

Cinquantième anniversaire de l'OCDE

Mesurer les progrès réalisés par les pays de l'OCDE dans le domaine de la santé ces cinquante dernières années

L'OCDE a commencé ses travaux sur la santé au début des années 80 dans un contexte de forte croissance des dépenses de santé à cette époque. Dans les années 80 et 90, ces travaux ont eu pour principal objectif la constitution d'une base de données solide, susceptible d'être utilisée pour réaliser des analyses comparatives des systèmes de santé, et ont d'abord consisté à recueillir des données comparables sur les dépenses de santé. Ces premiers travaux ont abouti à la publication, en 2000, de la première version du manuel de l'OCDE « *Système de comptes de la santé* ». Au cours des dix années qui ont suivi le lancement du Projet de l'OCDE sur la santé en 2001, l'OCDE a élargi le champ de ses travaux pour s'intéresser à certains des défis que doivent relever les responsables de l'action publique pour améliorer les performances du système de santé de leur pays (voir encadré à la page suivante).

À mesure que les travaux sur les données et sur les politiques de santé se sont développés à l'OCDE, la coopération avec d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Commission européenne, s'est renforcée. Un premier accord de coopération a été signé entre le Secrétaire général de l'OCDE et le directeur général de l'OMS en 1999 et son champ a été étendu en 2005 pour couvrir non seulement les activités statistiques, mais aussi les travaux analytiques sur le financement et la prestation des services de santé. Fin 2005, l'OCDE, l'OMS et Eurostat (l'Office statistique de l'Union européenne) ont lancé une première collecte de données conjointe sur la base du *Système de comptes de la santé*, afin d'améliorer la disponibilité et la comparabilité des données sur les dépenses de santé et leur financement. Fortes de ce premier succès, les trois organisations ont lancé une nouvelle collecte conjointe en 2010 afin de recueillir des données comparables sur les aspects non monétaires des systèmes de santé. Cette coopération étroite a pour but d'éviter le chevauchement des travaux et de créer des synergies entre les trois organisations.

La *Base de données de l'OCDE sur la santé*, qui constitue la principale source de données pour cette publication, a été construite progressivement ces trente dernières années, en étroite coopération avec des représentants de tous les pays de l'OCDE et d'autres organisations internationales. Elle constitue une source d'informations sans équivalent pour comparer l'évolution de la santé et des systèmes de santé des différents pays de l'OCDE, certaines séries temporelles couvrant l'intégralité des 50 années écoulées depuis la fondation de l'OCDE.

