Panorama de la santé 2009

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

Panorama de la santé 2009

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent 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, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, 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 Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes 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.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

ISBN 978-92-64-07556-6 (print)
ISBN 978-92-64-07557-3 (PDF)
ISBN 978-92-64-07642-6 (HTML)
DOI 10.1787/health_glance-2009-fr

Publié en anglais : *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*

Crédits photo : Couverture : © Stockbyte/Fotosearch. Chapitre 1 : © Comstock/Jupiterimages. Chapitre 2 : © Comstock/Jupiterimages. Chapitre 3 : © Randy Faris/Corbis. Chapitre 4 : © Vincent Hazat/Photo Alto. Chapitre 5 : © CREATAS/Jupiterimages. Chapitre 6 : © onoky - Fotolia.com. Chapitre 7 : © Tetraimages/Inmagine.

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

© OCDE 2009

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à *rights@oecd.org*. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com* ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Cette nouvelle édition du Panorama de la santé *témoigne des progrès accomplis, sur le plan national et international, en matière d'évaluation des performances des systèmes de santé. À leur réunion en mai 2004, les ministres de la Santé ont demandé à l'OCDE de travailler avec les administrations nationales à l'amélioration de la base d'informations permettant de comparer les performances des systèmes de santé : 1) en garantissant l'actualité et l'exactitude de la base de données* Eco-Santé OCDE ; *2) en poursuivant la mise en œuvre des comptes de la santé afin d'améliorer la disponibilité et la comparabilité des données sur les dépenses de santé et leur financement; et 3) en élaborant, en collaboration avec des experts nationaux, des indicateurs de la qualité des soins et des résultats de santé. Des progrès substantiels ont été réalisés dans tous ces domaines, qui transparaissent dans l'éventail plus large d'indicateurs des intrants, des extrants et des résultats des systèmes de santé, présentés dans cette publication.*

La production du Panorama de la santé *n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux d'*Eco-Santé OCDE, *des spécialistes des comptes de la santé et des experts participant au Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. L'OCDE les remercie chaleureusement pour leurs efforts, consciente qu'elle leur doit la plupart des données et des informations qualitatives contenues dans cette publication. L'OCDE exprime également sa gratitude à d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et Eurostat, dont certaines données sont reprises ici, ainsi qu'à la Commission européenne pour son soutien aux développements des données dans le domaine des comptes de la santé et des indicateurs de qualité des soins.*

Cette publication a été préparée par la Division de la santé de l'OCDE sous la coordination de Gaétan Lafortune et Michael de Looper. Le chapitre 1 a été rédigé par Michael de Looper; le chapitre 2 par Dominic Richardson, Franco Sassi, Michele Cecchini et Michael de Looper; le chapitre 3 par Gaétan Lafortune, Rie Fujisawa et Jean-Christophe Dumont; le chapitre 4 par Gaétan Lafortune, Valérie Paris, Gaëlle Balestat et Francis Notzon (du National Centre for Health Statistics, *États-Unis); le chapitre 5 par Ian Brownwood, Sandra Garcia Armesto, Niek Klazinga, Soeren Mattke (de Bain, États-Unis) et Saskia Drösler (de l'Université des sciences appliquées du Niederrhein, Allemagne); le chapitre 6 par Michael de Looper; et le chapitre 7 par David Morgan, Roberto Astolfi et William Cave. Tous les graphiques ont été réalisés par Gaëlle Balestat, à l'exception de ceux du chapitre 5, réalisés par Rie Fujisawa et Lihan Wei, et des graphiques du chapitre 7, réalisés par David Morgan et Roberto Astolfi. Enfin, cette publication a bénéficié des nombreux commentaires et suggestions de Mark Pearson.*

Table des matières

Introduction 9

1. État de santé 15

1.1. Espérance de vie à la naissance 16
1.2. Espérance de vie à 65 ans 18
1.3. Mortalité prématurée 20
1.4. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires 22
1.5. Mortalité due au cancer 24
1.6. Mortalité due aux accidents de la route 26
1.7. Suicide 28
1.8. Mortalité infantile 30
1.9. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance 32
1.10. Santé dentaire des enfants 34
1.11. État de santé général perçu 36
1.12. Prévalence et incidence du diabète 38
1.13. Incidence du sida 40

2. Déterminants non médicaux de la santé 43

2.1. Consommation de tabac et d'alcool à 15 ans 44
2.2. Nutrition à l'âge de 11, 13 et 15 ans 46
2.3. Activité physique à l'âge de 11, 13 et 15 ans 48
2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants 50
2.5. Consommation de tabac chez les adultes 52
2.6. Consommation d'alcool chez les adultes 54
2.7. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes 56

3. Personnel de santé 59

Introduction 60
3.1. Emploi dans le secteur de la santé et le secteur social 62
3.2. Médecins en exercice 64
3.3. Médecins nouvellement diplômés 66
3.4. Médecins formés à l'étranger 68
3.5. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) 70
3.6. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes 72
3.7. Psychiatres 74
3.8. Personnel infirmier en exercice 76
3.9. Personnel infirmier nouvellement diplômé 78
3.10. Rémunération du personnel infirmier 80
3.11. Dentistes 82
3.12. Pharmaciens 84

4. Services de santé 87

Introduction 88
4.1. Consultations de médecins 90
4.2. Technologies médicales (offre et utilisation) 92
4.3. Lits d'hôpitaux (offre et occupation) 94
4.4. Sorties d'hôpital 96
4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital 98
4.6. Chirurgies cardiaques (pontage coronarien et angioplastie) 100
4.7. Traitement des insuffisances rénales (dialyse et transplantation) 102
4.8. Césariennes 104
4.9. Opérations de la cataracte 106
4.10. Consommation de médicaments 108

5. Qualité des soins 111

Introduction 112

Affections chroniques 116
5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires 116
5.2. Admission évitable à l'hôpital : complications du diabète 118
5.3. Admission évitable à l'hôpital : insuffisance cardiaque, hypertension 120

Complication aiguë d'affections chroniques 122
5.4. Mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde 122
5.5. Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral 124

Troubles mentaux 126
5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux 126

Cancers 128
5.7. Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus 128
5.8. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein 130
5.9. Survie et mortalité du cancer colorectal 132

Maladies transmissibles 134
5.10. Programmes de vaccination des enfants 134
5.11. Vaccination antigrippale des personnes âgées 136

6. Accès aux soins 139

Introduction 140
6.1. Besoins en soins de santé insatisfaits 142
6.2. Couverture des soins de santé 144
6.3. Dépenses de santé à la charge des patients 146
6.4. Répartition géographique des médecins 148
6.5. Inégalités dans les consultations de médecins 150
6.6. Inégalités dans les consultations de dentistes 152
6.7. Inégalités dans le dépistage du cancer 154

7. Dépenses de santé et financement 157

Introduction 158
7.1. Dépenses de santé par habitant 160
7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB 162
7.3. Dépenses de santé par fonction 164

7.4. Dépenses pharmaceutiques 166
7.5. Dépenses par maladie et par âge. 168
7.6. Financement des dépenses de santé 170
7.7. Commerce international des services de santé (tourisme médical) 172

Bibliographie 175

Annexe A. **Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les caractéristiques des systèmes de santé, et les dépenses de santé et le financement** 187

Annexe B. **Liste des variables dans *Eco-Santé OCDE 2009*** 200

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel®
à partir des livres imprimés !

En bas à droite 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***.
Si vous lisez la version PDF de l'ouvrage, et que votre ordinateur est connecté à Internet, il vous suffit de cliquer sur le lien.
Les *StatLinks* sont de plus en plus répandus dans les publications de l'OCDE.

Introduction

Panorama de la santé 2009 permet aux lecteurs de comparer les systèmes de santé et leurs performances dans un certain nombre d'aspects clés, à l'aide d'un ensemble d'indicateurs choisis pour leur pertinence et sur la base de la disponibilité et la comparabilité des données.

Depuis longtemps, l'OCDE est l'un des chefs de file internationaux pour l'élaboration d'outils et la collecte de données visant à évaluer les performances des systèmes de santé. Les travaux de l'OCDE pour améliorer la comparabilité des statistiques de la santé remontent aux années 80, où ont débuté des efforts portant sur les dépenses de santé, à une époque où l'augmentation rapide de ces dépenses et les tensions croissantes concernant leur financement sont devenues un sujet de préoccupation (OCDE, 1985). La publication du manuel *Système de comptes de la santé* en 2000 a fourni une nouvelle impulsion. Il représente pour l'OCDE un outil clé pour améliorer la comparabilité des données sur les dépenses de santé dans un groupe plus large de pays, en travaillant en collaboration étroite avec l'OMS et Eurostat.

S'il est nécessaire de disposer de données comparables sur les dépenses de santé pour évaluer le montant des ressources financières que les pays allouent à la santé, cela ne suffit évidemment pas pour évaluer les performances des systèmes de santé. Les travaux de l'OCDE pour améliorer la comparabilité des statistiques de santé se sont élargis pour couvrir l'offre en travailleurs de santé et leurs activités ainsi que les ressources matérielles dans les systèmes de soins de santé. À la suite de la réunion des ministres de la Santé de l'OCDE en 2004, l'OCDE a étendu encore plus ses travaux visant à assembler des données comparables pour évaluer les performances des systèmes de santé, en élaborant et en collectant un ensemble d'indicateurs destinés à mesurer la qualité des soins et les résultats des interventions de santé. En outre, des travaux initiaux ont été entrepris sur un ensemble d'indicateurs relatifs à l'accès aux soins, autre objectif clé des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. L'OCDE continue de travailler avec les experts de ses pays membres et avec d'autres organisations internationales pour combler les lacunes de l'évaluation et de la comparaison des performances des systèmes de santé.

