Chapitre 1

Santé : résultats et dépenses

Ce chapitre présente les principales tendances de l'état de santé dans les pays de l'OCDE et examine les avantages et inconvénients de l'utilisation de différents indicateurs de résultats du système de santé. Il décrit ensuite l'évolution récente et les différences entre les pays en ce qui concerne les ressources investies dans le secteur de la santé, mesurées soit par les dépenses, soit par des indicateurs de volume ou d'activité.

Introduction

L'efficience des dépenses dans le secteur de la santé est un objectif important dans tous les pays de l'OCDE. Les dépenses de santé par habitant ont augmenté de plus de 70 % en termes réels depuis le début de la décennie 1990. Cela se traduit par une amélioration notable de l'état de santé de la population comme le montrent l'augmentation de l'espérance de vie et la baisse de la mortalité pour des maladies comme les cancers. En fait, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de plus d'une année tous les quatre ans depuis le début de la décennie 1990. Cependant, les dépenses ont fortement augmenté, de telle sorte que le total des dépenses de santé absorbe maintenant en moyenne plus de 9 % du PIB de l'OCDE, avec toutefois de larges différences d'un pays à l'autre. En outre, les pays qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleurs résultats, ce qui laisse penser qu'il existe une marge d'amélioration pour le rapport efficacité-coût des dépenses.

Une amélioration notable de la santé au cours des dernières décennies

Il est très difficile de trouver une mesure appropriée pour les résultats du système de santé. Il existe divers indicateurs qui ont tous des inconvénients. Cependant, leurs messages sont généralement concordants : l'état de santé de la population s'est notablement amélioré au cours des dernières décennies et les comparaisons entre les pays ne dépendent pas significativement du choix de l'indicateur. On examine ci-après six groupes d'indicateurs :

- Indicateurs bruts de mortalité ou de longévité – espérance de vie à divers âges et par sexe ; mortalité infantile ; mortalité prématurée
- Indicateurs de la mortalité qui aurait pu être évitée en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps
- Indicateurs de mortalité corrigés de la prévalence de maladies, de l'incapacité et/ou de la qualité de vie
- Indicateurs du volume de soins (par exemple, nombre de traitements médicaux)
- Taux de survie après certaines maladies
- Autres indicateurs relatifs à la santé, comme les congés de maladie ou la satisfaction du public à l'égard du système de santé.

L'amélioration de l'état de santé est généralisée mais il persiste d'importantes différences entre les pays

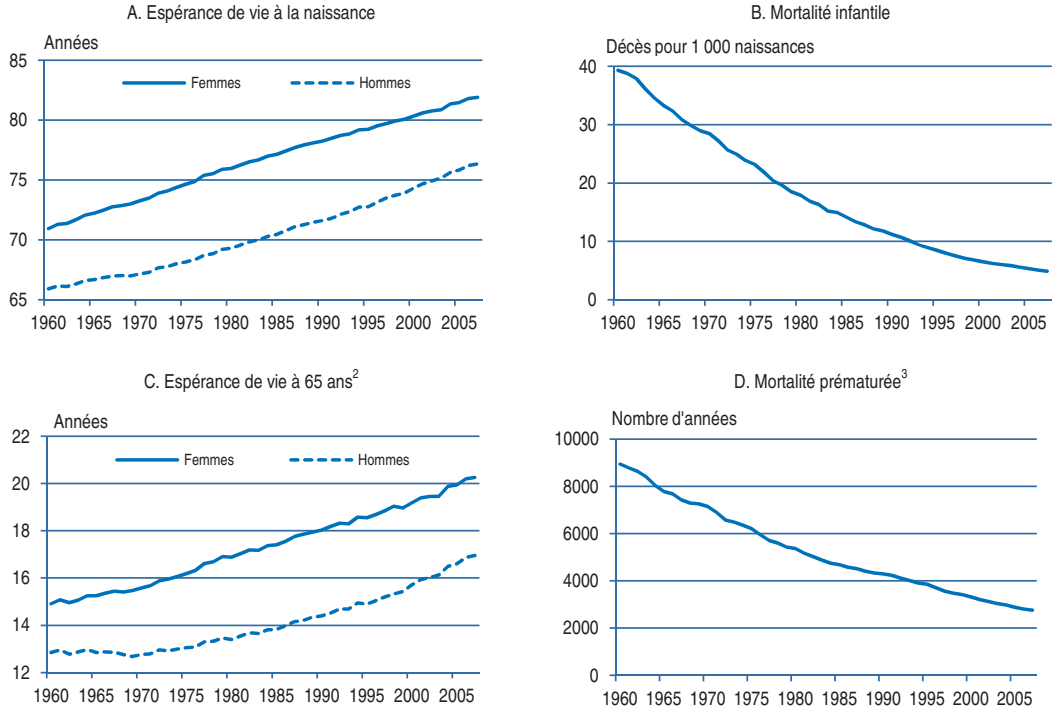
Les indicateurs de longévité et de mortalité envoient généralement des messages concordants

L'amélioration de l'état de santé – mesurée par l'augmentation de l'espérance de vie ou la baisse de la mortalité prématurée ou infantile (encadré 1.1) – a été notable dans les

pays de l'OCDE. L'espérance de vie à la naissance a atteint en moyenne 79.1 ans en 2007 dans les pays de l'OCDE, soit une progression de plus de 10 ans depuis 1960 (graphique 1.1). En 2007, le Japon avait l'espérance de vie la plus élevée (82.6 ans à la naissance), la Hongrie et la Turquie se situant à l'autre bout de l'échelle. Les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes dans tous les pays de l'OCDE. Environ la moitié de l'augmentation dans la zone de l'OCDE résulte de la progression de l'espérance de vie après 65 ans. Cependant, la mortalité infantile a été divisée par huit entre 1960 et 2007 et la mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 70 ans) a poursuivi sa tendance à la baisse. Un autre point intéressant est le rattrapage rapide de la plupart des pays qui présentaient un état de santé relativement bas dans les années 1960, en particulier la Corée, le Mexique et la Turquie. Globalement, l'écart de l'état de santé entre les pays de l'OCDE s'est nettement resserré. Par exemple, l'espérance de vie à la naissance variait entre 73.3 ans en Hongrie et 82.6 ans au Japon en 2007 (tableau 1.1, partie A) alors que l'écart était beaucoup grand en 1960, avec une différence de 25 ans entre les deux extrêmes.

Graphique 1.1. **Évolution de différentes mesures de l'état de santé**

Moyenne OCDE[1]



1. Moyenne non pondérée des pays de l'OCDE.
2. Corée non-comprise.
3. Nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans, non-compris les décès qui peuvent être attribués à des causes extérieures (accidents de la route, chutes accidentelles, agressions et suicides). Cette moyenne ne comprend pas la Belgique, la Corée, le Mexique, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Tableau 1.1. **Mesures de l'état de santé et classement des pays**

2007 ou dernière année disponible[1]

Partie A. Niveaux

	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée ajustée (APVP) [2]			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée pour la santé (EVAS)			Mortalité évitable	Taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission		
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes		Infarctus aigu du myocarde	Accident ischémique cérébral	Hémorragie cérébrale
	Années			Années		pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans			pour 1 000 naissances	Années			pour 100 000 habitants	Taux normalisés par âge et par sexe		
Australie	81.4	83.7	79.0	21.6	18.5	2 531	2007	3051	4.2	74.0	75.0	72.0	59.2	..	..	..
Autriche	80.1	82.9	77.3	20.8	17.4	2 500	1 832	3 181	3.7	72.0	74.0	70.0	59.8	4.5	3.7	10.8
Belgique	79.8	82.6	77.1	21.0	17.3	..	..	..	4.0	72.0	74.0	70.0	..	..	..	..
Canada	80.7	83.0	78.4	21.4	18.2	2 710	2 228	3 194	5.0	73.0	75.0	71.0	64.1	4.2	7.6	23.2
République tchèque	77.0	80.2	73.8	18.5	15.1	3 262	2 163	4 385	3.1	70.0	72.0	68.0	106.3	5.3	6.2	24.0
Danemark	78.4	80.6	76.2	19.2	16.5	2 974	2 260	3 680	4.0	72.0	73.0	70.0	74.3	2.9	3.1	16.7
Finlande	79.5	83.1	76.0	21.3	17.0	2 857	1 834	3 871	2.7	72.0	75.0	70.0	66.9	4.9	3.2	9.5
France	81.0	84.4	77.5	22.3	18.0	2 824	1 963	3 708	3.8	73.0	76.0	71.0	50.4	..	..	..
Allemagne	80.0	82.7	77.4	20.7	17.4	2 689	2 001	3 372	3.9	73.0	75.0	71.0	69.7	..	3.8	14.5
Grèce	79.5	82.0	77.0	19.6	17.4	2 644	1 762	3 531	3.6	72.0	74.0	71.0	67.7	..	..	..
Hongrie	73.3	77.3	69.2	17.3	13.4	5 611	3 641	8 358	5.9	66.0	69.0	62.0	167.2	..	..	..
Islande	81.2	82.9	79.4	20.6	18.3	1 943	1 498	2 262	2.0	74.0	75.0	73.0	52.8	2.1	2.3	19.8
Irlande	79.7	82.1	77.4	20.1	17.1	2 585	2 061	3 099	3.1	73.0	74.0	71.0	69.8	5.1	6.6	19.4
Italie	81.4	84.2	78.5	21.8	17.9	2 261	1 688	2 841	3.7	74.0	76.0	73.0	56.2	4.0	3.7	17.2
Japon	82.6	86.0	79.2	23.6	18.6	1 998	1 494	2 505	2.6	76.0	78.0	73.0	56.5	..	..	..
Corée	79.4	82.7	76.1	20.5	16.3	2 644	1 764	3 530	4.1	73.0	75.0	71.0	74.5	8.1	2.4	11.0
Luxembourg	79.4	82.2	76.7	20.3	16.4	2 487	1 861	3 102	1.8	71.0	74.0	68.0	63.9	6.6	5.6	30.3
Mexique	75.0	77.4	72.6	18.2	16.8	5 760	4 683	6 873	15.7	67.0	69.0	65.0	121.9	..	..	..
Pays-Bas	80.2	82.3	78.0	20.5	17.0	2 398	2 060	2 729	4.1	73.0	74.0	72.0	59.1	6.6	5.9	25.2
Nouvelle-Zélande	80.2	82.2	78.2	20.7	18.1	2 737	2 257	3 224	4.8	73.0	74.0	72.0	73.1	3.3	6.3	23.8
Norvège	80.6	82.9	78.3	20.8	17.5	2 398	1 852	2 929	3.1	73.0	74.0	72.0	59.8	3.2	3.3	13.7
Pologne	75.4	79.7	71.0	18.9	14.6	4 744	2 939	6 653	6.0	67.0	70.0	64.0	117.7	4.5	..	..
Portugal	79.1	82.2	75.9	20.2	16.8	3 634	2 520	4 808	3.4	71.0	73.0	69.0	92.3	..	..	..
République slovaque	74.3	78.1	70.5	17.1	13.4	4 746	3 057	6 550	6.1	67.0	70.0	64.0	160.2	7.6	7.5	29.3
Espagne	81.0	84.3	77.8	22.0	17.8	2 682	1 793	3 579	3.7	74.0	76.0	71.0	60.6	6.1	6.5	24.2
Suède	81.0	83.0	78.9	20.7	17.8	2 129	1 703	2 543	2.5	74.0	75.0	72.0	58.2	2.9	3.9	12.8
Suisse	81.9	84.4	79.5	22.2	18.6	2 276	1 814	2 736	3.9	75.0	76.0	73.0	..	..	..	..
Turquie	73.4	75.6	71.1	15.8	13.9	..	..	..	20.7	66.0	67.0	64.0	..	..	..	..
Royaume-Uni	79.5	81.7	77.3	20.1	17.4	3 010	2 405	3 621	4.8	72.0	73.0	71.0	74.0	6.3	9.0	26.3
États-Unis	78.1	80.7	75.4	20.3	17.4	3 924	3 128	4 731	6.7	70.0	72.0	68.0	88.6	5.1	4.2	25.5
Moyenne	79.1	81.9	76.4	20.3	16.9	3 034	2 224	3 880	4.9	71.7	73.6	69.7	78.7	4.9	5.0	19.8
Maximum/Minimum	1.13	1.14	1.15	1.49	1.39	2.96	3.13	3.69	11.5	1.15	1.16	1.18	3.32	3.9	3.9	3.2
Coefficient de variation	0.03	0.03	0.04	0.08	0.09	0.34	0.32	0.39	0.79	0.04	0.03	0.04	0.39	0.3	0.4	0.3

