Vessie	10,7	12,3	14,8	8,7	10,0	13,6	10,9	6,4	11,1
Lymphes/tissu hématopoïétique	18,8	20,0	19,9	18,5	14,6	16,0	19,2	23,4	19,5
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire</b>	3,0	4,7	2,1	1,5	1,4	4,0	4,3	3,1	6,2
<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>	18,7	15,4	14,8	19,4	6,8	19,3	19,3	16,9	22,8
Diabète sucré	14,9	11,1	10,8	16,9	5,2	16,0	11,8	13,7	19,6
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	15,6	15,4	15,2	14,6	1,1	18,6	18,4	15,6	10,7
Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	4,7	2,7	8,4	10,3	0,5	1,2	6,9	4,5	0,6
Pharmacodépendance, toxicomanie	1,7	0,6	0,4	2,0	:	0,3	1,0	4,3	2,8
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	17,4	22,9	13,2	17,3	8,8	16,5	21,1	18,5	16,3
Méningite (autre que l'infection par méningocoques)	0,3	0,3	1,0	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	349,2	328,2	373,6	401,4	367,6	277,4	233,8	430,4	321,0
Cardiopathies ischémiques	157,1	127,2	200,0	197,2	128,5	103,9	78,2	261,6	118,2
Autres cardiopathies	64,0	92,3	54,5	71,0	100,8	60,3	59,7	59,5	71,6
Maladies cérébrovasculaires	78,9	68,7	76,8	78,3	111,5	70,5	50,5	66,8	81,0
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	86,9	113,8	90,0	61,6	43,6	102,7	66,3	153,2	60,4
Grippe	1,0	1,2	2,0	0,2	0,0	1,0	1,9	0,4	1,3
Pneumonie	30,2	26,3	30,5	18,2	6,6	18,9	22,4	64,9	12,4
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures dont asthme	41,9	65,0	50,2	36,4	10,4	56,5	30,4	68,7	35,1
dont asthme	2,6	3,6	3,4	4,7	0,6	1,5	2,5	3,0	1,7
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	42,9	38,6	43,1	48,0	22,0	48,1	45,2	29,7	40,3
Ulcères de l'estomac, du duodénum et du jéjunum	3,7	3,3	8,2	3,5	2,0	2,6	2,3	5,0	3,1
Atteintes hépatiques aiguës	20,2	14,0	18,1	26,4	7,0	20,6	22,9	5,9	21,3
<b>Maladies de la peau et de l'hypoderme</b>	1,2	2,5	0,4	0,3	0,2	1,3	2,2	1,5	0,6
<b>Maladies du système ostéo-articulaire/des tissus conjonctifs</b>	2,5	3,2	2,7	1,3	0,9	4,1	2,8	3,9	1,5
Polyarthrite rhumatoïde et arthrose	0,5	0,5	1,0	0,3	0,0	0,4	0,3	2,2	0,5
<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>	12,5	13,2	10,3	11,0	12,3	17,1	10,5	16,7	11,8
Maladies du rein et de l'uretère	9,4	10,6	7,1	8,8	11,7	13,1	7,8	12,5	10,2
<b>Certaines affections remontant à la période périnatale</b>	4,1	4,3	4,6	3,6	5,3	3,5	3,0	4,7	4,9
<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>	3,8	4,0	5,9	3,3	5,1	4,2	2,9	6,2	4,0
Malformations congénitales du système nerveux	0,4	0,5	0,7	0,3	0,6	0,4	0,4	0,8	0,6
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	1,7	1,6	2,5	1,5	2,8	2,0	1,5	1,9	1,8
<b>Symptômes, signes, états anormaux et causes mal définies</b>	29,3	28,9	112,7	25,8	52,7	14,1	47,2	5,4	9,2
Syndrome de mort subite du nourrisson	0,8	2,3	0,7	1,4	0,3	0,4	0,9	1,5	0,1
Causes inconnues et non spécifiées	18,9	19,9	98,9	19,0	36,0	3,7	33,8	1,4	4,4
<b>Causes externes de blessure et d'empoisonnement</b>	60,5	81,6	71,9	52,7	59,7	58,3	86,6	61,9	53,8
Accidents	37,9	46,0	43,4	27,4	51,5	44,5	53,7	36,5	39,0
Accidents de transport	17,5	23,9	15,3	14,2	33,0	23,7	20,6	18,4	20,9
Chutes accidentelles	8,9	10,3	17,0	7,4	3,9	4,7	11,8	9,1	10,5
Empoisonnement accidentel	1,9	2,4	4,2	0,4	4,5	3,9	1,1	1,3	0,6
Suicide et automutilation volontaire	17,1	29,8	22,9	20,0	5,7	11,8	25,9	22,8	10,8
Homicide, agression	1,3	1,9	1,3	1,1	2,5	1,2	0,9	1,6	1,9
Événements de cause indéterminée	3,6	3,4	3,8	3,4	:	0,5	4,8	1,2	2,1

(1) 1994.

(2) 1996.

(3) 1997.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

(pour 100 000 habitants)

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
956,3	910,2	901,9	1 146,6	992,8	787,2	907,7	863,3	759,6	<b>Toutes causes de décès</b>
11,9	10,0	4,8	30,5	7,2	7,7	6,5	8,5	10,1	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>
1,8	1,0	1,5	6,4	2,0	0,6	1,0	1,0	0,7	Tuberculose
:	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,3	Infection à méningocoques
1,7	1,2	1,2	14,0	0,2	0,5	0,5	0,9	3,4	Sida (infection par le VIH)
0,9	0,4	0,5	1,9	0,1	0,4	0,4	0,4	0,4	Hépatite virale
272,9	276,7	241,5	247,4	215,9	199,5	247,1	226,9	216,0	<b>Tumeurs</b>
271,2	270,4	237,6	242,9	211,9	192,5	243,8	223,2	211,1	Tumeurs malignes
10,5	4,0	8,9	9,7	2,9	3,6	4,2	4,7	7,3	Lèvre, cavité buccale, pharynx
11,5	9,3	5,5	7,8	3,9	4,4	13,3	4,4	7,4	Œsophage
10,6	13,7	17,7	30,3	13,1	9,7	13,4	12,2	9,4	Estomac
25,7	21,4	19,7	21,0	10,0	14,2	17,1	18,6	14,5	Côlon
9,9	7,0	10,8	9,5	7,4	7,5	9,8	11,7	7,2	Rectum et anus
9,0	3,3	10,1	7,0	7,7	5,9	4,0	2,3	8,4	Foie et voies biliaires intra-hépatiques
12,8	10,6	13,3	8,8	14,0	11,1	9,8	10,4	10,3	Pancréas
83,7	89,4	63,3	53,5	58,4	32,9	68,2	47,1	53,8	Larynx et trachée/bronches/poumon
3,1	3,4	3,4	1,6	3,3	4,1	2,5	4,8	3,7	Peau
1,0	0,4	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	Sein
24,5	32,3	27,9	33,5	32,4	38,6	27,3	40,5	29,2	Prostate
4,1	6,7	5,6	3,3	7,2	7,3	5,7	6,8	4,3	Rein
7,9	10,8	8,7	8,9	6,2	6,6	9,8	9,2	7,6	Vessie
23,2	20,5	17,2	16,7	18,4	18,7	18,3	20,4	17,1	Lympho/tissu hématopoïétique
3,1	2,2	0,9	3,0	0,8	1,4	3,1	1,1	1,7	<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire</b>
10,2	20,6	13,5	30,9	11,2	15,4	11,9	16,4	19,4	<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>
6,8	16,8	12,6	27,2	9,8	12,6	9,3	12,5	17,1	Diabète sucré
17,1	17,8	7,4	3,9	42,5	24,9	13,5	22,7	22,5	<b>Troubles mentaux et du comportement</b>
8,6	2,3	5,9	1,2	9,5	8,7	1,5	6,8	4,6	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
0,4	0,1	1,3	0,1	0,6	1,7	3,1	9,0	4,5	Pharmacodépendance, toxicomanie
29,6	16,3	13,4	12,3	24,1	13,2	16,0	18,3	22,1	<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>
:	0,3	0,3	0,7	0,5	0,3	0,4	0,5	0,4	Méningite (autre que l'infection par méningocoques)
347,6	323,9	434,6	403,1	418,6	357,7	367,0	357,4	274,4	<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>
137,7	142,8	205,6	104,5	266,8	195,9	225,3	191,2	137,6	Cardiopathies ischémiques
80,1	73,8	94,0	61,0	31,1	44,0	22,9	52,9	51,4	Autres cardiopathies
85,8	63,4	85,6	195,6	83,3	69,7	72,3	75,2	45,2	Maladies cérébrovasculaires
91,3	102,0	45,2	113,1	92,0	51,3	134,2	67,4	55,9	<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>
:	1,1	0,5	1,1	2,1	2,1	0,2	1,5	2,3	Grippe
22,7	35,1	12,6	49,2	47,4	20,7	71,1	27,9	15,2	Pneumonie
37,2	59,5	28,5	34,9	36,7	21,9	49,2	33,2	30,9	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
2,5	0,6	2,9	2,4	1,7	1,5	1,8	4,6	2,6	dont asthme
44,8	29,1	47,1	56,8	41,1	24,7	33,9	25,7	26,7	<b>Maladies de l'appareil digestif</b>
2,3	2,1	2,9	4,5	4,3	3,9	6,0	4,3	1,7	Ulcères de l'estomac, du duodénum et du jéjunum
20,1	6,2	32,7	31,1	18,3	7,4	11,4	7,7	12,0	Atteintes hépatiques aiguës
1,8	1,9	0,1	1,8	0,5	0,7	1,0	0,7	0,7	<b>Maladies de la peau et de l'hypoderme</b>
0,9	3,1	0,9	1,2	3,5	2,5	3,0	3,4	3,4	<b>Maladies du système ostéo-articulaire/des tissus conjonctifs</b>
:	0,6	0,3	0,2	1,7	0,7	0,7	1,6	1,2	Polyarthrite rhumatoïde et arthrose
10,0	14,7	7,2	16,3	7,9	11,2	10,4	10,8	7,2	<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>
9,4	8,2	6,5	14,7	5,4	6,4	6,2	7,5	4,2	Maladies du rein et de l'uretère
5,4	4,8	3,6	3,4	2,6	2,6	5,3	3,7	4,2	<b>Certaines affections remontant à la période périnatale</b>
1,7	5,4	4,0	4,9	4,2	3,6	3,7	4,5	5,3	<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>
:	0,6	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	Malformations congénitales du système nerveux
1,7	1,5	1,4	2,3	2,0	1,1	1,7	1,7	2,5	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire
29,7	44,7	6,7	142,0	4,6	15,4	10,9	35,1	28,7	<b>Symptômes, signes, états anormaux et causes mal définies</b>
1,1	0,3	1,0	0,1	0,9	0,6	0,7	1,0	0,8	Syndrome de mort subite du nourrisson
15,7	33,7	0,6	101,1	3,3	8,4	2,3	27,5	22,2	Causes inconnues et non spécifiées
78,2	37,0	71,0	76,0	116,1	55,5	40,2	60,7	61,2	<b>Causes externes de blessure et d'empoisonnement</b>
51,1	21,7	39,8	47,1	71,8	29,1	22,7	40,2	31,5	Accidents
21,8	9,9	16,4	30,8	16,0	9,2	8,9	15,3	12,3	Accidents de transport
11,4	3,7	12,4	6,9	25,4	5,0	5,7	13,9	10,9	Chutes accidentelles
6,7	0,7	1,7	1,5	15,8	2,1	2,6	2,3	0,5	Empoisonnement accidentel
22,3	12,4	28,9	8,3	36,8	18,7	11,3	17,9	27,0	Suicide et automutilation volontaire
0,9	1,6	1,3	2,0	3,4	1,5	1,0	1,3	1,0	Homicide, agression
2,4	0,9	0,9	18,4	2,3	4,6	5,2	0,5	1,1	Événements de cause indéterminée

## 5.2.2. Taux de mortalité corrigé selon l'âge pour 65 causes, femmes, 1998

	EU-15	B (¹)	DK (²)	D	EL (³)	E	F	IRL	I
<b>Toutes causes de décès</b>	525,1	564,4	681,5	556,3	542,7	480,7	461,0	645,7	484,6
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	5,7	8,4	5,0	5,2	4,3	7,9	7,0	3,9	3,4
Tuberculose	0,6	0,5	0,3	0,3	0,4	0,6	0,9	0,9	0,4
Infection à méningocoques	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0
Sida (infection par le VIH)	0,7	:	0,8	0,2	0,1	1,4	0,7	0,2	:
Hépatite virale	0,6	0,7	0,0	0,7	0,3	1,3	0,2	0,1	1,4
<b>Tumeurs</b>	145,1	155,6	206,6	154,5	115,1	116,9	130,3	175,5	137,3
<b>Tumeurs malignes</b>	141,2	154,6	200,9	150,6	115,0	112,9	125,9	173,6	131,7
Lèvre, cavité buccale, pharynx	1,6	2,0	2,5	1,8	0,8	1,3	1,8	2,0	1,4
Œsophage	1,9	1,8	2,6	1,4	0,5	0,8	1,6	4,5	1,0
Estomac	7,2	5,5	4,6	9,0	6,6	7,3	4,0	6,5	9,2
Côlon	12,5	14,6	17,5	14,9	8,4	12,0	11,7	14,2	11,4
Rectum et anus	4,5	3,6	7,2	5,9	1,2	3,6	3,7	3,8	4,0
Foie et voies biliaires intrahépatiques	3,8	3,1	3,3	2,7	8,1	4,6	3,2	2,8	6,8
Pancréas	7,3	7,4	9,1	8,5	5,6	5,2	6,5	8,9	7,5
Larynx et trachée/bronches/poumon	15,9	14,6	39,9	15,2	10,7	6,5	10,8	28,2	12,2
Peau	1,6	1,5	2,2	1,6	0,7	1,2	1,5	2,5	1,4
Sein	28,4	37,7	39,3	28,8	21,5	22,2	27,5	32,6	25,9
Col de l'utérus	2,7	3,1	5,0	3,5	1,4	2,4	2,2	4,3	1,1
Autres parties de l'utérus	4,3	4,5	4,5	4,0	3,2	4,1	5,1	2,9	5,0
Ovaires	8,6	10,7	14,4	9,4	5,4	6,1	8,1	12,7	6,5
Rein	2,6	3,0	3,7	3,2	1,6	1,6	2,6	2,3	2,1
Vessie	2,3	3,1	4,4	2,5	1,8	1,7	1,9	2,1	1,7
Lympho/tissu hématopoïétique	11,8	12,4	11,9	12,1	9,3	10,7	11,7	14,7	12,3
<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire</b>	2,0	3,2	1,9	1,2	1,3	2,7	2,8	2,3	3,2
<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>	15,8	15,5	10,6	17,3	7,1	18,8	15,5	11,8	20,7
Diabète sucré	12,6	11,0	7,0	15,1	5,8	15,5	8,7	8,0	17,8
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	10,1	11,6	7,9	5,0	0,7	18,5	13,0	10,0	8,1
Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1,2	1,0	2,2	2,6	0,0	0,2	1,7	2,2	0,1
Pharmacodépendance, toxicomanie	0,4	0,3	0,2	0,5	:	0,0	0,2	1,3	0,4
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	12,4	18,5	10,3	11,0	6,0	12,4	15,8	13,0	12,6
Méningite (autre que l'infection par méningocoques)	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	210,1	207,3	220,4	258,1	285,1	187,8	136,3	257,0	208,4
Cardiopathies ischémiques	73,4	56,1	99,1	102,5	56,2	45,5	32,2	125,8	56,2
Autres cardiopathies	43,4	69,0	31,7	52,0	97,3	52,0	38,1	40,5	50,8
Maladies cérébrovasculaires	59,3	55,1	60,2	60,8	112,8	56,7	36,5	60,0	62,6
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	39,6	40,3	64,8	26,1	28,5	38,6	32,0	94,4	23,4
Grippe	0,8	1,0	2,1	0,2	0,0	1,0	1,8	0,4	1,0
Pneumonie	17,6	12,9	21,7	9,9	4,5	9,5	12,2	47,7	6,8
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	14,6	17,9	37,2	12,9	3,5	12,4	12,3	34,5	10,5
dont asthme	2,1	3,4	4,5	2,8	0,3	2,1	2,4	2,6	1,1
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	23,8	25,4	27,6	26,4	11,8	24,4	23,3	22,0	22,4
Ulcères de l'estomac, du duodénum et du jéjunum	2,1	2,2	6,5	2,2	1,3	1,1	1,2	3,3	1,4
Atteintes hépatiques aiguës	8,3	7,6	7,6	10,6	2,1	6,9	8,6	3,5	10,1
<b>Maladies de la peau et de l'hypoderme</b>	1,2	3,1	0,7	0,4	0,5	1,5	2,4	2,5	0,8
<b>Maladies du système ostéo-articulaire/des tissus conjonctifs</b>	3,2	5,0	3,1	1,6	1,0	5,2	3,2	5,2	2,6
Polyarthrite rhumatoïde et arthrose	1,0	0,9	0,9	0,6	0,0	0,7	0,8	2,9	1,0
<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>	7,3	9,1	6,2	6,9	8,9	10,7	6,0	11,6	6,4
Maladies du rein et de l'uretère	5,6	7,6	4,6	5,6	8,5	8,2	4,5	8,5	6,0
<b>Accouchements et complications de grossesse, accouchement et puerpérium</b>	0,1	0,2	0,2	0,1	:	0,0	0,2	0,2	0,1
<b>Certaines affections remontant à la période périnatale</b>	3,3	2,6	3,2	2,9	5,0	3,0	2,6	3,6	4,4
<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>	3,3	3,1	5,1	3,1	4,4	3,8	2,7	5,8	3,6
Malformations congénitales du système nerveux	0,4	0,6	0,7	0,3	0,5	0,5	0,3	0,8	0,4
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	1,4	1,2	2,3	1,1	2,5	1,6	1,2	2,0	1,6
<b>Symptômes, signes, états anormaux et causes mal définies</b>	18,8	21,7	73,6	16,1	45,3	10,4	30,3	5,3	6,1
Syndrome de mort subite du nourrisson	0,6	1,3	0,5	1,0	0,1	0,3	0,6	1,0	0,2
Causes inconnues et non spécifiées	9,2	13,3	56,7	9,1	28,9	1,9	17,8	1,3	1,8
<b>Causes externes de blessure et d'empoisonnement</b>	23,3	33,6	34,3	20,3	17,7	18,0	37,6	21,2	21,1
Accidents	15,8	20,5	22,2	11,7	16,2	14,0	26,1	15,7	16,9
Accidents de transport	5,5	7,6	5,0	5,0	9,8	6,9	7,3	5,0	5,7
Chutes accidentelles	5,9	7,1	13,2	4,5	2,0	2,3	9,2	7,1	8,7
Empoisonnement accidentel	0,6	1,3	1,6	0,2	0,9	0,7	0,8	0,5	0,3
Suicide et automutilation volontaire	5,2	10,5	8,7	6,0	0,9	3,2	8,3	4,5	2,9
Homicide, agression	0,6	1,2	0,8	0,7	0,6	0,4	0,5	0,7	0,5
Événements de cause indéterminée	1,4	1,3	2,4	1,6	:	0,2	1,9	0,5	0,7

(¹) 1994.

(²) 1996.

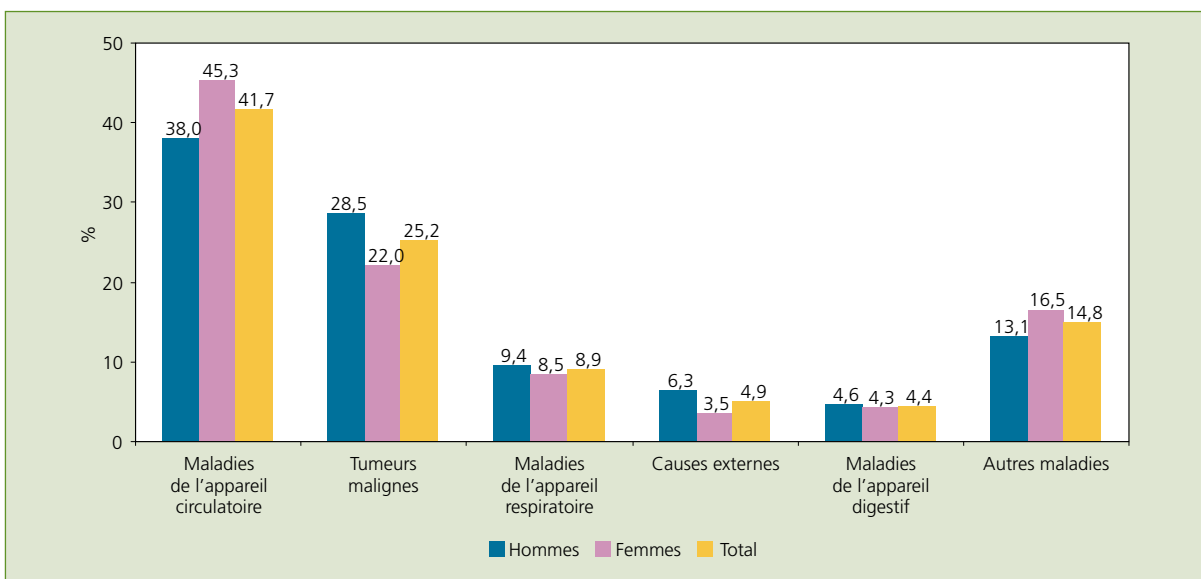
(³) 1997.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

(pour 100 000 habitants)

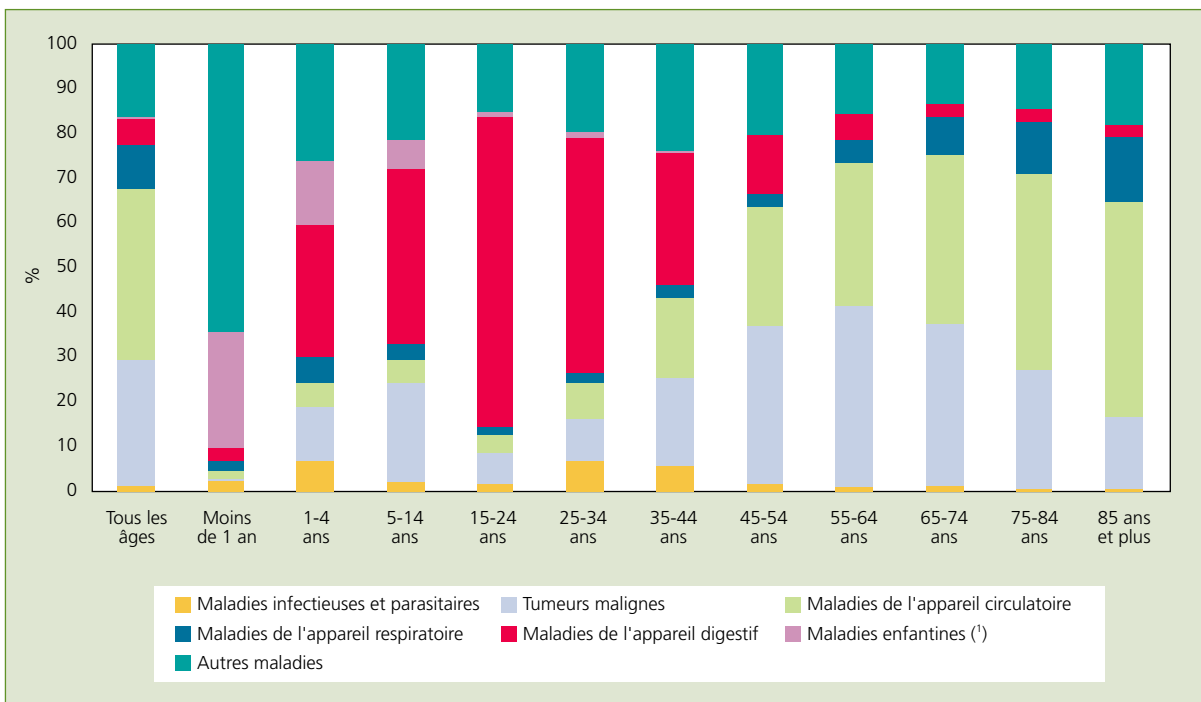
L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	CH	
528,5	552,6	539,3	667,2	540,1	493,0	596,3	523,9	444,2	<b>Toutes causes de décès</b>
5,2	6,3	2,4	10,4	4,3	5,0	4,3	6,7	5,0	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>
0,5	0,4	0,4	1,7	1,1	0,7	0,4	0,7	0,4	Tuberculose
:	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	Infection à méningocoques
0,5	0,3	0,2	3,2	:	0,1	0,1	0,3	1,2	Sida (infection par le VIH)
0,7	0,2	0,3	0,6	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	Hépatite virale
144,1	162,6	143,7	126,6	129,6	142,7	169,2	148,4	124,0	<b>Tumeurs</b>
143,4	158,5	140,3	123,1	126,0	138,0	166,8	145,7	120,4	<b>Tumeurs malignes</b>
5,0	1,8	1,6	1,1	1,2	1,1	1,6	1,5	1,4	Lèvre, cavité buccale, pharynx
1,4	2,9	1,0	1,5	1,6	1,4	5,0	1,2	1,8	Œsophage
6,3	5,2	8,9	14,1	6,4	4,3	5,6	5,7	4,2	Estomac
15,2	15,2	12,1	11,8	8,2	10,9	11,7	14,4	8,4	Côlon
3,6	4,0	6,0	4,4	4,4	4,2	4,9	6,0	4,1	Rectum et anus
3,1	1,7	3,2	2,9	3,5	3,6	2,0	0,9	2,4	Foie et voies biliaires intra-hépatiques
8,0	8,2	8,8	5,5	9,7	10,0	7,1	8,2	7,4	Pancréas
17,6	21,6	16,3	7,6	12,3	18,0	30,8	20,8	14,0	Larynx et trachée/bronches/poumon
2,1	2,2	2,2	1,1	1,8	2,2	2,1	2,5	1,8	Peau
21,4	35,6	27,7	24,4	23,0	24,3	32,7	25,7	26,8	Sein
2,3	2,8	3,0	3,5	1,7	2,4	3,6	4,8	2,2	Col de l'utérus
4,7	3,5	5,0	6,1	3,4	4,2	3,2	3,4	3,0	Autres parties de l'utérus
9,0	9,7	9,2	5,6	8,4	8,9	11,5	10,6	7,5	Ovaires
1,8	3,1	3,1	1,4	3,5	3,9	2,7	3,3	2,3	Rein
0,9	2,4	2,1	1,9	1,3	1,9	3,2	2,7	2,2	Vessie
13,4	12,9	10,7	10,6	13,9	12,6	11,7	12,3	11,6	Lymphes/tissu hématopoïétique
1,7	1,6	0,7	1,7	0,8	1,2	2,2	1,5	1,4	<b>Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire</b>
8,3	19,1	11,3	28,1	7,8	10,6	8,7	11,0	15,3	<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>
6,1	14,7	10,8	24,8	6,8	8,7	6,4	8,1	12,8	Diabète sucré
9,6	20,8	1,4	2,7	37,3	18,1	11,5	13,0	17,0	<b>Troubles mentaux et du comportement</b>
2,2	0,6	1,1	0,1	2,2	1,8	0,7	1,2	1,1	Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)
:	:	0,2	0,0	0,2	0,3	0,8	2,1	1,6	Pharmacodépendance, toxicomanie
15,9	13,6	8,7	7,9	19,5	10,7	12,0	13,6	17,6	<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>
:	0,3	0,2	0,4	0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	Méningite (autre que l'infection par méningocoques)
222,0	188,0	284,2	284,4	225,7	206,9	222,9	202,2	165,2	<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>
55,3	63,4	106,0	52,1	124,6	90,1	107,1	82,0	66,2	Cardiopathies ischémiques
60,2	46,7	68,5	46,7	15,9	30,6	18,8	36,8	35,3	Autres cardiopathies
69,2	53,2	70,2	152,1	60,2	54,6	65,2	59,5	34,6	Maladies cérébrovasculaires
35,1	46,9	20,2	51,0	38,1	30,2	87,8	44,9	26,6	<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>
1,8	1,1	0,5	0,7	1,7	1,9	0,1	2,0	2,7	Grippe
8,7	23,3	8,5	23,7	25,0	12,4	53,0	21,4	10,5	Pneumonie
11,3	19,6	9,4	11,3	8,8	12,5	26,3	18,4	9,9	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures
2,6	0,6	1,2	1,7	2,1	1,5	2,2	3,8	1,5	dont asthme
28,5	22,0	23,9	23,9	20,9	15,9	25,6	16,9	17,0	<b>Maladies de l'appareil digestif</b>
1,6	1,5	2,1	2,1	2,6	2,1	4,0	2,5	1,5	Ulcères de l'estomac, du duodénum et du jéjunum
11,3	3,2	11,2	9,0	5,1	3,4	6,2	3,5	5,1	Atteintes hépatiques aiguës
1,3	2,3	0,3	1,9	0,2	0,8	1,3	0,7	0,7	<b>Maladies de la peau et de l'hypoderme</b>
3,1	4,5	1,3	1,7	4,9	4,1	4,9	5,0	4,3	<b>Maladies du système ostéo-articulaire/des tissus conjonctifs</b>
1,0	1,5	0,7	0,5	3,2	1,7	1,7	2,4	1,7	Polyarthrite rhumatoïde et arthrose
7,5	10,4	5,4	9,5	6,3	5,6	7,4	6,3	4,3	<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>
6,8	5,7	5,0	8,5	5,1	3,6	4,3	4,0	3,1	Maladies du rein et de l'uretère
0,4	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	<b>Accouchements et complications de grossesse, accouchement et puerpérium</b>
2,9	3,4	2,9	3,1	2,5	1,6	4,0	2,2	2,9	<b>Certaines affections remontant à la période périnatale</b>
0,6	4,1	3,7	4,0	4,3	3,1	3,1	3,8	4,2	<b>Malformations congénitales et anomalies chromosomiques</b>
0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,7	Malformations congénitales du système nerveux
:	1,0	1,2	1,8	2,2	1,0	1,4	1,7	1,3	Malformations congénitales de l'appareil circulatoire
14,7	28,1	5,9	86,7	2,1	13,1	14,9	22,2	15,5	<b>Symptômes, signes, états anormaux et causes mal définies</b>
1,7	0,1	0,7	0,1	0,1	0,4	0,6	0,6	0,5	Syndrome de mort subite du nourrisson
3,5	17,0	0,2	44,9	1,4	4,8	1,2	14,3	11,3	Causes inconnues et non spécifiées
27,8	18,7	23,3	23,4	35,9	23,2	16,3	25,2	23,1	<b>Causes externes de blessure et d'empoisonnement</b>
18,0	11,6	14,0	14,7	24,1	12,2	10,7	17,3	13,2	Accidents
3,4	3,6	5,4	7,8	4,7	3,0	3,0	4,3	4,1	Accidents de transport
4,4	2,4	5,5	3,1	11,5	1,9	4,3	8,8	6,3	Chutes accidentelles
1,7	0,1	0,5	0,5	4,8	0,6	1,1	0,8	0,1	Empoisonnement accidentel
6,4	6,0	7,9	2,2	9,6	7,0	3,1	6,6	8,6	Suicide et automutilation volontaire
1,0	0,5	0,9	0,7	1,3	0,8	0,4	0,6	0,7	Homicide, agression
1,4	0,3	0,5	5,8	0,5	2,3	2,0	0,1	0,3	Événements de cause indéterminée

### 5.2.3. Décès, par cause et par sexe, 1998, EU-15



Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

### 5.2.4. Décès, par cause et par groupe, d'âge, hommes, 1998

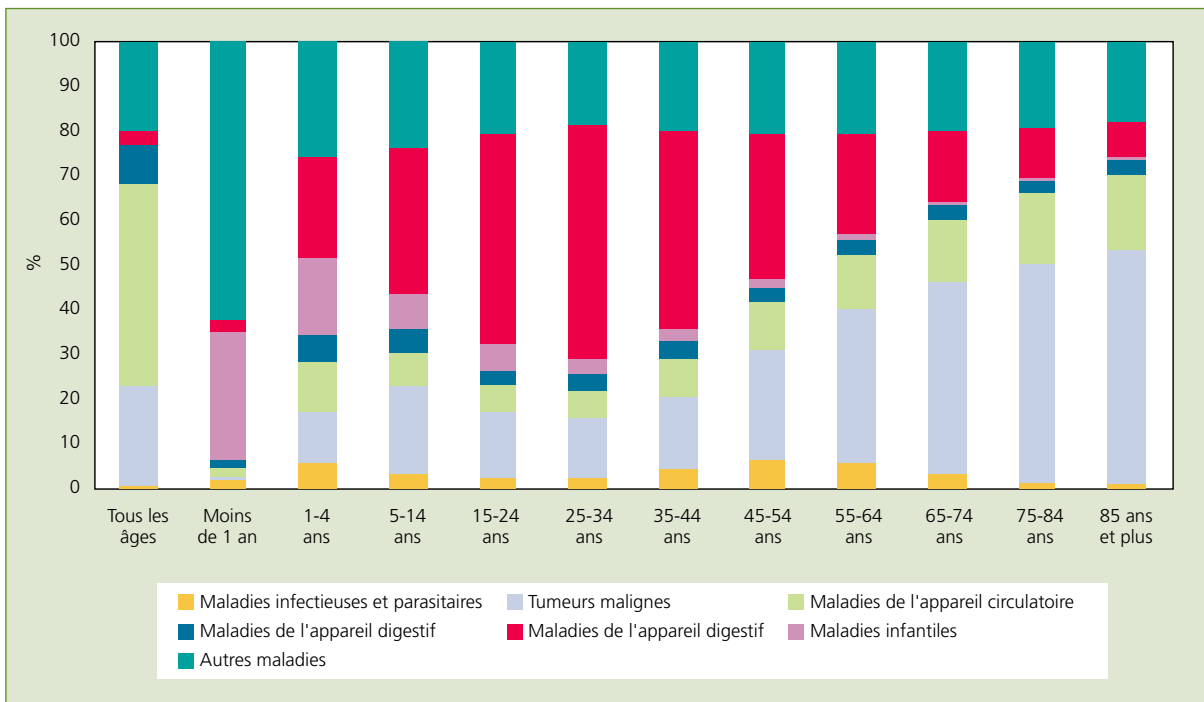


(¹) Comprend les décès dus aux malformations congénitales et aux aberrations chromosomiques.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).



## 5.2.5. Décès, par cause et par groupe d'âge, femmes, 1998



Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 5.2.6. Décès selon les causes, par âge et par sexe, 1998, pourcentages par sexe et par groupe d'âge

	Total			1-4 ans			5-14 ans			15-24 ans		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes <sup>(1)</sup>	Femmes	Total	Hommes <sup>(2)</sup>	Femmes <sup>(2)</sup>	Total	Hommes	Femmes
<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>	1,1	1,2	1,0	3,0	3,1	2,8	2,9	2,6	3,4	1,9	1,5	2,8
dont: sida (infection par le VIH)	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,8
<b>Néoplasmes malins</b>	25,2	28,5	22,0	2,6	2,6	2,6	21,0	21,7	20,1	8,5	7,0	12,9
<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>	2,6	2,0	3,1	1,5	1,5	1,6	3,2	3,0	3,5	1,3	0,8	2,4
Diabète sucré	2,1	1,7	2,5	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,2	0,4
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	2,0	1,6	2,3	:	:	:	0,2	0,2	0,3	3,1	3,2	2,6
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	41,7	38,0	45,3	3,0	2,5	3,7	6,0	5,1	7,3	4,8	4,2	6,5
dont: cardiopathies ischémiques	16,3	17,3	15,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4	0,6	0,5	0,6
maladies cérébrovasculaires	10,8	8,6	12,9	0,7	0,6	0,8	1,7	1,5	2,0	1,2	1,0	1,8
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	8,9	9,4	8,5	2,8	2,8	2,8	4,2	3,7	5,0	2,3	1,8	3,8
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	4,4	4,6	4,3	0,9	1,0	0,8	1,3	1,4	1,2	0,8	0,7	1,3
<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>	1,4	1,3	1,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,2	0,5
<b>Malformations congénitales</b>	0,3	0,3	0,3	24,8	23,9	26,0	7,2	6,5	8,1	1,9	1,4	3,2
<b>Accidents</b>	3,3	4,0	2,6	5,8	6,2	5,3	30,7	33,3	26,8	46,5	49,6	37,5
<b>Suicide et automutilation volontaire</b>	1,2	1,8	0,6	:	:	:	2,1	2,2	1,9	12,8	13,9	9,7
<b>Autres causes de décès</b>	7,9	7,1	8,7	55,1	56,1	53,9	20,8	20,0	21,8	16,0	15,6	17,0

(<sup>1</sup>) Données relatives aux troubles mentaux et du comportement non disponibles.

(<sup>2</sup>) Données relatives aux troubles mentaux et du comportement ainsi qu'aux suicides non disponibles.

(<sup>3</sup>) On ne dispose pas de données pour le diabète sucré et les troubles mentaux et du comportement.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 5.2.7. Taux de mortalité puerpérale

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1970</b>	34,9	20,4	8,5	:	28,3	33,1	28,2	31,1	54,5	:
<b>1975</b>	22,0	12,6	5,6	:	19,0	21,7	19,9	7,4	25,4	50,2
<b>1980</b>	13,1	5,6	1,8	:	17,6	11,1	12,9	6,8	12,8	0,0
<b>1985</b>	8,6	6,1	1,9	:	6,9	4,4	12,0	6,4	8,0	0,0
<b>1986</b>	7,6	3,4	3,6	:	8,0	5,5	10,9	4,9	5,5	0,0
<b>1987</b>	7,2	3,4	8,9	:	4,7	4,9	9,6	3,4	4,5	23,6
<b>1988</b>	7,7	3,3	3,4	:	5,6	5,0	9,3	1,8	7,6	0,0
<b>1989</b>	6,4	6,6	8,2	:	3,9	2,9	8,5	3,8	4,6	0,0
<b>1990</b>	7,8	3,2	1,6	9,1	1,0	5,5	10,4	3,8	8,6	20,3
<b>1991</b>	7,3	4,0	3,1	8,7	2,9	3,3	11,9	7,6	4,9	0,0
<b>1992</b>	7,4	5,6	7,4	6,7	5,8	4,8	12,9	3,9	7,2	0,0
<b>1993</b>	5,8	5,0	7,4	5,5	1,0	4,7	9,3	0,0	4,3	0,0
<b>1994</b>	6,6	6,0	4,3	5,2	1,9	3,5	11,7	2,1	3,5	18,4
<b>1995</b>	6,1	9,5	10,0	5,4	0,0	4,4	9,6	0,0	3,2	18,5
<b>1996</b>	7,3	:	5,9	6,4	5,0	3,9	13,2	5,9	3,8	0,0
<b>1997</b>	5,9	:	7,4	6,0	0,0	2,2	9,6	5,7	4,4	0,0
<b>1998</b>	6,6	:	3,0	5,6	6,9	2,7	10,2	3,7	3,4	18,6
<b>1999</b>	5,7	:	:	4,8	6,0	:	:	1,9	:	:
<b>2000</b>	:	:	:	:	:	:	:	1,8	:	17,5

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS, 2002.

25-34 ans			35-44 ans			45-64 ans			65 ans et plus			
Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	
7,0	7,1	6,8	4,7	5,5	3,0	1,2	1,3	1,0	0,8	0,8	0,8	<b>Maladies infectieuses et parasitaires</b>
5,6	5,8	5,0	3,4	4,1	1,8	0,3	0,3	0,1	:	:	:	<b>dont: sida (infection par le VIH)</b>
13,2	8,9	24,4	27,5	19,7	43,2	42,9	39,0	50,6	22,6	27,3	18,7	<b>Néoplasmes malins</b>
1,2	1,0	1,8	1,5	1,4	1,5	2,0	1,9	2,3	2,8	2,2	3,2	<b>Maladies du système endocrinien, de la nutrition et du métabolisme</b>
0,6	0,5	0,8	0,9	0,9	0,8	1,5	1,5	1,7	2,3	1,8	2,7	<b>Diabète sucré</b>
4,6	5,4	2,6	3,6	4,2	2,3	1,5	1,7	1,0	2,0	1,4	2,4	<b>Troubles mentaux et du comportement</b>
9,0	8,3	10,8	17,0	18,4	14,2	27,1	30,0	21,3	46,2	42,6	49,1	<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>
2,1	2,3	1,6	7,3	9,2	3,4	14,2	17,1	8,4	17,4	18,5	16,6	<b>dont: cardiopathies ischémiques</b>
2,2	1,7	3,5	3,7	3,0	5,3	4,9	4,6	5,4	12,3	10,2	14,1	<b>maladies cérébrovasculaires</b>
2,5	2,1	3,3	2,7	2,6	3,0	4,3	4,4	4,2	10,1	11,4	9,1	<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>
3,2	3,0	3,6	8,4	9,1	7,0	7,0	7,4	6,3	4,0	3,8	4,0	<b>Maladies de l'appareil digestif</b>
0,4	0,3	0,8	0,5	0,4	0,7	0,8	0,7	0,9	1,6	1,6	1,6	<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>
1,1	0,9	1,8	0,5	0,5	0,7	0,2	0,2	0,3	:	:	:	<b>Malformations congénitales</b>
27,1	30,8	17,2	12,5	15,1	7,1	3,8	4,3	2,8	2,1	1,9	2,2	<b>Accidents</b>
15,1	16,7	10,7	9,5	11,0	6,5	2,6	2,9	2,1	0,4	0,6	0,2	<b>Suicide et automutilation volontaire</b>
15,6	15,4	16,2	11,7	12,1	10,7	6,6	6,3	7,0	7,5	6,3	8,4	<b>Autres causes de décès</b>

(pour 100 000 naissances vivantes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
13,4	25,8	:	12,4	10,0	18,0	:	10,8	25,2	<b>1970</b>
10,7	17,1	42,9	10,7	1,9	12,0	22,8	7,1	12,7	<b>1975</b>
8,8	7,7	19,6	1,6	8,2	10,9	0,0	11,8	5,4	<b>1980</b>
4,5	6,9	10,0	6,4	5,1	7,3	0,0	2,0	5,4	<b>1985</b>
8,1	6,9	8,7	6,6	2,9	6,9	0,0	3,8	3,9	<b>1986</b>
7,5	4,6	12,2	5,0	4,8	6,3	23,9	5,6	6,5	<b>1987</b>
9,6	5,7	6,6	11,1	8,9	6,4	0,0	3,5	10,0	<b>1988</b>
5,3	7,9	10,1	3,2	5,2	7,7	0,0	8,4	3,7	<b>1989</b>
7,6	6,6	10,3	6,1	3,2	7,6	21,0	3,3	6,0	<b>1990</b>
6,0	7,4	12,0	4,6	4,0	6,9	0,0	8,2	1,2	<b>1991</b>
7,1	4,2	9,6	4,5	0,0	6,7	0,0	6,7	4,6	<b>1992</b>
8,2	4,2	6,1	3,1	5,1	5,7	0,0	3,4	6,0	<b>1993</b>
6,1	8,7	9,2	10,7	0,9	7,9	0,0	0,0	3,6	<b>1994</b>
7,4	1,1	8,4	1,6	3,9	7,0	0,0	6,6	8,5	<b>1995</b>
12,1	4,5	5,4	3,3	5,3	6,6	0,0	1,6	3,6	<b>1996</b>
7,8	2,4	5,3	5,1	3,3	5,4	0,0	1,7	3,7	<b>1997</b>
11,5	4,9	7,9	5,3	7,9	6,8	0,0	6,9	:	<b>1998</b>
9,5	1,3	5,2	3,5	1,1	5,3	48,8	:	:	<b>1999</b>
:	2,6	2,5	:	:	:	0,0	:	:	<b>2000</b>

## 5.2.8. Taux de mortalité standardisé (TMS) par néoplasmes malins, tous âges, hommes

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	252,4	286,8	239,2	:	177,7	197,6	264,8	228,9	243,6	:
1975	263,8	303,8	248,0	:	200,5	222,9	285,8	247,7	252,6	311,1
1980	269,8	323,2	277,4	:	204,6	221,6	297,7	247,4	270,6	297,3
1985	275,4	323,9	278,8	:	216,0	236,0	304,4	262,9	287,4	323,8
1990	272,9	307,0	278,7	269,2	215,0	253,0	298,1	267,8	285,4	300,6
1991	272,8	303,2	265,3	272,3	217,1	254,6	296,7	266,0	284,4	284,6
1992	272,1	302,9	271,8	272,9	216,8	257,7	295,4	272,0	278,2	302,7
1993	270,4	306,9	277,7	271,6	218,7	258,0	293,2	274,0	276,4	304,2
1994	266,1	301,3	280,3	265,7	219,4	261,1	284,5	262,5	275,5	267,6
1995	262,3	:	274,9	263,2	221,2	262,2	281,7	267,3	260,9	302,4
1996	259,6	:	268,2	258,9	218,2	257,4	279,7	257,1	258,2	281,2
1997	:	:	262,5	251,7	217,2	258,2	273,1	253,8	254,9	249,8
1998	:	:	260,3	249,9	211,8	258,7	279,3	251,1	256,2	271,1
1999	:	:	:	243,4	:	:	:	:	:	237,4
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	259,3

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS, 2002.

## 5.2.9. Taux de mortalité standardisé (TMS) par néoplasmes malins, tous âges, femmes

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	158,3	174,9	194,8	:	102,4	125,9	142,5	178,7	146,9	:
1975	157,4	171,4	190,9	:	111,7	130,1	143,1	190,4	145,0	183,5
1980	153,6	168,9	200,9	:	116,8	119,6	136,8	180,8	143,5	194,0
1985	152,5	162,2	200,8	:	116,8	115,6	132,7	177,1	147,5	181,1
1990	150,4	154,9	201,4	160,4	113,1	118,4	129,2	181,8	144,8	170,0
1991	150,9	155,4	206,4	163,6	112,6	119,5	128,9	185,4	145,9	158,6
1992	150,1	156,3	203,7	162,4	115,1	117,4	128,8	187,7	144,2	159,9
1993	149,6	153,3	204,1	162,0	116,2	118,2	129,3	180,8	143,8	158,4
1994	147,7	154,3	206,8	158,9	116,3	118,9	126,5	182,5	142,8	154,0
1995	145,5	:	209,4	156,4	114,7	117,8	126,2	178,2	135,9	146,8
1996	143,9	:	200,9	154,6	116,6	114,7	125,5	173,0	135,9	140,8
1997	142,0	:	204,4	150,6	115,0	114,3	123,4	177,7	135,8	160,6
1998	141,1	:	196,8	150,6	112,4	112,9	125,9	171,8	133,3	143,3
1999	:	:	:	147,4	:	:	:	:	131,6	134,8
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	141,5

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS, 2002.

## 5. Mortalité

(pour 100 000 hommes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
277,7	290,8	:	287,1	200,5	284,4	:	204,3	261,1	<b>1970</b>
299,5	282,3	187,3	271,6	229,5	282,8	212,1	209,9	270,2	<b>1975</b>
307,6	284,4	210,6	273,5	220,4	284,0	189,4	214,8	262,0	<b>1980</b>
305,6	269,1	214,9	258,3	202,6	285,7	216,0	229,4	280,7	<b>1985</b>
296,4	267,8	219,1	237,7	199,5	276,0	227,0	222,6	263,4	<b>1990</b>
295,3	269,0	214,9	228,9	199,8	275,7	234,1	225,1	263,0	<b>1991</b>
294,6	263,2	222,2	231,8	196,8	274,6	203,8	224,8	259,3	<b>1992</b>
292,2	265,2	228,8	230,1	194,5	267,0	182,1	229,7	253,6	<b>1993</b>
285,6	250,9	229,5	221,5	191,8	261,7	189,7	229,4	248,0	<b>1994</b>
281,9	249,7	234,8	220,6	190,9	257,6	201,6	227,2	227,5	<b>1995</b>
279,8	245,3	239,5	224,3	190,5	251,6	240,0	227,8	223,5	<b>1996</b>
272,9	241,7	240,6	210,4	195,7	243,8	241,6	228,8	218,9	<b>1997</b>
270,4	237,6	243,0	211,9	192,5	243,2	:	223,2	:	<b>1998</b>
270,2	232,5	243,1	208,3	:	235,6	:	:	:	<b>1999</b>
:	225,6	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

(pour 100 000 femmes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
177,2	190,3	:	149,5	159,4	174,3	:	146,9	165,1	<b>1970</b>
170,2	178,4	119,2	144,8	166,1	176,8	166,0	146,4	155,3	<b>1975</b>
159,6	172,6	127,3	140,8	159,6	181,5	148,8	146,0	151,3	<b>1980</b>
162,8	165,6	123,0	137,9	147,3	188,0	157,7	151,2	153,3	<b>1985</b>
162,4	160,7	126,9	136,9	144,2	185,5	176,9	150,4	146,8	<b>1990</b>
162,3	158,1	126,5	132,0	143,7	183,3	156,9	145,5	145,8	<b>1991</b>
160,0	159,1	125,7	134,7	143,0	182,4	162,5	144,1	144,6	<b>1992</b>
162,2	158,3	127,7	135,0	143,9	178,7	185,5	149,7	142,3	<b>1993</b>
162,4	155,2	122,7	125,9	138,0	176,8	171,0	154,1	138,8	<b>1994</b>
158,8	152,9	125,6	130,2	142,3	174,1	173,2	151,6	132,5	<b>1995</b>
161,1	146,7	124,3	123,0	140,6	171,6	178,9	158,4	127,1	<b>1996</b>
161,5	145,2	123,6	129,8	140,4	168,8	168,8	156,4	127,8	<b>1997</b>
158,5	140,3	123,2	126,0	138,0	167,0	:	145,7	:	<b>1998</b>
161,6	140,4	122,3	121,6	:	164,7	:	:	:	<b>1999</b>
:	141,0	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

299

## 5.2.10. Taux de mortalité standardisé (TMS) par maladies respiratoires, tous âges, hommes

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	144,9	138,9	79,5	:	110,4	129,3	91,2	228,0	137,2	:
1975	131,5	119,7	86,1	:	105,8	150,8	88,5	179,7	124,3	90,8
1980	110,2	109,9	93,0	:	75,7	109,7	77,6	187,5	97,4	70,6
1985	100,5	115,4	93,0	:	59,0	106,0	74,0	195,0	90,5	86,9
1990	88,5	110,3	86,1	84,1	49,0	107,0	66,3	175,5	75,2	85,8
1991	84,7	105,9	78,3	78,4	48,4	103,0	62,9	159,5	69,8	81,7
1992	80,6	106,5	81,5	73,8	55,6	95,4	63,8	148,7	63,7	87,5
1993	89,1	119,5	87,1	75,0	49,4	98,5	65,5	158,7	61,6	82,4
1994	82,7	108,1	85,4	73,1	47,6	93,0	60,1	157,7	62,4	86,2
1995	85,9	:	94,1	72,5	47,8	98,1	62,9	170,3	61,2	81,3
1996	84,4	:	89,9	70,3	47,0	99,3	65,3	155,4	55,9	78,8
1997	83,2	:	90,0	65,2	43,6	97,1	64,0	157,6	59,1	76,7
1998	83,2	:	84,2	61,6	53,2	102,7	66,2	152,8	60,7	91,4
1999	:	:	:	62,0	:	:	:	:	:	91,1
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	76,6

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS, 2002.

## 5.2.11. Taux de mortalité standardisé (TMS) par maladies respiratoires, tous âges, femmes

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	73,1	54,6	41,1	:	78,7	81,2	44,9	141,4	75,4	:
1975	61,5	46,8	45,4	:	74,1	84,4	39,5	109,8	58,2	32,4
1980	49,8	35,4	48,4	:	51,0	53,5	30,9	111,6	40,8	26,3
1985	42,9	34,6	50,0	:	37,7	45,7	31,2	107,1	34,2	37,5
1990	39,3	35,3	49,8	33,2	31,7	42,8	30,1	97,4	28,0	32,0
1991	37,4	33,4	47,5	30,2	31,7	39,4	27,7	101,0	25,4	33,6
1992	35,6	35,3	50,1	27,6	35,2	35,4	28,9	88,4	24,1	32,2
1993	42,0	40,2	55,7	29,3	31,3	36,7	30,5	95,3	22,7	39,2
1994	38,5	36,7	54,1	29,1	28,9	34,2	27,0	91,8	23,8	34,5
1995	40,6	:	61,8	29,0	30,5	35,7	28,4	102,8	22,4	31,5
1996	40,5	:	64,8	28,7	29,3	36,3	29,9	99,6	20,8	31,3
1997	40,8	:	58,3	26,6	28,5	36,2	30,4	98,8	22,7	33,4
1998	41,1	:	60,1	26,1	33,9	38,6	32,0	96,4	23,4	35,0
1999	:	:	:	27,6	:	:	:	:	:	41,9
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:	32,8

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS, 2002.

## 5. Mortalité

(pour 100 000 hommes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
98,6	142,8	:	153,3	66,4	240,1	:	102,1	94,7	<b>1970</b>
90,4	108,9	155,0	142,4	57,3	208,3	115,7	101,3	77,9	<b>1975</b>
76,8	74,7	119,2	142,5	61,5	195,0	90,7	88,3	69,3	<b>1980</b>
91,1	79,6	109,8	124,9	82,8	144,9	81,1	94,7	61,8	<b>1985</b>
95,5	60,7	98,6	102,3	67,8	117,7	78,4	92,4	79,6	<b>1990</b>
94,2	57,4	96,4	91,1	63,7	117,9	76,1	83,3	65,2	<b>1991</b>
85,4	56,6	87,7	91,8	64,5	111,0	82,2	86,4	63,7	<b>1992</b>
109,2	54,4	98,8	102,9	70,4	150,1	80,5	100,3	67,6	<b>1993</b>
92,3	46,8	91,2	87,4	58,9	132,7	73,7	82,5	64,3	<b>1994</b>
99,7	48,3	98,3	90,9	60,2	143,5	81,0	91,9	56,9	<b>1995</b>
101,1	46,4	102,9	97,1	63,9	137,2	91,8	71,9	53,6	<b>1996</b>
98,6	45,6	110,5	92,1	55,0	138,3	69,5	71,8	60,2	<b>1997</b>
102,0	45,2	113,1	92,0	51,3	133,6	:	67,3	:	<b>1998</b>
100,0	48,5	132,8	89,7	:	142,1	:	:	:	<b>1999</b>
:	47,5	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

(pour 100 000 femmes)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
47,2	72,4	:	75,4	43,7	112,1	:	74,3	45,0	<b>1970</b>
33,7	59,2	78,2	62,0	28,8	99,0	68,3	73,9	34,8	<b>1975</b>
29,8	37,1	57,5	58,6	34,1	101,0	65,0	53,9	29,5	<b>1980</b>
34,4	32,9	48,2	48,9	44,4	71,4	83,7	59,0	24,9	<b>1985</b>
36,7	26,7	45,0	42,4	36,4	65,0	69,3	55,6	37,2	<b>1990</b>
36,5	24,4	40,5	38,8	36,2	65,8	63,9	53,2	27,7	<b>1991</b>
33,0	23,7	38,5	39,8	35,3	62,0	81,0	55,4	29,3	<b>1992</b>
45,9	23,4	44,7	48,7	41,6	91,7	79,0	65,6	31,7	<b>1993</b>
38,2	21,9	39,1	38,8	34,4	80,5	72,6	51,5	28,8	<b>1994</b>
42,6	20,0	44,3	37,7	35,7	89,6	86,0	56,0	22,6	<b>1995</b>
43,4	20,5	46,6	41,4	37,2	86,8	73,4	44,7	23,0	<b>1996</b>
44,0	20,7	48,8	38,8	33,5	90,5	52,5	44,6	27,7	<b>1997</b>
46,9	20,2	51,0	38,1	30,2	87,9	:	44,9	:	<b>1998</b>
49,2	23,2	61,3	39,6	:	96,2	:	:	:	<b>1999</b>
:	23,9	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

301



## 5.3.1. Décès dus à l'abus d'alcool (y compris la psychose alcoolique), par sexe et par âge, 1998

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Hommes</b>										
<b>Total</b>	8 939	:	225	4 498	32	231	1 992	73	180	18
<b>Moins de 15 ans</b>	2	:	:	2	:	:	:	:	:	:
<b>20-24 ans</b>	19	:	:	10	:	:	3	:	:	:
<b>25-29 ans</b>	54	:	:	23	:	:	9	2	3	:
<b>30-34 ans</b>	244	:	3	145	:	4	43	5	9	:
<b>35-39 ans</b>	517	:	6	287	:	7	108	6	10	1
<b>40-44 ans</b>	945	:	28	494	4	21	207	11	14	3
<b>45-49 ans</b>	1 155	:	27	579	1	21	264	13	15	:
<b>50-54 ans</b>	1 257	:	40	569	2	29	280	10	19	5
<b>55-59 ans</b>	1 386	:	39	783	4	27	236	10	26	2
<b>60-64 ans</b>	1 189	:	25	667	5	32	237	5	23	3
<b>65-69 ans</b>	925	:	25	446	5	44	216	4	26	2
<b>70-74 ans</b>	601	:	16	259	7	24	175	4	17	1
<b>75-79 ans</b>	381	:	8	137	3	14	130	3	6	:
<b>80-84 ans</b>	146	:	7	49	1	3	49	:	8	1
<b>85 ans et plus</b>	118	:	1	48	:	5	35	:	4	:
<b>Femmes</b>										
<b>Total</b>	2 511	:	62	1 267	2	39	549	36	31	5
<b>Moins de 15 ans</b>	0	:	:	:	:	:	:	:	:	:
<b>20-24 ans</b>	5	:	:	3	:	:	:	:	:	:
<b>25-29 ans</b>	11	:	:	8	:	:	2	:	:	:
<b>30-34 ans</b>	52	:	:	25	:	2	9	:	1	:
<b>35-39 ans</b>	153	:	2	74	:	:	35	3	2	:
<b>40-44 ans</b>	258	:	5	126	:	3	64	4	0	1
<b>45-49 ans</b>	310	:	11	141	1	3	77	8	5	1
<b>50-54 ans</b>	310	:	11	138	:	6	58	8	3	1
<b>55-59 ans</b>	313	:	9	168	:	5	57	2	2	:
<b>60-64 ans</b>	318	:	8	188	:	4	48	4	3	1
<b>65-69 ans</b>	252	:	3	125	:	2	69	2	6	:
<b>70-74 ans</b>	197	:	6	96	1	3	54	2	3	:
<b>75-79 ans</b>	153	:	4	76	:	5	34	1	1	1
<b>80-84 ans</b>	81	:	2	37	:	2	20	2	1	:
<b>85 ans et plus</b>	98	:	1	62	:	4	22	:	4	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Hommes</b>
178	237	57	253	405	426	:	148	173	<b>Total</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>Moins de 15 ans</b>
:	1	:	2	:	:	:	1	:	<b>20-24 ans</b>
1	4	:	2	1	6	:	:	2	<b>25-29 ans</b>
2	8	4	9	3	9	:	:	3	<b>30-34 ans</b>
7	14	2	23	14	25	:	6	12	<b>35-39 ans</b>
15	16	8	32	22	59	:	6	10	<b>40-44 ans</b>
24	24	6	48	47	66	:	15	11	<b>45-49 ans</b>
25	40	10	40	96	66	:	22	21	<b>50-54 ans</b>
36	41	5	33	66	69	:	18	19	<b>55-59 ans</b>
23	20	8	22	60	45	:	21	21	<b>60-64 ans</b>
17	33	3	17	35	38	:	23	21	<b>65-69 ans</b>
7	21	4	12	25	16	:	14	20	<b>70-74 ans</b>
9	8	4	10	23	15	:	12	15	<b>75-79 ans</b>
9	2	1	1	5	9	:	6	9	<b>80-84 ans</b>
3	5	2	2	8	3	:	4	9	<b>85 ans et plus</b>
									<b>Femmes</b>
51	51	9	62	86	207	:	28	46	<b>Total</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>Moins de 15 ans</b>
:	:	:	:	:	1	:	:	:	<b>20-24 ans</b>
:	:	:	:	:	1	:	:	:	<b>25-29 ans</b>
1	1	1	3	1	8	:	:	2	<b>30-34 ans</b>
2	5	:	6	2	17	:	:	:	<b>35-39 ans</b>
3	3	:	12	11	19	:	3	:	<b>40-44 ans</b>
5	6	1	10	12	26	:	5	6	<b>45-49 ans</b>
10	10	:	5	18	36	:	6	11	<b>50-54 ans</b>
6	8	1	8	11	26	:	1	6	<b>55-59 ans</b>
7	3	:	9	11	23	:	4	1	<b>60-64 ans</b>
7	2	1	3	8	20	:	1	2	<b>65-69 ans</b>
3	5	2	5	4	12	:	4	8	<b>70-74 ans</b>
4	2	:	1	5	12	:	4	6	<b>75-79 ans</b>
2	4	2	:	2	5	:	:	1	<b>80-84 ans</b>
1	2	1	:	1	1	:	:	3	<b>85 ans et plus</b>

5.3.2. Décès directement liés à la consommation de drogues <sup>(1)</sup>

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
<b>1985</b>	:	:	150	324	10	140	172	19	242
<b>1986</b>	:	:	109	348	28	151	185	6	292
<b>1987</b>	:	:	140	442	56	226	228	4	543
<b>1988</b>	:	:	135	670	62	327	236	7	809
<b>1989</b>	:	:	123	991	72	426	318	5	974
<b>1990</b>	:	:	115	1 491	66	444	350	7	1 161
<b>1991</b>	6 406	314	188	2 125	79	553	411	8	1 383
<b>1992</b>	6 827	325	208	2 099	79	536	499	14	1 217
<b>1993</b>	7 239	346	210	1 738	78	421	454	18	888
<b>1994</b>	7 610	376	271	1 624	146	367	564	19	867
<b>1995</b>	6 820	346	274	1 565	176	371	465	43	1 195
<b>1996</b>	:	:	268	1 712	222	381	393	53	1 566
<b>1997</b>	:	:	275	1 501	232	321	228	81	1 160
<b>1998</b>	:	:	251	1 674	245	271	143	97	1 080
<b>1999</b>	:	:	239	1 812	255	258	118	85	1 002
<b>2000</b>	:	:	247	2 030	303	254	120	89	1 016

(<sup>1</sup>) Les données de différents pays ne sont pas directement comparables car il y a des différences de définition des cas. Dans certains pays, les définitions traditionnelles des «décès liés à la drogue» utilisées au niveau national sont différentes de celles présentées ici et peuvent également inclure des décès n'étant qu'indirectement liés à la consommation de drogues, par exemple sida et accidents.

(<sup>2</sup>) Indice corrigé: 1985 = 100 %. Pour les détails techniques, voir la publication OEDT (Project CT.99.RTX.04).

NB: Les nombres présentés sont ceux qui ont été enregistrés dans les pays de l'UE selon leurs définitions nationales (voir note 1).

Source: Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), rapport annuel 2002.

L	NL	A	P	FIN	S	UK	Indice corrigé (°)	
1	40	:	:	:	:	2 260	100	<b>1985</b>
3	42	:	18	:	:	2 341	104	<b>1986</b>
5	23	:	22	:	:	2 316	119	<b>1987</b>
4	33	:	33	11	:	2 343	138	<b>1988</b>
8	30	40	52	23	:	2 238	155	<b>1989</b>
11	43	43	82	41	64	2 356	182	<b>1990</b>
17	49	71	121	34	62	2 374	217	<b>1991</b>
17	43	129	156	27	67	2 628	224	<b>1992</b>
15	38	156	115	26	82	2 654	202	<b>1993</b>
29	50	173	143	35	85	2 861	212	<b>1994</b>
22	33	170	198	51	71	3 035	223	<b>1995</b>
17	63	191	232	43	124	3 221	247	<b>1996</b>
10	70	136	235	43	99	3 344	225	<b>1997</b>
16	61	109	337	52	81	3 411	228	<b>1998</b>
18	76	128	369	65	99	3 485	233	<b>1999</b>
26	:	167	318	:	:	3 495	242	<b>2000</b>

## 6. SOINS DE SANTÉ

### 6.1. Ressources humaines en matière de santé

#### 6.1.1. Ressources humaines dans le secteur de la santé et du travail social

Selon les données fournies par l'**enquête sur les forces de travail (EFT)**, dans l'UE, le nombre total de personnes travaillant dans le secteur de la santé et de l'action sociale a augmenté régulièrement pour passer de 13 millions en 1995 à 15 millions en 2000 (voir tableau **6.1.1**). La collecte des données dans l'EFT s'effectue selon la nomenclature statistique des activités économiques dans l'UE, la NACE rév. 1. Cette classification comporte une section N, «Santé et action sociale» (voir encadré). La part que ce nombre représente par rapport à l'emploi total est passée de 9,0 à 9,5 % dans cette même période (voir tableau **6.1.2**). Les données sur l'emploi fournies par l'EFT concernent les salariés et les indépendants et englobent toutes les professions. Elles décrivent l'ensemble des ressources humaines dispensant des soins médicaux et sociaux et complètent les données plus détaillées concernant certains groupes de professionnels des soins de santé (voir tableaux **6.1.3** à **6.1.6** et **6.1.10** à **6.1.27**, carte **6.1.7** et graphiques **6.1.8** et **6.1.9**). L'EFT ne peut décrire que la situation de l'emploi pour un ensemble de soins médicaux et sociaux. Comme telles, les données EFT existantes ont des chances de surestimer l'emploi dans le secteur de la santé en raison de la part inconnue à attribuer aux soins sociaux. En même temps, les données EFT ont également des chances de sous-estimer l'emploi dans le secteur des soins médicaux dans la mesure où certains fournisseurs de services sanitaires (en particulier dans le domaine de la production, de la vente en gros et au détail de produits médicaux) sont affectés à d'autres secteurs d'activité de l'EFT.

On peut se faire une meilleure idée de la situation en examinant les groupes de professions associés aux soins de santé (voir tableaux **6.1.1** et **6.1.2**). Il faut pour cela ventiler les emplois dans le secteur de la santé et de l'action sociale par catégories socioprofessionnelles et connaître le nombre de professionnels de la santé employés dans d'autres secteurs d'activité. Malgré tout, les résultats obtenus ne seront pas complètement satisfaisants. Dans dix États membres de l'UE et de l'EEE, l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale a augmenté de 1999 à 2000. Dans quatre États membres de l'UE et de l'EEE (Danemark, Grèce, Italie et Suède), les chiffres respectifs ont diminué, alors que, dans les quatre États restants (Autriche, Finlande,

Royaume-Uni et Irlande), les nombres sont restés inchangés. En 2000, c'est en Suède (18,5 %) et au Danemark (17,4 %) que les proportions de personnes travaillant dans le secteur de la santé et de l'action sociale étaient les plus fortes, soit plus de trois fois supérieures à celles des pays où elles étaient les plus faibles: Grèce (4,7 %), Portugal (5,1 %) et Espagne (5,3 %). Ces parts en pourcentage de l'emploi dans ce secteur en Suède et au Danemark sont dans une large mesure influencées par un groupe de professionnels: le personnel soignant et assimilé. Dans les quinze États membres de l'Union européenne, ce groupe représente 24,6 % de l'emploi total dans le secteur des soins médicaux et sociaux, alors que les parts respectives sont, au Danemark et en Suède, de 41,2 et 51,0 %. Le personnel soignant et assimilé étant concerné, à première vue, plus par les soins sociaux que par les soins de santé, les variations de l'emploi dans le secteur des soins de santé devraient être moins importantes que ne l'indiquent les données globales de l'EFT.

Les données de l'EFT sur l'emploi par catégorie socioprofessionnelle indiquent également que les groupes de professions individuels devraient varier d'un pays à l'autre en ce qui concerne leurs rôles respectifs dans les processus nationaux de prestation de soins médicaux et sociaux. Les pourcentages de «professions intellectuelles et scientifiques», d'une part, et de «professions intermédiaires», d'autre part, diffèrent considérablement. Les proportions les plus fortes de «professions intellectuelles et scientifiques» dans l'emploi global sont constatées en Belgique, en Espagne et en Irlande (41,3, 40,4 et 40,1 %) et les plus faibles au Danemark (8,1 %). En Autriche, en Italie et en Allemagne, le rôle des «professions intermédiaires» est prédominant (48,5, 45,1 et 44,0 %, respectivement), alors qu'en Espagne ce groupe ne représente que 10,5 % de l'ensemble des salariés. Le pourcentage des médecins et assimilés travaillant hors du secteur de la santé et de l'action sociale varie de la même façon. En Espagne, en Irlande et en Belgique, les nombres respectifs représentent plus de 35 % de l'emploi global dans le secteur, alors que ce taux n'est que de 7,6 % au Danemark.

On peut en conclure que l'analyse des nombres détaillés fournis pour les professionnels des soins médicaux et sociaux dans les tableaux **6.1.3** à **6.1.6** et **6.1.10** à **6.1.27**, sur la carte **6.1.7** et dans les graphiques **6.1.8** et **6.1.9** doit tenir compte du fait que ces professionnels jouent des rôles très différents dans les systèmes de santé nationaux respectifs. Une comparaison directe des taux de densité (professionnels pour 100 000 habitants) entre les pays suppose une similitude des fonctions qui peut ne pas être toujours garantie.

L'**enquête sur les forces de travail (EFT)** a été créée en vertu du règlement (CEE) n° 3711/91 du Conseil du 16 décembre 1991. Les concepts et définitions utilisés restent essentiellement ceux qui ont été adoptés par la treizième conférence internationale des statisticiens du travail (1982) et qui sont utilisés dans les enquêtes communautaires de 1983 à 1991 de manière à assurer un niveau élevé de comparabilité entre les résultats des deux séries. En 1998, le règlement (CE) n° 577/98 du Conseil a été adopté en remplacement du règlement précédent de manière à tenir compte des nouveaux impératifs statistiques. Les données ont été collectées tous les deux ans de 1960 à 1983, tous les ans de 1984 à 1992, puis tous les trimestres par la suite. Depuis 1995, elle couvre quinze États membres et 700 000 ménages privés. Les concepts et définitions ont été adoptés au niveau international. Le degré de comparabilité entre États membres est considérablement plus élevé que celui de toute autre série statistique sur l'emploi et le chômage.

L'EFT est une enquête annuelle effectuée sur la base d'un ensemble révisé de concepts destinés à garantir l'amélioration du degré de comparabilité entre les États membres et, dans la mesure du possible, avec d'autres pays. La base méthodologique et le contenu de l'enquête sont décrits dans la publication d'Eurostat *Enquête sur les forces de travail — Méthodes et définitions — série 1998*. Dans l'EFT, toutes les personnes qui ne sont pas classées comme occupées ou au chômage sont définies comme inactives. Une enquête sur les forces de travail est une enquête qui s'adresse aux ménages et qui est conçue pour obtenir des informations sur le marché du travail et sur des questions connexes au moyen d'interviews sur place. Comme il serait extrêmement coûteux d'inclure tous les ménages (comme dans le cas des recensements de la population), les enquêtes sur les forces de travail se limitent généralement à un échantillon de ménages dont la taille réelle dépend essentiellement du niveau de détail requis dans les estimations.