Contexte économique et social

À partir du second semestre 2008, l'ensemble des pays de l'OCDE a commencé à subir une récession économique. D'après les projections de l'OCDE de juin 2009, le PIB pourrait baisser d'environ 4 % dans les pays de l'OCDE en 2009 et on prévoit une élévation du taux de chômage à environ 10 % de la population active d'ici la fin de 2010 (OCDE, 2009b).

Les budgets gouvernementaux sont un amortisseur d'une grande importance en période d'activité économique fléchissante, principalement grâce aux stabilisateurs automatiques et aux dépenses ou aux allégements fiscaux discrétionnaires. Toutefois, il en résulte une augmentation sensible des déficits publics. Quand la reprise économique sera suffisamment affermie, il sera nécessaire dans de nombreux pays de réduire substantiellement les déficits budgétaires. L'ampleur des réductions de dépenses publiques et/ou des augmentations d'impôts dépendra de la force de la reprise et du montant du déficit et de la dette cumulée.

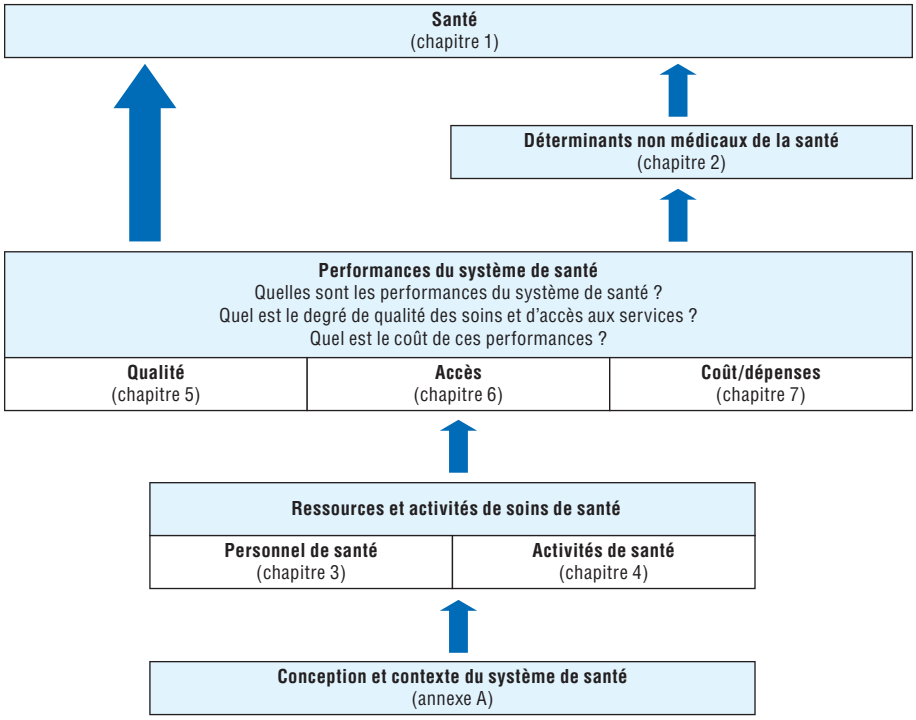
Étant donné que les dépenses de santé représentent une part importante et croissante des budgets publics, il sera difficile de les protéger contre un quelconque effort général visant à maîtriser les dépenses publiques pendant ou après la récession. L'ampleur de l'impact sur les dépenses publiques de santé dépendra de la priorité relative accordée à la santé par rapport aux autres domaines. Cela dépendra aussi dans quelle mesure les dépenses publiques de santé produisent des avantages avérés par de meilleurs résultats de santé pour la population. Dans un contexte de pénurie des ressources publiques, des pressions croissantes s'exerceront sur les ministères de la Santé et sur les fournisseurs de soins de santé pour qu'ils fassent preuve d'efficience (efficacité/coût) dans l'allocation des ressources. Le chapitre 5 présente quelques-uns des progrès réalisés jusqu'à présent dans la mesure de la qualité des soins et des résultats de santé dans les différents pays, tout en notant que l'ensemble de mesures est encore partiel et que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la comparabilité et la couverture des données.

Structure de la publication

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la présente publication permet d'examiner les performances des systèmes de soins de santé dans le contexte d'une vision globale de santé publique (graphique 0.1). Ce cadre a pour base un schéma adopté dans le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (Kelley et Hurst, 2006; Arah *et al.*, 2006).

Ce cadre souligne que le but final des systèmes (de soins) de santé est d'améliorer l'état de santé de la population. Un grand nombre de facteurs influent sur l'état de santé de la population, y compris des facteurs extérieurs aux systèmes de soins de santé tels que l'environnement social, économique et physique des individus ainsi que les facteurs individuels liés au style de vie et aux comportements. Les performances des systèmes de

Graphique 0.1. **Cadre conceptuel pour l'évaluation des performances des systèmes de santé**



Source : Adaptation de OCDE (2006), « Cadre conceptuel pour le Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 23, Éditions de l'OCDE, Paris.

soins de santé influent aussi sur l'état de santé de la population. Ces performances comportent plusieurs dimensions, notamment le degré d'accès aux soins et la qualité des soins fournis. La mesure des performances doit aussi prendre en compte les ressources financières requises pour atteindre ces objectifs en matière d'accès et de qualité. Les performances des systèmes de santé dépendent des personnes qui fournissent les services, et de la formation, des technologies et des équipements dont elles disposent. Enfin, un certain nombre de facteurs influent sur les performances des systèmes de soins de santé, comme le contexte démographique, économique et social et la conception des systèmes de santé.

Le *Panorama de la santé 2009* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre d'analyse. Il est organisé comme suit :

- Le chapitre 1, *État de santé*, met en évidence les grandes disparités entre les pays en termes d'espérance de vie, de mortalité et autres mesures de l'état de santé de la population.
- Dans le chapitre 2, *Déterminants non médicaux de la santé*, on examine quelques déterminants en rapport avec des modes de vie et des comportements modifiables. Ce chapitre a été étendu cette année à des facteurs de risque ou de protection concernant les enfants, comme les habitudes nutritionnelles, l'activité physique et la consommation de tabac ou d'alcool. Ceux-ci complètent l'ensemble des indicateurs des facteurs de risque des adultes.
- Le chapitre 3 porte sur le *Personnel de santé*, les acteurs clés de tout système de santé. Ce nouveau chapitre donne des informations sur l'offre en médecins et infirmières et leurs rémunérations, ainsi que sur les tendances récentes des migrations internationales de médecins dans les pays de l'OCDE.
- Dans le chapitre 4, on considère un ensemble clé de *Services de santé,* intra ou extra-hospitaliers. On examine les différences entre les pays concernant l'offre en technologies médicales et leur utilisation, telles que les unités d'imagerie par résonance magnétique et les tomodensitomètres. On considère aussi les différences dans le recours aux interventions fréquentes ou coûteuses, telles que le pontage coronarien et l'angioplastie coronaire, les césariennes et les opérations de la cataracte.
- Le chapitre 5 sur la *Qualité des soins* présente des comparaisons pour un ensemble d'indicateurs de qualité concernant le traitement des affections chroniques, des troubles mentaux et du cancer, et les services liés aux maladies transmissibles. Cela comprend des indicateurs sur les *processus* de soins recommandés pour certaines catégories de population ou de patients afin de maximiser les résultats souhaités, et des indicateurs sur les *résultats* comme les taux de survie à la suite de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer.
- Le chapitre 6 est un nouveau chapitre sur l'*Accès aux soins*, qui vise à combler un manque concernant la mesure de cet aspect important des performances des systèmes de santé. Ce nouveau chapitre comprend un nombre limité d'indicateurs relatifs à l'accessibilité financière ou géographique. On espère présenter un ensemble plus large d'indicateurs dans les éditions futures, quand des progrès auront été réalisés dans la collecte des données.
- Dans le chapitre 7, *Dépenses de santé et financement*, on compare les montants dépensés par les pays de l'OCDE au titre de la santé, globalement et pour les différents types de biens et services. On considère aussi les sources de financement de ces biens et services de santé dans les différents pays (la combinaison de financement public, d'assurance maladie privée et de paiements directs des patients).
- L'annexe A donne des informations additionnelles sur le contexte démographique et économique dans lequel opèrent les systèmes de santé, ainsi que certaines caractéristiques clés du financement du système de santé et de la livraison des services. Cela peut aider les lecteurs à interpréter les indicateurs présentés dans cette publication.