1. Espérance de vie : 2006 pour le Canada, les États-Unis, l'Italie et le Royaume-Uni. APVP : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Autriche et le Canada ; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne, la Suède et la Suisse. EVAS : 2007 pour tous les pays. Mortalité évitable : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Australie et le Canada; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne et la Suède. Taux de mortalité à l'hôpital : 2006 pour l'Autriche, les États-Unis, l'Italie et le Luxembourg; 2005 pour les Pays-Bas.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les morts par accidents de la route, chutes accidentelles, suicides et agressions. Les données APVP ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010.*

Tableau 1.1. **Mesures de l'état de santé et classement des pays** (suite)

2007 ou dernière année disponible[1]

Partie B. Classement (rangs des pays)

	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à 65 ans		Mortalité prématurée ajustée			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée			Mortalité évitable	Taux de mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission		
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes		Infarctus aigu du myocarde	Accident ischémique cérébral	Hémorragie cérébrale
	Années			Années	pour 100 000 habitants entre 0 et 69 ans				pour 1 000 naissances	Années			pour 100 000 habitants	Taux normalisés par âge et par sexe		
Australie	3	6	4	6	3	10	15	8	21	3	6	5	7	..	..	..
Autriche	13	10	15	10	12	9	9	11	11	16	13	18	8	8	7	2
Belgique	15	15	17	9	17	..	..	..	17	16	13	18	..	..	..	..
Canada	9	8	7	7	5	16	19	12	24	8	6	10	12	7	19	11
République tchèque	25	25	25	26	26	22	18	22	6	24	24	23	23	13	14	13
Danemark	23	24	20	24	23	20	21	19	17	16	21	18	19	3	3	7
Finlande	17	7	22	8	19	19	10	21	5	16	6	18	13	10	4	1
France	6	2	12	2	7	18	13	20	14	8	2	10	1	..	..	..
Allemagne	14	13	13	12	12	15	14	14	15	8	6	10	15	..	8	6
Grèce	17	21	18	23	12	12	5	16	10	16	13	10	14	..	..	..
Hongrie	30	29	30	28	29	27	27	28	25	29	28	30	27	..	..	..
Islande	5	10	2	15	4	1	2	1	2	3	6	1	2	1	1	10
Irlande	16	20	13	21	18	11	17	9	6	8	13	10	16	11	17	9
Italie	3	5	6	5	8	4	3	6	11	3	2	1	3	6	6	8
Japon	1	1	3	1	1	2	1	2	4	1	1	1	4	..	..	..
Corée	20	13	21	16	25	12	6	15	19	8	6	10	20	19	2	3
Luxembourg	20	17	19	18	24	8	12	10	1	22	13	23	11	17	12	19
Mexique	27	28	26	27	21	28	28	27	29	26	28	26	25	..	..	..
Pays-Bas	11	16	10	16	19	6	16	4	19	8	13	5	6	16	13	15
Nouvelle-Zélande	11	17	9	12	6	17	20	13	22	8	13	5	17	5	15	12
Norvège	10	10	8	10	11	6	11	7	6	8	13	5	9	4	5	5
Pologne	26	26	28	25	27	25	24	26	26	26	26	27	24	9	..	..
Portugal	22	17	23	20	21	23	23	24	9	22	21	22	22	..	..	..
République slovaque	28	27	29	29	29	26	25	25	27	26	26	27	26	18	18	18
Espagne	6	4	11	4	9	14	7	17	11	3	2	10	10	14	16	14
Suède	6	8	5	12	9	3	4	3	3	3	6	5	5	2	9	4
Suisse	2	2	1	3	1	5	8	5	15	2	2	1	..	..	..	..
Turquie	29	30	27	30	28	..	..	..	30	29	30	27	..	..	..	..
Royaume-Uni	17	22	15	21	12	21	22	18	22	16	21	10	18	15	20	17
États-Unis	24	23	24	18	12	24	26	23	28	24	24	23	21	12	10	16

1. Espérance de vie : 2006 pour le Canada, les États-Unis, l'Italie et le Royaume-Uni. APVP : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Autriche et le Canada ; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne, la Suède et la Suisse. EVAS : 2007 pour tous les pays. Mortalité évitable : 2003 pour le Portugal ; 2004 pour l'Australie et le Canada; 2005 pour l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et la République slovaque; 2006 pour l'Allemagne, la Corée, le Danemark, la France, l'Italie, le Mexique, la Norvège, la Pologne et la Suède. Taux de mortalité à l'hôpital : 2006 pour l'Autriche, les États-Unis, l'Italie et le Luxembourg; 2005 pour les Pays-Bas.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les morts par accidents de la route, chutes accidentelles, suicides et agressions. Les données APVP ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010*.

Encadré 1.1. **Indicateurs de mortalité, de longévité, de mortalité évitable et de qualité des soins**

Indicateurs de mortalité bruts

Il existe de nombreux indicateurs de longévité et de mortalité bruts, qui ont le principal avantage d'être disponibles sur de longues périodes. Pour des raisons analytiques et méthodologiques, neuf ont été choisis pour l'analyse, parmi ceux d'Eco-Santé OCDE (L'Annexe 1.A1 donne plus d'informations sur la définition de ces indicateurs) :

- *Espérance de vie (EV) à la naissance, pour les femmes, les hommes et l'ensemble de la population*. L'EV à la naissance est une des mesures les plus utilisées pour résumer l'état de santé de la population. Dans la mesure du possible, on a maintenu la distinction entre les femmes et les hommes pour cet indicateur, ainsi que pour d'autres, étant donné qu'un certain nombre d'études empiriques aboutissent à la conclusion que les systèmes de santé contribuent plus à l'amélioration de l'état de santé des femmes qu'à celui des hommes.*

- *Espérance de vie à 65 ans, pour les femmes et pour les hommes*. L'EV à un âge relativement avancé donne des informations utiles pour au moins deux raisons. Premièrement, la plupart des autres mesures de l'état de santé ne couvrent pas les tranches de population relativement âgées (par exemple, la mortalité prématurée, la mortalité maternelle et périnatale), alors que l'état de santé de ces catégories a connu récemment une amélioration rapide. En outre, l'EV à un âge relativement avancé est beaucoup plus variable d'un pays à l'autre que l'EV à la naissance. Deuxièmement, les données indiquent que les dépenses de santé sont souvent concentrées dans les tranches relativement âgées, au moins en ce qui concerne la composante de dépenses publiques.

- *Mortalité prématurée, pour les femmes, les hommes et l'ensemble de la population*. La mortalité prématurée, mesurée par le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 70 ans, a été utilisée dans quelques études comme principal indicateur des résultats de santé (par exemple, Or, 2000*a* et 2000*b*). Un des grands avantages est que l'on possède des données sur la mortalité prématurée avec une décomposition entre ses principales causes. Ainsi, on peut effectuer une correction neutralisant les décès spécifiquement attribuables à des « causes externes » (accidents de transport terrestre, chutes accidentelles, agressions et suicides) – ce qui est utile étant donné que la mortalité prématurée due à ces causes varie notablement d'un pays à l'autre, représentant moins de 12 % de la mortalité prématurée totale au Royaume-Uni, contre plus de 21 % en Corée, aux États-Unis, en Finlande, au Japon, au Luxembourg et en Nouvelle-Zélande. C'est ce qui a été fait dans les travaux empiriques réalisés ici avec les « APVP corrigées ». L'indicateur de la mortalité prématurée a toutefois certains inconvénients pour une analyse de l'efficience des systèmes de santé. En particulier, il ne tient pas compte de la survie après une limite d'âge arbitrairement fixée, actuellement 70 ans dans Eco-Santé OCDE, alors que les dépenses de santé se concentrent souvent fortement dans la catégorie des plus de 70 ans. Eurostat a choisi un plafond de 65 ans et l'Australie, le Canada et les États-Unis un plafond de 75 ans.

- *Mortalité infantile*. Cet indicateur reflète la capacité du système de santé d'éviter les décès dans le plus jeune âge, période de la vie où les dépenses de santé sont aussi relativement élevées. On a aussi avancé que la mortalité infantile est plus pertinente pour une analyse de l'efficience que l'EV elle-même, étant donné qu'elle est moins influencée par des facteurs extérieurs au système de santé tels que l'éducation ou la consommation de tabac (Nixon et Ullman, 2006).

Mortalité évitable

Par mortalité évitable, on entend les décès qui pourraient être évités en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps. On la mesure par des taux de mortalité dans une tranche d'âge donnée et pour une cause de décès donnée (par exemple, l'asthme avant 45 ans). Toutefois, il n'y a pas de norme universelle quant au choix des causes de décès et les plafonds d'âge varient souvent d'une étude à l'autre. D'après l'étude de Nolte et McKee (2008), qui couvre 19 pays de l'OCDE, la mortalité évitable représente une importante proportion de la mortalité totale avant 75 ans : de 15 % pour les hommes en France à 36 % pour les femmes en Grèce et au Portugal.

Indicateurs de longévité corrigés de la prévalence des maladies et/ou de l'incapacité

- *Espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS).* Cet indicateur produit par l'OMS pour 2002 et 2007 vise à refléter le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre, pourrait-on dire, en « équivalents pleine santé ». Dans les pays considérés, la corrélation entre l'EVCS et l'EV brute est très forte et significative.
- *Espérance de vie sans incapacité (EVSI).* Cet indicateur, produit par Eurostat pour la plupart des pays de l'Union européenne, reflète le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre sans aucune incapacité. Du fait qu'il traite de la même manière les incapacités graves ou non, cet indicateur apparaît comme moins pertinent que l'EVCS.

Indicateurs de la qualité des soins

Beaucoup de pays de l'OCDE publient des indicateurs de la qualité des soins mais les données internationalement comparables restent limitées. Pour remédier à ce manque de données, le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, lancé en 2001, a pour objet d'élaborer un ensemble d'indicateurs (Garcia Armesto *et al*., 2007 ; Kelley *et al*., 2007 ; Mattke *et al*., 2006). L'édition 2009 du Panorama de la santé présente une sélection de 23 indicateurs de la qualité des soins, notamment les taux de dépistage, de survie et de mortalité pour certains cancers, les taux de vaccination, les taux d'hospitalisation évitable pour plusieurs maladies chroniques et les taux de mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde (IAM) ou accident vasculaire cérébral. Cependant, les différences de définitions, de sources et de méthodes brouillent souvent les comparaisons internationales. En outre, les données continuent de manquer pour beaucoup de ces indicateurs dans au moins un tiers des pays de l'OCDE. À titre d'exemple, pour une même année, on ne possède des données sur les taux de survie de certains cancers que pour 11 pays, dans le meilleur des cas. Les taux de survie de cancer ayant rapidement augmenté ces dix dernières années, des comparaisons internationales reposant sur ces données pourraient souffrir de distorsions importantes.

* Voir Or (2000*a* et 2000*b*) et Elola *et al*. (1995). Asiskovitch (2010) parvient à une conclusion opposée.

La plupart des indicateurs de mortalité et de longévité souffrent toutefois de certains inconvénients. Dans l'idéal, les indicateurs de l'état de santé devraient refléter la prévalence et la gravité des maladies et de l'incapacité fonctionnelle. En outre, bien que les soins médicaux soient un facteur clé, le mode de vie et l'environnement socioéconomique jouent aussi un rôle important (voir ci-après).

Les comparaisons de l'état de santé entre les pays ne dépendent pas significativement du choix de l'indicateur

Les indicateurs de mortalité et de longévité existants sont fortement corrélés, ce qui donne à penser que les comparaisons entre les pays ne dépendent pas outre mesure du choix de l'indicateur. Les coefficients de Pearson de tous ces indicateurs sont élevés et significatifs, ce qui indique que les valeurs de ces indicateurs dans les pays considérés sont fortement corrélées. Les rangs des pays varient quelque peu suivant les indicateurs (tableau 1.1, partie B), en particulier quand on considère la mortalité infantile au lieu de l'espérance de vie. Cependant, dans la plupart des cas, les rangs des pays sont assez stables. Par exemple, le Japon se place systématiquement entre le premier et le quatrième rang tandis que la Hongrie, la République slovaque et la Turquie sont toujours à l'autre extrémité de l'échelle. Les coefficients de corrélation de Spearman (tableau 1.2) confirment cette grande similarité des classements afférents aux différentes mesures de l'état de santé.

