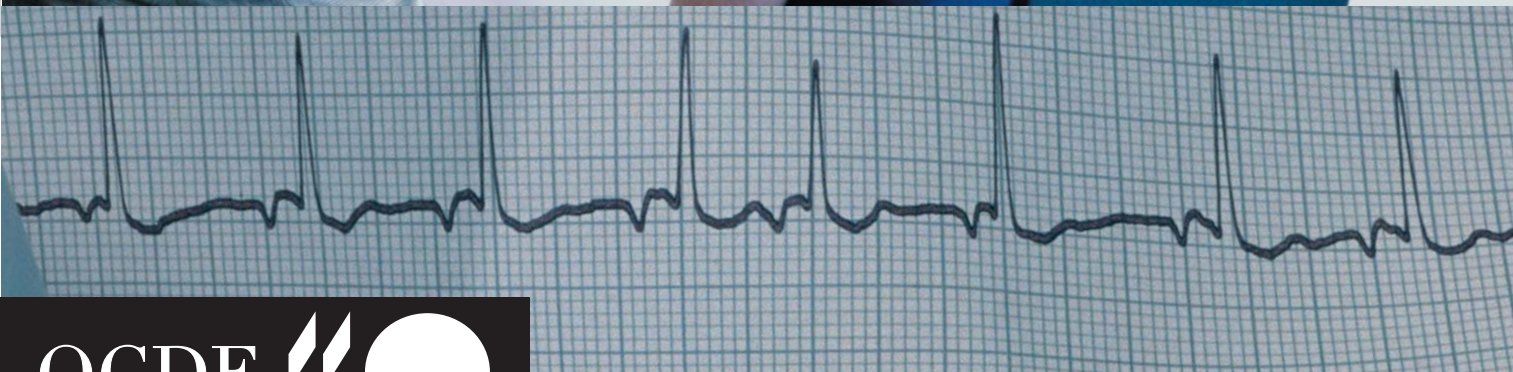


Panorama de la santé

SANTÉ



OCDE



© OCDE, 2001.

© Logiciel, 1987-1996, Acrobat, marque déposée d'ADOBE.

Tous droits du producteur et du propriétaire de ce produit sont réservés. L'OCDE autorise la reproduction d'un seul exemplaire de ce programme pour usage personnel et non commercial uniquement. Sauf autorisation, la duplication, la location, le prêt, l'utilisation de ce produit pour exécution publique sont interdits. Ce programme, les données y afférentes et d'autres éléments doivent donc être traités comme toute autre documentation sur laquelle s'exerce la protection par le droit d'auteur.

Les demandes sont à adresser au :

Chef du Service des Publications,
Service des Publications de l'OCDE,
2, rue André-Pascal,
75775 Paris Cedex 16, France.

Panorama de la santé



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays Membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays Membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays Membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus Membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996), la Corée (12 décembre 1996) et la République slovaque (14 décembre 2000). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Also available in English under the title:
HEALTH AT A GLANCE

© OCDE 2001

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, tél. (33-1) 44 07 47 70, fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, ou CCC Online : www.copyright.com. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

AVANT-PROPOS

La santé est indispensable à l'épanouissement des individus en tant que citoyens, travailleurs, consommateurs et au sein de leur famille. Avec l'aide des progrès techniques, les systèmes de santé modernes jouent un rôle crucial dans la promotion de la santé et la guérison de la maladie ou l'atténuation de ses conséquences. Mais ces avantages ne vont pas sans coût ; les dépenses de santé absorbent une part croissante du revenu national et les systèmes de santé sont aujourd'hui la première industrie de services dans de nombreux pays de l'OCDE.

Les variations de la croissance, de l'efficacité et de l'équité des systèmes de santé suscitent un vif intérêt de la part des dirigeants. Les indications apportées par les comparaisons internationales, qui permettent d'éclairer la politique de santé, font en particulier l'objet d'une demande croissante. L'OCDE a constitué une vaste base de données sur la santé et les systèmes de santé de la zone OCDE, dont les données sont publiées depuis plusieurs années sur CD-ROM (*Éco-Santé OCDE*). Le premier objectif de la présente publication – *Panorama de la santé* – est de présenter certains des indicateurs essentiels d'*Éco-Santé* en format imprimé, de consultation aisée ; c'est la raison pour laquelle graphiques, diagrammes et tableaux y tiennent une place privilégiée. Son autre objectif est d'attirer l'attention sur certains des messages que ces données véhiculent dans une perspective de politique de santé.

Panorama de la santé a été préparé par l'Unité des politiques de santé de l'OCDE. Ses principaux auteurs, Jeremy Hurst et Gaétan Lafortune, ont été aidés par Andrew Devlin, qui a assuré l'essentiel de l'analyse statistique et de l'élaboration des graphiques et tableaux ainsi que la gestion du projet. Jan Bennett, Stéphane Jacobzone, Zeynep Or et Andy Thompson ont contribué à certaines parties. Marianne Scarborough s'est chargée du secrétariat. Manfred Huber et Peter Scherer ont apporté commentaires et conseils rédactionnels. Une mention toute particulière est adressée à Jean-Pierre Poullier, fondateur de la base de données *Éco-Santé OCDE*.

REMERCIEMENTS

L'OCDE tient à exprimer sa gratitude aux correspondants nationaux des pays Membres qui communiquent depuis de nombreuses années les statistiques sanitaires destinées à alimenter *Éco-Santé OCDE* et à d'autres organisations internationales avec lesquelles elle collabore. Nous remercions également nombre de nos correspondants pour les commentaires intéressants qu'ils nous ont adressés sur une version antérieure de ce document.

L'Organisation remercie tout particulièrement la United States Health Care Financing Administration, qui apporte son soutien financier à la collection *Éco-Santé OCDE* depuis plusieurs années.

Enfin, l'Organisation remercie l'Australian Institute of Health and Welfare, dont la publication *International Health : How Australia Compares* a inspiré *Panorama de la santé*.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
1. État de santé	11
Espérance de vie à la naissance	12
Espérance de vie à 65 ans	14
Mortalité infantile	16
Mortalité prématurée	18
Autoperception de l'état de santé général	20
2. Ressources en santé	23
Médecins et infirmiers en activité	24
Lits d'hospitalisation et de soins aigus	26
3. Utilisation des ressources en santé	29
Consultations de médecins	30
Vaccination des enfants	32
Admissions en hôpital et établissement médicalisé	34
Durée moyenne de séjour en soins aigus	36
4. Dépenses de santé	39
Dépenses totales de santé	40
Part des dépenses de santé dans le PIB	42
Prise en charge des dépenses de santé	44
Dépenses pharmaceutiques	46
5. Déterminants non médicaux de la santé	49
Consommation de tabac	50
Consommation d'alcool	52
Indice de masse corporelle	54
6. Contexte démographique et économique	57
Population totale	58
Part de la population âgée de 65 ans et plus	60
Produit intérieur brut par habitant et répartition du revenu	62
<i>Annexe 1. Tableaux annexes</i>	65
<i>Annexe 2. Comparaison des dépenses de santé entre pays et dans le temps : conversion des monnaies nationales en unité monétaire commune et ajustement de l'inflation des prix</i>	95
<i>Annexe 3. Principaux champs couverts dans Éco-Santé OCDE 2001</i>	97
Bibliographie	99

INTRODUCTION

Objectifs de ce rapport

La taille et l'importance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE vont croissant. S'ils ont contribué à l'amélioration régulière de l'état de santé des populations constatée dans ces pays au cours des dernières décennies, ils absorbent aussi une proportion croissante de leur richesse nationale.

Panorama de la santé est une publication qui regroupe sur papier quelques-uns des indicateurs essentiels figurant dans *Éco-Santé OCDE 2001*. Son principal objectif est de présenter sous une forme aisément accessible les principaux indicateurs sur la santé et leur évolution dans les différents pays de l'OCDE.

Cette publication a également pour objectifs annexes :

- de présenter l'évolution des dépenses de santé exprimées en valeur réelle et corrigées en fonction des monnaies (voir annexe 2) des différents pays ;
- d'attirer l'attention sur les relations entre les indicateurs, qui sont susceptibles d'éclairer l'action des pouvoirs publics ;
- d'accompagner les variables de leur définition OCDE et, lorsque le Secrétariat en a été avisé, de noter les divergences significatives entre cette définition harmonisée et les données ;
- de concourir à l'amélioration de la disponibilité et de la comparabilité des données.

Liens entre ce rapport et *Éco-Santé OCDE*

Étant donné que cet ouvrage est un complément de *Éco-Santé OCDE* disponible sur CD-ROM, nous avons présenté les indicateurs dans un ordre similaire à celui adopté dans la base de données. Nous avons cependant regroupé les parties « Dépenses de santé », « Financement et rémunération », « Protection sociale » et « Marché pharmaceutique » de la base de données sur CD-ROM sous une même section intitulée « Dépenses de santé ». Nous avons également rassemblé dans une même section intitulée « Contexte démographique et économique » les parties « Références démographiques » et « Références économiques » de la base de données. Le tableau ci-dessous présente les correspondances entre les six sections de la présente publication et les dix parties d'*Éco-Santé OCDE*.

<i>Panorama de la santé</i>	<i>Éco-Santé OCDE</i>
Section 1 : État de santé	Partie 1 : État de santé
Section 2 : Ressources en santé	Partie 2 : Ressources en santé
Section 3 : Utilisation des ressources en santé	Partie 3 : Utilisation des ressources en santé
Section 4 : Dépenses de santé	Partie 4 : Dépenses de santé Partie 5 : Financement et rémunération Partie 6 : Protection sociale Partie 7 : Marché pharmaceutique
Section 5 : Déterminants non médicaux de la santé	Partie 8 : Déterminants non médicaux de la santé
Section 6 : Contexte démographique et économique	Partie 9 : Références démographiques Partie 10 : Références économiques

INTRODUCTION

Des informations complémentaires sur le contenu d'*Éco-Santé 2001* sont présentées à l'annexe 3. La liste complète des indicateurs figurant dans la base de données peut être consultée sur www.oecd.org/els/health/.

Sources

Sauf indication contraire, toutes les données sont extraites du CD-ROM *Éco-Santé OCDE 2001*. Les données qui y sont rassemblées sont issues de diverses sources, dont les principales sont les organismes de statistiques des différents pays. Certaines données ont été fournies par d'autres organisations internationales. C'est le cas des données sur l'espérance de vie et la mortalité infantile qui, pour les pays européens, ont été extraites de la base de données *New Cronos* d'Eurostat. Les données brutes sur la mortalité prématurée et les causes de mortalité pour tous les pays proviennent de l'OMS-Genève (*Statistiques sanitaires mondiales annuelles*), tandis que les taux de mortalité sont calculés par le Secrétariat de l'OCDE à partir de la structure de la population de la zone. Quelques données sur la vaccination infantile sont extraites de la base de données de l'OMS-Europe *La Santé pour tous*. Pour de plus amples informations sur les sources et les méthodes, consulter *Éco-Santé 2001*.

Indicateurs retenus

Les indicateurs présentés dans *Panorama de la santé* sont dérivés des « indicateurs essentiels » publiés dans *Éco-Santé OCDE 2001*. Il s'agit d'un sous-ensemble d'indicateurs que le Secrétariat juge tout particulièrement intéressants du point de vue de l'action des pouvoirs publics. Ce sont aussi les plus souvent demandés par les utilisateurs de la base de données. L'autre critère présidant à l'insertion d'un indicateur dans *Panorama de la santé* est la disponibilité de données suffisantes pour justifier une comparaison « OCDE ». En règle générale, seuls les indicateurs pour lesquels il existait des données sur au moins la moitié des 30 pays de l'OCDE ont été retenus.

Texte et graphiques

Chaque indicateur fait l'objet d'une présentation sur deux pages contenant les informations suivantes :

- quelques paragraphes de commentaires sur l'indicateur concerné, comprenant la définition internationale préférée de l'indicateur et une note sur les variations nationales significatives par rapport à la définition susceptibles de limiter la comparabilité des données ;
- un ou deux diagrammes faisant apparaître sous formes d'histogrammes les différences de l'indicateur entre les pays pour l'année disponible la plus récente ;
- un ou deux diagrammes illustrant les évolutions dans le temps ou les relations avec d'autres variables. Dans le cas des évolutions chronologiques, la règle générale a consisté à indiquer les pays enregistrant les taux de variation les plus forts et les plus faibles (pour faire apparaître la fourchette) ainsi que la moyenne non pondérée, pour les pays présentant des séries chronologiques complètes.

Tableaux

Tous les tableaux sont regroupés dans l'annexe 1 à la fin de ce rapport. La plupart d'entre eux présentent les données par pays, les moyennes par groupe de pays et les taux de croissance annuelle.

Les moyennes calculées intègrent tous les pays pour lesquels on dispose de données chronologiques complètes, avec des interpolations allant jusqu'à deux ans et des extrapolations allant jusqu'à un an pour les pays dont les données sont incomplètes. Ces interpolations et extrapolations ne figurent pas dans les tableaux mais elles entrent dans le calcul des moyennes, ce qui permet d'y inclure d'autres pays.

Lorsque les 30 pays sont inclus dans la moyenne, celle-ci est appelée « moyenne OCDE ». Cependant, les données disponibles ne concernent le plus souvent qu'un sous-ensemble de pays de la zone. Dans ce cas, la moyenne est appelée « moyenne de x pays », en fonction de la taille du sous-ensemble.

Sauf indication contraire, les moyennes ne sont pas pondérées. Cela parce que pour de nombreux indicateurs, il convient dans une perspective de politique de santé, de traiter l'expérience de chaque membre comme une observation de poids égal aux autres. Cependant, dans les sections sur « l'état de santé » et le « contexte démographique et économique », des moyennes pondérées de la population sont également présentées car il est intéressant de rendre compte de statistiques vitales de la population de l'OCDE dans son ensemble, avec une pondération adaptée à l'importance très différente de la population d'un pays à un autre de l'OCDE.

Enfin, sauf précision contraire, les taux de croissance sont habituellement des taux de croissance annuels.

Limites des données présentées

Il est important de noter que les variations entre pays et dans le temps de la valeur des indicateurs peuvent être dues aussi bien à des écarts de définition qu'à des variations du phénomène observé. En d'autres termes, bien que les pays s'accordent de plus en plus sur les définitions internationales des variables et qu'ils soient de plus en plus nombreux à y adhérer, de nombreuses divergences et modifications des définitions subsistent dans les informations communiquées. Parmi celles dont le Secrétariat a connaissance, les plus importantes sont signalées dans le corps du texte. Cependant, il est impossible de garantir que le Secrétariat a répertorié toutes celles qui sont importantes. Aussi convient-il d'être prudent avant de tirer des conclusions sur les variations et tendances des phénomènes sous-jacents, en particulier au sujet des comparaisons entre pays. Pour de plus amples explications de la définition des variables de chaque pays, les lecteurs sont invités à consulter la partie « Sources et méthodes » d'*Éco-Santé OCDE*, soit sur CD-ROM soit sur le site Internet. A cette fin, les lecteurs peuvent consulter le site de l'OCDE sur la santé www.oecd.org/els/health/ et cliquer sur « Définitions, sources et méthodes » à partir du menu principal de la page Internet d'*Éco-Santé OCDE 2001*.

Les données de tendance concernant l'Allemagne doivent être interprétées avec une prudence toute particulière. En effet, les données pour ce pays se rapportent généralement à l'Allemagne de l'Ouest jusqu'à l'année 1990 et à l'Allemagne réunifiée à partir de l'année 1991.

1. ÉTAT DE SANTÉ

Espérance de vie à la naissance	12
Espérance de vie à 65 ans	14
Mortalité infantile	16
Mortalité prématurée.....	18
Autoperception de l'état de santé général.....	20

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est l'une des mesures les plus anciennes et les plus répandues de l'état de santé, qui se base exclusivement sur les données relatives à la mortalité.

Au cours des quarante dernières années, l'élévation des niveaux de vie, les interventions de santé publique et les progrès de la médecine ont permis d'enregistrer de remarquables gains d'espérance de vie dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. L'allongement de l'espérance de vie à la naissance résulte à la fois de la baisse des taux de mortalité à tous les âges, et notamment du net recul de la mortalité infantile (voir section sur la mortalité infantile), et de l'amélioration des taux de survie dans les âges avancés (voir section suivante sur l'espérance de vie à 65 ans).

De 1960 à 1998, l'espérance de vie moyenne (non pondérée) à la naissance dans les pays de l'OCDE a augmenté de 7 ans et demi pour les hommes (de 66.2 ans à 73.7 ans) et de près de 9 ans pour les femmes (de 70.9 ans à 79.8 ans) (graphiques 1.3 et 1.4 et tableaux 1.1 et 1.2). Les gains d'espérance de vie plus importants pour les femmes sur les quatre dernières décennies ont creusé l'écart avec les hommes : d'une moyenne de 4.7 ans en 1960 il est passé à 6.1 ans à la fin des années 90. Cependant, cette tendance de long terme couvre deux périodes différentes dans plusieurs pays : les années 60 et 70, où l'écart entre les sexes s'est nettement creusé dans plusieurs pays, et la période depuis les années 80, sur laquelle on note une diminution de cet écart dans de nombreux pays en raison des rapides gains d'espérance de vie des hommes enregistrés sur les deux dernières décennies. En 1998, l'écart d'espérance de vie des hommes

et des femmes dans la zone OCDE allait de 9.1 ans en Hongrie à 4.5 ans en Islande.

A la fin des années 90, le Japon enregistrait l'espérance de vie à la naissance la plus élevée avec 77.2 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes (graphiques 1.1 et 1.2). Les pays les mieux classés après le Japon pour l'espérance de vie des hommes étaient l'Islande, la Suède, la Suisse, l'Australie et le Canada, tandis que pour les femmes, il s'agissait de la Suisse, de la France, de l'Espagne, de la Suède et de l'Italie.

Bien que les gains enregistrés n'aient pas été identiques d'un pays à l'autre, on note une nette convergence de l'espérance de vie vers la moyenne de l'OCDE. C'est le cas en particulier pour des pays comme la Turquie, le Mexique et la Corée, qui partaient d'un niveau relativement bas il y a quarante ans. En Turquie, l'espérance de vie reste faible pour les hommes et les femmes par rapport aux autres pays de l'OCDE, mais elle s'est accrue de plus de vingt ans depuis 1960.

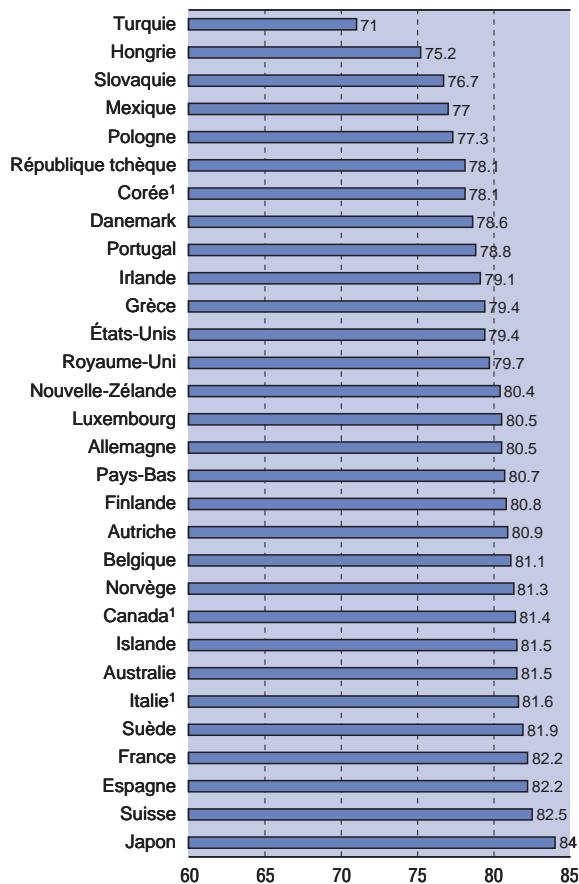
En revanche, l'accroissement de l'espérance de vie a été nettement moindre dans certains pays d'Europe centrale et orientale (par exemple la Hongrie et la Slovaquie) au cours des dernières décennies. En Hongrie, l'espérance de vie des hommes n'a pratiquement pas varié entre 1960 et 1998, et elle est aujourd'hui la plus basse de tous les pays de l'OCDE, tandis que celle des femmes est elle aussi relativement basse, mais elle a augmenté régulièrement. Cette stagnation de l'espérance de vie des hommes en Hongrie s'expliquerait principalement par une mauvaise hygiène de vie, notamment une alimentation médiocre et une consommation excessive d'alcool et de tabac (OCDE, 1999).

Définition et écarts

L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre à partir de sa naissance, dans l'hypothèse où les taux de mortalité par âge restent constants.

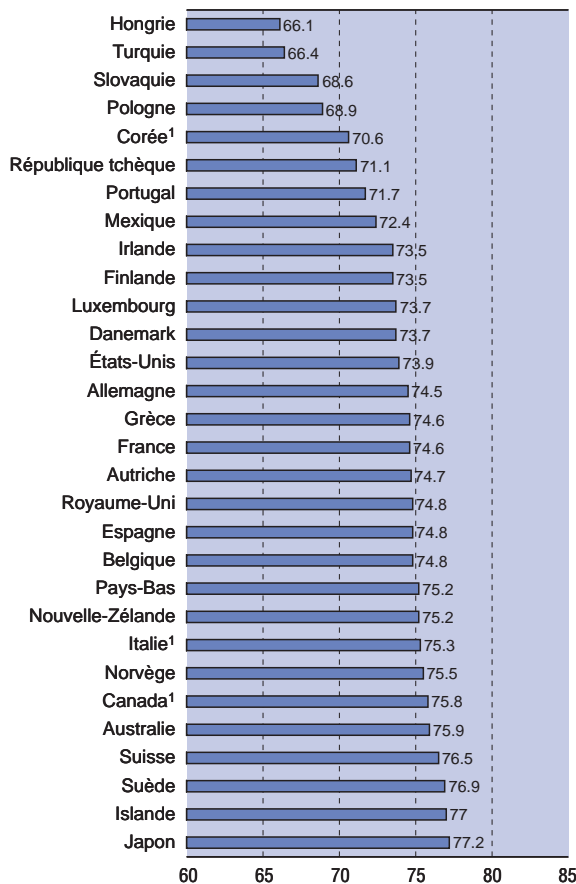
Chaque pays calcule lui-même l'espérance de vie de sa population. Or les méthodologies servant à l'établissement des tables de mortalité peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences peuvent influencer sur la comparabilité des mesures présentées ici, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée peut varier d'une fraction d'année.

Graphique 1.1. **Espérance de vie des femmes à la naissance, 1998**



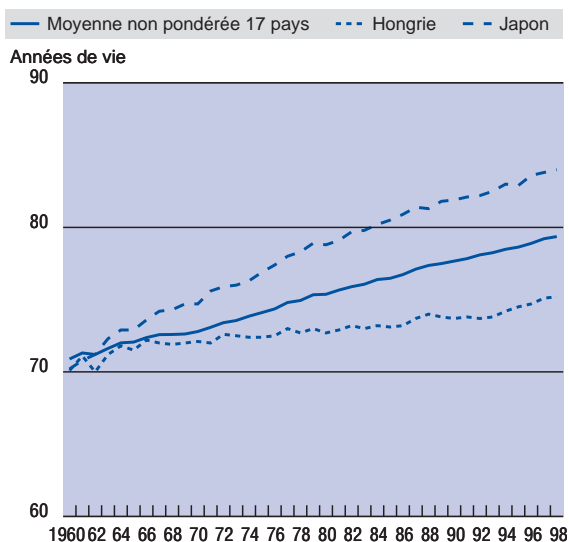
1. Données de 1997.

Graphique 1.2. **Espérance de vie des hommes à la naissance, 1998**

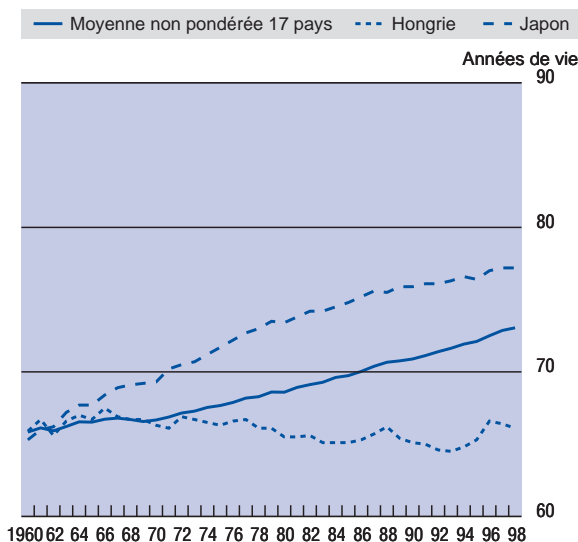


1. Données de 1997.

Graphique 1.3. **Espérance de vie des femmes à la naissance, 1960-1998**



Graphique 1.4. **Espérance de vie des hommes à la naissance, 1960-1998**



Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans, indicateur large de l'état de santé des personnes âgées basé sur la mortalité, a constamment progressé au cours des dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE. Elle semble loin d'avoir atteint un plafond puisque son rythme moyen de progression depuis 1980 est au moins aussi rapide pour les femmes ou même plus rapide pour les hommes qu'entre 1960 et 1979 (graphiques 1.7 et 1.8, et tableaux 1.3 et 1.4). Conjugués à la baisse de la fécondité, ces progrès entraînent une augmentation régulière de la proportion de personnes âgées dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur de la « part de la population âgée de 65 ans et plus » à la section 6).

De 1960 à 1998, l'espérance de vie moyenne (non pondérée) à 65 ans dans les 21 pays de l'OCDE présentant des séries temporelles complètes s'est accrue de 4.1 ans pour les femmes et de 2.7 ans pour les hommes, creusant ainsi l'écart entre les sexes de 2.2 ans à 3.6 ans. A la fin des années 90, une personne atteignant l'âge de 65 ans dans ces 21 pays pouvait espérer vivre encore 19 ans en moyenne si elle était de sexe féminin et 15.4 ans si elle était de sexe masculin.

Les gains d'espérance de vie à 65 ans ont été particulièrement importants au Japon – près de 8 ans pour les femmes et 5 ans et demi pour les hommes entre 1960 et 1998. De ce fait, les Japonaises détiennent aujourd'hui le record d'espérance de vie à 65 ans, de 22 ans, tandis que les Japonais viennent en

deuxième position derrière les Mexicains, avec 17.1 ans (graphiques 1.5 et 1.6). Il est important de garder à l'esprit que les différences de méthodologies utilisées pour calculer l'espérance de vie peuvent affecter les estimations nationales d'une fraction d'année.

En général, les mêmes facteurs sont à l'origine de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et de la progression régulière de l'espérance de vie à 65 ans. Il s'agit notamment de l'amélioration du niveau de vie et des conditions de travail, mais aussi des progrès de la médecine et des interventions de santé publique. Dans de nombreux pays, l'amélioration de l'espérance de vie à 65 ans est principalement imputable à la baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (Australian Institute of Health and Welfare, 1998a ; OMS et Ministero della Sanità Repubblica Italiana, 1999).

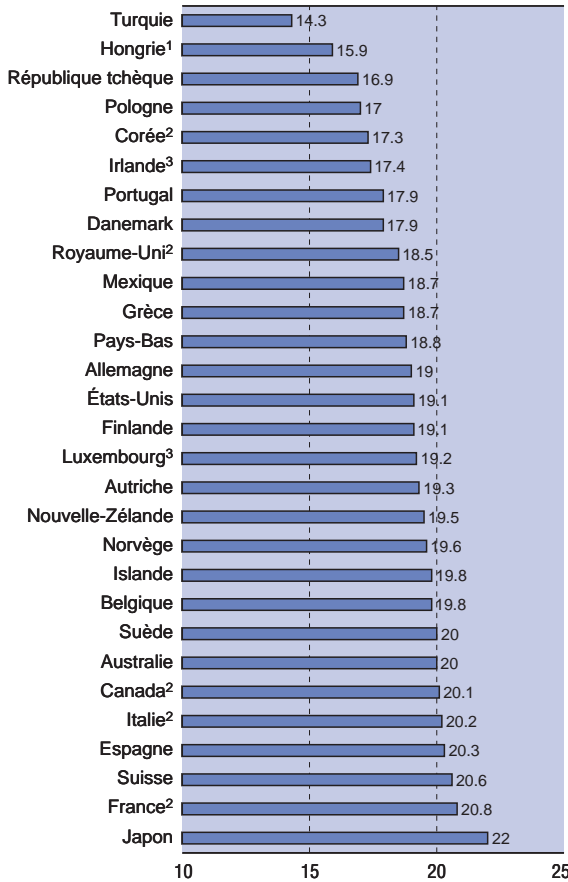
Avec l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés, la qualité de vie des personnes âgées devient l'un des grands thèmes du débat public dans la plupart des pays. Certaines estimations semblent indiquer que l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité sévère a progressé dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles (excepté l'Australie) ce qui laisse à penser que les personnes âgées jouissent d'une meilleure santé fonctionnelle que par le passé (Jacobzone *et al.*, 2000a).

Définition et écarts

L'espérance de vie à 65 ans est le nombre moyen d'années qu'une personne atteignant cet âge peut espérer vivre, en supposant que les taux de mortalité par âge restent constants.

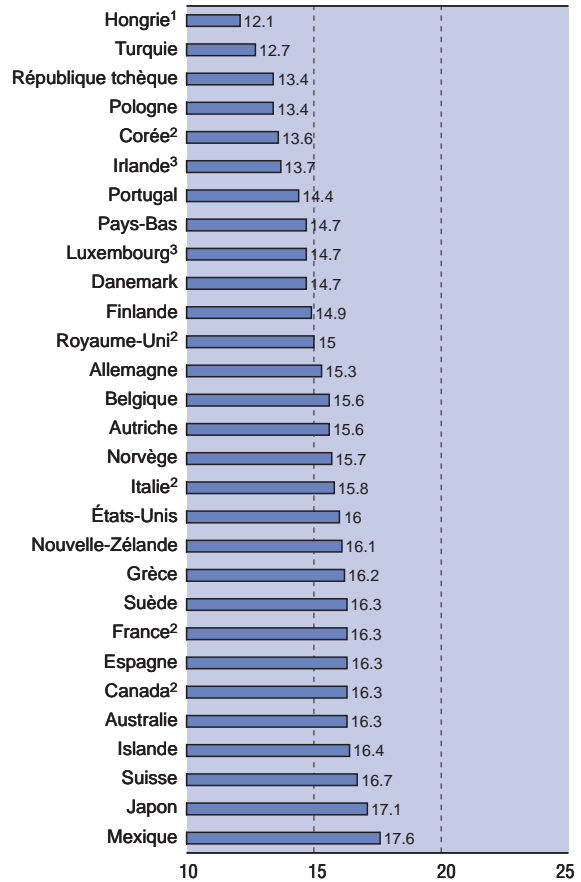
Il convient de se montrer aussi prudent que pour l'espérance de vie totale en raison des différences nationales.

Graphique 1.5. **Espérance de vie des femmes à 65 ans, 1998**



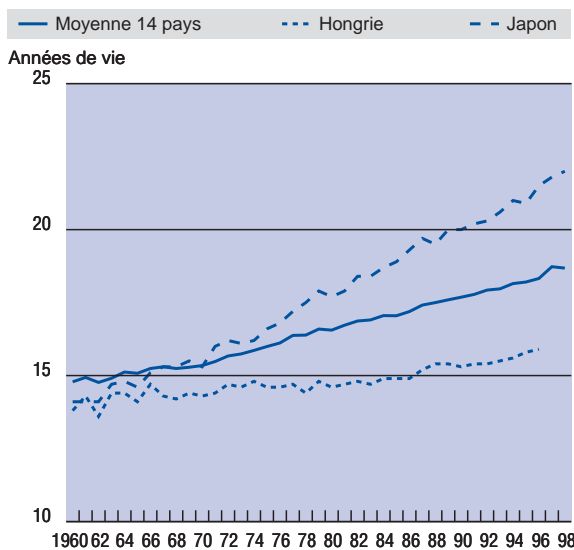
1. Données de 1996. 2. Données de 1997. 3. Données de 1995.

Graphique 1.6. **Espérance de vie des hommes à 65 ans, 1998**

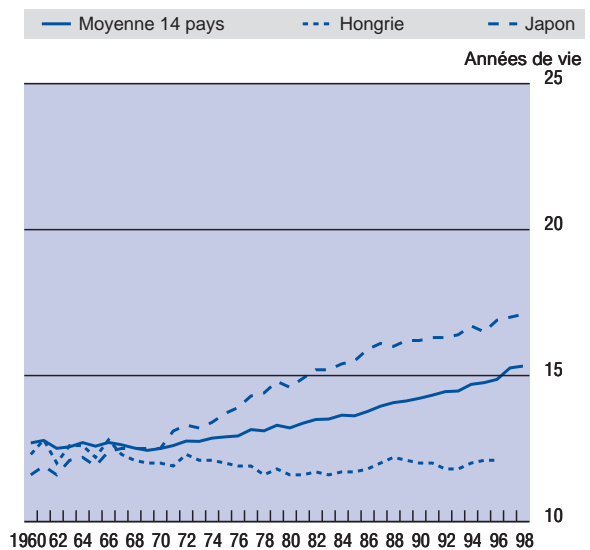


1. Données de 1996. 2. Données de 1997. 3. Données de 1995.

Graphique 1.7. **Espérance de vie des femmes à 65 ans, 1960-1998**



Graphique 1.8. **Espérance de vie des hommes à 65 ans, 1960-1998**



Mortalité infantile

La mortalité infantile est l'un des indicateurs les plus couramment utilisés dans les comparaisons internationales pour mesurer l'influence des conditions économiques et sociales sur la santé humaine. C'est un indicateur important de la santé aussi bien des femmes enceintes que des nouveaux-nés.

La mortalité infantile a régulièrement diminué dans l'ensemble des pays de l'OCDE au cours des quarante dernières années (graphiques 1.10 et 1.11 et tableau 1.5). Le taux de mortalité infantile était, en moyenne (non pondérée), plus de cinq fois plus élevé en 1960 qu'à la fin des années 90. Il a chuté de façon particulièrement spectaculaire au Portugal, passant de 77.5 pour 1 000 en 1960 – soit le double de la moyenne de l'OCDE à cette époque – à 5.5 pour 1 000 en 1998, un niveau sensiblement inférieur à la moyenne OCDE actuelle (graphique 1.11). La baisse de la mortalité infantile a été remarquable également au Japon dans les années 60, en Corée et au Mexique dans les années 70, et en Turquie dans les années 80.

Bien que des progrès aient été réalisés partout et que les écarts entre pays s'amenuisent, les différences de niveau de mortalité infantile entre les pays de l'OCDE demeurent significatives (graphique 1.9). En 1999, l'Islande, la Suède, le Japon, la Finlande et la Norvège affichaient les taux les plus bas, avec moins de quatre décès pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de mortalité infantile dépend d'un certain nombre de facteurs socio-économiques, dont

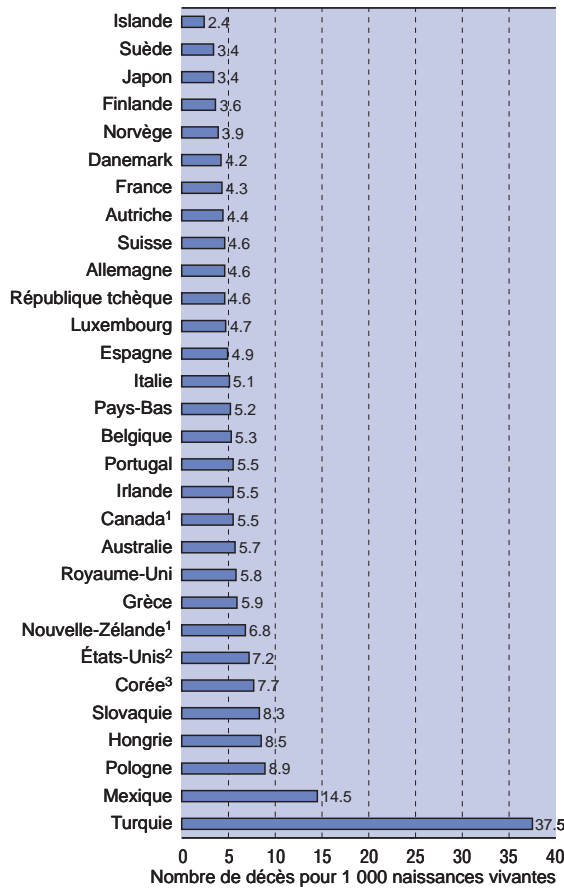
le niveau de revenu moyen d'un pays, la répartition du revenu, l'offre de services de santé et l'accès à ceux-ci. Un revenu moyen par habitant plus élevé s'accompagne généralement d'un taux de mortalité infantile plus bas, bien que cette corrélation soit moins marquée dans les pays développés (graphique 1.12). Il est probable que les dépenses de santé par tête plus élevées, qui sont généralement associées à un PIB par habitant plus important, jouent un rôle dans l'explication de cette corrélation. On a pu également établir que les taux de mortalité infantile variaient en fonction de la distribution du revenu au sein d'un pays. Les pays où la distribution du revenu est plus équitable ont généralement des taux de mortalité infantile plus bas que les sociétés plus inégalitaires (Hales *et al.*, 1999). Les disparités internationales ont également été associées de façon plus spécifique à l'offre de certaines ressources médicales, comme le nombre de médecins et le taux d'équipement en lits d'hôpitaux (Grubaugh et Santerre, 1994).

Entre 40 % et deux tiers de la mortalité infantile dans les pays de l'OCDE sont imputables à des décès survenant dans les sept premiers jours de la vie (mortalité néonatale précoce). Au-delà de la première semaine, les principales causes de mortalité infantile sont, dans la plupart des pays, les anomalies congénitales et le syndrome de mort subite du nourrisson (Australian Institute of Health and Welfare, 1998b).