Un nombre croissant de pays de l'OCDE publient régulièrement des rapports sur différents aspects de la santé et sur les performances de leurs systèmes de soins de santé. Parmi ces rapports nationaux, on peut mentionner, par exemple : *A Set of Performance Indicators across the Health and Aged Care System* en Australie (AIHW, 2008e), *Dutch Health Care Performance Report* aux Pays-Bas (RIVM, 2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care* en Suède (Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2008), et le *National Healthcare Quality Report* ainsi que le *National Healthcare Disparities Report* aux États-Unis (AHRQ, 2008a et 2008b). Ces rapports nationaux examinent souvent les différences entre les régions du pays considéré. Le rapport néerlandais offre un bon exemple de la façon dont ces rapports nationaux peuvent aussi s'enrichir de comparaisons internationales, pour élargir la perspective sur les points forts et les points faibles du système de santé national et mettre en lumière les domaines où des améliorations sont possibles.

Présentation des indicateurs

Chacun des sujets abordés dans les différents chapitres de cette publication fait l'objet d'une présentation sur deux pages. Sur la première page, le lecteur trouvera un texte succinct qui résume les principales observations tirées des données, définit les indicateurs et indique les principales divergences nationales par rapport à cette définition susceptibles d'altérer la comparabilité des données. La seconde page présente un ensemble de graphiques qui montrent généralement les valeurs les plus récentes de l'indicateur et, dans la mesure du possible, ses évolutions dans le temps. Dans certains cas, un graphique supplémentaire présente la relation existant entre l'indicateur concerné et une autre variable. Lorsqu'un graphique contient une moyenne de l'OCDE, il s'agit d'une moyenne non pondérée des pays présentés, sauf indication contraire des notes accompagnant le graphique.

Limites des données

Les limites de comparabilité des données sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et écarts ») ainsi que dans les notes adjointes aux graphiques. Il convient de noter que l'évolution dans le temps des données concernant l'Allemagne doit être interprétée avec une prudence particulière. En effet, les données recueillies pour ce pays se rapportent de manière générale à l'Allemagne de l'Ouest jusqu'en 1990 et à l'Allemagne réunifiée à partir de 1991.

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, les sources et les méthodes, contenue dans *Eco-Santé OCDE 2009*. Ces informations sont disponibles gratuitement à *www.oecd.org/sante/ecosante*. *Eco-Santé OCDE 2009* peut aussi être commandé en ligne à SourceOCDE (*www.sourceOECD.org*) ou à la librairie en ligne de l'OCDE (*www.oecdbookshop.org*). En ce qui concerne le chapitre 7 sur la *Qualité des soins*, on trouvera plus d'informations sur les définitions, sources et méthodes sous-jacentes aux données à *www.oecd.org/health/hcqi*.

Les chiffres de population

Les chiffres de population présentés dans l'annexe A et utilisés pour calculer les taux par habitant dans l'ensemble de la publication sont tirés de la *Base de données de l'OCDE sur la population active* (en date d'avril 2009). Ce sont des estimations de la population en milieu d'année. Ces estimations de la population sont révisables, si bien qu'elles peuvent différer des chiffres les plus récents publiés par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

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

Abréviations des pays (codes ISO)

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

Liste des acronymes

APVP Années potentielles de vie perdues
AVC Accidents vasculaires cérébraux
CT Scans Tomodensitomètres
CITI Classification internationale type par industrie
DCAO Dent permanente cariée, absente ou obturée
DQD Dose quotidienne définie
EU-SILC Enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie
HBSC Enquête Health Behavior in School-aged Children
HCQI Health Care Quality Indicators (Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé)
ICSS International Cancer Survival Standard
IAM Infarctus aigu du myocarde
IMC Indice de masse corporelle
IRM Imagerie par résonance magnétique
MPOC Maladie pulmonaire obstructive chronique
PPA Parités de pouvoir d'achat
PIB Produit intérieur brut
SCS Système de comptes de la santé
SIDA Syndrome immunodéficitaire acquis
VIH Virus de l'immunodéficience humaine

1. ÉTAT DE SANTÉ

1.1. Espérance de vie à la naissance

1.2. Espérance de vie à 65 ans

1.3. Mortalité prématurée

1.4. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

1.5. Mortalité due au cancer

1.6. Mortalité due aux accidents de la route

1.7. Suicide

1.8. Mortalité infantile

1.9. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

1.10. Santé dentaire des enfants

1.11. État de santé général perçu

1.12. Prévalence et incidence du diabète

1.13. Incidence du sida

1.1. Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance a continué d'augmenter considérablement dans les pays de l'OCDE, reflétant une forte baisse des taux de mortalité à tous les âges. Ces gains de longévité peuvent être attribués à un certain nombre de facteurs, notamment à l'élévation des niveaux de vie, à l'amélioration de l'hygiène de vie et du niveau d'éducation mais aussi à un meilleur accès à des services de santé de qualité. D'autres facteurs, tels que l'amélioration de l'alimentation, des conditions sanitaires et du logement, jouent également un rôle, en particulier dans les pays dont l'économie est en phase de développement (OCDE, 2004c).

L'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population dans les pays de l'OCDE était en moyenne de 79 ans en 2007, soit un gain de plus de dix années par rapport à 1960 (graphique 1.1.1). Dans un tiers des pays de l'OCDE, elle était de plus de 80 ans en 2007. Le pays qui affichait l'espérance de vie la plus élevée était le Japon avec une espérance de vie de 82.6 ans pour l'ensemble de sa population (hommes et femmes). À l'autre extrémité de l'échelle, c'est en Turquie (suivie de la Hongrie) qu'elle était la plus faible. Mais si en Hongrie l'espérance de vie a augmenté dans des proportions modestes depuis 1960, en Turquie elle a fortement progressé permettant au pays de rattraper rapidement la moyenne de l'OCDE (OCDE et Banque mondiale, 2008). Au cours des dix dernières années, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de trois ans ou plus en Corée, en Turquie, en Irlande et au Portugal.

L'écart d'espérance de vie entre les sexes était de 5.6 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2007, avec une espérance de vie de 76.2 ans pour les hommes et de 81.8 ans pour les femmes (graphique 1.1.2). Entre 1960 et 2007, cet écart a augmenté d'environ une demi-année en moyenne. Ce résultat masque cependant des évolutions différentes entre les premières décennies et les décennies ultérieures. Dans de nombreux pays, l'écart d'espérance de vie entre les sexes s'est fortement creusé dans les années 60 et 70, pour se resserrer au cours des 25 dernières années, reflétant une progression plus rapide de l'espérance de vie des hommes dans la plupart des pays de l'OCDE. Ce resserrement plus récent de l'écart de l'espérance de vie entre hommes et femmes peut être attribué, du moins en partie, à la diminution des écarts hommes et femmes sur le plan des comportements à risque (tels que la consommation de tabac) ainsi qu'à une forte baisse des taux de mortalité liés aux maladies cardiovasculaires chez les hommes.

Un revenu national (mesuré par le PIB par habitant) élevé s'accompagne généralement d'une espérance de vie à la naissance plus grande, même si la relation est moins étroite aux niveaux de revenu national les plus hauts (graphique 1.1.3). On note également des différences d'espérance de vie notables entre des pays de l'OCDE qui ont le même revenu par habitant. Le Japon et l'Espagne ont des espérances de vie plus élevées que ne le laisserait penser leur PIB par habitant et le phénomène est inverse aux États-Unis, au Danemark et en Hongrie.

Le graphique 1.1.4 montre la relation existant entre l'espérance de vie à la naissance et les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE. Des dépenses de santé par habitant relativement élevées s'accompagnent généralement d'une espérance de vie à la naissance plus grande, même si cette relation tend à être moins nette dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées. Ici encore, le Japon et l'Espagne affichent des espérances de vie relativement élevées par rapport à leur niveau de dépenses de santé, et les États-Unis, le Danemark et la Hongrie des espérances de vie relativement basses.

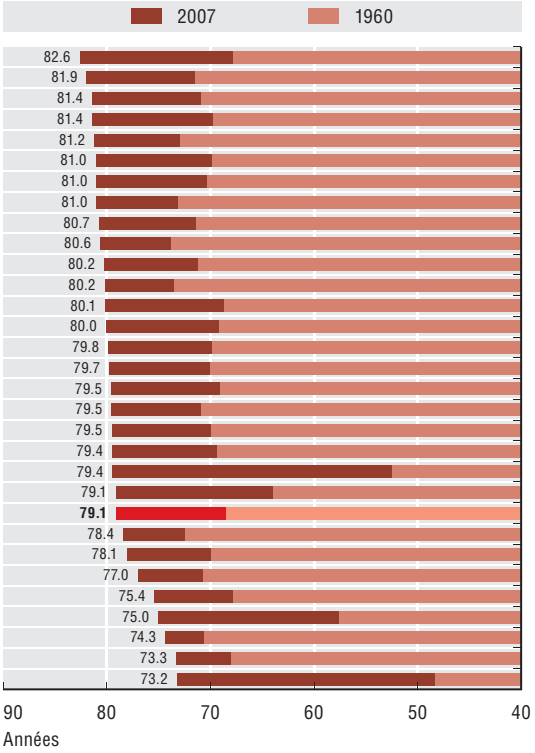
Les variations du PIB par habitant peuvent influer *à la fois* sur l'espérance de vie et sur les dépenses de santé par habitant. Beaucoup d'autres facteurs en dehors du revenu national et des dépenses totales de santé peuvent aussi expliquer les différences d'espérance de vie entre les pays.