La mortalité évitable est un concept prometteur mais les données sont encore en cours d'élaboration

La mortalité évitable – c'est-à-dire les décès qui pourraient être évités en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps – est une autre approche pour mieux cibler l'impact des soins sur l'état de santé de la population. Ce n'est toutefois pas une panacée. *Premièrement,* on ne possède pas de données pour la Suisse et la Turquie, ni pour la Belgique après 1999. *Deuxièmement,* il n'y a pas de consensus entre les études sur les causes de décès que l'on peut considérer comme sensibles aux soins ni sur les limites d'âge associées – nommées ci-après « listes ». Le graphique 1.2 présente des estimations récentes de l'OCDE pour la mortalité évitable avec deux listes différentes. Les résultats sont à peu près similaires pour la plupart des pays, malgré des différences sensibles dans certains cas (par exemple, pour les États-Unis et le Mexique). En outre, la définition peut changer au cours du temps avec les progrès médicaux et l'apparition probable de nouvelles maladies. *Troisièmement,* la mesure est sensible aux différences concernant les critères de diagnostic, l'établissement des certificats de décès et le codage des causes de décès. Cela peut nuire à la comparabilité entre les pays. *Quatrièmement*, la mortalité évitable, comme les indicateurs de longévité, ne rend pas compte des interventions de santé destinées à améliorer la qualité de vie de la population, quelquefois malade.

Tableau 1.2. **Corrélations entre différentes mesures de l'état de santé**

Coefficients communs (Pearson) et de rang (Spearman) pour 2007[1]

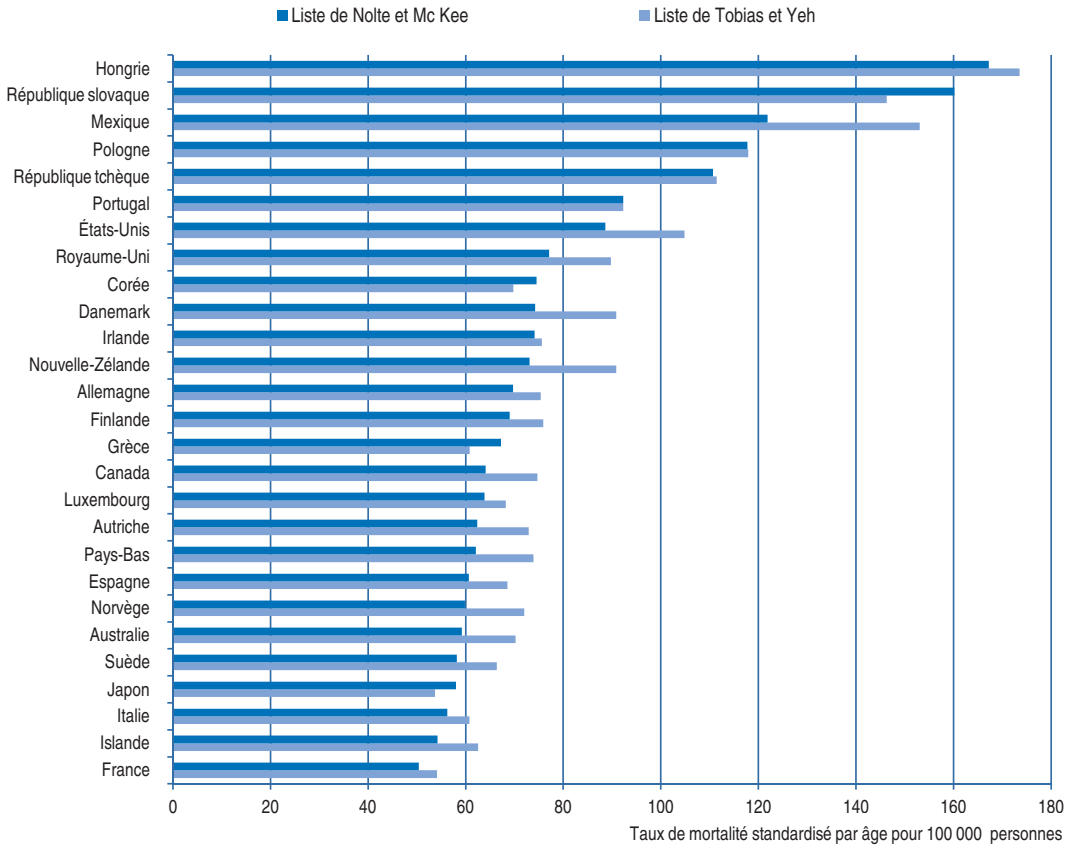
	Espérance de vie					Mortalité prématurée ajustée (APVP)[2]			Mortalité infantile	Espérance de vie ajustée pour la santé (EVAS)			Mortalité évitable[3]
	à la naissance			à 65 ans									
	Total	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes		Total	Femmes	Hommes	
Indicateurs bruts de mortalité													
Espérance de vie à la naissance, population totale	1.00	0.97 **	0.98 **	0.94 **	0.92 **	-0.93 **	-0.83 **	-0.94 **	-0.67 **	0.98 **	0.96 **	0.96 **	-0.96 **
Espérance de vie à la naissance, femmes	0.91 **	1.00	0.89 **	0.97 **	0.84 **	-0.88 **	-0.85 **	-0.86 **	-0.74 **	0.94 **	0.98 **	0.89 **	-0.89 **
Espérance de vie à la naissance, hommes	0.97 **	0.81 **	1.00	0.86 **	0.94 **	-0.92 **	-0.77 **	-0.96 **	-0.58 **	0.96 **	0.90 **	0.97 **	-0.95 **
Espérance de vie à 65 ans, femmes	0.89 **	0.97 **	0.78 **	1.00	0.88 **	-0.77 **	-0.70 **	-0.77 **	-0.64 **	0.90 **	0.95 **	0.84 **	-0.86 **
Espérance de vie à 65 ans, hommes	0.92 **	0.80 **	0.91 **	0.82 **	1.00	-0.74 **	-0.55 **	-0.81 **	-0.44 *	0.88 **	0.83 **	0.89 **	-0.89 **
APVP ajustées, population totale[2]	-0.82 **	-0.71 **	-0.85 **	-0.64 **	-0.64 **	1.00	0.95 **	0.98 **	0.76 **	-0.94 **	-0.91 **	-0.93 **	0.91 **
APVP ajustées, femmes[2]	-0.74 **	-0.76 **	-0.68 **	-0.66 **	-0.55 **	0.86 **	1.00	0.87 **	0.89 **	-0.84 **	-0.87 **	-0.81 **	0.79 **
APVP ajustées, hommes[2]	-0.83 **	-0.66 **	-0.90 **	-0.61 **	-0.68 **	0.97 **	0.75 **	1.00	0.64 **	-0.94 **	-0.88 **	-0.95 **	0.94 **
Mortalité infantile	-0.47 **	-0.52 **	-0.45 *	-0.39 *	-0.31	0.65 **	0.72 **	0.55 **	1.00	-0.66 **	-0.74 **	-0.60 **	0.54 **
Indicateurs ajustés pour la santé													
EVAS, population totale	0.95 **	0.87 **	0.94 **	0.81 **	0.85 **	-0.83 **	-0.76 **	-0.84 **	-0.47 **	1.00	0.91 **	0.95 **	-0.82 **
EVAS, femmes	0.89 **	0.96 **	0.81 **	0.91 **	0.77 **	-0.73 **	-0.82 **	-0.68 **	-0.53 **	0.91 **	1.00	0.80 **	-0.83 **
EVAS, hommes	0.92 **	0.76 **	0.95 **	0.71 **	0.84 **	-0.84 **	-0.72 **	-0.88 **	-0.44 *	0.95 **	0.80 **	1.00	-0.80 **
Autres indicateurs													
Mortalité évitable[3]	-0.92 **	-0.87 **	-0.87 **	-0.82 **	-0.77 **	0.85 **	0.79 **	0.82 **	0.57 **	-0.82 **	-0.83 **	-0.80 **	1.00

1. Les coefficients de Pearson, qui apparaissent au dessus de la diagonale, mesurent la corrélation linéaire entre les niveaux de différentes mesures de l'état de santé dans les pays de l'OCDE en 2007 (ou dernière année la plus proche pour laquelle les données sont disponibles). Les coefficients de Spearman, dans la partie ombrée, mesurent la corrélation entre les rangs des pays classés selon la valeur des variables. Les coefficients avec ** sont significatifs à moins de 1%. Ceux avec * sont significatifs entre 1 et 10%. Ceux sans * ne sont pas significatifs sous un seuil de 10%. La disponibilité des variables varie, affectant le degré de significativité des coefficients estimés.
2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont calculées en excluant les décès dus aux accidents de la route, aux chutes accidentelles, aux suicides et aux agressions. Ces données ne sont pas disponibles pour la Belgique et la Turquie.
3. Taux de mortalité évitable standardisé par âge pour 100 000 personnes. Les données pour la Belgique, la Suisse et la Turquie ne sont pas disponibles.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 ; OMS, *Statistiques de l'Organisation mondiale de la santé 2010*.

Graphique 1.2. **Mortalité évitable : comparaisons internationales fondées sur deux listes différentes**[1]

Toutes causes confondues, 2006 ou dernière année disponible



1. Les listes de mortalité évitable indiquent à la fois les causes du décès et les limites d'âge spécifiques pour chaque cause. Plusieurs listes existent. Les résultats ci-dessus utilisent celles développées par Nolte et Mc Kee (2008) et par Tobias et Yeh (2009).

Source : Estimations de l'OCDE.

La prise en compte de la prévalence de maladies ou de l'incapacité ne change pas radicalement le tableau

Un certain nombre d'organisations, notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat, ont conduit des travaux pour élaborer des variables relatives à l'état de santé reflétant à la fois la mortalité et la prévalence de maladies et/ou de l'incapacité (c'est-à-dire la morbidité). Les indicateurs les plus couramment utilisés sont l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS) et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Les corrélations entre l'EVCS et les indicateurs bruts de longévité ou de mortalité parmi les pays considérés sont très fortes et significatives (tableau 1.2). Elles sont moindres pour l'EVSI mais cet indicateur apparaît moins pertinent, du moins dans le contexte de ce travail. Cependant, le manque de données chronologiques pour l'EVCS et la couverture limitée des pays pour l'EVSI sont de sérieux obstacles à leur utilisation dans les travaux empiriques.

Les indicateurs du volume d'activité ne donnent pas une bonne approximation des résultats en termes de santé

Du fait de la difficulté de mesurer les résultats des soins, on utilise quelquefois des indicateurs de l'activité médicale comme approximation. Des données sur la production de soins sont en cours d'élaboration et on les utilise de plus en plus dans les comptes nationaux pour mesurer les gains de productivité (encadré 1.2), principalement sur la base du nombre de consultations et du nombre de traitements hospitaliers. Dans la pratique, le nombre de consultations de médecins par habitant est très variable d'un pays à l'autre, de moins de 4 aux États-Unis, au Mexique et en Suède et à de plus de 10 en Corée, en Hongrie, au Japon, en République slovaque et en République tchèque en 2007. La dispersion est encore plus grande pour le nombre d'interventions hospitalières par habitant. Toutefois, si l'on compare les indicateurs de l'activité médicale aux indicateurs de l'état de santé, il est évident que ces mesures de la production ne donnent pas une bonne approximation des résultats (graphique 1.3).