Travaux de l'OCDE sur la santé : quelques dates importantes

- 1961 : Création de l'OCDE, qui succède à l'Organisation européenne de coopération économique
- 1980 : La Conférence de l'OCDE sur les politiques sociales préconise des travaux pour examiner la croissance des dépenses de santé, impulsant ainsi le début des activités de l'OCDE sur la santé dans le cadre du Groupe de travail sur la politique sociale
- 1985 : Premier rapport de l'OCDE sur la santé, intitulé *La santé en chiffres, 1960-1983 : Dépenses, coûts, résultats*
- 1991 : Première version électronique d'Eco-Santé OCDE (la Base de données de l'OCDE sur la santé)
- 1999 : Premier Cadre de coopération entre l'OCDE et l'OMS
- 2000 : Publication du manuel de l'OCDE, *Système de comptes de la santé*, destiné à améliorer la comparabilité des données relatives aux dépenses de santé et à leur financement
- 2001 : Lancement du *Projet de l'OCDE sur la santé*, visant à aider les pouvoirs publics à améliorer la performance des systèmes de santé
- 2001 : Création du *Groupe de l'OCDE sur la santé*, chargé de superviser le *Projet de l'OCDE sur la santé* (une modification du nom et du mandat de ce groupe, en 2006, l'a transformé en *Comité de l'OCDE sur la santé*)
- 2001 : Première édition du *Panorama de la santé*, présentant les principaux indicateurs de la base de données sous une forme facile à utiliser
- 2003 : Lancement du *Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé*, ayant pour objectif la mise au point d'une série d'indicateurs visant à mesurer et à comparer la qualité des soins
- 2004 : Organisation de la première *Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE* à Paris pour examiner les principales conclusions du *Projet de l'OCDE sur la santé*. Parution de la publication *Vers des systèmes de santé plus performants* et d'une série d'études sur les politiques de santé
- 2005 : Renouvellement du *Cadre de coopération entre l'OCDE et l'OMS*, avec extension de son champ d'application, couvrant désormais non seulement les activités statistiques, mais aussi des travaux analytiques sur différents aspects du financement, des ressources humaines et de l'efficacité des systèmes de santé
- 2005 : Premier *Questionnaire annuel conjoint sur les comptes de la santé* lancé par l'OCDE, l'OMS et Eurostat pour augmenter la quantité de données disponibles sur les dépenses de santé et améliorer leur comparabilité
- 2010 : Nouveau *Questionnaire conjoint pour la collecte de statistiques sur les aspects non monétaires des systèmes de santé* lancé par l'OCDE, l'OMS (région Europe) et Eurostat pour augmenter la quantité et la qualité des données disponibles sur les ressources humaines et autres ressources des systèmes de santé
- 2010 : Publication de versions du *Panorama de la santé* consacrées aux régions Europe et Asie-Pacifique
- 2010 : Publication du premier rapport de l'OCDE sur la prévention, *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, dégageant des tendances dans le domaine de l'obésité et proposant des mesures pour endiguer l'épidémie d'obésité
- 2010 : Organisation de la deuxième *Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE* à Paris, afin d'examiner les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise. Parution de la première publication sur les indicateurs de qualité des soins de santé et d'une série d'études sur des politiques visant à optimiser les dépenses de santé
- 2011 : Deuxième édition du manuel *Système de comptes de la santé* publié conjointement par l'OCDE, l'OMS et Eurostat afin de promouvoir une amélioration de la comparabilité des systèmes de comptes de la santé dans les pays développés et en développement

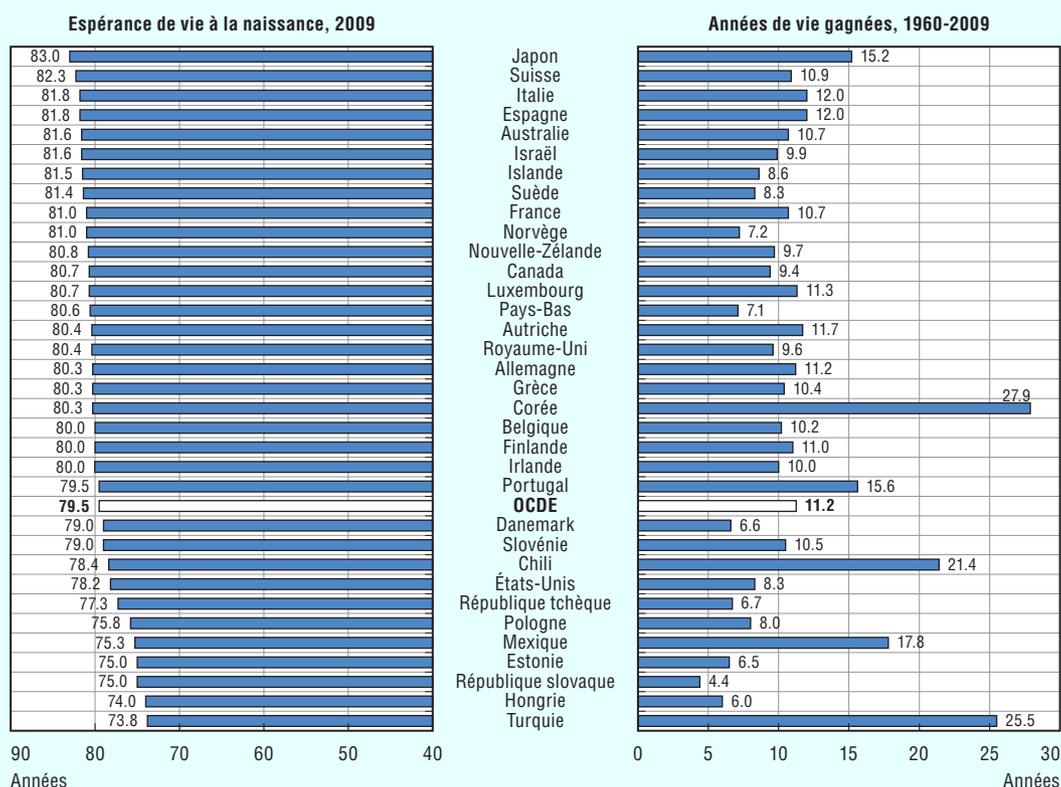
Un examen rétrospectif de l'évolution de la santé et des systèmes de santé depuis la création de l'OCDE en 1961 permet de dégager trois grandes tendances :

