Panorama de la santé 2019

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES
POUR UNE VIE MEILLEURE

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, ainsi que les données et cartes 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.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr*.

ISBN 978-92-64-87047-5 (imprimé)
ISBN 978-92-64-56103-8 (pdf)

Panorama de la santé
ISSN 1817-0005 (imprimé)
ISSN 1999-1320 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photo : Cover © kudla/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm*.

© OCDE 2019

La copie, le téléchargement ou l'impression du contenu OCDE pour une utilisation personnelle sont autorisés. Il est possible d'inclure des extraits de publications, de bases de données et de produits multimédia de l'OCDE dans des documents, présentations, blogs, sites internet et matériel pédagogique, sous réserve de faire mention de la source et du copyright. Toute demande en vue d'un usage public ou commercial ou concernant les droits de traduction devra être adressée à *rights@oecd.org*. Toute demande d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales devra être soumise au Copyright Clearance Center (CCC), *info@copyright.com*, ou au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Le *Panorama de la santé* présente des comparaisons portant sur des indicateurs clés relatifs à l'état de santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE, ainsi que dans les pays candidats à l'adhésion et dans les pays partenaires. L'édition de 2019 présente les dernières données comparables au regard de 80 indicateurs, illustrant les différences entre les pays en matière d'état de santé, de facteurs de risques et de comportements ayant une incidence sur la santé, d'accès aux soins, de qualité des soins, et de ressources financières et physiques à l'appui de la santé. Outre une analyse par indicateur, un chapitre de synthèse fait le point sur les performances comparatives des pays et les grandes tendances, en mettant notamment l'accent sur les liens entre les dépenses de santé et le personnel de santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Cette édition propose par ailleurs un chapitre spécial consacré aux résultats déclarés par les patients et à leur vécu.

La réalisation du *Panorama de la santé* n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux pour les données. L'OCDE les remercie vivement d'avoir fourni la plupart des données contenues dans cette publication, ainsi que d'avoir apporté des commentaires détaillés sur la version préliminaire du rapport. Des remerciements particuliers sont adressés aux membres des groupes de travail sur les Enquêtes par indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS) concernant la santé mentale, le traitement du cancer du sein et l'arthroplastie de la hanche et du genou, pour leur contribution au chapitre 2 (particulièrement les personnes de pays, de registres ou d'organisations de soins de santé qui ont facilité la fourniture de données déclarées par les patients). L'OCDE exprime également sa gratitude à d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et Eurostat, pour leurs données et leurs commentaires. L'Union européenne a apporté un soutien financier et a contribué aux travaux de substance liés à PaRIS. Il convient de noter que les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE ou de l'Union européenne.

Cette publication a été préparée par la Division de la santé de l'OCDE, sous la coordination de Chris James. Le chapitre 1 a été rédigé par Chris James et Alberto Marino ; le chapitre 2 par Luke Slawomirski, Ian Brownwood, Emily Hewlett et Rie Fujisawa ; le chapitre 3 par Chris James, Viviane Azaïs, Eileen Rocard, Yuka Nishina et Emily Hewlett ; le chapitre 4 par Cristian Herrera, Jane Cheatley, Gabriel Di Paolantonio, Yuka Nishina et Michael Padget ; le chapitre 5 par Chris James, Michael Mueller, Viviane Azaïs, Alberto Marino et Marie-Clémence Canaud ; le chapitre 6 par Frédéric Daniel, Michael Padget, Eliana Barrenho, Rie Fujisawa, Luke Slawomirski et Ian Brownwood ; le chapitre 7 par David Morgan, Michael Mueller, Emily Bourke, Luca Lorenzoni, Alberto Marino et Chris James ; le chapitre 8 par Karolina Socha-Dietrich, Gaëlle Balestat, Gabriel Di Paolantonio, Emily Bourke et Emily Hewlett ; le chapitre 9 par Chris James, Gabriel Di Paolantonio, Gaëlle

Balestat, Alberto Marino et Caroline Penn ; le chapitre 10 par Valérie Paris, Ruth Lopert, Suzannah Chapman, Martin Wenzl, Marie-Clémence Canaud et Michael Mueller ; et le chapitre 11 par Elina Suzuki, Leila Pellet, Marie-Clémence Canaud, Thomas Rapp, Eliana Barrenho, Michael Padget, Frédéric Daniel, Gabriel Di Paolantonio, Michael Mueller et Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi. La traduction de la publication en français a été coordonnée par Gaëlle Balestat. Les bases de données de l'OCDE utilisées dans cette publication sont gérées par Gaëlle Balestat, Emily Bourke, Ian Brownwood, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel, David Morgan, Michael Mueller et Michael Padget.

Frederico Guanais et Gaétan Lafortune ont fourni des commentaires détaillés, tandis que Francesca Colombo, Mark Pearson, Stefano Scarpetta et Sarah Thomson ont apporté de précieuses contributions. De vifs remerciements sont adressés à Lucy Hulett, Lydia Wanstall et Marie-Clémence Canaud pour leur travail d'édition.

Table des matières

Résumé 7

Guide du lecteur 11

Chapitre 1. **Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances** 17
Introduction 18
État de santé 22
Facteurs de risque pour la santé 24
Accès aux soins 26
Qualité des soins 28
Ressources de santé 30
Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité, les résultats et les effectifs dans le secteur de la santé 32

Chapitre 2. **Systèmes de santé centrés sur la personne : en mesurer les aspects les plus importants** 37
Introduction 38
Un système de santé centré sur les patients doit évaluer les aspects importants aux yeux des usagers 39
Les taux d'arthroplastie sont en hausse, mais les patients font-ils état d'améliorations ? 42
Des informations de meilleure qualité sur les résultats du traitement du cancer du sein sont utiles aux patients confrontés à des choix difficiles 49
Les indicateurs actuels de santé mentale ne renseignent guère sur le vécu des patients et le résultat des soins 56
Conclusion 59

Suivez les publications de l'OCDE sur :

http://twitter.com/OECD_Pubs

http://www.facebook.com/OECDPublications

http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871

http://www.youtube.com/oecdilibrary

http://www.oecd.org/oecddirect/

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

En bas des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : *http://dx.doi.org*, ou de cliquer sur le lien depuis la version PDF de l'ouvrage.

Résumé

Le *Panorama de la santé 2019* présente les dernières données comparables sur la santé de la population et les performances des systèmes de santé, ainsi que leur évolution au fil du temps, dans les pays membres et partenaires de l'OCDE et les pays candidats à l'adhésion.

La longévité progresse moins vite ; la prévalence des maladies chroniques et des troubles de la santé mentale augmente

- En moyenne, dans les pays de l'OCDE, une personne née aujourd'hui peut espérer vivre près de 81 ans. Mais, depuis peu, l'espérance de vie progresse moins vite dans la plupart des pays de l'OCDE, en particulier aux États-Unis, en France et aux Pays-Bas. L'année 2015 a été particulièrement mauvaise, l'espérance de vie ayant reculé dans 19 pays.
- Les causes sont multiples. La prévalence croissante de l'obésité et du diabète a rendu difficile le maintien des progrès accomplis en termes de réduction des décès dus aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ces dernières années, les maladies respiratoires comme la grippe et la pneumonie ont fait plus de victimes, notamment chez les personnes âgées.
- Dans certains pays, avec la crise des opioïdes, davantage d'adultes d'âge actif sont morts d'un empoisonnement accidentel lié à la drogue. Les décès liés aux opioïdes ont augmenté d'environ 20 % depuis 2011 et ont fait environ 400 000 victimes rien qu'aux États-Unis. Le nombre de décès liés aux opioïdes est aussi relativement élevé au Canada, en Estonie et en Suède.
- Les crises cardiaques, les AVC et d'autres maladies circulatoires sont à l'origine d'environ un décès sur trois dans la zone OCDE ; en outre, un décès sur quatre est lié au cancer. Une meilleure prévention et des soins de santé de qualité auraient pu éviter près de 3 millions de décès prématurés.
- Près d'un adulte sur dix considère ne pas être en bonne santé. Ce constat s'explique en partie par le poids des maladies chroniques - près d'un tiers des adultes est atteint de deux maladies chroniques ou plus. La mauvaise santé mentale fait aussi des victimes : on estime qu'une personne sur deux souffrira d'un trouble de la santé mentale au cours de sa vie.

Le tabac, l'alcool et l'obésité continuent de tuer prématurément et de dégrader la qualité de vie

- Les modes de vie malsains – notamment le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité – sont à l'origine de nombreuses maladies chroniques, qui provoquent des décès prématurés et dégradent la qualité de vie.
- Alors que les taux de tabagisme diminuent, 18 % des adultes fument encore quotidiennement.
- La consommation d'alcool atteint en moyenne 9 litres d'alcool pur par personne et par an dans les pays de l'OCDE, soit près de 100 bouteilles de vin. Près de 4 % des adultes sont dépendants à l'alcool.
- Les taux d'obésité continuent d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE, 56 % des adultes étant en surpoids ou obèses et près d'un tiers des enfants âgés de 5 à 9 ans étant en surpoids.
- La pollution atmosphérique est responsable d'environ 40 morts pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Les taux de mortalité sont beaucoup plus élevés dans les pays partenaires que sont l'Inde et la Chine, avec environ 140 décès pour 100 000 habitants.

Des difficultés d'accès persistent, en particulier parmi les moins aisés

- On estime qu'un adulte sur cinq qui a besoin de consulter un médecin ne le fait pas, les moins aisés étant les premiers à renoncer à consulter. La participation aux programmes de dépistage du cancer est également moindre chez les individus les plus pauvres, même si la plupart des pays de l'OCDE proposent des programmes gratuits.
- Les paiements directs des ménages représentent en moyenne un peu plus d'un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé, et plus de 40 % en Lettonie et au Mexique. Les préoccupations liées au coût font que les individus retardent le moment de consulter ou ne cherchent pas à se soigner, les moins aisés étant trois fois plus susceptibles que les plus aisés de faire état de besoins non satisfaits pour des raisons financières.
- Les délais d'attente et les difficultés de transport entravent l'accès aux soins dans certains pays. Par exemple, les délais d'attente pour une arthroplastie du genou sont supérieurs à un an au Chili, en Estonie et en Pologne.
- On observe de telles difficultés d'accès aux soins alors que la plupart des pays de l'OCDE offrent une couverture universelle ou quasi-universelle pour un ensemble de services de base. Les raisons à cela tiennent en partie à une participation élevée au coût, à une exclusion de certains services dans la couverture sociale de base ou à un rationnement implicite des services. D'autres facteurs expliquent cette situation, notamment des connaissances limitées en matière de santé, des imperfections des stratégies de communication et une faible qualité des soins.

La qualité des soins s'améliore en termes de sécurité et d'efficacité, mais il faudrait accorder plus d'attention aux déclarations des patients quant à leurs résultats et leur vécu

- La sécurité des patients s'est améliorée eu égard à de nombreux indicateurs, mais il faut aller plus loin. Par exemple, 5 % des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale.

- Des systèmes solides de soins primaires gardent les individus en bonne santé et peuvent traiter la plupart des cas simples. Ils atténuent également la pression exercée sur les hôpitaux : les admissions évitables pour des maladies chroniques ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE, en particulier en Corée, en Lituanie, au Mexique et en Suède.
- En ce qui concerne les soins intensifs, on meurt moins des suites d'une crise cardiaque ou d'un AVC, avec la Norvège et l'Islande affichant de faibles taux de létalité pour ces deux pathologies. Outre la pratique de la médecine basée sur des preuves, la prise en charge en temps voulu est essentielle.
- Les taux de survie pour une série de cancers se sont également améliorés, témoignant d'une meilleure qualité des soins préventifs et curatifs. Dans tous les pays de l'OCDE, par exemple, les femmes à qui l'on diagnostique un cancer du sein à un stade précoce ont au moins 90 % de chances de survivre à leur cancer pendant au moins cinq ans.
- Pour mieux comprendre la qualité des soins, il convient d'évaluer les dimensions qui comptent vraiment pour les patients. Pourtant, rares sont les systèmes de santé qui interrogent régulièrement les patients sur les résultats de leur prise en charge et sur leur vécu quant à leur parcours de soins. Les données préliminaires montrent une amélioration des résultats déclarés par les patients. Par exemple, à la suite d'une arthroplastie de la hanche, la qualité de vie – en termes de mobilité, d'autonomie, d'activité, de douleur et de dépression – s'améliore en moyenne de 20 % environ.

Les pays dépensent beaucoup pour la santé, mais pas toujours de façon optimale

- Les dépenses de santé se sont élevées à environ 4 000 USD par personne (ajustées en fonction des pouvoirs d'achat), en moyenne dans les pays de l'OCDE. Les États-Unis dépensent largement plus que tous les autres pays, avec plus de 10 000 USD par habitant. C'est le Mexique qui dépense le moins, avec environ 1 150 USD par habitant.
- Les dépenses de santé ont largement dépassé la croissance économique dans le passé et, malgré un ralentissement ces dernières années, elles devraient continuer à le faire à l'avenir. Selon de nouvelles estimations, les dépenses de santé atteindront 10.2 % du PIB d'ici 2030 dans les pays de l'OCDE, par rapport à 8.8 % en 2018. Ces chiffres font naître des inquiétudes liées à la viabilité financière des systèmes de santé, compte tenu notamment du fait que la plupart des pays puisent en grande partie leurs financements dans des sources publiques.
- Des réformes visant à améliorer l'efficience économique s'imposent. Le recours accru aux génériques a permis de réaliser des économies, même si les génériques ne représentent qu'environ la moitié du volume des produits pharmaceutiques vendus dans les pays de l'OCDE. La progression de la chirurgie ambulatoire, la baisse des taux d'hospitalisation et la réduction de la durée des séjours à l'hôpital peuvent également être le signe d'une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières coûteuses.
- Dans les pays de l'OCDE, les systèmes de santé et les systèmes sociaux emploient aujourd'hui plus de travailleurs que jamais auparavant, les soins de santé et les services sociaux représentant environ un emploi sur dix. Le transfert de tâches entre les médecins d'une part et le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé d'autre part peut atténuer la pression des coûts et permettre de réaliser des gains d'efficience.
- Le vieillissement de la population accroît la demande de services de santé, en particulier pour les soins de longue durée. Ce phénomène renforce la pression qui s'exerce sur les

membres de la famille, en particulier les femmes, car 13 % environ des personnes âgées de 50 ans et plus prodiguent des soins informels au moins une fois par semaine à un parent ou un ami dépendant. D'ici 2050, la part de la population âgée de 80 ans et plus va plus que doubler.

Guide du lecteur

Le *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de* l'*OCDE* présente des comparaisons des principaux indicateurs relatifs à la santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les 36 pays membres de l'OCDE. Les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires – Afrique du Sud, Brésil, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie (Russie), Inde, Indonésie et République populaire de Chine (Chine) – ont également été inclus, dans la mesure du possible. Le 25 mai 2018, le Conseil de l'OCDE a invité la Colombie à devenir Membre de l'Organisation. À la date de rédaction du présent rapport, la Colombie n'avait pas encore déposé son instrument d'adhésion à la Convention de l'OCDE, c'est pourquoi elle n'apparaît pas dans la liste des pays Membres de l'OCDE et n'est pas prise en compte dans les agrégats relatifs à la zone OCDE.

Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles.

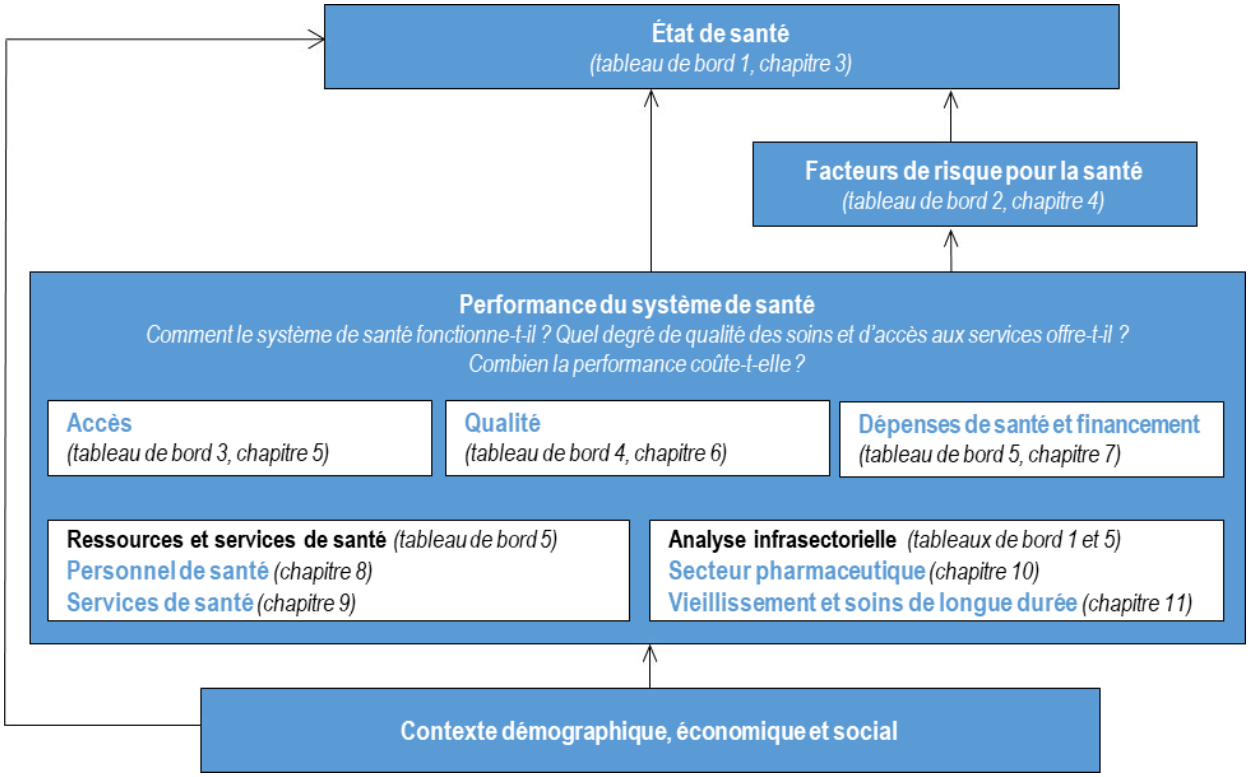
Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui sous-tend le Panorama de la santé permet d'analyser le fonctionnement des systèmes de santé en se plaçant dans le contexte global des déterminants de la santé (Graphique 1). Il repose sur le modèle entériné dans le cadre du projet de l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé, fondé sur le principe selon lequel les systèmes de soins de santé ont pour objectif premier d'améliorer l'état de santé de la population.

Nombre de facteurs extérieurs aux systèmes de santé influent sur l'état de santé de la population, parmi lesquels les revenus, le niveau d'études, l'environnement physique dans lequel vivent les individus et leur hygiène de vie. Le contexte démographique, économique et social exerce aussi une influence sur la demande et l'offre de services de santé, et *in fine* l'état de santé de la population.

Parallèlement, le fonctionnement du système de santé influe de manière déterminante sur l'état de santé de la population. Des services de santé de qualité et accessibles à tous vont de pair avec de meilleurs résultats en matière de santé. La réalisation des objectifs d'accessibilité et de qualité, et à terme d'amélioration des résultats en matière de santé, dépend en grande partie du niveau des dépenses allouées à la santé. Ces dépenses permettent d'assurer la rémunération du personnel de santé qui dispense les soins requis, ainsi que de financer les biens et services nécessaires à la prévention et au traitement des maladies. Il convient toutefois de veiller à ce que ces ressources soient utilisées de manière optimale.

Graphique 1. **Cadre conceptuel pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé, fondé sur les indicateurs du Panorama de la santé**



Source : Adapté de Carinci, F. et al. (2015), « Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, n°2, pp. 137-146.

Structure de la publication

Le *Panorama de la santé 2019* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général. Il se structure en onze chapitres. Le premier dresse un ***état des lieux de la santé et du fonctionnement des systèmes de santé***, en s'appuyant sur un sous-ensemble d'indicateurs clés du rapport. Les tableaux de bord par pays mettent en lumière les forces et faiblesses relatives des systèmes de santé des pays de l'OCDE, parallèlement aux données de synthèse de la zone OCDE. Le chapitre illustre également les liens entre le montant des dépenses de santé d'un pays et les résultats auxquels sa population attache de l'importance.

Le deuxième chapitre se focalise sur les ***résultats déclarés par les patients et leur vécu***, des indicateurs qui offrent une vue plus précise de ce qui compte pour les patients. Il explique les raisons qui justifient de recueillir et d'utiliser les informations fournies par les patients. Il présente également des résultats préliminaires provenant de quelques pays dans trois domaines cliniques : les arthroplasties du genou et de la hanche ; le traitement du cancer du sein ; et la santé mentale.

Les neuf chapitres suivants établissent des comparaisons détaillées entre pays au regard d'un éventail d'indicateurs de santé avec, lorsque c'est possible, une analyse des tendances temporelles et des données ventilées en fonction des caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Le chapitre 3 sur l'***état de santé*** met en évidence des différences entre les pays au niveau de l'espérance de vie, des principales causes de mortalité, de la fréquence des maladies et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. Il inclut également des mesures sur les inégalités en termes d'état de santé selon le niveau d'éducation et de revenu, pour des indicateurs clés tels que l'espérance de vie et l'état de santé perçu.

Le chapitre 4 analyse les ***facteurs de risque pour la santé***. L'accent est mis sur les comportements ayant une incidence sur la santé des individus, qui peuvent pour la plupart être modifiés par le biais d'interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention. On trouve parmi eux les principaux facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité ; ainsi que de nouvelles données sur la consommation d'opioïdes. Le chapitre étudie également l'hygiène de vie, et l'exposition de la population à la pollution atmosphérique et aux températures extrêmes.

Le chapitre 5 sur l'***accès aux soins*** évalue dans quelle mesure les individus ont accès aux services dont ils ont besoin, en accordant une attention plus particulière aux inégalités socioéconomiques. Des mesures globales de la couverture de la population sont également présentées, de même que les conséquences financières de l'accès aux services pour les ménages.

Le chapitre 6 évalue la ***qualité et les résultats des soins*** en termes de sécurité des patients, d'efficacité clinique, et de l'adéquation des soins aux besoins de la personne. Sont inclus des indicateurs couvrant l'ensemble du cycle de soins, de la prévention aux soins primaires, de longue durée et intensifs. Le chapitre propose notamment une analyse des pratiques de prescription, de la prise en charge des maladies chroniques, des soins intensifs liés aux crises cardiaques et aux AVC, de la prise en charge des troubles mentaux et du cancer, et de la prévention des maladies transmissibles.

Le chapitre 7 porte sur les ***dépenses de santé et leur financement***. Il compare les budgets que les différents pays consacrent à la santé, à la fois en termes de dépenses par habitant et en proportion du PIB. Il analyse ensuite les variations constatées en termes de prix, les modalités de financement choisies par les pays (régimes à prépaiement ou paiements directs des ménages), et la part des financements publics et des financements privés. Il étudie également les dépenses par type de service et par prestataire. Enfin, il présente des projections de dépenses à horizon 2030 dans le cadre de différents scénarios.

Le chapitre 8 traite du ***personnel de santé***, et notamment de l'offre de personnel médical et infirmier ainsi que de la rémunération de ces professionnels. Ce chapitre présente également des données sur le nombre de nouveaux diplômés issus des programmes de formation de personnel médical et infirmier. Il présente des indicateurs sur les migrations internationales de médecins et de personnel infirmier, en comparant les pays au regard de leur dépendance vis-à-vis des travailleurs formés à l'étranger.

Le chapitre 9 sur les ***services de santé*** décrit certaines des caractéristiques principales de l'offre de services de santé. Il commence par le nombre de consultations médicales, qui sont souvent le « point d'entrée » des patients dans les systèmes de santé. Il compare ensuite l'utilisation et l'offre de services hospitaliers en termes de sorties d'hôpital, de nombre de lits et de durée moyenne de séjour. Sont également analysés le recours aux technologies médicales, les procédures chirurgicales courantes, et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Le chapitre 10 porte sur le ***secteur pharmaceutique***. L'analyse des dépenses pharmaceutiques met en évidence la différence d'envergure du marché d'un pays à l'autre, de même que les variations des dépenses consacrées à la recherche et au développement. Ce chapitre évalue également le nombre de pharmaciens et de pharmacies, la consommation de certains médicaments d'usage courant, et le recours aux génériques et biosimilaires.