Définition

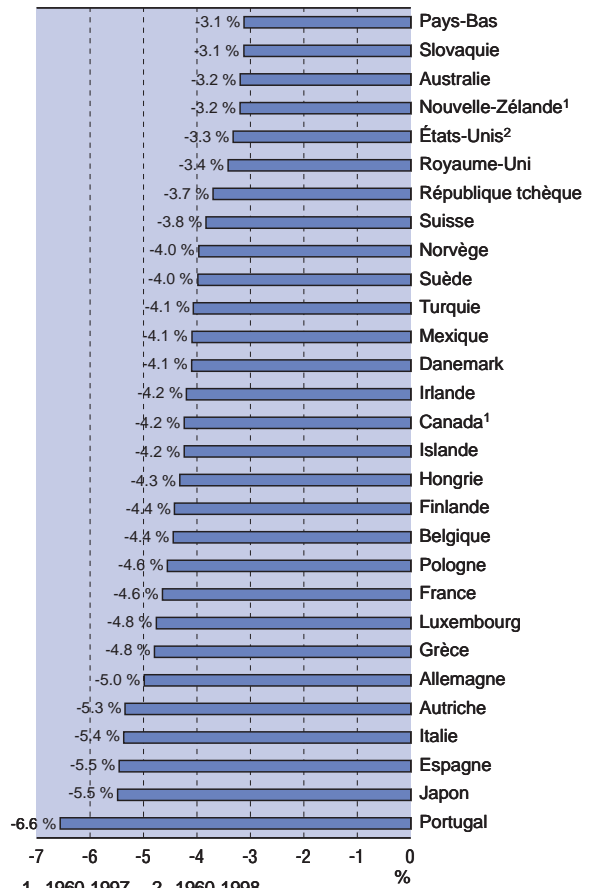
La mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes.

Graphique 1.9. **Mortalité infantile dans les pays de l'OCDE, 1999**



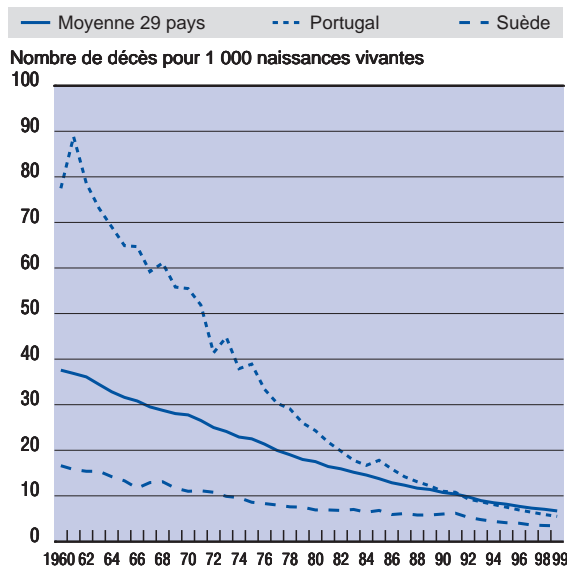
1. Données de 1997. 2. Données de 1998. 3. Données de 1996.

Graphique 1.10. **Déclin annuel moyen des taux de mortalité infantile, 1960-1999**

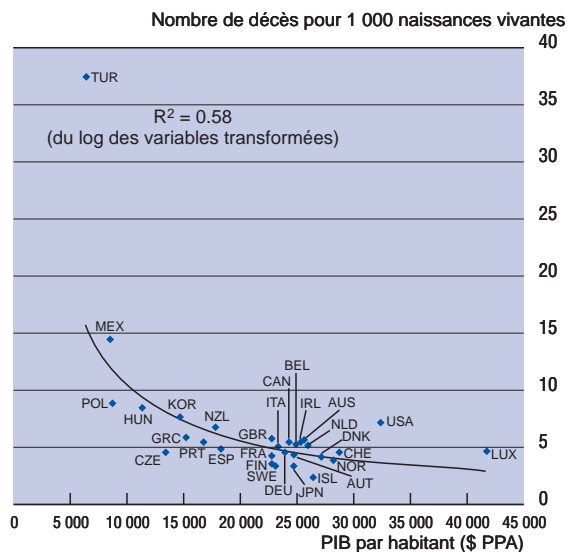


1. 1960-1997. 2. 1960-1998.

Graphique 1.11. **Mortalité infantile, 1960-1999**



Graphique 1.12. **Mortalité infantile et PIB par habitant (\$ PPA), 1999**



Mortalité prématurée

La mortalité prématurée est mesurée au moyen de l'indicateur des « années potentielles de vie perdues » (APVP) avant l'âge de 70 ans compte tenu des taux de mortalité propres à chaque âge. Les décès des jeunes pèsent plus particulièrement dans cette mesure : un décès à l'âge de 5 ans représente 65 années potentielles de vie perdues ; un décès à 60 ans n'en représente que 10.

Au cours des quatre dernières décennies, la mortalité prématurée a été plus que divisée par deux dans les pays de l'OCDE, et elle continue à régresser (tableaux 1.6 et 1.7). Mais alors qu'elle avait diminué plus rapidement chez les femmes que chez les hommes entre 1960 et 1990, le recul observé depuis 1990 est à peu près équivalent pour les deux sexes.

En 1997 (ou la dernière année disponible), la proportion de décès parmi la population âgée de moins de 70 ans était encore relativement élevée au Mexique, en Hongrie, en Pologne et en Slovaquie (graphiques 1.13 et 1.14). Aux États-Unis aussi, les niveaux de mortalité prématurés étaient encore supérieurs de 20 % à la moyenne (non pondérée) des 22 pays disposant de séries temporelles complètes dans le cas des hommes et de 32 % dans le cas des femmes. En revanche, le Japon, la Suède et l'Islande ont les taux de mortalité prématurés les plus bas pour les deux sexes.

Les graphiques 1.15 et 1.16 font apparaître les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes et chez les hommes dans les pays de l'OCDE en 1995. Les cancers (tumeurs malignes) et les causes externes (y compris les accidents de la circulation routière) étaient responsables de près de la moitié des décès prématurés chez les hommes et les femmes. Si les principales causes sont généralement analogues pour les hommes et les femmes, leur poids respectif varie sensiblement selon le sexe. Ainsi, chez les

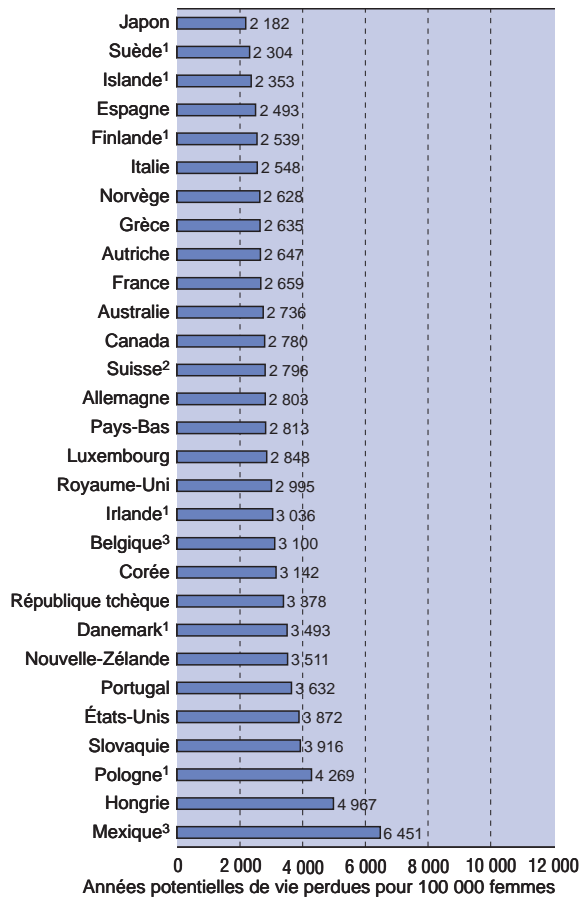
femmes, ce sont les cancers (29 %), suivis des causes externes (18 %) et des maladies de l'appareil circulatoire (14 %), alors que chez les hommes, les facteurs externes comme les accidents de la circulation et les traumatismes arrivent en première position (30 %), suivis des cancers (19 %) et des maladies de l'appareil circulatoire (18 %).

Une analyse des déterminants de la mortalité prématurée, effectuée à partir des nombreuses variables explicatives et des séries temporelles longues qui figurent désormais dans *Éco-Santé OCDE*, laisse penser qu'un grand nombre de facteurs médicaux et non médicaux sont concernés (Or, 2000a). Toutes choses égales par ailleurs, des dépenses de santé par habitant plus élevées vont de pair avec une mortalité prématurée plus faible chez les femmes, alors qu'aucune relation significative n'apparaît dans le cas des hommes (ce dernier résultat s'expliquant peut-être par le fait qu'une forte proportion des décès prématurés chez les hommes est due à des accidents et des traumatismes). Toutefois, la mortalité prématurée s'explique principalement par des déterminants non médicaux de la santé. Le premier d'entre eux est le statut professionnel, suivi du PIB par habitant : l'augmentation simultanée de la proportion de travailleurs non manuels et du PIB par habitant s'accompagne d'une diminution des APVP. À l'inverse, comme on peut s'y attendre, des niveaux de pollution et de consommation d'alcool, de tabac et de graisse plus élevés vont de pair avec un nombre plus élevé d'APVP. Ces résultats donnent à penser que des mesures visant à promouvoir une meilleure hygiène de vie permettraient de réaliser des progrès supplémentaires dans les pays de l'OCDE (voir section 5). Une étude plus récente a également observé une relation entre un nombre plus élevé de médecins et une mortalité prématurée plus basse pour les deux sexes (Or, 2000b).

Définition

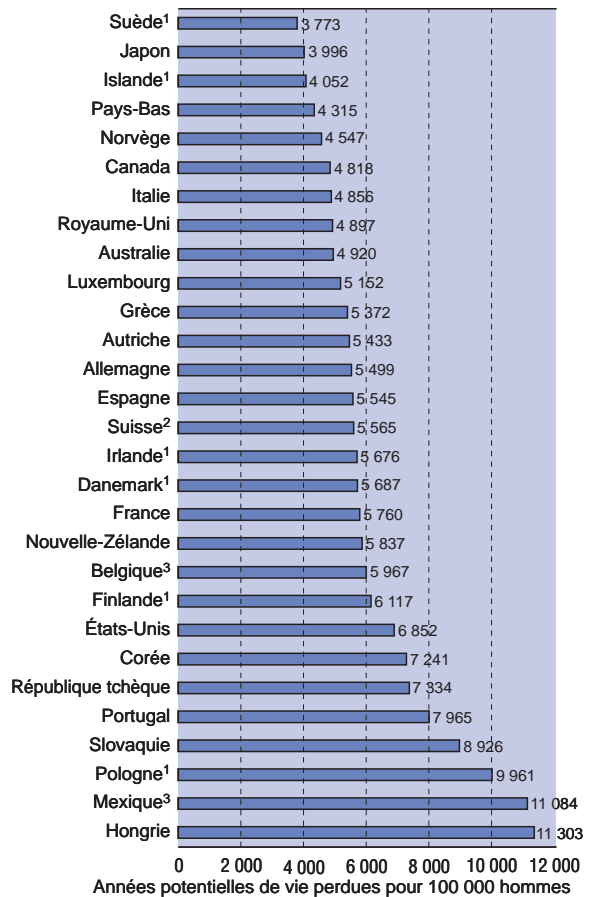
La mortalité prématurée est mesurée au moyen de l'indicateur des « années potentielles de vie perdues » (APVP) avant l'âge de 70 ans. Le calcul des APVP consiste à additionner les taux de décès par âge (à titre d'exemple, le décès d'un enfant âgé de 5 ans représente 65 années potentielles de vie perdues). Cet indicateur est calculé pour 100 000 hommes et femmes.

Graphique 1.13. **Années potentielles de vie perdues par les femmes avant l'âge de 70 ans, toutes causes, 1997**



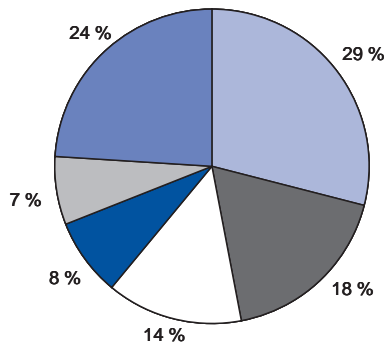
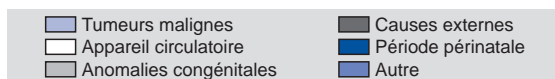
1. Données de 1996. 2. Données de 1994. 3. Données de 1995.

Graphique 1.14. **Années potentielles de vie perdues par les hommes avant l'âge de 70 ans, toutes causes, 1997**



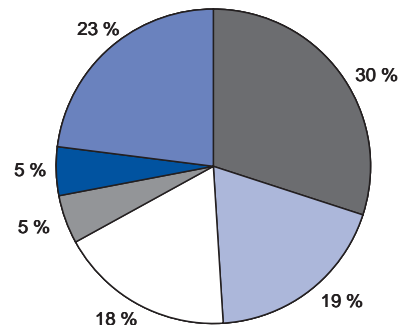
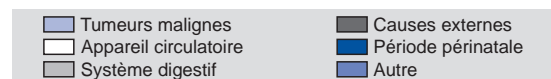
1. Données de 1996. 2. Données de 1994. 3. Données de 1995.

Graphique 1.15. **Causes majeures de mortalité prématurée chez les femmes, moyenne sur 27 pays¹, 1995**



1. Comprend tous les pays de l'OCDE à l'exception de l'Islande, de la Suisse et de la Turquie.

Graphique 1.16. **Causes majeures de mortalité prématurée chez les hommes, moyenne sur 27 pays¹, 1995**



1. Comprend tous les pays de l'OCDE à l'exception de l'Islande, de la Suisse et de la Turquie.

Autoperception de l'état de santé général

La mesure de l'état de santé repose généralement sur des indicateurs de mortalité, et l'une des difficultés majeures consiste à compléter cette approche par un ensemble d'indicateurs fiables de la morbidité afin de pouvoir donner une description plus complète de l'état de santé de la population selon les pays et les époques. On dispose encore d'assez peu de données fiables sur la morbidité dans la zone OCDE. Toutefois, un nombre croissant de pays réalisent des enquêtes de santé reposant sur des entretiens au cours desquels on demande aux personnes d'évaluer elles-mêmes leur état de santé. L'une des questions fréquemment posées est la suivante : « Diriez-vous de votre état de santé général qu'il est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais » ? En dépit du caractère général et subjectif de cette question, on s'est aperçu dans plusieurs pays que les indicateurs d'autoperception de l'état de santé permettaient d'établir des estimations assez fiables de l'évolution future de la consommation de soins et de la mortalité (voir, par exemple, Miilunpalo *et al.*, 1997).

Dans plus de la moitié des pays de l'OCDE, 75 % de la population ou plus déclare être en « bonne » santé ou porte une appréciation encore plus positive (graphiques 1.17 et 1.18, et tableau 1.8). Le Canada et les États-Unis enregistrent les plus fortes proportions de personnes s'estimant en « bonne » ou en meilleure santé, avec plus de 90 % de personnes satisfaites de leur état de santé. En revanche, les niveaux de satisfaction les plus bas se rencontrent au Portugal, dans certains pays d'Asie (Japon et Corée) et d'Europe centrale et orientale (Hongrie, Pologne et Slovaquie), où moins de la moitié de la population déclare être en « bonne » ou « très bonne » santé. Il faut cependant se montrer prudent dans l'interprétation des comparaisons internationales de l'autoperception sur l'état de santé général, et ce pour trois

raisons. Premièrement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas encore tout à fait identiques d'une enquête et d'un pays à l'autre. Deuxièmement, la traduction des questions et des réponses en différentes langues a une incidence sur les réponses. Troisièmement, et c'est peut-être l'élément le plus important, l'appréciation générale que les individus portent sur leur état de santé est très subjective et peut être influencée par différents facteurs, notamment le milieu culturel, le niveau d'éducation et l'accès aux services de santé.

Parmi les personnes de 15 ans et plus, les hommes sont plus enclins que les femmes à qualifier leur état de santé de « bon », voire meilleur, dans l'ensemble des pays à l'exception de la Finlande, de l'Islande, de l'Irlande et de la Nouvelle-Zélande. De façon prévisible, le degré de satisfaction diminue généralement avec l'âge. Dans de nombreux pays, il se réduit de façon très nette après 45 ans, puis connaît une nouvelle baisse après 65 ans.

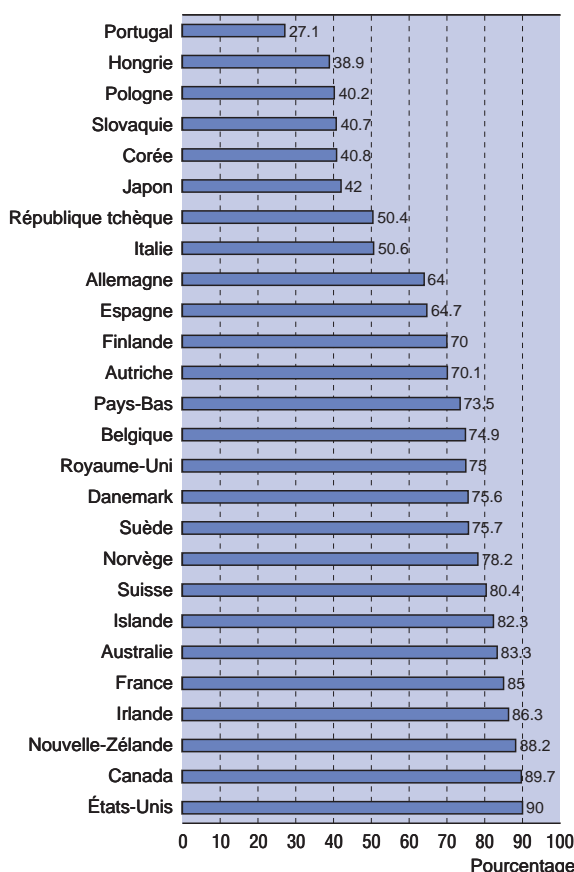
A l'examen de l'évolution tendancielle (graphiques 1.19 et 1.20) de la fin des années 70 à la fin des années 90, on constate que la proportion de personnes se déclarant en « bonne ou meilleure santé » est restée stable avec le temps, pour les hommes comme pour les femmes, dans les quatre pays pour lesquels on dispose de séries temporelles longues (Finlande, Pays-Bas, Suède et États-Unis). Les variations de perception de l'état de santé observées dans le temps peuvent correspondre à des modifications *réelles* de l'état de santé ou à des modifications des *aspirations* en matière de santé. Si des améliorations réelles de l'état de santé d'une population s'accompagnent d'une augmentation équivalente des aspirations dans ce domaine, on peut s'attendre à ce que l'appréciation portée par les individus sur leur état de santé reste à peu près stable.

Définition et écarts

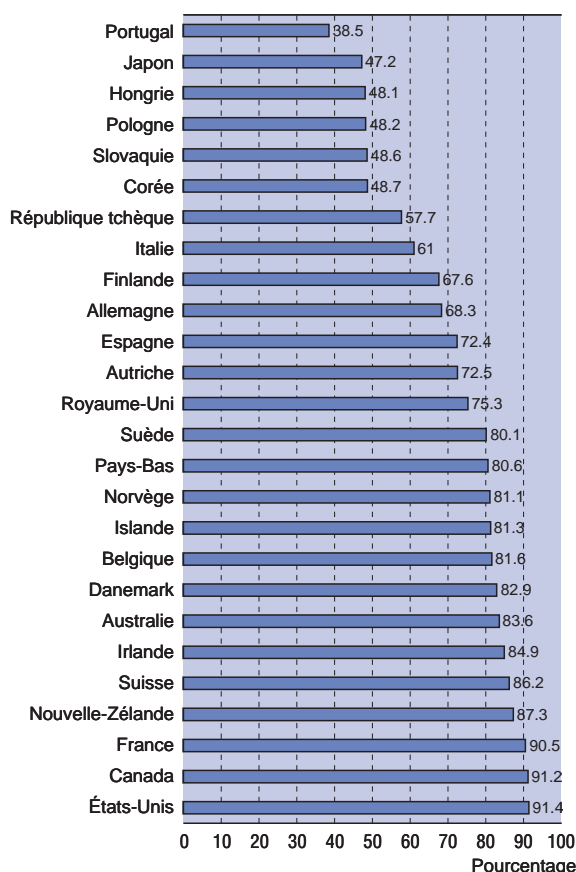
L'autoperception de l'état de santé général constitue un indicateur de l'appréciation portée par les individus sur leur santé, comprenant possiblement toutes ses dimensions physiques et psychologiques. Dans les enquêtes, la question est généralement formulée de la manière suivante : « Diriez-vous de votre état de santé général qu'il est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais ? » La base *Éco-Santé OCDE* présente des chiffres correspondant à la proportion de la population qui déclare être en bonne ou très bonne santé.

La formulation de la question et des réponses proposées varie selon les enquêtes et les pays, ce qui limite la comparabilité des données.

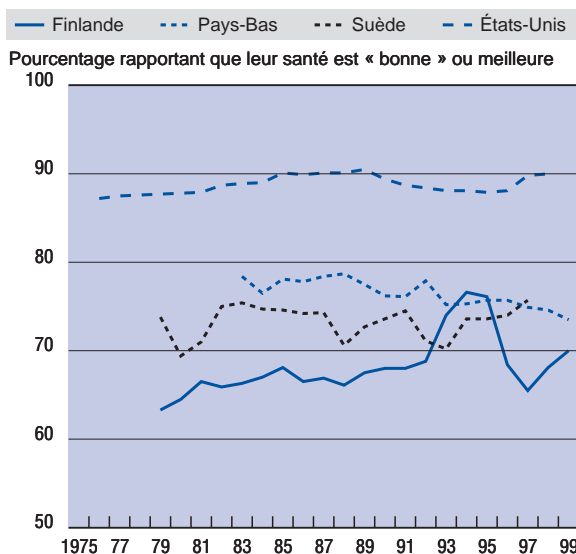
Graphique 1.17. Pourcentage de femmes rapportant que leur santé est « bonne » ou meilleure, dernière année disponible



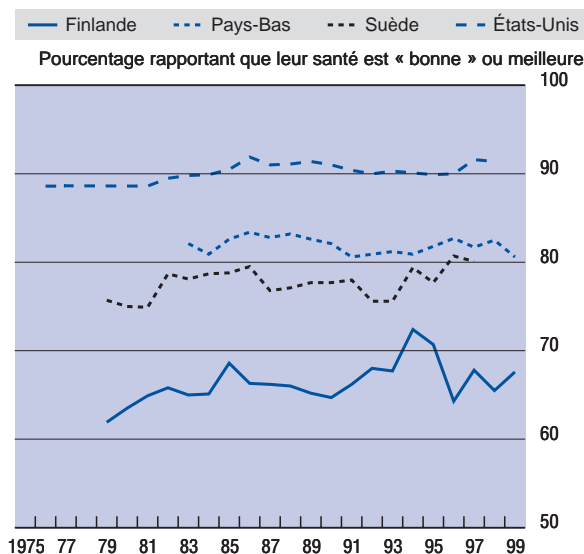
Graphique 1.18. Pourcentage d'hommes rapportant que leur santé est « bonne » ou meilleure, dernière année disponible



Graphique 1.19. Tendances des femmes âgées de 15 ans et plus rapportant que leur santé est « bonne » ou meilleure



Graphique 1.20. Tendances des hommes âgés de 15 ans et plus rapportant que leur santé est « bonne » ou meilleure



2. RESSOURCES EN SANTÉ

Médecins et infirmiers en activité.....	24
Lits d'hospitalisation et de soins aigus	26

Médecins et infirmiers en activité

Les médecins et les infirmiers sont la principale ressource nécessaire à la production de soins, quel que soit le système de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers par habitant peut avoir une influence considérable sur le coût, l'utilisation et les résultats des services de santé.

Le nombre de médecins par habitant a régulièrement augmenté dans l'ensemble des pays de l'OCDE, passant en moyenne de 1.1 pour 1 000 habitants en 1960 à 3.0 pour 1 000 en 1999 (tableau 2.1). Dans la plupart des pays, la croissance s'est concentrée dans les années 70 et 80, mais elle s'est poursuivie au cours des dix dernières années dans de nombreux pays.

Les moyennes cachent toutefois des situations très contrastées selon les pays (graphique 2.1). Le graphique 2.3 montre que la Turquie a été le pays où le rythme d'accroissement du nombre de médecins a été le plus rapide, avec une croissance annuelle moyenne de 4.3 % et le Canada où il a été le plus lent avec une croissance annuelle moyenne de 1.5 %.

Des études empiriques portant sur certains pays de l'OCDE laissent à penser que l'augmentation du nombre de médecins est corrélée de façon significative à la baisse de la mortalité, compte tenu des autres déterminants de la santé (Grubaugh et Santerre, 1994 ; Or, 2000b).

Il n'y a pas de relation évidente entre les effectifs de médecins dans un pays et le total des dépenses de santé. Il est surprenant de constater que les densités médicales sont relativement faibles dans des pays où les dépenses de santé sont notoirement élevées,

notamment aux États-Unis et au Canada. Les dispositions régissant l'accès aux services des praticiens (accès direct ou indirect aux spécialistes) et les modes de rémunération pèsent beaucoup sur leur coût. Certaines études tendent par exemple à démontrer que dans les pays où les médecins sont salariés ou rémunérés à la capitation (montant fixe par période pour chaque patient enregistré auprès du médecin), un nombre plus élevé de médecins va de pair avec un niveau de dépenses de santé plus bas, alors que dans les pays où les médecins sont rémunérés à l'acte, un nombre plus élevé de médecins est associé à des dépenses de santé plus élevées, compte tenu de l'influence des autres facteurs (OCDE, 1994b).

Les effectifs infirmiers notifiés à l'OCDE varient eux aussi considérablement selon les pays (tableau 2.2 et graphique 2.2). Ils ont augmenté dans la quasi-totalité des pays pour lesquels nous disposons de données excepté en Australie et au Canada dans les années 90 (graphique 2.4).

Les économistes de la santé se sont intéressés à la productivité relative de différentes catégories de professionnels de santé, en particulier celle des médecins par rapport aux infirmiers. Dans le cas des États-Unis, certaines études tendent à démontrer qu'entre 25 et 60 % des actes accomplis par les médecins pourraient être exécutés par des infirmiers (Reinhardt, 1972 ; Stein *et al.*, 1990). D'autres études montrent que la productivité des médecins pourrait s'améliorer s'ils étaient davantage épaulés par du personnel paramédical (Hershey et Kroop, 1979 ; Richardson et Maynard, 1995).

Définition et écarts

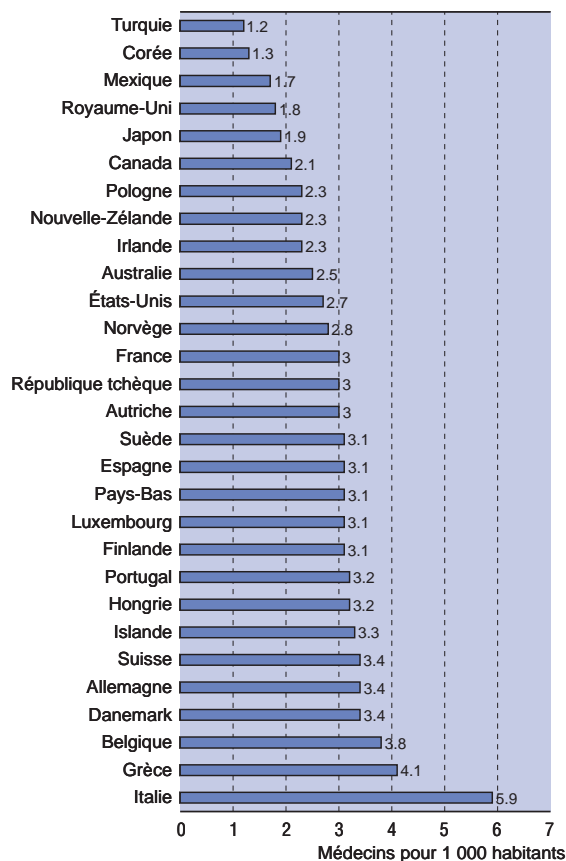
Le nombre de **médecins** en activité est défini comme le nombre de médecins travaillant en équivalent temps plein qui exercent effectivement la médecine dans des établissements publics et privés.

La plupart des pays communiquent des effectifs plutôt que des équivalents temps plein. L'Espagne, la Finlande et l'Italie indiquent le nombre de médecins autorisés à exercer et non les médecins en activité, ce qui explique que leurs ratios par habitant soient relativement élevés par rapport aux autres pays.

Les **infirmiers** en activité regroupent l'ensemble des infirmiers diplômés/qualifiés exerçant leur activité dans des hôpitaux publics ou privés, des cliniques ou autres établissements de santé.

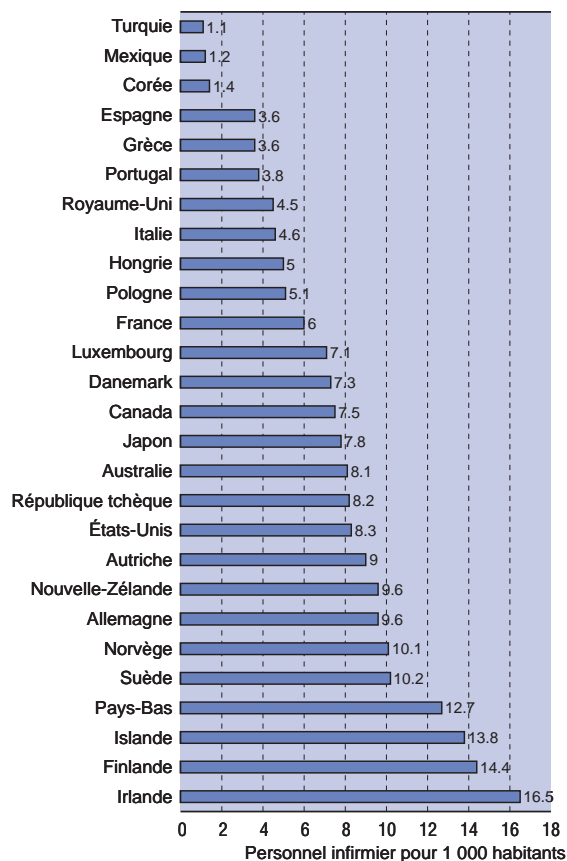
L'Australie, l'Autriche, le Canada et les États-Unis ne comptabilisent pas les infirmiers auxiliaires dans leurs effectifs infirmiers. La plupart des pays fournissent des statistiques basées sur le nombre d'individus, mais l'Allemagne, la France, la Hongrie, la République tchèque et le Royaume-Uni fournissent des équivalents plein temps. L'Espagne et le Royaume-Uni indiquent uniquement les effectifs infirmiers du secteur public (infirmiers employés par le Service national de santé). La Finlande communique le nombre d'infirmiers autorisés à exercer.

Graphique 2.1. Médecins en activité¹ pour 1 000 habitants, fin des années 90

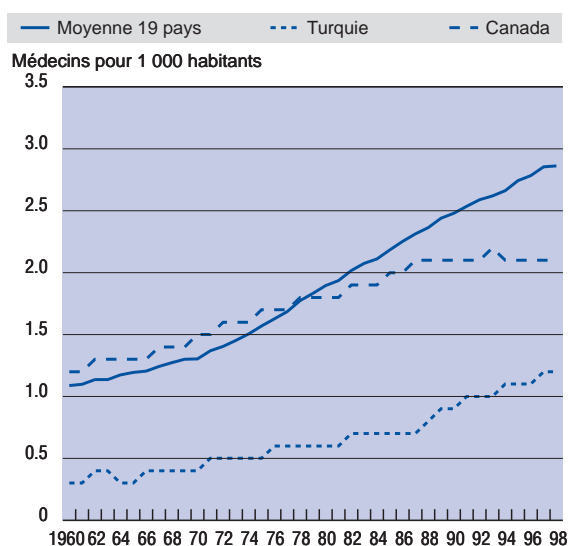


1. Les données pour l'Espagne, la Finlande et l'Italie concernent les médecins habilités à pratiquer.

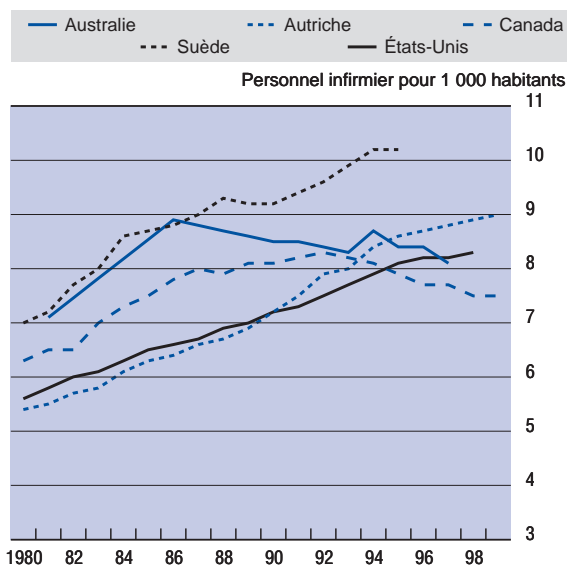
Graphique 2.2. Personnel infirmier certifié en activité pour 1 000 habitants, fin des années 90



Graphique 2.3. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 1960-1998



Graphique 2.4. Tendances du personnel infirmier certifié pour 1 000 habitants



Lits d'hospitalisation et de soins aigus

Les hôpitaux et les établissements médicalisés sont des composantes importantes du système sanitaire. Au cours des trente dernières années, l'évolution rapide des technologies médicales et la nécessité de plus en plus pressante de maîtriser les dépenses ont conduit les hôpitaux à réformer en profondeur leur mode de fonctionnement. Dans la plupart des pays de l'OCDE, ils ont réussi à améliorer leur efficacité en raccourcissant la durée des séjours et en développant la chirurgie de jour.

En conséquence, le nombre de lits d'hôpitaux et d'établissements médicalisés a diminué régulièrement au cours des trente dernières années dans l'ensemble des pays. Comme le montre le tableau 2.3, le nombre moyen de lits pour 1 000 habitants est passé de 8.9 en 1980 à moins de 7 en 1998. Des disparités non négligeables dans les données communiquées subsis-

tent néanmoins entre les pays (graphique 2.5). Dans certains cas, les lits d'établissements médicalisés sont exclus des chiffres communiqués. La situation est moins contrastée pour les taux d'équipement en lits de soins aigus dont la majorité sont en établissements hospitaliers (graphique 2.6).

Les graphiques 2.7 et 2.8 font apparaître le taux annuel moyen de diminution du nombre de lits d'hospitalisation et de soins aigus dans les pays de l'OCDE pour lesquels des séries temporelles complètes sont disponibles. Depuis 1980, la baisse annuelle moyenne a été de 1.4 % pour les lits d'hospitalisation et de 1.7 % pour les lits de soins aigus. Le tableau 2.3 montre que parmi les pays pour lesquels on dispose de séries temporelles complètes, la Finlande et le Royaume-Uni sont ceux qui ont enregistré les baisses annuelles moyennes les plus fortes. A l'inverse, le nombre de lits pour 1 000 habitants a augmenté de 1.0 % par an au Japon.

Définition et écarts

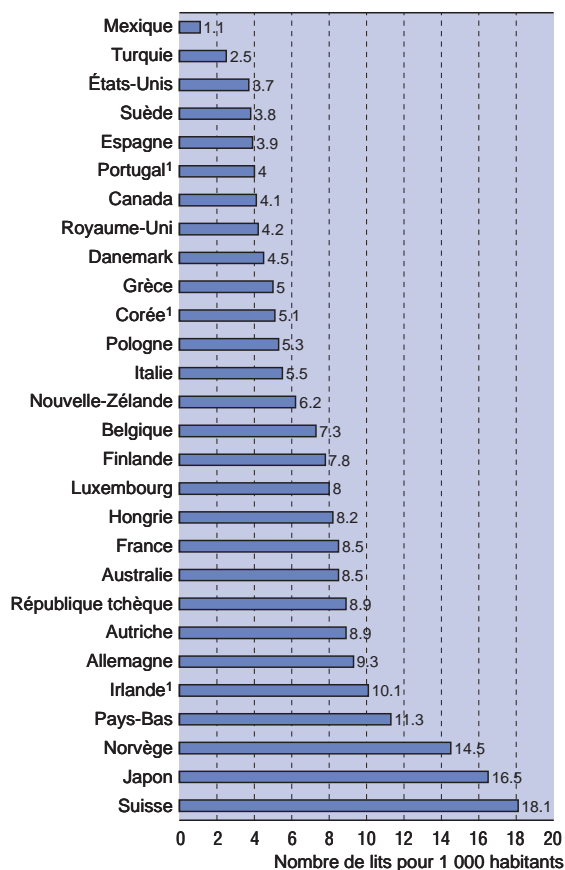
Les **lits d'hospitalisation** comprennent l'ensemble des lits disponibles en établissements de santé publics ou privés, établissements médicalisés inclus.

Le Royaume-Uni et l'Irlande comptabilisent uniquement les lits des établissements publics. Les lits des maisons médicalisées ne sont pas inclus dans les statistiques du Canada, de l'Irlande, du Portugal, de la Corée et du Royaume-Uni.

Les **lits de soins aigus** accueillent des patients dont l'admission est justifiée par l'un ou plusieurs des motifs cliniques suivants : pratiquer un accouchement (obstétrique), soigner une maladie ou guérir définitivement une blessure, pratiquer une intervention chirurgicale, traiter les symptômes liés à une maladie ou à une blessure (à l'exclusion des soins palliatifs), limiter la gravité d'une maladie ou d'une blessure, prévenir l'aggravation d'une maladie/blessure et/ou la survenue de complications qui pourraient menacer la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme, poser un diagnostic ou exécuter un acte thérapeutique.

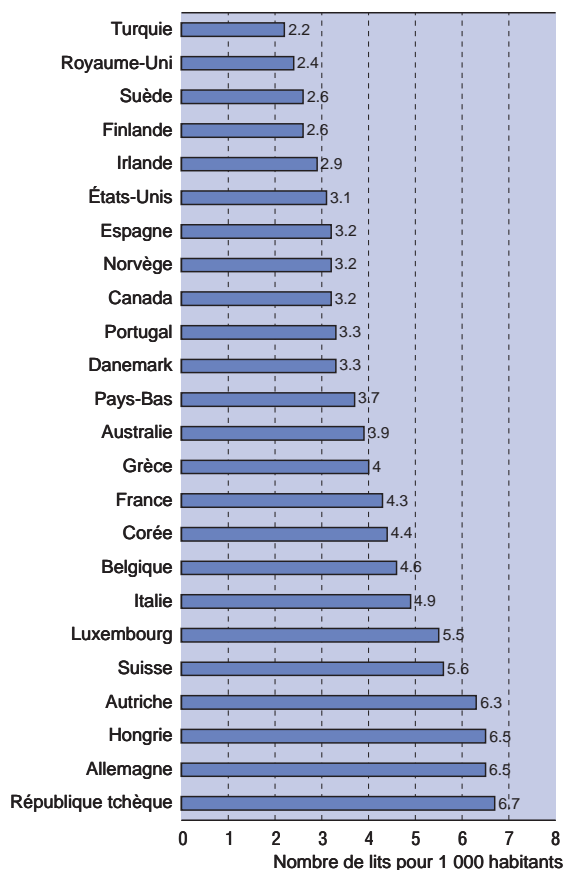
Certains pays définissent encore le lit de soins aigus en fonction de la durée de séjour, se conformant à une proposition antérieure de l'OCDE.

