

Résumé

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE revêtent une ampleur et une importance croissantes. Les progrès accomplis dans le domaine des soins de santé et l'apparition sur le marché de nouveaux médicaments ont contribué à l'amélioration régulière de l'état de santé de la population des pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Parallèlement, les dépenses de santé n'ont jamais été aussi élevées et absorbent une part croissante du revenu national.

La santé recouvre de nombreuses dimensions qui sont loin de se limiter aux soins et aux dépenses de santé. Un large corpus de données montre que la santé des populations des pays développés est influencée davantage par les déterminants socio-économiques et les modes de vie que par les soins eux-mêmes. Des systèmes de santé publique adroitement conçus peuvent contribuer à la prévention des maladies et alléger une partie des pressions sur les soins de santé. Par ailleurs, les facteurs de risque sanitaire évoluent. Par exemple, alors que de nombreux pays de l'OCDE ont accompli des progrès remarquables en matière de réduction de la consommation de tabac au cours des dernières décennies, les taux d'obésité ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE, conséquence de l'évolution des habitudes alimentaires et de la sédentarisation des modes de vie.

La publication *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005* présente une série d'indicateurs récents et comparables décrivant différents aspects des performances des systèmes de santé. Elle s'appuie sur la base de données *Eco-Santé OCDE 2005*, qui recense des informations sur plus de 1 000 séries statistiques relatives à la santé et aux systèmes de santé des pays de l'OCDE. Cette troisième édition du *Panorama de la santé* s'intéresse non seulement aux ressources et activités des systèmes de santé mais aussi à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des sujets auxquels elle consacre un éventail d'indicateurs élargi. Ainsi, le chapitre consacré à l'état de santé intègre davantage d'informations sur la santé des enfants, y compris leur santé dentaire. Dans le chapitre sur les facteurs de risque, les indicateurs liés à la consommation de tabac, à la consommation d'alcool et à la surcharge pondérale et l'obésité ont été complétés par des indicateurs sur la nutrition. Un indicateur de vaccination des personnes âgées contre la grippe a été ajouté aux indicateurs traditionnels de vaccination des enfants, pour offrir un exemple supplémentaire de service de santé préventif susceptible de réduire les problèmes de santé et la demande de soins qui en est le corollaire. Enfin, les dépenses de santé sont maintenant décomposées de manière à faire apparaître la part consacrée aux programmes de santé publique organisés dans différents pays de l'OCDE.

Cette publication illustre clairement les fortes variations concernant l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les coûts, l'affectation des ressources et les activités des systèmes de santé entre les 30 pays membres de l'OCDE. Si plusieurs indicateurs font l'objet d'une décomposition élémentaire par sexe et par âge, la ventilation n'a généralement pas été étendue à d'autres dimensions telles que les différences régionales, par catégorie socio-économique ou selon l'appartenance ethnique ou raciale. Le lecteur doit donc garder à l'esprit que pour de nombreux indicateurs de cette

publication, les variations au sein des pays peuvent être aussi importantes que les variations entre pays.

Les paragraphes qui suivent récapitulent certaines des principales observations de cette publication concernant les performances des systèmes de santé.