Les données sur les ressources humaines, par profession, sont codées selon la **CITP-88 (COM)** basée sur la CITP-88 (**classification internationale type des professions**) adoptée par l'Organisation internationale du travail (OIT). La CITP classe les emplois passés, présents ou futurs. Elle classe les personnes en fonction de leur relation effective et potentielle avec les emplois. Les emplois sont classés par rapport à la nature du travail effectué ou à effectuer. Les critères de base utilisés pour définir le système des grands groupes, sous-grands groupes, sous-groupes et groupes de base sont le «niveau de qualifications» et la «spécialisation des qualifications» requis pour exécuter les tâches et fonctions des professions. Pour la collecte et le traitement des statistiques classées par profession (destinées à être utilisées, par exemple, dans des domaines tels que l'analyse du marché du travail, la planification de l'éducation, la planification de la main-d'œuvre, l'analyse de la médecine du travail, l'analyse des sa-

lares, etc.), chaque pays devrait assurer la possibilité de conversion dans le système CITP-88 afin de faciliter l'utilisation des informations sur les professions sur le plan international.

La **NACE rév. 1** est la nomenclature statistique des activités économiques dans l'UE. Elle est entrée en vigueur en 1990 en vertu du règlement (CEE) n° 3037/90 du Conseil du 9 octobre 1990. L'acronyme NACE vient de nomenclature générale des activités économiques dans les Communautés européennes. La collecte de données dans le cadre de l'EFT s'effectue conformément à la NACE rév. 1. Cette nomenclature comprend la section N («Santé et action sociale»).

Eurostat a lancé un projet visant à faire une compilation complète et détaillée des **ressources humaines en matière de soins de santé** coordonnée par l'**institut BASYS** (voir Augsburg, 2001). Ce programme utilisera différentes sources de données (y compris l'EFT) pour donner une image complète des ressources humaines assurant des soins de santé et de la répartition du travail entre les divers groupes professionnels. Ce projet fait suite à un premier inventaire de BASYS sur les **ressources humaines des systèmes de santé européens** concernant la vaste disponibilité de données dans bon nombre des pays ayant fourni des métadonnées. L'inventaire fait également apparaître le problème de disponibilité limitée des données dans certains domaines [acteurs, selon la nomenclature des prestataires de soins de santé ICHA-HP (voir point 6.4.4) et les divers niveaux (âge, sexe, effectifs, etc.) dans lesquels les données sont ventilées]. Ce problème, ainsi que le niveau fluctuant de qualité des déclarations, entraîne des difficultés quant à la production de statistiques comparables sur les ressources humaines au niveau européen (voir Augsburg, 2001). Le nouveau projet utilisera le cadre méthodologique du **système des comptes de la santé** (voir point 6.4.4), si bien que les données obtenues seront entièrement compatibles avec les données des dépenses de santé compilées ailleurs.

### 6.1.2. Médecins

L'étude de la médecine est soumise à des conditions dans tous les États membres de l'UE, à l'exception de l'Autriche. En France, bien que l'accès aux études médicales ne fasse l'objet d'aucune restriction, les étudiants doivent passer un concours pour pouvoir poursuivre leurs études en deuxième année. Selon la directive 93/16/CEE du Conseil, la formation médicale de base dans l'UE doit comprendre au moins 6 années ou 5 500 heures d'enseignement dispensées dans une université ou sous la surveillance d'une université. La majorité des

États membres se conforment à cette exigence, mais la durée minimale des études est plus courte dans deux pays, le Royaume-Uni (4 ou 5 ans) et la Suède (5,5 ans), et plus longue dans deux autres, la Finlande (6,5 ans) et la Belgique (7 ans). Dans certains États membres, les médecins obtiennent l'autorisation d'exercer la médecine à titre indépendant immédiatement après la fin de leurs études médicales. C'est le cas de la Belgique, de la Grèce, de l'Espagne, de l'Italie et des Pays-Bas. Dans d'autres, après avoir obtenu leur diplôme universitaire, les médecins doivent effectuer une période d'exercice pratique qui, si elle est concluante, leur permet de pratiquer la médecine en tant que médecin indépendant. La durée de cette période de formation est variable: elle est de 12 mois en Irlande et au Royaume-Uni (ce qui permet à ces pays de se conformer à l'exigence de base de la directive) et de 18 mois en Allemagne, au Portugal et en Suède. Au Luxembourg, le ministère de la santé accorde une autorisation de pratiquer la médecine à ceux qui ont obtenu un diplôme délivré dans un autre État membre de l'UE (la formation postuniversitaire ne peut s'effectuer au Luxembourg). La seule délivrance de l'autorisation exigée pour l'accès aux activités du médecin n'habilite pas à exercer dans le cadre du régime de sécurité sociale. Les systèmes de santé publique et de sécurité sociale exigent une formation spécifique supplémentaire en médecine générale ou dans une spécialité. En France, en Autriche et en Finlande, l'autorisation d'exercer la médecine à titre indépendant n'est accordée qu'après une formation spécifique en médecine générale ou une formation spécialisée. Dans ces pays, aucun médecin ne peut pratiquer sur une simple «approbation», autrement dit les médecins n'ont le droit d'exercer à titre indépendant qu'après avoir achevé leur formation de médecin généraliste ou de spécialiste.

Selon la directive 93/16/CEE du Conseil, les médecins généralistes qui ont l'intention d'exercer dans le cadre du régime de sécurité sociale doivent prouver qu'ils ont suivi une formation pratique postuniversitaire. À l'heure actuelle, la durée minimale de cette formation est de 2 ans en Belgique, en Italie et en Finlande et de 2,5 ans en France pour l'exercice de la médecine générale. En Suède, les médecins généralistes suivent généralement une formation spécialisée gratuite en médecine familiale/générale pendant une durée minimale de 5 ans. Une période de formation de 3 ans en médecine générale est exigée en Grèce, en Espagne, en Irlande, aux Pays-Bas, en Autriche et au Portugal. Au Danemark, la durée de la formation spécifique en médecine générale est de 3,5 ans. En Allemagne, les médecins doivent suivre une formation spécifique de 4 ans en médecine générale qui inclut la période d'«approbation» de 18 mois (voir site web OA).

La fiabilité des données concernant les médecins et les dentistes souffre des différents concepts utilisés dans les États membres pour les données respectives. Ils peuvent ainsi être comptés comme «habilités à exercer», «actifs» ou «praticiens», et on dispose souvent de données pour deux concepts méthodologiques ou plus. Il est évident qu'il y a peu de conclusions valables à tirer de la densité de médecins, même si les données fondées sur différents concepts sont présentées les unes à côté des autres dans un tableau, les différences étant uniquement identifiées par des renvois en bas de page. Les données présentées dans ce document correspondent aux médecins habilités à exercer et aux médecins praticiens.

Selon Eurostat, le nombre total de médecins praticiens a régulièrement augmenté dans la plupart des États membres au cours des vingt dernières années (voir tableau 6.1.3), et il a plus que doublé au Luxembourg. Le nombre de médecins habilités à exercer est supérieur au nombre de médecins praticiens dans tous les pays (voir tableaux 6.1.3 à 6.1.5), même si le rapport constaté en 2000 varie entre les pays. Au Luxembourg, les différences sont comparativement faibles, alors qu'en Espagne et en Suisse elles sont considérables. Les taux de densité des médecins praticiens (médecins pour 100 000 habitants) ont augmenté dans tous les États membres et tous les pays de l'EEE au cours des vingt dernières années (voir tableau 6.1.4). En 1999, la Grèce a déclaré des taux supérieurs à 400. Dans cinq États membres (Belgique, Allemagne, France, Luxembourg et Autriche) et trois pays de l'EEE, on comptait plus de 300 médecins praticiens pour 100 000 habitants. Dans deux États membres (Pays-Bas et Royaume-Uni) et en Suisse, les taux sont inférieurs à 200, mais les chiffres concernant le Royaume-Uni et l'Irlande ne concernent que les médecins travaillant dans le service national de santé et ne sont donc pas comparables. Toutefois, ce large éventail de densité de médecins peut également s'expliquer par des différences entre les systèmes de soins de santé. Dans certains États membres, des études donnent à penser que le nombre de médecins pourrait augmenter (besoin de certains spécialistes et besoins accrus dans le secteur des soins de longue durée, par exemple), et, dans d'autres (Royaume-Uni, par exemple), des discussions sont en cours sur les besoins supplémentaires de généralistes et de spécialistes dus au manque de médecins assistants dans les hôpitaux (voir HBS, 2002).

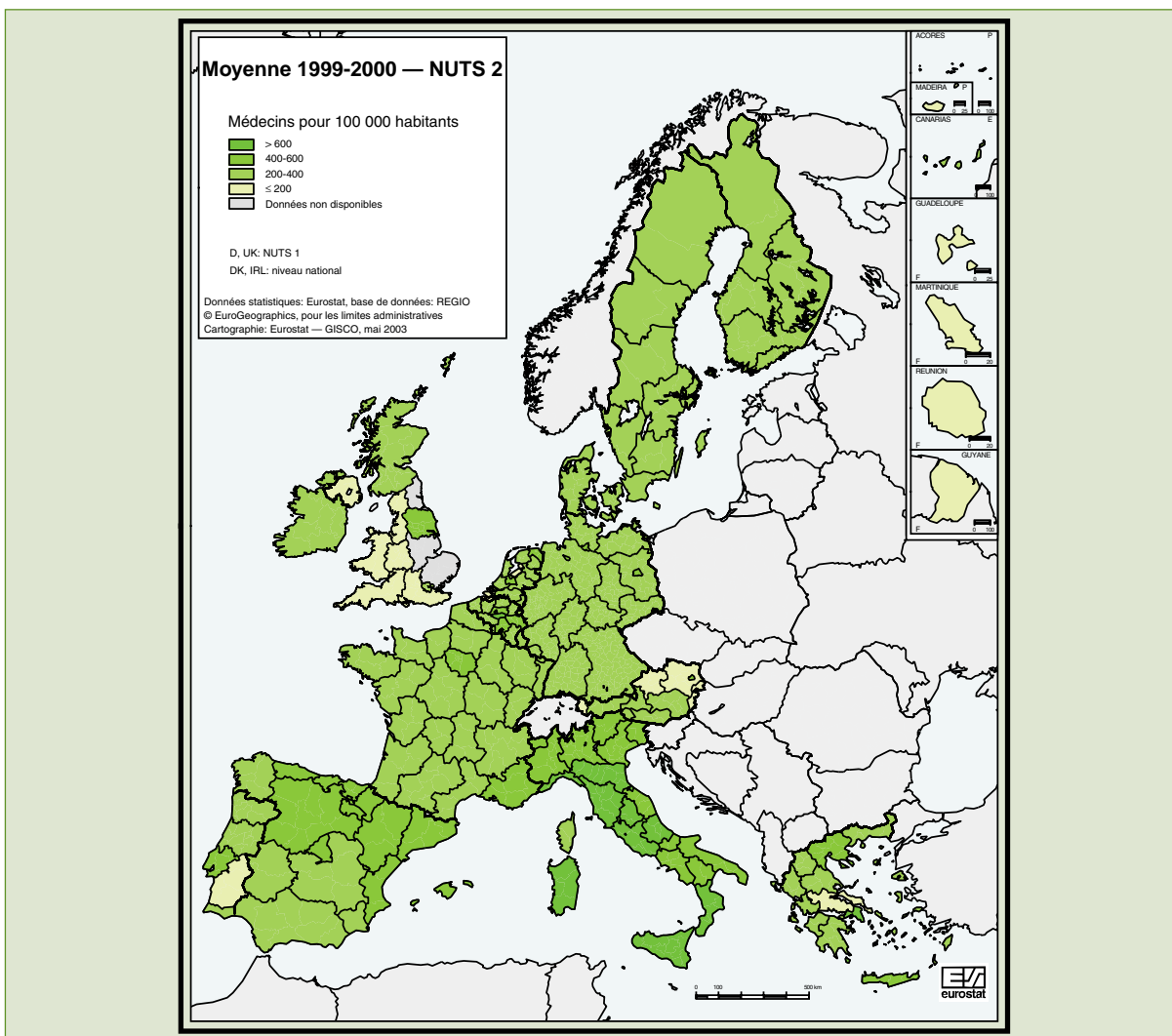
Les taux de densité des médecins habilités à exercer varient de 250 pour 100 000 habitants en Irlande à 599 pour 100 000 habitants en Italie (voir tableau 6.1.6), cette plage étant nettement plus large que pour les médecins praticiens (voir tableau 6.1.4).



La carte **6.1.7** fait apparaître la densité régionale moyenne de médecins pour 1 000 habitants en utilisant les données du niveau 2 de la NUTS pour la période 1996-1998. Dans certains États membres, ce taux est assez uniforme d'une région à l'autre, alors qu'il varie dans d'autres. C'est dans les zones métropolitaines — par exemple, Lazio (Italie), Bruxelles (Belgique), Attique (Grèce), Vienne (Autriche), Madrid (Espagne) et Hambourg (Allemagne) — que les taux de densité sont les plus élevés. Comparativement à 1986, les chiffres ont augmenté dans pratiquement toutes les régions des États membres. Les chiffres les plus bas ont été observés dans les zones à faible densité de population. Dans la majorité des régions italiennes et de celles du nord

de l'Espagne, on constate une forte densité de personnel médical, et ces régions sont des «exportateurs» nets de médecins vers d'autres régions, en particulier vers le Royaume-Uni. Ce phénomène est encore plus apparent en ce qui concerne le personnel infirmier. La forte densité de médecins dans les régions grecques de l'Attique et de la Macédoine centrale (qui comprennent, respectivement, les villes d'Athènes et de Thessalonique) peut s'expliquer par l'existence d'une législation moins stricte quant à la reconnaissance des qualifications médicales obtenues dans les pays candidats. Toutes les régions de l'UE semblent avoir une densité de médecins suffisamment forte, à l'exception de quelques parties de la Grèce et du Portugal.

**6.1.7. Nombre de médecins pour 100 000 habitants, 1999-2000**

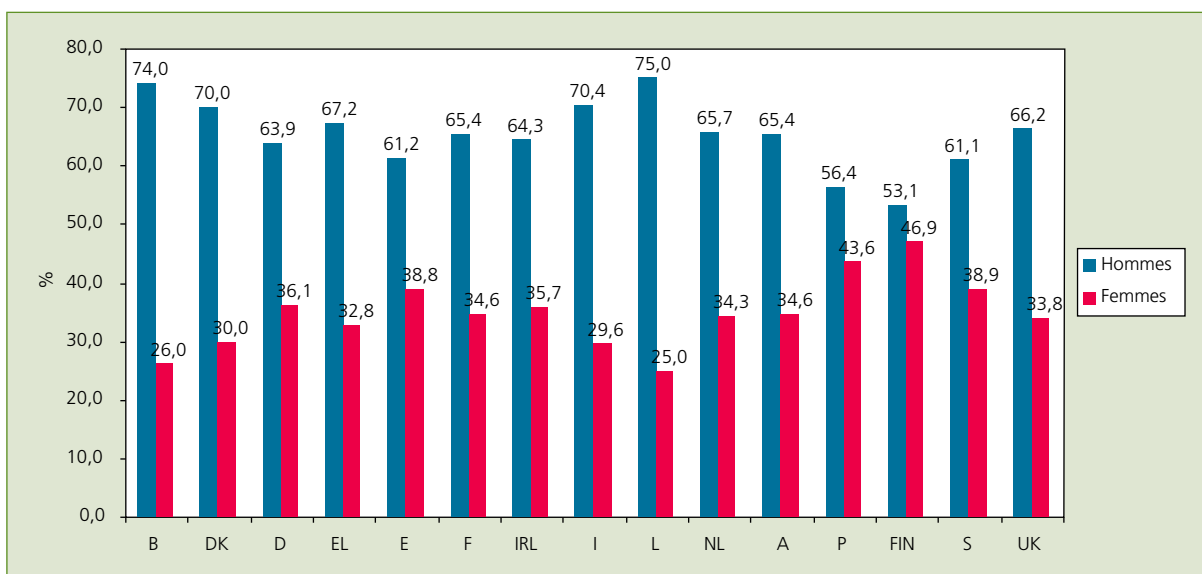


Source: Eurostat, base de données NewCronos (environnement et énergie).

Les données fournies par **Eurostat** montrent qu'en 1997 les médecins hommes étaient plus nombreux que les médecins femmes dans chaque État membre (voir graphique **6.1.8**). La propor-

tion de médecins femmes variait de 23 % au Luxembourg à 43 % au Portugal et à 47 % en Finlande.

## 6.1.8. Médecins par sexe, année disponible la plus récente



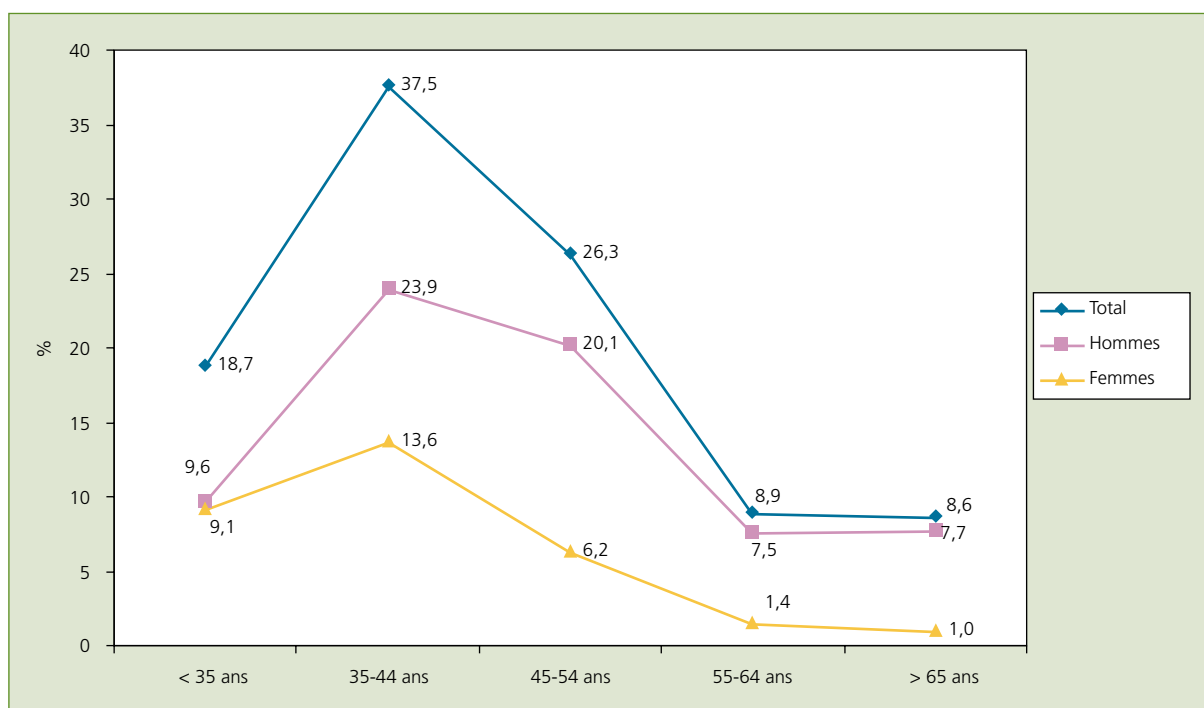
NB: B 1995; DK 1994.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

Le graphique 6.1.9 illustre la répartition des médecins par sexe et par groupe d'âge dans huit États membres en 1998. La proportion de médecins hommes est très semblable à celle de médecins femmes jusqu'à 35 ans, mais elle augmente ensuite avec l'âge. Comparativement à la répartition constatée pour 1996 dans le dernier volume, pour les deux sexes confondus, la pro-

portion de médecins de moins de 35 ans a progressé de 17,6 à 18,7 %. Pour les groupes d'âge de 45 à 54 ans et de 55 à 64 ans, les proportions sont respectivement passées de 21,5 à 26,3 % et de 8,3 à 8,9 %. Pour les groupes d'âge de 35 à 44 ans et de 65 ans et plus, les proportions sont respectivement passées de 43 à 37,5 % et de 9,6 à 8,6 %.

## 6.1.9. Pourcentage de médecins par groupe d'âge et par sexe, 1998



NB: Y compris B, EL, I, L, NL, A, FIN et Angleterre.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

### 6.1.3. Médecins spécialistes

La définition des activités, du contenu et de la formation exigée pour les spécialités médicales dans les États membres de l'UE est fondée sur la directive 93/16/CEE du Conseil du 5 avril 1993 visant à faciliter la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, certificats et autres titres. En 2001 a été publiée sa mise à jour dans la directive 2001/19/CE (médecins). Cette directive devra être mise en œuvre par les États membres avant le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Les principales modifications apportées sont les suivantes: a) pour les médecins généralistes, la durée minimale de formation est portée de 2 à 3 ans (article 31, paragraphe 1, point b); b) en cas de migration au sein de l'UE, les certificats des spécialistes doivent être reconnus par le pays d'accueil, même si la spécialité en question n'est pas reconnue comme une spécialité indépendante dans ce dernier (article 42 *bis*); c) en cas de migration au sein de l'UE, la formation reçue dans des pays extérieurs à l'Union européenne devra être examinée et évaluée par le pays d'accueil qui sera tenu de prendre une décision, concernant la reconnaissance de cette formation, dans un délai de trois mois, et il sera possible de faire appel devant les tribunaux nationaux (article 42 *ter*); d) le transfert des listes de spécialités dans une annexe de la directive est un changement administratif déjà en vigueur. Cela veut dire que les changements n'ont pas besoin d'être approuvés par le Conseil de ministres, mais par le comité de hauts fonctionnaires de la santé publique (CSOPH).

L'annexe VI C de la directive 2001/19/CE (médecins) présente la liste de 52 spécialités reconnues. Certaines le sont dans tous les États membres de l'UE et d'autres dans deux ou plus. D'autres organismes tels que l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) reconnaît 74 spécialités; 23 de ces 74 spécialités sont reconnues dans tous les États membres de l'UE, et les 51 spécialités restantes le sont dans deux ou plus. Le problème des spécialisations complémentaires [280 au total selon le CSOPH5 (voir doc. XVID/8536/98)] a été abordé au sein du *comité consultatif pour la formation des médecins (CCFM)*. Pour l'UE, des études (1979, 1983, 1986 et 1996) ont été menées à ce sujet. Un grand nombre de ces spécialisations complémentaires ne présentent que des différences mineures avec les spécialités reconnues. La dernière étude (rapport Salvatore) propose un tronc commun de 20 spécialités avec une orientation ex post vers d'autres spécialisations complémentaires. Les discussions se poursuivent à ce sujet.

Le nombre de médecins spécialistes est indiqué dans le tableau 6.1.10, les données Eurostat correspondant à la dernière année disponible. On constate d'importantes différences entre les pays, aussi bien en ce qui concerne le nombre total que

pour 100 000 habitants (voir tableau 6.1.11). Ces différences sont particulièrement apparentes dans des spécialités telles que l'oncologie, la chirurgie pédiatrique, la médecine du travail et l'urologie, où la densité peut varier selon un rapport supérieur à 10/1. Cela est également vrai pour les «grands» groupes tels que la médecine interne (12/0) et la psychiatrie et (dans une moindre mesure) pour les médecins généralistes (6/1). Dans certains domaines, on constate un manque de spécialistes et une répartition déséquilibrée de ces derniers dans les différents pays.

### 6.1.4. Dentistes

Les dentistes diagnostiquent, préviennent et traitent les problèmes bucco-dentaires et effectuent des opérations de chirurgie corrective en utilisant divers équipements. Les problèmes relatifs à la formation et les concepts de collecte des données sont les mêmes que pour les médecins.

Selon Eurostat, le nombre de dentistes praticiens dans l'UE a augmenté au cours des vingt dernières années, sauf en Suède où il a diminué depuis 1990 (voir tableau 6.1.12). Leur nombre pour 100 000 habitants a également augmenté (voir tableau 6.1.13) selon les taux de croissance indiqués pour les pays. Il en est de même du nombre de dentistes habilités à exercer et de leur taux de densité pour 100 000 habitants (voir tableaux 6.1.14 et 6.1.15). Les taux de densité les plus récents continuent de faire apparaître d'importants écarts entre les pays, aussi bien pour les praticiens (46 en Autriche contre 91 au Danemark) que pour les dentistes habilités à exercer (44 en Espagne et au Portugal contre 93 en Finlande).

### 6.1.5. Pharmaciens

Les pharmaciens praticiens offrent aujourd'hui un éventail de services nettement plus large qu'à une certaine époque. Il semble qu'il y ait un déficit de pharmaciens aux États-Unis, ce phénomène étant encore plus marqué que dans l'UE (voir DHHS, 2000).

Selon Eurostat, le nombre de pharmaciens praticiens a régulièrement augmenté dans l'UE au cours des vingt dernières années (voir tableau 6.1.16), tout particulièrement en Grèce, alors qu'il a diminué en Finlande. Une certaine similitude se dégage quant aux taux de densité pour 100 000 habitants, à cela près que les nombres ont fluctué en France et qu'ils ont diminué au Luxembourg à partir de 1992 et en Finlande jusqu'en 1993 (voir tableau 6.1.17). Ce tableau met également en évidence les grandes disparités entre les États membres et les pays de l'EEE — de 19 pharmaciens pour 100 000 aux Pays-Bas en 1999 à 148 en Finlande en 2000. Le nombre de pharmaciens travaillant dans des

pharmacies n'est actuellement disponible que pour certains États membres (voir tableau **6.1.18**). Les données disponibles indiquent que, en France et en Suède, seulement 56 % de la totalité des pharmaciens praticiens travaillent effectivement dans des pharmacies, alors qu'aux Pays-Bas le taux de densité des pharmaciens travaillant dans des pharmacies diffère peu du taux de pharmaciens praticiens (voir tableau **6.1.19**).

### 6.1.6. Infirmières et sages-femmes

L'UE a adopté un ensemble de règles minimales pour la formation des professionnels des soins infirmiers, afin d'assurer leur libre circulation dans les États membres. Ces règles concernent les infirmières des soins généraux ayant suivi une formation générale de base d'au moins trois ans (directives 77/452/CEE et 77/453/CEE et modifications des 10 et 30 octobre 1989). Les sages-femmes ont suivi une formation conformément aux directives 80/154/CEE et 80/155/CEE (sages-femmes).

Selon **Eurostat**, on ne dispose pas de données séparées pour les infirmières et les sages-femmes pour tous les États membres, et les données disponibles ne le sont pas pour toutes les années, mais leur nombre combiné a régulièrement augmenté au cours des vingt dernières années (voir tableau **6.1.20**). Leur nombre pour 100 000 habitants fait apparaître des fluctuations de cette tendance, surtout en Suède et, dans une moindre mesure, en Allemagne, en Grèce et au Royaume-Uni (voir tableau **6.1.21**). La densité varie considérablement entre les États membres (de 391 pour 100 000 en Grèce à 2 174 pour 100 000 en Finlande en 1999). Les différences de densité des médecins et des infirmières sont parfois considérables dans les États membres. L'incidence de cette disparité de densité sur l'efficacité et l'efficience des systèmes de soins de santé (par exemple, le remplacement de médecins par d'autres professionnels de la santé) est actuellement examinée par l'OCDE et par Eurostat.

Les données concernant les nombres d'infirmières qualifiées (voir tableau **6.1.22**) et de sages-femmes (voir tableau **6.1.23**) montrent qu'ils augmentent de manière similaire. Les fluctuations des taux de densité respectifs (voir tableaux **6.1.24** et **6.1.25**) sont moins sensibles. L'écart entre le pays ayant le taux de densité le plus bas (Grèce) et le pays ayant le taux de densité le plus élevé (Finlande) est encore plus important pour les infirmières qualifiées que pour le total des infirmières et sages-femmes exerçant leur profession, tel qu'indiqué ci-dessus.

De récentes estimations des postes d'infirmières non pourvus montrent qu'il existe un grand nombre de postes vacants dans les hôpitaux. Les cabinets de médecins déclarent avoir plus de difficultés à engager des infirmières pour superviser le

personnel de soins cliniques et pour assumer des tâches de plus haut niveau, attendre plus longtemps avant d'engager du personnel infirmier et ne pas être en mesure d'offrir des salaires plus élevés pour attirer des candidates qualifiées. Le nombre d'inscriptions dans les écoles d'infirmières diminue régulièrement, et le niveau de migration et de mobilité est élevé dans cette profession.

Le fait qu'une infirmière soit prise en compte dans les chiffres dépend de la définition du secteur de la santé et de l'action sociale (par exemple, l'inclusion ou non des hôpitaux de soins obstétricaux et des hôpitaux généralisés dans le secteur des hôpitaux généraux). Certains États membres classent les hôpitaux gériatriques dans la catégorie des hôpitaux généraux, d'autres dans celle des services d'accueil pour personnes âgées. Pour certains, la question manque de clarté, et, pour d'autres, les chiffres ne concernent que les hôpitaux réservés aux soins aigus (voir Versieck e.a., 1995). Il reste difficile de comparer et d'interpréter les informations sectorielles. Certains problèmes sont également liés aux catégories d'infirmières dans les statistiques. Dans les différents États membres, les soins infirmiers et services d'aide aux patients peuvent être dispensés par différents types de personnel de santé (infirmières responsables des soins généraux, infirmières de second niveau et infirmières spécialisées), mais également par d'autres catégories de personnel soignant. Au Danemark et au Portugal, par exemple, il n'y a qu'une catégorie d'«infirmières». Il n'existe ni infirmières de second niveau ni infirmières spécialisées. Toutefois, au Danemark, d'autres catégories de personnel de santé dispensent des soins infirmiers et services d'aide aux patients. Dans les États membres où il existe une formation pour infirmières de second niveau, ces dernières assument souvent des tâches ménagères et d'aide aux patients. Dans un État membre, différentes catégories d'infirmières dispensent des soins infirmiers et services d'aide aux patients, alors que, dans un autre, le personnel infirmier et le personnel de soins se les partagent. Cela crée un problème lorsqu'on veut comparer des informations quantitatives (normes de dotation en personnel et nombre d'infirmières pour 1 000 habitants, par exemple), car le personnel infirmier entre dans le cadre de la recherche, mais pas le personnel de soins. Pour que les informations soient comparables, il faudrait tenir compte du personnel infirmier et des catégories pertinentes de personnel de soins et services d'aide aux patients. Les données sur le personnel infirmier et les sages-femmes pour l'Irlande, l'Italie et le Royaume-Uni concernent seulement les personnes employées dans le service national de santé.

Selon **Eurostat**, les variations sont moins prononcées pour les sages-femmes. Dans la majorité des

États membres, les sages-femmes constituent un groupe de professionnels de la santé complètement à part, y compris celles qui ont suivi une formation avant l'adoption des directives 80/154/CEE et 80/155/CEE déjà mentionnées. Au Royaume-Uni, par exemple, les conditions d'inscription, les programmes de formation, le déroulement de carrière et les domaines d'activité sont différents pour les infirmières et les sages-femmes.

### 6.1.7. Kinésithérapeutes

Bien que l'exercice de la kinésithérapie puisse très peu varier dans les pays de l'UE, la philosophie qui sous-tend la législation peut conduire à différentes approches quant à la façon de réglementer la profession de kinésithérapeute. Dans les pays où existe une liste exhaustive d'activités autorisées, la loi peut également reconnaître que la pratique de certaines de ces activités est partagée avec d'autres professions ou est exclusivement réservée aux kinésithérapeutes. Les règlements peuvent stipuler que l'exercice de certaines activités est interdit aux kinésithérapeutes (par exemple, les manipulations vertébrales en Belgique, en Allemagne, en France et au Luxembourg, et les manipulations sous anesthésie ou chirurgicales au Royaume-Uni), et le rôle des kinésithérapeutes dans la fourniture globale des soins de santé peut ne pas être directement comparable.

Selon **Eurostat**, les données concernant les kinésithérapeutes ne sont pas disponibles pour certaines des années couvertes dans le tableau **6.1.26**. Les données existantes font apparaître une augmentation progressive du nombre de kinésithérapeutes dans la plupart des États membres. Les taux de densité donnés dans le tableau **6.1.27** montrent que l'Espagne comptait le plus petit nombre (4) de kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en 2000 (contre 8 en 1988). En 2000, c'est en Belgique (264), en Finlande (195) et aux Pays-Bas (191) que ces nombres étaient les plus élevés.

**Eurostat** collecte des données statistiques sur les ressources humaines en matière de soins de santé. Les États membres de l'UE fondent leurs statistiques dans ce domaine sur différents concepts et registres. Les *médecins* peuvent être comptés comme «habilités à exercer», «actifs» ou «praticiens». Des données sur au moins deux concepts sont disponibles dans la majorité des États membres. Les *médecins habilités à exercer* peuvent être actifs, à la retraite, sans emploi ou à l'étranger, alors que les *médecins praticiens* sont ceux qui voient des patients à l'hôpital, dans un cabinet ou ailleurs. Pour les *dentistes*, la situation est analogue à celle des médecins.

Les médecins ayant suivi une formation spécialisée peuvent être reconnus comme *spécialistes* dans les autres États membres. Toutefois, toutes les spéciali-

tés ne sont pas reconnues comme disciplines indépendantes dans tous les États membres. Chaque pays européen a un système de formation médicale et un éventail de spécialités répondant aux besoins de son propre système de soins de santé. Chaque État membre ne peut reconnaître que les spécialités médicales admises par sa propre législation et décrites dans l'annexe VI C de la directive 2001/19/CE. Comme indiqué ci-dessus, un titre de spécialiste existant dans un État membre mais pas dans l'État dans lequel une personne souhaite s'installer n'est pas *automatiquement* valide dans le pays d'accueil; la décision est prise cas par cas par les autorités compétentes de ce dernier. La législation définit en outre certains critères minimaux applicables à la formation spécialisée et spécifie également des périodes de formation minimales pour toutes les spécialités figurant dans la liste. Les États membres sont libres d'aller au-delà de ces périodes de formation minimales, mais ne peuvent en aucun cas rester en deçà. Bien que la législation européenne n'ait pas constitué la seule mesure incitative (la formation médicale est en plein bouleversement à l'échelle mondiale), les directives ont entraîné une réforme du système de formation spécialisée dans certains pays. Par exemple, des spécialités ont cessé d'être reconnues comme spécialités indépendantes ou de nouvelles spécialités sont entrées en vigueur. L'impact de la législation de l'UE a été tout particulièrement ressenti au Royaume-Uni où, auparavant, aucune durée n'était fixée pour la formation spécialisée et où le terme «spécialiste» n'avait aucune signification légale.

Le comité de hauts fonctionnaires de la santé publique (CSOPH) a été créé par la décision du Conseil du 16 juin 1975 (75/365/CEE). Il a pour principales fonctions de collecter toutes les informations pertinentes sur les conditions dans lesquelles les soins médicaux généraux et spécialisés sont donnés dans les États membres et de donner des avis susceptibles de guider les travaux de la Commission en vue de modifier les directives concernant les professions médicales. L'article 43 de la directive 93/16/CEE stipule que, lorsqu'un État membre rencontre des difficultés majeures pour appliquer la directive dans certains domaines, la Commission examinera ces difficultés en collaboration avec le pays concerné et demandera l'avis du CSOPH.

Les *pharmaciens praticiens* sont ceux qui travaillent dans une pharmacie et ceux qui travaillent dans l'industrie pharmaceutique, l'administration, la recherche, etc. Les données doivent exclure les pharmaciens travaillant à l'étranger, mais inclure les pharmaciens étrangers habilités à exercer. Pour certains pays (par exemple, le Royaume-Uni), les chiffres reçus par **Eurostat** ne couvrent que la sous-catégorie des pharmaciens travaillant dans une pharmacie. Pour d'autres, les chiffres concernent ceux qui sont habilités à exercer cette profession. D'autres encore incluent certains pharmaciens en activité et certains qui ne le sont pas (par exemple, les pharmaciens sans emploi).



En ce qui concerne les *infirmières*, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, il existe un problème en raison de l'utilisation de différents concepts (praticiennes ou habilitées à exercer). La comparabilité des données se trouve d'autant plus limitée que certains États membres ne font pas de distinction entre le personnel de santé dispensant des soins infirmiers et le personnel d'aide aux patients: ainsi, le terme «infirmières» s'applique aussi bien aux infirmières responsables des soins généraux qu'aux infirmières de second niveau, aux infirmières spécialisées et à d'autres catégories de personnel soignant. Compte tenu des importants taux de fluctuation concernant les infirmières dans de nombreux pays, l'utilité des données fondées sur les concepts d'«infirmières habilitées à exercer» semble particulièrement limitée.

Pour les *kinésithérapeutes*, la comparabilité souffre du fait que les types de tâches exécutées peuvent différer entre les États membres; il importe donc de se montrer prudent dans la comparaison des taux de densité.

### Références

Augsburg, D., *Human resources of European health systems*, rapport final, BASYS, décembre 2001.

DHHS (Department of Health and Human Services), *The pharmacist workforce: a study of the supply and demand for pharmacists*, Bureau of Health Professions, États-Unis, 2000.

Doc. XVID/8536/98 du comité de hauts fonctionnaires de la santé publique.

HBS, BASYS, *Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU*, Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, 2002.

OA (Österreichische Ärztekammer): <http://www.aek.or.at>

OCDE, *Health at a glance*, 2001.

Versieck, K., et Bouten, R., *Manpower problems in the nursing/midwifery profession in the EC*, Hooger Instituut voor de Arbeid, KU Leiven, 1995.

## 6.2. Équipements et consommation

La fourniture de services hospitaliers aux niveaux national et régional est étroitement liée aux dépenses totales en matière de soins de santé. Entre 1980 et 1999, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a augmenté dans la plupart des États membres (voir point 6.4). Le niveau des dépenses dépend en partie du prix des biens et services et en partie des quantités fournies. Dans ce secteur, le problème général est lié au fait que le résultat n'est pas directement mesurable. Si les chiffres concernant les biens et les prix sont facilement disponibles dans la plupart des secteurs de

l'économie, il est impossible d'enregistrer directement des informations telles que les services de soins ambulatoires ou les services hospitaliers. Toutefois, il importe de rappeler que, en raison des différences d'organisation et de délimitation des soins de santé au niveau national ou régional, il est difficile d'interpréter les comparaisons entre les pays, que ces dernières portent sur des chiffres à des dates données ou sur des tendances (par exemple, où devrait se situer la limite entre services de santé et services sociaux?).

Les systèmes de soins de santé de l'UE dépendent plus que jamais de dispositifs de filtrage de l'accès aux soins et de systèmes d'aiguillage qui garantissent leur fonctionnement intégré et la continuité des soins. Les structures de santé publique diffèrent considérablement entre les pays, et les activités globales de santé publique sont très fragmentées entre différentes autorités. Les soins secondaires sont essentiellement donnés dans les hôpitaux généraux. Les hôpitaux de jour et la chirurgie de jour s'imposent peu à peu comme des solutions aux soins en régime hospitalier dans des pays tels que la Belgique, le Danemark, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. La chirurgie de jour prend de plus en plus d'importance en Allemagne, au Luxembourg et au Portugal, mais reste très peu pratiquée en Grèce et en Espagne. On constate également une tendance accrue à intégrer les soins spécialisés de santé mentale dans les hôpitaux généraux, à coordonner la fourniture avec les soins de proximité et à fermer les grands établissements de soins psychiatriques (voir Ferrinho et Pereira, 2001).

Les administrations régionales prenant de l'importance, les régions occupent une place de plus en plus considérable dans la gestion politique et administrative des questions de santé. En Espagne, par exemple, les collectivités régionales ont acquis une grande autonomie qui, sur le plan pratique, leur permet de gérer le budget de la santé dans son ensemble. La situation est très similaire en Belgique. Depuis 1996, en France, les réformes du système de santé accordent aux régions la possibilité de planifier les soins de santé et permettent aux hôpitaux de gérer l'affectation de leur budget. La gestion des soins de santé fait également l'objet d'une réorganisation radicale au Royaume-Uni, et on constate des différences quant au niveau de responsabilité des autorités sanitaires (NHS Trusts). Dans d'autres États membres, les Pays-Bas et la Suède, par exemple, les municipalités assument des responsabilités dans le domaine des soins de santé. Avec les statistiques sur les services sanitaires/hospitaliers à l'échelle régionale, la difficulté tient au fait que les administrations régionales, provinciales ou locales définissent leurs régions sociosanitaires de manière très différente d'un État membre à l'autre. Parfois,

la ventilation régionale intéressant les autorités sanitaires des États membres ne coïncide pas avec la NUTS 2, si bien que certains problèmes de comparaison croisée des statistiques régionales peuvent surgir.

Pour une bonne et très détaillée compréhension des différences d'organisation régionale des services d'hôpital ainsi que de la gestion des systèmes de soins de santé nationaux, voir le site de l'**Observatoire européen sur les systèmes de soins de santé** (<http://www.euro.who.int/observatory>). L'Observatoire européen sur les systèmes de soins de santé (OESSS) est un partenariat entre le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements de la Grèce, de l'Espagne et de la Norvège, de la Banque européenne d'investissement, de l'Open Society Institute, de la Banque mondiale, de la London School of Economics and Political Science (LSE) et de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Les profils de pays (HiTs) élaborés par l'OESSS fournissent une description analytique de chaque système de soins de santé et des initiatives de réforme en cours ou en cours de développement. Dans ce contexte, la décentralisation est définie par l'OESSS comme les relations changeantes entre une série de structures organisationnelles aboutissant au transfert de l'autorité, pour planifier, prendre les décisions ou diriger les fonctions publiques, du niveau national à toute organisation ou agence au niveau subnational. La réforme des soins de santé est, en elle-même, une activité normative ainsi qu'économique et organisationnelle (voir Figueras, Saltman et Sakellariades, 1999).

### 6.2.1. Lits d'hôpital et séjour hospitalier

Selon la définition du **système des comptes de la santé (SCS)**, un hôpital comprend des établissements agréés dont l'activité principale consiste à dispenser, aux patients hospitalisés, des services médicaux diagnostiques et thérapeutiques (services de médecins, d'infirmiers et autres services de santé) ainsi que les services d'hébergement spécialisés que nécessite leur séjour. Les hôpitaux peuvent également offrir des services de soins ambulatoires à titre d'activité secondaire. Une grande partie des soins assurés dans les hôpitaux nécessite des locaux et du matériel spécialisés, lesquels contribuent pour une part importante au processus de production. Dans certains pays, les établissements de santé doivent également avoir une taille minimale (par exemple, un nombre minimal de lits) pour être considérés comme des hôpitaux.

La signification exacte du terme «hôpital» est un point qu'il faut tirer au clair. Ce mot couvre de nombreux types d'institutions, et ce dans un même pays. Compte tenu des nombreuses interprétations et des rôles changeants d'un hôpital

moderne, l'examen de cette question doit essentiellement porter sur l'éventail des services offerts à une population désignée, qu'ils le soient à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Les progrès techniques réalisés au niveau des soins chirurgicaux permettent de multiplier les traitements dans les services autonomes de chirurgie ambulatoire. Un autre point important, en ce qui concerne les hôpitaux, tient au fait que les personnes âgées souffrent souvent de troubles multiples exigeant la coordination des programmes de soins par des équipes multidisciplinaires de professionnels offrant un éventail de spécialisations. Le vieillissement de la population n'est qu'un des facteurs expliquant l'évolution des pathologies. L'évolution des facteurs de risque tels que le tabagisme et l'alimentation a également un impact sur les maladies que les hôpitaux doivent traiter. En outre, ces derniers doivent également répondre aux attentes du public et aux plus grandes exigences des consommateurs. Les éléments de soins de santé fournis hors des hôpitaux doivent également être pris en compte. Chaque hôpital a pour première responsabilité d'assurer des soins de qualité. La première étape consiste à disposer d'installations appropriées suffisamment souples pour s'adapter à des circonstances forcément changeantes. Le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite moins de lits, mais plus de salles d'opération, et les progrès réalisés en anesthésie permettent même d'effectuer certaines opérations chirurgicales courantes hors de l'hôpital, dans des installations de soins ambulatoires autonomes (voir Mckee et Healy, 2002).

Les données **Eurostat** montrent que le nombre total de lits d'hôpitaux a considérablement diminué dans la plupart des États membres depuis 1980. Pour l'ensemble de l'Union européenne, il a reculé de plus de 30 % entre 1980 et 2000 (voir tableau **6.2.1**). Cette diminution est probablement due, pour une bonne part, à la réduction de la durée du séjour hospitalier qui, pour l'UE, est passé de 17,4 jours en 1980 à moins de 11 jours en 1997 (voir tableau **6.2.3**). Dans de nombreux pays, la durée du séjour a considérablement baissé au cours des trente dernières années. Parallèlement, les variations entre les pays ont également diminué. En 1980, la valeur la plus élevée (23,2 jours) a été enregistrée au Luxembourg et en Suède, et elle était 2,4 fois supérieure à la valeur la plus faible (9,8 jours) enregistrée en Irlande. En 1996, la valeur la plus élevée était 15,3 jours (Luxembourg) et la plus faible 7,2 jours (Danemark). Les données des Pays-Bas semblent refléter une situation spéciale. La durée du séjour est plus longue que dans tous les autres pays, mais les données de différentes sources ne concordent pas (voir, par exemple, tableau **6.2.8** et graphique **6.2.11**).



Le tableau **6.2.2** montre que, dans l'UE, le nombre total de lits d'hôpital a diminué d'environ un tiers en moins de vingt ans. C'est en Suède, en Espagne et au Royaume-Uni que le nombre de lits pour 100 000 habitants est le plus faible de tous les États membres (359, 409 et 408 en 1999/2000, respectivement) et en France qu'il est le plus élevé (820). Ces nombres tiennent compte à la fois des hôpitaux publics et privés, mais ils diffèrent en ce qui concerne l'inclusion des lits de cliniques et des lits de soins de jour. La variation de la densité des lits est considérable, même si on ne tient pas compte des différences de définition évidentes. Dans les pays de l'EEE, la variation est comparable, les valeurs étant faibles en Norvège et comparativement élevées en Islande et en Suisse. Les ressources disponibles exprimées en nombre de lits d'hôpital par habitant varient considérablement d'un État membre à l'autre.

Entre 1990 et 1996, dans l'UE, le nombre total de lits en hôpital psychiatrique est passé de 490 000 à 387 000 (voir tableau **6.2.5**), soit une baisse de plus de 20 %. Dans certains pays (France et Italie, par exemple), leur nombre a chuté de 50 à 80 % entre 1980 et 2000, ce qui indique que, dans ces pays, les soins psychiatriques ont été considérablement réorganisés. Le nombre global de lits pour 100 000 habitants est passé de 140 à 104 entre 1990 et 1996 (voir tableau **6.2.6**). L'importance de cette diminution au cours des trente dernières années n'a pas été la même dans tous les pays de l'UE; c'est au Luxembourg, en Italie et en Finlande qu'elle a été proportionnellement la plus forte et en Allemagne, puis aux Pays-Bas, qu'elle a été la plus faible. En 1999, c'est aux Pays-Bas (166 pour 100 000) que le nombre de lits en hôpital psychiatrique était le plus élevé et en Italie (16 pour 100 000) qu'il était le plus faible. Comme indiqué au chapitre 4 (voir point 4.7.2.11, «*Troubles mentaux*»), les différences entre pays peuvent être attribuées à la modification des politiques de soins de santé mentale, par exemple à l'adoption de programmes de traitement de proximité destinés à remplacer le traitement en hôpital. Par ailleurs, dans les États membres de l'UE, une bonne partie des soins de santé mentale sont aujourd'hui dispensés dans des services de soins ambulatoires, des centres de soins primaires et des hôpitaux psychiatriques privés (qui ne sont pas nécessairement couverts par les statistiques officielles).

Pour ce qui est des lits d'hôpital réservés aux soins aigus, les tendances suivent de près celles qui concernent le nombre total de lits destinés aux patients hospitalisés. Pour l'UE, leur nombre est passé de 516 (pour 100 000 habitants) en 1985 à 442 en 1997. L'Autriche (663 en 1997) et l'Allemagne (645 en 1999) sont les États membres où le nombre de lits d'hôpital réservés aux soins aigus est le plus éle-

vé, et l'Espagne (200) et le Royaume-Uni (239) ceux où il est le plus bas (voir tableaux **6.2.7** et **6.2.8**).

### 6.2.2. Lits de soins de longue durée

Selon la définition du **système de comptes de la santé (SCS)**, les maisons médicalisées et autres établissements de soins avec hébergement comprennent les établissements dont l'activité principale consiste à offrir un hébergement associé à des soins infirmiers, une surveillance médicale ou d'autres types de soins selon les besoins des résidents. Une part significative du processus de production et des soins dispensés dans ces établissements est composée de services sociaux et de santé, ces derniers étant essentiellement des soins infirmiers. Dans la plupart des cas, on a fait face à l'augmentation de la demande de soins de santé pour les personnes âgées, dont beaucoup souffrent d'incapacité et de maladies chroniques, en transférant des lits réservés aux soins aigus ou psychiatriques dans les services de soins de longue durée. En raison des importants problèmes de comparabilité des chiffres fournis par les États membres en ce qui concerne les lits de soins de longue durée (prise en compte ou non des maisons médicalisées, lits du secteur social ou de celui de la santé, etc.), il est difficile de faire une analyse statistique des données (par exemple, la Suède transfère des lits aux municipalités, et ces lits «disparaissent» du secteur de la santé). Toutefois, dans certains pays (Allemagne, France, Luxembourg, Royaume-Uni, etc.), les tendances semblent être fiables (voir tableaux **6.2.9** et **6.2.10**).

Une communication de la Commission [voir COM(2001) 723 final] donne des indications sur les futures initiatives de l'UE concernant les soins de santé à long terme pour les personnes âgées, compte tenu de l'augmentation du nombre de ces dernières et de la pression accrue exercée sur le secteur public en matière de soins de longue durée. Les maladies liées à l'âge, qui peuvent être suffisamment graves pour que les personnes qui en souffrent soient complètement dépendantes, nécessitent des soins de longue durée (soins ambulatoires, en unités de soins prolongés ou en unités psychiatriques). Ces soins ne relèvent pas du système de santé «traditionnel», mais du secteur médicosocial. L'augmentation du nombre de structures familiales moins grandes et plus instables risque de miner les réseaux familiaux de solidarité et de rendre plus difficile la poursuite des soins en milieu familial. En conséquence, si le nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée augmente et compte tenu de l'accroissement du taux d'emploi chez les femmes (qui assurent le plus souvent ces soins de manière informelle), des mesures spéciales devront être prises. Les facteurs liés à la façon dont la prestation de ces soins est organisée sont donc particulièrement importants dans ce contexte.

Les données sur le nombre de lits déclarés à **Eurostat** sont généralement fournies sous forme de moyenne annuelle des lits utilisés pendant l'année de référence ou selon des concepts d'enregistrement ou d'accord budgétaire ou programmé. La comparabilité est faible et doit être traitée avec prudence en raison des différents concepts d'«hôpital» et de «lit d'hôpital» utilisés dans les pays de l'UE. En général, ces différences de nombre de lits sont influencées par divers facteurs de comptabilité (moyenne annuelle, années au 31 mars ou au 31 décembre, lits «officiels», «budgétaires» ou «prévus»). La comptabilisation des lits ne tient compte que des lits utilisés pour l'hébergement complet des patients hospitalisés. Les chiffres pour le «nombre total de lits réservés aux soins hospitaliers» concernent tous les lits des hôpitaux généraux (sauf les lits d'enfants pour les nourrissons en bonne santé), des centres hospitaliers universitaires et des hôpitaux spécialisés, des hôpitaux psychiatriques, des établissements pour handicapés mentaux, des maisons médicalisées et autres. Les lits d'hôpital réservés aux soins infirmiers de jour, les lits des établissements médicaux pour enfants, les lits des garderies pour enfants sous surveillance médicale et les lits dans les établissements pour handicapés sensoriels ne sont pas nécessairement pris en compte. Les définitions suivantes sont celles qui sont utilisées dans la base de données «**Éco-santé OCDE 2002**» et dans le projet ENS-Care de l'UE.

Les lits d'**hôpital** accueillent les patients qui sont officiellement admis (ou «hospitalisés») dans un établissement pour recevoir un traitement et/ou des soins et qui passent au moins une nuit dans l'hôpital ou tout autre établissement dispensant des soins hospitaliers. Ces derniers sont dispensés dans les hôpitaux, d'autres maisons médicalisées ou établissements de soins avec hébergement, ou dans des établissements classés dans la catégorie des soins ambulatoires, mais qui dispensent des soins hospitaliers comme activité secondaire. Les lits de **soins aigus** sont destinés aux patients pour lesquels la principale intention clinique est d'effectuer une ou plusieurs des activités suivantes: gérer l'accouchement (soins obstétriques), guérir la maladie, assurer le traitement définitif d'une blessure, effectuer une intervention chirurgicale, soulager les symptômes d'une maladie ou d'une blessure (à l'exclusion des soins palliatifs), réduire la gravité d'une maladie ou d'une blessure, empêcher l'exacerbation et/ou la complication d'une maladie et/ou d'une blessure susceptible d'être une menace pour la vie ou pour les fonctions normales, ou effectuer des actes diagnostiques ou thérapeutiques. Les lits de **soins psychiatriques** sont destinés aux patients hospitalisés pour des problèmes de santé mentale (y compris de toxicomanie), mais les lits réservés aux handicapés mentaux pour lesquels la principale intention clinique n'est pas de nature médicale sont exclus. Les lits de **soins de longue durée** sont destinés aux patients hospitalisés qui ont besoin d'une assistance constante, car ils souffrent de déficiences chro-

niques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne. Ces lits sont disponibles dans des institutions spécialisées ou des structures collectives.

### 6.2.3. Lits d'hôpital: la dimension régionale

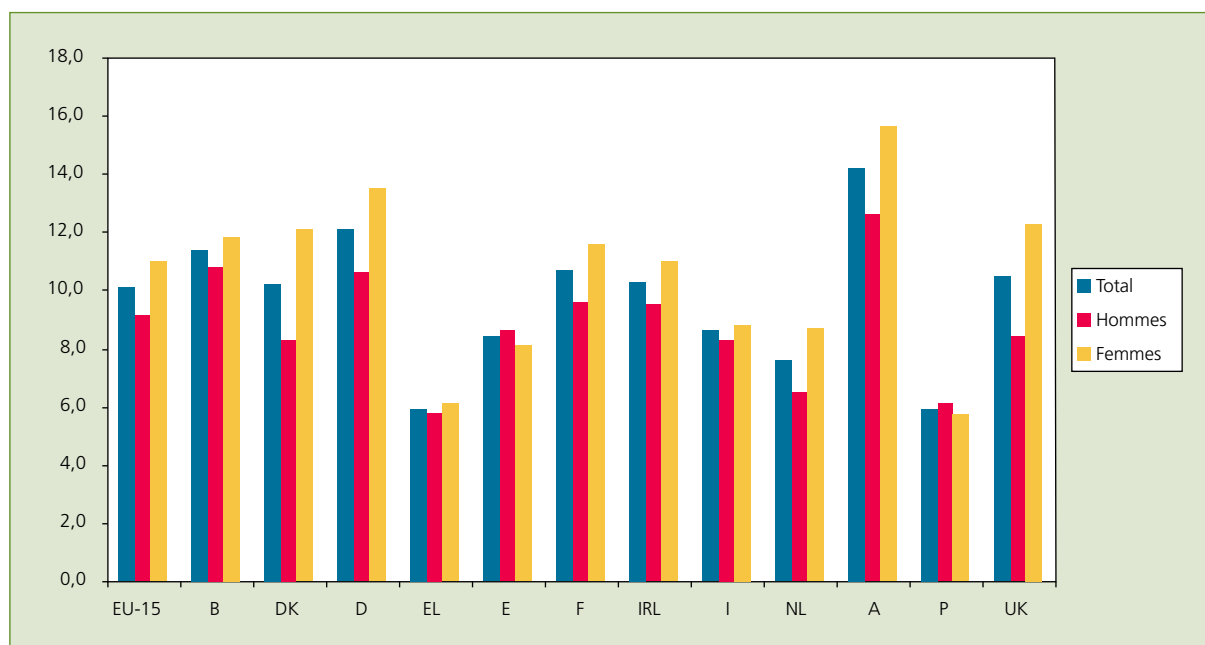
La carte **6.2.4** illustre la densité de lits pour 100 000 habitants. C'est en Espagne qu'elle est la plus uniforme (entre 300 et 500) et en Autriche qu'elle varie le plus (entre 600 et 1 200). C'est en Autriche, en France et en Allemagne que le nombre de lits pour 100 000 habitants est le plus grand et en Espagne, au Portugal et dans certaines régions de Grèce qu'il est le plus petit. La tendance est très différente en ce qui concerne les nombres de lits d'hôpital par habitant. Entre 1986 et 1999, le nombre de lits a considérablement diminué dans l'ensemble de l'UE (de 830 lits pour 100 000 habitants à 630). Cette baisse peut être due aux évolutions de la technologie médicale qui ont contribué à réduire la durée moyenne du séjour hospitalier quelle que soit la nature du problème traité. Elle peut également être due à des contraintes financières qui sont apparues dans les années 90 et qui ont entraîné une rationalisation générale des services de santé. La ligne de séparation nord-sud concerne les lits d'hôpital. Les régions allemandes, françaises, autrichiennes et finlandaises (et plus particulièrement celles de Mecklembourg - Poméranie-Occidentale, du Limousin et d'Itä-Suomi) ont la plus forte densité de lits, loin devant les régions italiennes, espagnoles, portugaises et grecques (en particulier, la Sicile et l'Algarve), le Royaume-Uni et l'Irlande. Cette densité est également plus forte dans certaines régions frontalières avec les pays candidats ou la Russie que dans d'autres, en raison, sans doute, de l'afflux de patients de ces pays voisins.

### 6.2.4. Nuits d'hospitalisation

Les données fournies par le **panel communautaire des ménages (PCM)** (voir détails méthodologiques au chapitre 4) donnent des informations sur le pourcentage de personnes hospitalisées dans l'UE et sur le nombre moyen de nuits d'hospitalisation par habitant. Les données provenant d'enquêtes telles que le PCM ne donnent généralement aucun renseignement sur les causes des hospitalisations, mais sont basées sur des informations individuelles. Les données collectées sur les sorties d'hôpital sont fondées sur des cas qui peuvent inclure des réadmissions de la même personne dans la plupart des pays.

Selon les résultats de 1998 (voir graphique **6.2.11**) du **PCM**, 10,1 % des Européens ont été hospitalisés au cours des douze derniers mois (9,1 % d'hommes et 11,0 % de femmes).

### 6.2.11. Pourcentage de la population de plus de 16 ans hospitalisée au cours des douze derniers mois <sup>(1)</sup>



Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

(<sup>1</sup>) Sauf hospitalisation pour accouchement.

NB: On ne dispose pas de données pour L, FIN et S.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

La proportion varie de 5,9 % en Grèce et au Portugal à 14,2 % en Autriche et à 12,1 % en Allemagne. Ces différences peuvent en partie refléter les différences d'organisation des services de santé. Par conséquent, on peut dire, avec les précautions d'usage, que les chiffres sont plus bas dans les États membres du sud de l'UE et aux Pays-Bas que dans

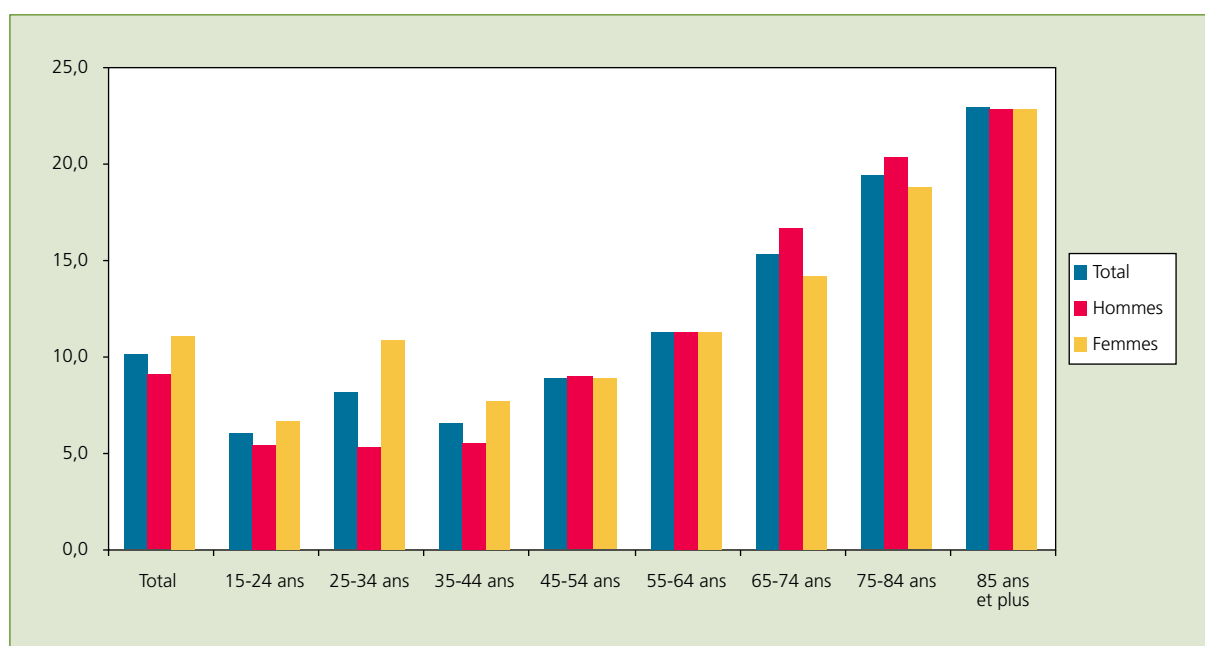
les autres États membres. Jusqu'au groupe d'âge de 45 à 54 ans compris, le taux d'hospitalisation des femmes est supérieur à celui des hommes, après quoi la tendance s'inverse, notamment pour le groupe d'âge de 65 à 74 ans (voir graphique 6.2.12).

319



eurostat

### 6.2.12. Pourcentage de la population hospitalisée au cours des douze derniers mois, par âge, EU-15, <sup>(1)</sup>



(<sup>1</sup>) Sauf hospitalisation pour accouchement.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

Toujours selon le **PCM**, le nombre moyen de nuits d'hospitalisation dans l'UE est passé de 1,5 en 1996 à 1,3 en 1998, les femmes passant en général 0,2 nuit de plus que les hommes à l'hôpital pour l'ensemble de la population de l'UE (voir tableau **6.2.13**). Toutefois, le nombre de nuits d'hospitalisation était plus important pour les hommes que pour les femmes en Grèce, au Luxembourg et au Portugal. Les écarts entre les États membres sont nettement plus marqués qu'entre les sexes. Les valeurs les plus élevées ont été relevées en Allemagne et en Autriche (2,0 jours en 1998) et les plus basses aux Pays-Bas et au Portugal (0,8 jour).

Dans l'UE, pour l'ensemble des personnes hospitalisées, la durée d'hospitalisation totale mesurée par le **PCM** est passée de 14,1 jours en 1996 à 13,0 jours en 1998, les hommes séjournant, d'une manière générale, légèrement plus de temps à l'hôpital que les femmes. Comme ces données concernent le nombre total de nuits passées par une personne à l'hôpital en une année, ce nombre peut être supérieur à la durée d'hospitalisation par cas enregistrée d'après d'autres sources (sorties d'hôpital). Le nombre total de nuits d'hospitalisation était près de deux fois plus élevé en Allemagne (16,8 en 1998) qu'au Royaume-Uni (9,2). Si on examine la ventilation par âge et par sexe, on constate que les hommes ont passé plus de nuits à l'hôpital que les femmes entre 16 et 44 ans et entre 65 et 74 ans (voir tableau **6.2.14**). Pour les deux sexes, le nombre de nuits d'hospitalisation diminue entre 16 et 34 ans, puis augmente régulièrement.

### 6.2.5. Sorties d'hôpital et durée moyenne du séjour

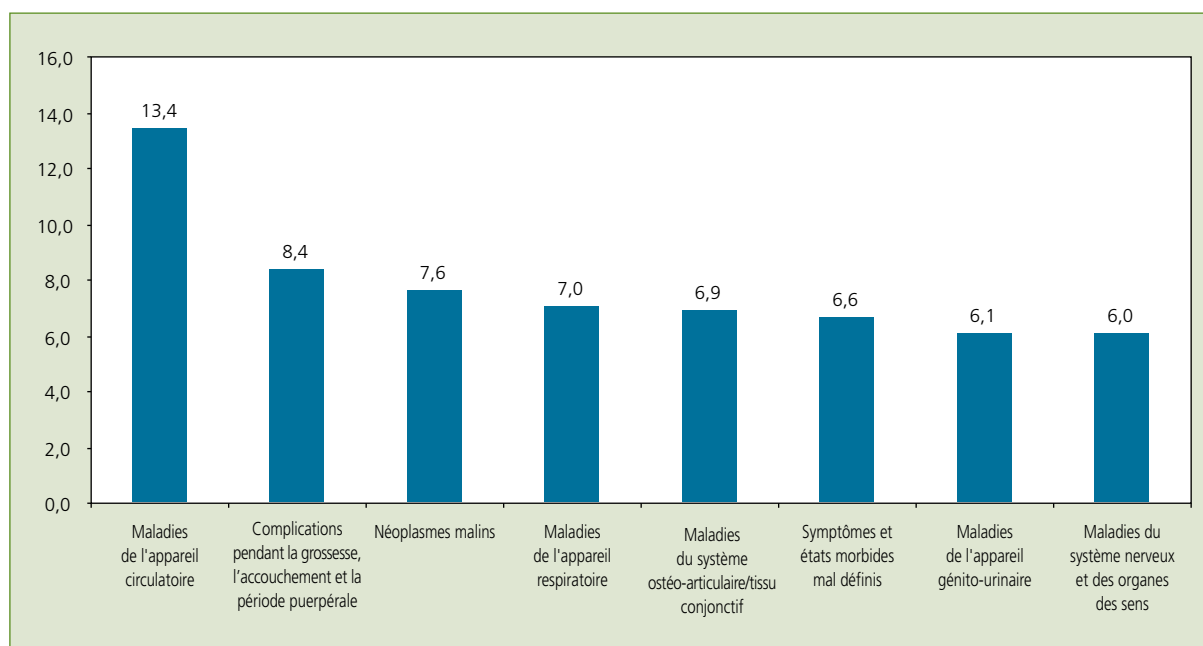
Les statistiques d'hospitalisation donnent un aperçu de l'état de santé général et du traitement médical de la population. Les soins de santé évoluant vers des principes de soins gérés, de prévention et de maîtrise des coûts, les soins donnés aux patients évoluent également vers des formules de soins ambulatoires, de soins à domicile et de soins alternatifs. Si la proportion de soins donnés à des patients hospitalisés a diminué, elle donne toujours une image de la santé en milieu hospitalier et montre comment on passe du principe de la rémunération à l'acte au principe des soins gérés. Les données sur les sorties des patients hospitalisés par diagnostic et par durée moyenne de séjour sont régulièrement collectées et utilisées à différentes fins, par exemple pour le contrôle de l'état de santé par maladie et pour la fourniture des soins de santé.

La ventilation par diagnostic effectuée par **Eurostat** est basée sur les diverses classifications nationales des diagnostics (relatives à la CIM-9-MC ou la CIM-10) utilisées. Le nombre de sorties d'hôpital est la mesure de l'utilisation des services hospitaliers la plus couramment utilisée. On utilise les sor-

ties d'hôpital de préférence aux admissions, car les dossiers des soins dispensés aux patients hospitalisés sont constitués au moment de leur sortie d'hôpital. Au niveau européen, on manque de données fiables sur les diagnostics de réadmission. Les statistiques de sorties sont basées sur le dénombrement des sorties d'hôpital, qui est un comptage des événements et non des patients. Par exemple, dans ces statistiques, un patient admis trois fois à l'hôpital (et qui, donc, en est sorti trois fois) pendant l'année de référence comptera pour trois sorties. D'autres problèmes inhérents aux statistiques de sorties d'hôpital sont examinés (voir Smedby, 2002) dans le cadre du projet **HDP** (Hospital Data Project) (voir ci-après). La plupart des pays européens utilisent la CIM, mais, en raison de la longueur de la période de mise en œuvre de la dixième révision (CIM-10), ils ont utilisé simultanément la CIM-9-MC et la CIM-10 au cours des années 90 et continuent de le faire. Le comptage continue de poser un problème en ce sens que, si un patient est transféré d'un service de médecine interne dans le service de chirurgie du même hôpital, le diagnostic principal pour le passage dans les deux services peut être le même ou peut changer. Dans ce dernier cas, il importe de suivre certaines règles de déclaration du diagnostic principal pour l'ensemble de la période d'hospitalisation. Il est difficile d'évaluer l'incidence de cette différence de déclaration de diagnostics spécifiques sans effectuer d'études plus détaillées. La plupart des statistiques des personnes hospitalisées sont fondées sur l'application du concept de «pathologie principale». Autrement dit, pour chaque patient sorti d'hôpital, une pathologie principale est choisie pour représenter le patient dans les tableaux statistiques, même si d'autres diagnostics ont également été enregistrés. En plus des divergences d'enregistrement du diagnostic (principal ou secondaire) auxquelles il est fait ci-dessus allusion, d'autres problèmes ont un impact sur la comparabilité des statistiques de sorties. Il s'agit généralement d'erreurs d'affectation des diagnostics et d'erreurs de codage des bons diagnostics. Le projet HDP et Eurostat s'orientent vers la proposition d'une liste restreinte des cas de morbidité hospitalière essentiellement basée sur la CIM-10 qui sera utilisée pendant de nombreuses années. Les pays européens utilisant actuellement la CIM-9-MC passeront probablement à la CIM-10 d'ici peu.

Pour l'Union européenne, les données **Eurostat** montrent qu'avec 8,4 millions de cas traités, soit 13,4 % du total, les maladies de l'appareil circulatoire ont été la principale cause d'hospitalisation en 1999 (ainsi que les années précédentes) (voir graphique **6.2.15**). Les autres causes principales d'hospitalisation ont été les maladies de l'appareil digestif (6,2 millions, soit 9,8 % du total), les complications pendant la grossesse (5,3 millions, soit 8,4 % du total), les tumeurs malignes (4,8 millions, soit 7,6 % du total) et

## 6.2.15. Sorties d'hôpital les plus fréquentes par diagnostic (CIM-10), EU-15, 1999 (en %)



Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

les maladies de l'appareil respiratoire (4,4 millions, soit 7,0 % du total). En 1999, ces principales causes d'hospitalisation ont représenté 46,4 % de la totalité des sorties d'hôpital. De nombreuses causes d'hospitalisation graves et coûteuses ne sont pas comprises dans les causes principales.

