

Santé et soins de santé aux Pays-Bas : définition de politique à partir d'une perspective internationale

Les Pays-Bas, qui se classaient aux premiers rangs des comparaisons internationales il y a quelques années, se situent maintenant dans la moyenne des pays de l'Union européenne pour une série d'indicateurs. L'analyse des facteurs de la mortalité périnatale est éclairante.

Pieter Kramers

Chef adjoint

Peter Achterberg

Chef de projet

Eveline van der Wilk

Chercheur

Centre de prospective en santé publique, Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM)

Les comparaisons internationales sur la santé et les soins de santé gagnent de l'importance et sont utilisées de façon croissante pour évaluer les performances des systèmes nationaux de santé. Elles servent à la réflexion en amont, pour identifier des problèmes de politique de santé communs ou particuliers et permettent de replacer les tendances observées dans une perspective plus large. Les comparaisons internationales ont également prouvé leur validité d'un point de vue politique. Elles sont souvent mises en évidence de façon rapide par les médias et peuvent avoir une haute valeur dans l'établissement des calendriers.

Quatre rapports de comparaisons internationales sur la santé et les soins de santé

Au cours de l'année 2000, le rapport *La Santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant* a placé les Pays-Bas en 17^e position. Le ministère de la Santé a demandé au RIVM d'analyser la signification de ce classement. Pour cette analyse, on a inclus trois autres rapports qui étudiaient le système de santé et l'état de santé aux Pays-Bas dans une perspective internationale.

Le rapport sur la santé dans le monde 2000

L'OMS a développé un modèle nouveau et riche de perspectives pour décrire la performance du système de santé des 191 pays membres. Le concept de système de santé utilisé a été défini de façon large comme incluant toutes les actions contribuant à une meilleure santé. Cinq objectifs principaux d'un système de santé ont été retenus, pour

lesquels des indicateurs ont été développés : état de santé (niveau et distribution), réactivité du système de santé (niveau et distribution) et équité (de la contribution financière). Des indicateurs composés ont été calculés pour les « résultats » et la « performance » du système de santé. C'est concernant la performance globale que les Pays-Bas ont été placés au 17^e rang, ce qui interpellait le ministère.

L'approche générale utilisée, les modes de calcul des indicateurs ainsi que le manque substantiel de données ont fait l'objet de nombreuses discussions et critiques au niveau international. Cela a trouvé son expression dans la littérature scientifique, de même que dans les consultations qui se sont tenues dans les diverses régions de l'OMS (voir le site www.who.dk/observatory/studies/20020523_32). Comme critiques principales on pouvait noter : les valeurs politiques sous-jacentes, la valeur au pied de la lettre du classement, la cohérence des indicateurs, la disponibilité des données, une série de problèmes méthodologiques, l'acceptabilité de la méthode d'estimation de la « performance » et finalement le doute général sur l'utilité, pour la définition de politiques, d'un indicateur composé d'un si grand niveau d'agrégation. Une grande partie de la discussion a été relevée par l'OMS en vue d'améliorer son approche et sa communication.

Notre propre analyse conduit à la conclusion que le classement apparaît d'une faible signification vu les nombreuses incertitudes et hypothèses implicites. Le caractère « boîte noire » de l'approche ne conduit pas à un message clair pour la politique de santé hollandaise, à partir du classement général ni

pour le classement correspondant à un quelconque des autres indicateurs. Notre avis a été que, au lieu d'un indicateur général et d'un classement de la performance des systèmes de santé, une série claire d'indicateurs faisant l'objet d'un large consensus serait beaucoup plus utile à des fins politiques. Le rapport de l'OMS a cependant rempli l'un de ses principaux objectifs, à savoir placer les systèmes nationaux de santé dans le calendrier politique et le ministère hollandais de la Santé se propose de participer activement aux futurs développements de l'approche de l'OMS.

Vue d'ensemble des quatre rapports de comparaisons internationales

À partir de notre analyse nous constatons que, pour un bon nombre de points concernant l'état de santé et le système de santé, les Pays-Bas se situent dans la moyenne de l'Union européenne (tableau 1). Cela est contraire à la situation antérieure, quand notre pays se rangeait plutôt dans le haut de cet ensemble de pays. Dans beaucoup de cas cela s'explique par le rattrapage des pays du Sud. Comme exemples de moins bonne performance, on peut citer l'espérance de vie et la mortalité périnatale qui sont analysées plus en détail dans les sections suivantes.

