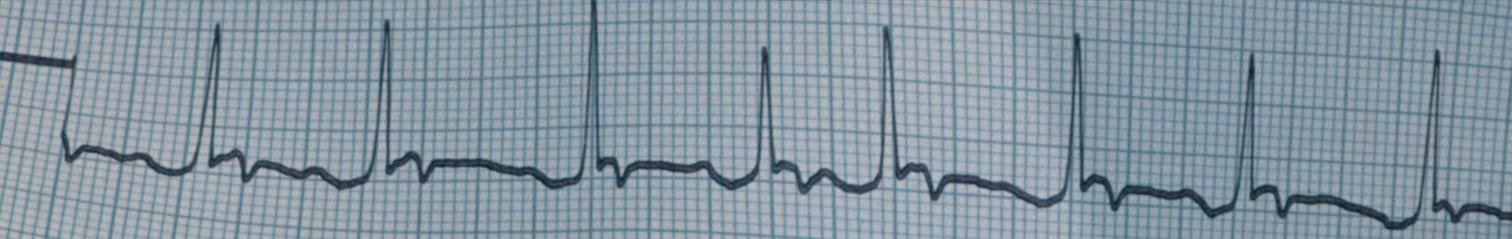


Panorama de la santé

LES INDICATEURS
DE L'OCDE 2003



© OCDE, 2003.

© 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

LES INDICATEURS DE L'OCDE
2003



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 :

- A 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.
- A contribuer à une saine expansion économique dans les pays membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique.
- A 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
OECD INDICATORS 2003

© OCDE 2003

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

Durant les dernières décennies, les dépenses de santé ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, elles représentent plus de 8 % du produit intérieur brut (PIB) de la plupart d'entre eux, et plusieurs facteurs – progrès rapides des technologies médicales, vieillissement démographique et exigences accrues du public – devraient encore accentuer cette tendance. Parallèlement, au cours des 40 dernières années, les pays de l'OCDE ont accompli des progrès remarquables en termes de réduction de la mortalité prématurée et d'allongement de l'espérance de vie des individus à tous âges. Les gouvernements des pays de l'OCDE poursuivent leur quête de politiques sanitaires efficaces, qui contribuent à une amélioration continue de l'état de santé des populations tout en œuvrant pour la maîtrise des dépenses de santé. Les pouvoirs publics s'intéressent de plus en plus aux comparaisons internationales des performances des systèmes de santé, qui peuvent livrer des leçons utiles et enrichir le débat sur l'orientation des politiques.

Avec ses informations exhaustives sur la santé et les systèmes de santé de la zone OCDE, la base de données *Eco-Santé OCDE* est un élément fondamental de ces comparaisons. Ces données sont publiées annuellement depuis 1991 sur le CD-ROM du même nom. Le premier objectif de la présente publication, *Panorama de la santé*, est de présenter certains des indicateurs essentiels d'*Eco-Santé OCDE 2003* dans un format de consultation aisée.

Par rapport à la première livraison du *Panorama de la santé*, cette deuxième édition contient des indicateurs plus nombreux, plus comparables et plus récents sur l'état de santé, l'activité des systèmes de santé et les dépenses afférentes ainsi que les risques pour la santé. Cette publication se propose de décrire les principales variations des indicateurs clés de la santé entre les pays et dans le temps, en recourant largement à des illustrations graphiques. Enfin, elle donne une définition précise de chaque indicateur et signale les éventuelles limites de comparabilité des données.

L'OCDE tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont participé à l'élaboration d'*Eco-Santé OCDE* et à la préparation de cette deuxième édition du *Panorama de la santé*. Aucune de ces deux productions n'aurait été possible sans la contribution des correspondants nationaux des 30 pays de l'OCDE. L'OCDE les remercie chaleureusement pour leurs efforts, consciente qu'elle leur doit la plupart des données et des informations qualitatives contenues dans cette publication. L'OCDE exprime également sa gratitude à d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la Santé et Eurostat, dont certaines données sont reprises dans cette publication. Enfin, l'OCDE remercie tout particulièrement le Centers for Medicare and Medicaid Services (anciennement Health Care Financing Administration) du Department of Health and Human Services des États-Unis, qui apporte son soutien financier à la collection *Eco-Santé OCDE* depuis de nombreuses années.

Le *Panorama de la santé* a été préparé par l'Unité des politiques de santé de l'OCDE et coordonné par Gaétan Lafortune et David Morgan, avec l'aide d'Eva Orosz, Uffe Ploug, Pierre Moïse et Steven Simoens. Le comité de révision était composé d'Elizabeth Docteur, Manfred Huber, Jeremy Hurst et Peter Scherer. Enfin, d'autres commentaires utiles des correspondants nationaux ont été pris en compte dans la préparation de ce document.

Le *Panorama de la santé* n'est que la partie émergée de l'iceberg qu'est *Eco-Santé OCDE*. Les lecteurs désireux d'effectuer des analyses comparatives plus approfondies sont invités à consulter *Eco-Santé OCDE*, qui contient des données plus nombreuses et des informations supplémentaires sur les sources et méthodes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
1. État de santé	9
Espérance de vie à la naissance	10
Espérance de vie à 65 ans	12
Mortalité infantile	14
Mortalité prématurée	16
Cancers, hommes et femmes	18
Cancers chez les femmes	20
Cancers chez les hommes	22
Cardiopathies ischémiques, mortalité	24
SIDA, incidence et mortalité	26
Suicides	28
Autoperception de l'état de santé général	30
Santé du nourrisson : faible poids à la naissance	32
2. Ressources en santé et leur utilisation	35
Médecins en activité	36
Infirmiers en activité	38
Lits de soins aigus et lits de soins à long terme	40
Technologies de diagnostic : tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (IRM)	42
Consultations de médecins	44
Vaccination des enfants	46
Sorties d'hôpital	48
Durée moyenne de séjour à l'hôpital	50
Chirurgies, ambulatoires et avec hospitalisation	52
Chirurgies cardiovasculaires	54
3. Dépenses de santé et financement	57
Dépenses de santé par habitant	58
Dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB)	60
Dépenses de santé par habitant : évolution	62
Sources de financement des dépenses de santé	64
Dépenses pharmaceutiques	66
4. Déterminants non médicaux de la santé	69
Consommation de tabac	70
Consommation d'alcool	72
Indice de masse corporelle (obésité)	74
5. Contexte démographique et économique	77
Population totale	78
Part de la population âgée de 65 ans et plus	80

TABLE DES MATIÈRES

Taux de fécondité	82
Produit intérieur brut (PIB)	84
<i>Annexe 1.</i> Tableaux annexes	87
<i>Annexe 2.</i> Définition des dépenses de santé et notes méthodologiques sur la comparabilité des données	141
<i>Annexe 3.</i> Liste des variables contenues dans <i>Eco-Santé OCDE 2003</i>	143
Bibliographie.....	145

INTRODUCTION

Encouragés par le succès de l'édition initiale, cette seconde livraison du *Panorama de la Santé* propose une série plus large d'indicateurs. Avec la même ambition que l'original et comme son nom le suggère, le *Panorama de la Santé* présente des indicateurs clés contenus dans *Eco-Santé OCDE* sous forme de graphiques et de tableaux. Son objectif est de contribuer à une meilleure compréhension d'un ensemble de facteurs qui affectent la santé de la population et les performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Cette publication met en évidence les variations entre les pays et les tendances dans le temps des composantes essentielles influant sur l'état de santé, les systèmes de santé et les déterminants non médicaux de la santé. Elle propose également une brève interprétation de ces éléments. L'annexe statistique à la fin de la publication comprend des données supplémentaires sur ces indicateurs, réunies dans plus de 50 tableaux.

Les indicateurs présentés dans cette publication sont également disponibles sur le CD-ROM *Eco-Santé OCDE 2003*. La base de données *Eco-Santé OCDE 2003* recense des informations complètes sur plus de 1 000 indicateurs de la santé et des systèmes de santé dans la zone OCDE. Elle est le résultat d'un long effort de collaboration entre l'Unité des politiques de santé de l'OCDE et les instituts nationaux de statistique. La base de données s'accompagne d'une documentation fournie sur les définitions des indicateurs, les sources nationales et les méthodes d'estimation. Le *Panorama de la santé* est sensiblement organisée sur le modèle d'*Eco-Santé OCDE*, mais certaines parties de la base de données ont été recombinaées dans cette publication. D'autres détails sur le contenu d'*Eco-Santé OCDE 2003* dans son intégralité sont disponibles à l'annexe 3 et à l'adresse www.oecd.org/health/healthdata.

Texte et graphiques

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

- Une page de commentaires sur l'indicateur concerné, y compris la définition par l'OCDE de l'indicateur et une note sur les variations nationales par rapport à cette définition susceptibles de limiter la comparabilité des données.
- Un ou deux diagrammes faisant apparaître les différences selon les pays pour l'année disponible la plus récente.
- Un ou deux graphiques illustrant les tendances temporelles de l'indicateur. Il peut s'agir d'un diagramme à *barres* présentant deux ou trois points de données au cours du temps pour tous les pays disposant d'une série chronologique cohérente, ou d'une *courbe* illustrant les variations année après année sur une certaine période, généralement pour la moyenne des pays de l'OCDE et certains pays enregistrant les taux de croissance les plus faibles et/ou les plus forts sur cette période.
- Dans certains cas, un autre diagramme peut présenter la relation entre l'indicateur concerné et d'autres variables disponibles dans *Eco-Santé OCDE*.

Tableaux

Les tableaux figurant dans l'annexe statistique à la fin de cette publication contiennent des données supplémentaires sur chaque indicateur, y compris les moyennes de l'OCDE et, dans certains cas, des valeurs médianes.

Les moyennes entre pays sont non pondérées (c'est-à-dire qu'elles ne tiennent pas compte des différences de tailles de population entre chaque pays). Ces moyennes calculées n'intègrent que les pays pour lesquels des données chronologiques complètes sont disponibles, afin d'éviter le mélange de différents groupes de pays. Le nombre de pays inclus dans la « moyenne de l'OCDE » est mentionné entre parenthèses et les pays exclus de la moyenne (en raison d'absence de données) sont précisés par des notes de bas de page.

En revanche, toutes les médianes concernent le groupe des pays pour lesquels les résultats sont disponibles pour une année donnée. En termes statistiques, la médiane est la valeur centrale qui sépare un ensemble de chiffres en deux parties égales. Dans les tableaux figurant à la fin de cette publication, cela implique que la moitié des pays ont des valeurs supérieures à la médiane et l'autre moitié des valeurs inférieures à la médiane. En comparaison des moyennes, les médianes minimisent l'influence des extrêmes (c'est-à-dire des pays qui affichent des valeurs beaucoup plus élevées ou beaucoup plus faibles que les autres).

Limites des données

Les limites concernant la comparabilité des données sont indiquées dans le texte (à la rubrique « Définition et écarts ») ainsi que dans les notes de bas de page des tableaux et graphiques. Il convient de noter que les données tendanciennes concernant l'Allemagne devront être interprétées avec une prudence particulière. En effet, les résultats recueillis pour ce pays se rapportent généralement à l'Allemagne de l'Ouest jusqu'en 1990, et à l'Allemagne réunifiée à partir de 1991.

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, les sources et les méthodes d'*Eco-Santé OCDE 2003*. Le CD-ROM *Eco-Santé OCDE 2003* peut être commandé en ligne auprès de SourceOECD (www.sourceOECD.org) ou de la librairie en ligne de l'OCDE (www.oecd.org/bookshop).

1. ÉTAT DE SANTÉ

Espérance de vie à la naissance	10
Espérance de vie à 65 ans	12
Mortalité infantile	14
Mortalité prématurée.....	16
Cancers, hommes et femmes	18
Cancers chez les femmes	20
Cancers chez les hommes	22
Cardiopathies ischémiques, mortalité	24
SIDA, incidence et mortalité	26
Suicides	28
Autoperception de l'état de santé général.....	30
Santé du nourrisson : faible poids à la naissance.....	32

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance reste l'un des indicateurs de l'état de santé d'une population les plus fréquemment utilisés. Au cours des 40 dernières années, les pays de l'OCDE ont enregistré d'importants gains d'espérance de vie à la naissance (graphique 1.2). En moyenne, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 8.7 ans dans ces pays, pour atteindre 77.2 ans en 2000, alors qu'elle était de 68.5 ans en 1960, pour la population totale (tableau 1.1). Les gains d'espérance de vie ont été relativement réguliers pendant les quatre dernières décennies en moyenne parmi les pays de l'OCDE, avec une augmentation moyenne de 1.8 ans entre 1960 et 1970 puis de 2.3 ans par décennie ensuite.

L'espérance de vie a surtout augmenté dans les pays dont le niveau de départ était relativement bas en 1960. Par exemple, en Corée, l'espérance de vie pour l'ensemble de la population a fait un bond de 23.1 ans entre 1960 et 1999 (graphique 1.2 et tableau 1.1). Ces gains se sont réalisés durant une période de développement économique rapide du pays. En Turquie, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 20 ans ces 40 dernières années, comblant rapidement une partie du retard sur la moyenne de l'OCDE. De même, au Mexique, ces gains s'élèvent à 16.6 ans pendant la même période.

En 2000, le Japon était le pays qui enregistrait l'espérance de vie la plus élevée, avec 81.2 ans pour l'ensemble de la population, suivi de la Suisse, la Suède et l'Islande avec des espérances de vie atteignant presque 80 ans (tableau 1.1). La progression remarquable de l'espérance de vie à la naissance enregistrée par le Japon durant les dernières décennies est à mettre au compte d'une réduction continue des taux de mortalité infantile et d'une chute rapide de la mortalité due aux maladies du système circulatoire (voir les indicateurs « Mortalité infantile » et « Cardiopathies ischémiques, mortalité »).

L'écart d'espérance de vie entre les sexes en 2000 était de 5.9 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE,

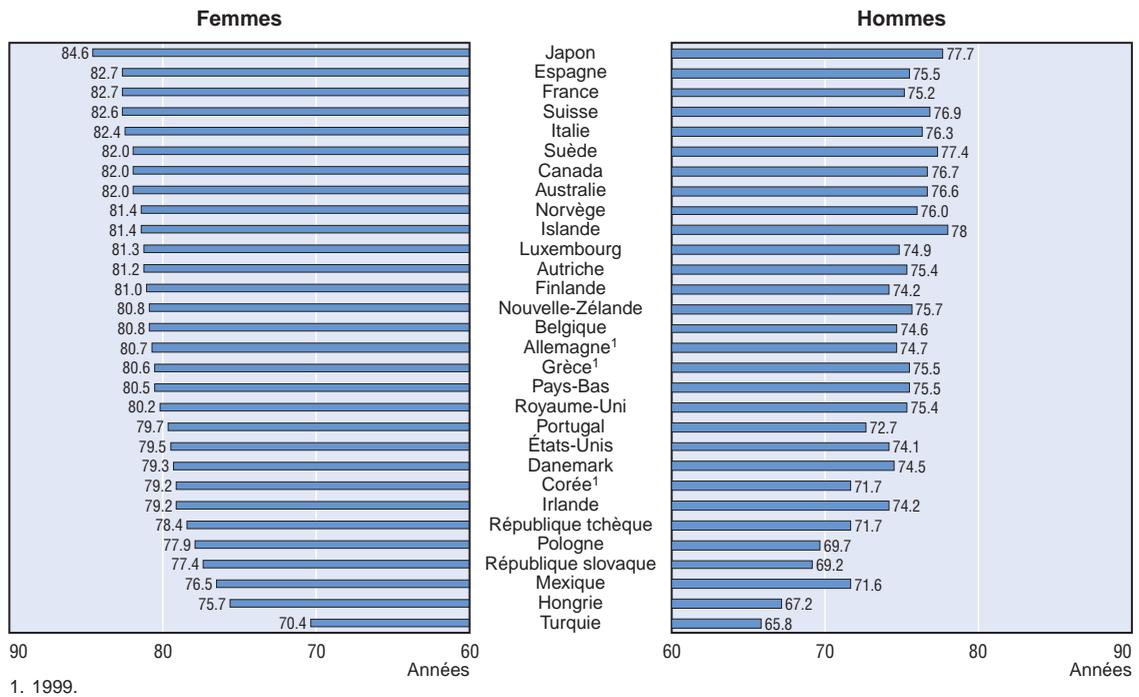
l'espérance de vie atteignant 80.1 ans pour les femmes et 74.2 ans pour les hommes (graphique 1.1 ; tableaux 1.2 et 1.3). Cet écart entre les hommes et les femmes s'est accru en moyenne de près d'un an sur l'ensemble de la période de 1960 à 2000. Cette évolution masque cependant deux tendances différentes entre les deux premières décennies et les deux dernières. L'écart entre les sexes s'est sensiblement creusé dans de nombreux pays pendant les années 60 et 70 mais s'est légèrement comblé pendant les deux dernières décennies. Entre 1980 et 2000, les gains d'espérance de vie ont été en moyenne plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans les pays de l'OCDE. La diminution de l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes observée dans de nombreux pays depuis 1980 a été attribuée en partie à une convergence progressive des comportements facteurs de risque (tels que le tabagisme) entre hommes et femmes (Max Planck Institute, 1999).

Les gains d'espérance de vie constatés dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies sont dus à plusieurs facteurs importants, en particulier l'amélioration des conditions de vie, l'engagement des systèmes de santé publique et les progrès effectués dans le domaine des soins. L'estimation de l'apport relatif de chacun de ces facteurs est complexe. Bunker *et al.* ont estimé que la contribution de l'amélioration des soins de santé à l'augmentation de l'espérance de vie pourrait s'élever à environ 17-18 % des gains totaux de l'espérance de vie aux États-Unis et en Grande-Bretagne sur tout le siècle dernier (Bunker *et al.*, 1994 ; Bunker, 1995, cité dans Naylor *et al.*, 2002). S'appuyant sur d'autres statistiques relatives aux ressources en santé figurant dans *Eco-Santé OCDE*, Or a observé une certaine corrélation entre les variations de l'espérance de vie et du nombre de médecins par habitant entre les pays et dans le temps, une fois pris en compte les effets d'autres variables telles que le PIB par habitant (Or, 2000).

Définition et écarts

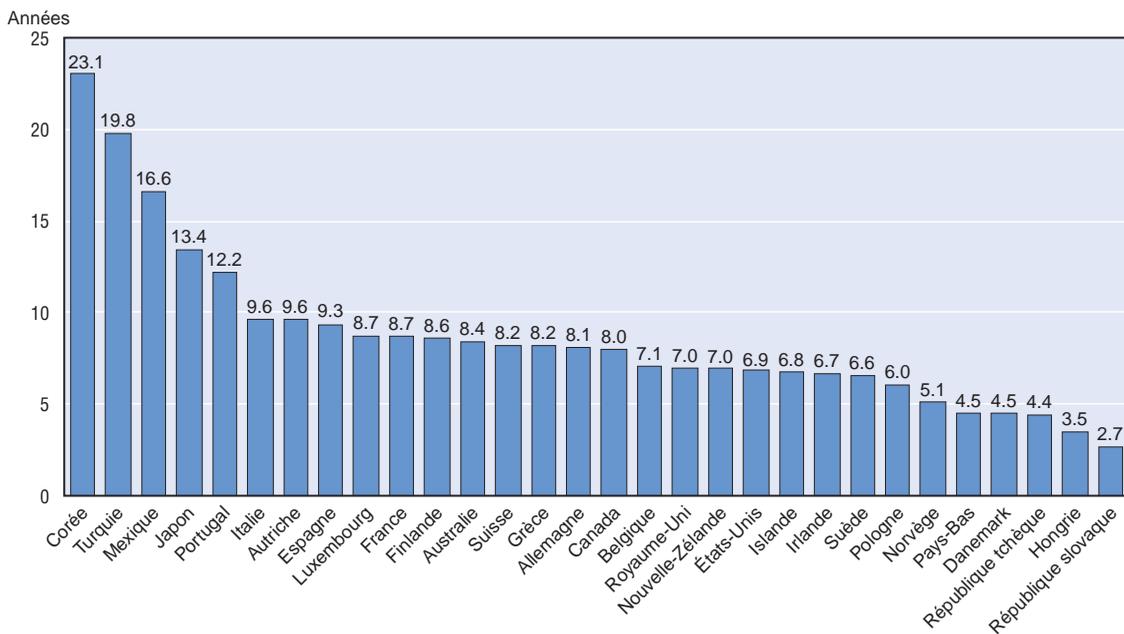
L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'une personne ayant atteint un âge donné peut espérer vivre, calculé sur la base des taux actuels de mortalité par âge. Chaque pays calcule lui-même l'espérance de vie de sa population, selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays car, en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

Graphique 1.1. Espérance de vie à la naissance, 2000



1. 1999.

Graphique 1.2. Accroissement de l'espérance de vie à la naissance, population totale, 1960-2000



Voir annotations du tableau 1.1.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans est souvent utilisée comme indicateur général de la santé des populations âgées, mais il ne mesure que le nombre d'années qu'une personne atteignant cet âge peut espérer vivre (selon les taux de mortalité actuels) et non la qualité de vie liée à la santé pendant ces années.

L'espérance de vie à 65 ans a constamment progressé tant pour les hommes que pour les femmes pendant les dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 1.4 ; tableaux 1.4 et 1.5). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 3.4 ans pour les femmes et de 2.8 ans pour les hommes entre 1970 et 2000. L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre les sexes s'est donc légèrement creusé pendant cette période. En l'an 2000, une personne âgée de 65 ans vivant dans un pays de l'OCDE pouvait espérer vivre encore 18.9 ans en moyenne pour les femmes et 15.4 ans pour les hommes.

Les gains d'espérance de vie à 65 ans ont été particulièrement importants au Japon, de plus de sept ans pour les femmes et de cinq ans pour les hommes entre 1970 et 2000 (graphique 1.4). De ce fait, les Japonaises et les Japonais détenaient en 2000 parmi

les niveaux les plus élevés d'espérance de vie à 65 ans, respectivement de 22.4 ans et 17.5 ans (graphique 1.3). Ces gains résultent en grande partie d'une réduction marquée de la mortalité due aux maladies cardiaques et cérébro-vasculaires parmi les personnes âgées au Japon, ainsi que de la faible mortalité due au cancer. D'autres pays de l'OCDE ont enregistré une baisse significative de la mortalité due aux maladies cardiaques et cérébro-vasculaires chez les personnes âgées au cours des dernières décennies (OCDE, 2003a ; Moïse, Jacobzone *et al.*, 2003 ; Moon *et al.*, 2003).

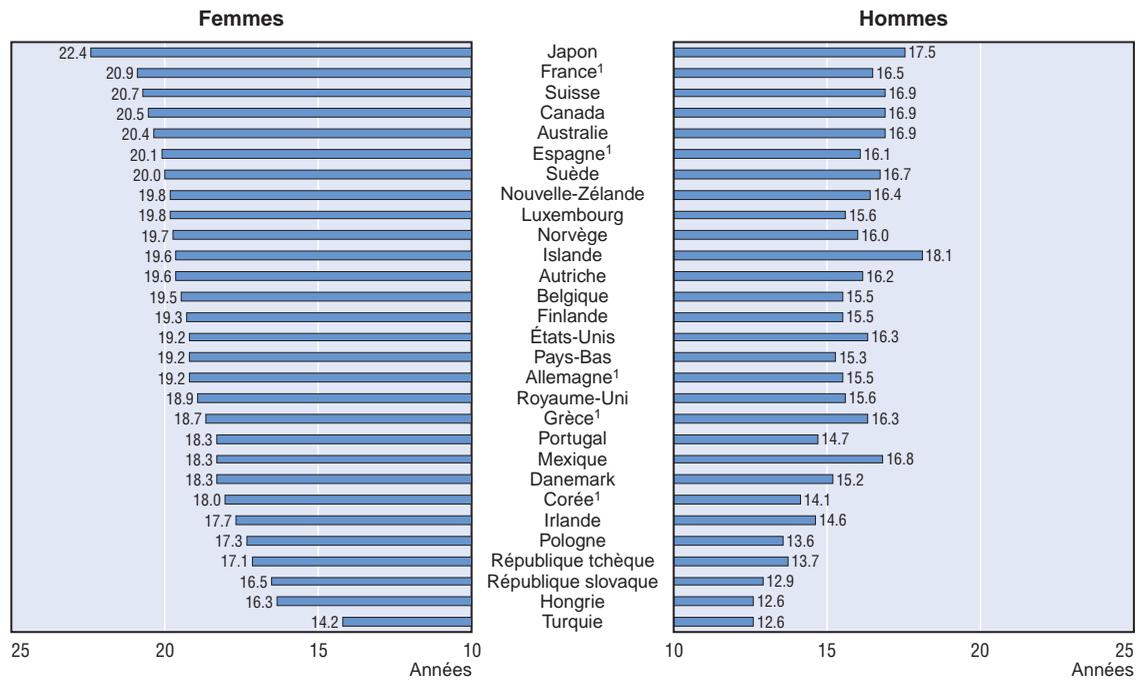
Les progrès accomplis en soins médicaux associés à un meilleur accès aux soins, des modes de vie plus sains et de meilleures conditions de vie avant et après 65 ans comptent parmi les facteurs expliquant les gains d'espérance de vie à 65 ans.

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes âgées et la baisse des taux de fécondité conduisent à une hausse régulière de la proportion de personnes âgées dans la plupart des pays de l'OCDE (voir les indicateurs « Taux de fécondité » et « Part de la population âgée de 65 ans et plus »).

Définition et écarts

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'une personne ayant atteint un âge donné peut espérer vivre, calculé sur la base des taux actuels de mortalité par âge. Chaque pays calcule lui-même l'espérance de vie de sa population, selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des mesures présentées ici, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

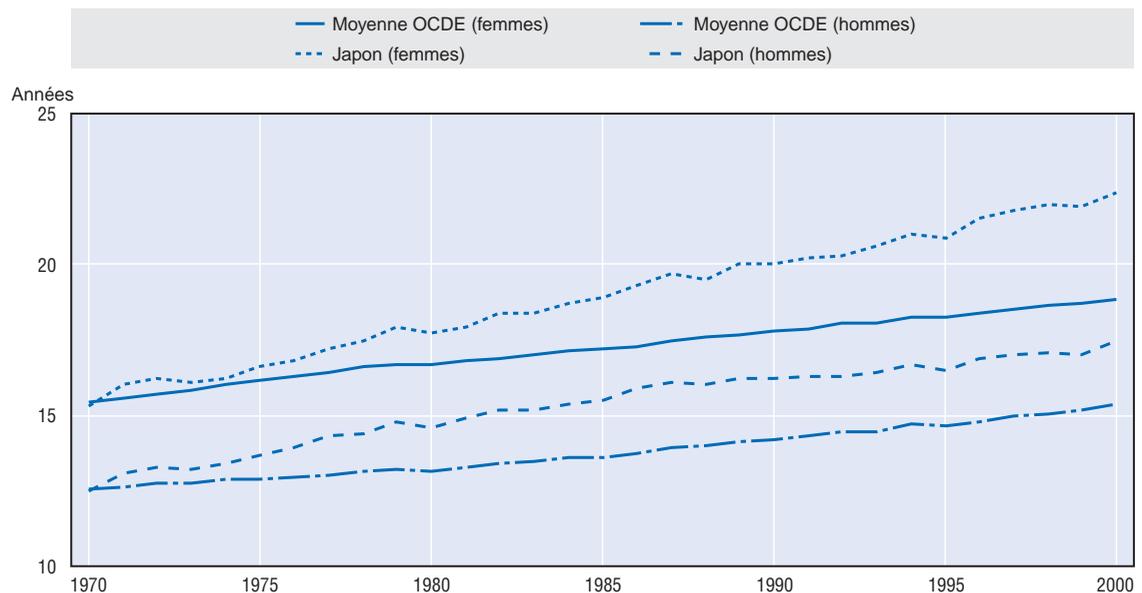
Graphique 1.3. **Espérance de vie à 65 ans, 2000**



1. 1999.

Graphique 1.4. **Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, 1970-2000**

Moyenne des pays de l'OCDE et Japon



Voir annotations des tableaux 1.4 et 1.5.
Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile est utilisé dans les comparaisons internationales pour évaluer les effets des conditions socio-économiques sur la santé. Il est considéré comme un indicateur important de la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Les taux de mortalité infantile ont considérablement diminué dans tous les pays de l'OCDE depuis 1960. La moyenne des pays de l'OCDE s'établissait à 6.5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000, alors que le taux était de 36.4 en 1960 (tableau 1.6). Le Portugal a accompli des progrès remarquables : la mortalité infantile y a chuté de 77.5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1960 (ce qui correspond à plus du double de la moyenne de l'OCDE à cette époque) à 5.5 en 2000 (en dessous de la moyenne de l'OCDE) (graphiques 1.6 et 1.7). Le Japon a également quitté la moitié inférieure du tableau des pays de l'OCDE qu'il occupait en 1960 pour devenir aujourd'hui l'un des pays présentant les taux de mortalité infantile les plus faibles, rejoignant les pays nordiques où les taux sont traditionnellement bas (graphique 1.5). La mortalité infantile reste significativement plus élevée que la moyenne de l'OCDE au Mexique et en Turquie, mais des diminutions significatives ont également été observées dans ces pays au cours des dernières décennies.

Les taux de mortalité infantile dépendent de plusieurs facteurs socio-économiques, tels que le niveau de revenu moyen dans un pays, la répartition du revenu et l'offre de services de santé et les moyens d'y accéder. Certaines études ont constaté une corrélation entre les variations entre pays de la mortalité

infantile et les variations des paramètres d'accès à certaines ressources de santé, tels que le nombre de médecins et le taux d'équipement en lits d'hôpitaux (Grubaugh et Santerre, 1994). D'autres études ont montré qu'un niveau de ressources plus élevé ne conduisait pas nécessairement à une réduction plus importante de la mortalité infantile. Par exemple, aux États-Unis, la densité de néonatalogistes et de lits de soins intensifs néonataux est significativement plus élevée qu'en Australie, au Canada et au Royaume-Uni, et cependant le taux de mortalité infantile aux États-Unis demeure plus élevé que dans ces pays. Certains analystes suggèrent que d'autres facteurs tels que le taux élevé de grossesses adolescentes et la carence en soins prénataux et périnataux gratuits aux États-Unis contribuent aux taux élevés observés (Thomson *et al.*, 2002).

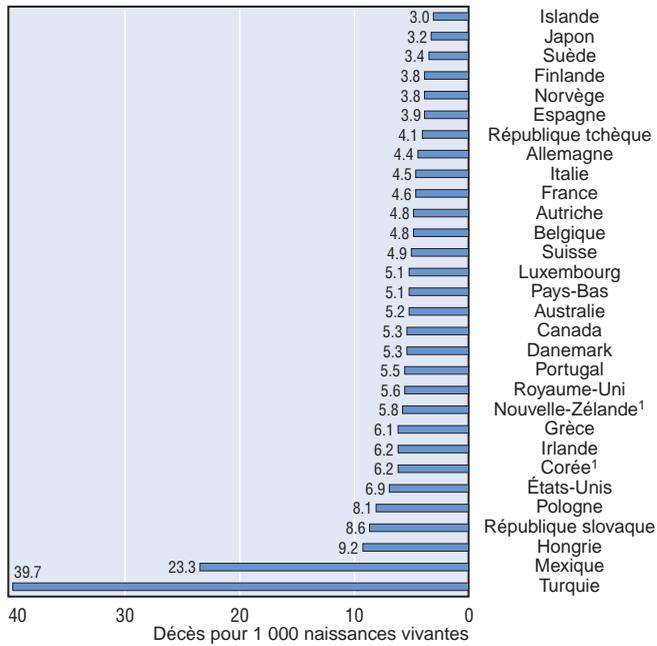
Les décès néonataux, c'est-à-dire dans les premières quatre semaines suivant la naissance, peuvent représenter jusqu'à deux tiers de la mortalité infantile totale. Dans les pays développés, la plupart de ces décès sont dus à des anomalies congénitales ou à une naissance prématurée. L'augmentation de l'âge de la maternité et le développement des grossesses multiples liées aux traitements contre la stérilité contribuent à l'augmentation des naissances prématurées. Dans certains pays où la mortalité infantile a toujours été faible, comme dans les pays nordiques et en Europe occidentale, ce phénomène s'est traduit par une stagnation ou même une inversion de l'évolution à la baisse ces dernières années.

Définition et écarts

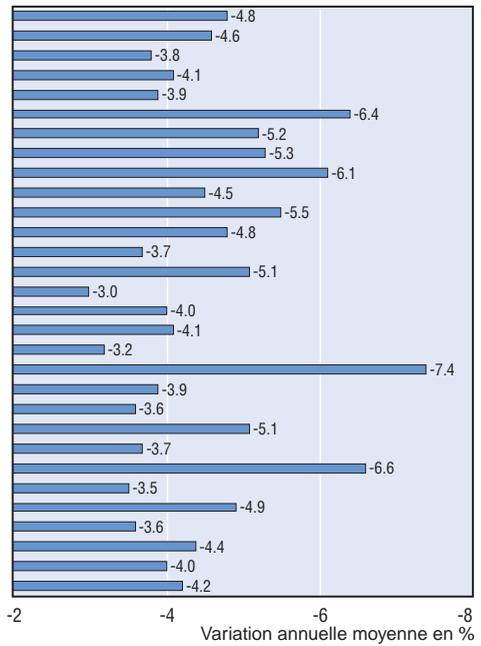
La mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1 000 naissances vivantes.

Certaines des variations internationales relatives au taux de mortalité infantile entre pays peuvent s'expliquer par les différentes manières d'enregistrer les prématurés (déclarés naissances vivantes ou non). Dans plusieurs pays tels que les États-Unis, le Canada et les pays nordiques, les grands prématurés (qui ont relativement peu de chances de survie) sont enregistrés comme naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité, alors que dans d'autres pays, ils ne le sont pas (Sachs *et al.*, 1995).

Graphique 1.5. Taux de mortalité infantile, 2000

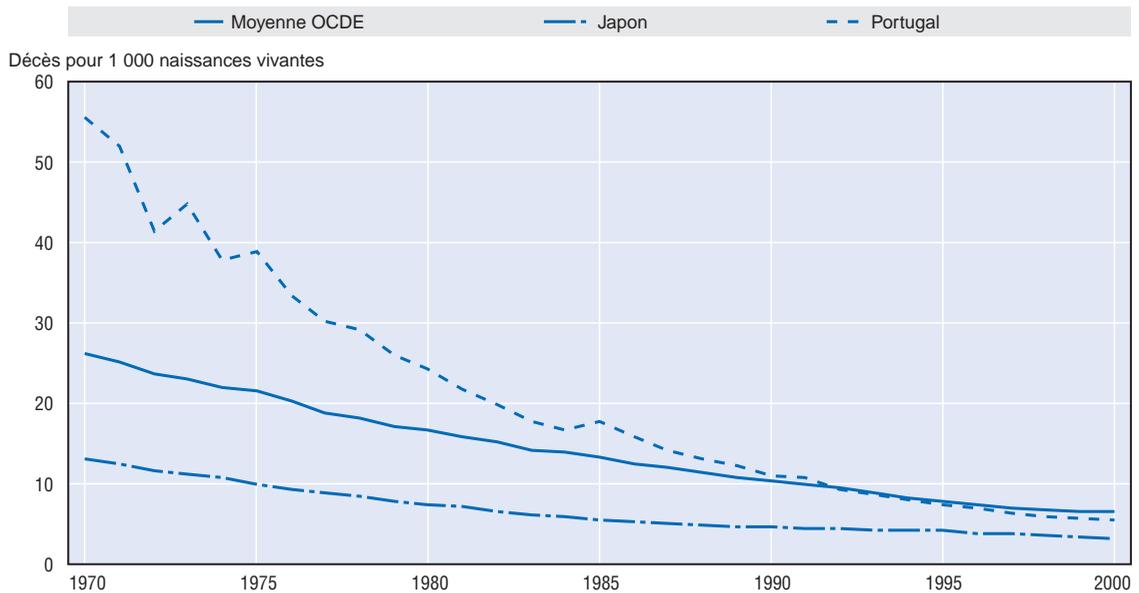


Graphique 1.6. Déclin moyen annuel des taux de mortalité infantile, 1970-2000



1. 1999.

Graphique 1.7. Évolution des taux de mortalité infantile, 1970-2000
Moyenne de l'OCDE, Japon et Portugal



Voir annotations du tableau 1.6.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Mortalité prématurée

La mortalité prématurée, mesurée en termes d'années potentielles de vie perdue (APVP), met l'accent sur la mortalité parmi les groupes les plus jeunes de la population. La valeur des APVP est fortement influencée par la mortalité infantile et les décès dus aux maladies et accidents dont sont victimes les enfants et les jeunes adultes. Un déclin de cet indicateur – souvent interprété comme une mesure des décès évitables – peut être influencé par les avancées de la technologie médicale (notamment en ce qui concerne la mortalité infantile et les décès dus aux maladies cardiaques) et, s'agissant des décès dus aux accidents et aux maladies transmissibles, par les mesures de prévention et de contrôle.

Dans les pays de l'OCDE, la mortalité prématurée a été divisée par deux en moyenne depuis le début des années 60 (tableaux 1.7 et 1.8). La baisse de la mortalité infantile a été l'un des principaux facteurs responsables de cette régression durant les premières années. Plus récemment, la réduction des décès dus aux maladies cardiaques chez les adultes a contribué à la réduction globale de la mortalité prématurée dans de nombreux pays (voir l'indicateur « Cardiopathies ischémiques, mortalité » ; pour un examen des tendances de la mortalité à long terme aux États-Unis, voir Cutler et Meara, 2001).

Au Japon et au Portugal, les taux de mortalité prématurés des hommes et des femmes ont été divisés par plus de trois depuis le début des années 60, notamment du fait de la forte baisse des taux de mortalité infantile. En revanche, dans certains pays d'Europe centrale et orientale, en particulier la Hongrie et la Pologne, les diminutions des taux de mortalité prématurée des hommes restent faibles. Ainsi, la Hongrie présentait en 2000 le niveau le plus élevé de

mortalité prématurée pour les hommes, égal à deux fois la moyenne de l'OCDE (graphiques 1.8 et 1.10). Comme dans d'autres pays de l'OCDE, la mortalité infantile a chuté en Hongrie, mais la diminution de la mortalité prématurée a été ralentie par la persistance de niveaux élevés de mortalité due aux maladies du système circulatoire (qui se situent actuellement au dessus du double de la moyenne de l'OCDE), et à la cirrhose et autres maladies du foie. Il semble que cette mortalité élevée soit la conséquence d'une mauvaise hygiène de vie liée à la consommation d'alcool et de tabac par les hommes en Hongrie.

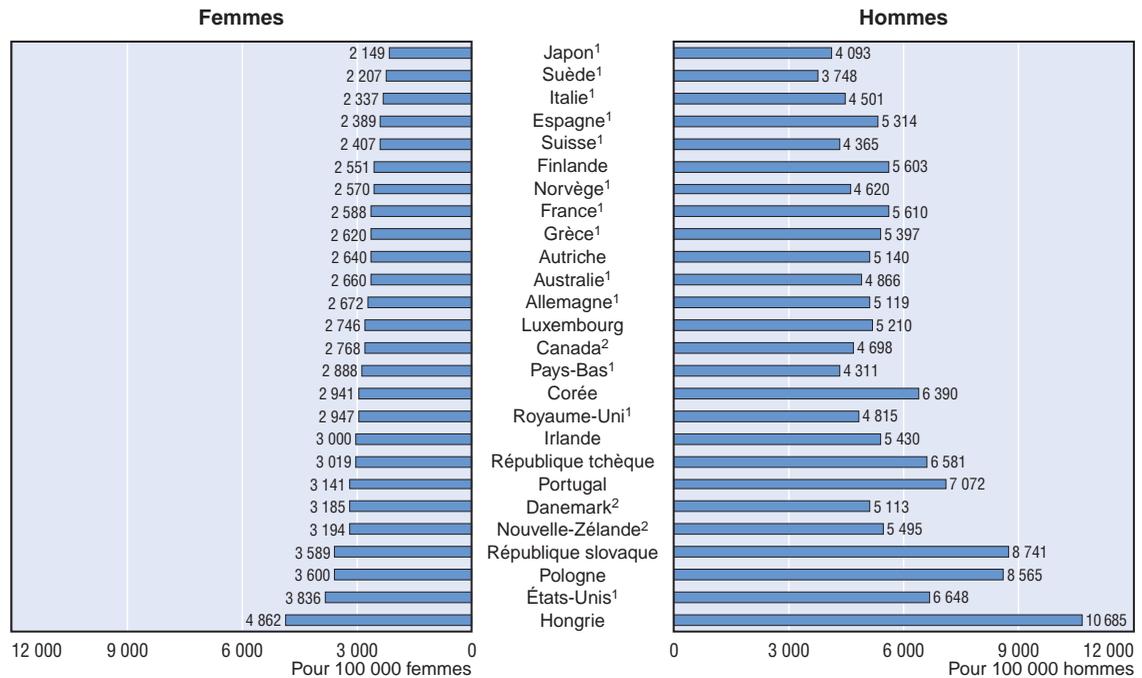
Tant pour les hommes que pour les femmes, le Japon et la Suède figuraient en 2000 parmi les pays aux taux de mortalité prématurée les plus faibles (graphique 1.8). Les États-Unis affichaient des taux supérieurs à la moyenne de l'OCDE, plus élevés de 21 % dans le cas des hommes et de 34 % dans le cas des femmes (graphiques 1.9 et 1.10). Dans le cas des hommes, environ la moitié (et presque un tiers dans le cas des femmes) de ces taux de mortalité prématurée supérieurs à la moyenne sont attribuables à des décès de cause externe – accidents, suicides et homicides notamment. Aux États-Unis, la mortalité prématurée par homicide tant chez les hommes que chez les femmes est environ quatre à cinq fois supérieure à la moyenne de l'OCDE.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les causes principales d'APVP avant 70 ans parmi les femmes sont le cancer (31 %), des causes externes incluant les accidents de voiture et la violence (17 %) et les maladies du système circulatoire (14 %). Pour les hommes, les principales causes sont des causes externes (29 %), puis le cancer (20 %) et les maladies du système circulatoire (19 %).

Définition et écarts

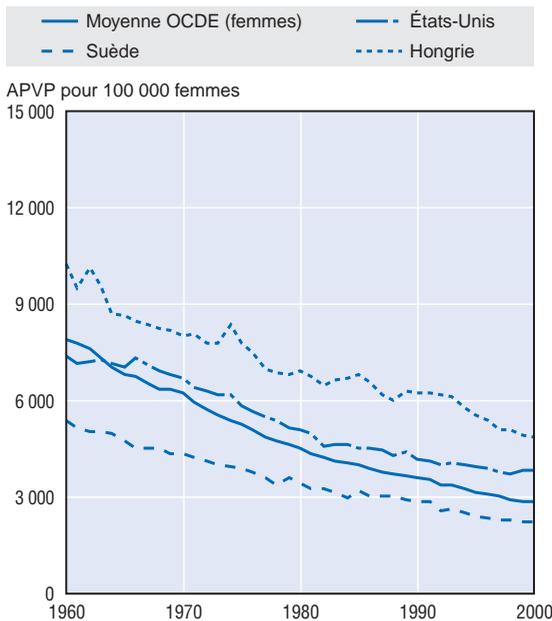
Les années potentielles de vie perdue (APVP) sont une mesure synthétique de la mortalité prématurée qui offre un moyen explicite de pondérer les décès survenant à des âges relativement jeunes. Le calcul des APVP consiste à additionner les taux de décès par âge se produisant à chaque âge et pondérés par le nombre d'années restant à vivre jusqu'à un âge limite donné, qui est ici de 70 ans. A titre d'exemple, le décès d'un enfant de 5 ans représente 65 ans d'APVP. L'indicateur est calculé pour 100 000 hommes et femmes.

Graphique 1.8. **Années potentielles de vie perdue, 2000**

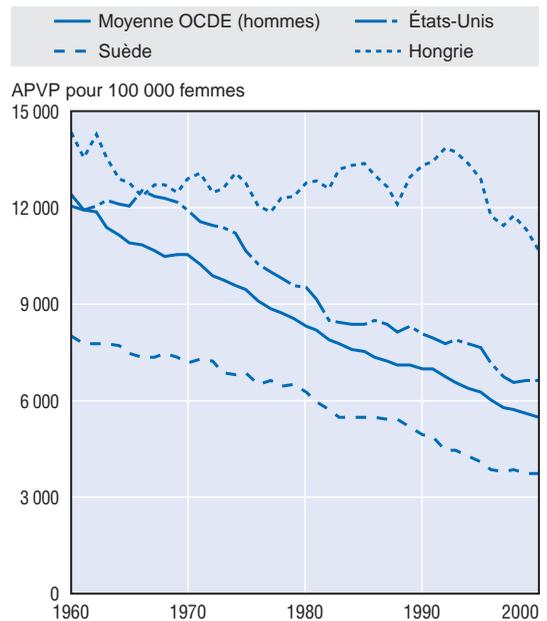


1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.9. **Tendances des années potentielles de vie perdue, femmes, 1960-2000**
Moyenne OCDE et certains pays



Graphique 1.10. **Tendances des années potentielles de vie perdue, hommes, 1960-2000**
Moyenne OCDE et certains pays



Voir annotations des tableaux 1.7 et 1.8.
Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Cancers, hommes et femmes

Le cancer est la seconde cause majeure de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE, après les maladies du système circulatoire. Chaque année, la proportion des décès dus aux cancers s'élève à 20 à 30 % de tous les décès, selon les pays. Dans plusieurs pays de l'OCDE (par exemple l'Australie, le Canada, l'Irlande, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis), les décès par cancer ont néanmoins atteint un maximum dans les années 80 et ont régressé pendant les années 90 (tableau 1.9).

En 2000, les taux de mortalité dus au cancer (normalisés par rapport à l'âge) étaient relativement faibles en Finlande, en Suisse, en Suède, en Grèce et au Japon, où ils s'établissaient à environ 145-155 pour 100 000 habitants par an (graphique 1.11). En revanche, dans les pays d'Europe centrale et orientale, les taux de décès par cancer sont plus élevés que dans les autres pays de l'OCDE, avec des chiffres dépassant 200 décès pour 100 000 habitants en Hongrie, en République tchèque et en République slovaque. Le Danemark affiche également des taux relativement élevés de mortalité par cancer. Les différences de taux de décès dus au cancer selon les pays peuvent s'expliquer par des causes non médicales, telles que l'exposition de la population à des facteurs de risque (par exemple le tabagisme), et par des causes médicales, telles que l'accès aux diagnostics précoces et le traitement efficace de différents types de cancer.

Dans tous les pays de l'OCDE, les taux de mortalité par cancer sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (tableau 1.9). En 2000, cet écart entre les sexes était particulièrement important en France, en Italie, au Japon, en Corée, au Portugal, en République slovaque et en Espagne, avec des taux de décès annuels par cancer au moins deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Cet écart peut s'expliquer au moins en partie par la plus grande prévalence des facteurs de risque chez les

hommes et par un moindre accès aux programmes de dépistage de différents types de cancer, ainsi qu'à leur utilisation plus limitée, qui se traduisent par des taux de survie plus faibles après le diagnostic.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les taux de mortalité par cancer ont diminué pendant la dernière décennie (graphique 1.12), tout particulièrement en Suisse, au Luxembourg, en Autriche, en Finlande, en Italie et au Royaume-Uni, qui ont enregistré une baisse du taux de mortalité par cancer (population totale) supérieure à 10 % dans les années 90. Les pays qui échappent notamment à cette tendance sont la Corée (qui est partie avec le plus bas niveau des pays de l'OCDE en 1990) et la République slovaque, où les taux de décès par cancer ont continué à augmenter entre 1990 et 2000.

Même si les taux de mortalité par cancer ont initié un déclin dans de nombreux pays pendant la dernière décennie, le nombre de nouveaux cas de cancer a continué à croître au cours des années 80 et 90 dans tous les pays pour lesquels des données comparables sont disponibles, à l'exception de l'Autriche, où ils ont commencé à diminuer pendant les années 90, et des États-Unis, où ils sont restés stables (graphique 1.14). L'augmentation graduelle des nouveaux cas de cancers dans les pays de l'OCDE peut être au moins en partie attribuée à une utilisation beaucoup plus répandue des tests de dépistage de divers types de cancer. En 2000, les Pays-Bas, l'Italie, la Hongrie et le Luxembourg affichaient l'incidence la plus élevée pour tous les cancers, avec des taux de nouveaux cas dépassant 400 pour 100 000 habitants (graphique 1.13).

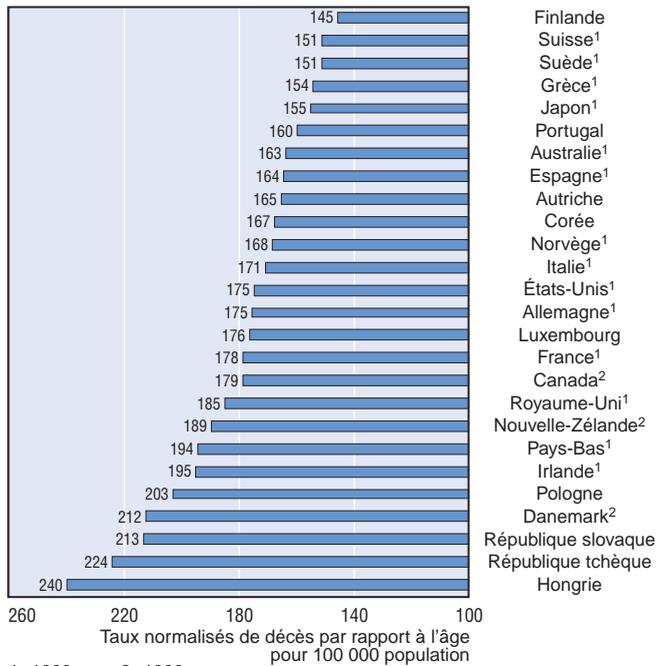
Le déclin du taux de décès par cancer dans la plupart des pays, malgré l'augmentation du nombre de nouveaux cas, montre que les taux de survie à différentes formes de cancer ont beaucoup augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE (voir OCDE, 2003a, chapitre 4, sur les taux de survie au cancer du sein).

Définition et écarts

Le taux d'incidence du cancer est le nombre de nouveaux cas de cancers pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité par cancer est estimé sur la base du nombre brut de décès dus à certaines causes définies, selon les données recueillies par l'OMS. L'OMS publie régulièrement des informations détaillées sur la couverture et la fiabilité des données brutes sur les causes de décès dans *l'Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. L'incidence et les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

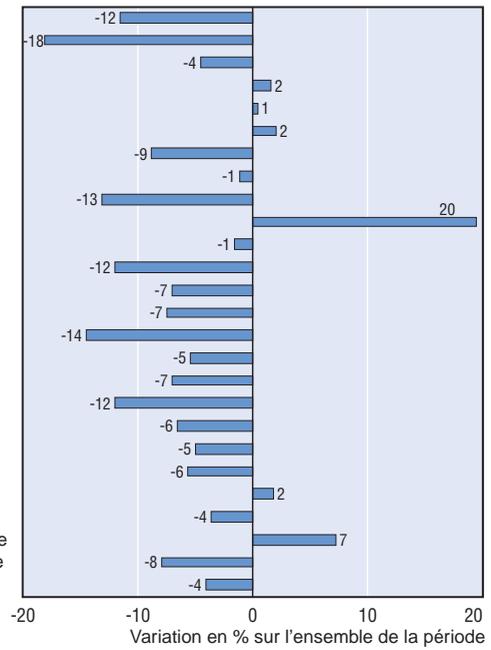
L'hétérogénéité des formations et des pratiques médicales, ainsi que les protocoles de certification des décès particuliers à chaque pays, peuvent affecter la comparabilité internationale de l'incidence du cancer et des taux de mortalité.

Graphique 1.11. Taux de mortalité due au cancer, population totale, 2000

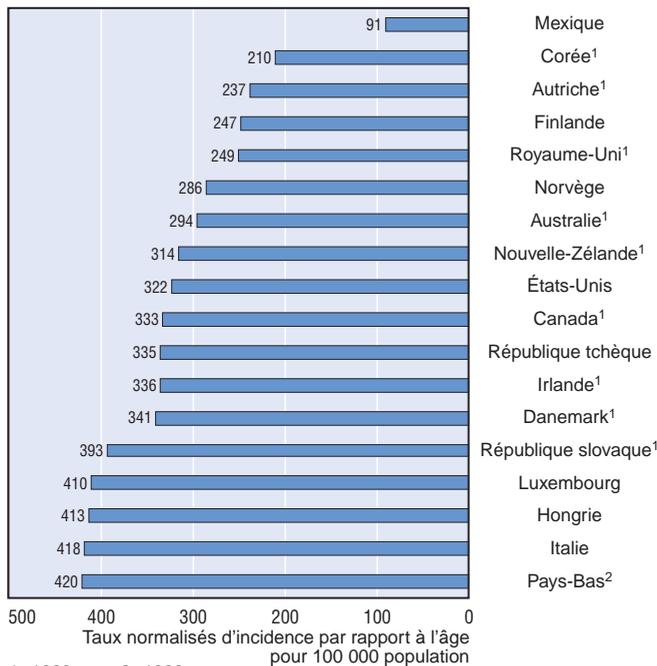


1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.12. Tendances du taux de mortalité due au cancer, population totale, 1990-2000



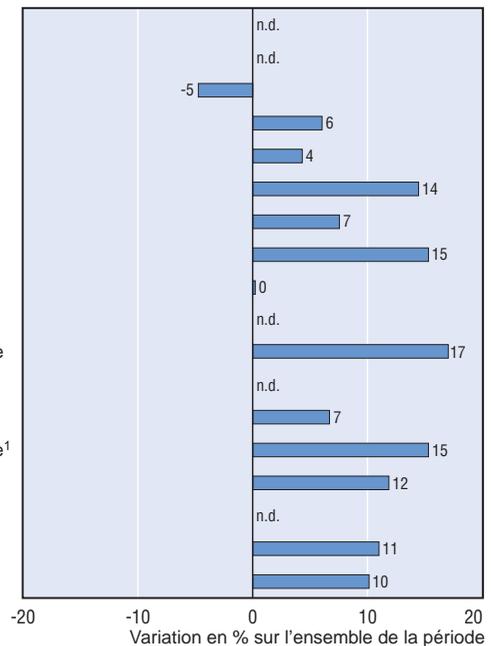
Graphique 1.13. Taux d'incidence du cancer, population totale, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Voir annotations des tableaux 1.9 et 1.10.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 1.14. Tendances de l'incidence du cancer, population totale, 1990 à 2000



Cancers chez les femmes

Dans les pays de l'OCDE, le cancer est la deuxième cause de décès chez les femmes après les maladies du système circulatoire. Les cancers les plus répandus chez les femmes incluent le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer du poumon et le cancer du côlon (tableaux 1.11 et 1.12).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans tous les pays de l'OCDE. Dans de nombreux pays, il représente au moins 30 % des cas de cancer chez les femmes et est responsable de 15 à 20 % des décès par cancer. L'incidence du cancer du sein et les décès qu'il provoque varient significativement entre les pays (graphique 1.15). L'incidence du cancer du sein est relativement élevée au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Islande, au Canada et aux États-Unis. Les taux d'incidence ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles durant les années 90, à l'exception de l'Italie. Ce phénomène s'explique essentiellement par les progrès médicaux réalisés en diagnostic et par le nombre croissant de femmes qui se soumettent à un dépistage par mammographie, permettant une augmentation de la détection de nouveaux cas. Malgré une élévation générale des taux d'incidence, les taux de décès par cancer du sein ont régressé ou sont restés stables au cours de la dernière décennie dans tous les pays, sauf en France, en Grèce, en République slovaque, au Japon et en Corée. Aux États-Unis, les taux de décès par cancer du sein sont tombés de 29 pour 100 000 femmes en 1990 à 23 en 1999. Grâce aux améliorations du diagnostic précoce par l'utilisation accrue du dépistage du cancer du sein, les taux de mortalité ont diminué. Ces meilleurs taux de survie s'expliquent également par l'amélioration des traitements. Les résultats tirés du chapitre sur le cancer du sein du projet de l'OCDE sur les pathologies liées au vieillissement indiquent des variations notables entre les taux de survie au cancer du sein des différents pays. Du début au milieu des années 90, les taux de survie dans les huit pays concernés par cette partie de l'étude s'échelonnaient entre 74 % en Angleterre à 84 % et 85 % aux États-Unis et au Japon respectivement (OCDE, 2003a, chapitre 4 ; Jee-Hugues et Jacobzone, à paraître). Au Royaume-Uni, on a déterminé que les taux de survie relativement faibles au cancer du sein s'expliquaient en grande partie par le stade plus avancé atteint avant le diagnostic (Sant *et al.*, 1998).

Dans les pays de l'OCDE, le cancer du col de l'utérus représente 2 à 5 % des cancers chez les femmes et est responsable de 3 % des décès par cancer en moyenne. En 2000, les taux de décès par cancer du col de l'utérus étaient particulièrement faibles dans plusieurs pays

d'Europe continentale (Italie, Suisse, Grèce, Luxembourg, France et Espagne). À l'autre extrémité de l'échelle, ils étaient relativement élevés dans les pays d'Europe centrale et orientale – Pologne, République slovaque, Hongrie et République tchèque – et au Danemark (graphique 1.16). L'incidence du cancer du col de l'utérus et les taux de décès qui lui sont imputables ont régressé au moins légèrement dans la plupart des pays de l'OCDE dans les années 90. Ces évolutions peuvent s'expliquer au moins en partie par l'utilisation croissante du dépistage du cancer du col de l'utérus (grâce au test de Papanicolaou) qui permet non seulement la détection des stades précoces de la maladie, mais également des stades précursseurs que l'on peut traiter avant le diagnostic formel. Les taux de survie au cancer du col de l'utérus sont relativement élevés lorsque la maladie est diagnostiquée à un stade précoce.