Encadré 1.2. **Mesurer la production de soins dans les comptes nationaux : évolution récente**

Jusqu'à une époque récente, la plupart des pays de l'OCDE mesuraient le volume des services non marchands – les soins médicaux et l'éducation figurant parmi les plus importants – par la méthode dite des intrants. On estimait les volumes de production en fonction des volumes des ressources utilisées correspondantes. Il a été reconnu que cette méthode des intrants présente de sérieux inconvénients, en particulier pour les comparaisons intertemporelles et internationales. Notamment, elle suppose que la productivité est constante dans le temps et entre les pays.*

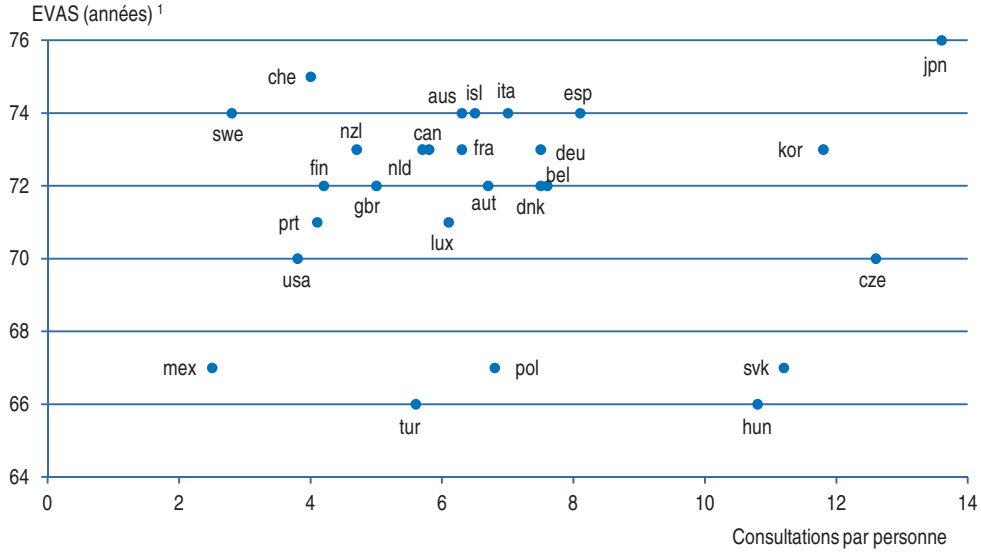
Pour remédier à ces défauts de la méthode des intrants, des travaux ont été menés dans un certain nombre de pays de l'OCDE, ainsi que par Eurostat et par l'OCDE, pour établir dans les Comptes nationaux une mesure plus cohérente de la production dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Le Système de comptabilité nationale (SCN93) et Eurostat ont recommandé que les mesures des volumes reposent sur un flux de fourniture de services observable. Pour les services de santé, Eurostat (2001) considère que les méthodes les plus appropriées répondent à la description suivante : « la production des services de santé est la quantité de soins médicaux reçue par les patients, corrigée de la qualité des services fournis, pour chaque type de soins. Les quantités doivent être pondérées à l'aide des données sur les coûts ou les prix des soins fournis. La quantité de soins reçue par les patients doit être mesurée en termes de traitements complets ». Dans la pratique, la plupart des pays ont adopté des méthodes dans lesquelles la production est mesurée par les volumes des différents services (activités) pondérés par leur coût unitaire moyen. Par exemple, la production de soins hospitaliers peut être mesurée au moyen des GHM. Le « Manuel » de l'OCDE (Schreyer et al., 2010) définit l'unité de base de service par le nombre de traitements d'une maladie donnée corrigé de la qualité. Il reconnaît toutefois que cette approche est beaucoup plus difficile à appliquer pour les services ambulatoires, les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée où il est difficile de désigner les maladies et où les traitements sont souvent difficiles à délimiter dans le temps. Dans la pratique, il propose de retenir une production hospitalière agrégée au moyen des GHM et corrigée de la qualité et, pour les soins ambulatoires, des mesures rudimentaires comme le nombre de consultations de médecins, d'examens de laboratoire par grande catégorie et d'ordonnances exécutées par type.

* À titre d'exemple, le Royaume-Uni s'est orienté depuis 1998 vers une mesure directe (sur la base de la production) des variations de la production des administrations publiques pour environ deux tiers de leur consommation finale. Du fait de ce changement, entre 1995 et 2003, le PIB à prix constants a augmenté de 2.75 % par an, contre 3 % si l'on avait continué à mesurer la production des administrations publiques au moyen des intrants (Atkinson, 2005).

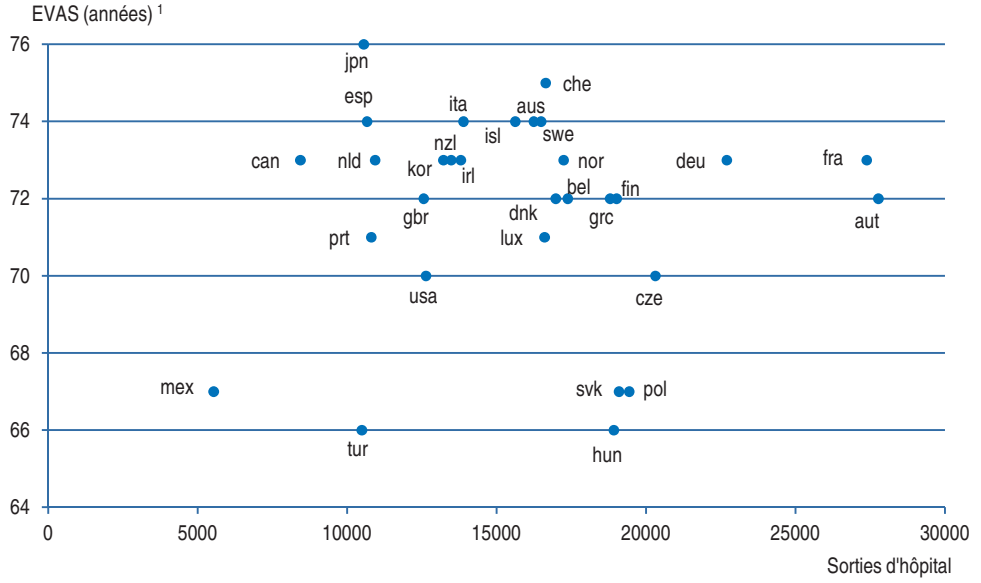
Graphique 1.3. **Le volume des soins est à peine corrélé avec les résultats**

2007 ou dernière année disponible

A. Consultations de médecins par tête *versus* EVAS [1]



B. Sorties d'hôpital *versus* EVAS [1]



1. Espérance de vie à la naissance ajustée pour la santé (EVAS).

Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2010* ; Eco-Santé OCDE 2009.

Il y a diverses raisons pour lesquelles les indicateurs de l'activité médicale ne donnent guère de renseignements sur les résultats en termes de santé. Les services qui sont fournis, et mesurés, ne sont peut-être pas les plus efficaces pour l'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration de la qualité de vie. La composition des soins a une importance – de bons soins préventifs devraient permettre de réduire le volume des soins curatifs tout en améliorant les résultats. De même, un faible nombre d'admissions à l'hôpital pour certaines affections chroniques (comme l'asthme ou l'insuffisance

cardiaque congestive) reflète dans une grande mesure l'existence de services de soins ambulatoires efficaces (Mattke *et al*., 2006 ; Garcia Armesto, 2007). La qualité des soins joue également et des volumes de soins similaires peuvent ne pas avoir le même impact sur l'état de santé de la population s'ils ne sont pas de même qualité.

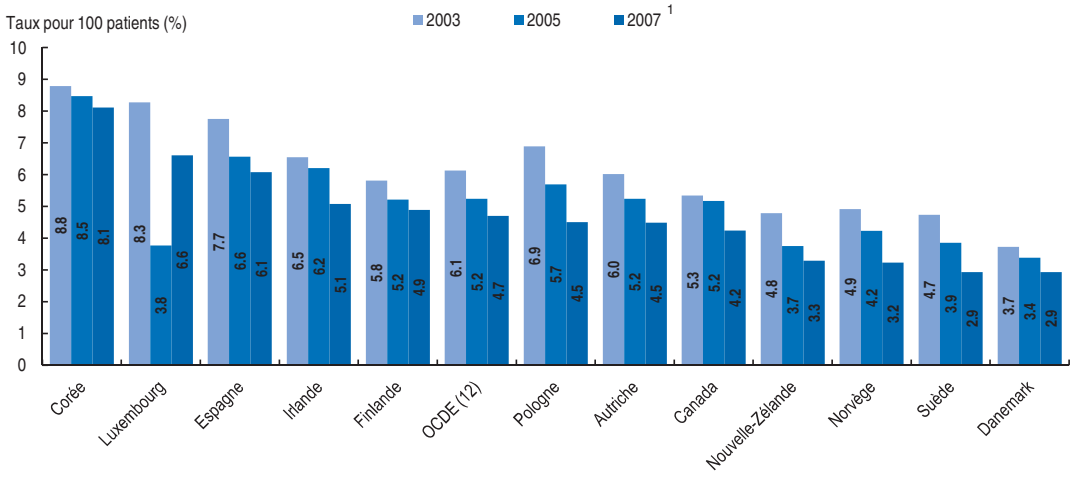
Globalement, un grand volume de soins peut signaler soit un système de soins peu efficient consacrant trop peu de ressources aux soins préventifs, soit un système efficient qui répond à des besoins impossibles à prévenir.

Les taux de survie après certaines maladies donnent une information utile mais il convient de poursuivre l'élaboration de ces données

Les informations existantes sur la qualité des soins confirment que de meilleurs traitements médicaux ont contribué à améliorer l'état de santé de la population. Les maladies coronariennes restent la première cause de décès dans la plupart des pays de l'OCDE mais une grande partie de la réduction des taux de mortalité depuis les années 1970 est attribuable à la moindre mortalité de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) (OCDE, 2009*a*). En fait, le nombre de personnes décédant dans les 30 jours après un IAM a été réduit en moyenne d'un quart entre 2003 et 2007 dans les 12 pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données (graphique 1.4). De même, les taux de survie après un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ont notablement augmenté ces dix dernières années, en grande partie grâce aux unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de l'AVC. Les taux de survie de cancers sont aussi révélateurs.

Graphique 1.4. **Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde**

Dans les 30 jours après l'admission à l'hôpital



1. Ou année la plus récente.

Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et au sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005.

Il est toutefois difficile d'utiliser les taux de survie concernant une maladie donnée pour effectuer des comparaisons internationales, pour au moins deux raisons. *Premièrement,* les données disponibles restent limitées et les différences de méthodologie

peuvent brouiller ces comparaisons. Par exemple, pour une même période, on ne possède des données sur les taux de survie de certains cancers que pour 11 pays de l'OCDE, dans le meilleur des cas. Les taux de survie de cancer ayant rapidement augmenté ces dix dernières années, des comparaisons internationales reposant sur les données d'années différentes pourraient souffrir de distorsions importantes. *Deuxièmement,* chacun de ces indicateurs est partiel et il peut donc être trompeur si on le considère isolément. En particulier, le classement des pays varie considérablement d'un indicateur à un autre. Par exemple, parmi les pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données internationalement comparables (19 pays), la Corée a la valeur la plus élevée en 2007 pour le taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après l'admission pour IAM. La même année, la Corée enregistre un des meilleurs résultats pour les AVC ischémiques et pour les AVC hémorragiques.