L'état de santé s'est considérablement amélioré dans les pays de l'OCDE

- **L'espérance de vie à la naissance a fortement augmenté dans les pays de l'OCDE durant les dernières décennies** à la faveur de l'amélioration des niveaux de vie, de l'hygiène de vie et du niveau d'éducation, ainsi que des progrès de l'accès aux soins et de l'efficacité de la médecine. Dans la zone OCDE, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 77.8 ans en 2003, contre 68.5 ans en 1960. Le pays qui affichait l'espérance de vie à la naissance la plus longue en 2003 était le Japon (81.8 ans pour l'ensemble de la population), suivi de l'Islande, l'Espagne, la Suisse, l'Australie et la Suède (graphique 1.1).
- Il est difficile d'estimer la contribution relative des nombreux facteurs médicaux et non médicaux qui peuvent affecter les variations de l'espérance de vie entre les pays et au fil du temps. **Dans les pays de l'OCDE, un revenu national supérieur est généralement associé à une espérance de vie à la naissance plus longue**, même si la relation est moins étroite dans les pays à revenu élevé. Par ailleurs, on note des différences d'espérance de vie notables entre des pays de l'OCDE qui ont le même revenu par habitant. Le Japon et l'Espagne ont des espérances de vie plus élevées que ne le laisse supposer leur seul PIB par habitant. Aux États-Unis, en Hongrie et en Turquie, c'est l'inverse (graphique 1.3).
- **L'espérance de vie à 65 ans dans les pays de l'OCDE a aussi considérablement augmenté durant les dernières décennies.** En 2003, elle s'établissait en moyenne à 19.3 ans pour les femmes et à 15.9 ans pour les hommes dans la zone OCDE. Cela représente un gain de plus de trois ans pour les deux sexes depuis 1970. C'est encore une fois le Japon qui détenait en 2003 le record de l'espérance de vie à 65 ans la plus longue (graphique 1.5). **L'espérance de vie à 65 ans devrait continuer à croître dans les prochaines décennies.** Selon les projections de l'OCDE, d'ici 2040, elle devrait atteindre en moyenne 21.6 ans pour les femmes et 18.1 ans pour les hommes dans la zone OCDE.
- Au cours des dernières décennies, **les taux de mortalité infantile ont remarquablement diminué** dans tous les pays de l'OCDE grâce à l'amélioration des conditions économiques et sociales ainsi que des progrès des services de soins postnataux, notamment l'accès à la vaccination des enfants. Le Portugal a vu son taux de mortalité infantile diminuer de plus de 90 % depuis 1970. Après avoir été le pays européen à la mortalité infantile la plus élevée, c'est devenu en 2003 l'un des pays de l'OCDE où ce taux est le plus bas. Le Mexique, la Turquie et certains autres pays d'Europe du Sud tels que l'Italie, l'Espagne et la Grèce ont également enregistré un recul significatif de la mortalité infantile. En 2003, le Japon et plusieurs pays nordiques se prévalaient des taux de mortalité infantile les plus bas de la zone OCDE (graphique 1.20).

Les pays de l'OCDE sont confrontés à une hausse des coûts de santé

- Si la longévité dans les pays de l'OCDE a fait un bond prodigieux au cours des dernières décennies, les coûts de santé ont également augmenté de manière considérable et dans la plupart des pays, les dépenses de santé ont progressé à un rythme plus rapide que la croissance économique générale. **En 2003, les pays de l'OCDE ont consacré en moyenne 8.8 % de leur PIB aux dépenses de santé, contre 7.1 % en 1990 et un peu plus de 5 % en 1970.** La fraction du PIB allouée aux dépenses de santé varie fortement entre les pays, allant de 15 % aux États-Unis à moins de 6 % en République slovaque et en Corée. Les pays affichant les dépenses de santé les plus élevées en pourcentage du PIB en 2003 étaient, après les États-Unis, la Suisse et l'Allemagne, qui ont alloué 11.5 % et 11.1 % respectivement de leur PIB aux dépenses de santé (graphique 3.7).
- **La croissance des dépenses de santé peut être attribuée à plusieurs facteurs. En général, dans les pays de l'OCDE, un PIB par habitant élevé va de paire avec des dépenses de santé par habitant élevées** (graphique 3.10). Cependant, les variations entre pays sont significatives, ce qui pourrait s'expliquer en partie par des choix différents de la part des décideurs quant au niveau de dépenses approprié, des différences dans les structures organisationnelles et de financement des systèmes de santé et des divergences quant à la valeur accordée respectivement à l'achat de services de santé supplémentaires et à l'achat d'autres biens et services. **Les progrès de la médecine en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies sont un déterminant majeur de la croissance des coûts de santé.** L'élaboration de nouvelles technologies médicales et de nouveaux médicaments et leur diffusion sont influencées par plusieurs facteurs, y compris le processus décisionnel concernant le financement des nouveaux équipements, traitements et médicaments. **Le vieillissement démographique contribue également à la croissance des dépenses de santé.** Le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus a augmenté dans tous les pays de l'OCDE (graphique 5.3) et la tendance devrait se poursuivre dans les années et les décennies à venir, accentuée par le vieillissement de la génération du « baby-boom » (qui commencera à atteindre les 65 ans à partir de 2010). Dans la mesure où les personnes âgées nécessitent généralement davantage de soins de santé et de soins de longue durée, le vieillissement démographique devrait se traduire par une augmentation des dépenses publiques dans ces secteurs.