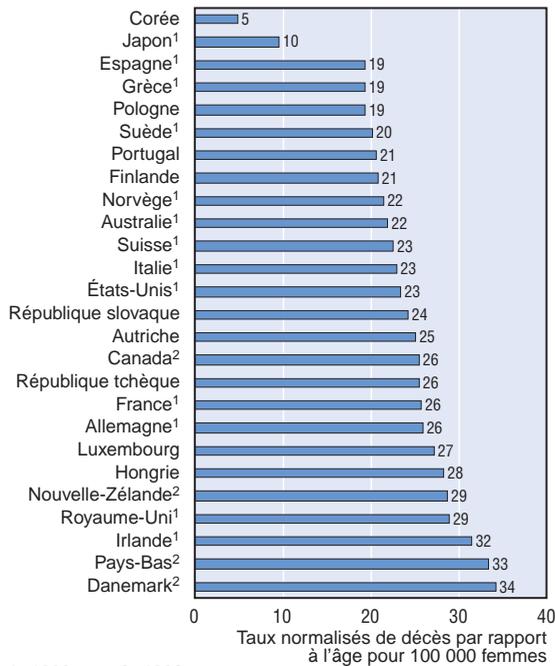
Le cancer du côlon est la seconde ou la troisième forme la plus courante de cancer chez les femmes, responsable de 7 % à 15 % des nouveaux cas de cancers selon les pays. En 2000, le taux de décès par cancer du côlon chez les femmes était relativement élevé dans les pays d'Europe centrale et orientale (République tchèque, Hongrie et République slovaque) ainsi qu'au Danemark, en Norvège et en Nouvelle-Zélande (graphique 1.18). C'est en Corée qu'il était le plus bas (quoique en augmentation). Dans la plupart des pays, le taux de décès par cancer du côlon chez les femmes a diminué dans les années 90.

L'incidence du cancer du poumon et la mortalité qui lui est imputable sont beaucoup plus faibles pour les femmes que pour les hommes, mais il reste la cause majeure des décès par cancer des femmes dans plusieurs pays tels que le Canada, le Danemark et les États-Unis (graphique 1.17). Le tabagisme est le facteur de risque majeur pour le cancer du poumon. Les taux d'incidence et de mortalité relatifs au cancer du poumon chez les femmes ont progressé dans presque tous les pays pendant les années 80 et 90, parallèlement à l'augmentation des proportions de fumeuses depuis l'après-guerre. Les taux d'incidence du cancer du poumon sont relativement proches des taux de mortalité pour les femmes et les hommes, car les taux de survie sont très faibles. À titre d'exemple, les taux de survie relatifs à 5 ans des hommes et femmes atteints d'un cancer du poumon atteignaient 5 % en Angleterre et au Pays de Galles chez les patients diagnostiqués pendant la période 1986-90, et 15 % au Canada et 16 % aux États-Unis pour les cas diagnostiqués en 1992 (ONS, 2001 ; et Statistique Canada, 2001).

Définition et écarts

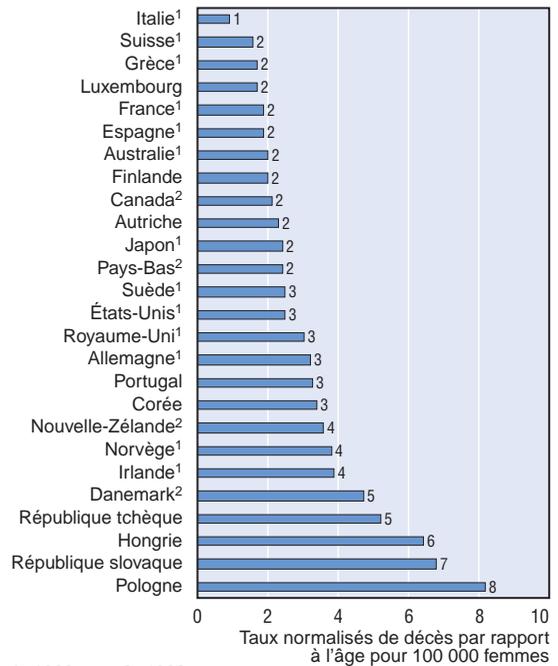
Voir l'indicateur « Cancers, hommes et femmes ».

Graphique 1.15. Taux de mortalité due au cancer du sein, femmes, 2000



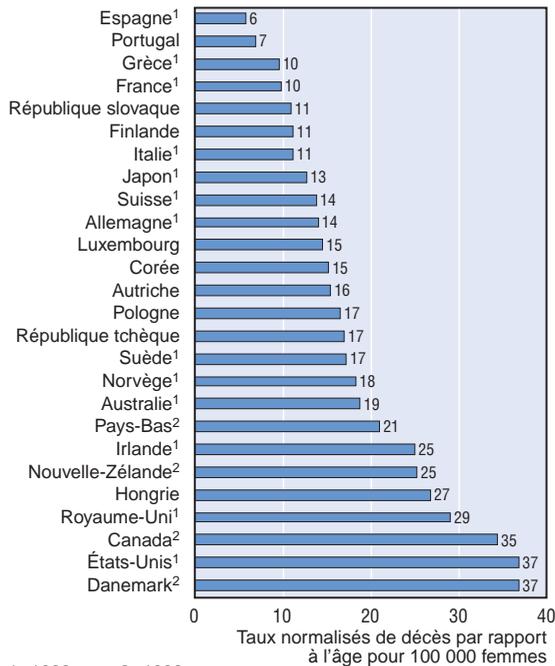
1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.16. Taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus, femmes, 2000



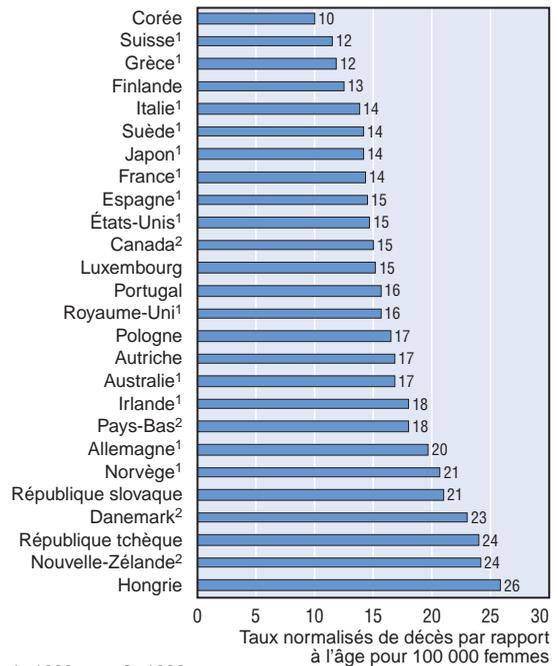
1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.17. Taux de mortalité due au cancer du poumon, femmes, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.18. Taux de mortalité due au cancer du côlon, femmes, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Voir annotations des tableaux 1.11 et 1.12.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Cancers chez les hommes

Le cancer est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des pays de l'OCDE, et les taux de décès par cancer sont plus élevés pour les hommes dans toute la zone OCDE (voir « Cancers, hommes et femmes »). Les sites de cancer les plus courants chez les hommes sont le poumon, le côlon et la prostate (tableaux 1.13 et 1.14).

Le cancer du poumon est le cancer le plus mortel pour les hommes dans tous les pays de l'OCDE sauf la Suède (dans ce pays, c'est le cancer de la prostate qui est le plus fatal aux hommes depuis les années 80). Il est responsable de plus de 30 % de l'ensemble des décès masculins dus au cancer dans plusieurs pays (Canada, Grèce, Hongrie, Pays-bas, Pologne et États-Unis). Le tabagisme en est le facteur de risque principal. Dans de nombreux pays, les taux d'incidence et de décès liés au cancer du poumon chez les hommes ont diminué pendant la dernière décennie à la suite de campagnes publiques de sensibilisation aux dangers du tabagisme menées dans les années 70 et 80. Aux États-Unis, l'incidence du cancer du poumon chez les hommes a chuté de 20 % dans les années 90 et les taux de décès d'environ 16 %. La régression était encore plus nette en Finlande, où le taux d'incidence a diminué de 38 % et le taux de décès de 28 % entre 1990 et 2000. En 2000, les taux d'incidence et les taux de décès par cancer du poumon restaient comparativement élevés dans les pays d'Europe centrale et orientale – Hongrie, Pologne, République tchèque et République slovaque – et aux Pays-Bas (graphiques 1.19 et 1.20). Dans tous ces pays, le tabagisme chez les hommes reste relativement élevé. Le pays où les taux de décès par cancer du poumon – et les taux de fumeurs – chez les hommes sont les plus bas est la Suède (voir l'indicateur « Consommation de tabac »).

Dans de nombreux pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est à présent le cancer le plus courant chez les hommes, particulièrement ceux âgés de plus de 65 ans, mais les taux de décès par cancer de la prostate restent plus faibles que ceux imputables au cancer du poumon dans tous les pays sauf la Suède. L'augmentation de l'incidence du cancer de la pros-

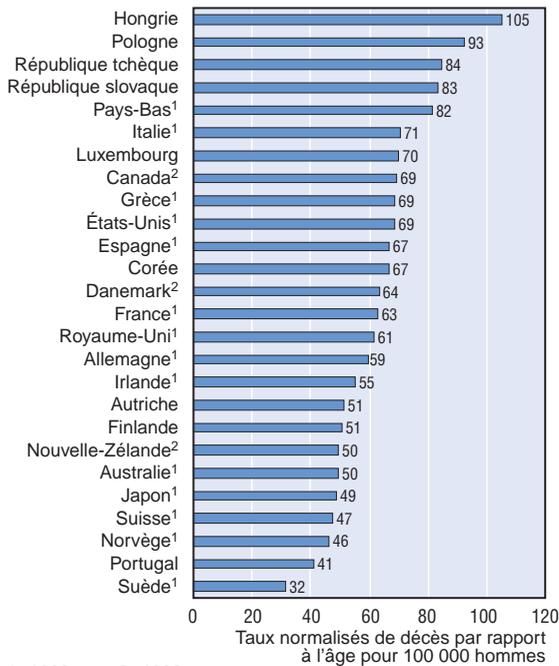
tate aux États-Unis dans les années 80 et 90 et dans de nombreux autres pays dans les années 90 est due dans une large mesure à l'utilisation plus répandue des tests de diagnostic par l'antigène spécifique de la prostate (PSA). A la fin des années 90 et en 2000, les pays affichant les taux d'incidence du cancer de la prostate les plus élevés étaient le Luxembourg, les États-Unis et le Canada, avec des taux normalisés par rapport à l'âge de plus de 100 cas pour 100 000 hommes (graphique 1.22). La Corée affiche les taux les plus bas. En 2000, le taux de décès par cancer de la prostate allait d'un maximum d'environ 40 pour 100 000 hommes en Norvège et en Suède à un minimum de moins de 10 pour 100 000 hommes en Corée et au Japon (graphique 1.21). Les taux étaient également relativement bas en Grèce et en Italie. Les causes du cancer de la prostate sont encore mal élucidées. Certaines données invitent à penser que des facteurs environnementaux et alimentaires pourraient influencer le risque de cancer de la prostate (Institute of Cancer Research, 2003).

L'évolution des taux d'incidence et de décès liés au cancer du côlon a suivi des courbes différentes selon les pays pendant les années 90 (tableaux 1.13 et 1.14). Dans un premier groupe de pays, le taux d'incidence chez les hommes est resté relativement stable pendant la dernière décennie (Australie, Danemark, Finlande, Nouvelle-Zélande et Suède). Dans un second groupe de pays, le nombre de nouveaux cas s'est accru entre 1990 et 2000 (Allemagne, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, République tchèque et Royaume-Uni) et dans un troisième groupe (Autriche et États-Unis), l'incidence du cancer du côlon chez les hommes a diminué pendant les années 90. De même, pendant la dernière décennie, les taux de décès par cancer du côlon chez les hommes ont augmenté dans certains pays (tels que la Corée, Grèce, la Hongrie et le Japon), sont restés stables dans d'autres (tels que la France et l'Italie) et ont régressé dans de nombreux autres (y compris l'Australie, l'Autriche, les États-Unis, le Royaume-Uni et la Suisse).

Définition et écarts

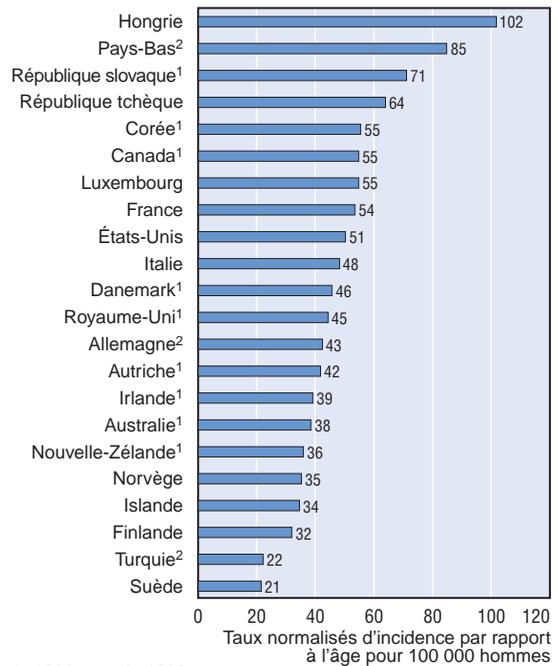
Voir l'indicateur « Cancers, hommes et femmes ».

Graphique 1.19. Taux de mortalité due au cancer du poumon, hommes, 2000



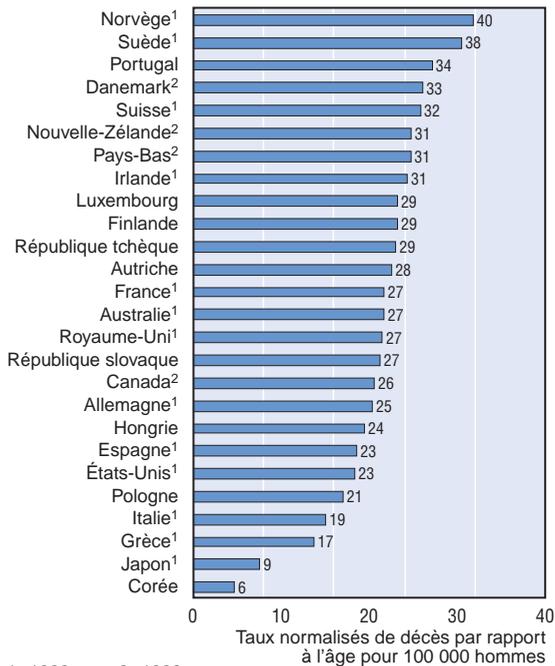
1. 1999. 2. 1998.

Graphique 1.20. Taux d'incidence du cancer du poumon, hommes, 2000



1. 1999. 2. 1998.

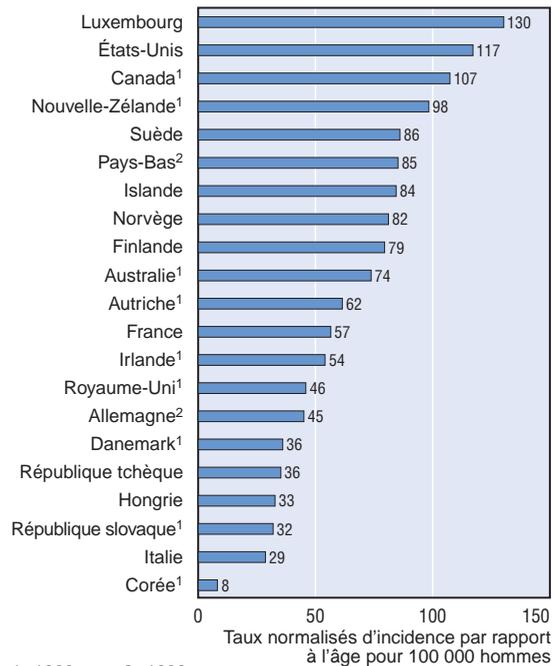
Graphique 1.21. Taux de mortalité due au cancer de la prostate, hommes, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Voir annotations des tableaux 1.13 et 1.14.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 1.22. Taux d'incidence du cancer de la prostate, hommes, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Cardiopathies ischémiques, mortalité

Les cardiopathies ischémiques (ou les maladies cardiaques) constituent l'une des causes majeures de mortalité tant pour les hommes que pour les femmes dans les pays de l'OCDE, étant responsables chaque année de 15 à 25 % de l'ensemble des décès dans de nombreux pays. Les cardiopathies ischémiques sont provoquées par l'accumulation de dépôts graisseux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin vers le cœur.

La mortalité due aux maladies cardiaques varie considérablement entre les pays de l'OCDE (graphique 1.23 et tableau 1.15). En 2000, la République slovaque détenait le taux de mortalité le plus élevé avec 279 décès pour 100 000 habitants (hommes et femmes), un chiffre presque neuf fois supérieur à celui de la Corée (32 pour 100 000 habitants), dont le taux est le plus bas. Les taux de mortalité varient selon les régions. Les deux pays asiatiques de l'OCDE, la Corée et le Japon, jouissent des taux de mortalité les plus bas. Cinq parmi les six pays affichant les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques immédiatement supérieurs, la France, l'Espagne, le Portugal, l'Italie et la Grèce, se situent en Europe du Sud. Cela tend à montrer que les écarts de mortalité entre pays sont dus en partie à des facteurs de risque sous-jacents tels que l'alimentation. A l'autre extrémité de l'échelle, les trois pays affichant les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques les plus élevés sont des pays d'Europe centrale ou orientale. Juste derrière la République slovaque, le nombre de décès était de 185 pour 100 000 en Hongrie et de 179 en République tchèque en 2000.

On observe un écart significatif entre les sexes, la mortalité due aux maladies cardiaques étant beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays (graphique 1.23 et tableau 1.15). Cet écart perdure depuis les années 60. De 1960 à 1980, il s'est accru dans de nombreux pays, puis s'est amenuisé ces dernières années.

Depuis les années 70, les décès dus aux maladies cardiaques ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE (graphiques 1.24 et 1.25). Ce déclin a été très net en Australie, au Canada, aux États-Unis et au Portugal, où les taux de mortalité ont chuté de 60 % ou plus. En revanche, ils ont augmenté dans deux pays

qui avaient de faibles taux en 1970, la Grèce et l'Espagne, ainsi qu'en Pologne.

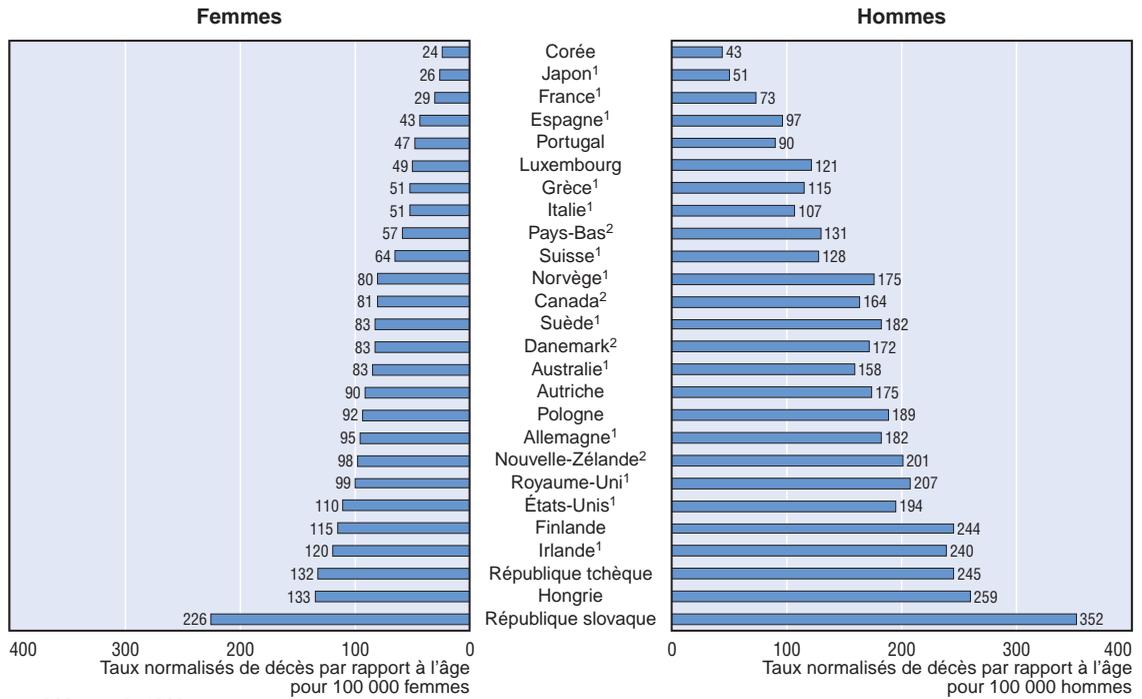
Les facteurs responsables de la diminution des taux de mortalité due aux maladies cardiaques font l'objet d'un large débat. La réduction de la consommation de tabac est souvent citée comme facteur contribuant à réduire la prévalence des maladies cardiaques, et par conséquent, les taux de mortalité qui y sont reliés (voir l'indicateur « Consommation de tabac »). Les taux de mortalité causée par des maladies cardiaques diminuent malgré une tendance à l'augmentation de l'obésité [voir « Indice de masse corporelle (obésité) »]. Dans le même temps, les progrès significatifs effectués dans le domaine du traitement médical des cardiopathies ischémiques ont sans aucun doute contribué à la réduction des taux de mortalité. L'évolution de la prévalence des facteurs de risque pour les maladies cardiaques et les taux d'utilisation des traitements de ces maladies varient non seulement en fonction du temps mais également en fonction des pays ; il est donc difficile de discerner les contributions relatives de ces deux facteurs à la réduction de la mortalité par cardiopathies ischémiques. Le projet MONICA, étude menée sous les auspices de l'OMS pendant une décennie, a conclu que les améliorations des soins médicaux avaient davantage contribué au déclin des cardiopathies ischémiques que l'évolution des facteurs de risque (Tunstall-Pedoe *et al.*, 2000).

Malgré l'efficacité avérée de la revascularisation dans le traitement des cardiopathies ischémiques, on ne sait pas dans quelle mesure l'utilisation accrue de ces techniques a diminué les taux de mortalité. Par exemple, les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques sont plus faibles en Australie et au Canada qu'aux États-Unis, alors que le taux d'utilisation de la revascularisation est plus élevé aux États-Unis que dans aucun autre pays de l'OCDE – presque trois fois celui de l'Australie et entre trois et quatre fois celui du Canada (voir l'indicateur « Chirurgies cardiovasculaires »). En outre, parmi ces trois pays, c'est aux États-Unis que les taux d'utilisation de la revascularisation se sont développés le plus rapidement, sans que les taux de décès par cardiopathies ischémiques y diminuent dans une plus large mesure (Moise, 2003 ; Moise, Jacobzone *et al.*, 2003).

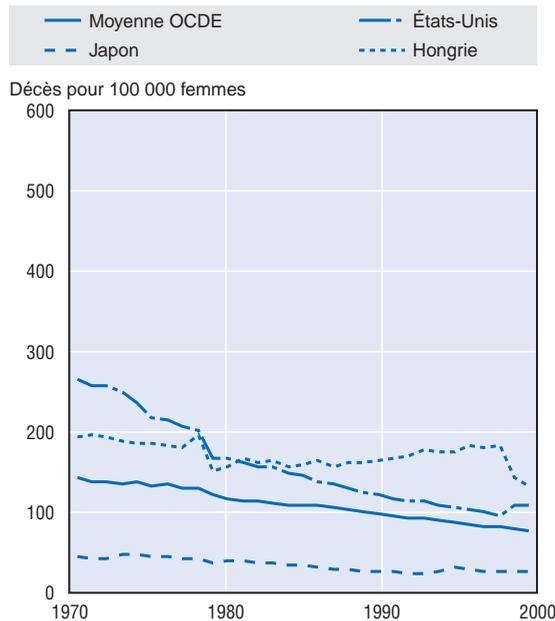
Définition et écarts

Le taux de mortalité par cardiopathie ischémique est estimé sur la base du nombre brut de décès dus à certaines causes définies, selon les données recueillies par l'OMS. L'OMS publie régulièrement des informations détaillées sur la couverture et la fiabilité des données brutes sur les causes de décès dans l'*Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*. Le Secrétariat de l'OCDE a normalisé les taux de mortalité par rapport à l'âge, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

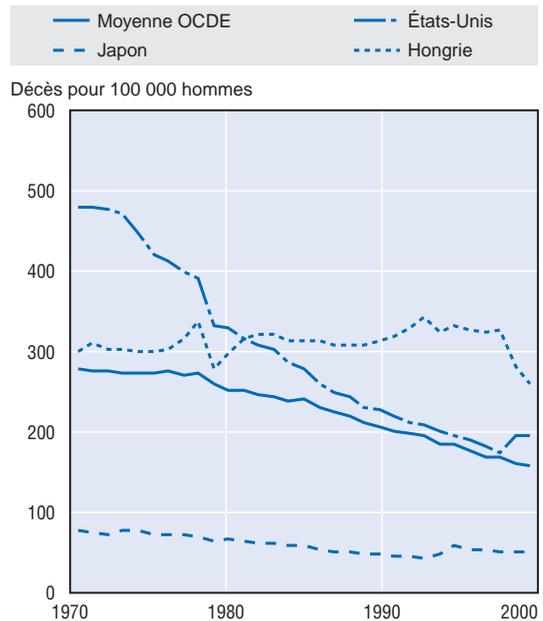
Graphique 1.23. Taux de mortalité due à la cardiopathie ischémique, 2000



Graphique 1.24. Tendances de la mortalité par cardiopathie ischémique, femmes, 1970 à 2000



Graphique 1.25. Tendances de la mortalité par cardiopathie ischémique, hommes, 1970 à 2000



Voir annotations du tableau 1.15.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

SIDA, incidence et mortalité

Les premiers cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont été diagnostiqués il y a deux décennies. Le SIDA est habituellement déclenché par une infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et peut se manifester par de nombreuses maladies différentes, telles que la pneumonie et la tuberculose, car le système immunitaire perd sa fonction de défense de l'organisme. L'infection par le VIH, le diagnostic du SIDA et le décès provoqué par une infection sont des événements séparés par un nombre d'années très variable selon le traitement administré. Malgré une recherche fondée sur une collaboration à l'échelle mondiale, il n'existe actuellement aucun moyen de guérison.

En 2000, le nombre de nouveaux cas déclarés de SIDA s'élevait à plus de 56 000 pour toute la zone OCDE, ce qui représente un taux d'incidence moyen (non pondéré) d'environ 2.0 pour 100 000 habitants (tableau 1.16). Depuis les premiers cas signalés de SIDA, remontant au début des années 80, leur nombre a rapidement grimpé pour culminer à plus de 4.4 nouveaux cas pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE dans la première moitié des années 90, c'est-à-dire plus du double de la moyenne actuelle (graphique 1.28). Des campagnes d'information du public ont contribué à la diminution régulière du nombre de cas déclarés pendant la seconde moitié des années 90. De plus, le développement des médicaments de multithérapie antirétrovirale qui réduisent ou ralentissent l'évolution de la maladie, et un accès plus large à ces thérapies, ont permis une diminution nette de l'incidence entre 1996 et 1997 (Montserrat et Hamzaoui, 2002).

Les États-Unis ont constamment présenté les taux d'incidence du SIDA les plus élevés des pays de l'OCDE, mais il convient de noter que les définitions

régissant l'enregistrement des cas ont été élargies en 1993 et diffèrent par conséquent de celles utilisées en Europe et dans les autres pays de l'OCDE. La modification de la définition explique également l'augmentation importante des cas aux États-Unis en 1993. En Europe, l'Espagne a régulièrement affiché les taux d'incidence les plus élevés pendant la première décennie qui a suivi l'apparition de la maladie, avec cependant un brusque déclin depuis 1994, laissant, en Europe, la première place au Portugal. Les pays d'Europe centrale et scandinaves présentent quant à eux des taux d'incidence du SIDA beaucoup plus faibles. Le Japon et la Corée déclarent également des taux qui comptent parmi les plus faibles des pays de l'OCDE (graphiques 1.26 et 1.27).

Pour ce qui est de la mortalité, les taux de décès liés au SIDA reflètent les taux d'incidence. Les taux de mortalité ont tendance à diminuer plus rapidement que les taux d'incidence depuis le milieu des années 80, reflétant l'efficacité de la multithérapie antirétrovirale dans le traitement de certains symptômes du SIDA.

Ces dernières années, le déclin général du nombre de cas de SIDA s'est ralenti dans de nombreux pays, certains montrant même une augmentation. De plus, et bien que les données sur la prévalence du VIH soient moins fiables et à analyser avec prudence, le nombre d'infections par le VIH n'a pas connu le même déclin, ce qui laisse à penser que la diminution observée des cas de SIDA est principalement due à l'accès à la multithérapie antirétrovirale. Cette pause ou ce regain récent de la propagation de l'épidémie dans de nombreux pays ont été attribués à une complaisance à l'égard de l'efficacité du traitement et à une moindre sensibilisation du public aux risques présentés par la consommation de drogues et certaines pratiques sexuelles (ONUSIDA, 2002).

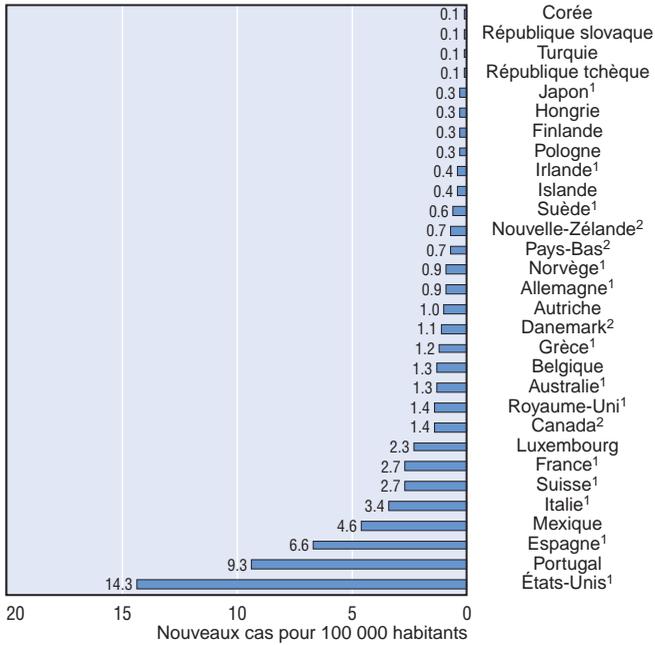
Définition et écarts

Le taux d'incidence du SIDA est le nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants dans l'année du diagnostic. Il convient de noter que les données portant sur les années récentes sont provisoires en raison des délais de retour, qui peuvent parfois atteindre plusieurs années selon les pays.

Le taux de mortalité est le nombre de décès pour 100 000 habitants, normalisé par rapport à l'âge en fonction de la population standard de l'OCDE de 1980. Comme les pratiques de codage peuvent varier d'un pays à l'autre, la comparaison des données sur la mortalité dans les différents pays exige une certaine prudence.

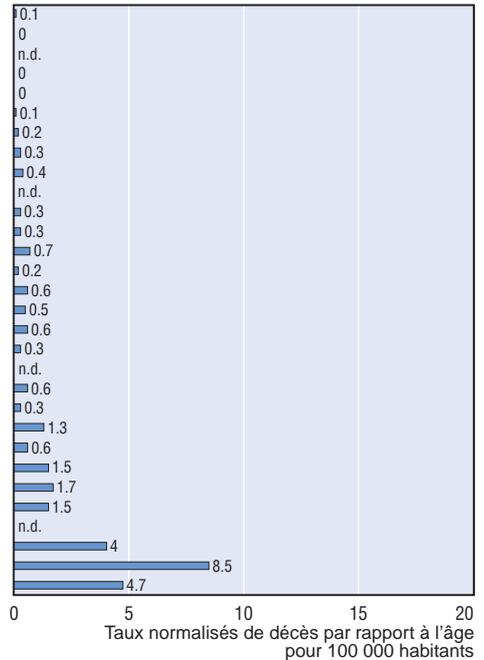
Les États-Unis ont étendu la définition des cas avérés du SIDA en 1993, en incluant le critère de numération des lymphocytes T. Cet élargissement de la définition s'est traduit par une forte augmentation du nombre de nouveaux cas aux États-Unis en 1993 et explique en partie les variations de l'incidence du SIDA observées entre les États-Unis et les autres pays de l'OCDE.

Graphique 1.26. Taux d'incidence du SIDA, 2000

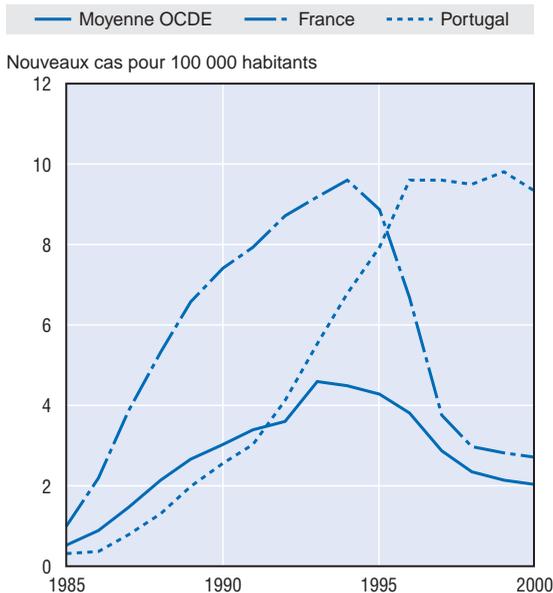


1. 1999. 2. 1998.

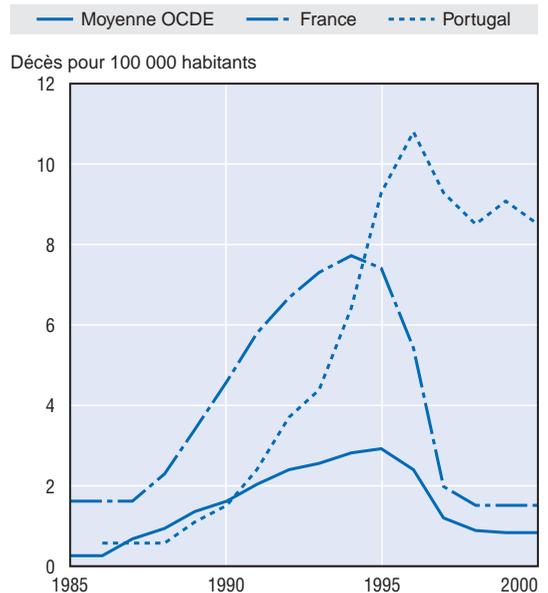
Graphique 1.27. Taux de mortalité due au SIDA, 2000



Graphique 1.28. Tendances de l'incidence du SIDA, 1985-2000



Graphique 1.29. Tendances de la mortalité due au SIDA, 1985-2000



Voir annotations du tableau 1.16.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Suicides

Les suicides sont une cause significative de décès dans de nombreux pays de l'OCDE, malgré la sous-évaluation que peut susciter leur stigmatisation. Dans les études internationales, on utilise souvent les taux de suicide comme indicateurs de substitution de l'état de santé mentale de la population, car ils sont dans de nombreux cas liés à des troubles psychiques tels que la dépression, la schizophrénie, l'abus d'alcool ou d'autres substances (Maris, 2002 ; Henriksson *et al.*, 1993 ; STAKES et Commission européenne, 2000).

Les données disponibles montrent que les taux de suicide varient considérablement entre les pays de l'OCDE (graphique 1.30 et tableau 1.17). En général, ils sont relativement faibles dans les pays d'Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce et Portugal) et au Royaume-Uni. En revanche, ils sont relativement élevés en Hongrie, au Japon et en Finlande. Il convient cependant de comparer ces taux de suicides entre pays avec prudence, car le degré de sous-évaluation peut varier d'un pays à l'autre.

On observe ces 20 dernières années une diminution des taux de suicide dans de nombreux pays de l'OCDE (graphique 1.31 et tableau 1.17). La régression est particulièrement nette dans certains pays nordiques tels que le Danemark et la Suède. En Finlande, les taux de suicide ont augmenté dans les années 70 et 80 puis ont décliné dans les années 90. Les taux de suicide en Hongrie ont également baissé pendant les années 90, mais ils restaient en 2000 les plus élevés de la zone OCDE. Dans ce pays, les suicides sont particulièrement fréquents chez les hommes (quatre fois plus que chez les femmes).

Au Japon, les taux de suicide masculins ont notablement augmenté pendant les années 90 (atteignant 30 décès par suicide pour 100 000 hommes

en 2000 contre 19 pour 100 000 hommes en 1990), alors que les suicides chez les femmes restaient stables. L'Irlande a également enregistré une augmentation importante des suicides chez les hommes pendant la dernière décennie.

En général, les taux de décès par suicide sont trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'OCDE (graphique 1.30), et cet écart entre les sexes semble rester relativement stable au cours du temps dans la plupart des pays. Le décalage observé dans les cas de suicides réussis est surtout dû aux méthodes beaucoup plus létales utilisées par les hommes. Des données issues de plusieurs pays suggèrent que la différence est beaucoup moins importante entre les tentatives de suicide des hommes et des femmes (OMS, 2002a ; Statistique Canada, 2002).

Dans de nombreux pays, l'âge moyen du suicide a diminué avec le temps car les taux de suicide ont baissé dans la population âgée alors qu'ils sont restés plus stables dans les classes d'âge plus jeunes (OCDE, 2003b).

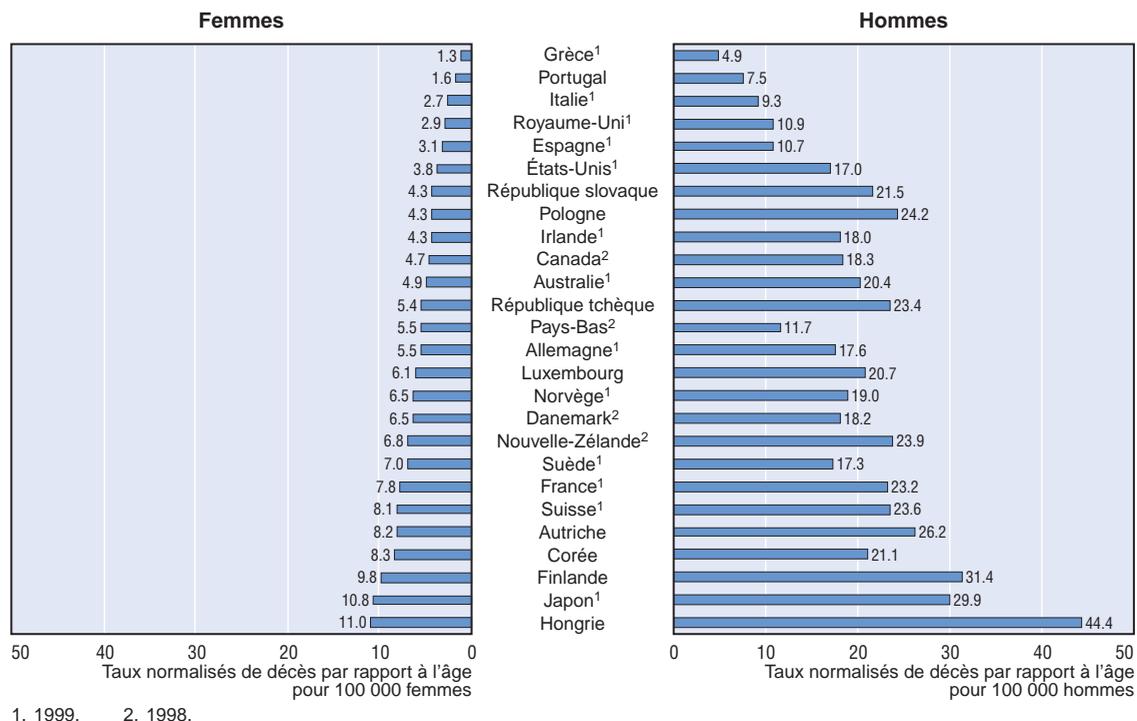
La prévention des suicides est un réel défi, car le comportement suicidaire peut concerner toutes les catégories de population. Comme ils sont dans la grande majorité des cas en rapport avec une dépression, la consommation d'alcool ou la consommation de substances toxiques, la détection précoce de ces problèmes psychosociaux par les familles, les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé doit être prise en compte dans les campagnes de prévention des suicides, le traitement et la prise en charge de ces situations étant également déterminants.

Définition et écarts

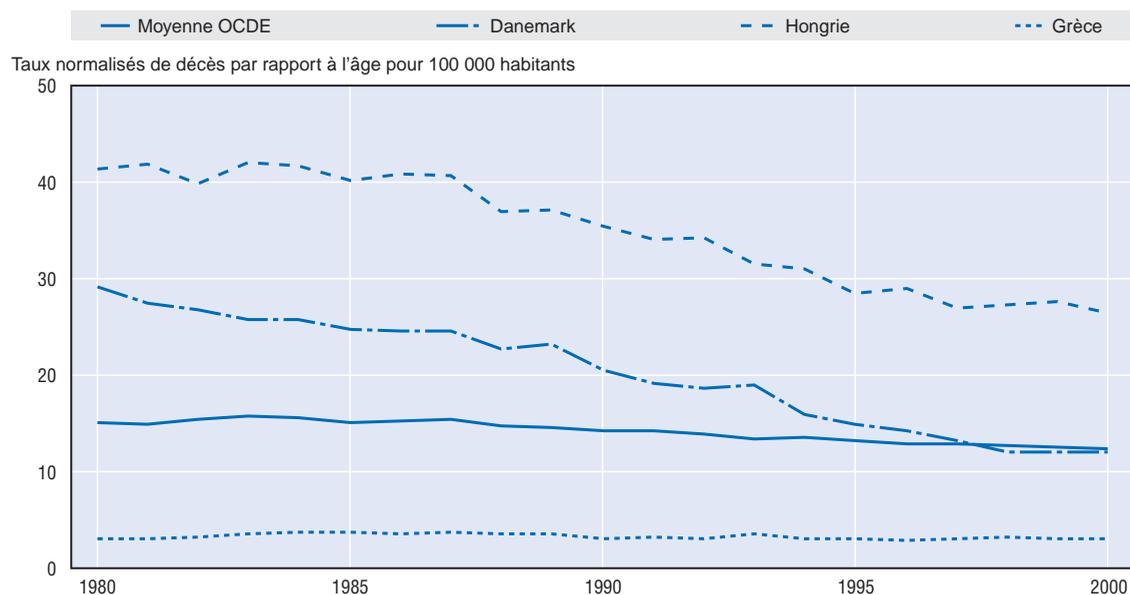
La mortalité par suicide est le nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants. Le nombre de décès brut par cause est extrait des statistiques sur les causes de mortalité de l'OMS. Le Secrétariat de l'OCDE a normalisé les taux de mortalité par rapport à l'âge, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

La comparabilité internationale des taux de décès par suicide peut être affectée par les différences d'enregistrement entre pays. Le suicide est réprouvé dans de nombreux pays, et les personnes chargées de la notification des causes de décès peuvent être soumises à des pressions les incitant à les consigner comme « inconnues » ou d'une autre nature. On interprétera donc avec prudence les variations entre pays.

Graphique 1.30. Taux de décès par suicide, 2000



Graphique 1.31. Tendances des décès par suicide, population totale, 1980-2000
Moyenne de l'OCDE et certains pays



Voir annotations des tableaux 1.17.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Autoperception de l'état de santé général

La mesure de l'état de santé repose généralement sur des indicateurs de mortalité, et l'un des défis majeurs 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 et comparables sur la morbidité générale dans la zone OCDE. Toutefois, un nombre croissant de pays réalisent des enquêtes de santé au cours desquelles on demande aux personnes d'évaluer elles-mêmes leur état de santé. L'une des questions fréquemment posée 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 le cadre des comparaisons internationales, cependant, les différences entre pays de l'autoperception de l'état de santé général sont souvent difficiles à interpréter car les réponses peuvent être affectées par différents facteurs, en particulier des différences dans la formulation des questions et les catégories de réponses et des facteurs culturels.

Dans environ la moitié des pays de l'OCDE, 75 % ou plus de la population adulte (de 15 ans et plus) déclare être en « bonne santé » ou porte une appréciation encore plus positive (graphique 1.32 et tableau 1.18). Le Canada, les États-Unis, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande enregistrent les proportions les plus fortes de personnes qui s'estiment en « bonne santé » ou mieux encore, avec 85 à 90 % de la

population adulte s'estimant en « bonne/très bonne/excellente » santé. En bas du tableau, la proportion d'habitants considérant leur santé comme bonne est la plus faible au Portugal, au Japon et en Corée, et dans certains pays de l'Europe centrale et orientale (Hongrie, Pologne et République slovaque). Moins de la moitié de la population dans ces pays déclare être en « bonne » ou « très bonne » santé.

Au Japon notamment, une proportion relativement faible de la population s'estime en bonne santé ou mieux, ce qui est en contradiction avec l'espérance de vie la plus élevée au monde dont jouissent les Japonais. Les Japonais répugnent peut-être davantage à une évaluation extrême de leur santé que les habitants d'autres pays et ont peut-être une tendance plus grande dans les enquêtes à orienter « au centre » leurs réponses à ce type de questions.

En ce qui concerne les différences à l'intérieur d'un même pays, les hommes sont plus enclins que les femmes à qualifier leur état de santé de bon dans la majorité des pays, à l'exception de l'Australie, la Finlande, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande. Logiquement, le degré d'appréciation 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. Toutefois, dans plusieurs pays, deux tiers ou plus des personnes âgées de plus de 65 ans s'estiment en bonne santé (Australie, Canada, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Suisse – voir graphique 1.33 et tableau 1.18). Les personnes plus âgées peuvent cependant avoir des aspirations moindres en matière de santé, et leur évaluation sera vraisemblablement plus positive que celle de jeunes gens dont l'état de santé est similaire.

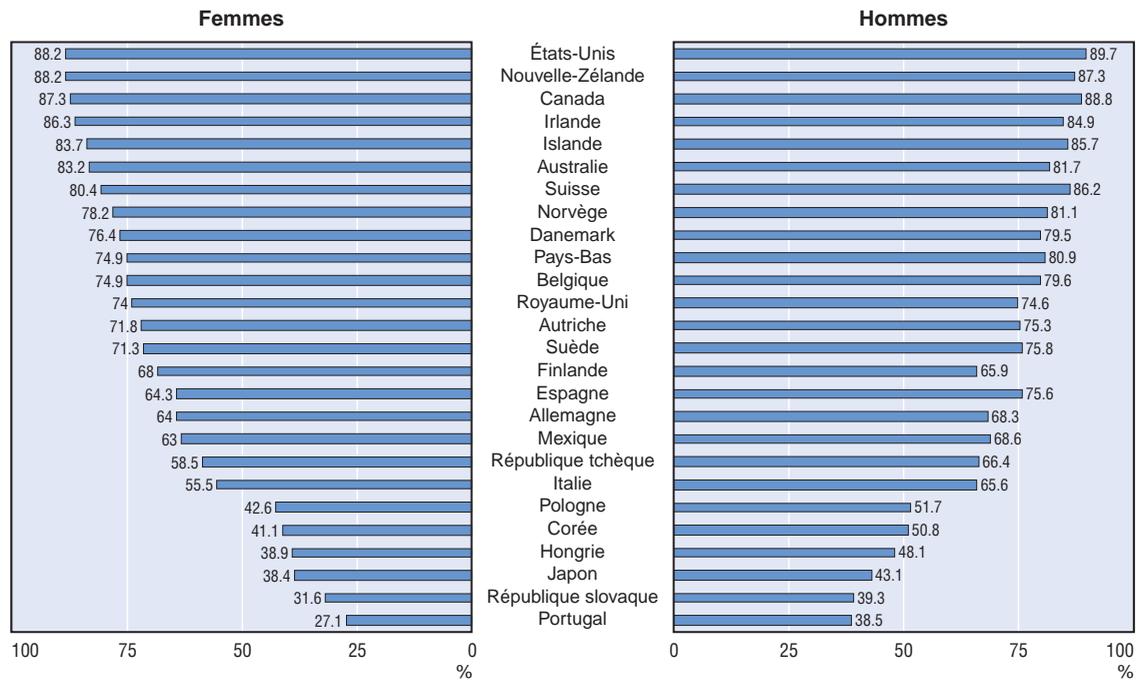
Définition et écarts

L'autoperception de l'état de santé général constitue un indicateur de l'appréciation portée par les individus sur leur santé, qui englobe le cas échéant toutes les 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 *Eco-Santé OCDE* présente des chiffres correspondant à la proportion de la population qui déclare être en bonne ou en très bonne santé.

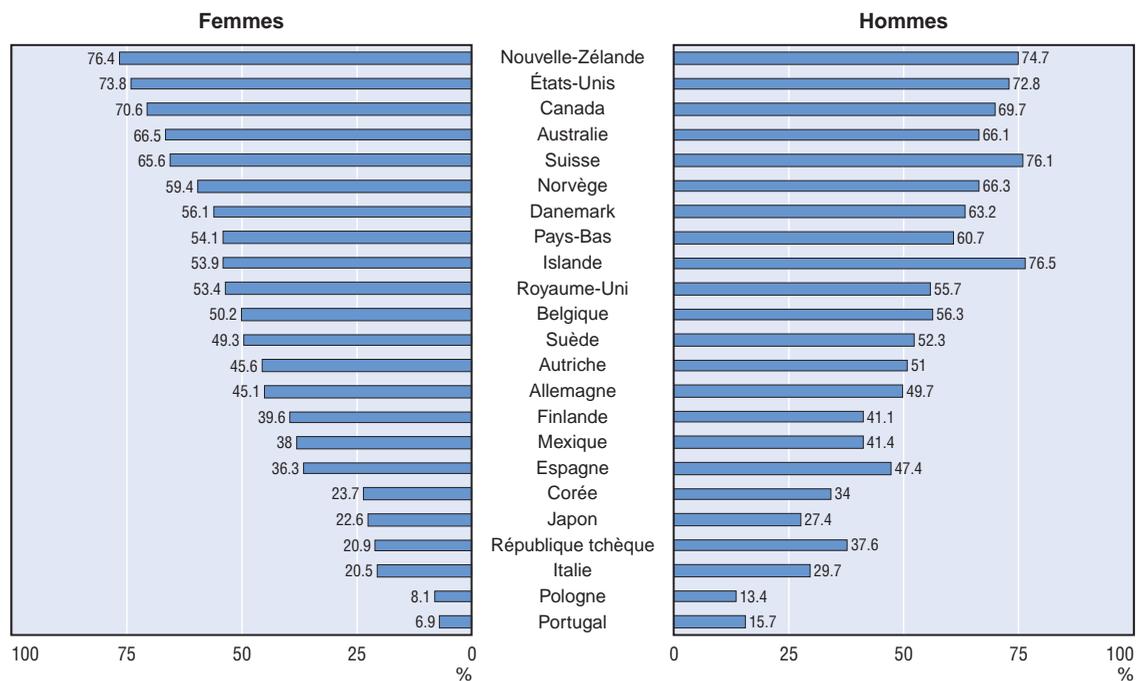
Il convient cependant de comparer avec prudence l'autoperception de la santé générale entre les pays, pour au moins deux raisons. Premièrement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. En particulier, l'échelle de réponses utilisée dans des pays comme le Canada et les États-Unis est asymétrique (elle est biaisée vers les réponses positives) et propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés dans *Eco-Santé OCDE* correspondent aux trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). En revanche, dans la plupart des autres pays, l'échelle de réponses est symétrique, les catégories proposées étant « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les données ne correspondent alors qu'aux deux premières catégories (« très bonne, bonne »). Les résultats sont donc biaisés vers le bas dans les pays utilisant une échelle symétrique par rapport aux autres utilisant une échelle asymétrique.

Un second problème est lié à la subjectivité de l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé qui peut être influencée par plusieurs facteurs sans rapport avec leur état de santé réel, tels que le contexte culturel et les particularités nationales.

Graphique 1.32. Pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant être en bonne santé
Dernière année disponible



Graphique 1.33. Pourcentage de la population de 65 ans et plus déclarant être en bonne santé
Dernière année disponible



Voir annotations du tableau 1.18 pour ce qui est des limites concernant la comparabilité de données.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

Le faible poids à la naissance augmente significativement le risque de mortalité dans la première année de vie ou le risque de problèmes de santé et de développement pendant l'enfance et ultérieurement.

L'augmentation observée du faible poids à la naissance des nourrissons dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années s'explique vraisemblablement par plusieurs raisons (graphique 1.35 et tableau 1.19). Premièrement, l'augmentation des traitements contre la stérilité a provoqué une croissance constante des naissances multiples, associées à des risques accrus de prématurité et de faible poids à la naissance. Deuxièmement, au cours des 20 dernières années, dans de nombreux pays de l'OCDE, les femmes ont eu tendance à repousser l'âge de leur première maternité vers la trentaine ou la quarantaine, accroissant le risque de donner naissance à des nourrissons de faible poids. Troisièmement, les progrès de la technologie médicale et des soins prénataux augmentent les chances des nourrissons de très faible poids de naître vivants.

En 2000 ou la dernière année disponible, la Corée, l'Islande et la Suède affichent les plus faibles proportions de faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), autour de 4 % des naissances vivantes. En bas du tableau, on trouve le Japon, la Hongrie, la Grèce et la Turquie, avec des taux de faibles poids à la naissance proches ou supérieurs à 8 % (graphique 1.34), suivis de près par les États-Unis et le Royaume-Uni avec 7.6 %. La moyenne (non pondérée) dans les pays de l'OCDE était de 6.3 %.

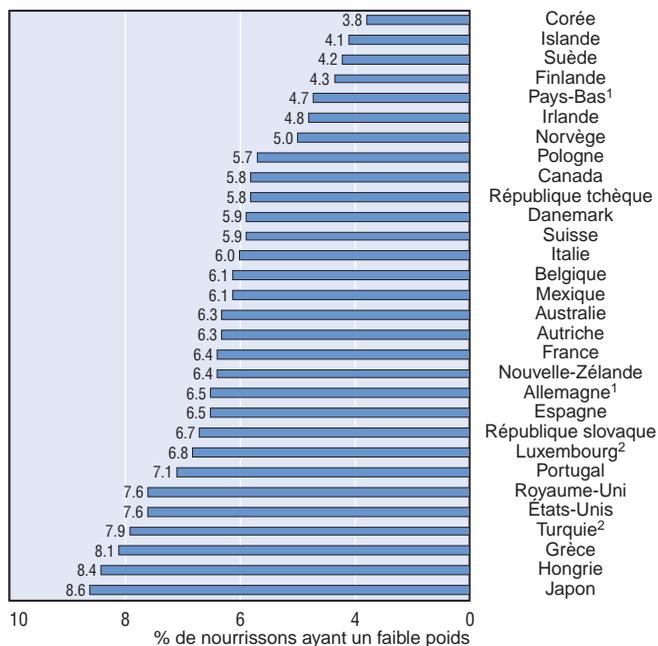
Il semble surprenant que la proportion de faibles poids à la naissance au Japon et en Corée se situe aux deux extrémités de la fourchette. Le Japon appartenait traditionnellement au groupe de pays affichant peu de faibles poids à la naissance mais a connu l'augmentation la plus rapide, la proportion de nourrissons de faible poids passant d'environ 5 % à la fin des années 70 à plus de 8 % ces dernières années. Le poids moyen à la naissance est maintenant beaucoup plus faible au Japon qu'en Corée, qui est plus proche des niveaux des autres pays de l'OCDE (graphique 1.37). Plusieurs facteurs de risque contribuant à cette augmentation sont apparus dans la société japonaise, en particulier la prévalence croissante du tabagisme, apanage des hommes dans le passé, chez les jeunes Japonaises depuis les années 70, ainsi qu'une tendance marquée aux maternités plus tardives (Jeong et Hurst, 2001 ; et Ohmi *et al.*, 2001).

Des comparaisons entre différents groupes de population au sein des pays laissent à penser que la proportion de faibles poids à la naissance est également influencée par les inégalités de revenu et des chances sociales. Par exemple, aux États-Unis, on observe des écarts prononcés dans la proportion de faibles poids à la naissance entre les groupes ethniques, les taux de la population noire étant deux fois plus élevés que ceux des Blancs (Centers for Disease Control, 2002). Des différences similaires apparaissent entre les populations indigènes et non indigènes en Australie et au Mexique.

Définition et écarts

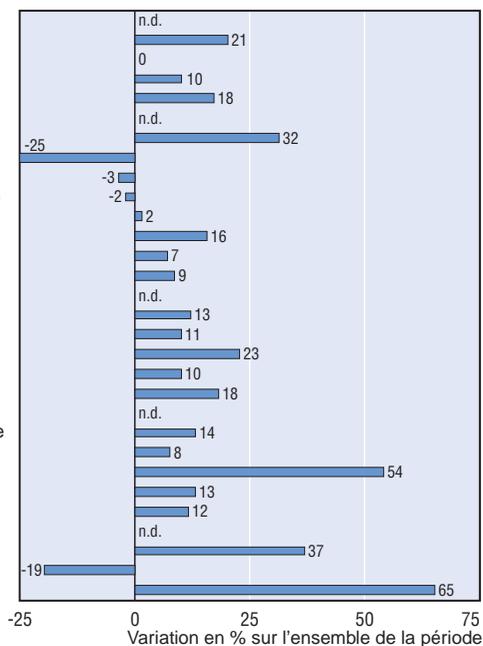
La proportion de faible poids à la naissance correspond au nombre d'enfants vivants à la naissance pesant moins de 2 500 grammes en pourcentage des naissances vivantes totales. Les données proviennent en majorité des registres des naissances, sauf pour les Pays-Bas où la source provient d'une série d'entretiens lors d'une enquête sur la santé.

Graphique 1.34. Faible poids des nourrissons à la naissance, 2000

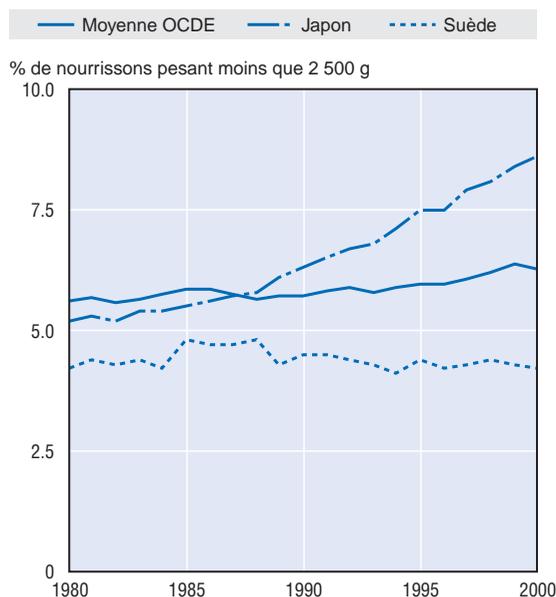


1. 1999. 2. 1998.