L'espérance de vie des Pays-Bas est rattrapée par la moyenne européenne

Aux Pays-Bas, l'espérance de vie a récemment crû moins vite que dans beaucoup de pays voisins, particulièrement pour les femmes (figure 1). En concordance avec ce point, les tendances pour les taux de mortalité spécifiques par âge se sont récemment aplanies, après une période de baisse permanente. De plus, les données comparatives montrent que, dans les années récentes, la mortalité féminine aux Pays-Bas est supérieure à la moyenne de l'Union européenne entre 40 et 70 ans. Aux âges plus jeunes, les femmes hollandaises semblent avoir des taux de mortalité raisonnablement bas en comparaison avec la moyenne de l'Union européenne.

Parmi les causes de décès les plus importantes pour lesquelles les taux de décès des femmes hollandaises se situent au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, on peut citer : le cancer du sein, le cancer du poumon (<70 ans), la pneumonie et bronchite aiguë, le cancer colo-rectal, l'asthme et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives. Cela reflète bien les structures spécifiques par âge. En d'autres mots, ces causes de décès apparaissent clairement comme les

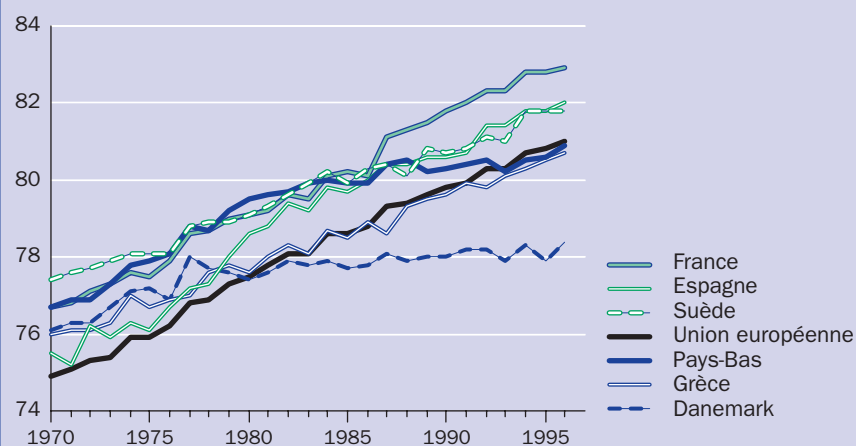
tableau 1

Position des Pays-Bas relativement aux pays de l'Union européenne et de l'OCDE, dans les quatre rapports étudiés

Performance des Pays-Bas inférieure à la moyenne	Performance des Pays-Bas aux alentours de la moyenne	Performance des Pays-Bas meilleure que la moyenne
<ul style="list-style-type: none"> • Tendances de l'espérance de vie, de la mortalité infantile • (Tendances concernant) les comportements tabagiques • Densité de médecins, nombre d'étudiants en médecine • Listes d'attente • Pourcentage du personnel de santé auprès des patients • Tendances des dépenses pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de l'espérance de vie, de la mortalité infantile • Espérance de vie corrigée de l'incapacité • Mortalité prématurée chez les femmes • Niveau de réactivité • Équité de la contribution financière • Nombre de consultations en soins ambulatoires • (Tendances concernant) les dépenses de santé • Niveau des dépenses pharmaceutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité prématurée chez les hommes • Santé perçue • Satisfaction des patients • Consommation médicale

figure 1

Espérance de vie à la naissance (femmes, en années)



Source : Eurostat.

facteurs des différentes tendances actuelles de la mortalité aux Pays-Bas.

Concernant les déterminants de ces principales causes de décès, il est clair que, spécialement pour le cancer du poumon et la bronchite chronique obstructive, le facteur de risque manifeste est le tabac. Les femmes hollandaises sont presque en première position dans l'Union européenne concernant le tabagisme (figure 2). Ces résultats montrent qu'une part considérable de la stagnation de l'espérance de vie des femmes aux Pays-Bas peut être attribuée au

comportement tabagique. Sur ce point les Pays-Bas suivent les traces du Danemark, où des tendances défavorables similaires pour la mortalité et l'espérance de vie ont suscité une analyse approfondie qui a permis de tirer des conclusions similaires [23].

Mortalité autour de la naissance aux Pays-Bas

La mortalité périnatale (morts fœtales à partir de 24-28 semaines de conception, plus la mortalité au cours de la première semaine après la naissance) constitue un autre indicateur

pour lequel les performances des Pays-Bas sont devenues récemment relativement faibles. La mortalité périnatale présente une décroissance continue dans tous les pays développés ainsi qu'une importante diminution des différences entre pays (figure 3). Le taux de mortalité périnatale pour les Pays-Bas a décru de 26,6 à 8,0 pour 1 000 naissances depuis 1960, mais les Pays-Bas sont passés du haut de l'échelle au milieu de la seconde moitié des pays de l'Union européenne en 1996.