Définition et écarts

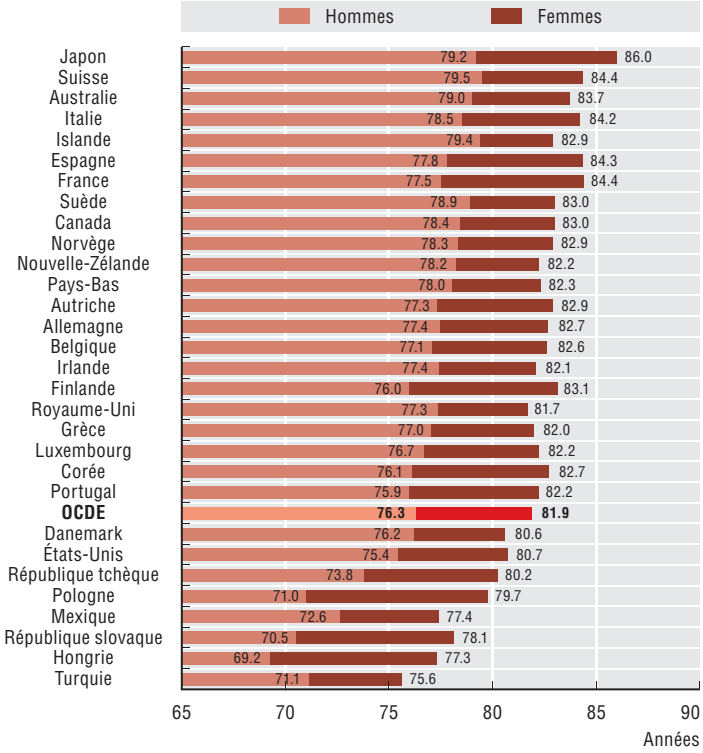
L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre, sur la base d'un ensemble *donné* de taux de mortalité par âge. Cependant, les taux de mortalité par âge *effectifs* d'une cohorte de naissance donnée ne peuvent pas être connus à l'avance. Si les taux de mortalité par âge diminuent (comme cela a été le cas au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective des individus sera supérieure à l'espérance de vie calculée avec les taux de mortalité actuels.

Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier quelque peu d'un pays à l'autre. Ces différences de méthodologie peuvent altérer la comparabilité des estimations fournies par les pays car, en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année. L'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population, est calculée par le Secrétariat de l'OCDE, pour tous les pays, en prenant la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

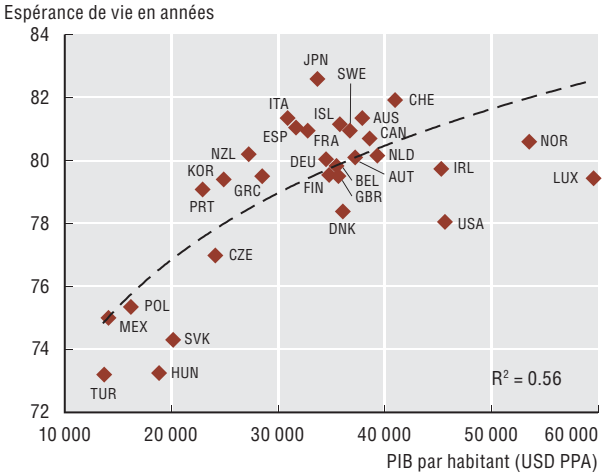
1.1.1 Espérance de vie à la naissance, population totale, 1960 et 2007 (ou dernière année disponible)



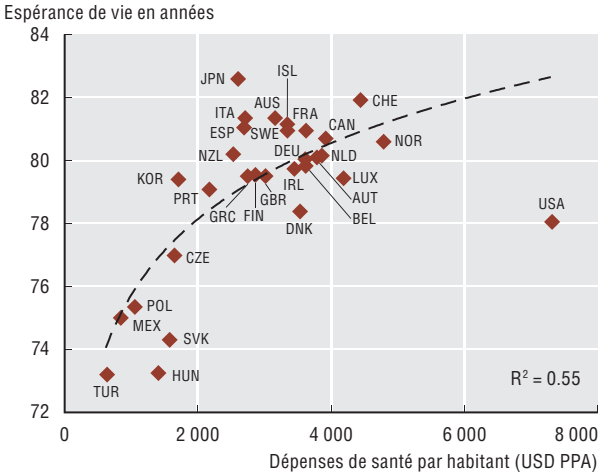
1.1.2 Espérance de vie à la naissance, par sexe, 2007 (ou dernière année disponible)



1.1.3 Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2007 (ou dernière année disponible)



1.1.4 Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/720775125483

1.2. Espérance de vie à 65 ans

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à 65 ans a considérablement augmenté, pour les hommes comme pour les femmes, dans tous les pays de l'OCDE. Parmi les facteurs qui expliquent les gains d'espérance de vie à 65 ans figurent les progrès des soins médicaux, combinés à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, de l'hygiène de vie et des conditions de vie avant et après 65 ans.

En 2007, l'espérance de vie à 65 ans dans les pays de l'OCDE était en moyenne de plus de 20 ans pour les femmes et de près de 17 ans pour les hommes (graphique 1.2.1). Cela représente un gain moyen de près de cinq ans pour les femmes et de quatre ans pour les hommes depuis 1970. L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre hommes et femmes s'est donc légèrement creusé entre 1970 et 2007 dans de nombreux pays.

De même, l'espérance de vie à 80 ans dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne plus vite pour les femmes que pour les hommes au cours des 35 dernières années (graphique 1.2.2). En 2007, l'espérance de vie à 80 ans était en moyenne de 9.1 ans (contre 6.5 ans en 1970) pour les femmes et de 7.6 ans (contre 5.6 ans en 1970) pour les hommes.

Au cours des dernières décennies, le Japon a enregistré des gains d'espérance de vie à 65 ans particulièrement élevés : plus de huit ans pour les femmes et six ans pour les hommes entre 1970 et 2007. En conséquence, le Japon était en 2007 le pays de l'OCDE où les femmes et les hommes avaient l'espérance de vie à 65 ans la plus longue : 23.6 et 18.6 ans respectivement. Ces gains au Japon peuvent s'expliquer, en partie, par une forte baisse de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et aux accidents vasculaires cérébraux chez les personnes âgées. Beaucoup d'autres pays de l'OCDE ont aussi enregistré au cours des dernières décennies d'importantes réductions de la mortalité liée à ces maladies, parmi les personnes âgées (OCDE, 2003a ; Moon *et al.*, 2003).

Certains pays se classent différemment quand on compare l'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans. Les femmes en Belgique, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande ont un meilleur classement en terme d'espérance de vie à 65 ans, et il en va de même pour les hommes aux États-Unis, en France et au Mexique. À l'inverse, l'espérance de vie des hommes à 65 ans aux Pays-Bas, en Suède et au Luxembourg est relativement moins longue en comparaison avec les autres pays qu'à la naissance.

Dans les pays de l'OCDE, les gains de longévité enregistrés par les personnes âgées au cours des dernières décennies, combinés à la baisse tendancielle des taux de fécondité, concourent à une hausse régulière de la proportion de personnes âgées (voir annexe A, tableaux A.2 et A.3).

L'espérance de vie à 65 ans devrait continuer à progresser dans les décennies à venir. Sur la base des données démographique des Nations unies et de la Banque mondiale, on estime que l'espérance de vie à 65 ans dans les pays de l'OCDE devrait être de 21.6 ans pour les femmes et de 18.1 ans pour les hommes en moyenne en 2040 (OCDE, 2007d).