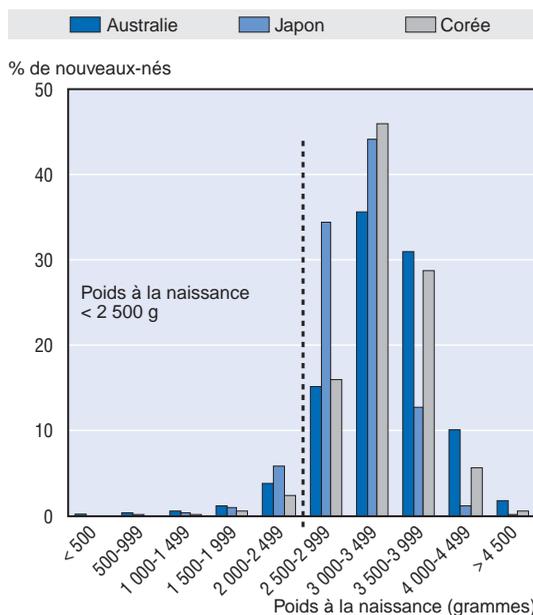
Graphique 1.35. Variation de la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance, 1990-2000



Graphique 1.36. Tendances dans la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance, 1980-2000



Graphique 1.37. Naissances vivantes en fonction du poids à la naissance, fin des années 90



Voir annotations du tableau 1.19.

Sources : Eco-Santé OCDE 2003 ; Australian Institute of Health and Welfare; Japan: National Statistical Office; Korea: Ministry of Health and Welfare.

2. RESSOURCES EN SANTÉ ET LEUR UTILISATION

Médecins en activité	36
Infirmiers en activité.....	38
Lits de soins aigus et lits de soins à long terme.....	40
Technologies de diagnostic : tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (IRM)	42
Consultations de médecins.....	44
Vaccination des enfants.....	46
Sorties d'hôpital.....	48
Durée moyenne de séjour à l'hôpital	50
Chirurgies, ambulatoires et avec hospitalisation	52
Chirurgies cardiovasculaires.....	54

Médecins en activité

Un système de soins moderne et accessible repose sur un personnel médical correctement formé, qui offre à la population des services médicaux sûrs et de qualité adaptés à ses besoins. Pour ce faire, les médecins en activité doivent être en nombre adéquat, qualifiés et présents où la nécessité les réclame. Les effectifs, la répartition et la composition de la population de médecins en activité dépendent de plusieurs facteurs, en particulier les restrictions à l'entrée de la profession médicale, le choix de la spécialité, les caractéristiques démographiques des praticiens (par exemple, l'âge et le sexe), la rémunération, les conditions de travail, le lieu d'exercice et les migrations.

Sur le long terme, le nombre de médecins pour 1 000 habitants a augmenté dans tous les pays de l'OCDE. En moyenne dans les pays de l'OCDE, il est passé de 1.1 en 1960 à 2.9 en 2000 (graphique 2.3 et tableau 2.1). Dans la plupart des pays de l'OCDE, cette croissance a essentiellement eu lieu dans les années 70 et 80, mais le nombre de médecins a continué de s'élever dans les années 90 dans de nombreux pays. La Grèce a connu une augmentation particulièrement marquée du nombre de ses médecins dans les dernières décennies. Aussi affichait-elle en 2000 le ratio médecins/population le plus élevé de l'ensemble des pays de l'OCDE (graphiques 2.1 et 2.2). Le nombre de médecins en Grèce a toujours été plus élevé que dans la moyenne des pays de l'OCDE, et l'écart s'est creusé depuis 1980 (graphique 2.3). Avec 4.5 médecins pour 1 000 habitants en 2000, la Grèce est le seul pays de l'OCDE à compter davantage de médecins que d'infirmiers (voir l'indicateur suivant, « Infirmiers en activité »). D'un autre côté, parmi les pays de l'OCDE pour lesquels des données historiques sont disponibles, le Japon est celui qui a enregistré la croissance la plus lente du nombre de ses médecins entre 1960 et 2000 (graphique 2.3). Ceci est le résultat

de la politique gouvernementale japonaise, qui a limité la croissance du nombre de médecins pour éviter que l'offre n'excède les besoins (Jeong et Hurst, 2001). Cet objectif a été atteint essentiellement *via* l'imposition de limites strictes au nombre de nouveaux inscrits dans les écoles de médecine.

En 2000, le ratio médecins/population était très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 2.1 et tableau 2.1). Après la Grèce, les pays comptant le plus de médecins pour 1 000 habitants étaient l'Italie, la Belgique, l'Autriche, la République slovaque et la Suisse, avec des ratios de 3.5 ou plus pour 1 000 habitants. A l'autre extrémité de l'échelle, le ratio était inférieur à 2 au Mexique, en Turquie, en Corée et au Japon, quoiqu'il soit en augmentation rapide en Turquie et en Corée depuis 1980. En Corée, le nombre de médecins en activité devrait continuer de croître rapidement durant cette décennie en raison de la création de nouvelles écoles de médecine et de l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine (OCDE, 2003c).

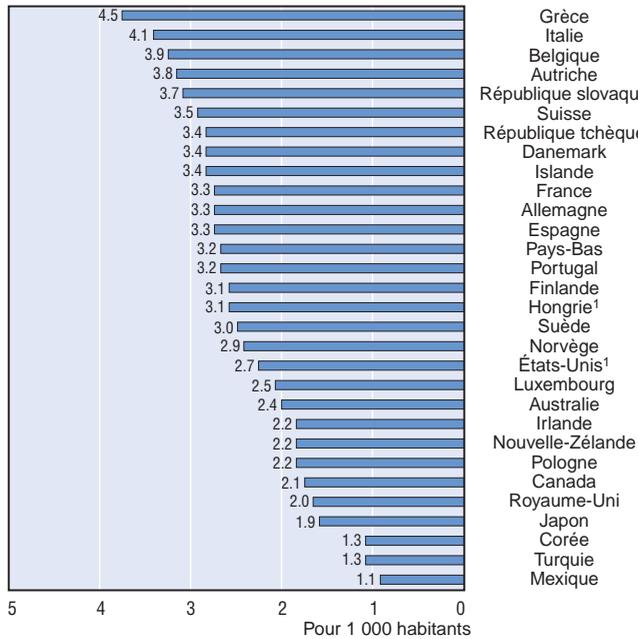
La proportion de femmes médecins a fortement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.4). Dans quelques pays (Finlande, Pologne et République tchèque), les femmes sont désormais plus nombreuses que les hommes à exercer ce métier. L'augmentation de la proportion de femmes médecins est importante non seulement parce que certains patients préfèrent consulter une femme mais aussi parce que l'apport des femmes au domaine médical a tendance à différer de celui des hommes. Des études effectuées au Canada indiquent que le choix de la spécialité varie en fonction du sexe, les femmes préférant les soins primaires et certaines spécialités telles que la pédiatrie, la psychiatrie, l'obstétrique et la gynécologie (Tyrrell et Dauphinee, 1999).

Définition et écarts

Le nombre de médecins en activité est défini comme le nombre de médecins qui exercent de façon active la médecine dans des établissements publics et privés. Les nombres sont fondés sur les effectifs, sauf indications contraires.

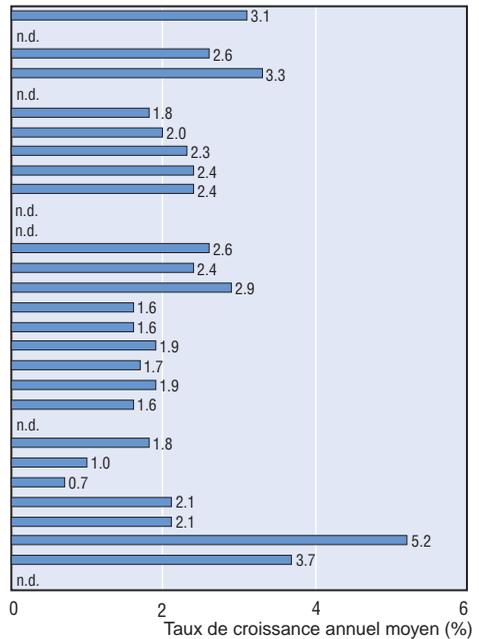
La Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins *autorisés* à exercer plutôt que celui des médecins *en activité* (d'où un biais par excès).

Graphique 2.1. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2000

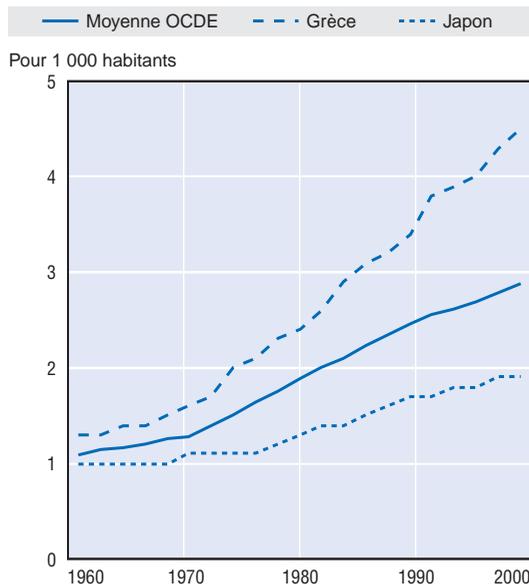


1. 1999.

Graphique 2.2. Augmentation du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980 à 2000

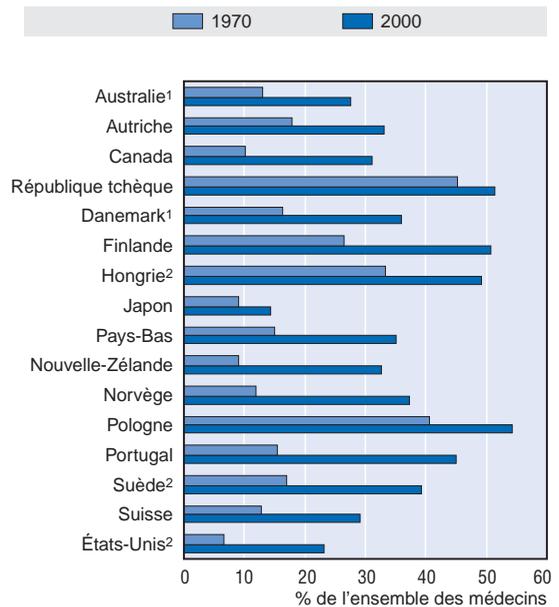


Graphique 2.3. Tendances du nombre de médecins en activité, 1960 à 2000



Voir annotations du tableau 2.1.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 2.4. Augmentation de la proportion de femmes médecins, 1970 à 2000



1. 2001. 2. 1999.

Infirmiers en activité

Les infirmiers forment la catégorie la plus fournie des dispensateurs de soins dans presque tous les pays de l'OCDE. Un personnel infirmier suffisant est nécessaire dans les hôpitaux pour garantir aux patients des soins de grande qualité et des résultats satisfaisants (Aiken *et al.*, 2002a, 2002b).

En 2000, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants était très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 2.5 et tableau 2.2). Au sommet de l'échelle, la Finlande, l'Irlande, l'Islande et les Pays-Bas affichaient plus de 13 infirmiers pour 1 000 habitants. A l'autre extrémité, on dénombrait moins de 4 infirmiers pour 1 000 habitants en Turquie, au Mexique, en Corée, au Portugal et en Grèce. La moyenne de l'OCDE (18 pays) en 2000 était de 8.2 infirmiers pour 1 000 habitants.

Si l'on examine les tendances dans le temps, le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants a progressé dans tous les pays de l'OCDE dans les années 70 et 80. Dans les années 90, il a continué à augmenter dans certains pays mais a commencé à décliner en Australie, au Canada, en Pologne et en Suède

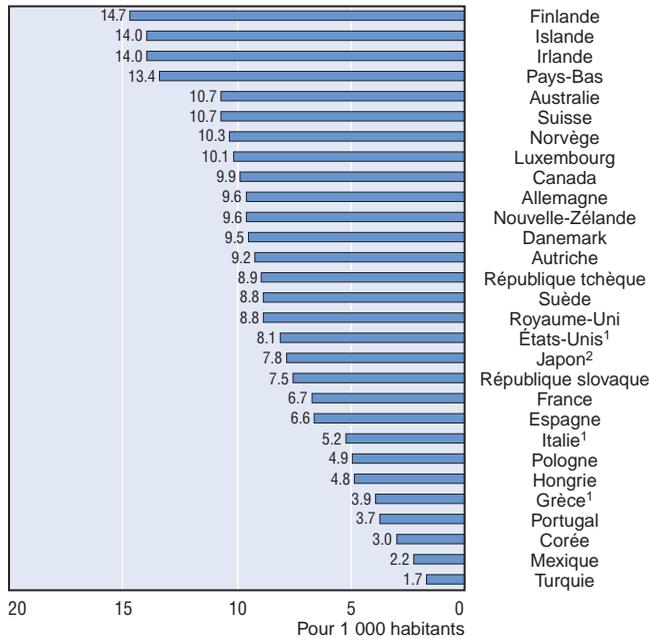
(graphiques 2.6 et 2.7 ; tableau 2.2). Au Canada, la réduction du nombre d'infirmiers par habitant est à mettre au compte de la diminution du nombre de nouveaux inscrits et de diplômés des écoles d'infirmiers au cours des années 90 (CIHI, 2001), ainsi que de la baisse du nombre de lits d'hôpitaux.

Le ratio infirmiers/médecins est très variable dans la zone OCDE (graphique 2.8). En 2000, il oscillait entre plus de six infirmiers par médecin en Irlande à moins de un infirmier par médecin en Grèce. Ce ratio reste relativement élevé au Canada et en Australie malgré la baisse du nombre d'infirmiers par habitant observée dans les deux pays au cours des années 90. Il est également supérieur à la moyenne au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. A l'autre extrémité, le ratio infirmiers/médecins est généralement bas dans les pays d'Europe du Sud, la Grèce affichant un ratio d'un peu moins de un infirmier par médecin suivie par l'Italie et le Portugal. Ces résultats amènent à se demander si les pays ont su trouver un équilibre adéquat des compétences entre médecins et infirmiers pour la fourniture des soins.

Définition et écarts

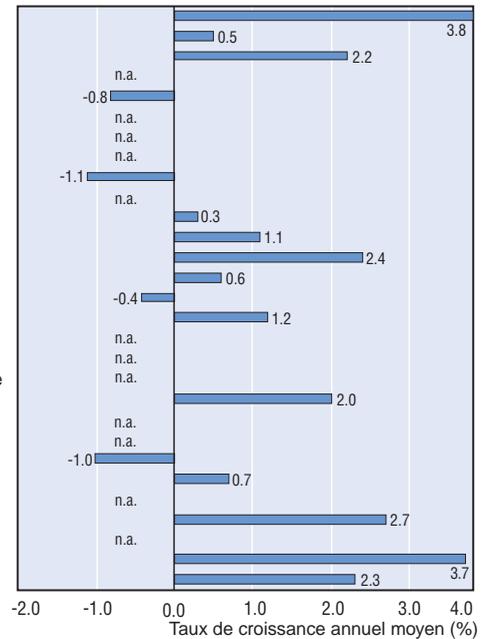
Le nombre d'infirmiers en activité prend en compte les infirmiers employés dans les hôpitaux publics et privés, les cliniques et autres établissements de santé. Il inclut généralement les infirmiers diplômés et auxiliaires. Les infirmiers auxiliaires ne sont toutefois pas inclus en France. La plupart des pays fournissent des statistiques basées sur le nombre d'individus, mais l'Allemagne, le Mexique et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps (leurs chiffres sont donc sous-estimés par rapport aux chiffres en effectifs des autres pays). L'Espagne comptabilise uniquement les effectifs infirmiers du secteur public (infirmiers employés par le Service national de santé), d'où une sous-estimation. L'Autriche et l'Italie ne prennent en compte que les infirmiers employés dans les hôpitaux, et non ceux qui travaillent dans d'autres établissements de santé ou les infirmiers libéraux (sous-estimation). La Finlande communique le nombre d'infirmiers autorisés à exercer (ses chiffres sont donc sur-estimés). Le Canada comptabilise les infirmiers diplômés en activité et les infirmiers auxiliaires qualifiés (pas tous en activité), mais ne compte pas les infirmiers psychiatriques.

Graphique 2.5. Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants, 2000

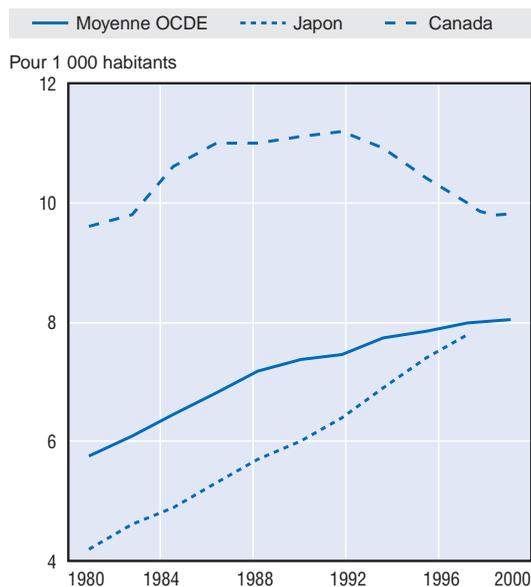


1. 1999. 2. 1998.

Graphique 2.6. Variation du nombre du personnel infirmier en activité, 1990 à 2000

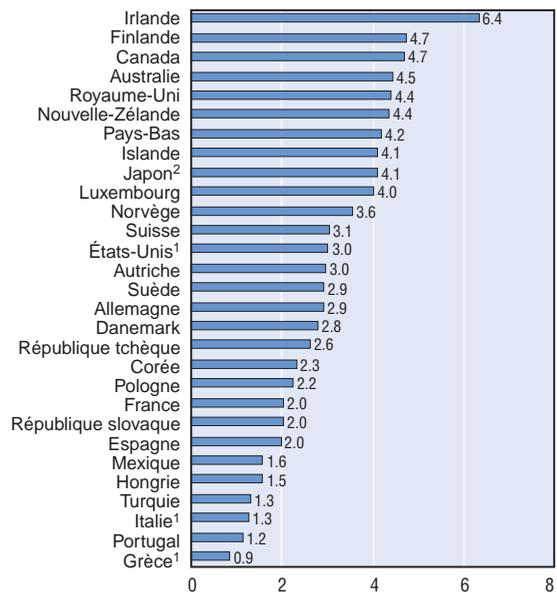


Graphique 2.7. Tendances du personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants, 1980 à 2000



Voir annotations du tableau 2.2.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 2.8. Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Lits de soins aigus et lits de soins à long terme

Le nombre de lits de soins aigus dans les hôpitaux et de lits de soins à long terme dans les hôpitaux ou les établissements de long séjour donne une indication des ressources disponibles pour la santé et les soins à long terme. Il ne s'agit pas d'une mesure de la capacité totale puisque ce nombre n'inclut ni les services de consultation externe (chirurgies ambulatoires par exemple) ni les services de soins à domicile.

Le développement rapide des nouvelles technologies médicales (moins invasives) et la nécessité de plus en plus pressante de maîtriser les dépenses au cours des 20 dernières années ont conduit à une diminution du nombre de lits de soins aigus par habitant dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.11 et tableau 2.3). Dans la zone OCDE en moyenne, le nombre de lits de soins aigus dans les hôpitaux est tombé de 5.7 pour 1 000 habitants en 1980 à 4.0 en 2000. Le déclin du nombre de lits disponibles observé depuis deux décennies coïncide avec une réduction de la durée moyenne des séjours et une augmentation du recours à la chirurgie de jour (voir les indicateurs « Durée moyenne de séjour à l'hôpital » et « Chirurgies, ambulatoires et avec hospitalisation »).

En 2000, on pouvait observer entre les pays des variations notables du nombre de lits de soins aigus (graphique 2.9 et tableau 2.3). Au sommet de l'échelle, le nombre de lits de soins aigus disponibles est supérieur à 6 pour 1 000 habitants dans plusieurs pays d'Europe continentale et d'Europe centrale et orientale (Luxembourg, République tchèque, Allemagne, Hongrie et Autriche). Il est inférieur à 3 pour 1 000 au Mexique, en Turquie, en Suède, en Finlande et aux États-Unis. Les États-Unis comptent désormais 2.9 lits de soins aigus pour 1 000 habitants, contre 4.4 en 1980. Pendant la même période, la proportion d'actes chirurgicaux effectués dans la journée aux États-Unis a plus

que triplé et, aujourd'hui, la plupart des patients qui subissent une opération chirurgicale ne passent pas la nuit à l'hôpital. De plus, la durée moyenne de séjour des personnes admises à l'hôpital a continué de décliner (NCHS, 2002).

S'agissant des soins à long terme, dans de nombreux pays de l'OCDE, la politique sanitaire s'est attachée à transférer l'offre de soins à long terme des établissements de type médicalisé aux soins pris en charge par la communauté. L'objectif est de permettre aux personnes âgées de rester indépendantes plus longtemps à leur domicile ou dans des logements spécialement adaptés à leurs besoins. Cette tendance se traduit par une diminution du nombre de lits de soins à long terme par rapport à la population de plus de 65 ans dans des pays comme l'Australie, le Danemark, la Hongrie, la Norvège ou la Suisse au cours de la dernière décennie (graphique 2.12 et tableau 2.4). Cependant, dans d'autres pays comme l'Allemagne et le Japon, le nombre de lits de soins à long terme pour 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus a augmenté. Cette tendance s'explique en partie par l'amélioration de la couverture des soins à long terme en institution par des programmes financés par le secteur public.

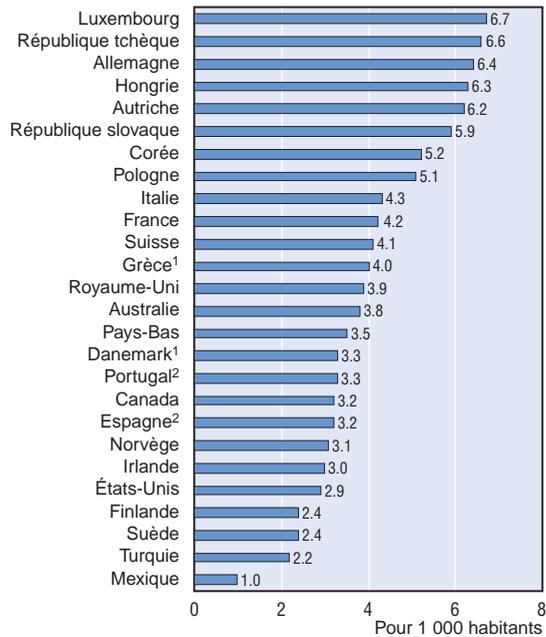
Il y a lieu de se montrer prudent lorsque l'on compare les nombres de lits de soins à long terme entre les pays, en raison de la diversité des dispositifs institutionnels régissant la fourniture de ces soins et de différences dans la couverture et la notification des données. Au Japon, un grand nombre de lits de soins à long terme se trouvent dans les hôpitaux, mais ils ne sont pas pris en compte dans les données communiquées à *Eco-Santé OCDE*. Cela tient au fait que le système d'information sanitaire du Japon n'établit pas automatiquement de distinction entre les lits de soins aigus et les lits de soins à long terme dans les hôpitaux (Jeong et Hurst, 2001).

Définition et écarts

Les lits de soins aigus sont des lits d'hôpitaux destinés à tous types de soins médicaux, à l'exclusion des soins effectués dans la journée et des soins à long terme.

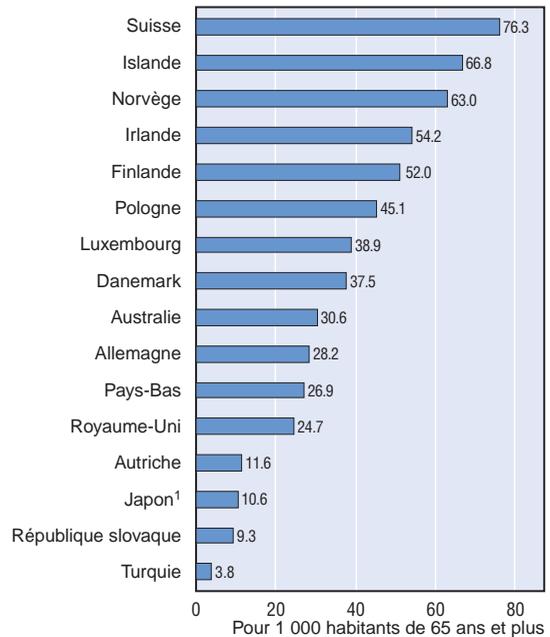
Les lits de soins à long terme sont des lits destinés aux patients hospitalisés dont l'état nécessite une assistance permanente en raison de maladies chroniques et d'une plus grande dépendance dans le domaine des activités quotidiennes. Ces lits sont disponibles dans des établissements très divers proposant des soins à long terme, y compris les hôpitaux et les établissements spécialisés. Le critère principal d'inclusion est qu'une partie significative des soins soit procurée par des services de santé (souvent essentiellement des soins infirmiers). Au Japon, les lits de soins à long terme dans les hôpitaux sont exclus. Les différences entre pays dans le nombre de lits de soins à long terme sont dues en partie à la difficulté de séparer les soins *de santé* à long terme des soins *sociaux* à long terme dans différents établissements pour personnes âgées dépendantes (ou dans différentes unités d'un même établissement).

Graphique 2.9. Nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 2000



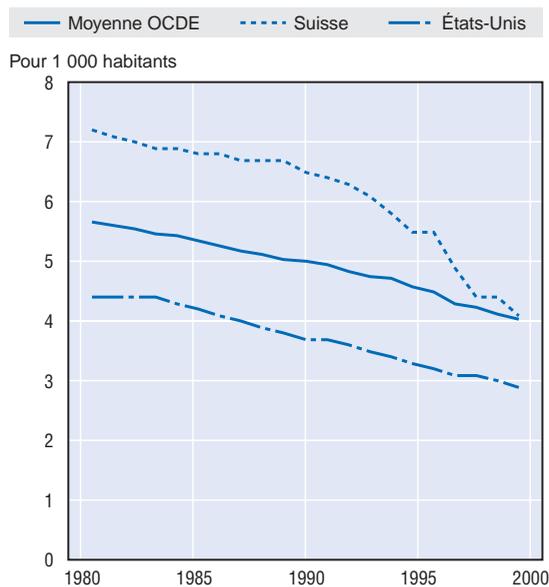
1. 1999. 2. 1998.

Graphique 2.10. Nombre de lits de soins de longue durée pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, 2000



1. Le Japon exclut les lits de soins de longue durée en hôpital.

Graphique 2.11. Réduction du nombre de lits de soins aigus, 1980 à 2000



Graphique 2.12. Réduction du nombre de lits de soins de longue durée, 1980 à 2000



Voir annotations des tableaux 2.3 et 2.4.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Technologies de diagnostic : tomодensitométrie et imagerie par résonance magnétique (IRM)

La diffusion des technologies médicales modernes est l'une des composantes principales de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Cette section présente les données sur la disponibilité de deux technologies spécifiques, la tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), utilisées pour diagnostiquer de nombreuses maladies. L'IRM a l'avantage, par rapport à la radiographie conventionnelle ou la tomодensitométrie, d'éviter l'exposition des patients à un rayonnement ionisant.

Au cours des années 90, l'accès à la tomодensitométrie et à l'IRM a continué à progresser dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 2.15 et 2.16 ; tableau 2.5). Le nombre d'unités d'IRM, dont la conception s'appuie sur une technologie plus récente que la tomодensitométrie, a augmenté particulièrement rapidement pendant les dix dernières années dans la zone OCDE. En moyenne dans les pays de l'OCDE, le nombre d'appareils d'IRM par habitant a plus que triplé dans les années 90, passant de 1.7 par million d'habitants en 1990 à 6.5 en 2000 (avec une médiane de 4.7 appareils d'IRM par million d'habitants en 2000). Le nombre de tomодensitomètres a également augmenté, mais moins rapidement, de 10.1 en moyenne par million d'habitants en 1990 à 17.7 en 2000 (avec une médiane de 12.1 par million en 2000).

Avec 84 tomодensitomètres et 23 unités d'IRM par million d'habitants, le Japon était en 2000 le pays

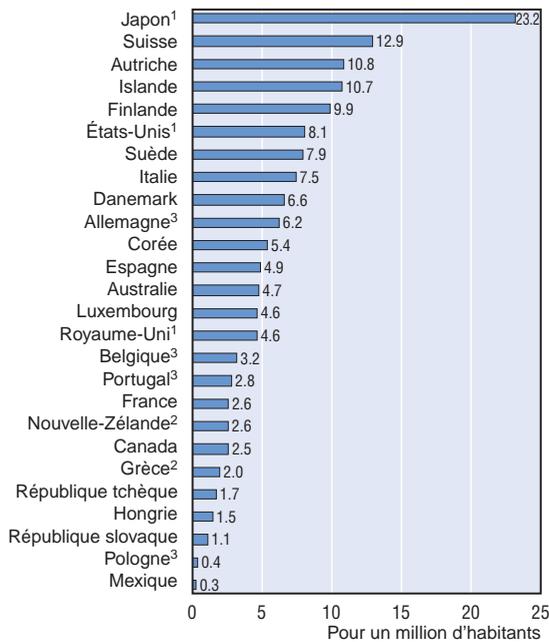
de loin le mieux équipé. L'augmentation du nombre d'appareils d'IRM au Japon a été attribuée au moins en partie à l'absence d'évaluation formelle d'efficacité ou d'efficacité préalablement à l'acquisition d'une unité d'IRM (Hisashige, 1992). Certains pays européens comme la Suisse, la Finlande, l'Autriche et l'Islande disposent également d'un nombre relativement élevé d'unités d'IRM et de tomодensitométrie. Les pays ayant le moins d'unités de tomодensitométrie et d'IRM par habitant sont le Mexique et la Pologne. Il est à noter que les chiffres pour les États-Unis sous-estiment considérablement le nombre réel d'unités de tomодensitométrie et d'IRM car ils n'indiquent que le nombre d'hôpitaux qui déclarent disposer d'au moins un appareil au lieu du nombre total de machines dans les hôpitaux et autres établissements (par exemple les cliniques spécialisées).

Le nombre de machines donne une indication de la capacité globale de ces équipements, mais pas de leur taux d'utilisation. Une étude comparant l'utilisation des tests diagnostiques dans les hôpitaux au Canada et aux États-Unis montre, par exemple, que les patients américains ont davantage été analysés par tomодensitométrie et IRM que les Canadiens, et cela même dans les hôpitaux disposant d'un nombre équivalent de machines. Les appareils disponibles sont notamment davantage utilisés pour les personnes âgées aux États-Unis qu'au Canada (Katz *et al.*, 1996).

Définition et écarts

Les chiffres indiquent le nombre d'unités de tomодensitométrie et d'IRM par million d'habitants. Cependant, pour les États-Unis, les résultats ne concernent que le nombre d'hôpitaux généraux de soins à court terme qui déclarent posséder au moins un appareil de tomодensitométrie ou d'IRM ; leur nombre réel est donc considérablement sous-estimé.

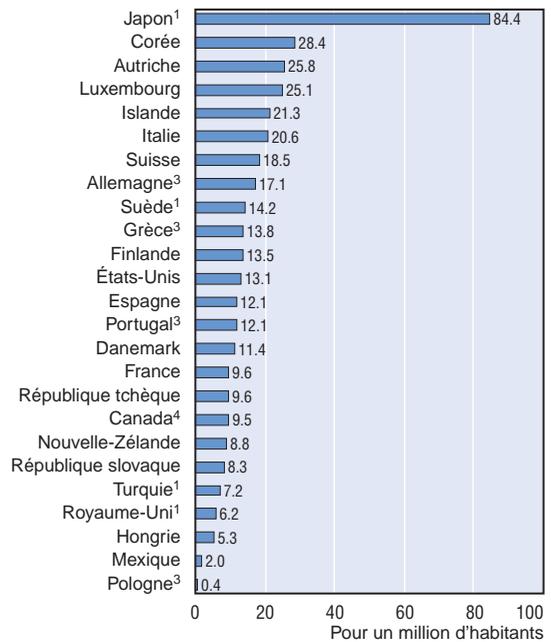
Graphique 2.13. Nombre d'unités d'IRM par million d'habitants, 2000



1. 1999. 2. 1998. 3. 1997.

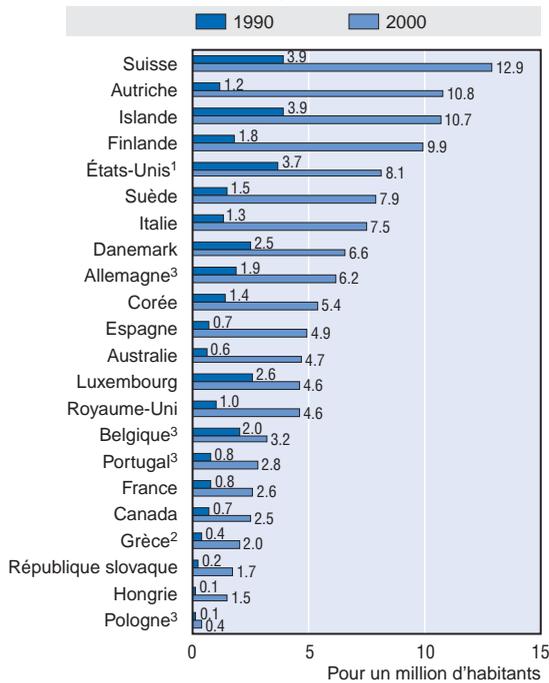
Note : Aux États-Unis, les chiffres ne concernent que le nombre d'hôpitaux qui déclarent posséder au moins un appareil de tomodensitométrie ou d'IRM ; leur nombre est donc considérablement sous-estimé.

Graphique 2.14. Nombre de tomodensitomètres par million d'habitants, 2000



1. 1999. 2. 1998. 3. 1997. 4. 2001.

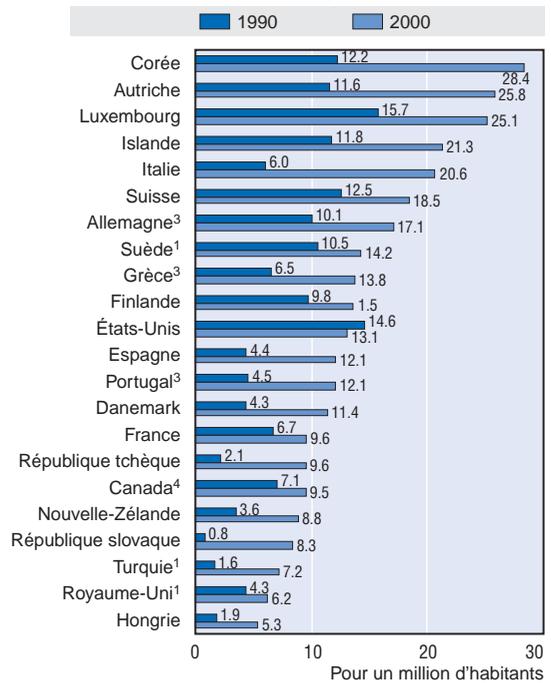
Graphique 2.15. Augmentation du nombre d'unités d'IRM, 1990 et 2000



1. 1999. 2. 1998. 3. 1997.

Voir annotations du tableau 2.5.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 2.16. Augmentation du nombre de tomodensitomètres, 1990 et 2000



1. 1999. 2. 1998. 3. 1997. 4. 2001.

Consultations de médecins

Les relations des patients avec les systèmes de santé prennent dans la grande majorité des cas la forme d'une consultation avec un médecin dans son cabinet, dans un dispensaire ou dans un service de consultation externe d'un hôpital. Le nombre total de contacts avec un médecin pour une année est influencé, entre autres, par l'état sanitaire de la population, la disponibilité des médecins et le coût des consultations pour les individus. L'accès aux spécialistes varie aussi selon les pays. Dans certains pays (par exemple la Belgique, la France, l'Allemagne et la Grèce), les patients peuvent consulter directement un spécialiste, tandis que dans d'autres (par exemple l'Autriche, le Canada, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), il est obligatoire ou conseillé de s'adresser à un médecin généraliste qui les aiguille ou non vers un spécialiste. Le nombre total de contacts avec les médecins n'a qu'une valeur de mesure brute du volume de services proposé, puisque leur durée et leur complexité ne sont pas prises en compte.

En 2000, la fréquence des consultations était très variable selon les pays. La moyenne des pays de l'OCDE pour lesquels des informations sont disponibles était de 5.6 visites par personne par an (tableau 2.6). La fourchette va de moins de trois visites dans des pays comme la Turquie, le Mexique, la Grèce et la Suède à plus de 10 au Japon, en République tchèque et en Hongrie (graphique 2.17). Tout au long de la dernière décennie, le nombre de consultations a été constamment beaucoup plus élevé au Japon que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (graphique 2.19). Cela s'explique au moins en partie par le fait que les médecins japonais prescrivent mais aussi distribuent les médicaments. En Corée également, le nombre élevé des consultations de médecins reflète non seulement une utilisation plus importante des soins ambulatoires mais aussi, tout au

moins avant la réforme de juillet 2000 qui a dissocié les fonctions de prescription et de délivrance des médicaments par les praticiens, l'habitude qu'avaient les patients de se rendre chez le médecin pour se procurer des médicaments (OCDE, 2003c).

Le nombre de consultations par habitant a augmenté au moins légèrement dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données entre 1990 et 2000, mais a cependant diminué dans d'autres (graphique 2.18). Les progressions les plus importantes concernent des pays comme le Mexique et la Turquie, qui ont consolidé pendant la dernière décennie leurs effectifs de médecins (graphique 2.20). Il a aussi augmenté de plus de 10 % en France, en Autriche et au Portugal. La baisse la plus importante du nombre de consultations de médecins par habitant est intervenue au Royaume-Uni, quoique les données de ce pays ne comptabilisent pas les consultations de spécialistes du secteur indépendant, qui ont vraisemblablement augmenté dans la dernière décennie.

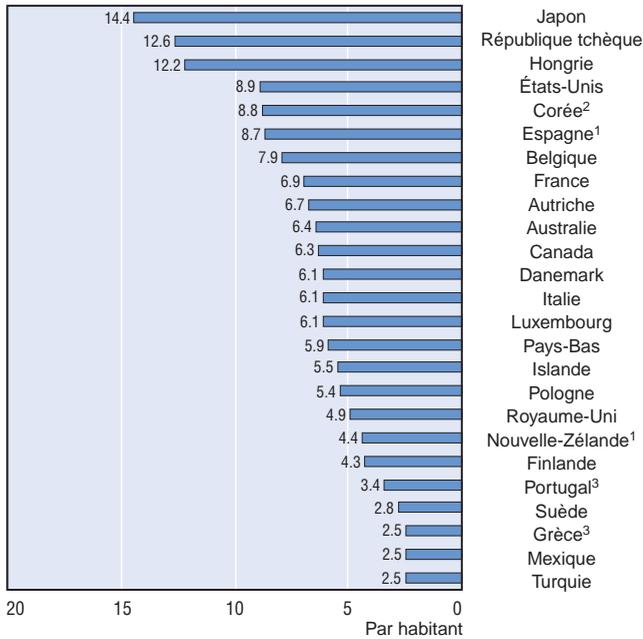
De nombreux pays de l'OCDE adhèrent au principe « à besoins égaux, soins égaux ». Une étude comparative sur 14 pays de l'OCDE (incluant 12 pays de l'Union européenne, le Canada et les États-Unis), fondée sur des enquêtes menées auprès des ménages en 1996, laisse à penser que la plupart des pays ont atteint l'équilibre du nombre de visites entre les différentes catégories de revenus après normalisation par rapport aux différences de besoins (basés sur l'état de santé autodéclaré). Dans seulement quatre des pays étudiés, le Portugal, les États-Unis, l'Autriche et la Grèce, apparaissent des inégalités significatives (Van Doorslaer *et al.*, 2002).

Définition et écarts

Les consultations de médecins englobent l'ensemble des contacts avec des praticiens de médecine (généralistes et spécialistes) divisé par le nombre total d'habitants. Le nombre de contacts comprend en principe : les consultations au cabinet des médecins, dans des dispensaires et dans des services de consultation externe d'hôpitaux ; les visites dans les établissements institutionnels (par exemple hôpital ou logement médicalisé) ; et les visites à domicile.

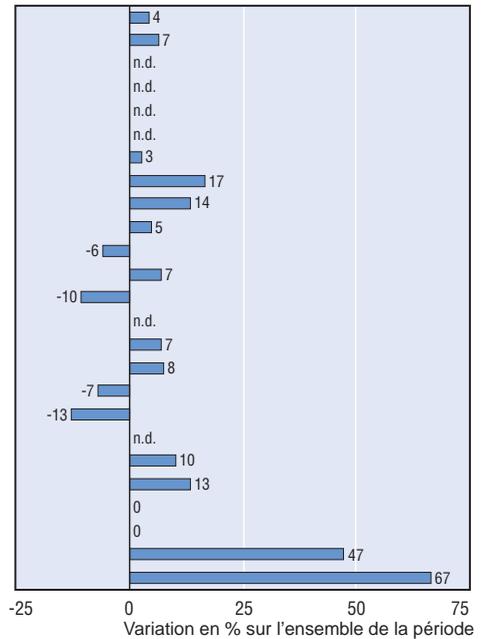
Les estimations des États-Unis incluent également tous les appels téléphoniques passés au sujet d'un conseil médical, d'une ordonnance ou des résultats d'un examen. Elles ne se limitent donc pas aux consultations physiques. Le Danemark inclut les consultations téléphoniques mais exclut les consultations de spécialistes. Le Royaume-Uni exclut les consultations des spécialistes hors des services de consultation externe des hôpitaux ainsi que les consultations de médecins du secteur indépendant. Les Pays-Bas et la Suède excluent les consultations pour les soins maternels et infantiles, ainsi que les consultations de planification des sorties d'hôpitaux et d'établissements médicalisés. La Turquie exclut les visites aux médecins libéraux.

Graphique 2.17. Nombre de consultations de médecins par habitant, 2000

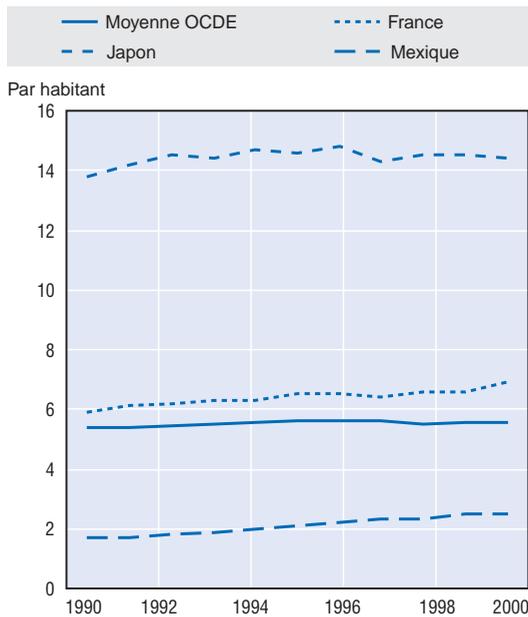


1. 2001. 2. 1999. 3. 1998.

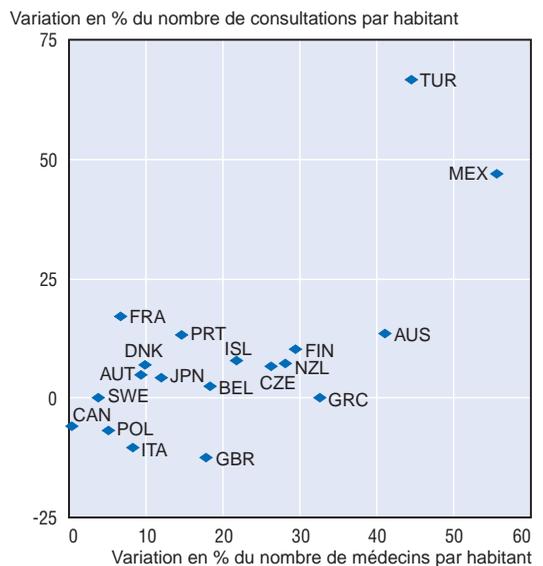
Graphique 2.18. Changement en pourcentage du nombre de consultations de médecins, 1990 et 2000



Graphique 2.19. Tendances des consultations de médecins par habitant, 1990 à 2000



Graphique 2.20. Variation du nombre de médecins et du nombre de consultations de médecins par habitant, 1990 à 2000



Voir annotations du tableau 2.6.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Vaccination des enfants

La vaccination des enfants est une des pierres angulaires du programme de médecine préventive d'un pays. Des taux de couverture élevés sont une mesure économiquement efficace de prévention des maladies, car ils réduisent considérablement le taux de maladies infantiles et la mortalité des nouveau-nés et des enfants.

En 2001, plus de deux tiers des pays de l'OCDE ont atteint des taux de couverture vaccinale des enfants contre la rougeole de plus de 90 %, alors que ce chiffre n'était que d'un tiers dix ans auparavant. Le taux de couverture pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) est aujourd'hui similaire alors que l'administration du vaccin DTC a généralement précédé celle du vaccin contre la rougeole (tableau 2.7).

Certains pays, par exemple en Europe centrale et orientale et en Scandinavie, ont mis en place il y a longtemps des programmes de vaccination efficaces qui garantissent une protection pratiquement universelle depuis 20 ans. Dans d'autres, les progrès réalisés sont très importants : au Mexique, à la suite d'une épidémie de rougeole en 1990, des programmes de vaccination nationale ont été mis en place et la couverture a atteint plus de 95 % en 2001. De la même manière, la couverture vaccinale par le DTC est passée au Mexique d'environ 50 % en 1990 à plus de 97 % en 2001, et aucun cas de diphtérie n'a été signalé depuis 1991 (Pérez-Cuevas *et al.*, 1999). Le Portugal et le Royaume-Uni dans le cas du DTC, et l'Italie et le

Japon dans le cas de la rougeole ont également largement augmenté leur couverture ces 20 dernières années. Les pays dont la couverture vaccinale était relativement faible en 2001 comprennent la Turquie, l'Autriche, l'Irlande et les États-Unis (graphiques 2.21 et 2.22).

Plusieurs stratégies efficaces de vaccination nationale sont envisageables. Dans certains pays, l'immunisation est presque obligatoire pour accéder ensuite aux soins médicaux, aux équipements sanitaires destinés aux enfants, ou à la scolarisation. D'autres pays ont fait le choix de campagnes de suivi global par le personnel des services de santé. La communication et la promotion par l'intermédiaire des médias sont des outils efficaces dans les campagnes de vaccination.

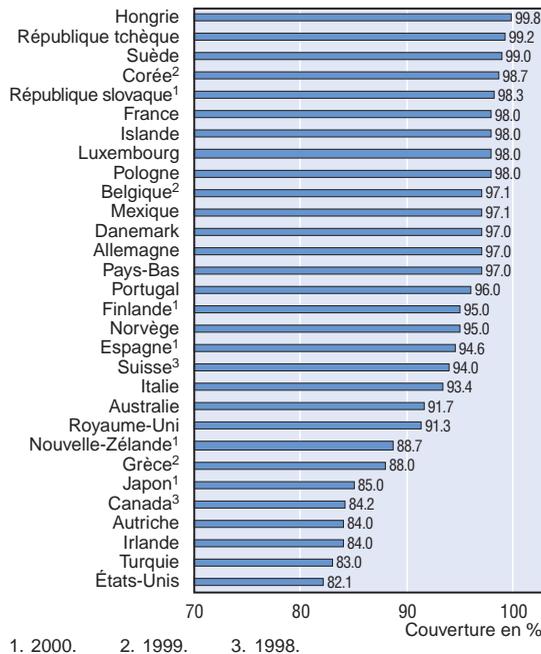
La vaccination des enfants peut être affectée par divers facteurs liés aux inquiétudes des parents quant à l'efficacité, l'innocuité ou la nécessité du vaccin. Le Royaume-Uni en est un exemple. Après une controverse médiatique établissant un lien éventuel entre le vaccin combiné ROR (rougeole, oreillons, rubéole) et l'autisme, la couverture a chuté ces dernières années et s'approche actuellement des niveaux enregistrés avant 1990. Le même phénomène s'est manifesté dans plusieurs pays à la fin des années 70 au sujet du vaccin contre la coqueluche, avec à la clé une recrudescence des cas signalés de la maladie (Streefland, 2001 ; et Roberts *et al.*, 2002).

Définition et écarts

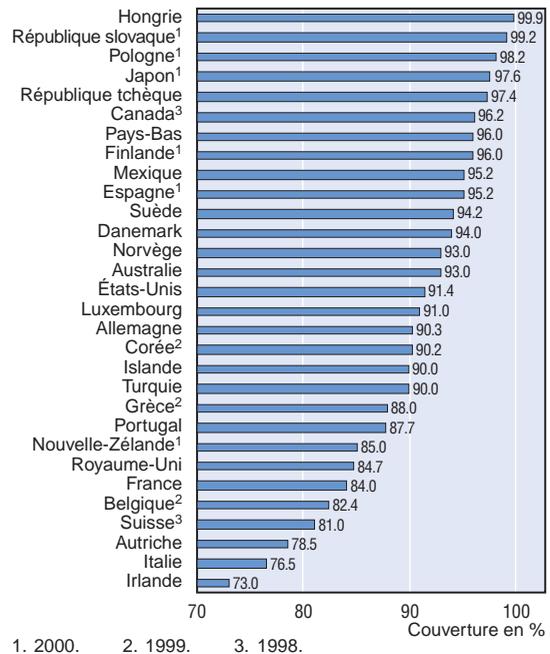
Le taux de vaccination des enfants renvoie à deux indicateurs : le pourcentage d'enfants de 1 an ayant reçu le vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole.

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 et en Islande, les enfants de 18-24 mois pour le DTC en Belgique, et 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 pour le DTC et la rougeole.

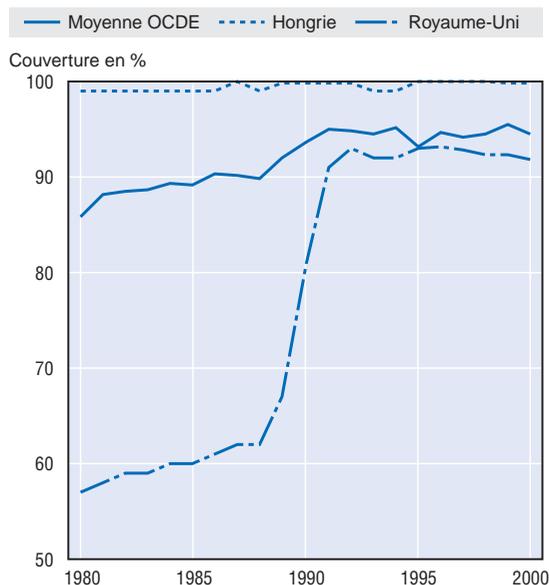
Graphique 2.21. Taux de vaccination des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 2001



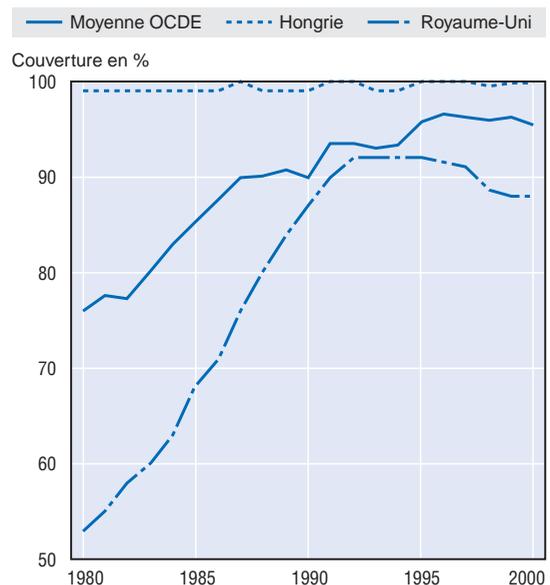
Graphique 2.22. Taux de vaccination des jeunes enfants contre la rougeole, 2001



Graphique 2.23. Tendances de la proportion d'enfants vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 1980 à 2000



Graphique 2.24. Tendances de la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole, 1980 à 2000



Voir annotations du tableau 2.7.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Sorties d'hôpital

Les taux de sorties constituent une mesure importante de l'activité hospitalière. Cette mesure est néanmoins partielle car dans la plupart des pays, les données sur les taux de sorties n'incluent généralement pas les soins ambulatoires (sorties le jour de l'admission), qui représentent une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière. De plus, la comparaison des taux de sorties dans et entre les pays ne prend pas en compte les différences de gravité des pathologies ayant conduit à l'hospitalisation.

La comparaison des taux de sorties entre pays exige la prudence, car certains pays incluent les sorties le jour de l'admission alors que la majorité ne le fait pas. Logiquement, les pays comptabilisant les sorties le jour de l'admission (par exemple l'Autriche, la Hongrie, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande), à l'exception des États-Unis, affichent des taux de sorties plus élevés que les pays qui ne les comptabilisent pas (graphique 2.25 et tableau 2.8). Dans cette dernière catégorie, les taux de sorties en 2000 étaient élevés en Finlande, en France, en République tchèque et en Allemagne, et relativement faibles au Mexique, au Portugal, en Turquie, aux Pays-Bas et au Canada.

Dans deux des pays qui comptabilisent les sorties le jour de l'admission, l'Autriche et la Nouvelle-Zélande, les taux de sorties ont augmenté entre 1995 et 2000. Aux États-Unis, en revanche, ils ont légèrement régressé (graphique 2.26 et tableau 2.8). Les deux hausses s'expliquent en partie par le nombre croissant de patients soignés dans des unités de soins ambulatoires et, plus généralement, par le raccourcissement de la durée moyenne des séjours à l'hôpital (voir la section « Durée moyenne de séjour à l'hôpital »).

Dans les pays qui excluent les sorties le jour de l'admission, il n'existe pas de profil type de variations des taux de sorties dans le temps. Dans la plupart de ces pays, les taux de sortie ont augmenté au moins

modérément dans la deuxième partie des années 90 (par exemple, en République tchèque, en Finlande, en Allemagne, en Grèce, en Corée, en République slovaque, en Espagne et en Turquie). Dans d'autres, ces taux sont restés relativement stables entre 1995 et 2000, et dans d'autres encore (Australie, Canada, Pays-Bas, Portugal et Suède), ils ont diminué. Les évolutions dans ce dernier groupe de pays ne correspondent pas nécessairement à une chute de l'activité hospitalière, puisque le recul peut s'être accompagné d'une proportion croissante de prises en charge en ambulatoire.

Les principaux états de santé et maladies faisant l'objet de sorties sont les maladies du système circulatoire, les grossesses et accouchements, les maladies du système digestif et les maladies du système respiratoire (graphique 2.27 et tableau 2.9). Dans de nombreux pays, les taux de sorties liés aux maladies du système circulatoire ont augmenté depuis 1980 (graphique 2.28). Cette tendance est en partie à mettre au compte de la disponibilité croissante de nouveaux traitements pour les maladies cardiaques, telles que les interventions de revascularisation (voir la section « Chirurgies cardiovasculaires »).

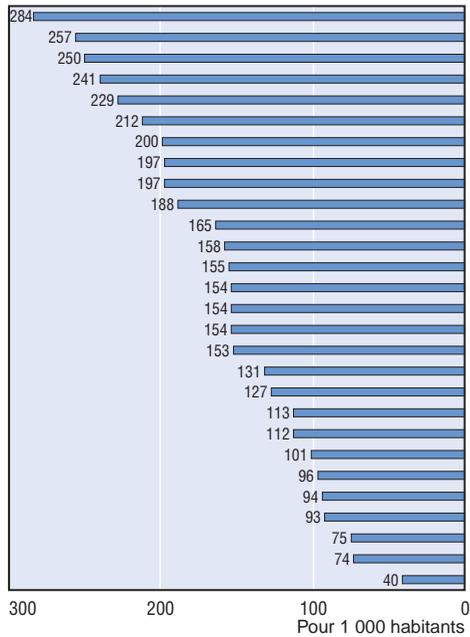
L'évolution du nombre de sorties d'hôpital peut être influencée par plusieurs facteurs qui incluent, outre le développement et la diffusion de nouveaux traitements pour des maladies spécifiques, le développement des soins ambulatoires, les modifications de l'accès aux services hospitaliers pour certaines catégories de population et les variations de la pyramide des âges. La part des populations âgées est élevée dans les sorties d'hôpital. Dans certains pays, on observe des variations dans le temps des taux de sorties en fonction de l'âge. Par exemple, aux États-Unis, les taux de sorties des personnes de 65 ans et plus ont augmenté de 11 % de 1990 à 1999, tandis que ceux des 15-44 ans ont diminué de 17 % (Centers for Disease Control, 2001).

Définition et écarts

Une sortie comptabilise un patient hospitalisé qui quitte un établissement de soins aigus après une admission à l'hôpital. Elle comprend généralement les décès survenus à l'hôpital et, dans la plupart des pays (mais pas tous), exclut les sorties le jour même de l'admission. Les transferts dans d'autres unités de soins du même établissement sont aussi exclus.

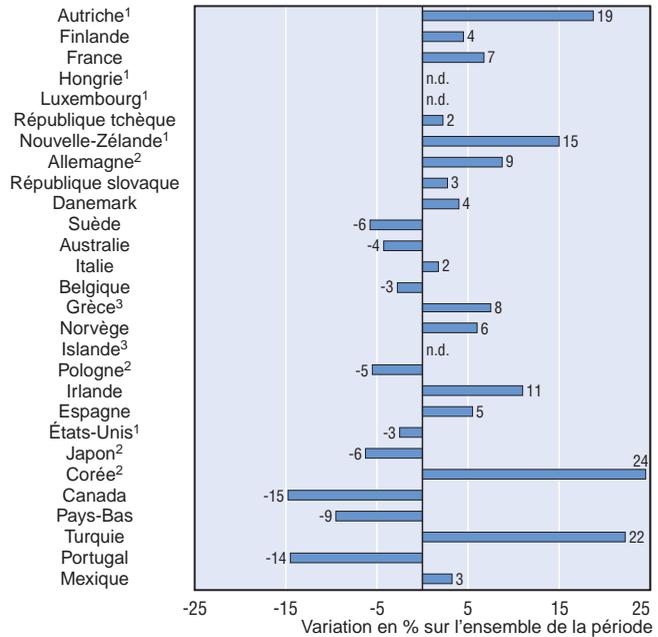
La définition des sorties est très variable selon les pays, ce qui limite la comparabilité. L'Autriche, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis incluent les sorties le jour même, alors qu'elles sont exclues dans la majorité des pays. D'autres pays ne prennent pas en compte la totalité des services de santé. A titre d'exemple, les données fournies par le Mexique ne concernent que les hôpitaux publics. Certains pays englobent les sorties liées à la grossesse et à l'accouchement et d'autres non.