Le chapitre 11 est consacré au ***vieillissement et aux soins de longue durée***. Il évalue les principaux déterminants de la demande de soins de longue durée, à savoir l'évolution démographique et les indicateurs de l'état de santé des populations âgées. Il compare la prévalence de la démence et la qualité de la prise en charge de cette dernière, de même que la sécurité des soins dispensés aux populations âgées. Les bénéficiaires de soins de longue durée et les aidants formels et informels sont également pris en considération, ainsi que l'évolution des dépenses et des coûts unitaires.

Présentation des indicateurs

À l'exception des deux premiers chapitres, les indicateurs abordés dans le reste de cette publication sont présentés sur deux pages. La première page présente une définition des indicateurs, ainsi que les principaux enseignements tirés des données et des informations sur l'action publique, et signale les éventuelles différences de méthodologie entre les pays susceptibles d'avoir une incidence sur la comparabilité des données. Quelques références clés sont également fournies.

Le lecteur trouvera sur la seconde page un ensemble de graphiques présentant généralement les valeurs les plus récentes de l'indicateur considéré et, dans la mesure du possible, leur évolution dans le temps. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, de la moyenne non pondérée des pays de l'OCDE présentés. Le nombre de pays inclus pour le calcul de la moyenne OCDE est indiqué dans les graphiques, et pour les graphiques montrant plus d'une année ce nombre fait référence à la dernière année disponible.

Limites des données

Les limites de comparabilité des données sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et comparabilité ») ainsi que dans les notes qui accompagnent les graphiques.

Sources des données

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses et des recherches plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, sources et méthodes présentées dans la base de données en ligne *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, sur le site OECD.Stat (*https://oe.cd/ds/stats-sante*). De plus amples informations sur cette base de données peuvent être consultées à l'adresse *http://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm*.

Les chiffres de population

Les chiffres de population utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés d'Eurostat pour les pays européens et des données de l'OCDE basées sur l'*Annuaire démographique des Nations unies* et les *Perspectives démographiques mondiales des*

Nations unies (diverses éditions) ou sur des estimations nationales pour les pays non-européens de l'OCDE (données extraites début juin 2019), et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

Il convient aussi de noter que certains pays, comme les États-Unis, la France et le Royaume-Uni, ont des territoires outre-mer. Les populations qui vivent sur ces territoires ne sont généralement pas prises en compte. Toutefois, la population prise en considération pour le calcul du PIB par habitant ou d'autres indicateurs économiques concernant ces pays peut varier suivant la couverture des données.

Codes ISO des pays de l'OCDE

Allemagne	DEU	Italie	ITA
Australie	AUS	Japon	JPN
Autriche	AUT	Lettonie	LVA
Belgique	BEL	Lituanie	LTU
Canada	CAN	Luxembourg	LUX
Chili	CHL	Mexique	MEX
Corée	KOR	Norvège	NOR
Danemark	DNK	Nouvelle-Zélande	NZL
Espagne	ESP	Pays-Bas	NLD
Estonie	EST	Pologne	POL
États-Unis	USA	Portugal	PRT
Finlande	FIN	République slovaque	SVK
France	FRA	République tchèque	CZE
Grèce	GRC	Royaume-Uni	GBR
Hongrie	HUN	Slovénie	SVN
Irlande	IRL	Suède	SWE
Islande	ISL	Suisse	CHE
Israël	ISR	Turquie	TUR

Codes ISO des pays partenaires

Afrique du Sud	ZAF	Costa Rica	CRI
Brésil	BRA	Inde	IND
Chine (République populaire de)	CHN	Indonésie	IDN
Colombie	COL	Russie	RUS

© OCDE 2019

Chapitre 1

Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

Ce chapitre analyse un ensemble d'indicateurs fondamentaux portant sur la santé et les systèmes de santé. Les tableaux de bord nationaux permettent de comparer les résultats des pays de l'OCDE selon cinq dimensions : l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et les ressources de santé. Les vues d'ensemble des pays de l'OCDE synthétisent les écarts de performance entre pays, ainsi que les évolutions dans le temps. Enfin, les graphiques en quadrant mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et les effectifs, l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Introduction

Les indicateurs de santé sont utiles en ce qu'ils donnent un aperçu immédiat de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Ce chapitre d'introduction propose un tableau comparatif des pays de l'OCDE à l'aune de 20 indicateurs fondamentaux. Il examine en outre les liens entre les sommes que les pays investissent dans leur système de santé et les effectifs, l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

Cette analyse comparative n'a pas pour ambition de désigner les pays qui possèdent les systèmes de santé les plus performants dans l'ensemble ; il s'agit plutôt de recenser les forces et les faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE, une démarche susceptible d'aider les responsables publics à définir les domaines d'intervention prioritaires pour leur pays. Les chapitres suivants du *Panorama de la santé* présentent une série d'indicateurs plus détaillés, agencés par thème.

Cinq aspects de la santé et des systèmes de santé sont analysés ici, qui couvrent des composantes fondamentales de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Quatre indicateurs synthétiques sont analysés pour chacun d'eux (Tableau 1.1). Ils ont été choisis en fonction de leur utilité et de leur exploitabilité pour l'action publique, ainsi que du critère plus pratique de la disponibilité des données dans les différents pays.

Des *tableaux de bord* sont établis à partir de ces indicateurs pour chacun des cinq aspects. Ils comparent les résultats des pays entre eux et avec la moyenne de l'OCDE. Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

- Bleu, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE
- Vert, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE
- Rouge, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE

La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les ressources de santé (Tableau 1.6), où les indicateurs ne peuvent être rigoureusement classés comme présentant des performances inférieures ou supérieures. C'est pourquoi le code couleur retenu consiste en une nuance plus ou moins prononcée de bleu pour indiquer qu'un pays dispose d'une ressource donnée en quantité nettement inférieure ou nettement supérieure à la moyenne de l'OCDE.

Les *vues d'ensemble de l'OCDE* fournissent des statistiques synthétiques correspondant à chacun des indicateurs. Ils complètent les tableaux de bord nationaux en donnant une vue d'ensemble de chaque indicateur, à l'échelle de l'OCDE. Outre la moyenne pour l'OCDE, ils présentent les valeurs supérieures et inférieures des indicateurs, ce qui donne une idée générale des variations entre pays. Les pays où un indicateur donné enregistre une amélioration comparativement importante dans le temps sont également indiqués.

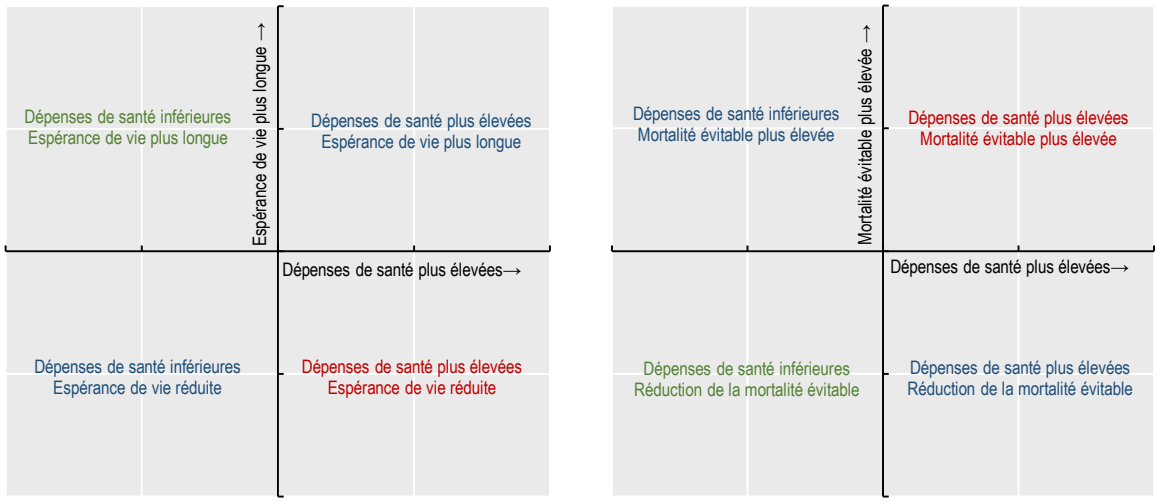
Tableau 1.1. **État de santé des populations et fonctionnement du système de santé : indicateurs synthétiques**

Aspect	Indicateur
État de santé (chapitres 3 et 11)	Espérance de vie – années de vie escomptées à la naissance Mortalité évitable – décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge) Morbidité des maladies chroniques – prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge) État de santé autoévalué – population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Facteurs de risque pour la santé (chapitre 4)	Tabagisme – fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus) Alcool – litres consommés par habitant (population âgée de 15 ans et plus) Surpoids/obésité – population présentant un IMC>=25 kg/m^2 (% de la population âgée de 15 ans et plus) Pollution atmosphérique – décès dus à la pollution (pour 100 000 habitants)
Accès aux soins (chapitre 5)	Couverture de la population – population couverte pour les services essentiels (% de la population) Protection financière – dépenses couvertes par les régimes à prépaiement (% des dépenses totales) Couverture des services, soins primaires – probabilité de consultation d'un médecin, corrigée pour tenir compte des besoins (% de la population âgée de 15 ans et plus) Couverture des services, soins préventifs – probabilité de dépistage du cancer du col de l'utérus (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Qualité des soins (chapitre 6)	Sécurité des prescriptions – antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 100 000 habitants) Efficacité des soins primaires – admissions évitables pour asthme/BPCO (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Efficacité des soins secondaires – taux de mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Efficacité de la prise en charge du cancer – taux de survie net à cinq ans du cancer du sein (%, standardisés en fonction de l'âge)
Ressources de santé (chapitres 7 à 10)	Dépenses de santé – par habitant (en USD sur la base de la parité de pouvoir d'achat) Part des dépenses de santé – en % du PIB Médecins – nombre de médecins en exercice (pour 1 000 habitants) Personnel infirmier – nombre d'infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)

Note : IMC = indice de masse corporelle ; BPCO = Bronchopneumopathie chronique obstructive ; IAM = infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque).

Enfin, les *graphiques en quadrant* mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et l'efficacité avec laquelle les systèmes de santé fonctionnent. Autrement dit, ils montrent dans quelle mesure une hausse des dépenses de santé se traduit par une amélioration des résultats en matière de santé, de la qualité des soins, et de l'accès aux soins, dans les pays de l'OCDE, tout en reconnaissant l'importance des principaux facteurs de risque. Le lien entre les dépenses et les effectifs de santé est également examiné. Ces graphiques font uniquement apparaître les corrélations simples à un niveau macro entre les différents indicateurs, et non les relations causales. Ils ont pour objet de stimuler des discussions plus approfondies sur la hiérarchisation des priorités de l'action publique, en mettant en évidence les domaines dans lesquels les pays pourraient obtenir de meilleurs résultats. Le centre de chaque graphique en quadrant représente la moyenne de l'OCDE, avec les dépenses de santé en abscisse et l'autre variable d'intérêt en ordonnée. Le Graphique 1.1 illustre l'interprétation de base de chaque quadrant, en prenant comme exemple les variables de résultats en matière de santé.

Graphique 1.1. **Interprétation des graphiques en quadrant: Variables relatives aux dépenses de santé et aux résultats en matière de santé**



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

Le classement des pays (supérieur, inférieur ou proche de la moyenne de l'OCDE) se fonde sur l'écart-type de chaque indicateur (une mesure statistique courante de la dispersion). Cette méthode est préférée à celle consistant à utiliser un pourcentage ou un nombre fixes de pays par catégorie car elle rend compte du degré de variation (c'est-à-dire l'éloignement d'un pays par rapport à la moyenne). Les pays sont classés dans la catégorie « proche de la moyenne de l'OCDE » (bleue) dès lors que la valeur d'un indicateur se situe dans la limite d'un écart-type par rapport à cette moyenne pour la dernière année. Les valeurs particulièrement aberrantes (supérieures à trois écarts-types) sont exclues du calcul de l'écart-type pour éviter les distorsions statistiques. Ces exclusions sont signalées dans les tableaux de bord nationaux correspondants.

Pour un indicateur type, 65 % des pays environ (24 ou 25 pays) seront proches de la moyenne de l'OCDE, les 35 % restant enregistrant des performances sensiblement supérieures (en vert) ou inférieures (en rouge). Quand le nombre de pays proches de la moyenne de l'OCDE est supérieur (inférieur), cela signifie que les variations entre pays sont relativement faibles (élevées) pour l'indicateur considéré. S'agissant des taux d'obésité, par exemple, 27 pays sont proches de la moyenne de l'OCDE. En revanche, 16 pays seulement en sont proches en ce qui concerne la mortalité évitable.

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

Les valeurs moyenne, supérieure et inférieure de l'OCDE de la dernière année disponible sont signalées pour chaque indicateur ; elles correspondent aux données illustrées dans les principaux chapitres de cette publication. Les pays où un indicateur donné enregistre une amélioration comparativement importante dans le temps sont également indiqués.

Graphiques en quadrant

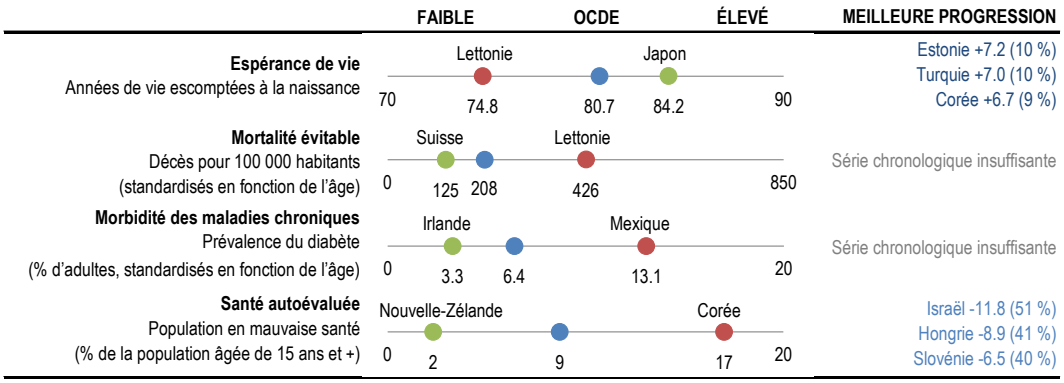
Les graphiques en quadrant établissent le rapport entre les dépenses de santé par habitant et un autre indicateur présentant un intérêt (résultats de santé, qualité de la prise en charge, accès aux soins et personnel de santé). Ils illustrent l'écart, en pourcentage, de chaque indicateur par rapport à la moyenne de l'OCDE. Le point d'intersection des axes représente la moyenne de l'OCDE pour les deux indicateurs, de sorte que les écarts par rapport à celui-ci mettent en évidence les pays qui enregistrent des résultats supérieurs ou inférieurs à cette moyenne. Une droite de corrélation simple est également représentée. Les pays sont classés selon des codes de couleurs en fonction d'un indice simple (non pondéré) des facteurs de risque qui établit la moyenne des variables correspondant au tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité (l'interprétation des couleurs - bleu, vert et rouge – étant la même que pour les tableaux de bord nationaux).

Les données de la dernière année disponible sont utilisées pour les deux variables de chaque graphique. Cette méthode a pour défaut de ne pas prendre en compte les effets différés – par exemple, il faut parfois quelques années pour que l'augmentation des dépenses de santé se traduise par une hausse de l'espérance de vie, ou que les facteurs de risque se traduisent par des taux de mortalité évitable plus élevés.

État de santé

Quatre indicateurs de l'état de santé rendent compte des composantes essentielles de la durée de la vie et de sa qualité. L'espérance de vie est un indicateur fondamental de l'état de santé global d'une population ; la mortalité évitable appelle l'attention sur les décès prématurés qui auraient pu être évités ou dont les causes auraient pu être traitées. La prévalence du diabète met en évidence la morbidité d'une maladie chronique de première importance ; la santé autoévaluée offre une mesure plus générale de la santé mentale et physique. Le Graphique 1.2 présente une vue d'ensemble de l'état de santé dans les pays de l'OCDE, et le Tableau 1.2 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.2. **Vue d'ensemble de l'état de santé dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

D'après ces indicateurs, ce sont le Japon, l'Espagne, la Suisse et les Pays-Bas qui affichent les meilleurs résultats globaux en matière de santé. La Hongrie, la Lettonie, le Mexique, la Pologne et la République slovaque se situent régulièrement en deçà de la moyenne de l'OCDE. Les systèmes de santé performants contribuent à l'amélioration des résultats en offrant des services plus accessibles et de meilleure qualité. Les différences dans les facteurs de risques (tabagisme, consommation d'alcool et obésité) expliquent aussi les écarts de résultats entre pays. Les déterminants plus généraux de la santé entrent aussi en ligne de compte, notamment la hausse des revenus et du niveau d'instruction et l'amélioration des cadres de vie.

Le Japon, la Suisse et l'Espagne se classent en tête d'un vaste groupe composé de 26 pays de l'OCDE qui affichent une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 77 et 80 ans. La Lettonie, la Lituanie, le Mexique et la Hongrie enregistrent l'espérance de vie la plus faible (moins de 76 ans en 2017). Si l'espérance de vie a régulièrement augmenté dans l'ensemble de l'OCDE au fil des ans, on constate depuis quelques années un ralentissement des gains de longévité.

Les taux de mortalité évitable (par prévention et par traitement) les plus bas sont observés en Suisse, en Islande, au Japon, en Suède et en Norvège, où moins de 300 personnes sur 100 000 sont décédées prématurément. Les plus élevés sont ceux de la Lettonie, la Lituanie et la Hongrie (plus de 800 décès prématurés pour 100 000 habitants).

C'est au Mexique, en Turquie et aux États-Unis que la prévalence du diabète est la plus forte, plus de 10 % des adultes étant atteints de cette maladie (données standardisées en fonction de l'âge). Les taux de prévalence du diabète standardisés en fonction de l'âge se sont stabilisés dans de nombreux pays de l'OCDE, surtout en Europe occidentale, mais ont sensiblement progressé en Turquie et dans la plupart des pays partenaires. Cette évolution tient en partie à la hausse des taux d'obésité et à l'inactivité physique, et à leur interaction avec le vieillissement démographique.

Tableau 1.2. **Tableau de bord sur l'état de santé**

	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidité des maladies chroniques		Santé autoévaluée	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	**80.7**	◉	**208**	◉	**6.4**	◉	**8.7**	◉
Allemagne	81.1	◉	186	◉	8.3	☒	8.4	◉
Australie	82.6	◉	145	☑	5.1	◉	3.7	☑
Autriche	81.7	◉	175	◉	6.4	◉	8.1	◉
Belgique	81.6	◉	172	◉	4.3	☑	8.6	◉
Canada	82.0	◉	176	◉	7.4	◉	3.2	☑
Chili	80.2	◉	206	◉	8.5	☒	6.6	◉
Corée	82.7	◉	159	◉	6.8	◉	17.0	☒
Danemark	81.2	◉	184	◉	6.4	◉	7.5	◉
Espagne	83.4	☑	146	☑	7.2	◉	6.6	◉
Estonie	78.2	☒	297	☒	4.0	☑	14.6	☒
États-Unis	78.6	◉	262	☒	10.8	☒	2.6	☑
Finlande	81.7	◉	184	◉	5.8	◉	5.7	◉
France	82.6	◉	154	☑	4.8	◉	8.3	◉
Grèce	81.4	◉	187	◉	4.6	☑	10.4	◉
Hongrie	75.9	☒	388	☒	7.6	◉	11.9	◉
Irlande	82.2	◉	172	◉	3.3	☑	3.4	☑
Islande	82.7	◉	140	☑	5.3	◉	6.4	◉
Israël	82.6	◉	134	☑	6.7	◉	10.9	◉
Italie	83.0	◉	143	☑	4.8	◉	5.8	◉
Japon	84.2	☑	138	☑	5.7	◉	14.1	☒
Lettonie	74.8	☒	426	☒	4.9	◉	15.5	☒
Lituanie	75.6	☒	385	☒	3.7	☑	16.4	☒
Luxembourg	82.2	◉	152	☑	4.4	☑	9.3	◉
Mexique	75.4	☒	367	☒	13.1	☒	-	-
Norvège	82.7	◉	145	☑	5.3	◉	7.2	◉
Nouvelle-Zélande	81.9	◉	178	◉	8.1	◉	2.3	☑
Pays-Bas	81.8	◉	153	☑	5.3	◉	4.6	☑
Pologne	77.9	☒	268	☒	5.9	◉	13.6	☒
Portugal	81.5	◉	180	◉	9.9	☒	15.3	☒
République slovaque	77.3	☒	323	☒	7.3	◉	11.3	◉
République tchèque	79.1	◉	245	◉	6.8	◉	10.7	◉
Royaume-Uni	81.3	◉	189	◉	4.3	☑	7.1	◉
Slovénie	81.1	◉	210	◉	7.3	◉	9.7	◉
Suède	82.5	◉	144	☑	4.8	◉	5.7	◉
Suisse	83.6	☑	125	☑	5.6	◉	4.1	☑
Turquie	78.1	☒	257	◉	12.1	☒	9.4	◉

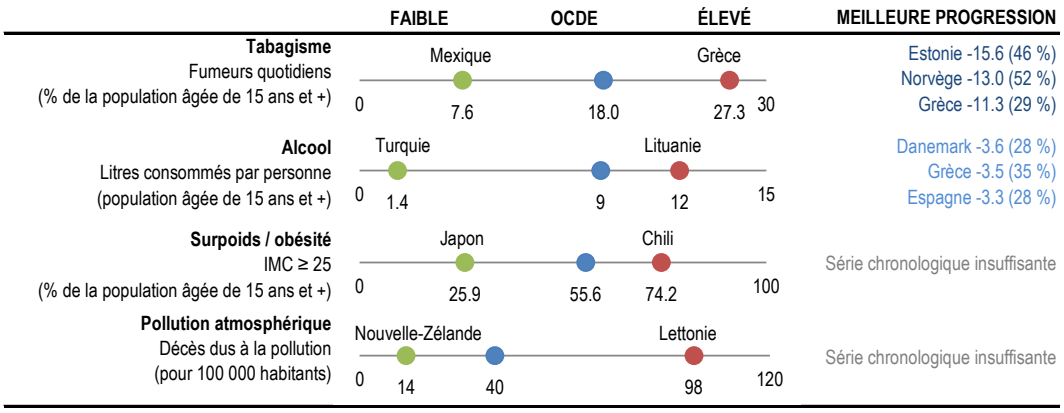
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique et la Turquie pour la prévalence du diabète.

Globalement, dans l'OCDE, près de 9 % des adultes s'estiment en mauvaise santé. Ce pourcentage va de plus de 15 % en Corée, en Lituanie, en Lettonie et au Portugal à moins de 4 % en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, au Canada, en Irlande et en Australie. Cela dit, des disparités socioculturelles, la proportion de personnes âgées et des différences dans la conception des enquêtes altèrent la comparabilité internationale des données. Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu portent dans l'ensemble un jugement moins positif sur leur santé que les personnes à revenu élevé.

Facteurs de risque pour la santé

Le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité sont les trois facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles, et sont à l'origine d'une part importante des décès mondiaux. La pollution atmosphérique est aussi un déterminant non-médical essentiel de la santé. Le Graphique 1.3 donne un aperçu des facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, et le Tableau 1.3 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.3. **Vue d'ensemble des facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

La Norvège et la Suède affichent de bons résultats pour ces indicateurs. Le tabac est à l'origine de nombreuses maladies - selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, il tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde. Les taux de tabagisme s'échelonnent de plus de 25 % en Grèce, en Turquie et en Hongrie à moins de 10 % au Mexique et en Islande. Les taux de tabagisme quotidien ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, passant de 23 % en moyenne en 2007 à 18 % en 2017. En République slovaque et en Autriche, ils ont cependant légèrement augmenté.

La consommation d'alcool est une cause essentielle de mortalité et d'invalidité dans le monde, surtout parmi la population d'âge actif. La Lituanie affiche la plus forte consommation, mesurée par le volume des ventes (12.3 litres d'alcool pur par personne et par an), suivie de l'Autriche, de la France, de la République tchèque, du Luxembourg, de l'Irlande, de la Lettonie et de la Hongrie, pays où la consommation se monte à plus de 11 litres par personne. Les niveaux de consommation sont comparativement plus faibles en Turquie, en Israël et au Mexique (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans 27 pays de l'OCDE depuis 2007. La consommation excessive d'alcool est un problème particulièrement préoccupant dans certains pays, notamment la Lettonie, la Hongrie et la Fédération de Russie.

