

### Définition et mesure

Les indicateurs de l'espérance de vie sont les indicateurs les plus généraux et les mieux connus de l'état de santé des populations. Les modifications de l'espérance de vie sont liées à un ensemble de variables interdépendantes comme le niveau de vie, le mode de vie et l'accès à des services de soins de santé de qualité. Comme les facteurs socio-économiques ne changent pas du jour au lendemain, le mieux pour mesurer l'évolution de l'espérance de vie est de la mesurer sur des périodes assez longues.

Les indicateurs présentés ici (espérance de vie à la naissance et espérance de vie des personnes âgées) correspondent au nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre s'il reste soumis aux probabilités de décéder observées dans son pays au cours d'une année donnée. Ces projections ne tiennent donc pas compte des effets d'une éventuelle diminution des taux de mortalité par âge. Chaque pays mesure l'espérance de vie de ses habitants selon sa propre méthode mais comme les méthodes de calcul ne sont pas toutes identiques, il en résulte des différences pouvant affecter la comparabilité des résultats communiqués. En effet, selon la méthode retenue, l'indicateur d'espérance de vie peut varier d'une fraction d'année.

Au cours des quarante dernières années, les pays de l'OCDE ont tous enregistré des gains d'espérance de vie à la naissance considérables qui se reflètent dans la baisse spectaculaire des taux de mortalité à tous les âges et par des taux de survie des personnes âgées plus élevés. En moyenne, l'espérance de vie à la naissance dans l'ensemble des pays de l'OCDE est passée de 66 à 74.7 ans pour les hommes et de 71 à 80.6 ans pour les femmes, entre 1960 et 2002 (graphique HE1.1), ce qui représente une augmentation par décennie de 2.1 années pour les hommes et de 2.3 ans pour les femmes. En 2002, c'est en Islande que l'espérance de vie à la naissance a été la plus élevée pour les hommes (soit 78.5 ans) et au Japon qu'elle l'a été pour les femmes (soit 85.2 ans).

Les gains d'espérance de vie à la naissance ont été particulièrement importants dans les pays où ils étaient les plus faibles en 1960 (Corée, Mexique et Turquie, par exemple) et ont eu tendance à se rapprocher de la moyenne OCDE, mais ceux affichés ces dernières années par plusieurs pays d'Europe orientale ont été nettement moindres. En Hongrie, par exemple, l'espérance de vie à la naissance des hommes est restée plus ou moins stable (à un niveau relativement faible) au cours de la seconde moitié des années 90, situation qui s'expliquerait par une mauvaise hygiène de vie, une alimentation médiocre et une consommation excessive de tabac et d'alcool (OCDE, 1999). Toutefois, depuis l'an 2000, l'espérance de vie masculine progresse considérablement. Si l'espérance de vie à la naissance a également augmenté en dehors de la zone OCDE, elle a aussi connu des reculs spectaculaires. C'est ainsi qu'en Russie l'espérance de vie à la naissance des hommes a chuté de plus de 7 ans entre la fin des années 80 à 1994, et qu'en dépit d'une reprise depuis lors, elle demeure nettement plus faible qu'avant le passage du pays

à une économie de marché. Par ailleurs, dans certains des pays africains les plus touchés par le VIH (en Zambie et au Zimbabwe, par exemple), l'espérance de vie à la naissance a diminué de 20 ans sinon plus depuis 1990.

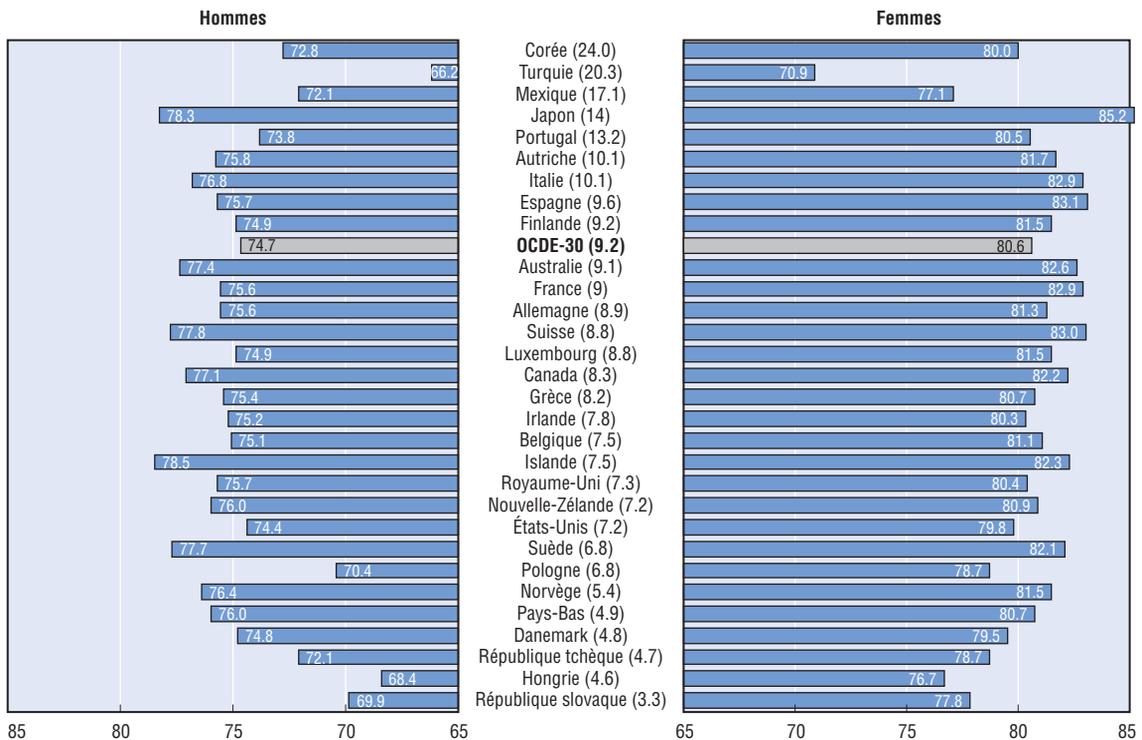
Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie des personnes âgées a augmenté plus rapidement depuis 1970 qu'au cours de la décennie 1960 (graphique HE1.2). En 2002, les femmes de 65 ans pouvaient espérer vivre encore 19 ans en moyenne, contre 16 ans pour les hommes. À 80 ans, les femmes pouvaient espérer vivre encore 9 ans, contre 7 ans pour les hommes. Cet allongement de l'espérance de vie s'explique en grande partie par l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité et par les progrès des techniques médicales, en particulier dans le traitement des maladies cardiovasculaires (AIHW, 1998). Depuis 1960, l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées est généralement plus important pour les femmes (quatre années supplémentaires à 65 ans) que pour les hommes (3 ans à 65 ans), et l'écart croissant de longévité entre les deux sexes a entraîné une augmentation du nombre de femmes âgées qui survivent à leur conjoint. En moyenne, toutefois, cet écart reste stable depuis le milieu des années 80, et va même en se comblant dans plusieurs pays de l'OCDE (Australie, Canada, Danemark, États-Unis, Pays-Bas et Royaume-Uni). D'après les projections, la tendance devrait se poursuivre dans les décennies à venir.

