

**Centres de l' OCDE****Allemagne**

Berlin (49-30) 288 8353

**Japon**

Tokyo (81-3) 5532-0021

**Mexique**

Mexico (52-55) 5281 3810

**Etats-Unis**

Washington (1-202) 785 6323

ALLEMAGNE · AUSTRALIE · AUTRICHE · BELGIQUE · CANADA · CORÉE · DANEMARK · ESPAGNE · ETATS-UNIS · FINLANDE  
FRANCE · GRECE · HONGRIE · IRLANDE · ISLANDE · ITALIE · JAPON · LUXEMBOURG · MEXIQUE · NORVEGE  
NOUVELLE-ZELANDE · PAYS-BAS · POLOGNE · PORTUGAL · REPUBLIQUE SLOVAQUE · REPUBLIQUE TCHEQUE · ROYAUME-UNI · SUEDE · SUISSE · TURQUIE

PAC/COM/NEWS(2004)19

Paris, le 3 juin 2004

## **La croissance des dépenses de santé s'accélère ; l'écart entre les Etats-Unis et les autres pays de l'OCDE se creuse**

Les dépenses de santé ont connu une forte augmentation dans la plupart des pays de l'OCDE ces cinq dernières années. Sous l'effet conjugué de l'accélération du rythme de la croissance des dépenses de santé et d'un ralentissement de l'activité économique, le poids des dépenses de santé s'est accru, passant de 7.8 pour cent à 8.5 pour cent du PIB, en moyenne, entre 1997 et 2002. Il s'agit d'un fort contraste par rapport à la période 1992-1997, où la part des dépenses de santé dans le PIB était restée pratiquement inchangée.

**Eco-Santé OCDE 2004**, la source la plus complète de statistiques comparables sur la santé et les systèmes de santé dans les 30 pays Membres de l'OCDE, montre qu'aux Etats-Unis, les dépenses de santé ont connu une progression 2.3 fois supérieure à celle du PIB, la part des dépenses de santé passant de 13 pour cent du PIB en 1997 à 14.6 pour cent en 2002. Dans les autres pays de l'OCDE, la progression des dépenses de santé a été de 1.7 fois celle de l'activité économique. En termes de dépenses par habitant, la dépense de santé a atteint 5 267 dollars aux Etats-Unis en 2002, ce qui est pratiquement 140 pour cent supérieur à la moyenne pour la zone de l'OCDE, qui est de 2 144 dollars, et environ 10 fois plus que dans les pays comme le Mexique et la Turquie où la dépense par habitant est respectivement de 553 dollars et 446 dollars.

La croissance des dépenses de santé reflète en partie la politique délibérée menée dans certains pays comme le Royaume-Uni et le Canada pour relâcher la pression découlant des mesures de maîtrise des coûts qui avaient été prises vers le milieu des années 1990. Les dépenses de santé étant financées principalement par les budgets publics, les pouvoirs publics des pays de l'OCDE sont soucieux de concilier les préoccupations économiques et les préoccupations de santé. La part des dépenses publiques dans les dépenses de santé a augmenté légèrement dans plusieurs pays (par exemple en Italie et en Suisse), mais elle est restée pratiquement inchangée dans la plupart des pays ces dernières années – représentant, en moyenne, 72.3 pour cent du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE en 1997 et 73.1 pour cent en 2002.

Les progrès rapides des technologies médicales, le vieillissement démographique et les attentes croissantes de la population ont été en grande partie responsables de l'accroissement des dépenses de santé, particulièrement notable dans le domaine des dépenses pharmaceutiques. Entre 1992 et 2002, le taux annuel moyen de progression des dépenses en médicaments a été de 1.3 fois celui du total des dépenses de santé. Les dépenses pharmaceutiques représentaient entre 9 et 37 pour cent du total des dépenses de santé, dans les pays de l'OCDE, en 2002.

Bien qu'on soit de plus en plus conscient de l'utilité de la prévention et de la promotion de la santé publique, les pays de l'OCDE ne consacrent en moyenne que 2.8 pour cent du total des dépenses de santé aux programmes de prévention, publics et privés, structurés.