L'obésité est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Les taux d'obésité progressent depuis quelques décennies dans quasiment tous les pays de l'OCDE : 56 % de la population de l'OCDE est en surcharge pondérale ou obèse. Ils sont considérablement supérieurs à la moyenne de l'OCDE au Chili, au Mexique, aux États-Unis, en Finlande, au Portugal et en Nouvelle-Zélande. Les plus faibles sont observés au Japon, en Corée et en Suisse. L'indicateur de surcharge pondérale (obésité comprise) mentionné ici se fonde sur les données mesurées et autodéclarées. Une certaine prudence s'impose lorsque l'on compare

Tableau 1.3. **Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé**

	Tabagisme		Alcool		Surpoids / obésité		Pollution atmosphérique	
	Fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et +)		Litres consommés par personne (population âgée de 15 ans et +)		IMC ≥ 25 (% de la population âgée de 15 ans et +)		Décès dus à la pollution (pour 100 000 habitants)	
OCDE	18.0	◉	8.9	◉	55.6	◉	39.6	◉
Allemagne	18.8	◉	10.9	◉	60.0	◉	45.3	◉
Australie	12.4	☑	9.4	◉	65.2	◉	16.8	☑
Autriche	24.3	☒	11.8	☒	46.7*	◉	38.7	◉
Belgique	18.9	◉	10.4	◉	51.0	◉	39.4	◉
Canada	12.0	☑	8.1	◉	59.1	◉	14.7	☑
Chili	24.5	☒	7.9	◉	74.2	☒	34.8	◉
Corée	17.5	◉	8.7	◉	33.7	☑	35.0	◉
Danemark	16.9	◉	9.1	◉	51.0*	◉	30.4	◉
Espagne	22.1	◉	8.6	◉	53.0*	◉	27.1	◉
Estonie	17.2	◉	10.3	◉	51.3	◉	59.9	☒
États-Unis	10.5	☑	8.9	◉	71.0	☒	24.1	◉
Finlande	14.0	◉	8.4	◉	67.6	☒	18.7	☑
France	25.4	☒	11.7	☒	49.0	◉	25.2	◉
Grèce	27.3	☒	6.5	◉	55.0*	◉	76.7	☒
Hongrie	25.8	☒	11.1	◉	62.3	◉	82.7	☒
Irlande	17.0	◉	11.2	◉	62.0	◉	20.2	☑
Islande	8.6	☑	7.7	◉	65.4*	◉	16.9	☑
Israël	16.9	◉	2.6	☑	50.9	◉	23.2	◉
Italie	19.9	◉	7.6	◉	46.0*	◉	48.7	◉
Japon	17.7	◉	7.2	◉	25.9	☑	42.9	◉
Lettonie	24.1	☒	11.2	◉	54.6	◉	97.8	☒
Lituanie	20.3	◉	12.3	☒	53.3*	◉	82.1	☒
Luxembourg	14.5	◉	11.3	◉	58.1	◉	22.6	◉
Mexique	7.6	☑	4.4	☑	72.5	☒	33.0	◉
Norvège	12.0	☑	6.0	☑	46.0*	◉	18.7	☑
Nouvelle-Zélande	13.8	◉	8.8	◉	66.6	☒	13.6	☑
Pays-Bas	16.8	◉	8.3	◉	47.3*	◉	31.3	◉
Pologne	22.7	◉	10.6	◉	53.3*	◉	76.3	☒
Portugal	16.8	◉	10.7	◉	67.6	☒	28.3	◉
République slovaque	22.9	◉	9.7	◉	51.5	◉	59.1	☒
République tchèque	18.4	◉	11.6	☒	55.0	◉	64.3	☒
Royaume-Uni	17.2	◉	9.7	◉	64.3	◉	32.1	◉
Slovénie	18.9	◉	10.1	◉	55.6*	◉	56.8	◉
Suède	10.4	☑	7.1	◉	48.2*	◉	18.5	☑
Suisse	19.1	◉	9.2	◉	41.8*	☑	25.2	◉
Turquie	26.5	☒	1.4	☑	64.4	◉	46.2	◉

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la pollution atmosphérique. * Sous-estimation probable de l'obésité car autodéclarée.

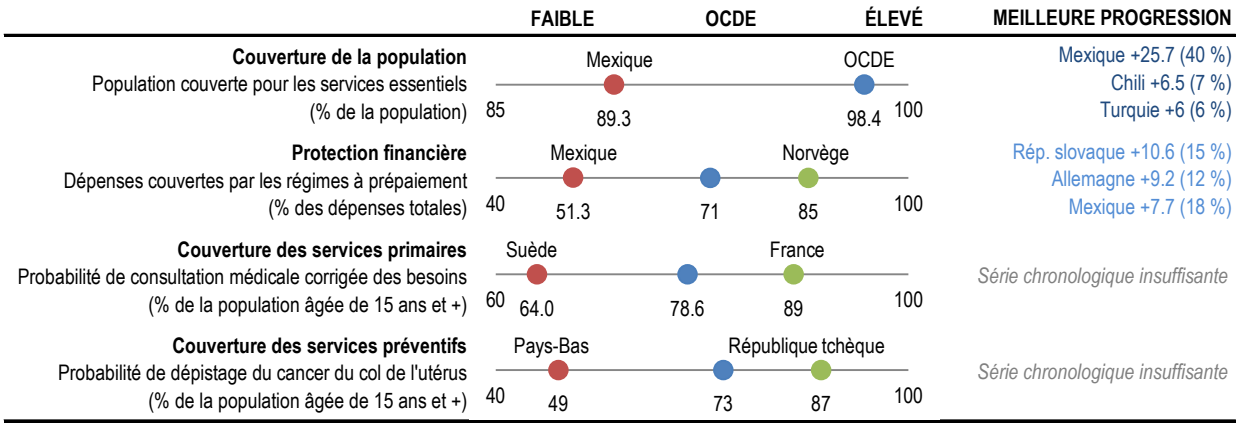
des pays dont les outils de mesure diffèrent, car les données mesurées sont généralement plus élevées.

La pollution atmosphérique n'est pas seulement une grave menace pour l'environnement ; elle nuit aussi à la santé. Selon les projections de l'OCDE, la pollution de l'air extérieur pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060. Les taux de mortalité sont compris entre plus de 80 décès pour 100 000 habitants en Lettonie, en Hongrie et en Lituanie, à moins de 15 en Nouvelle-Zélande et au Canada.

Accès aux soins

Un accès équitable aux soins est essentiel pour obtenir une société inclusive et des systèmes de santé performants. Le taux de couverture, mesurée en pourcentage de la population couverte pour un ensemble de services essentiels, offre une première évaluation de l'accès aux soins. La part des dépenses couvertes par les régimes à prépaiement donne des indications supplémentaires sur la protection financière des soins. La probabilité de consultation d'un médecin, corrigée de manière à tenir compte des besoins, et la proportion des femmes âgées de 20 à 69 ans bénéficiant d'un dépistage du cancer du col de l'utérus mesurent l'utilisation des services. Le Graphique 1.4 présente une vue d'ensemble de l'accès aux soins dans l'OCDE, et le Tableau 1.4 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.4. **Vue d'ensemble de l'accès aux soins dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

L'Allemagne, l'Autriche, la France, le Luxembourg et la République tchèque obtiennent de bons résultats sur ces indicateurs. S'agissant du taux de couverture, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un ensemble de services essentiels. Celui-ci demeure toutefois inférieur à 95 % dans sept pays – Chili, Estonie, États-Unis, Hongrie, Mexique, Pologne et République slovaque.

Le taux de couverture n'est cependant pas suffisant en soi. Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. Dans l'OCDE, près de trois quarts des frais de santé sont couverts par des régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires. Au Mexique, en Lettonie et en Corée, les régimes publics en couvrent néanmoins moins de 60 %. Le Mexique a toutefois sensiblement amélioré la couverture de la population et la protection financière au cours de la décennie écoulée.

Une personne sur cinq déclare ne pas consulter de médecin malgré des besoins médicaux. Les écarts entre pays sont importants, la probabilité de consultation d'un médecin, corrigée de manière à tenir compte des besoins, étant comprise entre environ 65 % en Suède et aux États-Unis et 89 % en France. À un niveau comparable de besoin, les plus riches sont plus susceptibles de consulter un médecin que les personnes du quintile inférieur de revenu, sauf au Danemark et en République slovaque.

Tableau 1.4. **Tableau de bord sur l'accès aux soins**

	Couverture de la population		Protection financière		Couverture des services primaires		Couverture des services préventifs	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Dépenses couvertes par les régimes à prépaiement (% des dépenses totales)		Probabilité de consultation médicale corrigée des besoins (% de la pop. âgée de 15 ans et +)		Probabilité de dépistage du cancer du col de l'utérus (% de la pop. âgée de 15 ans et +)	
OCDE	98.4	◉	71.2	◉	78.6	◉	73.1	◉
Allemagne	100	◉	77.7	◉	86	☑	81	◉
Australie	100	◉	68.6	◉	-	-	-	-
Autriche	99.9	◉	74.0	◉	86	☑	87	☑
Belgique	98.7	◉	77.2	◉	86	☑	76	◉
Canada	100	◉	73.0	◉	75	◉	76	◉
Chili	94	☒	50.1	☒	-	-	72	◉
Corée	100	◉	57.4	☒	-	-	-	-
Danemark	100	◉	84.0	☑	81	◉	64	☒
Espagne	99.9	◉	70.6	◉	84	◉	69	◉
Estonie	94.1	☒	74.7	◉	75	◉	58	☒
États-Unis	90.8	☒	50.2	☒	65	☒	80	◉
Finlande	100	◉	76.7	◉	74	◉	79	◉
France	99.9	◉	77.1	◉	89	☑	82	☑
Grèce	100	◉	60.8	◉	76	◉	76	◉
Hongrie	94.0	☒	68.7	◉	84	◉	71	◉
Irlande	100	◉	73.3	◉	75	◉	69	◉
Islande	100	◉	81.8	◉	75	◉	80	◉
Israël	100	◉	63.6	◉	-	-	-	-
Italie	100	◉	73.9	◉	80	◉	68	◉
Japon	100	◉	84.0	☑	-	-	-	-
Lettonie	100	◉	57.2	☒	76	◉	78	◉
Lituanie	98.1	◉	65.5	◉	76	◉	62	☒
Luxembourg	-	-	84.9	☑	88	☑	84	☑
Mexique	89.3	☒	51.3	☒	-	-	-	-
Norvège	100	◉	85.5	☑	77	◉	66	◉
Nouvelle-Zélande	100	◉	78.6	◉	-	-	-	-
Pays-Bas	99.9	◉	81.5	◉	75	◉	49	☒
Pologne	92.6	☒	69.0	◉	80	◉	72	◉
Portugal	100	◉	66.3	◉	86	☑	71	◉
République slovaque	94.6	☒	79.9	◉	74	◉	69	◉
République tchèque	100	◉	82.1	◉	85	☑	87	☑
Royaume-Uni	100	◉	79.4	◉	76	◉	63	☒
Slovénie	100	◉	71.8	◉	71	☒	78	◉
Suède	100	◉	83.7	☑	64	☒	81	◉
Suisse	100	◉	30.5	☒	-	-	-	-
Turquie	99.2	◉	77.711	◉	-	-	-	-

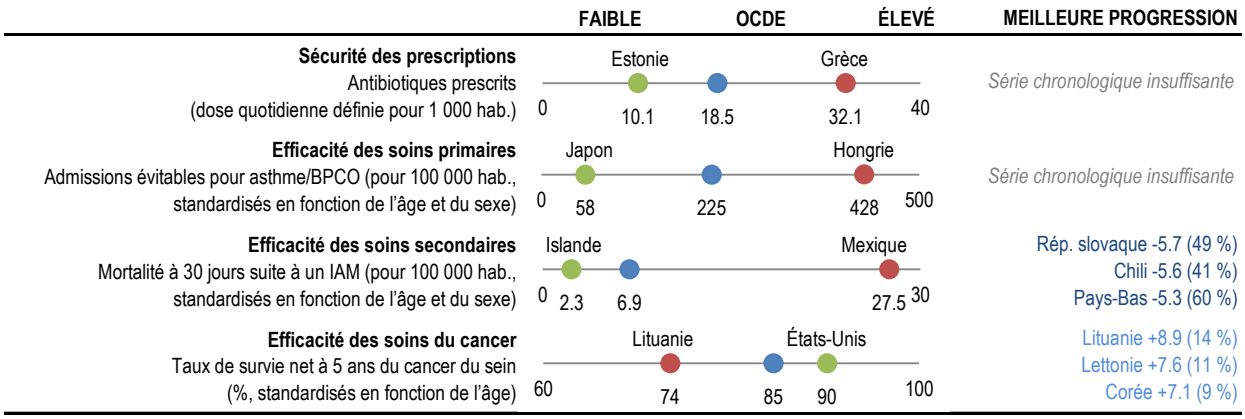
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

Les moins aisés font également moins appel aux services de dépistage du cancer, bien que ceux-ci soient gratuits dans la plupart des pays de l'OCDE. Le taux d'utilisation global du dépistage du cancer du col de l'utérus est compris entre un peu moins de 50 % des femmes âgées de 20 à 69 ans aux Pays-Bas et plus de 85 % en République tchèque et en Autriche.

Qualité des soins

Une prise en charge de qualité suppose des services de santé sûrs, appropriés, efficaces sur le plan clinique et adaptés aux besoins des patients. Les prescriptions d'antibiotiques et les admissions évitables à l'hôpital pour asthme et BPCO mesurent la sécurité et la pertinence des soins primaires. Le taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) et le taux de survie au cancer du sein sont des indicateurs de l'efficacité clinique des soins secondaires et de la prise en charge du cancer. Le Graphique 1.5 présente une vue d'ensemble de la qualité et des résultats des soins dans l'OCDE et le Tableau 1.5 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.5. **Vue d'ensemble de la qualité des soins dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

La surconsommation, la sous-consommation ou le mésusage des antibiotiques et d'autres médicaments sous ordonnance contribuent à la résistance accrue aux antimicrobiens et représentent des dépenses inutiles. Le volume total des antibiotiques prescrits varie du simple à plus du triple selon les pays ; l'Estonie et la Suède déclarent les volumes les plus faibles, la Grèce et l'Italie les plus élevés. Dans l'OCDE, le nombre d'antibiotiques prescrits a légèrement augmenté au fil du temps.

L'asthme et la BPCO sont des affections pour lesquelles il existe des traitements efficaces au stade des soins primaires, et les hospitalisations pour ces pathologies peuvent traduire des problèmes de qualité des services de soins primaires. Les taux d'admission pour asthme varient de 1 à 12 selon les pays : le Mexique, l'Italie et la Colombie affichent les taux les plus faibles ; la Lettonie, la Turquie et la Pologne déclarent des taux deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. En ce qui concerne la BPCO, les taux d'admission varient dans un rapport de 1 à 15 dans les pays de l'OCDE ; le Japon, l'Italie et le Mexique enregistrent les taux les plus bas, la Hongrie, la Turquie et l'Australie les plus hauts. La variation pour ces deux pathologies respiratoires conjuguées est moindre – de 1 à 7 selon les pays.

Le taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM) est un indicateur avéré de la qualité des soins intensifs. Depuis les années 70, il est en recul constant dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore entre pays. Le Mexique affiche de loin le taux le plus élevé de mortalité dans les 30 jours suivant un lAM (28 décès pour 100 admissions) ; les taux sont aussi relativement hauts en Lettonie, au Japon, en

Tableau 1.5. **Tableau de bord sur la qualité des soins**

	Sécurité des prescriptions		Efficacité des soins primaires		Efficacité des soins secondaires		Efficacité de la prise en charge du cancer	
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Admissions évitables pour asthme/BPCO (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Taux de survie net à 5 ans du cancer du sein (%, standardisés en fonction de l'âge)	
OCDE	17.8	◉	225	◉	6.9	◉	84.5	◉
Allemagne	12.3	☑	289	◉	8.5	◉	86.0	◉
Australie	23.5	◉	403	☒	3.8	☑	89.5	☑
Autriche	12.1	☑	248	◉	6.2	◉	84.8	◉
Belgique	15.9	◉	291	◉	6.8	◉	86.4	◉
Canada	14.8	◉	253	◉	4.8	◉	88.6	◉
Chili	-	-	98	☑	8.2	◉	75.5	☒
Corée	26.5	☒	263	◉	9.6	☒	86.6	◉
Danemark	13.9	◉	325	☒	3.2	☑	86.1	◉
Espagne	12.6	◉	210	◉	6.5	◉	85.3	◉
Estonie	10.1	☑	122	☑	9.6	☒	76.6	☒
États-Unis	-	-	268	◉	5.0	◉	90.2	☑
Finlande	12.6	◉	182	◉	8.0	◉	88.5	◉
France	23.0	◉	150	◉	5.6	◉	86.7	◉
Grèce	32.1	☒	-	-	-	-	-	-
Hongrie	13.4	◉	428	☒	-	-	-	-
Irlande	24.6	☒	329	☒	5.4	◉	82.0	◉
Islande	24.6	☒	201	◉	2.3	☑	89.1	◉
Israël	20.5	◉	214	◉	5.5	◉	88.0	◉
Italie	28.3	☒	64	☑	5.4	◉	86.0	◉
Japon	-	-	58	☑	9.7	☒	89.4	☑
Lettonie	12.1	☑	242	◉	13.4	☒	76.9	☒
Lituanie	13.6	◉	263	◉	8.6	◉	73.5	☒
Luxembourg	25.3	☒	203	◉	8.5	◉	-	-
Mexique	-	-	85	☑	27.5	☒	-	-
Norvège	14.6	◉	244	◉	3.5	☑	87.2	◉
Nouvelle-Zélande	25.8	☒	363	☒	4.7	◉	87.6	◉
Pays-Bas	14.3	◉	236	◉	3.5	☑	86.6	◉
Pologne	23.8	◉	236	◉	4.1	☑	76.5	☒
Portugal	16.4	◉	90	☑	7.3	◉	87.6	◉
République slovaque	23.6	◉	209	◉	5.9	◉	75.5	☒
République tchèque	19.6	◉	174	◉	6.2	◉	81.4	◉
Royaume-Uni	17.5	◉	281	◉	7.0	◉	85.6	◉
Slovénie	19.0	◉	128	◉	4.1	☑	83.5	◉
Suède	10.2	☑	169	◉	3.9	☑	88.8	◉
Suisse	-	-	138	◉	-	-	86.2	◉
Turquie	16.6	◉	425	☒	6.8	◉	82.1	◉

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM.

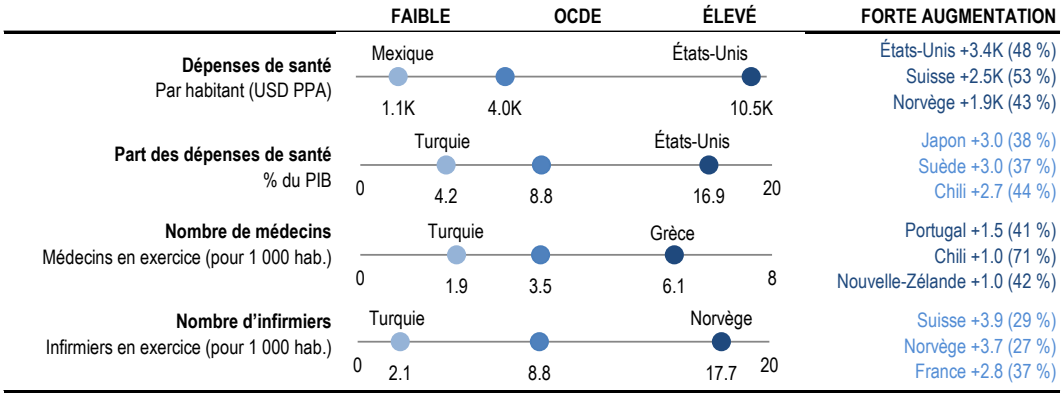
Corée et en Estonie. Les plus bas sont observés en Islande, au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, en Australie et en Suède (4 % ou moins).

Le taux de survie au cancer du sein est un indicateur important de l'efficacité clinique ; il est globalement élevé dans l'OCDE. Les taux de survie les plus hauts sont observés en Australie, au Japon et aux États-Unis ; ils sont en revanche sensiblement inférieurs à la moyenne de l'OCDE au Chili, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne et en République slovaque.

Ressources de santé

Il est indispensable de disposer de ressources suffisantes pour assurer le bon fonctionnement d'un système de santé. Une augmentation des ressources en santé ne se traduit cependant pas automatiquement par une amélioration des résultats sanitaires – l'efficacité des dépenses entre aussi en ligne de compte. Les dépenses de santé, par habitant et en pourcentage du PIB, donnent un aperçu synthétique des ressources globalement disponibles. Le nombre de médecins et d'infirmiers apporte des informations supplémentaires sur les effectifs de santé. Le Graphique 1.6 présente un aperçu des ressources de santé dans l'OCDE, et le Tableau 1.6 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.6. **Vue d'ensemble des ressources de santé dans l'OCDE**



Note : Sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

Dans l'ensemble, les pays qui affichent des dépenses de santé élevées, ainsi que des effectifs et autres ressources de santé importants sont plus performants en termes de résultats de santé, de qualité et d'accès aux soins. Cela dit, le volume absolu de ressources investi dans le système de santé n'est pas automatiquement associé à de meilleurs résultats sanitaires – l'utilisation efficace des ressources et les déterminants sociaux plus vastes de la santé revêtent aussi une importance fondamentale. La section qui suit examine les liens entre les dépenses de santé et les effectifs, l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

Les États-Unis consacrent à la santé des dépenses considérablement plus élevées que tous les autres pays (plus de 10 000 USD par habitant, corrigés des parités de pouvoir d'achat). Celles-ci sont également élevées en Suisse, en Norvège et en Allemagne. Les plus faibles sont observées au Mexique et en Turquie, où elles représentent environ un quart de la moyenne de l'OCDE. Mis à part le ralentissement temporaire observé au lendemain de la crise financière de 2008, les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter dans tous les pays ces dernières décennies. La hausse des revenus, les nouvelles technologies et le vieillissement démographique sont les principaux facteurs à l'origine de cette progression.

Les États-Unis arrivent nettement en tête pour ce qui est des dépenses de santé en pourcentage du PIB (16.9 % du PIB), bien avant la Suisse, qui s'inscrit au deuxième rang (12.2 %), suivie de l'Allemagne, la France, la Suède et le Japon. Un vaste groupe de pays de l'OCDE, couvrant l'Europe mais aussi l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Chili et la Corée, consacrent à la santé entre 8 % et 10 % de leur PIB. Un petit nombre de pays de l'OCDE affichent des dépenses de santé inférieures à 6 % de leur PIB, notamment le Mexique, la Lettonie, le Luxembourg, et la Turquie (4.2 %).