Graphique 2.5. Nombre total de lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants, fin des années 90

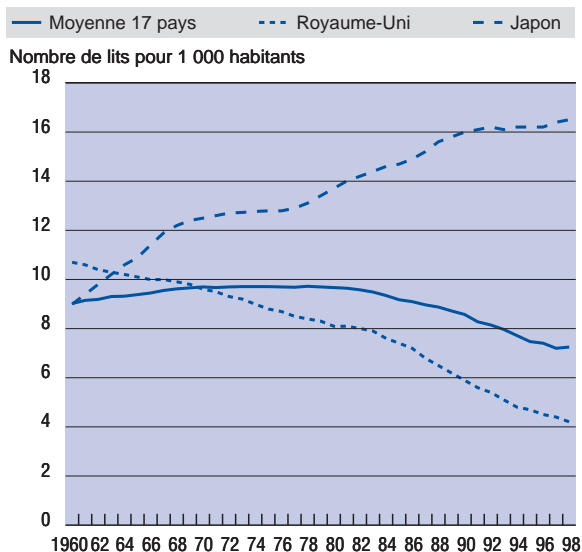


1. Les lits de cliniques ne sont pas inclus.

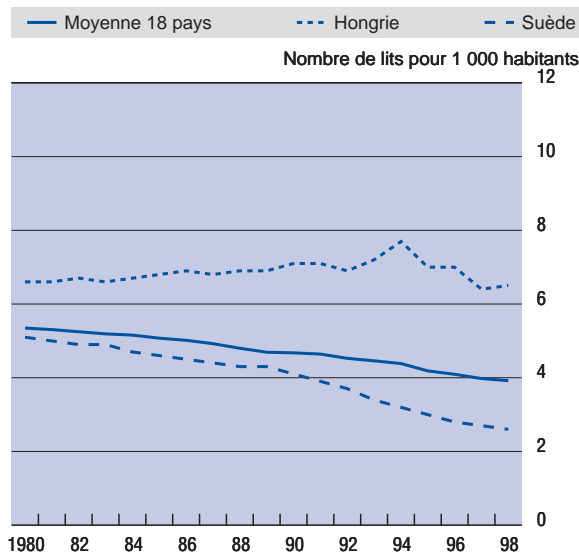
Graphique 2.6. Nombre total de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, fin des années 90



Graphique 2.7. Nombre total de lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants, 1960-1998



Graphique 2.8. Nombre total de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1980-1998



3. UTILISATION DES RESSOURCES EN SANTÉ

Consultations de médecins.....	30
Vaccination des enfants	32
Admissions en hôpital et établissement médicalisé.....	34
Durée moyenne de séjour en soins aigus	36

Consultations de médecins

Dans certains pays, les patients peuvent consulter directement un spécialiste alors que dans d'autres, ils sont soit obligés de consulter d'abord un médecin généraliste qui décide s'il y a lieu de les orienter vers un spécialiste, soit encouragés à le faire. Dans la grande majorité des cas, le premier contact avec le système de soins prend la forme d'une consultation avec des praticiens de médecine ambulatoire ou dans le service de consultation externe d'un hôpital. Dans les deux cas, les médecins sont pour les patients la principale source d'information sur les traitements les mieux adaptés. La mise en place d'incitations appropriées en direction des médecins afin de garantir la qualité et de maîtriser les dépenses est un enjeu important de la politique de santé.

Vers la fin des années 90, la fréquence des consultations était très variable selon les pays (graphique 3.1). En 1997, la moyenne pour les 18 pays ayant fourni des informations à ce sujet se situait autour de sept consultations par habitant (tableau 3.1).

Depuis 1980, le nombre de consultations par habitant a augmenté dans tous les pays à l'exception de la Pologne et du Portugal où il a diminué (graphiques 3.2 et 3.3). Les augmentations les plus

fortes au cours de cette période ont été enregistrées en Hongrie, au Mexique et en Turquie, pays qui constituaient leurs effectifs de médecins et leurs services. L'Australie et la France ont eux aussi enregistré une rapide augmentation des consultations.

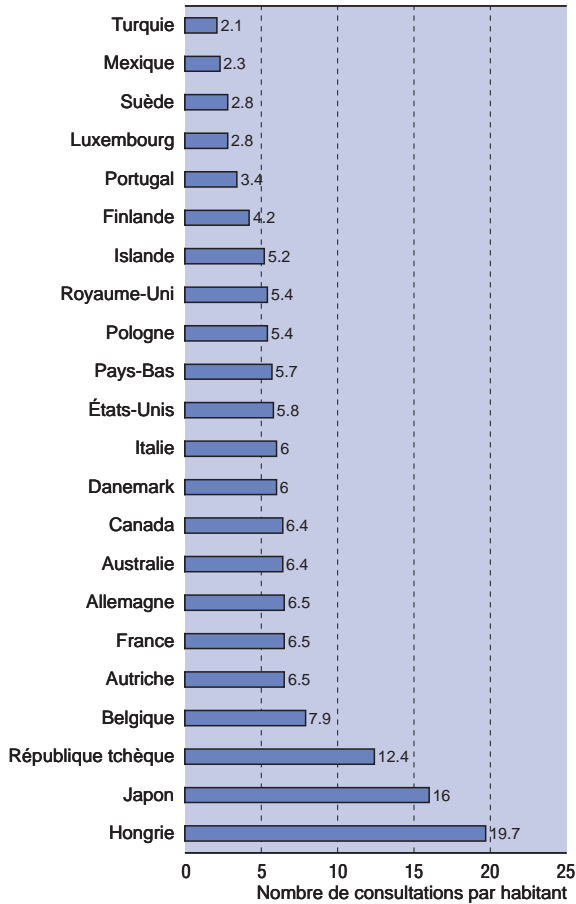
On pourrait supposer que plus le nombre de médecins est élevé, plus les consultations sont nombreuses. Cependant, le graphique 3.4 ne révèle qu'une corrélation positive faible entre l'augmentation du nombre de médecins par habitant et celle du nombre de consultations par habitant entre 1980 et 1996/97 dans les pays ayant communiqué des données. En moyenne, l'augmentation en pourcentage des consultations a été plus modeste que celle du nombre de médecins. On ne sait pas si la durée et la qualité des consultations ont augmenté. Si ce n'est pas le cas, cela impliquerait que la productivité des médecins a diminué. Il faut noter cependant que les chiffres portant sur les consultations n'incluent pas d'autres activités des médecins comme le travail hospitalier non ambulatoire. D'autre part, les chiffres des médecins sont essentiellement des effectifs non corrigés de l'augmentation du travail à temps partiel, laquelle est liée notamment au nombre croissant de femmes médecins.

Définition et écarts

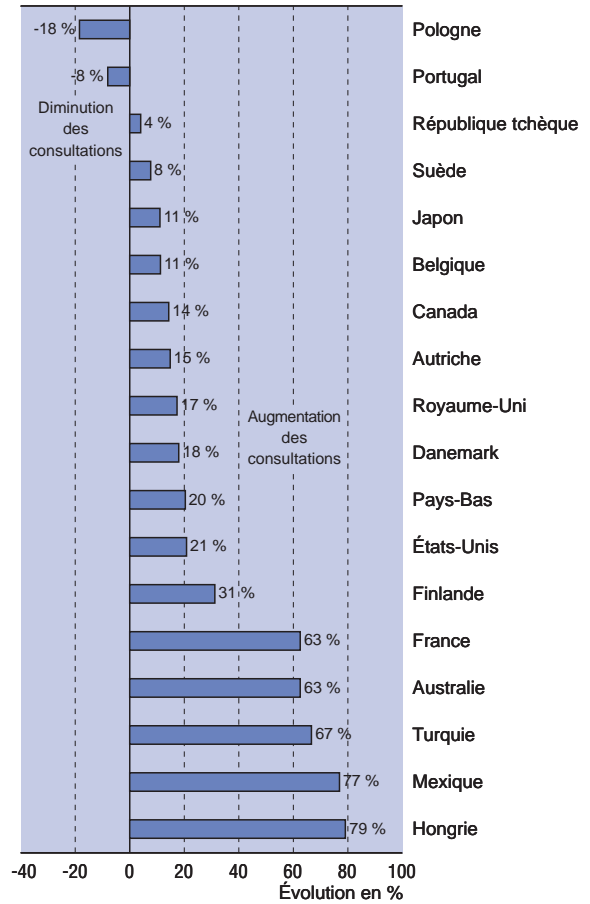
Les consultations de médecins englobent l'ensemble des contacts avec des praticiens de médecine ambulatoire. Doivent en principe être comptabilisées toutes les consultations effectuées au cabinet des médecins, dans des dispensaires et dans les services de consultations externes des hôpitaux ainsi que les visites à domicile, que ces consultations et visites relèvent du secteur public ou du secteur privé.

Plusieurs pays ne comptabilisent pas les consultations de spécialistes et certains ne prennent pas en compte les consultations et visites pour soins maternels et infantiles. La Turquie exclut les consultations au cabinet privé des médecins.

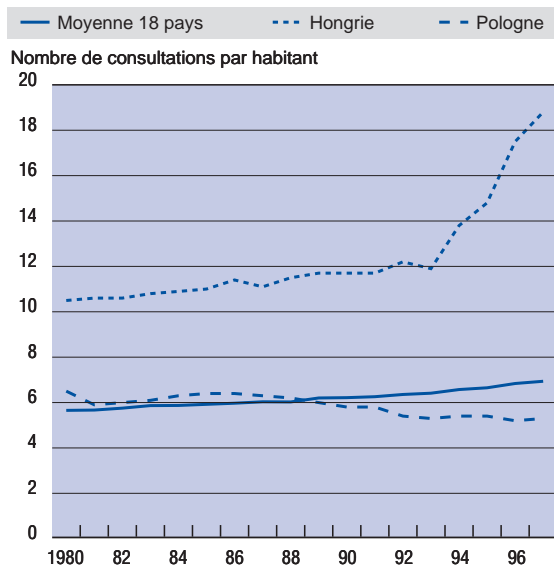
Graphique 3.1. Nombre de consultations de médecins par habitant, fin des années 90



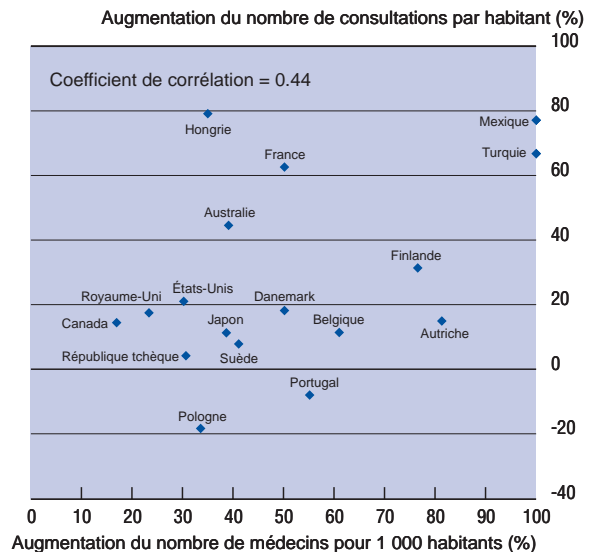
Graphique 3.2. Évolution des consultations de médecins par habitant, 1980 à fin des années 90



Graphique 3.3. Tendances dans les consultations de médecins par habitant, 1980-97



Graphique 3.4. Relation entre l'évolution de la densité de médecins et le nombre de consultations de médecins, 1980-1996/97



Vaccination des enfants

Les taux de vaccination des enfants sont couramment utilisés comme indicateurs supplétifs des résultats sanitaires – les modifications de l'état de santé attribuables à ces interventions. Au cours des dernières décennies, la vaccination des enfants a entraîné des réductions substantielles de l'incidence de plusieurs grandes maladies infectieuses et a permis de faire reculer la mortalité du nourrisson et de l'enfant tant dans les pays développés qu'en développement.

Vers la fin des années 90, la vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTC) et la rougeole était pratiquement généralisée dans les pays de l'OCDE : en moyenne, 93,8 % des enfants recevaient le vaccin DTC et 90,5 % étaient vaccinés contre la rougeole (tableau 3.2, graphiques 3.5 et 3.6). Les taux de couverture vaccinale des enfants étaient particulièrement élevés dans les pays d'Europe centrale et orientale et dans les pays scandinaves, où la proportion d'enfants ayant

reçu les vaccins DTC et anti-rougeole est désormais proche de 100 %.

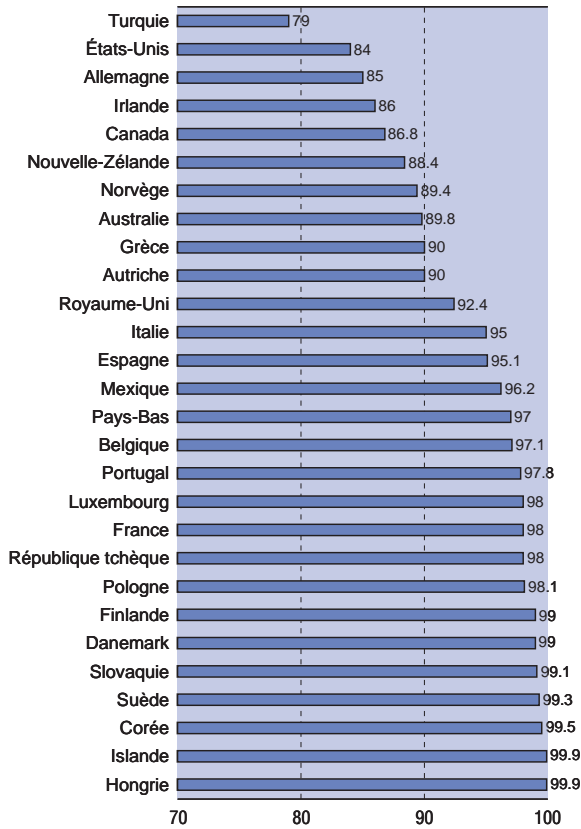
Les graphiques 3.7 et 3.8 présentent l'évolution sur les deux dernières décennies des taux de vaccination DTC, d'une part, et rougeole, d'autre part, dans un certain nombre de pays de l'OCDE. En général, les taux de couverture vaccinale des enfants ont continué à augmenter au cours de cette période dans la plupart des pays, ou se sont stabilisés à un niveau très élevé (proche de 100 %) dans des pays comme la République tchèque et les Pays-Bas. Au Portugal, le taux de vaccination contre la rougeole est passé de 31 % en 1975 à 96 % en 1998, tandis que le taux de vaccination DTC est passé de 51 % en 1975 à 98 % en 1998. Cette progression rapide a sans doute contribué au recul spectaculaire de la mortalité infantile observé au Portugal au cours des dernières décennies (section 1). Le taux de vaccination s'est considérablement amélioré également en Turquie depuis le milieu des années 80 et au Mexique ces dix dernières années.

Définition et écarts

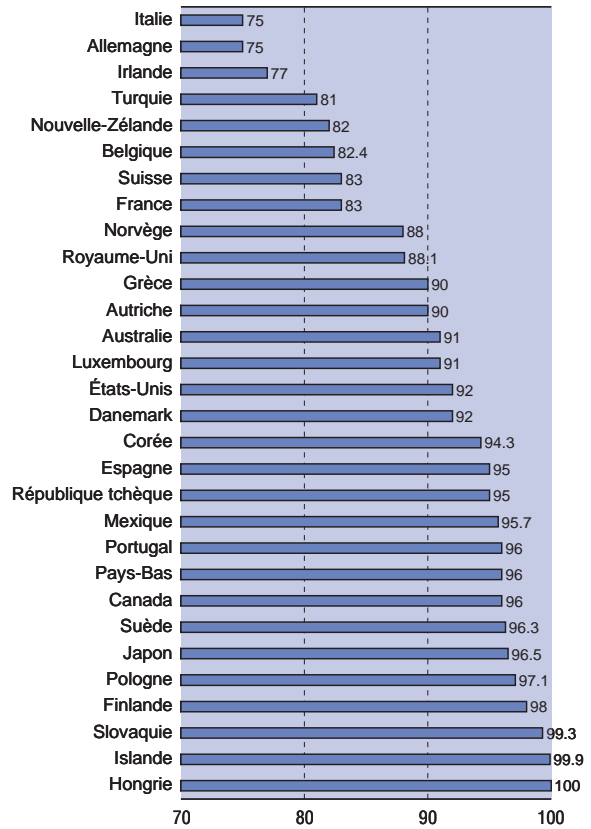
Le taux de vaccination des enfants renvoie à deux indicateurs : le pourcentage d'enfants de 1 an ayant reçu le triple vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), et la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.

L'âge de la vaccination complète varie d'un pays à l'autre du fait de calendriers de vaccination différents. Les données relatives à la vaccination concernent : les enfants de 2 ans pour la rougeole en Australie, les enfants de 18-24 mois pour le DTC en Belgique, et, pour le DTC et la rougeole, les enfants de 2 ans au Canada et en Finlande, les enfants de 14-15 mois aux Pays-Bas et les enfants de 19-35 mois aux États-Unis.

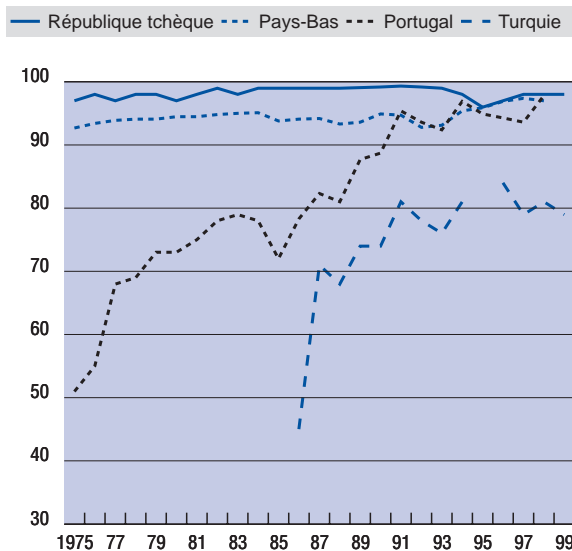
Graphique 3.5. Taux de vaccination des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, dernière année disponible



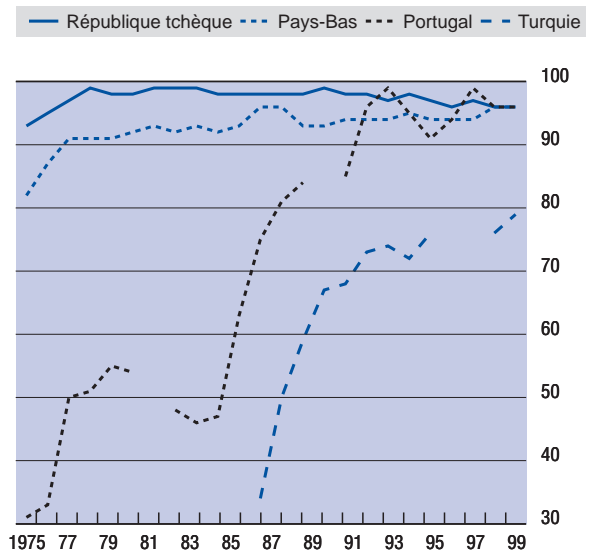
Graphique 3.6. Taux de vaccination des jeunes enfants contre la rougeole, dernière année disponible



Graphique 3.7. Tendances de la proportion d'enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche



Graphique 3.8. Tendances de la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole



Admissions en hôpital et établissement médicalisé

Les taux d'admission en hôpital et établissement médicalisé – impliquant un séjour d'au moins une nuit – sont l'un des principaux indicateurs de l'activité des systèmes de santé.

Comme on peut le voir d'après les tableaux 3.3 et 3.4 et les graphiques 3.9 et 3.10, le nombre d'hospitalisations et le nombre d'admissions en soins aigus diffèrent sensiblement selon les pays, la moyenne de l'OCDE s'établissant respectivement à 169 et 161 pour 1 000 habitants en 1998.

Les taux d'hospitalisation moyens pour 1 000 habitants ont progressé depuis les années 70 dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (graphique 3.11 et tableau 3.3), tandis que les admissions en soins aigus ont été plus stables (tableau 3.4, graphique 3.12). Ces moyennes masquent d'importants écarts. Les taux d'hospitalisation ont diminué au Canada, passant d'environ une admission pour six personnes en 1970 à une pour dix en 1998. Les États-Unis sont le seul autre pays à avoir enregistré un recul.

Il faut noter que ces tendances ne témoignent pas nécessairement d'une diminution générale du recours aux services hospitaliers. En effet, les cas

traités en hôpital de jour ne sont pas comptabilisés comme des hospitalisations parce qu'ils n'impliquent pas de séjour la nuit. Or ils ont fortement augmenté dans de nombreux pays. Aux États-Unis, environ la moitié des interventions chirurgicales sont désormais pratiquées en chirurgie de jour. Le Secrétariat s'attache maintenant à recueillir des informations dans ce domaine.

Dans le cas du Royaume-Uni, on a émis l'hypothèse que la qualité de la pratique médicale dans le réseau primaire pouvait influencer sur les taux d'hospitalisation pour les maladies chroniques, le niveau relativement faible des hospitalisations pouvant être le signe d'une plus grande efficacité de la médecine préventive (Aveyard, 1997). Il faut toutefois se garder d'établir un lien direct entre les hospitalisations et la qualité des soins car d'autres facteurs externes comme les caractéristiques socio-économiques et de morbidité de la population peuvent jouer un rôle important (Giuffrida *et al.*, 1999). La politique hospitalière et les incitations financières qu'elle comporte (systèmes de remboursement) exercent également une influence sur les taux d'hospitalisation.

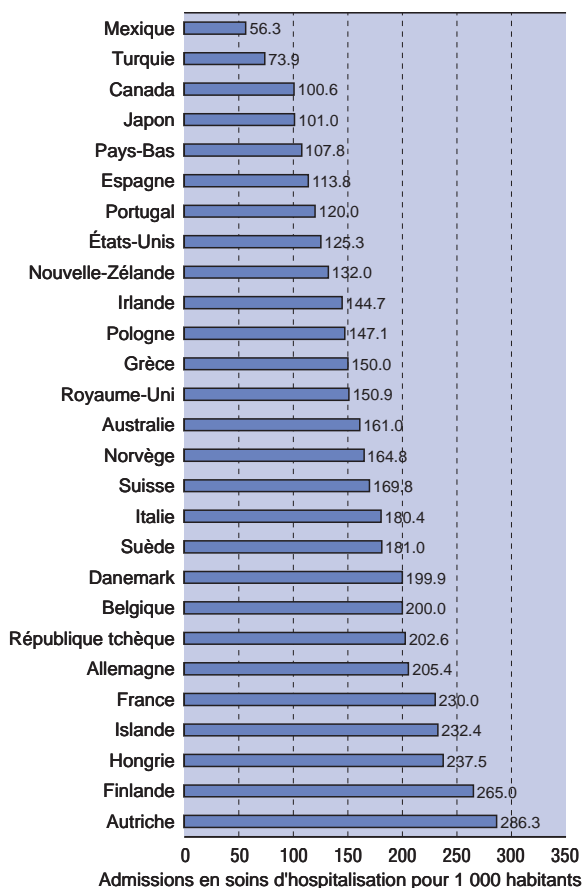
Définition et écarts

Les **hospitalisations** correspondent au nombre de patients qui ont été admis et sont restés au moins une nuit dans un établissement hospitalier, y compris les maisons médicalisées. Les cas traités en hôpital de jour, notamment les actes de chirurgie ambulatoire, ne sont pas comptabilisés.

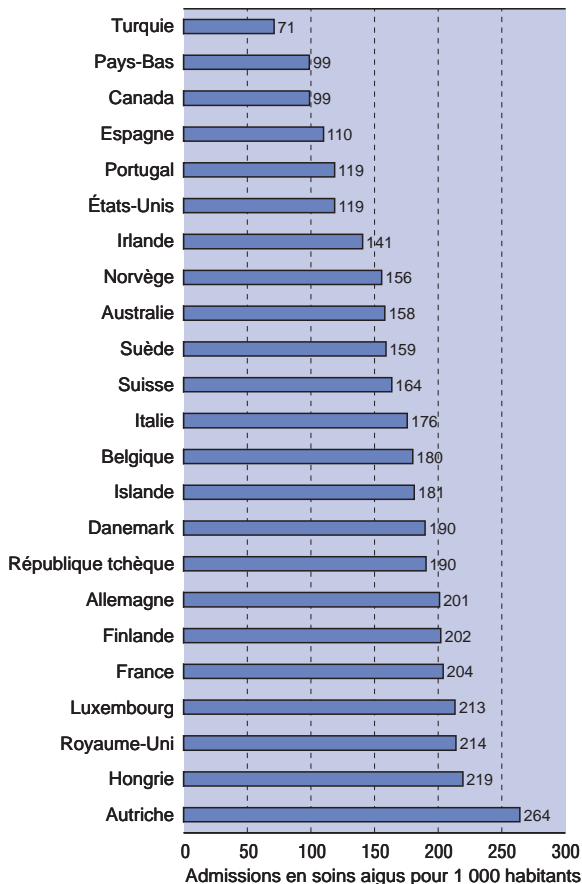
Les **admissions en soins aigus** concernent les patients admis avec pour principal motif clinique la réalisation d'un ou plusieurs des actes suivants : pratiquer un accouchement (obstétrique), guérir une maladie ou guérir définitivement une blessure, pratiquer une intervention chirurgicale, traiter les symptômes liés à une maladie ou à une blessure (à l'exclusion des soins palliatifs), limiter la gravité d'une maladie ou d'une blessure, prévenir l'aggravation d'une maladie/blessure et/ou la survenue de complications qui pourraient menacer la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme, poser un diagnostic ou exécuter un acte thérapeutique.

Certains pays définissent encore l'admission en soins aigus en fonction de la durée du séjour, se conformant à une proposition antérieure de l'OCDE.

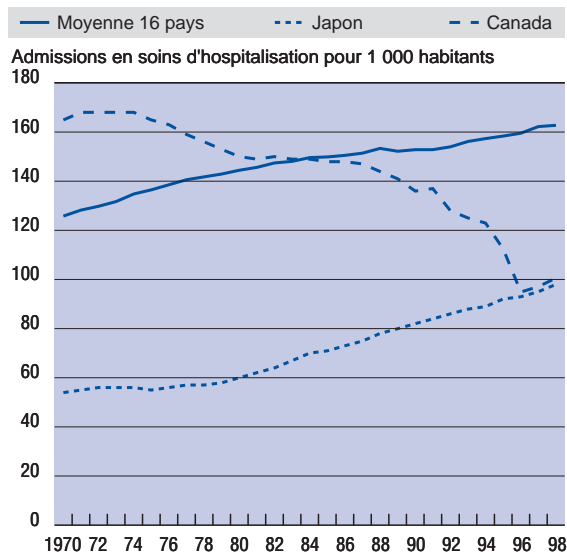
Graphique 3.9. Admissions en soins d'hospitalisation pour 1 000 habitants, fin des années 90



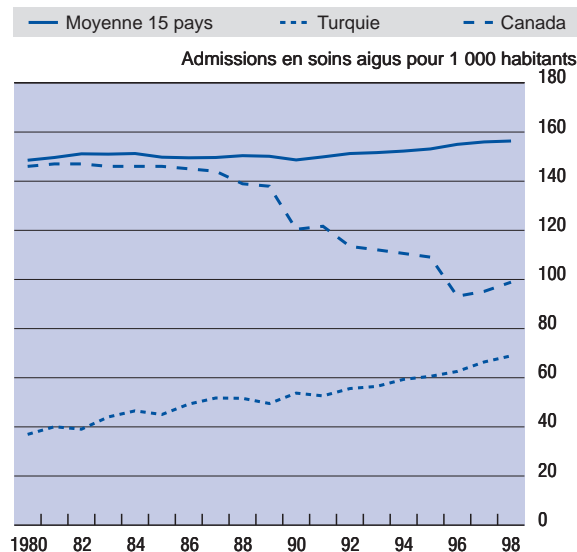
Graphique 3.10. Admissions en soins aigus pour 1 000 habitants, fin des années 90



Graphique 3.11. Admissions en soins d'hospitalisation pour 1 000 habitants, 1970-1998



Graphique 3.12. Admissions en soins aigus pour 1 000 habitants, 1980-1998



Durée moyenne de séjour en soins aigus

La durée moyenne de séjour (DMS) à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur d'efficacité. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par épisode de soins. Toutefois, l'utilisation de cet indicateur pour mesurer l'efficacité des soins requiert certaines précautions. Un séjour trop court peut en effet compromettre l'efficacité du traitement et s'avérer préjudiciable au confort du patient ou à son rétablissement. De plus, si le raccourcissement des séjours se traduit par une augmentation des taux de réadmission, les coûts ne diminueront que modérément ou risquent même d'augmenter. Il risque aussi d'y avoir des phénomènes de report sur d'autres parties du système sanitaire ou sur les patients et leurs familles. Bien que les données concernant l'impact du raccourcissement de la DMS sur la qualité des prestations soient difficiles à interpréter, des études récentes conduites aux États-Unis semblent indiquer que les économies résultant de la diminution de la durée des séjours sont modestes. Il semble que les coûts dépendent du nombre de patients et non du nombre de journées d'hospitalisation (Carey, 2000).

Le graphique 3.13 et le tableau 3.5 font apparaître de grandes disparités entre pays dans la durée moyenne de séjour pour les soins aigus. A la fin des années 90, la DMS pour les soins aigus s'échelonnait de 4.5 jours en Finlande et 4.9 jours en Nouvelle-Zélande à 10.7 jours en Allemagne et 11.4 en Suisse. Une étude nationale permet de penser que les caractéristiques des patients (âge, gravité de la maladie, revenu, niveau de formation, etc.) et celles des hôpitaux (charge de travail, caractéristiques des médecins) sont les deux principaux déterminants de la DMS (Martin et Smith, 1996). Les données présentées ici permettent de penser que d'autres

facteurs pourraient intervenir dans les comparaisons internationales.

Le graphique 3.14 révèle une diminution régulière de la DMS pour les soins aigus dans la majorité des pays de l'OCDE, la moyenne des 19 pays passant de 11 jours en 1980 à moins de 8 jours à la fin des années 90.

La diminution de la DMS pour les soins aigus est un des facteurs à l'origine de la baisse du nombre de lits en soins aigus observée au cours des 20 dernières années dans de nombreux pays. Le nombre de lits nécessaires en soins aigus dépend du taux d'hospitalisation et de la DMS. Les taux d'hospitalisation étant assez stables depuis vingt ans dans de nombreux pays (tableau 3.4), la diminution de la DMS pour les soins aigus a été principalement associée à la baisse du nombre de lits en soins aigus (graphique 3.15). Le coefficient de corrélation est de 0.51. La Turquie est une exception : le taux d'hospitalisation y a augmenté plus vite que la DMS n'a diminué, de sorte qu'on observe une progression du nombre de lits en soins aigus pour 1 000 habitants.

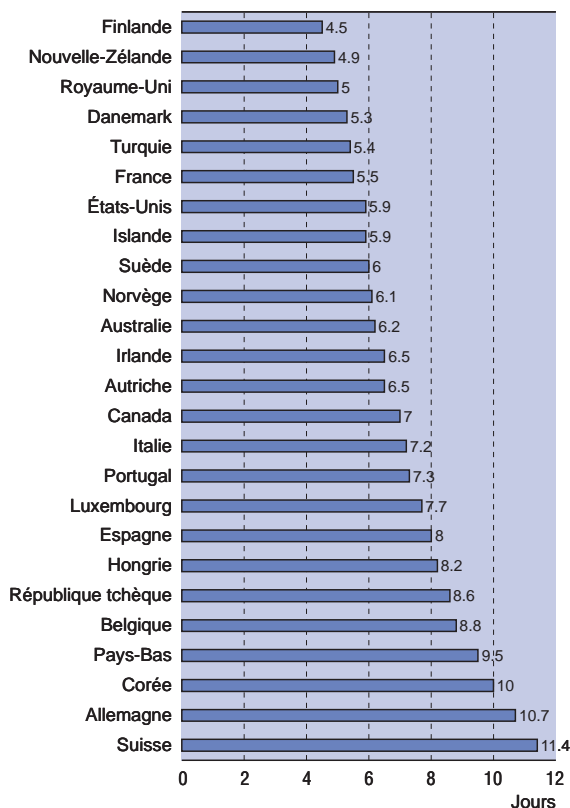
La comparabilité des données internationales pourrait être améliorée en s'attachant plus particulièrement à certaines maladies ou états de santé. Le graphique 3.16 présente les niveaux et tendances de la DMS pour les accouchements sans complication (obstétrique) dans plusieurs pays de l'OCDE. On observe de très nets écarts entre pays, mais dans tous ceux pour lesquels on peut faire des comparaisons dans le temps, la durée de séjour a fortement diminué. La durée d'hospitalisation en maternité est devenue un problème important dans certains pays où des patients se sont plaints d'avoir été renvoyés prématurément chez eux.

Définition

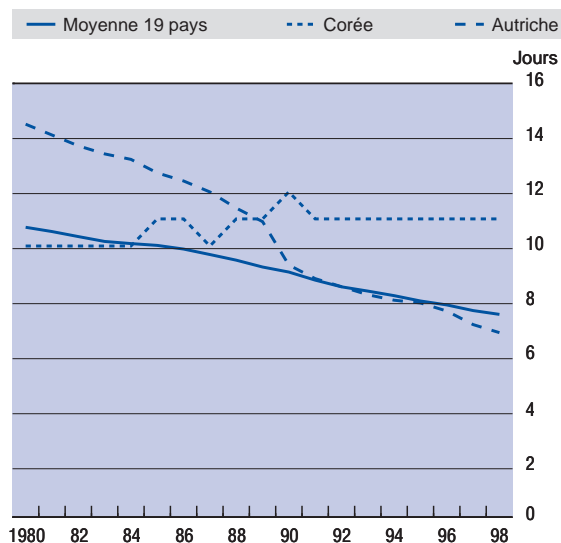
La durée moyenne de séjour (DMS) en soins aigus est le nombre moyen de jours (avec séjour la nuit) que le patient passe dans un établissement de soins aigus ; elle est obtenue en divisant le nombre total de journées passées par l'ensemble des patients dans des établissements de soins aigus au cours d'une année par le nombre des hospitalisations.

Une hospitalisation en soins aigus a pour principal motif clinique l'accomplissement d'un ou plusieurs des actes suivants : pratiquer un accouchement (obstétrique), soigner une maladie ou guérir définitivement une blessure, pratiquer une intervention chirurgicale, traiter les symptômes liés à une maladie ou à une blessure (à l'exclusion des soins palliatifs), limiter la gravité d'une maladie ou d'une blessure, prévenir l'aggravation d'une maladie/blessure et/ou la survenue de complications qui pourraient menacer la vie du patient ou compromettre le fonctionnement normal de son organisme, poser un diagnostic ou exécuter un acte thérapeutique.

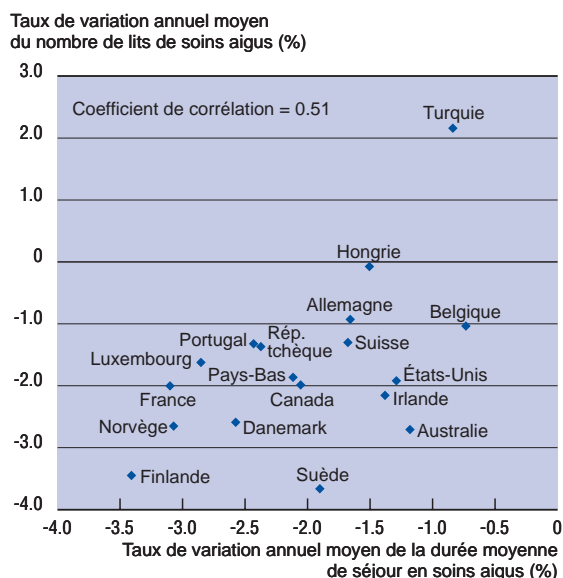
Graphique 3.13. Durée moyenne de séjour en soins aigus, fin des années 1990



Graphique 3.14. Durée moyenne de séjours en soins aigus, 1980-1998

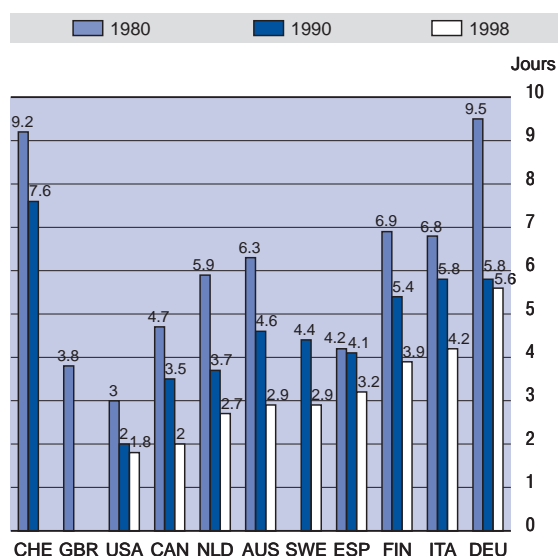


Graphique 3.15. Taux annuels moyens de variation de la durée moyenne de séjour en soins aigus et du nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1980-1998¹



1. Taux de la Belgique : période 1980-1997.

Graphique 3.16. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal¹



1. Le chiffre de 1980 se rapporte à 1981 pour les Pays-Bas ; les chiffres de 1990 et de 1998 se rapportent respectivement à 1988 et 1997 pour l'Allemagne.

4. DÉPENSES DE SANTÉ

Dépenses totales de santé.....	40
Part des dépenses de santé dans le PIB.....	42
Prise en charge des dépenses de santé	44
Dépenses pharmaceutiques	46

Dépenses totales de santé

L'augmentation des dépenses de santé est un sujet de préoccupation pour la plupart des pays de l'OCDE, si ce n'est pour tous, depuis plusieurs dizaines d'années. Préoccupation justifiée en grande partie par le fait que les trois quarts environ de ces dépenses étant financés sur les budgets publics, leur augmentation s'est traduite par un alourdissement des impôts et des cotisations sociales. Le graphique 4.1 (voir également tableau 4.1) montre les dépenses de santé par habitant, converties en dollars américains au moyen des parités de pouvoir d'achat (PPA), dans les pays de l'OCDE en 1998¹. La dépense moyenne avoisinait 1 700 \$ par habitant mais le montant le plus élevé de la fourchette était plus de 10 fois plus important que le montant le plus faible.

Le graphique 4.2 illustre la croissance des dépenses réelles² de santé par habitant sur la période 1970-1998 dans les 18 pays (indiqués au tableau 4.1) pour lesquels on dispose de données complètes. C'est en Norvège que les dépenses de santé ont augmenté le plus vite sur cette période.

