OECD Multilingual Summaries

Health at a Glance: Europe 2010

Summary in French

Résumé en français

Résumé

Les pays européens ont accompli d'importants progrès en matière de santé au cours des dernières décennies. Dans les pays de l'Union européenne, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de six ans depuis 1980, tandis que la mortalité précoce a fortement reculé. Si l'amélioration des conditions de vie et de travail, ainsi que de certains comportements vis-à-vis de la santé, a joué un rôle majeur dans l'augmentation de la longévité, les progrès de la médecine doivent également être salués. Les systèmes de santé dans les pays européens occupent une place de plus en plus importante et les dépenses consacrées aux soins de santé n'ont jamais été aussi élevées, représentant une part croissante du revenu national.

Cette première édition de *Panorama de la santé : Europe*, fruit d'une collaboration de longue date entre l'OCDE et la Commission européenne, propose un ensemble d'indicateurs clés de la santé et des systèmes de santé dans 31 pays européens, à savoir les 27 États membres de l'Union européenne, l'Islande, la Norvège, la Suisse et la Turquie. La sélection d'indicateurs s'appuie sur la liste des indicateurs de santé de la Communauté européenne (*European Community Health Indicators* – ECHI), élaborée par la Commission européenne pour étayer la production et la publication de statistiques sur la santé (Commission européenne, 2010a). Certains des indicateurs diffèrent parfois des définitions retenues pour la liste ECHI pour des questions de disponibilité des données. Dans d'autres cas, les indicateurs ECHI ne sont pas encore prêts à être mis en œuvre. Par ailleurs, la publication fournit également des informations détaillées sur les dépenses de santé et leur financement, en s'appuyant sur l'expérience de l'OCDE en matière de collecte de données dans ce domaine. Les informations présentées dans *Panorama de la santé : Europe* sont essentiellement issues de sources statistiques nationales officielles, notamment d'*Éco-Santé OCDE*, de la base de données statistique Eurostat et de la base de données *Santé pour tous* de l'OMS-Europe.

Panorama de la santé : Europe 2010 montre qu'il existe d'importants écarts entre les pays européens en termes d'état de santé de la population, de facteurs de risques pour la santé, d'intrants, d'extrants et de résultats des systèmes de santé, et de niveaux des dépenses de santé et des sources de financement. L'étude propose des explications à ces écarts, en fournissant le contexte nécessaire pour mieux comprendre leurs causes sous-jacentes. Il convient aussi de noter que si des disparités par sexe et par âge sont présentées, cette publication ne fournit généralement pas d'informations sur les disparités par région, par groupe socioéconomique ou par groupe ethnique. Pour de nombreux indicateurs, le lecteur doit garder à l'esprit que les variations peuvent être aussi importantes *au sein* d'un même pays qu'*entre* les pays.

L'état de santé s'est amélioré de manière remarquable dans les pays européens, même si des écarts importants persistent

- Dans les pays de l'UE, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée de six ans depuis 1980, pour atteindre 78 ans en 2007. En moyenne dans les 27 pays de l'UE, l'espérance de vie à la naissance pour la période 2005-07 s'élevait à 74.3 ans pour les hommes et à 80.8 ans pour les femmes. La France affiche l'espérance de vie à la naissance la plus longue pour les femmes (84.4 ans), tandis que l'espérance de vie la plus longue pour les

hommes est observée en Suède (78.8 ans). Au sein de l'Union européenne, c'est en Roumanie que l'espérance de vie à la naissance est la plus courte pour les femmes (76.2 ans) et en Lituanie pour les hommes (65.1 ans). L'écart entre les pays à l'espérance de vie la plus longue et ceux où l'espérance de vie est la plus courte s'établit à 8 ans environ pour les femmes et à 14 ans pour les hommes.