Sur la base des données Eurostat, l'examen des diagnostics par État membre montre qu'en 1999 les principales causes de sorties d'hôpital ont été les suivantes: maladies de l'appareil circulatoire au Danemark, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche et en Finlande; maladies de l'appareil digestif en France et en Irlande; complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale au Portugal; toutes les catégories non classées ailleurs en Angleterre (voir tableau 6.2.16). C'est en Autriche (28 093), en Finlande (26 755), en France (25 699) et en Angleterre (24 594) que le nombre de sorties d'hôpital a été le plus important pour 100 000 habitants et au Portugal qu'il a été le plus faible, et de loin (8 728), devant les Pays-Bas (9 618).

L'examen de la durée moyenne de séjour par diagnostic principal montre que la durée d'hospitalisation la plus longue concernait les personnes atteintes de troubles mentaux et du comportement dans tous les États membres, sauf en Belgique, où elle concernait les personnes atteintes de troubles immunologiques et des organes hématopoïétiques, et au Danemark, en France, en Norvège et en Angleterre, où elle concernait les affections de la période périnatale (voir tableau 6.2.17). La durée d'hospitalisation la plus longue pour une pathologie donnée dans un État membre avait tendance à être de deux à trois fois supérieure à la durée d'hospitalisation la plus courte

pour la même pathologie dans un autre État membre. Toutefois, ce rapport était de 15 pour 1 pour les troubles mentaux et du comportement, de 6 pour 1 pour les maladies de la peau et des tissus sous-cutanés et de 4 pour 1 pour les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques.

Les hospitalisations de jour concernent les patients admis à l'hôpital pour un traitement et qui en sortent le même jour civil. La future amélioration des collectes de données hospitalières donnera une pertinence majeure au pourcentage et au poids des cas d'hospitalisation de jour sur le nombre total de jours d'hospitalisation. Les données Eurostat ne sont disponibles que pour quatre États membres. Aux Pays-Bas, les hospitalisations de jour représentaient 6,4 % du nombre total de jours d'hospitalisation en 1999. Les valeurs étaient très différentes dans d'autres pays: Finlande (3,8 %), Italie (1,8 %) et Allemagne (0,8 %).

Pour les statistiques des sorties d'hôpital d'Eurostat, les diagnostics et actes médicaux associés aux hospitalisations sont classés conformément à la neuvième révision de la **classification internationale des maladies** (CIM-9). Cette dernière a initialement servi à classer les causes de mortalité (voir chapitre 5) avant d'inclure les diagnostics de morbidité. La **modification clinique** de la CIM sert à répertorier les diagnostics hospitaliers. Les chapitres de diagnostic (utilisant le diagnostic principal) ont été définis selon la classification internationale des maladies, neuvième édition, modification clinique (CIM-9-MC). En pratique, la CIM est devenue la classification internationale standard des diagnostics en ce qui concerne l'épidémiologie générale et la gestion de



la santé. Les catégories de diagnostics utilisées sont basées sur le diagnostic principal qui est le premier de plusieurs diagnostics possibles codés sur le registre des sorties. Le diagnostic principal correspond à la pathologie définie, après examen, comme étant essentiellement responsable de l'admission du patient à l'hôpital pour y recevoir des soins. La sortie d'hôpital est un acte officiel autorisant un patient hospitalisé à quitter un établissement de soins hospitaliers ou de soins aigus. Les taux de sortie sont exprimés sous forme de nombre pour 100 000 habitants. La plupart des États membres adopteront ou adoptent déjà la dixième classification CIM (CIM-10).

La *durée moyenne de séjour* est calculée en divisant le nombre de jours passés à l'hôpital (à partir de la date d'admission dans un établissement d'hospitalisation) par le nombre de départs (sorties + décès) pendant l'année. Une *journée d'hospitalisation* est une journée au cours de laquelle une personne est alitée et passe la nuit dans un hôpital. Les hospitalisations de jour (patients admis pour un acte médical ou chirurgical le matin et autorisés à sortir avant le soir) sont exclues.

Le **Hospital Data Project** (HDP), coordonné par le **Department of Health and Children** (Irlande), a été lancé en 2000 dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Il avait pour premier objectif de constituer un ensemble de données communes pour les patients hospitalisés s'appuyant sur un examen des données hospitalières actuellement collectées dans chaque État membre de l'UE. L'objectif initial du projet est d'assurer la comparabilité d'un nombre limité de données de base, mais on espère, avec le temps, améliorer, affiner et éventuellement enrichir l'ensemble de données. La couverture de ce dernier (types de patients et d'hôpitaux) constitue un élément clé pour la comparabilité entre États membres des domaines d'activités inclus. Elle a fait l'objet de projets de propositions s'appuyant sur les dimensions «fonctions» et «prestataires» du **système de comptes de la santé (SCS)** de l'OCDE et assurant une cohérence avec les comptes de la santé de l'OCDE et d'Eurostat, d'une part, et avec des travaux connexes tels que le projet Eucomp, d'autre part.

D'autres projets de collecte de données de soins de santé sont préparés par le *comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne* dont l'acronyme est **HOPE** (hôpitaux pour l'Europe). Ce comité comprend des associations nationales d'hôpitaux ou des représentants des systèmes de santé nationaux des États membres de l'Union européenne, plus des observateurs de la Bulgarie, de Chypre, de la Hongrie, de Malte, de la Roumanie, de la Slovaquie et de la Suisse. Un des projets sur la qualité des soins (voir site web HOPE) vise à fournir des informations sur les principes généraux de qualité et de

gestion de la qualité et sur le défi de la qualité à relever dans le domaine des soins de santé. Le défi de la qualité est fondé sur le principe de base consistant à réduire le nombre d'erreurs. Les derniers travaux de recherche montrent que près d'un patient sur dix souffre de problèmes évitables et d'effets indésirables liés aux soins qui lui sont dispensés et que les différences entre prestataires de soins de santé sont considérables et ne peuvent s'expliquer par les caractéristiques des patients.

### 6.2.6. Installations médicales de haute technologie

L'introduction d'une composante technologique dans l'exercice de la médecine est un des éléments les plus importants du processus d'optimisation du secteur de la santé et a renforcé la création de vastes complexes hospitaliers. La mise en place d'installations médicales de haute technologie s'est traduite par la prédominance des hôpitaux dans les systèmes de santé et par l'augmentation du nombre d'agents de santé spécialisés dans la haute technologie. Conformément à leur vocation, les installations médicales de haute technologie sont classées en cinq catégories: diagnostic; prévention; thérapie et réadaptation; organisation et administration; support (voir Puig, 1993).

Selon **Éco-santé OCDE 2002**, le tableau **6.2.18** donne le nombre d'équipements médicaux de haute technologie par million d'habitants entre 1980 et 2000. Si le nombre de ces équipements a progressivement augmenté, on constate d'importantes différences entre États membres. Lorsque les données sont comparables, on constate qu'en 2000, de tous les États membres, c'est l'Autriche qui avait le plus grand nombre de scanners CAT et d'unités IRM (25,8 et 10,8). En 1999, la Finlande disposait du plus grand nombre d'équipements de radiothérapie dans l'UE, tout comme l'Islande dans l'EEE (14,3 et 14,4, respectivement). En 1998, le plus grand nombre de lithotriteurs était détenu par l'Allemagne dans l'UE et par l'Islande dans l'EEE (3,0 et 3,7, respectivement). De son côté, l'Italie disposait du plus grand nombre de stations d'hémodialyse en 1998 (194,1). L'adoption des mammographes est encore très récente, et les données sont trop incomplètes pour permettre une comparaison significative.

La base de données créée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), **Éco-santé OCDE 2002**, est une source complète de statistiques sur la santé et les systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Elle couvre plus de 1 200 indicateurs et offre des modules d'interrogation sophistiqués. Les fichiers de santé de l'OCDE sont classés en dix parties: «État de santé», «Ressources en santé», «Utilisation des ressources en

santé», «Dépenses de santé», «Financement et rémunération», «Protection sociale», «Marché pharmaceutique», «Déterminants non médicaux de la santé», «Références démographiques» et «Références économiques». Les statistiques contenues dans *Éco-santé OCDE 2002* reflètent la situation au moment de leur diffusion; elles ont été affinées et améliorées d'une année sur l'autre. Pour plus de détails, voir sur l'internet (<http://www.oecd.org>).

### 6.2.7. Soins ambulatoires: consultations des professionnels de la santé

Les soins primaires nécessitent la consultation de professionnels de la santé, généralement des médecins généralistes (MG). Le MG joue un rôle de plus en plus important en tant que responsable du filtrage de l'accès au système général de soins de santé. Environ la moitié des pays donnent ce statut à leurs MG (*voir annexe 3*). Le mode de paiement des médecins de premier recours dans le secteur public est également indiqué dans l'*annexe 3*. La motivation des médecins peut changer avec la modification de leur mode de rémunération. Dans six pays, ils sont payés à la capitation. Il s'agit d'un paiement fixe pour chaque personne inscrite soignée pendant un délai donné. Les paiements varient en fonction du nombre de patients enregistrés, mais non en fonction du nombre de prestations fournies par patient. Dans cinq pays, essentiellement ceux dans lesquels existe un service national de la santé, les MG sont salariés. Leur rémunération ne varie ni avec le nombre de patients ni avec le nombre de prestations. Dans huit pays, ils perçoivent des honoraires pour chaque prestation.

Le **panel communautaire des ménages (PCM)** de 1998 demandait aux participants de dire selon quelle périodicité ils consultaient des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des dentistes (globalement appelés «professionnels de la santé») (*voir tableau 6.2.19*). Selon les résultats de 1998 du **PCM**, le pourcentage de personnes ayant consulté un médecin, un dentiste ou un opticien au cours des douze derniers mois était de 92,9 % en moyenne pour les quinze États membres de l'UE (89,6 % d'hommes et 95,8 % de femmes). Les femmes consultaient plus souvent des professionnels de la santé que les hommes dans tous les États membres. Le nombre moyen de consultations de généralistes au cours des douze derniers mois allait de deux en Grèce à quatre pour les hommes et à six pour les femmes en Belgique. Le nombre moyen de consultations de dentistes était inférieur à deux dans chaque État membre et inférieur à un en Irlande, en Grèce, au Portugal et en Espagne. Le nombre moyen de consultations de spécialistes était inférieur à trois dans chaque État membre, et c'est en Irlande qu'il était le plus bas et en Autriche le plus élevé. Si on examine la proportion de

personnes consultant le plus souvent ces professionnels de la santé, on constate (*voir tableau 6.2.20*) que, pour plus de femmes que d'hommes, le nombre de consultations était «trois ou plus» et que, pour plus d'hommes que de femmes, il était «zéro», «un» ou «deux». C'est dans le deuxième (zéro) et dans le premier (trois ou plus) de ces quatre cas de figure que les variations étaient les plus grandes entre États membres (de 6 % aux Pays-Bas et en Autriche à 33 % en Grèce pour «jamais» et de 46 % en Grèce à 78 % en Autriche pour «trois ou plus»).

### 6.2.8. Soins à domicile

La demande de soins à domicile est en progression dans tous les pays de l'UE. Cela tient essentiellement au vieillissement de la population, à la plus petite taille des familles et à l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail. La volonté de maîtriser les dépenses de santé explique également le remplacement progressif des soins hospitaliers par les soins à domicile. Il existe des différences entre les pays en ce qui concerne la définition des soins à domicile. Selon l'institut **Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL)** dont les données (*voir annexe 2*) sont utilisées dans la présente publication, les soins à domicile se limitent aux soins dispensés au domicile du patient par des organisations professionnelles de soins infirmiers à domicile et des services d'aide à domicile. Les services inclus dans l'aide à domicile et les soins infirmiers à domicile sont décrits en annexe. On constate d'importantes différences entre les pays de l'UE quant au développement des services de soins à domicile. Dans des pays tels que la Belgique, le Danemark, l'Irlande, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni, les services de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile sont assez développés par rapport à la Grèce, l'Espagne, l'Italie et l'Autriche. On note également d'importantes différences entre les pays en ce qui concerne le niveau de coordination des services de soins infirmiers à domicile et d'aide à domicile. Pour de nombreux pays, le problème essentiel consiste à faire la distinction entre services de santé et services sociaux. Alors que les soins infirmiers à domicile sont essentiellement financés par l'impôt ou la sécurité sociale, les services d'aide à domicile sont généralement administrés et financés par l'administration locale ou des organisations bénévoles. En général, il existe également d'importantes différences entre les pays quant au financement des soins à domicile.

### 6.2.9. Consommation de produits pharmaceutiques

Les États membres ont adopté une série de mesures, aussi bien réglementaires qu'incitatives, pour influencer l'offre et la demande de produits pharmaceutiques. Certains pays ont plus particulièrement mis l'accent sur l'offre, d'autres sur la demande. La



réglementation de l'offre vise à limiter le coût, pour les autorités, des médicaments remboursés en contrôlant leur prix et/ou leur remboursement et en limitant leur disponibilité grâce à l'utilisation de listes positives et négatives (voir annexe 3). Les autorités ont conscience que, si l'éventail des traitements remboursés est trop étroit ou si le coût de ces derniers, pour le patient, est trop élevé, cela aura des répercussions sur la santé publique et des implications au niveau des coûts dans la mesure où plus de patients chercheront à se faire hospitaliser. Les médecins sont encouragés de différentes façons à prescrire des produits médicaux efficaces et économiques (par exemple, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Les autorités compétentes et les associations de médecins publient des lignes directrices sur la prescription de médicaments et sur les protocoles de traitement dans le but d'encourager les médecins à prescrire de manière rationnelle et cohérente, conformément aux indications d'utilisation des médicaments et aux besoins thérapeutiques des patients. Il devrait en résulter une plus grande cohérence des médicaments prescrits et des durées de traitement pour chaque affection, ainsi qu'une réduction du volume de médicaments prescrits (élimination des produits superflus ou faisant double emploi). La rationalisation des prescriptions signifie également que les médicaments les moins chers sont privilégiés parmi ceux qui sont médicalement interchangeables pour une affection donnée. Les économies sont perceptibles dès l'application des directives. Par la suite, les volumes de vente dépendront de l'évolution de la morbidité de la population et des variations des directives (voir Kanavos, 2002).

Selon le *Drug Monitor* de l'**IMS Health**, l'équivalent de 54,0 milliards de dollars des États-Unis a été dépensé en médicaments dans les pharmacies de détail des cinq principaux marchés européens au cours de l'année qui s'est achevée le 31 janvier 2002 (voir tableau 6.2.21). L'Allemagne, qui dépense plus que les autres États membres dans la plupart des catégories de médicaments, a eu la plus grosse part de ces dépenses (15,3 milliards de dollars), soit près de trois fois plus que l'Espagne qui a dépensé moins que les autres États membres dans la plupart des catégories. C'est en Italie que le taux de croissance global du marché a été le plus important (13 %) et en France qu'il l'a été le moins (7 %). Les sommes les plus importantes ont été dépensées en médicaments de traitement des maladies cardio-vasculaires (soit une progression de 9 % sur l'année) et les sommes les moins importantes en médicaments de parasitologie (soit un recul de 2 %). Le groupe des agents sanguins a eu le taux de croissance le plus élevé (21 %).

L'utilisation de médicaments non prescrits par un médecin suit une courbe ascendante. Selon l'enquête **Eurobaromètre** 1996, 13,0 % des Européens déclaraient avoir consommé des médicaments non prescrits par un médecin au cours des deux se-

Intercontinental Marketing Services (**IMS Health**) fournit des données sur les ventes de produits médicamenteux dans les pharmacies de détail (voir site web IMS Health). Ces chiffres proviennent de l'audit pharmaceutique mensuel effectué par IMS Health et couvrent la période de douze mois allant de juillet 2001 à juillet 2002. Les montants des ventes sont indiqués en millions de dollars des États-Unis aux taux de change en vigueur. Pour éliminer l'incidence de la fluctuation des taux de change, les taux de croissance sont calculés net de change, autrement dit les chiffres de croissance sont indiqués au niveau de la monnaie locale ou à taux de change constant. On utilise la dose moyenne journalière (DDD) pour suivre les ventes pour chaque canal de distribution, y compris les hôpitaux, les cliniques, les services postaux, les grands magasins et chaînes de magasins d'alimentation au détail, les grandes surfaces et les pharmacies indépendantes. La DDD tient compte de l'indemnité pharmaceutique et des activités de déploiement des forces de vente.

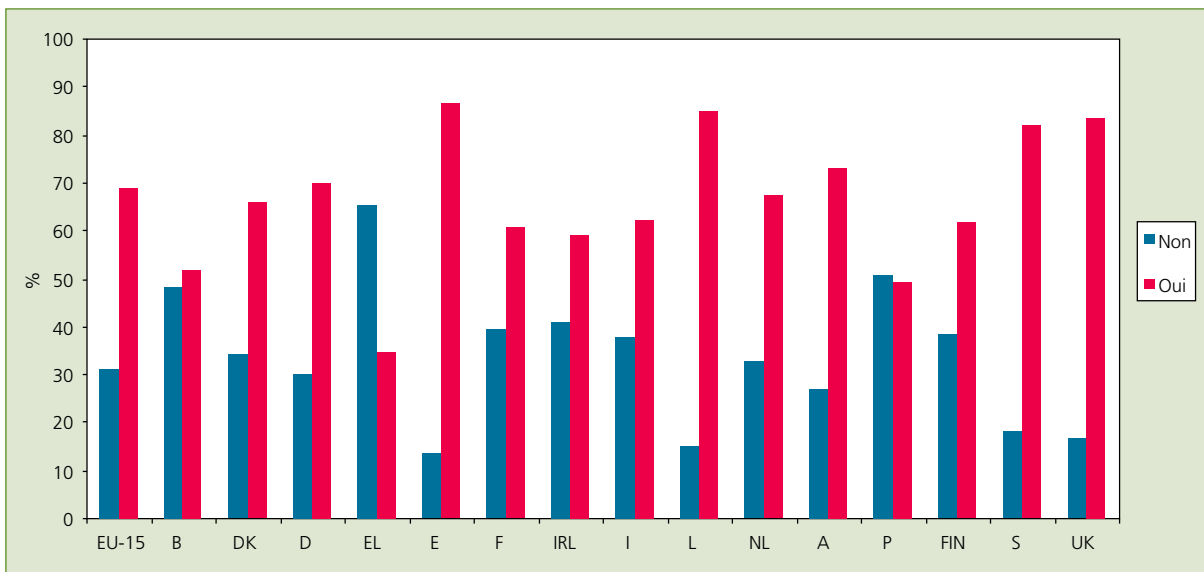
Les médicaments sont classés selon le **système de classification anatomique thérapeutique et chimique (ATC)** créé par le centre de collaboration de l'OMS pour les statistiques des médicaments. Le système ATC divise les substances médicinales destinées à l'usage humain en quatorze grands groupes anatomiques. La **DDD** est une unité internationale basée sur une dose quotidienne moyenne de la substance pharmaceutique utilisée par un adulte en indication principale. Ainsi, elle n'indique pas la dose la plus couramment utilisée ou prescrite. La DDD est basée sur les volumes de médicaments en gros ou sur la quantité de médicaments en unités de poids ou de volume et sur la dose quotidienne théorique admise à l'échelle internationale pour chaque médicament.

maines précédant l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé pour les femmes (15,2 %) que pour les hommes (10,7 %). Les Espagnols sont les plus grands consommateurs de médicaments pris en automédication (19,0 %), surtout dans le cas des femmes (22,7 %). C'est en Irlande et aux Pays-Bas qu'on consomme le moins de médicaments non prescrits (6,3 et 6,5 %, respectivement). De plus, 6,7 % des Européens déclarent consommer des vitamines sans ordonnance par un médecin (7,9 % pour les femmes et 5,4 % pour les hommes).

#### 6.2.10. Facilité d'accès à certains services de santé

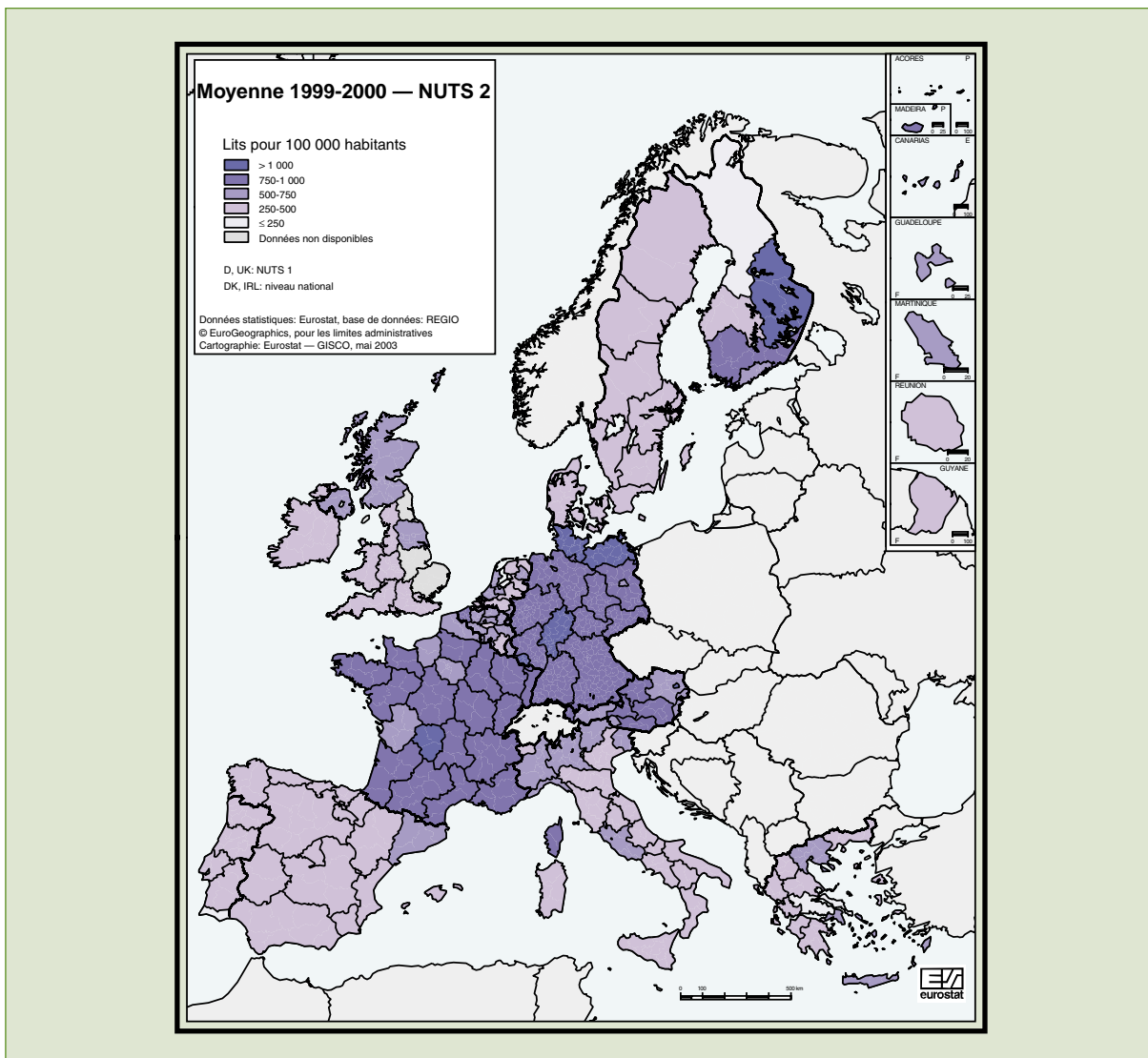
L'enquête **Eurobaromètre 52.1** (1999) demandait aux personnes de dire si elles pouvaient se rendre à pied chez leur médecin généraliste (MG) ou dans un centre de santé, combien de temps cela leur prenait et combien de temps il leur fallait pour se rendre à l'hôpital le plus proche. Si les trois quarts d'entre elles pouvaient se rendre à pied chez leur MG, les différences étaient considérables entre les États membres (de 35 % en Grèce à 85 % au Luxembourg et à 87 % en Espagne) (voir graphique 6.2.22).

6.2.22. Possibilité de se rendre à pied chez un médecin généraliste ou dans un centre de santé, 1999



Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

6.2.4. Nombre de lits d'hôpital pour 100 000 habitants



Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

Le temps nécessaire pour se rendre chez son MG était inférieur à 20 minutes pour 83 % de la population de l'UE, ce pourcentage variant de 55 % en Grèce et de 61 % au Portugal à 90 % au Danemark et aux Pays-Bas (voir tableau **6.2.23**). Le temps nécessaire pour se rendre à l'hôpital le plus proche était inférieur à 20 minutes pour un peu plus de la moitié de la population de l'UE, cette proportion variant de 37 % en Grèce et au Portugal à 70 % aux Pays-Bas (voir tableau **6.2.24**). Pour 4 % de la population, il fallait plus d'une heure.

### 6.2.11. Satisfaction en matière de systèmes de santé

L'enquête Eurobaromètre crée des points de repère dans les États membres de l'UE et peut, malgré un certain nombre de restrictions et de problèmes méthodologiques, fournir des informations utiles sur les points de vue des citoyens concernant les soins de santé. Il pourra être tenu compte des changements ultérieurs de ces points de vue pour mesurer la popularité de mesures ou de réformes spécifiques. Il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les points de vue des citoyens, car l'enquête Eurobaromètre ne donne qu'un aperçu général de ces derniers concernant les soins de santé (voir Mossialos, 1996). Une nouvelle enquête Eurobaromètre (printemps 2002) portant sur ce même sujet a été réalisée, et ses résultats seront disponibles à la fin de 2002.

L'enquête **Eurobaromètre 52.1** (1999) demandait aux habitants de l'UE de dire dans quelle mesure ils étaient satisfaits du système de santé au moment de l'enquête et par rapport à deux ans plus tôt. Les résultats de l'enquête Eurobaromètre illustrent une évaluation générale du système de santé national sans faire spécifiquement référence à des questions telles que l'égalité, l'efficacité et la satisfaction pour certains niveaux de soins. Un peu plus de la moitié des citoyens estimaient être «très» ou «plutôt» satisfaits du système de santé, mais on constatait d'importantes différences entre États membres (voir tableau **6.2.25**). C'est en Autriche qu'on trouvait la plus forte proportion de personnes satisfaites (81 % d'hommes et 75 % de femmes) — ainsi qu'en France et en Belgique — et en Grèce (17 % d'hommes et 20 % de femmes), au Portugal et en Italie qu'elle était la plus faible. Le degré de satisfaction augmentait avec l'âge auquel les citoyens avaient terminé leurs études à temps complet (voir tableau **6.2.26**). Dans chaque catégorie d'études, c'est en Grèce, en Italie et au Portugal qu'on trouvait les plus fortes proportions de personnes moins satisfaites et au Danemark, au Luxembourg et en Autriche qu'on trouvait les plus fortes proportions de personnes «très» satisfaites. Comme on pouvait s'y attendre, il y avait de plus grandes différences de satisfaction entre États membres qu'entre caté-

gories socioprofessionnelles (voir tableau **6.2.27**). Les proportions les plus fortes de personnes se disant satisfaites étaient les étudiants (59,3 %) et les plus faibles les chômeurs (46,3 %). Une forte proportion d'étudiants en Irlande (18 %), au Luxembourg (17 %) et en Belgique (9 %) ainsi que 15 % des chômeurs au Luxembourg et près de 10 % des cadres de la Belgique «ne savaient pas».

Si on examine le degré de satisfaction des Européens quant à leur système de santé par rapport à ce qu'il était deux ans plus tôt, 60 % considéraient qu'il n'y avait pas eu de changement, les pourcentages variant de 45 % aux Pays-Bas à 76 % en Espagne (voir tableau **6.2.28**). Un peu plus d'un quart se disaient «moins satisfaits» (de 10 % en Irlande et en Autriche à 36 % en Allemagne et en Suède), et plus de 10 % se disaient «plus satisfaits», les pourcentages variant de 6 % en Italie à 21 % en Irlande. Les plus fortes différences entre catégories socioprofessionnelles ont été constatées parmi ceux qui se disaient «moins satisfaits», les pourcentages variant de 20 % pour les étudiants à 30 % pour les cadres et retraités (voir tableau **6.2.29**). C'est en Irlande que les proportions de personnes, dans la plupart des catégories socioprofessionnelles, se disaient «plus satisfaites» et au Luxembourg qu'elles «ne savaient pas». Par rapport aux autres États membres, la Suède avait une très forte proportion (74 %) de personnes au foyer se disant «moins satisfaites».

### Références

COM(2001) 723 final, «L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées: garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière», communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions.

Ferrinho, P., et Pereira, J. M. (éd.), *For better health in Europe*, Commission européenne, DG Santé et protection des consommateurs, 2001.

Figueras, J., Saltman, R., et Sakellarides, C. (éd.), *Critical challenges for health care reform in Europe*, Observatoire européen des systèmes de santé, OMS, 1999.

HOPE: <http://www.hope.be/07publi/leaflet/quality/frames.htm>

IMS Health: <http://www.imshealth.com/>

Kanavos, P., *Overview of pharmaceutical pricing and reimbursement regulation in Europe*, LSE Health and Social Care, 2002.

Mckee, M., et Healy, H. (éd.), *Hospitals in a changing Europe*, Observatoire européen des systèmes de santé, OMS, 2002.

Mossialos, E., *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey* ([http://europa.eu.int/comm/health/horiz\\_publications\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/horiz_publications_en.htm)), 1996.

Puig, J. J., *Crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español*, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1993.

Smedby, B., *Comparing diagnostic information on hospital inpatients*, centre de collaboration de l'OMS pour la classification des maladies dans les pays nordiques, 2002.

### 6.3. Traitements et actes médicaux

#### 6.3.1. Couverture vaccinale

De nombreuses maladies juvéniles graves peuvent être évitées en vaccinant systématiquement les enfants. Depuis l'utilisation de ces vaccins, les taux de maladies telles que la polio, la rougeole, les oreillons, la rubéole, la diphtérie, la coqueluche et la méningite causée par l'*Haemophilus influenzae* de type B ont diminué de 95 à 100 %. Par contre, selon l'OMS, dans les populations sous-immunisées du monde, 600 000 enfants meurent chaque année de la coqueluche.

Le tableau **6.3.1** utilise les données de l'OMS pour montrer les niveaux les plus récents d'immunisation des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et contre la rougeole, les oreillons, la poliomyélite et la tuberculose. C'est en Islande, en Suède, en Finlande et aux Pays-Bas que la couverture vaccinale (96-99,9 %) contre ces maladies est la plus importante, sauf contre la tuberculose, et en Irlande et en Allemagne (50-85 %) qu'elle est la plus faible. L'objectif de l'UE est d'atteindre 95 %, niveau déjà atteint par la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, les Pays-Bas et le Portugal pour le DTC.

L'éradication est un objectif à long terme qui peut être atteint. Par exemple, l'OMS a adopté une résolution exigeant l'éradication de la polio d'ici à la fin de 2005. Trois régions de l'OMS n'ont pas connu le moindre cas de maladie causée par le poliovirus sauvage depuis plus de deux ans. La prévention et la lutte contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sont d'importants éléments du programme d'immunisation systématique des enfants dans la plupart des pays développés. Un inventaire des programmes d'immunisation dans dix-sept pays européens (les quinze États membres de l'UE plus la Norvège et la Suisse) a été préparé par le projet **EUVAX** selon une enquête par questionnaire effectuée par **EUVAC-NET** en 2000. Tous les pays de l'UE ont mis en œuvre un programme de vaccination à deux doses contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). Le succès de la stratégie ROR s'est traduit par un recul de l'incidence de ces maladies dans l'UE (*voir chapitre 4*).

Le programme «Communicable disease surveillance and response» et l'unité «Information Support» du bureau régional de l'OMS pour l'Europe collaborent à la mise au point du système d'information sur les maladies infectieuses (**CISID**). Les données communiquées au CISID par les pays membres reflètent divers critères et méthodes de collecte nationale des données. Le système CISID a pour premier objectif d'améliorer la standardisation, l'actualité et l'exhaustivité des données, puis d'identifier le risque par âge, par sexe et par région géographique infranationale.

La couverture vaccinale est définie comme la proportion d'une population (ou sous-population, quelle qu'en soit la définition) qui a été vaccinée. Dans les pays où les données de santé publique sont informatisées et efficacement gérées, par exemple, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les résultats couvrent la totalité de la population enfantine. Dans ceux où les dossiers de santé publique informatisés ont un caractère confidentiel, il faut recourir à des méthodes indirectes. C'est pourquoi il est essentiel de valider systématiquement ou périodiquement les données de couverture. Des mesures systématiques sont effectuées au Danemark, en France, en Irlande, en Italie (vaccination obligatoire), aux Pays-Bas, au Portugal, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. En Belgique, en Allemagne, en Grèce, en Espagne et en Autriche, où de nombreux vaccins sont effectués par le secteur privé, la couverture est essentiellement évaluée par estimation du nombre de vaccins importés ou distribués. En Italie, on utilise la même méthode pour évaluer la couverture de la vaccination ROR. Enfin, en Belgique, en Grèce, en France, en Italie et en Finlande, les estimations de couverture sont validées par des enquêtes ad hoc portant sur des échantillons représentatifs. L'âge d'immunisation complète varie d'un pays à l'autre en raison des différences de calendrier de vaccination. L'immunisation des enfants est déterminée selon deux mesures: le *pourcentage d'enfants de 1 an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche* (vaccin combiné DTC) et la *proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole*.

#### 6.3.2. Interventions chirurgicales

Une intervention est définie comme un acte clinique chirurgical qui présente un risque opératoire ou d'anesthésie ou nécessite une formation spécialisée et/ou des installations ou équipements spéciaux uniquement disponibles dans un établissement de soins aigus. Les interventions englobent par conséquent les actes chirurgicaux ainsi que les actes thérapeutiques et explorateurs non chirurgicaux tels que la radiothérapie et la chimiothérapie (voir Australian Institut of Health and Welfare, 2001). Il existe d'importantes différences entre les classifications utilisées dans les États membres pour coder les interventions chirurgicales et les classifications CIM-9-MC et CIM-10. Il n'est pas toujours possible de définir une conversion directe préservant le sens initial de la rubrique d'intervention. La CIM-9-MC comporte une série



d'ajouts qui sont absents dans les classifications les plus structurées des États membres [Nomesco (voir Nomesco, 2001), OPCS4-UK, CDAM-France, OPS301-Allemagne, etc.]. L'expérience montre qu'il est impossible de concevoir un système de conversion de code exempt d'ambiguïtés et de sources potentielles d'erreurs de classification.

Toutefois, **Éco-santé OCDE 2002** et d'autres sources nationales fournissent des données sur certaines interventions chirurgicales pour certains États membres. Pour 100 000 habitants, les opérations de l'appareil digestif, du système ostéo-articulaire et de l'appareil cardio-vasculaire sont relativement fréquentes (voir tableau 6.3.2).

### 6.3.3. Césariennes

Les informations contenues dans la base de données «**Santé pour tous**» (OMS) montrent que le nombre de césariennes pratiquées a progressivement augmenté au cours des trente dernières années, avec toutefois des fluctuations dans certains États membres (voir tableau 6.3.3). Cette augmentation s'explique de bien des points de vue: les césariennes sont des opérations plus sûres que par le passé et constituent une part acceptée des soins obstétriques modernes; grâce à l'amélioration des services de soins intensifs néonataux, on a recours aux césariennes dans les cas de grossesse multiple; l'utilisation d'un équipement électronique de suivi du fœtus dans la phase périnatale avertit le personnel d'éventuelles complications; deux tiers des femmes ayant déjà eu une césarienne en ont une à nouveau pour leur prochain bébé; trois quarts des césariennes volontaires sont programmées en fonction de ce qui convient le mieux pour le personnel et pour les mères (voir Thomas et Paranjothy, 2001).

Dans l'UE, en 1999, près d'une naissance vivante sur cinq s'est faite par césarienne. C'est en Italie que le taux de césariennes était le plus élevé (près d'un tiers en 1999) devant le Portugal (plus d'un quart en 1998), alors que la Grèce avait le taux le plus élevé en 1991 (dernière année de disponibilité pour ce pays). C'est au Luxembourg, de loin, que le taux était le plus bas (18,1 % en 1998). En Espagne, le nombre de césariennes est passé de 193 pour 1 000 naissances vivantes en 1996 à 141 pour 1 000 naissances vivantes en 1998. En Irlande, enfin, les taux ont chuté entre 1993 et 1996 avant de remonter rapidement.

### 6.3.4. Transplantation d'organes

La transplantation consiste à transférer des cellules, des tissus ou des organes d'une partie du corps à une autre ou d'un organisme à un autre. Pour de nombreux patients, la transplantation constitue le seul espoir de mener une vie saine et productive. De nombreux organes et tissus peuvent être transplantés, y compris le rein, la cornée, le poumon, le cœur, le foie, la moelle osseuse, la peau, l'intestin et le pancréas.

Selon **Eurostat**, les plus grands nombres de transplantations effectuées dans l'UE concernaient le rein — donneurs vivants et décédés (11 747 en 2000) —, suivi du foie (4 275) et du cœur (1 975) (voir tableau 6.3.4). Le nombre total de transplantations du rein, du poumon, du pancréas et (sauf en 2000) du foie a augmenté au cours des dix dernières années, alors que le nombre de transplantations combinées cœur et poumon a diminué. Le nombre de transplantations du cœur a fluctué entre 1995 et 2000, période pendant laquelle il a globalement diminué. Le nombre de transplantations de la moelle osseuse a augmenté, sauf au Danemark et aux Pays-Bas où il a fluctué. Très peu de transplantations d'intestin ont été pratiquées (11 en 2000).

C'est en Espagne, en Autriche et en Belgique/Luxembourg (respectivement, 49, 49 et 44 transplantations de rein par million d'habitants en 2000) (voir tableau 6.3.5) que les transplantations sont les plus fréquentes et en Grèce (10 transplantations de rein par million d'habitants en 2000) qu'elles le sont le moins.

Les pratiques européennes concernant les dons et les transplantations d'organes sont basées sur la recommandation n° R(97)16 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe aux États membres sur la transplantation du foie prélevé sur les donneurs vivants apparentés. **Eurostat** collecte ces données sur la base des résultats divulgués par différents organismes spécialisés nationaux et internationaux [Eurotransplant, Scandiatransplant et l'organisme national espagnol des transplantations (voir site web ONT)]. Le Conseil de l'Europe a arrêté, dans le passé, des principes d'éthique régissant les transplantations d'organes. Lors de la troisième «conférence des ministres de la santé sur la transplantation d'organes», les ministres ont réaffirmé le principe de non-commercialisation des organes humains et la nécessité de mesures organisationnelles visant à accroître la disponibilité des organes. Les États membres veillent au contrôle de la gestion de la qualité des transplantations d'organes.

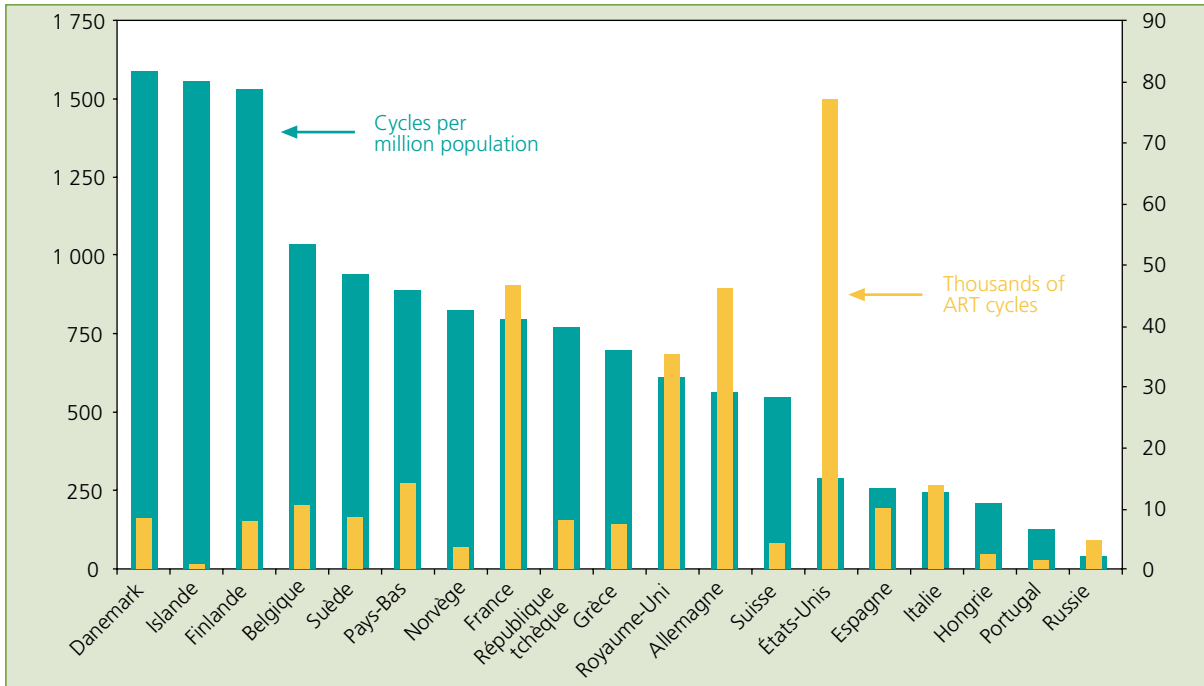
### 6.3.5. Dialyse

La dialyse est une opération consistant à éliminer les substances toxiques (impuretés ou déchets) du sang à la place des reins. Elle est surtout pratiquée sur les patients souffrant d'insuffisance rénale, mais peut également être utilisée pour rapidement éliminer des drogues ou des poisons dans des situations d'urgence. Cette technique peut sauver la vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale aiguë ou chronique (voir site web NLM). Selon **Éco-santé OCDE 2002**, le nombre de patients dialysés a augmenté dans chaque État membre au cours des trente dernières années (voir tableau 6.3.6). C'est en Allemagne que le

nombre de dialysés pour 100 000 habitants était le plus élevé en 1998 (59). En 1994, dernière année pour laquelle on a disposé de données pour tous les États membres, c'est en Grèce, après l'Allemagne, que ce taux était le plus élevé (48) et en Irlande qu'il l'était le moins (10) devant le Royaume-Uni (15) et la Finlande (17).

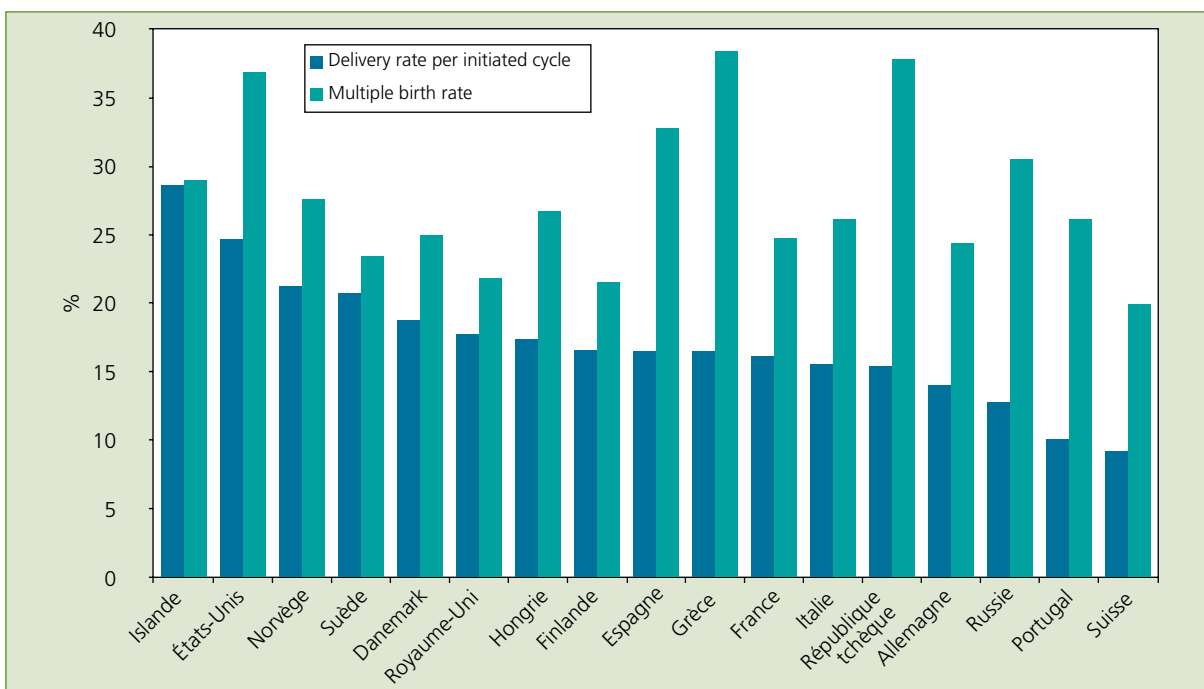
Dans **Éco-santé OCDE 2002**, les chiffres correspondent au nombre de patients subissant un traitement de dialyse, y compris l'hémodialyse/l'hémofiltration à l'hôpital ou à domicile, la dialyse péritonéale intermittente, la dialyse péritonéale ambulatoire continue (DPAC) et la dialyse péritonéale cyclique continue (DPCC), au 31 décembre de chaque année.

### 6.3.7. Techniques de reproduction assistée (TRA) par million de personnes



Source: Kalz, P., Nachtigall, R., et Showstack, J., «The economic impact of the assisted reproductive technologies», *Nature Medicine*, vol. 8, n° 1, 2002, p. 29-32.

### 6.3.8. Pourcentage de naissances et de naissances multiples (% du total)



Source: Kalz, P., Nachtigall, R., et Showstack, J., «The economic impact of the assisted reproductive technologies», *Nature Medicine*, vol. 8, n° 1, 2002, p. 29-32.

### 6.3.6. Procréation médicalement assistée

Les techniques de reproduction médicalement assistée (TRMA) constituent une dénomination commune pour l'ensemble des différentes méthodes existantes pour réaliser la fusion du sperme et des ovules afin d'aider les couples infertiles à concevoir des enfants. La méthode la plus commune est, à ce jour, la fécondation in vitro (FIV), mais d'autres méthodes existent telles que le transfert des gamètes dans la trompe (GIFT), de même que celui des zygotes (ZIFT) ou des embryons (TET). Jusque récemment, la FIV a été appliquée presque exclusivement aux problèmes reproductifs des femmes, mais l'introduction de l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) a mis la FIV à disposition pour le traitement de la stérilité masculine sévère.

Les résultats du troisième rapport européen sur les TRMA en Europe (voir Nygren et Nyboe Andersen, 2002), conduits par la **société européenne pour la reproduction et l'embryologie humaine (ESRHE)**, contiennent des données pour 1999-2000 et couvrent tous les pays de l'Europe occidentale, à l'exception de l'Autriche (qui doit rejoindre bientôt l'ESHRE) et du Luxembourg (qui n'a aucune clinique de TRMA pour le moment). Au cours des trois ans depuis 1997, le nombre de cycles de traitement a augmenté de 24 %, passant de 203 225 à 249 624. En nombre total, trois pays, l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni, comptent pour presque la moitié de tous les cycles. Par million d'habitants, le Danemark est en tête du tableau de disponibilité des traitements TRMA avec 1 659 cycles de traitement par million d'habitants en 1999; suivent la Finlande (1 407), l'Islande (1 383, où il n'y a qu'une seule clinique), la Suède (973), les Pays-Bas (915) et la France (882). Par comparaison, aux États-Unis, il y a approximativement 250 cycles par million (voir graphique 6.3.7). La FIV (avec et sans ICSI) représente approximativement 96 % de ces procédures. Le taux de succès à travers l'Europe est assez constant, avec une moyenne de 22 % des cycles de traitement aboutissant à un nouveau-né. La proportion de tous les enfants nés qui ont été conçus par procréation assistée varie de 3,45 % du total en Islande à 0,35 % au Portugal.

Les naissances multiples peuvent se produire après un traitement FIV, quand plus d'un embryon a été transféré pour augmenter les chances de grossesse. Trois embryons ou plus ont été transférés dans 51 % des cycles pratiqués en Europe, et quatre ou plus ont été transférés dans seulement 9 % des cycles, bien qu'il y ait dans la pratique une grande variation. En 1998, le pourcentage des naissances FIV qui étaient des naissances multiples était plus élevé aux États-Unis qu'en Europe (voir graphique 6.3.8); 26 % des naissances FIV en Europe étaient multiples (24 % étaient des jumeaux et 2 % des tri-

plés ou plus). Les naissances multiples produisent des coûts plus élevés que les naissances avec un seul enfant, à la suite de l'incidence plus élevée des complications prénatales, obstétriques et néonatales liées à l'accouchement prématuré et au poids du nouveau-né à la naissance.

Les résultats du programme de contrôle européen de la FIV introduit par la **société européenne pour la reproduction et l'embryologie humaine (ESRHE)** proviennent d'enregistrements nationaux et de collectes des données qui englobent 494 cliniques dans 18 pays. Puisque la FIV comprend plusieurs étapes pendant un intervalle de deux semaines environ, une procédure de FIV est considérée comme correspondant à un cycle de traitement plutôt qu'à une procédure à un certain moment. On considère comme commencement d'un cycle de FIV le moment auquel une femme commence à prendre des drogues pour stimuler la production d'ovules ou commence la surveillance de la procédure destinée à transférer des embryons.

### Références

Australian Institute of Health and Welfare, *Australian hospital statistics 1999-2000*, 2001.

Nomesco (Nordic Medico-Statistical Committee), *Nomesco classification of surgical procedures*, 2001.

Nygren, K., et Nyboe Andersen, A., *ART in Europe, 1999 — Third ESHRE report*, European Society for Human Reproduction and Embryology, 2002.

ONT (Organización Nacional de Transplantes), Ministerio de Sanidad y Consumo (Espagne): [http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f\\_estadisticas.htm](http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f_estadisticas.htm)

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003421.htm>

Thomas, J., et Paranjothy, S., *The National Sentinel caesarean section audit report*, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit, RCOG press, Londres, 2001.

### 6.4. Dimension économique des soins de santé — Valeur de la production, dépenses de santé, coût et financement

D'un point de vue économique, un système de soins de santé peut se définir comme un sous-ensemble du système économique incluant toutes les unités économiques concernées par la production, la consommation et la distribution des soins de santé. Toutefois, dans la plupart des pays, la production, la consommation et la distribution des soins de santé ne sont pas organisées de manière identique ou selon les



mêmes principes et mécanismes d'affectation des ressources pour l'ensemble de la population. Alors qu'une partie de la population consomme des soins de santé selon les critères du libre marché, certains groupes peuvent avoir accès aux soins en vertu d'un ensemble donné de règlements gouvernementaux incluant un mélange d'assurance, de subsidiarité, de monopsonne et d'autres interventions sur le marché. La présence d'intermédiaires financiers ou de tiers payant est une caractéristique générale de la consommation de soins de santé. Ces derniers font parfois l'objet d'une assurance volontaire, mais, dans la plupart des pays, une grande proportion de la population est couverte par ce qu'on appelle une assurance sociale ou assurance obligatoire pour laquelle l'adhésion ou le droit aux prestations ne dépend pas de la décision du consommateur mais de l'application d'une loi. Quoi qu'il en soit, le consommateur paie rarement les soins de santé directement au prestataire.

La plupart des pays disposent de plusieurs structures organisationnelles pour la prestation des soins de santé et pour leur rémunération. Il faut donc prendre en considération la somme des systèmes et sous-systèmes de soins de santé d'un pays, dont chacun a ses propres critères d'affectation des ressources, et les examiner séparément (voir Rovira e.a., 1998). Pour faciliter l'interprétation des informations empiriques de base concernant les systèmes de santé, Eurostat propose d'expliquer les structures fondamentales (remboursements, prestations, participation aux coûts, planification, sécurité sociale ou assurance privée, méthodes de financement, systèmes juridiques, etc.) considérées comme nécessaires. Certains aspects sont mis en lumière dans le présent document. Les systèmes de santé peuvent être répertoriés selon un des trois modèles de base suivants: a) le modèle du *service national de santé* (Beveridge) caractérisé par une couverture universelle, le financement par l'impôt et des prestataires publics; b) le modèle d'*assurance sociale* (Bismarck) caractérisé par une couverture universelle obligatoire (généralement dans le cadre de la sécurité sociale) financée par les cotisations des employeurs et des particuliers versées à une caisse d'assurance sans but lucratif, et par des prestataires publics et/ou privés; c) le modèle de l'*assurance privée* caractérisé par l'achat individuel ou coordonné par l'employeur d'une assurance maladie privée financée par des cotisations des particuliers et/ou des employeurs, et par des prestataires privés.

L'exemple type de ce troisième modèle est celui qui est en vigueur aux États-Unis. Dans tous les États membres de l'UE, toutefois, les personnes sont couvertes par des institutions publiques à hauteur (de la majeure partie) des coûts occasionnés par leur traitement en cas de maladie. Neuf États membres (Danemark, Grèce, Espagne, Irlande, Italie, Portugal, Fin-

lande, Suède et Royaume-Uni) couvrent la totalité de leur population grâce à un service national de santé. Les pays du sud de l'Europe (Grèce, Espagne, Italie et Portugal) ont adopté ce type de couverture universelle au cours des vingt dernières années. Les systèmes nationaux de santé supposent la prestation directe de services par l'État, et l'accès à la majeure partie des services de santé est généralement gratuit pour l'ensemble de la population. Les soins de santé sont essentiellement financés par l'impôt, formule qui peut inclure des impôts directs (impôt sur le revenu, par exemple) et des impôts indirects (TVA, par exemple). En Grèce, en Espagne et en Italie, toutefois, le financement est mixte, autrement dit il est basé sur l'impôt et sur les cotisations d'assurance maladie. En Irlande, l'impôt est la principale source de financement, mais, contrairement au Royaume-Uni, de nombreux hôpitaux sont privés. En Irlande, seules les personnes à faibles revenus sont couvertes pour les soins primaires, les autres devant payer pour les soins reçus dans le privé, ainsi qu'une somme modeste par jour pour les soins reçus dans un hôpital public.

En Grèce, le droit universel aux soins de santé garantit l'accès aux hôpitaux publics, y compris à leurs services de soins ambulatoires. Dans les six autres États membres (Belgique, Allemagne, France, Luxembourg, Pays-Bas et Autriche), la couverture médicale est assurée par l'assurance sociale. Cette dernière couvre la quasi-totalité de la population, sauf en Allemagne et aux Pays-Bas. Aux Pays-Bas, la quasi-totalité de la population est assurée contre le risque de maladie grave ou à long terme. À l'heure actuelle, environ 70 % de la population bénéficient d'une couverture obligatoire contre les risques de maladies aiguës et les 30 % restants (les indépendants et les personnes ayant un revenu se situant au-delà d'un certain seuil) ont une assurance privée (volontaire). En Allemagne, 92,5 % de la population sont couverts par l'assurance sociale contre le risque de maladie (85 % d'entre eux à titre obligatoire et 15 % à titre volontaire), et le reste (essentiellement les fonctionnaires, les travailleurs indépendants et les personnes à revenus élevés) est couvert par des plans d'assurance maladie privée. En Belgique, les travailleurs indépendants et les employeurs ne sont couverts que pour les risques les plus lourds (soins hospitaliers) et pour certaines maladies, par exemple le cancer et la tuberculose.

Dans tous les États membres, l'assurance privée joue également un rôle, ce dernier pouvant toutefois varier. Dans certains pays (par exemple, les Pays-Bas), l'assurance privée volontaire comble la plupart des lacunes de l'assurance obligatoire. Dans d'autres (par exemple, l'Autriche), l'assurance privée assure également une couverture supplémentaire aux personnes bénéficiant déjà d'une couverture publique complète. Dans d'autres encore (par exemple, la France), l'assurance privée couvre la participation au coût (*ticket modérateur*)

des médicaments sur ordonnance, des consultations, etc. En Irlande, l'assurance privée remplit les trois rôles. Les lits d'hôpital peuvent appartenir à l'État à des degrés variables (90 % au Danemark, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, entre 80 et 90 % en Italie et au Portugal, la majorité en Grèce, en Espagne, en France et en Italie, environ 50 % en Allemagne et en Autriche). En Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas, la plupart des hôpitaux de soins aigus sont privés. En Belgique, en Allemagne, en France et au Luxembourg, les patients peuvent consulter directement un spécialiste. Dans les autres États membres, l'accès aux spécialistes se fait généralement par l'intermédiaire d'un médecin généraliste (mécanisme de filtrage).

Les mécanismes de financement comprennent l'impôt, les cotisations sociales, les primes d'assurance privée, les économies, les paiements directs, les emprunts, les subventions et les dons. Ceux-ci peuvent être directs (particuliers ou entreprises) ou indirects (transactions ou marchandises). Les cotisations d'assurance sociale sont généralement liées au revenu et sont généralement à la charge des salariés et des employeurs. Les cotisations au nom des personnes âgées, des chômeurs ou des handicapés peuvent être prélevées sur les caisses de retraite ou les caisses d'assurance maladie. Les primes d'assurance maladie privée sont payées individuellement, partagées entre salarié et employeur ou entièrement à la charge de l'employeur. Elles peuvent également être financées par l'État au moyen de crédits d'impôt ou d'abattements fiscaux (voir Mossialos et Dixon, 2001).

#### 6.4.1. Valeur de la production médicale dans le système de comptabilité nationale

Les soins de santé constituent un important secteur économique. La part de ce secteur dans le produit intérieur brut est considérable et devrait continuer d'augmenter dans les années à venir. Il n'est pas simple de fournir des données économiques significatives sur ce secteur en raison de ce qui fait sa spécificité: une part importante de la demande est pilotée par l'administration publique, et les prix sont souvent réglementés.

Les tableaux suivants présentent toutes les informations disponibles en ce qui concerne la dimension économique des soins de santé. Les données concernant la valeur ajoutée brute (voir tableau 6.4.1) font apparaître la valeur de production du secteur de la santé et de l'action sociale. Elles peuvent être liées aux données de l'emploi fournies dans le tableau 6.1.1 et qui concernent le même secteur économique. Les données proviennent du **système de comptabilité nationale** et doivent être replacées dans leur contexte. Malheureusement, le secteur concerne non seulement les soins de santé,

mais également les soins sociaux. La collecte des données au moyen du système de comptabilité nationale a été mise en œuvre selon la nomenclature statistique des activités économiques dans l'UE, à savoir la NACE rév. 1. Cette nomenclature comprend la section N («Santé et action sociale»).

La valeur ajoutée brute par habitant du secteur des services de santé et d'action sociale a considérablement augmenté au cours des trente dernières années, au Royaume-Uni selon un facteur de 24 et au Danemark, en Italie et en Allemagne selon des facteurs respectifs de 14, 14 et 11. De 1980 à 2000, dans tous les pays (pour lesquels on dispose de données), la valeur ajoutée brute a augmenté de 320 à 450 %.

Dans l'UE, les **comptes nationaux** sont basés sur le **système européen des comptes nationaux et régionaux (SEC)**. Le SEC comprend deux grandes séries de tableaux: a) les comptes des secteurs et b) le cadre entrées-sorties et les comptes des branches d'activité. Les comptes des secteurs donnent, pour chaque secteur institutionnel, une description systématique des différentes étapes du processus économique: production, formation, distribution et utilisation du revenu, accumulation financière et non financière. Les comptes des secteurs comprennent également des comptes de patrimoine, c'est-à-dire des états des stocks d'actifs et de passifs en début et en fin de période comptable. **Eurostat** produit, pour la consommation finale des ménages, des chiffres représentant la valeur des biens et services utilisés pour la satisfaction directe des besoins individuels de l'être humain. Le flux comprend la consommation finale des ménages résidents et des ménages non résidents sur le territoire économique. Sa valeur est calculée aux prix d'acquisition des produits achetés sur le marché et aux prix de base pour la consommation propre et pour les produits fournis par les employeurs à leurs salariés au titre de rémunération en nature. Cela ne s'applique pas aux transferts sociaux en nature, par exemple les dépenses que les ménages effectuent avant d'obtenir un remboursement auprès des administrations de sécurité sociale (notamment certaines dépenses médicales).

La **NACE** rév. 1 est la nomenclature statistique des activités économiques dans l'UE. La section N couvre: activités hospitalières [traitement des patients hospitalisés (y compris services chirurgicaux, services médicaux, services gynécologiques et obstétricaux, services de rééducation, etc.)], pratique médicale [traitements des patients en régime ambulatoire (y compris consultations données et soins dispensés par les médecins généralistes, les spécialistes et les chirurgiens)], pratique dentaire, autres activités pour la santé humaine (y compris activités exercées par les sages-femmes, les infirmières, les physiothérapeutes, etc., services ambulanciers, laboratoires médicaux), action sociale avec hébergement (y compris services de protection sociale pour les personnes âgées et handicapées dispensés par l'intermédiaire d'institutions, etc.) et action sociale sans hébergement.

### 6.4.2. Dépenses de santé selon l'approche de l'OCDE

Les informations sur les «dépenses de santé» ont été collectées séparément de manière à surmonter certaines imperfections liées à la santé dans le cadre des comptes nationaux. Au cours des trente dernières années, l'OCDE a été la principale institution fournissant des données pour différents pays. Les données présentées dans les tableaux 6.4.2 à 6.4.11 restent basées sur l'approche traditionnelle de collecte des données de l'OCDE et, par conséquent, ne tiennent pas encore compte du nouveau cadre méthodologique du **système de comptes de la santé** (voir point 6.4.4). Dans tous les États membres, il faudra consacrer beaucoup de temps et mettre en œuvre des ressources considérables avant de pouvoir disposer de données chronologiques sur la base du nouveau concept.

Selon **Éco-santé OCDE 2002**, de 1970 à 2000, les dépenses totales de santé (DTS) dans tous les États membres de l'UE et dans les pays de l'EEE ont considérablement augmenté. De 1980 à 2000, période pour laquelle la plupart des pays sont en mesure de fournir des données, les dépenses par ha-

Selon **Éco-santé OCDE 2002**, les dépenses totales de santé correspondent au concept le plus complet utilisé pour décrire la demande finale de biens et services de santé. Les dépenses totales de santé englobent les dépenses consacrées aux soins de santé individuels et collectifs (c'est-à-dire les dépenses qui peuvent ou non être attribuées aux patients individuels) et les dépenses de soins préventifs, ainsi que celles d'administration de la santé et celles liées à d'autres fonctions connexes de santé. Les dépenses publiques de santé concernent la partie des dépenses totales de santé qui est financée par des organismes publics — budget affecté par le gouvernement ou paiements de la sécurité sociale. Elles concernent, à un degré variable, toutes les catégories de dépenses totales de santé. Les dépenses en soins de santé individuels et collectifs (c'est-à-dire les dépenses qui peuvent ou non être attribuées aux patients individuels) font plus souvent l'objet d'un (co)financement privé que les dépenses de soins préventifs ou les dépenses d'administration de la santé et celles liées à d'autres fonctions connexes de santé. Les dépenses en soins de santé individuels concernent les dépenses de santé qui peuvent être directement attribuées aux patients — qu'elles soient financées par le gouvernement, des institutions de sécurité sociale ou des paiements privés. Les dépenses de soins de santé individuels peuvent être ventilées en types de soins dispensés (soins hospitaliers, soins ambulatoires, soins à domicile ou biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires) et peuvent être financées par des fonds publics ou une participation au coût. La détermination des parts respectives de financement alimente le débat politique dans de nombreux pays.

bitant ont augmenté selon un facteur allant de 2,5 (Pays-Bas) à 22 (Espagne et Portugal). On peut également inférer l'importance économique des DTS de leur part en pourcentage du PIB, ce pourcentage indiquant la proportion des ressources économiques totales consacrées à la santé. En 1998, dernière année pour laquelle tous les pays ont fourni des données, cette proportion variait de 5,8 à 10,2 % du PIB. Les dépenses publiques de santé ont augmenté de manière analogue aux dépenses totales de santé. Leur part en pourcentage du PIB n'est que légèrement inférieure à la part correspondante des DTS dans le PIB. En 1998, elle variait de 4,7 à 7,8 %.

Toutes les formes de dépenses de santé présentées dans les tableaux 6.4.4 à 6.4.9 ont considérablement augmenté au cours des dernières décennies. On constate toutefois d'importantes variations entre les pays dans les diverses sous-catégories. En 1998, les dépenses de biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires, par habitant, ont varié de 240 à 450 euros, soit l'équivalent de 1,0 et 2,0 % du PIB.

### 6.4.3. Dépenses pharmaceutiques

Malgré les disparités de prix, les dépenses en produits pharmaceutiques ont tendance à constituer un fardeau relativement plus lourd pour les systèmes de soins de santé des pays où le PIB par habitant est moins important. Par conséquent, leur part du PIB est plus importante dans des pays tels que la Grèce ou le Portugal. En revanche, leur part est relativement moins importante dans des pays tels que le Danemark, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suisse. En raison de son rapide développement économique, l'Irlande est un cas spécial. L'Italie est le seul pays important où une forte consolidation fiscale dans les années 90 a eu un impact sur la part des produits pharmaceutiques dans le PIB. La Belgique, l'Espagne, la France et le Japon ont tendance à dépenser relativement plus. L'accroissement de la consommation a également été très rapide au Portugal. Même dans des pays où la croissance des dépenses de santé est relativement modérée, par exemple les Pays-Bas et le Royaume-Uni, l'augmentation de la part des produits pharmaceutiques dans le PIB a été considérable (voir Jacobzone, 2000).

Sur la base d'**Éco-santé OCDE 2002**, les chiffres du tableau 6.4.10 font ressortir l'importance économique croissante des dépenses pharmaceutiques dans tous les pays. Les données sur les appareils thérapeutiques (voir tableau 6.4.11) manquent encore pour de nombreux pays, et les données existantes peuvent ne pas être très comparables (la Belgique et la France se situant aux extrêmes). C'est en France, en Italie et en Allemagne que les dépenses pharmaceutiques par habitant sont les plus élevées

et en Espagne et en Irlande qu'elles sont les plus faibles (données de 1998 dans tous les cas). Les produits pharmaceutiques représentent grosso modo 15 % des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE. Ce pourcentage a légèrement diminué entre 1970 et 1980, mais a considérablement augmenté entre 1990 et 1996. En ce qui concerne le PIB, cette part est plus importante dans les pays où le PIB par habitant est relativement peu élevé. La part que représentent les produits pharmaceutiques est la plus faible en Suisse et la plus importante en Grèce et au Portugal. Les niveaux sont également relativement bas en Norvège, au Danemark et en Irlande. Cette part a considérablement diminué dans un certain nombre de pays depuis 1970 (Belgique, France, Grèce, Irlande et Luxembourg). Elle a également baissé en Allemagne. En ce qui concerne la part des dépenses publiques de santé, les dépenses en produits pharmaceutiques ne représentent qu'un dixième du total. Comparativement à la part des produits pharmaceutiques dans les dépenses générales de santé, la part moins importante des dépenses publiques dans le total des dépenses publiques consacrées à la santé traduit le fait que les niveaux de participation au coût (ticket modérateur) sont généralement plus élevés pour les produits pharmaceutiques que pour les hôpitaux.

Selon **Éco-santé OCDE 2002**, les dépenses totales en biens médicaux sont ventilées en produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables, ainsi qu'en appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables. La première catégorie comprend les préparations médicales, les médicaments de marque et médicaments génériques, les médicaments brevetés, les sérums et vaccins, les vitamines, les minéraux et les contraceptifs; la seconde comprend les lunettes, les prothèses auditives, mais également les appareils orthopédiques et autres prothèses, ainsi que les appareils médico-techniques, y compris les fauteuils roulants.

#### 6.4.4. Le système de comptes de la santé

La demande concernant ces données a considérablement augmenté ces dernières années, et, parallèlement, on s'inquiète de plus en plus du manque de comparabilité inhérent à la collecte des données. Ce constat a amené l'OCDE et Eurostat (ainsi que les États membres) à unir leurs efforts pour améliorer la comparabilité des données; pour cela, ils se sont mis d'accord sur des limites et des catégories de ventilation communes, ce qui a donné lieu au manuel de l'OCDE intitulé *Système de comptes de la santé (SCS)*. La plupart des États membres ont déjà commencé à mettre en œuvre ce concept dans leurs enquêtes sur les dépenses nationales de santé.

Les comptes nationaux de la santé revêtent généralement la forme de tableaux en deux dimensions, dans lesquels les dépenses sont ventilées par prestataire/programme de soins et par source de financement. Pour classer les prestataires de soins, les pays se réfèrent généralement à des critères institutionnels et fonctionnels variés. Les catégories ainsi définies (par exemple, «hôpital général», «maternité» et «médecin de famille») renvoient à des réalités différentes d'un pays à l'autre, de sorte que la définition du champ couvert par les dépenses de santé varie selon les pays et les époques. Plus de deux décennies d'expérience des comparaisons internationales et de l'analyse des politiques de santé nationales ont montré que la séparation des aspects institutionnels et fonctionnels des services de santé était nécessaire pour l'établissement de comptes de la santé se prêtant à des comparaisons internationales. Une telle séparation est également indispensable pour faciliter les comparaisons temporelles au niveau de chaque pays. Ce principe, introduit depuis peu en comptabilité de la santé, est observé et appliqué de longue date pour la collecte de données dans d'autres domaines définis fonctionnellement qui présentent un intérêt particulier pour l'action publique, notamment l'éducation, la recherche et le développement ainsi que la protection sociale au sens large. La production et le financement des soins de santé sont un processus complexe et multidimensionnel. L'ensemble de tableaux de base du **système de comptes de la santé** répond à trois questions fondamentales: a) «Quelle est l'origine des fonds?» (sources de financement); b) «Quelle est leur destination?» (fournisseurs de biens et services médicaux); c) «Quelles sont les catégories de services (définis fonctionnellement) rendus et de biens acquis?»

Le SCS est donc ordonné autour de trois axes permettant l'enregistrement des dépenses de santé suivant une nouvelle classification internationale pour les comptes de la santé [International Classification for Health Accounts (ICHA)] qui définit les soins de santé **par fonction** (ICHA-HC), les soins de santé **par prestataire de soins** (ICHA-HP) et les sources de **financement** des soins de santé (ICHA-HF). Les nomenclatures proposées offrent des liens avec des données non monétaires comme l'emploi et d'autres statistiques sur les ressources. Diverses classifications nationales et internationales existantes ont servi de point de départ pour l'élaboration de ces nomenclatures. Ainsi la nomenclature ICHA des prestataires de soins s'inspire-t-elle, en l'affinant, de la classification internationale type par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, rév. 3) des Nations unies. Des nomenclatures récemment élaborées ou révisées, comme la classification centrale des produits des Nations unies et la révision 1998 des classifications fonctionnelles du SEC 93, sont citées pour



référence dans le manuel SCS afin d'aider les statisticiens qui mettent leurs systèmes nationaux en conformité avec ces classifications révisées à établir des liens avec l'ICHA. Le choix des catégories figurant dans les trois dimensions de l'ICHA est fondé sur l'intérêt qu'elles présentent pour l'analyse des politiques de santé et des réformes, en particulier pour l'observation des changements structurels comme le passage progressif des soins hospitaliers aux soins ambulatoires et la montée en puissance de prestataires multifonctionnels au sein des systèmes nationaux de santé (voir OCDE, 2000).