Le graphique 4.3 montre la croissance cumulée des dépenses réelles de santé par habitant, exprimée

au moyen d'un indice, pour 19 pays et pour la Norvège et le Danemark, qui ont enregistré respectivement le taux de croissance le plus élevé et le plus bas entre 1970 et 1998.

Le graphique 4.4 montre le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant pour le même groupe de pays de l'OCDE. On constate une diminution de ce taux au cours de la période de 28 ans considérée. Durant la décennie 1970, parfois qualifiée de décennie « d'explosion des dépenses de santé », les dépenses ont crû en moyenne de 5.8 % par an. Ce taux est retombé à 3.3 % durant la décennie suivante, puis à 2.9 % entre 1990 et 1998.

Ces tendances laissent à penser que les efforts de maîtrise des dépenses déployés par les pays de l'OCDE ont progressivement porté leurs fruits. De précédents travaux de l'OCDE ont permis de mettre en évidence quelques-unes des réformes ayant contribué à cette maîtrise des dépenses (OCDE, 1992 et 1994a). Parmi les mesures concernées figurent l'adoption de budgets globaux par de nombreux financeurs publics et la montée en puissance du « managed care » aux États-Unis.

Définition et écarts

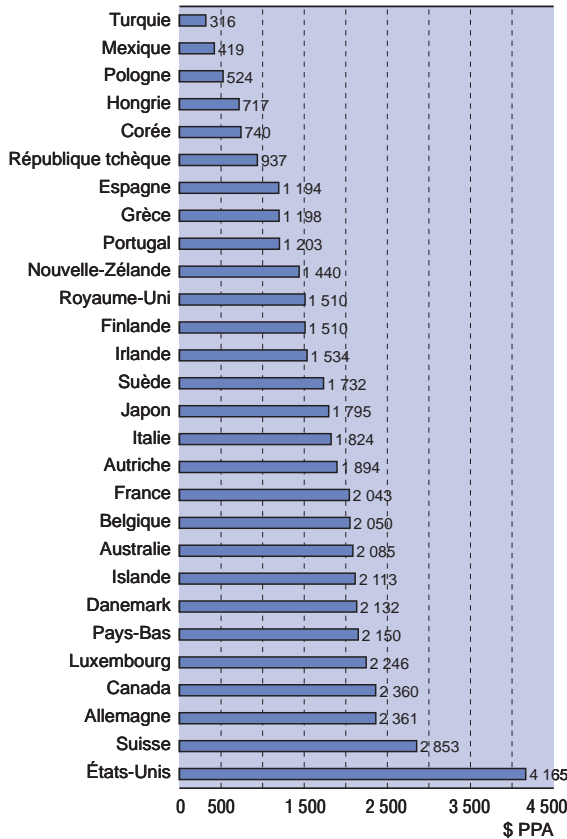
Les dépenses totales de santé correspondent à la somme des dépenses consacrées aux biens et services de santé, plus les dépenses d'équipement. Elles comprennent les dépenses effectuées par des agents économiques publics ou privés (y compris les ménages) pour l'achat de services médicaux dispensés par des hôpitaux, des maisons médicalisées, des services de soins ambulatoires, des services d'ambulance, des prestataires de soins à domicile, des laboratoires, des pharmacies et autres distributeurs de biens médicaux au détail. Sont incluses les dépenses au titre des programmes de santé publique et de prévention ainsi que les dépenses de gestion. Ne sont pas comprises les dépenses sanitaires connexes, comme celles affectées à des programmes de formation, de recherche et de santé environnementale ou à des projets d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable.

Les estimations complètes des dépenses de santé dont on dispose actuellement pour 12 pays ont été établies à partir des comptes nationaux de la santé et sont en majeure partie conformes aux nomenclatures et au champ définis dans *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000). Ces 12 pays sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, la Corée, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Islande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la République tchèque. Les pays qui n'établissent pas de comptes de la santé communiquent à l'OCDE des estimations approximatives basées sur les dépenses de santé telles qu'elles apparaissent dans les comptes nationaux. Les estimations issues des comptes nationaux de la santé sont généralement de meilleure qualité. L'absence de comptes de la santé entraîne souvent des problèmes de sous-estimation de certains postes. En Autriche, en Suède et au Royaume-Uni, le partage entre secteur sanitaire et secteur social est différent, ce qui conduit à sous-estimer certaines dépenses. Dans le cas de la Belgique, de l'Irlande et du Royaume-Uni, on soupçonne une sous-estimation des dépenses privées. L'intégration économique et sociale étroite entre le Luxembourg et les pays voisins entraîne d'importants problèmes d'estimation des dépenses de santé. Les séries de données relatives aux dépenses de la Belgique, du Portugal et de la Suède présentent d'importantes ruptures.

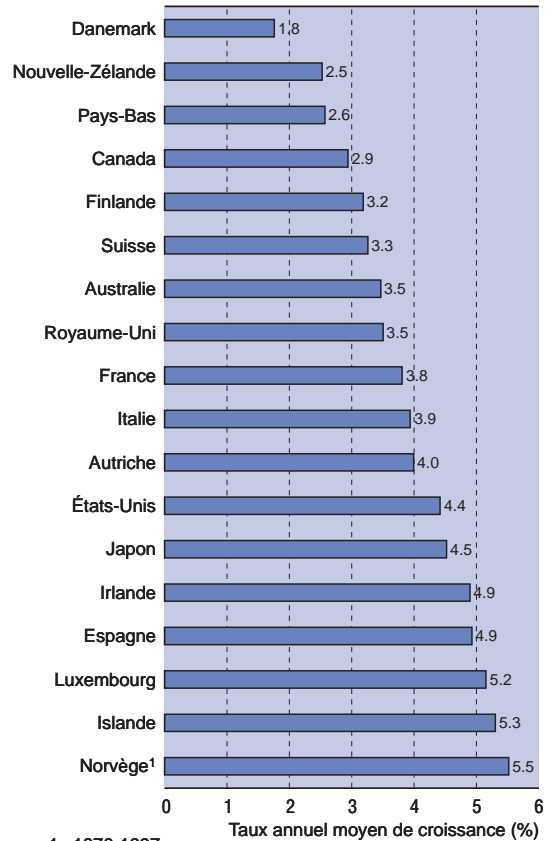
1. Voir en annexe 2 l'explication des taux de conversion des parités de pouvoir d'achat.

2. Voir en annexe 2 la note sur la comparaison des dépenses réelles de santé.

Graphique 4.1. Dépenses de santé par habitant (\$ PPA), 1998



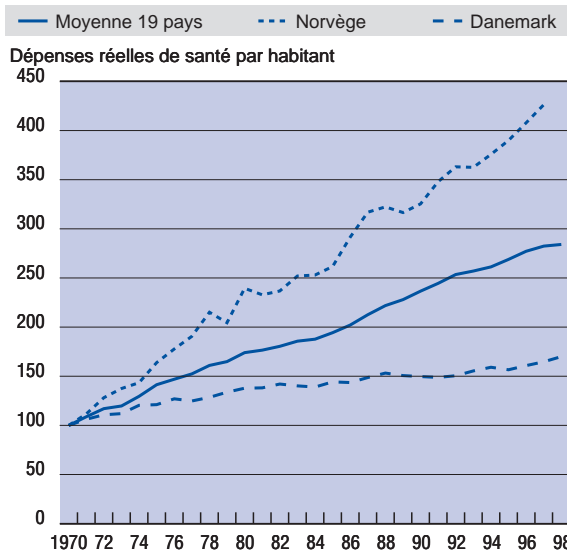
Graphique 4.2. Taux annuels moyens de croissance, dépenses réelles de santé par habitant, 1970-1998



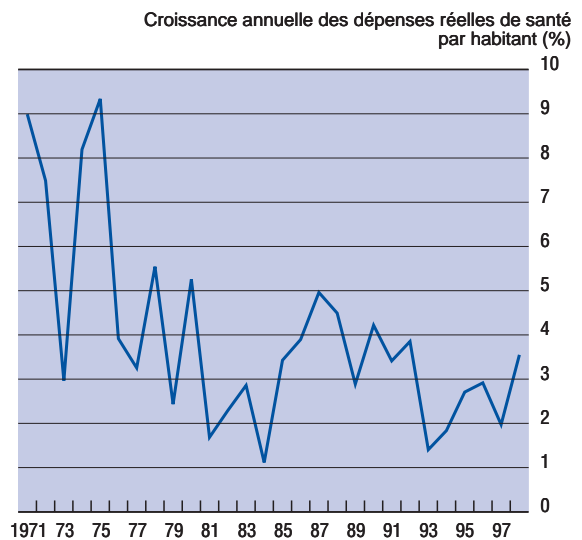
1. 1970-1997.

Graphique 4.3. Dépenses réelles de santé par habitant, chiffres ajustés par le déflateur du PIB, 1970-1998

Indice 1970 = 100



Graphique 4.4. Croissance annuelle des dépenses réelles de santé par habitant, moyenne 19 pays, 1970-1998



Part des dépenses de santé dans le PIB

Les considérations liées à l'accessibilité économique et à la maîtrise des dépenses amènent à s'intéresser aux variations dans le temps et l'espace du rapport entre les dépenses de santé et le PIB par habitant. Si les dépenses de santé par habitant augmentent plus vite que le PIB par habitant, cela réduit la part du PIB pouvant être consacrée à la consommation d'autres biens et services souhaitables.

Le graphique 4.7 illustre une relation bien connue suggérant que le niveau des dépenses de santé par habitant dépend en partie du PIB par habitant. On a ajusté une relation logarithmique de telle façon que la pente de la droite représente « l'élasticité-revenu » des dépenses de santé – le rapport entre l'augmentation de la consommation de soins et la croissance du produit national, défini par la variation en pourcentage des dépenses de santé par habitant divisée par la variation en pourcentage du PIB par habitant. L'élasticité ainsi calculée est proche de 1.3. Ce chiffre correspond à peu près à d'autres estimations issues de comparaisons internationales (Gerdtham et Jonsson, 2000). Une élasticité-revenu pure lie l'augmentation en volume des soins de santé à l'augmentation du revenu. Toutefois, nos estimations incorporent probablement un effet prix relatif ainsi qu'un effet volume car les dépenses de santé exprimées en monnaie nationale ont été converties en dollars américains au moyen des parités de pouvoirs d'achat (PPA) du PIB et non pas des PPA du secteur de la santé (voir annexe 2). De ce fait, les écarts de prix des services médicaux entre les pays déterminent en partie les différences de niveaux des dépenses de santé. La santé étant un secteur à forte

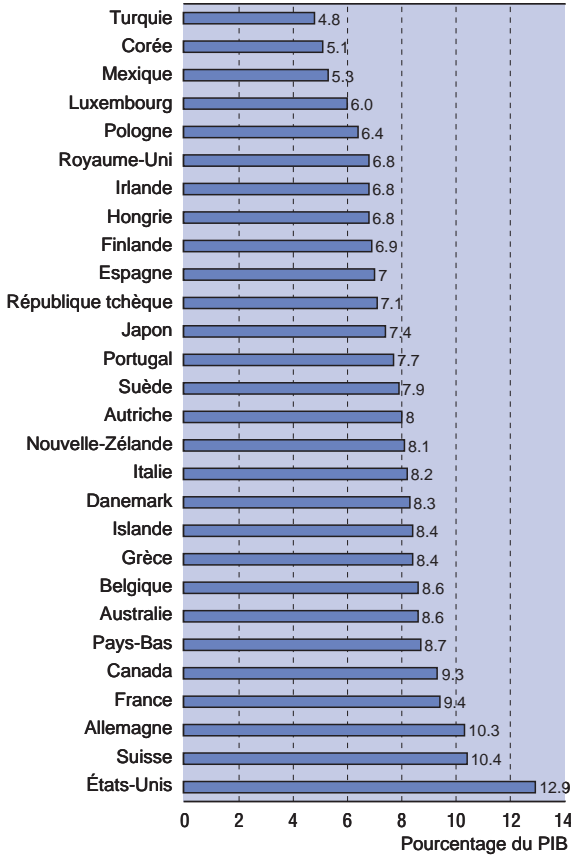
intensité de main-d'œuvre, les prix médicaux tendent à être d'autant plus élevés que le niveau de vie est élevé, tout au moins si l'on compare des pays utilisant des technologies médicales similaires.

La part des dépenses de santé dans le PIB en 1998 dans les différents pays de l'OCDE est représentée par le graphique 4.5 (voir également le tableau 4.2). Les États-Unis, dont les dépenses représentent 12.9 % du PIB, arrivent en tête de classement.

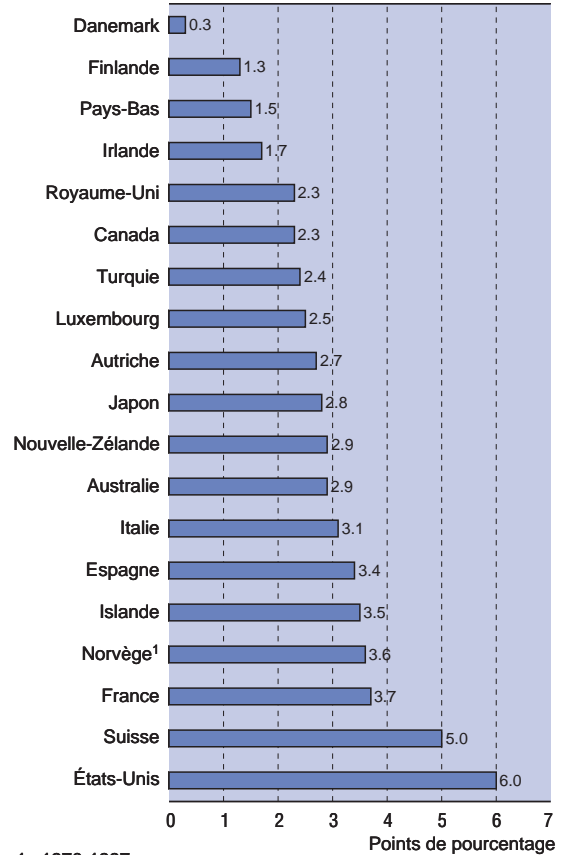
Le graphique 4.6 illustre l'évolution de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 1970 et 1998. Les variations les plus importantes, d'après les données communiquées à l'OCDE, sont intervenues aux États-Unis et en Suisse, lesquels ont enregistré respectivement 6.0 % et 5.0 % d'augmentation annuelle.

Le graphique 4.8 présente l'évolution moyenne de la part des dépenses de santé dans le PIB dans 20 pays de l'OCDE entre 1970 et 1998 et celle des pays ayant enregistré le pourcentage de variation le plus élevé et le plus faible, en l'occurrence les États-Unis et le Danemark. On constate que le rythme de progression moyen s'est stabilisé dans les années 90 sous l'effet conjugué de la décélération de la croissance des dépenses de santé (graphique 4.4) et de la forte croissance économique enregistrée dans la zone OCDE à l'époque (tableau 6.3). Il reste à savoir si cette stabilisation se maintiendra face à l'évolution technique continue des soins de santé, au vieillissement de la population (voir section 6) et à un éventuel ralentissement de la croissance économique.

Graphique 4.5. Dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut, 1998

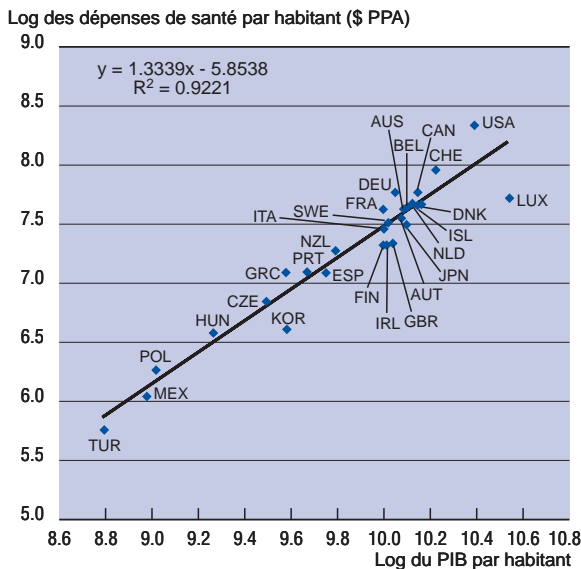


Graphique 4.6. Évolution des dépenses de santé en proportion du produit intérieur brut, 1970-1998

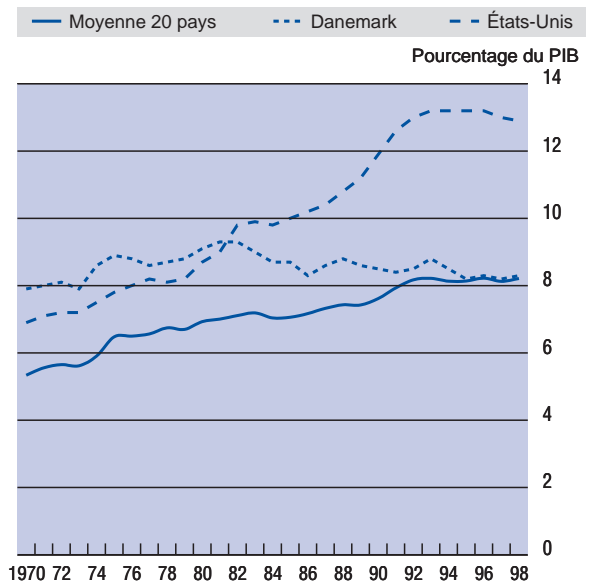


1. 1970-1997.

Graphique 4.7. Produit intérieur brut par habitant et dépenses de santé par habitant, 1998



Graphique 4.8. Dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut, 1970-1998



Prise en charge des dépenses de santé

Les sources de financement des soins de santé, et en particulier la répartition de la charge entre acteurs publics et privés, reviennent régulièrement au centre des débats dans la plupart des pays de l'OCDE. La prise en charge publique des dépenses de santé, synonyme de financement obligatoire principalement par le biais de l'impôt ou des cotisations sociales, a connu un grand succès dans la plupart des pays de l'OCDE car elle permet d'offrir une assurance médicale basée sur la mutualisation des risques entre une large partie de la population et d'adapter les taux de remboursement à la capacité de paiement et les traitements aux besoins. La prise en charge privée, synonyme de financement facultatif par le patient lui-même ou par des assurances médicales privées, demeure assez répandue pour des raisons diverses, notamment parce que les pouvoirs publics ne souhaitent pas financer l'intégralité des dépenses de santé et parce que certains pays sont attachés au principe de l'assurance facultative.

Le graphique 4.9 compare les taux de couverture publique des dépenses en 1998 dans les 27 pays ayant communiqué des données pour cette année là. Le Luxembourg et la République tchèque arrivent en

tête, la part publique des dépenses y atteignant respectivement 92.4 % et 91.9 %. Les États-Unis arrivent en dernière position, avec un niveau de financement public de 44.8 %.

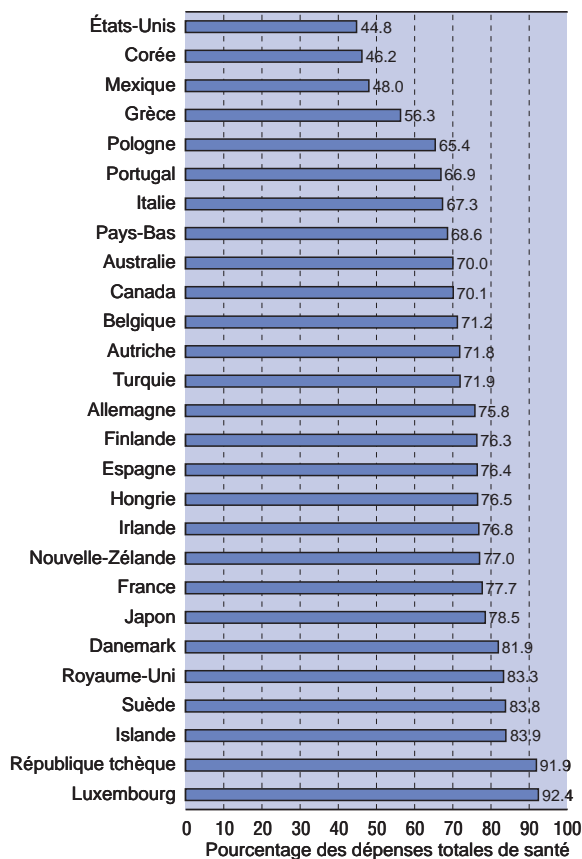
Le partage de la charge financière entre secteur public et secteur privé a évolué au cours des dernières décennies dans de nombreux pays de l'OCDE. Le graphique 4.10 illustre l'évolution de la part des dépenses publiques entre 1970 et 1998 dans 21 pays. Seuls trois pays ont enregistré un pourcentage de variation supérieur à 10 points. La part des dépenses prise en charge par les organismes publics s'est accrue modestement, passant d'environ 72 % en 1970 à près de 75 % en 1998 (voir tableau 4.3).

Le graphique 4.11 fait apparaître une assez grande convergence des taux de prise en charge publique des dépenses de santé dans les différents pays de l'OCDE. Ceux où la part du financement public était faible en 1970, notamment les États-Unis, la Turquie et l'Espagne, ont vu cette part augmenter. Inversement, elle a diminué dans des pays comme la Norvège, le Royaume-Uni et l'Italie, qui partaient d'un niveau élevé en 1970.

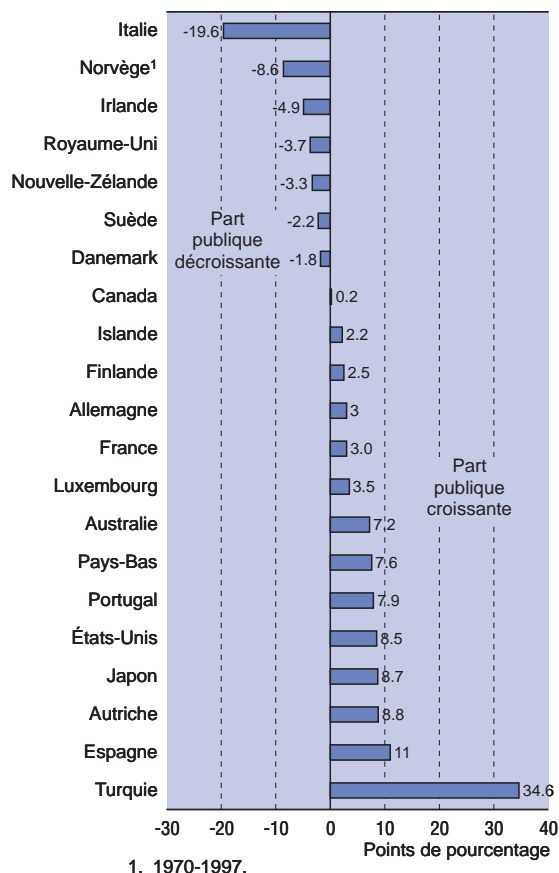
Définition

Les dépenses publiques de santé incluent les soins financés par l'administration centrale, les États fédérés, les collectivités locales ou les régimes de sécurité sociale et les investissements publics dans des équipements de santé. Les dépenses privées correspondent aux versements directs des patients, aux paiements effectués par les assurances médicales privées et les organismes de bienfaisance, au financement des services de médecine du travail par les entreprises et aux investissements privés dans des équipements de santé. Les mécanismes de financement privés peuvent emprunter certaines caractéristiques aux systèmes d'assurance sociale (c'est le cas notamment des systèmes de couverture médicale mis en place par les entreprises aux États-Unis).

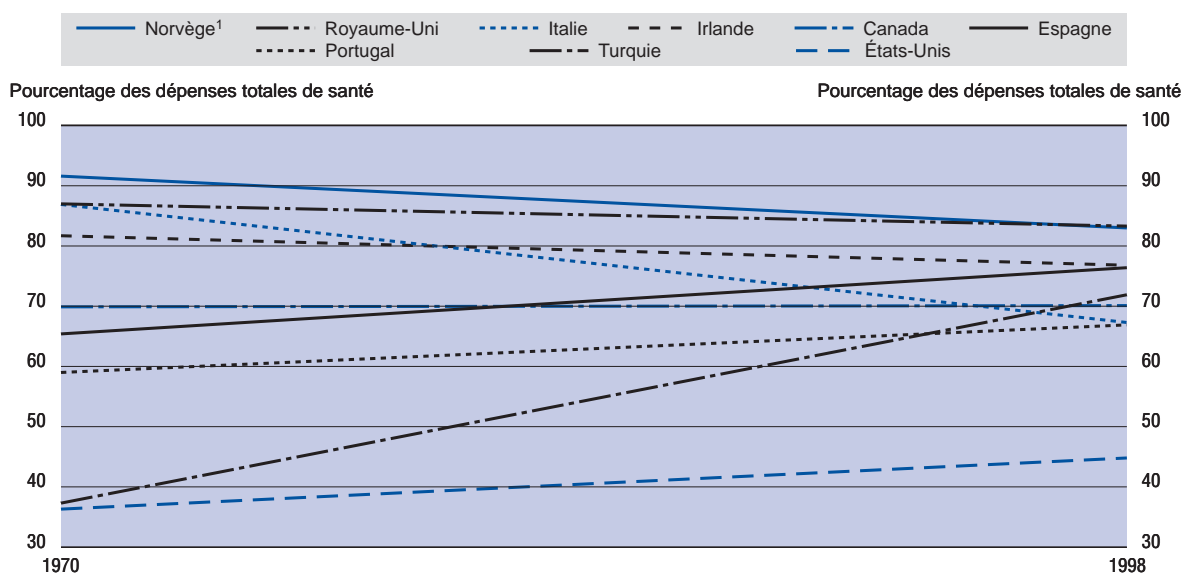
Graphique 4.9. Financement public en pourcentage des dépenses de santé, 1998



Graphique 4.10. Évolution de la part publique des dépenses de santé, 1970-1998



Graphique 4.11. Part publique des dépenses de santé, en 1970 et en 1998 (avec interpolations linéaires)



1. 1970-1997.

Dépenses pharmaceutiques

Beaucoup de nouveaux médicaments apportant un véritable bénéfice thérapeutique aux populations des pays de l'OCDE ont été mis sur le marché au cours des dernières décennies, ce qui explique sans doute l'augmentation de la part des dépenses pharmaceutiques dans le total des dépenses de santé observée ces dernières années (voir tableau 4.5).

En 1998, les dépenses pharmaceutiques moyennes par habitant s'établissaient à 256 \$ pour un groupe de 25 pays (tableau 4.4).

Comme le montre le graphique 4.12, la France arrivait en tête de ces 25 pays avec des dépenses pharmaceutiques de 447 \$ par habitant en 1998, tandis que la Corée enregistrait le niveau de dépenses pharmaceutiques le plus faible (102 \$ par habitant).

Du point de vue de l'évolution des dépenses, le graphique 4.15, qui montre le taux de croissance réelle des dépenses pharmaceutiques de 13 pays de 1970 à 1998, fait apparaître des écarts de près de 1 à 3, la moyenne annuelle s'établissant à 3.6 % (tableau 4.4).

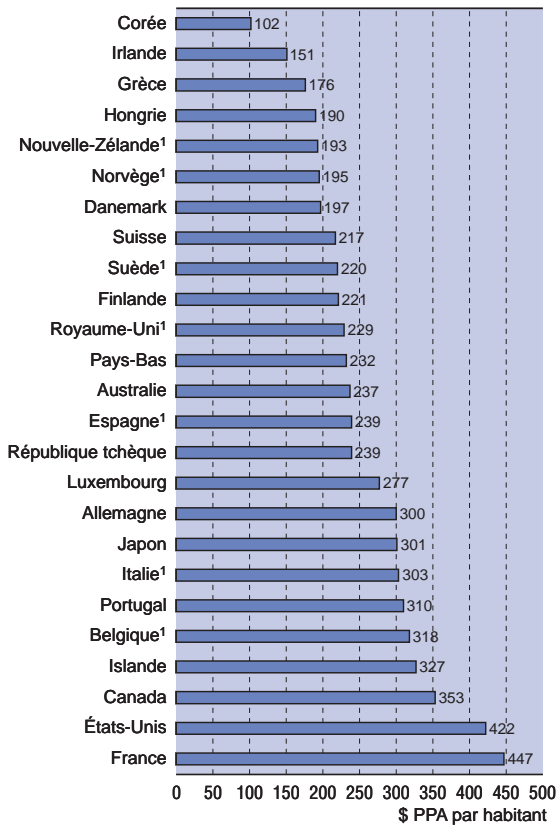
Le graphique 4.14 révèle une augmentation continue des dépenses réelles de produits pharmaceutiques par habitant entre 1970 et 1997 dans les 14 pays pour lesquels on dispose de données. Sur cette période, ces dépenses ont été multipliées par 2.6. On a également représenté au graphique 4.14 l'évolution des dépenses pharmaceutiques en Islande et en Irlande, ces deux pays ayant connu des taux de croissance respectivement supérieurs et inférieurs à la moyenne.

Le graphique 4.13 représente les dépenses de produits pharmaceutiques en pourcentage des dépenses totales de santé en 1997/98. La part moyenne, qui a légèrement baissé entre 1970 et 1980 mais a nettement augmenté depuis 1990, s'établissait à 14.1 % en 1998 (tableau 4.5). Elle tend à être plus faible dans les pays dont le PIB par habitant est comparativement élevé et inversement. Les pays où la part des dépenses pharmaceutiques dans le total des dépenses est la plus faible sont la Suisse, la Norvège et le Danemark, ceux où elle est la plus élevée étant la Hongrie, le Portugal et la République tchèque (pour plus de précisions, voir Jacobzone, 2000b).

Définition

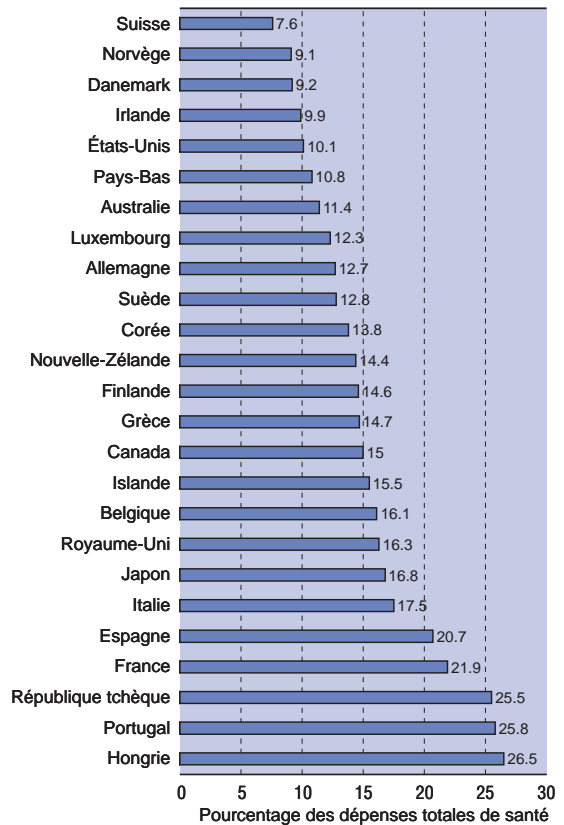
Les dépenses pharmaceutiques comprennent les dépenses de médicaments délivrés sur ordonnance et d'automédication, c'est-à-dire l'achat de médicaments en vente libre. Elles incluent également la rémunération des pharmaciens lorsque celle-ci est distincte du prix des médicaments. Les médicaments consommés dans les hôpitaux sont exclus.

Graphique 4.12. Dépenses totales de produits pharmaceutiques par habitant (\$ PPA), 1998

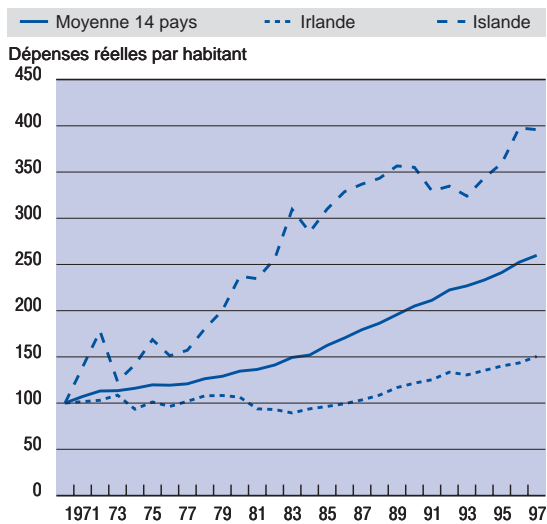


1. Chiffres de 1997.

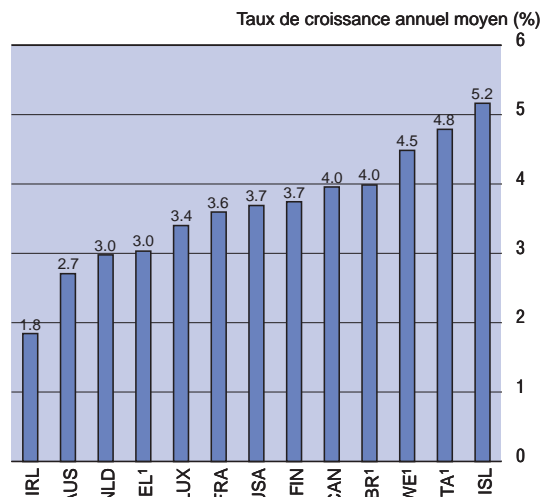
Graphique 4.13. Dépenses de produits pharmaceutiques dans la part des dépenses totales de santé, 1997/98



Graphique 4.14. Dépenses réelles de produits pharmaceutiques par habitant, 1970-1997
Indice 1970 = 100



Graphique 4.15. Taux de croissance réel des dépenses en produits pharmaceutiques par habitant, 1970-1998



1. 1970 à 1997.

5. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

Consommation de tabac.....	50
Consommation d'alcool.....	52
Indice de masse corporelle.....	54

Consommation de tabac

Le tabagisme est le premier risque évitable pour la santé dans les pays de l'OCDE. C'est un facteur de risque important pour au moins deux des grandes causes de mortalité prématurée dans les pays de l'OCDE, à savoir les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire. Bien que la consommation de tabac ait diminué au cours des dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE, seuls quelques pays (par exemple, le Portugal, la Suède et les États-Unis) ont réduit la proportion de fumeurs quotidiens parmi la population adulte à moins de 20 % en 2000 (tableau 5.1).

Les graphiques 5.1 et 5.2 montrent que la proportion de femmes et d'hommes qui déclarent fumer quotidiennement est très variable d'un pays à l'autre de l'OCDE. Il existe encore dans la plupart des pays un écart considérable entre la proportion de fumeurs chez les femmes et chez les hommes, ces derniers continuant à fumer davantage que les femmes. Cette différence entre les sexes est particulièrement marquée au Japon, en Corée et en Turquie. L'écart est important aussi au Portugal, la proportion de fumeurs parmi les hommes n'étant pas très éloignée de la moyenne OCDE. C'est la très faible proportion de fumeuses portugaises qui explique la consommation globalement faible de tabac dans ce pays.

Du point de vue de l'évolution dans le temps, le graphique 5.3 montre que l'écart entre la proportion de fumeurs chez les femmes et les hommes s'est réduit dans la plupart des pays de l'OCDE, en prenant les

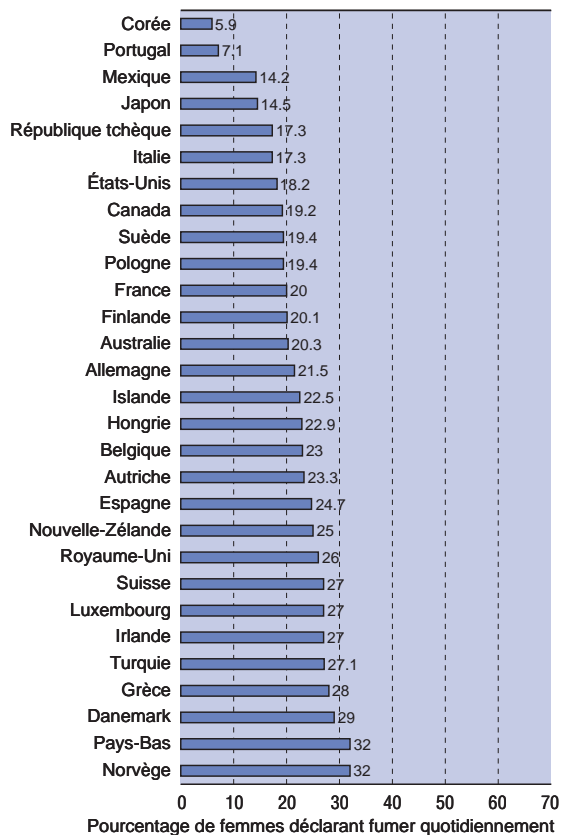
États-Unis et le Japon pour exemple. Au Japon notamment, la proportion d'hommes qui déclarent fumer régulièrement est passée de plus de 80 % dans les années 60 à 54 % en 1999. Comparativement, la proportion de Japonaises déclarant fumer n'a diminué que de façon marginale, passant de 16 à 15 % au cours de cette période. En Suède (qui n'apparaît pas sur le graphique), le tabagisme masculin a décliné très rapidement au cours des deux dernières décennies – la proportion d'hommes déclarant fumer quotidiennement était de 41 % en 1977 contre seulement 19 % en 1999 – ce qui explique l'élimination de l'écart de consommation de tabac entre les sexes observé dans ce pays.

Le graphique 5.4 montre la corrélation existant entre la consommation de tabac (mesurée en grammes par habitant) et les décès par cancer du poumon dans les pays de l'OCDE, à vingt ans d'intervalle. Il n'est pas surprenant de constater qu'une consommation de tabac plus élevée va généralement de pair avec des taux de mortalité par cancer du poumon plus élevés vingt ans plus tard. De récentes analyses économétriques des déterminants de la mortalité prématurée, qui s'appuient sur des données d'*Eco-Santé OCDE*, apportent des preuves supplémentaires de la relation entre un niveau plus élevé de consommation de tabac (et d'alcool) et une incidence plus forte de la mortalité prématurée, compte tenu des autres déterminants de la santé comme le statut professionnel, le PIB et les dépenses de santé par habitant (Or, 2000a).