1. l'allongement remarquable de l'espérance de vie ;
2. le caractère changeant des facteurs de risque pour la santé ;
3. la croissance constante des dépenses de santé, qui a largement dépassé la croissance du PIB.

L'allongement remarquable de l'espérance de vie

L'état de santé de la population des pays de l'OCDE s'est considérablement amélioré ces 50 dernières années, les hommes comme les femmes vivant beaucoup plus longtemps que par le passé. Au sein de la zone OCDE, l'espérance de vie a, en moyenne, augmenté de plus de 11 ans depuis 1960, pour atteindre près de 80 ans en 2009. Elle s'est allongée de façon particulièrement remarquable dans les pays où elle était relativement courte en 1960, comme la Corée, où elle a connu un fort accroissement, ayant progressé de 28 années entre 1960 et 2009 pour atteindre 80 ans. D'énormes gains d'espérance de vie ont également été enregistrés en Turquie, au Mexique et au Chili, l'un des pays qui ont récemment adhéré à l'OCDE. Il en va de même pour le Japon, qui arrive désormais en tête des pays de l'OCDE, avec une espérance de vie de 83 ans. Il est suivi de près par plusieurs autres pays. Alors qu'en 2000, seuls deux pays de l'OCDE affichaient une espérance de vie totale de 80 ans au moins, ils étaient 22 à atteindre ce chiffre en 2009.

Espérance de vie à la naissance, 2009 (ou année la plus proche) et années de vie gagnées depuis 1960



Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932527680>

Ces gains d'espérance de vie s'expliquent par une forte chute de la mortalité à tous les âges. Les taux de mortalité infantile ont fortement diminué dans l'ensemble des pays. Les décès dus aux maladies cardiovasculaires (essentiellement aux crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux) ont connu une baisse spectaculaire. Bien que ces affections demeurent la première cause de décès dans les pays de l'OCDE, la mortalité cardiovasculaire a diminué de plus de moitié depuis 1960. La réduction d'importants facteurs de risque de maladies cardiaques et vasculaires cérébrales, comme le tabagisme, conjuguée aux progrès médicaux, a fortement contribué au recul des taux de mortalité cardiovasculaire.

En 2009, la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'établissait à 5.5 ans en moyenne au sein de la zone OCDE, les femmes vivant en moyenne jusqu'à 82.2 ans comparé à 76.7 ans pour les hommes. Après avoir eu tendance à se creuser au cours des années 60 et 70, cet écart s'est comblé dans la plupart des pays de l'OCDE à partir de 1980, la longévité augmentant davantage pour les hommes que pour les femmes. Cette évolution est imputable en partie à une diminution de la différence entre hommes et femmes au niveau des comportements à risque, comme la consommation de tabac, ainsi qu'à une forte baisse de la mortalité cardiovasculaire parmi les hommes.