La satisfaction du public et les congés de maladie peuvent difficilement servir à des comparaisons internationales des résultats de santé

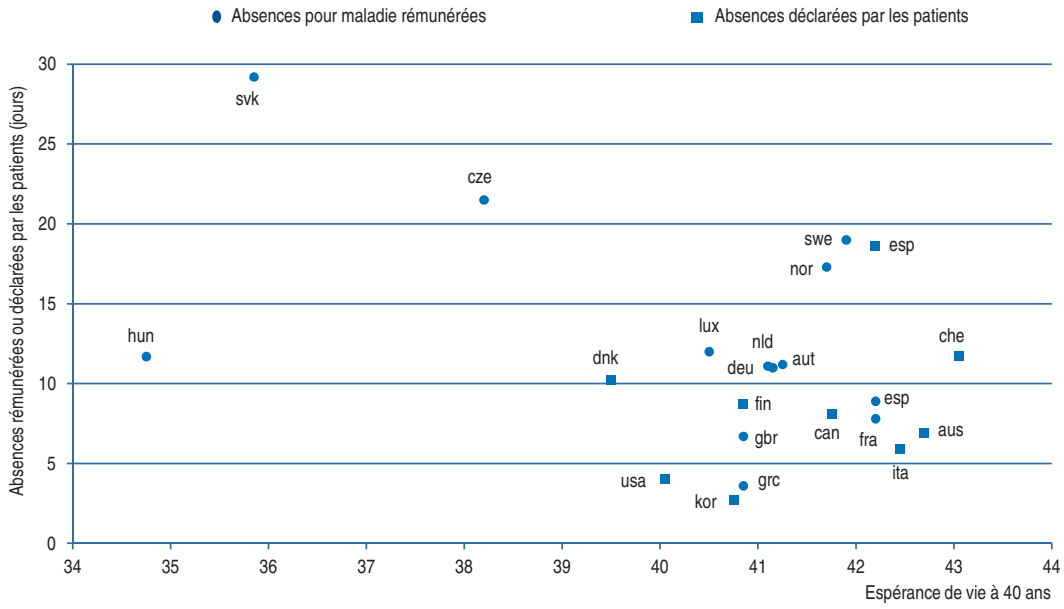
Le volume de congés de maladie pourrait en principe être considéré comme un résultat du système de santé. On peut s'attendre à ce que les soins, en prévenant la maladie ou en la soignant rapidement, réduisent le volume et la durée des congés de maladie, améliorant ainsi l'apport de main-d'œuvre et la production potentielle de l'économie. Toutefois, en contribuant à maintenir en vie plus longtemps les personnes malades, les soins médicaux peuvent aussi augmenter les congés de maladie. Des études précédentes ont en outre indiqué que les congés de maladie reflètent en grande partie l'évolution macroéconomique et divers aspects du cadre institutionnel (comme la générosité des indemnités de maladie, le type de contrat de travail ou la rigueur de la législation de protection de l'emploi)[1]. L'impact global des soins sur les congés de maladie peut ainsi être ambigu et marginal. Les quelques données que l'on possède montrent que, parmi les pays considérés, les congés de maladie indemnisés sont peu corrélés avec les mesures « classiques » de l'état de santé (graphique 1.5). On ne peut donc raisonnablement utiliser les congés de maladie comme indicateur approché pour les comparaisons internationales des résultats de santé.

La satisfaction du public à l'égard du système de soins médicaux pourrait aussi être un critère d'appréciation de ses performances. Toutefois, la satisfaction d'une personne dépend non seulement de ce qu'elle a vécu dans le système de santé mais aussi de ce qu'elle en attendait, ce qui est susceptible de varier sensiblement d'un pays à l'autre et au cours du temps. En fait, il apparaît que la satisfaction du public n'est que très faiblement corrélée avec l'EVCS dans les pays de l'OCDE (graphique 1.6). Même à l'intérieur d'un pays, Adang et Borm (2007) montrent que les variations des performances du système de santé ne sont pas associées à des variations de la satisfaction du public – à un certain moment, les gens peuvent être insatisfaits mais, si leurs attentes diminuent, il se peut que la satisfaction augmente alors que les performances restent constantes ou même baissent.

1. Voir Osterkamp et Röhn (2007) pour des comparaisons internationales, Grignon et Renaud (2007) pour la France et Askildsen *et al.* (2000, 2002) pour la Norvège.

Graphique 1.5. **Les arrêts maladie sont peu corrélés avec les mesures classiques de l'état de santé**

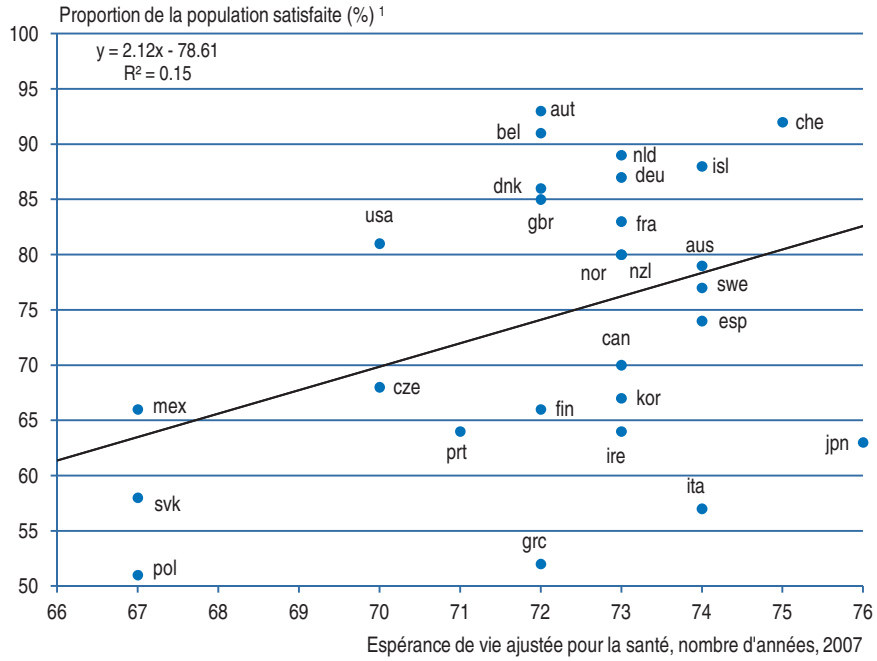
2007 ou dernière année disponible[1]



1. Absences rémunérées : 2006 pour l'Allemagne et la Suède ; 2005 pour la Grèce et 2003 pour la République slovaque. Absences déclarées par les patients : 2005 pour la Corée, le Danemark et l'Italie ; 2004 pour l'Australie et 2003 pour l'Espagne.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Graphique 1.6. **Satisfaction de la population et espérance de vie ajustée pour la santé**



1. Proportion de la population satisfaite de la disponibilité de soins de qualité, 2008.
Source : OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2010* ; Eco-Santé OCDE 2009.

L'équité va de pair avec l'amélioration de l'état de santé moyen

L'équité est souvent un objectif politique essentiel et c'est aussi le cas dans le domaine de la santé. Toutefois, on a peu de données internationalement comparables sur les inégalités de santé – c'est-à-dire les écarts apparents sur le plan de la mortalité ou de la longévité et de la prévalence de la morbidité[2]. La dispersion de l'âge au décès entre les individus peut être un indicateur approché des inégalités de santé (Edwards et Tuljapurkar, 2005 ; OCDE, 2006*a*) ; cette dispersion varie sensiblement d'un pays à l'autre[3]. En 2006, la dispersion de l'âge au décès était maximum aux États-Unis, suivis par la Hongrie et la Pologne, et minimum aux Pays-Bas et en Suède. Les principaux avantages de cet indicateur sont sa simplicité et la disponibilité de données pour la plupart (26) des pays de l'OCDE. Un inconvénient majeur est le fait que cet indicateur ne reflète pas les inégalités sur le plan de la morbidité. Cependant, pour beaucoup de pays de l'OCDE, on ne possède pas de données cohérentes sur la dispersion des indicateurs de longévité corrigés de la morbidité ou de l'incapacité (EVCI, EVSI ou EVCS).

Les données existantes indiquent qu'il n'y a pas de contradiction entre élever le niveau de santé moyen de la population et réduire la dispersion de l'état de santé (graphique 1.7, partie A). Il peut même y avoir une complémentarité, bien qu'il soit difficile de tirer une conclusion définitive en raison du manque d'indicateurs disponibles. Le fait que les dépenses de santé aient des rendements d'échelle décroissants pourrait en partie expliquer pourquoi une faible inégalité va de pair avec un état de santé moyen plus élevé : la concentration des dépenses sur une petite catégorie de population produit moins d'années de vie supplémentaires pour la société qu'une répartition des dépenses plus équitable[4]. Le fait de ne pas couvrir une partie de la population par l'assurance maladie pourrait avoir pour conséquence que ce groupe souffre de graves problèmes de santé qui pourraient finalement être traités mais à un coût élevé.

Des éléments partiels tendent aussi à indiquer que le système de santé n'est pas le facteur principal des inégalités de santé. La plupart des pays de l'OCDE sont parvenus à une couverture quasi universelle de la population pour un panier de base de biens et services de santé, ce qui limite ainsi l'inégalité d'accès. Une certaine inégalité d'accès pourrait néanmoins découler des différences de disponibilité des ressources médicales entre les régions. La corrélation très faible, voire nulle, entre la dispersion des taux de mortalité corrigés de la composition par âge et celle du nombre des médecins praticiens par habitant entre les régions (graphique 1.7, partie B) semble indiquer que l'inégalité d'accès est un facteur mineur des inégalités d'état de santé.

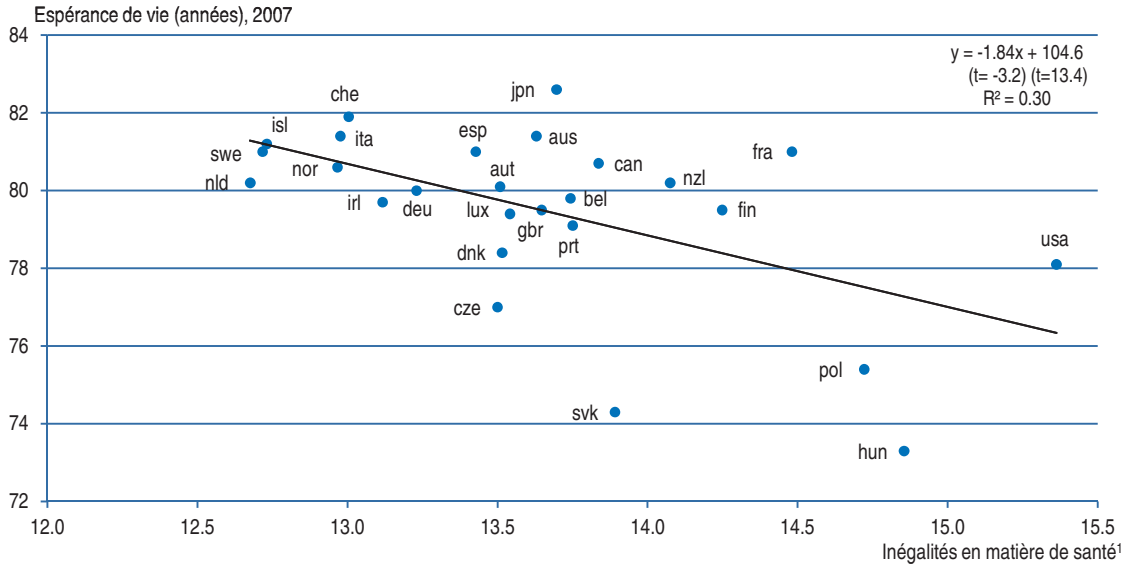
2. De Looper et Lafortune (2009) présentent un exposé instructif sur les données existantes concernant les inégalités de santé et sur les limitations de ces données.

3. On mesure la dispersion de l'âge au décès par l'écart-type de tous les décès au-dessus de l'âge de dix ans pour chaque tranche d'âge pondéré par le nombre de décès observés dans chaque tranche.

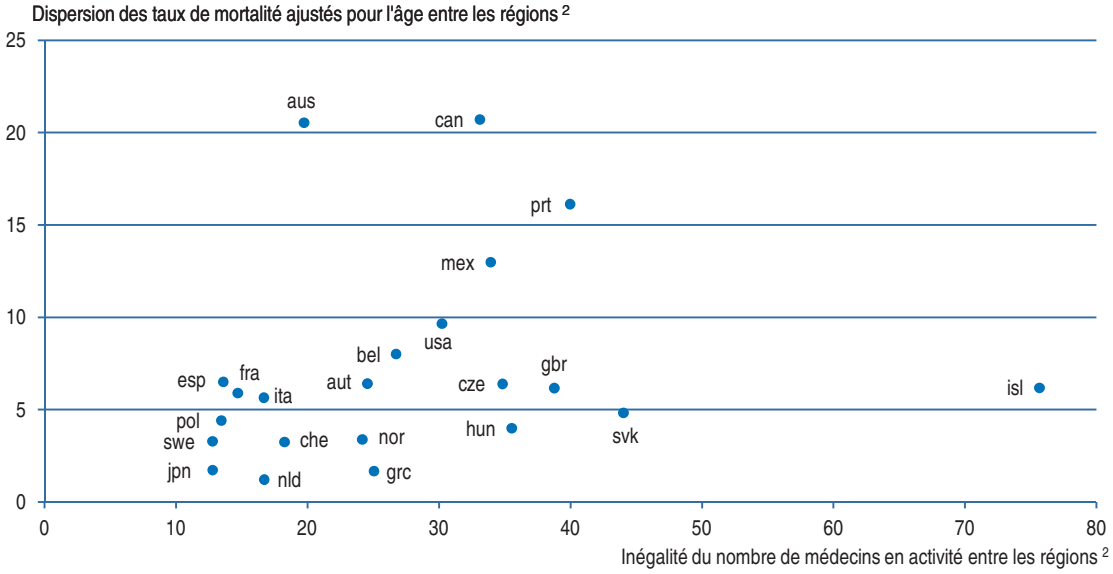
4. Dans le secteur de l'éducation également, les pays ayant les scores PISA moyens les plus élevés – qui mesurent l'aptitude des élèves âgés de 15 ans – se caractérisent généralement par de faibles disparités de ces scores entre les élèves (Sutherland *et al.*, 2007).

