

Panorama de la santé – Situation de la France par rapport aux autres pays de l'OCDE

**A combien s'élèvent
les dépenses de
santé ?**

**Quelle est la part du
financement public
dans les dépenses de
santé ?**

**Quelles sont les
ressources du
secteur de la santé ?**

**Quel est l'état de
santé de la
population ?**

**Quels sont les
facteurs de risque ?**

**Pour plus
d'information**

Références

Où nous contacter ?

Introduction

Cette note de *Synthèse* présente quelques-uns des principaux indicateurs figurant dans la publication *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003*, en mettant l'accent sur la situation de la France comparée à celle des autres pays de l'OCDE.

À bien des égards, la situation de la France se compare avantageusement aux autres pays de l'OCDE en termes d'indicateurs de l'état de santé de sa population et de ressources allouées au secteur des soins de santé. Les Français (et particulièrement les Françaises) jouissent d'une espérance de vie relativement longue par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. Le système de santé de la France est financé principalement par la sécurité sociale et les fonds publics. Les services sont fournis à la fois par le secteur public et le secteur privé. Ce système offre à tous les Français un accès aux médecins et aux services hospitaliers, laissant à la charge des patients une participation financière variable selon le service. Depuis l'introduction de la Couverture médicale universelle en 2000, les personnes à faible revenu qui n'ont pas d'assurance complémentaire bénéficient gratuitement de ces services. Les Français sont libres de consulter les médecins, généralistes ou spécialistes, à leur guise. En règle générale, le système de santé en France n'a pas connu les problèmes de longues listes d'attente pour certains traitements observés dans d'autres pays, en raison notamment de la disponibilité relativement abondante de ressources. Le niveau de satisfaction générale des Français à l'égard de leur système de santé a traditionnellement été beaucoup plus élevé que dans la plupart des autres pays. Toutefois, les dépenses totales de santé en France sont relativement élevées par rapport à la moyenne de l'OCDE. ■

A combien s'élèvent les dépenses de santé ?

Les dépenses de santé totales (publiques et privées) représentaient en France 9,5 % du PIB en 2001, soit environ un point de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (graphique 1). Les dépenses de santé par rapport au PIB en France restent cependant moins élevées qu'aux États-Unis (qui enregistrait le niveau le plus élevé avec 13,9 % en 2001), en Suisse, en Allemagne et au Canada.

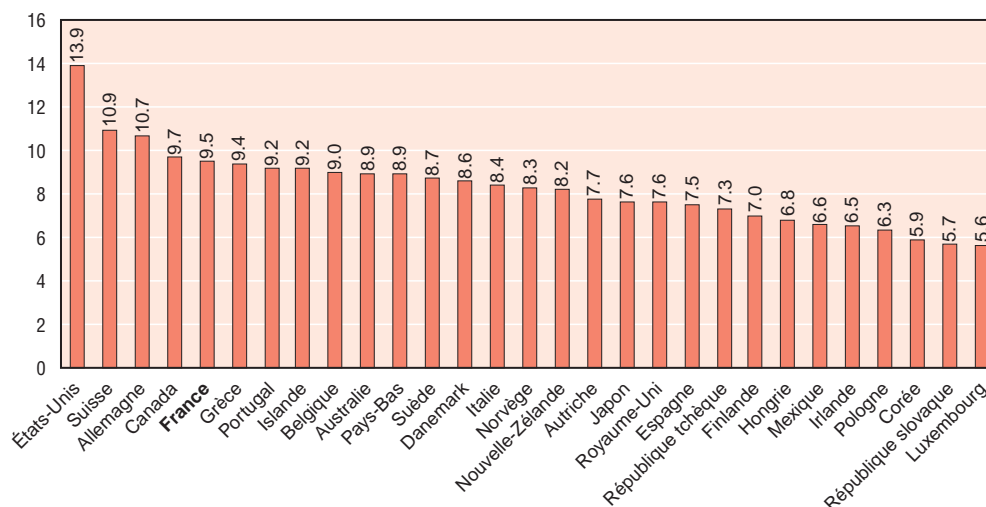
La France se situe aussi au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE en termes de dépenses totales de santé par habitant. Là encore, les dépenses de santé par habitant en France restent cependant bien en dessous des dépenses de santé aux États-Unis. Elles sont aussi moins élevées que dans plusieurs autres pays européens (par exemple, en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas), ainsi qu'au Canada. Les différences de dépenses de santé entre les pays peuvent refléter des différences de prix, de volume et/ou de qualité des services et des produits médicaux consommés.