**Indicateurs de l'état de la société :** Espérance de vie en bonne santé (HE2), Mortalité infantile (HE3).

**Indicateurs de réponses de la société :** Dépenses totales de santé.

## HE1.1. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, les gains d'années de vie étant remarquables pour les deux sexes depuis les dernières décennies

Espérance de vie à la naissance, en années, hommes et femmes, en 2002<sup>1</sup>



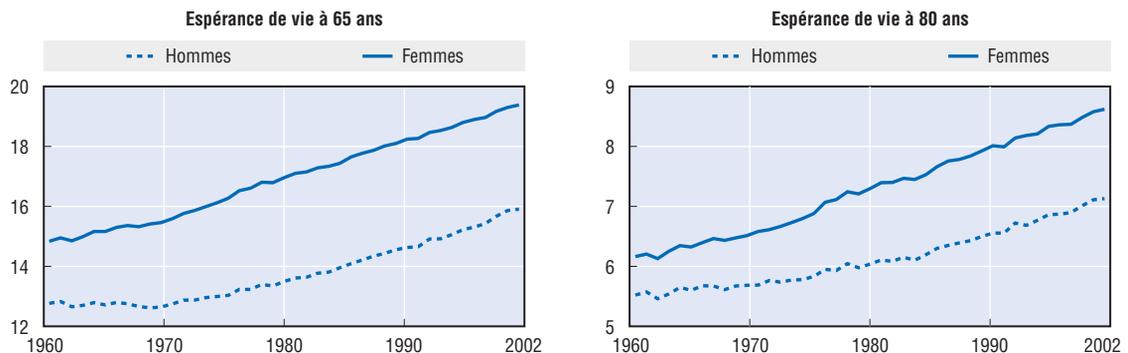
Note : Les pays sont classés par ordre décroissant du gain d'années entre 1960 et 2002<sup>2</sup> pour la population totale (chiffres entre parenthèses).

1. 2001 au Canada, Allemagne, Corée, Luxembourg, Royaume-Uni et États-Unis.

2. 1960-2001 pour l'Allemagne, la Corée, le Luxembourg, le Royaume-Uni et les États-Unis ; 1961-2001 pour le Canada ; 1961-2002 pour l'Italie.

## HE1.2. Les personnes âgées vivent plus longtemps, notamment depuis les années 70

Espérance de vie à 65 et 80 ans, en années, moyenne de 21 pays OCDE<sup>3</sup>, hommes et femmes, 1960-2002



3. Exclut Danemark, Islande, Irlande, Corée, Portugal, République slovaque, Suisse et Royaume-Uni.

Source : OCDE (2004), Éco-Santé OCDE 2004, 1<sup>re</sup> édition, OCDE, Paris (voir aussi [www.oecd.org/sante/ecosante](http://www.oecd.org/sante/ecosante)).

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/513582400853>

**Pour en savoir plus.** ■ AIHW (1998), Australia's Health 1998, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra. ■ OCDE (1999), Études économiques de l'OCDE : Hongrie, OCDE, Paris. ■ OCDE (2004), Vers des systèmes de santé plus performants, Paris.

### Définition et mesure

L'augmentation de l'espérance de vie soulève la question de savoir si les années de vie supplémentaires sont vécues en bonne santé ou si elles correspondent à une période prolongée de santé précaire et de dépendance. C'est pour tenter de répondre à cette question que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) calcule l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé (HALE = Health Adjusted Life Expectancy). Le HALE vise à récapituler le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre dans ce qui pourrait être qualifié d'équivalent de la « pleine santé ». Pour calculer le HALE, l'OMS pondère le nombre d'années de mauvaise santé en fonction de la gravité de l'état, et soustrait le résultat obtenu de l'espérance de vie globale pour obtenir un équivalent de vie en bonne santé exprimé en nombre d'années.

Toutefois, un certain nombre d'interrogations subsistent quant à la fiabilité et à la comparabilité des estimations du HALE. L'une des principales questions a trait à la mesure de l'état de santé suivant des méthodes comparables d'un pays à l'autre. Les estimations du HALE devraient être affinées dans les années à venir, et bénéficier des travaux en cours pour améliorer la comparabilité des statistiques de l'état de santé fondées sur des enquêtes ainsi que des résultats de nouvelles études épidémiologiques.

D'après les estimations de l'espérance de vie en bonne santé de l'OMS, les nouveau-nés de 2002 devraient vivre 70 ans et plus en bonne santé dans près des deux tiers de l'ensemble des pays de l'OCDE (tableau HE2.1). Compte tenu de la très forte corrélation entre cette valeur et l'espérance de vie à la naissance (coefficient de corrélation de 0.95), il n'y a rien d'étonnant à ce que ce soient les pays qui affichent les meilleurs scores en termes d'espérance de vie soient aussi les mieux placés en termes de HALE. Si on considère la population tout entière, c'est le Japon qui affiche le HALE à la naissance le plus élevé, suivi de la Suisse, de la Suède, de l'Australie, de la France, de l'Islande et de l'Italie. Une certaine prudence est néanmoins de mise dans l'utilisation de ce classement au regard de la précision des estimations actuelles du HALE. Les mêmes facteurs qui contribuent à augmenter l'espérance de vie contribuent également à la progression de cet indicateur. Parmi ces facteurs figurent l'augmentation du niveau de vie, l'amélioration des modes de vie et des conditions de travail, les interventions du secteur public dans le domaine de la santé et l'accès à des services de soins de santé de qualité.

Les estimations du HALE montrent que si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ont aussi tendance à être en mauvaise santé pendant des périodes plus longues. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la probabilité pour les femmes de vivre plus longtemps en mauvaise santé que les hommes au cours de leur existence

est de près de deux ans (graphique HE2.2). En pourcentage de la durée de vie totale, la charge de morbidité pour les femmes est estimée à 10 % en moyenne contre près de 9 % pour les hommes, pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Le HALE contient peu d'informations de tendance permettant de savoir directement si les gains d'espérance de vie à la naissance observés chez les femmes et chez les hommes correspondent, à terme, à un supplément d'années à vivre en bonne ou en mauvaise santé. Toutefois, les résultats d'enquêtes sur l'incapacité chez les personnes âgées de plusieurs pays montrent un recul de la prévalence de l'incapacité chez les 65 ans et plus (bien que les observations ne soient pas concluantes dans quelques pays comme l'Australie et les États-Unis, par exemple). Pour autant que les personnes de grand âge demeurent en bonne santé et capables de vivre de manière autonome, les pressions en matière de fourniture de soins de santé sur de longues durées diminueront, encore qu'elles puissent simplement se traduire par un report dans le temps des besoins en soins.