Graphique 2.25. Taux de sorties de l'hôpital pour 1 000 habitants, toutes causes, 2000

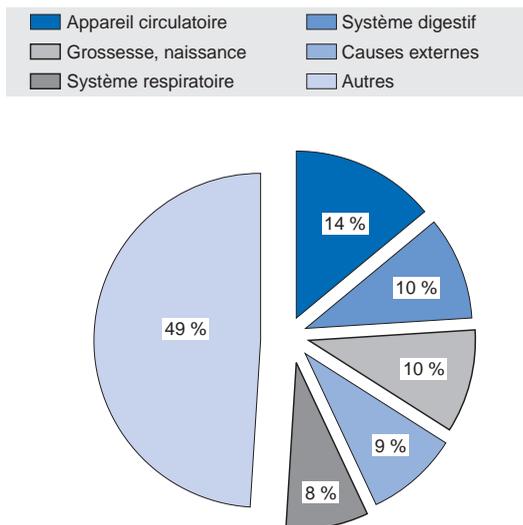


1. Inclut les sorties le jour même. 2. 1999. 3. 1998.

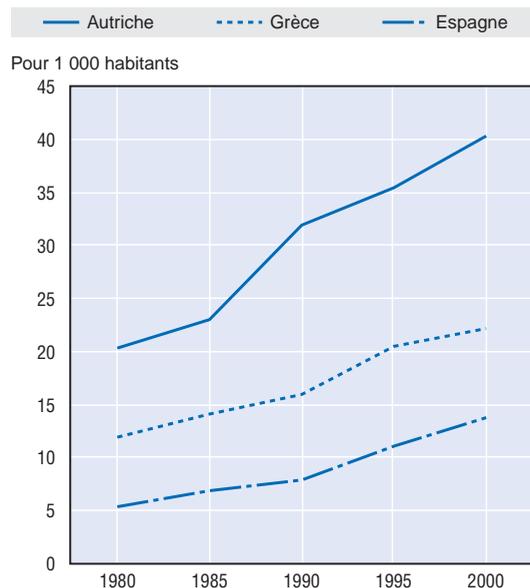
Graphique 2.26. Tendances des taux de sorties de l'hôpital pour 1 000 habitants, 1995 à 2000



Graphique 2.27. Sorties de l'hôpital selon les causes d'entrée des patients, 2000
Moyenne de l'OCDE



Graphique 2.28. Tendances des sorties de l'hôpital pour les maladies de l'appareil circulatoire, 1980 à 2000



Voir annotations du tableau 2.8.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur d'efficacité. Toute chose égale 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 plus court exige souvent une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Aussi, un séjour trop court peut compromettre l'efficacité du traitement et s'avérer préjudiciable au confort du patient ou à son rétablissement. 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.

On observe des variations importantes entre les pays de l'OCDE en termes de durée moyenne de séjour (DMS) pour les soins aigus (graphique 2.29 et tableau 2.10). En 2000, la DMS pour les soins aigus était relativement faible (de 3.5 à 5 jours) au Mexique, dans les pays nordiques (Danemark, Finlande, Suède) et en Nouvelle-Zélande. Elle était relativement élevée (plus de 9 jours) en Corée, en Allemagne, en Suisse, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Dans tous les pays pour lesquels on dispose de données à l'exception de la Corée, la DMS pour les soins aigus a constamment diminué aux cours des 15 dernières années. En moyenne dans les pays de l'OCDE, la DMS pour les soins aigus est tombée de 9.6 jours en 1985 à 6.9 jours en 2000. Cette chute a été particulièrement rapide dans les pays nordiques ainsi que dans plusieurs autres pays européens comme la France, l'Autriche, la République tchèque et la Suisse. On peut attribuer ce recul à plusieurs facteurs, en particulier l'utilisation de chirurgies moins invasives et la généralisation des sorties précoces permise par la mise en place du suivi des patients à domicile. La diminution de la durée de séjour pour les soins aigus a contribué à réduire le nombre de lits pour soins aigus dans de nombreux pays de l'OCDE ces 20 dernières années (voir la section « Lits de soins aigus et lits de soins à long terme »).

En Corée, la DMS pour les soins aigus (lits d'hôpitaux) a toujours été plus élevée que la moyenne de l'OCDE et n'a pas diminué dans le temps. La longueur de la DMS en Corée s'explique en partie par le manque

de lits de soins à long terme, qui oblige à utiliser une partie des lits de soins aigus pour des patients atteints de maladies chroniques. Par ailleurs, il est possible que le nombre élevé de lits d'hospitalisation disponibles incite les hôpitaux coréens à garder leurs patients plus longtemps (OCDE, 2003c).

Le graphique 2.32 présente des données comparatives sur la DMS pour des accouchements normaux (obstétrique) en 2000. Les différences entre les pays sont frappantes, la DMS s'échelonnant entre deux jours ou moins au Mexique, en Turquie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis à plus de cinq jours en République slovaque, en Hongrie, en République tchèque, en Autriche, en Pologne, au Luxembourg et en Belgique. La moyenne dans les pays de l'OCDE était de 3.7 jours en 2000. Malgré tout, dans tous ces pays, on observe une réduction de la DMS pour des accouchements normaux pendant les années 90 (tableau 2.11). La durée d'hospitalisation en maternité est un sujet de débat dans certains pays où les sorties prématurées sont remises en question.

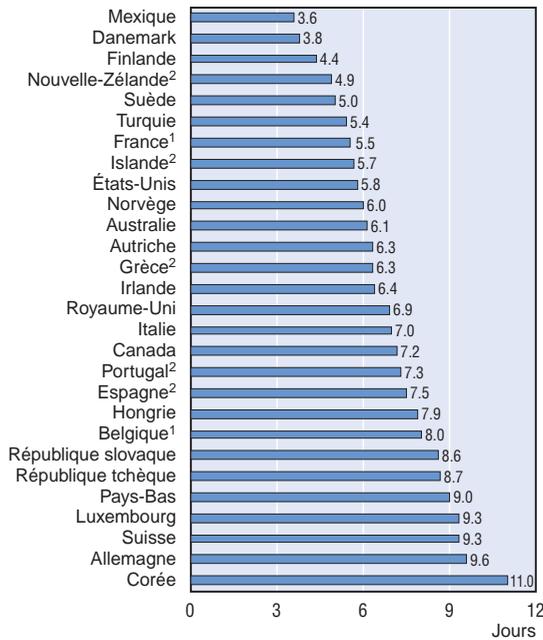
On observe également une diminution graduelle des durées de séjour pour infarctus du myocarde aigu (IMA) au cours des années 90 dans tous les pays pour lesquels on dispose de données, une tendance qui s'observait déjà dans les décennies précédentes. En 2000, les États-Unis affichaient la DMS pour IMA la plus faible (5.7 jours), suivis de la Nouvelle-Zélande, la Suède, le Danemark et l'Australie avec 6.5 à 7 jours. En revanche, elle était relativement élevée en Autriche, en Finlande, en Pologne et en Allemagne, atteignant plus de 12 jours (graphique 2.31). Il convient cependant de comparer ces pays avec précaution car en Finlande par exemple, la DMS peut englober des patients admis à l'origine pour une IMA mais qui ne reçoivent plus de soins aigus et devraient par conséquent être considérés comme des patients soignés à long terme (Moïse, Jacobzone *et al.*, 2003).

La DMS a poursuivi son déclin dans presque tous les pays pour les autres pathologies importantes nécessitant une hospitalisation, telles que les maladies cérébro-vasculaires et la pneumonie et la grippe (tableau 2.11).

Définition et écarts

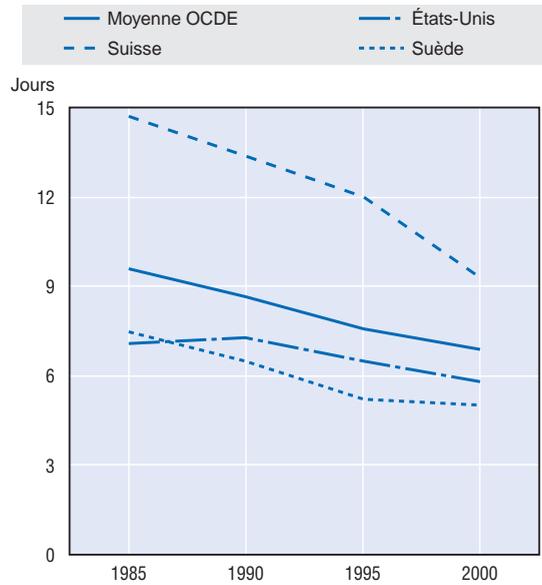
La durée moyenne de séjour en soins aigus est le nombre moyen de jours (avec séjour d'au moins une nuit) que le patient passe dans un établissement de soins aigus. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de journées passées par l'ensemble des patients dans des établissements de soins aigus au cours d'une année par le nombre d'admissions ou de sorties. Les données sur les durées de séjour doivent être interprétées avec prudence car le calcul de la DMS peut être faussé par des différences entre les méthodes utilisées dans chaque pays.

Graphique 2.29. Durée moyenne de séjour en soins aigus, 2000

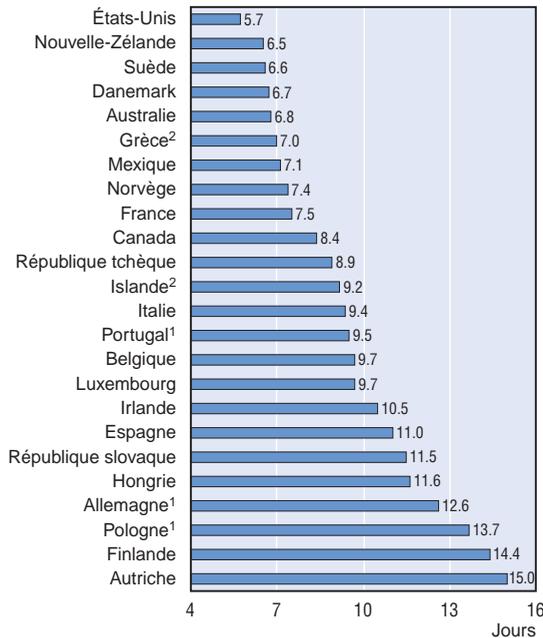


1. 1999. 2. 1998.

Graphique 2.30. Tendances de la durée moyenne de séjour en soins aigus, 1985 à 2000



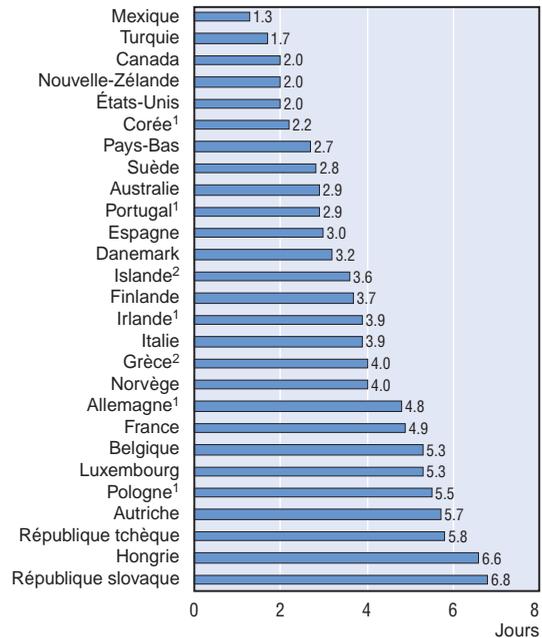
Graphique 2.31. Durée moyenne de séjour suite à un infarctus du myocarde aigu, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Voir annotations des tableaux 2.10 et 2.11.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 2.32. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2000



1. 1999. 2. 1998.

Chirurgies, ambulatoires et avec hospitalisation

La proportion d'interventions chirurgicales réalisées en ambulatoire (le jour même) a augmenté dans le temps dans les pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles, grâce aux progrès des technologies médicales, en particulier le développement d'interventions chirurgicales moins invasives. Mais le développement de la chirurgie de jour répond aussi à une volonté, de la part des hôpitaux, d'atteindre leurs objectifs de maîtrise des coûts, la chirurgie ambulatoire offrant souvent une alternative moins coûteuse à la chirurgie traditionnelle sur patients hospitalisés.

Les systèmes d'information sur la santé de plusieurs pays couvrent de manière incomplète la chirurgie de jour, en particulier les interventions effectuées dans des installations ambulatoires hors des hôpitaux (par exemple les cliniques privées). La disponibilité et la comparabilité des données sur la chirurgie de jour restent donc limitées, et la prudence est de mise lorsque l'on effectue des comparaisons entre pays. D'après les données actuellement disponibles, le taux d'interventions chirurgicales effectuées le jour même a augmenté entre 1995 et 2000 dans tous les pays disposant de données complètes, à l'exception du Luxembourg (graphique 2.35 et tableau 2.12). Aux Pays-Bas, la proportion de chirurgies ambulatoires est passée de 39 % du total de l'activité chirurgicale au milieu des années 90 à 46 % en 2000.

Le volume de chirurgies avec hospitalisation (incluant au moins une nuit à l'hôpital) varie considérablement dans la zone OCDE (graphique 2.33). Il va de plus de 100 pour 1 000 habitants dans certains pays européens (Hongrie, Autriche, Luxembourg, Italie et Irlande) à moins de 50 pour 1 000 habitants au Mexique, en Turquie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, aux Pays-Bas et en Grèce. Dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Finlande et Pays-Bas,), le taux de chirurgies avec hospitalisation par habitant a diminué dans les années 90, alors que le taux de chirurgies ambulatoires a progressé (voir tableau 2.12 pour les données sur la Finlande et les Pays-Bas ; pour le Canada,

voir De Lathouwer et Poullier, 2000 ; pour les États-Unis, voir NCHS, 2002).

Si l'on examine les tendances de l'activité chirurgicale totale pour les quelques pays qui ont recueilli des données complètes sur les chirurgies ambulatoires et avec hospitalisation, on s'aperçoit que l'activité chirurgicale totale a augmenté dans la plupart de ces pays durant la seconde moitié des années 90 (tableau 2.12). En Finlande, l'augmentation du nombre total d'interventions chirurgicales est imputable à l'augmentation du nombre de chirurgies de jour. Dans d'autres pays comme l'Irlande, l'Italie et la Nouvelle-Zélande, les opérations de patients hospitalisés et en ambulatoire ont suivi des courbes ascendantes parallèles. Aux Pays-Bas, le nombre total d'interventions chirurgicales est resté stable, l'augmentation du nombre d'interventions de jour ayant compensé la diminution des interventions sur patients hospitalisés. Dans ce pays, l'essor de la chirurgie ambulatoire observé depuis une décennie s'est accompagné d'une réduction du nombre de lits de soins aigus dans les hôpitaux (graphique 2.36).

La vitesse à laquelle se généralise la chirurgie de jour peut dépendre des incitations financières proposées aux hôpitaux ou aux médecins pour qu'ils adoptent des programmes de chirurgie ambulatoire. Par exemple, le financement des hôpitaux *per diem* peut ne pas favoriser le remplacement des interventions chirurgicales traditionnelles avec hospitalisation par des programmes de chirurgie de jour. Cependant, l'effet de ces différences d'incitations financières entre pays n'a pas été démontré de façon probante. Une étude européenne récente a montré qu'elles ne semblent pas avoir une grande influence sur le choix de la chirurgie de jour dans les 12 pays étudiés, et que des variables relatives à la capacité sanitaire, telles que l'équipement en lits d'hôpital pour les soins aigus, semblaient mieux expliquer les variations observées entre pays dans le recours aux interventions chirurgicales de jour (Kroneman *et al.*, 2001).

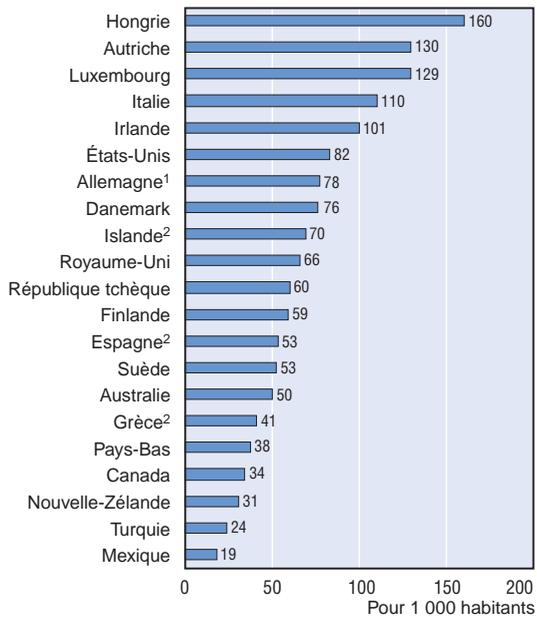
Définition et écarts

La chirurgie ambulatoire concerne des patients qui reçoivent un traitement chirurgical invasif (généralement électif, non urgent) administré dans une unité chirurgicale spécialisée et qui autorise une sortie le jour de l'opération. La chirurgie de jour et la chirurgie sur patient externe sont des termes équivalents utilisés dans certains pays.

La chirurgie sur patients hospitalisés concerne des patients qui reçoivent un traitement médical invasif donné, en urgence ou électif, et qui séjournent au moins une nuit dans un établissement.

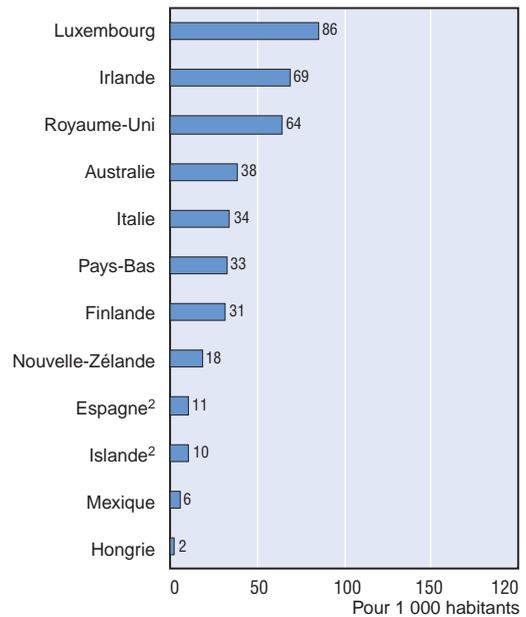
Dans certains pays, les données concernant les interventions chirurgicales ne comprennent que les interventions pratiquées dans des hôpitaux et excluent celles effectuées dans les établissements de soins ambulatoires (par exemple les cliniques). Certains pays consignent uniquement le nombre de patients subissant une ou plusieurs opérations, ou uniquement la principale opération chirurgicale effectuée (par exemple le Canada). D'autres consignent tous les actes ou jusqu'à quatre actes subis par chaque patient (par exemple les États-Unis et l'Irlande). Les données pour l'Irlande et les États-Unis couvrent aussi toutes les interventions qu'elles soient chirurgicales ou non (par exemple des diagnostics tels que les endoscopies). Elles surestiment donc le volume d'interventions chirurgicales par rapport aux données des autres pays.

Graphique 2.33. Nombre d'interventions chirurgicales avec hospitalisation pour 1 000 habitants, 2000



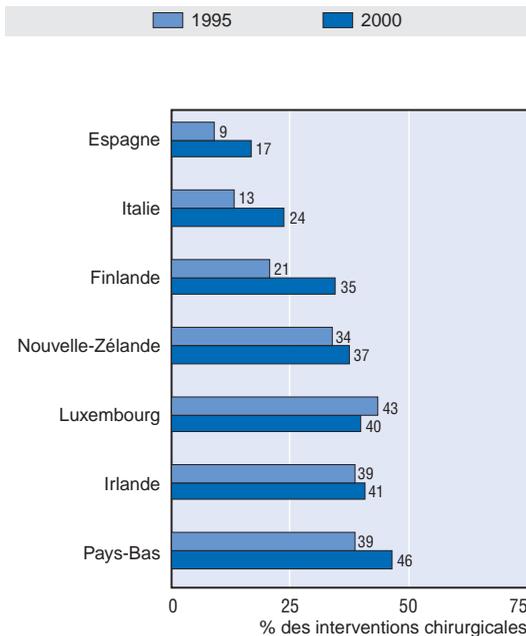
1. 1999. 2. 1998.

Graphique 2.34. Nombre d'interventions chirurgicales ambulatoires pour 1 000 habitants, 2000

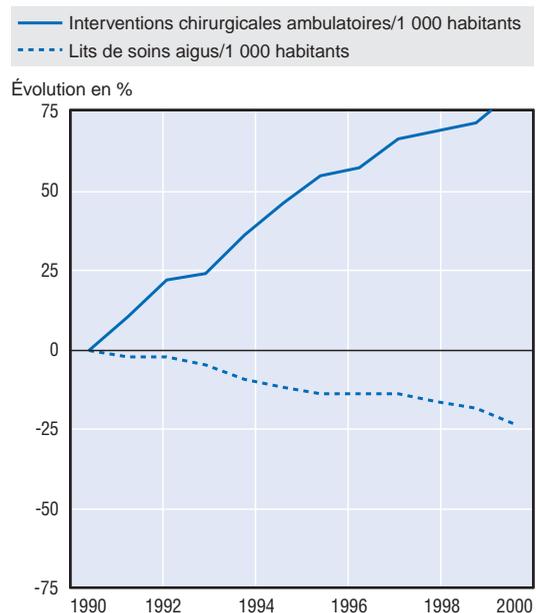


1. 1999. 2. 1998.

Graphique 2.35. Augmentation de la proportion des interventions chirurgicales ambulatoires, 1995 et 2000



Graphique 2.36. Variation des interventions chirurgicales ambulatoires et du nombre de lits de soins aigus, Pays-Bas, 1990 à 2000



Voir annotations du tableau 2.12.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Chirurgies cardiovasculaires

Le pontage aorto-coronaire et l'angioplastie coronaire sont deux interventions de revascularisation qui ont révolutionné le traitement des maladies cardiaques.

L'utilisation de ces interventions chirurgicales est très variable selon les pays (graphiques 2.37 et 2.38 ; tableau 2.13). C'est aux États-Unis qu'elles sont les plus répandues. En 2000, on a procédé à 205 pontages aorto-coronaires et à 363 angioplasties coronaires pour 100 000 habitants aux États-Unis, des taux d'utilisation beaucoup plus élevés que dans les autres pays. Le Mexique affiche les taux les plus bas avec seulement un pontage et une angioplastie coronaire pour 100 000 individus réalisés en 2000. Dans aucun autre pays on n'a procédé à moins de 15 interventions de ces deux types pour 100 000 habitants.

L'utilisation de ces deux interventions de revascularisation a augmenté pendant les années 90 (graphiques 2.39 et 2.40 ; tableau 2.13). En 1990, le nombre moyen (non pondéré) de pontages effectués était de 53 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE ; en 2000, ils atteignaient 78 pour 100 000 habitants (proportion calculée pour les neuf pays dans lesquels les données étaient disponibles pour les deux années). Le nombre moyen (non pondéré) d'angioplasties coronaires était de 33 pour 100 000 habitants en 1990 et de 117 pour 100 000

habitants en 2000 (calculé pour les mêmes neuf pays dans lesquels les données étaient disponibles pour les mêmes années).

L'invention du stent intrac coronaire, une grille métallique cylindrique qui réduit considérablement les risques d'obstructions artérielles après une angioplastie, a largement contribué à faire passer l'angioplastie coronaire en tête des méthodes de revascularisation à la place du pontage (Moïse, 2003). Cette substitution date du milieu des années 90, au moment des premières publications des essais sur l'efficacité des stents.

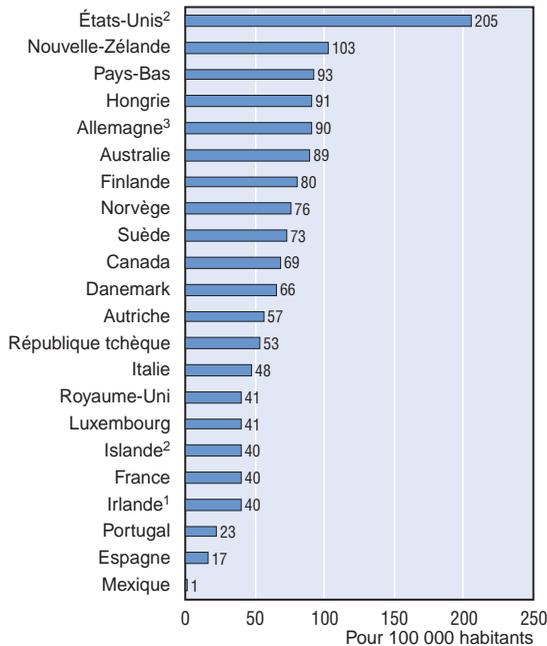
Le revenu est un facteur important qui influence l'adoption et la diffusion des technologies médicales, en particulier des chirurgies telles que les revascularisations, dans les systèmes de santé. Plus la société est aisée, plus tôt elle adopte les nouvelles technologies (Slade et Anderson, 2001). L'introduction des angioplasties coronaires date de la fin des années 70. En 1990, on en pratiquait 114 pour 100 000 habitants aux États-Unis, le pays de l'OCDE au revenu national par habitant le plus élevé après le Luxembourg. D'autres pays, tels que l'Australie, le Canada, le Danemark et la Suède n'ont atteint ce niveau qu'en 2000.

Définition et écarts

Le pontage aorto-coronaire consiste à greffer des veines et/ou des artères pour court-circuiter une artère coronaire obstruée. Un pontage peut contourner l'obstruction d'une seule artère coronaire, mais il est plus courant de procéder à des pontages multiples. En angioplastie coronaire, on introduit dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, en entrant habituellement par l'artère fémorale de la jambe et en rejoignant l'artère coronaire endommagée. Le gonflement du ballonnet distend l'artère coronaire au point d'obstruction.

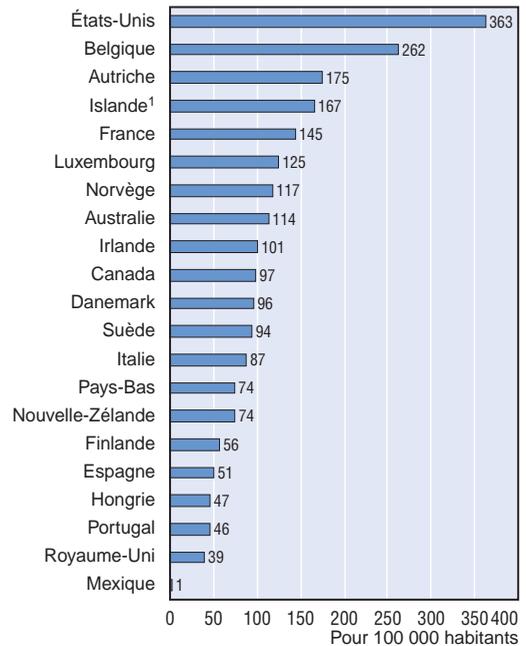
Les données concernent uniquement le nombre d'actes sur patients hospitalisés. Elles n'incluent pas les angioplasties coronaires effectuées en ambulatoire (qui représentent une part croissante de l'activité globale dans de nombreux pays).

Graphique 2.37. Nombre de pontages coronariens pour 100 000 habitants, 2000



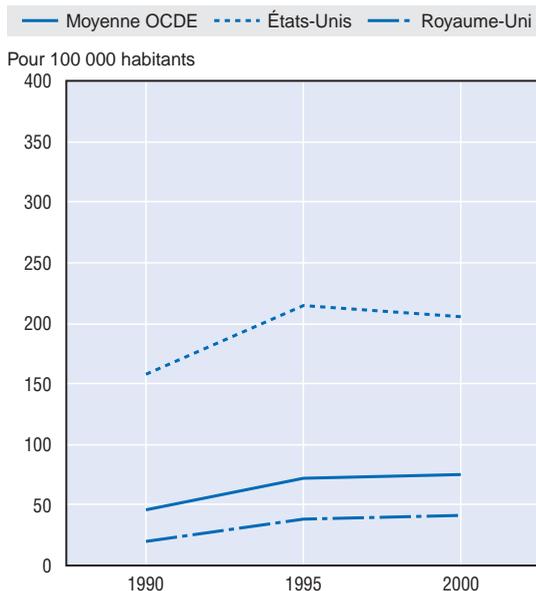
1. 2001. 2. 1999. 3. 1998.

Graphique 2.38. Nombre d'angioplasties coronaires pour 100 000 habitants, 2000



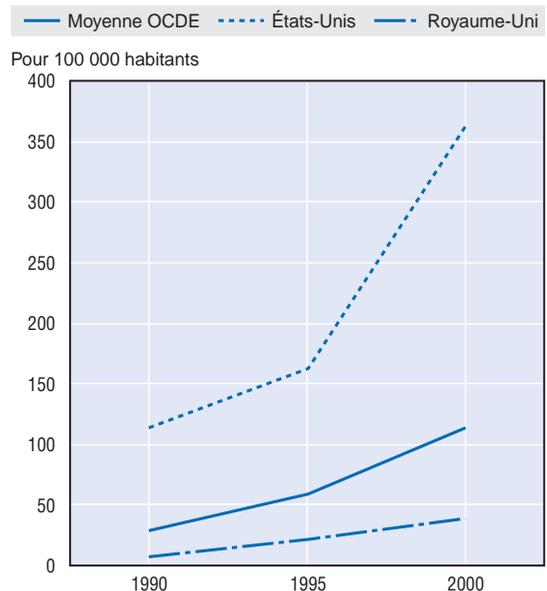
1. 1999.

Graphique 2.39. Tendances du nombre de pontages coronariens, 1990 à 2000



Voir annotations du tableau 2.13.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 2.40. Tendances du nombre d'angioplasties coronaires, 1990 à 2000



3. DÉPENSES DE SANTÉ ET FINANCEMENT

Dépenses de santé par habitant	58
Dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB)	60
Dépenses de santé par habitant : évolution.....	62
Sources de financement des dépenses de santé	64
Dépenses pharmaceutiques	66

Dépenses de santé par habitant

Maîtriser la progression des dépenses de santé est un enjeu politique majeur dans la plupart des pays de l'OCDE. Le niveau des dépenses de santé varie considérablement d'un pays à l'autre et ces variations reflètent des différences de prix, de volume et de qualité des services et des produits médicaux consommés.

Les dépenses de santé par habitant converties en dollars américains sur la base de parités de pouvoir d'achat (USD PPA), peuvent être utilisées pour comparer le niveau global de consommation des services de santé des différents pays à un instant donné. En termes de dépenses totales de santé par habitant, les États-Unis se situent très au-dessus des autres pays de l'OCDE. En 2001, ils ont dépensé 4 887 USD PPA par habitant, soit 2.3 fois plus que la moyenne de l'OCDE qui était de 2 117 USD PPA (graphique 3.1 et tableau 3.1). Derrière les États-Unis, on trouve la Suisse et la Norvège qui ont dépensé en 2001 plus de 3 000 USD PPA, puis l'Allemagne et le Canada avec un niveau de dépenses de 2 800 USD PPA par habitant. À l'autre extrémité de l'échelle, le Mexique, la Pologne, la République slovaque, la Corée et la Hongrie ont dépensé moins de 1 000 USD PPA au titre de la santé en 2001.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'inquiétude suscitée par la croissance des coûts de santé reflète la pression que cette croissance exerce sur les budgets publics. Le secteur public est la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, excepté la Corée, les États-Unis et le Mexique (voir l'indicateur « Sources de financement des soins de santé »). Si l'on se concentre sur les dépenses publiques de santé, seuls l'Islande, le Luxembourg et la Norvège ont dépensé par habitant plus que les États-Unis en 2001 (graphique 3.2), en dépit du fait que seulement un Américain sur quatre bénéficie d'un régime public de couverture maladie (Docteur *et al.*, 2003). C'est en Corée, au Mexique et en Pologne que les dépenses publiques de santé ont été

les plus faibles. Les différences globales entre pays sont plus faibles pour les dépenses publiques que pour les dépenses privées.

Dans les années 90, on a noté un certain nombre de changements dans la position relative des pays par rapport à la moyenne de l'OCDE tant pour les dépenses totales que pour les dépenses publiques de santé par habitant (tableau 3.1). En 1990, par exemple, la Suède a dépensé 30 % de plus par habitant que la moyenne de l'OCDE en termes de dépenses totales de santé mais en 2001 son niveau de dépenses n'a été supérieur à la moyenne de l'OCDE que de 7 %. De même, en Finlande, les dépenses publiques par habitant ont été, en 1990, supérieures de 24 % à la moyenne de l'OCDE, alors qu'en 2001 elles ont été inférieures à celle-ci de 8 %. Inversement, les dépenses publiques de santé de l'Irlande qui, en 1990, étaient inférieures de 40 % à la moyenne de l'OCDE ont rattrapé cette moyenne en 2001.

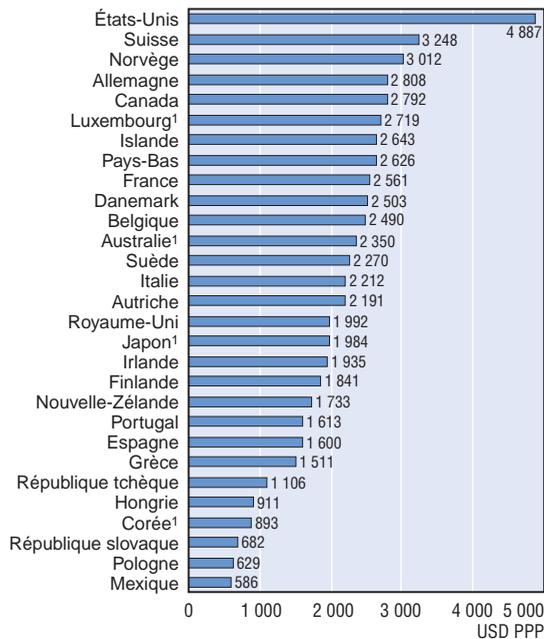
Les pays de l'OCDE affectent leurs dépenses de santé de diverses façons (graphique 3.3). En 2001, par exemple, le Danemark, les Pays-Bas et la Suisse ont affecté aux soins des patients hospitalisés 45 % de leurs dépenses de santé voire davantage tandis que des pays comme les États-Unis et le Canada ont affecté à ce poste moins de 30 % de leurs dépenses de santé. La Hongrie et la République slovaque ont consacré près de 40 % de leurs dépenses totales de santé à des produits médicaux (notamment des produits pharmaceutiques) tandis que le Danemark, la Suisse et les États-Unis y ont consacré moins de 15 % de leurs dépenses totales de santé. En 2001, les pays de l'OCDE ont consacré en moyenne 38 % de leurs dépenses totales de santé aux soins des patients hospitalisés, 31 % aux services de soins ambulatoires (y compris les services auxiliaires et les soins à domicile), 21 % aux produits médicaux (y compris les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux) et les 10 % restants aux services collectifs (programmes d'administration et de prévention).

Définition et écarts

Les dépenses totales de santé mesurent la consommation finale de produits et de services de santé (c'est-à-dire les dépenses courantes de santé) plus les dépenses d'équipement en infrastructures de soins de santé. Ce chiffre englobe à la fois les dépenses effectuées par des agents économiques publics et privés (y compris les ménages) au titre de produits et de services médicaux, des programmes de santé publique et de prévention ainsi que de l'administration. Sont exclues les dépenses connexes comme la formation, la recherche et la santé environnementale. Les deux grandes composantes des dépenses totales courantes de santé sont les dépenses au titre des services de santé individuels et les dépenses au titre des services collectifs. Les services de santé individuels consistent en des services médicaux (y compris les soins aux patients hospitalisés, soins de jour, soins aux malades externes, soins à domicile et services auxiliaires) et des produits médicaux (y compris les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux). Les dépenses au titre des services collectifs incluent la prévention et l'administration.

Pour réaliser des comparaisons internationales des dépenses par habitant, il faut convertir les données exprimées en monnaie nationale en une monnaie commune : le dollar américain au taux de conversion des parités de pouvoir d'achat (PPA). Les PPA à l'échelle de l'économie (PIB) sont les taux de conversion les plus fiables dont on dispose. Pour plus d'informations sur la définition des dépenses de santé et les comparaisons internationales des dépenses de santé, voir l'annexe 2.

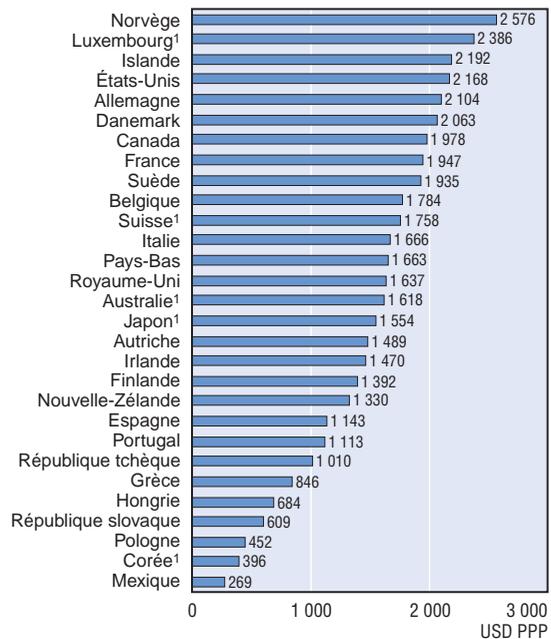
Graphique 3.1. Dépenses totales de santé par habitant, 2001
USD PPA



1. 2000.

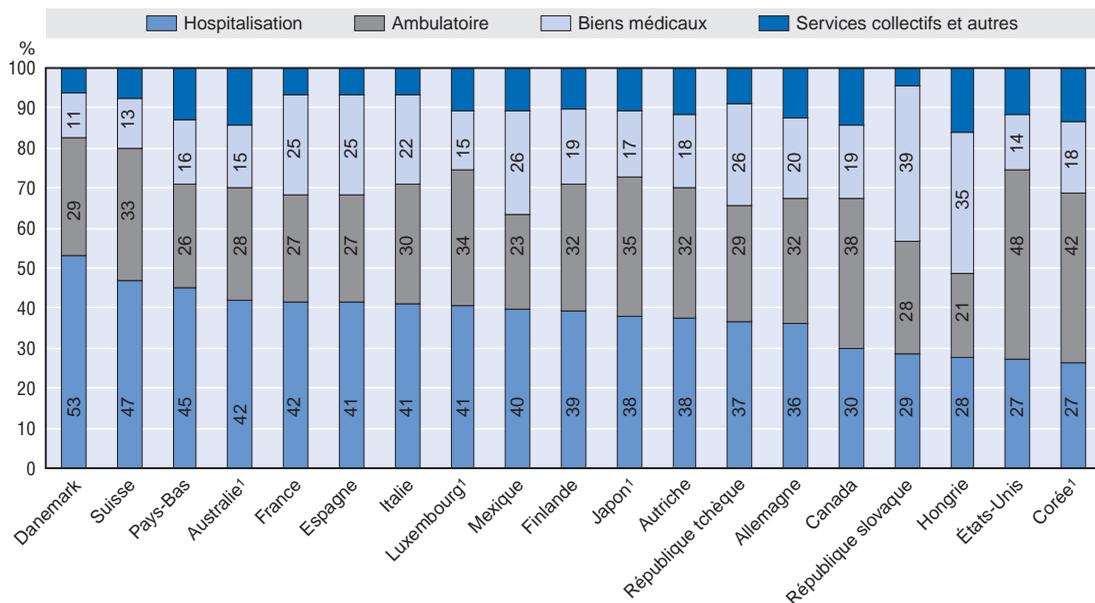
Note : Les données pour la Turquie ne sont pas disponibles.

Graphique 3.2. Dépenses publiques de santé par habitant, 2001
USD PPA



1. 2000.

Graphique 3.3. Dépenses de santé par fonction, 2001
Pourcentage des dépenses totales de santé



1. 2000.

Voir annotations du tableau 3.1.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB)

Les dépenses de santé représentent une part croissante du PIB des pays de l'OCDE. En 2001, les pays de l'OCDE ont consacré en moyenne 8.4 % de leur PIB aux dépenses de santé. Cette proportion varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de 13,9 % aux États-Unis à moins de 6 % en Corée, au Luxembourg et en République slovaque (graphique 3.4). Derrière les États-Unis, on trouve la Suisse et l'Allemagne qui, en 2001, ont dépensé respectivement 10.9 % et 10.7 % de leur PIB au titre de la santé.

Le ratio dépenses de santé/PIB ne mesure pas, en soi, l'importance relative des ressources utilisées dans un système de santé. Des pays dans lesquels les dépenses de santé peuvent représenter un pourcentage relativement élevé du PIB peuvent avoir un niveau relativement faible de dépenses par habitant et inversement des pays dans lesquels les dépenses de santé peuvent représenter un pourcentage relativement faible du PIB peuvent avoir un niveau relativement élevé de dépenses par habitant. La Corée et le Luxembourg, par exemple, ont dépensé en 2000 une proportion analogue de leur PIB au titre de la santé mais le montant dépensé par habitant au Luxembourg a été plus de trois fois supérieur à celui dépensé en Corée (graphiques 3.4 et 3.1). De même, la France et la Grèce ont toutes deux dépensé environ 9.5 % de leur PIB au titre de la santé en 2001, mais le montant des dépenses de santé par habitant a été en France supérieur de 70 %.

Sur la dernière décennie, le ratio dépenses de santé/PIB est passé, dans les pays de l'OCDE, d'une moyenne de 7.3 % en 1990 à une moyenne de 8.1 % en 2000, pour atteindre 8.4 % en 2001. Mais l'évolution de ce ratio est très différente d'un pays à l'autre (graphiques 3.5 et 3.6 ; tableaux 3.2 et 3.3). Dans certains pays (Finlande, Hongrie et Luxembourg, par exemple), la part des dépenses de santé dans le PIB a baissé entre 1990 et 2001. Dans d'autres (Danemark, Irlande et Italie, par exemple), elle est restée pratiquement inchangée tandis que dans un troisième groupe de pays (États-Unis, Grèce, Portugal, République tchèque et Suisse, par exemple) elle a augmenté d'au moins 2 points de pourcentage.

En Suisse, la part des dépenses de santé dans le PIB a considérablement augmenté dans les années 90 en dépit d'une progression relativement faible des dépenses de santé ; cela a été dû au fait que la croissance économique a été inférieure à la progression des dépenses de santé (tableaux 3.2 et 3.6). En Irlande, en revanche, les dépenses de santé ont augmenté rapidement dans les années 90 (taux de croissance annuel moyen de 6.2 % en valeur réelle) mais cette progression s'est accompagnée d'une croissance économique forte ; la part des dépenses de santé dans le PIB n'a donc augmenté que dans des proportions modestes.

Les disparités entre les pays de l'OCDE, en termes de part des dépenses de santé dans le PIB, ont diminué dans les années 90 du fait essentiellement que les dépenses de santé des pays de l'OCDE à revenu faible ont progressé plus rapidement que celles des pays de l'OCDE à revenu élevé et plus rapidement également que leur croissance économique (graphique 3.5 et tableau 3.6).

Si l'on prend uniquement l'année la plus récente, la part des dépenses de santé dans le PIB a considérablement progressé en 2001 par rapport à 2000 dans plusieurs pays de l'OCDE, en particulier aux États-Unis et dans des pays comme le Canada et la Finlande où elle s'était stabilisée dans les années 90 (graphique 3.6 et tableau 3.2). Cela a été dû pour partie à un ralentissement de l'activité économique et pour partie à une augmentation des dépenses de santé.

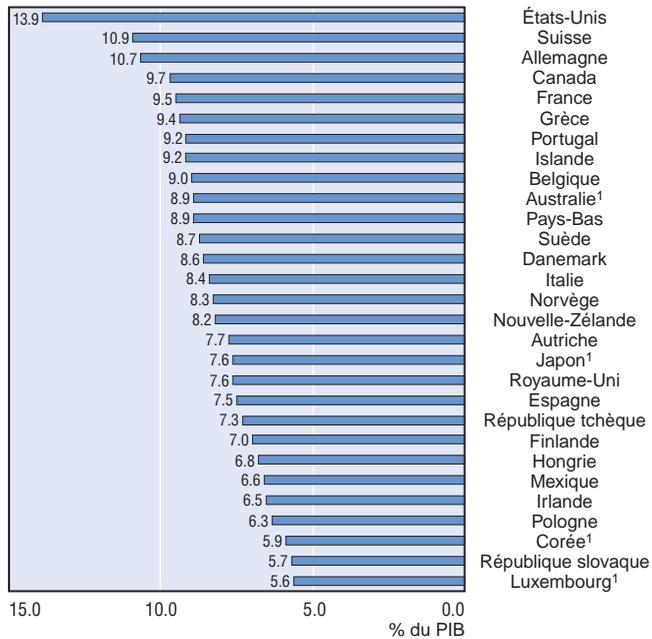
Le graphique 3.7 montre l'association positive bien connue entre le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant dans les différents pays de l'OCDE. Cette association est toutefois plus forte parmi les pays à revenu faible que parmi les pays à revenu élevé. Parmi les pays dont le niveau de revenu est égal ou supérieur à 25 000 USD PPA, on observe des dépenses de santé très différentes pour un niveau donné de PIB (Huber, 1999). Ainsi, en dépit d'un niveau de PIB par habitant analogue, le Danemark a dépensé en 2001 30 % de plus que l'Irlande au titre de la santé et l'Allemagne 50 % de plus que la Finlande.

Définition et écarts

Pour une définition des dépenses de santé, voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant » et pour une définition du PIB, voir l'indicateur « Produit intérieur brut ».

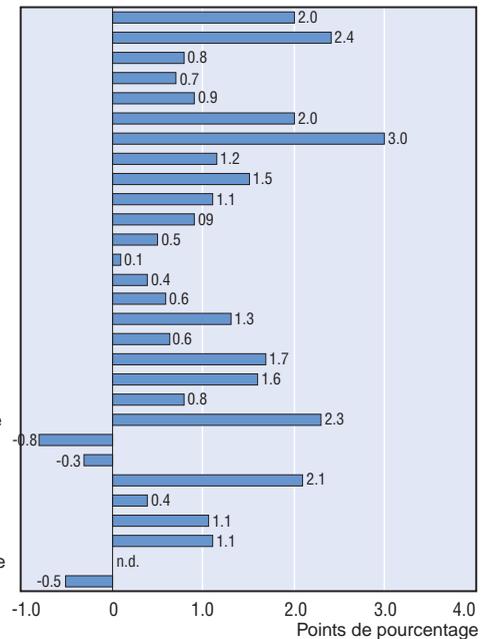
DÉPENSES DE SANTÉ PAR RAPPORT AU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT (PIB)

Graphique 3.4. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2001

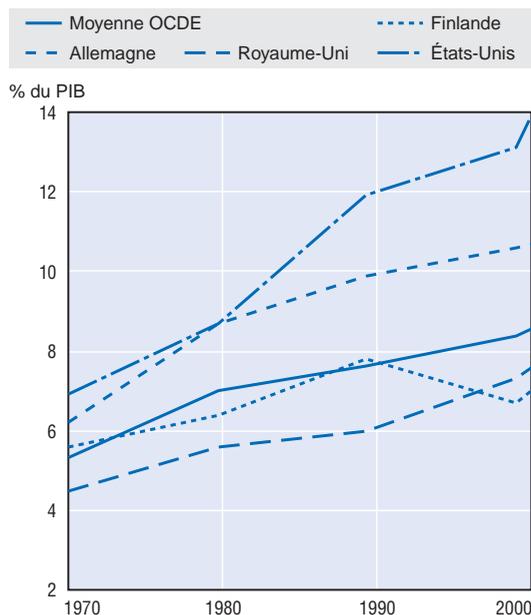


1. 2000.

Graphique 3.5. Variations des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1990 à 2001

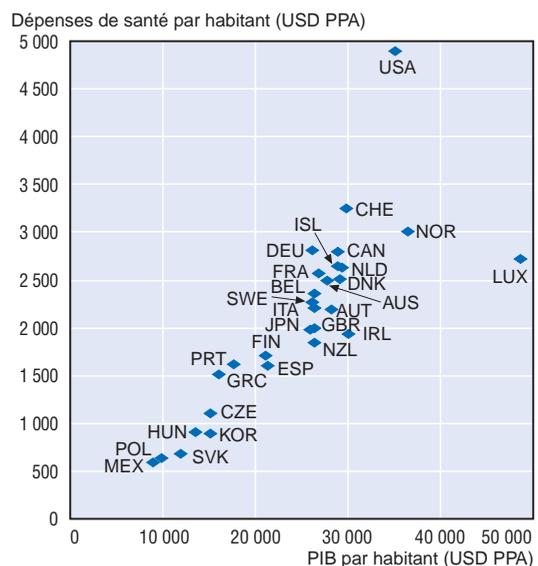


Graphique 3.6. Évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB dans certains pays de l'OCDE, 1970 à 2001



Voir annotations du tableau 3.2.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 3.7. PIB par habitant et dépenses de santé par habitant, 2001



Dépenses de santé par habitant : évolution

La hausse des dépenses de santé est un sujet d'inquiétude pour la plupart des pays de l'OCDE depuis plusieurs décennies. Sur l'ensemble des pays de l'OCDE, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé réelles est passé d'un taux moyen de 6.2 % dans les années 70, à 3.1 % dans les années 80 et à 3.3 % dans les années 90 et pour les deux années 2000 et 2001 regroupées (graphique 3.8 ; tableaux 3.4 et 3.6). Néanmoins, alors que la progression des dépenses s'est considérablement ralentie sur les vingt dernières années, les dépenses de santé continuent d'augmenter à des taux supérieurs au taux de la croissance économique dans de nombreux pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Dépenses de santé par rapport au PIB »).

Dans de nombreux pays, la dernière décennie a comporté trois périodes distinctes en termes de taux de progression des dépenses de santé. Pendant les trois premières années (1990-1992), la croissance a été considérablement supérieure à celle enregistrée au milieu des années 90. Les dépenses de santé ont recommencé à progresser rapidement dans de nombreux pays à la fin des années 90 et dans la première partie de la décennie actuelle, reflétant l'adoption dans certains pays de politiques délibérées d'allègement des pressions exercées par les mesures de compression des coûts des années antérieures (graphique 3.9 ; tableaux 3.4 et 3.5).

Les tendances globales de l'OCDE masquent les stades de développement différents de leurs économies et de leurs systèmes de soins de santé au début des années 90. On peut distinguer quatre schémas différents de progression des dépenses de santé dans les années 90 parmi des sous-groupes de pays de l'OCDE (graphique 3.10 et tableaux 3.6 et 3.7).

Plusieurs pays (Corée, Irlande, Portugal, par exemple) qui avaient, en 1990, un revenu et des dépenses de santé par habitant relativement faibles ont enregistré une forte progression de leurs dépenses de santé dans les années 90, ce qui a resserré leur écart par rapport à la moyenne de l'OCDE. A la fin des années 90,

les dépenses de santé par habitant dans ces pays étaient supérieures de 50 à 90 % à leur niveau de 1990. Dans la plupart d'entre eux, la progression des dépenses publiques de santé a même été supérieure à l'augmentation des dépenses totales de santé, du fait en partie de l'amélioration des capacités des systèmes de santé financés sur fonds publics et d'une extension de la couverture publique.

Plusieurs pays à revenu élevé ont également enregistré une forte augmentation de leurs dépenses de santé sur la dernière décennie. Le Japon, la Norvège et le Royaume-Uni ont été dans ce cas tant pour leurs dépenses totales que pour leurs dépenses publiques de santé, tandis que les États-Unis et l'Australie ont enregistré en particulier une forte progression de leurs dépenses publiques de santé (AIHW, 2001 ; Cowan *et al.*, 2001 ; Docteur and Oxley, 2003 ; Yutaka, 2002). A la fin des années 90, les dépenses de santé par habitant dans ces pays étaient supérieures de 40 à 50 % à leur niveau de 1990.

Certains pays (Allemagne, France et Suisse, par exemple) ont enregistré une progression modérée (inférieure à la moyenne) de leurs dépenses de santé au cours de la dernière décennie. Mais, dans ces pays, les dépenses de santé ont continué à progresser plus vite que la croissance économique, ce qui a entraîné une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB. A la fin des années 90, les dépenses de santé par habitant dans ce groupe de pays étaient supérieures de 15 à 25 % à leur niveau de 1990.

Enfin, plusieurs pays (Finlande, Hongrie, Italie et Suède, par exemple) ont enregistré une croissance très lente de leurs dépenses totales et publiques de santé dans les années 90, suite à l'adoption de mesures de compression des coûts (Häkkinen, 1999 ; Orosz et Burns, 2000 ; Anell et Svarvar, 1999). Ceci a entraîné une diminution de la part des dépenses de santé dans le PIB en Finlande et en Hongrie, et une stabilisation de celle-ci en Italie et en Suède. A la fin des années 90, les dépenses de santé par habitant dans ces pays étaient supérieures de 5 à 15 % à leur niveau de 1990.

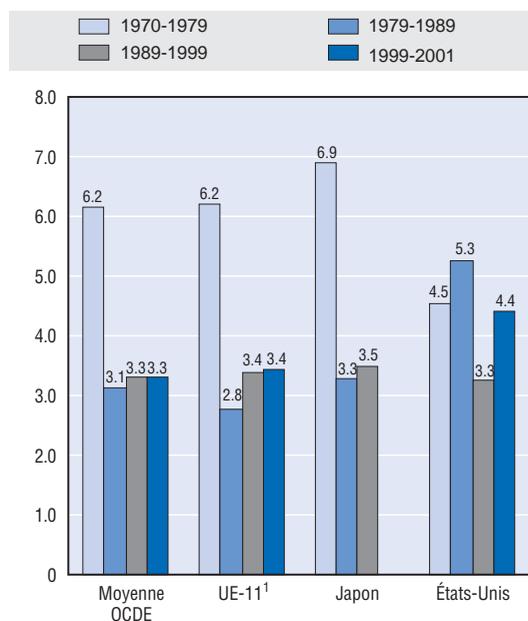
Définition et écarts

Pour une définition des dépenses de santé, voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant ». Les taux de croissance sont calculés en valeur réelle (sur la base de l'indice des prix du PIB de 1995).

Le taux de croissance annuelle moyen entre 1989 et 1999 est la moyenne (géométrique) des indices de croissance annuelle, calculée sur ces dix années : 1990, 1991 ... 1999. Le calcul est fait de la même manière pour les autres décennies.

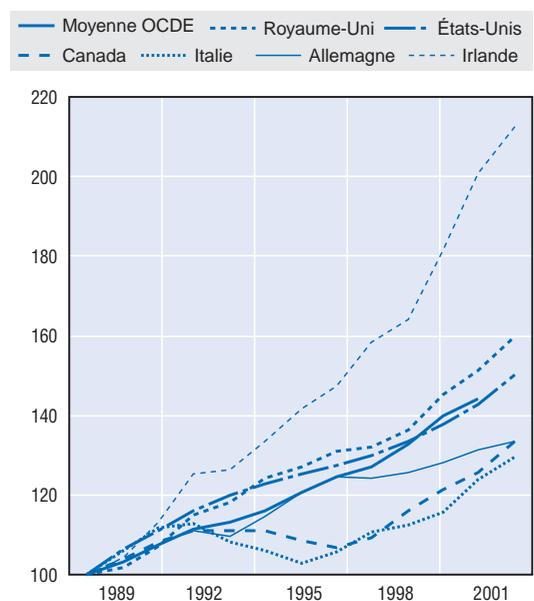
Graphique 3.8. Dépenses de santé par habitant, en terme réel, 1970 à 2001

Taux de croissance annuel moyen



Graphique 3.9. Évolution des dépenses de santé par habitant, en terme réel, 1989-2001

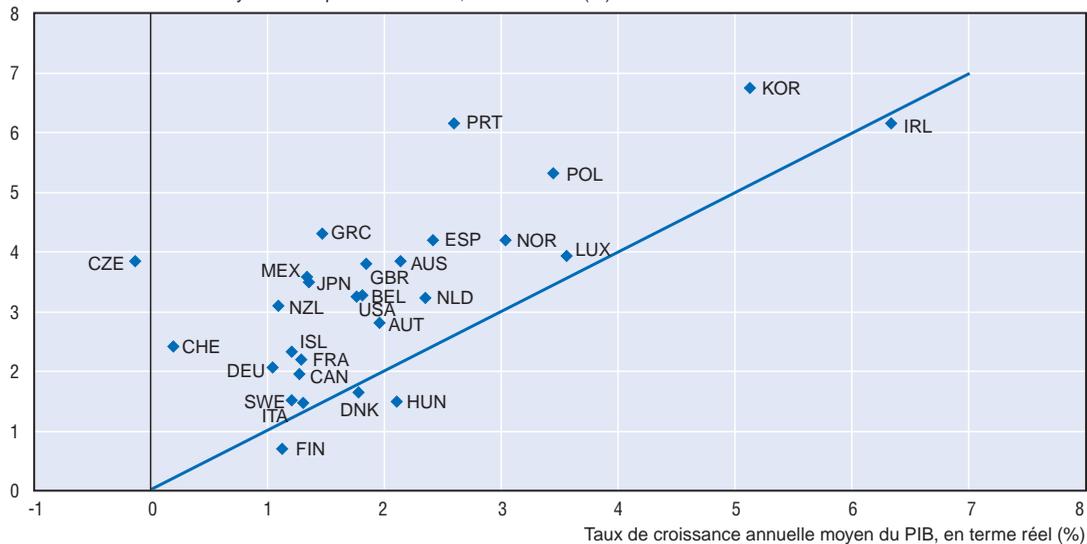
(1989 = 100)



1. Exclut la Belgique, la France, l'Italie et les Pays-Bas.

Graphique 3.10. Augmentation des dépenses de santé par habitant et du PIB par habitant, 1990 à 2000

Taux de croissance annuelle moyen des dépenses de santé, en terme réel (%)



Voir annotations des tableaux 3.4 et 3.6.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Sources de financement des dépenses de santé

Des méthodes différentes de financement des soins de santé peuvent affecter le niveau des dépenses de santé, la répartition de la charge et l'accès de la population aux services de santé. Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés à la fois par des sources publiques et par des sources privées (graphique 3.11 ; tableaux 3.8 et 3.9). Les dispositifs publics de tiers payant comprennent des dépenses financées par les recettes publiques générales et les cotisations sociales dans les pays où le financement repose sur un système d'assurance sociale (Allemagne et France, par exemple) et des dépenses financées par les recettes publiques dans les pays où la responsabilité du financement des services de santé incombe aux gouvernements centraux et/ou locaux (Finlande et Royaume-Uni, par exemple). Les sources privées englobent les paiements directs des ménages et les dispositifs de tiers payant qui peuvent prendre des formes diverses : assurance-maladie privée (souvent financée par les employeurs et subventionnée par un système d'exonération fiscale), prestations maladie versées directement par l'employeur, comme la médecine du travail, et autres prestations directes émanant d'organismes caritatifs et assimilés.

Le graphique 3.11 présente les pays par ordre de dépenses de santé par habitant. On n'observe aucune relation claire entre le niveau des dépenses et la part des dépenses publiques ; cette dernière est davantage influencée par les politiques de santé que par les niveaux globaux des dépenses de santé. Toutefois, à une ou deux exceptions près, la part des dépenses financée directement par les patients tend à diminuer au fur et à mesure que le niveau des dépenses de santé par habitant augmente.