Tableau 1.6. **Tableau de bord sur les ressources de santé**

	Dépenses de santé		Part des dépenses de santé		Nombre de médecins		Nombre d'infirmiers	
	Par habitant (USD PPA)		% du PIB		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)	
OCDE	3 994	◉	8.8	◉	3.5	◉	8.8	◉
Allemagne	5 986	↑	11.2	↑	4.3	◉	12.9	↑
Australie	5 005	◉	9.3	◉	3.7	◉	11.7	◉
Autriche	5 395	◉	10.3	◉	5.2	↑	6.9	◉
Belgique	4 944	◉	10.4	◉	3.1	◉	11.0	◉
Canada	4 974	◉	10.7	◉	2.7	◉	10.0	◉
Chili	2 182	↓	8.9	◉	2.5	↓	2.7	↓
Corée	3 192	◉	8.1	◉	2.3	↓	6.9	◉
Danemark	5 299	◉	10.5	◉	4.0	◉	10.0	◉
Espagne	3 323	◉	8.9	◉	3.9	◉	5.7	◉
Estonie	2 231	↓	6.4	↓	3.5	◉	6.2	◉
États-Unis	10 586	↑	16.9	↑	2.6	◉	11.7	◉
Finlande	4 228	◉	9.1	◉	3.2	◉	14.3	↑
France	4 965	◉	11.2	↑	3.2	◉	10.5	◉
Grèce	2 238	↓	7.8	◉	6.1*	↑	3.3	↓
Hongrie	2 047	↓	6.6	↓	3.3	◉	6.5	◉
Irlande	4 915	◉	7.1	◉	3.1	◉	12.2	◉
Islande	4 349	◉	8.3	◉	3.9	◉	14.5	↑
Israël	2 780	◉	7.5	◉	3.1	◉	5.1	◉
Italie	3 428	◉	8.8	◉	4.0	◉	5.8	◉
Japon	4 766	◉	10.9	↑	2.4	↓	11.3	◉
Lettonie	1 749	↓	5.9	↓	3.2	◉	4.6	↓
Lituanie	2 416	↓	6.8	↓	4.6	↑	7.7	◉
Luxembourg	5 070	◉	5.4	↓	3.0	◉	11.7	◉
Mexique	1 138	↓	5.5	↓	2.4	↓	2.9	↓
Norvège	6 187	↑	10.2	◉	4.7	↑	17.7	↑
Nouvelle-Zélande	3 923	◉	9.3	◉	3.3	◉	10.2	◉
Pays-Bas	5 288	◉	9.9	◉	3.6	◉	10.9	◉
Pologne	2 056	↓	6.3	↓	2.4	↓	5.1	◉
Portugal	2 861	◉	9.1	◉	5.0*	↑	6.7	◉
République slovaque	2 290	↓	6.7	↓	3.4	◉	5.7	◉
République tchèque	3 058	◉	7.5	◉	3.7	◉	8.1	◉
Royaume-Uni	4 070	◉	9.8	◉	2.8	◉	7.8	◉
Slovénie	2 859	◉	7.9	◉	3.1	◉	9.9	◉
Suède	5 447	◉	11.0	↑	4.1	◉	10.9	◉
Suisse	7 317	↑	12.2	↑	4.3	◉	17.2	↑
Turquie	1 227	↓	4.2	↓	1.9	↓	2.1	↓

Note : ↑ Supérieur à la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ↓ Inférieur à la moyenne de l'OCDE . Les États-Unis sont exclus du calcul de l'écart-type pour les deux indicateurs de dépenses de santé. * Englobe l'ensemble des médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation significative.

Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers dans un système de santé est donc un indicateur important pour contrôler l'utilisation des ressources. Le nombre de médecins s'inscrit dans une fourchette comprise entre deux pour 1 000 habitants environ en Turquie, au Japon, au Chili et en Corée, à cinq ou plus au Portugal, en Autriche et en Grèce - les chiffres du Portugal et de la Grèce sont cependant surestimés car ils englobent l'ensemble des médecins autorisés à exercer. On recensait un peu moins de neuf infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2017, dans une fourchette allant de deux pour 1 000 en Turquie à plus de 17 pour 1 000 en Norvège et en Suisse.

Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité, les résultats et les effectifs dans le secteur de la santé

Les graphiques en quadrant illustrent les liens entre les dépenses de santé et d'autres variables pertinentes. Ils montrent dans quelle mesure l'augmentation des dépenses de santé améliore les résultats dans quatre domaines : résultats, qualité des soins, accès aux soins, et effectifs dans le secteur. Il convient toutefois de noter que seul un sous-ensemble restreint d'indicateurs pour ces quatre dimensions est comparé aux dépenses de santé. Les graphiques en quadrant montrent également des corrélations statistiques pures, sans qu'il y est de lien causal.

Le point d'intersection des graphiques représente la moyenne de l'OCDE, les différents points marquant la position relative des pays par rapport à leurs dépenses de santé et l'indicateur considéré. Un code par couleur est attribué à chaque pays, selon un indice simple des facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et obésité). Les points verts indiquent un risque relativement faible (par exemple, Israël, Norvège), les points bleus montrent les pays qui se rapprochent de la moyenne de l'OCDE et les points rouges indiquent les pays présentant un indice de facteurs de risque relativement élevé (par exemple, Chili, Hongrie). L'indice des facteurs de risque est une moyenne non pondérée des trois facteurs de risque précités. Les États-Unis, par exemple, sont symbolisés par un point bleu malgré un taux d'obésité élevé, car la consommation d'alcool et le tabagisme y atteignent des niveaux relativement faibles. Voir l'encadré intitulé « Méthodologie, interprétation et utilisation » pour de plus amples détails.

Dépenses de santé et résultats en matière de santé

Les graphiques ci-dessous montrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé enregistrent de meilleurs résultats en matière de santé (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

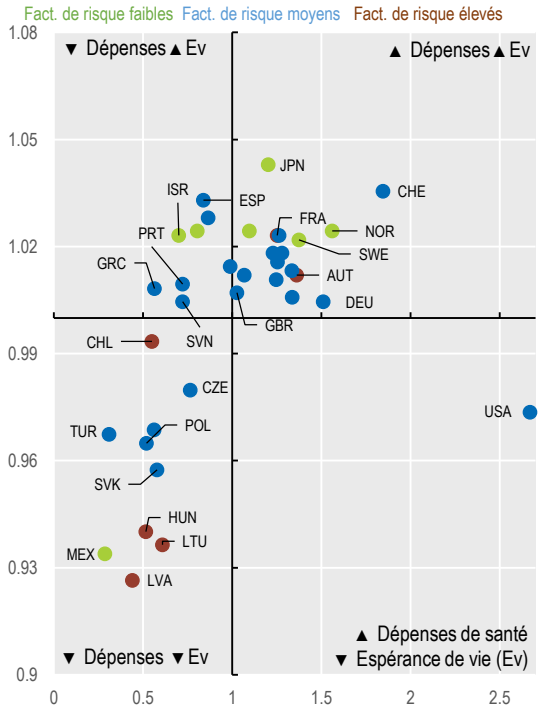
Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie (Graphique 1.7). Parmi les 36 pays de l'OCDE, 17 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne de l'OCDE (quadrant supérieur droit). Dans dix autres, ces deux indicateurs sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE (quadrant inférieur gauche).

Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Huit pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Il s'agit de l'Italie, de la Corée, du Portugal, de l'Espagne, de la Slovénie, de la Grèce, d'Israël et de la Nouvelle-Zélande. Dans le quadrant inférieur droit ne figurent que les États-Unis, dont les dépenses de santé sont nettement plus élevées que tous les autres pays de l'OCDE, mais où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne de la zone.

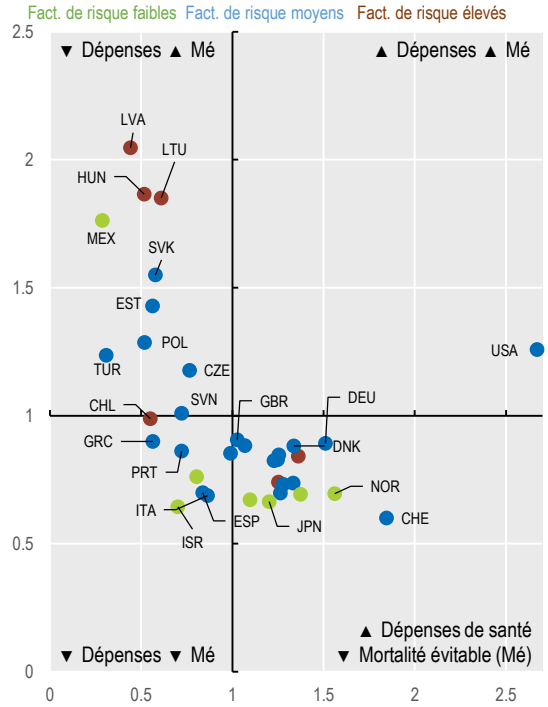
La plupart des pays présentant des facteurs de risques globalement importants (points rouges) affichent une espérance de vie plus faible que la moyenne de l'OCDE. Ils figurent aussi généralement en dessous de la droite de tendance, qui illustre le rapport entre les dépenses moyennes et l'espérance de vie des pays de l'OCDE. L'inverse se vérifie dans l'ensemble pour les pays présentant de faibles facteurs de risque (points verts).

Une corrélation dans le sens attendu est également évidente en ce qui concerne la mortalité évitable (Graphique 1.8). Sur les 36 pays pour lesquels on dispose de données comparables, 16 affichent un plus haut niveau de dépense et un taux de mortalité évitable plus bas (quadrant inférieur droit). Neuf autres dépensent moins et ont un taux de

Graphique 1.7. **Espérance de vie et dépenses de santé**



Graphique 1.8. **Mortalité évitable (par prévention et traitement) et dépenses de santé**



mortalité évitable plus élevé (quadrant supérieur gauche). Sept ont des dépenses inférieures à la moyenne mais des taux de mortalité évitables plus faibles – l'Italie, Israël et l'Espagne, par exemple (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis dépensent davantage que la moyenne de l'OCDE et enregistrent un taux de mortalité évitable plus important. Comme pour l'espérance de vie, les pays qui présentent des facteurs de risques plus élevés (plus bas) (respectivement, points rouges et points verts) affichent en général un taux de mortalité évitable supérieur (inférieur).

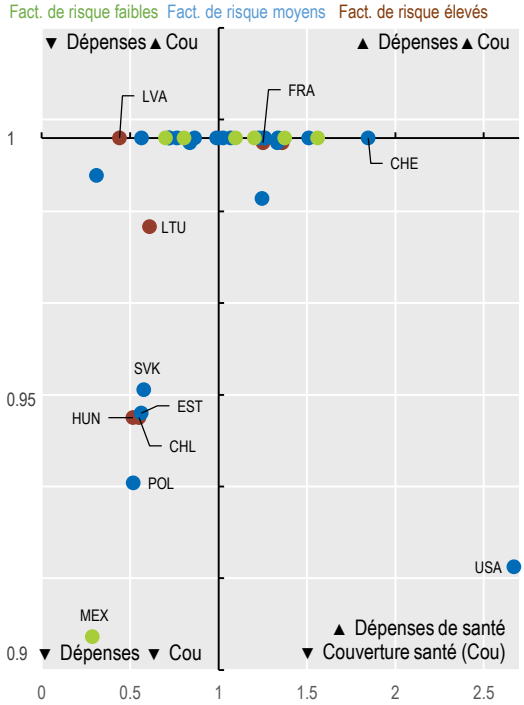
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

Les graphiques ci-dessous illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé assurent une prise en charge plus facilement accessible et de meilleure qualité (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

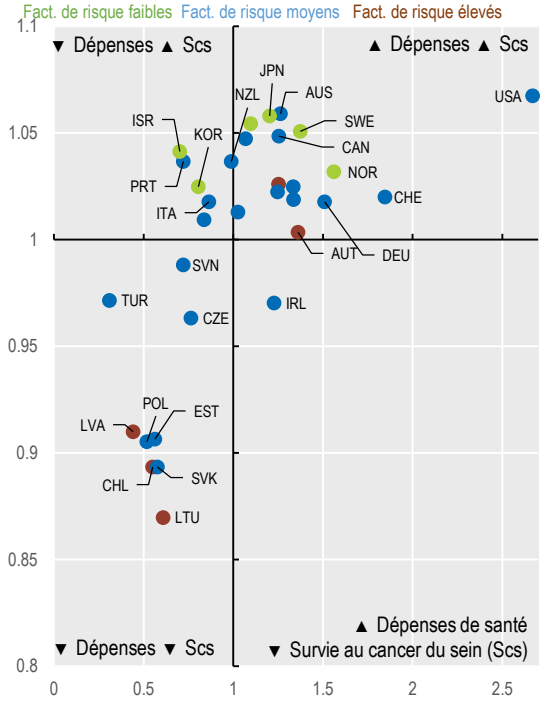
En termes d'accès, le Graphique 1.9 montre qu'il est possible de mettre en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services essentiels même moyennant un niveau comparativement faible de dépenses de santé – la Turquie et la Lettonie, par exemple, dépensent moins de 2 000 USD par personne (moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE) et parviennent toutefois à assurer une couverture universelle.

Cela posé, six des sept pays dont le taux de couverture des soins est inférieur à 95 % consacrent effectivement moins de dépenses à la santé – Mexique, Pologne, Chili, Estonie, République slovaque et Hongrie (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE qui affiche un niveau de dépenses élevé et un taux de couverture faible. On obtient des résultats très similaires lorsque l'on remplace les dépenses de santé par

Graphique 1.9. **Couverture pour un ensemble de services essentiels et dépenses de santé**



Graphique 1.10. **Taux de survie au cancer du sein et dépenses de santé**



personne par les dépenses des régimes d'assurance maladie publics et obligatoires, ou par les dépenses en pourcentage du PIB.

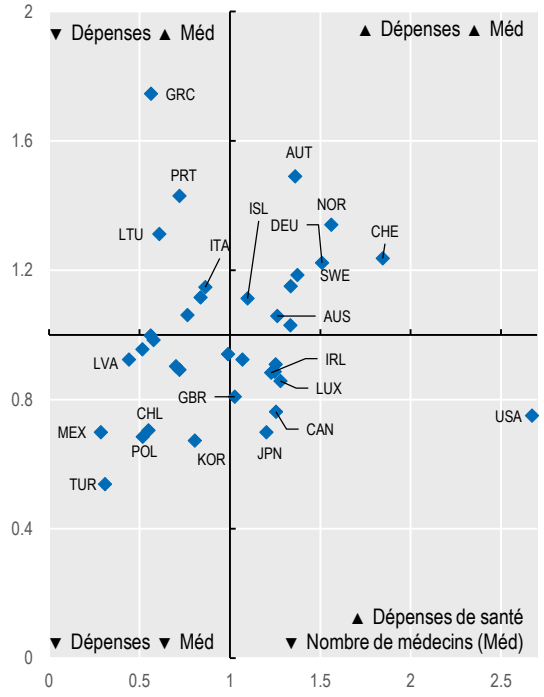
En termes de qualité des soins, le Graphique 1.10 illustre le lien entre les dépenses de santé et le taux de survie net au cancer du sein à 5 ans (indicateur reflétant la qualité des soins préventifs comme curatifs). Il existe une corrélation positive manifeste : dans 32 pays membres, 16 dépensent plus pour la santé et enregistrent un meilleur taux de survie net (quadrant supérieur droit), tandis que 9 dépensent moins et enregistrent un taux de survie net inférieur (quadrant inférieur gauche). Six pays affichent un taux de survie relativement élevé malgré des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE (Israël, Italie, Corée, Portugal, Nouvelle-Zélande et Espagne). En Irlande, les dépenses sont près de 25 % supérieures à la moyenne de l'OCDE et pourtant, le taux de survie net y est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE.

Dépenses de santé et effectifs des professionnels de santé

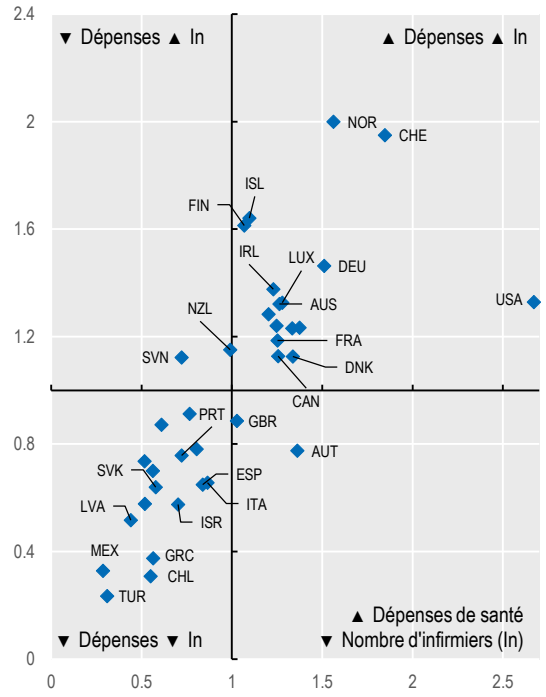
Les graphiques ci-dessous illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent des dépenses plus élevées à la santé ont davantage de médecins et d'infirmiers (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Il n'existe qu'une corrélation positive faible entre dépenses de santé et nombre de médecins (Graphique 1.11). Neuf pays ont des dépenses supérieures à la moyenne de l'OCDE mais comptent moins de médecins (comme le Canada, le Luxembourg ou les États-Unis) ; six autres affichent des dépenses relativement faibles mais un nombre de médecins supérieur à la moyenne (Espagne, Grèce, Italie, Lituanie, Portugal, République tchèque), même si les chiffres du Portugal et de la Grèce sont surestimés car ils englobent tous les médecins autorisés à exercer. Ces divergences tiennent peut-être aussi à des différences de

Graphique 1.11. **Nombre de médecins et dépenses de santé**



Graphique 1.12. **Nombre d'infirmiers et dépenses de santé**



niveau de rémunération, de même qu'à la composition des effectifs et à l'importance accordée aux infirmiers et à d'autres professionnels (par rapport aux médecins).

La corrélation positive entre les dépenses de santé et le nombre d'infirmiers est nettement plus manifeste (Graphique 1.12). Sur les 36 pays de l'OCDE, 16 dépensent plus que la moyenne de l'OCDE et comptent aussi un plus grand nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants. De même, 16 pays affichaient des dépenses relativement faibles et comptaient moins d'infirmiers. Deux pays seulement dépensent moins que la moyenne de l'OCDE et ont un nombre plus élevé d'infirmiers (la Slovénie et, dans une moindre mesure, la Nouvelle-Zélande). Deux autres pays affichaient des dépenses comparativement élevées mais un nombre plus faible d'infirmiers (Autriche et Royaume-Uni).

© OCDE 2019

Chapitre 2

Systèmes de santé centrés sur la personne : en mesurer les aspects les plus importants

Le principal objectif d'un système de santé est d'améliorer l'état de santé des patients et de la population. Néanmoins, rares sont les systèmes de santé dans lesquels les patients sont régulièrement interrogés quant aux résultats de leur traitement et à leur vécu. Le présent chapitre fait un point sur les résultats déclarés par les patients après une arthroplastie de la hanche et du genou et une chirurgie du cancer du sein, ainsi que sur le vécu rapporté par les patients atteints de troubles de la santé mentale dans un sous-ensemble de pays de l'OCDE. Les personnes qui ont subi une arthroplastie font état, en moyenne, d'une amélioration de leurs capacités fonctionnelles et de leur qualité de vie, l'arthroplastie de la hanche aboutissant à des résultats légèrement plus satisfaisants. Les patientes qui ont bénéficié d'une reconstruction du sein par lambeau ont signalé, en moyenne, des résultats légèrement plus satisfaisants que celles qui ont subi une reconstruction par implant. Parallèlement, les données de l'enquête menée en 2016 par le Commonwealth Fund dans 11 pays donnent à penser que les personnes atteintes de troubles mentaux vivent moins bien les soins qui leur sont prodigués, à certains égards, que les autres. Ces informations sont précieuses pour les autres utilisateurs de services de santé, ainsi que pour les cliniciens, les prestataires, les organismes payeurs et les responsables publics.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Introduction

L'objectif premier de tout système, service ou organisme de santé est d'améliorer la santé des individus et de la population, et ce de manière équitable et en tenant compte des paramètres budgétaires existants.

Un bon état de santé n'est pas seulement important en soi. Il est aussi un facteur de bien-être individuel, social et économique. Les personnes en bonne santé forment des communautés saines et contribuent au bon fonctionnement d'une société prospère et productive. Un bon état de santé peut par exemple améliorer de jusqu'à 25 % les revenus d'activité perçus par un individu tout au long de sa vie (OCDE, 2017[1] ; OCDE, 2019[2]).

Or, très rares sont les systèmes de santé qui évaluent leurs effets sur la santé et le bien-être du point de vue des patients. La qualité de vie liée à la santé est une notion qui existe depuis près de trente ans, mais elle ne fait pas l'objet d'une évaluation et d'une notification systématiques. Les critères de performance dans le domaine de la santé portent généralement sur les moyens engagés et les résultats obtenus. Les résultats en matière d'espérance de vie, par exemple, sont importants, mais ils ne fournissent aucune information sur d'autres paramètres auxquels les patients attachent de l'importance, comme la douleur, les capacités fonctionnelles, et la qualité de vie liée à la santé, ni sur le vécu des usagers des services de santé. Autrement dit, il manque un élément essentiel au tableau du système de santé et de son fonctionnement.

Le point de vue des patients sur leur vécu et l'aboutissement des soins est essentiel pour favoriser une amélioration continue de la qualité des services de santé. Il présente en outre un intérêt croissant pour venir à bout des problèmes démographiques, épidémiologiques et économiques plus vastes qui se posent à l'ensemble des systèmes de santé. La montée des pathologies chroniques, qui représentent désormais la majeure partie de la charge de morbidité, associée à l'amélioration des techniques permettant de les traiter et de prolonger la vie, qui sont aussi plus coûteuses, rend d'autant plus nécessaire la mise en place d'une approche centrée sur le patient, tant pour l'élaboration des politiques que dans le cadre de la pratique médicale.

La mise en place de systèmes de santé centrés sur les patients ne pourra cependant se concrétiser en l'absence d'informations plus fournies sur la façon dont les services de santé et les politiques de santé influent réellement sur la vie des usagers.

Ce chapitre présente les résultats d'une collecte de données fondées sur les déclarations des patients, réalisée auprès d'un échantillon de pays membres de l'OCDE. Les domaines abordés sont l'arthroplastie de la hanche et du genou et le cancer du sein ; la section suivante examine pour sa part l'importance de l'appréciation des patients dans le domaine de la santé mentale. Ces études s'inscrivent dans le cadre d'un projet plus vaste de l'OCDE – les Enquêtes sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS) – qui visent à promouvoir l'utilisation systématique de ces indicateurs de premier plan dans les systèmes de santé (voir *https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

Un système de santé centré sur les patients doit évaluer les aspects importants aux yeux des usagers

L'évaluation par les patients de leur état de santé et des résultats des soins qui leur sont prodigués va au-delà de leur survie à une maladie ou à une intervention médicale. Divers aspects, étroitement associés, de la santé physique et mentale concourent à la qualité de vie liée à la santé d'un individu - la douleur, la mobilité, la fatigue, l'anxiété et la dépression notamment. Les patients attachent également de l'importance à leur vécu dans le cadre des soins, qui englobe notamment le respect de leur autonomie, le sentiment d'être impliqués et de participer aux décisions concernant leur traitement, et leur opinion sur la coordination ou au contraire le manque de coordination et la charge représentée par le parcours de soins (dans son organisation).

Il paraît donc judicieux de recueillir leur avis de manière systématique et utile à la prise de décision. Or, le secteur de la santé a négligé de mesurer les effets de ses activités sur les résultats perçus par les patients et sur leur vécu. Des organismes prestataires prévoyants et certains systèmes de santé recueillent ces informations, sous forme de registres de maladies, pour certaines pathologies ou procédures. Néanmoins, il n'existe pas encore de collecte cohérente et systématique de données fondées sur les déclarations des patients portant sur l'ensemble des activités et des interventions des systèmes de santé.

Les résultats ne donnent qu'une idée partielle des performances des systèmes de santé

À l'opposé, les processus et activités médicales font l'objet de collectes et de déclarations régulières. Ce sont des aspects essentiels à prendre en compte, mais isolément ils ne fournissent guère d'informations sur le fonctionnement, la qualité et l'utilité des soins. Par exemple, le taux moyen d'arthroplastie totale du genou dans les pays de l'OCDE a doublé entre 2000 et 2016 (Graphique 2.1). Ce taux peut en outre varier du simple au quintuple selon les pays et les régions (OCDE, 2014[3]). Cette hausse des taux et leur variation se justifient-elles ? Ces interventions apportent-elles les changements espérés à la vie des patients, ou bien sont-elles dans certains cas inutiles ? En quoi les délais pour une chirurgie du genou et l'âge du patient influent-ils sur les résultats ? Certains patients ont-ils intérêt à opter pour d'autres traitements ?