Concernant la mortalité périnatale, le faible poids de naissance, la prématurité et les malformations congénitales sont les plus importants parmi les facteurs de risque associés à l'enfant. D'autres facteurs plutôt liés à la mère sont aussi associés avec des risques accrus de mortalité périnatale. On peut citer un âge élevé à la grossesse (plus de 35 ans) ou trop jeune (à l'adolescence), l'origine ethnique de la mère, souvent liée à un faible statut socio-économique, de même que les grossesses multiples ainsi que le fait de fumer durant la grossesse. Ces facteurs relèvent du champ du système de soins et de politiques de prévention.

De 1975 à 2000, l'âge moyen à la naissance pour le premier enfant des femmes hollandaises s'est élevé de plusieurs années et le pourcentage d'enfants hollandais nés d'une mère plus âgée que 35 ans est passé, pour la même période, de 5 à 20 %. Les comparaisons internationales montrent que pour ces deux indicateurs les données des Pays-Bas figurent parmi les plus élevées en Europe et ont augmenté relativement vite (figure 4).

Origine ethnique de la mère

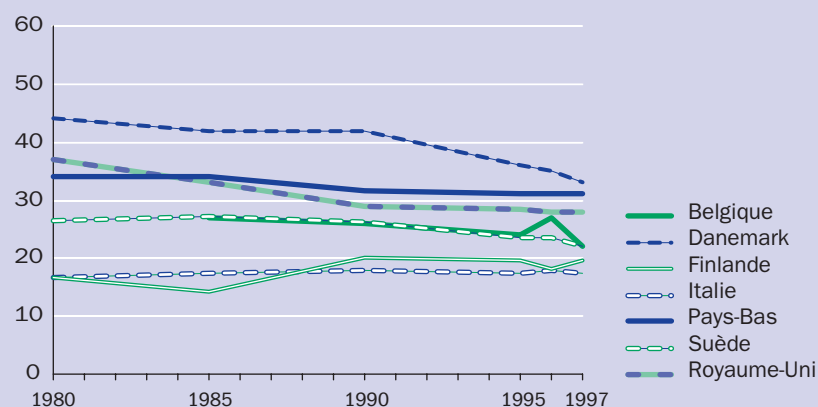
Entre 1975 et 2000, le pourcentage d'enfants nés d'au moins un parent né à l'étranger (critère utilisé pour définir l'origine de minorité ethnique) est passé d'à peu près 5 à environ 20 %. Les comparaisons internationales sont difficiles, mais les données disponibles suggèrent que l'augmentation a été plus forte aux Pays-Bas que dans la plupart des autres pays de l'Union européenne. Des études néerlandaises ont fourni des indications concernant l'étendue des différences de mortalité périnatale pour certains de ces groupes [40]. Il y a une forte corrélation entre certains groupes de minorités ethniques et un statut socio-économique faible.

Grossesses multiples

Les naissances multiples sont associées à un risque accru de mortalité périnatale, spécialement pour les rangs élevés (>2). La

figure 2

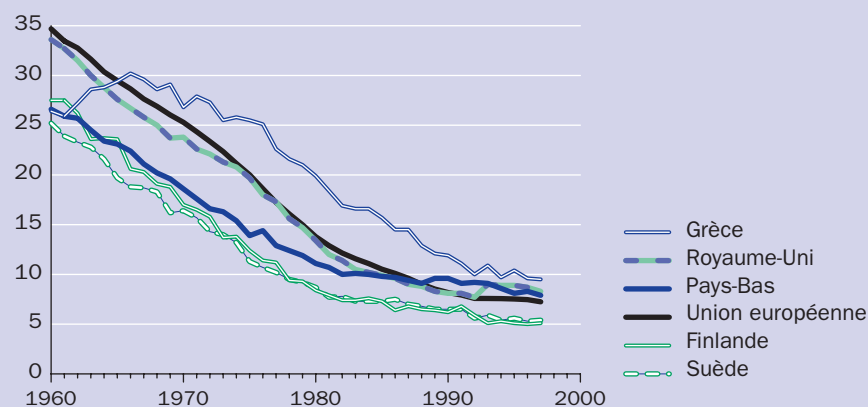
Évolution de la proportion de fumeuses quotidiennes (en pourcentage)



Source : OCDE, traitement RIVM.