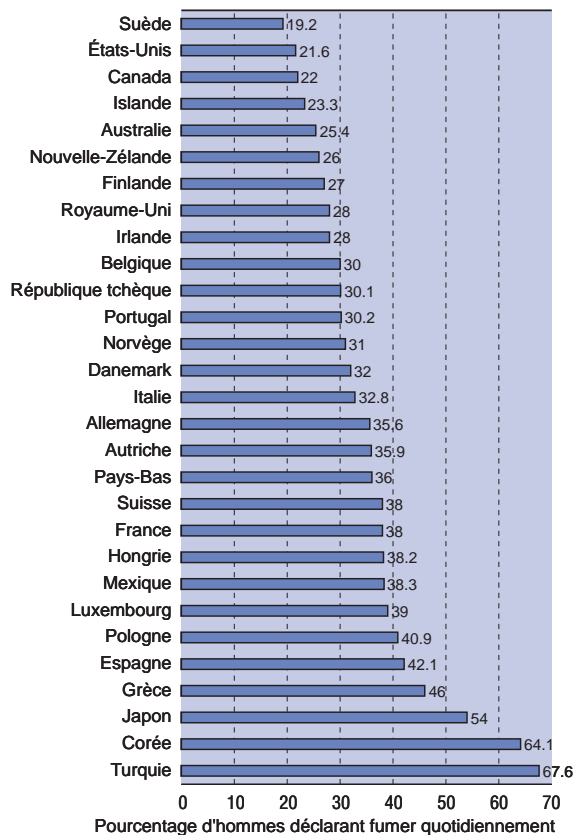
Définition

La proportion de fumeurs quotidiens est égale au pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare fumer chaque jour.

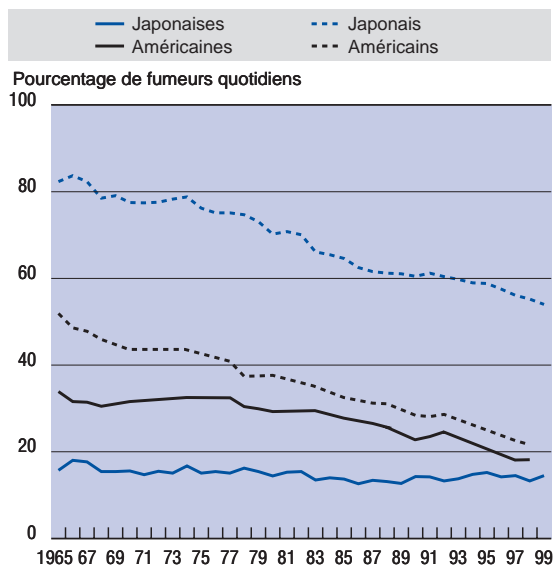
Graphique 5.1. Pourcentage de femmes qui déclarent fumer quotidiennement, dernière année disponible



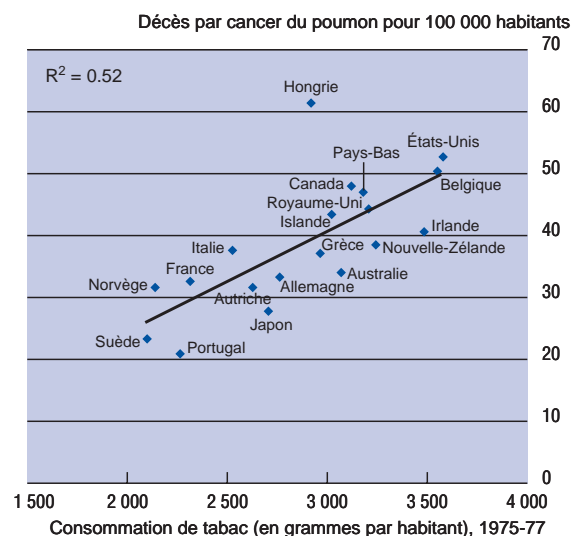
Graphique 5.2. Pourcentage d'hommes qui déclarent fumer quotidiennement, dernière année disponible



Graphique 5.3. Pourcentage de fumeurs quotidiens, hommes et femmes, au Japon et aux États-Unis, fin des années 60 à fin des années 90



Graphique 5.4. Consommation de tabac, 1975-77 et décès par cancer du poumon, 1995-97



Consommation d'alcool

L'abus d'alcool est considéré comme un important facteur de risque d'accidents (mortels ou non) et augmente la probabilité de développer certaines maladies comme la cirrhose du foie et les cancers de l'appareil digestif.

La consommation d'alcool (mesurée d'après les ventes d'alcool pur en litres) par personne de 15 ans et plus a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE dans les années 60 et 70, puis a commencé à diminuer au cours des deux décennies suivantes. Globalement, dans les 25 pays pour lesquels on dispose de chiffres couvrant la période 1960-1998, la consommation annuelle moyenne d'alcool est d'abord passée de 7.5 litres par adulte en 1960 à 11.1 litres en 1980 pour diminuer ensuite régulièrement et retomber à environ 9.9 litres en 1998 (graphiques 5.6 et 5.7, et tableau 5.2).

La consommation d'alcool est très variable selon les pays (graphique 5.5). En Turquie, la consommation moyenne par adulte n'était que de 1.6 litre en 1998, alors que la moyenne de l'OCDE se situait à 9.9 litres et celle de la France à 15.6 litres (données 1996), le pays de l'OCDE qui consomme le plus d'alcool (hormis le Luxembourg dont la consommation réelle est sans doute surestimée par le fait que les ventes nationales incluent une consommation significative des touristes/étrangers et le trafic transfrontalier de boissons alcoolisées). Parmi les pays à fort revenu, la consommation d'alcool est comparativement basse en Islande, en Norvège et en Suède ; tous ces pays ont mis en place des politiques globales de réglementation de la consommation d'alcool (restrictions concernant la vente d'alcool aux personnes de moins de 20 ans, réglementation des horaires et points de vente,

imposition de lourdes taxes conduisant à des prix élevés, nombreuses interdictions frappant la publicité sur les vins et spiritueux, etc.). Ces vingt dernières années, de nombreux autres pays ont adopté des mesures visant à réduire la consommation globale d'alcool, à lutter contre les comportements à risque et à faciliter l'accès des buveurs excessifs et des sujets alcoolodépendants à des traitements efficaces.

Dans les pays d'Europe du Sud, la consommation d'alcool a également diminué régulièrement. La France, l'Espagne et le Portugal ont tous enregistré un net recul de la consommation par adulte par rapport au niveau record atteint il y a deux ou trois décennies, mais les niveaux de consommation demeurent relativement élevés.

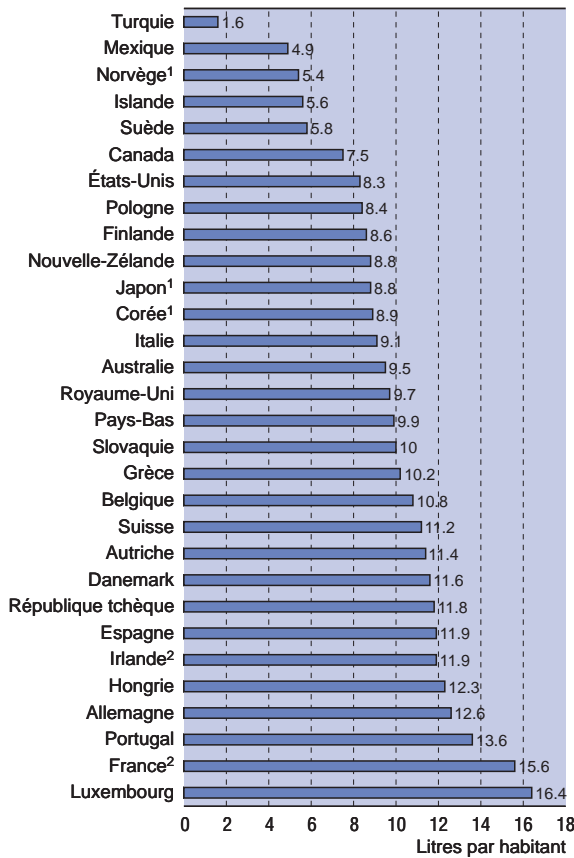
Le graphique 5.8 montre que les pays où la consommation d'alcool est relativement forte tendent à enregistrer des taux de décès par cirrhose du foie plus élevés à cinq ans d'intervalle que les pays où cette consommation est plus modérée (la même relation peut être observée à dix ans ou à vingt ans). L'évolution des décès imputables à la cirrhose du foie au cours des trente dernières années suit très étroitement celle de la consommation d'alcool. En France, par exemple, la mortalité masculine due à la cirrhose du foie, qui avait culminé à 48.6 décès pour 100 000 personnes en 1965, a nettement chuté pour s'établir à 20 pour 100 000 en 1995, suivant en cela la diminution de la consommation d'alcool observée durant cette période. Les taux de décès par cirrhose ont également culminé en Italie, en Espagne et au Portugal au milieu des années 70, puis ont fortement régressé à partir de cette période parallèlement à la diminution régulière de la consommation d'alcool en Europe méridionale.

Définition et écarts

La consommation d'alcool correspond aux ventes annuelles d'alcool pur, exprimées en litres, par personne âgée de 15 ans ou plus.

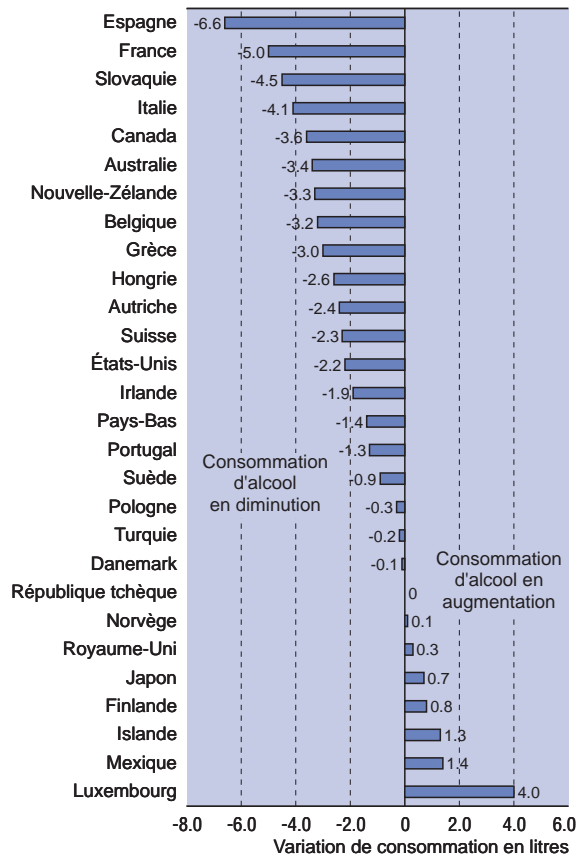
Les méthodes de conversion des boissons alcoolisées en alcool pur peuvent varier selon les pays. Certains pays notifient la consommation parmi la population âgée de 14 ans ou plus (Italie), de 16 ans ou plus (Suède) ou de 20 ans ou plus (Japon). Pour certains pays, les ventes nationales ne reflètent pas précisément la consommation réelle, parce que les marchés noirs, la consommation des touristes et le trafic transfrontalier de boissons alcoolisées peuvent créer un écart significatif entre les ventes et la consommation réelle.

Graphique 5.5. Consommation d'alcool en litres (par habitant âgé de 15 ans et plus), 1998



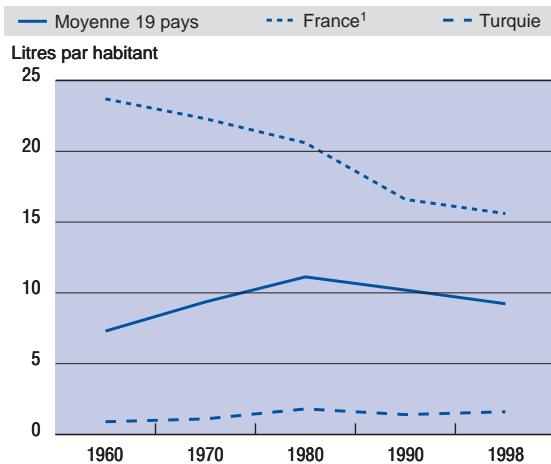
1. Données de 1997. 2. Données de 1996.

Graphique 5.6. Variation de la consommation d'alcool par habitant (population âgée de 15 ans et plus), 1980-1998¹



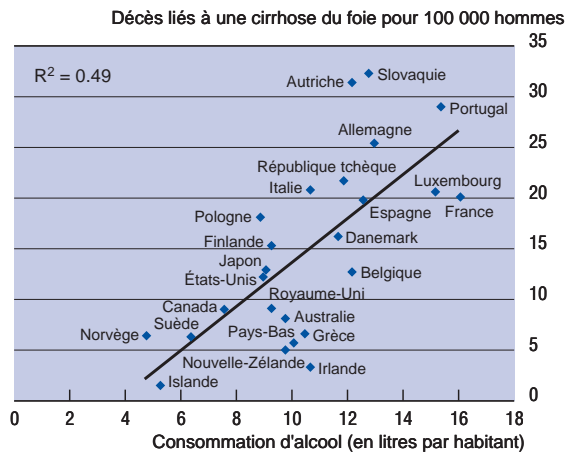
1. Les chiffres de 1996 ou de 1997 ont été utilisés dans certains cas.

Graphique 5.7. Consommation d'alcool en litres par habitant âgé de 15 ans et plus, 1960-1998



1. Le chiffre de 1998 se rapporte à 1996.

Graphique 5.8. Décès liés à une cirrhose du foie en 1997 pour 100 000 habitants (hommes) et consommation d'alcool, 1992¹



1. Certains chiffres de consommation sont pour 1990 ou 1991, auxquels cas les chiffres de mortalité se rapportent à 1995 et 1996 respectivement.

Indice de masse corporelle

Contrairement à beaucoup d'autres facteurs de risque, l'excès de poids et l'obésité sont en augmentation dans l'ensemble des pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données rétrospectives. La prévalence croissante des problèmes d'excès de poids dans les pays de l'OCDE est due, entre autres, à une alimentation trop riche associée au manque d'exercice physique. L'obésité augmente le risque de maladies chroniques graves comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et les troubles musculo-squelettiques.

Comme on peut le constater à la lecture des graphiques 5.9 et 5.10 (et du tableau 5.3), la proportion d'obèses dans la population âgée de 15 ans et plus est très variable selon les pays puisqu'elle se situe dans une fourchette comprise entre 2.7 % en Corée et 25.1 % aux États-Unis. Les autres pays où une proportion importante de la population a un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 sont le Royaume-Uni, la Hongrie, l'Australie et l'Islande, où près d'une personne sur cinq âgée de 15 ans et plus (hommes et femmes) peut être considérée comme obèse. Il faut noter à ce sujet que dans le cas de l'Islande, les données ne portent que sur la population de 45 à 64 ans. En revanche, la proportion de sujets souffrant d'obésité est plus basse (entre 6 et 8 %) dans la plupart des pays scandinaves

(Danemark, Suède et Norvège) et dans certains pays d'Europe continentale (Pays-Bas et Suisse).

L'obésité touche davantage les femmes que les hommes dans les deux tiers des pays. Cet écart entre les sexes est particulièrement important aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Des études réalisées dans divers pays indiquent également que les problèmes d'obésité ont tendance à être plus fréquents chez les personnes appartenant à des catégories socio-économiques défavorisées.

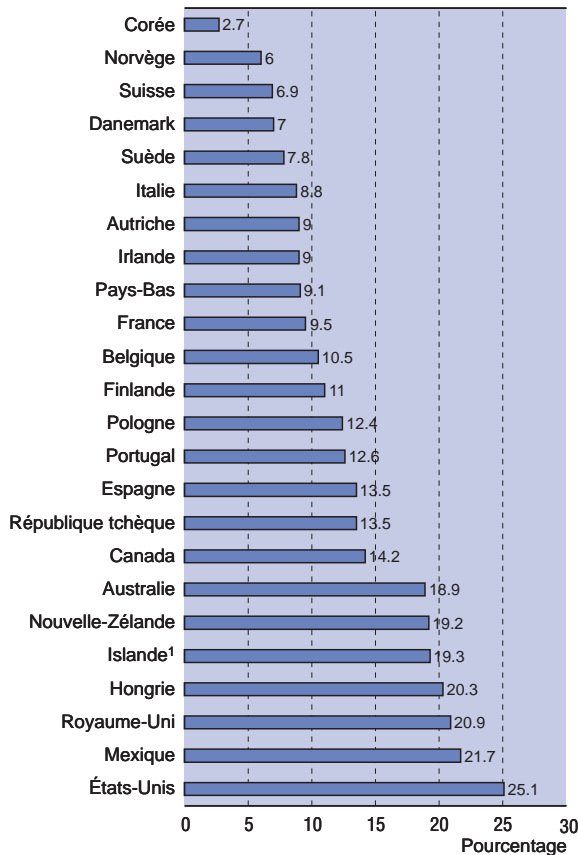
Les problèmes d'obésité vont croissant dans tous les pays pour lesquels on dispose de données tendancielle (graphique 5.11), la croissance étant particulièrement marquée en Australie et au Royaume-Uni. L'obésité est plus fréquente chez les hommes comme chez les femmes et concerne toutes les tranches d'âge.

L'obésité est plus facile à prévenir qu'à traiter. Les autorités de santé publique auraient donc intérêt à prendre des mesures pour enrayer ce phénomène, notamment des mesures de prévention consistant, par exemple, à promouvoir une alimentation plus équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique à tout âge. Il serait peut être également nécessaire d'accroître les efforts de détection précoce de l'obésité chez les enfants et les jeunes adultes ayant une prédisposition.

Définition

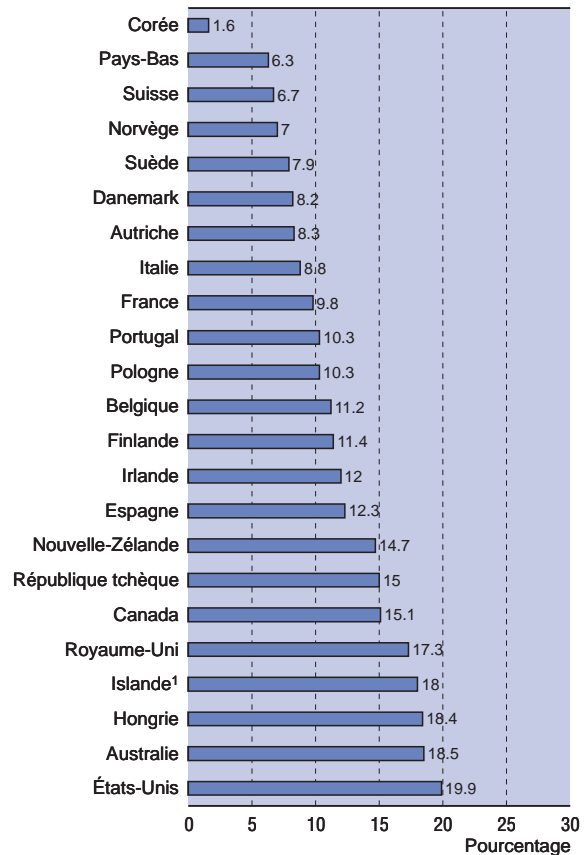
L'indice de masse corporelle (IMC) est un chiffre rapportant le poids d'un individu à sa taille (poids/taille au carré, le poids étant exprimé en kilogrammes et la taille en mètres). Une personne est considérée comme obèse lorsque son IMC est supérieur à 30.

Graphique 5.9. Pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 30 (population obèse), dernière année disponible



1. Les chiffres se rapportent uniquement aux personnes âgées de 45 à 64 ans.

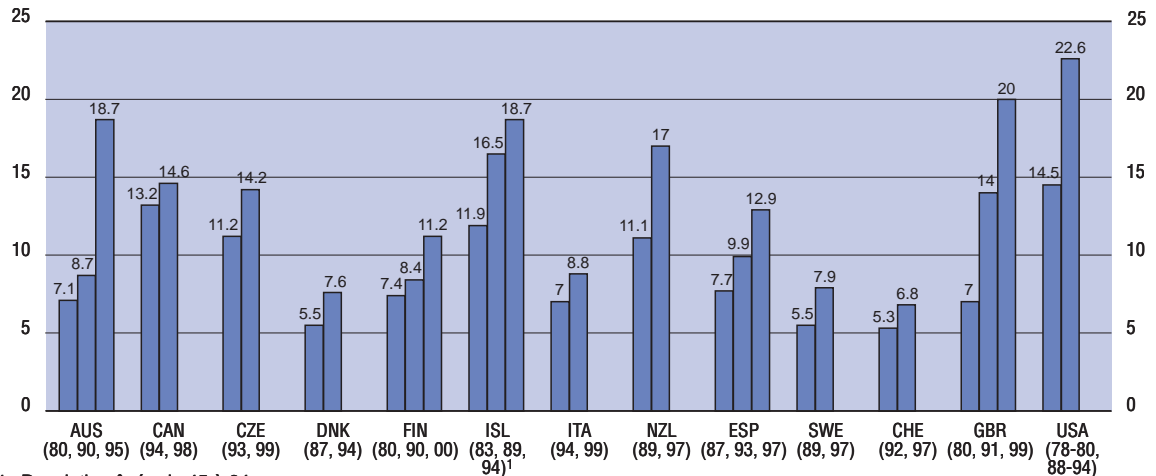
Graphique 5.10. Pourcentage d'hommes âgés de 15 ans et plus dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 30 (population obèse), dernière année disponible



1. Les chiffres se rapportent uniquement aux personnes âgées de 45 à 64 ans.

Graphique 5.11. Tendence dans la prévalence de l'obésité parmi la population adulte

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus avec un IMC > 30



1. Population âgée de 45 à 64 ans

6. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

Population totale	58
Part de la population âgée de 65 ans et plus	60
Produit intérieur brut par habitant et répartition du revenu	62

Population totale

L'accroissement de la population et les modifications de sa structure par âge sont des déterminants de l'évolution à long terme de la croissance économique et de la demande de soins.

L'effectif total de la population des 30 pays de l'OCDE est passé de 850 millions de personnes en 1970 à plus de 1.12 milliard en 1998 (tableau 6.1). La répartition de cette population par grande région géographique est la suivante : environ 520 millions de personnes en Europe (Turquie comprise), 400 millions en Amérique du Nord et 200 millions en Asie et Océanie. Les États-Unis restent le pays de loin le plus peuplé de l'OCDE, devant le Japon, le Mexique et l'Allemagne. Les pays les moins peuplés sont l'Islande et le Luxembourg, qui comptent chacun moins d'un demi-million d'habitants (graphique 6.1).

Le rythme de croissance globale de la population des pays de l'OCDE s'est nettement ralenti au cours des dernières décennies. En 2000, il s'établissait à 0.5 % par an (graphique 6.3), alors que la moyenne était de 0.9 % dans les années 70. Cette diminution du taux de croissance démographique s'explique principalement par le recul durable des taux de fécondité.

Ces taux moyens masquent cependant des situations nationales fort contrastées. Si la population a

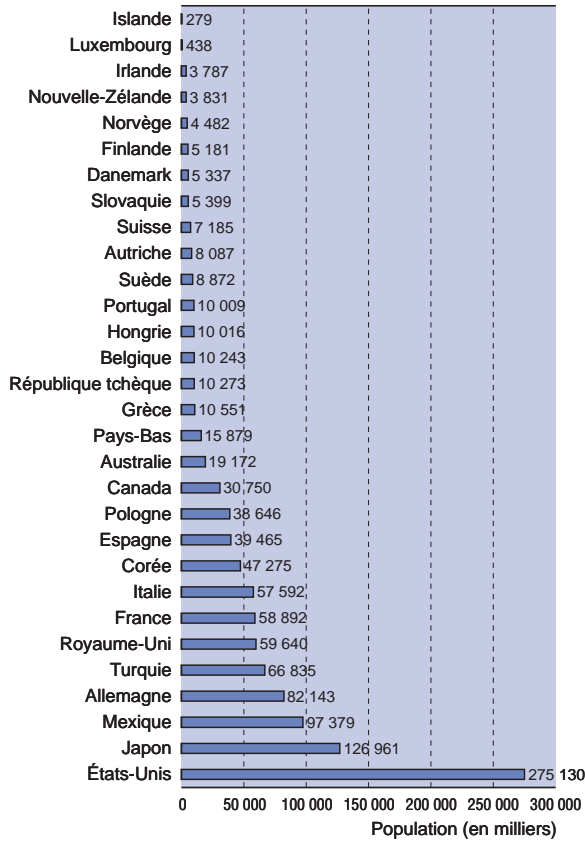
crû et continue de croître à un rythme très rapide dans certains pays, elle s'est pratiquement stabilisée ou tend à diminuer dans d'autres. Le Mexique est le pays de l'OCDE qui a connu le taux d'accroissement démographique le plus fort au cours des trente dernières années (graphique 6.2 et tableau 6.1), même si un certain fléchissement a été observé ces dernières années. La Turquie connaît également un accroissement très rapide de sa population depuis 1970. En revanche, le taux de croissance démographique de la Hongrie a été nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE et a même été négatif au cours des trente dernières années, conséquence à la fois de taux de fécondité relativement bas et de taux de mortalité particulièrement élevés sur les trois dernières décennies.

D'après les projections démographiques des Nations Unies, le ralentissement de la croissance globale de la population dans les pays de l'OCDE devrait se poursuivre au cours des prochaines décennies. Du fait de la baisse de la fécondité, conjuguée à l'accroissement de la longévité, la proportion de jeunes continuera à diminuer et la proportion de personnes âgées à augmenter. On prévoit qu'en 2020, la zone OCDE comptera plus de personnes de 65 ans que de personnes de moins de 15 ans (graphique 6.4).

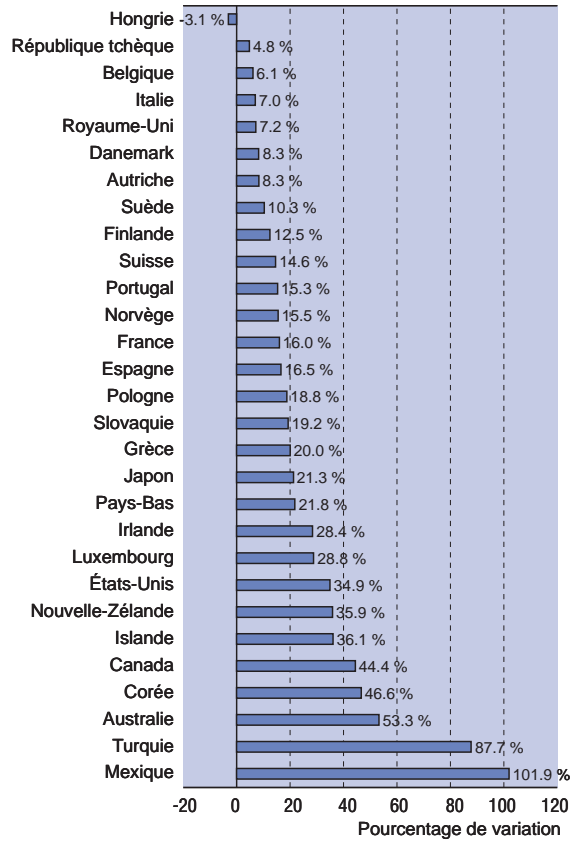
Définition

La population totale est définie comme l'ensemble des nationaux présents ou temporairement absents du pays et des étrangers établis en permanence dans le pays.

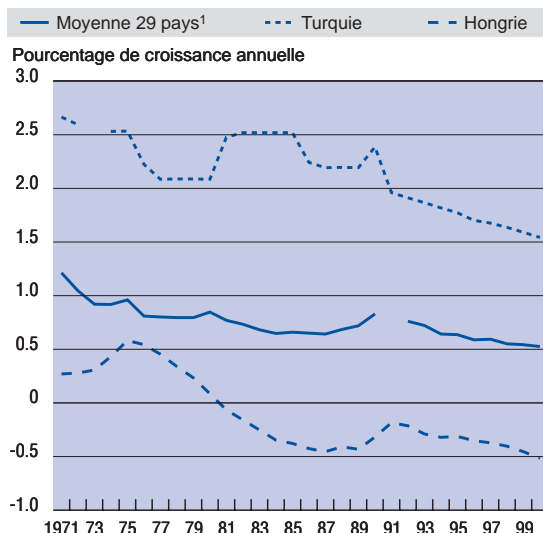
Graphique 6.1. Population totale en milliers, 2000



Graphique 6.2. Taux de croissance de la population, 1970-2000

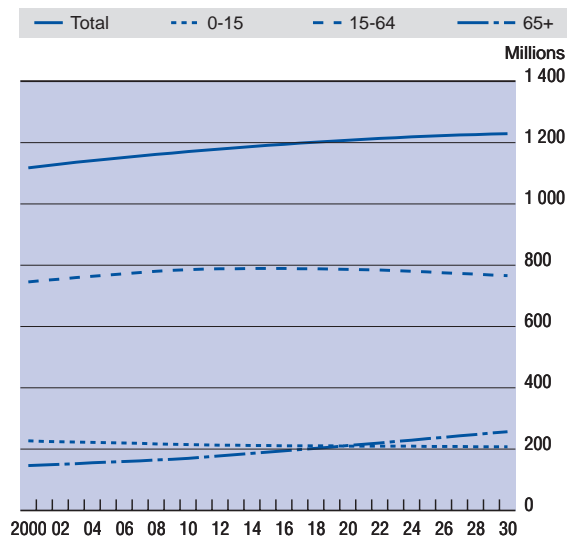


Graphique 6.3. Taux de croissance annuelle de la population, 1970-2000



1. A noter que le taux de croissance de 1990-91 n'est pas reporté, en raison de l'impact de la réunification allemande en 1991; le Mexique est exclu en raison de séries incomplètes.

Graphique 6.4. Projections de croissance de la population pour l'ensemble des pays de l'OCDE par catégories de classes d'âges, 2000-2030



Source : Nations Unies, Perspectives de la population mondiale 1950-2050 (révision 2000).

Part de la population âgée de 65 ans et plus

Le poids croissant des personnes âgées dans la population de la plupart des pays de l'OCDE va vraisemblablement continuer à influencer sur la demande de soins et de services de prise en charge de longue durée.

Au cours des quarante dernières années, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus a régulièrement augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE (graphique 6.7). En moyenne (non pondérée), la part de cette tranche d'âge est passée de 8.9 % en 1960 à 13.8 % en 1999 dans les 26 pays pour lesquels on dispose de séries temporelles complètes. La proportion de personnes très âgées (80 ans et plus) s'est également fortement accrue, passant de 1.3 % de la population en 1960 à 3.0 % en 1999 (*Éco-Santé OCDE 2001*).

C'est au Japon que la proportion de personnes âgées a le plus augmenté au cours des dernières décennies, la part des plus de 65 ans ayant pratiquement triplé en quarante ans (tableau 6.2 et graphique 6.7). Elle a plus que doublé au cours des quarante dernières années dans des pays comme la Corée, l'Espagne, la Finlande, la Grèce et la Pologne. En Irlande en revanche, elle est restée à peu près stable au cours des quarante dernières années, en raison de taux de natalité relativement élevés, particulièrement dans les années 60 et 70.

La proportion des plus de 65 ans dans la population est très variable selon les pays et l'on distingue à cet égard des pays « jeunes » comme le Mexique, la Turquie et la Corée, et des pays « vieillissants » comme la Suède, la Grèce et l'Italie (graphique 6.5).

Les personnes âgées, et plus encore les personnes très âgées, ont généralement des besoins plus importants que les jeunes en termes de soins et de prise en charge de longue durée. On trouve dans la base *Éco-Santé OCDE* des statistiques sur les dépenses de santé selon l'âge pour la moitié environ des pays de l'OCDE. Le graphique 6.6 montre que les dépenses de santé par habitant sont, dans l'ensemble, de deux à cinq fois plus élevées pour les 65 ans et plus que pour les personnes de moins de 65 ans. L'écart est encore plus important pour les personnes de 75 ans et plus. Bien que le volume

relatif des ressources consacrées à la santé des personnes âgées paraisse assez variable selon les pays, il ne faut pas oublier que les comparaisons internationales sont limitées par le manque d'homogénéité des méthodes et des sources statistiques utilisées pour obtenir ces estimations.

Des données de plus en plus nombreuses émanant de divers pays montrent que les dépenses de santé sont fortement concentrées sur les quelques années précédant le décès et non uniformément réparties sur l'ensemble des années de vie après 65 ans. Aux États-Unis, on a calculé que les 5 % de bénéficiaires de Medicare qui sont décédés en 1988 avaient occasionné 29 % du total des dépenses au titre de ce programme (Lubitz et Riley, 1993, cité dans Zweifel *et al.*, 1999). De même, de récents résultats canadiens indiquent qu'environ un tiers des dépenses de santé sont engagées par des personnes dans leur dernière année de vie, quel que soit leur âge (Pollock, 2001). Et des calculs effectués en Suisse à partir de données longitudinales aboutissent également à la conclusion que les dépenses de santé tendent à se concentrer sur les deux dernières années de vie (Zweifel *et al.*, 1999). L'augmentation des dépenses de santé observée au-delà d'un certain âge peut donc s'expliquer en partie par le coût élevé des décès et par le fait que la probabilité de n'avoir plus qu'un ou deux ans à vivre est plus grande pour les personnes âgées. Ces résultats sont importants car ils signifient que si l'espérance de vie aux grands âges continue d'augmenter dans les années à venir, cela contribuera à retarder la hausse des dépenses de santé résultant du vieillissement démographique.

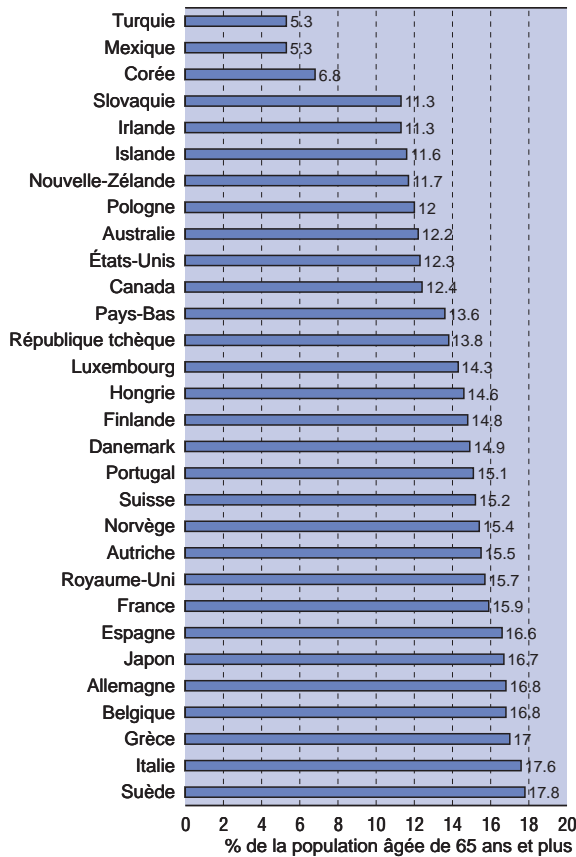
Bien que les effets macroéconomiques du vieillissement démographique sur les dépenses de santé puissent s'avérer moins importants que ne l'indiquent la plupart des prévisions, les systèmes de soins des pays de l'OCDE devront continuer à se préparer à s'adapter aux besoins d'une population vieillissante. L'un des défis auxquels sont actuellement confrontés plusieurs pays consiste à mieux coordonner les prestations et le financement des services de soins et de prise en charge de longue durée destinés aux personnes les plus âgées et les plus handicapées (Jacobzone *et al.*, 2000a).

Définition

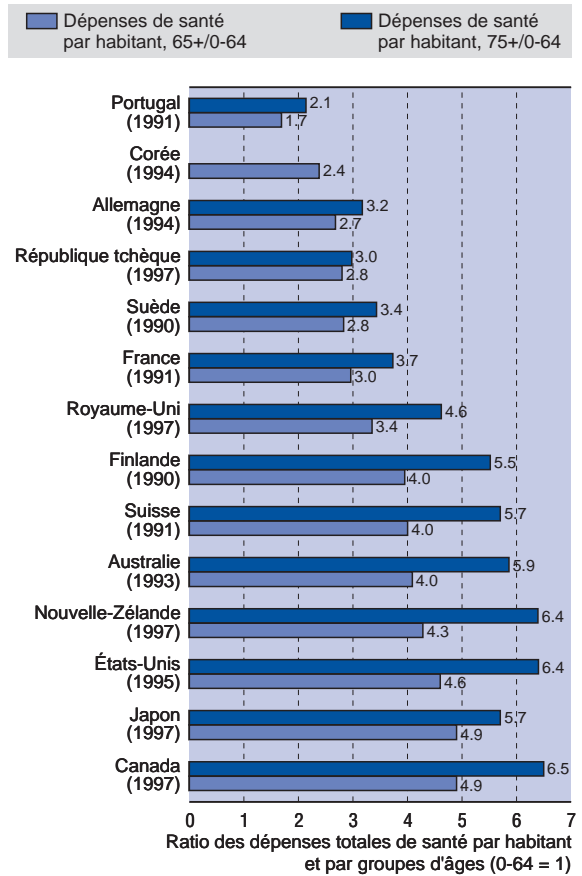
Population âgée de 65 ans et plus divisée par l'effectif total de la population.

PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS

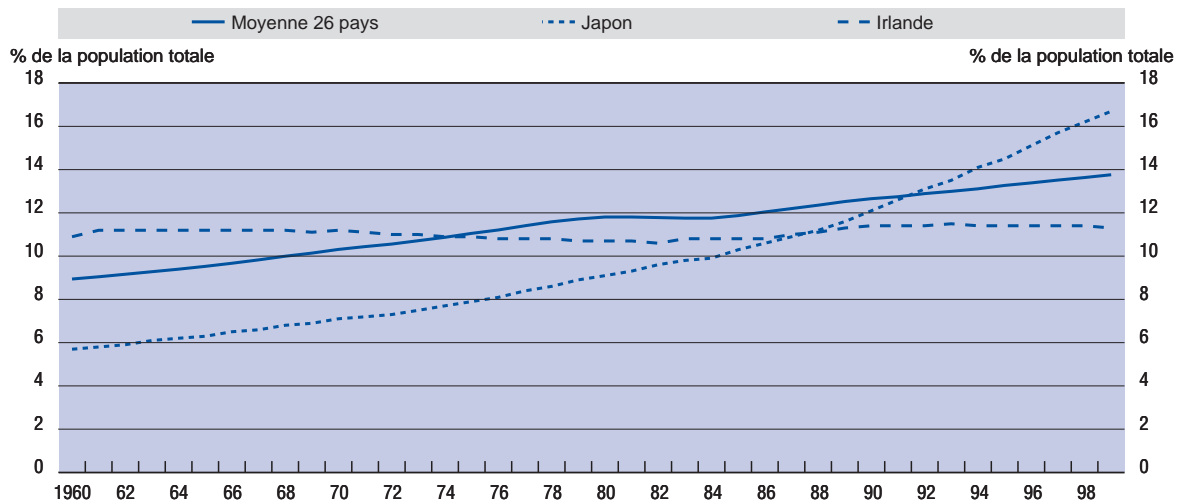
Graphique 6.5. Part de la population âgée de 65 ans et plus, 1999



Graphique 6.6. Dépenses de santé par habitant et par groupes d'âges, population de 65 ans et plus et de 75 ans et plus comparées à la population comprise entre 0 et 64 ans, années 90



Graphique 6.7. Part de la population âgée de 65 ans et plus



Produit intérieur brut par habitant et répartition du revenu

Un autre facteur qui conditionne largement l'offre et la demande de services de santé, et en fait l'état de santé lui-même, est le revenu national par habitant.