**Indicateur de l'état de la société :** Espérance de vie (HE1).

**Indicateur de réponses de la société :** Dépenses totales de santé (HE4)

## HE2. ESPÉRANCE DE VIE CORRIGÉE EN FONCTION DE LA SANTÉ

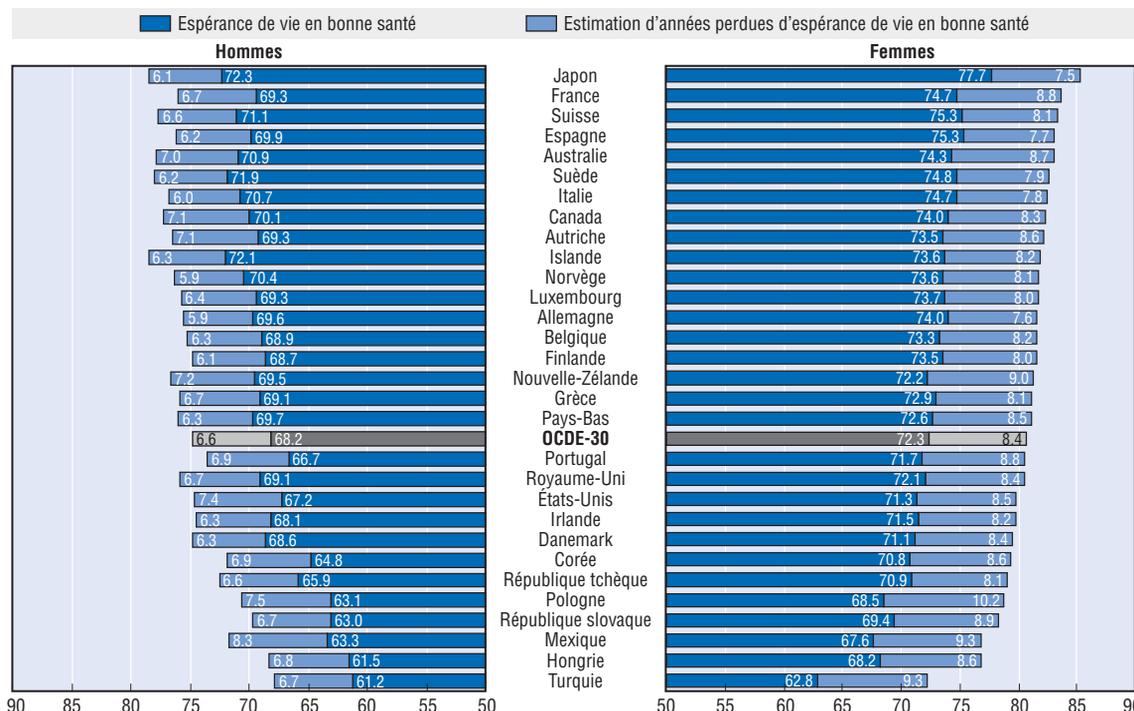
### HE2.1. L'espérance de vie en bonne santé atteint 70 ans dans les deux tiers des pays de l'OCDE

Espérance de vie en bonne santé, estimations pour 2002

	Espérance de vie en bonne santé (à la naissance), en années			Estimation des années perdues d'espérance de vie en bonne santé (à la naissance)		Pourcentage d'années perdues d'espérance de vie en bonne santé	
	Population totale	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Australie	72.6	70.9	74.3	7.0	8.7	9.0	10.4
Autriche	71.4	69.3	73.5	7.1	8.6	9.3	10.5
Belgique	71.1	68.9	73.3	6.3	8.2	8.3	10.1
Canada	72.0	70.1	74.0	7.1	8.3	9.2	10.0
République tchèque	68.4	65.9	70.9	6.6	8.1	9.1	10.3
Danemark	69.8	68.6	71.1	6.3	8.4	8.4	10.5
Finlande	71.1	68.7	73.5	6.1	8.0	8.1	9.9
France	72.0	69.3	74.7	6.7	8.8	8.8	10.6
Allemagne	71.8	69.6	74.0	5.9	7.6	7.8	9.3
Grèce	71.0	69.1	72.9	6.7	8.1	8.9	10.0
Hongrie	64.9	61.5	68.2	6.8	8.6	10.0	11.2
Islande	72.8	72.1	73.6	6.3	8.2	8.1	10.0
Irlande	69.8	68.1	71.5	6.3	8.2	8.5	10.3
Italie	72.7	70.7	74.7	6.0	7.8	7.8	9.5
Japon	75.0	72.3	77.7	6.1	7.5	7.8	8.8
Corée	67.8	64.8	70.8	6.9	8.6	9.7	10.8
Luxembourg	71.5	69.3	73.7	6.4	8.0	8.4	9.8
Mexique	65.4	63.3	67.6	8.3	9.3	11.6	12.1
Pays-Bas	71.2	69.7	72.6	6.3	8.5	8.3	10.4
Nouvelle-Zélande	70.8	69.5	72.2	7.2	9.0	9.3	11.1
Norvège	72.0	70.4	73.6	5.9	8.1	7.8	9.9
Pologne	65.8	63.1	68.5	7.5	10.2	10.6	13.0
Portugal	69.2	66.7	71.7	6.9	8.8	9.4	10.9
République slovaque	66.2	63.0	69.4	6.7	8.9	9.6	11.4
Espagne	72.6	69.9	75.3	6.2	7.7	8.2	9.3
Suède	73.3	71.9	74.8	6.2	7.9	7.9	9.5
Suisse	73.2	71.1	75.3	6.6	8.1	8.5	9.7
Turquie	62.0	61.2	62.8	6.7	9.3	9.8	12.9
Royaume-Uni	70.6	69.1	72.1	6.7	8.4	8.8	10.4
États-Unis	69.3	67.2	71.3	7.4	8.5	9.9	10.7
<b>OCDE-30</b>	<b>70.3</b>	<b>68.2</b>	<b>72.3</b>	<b>6.6</b>	<b>8.4</b>	<b>8.9</b>	<b>10.4</b>

### HE2.2. Les femmes sont susceptibles de vivre presque deux années de plus en mauvaise santé que les hommes

Espérance de vie en bonne santé (à la naissance), par sexe, estimations pour 2002



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant de la somme des espérances de vie en bonne santé et des estimations d'années perdues en bonne santé pour les femmes.