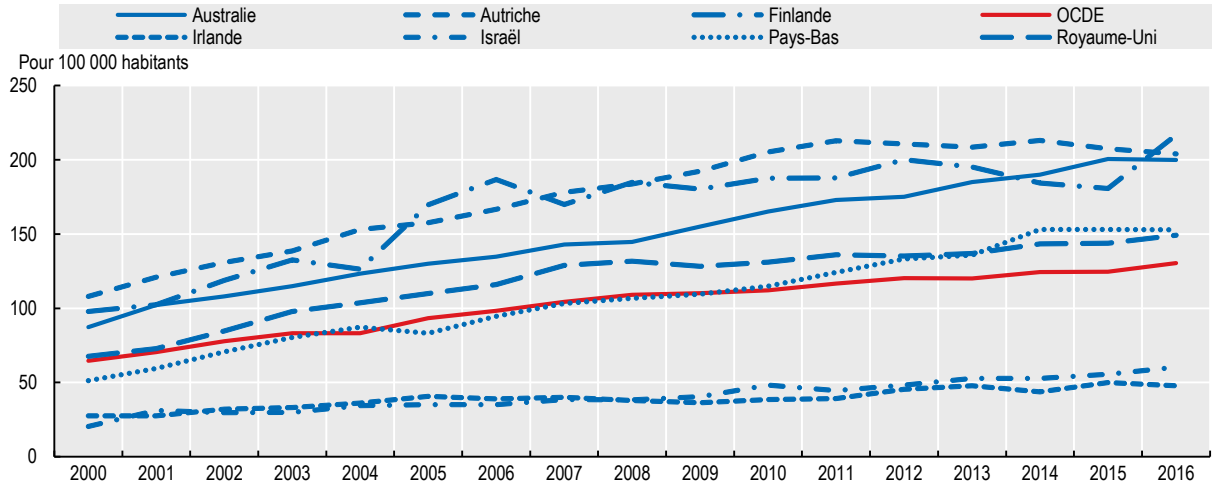
Il est impossible de répondre à ces questions en l'absence de données sur les résultats des soins. Les taux de létalité ou de ré-hospitalisation sont des indicateurs utiles, mais ne sont plus guère mesurés dans le cadre des procédures courantes, comme l'arthroplastie. De surcroît, ils ne disent rien des autres résultats auxquels les patients concernés attachent de l'importance, comme la diminution de la douleur et l'amélioration de la mobilité et des capacités fonctionnelles.

Nous savons comment la médecine traite les maladies ; mais comment les patients sont-ils traités ?

Les indicateurs classiques, comme les taux de survie ou de mortalité, vont conserver leur utilité, mais ils ne peuvent rendre compte d'effets plus subtils, mais tout aussi importants. Pour les personnes atteintes d'un cancer, par exemple, le taux de survie est essentiel, mais la réussite thérapeutique ne se limite pas à cela (Abahussin et al., 2018[4]). Les taux de survie et de mortalité ne fournissent guère d'informations sur les nausées, la douleur, la qualité du sommeil, l'image corporelle, la sexualité, l'indépendance et le temps passé avec les proches. Pour certaines maladies, ils sont en outre désormais comparables entre les pays de l'OCDE (Graphique 2.2), l'écart étant faible entre les meilleurs résultats et

Graphique 2.1. **Les taux d'arthroplastie totale du genou ont doublé depuis 2000**

Taux d'arthroplastie totale du genou pour 100 000 habitants, corrigés du vieillissement de la population, dans certains pays et sur l'ensemble de la zone OCDE (moyenne)

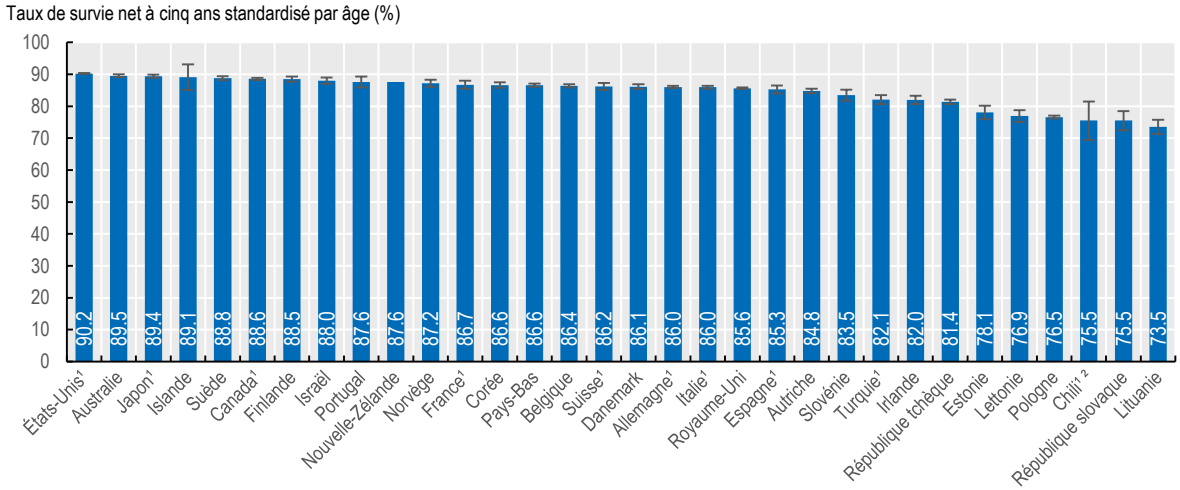


Note : « OCDE » renvoie au taux corrigé de l'âge dans l'ensemble des pays ayant communiqué des données sur cette procédure. Les pays ont été choisis en fonction des données disponibles pour la période concernée.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014574

Graphique 2.2. **Les taux de survie au cancer sont comparables d'un pays à l'autre**

Taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein pour les patients diagnostiqués depuis 2010-2014



Note : H correspond à un intervalle de confiance de 95 %. 1. La couverture est inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations de survie sont considérées comme moins fiables.
Source : *CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.*

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014593

les autres, ce qui empêche de recenser les approches, les techniques et les interventions les plus efficaces (Donovan et al., 2016[5] ; Hamdy et al., 2016[6]).

On ne peut que se féliciter de l'efficacité de la médecine à traiter les maladies. Néanmoins, pour qu'elle continue de progresser, il convient d'évaluer les retombées des traitements sur la vie des patients. Les résultats que les patients jugent importants

constituent de ce fait des indicateurs essentiels de réussite. Les hommes atteints d'un cancer de la prostate ont aujourd'hui de très bonnes chances de survie. Mais au-delà de la survie, il est également extrêmement important pour eux de préserver une fonction érectile et d'éviter l'incontinence (Nag et al., 2018[7]) – aspects qui revêtent un intérêt substantiel pour les patients, les prestataires de soins et les responsables publics.

Une expérience positive de la prise en charge contribue à l'amélioration des résultats médicaux – elle est également une fin en soi

Outre les résultats, la *façon* dont les patients sont pris en charge entre en ligne de compte. Cela consiste à les traiter avec respect et compassion, à les soutenir, les écouter et les associer aux décisions les concernant. Cela suppose aussi une meilleure coordination des soins entre des équipes qui entretiennent une communication efficace, entre elles et avec le patient.

Une expérience positive de la prise en charge constitue une preuve éloquente de la qualité des soins, et influe de manière déterminante sur les résultats obtenus, surtout chez les patients qui souffrent de pathologies chroniques multiples (Stein et al., 2014[8] ; Trzeciak et al., 2016[9] ; Luxford, Safran et Delbanco, 2011[10]). Dans le domaine de la santé mentale, par exemple, un vécu positif des soins influe sur les relations avec l'équipe médicale, ce qui a pour effet d'améliorer la communication, le suivi, l'acceptation des traitements et l'état de santé (Wong et al., 2019[11]). Mais c'est également un objectif important en soi : tous les patients s'attendent à être traités avec respect et méritent de l'être. Dans certains secteurs, comme les soins palliatifs, être soigné avec compassion et dans la dignité compte parmi les composantes les plus importantes des soins.

Pourtant, malgré des progrès considérables dans certains domaines, le ressenti des patients n'est pas évalué de manière systématique. Étant donné l'importance grandissante de cet aspect des services médicaux, les pratiques doivent évoluer.

Une prise de décision concertée doit s'appuyer sur des données fondées sur les déclarations des patients

Dans le contexte clinique, les indicateurs fondés sur les déclarations des patients permettent de recentrer les interactions en matière de santé sur les besoins des individus. Le dialogue porte moins sur le problème médical de la personne que sur ses attentes – première étape cruciale en vue d'une prise de décision concertée, principe fondamental de l'approche centrée sur le patient. Des données agrégées des résultats déclarés par les patients peuvent éclairer les décisions en matière de soins et contribuer au choix du traitement idoine dans les cas où diverses interventions (surveillance médicale rapprochée comprise) sont envisageables (Veroff, Marr et Wennberg, 2013[12]). La personne prend connaissance des résultats les plus probables de chaque intervention et peut arrêter son choix en conséquence.

La collecte régulière d'informations auprès des patients, tout au long du parcours de soins, permet de structurer et de consolider l'évaluation, la prise de décision et l'action. On peut ainsi mieux adapter les traitements aux besoins individuels et réagir avec rapidité et précision en cas d'aggravation clinique. On a ainsi constaté que lorsque les patients sous chimiothérapie décrivent leurs symptômes, on parvient à prolonger leur survie et à réduire les hospitalisations de manière significative (Basch, 2017[13] ; Basch et al., 2017[14]).

Les informations fournies par les données communiquées par les patients peuvent être exploitées pour mettre au point des outils d'aide à la décision et actualiser les guides de pratique clinique. Elles permettent aussi aux prestataires de savoir comment leur travail

agit sur la santé et le bien-être des patients. Les indicateurs fondés sur les déclarations des patients, par exemple, offrent un moyen de mesurer les progrès cliniques de manière plus objective. Ils peuvent compléter d'autres indicateurs pour produire une évaluation plus exhaustive des résultats des soins et des services. S'il est correctement mis en œuvre, un mécanisme d'analyse comparative, voire de publication d'informations, peut être un puissant levier d'amélioration de la qualité (Greenhalgh et al., 2017[15]).

Les données produites par les patients peuvent également être utilisées pour évaluer l'efficacité des produits médicaux, des polythérapies, des parcours de soins, des services de santé et du système de santé dans son ensemble. Associées à d'autres données, elles peuvent apporter aux chercheurs, aux régulateurs, aux organismes d'évaluation des technologies de la santé, aux organismes payeurs et aux responsables de l'action publique les renseignements nécessaires pour prendre des décisions mieux fondées afin d'optimiser le fonctionnement des systèmes de santé, et répondre aux attentes des patients, des citoyens et de la société (Calvert, O'Connor et Basch, 2019[16]).

Les indicateurs fondés sur les déclarations des patients sont solides et fiables

La collecte d'informations auprès d'individus sur leur état de santé, leur qualité de vie et leur expérience des soins se pratique depuis maintenant des dizaines d'années. Les outils et enquêtes disponibles ont été soumis à des tests psychométriques rigoureux et des validations statistiques dont les résultats ont été publiés dans des revues à comité de lecture. Cette pratique est aujourd'hui éprouvée, et les données montrent que ces instruments mesurent de manière fiable les paramètres visés (Black, 2013[17]). L'Encadré 2.1 présente les différents types de mesures du vécu et des résultats du point de vue des patients (PROM et PREM) ainsi que certains éléments techniques des méthodes de collecte, d'interprétation et d'utilisation de ces indicateurs.

Au bout du compte, aucune source de données ne peut fournir à elle seule les renseignements nécessaires à une évaluation complète de l'efficacité d'un système de santé complexe et évolutif. Les données rapportées par les patients doivent être interprétées en tenant compte d'autres indicateurs de l'activité et du fonctionnement des systèmes de santé. Elles ont vocation à compléter, et non à remplacer, les données existantes, ceci afin d'élargir le point de vue et de brosser un panorama plus complet des résultats pour l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse des patients, des prestataires, des régulateurs ou des responsables publics. Pour que les indicateurs fondés sur les déclarations des patients soient réellement utiles à l'offre de services, à la recherche et à l'action publique, une normalisation des méthodes de collecte, d'analyse et de présentation des données s'impose, ce qui repose en grande partie sur une collaboration internationale (Calvert, O'Connor et Basch, 2019[16]).

Les taux d'arthroplastie sont en hausse, mais les patients font-ils état d'améliorations ?

Chaque année, plus de 2.2 millions de personnes subissent une arthroplastie non urgente de la hanche ou du genou dans les pays de l'OCDE. Les taux d'arthroplastie du genou ont doublé depuis l'année 2000 (Graphique 2.1), et ceux des arthroplasties de la hanche ont pour leur part progressé de 30 %. Ces taux peuvent varier du simple au quintuple selon les régions et les pays (OCDE, 2014[3]).

Ces interventions visent généralement à maîtriser les symptômes de l'arthrose, comme la douleur et la perte de mobilité et de capacité fonctionnelle, qui influent considérablement sur la qualité de vie liée à la santé. Ces deux procédures sont invasives

Encadré 2.1. **Mesurer les résultats et le vécu des patients de leur point de vue**

De manière générale, les instruments destinés à recueillir des informations auprès des patients sur leur état de santé, les résultats des soins et leur vécu se présentent sous forme de questionnaires de longueur et de format divers, administrés sous différentes formes (oralement, par voie électronique ou sur papier). Les deux principales catégories d'indicateurs de résultats rapportés par les patients (les « PROM ») sont les instruments portant sur une pathologie particulière, et les instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé (couramment désignés sous le nom de PROM « génériques »).

PROM liés à une pathologie particulière

Ces indicateurs sont spécialement conçus pour une pathologie (comme l'arthrose) ou une intervention (arthroplastie par exemple). Ils sont adaptés aux symptômes propres à la pathologie concernée ou à ceux auxquels une procédure donnée cherche à remédier. De ce fait, ils ont pour points forts leur sensibilité et leur spécificité. Leur principal défaut tient à l'impossibilité de généraliser leurs résultats, autrement dit de les comparer directement à ceux d'instruments conçus pour d'autres pathologies ou interventions, sauf s'il existe des algorithmes de mise en correspondance validés permettant de procéder à des conversions.

Instruments de mesure de la qualité de vie liée à la santé (PROM « génériques »)

Les PROM dit « génériques » visent à rendre compte d'un éventail plus large d'aspects physiques et psychosociaux dont on estime qu'ils sont des facteurs déterminants de la qualité de vie liée à la santé. Ils ont pour avantage d'être comparables entre différentes pathologies, procédures et interventions. C'est pourquoi ils sont souvent utilisés dans le cadre des analyses coût-utilité et des évaluations des technologies de la santé (ETS).

Mesures du vécu rapporté par les patients (PREM)

Le vécu des patients est également évalué au moyen d'enquêtes ou de questionnaires qui peuvent être réalisés de différentes manières. Diverses méthodes et questions ont été élaborées. Les questions peuvent être adaptées à un cadre précis (soins primaires, hospitaliers, de longue durée) ou évaluer un aspect particulier des soins (continuité, autonomie, communication d'informations). Les PREM ont profondément évolué, les enquêtes de « satisfaction » subjectives auparavant conduites auprès des patients ayant cédé la place à des questionnaires perfectionnés fondés sur des éléments objectifs. Différents aspects (accessibilité, communication, suivi, confiance, etc.) sont évalués selon des échelles, et les résultats sont désormais utilisés pour étayer les évaluations et les comparaisons internationales des systèmes de santé (Schneider W, 2017[18]).

Collecte et utilisation des informations communiquées par les patients

Divers facteurs (comportements, observance thérapeutique, âge et comorbidités notamment) influent sur les résultats des soins déclarés par les patients. Mais les indicateurs de résultats plus traditionnels comme les taux de réadmission et de mortalité sont exposés aux mêmes facteurs de confusion. Toutes les données, qu'elles soient fondées ou non sur les déclarations des patients, ont des limitations et doivent être interprétées avec toute la prudence nécessaire. Comme tous les résultats utilisés à des fins de comparaison, les facteurs de confusion associés aux indicateurs fondés sur les déclarations des patients doivent normalement être corrigés pour obtenir des comparaisons utiles (Nuttall, Parkin et Devlin, 2013[19]).

et, comme tout acte chirurgical, comportent certains risques. Elles exigent une longue période de rééducation. Elles sont en outre onéreuses. En Australie, par exemple, elles représentent plus de 2 % des dépenses de santé[1].

Comme il existe d'autres modes non chirurgicaux de prise en charge de la douleur de la hanche ou du genou (kinésithérapie, exercice et médicaments), les patients devraient pouvoir fonder leur décision de se faire opérer sur les résultats escomptés, notamment en termes de douleur, de mobilité et de capacité à mener leurs activités quotidiennes après une période de convalescence. Pour les organismes payeurs, l'intervention chirurgicale doit présenter un intérêt par rapport aux autres solutions.

Le milieu de l'orthopédie compte parmi ceux qui encouragent le plus la collecte de données fondées sur les déclarations des patients. Les collectes réalisées à l'échelon national sont cependant très rares. La plupart s'inscrivent dans le cadre de programmes régionaux et locaux, ou prennent la forme de registres facultatifs couvrant un sous-ensemble de prestataires et d'hôpitaux nationaux.

Divers instruments destinés à mesurer des paramètres comme la douleur, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie liée à la santé, sont utilisés dans le monde. Le questionnaire est généralement rempli par le patient avant l'intervention, et à nouveau à l'issue d'un délai donné suivant l'opération (généralement 6 ou 12 mois). L'écart entre le chiffre pré-intervention et le chiffre post-intervention est le résultat qui présente le plus grand intérêt.

L'OCDE collabore avec divers intervenants et experts, y compris des patients et des cliniciens, afin de procéder à des collectes internationales de données PROM. Dix programmes conduits dans huit pays ont alimenté une collecte de données pilote récemment réalisée. Figurent parmi eux des projets nationaux (Angleterre, Pays-Bas, Suède), régionaux (Canada - Alberta et Manitoba, Suisse - Genève), des registres infranationaux (comme l'*Australian Clinical Outcomes Registry* – ACORN – qui collecte des données auprès de prestataires dans deux États) et des hôpitaux (hôpital Coxa en Finlande[2], Institut Galeazzi en Italie). Les programmes participants font appel à plusieurs instruments PROM, la collecte postopératoire intervenant dans un délai de 6 ou 12 mois.

La collecte porte sur les patients adultes atteints d'arthrose[3] ayant subi une arthroplastie totale primaire, unilatérale et non urgente. Les données recueillies couvrent les trois dernières années, et ont été agrégées de manière à obtenir un résultat par programme participant.

En moyenne, les patients qui ont subi une arthroplastie de la hanche font état d'une amélioration

Pour l'arthroplastie de la hanche, les résultats issus d'instruments génériques (EQ-5D-3L, EQ-5D-5L et SF12) sont présentés dans le cadre d'une échelle commune, l'indice EQ-5D-3L, selon la valeur attribuée aux États-Unis (Shaw JW, 2005[20]). La valeur maximale sur l'échelle de l'indice EQ-5D est 1.0, représentant un niveau optimal de qualité de vie liée à la santé ; une valeur négative correspond en revanche à un état jugé pire que la mort (Encadré 2.2).

Le Graphique 2.3 illustre l'écart moyen entre les valeurs préopératoires et postopératoires[4] – autrement dit, la variation moyenne de la qualité de vie – corrigées de manière à tenir compte de l'âge et du sexe des patients et de la valeur préopératoire (Encadré 2.2)[5]. Il ressort des résultats que, dans tous les programmes, le patient moyen a signalé une amélioration de sa qualité de vie liée à la santé à la suite d'une arthroplastie de la hanche. La variation moyenne corrigée sur l'ensemble des programmes est de +0.23, ce qui correspond à une amélioration de 21 % environ sur cet indice 6 ou 12 mois après l'intervention[6,7,8].

Le Graphique 2.4 présente les variations corrigées entre les valeurs préopératoires et postopératoires établies à partir d'instruments portant sur une pathologie particulière (Oxford Hip Score, HOOS-PS)[9]. Elles doivent figurer sur des axes distincts car il n'existe pas actuellement d'algorithmes permettant leur conversion. L'échelle d'évaluation du questionnaire Oxford va de 0 à 48, celle du questionnaire HOOS-PS de 0 à 100. Dans les deux cas, plus la valeur est élevée, plus le résultat est satisfaisant[10]. Les résultats montrent, en

Encadré 2.2. **L'indice commun EQ-5D et la normalisation des données**

Différents instruments et mesures de la qualité de vie liée à la santé sont utilisés dans les programmes et pays participants. Ici les données sont dérivées de l'indice EQ-5D-5L, et les versions 1 et 2 des instruments SF-12 ont été convertis pour s'adapter à l'indice EQ-5D-3L au moyen d'algorithmes de mise en correspondance validés (van Hout et al., 2012[21] ; Sullivan et Ghushchyan, 2006[22] ; Le, 2013[23]).

L'instrument EQ-5D

Les questions de l'instrument de mesure de la qualité de vie liée à la santé EQ-5D couvrent cinq dimensions : mobilité, autonomie de la personne, activités courantes, douleur/gêne et anxiété/dépression. Le patient donne à chaque dimension une note comprise entre 1 et 3 (dans la version 3L) ou entre 1 et 5 (dans la version 5L) – 1 étant la note la plus élevée, et 3 ou 5 la plus faible. Le résultat est un « état de santé » à 5 chiffres – par ex., 11111 (état de santé parfaite), 33333 ou 55555 (respectivement, le pire état de santé possible pour 3L et 5L) et toute une gamme de permutations entre ces deux extrémités.

Les états de santé ainsi déterminés sont convertis en un indice unique en se référant aux valeurs spécifiques à une population ou à un pays donnés. Ces valeurs ont été définies en demandant à un échantillon de la population concernée comment il évalue un état de santé particulier par rapport à un état de santé parfait (1.0) et par rapport à la mort (0) au moyen de la méthode dite d'arbitrage temporel. La fonction qui en résulte est appelée valeur ou ensemble de valeurs. Il existe actuellement plus d'une douzaine de valeurs nationales pour la version 3L, mais elles sont moins nombreuses pour la version 5L plus récente. Ces valeurs peuvent varier considérablement selon les pays (Zhuo et al., 2018[24]). Certaines restent au-dessus de zéro, mais d'autres diminuent jusqu'à atteindre des valeurs négatives à la pire extrémité du spectre, ce qui signifie que les répondants jugent leur état de santé pire que la mort et sont disposés à accepter une vie plus courte, mais en bonne santé.

L'EQ-5D a été conçu pour produire un indicateur des années de vie pondérées par la qualité (AVPQ), une mesure qui associe morbidité et mortalité et qui est souvent utilisée pour évaluer l'efficacité des interventions médicales. Ainsi, un indice d'état de santé de 0.8 pendant 10 ans correspond à 8 AVPQ.

L'indice EQ-5D-3L (valeur des États-Unis) comme échelle commune

L'indice EQ-5D-3L a été retenu comme indicateur commun car : a) la majorité des pays utilise cet instrument ; b) des algorithmes permettent de convertir (ou de mettre en correspondance) les valeurs d'autres instruments génériques en équivalents EQ-5D-3L. Des conversions ont été effectuées au moyen de données de patients.

Il existe des valeurs « nationales » de l'état de santé selon l'indice EQ-5D-3L (voir plus haut) pour la plupart des programmes participants. On préfère utiliser une seule valeur, plutôt qu'une combinaison des différents ensembles de valeurs nationales, car cela permet d'atténuer dans une certaine mesure les facteurs de confusion associés aux caractéristiques culturelles, démographiques, socioéconomiques et autres des patients qui rendent compte de leur état de santé (Devlin, 2019[25]). Les résultats présentés cadrent ainsi avec leur état de santé sous-jacent et sont exempts de la variabilité supplémentaire générée par la valeur particulière attribuée à l'état de santé dans chaque pays.

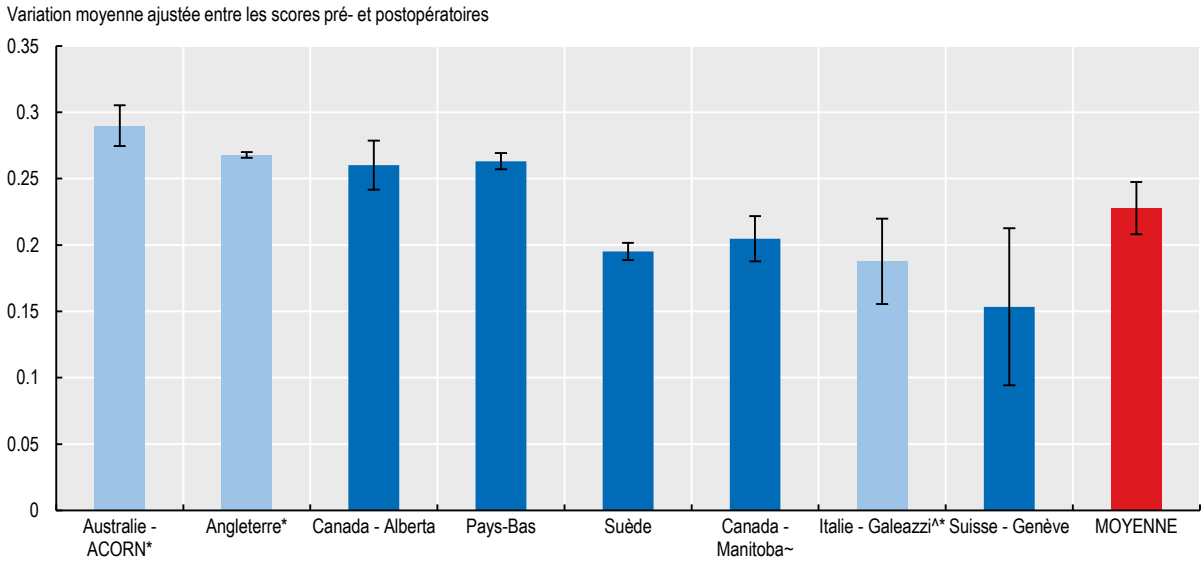
Le choix de l'estimation des États-Unis est un choix pragmatique : c'est le seul paramètre des algorithmes disponibles qui permet de produire des valeurs EQ-5D-3L à partir des instruments utilisés par les programmes participants (van Hout et al., 2012[21] ; Sullivan et Ghushchyan, 2006[22] ; Le, 2013[23]).