A la fin des années 1990, le PIB par habitant (converti en dollars américains en utilisant les parités de pouvoir d'achat pour l'économie dans son ensemble) continue de varier considérablement parmi l'ensemble des pays de l'OCDE. Il va de 41 656 \$ par habitant au Luxembourg à 6 335 \$ en Turquie (graphique 6.8).

Pour les 24 pays sur lesquels on dispose de séries temporelles complètes, le PIB réel par habitant (PIB nominal ajusté d'après l'indice des prix du PIB) a augmenté en moyenne de 2.4 % par an entre 1970 et 1999, en dépit de nombreux écarts d'un an sur l'autre et d'un pays à l'autre (tableau 6.3). Le taux de croissance moyen a légèrement fléchi au cours des trois dernières décennies, passant de 3 % dans les années 70 à 2.4 % dans les années 80, puis 2 % dans les années 90.

Entre 1970 et 1999, la Corée est le pays qui enregistre le plus fort taux de croissance réel du PIB par habitant, avec une moyenne annuelle de 6.0 % (graphique 6.9). Viennent ensuite l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, le Portugal, la Norvège et le Mexique.

L'élévation du niveau de vie accroît la demande de services de santé, quel que soit le niveau de morbidité. Elle facilite également l'augmentation des ressources affectées aux soins de santé car elle se traduit par un accroissement du revenu disponible des ménages et de la capacité contributive du pays. Ces facteurs expliquent la corrélation positive très nette existant entre le PIB et les dépenses de santé par

habitant, commentée à la section 4 (graphique 4.7). On observe également une relation directe entre le PIB par habitant et la mortalité. L'étude conduite par Or (2000a) suggère qu'une hausse de 10 % du PIB par habitant s'accompagne en moyenne d'une baisse de 3.5 à 4.5 % de la mortalité prématurée dans les pays de l'OCDE, compte tenu des autres déterminants de l'état de santé.

Si le revenu moyen par habitant a une incidence sur l'état de santé de la population, la répartition du revenu au niveau national intervient elle aussi. Au niveau individuel, les inégalités de revenu s'accompagnent d'inégalités de santé, même si les relations de causalité ne sont pas encore parfaitement comprises. Ces dernières années, des études de plus en plus nombreuses ont également suggéré l'existence de liens entre le degré général d'inégalité de revenu au sein d'une société et l'état de santé de la population, que ce soit au niveau du pays, d'une région ou d'une ville (Wilkinson, 1992 ; Lynch *et al.*, 1998 ; et Lynch *et al.*, 2000). D'après une récente analyse de la distribution du revenu conduite sur 19 pays de l'OCDE, ce sont les pays nordiques qui présentaient au milieu des années 90 les inégalités de revenu (mesurées par le coefficient de Gini, après impôts et transferts) les moins marquées (Forster, 2000). Les inégalités les plus fortes se rencontraient dans les pays ayant les niveaux de revenu par habitant les plus faibles, notamment le Mexique et la Turquie (graphique 6.10). Quand on analyse l'évolution dans le temps, on constate que les inégalités de revenu se sont accentuées au moins légèrement dans plusieurs pays entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90. Elles se sont cependant légèrement réduites dans quelques pays au cours de cette période (Danemark, Irlande et Suède).

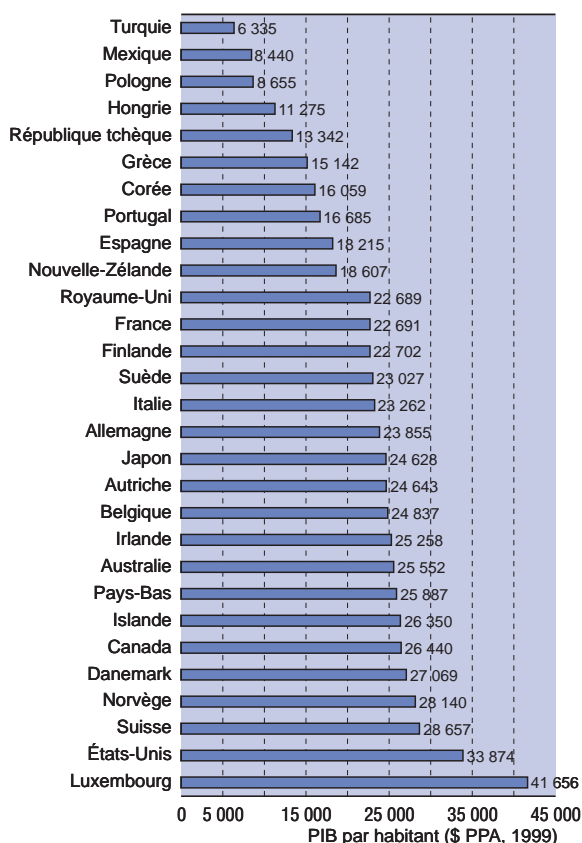
Définition

Le produit intérieur brut (PIB) est égal à la dépense intérieure totale, plus les exportations de biens et services, moins les importations de biens et services. Le PIB réel correspond au PIB nominal ajusté d'après l'indice des prix du PIB.

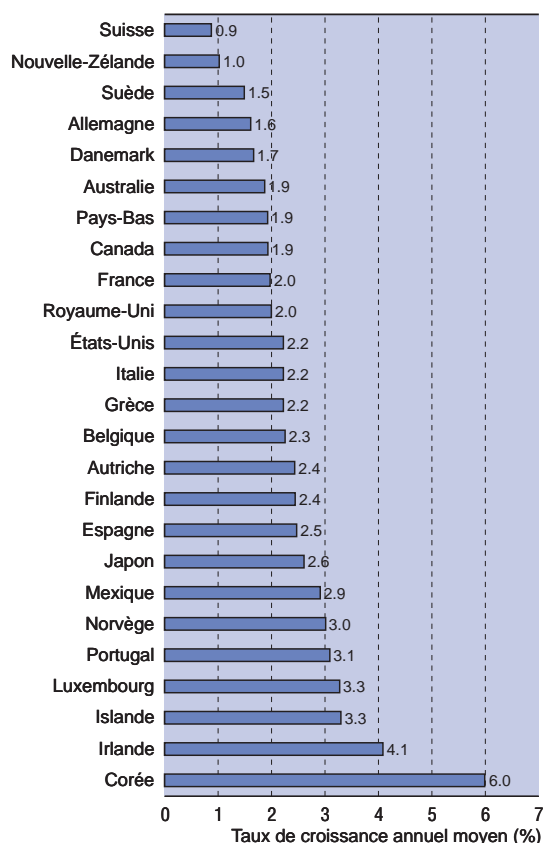
La distribution du revenu est mesurée par le coefficient de Gini. Celui-ci est dérivé de la courbe de Lorenz, qui montre la part cumulée du revenu total perçue par des proportions cumulées de la population en commençant par les groupes les plus pauvres. Si le revenu était également réparti, la courbe serait une droite à 45° (« courbe d'égalité parfaite »). A l'autre extrême – si la population la plus riche recevait la totalité du revenu – la courbe de Lorenz serait sur l'axe des ordonnées au niveau de la part de revenu représentant 100 % (« courbe d'inégalité parfaite »). Le coefficient de Gini mesure la zone comprise entre la courbe de Lorenz et la droite à 45°, exprimé sous forme de ratio par rapport au triangle dans son entier. Il est donc égal à 0 dans le premier cas extrême (« égalité parfaite ») et à 1 à l'autre extrême (« inégalité parfaite »). Une augmentation du coefficient de Gini représente donc une augmentation des inégalités.

PRODUIT INTÉRIEUR BRUT PAR HABITANT ET RÉPARTITION DU REVENU

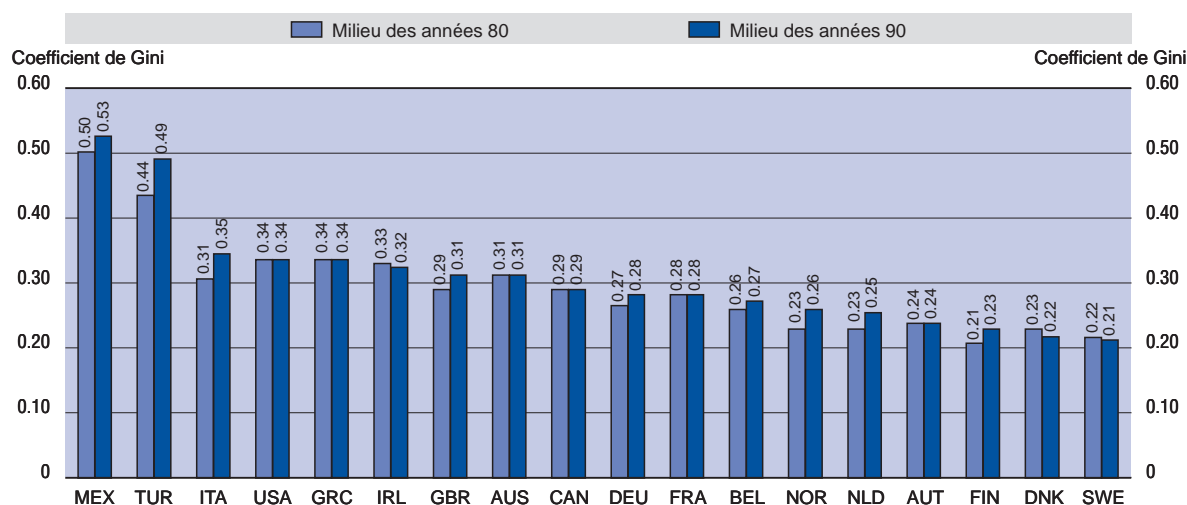
Graphique 6.8. **Produit intérieur brut par habitant (\$ PPA), 1999**



Graphique 6.9. **Taux de croissance annuels moyens, produit intérieur brut réel par habitant, 1970-1999**



Graphique 6.10. **Tendance de l'inégalité des revenus, milieu des années 80 au milieu des années 90**



Source : Forster (2000).

Annexe 1
TABLEAUX ANNEXES

Section 1. État de santé

Espérance de vie à la naissance.....	66-67
Espérance de vie à 65 ans	68-69
Mortalité infantile	70
Mortalité prématurée.....	71-72
Autoperception de l'état de santé général	73

Section 2. Ressources en santé

Médecins et infirmiers en activité.....	74-75
Lits d'hospitalisation et de soins aigus	76-77

Section 3. Utilisation des ressources en santé

Consultations de médecins.....	78
Vaccination des enfants.....	79
Admissions en hôpital et établissement médicalisé.....	80-81
Durée moyenne de séjour en soins aigus	82

Section 4. Dépenses de santé

Dépenses totales de santé.....	83
Part des dépenses de santé dans le PIB	84
Prise en charge des dépenses de santé.....	85
Dépenses pharmaceutiques	86-87

Section 5. Déterminants non médicaux de la santé

Consommation de tabac	88
Consommation d'alcool	89
Indice de masse corporelle.....	90

Section 6. Contexte démographique et économique

Population totale	91
Part de la population âgée de 65 ans et plus	92
Produit intérieur brut par habitant et répartition du revenu	93

Tableau 1.1. **Espérance de vie des femmes à la naissance, 1960-1998***

	Année**								Évolution en %*** 1960-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	
Allemagne	72.4	73.6	76.6	79.0	79.8	79.9	80.3	80.5	11.2
Australie	73.9	74.2	78.1	80.1	80.8	81.1	81.3	81.5	10.3
Autriche	71.9	73.4	76.1	78.9	80.1	80.2	80.6	80.9	12.5
Belgique	73.5	74.2	76.8	79.1	80.2	80.2	81.8	81.1	10.3
Canada	74.3	76.4	79.1	80.4	81.3	81.4	81.4	n.d.	9.6
Corée	53.7	66.1	70.5	75.9	77.4	n.d.	78.1	n.d.	45.4
Danemark	74.1	75.7	77.3	77.7	77.8	78.0	78.4	78.6	6.1
Espagne	72.2	75.1	78.6	80.5	81.6	81.8	82.0	82.2	13.9
États-Unis	73.1	74.7	77.4	78.8	79.2	79.4	79.4	79.4	8.6
Finlande	71.6	74.2	77.8	78.9	80.2	80.5	80.5	80.8	12.8
France	73.6	75.9	78.4	80.9	81.9	82.0	82.3	82.2	11.7
Grèce	70.7	73.6	76.6	79.4	79.4	79.4	79.4	79.4	12.3
Hongrie	70.1	72.1	72.7	73.7	74.5	74.7	75.1	75.2	7.3
Irlande	71.8	73.2	75.0	77.6	78.6	78.5	78.6	79.1	10.2
Islande	75.0	76.3	79.7	80.3	80.6	80.6	81.3	81.5	8.7
Italie	72.3	74.9	77.4	80.0	81.0	81.3	81.6	n.d.	12.9
Japon	70.2	74.7	78.8	81.9	82.9	83.6	83.8	84.0	19.7
Luxembourg	71.9	73.9	75.1	78.5	79.4	80.0	79.8	80.5	12.0
Mexique	59.5	63.6	70.0	74.0	75.9	76.3	76.6	77.0	29.4
Norvège	75.8	77.3	79.2	79.8	80.8	81.1	81.0	81.3	7.3
Nouvelle-Zélande	73.9	74.6	76.3	78.3	79.5	79.6	80.1	80.4	8.8
Pays-Bas	75.4	76.5	79.2	80.1	80.4	80.4	80.6	80.7	7.0
Pologne	70.6	73.3	74.4	75.5	76.4	76.6	77.0	77.3	9.5
Portugal	67.2	71.0	76.6	77.9	78.2	78.5	78.7	78.8	17.3
République tchèque	73.4	73.0	73.9	75.4	76.6	77.3	77.5	78.1	6.4
Royaume-Uni	74.2	75.2	77.0	78.5	79.4	79.5	79.7	79.7	7.4
Slovaquie	72.7	72.9	74.7	75.4	76.3	76.8	76.7	76.7	5.5
Suède	74.9	77.1	78.8	80.4	81.3	81.5	81.8	81.9	9.3
Suisse	74.1	76.2	78.8	80.9	81.7	81.9	82.3	82.5	11.3
Turquie	50.3	56.3	60.3	69.0	70.3	70.5	70.8	71.0	41.2
Moyenne pondérée OCDE	70.5	73.0	75.9	78.3	79.1	79.4	79.6	79.7	13.1
Moyenne non pondérée OCDE	70.9	73.3	76.0	78.2	79.1	79.3	79.6	79.8	12.5

n.d. : non disponible.

* A noter que chaque pays effectue ses calculs d'espérance de vie en utilisant des méthodologies basées sur les tables de mortalité qui peuvent varier. Ces différences de méthodologies peuvent nuire à la comparabilité des mesures d'espérance de vie fournies, puisque des méthodes différentes liées aux tables de mortalité peuvent modifier les estimations d'espérance de vie d'un pays d'une fraction d'année.

** A noter que les chiffres de :

1960 se rapportent à la période 1951-1960 pour l'Islande.

1960 se rapportent à 1961 pour le Canada et l'Italie.

1970 se rapportent à 1971 pour le Canada, la Corée, la Finlande et l'Italie.

1970 se rapportent à 1966-1970 pour l'Islande.

1980 se rapportent à 1981 pour le Canada, la Corée et le Portugal.

1990 se rapportent à 1991 pour la Corée.

*** L'évolution en pourcentage se rapporte à la période 1960-1998 ou à la dernière année disponible.

Tableau 1.2. **Espérance de vie des hommes à la naissance, 1960-1998***

	Année**								Évolution en %*** 1960-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	
Allemagne	66.9	67.2	69.9	72.7	73.3	73.6	74.1	74.5	11.4
Australie	67.9	67.4	71.0	73.9	75.0	75.2	75.6	75.9	11.8
Autriche	65.4	66.5	69.0	72.3	73.5	73.9	74.3	74.7	14.2
Belgique	67.7	67.8	70.0	72.4	73.6	73.5	74.7	74.8	10.5
Canada	68.4	69.3	71.9	73.8	75.3	75.7	75.8	n.d.	10.8
Corée	51.1	59.0	62.3	67.7	69.6	n.d.	70.6	n.d.	38.2
Danemark	70.3	70.8	71.2	72.0	72.6	72.9	73.3	73.7	4.8
Espagne	67.4	69.6	72.5	73.4	74.4	74.5	74.6	74.8	11.0
États-Unis	66.6	67.1	70.0	71.8	72.5	72.7	73.6	73.9	11.0
Finlande	64.9	65.9	69.2	70.9	72.8	73.0	73.4	73.5	13.3
France	67.0	68.4	70.2	72.7	73.9	74.2	74.6	74.6	11.3
Grèce	67.5	70.1	72.2	74.6	74.6	74.6	74.6	74.6	10.5
Hongrie	65.9	66.3	65.5	65.1	65.3	66.6	66.4	66.1	0.3
Irlande	68.5	68.5	69.5	72.1	73.0	73.2	73.4	73.5	7.3
Islande	70.7	70.7	73.7	75.7	76.5	76.2	76.4	77.0	8.9
Italie	67.2	69.0	70.6	73.5	74.6	75.0	75.3	n.d.	12.1
Japon	65.3	69.3	73.4	75.9	76.4	77.0	77.2	77.2	18.2
Luxembourg	66.1	67.0	68.0	72.3	72.9	73.0	74.1	73.7	11.5
Mexique	56.2	59.7	64.0	68.8	71.3	71.7	72.0	72.4	28.8
Norvège	71.3	71.0	72.3	73.4	74.8	75.4	75.4	75.5	5.9
Nouvelle-Zélande	68.7	68.3	70.0	72.4	74.2	74.3	74.9	75.2	9.5
Pays-Bas	71.5	70.8	72.5	73.8	74.6	74.7	75.2	75.2	5.2
Pologne	64.9	66.6	66.0	66.5	67.6	68.1	68.5	68.9	6.2
Portugal	61.7	65.3	67.7	70.9	71.0	71.2	71.4	71.7	16.2
République tchèque	67.9	66.1	66.8	67.6	69.7	70.4	70.5	71.1	4.7
Royaume-Uni	68.3	68.6	71.0	72.9	74.1	74.3	74.6	74.8	9.5
Slovaquie	68.4	66.7	66.8	66.6	68.4	68.9	68.9	68.6	0.3
Suède	71.2	72.2	72.8	74.8	75.9	76.5	76.7	76.9	8.0
Suisse	68.7	70.3	72.3	74.0	75.3	75.7	76.2	76.5	11.4
Turquie	46.3	52.0	55.8	64.4	65.7	65.9	66.2	66.4	43.4
Moyenne pondérée OCDE	65.0	66.6	69.1	71.6	72.7	73.0	73.5	73.7	13.3
Moyenne non pondérée OCDE	66.2	67.4	69.5	71.7	72.8	73.1	73.5	73.7	11.4

n.d. : non disponible.

* A noter que chaque pays effectue ses calculs d'espérance de vie en utilisant des méthodologies basées sur les tables de mortalité qui peuvent varier. Ces différences de méthodologies peuvent nuire à la comparabilité des mesures d'espérance de vie fournies, puisque des méthodes différentes liées aux tables de mortalité peuvent modifier les estimations d'espérance de vie d'un pays d'une fraction d'année.

** A noter que les chiffres de :

1960 se rapportent à la période 1951-1960 pour l'Islande.

1960 se rapportent à 1961 pour le Canada et l'Italie.

1970 se rapportent à 1971 pour le Canada, la Corée, la Finlande et l'Italie.

1970 se rapportent à 1966-1970 pour l'Islande.

1980 se rapportent à 1981 pour le Canada et la Corée.

1990 se rapportent à 1991 pour la Corée.

*** L'évolution en pourcentage se rapporte à la période 1960-1998 ou à la dernière année disponible.

Tableau 1.3. **Espérance de vie des femmes à 65 ans, 1960-1998***

	Année**								Évolution en %*** 1960-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	
Allemagne	14.6	15.0	16.7	18.0	18.5	18.6	18.9	19.0	30.1
Australie	15.6	15.6	17.9	19.0	19.5	19.6	19.8	20.0	28.2
Autriche	14.7	14.9	16.3	18.0	18.7	18.8	19.1	19.3	31.3
Belgique	14.8	15.3	16.9	18.3	19.6	19.7	19.8	19.8	33.8
Canada	16.1	17.5	18.9	19.6	20.1	20.2	20.1	n.d.	24.8
Corée	n.d.	14.6	15.1	16.4	17.0	n.d.	17.3	n.d.	n.d.
Danemark	n.d.	16.5	17.6	17.9	17.6	17.7	17.9	17.9	n.d.
Espagne	15.3	15.9	17.9	19.2	19.9	20.0	20.2	20.3	32.7
États-Unis	15.8	17.0	18.3	18.9	18.9	18.9	19.2	19.1	20.9
Finlande	13.7	14.4	16.8	17.7	18.6	18.7	18.9	19.1	39.4
France	15.6	16.8	18.2	19.9	20.6	20.7	20.8	n.d.	33.3
Grèce	15.1	15.3	16.7	18.0	18.4	18.6	18.7	18.7	23.8
Hongrie	13.8	14.3	14.6	15.3	15.8	15.9	n.d.	n.d.	15.2
Irlande	n.d.	n.d.	n.d.	16.9	17.4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islande	n.d.	n.d.	19.1	19.3	19.4	19.1	19.5	19.8	n.d.
Italie	15.3	16.2	17.1	18.6	19.4	19.7	20.2	n.d.	32.0
Japon	14.1	15.3	17.7	20.0	20.9	21.5	21.8	22.0	56.0
Luxembourg	14.5	14.9	16.0	18.3	19.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	14.4	15.0	16.5	17.7	18.3	18.4	18.6	18.7	29.9
Norvège	16.0	16.7	18.0	18.6	19.1	19.5	19.4	19.6	22.5
Nouvelle-Zélande	15.6	16.0	17.0	18.3	19.0	19.0	19.4	19.5	25.0
Pays-Bas	15.3	16.1	18.0	18.6	18.7	18.6	18.8	18.8	22.9
Pologne	14.9	15.3	15.5	16.1	16.6	16.5	16.8	17.0	14.1
Portugal	n.d.	n.d.	16.5	17.0	17.8	17.7	17.7	17.9	n.d.
République tchèque	14.5	14.2	14.3	15.2	16.1	16.4	16.6	16.9	16.6
Royaume-Uni	15.0	16.0	16.9	17.8	18.3	18.3	18.5	n.d.	23.3
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	16.8	17.9	19.0	19.7	19.7	19.9	20.0	n.d.
Suisse	n.d.	n.d.	18.3	19.6	20.2	20.3	20.6	20.6	n.d.
Turquie	12.1	12.6	12.8	14.0	14.2	14.2	14.3	14.3	18.2
Moyenne pondérée 21 pays	15.1	16.0	17.4	18.6	19.1	19.2	19.5	19.6	29.5
Moyenne non pondérée 21 pays****	14.9	15.5	16.8	17.9	18.5	18.7	18.9	19.0	27.6

n.d. : non disponible.

* A noter que chaque pays effectue ses calculs d'espérance de vie en utilisant des méthodologies basées sur les tables de mortalité qui peuvent varier. Ces différences de méthodologies peuvent nuire à la comparabilité des mesures d'espérance de vie fournies, puisque des méthodes différentes liées aux tables de mortalité peuvent modifier les estimations d'espérance de vie d'un pays d'une fraction d'année.

** A noter que les chiffres de :

1960 se rapportent à 1961 pour le Canada, l'Italie et le Luxembourg.

1970 se rapportent à 1971 pour le Canada, la Corée, la Finlande, l'Italie et le Luxembourg.

1980 se rapportent à 1979 pour le Luxembourg.

1980 se rapportent à 1981 pour le Canada et la Corée.

1980 se rapportent à 1982 pour la Suisse.

1990 se rapportent à 1991 pour la Corée.

*** L'évolution en pourcentage se rapporte à la période 1960-1998 ou à la période début des années 60 à fin des années 90 quand les chiffres de 1960 ou 1998 ne sont pas disponibles.

**** La moyenne des 21 pays inclut tous les pays de l'OCDE excepté la Corée, le Danemark, l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, le Portugal, la Slovaquie, la Suède et la Suisse.

Tableau 1.4. **Espérance de vie des hommes à 65 ans, 1960-1998***

	Année**								Évolution en %*** 1960-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	
Allemagne	12.4	12.0	13.0	14.3	14.7	14.9	15.2	15.3	23.4
Australie	12.5	11.9	13.7	15.2	15.7	15.8	16.1	16.3	30.4
Autriche	12.0	11.7	12.9	14.4	15.2	15.3	15.4	15.6	30.0
Belgique	12.4	12.1	13.0	14.0	15.1	15.3	15.5	15.6	25.8
Canada	13.6	13.8	14.6	15.6	16.2	16.3	16.3	n.d.	19.9
Corée	n.d.	10.2	10.6	12.6	13.3	n.d.	13.6	n.d.	n.d.
Danemark	n.d.	13.7	13.7	14.1	14.2	14.2	14.5	14.7	n.d.
Espagne	13.1	13.3	14.8	15.5	16.0	16.1	16.2	16.3	24.4
États-Unis	12.8	13.1	14.1	15.1	15.6	15.7	15.9	16.0	25.0
Finlande	11.5	11.4	12.6	13.7	14.5	14.6	15.0	14.9	29.6
France	12.5	13.0	13.6	15.6	16.1	16.1	16.3	n.d.	30.4
Grèce	13.5	13.9	14.6	15.7	16.1	16.1	16.2	16.2	20.0
Hongrie	12.3	12.0	11.6	12.0	12.1	12.1	n.d.	n.d.	-1.6
Irlande	n.d.	n.d.	n.d.	13.3	13.7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islande	n.d.	n.d.	15.8	16.1	16.5	16.2	16.2	16.4	n.d.
Italie	13.4	13.3	13.3	14.9	15.5	15.7	15.8	n.d.	17.9
Japon	11.6	12.5	14.6	16.2	16.5	16.9	17.0	17.1	47.4
Luxembourg	12.5	12.1	12.3	14.2	14.7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	13.8	14.2	15.3	16.4	17.2	17.3	17.4	17.6	27.5
Norvège	14.5	13.8	14.3	14.6	15.5	15.5	15.5	15.7	8.3
Nouvelle-Zélande	13.0	12.4	13.2	14.7	15.4	15.5	15.9	16.1	23.8
Pays-Bas	13.9	13.3	13.7	14.1	14.4	14.4	14.7	14.7	5.8
Pologne	12.7	12.5	12.0	12.4	12.9	12.9	13.1	13.4	5.5
Portugal	n.d.	n.d.	12.9	13.8	14.4	14.3	14.3	14.4	n.d.
République tchèque	12.5	11.1	11.2	11.6	12.7	13.1	13.2	13.4	7.2
Royaume-Uni	11.9	12.0	12.9	14.0	14.7	14.8	15.0	n.d.	26.1
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	14.2	14.3	15.3	16.0	16.1	16.2	16.3	n.d.
Suisse	n.d.	n.d.	14.6	15.4	16.1	16.3	16.6	16.7	n.d.
Turquie	11.2	11.5	11.7	12.5	12.6	12.7	12.7	12.7	13.4
Moyenne pondérée 21 pays	12.6	12.7	13.7	14.9	15.4	15.6	15.7	15.9	25.8
Moyenne non pondérée 21 pays****	12.7	12.6	13.4	14.4	15.0	15.1	15.3	15.4	20.8

n.d. : non disponible.

* A noter que chaque pays effectue ses calculs d'espérance de vie en utilisant des méthodologies basées sur les tables de mortalité qui peuvent varier. Ces différences de méthodologies peuvent nuire à la comparabilité des mesures d'espérance de vie fournies, puisque des méthodes différentes liées aux tables de mortalité peuvent modifier les estimations d'espérance de vie d'un pays d'une fraction d'année.

** A noter que les chiffres de :

1960 se rapportent à 1961 pour le Canada, l'Italie et le Luxembourg.

1970 se rapportent à 1971 pour le Canada, la Corée, la Finlande, l'Italie et le Luxembourg.

1980 se rapportent à 1979 pour le Luxembourg.

1980 se rapportent à 1981 pour le Canada et la Corée.

1980 se rapportent à 1982 pour la Suisse.

1990 se rapportent à 1991 pour le Canada et la Corée.

*** L'évolution en pourcentage se rapporte à la période 1960-1998 ou à la dernière année disponible.

**** La moyenne des 21 pays inclut tous les pays de l'OCDE excepté la Corée, le Danemark, l'Irlande, l'Islande, le Luxembourg, le Portugal, la Slovaquie, la Suède et la Suisse.

Tableau 1.5. Mortalité infantile, nombre de décès pour 1 000 naissances vivantes, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1960-1999
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	33.8	23.6	12.6	7.0	5.3	5.0	4.8	4.7	4.6	-5.0
Australie	20.2	17.9	10.7	8.2	5.7	5.8	5.3	5.0	5.7	-3.2
Autriche	37.5	25.9	14.3	7.8	5.4	5.1	4.7	4.9	4.4	-5.3
Belgique	31.2	21.1	12.1	8.0	7.0	6.0	6.1	5.6	5.3	-4.4
Canada	27.3	18.8	10.4	6.8	6.0	5.6	5.5	n.d.	n.d.	-4.2
Corée	n.d.	45.0	17.0	10.0	n.d.	7.7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	21.5	14.2	8.4	7.5	5.1	5.6	5.2	4.7	4.2	-4.1
Espagne	43.7	28.1	12.3	7.6	5.5	5.5	5.0	5.7	4.9	-5.5
États-Unis	26.0	20.0	12.6	9.2	7.6	7.3	7.2	7.2	n.d.	-3.3
Finlande	21.0	13.2	7.6	5.6	4.0	3.9	3.9	4.1	3.6	-4.4
France	27.5	18.2	10.0	7.3	4.9	4.8	4.7	4.6	4.3	-4.6
Grèce	40.1	29.6	17.9	9.7	8.1	7.2	6.4	5.7	5.9	-4.8
Hongrie	47.6	35.9	23.2	14.8	10.7	10.9	9.9	9.7	8.5	-4.3
Irlande	29.3	19.5	11.1	8.2	6.3	5.5	6.2	6.2	5.5	-4.2
Islande	13.0	13.2	7.7	5.9	6.1	3.7	5.5	2.6	2.4	-4.2
Italie	43.9	29.6	14.6	8.2	6.2	5.9	5.6	5.3	5.1	-5.4
Japon	30.7	13.1	7.5	4.6	4.3	3.8	3.7	3.6	3.4	-5.5
Luxembourg	31.5	24.9	11.5	7.3	5.5	4.9	4.2	5.0	4.7	-4.8
Mexique	74.0	68.0	40.0	24.0	17.0	17.0	16.4	15.8	14.5	-4.1
Norvège	18.9	12.7	8.1	7.0	4.1	4.1	4.1	4.0	3.9	-4.0
Nouvelle-Zélande	22.6	16.7	13.0	8.4	6.7	7.3	6.8	n.d.	n.d.	-3.2
Pays-Bas	17.9	12.7	8.6	7.1	5.5	5.7	5.0	5.2	5.2	-3.1
Pologne	54.8	36.7	25.5	19.3	13.6	12.2	10.2	9.5	8.9	-4.6
Portugal	77.5	55.5	24.3	11.0	7.5	6.9	6.4	5.9	5.5	-6.6
République tchèque	20.0	20.2	16.9	10.8	7.7	6.0	5.9	5.2	4.6	-3.7
Royaume-Uni	22.5	18.5	12.1	7.9	6.2	6.1	5.9	5.7	5.8	-3.4
Slovaquie	28.6	25.7	20.9	12.0	11.0	10.2	8.7	8.8	8.3	-3.1
Suède	16.6	11.0	6.9	6.0	4.1	4.0	3.6	3.5	3.4	-4.0
Suisse	21.1	15.1	9.1	6.8	5.0	4.7	4.8	4.8	4.6	-3.8
Turquie	189.5	145.0	117.5	57.6	44.4	42.2	40.0	38.5	37.5	-4.1
Moyenne pondérée 29 pays	39.6	29.5	19.6	12.5	9.7	9.3	8.9	8.7	8.4	-3.9
Moyenne non pondérée 29 pays***	37.6	27.7	17.5	10.7	8.2	7.7	7.3	7.0	6.7	-4.3

n.d. : non disponible.

* A noter que les données de la Corée pour 1980 et 1990 se rapportent respectivement à 1981 et 1991.

** Le taux de croissance représente le taux de croissance annuel moyen sur la période 1960 à 1999 ou sur la dernière année disponible.

*** La moyenne des 29 pays est pour l'ensemble des pays de l'OCDE, à l'exclusion de la Corée.

Tableau 1.6. **Années potentielles de vie perdues par les femmes, toutes causes, 1960-1997**

	Année*							Évolution en % 1960-1997**
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	
Allemagne	8 312.5	6 288.1	4 661.4	3 325.9	2 977.8	2 908.5	2 802.5	-66.3
Australie	6 683.0	6 291.0	4 194.6	3 268.9	2 809.5	2 726.6	2 736.3	-59.1
Autriche	8 782.0	6 551.0	4 908.5	3 422.5	2 885.1	2 826.0	2 647.1	-69.9
Belgique	7 354.0	6 012.0	4 759.8	3 554.2	3 100.3	n.d.	n.d.	-57.8
Canada	7 176.0	5 803.0	4 341.9	3 325.2	2 953.6	2 861.8	2 780.1	-61.3
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	3 972.3	3 492.0	3 334.3	3 141.7	n.d.
Danemark	6 071.0	4 996.0	4 426.7	3 999.9	3 619.9	3 492.7	n.d.	-42.5
Espagne	8 930.0	5 665.0	3 833.4	3 127.3	2 725.5	2 666.1	2 492.6	-72.1
États-Unis	7 686.0	6 888.0	5 157.0	4 338.3	4 067.4	3 969.8	3 871.6	-49.6
Finlande	6 668.0	4 988.0	3 746.8	3 300.1	2 663.2	2 538.9	n.d.	-61.9
France	6 665.0	5 280.0	4 200.8	3 170.6	2 869.1	2 761.7	2 659.1	-60.1
Grèce	8 308.4	6 003.5	4 364.9	3 122.6	2 745.4	2 721.0	2 635.3	-68.3
Hongrie	9 458.0	7 994.0	6 602.8	6 191.1	5 437.6	5 229.5	4 966.8	-47.5
Irlande	8 017.5	6 559.7	4 761.2	3 606.5	3 253.6	3 035.7	n.d.	-62.1
Islande	5 042.1	3 933.9	2 956.8	2 964.8	3 294.2	2 353.0	n.d.	-53.3
Italie	9 695.0	6 648.0	4 140.1	2 987.9	2 703.7	2 725.0	2 547.8	-73.7
Japon	9 975.0	5 577.0	3 303.8	2 441.4	2 379.7	2 198.8	2 181.9	-78.1
Luxembourg	n.d.	7 123.0	5 258.4	3 787.3	2 782.5	3 130.8	2 848.0	n.d.
Mexique	26 491.0	21 379.0	11 036.0	8 029.2	6 451.3	n.d.	n.d.	-75.6
Norvège	5 115.0	4 054.0	3 230.8	3 110.4	2 510.1	2 555.7	2 628.3	-48.6
Nouvelle-Zélande	6 957.0	6 242.0	5 447.7	4 212.8	3 780.4	3 759.0	3 511.0	-49.5
Pays-Bas	5 203.0	4 636.0	3 541.7	3 145.9	2 876.5	2 901.1	2 812.9	-45.9
Pologne	10 379.0	7 494.0	6 005.4	5 057.8	4 469.0	4 268.6	n.d.	-58.9
Portugal	16 992.0	11 953.0	6 036.6	4 379.4	3 627.4	3 625.1	3 631.6	-78.6
République tchèque	n.d.	n.d.	n.d.	4 351.9	3 695.3	3 331.6	3 378.2	n.d.
Royaume-Uni	6 504.0	5 582.0	4 695.7	3 528.8	3 092.1	3 055.4	2 995.4	-53.9
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4 054.5	3 857.6	3 915.6	n.d.
Suède	5 256.9	4 203.6	3 391.0	2 954.9	2 336.4	2 303.5	n.d.	-55.6
Suisse	6 129.8	4 786.4	3 671.4	3 128.3	2 795.9	n.d.	n.d.	-54.4
Turquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Moyenne pondérée 22 pays	8 295.6	6 281.2	4 536.4	3 603.1	3 289.3	3 196.3	3 101.6	-62.6
Moyenne non pondérée 22 pays***	7 903.5	6 074.1	4 452.3	3 590.1	3 185.3	3 067.4	2 934.2	-62.9

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1961 pour la Grèce.
Le chiffre de 1970 se rapporte à 1971 pour l'Espagne.
Le chiffre de 1995 se rapporte à 1994 pour la Suisse.