Le secteur public est la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE, excepté la Corée, les États-Unis et le Mexique (graphique 3.11 et tableau 3.8). En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part publique des dépenses de santé a augmenté dans les années 70, mais elle s'est stabilisée depuis 1980 et a même diminué dans les années 90. La part du secteur public dans les dépenses de santé a été de 72 % en 2001. Elle a représenté plus de 80 % des dépenses totales de santé dans plusieurs pays, dont le Danemark, la République tchèque et le Royaume-Uni.

Le graphique 3.12 suggère une convergence des taux de prises en charge publique dans les trente dernières années. De nombreux pays (République tchèque, Norvège et Royaume-Uni, par exemple) dans lesquels la part des

dépenses publiques était relativement élevée en 1970 avaient en 2001 un taux de prise en charge publique moindre, tandis que plusieurs pays (États-Unis, Grèce et Portugal, par exemple) dans lesquels la part des dépenses publiques était faible en 1970 ont vu cette part progresser au fil des ans.

Si l'on observe de plus près l'évolution depuis 1990, le rôle du secteur public dans le financement des soins de santé s'est considérablement accru dans plusieurs pays à faible revenu (Corée et Portugal, par exemple,) dans lesquels la part des financements publics était faible il y a dix ans. Aux États-Unis, l'augmentation de la part des dépenses de santé financée par le secteur public dans les années 90 reflète une augmentation du niveau de couverture des systèmes Medicare et Medicaid pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et défavorisées, laquelle s'ajoute à une augmentation de la proportion de la population éligible aux prestations (Docteur *et al.*, 2003). En Espagne et en République tchèque, la progression des dépenses publiques a été également forte dans les années 90 mais la part des dépenses publiques a néanmoins diminué dans la mesure où la croissance des dépenses privées a été plus rapide encore. Alors qu'un grand nombre de pays de l'OCDE à revenu élevé ont enregistré une diminution modérée de la part publique des dépenses de santé dans les années 90, le déclin a été considérable dans un petit nombre de pays (Hongrie, Italie, Finlande et Suède, par exemple).

En 2001, les sources privées ont financé en moyenne dans les pays de l'OCDE les 28 % restants des dépenses de santé. Toutefois, l'importance et la composition du financement privé diffère considérablement d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, les assurances privées ont financé 35 % des dépenses totales de santé en 2000 (tableau 3.9). L'Allemagne, le Canada, la France et les Pays-Bas ont également une part relativement importante de financement qui provient d'assurances privées. Dans les autres pays, la part des assurances privées dans les dépenses totales de santé n'atteint pas 10 %.

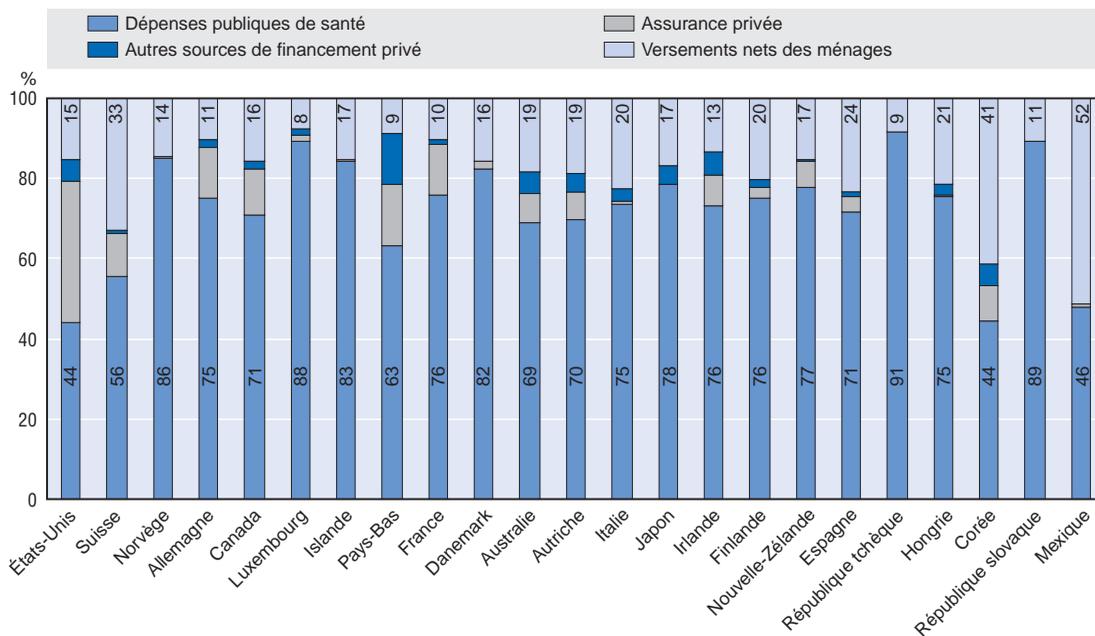
La part des dépenses totales de santé financée par les patients a été supérieure à 30 % en Suisse, en Corée et au Mexique, alors qu'elle a été inférieure à 10 % en République tchèque, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Dans les autres pays, elle a varié entre 10 % et 30 % des dépenses totales de santé.

Définition et écarts

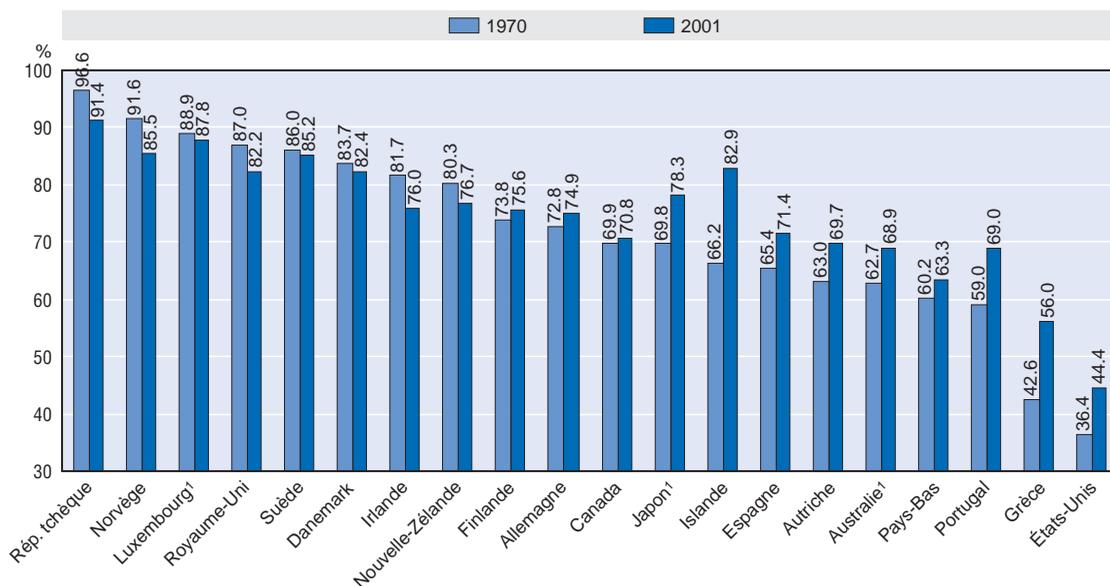
Le terme « sources de financement » désigne ici les institutions et les entités qui payent pour ou qui achètent les soins de santé. Le terme englobe les institutions qui mettent en commun les ressources en matière de santé collectées auprès de différentes sources mais aussi les entités (ménages et entreprises) qui payent directement les soins de santé. *Eco-Santé OCDE* utilise les catégories suivantes de sources de financement : 1) les dépenses publiques, qui incluent les recettes publiques générales et les fonds de la sécurité sociale ; 2) les dépenses privées, qui incluent les versements directs des ménages, les assurances privées (lesquelles se subdivisent en deux sous-catégories : les assurances sociales privées et les autres assurances privées) et tous les autres fonds privés (qui incluent les fonds des organisations non gouvernementales et le financement par les entreprises de la médecine du travail).

SOURCES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Graphique 3.11. **Dépenses de santé par source de financement, 2000**
Pays classés du plus faible au plus haut niveau de dépenses par habitant



Graphique 3.12. **Variation de la part publique des dépenses de santé, 1970 et 2001**



1. 2000.

Voir annotations des tableaux 3.8 et 3.9.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Dépenses pharmaceutiques

Dans la plupart des pays, les produits pharmaceutiques représentent une part de plus en plus importante des dépenses de santé. Le nombre des nouveaux médicaments a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie, et l'évolution vers de nouveaux produits plus onéreux a été l'une des principales causes de l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, laquelle a contribué à l'augmentation des dépenses globales de santé.

En 2001, le montant des dépenses pharmaceutiques par habitant a été, en moyenne, de 340 USD PPA dans les pays de l'OCDE (tableau 3.11). On observe des différences considérables entre les niveaux de dépenses pharmaceutiques selon les pays, qui reflètent des différences de volume, de structure de la consommation et de prix. Les États-Unis sont le pays le plus dépensier en la matière, avec un montant de dépenses de 605 USD PPA par habitant en 2001. L'Allemagne, le Canada, la France et l'Italie suivent derrière avec un niveau de dépenses supérieur à 400 USD PPA par habitant (graphique 3.13).

Depuis 1990, les dépenses pharmaceutiques ont augmenté en valeur réelle dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (graphique 3.14). En Australie et Suède, ces dépenses ont doublé entre 1990 et 2001. Ce poste de dépenses a également connu une augmentation très rapide au Canada, aux États-Unis, en Finlande et en France. En moyenne sur l'ensemble des pays de l'OCDE, le taux de progression annuel des dépenses pharmaceutiques a été supérieur de 30 % à celui des dépenses totales de santé dans les années 90 ; il a été supérieur de 20 % au début de l'actuelle décennie (tableau 3.11). En conséquence, la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses de santé a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE entre 1990 et 2001 (graphique 3.15).

Les pays de l'OCDE à faible revenu tendent à consacrer aux produits pharmaceutiques une part plus importante de leurs dépenses de santé du fait en partie que les prix de ces produits sont fixés par les marchés internationaux alors que les coûts du travail reposent généralement sur des structures de salaires nationales. La Hongrie et la République slovaque, par exemple, ont affecté aux produits pharmaceutiques environ 30 % de leurs dépenses totales de santé alors qu'au Danemark et aux Pays-Bas cette part n'a été que d'environ 10 %. La part des dépenses de santé affectée aux produits pharmaceutiques peut également être très différente dans des pays ayant des

niveaux analogues de dépenses de santé par habitant. Au Danemark, par exemple, la part des produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé est de 9 %, contre 21 % en France, alors que les deux pays ont pratiquement le même niveau de dépenses de santé par habitant (graphique 3.15).

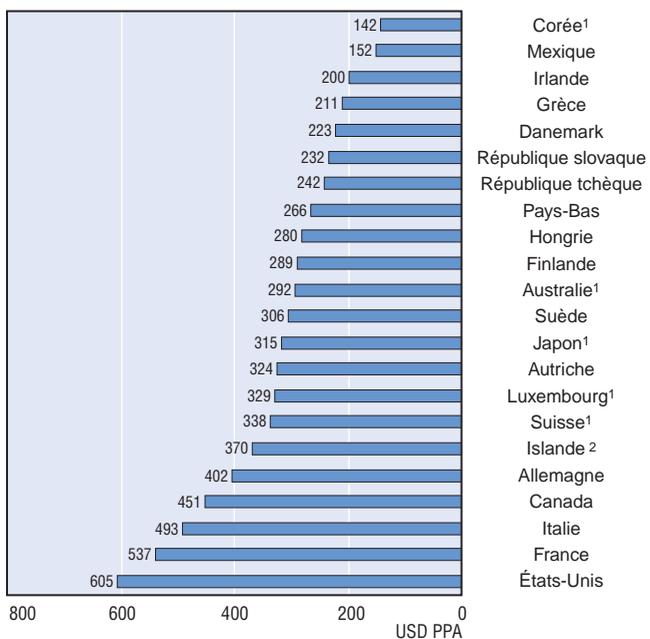
La prise en charge privée du financement des dépenses pharmaceutiques est plus élevée que pour les services aux patients hospitalisés et aux patients externes car la participation aux coûts tend à être plus importante pour les produits pharmaceutiques et qu'une part importante de ces produits n'est pas couverte par les régimes publics d'assurances (tableau 3.12). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 59 % des dépenses pharmaceutiques ont été financées par le secteur public en 2001, le financement des 41 % restants provenant de sources privées (principalement des paiements directs et des assurances-maladie privées). Dans les années 90, la part du secteur public dans le financement des dépenses pharmaceutiques a diminué dans plusieurs pays (Hongrie, Italie et République tchèque, par exemple) mais dans d'autres (Australie, Canada, Danemark et France, par exemple) elle a augmenté. Si la part du financement public a également augmenté aux États-Unis (pour s'établir à 19 % en 2001), elle est restée l'une des plus faibles de la zone OCDE.

La plupart des pays de l'OCDE ont tenté de maîtriser les dépenses pharmaceutiques au cours des deux dernières décennies en recourant à une panoplie de mesures. L'une des mesures les plus couramment utilisées a été la participation aux coûts des produits pharmaceutiques. Le nombre des médicaments non remboursés a augmenté, principalement pour les médicaments dits « de confort » ou dont la valeur thérapeutique n'est pas prouvée. Le degré de participation aux coûts a été accru pour bon nombre d'autres. Plusieurs pays (Allemagne, Danemark, Pays-Bas, par exemple) ont mis en place un système de prix de référence. Ces accords augmentent la participation aux coûts pour les personnes utilisant des produits de marque ou d'un coût plus élevé tout en assurant l'accès aux médicaments génériques d'un coût moindre. De nombreux pays de l'OCDE recourent de plus en plus aux évaluations pharmacoéconomiques pour améliorer la prise de décisions relatives au remboursement des nouveaux médicaments et l'information dans les négociations sur les prix (Dickson *et al.*, 2003).

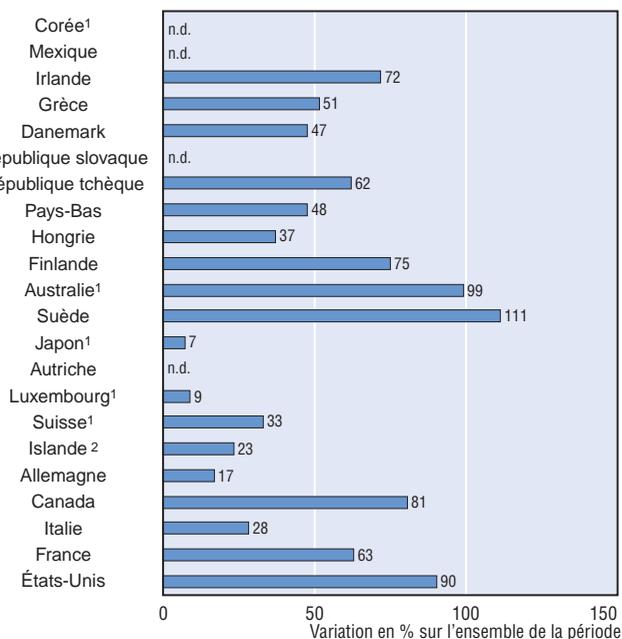
Définition et écarts

Les dépenses pharmaceutiques incluent les dépenses liées à l'achat de médicaments délivrés sur ordonnance et à l'automédication, c'est-à-dire à l'achat de médicaments en vente libre. Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux sont exclus.

Graphique 3.13. Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant, 2001
USD PPA

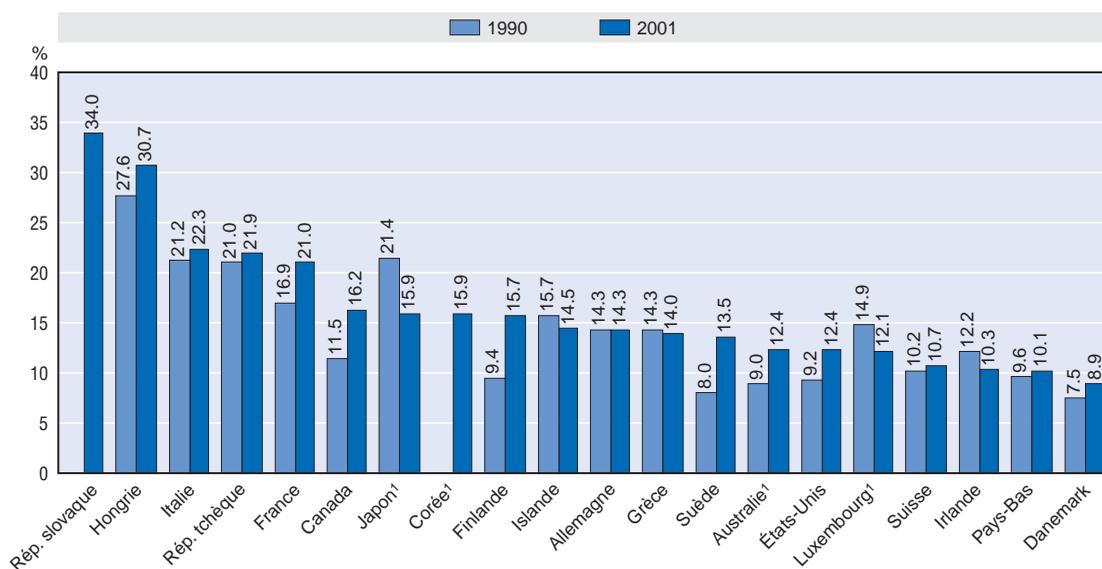


Graphique 3.14. Augmentation des dépenses de produits pharmaceutiques par habitant, en terme réel, 1990 à 2001



1. 2000. 2. 1999.

Graphique 3.15. Part des dépenses de produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé, 1990 et 2001



1. 2000.

Voir annotations des tableaux 3.11 et 3.12.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

4. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

Consommation de tabac.....	70
Consommation d'alcool.....	72
Indice de masse corporelle (obésité).....	74

Consommation de tabac

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé, le tabagisme est directement responsable de 4.9 millions de décès par an dans le monde (OMS, 2002b). C'est un facteur de risque majeur pour au moins deux des principales causes de mortalité prématurée, à savoir les cancers et les maladies du système circulatoire. Il contribue également à la progression des maladies respiratoires, et la consommation de tabac chez les femmes enceintes peut être à l'origine d'un faible poids à la naissance et de maladies chez l'enfant.

Au cours des dernières décennies, la proportion de fumeurs quotidiens parmi la population adulte a fortement diminué dans la plupart des pays de l'OCDE, passant d'une moyenne de 36 % en 1980 à 26 % en 2000 (tableau 4.1). L'Australie, le Canada, les États-Unis et la Suède ont les plus faibles pourcentages de fumeurs quotidiens, avec une proportion de moins de 20 % d'adultes ayant déclaré fumer tous les jours en 2000 (graphique 4.1). La Grèce enregistre la proportion la plus élevée (35 %).

Dans tous les pays de l'OCDE, excepté la Suède et la Norvège, les hommes continuent à fumer davantage que les femmes, mais dans la plupart des pays la proportion des fumeurs chez les hommes a diminué plus rapidement que chez les femmes au cours des 20 dernières années. En 2000, l'écart entre le tabagisme masculin et le tabagisme féminin est resté particulièrement important au Japon et en Corée et, dans une moindre mesure, au Portugal et en Grèce (graphique 4.2). Au Japon, la proportion de fumeurs parmi les hommes a néanmoins fortement diminué au cours des 25 dernières années, passant de 76 % en 1975 à 54 % en 2000. La diminution de la proportion de fumeurs parmi les femmes a été beaucoup plus modeste (graphique 4.3).

Historiquement, dans les années d'après-guerre, la plupart des pays de l'OCDE ont eu tendance à suivre un schéma général qui se caractérisait au départ par une très forte proportion de fumeurs parmi les hommes (supérieure à 50 %). Cette situation a été observée dans de nombreux pays de l'OCDE dans les années 60 et 70, et persiste aujourd'hui au Japon et en Corée. De manière générale, on a assisté ensuite, dans les années 80 et 90, à une nette baisse de la consommation de tabac, en particulier chez les hommes. Ce déclin du tabagisme peut être imputé dans une large mesure aux politiques visant à réduire la consommation de tabac par des campagnes de sensibilisation du public, des interdictions de la publicité pour les marques de cigarettes et une fiscalité accrue, mises en oeuvre face à l'augmentation des maladies liées au tabac (Banque mondiale, 1999).

De tout temps, la prévalence du tabagisme chez les femmes a été bien inférieure à celle observée chez les hommes de sorte que son déclin global a été moins prononcé au cours des dernières décennies. Dans un certain nombre de pays, le tabagisme féminin est resté stable ; il a même augmenté entre 1980 et 2000 en Finlande, en France, en Norvège et en Espagne. En 2000, c'est au Danemark, en Grèce, en Norvège et aux Pays-Bas, que le tabagisme féminin a été le plus élevé, avec des taux voisins ou supérieurs à 30 %.

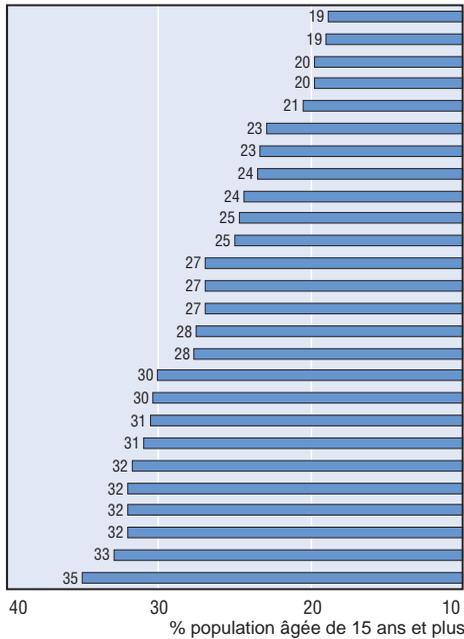
Le graphique 4.4 montre la corrélation existant entre la consommation de tabac (mesurée en grammes par habitant) et la fréquence des cancers du poumon dans les pays de l'OCDE 15 ans plus tard (on observe une corrélation similaire à 10 ou 20 ans d'intervalle). De même, dans les pays de l'OCDE, une consommation de tabac plus élevée au niveau national est généralement associée à des taux de mortalité plus élevés par cancer du poumon 10 ou 20 ans plus tard.

Définition et écarts

La proportion de fumeurs quotidiens correspond au pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare fumer tous les jours.

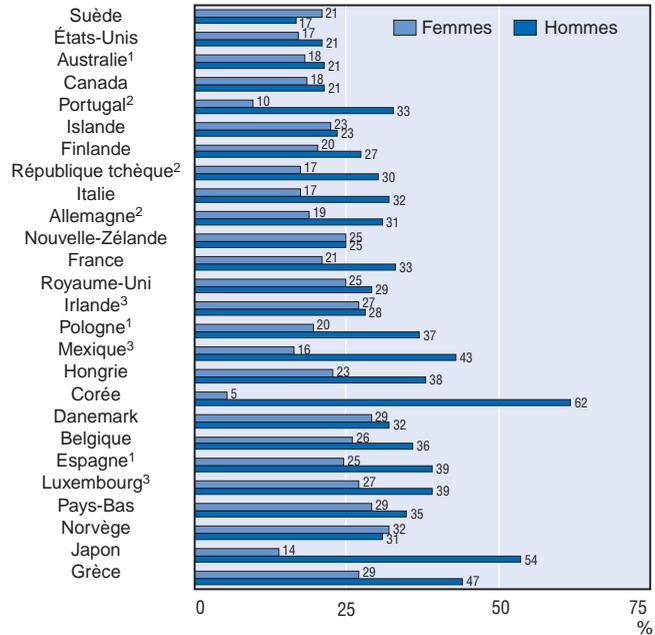
La comparabilité internationale est limitée en raison du manque de normalisation des instruments pour mesurer les habitudes de consommation de tabac dans les enquêtes de santé conduites dans les pays de l'OCDE. Des disparités subsistent dans la formulation des questions, les catégories de réponses et les méthodes d'enquête.

Graphique 4.1. Pourcentage de la population adulte qui déclare fumer quotidiennement, 2000

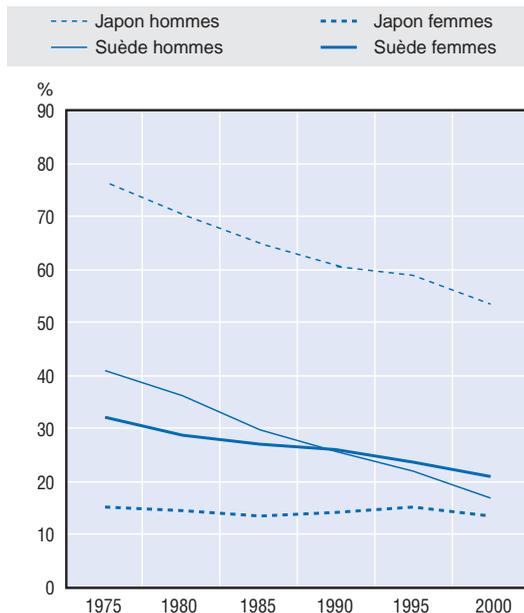


1. 2001. 2. 1999. 3. 1998.

Graphique 4.2. Pourcentage de femmes et d'hommes qui déclarent fumer quotidiennement, 2000

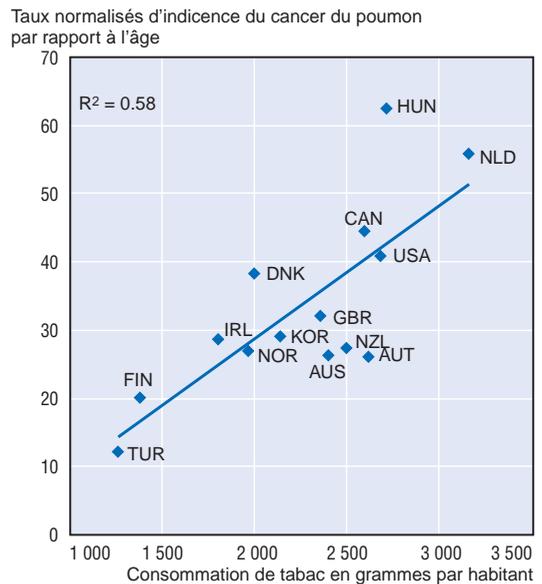


Graphique 4.3. Tendances de la prévalence du tabagisme, 1975 à 2000



Voir annotations du tableau 4.1.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 4.4. Corrélation entre consommation de tabac en 1985 et incidence du cancer du poumon en 2000



Consommation d'alcool

La consommation excessive d'alcool est une cause importante de dégradation de l'espérance de vie en bonne santé (Ezzati *et al.*, 2002). Elle peut être à l'origine de nombreux problèmes de santé, notamment de lésions du système nerveux et de maladies du foie. En outre, l'alcool peut également jouer un rôle dans toute une série d'autres causes de décès, tels que les accidents de la route, les actes de violence et les suicides.

Dans les pays de l'OCDE, la consommation d'alcool (mesurée par les ventes annuelles) s'établit en moyenne à 9,6 litres par adulte en 2000 (tableau 4.2). Toutefois, cette consommation est très variable selon les pays. Hormis le Luxembourg (dont les ventes nationales surestiment probablement la consommation réelle des résidents), ce sont la Hongrie, l'Irlande et le Portugal qui font état de la plus forte consommation d'alcool, avec plus de 12 litres par adulte en 2000. À l'autre extrémité de l'échelle, la Turquie, le Mexique et certains pays nordiques (Islande, Norvège et Suède) affichent des consommations d'alcool relativement faibles, se situant dans une fourchette de 1,5 à 6,2 litres par habitant (graphique 4.5).

Dans de nombreux pays de l'OCDE, la consommation d'alcool a augmenté tout au long des années 60 et 70 pour atteindre un pic de 12 litres par adulte en moyenne dans la zone OCDE à la fin des années 70 (graphique 4.7). Depuis cette époque, la consommation moyenne a progressivement diminué. On observe une certaine convergence dans les habitudes de boisson des pays de l'OCDE, avec une consommation de vin qui augmente dans de nombreux pays traditionnellement buveurs de bière et inversement. Des pays qui

ont été de tout temps des producteurs de vins, comme l'Italie et la France, ont vu leur consommation globale d'alcool chuter fortement depuis 1970 (graphique 4.6). La Finlande, la Norvège et la Suède ont vu leur consommation demeurer relativement faible durant cette période. En Irlande, en revanche, la consommation d'alcool a augmenté de 60 % entre 1970 et 2000.

Les variations de la consommation d'alcool d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre reflètent non seulement des habitudes traditionnelles, mais également l'effet des politiques de lutte contre l'abus d'alcool. Les interdictions frappant la publicité, les restrictions à la vente d'alcool et la pression fiscale ont fait la preuve de leur efficacité à réduire la consommation d'alcool (Bennett, 2003). Des ventes strictement contrôlées et un niveau de taxes élevé ont entraîné une baisse globale de la consommation dans la plupart des pays nordiques, alors qu'en France, en Italie et en Espagne cette baisse a été corrélée avec des mesures de contrôle plus strictes, en particulier dans le domaine de la publicité.

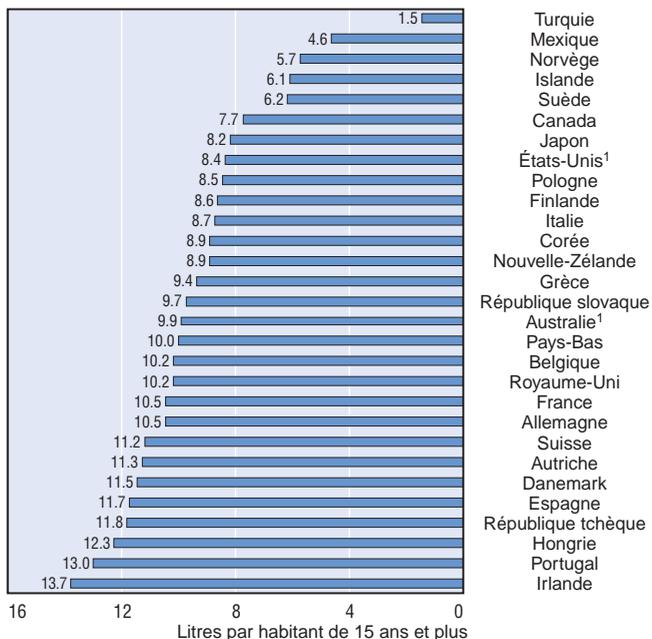
Le graphique 4.8 montre la relation existant entre la consommation d'alcool et le nombre des décès par cirrhose du foie à dix ans d'intervalle. En général, les pays affichant des niveaux élevés de consommation d'alcool tendent à afficher des taux de décès par cirrhose du foie plus élevés que ceux des pays où la consommation est plus faible. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, le taux des décès par cirrhose du foie a baissé au cours des 20 dernières années, cette baisse suivant étroitement la baisse globale de la consommation d'alcool.

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.

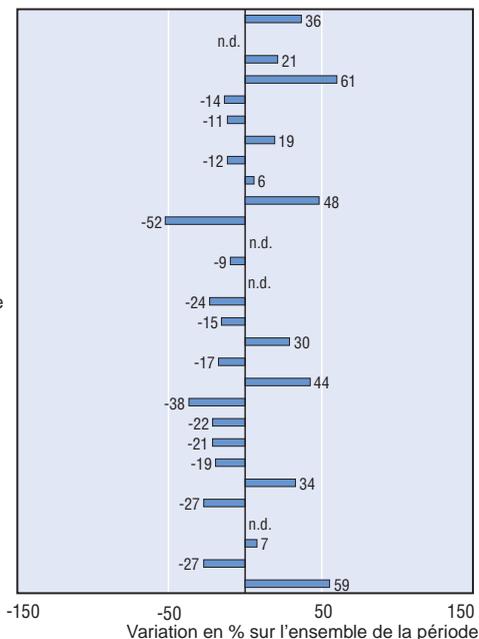
Les méthodes de conversion des boissons alcoolisées en alcool pur peuvent varier selon les pays. Certains pays indiquent la consommation d'alcool de la population âgée de 14 ans et plus (Italie), de 16 ans et plus (Suède), ou de 20 ans et plus (Japon). Dans certains pays (le Luxembourg par exemple), les ventes nationales ne reflètent pas de manière précise la consommation réelle car la consommation des touristes et le trafic transfrontalier de boissons alcoolisées peuvent creuser un écart significatif entre les ventes et la consommation réelle des résidents.

Graphique 4.5. Consommation d'alcool en litres par habitant âgé de 15 ans et plus, 2000

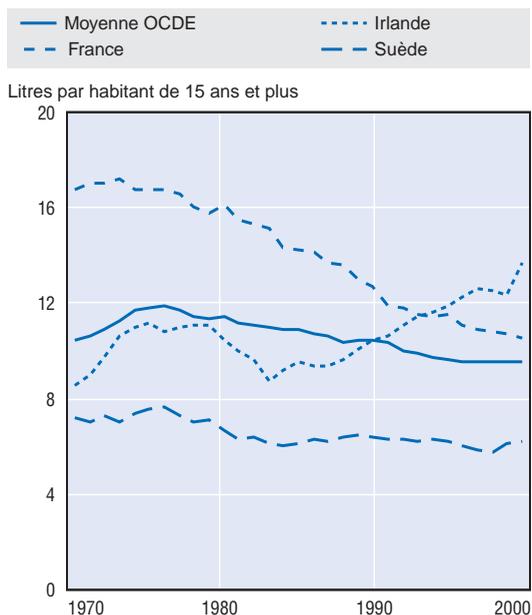


1. 1999.

Graphique 4.6. Variations de la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, 1970 à 2000

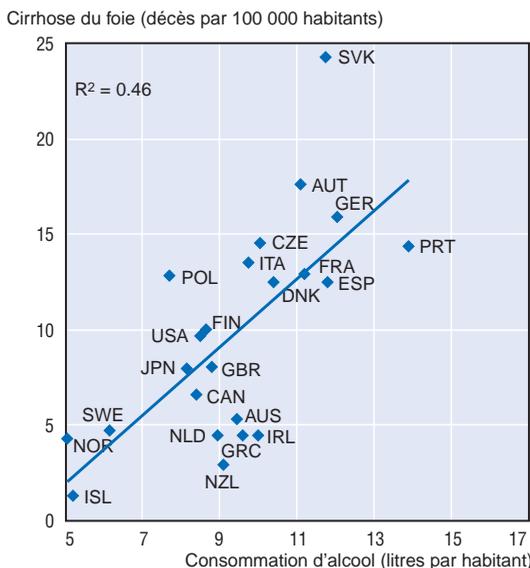


Graphique 4.7. Tendances de la consommation d'alcool, 1970 à 2000



Voir annotations du tableau 4.2.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 4.8. Mortalité par cirrhose du foie en 2000 et consommation d'alcool en 1990



Indice de masse corporelle (obésité)

Les problèmes d'obésité ont considérablement augmenté pendant les deux dernières décennies dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données dans le temps (graphique 4.11). L'obésité est un facteur de risque connu pour plusieurs maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les troubles respiratoires (asthme) et les maladies musculo-squelettiques (arthrite).

Si les problèmes d'obésité se sont accrues dans tous les pays de l'OCDE, il existe toujours des différences notables de prévalence de l'obésité chez les adultes entre les pays (graphiques 4.9 et 4.10 ; tableau 4.3). La proportion d'obèses se situe dans une fourchette comprise entre 3 % en Corée et au Japon en 2001 et 31 % aux États-Unis en 1999 (graphique 4.9). Il convient cependant de noter que cette estimation élevée pour les États-Unis se fonde sur des examens de santé au cours desquels la taille et le poids des individus sont mesurés (ce qui est également le cas pour l'Australie et le Royaume-Uni) alors que les données des autres pays reposent sur des informations fournies par les personnes elles-mêmes. Les taux d'obésité tirés d'examens de santé sont généralement plus élevés et plus fiables que ceux déclarés par les intéressés dans le cadre d'entretiens, dans la mesure où ils excluent les fausses déclarations. Pour les États-Unis, le taux d'obésité des adultes établi sur la base d'entretiens était de 22 % en 1999 (contre 31 % pour le taux établi la même année sur la base d'examens de santé) alors qu'en Australie le taux d'obésité établi sur la base d'entretiens était de 18 % en 2001 (contre 21 % en 1999 pour le taux établi sur la base d'examens de santé).

Si l'on prend des mesures uniformes de l'obésité dans le temps (examens de santé dans le cas de ces trois pays), le taux d'obésité a plus que doublé en Australie et aux États-Unis au cours des 20 dernières années alors qu'il a triplé au Royaume-Uni. En conséquence, la population adulte compte plus de 20 % d'obèses en Australie et au Royaume-Uni, ce qui se rapproche du taux enregistré aux États-Unis au début des années 90 (graphique 4.11). Dans les pays nordiques et dans les pays d'Europe continentale, le taux d'obésité a considérablement augmenté au cours de la der-

nière décennie mais reste bien inférieur aux chiffres enregistrés dans les pays anglophones, même lorsqu'on prend en compte les différences de méthodes de mesure.

Dans un peu plus de la moitié des pays de l'OCDE, l'obésité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (graphique 4.10). Les études nationales indiquent aussi que les problèmes d'obésité tendent à être plus fréquents chez les personnes appartenant à des catégories socio-économiques défavorisées que chez les individus plus éduqués ou ayant un niveau de revenu plus élevé. Dans la plupart des pays, la prévalence du surpoids et de l'obésité tend à augmenter jusqu'à l'âge de 60 à 65 ans, après quoi elle commence à diminuer.

L'obésité a des conséquences économiques et non économiques importantes. Aux États-Unis, une étude récente a comparé les conséquences de l'obésité sur différents problèmes de santé (comme le diabète et l'asthme) et les coûts induits à d'autres facteurs de risque tels que la consommation de tabac et d'alcool (Sturm, 2002). Cette étude a montré que les problèmes de santé chroniques associés à l'obésité sont analogues à ceux d'un vieillissement de 20 ans, très supérieurs aux effets estimés du tabagisme ou de la consommation excessive d'alcool sur les problèmes étudiés. On a également estimé que l'obésité est associée à une augmentation annuelle des dépenses de santé supérieure à celle imputable au tabagisme. Le temps de latence entre l'apparition de l'obésité et l'apparition d'un accroissement des maladies chroniques laisse à penser que la forte augmentation de la population obèse aux États-Unis et dans plusieurs autres pays depuis 1980 aura, dans l'avenir, des implications considérables en termes de santé et de dépenses de santé.

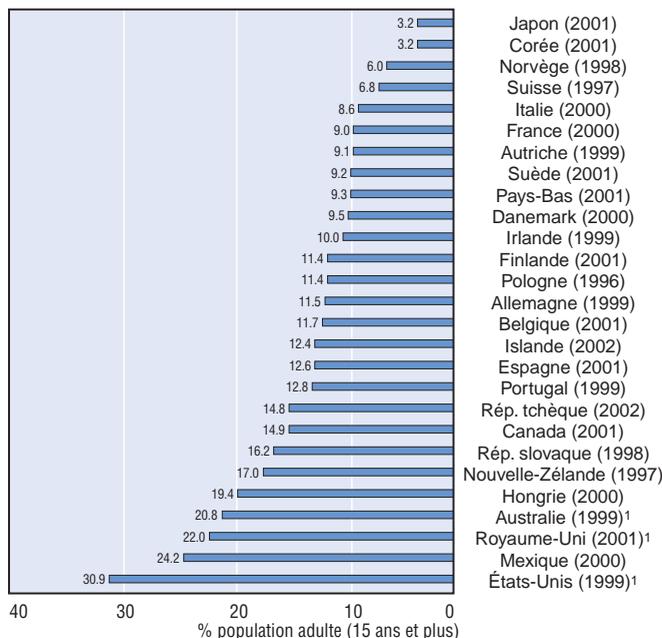
La prévention et le traitement de l'obésité impliquent notamment d'encourager les personnes à modifier leurs habitudes alimentaires et à avoir davantage d'activité physique. En dépit de cette apparente simplicité, la tendance à l'augmentation de l'obésité dans pratiquement tous les pays de l'OCDE donne à penser que les obstacles comportementaux et environnementaux à ces changements seront très difficiles à lever.

Définition et écarts

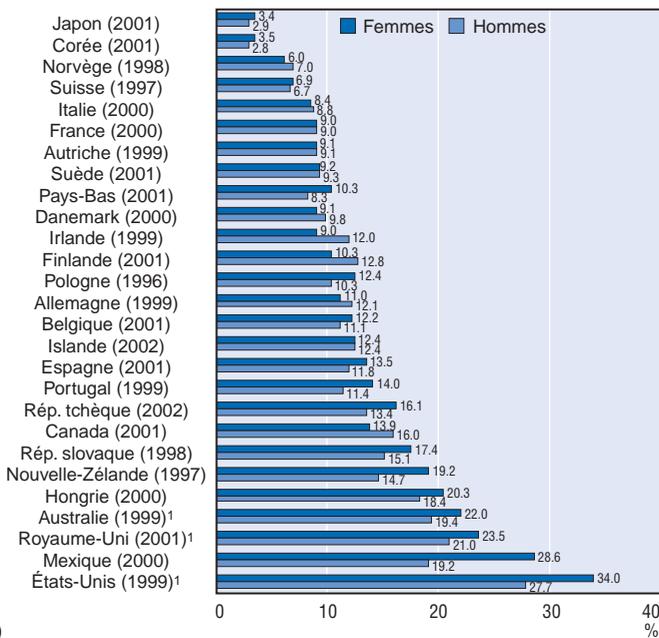
L'indice de masse corporelle (IMC) est un chiffre rapportant le poids d'un individu à sa taille (poids/taille au carré, le poids étant exprimé en kilos et la taille en mètres). D'après la classification de l'OMS (OMS, 1997), les individus sont considérés comme obèses lorsque leur IMC est supérieur à 30.

Pour la plupart des pays, excepté l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni, les données sur l'obésité sont issues d'enquêtes sur la santé effectuées au moyen d'entretiens auprès de la population. Dans ces trois pays cependant, les données sont issues d'examens de santé au cours desquels on mesure la taille et le poids effectifs des individus. Ces différences de méthode de collecte des données entre les pays limitent la comparabilité des taux d'obésité. Les estimations résultant d'examens de santé sont en général supérieures et plus fiables que celles résultant des enquêtes par entretien car elles excluent toute fausse déclaration, mais seuls quelques pays pratiquent régulièrement ces examens de santé.

Graphique 4.9. Pourcentage de la population adulte de 15 ans et plus ayant un IMC > 30 (population obèse)
Dernière année disponible

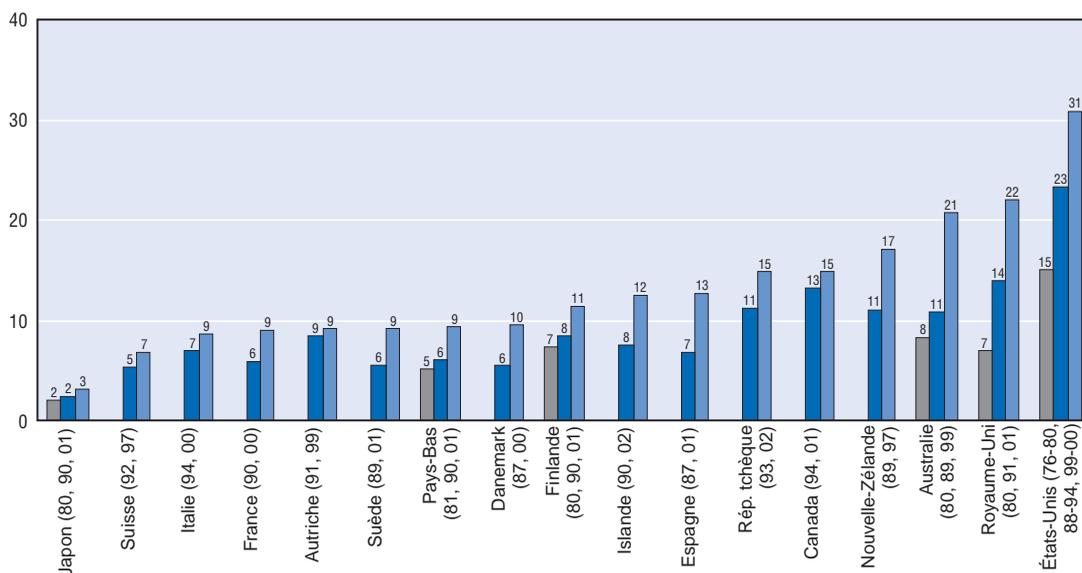


Graphique 4.10. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 ans et plus ayant un IMC > 30 (population obèse)
Dernière année disponible



1. Pour l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni, les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen, et non pas sur des enquêtes de santé avec entretien.

Graphique 4.11. Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte dans les pays de l'OCDE



Voir annotations du tableau 4.3.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

5. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET ÉCONOMIQUE

Population totale	78
Part de la population âgée de 65 ans et plus	80
Taux de fécondité.....	82
Produit intérieur brut (PIB).....	84

Population totale

La population totale des 30 pays de l'OCDE a augmenté au cours des 40 dernières années, passant de 750 millions de personnes en 1960 à plus d'1.1 milliard en 2001. Les États-Unis restent de loin le plus grand pays de l'OCDE en termes de population, avec près de 285 millions de personnes, devant le Japon, le Mexique et l'Allemagne. A l'autre extrémité de l'échelle, les pays les moins peuplés sont l'Islande et le Luxembourg, qui comptent chacun moins d'un demi-million de personnes (graphique 5.1 et tableau 5.1).

La population des pays de l'OCDE a surtout augmenté entre 1960 et 1970, années pendant lesquelles la population totale a augmenté en moyenne de 1.3 % par an, en raison de taux de fécondité élevés et d'une chute des taux de mortalité. La croissance s'est considérablement ralentie au cours des deux dernières décennies dans de nombreux pays de l'OCDE suite à une baisse des taux de fécondité (voir l'indicateur « Taux de fécondité »). Dans la deuxième moitié des années 90, la croissance moyenne annuelle de la population dans les pays de l'OCDE a été d'environ 0.7 % par an (graphique 5.4), ce qui représente presque la moitié du taux observé dans les années 60.

La croissance de la population au cours des dernières décennies a considérablement varié selon les pays (graphique 5.2). Le Mexique et la Turquie sont les pays de l'OCDE qui ont connu la plus forte progression de leur population depuis 1960, celle-ci ayant plus que doublé sur la période. La forte progression de la population dans ces deux pays a été due à des taux de fécondité très élevés associés à des taux de mortalité en régression rapide. Au fil des ans cependant, les taux de fécondité du Mexique et de la Turquie se sont progressivement rapprochés des moyennes de l'OCDE et la croissance de la population s'est également ralentie. La croissance de la population en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande a été également relativement forte au cours des quatre dernières décennies du fait en partie de l'accroissement naturel mais aussi de la migration nette à destination de ces pays.

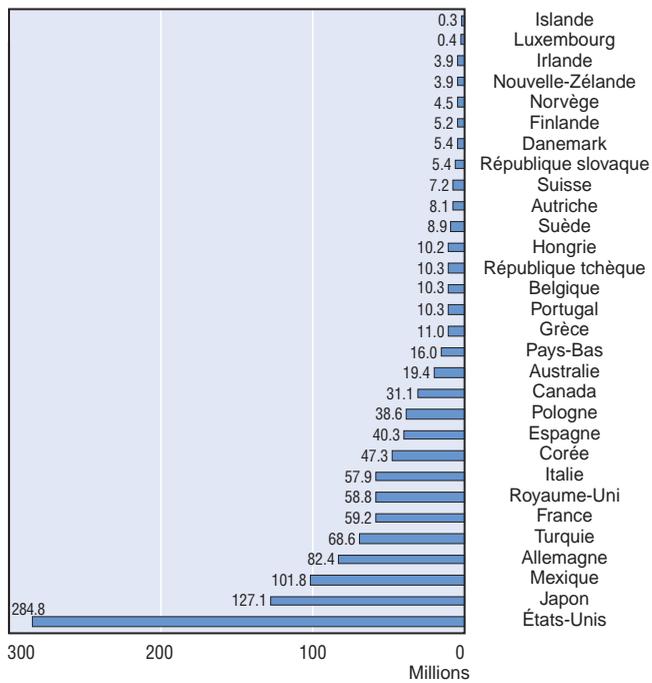
Au contraire, dans certains pays d'Europe centrale et orientale, la chute rapide des taux de fécondité associée à des taux de mortalité élevés ont entraîné une faible croissance de la population au cours des dernières décennies. En Hongrie, la population était en 2000 pratiquement à son niveau d'il y a 40 ans (graphique 5.3).

Définition et écarts

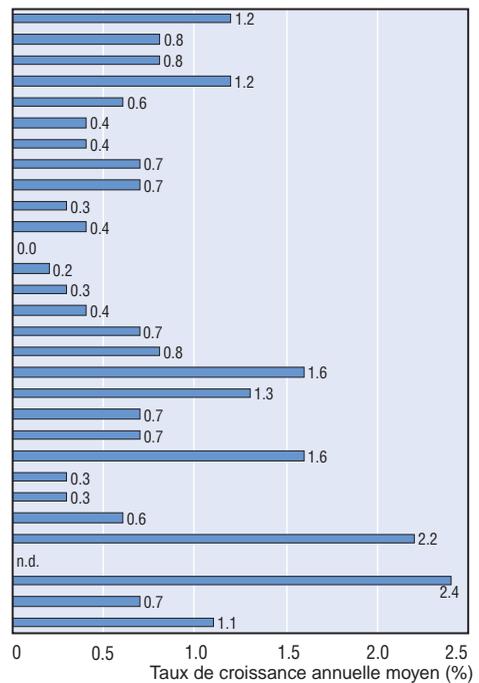
La population totale est définie comme l'ensemble des nationaux présents ou temporairement absents du pays et des étrangers établis en permanence dans le pays.

Les chiffres de la population allemande représentent les chiffres de l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.

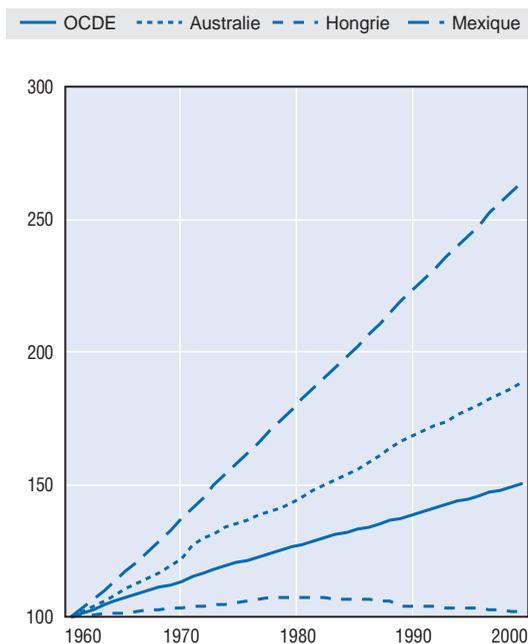
Graphique 5.1. Population totale en millions, 2001



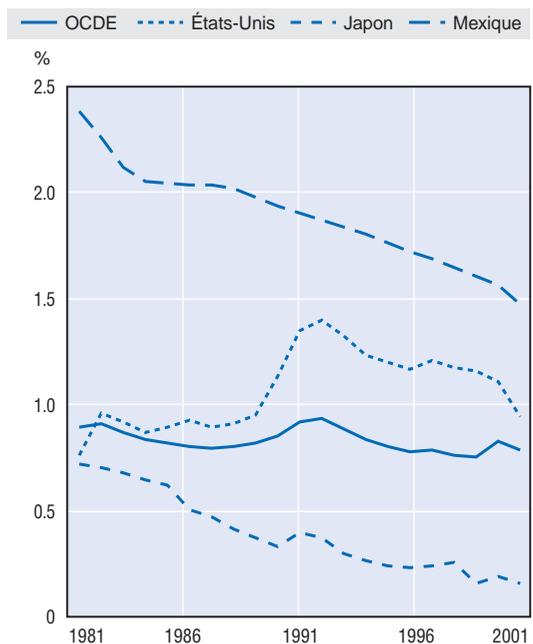
Graphique 5.2. Accroissement de la population, 1960 à 2001



Graphique 5.3. Tendances de la croissance de la population, 1960 à 2001 (1960 = 100)



Graphique 5.4. Taux de croissance annuelle de la population, 1981 à 2001



Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Part de la population âgée de 65 ans et plus

L'accroissement remarquable de l'espérance de vie combiné au déclin de la fécondité se traduisent par un vieillissement des populations dans tous les pays de l'OCDE. Cette tendance au vieillissement de la population a des implications importantes sur la demande présente et future de services de santé et de soins de longue durée.

En 1960, la population âgée de 65 ans et plus représentait en moyenne 8.7 % de la population dans les pays de l'OCDE. Quarante ans plus tard, cette proportion était passée à 13.7 %. De même, le pourcentage de la population âgée de 80 ans a plus que doublé entre 1960 et 2000, passant de 1.3 % à 3.1 % (graphiques 5.5 et 5.8 ; tableau 5.2).

C'est au Japon que la proportion de personnes âgées a le plus augmenté dans les 40 dernières années. En 1960, la proportion de Japonais âgés de 65 ans et plus n'était que de 5.7 %, ce qui était à l'époque l'un des chiffres les plus bas de la zone OCDE. En 2000, cette proportion avait triplé pour s'établir à 17.4 %, l'un des chiffres les plus élevés de toute la zone OCDE (à cette date, seule l'Italie avait une proportion plus importante de personnes de plus de 65 ans). L'augmentation de la proportion de personnes âgées au Japon est due à un accroissement rapide de l'espérance de vie et à une forte baisse de la fécondité. A la fin des années 90, pour la première fois dans l'histoire du Japon, la proportion de la population des plus de 65 ans était supérieure à la proportion des moins de 15 ans. Mais le cas du Japon

n'est pas unique. Un certain nombre de pays européens (Allemagne, Espagne, Italie et Grèce) ont également une proportion de personnes âgées de 65 ans et plus supérieure à la proportion des moins de 15 ans.

A l'autre extrémité de l'échelle, le Mexique a la plus faible proportion de personnes de plus de 65 ans (4.6 % en 2000). Au Mexique, ce pourcentage est demeuré relativement stable au cours des 40 dernières années (graphique 5.7) du fait principalement de taux de natalité élevés avant les années 90. La Corée et la Turquie sont les deux seuls autres pays de l'OCDE pour lesquels la proportion des personnes âgées est inférieure à 10 %.

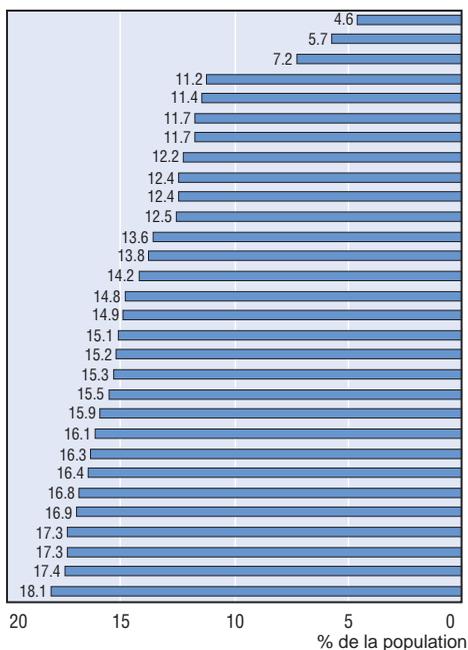
On peut s'attendre à ce qu'une proportion croissante des plus de 65 ans pèse sur le niveau des dépenses de santé. Toutefois, l'impact précis du vieillissement sur les coûts futurs est globalement incertain. En général, les personnes âgées ont tendance à consommer davantage de services de santé que les jeunes. On a noté cependant qu'une proportion élevée de ces dépenses de santé liées à l'âge se concentre sur la dernière année de la vie plutôt que sur l'ensemble des années de vie au-delà de 65 ans (Felder *et al.*, 2000 ; et Serup-Hansen *et al.*, 2002). Dans la mesure où l'espérance de vie des personnes âgées continue à augmenter au fil des ans, cela pourrait contribuer à retarder la pression exercée sur les dépenses de santé par le vieillissement de la population.

Définition et écarts

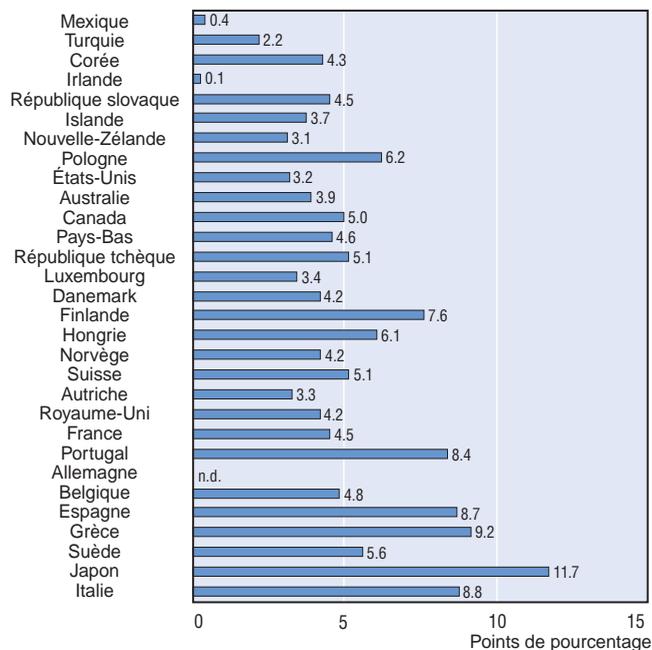
Population âgée de 65 ans et plus divisée par la population totale.

PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS

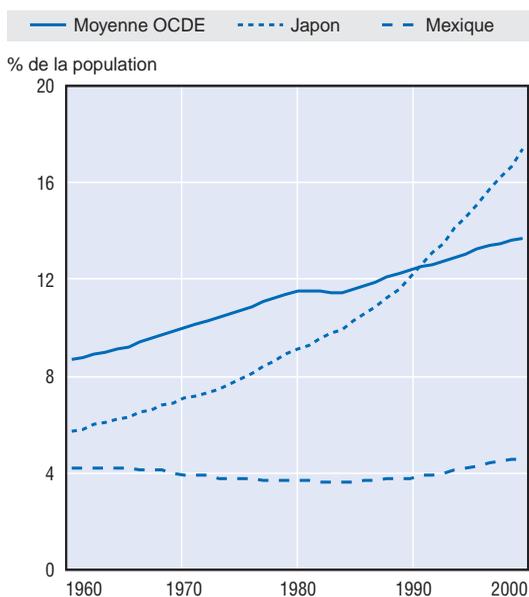
Graphique 5.5. Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 2000



Graphique 5.6. Variations en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2000

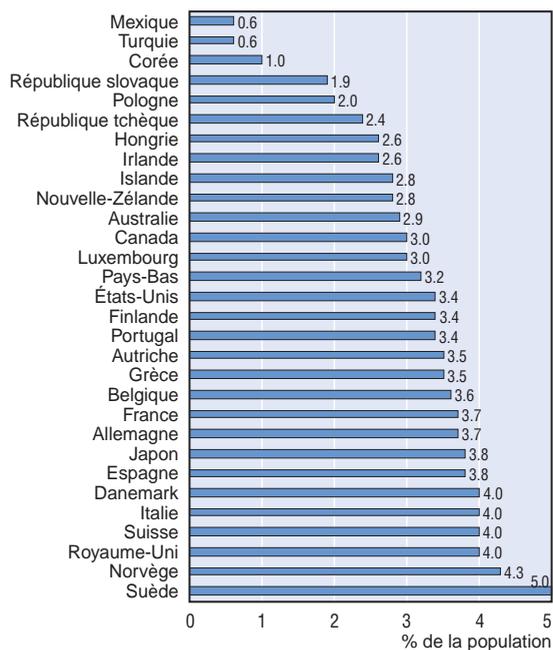


Graphique 5.7. Tendances du pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2000



Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 5.8. Pourcentage de la population âgée de 80 ans et plus, 2000



Taux de fécondité

L'évolution naturelle de la population d'un pays dépend de deux facteurs : la fécondité et la mortalité. Dans tous les pays de l'OCDE, on a assisté à une baisse générale des taux de fécondité qui sont tombés en dessous des « niveaux de remplacement », suscitant dans certains pays des inquiétudes concernant le vieillissement de la population et éventuellement une réduction de la population totale.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le taux de fécondité des femmes de 15 à 49 ans a baissé régulièrement depuis le baby-boom de l'après guerre dans les années 50 et le début des années 60, du fait en partie de l'adoption et de la diffusion de méthodes modernes de contraception dans les pays développés. Ce taux, qui était en moyenne de 3.2 enfants par femme en âge de procréer en 1960 a été divisé par deux et s'établissait à 1.6 enfant en 2000 (tableau 5.4). Les États-Unis, l'Islande, le Mexique et la Turquie sont les seuls pays qui continuent à avoir des taux de fécondité égaux ou supérieurs au « niveau de remplacement » de 2.1 (graphique 5.9), nécessaire au maintien du niveau de la population sans immigration. Si les taux de fécondité du Mexique et de la Turquie continuent à être les plus élevés de la zone OCDE, ils ont diminué rapidement par rapport à leurs niveaux d'il y a quelques décennies. En Corée et en Espagne également, les taux de fécondité ont baissé de façon spectaculaire au cours des 30 dernières années (graphiques 5.10 et 5.11).

En 2000, c'est dans les pays d'Europe du Sud (Espagne, Grèce, Italie) et dans les pays d'Europe

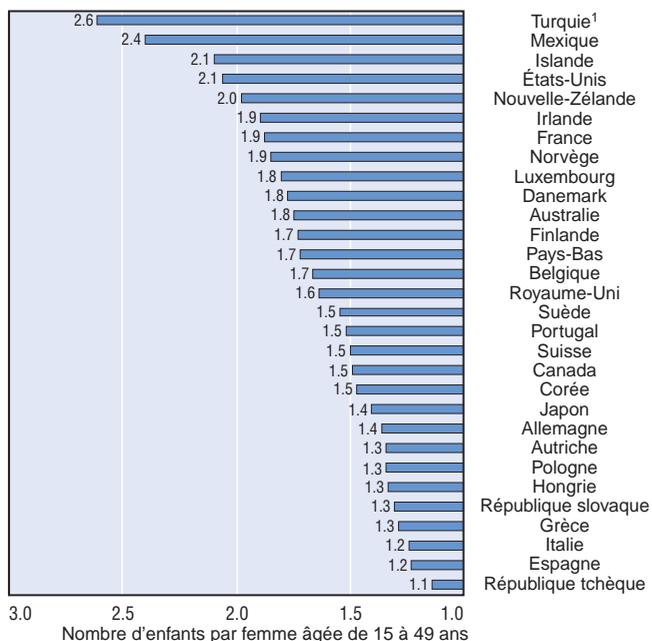
centrale et orientale (Hongrie, Pologne, République tchèque et République slovaque) mais aussi en Allemagne et en Autriche que les taux de fécondité ont été les plus faibles de l'OCDE, ne dépassant pas 1.4 enfant par femme en âge de procréer. La Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la République slovaque ont vu leur taux de fécondité baisser de 30 à 40 % entre 1990 et 2000 ; cette baisse a coïncidé avec les bouleversements économiques, sociaux et politiques qui ont affecté ces pays (UN/ECE, 2000).

Au-delà de la diffusion de méthodes contraceptives modernes, l'un des nombreux facteurs qui influent sur le taux de fécondité est la situation et les perspectives économiques auxquelles sont confrontés les ménages à un moment donné ; les taux de fécondité ont tendance à chuter en période de rigueur ou d'incertitude économique. La tendance aux maternités tardives est un autre facteur affectant le taux de fécondité. La décision d'avoir un enfant peut également être influencée dans une certaine mesure par les politiques en faveur de la famille, par exemple par le montant des allocations familiales, par une offre publique suffisante d'accueil des enfants et par les possibilités de travail à temps partiel (OCDE, 2003d ; Del Boca, 2002). Dans certains pays de l'OCDE, par exemple au Danemark, aux États-Unis et en Norvège dans les années 80 et, plus récemment en France vers la fin des années 90, la tendance à la baisse du taux de fécondité s'est inversée (graphique 5.12).

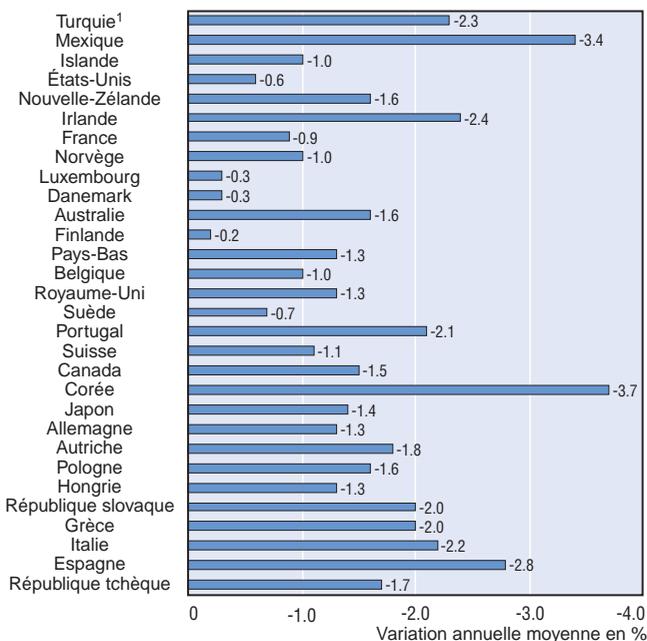
Définition et écarts

Le taux de fécondité est une estimation du nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) au moment présent ; il suppose que les taux de fécondité actuels en fonction de l'âge demeurent constants.

Graphique 5.9. Taux de fécondité, nombre d'enfants par femme âgée de 15 à 49 ans, 2000

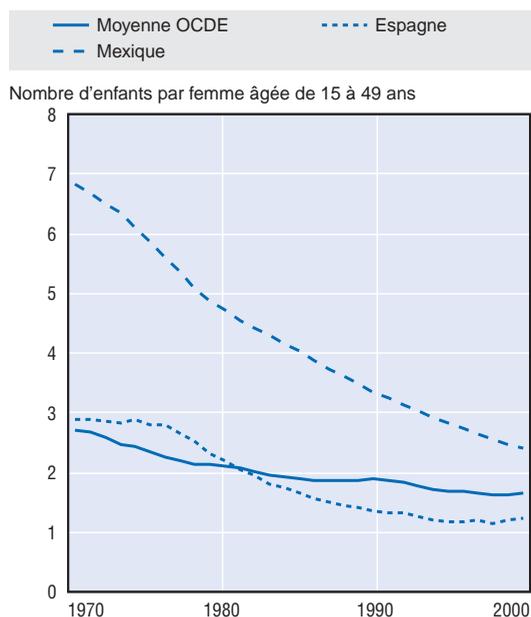


Graphique 5.10. Variation du taux annuel moyen de fécondité, 1970 à 2000



1. 1998.

Graphique 5.11. Réduction du taux de fécondité, 1970 à 2000



Graphique 5.12. Renversement de la tendance à la réduction du taux de fécondité, 1980 à 2000



Voir annotations du tableau 5.4.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Produit intérieur brut (PIB)

Le produit intérieur brut par habitant est l'un des principaux indicateurs du développement économique et des ressources disponibles dans un pays et pour ses habitants. Toutefois, s'agissant d'une moyenne, il ne mesure pas la répartition des revenus dans la population.

Les disparités de PIB par habitant entre pays de l'OCDE sont considérables. Au Mexique, en Pologne et en Turquie, le PIB par habitant était, en 2001, inférieur à 10 000 USD (ajusté selon la parité de pouvoir d'achat, PPA). Il était un peu plus élevé, entre 12 000 et 15 000 USD PPA, en Hongrie, en République tchèque et en République slovaque. La plupart des autres pays européens, mais aussi l'Australie, le Canada, le Japon et la Nouvelle-Zélande, ont un PIB par habitant qui s'établit entre 20 000 et 30 000 USD PPA. Les pays les plus riches de l'OCDE sont les États-Unis, le Luxembourg et la Norvège avec des PIB par habitant supérieurs à 35 000 USD PPA en 2001 (graphique 5.13 et tableau 5.5).

Depuis 1990, le PIB réel par habitant a augmenté dans tous les pays de l'OCDE mais les taux de croissance ont varié de manière considérable. L'Irlande a enregistré le taux le plus élevé de croissance du PIB par habitant depuis 1990, avec une moyenne de plus de 6 % par an en valeur réelle. Le PIB par habitant de la Corée a aussi progressé rapidement sur la période (de plus de 5 % par an en moyenne). En revanche, le PIB par habi-

tant de la République tchèque et de la Suisse a progressé en moyenne de moins de 1 % par an entre 1990 et 2001 (graphique 5.14).

Un PIB par habitant plus élevé tend à être associé à une espérance de vie plus grande, bien que cette association devienne moins prononcée lorsque les pays atteignent un certain niveau de revenu (graphique 5.15). Au-delà du PIB moyen par habitant, la répartition du revenu national pourrait également affecter la santé de la population d'un pays. Certains analystes ont suggéré une corrélation entre l'espérance de vie *dans les différents pays* et les inégalités de revenu *au sein des pays*, l'espérance de vie étant plus grande dans les pays où les inégalités de revenus sont moins prononcées (Wilkinson, 1996, 2000).

Une étude de l'OCDE sur la distribution des revenus dans 19 pays a établi qu'au milieu des années 90 c'est dans les pays nordiques que les inégalités de revenus étaient les plus faibles alors que c'est au Mexique et en Turquie, les deux pays dont le revenu par habitant est le plus faible, qu'elles étaient les plus fortes (Forster, 2000). En termes d'évolution dans le temps, cette étude a montré que les inégalités de revenus ont augmenté dans plusieurs pays entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90, mais qu'elles ont légèrement diminué au Danemark, en Irlande et en Suède (graphique 5.16).

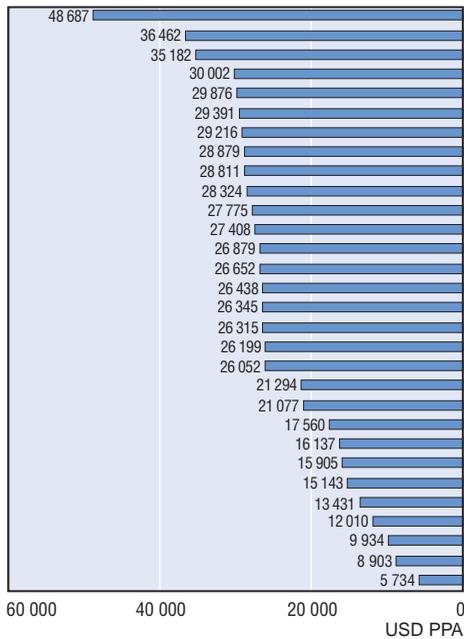
Définition et écarts

On peut mesurer le PIB selon trois approches différentes : 1) on peut additionner la valeur ajoutée créée par les producteurs résidents ; 2) on peut utiliser la somme des revenus du travail et du capital ou 3) on peut ajouter toutes les dépenses intérieures aux exportations de biens, et en déduire les importations. Les données présentées ici ont été établies sur la base de la troisième approche (OCDE, 2000b).

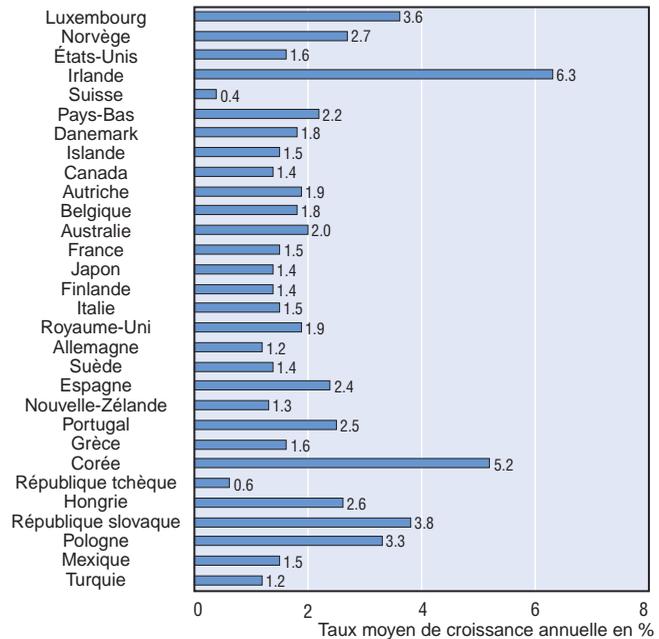
Il est préférable de comparer les PIB de différents pays d'après les parités de pouvoir d'achat (PPA) et non pas simplement d'après les taux de change du marché. Les parités de pouvoir d'achat reflètent la quantité de monnaie nationale qui permettra l'acquisition du même panier de biens et de services dans un pays donné que le dollar américain aux États-Unis. Du fait que le coût de la vie est souvent moindre dans les pays plus pauvres, le calcul du revenu par habitant en utilisant les PPA réduit généralement la différence entre les pays les plus riches et les pays les plus pauvres. Le PIB réel est défini comme le PIB nominal déflaté des prix du PIB (niveaux de 1995).

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 »). À l'autre extrême, si l'unité de 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 dans le dernier cas (« inégalité parfaite »). Une augmentation du coefficient de Gini représente donc un accroissement des inégalités.

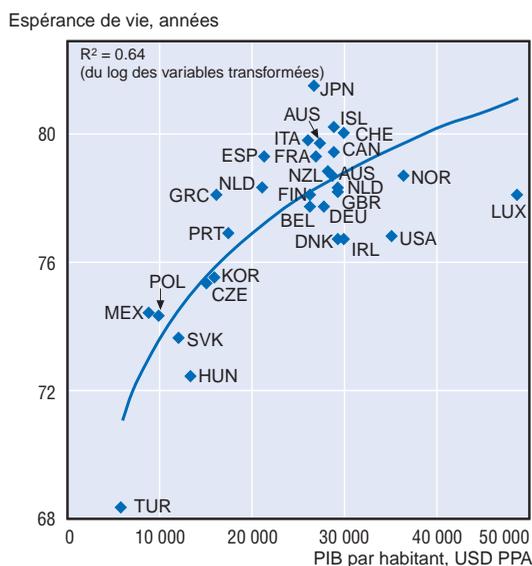
Graphique 5.13. **Produit intérieur brut par habitant, 2001**
USD PPA



Graphique 5.14. **Taux moyen de croissance annuelle du PIB par habitant, en terme réel, 1989 à 2001**

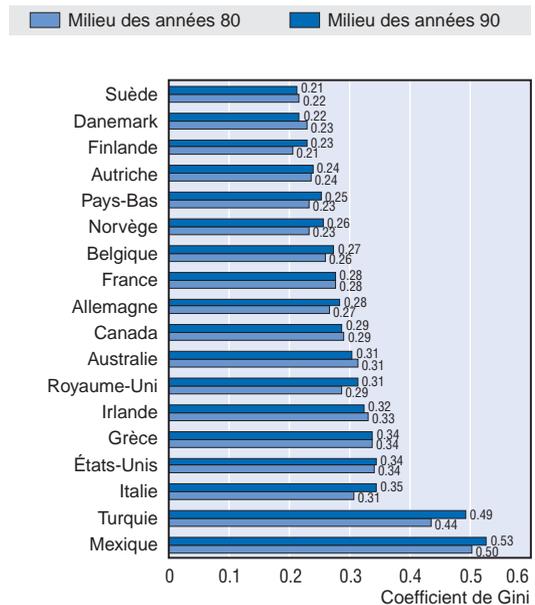


Graphique 5.15. **Produit intérieur brut par habitant et espérance de vie à la naissance, 2000**



Voir annotations du tableau 5.5.
Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Graphique 5.16. **Tendances de l'inégalité des revenus, milieu des années 80 au milieu des années 90**



Source : Forster (2000).

Annexe 1
TABLEAUX ANNEXES

1. État de santé

Espérance de vie à la naissance.....	88-90
Espérance de vie à 65 ans.....	91-92
Mortalité infantile.....	93
Mortalité prématurée.....	94-95
Cancers, femmes et hommes.....	96-97
Cancers, femmes.....	98-99
Cancers, hommes.....	100-101
Cardiopathies ischémiques, mortalité.....	102
SIDA, incidence et mortalité.....	103
Suicides.....	104
Autoperception de l'état de santé général.....	105
Santé du nourrisson : faible poids à la naissance.....	106

2. Ressources en santé et leur utilisation

Médecins en activité.....	107
Infirmiers en activité.....	108
Lits de soins aigus et lits de soins à long terme.....	109-110
Technologies de diagnostic : tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique (IRM).....	111
Consultations de médecins.....	112
Vaccination des enfants.....	113
Sorties d'hôpital.....	114-115
Durée moyenne de séjour à l'hôpital.....	116-117
Chirurgies, ambulatoires et avec hospitalisation.....	118
Chirurgies cardiovasculaires.....	119

3. Dépenses de santé et financement

Dépenses de santé par habitant.....	120
Dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut (PIB).....	121-122
Dépenses de santé par habitant : évolution.....	123-127
Sources de financement des soins de santé.....	128-129
Dépenses pharmaceutiques.....	130-131

4. Déterminants non médicaux de la santé

Consommation de tabac.....	132
Consommation d'alcool.....	133
Indice de masse corporelle (obésité).....	134

5. Données démographiques et économiques

Population totale.....	135
Part de la population âgée de 65 ans et plus.....	136-137
Taux de fécondité.....	138
Produit intérieur brut (PIB).....	139

Tableau 1.1. **Espérance de vie à la naissance, population totale, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	69.6	70.4	72.9	75.2	77.7 (1999)
Australie	70.9	70.8	74.6	77.0	79.3
Autriche	68.7	70.0	72.6	75.7	78.3
Belgique	70.6	71.0	73.4	76.1	77.7
Canada	71.4 (1961)	72.9 (1971)	75.3	77.6	79.4
Corée	52.4	62.6 (1971)	65.4 (1979)	71.0 (1989)	75.5 (1999)
Danemark	72.4	73.3	74.3	74.9	76.9
Espagne	69.8	72.0	75.6	76.8	79.1
États-Unis	69.9	70.9	73.7	75.3	76.8
Finlande	69.0	70.8	73.4	74.9	77.6
France	70.3	72.2	74.3	76.9	79.0
Grèce	69.9	72.0	74.5	77.1	78.1 (1999)
Hongrie	68.0	69.2	69.1	69.4	71.5
Irlande	70.0	71.2	72.9	74.9	76.7
Islande	72.9	74.3	76.7	78.0	79.7
Italie	69.8 (1961)	72.0 (1971)	74.0	76.9	79.4
Japon	67.8	72.0	76.1	78.9	81.2
Luxembourg	69.4	70.3	72.5	75.4	78.1
Mexique	57.5	60.9	67.2	71.2	74.1
Norvège	73.6	74.2	75.8	76.6	78.7
Nouvelle-Zélande	71.3	71.5	73.2	75.4	78.3
Pays-Bas	73.5	73.7	75.9	77.4	78.0
Pologne	67.8	70.0	70.2	71.5	73.8
Portugal	64.0	67.5	71.5	73.9	76.2
République slovaque	70.6	69.8	70.6	71.0	73.3
République tchèque	70.7	69.6	70.3	71.5	75.1
Royaume-Uni	70.8	71.9	73.2	75.7	77.8
Suède	73.1	74.7	75.8	77.6	79.7
Suisse	71.6	73.8	76.2	77.4	79.8
Turquie	48.3	54.2	58.1	66.5	68.1
Moyenne (30)	68.5	70.3	72.6	74.9	77.2
Médiane	70.0	71.1	73.4	75.6	77.9

Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

L'espérance de vie à la naissance pour la population totale est estimée par le Secrétariat de l'OCDE pour tous les pays, en prenant une moyenne non pondérée de l'espérance de vie pour les hommes et les femmes.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.2. **Espérance de vie à la naissance, femmes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	72.4	73.6	76.1	78.4	80.7 (1999)
Australie	73.9	74.2	78.1	80.1	82.0
Autriche	71.9	73.4	76.1	78.9	81.2
Belgique	73.5	74.2	76.8	79.4	80.8
Canada	74.3 (1961)	76.4 (1971)	78.9	80.8	82.0
Corée	53.7	66.1 (1971)	69.5 (1979)	75.1 (1989)	79.2 (1999)
Danemark	74.4	75.9	77.3	77.7	79.3
Espagne	72.2	74.8	78.6	80.3	82.7
États-Unis	73.1	74.7	77.4	78.8	79.5
Finlande	72.5	75.0	77.6	78.9	81.0
France	73.6	75.9	78.4	80.9	82.7
Grèce	72.4	73.8	76.8	79.5	80.6 (1999)
Hongrie	70.1	72.1	72.7	73.7	75.7
Irlande	71.9	73.5	75.6	77.6	79.2
Islande	75.0	77.3	79.7	80.5	81.4
Italie	72.3 (1961)	74.9 (1971)	77.4	80.1	82.4
Japon	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6
Luxembourg	72.2	73.4	75.9	78.5	81.3
Mexique	59.2	63.2	70.2	74.1	76.5
Norvège	75.8	77.3	79.2	79.8	81.4
Nouvelle-Zélande	73.9	74.6	76.3	78.3	80.8
Pays-Bas	75.4	76.5	79.2	80.9	80.5
Pologne	70.6	73.3	74.4	76.3	77.9
Portugal	66.8	70.8	75.2	77.4	79.7
République slovaque	72.7	72.9	74.3	75.4	77.4
République tchèque	73.4	73.0	73.9	75.4	78.4
Royaume-Uni	73.7	75.0	76.2	78.5	80.2
Suède	74.9	77.1	78.8	80.4	82.0
Suisse	74.5	76.9	79.6	80.7	82.6
Turquie	50.3	56.3	60.3	68.7	70.4
Moyenne (30)	71.0	73.4	76.0	78.2	80.1
Médiane	72.6	74.4	76.8	78.9	80.8

Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.3. **Espérance de vie à la naissance, hommes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	66.9	67.2	69.6	72.0	74.7 (1999)
Australie	67.9	67.4	71.0	73.9	76.6
Autriche	65.4	66.5	69.0	72.4	75.4
Belgique	67.7	67.8	70.0	72.7	74.6
Canada	68.4 (1961)	69.3 (1971)	71.7	74.4	76.7
Corée	51.1	59.0 (1971)	61.3 (1979)	66.8 (1989)	71.7 (1999)
Danemark	70.4	70.7	71.2	72.0	74.5
Espagne	67.4	69.2	72.5	73.3	75.5
États-Unis	66.6	67.1	70.0	71.8	74.1
Finlande	65.5	66.5	69.2	70.9	74.2
France	67.0	68.4	70.2	72.8	75.2
Grèce	67.3	70.1	72.2	74.6	75.5 (1999)
Hongrie	65.9	66.3	65.5	65.1	67.2
Irlande	68.1	68.8	70.1	72.1	74.2
Islande	70.7	71.2	73.7	75.4	78.0
Italie	67.2 (1961)	69.0 (1971)	70.6	73.6	76.3
Japon	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7
Luxembourg	66.5	67.1	69.1	72.3	74.9
Mexique	55.8	58.5	64.1	68.3	71.6
Norvège	71.3	71.0	72.3	73.4	76.0
Nouvelle-Zélande	68.7	68.3	70.0	72.4	75.7
Pays-Bas	71.5	70.8	72.5	73.8	75.5
Pologne	64.9	66.6	66.0	66.7	69.7
Portugal	61.2	64.2	67.7	70.4	72.7
République slovaque	68.4	66.7	66.8	66.6	69.2
République tchèque	67.9	66.1	66.8	67.6	71.7
Royaume-Uni	67.9	68.7	70.2	72.9	75.4
Suède	71.2	72.2	72.8	74.8	77.4
Suisse	68.7	70.7	72.8	74.0	76.9
Turquie	46.3	52.0	55.8	64.2	65.8
Moyenne (30)	66.0	67.2	69.3	71.6	74.2
Médiane	67.4	68.1	70.1	72.4	75.1

Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.4. **Espérance de vie à 65 ans, femmes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	14.6	15.0	16.7	17.6	19.2 (1999)
Australie	15.6	15.6	17.9	19.0	20.4
Autriche	14.7	14.9	16.3	18.0	19.6
Belgique	14.8	15.3	16.9	18.5	19.5
Canada	16.1 (1961)	17.5 (1971)	18.9	19.9	20.5
Corée	..	14.6 (1971)	15.1 (1979)	16.2 (1989)	18.0 (1999)
Danemark	15.3	16.7	17.6	17.8	18.3
Espagne	15.3	16.0	17.9	19.0	20.1 (1999)
États-Unis	15.8 (1961)	17.0	18.3	18.9	19.2
Finlande	13.7	14.4 (1971)	16.5	17.7	19.3
France	15.6	16.8	18.2	19.8	20.9 (1999)
Grèce	14.6	15.2	16.8	18.0	18.7 (1999)
Hongrie	13.8	14.3	14.6	15.3	16.3
Irlande	14.4	15.0	15.7	16.9	17.7
Islande	..	..	19.1	19.5	19.6
Italie	15.3 (1961)	16.2 (1971)	17.1	18.8	..
Japon	14.1	15.3	17.7	20.0	22.4
Luxembourg	14.5	14.9	16.0	18.2	19.8
Mexique	14.6	15.6	17.0	18.0	18.3
Norvège	16.0	16.7	18.0	18.5	19.7
Nouvelle-Zélande	15.6	16.0	17.0	18.3	19.8
Pays-Bas	15.3	16.1	18.0	18.9	19.2
Pologne	14.9	15.3	15.5	16.9	17.3
Portugal	15.3	15.0	16.5	17.0	18.3
République slovaque	14.6	14.5	15.4	15.7	16.5
République tchèque	14.5	14.2	14.3	15.2	17.1
Royaume-Uni	15.1	16.0	16.6	17.9	18.9
Suède	..	16.8	17.9	19.0	20.0
Suisse	..	..	18.3 (1982)	19.4	20.7
Turquie	12.1	12.6	12.8	13.9	14.2
Moyenne (27)^{a)}	n.d.	15.5	16.7	17.8	18.9
Médiane	14.9	15.3	17.0	18.1	19.2

Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

a) La moyenne exclut : Islande, Italie et Suisse.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.5. **Espérance de vie à 65 ans, hommes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	12.4	12.0	13.0	14.0	15.5 (1999)
Australie	12.5	11.9	13.7	15.2	16.9
Autriche	12.0	11.7	12.9	14.4	16.2
Belgique	12.4	12.1	13.0	14.3	15.5
Canada	13.6 (1961)	13.8 (1971)	14.5	15.7	16.9
Corée	..	10.2 (1971)	10.4 (1979)	12.2 (1989)	14.1 (1999)
Danemark	13.7	13.7	13.6	14.0	15.2
Espagne	13.1	13.3	14.8	15.4	16.1 (1999)
États-Unis	12.8	13.1	14.1	15.1	16.3
Finlande	11.5	11.4 (1971)	12.5	13.7	15.5
France	12.5	13.0	13.6	15.5	16.5 (1999)
Grèce	13.4	13.9	14.6	15.7	16.3 (1999)
Hongrie	12.3	12.0	11.6	12.0	12.6
Irlande	12.6	12.4	12.6	13.3	14.6
Islande	..	..	15.8	16.2	18.1
Italie	13.4 (1961)	13.3 (1971)	13.3	15.1	..
Japon	11.6	12.5	14.6	16.2	17.5
Luxembourg	12.5	12.1	12.3	14.2	15.6
Mexique	14.2	14.8	15.4	16.2	16.8
Norvège	14.5	13.8	14.3	14.6	16.0
Nouvelle-Zélande	13.0	12.4	13.2	14.7	16.4
Pays-Bas	13.9	13.3	13.7	14.4	15.3
Pologne	12.7	12.5	12.0	12.7	13.6
Portugal	13.0	12.2	12.9	13.9	14.7
République slovaque	13.2	12.3	12.3	12.2	12.9
République tchèque	12.5	11.1	11.2	11.6	13.7
Royaume-Uni	11.9	12.0	12.6	14.0	15.6
Suède	..	14.2	14.3	15.3	16.7
Suisse	..	..	14.6 (1982)	15.3	16.9
Turquie	11.2	11.5	11.7	12.4	12.6
Moyenne (27)^{a)}	n.d.	12.6	13.2	14.2	15.4
Médiane	12.7	12.4	13.3	14.4	15.6

Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année.

a) La moyenne exclut : Islande, Italie et Suisse.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.6. Taux de mortalité infantile, décès pour 1 000 naissances vivantes, 1960 à 2000

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	35.0	22.5	12.4	7.0	4.4
Australie	20.2	17.9	10.7	8.2	5.2
Autriche	37.5	25.9	14.3	7.8	4.8
Belgique	31.2	21.1	12.1	8.0	4.8
Canada	27.3	18.8	10.4	6.8	5.3
Corée	..	45.0	17.0 (1981)	12.0 (1989)	6.2 (1999)
Danemark	21.5	14.2	8.4	7.5	5.3
Espagne	43.7	28.1	12.3	7.6	3.9
États-Unis	26.0	20.0	12.6	9.2	6.9
Finlande	21.0	13.2	7.6	5.6	3.8
France	27.5	18.2	10.0	7.3	4.6
Grèce	40.1	29.6	17.9	9.7	6.1
Hongrie	47.6	35.9	23.2	14.8	9.2
Irlande	29.3	19.5	11.1	8.2	6.2
Islande	13.0	13.2	7.7	5.9	3.0
Italie	43.9	29.6	14.6	8.2	4.5
Japon	30.7	13.1	7.5	4.6	3.2
Luxembourg	31.5	24.9	11.5	7.3	5.1
Mexique	..	79.3	50.9	36.1	23.3
Norvège	18.9	12.7	8.1	7.0	3.8
Nouvelle-Zélande	22.6	16.7	13.0	8.4	5.8 (1999)
Pays-Bas	17.9	12.7	8.6	7.1	5.1
Pologne	56.1	36.4	25.4	19.4	8.1
Portugal	77.5	55.5	24.3	11.0	5.5
République slovaque	28.6	25.7	20.9	12.0	8.6
République tchèque	20.0	20.2	16.9	10.8	4.1
Royaume-Uni	22.5	18.5	12.1	7.9	5.6
Suède	16.6	11.0	6.9	6.0	3.4
Suisse	21.1	15.1	9.1	6.8	4.9
Turquie	189.5	145.0	117.5	57.6	39.7
Moyenne (28)^{a)}	36.4	26.3	16.7	10.3	6.5
Médiane	28.1	20.1	12.2	8.0	5.2

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

a) La moyenne exclut : Corée et Mexique.

Source : Eco-Santé OCDE 2003 [pour 22 pays européens, la base de données Eurostat NewCronos est la principale source de données à partir de 1985].

Tableau 1.7. **Années potentielles de vie perdues à 70 ans, toutes causes confondues, femmes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	8 241	6 673	4 702	3 420	2 672 (1999)
Australie	6 723	6 311	4 242	3 294	2 660 (1999)
Autriche	8 753	6 803	4 951	3 456	2 640
Belgique	7 421	6 176	4 806	3 573	..
Canada	6 792	5 646	4 385	3 317	2 768 (1998)
Corée	..	..	..	3 980	2 941
Danemark	6 159	5 169	4 523	3 989	3 185 (1998)
Espagne	8 248	6 350 (1969)	3 937	3 031	2 389 (1999)
États-Unis	7 410	6 679	5 124	4 183	3 836 (1999)
Finlande	6 824	5 177	3 363	3 233	2 551
France	6 756	5 358	4 205	3 091	2 588 (1999)
Grèce	8 697	6 189	4 411	3 217	2 620 (1999)
Hongrie	10 241	8 019	6 913	6 269	4 862
Irlande	7 772	6 321	4 551	3 732	3 000 (1999)
Islande	5 062	4 029	2 948	2 938	..
Italie	9 724	6 867	4 328	3 021	2 337 (1999)
Japon	10 109	5 555	3 387	2 492	2 149 (1999)
Luxembourg	9 490	7 389	5 269	3 814	2 746
Mexique	..	17 634	9 607 (1981)	7 237	..
Norvège	5 220	4 110	3 289	2 980	2 570 (1999)
Nouvelle-Zélande	6 949	6 275	5 519	4 067	3 194 (1998)
Pays-Bas	5 238	4 680	3 579	3 163	2 888 (1999)
Pologne	10 855	7 682	5 995	5 232	3 600
Portugal	14 743	11 811	5 905	4 436	3 141
République slovaque	..	..	..	4 346 (1992)	3 589
République tchèque	..	..	..	4 273	3 019
Royaume-Uni	6 263	5 756	4 665	3 559	2 947 (1999)
Suède	5 364	4 345	3 429	2 855	2 207 (1999)
Suisse	5 727	4 910	3 704	3 016	2 407 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..
Moyenne (23)^{a)}	7 926	6 264	4 538	3 603	2 868
Médiane	7 410	6 232	4 467	3 456	2 757

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Corée, Islande, Mexique, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.8. **Années potentielles de vie perdues à 70 ans, toutes causes confondues, hommes, 1960 à 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	12 814	11 385	8 600	6 660	5 119 (1999)
Australie	10 740	10 869	7 939	6 016	4 866 (1999)
Autriche	14 308	12 301	9 771	6 836	5 140
Belgique	12 265	10 566	8 592	6 504	..
Canada	11 066	9 830	8 130	6 122	4 698 (1998)
Corée	..	..	..	8 706	6 390
Danemark	8 880	8 207	7 380	6 537	5 113 (1998)
Espagne	11 681	10 044 (1969)	7 270	6 699	5 314 (1999)
États-Unis	12 388	11 937	9 513	8 062	6 648 (1999)
Finlande	13 031	11 697	8 465	7 594	5 603
France	11 268	9 929	8 716	7 012	5 610 (1999)
Grèce	10 993	9 257	7 240	5 729	5 397 (1999)
Hongrie	14 323	12 881	12 772	13 301	10 685
Irlande	10 307	9 209	7 630	6 154	5 430 (1999)
Islande	8 464	9 318	7 133	5 594	..
Italie	13 695	10 816	7 946	6 029	4 501 (1999)
Japon	13 924	9 012	5 917	4 605	4 093 (1999)
Luxembourg	16 386	12 534	7 830	7 009	5 210
Mexique	..	22 909	16 342 (1981)	12 059	..
Norvège	8 643	8 086	6 799	5 770	4 620 (1999)
Nouvelle-Zélande	10 438	10 395	8 496	7 077	5 495 (1998)
Pays-Bas	7 998	7 938	6 298	5 231	4 311 (1999)
Pologne	16 107	13 026	12 715	11 973	8 565
Portugal	19 914	17 404	11 450	9 143	7 072
République slovaque	..	..	..	10 502 (1992)	8 741
République tchèque	..	..	..	9 521	6 581
Royaume-Uni	9 912	9 208	7 500	5 931	4 815 (1999)
Suède	7 983	7 178	6 258	4 913	3 748 (1999)
Suisse	9 847	8 966	7 074	5 991	4 365 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..
Moyenne (23)^{a)}	12 028	10 526	8 335	6 974	5 496
Médiane	11 268	10 220	7 943	6 660	5 262

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Corée, Islande, Mexique, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.9. Taux de mortalité par cancer, taux pour 100 000 habitants normalisés par rapport à l'âge, femmes et hommes, 1980 à 2000

	1980		1990		2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Allemagne	162.2	266.9	150.8	256.7	139.0 (1999)	232.7 (1999)
Australie	135.4	238.1	138.9	234.8	127.2 (1999)	211.3 (1999)
Autriche	162.9	274.0	151.3	256.0	132.6	215.3
Belgique	158.5	310.0	144.9	294.4	..	..
Canada	146.5	238.5	152.6	247.0	147.2 (1998)	223.0 (1998)
Corée	..	..	88.7	212.9	103.4	265.5
Danemark	187.2	267.0	187.7	268.1	185.7 (1998)	251.5 (1998)
Espagne	112.6	211.2	111.1	240.8	104.9 (1999)	243.8 (1999)
États-Unis	144.4	234.2	152.6	240.6	146.4 (1999)	214.6 (1999)
Finlande	132.8	264.2	129.5	228.2	118.3	191.6
France	128.4	281.1	120.9	280.2	117.9 (1999)	259.4 (1999)
Grèce	109.8	195.5	106.6	206.6	108.4 (1999)	209.6 (1999)
Hongrie	176.9	299.1	182.7	346.5	171.4	340.4
Irlande	168.8	237.7	170.6	257.8	161.4 (1999)	241.2 (1999)
Islande	140.3	191.8	162.9	216.8	..	..
Italie	135.2	256.0	136.7	272.9	120.9 (1999)	240.6 (1999)
Japon	117.3	211.3	107.5	218.2	105.1 (1999)	224.0 (1999)
Luxembourg	182.0	289.2	157.8	284.6	132.0	250.8
Mexique	99.5 (1981)	99.5 (1981)	106.8	123.0	..	..
Norvège	137.4	207.5	140.9	215.1	136.5 (1999)	215.9 (1999)
Nouvelle-Zélande	165.8	247.9	173.3	247.3	164.3 (1998)	225.2 (1998)
Pays-Bas	149.9	296.9	151.6	285.9	151.1 (1999)	260.8 (1999)
Pologne	139.8	244.7	144.0	277.2	148.0	284.2
Portugal	119.3	199.5	119.4	208.4	112.9	228.5
République slovaque	..	..	135.5 (1992)	281.9 (1992)	147.6	307.9
République tchèque	..	..	178.4	338.7	166.9	308.8
Royaume-Uni	168.7	273.0	173.9	266.4	155.9 (1999)	227.8 (1999)
Suède	150.1	212.7	135.8	192.0	129.3 (1999)	184.2 (1999)
Suisse	142.0	250.7	137.9	252.6	113.5 (1999)	205.1 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..	..
Moyenne (23)^{a)}	146.8	247.7	145.0	251.5	136.1	234.0
Médiane	143.2	246.3	144.0	252.6	134.6	230.6

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Corée, Islande, Mexique, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003 [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.10. **Incidence du cancer, taux pour 100 000 habitants normalisés par rapport à l'âge, femmes et hommes, 1980 à 2000**

	1980		1990		2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Australie	217.8 (1982)	288.7 (1982)	243.0	319.0	263.0 (1999)	335.7 (1999)
Allemagne	..	..	207.2	272.9	214.8 (1998)	269.8 (1998)
Autriche	..	..	220.7	292.5	203.4 (1999)	272.8 (1999)
Belgique	..	..	174.1 (1992)	220.6 (1992)	..	..
Canada	..	..	..	..	302.4 (1999)	374.1 (1999)
Corée	..	..	..	..	161.3 (1999)	296.8 (1999)
Danemark	274.8	312.6	314.8	334.2	342.6 (1999)	350.3 (1999)
Espagne	..	..	..	..	..	..
États-Unis	255.2	317.0	288.7	372.3	288.2	368.1
Finlande	188.6	270.1	211.5	254.1	228.9	264.9
France	..	..	..	..	220.3	342.6
Grèce	..	..	..	..	..	..
Hongrie	..	..	..	..	357.3	497.7
Irlande	..	..	..	..	306.9 (1999)	377.2 (1999)
Islande	233.5	252.6	262.9	292.7	314.0	298.9
Italie	283.0	349.0	326.0	432.0	350.0	489.0
Japon	146.1	216.9	157.9	259.6	..	..
Luxembourg	297.9 (1982)	335.3 (1982)	338.7	395.6	380.1	440.1
Mexique	..	..	..	..	119.5	71.0
Norvège	216.0	244.5	233.5	279.6	267.1	317.0
Nouvelle-Zélande	242.4	277.8	270.6	286.2	286.3 (1999)	354.1 (1999)
Pays-Bas	314.4	326.3	357.1	405.7	400.7 (1998)	439.8 (1998)
Pologne	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	..	..
République slovaque	244.8	319.2	301.1	381.7	365.4 (1999)	421.9 (1999)
République tchèque	207.1	298.9	242.2	354.4	291.8	402.2
Royaume-Uni	200.3	248.8	229.8	263.0	244.1 (1999)	265.5 (1999)
Suède	231.6	249.5	257.6	258.3	259.5	283.9
Suisse	..	..	..	..	..	..
Turquie	..	..	..	..	..	..
Moyenne (14)^{a)}	243.4	292.2	277.0	330.6	305.8	359.4
Médiane	233.5	288.7	250.3	292.6	287.3	346.5

Note : Toutes les données sont des taux normalisés en fonction de l'âge sur la base de la population mondiale de 1960 (OMS, 1960).

a) La moyenne inclut : Australie, Danemark, États-Unis, Finlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni et Suède

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 1.11. Certains types de cancers chez les femmes, taux de mortalité pour 100 000 femmes normalisés par rapport à l'âge, 1990 et 2000

	Poumon		Côlon		Sein		Col de l'utérus	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	10.7	14.0 (1999)	22.7	19.6 (1999)	28.3	25.9 (1999)	4.4	3.2 (1999)
Australie	17.3	18.8 (1999)	20.2	16.9 (1999)	26.3	21.9 (1999)	3.7	2.0 (1999)
Autriche	12.1	15.5	21.5	16.8	29.4	25.2	3.6	2.3
Belgique	11.0	..	18.4	..	33.3	..	2.7	..
Canada	28.2	34.5 (1998)	17.4	15.0 (1998)	31.1	25.6 (1998)	2.9	2.1 (1998)
Corée	8.7	15.3	5.0	10.0	3.2	4.9	2.0	3.4
Danemark	31.6	36.9 (1998)	25.3	23.0 (1998)	34.9	34.2 (1998)	6.4	4.7 (1998)
Espagne	4.9	5.9 (1999)	13.5	14.5 (1999)	21.8	19.3 (1999)	2.2	1.9 (1999)
États-Unis	34.1	36.8 (1999)	16.8	14.7 (1999)	29.1	23.3 (1999)	3.2	2.5 (1999)
Finlande	9.7	11.1	12.9	12.5	22.0	20.8	2.0	2.0
France	6.9	9.9 (1999)	15.4	14.4 (1999)	25.4	25.7 (1999)	2.1	1.9 (1999)
Grèce	10.2	9.7 (1999)	8.5	11.8 (1999)	19.1	19.4 (1999)	1.7	1.7 (1999)
Hongrie	20.8	26.9	27.4	25.8	29.2	28.3	8.7	6.4
Irlande	26.0	25.0 (1999)	20.0	18.0 (1999)	32.9	31.5 (1999)	3.7	3.9 (1999)
Islande	29.3	..	19.5	..	35.5	..	2.3	..
Italie	10.3	11.2 (1999)	15.0	13.8 (1999)	26.5	22.9 (1999)	1.2	0.9 (1999)
Japon	11.8	12.7 (1999)	13.9	14.2 (1999)	7.4	9.5 (1999)	2.4	2.4 (1999)
Luxembourg	11.3	14.5	17.6	15.1	36.0	27.2	4.7	1.7
Mexique	8.6	..	4.6	..	10.3	..	20.0	..
Norvège	14.0	18.4 (1999)	21.4	20.6 (1999)	24.9	21.5 (1999)	4.5	3.8 (1999)
Nouvelle-Zélande	24.4	25.3 (1998)	27.2	24.1 (1998)	35.4	28.8 (1998)	5.8	3.6 (1998)
Pays-Bas	13.3	20.9 (1999)	19.7	18.0 (1999)	34.7	33.3 (1999)	3.1	2.4 (1999)
Pologne	13.2	16.5	14.7	16.5	20.3	19.4	9.3	8.2
Portugal	6.2	7.0	15.6	15.6	22.2	20.6	2.9	3.3
Rép. slovaque	10.2 (1992)	11.0	19.7 (1992)	21.0	20.5 (1992)	24.3	6.0 (1992)	6.8
Rép. tchèque	12.5	16.9	26.5	24.0	28.2	25.6	6.3	5.2
Royaume-Uni	29.0	29.1 (1999)	20.2	15.7 (1999)	36.4	28.9 (1999)	5.2	3.0 (1999)
Suède	12.9	17.1 (1999)	16.8	14.1 (1999)	22.9	20.3 (1999)	3.1	2.5 (1999)
Suisse	10.3	13.8 (1999)	16.2	11.5 (1999)	32.7	22.5 (1999)	3.0	1.6 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyenne (26)^{a)}	15.4	18.3	18.1	16.8	26.2	23.5	4.0	3.2
Médiane	12.1	16.0	17.6	15.7	28.2	23.8	3.2	2.5

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Islande, Mexique et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.12. Certains types de cancers chez les femmes, incidence pour 100 000 femmes, taux normalisés par rapport à l'âge, 1990 et 2000

	Poumon		Côlon		Sein		Col de l'utérus	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	8.3	10.7 (1998)	29.5	29.3 (1998)	61.3	63.0 (1998)	11.7	12.7 (1998)
Australie	15.8	16.3 (1999)	32.1	33.4 (1999)	67.3	80.6 (1999)	10.2	6.3 (1999)
Autriche	11.1	13.1 (1999)	27.7	23.8 (1999)	56.3	62.6 (1999)	12.9	7.8 (1999)
Belgique	7.4 (1992)	..	18.7 (1992)	..	63.7 (1992)	..	..	..
Canada	..	35.9 (1999)	..	31.5 (1999)	..	98.3 (1999)	..	7.6 (1999)
Corée	..	12.8 (1999)	..	16.2 (1999)	..	22.2 (1999)	..	19.5 (1999)
Danemark	25.8	32.1 (1999)	20.8	21.1 (1999)	72.4	86.0 (1999)	..	11.5 (1999)
Espagne	..	..	..	..	..	..	..	..
États-Unis	33.5	33.1	31.2	28.6	93.6	97.7	8.4	6.0
Finlande	8.2	8.5	18.6	18.2	65.1	83.4	3.4	4.7
France	..	7.4	..	26.8	..	83.2	..	10.1
Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..
Hongrie	..	33.5	..	36.1	..	77.3	..	19.2
Irlande	..	19.6 (1999)	..	25.3 (1999)	..	73.4 (1999)	..	6.9 (1999)
Islande	26.4	31.3	26.2	27.9	76.8	102.6	9.8	6.8
Italie	8.1	8.8	26.9	35.0	71.9	51.6	..	..
Japon	9.6	..	14.9	..	26.5	..	8.3	..
Luxembourg	8.7	13.0	47.4	55.9	98.4	139.1	15.8	13.9
Mexique	..	..	..	..	..	..	..	..
Norvège	13.3	20.6	28.3	33.8	53.1	72.2	13.9	9.2
Nouvelle-Zélande	20.3	20.3 (1999)	38.7	40.0 (1999)	79.7	87.6 (1999)	12.7	9.2 (1999)
Pays-Bas	17.8	27.5 (1998)	49.9	53.7 (1998)	113.6	129.9 (1998)	10.0	9.2 (1998)
Pologne	..	..	..	..	34.0	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	56.7 (1992)	..	..	..
Rép. slovaque	..	..	..	..	..	..	..	..
Rép. tchèque	9.4	14.3	25.6	29.4	43.3	55.1	15.9	14.6
Royaume-Uni	23.6	22.6 (1999)	24.0	24.5 (1999)	72.1	85.0 (1999)	12.4	7.5 (1999)
Suède	11.0	14.9	24.8	24.0	78.1	83.7	8.1	7.0
Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..
Turquie	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyenne (13)^a	16.0	18.9	31.1	32.5	73.7	87.9	11.2	8.8
Médiane	11.1	16.3	26.9	28.6	67.3	83.2	11.0	9.2

Note : Toutes les données sont des taux normalisés en fonction de l'âge sur la base de la population mondiale de 1960 (OMS, 1960).

a) La moyenne inclut : Allemagne, Australie, Autriche, États-Unis, Finlande, Islande, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et République tchèque.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 1.13. Certains types de cancers chez les hommes, taux de mortalité pour 100 000 hommes normalisés par rapport à l'âge, 1990 et 2000

	Poumon		Côlon		Prostate	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	68.0	59.4 (1999)	31.6	29.1(1999)	27.5	25.4 (1999)
Australie	59.9	49.6 (1999)	29.8	26.4(1999)	30.9	27.0 (1999)
Autriche	64.0	51.3	34.3	28.3	29.9	28.1
Belgique	104.5	..	29.6	..	31.3	..
Canada	81.2	69.3 (1998)	25.7	23.2(1998)	28.9	25.8 (1998)
Corée	35.8	66.8	7.4	17.1	1.7	5.8
Danemark	75.3	63.7 (1998)	35.1	33.5(1998)	31.9	32.5 (1998)
Espagne	63.8	66.8 (1999)	21.7	26.5(1999)	22.9	23.2 (1999)
États-Unis	81.9	68.6 (1999)	25.4	21.0(1999)	29.5	22.9 (1999)
Finlande	71.0	50.8	18.5	17.2	31.4	29.1
France	63.2	63.2 (1999)	26.0	25.8(1999)	29.6	27.1 (1999)
Grèce	69.2	68.7 (1999)	10.7	15.3(1999)	14.2	17.1 (1999)
Hongrie	104.0	105.1	43.6	45.7	27.3	24.3
Irlande	68.9	55.1 (1999)	31.8	33.3(1999)	32.1	30.5 (1999)
Islande	44.3	..	15.4	..	35.8	..
Italie	79.3	70.6 (1999)	23.5	23.5(1999)	20.5	18.7 (1999)
Japon	46.4	48.9 (1999)	22.2	24.7(1999)	6.5	9.3 (1999)
Luxembourg	88.2	70.0	32.1	28.2	28.4	29.1
Mexique	23.8	..	4.9	..	18.4	..
Norvège	42.4	46.1 (1999)	28.9	27.7(1999)	37.4	39.8 (1999)
Nouvelle-Zélande	62.8	49.7 (1998)	36.2	32.8(1998)	32.3	30.9 (1998)
Pays-Bas	100.9	81.6 (1999)	25.6	27.4(1999)	31.9	30.9 (1999)
Pologne	93.4	92.7	21.7	26.9	15.7	21.2
Portugal	36.0	41.1	24.6	28.7	24.2	34.1
République slovaque	81.9 (1992)	83.2	34.9 (1992)	46.4	17.8 (1992)	26.6
République tchèque	103.5	84.4	51.1	50.0	25.5	28.7
Royaume-Uni	84.7	61.3 (1999)	30.3	24.7(1999)	28.3	26.7 (1999)
Suède	34.0	31.7 (1999)	22.1	20.5(1999)	35.8	38.0 (1999)
Suisse	63.1	47.3 (1999)	28.4	21.0(1999)	40.7	32.3 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..	..
Moyenne (26)^{a)}	70.1	63.3	27.8	27.9	26.3	26.4
Médiane	68.9	63.5	26.0	26.7	28.9	27.1

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Islande, Mexique et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003 [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.14. Certains types de cancers chez les hommes, incidence pour 100 000 hommes, taux normalisés par rapport à l'âge, 1990 et 2000

	Poumon		Côlon		Prostate	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	49.8	42.7 (1998)	40.1	41.3 (1998)	39.3	45.0 (1998)
Australie	48.0	38.2 (1999)	45.7	46.0 (1999)	52.6	73.8 (1999)
Autriche	52.6	42.0 (1999)	43.2	37.7 (1999)	40.0	61.5 (1999)
Belgique	55.1 (1992)	..	26.7 (1992)	..	30.4 (1992)	..
Canada	..	55.1 (1999)	..	46.3 (1999)	..	107.2 (1999)
Corée	..	55.4 (1999)	..	25.8 (1999)	..	7.9 (1999)
Danemark	50.8	45.9 (1999)	22.9	23.9 (1999)	31.7	35.9 (1999)
Espagne	..	..	..	..	..	..
États-Unis	63.5	50.5	44.8	39.0	95.2	117.4
Finlande	51.2	31.8	23.9	23.5	39.0	79.3
France	..	53.5	..	39.8	..	56.5
Grèce	..	..	..	..	..	..
Hongrie	..	101.9	..	61.6	..	32.6
Irlande	..	39.4 (1999)	..	41.9 (1999)	..	54.3 (1999)
Islande	39.2	34.3	24.9	32.0	54.7	84.3
Italie	62.9	48.4	36.7	48.3	22.8	28.6
Japon	36.3	..	23.6	..	8.4	..
Luxembourg	72.7	55.1	49.4	60.6	61.6	130.0
Mexique	..	..	..	..	..	..
Norvège	35.0	35.0	39.0	42.5	48.4	81.5
Nouvelle-Zélande	47.3	36.0 (1999)	51.0	51.8 (1999)	35.0	98.2 (1999)
Pays-Bas	98.8	84.8 (1998)	48.8	57.4 (1998)	56.6	84.9 (1998)
Pologne	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	..	..
République slovaque	83.2	71.0 (1999)	41.8	31.7 (1999)	28.0	31.9 (1999)
République tchèque	78.9	64.0	46.0	58.3	22.8	35.5
Royaume-Uni	62.0	44.6 (1999)	34.3	36.8 (1999)	29.0	46.1 (1999)
Suède	25.7	21.4	29.4	30.3	52.6	85.9
Suisse	..	..	..	..	..	..
Turquie	14.2	22.2 (1998)	..	..	..	..
Moyenne (16)^{a)}	57.6	46.6	38.9	41.3	44.3	70.0
Médiane	51.2	44.6	39.6	40.6	39.2	59.0

Note : Toutes les données sont des taux normalisés en fonction de l'âge sur la base de la population mondiale de 1960 (OMS, 1960).

a) La moyenne inclut : Allemagne, Australie, Autriche, Danemark, États-Unis, Finlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni et Suède.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 1.15. Taux de mortalité par cardiopathie ischémique, taux pour 100 000 femmes et hommes normalisés par rapport à l'âge, 1970 à 2000

	1970		1980		1990		2000	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Allemagne	106.7	230.9	107.6	249.7	104.1	218.0	94.6 (1999)	182.0 (1999)
Australie	239.1	481.4	163.0	340.1	130.1	241.1	83.3 (1999)	158.3 (1999)
Autriche	153.8	264.5	100.5	219.3	106.0	212.6	90.3	174.5
Belgique	104.5	226.8	80.4	186.7	54.3	124.5	..	..
Canada	218.0	412.2	159.1	322.0	107.8	213.9	81.0	163.6
Corée	..	..	..	..	13.3	23.4	24.0	43.1
Danemark	199.6	371.3	179.6	366.1	140.7	282.0	83.1 (1998)	171.7 (1998)
Espagne	40.3 (1969)	78.8 (1969)	49.0	108.7	46.5	101.5	42.7 (1999)	97.3 (1999)
États-Unis	266.3	480.8	168.5	330.2	121.8	228.3	110.0 (1999)	194.3 (1999)
Finlande	187.8	450.9	168.9	411.4	154.9	344.3	114.5	244.0
France	46.2	101.9	47.3	108.0	38.4	87.6	29.2 (1999)	72.7 (1999)
Grèce	45.2	91.7	44.1	114.5	59.7	129.1	51.0 (1999)	115.0 (1999)
Hongrie	193.5	300.0	156.1	298.0	164.3	312.8	133.4	258.8
Irlande	187.5	356.0	177.2	367.3	151.8	324.5	119.7 (1999)	239.5 (1999)
Islande	190.1	339.2	136.7	325.1	114.2	226.7	..	..
Italie	108.4	180.4	86.9	169.6	61.1	129.4	51.3 (1999)	106.8 (1999)
Japon	46.1	78.3	40.0	68.1	27.7	48.7	26.0 (1999)	50.9 (1999)
Luxembourg	161.9	284.2	96.5	190.9	66.3	154.8	49.0	120.5
Mexique	44.7	63.7	52.7 (1981)	83.6 (1981)	74.6	113.9	..	..
Norvège	150.7	324.6	125.2	293.4	112.5	267.5	79.8 (1999)	174.9 (1999)
Nouvelle-Zélande	202.2	430.7	193.3	386.3	139.9	276.6	97.7 (1998)	201.4 (1998)
Pays-Bas	132.0	279.7	106.1	246.2	80.3	187.6	57.3 (1999)	130.5 (1999)
Pologne	50.3	113.9	57.5	160.7	62.0	178.7	92.4	189.3
Portugal	135.4	200.9	64.2	124.3	57.9	109.7	46.5	89.9
Rép. slovaque	..	..	..	..	189.3 (1992)	337.4 (1992)	225.9	352.3
Rép. tchèque	..	..	..	..	212.9	418.1	132.3	245.1
Royaume-Uni	170.5	373.0	162.0	366.6	141.5	295.0	98.5 (1999)	206.9 (1999)
Suède	209.2	364.4	187.7	388.5	115.8	261.1	83.0 (1999)	182.4 (1999)
Suisse	69.8	156.5	71.5	175.7	68.3	157.1	63.9 (1999)	127.7 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..	..	..	..
Moyenne (23)^{a)}	144.4	278.6	117.9	252.4	98.2	207.0	77.3	158.8
Médiane	152.3	282.0	106.9	248.0	106.0	213.9	83.1	173.1

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Islande, Corée, Mexique, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003 [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.16. SIDA, taux d'incidence et de mortalité pour 100 000 habitants, 1985 à 2000

	Incidence				Mortalité (taux normalisés par rapport à l'âge)			
	1985	1990	1995	2000	1985	1990	1995	2000
Allemagne	0.4	2.3	2.3	0.9	0.2	1.5	2.1	0.6 (1999)
Australie	0.8	3.9	4.5	1.3	0.3	1.9	2.5	0.6 (1999)
Autriche	0.3	2.1	2.6	1.0	0.2 (1986)	0.8	1.8	0.5
Belgique	0.7	2.1	2.5	1.3	0.0	0.8	2.0	..
Canada	1.5	5.1	5.5	1.4	1.2 (1986)	3.2	5.0	1.3
Corée	0.0 (1986)	0.0	0.0	0.1	..	..	0.0	0.1
Danemark	0.8	3.8	4.1	1.1	..	..	4.3	0.6 (1998)
Espagne	0.4	9.7	17.8	6.6	0.1	5.0	13.9	4.0 (1999)
États-Unis ^a	3.4	16.7	27.0	14.3	0.0 (1984)	9.1	14.3	4.7 (1999)
Finlande	0.1	0.3	0.8	0.3	0.0 (1987)	0.0	0.0	0.2
France	1.0	7.4	8.9	2.7	1.6 (1987)	4.6	7.4	1.5 (1999)
Grèce	0.2	1.4	2.1	1.2	0.0 (1987)	0.0	0.6	0.3 (1999)
Hongrie	0.0 (1986)	0.2	0.3	0.3	0.0 (1987)	0.1	0.1	0.1
Irlande	0.1	1.7	1.5	0.4	0.0 (1987)	0.0	1.4	0.4 (1999)
Islande	0.4	1.2	1.5	0.4	0.0 (1986)	2.0	1.0	..
Italie	0.3	5.2	9.9	3.4	0.1	3.2	7.8	1.5 (1999)
Japon	0.0	0.0	0.1	0.3	..	0.0	0.0	0.0 (1999)
Luxembourg	0.8	2.4	3.7	2.3	..	0.0	0.0	0.6
Mexique	0.5	3.3 (1989)	4.6	4.6	..	..	..	..
Norvège	0.3	1.4	1.5	0.9	0.2 (1986)	0.8	1.2	0.2 (1999)
Nouvelle-Zélande	0.9 (1987)	2.1	1.7	0.7	0.4 (1986)	1.5	1.5	0.3 (1998)
Pays-Bas	0.5	2.8	3.5	0.7	0.2	1.6	2.4	0.7 (1999)
Pologne	0.0 (1987)	0.1	0.3	0.3	..	..	..	0.3
Portugal	0.3	2.6	7.9	9.3	..	1.5	9.3	8.5
Rép. slovaque	0.0	0.0	0.0	0.1	..	0.0 (1992)	0.0	0.0
Rép. tchèque	0.0 (1986)	0.1	0.1	0.1	0.0 (1986)	0.0	0.0	0.0
Royaume-Uni	0.4	2.2	3.0	1.4	..	0.0	1.0	0.3 (1999)
Suède	0.3	1.5	2.2	0.6	0.2 (1987)	0.7	1.4	0.3 (1999)
Suisse	1.3	9.7	8.5	2.7	..	..	7.6	1.7 (1999)
Turquie	0.0	0.0	0.0	0.1	..	..	..	..
Moyenne (22)^b	0.5	3.0	4.3	2.0	0.3	1.6	2.9	0.8
Médiane	0.4	2.1	2.4	1.0	0.1	0.8	1.5	0.5

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) Les États-Unis ont étendu la définition des cas avérés du SIDA en 1993, en incluant le critère de numération des lymphocytes T. Cet élargissement de la définition explique en partie les variations de l'incidence du SIDA observées entre les États-Unis et les autres pays de l'OCDE.

b) La moyenne exclut : Belgique, Danemark, Islande, Mexique, Pologne, Portugal, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003* [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.17. Décès par suicide, taux pour 100 000 femmes et hommes normalisés par rapport à l'âge, 1980 à 2000

	1980			1990			2000		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Allemagne	11.6	26.7	18.5	8.0	22.3	14.5	5.5 (1999)	17.6 (1999)	11.2 (1999)
Australie	5.6	16.9	11.1	5.0	20.3	12.5	4.9 (1999)	20.4 (1999)	12.5 (1999)
Autriche	12.5	36.9	23.7	10.7	32.2	20.5	8.2	26.2	16.5
Belgique	14.0	27.3	20.2	9.9	24.5	16.6	..	..	..
Canada	6.8	21.3	13.9	4.9	19.6	12.0	4.7 (1998)	18.3 (1998)	11.4 (1998)
Corée	..	..	..	4.7	11.7	7.9	8.3	21.1	14.1
Danemark	20.2	38.8	29.2	13.3	28.3	20.5	6.5 (1998)	18.2 (1998)	12.1 (1998)
Espagne	2.0	7.2	4.4	3.4	10.8	6.8	3.1 (1999)	10.7 (1999)	6.7 (1999)
États-Unis	5.3	18.7	11.6	4.6	20.2	11.9	3.8 (1999)	17.0 (1999)	10.1 (1999)
Finlande	9.7	39.9	24.1	11.1	46.1	27.8	9.8	31.4	20.4
France	9.8	27.3	17.9	9.4	27.4	17.7	7.8 (1999)	23.2 (1999)	15.0 (1999)
Grèce	1.7	4.6	3.1	1.3	5.0	3.1	1.3 (1999)	4.9 (1999)	3.1 (1999)
Hongrie	22.8	63.1	41.4	17.5	56.7	35.4	11.0	44.4	26.5
Irlande	4.8	9.3	7.1	5.0	15.3	10.1	4.3 (1999)	18.0 (1999)	11.1 (1999)
Islande	9.6	12.9	11.4	4.4	27.3	15.9	..	..	..
Italie	4.1	9.9	6.7	3.4	10.3	6.5	2.7 (1999)	9.3 (1999)	5.7 (1999)
Japon	13.0	23.4	17.9	10.4	19.0	14.5	10.8 (1999)	29.9 (1999)	20.0 (1999)
Luxembourg	6.0	18.7	11.6	8.7	24.1	16.0	6.1	20.7	12.8
Mexique	0.9 (1981)	3.8 (1981)	2.3 (1981)	0.8	5.5	3.0	..	..	..
Norvège	6.3	17.7	11.9	7.2	21.7	14.4	6.5 (1999)	19.0 (1999)	12.7 (1999)
Nlle-Zélande	7.4	15.5	11.3	5.3	22.0	13.4	6.8 (1998)	23.9 (1998)	15.2 (1998)
Pays-Bas	7.1	13.0	9.9	6.3	11.5	8.7	5.5 (1999)	11.7 (1999)	8.5 (1999)
Pologne	4.0 (1979)	22.0 (1979)	12.6 (1979)	4.3	22.2	12.9	4.3	24.2	13.8
Portugal	3.9	12.7	7.6	3.9	13.1	8.1	1.6	7.5	4.2
Rép. slovaque	..	..	..	4.9 (1992)	25.5 (1992)	14.6 (1992)	4.3	21.5	12.4
Rép. tchèque	..	..	..	9.0	28.6	17.8	5.4	23.4	13.8
Royaume-Uni	5.9	10.6	8.1	3.3	11.7	7.4	2.9 (1999)	10.9 (1999)	6.9 (1999)
Suède	10.1	25.6	17.7	9.0	21.3	15.0	7.0 (1999)	17.3 (1999)	12.0 (1999)
Suisse	13.7	35.1	23.8	10.8	28.5	19.1	8.1 (1999)	23.6 (1999)	15.4 (1999)
Turquie	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Moy. (23)^a	8.4	22.4	15.0	7.3	22.2	14.3	5.8	19.5	12.3
Médiane	7.0	18.7	11.8	5.3	21.7	14.4	5.5	19.7	12.5

Note : Les taux de mortalité sont normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population de l'ensemble des pays de l'OCDE de 1980.

a) La moyenne exclut : Belgique, Corée, Islande, Mexique, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003 [les statistiques de mortalité sont extraites de la base de données sur la mortalité de l'OMS (mars 2003)].