Graphique 1.7. **Inégalités en matière de santé**

Partie A. Pas d'arbitrage clair entre l'élévation du niveau général de l'état de santé et la réduction des inégalités



Partie B. Faible corrélation entre inégalités régionales des ressources et des résultats en matière de santé



1. Mesurée par l'écart-type des âges de décès de la population âgée de plus de 10 ans. Les calculs concernent 2007 ou la dernière année disponible.
2. L'inégalité entre les régions des résultats en matière de santé est mesurée par la dispersion des taux de mortalité régionaux exprimée en pourcentage des taux de mortalité nationaux. De la même manière, l'inégalité du nombre de médecins en activité entre les régions est dérivée de la dispersion du nombre de médecins par personne dans chaque région exprimée en pourcentage du nombre de médecins par tête au niveau national. Les données concernent l'année 2004.

Source : Human Mortality Database (HMD), Université de Californie, Berkeley ; Eco-Santé OCDE 2009 ; *Panorama des régions de l'OCDE*, 2007.

Les travaux de recherche concluent souvent que les inégalités de santé résultent en grande partie de facteurs socioéconomiques et ont donc leur origine en dehors du secteur de la santé. D'après de nombreuses études, les catégories à bas revenus, faible niveau d'études ou exerçant une profession sans grand prestige ont généralement une prévalence de morbidité plus élevée et décèdent plus jeunes[5]. Des mesures des inégalités de santé axées sur les facteurs de désavantages socioéconomiques ont été élaborées dans certains pays, mais il est difficile de rassembler des données comparables étant donné que, dans de nombreux pays, les registres de décès ne recueillent pratiquement pas d'informations pouvant servir à déterminer le niveau socioéconomique (De Looper et Lafortune, 2009). L'état de santé autoévalué, l'incapacité autoévaluée et certaines mesures des besoins de soins médicaux insatisfaits sont des indicateurs des inégalités socioéconomiques de l'état de santé et de l'accès aux soins que l'OCDE pourrait facilement recueillir à intervalles réguliers. Toutefois, l'utilisation de mesures de l'état de santé autoévalué pose de sérieuses difficultés pour les comparaisons internationales.

Les dépenses de santé : de fortes pressions qui vont encore s'accroître

Une hausse notable des dépenses de santé au cours des dernières décennies

Les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que le revenu total dans pratiquement tous les pays de l'OCDE depuis le début de la décennie 1970. Les dépenses totales de santé atteignaient 9.5 % du PIB en 2007, contre seulement un peu plus de 5 % en 1970 dans le groupe de 21 pays de l'OCDE pour lesquels on possède des séries historiques comparables (graphique 1.8, partie A). Les dépenses totales de santé par habitant ont augmenté de plus de 70 % en termes réels entre 1990 et 2007. En outre, trois quarts de l'augmentation du rapport dépenses/PIB ont été financés par le secteur public. Les pays qui ont enregistré la plus forte croissance des dépenses de santé par habitant sont ceux qui avaient un niveau relativement bas au début de cette période, comme la Corée, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Turquie. Le secteur hospitalier a été le principal moteur de la croissance des dépenses dans beaucoup de pays de l'OCDE, malgré une tendance continue à favoriser les soins ambulatoires par rapport à l'hospitalisation.

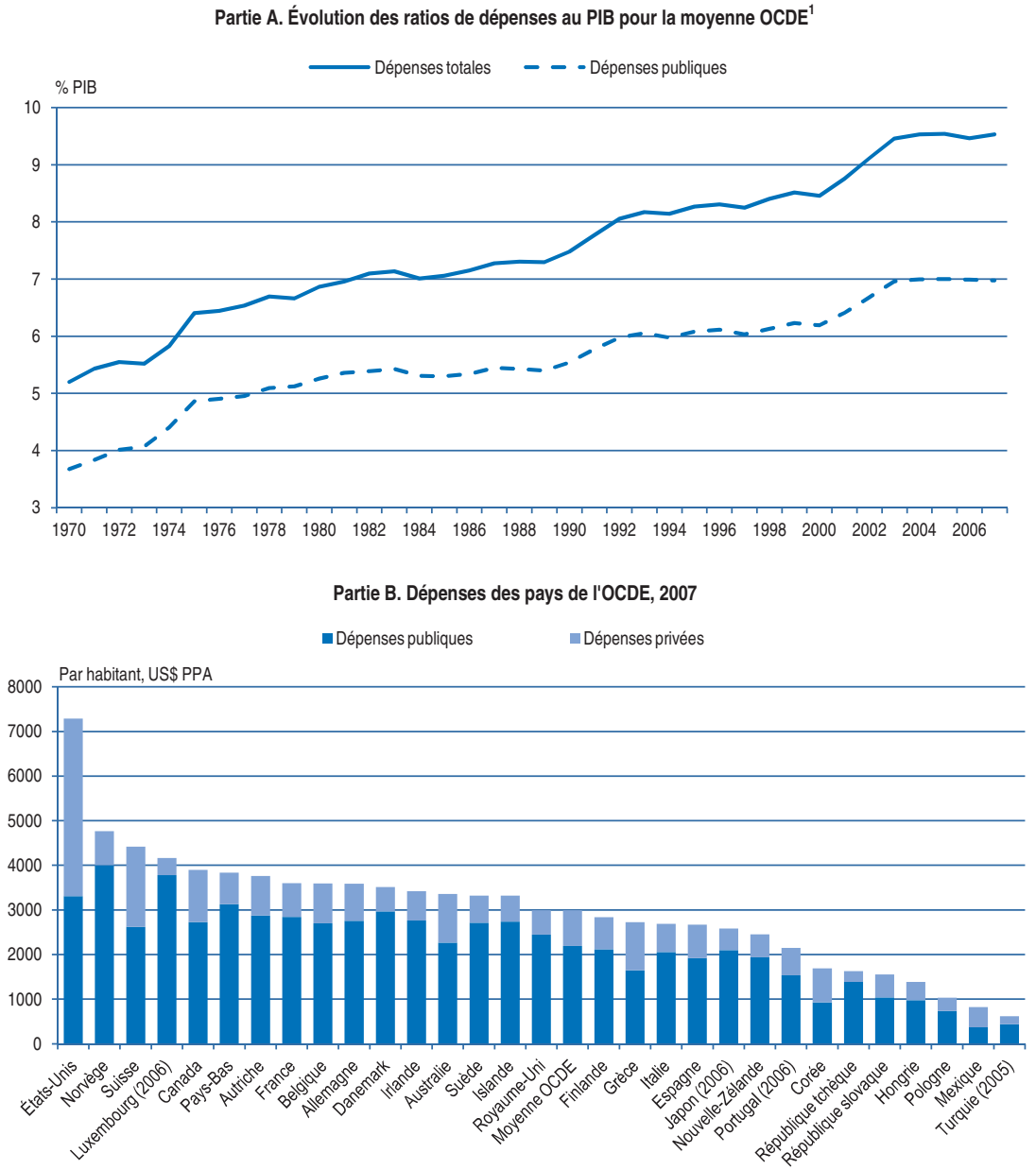
Le niveau des dépenses reste très variable d'un pays à l'autre

Tous les pays ont connu une croissance soutenue de leurs dépenses de santé, mais le niveau des dépenses par habitant reste extrêmement variable d'un pays à l'autre. En 2007, les dépenses de santé par habitant aux États-Unis s'élevaient à 7 290 USD, soit presque 2.5 fois la moyenne de l'OCDE et plus de 7 fois plus qu'en Pologne, au Mexique et en Turquie (graphique 1.8, partie B). Divers facteurs contribuent à expliquer cette grande dispersion, notamment la structure par âge de la population, le profil des maladies, le nombre de professionnels de la santé, l'utilisation de la technologie et l'efficience de l'utilisation des ressources et les coûts administratifs[6].

5. Voir par exemple Conti, Heckman et Urzua (2010).

6. Oxley et Morgan (2009) examinent en détail les facteurs contribuant aux différences du niveau de dépenses de santé par habitant entre les pays de l'OCDE.

Graphique 1.8. **Dépenses de santé : évolution et niveau**



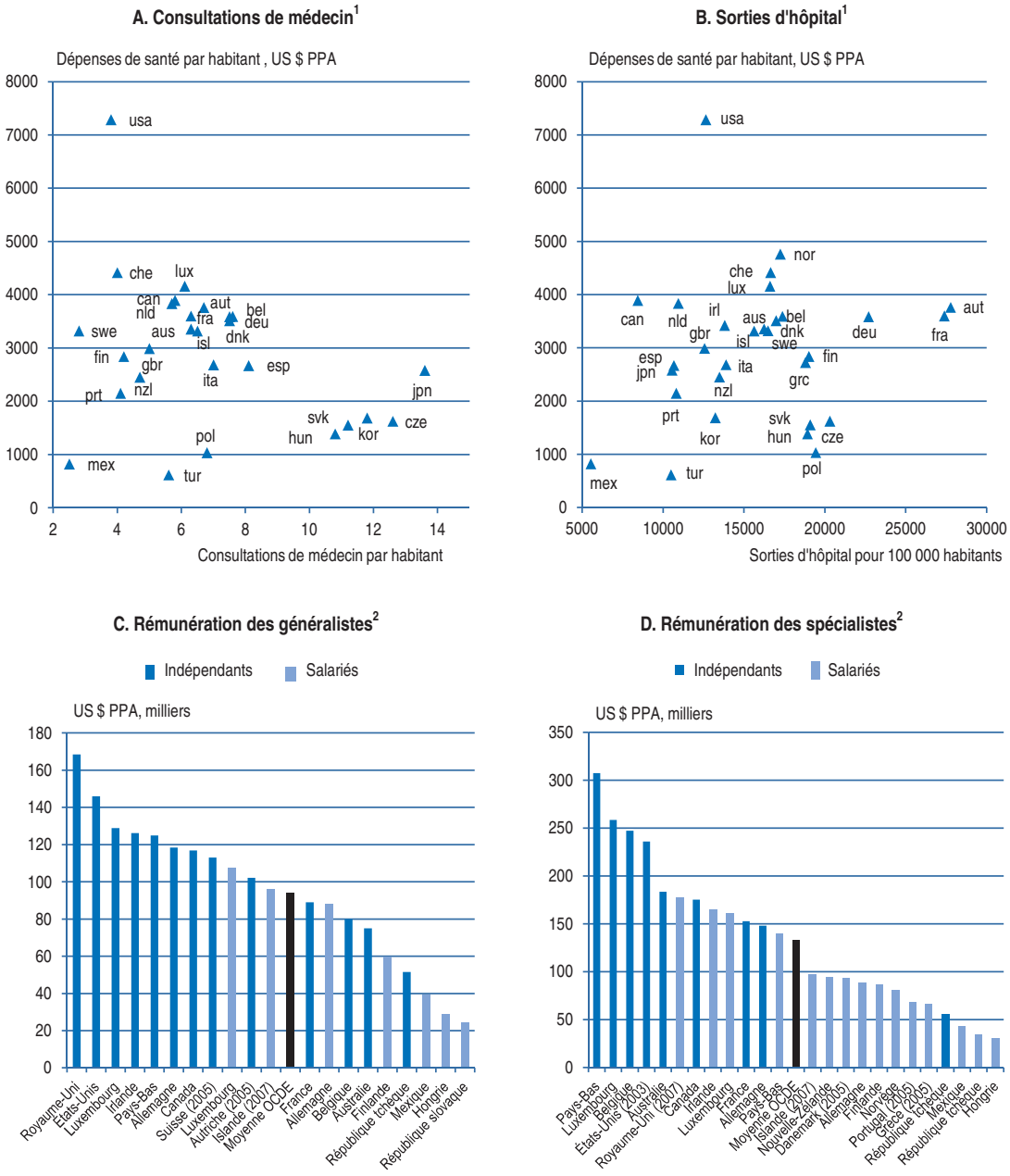
1. Pour un groupe de 21 pays de l'OCDE pour lesquels des données historiques comparables sont disponibles.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

Le degré d'utilisation des services de santé et le niveau de rémunération des professionnels de la santé sont très variables d'un pays à l'autre. En 2007, par exemple, le nombre de consultations de médecins par habitant était au moins trois fois plus élevé en Corée, au Japon et en République tchèque qu'aux États-Unis, au Mexique ou en Suède (graphique 1.9, partie A) et le nombre de sorties d'hôpital était plus du triple en Autriche et en France qu'au Canada (graphique 1.9, partie B). Certains pays à fortes dépenses – comme les États-Unis et les Pays-Bas – se caractérisent par des taux d'utilisation assez

bas mais un niveau de prix élevé pour les soins. Par exemple, les spécialistes libéraux gagnent respectivement 5.6 et 7.6 fois le salaire moyen aux États-Unis et aux Pays-Bas, ce qui est beaucoup plus que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Graphique 1.9. **Activité médicale et niveaux de rémunération : comparaisons internationales**



1. 2007 ou dernière année disponible.
2. 2006 ou dernière année disponible.