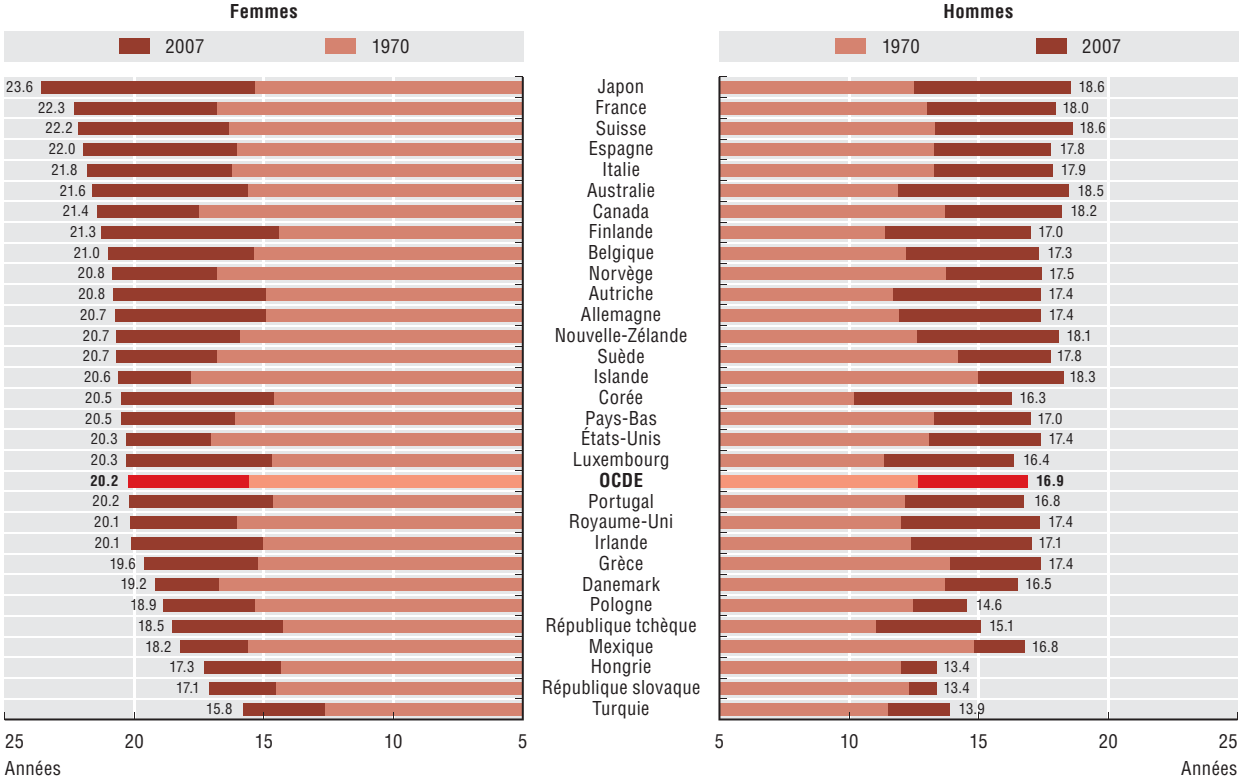
La question de savoir si les populations vieillissantes restent en bonne santé et conservent un état fonctionnel satisfaisant à mesure que leur espérance de vie s'allonge a d'importantes implications pour les systèmes de santé et de soins de longue durée. De récents travaux de l'OCDE ont montré que si, dans certains pays (par exemple les États-Unis, l'Italie et les Pays-Bas), les incapacités sévères tendent à diminuer parmi les populations âgées, le constat n'est pas universel (graphique 1.2.3). Dans d'autres pays (par exemple l'Australie et le Canada), le taux des incapacités sévères est stable et dans d'autres encore (par exemple, la Suède et le Japon), il semble que les limitations sévères des activités de la vie quotidienne aient augmenté durant les cinq ou dix dernières années. S'ajoutant au vieillissement de la population, ces tendances donnent à penser que dans les prochaines décennies une offre croissante de soins de longue durée sera nécessaire dans tous les pays de l'OCDE (Lafortune *et al.*, 2007).

Définition et écarts

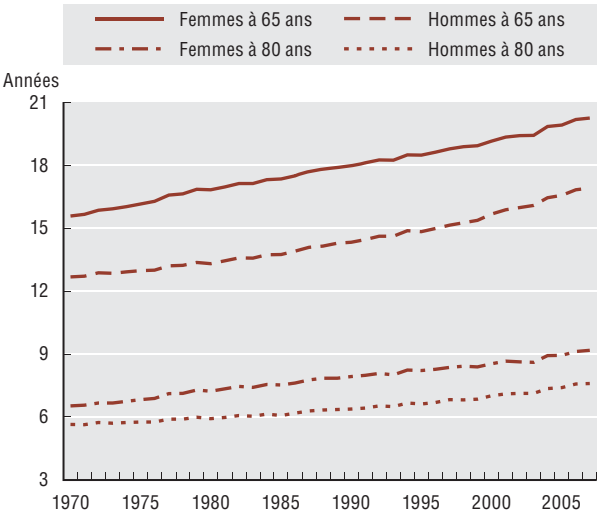
L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'une personne ayant atteint un âge donné peut espérer vivre, calculé sur la base des taux de mortalité par âge du moment. Cependant, les taux de mortalité par âge *effectifs* d'une cohorte de naissance particulière ne peuvent pas être connus à l'avance. Si les taux de mortalité par âge diminuent (comme cela a été le cas dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies), la durée de vie effective des individus sera plus longue que l'espérance de vie calculée avec les taux de mortalité actuels.

Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier quelque peu d'un pays à l'autre. Ces différences de méthodologie peuvent altérer la comparabilité des estimations de l'espérance de vie d'une fraction d'année.

1.2.1 Espérance de vie à 65 ans, par sexe, 1970 et 2007 (ou année la plus proche)

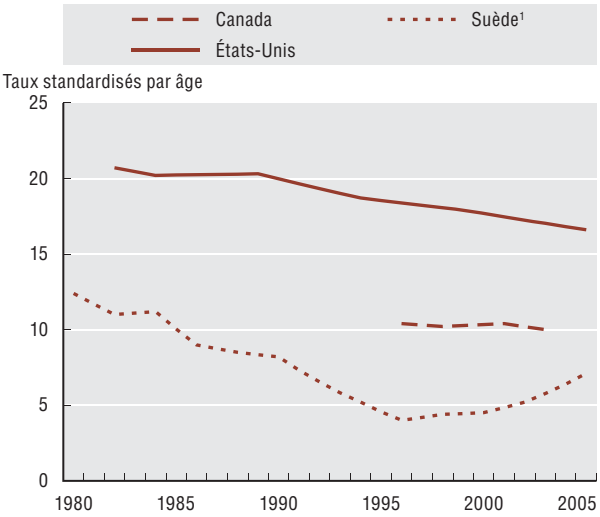


1.2.2 Évolution de l'espérance de vie à 65 ans et 80 ans, hommes et femmes, moyenne OCDE, 1970-2007



Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

1.2.3 Évolution des taux d'incapacité sévère parmi la population âgée de 65 ans et plus dans quelques pays de l'OCDE, 1980-2005



1. Les données suédoises concernent la population de 65 à 84 ans.

Source : Lafortune *et al.* (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/720828710455

1.3. Mortalité prématurée

La mortalité prématurée, mesurée en termes d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 70 ans, met l'accent sur les décès parmi les groupes les plus jeunes de la population. La mortalité infantile et les décès par maladies et blessures touchant des enfants et jeunes adultes influent fortement sur les valeurs de cet indicateur : un décès à l'âge de cinq ans représente 65 APVP ; un décès à 60 ans représente seulement dix APVP. Une baisse des APVP peut être attribuable pour une part à des progrès de la technologie médicale, par exemple concernant la mortalité infantile et les décès résultant de maladies cardiaques, ou à des mesures de prévention et de contrôle qui réduisent les décès prématurés ou évitables par blessures ou maladies transmissibles. On a aussi associé aux réductions de la mortalité prématurée un certain nombre d'autres facteurs, comme le PIB par habitant, le nombre de médecins et la consommation d'alcool et de tabac (Or, 2000 ; Joumard *et al.*, 2008).

Les taux de mortalité prématurée sont plus élevés chez les hommes dans tous les pays : la moyenne de l'OCDE en 2006 (4 853 années perdues pour 100 000 hommes) est presque le double de celle des femmes (2 548). Les principales causes d'années de vie potentielles perdues avant 70 ans pour les hommes sont des causes externes incluant les accidents et la violence (29 %), le cancer (20 %) et les maladies du système circulatoire (16 %). Pour les femmes, les principales causes sont le cancer (31 %), des causes externes (17 %) et les maladies du système circulatoire (12 %).

En 2006, la Suède et l'Islande avaient les niveaux de mortalité prématurée les plus bas en ce qui concerne les hommes, et le Japon et l'Italie pour les femmes (graphique 1.3.1). Le Mexique et la Hongrie avaient les taux de mortalité prématurée les plus élevés, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, avec des valeurs supérieures au double de celles des pays enregistrant les niveaux les plus bas. Les taux des États-Unis étaient aussi élevés : 30 % supérieur à la moyenne de l'OCDE pour les hommes et 43 % pour les femmes. Aux États-Unis, un tiers de cette mortalité prématurée chez les hommes (et un cinquième chez les femmes) est attribuable à des décès résultant de causes externes comme les accidents, les suicides ou les homicides. Aux États-Unis, les décès prématurés par homicide chez les hommes sont plus de cinq fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE.