Normalisation des résultats pour améliorer la comparabilité

Pour améliorer la comparabilité et atténuer les effets des variables démographiques et d'autres nature, les résultats indiqués (calculés à partir des instruments génériques et propres à une pathologie) ont été corrigés de manière à éliminer l'incidence de l'âge et du sexe, ainsi que de la valeur PROM préopératoire déclarée, pour une population fondée sur les données agrégées des programmes participants. Trois catégories d'âge et deux catégories de valeurs préopératoires ont été utilisées. Les écarts entre les résultats bruts et corrigés sont dans la plupart des cas faibles. Étant donné l'absence de données cohérentes, les résultats n'ont pas été corrigés pour tenir compte de la comorbidité ou de la situation socioéconomique.

moyenne, une amélioration d'ampleur comparable dans tous les programmes. La variation moyenne corrigée (non illustrée) est de +23 sur l'échelle Oxford et de +32 sur l'échelle

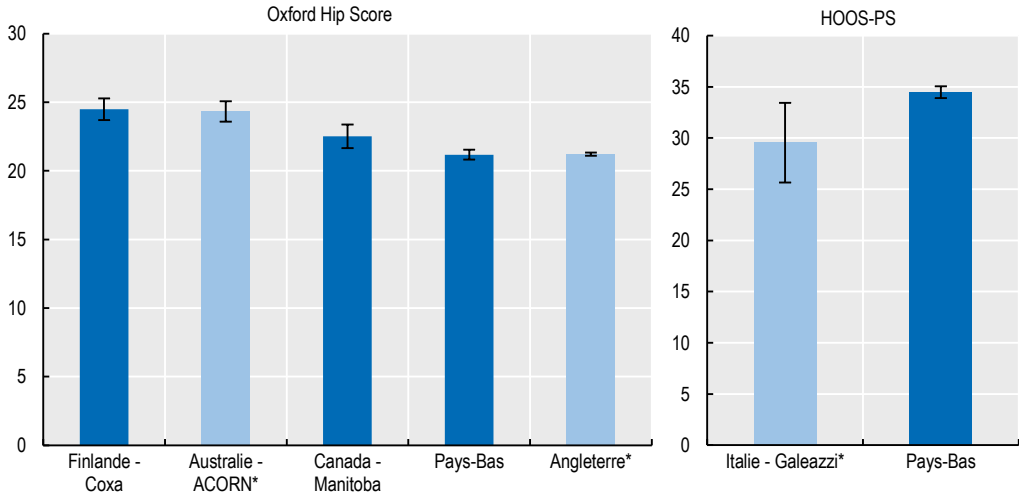
Graphique 2.3. **Arthroplastie de la hanche : variation moyenne corrigée entre les valeurs EQ-5D-3L pré- et postopératoires (valeur des États-Unis), intervalles de confiance à 95 %, 2013-16 ou années les plus proches**



Note : ^ Résultats convertis de l'instrument SF-12v1 ; ~ convertis de l'instrument SF-12v2 ; *collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois). Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014612

Graphique 2.4. **Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires, Oxford Hip Score et HOOS-PS, 2013-16 (ou années les plus proches)**



Note : * Collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois) ; Échelles : Oxford 0-48 ; HOOS-PS 0-100. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

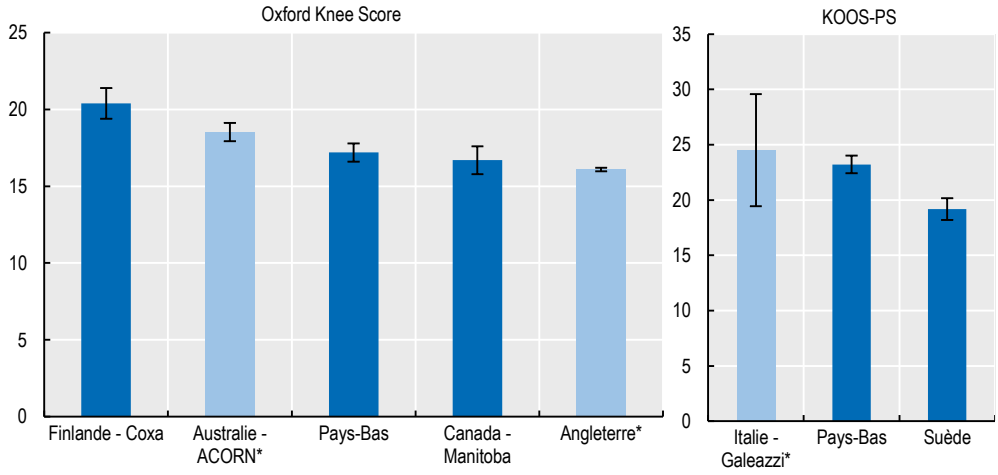
StatLink https://doi.org/10.1787/888934014631

HOOS-PS, soit un taux d'amélioration de, respectivement, 48 % et de 32 %[11] (d'autres résultats concernant des pathologies particulières sont présentés au chapitre 6).

Les patients d'une arthroplastie du genou font état d'améliorations plus faibles

Les variations corrigées entre les valeurs préopératoires et postopératoires établies à partir de questionnaires portant sur l'arthroplastie du genou sont présentées au Graphique 2.5 (les échelles sont les mêmes que pour l'arthroplastie de la hanche). Dans l'ensemble, les patients de tous les programmes ont signalé des améliorations de même ampleur. La variation moyenne corrigée (non illustrée) est de +17 sur l'échelle Oxford et de +22 sur l'échelle KOOS-PS[12], soit un taux d'amélioration de, respectivement, 36 % et de 22 % (les valeurs correspondantes pour l'arthroplastie de la hanche sont de 48 % et 32 %)[13].

Graphique 2.5. **Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires, Oxford Knee Score et KOOS-PS, 2013-16 (ou années les plus proches)**



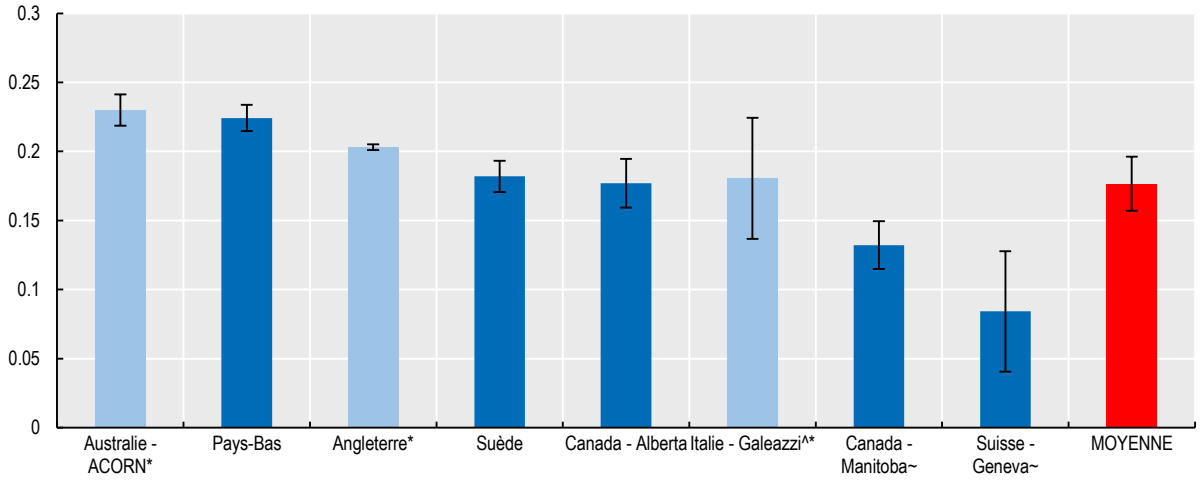
Note : * Collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois) ; Échelles : Oxford 0-48 ; HOOS-PS 0-100. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014650

Les résultats concernant l'arthroplastie du genou découlant des questionnaires génériques sont présentés au moyen de l'indice EQ-5D-3L (valeur des États-Unis) (voir Encadré 2.2). Les données provenant des échelles EQ-5D-5L et SF-12 ont été converties au moyen d'algorithmes validés (van Hout et al., 2012[21] ; Sullivan et Ghushchyan, 2006[22] ; Le, 2013[23]). Le Graphique 2.6 illustre les variations moyennes entre les valeurs pré- et postopératoires, corrigées en fonction de l'âge, du sexe et de la valeur préopératoire (Encadré 2.2). En moyenne, les patients de chaque programme ont fait état d'une amélioration, dans une fourchette comprise de +0.08 à +0.22. La variation moyenne corrigée pour l'ensemble des programmes est de +0.18 (taux d'amélioration de 16 % environ)[14]. À titre de comparaison, comme indiqué ci-dessus, la valeur correspondante pour l'arthroplastie de la hanche est de +0.23 (21 %), un écart statistiquement significatif au niveau de confiance de 95 %.

Les résultats EQ-5D indiquent, toutes choses étant égales par ailleurs, qu'un patient moyen âgé de 65 ans ayant subi une arthroplastie du genou dans le cadre des programmes participants a gagné, en moyenne, 3.3 années de vie pondérée par la qualité (AVPQ)[15]. Autrement dit, les patients ont gagné sur leur espérance de vie l'équivalent de 3.3 années en bonne santé par rapport au statu quo préopératoire (c'est-à-dire à une situation où ils

Graphique 2.6. **Arthroplastie du genou : Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires EQ-5D-3L (valeur des États-Unis), 2013-16 (ou années les plus proches)**



Note : ^ Résultats convertis de l'instrument SF-12v1 ; ~ convertis de l'instrument SF-12v2 ; * collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois). Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014669

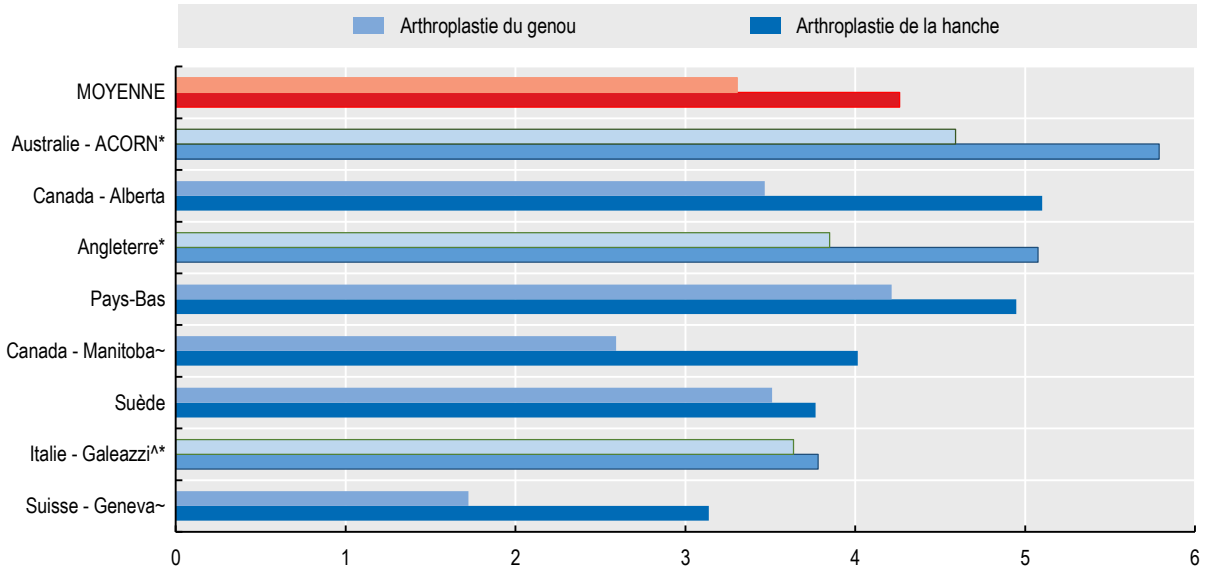
n'auraient pas subi d'intervention). Le chiffre correspondant pour l'arthroplastie de la hanche est plus élevé : 4.3 AVPQ (Graphique 2.7)[16]. L'écart entre les deux procédures est en harmonie avec les résultats des études existantes (Konopka et al., 2018[26]). Il faut toutefois noter que la période de rétablissement après une arthroplastie du genou est généralement plus longue que pour l'arthroplastie de la hanche, d'où un tel écart.

Les résultats doivent être interprétés avec prudence

Dans l'ensemble, les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou dans le cadre des programmes participants ont fait état d'une amélioration de leurs symptômes et de leur qualité de vie liée à la santé. Ce n'est pas pour autant le cas de tous les patients. En fait, un pourcentage faible, mais significatif, des patients a signalé une stabilité ou une aggravation des symptômes et de la qualité de vie liée à la santé, pour les deux procédures et sur l'ensemble des programmes. Ce résultat pourrait toutefois s'avérer plus satisfaisant que celui obtenu dans le cas contrefactuel d'une absence d'intervention chirurgicale, ce qui est néanmoins peu probable compte tenu de l'existence d'autres modes de traitement dans la plupart des systèmes de santé.

Les résultats présentés ici ne permettent en fait pas d'établir de comparaison entre les arthroplasties de la hanche et du genou et d'autres traitements, plus traditionnels, de nature chirurgicale ou non, comme la kinésithérapie ou les médicaments. Il faudrait pour cela élargir la cohorte de l'étude à des patients qui optent pour des prises en charge non chirurgicales de leurs douleurs articulaires. Les travaux de recherche donnent à penser que les interventions non chirurgicales permettent de soulager ces douleurs et d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes atteintes d'arthrose, même si l'arthroplastie (suivie de séances de kinésithérapie) aboutit à des améliorations plus satisfaisantes du point de vue des patients (Skou, Bricca et Roos, 2018[27]) (Skou et al., 2018[28]). Toutefois, l'arthroplastie est associée à un plus grand nombre d'évènements indésirables, comme une infection, que les traitements non chirurgicaux (Skou et al., 2015[29]).

Graphique 2.7. **Les arthroplasties du genou et de la hanche font toutes deux gagner des AVPQ aux patients**



Note : ^ Résultats convertis de l'instrument SF-12v1 ; ~ convertis de l'instrument SF-12v2 ; * collecte 6 mois après l'intervention (tous les autres : 12 mois).
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014688

Bien que les résultats aient été normalisés selon l'âge, le sexe et la valeur préopératoire, plusieurs variables propres aux programmes limitent leur comparabilité. Le nombre de patients diffère considérablement d'un programme à l'autre. Certains programmes recueillent les valeurs postopératoires 6 mois après l'intervention, d'autres attendent 12 mois, délai jugé optimal pour une évaluation postopératoire puisque le patient est censé être pleinement rétabli au bout d'un an. Lorsque les données sont recueillies après l'opération, il est impossible de connaître l'évolution des résultats au-delà de ces délais. Les méthodes de collecte diffèrent (sur papier, par voie électronique, par téléphone), ce qui a une incidence avérée sur les résultats. Les taux de réponse varient. Malgré la correction visant à tenir compte de la valeur préopératoire, les écarts entre les délais chirurgicaux dans les différents pays peuvent aussi exercer une influence. Enfin, les résultats de trois programmes ont été convertis des instruments EQ-5D-5L et SF-12 à l'indice EQ-5D-3L (valeur des États-Unis), ce qui peut altérer les résultats finaux.

De plus, étant donné l'absence de données compatibles pour tous les programmes, les résultats n'ont pas été corrigés pour tenir compte de la composition du groupe de malades et des comorbidités. Divers facteurs culturels, démographiques et socioéconomiques influent en outre sur l'état de santé déclaré par les patients, ce qui joue aussi sur la comparabilité des résultats, même lorsqu'une évaluation et un indice communs sont utilisés.

Des informations de meilleure qualité sur les résultats du traitement du cancer du sein sont utiles aux patients confrontés à des choix difficiles

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes à l'échelle mondiale ; environ 2.1 millions de nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2018, soit près d'un cancer féminin sur quatre (Bray et al., 2018[30]). Si une hausse de l'incidence de ce

cancer a été observée au cours de la décennie écoulée, la mortalité qui lui est associée a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE. La précocité des diagnostics et la plus grande efficacité des traitements ont contribué à ce résultat, le taux net de survie à 5 ans étant désormais supérieur à 80 % dans la plupart des pays de l'OCDE (voir ci-avant et Graphique 2.2).

Bien que la chirurgie soit le traitement local privilégié pour la majorité des cancers du sein peu évolués, il existe divers traitements qui permettent d'adapter la prise en charge de chaque patiente. Par exemple, un traitement systémique primaire comportant une chimiothérapie ou une hormonothérapie peut faciliter la chirurgie en réduisant la taille de la tumeur avant l'intervention. La radiothérapie, la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie postopératoires peuvent diminuer le risque de récidive du cancer.

Les trois principales interventions chirurgicales employées pour traiter le cancer du sein sont les suivantes :

- **La chirurgie mammaire conservatrice (CMC)**, qui consiste en une intervention chirurgicale visant à enlever la tumeur et à préserver la plus grande partie du sein – une option courante pour les cancers en phase précoce. Cette intervention est l'option chirurgicale privilégiée ; entre 60 % et 80 % des cancers nouvellement détectés s'y prêtent au moment du diagnostic ou après une thérapie systémique primaire pour les femmes d'Europe occidentale (Cardoso et al., 2019[31]).
- **La mastectomie** consiste en l'ablation chirurgicale complète du sein. Elle est souvent pratiquée sur les femmes qui ne peuvent être traitées par chirurgie mammaire conservatrice. Il arrive toutefois qu'une femme préfère une mastectomie à une chirurgie mammaire conservatrice, et les femmes présentant un risque élevé de deuxième cancer optent parfois pour l'ablation des deux seins.
- **La reconstruction mammaire** s'adresse aux femmes qui ont subi une mastectomie ; elle vise à reconstruire le galbe et l'aspect du sein. Il existe deux grandes méthodes de reconstruction mammaire : 1) la reconstruction par **prothèse interne**, qui suppose l'insertion d'un implant en silicone après suppression du tissu mammaire ; et 2) la reconstruction par **lambeau**, qui utilise des tissus provenant d'autres parties du corps de la patiente – abdomen, dos, cuisses ou postérieur – pour reconstruire la forme du sein. Cette forme de reconstruction paraît généralement plus naturelle et le résultat se rapproche davantage du tissu mammaire naturel que les implants.

Plusieurs facteurs influent sur le choix du traitement pour les femmes atteintes d'un cancer et sur ses résultats, notamment la taille et l'emplacement de la tumeur, des facteurs biologiques ou le type et les caractéristiques de la tumeur, l'âge, l'état de santé général, l'offre de services, les risques de santé connexes et les préférences des patientes.

Dans ce contexte, le choix d'une approche chirurgicale peut jouer sur la qualité de vie ultérieure. Les femmes atteintes d'un cancer du sein peuvent ainsi se trouver confrontées à des décisions difficiles au moment de choisir un traitement. Les facteurs tels que l'âge, l'état de santé général et la taille et l'emplacement de la tumeur primaire sont des éléments importants pour orienter les décisions cliniques, mais les préférences de la patiente jouent aussi un rôle essentiel dans le choix d'une stratégie de prise en charge (Cardoso et al., 2019[31]).

Outre l'objectif primordial consistant à rester en vie, la qualité de vie est un paramètre déterminant. Lorsque l'on évalue les différentes possibilités de traitement, les informations relatives aux résultats obtenus chez les femmes ayant connu des situations similaires peuvent considérablement faciliter le processus de décision et alimenter la

réflexion sur les progrès observés pendant et après le traitement, ainsi qu'en termes de survie.

La collecte et l'utilisation de PROM dans le cadre du traitement du cancer du sein se développent

De plus en plus, dans les pays de l'OCDE, des prestataires et des patients motivés évaluent les résultats du point de vue des patients afin d'éclairer des décisions cliniques difficiles. L'utilité de ces mesures est de plus en plus reconnue. Aux Pays-Bas, par exemple, le cancer du sein figure parmi les éventuels domaines de priorité du programme national qui a été lancé pour mesurer systématiquement les résultats des soins rapportés par les patients et mettre en pratique le concept de « valeur en santé » (van Egdom et al., 2019[32]). Cela dit, la diversité des instruments PROM employés complique la comparaison des résultats, tandis que le recours à ces outils demeure fortement localisé et réservé à des projets spécifiques et à des cliniciens de pointe dans certains établissements.

Soucieuse de tenir compte de cette priorité nouvelle, l'OCDE a travaillé avec un groupe d'experts (patients, cliniciens, responsables publics et représentants du secteur) et des organisations collaboratrices pour faire le point sur les techniques de PROM actuelles en matière de cancer du sein et examiner les possibilités de procéder à des collectes et des comparaisons internationales de données.

Ces efforts ont abouti à une première collecte de données à l'échelle internationale qui a porté sur dix établissements cliniques dans sept pays (Flinders Medical Centre, Adelaïde - Australie ; Charité – Universitätsmedizin Berlin - Allemagne ; Centre médical Erasmus, Rotterdam – Pays-Bas ; Capio St Göran Breast Unit, Södersjukhuset Bröstcentrum et Karolinska Univ.sjukhuset Bröst Endokrin och Sarkom, Stockholm – Suède ; Hôpital universitaire de Bâle, Bâle – Suisse ; Manchester University Hospitals NHS Foundation Trust, Manchester – Royaume-Uni ; Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York – États-Unis ; et Brigham and Women's Hospital, Boston – États-Unis).

Cette collecte fait appel à l'échelle de satisfaction postopératoire de la chirurgie mammaire conservatrice et aux modules de reconstruction mammaire du questionnaire Breast-Q, un instrument validé au plan international utilisé pour mesurer les résultats de la chirurgie mammaire du point de vue des patientes (Pusic et al., 2009[33]) (Encadré 2.3).

La collecte de données a porté sur les femmes de 15 ans et plus qui ont subi une chirurgie mammaire conservatrice unilatérale ou une reconstruction mammaire après une mastectomie effectuée durant le traitement primaire du cancer du sein. Les patientes ayant subi une chirurgie mammaire bilatérale n'ont pas été prises en compte, dans la mesure où cette chirurgie peut avoir un impact différentiel sur la satisfaction postopératoire.

Les résultats indiquent un taux de satisfaction supérieur après une chirurgie mammaire conservatrice dans certains établissements, mais pas dans tous

Le Graphique 2.8 présente les résultats bruts (non corrigés) 6 et 12 mois après une chirurgie mammaire conservatrice, après une reconstruction mammaire, et la somme des deux valeurs. Ces résultats portent sur des échantillons relativement restreints et ne se veulent pas représentatifs du degré de satisfaction des patientes traitées pour un cancer du sein dans chaque pays. Néanmoins, ils indiquent dans quelle mesure les paramètres de cette nature peuvent faire l'objet de notifications internationales.

Si les données brutes des établissements qui ont communiqué des valeurs pour la chirurgie mammaire conservatrice et la reconstruction mammaire indiquent le plus

Encadré 2.3. **Échelles de satisfaction postopératoire du formulaire Breast-Q**

Le jeu de questionnaires Breast-Q est l'un des plus largement utilisé parmi la gamme d'instruments actuellement employés au niveau international pour mesurer les résultats des opérations du cancer du sein (Tevis et al., 2018[34]).