Au cours des années 1990, les dépenses de santé par habitant en France, en termes réels (c'est-à-dire hors inflation), ont augmenté en moyenne de

2,2 % par année, un chiffre moins élevé que la moyenne observée dans les pays de l'OCDE durant cette période. Toutefois, la hausse des dépenses de santé en France s'est accélérée en 2000 et 2001, atteignant une croissance en termes réels de 3,7 % en moyenne sur ces deux années.

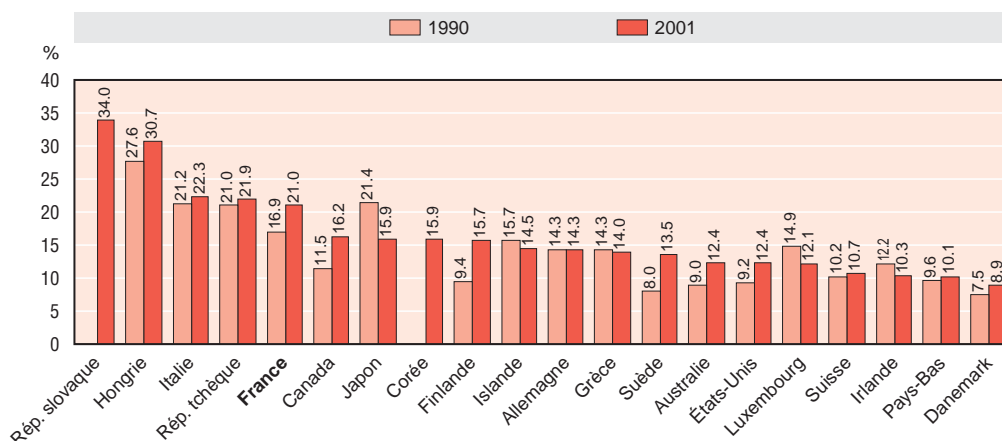
L'augmentation des dépenses pour les médicaments a été l'un des facteurs de la hausse des dépenses totales de santé en France comme dans plusieurs autres pays de l'OCDE. Entre 1990 et 2001, la part des dépenses en produits pharmaceutiques est passée de 16,9 % du total des dépenses de santé en France à 21 %, soit une des plus fortes augmentations parmi les pays de l'OCDE (graphique 2). En 2001, seuls les États-Unis dépensaient plus par habitant que la France au chapitre des médicaments. La plupart des pays de l'OCDE ont tenté de maîtriser la croissance des dépenses pharmaceutiques au cours de la dernière décennie en recourant à une panoplie de mesures. L'une des plus courantes a été d'accroître la participation des consommateurs aux coûts des produits pharmaceutiques. Ainsi, en France comme dans d'autres pays de l'OCDE, le nombre de médicaments non remboursés a augmenté, principalement pour les médicaments dits « de confort » ou dont la valeur thérapeutique n'est pas prouvée. On a aussi augmenté la participation des consomma-

Graphique 1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2001



Source : Panorama de la Santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003

Graphique 2. Part des dépenses de produits pharmaceutiques dans les dépenses totales de santé, 1990 et 2001



Source : Panorama de la Santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003

teurs aux coûts de nombreux autres médicaments. ■

Quelle est la part du financement public dans les dépenses de santé ?

Les sources de financement des dépenses de santé, et en particulier la répartition optimale entre le financement public et le financement privé, restent un sujet de débats dans la plupart des pays de l'OCDE.

Le financement public représente la principale source de financement dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Corée, des États-Unis et du Mexique. En France, 76 % des dépenses de santé en 2001 étaient financées par des fonds publics, un niveau un peu plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE. Parmi les pays de l'Union européenne, la part du financement public des dépenses de santé est plus élevée en France que dans des pays comme l'Espagne, la Belgique et les Pays-Bas, mais plus faible que dans la plupart des pays nordiques (le Danemark, la Suède et la Norvège).

Les sources privées ont donc financé les 24% restants des dépenses de santé en France en 2001. Les assurances privées (incluant les mutuelles et

les assurances complémentaires) ont financé environ 13% des dépenses totales de santé, une part relativement importante comparée à la plupart des autres pays de l'OCDE, mais inférieure à la part du financement des assurances privées aux États-Unis (35%) et aux Pays-Bas (15%). La part des dépenses totales de santé payées directement par les consommateurs était d'environ 10% en France, un niveau moins élevé que dans la plupart des pays de l'OCDE.

En ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques, la prise en charge privée de ces dépenses est, en règle générale, plus élevée que pour les services aux patients hospitalisés et aux patients externes, car les taux de remboursement sont plus faibles et une grande part des produits pharmaceutiques n'est pas couverte par les régimes publics d'assurances. En France, 66 % des dépenses pharmaceutiques en 2001 étaient financées par des sources publiques, un niveau plus élevé que pour la moyenne des pays de l'OCDE. Alors qu'entre 1990 et 2001 la part du secteur public dans le financement des dépenses pharmaceutiques a diminué dans plusieurs pays européens (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Suède), elle a augmenté en France, de même qu'au Danemark, en Australie et au Canada. ■

Quelles sont les ressources du secteur de la santé ?

Les médecins et le personnel infirmier demeurent les principales ressources des systèmes de santé. La France comptait 3,3 médecins par millier d'habitants en 2000, un chiffre plus élevé que la moyenne de 2,9 médecins par millier d'habitants pour la moyenne des pays de l'OCDE et de 2 seulement au Royaume-Uni. Il existe toutefois de fortes disparités régionales dans l'offre de soins ambulatoires en France, les densités de médecins étant plus forte dans la région parisienne et dans le pourtour méditerranéen que dans les autres régions. En règle générale, un nombre plus élevé de médecins par habitant se traduit par un temps d'attente moins long aussi bien pour les soins hospitaliers que pour les soins ambulatoires, bien que le mode de rémunération des médecins ait aussi son importance.

La proportion de femmes médecins a fortement augmenté en France ainsi que dans la plupart des pays de l'OCDE. Dans certains pays (Finlande, Pologne et République tchèque), les femmes sont désormais plus nombreuses que les hommes à exercer ce métier. En France, un médecin sur quatre était une femme en 1985, une proportion qui est passée à plus de un sur trois en 2000. 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 peut différer de celui des hommes, notamment en ce qui concerne le choix des spécialités.

Par ailleurs, la France comptait 6,7 infirmières par millier d'habitants en 2000, un nombre moins élevé que la moyenne des pays de l'OCDE. Il est à noter cependant que les infirmières auxiliaires (aides-soignantes) ne sont pas comptabilisées pour la

Tableau 1 : Nombre de lits de soins aigus pour 1000 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)
Etats-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: Panorama de la Santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003

France, alors qu'elles le sont dans la plupart des autres pays.

La diffusion des technologies médicales modernes reste l'un des facteurs principaux de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Par exemple, le nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) utilisés pour diagnostiquer de nombreuses maladies a plus que triplé en moyenne dans les pays de l'OCDE durant les années 1990, passant de 1,7 par million d'habitants en 1990 à 6,5 en 2000. Bien que leur nombre ait aussi augmenté en France, le nombre d'IRM par habitant y était moins élevé en 2000 (2,6 par million d'habitants) que dans la majorité des pays de l'OCDE.

Le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus en France était de 4,2 lits par millier d'habitants en 2000, un nombre un peu plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE. Comme dans la plupart des autres pays développés, le nombre de lits d'hôpitaux disponibles par habitant a diminué en France au cours des 20 dernières années (tableau 1). La réduction du nombre de lits d'hôpitaux dans la plupart des pays de l'OCDE a coïncidé avec une réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et une augmentation du recours à la chirurgie de jour.

Bien que la durée moyenne des séjours à l'hôpital ait diminué dans les pays de l'OCDE, on observe toujours des variations importantes entre les pays. Par exemple en France, la durée moyenne de séjour suite à un accouchement normal était d'environ 5 jours en 2000 alors qu'elle n'était que de 2 jours au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle Zélande. En ce qui concerne la durée moyenne de séjour suite à un infarctus aigu du myocarde, elle était de 7,5 jours en France, comparée à 5,7 jours aux États-Unis (la moyenne la plus basse) et à 15 jours en Autriche (la moyenne la plus élevée).