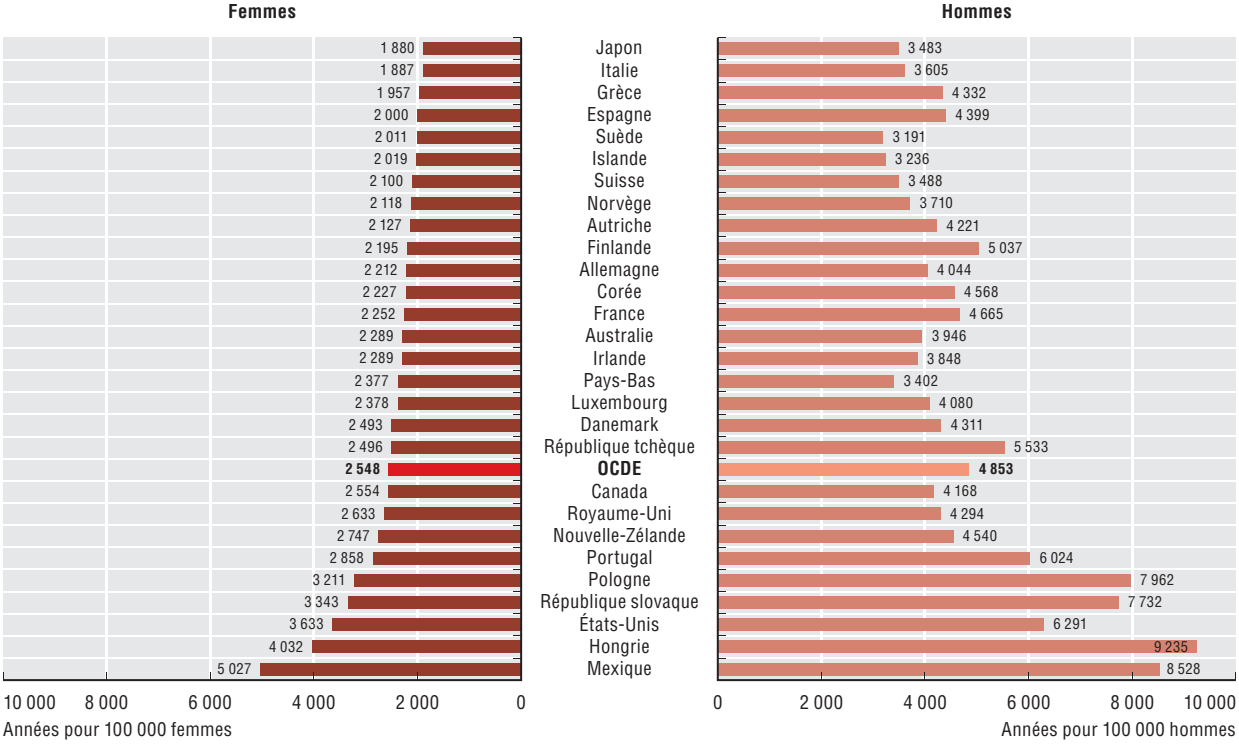
Dans les pays de l'OCDE, la mortalité prématurée a été, en moyenne, réduite de plus de moitié depuis 1970 (graphique 1.3.2). Cette baisse de la mortalité prématurée a été plus rapide pour les femmes que pour les hommes entre 1970 et le début de la décennie 90 mais, depuis lors, le taux moyen d'APVP a baissé au même rythme pour les hommes et pour les femmes. La baisse de la mortalité infantile a été un facteur majeur de la baisse de la mortalité prématurée au début de la période considérée (voir l'indicateur 1.8 « Mortalité infantile »). Plus récemment, la baisse des décès parmi les adultes dus à des maladies cardiaques a significativement contribué à la baisse globale de la mortalité prématurée dans de nombreux pays (voir l'indicateur 1.4 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »).

Le Portugal et l'Italie ont vu leurs taux de mortalité prématurée chuter rapidement chez les hommes et chez les femmes pour atteindre actuellement moins d'un tiers des niveaux de 1970. Le Mexique a lui aussi connu une baisse spectaculaire, bien que ses niveaux soient encore élevés. Dans chacun de ces cas, la forte diminution de la mortalité infantile a fortement contribué à cette baisse. En Hongrie, en revanche, la mortalité prématurée a diminué plus lentement, en particulier chez les hommes, pour une large part en raison de la persistance d'un niveau élevé de mortalité due aux maladies circulatoires (actuellement deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE) et aux maladies du foie (près de trois fois supérieur à la moyenne de l'OCDE). Ces résultats reflètent de mauvaises habitudes de vie, notamment la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes en Hongrie, ainsi que des taux de suicide élevés. La baisse de la mortalité prématurée a aussi été lente en Pologne et aux États-Unis.

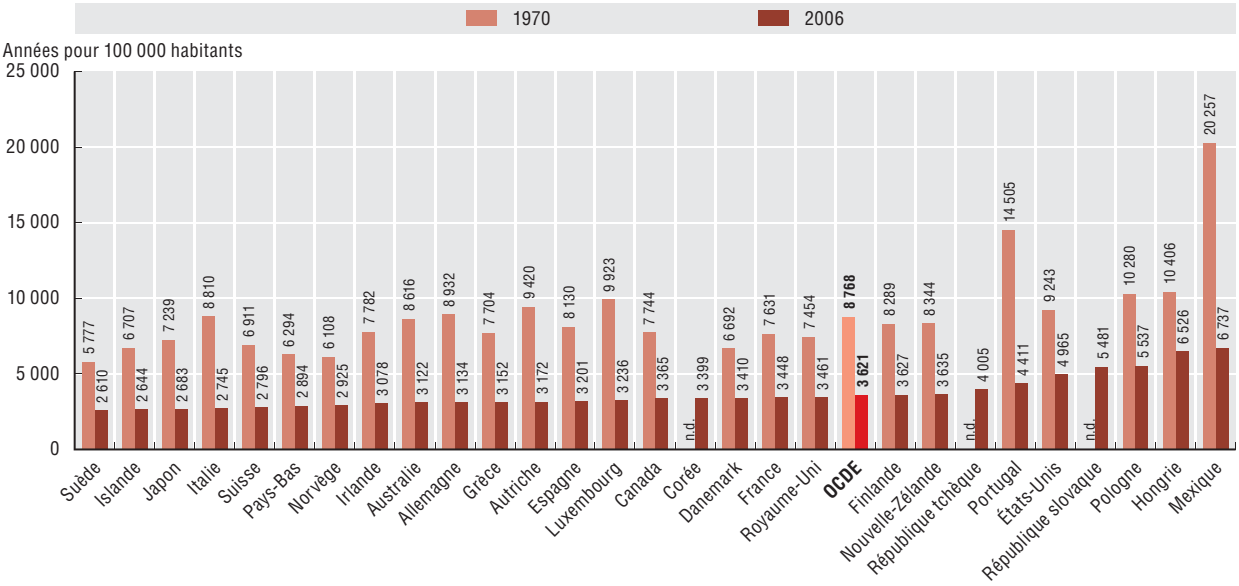
Définition et écarts

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui fournit un moyen explicite de pondérer les décès survenant à des âges relativement jeunes. Le calcul des APVP consiste à additionner le nombre des décès aux différents âges pondéré par le nombre d'années restant à vivre jusqu'à une limite d'âge donnée, établie ici à 70 ans. Par exemple, un décès survenant à l'âge de cinq ans est comptabilisé comme un nombre d'APVP de 65 ans. L'indicateur est exprimé pour 100 000 femmes ou hommes.

1.3.1 Années potentielles de vie perdues des femmes et des hommes, 2006 (ou dernière année disponible)



1.3.2 Diminution des années potentielles de vie perdues, population totale, 1970-2006 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/720860761727

1.4. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité dans presque tous les pays de l'OCDE, avec 36 % de tous les décès en 2006. Elles couvrent diverses maladies touchant le système circulatoire, notamment les cardiopathies ischémiques (crises cardiaques) et les accidents vasculaires cérébraux. Les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux représentaient ensemble deux tiers du total des décès cardiovasculaires, et étaient la cause d'un quart du total des décès dans les pays de l'OCDE en 2006.

Les crises cardiaques sont provoquées par l'accumulation de dépôts graisseux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint l'irrigation du cœur. En 2006, les crises cardiaques ont causé à elles seules 16 % de l'ensemble des décès dans les pays de l'OCDE. Cependant, la mortalité due aux crises cardiaques varie considérablement entre les pays (graphique 1.4.1). La République slovaque enregistre les taux de mortalité par crise cardiaque les plus élevés pour les hommes et pour les femmes, suivie de la Hongrie et de la République tchèque. Les taux de mortalité par crise cardiaque sont aussi relativement élevés en Finlande, en Pologne et aux États-Unis, avec des valeurs plusieurs fois supérieures à celles du Japon et de la Corée. On observe des tendances régionales dans la variabilité des taux de mortalité par crise cardiaque. Les deux pays asiatiques de l'OCDE affichent la mortalité par crise cardiaque la plus basse et sont suivis par quatre pays du sud de l'Europe : la France, l'Espagne, le Portugal et l'Italie. Cela renforce l'hypothèse couramment admise selon laquelle les écarts de mortalité par crise cardiaque entre les pays s'expliquent par des facteurs de risque sous-jacents tels que le régime alimentaire.

Les taux de mortalité sont beaucoup plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays (graphique 1.4.1). Dans les pays de l'OCDE, en moyenne, les taux de mortalité par crise cardiaque étaient en 2006 près de deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Depuis 1980, les taux de mortalité par crise cardiaque ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE. Cette baisse est particulièrement marquée au Danemark, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège et en Australie, où ces taux ont diminué de deux tiers ou plus. On peut l'attribuer à un certain nombre de facteurs, parmi lesquels la baisse de la consommation de tabac qui a contribué à réduire l'incidence des crises cardiaques et ainsi à réduire les taux de mortalité par crise cardiaque. Les progrès significatifs des traitements médicaux des crises cardiaques ont également contribué à la baisse des taux de mortalité (Moïse *et al.*, 2003) (voir l'indicateur 4.6 « Chirurgies cardiaques » et l'indicateur 5.4 « Mortalité à l'hôpital après un IAM »). Toutefois, dans un petit nombre de pays, la baisse a été faible, voire inexistante, depuis 1980. En Hongrie et en Pologne, les taux de mortalité ont augmenté. En Grèce, le taux n'a que légèrement baissé, mais il était déjà relativement bas en 1980.