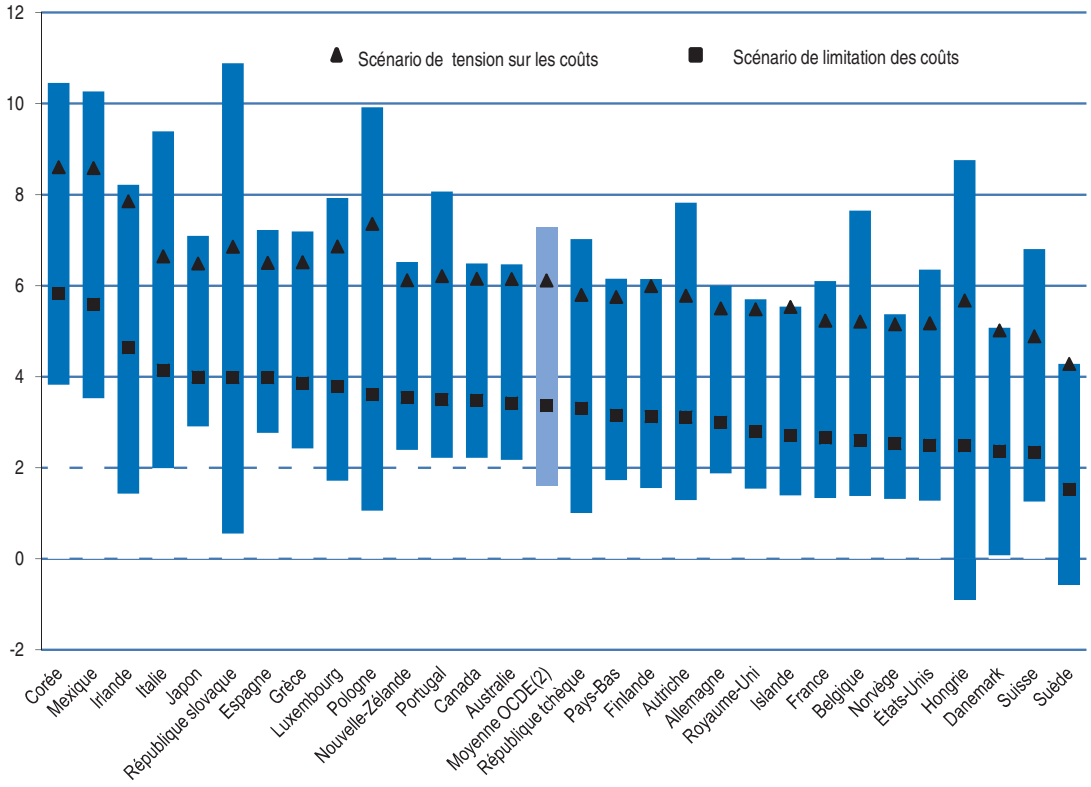
Source : Eco-Santé OCDE 2009 et, pour les États-Unis, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05.

Toujours plus de pression à la hausse des dépenses publiques de santé

Les dépenses de santé sont un des chapitres de dépenses publiques les plus importants – elles absorbaient 15 % du budget public en moyenne dans l'OCDE en 2007 (plus de 6 % du PIB), contre 12 % en 1995. Le vieillissement de la population, l'augmentation rapide des prix des soins et les progrès coûteux de la technologie médicale augmentent la tension des budgets de santé. D'après des projections de l'OCDE, les dépenses publiques de santé pourraient augmenter de 3.5 à 6 points de pourcentage du PIB entre 2005 et 2050, pour la moyenne de l'OCDE (graphique 1.10).

Graphique 1.10. **Dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : projections de croissance par pays**

2005-50[1], en points de pourcentage du PIB



1. Les barres verticales correspondent à la fourchette des différents scénarios, en incluant l'analyse de sensibilité. Les pays sont classés en fonction de la hausse des dépenses de 2005 à 2050 dans le scénario de limitation des coûts. La Turquie n'est pas prise en compte, un manque de données empêchant le calcul de l'un des scénarios.
2. Moyenne de l'OCDE à l'exclusion de la Turquie.

Source : Oliveira Martins et de la Maisonneuve (2006).

Annexe 1.A1

Définitions et sources

Indicateurs de l'état de santé [1]

Mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues (APVP) et APVP corrigées

Pour mesurer la mortalité prématurée, on considère les années de vie perdues avant l'âge de 70 ans, avec une pondération des décès en fonction de leur prématurité par rapport à 70 ans. Avec cette limite d'âge, le décès d'un nouveau-né (70 années de vie perdues) a un poids 14 fois plus grand que le décès d'une personne de 65 ans (5 années perdues). Cela diffère des taux de mortalité classiques qui attribuent implicitement le même poids à tous les décès quel que soit l'âge.

Pour permettre la comparaison entre les pays et dans le temps, on normalise les années potentielles de vie perdues (APVP, en anglais PYLL) pour chaque pays i et chaque année t comme suit :

$$PYLL_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / p_{at})(P_a / P_n) * 100000$$

où a est l'âge, l la limite d'âge supérieure choisie pour la mesure (70 ans dans Eco-Santé OCDE), d_{at} le nombre de décès à l'âge a, p_{at} le nombre de personnes d'âge a dans le pays i l'année t, P_a le nombre de personnes d'âge a dans la population de référence et P_n le nombre total de personnes dans la population de référence. La population totale de l'OCDE en 1980 est prise comme population de référence pour la normalisation pour l'âge.

On possède des données sur la mortalité prématurée pour la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception principalement de la Turquie, sur la période 1960-2007. Cependant, des données manquent partiellement dans cette période pour de nombreux pays, notamment la Belgique, la Corée, le Mexique, la République slovaque et la République tchèque.

Les données sur la mortalité prématurée comprennent aussi les décès dus à des facteurs externes comme les accidents de transport terrestre, les chutes accidentelles, les

1. La plupart des informations présentées dans cette Annexe proviennent d'Eco-Santé OCDE.

suicides et les agressions. Dans les travaux empiriques, on a exclu ces causes de décès pour calculer l'indicateur des « APVP corrigées ».

Mortalité infantile

La mortalité infantile reflète la capacité du système de santé d'éviter les décès au plus jeune âge. La mortalité infantile est le nombre des décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. Des problèmes de définition peuvent compliquer les comparaisons internationales. Certaines variations du taux de mortalité infantile d'un pays à l'autre sont peut-être dues à des différences dans la définition d'une naissance vivante (suivant l'enregistrement comme naissance vivante ou dans la mortalité fœtale) – problème qui serait plus aigu pour la mortalité néonatale. Dans un certain nombre de pays comme les États-Unis, le Canada et les pays nordiques, les grands prématurés ayant des chances de survie relativement faibles sont enregistrés parmi les naissances vivantes – ce qui augmente les taux de mortalité par rapport aux pays qui ne les enregistrent pas dans cette catégorie.

Espérance de vie

On possède plusieurs indicateurs de l'espérance de vie pour tous les pays de l'OCDE sur la période 1960-2007 par sexe et à différents âges (la période couverte peut varier suivant les pays et l'âge). On considère principalement dans ce document l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans (étant donné la concentration des dépenses de santé dans la catégorie des 65 ans et plus) pour l'ensemble de la population et par sexe.

Espérance de vie corrigée de l'état de santé

Pour calculer l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (EVCS), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pondère les années en mauvaise santé en fonction de la sévérité de l'affection et les soustrait de l'espérance de vie globale pour obtenir des équivalents d'années de bonne santé. Ces données ont été publiées pour la première fois en 2001, puis en 2002 et en 2007. En raison d'améliorations apportées à la méthodologie des enquêtes et de l'utilisation de données épidémiologiques, il convient toutefois d'être prudent dans les comparaisons intertemporelles.

Espérance de vie corrigée de l'incapacité et espérance de vie sans incapacité (EVCI et EVSI)

L'EVCI est définie comme l'espérance de vie corrigée du temps moyen durant lequel une personne a vécu avec une certaine incapacité (pondérée par sa gravité) tandis que l'EVSI est définie par l'absence de limitations fonctionnelles ou incapacité. Du fait qu'elle traite de la même manière les incapacités graves ou non, l'EVSI est une mesure moins pertinente que l'EVCI.

Autres indicateurs des résultats de santé

Congés de maladie

On possède relativement peu de données sur les congés de maladie : 13 pays ont des données sur le nombre de journées de congés de maladie indemnisées sur la période

2000-07 et les informations sur les absences au travail pour cause de maladie autodéclarées sont encore moins complètes.

Mortalité évitable

Le concept des décès évitables – c'est-à-dire qui ne devraient pas se produire en présence de soins médicaux efficaces dispensés à temps – est une autre approche prometteuse pour déterminer le degré de contribution des soins à la santé de la population. Pour mesurer les « décès évitables », il faut établir une liste des affections considérées comme curables par les services de santé et fixer des limites d'âge pour chacune (par exemple, l'asthme au-dessous de 45 ans, le diabète sucré au-dessous de 50 ans et la tuberculose au-dessous de 75 ans). Beaucoup de listes ont été proposées depuis que le Working Group on Preventable and Manageable Diseases aux États-Unis a introduit la notion de « décès prématuré évitable » dans les années 1970. Certaines ont évolué au cours du temps, pour une part en fonction des progrès des connaissances et des technologies médicales. L'OCDE a compilé des données préliminaires pour 27 pays avec deux listes différentes (voir graphique 1.2), avec des résultats à peu près similaires (Nolte et McKee, 2008 et Tobias et Yeh, 2009).

Mesures des inputs (intrants) de la santé

Facteurs de mode de vie

Consommation de tabac

Eco-Santé OCDE contient trois variables qui pourraient servir d'indicateurs approchés pour le tabagisme :

- consommation annuelle de produits du tabac en grammes par personne de 15 ans et plus ;
- nombre moyen de cigarettes par fumeur et par jour ;
- proportion de fumeurs quotidiens dans la population de 15 ans et plus.

Cette dernière variable est la seule disponible par sexe mais elle semble aussi moins pertinente du fait qu'elle ne tient pas compte de la consommation par fumeur. Elle est en fait peu corrélée avec la consommation globale de tabac. Par exemple, la République tchèque est le deuxième pays de l'OCDE pour la consommation de tabac (mesurée en grammes par habitant) mais elle se situe seulement au quatorzième rang pour le pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population adulte.