L'espérance de vie à 65 ans a aussi fortement progressé. Dans les pays de l'OCDE, les femmes peuvent désormais espérer vivre 20 années après 65 ans (contre 15 années en 1960) et les hommes peuvent espérer vivre 17 années (contre 13 années en 1960). La question de savoir si les populations vieillissantes restent en bonne santé et conservent un état fonctionnel satisfaisant à mesure que leur espérance de vie s'allonge a d'importantes implications pour les systèmes de santé et de soins de longue durée.

Le caractère changeant des facteurs de risque pour la santé dans les pays de l'OCDE

Bien que l'augmentation de la longévité s'explique en partie par la diminution de certains grands facteurs de risque, une grande part des problèmes de santé dans les pays de l'OCDE de nos jours est aussi imputable à des facteurs liés au mode de vie, principalement au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'obésité, à une mauvaise hygiène alimentaire et au manque d'exercice physique. Les individus qui pratiquent une activité physique, ne fument pas, consomment de l'alcool en quantité modérée et consomment beaucoup de fruits et légumes ont un risque de décès équivalent à moins d'un quart de celui auquel sont exposés les individus qui ont un mode de vie préjudiciable à leur santé dans une période donnée (Sassi, 2010).

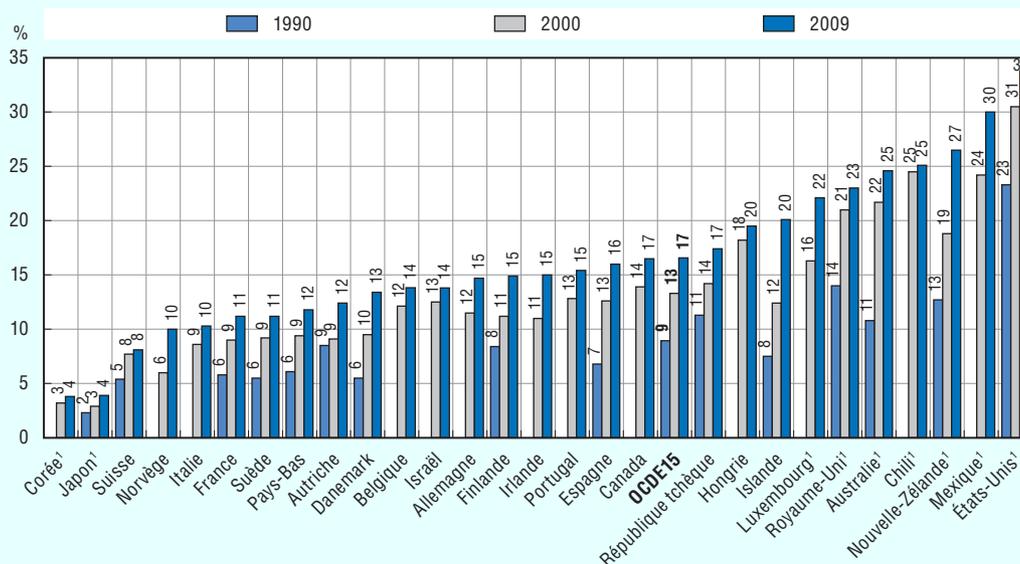
Beaucoup de pays de l'OCDE ont réalisé des progrès remarquables en matière de réduction de la consommation de tabac ces dernières décennies, même si le tabagisme demeure une des premières causes de décès prématuré et constitue toujours un problème de santé publique majeur. Une grande partie de cette réduction est due aux politiques reposant sur des campagnes de sensibilisation du public, sur l'interdiction de la publicité et l'augmentation des taxes sur le tabac. Dans bon nombre de pays de l'OCDE, le taux de fumeurs parmi les adultes a diminué de plus de moitié depuis les années 60, passant de plus de 40 % à moins de 20 % aujourd'hui. Aux États-Unis et au Canada par exemple, ce taux est passé de 42 % en 1965 à 16 % en 2009.