Source : OMS (2004), Rapport sur la santé dans le monde 2004, Organisation mondiale de la santé, Genève (voir aussi [www.who.int/whr/fr](http://www.who.int/whr/fr)).

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/785452472488>

**Pour en savoir plus.** ■ OCDE (2003), Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE, OCDE, Paris.

### Définition et mesure

Le taux de mortalité infantile est l'un des indicateurs les plus couramment utilisés dans les comparaisons internationales pour mesurer l'influence sur la santé humaine des conditions technologiques, économiques et sociales. C'est un indicateur précieux de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés.

La mortalité infantile correspond au nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. L'écart entre les taux de mortalité infantile à l'échelle internationale résulte des différences de mode d'enregistrement des prématurés d'un pays à l'autre (selon qu'ils sont enregistrés comme naissances vivantes ou pas). C'est du moins ce qu'on observe dans plusieurs pays comme le Canada, les États-Unis et les pays scandinaves, où les grands prématurés (ayant de très faibles chances de survie) sont enregistrés comme des naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité par rapport à ceux d'autres pays ayant adopté d'autres méthodes de comptabilisation.

Au cours des dernières décennies, la mortalité infantile a diminué de manière significative dans l'ensemble des pays de l'OCDE : de 28 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1970, la moyenne est tombée à moins de 7 en 2002 (graphique HE3.1). Les progrès sont surtout spectaculaires dans certains des pays qui, en 1970, connaissaient les taux de mortalité infantile les plus élevés. Au Portugal, par exemple, ce taux est ainsi passé de 56 pour 1 000 en 1970 (près du double de la moyenne OCDE de l'époque) à 5.5 pour 1 000 en 2000 (taux inférieur à la moyenne OCDE). Néanmoins, les écarts de niveau de mortalité infantile selon les pays restent importants (graphique E3.2). Même en ne tenant pas compte de la Turquie et du Mexique, pays dans lesquels les taux sont nettement supérieurs à la moyenne OCDE, les trois pays suivants dans le classement des pays à taux élevé affichent des résultats près de trois fois supérieurs aux valeurs enregistrées dans les trois pays où les taux sont les plus faibles.

Au cours de la deuxième moitié des années 90, certains des pays dans lesquels la mortalité infantile était inférieure à la moyenne OCDE (Finlande, Islande, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni, par exemple) ont signalé une augmentation de celle-ci pendant au moins une année. Ce résultat donne à penser qu'il devient difficile d'obtenir de nouvelles réductions de la mortalité infantile une fois que des taux de l'ordre de quatre à cinq décès pour 1 000 naissances vivantes ont été atteints.

La mortalité infantile est liée à un certain nombre de facteurs sociaux et économiques : elle est généralement plus faible dans les pays à niveau de revenu élevé que dans les pays pauvres bien qu'il y ait des exceptions (États-Unis, par exemple). À niveaux de revenu comparables, les pays où la distribution du revenu est plus équitable affichent généralement des taux de mortalité infantile inférieurs à

ceux des pays où les revenus sont plus dispersés (Hales et al., 1999). Mais il est difficile de dire si la pauvreté relative constitue en soi une cause de mortalité plus élevée ou si la mortalité infantile est plus élevée dans les familles qui se situent en bas de l'échelle des revenus. Une relation est également observée entre les disparités au niveau international des taux de mortalité infantile et la disponibilité de certaines ressources en soins de santé spécifiques comme le nombre de médecins et le nombre de lits d'hôpitaux.

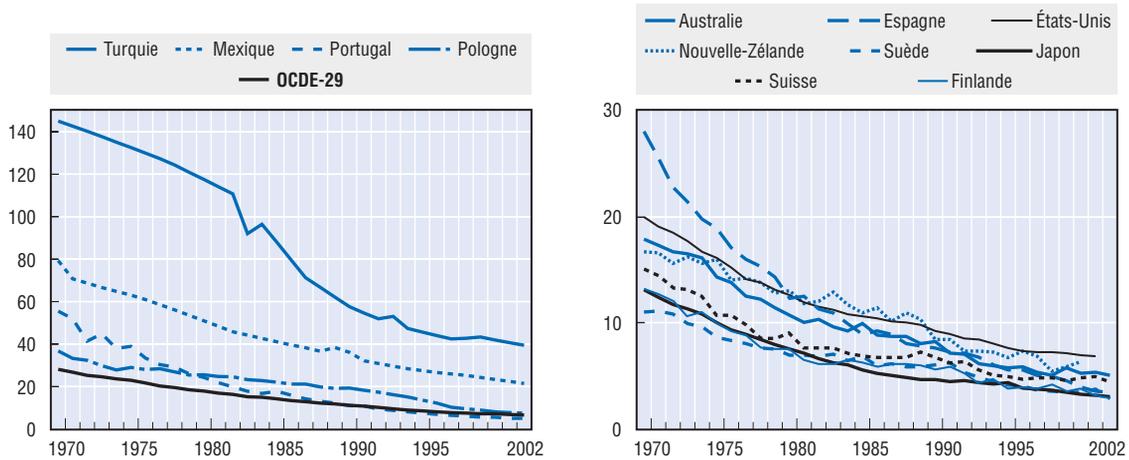
La mortalité néonatale (décès dans les quatre premières semaines) peut expliquer jusqu'aux deux tiers de la mortalité infantile totale. Dans les pays développés, les principales causes de mortalité infantile sont les anomalies congénitales et la prématurité. Mais comme les femmes repoussent l'âge de procréer pour la première fois et comme les grossesses multiples (liées au traitement contre l'infertilité) deviennent plus fréquentes, le nombre de naissances prématurées a tendance à augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE. Pour certains pays dans lesquels le taux de mortalité infantile a de tout temps été faible comme les pays scandinaves et les pays d'Europe occidentale, ces phénomènes ont peut-être contribué au nivellement, sinon à l'inversion de la tendance à la baisse de la mortalité infantile observée au cours de ces dernières années.