Les coûts de santé grèvent les budgets publics

- Dans la mesure où l'assurance-maladie publique (ou les soins directement financés par l'État) est prédominante dans la majorité des pays de l'OCDE, le secteur public finance la plus grande part des dépenses de santé dans tous les pays, à l'exception des États-Unis, du Mexique et de la Corée (graphique 3.17). Même aux États-Unis, où le secteur privé joue un rôle particulièrement important dans le financement de la santé, les dépenses de santé publiques représentent 6.6 % du PIB, ce qui est comparable à la moyenne de l'OCDE.
- L'évolution des dépenses de santé publiques dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie peut être découpée approximativement en deux phases. Entre 1992

et 1997, la croissance économique s'est accompagnée d'une croissance équivalente ou plus lente des dépenses de santé publiques. Ces dernières années, en revanche, **les dépenses ont crû à un rythme plus rapide que la croissance économique dans tous les pays de l'OCDE**. Dans certains pays comme le Royaume-Uni et le Canada, la hausse récente des dépenses de santé publiques correspond à une politique délibérée visant à alléger les pressions de la demande induites par les mesures de maîtrise des coûts du milieu des années 90 (graphique 3.6).

- La hausse rapide des dépenses pharmaceutiques observée depuis quelques années (plus de 5 % par an en moyenne depuis 1997) a largement contribué à l'augmentation des dépenses de santé totales. En fait, **dans la plupart des pays de l'OCDE, la croissance des dépenses pharmaceutiques a excédé la croissance des dépenses de santé totales** au cours de cette période. Aux États-Unis et en Australie, les dépenses pharmaceutiques ont augmenté plus de deux fois plus vite que les dépenses de santé. L'Irlande et la Corée ont également enregistré un taux de croissance significatif, même si les deux pays partaient d'un niveau de dépenses par habitant relativement bas au début de la période. Le taux de croissance a été beaucoup plus modéré au Japon (graphique 3.16).
- Dans les pays de l'OCDE, **60 % des dépenses pharmaceutiques en moyenne sont financées par les fonds publics, le solde étant pris en charge, pour l'essentiel, par les patients et, dans une moindre mesure, par l'assurance privée**. Néanmoins, cette moyenne masque de très fortes variations, la part du financement public allant de 11 % au Mexique et 21 % aux États-Unis à 86 % en Irlande. L'une des raisons de ces variations réside dans le degré de couverture des produits pharmaceutiques (si tant est qu'ils soient couverts) par les programmes de santé nationaux et l'assurance publique (tableau A.3.11).
- En 2003, **c'est aux États-Unis que les dépenses pharmaceutiques par habitant étaient les plus élevées (plus de 700 USD par personne). Venaient ensuite la France (un peu plus de 600 USD), le Canada et l'Italie (environ 500 USD)**. Le niveau de dépenses le plus faible (un peu plus de 100 USD) était enregistré au Mexique et en Turquie. Les variations des dépenses pharmaceutiques entre pays reflètent des différences de volume, de structure de la consommation et de niveau de prix. Les écarts de revenu entre les pays ont également une incidence sur les dépenses consacrées aux médicaments (graphique 3.14).

Certains pays sont confrontés à une pénurie de ressources dans le secteur des soins de santé

- **Le manque perçu de médecins est une préoccupation importante dans de nombreux pays**. Les effectifs, la répartition et la composition de la population de médecins en activité dépendent de plusieurs facteurs liés à l'offre, en particulier les *numerus clausus* de la profession médicale, le choix de la spécialité, la rémunération, d'autres aspects des conditions de travail et les migrations. **En 2003, le nombre de médecins en activité par habitant présentait de fortes variations entre les pays de l'OCDE, allant de plus de 4 pour 1 000 habitants en Italie et Grèce à moins de 2 pour 1 000 en Turquie, au Mexique et en Corée**. Le nombre de médecins par habitant était relativement faible également au Japon, au Canada, au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, où les admissions dans les écoles de médecine ont traditionnellement été contingentées.