S'agissant de la consommation d'alcool, les progrès sont contrastés. Dans beaucoup de pays de l'OCDE, elle a nettement diminué depuis 1980, les restrictions relatives à la publicité et à la vente et l'augmentation des taxes se révélant efficaces. En revanche, cette consommation a augmenté dans certains pays, en particulier dans certains pays nordiques, au Royaume-Uni et en Irlande. Dans plusieurs pays, le mode de consommation

des jeunes suscite des inquiétudes, la pratique consistant à consommer périodiquement une grande quantité d'alcool ayant progressé ces dernières années. Une forte consommation d'alcool est lourde de conséquences pour la santé, les problèmes sociaux ainsi que les systèmes de santé et les coûts sociaux. Les décès directement ou indirectement causés par la consommation d'alcool peuvent être dus à des accidents de voiture, à des actes de violence ou à des suicides, et la consommation d'alcool accroît aussi les risques de nombreuses maladies comme les maladies cardiovasculaires, le cancer buccal, le cancer de l'œsophage et la cirrhose du foie.

Ces dernières décennies, l'augmentation alarmante de l'obésité a fait de ce problème une priorité des politiques de santé publique, non seulement dans les pays de l'OCDE, mais aussi, de plus en plus souvent, dans les pays en développement. L'obésité est un facteur de risque important de nombreuses affections chroniques. Ainsi, des travaux de recherche montrent que les individus qui souffrent d'obésité sévère décèdent huit à dix ans plus tôt que ceux qui ont un poids normal, un chiffre comparable à celui observé pour les fumeurs. Beaucoup de pays ont vu leur taux d'obésité doubler, voire tripler depuis 1980 et, dans plus de la moitié des pays de l'OCDE, 50 % au moins de la population souffre actuellement de surcharge pondérale, sinon d'obésité. C'est aux États-Unis que le taux d'obésité parmi la population adulte est le plus élevé, étant passé de 15 % en 1980 à 34 % en 2008. La Corée et le Japon ont le taux le plus faible, même si l'obésité est aussi en hausse dans ces deux pays.

Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte des pays de l'OCDE, 1990, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



1. Les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen, plutôt que des poids et tailles auto-déclarés.
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932527699>

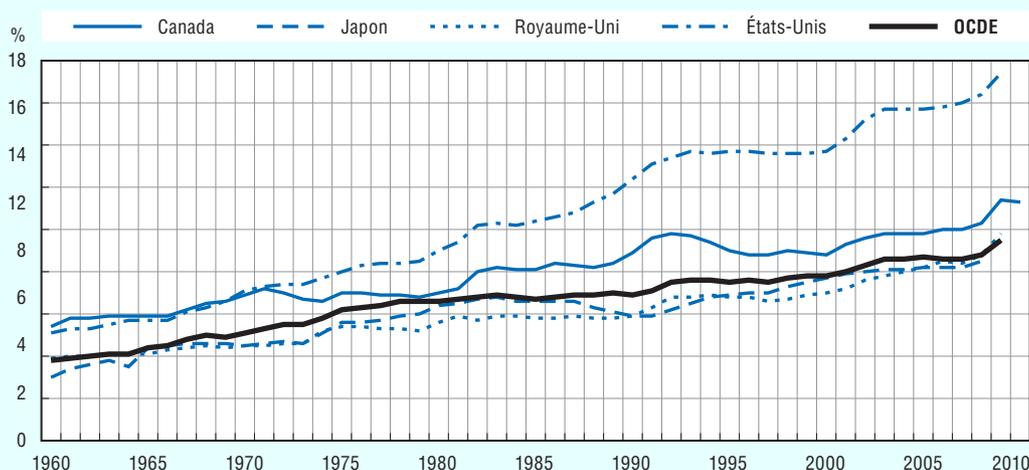
L'épidémie d'obésité est la résultante de dynamiques multiples et interdépendantes, qui ont progressivement conduit à une modification durable des habitudes de la population en termes d'alimentation et d'exercice physique. Beaucoup de pays de l'OCDE multiplient les mesures destinées à promouvoir une bonne hygiène alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière. La grande majorité d'entre eux optent pour des mesures visant notamment les enfants d'âge scolaire. Selon un récent rapport de l'OCDE, trois catégories d'interventions pour combattre l'obésité – la promotion de la santé et