**Indicateurs de l'état de la société :** Pauvreté relative (EQ1), Inégalité de revenu (EQ2), Espérance de vie (HE1).

**Indicateurs de réponses de la société :** Dépenses totales de santé.

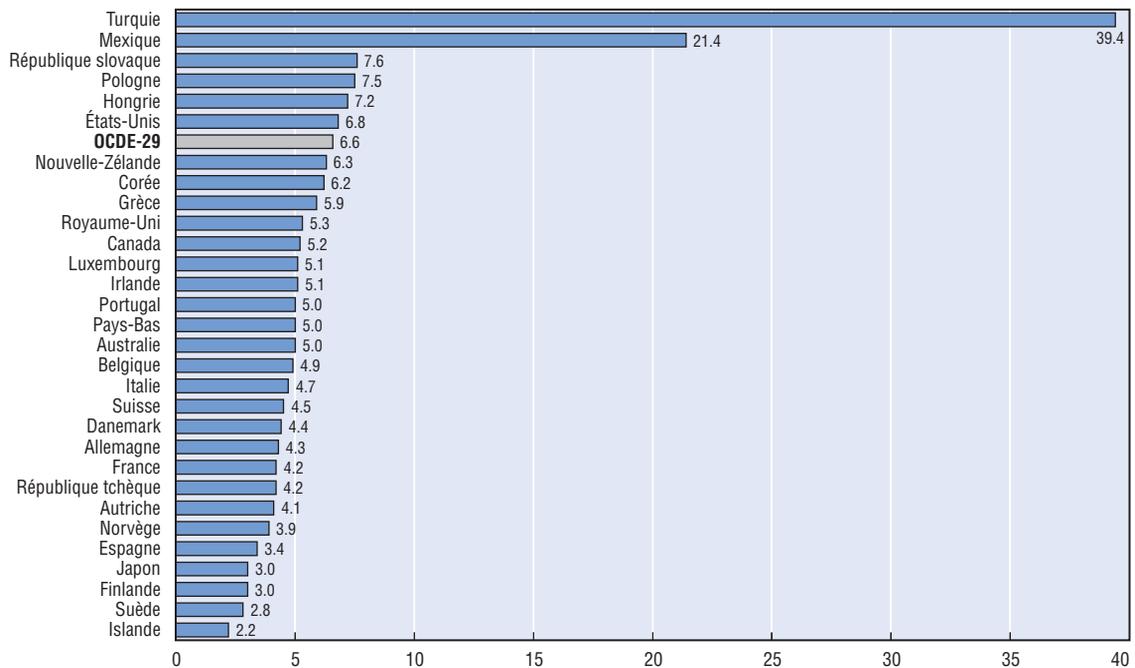
## HE3.1. Forte baisse de la mortalité infantile

Décès des enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, 1970 à 2002



## HE3.2. La mortalité infantile est toujours élevée en Turquie et au Mexique, elle est sinon de 5 pour 1 000 en moyenne

Décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, 2002<sup>1</sup>



Note : Certaines des variations entre pays des taux de mortalité infantile peuvent s'expliquer par les différentes manières d'enregistrer les prématurés (déclarés naissances vivantes ou non). Dans plusieurs pays tels que les États-Unis, le Canada et les pays nordiques, les grands prématurés (qui ont relativement peu de chances de survie) sont enregistrés comme naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité, alors que dans d'autres pays, ils ne le sont pas.

1. 2001 au Canada, Norvège, États-Unis ; 2000 en Nouvelle-Zélande ; 1999 en Corée.

Source : OCDE (2004), *Éco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>re</sup> édition, OCDE, Paris (voir aussi [www.oecd.org/sante/ecosante](http://www.oecd.org/sante/ecosante)).

Statlink : <http://dx.doi.org/10.1787/844306722072>

**Pour en savoir plus.** ■ Hales S., P. Howden-Chapman, C. Salmon, A. Woodward et J. Mackenbach (1999), « National Infant Mortality Rates in Relation to Gross National Product and Distribution of Income », *The Lancet*, 11 décembre. ■ Mayer, S.E. et A. Sarin (2004), « Some Mechanisms Linking Economic Inequality and Infants Mortality », *Social Science and Medicine*, n° 2005, pp. 439-455. ■ Retzlaff-Roberts, D., C.F. Chang et R.M. Rubin (2004), « Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: a comparison of OECD countries », *Health Policy*, n° 69, pp. 55-72.

### Définition et mesure

On entend par dépenses totales de santé les sommes consacrées aux biens et services de santé, plus les dépenses d'investissement dans l'infrastructure sanitaire, effectuées par le secteur public et le secteur privé. Les dépenses de santé englobent l'ensemble des mises de fonds ayant pour but de promouvoir la santé et prévenir la maladie, soigner les malades et réduire la mortalité précoce, s'occuper des personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant des soins infirmiers. Les dépenses ont aussi pour objectif de mettre en place et d'administrer des programmes de santé publique, des régimes d'assurance maladie et d'autres dispositifs de financement.

Il existe des estimations complètes sur les dépenses de santé 2002, basées sur les comptes nationaux de santé et conformes au système des comptes de la santé (SCS) récemment mis au point. Ces estimations couvrent les 15 pays suivants : Allemagne, Australie, Canada, Corée, Danemark, Espagne, États-Unis, France, Hongrie, Japon, Mexique, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse et Turquie. Prudence est de mise lorsqu'il s'agit de comparer ces estimations récentes avec celles de 1990. Les estimations pour les autres pays sont basées sur les dépenses de santé telles qu'elles figurent dans les comptes nationaux ou les systèmes comptables de santé mis au point à l'échelon local. Les comparaisons transnationales des dépenses par habitant exigent la conversion des différentes monnaies nationales en une devise commune (le dollar des États-Unis à parité de pouvoir d'achat).

Les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 8.5 % environ de leur PIB à la santé (graphique HE4.1). C'est aux États-Unis que la part du PIB représentée par les dépenses de santé est la plus élevée, soit près de 15 % en 2002, et c'est en Corée et en République slovaque qu'elle est la plus faible, avec moins de 6 %. Toutefois ces écarts de dépenses de soins de santé ne se corrélaient que très faiblement avec les écarts de résultats au regard de la santé (mesurés en espérance de vie en bonne santé) que l'on obtient pour un niveau de dépenses donné (graphique HE4.2). Ce constat conduit à penser que d'autres facteurs sont en jeu, y compris les caractéristiques du système dispensateur de soins, le mode de vie et certains facteurs sociaux.

S'agissant de la structure des dépenses, les différences d'un pays à l'autre sont considérables elles aussi (graphique HE4.1). Dans tous les pays, les dépenses de santé sont financées à la fois par le secteur public et le privé. En règle générale, c'est le secteur public qui est la principale source de financement. Dans la plupart des pays de l'OCDE, il arrive qu'il finance jusqu'à 70 voire 80 % de la totalité des dépenses de santé. En revanche, aux États-Unis et au Mexique, plus de la moitié de ces dépenses sont financées par des sources privées.