Eurostat supervise actuellement divers projets visant à soutenir les efforts consacrés par les États membres à la mise en œuvre du SCS. Le «Health account guidelines», un projet coordonné par l'**Office for National Statistics** (Royaume-Uni), doit fournir une aide pratique et un soutien aux États membres confrontés à des problèmes de mise en œuvre. L'analyse du «Health accounts prototype», un projet coordonné par le **BASYS Institute**, aidera les États membres à surmonter les difficultés connues de compilation des données. Le projet «Health accounts by age and gender», coordonné par l'**inspection générale de la sécurité sociale** (Luxembourg), examinera les ventilations utilisées dans le système. La majorité des États membres devraient disposer de données SCS de bonne qualité d'ici à la fin de 2005.

#### 6.4.5. Les limites des systèmes de santé: Eucomp

Pour mieux comprendre l'organisation des systèmes de soins de santé et les différences de ressources en soins de santé dans les États membres, le projet **Eucomp (Towards Comparable Health Care Data in the European Union)** a été lancé en 1999, dans le cadre du programme de surveillance de la santé de la CE. Il était coordonné par le **North Eastern Health Board** (Irlande), avec le soutien d'Eurostat et de tous les États membres, et se proposait de produire des résultats exploitables dans tous les États membres, avec un modèle pour la collecte des données et un outil pour les comparaisons. Le questionnaire était caractérisé par l'intégration de la liste des fonctions des soins de santé du projet néerlandais CCP et par la classification fonctionnelle définie par l'OCDE dans le cadre de l'élaboration d'un système de comptes de la santé. Eucomp a réussi à offrir une telle ventilation fonctionnelle des systèmes de soins de santé pour la majorité des pays de l'UE, ainsi que pour l'Islande et la Norvège. Des métadonnées ont également été collectées comme cadre d'interprétation des statistiques des soins de santé à venir. La ventilation fonctionnelle des systèmes de soins de santé permet de faire ressortir les différences qu'il y a entre eux. Il est indispensable de bien connaître ces différences pour pouvoir dire si une comparaison est possible et, si tel est le cas, dans quelle mesure. Le pos-

tulat «l'ensemble des fonctions (activités) de soins de santé est stable, alors que les prestataires sont différents» a été le point de départ de la ventilation fonctionnelle. Partant de là, un questionnaire a été préparé en fonction d'une liste des fonctions/activités et de la classification des fonctions de soins de santé de l'OCDE. Il était demandé aux répondants d'indiquer les activités des acteurs connus dans leurs systèmes de soins de santé et de donner, dans la mesure du possible, des informations sur les modes de production selon la terminologie de l'OCDE. Un projet **Eucomp 2** complétera certaines des informations et tiendra compte des pays candidats. Les résultats du projet Eucomp devraient être disponibles sur un site web public à une date ultérieure.

#### 6.4.6. Dépenses de soins de santé dans les régimes de protection sociale

La protection sociale englobe toutes les interventions des organismes publics et privés destinées à alléger la charge que représente, pour des particuliers et des ménages, un ensemble défini de risques et de besoins, à condition que cela ne suppose aucune disposition individuelle ou de réciprocité simultanée (voir Sespros, 2002a). Les risques ou besoins susceptibles de nécessiter une protection sociale sont classés par convention en huit fonctions de protection sociale (par exemple, la fonction «maladie/soins de santé»). En 1999, dans l'UE, 41,0 % des dépenses de protection sociale ont été consacrées à la fonction «vieillesse», alors que la part réservée à la fonction «maladie/soins de santé» était de 26,7 %. Les fonctions «famille/enfants», «invalidité», «survie», «exclusion sociale» et «logement» ont représenté 25 % en moyenne. Parmi ces fonctions, c'est la proportion des dépenses consacrées au chômage qui variait le plus entre États membres, compte tenu des différences de la situation du chômage d'un pays à l'autre. Ces dernières années, les parts consacrées aux fonctions «vieillesse» et «maladie/soins de santé» ont augmenté dans tous les États membres, alors que les dépenses consacrées à la fonction «chômage» ont diminué. La répartition des dépenses de protection sociale est similaire dans les États membres de l'UE.

Les données sur les dépenses et recettes de protection sociale des États membres de l'UE sont présentées par **Eurostat** selon le **système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros)**. Ce système harmonisé permet d'analyser et de comparer les flux financiers pertinents (voir Sespros, 2002b). Les dépenses de protection sociale sont ventilées en prestations sociales, coûts administratifs, transferts vers d'autres régimes et autres dépenses. Les prestations sociales consistent en transferts (en espèces ou en nature), effectués par des régimes de protection sociale, au bénéfice de ménages ou de particuliers pour alléger la charge que représentent les risques ou les besoins.

Les prestations sociales sont classées par fonction (par exemple, la fonction «maladie/soins de santé»), selon qu'elles sont ou non subordonnées à la condition de ressources (c'est-à-dire selon que les revenus et/ou le patrimoine du bénéficiaire sont ou non inférieurs à un certain seuil), par type: prestations en espèces (périodiques et forfaitaires), prestations en nature et cotisations sociales réacheminées (paiements qu'un régime de protection sociale opère au profit d'un autre en vue de maintenir ou d'augmenter les droits de ses personnes protégées à la protection sociale du régime bénéficiaire). Eurostat a consacré de nombreux efforts à l'harmonisation des informations sur les dépenses sociales en Europe. Cela inclut toutes les formes de sécurité sociale, et les données sur les soins de santé ne suscitent pas toujours l'intérêt qu'elles méritent. Cela peut être dû en partie aux catégories «abstraites» utilisées dans la présentation des données.

Les données du tableau **6.4.12** font état de la somme des dépenses de protection sociale pour la fonction «maladie/soins de santé» en 1999. Les valeurs varient de 677 euros par habitant en Grèce à 2 240 euros par habitant au Luxembourg, la moyenne de l'EU-15 étant légèrement inférieure à 1 500 euros (toutes les données concernent 1999). De 1990 à 1999, les dépenses ont plus que doublé dans certains pays (Portugal et Irlande), alors qu'elles ont diminué dans d'autres, avec des fluctuations (Italie et Finlande). La part en pourcentage des dépenses de protection sociale par rapport au PIB diffère de la part en pourcentage des dépenses publiques de santé (voir tableau **6.4.5**) en raison de la disparité des définitions utilisées. Dans la plupart des pays qui fournissent des données pour les deux concepts, les dépenses Sespros sont supérieures aux dépenses publiques de santé, les deux étant exprimées en pourcentage du PIB. Le Danemark et l'Allemagne font toutefois exception à la règle (toutes les données concernent 1998).

Les données des tableaux **6.4.13** et **6.4.14** montrent l'importance relative des prestations en espèces et des prestations en nature. Dans tous les pays, les prestations en nature représentent une plus grande part des dépenses de protection sociale que les prestations en espèces. En 1999, le rapport était d'environ 6/1 dans l'UE. Il ne semble pas qu'il se dégage une tendance évidente d'augmentation ou de diminution de l'un ou de l'autre des types de dépenses, mais les pourcentages qu'elles représentent par rapport au PIB varient pour les deux concepts dans la majorité des pays. On retrouve dans la structure des dépenses plus détaillée (voir tableau **6.4.15**) les variations décrites ci-dessus. Les types de dépenses diffèrent peu d'un pays à l'autre; par contre, la somme par habitant et la part en pourcentage des dépenses totales varient considérablement.

Les données de la fonction «maladie/soins de santé» du **système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros)** collectées par Eurostat comprennent: les *prestations en espèces* (limitées car la plupart sont incluses dans d'autres fonctions de protection sociale) qui compensent tout ou partie du manque à gagner occasionné par une incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou d'accident; les *soins médicaux* dispensés dans le cadre de la protection sociale en vue de conserver, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé des personnes protégées. Les soins de santé couvrent les services (services médicaux et paramédicaux fournis par des médecins généralistes et des spécialistes ou d'autres professions médicales: analyses de laboratoire et autres examens, soins dentaires, physiothérapie, cures thermales, transport des malades, traitements préventifs tels que les vaccinations, hébergement en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un autre établissement médical) et les biens (produits pharmaceutiques, prothèses médicales, pansements et fournitures médicales). Les données du Sespros décrivent le secteur de la santé sous un angle différent, mais néanmoins harmonisé. Les dépenses de protection sociale sont classées par type de prestations sociales (prestations en espèces ou en nature), en fonction de l'admissibilité (dépenses subordonnées ou non à la condition de ressources). Le tableau **6.4.12** donne les dépenses totales de santé Sespros, alors que les tableaux **6.4.13** et **6.4.14** concernent, respectivement, les prestations en espèces et en nature. Le premier type de paiement décrit les paiements en espèces au ménage, alors que le second concerne la fourniture de biens et services et non d'espèces. Le tableau **6.4.15** donne, de manière systématique, un aperçu de toutes les catégories Sespros de paiements de protection sociale. Les données concernent 1999.

#### 6.4.7. Consommation finale des ménages et santé dans le système de comptabilité nationale

Le tableau **6.4.16** présente les données du **système de comptabilité nationale (SCN)** en ce qui concerne la demande finale des ménages privés de biens et services liés à la santé. Toutes les valeurs sont données en euros par habitant. Les sommes augmentent selon des taux différents dans le temps, mais la variation entre les pays est moins importante que dans d'autres catégories de dépenses de santé.

Ces dernières années, la question du financement privé des dépenses de santé a animé le débat politique dans de nombreux pays. Ces dépenses peuvent concerner la participation au coût ou le paiement direct d'un achat couvert par une forme quelconque d'assurance privée ou dont le ménage privé assume le risque. Les institutions statistiques ont accru leurs efforts pour clarifier ce sujet particulier. Deux mé-

thodes différentes ont été utilisées: 1) dans le cadre des comptes nationaux, la demande privée est ventilée par type de biens et services payés par les ménages et 2) dans les enquêtes sur le budget des ménages, les ménages individuels précisent la part de leur budget consacrée à l'achat de catégories bien définies de biens et services. Bien que les données du SCN (1) utilisent souvent les données sur le budget des ménages (2), les résultats diffèrent.

#### 6.4.8. Consommation finale des ménages et santé dans les enquêtes sur le budget des ménages

Les données des **enquêtes sur le budget des ménages (EBM)** figurant dans le tableau **6.4.17** ne concernent que trois années et ne sont pas directement comparables avec celles du SCN figurant dans le tableau **6.4.16**, car elles sont exprimées en SPA et non en euros. Elles permettent néanmoins de constater que les dépenses privées de santé ont augmenté de manière considérable dans certains pays (Belgique et Italie pour la santé en général et Grèce pour les services de soins ambulatoires). Il ne se dégage toutefois aucune tendance générale. Les sommes dépensées sous différentes rubriques ont évolué différemment dans le temps et d'un pays à l'autre.

Pour un pays donné, le niveau des dépenses de santé dans l'EBM dépend en grande partie de la façon dont le système de soins de santé est organisé dans ce pays, ce qui ne facilite pas la comparabilité. Les dépenses de santé ressortant de l'EBM sont plus élevées dans les pays appliquant un système de prise en charge et dans lesquels l'enregistrement s'effectue sur la base des dépenses *brutes* [Belgique (en partie) et France]. Si l'EBM enregistre des dépenses élevées dans des pays où les prestations de santé sont directes, cela vient très probablement des dépenses privées considérables qui y sont effectuées. Cela est particulièrement vrai pour la Grèce, le Portugal et l'Italie. Certaines caractéristiques valent la peine d'être notées dans ces trois pays: pour la Grèce, la part considérable occupée par le secteur privé (dans lequel l'économie souterraine joue un rôle important) et les personnes payant directement les médecins hospitaliers ou libéraux sans être assurées; pour le Portugal, l'importance assez considérable du système de participation au coût (ticket modérateur); pour l'Italie, l'importance des dépenses privées en produits pharmaceutiques, phénomène s'expliquant par le fait qu'un grand nombre de médicaments ne sont pas couverts par le régime de santé publique. Même si elles sont moins significatives que pour le Portugal et l'Italie, les dépenses des ménages privés ressortant de l'EBM pour l'Allemagne et le Luxembourg sont considérables compte tenu de la part

importante de la participation au coût (Allemagne) ou des versements directs élevés non remboursables pris en charge par les ménages (Luxembourg). Les dépenses des ménages sont faibles au Royaume-Uni, en Suède et au Danemark, où les systèmes de soins de santé sont basés sur des prestations de santé directes et où les secteurs privés sont peu développés (voir Bierings et Haponiuk, 2001).

Dans chaque pays, le système d'assurance maladie comporte une composante obligatoire (le régime «public») et une composante volontaire (le régime «privé») qui ont chacune leurs propres particularités. Le régime obligatoire d'assurance maladie est presque entièrement financé par l'impôt et par les cotisations sociales, et il couvre la majeure partie de la population dans chaque pays. À quelques petites différences près entre pays, presque 80 % des dépenses totales de santé peuvent être attribuées à la partie «publique» ou aux unités administratives. Il est à noter que l'impôt et les primes d'assurance (sociale) ne sont pas considérés comme consommation. La principale cause de **non-comparabilité des dépenses de santé EBM** entre les pays vient de ce que le financement peut être assuré, dans un pays, par des cotisations d'assurance sociale et, dans un autre, par l'impôt. En vertu d'un régime basé sur les remboursements, les personnes paient des primes d'assurance sociale, et, lorsque, par exemple, elles vont à l'hôpital ou consultent un médecin, elles paient normalement la facture médicale, puis sont remboursées par des unités administratives. En vertu de l'autre régime qui, lui, est basé sur les prestations de santé directes, les personnes paient indirectement sous forme d'impôt, et les biens et services de soins de santé sont généralement fournis directement sous forme de transferts sociaux en nature.

#### 6.4.9. Recherche et développement dans le domaine de la santé

Les programmes de recherche et de développement (R & D) dans le domaine de la santé incluent la R & D sur la nutrition et l'hygiène alimentaire, les rayonnements utilisés aux fins médicales, le génie biochimique et la pharmacologie, ainsi que la recherche consacrée à l'épidémiologie, la prévention des maladies professionnelles et la toxicomanie. Selon les données Eurostat, l'augmentation des dotations budgétaires affectées à la R & D dans le domaine de la santé varie considérablement entre États membres (voir tableau **6.4.18**). La R & D consacrée à la protection et à l'amélioration de la santé, exprimée en proportion de la totalité des dépenses publiques consacrées à la R & D, a augmenté dans l'UE depuis les années 80. En 1997, pour l'UE, cette proportion était de 5,9 % (voir tableau **6.4.18**), mais il est difficile de faire des comparaisons entre pays.



Selon **Eurostat**, les crédits publics de recherche et de développement (R & D) désignent la totalité des dotations attribuées à la R & D par l'administration centrale sur le budget de l'État. Les données sur les crédits publics de R & D concernent donc les *provisions budgétaires* et non les *dépenses effectives*. Les chiffres concernant les dépenses effectives, qui ne sont disponibles, sous leur forme définitive, qu'après la fin de l'exercice budgétaire concerné, peuvent très bien ne pas correspondre aux provisions budgétaires initiales. Les crédits publics de R & D sont ventilés en objectifs socio-économiques tirés de la nomenclature pour l'analyse et la comparaison des programmes et des budgets scientifiques (NABS) élaborée par la Commission européenne.

### Références

Bierings, H., et Haponiuk, M., *Improving the comparability of health and education expenditures in the household budget surveys of the EU for some selected household types*, Eurostat, 2001.

Jacobzone, S., *Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals*, OCDE, 2000.

Mossialos, E., et Dixon, A., «Financement des soins de santé: introduction», *Funding health care: options for Europe*, OMS, 2001.

OCDE, *Système de comptes de la santé*, Paris, 2000.

Rovira, J., Schneider, M., e.a., «Comparing cost-sharing in European Union Member States: a system-oriented framework», *Les soins de santé et leur financement dans le marché unique européen*, Amsterdam, 1998.

Sespros, *La situation sociale dans l'Union européenne*, DG Emploi et affaires sociales et Eurostat, 2002a.

Sespros, *Statistiques sociales européennes: protection sociale — Dépenses et recettes 1980-1999*, Eurostat, 2002b.

## 6.1.1. Population active dans le secteur sanitaire et social

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1993</b>	:	377	427	2 224	155	570	2 071	88	1 115	10
<b>1994</b>	:	389	396	2 284	161	582	2 156	99	1 140	10
<b>1995</b>	13 338	381	433	3 070	163	607	2 237	101	1 122	11
<b>1996</b>	13 785	400	440	3 277	171	669	2 279	109	1 122	12
<b>1997</b>	14 063	416	446	3 280	170	708	2 324	117	1 153	12
<b>1998</b>	14 411	417	456	3 389	185	716	2 355	114	1 291	12
<b>1999</b>	14 842	451	473	3 543	186	731	2 392	120	1 299	14
<b>2000</b>	15 089	490	472	3 606	184	815	2 414	132	1 277	15
<b>Dont</b>										
200 Professions intellectuelles et scientifiques	3 251	202	38	586	57	329	260	53	303	2
222 Médecins et assimilés	1 458	44	20	363	51	143	205	11	248	2
223 Cadres infirmiers et sages-femmes	963	112	8	:	1	140	:	38	:	0
244 Spécialistes des sciences sociales et humaines	504	37	3	173	1	26	22	2	5	0
299 Autres	327	10	7	50	4	21	32	2	50	0
300 Professions intermédiaires	4 740	84	160	1 588	52	85	757	16	576	5
322 Professions intermédiaires de la médecine moderne	837	37	20	187	7	47	93	6	125	1
323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)	2 088	5	48	762	34	:	375	2	331	3
346 Professions intermédiaires du travail social	706	:	5	312	2	7	69	4	36	0
399 Autres	1 110	41	87	327	9	31	220	5	84	2
400 Employés de type administratif	1 195	39	24	183	20	61	250	13	114	1
411 Secrétaires et opérateurs sur claviers	398	16	13	52	8	15	96	4	50	1
419 Autres employés de bureau	302	18	4	84	10	32	19	4	11	0
499 Autres	495	5	6	46	2	14	135	4	53	0
500 Personnel des services	4 164	84	200	848	32	244	906	31	194	3
512 Intendants et personnel des services de restauration	389	14	5	148	6	23	51	4	:	1
513 Personnel soignant et assimilé	3 716	70	195	679	25	219	850	26	180	2
599 Autres	59	0	0	21	1	1	5	1	14	0
<i>Notamment: médecins et assimilés hors secteur N</i>										
000 Total	893	35	12	204	15	88	212	5	60	2
222 Médecins et assimilés	348	14	5	84	12	43	84	2	32	1
223 Cadres infirmiers et sages-femmes	58	7	0	:	:	13	:	1	:	:
322 Professions intermédiaires de la médecine moderne	417	15	7	107	2	33	96	2	22	1
323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)	70	0	0	13	1	:	32	:	6	0

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur les forces de travail).

(1 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
884	:	198	:	:	2 607	:	:	:	<b>1993</b>
906	:	199	:	:	2 662	:	:	:	<b>1994</b>
916	270	196	291	813	2 729	21	356		<b>1995</b>
917	277	201	287	802	2 824	20	376	375	<b>1996</b>
968	282	207	308	768	2 904	21	381	399	<b>1997</b>
987	291	198	305	756	2 938	21	383	410	<b>1998</b>
1 009	293	226	327	786	2 989	21	396	428	<b>1999</b>
1 064	293	248	327	763	2 989	21	402	445	<b>2000</b>
<b>Dont</b>									
219	38	62	126	105	869	4	37	76	200 Professions intellectuelles et scientifiques
53	32	53	23	32	176	2	11	37	222 Médecins et assimilés
58	:	:	67	39	501	2	19	-	223 Cadres infirmiers et sages-femmes
73	3	5	22	21	109	0	2	23	244 Spécialistes des sciences sociales et humaines
35	3	4	14	13	83	1	5	18	299 Autres
407	142	31	95	176	566	5	107	194	300 Professions intermédiaires
86	24	8	11	21	165	0	13	65	322 Professions intermédiaires de la médecine moderne
196	84	0	72	56	121	2	54	95	323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)
46	22	:	5	17	180	0	16	3	346 Professions intermédiaires du travail social
79	12	23	7	82	100	3	24	32	399 Autres
68	12	29	18	30	334	1	14	26	400 Employés de type administratif
17	8	4	7	16	91	0	11	11	411 Secrétaires et opérateurs sur claviers
15	3	0	3	6	94	0	-	8	419 Autres employés de bureau
36	2	25	8	8	149	0	3	7	499 Autres
221	55	84	62	404	796	9	200	97	500 Personnel des services
24	9	11	5	12	74	1	4	24	512 Intendants et personnel des services de restauration
195	46	70	57	389	714	8	191	69	513 Personnel soignant et assimilé
2	0	3	1	3	8	0	4	4	599 Autres
<i>Notamment: médecins et assimilés hors secteur N</i>									
48	14	9	23	30	136	:	:	:	000 Total
9	7	5	9	6	36	:	:	:	222 Médecins et assimilés
2	:	:	3	5	28	:	:	:	223 Cadres infirmiers et sages-femmes
32	6	4	9	15	67	:	:	:	322 Professions intermédiaires de la médecine moderne
5	1	:	1	4	6	:	:	:	323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)

## 6.1.2. Pourcentage de l'emploi dans le secteur sanitaire et social par rapport à l'emploi total

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1993</b>	:	10,1	16,6	6,2	4,2	4,8	9,5	7,6	5,5	6,0
<b>1994</b>	:	10,4	15,6	6,4	4,3	5,0	9,9	8,2	5,7	6,1
<b>1995</b>	9,0	10,0	16,6	8,6	4,3	5,0	10,1	8,0	5,6	6,6
<b>1996</b>	9,2	10,5	16,8	9,2	4,4	5,4	10,3	8,3	5,6	7,2
<b>1997</b>	9,4	10,8	16,7	9,3	4,4	5,6	10,5	8,6	5,8	7,3
<b>1998</b>	9,5	10,8	17,0	9,5	4,7	5,4	10,5	7,6	6,3	7,2
<b>1999</b>	9,5	11,3	17,5	9,8	4,7	5,3	10,5	7,5	6,3	8,1
<b>2000</b>	9,5	11,9	17,4	9,9	4,7	5,3	10,4	8,0	6,1	8,1
<b>Emploi par profession en % de l'emploi total dans le secteur sanitaire et social</b>										
200 Professions intellectuelles et scientifiques	<b>24,7</b>	<b>52,7</b>	<b>10,1</b>	<b>18,7</b>	<b>36,2</b>	<b>44,2</b>	<b>13,4</b>	<b>50,0</b>	<b>27,9</b>	<b>23,8</b>
222 Médecins et assimilés	11,6	12,8	5,9	11,7	33,1	18,6	10,9	8,6	22,7	19,1
223 Cadres infirmiers et sages-femmes	7,2	28,7	2,1	0,0	0,4	20,0	0,0	35,5	0,0	0,8
244 Spécialistes des sciences sociales et humaines	3,5	8,7	1,1	5,2	0,9	3,2	1,0	2,4	0,4	2,0
299 Autres	2,4	2,5	1,0	1,8	1,8	2,4	1,5	3,5	4,8	1,9
300 Professions intermédiaires	<b>34,9</b>	<b>16,9</b>	<b>37,5</b>	<b>49,0</b>	<b>29,3</b>	<b>11,2</b>	<b>34,6</b>	<b>13,3</b>	<b>46,4</b>	<b>43,9</b>
322 Professions intermédiaires de la médecine moderne	5,8	8,5	5,9	5,5	5,2	5,9	4,3	4,3	8,1	5,1
323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)	16,1	1,0	11,2	24,5	18,2	0,0	17,6	1,5	29,0	24,4
346 Professions intermédiaires du travail social	5,0	0,0	1,1	9,0	0,7	1,0	2,5	3,4	2,7	1,1
399 Autres	8,1	7,5	19,3	10,0	5,1	4,3	10,2	4,1	6,6	13,3
400 Employés de type administratif	<b>9,2</b>	<b>11,1</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>11,5</b>	<b>8,1</b>	<b>11,0</b>	<b>11,8</b>	<b>9,9</b>	<b>14,9</b>
411 Secrétaires et opérateurs sur claviers	3,2	3,8	3,6	1,8	5,1	2,2	4,1	4,3	4,9	6,0
499 Autres	6,1	7,3	2,2	4,1	6,5	6,0	6,9	7,4	5,0	8,8
500 Personnel des services	<b>31,2</b>	<b>19,3</b>	<b>46,6</b>	<b>26,4</b>	<b>23,0</b>	<b>36,4</b>	<b>41,1</b>	<b>24,9</b>	<b>15,9</b>	<b>17,4</b>
512 Intendants et personnel des services de restauration	3,0	4,7	2,4	4,8	5,5	4,0	2,1	3,9	0,0	6,5
523 Personnel soignant et assimilé	27,8	14,3	44,1	21,0	17,3	32,2	38,8	20,6	15,2	10,4
599 Autres	0,4	0,3	0,1	0,6	0,1	0,2	0,1	0,4	0,7	0,6
<i>Notamment: médecins et assimilés hors secteur N</i>										
000 Total	<b>19,3</b>	<b>34,8</b>	<b>7,6</b>	<b>13,4</b>	<b>29,9</b>	<b>38,7</b>	<b>13,8</b>	<b>38,2</b>	<b>21,7</b>	<b>19,6</b>
222 Médecins et assimilés	9,7	9,0	4,3	10,1	27,9	17,5	8,5	8,1	19,4	13,6
223 Cadres infirmiers et sages-femmes	6,4	22,8	1,7	:	0,5	17,2	:	28,7	:	0,9
322 Professions intermédiaires de la médecine moderne	2,8	3,0	1,5	3,0	0,9	4,0	4,0	1,4	1,8	4,1
323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)	0,5	0,1	0,1	0,4	0,6	:	1,3	:	0,5	1,0

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur les forces de travail).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
13,3	:	4,4	:	:	10,2	:	:	:	<b>1993</b>
13,5	:	4,5	:	:	10,4	:	:	:	<b>1994</b>
13,5	7,3	4,4	14,4	20,1	10,5	15,4	17,4	:	<b>1995</b>
13,2	7,7	4,5	13,9	20,1	10,8	14,5	17,8	9,9	<b>1996</b>
13,5	7,8	4,6	14,5	19,6	10,9	15,2	17,5	10,6	<b>1997</b>
13,3	8,0	4,2	14,0	19,2	10,9	14,2	17,1	10,7	<b>1998</b>
13,3	8,0	4,7	14,0	19,4	10,9	13,9	17,6	11,1	<b>1999</b>
14,4	8,0	5,1	13,9	18,5	10,8	13,4	17,7	11,5	<b>2000</b>
<b>Emploi par profession en % de l'emploi total dans le secteur sanitaire et social</b>									
<b>25,0</b>	<b>17,0</b>	<b>28,7</b>	<b>41,4</b>	<b>14,4</b>	<b>33,2</b>	:	:	:	200 Professions intellectuelles et scientifiques
6,8	15,3	25,4	6,9	5,3	7,3	:	:	:	222 Médecins et assimilés
7,6	0,0	0,0	21,7	4,9	19,2	:	:	:	223 Cadres infirmiers et sages-femmes
6,8	0,7	2,1	7,3	2,5	4,0	:	:	:	244 Spécialistes des sciences sociales et humaines
3,8	1,0	1,2	5,5	1,7	2,7	:	:	:	299 Autres
<b>44,0</b>	<b>55,1</b>	<b>15,1</b>	<b>31,6</b>	<b>22,8</b>	<b>21,9</b>	:	:	:	300 Professions intermédiaires
9,2	9,7	4,5	3,3	3,3	5,4	:	:	:	322 Professions intermédiaires de la médecine moderne
21,0	33,4	0,0	24,6	6,8	5,5	:	:	:	323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)
4,8	8,1	0,0	1,4	2,1	7,3	:	:	:	346 Professions intermédiaires du travail social
9,0	3,8	10,6	2,3	10,6	3,8	:	:	:	399 Autres
<b>7,5</b>	<b>5,3</b>	<b>15,1</b>	<b>5,5</b>	<b>4,4</b>	<b>14,2</b>	:	:	:	400 Employés de type administratif
2,1	3,0	2,6	1,9	2,4	3,9	:	:	:	411 Secrétaires et opérateurs sur claviers
5,4	2,3	12,5	3,6	2,0	10,3	:	:	:	499 Autres
<b>23,5</b>	<b>22,7</b>	<b>41,0</b>	<b>21,5</b>	<b>58,4</b>	<b>30,7</b>	:	:	:	500 Personnel des services
2,4	3,0	6,2	2,0	1,5	2,6	:	:	:	512 Intendants et personnel des services de restauration
20,6	19,6	31,8	19,2	56,6	27,8	:	:	:	523 Personnel soignant et assimilé
0,5	0,0	3,1	0,3	0,2	0,3	:	:	:	599 Autres
: <i>Notamment: médecins et assimilés hors secteur N</i>									
<b>13,9</b>	<b>13,5</b>	<b>22,8</b>	<b>30,7</b>	<b>11,8</b>	<b>25,1</b>	:	:	:	000 Total
5,0	11,0	21,3	7,2	4,2	5,9	:	:	:	222 Médecins et assimilés
5,5	:	:	20,4	5,1	16,8	:	:	:	223 Cadres infirmiers et sages-femmes
3,0	2,2	1,5	2,8	1,9	2,2	:	:	:	322 Professions intermédiaires de la médecine moderne
0,5	0,2	:	0,4	0,5	0,2	:	:	:	323 Personnel infirmier et sages-femmes (niveau intermédiaire)

## 6.1.3. Nombre de médecins praticiens

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	6 925	126 909	14 263	:	62 400	384	:
1980	22 759	11 143	173 325	23 469	:	104 073	621	:
1985	27 989	13 848	198 854	29 103	:	120 929	663	:
1990	32 547	15 104	237 750	34 336	:	148 089	766	:
1991	33 271	15 284	244 238	37 238	:	152 096	780	:
1992	34 069	15 667	251 877	38 738	:	155 896	814	:
1993	34 736	15 876	259 981	40 116	:	158 897	848	:
1994	35 486	15 886	267 186	40 487	:	160 235	870	:
1995	35 870	16 110	273 880	41 039	92 000	169 447	1 137	28 709
1996	36 644	16 253	279 335	41 511	106 400	171 758	1 189	29 568
1997	37 451	16 306	282 737	43 030	107 900	174 560	1 253	29 721
1998	38 109	16 603	287 032	44 753	106 300	175 431	1 299	29 520
1999	38 769	16 844	291 171	46 124	110 700	177 138	1 342	30 316
2000	39 519	:	294 676	47 521	119 400	:	1 373	:

NB: Pas de données pour IRL, I et FIN.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.4. Nombre de médecins praticiens pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	135	162	162	:	123	113	:
1980	231	218	222	245	:	194	171	:
1985	284	270	256	293	:	219	181	:
1990	327	293	301	339	:	262	202	:
1991	333	296	306	365	:	267	203	:
1992	340	302	314	376	:	272	209	:
1993	345	306	321	388	:	276	215	:
1994	351	305	328	389	:	277	217	:
1995	354	307	336	393	235	292	280	186
1996	361	308	341	397	271	295	288	191
1997	368	308	345	410	275	298	300	191
1998	374	312	350	426	270	299	307	189
1999	380	316	355	438	281	300	313	192
2000	386	:	359	:	303	:	315	:

NB: Pas de données pour IRL, I et FIN.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A	P	S	UK	IS	NO	CH	LI	
10 153	:	10 560	51 098	291	5 361	5 508	15	<b>1970</b>
12 374	:	18 300	72 198	488	8 050	7 473	19	<b>1980</b>
14 215	24 674	:	78 550	626	9 176	9 299	22	<b>1985</b>
17 189	24 169	22 182	80 954	726	13 234	10 398	28	<b>1990</b>
17 889	24 280	23 154	81 306	734	10 955	10 781	29	<b>1991</b>
18 737	24 667	23 655	84 886	771	10 996	11 120	31	<b>1992</b>
19 491	24 499	23 861	87 721	779	11 302	11 563	32	<b>1993</b>
20 528	25 211	24 545	88 726	797	11 754	11 814	32	<b>1994</b>
21 363	25 491	24 587	92 299	809	12 146	12 327	32	<b>1995</b>
22 364	26 418	24 765	95 191	839	12 434	12 711	33	<b>1996</b>
23 318	26 384	24 600	98 827	884	11 121	13 038	41	<b>1997</b>
24 368	26 193	24 957	101 732	909	12 102	13 357	44	<b>1998</b>
24 223	:	25 428	104 417	938	12 464	13 622	:	<b>1999</b>
25 001	27 031	26 400	106 996	:	:	13 935	:	<b>2000</b>

A	P	S	UK	IS	NO	CH	LI	
136	:	132	92	143	139	89	72	<b>1970</b>
164	:	220	128	215	197	119	74	<b>1980</b>
188	247	:	139	260	221	144	82	<b>1985</b>
224	244	260	141	286	313	156	98	<b>1990</b>
230	246	270	141	287	258	160	100	<b>1991</b>
238	250	274	147	297	257	163	105	<b>1992</b>
245	248	275	151	297	263	167	107	<b>1993</b>
256	255	281	152	301	272	170	106	<b>1994</b>
266	257	279	158	303	279	176	104	<b>1995</b>
278	266	280	162	313	285	180	107	<b>1996</b>
289	266	278	168	328	253	184	132	<b>1997</b>
302	263	282	172	334	274	188	140	<b>1998</b>
300	:	287	176	340	280	191	:	<b>1999</b>
309	265	298	179	:	:	195	:	<b>2000</b>



## 6.1.5. Nombre de médecins habilités à exercer

	B	DK	D	E	IRL	I	L
1970	14 991	:	:	45 335	:	58 297	:
1980	24 536	:	:	86 253	:	148 101	:
1985	29 993	15 736	199 146	127 195	5 750	215 206	:
1990	34 275	17 285	287 170	148 717	5 450	266 447	:
1991	35 199	17 625	297 803	153 306	5 995	276 810	:
1992	36 178	17 962	307 994	156 100	7 096	285 111	:
1993	36 821	18 217	317 737	159 291	7 212	313 337	:
1994	37 792	18 491	326 760	162 089	7 129	319 502	:
1995	38 369	18 760	335 348	162 650	7 563	324 348	1 158
1996	38 690	19 061	343 556	165 560	7 622	327 254	1 210
1997	39 240	19 333	350 854	168 240	7 801	332 124	1 275
1998	40 291	19 647	357 727	171 494	8 102	335 786	1 321
1999	41 331	19 980	363 396	174 916	8 469	339 264	1 364
2000	42 036	:	369 319	179 033	9 439	345 718	1 394

NB: Pas de données pour EL, F et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.6. Nombre de médecins habilités à exercer pour 100 000 habitants

	B	DK	D	E	IRL	I	L
1970	155	:	:	135	:	109	:
1980	249	:	:	232	:	263	:
1985	304	308	326	332	162	380	:
1990	345	337	363	383	155	470	:
1991	352	342	373	394	170	488	:
1992	361	348	384	401	200	502	:
1993	366	352	392	408	202	550	:
1994	374	356	402	414	199	559	:
1995	379	360	411	415	210	566	285
1996	381	363	420	422	211	571	293
1997	386	366	428	428	214	578	305
1998	395	371	436	436	219	583	312
1999	405	376	443	444	227	589	318
2000	411	:	449	454	250	599	320

NB: Pas de données pour EL, F et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	NO	CH	
16 292	12 287	8 156	4 798	:	:	8 890	<b>1970</b>
26 987	16 938	19 332	9 004	:	:	15 865	<b>1980</b>
32 193	19 451	24 390	10 193	:	:	17 667	<b>1985</b>
37 461	23 238	28 016	12 091	:	:	20 030	<b>1990</b>
39 069	24 049	28 326	12 357	:	11 089	20 594	<b>1991</b>
:	25 268	28 604	12 929	:	11 383	20 706	<b>1992</b>
:	26 121	28 769	13 344	:	11 652	21 238	<b>1993</b>
:	27 170	29 031	13 700	:	12 076	21 788	<b>1994</b>
:	27 889	29 353	14 141	:	12 871	22 275	<b>1995</b>
:	28 530	29 902	14 579	:	13 351	22 718	<b>1996</b>
:	29 226	30 431	15 192	:	13 547	23 144	<b>1997</b>
46 101	30 110	31 087	15 436	34 458	:	23 679	<b>1998</b>
48 987	30 115	31 758	15 794	:	:	24 026	<b>1999</b>
50 856	31 059	32 498	15 905	:	:	25 216	<b>2000</b>

NL	A	P	FIN	S	NO	CH	
126	165	94	104	:	:	144	<b>1970</b>
192	224	199	189	:	:	252	<b>1980</b>
223	257	244	208	:	:	274	<b>1985</b>
252	302	282	243	:	:	300	<b>1990</b>
260	310	287	247	:	261	305	<b>1991</b>
:	321	290	257	:	266	303	<b>1992</b>
:	328	292	264	:	271	307	<b>1993</b>
:	339	293	270	:	279	313	<b>1994</b>
:	347	296	277	:	296	317	<b>1995</b>
:	354	301	285	:	306	322	<b>1996</b>
:	362	306	296	:	308	327	<b>1997</b>
294	373	312	300	389	:	334	<b>1998</b>
311	373	318	306	:	:	337	<b>1999</b>
321	:	325	308	:	:	352	<b>2000</b>

## 6.1.10. Nombre de médecins spécialistes par spécialité, année disponible la plus récente

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
	2001	1999	2001	2001	1996	2001	2000	1999
Anesthésie et soins intensifs	1 609	735	17 533	1 420	2 805	10 099	60	1 089
Chirurgie générale	1 536	631	14 046	1 898	4 716	4 757	59	1 023
Chirurgie infantile	:	:	140	155	278	74	0	:
Chirurgie neurologique	133	:	1 160	241	398	343	4	109
Chirurgie plastique	168	:	210	223	468	238	4	176
Dermatologie	631	164	6 029	770	1 124	3 855	20	396
Gynécologie et obstétrique	1 303	500	18 686	2 301	4 351	5 006	57	817
Médecins généralistes	19 493	3 916	109 937	:	:	96 246	371	7 217
Médecine interne	2 190	1 054	45 497	:	4 242	2 423	102	1 707
Cardiologie	797	188	2 787	2 274	1 904	5 609	33	662
Endocrinologie	:	:	335	355	840	1 279	3	:
Gastro-entérologie	387	:	1 761	450	1 616	3 164	15	145
Médecine respiratoire (pneumologie)	313	89	1 175	922	873	2 522	16	388
Oncologie	:	88	1 015	42	426	487	0	:
Rhumatologie	246	181	672	219	548	2 582	13	163
Neurologie	176	188	2 738	486	1 002	1 620	17	651
Psychiatrie/Neuropsychiatrie	1 924	733	9 356	1 224	2 603	13 291	51	2 246
Médecine du travail	768	:	3 592	28	1 017	4 736	8	1 102
Ophthalmologie	1 001	312	8 108	1 512	2 349	5 280	45	627
Oto-rhino-laryngologie	590	358	6 742	947	1 662	2 884	30	453
Pédiatrie	1 413	316	15 141	2 736	7 019	6 263	52	996
Radiothérapie/Radiologie	1 734	406	7 729	1 692	2 316	7 801	46	1 055
Urologie	348	111	5 303	677	1 373	436	21	315

NB: On ne dispose pas de données pour IRL et I. Angleterre: seulement les personnes employées dans le service national de santé.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A	P	FIN	S	Angleterre	IS	NO	CH	
2001	2000	2001	1998	2001	2000	1998	1999	
1 639	1 144	555	1 156	7 515	57	444	769	Anesthésie et soins intensifs
1 176	1 288	995	1 631	5 036	73	864	912	Chirurgie générale
16	96	50	:	285	3	:	49	Chirurgie infantile
123	143	39	86	427	6	:	62	Chirurgie neurologique
85	170	45	107	578	11	:	104	Chirurgie plastique
524	254	172	339	1 093	15	110	286	Dermatologie
1 280	1 336	550	1 203	4 152	45	414	885	Gynécologie et obstétrique
11 081	4 530	2 013	5 230	30 685	171	2 352	2 740	Médecins généralistes
2 692	1 454	1 095	2 621	:	137	1 067	4 004	Médecine interne
:	700	96	532	1 412	24	189	358	Cardiologie
:	158	22	130	987	3	:	109	Endocrinologie
:	376	62	169	1 154	19	145	234	Gastro-entérologie
319	463	214	269	1 019	18	130	198	Médecine respiratoire (pneumologie)
:	171	108	268	776	20	87	180	Oncologie
:	83	99	218	904	16	407	246	Rhumatologie
582	319	252	284	751	20	190	250	Neurologie
:	869	913	1 444	7 437	69	770	1 598	Psychiatrie/Neuropsychiatrie
72	457	30	734	208	2	:	61	Médecine du travail
651	735	357	590	2 067	30	264	531	Ophthalmologie
496	486	283	587	1 339	21	245	329	Oto-rhino-laryngologie
955	1 307	519	1 202	4 943	74	367	856	Pédiatrie
780	823	498	931	2 507	37	342	414	Radiothérapie/Radiologie
399	286	95	303	1 115	16	109	151	Urologie

### 6.1.11. Nombre de médecins spécialistes par spécialité pour 100 000 habitants, année disponible la plus récente

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
	2001	1999	2001	2001	1996	2001	2000	1999
Anesthésie et soins intensifs	16	14	21	13	7	17	14	7
Chirurgie générale	15	12	17	18	12	8	14	6
Chirurgie infantile	:	:	0	1	1	0	:	:
Chirurgie neurologique	1	:	1	2	1	1	1	1
Chirurgie plastique	2	:	0	2	1	0	1	1
Dermatologie	6	3	7	7	3	7	5	3
Gynécologie et obstétrique	12	9	23	22	11	9	13	5
Médecins généralistes	:	73	13	:	:	16	85	46
Médecine interne	21	20	55	22	11	4	23	11
Cardiologie	7	4	3	3	5	10	8	4
Endocrinologie	:	:	0	4	2	2	1	:
Gastro-entérologie	3	:	2	9	4	5	3	1
Médecine respiratoire (pneumologie)	3	2	1	0	2	4	4	2
Oncologie	:	2	1	2	1	1	:	:
Rhumatologie	2	3	1	5	1	4	3	1
Neurologie	1	4	3	12	3	3	4	4
Psychiatrie/Neuropsychiatrie	18	14	11	18	7	23	12	14
Médecine du travail	4	:	4	3	3	8	2	7
Ophthalmologie	10	6	10	14	6	9	10	4
Oto-rhino-laryngologie	6	7	8	9	4	5	7	3
Pédiatrie	13	6	18	26	18	11	12	6
Radiothérapie/Radiologie	17	8	9	16	6	13	11	7
Urologie	3	2	6	6	3	1	5	2

NB: On ne dispose pas de données pour IRL et I. Angleterre: seulement les personnes employées dans le service national de santé.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A 2001	P 2000	FIN 2001	S 1998	Angleterre 2001	IS 2000	NO 1998	CH 1999	
19	11	11	13	15	20	10	11	Anesthésie et soins intensifs
14	13	19	18	10	26	20	13	Chirurgie générale
0	1	1	:	1	1	:	1	Chirurgie infantile
1	1	8	1	1	2	:	1	Chirurgie neurologique
1	2	9	1	1	4	:	1	Chirurgie plastique
6	3	3	4	2	5	2	4	Dermatologie
15	13	11	14	8	16	9	12	Gynécologie et obstétrique
:	45	39	59	62	61	53	38	Médecins généralistes
32	15	21	30	:	49	24	56	Médecine interne
:	7	19	6	3	9	4	5	Cardiologie
:	2	4	1	2	1	:	2	Endocrinologie
:	4	1	2	2	7	3	3	Gastro-entérologie
4	5	4	3	2	6	3	3	Médecine respiratoire (pneumologie)
:	2	2	3	2	7	2	3	Oncologie
:	1	2	2	2	6	9	3	Rhumatologie
7	3	5	3	2	7	4	4	Neurologie
10	9	18	16	15	25	17	22	Psychiatrie/Neuropsychiatrie
1	5	6	8	0	1	:	1	Médecine du travail
8	7	7	7	4	11	6	7	Ophthalmologie
6	5	5	7	3	8	6	5	Oto-rhino-laryngologie
11	13	10	14	10	27	8	12	Pédiatrie
9	8	10	11	5	13	8	6	Radiothérapie/Radiologie
5	3	2	3	2	6	2	2	Urologie

## 6.1.12. Nombre de dentistes praticiens

	B	DK	D	EL	F	IRL	L	NL
1970	1 758	3 125	38 524	4 395	:	:	106	3 364
1980	4 353	5 108	34 981	7 646	30 321	1 033	131	5 688
1985	6 214	5 152	36 853	8 737	34 744	1 168	168	7 116
1990	7 135	5 242	43 167	10 038	37 931	1 313	198	:
1991	7 045	5 240	54 972	10 258	38 146	1 348	198	:
1992	6 978	5 244	56 342	10 403	38 451	1 400	205	:
1993	6 971	5 262	58 194	10 731	38 868	1 433	203	:
1994	7 070	5 175	59 211	10 865	39 284	1 494	210	:
1995	7 085	5 191	60 616	10 663	39 714	1 568	223	6 344
1996	7 152	5 202	61 404	11 419	39 565	1 609	231	:
1997	7 360	5 156	62 024	11 638	39 471	1 671	245	:
1998	7 106	5 166	62 277	11 947	39 457	1 713	257	:
1999	:	5 142	62 564	12 152	40 088	1 794	264	:
2000	:	:	63 120	12 362	40 539	2 013	282	:

NB: On ne dispose pas de données pour E, I, P et FIN. Données pour UK: seulement Angleterre et pays de Galles.  
Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.13. Nombre de dentistes praticiens pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	F	IRL	L	NL
1970	18	36	49	50	:	:	31	26
1980	44	53	45	80	56	30	36	40
1985	63	52	47	88	63	33	46	49
1990	72	53	55	99	67	37	52	:
1991	71	53	69	101	67	38	52	:
1992	70	53	70	101	67	39	53	:
1993	69	53	72	104	68	40	51	:
1994	70	52	73	104	68	42	52	:
1995	70	52	74	102	68	44	55	41
1996	71	52	75	109	68	44	56	:
1997	72	51	76	111	67	46	59	:
1998	70	51	76	114	67	46	61	:
1999	:	51	76	115	68	48	62	:
2000	:	:	77	:	:	53	65	:

NB: On ne dispose pas de données pour E, I, P et FIN. Données pour UK: seulement Angleterre et pays de Galles.  
Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).



A	S	UK	IS	NO	CH	LI	
3 217	6 720	12 786	101	3 355	1 982	6	<b>1970</b>
3 095	8 263	17 604	168	:	2 841	8	<b>1980</b>
3 078	:	19 854	197	3 414	3 117	7	<b>1985</b>
3 317	8 629	21 083	230	3 484	3 268	12	<b>1990</b>
3 354	8 923	20 991	241	3 479	3 252	12	<b>1991</b>
3 422	8 923	20 990	257	3 519	3 368	12	<b>1992</b>
3 517	8 459	21 440	264	3 515	3 309	12	<b>1993</b>
3 607	8 338	21 547	273	3 540	3 479	11	<b>1994</b>
3 395	:	21 806	270	3 566	3 474	12	<b>1995</b>
3 524	7 643	22 274	277	3 627	3 460	15	<b>1996</b>
3 623	7 514	22 676	284	3 692	3 549	18	<b>1997</b>
3 619	7 667	23 409	271	3 642	3 470	20	<b>1998</b>
3 666	7 837	23 897	278	:	3 449	:	<b>1999</b>
3 722	7 722	24 423	283	:	3 468	:	<b>2000</b>

A	S	UK	IS	NO	CH	LI	
43	84	23	49	87	32	29	<b>1970</b>
41	100	31	74	:	45	31	<b>1980</b>
41	:	35	82	82	48	26	<b>1985</b>
43	101	37	91	82	49	42	<b>1990</b>
43	104	36	94	82	48	41	<b>1991</b>
43	103	36	99	82	49	41	<b>1992</b>
44	97	37	101	82	48	40	<b>1993</b>
45	95	37	103	82	50	36	<b>1994</b>
42	:	37	101	82	49	39	<b>1995</b>
44	86	38	103	83	49	49	<b>1996</b>
45	85	38	105	84	50	58	<b>1997</b>
45	87	40	99	82	49	64	<b>1998</b>
45	89	40	101	:	48	:	<b>1999</b>
46	87	41	101	:	48	:	<b>2000</b>

## 6.1.14. Nombre de dentistes habilités à exercer

	B	DK	D	E	I	L	NL	A
1970	2 718	:	:	3 361	:	:	:	3 217
1980	4 291	:	44 084	3 946	:	:	:	3 095
1985	6 214	5 702	47 043	5 137	71	:	7 118	3 078
1990	7 135	6 148	56 672	10 347	13 430	:	7 900	3 317
1991	7 033	6 199	56 942	11 249	19 651	:	:	3 354
1992	6 978	6 292	71 528	11 808	22 868	:	:	3 422
1993	6 855	6 365	73 477	12 247	24 777	:	:	3 517
1994	6 961	6 412	74 644	13 242	26 561	:	:	3 607
1995	6 983	6 457	75 998	14 012	28 257	227	7 668	3 687
1996	7 200	6 499	76 390	14 877	29 602	235	:	3 793
1997	7 490	6 506	77 349	15 291	30 464	250	8 614	3 848
1998	7 586	6 549	77 895	16 133	31 437	262	8 172	3 813
1999	:	6 566	78 689	16 891	32 135	269	8 501	3 835
2000	:	:	78 759	17 538	33 124	287	8 819	3 874

NB: On ne dispose pas de données pour EL, F et IRL.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.15. Nombre de dentistes habilités à exercer pour 100 000 habitants

	B	DK	D	E	I	L	NL	A
1970	28	:	:	10	:	:	:	43
1980	44	:	56	11	:	:	:	41
1985	63	111	61	13	0	:	49	41
1990	72	119	72	27	24	:	53	43
1991	70	120	71	29	35	:	:	43
1992	70	121	89	30	40	:	:	43
1993	68	122	91	31	43	:	:	44
1994	69	123	92	34	46	:	:	45
1995	69	123	93	36	49	56	50	46
1996	71	123	93	38	52	57	:	47
1997	74	123	94	39	53	60	55	48
1998	74	123	95	41	55	62	52	47
1999	:	123	95	43	56	63	54	47
2000	:	:	96	44	57	66	56	48

NB: On ne dispose pas de données pour EL, F et IRL.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
471	2 695	:	14 973	:	:	:	<b>1970</b>
1 083	3 941	10 338	17 949	:	3 710	:	<b>1980</b>
1 265	3 916	11 790	21 082	:	3 702	:	<b>1985</b>
1 687	4 486	12 412	22 344	251	4 949	:	<b>1990</b>
1 691	4 562	12 591	22 088	263	5 084	:	<b>1991</b>
1 772	4 614	12 760	22 154	270	:	:	<b>1992</b>
2 064	4 602	12 972	22 782	275	:	:	<b>1993</b>
2 307	4 685	13 178	23 735	278	5 600	:	<b>1994</b>
2 529	4 761	13 441	23 988	284	5 154	:	<b>1995</b>
2 780	4 796	:	24 485	295	:	:	<b>1996</b>
3 025	4 839	:	25 118	:	:	:	<b>1997</b>
3 322	4 833	13 457	25 801	:	5 160	:	<b>1998</b>
3 769	4 826	:	26 424	:	:	:	<b>1999</b>
4 370	4 794	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
5	58	:	27	:	:	:	<b>1970</b>
11	83	125	32	:	91	:	<b>1980</b>
13	80	141	37	:	89	:	<b>1985</b>
17	90	146	39	99	117	:	<b>1990</b>
17	91	147	38	103	120	:	<b>1991</b>
18	92	148	38	104	:	:	<b>1992</b>
21	91	149	39	105	:	:	<b>1993</b>
23	92	151	41	105	129	:	<b>1994</b>
26	93	152	41	106	119	:	<b>1995</b>
28	94	:	42	110	:	:	<b>1996</b>
30	94	:	43	:	:	:	<b>1997</b>
33	94	152	44	:	117	:	<b>1998</b>
38	94	:	44	:	:	:	<b>1999</b>
44	93	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.1.16. Nombre total de pharmaciens praticiens

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	:	:	2 120	:	23 324	181	1 057
1980	:	:	:	5 170	:	39 747	223	1 529
1985	:	:	:	5 994	:	46 192	254	1 900
1990	:	:	:	7 463	23 000	53 481	307	2 247
1991	:	:	:	7 670	23 000	54 080	316	2 287
1992	:	2 451	46 772	7 834	19 000	54 284	336	2 393
1993	:	2 449	47 363	7 948	16 000	52 673	255	2 464
1994	9 499	2 412	48 392	8 147	24 300	53 085	263	2 484
1995	9 692	2 446	49 429	8 348	23 800	53 810	269	2 556
1996	9 879	2 459	50 372	8 646	28 000	55 153	286	2 622
1997	10 087	2 553	52 076	8 770	23 900	55 137	284	2 717
1998	10 437	2 404	52 221	8 767	26 600	58 839	292	2 922
1999	10 724	2 643	53 001	8 928	25 800	56 195	:	2 965
2000	:	2 666	53 223	8 977	31 200	58 407	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour I, IRL et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.17. Nombre de pharmaciens praticiens pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	E	F	L	NL
1970	:	:	30	24	:	46	53	8
1980	:	:	41	54	:	74	61	11
1985	:	:	46	60	:	84	69	13
1990	:	:	:	74	:	95	81	15
1991	:	:	52	75	:	95	82	15
1992	:	47	53	76	:	95	86	16
1993	:	47	53	77	:	92	65	16
1994	94	46	54	78	62	92	66	16
1995	96	47	55	80	61	93	66	17
1996	97	47	56	83	71	95	69	17
1997	99	48	57	84	61	94	68	17
1998	102	45	58	83	68	100	69	19
1999	105	50	58	:	65	95	:	19
2000	:	50	58	:	79	:	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour I, IRL et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A	P	FIN	S	IS	NO	CH	LI	
2 627	:	:	3 230	93	:	1 140	1	<b>1970</b>
2 972	:	7 788	3 972	151	:	1 217	2	<b>1980</b>
3 136	:	7 085	4 107	178	:	1 366	2	<b>1985</b>
3 486	:	6 877	5 080	223	1 909	1 536	2	<b>1990</b>
3 582	:	6 924	5 285	222	:	1 537	2	<b>1991</b>
3 745	:	6 954	5 416	236	:	1 562	2	<b>1992</b>
3 871	:	6 985	5 603	240	:	1 543	2	<b>1993</b>
4 009	:	7 113	5 786	261	:	1 591	2	<b>1994</b>
4 071	:	7 204	5 945	293	:	1 585	2	<b>1995</b>
4 180	:	7 250	6 035	313	1 854	1 579	2	<b>1996</b>
4 264	:	7 367	6 040	329	:	1 651	2	<b>1997</b>
4 337	:	7 462	5 967	334	:	1 651	2	<b>1998</b>
4 439	7 114	7 569	:	338	:	1 640	:	<b>1999</b>
4 532	7 293	7 660	:	:	:	1 658	:	<b>2000</b>

A	P	FIN	S	IS	NO	CH	LI	
35	:	:	40	46	:	18	5	<b>1970</b>
39	:	163	48	67	:	19	8	<b>1980</b>
41	:	145	49	74	:	21	7	<b>1985</b>
45	:	138	60	88	45	23	7	<b>1990</b>
46	:	139	62	87	:	23	7	<b>1991</b>
48	:	138	63	91	:	23	7	<b>1992</b>
49	:	138	64	91	:	22	7	<b>1993</b>
50	:	140	66	98	:	23	7	<b>1994</b>
51	:	141	67	110	:	23	7	<b>1995</b>
52	:	142	68	117	42	22	6	<b>1996</b>
53	:	144	68	122	:	23	6	<b>1997</b>
54	:	145	67	123	:	23	6	<b>1998</b>
55	71	147	:	123	:	23	:	<b>1999</b>
56	73	148	:	:	:	23	:	<b>2000</b>

## 6.1.18. Nombre de pharmaciens travaillant dans des pharmacies

	D	F	L	NL	UK	IS	LI
1970	23 751	16 872	:	:	:	:	1
1980	32 223	20 594	:	:	:	:	2
1985	36 017	22 745	:	1 673	19 285	84	2
1990	:	24 878	:	1 979	21 208	134	2
1991	41 607	25 179	:	:	21 049	139	2
1992	42 369	25 646	:	2 100	21 401	148	2
1993	42 887	26 028	223	2 170	21 248	153	2
1994	43 822	26 184	231	2 181	:	176	2
1995	44 696	26 564	235	2 229	:	207	2
1996	45 534	26 668	252	2 292	:	213	2
1997	47 139	26 848	248	2 083	:	225	2
1998	47 322	27 220	:	2 166	:	232	2
1999	47 920	32 354	:	2 573	:	234	:
2000	47 907	32 837	:	2 667	:	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour B, DK, EL, E, IRL, I, A, P, FIN et S.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.20. Nombre d'infirmières et de sages-femmes exerçant leur profession

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I <sup>(1)</sup>	L
1970	:	:	:	12 416	:	:	:	:	:
1980	83 833	26 753	382 000	18 654	118 702	254 976	:	:	:
1985	75 474	45 875	452 000	24 499	143 508	259 311	:	:	:
1990	:	50 458	:	34 582	158 497	315 815	39 595	:	:
1991	:	51 342	708 000	35 715	161 285	319 013	42 705	:	:
1992	:	52 251	698 000	36 505	164 891	324 679	44 130	:	:
1993	:	53 319	704 000	37 211	167 894	331 984	46 509	227 651	:
1994	107 558	48 756	740 000	37 476	167 957	344 000	48 945	244 957	:
1995	110 957	50 231	735 000	38 195	172 132	353 303	51 200	246 597	2 913
1996	109 195	51 243	782 000	38 808	177 034	356 316	53 641	251 538	3 047
1997	:	52 703	777 000	40 211	181 877	361 064	56 155	255 273	3 152
1998	:	53 720	785 000	40 932	192 598	373 938	59 010	262 002	3 164
1999	:	54 367	781 000	41 151	197 340	381 047	61 629	256 860	3 240
2000	:	:	765 000	:	204 485	397 279	64 439	:	3 317

(<sup>1</sup>) Les données sur le personnel infirmier et les sages-femmes pour I et UK concernent seulement les personnes employées dans le service national de santé.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.19. Nombre de pharmaciens travaillant dans des pharmacies pour 100 000 habitants

	F	L	NL	UK	IS	LI
1970	33	:	:	:	:	5
1980	38	:	:	:	:	8
1985	41	:	12	34	35	7
1990	44	:	13	37	53	7
1991	44	:	:	36	54	7
1992	45	:	14	37	57	7
1993	45	56	14	37	58	7
1994	45	58	14	:	66	7
1995	46	58	14	:	78	7
1996	46	61	15	:	79	6
1997	46	59	13	:	83	6
1998	46	:	14	:	85	6
1999	55	:	16	:	85	:
2000	:	:	:	:	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour B, DK, D, EL, E, IRL, I, A, P, FIN et S.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	UK (1)	IS	NO	CH	
:	25 743	:	:	40 850	:	856	:	37 092	1970
:	40 755	22 144	69 737	73 230	:	1 314	:	64 877	1980
:	47 665	23 991	79 433	64 437	:	1 754	:	:	1985
:	55 802	27 652	92 396	75 340	:	1 995	:	94 641	1990
:	59 361	29 418	93 922	77 626	:	2 013	30 436	:	1991
:	62 236	29 626	97 288	75 283	:	2 059	31 733	:	1992
:	64 249	30 975	101 434	74 763	:	2 108	31 852	:	1993
:	67 479	31 991	105 470	76 301	:	2 146	33 905	:	1994
:	68 859	35 549	107 698	74 627	524 944	:	36 601	:	1995
:	70 059	34 509	108 981	74 236	529 871	:	38 460	:	1996
:	70 970	36 586	110 375	72 617	529 063	2 277	40 296	:	1997
197 183	71 849	37 747	111 447	73 562	534 206	2 412	42 004	:	1998
202 714	73 084	:	112 186	74 567	:	2 425	:	:	1999
208 875	74 601	:	112 771	75 382	:	:	:	:	2000



### 6.1.21. Nombre d'infirmières et de sages-femmes exerçant leur profession pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I <sup>(1)</sup>	L
1970	:	:	:	183	:	:	:	:	:
1980	851	522	620	196	319	475	:	:	:
1985	766	898	741	247	374	470	:	:	:
1990	:	983	:	342	408	558	1 129	:	:
1991	:	998	888	350	415	561	1 213	:	:
1992	:	1 012	870	355	423	567	1 244	:	:
1993	:	1 029	869	360	430	577	1 303	400	:
1994	1 065	938	910	360	429	595	1 366	429	:
1995	1 095	963	901	366	439	609	1 423	431	716
1996	1 077	976	956	371	451	612	1 482	439	738
1997	:	999	947	363	463	617	1 538	444	754
1998	:	1 015	957	369	489	637	1 597	455	747
1999	:	1 023	952	391	501	646	1 650	446	755
2000	:	:	931	:	518	:	1 706	:	761

(<sup>1</sup>) Les données sur le personnel infirmier et les sages-femmes pour I et UK concernent seulement les personnes employées dans le service national de santé.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

### 6.1.22. Nombre d'infirmières qualifiées

	DK	D	EL	E	F	I <sup>(1)</sup>	L	NL
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	26 002	:	5 048	114 510	245 594	:	:	:
1985	29 892	:	6 613	137 301	286 162	:	:	:
1990	35 001	:	8 523	152 176	304 480	:	:	:
1991	36 202	333 523	9 332	155 035	308 141	:	:	:
1992	36 960	343 944	10 034	158 646	313 474	:	:	:
1993	37 310	353 568	10 630	161 684	320 505	219 911	:	:
1994	37 252	366 639	10 802	161 852	332 043	236 535	:	:
1995	36 881	378 399	11 188	166 060	341 085	238 213	2 272	:
1996	37 962	382 239	11 653	170 720	343 654	243 302	2 382	:
1997	38 110	381 170	12 457	175 782	347 918	246 996	2 484	:
1998	38 351	383 891	13 198	185 899	360 067	253 878	2 503	195 142
1999	38 601	384 149	13 216	190 996	367 126	249 948	2 563	200 532
2000	:	:	:	198 046	382 296	:	2 625	206 525

(<sup>1</sup>) Les données sur le personnel infirmier et les sages-femmes pour I et UK concernent seulement les personnes employées dans le service national de santé.

NB: Pas de données pour B et IRL.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	UK (¹)	IS	NO	CH	
:	345	:	:	510	:	420	:	601	<b>1970</b>
:	540	228	1 462	882	:	579	:	1 029	<b>1980</b>
:	629	240	1 623	772	:	729	:	:	<b>1985</b>
:	726	279	1 857	884	:	786	:	1 418	<b>1990</b>
:	764	298	1 879	904	:	787	716	:	<b>1991</b>
:	791	300	1 935	871	:	793	743	:	<b>1992</b>
:	807	314	2 007	860	:	803	741	:	<b>1993</b>
:	842	323	2 077	872	:	810	784	:	<b>1994</b>
:	856	359	2 112	846	897	:	842	:	<b>1995</b>
:	870	348	2 130	840	903	:	880	:	<b>1996</b>
:	880	368	2 151	821	898	844	917	:	<b>1997</b>
1 260	890	379	2 165	831	904	886	951	:	<b>1998</b>
1 286	904	:	2 174	843	:	880	:	:	<b>1999</b>
1 317	921	:	2 181	851	:	:	:	:	<b>2000</b>

A	P	FIN	S	UK (¹)	IS	NO	CH	
:	:	:	40 850	217 369	699	:	18 405	<b>1970</b>
22 186	:	68 850	73 230	240 642	1 160	:	34 253	<b>1980</b>
27 377	:	76 194	64 437	284 116	1 565	:	:	<b>1985</b>
31 643	:	88 731	75 340	297 320	1 793	:	51 803	<b>1990</b>
32 745	:	90 258	77 626	298 299	1 816	:	:	<b>1991</b>
34 641	:	93 407	75 283	300 698	1 859	:	:	<b>1992</b>
37 069	:	97 654	74 763	295 245	1 913	:	:	<b>1993</b>
39 970	:	101 398	76 301	291 070	1 952	:	:	<b>1994</b>
41 786	:	103 861	74 627	292 248	2 035	:	:	<b>1995</b>
42 829	:	105 086	74 236	267 744	2 052	:	:	<b>1996</b>
44 032	:	106 462	72 617	267 732	2 075	:	:	<b>1997</b>
44 849	:	107 427	:	299 010	2 216	39 961	:	<b>1998</b>
:	34 691	108 161	:	267 575	2 237	:	:	<b>1999</b>
:	37 487	108 722	:	309 642	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.1.23. Nombre d'infirmières qualifiées pour 100 000 habitants

	DK	D	EL	E	F	I <sup>(*)</sup>	L	NL
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	508	:	53	307	457	:	:	:
1985	585	:	67	358	519	:	:	:
1990	682	:	84	392	538	:	:	:
1991	703	418	:	399	542	:	:	:
1992	716	428	:	407	548	:	:	:
1993	720	437	:	414	557	386	:	:
1994	717	451	:	414	575	414	:	:
1995	707	464	107	424	588	416	559	:
1996	723	467	111	435	590	424	577	:
1997	722	465	119	447	595	430	594	:
1998	724	468	126	472	613	441	591	1 247
1999	726	468	126	485	622	434	597	1 272
2000	:	:	:	502	:	:	602	1 302

(\*) Les données sur le personnel infirmier et les sages-femmes pour I et UK concernent seulement les personnes employées dans le service national de santé.

NB: Pas de données pour B et IRL.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.24. Nombre de sages-femmes

	B	DK	D	EL	E	F	I	L
1970	:	560	:	:	:	:	:	:
1980	:	751	:	1 704	4 192	9 382	5 727	:
1985	:	1 039	:	1 910	6 207	9 149	6 411	102
1990	:	1 170	:	1 860	6 321	10 705	6 800	124
1991	:	1 198	8 826	1 866	6 250	10 872	:	:
1992	:	1 233	8 812	1 895	6 245	11 205	:	:
1993	:	1 274	8 917	1 916	6 210	11 479	7 740	:
1994	:	1 308	8 938	1 837	6 105	11 957	8 422	72
1995	4 026	1 351	9 105	1 945	6 072	12 218	8 384	75
1996	:	1 399	9 187	2 046	6 314	12 662	8 236	80
1997	4 311	1 480	9 245	2 099	6 095	13 146	8 277	82
1998	4 376	1 548	9 259	2 154	6 699	13 871	8 124	85
1999	4 351	1 611	9 282	2 199	6 344	13 921	6 912	93
2000	4 508	:	:	:	6 439	14 353	:	97

NB: On ne dispose pas de données pour IRL et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>FIN</b>	<b>S</b>	<b>UK (*)</b>	<b>IS</b>	<b>NO</b>	<b>CH</b>	
	:	:	:	510	391	343	:	298	<b>1970</b>
294	:	:	1 443	882	428	511	:	543	<b>1980</b>
361	:	:	1 557	772	502	650	:	:	<b>1985</b>
412	:	:	1 784	884	517	707	:	776	<b>1990</b>
421	:	:	1 806	904	517	710	:	:	<b>1991</b>
440	:	:	1 857	871	519	716	:	:	<b>1992</b>
466	:	:	1 932	860	508	729	:	:	<b>1993</b>
499	:	:	1 997	872	499	736	:	:	<b>1994</b>
520	:	:	2 037	846	500	762	:	:	<b>1995</b>
532	:	:	2 054	840	456	766	:	:	<b>1996</b>
546	:	:	2 074	821	455	769	:	:	<b>1997</b>
555	:	:	2 087	:	506	814	905	:	<b>1998</b>
:	348	:	2 096	:	451	811	:	:	<b>1999</b>
:	375	:	2 102	:	519	:	:	:	<b>2000</b>

	<b>NL</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>FIN</b>	<b>S</b>	<b>IS</b>	<b>NO</b>	<b>CH</b>	
	:	1 322	:	:	:	157	:	:	<b>1970</b>
898	:	1 100	1 067	887	:	154	:	1 410	<b>1980</b>
971	:	1 059	907	3 239	:	189	:	:	<b>1985</b>
1 122	:	1 090	:	3 665	:	202	:	1 779	<b>1990</b>
1 167	:	1 154	:	3 664	6 180	197	:	:	<b>1991</b>
1 203	:	1 204	:	3 881	6 364	200	:	:	<b>1992</b>
1 234	:	1 309	:	3 780	:	195	:	:	<b>1993</b>
1 276	:	1 340	:	3 772	6 676	194	1 097	:	<b>1994</b>
1 332	:	1 441	:	3 837	:	:	:	:	<b>1995</b>
1 357	:	1 457	:	3 895	6 842	:	1 283	:	<b>1996</b>
1 422	:	1 498	:	3 913	:	202	1 301	:	<b>1997</b>
1 515	:	1 534	:	4 020	:	207	1 355	:	<b>1998</b>
1 576	:	1 555	:	4 025	7 314	209	:	:	<b>1999</b>
1 627	:	1 522	:	4 049	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.1.25. Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	E	F	I	L
1970	:	11	:	:	:	:	:	:
1980	:	15	:	18	11	17	10	:
1985	:	20	:	19	16	17	11	28
1990	:	23	:	18	16	19	12	33
1991	:	23	11	18	16	19	:	:
1992	:	24	11	18	16	20	:	:
1993	:	25	11	19	16	20	14	:
1994	:	25	11	:	16	21	15	18
1995	40	26	11	19	15	21	15	18
1996	:	27	11	20	16	22	14	19
1997	42	28	11	20	16	22	14	20
1998	43	29	11	20	17	24	14	20
1999	43	30	11	21	16	24	12	22
2000	44	:	:	:	16	:	:	22

NB: On ne dispose pas de données pour IRL et UK.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.1.26. Nombre de kinésithérapeutes

	B	DK	D	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	:	:	34 572	:	:	:
1985	:	4 046	:	:	34 589	:	:	:
1990	:	5 035	:	2 905	38 257	844	:	:
1991	:	5 245	16 287	2 720	39 323	:	:	:
1992	:	5 455	17 087	2 661	40 254	:	:	:
1993	:	5 702	17 835	2 426	41 858	:	:	:
1994	:	5 923	19 047	2 331	43 968	:	:	:
1995	23 347	6 252	20 112	2 409	45 783	1 099	:	255
1996	24 331	6 540	21 098	1 883	48 819	1 123	10 874	271
1997	24 286	6 891	21 624	2 099	49 476	1 185	9 361	278
1998	25 009	7 247	22 558	2 336	49 341	1 294	:	278
1999	26 050	7 649	23 519	1 824	50 474	1 356	:	273
2000	27 053	:	:	1 721	52 056	:	:	273

NB: On ne dispose pas de données pour EL et P.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	IS	NO	CH	
:	18	:	:	:	77	:	:	1970
6	15	11	19	:	68	:	22	1980
7	14	9	66	:	79	:	:	1985
8	14	:	74	:	80	:	27	1990
8	15	:	73	72	77	:	:	1991
8	15	:	77	74	77	:	:	1992
8	16	:	75	:	74	:	:	1993
8	17	:	74	76	73	25	:	1994
9	18	:	75	:	:	:	:	1995
9	18	:	76	77	:	29	:	1996
9	19	:	76	:	75	30	:	1997
10	19	:	78	:	76	31	:	1998
10	19	:	78	83	76	:	:	1999
10	19	:	78	:	:	:	:	2000

NL	A	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	3 261	1970
:	:	:	:	:	75	:	7 292	1980
:	:	4 557	:	:	133	:	:	1985
:	:	6 232	:	:	206	:	11 327	1990
:	:	6 605	:	:	210	4 000	:	1991
:	:	6 908	:	:	233	:	:	1992
:	:	7 339	6 740	:	247	4 290	:	1993
:	:	7 781	7 028	12 872	252	4 255	:	1994
29 438	:	8 135	7 318	:	270	4 626	:	1995
31 803	1 905	8 531	7 563	14 332	288	4 566	:	1996
32 267	1 992	9 048	:	14 779	321	4 656	:	1997
27 823	:	9 484	7 858	15 206	333	4 840	:	1998
29 188	:	9 784	8 125	:	375	:	:	1999
30 337	:	10 088	:	:	405	5 201	:	2000

## 6.1.27. Nombre de kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

	B	DK	D	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	:	:	64	:	:	:
1985	:	79	:	:	63	:	:	:
1990	:	98	:	7	68	24	:	:
1991	:	102	20	7	69	:	:	:
1992	:	106	21	7	70	:	:	:
1993	:	110	22	6	73	:	:	:
1994	:	114	23	6	76	:	:	:
1995	230	120	25	6	79	31	:	63
1996	240	125	26	5	84	31	19	66
1997	239	131	26	5	85	32	16	66
1998	245	137	27	6	84	35	:	66
1999	255	144	29	5	86	36	:	64
2000	264	:	:	4	:	:	:	63

NB: On ne dispose pas de données pour EL et P.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).