figure 3

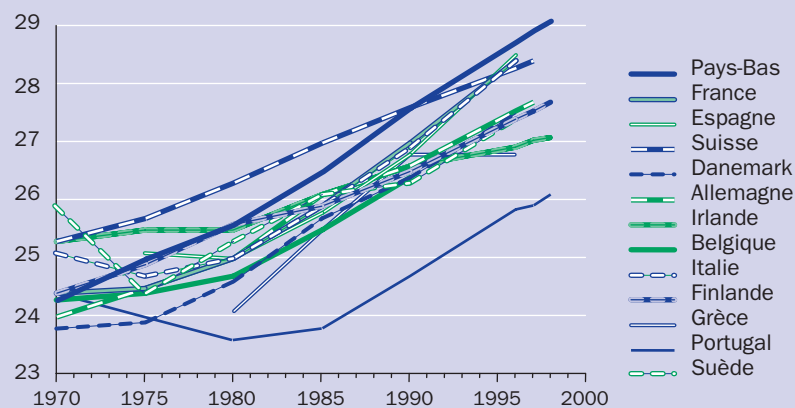
Évolution de la mortalité autour de la naissance (pour 1 000 naissances)



Source : OCDE, pour l'Union européenne, moyenne pondérée par le nombre de naissances.

figure 4

Âge de la mère lors de la naissance du premier enfant (en années)



Source : Conseil de l'Europe.

probabilité de grossesse multiple s'accroît avec l'âge de la mère, en relation avec l'augmentation des problèmes de fertilité et des interventions médicales dans l'assistance à la procréation. Entre 1980 et 2000, le pourcentage d'enfants issus de naissances multiples a à peu près doublé aux Pays-Bas. Environ la moitié de cette augmentation est imputée au traitement de l'infertilité. Les données disponibles suggèrent que le pourcentage de tels enfants est désormais aux Pays-Bas parmi les plus élevés en Europe.

Tabagisme durant la grossesse

Aux Pays-Bas, les femmes en âge de procréer sont, avec les femmes au Danemark, parmi les plus grandes fumeuses en Europe. Environ 20 % des femmes hollandaises fument encore durant la grossesse, ce qui représente un facteur de risque connu de faible poids de naissance et de mortalité périnatale. Il apparaît que la Finlande et la Suède ont de plus faibles prévalences de tabagisme durant la grossesse que les Pays-Bas.

Les tendances des facteurs de risque expliquent-elles les tendances de la mortalité périnatale ?

Il a été estimé [1] que le risque attribuable combiné en population pour trois de ces facteurs (âge élevé de la mère, origine de minorité ethnique et naissance multiple) a augmenté de 10 % à environ 26 % aux Pays-Bas au cours de la période 1975-2000. Les données disponibles suggèrent que cette augmentation a été plus élevée aux Pays-Bas que dans la plupart des autres pays de l'Union européenne.

Cependant, la mortalité périnatale aux Pays-Bas a nettement décliné de 1960 à 1980. Apparemment, d'autres facteurs l'ont emporté sur les effets mentionnés ci-dessus. On peut citer les conditions de vie (logement, nutrition) et les soins périnataux. La revue des études sur les soins périnataux montre que le pourcentage relativement élevé d'accouchements à domicile aux Pays-Bas ne représente pas un accroissement de risque en cas de grossesse sans complication. Elle montre également qu'une « fraction évitable » théorique de mortalité périnatale (25-30 %) est similaire dans la plupart des pays de l'Union européenne, mais quelque peu plus basse en Suède et en Finlande [48]. Ce sont, de fait, les deux pays de l'Union européenne dont les taux de mortalité périnatale sont les plus bas.

L'accent porté ici sur la mortalité péri-

natale ne tient pas compte du phénomène immanent que l'augmentation de la survie de nouveau-nés (très) immatures et de (très) faible poids de naissance grâce aux innovations technologiques s'accompagne d'un nombre croissant d'enfants qui subiront des conséquences en termes de déficiences cognitives, neurologiques et comportementales [8].

Défis pour la politique de santé

La plupart des causes indiquées dans l'analyse des tendances de la mortalité relèvent d'interventions de prévention. Cela comprend :

- La réduction du tabagisme, spécialement durant la grossesse ;
- L'amélioration de la continuité et de la qualité des soins anténataux et périnataux, y compris le dépistage prénatal adéquat ;
- Le renforcement de l'approche « interculturelle » des soins périnataux ;
- La diminution des motivations économiques pour les grossesses tardives, par exemple en améliorant les possibilités de garde de jour pour les jeunes enfants.

La mise en perspective d'un problème de santé publique, ici la mortalité périnatale, pour lequel la performance est moins bonne, avec les résultats, spécificités et politiques mises en œuvre dans d'autres pays permet un éclairage intéressant et peut être une aide à la définition de politiques nationales. ★