Dans la plupart des régressions de panel, la consommation de tabac est mesurée par la consommation annuelle de tabac en grammes par personne de 15 ans et plus. Toutefois, si l'on remplace la consommation annuelle de tabac par la proportion de fumeurs quotidiens, par sexe, cela ne change pas nos résultats. L'analyse d'enveloppement des données (AED) utilise la proportion des fumeurs occasionnels étant donné que ces données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE – on ne possède des données sur la consommation annuelle de tabac en grammes que pour 23 pays.

Consommation d'alcool

Eco-Santé OCDE contient des données sur la consommation annuelle d'alcool pur en litres par personne âgée de 15 ans et plus. On possède des données pour tous les pays de l'OCDE mais sur des périodes différentes. Toutefois, la consommation moyenne par personne peut ne pas rendre compte d'un mode de consommation particulièrement dangereux – la consommation de grandes quantités d'alcool en une seule fois (« alcool défonce ») – qui est en augmentation dans certains pays et certains groupes sociaux.

Régime alimentaire

Seule une minorité d'études empiriques ont inclus le régime alimentaire dans la fonction de production de la santé et il n'y a pas de consensus dans ces études sur ce qui serait le meilleur indicateur approché du régime alimentaire. Eco-Santé OCDE contient cinq indicateurs pour représenter le régime alimentaire : l'apport calorique, l'apport protéique, l'apport lipidique, la consommation de sucre et la consommation de fruits et légumes frais. L'introduction des quatre premiers indicateurs pose au moins deux problèmes : *i)* l'apport calorique, protéique, lipidique et la consommation de sucre ont probablement un effet non linéaire sur la santé – l'apport est bénéfique jusqu'à un certain niveau mais devient ensuite nuisible ; *ii)* ces variables sont fortement corrélées avec le PIB par habitant, ce qui est susceptible de biaiser les coefficients estimés. La consommation de fruits et légumes frais semble dans une grande mesure échapper à ces problèmes et a été choisie comme indicateur approché pour les travaux empiriques. On a testé d'autres spécifications en remplaçant la consommation de fruits et légumes par l'apport calorique ou l'apport lipidique mais elles ont conduit à des coefficients instables ou incohérents.

Obésité

L'obésité est quelquefois considérée comme un déterminant de l'état de santé de la population parce qu'elle peut apparaître comme indicatrice d'un large éventail d'habitudes nutritionnelles ou d'activité physique. Concrètement, les personnes obèses décèdent généralement à un âge relativement jeune. Toutefois, les données sur l'obésité ne sont pas facilement comparables : 28 pays collectent des données sur l'obésité mais de manière très irrégulière. En outre, dans certains pays, les données correspondent à un état autodéclaré alors que dans d'autres elles sont tirées des tailles et des poids réels. Plus fondamentalement, on peut se demander s'il faut considérer l'obésité comme un déterminant de l'état de santé de la population (c'est-à-dire un terme de droite de l'équation de production de l'état de santé) ou comme une mesure de l'état de santé lui-même (terme de gauche). Il est clair, dans la pratique, que l'obésité est soumise à l'influence de facteurs comme l'éducation, le revenu, le mode de vie et, peut-être dans une moindre mesure, des ressources en soins.

Facteurs socioéconomiques

Pollution

Eco-Santé OCDE contient trois indicateurs relatifs à la pollution atmosphérique : les émissions d'oxydes de soufre, les émissions d'oxydes d'azote (NOx) et les émissions de monoxyde de carbone. Le choix des NOx comme indicateur approché de la pollution dans nos travaux empiriques a été principalement dicté par la difficulté de constituer des séries chronologiques assez longues pour les deux autres mesures. Pour construire des

séries chronologiques pour les NOx, on a combiné des informations contenues dans Eco-Santé OCDE (disponibles pour la plupart des pays de l'OCDE sur la période 1990-2005) avec des données publiées par l'EMEP (Co-operative Programme for Monitoring and Evaluation of the Long-range Transmission of Air Pollutants in Europe). Sur la base des NOx par habitant, l'Australie, le Canada, l'Islande et les États-Unis enregistrent la qualité de l'air la plus basse. Si l'on avait choisi les émissions d'oxydes de soufre pour représenter la pollution, le classement relatif des pays aurait été quelque peu différent. On notera toutefois que l'Australie, le Canada et les États-Unis sont aussi les pays qui ont les plus fortes émissions d'oxydes de soufre par habitant.

Éducation

Eco-Santé OCDE contient deux principaux indicateurs pour l'éducation : le niveau d'études (pourcentage de la population adulte, de 25 à 64 ans, qui a achevé des études d'un certain niveau défini suivant le système de la CITE) et l'espérance de scolarisation (défini comme le nombre d'années de scolarité qu'un enfant peut espérer dans les conditions du moment, calculé au moyen des taux de scolarisation). On peut aussi trouver des données sur la durée effective moyenne de la scolarité dans Bassanini et Scarpetta (2001) et les *Regards sur l'éducation* de l'OCDE. Diverses options ont été choisies dans des études empiriques précédentes. Thornton (2002) et Self et Grabowski (2003) ont utilisé le niveau d'études. Or *et al*. (2005) ainsi que Puig-Junoy (1998) ont utilisé la durée moyenne de la scolarité.

Le choix d'une mesure particulière peut influer notablement sur le classement des pays. Par exemple, en Australie moins de 63 % de la population de 25 à 64 ans a un niveau d'études supérieur ou égal au deuxième cycle du secondaire mais un élève reste en moyenne plus de 12 ans dans le système éducatif, ce qui est un chiffre relativement élevé par rapport aux autres pays. Aussi bien pour le niveau d'études que pour la durée de la scolarité, il existe d'importantes lacunes dans les données. Pour les travaux empiriques, on a considéré le niveau d'études (proportion de la population de niveau supérieur ou égal au deuxième cycle du secondaire) comme le meilleur indicateur pour représenter la contribution du capital humain à la santé. Eco-Santé OCDE fournit des données pour tous les pays mais seulement à partir de la fin de la décennie 1990. Pour obtenir des séries chronologiques plus longues, on a utilisé une base de données historique de l'OCDE antérieure.

Statut économique, social et culturel (SESC)

Afin de limiter le nombre d'inputs, on a donné pour l'AED la préférence à l'indice PISA de statut économique, social et culturel (SESC), au lieu des niveaux d'études et de revenu. Cet indice est conçu pour rendre compte des aspects liés au foyer et à la famille de l'élève. Il est calculé à partir de sous-indices reposant sur : *i)* le statut professionnel le plus élevé entre les deux parents ; *ii)* le niveau d'études le plus élevé entre les deux parents ; et *iii)* le nombre de livres à la maison et l'accès à différentes ressources éducatives à la maison.

Ressources en soins

Dépenses de santé

On a utilisé les séries d'Eco-Santé OCDE sur les dépenses totales de santé par habitant. Pour plusieurs pays (notamment l'Autriche, le Belgique, la Finlande, la France

et la Turquie), il existe des ruptures de série. Pour y remédier, on a remplacé le taux de croissance de l'année de rupture par le taux de croissance moyen des cinq années précédentes (représentant la tendance de croissance). On a révisé les valeurs précédant l'année de rupture par rétropolation au moyen des taux de croissance effectifs (ceux de la série non corrigée).

Les données sur les dépenses de santé incluent les soins de longue durée. Il aurait été souhaitable d'exclure cette composante pour l'estimation de l'impact des soins médicaux sur l'état de santé, mais c'est très difficile dans la pratique. On possède des données sur le total des dépenses afférentes aux soins de longue durée pour dix pays à partir de 2003.

Pour convertir les dépenses de santé en mesures de volume comparables entre les pays, les études précédentes ont recouru à différentes approches. La plupart des études ont utilisé les PPA du PIB mais certaines ont recouru aux PPA des soins médicaux existantes (par exemple, Or, 2000*a* ; Miller et Frech, 2002). Les PPA spécifiques de la santé existantes souffrent toutefois de plusieurs défauts. Pour les services de santé, seuls les services ambulatoires « marchands » sont couverts par les enquêtes de prix mais la comparabilité internationale de ces données est imparfaite, en particulier pour les pays où la part du secteur privé est faible. Eu égard aux défauts des données existantes, l'OCDE a lancé un programme de travail pour élaborer des PPA spécifiques de la santé. En attendant, les déflateurs des prix du PIB et les taux de change en PPA pour l'année de base (2000) ont été utilisés ici pour convertir les dépenses de santé dans les travaux empiriques.

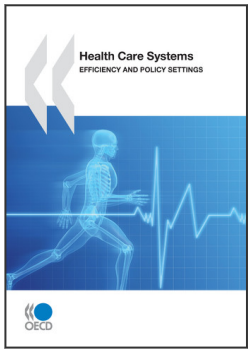
On a ventilé les dépenses de santé par catégorie : produits pharmaceutiques, soins ambulatoires, soins en hospitalisation, etc. au moyen des données disponibles dans Eco-Santé OCDE. Toutefois, les différences des dispositifs institutionnels et de catégorisation des dépenses peuvent brouiller le tableau. Peterson et Burton (2007) notent qu'aux États-Unis il est courant que des médecins fournissent des soins à des malades hospitalisés sans être salariés de l'hôpital. Dans la répartition des dépenses aux États-Unis, ces services de médecins sont considérés comme des services ambulatoires bien qu'ils soient fournis dans le cadre de l'hospitalisation. Il en résulte que les États-Unis paraissent avoir une plus forte proportion de dépenses en soins ambulatoires que ce ne serait le cas autrement. Dans d'autres pays de l'OCDE (comme l'Australie, le Japon, le Mexique et les Pays-Bas), certains chapitres de dépenses ont été reclassés au cours du temps entre les soins ambulatoires et les soins en hospitalisation, créant des ruptures de série.

On peut répartir les dépenses de santé entre une composante publique et une composante privée. Toutefois, les différences de traitement des dépenses fiscales entre les pays, qui représentent dans certains d'entre eux un montant assez important, peuvent introduire un sérieux biais. En principe, les dépenses fiscales sont incluses dans les données des dépenses totales de santé. Toutefois, les pays interprètent différemment le manuel de l'OCDE sur le système de comptes de la santé quant à la façon de traiter les dépenses fiscales. L'Allemagne et l'Australie, par exemple, déduisent les dépenses fiscales des dépenses d'assurance privées et les comptabilisent dans les dépenses publiques. Aux États-Unis, au contraire, les dépenses fiscales ne sont pas considérées comme des dépenses publiques. D'après Peterson et Burton (2007), elles s'élevaient à 141.5 milliards USD en 2006 (soit plus de 1 % du PIB) et comprenaient l'exonération fiscale des contributions des employeurs à l'assurance maladie des salariés (90.6 milliards USD) et les déductions fiscales afférentes aux dépenses médicales à la charge des patients (7.3 milliards USD).

Ressources humaines

Eco-Santé OCDE contient des données sur l'emploi dans le secteur de la santé tout en soulignant qu'il convient d'être prudent dans les comparaisons entre pays. Les données peuvent reposer dans certains pays sur le simple dénombrement des personnes ou, dans d'autres pays, sur des équivalents temps plein ; elles peuvent inclure ou non les professionnels étrangers, les non praticiens et les professionnels à la retraite. De même, les données sur le personnel infirmier peuvent ou non inclure les infirmiers non praticiens, les sages-femmes ou les infirmiers libéraux.

Les médecins et le personnel infirmier représentent la plus grande partie des praticiens de santé dans de nombreux pays. Toutefois leur nombre par habitant est très variable *d'un pays à l'autre*, de même que le ratio personnel infirmier/médecins. Au contraire, le ratio personnel infirmier/médecins est assez stable *dans le temps* à l'intérieur d'un pays donné. Ainsi, afin d'avoir une mesure des ressources en personnel de santé moins restrictive que les médecins praticiens, on a construit et utilisé aussi bien pour les régressions de panel que pour l'AED un indicateur des ressources humaines obtenu en additionnant le nombre des médecins et la moitié des effectifs infirmiers (ce qui correspond au fait que beaucoup d'infirmiers travaillent à temps partiel et que leur productivité est peut-être moindre que celle des médecins praticiens, comme des éléments d'information partiels sur les niveaux de salaire sembleraient l'indiquer).



Extrait de :

Health Care Systems

Efficiency and Policy Settings

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/9789264094901-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Santé : résultats et dépenses », dans *Health Care Systems : Efficiency and Policy Settings*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/9789264094925-4-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.