l'éducation à la santé, les réglementations et les mesures fiscales, et l'accompagnement dans le cadre du système de soins primaires – sont efficaces en termes d'amélioration de la santé et présentent un rapport coût-efficacité satisfaisant, comparativement aux scénarios dans lesquels les maladies chroniques ne sont traitées que lorsqu'elles apparaissent. En outre, lorsque ces mesures sont associées dans le cadre d'une stratégie qui regroupe plusieurs interventions, visant simultanément différents publics et différents déterminants de l'obésité, elles peuvent avoir des effets positifs sur la santé nettement plus importants tout en conservant un bon rapport coût-efficacité (Sassi, 2010).

La croissance constante des dépenses de santé

La troisième grande tendance observée ces cinquante dernières années dans les pays de l'OCDE est la croissance constante des dépenses de santé, qui a généralement été supérieure à la croissance du PIB. En 1960, les dépenses de santé représentaient moins de 4 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE. En 2009, cette proportion avait atteint 9.6 % et dépassait même 10 % dans une douzaine de pays. La part des dépenses de santé dans le PIB a connu une hausse particulièrement rapide aux États-Unis, où elle est passée de 5 % en 1960 à plus de 17 % en 2009, un niveau qui est de 5 points de pourcentage supérieur à celui observé dans les deux pays affichant les dépenses les plus élevées après les États-Unis, les Pays-Bas et la France, qui ont respectivement consacré 12 % et 11.8 % de leur PIB à la santé.

Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1960-2009, quelques pays de l'OCDE



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932527718>

Les dépenses de santé par habitant ont connu une croissance rapide ces dernières décennies, ayant augmenté en moyenne dans les pays de l'OCDE de 6.1 % par an en termes réels au cours des années 70, pour ralentir ensuite à 3.3 % par an dans les années 80, avant d'augmenter de nouveau pour s'établir à 3.7 % dans les années 90 et à 4 % entre 2000 et 2009. Au cours de chacune de ces décennies, la croissance des dépenses de santé a été supérieure à celle du PIB. Aux États-Unis, même si l'on tient compte de la croissance de la population, depuis les années 70, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que dans tous les autres pays de l'OCDE à revenu élevé, ayant été multipliées par cinq en termes réels.

Dans bon nombre de pays, les dépenses de santé en part du PIB ont généralement fortement augmenté durant les récessions, puis se sont stabilisées ou n'ont que faiblement diminué pendant les périodes d'expansion économique. Durant la récession du début des années 90, certains pays, comme le Canada et la Finlande, ont sensiblement diminué leurs dépenses publiques de santé pour réduire leur déficit budgétaire, ce qui a conduit à une baisse notable de la part des dépenses de santé dans le PIB pendant quelques années. Toutefois, cette baisse des dépenses publiques de santé a souvent été de courte durée et, après une brève période de maîtrise des coûts, la hausse de l'offre et de la demande de services de santé a stimulé la croissance des dépenses, qui a de nouveau dépassé celle du PIB.

Le secteur public est la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE sauf au Chili, au Mexique et aux États-Unis. En 2009, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé s'est établie à 72 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette part est restée relativement stable au cours des 20 dernières années. On observe toutefois une certaine convergence de l'évolution de la part du financement public des dépenses de santé parmi les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Elle a diminué dans bon nombre des pays où elle était relativement élevée au début des années 90, comme la Pologne et la Hongrie, tandis qu'elle a augmenté dans certains pays où elle était jusqu'alors faible comme le Portugal et la Turquie, suite à des réformes du système de santé qui ont étendu la couverture de l'assurance maladie publique.

Comme il est montré dans la présente édition du *Panorama de la santé*, il existe une certaine corrélation entre des dépenses de santé par habitant plus élevées et une espérance de vie plus longue, mais cette corrélation tend à diminuer lorsque le budget consacré à la santé augmente. Beaucoup d'autres facteurs que les dépenses de santé influent sur l'espérance de vie. La faiblesse de la corrélation observée lorsque les dépenses sont élevées suggère aussi qu'il est possible d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé afin que toute dépense supplémentaire se traduise par des progrès mesurables en termes de santé.