Tableau 1.18. **Pourcentage de la population déclarant être en bonne santé, dernière année disponible**

		Population de 15 ans et plus			Population de 65 ans et plus		
		Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Allemagne	1998	64.0	68.9	66.1	45.1	49.7	47.4
Australie	2001	83.2	81.7	81.9	66.5	66.1	66.3
Autriche	1999	71.8	75.3	73.5	45.6	51.0	47.6
Belgique	2001	74.9	79.6	77.2	50.2	56.3	52.7
Canada	2001	87.3	88.8	88.0	70.6	69.7	70.2
Corée	2001	41.1	50.8	45.9	23.7	34.0	27.7
Danemark	2000	76.4	79.5	77.9	56.1	63.2	59.7
Espagne	2001	64.3	75.6	69.8	36.3	47.4	41.0
États-Unis	2001	88.2	89.7	88.9	73.8	72.8	73.4
Finlande ^{a)}	2001	68.0	65.9	67.1	39.6	41.1	40.4
France		..	..	..	..	..	..
Grèce		..	..	..	..	..	..
Hongrie	2000	38.9	48.1	43.2	..	..	..
Irlande	1998	86.3	84.9	85.7	..	..	61.6
Islande	2002	83.7	85.7	84.6	53.9	76.5	65.0
Italie	2001	55.5	65.6	60.6	20.5	29.7	24.3
Japon	2001	38.4	43.1	40.6	22.6	27.4	24.6
Luxembourg		..	..	..	..	..	..
Mexique	2001	63.0	68.6	65.2	38.0	41.4	39.5
Norvège	1998	78.2	81.1	79.6	59.4	66.3	62.3
Nouvelle-Zélande	1997	88.2	87.3	87.8	76.4	74.7	75.6
Pays-Bas	2001	74.9	80.9	77.9	54.1	60.7	56.9
Pologne	2001	42.6	51.7	46.8	8.1	13.4	10.1
Portugal	1999	27.1	38.5	31.3	6.9	15.7	10.4
République slovaque	2000	31.6	39.3	35.6	..	..	..
République tchèque	2002	58.5	66.4	62.2	20.9	37.6	27.4
Royaume-Uni	2001	74.0	74.6	74.3	53.4	55.7	54.4
Suède	2001	71.3	75.8	73.5	49.3	52.3	50.7
Suisse	1997	80.4	86.2	83.2	65.6	76.1	69.8
Turquie	n.d.	..	..	..	..	..	..

Note : Il convient de comparer avec prudence l'autoperception de la santé générale entre les pays, pour au moins deux raisons. Premièrement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. Un second problème est lié à la subjectivité de l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé qui peut être influencée par plusieurs facteurs sans rapport avec leur état de santé réel, tels que le contexte culturel et les particularités nationales.

a) En Finlande, les estimations concernant la population de 15 ans et plus se rapportent uniquement aux personnes âgées de 15 à 64 ans (les personnes âgées de 65 et plus sont exclues).

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 1.19. **Faible poids à la naissance, pourcentage des naissances vivantes, 1980 à 2000**

	1980	1985	1990	1995	2000
Allemagne	5.5	5.7	5.7	6.1	6.5 (1999)
Australie	..	5.8	6.1	5.9	6.3
Autriche	5.6 (1983)	5.8	5.6	5.7	6.3
Belgique	5.6 (1982)	6.1 (1986)	6.1	6.5	..
Canada	6.0	5.7	5.4	5.9	5.8
Corée	..	..	..	3.0	3.8
Danemark	5.8	5.7	5.2	5.5	5.9
Espagne	..	3.6	4.5	5.5	6.5
États-Unis	6.8	6.8	7.1	7.3	7.6
Finlande	3.9	4.1	3.6	4.0	4.3
France	5.2 (1981)	5.3 (1986)	5.3	5.8	6.4
Grèce	5.9	6.0	6.0	6.8	8.1
Hongrie	10.4	9.9	9.3	8.2	8.4
Irlande	..	4.1	4.2	4.7	4.8
Islande	3.4	3.9	3.2	4.7	4.1
Italie	5.6	5.6	5.6	6.0	..
Japon	5.2	5.5	6.3	7.5	8.6
Luxembourg	6.3	6.0	5.4	5.7	6.8 (1998)
Mexique	..	..	..	6.8 (1994)	6.1
Norvège	3.8	4.4	4.6	4.6	5.0
Nouvelle-Zélande	5.8	6.0	6.2	6.0	6.4
Pays-Bas	4.0 (1979)	..	4.8	4.8 (1996)	4.7 (1999)
Pologne	7.6	7.8	8.1	6.7	5.7
Portugal	4.6	5.3	5.6	6.0	7.1
République slovaque	5.9	5.8	5.8	6.5	6.7
République tchèque	5.9	5.6	5.5	5.5	5.8
Royaume-Uni	6.7	6.8	6.8	7.3	7.6
Suède	4.2	4.8	4.5	4.4	4.2
Suisse	5.1	5.2	5.1	5.5	5.9
Turquie	..	..	..	..	7.9 (1998)
Moyenne (23)^{a)}	5.6	5.8	5.7	5.9	6.3
Médiane	5.6	5.7	5.6	5.9	6.3

Note : La proportion de faible poids à la naissance correspond au nombre d'enfants vivants à la naissance pesant moins de 2 500 grammes en pourcentage des naissances vivantes totales.

a) La moyenne exclut : Belgique, Corée, Espagne, Irlande, Italie, Mexique et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 2.1. Médecins en activité pour 1 000 habitants, 1960 à 2000

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	..	..	..	2.8 (1991)	3.3
Australie	1.1 (1961)	1.2 (1971)	1.8 (1981)	2.2	2.4
Autriche	1.6 (1961)	1.6	2.2	3.0	3.8
Belgique ^a	1.3	1.6 (1969)	2.3	3.3	3.9
Canada	1.1 (1961)	1.4	1.8	2.1	2.1
Corée	..	..	0.5 (1981)	0.8	1.3
Danemark ^a	1.2	1.4	2.2	3.1	3.4
Espagne	..	..	..	..	3.3
États-Unis ^a	1.4	1.6	2.0	2.4	2.7 (1999)
Finlande ^c	0.6	0.9	1.7	2.4	3.1
France ^a	1.0	1.3	2.0	3.1	3.3
Grèce	1.3	1.6	2.4	3.4	4.5
Hongrie	1.5	2.0	2.3	2.9	3.1 (1999)
Irlande ^c	..	..	..	2.0 (1992)	2.2
Islande ^a	1.2	1.4	2.1	2.8	3.4
Italie	..	..	..	..	4.1
Japon	1.0	1.1	1.3	1.7	1.9
Luxembourg ^a	1.0	1.1	1.7	2.0	2.5
Mexique ^b	..	..	..	0.8	1.1
Norvège ^b	1.2	1.4	2.0	2.6 (1991)	2.9
Nouvelle-Zélande	1.1 (1961)	1.1 (1971)	1.6	1.9	2.2
Pays-Bas ^c	1.1	1.2	1.9	2.5	3.2
Pologne	1.0	1.4	1.8	2.1	2.2
Portugal	0.8	0.9	2.0	2.8	3.2
République slovaque	..	..	..	..	3.7
République tchèque ^b	..	1.8	2.3	2.7	3.4
Royaume-Uni	0.8	0.9	1.3	1.5	2.0
Suède	1.0	1.3	2.2	2.9	3.0
Suisse	1.4	1.5	2.5	3.0	3.5
Turquie	0.3	0.4	0.6	0.9	1.3
Moyenne (22)^d	1.1	1.3	1.9	2.5	2.9
Médiane	1.1	1.4	2.0	2.5	3.1

a) L'effectif total de médecins comprend aussi ceux travaillant dans l'industrie, l'administration et la recherche.

b) La République tchèque, le Mexique et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps au lieu du nombre d'individus.

c) La Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins en activité.

d) La moyenne exclut : Allemagne, Corée, Espagne, Irlande, Italie, Mexique, République slovaque et République tchèque.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.2. **Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants, 1970 à 2000**

	1970	1980	1990	2000
Allemagne ^a	..	..	..	9.6
Australie	6.7	10.3	11.6	10.7
Autriche ^b	3.4	5.4	7.2	9.2
Belgique	..	8.5	..	..
Canada ^c	6.9	9.6	11.1	9.9
Corée	..	..	..	3.0
Danemark	..	6.9	8.6	9.5
Espagne ^d	..	..	..	6.6
États-Unis	3.7	5.6	7.2	8.1 (1999)
Finlande ^e	6.0	8.3	10.2	14.7
France ^f	3.1 (1971)	4.7	5.6	6.7
Grèce	1.4	1.9	3.4	3.9 (1999)
Hongrie	2.7	3.7	4.5	4.8
Irlande	..	..	11.3	14.0
Islande	4.9	9.6	13.3	14.0
Italie ^b	..	..	..	5.2 (1999)
Japon	2.6	4.2	6.0	7.8 (1998)
Luxembourg	..	..	..	10.1
Mexique ^a	..	..	1.5	2.2
Norvège ^a	..	..	..	10.3
Nouvelle-Zélande	..	6.1	9.3	9.6
Pays-Bas	..	..	..	13.4
Pologne	3.0	4.4	5.5	4.9
Portugal	1.8 (1971)	2.3	2.8	3.7
République slovaque	..	..	..	7.5
République tchèque	..	6.8	8.4	8.9
Royaume-Uni	..	..	7.8	8.8
Suède	4.3	7.0	9.2	8.8
Suisse	..	..	..	10.7
Turquie	..	1.0	1.3	1.7
Moyenne (17)^g	n.d.	5.8	7.4	8.1
Médiane	3.4	5.9	7.5	8.8

a) L'Allemagne, le Mexique et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps (et non pas le nombre d'individus).

b) L'Autriche et l'Italie ne prennent en compte que les infirmiers employés dans les hôpitaux, et non ceux qui travaillent dans d'autres établissements de santé.

c) Le Canada comptabilise les infirmiers diplômés en activité et les infirmiers auxiliaires qualifiés (pas tous en activité), mais ne compte pas les infirmiers psychiatriques.

d) L'Espagne comptabilise uniquement les effectifs infirmiers du secteur public (infirmiers employés par le Service national de santé).

e) La Finlande communique le nombre d'infirmiers autorisés à exercer.

f) En France, les infirmiers auxiliaires ne sont pas inclus.

g) La moyenne exclut : Allemagne, Belgique, Corée, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Mexique, Pays-Bas, Norvège, République slovaque, Royaume-Uni et Suisse.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 2.3. Lits de soins aigus pour 1 000 habitants, 1980 à 2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Allemagne	7.7	7.6	7.5	6.9	6.4
Australie	6.4	5.3	4.8 (1989)	4.2	3.8
Autriche	..	7.4	7.0	6.6	6.2
Belgique	5.5	5.9	4.9	4.7	..
Canada ^a	4.6	4.4	4.0	3.9	3.2
Corée	..	..	2.7	3.8	5.2
Danemark	5.3	4.7	4.1	3.6	3.3 (1999)
Espagne	..	3.5	3.3	3.0	3.2 (1998)
États-Unis	4.4	4.2	3.7	3.3	2.9
Finlande ^b	4.9	4.8	4.3	4.0	2.4
France	6.2	5.7	5.2	4.6	4.2
Grèce	4.7	4.2	4.0	4.0	4.0 (1999)
Hongrie	6.6	6.8	7.1	7.0	6.3
Irlande	4.3	4.2	3.3	3.2	3.0
Islande	..	..	4.3	3.7	..
Italie	7.9	7.0	6.2	5.5	4.3
Japon	..	..	..	..	..
Luxembourg	7.4	7.5	7.0	7.4	6.7
Mexique	..	..	1.0 (1991)	1.1	1.0
Norvège	5.2	4.7	3.8	3.3	3.1
Nouvelle-Zélande	..	8.7 (1986)	8.0	..	..
Pays-Bas	5.2	4.7	4.3	3.8	3.5
Pologne	5.6	5.7	6.3	5.8	5.1
Portugal	4.2	3.5	3.4	3.3	3.3 (1998)
République slovaque	..	..	..	6.5 (1996)	5.9
République tchèque	8.6	8.6	8.5	7.2	6.6
Royaume-Uni	..	..	..	4.1	3.9
Suède	5.1	4.6	4.1	3.0	2.4
Suisse	7.2	6.8	6.5	5.5	4.1
Turquie	1.5	1.6	2.0	2.1	2.2
Moyenne (20)^c	5.7	5.3	5.0	4.6	4.0
Médiane	5.3	5.1	4.3	4.0	3.9

a) Rupture de série au Canada en 1995. Avant 1995, les chiffres représentent les lits dans les unités de soins aigus des hôpitaux. A partir de 1995, les lits dans les hôpitaux de soins aigus sont présentés (bon nombre de ces hôpitaux ont aussi des lits pour les soins de longue durée).

b) Rupture de série en Finlande à partir de 1995.

c) La moyenne exclut : Autriche, Belgique, Corée, Espagne, Islande, Japon, Mexique, Nouvelle-Zélande, République slovaque et Royaume-Uni.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 2.4. Lits de soins de longue durée pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, 1980 à 2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Allemagne	..	..	22.5 (1991)	23.9	..
Australie	46.1	45.5	38.4	34.7	30.6
Autriche	..	15.4	13.8	12.7	11.6
Belgique	..	..	..	..	..
Canada	..	..	..	..	..
Corée	..	..	..	..	..
Danemark	66.6	64.5	56.0	45.8	37.5
Espagne	..	..	..	..	..
États-Unis	..	..	..	..	..
Finlande	100.1 (1981)	93.4 (1986)	77.4	62.2	52.0
France	..	..	..	..	..
Grèce	11.4	11.0	10.7	8.7	..
Hongrie	..	..	..	..	..
Irlande	80.7	75.6	63.1	60.5	54.2
Islande	..	..	67.0	71.5	66.8
Italie	..	..	..	..	..
Japon ^a	..	..	2.0	5.6	10.6
Luxembourg	..	13.3 (1986)	15.2	24.3	38.9
Mexique	..	..	..	..	..
Norvège	..	..	66.2 (1991)	63.1	63.0
Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..
Pays-Bas	28.6	28.2	26.9	27.1	26.9
Pologne	57.7	60.4	55.5	49.3	45.1
Portugal	..	..	..	..	..
République slovaque	..	..	..	8.7 (1996)	9.3
République tchèque	..	..	..	..	..
Royaume-Uni	..	..	22.2	26.7	24.7
Suède	33.1	35.8	30.2	..	..
Suisse	..	..	80.9 (1991)	84.3 (1997)	76.3
Turquie	..	..	..	3.2 (1996)	3.8

Note : Les différences entre pays du nombre de lits de soins à long terme sont dues en partie à la difficulté de séparer les soins de santé à long terme des soins sociaux à long terme dans différents établissements pour personnes âgées dépendantes (ou dans différentes unités d'un même établissement).

a) Au Japon, les lits de soins à long terme dans les hôpitaux sont exclus.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.5. Technologie médicale, nombre de tomodensitomètres et d'unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) par million d'habitants, 1990 et 2000

	Tomodensitomètres		Unités d'IRM	
	1990	2000	1990	2000
Allemagne	10.1	17.1 (1997)	1.9	6.2 (1997)
Australie	13.8	..	0.6	4.7
Autriche	11.6	25.8	1.2 (1989)	10.8
Belgique	16.1	..	2.0	3.2 (1997)
Canada	7.1	9.5 (2001)	0.7	2.5
Corée	12.2 (1993)	28.4	1.4 (1992)	5.4
Danemark	4.3	11.4	2.5	6.6
Espagne	4.4 (1988)	12.1	0.7 (1988)	4.9
États-Unis ^a	14.6	13.1	3.7	8.1
Finlande	9.8	13.5	1.8	9.9
France	6.7	9.6	0.8	2.6
Grèce	6.5	13.8 (1997)	0.4	2.0 (1998)
Hongrie	1.9	5.3	0.1	1.5
Irlande	4.3	..	..	..
Islande	11.8	21.3	3.9	10.7
Italie	6.0	20.6	1.3	7.5
Japon	55.2	84.4 (1999)	6.1	23.2 (1999)
Luxembourg	15.7	25.1	2.6	4.6
Mexique	..	2.0	..	0.3
Norvège	11.6	..	0.7	..
Nouvelle-Zélande	3.6	8.8	..	2.6 (1998)
Pays-Bas	7.3	..	0.9	..
Pologne	0.2	0.4 (1997)	0.1 (1991)	0.4 (1997)
Portugal	4.5	12.1 (1997)	0.8	2.8 (1997)
République slovaque	0.8	8.3	..	1.1
République tchèque	2.1 (1991)	9.6	0.2 (1991)	1.7
Royaume-Uni	4.3	6.2 (1999)	1.0	4.6 (1999)
Suède	10.5	14.2 (1999)	1.5	7.9 (1999)
Suisse	12.5	18.5	3.9	12.9
Turquie	1.6	7.2 (1999)	..	..
Moyenne (21)^b	10.1	17.7	1.7	6.5
Médiane	7.1	12.1	1.2	4.7

a) Aux États-Unis, les chiffres ne concernent que le nombre d'hôpitaux généraux de soins à court terme qui déclarent posséder au moins un appareil de tomodensitométrie ou d'IRM; leur nombre réel est donc considérablement sous-estimé.

b) La moyenne exclut : Australie, Belgique, Irlande, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, République slovaque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.6. Consultations de médecins par habitant, 1970 à 2000

	1970	1980	1990	2000
Allemagne	..	..	5.3 (1991)	..
Australie ^a	3.1	4.0	6.1	6.4
Autriche	5.2	5.4	5.9	6.7
Belgique	6.0	7.1	7.7	7.9
Canada	4.3 (1972)	5.6	6.7	6.3
Corée	..	..	..	8.8 (1999)
Danemark ^b	..	5.0	5.7	6.1
Espagne	..	..	..	8.7 (2001)
États-Unis ^c	..	..	..	8.9
Finlande	2.4	3.2	3.9	4.3
France	..	4.2	5.9	6.9
Grèce	2.2	2.6	2.5	2.5 (1998)
Hongrie	..	..	..	12.2
Irlande	..	5.8	6.6 (1988)	..
Islande	..	..	5.1	5.5
Italie	6.3	8.0	6.8 (1991)	6.1
Japon	..	..	13.8	14.4
Luxembourg	..	..	..	6.1
Mexique	..	1.3	1.7	2.5
Norvège	..	..	3.8 (1991)	..
Nouvelle-Zélande	..	3.7	..	4.4 (2001)
Pays-Bas ^d	4.2 (1968)	4.9	5.5	5.9
Pologne	4.9	6.5	5.8	5.4
Portugal ^e	1.5	3.7	3.0	3.4 (1998)
République slovaque	..	..	..	..
République tchèque	9.9	12.4	11.8	12.6
Royaume-Uni ^f	5.0 (1972)	5.2	6.1	4.9
Suède	1.9 (1971)	2.6	2.8 (1988)	2.8
Suisse	..	..	..	..
Turquie ^e	1.2 (1972)	1.2	1.5 (1987)	2.5
Moyenne (14)^g	4.2	5.2	5.4	5.6
Médiane	4.2	5.0	5.7	6.1

a) Les données australiennes jusqu'en 1975 représentent les visites aux médecins généralistes seulement, alors que les données depuis 1975 incluent les visites chez les généralistes et les spécialistes.

b) Le Danemark inclut les consultations téléphoniques mais exclut les consultations de spécialistes.

c) Les estimations des États-Unis incluent tous les appels téléphoniques passés au sujet d'un conseil médical, d'une ordonnance ou des résultats d'un examen. Elles ne se limitent donc pas aux consultations physiques.

d) Les Pays-Bas excluent les consultations pour les soins maternels et infantiles, ainsi que les consultations de planification des sorties d'hôpitaux et d'établissements médicalisés.

e) Le Portugal et la Turquie excluent les visites aux médecins libéraux.

f) Le Royaume-Uni exclut les consultations des spécialistes hors des services de consultation externe des hôpitaux ainsi que les consultations de médecins du secteur indépendant.

g) La moyenne inclut : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Finlande, Grèce, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Suède et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.7. Taux de vaccination des jeunes enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche et contre la rougeole, 1980 à 2000

	DTC			Rougeole		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Allemagne	..	..	96.8	..	70.0 (1991)	89.7
Australie ^a	..	71.0 (1989)	89.8	..	83.9 (1989)	91.0
Autriche	90.0 (1981)	90.0	84.0 (2001)	..	60.0	78.5 (2001)
Belgique	95.0 (1981)	94.0 (1989)	97.1 (1999)	..	..	82.4 (1999)
Canada	..	..	84.2 (1998)	..	..	96.2 (1998)
Corée	..	90.7 (1988)	98.7 (1999)	..	85.1 (1988)	90.2 (1999)
Danemark	99.0	99.0	97.0	..	82.0	100.0
Espagne	..	93.0	94.6	..	97.0	95.2
États-Unis	..	72.1 (1993)	81.7	..	82.0 (1991)	90.5
Finlande	92.0 (1981)	94.0	95.0	70.0 (1981)	87.0	96.0
France	79.0 (1981)	95.0	98.0	..	71.0	84.0 (1999)
Grèce	..	85.0 (1991)	88.0 (1999)	..	76.0	88.0 (1999)
Hongrie	99.0	99.9	99.8	99.0	99.0	99.8
Irlande	..	65.0	86.0 (1999)	..	78.0 (1989)	77.0 (1999)
Islande	99.0	99.0	98.0	..	95.0	91.0
Italie	..	83.0	87.3	..	43.0	74.1
Japon	65.0	90.0	85.0	54.2	65.5	97.6
Luxembourg	..	90.0	..	..	80.0	..
Mexique	..	52.9	97.4	..	75.3	95.9
Norvège	..	86.0	95.0	..	93.0	92.0
Nouvelle-Zélande	..	80.6 (1992)	88.7	..	82.0 (1992)	85.0
Pays-Bas	94.5	97.1	97.0	92.0	94.0	96.0
Pologne	95.0 (1981)	99.3	98.0	65.0 (1981)	95.0	98.2
Portugal	73.0	88.7	96.0 (2001)	54.0	85.0	87.0
République slovaque	98.9	99.0	98.3	98.5	98.5	99.2
République tchèque	97.0	99.2	98.4	98.0	98.0	97.1
Royaume-Uni	57.0	81.0	91.8	53.0	87.0	88.0
Suède	99.0 (1981)	99.0	99.1	..	95.0	95.5
Suisse	..	95.0 (1991)	94.0 (1998)	..	90.0	81.0 (1998)
Turquie	42.0	74.0	80.0	..	68.0	86.0
Moyenne^b	85.9	93.6	94.5	76.0	89.9	95.4
Médiane	94.8	90.4	95.0	70.0	84.5	91.0

a) Les données de 1989 pour l'Australie sont basées sur l'Enquête nationale de santé et couvrent les enfants de 1 à 4 ans.

b) La moyenne du taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche inclut les 16 pays pour lesquels les données sont disponibles pour toute la période. La moyenne du taux de vaccination contre la rougeole inclut les 9 pays qui ont des données complètes sur toute la période.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.8. Taux de sorties d'hôpital pour 100 000 habitants, toutes causes, 1990 à 2000

	1990	1995	2000
Allemagne	..	18 159	19 730 (1999)
Australie	..	16 482	15 771
Autriche ^a	22 671	23 955	28 442
Belgique	..	15 884	15 431
Canada	..	11 028	9 391
Corée	6 536	7 710 (1994)	9 596 (1999)
Danemark	..	18 093	18 813
Espagne	9 502	10 697	11 277
États-Unis ^a	12 333	11 538	11 239
Finlande	21 743	24 567	25 659
France	..	23 370 (1993)	24 962
Grèce	12 599	14 321	15 412 (1998)
Hongrie ^a	..	..	24 071
Irlande	..	11 460	12 731
Islande	..	..	15 261 (1998)
Italie	..	15 209 (1996)	15 477
Japon	9 915	10 710 (1996)	10 051 (1999)
Luxembourg ^a	..	..	22 851
Mexique ^b	3 699 (1991)	3 913	4 038
Norvège	..	14 544	15 408
Nouvelle-Zélande ^a	14 716	17 362	19 975
Pays-Bas	10 212	10 230	9 266
Pologne	12 597	13 887	13 138 (1999)
Portugal	6 813	8 601	7 362
République slovaque	15 336	19 188	19 694
République tchèque	17 367 (1992)	20 739	21 203
Royaume-Uni	..	..	..
Suède	17 884	17 458	16 458
Suisse	..	..	..
Turquie	5 669	6 104	7 463
Moyenne (16)^c	12 475	13 811	14 392
Médiane	12 465	14 544	15 422

a) L'Autriche, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis incluent les sorties le jour même, alors qu'elles sont exclues dans la majorité des pays.

b) Les données fournies par le Mexique ne concernent que les hôpitaux publics.

c) La moyenne exclut : Allemagne, Australie, Belgique, Canada, Danemark, France, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Royaume-Uni et Suisse.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.9. Taux de sorties d'hôpital pour certaines maladies, pour 100 000 habitants, 1990 à 2000

	Circulatoire		Respiratoire		Digestif	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	..	3 367 (1999)	..	1 265 (1999)	..	1 911 (1999)
Australie	..	1 753	..	1 455	..	1 506
Autriche ^a	3 198	4 022	1 685	2 025	2 150	2 272
Belgique	..	2 335	..	1 399	..	1 754
Canada	1 569	1 453	1 294	833	1 485	1 045
Corée	330	705 (1999)	525	588 (1999)	872	982 (1999)
Danemark	..	2 542	..	1 556	..	1 582
Espagne	783	1 382	701	1 084	971	1 292
États-Unis ^a	2 067	2 231	1 188	1 221	1 298	1 114
Finlande	3 293	3 783	2 094	2 388	1 553	1 842
France	..	2 252	..	1 374	..	2 946
Grèce	1 593	2 214 (1998)	1 052	1 305 (1998)	1 444	1 702 (1998)
Hongrie ^a	..	4 202	..	2 000	..	1 802
Irlande	..	1 426	..	1 438	..	1 332
Islande	..	1 900 (1998)	..	1 288 (1998)	..	1 238 (1998)
Italie	..	2 544	..	1 203	..	1 724
Japon	1 202	1 357 (1999)	726	866 (1999)	1 198	1 032 (1999)
Luxembourg ^a	..	2 627	..	2 042	..	2 101
Mexique ^b	132 (1991)	196	209 (1991)	257	295 (1991)	403
Norvège	1 924	2 250	924	1 308	962	1 108
Nouvelle-Zélande ^a	1 383	1 879	1 182	1 476	1 071	1 603
Pays-Bas	1 420	1 409	686	636	854	825
Pologne	1 816	2 051 (1999)	1 169	1 099 (1999)	1 286	1 191 (1999)
Portugal	..	1 070	..	714	..	969
République slovaque	1 960	2 809	1 595	1 528	1 850	2 111
République tchèque	2 474 (1992)	3 379	1 515 (1992)	1 489	1 794 (1992)	2 157
Royaume-Uni	..	..	..	..	..	..
Suède	2 796	2 823	1 274	1 093	1 359	1 293
Suisse	..	..	..	..	..	..
Turquie	572	946	558	836	603	695
Moyenne (17)^c	1 677	2 052	1 081	1 178	1 238	1 333
Médiane	1 593	2 223	1 169	1 297	1 286	1 419

a) L'Autriche, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis incluent les sorties le jour même, alors qu'elles sont exclues dans la majorité des pays.

b) Les données fournies par le Mexique ne concernent que les hôpitaux publics.

c) La moyenne exclut : Allemagne, Australie, Belgique, Danemark, France, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Luxembourg, Norvège, Royaume-Uni et Suisse.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.10. **Durée moyenne de séjour en soins aigus, toutes causes, en jours, 1985 à 2000**

	1985	1990	1995	2000
Allemagne	13.5	14.1	11.4	9.6
Australie	7.4	7.2 (1989)	6.5	6.1
Autriche ^a	10.8	9.3	7.9	6.3
Belgique	..	..	9.4	8.0 (1999)
Canada ^b	10.7	8.6	7.2	7.2
Corée	11.0	12.0	11.0	11.0
Danemark	7.8	6.4	4.1	3.8
Espagne	10.1	9.6	8.8	7.5 (1998)
États-Unis ^a	7.1	7.3	6.5	5.8
Finlande	8.0	7.0	5.5	4.4
France	8.3	7.0	5.9	5.5 (1999)
Grèce	8.9	7.5	6.4	6.3 (1998)
Hongrie ^a	10.6	9.9	8.6	7.9
Irlande	7.4	6.7	6.6	6.4
Islande	..	7.0	5.9	5.7 (1998)
Italie	..	9.5 (1991)	8.4	7.0
Japon	..	..	..	..
Luxembourg ^a	11.9	11.0	9.8	9.3
Mexique ^c	4.0 (1986)	4.2	3.7	3.6
Norvège	9.6	7.8	6.5	6.0
Nouvelle-Zélande ^a	..	..	5.5 (1997)	4.9 (1998)
Pays-Bas	12.5	11.2	9.9	9.0
Pologne	..	..	..	..
Portugal	11.1	8.4	7.9	7.3 (1998)
République slovaque	..	..	10.6 (1996)	8.6
République tchèque	13.1	12.0	10.2	8.7
Royaume-Uni ^{c, d}	8.0	5.7	7.0	6.9
Suède	7.5	6.5	5.2	5.0
Suisse	14.7	13.4	12.0	9.3
Turquie	6.2	6.0	5.7	5.4
Moyenne (23)^e	9.6	8.6	7.6	6.9
Médiane	9.6	7.8	7.1	6.7

a) L'Autriche, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis incluent les sorties le jour même, alors qu'elles sont exclues dans la majorité des pays.

b) Rupture de série au Canada en 1995. Avant 1995, les chiffres représentent la durée moyenne de séjour dans les unités de soins aigus des hôpitaux. À partir de 1995, les données se rapportent aux durées moyennes de séjour dans les hôpitaux de soins aigus (bon nombre de ces hôpitaux ont aussi des lits pour les soins de longue durée).

c) Les données fournies par le Mexique et le Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics.

d) Rupture de série au Royaume-Uni ; avant 1995, les soins psychiatriques sont exclus.

e) La moyenne exclut : Belgique, Islande, Italie, Japon, Nouvelle-Zélande, Pologne et République slovaque.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 2.11. **Durée moyenne de séjour pour certaines maladies, en jours, 1990 et 2000**

	Infarctus du myocarde aigu		Cérébro-vasculaire		Pneumonie/Grippe		Accouchement normal	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Allemagne	..	12.6 (1999)	..	15.1 (1999)	..	12.9 (1999)	..	4.8 (1999)
Australie	..	6.8	..	12.3	..	7.0	..	2.9
Autriche	18.9	15.0	21.9	15.5	14.7	16.3	7.2	5.7
Belgique	..	9.7	..	15.8	..	12.6	..	5.3
Canada	..	8.4	..	14.8	..	7.8	..	2.0
Corée	..	..	..	22.9 (1999)	..	7.7 (1999)	..	2.2 (1999)
Danemark	8.0	6.7	..	15.6	9.3	7.1	3.8	3.2
Espagne	12.9	11.0	19.7	13.6	12.7	10.5	4.1	3.0
États-Unis	8.4	5.7	9.5	5.4	8.2	5.8	2.0	2.0
Finlande	22.3	14.4	51.2	35.1	58.6	29.6	5.4	3.7
France	..	7.5	..	11.6	..	9.8	..	4.9
Grèce	11.0	7.0 (1998)	14.0	13.0 (1998)	8.0	7.0 (1998)	5.0	4.0 (1998)
Hongrie	15.4 (1992)	11.6	..	11.9	18.2 (1992)	10.4	7.3 (1992)	6.6
Irlande	10.7	10.5	..	18.5	16.2	10.4	5.8	3.9 (1999)
Islande	12.5	9.2 (1998)	..	11.8 (1998)	11.5	8.2 (1998)	5.3	3.6 (1998)
Italie	15.6	9.4	16.5 (1991)	10.2	15.9	10.5	5.8	3.9
Japon	..	..	..	..	..	..	..	..
Luxembourg	..	9.7	..	16.5	..	11.8	..	5.3
Mexique ^{a)}	9.0 (1992)	7.1	..	7.4	6.9 (1991)	5.9	1.0 (1991)	1.3
Norvège	8.6	7.4	21.4	10.0	12.4	8.1	5.3	4.0
Nlle-Zélande	8.7	6.5	48.8	38.2	15.8	9.8	4.2	2.0
Pays-Bas	12.7	..	25.5 (1988)	21.1	15.4 (1988)	13.3	3.7	2.7
Pologne	19.1	13.7 (1999)	19.3	15.5 (1999)	18.1	13.1 (1999)	..	5.5 (1999)
Portugal	11.9	9.5 (1999)	..	10.0 (1999)	10.9 (1991)	10.1 (1999)	3.5	2.9 (1999)
Rép. slovaque	18.5	11.5	18.3	12.1	17.8	10.8	8.3	6.8
Rép. tchèque	16.8 (1992)	8.9	18.0 (1992)	14.3	14.3 (1992)	10.8	7.4 (1992)	5.8
Royaume-Uni ^{a)}	9.7	..	..	..	30.3	..	..	..
Suède	9.2 (1992)	6.6	25.6 (1992)	12.9	38.7 (1991)	6.8	4.4	2.8
Suisse	15.1	..	..	..	15.5 (1991)	..	7.6	..
Turquie	..	..	8.7	6.3	5.6	6.0	1.9	1.7
Moyenne^{b)}	13.2	9.5	22.7	15.9	16.5	10.5	4.8	3.7
Médiane	12.5	9.3	19.5	13.6	15.1	10.1	5.2	3.7

a) Les données fournies par le Mexique et Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics.

b) La moyenne inclut les pays pour lesquels des données sont disponibles pour 1990 et 2000.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.12. Interventions chirurgicales ambulatoires et avec hospitalisation pour 1 000 habitants, 1995 et 2000

	1995				2000			
	Total	Hospitalisation	Ambulatoire	% du total	Total	Hospitalisation	Ambulatoire	% du total
Allemagne	..	63.8 (1994)	..	..	..	77.6 (1999)	..	..
Australie	..	..	..	..	88.5	50.0	38.4	43 %
Autriche	..	118.6 (1997)	..	..	..	130.1	..	..
Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..
Canada	..	40.5	..	..	..	33.9	..	..
Corée	..	..	..	..	..	..	..	..
Danemark	..	75.8 (1996)	..	..	..	75.7	..	..
Espagne	59.5	54.2	5.3	9 %	63.6 (1998)	52.9 (1998)	10.6 (1998)	17 %
États-Unis ^a	..	84.6	..	..	..	82.4	..	..
Finlande	78.5	62.1	16.3	21 %	90.1	58.9	31.2	35 %
France	..	..	..	..	..	..	..	..
Grèce	..	35.5 (1996)	..	..	..	41.1 (1998)	..	..
Hongrie	..	..	..	..	162.7	160.4	2.3	1 %
Irlande ^a	107.1	65.5	41.6	39 %	169.9	100.5	69.4	41 %
Islande	..	..	..	..	79.7 (1998)	69.5 (1998)	10.2 (1998)	13 %
Italie	112.3 (1996)	97.5 (1996)	14.8 (1996)	13 %	144.7	110.4	34.3	24 %
Japon	..	..	..	..	..	..	..	..
Luxembourg	208.8 (1996)	118.1 (1996)	90.7 (1996)	43 %	215.1	129.2	85.9	40 %
Mexique	..	..	..	..	25.1	18.6	6.4	25 %
Norvège	..	..	..	..	..	..	..	..
Nouvelle-Zélande	43.5 (1997)	28.6	14.8 (1997)	34 %	49.1	30.7	18.4	37 %
Pays-Bas	71.8	44.0	27.8	39 %	70.3	37.7	32.6	46 %
Pologne	..	..	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..
République slovaque	..	..	..	..	..	..	..	..
République tchèque	..	53.6	..	..	..	60.2	..	..
Royaume-Uni ^b	122.6	..	..	..	130.2	66.3	63.9	49 %
Suède	..	55.3	..	..	..	52.6	..	..
Suisse	..	..	..	..	..	..	..	..
Turquie	..	19.4	..	..	..	24.3	..	..

a) L'Irlande et les États-Unis consignent jusqu'à quatre actes subis par chaque patient. Les données pour l'Irlande et les États-Unis couvrent aussi toutes les interventions qu'elles soient chirurgicales ou non (par exemple des diagnostics tels que les endoscopies). Elles surestiment donc le volume d'interventions chirurgicales par rapport aux données des autres pays.

b) Les données pour le Royaume-Uni se rapportent au Service national de santé de l'Angleterre seulement (source : « Hospital Episode Statistics », Ministère de la Santé).

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 2.13. **Chirurgies cardiovasculaires, pour 100 000 habitants, 1990 à 2000**

	Pontages coronaires			Angioplasties coronaires		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Allemagne	41.3	71.5	90.2 (1998)	51.3	108.5 (1994)	..
Australie	61.1	94.9	89.4	28.7	62.8	114.2
Autriche	..	..	56.7	..	..	174.8
Belgique	..	..	..	..	97.8	262.1
Canada	44.3	55.3	68.6	..	60.7	97.3
Corée	..	..	..	..	..	..
Danemark	20.1	41.5	66.2	17.5 (1992)	29.8	96.2
Espagne	11.2	18.0	17.0	12.7 (1991)	31.5	50.9
États-Unis	157.1	215.2	204.8 (1999)	114.3	163.1	363.3
Finlande	38.4	84.9	80.3	13.1	35.3	55.9
France	..	36.0 (1993)	40.1	..	34.8 (1993)	144.5
Grèce	18.8	60.6	..	6.6	27.4	..
Hongrie	..	12.9 (1993)	91.4	1.6 (1992)	6.4 (1993)	46.5
Irlande	..	25.8	40.0 (2001)	..	18.0	101.0
Islande	54.2	72.9	40.4 (1999)	51.4	127.1	166.9 (1999)
Italie	..	33.5 (1996)	48.0	..	29.0 (1996)	86.9
Japon	..	..	..	..	..	..
Luxembourg	..	..	40.7	..	..	125.2
Mexique	..	0.4	1.3	..	0.3	0.9
Norvège	..	72.7 (1996)	76.1	..	49.4 (1993)	117.2
Nouvelle-Zélande	..	68.3 (1996)	103.3	..	54.2 (1996)	73.9
Pays-Bas	61.5	..	92.9	42.2 (1992)	..	74.0
Pologne	..	8.0 (1993)	..	4.4 (1992)	4.8 (1993)	..
Portugal	..	19.3	22.9	..	14.4	45.5
République slovaque	..	..	..	..	..	..
République tchèque	6.2 (1991)	23.0	53.0	5.8 (1992)	..	..
Royaume-Uni	20.2 (1991)	38.5	40.8	7.8 (1991)	22.3	38.8
Suède	50.6	71.7	72.8	12.8	54.7	94.1
Suisse	..	62.2 (1993)	..	45.7 (1992)	65.1 (1993)	..
Turquie	..	..	..	..	..	..
Moyenne (9)^a	52.7	n.d.	78.3	33.4	n.d.	117.1
Médiane	41.3	48.4	61.5	13.1	35.1	96.2

Note : Les données concernent uniquement le nombre d'actes sur patients hospitalisés. Elles n'incluent pas les angioplasties coronaires effectuées en ambulatoire (qui représentent une part croissante de l'activité globale dans de nombreux pays).

a) La moyenne inclut : Australie, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, Islande, Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.1. **Dépenses totales et dépenses publiques de santé par habitant, USD PPA, 2001**

	Dépenses totales par habitant			Dépenses publiques par habitant		
	USD PPA	% de la moyenne OCDE		USD PPA	% de la moyenne OCDE	
	2001	1990	2001	2001	1990	2001
Allemagne ^d	2 808	162	133	2 104	171	139
Australie	2 350 (2000)	113	111	1 618 (2000)	103	107
Autriche	2 191	105	104	1 489	105	98
Belgique	2 490	..	..	1 784	..	..
Canada	2 792	145	132	1 978	148	131
Corée	893 (2000)	31	42	396 (2000)	15	26
Danemark	2 503	126	118	2 063	143	136
Espagne	1 600	71	76	1 143	76	76
États-Unis	4 887	238	231	2 168	129	143
Finlande	1 841	113	87	1 392	124	92
France	2 561	131	121	1 947	137	129
Grèce	1 511	60	71	846	44	56
Hongrie	911	46	43	684	56	45
Irlande	1 935	62	91	1 470	61	97
Islande	2 643	120	125	2 192	141	145
Italie	2 212	115	104	1 666	124	110
Japon	1 984 (2000)	94	94	1 554 (2000)	99	103
Luxembourg	2 719 (2000)	130	128	2 386 (2000)	166	158
Mexique	586	23	28	269	13	18
Norvège	3 012	118	142	2 576	134	170
Nouvelle-Zélande	1 733	81	82	1 330	92	88
Pays-Bas	2 626	116	124	1 663	106	110
Pologne	629	23	30	452	28	30
Portugal	1 613	53	76	1 113	47	74
République slovaque	682	..	..	609	..	..
République tchèque	1 106	50	52	1 010	67	67
Royaume-Uni	1 992	85	94	1 637	97	108
Suède	2 270	130	107	1 935	159	128
Suisse	3 248	159	153	1 758 (2000)	114	116
Turquie	..	..	..	..	..	..
Moyenne (27)^b	2 117			1 513		

Note : Pour une explication des PPA (parités de pouvoir d'achat) et plus d'informations sur la définition des dépenses de santé et les comparaisons internationales dans ce domaine, voir l'annexe 2.

a) Pour l'Allemagne le chiffre de 1990 se rapporte à 1992 (après la réunification).

b) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.2. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1970 à 2001

	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne ^a	6.2	8.7	9.9 (1992)	10.6	10.7
Australie	5.6 (1971)	7.0	7.8	8.9	..
Autriche	5.3	7.6	7.1	7.7	7.7
Belgique	4.0	6.4	7.4	8.6	9.0
Canada	7.0	7.1	9.0	9.2	9.7
Corée	..	..	4.8	5.9	..
Danemark	8.0 (1971)	9.1	8.5	8.3	8.6
Espagne	3.6	5.4	6.7	7.5	7.5
États-Unis	6.9	8.7	11.9	13.1	13.9
Finlande	5.6	6.4	7.8	6.7	7.0
France	..	..	8.6	9.3	9.5
Grèce	6.1	6.6	7.4	9.4	9.4
Hongrie	..	..	7.1 (1991)	6.7	6.8
Irlande	5.1	8.4	6.1	6.4	6.5
Islande	4.7	6.2	8.0	9.3	9.2
Italie	..	..	8.0	8.2	8.4
Japon	4.5	6.4	5.9	7.6	..
Luxembourg	3.6	5.9	6.1	5.6	..
Mexique	..	..	4.5	5.6	6.6
Norvège	4.4	6.9	7.7	7.7	8.3
Nouvelle-Zélande	5.1	5.9	6.9	8.0	8.2
Pays-Bas	6.9 (1972)	7.5	8.0	8.6	8.9
Pologne	..	..	5.3	6.0	6.3
Portugal	2.6	5.6	6.2	9.0	9.2
République slovaque	..	..	..	5.7	5.7
République tchèque	..	..	5.0	7.1	7.3
Royaume-Uni	4.5	5.6	6.0	7.3	7.6
Suède	6.7	8.8	8.2	8.4	8.7
Suisse	5.6	7.6	8.5	10.7	10.9
Turquie	2.4	3.3	3.6	4.8 (1998)	..
Moyenne (28)^b	n.d.	n.d.	7.3	8.1	8.4
Moyenne (18)^c	5.3	7.0	7.6	8.4	8.6

a) Pour les années avant 1990, les chiffres pour l'Allemagne se rapportent à l'Allemagne de l'Ouest.

b) La moyenne exclut : République slovaque et Turquie. La moyenne pour 2001 inclut les chiffres de 2000 pour l'Australie, la Corée, le Japon et le Luxembourg.

c) La moyenne exclut : Belgique, Corée, France, Hongrie, Italie, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République slovaque, République tchèque, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.3. Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, 1970 à 2001

	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne ^a	4.5	6.8	7.7 (1992)	7.9	8.0
Australie	3.5 (1971)	4.4	5.2	6.1	..
Autriche	3.3	5.2	5.2	5.4	5.3
Belgique	..	..	..	6.2	6.4
Canada	4.9	5.4	6.7	6.5	6.9
Corée	..	..	1.7	2.6	..
Danemark	6.7 (1971)	8.0	7.0	6.9	7.1
Espagne	2.3	4.3	5.3	5.3	5.4
États-Unis	2.5	3.6	4.7	5.8	6.2
Finlande	4.1	5.0	6.3	5.0	5.3
France	..	..	6.6	7.1	7.2
Grèce	2.6	3.7	4.0	5.3	5.2
Hongrie	..	..	6.4 (1991)	5.1	5.1
Irlande	4.2	6.8	4.4	4.7	4.9
Islande	3.1	5.5	6.9	7.8	7.6
Italie	..	..	6.4	6.0	6.3
Japon	3.1	4.6	4.6	6.0	..
Luxembourg	3.2	5.5	5.7	4.9	..
Mexique	..	..	2.0	2.7	3.0
Norvège	4.0	5.9	6.4	6.5	7.1
Nouvelle-Zélande	4.1	5.2	5.7	6.2	6.3
Pays-Bas	4.2 (1972)	5.2	5.4	5.5	5.7
Pologne	..	..	4.8	4.2	4.6
Portugal	1.6	3.6	4.1	6.2	6.3
République slovaque	..	..	..	5.1	5.1
République tchèque	..	..	4.9	6.5	6.7
Royaume-Uni	3.9	5.0	5.0	5.9	6.2
Suède	5.8	8.2	7.4	7.1	7.4
Suisse	..	..	4.5	5.9	..
Turquie	0.9	0.9	2.2	3.5 (1998)	..
Moyenne (27)^b	n.d.	n.d.	5.4	5.7	5.9
Moyenne (18)^c	3.7	5.4	5.7	6.1	6.2

a) Pour les années avant 1990, les chiffres pour l'Allemagne se rapportent à l'Allemagne de l'Ouest.

b) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie. La moyenne pour 2001 inclut les chiffres de 2000 pour l'Australie, la Corée, le Japon et le Luxembourg.

c) La moyenne exclut : Belgique, Corée, France, Hongrie, Italie, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République slovaque, République tchèque, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.4. Dépenses totales de santé par habitant, taux de croissance annuel moyen en terme réel, 1970 à 2001

	1970-1979	1979-1989	1989-1999	1999-2001	1989-1992	1992-1997	1997-2001
Allemagne	6.4	2.0	2.1 (92-99)	2.0	..	2.2	1.8
Australie	5.6 (69-79)	2.4	3.8	2.5 ^a	3.2	3.9	4.0 ^a
Autriche	7.8	1.5	2.8	1.3	3.8	1.4	3.0
Belgique	9.0	3.1	3.3	4.5	4.3	2.7	3.9
Canada	3.2	3.9	1.9	5.0	3.6	-0.3	5.1
Corée	..	..	6.7	14.7 ^a	6.5	7.1	9.0 ^a
Danemark	2.9 (71-79)	1.2	1.6	2.1	0.0	1.7	3.0
Espagne	7.3	4.1	4.2	2.7	7.0	2.6	3.4
États-Unis	4.5	5.3	3.3	4.4	5.1	2.3	3.7
Finlande	4.7	4.4	0.7	3.1	3.9	-1.4	2.2
France	..	..	2.2 (90-99)	3.7	..	1.5	3.1
Grèce	4.5 (70-80)	1.4 (80-89)	4.3	0.7	3.1	5.0	2.5
Hongrie	..	..	1.5 (91-99)	4.5	..	0.1	4.1
Irlande	8.0	0.9	6.2	8.1	7.8	4.8	7.6
Islande	9.1	5.0	2.3	0.9	-2.4	1.8	5.9
Italie	..	..	1.5	5.8	4.2	-0.4	4.0
Japon	6.9	3.3	3.5	5.0 ^a	3.4	3.4	4.2 ^a
Luxembourg	7.6	4.4	3.9	-1.5 ^a	5.4	1.9	4.1 ^a
Mexique	..	..	3.6 (90-99)	10.8	..	0.4	7.4
Norvège	8.3	4.5	4.2	-0.3	4.6	3.2	2.9
Nouvelle-Zélande	3.3	1.5	3.1	4.2	2.8	2.6	4.6
Pays-Bas	..	2.2	3.2	2.9	3.8	1.5	4.9
Pologne	..	..	5.3 (90-99)	3.6	..	3.9	4.4
Portugal	10.5	5.7	6.2	4.8	7.2	6.2	4.7
République slovaque	..	..	..	1.5	..	..	1.8
République tchèque	..	..	3.8 (90-99)	5.2	..	8.0	2.6
Royaume-Uni	4.1	3.5	3.8	4.9	4.7	2.8	4.9
Suède	4.3	1.6	1.5	4.2	-0.7	1.3	4.8
Suisse	4.1	2.9	2.4	2.2	3.4	1.6	2.6
Turquie	..	2.1	7.1 (89-98)	..	7.4	5.2	..
Moyenne (28)^b	n.d.	n.d.	3.3	4.0^a	n.d.	2.6	4.2
Moyenne (18)^c	6.1	3.1	3.3	3.0	3.7	2.5	4.0

a) Pour les pays dont les chiffres pour 2001 ne sont pas disponibles, les taux de croissance vont jusqu'en 2000.

b) La moyenne exclut : République slovaque et Turquie.

c) La moyenne exclut : Belgique, Corée, France, Hongrie, Italie, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République slovaque, République tchèque, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.5. Dépenses publiques de santé par habitant, taux de croissance annuel moyen en terme réel, 1970 à 2001

	1970-1979	1979-1989	1989-1999	1999-2001	1989-1992	1992-1997	1997-2001
Allemagne	7.3	1.7	1.6 (92-99)	2.0	..	1.7	1.7
Australie	6.4 (69-79)	3.3	4.1	1.6 ^a	2.5	4.1	4.9 ^a
Autriche	8.8	2.3	2.2	0.3	3.7	0.4	2.3
Belgique	..	..	..	4.1	..	..	3.9
Canada	4.1	3.8	1.3	5.3	3.3	-1.4	5.4
Corée	..	..	10.0	18.0 ^a	8.2	11.4	11.9 ^a
Danemark	3.5 (71-79)	0.8	1.4	2.2	-0.4	1.5	3.1
Espagne	9.6	3.9	3.4	2.2	6.6	1.3	3.0
États-Unis	5.9	4.9	4.4	4.6	7.7	3.6	3.1
Finlande	5.4	4.6	0.1	3.3	3.8	-2.3	2.0
France	..	..	2.1 (90-99)	3.7	..	1.4	3.0
Grèce	7.4 (70-80)	1.5 (80-89)	3.8	3.1	2.3	4.4	4.0
Hongrie	..	..	-0.2 (91-99)	2.4	..	-1.5	2.1
Irlande	8.2	-0.6	6.3	10.4	7.7	5.7	8.1
Islande	12.8	4.6	2.0	0.3	-3.1	1.4	5.9
Italie	..	..	0.8	8.3	4.2	-1.7	5.1
Japon	7.6	3.6	3.7	5.3 ^a	4.1	3.3	4.5 ^a
Luxembourg	8.1	4.4	3.4	-1.7 ^a	5.3	1.8	2.3 ^a
Mexique	..	..	5.2 (90-99)	6.8	..	0.1	8.7
Norvège	8.8	3.2	4.3	-0.1	4.9	3.0	3.2
Nouvelle-Zélande	3.8	1.6	2.0	3.7	0.0	2.1	4.4
Pays-Bas	..	1.9	2.6	3.0	6.6	0.1	3.1
Pologne	..	..	2.4 (90-99)	4.1	..	2.7	4.3
Portugal	12.5	3.0	8.8	5.8	11.4	7.9	6.3
République slovaque	..	..	..	1.3	..	..	1.1
République tchèque	..	..	3.1 (90-99)	5.2	..	7.1	2.5
Royaume-Uni	4.4	2.7	3.4	6.1	5.3	1.7	5.6
Suède	5.0	1.4	1.1	3.9	-1.6	1.0	4.6
Suisse	..	..	3.1	3.0 ^a	4.6	2.1	3.1 ^a
Turquie	..	11.9	9.7 (89-98)	..	12.7	6.6	..
Moyenne (27)^b	n.d.	n.d.	3.2	4.2^a	n.d.	2.3	4.4
Moyenne (18)^c	7.2	2.8	3.2	3.2	3.7	2.3	4.1

a) Pour les pays dont les chiffres pour 2001 ne sont pas disponibles, les taux de croissance vont jusqu'en 2000.

b) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

c) La moyenne exclut : Belgique, Corée, France, Hongrie, Italie, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République slovaque, République tchèque, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.6. Croissance des dépenses totales de santé par rapport à la croissance du PIB, 1989 à 2001

	Taux de croissance annuel en terme réel, 1989-1999		Taux de croissance annuel en terme réel, 1999-2001		Dépenses par habitant en terme réel en 2001 (1989 = 100)
	PIB	Dépenses totales de santé	PIB	Dépenses totales de santé	
Allemagne (1992-99)	1.0	2.1	1.6	2.0	133
Australie (1999-2000)	2.1	3.8	1.5	2.5	149
Autriche	2.0	2.8	1.9	1.3	135
Belgique	1.8	3.3	1.9	4.5	151
Canada	1.3	1.9	2.0	5.0	134
Corée (1999-2000)	5.1	6.7	5.3	14.7	220
Danemark	1.8	1.6	1.8	2.1	123
Espagne	2.4	4.2	2.6	2.7	159
États-Unis	1.8	3.3	1.0	4.4	150
Finlande	1.1	0.7	2.8	3.1	114
France(1990-99)	1.3	2.2	2.3	3.7	131
Grèce	1.5	4.3	2.1	0.7	155
Hongrie (1991-99)	2.1	1.5	4.8	4.5	123
Irlande	6.3	6.2	6.4	8.1	212
Islande	1.2	2.3	2.9	0.9	128
Italie	1.3	1.5	2.3	5.8	130
Japon (1999-2000)	1.3	3.5	1.4	5.0	148
Luxembourg (1999-2000)	3.6	3.9	3.8	-1.5	145
Mexique (1990-99)	1.3	3.6	1.6	10.8	169
Norvège	3.0	4.2	1.3	-0.3	150
Nouvelle-Zélande	1.1	3.1	2.3	4.2	145
Pays-Bas	2.3	3.2	1.5	2.9	146
Pologne (1990-99)	3.4	5.3	2.5	3.6	171
Portugal	2.6	6.2	2.0	4.8	200
République slovaque	..	..	2.8	1.5	..
République tchèque (1990-99)	-0.1	3.8	3.8	5.2	156
Royaume-Uni	1.8	3.8	2.2	4.9	160
Suède	1.2	1.5	2.5	4.2	126
Suisse	0.2	2.4	1.4	2.2	133
Turquie (1989-98)	2.8	7.1	-2.4	..	..
Moyenne (28)^{a)}	2.0	3.3	2.5	4.0	

a) La moyenne exclut : République slovaque et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.7. Croissance des dépenses publiques de santé par rapport à la croissance du PIB, 1989 à 2001

	Taux de croissance annuel en terme réel, 1989-1999		Taux de croissance annuel en terme réel, 1999-2001		Dépenses publiques par habitant en terme réel en 2001 (1989 = 100)
	PIB	Dépenses publiques de santé	PIB	Dépenses publiques de santé	
Allemagne (1992-99)	1.0	1.6	1.6	2.0	132
Australie (1999-2000)	2.1	4.1	1.5	1.6	152
Autriche	2.0	2.2	1.9	0.3	125
Belgique	1.8	..	1.9	4.1	..
Canada	1.3	1.3	2.0	5.3	127
Corée (1999-2000)	5.1	10.0	5.3	18.0	305
Danemark	1.8	1.4	1.8	2.2	120
Espagne	2.4	3.4	2.6	2.2	145
États-Unis	1.8	4.4	1.0	4.6	169
Finlande	1.1	0.1	2.8	3.3	108
France (1990-99)	1.3	2.1	2.3	3.7	130
Grèce	1.5	3.8	2.1	3.1	155
Hongrie (1991-99)	2.1	-0.2	4.8	2.4	104
Irlande	6.3	6.3	6.4	10.4	226
Islande	1.2	2.0	2.9	0.3	123
Italie	1.3	0.8	2.3	8.3	127
Japon (1999-2000)	1.3	3.7	1.4	5.3	151
Luxembourg (1999-2000)	3.6	3.4	3.8	-1.7	137
Mexique (1990-99)	1.3	5.2	1.6	6.8	180
Norvège	3.0	4.3	1.3	-0.1	152
Nouvelle-Zélande	1.1	2.0	2.3	3.7	129
Pays-Bas	2.3	2.6	1.5	3.0	137
Pologne (1990-99)	3.4	2.4	2.5	4.1	134
Portugal	2.6	8.8	2.0	5.8	260
République slovaque	..	..	2.8	1.3	..
République tchèque (1990-99)	-0.1	3.1	3.8	5.2	146
Royaume-Uni	1.8	3.4	2.2	6.1	158
Suède	1.2	1.1	2.5	3.9	120
Suisse (1999-2000)	0.2	3.1	1.4	3.0	139
Turquie (1989-98)	2.8	9.7	-2.4	..	..
Moyenne (27)^{a)}	2.0	3.2	2.5	4.2	

a) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.8. Part du financement public des dépenses de santé, pourcentage, 1970 à 2001

	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne	72.8	78.7	76.2	75.0	74.9
Australie	62.7 (1971)	63.0	67.1	68.9	..
Autriche	63.0	68.8	73.5	69.7	..
Belgique	..	..	..	72.1	71.7
Canada	69.9	75.6	74.5	70.9	70.8
Corée	..	..	36.6	44.4	..
Danemark	83.7	87.8	82.7	82.5	82.4
Espagne	65.4	79.9	78.7	71.7	71.4
États-Unis	36.4	41.5	39.6	44.2	44.4
Finlande	73.8	79.0	80.9	75.1	75.6
France	..	..	76.6	75.8	76.0
Grèce	42.6	55.6	53.7	56.1	56.0
Hongrie	..	..	89.1 (1991)	75.5	75.1
Irlande	81.7	81.6	71.9	73.3	76.0
Islande	66.2	88.2	86.6	83.7	82.9
Italie	..	..	79.3	73.4	75.3
Japon	69.8	71.3	77.6	78.3	..
Luxembourg	88.9	92.8	93.1	87.8	..
Mexique	..	..	43.0	47.9	45.9
Norvège	91.6	85.1	82.8	85.0	85.5
Nouvelle-Zélande	80.3	88.0	82.4	78.0	76.7
Pays-Bas	60.2 (1972)	69.4	67.1	63.4	63.3
Pologne	..	..	91.7	70.0	71.9
Portugal	59.0	64.3	65.5	68.5	69.0
République slovaque	..	..	..	89.4	89.3
République tchèque	96.6	96.8	97.4	91.4	91.4
Royaume-Uni	87.0	89.4	83.6	80.9	82.2
Suède	86.0	92.5	89.9	85.0	85.2
Suisse	..	..	52.4	55.6	..
Turquie	37.3	27.3	61.0	71.9 (1998)	..
Moyenne (27)^{a)}	n.d.	n.d.	73.8	71.6	71.7^{c)}
Moyenne (21)^{b)}	70.2	75.1	75.5	74.3	74.5^{c)}

a) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

b) La moyenne exclut : Belgique, Corée, France, Hongrie, Italie, Mexique, Pologne, République slovaque et Suisse.

c) La moyenne pour 2001 inclut les chiffres de 2000 pour l'Australie, la Corée, le Japon et le Luxembourg.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 3.9. Dépenses de santé selon la source de financement, 1990 et 2000 (dépenses totales = 100)

	1990						2000					
	Dépenses publiques	y compris :		Dépenses privées	y compris :		Dépenses publiques	y compris :		Dépenses privées	y compris :	
		Admin. publiques	Sécurité sociale		Assurance privée	Versements nets des ménages		Admin. publiques	Sécurité sociale		Assurance privée	Versements nets des ménages
Allemagne	76	11	65	24	7	11	75	6	69	25	13	11
Australie	67	67	0	33	11	17	69	69	0	31	7	18
Autriche	74	..	..	27	9	..	70	29	40	31	7	19
Belgique	..	..	..	..	..	..	71	..	..	28	..	..
Canada	75	74	1	26	8	14	71	70	1	29	11	16
Corée	37	10	27	63	5	53	44	10	34	56	9	41
Danemark	83	83	0	17	1	16	83	83	0	18	2	16
Espagne (1991)	79	56	22	21	4	..	72	65	7	28	4	24
États-Unis	40	25	15	60	34	20	44	29	15	56	35	15
Finlande	81	70	11	19	2	16	75	60	15	25	3	20
France	77	2	74	23	11	11	76	3	73	24	13	10
Grèce	54	..	..	46	..	..	56	..	..	44	..	..
Hongrie (1991)	89	16	73	11	0	11	76	12	63	25	0	21
Irlande	72	71	1	28	9	16	73	72	1	27	8	13
Islande	87	53	34	13	0	13	84	59	25	16	0	16
Italie	79	79	0	21	1	15	73	73	0	27	1	23
Japon	78	..	..	22	..	..	78	13	65	22	0	17
Luxembourg	93	21	..	7	..	5	88	15	73	11	2	8
Mexique	43	8	35	57	0	57	48	16	32	52	1	52
Norvège	83	83	0	17	0	15	85	85	0	15	0	15
Nouvelle-Zélande	82	82	0	18	3	14	78	78	0	22	6	15
Pays-Bas	67	5	62	33	..	..	63	4	59	37	15	9
Pologne	92	..	..	8	..	..	71	..	..	30	..	..
Portugal	66	..	..	35	1	..	69	..	..	32	..	..
République slovaque	..	..	..	..	..	..	89	..	..	11	0	11
République tchèque	97	97	0	3	0	3	91	10	82	9	0	9
Royaume-Uni	84	84	0	16	3	11	81	81	0	19	..	..
Suède	90	..	..	10	..	..	85	..	..	15	..	..
Suisse	52	19	33	48	11	36	56	15	40	44	10	33
Turquie (1998)	61	..	..	39	..	..	72	..	..	28	..	..
Moyenne (27)^a	74	n.d.	n.d.	26	n.d.	n.d.	72	n.d.	n.d.	28	n.d.	n.d.
Moyenne (14)^b	68	42	25	32	7	23	67	42	25	33	8	22

Note : Le total des dépenses privées n'est pas nécessairement égal à la somme de l'assurance privée et des versements directs des ménages. La différence comprend les dépenses des entreprises au titre de la médecine du travail et autres financements émanants d'organismes caritatifs.

a) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

b) La moyenne inclut : Allemagne, Australie, Canada, Corée, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Mexique et Suisse.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.10. Paiements directs des ménages par rapport aux dépenses privées de santé, aux dépenses totales de santé et à la consommation finale des ménages, 1990 et 2000

	1990				2000			
	Paiements directs par habitant USD PPA	% de dépenses privées de santé	% de dépenses totales de santé	% de la consommation finale des ménages	Paiements directs par habitant USD PPA	% de dépenses privées de santé	% de dépenses totales de santé	% de la consommation finale des ménages
Allemagne	178	46.8	11.1	1.8	293	42.2	10.5	2.0
Australie	216	50.5	16.6	2.2	434	59.3	18.5	2.7
Autriche	..	..	..	..	415	61.3	18.6	2.7
Belgique	..	..	..	..	..	..	..	..
Canada	242	56.7	14.4	2.4	408	54.3	15.8	2.7
Corée	188	83.6	53.0	4.9	369	74.2	41.3	4.3
Danemark	232	92.6	16.0	2.8	381	90.9	15.9	2.8
Espagne (1991)	172	83.2	18.7	2.2	352	83.1	23.5	3.0
États-Unis	550	33.3	20.1	3.6	690	27.2	15.2	2.9
Finlande	201	81.4	15.5	2.5	346	81.9	20.4	2.9
France	172	48.7	11.4	1.8	249	43.1	10.4	1.8
Grèce	..	..	..	..	..	..	..	..
Hongrie (1991)	58	100.0	10.9	1.5	174	87.0	21.3	2.8
Irlande	119	58.7	16.5	1.8	242	50.5	13.5	1.9
Islande	184	100.0	13.4	1.8	425	100.0	16.3	2.6
Italie	202	73.8	15.3	2.1	466	84.9	22.6	3.1
Japon	..	..	..	..	334	77.6	16.8	2.3
Luxembourg	83	79.5	5.5	0.7	209	73.0	7.7	1.1
Mexique	148	100.0	57.0	3.7	253	98.9	51.5	4.3
Norvège	198	84.6	14.6	2.4	405	96.7	14.5	2.7
Nouvelle-Zélande	135	82.2	14.5	1.7	247	69.9	15.4	2.1
Pays-Bas	..	..	..	..	210	24.5	9.0	1.6
Pologne	..	..	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..
République slovaque	..	..	..	..	68	100.0	10.6	1.1
République tchèque	15	100.0	2.6	0.3	85	100.0	8.6	1.2
Royaume-Uni	104	64.5	10.6	1.1	..	..	..	..
Suède	..	..	..	..	..	..	..	..
Suisse	655	74.9	35.7	5.5	1 039	74.1	32.9	6.1
Turquie	61	95.1	31.4	1.7	..	..	..	..
Moyenne (19)^{a)}	208	75.3	19.1	2.4	372	73.2	19.8	2.8

a) La moyenne exclut : Autriche, Belgique, Grèce, Japon, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Suède et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.11. Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant, croissance annuelle moyenne en terme réel, 1970 à 2001

	1970-1979	1979-1989	1989-1999	1999-2001	Par habitant USD PPA	Dépenses de santé par habitant, croissance en terme réel
					2001	1989-1999
Allemagne	4.2	2.7	0.9 (92-99)	5.0	402	2.1 (92-99)
Australie	-2.9	3.7	7.0	3.9 (99-2000)	292 (2000)	3.8
Autriche	..	..	..	3.4	324	2.8
Belgique	3.2	2.4	3.5 (89-97)	..	..	3.3
Canada	0.3	6.6	5.1	7.9	451	1.9
Corée	..	..	..	..	142 (2000)	6.7
Danemark	..	2.4 (80-89)	4.1	3.6	223	1.6
Espagne	..	2.4 (80-89)	..	3.3 ^a	..	4.2
États-Unis	1.1	5.2	5.5	9.4	605	3.3
Finlande	3.5	2.4	5.5	5.3	289	0.7
France	..	..	3.8 (90-99)	7.7	537	2.2 (90-99)
Grèce	1.7	-2.1	4.5	1.3	211	4.3
Hongrie	..	..	-0.3 (91-97)	5.5 ^a	280	1.5 (91-99)
Irlande	1.1	0.9	4.5	6.9	200	6.2
Islande	6.3	5.9	2.1	..	370 (1998)	2.3
Italie	..	..	1.9	5.9	493	1.5
Japon	..	3.3 (80-89)	0.3	1.9 (99-2000)	315 (2000)	3.5
Luxembourg	4.4	4.8	1.3	-1.4 (99-2000)	329 (2000)	3.9
Mexique	..	..	..	..	152	3.6 (90-99)
Norvège	3.6	7.1	..	..	..	4.2
Nouvelle-Zélande	2.6 (71-80)	4.8 (80-89)	2.6 (89-97)	..	..	3.1
Pays-Bas	..	3.4	4.0	3.6	266	3.2
Pologne	..	..	..	..	..	5.3 (90-99)
Portugal	17.7	5.9	5.9 (89-98)	..	..	6.2
République slovaque	..	..	..	1.5	232	..
République tchèque	..	..	4.7 (90-99)	3.5	242	3.8 (90-99)
Royaume-Uni	2.5	4.2	5.3 (89-97)	..	..	3.8
Suède	4.8	3.0	7.4	2.8	306	1.5
Suisse	..	..	2.9	4.5 (99-2000)	338 (2000)	2.4
Turquie	..	11.3 (81-90)	..	..	..	7.1 (89-98)
Moyenne (17)^b	n.d.	n.d.	3.7	4.5	340	2.8

a) Les dépenses pour les biens médicaux sont utilisées comme estimation pour les dépenses pharmaceutiques.

b) La moyenne exclut : Autriche, Belgique, Corée, Espagne, Islande, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni et Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 3.12. **Part du financement public des dépenses de produits pharmaceutiques et des dépenses totales de santé, 1990 et 2001**

	Part du financement public des dépenses de produits pharmaceutiques		Part du financement public des dépenses totales de santé	
	1990	2001	1990	2001
Allemagne	73.1	70.6	76.2	74.9
Australie	44.8	57.0 (2000)	67.1	68.9 (2000)
Autriche	..	..	73.5	69.7 (2000)
Belgique	46.8	..	..	71.7
Canada	32.9	36.1	74.5	70.8
Corée	..	17.4 (2000)	36.6	44.4 (2000)
Danemark	34.2	50.5	82.7	82.4
Espagne	71.7	..	78.7	71.4
États-Unis	11.5	18.7	39.6	44.4
Finlande	47.4	51.8	80.9	75.6
France	61.9	65.9	76.6	76.0
Grèce	56.7	..	53.7	56.0
Hongrie	79.3 (1991)	61.8	89.1	75.1
Irlande	65.0	..	71.9	76.0
Islande	70.6	63.7 (1999)	86.6	82.9
Italie	62.8	54.2	79.3	75.3
Japon	61.1	63.3 (2000)	77.6	78.3 (2000)
Luxembourg	84.6	81.4 (2000)	93.1	87.8 (2000)
Mexique	..	20.6	43.0	45.9
Norvège	78.5	..	82.8	85.5
Nouvelle-Zélande	74.6	..	82.4	76.7
Pays-Bas	66.6	60.6	67.1	63.3
Pologne	..	..	91.7	71.9
Portugal	62.3	..	65.5	69.0
République slovaque	..	82.7	..	89.3
République tchèque	89.0	76.7	97.4	91.4
Royaume-Uni	66.6	..	83.6	82.2
Suède	71.7	69.1	89.9	85.2
Suisse	..	60.8 (2000)	52.4	55.6 (2000)
Turquie	..	..	61.0	71.9 (1998)
Moyenne (15)^a	59.4	58.8	78.5	75.5
Moyenne (27)^b	n.d.	n.d.	73.8	71.7

a) La moyenne exclut : Autriche, Belgique, Corée, Espagne, Grèce, Irlande, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni, Suisse et Turquie.

b) La moyenne exclut : Belgique, République slovaque et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 4.1. **Pourcentage de la population adulte qui déclare fumer quotidiennement, 1980 à 2000**

	1980 (ou l'année la plus proche)			1990 (ou l'année la plus proche)			2000 (ou l'année la plus proche)		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Australie	31.1	41.1	36.0	27.0	30.2	28.6	18.2	21.4	19.8
Allemagne	21.2	48.4	34.8	22.2	38.0	31.2	18.9	30.9	24.7
Autriche	17.1	41.1	28.1	20.3	35.5	27.5	..	..	..
Belgique	28.4	52.6	40.5	26.0	38.0	32.0	26.0	36.0	31.0
Canada	30.1	38.6	34.4	26.7	29.8	28.2	18.4	21.2	19.8
Corée	..	..	..	6.4	65.7	34.6	5.4	61.8	30.4
Danemark	44.0	57.0	50.5	42.0	47.0	44.5	29.0	32.0	30.5
Espagne	..	..	..	21.4	51.5	35.9	24.6	39.2	31.7
États-Unis	29.3	37.6	33.5	22.8	28.4	25.6	17.2	21.0	19.0
Finlande	16.6	35.2	26.1	20.0	32.4	25.9	20.3	27.3	23.4
France	16.0	44.0	30.0	21.0	39.0	30.0	21.0	33.0	27.0
Grèce	..	..	..	26.0	51.0	38.5	29.0	46.8	35.0
Hongrie	..	..	..	..	..	..	22.9	38.2	30.1
Irlande	34.1	39.0	36.6	29.0	31.0	30.0	27.0	28.0	27.0
Islande	..	..	..	29.9	30.8	30.3	22.5	23.3	22.9
Italie	16.7	54.3	35.5	17.8	37.8	27.8	17.4	31.9	24.4
Japon	14.4	70.2	42.3	14.3	60.5	37.4	13.7	53.5	32.9
Luxembourg	..	..	..	26.0	40.0	33.0	27.0	39.0	32.0
Mexique	..	..	..	14.4	38.3	25.8	16.3	42.9	27.7
Norvège	30.0	42.0	36.0	33.0	36.0	35.0	32.0	31.0	32.0
Nlle-Zélande	28.9	34.0	32.0	27.3	27.8	27.5	25.0	25.0	25.0
Pays-Bas	34.0	52.0	43.0	32.0	43.0	37.0	29.0	35.0	32.0
Pologne	..	..	..	28.0	55.0	41.5	19.5	37.0	27.6
Portugal	..	..	..	..	..	..	9.5	32.8	20.5
Rép. slovaque	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rép. tchèque	..	..	..	..	..	..	17.3	30.1	23.5
Royaume-Uni	37.0	42.0	39.0	29.0	31.0	30.0	25.0	29.0	27.0
Suède	28.7	36.3	32.4	25.9	25.8	25.8	21.0	16.8	18.9
Suisse	28.0	45.0	38.0	29.0	39.0	34.0	..	..	..
Turquie	..	..	..	24.3	62.8	43.6	..	..	..
Moyenne (16)^{a)}	27.5	45.3	36.4	26.0	36.0	31.0	22.4	29.6	25.9
Médiane	28.8	42.0	35.8	26.0	38.0	30.8	21.0	32.0	27.0

a) La moyenne exclut : Autriche, Corée, Espagne, Grèce, Hongrie, Islande, Luxembourg, Mexique, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Suisse et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 4.2. Consommation d'alcool, litres par habitant âgé de 15 ans et plus, 1960 à 2000

	1960	1970	1980	1990	2000
Allemagne	7.5	13.4	14.2 (1982)	13.8	10.5
Australie	9.4	11.6	12.9	10.5	9.9 (1999)
Autriche	10.9	13.9	13.8	12.6	11.3
Belgique	8.9	12.3	14.0	12.1	10.2
Canada	7.2	8.7	11.1	9.2	7.7
Corée	..	..	..	9.1	8.9
Danemark	5.5	8.6	11.7	11.7	11.5
Espagne	14.6 (1962)	16.1	18.5	13.5	11.7
États-Unis	7.8	9.5	10.5	9.3	8.4 (1999)
Finlande	2.7	5.8	7.9	9.5	8.6
France	..	16.8	16.1	12.7	10.5
Grèce	..	..	13.2	10.7	9.4
Hongrie	8.2	11.5	14.9	13.9	12.3
Irlande	4.9	8.6	10.5	10.4	13.7
Islande	2.5 (1961)	3.8	4.3	5.2	6.1
Italie	16.6	18.2	13.2	10.9	8.7
Japon	..	6.9	8.1	8.9	8.2
Luxembourg ^a	13.1	15.6	16.8 (1979)	14.7	14.9
Mexique	..	..	3.5	4.9	4.6
Norvège	3.4	4.7	5.3	5.0	5.7
Nouvelle-Zélande	5.3	9.8	11.8	10.1	8.9
Pays-Bas	3.7	7.7	11.3	9.9	10.0
Pologne	6.3 (1961)	8.0 (1971)	8.7 (1981)	8.3	8.5
Portugal	17.2 (1961)	17.9 (1969)	14.9	16.1	13.0
République slovaque	6.9	12.8	14.5	13.4	9.7
République tchèque	..	..	11.8	11.3	11.8
Royaume-Uni	..	7.1	9.4	9.7	10.2
Suède	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2
Suisse	12.1	14.2	13.5	12.9	11.2
Turquie	0.9	1.1	1.8	1.4	1.5
Moyenne (23)^b	7.8	10.5	11.4	10.5	9.6
Médiane	7.2	9.7	11.8	10.5	9.8

a) Au Luxembourg, les ventes nationales ne reflètent pas de manière précise la consommation réelle car la consommation des touristes et le trafic transfrontalier de boissons alcoolisées peuvent creuser un écart significatif entre les ventes et la consommation réelle des résidents.

b) La moyenne exclut : Corée, France, Grèce, Japon, Mexique, République tchèque et Royaume-Uni.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 4.3. **Pourcentage de la population adulte avec un indice de masse corporelle supérieur à 30 (population obèse), dernière année disponible**

		Femmes	Hommes	Total
Allemagne	1999	11.0	12.1	11.5
Australie ^a	1999	22.0	19.4	20.8
Autriche	1999	9.1	9.1	9.1
Belgique	2001	12.2	11.1	11.7
Canada ^b	2001	13.9	16.0	14.9
Corée	2001	3.5	2.8	3.2
Danemark	2000	9.1	9.8	9.5
Espagne	2001	13.5	11.8	12.6
États-Unis ^a	1999	34.0	27.7	30.9
Finlande	2001	10.3	12.8	11.4
France	2000	9.0	9.0	9.0
Grèce	n.d.	..	..	..
Hongrie	2000	20.3	18.4	19.4
Irlande	1999	9.0	12.0	10.0
Islande	2002	12.4	12.4	12.4
Italie	2000	8.4	8.8	8.6
Japon	2001	3.4	2.9	3.2
Luxembourg	n.d.	..	..	..
Mexique	2000	28.6	19.2	24.2
Norvège	1998	6.0	7.0	6.0
Nouvelle-Zélande	1997	19.2	14.7	17.0
Pays-Bas	2001	10.3	8.3	9.3
Pologne	1996	12.4	10.3	11.4
Portugal	1999	14.0	11.4	12.8
République slovaque	1998	17.4	15.1	16.2
République tchèque	2002	16.1	13.4	14.8
Royaume-Uni ^a	2001	23.5	21.0	22.0
Suède	2001	9.2	9.3	9.2
Suisse	1997	6.9	6.7	6.8
Turquie	n.d.	..	..	..

Note : L'obésité est définie comme un indice de masse corporelle supérieur à 30. L'indice de masse corporelle est un chiffre rapportant le poids d'un individu à sa taille (poids/taille², le poids étant exprimé en kilogrammes et la taille en mètres).

a) Pour l'Australie, le Royaume-Uni et les États-Unis, les données sont basées sur un examen au cours duquel on a mesuré la taille et le poids réel des individus, plutôt qu'une simple déclaration des répondants. Les estimations provenant d'examen sont généralement supérieures et plus fiables que celles provenant de déclarations, puisqu'elles excluent la possibilité de fausses déclarations, mais seulement quelques pays mènent régulièrement des enquêtes par examen.

b) Pour le Canada, les données se rapportent à la population âgée de 20 à 64 ans.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 5.1. Population totale, en milliers, milieu d'année, 1960 à 2001

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne ^{a)}	55 433	60 651	61 566	63 254	82 212	82 350
Australie	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	19 413
Autriche	7 048	7 467	7 549	7 729	8 112	8 130
Belgique	9 154	9 656	9 859	9 967	10 251	10 287
Canada	18 180	21 682	24 516	27 701	30 770	31 111
Corée	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	47 343
Danemark	4 580	4 929	5 123	5 141	5 340	5 359
Espagne	30 455	33 753	37 439	38 850	39 927	40 266
États-Unis	180 671	205 052	227 727	249 623	282 125	284 797
Finlande	4 430	4 606	4 780	4 986	5 176	5 188
France	45 684	50 772	53 880	56 709	58 894	59 191
Grèce	8 334	8 793	9 643	10 161	10 543	10 964
Hongrie	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 188
Irlande	2 829	2 957	3 413	3 514	3 801	3 854
Islande	176	204	228	255	281	285
Italie	50 200	53 822	56 434	56 719	57 762	57 894
Japon	94 302	104 665	117 060	123 611	126 926	127 130
Luxembourg	314	339	364	382	438	442
Mexique	38 579	52 775	68 686	84 446	100 350	101 826
Norvège	3 581	3 876	4 086	4 242	4 491	4 514
Nouvelle-Zélande	2 377	2 820	3 144	3 363	3 859	3 881
Pays-Bas	11 487	13 039	14 150	14 952	15 926	16 046
Pologne	29 406	32 642	35 578	38 111	38 649	38 638
Portugal	8 858	8 680	9 766	9 899	10 231	10 299
République slovaque	3 994	4 538	4 980	5 280	5 401	5 391
République tchèque	9 602	9 858	10 304	10 363	10 272	10 268
Royaume-Uni	52 449	55 711	56 313	57 238	58 643	58 837
Suède	7 485	8 043	8 311	8 559	8 872	8 896
Suisse	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 233
Turquie	27 755	35 605	44 439	56 203	67 461	68 610
Total	757 962	858 202	949 187	1 028 278	1 130 269	1 138 631

a) Les chiffres de la population allemande représentent les chiffres de l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Tableau 5.2. Part de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2001

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne	..	..	..	15.0 (1992)	16.4	16.9
Australie	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	12.5
Autriche	12.2	14.1	15.4	14.9	15.5	15.5
Belgique	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	16.9
Canada	7.5	7.9	9.4	11.3	12.5	12.6
Corée	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	7.6
Danemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	14.8
Espagne	8.2	9.6	11.0	13.6	16.9	17.0
États-Unis	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.4
Finlande	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	15.1
France	11.6	12.9	13.9	14.0	16.1	16.2
Grèce	8.1	11.1	13.1	13.8	17.3	..
Hongrie	9.0	11.5	13.4	13.4	15.1	15.2
Irlande	11.1	11.1	10.7	11.4	11.2	11.2
Islande	8.0	8.8	10.1	10.6	11.7	11.6
Italie	9.3	10.9	13.1	14.9	18.1	18.4
Japon	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	17.8
Luxembourg	10.8	12.7	13.7	13.4	14.2	14.0
Mexique	4.2	3.9	3.7	3.8	4.6	..
Norvège	11.0	12.9	14.8	16.3	15.2	15.0
Nouvelle-Zélande	8.6	8.5	10.0	11.1	11.7	11.9
Pays-Bas	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	13.6
Pologne	6.0	8.4	10.1	10.1	12.2	12.4
Portugal	7.9	9.4	11.3	13.4	16.3	16.4
République slovaque	6.9	9.1	10.5	10.3	11.4	11.4
République tchèque	8.7	12.1	13.5	12.5	13.8	13.8
Royaume-Uni	11.7	12.8	14.9	15.7	15.9	15.9
Suède	11.7	13.7	16.3	17.8	17.3	17.2
Suisse	10.2	11.4	13.8	14.6	15.3	15.4
Turquie	3.5	4.4	4.7	4.3	5.7	..
Moyenne (29)^{a)}	8.7	10.0	11.5	12.4	13.7	n.d.
Médiane	8.7	10.2	11.5	13.4	14.9	15.0

a) La moyenne exclut l'Allemagne (en raison de la réunification en 1990).

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.3. Part de la population âgée de 80 ans et plus, 1960 à 2001

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne	..	..	..	3.8	3.7	3.8
Australie	1.2	1.4	1.7	2.2	2.9	3.1
Autriche	1.8	2.1	2.7	3.6	3.5	3.7
Belgique	1.8	2.1	2.6	3.5	3.6	3.7
Canada	1.2	1.5	1.8	2.3	3.0	3.1
Corée	0.2	0.3	0.5	0.7	1.0	1.1
Danemark	1.6	2.0	2.8	3.7	4.0	4.0
Espagne	1.1	1.5	1.8	2.9	3.8	3.9
États-Unis	1.4	1.8	2.3	2.8	3.3	3.4
Finlande	0.9	1.1	1.8	2.8	3.4	3.5
France	2.0	2.3	2.8	3.7	3.7	4.0
Grèce	1.3	2.0	2.3	3.0	3.5	..
Hongrie	1.1	1.5	2.0	2.5	2.6	2.8
Irlande	1.9	2.0	1.8	2.2	2.6	2.6
Islande	1.1	1.5	2.2	2.4	2.8	2.8
Italie	1.4	1.8	2.1	3.2	4.0	4.2
Japon	0.7	0.9	1.4	2.4	3.8	4.0
Luxembourg	1.6	1.8	2.2	3.1	3.0	2.9
Mexique	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	..
Norvège	2.0	2.2	2.9	3.7	4.3	4.4
Nouvelle-Zélande	1.5	1.5	1.7	2.3	2.8	2.9
Pays-Bas	1.4	1.7	2.2	2.9	3.2	3.3
Pologne	0.7	1.0	1.4	2.0	2.0	2.1
Portugal	1.1	1.4	1.6	2.5	3.4	3.4
République slovaque	1.0	1.1	1.5	2.0	1.9	1.9
République tchèque	1.2	1.5	1.9	2.5	2.4	2.5
Royaume-Uni	1.9	2.2	2.7	3.6	4.0	4.2
Suède	1.9	2.3	3.1	4.3	5.0	5.1
Suisse	1.5	1.7	2.6	3.7	4.0	4.1
Turquie	0.3	0.3	0.7	0.8	0.6	..
Moyenne (29)^{a)}	1.3	1.6	2.0	2.7	3.1	n.d.
Médiane	1.3	1.5	2.0	2.8	3.4	3.4

a) La moyenne exclut l'Allemagne (en raison de la réunification en 1990).

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.4. Taux de fécondité, enfants par femme âgée de 15-49 ans, 1960 à 2001

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
Australie	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	..
Autriche	2.7	2.3	1.6	1.5	1.3	1.3
Belgique	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.7
Canada	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	..
Corée	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.3
Danemark	2.6	2.0	1.6	1.7	1.8	1.7
Espagne	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.3
États-Unis	..	2.5	1.8	2.1	2.1	..
Finlande	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.7
France	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	1.9
Grèce	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.3
Hongrie	2.0	2.0	1.9	1.9	1.3	1.3
Irlande	3.8	3.9	3.3	2.1	1.9	2.0
Islande	4.2	2.8	2.5	2.3	2.1	1.9
Italie	2.4	2.4	1.6	1.3	1.2	1.2
Japon	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	..
Luxembourg	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.7
Mexique	7.3	6.8	4.7	3.4	2.4	..
Norvège	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	..
Nouvelle-Zélande	4.2 (1958)	3.2	2.0	2.2	2.0	2.0
Pays-Bas	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7
Pologne	3.0	2.2	2.3	2.0	1.3	1.3
Portugal	3.1	2.8	2.2	1.6	1.5	1.4
République slovaque	3.1	2.4	2.3	2.1	1.3	1.2
République tchèque	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.1
Royaume-Uni	2.7	2.4	1.9	1.8	1.6	1.6
Suède	2.2	1.9	1.7	2.1	1.5	1.6
Suisse	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
Turquie	6.4	5.1	4.2	3.6	2.6 (1998)	..
Moyenne (30)^{a)}	3.2	2.7	2.1	1.9	1.6	n.d.
Médiane	2.7	2.4	1.9	1.8	1.6	1.4

a) La moyenne de 1960 exclut les États-Unis.

Source : Eco-Santé OCDE 2003.

Tableau 5.5. **Produit intérieur brut (PIB) par habitant, taux moyen de croissance annuelle en terme réel, 1970 à 2001, et niveau en USD PPA (parité de pouvoir d'achat), 2001**

	Taux moyen de croissance annuelle en terme réel					PIB par habitant USD PPA
	1970-1979	1979-1989	1989-1999	1999-2000	2000-2001	2001
Allemagne (1992-99)	2.8	1.7	1.0	2.7	0.4	26 199
Australie	1.3	1.9	2.1	0.5	2.5	27 408
Autriche	3.6	2.0	2.0	3.3	0.4	28 324
Belgique	3.0	2.0	1.8	3.5	0.4	27 775
Canada	3.3	1.7	1.3	3.6	0.3	28 811
Corée	6.7	6.2	5.1	8.4	2.3	15 905
Danemark	1.8	1.4	1.8	2.5	1.1	29 216
Espagne	2.7	2.3	2.4	3.4	1.8	21 294
États-Unis	2.6	2.0	1.8	2.6	-0.7	35 182
Finlande	3.1	3.2	1.1	5.3	0.4	26 438
France	2.9	1.8	1.4	3.3	1.3	26 879
Grèce	4.1	0.2	1.5	4.1	0.1	16 137
Hongrie (1991-99)	..	..	2.1	5.5	4.1	13 431
Irlande	3.4	2.7	6.3	8.6	4.2	30 002
Islande	5.4	2.0	1.2	4.0	1.7	28 879
Italie	3.1	2.3	1.3	2.9	1.7	26 345
Japon	3.4	3.2	1.3	2.7	0.1	26 652
Luxembourg	2.0	4.1	3.6	7.7	0.1	48 687
Mexique	4.3	0.0	1.5	5.0	-1.7	8 903
Norvège	4.1	2.3	3.0	1.7	0.9	36 462
Nouvelle-Zélande	0.7	1.3	1.1	2.0	2.7	21 077
Pays-Bas	2.3	1.4	2.3	2.6	0.5	29 391
Pologne (1990-99)	..	..	3.4	4.1	1.0	9 934
Portugal	3.5	3.0	2.6	3.1	1.0	17 560
République slovaque (1992-99)	..	..	4.1	2.1	3.5	12 010
République tchèque (1990-99)	..	..	-0.1	3.4	4.1	15 143
Royaume-Uni	2.3	2.2	1.8	2.8	1.6	26 315
Suède	1.6	2.0	1.2	4.2	0.8	26 052
Suisse	0.7	1.6	0.2	2.6	0.2	29 876
Turquie	..	1.7	1.9	4.7	-9.0	5 734
Moyenne (25)^{a)}	3.0	2.2	2.0	3.7	1.0	24 067
Médiane	3.0	2.0	1.8	3.4	1.0	26 392

a) La moyenne exclut : Hongrie, Pologne, République slovaque, République tchèque et Turquie.

Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

Annexe 2

DÉFINITION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET NOTES MÉTHODOLOGIQUES SUR LA COMPARABILITÉ DES DONNÉES

Définition des dépenses de santé

Les dépenses totales de santé mesurent la consommation finale de produits et de services de santé et l'investissement en capital lié aux infrastructures de soins. Elles incluent les sommes dépensées par les acteurs publics et privés (y compris les ménages) au titre des produits et des services médicaux, des programmes de santé publique et de prévention et de l'administration. Les dépenses connexes comme la formation, la recherche et la santé environnementale sont exclues. Les dépenses totales de santé n'incluent pas aussi l'indemnisation de la perte de revenu due à des problèmes de santé (congés maladie et allocations d'invalidité). Pour une définition plus détaillée, consulter *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000a).

Le tableau qui suit présente les grandes catégories de dépenses utilisées dans *Eco-Santé OCDE 2003* et dans les tableaux de cette publication.

Code ICHA	Description
HC.1 ; HC.2	Services de soins curatifs et de réadaptation (patients hospitalisés et externes, soins à domicile)
HC.3	Services de soins de longue durée (patients hospitalisés et soins à domicile)
HC.4	Services auxiliaires de soins de santé
HC.1-HC.4	Services médicaux
HC.5	Produits médicaux administrés à des malades externes
HC.1-HC.5	Dépenses totales au titre de la santé personnelle
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurance-maladie
HC.6-HC.7	Dépenses totales au titre de la santé collective
HC.1-HC.7	Dépenses totales courantes
HC.R.1	Investissements (formation brute de capital) dans la santé
HC.1-HC.7+HC.R.1	DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ

Comparaison des dépenses de santé entre pays

Les pays de l'OCDE en sont à des stades variables de présentation de leurs dépenses totales de santé selon les catégories proposées dans le manuel de l'OCDE *Système de comptes de la santé*. Cela signifie que les données présentées dans *Eco-Santé OCDE 2003* ont des niveaux variables de comparabilité. La comparabilité de la ventilation fonctionnelle des dépenses de santé dans *Eco-Santé OCDE* s'est progressivement améliorée au cours des dernières années. Toutefois, elle reste limitée (même entre pays dont les dépenses totales sont relativement comparables) du fait que la collecte des données est liée aux enregistrements administratifs des systèmes de financement. En Australie, au Canada et aux États-Unis, par exemple, les dépenses au titre des patients hospitalisés n'incluent pas la facturation indépendante (en cabinet) des honoraires des médecins pour les soins à des patients hospitalisés, alors qu'en Allemagne et aux Pays-Bas elles incluent les soins aux patients externes dispensés dans les hôpitaux. Des pratiques différentes d'inclusion des soins de longue durée dans les dépenses sociales ou de santé affectent également la comparabilité des données.

Concernant la ventilation fonctionnelle des dépenses de santé présentée dans cette publication, les dépenses externes sont prises dans une acception large incluant tous les services auxiliaires et les soins à domicile pour une meilleure comparabilité des données. *Eco-Santé OCDE 2003* présente une ventilation plus fine (comme le montre le tableau ci-avant).

Pour plus d'information, consulter la « Note sur la comparabilité générale des dépenses de santé et de leur financement » dans *Eco-Santé OCDE 2003* (www.oecd.org/health/healthdata).

Ajustement pour prise en compte des différences dues à la monnaie nationale

Les dépenses de santé exprimées dans les monnaies nationales peuvent être utilisées pour comparer certains indicateurs tels que la part des dépenses de santé dans le PIB et les taux de croissance des dépenses de santé dans le temps.

Toutefois, pour effectuer des comparaisons utiles des dépenses de santé entre pays à un instant donné, il est nécessaire de convertir les données exprimées en monnaie nationale en une unité monétaire commune, telle que le dollar américain. Il est également utile de prendre en compte les différences de pouvoir d'achat des monnaies nationales dans chaque pays. Pour calculer le taux de conversion des monnaies nationales en dollar sur la base de la parité de pouvoir d'achat (PPA), on calcule le prix d'un même panier de biens et de services dans différents pays en l'exprimant dans la monnaie nationale puis on le convertit en dollars. Par exemple, si un panier identique de biens et de services coûte au Canada 140 CAD et aux États-Unis 100 USD, la parité de pouvoir d'achat sera de 1.4 CAD pour 1 USD. Les PPA du PIB sont utilisées car ce sont les taux de conversion disponibles les plus fiables. Elles 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 de dépenses de santé selon les pays reflètent non seulement les variations du niveau de consommation des services de santé mais aussi les différences de prix de ces services par rapport au PIB entre les pays.

Les dépenses de santé converties en dollars PPA ne sont pas ajustées de l'inflation des prix ; elles ne conviennent donc pas pour des comparaisons dans le temps des taux de croissance réels.

Correction des données pour prise en compte de l'inflation des prix

Pour effectuer des comparaisons valables dans le temps des taux réels de croissance, il faut déflater les dépenses de santé nominales par un indice des prix pertinent et les diviser par la population pour obtenir les dépenses réelles par habitant. En raison du manque d'indices de prix fiables dont on dispose dans le domaine de la santé, cette publication utilise l'indice des prix du PIB (niveaux de prix du PIB 1995). Il faut se souvenir que, dans la plupart des pays, le secteur de la santé a habituellement un taux d'inflation supérieur à celui de l'économie dans son ensemble.

Interprétation des moyennes de l'OCDE

La quantité de données disponibles influe sur le nombre de pays pouvant entrer dans le calcul des moyennes de l'OCDE. Le tableau 3.2, par exemple, présente deux versions de la moyenne de l'OCDE pour les années 90. Pour les trente dernières années, on ne dispose de données comparables que pour 18 pays de l'OCDE, alors que pour ces dernières années on dispose de données pour 28 pays. Ces dernières moyennes sont plus appropriées pour caractériser la situation actuelle dans la zone OCDE. Toutefois, les moyennes sur 28 pays en 2000-2001 ne sont comparables qu'aux moyennes des années 90. Elles ne sont pas comparables aux moyennes des années 80 et 70.

Annexe 3

LISTE DES VARIABLES CONTENUES DANS ECO-SANTÉ OCDE 2003

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/Espérance de vie sans incapacité
Santé du nourrisson
Anomalies congénitales
Santé buccale
Maladies transmissibles (VIH/SIDA)
Cancer
Accidents
Absentéisme au travail pour cause de maladie

Partie 2. Ressources en santé

Emploi dans le secteur de la santé
Lits d'hôpitaux
Ratio emploi/lits
Technologie médicale
Formation des professions de santé

Partie 3. Utilisation des ressources en santé

Prévention (vaccination)
Consultations
Utilisation des ressources hospitalières
Durée moyenne de séjour
*Durée moyenne de séjour : ensemble des hôpitaux/
hôpitaux de soins aigus*
Durée moyenne de séjour par catégories de diagnostic
Taux de sortie
Taux de sortie par catégories de diagnostic
Procédures chirurgicales
Nombre total d'actes chirurgicaux
Procédures chirurgicales par CIM-MC
Greffes et dialyses

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
*Dépenses d'administration de la santé et assurance
maladie*

Dépenses liées à la santé

Dépenses en services médicaux
Dépenses en services médicaux par fonctions
Dépenses en soins en milieu hospitalier
Dépenses en soins ambulatoires
Dépenses en soins à domicile
Dépenses en services auxiliaires
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 courantes de santé par prestataires de soins
Indices de prix

Partie 5. Financement et rémunération

Dépenses de santé par sources de financement

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 environnement
Alimentation
Consommation d'alcool
Consommation de tabac
Masse pondérale
Environnement

Partie 9. Références démographiques

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

Partie 10. Références économiques

Références macro-économiques
Taux de conversion monétaire

Plus d'informations sur *Eco-Santé OCDE 2003* sont disponibles sur www.oecd.org/health/healthdata

BIBLIOGRAPHIE

- AIHW (2001), *Health Expenditure Bulletin*, n° 17, Australia's health services expenditure to 1999-00, Australian Institute of Health and Welfare, septembre.
- AIKEN, L.H., S.P. CLARKE et D.M. SLOANE (2002a), « Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: cross-national findings », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 14, n° 1, pp. 5-13.
- AIKEN, L.H., S.P. CLARKE, D.M. SLOANE, J. SOCHALSKI et J.H. SILBER (2002b), « Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 16, pp. 1987-1993.
- ANELL, A., et P. SVARVAR (1999), « Health Care Reforms and Cost Containment in Sweden », dans E. Mossialos et J. LeGrand (dir. pub.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate.
- BANQUE MONDIALE (1999), *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*.
- BENNETT, J. (2003), « Investment in Population Health in Five OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 2, OCDE, Paris.
- BUNKER, J. (1995), « Medicine Matters after All », *Journal of the Royal College of Physicians of London*, vol. 29, n° 2, pp. 105-112.
- BUNKER, J. *et al.* (1994), « Improving Health: Measuring Effects of Medical Care », *Millbank Quarterly*, vol. 72, n° 2, pp. 225-258.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2001), *Canada's Health Care Providers*, www.cihi.ca, Ottawa.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2001), *1999 Hospital Discharge Survey*, n° 319, US National Center for Health Statistics.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (2002), *National Vital Statistics Report*, vol. 50, n° 5, US National Center for Health Statistics, pp. 77-78.
- COWAN, C.A. *et al.* (2001) « National Health Expenditures, 1999 », *Health Care Financing Review*, Été, vol. 22, n° 4, pp. 77-110.
- CUTLER, D. et E. MEARA (2001), « Changes in the Age Distribution of Mortality over the 20th Century », *Working Paper*, n° 8556, National Bureau of Economic Research, octobre.
- DE LATHOUWER, C. et J.-P. POUILLIER (2000), « How Much Ambulatory Surgery in the World in 1996-97 and Trends? », *Ambulatory Surgery*, vol. 8, pp. 191-210.
- DEL BOCA, D. (2002) « Low Fertility and Labour Force Participation of Italian Women: Evidence and Interpretations », *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 61, OCDE, Paris.
- DICKSON, M., J. HURST et S. JACOBZONE (2003), « Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 4, OCDE, Paris.
- DOCTEUR, E., H. SUPPANZ et I. WOO (2003), « The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform », *Economics Department Working Papers*, n° 350, OCDE, Paris.
- DOCTEUR, E. et H. OXLEY (2003), « Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience », *Economics Department Working Papers and OECD Health Working Papers*, OCDE, Paris.
- EZZATI, M., A.D. LOPEZ, A. RODGERS, S. VANDERHOORN et C.J.L. MURRAY (2002), « Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease », *The Lancet*, vol. 360, pp. 1347-1360.
- FELDER, S., M. MEIER et H. SCHMITT (2000), « Health Care Expenditure in the Last Months of Life », *Journal of Health Economics*, vol. 19, pp. 679-695.
- FORSTER, M. (2000), « Trends and Driving Factors in Income Distribution and Poverty in the OECD Area », *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 42, OCDE, Paris.
- 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.

BIBLIOGRAPHIE

- HÄKKINEN, U. (1999), « Cost Containment in Finnish Health Care », dans E. Mossialos et J. LeGrand (dir. pub.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate.
- HENRIKSSON, M.M. *et al.* (1993), « Mental Disorders and Comorbidity in Suicide », *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, pp. 935-940.
- HISASHIGE, A. (1992), « The Introduction and Evaluation of MRI in Japan », *International Society for Technology Assessment in Health Care*, vol. 3, n° 126.
- HUBER, M. (1999), « Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1970-1997 », *Health Care Financing Review*, vol. 21, n° 2, pp. 99-117.
- INSTITUTE OF CANCER RESEARCH (2003), Prostate Cancer, Fact sheet, website consulté le 26/05/2003 (www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html).
- JEE-HUGHES, M. et S. JACOBZONE (à paraître), « Ageing-related Diseases Project: Comparing the Treatment, Costs and Outcomes for Breast Cancer in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, OCDE, Paris.
- JEONG, H-S. et J. HURST (2001), « An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System », *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 56, OCDE, Paris.
- KATZ, S.J., L.F. MCMAHON et W.G. MANNING (1996), « Comparing the Use of Diagnostic Tests in Canadian and US Hospitals », *Medical Care*, vol. 34, n° 2, pp. 117-125.
- KRONEMAN, M.W. *et al.* (2001), « International Variations in Availability and Diffusion of Alternatives to Inpatient Care in Europe: The case of day surgery », *Ambulatory Surgery*, vol. 9, pp. 147-154.
- MARIS, R. (2002), « Suicide », *The Lancet*, vol. 360, n° 9329, 27 juillet 2002, pp. 319-326.
- MAX PLANCK INSTITUTE FOR DEMOGRAPHIC RESEARCH (1999), « Male-female Differences in Mortality in the Developed World », *MPIDR Working Paper*, WP 1999-2000, par A. Gjonça, C. Tomassini et J.W. Vaupel, Allemagne.
- MIILUNPALO, 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.
- MOÏSE, P. (2003), « The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-Related Diseases Study », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OCDE, Paris.
- MOISE, P., S. JACOBZONE *et al.* (2003), « OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease », *OECD Health Working Papers*, n° 3, OCDE, Paris.
- MONTERRAT, A. et N. HAMZAOU (2002), « Le SIDA dans l'Union européenne de 1985 à 2001 : Incidence et mortalité », *Statistiques en bref, Population et conditions sociales*, Eurostat, Thème 3, 18/2002.
- MOON, L., P. MOISE et S. JACOBZONE (2003), « OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Stroke », *OECD Health Working Papers*, n° 5, OCDE, Paris.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2002), *Health, United States 2002 With Chartbook on Trends in the Health of Americans*, Hyattsville, Maryland.
- NAYLOR, D. *et al.* (2002), « Mesurer la performance des systèmes de santé : problèmes et possibilités à l'heure de l'évaluation et de l'imputabilité », *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris, pp. 13-34.
- OCDE (2000a), *Système de comptes de la santé*, Paris.
- OCDE (2000b), *Comptes nationaux*, Paris.
- OCDE (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Paris.
- OCDE (2003b), *Panorama de la société*, Paris.
- OCDE (2003c), *Examen de l'OCDE des systèmes de santé – Corée*, Paris.
- OCDE (2003d), *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille (vol. 2: Autriche, Irlande et Japon)*, Paris.
- OFFICE OF NATIONAL STATISTICS – ONS (2001), « Cancer Trends in England and Wales 1950-1999 », dans M. Quinn, P. Babb, A. Brock, L. Kirby et J. Jones (dir. pub.), *Studies on Medical and Population Subjects*, n° 66, Londres.
- OHMI, H., K. HIROOKA, A. HATA et Y. MOCHIZUKI (2001), « Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, OCDE, Paris, pp. 1269-1271.
- ONUSIDA (2002), *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre.
- OR, Z. (2000), « Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, OCDE, Paris, pp. 57-83.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1997), *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002a), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002b), *L'atlas du tabac*, par Judith Mackay, Genève.
- OROSZ, E. et A. BURNS, (2000), « The Health Care System in Hungary », *OECD Economics Department Working Papers*, n° 241, OCDE, Paris.
- PEREZ-CUEVAS, R., H. REYES, U. PEGO, P. TOME, K. CEJA, S. FLORES et G. GUTIERREZ (1999), « Immunisation Promotion Activities: are they effective in encouraging mothers to immunize their children? », *Social Science and Medicine*, vol. 49, pp. 921-932.
- ROBERTS, K.A., M. DIXON-WOODS, R. FITZPATRICK, K.R. ABRAMS et D.R. JONES (2002), « Factors Affecting Uptake of Childhood Immunisation: A Bayesian synthesis of qualitative and quantitative evidence », *The Lancet*, vol. 360, pp. 1596-1599.
- SACHS, B.P. *et al.* (1995), « The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Anomalies on the Interpretation of International Comparisons of Infant Mortality », *Obstetrics & Gynaecology*, vol. 85, pp. 941-946.
- SANT, M. *et al.* (1998), « Survival of Women with Breast Cancer in Europe: variation with age, year of diagnosis and country », *International Journal of Cancer*, vol. 77, pp. 679-683.
- SERUP-HANSEN, N., J. WICKSTRØM et I.S. KRISTIANSEN (2002), « Future Health Care Costs – Do Health Care Costs During the Last Year of Life Matter? », *Health Policy*, vol. 62, pp. 161-172.
- SLADE, E.P. et G.F. ANDERSON (2001), « The Relationship between Per Capita Income and Diffusion of Medical Technologies », *Health Policy*, vol. 58, pp. 1-14.
- STAKES et COMMISSION EUROPÉENNE (2000), *Minimum Data Set of European Mental Health Indicators*.
- STATISTIQUE CANADA (2001), « Taux relatifs de survie à cinq ans – Cancers de la prostate, du sein, du côlon et du rectum, et du poumon », par L. Ellison, L. Gibbons et le Groupe d'analyse de la survie au cancer au Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, Catalogue 82-003, décembre.
- STATISTIQUE CANADA (2002), « Suicides et tentatives de suicides », par S. Langlois et P. Morrison, *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 2, Catalogue 82-003, janvier, pp. 9-22.
- STREEFLAND, P.H. (2001), « Public Doubts About Vaccination Safety and Resistance Against Vaccination », *Health Policy*, vol. 55, pp. 159-172.
- STURM, R. (2002), « The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs », *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, mars/avril, pp. 245-253.
- THOMSON, L.A., D.C. GOODMAN et G.A. LITTLE (2002), « Is More Neonatal Intensive Care Always Better? Insights from a cross-national comparison of reproductive care », *Pediatrics*, vol. 109, pp. 1036-1043.
- TUNSTALL-PEDOE *et al.* (2000), « Estimation of Contribution of Changes in Coronary Care to Improving Survival, Event Rates, and Coronary Heart Disease Mortality Across the WHO MONICA Project Populations », *The Lancet*, vol. 355, pp. 688-700.
- TYRRELL, L. et D. DAUPHINEE (1999), *Task Force on Physician Supply in Canada*, document préparé pour la Canadian Medical Forum Task Force, novembre, Ottawa.
- UN/ECE (2000), « Fertility Decline in the Transition Economies, 1982-1997: Political, Economic and Social Factors », *Economic Survey of Europe*, n° 1, pp. 181-194, UN/ECE, Genève.
- Van DOORSLAER, E., S. KOOLMAN et F. PUFFER (2002), « L'équité en matière d'utilisation des visites médicales dans les pays de l'OCDE : a-t-on atteint l'équité de traitement à besoin équivalent ? », *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.
- WILKINSON, R.G. (2000) « Putting the Picture Together: prosperity, redistribution, health and welfare », dans M. Marmot et R. Wilkinson (dir. pub.), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.
- WILKINSON, R.G. (1996), *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*, Routledge, Londres.
- YUTAKA, I. (2002), « Health Care Reform in Japan », *OECD Economics Department Working Papers*, n° 321, OCDE, Paris.

BON DE COMMANDE
ECO-SANTÉ OCDE 2003

Merci de bien vouloir m'envoyer le CD-ROM *Eco-Santé OCDE 2003*

(81 2003 103C5) ISBN 92-64-10126-8 Version utilisateur unique

(81 2003 103C1) ISBN 92-64-10127-6 Version réseau

1. Indiquez ci-dessous les détails vous concernant :

M./Mme/Prof./Dr..... Nom de famille Prénom.....
Organisation.....
Adresse Post/ZIP Code
Pays..... Tél. : Fax E-mail.....

2. Deux versions existent. Indiquez votre préférence :

Version utilisateur unique

Organisations à but lucratif..... € 325 US\$325 £ 218 Y 41 500

Organisations à but non lucratif..... € 225 US\$225 £ 150 Y 28 750

Version réseau

Organisations à but lucratif..... € 1 050 US\$1 050 £ 705 Y 134 100

Organisations à but non lucratif..... € 895 US\$895 £ 600 Y 114 300

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 à :

OECD Turpin Distribution Services Limited

P.O. Box 22, Letchworth SG6 1YT, UK

Tel: +44 (0)1462-672555 – Fax: +44 (0)1462-480947

E-mail: books@turpinltd.com

Visualisez les titres publiés par l'OCDE sur : www.oecd.org/bookshop

Pour plus d'informations, contactez sales@oecd.org

Vous pouvez également consulter le site de l'OCDE consacré à la santé sur : www.oecd.org/health/healthdata

Organisation de co-opération et de développement économiques
2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France
www.oecd.org

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2003 13 2 P) ISBN 92-64-10405-4 - n° 53158 2003