JT00165437

**OCDE Relations avec les médias**

**Demandes générales** : Tél. (33) 1 45 24 97 00 - Fax. (33) 1 45 24 80 03/94 37 · **Recherche & documentation** : Tél. (33) 1 45 24 80 88/80 89  
**www.oecd.org/media** · **Adresse électronique** : [news.contact@oecd.org](mailto:news.contact@oecd.org)

**Organisation de Coopération et de Développement Economiques**, 2 rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France Tél. (33) 1 45 24 82 00 - Fax. (33) 1 45 24 85 00  
**www.oecd.org**

## **Quels sont les effectifs de médecins et d'infirmières nécessaires pour assurer convenablement les services de santé ?**

La pénurie actuelle et à venir de professionnels de santé, qui pourrait avoir un impact négatif sur l'accès aux soins et leur qualité, est aussi une préoccupation dans un nombre croissant de pays de l'OCDE.

**Eco-Santé OCDE 2004** révèle une grande variabilité du nombre de médecins et d'infirmières par habitant selon les pays. La densité médicale va de moins de deux médecins en activité pour 1 000 habitants en Corée, au Mexique et en Turquie, à plus de 4 pour 1 000 en Grèce et en Italie. Les disparités sont plus marquées encore en ce qui concerne les effectifs en personnel infirmier. Les gouvernements de plusieurs pays (Australie, Angleterre et Norvège, notamment) ont pris diverses mesures, ces dernières années, pour tenter d'augmenter le nombre de médecins et d'infirmières en activité - augmentation du nombre des étudiants en médecine, incitation aux professionnels qualifiés à poursuivre leur activité par une amélioration de leurs conditions de travail et/ou de leur rémunération, et recrutements à l'étranger, par exemple. Mais certaines de ces mesures ne produiront les effets escomptés que dans plusieurs années.

Il n'y a pas de réponse unique à la question de savoir quel est le nombre adéquat de médecins et d'infirmières pour assurer un bon accès aux soins car d'autres facteurs, comme la productivité, entrent en jeu. Mais il y a des signes qui indiquent qu'un trop faible nombre de médecins peut avoir un coût en termes de rapidité d'accès aux soins.

Le rapport des effectifs en médecins aux effectifs infirmiers est très variable selon les pays de l'OCDE, ce qui amène à se poser des questions quant à la répartition des compétences en matière de santé. Dans plusieurs pays, certaines tâches traditionnellement confiées aux médecins sont déléguées à des infirmières hautement qualifiées sans que cela entraîne de grands changements dans la qualité des soins. Par exemple, aux Etats-Unis, dans certains Etats, les infirmières praticiennes sont de plus en plus souvent appelées à assurer des services qui sont aussi dispensés par les médecins de soins primaires (bilans de santé et examens gynécologiques, par exemple).

## **Surpoids et obésité – un facteur de risque croissant dans les pays de l'OCDE**

Les problèmes de surpoids et d'obésité se sont aggravés, dans tous les pays de l'OCDE, au cours des deux dernières décennies, en raison des mauvaises habitudes alimentaires et du manque d'activité physique. L'obésité est un facteur de risque bien connu vis-à-vis de plusieurs pathologies comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (asthme) et les maladies rhumatismales (arthrite). Dans plusieurs pays de l'OCDE, plus de 50 pour cent de la population adulte est aujourd'hui considérée comme en surpoids ou obèse (indice de masse corporelle supérieur à 25). C'est aux Etats-Unis qu'on observe la proportion la plus élevée d'adultes en surpoids ou obèses (34 pour cent des adultes étaient considérés en surpoids et 31 pour cent étaient considérés comme obèses en 1999-2000), suivi du Mexique, du Royaume-Uni et de l'Australie.

**Eco-Santé OCDE 2004** est disponible sur CD-ROM, dans une version multilingue (anglais, français, allemand et espagnol et, pour la première fois cette année, italien et russe), pour un utilisateur unique ou pour une installation en réseau. **Eco-Santé OCDE 2004** est un outil sans équivalent qui permettra aux experts de la santé et aux responsables publics au sein des gouvernements, au secteur privé et au milieu universitaire, d'effectuer des analyses comparatives et de tirer des enseignements des comparaisons entre pays divers systèmes de santé nationaux. Cette treizième édition recouvre plus de 1 200 indicateurs et statistiques descriptives. Les rubriques essentielles couvrent la période 1970-2001/2002, et de nombreuses séries chronologiques remontent jusqu'à 1960. La base de données fournit, en outre, des informations détaillées sur les définitions, les sources nationales et les méthodes d'estimation employées dans chaque pays. Une assistance technique et des mises à jour gratuites des données et du logiciel sont accessibles par Internet à l'adresse [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

Un nombre limité de CD-ROM sont à la disposition des journalistes à la Division des relations avec les médias ([news.contact@oecd.org](mailto:news.contact@oecd.org)).