NL	A	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	:	:	53	<b>1970</b>
:	:	:	:	:	33	:	116	<b>1980</b>
:	:	93	:	:	55	:	:	<b>1985</b>
:	:	125	:	:	81	:	170	<b>1990</b>
:	:	132	:	:	82	94	:	<b>1991</b>
:	:	137	:	:	90	:	:	<b>1992</b>
:	:	145	78	:	94	100	:	<b>1993</b>
:	:	153	80	22	95	98	:	<b>1994</b>
191	:	160	83	:	101	106	:	<b>1995</b>
205	24	167	86	24	107	104	:	<b>1996</b>
207	25	176	:	25	119	106	:	<b>1997</b>
178	:	184	89	26	122	110	:	<b>1998</b>
185	:	190	92	:	136	:	:	<b>1999</b>
191	:	195	:	:	145	116	:	<b>2000</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

## 6.2.1. Nombre total de lits d'hôpital (y compris en hôpital psychiatrique)

	EU-15	B	DK	D <sup>(1)</sup>	EL <sup>(2)</sup>	E <sup>(3)</sup>	F	IRL <sup>(1) (4)</sup>	I <sup>(2)</sup>	L
<b>1970</b>	:	80 392	40 100	873 279	54 633	157 598	:	:	564 397	4 289
<b>1980</b>	3 345 845	92 436	41 621	879 605	60 067	201 035	597 800	31 106	548 428	4 667
<b>1985</b>	:	91 790	:	843 854	54 438	175 410	579 750	29 320	470 579	4 587
<b>1990</b>	2 833 495	80 551	29 104	817 692	51 329	165 897	552 755	21 701	410 026	4 483
<b>1991</b>	2 764 783	79 346	28 072	809 737	51 297	164 451	546 423	21 444	385 691	4 438
<b>1992</b>	2 696 347	77 869	26 764	796 905	51 477	161 537	540 074	20 914	389 457	4 429
<b>1993</b>	2 635 004	77 723	26 463	784 289	52 144	158 944	533 070	20 101	380 420	4 560
<b>1994</b>	2 605 022	77 181	26 170	790 851	51 788	157 433	523 242	19 577	373 408	3 672
<b>1995</b>	2 558 907	75 360	25 767	790 756	52 227	154 644	516 361	19 374	356 242	3 405
<b>1996</b>	:	74 480	:	783 631	52 586	153 433	508 075	18 989	372 352	:
<b>1997</b>	:	74 116	24 538	769 294	52 474	166 276	498 982	18 525	334 613	:
<b>1998</b>	:	73 606	24 082	762 596	52 495	164 097	498 929	18 268	315 848	:
<b>1999</b>	2 363 909	73 143	23 352	754 865	51 404	162 608	492 031	18 114	280 438	2 413
<b>2000</b>	:	72 863	:	749 473	:	161 217	485 803	:	268 524	:

<sup>(1)</sup> Lits des maisons médicalisées et lits de soins de jour non compris.

<sup>(2)</sup> Lits en hôpital militaire non compris.

<sup>(3)</sup> Lits des maisons médicalisées et lits de soins de jour partiellement compris.

<sup>(4)</sup> Seuls les lits des hôpitaux publics sont compris.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.2.2. Nombre de lits d'hôpital (y compris en hôpital psychiatrique) pour 100 000 habitants

	EU-15	B	DK	D <sup>(1)</sup>	EL <sup>(2)</sup>	E <sup>(3)</sup>	F	IRL <sup>(1) (4)</sup>	I <sup>(2)</sup>	L
<b>1970</b>	:	:	:	1 116	622	469	:	:	1 059	1 267
<b>1980</b>	:	:	:	1 125	627	540	1 113	917	962	1 284
<b>1985</b>	:	931	:	1 086	549	457	1 051	827	832	1 253
<b>1990</b>	779	810	567	1 034	507	427	977	619	723	1 182
<b>1991</b>	757	795	546	1 015	503	423	960	609	680	1 155
<b>1992</b>	733	777	519	993	500	415	944	590	686	1 136
<b>1993</b>	713	772	511	969	497	407	927	563	668	1 154
<b>1994</b>	702	764	504	972	498	402	906	546	654	1 108
<b>1995</b>	:	744	494	970	500	395	890	539	622	:
<b>1996</b>	:	734	:	958	503	391	872	525	650	:
<b>1997</b>	:	729	465	938	500	423	853	507	582	:
<b>1998</b>	:	722	455	929	499	417	850	495	549	:
<b>1999</b>	630	716	440	920	489	413	834	485	489	562
<b>2000</b>	:	712	:	:	:	409	820	:	466	:

<sup>(1)</sup> Lits des maisons médicalisées et lits de soins de jour non compris.

<sup>(2)</sup> Lits en hôpital militaire non compris.

<sup>(3)</sup> Lits des maisons médicalisées et lits de soins de jour partiellement compris.

<sup>(4)</sup> Seuls les lits des hôpitaux publics sont compris.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL (1)	A	P (1)	FIN	S (4)	UK (4)	IS	NO	CH	
97 900	80 549	54 514	69 376	123 224	536 000	2 643	:	:	<b>1970</b>
95 200	84 382	51 254	74 381	125 863	458 000	3 386	:	56 408	<b>1980</b>
90 600	82 397	44 115	62 000	121 917	421 000	:	:	54 762	<b>1985</b>
86 852	77 970	42 920	45 731	106 484	340 000	2 671	19 667	53 865	<b>1990</b>
86 033	77 643	44 536	44 289	102 152	325 000	2 587	18 785	53 699	<b>1991</b>
85 507	77 059	44 343	42 967	66 045	311 000	2 549	18 361	52 970	<b>1992</b>
84 626	75 563	43 544	41 807	61 258	294 000	2 554	18 061	51 848	<b>1993</b>
82 072	75 203	43 072	41 186	57 167	283 000	2 483	17 590	48 928	<b>1994</b>
80 687	74 863	40 548	40 984	53 689	274 000	2 432	17 646	49 192	<b>1995</b>
80 131	74 061	41 114	41 089	49 468	265 000	:	17 501	47 029	<b>1996</b>
79 998	73 128	40 736	40 586	46 177	257 000	:	17 492	47 000	<b>1997</b>
78 944	72 078	39 936	40 055	33 660	251 000	:	17 585	45 189	<b>1998</b>
78 340	70 999	38 821	39 285	33 096	245 000	:	17 344	44 848	<b>1999</b>
75 409	69 851	39 152	39 007	31 765	243 000	:	17 052	:	<b>2000</b>

NL (1)	A	P (1)	FIN	S (4)	UK (4)	IS	NO	CH	
756	1 080	:	:	1 540	965	:	:	:	<b>1970</b>
676	1 118	:	:	1 516	814	:	:	895	<b>1980</b>
627	823	582	1267	1 461	744	:	:	848	<b>1985</b>
583	786	558	919	1 249	592	1 053	465	807	<b>1990</b>
573	776	542	886	1 189	563	1 011	442	796	<b>1991</b>
565	770	532	854	764	537	981	430	774	<b>1992</b>
555	756	515	827	705	506	973	420	751	<b>1993</b>
535	761	507	811	654	486	937	407	702	<b>1994</b>
523	755	504	804	609	468	911	406	701	<b>1995</b>
517	746	510	803	560	451	:	401	666	<b>1996</b>
514	737	481	791	522	436	:	398	664	<b>1997</b>
504	724	495	778	380	425	:	398	637	<b>1998</b>
497	712	480	761	374	413	:	390	630	<b>1999</b>
475	699	:	754	359	408	:	381	:	<b>2000</b>

## 6.2.3. Durée moyenne d'hospitalisation

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	:	18,1	23,7	15,0	:	18,3	:	19,1	27,0
1980	17,4	19,5	12,7	19,0	13,3	14,8	16,7	9,8	13,5	23,2
1985	15,7	16,9	11,0	17,4	11,6	13,4	15,5	8,4	12,2	20,4
1990	14,6	13,8	8,2	17,2	9,9	12,2	13,3	7,9	11,7	17,6
1991	13,8	13,0	8,0	16,2	9,9	11,9	11,9	7,8	11,6	17,6
1992	13,1	12,3	7,8	15,6	9,2	11,5	11,7	8,0	11,2	16,5
1993	12,5	12,0	7,6	15,0	8,8	11,5	11,7	7,9	11,1	15,7
1994	12,3	11,7	7,5	14,7	8,5	11,3	11,7	7,7	10,8	15,5
1995	11,8	11,4	7,3	14,2	8,2	10,0	11,2	7,6	10,1	15,3
1996	11,5	11,1	7,2	13,5	8,2	10,0	11,2	7,5	9,4	15,3
1997	10,9	11,1	7,1	12,5	8,6	9,7	10,7	7,6	8,1	:
1998	:	:	6,9	12,3	8,3	:	10,7	7,6	8,0	:
1999	:	:	:	12,0	:	:	10,6	7,6	:	:
2000	:	:	:	11,9	:	:	:	7,5	:	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

(jours)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
38,2	22,2	23,8	24,4	27,2	25,7	28,3	21,0	26,0	<b>1970</b>
34,7	17,9	14,4	21,6	23,2	19,1	23,0	14,3	24,7	<b>1980</b>
34,3	15,2	13,9	19,9	21,2	15,8	21,4	11,6	24,4	<b>1985</b>
34,1	12,8	10,8	18,2	18,0	15,6	18,3	:	:	<b>1990</b>
33,8	12,3	10,5	18,8	16,8	14,1	17,8	:	:	<b>1991</b>
33,5	11,8	10,1	16,6	10,1	12,4	16,8	:	:	<b>1992</b>
33,3	11,4	9,9	14,8	9,4	10,2	20,1	:	:	<b>1993</b>
32,7	11,3	9,5	13,1	8,1	10,0	20,3	10,1	:	<b>1994</b>
32,8	10,9	9,8	11,8	7,8	9,9	20,0	10,0	:	<b>1995</b>
32,5	10,5	9,8	11,6	7,5	9,8	:	9,9	:	<b>1996</b>
31,7	9,7	9,3	11,1	6,6	:	:	9,3	14,7	<b>1997</b>
33,7	9,3	9,0	10,9	6,6	:	:	9,0	13,7	<b>1998</b>
33,3	8,9	:	10,6	6,7	:	:	8,7	13,2	<b>1999</b>
33,4	8,6	:	10,3	6,4	:	:	8,9	12,8	<b>2000</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

## 6.2.5. Nombre de lits en hôpital psychiatrique

	EU-15	B	DK	D <sup>(1)</sup>	EL <sup>(2)</sup>	E	F	IRL	I <sup>(3)</sup>	L
1970	:	26 553	:	123 773	:	:	:	:	119 351	1 343
1980	:	24 182	:	121 164	:	42 694	:	13 441	82 187	:
1985	:	21 870	:	114 850	13 231	35 342	111 657	12 097	63 188	:
1990	492 120	19 371	4 934	103 916	11 889	27 352	99 780	7 992	47 786	852
1991	489 337	19 146	4 776	123 033	11 675	26 400	96 100	7 638	42 431	797
1992	461 606	17 939	4 375	115 197	11 480	25 050	92 632	6 912	41 168	797
1993	436 810	17 883	4 292	107 507	11 489	24 390	87 979	6 457	39 668	734
1994	422 550	17 209	4 300	108 343	10 654	24 165	83 350	6 110	39 115	524
1995	400 014	17 077	4 246	107 497	11 530	23 639	80 303	5 812	27 584	414
1996	:	16 683	4 262	104 780	11 205	23 071	77 925	5 407	31 198	:
1997	:	16 683	4 214	104 166	11 236	22 278	70 062	4 999	22 568	:
1998	:	16 665	4 177	104 231	11 323	:	70 060	4 807	18 825	:
1999	:	16 590	4 198	104 274	10 552	16 871	67 458	4 614	9 217	:
2000	:	16 548	:	104 935	:	16 247	65 418	4 651	7 843	:

<sup>(1)</sup> De 1970 à 1990, lits d'hôpital en Allemagne de l'Ouest seulement.

<sup>(2)</sup> Lits en hôpital militaire non compris.

<sup>(3)</sup> Seuls les lits des hôpitaux publics sont compris.

<sup>(4)</sup> Seulement Angleterre et pays de Galles.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.2.6. Nombre de lits en hôpital psychiatrique pour 100 000 habitants

	EU-15	B	DK	D <sup>(1)</sup>	EL <sup>(2)</sup>	E	F	IRL	I <sup>(3)</sup>	L
1970	:	275	:	158	:	:	:	:	222	397
1980	:	245	:	155	:	115	242	396	146	357
1985	:	222	:	148	133	92	92	341	112	300
1990	135	195	96	131	118	70	170	228	84	225
1991	134	192	93	154	115	68	163	217	75	207
1992	126	179	85	144	112	64	154	195	73	205
1993	118	178	83	133	111	63	145	181	70	186
1994	114	170	83	133	102	62	139	171	69	131
1995	108	169	81	132	110	60	134	162	48	102
1996	:	165	81	128	107	59	129	149	54	:
1997	:	164	80	127	107	38	120	137	39	:
1998	:	164	79	127	108	:	119	130	33	:
1999	:	162	79	127	:	43	114	124	16	:
2000	:	162	:	:	:	41	111	123	:	:

<sup>(1)</sup> De 1970 à 1990, lits d'hôpital en Allemagne de l'Ouest seulement.

<sup>(2)</sup> Lits en hôpital militaire non compris.

<sup>(3)</sup> Seuls les lits des hôpitaux publics sont compris.

<sup>(4)</sup> Seulement Angleterre et pays de Galles.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S <sup>(3)</sup>	UK <sup>(4)</sup>	IS	NO	CH	
:	:	:	19 628	:	:	:	9 730	18 491	<b>1970</b>
:	:	:	18 972	26 962	:	:	7 640	14 012	<b>1980</b>
:	9 414	8 478	16 470	20 906	137 950	:	5 087	12 898	<b>1985</b>
24 532	7 607	8 799	9 977	14 533	103 200	383	3 627	11 036	<b>1990</b>
24 660	7 478	8 481	8 962	12 960	94 800	367	3 467	10 941	<b>1991</b>
24 476	7 128	7 263	8 093	11 846	87 250	375	3 310	10 479	<b>1992</b>
24 642	6 976	7 100	7 278	10 865	79 550	346	3 338	9 793	<b>1993</b>
24 967	6 774	7 154	6 788	9 797	73 300	346	3 175	9 370	<b>1994</b>
24 308	6 493	7 191	6 448	8 372	69 100	315	3 112	9 686	<b>1995</b>
24 569	5 978	7 320	6 167	7 276	64 150	:	3 013	9 096	<b>1996</b>
24 541	5 775	7 117	5 850	6 267	60 250	:	3 037	8 042	<b>1997</b>
24 054	5 414	6 958	5 613	5 872	57 600	:	3 190	8 501	<b>1998</b>
24 104	5 078	:	5 479	5 786	:	:	3 151	8 581	<b>1999</b>
23 989	4 969	6 754	5 355	5 565	:	:	3 108	8 589	<b>2000</b>

NL	A	P	FIN	S <sup>(3)</sup>	UK <sup>(4)</sup>	IS	NO	CH	
:	:	:	425	:	:	:	252	300	<b>1970</b>
:	:	:	398	325	:	:	187	222	<b>1980</b>
:	124	112	337	251	250	:	123	200	<b>1985</b>
165	99	114	201	170	184	151	86	165	<b>1990</b>
164	96	109	179	151	169	143	82	162	<b>1991</b>
162	91	92	161	137	155	144	78	153	<b>1992</b>
162	88	89	144	125	141	132	78	142	<b>1993</b>
163	85	89	134	112	129	131	73	134	<b>1994</b>
158	81	89	127	95	121	118	72	138	<b>1995</b>
159	74	91	121	82	112	:	71	129	<b>1996</b>
158	72	88	114	71	105	:	71	114	<b>1997</b>
154	67	86	109	66	100	:	72	120	<b>1998</b>
153	63	:	106	65	:	:	71	120	<b>1999</b>
151	61	66	104	63	:	:	69	120	<b>2000</b>



## 6.2.7. Nombre de lits d'hôpital réservés aux soins aigus

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	45 828	:	457 004	:	:	:	:	:	:
1980	:	53 889	27 126	476 652	45 651	:	334 796	14 459	444 143	2 710
1985	:	57 693	24 137	462 124	41 373	135 120	312 548	14 533	393 447	2 765
1990	:	48 975	21 333	474 083	40 675	129 903	292 852	11 254	349 398	2 671
1991	:	48 597	20 494	598 073	40 114	127 080	288 746	11 373	330 764	2 671
1992	:	48 304	19 591	591 830	40 360	123 865	284 718	11 215	335 592	2 671
1993	:	48 281	19 583	578 621	40 655	122 131	279 624	10 948	328 320	2 737
1994	1 738 833	48 465	19 188	569 638	41 134	121 743	270 972	10 960	321 266	2 629
1995	1 709 511	47 241	18 984	564 624	40 697	119 065	266 141	11 093	316 451	2 342
1996	1 700 499	46 793	18 769	552 149	41 381	118 152	260 276	11 107	328 083	2 342
1997	1 648 945	46 477	18 347	540 914	41 238	116 507	253 759	10 934	299 805	2 342
1998	:	46 000	18 067	533 770	41 172	:	253 706	10 858	285 488	2 342
1999	:	45 163	17 758	528 946	40 852	:	248 972	10 775	260 737	:
2000	:	44 827	:	523 114	:	:	244 707	10 852	:	:

NB: Données pour UK: seulement Angleterre et pays de Galles.  
Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.2.8. Nombre de lits d'hôpital réservés aux soins aigus pour 100 000 habitants

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	:	474	:	584	:	:	:	:	:	:
1980	:	547	530	610	476	:	623	426	788	746
1985	:	585	472	595	417	352	567	410	695	755
1990	:	492	415	599	402	335	518	321	616	704
1991	:	487	398	750	393	327	508	323	583	695
1992	:	482	380	737	392	318	498	316	591	685
1993	:	480	378	715	400	313	486	307	576	693
1994	470	480	369	700	395	311	469	306	562	656
1995	460	466	364	693	396	304	459	308	553	576
1996	457	461	357	675	401	301	447	307	572	567
1997	441	457	348	660	401	201	434	299	522	560
1998	:	451	341	651	399	:	432	294	496	553
1999	:	442	334	645	396	:	422	289	453	:
2000	:	438	:	:	:	:	413	287	:	:

NB: Données pour UK: seulement Angleterre et pays de Galles.  
Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	36 157	22 300	:	:	:	21 099	44 072	<b>1970</b>
:	:	40 564	23 456	42 285	194 350	:	19 515	44 912	<b>1980</b>
:	56 361	36 650	23 502	38 689	182 000	:	19 359	43 850	<b>1985</b>
:	54 437	35 922	17 401	35 403	157 050	1 034	15 318	43 851	<b>1990</b>
:	53 556	35 707	16 791	33 943	154 100	1 068	15 051	43 531	<b>1991</b>
:	53 211	36 708	16 154	31 737	150 700	1 058	14 723	43 301	<b>1992</b>
:	52 884	36 074	15 777	29 659	146 800	1 057	14 415	42 175	<b>1993</b>
54 139	53 143	35 608	18 527	28 171	143 300	1 086	14 534	40 409	<b>1994</b>
53 267	52 856	33 117	15 135	26 848	141 650	1 091	14 396	40 383	<b>1995</b>
52 603	52 515	33 794	15 162	24 973	142 400	:	14 377	:	<b>1996</b>
52 773	52 024	33 619	14 155	23 801	142 250	:	14 346	:	<b>1997</b>
52 672	51 311	32 978	13 412	22 751	141 300	:	14 161	33 510	<b>1998</b>
52 148	50 796	:	12 920	22 485	:	:	14 193	33 540	<b>1999</b>
52 050	50 313	:	12 576	21 966	:	:	13 944	:	<b>2000</b>

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	416	483	:	:	:	546	714	<b>1970</b>
:	:	418	492	509	345	:	478	713	<b>1980</b>
:	744	484	480	464	322	:	467	679	<b>1985</b>
:	708	467	350	415	273	407	362	657	<b>1990</b>
:	689	460	336	395	267	417	354	645	<b>1991</b>
:	676	467	321	367	260	407	345	633	<b>1992</b>
:	664	453	312	341	253	403	335	611	<b>1993</b>
353	663	444	365	322	246	410	336	580	<b>1994</b>
345	657	412	297	305	242	409	331	575	<b>1995</b>
340	652	420	296	283	243	:	329	:	<b>1996</b>
339	645	417	276	269	242	:	327	:	<b>1997</b>
337	635	408	261	257	239	:	321	472	<b>1998</b>
331	628	:	250	254	:	:	319	471	<b>1999</b>
328	621	:	243	248	:	:	311	:	<b>2000</b>

## 6.2.9. Nombre de lits réservés aux soins de longue durée

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	49 126	102 982	1 400	:	38 550	16 360	15 930
1985	:	49 736	135 854	2 500	4 948	55 080	17 469	13 944
1990	12 203	44 847	219 531	3 045	8 462	68 531	17 652	12 842
1991	11 603	42 285	269 593	3 045	10 971	70 835	:	12 496
1992	11 625	40 449	278 461	:	12 622	73 772	:	12 697
1993	11 559	39 190	300 208	2 710	12 423	76 414	:	12 432
1994	11 507	37 683	308 554	2 710	11 525	77 871	19 572	13 027
1995	11 042	36 468	301 961	2 710	11 940	78 500	19 621	12 207
1996	10 902	36 444	344 732	2 630	12 210	79 000	20 061	13 071
1997	10 956	35 423	363 878	2 580	12 518	80 817	21 447	12 240
1998	10 941	34 786	:	:	:	81 573	20 250	11 535
1999	11 390	31 244	645 456	:	11 898	82 187	:	10 527
2000	11 488	29 685	:	:	11 005	83 531	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour P et FIN.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

## 6.2.10. Nombre de lits réservés aux soins de longue durée pour 100 000 habitants

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1970	:	:	:	:	:	:	:	:
1980	:	959	132	15	:	72	482	28
1985	:	973	175	25	13	100	493	25
1990	123	873	278	30	22	121	503	23
1991	116	822	338	30	28	125	:	22
1992	116	784	347	:	32	129	:	22
1993	115	757	371	26	32	133	:	22
1994	114	725	379	26	30	135	546	23
1995	:	699	370	26	31	135	545	21
1996	:	694	421	25	31	136	554	23
1997	:	:	444	25	22	138	587	21
1998	107	:	:	:	:	139	548	20
1999	112	:	787	:	30	139	:	18
2000	112	557	:	:	28	141	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour P et FIN.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

L	NL	A	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	628	27 602	:	<b>1970</b>
:	:	:	44 859	26 900	646	30 380	:	<b>1980</b>
654	49 252	16 622	51 529	38 000	758	45 607	:	<b>1985</b>
786	51 674	15 926	45 965	199 800	1 042	45 628	:	<b>1990</b>
786	52 059	15 653	45 091	218 600	1 082	45 946	:	<b>1991</b>
919	52 662	15 601	12 600	232 500	1 126	45 890	:	<b>1992</b>
1 392	53 702	14 739	10 691	250 200	:	45 767	:	<b>1993</b>
1 512	54 423	15 403	6 284	258 500	:	44 941	:	<b>1994</b>
1 633	55 464	15 500	5 581	264 700	:	43 928	:	<b>1995</b>
1 777	56 434	15 544	4 699	268 500	:	43 735	:	<b>1996</b>
:	56 942	15 379	3 740	268 800	:	43 377	89 404	<b>1997</b>
:	57 506	15 353	3 627	260 500	:	43 196	86 591	<b>1998</b>
:	57 445	15 125	3 502	251 900	:	43 240	83 296	<b>1999</b>
:	58 179	14 569	3 189	:	:	42 876	84 031	<b>2000</b>

L	NL	A	S	UK	IS	NO	CH	
:	:	:	:	:	308	715	:	<b>1970</b>
:	:	:	540	48	285	745	:	<b>1980</b>
179	341	220	618	67	315	1 100	:	<b>1985</b>
207	347	207	539	348	411	1 078	:	<b>1990</b>
205	347	202	525	379	423	1 081	:	<b>1991</b>
236	348	198	146	402	434	1 074	:	<b>1992</b>
352	352	185	123	431	:	1 065	:	<b>1993</b>
:	355	192	72	444	:	1 039	:	<b>1994</b>
:	360	193	63	453	:	1 010	:	<b>1995</b>
:	364	193	53	457	:	1 001	:	<b>1996</b>
:	366	191	42	:	:	988	1 263	<b>1997</b>
:	367	190	41	:	:	978	1 220	<b>1998</b>
:	365	187	40	:	:	973	1 169	<b>1999</b>
:	367	180	36	:	:	957	1 173	<b>2000</b>

## 6.2.13. Nombre moyen de nuits d'hospitalisation, par habitant et par sexe

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>	<b>1996</b>	1,5	1,5	1,1	2,9	0,8	0,9	1,3	1,0
	<b>1997</b>	1,4	1,8	1,5	2,1	0,9	1,0	1,2	1,3
	<b>1998</b>	1,3	1,6	1,6	2,0	0,7	1,0	1,4	1,2
<b>Hommes</b>	<b>1996</b>	1,5	1,4	1,1	2,9	1,0	1,0	1,2	0,8
	<b>1997</b>	1,3	1,4	1,4	1,9	1,0	1,0	1,2	1,0
	<b>1998</b>	1,2	1,5	1,1	1,9	0,8	1,0	1,2	1,1
<b>Femmes</b>	<b>1996</b>	1,6	1,7	1,2	2,8	0,7	0,8	1,4	1,2
	<b>1997</b>	1,5	2,1	1,5	2,3	0,8	1,0	1,3	1,7
	<b>1998</b>	1,4	1,7	2,0	2,2	0,6	1,0	1,5	1,3

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

## 6.2.14. Durée totale de séjour des personnes hospitalisées, par sexe

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Total</b>	<b>1996</b>	14,1	13,4	11,9	21,3	14,4	12,5	12,7	10,0
	<b>1997</b>	13,4	14,6	13,6	17,0	12,3	12,4	12,0	12,4
	<b>1998</b>	13,0	14,4	15,3	16,8	11,5	12,1	12,7	11,6
<b>Hommes</b>	<b>1996</b>	14,2	12,7	11,8	22,2	15,5	13,2	12,3	9,2
	<b>1997</b>	13,8	13,8	13,9	17,2	12,4	13,4	11,6	10,1
	<b>1998</b>	13,2	14,0	13,8	18,0	13,0	11,8	12,4	11,2
<b>Femmes</b>	<b>1996</b>	13,9	14,0	12,0	20,6	13,0	11,8	13,1	10,7
	<b>1997</b>	13,0	15,1	13,3	16,8	12,1	11,6	12,3	14,1
	<b>1998</b>	13,0	14,7	16,2	15,9	10,2	12,5	13,0	11,9

NB: On ne dispose pas de données pour S.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
1,2	1,7	0,9	2,1	0,8	1,7	(0,8)	1996	Total
1,2	:	0,9	2,4	0,8	1,3	1,1	1997	
1,1	:	0,8	2,0	0,8	:	1,0	1998	
1,2	1,8	0,9	1,8	1,0	1,7	(0,6)	1996	Hommes
1,3	:	0,6	2,1	0,9	1,3	1,0	1997	
1,0	:	0,7	1,7	0,8	:	0,8	1998	
1,3	1,7	1,0	2,5	0,6	1,7	1,0	1996	Femmes
1,2	:	1,1	2,7	0,7	1,4	1,1	1997	
1,2	:	0,9	2,3	0,7	:	1,1	1998	

(nuits)

379



eurostat

I	L	NL	A	P	FIN	UK		
13,5	13,5	12,0	15,7	12,9	11,9	(7,7)	1996	Total
13,5	:	11,3	17,1	14,2	10,1	10,2	1997	
12,7	:	10,5	13,9	12,6	:	9,2	1998	
13,4	14,6	12,9	15,0	14,8	12,7	(6,9)	1996	Hommes
14,2	:	10,2	17,0	18,4	10,4	11,6	1997	
11,9	:	10,5	13,1	12,4	:	9,8	1998	
13,7	12,6	11,3	16,2	11,0	11,2	8,2	1996	Femmes
13,0	:	11,9	17,1	11,1	9,8	9,3	1997	
13,4	:	10,5	14,6	12,8	:	8,8	1998	

## 6.2.16. Sorties d'hôpital par principaux groupes de diagnostic (CIM-10) pour 100 000 habitants, 1999

	B <sup>(1)</sup>	DK	D	EL <sup>(1)</sup>	E <sup>(1)</sup>	F	IRL	I
Ensemble des sorties d'hôpital par diagnostic principal	15 584	17 611	19 529	13 507	11 276	25 699	12 491	16 106
Maladies infectieuses et parasitaires	389	478	365	374	186	425	376	311
Tumeurs	:	2 054	2 317	:	861	1 960	:	1 422
Tumeurs malignes	976	1 611	1 815	1 229	625	1 147	657	1 043
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire	115	214	125	334	79	183	121	133
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	410	468	567	240	196	610	196	350
Troubles mentaux et du comportement	:	257	1 037	330	262	509	100	463
Troubles névrotiques, de la personnalité et autres troubles mentaux non psychotiques	:	190	617	:	39	273	:	226
Maladies du système nerveux et des organes des sens	852	764	1 209	796	594	1 993	538	1 176
Maladies du système nerveux central et périphérique	:	457	487	:	146	769	:	341
Maladies de l'œil et des annexes	:	177	513	:	372	913	:	669
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	:	131	209	:	77	312	:	166
Maladies de l'appareil circulatoire	2 351	2 590	3 369	1 952	1 292	2 244	1 413	2 592
Maladies hypertensives	:	91	228	:	46	86	:	193
Cardiopathies ischémiques	:	808	1 036	:	104	480	460	588
Maladies de l'appareil respiratoire	1 440	1 622	1 266	1 073	1 036	1 393	1 497	1 239
Grippe et pneumonie	:	449	633	:	202	205	277	244
Affections aiguës des voies respiratoires et autres maladies des voies respiratoires supérieures	:	366	311	:	344	566	:	526
Maladies de l'appareil digestif	1 728	1 640	1 912	1 480	1 281	2 835	1 278	1 809
Appendicite	:	446	227	:	117	230	147	165
Hernie abdominale	:	237	332	:	335	406	:	359
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	172	266	292	1 162	137	398	245	253
Maladies du système ostéo-articulaire/du tissu conjonctif	1 349	1 025	1 450	1 214	630	1 507	521	942
Arthropathies et autres affections apparentées	:	454	725	:	284	741	:	390
Affections du dos	:	320	396	:	98	351	:	261
Rhumatisme à l'exclusion du dos	:	174	171	:	90	280	:	149
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 045	1 021	1 283	231	732	1 416	799	1 112
Néphrite, syndrome néphritique, néphroses et autres maladies de l'appareil urinaire	:	438	517	:	53	564	:	488
Maladies des organes génitaux de l'homme	:	179	178	:	156	317	:	200
Affections du sein et des organes génitaux de la femme	:	394	588	:	283	526	:	424
Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité	1 349	1 747	1 290	571	1 248	2 062	2 145	1 378
Certaines infections dont l'origine se situe dans la période périnatale	60	172	132	117	135	246	146	267
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	115	189	136	165	87	200	120	156
Symptômes et états morbides mal définis	629	1 214	784	967	707	1 496	1 373	883
Lésion, intoxication et certaines autres conséquences des causes extérieures	:	1 878	1 995	:	850	2 108	:	1 624
Fractures	:	778	879	:	398	752	:	685
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	1 678	1 874	1 995	1 273	849	:	1 130	1 622

(1) B, E, L et S: 1998, EL: 1997.

(2) Angleterre: fin épisodes consultation.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).



L (*)	NL	A	P	FIN	S (*)	Angleterre (†)	NO	
20 845	9 618	28 093	8 728	26 755	16 650	24 594	15 677	Ensemble des sorties d'hôpital par diagnostic principal
347	118	359	200	741	458	290	378	Maladies infectieuses et parasitaires
:	900	3 482	:	2 393	:	2 719	:	Tumeurs
1 485	791	2 871	507	1 838	1 441	2 147	1 449	Tumeurs malignes
19	89	206	58	202	125	297	104	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire
313	179	1 007	173	554	372	327	224	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
1 102	138	1 507	112	1 778	1 051	467	194	Troubles mentaux et du comportement
:	:	773	:	496	:	147	:	Troubles névrotiques, de la personnalité et autres troubles mentaux non psychotiques
753	404	2 032	392	2 191	740	1 389	477	Maladies du système nerveux et des organes des sens
:	146	744	:	959	:	465	:	Maladies du système nerveux central et périphérique
:	193	921	:	907	:	734	:	Maladies de l'œil et des annexes
:	66	367	:	325	:	185	:	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde
2 447	1 474	3 970	1 046	3 983	2 983	2 138	2 396	Maladies de l'appareil circulatoire
:	:	331	:	132	:	44	:	Maladies hypertensives
:	552	899	:	1 136	:	736	898	Cardiopathies ischémiques
2 135	673	2 099	718	2 430	1 193	1 500	1 380	Maladies de l'appareil respiratoire
:	299	432	:	559	:	218	:	Grippe et pneumonie
:	125	989	:	1 177	:	455	:	Affections aiguës des voies respiratoires et autres maladies des voies respiratoires supérieures
1 905	839	2 294	924	1 837	1 330	2 623	1 166	Maladies de l'appareil digestif
:	96	229	:	143	:	77	:	Appendicite
:	172	376	:	336	:	317	:	Hernie abdominale
216	96	430	133	336	125	438	160	Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
527	681	2 739	259	2 270	895	2 144	1 004	Maladies du système ostéo-articulaire/du tissu conjonctif
:	306	1 040	:	1 155	:	654	:	Arthropathies et autres affections apparentées
:	171	982	:	495	:	297	:	Affections du dos
:	98	354	:	394	:	248	:	Rhumatisme à l'exclusion du dos
:	489	1 753	487	1 422	833	1 349	793	Maladies de l'appareil génito-urinaire
:	184	666	:	643	:	669	:	Néphrite, syndrome néphritique, néphroses et autres maladies de l'appareil urinaire
:	88	301	:	217	:	239	:	Maladies des organes génitaux de l'homme
:	217	786	:	562	:	699	:	Affections du sein et des organes génitaux de la femme
31	848	1 505	1 216	1 693	1 279	1 985	1 607	Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité
134	415	153	26	152	151	315	205	Certaines infections dont l'origine se situe dans la période périnatale
107	86	195	77	230	145	167	225	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
671	689	886	121	1 722	1 598	2 786	1 088	Symptômes et états morbides mal définis
:	762	2 960	:	2 156	:	:	:	Lésion, intoxication et certaines autres conséquences des causes extérieures
:	336	724	:	933	:	562	:	Fractures
1 752	762	:	696	2 139	1 631	1 534	1 680	Causes externes de blessure et d'empoisonnement

## 6.2.17. Durée moyenne du séjour à l'hôpital pour le diagnostic principal (CIM-10), 1999

	B <sup>(1)</sup>	DK	D	EL <sup>(1)</sup>	E <sup>(1)</sup>	F	IRL	I
I Maladies infectieuses et parasitaires	8,3	5,3	9,3	7,0	9,5	6,7	4,4	8,0
II Néoplasmes	:	:	10,4	:	10,8	:	:	10,3
III Néoplasmes malins	12,5	7,4	:	9,8	13,0	10,2	7,6	11,7
IV Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire	15,1	5,5	9,7	8,8	9,1	7,1	4,4	9,0
V Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9,5	6,8	10,8	3,4	10,7	7,5	4,9	7,8
VI Troubles mentaux et du comportement	7,5	6,1	26,9	95,7	62,1	6,8	8,5	12,9
VII Maladies du système nerveux et des organes des sens	7,4	5,5	8,0	10,2	5,9	4,3	4,1	4,8
VIII Maladies de l'appareil circulatoire	9,9	7,4	11,3	9,7	10,2	7,7	8,2	8,3
IX Maladies de l'appareil respiratoire	9,2	5,5	9,0	6,1	8,1	6,8	6,0	7,5
X Maladies de l'appareil digestif	7,0	5,0	6,5	8,0	7,2	5,8	3,7	7,1
XI Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	12,0	6,2	12,1	6,7	7,8	6,3	3,4	6,8
XII Maladies du système ostéo-articulaire/du tissu conjonctif	12,0	7,6	12,4	4,8	8,0	7,2	5,6	7,0
XIII Maladies de l'appareil génito-urinaire	6,1	4,1	8,2	7,7	6,2	5,2	3,6	5,8
XIV Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité	5,6	3,4	12,2	11,5	3,9	5,5	3,6	4,4
XV Certaines infections dont l'origine se situe dans la période périnatale	10,9	10,8	14,7	9,2	9,8	10,0	9,9	7,8
XVI Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	6,0	4,2	14,7	8,3	7,1	5,5	4,1	5,9
XVII Symptômes et états morbides mal définis	5,4	3,5	10,1	5,3	7,1	5,0	3,1	5,8
XVIII Lésion, intoxication et certaines autres conséquences des causes extérieures	:	:	13,4	:	17,5	:	:	5,9
XIX Causes externes de blessure et d'empoisonnement	9,4	6,1	:	7,2	:	6,0	4,7	5,9
Admissions spéciales (y compris enfants nés vivants dans les hôpitaux)	:	:	10,8	:	:	:	:	4,7
Toutes les catégories non classées ailleurs	:	:	:	:	:	4,7	:	:
Pas de diagnostic	:	:	10,8	:	:	:	:	8,2
<b>Total</b>	<b>8,6</b>	<b>5,4</b>	<b>10,5</b>	<b>9,8</b>	<b>9,1</b>	<b>6,2</b>	<b>4,8</b>	<b>7,1</b>

(<sup>1</sup>) B, E, L et S: 1998, EL: 1997.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

(jours)

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

L (°)	NL	A	P	FIN	S (°)	Angleterre	NO	
4,9	11,1	9,6	11,4	6,9	5,2	:	6,2	I Maladies infectieuses et parasitaires
:	10,8	6,9	:	7,0	:	:	:	II Néoplasmes
8,7	11,2	7,1	13,3	7,7	8,1	8,1	8,8	III Néoplasmes malins
4,4	8,4	6,7	8,6	6,2	5,6	8,4	5,6	IV Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, système immunitaire
8,9	11,7	10,4	9,4	10,1	6,9	8,6	6,2	V Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
12,7	29,5	17,1	16,6	39,5	21,6	6,2	5,1	VI Troubles mentaux et du comportement
8,3	7,1	7,1	4,9	9,0	5,6	:	5,1	VII Maladies du système nerveux et des organes des sens
8,4	10,5	14,1	8,5	15,6	7,0	14,8	6,6	VIII Maladies de l'appareil circulatoire
5,0	9,1	8,9	8,4	11,3	5,4	10,6	6,2	IX Maladies de l'appareil respiratoire
5,9	8,2	7,9	6,8	5,2	4,9	8,1	5,6	X Maladies de l'appareil digestif
6,7	11,0	7,6	6,8	6,7	7,3	1,9	7,7	XI Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané
6,0	9,2	11,2	8,8	6,0	7,1	7,6	7,2	XII Maladies du système ostéo-articulaire/du tissu conjonctif
:	7,0	6,0	6,0	5,0	4,5	6,5	4,8	XIII Maladies de l'appareil génito-urinaire
5,6	4,5	5,6	3,6	3,6	3,4	5,1	4,4	XIV Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité
9,5	7,5	10,9	7,9	9,4	10,4	15,4	11,5	XV Certaines infections dont l'origine se situe dans la période périnatale
3,5	7,7	7,0	6,0	5,1	4,8	7,2	5,6	XVI Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
4,5	6,9	7,3	5,3	5,1	2,9	5,1	2,9	XVII Symptômes et états morbides mal définis
:	10,6	8,0	:	9,6	:	:	:	XVIII Lésion, intoxication et certaines autres conséquences des causes extérieures
7,0	:	:	9,5	9,7	6,3	8,4	5,4	XIX Causes externes de blessure et d'empoisonnement
:	4,6	5,3	:	4,8	:	:	:	Admissions spéciales (y compris enfants nés vivants dans les hôpitaux)
:	:	:	4,2	:	7,0	6,9	:	Toutes les catégories non classées ailleurs
:	:	:	:	14,6	:	:	:	Pas de diagnostic
6,4	8,7	9,3	7,0	10,6	6,7	8,4	6,1	<b>Total</b>

## 6.2.18. Équipements médicaux de haute technologie par million d'habitants

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>Scanners CT</b>									
1980	0,2	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	16,1	4,3	10,1	2,3	:	6,7	4,3	6,0	15,6
1995	:	7,3	15,6	4,4	8,3	9,2	:	:	24,2
1996	:	7,6	16,4	4,9	9,0	9,4	:	12,7	24,1
1997	:	9,1	17,1	5,7	9,3	9,7	:	14,6	23,8
1998	:	9,1	:	6,6	10,2	9,7	:	17,8	23,4
1999	:	10,2	:	7,8	11,6	9,6	:	19,6	25,4
2000	:	10,9	:	:	12,2	:	:	:	25,1
<b>Appareils d'imagerie par résonance magnétique</b>									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	2,0	2,5	1,9	0,3	:	0,8	0,3	1,3	2,6
1995	3,2	:	4,8	1,1	2,7	2,1	:	:	2,4
1996	3,2	:	5,7	1,7	3,2	2,3	:	3,4	2,4
1997	3,2	:	6,2	1,5	3,3	2,5	:	4,1	2,4
1998	:	:	:	1,3	3,8	2,6	:	6,3	2,3
1999	:	5,5	:	1,5	4,6	2,8	:	6,7	2,3
2000	:	6,6	:	:	4,9	:	:	:	4,6
<b>Équipement de radiothérapie</b>									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	5,1	5,4	:	:	:	1,3	:
1995	6,1	:	4,5	5,8	3,3	7,5	:	:	:
1996	6,4	:	4,7	5,4	3,3	7,6	:	2,3	:
1997	6,4	:	4,6	4,3	3,3	7,8	:	2,4	:
1998	:	:	:	3,6	3,5	7,9	:	3,1	:
1999	:	:	:	4,2	3,6	7,2	:	3,7	:
2000	:	5,2	:	:	3,8	:	:	:	2,3
<b>Lithotriteurs</b>									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	1,2	2,4	:	0,7	:	1,7	:
1995	:	:	1,6	3,1	1,7	0,8	:	2,4	2,4
1996	:	:	1,7	3,2	1,8	0,8	:	2,9	2,4
1997	:	:	1,7	3,1	1,8	0,8	:	:	2,4
1998	:	:	:	3,0	1,9	0,8	:	:	2,3
1999	:	:	:	:	1,8	0,9	:	:	2,3
2000	:	:	:	:	1,8	:	:	:	2,3
<b>Stations d'hémodialyse</b>									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	:	78,7	:	:	:	:	:
1995	5,8	:	:	115,4	59,7	156,3	:	:	12,1
1996	5,5	:	:	:	63,2	164,0	:	:	12,0
1997	5,6	:	:	:	63,6	169,7	:	156,3	11,9
1998	:	:	:	136,2	:	172,4	:	186,7	11,7
1999	:	:	:	153,4	:	178,6	:	194,1	11,6
2000	:	:	:	166,0	:	:	:	:	11,4
<b>Mammographes</b>									
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	:	:	:	:	:	:	:	:	24,2
1996	:	:	:	:	:	:	:	:	24,1
1997	:	:	:	:	:	:	:	:	23,8
1998	:	:	:	:	:	:	:	:	23,4
1999	:	:	:	:	:	:	:	:	23,1
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	22,8

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
									<b>Scanners CT</b>
:	:	1,5	1,9	:	0,0	:	2,3	:	<b>1980</b>
7,3	11,7	4,5	9,8	10,5	4,3	11,8	11,6	12,5	<b>1990</b>
:	:	:	11,7	:	:	18,7	:	:	<b>1995</b>
:	23,9	:	12,5	:	:	14,9	:	:	<b>1996</b>
:	24,9	12,3	12,5	:	:	14,8	:	18,3	<b>1997</b>
:	25,7	:	12,2	:	5,8	18,3	:	19,0	<b>1998</b>
:	25,7	:	12,8	14,2	6,1	21,6	:	18,5	<b>1999</b>
:	25,8	:	13,5	:	3,6	21,3	:	:	<b>2000</b>
									<b>Appareils d'imagerie par résonance magnétique</b>
0,9	:	0,8	1,8	1,5	1,0	3,9	0,7	3,9	<b>1990</b>
3,9	:	:	4,3	6,8	3,4	7,5	:	:	<b>1995</b>
:	7,4	:	5,7	:	:	7,4	:	:	<b>1996</b>
:	8,4	2,8	7,2	:	:	7,4	:	12,4	<b>1997</b>
:	8,4	:	8,3	:	:	7,3	:	13,2	<b>1998</b>
:	10,9	:	9,9	7,9	4,5	7,2	:	13,0	<b>1999</b>
:	10,8	:	11,0	:	3,9	10,7	:	:	<b>2000</b>
									<b>Équipement de radiothérapie</b>
:	:	:	:	:	:	17,5	:	:	<b>1980</b>
:	:	:	16,4	:	:	23,5	:	:	<b>1990</b>
7,1	:	:	14,7	:	:	15,0	:	:	<b>1995</b>
7,1	3,2	:	15,0	:	:	14,9	:	:	<b>1996</b>
7,2	3,7	2,9	14,2	:	3,3	14,8	:	11,1	<b>1997</b>
:	4,1	:	14,4	:	:	14,6	:	11,7	<b>1998</b>
:	4,2	:	14,3	:	:	14,4	:	11,2	<b>1999</b>
:	4,2	:	:	:	4,8	14,2	:	:	<b>2000</b>
									<b>Lithotriteurs</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1980</b>
0,8	:	:	0,2	1,2	:	:	:	:	<b>1990</b>
:	:	:	0,2	:	:	:	:	:	<b>1995</b>
:	1,6	:	0,2	:	:	3,7	:	:	<b>1996</b>
:	1,6	1,2	0,4	:	:	3,7	:	3,5	<b>1997</b>
:	1,6	:	0,4	:	:	3,7	:	3,0	<b>1998</b>
:	1,7	:	0,4	:	:	3,6	:	3,9	<b>1999</b>
:	1,7	:	:	:	:	3,6	:	:	<b>2000</b>
									<b>Stations d'hémodialyse</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1980</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
48,6	78,4	:	:	:	24,3	:	:	:	<b>1995</b>
49,6	79,0	:	:	:	:	:	:	:	<b>1996</b>
52,0	84,7	:	:	:	:	:	:	8,2	<b>1997</b>
	86,0	:	:	:	39,5	73,0	:	9,6	<b>1998</b>
	86,1	:	:	:	:	:	:	9,2	<b>1999</b>
	85,4	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
									<b>Mammographes</b>
:	:	:	:	:	:	4,4	:	:	<b>1980</b>
:	:	:	29,3	:	:	15,7	:	:	<b>1990</b>
:	:	:	37,6	:	:	18,7	:	:	<b>1995</b>
:	:	:	37,9	:	:	18,6	:	:	<b>1996</b>
:	:	3,6	38,1	:	:	18,5	:	:	<b>1997</b>
:	:	:	38,8	:	:	18,3	:	:	<b>1998</b>
:	:	:	36,4	:	5,6	18,0	:	:	<b>1999</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

### 6.2.19. Nombre de consultations chez un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois, 1998

(nombre moyen)

	B	DK	EL	E	IRL	I	NL	A	P	UK
<b>Médecins généralistes</b>										
Total	5,2	3,1	2,0	3,7	3,6	4,7	2,9	4,8	3,4	3,2
Hommes	4,3	2,4	1,7	3,0	2,9	3,9	2,2	3,8	2,6	2,6
Femmes	6,0	3,7	2,2	4,3	4,3	5,5	3,5	5,7	4,1	3,7
<b>Dentistes</b>										
Total	1,3	1,8	0,7	0,8	0,7	1,1	1,6	1,5	0,8	1,4
Hommes	1,3	1,7	0,6	0,7	0,6	1,0	1,6	1,4	0,7	1,4
Femmes	1,3	1,9	0,8	0,9	0,8	1,3	1,7	1,6	0,8	1,4
<b>Spécialistes</b>										
Total	2,1	1,1	1,6	1,7	0,6	1,4	1,7	2,1	1,3	1,3
Hommes	1,5	0,8	1,3	1,3	0,5	1,1	1,3	1,6	1,0	1,4
Femmes	2,5	1,3	1,8	2,0	0,7	1,6	2,1	2,6	1,5	1,3
<b>Nombre total de consultations chez un professionnel de la santé</b>										
Total	8,5	5,9	4,2	6,2	4,9	7,2	6,2	8,4	5,4	5,9
Hommes	7,1	4,8	3,6	5,1	4,0	5,9	5,0	6,8	4,3	5,4
Femmes	9,8	6,9	4,8	7,3	5,7	8,5	7,3	9,9	6,4	6,3

NB: On ne dispose pas de données pour D, F, L, FIN et S.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

### 6.2.20. Fréquence des consultations chez un professionnel de la santé au cours des douze derniers mois, 1998

(% de la population)

		B	DK	EL	E	IRL	I	NL	A	P
<b>Total</b>	<b>0</b>	7,1	7,7	33,1	19,0	19,5	16,1	5,7	5,9	20,9
	<b>1</b>	6,3	9,0	8,4	10,9	13,1	7,7	7,8	6,6	8,5
	<b>2</b>	10,4	18,3	12,9	12,8	14,0	10,6	17,9	9,7	11,2
	<b>3 ou plus</b>	76,2	64,9	45,6	57,4	53,5	65,6	68,7	77,9	59,3
<b>Hommes</b>	<b>0</b>	10,3	10,2	39,2	24,0	25,5	20,8	7,8	8,1	28,2
	<b>1</b>	8,8	11,5	9,1	12,9	14,8	9,9	9,7	9,2	11,2
	<b>2</b>	12,4	20,5	13,3	13,8	14,6	13,1	21,6	12,6	11,5
	<b>3 ou plus</b>	68,4	57,8	38,5	49,3	45,1	56,2	61,0	70,1	49,1
<b>Femmes</b>	<b>0</b>	4,1	5,3	27,7	14,3	13,8	11,7	3,7	3,9	14,5
	<b>1</b>	4,0	6,6	7,8	9,0	11,4	5,7	5,9	4,2	6,1
	<b>2</b>	8,6	16,2	12,5	11,9	13,3	8,3	14,4	7,0	11,0
	<b>3 ou plus</b>	83,2	71,9	52,0	64,9	61,4	74,3	76,0	84,9	68,4

NB: On ne dispose pas de données pour D, F, L, FIN, S et UK.

Source: Panel communautaire des ménages, version de décembre 2001.

**6.2.21. Achats de médicaments dans des pharmacies de détail, par type de médicament, au cours des douze mois ayant précédé le 31 janvier 2002**
*(en Mio USD et % de changement par rapport à l'année précédente)*

	EU-15		D		E		F		I		UK	
	Mio USD	%	Mio USD	%	Mio USD	%	Mio USD	%	Mio USD	%	Mio USD	%
Total	54 022	:	15 336	10	5 724	11	13 780	7	9 662	13	9 523	11
Système cardio-vasculaire	12 770	9	3 551	8	1 310	10	3 361	5	2 321	11	2 227	13
Système nerveux central	8 282	14	2 053	14	1 055	16	2 146	8	1 188	19	1 840	17
Voies digestives/métabolisme	8 120	7	2 443	8	798	4	2 004	4	1 381	11	1 494	8
Anti-infectieux	4 389	3	1 208	2	394	1	1 363	5	1 025	5	399	0
Système respiratoire	5 161	8	1 259	4	601	11	1 227	5	856	19	1 218	8
Système ostéo-musculaire	2 935	17	750	15	326	16	785	26	592	17	483	8
Système génito-urinaire	3 229	10	919	8	325	24	841	7	584	12	561	10
Cytostatiques	2 216	15	886	23	234	7	391	13	416	7	288	11
Médicaments dermatologiques	1 865	5	537	4	206	9	446	2	306	9	371	5
Agents sanguins	1 673	21	503	22	190	24	401	17	431	22	147	26
Organes des sens	1 022	12	243	14	127	19	270	9	212	13	171	11
Produits de diagnostic	843	14	382	20	2	(8)	190	(2)	132	20	137	18
Hormones	988	6	320	8	148	5	244	9	166	7	109	(3)
Divers	351	10	212	12	4	124	73	3	30	7	33	8
Solutions hospitalières	91	9	50	9	2	3	13	16	16	9	10	5
Parasitologie	87	(2)	20	(3)	2	11	25	(11)	6	3	35	4

NB: Pour éliminer l'incidence de la fluctuation des taux de change, les taux de croissance sont calculés net de change, autrement dit les chiffres de croissance sont indiqués au niveau de la monnaie locale ou à taux de change constant. Les données entre parenthèses indiquent une croissance négative.

Source: Intercontinental Marketing Services (IMS) Health, IMS Drug Monitor.



**6.2.23. Facilité d'accès à des médecins généralistes ou à des centres de santé — Temps nécessaire pour se rendre chez un médecin généraliste ou dans un centre de santé**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Moins de 20 minutes	83,4	84,6	90,2	80,8	55,1	85,5	86,7	74,0
De 20 à 59 minutes	14,0	11,2	8,6	17,4	40,3	9,3	9,7	21,7
1 heure et plus	0,8	0,6	0,3	1,1	3,1	0,6	0,8	1,5
Ne sait pas	1,8	3,6	0,8	0,7	1,5	4,7	2,7	2,8

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

**6.2.24. Facilité d'accès à des médecins généralistes ou à des centres de santé — Temps nécessaire pour se rendre à l'hôpital le plus proche**

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Moins de 20 minutes	51,5	64,5	62,2	50,7	37,5	40,8	52,1	37,8
De 20 à 59 minutes	43,1	30,8	36,4	44,1	55,1	51,1	42,5	49,6
1 heure et plus	4,3	2,6	1,2	4,2	6,7	6,6	3,5	10,9
Ne sait pas	1,0	2,1	0,3	1,0	0,7	1,5	2,0	1,7

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

**6.2.25. Satisfaction en matière de services de santé, par sexe, 1999**

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Hommes</b>	Très satisfaits	11,3	18,3	34,8	7,9	3,4	10,0	18,6	11,3
	Plutôt satisfaits	43,0	59,9	43,0	47,9	13,2	35,7	61,0	38,9
	Pas très satisfaits	31,4	16,6	18,1	31,2	46,4	43,0	15,8	26,1
	Pas du tout satisfaits	12,4	2,8	3,8	11,2	34,9	8,0	3,9	19,3
	Ne savent pas	1,9	2,4	0,3	1,8	2,1	3,2	0,7	4,5
<b>Femmes</b>	Très satisfaites	10,1	13,5	26,7	7,1	2,3	9,2	13,7	11,6
	Plutôt satisfaites	41,6	62,6	47,2	38,0	18,1	40,1	63,3	33,8
	Pas très satisfaites	33,6	17,2	21,9	39,6	45,1	38,4	17,5	27,7
	Pas du tout satisfaites	13,1	5,2	3,8	12,9	33,4	10,5	4,9	21,3
	Ne savent pas	1,7	1,5	0,4	2,5	1,1	1,8	0,6	5,6

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
87,5	80,6	90,4	78,9	60,9	73,9	87,5	85,9	Moins de 20 minutes
10,9	12,6	7,3	18,9	36,0	24,5	11,6	12,5	De 20 à 59 minutes
0,3	0,7	2,0	0,9	2,2	0,9	0,1	0,4	1 heure et plus
1,4	6,1	0,4	1,3	0,9	0,7	0,8	1,2	Ne sait pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
65,5	67,3	69,7	39,7	37,4	49,6	52,2	44,4	Moins de 20 minutes
31,3	27,7	29,4	51,5	52,0	45,8	39,3	50,6	De 20 à 59 minutes
2,9	1,0	0,5	7,9	10,1	3,1	7,4	4,3	1 heure et plus
0,3	4,0	0,5	0,9	0,5	1,5	1,1	0,7	Ne sait pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
2,2	25,6	21,1	32,2	3,3	17,7	15,3	11,7	Très satisfaits	<b>Hommes</b>
24,0	47,6	54,2	49,2	20,3	57,0	43,4	44,6	Plutôt satisfaits	
45,0	16,7	20,3	13,2	43,0	21,4	29,7	30,9	Pas très satisfaits	
26,9	5,5	3,9	3,2	30,8	2,7	8,1	10,3	Pas du tout satisfaits	
1,9	4,5	0,5	2,2	2,5	1,2	3,5	2,5	Ne savent pas	
2,0	26,4	17,0	30,6	3,0	18,3	11,8	14,3	Très satisfaites	<b>Femmes</b>
24,3	43,7	54,3	54,5	21,7	55,7	47,0	40,9	Plutôt satisfaites	
46,2	16,9	23,5	10,8	41,9	22,7	29,5	32,7	Pas très satisfaites	
25,5	4,7	4,4	1,3	32,6	2,6	10,4	10,6	Pas du tout satisfaites	
1,9	8,4	0,8	2,8	0,8	0,6	1,3	1,5	Ne savent pas	

## 6.2.26. Satisfaction en matière de services de santé, par âge en fin d'études à temps complet, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>15 ans et plus</b>	Très satisfaits	10,7	12,6	37,3	7,0	2,8	11,9	16,3	11,4
	Plutôt satisfaits	37,2	62,4	44,6	36,8	19,6	36,0	57,9	32,3
	Pas très satisfaits	34,9	19,8	14,0	39,0	44,2	40,0	19,8	28,2
	Pas du tout satisfaits	15,7	4,7	4,2	16,0	32,6	9,2	4,8	26,9
	Ne savent pas	1,5	0,5	:	1,3	0,8	2,9	1,3	1,2
<b>De 16 à 19 ans</b>	Très satisfaits	10,3	18,5	31,0	8,1	2,9	7,8	14,6	9,9
	Plutôt satisfaits	43,3	59,9	42,0	42,3	12,8	41,9	61,5	38,2
	Pas très satisfaits	32,8	17,6	22,3	35,5	44,5	40,2	19,2	28,2
	Pas du tout satisfaits	11,7	3,6	4,8	12,0	38,8	8,5	4,2	19,7
	Ne savent pas	1,9	0,4	:	2,2	1,0	1,6	0,6	4,0
<b>20 ans et plus</b>	Très satisfaits	10,7	14,8	31,6	7,1	3,1	6,2	14,5	7,5
	Plutôt satisfaits	46,1	60,9	43,5	52,2	10,4	34,2	66,5	36,0
	Pas très satisfaits	30,5	16,7	20,8	30,9	49,4	47,3	14,0	34,6
	Pas du tout satisfaits	11,7	4,7	3,5	7,8	34,6	11,7	4,7	20,2
	Ne savent pas	1,0	2,9	0,6	2,0	2,5	0,5	0,2	1,6
<b>Études en cours</b>	Très satisfaits	12,1	13,9	22,6	6,2	2,6	10,7	25,1	19,8
	Plutôt satisfaits	47,2	65,9	56,0	49,8	17,9	42,7	63,5	36,4
	Pas très satisfaits	26,9	8,5	18,1	32,5	50,4	31,4	7,1	14,0
	Pas du tout satisfaits	9,4	2,6	3,2	5,7	23,1	7,2	3,7	11,7
	Ne savent pas	4,3	9,0	:	5,7	6,0	7,9	0,6	18,0

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
3,6	23,3	17,5	30,9	2,8	18,6	16,4	17,5	Très satisfaits	<b>15 ans et plus</b>
22,8	50,3	46,3	54,6	21,6	60,5	50,0	41,8	Plutôt satisfaits	
44,8	14,1	27,0	9,7	43,1	17,7	25,0	27,9	Pas très satisfaits	
26,4	7,3	8,5	2,2	31,6	3,2	7,4	12,3	Pas du tout satisfaits	
2,3	5,0	0,6	2,6	0,9	:	1,2	0,5	Ne savent pas	
1,6	26,6	15,4	32,1	5,1	18,0	14,2	11,1	Très satisfaits	<b>De 16 à 19 ans</b>
24,9	43,4	56,2	51,1	20,1	51,3	44,0	41,4	Plutôt satisfaits	
45,7	19,6	23,4	12,4	39,4	26,8	27,2	35,3	Pas très satisfaits	
25,5	4,8	4,9	2,2	32,6	2,6	10,2	9,5	Pas du tout satisfaits	
2,3	5,6	0,1	2,1	2,8	1,3	4,4	2,7	Ne savent pas	
1,3	27,8	22,7	30,4	0,8	15,8	13,6	9,6	Très satisfaits	<b>20 ans et plus</b>
22,6	40,5	53,3	53,7	13,4	58,8	43,7	47,9	Plutôt satisfaits	
47,6	21,0	21,3	12,8	44,9	22,6	33,3	29,4	Pas très satisfaits	
28,1	5,3	1,7	2,3	40,1	2,6	8,5	11,4	Pas du tout satisfaits	
0,4	5,4	1,0	0,9	0,8	0,3	0,9	1,7	Ne savent pas	
:	26,3	25,5	30,1	4,6	23,1	7,3	10,9	Très satisfaits	<b>Études en cours</b>
30,6	53,2	60,4	44,9	28,0	55,8	46,3	48,9	Plutôt satisfaits	
44,1	4,2	10,6	15,6	40,8	16,2	29,9	29,0	Pas très satisfaits	
22,9	:	1,4	2,2	21,3	2,1	12,3	5,8	Pas du tout satisfaits	
2,4	16,3	2,0	7,2	5,3	2,8	4,2	5,4	Ne savent pas	

## 6.2.27. Satisfaction en matière de services de santé, par profession, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Indépendants</b>	Très satisfaits	8,5	15,2	31,2	8,8	2,0	6,6	13,5	13,9
	Plutôt satisfaits	39,4	59,7	43,8	59,5	14,9	46,1	61,3	38,4
	Pas très satisfaits	35,6	24,0	19,8	23,7	44,2	40,4	16,4	33,4
	Pas du tout satisfaits	15,3	1,0	5,3	7,9	38,0	4,2	7,5	12,0
	Ne savent pas	1,2	:	:	:	0,8	2,7	1,3	2,4
<b>Cadres</b>	Très satisfaits	11,8	19,4	33,4	8,1	:	7,7	20,7	10,0
	Plutôt satisfaits	44,1	59,9	40,8	47,9	25,2	33,1	62,4	37,0
	Pas très satisfaits	32,4	11,2	23,2	31,5	42,1	47,5	15,2	33,1
	Pas du tout satisfaits	10,7	:	2,1	11,1	27,3	11,7	1,0	19,9
	Ne savent pas	1,0	9,6	0,5	1,3	5,4	:	0,8	:
<b>Employés</b>	Très satisfaits	7,9	15,8	21,5	7,4	4,2	4,1	10,1	9,9
	Plutôt satisfaits	47,5	58,8	57,5	40,3	10,3	45,0	69,7	40,4
	Pas très satisfaits	32,0	20,9	19,6	38,6	47,2	38,8	17,0	29,0
	Pas du tout satisfaits	11,2	2,0	1,3	11,8	38,3	10,7	3,2	17,9
	Ne savent pas	1,5	2,5	:	2,0	:	1,4	:	2,7
<b>Ouvriers</b>	Très satisfaits	11,2	18,5	33,4	8,1	1,6	10,2	18,2	8,5
	Plutôt satisfaits	41,3	64,8	40,3	43,8	11,4	30,3	55,5	32,4
	Pas très satisfaits	32,2	13,3	20,9	33,6	41,8	43,0	22,1	31,5
	Pas du tout satisfaits	13,3	3,4	4,6	12,2	42,4	12,3	4,1	20,5
	Ne savent pas	1,9	:	0,8	2,4	2,8	4,2	:	7,1
<b>Personnes au foyer</b>	Très satisfaites	8,4	12,9	28,5	5,7	3,9	8,1	7,8	10,3
	Plutôt satisfaites	40,1	59,6	49,9	36,1	21,4	37,9	63,2	33,0
	Pas très satisfaites	38,4	21,9	21,6	46,5	45,5	46,1	21,0	29,1
	Pas du tout satisfaites	12,4	5,6	:	11,2	28,0	7,4	8,0	25,4
	Ne savent pas	0,7	:	:	0,5	1,2	0,5	:	2,2
<b>Sans emploi</b>	Très satisfaits	9,6	7,4	18,3	9,7	:	12,9	18,3	6,3
	Plutôt satisfaits	36,7	62,8	57,4	29,1	11,8	35,9	53,6	40,9
	Pas très satisfaits	34,3	17,9	17,8	39,7	39,9	37,3	18,2	13,7
	Pas du tout satisfaits	16,8	8,3	6,5	19,5	48,3	12,0	7,5	36,1
	Ne savent pas	2,6	3,5	:	2,0	:	1,9	2,3	3,0
<b>Retraités</b>	Très satisfaits	12,9	18,4	38,2	6,5	4,1	15,7	15,1	9,3
	Plutôt satisfaits	41,8	59,1	37,7	40,8	15,6	39,2	66,0	42,0
	Pas très satisfaits	30,3	16,4	19,8	36,9	48,8	35,6	13,8	28,4
	Pas du tout satisfaits	13,2	5,8	4,0	13,2	30,5	8,2	3,7	20,4
	Ne savent pas	1,8	0,4	0,3	2,6	1,0	1,3	1,3	:
<b>Étudiants</b>	Très satisfaits	12,1	13,9	22,8	6,2	2,6	10,7	25,1	19,8
	Plutôt satisfaits	47,2	65,9	55,7	49,8	17,9	42,7	63,5	36,4
	Pas très satisfaits	26,9	8,5	18,3	32,5	50,4	31,4	7,1	14,0
	Pas du tout satisfaits	9,4	2,6	3,3	5,7	23,1	7,2	3,7	11,7
	Ne savent pas	4,3	9,0	:	5,7	6,0	7,9	0,6	18,0

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
3,6	22,9	23,2	35,5	1,2	10,3	2,8	10,6	Très satisfaits	<b>Indépendants</b>
15,6	42,7	55,5	49,0	18,4	55,8	44,0	42,7	Plutôt satisfaits	
55,4	20,6	18,3	9,2	40,0	29,8	33,0	33,7	Pas très satisfaits	
24,3	10,4	3,0	5,4	39,1	4,0	12,8	11,4	Pas du tout satisfaits	
1,0	3,5	:	0,9	1,3	:	7,5	1,6	Ne savent pas	
1,6	22,6	21,0	30,1	:	21,4	15,1	13,5	Très satisfaits	<b>Cadres</b>
22,4	39,1	54,0	60,8	12,6	61,2	40,8	42,5	Plutôt satisfaits	
49,6	29,3	25,1	7,5	45,2	15,4	35,0	34,8	Pas très satisfaits	
25,4	4,9	:	:	42,2	1,0	8,4	8,4	Pas du tout satisfaits	
1,0	4,1	:	1,6	:	0,9	0,6	0,9	Ne savent pas	
0,6	31,8	19,1	36,4	4,5	14,9	14,5	4,9	Très satisfaits	<b>Employés</b>
36,2	42,2	53,9	45,4	19,5	59,0	43,1	49,3	Plutôt satisfaits	
39,9	13,9	20,6	16,1	37,4	24,7	33,5	35,8	Pas très satisfaits	
20,1	8,0	5,5	:	36,0	:	7,1	9,1	Pas du tout satisfaits	
3,2	4,1	1,0	2,2	2,6	1,4	1,8	1,0	Ne savent pas	
1,0	26,7	18,6	28,2	5,8	20,1	11,7	11,1	Très satisfaits	<b>Ouvriers</b>
16,7	46,3	53,5	53,5	19,6	55,2	51,0	43,9	Plutôt satisfaits	
45,8	16,7	23,6	11,5	46,4	20,3	25,8	30,7	Pas très satisfaits	
35,2	5,2	3,8	3,1	26,6	3,0	8,5	12,4	Pas du tout satisfaits	
1,4	5,1	0,5	3,8	1,5	1,4	3,1	1,9	Ne savent pas	
0,7	23,5	16,3	32,5	3,7	10,2	:	13,6	Très satisfaites	<b>Personnes au foyer</b>
26,0	46,6	51,5	54,8	27,4	64,7	61,7	42,9	Plutôt satisfaites	
50,4	18,1	27,0	9,3	39,4	25,1	29,6	33,7	Pas très satisfaites	
21,8	4,5	4,2	0,9	29,5	:	8,7	8,9	Pas du tout satisfaites	
1,1	7,3	1,0	2,4	:	:	:	0,9	Ne savent pas	
1,7	20,3	7,9	29,6	:	12,2	10,2	8,3	Très satisfaits	<b>Sans emploi</b>
17,5	51,3	53,9	51,9	5,9	60,8	41,6	46,4	Plutôt satisfaits	
49,3	7,9	33,3	5,6	50,7	22,3	32,9	29,5	Pas très satisfaits	
29,6	5,4	4,9	9,9	41,4	4,8	13,2	9,9	Pas du tout satisfaits	
1,9	15,2	:	3,0	2,0	:	2,2	5,8	Ne savent pas	
5,0	28,7	17,5	31,7	0,8	19,6	21,4	20,2	Très satisfaits	<b>Retraités</b>
26,7	46,4	54,4	50,4	20,6	50,4	42,3	36,2	Plutôt satisfaits	
38,4	16,0	21,3	15,6	43,4	26,7	27,4	30,1	Pas très satisfaits	
27,3	4,0	6,7	1,6	33,3	3,3	8,0	11,5	Pas du tout satisfaits	
2,6	4,9	:	0,7	1,9	:	0,9	1,9	Ne savent pas	
:	24,4	25,5	30,1	4,6	23,8	7,3	10,9	Très satisfaits	<b>Étudiants</b>
30,6	54,1	60,4	44,9	28,0	55,2	46,3	48,9	Plutôt satisfaits	
44,1	4,4	10,6	15,6	40,8	16,0	29,9	29,0	Pas très satisfaits	
22,9	:	1,4	2,2	21,3	2,1	12,3	5,8	Pas du tout satisfaits	
2,4	17,1	2,0	7,2	5,3	2,9	4,2	5,4	Ne savent pas	

## 6.2.28. Satisfaction en matière de services de santé, par rapport à il y a deux ans, 1999

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
Plus satisfaits	10,2	12,5	17,5	9,3	9,6	10,9	13,5	21,2
Moins satisfaits	26,8	16,0	15,2	35,6	32,2	11,3	14,5	10,1
Pas de changement	60,4	70,3	67,3	51,4	55,4	76,1	70,8	67,4
Ne savent pas	2,6	1,1	:	3,7	2,8	1,7	1,2	1,2

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.