Au cours des 10 dernières années, l'augmentation annuelle des dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE a dépassé la progression du PIB par habitant de près de 70 % (graphique HE4.3). Les écarts de croissance des dépenses de santé par habitant selon les pays vont de moins de 2 % en Finlande et en Italie à plus de 7 % en Corée, en Irlande et en Turquie.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'accroissement des dépenses de santé. Premièrement, les coûts de la santé ont tendance à augmenter plus vite que l'inflation à l'échelle de l'ensemble de l'économie : comme les soins de santé

constituent une activité à forte intensité de main-d'œuvre, la productivité de ce secteur progresse plus lentement que la moyenne nationale alors que les salaires augmentent à mesure que la conjoncture évolue. Deuxièmement, les progrès de la médecine en matière de capacité de traitement et de prévention constituent un autre déterminant important de la hausse du coût de la santé, et cette tendance devrait se pérenniser. Troisièmement, le vieillissement de la population joue lui aussi un rôle important dans la progression des dépenses de santé, encore qu'on ne sache pas très bien dans quelle mesure il se traduit par une augmentation des coûts de santé pendant les dernières années de la vie (et la concentration de ces dépenses à un âge avancé) et non l'effet du vieillissement en soi.

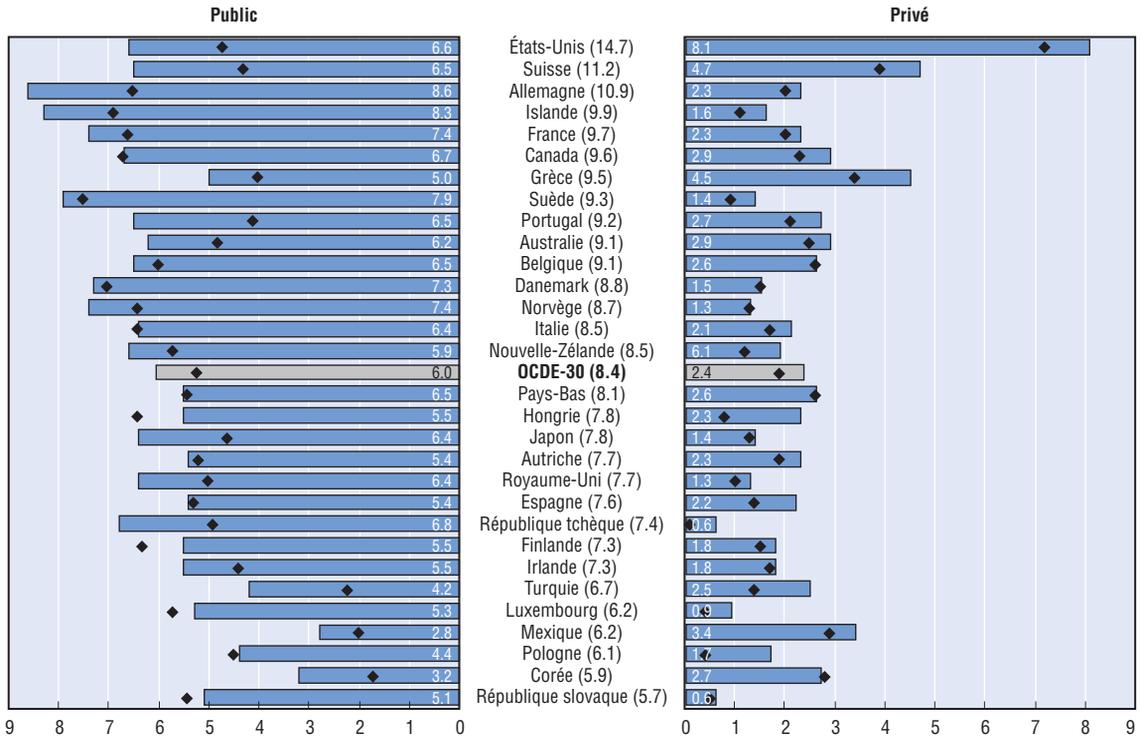
Si l'on considère la soutenabilité financière des tendances en matière de dépenses, on voit que les interactions entre les systèmes de santé et l'économie sont importantes. De même que des facteurs économiques influent sur la santé d'une population, la santé a elle aussi un impact sur l'économie. En fait, les performances des systèmes de santé et des économies sont étroitement imbriquées. Les décisions concernant le système de santé influent sur la situation économique ; elles ont des conséquences pour les parties prenantes, et inversement. Il convient donc de tenir compte de cette relation dans l'élaboration des politiques tant sanitaires qu'économiques.

**Indicateurs de l'état de la société :** Espérance de vie (HE1), Espérance de vie en bonne santé (HE2).

**Indicateur de réponses de la société :** Dépenses sociales publiques (EQ5).

## HE4.1. Augmentation des dépenses publiques et privées de santé depuis 1990

Dépenses publiques et privées de santé, en pourcentage du PIB, 2002<sup>1</sup> (barre) et 1990<sup>2</sup> (losange)



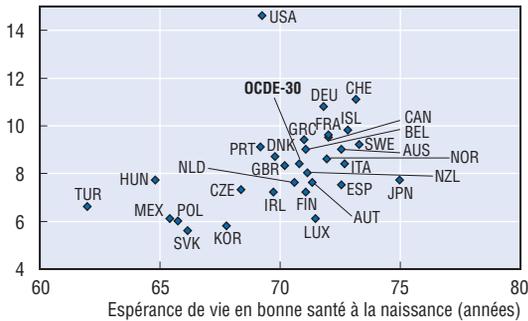
Note : Les pays sont classés par ordre décroissant des dépenses totales de santé en 2002 (valeurs en parenthèses dans la colonne centrale).

- 2001 en Australie, Corée, Japon, Nouvelle-Zélande et États-Unis ; 2000 en Turquie ; 1997 aux Pays-Bas.
- 1991 en Hongrie ; 1995 en Belgique ; 1997 en République slovaque.

## HE4.2. Les dépenses et les performances en matière de santé varient considérablement selon les pays de l'OCDE

Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB et espérance de vie en bonne santé à la naissance, 2002

Dépenses publiques et privées de santé (% PIB)



- 1990-2001 en Australie, Japon, Corée ; 1990-2000 en Turquie ; 1991-2002 en Hongrie ; 1997-2002 en République slovaque.

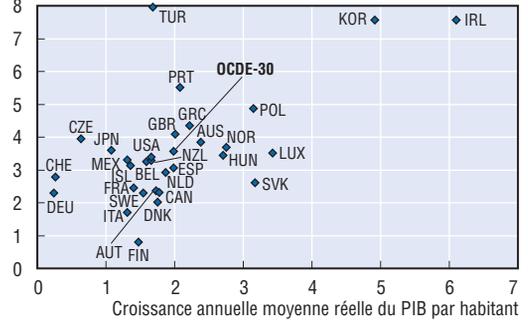
Source : OCDE (2004), Éco-Santé OCDE 2004, 1<sup>re</sup> édition, OCDE, Paris (voir aussi [www.oecd.org/sante/ecosante](http://www.oecd.org/sante/ecosante)).