**Eco-Santé OCDE 2004** est une coproduction OCDE-IRDES (ex CREDES).

**Tableau 1: Taux de croissance annuels moyens des dépenses totales et publiques de santé et du PIB, 1992-2002**

	Dépenses totales de santé		Dépenses publiques de santé		PIB	
	1992-97	1997-2002	1992-97	1997-2002	1992-97	1997-2002
Allemagne	2.2	1.8	1.8	1.7	0.7	1.5
Australie	3.8	4.4	4.3	4.6	2.9	2.6
Autriche	1.5	2.5	0.5	2.5	1.3	2.2
Belgique	3.1	3.0	..	3.4	1.6	1.8
Canada	-0.3	4.7	-1.4	4.6	2.0	3.1
Corée	7.0	9.0	11.7	15.3	5.8	3.2
Danemark	1.7	3.2	1.5	3.4	2.3	1.8
Espagne	2.6	2.6	1.3	2.4	1.9	2.2
Etats-Unis	2.3	4.2	3.6	4.1	2.2	1.8
Finlande	-1.6	3.2	-2.5	3.0	2.8	3.1
France	1.5	3.1	1.4	3.1	0.8	2.3
Grèce	5.0	3.8	4.4	3.8	1.3	3.6
Hongrie	0.1	6.9	-1.5	3.8	2.1	4.6
Irlande	4.8	9.8	5.7	9.9	6.8	7.1
Islande	1.7	6.3	1.4	6.4	2.2	2.3
Italie	-0.4	3.4	-1.7	4.4	1.2	1.5
Japon	3.6	3.5	4.5	3.5	1.4	0.3
Luxembourg	2.0	5.0	1.9	3.4	2.7	4.0
Mexique	-0.6	4.9	0.2	5.0	0.6	1.8
Nouvelle-Zélande	2.4	5.2	1.9	5.3	2.7	2.3
Norvège	3.2	3.6	3.0	3.8	4.0	1.5
Pays-Bas	1.5	4.3	0.1	..	2.1	1.9
Pologne	3.9	4.3	2.7	4.4	5.6	3.2
Portugal	5.9	4.1	7.9	5.6	1.9	2.2
République slovaque	..	2.7	..	2.1	4.6	3.2
République tchèque	8.0	2.7	7.1	2.6	2.3	1.7
Royaume-Uni	2.6	4.9	1.6	5.7	2.9	2.4
Suède	1.3	5.4	0.9	5.2	1.6	2.9
Suisse	1.8	3.2	2.4	4.2	0.1	1.2
Turquie	5.1	..	6.5	..	2.8	-0.6
<b>OECD</b>	<b>2.6</b>	<b>4.4</b>	<b>2.5</b>	<b>4.7</b>	<b>2.4</b>	<b>2.4</b>
<b>UE-15</b>	<b>2.2</b>	<b>4.0</b>	<b>1.8</b>	<b>4.1</b>	<b>2.1</b>	<b>2.7</b>

Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

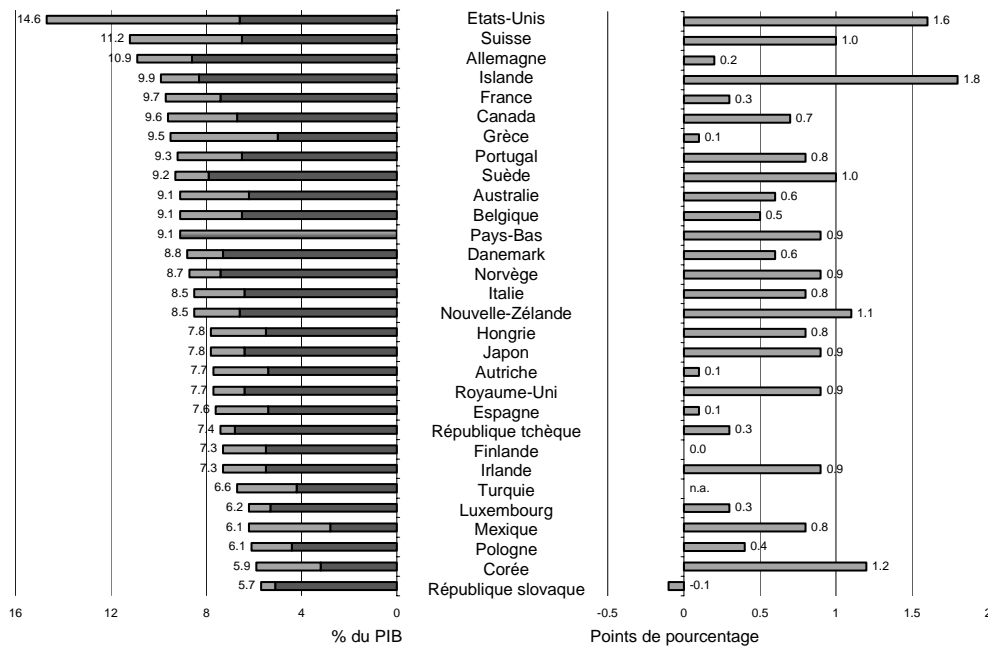
Notes:

(1) Les taux de croissance des dépenses de santé et du PIB sont calculés en prix constants (sur la base du PIB de 1995).

(2) Australie, Corée et Japon 1997-2001.

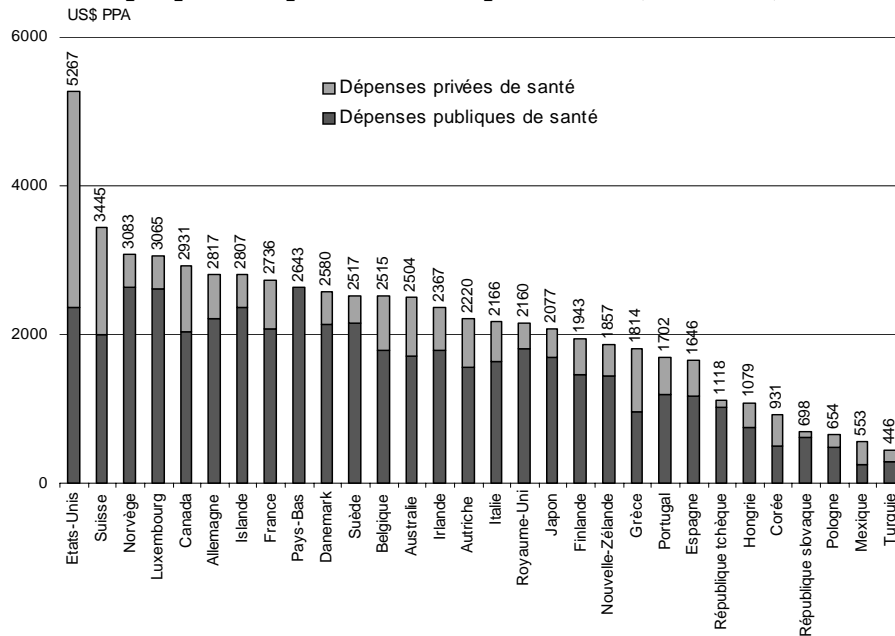
(3) La moyenne de l'OCDE ne comprend pas la Turquie.

**Graphique 1: Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2002** | **Graphique 2: Variations des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1997-2002**



Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.  
 Note: Australie, Corée, Japon 2001; Turquie 2000.

**Graphique 3: Dépenses de santé par habitant, US\$ PPA, 2002**



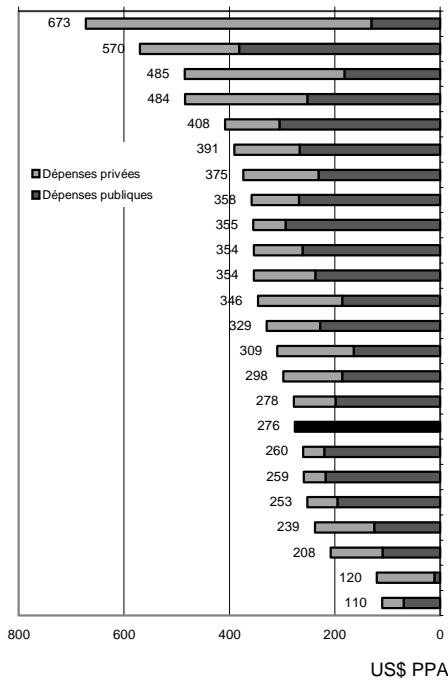
Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.  
 Notes:

(1) Australie, Corée, Japon 2001; Turquie 2000.