## 6.2.29. Satisfaction en matière de services de santé, par rapport à il y a deux ans, par profession, 1999

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL
<b>Indépendants</b>	Plus satisfaits	10,0	11,5	21,7	5,4	8,9	16,2	10,4	18,5
	Moins satisfaits	28,5	10,3	8,2	32,5	36,5	13,0	16,7	12,1
	Pas de changement	58,4	75,6	70,0	58,8	51,3	68,4	71,8	68,5
	Ne savent pas	3,0	2,6	:	3,2	3,3	2,3	1,2	0,9
<b>Cadres</b>	Plus satisfaits	11,0	14,1	19,4	9,0	13,1	9,3	14,4	25,2
	Moins satisfaits	29,8	18,3	12,1	40,5	36,5	18,9	12,3	6,4
	Pas de changement	56,3	65,1	68,6	48,0	50,4	71,9	70,2	67,2
	Ne savent pas	2,8	2,5	:	2,5	:	:	3,0	1,1
<b>Employés</b>	Plus satisfaits	10,9	14,5	20,4	13,7	11,4	11,9	11,7	26,8
	Moins satisfaits	24,9	15,3	11,8	40,0	25,6	11,3	14,7	6,2
	Pas de changement	62,7	69,5	67,9	44,3	62,2	75,9	72,8	65,3
	Ne savent pas	1,4	0,7	:	2,1	0,8	0,9	0,7	1,7
<b>Ouvriers</b>	Plus satisfaits	10,5	11,6	16,3	11,9	5,2	9,9	13,2	24,9
	Moins satisfaits	27,3	13,2	12,1	34,4	32,4	11,3	18,1	3,9
	Pas de changement	59,6	74,0	71,6	50,2	55,1	78,3	66,9	69,9
	Ne savent pas	2,6	1,2	:	3,5	7,3	0,5	1,8	1,3
<b>Personnes au foyer</b>	Plus satisfaites	10,0	11,0	17,0	6,7	11,6	10,5	20,2	21,8
	Moins satisfaites	24,5	20,3	42,6	30,2	31,0	11,5	12,7	10,9
	Pas de changement	63,7	67,5	40,4	61,3	55,6	76,9	67,1	65,9
	Ne savent pas	1,9	1,2	:	1,8	1,8	1,2	:	1,4
<b>Sans emploi</b>	Plus satisfaits	8,6	14,9	29,7	6,3	17,7	5,2	7,0	10,5
	Moins satisfaits	25,9	10,3	12,0	34,0	38,3	6,3	18,0	15,4
	Pas de changement	62,5	73,9	58,3	53,1	44,0	84,2	75,0	70,7
	Ne savent pas	2,9	1,0	:	6,6	:	4,2	:	3,3
<b>Retraités</b>	Plus satisfaits	9,2	10,1	11,6	6,6	7,9	12,4	14,3	15,4
	Moins satisfaits	29,7	22,8	22,4	38,6	31,3	9,8	14,7	27,4
	Pas de changement	59,2	66,3	66,0	51,9	60,6	77,3	71,0	56,2
	Ne savent pas	1,9	0,8	:	2,9	0,1	0,5	:	1,1
<b>Étudiants</b>	Plus satisfaits	11,5	17,8	18,9	11,3	9,3	8,6	14,4	22,8
	Moins satisfaits	19,5	11,3	14,1	28,4	27,9	8,9	5,5	3,5
	Pas de changement	62,6	70,9	67,0	49,2	55,0	74,1	77,0	73,7
	Ne savent pas	6,4	:	:	11,1	7,8	8,5	3,1	:

Source: Eurobaromètre 52.1, Commission européenne.



(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
5,8	11,5	10,5	12,8	11,6	12,2	7,4	10,0	Plus satisfaits
32,0	14,4	41,5	10,2	23,6	23,7	36,4	32,4	Moins satisfaits
58,1	66,4	45,1	74,6	62,7	62,6	53,9	55,2	Pas de changement
4,1	7,7	2,9	2,5	2,1	1,5	2,4	2,4	Ne savent pas

(en %)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK		
10,4	8,6	3,3	13,1	14,8	11,2	3,6	5,3	Plus satisfaits	<b>Indépendants</b>
35,1	4,7	52,1	10,2	26,6	27,3	51,8	43,5	Moins satisfaits	
47,9	73,8	44,6	75,8	58,1	59,0	41,5	51,1	Pas de changement	
6,5	12,9	:	0,9	0,5	2,5	3,0	0,1	Ne savent pas	<b>Cadres</b>
5,4	6,9	9,8	14,9	13,5	15,4	7,0	15,0	Plus satisfaits	
37,0	16,7	40,7	6,5	18,0	20,7	36,5	30,8	Moins satisfaits	
51,3	70,0	47,9	76,1	68,5	63,0	56,5	50,5	Pas de changement	<b>Employés</b>
6,3	6,5	1,6	2,4	:	0,9	:	3,7	Ne savent pas	
6,6	12,2	8,0	19,0	12,2	12,0	5,8	8,9	Plus satisfaits	
23,0	25,4	45,7	6,2	19,3	20,5	43,7	26,0	Moins satisfaits	<b>Ouvriers</b>
69,8	57,9	43,5	74,1	67,3	66,0	46,9	62,5	Pas de changement	
0,7	4,5	2,7	0,7	1,2	1,5	3,5	2,6	Ne savent pas	
3,4	17,0	10,8	12,5	9,5	12,2	9,9	9,6	Plus satisfaits	<b>Personnes au foyer</b>
36,2	14,6	43,3	13,8	21,3	25,1	32,3	31,6	Moins satisfaits	
56,5	63,8	43,1	70,2	65,6	60,4	55,2	56,7	Pas de changement	
3,9	4,6	2,8	3,5	3,5	2,3	2,6	2,0	Ne savent pas	<b>Sans emploi</b>
4,9	9,6	8,4	8,6	14,6	9,8	:	8,8	Plus satisfaites	
20,9	10,3	43,2	10,0	23,3	13,5	74,2	36,2	Moins satisfaites	
69,6	74,3	46,3	80,1	61,2	74,4	25,8	53,1	Pas de changement	<b>Retraités</b>
4,5	5,8	2,1	1,4	1,0	2,2	:	1,9	Ne savent pas	
10,2	20,4	5,2	9,7	5,2	17,0	7,7	9,4	Plus satisfaits	
36,2	13,3	41,9	9,9	33,2	31,0	44,2	22,0	Moins satisfaits	<b>Étudiants</b>
52,9	58,6	46,4	73,4	54,0	52,0	44,2	67,7	Pas de changement	
0,7	7,6	6,4	7,0	7,7	:	3,9	0,9	Ne savent pas	
3,2	10,9	13,0	12,4	5,6	10,8	8,2	11,0	Plus satisfaits	<b>Étudiants</b>
37,1	13,6	41,2	8,8	30,4	24,5	30,9	36,2	Moins satisfaits	
56,8	68,1	44,0	76,8	61,8	64,3	58,5	50,2	Pas de changement	
2,9	7,4	1,8	2,0	2,2	0,4	2,4	2,6	Ne savent pas	<b>Étudiants</b>
7,0	11,9	17,0	11,1	17,3	11,7	5,6	10,2	Plus satisfaits	
28,5	13,0	25,7	13,6	16,9	22,8	32,7	22,2	Moins satisfaits	
56,7	54,6	49,3	70,4	62,1	63,4	59,6	60,7	Pas de changement	<b>Étudiants</b>
7,8	20,5	8,0	4,9	3,8	2,1	2,1	6,8	Ne savent pas	

## 6.3.1. Immunisation des nourrissons; taux de couverture par maladie

	EU-15 1996-1999	B 1996	DK 1998	D 1997	EL 1997	E 1999	F 1998	IRL 1997	I 1999	L 1997
Rougeole <sup>(1)</sup>	:	73	84	75	90	95	83	:	70	91
Oreillons <sup>(2)</sup>	:	85	84	75	80	95	84	:	69	91
Tétanos	93	95	99	85	90	95	98	76	95	98
Diphthérie	93	95	99	85	90	95	98	76	95	98
Coqueluche <sup>(3)</sup>	82	95	99	50	85	95	97	76	80	94
Poliomyélite	92	94	99	80	95	95	97	76	97	98
Tuberculose <sup>(4)</sup>	:	:	:	:	70	:	84	:	95	59

(<sup>1</sup>) DK 1997 et CH 1991. (<sup>2</sup>) B 1995, DK 1997, F 1997, I 1997, S 1995, IS 1995 et CH 1991. (<sup>3</sup>) S 1999. (<sup>4</sup>) I 1994 et UK 1997.

Source: Organisation mondiale de la santé, couverture vaccinale.

## 6.3.2. Nombre d'interventions chirurgicales pour 100 000 habitants

	B	DK	EL	IRL	I	NL	P	FIN	S	Angleterre	NO
Système nerveux	227	:	562	582	173	91	244	279	:	400	:
Système endocrinien	64	:	55	21	74	21	34	47	:	183	:
Opérations des yeux	666	:	512	385	604	201	370	886	:	782	:
Opérations de l'oreille	145	:	23	91	46	62	77	510	:	193	:
Opérations du nez, de la bouche et du pharynx	508	:	117	433	405	:	173	625	:	161	:
Appareil respiratoire	133	:	280	218	195	:	194	91	:	410	:
Opérations de l'appareil cardio-vasculaire	1 017	:	24	772	617	301	812	:	:	731	:
Angioplastie coronarienne	201	83	:	81	67	:	39	:	:	87	:
Pontage coronarien	157	64	:	25	46	:	31	65	59	44	76
Appareil digestif	1 584	:	840	1 637	1 391	701	1 197	1 298	:	2 096	:
Appendicectomie	160	54	150	160	145	96	115	163	117	82	36
Hernie inguinale et fémorale	237	230	247	97	265	:	147	243	:	233	162
Opérations des organes génitaux masculins	298	:	165	144	243	122	130	256	:	199	:
Prostatectomie	161	:	90	57	86	:	38	86	85	129	113
Opérations des organes génitaux féminins	778	:	312	649	671	245	578	1 173	:	1 079	:
Opérations de l'appareil musculo-squelettique	2 357	:	228	962	1 223	:	703	2 393	:	1 226	170
Remplacement total de la hanche	183	141	61	85	113	:	63	92	123	94	:

NB: On ne dispose pas de données pour D, E, F, L et A.

Source: Éco-santé OCDE 2002.

(en %)

<b>NL</b>	<b>A</b>	<b>P</b>	<b>FIN</b>	<b>S</b>	<b>UK</b>	<b>IS</b>	<b>NO</b>	<b>CH</b>	
<b>1998</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>1997</b>	<b>1999</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>1998</b>	
96	90	96	98	96	88	100	88	83	<b>Rougeole</b> <sup>(1)</sup>
96	90	96	98	96	88	99	88	80	<b>Oreillons</b> <sup>(2)</sup>
97	90	97	99	99	92	100	89	94	<b>Tétanos</b>
97	90	97	99	99	92	100	89	94	<b>Diphthérie</b>
97	90	97	99	99	92	100	89	94	<b>Coqueluche</b> <sup>(3)</sup>
97	95	96	98	99	92	100	89	92	<b>Poliomyélite</b>
:	:	87	99	13	11	:	90	:	<b>Tuberculose</b> <sup>(4)</sup>

## 6.3.3. Césariennes pour 1 000 naissances vivantes

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<b>1970</b>	:	:	57,0	:	130,0	:	:	:	:	:
<b>1980</b>	90,4	74,0	104,0	:	180,0	:	:	:	112,0	13,2
<b>1985</b>	114,5	94,2	130,0	:	180,0	104,5	:	77,1	158,0	16,7
<b>1990</b>	144,8	104,4	125,8	157,0	240,0	142,2	139,4	105,4	207,9	16,5
<b>1991</b>	154,4	116,1	123,0	152,2	240,0	150,3	127,5	115,6	226,0	17,0
<b>1992</b>	160,9	119,7	122,3	159,4	:	162,0	145,1	120,4	232,4	17,4
<b>1993</b>	168,5	129,4	127,4	165,7	:	173,3	154,9	128,7	241,3	:
<b>1994</b>	173,4	129,4	126,3	170,7	:	177,8	151,1		247,6	16,8
<b>1995</b>	180,8	134,5	125,5	172,4	:	188,0	149,8		260,7	16,4
<b>1996</b>	171,7	136,7	128,8	176,1	:	192,9	153,7	49,1	223,1	16,4
<b>1997</b>	182,6	137,7	129,8	181,4	:	:	159,7	92,2	271,2	16,9
<b>1998</b>	184,5	144,1	137,8	190,7	:	140,5	157,2	101,1	290,9	18,1
<b>1999</b>	192,7	159,2	142,9	198,0	:	:	:	179,1	311,1	:
<b>2000</b>	:	:	152,6	:	:	:	:	187,4	:	:

Source: Base de données «Santé pour tous», OMS/Europe, janvier 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
21,4	:	23,3	60,0	:	:	31,0	:	:	<b>1970</b>
46,8	:	70,6	:	118,4	82,0	74,0	83,8	:	<b>1980</b>
64,1	:	101,3	148,0	120,6	93,9	112,3	119,7	198,0	<b>1985</b>
74,1	:	186,1	135,2	107,9	112,8	118,1	127,5	186,0	<b>1990</b>
77,4	:	200,1	143,1	112,3	:	114,3	124,8	177,0	<b>1991</b>
79,5	:	217,9	144,9	112,0	:	134,3	125,6	:	<b>1992</b>
84,4	:	225,2	145,8	116,0	:	129,8	124,8	:	<b>1993</b>
91,8	:	238,7	153,0	117,3	:	137,6	126,0	:	<b>1994</b>
96,5	123,9	241,7	155,9	120,0	141,5	141,1	126,4	:	<b>1995</b>
100,6	130,9	246,3	156,3	117,3	:	151,5	127,3	:	<b>1996</b>
103,9	139,5	274,1	155,2	131,6	:	162,6	128,8	:	<b>1997</b>
110,6	145,8	275,3	153,2	137,6	:	159,2	136,7	:	<b>1998</b>
113,4	164,2	:	157,5	144,0	:	173,2	:	:	<b>1999</b>
:	172,0	:	156,5	:	:	176,8	:	:	<b>2000</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

## 6.3.4. Transplantations d'organes (chiffres absolus)

	EU-15	B/L	DK	D	EL	E	F	I	NL
<b>Rein (¹)</b>									
1990	:	:	:	2 015	:	1 240	:	:	:
1995	10 796	350	304	2 128	131	1 800	1 638	1 149	491
1996	10 758	443	168	2 015	106	1 707	1 638	1 237	505
1997	11 325	429	160	2 249	134	1 861	1 688	1 309	510
1998	11 697	387	202	2 340	169	1 996	1 885	1 241	484
1999	11 700	459	168	2 275	154	2 023	1 837	1 357	478
2000	11 747	465	154	2 219	104	1 938	1 924	1 396	540
2001	12 096	371	162	2 346	163	1 924	2 023	1 546	500
<b>Cœur</b>									
1990	:	:	:	:	:	164	:	:	:
1995	2 237	101	30	475	10	278	397	390	48
1996	2 162	107	32	489	7	282	397	372	60
1997	2 390	96	33	584	8	317	419	372	53
1998	2 188	96	27	528	13	342	369	336	41
1999	2 139	91	94	500	7	336	349	332	45
2000	1 975	90	28	418	2	353	353	298	41
2001	1 895	84	31	409	5	341	342	316	37
<b>Foie</b>									
1990	:	:	:	:	:	313	:	:	40
1995	3 607	138	36	595	7	698	654	404	98
1996	3 739	147	41	699	10	700	651	426	76
1997	4 020	139	39	762	18	790	623	473	89
1998	4 232	139	34	699	18	899	693	549	100
1999	4 527	169	145	757	12	960	699	680	95
2000	4 275	136	24	783	10	954	806	728	126
2001	4 844	201	32	757	18	972	803	792	107
<b>Poumons</b>									
1990	:	:	:	:	:	2	:	:	:
1995	440	16	18	60	1	45	81	41	20
1996	540	19	28	86	3	76	69	55	20
1997	554	26	22	89	1	108	62	74	10
1998	661	32	36	116	–	128	88	65	17
1999	777	28	46	146	:	135	99	98	19
2000	727	37	31	158	0	138	96	60	16
2001	757	46	29	149	0	143	117	62	27
<b>Pancréas</b>									
1990	:	:	:	:	:	19	:	:	:
1995	:	19	:	75	–	24	:	:	11
1996	:	16	:	113	–	24	:	:	17
1997	:	19	–	162	–	27	:	29	–
1998	402	29	16	175	–	28	47	52	16
1999	463	37	33	218	0	25	50	35	19
2000	521	32	0	244	0	48	52	43	18
2001	514	21	0	200	0	56	53	61	23
<b>Cœur et poumons</b>									
1990	:	:	:	:	:	4	:	:	:
1995	:	19	–	23	–	–	:	:	1
1996	:	10	–	22	–	–	:	–	1
1997	189	9	1	31	–	1	26	–	–
1998	118	1	5	14	–	7	26	2	–
1999	108	5	–	20	:	4	28	3	2
2000	92	6	0	11	0	5	25	4	1
2001	87	4	0	13	0	4	26	0	2
<b>Intestins</b>									
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1996	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1997	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1998	10	–	–	–	–	–	9	–	–
1999	16	–	–	1	–	1	7	1	–
2000	11	0	0	0	0	0	4	1	0
2001	14	0	0	3	0	0	2	5	1
<b>Moelle osseuse</b>									
1990	:	235	38	:	:	477	:	:	:
1995	:	365	43	:	:	1 797	:	:	368
1996	:	518	52	:	:	2 094	:	2 537	266
1997	:	519	35	:	:	2 270	:	3 129	258
1998	:	761	:	:	:	2 287	:	3 339	256
1999	:	598	:	:	:	2 288	556	3 894	:
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:

(¹) Donneurs décédés et vivants.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A	P	FIN	S	UK/IRL	IS	NO	CH	
								<b>Rein (°)</b>
:	256	:	:	:	5	203	214	<b>1990</b>
304	361	166	276	1 908	6	189	199	<b>1995</b>
365	402	178	308	1 689	7	186	209	<b>1996</b>
334	385	144	334	1 785	4	180	236	<b>1997</b>
373	309	187	357	1 767	6	203	261	<b>1998</b>
417	367	163	301	1 701	2	204	246	<b>1999</b>
394	356	194	283	1 780	:	206	252	<b>2000</b>
414	365	169	307	1 806	:	211	235	<b>2001</b>
								<b>Cœur</b>
77	15	23	:	:	0	:	40	<b>1990</b>
108	8	26	21	337	1	22	43	<b>1995</b>
103	9	29	22	280	2	22	41	<b>1996</b>
94	6	20	40	321	1	24	35	<b>1997</b>
94	8	18	36	281	0	33	44	<b>1998</b>
95	12	15	34	289	0	32	47	<b>1999</b>
87	15	17	22	251	0	27	38	<b>2000</b>
66	17	13	25	209	:	29	38	<b>2001</b>
								<b>Foie</b>
80	0	21	48	:	0	:	21	<b>1990</b>
110	67	31	87	688	1	19	47	<b>1995</b>
132	127	29	75	638	0	20	67	<b>1996</b>
131	144	28	92	693	0	18	55	<b>1997</b>
133	133	39	105	690	1	25	77	<b>1998</b>
139	159	30	93	589	:	29	75	<b>1999</b>
151	162	31	104	710	:	30	77	<b>2000</b>
128	184	38	102	710	:	37	88	<b>2001</b>
								<b>Poumons</b>
17	:	:	:	:	0	:	—	<b>1990</b>
29	—	4	16	109	4	14	18	<b>1995</b>
29	—	5	23	117	0	7	31	<b>1996</b>
30	1	3	17	112	0	13	16	<b>1997</b>
61	—	1	33	84	0	9	30	<b>1998</b>
70	:	—	26	110	0	11	32	<b>1999</b>
59	0	8	27	97	:	15	24	<b>2000</b>
57	1	13	21	92	:	27	25	<b>2001</b>
								<b>Pancréas</b>
:	:	:	:	:	0	:	5	<b>1990</b>
8	—	—	:	:	1	—	9	<b>1995</b>
7	—	:	:	:	1	—	7	<b>1996</b>
25	—	—	9	34	3	1	5	<b>1997</b>
29	—	—	10	29	:	6	4	<b>1998</b>
32	0	—	7	40	:	:	4	<b>1999</b>
30	3	0	10	41	:	8	4	<b>2000</b>
19	4	22	5	50	:	12	12	<b>2001</b>
								<b>Cœur et poumons</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
—	—	:	:	:	:	:	:	<b>1995</b>
9	—	—	:	:	:	—	:	<b>1996</b>
3	1	3	4	44	:	—	—	<b>1997</b>
1	—	1	—	62	:	3	—	<b>1998</b>
1	:	2	3	40	:	0	—	<b>1999</b>
2	:	3	2	:	:	2	:	<b>2000</b>
2	:	3	1	32	:	2	1	<b>2001</b>
								<b>Intestins</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
—	—	—	—	—	:	—	—	<b>1995</b>
—	—	—	—	—	:	—	2	<b>1996</b>
—	—	—	—	—	:	—	1	<b>1997</b>
—	1	—	—	—	:	—	3	<b>1998</b>
6	:	—	—	:	:	—	3	<b>1999</b>
6	0	0	0	0	:	0	0	<b>2000</b>
1	0	0	0	2	:	0	0	<b>2001</b>
								<b>Moelle osseuse</b>
:	:	34	64	:	:	:	:	<b>1990</b>
227	135	74	128	:	4	:	54	<b>1995</b>
305	180	96	108	:	8	:	69	<b>1996</b>
358	208	105	133	:	6	:	72	<b>1997</b>
376	243	112	167	:	5	:	73	<b>1998</b>
379	230	115	159	:	7	:	85	<b>1999</b>
:	:	123	:	:	7	:	:	<b>2000</b>
:	:	191	:	:	7	:	:	<b>2001</b>



## 6.3.5. Transplantations d'organes (par million d'habitants)

	EU-15	B/L	DK	D	EL	E	F	I	NL
<b>Rein (¹)</b>									
1990	:	:	:	25,5	:	31,9	:	:	:
1995	29,1	33,2	58,3	26,1	12,5	45,9	28,4	20,1	31,8
1996	28,9	42,0	32,0	24,6	10,1	43,5	28,3	21,6	32,6
1997	30,3	40,5	30,3	27,4	12,8	47,3	29,0	22,8	32,8
1998	31,2	36,5	38,2	28,5	16,1	50,7	32,3	21,6	30,9
1999	31,2	43,1	31,6	27,7	14,6	51,2	31,4	23,6	30,3
2000	31,2	43,6	28,9	27,0	9,9	48,8	32,7	24,2	34,0
2001	32,0	34,7	30,3	28,5	15,4	48,0	34,3	26,7	31,3
<b>Cœur</b>									
1990	:	:	:	:	:	4,2	:	:	:
1995	6,0	9,6	5,8	5,8	1,0	7,1	6,9	6,8	3,1
1996	5,8	10,1	6,1	6,0	0,7	7,2	6,9	6,5	3,9
1997	6,4	9,1	6,3	7,1	0,8	8,1	7,2	6,5	3,4
1998	5,8	9,0	5,1	6,4	1,2	8,7	6,3	5,8	2,6
1999	5,7	8,6	17,7	6,1	0,7	8,5	6,0	5,8	2,9
2000	5,2	8,4	5,3	5,1	0,2	8,9	6,0	5,2	2,6
2001	5,0	7,8	5,8	5,0	0,5	8,5	5,8	5,5	2,3
<b>Foie</b>									
1990	:	:	:	:	:	8,1	:	:	2,7
1995	9,7	13,1	6,9	7,3	0,7	17,8	11,3	7,1	6,4
1996	10,0	13,9	7,8	8,5	1,0	17,8	11,2	7,4	4,9
1997	10,8	13,1	7,4	9,3	1,7	20,1	10,7	8,2	5,7
1998	11,3	13,1	6,4	8,5	1,7	22,8	11,9	9,5	6,4
1999	12,1	15,9	27,3	9,2	1,1	24,3	11,9	11,8	6,0
2000	11,4	12,7	4,5	9,5	0,9	24,0	13,7	12,6	7,9
2001	12,8	18,8	6,0	9,2	1,7	24,2	13,6	13,7	6,7
<b>Poumons</b>									
1990	:	:	:	:	:	0,1	:	:	:
1995	1,2	1,5	3,5	0,7	0,1	1,1	1,4	0,7	1,3
1996	1,4	1,8	5,3	1,1	0,3	1,9	1,2	1,0	1,3
1997	1,5	2,5	4,2	1,1	0,1	2,7	1,1	1,3	0,6
1998	1,8	3,0	6,8	1,4	—	3,2	1,5	1,1	1,1
1999	2,1	2,6	8,7	1,8	—	3,4	1,7	1,7	1,2
2000	1,9	3,5	5,8	1,9	0,0	3,5	1,6	1,0	1,0
2001	2,0	4,3	5,4	1,8	0,0	3,6	2,0	1,1	1,7
<b>Pancréas</b>									
1990	:	:	:	:	:	0,5	:	:	:
1995	:	1,8	:	0,9	—	0,6	:	:	0,7
1996	:	1,5	:	1,4	—	0,6	:	:	1,1
1997	:	1,8	—	2,0	—	0,7	:	0,5	—
1998	1,1	2,7	3,0	2,1	—	0,7	0,8	0,9	1,0
1999	1,2	3,5	6,2	2,7	0,0	0,6	0,9	0,6	1,2
2000	1,4	3,0	0,0	3,0	0,0	1,2	0,9	0,7	1,1
2001	1,4	2,0	0,0	2,4	0,0	1,4	0,9	1,1	1,4
<b>Cœur et poumons</b>									
1990	:	:	:	:	:	0,1	:	:	:
1995	:	1,8	—	0,3	—	—	:	:	0,1
1996	:	0,9	—	0,3	—	—	:	—	0,1
1997	0,5	0,8	0,2	0,4	—	0,0	0,4	—	—
1998	0,3	0,1	0,9	0,2	—	0,2	0,4	0,0	—
1999	0,3	0,5	—	0,2	:	0,1	0,5	0,1	0,1
2000	0,2	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,4	0,1	0,1
2001	0,2	0,4	0,0	0,2	0,0	0,1	0,4	0,0	0,1
<b>Intestins</b>									
1990	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1995	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1996	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1997	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1998	0,0	—	—	—	—	—	0,2	—	—
1999	0,0	—	—	0,0	—	0,0	0,1	0,0	—
2000	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
2001	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
<b>Moelle osseuse</b>									
1990	:	22,8	7,4	:	:	12,3	:	:	:
1995	:	34,6	8,2	:	:	45,8	:	:	23,9
1996	:	49,1	9,9	:	:	53,4	:	44,3	17,2
1997	:	49,0	6,6	:	:	57,7	:	54,5	16,6
1998	:	71,7	:	:	:	58,1	:	58,0	16,4
1999	:	56,2	:	:	:	57,9	9,5	67,6	:
2000	:	:	:	:	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:

(¹) Donneurs décédés et vivants.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (santé et sécurité).

A	P	FIN	S	UK/IRL	IS	NO	CH	
								<b>Rein (°)</b>
:	25,8	:	:	:	19,7	48,0	32,1	<b>1990</b>
37,8	36,1	32,6	31,3	30,7	22,5	43,5	28,4	<b>1995</b>
45,3	40,0	34,8	34,9	27,1	26,1	42,6	29,6	<b>1996</b>
41,4	38,2	28,1	37,8	28,5	14,8	41,0	33,3	<b>1997</b>
46,2	30,6	36,3	40,3	28,1	22,0	46,0	36,8	<b>1998</b>
51,6	36,2	31,6	34,0	26,9	7,3	45,9	34,5	<b>1999</b>
48,6	34,9	37,5	31,9	28,1	:	46,0	35,2	<b>2000</b>
51,0	35,6	32,6	34,6	28,4	:	46,9	32,6	<b>2001</b>
								<b>Cœur</b>
10,0	1,5	4,6	:	:	0,0	:	6,0	<b>1990</b>
13,4	0,8	5,1	2,4	5,4	3,7	5,1	6,1	<b>1995</b>
12,8	0,9	5,7	2,5	4,5	7,5	5,0	5,8	<b>1996</b>
11,7	0,6	3,9	4,5	5,1	3,7	5,5	4,9	<b>1997</b>
11,6	0,8	3,5	4,1	4,5	0,0	7,5	6,2	<b>1998</b>
11,8	1,2	2,9	3,8	4,6	0,0	7,2	6,6	<b>1999</b>
10,7	1,5	3,3	2,5	4,0	0,0	6,0	5,3	<b>2000</b>
8,1	1,7	2,5	2,8	3,3	:	6,4	5,3	<b>2001</b>
								<b>Foie</b>
10,4	0,0	4,2	5,6	:	0,0	:	3,1	<b>1990</b>
13,7	6,7	6,1	9,9	11,1	3,7	4,4	6,7	<b>1995</b>
16,4	12,6	5,7	8,5	10,2	0,0	4,6	9,5	<b>1996</b>
16,2	14,3	5,5	10,4	11,1	0,0	4,1	7,8	<b>1997</b>
16,5	13,2	7,6	11,9	11,0	3,7	5,7	10,9	<b>1998</b>
17,2	15,7	5,8	10,5	9,3	:	6,5	10,5	<b>1999</b>
18,6	15,9	6,0	11,7	11,2	:	6,7	10,7	<b>2000</b>
15,8	17,9	7,3	11,5	11,1	:	8,2	12,2	<b>2001</b>
								<b>Poumons</b>
2,2	:	:	:	:	0,0	:	-	<b>1990</b>
3,6	-	0,8	1,8	1,8	15,0	3,2	2,6	<b>1995</b>
3,6	-	1,0	2,6	1,9	0,0	1,6	4,4	<b>1996</b>
3,7	0,1	0,6	1,9	1,8	0,0	3,0	2,3	<b>1997</b>
7,6	-	0,2	3,7	1,3	0,0	2,0	4,2	<b>1998</b>
8,7	:	-	2,9	1,7	0,0	2,5	4,5	<b>1999</b>
7,3	0,0	1,5	3,0	1,5	:	3,3	3,3	<b>2000</b>
7,0	0,1	2,5	2,4	1,4	:	6,0	3,5	<b>2001</b>
								<b>Pancréas</b>
:	:	:	:	:	0,0	:	0,7	<b>1990</b>
1,0	-	-	:	:	3,7	-	1,3	<b>1995</b>
0,9	-	:	:	:	3,7	-	1,0	<b>1996</b>
3,1	-	-	1,0	0,5	11,1	0,2	0,7	<b>1997</b>
3,6	-	-	1,1	0,5	:	1,4	0,6	<b>1998</b>
4,0	0,0	-	0,8	0,6	:	:	0,6	<b>1999</b>
3,7	0,3	0,0	1,1	0,6	:	1,8	0,6	<b>2000</b>
2,3	0,4	4,2	0,6	0,8	:	2,7	1,7	<b>2001</b>
								<b>Cœur et poumons</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
-	-	:	:	:	:	:	:	<b>1995</b>
1,1	-	-	:	:	:	-	:	<b>1996</b>
0,4	0,1	0,6	0,5	0,7	:	-	-	<b>1997</b>
0,1	-	0,2	-	1,0	:	0,7	-	<b>1998</b>
0,1	:	0,4	0,3	0,6	:	0,0	-	<b>1999</b>
0,2	:	0,6	0,2	:	:	0,4	:	<b>2000</b>
0,2	:	0,6	0,1	0,5	:	0,4	0,1	<b>2001</b>
								<b>Intestins</b>
:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1990</b>
-	-	-	-	-	:	-	-	<b>1995</b>
-	-	-	-	-	:	-	0,3	<b>1996</b>
-	-	-	-	-	:	-	0,1	<b>1997</b>
-	0,1	-	-	-	:	-	0,4	<b>1998</b>
0,7	:	-	-	:	:	-	0,4	<b>1999</b>
0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	:	0,0	0,0	<b>2000</b>
0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	:	0,0	0,0	<b>2001</b>
								<b>Moelle osseuse</b>
:	:	6,8	7,5	:	:	:	:	<b>1990</b>
28,2	13,5	14,5	14,5	:	15,0	:	7,7	<b>1995</b>
37,9	17,9	18,8	12,2	:	29,9	:	9,8	<b>1996</b>
44,4	20,7	20,5	15,0	:	22,2	:	10,2	<b>1997</b>
46,6	24,0	21,8	18,9	:	18,4	:	10,3	<b>1998</b>
46,9	22,7	22,3	18,0	:	25,4	:	11,9	<b>1999</b>
:	:	23,8	:	:	25,1	:	:	<b>2000</b>
:	:	36,9	:	:	24,7	:	:	<b>2001</b>

## 6.3.6. Patients en dialyse

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
1970	1,4	2,0	2,1	1,6	0,3	0,3	2,2	1,6	0,6	0,6
1980	13,4	15,7	10,1	17,6	7,5	12,6	18,4	5,1	16,8	18,6
1985	20,3	25,4	14,7	25,6	13,9	21,5	23,7	8,5	24,4	24,0
1990	23,7	26,1	19,4	29,7	30,7	26,5	23,6	9,0	25,6	25,0
1991	26,1	29,0	19,2	26,5	33,5	35,2	30,0	8,9	28,4	45,1
1992	25,1	29,9	20,1	22,2	36,9	35,9	28,9	6,9	26,2	35,9
1993	27,2	32,4	22,4	23,0	39,0	36,5	31,5	7,4	34,1	34,4
1994	33,7	32,9	24,5	48,9	42,1	38,4	37,2	9,8	31,6	32,9
1995	:	:	26,9	50,6	45,6	39,3	26,2	5,5	34,1	41,2
1996	:	:	28,7	52,4	48,7	39,7	:	:	:	57,2
1997	:	:	30,5	54,9	52,4	42,7	:	:	:	49,4
1998	:	:	32,5	58,5	56,4	44,5	:	:	:	53,2
1999	:	:	36,2	54,6	60,7	46,0	:	:	:	60,5
2000	:	:	:	64,0	66,4	:	:	:	:	:
2001	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

(pour 100 000)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
2,9	1,0	0,2	1,5	2,7	1,7	1,0	0,4	3,3	<b>1970</b>
11,3	10,4	2,7	4,4	9,0	6,8	3,1	3,9	16,1	<b>1980</b>
17,0	18,5	18,2	9,3	13,8	11,3	5,8	5,6	22,4	<b>1985</b>
21,0	25,1	27,4	12,4	14,1	15,4	9,8	5,8	24,4	<b>1990</b>
24,1	26,0	26,1	14,1	21,0	15,7	11,6	6,6	26,6	<b>1991</b>
24,7	27,3	23,7	14,5	21,5	17,2	9,6	7,1	23,3	<b>1992</b>
25,9	28,3	24,7	16,3	25,6	15,9	11,7	6,4	27,5	<b>1993</b>
26,6	29,8	30,4	16,8	25,5	14,7	13,2	6,1	26,4	<b>1994</b>
26,6	31,9	35,5	17,3	25,5	17,7	13,1	9,1	20,8	<b>1995</b>
28,2	32,4	:	17,8	:	19,0	7,8	:	:	<b>1996</b>
:	34,6	:	18,3	:	:	9,6	:	:	<b>1997</b>
:	35,4	:	19,9	:	:	13,1	:	:	<b>1998</b>
:	36,1	:	21,4	:	26,9	12,6	:	:	<b>1999</b>
:	36,8	:	22,9	:	:	13,9	:	:	<b>2000</b>
:	:	:	:	:	:	17,5	:	:	<b>2001</b>

Statistiques de la santé — Chiffres clés sur la santé 2002 — Données 1970-2001

## 6.4.1. Valeur ajoutée brute, secteur sanitaire et social

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
	<i>En millions d'euros</i>								
1970	:	:	1 005	10 070	:	:	:	:	3 375
1980	:	:	4 319	33 460	:	:	:	:	11 855
1985	:	:	6 778	44 680	:	:	:	:	21 187
1990	:	:	9 581	59 240	2 813	:	53 064	:	36 255
1995	:	12 293	12 027	107 074	4 336	23 181	72 431	:	33 801
1996	:	12 486	12 635	108 429	4 587	25 034	75 110	:	39 923
1997	:	12 414	13 191	106 996	5 154	25 209	76 012	:	44 246
1998	:	12 695	14 072	109 876	5 410	:	78 109	:	44 954
1999	:	13 604	14 659	112 448	5 869	:	80 200	:	46 939
2000	:	14 320	15 149	112 540	5 632	:	:	:	49 440
2001	:	:	15 793	:	:	:	:	:	:
	<i>En euros par habitant</i>								
1970	:	:	205	129	:	:	:	:	63
1980	:	:	843	428	:	:	:	:	210
1985	:	:	1 326	575	:	:	:	:	374
1990	:	:	1 866	749	278	:	938	:	639
1995	:	1 213	2 306	1 313	415	591	1 254	:	590
1996	:	1 231	2 406	1 325	438	638	1 296	:	696
1997	:	1 221	2 501	1 305	491	641	1 308	:	770
1998	:	1 246	2 658	1 339	515	:	1 340	:	781
1999	:	1 332	2 759	1 371	558	:	1 371	:	815
2000	:	1 399	2 842	1 370	534	:	:	:	857
2001	:	:	2 952	:	:	:	:	:	:

Source: Eurostat, base de données NewCronos (économie et finances).

L	NL	A	P	FIN	S	UK	NO	
<i>En millions d'euros</i>								
:	:	:	:	:	:	3 623	463	<b>1970</b>
:	:	2 350	:	2 063	:	19 426	2 611	<b>1980</b>
:	:	3 874	:	4 831	:	27 439	4 757	<b>1985</b>
:	:	5 988	0	7 817	:	40 961	6 280	<b>1990</b>
553	21 560	9 916	3 905	7 405	17 445	50 738	8 470	<b>1995</b>
620	21 659	10 129	4 196	7 671	20 412	54 764	9 338	<b>1996</b>
653	22 001	8 175	4 435	7 765	19 357	67 733	10 189	<b>1997</b>
654	22 946	8 507	4 903	7 917	19 691	73 281	:	<b>1998</b>
697	24 858	8 414	5 682	8 302	21 252	80 128	:	<b>1999</b>
706	:	8 918	:	8 823	:	92 696	:	<b>2000</b>
:	:	:	:	9 426	:	98 750	:	<b>2001</b>
<i>En euros par habitant</i>								
:	:	:	:	:	:	65	120	<b>1970</b>
:	:	311	:	432	:	345	640	<b>1980</b>
:	:	511	:	987	:	485	1 147	<b>1985</b>
:	:	779	0	1 571	:	713	1 484	<b>1990</b>
1 360	1 398	1 233	390	1 452	1 979	867	1 948	<b>1995</b>
1 502	1 398	1 258	418	1 499	2 310	933	2 137	<b>1996</b>
1 561	1 413	1 013	440	1 513	2 189	1 150	2 320	<b>1997</b>
1 544	1 466	1 053	485	1 538	2 226	1 240	:	<b>1998</b>
1 624	1 577	1 041	560	1 609	2 400	1 349	:	<b>1999</b>
1 620	:	1 101	:	1 706	:	1 555	:	<b>2000</b>
:	:	:	:	1 819	:	1 650	:	<b>2001</b>

## 6.4.2. Dépenses totales de santé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	1 277	:	21 656	60	587	:	114	1 786	56
1980	:	5 683	4 724	66 417	402	5 163	:	1 081	:	225
1985	:	8 740	7 394	86 405	:	9 624	:	1 861	:	345
1990	396 951	12 157	9 425	108 292	2 947	20 842	86 863	2 395	54 683	562
1995	578 508	17 524	11 131	183 692	7 095	33 880	113 399	3 791	68 104	841
1996	610 161	18 325	11 800	194 484	7 779	35 975	115 885	4 063	73 696	893
1997	627 154	18 447	12 328	196 894	8 482	37 664	117 894	4 636	79 415	919
1998	650 860	19 256	13 028	199 061	9 208	40 310	121 922	5 255	82 751	987
1999	:	20 387	13 887	:	9 851	43 423	126 601	6 038	86 795	1 108
2000	:	21 627	14 508	:	10 032	46 681	132 808	6 952	93 910	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	132	:	357	7	17	:	39	33	165
1980	:	577	922	1 079	42	138	:	318	:	616
1985	:	887	1 446	1 416	:	250	:	526	:	940
1990	1 140	1 220	1 833	1 712	292	536	1 532	684	964	1 464
1995	1 556	1 725	2 129	2 249	679	864	1 960	1 053	1 189	2 036
1996	1 637	1 804	2 243	2 375	743	916	1 997	1 121	1 284	2 147
1997	1 678	1 812	2 333	2 400	808	958	2 025	1 266	1 381	2 183
1998	1 738	1 887	2 458	2 427	876	1 024	2 088	1 418	1 437	2 311
1999	:	1 994	2 611	:	935	1 102	2 160	1 612	1 506	2 559
2000	:	2 110	2 718	:	952	1 183	2 255	1 836	1 626	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	4,0	:	6,3	6,0	3,6	:	5,1	5,1	3,6
1980	:	6,4	9,1	8,8	6,6	5,4	:	8,4	:	5,9
1985	:	7,2	8,7	9,3	:	5,4	:	7,6	:	5,9
1990	7,9	7,4	8,5	8,7	7,5	6,6	8,6	6,6	8,0	6,1
1995	8,7	8,7	8,2	10,2	8,9	7,7	9,6	7,2	7,4	6,4
1996	8,8	8,8	8,3	10,6	8,9	7,7	9,6	7,0	7,5	6,4
1997	8,7	8,5	8,2	10,5	8,7	7,6	9,4	6,9	7,7	5,9
1998	8,6	8,5	8,4	10,3	8,7	7,6	9,3	6,8	7,7	5,8
1999	:	8,7	8,5	:	8,7	7,7	9,4	6,8	7,8	6,0
2000	:	8,7	8,3	:	8,3	7,7	9,5	6,7	8,1	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	1 488	28	439	1 312	3 262	0	453	3 320	<b>1970</b>
12 103	5 697	414	2 094	5 259	18 279	13	2 480	8 440	<b>1980</b>
14 670	6 653	1 265	4 067	8 236	29 286	113	4 108	11 753	<b>1985</b>
19 525	9 491	3 142	6 911	12 600	47 116	374	6 372	16 801	<b>1990</b>
25 420	14 731	6 707	7 155	14 716	70 321	478	8 412	22 408	<b>1995</b>
26 257	15 475	7 332	7 545	15 512	75 140	510	9 234	23 491	<b>1996</b>
27 205	14 513	7 981	7 806	15 659	77 310	539	9 994	23 963	<b>1997</b>
28 833	15 263	8 444	8 037	15 948	82 557	624	10 782	24 968	<b>1998</b>
30 568	15 845	9 042	8 300	:	90 467	701	11 469	25 770	<b>1999</b>
32 547	16 487	9 415	8 710	:	96 165	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
	199	3	95	163	59	1	117	530	<b>1970</b>
855	755	42	438	633	324	57	607	1 322	<b>1980</b>
1 012	880	126	830	986	517	470	989	1 799	<b>1985</b>
1 306	1 230	318	1 386	1 472	819	1 467	1 502	2 503	<b>1990</b>
1 644	1 831	676	1 401	1 667	1 200	1 790	1 930	3 183	<b>1995</b>
1 691	1 920	739	1 472	1 755	1 278	1 895	2 108	3 322	<b>1996</b>
1 743	1 798	802	1 519	1 770	1 310	1 990	2 269	3 380	<b>1997</b>
1 836	1 889	847	1 560	1 802	1 394	2 276	2 433	3 512	<b>1998</b>
1 933	1 958	897	1 605	:	1 520	2 529	2 570	3 607	<b>1999</b>
2 044	2 032	922	1 681	:	1 609	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	5,3	2,7	5,6	6,9	4,5	4,9	4,4	5,6	<b>1970</b>
7,5	7,6	5,6	6,4	9,1	5,6	6,1	7,0	7,6	<b>1980</b>
7,3	6,6	6,0	7,2	8,7	5,9	7,2	6,7	8,0	<b>1985</b>
8,0	7,1	6,2	7,9	8,5	6,0	7,9	7,8	8,5	<b>1990</b>
8,4	8,6	8,3	7,5	8,1	7,0	8,2	8,0	10,0	<b>1995</b>
8,3	8,7	8,5	7,7	8,4	7,0	8,2	8,0	10,4	<b>1996</b>
8,2	8,0	8,6	7,3	8,1	6,8	8,0	8,0	10,4	<b>1997</b>
8,1	8,0	8,3	6,9	7,9	6,8	8,3	8,5	10,6	<b>1998</b>
8,2	8,1	8,4	6,9	:	7,1	8,7	8,5	10,7	<b>1999</b>
8,1	8,0	8,2	6,6	:	7,3	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.3. Dépenses publiques de santé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	:	:	15 768	26	384	:	93	1 552	50
1980	:	:	4 147	52 266	224	4 126	:	881	:	209
1985	:	:	6 330	66 854	:	7 803	:	1 409	:	308
1990	:	:	7 797	82 521	1 848	16 413	66 558	1 751	43 337	523
1995	441 497	12 197	9 186	143 463	3 865	24 031	86 321	2 797	49 173	777
1996	464 198	13 163	9 725	152 274	4 294	25 590	88 203	2 979	52 932	829
1997	471 674	13 011	10 143	150 749	4 678	26 781	89 811	3 521	57 307	849
1998	487 359	13 601	10 670	150 867	5 009	28 419	92 695	4 005	59 575	912
1999	:	14 499	11 418	:	5 347	30 493	96 336	4 605	62 767	1 029
2000	:	15 408	11 905	:	5 572	32 634	100 920	5 269	69 195	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	:	:	260	3	11	:	32	29	147
1980	:	:	809	849	23	110	:	259	:	573
1985	:	:	1 238	1 096	:	203	:	398	:	839
1990	:	:	1 517	1 305	183	422	1 174	500	764	1 362
1995	1 187	1 201	1 757	1 757	370	613	1 492	777	858	1 881
1996	1 245	1 296	1 848	1 859	410	652	1 520	822	922	1 993
1997	1 262	1 278	1 920	1 837	446	681	1 543	962	996	2 017
1998	1 301	1 333	2 013	1 839	476	722	1 587	1 081	1 035	2 136
1999	:	1 418	2 147	:	507	774	1 643	1 230	1 089	2 376
2000	:	1 503	2 231	:	529	827	1 714	1 391	1 198	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1980	:	:	8,0	6,9	3,7	4,3	:	6,8	:	5,5
1985	:	:	7,4	7,2	:	4,4	:	5,8	:	5,3
1990	:	:	7,0	6,7	4,7	5,2	6,6	4,8	6,4	5,7
1995	6,6	6,0	6,8	8,0	4,8	5,5	7,3	5,3	5,3	5,9
1996	6,7	6,4	6,8	8,3	4,9	5,5	7,3	5,1	5,4	5,9
1997	6,5	6,0	6,8	8,1	4,8	5,4	7,2	5,3	5,6	5,4
1998	6,4	6,0	6,9	7,8	4,7	5,4	7,1	5,2	5,6	5,4
1999	:	6,2	7,0	:	4,7	5,4	7,1	5,2	5,7	5,6
2000	:	6,2	6,8	:	4,6	5,4	7,2	5,1	5,9	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	937	16	324	1 128	2 836	0	415	1 990	<b>1970</b>
8 394	3 921	267	1 654	4 866	16 333	11	2 111	5 329	<b>1980</b>
10 412	5 061	690	3 198	7 443	25 116	99	3 523	7 535	<b>1985</b>
13 094	6 978	2 059	5 592	11 323	39 367	324	5 276	11 159	<b>1990</b>
18 059	10 579	4 137	5 405	12 535	58 973	404	7 002	12 049	<b>1995</b>
17 376	10 922	4 741	5 718	13 146	62 306	428	7 645	12 845	<b>1996</b>
18 450	10 296	5 169	5 938	13 193	61 778	451	8 291	13 218	<b>1997</b>
19 540	10 903	5 700	6 128	13 364	65 970	523	8 930	13 699	<b>1998</b>
20 334	11 099	6 395	6 254	:	72 510	594	9 506	14 261	<b>1999</b>
21 985	11 493	6 700	6 538	:	77 911	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	125	2	70	140	51	1	107	317	<b>1970</b>
593	519	27	346	586	290	50	517	835	<b>1980</b>
719	670	69	652	891	443	409	848	1 153	<b>1985</b>
876	904	208	1 122	1 323	684	1 271	1 244	1 662	<b>1990</b>
1 168	1 315	417	1 058	1 420	1 006	1 512	1 606	1 711	<b>1995</b>
1 119	1 355	478	1 116	1 487	1 059	1 590	1 745	1 816	<b>1996</b>
1 182	1 276	520	1 155	1 491	1 047	1 666	1 882	1 865	<b>1997</b>
1 244	1 350	572	1 189	1 510	1 114	1 910	2 015	1 927	<b>1998</b>
1 286	1 372	634	1 209	:	1 219	2 145	2 130	1 996	<b>1999</b>
1 380	1 417	656	1 262	:	1 304	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
5,2	5,2	3,6	5,0	8,4	5,0	5,4	5,9	4,8	<b>1980</b>
5,2	5,0	3,3	5,6	7,9	5,0	6,2	5,7	5,1	<b>1985</b>
5,4	5,2	4,1	6,4	7,6	5,0	6,8	6,4	5,7	<b>1990</b>
6,0	6,1	5,1	5,7	6,9	5,8	6,9	6,7	5,4	<b>1995</b>
5,5	6,1	5,5	5,8	7,1	5,8	6,8	6,6	5,7	<b>1996</b>
5,5	5,6	5,5	5,6	6,8	5,4	6,7	6,7	5,7	<b>1997</b>
5,5	5,7	5,6	5,3	6,6	5,5	7,0	7,1	5,8	<b>1998</b>
5,4	5,6	5,9	5,2	:	5,7	7,4	7,0	5,9	<b>1999</b>
5,5	5,6	5,8	5,0	:	5,9	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.4. Dépenses totales en soins de santé individuels

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	:	:	17 649	:	:	:	:	1 798	:
1980	:	:	4 489	56 723	:	4 001	:	:	:	231
1985	:	:	7 023	73 830	:	8 803	:	:	:	271
1990	:	:	9 139	92 711	:	15 687	81 282	763	50 364	445
1995	:	:	10 683	157 162	:	31 762	105 919	1 147	64 763	712
1996	:	:	11 310	167 411	:	33 835	108 061	:	69 746	763
1997	:	:	11 803	170 537	:	35 490	110 069	:	75 204	812
1998	:	:	12 470	173 098	:	37 906	113 812	:	78 122	813
1999	:	:	13 318	:	:	40 844	117 772	:	81 791	:
2000	:	:	13 919	:	:	:	123 704	:	88 741	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	:	:	291	:	:	:	:	33	:
1980	:	:	876	921	:	107	:	:	:	633
1985	:	:	1 373	1 210	:	229	:	:	:	738
1990	:	:	1 778	1 466	:	404	1 433	218	888	1 159
1995	:	:	2 043	1 925	:	810	1 831	319	1 130	1 724
1996	:	:	2 149	2 044	:	862	1 862	:	1 215	1 834
1997	:	:	2 234	2 078	:	903	1 891	:	1 308	1 929
1998	:	:	2 352	2 110	:	963	1 949	:	1 357	1 904
1999	:	:	2 504	:	:	1 036	2 009	:	1 419	:
2000	:	:	2 608	:	:	:	2 101	:	1 536	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	:	:	5,1	:	:	:	:	5,2	:
1980	:	:	8,7	7,5	:	4,2	:	:	:	6,1
1985	:	:	8,2	7,9	:	5,0	:	:	:	4,6
1990	:	:	8,2	7,5	:	5,0	8,1	2,1	7,4	4,9
1995	:	:	7,9	8,7	:	7,3	9,0	2,2	7,0	5,4
1996	:	:	7,9	9,1	:	7,3	8,9	:	7,1	5,5
1997	:	:	7,9	9,1	:	7,2	8,8	:	7,3	5,2
1998	:	:	8,0	9,0	:	7,2	8,7	:	7,3	4,8
1999	:	:	8,2	:	:	7,2	8,7	:	7,4	:
2000	:	:	8,0	:	:	:	8,8	:	7,6	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	384	:	:	:	:	3 147	<b>1970</b>
10 553	:	:	1 866	:	:	12	2 283	7 890	<b>1980</b>
12 997	:	:	3 626	:	:	108	3 943	10 879	<b>1985</b>
16 889	:	:	6 149	:	:	360	5 884	15 399	<b>1990</b>
21 906	13 292	:	6 489	:	:	461	7 796	19 903	<b>1995</b>
22 661	13 780	:	6 839	:	:	494	8 525	20 934	<b>1996</b>
23 660	12 928	:	7 041	:	:	524	9 174	21 433	<b>1997</b>
25 156	13 625	:	7 254	:	:	602	:	22 309	<b>1998</b>
26 593	14 038	:	7 504	:	:	676	:	23 052	<b>1999</b>
28 363	14 619	:	7 862	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	83	:	:	:	:	502	<b>1970</b>
746	:	:	390	:	:	54	559	1 236	<b>1980</b>
897	:	:	740	:	:	448	950	1 665	<b>1985</b>
1 130	:	:	1 233	:	:	1 413	1 387	2 294	<b>1990</b>
1 417	1 652	:	1 270	:	:	1 725	1 788	2 827	<b>1995</b>
1 459	1 710	:	1 334	:	:	1 836	1 946	2 960	<b>1996</b>
1 516	1 602	:	1 370	:	:	1 933	2 083	3 023	<b>1997</b>
1 602	1 687	:	1 408	:	:	2 197	:	3 138	<b>1998</b>
1 682	1 735	:	1 451	:	:	2 441	:	3 227	<b>1999</b>
1 781	1 802	:	1 517	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	4,9	:	:	:	:	5,3	<b>1970</b>
6,6	:	:	5,7	:	:	5,8	6,4	7,1	<b>1980</b>
6,5	:	:	6,4	:	:	6,8	6,4	7,4	<b>1985</b>
6,9	:	:	7,0	:	:	7,6	7,2	7,8	<b>1990</b>
7,2	7,7	:	6,8	:	:	7,9	7,4	8,8	<b>1995</b>
7,2	7,7	:	6,9	:	:	7,9	7,4	9,2	<b>1996</b>
7,1	7,1	:	6,6	:	:	7,7	7,4	9,3	<b>1997</b>
7,1	7,2	:	6,3	:	:	8,0	:	9,5	<b>1998</b>
7,1	7,1	:	6,2	:	:	8,4	:	9,6	<b>1999</b>
7,1	7,1	:	6,0	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.5. Dépenses publiques en soins de santé individuels

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	:	:	12 660	:	330	:	:	:	:
1980	:	:	3 912	44 176	:	3 854	:	:	:	192
1985	:	:	5 959	56 787	:	7 226	:	:	:	300
1990	:	:	7 512	69 883	:	14 860	62 947	:	41 657	:
1995	:	:	8 738	120 702	:	22 405	81 433	:	47 464	:
1996	:	:	9 235	128 890	:	23 936	83 100	2 702	51 174	:
1997	:	:	9 618	128 372	:	25 120	84 820	3 139	55 247	:
1998	:	:	10 113	129 111	:	26 552	87 553	3 591	57 067	:
1999	:	:	10 849	:	:	28 464	90 615	4 113	60 112	:
2000	:	:	11 316	:	:	:	95 081	4 617	66 356	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	:	:	209	:	10	:	:	:	:
1980	:	:	764	718	:	103	:	:	:	526
1985	:	:	1 165	931	:	188	:	:	:	817
1990	:	:	1 461	1 105	:	382	1 110	:	734	:
1995	:	:	1 671	1 478	:	571	1 408	:	828	:
1996	:	:	1 755	1 574	:	610	1 432	745	892	:
1997	:	:	1 820	1 565	:	639	1 457	857	961	:
1998	:	:	1 908	1 574	:	674	1 499	969	991	:
1999	:	:	2 040	:	:	722	1 546	1 098	1 043	:
2000	:	:	2 120	:	:	:	1 614	1 219	1 149	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	:	:	3,7	:	2,0	:	:	:	:
1980	:	:	7,5	5,9	:	4,0	:	:	:	5,1
1985	:	:	7,0	6,1	:	4,1	:	:	:	5,1
1990	:	:	6,8	5,6	:	4,7	6,2	:	6,1	:
1995	:	:	6,4	6,7	:	5,1	6,9	:	5,1	:
1996	:	:	6,5	7,0	:	5,2	6,9	4,7	5,2	:
1997	:	:	6,4	6,9	:	5,1	6,8	4,7	5,4	:
1998	:	:	6,5	6,7	:	5,0	6,7	4,7	5,3	:
1999	:	:	6,7	:	:	5,0	6,7	4,6	5,4	:
2000	:	:	6,5	:	:	:	6,8	4,5	5,7	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	273	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
7 845	:	:	1 453	:	:	11	:	:	<b>1980</b>
9 632	:	:	2 809	:	:	93	3 126	6 819	<b>1985</b>
12 155	:	:	4 927	:	:	310	4 851	10 045	<b>1990</b>
16 959	9 673	:	4 845	:	:	386	6 457	10 080	<b>1995</b>
16 272	9 930	:	5 127	:	:	412	7 014	10 880	<b>1996</b>
17 312	9 644	:	5 294	:	:	436	7 554	11 335	<b>1997</b>
18 391	10 196	:	5 478	:	:	502	:	11 768	<b>1998</b>
19 145	10 397	:	5 600	:	:	570	:	12 282	<b>1999</b>
20 762	10 815	:	5 844	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	59	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
554	:	:	304	:	:	47	:	:	<b>1980</b>
665	:	:	573	:	:	387	753	1 044	<b>1985</b>
813	:	:	988	:	:	1 216	1 144	1 497	<b>1990</b>
1 097	1 202	:	949	:	:	1 447	1 481	1 432	<b>1995</b>
1 048	1 232	:	1 000	:	:	1 531	1 601	1 539	<b>1996</b>
1 109	1 195	:	1 030	:	:	1 608	1 715	1 599	<b>1997</b>
1 171	1 262	:	1 063	:	:	1 832	:	1 655	<b>1998</b>
1 211	1 285	:	1 083	:	:	2 057	:	1 719	<b>1999</b>
1 304	1 333	:	1 128	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	3,5	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
4,9	:	:	4,4	:	:	5,1	:	:	<b>1980</b>
4,8	:	:	4,9	:	:	5,9	5,1	4,6	<b>1985</b>
5,0	:	:	5,6	:	:	6,5	5,9	5,1	<b>1990</b>
5,6	5,6	:	5,1	:	:	6,6	6,1	4,5	<b>1995</b>
5,2	5,6	:	5,2	:	:	6,6	6,1	4,8	<b>1996</b>
5,2	5,3	:	5,0	:	:	6,4	6,1	4,9	<b>1997</b>
5,2	5,4	:	4,7	:	:	6,7	:	5,0	<b>1998</b>
5,1	5,3	:	4,6	:	:	7,1	:	5,1	<b>1999</b>
5,2	5,3	:	4,5	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.6. Dépenses totales en soins hospitaliers

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	328	:	6 670	:	:	:	:	853	:
1980	:	1 880	2 909	22 067	:	2 791	:	635	:	70
1985	:	2 971	4 466	29 460	:	5 357	:	:	:	94
1990	:	3 990	5 344	37 628	:	9 194	39 949	:	23 376	148
1995	:	5 874	6 121	63 697	:	14 757	51 615	:	30 493	263
1996	:	6 386	6 523	66 362	:	15 692	52 764	:	30 712	289
1997	:	6 450	6 745	66 236	:	16 296	53 495	:	33 754	331
1998	:	:	7 071	67 748	:	17 254	54 373	:	34 363	303
1999	:	:	7 481	:	:	18 352	55 211	:	36 204	330
2000	:	:	7 757	:	:	:	56 821	:	39 725	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	34	:	110	:	:	:	:	16	:
1980	:	191	568	358	:	74	:	187	:	192
1985	:	301	873	483	:	139	:	:	:	256
1990	:	400	1 040	595	:	237	704	:	412	385
1995	:	578	1 171	780	:	376	892	:	532	637
1996	:	629	1 240	810	:	400	909	:	535	695
1997	:	634	1 277	807	:	414	919	:	587	786
1998	:	:	1 334	826	:	438	931	:	597	710
1999	:	:	1 406	:	:	466	942	:	628	762
2000	:	:	1 453	:	:	:	965	:	688	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	1,0	:	1,9	:	:	:	:	2,5	:
1980	:	2,1	5,6	2,9	:	2,9	:	4,9	:	1,8
1985	:	2,4	5,2	3,2	:	3,0	:	:	:	1,6
1990	:	2,4	4,8	3,0	:	2,9	4,0	:	3,4	1,6
1995	:	2,9	4,5	3,5	:	3,4	4,4	:	3,3	2,0
1996	:	3,1	4,6	3,6	:	3,4	4,4	:	3,1	2,1
1997	:	3,0	4,5	3,5	:	3,3	4,3	:	3,3	2,1
1998	:	:	4,6	3,5	:	3,3	4,2	:	3,2	1,8
1999	:	:	4,6	:	:	3,2	4,1	:	3,3	1,8
2000	:	:	4,5	:	:	:	4,0	:	3,4	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	204	:	:	0	309	1 461	<b>1970</b>
6 612	:	119	968	:	:	8	1 584	3 999	<b>1980</b>
7 943	:	333	1 871	:	:	64	2 663	5 485	<b>1985</b>
9 601	:	1 015	3 090	:	:	205	3 932	8 047	<b>1990</b>
12 477	7 130	2 240	3 007	:	:	264	3 141	9 940	<b>1995</b>
13 033	7 276	:	3 154	:	:	281	3 450	10 559	<b>1996</b>
13 581	6 345	:	3 232	:	:	296	3 776	10 781	<b>1997</b>
14 383	6 549	:	3 303	:	:	343	4 168	11 065	<b>1998</b>
15 126	6 621	:	3 359	:	:	390	4 527	11 309	<b>1999</b>
16 013	6 834	:	3 471	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	44	:	:	1	80	233	<b>1970</b>
467	:	12	203	:	:	34	388	626	<b>1980</b>
548	:	33	382	:	:	266	641	840	<b>1985</b>
642	:	103	620	:	:	805	927	1 199	<b>1990</b>
807	886	226	589	:	:	988	721	1 412	<b>1995</b>
839	903	:	615	:	:	1 044	787	1 493	<b>1996</b>
870	786	:	629	:	:	1 094	857	1 521	<b>1997</b>
916	811	:	641	:	:	1 254	941	1 556	<b>1998</b>
957	818	:	650	:	:	1 408	1 015	1 583	<b>1999</b>
1 005	842	:	670	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	2,6	:	:	2,4	3,0	2,5	<b>1970</b>
4,1	:	1,6	2,9	:	:	3,6	4,5	3,6	<b>1980</b>
4,0	:	1,6	3,3	:	:	4,1	4,3	3,7	<b>1985</b>
3,9	:	2,0	3,5	:	:	4,3	4,8	4,1	<b>1990</b>
4,1	4,1	2,8	3,2	:	:	4,5	3,0	4,4	<b>1995</b>
4,1	4,1	:	3,2	:	:	4,5	3,0	4,7	<b>1996</b>
4,1	3,5	:	3,0	:	:	4,4	3,0	4,7	<b>1997</b>
4,1	3,4	:	2,8	:	:	4,6	3,3	4,7	<b>1998</b>
4,0	3,4	:	2,8	:	:	4,8	3,3	4,7	<b>1999</b>
4,0	3,3	:	2,6	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.7. Dépenses totales en soins ambulatoires

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	543	:	6 912	:	:	:	:	647	13
1980	:	2 227	1 053	22 151	:	:	:	:	:	111
1985	:	3 500	1 522	27 444	:	:	:	:	:	178
1990	:	4 832	2 088	32 967	:	:	20 488	:	15 392	277
1995	:	6 033	2 603	53 111	:	9 275	26 145	:	20 016	436
1996	:	6 330	2 717	56 027	:	9 711	26 619	:	23 480	447
1997	:	6 334	2 874	58 322	:	10 012	27 037	:	24 524	463
1998	:	:	3 103	57 556	:	10 685	27 982	:	25 682	492
1999	:	:	3 468	:	:	11 568	28 817	:	26 293	:
2000	:	:	3 652	:	:	:	29 852	:	27 822	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	56	:	114	:	:	:	:	12	38
1980	:	226	206	360	:	:	:	:	:	304
1985	:	355	298	450	:	:	:	:	:	485
1990	:	485	406	521	:	:	361	:	271	721
1995	:	594	498	650	:	237	452	:	349	1 056
1996	:	623	516	684	:	247	459	:	409	1 075
1997	:	622	544	711	:	255	464	:	426	1 100
1998	:	:	585	702	:	271	479	:	446	1 152
1999	:	:	652	:	:	293	492	:	456	:
2000	:	:	684	:	:	:	507	:	482	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	1,7	:	2,0	:	:	:	:	1,9	0,8
1980	:	2,5	2,0	2,9	:	:	:	:	:	2,9
1985	:	2,9	1,8	2,9	:	:	:	:	:	3,0
1990	:	2,9	1,9	2,7	:	:	2,0	:	2,3	3,0
1995	:	3,0	1,9	2,9	:	2,1	2,2	:	2,2	3,3
1996	:	3,1	1,9	3,1	:	2,1	2,2	:	2,4	3,2
1997	:	2,9	1,9	3,1	:	2,0	2,2	:	2,4	3,0
1998	:	:	2,0	3,0	:	2,0	2,1	:	2,4	2,9
1999	:	:	2,1	:	:	2,0	2,1	:	2,4	:
2000	:	:	2,1	:	:	:	2,1	:	2,4	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	356	:	92	:	:	:	:	1 078	<b>1970</b>
2 367	1 097	:	524	:	:	2	457	2 672	<b>1980</b>
2 827	1 496	:	1 205	:	:	22	866	3 823	<b>1985</b>
3 376	2 281	:	2 169	:	:	86	1 329	5 306	<b>1990</b>
3 866	4 207	:	2 203	:	:	112	:	6 058	<b>1995</b>
3 886	4 437	:	2 313	:	:	119	:	6 296	<b>1996</b>
4 070	4 339	:	2 355	:	:	123	:	6 447	<b>1997</b>
4 253	4 598	:	2 458	:	:	143	:	6 854	<b>1998</b>
4 513	4 751	:	2 528	:	:	156	:	7 132	<b>1999</b>
4 791	4 939	:	2 650	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	48	:	20	:	:	:	:	172	<b>1970</b>
167	145	:	110	:	:	10	112	418	<b>1980</b>
195	198	:	246	:	:	91	209	585	<b>1985</b>
226	296	:	435	:	:	336	313	791	<b>1990</b>
250	523	:	431	:	:	420	:	860	<b>1995</b>
250	551	:	451	:	:	441	:	890	<b>1996</b>
261	538	:	458	:	:	454	:	909	<b>1997</b>
271	569	:	477	:	:	520	:	964	<b>1998</b>
285	587	:	489	:	:	565	:	998	<b>1999</b>
301	609	:	511	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	1,3	:	1,2	:	:	:	:	1,8	<b>1970</b>
1,5	1,5	:	1,6	:	:	1,0	1,3	2,4	<b>1980</b>
1,4	1,5	:	2,1	:	:	1,4	1,4	2,6	<b>1985</b>
1,4	1,7	:	2,5	:	:	1,8	1,6	2,7	<b>1990</b>
1,3	2,4	:	2,3	:	:	1,9	:	2,7	<b>1995</b>
1,2	2,5	:	2,3	:	:	1,9	:	2,8	<b>1996</b>
1,2	2,4	:	2,2	:	:	1,8	:	2,8	<b>1997</b>
1,2	2,4	:	2,1	:	:	1,9	:	2,9	<b>1998</b>
1,2	2,4	:	2,1	:	:	1,9	:	3,0	<b>1999</b>
1,2	2,4	:	2,0	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.8. Dépenses totales en soins à domicile