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur d'efficacité des systèmes de santé. Toutes choses étant égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par épisode de soins. Toutefois, l'utilisation de cet indicateur pour mesurer l'efficacité des soins requiert certaines précautions. Un séjour plus court exige souvent une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisa-

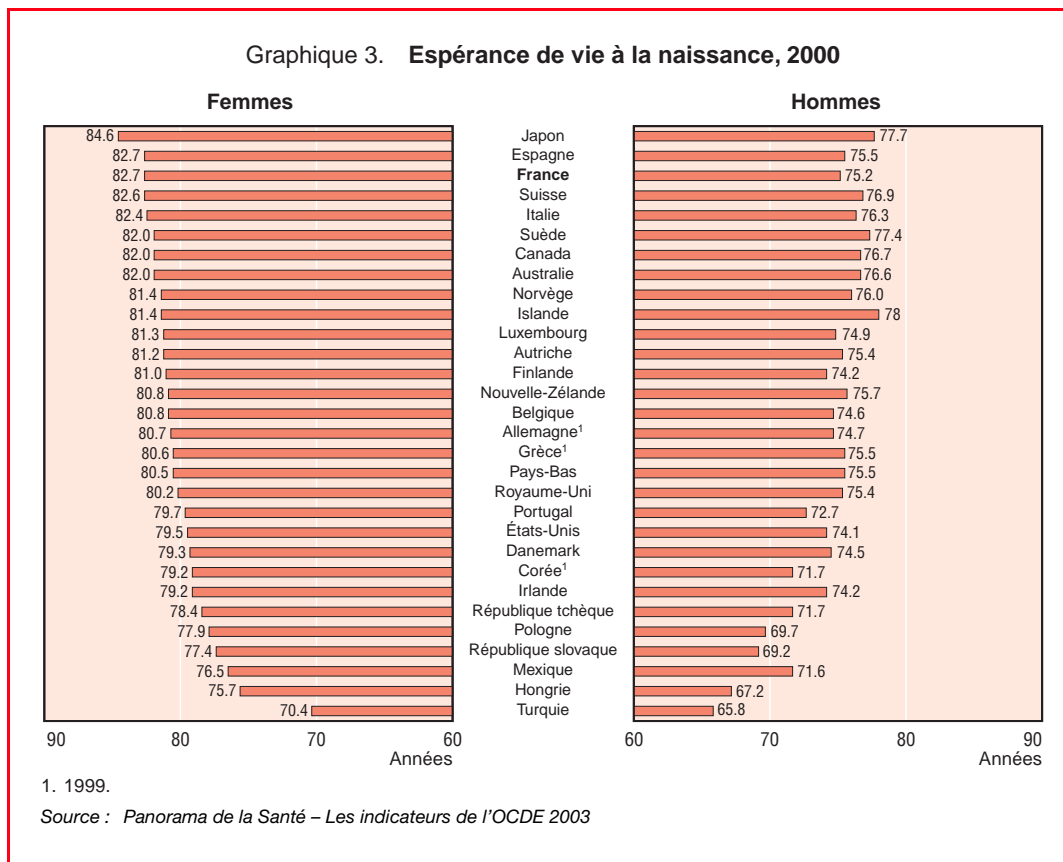
tion. En outre, un séjour trop court peut compromettre l'efficacité des soins et s'avérer préjudiciable au rétablissement du patient. ■

Quel est l'état de santé de la population ?

Parallèlement à la croissance des dépenses de santé, la plupart des pays de l'OCDE ont enregistré d'importants gains d'espérance de vie à la naissance au cours des 40 dernières années. En France, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 8,7 ans entre 1960 et 2000, ce qui correspond aux gains enregistrés en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ces gains de longévité ont été rendus possibles par la hausse des niveaux de vie, par les interventions de santé publique et par les progrès des soins médicaux. En 2000, l'espérance de vie en France était de 79 ans, soit deux ans de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Le Japon enregistrait l'espérance de vie la plus élevée, avec 81,2 ans, suivi de la Suisse, la Suède et l'Islande avec des espérances de vie atteignant presque 80 ans.

En France, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes est de 7,5 ans, un écart beaucoup plus élevé que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (graphique 3). La France se situe au deuxième rang (à égalité avec l'Espagne) pour l'espérance de vie à la naissance des femmes, mais seulement au quinzième rang pour les hommes. Cet écart reflète notamment des taux de mortalité relativement élevés chez les hommes en France liés à des morts violentes (par exemple, accidents de la route et suicides) et à des maladies associées à une consommation excessive de tabac et d'alcool.

L'espérance de vie des personnes âgées de 65 ans s'est aussi régulièrement améliorée au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, y compris en France. Dans ce pays, les femmes et les hommes de 65 ans peuvent maintenant espérer vivre respectivement 21 et 17 ans de plus, soit deux ans de plus que la moyenne des pays de l'OCDE pour les femmes et un an de plus pour les hommes. Ces gains d'espérance de vie à 65 ans en France comme dans plusieurs autres pays résultent en grande partie d'une réduction marquée de la mortalité due aux maladies cardiaques et cérébro-vasculaires chez les personnes âgées.