- **Les médecins formés à l'étranger représentent une part croissante des effectifs de médecins dans certains pays.** En 2000, cette part dépassait 20 % de l'ensemble des médecins en activité dans les pays anglophones tels que la Nouvelle-Zélande, l'Angleterre, les États-Unis et le Canada. La part des médecins formés à l'étranger était en revanche nettement inférieure au Japon, en Autriche et en France (graphique 2.4). Les migrations internationales peuvent contribuer à assouplir le marché du travail pour les médecins et autres professionnels de santé dans les pays d'accueil. Cependant, il existe un risque sérieux de « fuite des cerveaux » dès lors que ces migrations correspondent à des flux nets à long terme des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé.
- Cette troisième livraison du *Panorama de la santé – Les indicateurs de l'OCDE 2005* présente de nouvelles données sur la **rémunération des médecins** généralistes et spécialistes (répartis en médecins salariés et médecins libéraux). Par rapport au revenu national moyen, le revenu des médecins est très variable d'un pays à l'autre. **Par exemple, le revenu des spécialistes libéraux est relativement élevé aux Pays-Bas, aux États-Unis, en Belgique et au Canada.** En revanche, les spécialistes en Hongrie et en République tchèque (salariés et libéraux) gagnent comparativement moins que dans les autres pays par rapport au revenu national par habitant (graphique 2.9).
- **Les pénuries d'infirmiers représentent une autre préoccupation majeure dans presque tous les pays de l'OCDE. Comme dans le cas des médecins, les effectifs du personnel infirmier sont très variables dans la zone OCDE,** même si la comparabilité des données est limitée par la diversité des catégories de personnel prises en compte. L'Irlande, l'Islande et les Pays-Bas sont les pays qui déclarent le nombre d'infirmiers par habitant le plus élevé – avec environ ou plus de 13 infirmiers pour 1 000 habitants en 2003. À l'autre extrême, il y avait moins de quatre infirmiers pour 1 000 habitants en Turquie, en Corée, au Mexique et en Grèce (graphique 2.5). Si l'on examine les tendances dans le temps, entre 1990 et 2003, le nombre d'infirmiers par habitant a continué à augmenter au moins légèrement dans la plupart des pays, mais il a commencé à décliner en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Pologne (graphique 2.6).
- Les données sur la **rémunération des infirmiers** portent exclusivement sur les infirmiers salariés du secteur hospitalier. Sur la base des données de 12 pays, c'est au Portugal, suivi de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, que le revenu relatif des infirmiers (par rapport au PIB par habitant) est le plus élevé. Les revenus relatifs les plus bas sont enregistrés en République tchèque et en Hongrie, ainsi qu'en Norvège (graphique 2.11).
- Par ailleurs, on observe dans certains pays un manque préoccupant d'équipements thérapeutiques et de diagnostic, qui peut compromettre la possibilité pour les patients d'accéder rapidement aux technologies de pointe. **La disponibilité des technologies de diagnostic telles que la tomographie par ordinateur et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a augmenté dans tous les pays de l'OCDE ces dix dernières années.** Le nombre d'unités d'IRM, dont la conception s'appuie sur une technologie plus récente que la tomographie par ordinateur, a augmenté d'autant plus rapidement depuis 1990 (tableau A.2.8). Cependant, la diffusion de ces technologies médicales reste très inégale au sein de la zone OCDE. Le Japon est de loin le pays qui possède le nombre le plus élevé de tomographes et d'appareils d'IRM par habitant. Compte tenu du coût élevé des appareils d'IRM, il n'est pas surprenant de trouver, à l'autre extrémité de l'échelle, le

Mexique, suivi de la Pologne, la République slovaque et la République tchèque (graphiques 2.13 et 2.14).

Une attention croissante portée à la prévention pourrait entraîner des améliorations de l'état de santé et atténuer les pressions qui pèsent sur les systèmes de soins

- On reproche parfois aux systèmes de santé de mettre excessivement l'accent sur les soins aux malades et de ne pas accorder une attention suffisante à la prévention des maladies. **En fait, à l'heure actuelle, environ 3 % seulement en moyenne des dépenses de santé sont consacrés aux programmes de prévention et de santé publique dans les pays de l'OCDE** (graphique 3.12).
- Il est démontré que la vaccination des enfants est l'une des mesures préventives les plus efficaces pour réduire l'incidence des maladies et la mortalité chez les enfants. **Dans deux tiers environ des pays de l'OCDE, le taux de couverture pour la vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche atteint 95 % ou plus, soit le niveau requis pour assurer l'immunisation complète de la population. S'agissant de la rougeole, la moitié environ des pays de l'OCDE déclarent le même niveau de couverture.** Certains des pays de l'OCDE les plus riches en termes de PIB par habitant, tels que l'Irlande, la Norvège et l'Autriche, ont toutefois une couverture vaccinale inférieure à la moyenne pour la diphtérie et la rougeole (graphique 2.21).
- La vaccination des personnes âgées contre la grippe s'est progressivement développée dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. Pour ce groupe de population, chez qui la grippe entraîne un risque accru de complications graves, la vaccination est un moyen d'éviter la maladie, l'hospitalisation et la mortalité. **En 2003, le taux de vaccination des personnes âgées contre la grippe s'échelonnait entre moins de 40 % en République tchèque, en République slovaque et en Hongrie et plus de 75 % en Australie, en Corée et aux Pays-Bas.** Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus dépassait les 60 % dans la plupart des pays du G7, à l'exception de l'Allemagne et du Japon où moins de 50 % de la population âgée déclarait en 2003 avoir été vaccinée contre la grippe (graphique 2.23).