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>En millions d'euros</i>									
1970	:	:	:	2	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	89	67	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	229	210	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	431	276	:	:	234	:	:	:
1995	:	5 327	455	5 423	:	:	412	:	:	:
1996	:	5 162	502	7 628	:	:	436	:	:	:
1997	:	5 436	520	7 994	:	:	449	:	:	:
1998	:	5 655	518	8 059	:	:	477	:	:	:
1999	:	5 888	494	:	:	:	504	:	:	:
2000	:	6 219	534	:	:	:	538	:	:	:
	<i>En euros par habitant</i>									
1970	:	:	:	0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	17	1	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	45	3	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	84	4	:	:	4	:	:	:
1995	:	524	87	66	:	:	7	:	:	:
1996	:	508	95	93	:	:	8	:	:	:
1997	:	534	98	97	:	:	8	:	:	:
1998	:	554	98	98	:	:	8	:	:	:
1999	:	576	93	:	:	:	9	:	:	:
2000	:	607	100	:	:	:	9	:	:	:
	<i>En pourcentage du PIB</i>									
1970	:	:	:	0,0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	0,2	0,0	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	0,3	0,0	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	0,4	0,0	:	:	0,0	:	:	:
1995	:	2,6	0,3	0,3	:	:	0,0	:	:	:
1996	:	2,5	0,4	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1997	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1998	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1999	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:
2000	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	18	:	:	:	:	:	1970
321	:	:	61	:	362	:	:	:	1980
454	:	:	:	:	658	:	:	:	1985
1 366	:	:	:	:	1 616	:	:	:	1990
1 726	:	:	:	:	:	:	:	435	1995
1 761	:	:	:	:	:	:	:	479	1996
1 857	:	:	:	:	:	:	:	476	1997
1 953	:	:	:	:	:	:	:	505	1998
2 062	:	:	:	:	:	:	:	525	1999
2 342	:	:	:	:	:	:	:	:	2000
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	4	:	:	:	:	:	1970
23	:	:	13	:	6	:	:	:	1980
31	:	:	:	:	12	:	:	:	1985
91	:	:	:	:	28	:	:	:	1990
112	:	:	:	:	:	:	:	62	1995
113	:	:	:	:	:	:	:	68	1996
119	:	:	:	:	:	:	:	67	1997
124	:	:	:	:	:	:	:	71	1998
130	:	:	:	:	:	:	:	74	1999
147	:	:	:	:	:	:	:	:	2000
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	0,2	:	:	:	:	:	1970
0,2	:	:	0,2	:	0,1	:	:	:	1980
0,2	:	:	:	:	0,1	:	:	:	1985
0,6	:	:	:	:	0,2	:	:	:	1990
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1995
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1996
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1997
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1998
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	1999
0,6	:	:	:	:	:	:	:	:	2000

## 6.4.9. Dépenses totales en médicaments délivrés à des patients en consultation externe

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	403	:	3 970	:	:	:	:	:	:
1980	:	1 113	387	11 875	:	:	:	:	:	:
1985	:	1 541	657	15 981	:	:	:	:	:	:
1990	:	2 125	959	21 053	:	:	17 362	:	11 596	:
1995	:	3 247	1 297	32 966	:	7 478	23 817	:	14 254	:
1996	:	3 241	1 340	35 329	:	8 155	24 333	:	15 554	:
1997	:	:	1 417	35 886	:	8 892	25 106	:	16 926	:
1998	:	:	1 525	37 530	:	9 637	26 724	:	18 078	:
1999	:	:	1 593	:	:	10 572	28 733	:	19 294	:
2000	:	:	1 685	:	:	:	31 642	:	21 194	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	42	:	65	:	:	:	:	:	:
1980	:	113	76	193	:	:	:	:	:	:
1985	:	156	128	262	:	:	:	:	:	:
1990	:	213	187	333	:	:	306	:	204	:
1995	:	320	248	404	:	191	412	:	249	:
1996	:	319	255	431	:	208	419	:	271	:
1997	:	:	268	437	:	226	431	:	294	:
1998	:	:	288	458	:	245	458	:	314	:
1999	:	:	300	:	:	268	490	:	335	:
2000	:	:	316	:	:	:	537	:	367	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	1,3	:	1,1	:	:	:	:	:	:
1980	:	1,3	0,7	1,6	:	:	:	:	:	:
1985	:	1,3	0,8	1,7	:	:	:	:	:	:
1990	:	1,3	0,9	1,7	:	:	1,7	:	1,7	:
1995	:	1,6	1,0	1,8	:	1,7	2,0	:	1,5	:
1996	:	1,6	0,9	1,9	:	1,8	2,0	:	1,6	:
1997	:	:	0,9	1,9	:	1,8	2,0	:	1,6	:
1998	:	:	1,0	1,9	:	1,8	2,0	:	1,7	:
1999	:	:	1,0	:	:	1,9	2,1	:	1,7	:
2000	:	:	1,0	:	:	:	2,3	:	1,8	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	64	:	:	:	:	609	<b>1970</b>
1 114	:	:	283	:	:	:	:	1 220	<b>1980</b>
1 602	:	:	500	:	:	:	:	1 570	<b>1985</b>
2 339	:	:	820	:	:	:	701	2 046	<b>1990</b>
3 546	1 955	:	1 186	:	:	:	1 047	2 667	<b>1995</b>
3 667	2 067	:	1 268	:	:	:	1 178	2 813	<b>1996</b>
3 815	2 244	:	1 346	:	:	:	1 294	2 961	<b>1997</b>
4 210	2 478	:	1 381	:	:	:	:	3 045	<b>1998</b>
4 525	2 667	:	1 502	:	:	:	:	3 222	<b>1999</b>
4 829	2 846	:	1 617	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	14	:	:	:	:	97	<b>1970</b>
79	:	:	59	:	:	:	:	191	<b>1980</b>
111	:	:	102	:	:	:	:	240	<b>1985</b>
156	:	:	164	:	:	:	165	305	<b>1990</b>
229	243	:	232	:	:	:	240	379	<b>1995</b>
236	256	:	247	:	:	:	269	398	<b>1996</b>
244	278	:	262	:	:	:	294	418	<b>1997</b>
268	307	:	268	:	:	:	:	428	<b>1998</b>
286	330	:	290	:	:	:	:	451	<b>1999</b>
303	351	:	312	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	0,8	:	:	:	:	1,0	<b>1970</b>
0,7	:	:	0,9	:	:	:	:	1,1	<b>1980</b>
0,8	:	:	0,9	:	:	:	:	1,1	<b>1985</b>
1,0	:	:	0,9	:	:	:	0,9	1,0	<b>1990</b>
1,2	1,1	:	1,2	:	:	:	1,0	1,2	<b>1995</b>
1,2	1,2	:	1,3	:	:	:	1,0	1,2	<b>1996</b>
1,1	1,2	:	1,3	:	:	:	1,0	1,3	<b>1997</b>
1,2	1,3	:	1,2	:	:	:	:	1,3	<b>1998</b>
1,2	1,4	:	1,2	:	:	:	:	1,3	<b>1999</b>
1,2	1,4	:	1,2	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.10. Dépenses totales en produits pharmaceutiques délivrés à des patients en consultation externe

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	359	:	3 502	15	:	:	25	258	11
1980	:	987	286	8 872	76	1 084	:	118	:	33
1985	:	1 371	487	11 941	190	1 955	:	184	:	51
1990	:	1 887	704	15 434	428	3 711	14 560	272	11 596	84
1995	:	2 859	1 010	22 620	1 226	6 009	19 809	368	14 254	101
1996	:	2 866	1 050	24 181	1 390	6 561	20 246	391	15 554	103
1997	:	3 009	1 109	24 027	1 453	7 151	21 108	432	16 926	116
1998	:	:	1 203	25 320	1 291	:	22 588	512	18 078	121
1999	:	:	1 249	:	1 561	:	24 369	596	19 294	130
2000	:	:	1 337	:	1 846	:	26 735	664	21 194	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	37	:	58	2	:	:	8	5	32
1980	:	100	56	144	8	29	:	35	:	90
1985	:	139	95	196	19	51	:	52	:	139
1990	:	189	137	244	42	96	257	78	204	219
1995	:	281	193	277	117	153	342	102	249	245
1996	:	282	200	295	133	167	349	108	271	248
1997	:	296	210	293	138	182	363	118	294	276
1998	:	:	227	309	123	:	387	138	314	283
1999	:	:	235	:	148	:	416	159	335	300
2000	:	:	250	:	175	:	454	175	367	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	1,1	:	1,0	1,5	:	:	1,1	0,7	0,7
1980	:	1,1	0,6	1,2	1,2	1,1	:	0,9	:	0,9
1985	:	1,1	0,6	1,3	1,1	1,1	:	0,8	:	0,9
1995	:	1,4	0,7	1,3	1,5	1,4	1,7	0,7	1,5	0,8
1996	:	1,4	0,7	1,3	1,6	1,4	1,7	0,7	1,6	0,7
1997	:	1,4	0,7	1,3	1,5	1,4	1,7	0,6	1,6	0,7
1998	:	:	0,8	1,3	1,2	:	1,7	0,7	1,7	0,7
1999	:	:	0,8	:	1,4	:	1,8	0,7	1,7	0,7
2000	:	:	0,8	:	1,5	:	1,9	0,6	1,8	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	4	55	87	480	0	35	:	<b>1970</b>
965	:	83	223	342	2 338	2	215	:	<b>1980</b>
1 361	:	321	395	577	4 129	19	372	1 316	<b>1985</b>
1 870	:	781	651	1 010	6 373	59	460	1 715	<b>1990</b>
2 791	:	1 556	1 005	1 836	10 728	74	755	2 238	<b>1995</b>
2 890	:	1 731	1 085	2 005	11 725	85	829	2 360	<b>1996</b>
2 981	:	1 876	1 156	2 011	12 323	88	909	2 475	<b>1997</b>
3 279	:	1 985	1 174	:	:	97	:	2 554	<b>1998</b>
3 559	:	:	1 250	:	:	108	:	2 706	<b>1999</b>
3 826	:	:	1 353	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	0	12	11	9	0	9	:	<b>1970</b>
68	:	8	47	41	41	9	53	:	<b>1980</b>
94	:	32	81	69	73	78	90	201	<b>1985</b>
125	:	79	131	118	111	230	109	256	<b>1990</b>
181	:	157	197	208	183	279	173	318	<b>1995</b>
186	:	174	212	227	199	314	189	334	<b>1996</b>
191	:	189	225	227	209	324	206	349	<b>1997</b>
209	:	199	228	:	:	352	:	359	<b>1998</b>
225	:	:	242	:	:	389	:	379	<b>1999</b>
240	:	:	261	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	0,4	0,7	0,5	0,7	0,9	0,3	:	<b>1970</b>
0,6	:	1,1	0,7	0,6	0,7	1,0	0,6	:	<b>1980</b>
0,7	:	1,5	0,7	0,6	0,8	1,2	0,6	0,9	<b>1985</b>
0,9	:	1,9	1,1	1,0	1,1	1,3	0,7	1,0	<b>1995</b>
0,9	:	2,0	1,1	1,1	1,1	1,4	0,7	1,0	<b>1996</b>
0,9	:	2,0	1,1	1,0	1,1	1,3	0,7	1,1	<b>1997</b>
0,9	:	2,0	1,0	:	:	1,3	:	1,1	<b>1998</b>
1,0	:	:	1,0	:	:	1,3	:	1,1	<b>1999</b>
1,0	:	:	1,0	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.11. Dépenses totales en appareils et matériels thérapeutiques délivrés à des patients en consultation externe

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En millions d'euros</i>										
1970	:	:	:	2	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	89	67	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	229	210	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	431	276	:	:	234	:	:	:
1995	:	5 327	455	5 423	:	:	412	:	:	:
1996	:	5 162	502	7 628	:	:	436	:	:	:
1997	:	5 436	520	7 994	:	:	449	:	:	:
1998	:	5 655	518	8 059	:	:	477	:	:	:
1999	:	5 888	494	:	:	:	504	:	:	:
2000	:	6 219	534	:	:	:	538	:	:	:
<i>En euros par habitant</i>										
1970	:	:	:	0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	17	1	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	45	3	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	84	4	:	:	4	:	:	:
1995	:	524	87	66	:	:	7	:	:	:
1996	:	508	95	93	:	:	8	:	:	:
1997	:	534	98	97	:	:	8	:	:	:
1998	:	554	98	98	:	:	8	:	:	:
1999	:	576	93	:	:	:	9	:	:	:
2000	:	607	100	:	:	:	9	:	:	:
<i>En pourcentage du PIB</i>										
1970	:	:	:	0,0	:	:	:	:	:	:
1980	:	:	0,2	0,0	:	:	:	:	:	:
1985	:	:	0,3	0,0	:	:	:	:	:	:
1990	:	:	0,4	0,0	:	:	0,0	:	:	:
1995	:	2,6	0,3	0,3	:	:	0,0	:	:	:
1996	:	2,5	0,4	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1997	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1998	:	2,5	0,3	0,4	:	:	0,0	:	:	:
1999	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:
2000	:	2,5	0,3	:	:	:	0,0	:	:	:

Source: Éco-santé OCDE 2002.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
:	:	:	18	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
321	:	:	61	:	362	:	:	:	<b>1980</b>
454	:	:	:	:	658	:	:	:	<b>1985</b>
1 366	:	:	:	:	1 616	:	:	:	<b>1990</b>
1 726	:	:	:	:	:	:	:	435	<b>1995</b>
1 761	:	:	:	:	:	:	:	479	<b>1996</b>
1 857	:	:	:	:	:	:	:	476	<b>1997</b>
1 953	:	:	:	:	:	:	:	505	<b>1998</b>
2 062	:	:	:	:	:	:	:	525	<b>1999</b>
2 342	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En euros par habitant</i>									
:	:	:	4	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
23	:	:	13	:	6	:	:	:	<b>1980</b>
31	:	:	:	:	12	:	:	:	<b>1985</b>
91	:	:	:	:	28	:	:	:	<b>1990</b>
112	:	:	:	:	:	:	:	62	<b>1995</b>
113	:	:	:	:	:	:	:	68	<b>1996</b>
119	:	:	:	:	:	:	:	67	<b>1997</b>
124	:	:	:	:	:	:	:	71	<b>1998</b>
130	:	:	:	:	:	:	:	74	<b>1999</b>
147	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
:	:	:	0,2	:	:	:	:	:	<b>1970</b>
0,2	:	:	0,2	:	0,1	:	:	:	<b>1980</b>
0,2	:	:	:	:	0,1	:	:	:	<b>1985</b>
0,6	:	:	:	:	0,2	:	:	:	<b>1990</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	<b>1995</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	<b>1996</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	<b>1997</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	<b>1998</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	0,2	<b>1999</b>
0,6	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>2000</b>

## 6.4.12. Dépenses en prestations de protection sociale: maladie/soins de santé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En euros par habitant</i>										
<b>1990</b>	:	1 024	1 147	1 452	347	574	1 238	635	1 008	1 202
<b>1991</b>	:	1 118	1 224	1 425	356	677	1 294	694	1 110	1 325
<b>1992</b>	:	1 279	1 278	1 639	396	757	1 403	772	1 105	1 484
<b>1993</b>	1 221	1 260	1 364	1 703	425	710	1 518	800	948	1 685
<b>1994</b>	1 256	1 310	1 384	1 815	453	681	1 571	847	905	1 752
<b>1995</b>	1 298	1 312	1 474	1 983	482	697	1 644	928	810	1 922
<b>1996</b>	1 346	1 394	1 488	1 962	518	752	1 707	955	941	2 076
<b>1997</b>	1 368	1 334	1 513	1 837	578	737	1 699	1 125	1 024	2 051
<b>1998</b>	1 429	1 390	1 649	1 862	587	773	1 767	1 167	1 055	2 083
<b>1999</b>	1 497	1 472	1 742	1 936	677	810	1 819	1 345	1 111	2 240
<i>En pourcentage du PIB</i>										
<b>1990</b>	:	6,6	5,6	7,8	5,3	5,6	7,5	6,0	6,6	5,4
<b>1991</b>	7,1	6,8	5,8	8,0	5,0	6,0	7,6	6,3	6,7	5,6
<b>1992</b>	7,5	7,3	5,8	8,5	5,3	6,4	7,9	6,6	6,6	5,8
<b>1993</b>	7,5	6,9	6,0	8,3	5,5	6,6	8,2	6,7	6,4	5,9
<b>1994</b>	7,4	6,7	5,6	8,4	5,6	6,4	8,2	6,6	6,0	5,6
<b>1995</b>	7,4	6,3	5,6	8,6	5,6	6,1	8,2	6,6	5,5	5,6
<b>1996</b>	7,3	6,7	5,4	8,6	5,5	6,1	8,3	6,0	5,6	6,0
<b>1997</b>	7,1	6,3	5,4	8,1	5,7	5,9	8,2	5,8	5,7	5,6
<b>1998</b>	7,1	6,3	5,6	8,0	5,7	5,8	8,2	5,6	5,7	5,4
<b>1999</b>	7,1	6,4	5,6	8,0	6,1	5,7	8,1	5,7	5,8	5,3

Source: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), Eurostat.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En euros par habitant</i>									
1 301	1 095	232	1 492	:	719	1 391	1 671	1 289	<b>1990</b>
1 376	1 170	306	1 541	:	893	1 564	1 782	1 428	<b>1991</b>
1 511	1 279	416	1 271	:	940	1 485	1 817	1 483	<b>1992</b>
1 639	1 411	450	1 043	1 633	952	1 422	1 770	1 564	<b>1993</b>
1 610	1 504	493	1 107	1 564	999	1 368	1 779	1 729	<b>1994</b>
1 707	1 614	497	1 253	1 589	961	1 409	1 915	1 838	<b>1995</b>
1 639	1 605	551	1 286	1 749	1 026	1 470	2 181	1 898	<b>1996</b>
1 611	1 610	595	1 313	1 789	1 256	1 647	2 449	1 881	<b>1997</b>
1 682	1 687	649	1 339	1 893	1 401	1 838	2 609	2 003	<b>1998</b>
1 808	1 813	716	1 393	2 090	1 455	2 179	2 890	2 095	<b>1999</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
8,7	6,7	4,1	6,9	:	5,3	7,1	7,8	4,8	<b>1990</b>
8,8	6,8	4,6	7,7	7,7	6,2	7,4	8,0	5,2	<b>1991</b>
9,3	7,0	5,4	7,6	8,3	6,6	7,2	8,0	5,4	<b>1992</b>
9,4	7,2	6,0	7,2	8,7	6,8	7,2	7,7	5,4	<b>1993</b>
8,4	7,3	6,4	6,7	7,9	6,7	6,9	7,4	5,5	<b>1994</b>
8,3	7,4	6,0	6,5	7,6	6,5	7,1	7,4	5,5	<b>1995</b>
7,8	7,2	6,2	6,6	7,5	6,5	6,9	7,7	5,8	<b>1996</b>
7,6	7,1	6,3	6,2	7,5	6,4	6,8	7,9	5,9	<b>1997</b>
7,5	7,2	6,5	6,0	7,8	6,6	6,9	8,8	6,1	<b>1998</b>
7,6	7,4	6,7	6,0	8,2	6,4	7,5	8,9	6,2	<b>1999</b>

## 6.4.13. Prestations de protection sociale en espèces: maladie/soins de santé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En euros par habitant</i>										
<b>1990</b>	:	231	244	372	61	104	109	106	142	160
<b>1991</b>	:	248	224	352	62	125	115	110	143	177
<b>1992</b>	:	302	228	398	61	146	124	117	146	198
<b>1993</b>	220	307	249	407	62	133	130	114	125	211
<b>1994</b>	218	315	235	409	64	126	130	112	119	218
<b>1995</b>	226	247	298	461	65	129	136	155	109	231
<b>1996</b>	218	246	303	415	67	139	142	126	120	239
<b>1997</b>	205	263	294	345	71	130	139	135	124	236
<b>1998</b>	215	252	283	341	81	126	145	142	130	248
<b>1999</b>	227	257	294	367	87	138	153	147	133	277
<i>En pourcentage du PIB</i>										
<b>1990</b>	:	1,5	1,2	2,0	0,9	1,0	0,7	1,0	0,9	0,7
<b>1991</b>	:	1,5	1,1	2,0	0,9	1,1	0,7	1,0	0,9	0,7
<b>1992</b>	:	1,7	1,0	2,1	0,8	1,2	0,7	1,0	0,9	0,8
<b>1993</b>	1,4	1,7	1,1	2,0	0,8	1,2	0,7	1,0	0,8	0,7
<b>1994</b>	1,3	1,6	1,0	1,9	0,8	1,2	0,7	0,9	0,8	0,7
<b>1995</b>	1,3	1,2	1,1	2,0	0,8	1,1	0,7	1,1	0,7	0,7
<b>1996</b>	1,2	1,2	1,1	1,8	0,7	1,1	0,7	0,8	0,7	0,7
<b>1997</b>	1,1	1,2	1,0	1,5	0,7	1,0	0,7	0,7	0,7	0,6
<b>1998</b>	1,1	1,2	1,0	1,5	0,8	0,9	0,7	0,7	0,7	0,6
<b>1999</b>	1,1	1,1	0,9	1,5	0,8	1,0	0,7	0,6	0,7	0,7

Source: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), Eurostat.

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En euros par habitant</i>									
451	197	31	328	:	94	297	564	223	<b>1990</b>
448	213	39	329	:	132	341	612	248	<b>1991</b>
460	230	46	262	:	151	329	577	249	<b>1992</b>
484	243	40	205	429	147	308	528	265	<b>1993</b>
487	253	42	216	362	146	278	494	280	<b>1994</b>
507	261	49	245	342	127	278	545	294	<b>1995</b>
500	245	49	243	334	122	273	696	296	<b>1996</b>
487	228	51	248	346	141	329	752	290	<b>1997</b>
532	236	49	258	439	171	351	802	310	<b>1998</b>
568	269	47	274	537	158	403	923	308	<b>1999</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
3,0	1,2	0,5	1,5	:	0,7	1,5	2,6	0,8	<b>1990</b>
2,9	1,2	0,6	1,7	:	0,9	1,6	2,7	0,9	<b>1991</b>
2,8	1,3	0,6	1,6	:	1,1	1,6	2,5	0,9	<b>1992</b>
2,8	1,2	0,5	1,4	2,3	1,0	1,6	2,3	0,9	<b>1993</b>
2,6	1,2	0,5	1,3	1,8	1,0	1,4	2,1	0,9	<b>1994</b>
2,5	1,2	0,6	1,3	1,6	0,9	1,4	2,1	0,9	<b>1995</b>
2,4	1,1	0,6	1,2	1,4	0,8	1,3	2,5	0,9	<b>1996</b>
2,3	1,0	0,5	1,2	1,5	0,7	1,4	2,4	0,9	<b>1997</b>
2,4	1,0	0,5	1,2	1,8	0,8	1,3	2,7	0,9	<b>1998</b>
2,4	1,1	0,4	1,2	2,1	0,7	1,4	2,9	0,9	<b>1999</b>

## 6.4.14. Prestations de protection sociale en nature: maladie/soins de santé

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
<i>En euros par habitant</i>										
<b>1990</b>	:	793	903	1 080	287	470	1 129	528	866	1 043
<b>1991</b>	:	871	1 000	1 073	294	552	1 179	584	967	1 147
<b>1992</b>	:	977	1 050	1 242	335	612	1 279	655	958	1 286
<b>1993</b>	1 001	953	1 115	1 296	363	577	1 388	686	823	1 473
<b>1994</b>	1 038	995	1 148	1 406	389	554	1 440	735	786	1 534
<b>1995</b>	1 071	1 065	1 176	1 522	416	569	1 508	773	701	1 691
<b>1996</b>	1 128	1 148	1 185	1 547	451	613	1 565	829	820	1 837
<b>1997</b>	1 163	1 071	1 218	1 492	507	607	1 560	990	900	1 815
<b>1998</b>	1 214	1 138	1 366	1 521	506	647	1 622	1 025	925	1 835
<b>1999</b>	1 271	1 215	1 448	1 569	590	672	1 665	1 198	978	1 963
<i>En pourcentage du PIB</i>										
<b>1990</b>	:	5,1	4,4	5,8	4,4	4,6	6,8	5,0	5,7	4,7
<b>1991</b>	:	5,3	4,8	6,0	4,1	4,9	7,0	5,3	5,8	4,8
<b>1992</b>	:	5,6	4,8	6,4	4,5	5,2	7,2	5,6	5,7	5,0
<b>1993</b>	6,2	5,2	4,9	6,3	4,7	5,4	7,5	5,8	5,5	5,2
<b>1994</b>	6,1	5,1	4,7	6,5	4,8	5,2	7,5	5,7	5,2	4,9
<b>1995</b>	6,1	5,1	4,5	6,6	4,8	5,0	7,5	5,5	4,8	5,0
<b>1996</b>	6,1	5,5	4,3	6,7	4,8	5,0	7,6	5,2	4,8	5,3
<b>1997</b>	6,0	5,1	4,3	6,6	5,0	4,8	7,5	5,1	5,0	5,0
<b>1998</b>	6,0	5,2	4,6	6,5	4,9	4,9	7,5	4,9	5,0	4,8
<b>1999</b>	6,0	5,3	4,7	6,5	5,3	4,7	7,4	5,0	5,1	4,7

Source: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), Eurostat.



NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En euros par habitant</i>									
850	898	201	1 164	:	625	1 094	1 107	1 066	<b>1990</b>
928	956	267	1 212	:	761	1 224	1 170	1 180	<b>1991</b>
1 051	1 049	370	1 009	:	789	1 156	1 240	1 235	<b>1992</b>
1 155	1 168	410	838	1 205	804	1 114	1 242	1 299	<b>1993</b>
1 122	1 250	451	891	1 202	854	1 090	1 285	1 449	<b>1994</b>
1 200	1 354	448	1 008	1 247	834	1 131	1 370	1 544	<b>1995</b>
1 139	1 360	502	1 043	1 415	904	1 197	1 485	1 603	<b>1996</b>
1 124	1 382	544	1 065	1 443	1 115	1 318	1 698	1 591	<b>1997</b>
1 150	1 451	599	1 081	1 454	1 230	1 487	1 807	1 693	<b>1998</b>
1 240	1 544	669	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 787	<b>1999</b>
<i>En pourcentage du PIB</i>									
5,7	5,5	3,5	5,4	:	4,6	5,6	5,2	4,0	<b>1990</b>
6,0	5,5	4,0	6,1	:	5,3	5,8	5,2	4,3	<b>1991</b>
6,4	5,7	4,8	6,1	:	5,6	5,6	5,4	4,5	<b>1992</b>
6,6	6,0	5,5	5,8	6,4	5,7	5,7	5,4	4,5	<b>1993</b>
5,9	6,1	5,9	5,4	6,1	5,7	5,5	5,4	4,6	<b>1994</b>
5,8	6,2	5,4	5,2	6,0	5,7	5,7	5,3	4,6	<b>1995</b>
5,5	6,1	5,6	5,3	6,1	5,7	5,6	5,2	4,9	<b>1996</b>
5,3	6,1	5,8	5,1	6,1	5,7	5,5	5,5	5,0	<b>1997</b>
5,1	6,2	6,0	4,8	6,0	5,8	5,6	6,1	5,1	<b>1998</b>
5,2	6,3	6,2	4,8	6,1	5,7	6,1	6,1	5,3	<b>1999</b>

## 6.4.15. Prestations sociales détaillées par fonction: maladie/soins de santé (tous systèmes), 1999

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L
	<i>En millions d'euros</i>									
<b>Prestations de protection sociale</b>	1 497	1 472	1 742	1 936	677	810	1 819	1 345	1 111	2 240
<b>Prestations en espèces</b>	227	257	294	367	87	138	153	147	133	277
<b>Prestations en nature</b>	1 271	1 215	1 448	1 569	590	672	1 665	1 198	978	1 963
<b>Prestations sous condition de ressources</b>	:	18	:	23	2	24	19	169	2	12
<i>Prestations en espèces</i>	:	:	:	:	:	:	5	0	2	:
<i>Prestations périodiques en espèces</i>	:	:	:	:	:	:	:	0	2	:
Prestations de maladie	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Autres prestations périodiques en espèces	:	:	:	:	:	:	:	0	2	:
<i>Prestations forfaitaires en espèces</i>	:	:	:	:	:	:	5	:	:	:
Autres prestations forfaitaires en espèces	:	:	:	:	:	:	5	:	:	:
<i>Prestations en nature</i>	:	18	:	23	2	24	14	168	:	12
<i>Soins hospitaliers</i>	:	17	:	6	:	17	:	:	:	:
Soins hospitaliers: prestation directe	:	17	:	6	:	17	:	:	:	:
Soins hospitaliers: remboursement	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
<i>Soins ambulatoires</i>	:	1	:	17	:	7	10	168	:	12
Soins ambulatoires: fourniture directe de produits pharmaceutiques	:	:	:	3	:	:	:	62	:	2
Soins ambulatoires: autre prestation directe	:	1	:	14	:	7	:	107	:	10
Soins ambulatoires: autre remboursement	:	:	:	:	:	:	10	:	:	:
Autres prestations en nature	:	:	:	:	2	:	4	:	:	:
<b>Prestations sans condition de ressources</b>	1 482	1 454	1 742	1 913	675	786	1 800	1 176	1 109	2 228
<i>Prestations en espèces</i>	224	257	294	367	87	138	149	147	132	277
<i>Prestations périodiques en espèces</i>	220	176	288	367	73	138	149	147	132	277
Prestations de maladie	215	176	284	367	73	138	149	82	132	277
Autres prestations périodiques en espèces	:	:	4	:	:	:	:	65	:	:
<i>Prestations forfaitaires en espèces</i>	:	81	6	:	14	:	:	:	:	:
Autres prestations forfaitaires en espèces	:	81	6	:	14	:	:	:	:	:
<i>Prestations en nature</i>	1 259	1 197	1 448	1 546	588	648	1 651	1 029	978	1 951
<i>Soins hospitaliers</i>	693	1 177	972	643	292	392	870	866	552	982
Soins hospitaliers: prestation directe	618	1	972	601	265	390	661	866	552	982
Soins hospitaliers: remboursement	:	1 176	:	42	28	2	209	:	:	:
<i>Soins ambulatoires</i>	548	18	477	867	262	255	753	164	426	969
Soins ambulatoires: fourniture directe de produits pharmaceutiques	:	:	117	238	3	161	:	:	128	210
Soins ambulatoires: autre prestation directe	:	17	360	543	115	92	:	100	298	373
Soins ambulatoires: remboursement des produits pharmaceutiques	:	1	:	17	119	:	291	51	:	:
Soins ambulatoires: autre remboursement	:	:	:	68	25	2	462	12	:	385
Autres prestations en nature	:	1	:	37	33	:	28	:	:	:

Source: Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), Eurostat.

(en euros par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	CH	
<i>En millions d'euros</i>									
1 808	1 813	716	1 393	2 090	1 455	2 179	2 890	2 095	<b>Prestations de protection sociale</b>
568	269	47	274	537	158	403	923	308	<b>Prestations en espèces</b>
1 240	1 544	669	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 787	<b>Prestations en nature</b>
1	:	1	:	:	12	:	:	62	<b>Prestations sous condition de ressources</b>
1	:	:	:	:	12	:	:	:	<i>Prestations en espèces</i>
1	:	:	:	:	11	:	:	:	Prestations périodiques en espèces
1	:	:	:	:	:	:	:	:	Prestations de maladie
:	:	:	:	:	11	:	:	:	Autres prestations périodiques en espèces
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Prestations forfaitaires en espèces
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Autres prestations forfaitaires en espèces
:	:	1	:	:	:	:	:	62	<i>Prestations en nature</i>
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Soins hospitaliers
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Soins hospitaliers: prestation directe
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Soins hospitaliers: remboursement
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Soins ambulatoires
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Soins ambulatoires: fourniture directe de produits pharmaceutiques
:	:	:	:	:	:	:	:	12	Soins ambulatoires: autre prestation directe
:	:	:	:	:	:	:	:	:	Soins ambulatoires: autre remboursement
:	:	1	:	:	:	:	:	38	Autres prestations en nature
1 808	1 813	715	1 393	2 090	1 444	2 179	2 890	2 034	<b>Prestations sans condition de ressources</b>
567	269	47	274	537	146	403	923	308	<i>Prestations en espèces</i>
566	269	47	274	537	141	403	921	308	Prestations périodiques en espèces
452	269	46	274	536	140	403	921	308	Prestations de maladie
115	0	:	:	1	1	:	:	:	Autres prestations périodiques en espèces
1	:	:	:	:	6	:	2	:	Prestations forfaitaires en espèces
1	:	:	:	:	6	:	2	:	Autres prestations forfaitaires en espèces
1 240	1 544	668	1 119	1 553	1 297	1 776	1 966	1 726	<i>Prestations en nature</i>
876	801	337	522	780	870	1 065	1 066	844	Soins hospitaliers
876	801	334	512	780	870	1 065	:	844	Soins hospitaliers: prestation directe
:	:	3	9	:	:	:	:	:	Soins hospitaliers: remboursement
348	704	322	587	737	424	649	822	766	Soins ambulatoires
145	237	115	:	211	68	226	:	243	Soins ambulatoires: fourniture directe de produits pharmaceutiques
203	467	184	374	526	356	423	:	523	Soins ambulatoires: autre prestation directe
:	:	5	118	:	:	:	:	:	Soins ambulatoires: remboursement des produits pharmaceutiques
:	:	20	95	:	:	:	:	:	Soins ambulatoires: autre remboursement
16	39	9	10	35	3	62	79	115	Autres prestations en nature

## 6.4.16. Dépenses de consommation finale des ménages

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
	<i>Total des dépenses de santé</i>								
1970	:	:	36	:	:	:	:	:	13
1980	:	:	90	188	:	:	:	:	53
1985	:	:	164	273	:	:	:	:	113
1990	:	:	258	346	:	:	305	173	195
1995	:	409	316	503	375	236	414	221	274
1996	:	410	327	489	395	252	428	237	320
1997	:	415	337	504	426	256	420	267	348
1998	:	429	359	515	433	277	425	266	364
1999	:	448	374	525	469	302	442	285	376
2000	:	472	393	544	434	327	454	316	388
2001	:	:	418	:	:	:	473	:	371
	<i>Services hospitaliers</i>								
1970	:	:	4	:	:	:	:	:	2
1980	:	:	14	:	:	:	:	:	6
1985	:	:	25	:	:	:	:	:	16
1990	:	:	17	:	:	:	70	91	19
1995	:	120	26	156	:	34	93	131	31
1996	:	122	31	140	:	36	99	141	34
1997	:	119	34	143	:	36	98	162	34
1998	:	126	40	148	:	39	93	163	37
1999	:	134	42	150	:	43	93	170	38
2000	:	142	44	153	:	:	93	183	41
2001	:	:	46	:	:	:	96	:	40
	<i>Services ambulatoires</i>								
1970	:	:	19	:	:	:	:	:	5
1980	:	:	31	129	:	:	:	:	20
1985	:	:	60	186	:	:	:	:	41
1990	:	:	108	218	:	:	122	40	79
1995	:	133	133	186	332	130	157	60	104
1996	:	136	135	189	351	138	162	66	121
1997	:	138	137	195	380	139	158	74	133
1998	:	148	146	187	386	151	163	74	139
1999	:	153	151	190	420	164	170	81	142
2000	:	158	157	194	386	:	170	92	142
2001	:	:	169	:	:	:	174	:	145
	<i>Équipements, appareils, produits médicaux</i>								
1970	:	:	13	:	:	:	:	:	6
1980	:	:	45	60	:	:	:	:	27
1985	:	:	79	87	:	:	:	:	56
1990	:	:	132	128	:	:	113	42	97
1995	:	156	157	161	42	72	164	30	139
1996	:	152	161	160	44	78	167	29	165
1997	:	158	167	167	46	80	163	31	182
1998	:	154	172	180	47	87	169	28	189
1999	:	161	181	184	49	95	179	35	197
2000	:	173	192	197	49	:	190	41	204
2001	:	:	203	:	:	:	203	:	186

NB: On ne dispose pas de données pour L.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (économie et finances).

(en euros par habitant)

NL	A	P	FIN	S	UK	IS	NO	
<i>Total des dépenses de santé</i>								
:	:	:	:	:	12	:	:	<b>1970</b>
:	94	:	88	:	37	:	92	<b>1980</b>
:	152	:	200	:	74	:	156	<b>1985</b>
:	254	237	314	:	108	206	243	<b>1990</b>
346	403	273	337	216	141	264	309	<b>1995</b>
418	423	281	350	249	151	293	349	<b>1996</b>
409	404	296	364	267	185	326	378	<b>1997</b>
413	420	302	371	280	202	402	:	<b>1998</b>
462	449	322	404	300	217	442	:	<b>1999</b>
:	468	344	449	:	244	525	:	<b>2000</b>
:	:	:	480	:	254	:	:	<b>2001</b>
<i>Services hospitaliers</i>								
:	:	:	:	:	1	:	:	<b>1970</b>
:	34	:	15	:	5	:	2	<b>1980</b>
:	57	:	41	:	12	:	3	<b>1985</b>
:	89	0	56	:	20	:	3	<b>1990</b>
149	126	:	53	:	23	:	4	<b>1995</b>
162	125	:	55	:	26	:	4	<b>1996</b>
153	120	:	58	:	32	:	5	<b>1997</b>
153	121	0	58	:	35	:	:	<b>1998</b>
171	131	:	63	:	37	:	:	<b>1999</b>
:	133	:	78	:	42	:	:	<b>2000</b>
:	:	:	83	:	41	:	:	<b>2001</b>
<i>Services ambulatoires</i>								
:	:	:	:	:	3	:	:	<b>1970</b>
:	37	:	22	:	11	:	49	<b>1980</b>
:	57	:	67	:	22	:	81	<b>1985</b>
:	106	186	118	:	33	135	144	<b>1990</b>
127	186	201	115	:	37	178	187	<b>1995</b>
129	203	208	115	:	38	195	208	<b>1996</b>
128	192	219	124	:	46	209	219	<b>1997</b>
123	205	221	125	:	50	244	:	<b>1998</b>
138	219	:	138	:	53	266	:	<b>1999</b>
:	230	:	151	:	58	297	:	<b>2000</b>
:	:	:	162	:	67	:	:	<b>2001</b>
<i>Équipements, appareils, produits médicaux</i>								
:	:	:	:	:	8	:	:	<b>1970</b>
:	23	:	51	:	21	:	42	<b>1980</b>
:	39	:	91	:	41	:	72	<b>1985</b>
:	59	51	139	:	55	71	95	<b>1990</b>
70	92	72	169	:	81	86	118	<b>1995</b>
127	94	73	179	:	88	97	137	<b>1996</b>
127	91	77	182	:	107	117	154	<b>1997</b>
137	94	81	188	:	117	159	:	<b>1998</b>
153	99	:	203	:	127	176	:	<b>1999</b>
:	105	:	219	:	143	228	:	<b>2000</b>
:	:	:	235	:	146	:	:	<b>2001</b>

## 6.4.17. Dépenses moyennes de santé par ménage

		EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	
Santé	<b>1999</b>	:	1 281	560	850	1 468	497	:	539	
	<b>1994</b>		639	947	422	638	920	1 161	399	
	<b>1988</b>		546	604	0	696	693	338	1 007	0
Équipements, appareils, produits médicaux	<b>1999</b>	:	514	309	430	272	289	:	288	
	<b>1994</b>		263	376	240	214	37	204	536	162
	<b>1988</b>		158	258	0	0	119	140	446	0
Produits pharmaceutiques	<b>1999</b>	:	335	197	209	215	184	:	288	
	<b>1994</b>		117	277	148	163	11	94	21	124
	<b>1988</b>		111	175	0	0	89	64	358	0
Autres produits médicaux	<b>1999</b>	:	10	6	37	15	8	:	0	
	<b>1994</b>		55	8	5	1	0	47	286	39
	<b>1988</b>		4	6	0	0	10	32	2	0
Équipements et appareils thérapeutiques	<b>1999</b>	:	169	105	184	42	97	:	0	
	<b>1994</b>		90	91	87	50	26	63	229	0
	<b>1988</b>		43	78	0	0	20	44	87	0
Services ambulatoires	<b>1999</b>	:	630	240	341	1 010	192	:	219	
	<b>1994</b>		329	458	171	332	767	339	591	236
	<b>1988</b>		190	314	0	0	522	195	546	0
Services médicaux	<b>1999</b>	:	336	10	176	348	54	:	119	
	<b>1994</b>		180	330	6	116	416	54	357	155
	<b>1988</b>		118	212	0	0	244	83	314	0
Services dentaires	<b>1999</b>	:	142	165	120	497	109	:	73	
	<b>1994</b>		97	98	124	166	318	162	124	66
	<b>1988</b>		54	59	0	0	254	108	172	0
Services paramédicaux	<b>1999</b>	:	152	66	45	165	30	:	27	
	<b>1994</b>		48	30	41	49	33	122	110	16
	<b>1988</b>		18	43	0	0	24	3	59	0
Services hospitaliers	<b>1999</b>	:	137	11	78	185	16	:	32	
	<b>1994</b>		43	113	10	92	116	5	34	0
	<b>1988</b>		8	32	0	0	52	4	15	0

Source: Eurostat, base de données NewCronos (enquête sur le budget des ménages).

(en SPA)

I	L	NL	A	P	FIN	S	UK	
1 204	1 027	288	641	:	679	641	309	<b>1999</b> Santé
674	542	303	513	753	636	367	237	<b>1994</b>
370	1 135	363	0	355	0	0	178	<b>1988</b>
662	469	194	323	:	331	244	204	<b>1999</b> Équipements, appareils, produits médicaux
310	270	166	0	344	291	177	148	<b>1994</b>
152	222	155	0	200	0	0	124	<b>1988</b>
533	254	79	209	:	232	170	111	<b>1999</b> Produits pharmaceutiques
228	146	80	0	291	203	83	44	<b>1994</b>
86	183	85	0	158	0	0	84	<b>1988</b>
33	9	7	11	:	10	10	0	<b>1999</b> Autres produits médicaux
0	0	6	0	6	7	0	31	<b>1994</b>
0	36	5	0	5	0	0	0	<b>1988</b>
95	206	108	103	:	89	64	94	<b>1999</b> Équipements et appareils thérapeutiques
82	124	80	0	47	82	94	72	<b>1994</b>
66	4	66	0	37	0	0	40	<b>1988</b>
523	499	124	288	:	0	393	104	<b>1999</b> Services ambulatoires
344	205	132	213	385	282	101	90	<b>1994</b>
207	739	200	0	134	0	0	54	<b>1988</b>
152	141	34	74	:	0	49	52	<b>1999</b> Services médicaux
327	80	43	0	223	106	0	90	<b>1994</b>
188	434	95	0	80	0	0	43	<b>1988</b>
237	285	61	153	:	123	317	52	<b>1999</b> Services dentaires
0	102	61	0	97	107	101	0	<b>1994</b>
0	217	75	0	19	0	0	11	<b>1988</b>
135	73	28	61	:	73	27	0	<b>1999</b> Services paramédicaux
18	23	27	0	65	69	0	0	<b>1994</b>
19	88	30	0	35	0	0	0	<b>1988</b>
19	59	1	30	:	0	4	0	<b>1999</b> Services hospitaliers
20	67	5	38	24	63	89	0	<b>1994</b>
11	173	8	0	20	0	0	0	<b>1988</b>

#### 6.4.18. Protection et amélioration de la santé publique en pourcentage du total des crédits budgétaires publics de R & D (budget final)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I
1980	:	:	:	:	:	:	:	:	:
1985	:	1,9	3,4	3,1	6,3	2,7	4,0	4,4	7,1
1990	:	2,9	1,7	3,3	8,0	6,8	3,3	4,2	4,8
1995	4,6	1,9	1,6	3,1	5,1	5,4	4,8	3,4	8,5
1996	5,5	1,5	1,6	3,3	5,7	5,6	5,2	3,1	7,6
1997	6,0	1,4	1,6	3,4	5,7	5,0	5,5	3,6	8,5
1998	5,7	1,3	1,8	3,2	4,9	4,6	5,6	4,1	5,6
1999	6,3	1,3	1,8	3,3	4,9	4,8	5,5	2,9	9,4
2000	6,2	1,6	2,0	3,4	5,8	4,8	5,6	:	6,8
2001	:	:	:	3,9	:	:	:	:	:

NB: On ne dispose pas de données pour L.

Source: Eurostat, base de données NewCronos (recherche et développement).



NL	A	P	FIN	S	UK	EEE	IS	NO	
:	:	:	:	:	:	:	:	:	<b>1980</b>
2,4	:	:	:	:	3,5	:	:	6,7	<b>1985</b>
2,5	:	2,5	:	:	5,2	:	:	5,5	<b>1990</b>
2,5	3,1	7,9	3,5	1,5	7,7	4,6	:	6,2	<b>1995</b>
2,1	2,4	4,6	3,4	1,5	14,2	5,5	3,6	6,1	<b>1996</b>
2,0	2,2	5,9	7,9	:	14,5	6,0	5,7	6,8	<b>1997</b>
2,3	2,6	6,1	7,6	0,9	14,5	5,8	3,9	6,8	<b>1998</b>
3,7	2,6	5,3	7,0	1,8	14,7	6,3	4,2	7,0	<b>1999</b>
3,6	2,5	5,4	6,9	1,3	15,2	6,3	:	7,0	<b>2000</b>
3,1	1,7	7,2	6,4	:	14,2	:	:	7,0	<b>2001</b>

## 1. Organisation des systèmes de santé dans les pays de l'UE

	Principal type de couverture	Participation (%) au financement du système de santé (1999)				Modes de fourniture des services dans le cadre du service public (2002)		Principal type de prestataires	Type de paiement versé aux médecins de premier recours
		Cotisations sociales <sup>(1)</sup>	État	Personnes	Assurance privée	Intégrés	Sous-traités		
<b>B</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + subventions de l'État	50,8	31,0	12,5	4,7	-	Tous les services	Ambulatoires privés et hôpitaux partiellement publics	Rémunération à l'acte
<b>DK</b>	Service national de la santé	0,0	83,4	14,6	2,0	Hôpitaux	Généralistes, spécialistes hors hôpitaux et pharmaciens	Principalement publics	Capitation et rémunération à l'acte <sup>(3)</sup> (4)
<b>D</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale	69,5	11,0	11,0	8,5	-	Tous les services	Ambulatoires privés et hôpitaux partiellement publics	Rémunération à l'acte, forfait et budget basé sur la capitation
<b>EL</b>	Système mixte: service national de la santé + contributions	46,7	37,5	11,6	4,2	Médecins, dentistes et hôpitaux	Hôpitaux privés et pharmacies	Principalement publics	Salaire <sup>(5)</sup>
<b>E</b>	Service national de la santé	6,4	63,8	26,4	3,4	Spécialistes, hôpitaux et généralistes	Pharmaciens, dentistes et hôpitaux privés	Principalement publics	Salaire et capitation
<b>F</b>	Sécurité sociale	72,9	6,0	9,8	10,4	-	Tous les services	Ambulatoires privés et hôpitaux principalement publics	Rémunération à l'acte
<b>L</b>	Sécurité sociale	56,0	24,8	17,3	2,0	-	Tous les services	Principalement privés	Rémunération à l'acte
<b>IRL</b>	Système de santé financé par les pouvoirs publics	4,2	76,6	11,1	7,8	Hôpitaux publics et spécialistes	Hôpitaux privés à but non lucratif, généralistes et pharmaciens	Principalement privés	Rémunération à l'acte et capitation <sup>(6)</sup>
<b>I</b>	Service national de la santé	1,6	66,0	27,2	4,1	Hôpitaux publics et spécialistes	Hôpitaux privés, généralistes et spécialistes privés	Principalement publics	Salaire et capitation <sup>(6)</sup>
<b>NL</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale	74,5	5,1	6,8	14,9	-	Tous les services	Principalement privés	Rémunération à l'acte et capitation <sup>(6)</sup>
<b>A</b>	Sécurité sociale	54,6	29,1	10,3	6,0	-	Tous les services	Ambulatoires principalement privés et hôpitaux principalement publics	Rémunération à l'acte <sup>(3)</sup> , forfait <sup>(3)</sup>
<b>P</b>	Service national de la santé	11,9	54,1	31,1	2,5	Généralistes, certains spécialistes et hôpitaux publics	Hôpitaux privés, certains médecins en milieu rural, pharmaciens et laboratoires de radiologie et de pathologie	Principalement publics	Salaire et rémunération à l'acte <sup>(3)</sup>
<b>FIN</b>	Service national de la santé	12,2	64,2	23,2	0,5	Hôpitaux et centres de soins	Hôpitaux privés, pharmacies et services de consultation privés	Principalement publics	Salaire et capitation <sup>(6)</sup>
<b>S</b>	Service national de la santé	11,0	68,3	16,4	4,3	Hôpitaux, centres de soins et pharmacies	Médecins privés et hôpitaux privés (1 % des lits)	Principalement publics	Salaire <sup>(5)</sup> et médecins privés rémunérés à l'acte
<b>UK</b>	Service national de la santé	7,1	74,2	12,7	6,0	-	Pratiquement tous les services	Généralistes et dentistes principalement privés et hôpitaux principalement publics	Capitation <sup>(3)</sup> (6)
<b>CH</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + subventions de l'État	43,7	15,4	30,5	10,4	-	Tous les services	Ambulatoires privés, hôpitaux partiellement publics, organismes de gestion de soins	Rémunération à l'acte

(1) Y compris les employeurs.

(2) Sécurité sociale assortie de la liberté de choix des caisses.

(3) Pour accéder à un spécialiste, il faut normalement passer par un généraliste.

(4) Ainsi que les médecins privés, rémunérés à l'acte et ayant droit à la «surfacturation».

(5) Possibilité de réduction si le médecin a plusieurs patients.

(6) Il existe également des composantes de salaire, de rémunération à l'acte et de primes accordées pour la réalisation de certains objectifs préventifs.

Source: Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS), Augsburg, 2002.

## 2. Description des systèmes de soins à domicile (soins infirmiers et services d'aide à domicile)

	Principaux prestataires	Services fournis	Exigence de l'avis médical (concernant les soins infirmiers à domicile)
<b>B</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : un organisme privé à but non lucratif à l'échelle nationale (Croix jaune/blanche), quelques organismes de moindre importance et un grand nombre d'infirmières indépendantes  <i>Aide à domicile</i> : services sociaux des municipalités et certains organismes privés	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, activités de soins infirmiers plus complexes, éducation des patients et encouragement des soins informels  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, soutien moral, soutien général et familial; 11 heures d'aide par semaine par famille (en moyenne) étalées sur 2 journées	Oui, pour les prestations techniques de soins infirmiers telles que les piqûres
<b>DK</b>	<i>Aide à domicile</i> : services municipaux	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : non disponibles  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, courses et promenades	Non
<b>D</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : organismes à but non lucratif principalement privés; dans certaines régions, principalement des organismes à but lucratif  <i>Aide à domicile</i> : organismes à but non lucratif principalement privés; organismes différents pour les services autres que les soins infirmiers à domicile (Sozialstationen) et pour les services d'aide à domicile fournis aux personnes âgées	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : Grundpflege [aide permettant au patient de faire face à ses besoins de base, y compris les activités de la vie quotidienne (AVQ)] et Behandlungspflege (prestations techniques de soins infirmiers)  <i>Aide à domicile</i> : soins provisoires à domicile pour les familles et les personnes, y compris les soins infirmiers de base, les services pédagogiques et psychologiques et les services d'aide ménagère	Oui
<b>EL</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : organismes relevant du service national de la santé et organismes privés (aussi bien à but lucratif qu'à but non lucratif)  <i>Aide à domicile</i> : organismes privés (aussi bien à but lucratif qu'à but non lucratif)	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : évaluation des besoins, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers à domicile, actes infirmiers plus complexes, éducation du patient, activités psychosociales et évaluation des soins  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers et soutien moral	Non
<b>E</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : centres de soins de santé relevant du service national de la santé  <i>Aide à domicile</i> : services sociaux des municipalités	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : évaluation des besoins, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation des patients, activités psychosociales et encouragement de l'aide et de l'évaluation des soins  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels et soutien familial	Non
<b>F</b>	Organismes à but non lucratif principalement privés, certains services sont fournis par les municipalités et un grand nombre d'infirmières indépendantes	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : hygiène et autres soins personnels, activités psychosociales; encourager la famille et les autres intervenants à aider le patient  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers et soins d'hygiène (dans certains cas)	Oui
<b>IRL</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : uniquement les conseils de santé dûment constitués  <i>Aide à domicile</i> : conseils de santé et certains organismes volontaires	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : hygiène et autres soins personnels, évaluation des besoins, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation du patient, activités psychosociales et stimulation des soins informels  <i>Aide à domicile</i> : soins personnels de base, soutien moral, tâches administratives et contrôle des normes d'aide à domicile	Non
<b>I</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : divers organismes: service national de la santé, services sociaux des municipalités et organismes privés (aussi bien à but lucratif qu'à but non lucratif)  <i>Aide à domicile</i> : services sociaux des municipalités et organismes privés (aussi bien à but lucratif qu'à but non lucratif)	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : la quantité minimale annuelle de soins est fixée par la loi (140 heures de ménage et de soins personnels, 100 heures de soins infirmiers, 50 visites à domicile par un médecin généraliste, 50 heures de soins de rééducation et 8 contrôles médicaux)  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, soutien moral et soutien général et familial	Non

Évaluation des besoins	Financement de l'organisme	Participation des patients	
Par une infirmière à domicile, une assistante sociale ou une infirmière sociale; utilisation d'un formulaire national standard (Katz-schaal)	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : rémunération à l'acte: per diem, ou par acte déterminé en fonction du niveau de dépendance du patient  <i>Aide à domicile</i> : subventionnée par l'administration centrale en fonction des effectifs de personnel et du nombre de clients	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : oui, principalement frais d'adhésion  <i>Aide à domicile</i> : oui, en fonction du revenu et de la composition du foyer  % moyen du coût total: 20 %	<b>B</b>
Par un conseiller social ou un infirmier; pas de formulaire d'évaluation standard	Budget fixe alimenté par les impôts nationaux et locaux	Non, excepté dans certains cas très spécifiques de soins infirmiers à domicile  % moyen du coût total: 0	<b>DK</b>
<i>Soins infirmiers à domicile</i> : par le médecin en coopération avec le chef infirmier; utilisation de formulaires standards  <i>Aide à domicile</i> : essentiellement par un infirmier ou une assistante sociale; utilisation d'un formulaire standard	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : rémunération à l'acte  <i>Aide à domicile</i> : rémunération à l'acte (par le patient ou l'assurance); concernant les MSD, vient s'ajouter un budget global des municipalités, en fonction des effectifs du personnel et du rendement	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : non  <i>Aide à domicile</i> : oui, excepté l'aide à domicile assurée pour compléter les soins infirmiers à domicile  % moyen du coût total: 10 % (Sozialstationen), 20 % (autres)	<b>D</b>
<i>Soins infirmiers à domicile</i> : par un médecin, un visiteur d'hygiène ou une infirmière visiteuse; pas de formulaire standard  <i>Aide à domicile</i> : par une infirmière visiteuse ou une assistante sociale; pas de formulaire standard	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : organismes relevant du service national de la santé et de la Croix-Rouge: budget fixe; autres: rémunération à l'acte  <i>Aide à domicile</i> : rémunération à l'acte; absence de financement par les autorités ou les assurances	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : oui, pour tous les services  <i>Aide à domicile</i> : oui, concernant les organismes privés à but lucratif uniquement  % moyen du coût total: 20 %	<b>EL</b>
<i>Soins infirmiers à domicile</i> : infirmière ou médecin; utilisation d'un formulaire standard  <i>Aide à domicile</i> : assistante sociale; un formulaire standard est utilisé dans certaines régions du pays	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : budget fixe  <i>Aide à domicile</i> : budget fixe attribué par les municipalités et l'État	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : non  <i>Aide à domicile</i> : oui, en fonction du revenu  % moyen du coût total: 10 %	<b>E</b>
<i>Soins infirmiers à domicile</i> : par une infirmière; utilisation de formulaires standards  <i>Aide à domicile</i> : par une assistante sociale	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : rémunération à l'acte et budget pour un nombre déterminé de patients  <i>Aide à domicile</i> : financement par la municipalité (groupe à faibles revenus) ou par les caisses d'assurance privées	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : oui, mais payés dans la plupart des cas par des assurances complémentaires  <i>Aide à domicile</i> : aucune participation en dessous d'un certain seuil de revenu; dans les autres cas, elle dépend de l'assurance vieillesse  % moyen du coût total: 0	<b>F</b>
Par une infirmière de la santé publique ou un organisme d'aide à domicile; pas de formulaire national standard	Budget fixe	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : non  <i>Aide à domicile</i> : oui, mais les réglementations varient d'un conseil de santé à l'autre  % moyen du coût total: 10 %	<b>IRL</b>
<i>Soins infirmiers à domicile</i> : infirmière, médecin ou équipe spéciale; pas de formulaire national standard  <i>Aide à domicile</i> : importantes différences entre les organismes; pas de formulaire national standard	Organismes publics: budgets  Organismes privés: rémunération à l'acte	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : oui, dans les services sociaux et les organismes privés; non, dans le service national de la santé  <i>Aide à domicile</i> : oui, mais il y a d'importantes différences entre organismes  % moyen du coût total: 50 %	<b>I</b>

(suite)

	Principaux prestataires	Services fournis	Exigence de l'avis médical (concernant les soins infirmiers à domicile)
<b>L</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : 2 organismes privés à but non lucratif importants et 4 organismes de moindre importance (dont 2 à but non lucratif)  <i>Aide à domicile</i> : organismes à but non lucratif principalement privés	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : il s'agit, pour l'essentiel, de services prescrits (hygiène et autres soins personnels, évaluation des besoins, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation des patients et activités psychosociales)  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, soutien moral et tâches administratives	Oui, concernant les seuls actes infirmiers techniques
<b>NL</b>	L'Association nationale d'aide à domicile qui se compose d'associations régionales de la Croix ou d'organismes d'aide à domicile (il s'agit là d'institutions privées à but non lucratif)	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : évaluation des besoins, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation des patients, activités psychosociales et encouragement de l'aide et de l'évaluation des soins  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et soins personnels, soutien moral et soutien psychosocial	Non
<b>A</b>	Différents organismes, différences d'une province à l'autre  Organismes à but non lucratif principalement privés	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : Grundpflege [aide permettant au patient de faire face à ses besoins de base, y compris les activités de la vie quotidienne (AVQ)], Medizinischer Hauskrankenpflege (prestations techniques de soins infirmiers) et soins de base tels que toilette et habillage  <i>Aide à domicile</i> : soins temporaires à domicile pour les familles ou les personnes	Oui, pour les seules prestations techniques de soins infirmiers à domicile
<b>P</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : essentiellement les centres de soins relevant du service national de la santé et quelques organismes privés à but non lucratif  <i>Aide à domicile</i> : services sociaux des municipalités ainsi que quelques organismes privés à but non lucratif dans le domaine de la solidarité sociale	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, éducation des patients, soins psychosociaux et encouragement des soins informels  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels et soutien familial	Non
<b>FIN</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : centres locaux de soins de santé (et sociaux) (service national de la santé)  <i>Aide à domicile</i> : centres locaux de soins de santé et d'aide sociale (service national de la santé), conseil municipal d'assistance sociale et organismes privés à but non lucratif	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : soins médicaux et infirmiers au domicile du patient, assistance concernant les activités de la vie quotidienne et coordination entre les soins au patient et les services d'aide à domicile afin de maintenir le patient chez lui aussi longtemps que possible  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, soutien moral	Oui
<b>S</b>	Centres de soins de santé relevant du service national de la santé ou services sociaux des municipalités	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : évaluation des besoins, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation des patients, activités psychosociales et encouragement de l'aide et de l'évaluation des soins  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels et procédures techniques de routine relevant des soins infirmiers	Non, dans un petit nombre de régions seulement
<b>UK</b>	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : une partie du service national de la santé: unité en charge des collectivités au sein des autorités sanitaires au niveau du district (DHA) ou fonds communautaires (Community Trusts) indépendants (à la suite de la réforme du service national de la santé)  <i>Aide à domicile</i> : services sociaux des municipalités et organismes privés aussi bien à but lucratif qu'à but non lucratif	<i>Soins infirmiers à domicile</i> : évaluation des besoins, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers, actes infirmiers plus complexes, éducation des patients, activités psychosociales et encouragement de l'aide et de l'évaluation des soins  <i>Aide à domicile</i> : travaux ménagers, hygiène et autres soins personnels, prestations techniques de routine relevant des soins infirmiers et soutien général et familial	Non

Source: NIVEL Foundation, Utrecht, 1999.

Évaluation des besoins	Financement de l'organisme	Participation des patients	
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: médecin ou infirmière spécialisée; un formulaire spécial est parfois utilisé</p> <p><i>Aide à domicile</i>: par le chef du service régional: assistante sociale ou infirmière spécialisée</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: rémunération essentiellement à l'acte; les 4 organismes de moindre importance reçoivent également un budget additionnel de l'État</p> <p><i>Aide à domicile</i>: essentiellement des budgets financés par le ministère de la santé et les municipalités</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: oui, pour les soins infirmiers généralistes de base</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, en fonction du revenu</p> <p>% moyen du coût total: 30 %</p>	<b>L</b>
<p>Infirmière à domicile (dans les associations régionales de la Croix); infirmière, gestionnaire d'aide à domicile ou équipe spéciale (dans les organismes d'aide à domicile); pas de formulaire national standard</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: budget fixe en fonction des effectifs du personnel</p> <p><i>Aide à domicile</i>: budget fixe attribué par l'État en fonction du nombre d'habitants et de la ventilation par tranche d'âge dans le secteur</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: non</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, en fonction du revenu et de la composition du foyer</p> <p>% moyen du coût total: 10 %</p>	<b>NL</b>
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: par une infirmière qualifiée; utilisation d'un formulaire standard</p> <p><i>Aide à domicile</i>: par une infirmière qualifiée relevant d'une agence gouvernementale spéciale; formulaire standard</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: rémunération à l'acte: paiement des soins infirmiers</p> <p><i>Aide à domicile</i>: subventionnée par les provinces et les municipalités; paiement à l'heure</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: oui, concernant les soins infirmiers généralistes de base</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, en fonction du revenu</p> <p>% moyen du coût total: 13 %</p>	<b>A</b>
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: infirmière ou médecin; pas de formulaire standard</p> <p><i>Aide à domicile</i>: assistante sociale; pas de formulaire standard</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: budget fixe basé sur l'historique des coûts ajustés compte tenu de l'inflation</p> <p><i>Aide à domicile</i>: budget fixe attribué par l'État en fonction du nombre de clients et du type de services</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: non</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, en fonction du revenu</p>	<b>P</b>
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: par un médecin, un visiteur d'hygiène ou une infirmière diplômée; utilisation de formulaires standards</p> <p><i>Aide à domicile</i>: par une aide ménagère ou une assistante sociale (assistance sociale) ou par un visiteur médical ou un infirmier diplômé (centres de soins et centres sociaux); utilisation de formulaires standards</p>	<p>Budget fixé par les autorités locales</p>	<p>Oui, en fonction du revenu et de la composition du foyer</p> <p>% moyen du coût total: 11-35 %</p>	<b>FIN</b>
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: infirmière diplômée (dans les centres de soins de santé); administrateur d'aide à domicile (dans les services sociaux); pas de formulaires standards</p> <p><i>Aide à domicile</i>: budget fixe attribué par les municipalités et l'État</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: budget fixe</p> <p><i>Aide à domicile</i>: budget fixe attribué par les municipalités et l'État</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: oui</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, en fonction du revenu et du nombre d'heures de soins</p>	<b>S</b>
<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: par le chef d'équipe (infirmier qualifié); pas de formulaire national standard</p> <p><i>Aide à domicile</i>: gestionnaire de soins (assistante sociale); pas de formulaire national standard</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: ancien système: budget fixe attribué en fonction du nombre d'habitants et de la démographie; nouveau système: rémunération à l'acte</p> <p><i>Aide à domicile</i>: service social: budgets; organismes privés: rémunération à l'acte</p>	<p><i>Soins infirmiers à domicile</i>: non</p> <p><i>Aide à domicile</i>: oui, existence de réglementations différentes</p> <p>% moyen du coût total: 20 %</p>	<b>UK</b>

## 3. Description des paiements directs

## 3.1. Principales mesures de partage du coût des soins médicaux et des séjours à l'hôpital, 2001

	Approbation du traitement médical	Honoraires professionnels
<b>DK</b>	Tous les médecins habilités à exercer (nombre limité par district en fonction du nombre d'habitants).  <i>Catégorie 1:</i> libre choix (1 fois tous les 6 mois) parmi les médecins agréés du district. Les soins dispensés par le médecin choisi ne nécessitent pas le paiement d'honoraires.  <i>Catégorie 2:</i> libre choix, mais l'assuré est tenu de payer une partie des coûts.	Les honoraires sont convenus entre l'organisation des médecins et l'assurance publique de santé. Les honoraires sont calculés sur la base du nombre de patients inscrits et des actes médicaux fournis. Les spécialistes touchent un forfait pour chaque acte médical.  <i>Catégorie 1:</i> libre choix (1 fois tous les 6 mois) parmi les médecins agréés du district. Les soins dispensés par le médecin choisi ne nécessitent pas le paiement d'honoraires.  <i>Catégorie 2:</i> libre choix, mais l'assuré est tenu de payer une partie des coûts
<b>D</b>	Les médecins sous contrat sont groupés en «associations des médecins de caisse» (Kassenärztliche Vereinigungen) sur les plans régional et national. Éventuellement, médecins d'hôpitaux ayant suivi une formation, médecins dans les hôpitaux et les établissements de réadaptation comparables, dans certains cas particuliers établissements dirigés par des médecins.	Système basé sur le principe des prestations en nature. Pas d'honoraires à payer par les assurés, le paiement se fait par l'association des médecins de caisse (Kassenärztliche Vereinigung). La rétribution globale peut être calculée sous forme de montant fixe ou par acte médical sur la base de l'échelle d'évaluation, sous forme de forfait per capita ou suivant un système combinant ces modes de calcul ou d'autres modes de calcul.  L'association des médecins de caisse répartit la rémunération globale entre les médecins sous contrat d'après un barème particulier (barème de répartition des honoraires).  Libre choix parmi les médecins conventionnés des caisses d'assurance maladie.  Les assurés volontaires peuvent opter pour le remboursement des frais au lieu des prestations en nature.
<b>EL</b>	Médecins engagés par l'institution d'assurance (IKA).	Les médecins sont rémunérés par l'institution d'assurance. Il n'est pas possible de choisir son docteur. L'assuré s'adresse au docteur relevant de l'institut local d'assurance.  Pas d'honoraires.
<b>E</b>	Les services publics de la santé (Servicios Públicos de Salud) nomment les médecins aux postes vacants par voie de concours.	Les médecins généralistes et les spécialistes extrahospitaliers sont rémunérés, d'une manière générale, sur une base forfaitaire compte tenu du nombre d'assurés inscrits chez eux, ce qui leur garantit un revenu minimal.  Les médecins des hôpitaux perçoivent, d'une manière générale, des traitements mensuels et certains compléments.  Libre choix du généraliste, du pédiatre et des obstétriciens dans la région, pour autant que le praticien n'ait pas encore rempli son contingent d'inscriptions.  Pas d'honoraires à payer.
<b>F</b>	Tous les médecins qualifiés à exercer.	Tarifs des honoraires fixés soit par une convention nationale soit par arrêtés interministériels. Possibilité de dépassement des tarifs pour les médecins conventionnés qui exercent dans le secteur dit «à honoraires libres» ou qui avaient acquis une qualification particulière avant 1980.  Libre choix du médecin. Avance par l'assuré des honoraires. Remboursement sur la base du tarif conventionnel ou d'autorité.

Participation du patient	Séjours à l'hôpital	
<p><i>Catégorie 1:</i> aucune participation (soins dispensés par le généraliste choisi ou par un spécialiste désigné par le généraliste).</p> <p><i>Catégorie 2:</i> la part des frais qui excède le montant supporté par le régime public pour la catégorie 1.</p>	<p>Libre choix parmi les hôpitaux publics régionaux.</p> <p><i>Hôpitaux publics et établissements privés agréés:</i> aucune participation.</p> <p><i>Établissements privés non agréés:</i> le patient prend en charge l'ensemble des frais.</p> <p><i>Dans le cas où l'hôpital public prescrit l'hospitalisation dans un hôpital privé:</i> aucune participation.</p>	DK
<p>Aucune participation pour les traitements effectués par un médecin conventionné, sauf pour certaines thérapies (par exemple, massages, bains ou physiothérapie), même si elles sont prescrites dans le cadre d'un traitement médical. Participation de 15 %, sauf dans le cas d'enfants ou de personnes nécessiteuses.</p>	<p>Hospitalisation gratuite en chambre commune, à l'exception d'une participation de 17 DEM (8,69 EUR) dans les anciens Länder et de 14 DEM (7,16 EUR) dans les nouveaux Länder, par jour année civile pendant 14 jours au maximum.</p> <p><i>Durée de la prise en charge:</i> illimitée, en principe.</p>	D
<p>Aucune participation.</p>	<p>L'assuré a le droit d'être hospitalisé dans un hôpital public, dans une clinique conventionnée désignée par la caisse d'assurance ou dans un hôpital de l'institution d'assurance (IKA).</p> <p>Aucun frais pour les assurés en cas d'hospitalisation.</p>	EL
<p>Aucune participation.</p>	<p><i>Hospitalisation pour intervention chirurgicale:</i> gratuité totale.</p> <p><i>Autres types d'hospitalisation:</i> autorisation accordée spontanément par l'organisme ou sur demande du médecin traitant lorsque le diagnostic l'impose ou s'il s'agit de maladies contagieuses ou si l'état ou la conduite du patient exige une surveillance constante.</p>	E
<p>Participation de l'assuré (légalement prévue):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 % pour les frais d'honoraires des médecins;</li> <li>• 25 % pour les consultations externes dans les établissements hospitaliers;</li> <li>• 20 % pour les soins dispensés au cours d'une hospitalisation.</li> </ul> <p>Participation supprimée dans le cas de certaines affections, pour ces seules affections.</p>	<p>Libre choix parmi les établissements hospitaliers publics et privés (conventionnés).</p> <p>Participation de l'assuré: en général, 20 %. Pas de participation à compter du 31<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et pour les actes ou séries d'actes supérieurs à 50 K (échelle des maladies).</p> <p>Forfait hospitalier: 70 FRF (11 EUR) par jour, y compris le jour de sortie.</p> <p><i>Durée de la prise en charge:</i> illimitée, sous réserve de l'approbation préalable de la caisse d'assurance maladie.</p>	F



	Approbation du traitement médical	Honoraires professionnels
<b>IRL</b>	Les médecins participent au service de santé sur la base d'un contrat passé entre le ministère de la santé et l'Association irlandaise des médecins (Irish Medical Organisation).	Les médecins reçoivent des honoraires annuels per capita (ayant droit) suivant le barème des honoraires fixé en accord avec l'Association irlandaise des médecins.  En cas de pleine éligibilité, les personnes indiquent le médecin de leur choix à partir d'une liste de généralistes de la région. Les honoraires des médecins sont payés par l'autorité locale de la santé (Local Health Board).  En cas d'éligibilité limitée, les personnes se rendent chez le médecin de leur choix et le payent directement.
<b>I</b>	Médecins fonctionnaires soit des administrations régionales de santé soit des hôpitaux; médecins généralistes et spécialistes agréés par des contrats particuliers.	<i>Médecins fonctionnaires</i> : salaire mensuel variable fixé par le gouvernement en fonction de la catégorie professionnelle.  <i>Médecins agréés</i> : montant forfaitaire par tête. Libre choix du médecin généraliste parmi ceux qui sont conventionnés avec la région. Le choix est confirmé jusqu'à ce que l'assuré en décide autrement. Pas d'honoraires à payer par l'assuré, mais le médecin reçoit par la région un montant forfaitaire per capita.  Pour le médecin spécialiste, il faut une ordonnance du médecin généraliste, et il faut aller chez les spécialistes dans les centres de santé (USL).
<b>L</b>	Tous les médecins ayant reçu l'autorisation d'exercer.	Honoraires suivant les conventions collectives. Les tarifs d'honoraires sont adaptés annuellement après négociations tarifaires. Rémunération à l'acte. Libre choix du médecin lors de chaque cas de maladie; traitement à l'étranger: sous réserve de l'approbation de la caisse d'assurance maladie.  Avance des honoraires par l'assuré, puis remboursement des honoraires à l'assuré par les caisses.
<b>NL</b>	Tous les médecins qualifiés à exercer et ayant passé un contrat avec une caisse d'assurance maladie.	Règlement direct des honoraires par la caisse: forfait par assuré suivant un système de listes (système d'inscription auprès du médecin de famille).  Libre choix du médecin (2 fois par an) par inscription chez un médecin ayant passé un contrat avec une caisse d'assurance maladie.
<b>A</b>	Les rapports entre médecins et organismes assureurs sont réglés par des conventions individuelles. Leur contenu est fixé en grande partie par des conventions générales passées avec l'ordre des médecins de la région (Ärztammer).	Rémunération fixée par les conventions générales passées entre les ordres régionaux des médecins (Ärztammer) et les organismes assureurs (forfait par tête, par cas de maladie ou par acte médical ou combinaison).  Libre choix parmi les médecins qui ont signé une convention individuelle (Vertragsärzte).  L'assuré ne paie pas d'honoraires qui sont réglés par l'organisme assureur.