Autre indicateur de l'amélioration générale de l'état de santé de la population, le taux de mortalité infantile a fortement diminué en France comme dans les autres pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, reflétant les améliorations des conditions de vie des mères et des nouveaux-nés, ainsi que les progrès de la médecine. En France, le taux de mortalité infantile s'établit à 4,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2000, un chiffre moins élevé que pour la moyenne des pays de l'OCDE. Parmi les pays de l'OCDE, la mortalité infantile est la plus faible au Japon, ainsi que dans les pays nordiques (Islande, Suède, Finlande et Norvège). ■

Quels sont les facteurs de risque ?

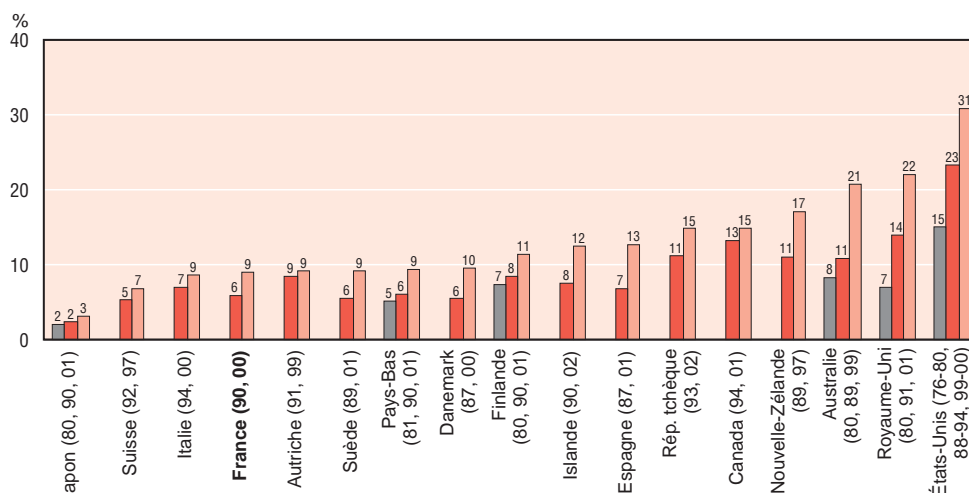
Un grand nombre de facteurs de risque influent sur l'état de santé de la population dans les pays de l'OCDE, tels que la consommation de tabac et d'alcool et les problèmes de surpoids et d'obésité.

Au cours des dernières décennies, la proportion d'adultes déclarant fumer quotidiennement a dimi-

nué dans la plupart des pays de l'OCDE. En France, la proportion d'adultes qui fument quotidiennement est passée de 30 % en 1980 à 27 % en 2000, une réduction moins importante cependant que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens en France qui était moins élevée que la moyenne des pays de l'OCDE en 1980, est maintenant supérieure à cette moyenne.

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 de fumeurs a diminué plus rapidement chez les hommes que chez les femmes depuis 1980. Alors que le pourcentage de femmes qui déclarent fumer quotidiennement a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE, il a augmenté en France au cours des deux dernières décennies. Mise à part la France, seules la Finlande, la Norvège et l'Espagne ont enregistré une augmentation du pourcentage de femmes qui fument quotidiennement entre 1980 et 2000.

Graphique 4. Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte dans les pays de l'OCDE



Source : Panorama de la Santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003

La consommation d'alcool par habitant a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. En France, la consommation globale d'alcool a fortement chuté depuis 1970, même si elle reste plus élevée que la moyenne des pays de l'OCDE. En Suède, un des pays de l'OCDE qui enregistre la plus faible consommation d'alcool par habitant, des ventes strictement contrôlées et un niveau de taxe élevé sur l'alcool ont entraîné une baisse globale de la consommation, alors qu'en France, en Italie et en Espagne, la baisse de la consommation a coïncidé avec des mesures de contrôle plus strictes, en particulier dans le domaine de la publicité.