● Il importe de savoir si l'allongement de l'espérance de vie implique des années de vie supplémentaires en bonne santé, parce que cela a des répercussions majeures sur les systèmes de santé et de soins de longue durée en Europe. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est définie ici comme le nombre d'années de vie au cours desquelles les activités quotidiennes de l'individu ne sont pas limitées par une maladie ou un problème de santé. En 2005-07, l'espérance de vie en bonne santé s'établissait à 61.3 ans pour les femmes et 60.1 ans pour les hommes en moyenne dans l'Union européenne. L'écart hommes-femmes est donc bien moindre qu'en ce qui concerne l'espérance de vie, ce qui tient au fait qu'une plus forte proportion de la vie des femmes est marquée par des limitations de leur activité. En 2005-07, c'est à Malte que l'espérance de vie en bonne santé était la plus longue à la fois pour les hommes et pour les femmes, tandis que la Lettonie affichait l'espérance de vie en bonne santé la plus courte pour les femmes et l'Estonie pour les hommes.

● L'espérance de vie à l'âge de 65 ans s'est aussi considérablement accrue en Europe au cours des dernières décennies. En 2005-07, elle s'élevait en moyenne dans les 27 pays de l'UE à 15.9 ans pour les hommes et 19.5 ans pour les femmes. Comme pour l'espérance de vie à la naissance, la France se distingue par l'espérance de vie à 65 ans la plus longue pour les femmes (22.6 ans) mais aussi pour les hommes (18.1 ans). Au contraire, c'est en Europe de l'Est que l'espérance de vie à 65 ans est la plus courte : en Lettonie pour les hommes (12.7 ans) et en Bulgarie pour les femmes (16.3 ans).

● Comme pour l'espérance de vie à la naissance, l'écart hommes-femmes s'agissant de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est bien plus restreint que pour l'espérance de vie : en 2005-07, les hommes étaient légèrement avantagés, avec 8.4 ans contre 8.1 ans pour les femmes.

● Il est difficile d'estimer la contribution relative des multiples facteurs médicaux et non médicaux susceptibles d'influencer les écarts dans l'espérance de vie (en bonne santé). Un revenu national élevé est généralement associé à une meilleure espérance de vie dans les pays européens, quoique cette corrélation soit moins prononcée pour les niveaux de revenu élevés, ce qui suggère un « rendement décroissant » à partir d'un certain seuil. D'autres déterminants de la santé jouent également un rôle clé.

Les facteurs de risques évoluent

● De nombreux pays de l'UE ont accompli des progrès remarquables dans la lutte contre le tabagisme, même s'il demeure l'une des principales causes de mortalité précoce. Cette réussite peut en grande partie être attribuée aux mesures mises en oeuvre à l'échelle nationale et européenne pour promouvoir les campagnes de sensibilisation publique, les interdictions de publicité et la hausse des taxes. En Suède et en Islande, moins de 18 % des adultes fument désormais quotidiennement, contre plus de 30 % en 1980. En revanche, près de 40 % des adultes continuent de fumer quotidiennement en Grèce. Le taux de tabagisme demeure également élevé en Bulgarie, en Irlande et aux Pays-Bas.

● La consommation d'alcool a également diminué dans nombre de pays européens ces 30 dernières années. Les restrictions sur la publicité et les ventes et la hausse des taxes se sont avérées des outils efficaces pour réduire la consommation d'alcool. Les pays traditionnellement producteurs de vin, comme l'Italie, la France et l'Espagne, ont vu la consommation d'alcool par habitant chuter fortement depuis 1980. À l'inverse, la consommation a sensiblement augmenté dans plusieurs pays comme l'Irlande, le Royaume-Uni et certains pays nordiques.

● Plus de la moitié de la population adulte totale de l'Union européenne est désormais en situation de surpoids ou d'obésité. C'est également le cas dans 15 des 27 pays de l'UE. La prévalence de l'obésité – qui présente des risques pour la santé supérieurs à ceux du surpoids – est comprise entre moins de 10 % en Roumanie, en Suisse et en Italie à plus de 20 % au Royaume-Uni, en Irlande, à Malte et en Islande. En moyenne dans les pays de l'UE, 15.5 % de la population adulte est obèse.

● Le taux d'obésité a plus que doublé ces 20 dernières années dans la plupart des pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles. Cette progression rapide est intervenue indépendamment des taux d'obésité observés il y a 20 ans. L'obésité a plus que doublé aux Pays-Bas et au Royaume-Uni entre 1988 et 2008, même si le taux observé aux Pays-Bas est actuellement inférieur de plus de moitié à celui du Royaume-Uni.