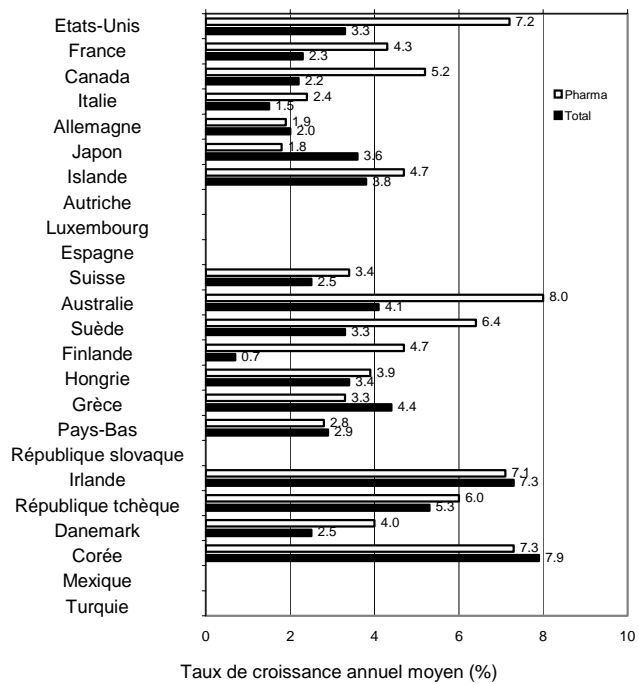
(2) Pays-Bas: le partage public/privé des dépenses de santé n'est pas disponible.

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) permettent la comparaison des dépenses entre les pays sur une base commune. Les PPA sont des taux de conversion monétaire qui égalisent le coût d'un « panier » donné de produits et services dans différents pays.

**Graphique 4: Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant, US\$ PPA, 2002**



**Graphique 5: Taux de croissance annuels moyens des dépenses de produits pharmaceutiques et des dépenses totales de santé, 1992-2002**



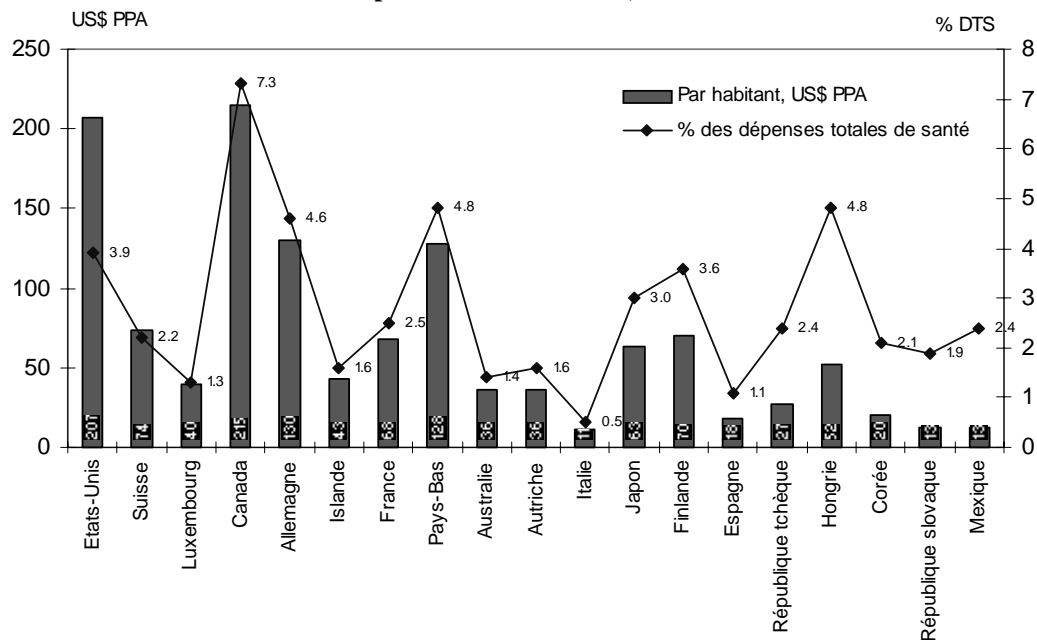
Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

Notes:

Australie, Corée, Japon 2001; Turquie 2000.

Les taux de croissance pour l'Autriche, l'Espagne, le Luxembourg, le Mexique, la République slovaque et la Turquie ne sont pas disponibles.