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/347137151723>

## HE4.3. Augmentation des dépenses de santé et du PIB par habitant dans les années 90

Croissance annuelle réelle moyenne par habitant des dépenses totales de santé et du PIB, 1990-2002<sup>1</sup>, pourcentages

Croissance annuelle moyenne réelle des dépenses de santé par habitant



**Pour en savoir plus.** ■ OCDE (2004), Vers des systèmes de santé plus performants, Paris.

### Définition et mesure

Si les personnes âgées dont la capacité à vivre de manière autonome est plus ou moins restreinte peuvent être prises en charge pour une longue durée dans diverses structures, souvent en dehors du système de soins de santé, les indicateurs de soins de longue durée n'en sont pas moins inclus dans les indicateurs de la santé car ils vont généralement de pair avec la fourniture de services médicaux. Les soins de longue durée sont fournis aux personnes soit de manière informelle, par des membres de leur famille, soit sous forme de prise en charge par des professionnels, que ces personnes vivent en institution ou soient maintenues à domicile. L'institutionnalisation des personnes âgées couvre un éventail de structures qui varient selon le degré de soins médicaux dispensés : établissements médicalisés, logements-foyers, centres de jour et de relève. Parfois, la prise en charge s'effectue également sous forme de séjours de longue durée en hôpital de soins aigus. Les personnes âgées dépendantes vivant chez elle peuvent bénéficier de services de santé formels, soit directement sous forme de prestations, soit sous forme de transferts leur permettant de payer ces prestations.

Les taux d'institutionnalisation désignent le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vivant en institution, où elle bénéficie d'une prise en charge de longue durée. Certains types d'appartements dotés de services que l'on trouve dans les pays scandinaves ne sont pas comptabilisés parmi ces institutions. Les programmes publics financent les soins à domicile de diverses manières : en fournissant des services personnels à domicile et au sein de la collectivité, sous forme d'accueil de jour et de relève, ainsi que d'autres services de soutien aux proches non professionnels (conseil, versement d'un revenu ou prestations sociales comme les droits à pension acquis pour le temps passé à s'occuper d'une personne âgée). Des problèmes de mesure se posent, qui sont liés à la distinction entre foyers et institutions, ainsi qu'à la diversité des sources statistiques nationales (autorités centrales et locales, services sanitaires et sociaux). Le nombre croissant de programmes favorisant le maintien à domicile sous forme de budgets personnels, d'emploi d'aidants basé sur la demande des usagers et de rémunération des soignants non professionnels soulève la question de savoir où commencent les prestations versées pour la prise en charge et où finit la protection du revenu. Les données relatives au pourcentage de personnes âgées vivant seules au cours de différentes années (telles qu'on les présente dans cette section) se fondent sur des tableaux spéciaux obtenus à partir d'enquêtes sur le revenu et les dépenses des ménages.

Les taux d'institutionnalisation des personnes âgées varient considérablement selon les pays (graphique HE5.1). Le pourcentage de personnes âgées qui vivaient en institution aux alentours de l'an 2000 est relativement élevé dans les pays d'Europe continentale et du Nord (il varie entre 5 et 7 %) alors que dans les pays d'Europe du Sud, il est inférieur à 4 %. Ce ne sont pas les différences de prévalence de l'invalidité dans la vieillesse qui expliquent les écarts entre taux d'institutionnalisation à l'échelle internationale.

Dans tous les pays pour lesquels on dispose de statistiques, on voit que les taux d'institutionnalisation des personnes âgées diminuent depuis le milieu des années 80. Cette tendance à la « désinstitutionnalisation » est liée à une série de facteurs interdépendants parmi lesquels : la réticence croissante des personnes âgées à entrer dans des institutions, en particulier dans les cas où elles se sentent stigmatisées parce qu'elles bénéficient de soins relevant des services d'aide sociale, le coût élevé de la prise en charge en institution, et le changement d'orientation des politiques conduisant à promouvoir l'autonomie et la vie indépendante.

En conséquence, de nouvelles formes de prise en charge de longue durée ont été mises en place. Mais si ; dans bien des pays, les services polyvalents de maintien à domicile adaptés au cas de chaque individu font souvent défaut, le pourcentage de personnes âgées vivant dans des établissements médicalisés est incontestablement en régression tandis que de nouvelles formes d'hébergement collectif voient le jour. Les nouvelles institutions offrent souvent aux personnes âgées de nouvelles formules d'hébergement, comme c'est le cas dans les pays

scandinaves, mais aussi de prise en charge à leur domicile des personnes âgées dépendantes. Sur les 15 pays de l'OCDE figurant sur le graphique HE5.1, on observe qu'en moyenne 9 % des personnes âgées bénéficient d'une prise en charge par des professionnels ou d'une aide publique sous forme de prestations en espèces pour le maintien à domicile, ce pourcentage variant dans une fourchette qui va de 3 % pour les États-Unis à 20 % pour le Royaume-Uni.

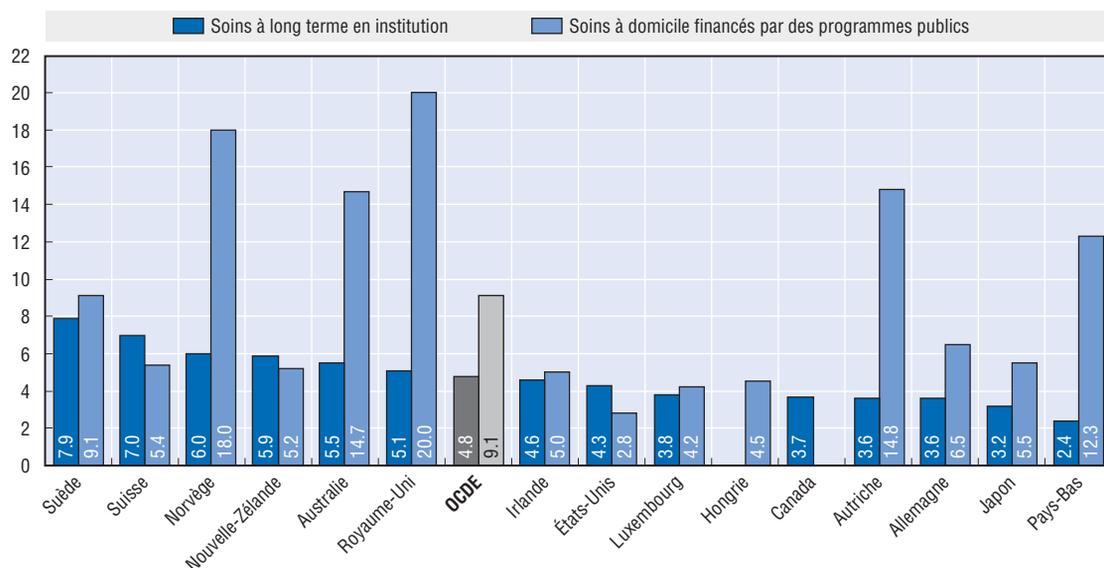
La demande de services de prise en charge de longue durée par des professionnels est déterminée par la manière dont est organisée la vie des personnes âgées. Dans la plupart des pays de l'OCDE, une forte proportion de ces personnes vivent seules (graphique HE5.2) et, du fait de la différence d'espérance de vie selon le sexe, la plupart sont des femmes. Il semble que cette part ait elle aussi augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, sauf aux États-Unis. Inversement, la proportion de personnes âgées vivant au sein de la famille élargie est en régression, même si elle demeure élevée au Japon, en Corée et en Europe du Sud. Toutefois, même dans les pays où cette forme de cohabitation n'est pas très courante, l'essentiel des soins dispensés aux personnes âgées vivant seules est assuré par des aidants bénévoles faisant partie de leur entourage familial.