Les échelles de satisfaction des questionnaires Breast-Q mesurent l'image corporelle à l'aune de la satisfaction esthétique exprimée par les femmes ; il leur est demandé si le port du soutien-gorge est confortable et si elles apprécient l'apparence de leur poitrine, habillée ou nue. Les questionnaires postopératoires portent sur l'allure des seins (taille, symétrie, souplesse), sur les aspects liés à l'habillement (ajustement du soutien-gorge ; port de vêtements ajustés) et sur l'emplacement et l'aspect des cicatrices. Le questionnaire comporte des modules séparés pour les chirurgies mammaires conservatrices, les mastectomies et les reconstructions mammaires, chaque module étant composé de plusieurs échelles couvrant des questions diverses : bien-être psychosocial, sexuel, physique, satisfaction des patientes à l'égard de leurs seins et de la prise en charge. Certaines questions portent en particulier sur les implants, notamment les plis visibles ou perceptibles au toucher.

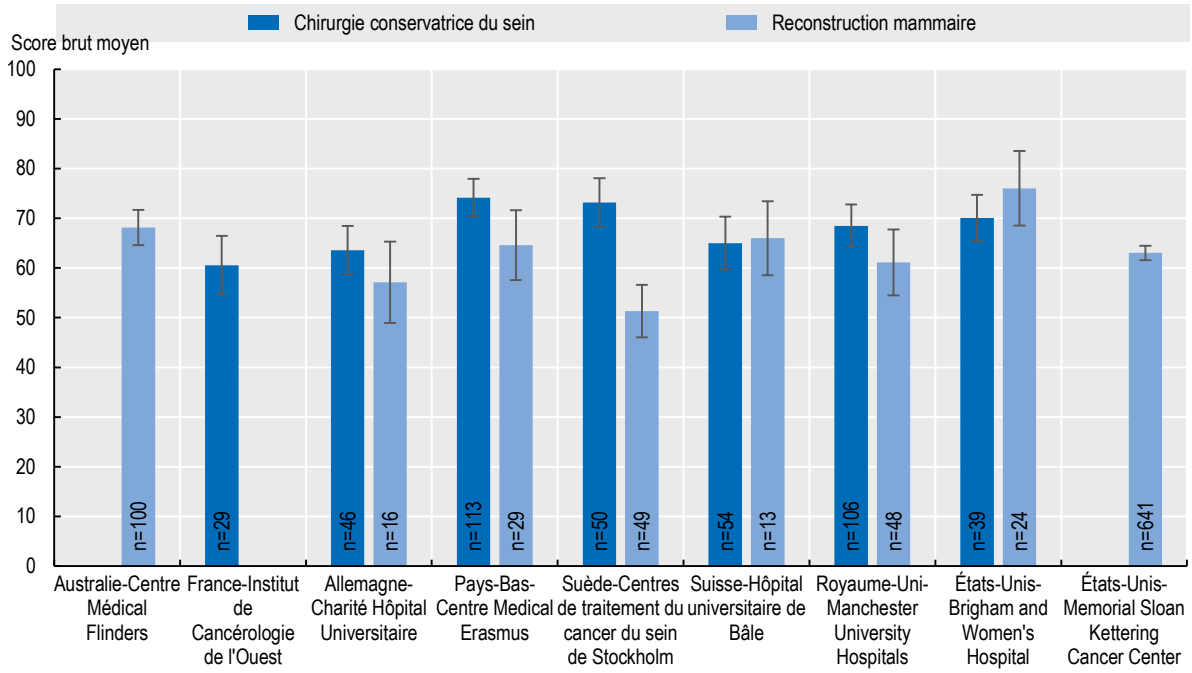
Les valeurs des échelles des modules relatifs à la chirurgie mammaire conservatrice et à la reconstruction mammaire, de même que celles des autres échelles du questionnaire Breast-Q, sont convertibles en une valeur standard (modèle de Rasch), comprise entre 1 et 100, qui permet de procéder à des comparaisons directes.

Voir *http://qportfolio.org/breast-q/breast-cancer/* pour de plus amples détails.

souvent un taux de satisfaction supérieur des patientes après une chirurgie mammaire conservatrice, conformément aux notions généralement admises dans ce domaine (voir par exemple (Flanagan et al., 2019[35])), certains centres font état d'un taux de satisfaction supérieur pour la reconstruction. De nouvelles études et une collecte de données à plus grande échelle seront nécessaires pour valider cette observation et définir s'il est possible de généraliser les résultats, mais ces observations liminaires pourront servir de base à des échanges d'informations et d'enseignements entre les différents établissements. Par exemple, un suivi au-delà de 6-12 mois peut être nécessaire, étant donné que les résultats interviennent plus ou moins rapidement selon les patientes sous l'effet des différences dans la durée et dans l'impact des parcours de soins traditionnels en matière de chirurgie mammaire conservatrice et de reconstruction.

Divers facteurs d'ordre personnel peuvent influer sur le degré de satisfaction d'une femme à la suite d'une chirurgie du cancer du sein, notamment l'âge, le tabagisme, l'obésité, la charge tumorale, le niveau d'études, le milieu d'origine, et son niveau global de satisfaction par rapport à l'aspect de sa poitrine et à sa santé physique avant l'intervention. Le tabagisme et l'obésité, par exemple, peuvent compromettre la cicatrisation des tissus et avoir une incidence négative sur les résultats de la reconstruction mammaire par implant, y compris sur le plan esthétique (Kern et al., 2015[36]). Ces facteurs échappent en grande partie à l'influence directe des services de santé, et les comparaisons de la qualité des soins dans les différents établissements devraient dans l'idéal tenir compte de leurs effets. Des données portant sur les principales variables propres aux patientes, dont l'âge, le tabagisme et l'obésité, ont été recueillies dans les établissements participants mais, compte tenu de la taille limitée des échantillons et de la capacité insuffisante de certains établissements à communiquer les données, il n'a pas été possible, à ce stade, de corriger les résultats en fonction des risques.

Graphique 2.8. **Cancer du sein : les valeurs PROM brutes mettent en évidence des résultats chirurgicaux variables**



Note : Évaluation réalisée plus de 12 mois après l'intervention chirurgicale en Suède et en Suisse. Les chiffres figurant au bas des colonnes de l'histogramme indiquent la taille de l'échantillon dans chaque établissement. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PROM PaRIS sur le cancer du sein, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014707

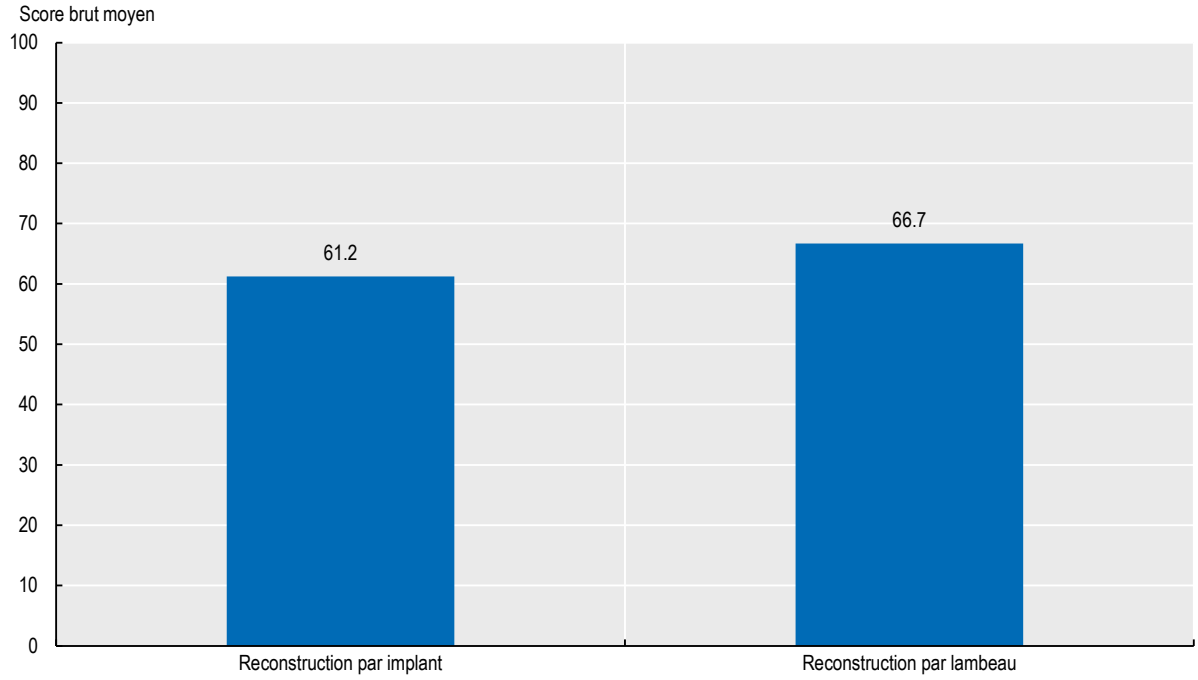
Le degré de satisfaction déclaré des femmes est légèrement plus élevé à la suite d'une reconstruction mammaire par lambeau que par implant

Les résultats bruts consolidés des établissements participants indiquent que les femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire par lambeau affichent un taux de satisfaction esthétique supérieur de 6 % à celui des femmes qui ont eu une reconstruction par implant (Graphique 2.9). Ce résultat correspond aux données existantes (Matros et al., 2015[37]), et constitue un élément important à prendre en considération dans les cas où un choix est possible.

Il s'ensuit que l'écart entre les taux de satisfaction présentés au Graphique 2.8 peut être influencé, entre autres facteurs, par le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire par lambeau. Le Tableau 2.1 indique la taille des échantillons et le pourcentage de reconstructions par lambeau communiqués par chaque établissement. Ce dernier va de 100 % (Pays-Bas et Suisse, où toutes les femmes ont subi une reconstruction par lambeau) à 0 % (Suède, où toutes les femmes ont subi une reconstruction par implant). Néanmoins, il est probable que certains établissements n'aient pas inclus toutes les femmes ayant subi une reconstruction. Par exemple, dans certains établissements, il est possible que seule l'unité de chirurgie plastique ait fourni des données, ce qui exclut les reconstructions par implant réalisées par les chirurgiens du sein et *vice versa*.

Malgré l'absence de lien clair entre le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une reconstruction par lambeau et les résultats bruts globaux (Graphique 2.8), un examen approfondi des facteurs contribuant aux importantes variations observées entre les

Graphique 2.9. **Résultats bruts déclarés par les patientes pour les reconstructions mammaires par implant et par lambeau**



Note : Établi à partir des données consolidées des onze établissements participants.
Source : Collecte de données pilote PROM PaRIS sur le cancer du sein, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014726

Tableau 2.1. **Nombre total de reconstructions mammaires et pourcentage de reconstructions par lambeau, par établissement**

	Nombre total de reconstructions mammaires	Reconstructions par lambeau, sans implant
	Nombre de femmes	% du nombre total de reconstructions
Australie - Flinders Medical Centre	100	57 % (57)
Allemagne - Charité, Universitätsmedizin	16	19 % (3)
Pays-Bas - Centre médical Erasmus	29	100 % (29)
Suède - Centres de traitement du cancer du sein de Stockholm	49	0 % (0)
Suisse - Hôpital universitaire de Bâle	13	100 % (13)
Royaume-Uni - Manchester University Hospitals	48	25 % (12)
États-Unis - Brigham and Women's Hospital	24	38 % (9)
États-Unis - Memorial Sloan Kettering Cancer Center	641	24 % (153)

Source : Collecte de données pilote PROM PaRIS sur le cancer du sein, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014745

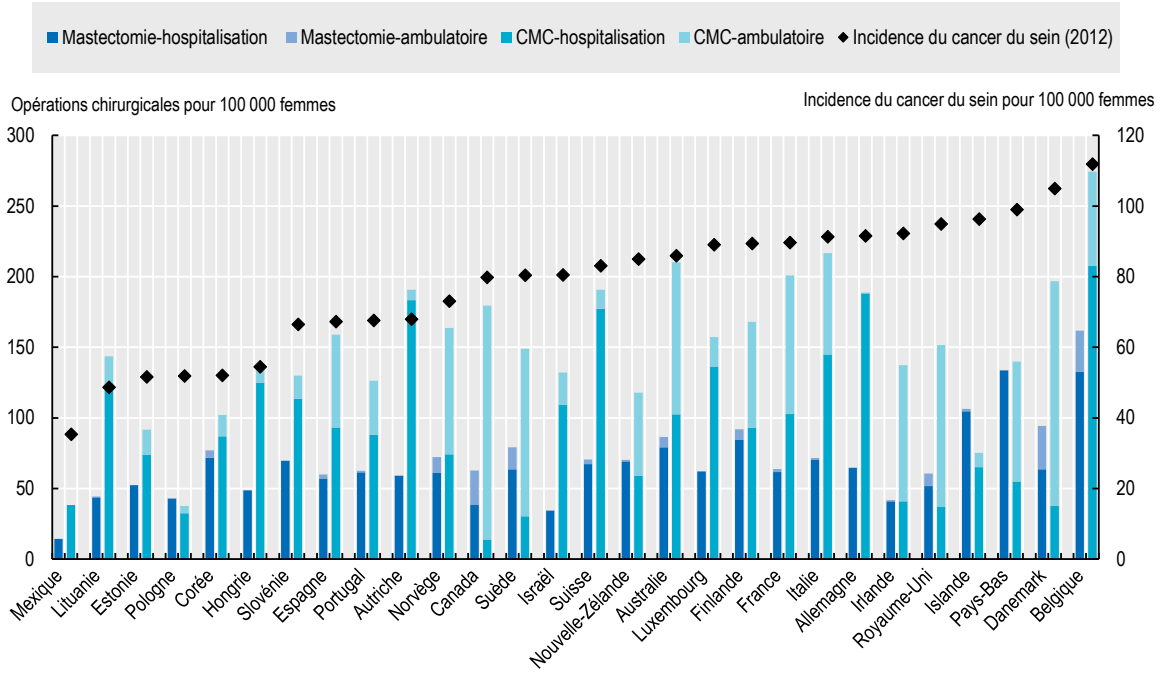
établissements se justifierait compte tenu des idées reçues quant aux résultats des soins, par exemple le rôle de chaque établissement dans le cadre des services plus généraux proposés aux femmes atteintes d'un cancer du sein et la représentativité des données.

Des mesures PROM récentes indiquent que la reconstruction mammaire par lambeau présente un bon rapport coût-efficacité

Les protocoles et pratiques de traitement du cancer du sein demeurent très variables, en termes de méthodes chirurgicales notamment, malgré l'existence de guides de pratique clinique officiels (Cardoso et al., 2019[31] ; OCDE, 2013[38]). Le Graphique 2.10 présente les taux de chirurgie mammaire conservatrice et de mastectomie dans les pays de l'OCDE, le cadre dans lequel ces interventions se déroulent et leur répartition. Il montre que les

pratiques varient considérablement, même entre des pays qui affichent des taux très similaires d'incidence du cancer. Il convient à l'évidence d'interpréter les données avec prudence dans la mesure où les stades du cancer, la comorbidité et l'état de santé préopératoire des patients peuvent également varier.

Graphique 2.10. **Type de chirurgie et mode de prise en charge pour le cancer du sein (2017) et incidence (2012) pour 100 000 femmes**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014764

Les variations dans les modalités de traitement peuvent également être influencées par un certain nombre d'autres facteurs. Ainsi, il a été déterminé récemment que les différences régionales en matière de chirurgie mammaire reconstructrice en Suède sont liées aux variations constatées en matière d'information des patients, de disponibilité des services de chirurgie plastique et de participation des femmes au processus décisionnel (Frisell, Lagergren et de Boniface, 2016[39]).

Les choix thérapeutiques effectués par les patientes en concertation avec les équipes soignantes ont des conséquences pour leur survie et leur qualité de vie, mais aussi des implications financières. Par exemple, à la suite d'une mastectomie, une femme doit décider si elle souhaite bénéficier d'une reconstruction mammaire ou pas (dans le cadre d'une chirurgie immédiate ou ultérieure) et, si elle opte pour cette procédure, du type de reconstruction le plus adapté. Si les deux options ont des résultats généralement comparables en termes de survie (Platt et al., 2015[40]), le choix de la reconstruction peut avoir des conséquences différentes qui sont importantes pour une femme, notamment en termes de qualité de vie ou de satisfaction esthétique, mais aussi en termes de coûts à la fois pour les femmes et pour le système de santé.

La reconstruction par lambeau, si elle semble aboutir à de meilleurs résultats que la reconstruction par implant, est généralement plus complexe et plus coûteuse, ce qui

soulève la question de l'optimisation des dépenses (Scurci et al., 2017[41]). Une étude récemment conduite aux États-Unis a comparé les résultats du questionnaire Breast-Q des patientes ayant reçu un implant mammaire et de celles qui ont bénéficié d'une reconstruction par lambeau ; elle a établi que le surcoût moyen d'une année de santé parfaite suite à une reconstruction par lambeau unilatérale était légèrement inférieur à 12 000 USD en 2010, ce montant étant plus faible pour les patientes moins âgées et les stades moins avancés du cancer (Matros et al., 2015[37]).

On ignore à combien la société évalue une année de qualité de vie parfaite après un cancer du sein, mais le montant généralement pris pour référence pour juger du rapport qualité-prix des interventions est compris entre 50 000 USD et 100 000 USD ; c'est aussi la fourchette jugée acceptable pour l'adoption de nouvelles technologies ou techniques dans les pays de l'OCDE (Cameron, Ubels et Norström, 2018[42]). Dans ce contexte, il convient d'examiner plus attentivement le rapport coût-efficacité relatif de la reconstruction par lambeau, et d'élargir l'évaluation économique de la chirurgie mammaire conservatrice et de la chirurgie mammaire reconstructrice.

La collecte régulière de données sur les résultats auxquels les patientes du cancer du sein attachent de l'importance présente un intérêt direct pour leur prise en charge, mais aussi pour l'amélioration du système car ces informations permettent de mieux appréhender les effets des différents parcours de soins. Elles complètent les indicateurs classiques comme les taux de survie, de mortalité, de complication et de réadmission. L'introduction de mesures portant sur des aspects importants pour les patients dans l'équation permet d'évaluer d'autres modes de traitement, tant sur le plan des résultats que de l'intérêt qu'ils présentent pour les patients, les responsables publics, et les tiers payant (Cardoso et al., 2019[31]).

Les indicateurs actuels de santé mentale ne renseignent guère sur le vécu des patients et le résultat des soins

L'équilibre psychique est une composante vitale du bien-être de l'individu et de sa participation à la vie sociale et économique. Or, de nombreux pays de l'OCDE estiment que leur système de soins est inadapté dans ce domaine. Selon les estimations, une personne sur cinq est touchée par un trouble de la santé mentale chaque année, et une personne sur deux en souffrira au cours de son existence (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019[43]). Les plus courants sont les troubles anxieux (5.1 % de la population), suivis des états dépressifs (4.5 %), et des troubles liés à la consommation d'alcool et de stupéfiants (2.9 %) (ibid.).

Les coûts économiques et sociaux liés aux problèmes de santé mentale sont par ailleurs substantiels. Selon une estimation, les dépenses directes consacrées aux services de santé mentale comptaient pour environ 13 % des dépenses de santé des pays de l'UE – soit 1.3 % du PIB – en 2015 (OCDE/UE, 2018[44]), mais les coûts induits par les troubles mentaux sont encore plus importants à l'extérieur du système de santé. Les taux d'emploi et de productivité plus faibles des personnes qui en sont atteintes causent un préjudice économique équivalent à 1.6 % du PIB dans les pays de l'UE, les dépenses supplémentaires occasionnées au titre des programmes de protection sociale – comme les pensions d'invalidité ou les congés maladie rémunérés – se montant pour leur part à 1.2 % du PIB (OCDE/UE, 2018[44]).

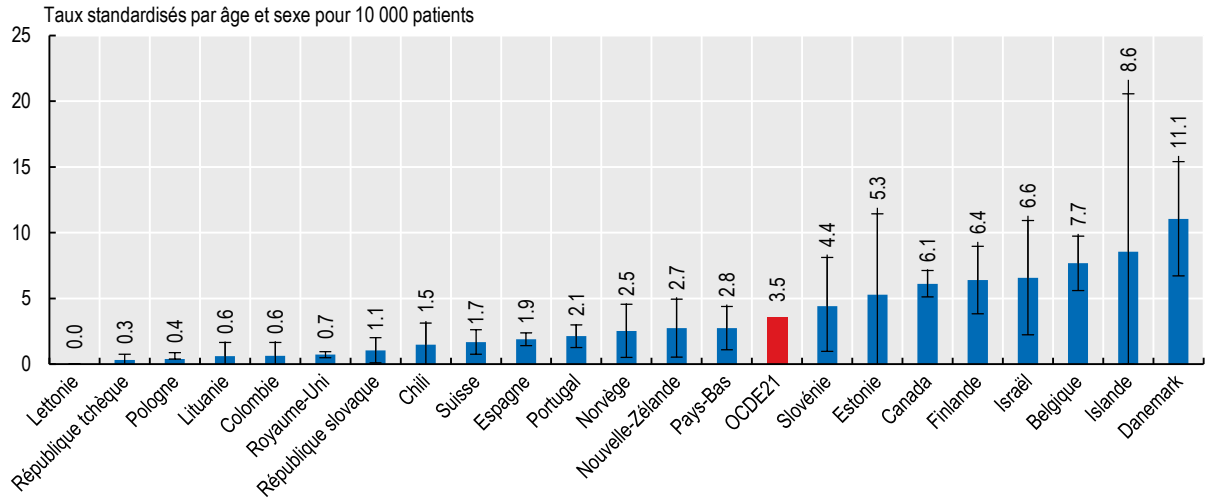
Des estimations concordantes ont été établies pour les pays de l'OCDE non-membres de l'UE. En Australie, par exemple, la charge financière globale de la maladie mentale s'élève à 4 % du PIB, dont 45 % de coûts indirects (Australian Government - National Mental

Health Commission, 2016[45]). Le Canada et le Japon font état de pourcentages de même ordre (Sado et al., 2013[46] ; Sado et al., 2013[47] ; Commission de la santé mentale du Canada, 2012[48]).

Il est possible d'atténuer les retombées des problèmes de santé mentale sur la vie des individus, sur la société et sur l'économie moyennant des mesures et des interventions plus efficaces en matière de prévention et de prise en charge. On en sait cependant encore trop peu sur l'incidence des soins psychiques sur la vie des patients ; une évaluation plus systématique et méthodique des effets et conséquences des méthodes de prévention et de traitement s'impose d'urgence.

Les indicateurs classiques donnent peu d'informations quant à l'effet à long terme des soins sur les patients. Le taux de suicide des patients hospitalisés, par exemple, est un indicateur de sécurité essentiel qui révèle des insuffisances graves (Graphique 2.11), et l'un des rares indicateurs de la qualité des soins qui peuvent actuellement être communiqués à l'échelle internationale. Ce type de suicide est heureusement très rare, ce qui veut dire que nous ne disposons pas de données valables sur le vécu et les résultats de la prise en charge des patients psychiatriques.

Graphique 2.11. **Taux de suicide des patients hospitalisés pour troubles psychiatriques, 2015-2017**



Note : Moyenne sur trois ans, sauf pour la Nouvelle-Zélande. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014783

Les mesures fondées sur les déclarations des patients sont un outil de première importance pour améliorer les politiques et pratiques en matière de soins de santé mentale. Un exemple de la façon dont ces mesures (dans ce cas, des PREM) peuvent mettre en évidence d'éventuels problèmes dans ce domaine nous est donné à l'Encadré 2.4, qui rend compte de données d'enquête sur l'expérience de prise en charge de personnes qui ont été diagnostiquées comme souffrant de troubles psychiques par rapport à celles qui n'en sont pas atteintes.