**Graphique 6: Dépenses en prévention et santé publique par habitant et en pourcentage des dépenses totales de santé, 2002**

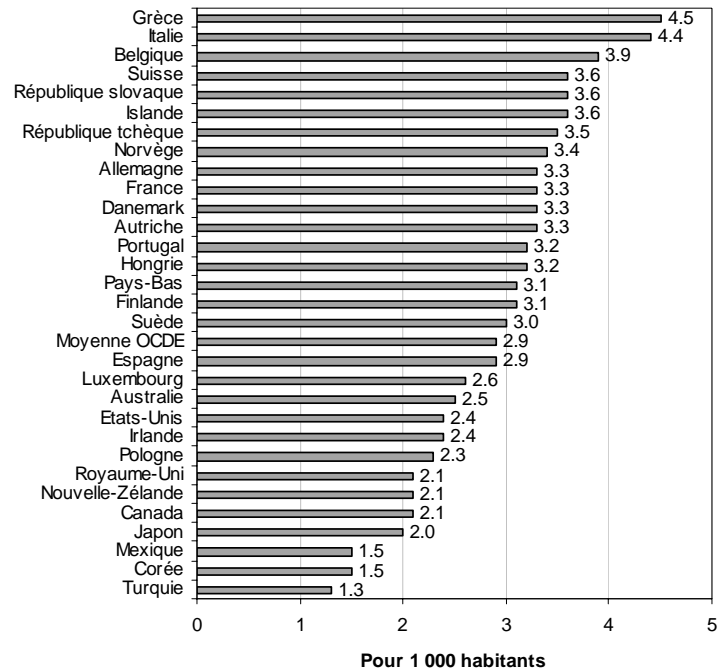


Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

Note:

Australie, Corée, Japon 2001.

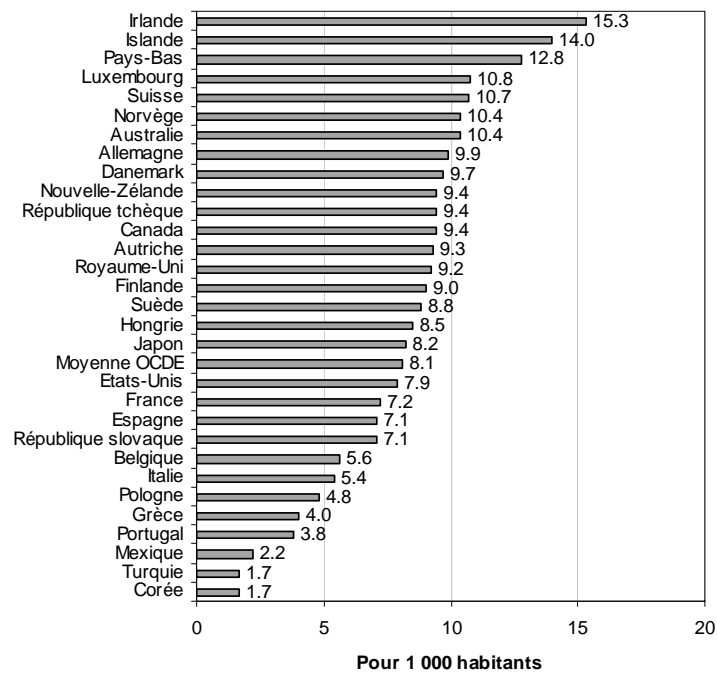
**Graphique 7: Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2002**



Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

Notes: Australie, États-Unis, Grèce, Portugal 2001; Suède 2000.

Pour la Belgique, le Danemark, la France, l'Islande et le Luxembourg, l'effectif total de médecins comprend aussi ceux travaillant dans l'industrie, l'administration et la recherche. La République tchèque et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps au lieu du nombre d'individus. La Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins en activité.