**Indicateurs de l'état de la société :** Espérance de vie (HE1), Espérance de vie corrigée en fonction de la santé (HE2).

**Indicateurs de réponses de la société :** Dépenses sociales publiques (EQ5), Dépenses totales de santé (HE4).

## HE5.1. Variation plus importante entre les pays dans la proportion des personnes âgées recevant des soins à domicile que pour celles recevant des soins en institution

Personnes âgées de 65 ans et plus recevant des soins à long terme en institution ou aide publique à domicile, en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, vers 2000

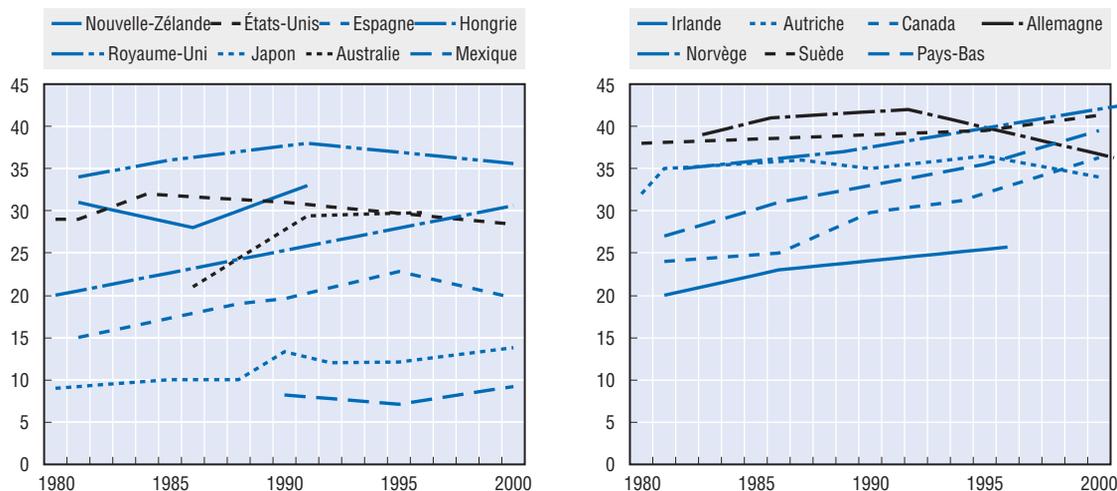


Note : Les pays sont classés par ordre décroissant du pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus recevant des soins en institution. Les données se réfèrent à l'année 2000 pour tous les pays, sauf 2003 pour l'Allemagne, 2002 pour le Royaume-Uni, 2001 pour le Luxembourg, 1999 pour les États-Unis (soins institutionnels seulement) et 1998 pour le Canada.

Source : OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, à paraître, OCDE, Paris.

## HE5.2. La proportion des personnes âgées vivant seules augmente dans beaucoup de pays

Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules, en pourcentage



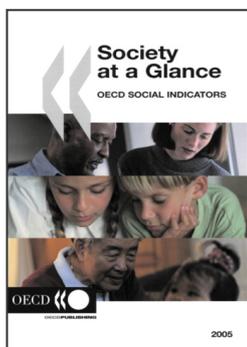
Source : OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, à paraître, OCDE, Paris.

Statlink : <http://Dx.doi.org/10.1787/684816374751>

**Pour en savoir plus.** ■ OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris. ■ OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, à paraître, OCDE, Paris.

## Table des matières

<b>Note de synthèse</b> .....	7
<b>Partie I. Guide d'interprétation</b> .....	11
Objet des indicateurs sociaux .....	12
La structure des indicateurs sociaux de l'OCDE .....	12
Utilisation des indicateurs .....	14
Description des indicateurs .....	15
Ce que vous trouverez dans cette publication .....	21
Bibliographie .....	22
<b>Partie II. Les indicateurs sociaux de l'OCDE</b> .....	23
GE1. Revenu national par habitant .....	24
GE2. Ratio de dépendance démographique .....	26
GE3. Taux de fécondité .....	28
GE4. Étrangers et population née à l'étranger .....	30
GE5. Mariages et divorces .....	32
SS1. Emploi .....	34
SS2. Chômage .....	36
SS3. Ménages sans emploi .....	38
SS4. Mères de famille en activité .....	40
SS5. Prestations de non-emploi .....	42
SS6. Minima sociaux .....	44
SS7. Niveau de formation .....	46
SS8. Âge de départ en retraite .....	48
SS9. Inactivité des jeunes .....	50
EQ1. Pauvreté relative .....	52
EQ2. Inégalité des revenus .....	54
EQ3. Pauvreté des enfants .....	56
EQ4. Revenu des personnes âgées .....	58
EQ5. Dépenses sociales publiques .....	60
EQ6. Dépenses sociales privées .....	62
EQ7. Dépenses sociales totales .....	64
EQ8. Taux de remplacement des pensions de vieillesse .....	66
EQ9. Promesse de pension .....	68
HE1. Espérance de vie .....	70
HE2. Espérance de vie corrigée en fonction de la santé .....	72
HE3. Mortalité infantile .....	74
HE4. Dépenses totales de santé .....	76
HE5. Soins de longue durée .....	78
CO1. Bien-être subjectif .....	80
CO2. Isolement social .....	82
CO3. Participation à la vie associative .....	84
CO4. Naissances chez les adolescentes .....	86
CO5. Usage de stupéfiants et décès en résultant .....	88
CO6. Suicides .....	90



Extrait de :  
**Society at a Glance 2005**  
OECD Social Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2005-en](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2005-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2005), « Indicateurs liés à la santé », dans *Society at a Glance 2005 : OECD Social Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/soc\\_glance-2005-7-fr](https://doi.org/10.1787/soc_glance-2005-7-fr)

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).