● L'obésité étant associée à une augmentation des risques de maladie chronique, elle entraîne un coût supplémentaire important au niveau des soins de santé. Selon une étude récente réalisée en Angleterre, la hausse du coût représenté par le surpoids et l'obésité pourrait aller jusqu'à 70 % entre 2007 et 2015 et il pourrait être 2.4 fois plus élevé d'ici à 2025 (Foresight, 2007).

La pénurie de professionnels de santé est un sujet d'inquiétude dans de nombreux pays

● De nombreux pays européens s'inquiètent d'une pénurie de médecins. Le nombre de médecins par habitant varie fortement entre les pays; il atteint son niveau le plus bas en Turquie, suivie par la Pologne et la Roumanie. Il est également relativement bas au Royaume-Uni et en Finlande.

● Depuis 2000, le nombre de médecins par habitant a néanmoins augmenté dans tous les pays européens, à l'exception de la Slovaquie. En moyenne, il est passé de 3.0 médecins pour 1 000 habitants en 2000 à 3.3 en 2008. Cette progression a été particulièrement rapide en Irlande, avec une hausse de près de 50 %. Ceci s'explique en grande partie par le recrutement de médecins formés à l'étrangers : le nombre de médecins formés à l'étranger a en effet triplé sur la période. De la même façon, le nombre de médecins par habitant au Royaume-Uni a progressé de 30 % entre 2000 et 2008, passant de 2.0 pour 1 000 habitants à 2.6.

● À l'inverse, le nombre de médecins par habitant est resté pratiquement inchangé en France et en Italie depuis 2000. Après une baisse du nombre de nouveaux inscrits en école de médecine dans les années 80 et 90, le nombre de médecins par habitant a atteint son point le plus haut en 2002 en Italie, pour s'orienter ensuite à la baisse. En France, il a touché son plus haut niveau en 2005 et la baisse devrait se poursuivre au cours des dix prochaines années.

● Dans la quasi-totalité des pays, le rapport entre médecins généralistes et spécialistes a évolué au cours des dernières décennies, le nombre de spécialistes ayant progressé bien plus rapidement. Par conséquent, les spécialistes sont aujourd'hui plus nombreux que les généralistes dans la plupart des pays, à l'exception de la Roumanie et du Portugal. Ce phénomène peut s'expliquer par une diminution de l'attrait offert par le mode traditionnel de la pratique du médecin généraliste/de famille, ainsi que par un écart de rémunération croissant. La hausse limitée, voire la baisse, du nombre de généralistes par habitant suscite des inquiétudes quant à l'accès aux soins primaires. De nombreux pays étudient des moyens pour renforcer l'attractivité de la médecine générale et pour concevoir de nouveaux rôles pour d'autres professionnels de santé, comme le personnel infirmier.

● Par ailleurs, de nombreux pays européens sont touchés par une pénurie de personnel infirmier. Les infirmiers jouent un rôle important dans la prestation des soins de santé non seulement dans le cadre traditionnel de l'hôpital ou des établissements de soins de longue durée mais aussi, de plus en plus, dans les soins primaires, notamment

auprès des malades chroniques et dans les traitements à domicile. En 2008, on comptait environ 15 infirmières pour 1 000 habitants en Finlande, en Islande, en Irlande et en Suisse, et un peu moins au Danemark et en Norvège. La Turquie est le pays où l'on compte le moins d'infirmiers, suivie par la Grèce, la Bulgarie et Chypre, avec moins de 5 pour 1 000 habitants.

● Depuis 2000, le nombre de personnel infirmier par habitant a progressé dans tous les pays européens, à l'exception de la Lituanie et de la Slovaquie. Cette progression est particulièrement importante au Portugal, en Espagne, en France et en Suisse.

L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les budgets nationaux

● Les dépenses de santé ont augmenté dans tous les pays européens, la plupart du temps à un rythme supérieur à celui de la croissance économique, ce qui se traduit par une augmentation de la part du PIB allouée à la santé. En 2008, les pays de l'UE ont consacré en moyenne 8.3 % de leur PIB aux dépenses de santé, contre 7.3 % en 1998. Néanmoins, la part du PIB allouée aux dépenses de santé varie considérablement entre les pays, de moins de 6 % à Chypre et en Roumanie à plus de 10 % en France, en Suisse, en Allemagne et en Autriche.