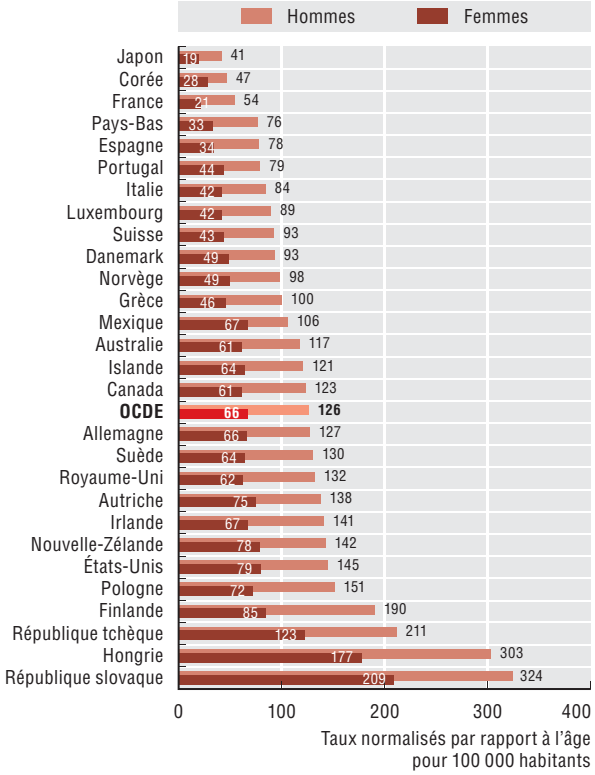
Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont une autre cause importante de mortalité dans les pays de l'OCDE, représentant environ 9 % de tous les décès en 2006. Ils résultent d'une interruption de l'irrigation sanguine du cerveau; en plus des nombreux décès qu'ils provoquent, ils entraînent souvent lourdes incapacités (Moon *et al.*, 2003). Comme pour les crises cardiaques, le taux de mortalité par AVC varie fortement entre les pays (graphique 1.4.1). Le Portugal, la Hongrie, la République tchèque et la Grèce enregistrent les valeurs les plus élevées. La Suisse, la France, le Canada et les États-Unis ont les taux les plus bas.

Si l'on examine les tendances dans le temps, la mortalité par AVC a diminué dans tous les pays de l'OCDE (à l'exception de la Pologne) depuis 1980. Les taux ont baissé presque de trois quarts en Autriche, au Japon, au Luxembourg, en Irlande et en France. Comme dans le cas des crises cardiaques, cette réduction peut être attribuée au moins en partie à la diminution des facteurs de risque. La consommation de tabac et l'hypertension sont les principaux facteurs de risque modifiables pour les AVC. Les progrès réalisés en matière de traitement médical de l'AVC ont également accru les taux de survie (voir l'indicateur 5.5 « Mortalité à l'hôpital après AVC »).

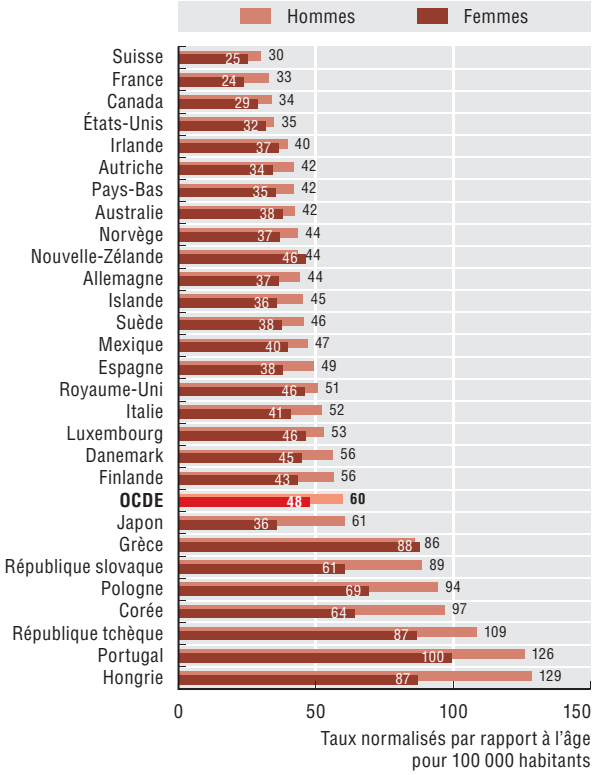
Définition et écarts

Les taux de mortalité sont estimés à partir du nombre brut de décès d'après la base de données sur la mortalité de l'OMS. L'OMS a publié une évaluation générale de la couverture, du degré d'exhaustivité et de la fiabilité des données sur les causes de décès (Mathers *et al.*, 2005). Les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

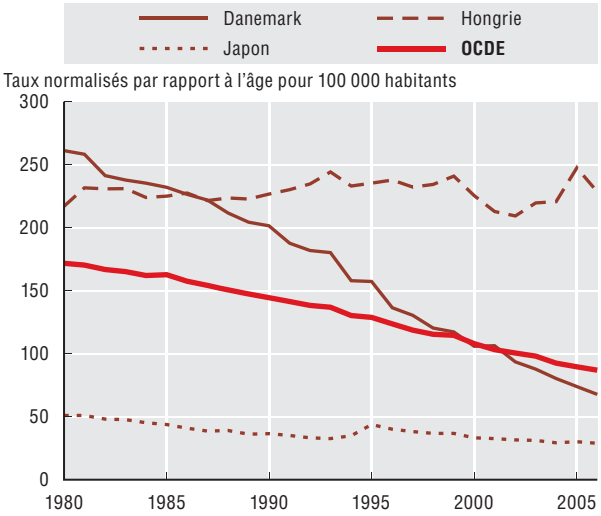
1.4.1 Taux de mortalité due à une crise cardiaque, 2006 (ou dernière année disponible)



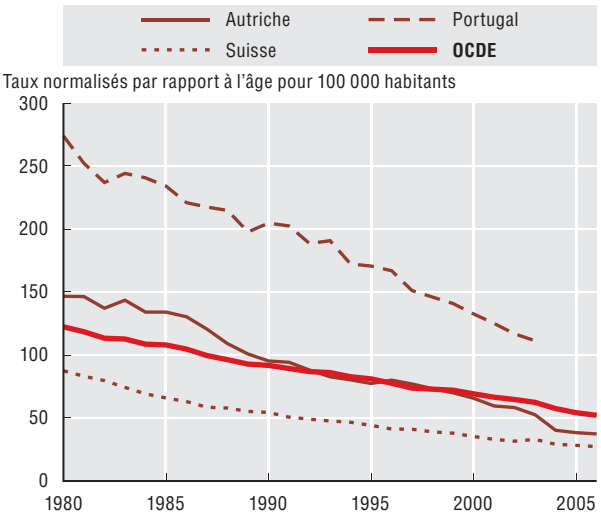
1.4.2 Taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, 2006 (ou dernière année disponible)



1.4.3 Évolution des taux de mortalité due à une crise cardiaque pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2006



1.4.4 Évolution des taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/720868620417

1.5. Mortalité due au cancer

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE (après les maladies du système circulatoire), représentant en moyenne 27 % du total des décès 2006. En 2006, le Mexique, la Finlande, la Suisse et le Japon avaient les taux de mortalité par cancer les plus bas. La Hongrie, la République tchèque, la République slovaque, la Pologne et le Danemark enregistraient les plus hauts (graphique 1.5.1).

Les taux de mortalité par cancer sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE (graphique 1.5.1). En 2006, l'écart de mortalité entre les sexes était particulièrement marqué en Corée, en Espagne, en République slovaque, au Japon et en France : dans tous ces pays, la mortalité par cancer est plus de deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette disparité entre les sexes s'explique en partie par la prévalence plus élevée des facteurs de risque chez les hommes et par une moindre disponibilité ou utilisation des programmes de dépistage pour différents types de cancer touchant les hommes, ce qui se traduit par des taux de survie plus bas après le diagnostic.

Le cancer du poumon reste à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer chez les hommes dans tous les pays de l'OCDE (à l'exception du Mexique et de la Suède) et demeure l'une des principales causes de décès par cancer chez les femmes. La consommation de tabac est le facteur de risque le plus important pour le cancer du poumon. En 2006, les pays qui affichaient les taux les plus élevés de décès par cancer du poumon étaient la Hongrie, la Pologne, les Républiques tchèque et slovaque, les Pays-Bas, la Grèce et la Corée (graphique 1.5.2). Dans tous ces pays, la proportion de fumeurs chez les hommes est relativement élevée. Le taux de décès par cancer du poumon chez les hommes est faible au Mexique et en Suède; ce dernier pays est également l'un de ceux dans lesquels les hommes fument le moins (voir l'indicateur 2.5 « Consommation de tabac »).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans tous les pays de l'OCDE (CIRC, 2004). Il représente 30 % ou plus de l'incidence des cancers chez les femmes et 15 à 20 % des décès par cancer. Si les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté au cours de la dernière décennie, les taux de décès ont diminué ou sont restés stables, indiquant une augmentation des taux de survie due à un dépistage plus précoce du cancer et/ou à une amélioration des traitements (voir l'indicateur 5.8 « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein »). Les taux de mortalité les plus bas sont observés en Corée et au Japon; les taux les plus élevés sont observés au Danemark, aux Pays-Bas, en Irlande et au Royaume-Uni (graphique 1.5.3).