Les problèmes d'obésité ont considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données chronologiques (graphique 4). Il existe toutefois des différences notables de prévalence de l'obésité chez les adultes selon les pays. En France, le taux d'obésité parmi la population adulte (9 % en 2000) reste bien inférieur aux taux enregistrés dans la plupart des autres pays développés, bien qu'il soit en augmentation. Des données récentes d'une enquête SOFRES réalisée pour l'Institut Roche de l'Obésité en collaboration avec l'INSERM indiquent que la prévalence de l'obésité en France est passée à 11,3 % en 2003, en hausse par rapport à des taux de 8,2% en 1997

et 9,6% en 2000, enregistrés sur la base d'enquêtes similaires. Parmi les pays de l'OCDE, les taux d'obésité les plus élevés se retrouvent notamment aux États-Unis (31 % en 1999), au Royaume-Uni (22 % en 2001) et en Australie (21 % en 1999). Il est à noter cependant que les données pour ces trois pays sont plus fiables et précises que celles des autres pays car elles sont fondées sur un examen médical au cours duquel on a mesuré la taille et le poids réel des individus, alors que les données pour les autres pays (incluant la France) sont basées sur de simples déclarations des répondants, ce qui entraîne généralement une sous-estimation des taux d'obésité.

Le temps de latence entre l'apparition de l'obésité et l'accroissement des maladies chroniques qui y sont liées (comme le diabète et l'asthme) laisse à penser que la forte augmentation de la population obèse dans la plupart des pays de l'OCDE aura, dans l'avenir, des implications considérables en termes de santé et de dépenses de santé. ■

Pour plus d'information

Pour toute question concernant cette note de Synthèse, prière de contacter Gaétan Lafortune de l'Unité des politiques de santé (e-mail: gaetan.lafortune@oecd.org; tél : +33 1 45 24 92 67) ou David Morgan (e-mail : david.morgan@oecd.org; tél : +33 1 45 24 76 09). ■

Références

- **Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003**
ISBN: 92-64-10405-4, €23, 150p.
- **Eco-Santé OCDE 2003, CD-Rom et Guide de l'utilisateur** - ISBN: 92-64-10126-8
Pour de plus amples informations, consulter www.oecd.org/health/healthdata
- **Études économiques de la France, 2003**
voir le chapitre spécial sur la gestion des dépenses publiques
ISBN: 92-64-01486-1, €35, 100p.
- **Études économiques de la France, 2000**
voir le chapitre spécial sur le système de santé
ISBN: 92-64-27514-2, €30, 192p.

Les publications de l'OCDE sont en vente
sur notre librairie en ligne

www.oecd.org/bookshop

Les publications et les bases de données statistiques
de l'OCDE sont aussi disponibles
sur notre bibliothèque en ligne

www.sourceocde.org

Les Synthèses de l'OCDE sont préparées par la Division des relations publiques,
Direction des relations publiques et de la Communication.
Elles sont publiées sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE.

Où nous contacter ?

ALLEMAGNE

Centre de l'OCDE
de BERLIN
Albrechtstrasse 9/10
D-10117 BERLIN
Tél. : (49-30) 2888353
Fax : (49-30) 28883545
E-mail :
berlin.contact@oecd.org
Internet :
www.oecd.org/deutschland

ÉTATS-UNIS

Centre de l'OCDE
de WASHINGTON
2001 L Street N.W.,
Suite 650
WASHINGTON D.C. 20036-4922
Tél. : (1-202) 785 6323
Fax : (1-202) 785 0350
E-mail :
washington.contact@oecd.org
Internet : www.oecdwash.org
Toll free : (1-800) 456 6323

FRANCE

Siège de l'OCDE de PARIS
2, rue André-Pascal
75775 PARIS Cedex 16
Tél. : 33 (0) 1 45 24 82 00
Fax : 33 (0) 1 45 24 19 50
E-mail : sales@oecd.org
Internet : www.oecd.org

JAPON

Centre de l'OCDE de TOKYO
Nippon Press Center Bldg
2-2-1 Uchisaiwaicho,
Chiyoda-ku
TOKYO 100-0011
Tél. : (81-3) 5532 0021
Fax : (81-3) 5532 0036/0035
E-mail : center@oecdtokyo.org
Internet : www.oecdtokyo.org

MEXIQUE

Centre de l'OCDE
du MEXIQUE
Av. Presidente Mazaryk 526,
Colonia: Polanco,
C.P., 11560
MEXICO D.F.
Tél. : (00.52.55) 5281 3810
Fax : (00.52.55) 5280 0480
E-mail :
mexico.contact@oecd.org
Internet : www.rtn.net.mx/ocde/

Les Synthèses de l'OCDE sont disponibles sur le site Internet de l'OCDE
http://www.oecd.org/publications/pol_brief/