● Dans certains pays, la récession récente a provoqué une hausse notable de la part des dépenses de santé dans le PIB. Ainsi, en Irlande, la part du PIB consacrée à la santé a progressé de 7.5 % en 2007 à 8.7 % en 2008. En Espagne, elle est passée de 8.4 % à 9.0 %.

● En 2008, la Norvège est le pays qui affiche les dépenses de santé par habitant les plus élevées parmi les pays européens, à 4 300 EUR environ, suivie par la Suisse, le Luxembourg et l'Autriche. La plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest ont dépensé entre 2 500 et 3 500 EUR par habitant, ce qui est supérieur de 10 à 60 % à la moyenne de l'UE. Les pays où les dépenses de santé sont inférieures à la moyenne de l'UE sont les pays d'Europe de l'Est et du Sud comme la Turquie, la Roumanie, la Bulgarie, la Pologne et la Hongrie.

● Les dépenses de santé par habitant présentent généralement une corrélation positive avec le PIB par habitant, même si celle-ci est plus étroite dans les pays européens caractérisés par un PIB par habitant relativement bas. Cependant, même dans les pays au PIB par habitant équivalent, on peut observer des écarts importants en matière de dépenses de santé. Par exemple, l'Espagne et la France affichent un PIB par habitant assez proche, mais les dépenses de santé de l'Espagne représentent moins de 80 % de celles de la France.

● On déplore parfois que les systèmes de santé soient trop tournés sur les soins aux malades, c'est-à-dire qu'ils sont davantage axés sur le traitement des maladies plutôt que sur leur prévention. En moyenne dans les pays de l'UE, seulement 3 % environ des dépenses de santé sont consacrées à la prévention et aux programmes de santé publique.

● Le secteur public représente la principale source de financement de la santé dans tous les pays européens, à l'exception de Chypre. En moyenne, près de 75 % des dépenses de santé totales étaient financées par les fonds publics en 2008, au moyen des recettes fiscales ou des cotisations de sécurité sociale. Au Luxembourg, en République tchèque, dans les pays nordiques (hors Finlande), au Royaume-Uni et en Roumanie, le financement public couvre les dépenses de santé à hauteur de plus de 80 %.

● L'ampleur et la composition du financement privé varient selon les pays. Généralement, il prend la forme d'une participation financière par les patients. L'assurance maladie privée ne représente que 3-4 % seulement des dépenses de santé totales en moyenne dans les pays de l'UE. Toutefois, dans certains pays, elle a un rôle de

financement important. Ainsi, elle assure une couverture primaire à certaines catégories de population en Allemagne. En France, l'assurance maladie privée finance 13 % des dépenses totales mais elle fournit une couverture complémentaire et supplémentaire dans le cadre d'un régime public universel.

- De nombreux pays étant actuellement soucieux de réduire leurs déficits budgétaires, les pouvoirs publics seront confrontés à des choix difficiles à court terme. Ils pourraient en effet être contraints soit de freiner la croissance des dépenses publiques de santé, soit de réduire les dépenses dans d'autres secteurs, ou soit d'augmenter les impôts ou les cotisations de sécurité sociale, pour réduire leurs déficits. Des gains de productivité et d'efficience dans le secteur de la santé pourraient contribuer à alléger les pressions, par exemple au moyen d'une évaluation plus rigoureuse des technologies de santé ou d'un recours accru aux technologies de l'information et de la communication. Ces initiatives pourraient en outre permettre d'améliorer la qualité des soins, ce qui constitue un autre axe important de collaboration entre l'OCDE et la Commission européenne.

This translation was undertaken by the European Commission

Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.

They are available free of charge on the OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit, Public Affairs and Communications Directorate at: rights@oecd.org or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30

OECD Rights and Translation unit (PAC)
2 rue André-Pascal, 75116
Paris, France

Visit our website www.oecd.org/rights/