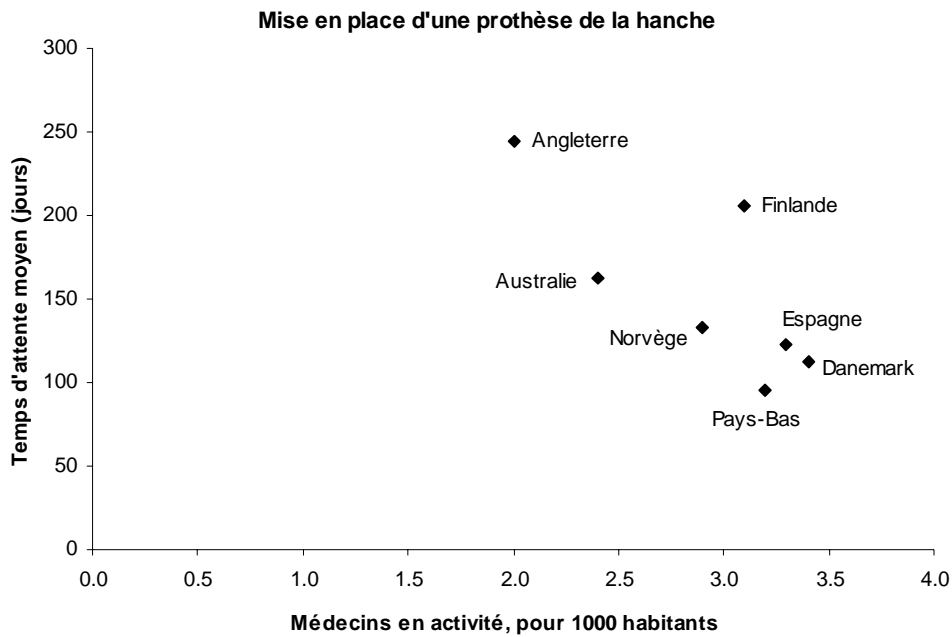
**Graphique 8: Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants, 2002**

Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

Notes: Australie, États-Unis, Norvège, Pays-Bas, Portugal 2001; Grèce, Suède, Suisse 2000.

L'Autriche et l'Italie ne prennent en compte que les infirmiers employés dans les hôpitaux, et non ceux qui travaillent dans d'autres établissements de santé. Le Canada comptabilise les infirmiers diplômés en activité, les infirmiers auxiliaires qualifiés et les infirmiers psychiatriques. En France, les infirmiers auxiliaires ne sont pas inclus. L'Allemagne et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps (et non pas le nombre d'individus). L'Espagne communique uniquement les effectifs infirmiers du secteur public (infirmiers employés par le Service national de santé).

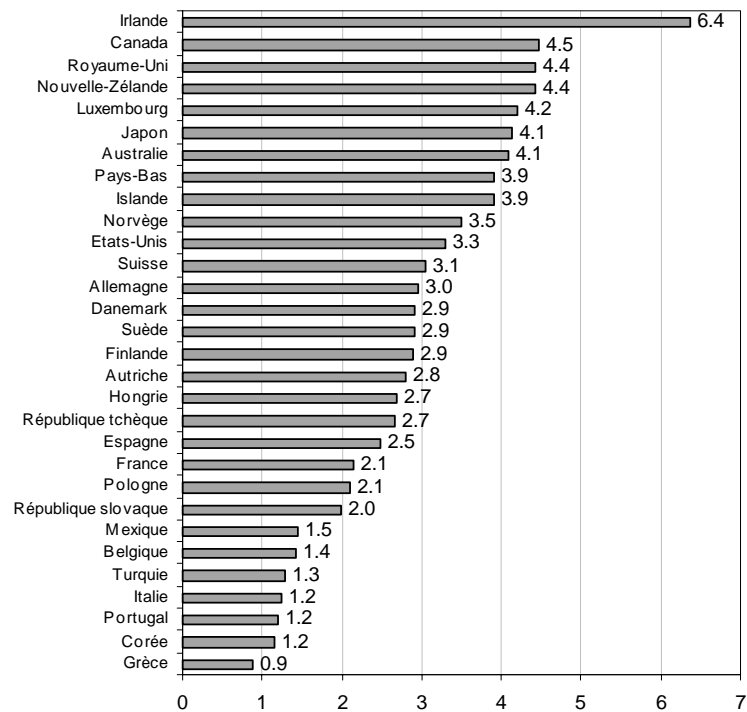
**Graphique 9: Densité de médecins et délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, 2000**



Source: *Eco-Santé OCDE 2003* et réponses des pays au questionnaire du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

Note: La Finlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins en activité.

**Graphique 10: Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2002**



Source: *Eco-Santé OCDE 2004*, 1<sup>ère</sup> édition.

Note: Australie, États-Unis, Norvège, Pays-Bas, Portugal 2001; Grèce, Suède, Suisse 2000.