** 1997 ou dernière année disponible.

*** La moyenne des 22 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède.

Tableau 1.7. **Années potentielles de vie perdues par les hommes, toutes causes, 1960-1997**

	Année*							Évolution en % 1960-1997**
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	
Allemagne	12 902.0	10 871.0	8 547.2	6 251.8	5 877.6	5 695.3	5 498.5	-57.4
Australie	10 692.0	10 836.0	7 863.6	5 988.3	5 121.9	5 097.4	4 920.4	-54.0
Autriche	14 384.0	11 972.0	9 723.1	6 792.8	6 044.5	5 708.2	5 432.6	-62.2
Belgique	12 165.0	10 354.0	8 552.9	6 474.8	6 182.5	n.d.	n.d.	-49.2
Canada	11 539.0	10 018.0	8 079.9	6 135.9	5 279.7	5 007.3	4 817.5	-58.3
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	8 700.7	8 012.1	7 751.5	7 241.1	n.d.
Danemark	8 765.0	7 944.0	7 258.9	6 545.7	5 860.3	5 686.7	n.d.	-35.1
Espagne	12 490.0	9 235.0	7 131.0	6 822.0	6 203.5	6 136.4	5 545.3	-55.6
États-Unis	12 714.0	12 197.0	9 554.2	8 260.1	7 752.5	7 267.5	6 851.6	-46.1
Finlande	12 828.0	11 476.0	9 434.4	7 701.5	6 242.0	6 116.5	n.d.	-52.3
France	11 152.0	9 833.0	8 710.2	7 132.7	6 305.8	6 068.6	5 760.2	-48.3
Grèce	10 945.0	9 042.2	7 180.3	5 632.8	5 604.9	5 560.7	5 372.0	-50.9
Hongrie	13 361.0	12 851.0	12 379.0	13 200.0	12 751.0	11 606.0	11 303.0	-15.4
Irlande	10 603.0	9 465.7	7 910.4	6 031.4	5 616.5	5 676.4	n.d.	-46.5
Islande	8 447.3	9 162.4	7 154.9	5 633.7	4 861.1	4 051.8	n.d.	-52.0
Italie	13 686.0	10 567.0	7 700.9	5 985.0	5 439.7	5 163.1	4 856.3	-64.5
Japon	13 769.0	9 043.0	5 814.5	4 544.5	4 355.8	4 111.2	3 995.9	-71.0
Luxembourg	n.d.	12 125.0	7 833.5	7 010.8	5 841.9	6 095.7	5 152.4	n.d.
Mexique	30 877.0	26 583.0	18 023.0	12 946.0	11 084.0	n.d.	n.d.	-64.1
Norvège	8 524.0	8 006.0	6 732.2	5 953.9	4 867.4	4 554.7	4 547.4	-46.7
Nouvelle-Zélande	10 451.0	10 361.0	8 417.0	7 360.2	6 066.9	5 971.0	5 836.9	-44.1
Pays-Bas	7 946.0	7 880.0	6 247.7	5 209.9	4 626.1	4 581.9	4 314.8	-45.7
Pologne	15 468.0	12 858.0	12 739.0	11 757.0	10 526.0	9 961.4	n.d.	-35.6
Portugal	22 471.0	17 511.0	11 612.0	9 065.2	8 330.6	8 301.2	7 964.6	-64.6
République tchèque	n.d.	n.d.	n.d.	9 598.6	7 826.8	7 312.4	7 334.3	n.d.
Royaume-Uni	10 216.0	8 986.0	7 535.7	5 890.5	5 119.9	5 040.9	4 896.6	-52.1
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	9 287.0	8 858.0	8 926.0	n.d.
Suède	7 827.1	6 984.7	6 204.2	5 062.4	4 011.2	3 773.0	n.d.	-51.8
Suisse	10 387.0	8 795.5	7 026.7	6 168.8	5 565.4	n.d.	n.d.	-46.4
Turquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Moyenne pondérée 22 pays	12 617.0	10 673.7	8 394.2	6 998.0	6 424.5	6 120.2	5 822.9	-53.8
Moyenne non pondérée 22 pays***	11 871.8	10 322.7	8 360.5	6 952.6	6 221.1	5 960.8	5 705.3	-51.9

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1961 pour la Grèce.

Le chiffre de 1970 se rapporte à 1971 pour l'Espagne.

Le chiffre de 1995 se rapporte à 1994 pour la Suisse.

** 1997 ou dernière année disponible.

*** La moyenne des 22 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède.

Tableau 1.8. **Pourcentage de la population rapportant que sa santé est « bonne » ou meilleure, années 90**

	Année	Population âgée de 15 ans et plus			Population âgée de 65 ans et plus		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Allemagne	1998	68.3	64.0	66.1	49.7	45.1	47.4
Australie	1995	83.6	83.3	83.5	62.5	65.1	63.9
Autriche	1991	72.5	70.1	71.2	n.d.	n.d.	36.4
Belgique	1997	81.6	74.9	78.3	56.7	49.8	53.3
Canada	1998	91.2	89.7	90.4	75.0	78.5	77.0
Corée	1998	48.7	40.8	44.7	43.5	34.1	37.9
Danemark	1994	82.9	75.6	79.1	62.3	52.9	56.9
Espagne	1997	72.4	64.7	68.4	47.0	38.6	42.1
États-Unis	1998	91.4	90.0	90.7	73.2	72.3	72.7
Finlande	1999	67.6	70.0	68.9	n.d.	n.d.	n.d.
France	1995	90.5	85.0	88.0	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	2000	48.1	38.9	43.2	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	1998	84.9	86.3	85.7	n.d.	n.d.	61.6
Islande	1998	81.3	82.3	81.8	52.1	58.4	54.9
Italie	1999	61.0	50.6	55.6	22.2	16.9	19.1
Japon	1998	47.2	42.0	44.5	32.0	26.1	28.6
Luxembourg		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	1994	n.d.	n.d.	67.1	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	1998	81.1	78.2	79.6	66.3	59.4	62.3
Nouvelle-Zélande	1997	87.3	88.2	87.8	74.7	76.4	75.6
Pays-Bas	1999	80.6	73.5	77.0	64.6	50.0	56.1
Pologne	1996	48.2	40.2	43.7	13.4	6.6	9.2
Portugal	1999	38.5	27.1	31.3	15.7	6.9	10.4
République tchèque	1999	57.7	50.4	54.0	36.7	23.8	29.5
Royaume-Uni	1999	75.3	75.0	75.1	57.4	56.1	56.7
Slovaquie	1998	48.6	40.7	44.4	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1997	80.1	75.7	77.8	62.3	54.8	58.2
Suisse	1997	86.2	80.4	83.2	76.1	65.6	69.8
Turquie		n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

n.d. : non disponible.

Tableau 2.1. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1960-1999
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	1.4	1.6	2.3	3.1	3.4	3.4	3.4	3.4	n.d.	2.4
Australie	1.1	1.2	1.8	2.3	2.5	2.5	2.5	2.5	n.d.	2.2
Autriche	1.4	1.4	1.6	2.2	2.7	2.8	2.9	3.0	3.0	2.0
Belgique	1.3	1.5	2.3	3.3	3.5	3.6	3.7	3.7	3.8	2.8
Canada	1.2	1.5	1.8	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	1.5
Corée	n.d.	n.d.	0.5	0.8	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	n.d.
Danemark	1.2	1.4	2.2	3.1	3.3	3.3	3.3	3.3	3.4	2.7
Espagne	1.2	1.3	2.3	3.8	2.5	2.9	2.9	2.9	3.1	2.5
États-Unis	1.4	1.6	2.0	2.4	2.6	2.6	2.7	2.7	n.d.	1.7
Finlande	0.6	0.9	1.7	2.4	2.8	2.8	3.0	3.0	3.1	n.d.
France	1.0	1.3	2.0	2.6	2.9	3.0	3.0	3.0	n.d.	2.9
Grèce	1.3	1.6	2.4	3.4	3.9	4.0	4.1	4.2	n.d.	3.1
Hongrie	1.5	2.0	2.3	2.9	3.0	3.1	3.1	3.1	3.2	2.0
Irlande	n.d.	n.d.	n.d.	1.6	2.1	2.1	2.1	2.2	2.3	n.d.
Islande	1.2	1.4	2.1	2.8	3.0	3.1	3.3	3.3	n.d.	2.7
Italie	0.7	1.1	2.6	4.7	5.4	5.5	5.8	5.8	5.9	n.d.
Japon	1.0	1.1	1.3	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	n.d.	1.7
Luxembourg	1.0	1.1	1.7	2.0	2.8	2.9	3.0	3.0	3.1	2.9
Mexique	n.d.	n.d.	0.8	1.1	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	n.d.
Norvège	1.2	1.4	2.0	3.1	2.8	2.8	2.5	2.7	2.8	2.2
Nouvelle-Zélande	1.1	1.1	1.6	1.9	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	1.9
Pays-Bas	1.1	1.2	1.9	2.5	n.d.	n.d.	n.d.	2.9	3.1	2.7
Pologne	1.0	1.4	1.8	2.1	2.3	2.4	2.4	2.3	2.3	2.2
Portugal	0.8	0.9	2.0	2.8	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	3.6
République tchèque	1.7	1.9	2.3	2.8	2.9	2.9	3.0	3.0	3.0	1.5
Royaume-Uni	0.8	0.9	1.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	2.1
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1.0	1.3	2.2	2.9	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	2.9
Suisse	1.3	1.4	2.4	3.0	3.2	3.2	3.3	3.3	3.4	2.5
Turquie	0.3	0.4	0.6	0.9	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	3.6
Moyenne 25 pays***	1.1	1.3	1.9	2.6	2.8	2.9	2.9	2.9	3.0	2.6

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1961 pour le Canada.

Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie, la Belgique et la Nouvelle-Zélande.

Les chiffres de 1980 se rapportent à 1981 pour l'Australie et la Corée.

Le chiffre de 1990 se rapporte à 1991 pour l'Australie.

** Le taux de croissance se rapporte au taux de croissance annuel moyen sur la période 1960-1999 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 25 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Tableau 2.2. **Personnel infirmier diplômé en activité pour 1 000 habitants, 1960-1999**

	Année*									Taux de croissance** en % 1980-1999
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	1.7	2.4	6.2	8.9	9.0	9.5	9.5	9.6	n.d.	2.5
Australie	6.1	4.3	7.1	8.5	8.4	8.4	8.1	n.d.	n.d.	0.8
Autriche	2.5	3.4	5.4	7.2	8.6	8.7	8.8	8.9	9.0	2.7
Belgique	n.d.	n.d.	5.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Canada	n.d.	4.9	6.3	8.1	7.9	7.7	7.7	7.5	7.5	0.9
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4	n.d.
Danemark	n.d.	n.d.	5.1	6.8	7.1	7.2	7.2	7.2	7.3	1.9
Espagne	0.9	0.8	3.3	4.1	3.0	3.5	3.5	3.2	3.6	0.5
États-Unis	2.9	3.7	5.6	7.2	8.1	8.2	8.2	8.3	n.d.	2.2
Finlande	2.6	6.0	8.3	10.2	12.4	13.0	13.5	14.0	14.4	2.9
France	n.d.	3.0	4.6	5.4	5.9	5.9	6.0	n.d.	n.d.	1.6
Grèce	n.d.	1.8	2.4	3.4	3.7	3.7	3.6	n.d.	n.d.	2.4
Hongrie	1.7	2.7	3.7	4.5	4.8	4.9	5.0	5.0	5.0	1.6
Irlande	n.d.	n.d.	n.d.	11.3	14.2	14.8	15.3	15.9	16.5	n.d.
Islande	2.4	4.9	9.6	13.3	13.8	13.8	13.8	n.d.	n.d.	2.2
Italie	1.1	2.1	4.1	4.7	4.6	4.4	4.5	4.6	n.d.	0.6
Japon	2.0	2.6	4.2	6.0	n.d.	7.4	n.d.	7.8	n.d.	3.5
Luxembourg	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6.7	7.0	7.1	7.0	7.1	n.d.
Mexique	n.d.	n.d.	0.3	0.7	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	7.6
Norvège	n.d.	n.d.	9.3	13.2	n.d.	14.9	n.d.	n.d.	n.d.	3.0
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	6.1	9.3	9.8	9.8	9.0	9.7	9.6	2.4
Pays-Bas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11.5	12.5	12.7	n.d.
Pologne	2.1	3.0	4.4	5.5	5.5	5.6	5.6	5.5	5.1	0.8
Portugal	0.7	1.5	2.3	2.8	3.4	3.5	3.7	3.8	n.d.	2.8
République tchèque	n.d.	n.d.	6.7	8.1	8.2	8.1	8.1	8.1	8.2	1.1
Royaume-Uni	3.5	3.9	4.3	5.2	5.0	4.5	4.5	5.0	4.5	0.2
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	3.1	4.3	7.0	9.2	10.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2.5
Suisse	n.d.	5.1	9.9	14.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Turquie	n.d.	0.2	0.6	0.8	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	3.2

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1961 pour l'Australie.

Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et la France.

Les chiffres de 1980 se rapportent à 1981 pour l'Australie, la Belgique et la Norvège.

Les chiffres de 1990 se rapportent à 1991 pour l'Allemagne et l'Australie.

** Le taux de croissance se rapporte au taux de croissance annuel moyen sur la période 1980-1999 ou la dernière année disponible.

Tableau 2.3. Nombre de lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1980-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	10.5	11.3	11.5	10.4	9.7	9.6	9.4	9.3	n.d.	-1.2
Australie	11.4	11.7	12.3	9.2	8.7	8.5	8.3	8.5	n.d.	-2.0
Autriche	10.8	10.8	11.2	10.2	9.3	9.2	9.1	8.9	8.7	-1.3
Belgique	n.d.	8.3	9.4	8.0	7.4	7.3	7.3	n.d.	n.d.	-1.5
Canada	6.2	7.0	6.8	6.3	4.8	4.5	4.4	4.1	n.d.	-2.8
Corée	n.d.	n.d.	1.7	3.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.5	6.3
Danemark	8.1	8.1	8.1	5.6	4.9	4.7	4.6	4.5	n.d.	-3.2
Espagne	4.4	4.7	5.4	4.3	3.9	3.9	n.d.	n.d.	n.d.	-2.0
États-Unis	9.2	7.9	6.0	4.9	4.1	4.0	3.9	3.7	3.6	-2.6
Finlande	11.5	15.1	15.6	12.5	9.3	9.2	7.9	7.8	7.5	-3.8
France	9.6	9.2	11.1	9.7	8.9	8.8	8.6	8.5	n.d.	-1.5
Grèce	5.8	6.2	6.2	5.1	5.0	5.0	5.0	n.d.	n.d.	-1.3
Hongrie	6.9	7.9	9.1	10.1	8.9	8.9	8.1	8.2	8.3	-0.6
Irlande	n.d.	n.d.	13.0	10.5	10.1	10.1	n.d.	n.d.	n.d.	-1.6
Islande	9.8	12.9	14.8	16.7	14.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-0.1
Italie	8.9	10.5	9.7	7.2	6.2	6.5	5.8	5.5	n.d.	-3.1
Japon	9.0	12.5	13.7	16.0	16.2	16.2	16.4	16.5	16.4	1.0
Luxembourg	11.8	12.6	12.8	11.7	8.2	8.2	8.1	8.0	n.d.	-2.6
Mexique	n.d.	n.d.	0.7	0.8	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	2.5
Norvège	n.d.	n.d.	16.5	16.4	15.1	15.0	14.7	14.5	14.4	-0.7
Nouvelle-Zélande	11.7	10.8	10.2	8.5	6.2	6.1	6.1	6.2	n.d.	-2.7
Pays-Bas	11.0	11.4	12.3	11.5	11.3	11.2	11.3	11.3	11.3	-0.5
Pologne	4.6	5.2	5.6	5.7	5.5	5.5	5.4	5.3	5.1	-0.3
Portugal	5.4	6.3	5.2	4.6	4.1	4.1	4.1	4.0	n.d.	-1.4
République tchèque	8.6	9.1	11.3	11.3	9.5	9.2	9.0	8.9	8.7	-1.3
Royaume-Uni	10.7	9.6	8.1	5.9	4.7	4.5	4.4	4.2	4.1	-3.6
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	14.2	15.3	15.1	12.4	4.9	4.4	4.0	3.8	3.7	n.d.
Suisse	n.d.	n.d.		19.9	n.d.	n.d.	18.3	18.1	n.d.	n.d.
Turquie	1.7	2.0	2.2	2.1	2.5	2.5	2.5	2.5	2.6	0.7
Moyenne 25 pays***	n.d.	n.d.	8.9	8.0	7.2	7.1	7.0	6.9	n.d.	-1.4

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1960 se rapportent à 1961 pour le Danemark, 1962 pour l'Espagne et la France.

Le chiffre de 1970 se rapporte à 1972 pour la France.

Les chiffres de 1990 se rapportent à 1991 pour l'Australie, la Norvège et la Suisse.

** Le taux de croissance concerne la période 1980-1998 ou la dernière année disponible. La Suède n'est pas représentée en raison d'une rupture de série.

*** La moyenne des 25 pays comprend tous les pays de l'OCDE à l'exception de : l'Irlande, l'Islande, la Slovaquie, la Suède et la Suisse.

Tableau 2.4. Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1980-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	7.3	7.5	7.7	7.5	6.9	6.7	6.6	6.5	n.d.	-0.9
Australie	n.d.	6.0	6.4	4.4	4.2	4.1	4.0	3.9	n.d.	-2.7
Autriche	n.d.	n.d.	n.d.	7.0	6.6	6.5	6.4	6.3	6.2	n.d.
Belgique	6.0	4.7	5.5	4.9	4.7	4.6	4.6	4.6	n.d.	-1.0
Canada	n.d.	n.d.	4.6	4.0	3.4	3.1	3.1	3.2	n.d.	-2.0
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	2.7	3.8	4.0	4.2	4.4	4.9	n.d.
Danemark	n.d.	5.5	5.3	4.1	3.6	3.5	3.4	3.3	n.d.	-2.6
Espagne	n.d.	n.d.	n.d.	3.4	3.1	3.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
États-Unis	3.6	4.2	4.4	3.7	3.3	3.3	3.2	3.1	3.0	-1.9
Finlande	3.9	4.8	4.9	4.3	4.0	3.7	2.7	2.6	2.5	-3.5
France	n.d.	n.d.	6.2	5.2	4.6	4.5	4.4	4.3	n.d.	-2.0
Grèce	n.d.	n.d.	4.7	4.0	4.0	4.0	4.0	n.d.	n.d.	-0.9
Hongrie	4.6	5.6	6.6	7.1	7.0	7.0	6.4	6.5	6.4	-0.1
Irlande	n.d.	n.d.	4.3	3.2	3.1	3.1	3.0	2.9	2.9	-2.2
Islande	n.d.	n.d.	n.d.	4.3	3.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italie	n.d.	n.d.	7.6	6.1	5.1	5.5	5.2	4.9	n.d.	-2.4
Japon	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	n.d.	n.d.	7.4	6.9	5.7	5.6	5.6	5.5	n.d.	-1.6
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	n.d.	n.d.	5.2	3.8	3.3	3.3	3.3	3.2	3.2	-2.7
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	8.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Pays-Bas	5.1	5.5	5.2	4.3	3.8	3.7	3.7	3.7	3.6	-1.9
Pologne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	3.6	4.2	4.2	3.6	3.3	3.4	3.4	3.3	n.d.	-1.3
République tchèque	8.8	9.1	8.6	8.5	7.2	6.9	6.8	6.7	6.6	-1.4
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	3.5	2.7	2.4	2.4	2.4	2.4	n.d.	-2.1
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	n.d.	5.1	4.1	3.0	2.8	2.7	2.6	2.5	-3.7
Suisse	8.0	7.0	7.1	6.5	5.5	5.5	5.8	5.6	n.d.	-1.3
Turquie	n.d.	1.3	1.5	2.0	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.2
Moyenne 21 pays***	n.d.	n.d.	5.5	4.8	4.3	4.2	4.1	4.0	n.d.	-1.7

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1970 se rapporte à 1972 pour le Danemark.

Le chiffre de 1990 se rapporte à 1991 pour l'Australie.

** Le taux de croissance concerne la période 1980-1998 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 21 pays comprend tous les pays de l'OCDE à l'exception de : l'Autriche, la Corée, l'Espagne, l'Islande, le Japon, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Pologne et la Slovaquie.

Tableau 3.1. Nombre de consultations auprès d'un médecin par habitant, 1960-1998

	Année*								Évolution en % 1980-1997**
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	
Allemagne	n.d.	n.d.	n.d.	5.3	6.4	6.5	n.d.	n.d.	n.d.
Australie	2.7	3.1	4.0	6.1	6.6	6.6	6.5	6.4	62.5
Autriche	4.3	5.2	5.4	5.9	6.3	6.3	6.2	6.5	14.8
Belgique	n.d.	6.0	7.1	7.7	8.0	8.0	7.9	7.9	11.3
Canada	4.0	4.3	5.6	6.7	6.5	6.4	6.4	6.4	14.3
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	n.d.	n.d.	5.0	5.7	5.7	5.7	5.9	6.0	18.0
Espagne	n.d.	2.6	4.7	6.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
États-Unis	n.d.	4.6	4.8	5.5	5.8	5.8	n.d.	n.d.	20.8
Finlande	n.d.	2.4	3.2	3.9	4.1	4.3	4.2	4.2	31.3
France	n.d.	3.1	4.0	5.8	6.4	6.5	n.d.	n.d.	62.5
Grèce	n.d.	5.2	5.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	n.d.	n.d.	10.5	11.7	14.8	17.5	18.8	19.7	79.0
Irlande	n.d.	n.d.	5.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Islande	n.d.	n.d.	n.d.	5.1	5.1	5.2	5.2	n.d.	n.d.
Italie	3.9	6.3	8.0	6.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Japon	n.d.	13.6	14.4	15.2	15.8	16.0	n.d.	n.d.	11.1
Luxembourg	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2.9	2.9	2.8	n.d.
Mexique	n.d.	n.d.	1.3	1.7	2.1	2.2	2.3	2.3	76.9
Norvège	n.d.	n.d.	n.d.	3.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	3.7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Pays-Bas	n.d.	n.d.	4.9	5.5	5.7	5.4	5.9	5.7	20.4
Pologne	3.3	4.9	6.5	5.8	5.4	5.2	5.3	5.4	-18.5
Portugal	1.0	1.5	3.7	3.0	3.2	3.2	3.4	3.4	-8.1
République tchèque	9.3	9.9	12.4	11.8	12.5	13.2	12.9	12.4	4.0
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	5.2	6.1	6.1	6.1	n.d.	5.4	17.3
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	1.9	2.6	2.8	3.0	2.9	2.8	n.d.	7.7
Suisse	n.d.	6.3	5.6	11.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Turquie	n.d.	n.d.	1.2	1.0	1.7	1.8	2.0	2.1	66.7
Moyenne 18 pays***	n.d.	n.d.	5.7	6.2	6.7	6.8	6.9	n.d.	22.6

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1962 pour le Canada.

Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour le Japon et la Suède, et à 1972 pour le Canada.

Les chiffres de 1990 se rapportent à 1991 pour l'Allemagne, l'Italie, la Norvège et la Suisse, et à 1989 pour l'Espagne.

** Les évolutions en pourcentage se rapportent à la période 1980-1997 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 18 pays comprend : l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, la Hongrie, le Japon, le Mexique, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie.

Tableau 3.2. Proportion de jeunes enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTC) et la rougeole

		DTC	Rougeole
Allemagne	1997	85	75
Australie	2000	89.8	91
Autriche	1997	90	90
Belgique	1999	97.1	82.4
Canada	1997	86.8	96
Corée	1994	99.5	94.3
Danemark	1999	99	92
Espagne	1999	95.1	95
États-Unis	1998	84	92
Finlande	1999	99	98
France	1998	98	83
Grèce	1997	90	90
Hongrie	1999	99.9	100
Irlande	1999	86	77
Islande	1999	99.9	99.9
Italie	1999	95	75
Japon	1999	n.d.	96.5
Luxembourg	1997	98	91
Mexique	1998	96.2	95.7
Norvège	1999	89.4	88
Nouvelle-Zélande	1999	88.4	82 (1992)
Pays-Bas	1998	97	96
Pologne	1999	98.1	97.1
Portugal	1998	97.8	96
Slovaquie	1999	99.1	99.3
Suède	1999	99.3	96.3
Suisse	1991	n.d.	83
Turquie	1999	79	81
République tchèque	1999	98	95
Royaume-Uni	1999	92.4	88.1
Moyenne OCDE		93.8	90.5

n.d. : non disponible.

Tableau 3.3. Admissions en soins d'hospitalisation pour 1 000 habitants

	Année*									Taux de croissance** en % 1970-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	132.6	154.0	188.3	199.7	218.5	197.3	200.3	205.4	n.d.	1.0
Australie	n.d.	n.d.	n.d.	172.0	166.0	162.0	163.0	161.0	n.d.	n.d.
Autriche	141.0	155.0	195.0	234.0	247.0	251.0	266.0	278.0	286.3	2.1
Belgique	n.d.	93.0	135.6	186.0	196.4	200.0	n.d.	n.d.	n.d.	3.0
Canada	150.0	165.0	150.0	136.0	112.4	94.9	97.1	100.6	n.d.	-1.8
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	n.d.	144.0	183.3	200.4	198.1	198.3	198.7	199.9	n.d.	1.2
Espagne	n.d.	n.d.	93.0	97.0	109.0	113.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
États-Unis	139.1	155.7	171.2	135.4	126.7	125.6	125.6	124.9	125.3	-0.8
Finlande	131.0	182.0	210.0	224.0	254.0	269.0	267.0	266.0	265.0	1.4
France	n.d.	149.0	193.0	232.0	227.0	225.0	231.0	231.0	230.0	1.7
Grèce	70.0	105.0	118.0	128.0	150.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.4
Hongrie	138.0	166.0	188.0	218.0	234.0	242.0	245.0	236.0	237.5	1.3
Irlande	n.d.	n.d.	159.9	149.7	149.7	151.0	149.2	147.9	144.7	n.d.
Islande	n.d.	163.8	222.3	287.1	232.4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.4
Italie	94.0	157.0	181.5	155.0	162.3	184.7	183.7	180.4	n.d.	0.5
Japon	37.0	54.0	60.0	82.0	92.0	93.0	95.0	98.0	101.0	2.2
Luxembourg	116.0	134.0	166.0	199.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	n.d.	n.d.	38.1	39.4	55.1	57.7	61.4	55.5	56.3	n.d.
Norvège	n.d.	132.0	155.0	156.0	150.0	153.0	158.7	162.3	164.8	0.7
Nouvelle-Zélande	79.0	93.0	133.0	139.0	141.0	138.0	136.0	132.0	n.d.	1.3
Pays-Bas	n.d.	100.0	117.2	108.9	111.2	111.4	110.2	107.8	n.d.	0.3
Pologne	n.d.	n.d.	122.0	121.0	133.0	136.0	135.0	138.0	147.1	n.d.
Portugal	47.8	69.0	89.0	108.0	113.0	113.6	118.0	120.0	n.d.	2.0
République tchèque	n.d.	n.d.	204.4	193.2	210.2	222.8	211.1	205.4	202.6	n.d.
Royaume-Uni	92.6	112.3	125.3	144.8	153.6	149.1	150.5	150.9	n.d.	1.1
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	134.0	166.0	183.0	195.0	185.0	181.0	n.d.	n.d.	n.d.	0.3
Suisse	124.0	131.0	126.0	139.0	n.d.	n.d.	174.7	169.8	n.d.	0.9
Turquie	34.0	42.3	39.0	65.7	62.9	65.1	69.1	71.6	73.9	1.9
Moyenne 19 pays***	n.d.	127.4	148.6	161.0	165.4	166.2	168.8	169.2	n.d.	1.0

n.d. : non disponible.

* A noter que le chiffre de :

1960 se rapporte à 1961 pour la Grèce.

1970 se rapporte à 1972 pour la France.

1980 se rapporte à 1982 pour le Mexique.

1990 se rapporte à 1991 pour l'Australie.

** Le taux de croissance se rapporte au taux de croissance annuel moyen sur la période 1970-1998 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 19 pays comprend : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Italie, le Japon, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Tableau 3.4. Admissions en soins aigus pour 1 000 habitants

	Année*									Taux de croissance** en % 1980-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	119.4	135.0	163.0	175.8	191.5	193.4	196.1	201.0	n.d.	1.2
Australie	145.0	181.0	202.0	168.0	162.0	159.0	159.0	158.0	n.d.	-1.4
Autriche	n.d.	n.d.	n.d.	216.0	231.0	234.0	246.0	258.0	264.2	n.d.
Belgique	n.d.	n.d.	141.9	168.8	180.0	180.0	n.d.	n.d.	n.d.	1.6
Canada	n.d.	n.d.	146.0	120.4	109.1	93.2	95.2	98.9	n.d.	-2.1
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	n.d.	143.0	170.7	190.4	188.2	188.1	188.7	189.7	n.d.	0.6
Espagne	n.d.	n.d.	n.d.	96.0	106.8	110.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
États-Unis	127.6	143.4	159.3	125.1	117.9	117.3	118.0	117.8	118.7	-1.7
Finlande	110.9	156.8	145.0	163.0	200.0	210.0	208.0	203.0	202.0	1.9
France	n.d.	n.d.	175.0	209.0	203.0	203.0	205.0	205.0	204.0	0.9
Grèce	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	121.0	147.0	168.0	191.0	205.0	211.0	212.0	218.0	219.4	1.5
Irlande	n.d.	n.d.	154.6	146.5	146.2	147.7	145.6	144.3	140.5	-0.4
Islande	n.d.	n.d.	n.d.	176.4	181.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italie	88.0	151.0	177.0	150.0	157.9	180.3	179.6	175.7	n.d.	0.0
Japon	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	n.d.	n.d.	153.0	184.0	n.d.	n.d.	n.d.	213.3	n.d.	1.9
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	n.d.	123.0	143.0	148.0	145.0	145.0	150.1	153.5	155.6	0.4
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Pays-Bas	80.0	97.0	112.3	102.9	103.1	102.8	101.3	98.8	n.d.	-0.7
Pologne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	46.3	67.0	86.3	106.0	111.0	112.0	116.0	118.6	n.d.	1.8
République tchèque	n.d.	n.d.	188.6	179.8	196.3	198.6	199.2	193.5	190.4	0.1
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	111.0	168.0	212.0	214.0	n.d.	n.d.	n.d.	4.2
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	144.0	156.0	166.0	162.0	159.0	n.d.	n.d.	n.d.	0.1
Suisse	n.d.	n.d.	130.0	139.0	n.d.	n.d.	168.1	163.6	n.d.	1.5
Turquie	n.d.	n.d.	37.0	53.7	60.6	62.5	66.5	68.9	71.1	3.5
Moyenne 19 pays***	n.d.	n.d.	145.6	151.1	158.2	159.9	161.1	161.0	n.d.	0.6

n.d. : non disponible.

* A noter que le chiffre de :

1980 se rapporte à 1981 pour la Belgique.

1990 se rapporte à 1991 pour l'Australie.

** Le taux de croissance se rapporte au taux de croissance annuel moyen sur la période 1980-1998 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 19 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Tableau 3.5. Soins aigus, durée moyenne de séjour, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1980-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	20.6	17.7	14.5	14.1	11.4	11.4	11.0	10.7	n.d.	-1.7
Australie	11.5	8.7	7.7	6.5	6.5	6.4	6.3	6.2	n.d.	-1.2
Autriche	n.d.	n.d.	14.5	9.3	7.9	7.6	7.1	6.8	6.5	-4.1
Belgique	n.d.	15.6	10.0	8.7	9.4	9.2	8.8	n.d.	n.d.	-0.7
Canada	n.d.	n.d.	10.2	8.6	7.2	7.1	7.0	7.0	n.d.	-2.1
Corée	n.d.	n.d.	10.0	12.0	11.0	11.0	11.0	11.0	10.0	0.5
Danemark	n.d.	12.5	8.5	6.4	5.7	5.6	5.4	5.3	n.d.	-2.6
Espagne	n.d.	n.d.	n.d.	9.6	8.8	8.0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
États-Unis	7.6	8.2	7.6	7.3	6.5	6.2	6.1	6.0	5.9	-1.3
Finlande	12.5	12.8	8.8	7.0	5.5	5.3	5.0	4.7	4.5	-3.4
France	20.0	16.0	9.9	7.0	5.9	5.8	5.6	5.6	5.5	-3.1
Grèce	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	11.3	11.2	11.2	9.9	8.6	8.5	7.6	8.5	8.2	-1.5
Irlande	n.d.	n.d.	8.5	6.7	6.6	6.5	6.5	6.6	6.5	-1.4
Islande	n.d.	n.d.	n.d.	7.0	5.9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italie	n.d.	n.d.	n.d.	9.5	8.4	8.0	7.3	7.2	n.d.	n.d.
Japon	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	n.d.	n.d.	13.0	11.0	9.8	9.8	n.d.	7.7	n.d.	-2.9
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	n.d.	14.8	10.9	7.8	6.5	6.3	6.4	6.2	6.1	-3.1
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5.5	4.9	n.d.	n.d.
Pays-Bas	20.1	18.8	14.0	11.2	9.9	9.8	9.6	9.5	n.d.	-2.1
Pologne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	19.0	15.3	11.4	8.4	7.9	7.9	7.5	7.3	n.d.	-2.4
République tchèque	15.0	15.0	13.6	12.0	10.2	9.6	9.1	8.8	8.6	-2.4
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	8.5	5.7	5.1	5.0	n.d.	n.d.	n.d.	-3.3
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	11.0	8.5	6.5	5.2	5.0	6.1	6.0	n.d.	-1.9
Suisse	n.d.	n.d.	15.5	13.4	12.0	12.0	11.9	11.4	n.d.	-1.7
Turquie	n.d.	n.d.	6.3	6.0	5.7	5.6	5.5	5.4	5.4	-0.9
Moyenne 20 pays***	n.d.	n.d.	10.7	9.0	8.0	7.8	7.6	7.5	n.d.	-2.0

n.d. : non disponible.

* Le chiffre de 1960 se rapporte à 1962 pour la France et à 1961 pour le Portugal.

Les chiffres de 1990 se rapportent à 1991 pour l'Australie et l'Italie.

** Le taux de croissance se rapporte au taux de croissance annuel moyen sur la période 1980-1998 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 20 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, la Suède, la Suisse et la Turquie.

Tableau 4.1. Dépenses réelles de santé par habitant, taux annuels moyens de croissance

	Année*						1970-98	\$ PPA** 1998
	1970-1979	1980-89	1990-94	1995-96	1996-97	1997-98		
Allemagne	6.3	2.0	1.1	4.5	0.1	0.0	3.4	2 361
Australie	4.4	2.7	3.1	3.8	3.7	6.8	3.5	2 085
Autriche	7.9	1.3	3.9	3.5	-7.5	4.4	4.0	1 894
Belgique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2 050
Canada	3.0	4.1	1.8	-1.7	2.4	6.2	2.9	2 360
Corée	n.d.	n.d.	5.4	12.0	5.4	-5.3	n.d.	740
Danemark	2.9	1.0	1.6	2.8	2.3	3.3	1.8	2 132
Espagne	7.4	4.2	2.6	2.9	3.3	4.0	4.9	1 194
États-Unis	4.5	5.3	3.9	2.2	2.5	2.4	4.4	4 165
Finlande	4.6	4.5	-2.5	5.3	1.1	-0.3	3.2	1 510
France	5.7	3.6	2.8	0.4	0.1	2.3	3.8	2 043
Grèce	n.d.	2.7	4.4	2.0	1.5	-1.2	n.d.	1 198
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.	-3.4	1.0	5.3	n.d.	717
Irlande	7.8	-0.4	6.3	3.3	7.5	4.2	4.9	1 534
Islande	9.8	5.5	0.1	4.0	1.5	8.6	5.3	2 113
Italie	4.9	3.2	1.3	2.0	5.3	0.9	3.9	1 824
Japon	6.9	2.7	4.4	3.2	5.6	-2.1	4.5	1 795
Luxembourg	7.6	4.2	4.2	3.7	-1.7	4.5	5.2	2 246
Mexique	n.d.	n.d.	13.0	-3.8	5.9	3.0	n.d.	419
Norvège	8.3	3.2	3.7	4.6	4.5	n.d.	5.5	2 149
Nouvelle-Zélande	3.3	2.5	2.0	1.5	4.1	6.1	2.5	1 440
Pays-Bas	3.4	1.8	2.4	1.7	1.1	3.6	2.6	2 150
Pologne	n.d.	n.d.	3.8	13.1	1.8	9.8	n.d.	524
Portugal	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 203
République tchèque	n.d.	n.d.	7.2	1.4	0.2	-0.4	n.d.	937
Royaume-Uni	4.0	3.3	4.8	3.2	-1.4	4.1	3.5	1 510
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 732
Suisse	4.1	2.9	2.0	4.6	2.9	4.0	3.3	2 853
Turquie	n.d.	-0.8	0.1	21.8	14.1	16.3	n.d.	316
Moyenne 19 pays***	5.6	3.0	2.6	2.9	2.0	3.3	3.8	1 696

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et le Danemark et à 1972 pour les Pays-Bas.

Le chiffre de 1998 se rapporte à 1997 pour la Norvège.

** Les dépenses par habitant sont exprimées en parité des pouvoirs d'achat pour l'économie dans son ensemble..

*** La moyenne concerne les 19 pays disposant de données relativement complètes sur la période 1970-1998 et qui n'ont pas signalé de ruptures majeures dans leurs séries. Les pays sont les suivants : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suisse. La Belgique, le Portugal et la Suède peuvent présenter des ruptures de séries. La moyenne des dépenses de santé par habitant (\$ PPA) est calculée par rapport aux 29 pays, à l'exception de la Slovaquie.

Tableau 4.2. Dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut, 1970-1998

	Année*						Évolution 1970-1998
	1970	1980	1990	1992	1997	1998	
Allemagne	6.3	8.8	8.7	9.7	10.5	10.3	4.0
Australie	5.7	7.0	7.9	8.2	8.3	8.6	2.9
Autriche	5.3	7.6	7.1	7.5	7.9	8.0	2.7
Belgique	4.0	6.4	7.4	7.9	8.6	8.6	n.d.
Canada	7.0	7.1	9.0	10.1	9.0	9.3	2.3
Corée	n.d.	n.d.	4.8	4.7	5.0	5.1	n.d.
Danemark	8.0	9.1	8.5	8.5	8.2	8.3	0.3
Espagne	3.6	5.4	6.6	7.1	7.0	7.0	3.4
États-Unis	6.9	8.7	11.9	13.0	13.0	12.9	6.0
Finlande	5.6	6.4	7.9	9.1	7.3	6.9	1.3
France	5.7	7.4	8.6	9.1	9.4	9.4	3.7
Grèce	5.6	6.5	7.5	7.2	8.7	8.4	n.d.
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.	7.7	6.8	6.8	n.d.
Irlande	5.1	8.4	6.7	7.6	6.9	6.8	1.7
Islande	4.9	6.1	7.9	8.1	8.0	8.4	3.5
Italie	5.1	7.0	8.1	8.4	8.3	8.2	3.1
Japon	4.6	6.5	6.1	6.3	7.4	7.4	2.8
Luxembourg	3.5	5.9	6.1	6.1	5.9	6.0	2.5
Mexique	n.d.	n.d.	4.4	5.6	5.3	5.3	n.d.
Norvège**	4.4	7.0	7.8	8.2	8.0	n.d.	3.6
Nouvelle-Zélande	5.2	6.0	7.0	7.6	7.6	8.1	2.9
Pays-Bas	7.2	8.0	8.5	8.9	8.7	8.7	1.5
Pologne	n.d.	n.d.	5.3	6.6	6.1	6.4	n.d.
Portugal	2.7	5.6	6.2	7.0	7.5	7.7	n.d.
République tchèque	n.d.	3.8	5.0	5.4	7.1	7.1	n.d.
Royaume-Uni	4.5	5.6	6.0	6.9	6.7	6.8	2.3
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	6.9	9.1	8.5	8.5	8.1	7.9	n.d.
Suisse	5.4	7.3	8.3	9.3	10.2	10.4	5.0
Turquie	2.4	3.3	3.6	3.8	4.2	4.8	2.4
Moyenne 20 pays***	5.3	6.9	7.6	8.2	8.1	8.2	2.9

n.d. : non disponible.