Participation du patient	Séjours à l'hôpital	
<p><i>En cas de pleine éligibilité</i>, les personnes jouissent d'une vaste gamme de services de médecins généralistes, y compris d'un accès gratuit à certains médicaments prescrits. Il existe également de nombreux programmes, concernant notamment les médicaments prescrits, visant à aider les personnes non éligibles à une carte de soins.</p> <p><i>En cas d'éligibilité limitée</i>, les personnes peuvent profiter gratuitement de services spécialisés dans les hôpitaux publics.</p>	<p><i>Pleine éligibilité</i>: pas de participation.</p> <p><i>Éligibilité limitée</i>: participation de 25 IEP (32 EUR) par nuit en chambre commune à concurrence de 250 IEP (317 EUR) pendant 12 mois consécutifs.</p> <p><i>Les personnes se rendant directement au service des urgences</i> (Accident and Emergency Department) sans disposer d'une lettre de leur généraliste doivent payer un montant de 20 IEP (25 EUR) pour la première visite. Aucune participation n'est demandée aux malades qui s'adressent aux consultations de l'hôpital.</p> <p><i>Hôpitaux et maisons de soins privées</i>: les patients paient tous les frais, sauf dans certaines maisons de soins où une partie des frais font l'objet d'une subvention.</p> <p><i>Maladies contagieuses</i>: traitement gratuit pour tous.</p> <p>Durée illimitée.</p>	IRL
<p><i>Les analyses, les visites chez les spécialistes et les médicaments de la tranche B sont gratuits pour</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les enfants jusqu'à 6 ans;</li> <li>• les personnes âgées de plus de 65 ans avec un revenu familial inférieur à 70 000 000 ITL (36 152 EUR) par an;</li> <li>• les bénéficiaires de la pension minimale âgés de plus de 60 ans et les chômeurs avec un revenu familial annuel inférieur à 16 000 000 ITL (8 263 EUR) (isolés) ou à 22 000 000 ITL (11 362 EUR) (couple) + 1 000 000 ITL (516 EUR) par enfant à charge;</li> <li>• les bénéficiaires de la pension sociale;</li> </ul> <p>les personnes souffrant d'affections sérieuses ou les patients en attente de transplantation.</p> <p>D'autres assurés payent jusqu'à 70 000 ITL (36 EUR) pour chaque prescription.</p> <p>Pour les femmes enceintes, toutes les analyses sont gratuites pour peu qu'elles soient réalisées dans le cadre du service public de la santé.</p> <p>Pour chaque analyse réalisée ou chaque visite chez un médecin spécialiste, l'assuré est censé payer 6 000 ITL (3,10 EUR). Si plus d'un acte est effectué dans la même spécialité, l'assuré contribue à 50 % des frais, sans toutefois dépasser 70 000 ITL (36 EUR).</p>	<p>Libre choix de l'hôpital ou de la clinique conventionnée. Assistance directe gratuite (salle commune).</p>	I
<p>Participation de l'assuré:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 20 % du tarif de la visite ordinaire pour la première visite médicale effectuée par période de 28 jours;</li> <li>• de 5 % du tarif des autres visites et des consultations.</li> </ul> <p>Pas de participation en cas d'hospitalisation. Pas de restriction pour l'accès à un spécialiste.</p>	<p>Libre choix parmi les établissements hospitaliers (avec autorisation de la caisse, également établissement hospitalier à l'étranger).</p> <p><i>Participation aux frais d'entretien</i>: 219 LUF (5,43 EUR) par journée d'hospitalisation.</p>	L
<p>Loi sur l'assurance maladie [Ziekenfondswet (ZFW)]: selon le système mis en place en 1997, la part générale assumée par le patient à concurrence de 200 NLG (91 EUR) par an a été abolie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999.</p> <p>Loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles [Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)]: une part doit être assumée par tout assuré âgé de plus de 18 ans pour les soins infirmiers à domicile d'un montant maximal de 3 520 NLG (1 597 EUR) par mois.</p>	<p>Libre choix des hôpitaux et institutions agréés par le ministère de la santé.</p> <p>Pas de participation exigée pour les chambres de la classe inférieure. L'admission doit être autorisée par la caisse d'assurance maladie.</p> <p><i>Durée de la prise en charge</i>: durée indiquée [au-delà d'une année de prise en charge aux termes de la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ)].</p>	NL
<p>À partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, les patients sont tenus de payer une participation de 50 ATS (3,63 EUR) pour chaque feuille de soins établie par un docteur ou un dentiste (sauf pour les enfants, retraités et indigents).</p>	<p>Prise en charge complète des soins, au tarif ordinaire, dans un établissement hospitalier public ou privé (conventionné), à l'exception d'une participation minimale ne pouvant excéder 72 ATS (5,23 EUR) par jour et pouvant être réclamée pour un maximum de 28 jours par année civile.</p> <p>Soins dispensés à l'hôpital pour les membres de la famille: participation de 10 % des frais pour une période de 4 semaines.</p> <p>Durée de la prise en charge: aussi longtemps que nécessaire.</p>	A

	<b>Approbation du traitement médical</b>	<b>Honoraires professionnels</b>
<b>P</b>	Les médecins fonctionnaires soit des administrations régionales de santé soit des hôpitaux; les médecins spécialistes agréés par l'accord conclu entre l'ordre des médecins et le ministère de la santé pour consultation des personnes ne pouvant accéder à un dispensaire officiel dans un délai déterminé.	<p><i>Médecins fonctionnaires</i>: rémunération mensuelle variable fixée par le gouvernement en fonction de la catégorie professionnelle.</p> <p><i>Médecins agréés</i>: montant par acte médical.</p> <p>Libre choix du médecin parmi les généralistes ou spécialistes des centres de santé ou parmi les médecins conventionnés.</p> <p>Pas d'honoraires à payer (service national de santé).</p>
<b>FIN</b>	Tous les médecins doivent être agréés par l'Office national pour les affaires médico-légales.	<p>Le salaire des médecins qui travaillent dans les hôpitaux publics ou des centres de santé est payé par les municipalités.</p> <p>Les médecins privés travaillent sur la base d'un honoraire par acte.</p> <p><i>Hôpitaux publics et centres de santé</i>: choix du médecin limité. Les médecins sont employés par les municipalités. Honoraires payés par les patients, voir colonne 3.</p> <p><i>Médecins privés</i>: libre choix du médecin. Frais médicaux payés directement par le client.</p>
<b>S</b>	Tous les médecins agréés peuvent être affiliés aux caisses d'assurance maladie ( <i>sjuk- och föräldraförsäkring</i> ).	<p>Les médecins employés auprès des autorités de la santé publique sont salariés.</p> <p>Les honoraires des médecins privés affiliés à une autorité régionale sont négociés entre les autorités régionales et l'association des médecins.</p> <p>Libre choix des médecins dans le secteur de la santé publique et des médecins affiliés à une autorité régionale.</p> <p>Participation du patient aux frais. S'il s'agit d'un médecin privé, il reçoit le montant dû des autorités régionales de la santé publique.</p>
<b>UK</b>	Les médecins autorisés à exercer par le conseil médical général (General Medical Council) sont sous contrat avec les autorités locales de santé (Local Health Authorities) et soumis à l'approbation du comité de l'exercice médical (Medical Practices Committee) qui contrôle le nombre de médecins dans chaque région.	<p>Les honoraires, indemnités et remboursements sont fixés au niveau national par les pouvoirs publics, à la lumière des recommandations d'un organisme indépendant chargé de la révision des rémunérations et après consultation des représentants des médecins (service national de santé).</p> <p>Depuis avril 1998, de nouvelles dispositions issues de négociations directes entre les médecins et les instances de la santé ont été introduites à titre expérimental.</p> <p>Libre choix du médecin pour tout patient (ou parent/tuteur) sous réserve de l'accord du médecin. Si un patient ne trouve pas de médecin, l'autorité de santé (Health Authority) lui en attribue un.</p> <p>Pas d'honoraires à payer par le patient dans le cadre des prestations du service national de santé.</p>

Source: Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres de l'UE (Missoc), DG Emploi et affaires sociales de la Commission européenne, 2001.

Participation du patient	Séjours à l'hôpital	
Ticket modérateur variable fixé par le gouvernement. Exonération pour certaines catégories: par exemple, femmes enceintes, enfants de moins de 12 ans, pensionnés dont les revenus sont inférieurs au salaire minimal national, personnes ayant la charge de certains jeunes handicapés, personnes nécessitant d'un point de vue économique et social.	Libre choix parmi les hôpitaux publics et établissements agréés par le ministère de la santé, s'il y a une liste d'attente. Aucune participation aux frais d'hospitalisation en salle commune (ou en chambre individuelle si recommandée par le médecin). En cas d'hospitalisation en chambre individuelle librement choisie par le bénéficiaire, les frais sont exclusivement à la charge du bénéficiaire, ainsi que les frais d'hôpitaux et de cliniques privées.	<b>P</b>
<p><i>Centres de santé:</i> pour le traitement par un médecin généraliste, soit un montant jusqu'à 50 FIM (8,41 EUR) pour les 3 premières visites dans l'année, soit un montant annuel jusqu'à 100 FIM (17 EUR), selon la municipalité; la plupart des autres services sont gratuits. Les enfants âgés de moins de 15 ans ne paient pas d'honoraires.</p> <p><i>Hôpital:</i> les honoraires pour une consultation externe sont de 100 FIM (17 EUR) et de 250 FIM (42 EUR) pour une chirurgie ambulante. La participation aux traitements en établissement hospitalier est de 125 FIM (21 EUR) par jour. La participation aux traitements en établissement hospitalier dans les services psychiatriques est de 70 FIM (12 EUR).</p> <p><i>Médecins privés:</i> le client paie les honoraires de base, dont 60 % sont remboursés par la caisse d'assurance maladie, s'ils ne dépassent pas un tarif fixé. Si le traitement a été prescrit par un autre médecin, le patient doit participer aux frais à concurrence de 70 FIM (12 EUR), plus 25 % du montant dépassant un tarif fixé.</p>	<p><i>Établissements hospitaliers publics:</i> participation aux traitements en établissement hospitalier: 125 FIM (21 EUR) par jour. Les patients âgés de moins de 18 ans ne paient que les 7 premiers jours de traitement par année civile. La participation à un traitement de longue durée (plus de 3 mois) est fixée selon le revenu, mais ne doit pas s'élever à plus de 80 % du revenu mensuel net du patient.</p> <p><i>Cliniques privées:</i> une partie des honoraires du médecin, des frais d'examen et de soins sont remboursés par l'assurance maladie.</p>	<b>FIN</b>
<p>L'assuré paie entre 100 SEK (11 EUR) et 140 SEK (15 EUR) par visite du médecin.</p> <p>Participation de 120 SEK (13 EUR) à 250 SEK (26 EUR) pour un traitement par un spécialiste.</p> <p>Urgences: entre 120 SEK (13 EUR) et 300 SEK (32 EUR). Pas de participation pour les patients âgés de moins de 20 ans.</p>	<p>Libre choix parmi les établissements hospitaliers publics régionaux et les établissements privés agréés.</p> <p>Participation maximale de 80 SEK (8,45 EUR) par 24 heures.</p>	<b>S</b>
Aucune participation.	Aucune participation, sauf si le patient demande des dispositions spéciales ou des soins supplémentaires qui ne sont pas cliniquement nécessaires.	<b>UK</b>

## 3.2. Principales mesures de partage du coût des autres prestations de soins de santé, 2001

	Produits pharmaceutiques	Prothèses, optique, acoustique
D	<p><i>Participation de l'assuré:</i> 8 DEM (4,09 EUR), 9 DEM (4,60 EUR) ou 10 DEM (5,11 EUR) suivant la taille du produit pharmaceutique prescrit, sauf pour les enfants et les cas sociaux. Si les médicaments sont à taux fixe (Festbetragsarzneimittel), la participation dépend de ce taux fixe. Si le coût des médicaments prescrits excède ce taux, l'assuré doit payer en plus de sa participation la différence entre le taux fixe et le prix du médicament.</p> <p>L'assuré paie lui-même les médicaments de «confort» (Bagatellarzneimittel). Certains produits pharmaceutiques non économiques ne sont pas pris en charge par les caisses.</p> <p><i>Membres de la famille:</i> comme pour les assurés.</p>	<p>Si aucun montant fixe de prise en charge n'a été établi, les caisses de maladie couvrent l'ensemble des dépenses; si des montants fixes de prise en charge ont été définis, les dépenses sont remboursées jusqu'à concurrence de ceux-ci.</p> <p><i>Pour les bandages, les semelles orthopédiques et les adjuvants à une thérapie de compression:</i> 20 % du montant pris en charge par la caisse de maladie, sauf pour les enfants et les cas sociaux. Les montures de lunettes sont à la charge de l'assuré.</p>

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	D
<p>Pour toutes les tranches d'âge, système de mesures prophylactiques à titre de prévention contre les maladies dentaires.</p> <p>Prise en charge totale des frais de soins conservateurs, y compris la prophylaxie dentaire.</p> <p>Pour les prothèses dentaires, la participation de l'assuré est de 50 % des coûts nécessaires. Lorsque l'assuré prend des mesures pour conserver des dents saines, la prestation est augmentée d'un bonus de 10 ou 15 %.</p>	<p>Dans certains cas, prise en charge des transports d'urgence et de malades à l'hôpital ou chez le médecin; participation par trajet: 25 DEM (13 EUR).</p>	<p>Paiement des prestations médicales pour mesures ambulatoires de prévention ou de réadaptation; contribution aux autres frais (hébergement, infirmières, transports) jusqu'à 15 DEM (7,67 EUR) par jour.</p> <p>Prise en charge intégrale avec une participation journalière de l'assuré de 25 DEM (13 EUR) dans les anciens Länder et de 20 DEM (10 EUR) dans les nouveaux Länder par jour civil ou contribution des caisses pour mesures préventives ou curatives pour les mères.</p> <p>Prise en charge totale de la prévention ou réadaptation en établissement avec ticket modérateur pour les assurés de 25 DEM (13 EUR) (anciens Länder) ou 20 DEM (10 EUR) (nouveaux Länder) par jour.</p>	<p><i>Soins à domicile</i>: soins de base et de traitement, ainsi qu'assistance dans le ménage.</p> <p><i>Assistance à domicile</i>: une personne remplaçante ou le coût d'une remplaçante engagée par le bénéficiaire.</p> <p>Visite médicale des enfants concernant le dépistage précoce des maladies.</p> <p>Visite médicale de l'assuré au-delà de 35 ans pour la détection précoce des maladies cardiaques, circulatoires et rénales et du diabète.</p> <p>Visite médicale pour la détection précoce du cancer.</p> <p><i>Remèdes autres que les médicaments</i>: participation de l'assuré: 15 % du montant du remède prescrit, sauf pour les enfants et cas sociaux.</p> <p><i>Assurance maladie de longue durée</i>: prise en charge des frais pour les personnes ayant un besoin permanent et certain d'assistance en raison d'une maladie physique ou mentale ou de tout autre handicap.</p> <p><i>Soins à domicile</i>: soins de base et aide à domicile par des établissements de soins non résidentiels, à concurrence de 750 DEM (383 EUR), 1 800 DEM (920 EUR) ou 2 800 DEM (1 432 EUR) par mois, selon le niveau de soins; dans certains cas sociaux spéciaux, jusqu'à 3 750 DEM (1 917 EUR) par mois.</p> <p><i>Allocations pour soins</i>: au lieu de recourir aux prestations de professionnels de soins, la personne qui a besoin de soins peut demander une allocation pour soins, si elle garantit personnellement que les soins de base nécessaires sont assurés par une aide familiale; selon le niveau des soins, le taux de l'allocation peut être de 400 DEM (205 EUR), 800 DEM (409 EUR) ou 1 300 DEM (665 EUR) par mois.</p> <p><i>Avantages combinés</i>: si l'assuré ne réclame pas tous les avantages en nature auxquels il a droit, une allocation proportionnelle pour soins lui est versée en même temps.</p> <p><i>Remplaçante de l'aide familiale</i>: si l'aide familiale est temporairement dans l'incapacité d'assurer les soins pour des raisons de vacances, de maladie ou autre, les frais pour trouver un remplaçant sont pris en charge pour une durée maximale de 4 semaines et à concurrence de 2 800 DEM (1 432 EUR) par an.</p> <p><i>Soins partiellement résidentiels</i>: pour compléter les soins à domicile, les soins dispensés par des établissements de jour et de nuit sont remboursés à concurrence de 750 DEM (383 EUR), 1 500 DEM (767 EUR) ou 2 100 DEM (1 074 EUR) par mois. Si l'assuré ne réclame pas la totalité des prestations en nature, il a droit à une allocation proportionnelle pour soins.</p> <p><i>Soins de courte durée</i>: à condition qu'il n'y ait aucune autre manière d'assurer des soins à domicile, les frais d'hébergement dans un établissement résidentiel sont pris en charge pour une période maximale de 4 semaines et à concurrence de 2 800 DEM (1 432 EUR) par an pendant la période de transition faisant suite à une hospitalisation ou si l'aide familiale n'est pas disponible.</p> <p><i>Soins en milieu hospitalier</i>: depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, le coût des soins, des traitements médicaux et aussi de l'assistance sociale sont pris en charge selon le niveau des soins à 2 000 DEM (1 023 EUR), 2 500 DEM (1 278 EUR) ou 2 800 DEM (1 432 EUR); dans les cas extrêmes, cette somme atteint 3 300 DEM (1 687 EUR).</p>	<p><b>D</b></p>

	Produits pharmaceutiques	Prothèses, optique, acoustique
<b>DK</b>	<p>La participation de l'assuré dépend du classement des produits:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>produits très importants</i>: 25 % du coût;</li> <li>• <i>produits moins importants</i>: 50 % du coût;</li> <li>• <i>insuline</i>: pas de participation de l'assuré.</li> </ul> <p>Pour chaque catégorie, la part du coût que doivent payer les caisses d'assurance maladie est calculée en tenant compte du prix des deux médicaments similaires les moins chers sur le marché.</p>	Remboursement partiel.
<b>EL</b>	<p>Participation de 25 % pour les médicaments prescrits par le médecin.</p> <p>Participation de 10 % pour les médicaments prescrits pour certaines maladies (maladie de Parkinson, maladie de Paget, maladie de Crohn, etc.).</p> <p>Participation de 10 % au prix des médicaments pour les retraités qui touchent la pension minimale.</p> <p>Pas de participation en cas d'accident du travail, pour les médicaments de maternité et en cas de maladies chroniques (cancer, diabète, etc.).</p>	Participation limitée: au maximum 25 %.
<b>E</b>	<p>Les bénéficiaires paient 40 % du prix des médicaments. 10 % de réduction sur le prix de certaines spécialités, avec un maximum de 439 ESP (2,64 EUR).</p> <p>Gratuité totale pour titulaires de pensions, personnes hospitalisées et résidents de plus de 65 ans ayant des ressources insuffisantes, ainsi que pour objecteurs de conscience qui ont des activités comme collaborateurs sociaux.</p>	<p>Gratuité de la fourniture et du renouvellement normal des prothèses, appareils orthopédiques et véhicules pour handicapés.</p> <p>Les prothèses optiques, acoustiques et d'autre nature peuvent donner lieu à des aides financières.</p>
<b>F</b>	<p>Participation de l'assuré de 35 ou 65 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité.</p> <p>Participation de 100 % pour les médicaments de «confort».</p> <p>Pas de participation pour les assurés ayant une maladie de longue durée, pour la seule maladie en cause.</p>	Accord préalable de la caisse: remboursement (65 %) des tarifs établis et pour le grand appareillage (100 %).
<b>IRL</b>	<p><i>Pleine éligibilité</i>: pas de participation de l'assuré.</p> <p><i>Éligibilité limitée</i>: remboursement des frais au-delà de 90 IEP (114 EUR) par trimestre. Les personnes souffrant d'une maladie de longue durée ne sont tenues de payer que 32 IEP (41 EUR) par mois. Pas de participation de l'assuré aux frais des médicaments prescrits pour le traitement de handicaps/maladies mentales (seulement jusqu'à 16 ans) et de certaines maladies de longue durée.</p> <p>Un nouveau régime de paiement a été introduit depuis le 1<sup>er</sup> mars 1999, selon lequel les individus et les familles ne paient plus que 42,00 IEP (53 EUR) par mois pour les médicaments prescrits.</p>	<p>Pas de participation de l'assuré en cas de pleine éligibilité, pour les enfants de moins de 6 ans et les élèves des écoles publiques.</p> <p>Participation limitée prévue pour les assurés sociaux remplissant certaines conditions de cotisation.</p>

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	
Participation de l'assuré des 2 catégories: de 35 à 60 % des frais pour les soins dentaires faisant l'objet d'une liste; 100 % pour les soins hors liste.  Gratuité complète des soins aux enfants et partielle aux handicapés.	Prise en charge des frais de transport chez le médecin et à l'hôpital pour les pensionnés qui ont choisi la catégorie 1 et dans certains autres cas et circonstances.	(Comme pour l'hospitalisation.)	Pour les 2 catégories d'assurés, contribution aux frais de traitement par un chiropraticien, un physiothérapeute ou un psychologue auquel le médecin généraliste a envoyé l'assuré.  Sur recommandation du médecin, assistance et traitement gratuits à domicile par une infirmière.	<b>DK</b>
Comme pour les soins de santé, mais participation de 25 % pour les prothèses dentaires.	Frais de déplacement pour les malades habitant dans des régions éloignées (sous certaines conditions).	Contribution partielle de l'assuré.	-	<b>EL</b>
Extractions et traitements divers. Les prothèses dentaires peuvent donner lieu à des aides financières. En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle: soins de chirurgie dentaire et faciale compris.	Transport du patient en cas d'hospitalisation dans des cas d'urgence ou circonstances exceptionnelles.	Mesures préventives.  Cures thermales possibles sous certaines conditions.	Assistance à domicile pour les retraités, invalides, malades mentaux, etc.	<b>E</b>
Comprenant soins préventifs, soins conservateurs, extractions et (avec accord préalable de la caisse) prothèses dentaires, orthodontie.  Remboursement: suivant le tarif fixé comme pour les soins médicaux. Ticket modérateur de 30 %.	Transport en cas d'hospitalisation.	Après autorisation préalable de la caisse: remboursement des honoraires médicaux et des frais de traitement dans l'établissement thermal. En principe, pas d'indemnités journalières (sauf recours à l'action sanitaire et sociale de la caisse).	Des prestations supplémentaires et de secours peuvent être accordées dans le cadre de l'action sanitaire et sociale de la caisse.	<b>F</b>
Aucune participation dans le cas de pleine éligibilité, pour les enfants de moins de 6 ans et les élèves des écoles publiques jusqu'à l'âge de 14 ans.  Pas de participation pour les détartrages, les examens et le polissage si les assurés remplissent certaines conditions de cotisation.  Participation limitée pour les plombages, les extractions et les autres interventions.	Transport gratuit à l'hôpital sous certaines conditions.	Visites médicales pour les enfants en âge préscolaire et les élèves des écoles publiques.  Tous les services indispensables au suivi des problèmes décelés au cours des visites mentionnées ci-dessus.  Dépistage national des scolioses.  Immunisation, diagnostic et soins hospitaliers gratuits pour tous en cas de maladies infectieuses.	Traitement médical ambulatoire et à l'hôpital gratuit pour les enfants souffrant de certaines maladies et incapacités de longue durée, les femmes bénéficiant des services de maternité, les enfants âgés de 6 semaines au plus et les enfants envoyés par les centres pédiatriques et les services médico-scolaires.  Aide gratuite de service à domicile sous certaines conditions.	<b>IRL</b>



	Produits pharmaceutiques	Prothèses, optique, acoustique
I	<p>Classement des médicaments en 3 groupes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>groupe A</i>: médicaments essentiels pour les soins des maladies les plus graves: gratuits pour tous les assurés;</li> <li>• <i>groupe B</i>: médicaments pour le traitement de maladies importantes, mais moins graves que celles du groupe A. Gratuits pour les groupes cités sous «Participation aux frais médicaux» (voir tableau précédent) et pour les invalides. Le reste de la population paye 50 % du prix;</li> <li>• <i>groupe C</i>: autres médicaments et médicaments pour lesquels on ne demande pas d'ordonnance: totalement à la charge de l'assuré.</li> </ul> <p>Les ordonnances ne doivent pas comporter plus de 2 produits. La participation du patient est de 4 000 ITL (2,07 EUR) pour un produit prescrit et de 6 000 ITL (3,10 EUR) pour 2 produits prescrits; seuls les invalides à 100 % sont exemptés de participation, de même que les médicaments nécessaires au traitement de maladies très graves.</p>	Pas de prise en charge.
L	<p>Participation selon la classification des médicaments:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>médicaments à remboursement normal</i>: 80 %;</li> <li>• <i>médicaments à remboursement préférentiel</i>: 100 %;</li> <li>• <i>médicaments à remboursement réduit</i>: 40 %;</li> <li>• <i>médicaments et produits non remboursables</i>.</li> </ul>	Après autorisation préalable de la caisse: prise en charge au taux des tarifs fixés dans les conventions.
NL	<p>Inscription de l'assuré dans une pharmacie ayant passé un contrat avec la caisse de maladie.</p> <p>L'assuré a droit à un ensemble de médicaments de bonne qualité sans qu'il soit obligé de verser un supplément. D'autres médicaments peuvent être fournis à l'assuré et sont pris en charge par la caisse de maladie jusqu'à concurrence du prix moyen des médicaments (dosage standard) appartenant à une classification. L'assuré paie lui-même le supplément.</p>	<p>Après accord préalable de l'assureur. Pas de participation, sauf pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>prothèses mammaires</i>: paiement des coûts excédant un maximum de 397,50 NLG (180 EUR);</li> <li>• <i>chaussures orthopédiques</i>: participation de 112 NLG (51 EUR) par an jusqu'à l'âge de 16 ans et de 224 NLG (102 EUR) à partir de 16 ans;</li> <li>• <i>lunettes et verres de contact</i>: premier achat gratuit, ensuite sur prescription médicale spécifique;</li> <li>• <i>appareils auditifs</i>: paiement des coûts excédant 1 273,50 NLG (578 EUR);</li> <li>• <i>perruques</i>: paiement des coûts excédant 556 NLG (252 EUR).</li> </ul>

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	
Soins gratuits dans les centres du service national de santé et auprès des médecins conventionnés.	Pas de prise en charge.	Cures thermales après autorisation préalable de l'unité locale de santé.  Participation: 6 000 ITL (3,10 EUR) pour l'ordonnance plus 50 % des taux établis avec un plafond de 70 000 ITL (36 EUR) pour chaque cycle de cure.	-	I
Comprenant soins préventifs, conservateurs, extractions, orthodontie et prothèses. Remboursement suivant les tarifs prévus dans les conventions collectives.  Remboursement à raison de 80 % au-delà d'un montant annuel de 1 335 LUF (33 EUR) qui est pris en charge intégralement. Prise en charge des prothèses à raison de 100 %, sauf si l'assuré n'a pas consulté régulièrement le dentiste, auquel cas la participation est de 80 %. Les suppléments pour prothèses et prestations dépassant l'utile et le nécessaire ne sont pas pris en charge.	Frais de transport et de déplacement remboursables selon certaines conditions.	Après autorisation.	-	L
Enfants: soins dentaires comprenant soins préventifs, applications de fluor 2 fois par an au maximum à partir de 6 ans, plombage, orthodontie et traitement chirurgical.  Adultes: soins dentaires préventifs (un bilan au moins une fois par an), prothèses dentaires et actes de chirurgie dentaire spécialisés.  <i>Prothèses dentaires:</i> le patient participe à 25 %.	Par ambulance, taxi ou voiture privée: participation aux frais de 66 EUR par période de 12 mois.	Pas de prise en charge.	<i>Physiothérapie:</i> droit à 9 traitements par affection par an.	NL

	Produits pharmaceutiques	Prothèses, optique, acoustique
<b>A</b>	Prise en charge des médicaments prescrits s'ils sont autorisés et inscrits sur la liste des remèdes (les autres médicaments sont soumis à l'approbation du médecin chef ou du médecin superviseur). Frais d'ordonnance: 44 ATS (3,20 EUR) par prescription. Médicaments gratuits pour les maladies contagieuses et soumises à déclaration ou en cas de ressources insuffisantes.	Participation de l'assuré: 10 %, au moins 281 ATS (20 EUR) (pas de participation en cas de ressources insuffisantes). Montant maximal pris en charge par l'organisme assureur: 14 049 ATS (1 021 EUR). Prothèses: jusqu'à 35 121 ATS (2 552 EUR), selon les statuts de la caisse d'assurance.
<b>P</b>	Selon le type de maladie, la participation de l'État est de 70 ou 40 % pour les médicaments qui figurent sur la liste officielle des services de santé. La participation de l'État est augmentée de 15 % pour les pensionnés dont les pensions sont inférieures au salaire minimal.	Prestation de 80 % pour prothèses figurant sur la liste officielle. Prothèses optiques sur prescription du service de santé: 75 % du coût des lunettes (lentilles de contact selon avis médical). Prothèses optiques prescrites par un spécialiste privé: avance des honoraires par le patient, remboursement de 75 % par les services de santé sur les prix fixés selon le barème officiel.

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	
<p>Soins dentaires et prothèses dentaires (fixes) accordés conformément aux statuts. Les soins dentaires comprennent: soins conservateurs, extractions et orthodontie. Orthodontie et prothèses dentaires amovibles telles que les appareils dentaires: participation de l'assuré ou du membre de la famille entre 25 et 50 %. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 1997, une participation de 50 ATS (3,63 euros) est prévue pour chaque feuille de soins dentaires (sauf pour enfants, retraités et indigents).</p> <p>Pour les prestations et les traitements hors contrat (par exemple, <i>inlays</i> et couronnes), la contribution de l'organisme assureur se situe entre 325 ATS (24 EUR) et 2 960 ATS (215 EUR) par unité.</p>	<p>Frais de transport, remboursement des frais de déplacement.</p>	<p>Peuvent être accordés si nécessaire (dans les établissements de l'organisme assureur, les établissements conventionnés ou sous forme de contribution financière).</p> <p>Participation entre 76 ATS (5,52 EUR) et 194 ATS (14 EUR) par jour pour une période maximale de 28 jours par année civile. Les personnes indigentes sont exemptées de cette participation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examens médicaux des jeunes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan de prévention.</li> <li>• Examens pour la mère et l'enfant.</li> </ul> </li> <li>• Soins médicaux à domicile (sur recommandation du médecin, traitement médical par des personnes qualifiées; durée: 4 semaines au maximum). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement psychothérapeutique.</li> </ul> </li> </ul>	<b>A</b>
<p>Soins médicaux dans les centres de santé. Si les soins sont dispensés par un établissement de santé privé, remboursement par le service de santé selon le barème fixé par le gouvernement.</p> <p>Prothèses dentaires prescrites par le service de santé: remboursement de 75 % sur les prix fixés selon le barème officiel.</p> <p>Prothèses dentaires prescrites par un spécialiste privé: avance des honoraires par le patient, remboursement de 75 % sur les prix fixés selon le barème officiel.</p>	<p>Prise en charge des frais de déplacement pour les malades habitant dans des régions éloignées, sous certaines conditions.</p>	<p>Remboursement des soins administrés dans les établissements thermaux selon le barème officiel en vigueur après autorisation préalable.</p>	-	<b>P</b>

	<b>Produits pharmaceutiques</b>	<b>Prothèses, optique, acoustique</b>
<b>FIN</b>	<p><i>Établissements hospitaliers publics</i>: coûts compris dans la participation.</p> <p><i>Assurance maladie</i>: la participation des patients s'élève à 50 FIM (8,41 EUR) plus 50 % du montant dépassant cette somme pour des médicaments prescrits par un médecin. Quand il s'agit de maladies graves ou chroniques, les coûts pour certains produits pharmaceutiques figurant sur une liste sont remboursés à 75 ou 100 %, s'ils dépassent la somme de 25 FIM (4,20 EUR). Si la participation du patient pour les produits pharmaceutiques s'élève à 3 283 FIM (552 EUR), tous les frais ultérieurs dans l'année courante seront remboursés.</p>	<p><i>Centres de santé</i>: prise en charge dans certains cas.</p> <p><i>Assurance maladie</i>: pas de remboursement.</p>
<b>S</b>	<p>Frais à la charge du patient à concurrence de 400 SEK (42 EUR).</p> <p>Remboursement à 50 % des frais compris entre 401 SEK (42 EUR) et 1 200 SEK (127 EUR).</p> <p>Remboursement à 75 % des frais compris entre 1 201 SEK (127 EUR) et 2 800 SEK (296 EUR).</p> <p>Remboursement à 90 % des frais compris entre 2 801 SEK (296 EUR) et 3 800 SEK (401 EUR).</p> <p>Remboursement total des frais supérieurs à 3 800 SEK (401 EUR).</p>	<p>Les autorités régionales fournissent, sous certaines conditions, les appareils.</p>

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	
<p><i>Centres de santé:</i> normalement, la participation du patient correspond à un montant de base et à des tarifs qui sont fixés selon le type d'intervention. Les centres de santé peuvent fixer les tarifs eux-mêmes en respectant certaines limites. Leurs tarifs sont toujours moins élevés que ceux des dentistes privés. Soins dentaires gratuits pour des personnes de moins de 19 ans et pour les anciens combattants.</p> <p><i>Assurance maladie:</i> une partie des frais dentaires sont remboursés, si le patient est né après 1955. Pour les examens médicaux et les traitements préventifs, le taux de remboursement s'élève à 75 % des honoraires; pour les autres traitements, il est de 60 % des honoraires, sans toutefois dépasser un certain plafond. Pas de remboursement pour orthodontie et prothèses.</p> <p>Aux autres personnes, seule une partie des frais dentaires sont remboursés, si les soins dentaires sont nécessaires pour le traitement d'une autre maladie. De plus, les coûts de l'examen et du traitement préventif sont remboursés une fois tous les 3 ans aux personnes nées en 1955 ou avant.</p>	<p>Remboursement des frais de déplacement et de transport par l'assurance maladie après déduction d'une participation de 45 FIM (7,57 EUR).</p> <p>Si la participation du patient aux frais de déplacement dépasse un montant de 900 FIM (151 EUR), tous les frais en plus sont remboursés à 100 %.</p> <p>Remboursement des frais d'hébergement jusqu'à un montant de 120 FIM (20 EUR) par nuit.</p>	<p>Voir sous «Participation du patient» dans le tableau précédent.</p>	<p>-</p>	<p><b>FIN</b></p>
<p>Jusqu'à 20 ans, les soins dentaires publics sont gratuits.</p> <p>Un nouveau système de prise en charge des soins dentaires a été mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Les dentistes et les spécialistes de l'hygiène dentaire sont désormais libres de fixer leurs tarifs.</p> <p>Pour les traitements de base, l'assureur verse au dentiste un montant fixe, tandis que les patients paient la différence. Le montant versé par l'assureur correspond à 30 % du tarif en vigueur en 1998.</p> <p>Pour l'orthodontie et les prothèses dentaires, plafonnement de la participation en cas de frais élevés: l'assureur paye le double du montant fixé pour les soins de base moins 3 500 SEK (370 EUR); le patient paye le reste.</p>	<p>Remboursement des frais de transport, sous certaines conditions.</p>	<p>Voir sous «Séjours à l'hôpital» dans le tableau précédent.</p>	<p>Plafonnement de la participation en cas de frais élevés: en l'espace de 12 mois, la participation du patient pour les frais de soins par les services publics de santé et d'examens médicaux est limitée à 900 SEK (95 EUR). Pour les produits pharmaceutiques, la limite est de 1 300 SEK (137 EUR) pour une période de 12 mois.</p>	<p><b>S</b></p>

	Produits pharmaceutiques	Prothèses, optique, acoustique
UK	<p>Participation de 5,80 GBP (8,16 EUR) par produit prescrit, sauf pour les enfants de moins de 16 ans, les jeunes entre 16 et 18 ans qui font des études à plein temps, les personnes âgées de 60 ans et plus, les femmes enceintes, les mères d'un enfant de moins de 1 an, certains pensionnés de guerre (pour des handicaps reconnus), les personnes touchant le revenu minimal, l'assistance chômage ou bénéficiant d'un allègement fiscal pour familles à bas revenus ou d'un allègement fiscal pour personnes invalides et leurs partenaires, certaines autres personnes à faibles revenus et les personnes souffrant de certaines maladies.</p> <p>L'achat d'un certificat prépayé d'ordonnances pour 1 an (ou 4 mois) permet au patient d'acquérir gratuitement un nombre illimité de produits prescrits pendant la période de validité du certificat. Le coût de ce certificat est de 30,10 GBP (42 EUR) pour 4 mois et de 82,70 GBP (116 EUR) pour 1 an.</p>	<p>Les lunettes ne peuvent en aucun cas être obtenues gratuitement.</p> <p><i>Des bons d'une certaine valeur peuvent être accordés à certains groupes:</i> les enfants de moins de 16 ans, les jeunes entre 16 et 18 ans qui font des études à plein temps, les personnes touchant l'assistance chômage, le revenu minimal, ou bénéficiant d'un allègement fiscal pour familles à bas revenus ou d'un allègement fiscal pour personnes invalides et leurs partenaires, les personnes à faibles revenus ou celles nécessitant des lentilles complexes ainsi que les pensionnés de guerre (pour des handicaps reconnus) et les patients des services ophtalmologiques des hôpitaux.</p> <p>Pas de participation pour des examens de vision pour les catégories susmentionnées, plus les aveugles enregistrés ou les malvoyants, les patients souffrant d'un diabète ou d'un glaucome diagnostiqué, les personnes à partir de 40 ans et les frères, sœurs, parents ou enfants d'un patient souffrant d'un glaucome diagnostiqué. Les autres catégories payent elles-mêmes ces services.</p> <p>Prothèses et audioprothèses: aucune participation pour les appareils prévus par le service national de santé et pour leur ajustage.</p>

Source: Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres de l'UE (Missoc), DG Emploi et affaires sociales de la Commission européenne, 2001.

Soins dentaires	Transport des patients	Traitements	Autres prestations	UK
<p><i>Participation proportionnelle</i> pour soins dentaires, y compris les visites, administrés par le service national de santé dans le cadre du service général dentaire (General Dental Service). 80 % des coûts d'un traitement jusqu'à 340 GBP (478 EUR) au maximum.</p> <p><i>Pas de participation</i> pour les femmes enceintes ou ayant eu un enfant dans les 12 mois précédant le démarrage du traitement, les jeunes de moins de 18 ans, les jeunes de moins de 19 ans poursuivant des études à plein temps, les bénéficiaires (et leurs partenaires) du revenu minimal (<i>income support</i>), de l'assistance chômage (<i>income-based jobseeker's allowance</i>), d'un allègement fiscal pour familles à bas revenus (<i>working families' tax credit</i>) ou d'un allègement fiscal pour personnes invalides (<i>disabled person's tax credit</i>).</p> <p>Les personnes aux revenus modestes peuvent recevoir une aide pour le coût du traitement.</p> <p>Toutefois, les soins dentaires effectués dans les hôpitaux et les services dentaires municipaux sont gratuits, sauf pour les prothèses et les bridges.</p>	<p>Diverses prestations prévues par le service national de santé (National Health Service) et par les autorités locales (par exemple, transport gratuit à l'hôpital ou, en cas d'urgence médicale, remboursement des frais de transport à l'hôpital dans certains cas).</p>	<p>Aucune participation, sauf si le patient demande des dispositions spéciales ou des soins plus coûteux qui ne sont pas cliniquement nécessaires.</p>	-	UK



## GLOSSAIRE

*La référence entre parenthèses, par exemple (3.1), indique une partie du volume où le terme a été utilisé.*

**Accident du travail mortel** (3.2): accident qui conduit à la mort d'une victime dans un délai d'une année à compter de la date de l'accident.

**Acellulaire** (4.7.1): qui ne contient pas de cellules.

**Acouphène** (4.4.4): sensation auditive anormale qui se caractérise par un tintement d'oreille, un bourdonnement ou d'autres bruits dans les oreilles.

**Activité** (chapitre 1): l'activité économique est celle qui est exercée par ceux qui produisent des biens et des services économiques, qu'ils occupent un emploi ou qu'ils soient sans emploi et à la recherche d'un travail. Citons comme exemples de branches d'activité (3.2) — utilisées dans le présent volume — les industries de transformation, la construction, l'agriculture, la chasse et l'exploitation forestière.

**Affection chronique** (chapitres 2 et 4): affection qui est continue ou persistante sur une période prolongée. Le contraire est une affection aiguë.

**Alcool pur** (2.4): défini comme l'éthanol (consommé dans un pays au cours de l'année civile ou calculé à partir des statistiques officielles sur la production locale, les importations et les exportations, en tenant compte des stocks et de la production intérieure, lorsque ces statistiques sont disponibles) contenu dans des boissons alcoolisées obtenues par fermentation et distillation et qui provoquent l'ivresse.

**Années de vie corrigées de l'incapacité (DALY)** (4.7.2): mesure utilisant l'incidence de maladies, l'âge au début de la maladie, et l'incapacité pour chaque catégorie de maladies afin de mesurer le fardeau de la maladie. Les nombres DALY indiquent à la fois les contributions absolues et relatives de chaque catégorie de maladies au fardeau total de la maladie d'une population.

**Anomalies chromosomiques** (4.8.2): une personne possède normalement 23 paires de chromosomes. Une anomalie chromosomique peut affecter le nombre de chromosomes, la taille ou l'apparence de certains chromosomes ou la façon dont des parties de chromosomes sont disposées.

**Anthropogène** (3.1): dénote un objet d'origine humaine.

**Aquaculture** (3.2): utilisation de la mer, des lacs et des rivières pour des activités telles que la pisciculture, la conchyliculture et la culture de plantes aquatiques.

**As-Teq** (3.1): indice des émissions de métaux lourds dans l'atmosphère; l'arsenic métal lourd est utilisé comme produit de référence, de telle sorte que 1 g As = 1 g As-Teq.

**Attaque** (4.7.2.3): lorsque l'afflux de sang vers une partie du cerveau est interrompu, ce qui se traduit par une nécrose des tissus et par une perte des fonctions cérébrales.

**Autres avantages en nature** (6.4.6): aide fournie à des personnes malades ou blessées, autre que des soins médicaux, pour les assister dans leurs tâches quotidiennes, comme une aide à domicile ou des services de transport.

**Avantages en nature** (6.4.6): avantages accordés sous forme de biens et services.

**Bactéries** (4.7.1): classe d'organismes qui ne possèdent pas de chlorophylle; elles apparaissent pratiquement partout et (entre autres activités) peuvent provoquer et transmettre des maladies.

**Bactériophage** (4.7.4): un bactériophage (ou phage) est un virus qui attaque des bactéries; une technique consiste à identifier les bactéries par l'action de phages connus sur ces bactéries.

**Biomasse** (3.1): masse d'organismes vivants formant une population précise dans une région donnée.

**Capitation** (chapitre 6): méthode d'indemnisation des médecins. Le montant du revenu que reçoit un cabinet est basé sur un montant versé par patient (capitation) multiplié par le nombre de patients que traite le cabinet (population du cabinet) indépendamment du nombre de consultations.

**Causes extérieures** (5.2): forme abrégée du chapitre de la classification CIM («causes extérieures de blessures et d'empoisonnement»). Ce chapitre comprend tous les décès et toutes les blessures dus à des causes accidentelles et violentes. La CIM est en mesure de classer ces décès et ces blessures en fonction à la fois de la nature de la blessure subie et de la cause extérieure.

**Certaines affections périnatales** (5.1): ces affections médicales comportent, entre autres, le syndrome de détresse respiratoire, la maladie respiratoire chronique, l'hypoxie intra-utérine et l'asphyxie du nouveau-né, ainsi que la croissance fœtale lente et la sous-alimentation du fœtus. Elles comprennent des affections ayant une origine dans la période périnatale même si la mort ou la morbidité intervient ultérieurement.

**CIM** (chapitres 4, 5 et 6): classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (neuvième ou dixième révision). Il s'agit d'une classification des maladies, des problèmes de santé et des procédures mises au point

par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui représente la norme internationale pour l'étiquetage et le codage numérique des maladies. Dans le cadre de ce système, il est attribué des nombres par ordre hiérarchique à toutes les maladies. Il existe plusieurs applications du système de codage CIM, notamment CIM-8, CIM-9, CIM-9-MC (modification clinique), CIM-O (oncologie) et CIM-10.

**CIM-9-MC** (chapitre 6): la modification clinique de la CIM est utilisée pour classifier les diagnostics hospitaliers définis conformément à la CIM-9. Les catégories de diagnostics utilisées sont fondées sur le principe du diagnostic, qui est soumis comme le premier de plusieurs diagnostics possibles codés sur le registre des sorties d'hôpital. Le diagnostic principal représente l'état établi après examen qui doit être essentiellement responsable de l'admission du patient à l'hôpital en vue de soins.

**CITI (rév. 3)** (6.4.4.): classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, révision 3 (Nations unies). La CITI est une classification standard des activités économiques productives, dont le principal objet est de fournir un ensemble de catégories d'activité qui peuvent être utilisées dans l'analyse de statistiques en fonction de ces activités.

**Classification anatomique, thérapeutique, chimique** (chapitre 6): système de classification des médicaments largement utilisé dans l'Union européenne et dérivé du centre de collaboration pour la méthodologie statistique des médicaments de l'OMS. Les médicaments sont divisés en différents groupes à cinq niveaux en fonction de l'organe ou du système sur lequel ils agissent et/ou de leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques: 1) groupe anatomique; 2) groupe thérapeutique principal; 3) sous-groupe thérapeutique/pharmacologique; 4) sous-groupe chimique/thérapeutique/pharmacologique; 5) sous-groupe des produits chimiques.

**Classification centrale des produits** (6.4.4): elle a été mise au point par les Nations unies comme classification standard centrale des produits afin de servir d'instrument pour la présentation et la tabulation de toutes sortes de statistiques exigeant un détail des produits. Ces statistiques peuvent couvrir la production, la consommation intermédiaire et finale, la formation de capital, le commerce international ou les prix. Elles peuvent concerner des flux de matières premières, des stocks ou des bilans et peuvent être compilées dans le contexte de tableaux entrées-sorties, de la balance des paiements et d'autres présentations analytiques.

**Coicop** (chapitre 2): classification des fonctions de la consommation individuelle des ménages adaptée aux exigences du calcul des enquêtes sur les budgets des ménages.

**Combustion** (3.1): réaction chimique dans laquelle un combustible se combine avec de l'oxygène avec l'évolution de la chaleur.

**Comorbidité** (4.2): deux (ou plus de deux) affections médicales ou processus indépendants qui coexistent.

**Copaiement** (chapitre 6 et annexes 1 et 3): portion d'une facture ou de dépenses de santé qu'un adhérent doit prendre à sa charge pour chaque service auprès d'un prestataire ou d'un établissement. Il s'agit généralement d'un forfait qui est réglé au moment de la prestation de services.

**COV (composés organiques volatils)** (3.1): qui s'évaporent facilement et contribuent à la pollution de l'air: citons comme exemple le benzène, l'acétone et l'éthylène.

**COVNM** (3.1): composés organiques volatils non méthaniques.

**DBO (demande biochimique en oxygène)** (3.1): test standard de traitement de l'eau destiné à détecter la présence de polluants organiques; dépend des activités des bactéries et d'autres organismes microscopiques qui, en présence d'oxygène, se nourrissent de matière organique.

**Désulfuration** (3.1): technologie qui emploie un sorbant, généralement de la chaux, pour éliminer le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) des gaz produits par la combustion de combustibles fossiles. La désulfuration des gaz de combustion est une technologie moderne courante pour les grandes installations émettant du SO<sub>2</sub>, comme les centrales électriques.

**Diagnostic** (chapitres 4 et 6): identification de l'affection ou de la maladie d'un patient, souvent codée au moyen de la classification CIM-9-MC, CIM-10 ou DSM-IV (pour les troubles mentaux). Pour chaque patient quittant l'hôpital, plusieurs diagnostics peuvent être rapportés, notamment le diagnostic principal et d'éventuels diagnostics secondaires/affections existantes.

**DID** (4.7.2.4): diabète insulino-dépendant.

**Dose quotidienne définie** (chapitre 6): dose moyenne quotidienne pour un médicament lorsqu'il est utilisé pour son indication principale dans la pratique journalière. Elle normalise la mesure de l'utilisation des médicaments au sein d'un même type de médicaments et entre types différents et peut être utilisée pour décrire l'utilisation des médicaments dans l'ensemble d'une population.

**DSM-IV** (4.7.2.11): la classification DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) est la classification standard des troubles mentaux utilisée à l'origine par les professionnels de la santé mentale aux États-Unis et à présent utilisée dans tous les pays. La classification DSM comprend

trois éléments principaux: la classification des diagnostics, les ensembles de critères diagnostiques et le descriptif. La classification des diagnostics est la liste des troubles mentaux faisant officiellement partie du système DSM.

**Eaux usées ou réseau d'égout** (3.1): les eaux usées sont les effluents liquides d'une communauté, tandis que le réseau d'égout est le système de canalisations pour le transport des eaux usées urbaines et industrielles.

**Échantillonnage par la méthode des quotas** (chapitres 2 et 4): cette expression se réfère généralement au processus suivant lequel un chercheur essaie de faire coïncider dans un échantillon la composition exacte de la population au regard de certaines caractéristiques démographiques jugées importantes (comme le sexe, l'âge, la race, le revenu, etc.). L'objet de cette pratique est généralement d'obtenir un certain type d'échantillon représentatif de la population sous-jacente.

**Effet de serre** (3.1): gaz qui contribuent à l'effet naturel de serre. Le protocole de Kyoto couvre un panier de six gaz à effet de serre (GES) produits par des activités humaines: dioxyde de carbone, méthane, oxyde nitreux, hydrofluorocarbure, perfluorocarbure et hexafluorure de soufre.

**Encéphalite** (chapitre 4): inflammation de l'encéphale.

**Endémique** (chapitre 4): terme qui se réfère à une maladie qui sévit constamment et avec une régularité prévisible dans une région ou une population spécifique.

**Enquête de santé par interview** (chapitre 4): méthode de recherche dans laquelle des questionnaires sont utilisés pour collecter les informations concernant l'état de santé d'un grand nombre de participants, ainsi que d'autres questions annexes. Ces questionnaires sont souvent présentés en personne, au téléphone ou par courrier. Les données obtenues sont utiles pour décrire, comparer, et parfois expliquer différents phénomènes.

**Enquêtes longitudinales** (chapitre 4): la caractéristique essentielle d'une enquête longitudinale est qu'elle fournit des observations répétées au fil du temps concernant un ensemble de variables pour l'ensemble de personnes couvertes par l'enquête. Diverses façons de dériver ces observations répétées sur les mêmes personnes distinguent les trois types principaux d'enquêtes longitudinales: enquêtes rétrospectives, enquêtes par panel et recensements de fichiers.

**Équipements de radiothérapie** (6.2.6): équipements pour le traitement aux rayons X de radionucléides. Ces équipements comprennent: des accélérateurs linéaires, des unités au cobalt 60, des

unités de télépathie au caesium 137, des unités de radiographie à basse tension, des unités de brachythérapie à haut débit de doses, des unités de brachythérapie à faible débit de doses et des équipements de brachythérapie traditionnels.

**Espérance de vie à la naissance** (chapitre 1): la table de survie est une technique statistique permettant de résumer les taux de mortalité, calculés sur une année, à partir de laquelle peut être dérivée une mesure de l'espérance de vie. Lorsque l'espérance de vie est calculée à tous les âges (à partir de la naissance), elle dénote le nombre d'années qu'une personne vivrait, en moyenne, si elle subissait les taux de mortalité courants.

**Étiologie** (4.7.5): étude médicale des causes des maladies.

**Eutrophisation** (3.1): vieillissement naturel d'un lac ou dans des eaux stagnantes avec une accumulation graduelle de matières organiques, dû à la présence abondante de substances nutritives.

**Fardeau de la maladie** (chapitre 4): mesure de la santé de la population. Cette démarche offre un moyen de quantifier l'importance de différentes maladies. Il ne s'agit pas simplement d'une mesure de l'incidence ou de la mortalité, mais bien d'un calcul de l'impact total. Le fardeau de la maladie est mesuré en années de vie corrigées de l'incapacité (DALY).

**Graisses** (chapitre 2): composés organiques consistant en carbone, hydrogène et oxygène; elles constituent la source la plus concentrée d'énergie dans les denrées alimentaires. Toutes les graisses sont des combinaisons d'acides gras saturés et non saturés.

**Gram** (4.7.6): se réfère à un essai (coloration de Gram) utilisé dans des essais en laboratoire sur des bactéries. Les bactéries qui se colorent en bleu sont à «gram positif», tandis que celles qui se colorent en rose sont à «gram négatif». Cette classification correspond aux caractéristiques des bactéries, comme l'infection qui peut être produite et les antibiotiques pour le traitement.

**Hib** (4.7.1): *Haemophilus influenzae* de type b, bactérie provoquant de graves maladies, essentiellement chez les enfants, comme la méningite et la pneumonie.

**Honoraires privés** (chapitre 6 et annexes 1 et 3): méthode financière suivant laquelle les prestataires de soins de services fixent leurs propres honoraires pour services rendus. Avec cette méthode, les patients paient des honoraires pour tout service au moment de la prestation.

**Latrogénique** (4.7.5): se réfère à une maladie provoquée par le traitement médical.

**IC (intervalle de confiance)** (chapitre 4): les intervalles de confiance pour des statistiques spécifiques donnent une gamme de valeurs de part et d'autre de la statistique à l'intérieur de laquelle la statistique (de population) «authentique» peut selon toute attente être localisée (avec un niveau donné de certitude).

**Incidence** (3.2): les cas incidents d'une maladie sont ceux qui se produisent pour la première fois dans une période de temps définie, et l'incidence (ou le taux d'incidence) est ce nombre de cas en proportion de la population au début de la période.

**Incidence relative** (3.2): utilisée dans une analyse de données sur les accidents du travail (3.2.2). Tandis que l'incidence (ou le taux d'incidence) est obtenue avec le nombre d'accidents au cours d'une année pour 1 000 personnes exerçant une activité professionnelle dans la population de référence, le taux d'incidence relative est le ratio de l'incidence dans un groupe particulier par rapport à l'incidence dans l'ensemble des groupes. Elle est traditionnellement de 100 pour tous les groupes.

**Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)** (chapitre 1): nombre moyen d'enfants qu'une femme aura au cours de sa période reproductrice, si les taux courants de fécondité spécifiques à l'âge s'appliquent.

**Infections dues à des rickettsies** (4.7.7): provoquées par des micro-organismes agents de rickettsiose qui présentent des caractéristiques de bactéries et de virus.

**Infections nosocomiales** (4.7.9): infections qui se répandent dans les hôpitaux.

**Infection VIH** (4.7.1.3): infection virale provoquée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) qui détruit progressivement le système immunitaire et qui provoque des infections que le corps a des difficultés à combattre.

**Inversion de température** (3.1): la température de l'air diminue normalement avec l'accroissement de l'altitude. Dans certaines conditions météorologiques, cette tendance peut s'inverser, une couche d'air chaude recouvrant une couche froide. L'air froid ne peut s'élever parce qu'il est plus lourd, ce qui piège d'éventuels polluants atmosphériques au-dessous.

**IPCC (panel intergouvernemental sur le changement climatique)** (chapitre 3): reconnaissant le problème du changement potentiel de climat de la planète, l'Organisation météorologique mondiale (OMM) et le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) ont établi l'IPCC en 1988. Le rôle de l'IPCC est d'évaluer l'information scientifique, technique et socio-économique pertinente

pour la compréhension du risque de changement climatique d'origine humaine.

**Lignite** (3.1): charbon de bas rang, souvent de couleur brune, avec un pouvoir calorifique relativement faible.

**Lithotriteurs** (6.2.6): la lithotritie est une procédure utilisée pour détruire les calculs rénaux. Cela facilite leur passage dans l'urine. Dans un certain type de lithotritie, le lithotriteur détruit les calculs dans le rein ou la partie supérieure de l'urètre. Cette machine utilise des ultrasons pour pulvériser les calculs rénaux, en les réduisant en petits fragments.

**Maladie professionnelle** (4.7.2.5): maladie survenue ou provoquée du fait de l'exposition sur le lieu de travail à un agent physique, chimique ou biologique, au point que la santé d'un membre du personnel est affectée.

**Maladies rares** (4.7.2.12): notamment d'origine génétique, maladies menaçant la vie ou chroniquement débilitantes qui ont une très faible prévalence, c'est-à-dire inférieure à 5 pour 10 000.

**Mammographie** (6.2.6): la mammographie est la procédure utilisée pour produire une radiographie des seins.

**Médecin généraliste** (chapitre 6): médecin qui assure des services médicaux personnels.

**Métastases** (4.7.1): tumeur secondaire formée en un point éloigné du foyer initial de la maladie.

**Migrant** (chapitre 1): personne qui se déplace en permanence d'un endroit à un autre.

**Migration nette** (chapitre 1): solde des migrations vers une zone et à partir de cette même zone.

**MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview)**: entretien clinique noté semi-structuré reposant sur la classification DSM-IV. Cet instrument sert à établir le diagnostic de dépression.

**Néonatale** (5.1): qualifie la période qui va de la naissance jusqu'à l'âge de 28 jours; le taux de mortalité néonatale est le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours au cours d'une année pour 1 000 naissances vivantes dans l'année.

**Néoplasme** (4.7.1): prolifération pathologique de cellules/tissus se présentant généralement sous la forme d'une tumeur.

**Nosocomial** (4.7.2): qui se rapporte à l'hôpital.

**NUTS** (3.4): la nomenclature des unités territoriales statistiques a été établie par Eurostat pour fournir une ventilation uniforme et cohérente d'unités territoriales pour la production de statistiques régionales pour l'Union européenne. La version 1999 de la NUTS divise l'Union en 78 régions au niveau NUTS 1, en 211 régions au niveau NUTS 2 et en



1 093 régions au niveau NUTS 3. En raison de leur superficie ou de leur population relativement limitée, certains pays ne possèdent pas la totalité des trois niveaux régionaux: l'Irlande et la Suède n'ont pas de régions du niveau 1; le Danemark n'a pas de régions du niveau 1 ou 2; le Luxembourg ne possède pas de niveaux 1, 2 et 3.

**Ozone** (3.1): forme allotropique d'oxygène présente dans l'atmosphère; il se compose de trois atomes d'oxygène ( $O_3$ ), tandis que les molécules de l'oxygène de l'atmosphère contiennent deux atomes ( $O_2$ ).

**Parodontopathie** (4.3): maladie qui affecte l'ensemble des tissus de soutien qui relient la dent au maxillaire.

**Particules** (3.1): solides fins ou gouttelettes de liquide en suspension dans l'air.

**Pathogène** (4.7.9): qualifie un organisme ou une substance qui est la cause d'une maladie.

**Périnatale** (5.1): période qui précède et suit immédiatement la naissance; ainsi, le taux de mortalité périnatale inclut les enfants mort-nés et les décès avant l'âge de 7 jours.

**Photochimique** (3.1): dénote une modification chimique provoquée par la lumière.

**Postnéonatale** (5.1): qualifie la période à partir de 28 jours à compter de la naissance et inférieure à une année; le taux de mortalité postnéonatale est le nombre de décès d'enfants dont l'âge est compris entre 28 et 364 jours au cours d'une année, pour 1 000 naissances vivantes au cours de l'année.

**PPA (parité de pouvoir d'achat)** (chapitres 2 et 6): taux de conversion monétaire qui convertissent des indicateurs économiques exprimés en monnaies nationales dans une monnaie commune à un taux qui égalise le pouvoir d'achat d'une unité de monnaies nationales différentes. En d'autres termes, les PPA sont à la fois des déflateurs des prix et des convertisseurs de monnaie; elles éliminent les différences des niveaux de prix entre pays dans le processus de conversion en une monnaie commune. La monnaie de référence pourrait en principe être celle de tout membre du groupe ou d'un autre pays comme le dollar des États-Unis; cette dernière monnaie est utilisée par l'OCDE, les Nations unies et d'autres organisations internationales.

**Prévalence** (4.8.1): mesure le fardeau de la maladie dans une population: le **taux de prévalence** est le nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, exprimé en proportion du total de la population.

**Prévisions de population** (chapitre 1): impliquent davantage de certitude dans la prévision des futurs

chiffres.

**Produit intérieur brut (PIB)** (chapitre 1): production totale de biens et services à usage final produits par une économie, à la fois par les résidents et les non-résidents, indépendamment de leur destination.

**Produit national brut (PNB)** (chapitre 2): valeur totale de tous les biens et services produits au cours d'une période spécifiée (généralement un an) à l'intérieur d'un pays, à laquelle s'ajoute le revenu des biens détenus dans des pays étrangers et le revenu des résidents tiré de l'étranger, mais sans les versements comparables à des résidents d'autres pays.

**Projections de population** (chapitre 1): les projections de population consistent à faire des estimations des futurs chiffres de la population ou à produire les chiffres les plus plausibles pour les années à venir. Des estimations sont réalisées par Eurostat en utilisant les derniers chiffres disponibles pour la population au 1<sup>er</sup> janvier. En général, des hypothèses essentielles sont formulées pour ce qui concerne la mortalité, la fertilité et les migrations par sexe et par tranche d'âge, et des techniques de vieillissement sont appliquées à la pyramide des âges de la population d'année en année.

**Psychosocial** (4.1): a trait à une combinaison de facteurs psychologiques et sociaux.

**Quintile** (2.1.3): un des cinq segments d'une distribution qui a été divisée en cinquièmes. Par exemple, le deuxième quintile à partir de la base d'une distribution des revenus correspond aux personnes dont le revenu est supérieur aux revenus des 20 à 40 % de la population.

**Rapport de dépendance** (chapitre 1): rapport de la population des enfants et des personnes âgées au reste de la population. Le numérateur représente couramment la population des moins de 15 ans et des 65 ans et plus et le dénominateur la population âgée de 15 à 64 ans.

**Régime équilibré** (2.1.4): absorption de types appropriés et de volumes adéquats de denrées alimentaires et de boissons destinées à fournir nutrition et énergie pour l'entretien des cellules du corps, les tissus et les organes, et soutenir la croissance et le développement normaux.

**Régimes non contributifs** (chapitre 6): régimes de protection sociale dans lesquels le droit à des prestations n'est pas subordonné au paiement de contributions par les personnes protégées ou par d'autres parties pour leur compte. De nombreux régimes non contributifs ne fournissent des prestations qu'après un examen des ressources. Les régimes non contributifs qui n'exigent pas un examen des ressources comprennent les services na-

tionaux de santé et les régimes d'allocations familiales institués dans plusieurs États membres.

**Résistance antimicrobienne** (4.7.9): l'introduction de tout agent antimicrobien dans la pratique clinique a été suivie par la détection de souches de micro-organismes résistantes. Elles sont capables de se multiplier en présence de concentrations de médicaments supérieures aux concentrations chez des êtres humains recevant des doses thérapeutiques. La prévalence de la résistance varie par région et dans le temps, mais tôt ou tard la résistance se fait jour par rapport à tout agent antimicrobien.

**Sans-emploi** (chapitres 1 et 2): personnes qui, au cours de la semaine de référence de l'enquête sur les forces de travail: a) n'ont pas d'emploi, b) étaient disponibles pour entamer une activité professionnelle au cours des deux semaines suivantes et c) avaient activement recherché un emploi à un moment ou un autre au cours des quatre semaines précédentes. En outre, les personnes sans emploi comprennent celles qui n'avaient pas d'emploi et avaient déjà trouvé un emploi qu'elles devaient exercer plus tard.

**Sérum** (4.7.1): partie liquide du sang constituée par du plasma.

**Soins à domicile** (6.2.8): services de santé fournis à des résidents à leur domicile.

**Soins ambulatoires** (chapitre 6): tout contact avec un médecin qui se produit alors que le patient n'est pas hospitalisé, comme des consultations dans un cabinet, et des visites dans des services d'urgences, des dispensaires ou des visites à domicile.

**Sortie d'hôpital** (6.2.5): il y a sortie d'hôpital ou d'un autre établissement de soins de santé chaque fois qu'un patient (ou un résident) quitte l'établissement en raison de son décès ou de sa sortie après avoir signé une décharge (en raison d'un avis contraire des médecins) ou en raison d'un transfert. Le nombre de sorties d'hôpital est la mesure la plus couramment utilisée pour l'utilisation des services hospitaliers. Les sorties d'hôpital, et non les admissions, sont utilisées parce que le système résumé de notes pour les soins hospitaliers repose sur des informations collectées au moment de la sortie d'hôpital.

**SPA (standard de pouvoir d'achat)** (chapitres 2 et 6): unité monétaire de référence commune artificielle, déterminée de telle sorte que le total du PIB de l'Union européenne exprimé en SPA est égal au total du PIB de l'Union exprimé en euros. Des agrégats de volumes économiques sont ensuite obtenus après leur valeur d'origine en unité monétaire nationale a été divisée par les SPA respectifs. Un SPA représente le même volume de biens et services donné dans tous les pays. Toutefois, dans cer-

tains pays, des volumes différents de monnaie nationale sont nécessaires pour acheter ledit volume de biens et services, selon le niveau des prix.

**Taux de mortalité infantile** (5.1): le nombre de décès d'enfants au cours d'une année pour 1 000 naissances vivantes au cours de l'année; le taux de mortalité infantile est en fait un ratio.

**Taux de mortalité standardisés** (5.2): lorsque l'on compare les niveaux de mortalité entre différentes populations, il est utile de tenir compte des différences dans la structure des âges. La standardisation est une méthode utilisée à cette fin — soit indirectement, lorsqu'une gamme de taux standardisés est appliquée à chaque population, et que le nombre escompté de décès est comparé au nombre effectivement relevé — soit directement, lorsque les taux observés pour chaque population sont appliqués à chaque population et qu'il est procédé à une comparaison similaire.

**Taux d'incidence standardisé** (3.2): dans l'analyse de données sur les accidents du travail, le taux d'incidence (voir plus haut) indique le risque de tels accidents. Mais comme la structure de la population économiquement active d'un pays peut influencer ce taux, le taux d'incidence standardisé peut être utilisé. Il donne à chaque branche d'activité le même poids au niveau national qu'au niveau de l'Union européenne.

**Tomographie par ordinateur** (6.2.6): tomographie par ordinateur, également connue sous le nom de tomographie axiale sur ordinateur. Des scanners décomposent sous forme d'images l'information anatomique d'une vue en coupe du corps. Chaque image est générée par une synthèse informatique de données de transmission radiographique obtenues dans de nombreuses directions différentes dans un plan donné.

**Troposphère** (3.1): partie de l'atmosphère comprise entre le sol et la stratosphère, où la température diminue au fur et à mesure que l'altitude augmente.

**Unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM)** (6.2.6): il s'agit d'une procédure de diagnostic dans laquelle les noyaux atomiques (en particulier les protons) d'un patient sont alignés dans un champ magnétique uniforme puissant, absorbent l'énergie que dégagent des impulsions réglées sur une certaine radiofréquence et émettent des signaux de fréquence radio au fur et à mesure que leur excitation diminue. Ces signaux, qui varient en intensité en fonction de la teneur isotopique et de l'environnement chimique moléculaire, sont convertis en séries d'images tomographiques en utilisant des gradients de champ dans le champ magnétique, qui permettent une localisation en trois dimensions des sources ponctuelles des si-

gnaux. Contrairement à la radiographie conventionnelle ou à la tomographie par ordinateur, l'IRM n'expose pas les patients à des rayonnements ionisants.

**Versements directs** (chapitre 6 et annexe 3): versements directement à la charge d'un patient sans le bénéfice de l'assurance. Ils comportent un partage des coûts et des versements informels aux prestataires de services de soins.

**Virus** (4.7.1): micro-organisme infectieux qui a besoin d'une cellule vivante pour se reproduire.

**Zoonotique** (4.7.4): se réfère à une maladie infectieuse des animaux transmissible à l'être humain.

### *Principales sources utilisées (pour la version anglaise)*

CODED: Eurostat «Concepts and definitions database».

MedlinePlus database, «Health information».

Manitoba Centre for Health Policy, Thesaurus database.

OCDE, «Health data 2002».

Merck manual of medical information.

Porteous, A., *Dictionary of environmental science and technology*, Wiley, 1991, et Eurostat «Health and safety» publications.