Perspectives

Ces trois dernières décennies, l'OCDE a joué un rôle important dans la mise au point et la diffusion de données et d'indicateurs permettant d'évaluer et de comparer les performances des systèmes de santé. Si des avancées non négligeables ont été accomplies, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la comparabilité des données et promouvoir des travaux d'analyse susceptibles de contribuer à l'élaboration des politiques de santé.

Lors du renouvellement de son mandat, en juin 2011, le Comité de la santé de l'OCDE a réaffirmé que les travaux de l'OCDE sur la santé avaient pour objectif primordial de favoriser une amélioration des performances des systèmes de santé des pays membres et non membres. Conformément à ce mandat, l'OCDE poursuivra ses travaux dans le but de diffuser des données les plus comparables possibles et de promouvoir le partage d'expériences et de conseils sur les questions et problèmes qui se posent dans le domaine de la santé. Le secteur de la santé occupant une place croissante dans les économies de l'OCDE, il devient de plus en plus nécessaire de mesurer l'évolution des dépenses, d'examiner leur répartition entre prévention et soins, et d'évaluer si les effets escomptés en termes d'amélioration de la santé sont obtenus.

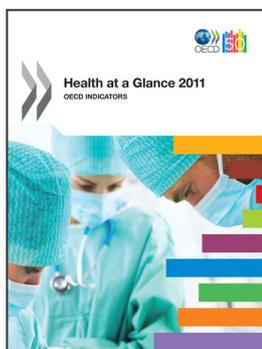
En octobre 2011, l'OCDE a publié, en coopération avec l'OMS et Eurostat, la deuxième édition du manuel *Système de comptes de la santé* qui vise à améliorer encore plus la comparabilité des données sur les dépenses de santé en faisant appel à des normes internationales reconnues. L'OCDE va encourager les pays membres et non membres à

coopérer pour mettre en œuvre des systèmes de compte de la santé harmonisés. Elle continuera d'administrer, en étroite coopération avec l'OMS et Eurostat, un questionnaire annuel destiné à recueillir des données comparables sur la base de ce système de comptes.

L'OCDE va également continuer, dans le cadre du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, d'élaborer et de recueillir un ensemble d'indicateurs destinés à mesurer la qualité des soins et les résultats des services de santé. Les travaux réalisés dans le cadre de ce projet contribuent à combler des lacunes importantes en matière de mesure des performances des systèmes de santé. Parallèlement, l'OCDE entend mener davantage d'études analytiques pour examiner les raisons qui expliquent les différences observées concernant la qualité des soins dans les pays de l'OCDE et autres pays partenaires, en commençant par les domaines du cancer et des soins primaires.

Dans un contexte de vieillissement de la population, il sera aussi de plus en plus nécessaire d'assurer un suivi du financement, de la prestation et de la qualité des services de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. À la suite des récents travaux dans ce domaine (Colombo *et al.*, 2011), l'OCDE a l'intention non seulement de poursuivre les efforts qu'elle déploie pour collecter davantage de données comparables sur les systèmes de soins de longue durée, mais aussi d'analyser les politiques en matière d'accès, de qualité et de viabilité financière de ces systèmes, et de diffuser des bonnes pratiques.

Fidèle à l'esprit d'ouverture qui la caractérise depuis sa création, l'OCDE est déterminée à renforcer sa coopération avec les pays non membres sur des sujets où cette coopération peut être bénéfique pour toutes les parties. La publication en 2010 de deux nouvelles éditions du *Panorama de la santé* consacrées à l'Europe et à la région Asie-Pacifique, témoigne de cette coopération accrue. L'OCDE entend favoriser le partage des systèmes d'information, de la compétence et de l'expérience des pays membres afin de promouvoir l'amélioration des performances des systèmes de santé également dans les pays non membres.



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Cinquantième anniversaire de l'OCDE », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-2-fr

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

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

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