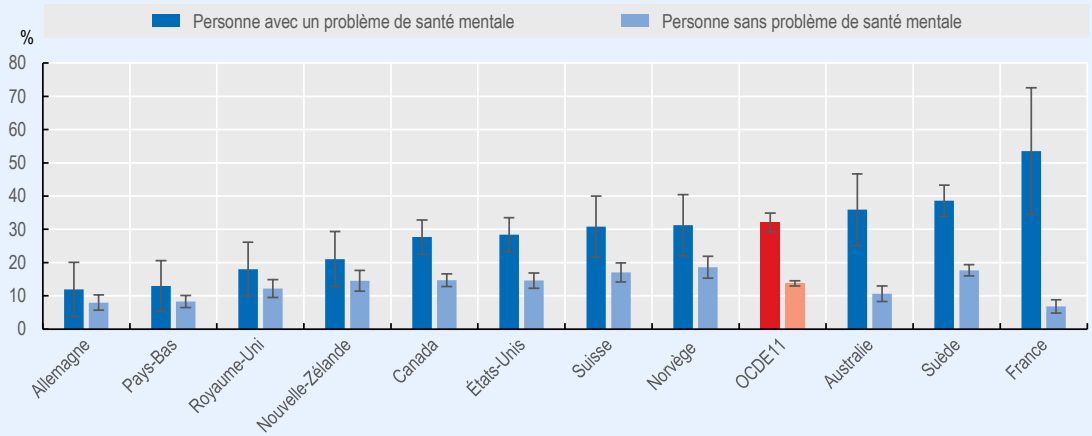
Encadré 2.4. **L'enquête internationale 2016 du Commonwealth Fund sur les politiques de santé**

L'enquête internationale 2016 du Commonwealth Fund sur les politiques de santé (The Commonwealth Fund, 2016[49]) a été conduite dans 11 pays – Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse – auprès de 26 863 adultes, qui ont été interrogés par téléphone au sujet de leur expérience du système de santé national, de leur santé et de leur bien-être.

L'enquête comportait la question suivante : ***« Votre médecin a-t-il déjà diagnostiqué chez vous une dépression, de l'anxiété ou d'autres troubles mentaux ? ».*** Si une telle utilisation de l'enquête comporte certaines difficultés sur le plan méthodologique, notamment en termes de comparabilité des groupes de répondants et de taille des échantillons, la comparaison entre les réponses données à l'ensemble de l'enquête par les personnes interrogées selon qu'elles avaient répondu par oui ou par non à cette question peut nous aider à mieux comprendre le vécu de ceux qui souffrent de troubles mentaux dans les pays participants tout au long de leur parcours médical.

Les personnes qui ont répondu par l'affirmative ont fait état d'expériences similaires à celles des autres répondants concernant certains aspects de la prise en charge. Pour d'autres aspects, la prise en charge semble avoir été de qualité inférieure. Dans plusieurs pays, par exemple, les personnes atteintes de troubles mentaux étaient significativement plus susceptibles de déclarer avoir reçu des informations contradictoires de différents professionnels de santé (Graphique 2.12). C'est en Australie, en Suède et en France que les différences sont les plus prononcées.

Graphique 2.12. **Les personnes diagnostiquées par leur médecin comme étant atteintes de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles mentaux sont plus susceptibles de déclarer avoir reçu des informations contradictoires de la part de professionnels de santé**



Note : Les « personnes atteintes de troubles mentaux » sont les personnes interrogées qui ont répondu par l'affirmative à la question « Ces deux dernières années, à l'occasion de soins médicaux, avez-vous, à un moment ou un autre, reçu des informations contradictoires de la part de médecins ou de soignants ? »

Limitations des données. Le nombre de répondants dans les 11 pays est compris entre 1 000 (Allemagne) et 7 124 (Suède). C'est en Norvège (10.9 %), en Suède (16.9 %) et aux États-Unis (18.1 %) que le taux de réponse est le plus faible, et en Nouvelle-Zélande (31.1 %), aux Pays-Bas (32.4 %) et en Suisse (46.9 %) qu'il est le plus élevé. La taille des échantillons des personnes ayant répondu par l'affirmative à la question relative à la santé mentale est donc faible, comme en témoigne le niveau élevé des intervalles de confiance (les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %). Par ailleurs, cette question ne permet pas d'établir une distinction entre les personnes qui souffraient d'un trouble mental au moment où l'enquête a été réalisée et celles qui en avaient souffert par le passé mais s'étaient depuis rétablies. Des différences culturelles et linguistiques ont aussi pu influencer l'interprétation de la question et, partant, les réponses. Les résultats n'ont pas été corrigés pour tenir compte des comorbidités et de la situation économique.

Source : Analyse de l'OCDE fondée sur l'enquête internationale 2016 du Commonwealth Fund sur les politiques de santé (The Commonwealth Fund, 2016[49]).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934014802

Collaboration en vue d'améliorer les mesures fondées sur les déclarations des patients dans le domaine de la santé mentale

Étant donné l'incidence sanitaire et économique de la mauvaise santé mentale, il importe d'évaluer la qualité et les résultats de la prise en charge dans ce domaine. Les indicateurs de résultats et de processus existants – quoique très utiles dans certaines circonstances – ne rendent pas pleinement compte de la situation. Ce manque d'informations compromet les efforts visant à améliorer la prise en charge, les pratiques et les politiques de santé mentale.

Or, le recours aux mesures fondées sur les déclarations des patients est encore relativement nouveau dans ce domaine. La collecte des données est lacunaire, et la diffusion et l'utilisation systématiques de ces informations sont loin d'être la règle. En 2018, seuls cinq des douze pays où l'enquête a été menée (Australie, Israël, Pays-Bas, Royaume-Uni-Angleterre et Suède) ont fait état d'une collecte régulière de PROM et de PREM dans le cadre des soins de santé mentale. Seuls l'Australie, les Pays-Bas et l'Angleterre ont déclaré recueillir *et* diffuser systématiquement les deux types de mesures. De ce fait, les jeux de données nationaux sont limités et ne sont pas aisément comparables à l'échelle internationale.

Cette situation doit changer. C'est pourquoi l'OCDE travaille en coopération avec des patients, des cliniciens, des responsables publics et d'autres spécialistes de 13 pays pour définir des normes de collecte de données PREM et PROM en matière de santé mentale et permettre ainsi leur diffusion à l'échelle internationale, et pour développer les capacités de collecte et d'utilisation de ces informations importantes dans les pays de l'OCDE.

Conclusion

L'un des objectifs fondamentaux des systèmes de santé est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des patients et des populations. Il est cependant rare que l'on demande aux patients si ceux-ci répondent à leurs attentes. Par ailleurs, face aux nouveaux défis démographiques, épidémiologiques et financiers, il paraît d'autant plus nécessaire de recentrer les systèmes de santé sur les besoins des individus et de la société, ce qui ne pourra se faire si l'on ne recueille pas directement auprès des usagers les données nécessaires pour compléter les informations existantes sur le fonctionnement de ces systèmes.

Les résultats de données préliminaires recueillies auprès des patients sur l'aboutissement des soins ont été présentés dans les domaines des arthroplasties de la hanche et du genou et du cancer du sein ; des travaux sont en cours dans celui de la santé mentale.

Chaque année, plus de 2.2 millions de personnes sont opérées d'une arthroplastie de la hanche ou du genou dans les pays de l'OCDE. Depuis 2000, les taux d'arthroplastie du genou corrigés en fonction de l'âge y ont doublé, ceux de la hanche ayant pour leur part augmenté d'un tiers. La collecte de données auprès des personnes ayant subi l'une de ces interventions varie selon les pays. Néanmoins, dix programmes de huit pays de l'OCDE ont communiqué des informations recueillies auprès de patients adultes à la suite d'une arthroplastie élective de la hanche ou du genou. Il en ressort ce qui suit :

- Dans tous les pays, l'arthroplastie de la hanche et l'arthroplastie du genou permettent, aux dires des patients, d'atténuer la douleur et d'améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie liée à la santé, après ajustement des résultats en fonction de l'âge, du sexe et du score préopératoire.

- Le degré d'amélioration déclaré est plus important chez les personnes opérées d'une arthroplastie de la hanche. Si elle est réalisée à 65 ans, l'arthroplastie de la hanche apporterait en moyenne 4.3 AVPQ, contre 3.3 pour l'arthroplastie du genou (même s'il convient de noter que l'arthroplastie du genou est suivie d'une période de rétablissement plus longue).
- Les variations entre pays sont faibles, ce qui permet de penser que les méthodes de collecte et d'analyse des données pilotes sont satisfaisantes.

Il importe que le public soit informé de ces résultats car cela permet aux patients de prendre des décisions en toute connaissance de cause, et de définir en conséquence leurs objectifs et leurs attentes lorsqu'ils choisissent de suivre une procédure élective. Ces informations facilitent aussi les décisions en matière de politiques publiques, ainsi que l'évaluation des rapports coût-efficacité et coût-utilité de l'intervention et de son intérêt pour le patient. La collecte de données supplémentaires auprès des patients permettra de procéder à des analyses temporelles solides et à des comparaisons entre pays à l'avenir. Il est important que les pays harmonisent leur collecte de données au niveau national.

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes dans tous les pays. Si une hausse de son incidence a été observée au cours de la décennie écoulée, le taux net de survie à 5 ans est désormais supérieur à 80 % dans la plupart des pays de l'OCDE. Il existe tout un éventail d'interventions pour traiter la maladie, mais on dispose d'informations relativement limitées concernant les résultats auxquelles les femmes attachent de l'importance, comme la douleur, le degré de satisfaction esthétique et la qualité de vie. Dix établissements de sept pays ont participé à une collecte pilote de données à ce propos auprès de femmes ayant subi un traitement chirurgical du cancer du sein. Les résultats préliminaires – qui n'ont pas encore été corrigés en fonction des risques – permettent de formuler provisoirement les observations suivantes :

- Le degré de satisfaction esthétique des femmes peut varier selon le type d'intervention (mastectomie ou chirurgie mammaire conservatrice) et selon les établissements, certains déclarant de meilleurs résultats pour les chirurgies mammaires conservatrices et d'autres pour les reconstructions mammaires, ce qui pourrait donner l'occasion de renforcer les échanges d'informations et de connaissances entre établissements et entre pays.
- Parmi les femmes qui ont bénéficié d'une reconstruction mammaire après une mastectomie, les patientes d'une reconstruction *par lambeau* ont globalement signalé des résultats légèrement plus satisfaisants que celles d'une reconstruction *par implant*. Ces données sont conformes aux conceptions généralement admises, ce qui permet aux femmes d'utiliser ces informations avec une plus grande assurance pour évaluer les différents traitements envisageables.
- Si l'on compare le surcoût que représente une année supplémentaire de santé parfaite liée à une opération du sein aux seuils de rentabilité généralement acceptés, la reconstruction par lambeau pourrait offrir une alternative économique à la reconstruction par implant.

Plusieurs facteurs cliniques doivent être pris en considération lorsque l'on examine ces résultats ; il convient en outre de poursuivre la collecte de données et d'affiner leur analyse pour vérifier leur véracité. Cela posé, ils montrent en quoi les informations de cette nature, directement fondées sur les déclarations des patientes, peuvent apporter une aide considérable aux autres femmes confrontées à des décisions et des arbitrages difficiles au moment de choisir le parcours de soins correspondant le mieux à leurs besoins et à leurs

préférences, aux prestataires de soins lorsqu'ils évaluent la « réussite » de diverses interventions, et aux organismes payeurs et aux responsables publics lorsqu'ils comparent les rapports coût-efficacité et coût-utilité des différents traitements.

La mauvaise santé mentale représente une charge sanitaire et économique considérable partout dans le monde, mais la collecte systématique des résultats des soins du point de vue des patients mentaux et de leur ressenti est dans ses toutes premières phases. Les données de l'enquête menée en 2016 par le Commonwealth Fund dans 11 pays, malgré des limitations, permettent de penser que les personnes atteintes de troubles mentaux ont une plus mauvaise expérience, à certains égards, de la prise en charge que les autres ; elles recevraient par exemple des informations contradictoires des différents prestataires. L'OCDE travaille en coopération avec des parties prenantes internationales, dont des patients, des cliniciens et des responsables publics, pour perfectionner l'évaluation des résultats dans le domaine de la santé mentale et du vécu des patients.

Dans l'ensemble, il ressort de cet examen qu'il est tout à fait possible de présenter des résultats fiables et comparables à partir de données fondées sur les déclarations des patients recueillies dans divers pays. Il est toutefois nécessaire de renforcer la capacité des pays à collecter et à communiquer ces données de manière cohérente et harmonisée. L'OCDE continuera de travailler avec eux pour favoriser la collecte et la diffusion uniformes de ces données, en partenariat avec les parties prenantes nationales et internationales, notamment les patients et les professionnels de la santé.

Notes

1. Sur la base de 45 600 arthroplasties de la hanche et 49 500 arthroplasties du genou comptabilisées en 2016 et en 2017 respectivement, à un « prix national efficient » (prix officiel payé par l'organisme payeur national pour ces procédures dans le secteur public). En 2019-2020, le prix national efficient s'élève à un peu moins de 20 000 AUD par intervention (*https://www.ihpa.gov.au/publications/national-efficient-price-determination-2019-20*). Le montant national total est probablement plus important car la moitié environ des interventions sont pratiquées dans le secteur privé, qui applique des prix généralement plus élevés.
2. L'hôpital de Coxa a un périmètre d'intervention qui couvre toute une région de Finlande.
3. À l'exception de Galeazzi, qui a couvert tous les principaux diagnostics.
4. Calculé en soustrayant la valeur préopératoire de la valeur postopératoire. Une valeur positive représente donc une amélioration de la qualité de vie.
5. Les graphiques présentant les résultats moyens avant et après intervention pour chaque programme participant figurent au chapitre 6 (section : Arthroplastie de la hanche et du genou).
6. Le degré d'amélioration était statistiquement significatif à l'intervalle de confiance de 95 % dans tous les programmes et au total.
7. Les échelles des instruments génériques et de ceux liés à une pathologie précise ne sont pas linéaires – autrement dit, une variation de 0.2 à 0.3 n'a pas forcément la même importance, en termes de qualité de vie liée à la santé, qu'une variation de 0.7 à 0.8. Les taux d'amélioration sont fournis à titre indicatif et doivent être interprétés avec prudence.
8. Cela ne signifie pas qu'une arthroplastie aboutit à de meilleurs résultats en termes de gains de santé que d'autres interventions plus traditionnelles pour le traitement des douleurs articulaires, qui peuvent avoir des résultats équivalents voire supérieurs à cet égard pour certains patients et en moyenne. Cette comparaison échappe au périmètre du présent chapitre (section : Une expérience positive de la prise en charge contribue à l'amélioration des résultats médicaux – elle est également une fin en soi).
9. HOOS-PS : Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score–Physical Function Shortform.
10. Il existe pour les deux instruments un autre système de notation dans lequel une valeur *plus basse* correspond à un *meilleur* résultat.
11. Voir les notes 6 et 7.

12. KOOS-PS : Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform.
13. Voir les notes 6 et 7.
14. Voir les notes 6 et 7.
15. D'après une évaluation réalisée auprès d'un échantillon de la population des États-Unis (Shaw JW, 2005[20]).
16. Pour obtenir les AVPQ supplémentaires, il convient de multiplier la variation moyenne ajustée par 20.5 ans, qui correspond à l'espérance de vie moyenne à 65 ans dans les pays des programmes participants, puis de soustraire un an pour prendre en compte la guérison et la rééducation (OCDE, 2019[50]).

Références

[4] Abahussin, A. et al. (2018), « PROMs for Pain in Adult Cancer Patients: A Systematic Review of Measurement Properties », *Pain Practice*, vol. 19/1, pp. 93-117, http://dx.doi.org/*10.1111/papr.12711*.

[45] Australian Government - National Mental Health Commission (2016), *Media Release: The Impact of Poor Mental Health: An Economic Issue*, *http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/181670/Economics%20of%20Mental%20Health%20in%20Australia%20MR%20(3).pdf*.

[13] Basch, E. (2017), « Patient-Reported Outcomes — Harnessing Patients' Voices to Improve Clinical Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 376/2, pp. 105-108, http://dx.doi.org/*10.1056/nejmp1611252*.

[14] Basch, E. et al. (2017), « Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment », *JAMA*, vol. 318/2, p. 197, http://dx.doi.org/*10.1001/jama.2017.7156*.

[17] Black, N. (2013), « Patient reported outcome measures could help transform healthcare », *BMJ*, vol. 346, p. f167.

[30] Bray, F. et al. (2018), « Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68/6, pp. 394-424, http://dx.doi.org/*10.3322/caac.21492*.

[16] Calvert, M., D. O'Connor et E. Basch (2019), « Harnessing the patient voice in real-world evidence: the essential role of patient-reported outcomes », *Nature Reviews Drug Discovery*, http://dx.doi.org/*10.1038/d41573-019-00088-7*.

[42] Cameron, D., J. Ubels et F. Norström (2018), « On what basis are medical cost-effectiveness thresholds set? Clashing opinions and an absence of data: a systematic review », *Global Health Action*, vol. 11/1, p. 1447828, http://dx.doi.org/*10.1080/16549716.2018.1447828*.

[31] Cardoso, F. et al. (2019), « Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up », *Annals of Oncology*, http://dx.doi.org/*10.1093/annonc/mdz173*.

[48] Commission de la santé mentale du Canada (2012), *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, *https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE_0.pdf*.

[25] Devlin, N. (2019), *Can We Really Compare and Aggregate PRO Data Between People and Settings? Implications for Multi-Country Clinical Trials and HTA*.

[5] Donovan, J. et al. (2016), « Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 375/15, pp. 1425-1437, http://dx.doi.org/*10.1056/nejmoa1606221*.

[35] Flanagan, M. et al. (2019), « A Comparison of Patient-Reported Outcomes After Breast-Conserving Surgery and Mastectomy with Implant Breast Reconstruction », *Annals of Surgical Oncology*, vol. 26/10, pp. 3133-3140, http://dx.doi.org/*10.1245/s10434-019-07548-9*.

[39] Frisell, A., J. Lagergren et J. de Boniface (2016), « National study of the impact of patient information and involvement in decision-making on immediate breast reconstruction rates », *British Journal of Surgery*, vol. 103/12, pp. 1640-1648, http://dx.doi.org/*10.1002/bjs.10286*.

[15] Greenhalgh, J. et al. (2017), « How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis », *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 23/1, pp. 57-65, http://dx.doi.org/*10.1177/1355819617740925*.

[6] Hamdy, F. et al. (2016), « 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer », *New England Journal of Medicine*, vol. 375/15, pp. 1415-1424, http://dx.doi.org/*10.1056/nejmoa1606220*.

[43] Institute for Health Metrics and Evaluation (2019), , *http://www.healthdata.org/*.

[36] Kern, P. et al. (2015), « Impact of Age, Obesity and Smoking on Patient Satisfaction with Breast Implant Surgery – A Unicentric Analysis of 318 Implant Reconstructions after Mastectomy », *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 75/06, pp. 597-604, http://dx.doi.org/*10.1055/s-0035-1546171*.

[26] Konopka, J. et al. (2018), « Quality-Adjusted Life Years After Hip and Knee Arthroplasty », *JBJS Open Access*, vol. 3/3, p. e0007, http://dx.doi.org/*10.2106/jbjs.oa.18.00007*.

[23] Le, Q. (2013), « Probabilistic mapping of the health status measure SF-12 onto the health utility measure EQ-5D using the US-population-based scoring models », *Quality of Life Research*, vol. 23/2, pp. 459-466, http://dx.doi.org/*10.1007/s11136-013-0517-3*.

[10] Luxford, K., D. Safran et T. Delbanco (2011), « Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 23/5, pp. 510-515, http://dx.doi.org/*10.1093/intqhc/mzr024*.

[37] Matros, E. et al. (2015), « Cost-Effectiveness Analysis of Implants versus Autologous Perforator Flaps Using the BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 135/4, pp. 937-946, http://dx.doi.org/*10.1097/prs.0000000000001134*.

[7] Nag, N. et al. (2018), « Development of Indicators to Assess Quality of Care for Prostate Cancer », *European Urology Focus*, vol. 4/1, pp. 57-63, http://dx.doi.org/*10.1016/j.euf.2016.01.016*.

[19] Nuttall, D., D. Parkin et N. Devlin (2013), « Inter-Provider Comparison of Patient-Reported Outcomes: Developing an Adjustment to Account for Differences in Patient Case Mix », *Health Economics*, vol. 24/1, pp. 41-54, http://dx.doi.org/*10.1002/hec.2999*.

[2] OCDE (2019), *L'ascenseur social en panne ? Comment promouvoir la mobilité sociale*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/bc38f798-fr*.

[50] OCDE (2019), *OECD.Stat*, *https://stats.oecd.org/* (consulté le 12 May 2019).

[1] OCDE (2017), *Preventing Ageing Unequally*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en*.

[3] OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care : What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[38] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[44] OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/Union européenne, Bruxelles, *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en*.

[40] Platt, J. et al. (2015), « Does Breast Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer Affect Overall Survival? Long-Term Follow-Up of a Retrospective Population-Based Cohort », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 135/3, pp. 468e-476e, http://dx.doi.org/*10.1097/prs.0000000000001054*.

[33] Pusic, A. et al. (2009), « Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, http://dx.doi.org/*10.1097/prs.0b013e3181aee807*.

[46] Sado, M. et al. (2013), « The cost of schizophrenia in Japan », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, p. 787, http://dx.doi.org/*10.2147/ndt.s41632*.

[47] Sado, M. et al. (2013), « Cost of anxiety disorders in Japan in 2008: a prevalence-based approach », *BMC Psychiatry*, vol. 13/1, http://dx.doi.org/*10.1186/1471-244x-13-338*.

[18] Schneider W, E. (2017), *Mirror Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*, *https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/*.

[41] Scurci, S. et al. (2017), « Abstract P8 », *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, vol. 5, p. 107, http://dx.doi.org/*10.1097/01.gox.0000516665.93739.ee*.

[20] Shaw JW, J. (2005), « US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model », *Medical Care*, vol. 43/3, pp. 203-20.

[27] Skou, S., A. Bricca et E. Roos (2018), « The impact of physical activity level on the short- and long-term pain relief from supervised exercise therapy and education: a study of 12,796 Danish patients

with knee osteoarthritis », *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 26/11, pp. 1474-1478, http://dx.doi.org/*10.1016/j.joca.2018.07.010*.

[28] Skou, S. et al. (2018), « Total knee replacement and non-surgical treatment of knee osteoarthritis: 2-year outcome from two parallel randomized controlled trials », *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 26/9, pp. 1170-1180, http://dx.doi.org/*10.1016/j.joca.2018.04.014*.

[29] Skou, S. et al. (2015), « A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement », *New England Journal of Medicine*, vol. 373/17, pp. 1597-1606, http://dx.doi.org/*10.1056/nejmoa1505467*.

[8] Stein, S. et al. (2014), « Patients' Perceptions of Care Are Associated With Quality of Hospital Care », *American Journal of Medical Quality*, vol. 30/4, pp. 382-388, http://dx.doi.org/*10.1177/1062860614530773*.

[22] Sullivan, P. et V. Ghushchyan (2006), « Mapping the EQ-5D Index from the SF-12: US General Population Preferences in a Nationally Representative Sample », *Medical Decision Making*, vol. 26/4, pp. 401-409, http://dx.doi.org/*10.1177/0272989x06290496*.

[34] Tevis, S. et al. (2018), « Patient-Reported Outcomes for Breast Cancer », *Annals of Surgical Oncology*, vol. 25/10, pp. 2839-2845, http://dx.doi.org/*10.1245/s10434-018-6616-1*.

[49] The Commonwealth Fund (2016), *International Health Policy Survey*.

[9] Trzeciak, S. et al. (2016), « Association Between Medicare Summary Star Ratings for Patient Experience and Clinical Outcomes in US Hospitals », *Journal of Patient Experience*, vol. 3/1, pp. 6-9, http://dx.doi.org/*10.1177/2374373516636681*.

[32] van Egdom, L. et al. (2019), « Implementation of Value Based Breast Cancer Care », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 45/7, pp. 1163-1170, http://dx.doi.org/*10.1016/j.ejso.2019.01.007*.

[21] van Hout, B. et al. (2012), « Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets », *Value in Health*, vol. 15/5, pp. 708-715, http://dx.doi.org/*10.1016/j.jval.2012.02.008*.

[12] Veroff, D., A. Marr et D. Wennberg (2013), « Enhanced Support For Shared Decision Making Reduced Costs Of Care For Patients With Preference-Sensitive Conditions », *Health Affairs*, vol. 32/2, pp. 285-293, http://dx.doi.org/*10.1377/hlthaff.2011.0941*.

[11] Wong, E. et al. (2019), « Associations between provider communication and personal recovery outcomes », *BMC Psychiatry*, vol. 19/1, http://dx.doi.org/*10.1186/s12888-019-2084-9*.

[24] Zhuo, L. et al. (2018), « Time Trade-Off Value Set for EQ-5D-3L Based on a Nationally Representative Chinese Population Survey », *Value in Health*, vol. 21/11, pp. 1330-1337, http://dx.doi.org/*10.1016/j.jval.2018.04.1370*.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements oeuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
ISBN 978-92-64-87047-5 – 2019