* A noter que les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et le Danemark et à 1972 pour les Pays-Bas.

** Évolution sur la période 1970-1997.

*** La moyenne concerne les 20 pays qui disposent de données relativement complètes sur la période 1970-1998 et qui n'ont pas signalé de ruptures majeures de séries. Il s'agit des pays suivants : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suisse et la Turquie. Des ruptures dans les séries des dépenses sont possibles dans le cas de la Belgique, du Portugal et de la Suède. La moyenne inclut les données estimées de 1970 pour l'Australie, le Danemark et les Pays-Bas et les données extrapolées de 1998 pour la Norvège.

Tableau 4.3. **Financement public en pourcentage des dépenses de santé, 1970-1998**

	Année*				Évolution 1970-1998
	1970	1980	1990	1998	
Allemagne	72.8	78.7	76.2	75.8	3.0
Australie	62.8	62.8	67.4	70.0	7.2
Autriche	63.0	68.8	73.5	71.8	8.8
Belgique	n.d.	n.d.	n.d.	71.2	n.d.
Canada	69.9	75.6	74.6	70.1	0.2
Corée	n.d.	n.d.	36.6	46.2	n.d.
Danemark	83.7	87.8	82.7	81.9	-1.8
Espagne	65.4	79.9	78.7	76.4	11.0
États-Unis	36.3	41.5	39.6	44.8	8.5
Finlande	73.8	79.0	80.9	76.3	2.5
France	74.7	78.8	78.2	77.7	3.0
Grèce	42.6	55.6	62.7	56.3	n.d.
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.	76.5	n.d.
Irlande	81.7	81.6	71.7	76.8	-4.9
Islande	81.7	88.2	86.6	83.9	2.2
Italie	86.9	80.5	78.1	67.3	-19.6
Japon	69.8	71.3	77.6	78.5	8.7
Luxembourg	88.9	92.8	93.1	92.4	3.5
Mexique	n.d.	n.d.	40.8	48.0	n.d.
Norvège**	91.6	85.1	82.8	n.d.	-8.6
Nouvelle-Zélande	80.3	88.0	82.4	77.0	-3.3
Pays-Bas	61.0	69.2	67.7	68.6	7.6
Pologne	n.d.	n.d.	91.7	65.4	n.d.
Portugal	59.0	64.3	65.5	66.9	7.9
République tchèque	96.6	96.8	96.2	91.9	n.d.
Royaume-Uni	87.0	89.4	84.3	83.3	-3.7
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	86.0	92.5	89.9	83.8	-2.2
Turquie	37.3	27.3	61.0	71.9	34.6
Moyenne 21 pays***	71.8	75.4	75.8	75.2	3.1

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et le Danemark et à 1972 pour les Pays-Bas.

** Évolution sur la période 1970-1997.

*** La moyenne des 21 pays comprend : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie. La moyenne inclut les données estimées de 1970 pour l'Australie, le Danemark et les Pays-Bas, et les chiffres extrapolés de 1998 pour la Norvège.

A noter que les chiffres de la Suisse ne sont pas présentés car la définition du financement public de la santé diffère considérablement de celle de l'OCDE.

Tableau 4.4. Taux de croissance annuels moyens des dépenses réelles en produits pharmaceutiques par habitant

	Année*							\$ PPA** 1998
	1970-1979	1980-89	1990-94	1995-96	1996-97	1997-98	1970-98	
Allemagne	4.1	2.8	-2.4	5.4	-1.6	4.3	2.5	300
Australie	-3.0	3.7	8.5	5.7	3.0	7.7	2.7	237
Autriche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Belgique	3.3	2.6	5.6	-1.0	3.4	n.d.	3.0	318
Canada	-0.1	7.2	5.0	-0.1	7.9	9.1	4.0	353
Corée	n.d.	n.d.	2.3	1.4	-9.8	-23.0	n.d.	102
Danemark	n.d.	2.4	5.8	0.8	3.5	6.0	n.d.	197
Espagne	n.d.	2.4	3.7	5.3	6.5	n.d.	n.d.	239
États-Unis	1.0	5.4	2.0	5.8	6.5	8.2	3.7	422
Finlande	3.5	3.0	6.3	7.8	4.1	-1.7	3.7	221
France	1.2	4.3	4.0	0.3	1.5	5.2	3.6	447
Grèce	2.5	-1.1	8.2	5.5	-2.4	-15.6	n.d.	176
Hongrie	n.d.	n.d.	61.3	1.9	1.1	6.1	n.d.	190
Irlande	0.9	1.1	2.7	2.6	4.8	10.8	1.8	151
Islande	8.0	4.6	-0.8	10.7	-0.5	3.4	5.2	327
Italie	5.0	6.5	0.0	5.4	6.4	n.d.	4.8	303
Japon	n.d.	n.d.	4.0	2.6	-1.2	-17.6	n.d.	301
Luxembourg	4.4	5.1	-0.9	-0.7	7.9	1.7	3.4	277
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	3.6	0.3	8.9	4.7	5.9	n.d.	n.d.	195
Nouvelle-Zélande	n.d.	4.7	5.5	0.0	2.7	n.d.	n.d.	193
Pays-Bas	-0.1	3.9	5.7	1.8	0.7	8.5	3.0	232
Pologne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	18.0	6.2	6.0	7.6	4.9	1.8	n.d.	310
République tchèque	n.d.	n.d.	11.6	1.3	-0.8	0.6	n.d.	239
Royaume-Uni	2.9	4.1	7.9	5.7	2.0	n.d.	4.0	229
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	4.7	3.3	8.6	7.5	-1.5	n.d.	4.5	220
Suisse	n.d.	n.d.	-0.1	3.2	3.5	3.2	n.d.	217
Turquie	n.d.	n.d.	11.6	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Moyenne 14 pays***	2.6	4.1	3.7	4.1	3.2	n.d.	3.6	256

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande et à 1972 pour les Pays-Bas.

** Les chiffres de 1998 se rapportent à 1997 pour la Belgique, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suède.

*** La moyenne inclut uniquement les 14 pays suivants disposant de données relativement complètes sur la période 1970-1997 : l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. La moyenne inclut des données estimées pour 1970 (Australie et Pays-Bas). La Norvège a été exclue de la moyenne en raison d'une rupture de série entre 1979 et 1980. Le chiffre des dépenses moyennes en produits pharmaceutiques par habitant (\$ PPA) se rapporte à l'ensemble des pays de l'OCDE, à l'exception de l'Autriche, du Mexique, de la Pologne, de la Slovaquie et de la Turquie.

Tableau 4.5. Dépenses de produits pharmaceutiques dans la part des dépenses totales de santé, 1970-1998

	Année*			
	1970	1980	1990	1998**
Allemagne	16.2	13.4	14.3	12.7
Australie	13.6	7.9	8.9	11.4
Autriche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Belgique	28.1	17.4	15.5	16.1
Canada	11.3	8.5	11.4	15
Corée	n.d.	n.d.	25.7	13.8
Danemark	n.d.	6	7.5	9.2
Espagne	n.d.	21	17.8	20.7
États-Unis	12.4	9.1	9.2	10.1
Finlande	12.6	10.7	9.4	14.6
France	23.2	15.9	20	21.9
Grèce	25.5	18.8	14.5	14.7
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.	26.5
Irlande	22.2	10.9	11.1	9.9
Islande	16.1	15.9	15.7	15.5
Italie	14.5	13.7	18.3	17.5
Japon	n.d.	n.d.	21.4	16.8
Luxembourg	19.7	14.5	14.9	12.3
Mexique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	7.8	8.7	7.2	9.1
Nouvelle-Zélande	n.d.	11.9	13.8	14.4
Pays-Bas	9.8	7.4	9.1	10.8
Pologne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Portugal	13.4	19.9	24.9	25.8
République tchèque	n.d.	n.d.	21	25.5
Royaume-Uni	14.7	12.8	13.6	16.3
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	6.6	6.5	8	12.8
Suisse	n.d.	n.d.	8.2	7.6
Turquie	n.d.	n.d.	20.5	n.d.
Moyenne 14 pays***	15.8	11.8	12.8	14.1

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1970 se rapportent à 1971 pour l'Australie et à 1972 pour les Pays-Bas.

** Les chiffres de 1998 se rapportent à 1997 pour la Belgique, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suède.

*** La moyenne inclut uniquement les 14 pays suivants disposant de données relativement complètes sur la période 1970-1998 : l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. La moyenne inclut des données estimées pour 1970 (Australie et Pays-Bas). La Norvège a été exclue de la moyenne en raison d'une rupture de série entre 1979 et 1980.

Tableau 5.1. Proportion des personnes âgées de 15 ans et plus qui déclarent fumer quotidiennement, dernière année disponible

		Fumeurs quotidiens		
		Femmes (%)	Hommes (%)	Total (%)
Allemagne	1995	21.5	35.6	26.0
Australie	1998	20.3	25.4	22.8
Autriche	1997	23.3	35.9	29.3
Belgique	1998	23.0	30.0	26.0
Canada	1999	19.2	22.0	20.5
Corée	1998	5.9	64.1	33.5
Danemark	2000	29.0	32.0	31.0
Espagne	1997	24.7	42.1	33.1
États-Unis	1998	18.2	21.6	19.9
Finlande	1999	20.1	27.0	23.2
France	1992	20.0	38.0	29.0
Grèce	1994	28.0	46.0	37.0
Hongrie	2000	22.9	38.2	30.1
Irlande	1998	27.0	28.0	27.0
Islande	2000	22.5	23.3	22.9
Italie	1999	17.3	32.8	24.7
Japon	1999	14.5	54.0	34.0
Luxembourg	1998	27.0	39.0	32.0
Mexique	1993	14.2	38.3	25.1
Norvège	2000	32.0	31.0	32.0
Nouvelle-Zélande	1999	25.0	26.0	26.0
Pays-Bas	1999	32.0	36.0	34.0
Pologne	1996	19.4	40.9	29.6
Portugal	1995	7.1	30.2	18.1
République tchèque	1999	17.3	30.1	23.5
Royaume-Uni	1998	26.0	28.0	27.0
Slovaquie		n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1999	19.4	19.2	19.3
Suisse	1997	27.0	38.0	33.0
Turquie	1995	27.1	67.6	47.0
Moyenne 29 pays*		21.8	35.2	28.2

n.d. : non disponible.

* Tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Slovaquie.

Tableau 5.2. Consommation d'alcool (en litres) par habitant âgé de 15 ans et plus, 1960-1999

	Année*									Taux de croissance** en % 1960-1998
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	7.5	13.4	12.7	13.8	13.0	12.7	12.9	12.6	12.6	n.d.
Australie	9.4	11.6	12.9	10.5	9.6	9.6	9.7	9.5	n.d.	0.0
Autriche	10.9	13.9	13.8	12.6	11.9	11.8	11.5	11.4	11.4	0.1
Belgique	8.9	12.3	14.0	12.1	11.1	11.0	10.8	10.8	n.d.	0.5
Canada	7.2	8.7	11.1	9.2	7.4	7.2	7.3	7.5	n.d.	0.1
Corée	n.d.	n.d.	n.d.	9.1	9.0	9.1	8.9	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	5.5	8.6	11.7	11.7	12.1	12.2	12.2	11.6	11.6	2.0
Espagne	9.6	16.1	18.5	13.5	11.4	11.1	12.1	11.9	11.7	0.6
États-Unis	7.8	9.5	10.5	9.5	8.4	8.5	8.5	8.3	8.6	0.2
Finlande	2.7	5.8	7.9	9.5	8.3	8.2	8.5	8.6	8.7	3.1
France	23.7	22.3	20.6	16.6	15.7	15.6	n.d.	n.d.	n.d.	-1.2
Grèce	n.d.	7.1	13.2	10.7	10.6	10.4	10.5	10.2	10.5	n.d.
Hongrie	8.2	11.5	14.9	13.9	12.2	12.5	12.3	12.3	11.7	1.1
Irlande	7.1	10.6	13.8	10.5	12.1	11.9	n.d.	n.d.	n.d.	1.4
Islande	2.5	3.8	4.3	5.2	4.8	4.9	5.1	5.6	5.9	2.2
Italie	16.6	18.2	13.2	10.9	10.4	10.5	9.4	9.1	9.0	-1.6
Japon	n.d.	6.9	8.1	8.9	8.6	8.5	8.8	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	13.1	15.6	12.4	14.7	14.8	14.2	14.0	16.4	15.0	0.6
Mexique	n.d.	n.d.	3.5	4.9	5.1	5.2	4.7	4.9	4.8	n.d.
Norvège	3.4	4.7	5.3	5.0	4.8	5.0	5.4	n.d.	n.d.	1.3
Nouvelle-Zélande	5.3	9.8	11.8	10.1	9.4	9.2	8.5	8.5	8.5	1.3
Pays-Bas	3.7	7.7	11.3	9.9	9.8	9.8	10.0	9.9	10.1	2.6
Pologne	6.3	8.0	8.7	8.3	8.2	8.0	8.0	8.4	8.6	0.8
Portugal	17.2	13.9	14.9	16.1	14.6	14.1	13.7	13.6	13.2	-0.6
République tchèque	n.d.	n.d.	11.8	11.3	11.6	11.7	12.0	11.8	11.9	n.d.
Royaume-Uni	n.d.	7.1	9.4	9.7	9.2	9.6	9.9	9.7	10.1	n.d.
Slovaquie	6.9	12.8	14.5	13.4	10.3	10.7	10.8	10.0	10.1	1.0
Suède	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2	6.0	5.9	5.8	6.1	0.5
Suisse	12.1	14.2	13.5	12.9	11.4	11.3	11.2	11.2	n.d.	-0.2
Turquie	0.9	1.1	1.8	1.4	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.5
Moyenne 25 pays***	8.3	10.7	11.8	10.7	10.0	9.9	9.9	9.9	n.d.	0.5

n.d. : non disponible.

* Les chiffres de 1960 se rapportent à 1961 pour l'Espagne, la Grèce, l'Islande, la Pologne et le Portugal.

Le chiffre de 1970 se rapporte à 1971 pour la Pologne.

Les chiffres de 1980 se rapportent à 1981 pour le Luxembourg et la Pologne.

** Le taux de croissance représente le taux de croissance annuel moyen sur la période 1960-1998 ou la dernière année disponible.

*** La moyenne des 25 pays inclut tous les pays à l'exception de la Corée, du Japon, du Mexique, de la République tchèque et du Royaume-Uni.

Tableau 5.3. **Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 30 (population obèse), dernière année disponible**

		Femmes	Hommes	Total
Allemagne		n.d.	n.d.	n.d.
Australie	1995	18.9	18.5	18.7
Autriche	1991	9.0	8.3	8.5
Belgique	1997	10.5	11.2	10.8
Canada	1998	14.2	15.1	14.6
Corée	1998	2.7	1.6	2.2
Danemark	1994	7.0	8.2	7.6
Espagne	1997	13.5	12.3	12.9
États-Unis	1991	25.1	19.9	22.6
Finlande	2000	11.0	11.4	11.2
France	2000	9.5	9.8	9.6
Grèce		n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	2000	20.3	18.4	19.4
Irlande	1999	9.0	12.0	10.0
Islande*	1994	19.3	18.0	18.7
Italie	1999	8.8	8.8	8.8
Japon		n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg		n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	1999	21.7	n.d.	n.d.
Norvège	1998	6.0	7.0	6.0
Nouvelle-Zélande	1997	19.2	14.7	17.0
Pays-Bas	1997	9.1	6.3	7.6
Pologne	1996	12.4	10.3	11.4
Portugal	1995	12.6	10.3	11.5
République tchèque	1999	13.5	15.0	14.2
Royaume-Uni	1999	20.9	17.3	20.0
Slovaquie		n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1997	7.8	7.9	7.9
Suisse	1997	6.9	6.7	6.8
Turquie		n.d.	n.d.	n.d.

n.d. : non disponible.

* Les chiffres se rapportent uniquement aux personnes âgées de 45 à 64 ans.

Tableau 6.1. Population totale (en milliers) dans les pays de l'OCDE, 1970-2000

	Année									Taux de croissance en % 1970-2000
	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Allemagne*	60 651	61 566	63 254	81 661	81 895	82 052	82 029	82 087	82 143	35.4
Australie	12 507	14 695	17 065	18 072	18 311	18 524	18 730	18 967	19 172	53.3
Autriche	7 467	7 549	7 718	8 047	8 059	8 072	8 078	8 092	8 087	8.3
Belgique	9 651	9 847	9 967	10 157	10 158	10 181	10 203	10 227	10 243	6.1
Canada	21 297	24 516	27 701	29 354	29 672	29 987	30 248	30 493	30 750	44.4
Corée	32 241	38 124	42 869	45 093	45 545	45 991	46 430	46 858	47 275	46.6
Danemark	4 929	5 123	5 141	5 228	5 262	5 284	5 301	5 319	5 337	8.3
Espagne	33 864	37 527	38 851	39 210	39 270	39 323	39 371	39 418	39 465	16.5
États-Unis	203 984	227 225	249 464	262 803	265 229	267 784	270 248	272 691	275 130	34.9
Finlande	4 606	4 779	4 986	5 108	5 125	5 140	5 153	5 171	5 181	12.5
France	50 772	53 880	56 709	57 844	58 026	58 208	58 398	58 620	58 892	16.0
Grèce	8 793	9 642	10 089	10 454	10 465	10 498	10 516	10 532	10 551	20.0
Hongrie	10 337	10 707	10 365	10 229	10 193	10 155	10 114	10 068	10 016	-3.1
Irlande	2 950	3 401	3 503	3 601	3 626	3 661	3 705	3 745	3 787	28.4
Islande	205	228	255	267	269	271	274	277	279	36.1
Italie	53 822	56 434	56 719	57 301	57 397	57 512	57 569	57 593	57 592	7.0
Japon	104 665	117 060	123 611	125 570	125 864	126 166	126 486	126 686	126 961	21.3
Luxembourg	340	365	384	413	416	421	427	433	438	28.8
Mexique	48 225	66 847	81 250	90 164	92 159	93 938	95 676	97 586	97 379	101.9
Norvège	3 879	4 086	4 241	4 359	4 381	4 405	4 431	4 462	4 482	15.5
Nouvelle-Zélande	2 820	3 144	3 363	3 656	3 714	3 761	3 792	3 811	3 831	35.9
Pays-Bas	13 039	14 150	14 947	15 460	15 523	15 607	15 703	15 808	15 879	21.8
Pologne	32 526	35 578	38 119	38 588	38 618	38 650	38 666	38 654	38 646	18.8
Portugal	8 680	9 766	9 896	9 916	9 927	9 946	9 968	9 989	10 009	15.3
République tchèque	9 805	10 327	10 362	10 331	10 316	10 304	10 294	10 283	10 273	4.8
Royaume-Uni	55 633	56 330	57 561	58 606	58 801	59 009	59 237	59 501	59 640	7.2
Slovaquie	4 528	4 984	5 298	5 364	5 374	5 383	5 391	5 395	5 399	19.2
Suède	8 043	8 311	8 559	8 827	8 841	8 846	8 851	8 858	8 872	10.3
Suisse	6 270	6 385	6 712	7 041	7 072	7 089	7 110	7 144	7 185	14.6
Turquie	35 605	44 439	56 203	61 646	62 695	63 745	64 789	65 819	66 835	87.7
Total OCDE	852 134	947 015	1 025 162	1 084 370	1 092 203	1 099 913	1 107 188	1 114 587	1 119 729	31.4

* A noter que la population de l'Allemagne inclut l'Allemagne réunifiée depuis 1991.

Tableau 6.2. Part de la population âgée de 65 ans et plus, 1960-1999

	Année									Taux de croissance en % 1960-1999
	1960	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	
Allemagne	10.8	13.2	15.5	15.3	16.1	16.3	16.5	16.6	16.8	55.6
Australie	8.5	8.3	9.6	11.1	11.9	12.0	12.1	12.2	12.2	43.5
Autriche	12.2	14.1	15.4	15.1	15.1	15.3	15.4	15.4	15.5	27.0
Belgique	12.0	13.4	14.4	14.9	16.1	16.1	16.4	16.5	16.8	40.0
Canada	7.6	8.0	9.4	11.3	12.0	12.1	12.2	12.3	12.4	63.2
Corée	2.9	3.1	3.8	5.1	5.9	6.1	6.3	6.6	6.8	134.5
Danemark	10.6	12.3	14.4	15.6	15.3	15.1	15.0	14.9	14.9	40.6
Espagne	8.1	9.4	11.2	13.6	15.3	15.6	15.9	16.3	16.6	104.9
États-Unis	9.2	9.8	11.2	12.4	12.5	12.4	12.4	12.4	12.3	33.7
Finlande	7.3	9.1	12.0	13.4	14.2	14.4	14.6	14.7	14.8	102.7
France	11.6	12.9	13.9	14.1	15.2	15.4	15.6	15.8	15.9	37.1
Grèce	8.1	11.1	13.1	14.0	15.6	15.8	16.2	16.6	17.0	109.9
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	14.1	14.2	14.4	14.5	14.6	n.d.
Irlande	10.9	11.2	10.7	11.4	11.4	11.4	11.4	11.4	11.3	3.7
Islande	8.1	8.9	9.9	10.6	11.3	11.5	11.5	11.5	11.6	43.2
Italie	n.d.	n.d.	13.2	14.9	16.6	17.0	17.3	17.6	17.6	n.d.
Japon	5.7	7.1	9.1	12.1	14.5	15.1	15.7	16.2	16.7	193.0
Luxembourg	10.8	12.6	13.6	13.4	14.1	14.2	14.3	14.3	14.3	32.4
Mexique	n.d.	3.7	3.8	4.2	4.7	4.9	5.3	5.1	5.3	n.d.
Norvège	10.9	12.9	14.8	16.3	15.9	15.8	15.7	15.6	15.4	41.3
Nouvelle-Zélande	8.7	8.4	9.7	11.1	11.5	11.5	11.6	11.6	11.7	34.5
Pays-Bas	9.0	10.2	11.5	12.8	13.2	13.3	13.4	13.5	13.6	51.1
Pologne	5.8	8.2	10.1	10.1	11.1	11.3	11.6	11.8	12.0	106.9
Portugal	n.d.	n.d.	11.6	13.4	14.6	14.8	15.0	15.1	15.1	n.d.
République tchèque	9.6	12.1	13.5	12.5	13.2	13.4	13.5	13.7	13.8	43.8
Royaume-Uni	11.7	13.0	15.0	15.7	15.7	15.7	15.7	15.7	15.7	34.2
Slovaquie	6.7	9.2	10.4	10.3	10.9	11.0	11.1	11.2	11.3	68.7
Suède	11.8	13.7	16.3	17.8	17.5	17.5	17.4	17.4	17.8	50.8
Suisse	10.2	11.4	13.7	15.0	14.7	14.8	15.0	15.1	15.2	49.0
Turquie	3.7	4.4	4.7	4.0	4.7	4.8	5.0	5.2	5.3	43.2
Moyenne pondérée 26 pays	9.3	10.5	11.9	12.9	13.6	13.8	14.0	14.1	14.3	53.3
Moyenne non pondérée 26 pays*	8.9	10.3	11.8	12.7	13.3	13.4	13.5	13.6	13.8	53.8

n.d. : non disponible.

* Les 26 pays incluent tous les pays de l'OCDE à l'exception de : la Hongrie, l'Italie, le Mexique et le Portugal.

Tableau 6.3. **Produit intérieur brut par habitant, taux de croissance annuels moyens, 1970-1999 et niveaux en 1999 en \$ PPA**

	Pourcentage de variation par rapport aux périodes précédentes, en prix constants								PIB par habitant (\$ PPA)* 1999
	Période								
	1970-79	1980-89	1990-94	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1970-99	
Allemagne	2.8	2.0	-1.8	0.5	1.1	2.1	1.5	1.6	23 855
Australie	1.5	1.9	2.0	2.4	3.5	3.4	3.1	1.9	25 552
Autriche	3.6	1.9	1.1	1.9	1.1	3.2	2.6	2.4	24 643
Belgique	3.0	1.9	0.8	1.2	3.2	2.1	2.5	2.3	24 837
Canada	3.1	1.9	0.3	0.5	3.2	2.4	3.8	1.9	26 440
Corée	6.9	7.3	6.0	5.7	4.0	-7.5	9.6	6.0	16 059
Danemark	1.8	1.6	1.5	1.8	3.1	2.3	2.0	1.7	27 069
Espagne	2.7	2.4	0.8	2.3	3.8	4.2	3.9	2.5	18 215
États-Unis	2.5	2.4	1.2	2.6	3.6	3.4	2.6	2.2	33 874
Finlande	3.0	3.0	-2.2	3.6	6.0	5.0	3.8	2.4	22 702
France	2.9	1.9	0.5	0.7	1.6	2.8	2.5	2.0	22 691
Grèce	4.2	1.3	0.2	2.2	3.2	2.9	3.2	2.2	15 142
Hongrie	n.d.	n.d.	-2.8	1.7	5.0	5.3	4.9	n.d.	11 275
Irlande	3.4	2.7	2.8	7.0	9.7	7.2	8.6	4.1	25 258
Islande	7.0	1.8	-0.5	4.5	4.0	3.4	3.0	3.3	26 350
Italie	3.0	2.3	0.6	0.9	1.8	1.7	1.7	2.2	23 262
Japon	3.4	3.3	1.2	4.8	1.4	-2.8	0.1	2.6	24 628
Luxembourg	2.0	4.3	4.4	2.2	5.9	3.6	6.0	3.3	41 656
Mexique	n.d.	n.d.	1.4	2.9	4.7	3.1	1.6	2.9	8 440
Norvège	4.1	2.1	3.1	4.3	4.1	1.5	0.1	3.0	28 140
Nouvelle-Zélande	0.7	1.4	1.1	1.1	0.7	-0.8	3.8	1.0	18 607
Pays-Bas	2.3	1.4	1.3	2.6	3.2	3.1	2.9	1.9	25 887
Pologne	n.d.	n.d.	0.8	6.0	6.7	4.7	4.0	n.d.	8 655
Portugal	3.7	2.9	1.5	3.3	4.2	3.8	2.9	3.1	16 685
République tchèque	n.d.	n.d.	-2.5	4.6	0.1	-1.0	-2.1		13 342
Royaume-Uni	2.3	2.7	0.9	2.2	3.2	2.3	1.7	2.0	22 689
Slovaquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1.6	1.8	-0.8	0.9	2.0	3.5	4.1	1.5	23 027
Suisse	0.8	1.4	-1.3	-0.2	1.5	2.1	1.0	0.9	28 657
Turquie	n.d.	-0.9	0.2	5.2	5.7	1.4	-6.5	n.d.	6 335
Moyenne 24 pays**	3.0	2.4	1.0	2.5	3.3	2.3	3.2	2.4	21 861

n.d. : non disponible.

* PIB par habitant, en utilisant les taux de parité des pouvoirs d'achat.

** La moyenne des 24 pays correspond à la moyenne de tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Hongrie, du Mexique, de la Pologne, de la République tchèque, de la Slovaquie et de la Turquie. Le PIB moyen par habitant (\$ PPA) en 1999 inclut tous les pays à l'exception de la Slovaquie pour laquelle les données n'étaient pas disponibles.

Annexe 2

COMPARAISON DES DÉPENSES DE SANTÉ ENTRE PAYS ET DANS LE TEMPS : CONVERSION DES MONNAIES NATIONALES EN UNITÉ MONÉTAIRE COMMUNE ET AJUSTEMENT DE L'INFLATION DES PRIX

Introduction

Il est difficile d'effectuer des comparaisons internationales des dépenses totales de santé et de leur évolution dans le temps sans opérer d'ajustement dans la mesure où ces dépenses sont exprimées dans différentes monnaies nationales dont le pouvoir d'achat varie dans le temps en raison de l'inflation.

Conversion monétaire

Pour réaliser des comparaisons internationales valides des dépenses de santé, il est nécessaire de convertir les données exprimées en monnaie nationale en une unité monétaire commune, par exemple le dollar des États-Unis en utilisant un taux de conversion adapté, puis de diviser les montants obtenus par la population pour obtenir les dépenses de santé par habitant. Les taux de conversion les plus fiables sont basés sur les parités de pouvoir d'achat (PPA). Le taux de PPA est obtenu en calculant le prix d'un même panier de biens et de services dans différents pays et en l'exprimant dans la monnaie nationale du pays concerné. Par exemple, si un même panier de biens et de services coûte 500 francs français (FF) en France et 100 dollars aux États-Unis, la parité sera de 5 FF pour 1 \$EU. Si on compare ensuite, en utilisant les taux de conversion des PPA, les dépenses réelles de consommation des biens et services entrant dans la composition du panier dans les différents pays, l'écart obtenu correspondra à la différence de volume de biens et services consommés dans chaque pays.

Les seuls taux de conversion des PPA publiés dans la base de données sur la santé sont les PPA du PIB, qui sont calculées à partir d'un large panier de biens et de services choisis pour être représentatifs de l'ensemble de l'activité économique. Ainsi, les variations des dépenses de santé selon les pays reflètent non seulement les variations du niveau de consommation des services de santé, mais aussi les différences de niveau de prix entre les pays.

Dépenses réelles de santé

Pour effectuer des comparaisons valables dans le temps, il faut déflater les dépenses de santé nominales par les indices de prix pertinents et les diviser par la population pour obtenir les dépenses réelles par habitant. Le résultat est un ratio qui n'est pas affecté par l'inflation. Le déflateur retenu dans ce rapport est l'indice des prix du PIB.

On peut aussi exprimer les dépenses annuelles de santé en pourcentage du PIB annuel.

Annexe 3

PRINCIPAUX CHAMPS COUVERTS DANS ÉCO-SANTÉ OCDE 2001

Partie 1. État de santé

- Mortalité
 - Espérance de vie*
 - Causes de mortalité*
 - Mortalité infantile et maternelle*
 - Années de vie potentielle perdues*
- Morbidité
 - Perception de l'état de santé*
 - Espérance de vie en santé (sans incapacités)*
 - Santé du nourrisson*
 - Anomalies congénitales*
 - Santé buccale*
 - Maladies transmissibles*
 - Cancer*
 - Accidents*
 - Absentéisme au travail pour cause de maladie*

Partie 2. Ressources en santé

- Lits d'hôpitaux
- Technologie médicale
- Emploi dans le secteur de la santé
- Formation des professions de santé

Partie 3. Utilisation des ressources en santé

- Utilisation des ressources hospitalières
- Durée moyenne de séjour
 - Durée moyenne de séjour : hospitalisation et soins aigus*
 - Durée moyenne de séjour par catégorie de diagnostic*
 - Durée moyenne de séjour par DRG/GHM*
 - Taux de sortie par catégorie de diagnostic*
 - Taux de sortie par DRG/GHM*
- Procédures chirurgicales
 - Nombre total d'actes chirurgicaux*
 - Procédures chirurgicales par CIM-MC*
 - Procédures chirurgicales par DRG/GHM*
 - Greffes*
- Activité en soins ambulatoires
- Autres indicateurs d'activité médicale

Partie 4. Dépenses de santé

- Dépenses nationales de santé
 - Dépenses totales de santé*
 - Dépenses en soins de santé individuels*
 - Dépenses de santé pour la collectivité*
 - Prévention et santé publique*
 - Dép. d'administration de la santé et assurance maladie*
 - Dépenses liées à la santé*

- Dépenses en services médicaux
 - Dépenses totales en services médicaux*
 - Dépenses en soins hospitaliers*
 - Dépenses en soins de patients ambulatoires*
 - Dépenses en services auxiliaires*
 - Dépenses en soins à domicile*
- Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires
 - Dépenses totales en biens médicaux*
 - Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables*
 - Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables*
- Dépenses par classe d'âge
- Dépenses directes par maladie
- Échanges en biens médicaux
- Indice de prix

Partie 5. Financement et rémunération

- Dépenses de santé par source de financement
- Revenus des professions de santé
- Barèmes d'actes médicaux

Partie 6. Protection sociale

- Dépenses sociales
- Couverture médicale

Partie 7. Marché pharmaceutique

- Activité de l'industrie pharmaceutique
- Consommation de médicaments
- Chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique

Partie 8. Déterminants non médicaux de la santé

- Mode de vie et comportement
 - Alimentation*
 - Consommation d'alcool*
 - Consommation de tabac*
 - Indice de masse corporelle*
- Environnement : qualité de l'air

Partie 9. Références démographiques

- Données démographiques générales
- Population par structure d'âge
- Population active
- Éducation et enseignement

Partie 10. Références économiques

- Références macroéconomiques
- Taux de conversion monétaire

La liste complète des indicateurs peut être consultée sur www.oecd.org/els/health/

BIBLIOGRAPHIE

- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (1998a),
Australia's Health 1998, Canberra.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE (1998b),
International Health – How Australia Compares, Canberra.
- AVEYARD, P. (1997),
« Monitoring the performance of general practices », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 3, pp. 275-281.
- CAREY, K. (2000),
« Hospital cost containment and length of stay: an econometric analysis », *Southern Economic Journal*, vol. 67(2), pp. 363-380.
- FORSTER, M. (2000),
« Trends and driving factors in income distribution and poverty in the OECD area », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 42, Paris.
- GERDTHAM, V.G. et JONSSON, B. (2000),
International Comparisons Handbook of Health Economics, vol. 1A, édité par Culyer, A.J. et Newhouse, J.P., Elsevier, Amsterdam.
- GIUFFRIDA, A., GRAVELLE, H. et ROLAND, M. (1999),
« Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes », *British Medical Journal*, vol. 319, pp. 94-98.
- GRUBAUGH, S.G. et R.E. SANTERRE (1994),
« Comparing the performance of health care systems: An alternative approach », *Southern Economic Journal*, vol. 60, pp. 1030-1042.
- HALES, S. *et al.* (1999),
« National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income », *The Lancet*, vol. 353, 11 décembre, p. 2047.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998),
La santé en France, 1994-1998, Éditions La Documentation Française, Paris.
- HERSHEY, J. et KROOP, D. (1979),
« A re-appraisal of productivity potential and economic benefits of physician's assistants », *Medical Care*, vol. 17:6, pp. 592-606.
- JACOBZONE, S. *et al.* (2000a),
« La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ? », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, pp. 149-190.
- JACOBZONE, S. (2000b),
« Pharmaceutical policies in OECD countries, reconciling social and industrial goals », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 40, OCDE, Paris.
- LUBITZ, J.D. et RILEY, G.F. (1993),
« Trends in Medicare payments in the last year of life », *New England Journal of Medicine*, vol. 328, pp. 1092-1096 (cité dans Zweifel *et al.*, 1999).
- LYNCH, J.W. *et al.* (1998),
« Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 88, pp. 1074-1080.
- LYNCH, J.W. *et al.* (2000),
« Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1200-1204.

BIBLIOGRAPHIE

- MARTIN, S. et SMITH, P. (1996),
« Explaining variations in inpatient length of stay in the National Health Service », *Journal of Health Economics*, vol. 15, pp. 279-304.
- MILUNPALO, S. *et al.* (1997),
« 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, pp. 517-528.
- OCDE (1992),
La réforme des systèmes de santé : Analyse comparée de sept pays de l'OCDE, Paris.
- OCDE (1994a),
La réforme des systèmes de santé : Étude de dix-sept pays de l'OCDE, Paris.
- OCDE (1994b),
Health Care Reform : Controlling Spending and Increasing Efficiency, Documents de travail du Département des affaires économiques, n° 149, Paris.
- OCDE (1999),
Revue économique de l'OCDE : Hongrie, Paris.
- OCDE (2000),
Système de comptes de la santé, Version 1.0, Paris.
- OCDE (2001),
Éco-Santé 2001, CD-ROM et Guide de l'utilisateur, Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et MINISTERO DELLA SANITÀ REPUBBLICA ITALIANA (1999),
Health in Italy in the 21st Century.
- OR, Z. (2000a),
« Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, 2000/1, Paris.
- OR, Z. (2000b),
« Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries », *Politique du marché du travail et politique sociale*, Document hors série n° 46, OCDE, Paris.
- POLLOCK, A. (2001),
« Compression des dépenses de santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, Santé Canada, mars, pp. 13-15.
- REINHARDT, U. (1972),
« A production function for physician services », *Review of Economics and Statistics*, vol. 54, pp. 55-66.
- RICHARDSON, G. et MAYNARD, A. (1995),
« Fewer doctors? More nurses? », Document de travail, n° 135, Université de York.
- STEIN, L., WATTS, D. et HOWELL, T. (1990),
« The doctor-nurse game re-visited », *New England Journal of Medicine*, vol. 322:8, pp. 546-549.
- WILKINSON, R.G. (1992),
« Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, vol. 304, pp. 165-168.
- ZWEIFEL *et al.* (1999),
« Ageing of population and health care expenditure: A red herring? », *Health Economics*, vol. 8, pp. 485-496.

BON DE COMMANDE

**Merci de bien vouloir m'envoyer le CD-ROM *Éco-Santé OCDE 2001*
(81 2001 07) ISBN 92-64-07936-X**

1. Indiquez ci-dessous les détails vous concernant :

M./Mme/Prof./Dr Nom de famille..... Prénom.....

Organisation

Adresse..... Code postal.....

Pays Tél. Fax E-mail.....

2. Deux versions existent. Indiquez votre préférence :

Version 1 à 10 utilisateurs

Organisations à but lucratif € 325 • FF 2 131.86 • DM 635.64 • \$US295 • £200 • ¥ 32 700

Organisations à but non lucratif € 225 • FF 1 475.90 • DM 440.06 • \$US200 • £138 • ¥ 22 650

Version réseau

Organisations à but lucratif € 1 050 • FF 6 887.55 • DM 2 053.62 • \$US940 • £645 • ¥ 105 750

Organisations à but non lucratif € 895 • FF 5 870.82 • DM 1 750.47 • \$US800 • £551 • ¥ 90 150

3. Quel est votre mode de paiement ?

• Chèque/Eurochèque inclus dans l'envoi (à mettre à l'ordre de l'OCDE)

• Veuillez m'envoyer la facture. Bon de commande n°

• Veuillez débiter ma carte de crédit : AMEX/VISA/MASTERCARD

Carte n° Date d'expiration.....

Date de votre commande Signature

• Merci de m'envoyer plus d'informations sur les publications concernant la santé.

4. Envoyez votre commande par la Poste, fax ou e-mail au Centre de l'OCDE, ou passez votre commande sur le site Internet de l'OCDE : www.oecd.org/bookshop

Informations générales

Centre de l'OCDE à Paris, 2 rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France

Tél. +33 1 45 24 81 67 • Fax +33 1 45 24 19 50 • E-mail: sales@oecd.org • Internet : www.oecd.org

Si vous souhaitez en savoir plus sur les recherches dans le domaine de la santé entreprises par l'OCDE, consultez le site Internet suivant : www.oecd.org/els/health/.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2001 09 2 P) ISBN 92-64-28713-2 – n° 51996 2001