Les facteurs de risque sanitaire évoluent

- **De nombreux pays de l'OCDE ont accompli des progrès remarquables sur le plan de la réduction de la consommation de tabac au cours des deux dernières décennies,** même s'il s'agit encore d'une cause majeure de mortalité prématurée. Cette baisse peut être attribuée pour une large part aux politiques mises en œuvre pour réduire la consommation de tabac par des campagnes de sensibilisation du public, une interdiction de la publicité sur le tabac et une augmentation des taxes. La proportion de fumeurs quotidiens dans la population adulte est maintenant inférieure à 20 % en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Suède, contre plus de 33 % à la fin des années 70. À l'autre extrémité, plus de 33 % des adultes en Grèce, en Hongrie et au Luxembourg continuent de fumer quotidiennement (graphique 4.1).

- **La consommation d'alcool moyenne par adulte a baissé progressivement dans de nombreux pays de l'OCDE durant les deux dernières décennies.** La limitation de la publicité, les restrictions de ventes et la fiscalité ont été autant de mesures efficaces pour réduire la consommation d'alcool. Les pays producteurs traditionnels de vin comme l'Italie et la France ont vu leur consommation d'alcool par habitant chuter considérablement depuis 1980. En revanche, en Irlande, la consommation d'alcool par habitant a augmenté de plus de 40 % (graphiques 4.6 et 4.7).
- Dans de nombreux pays de l'OCDE, **l'accroissement des cas de surcharge pondérale et d'obésité parmi les enfants et les adultes est rapidement en train de devenir un grave problème de santé publique.** L'obésité est un facteur de risque connu pour plusieurs problèmes de santé, dont l'hypertension, le cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (l'asthme), l'arthrite et certaines formes de cancer. **Plus de 50 % des adultes sont désormais définis comme étant en situation de surcharge pondérale ou d'obésité dans 10 pays de l'OCDE :** les États-Unis, le Mexique, le Royaume-Uni, l'Australie, la République slovaque, la Grèce, la Nouvelle-Zélande, la Hongrie, le Luxembourg et la République tchèque.
- Si l'on se concentre sur l'obésité (qui présente des risques plus grands pour la santé que la simple surcharge pondérale), **la prévalence de l'obésité parmi les adultes varie entre 3 % au Japon et en Corée et 31 % aux États-Unis.** Il convient toutefois de noter que dans la plupart des pays, les estimations de la proportion de personnes en situation de surcharge pondérale et d'obésité reposent sur des données autodéclarées, ce qui n'est pas le cas pour les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni où les estimations reposent sur la mesure effective de la taille et du poids des personnes. Or, les données autodéclarées sur la taille et le poids ne sont pas aussi fiables que les mesures effectives, en raison généralement d'une sous-estimation du poids. Cela signifie que **les estimations actuelles des taux d'obésité dans de nombreux pays de l'OCDE sous-estiment la prévalence réelle** (graphiques 4.12 et 4.13).
- **Parce que l'obésité est associée à des risques plus élevés de maladies chroniques, elle est liée à une majoration importante des dépenses de santé.** Des estimations en provenance des États-Unis indiquent que le coût des services de santé et le coût des médicaments pour des personnes obèses sont respectivement supérieurs de 36 % et de 77 % par rapport à ces mêmes coûts pour des personnes d'un poids normal (Sturm, 2002). On observe un décalage de plusieurs années entre l'apparition de l'obésité et les problèmes de santé connexes, ce qui donne à penser que l'accroissement de l'obésité observé sur les vingt dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE générera dans les années à venir des coûts de santé plus élevés.