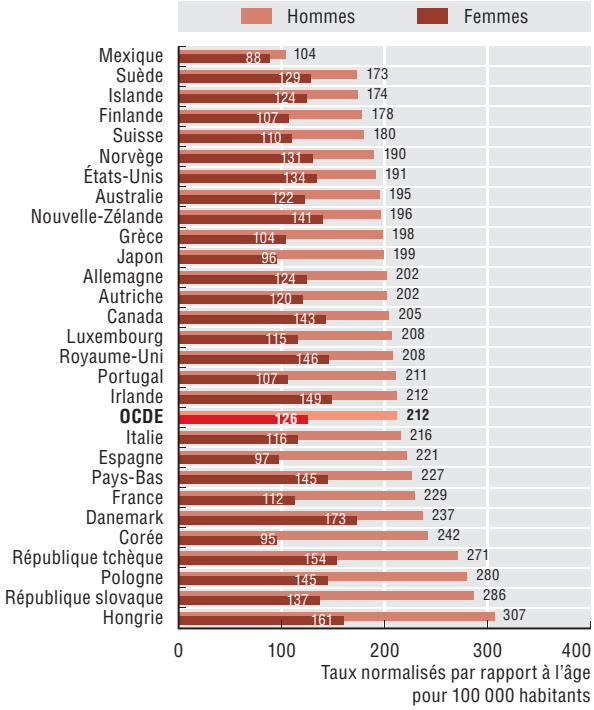
Dans de nombreux pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent chez les hommes, en particulier chez les hommes de plus de 65 ans. Cependant, le cancer de la prostate reste moins mortel que celui du poumon dans tous les pays excepté le Mexique et la Suède. L'augmentation de l'incidence déclarée du cancer de la prostate dans de nombreux pays pendant les années 90 et 2000 est due, dans une large mesure, à l'utilisation plus répandue des tests de diagnostic par l'antigène spécifique de la prostate. En 2006, le taux de décès par cancer de la prostate était très variable, allant de moins de dix pour 100 000 hommes en Corée et au Japon à plus de 30 pour 100 000 hommes au Danemark, en Suède et en Norvège (graphique 1.5.4). Les causes du cancer de la prostate sont encore mal connues. Il se pourrait que des facteurs liés à l'environnement et à l'alimentation influent sur le risque de cancer de la prostate (Institute of Cancer Research, 2009).

Les taux de décès dus à l'ensemble des types de cancers chez les hommes et les femmes ont diminué au moins légèrement dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 1985, même si cette baisse a été plus modeste que celle de la mortalité due aux maladies du système circulatoire (ce qui explique que le cancer soit maintenant responsable d'une plus grande proportion des décès). Les exceptions à cette tendance à la baisse sont la Grèce, la Corée, la Pologne, le Portugal, la République slovaque et l'Espagne, où la mortalité due au cancer est restée stable ou a augmenté entre 1985 et 2006.

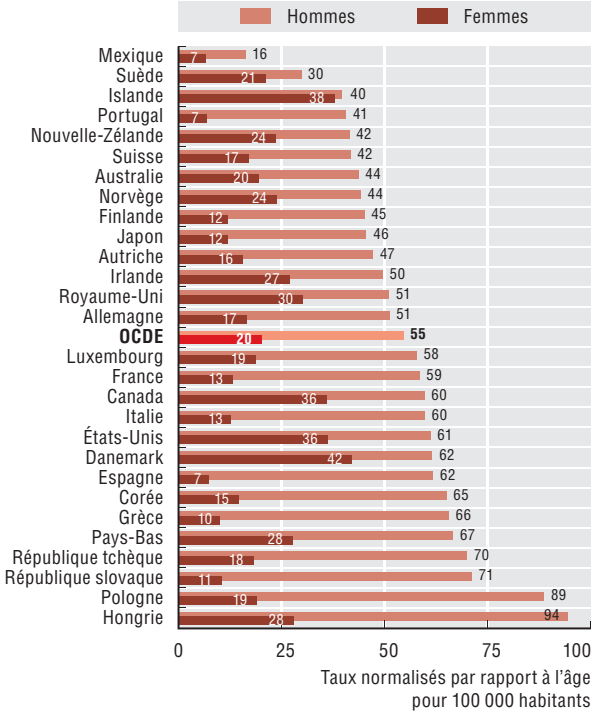
Définition et écarts

Les taux de mortalité sont estimés à partir du nombre brut de décès d'après la base de données sur la mortalité de l'OMS. L'OMS a publié une évaluation générale de la couverture, du degré d'exhaustivité et de la fiabilité des données sur les causes de décès (Mathers *et al.*, 2005). La comparabilité internationale des données sur la mortalité par cancer peut être altérée par des différences entre les pays concernant la formation des médecins et les pratiques médicales mais aussi les procédures d'enregistrement des décès. Les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

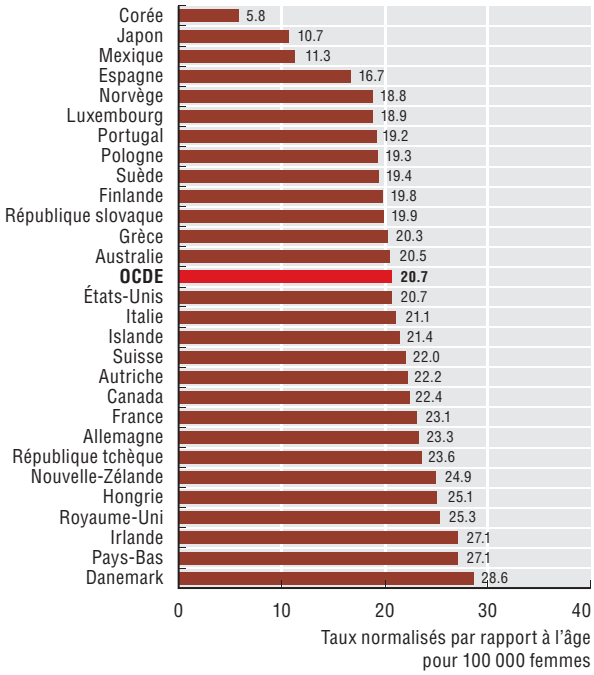
1.5.1 Taux de mortalité due au cancer, hommes et femmes, 2006 (ou dernière année disponible)



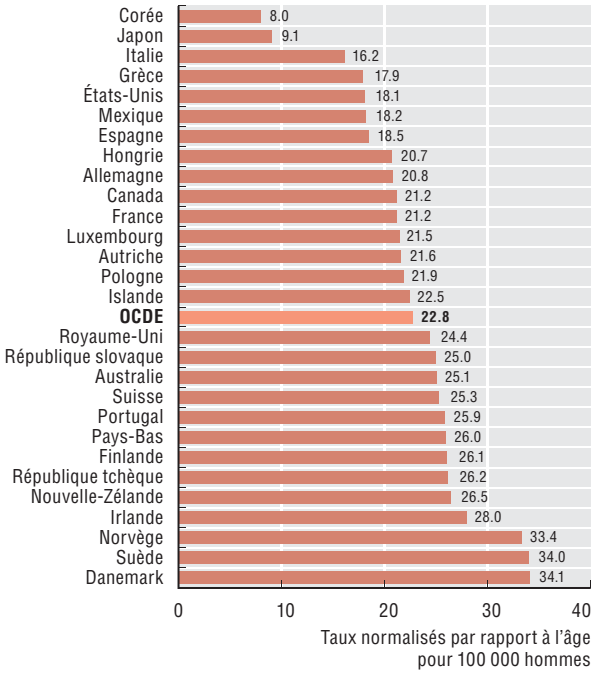
1.5.2 Taux de mortalité due au cancer du poumon, hommes et femmes, 2006 (ou dernière année disponible)



1.5.3 Taux de mortalité due au cancer du sein, femmes, 2006 (ou dernière année disponible)



1.5.4 Taux de mortalité due au cancer de la prostate, hommes, 2006 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/720880772516

1.6. Mortalité due aux accidents de la route

Dans le monde, on estime à 1.2 million le nombre des personnes tuées chaque année dans des accidents de la route et à 50 millions le nombre de blessés ou handicapés (OMS, 2009c). Dans les pays de l'OCDE, ces accidents ont causé plus de 125 000 décès en 2006, les plus nombreux étant aux États-Unis (46 000), au Mexique (17 000) et au Japon (9 000). L'Italie, la Pologne et l'Allemagne ont chacun enregistré environ 5 000 à 6 000 morts d'accident de la route en 2006.

La mortalité due aux accidents de la route est la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes, et particulièrement parmi les jeunes hommes dans de nombreux pays. Le risque d'accident mortel pour les motocyclistes est le plus élevé parmi tous les modes de transport, même si la plupart des blessures mortelles dans les accidents de la route ont lieu dans des voitures (ETSC, 2003; Beck *et al.*, 2007).

Outre les dommages physiques et psychologiques, les coûts financiers directs et indirects des accidents de la route sont importants; d'après une estimation, ils représentent chaque année 2 % du produit national brut dans les pays très motorisés (Peden *et al.*, 2004). Les blessures et la mortalité dues aux accidents de la route restent une sérieuse préoccupation de santé publique.

Les taux de décès les plus élevés en 2006 s'observaient au Mexique et au Portugal, suivis par la Corée et les États-Unis, avec plus de 15 morts pour 100 000 habitants dans tous ces pays (graphique 1.6.1). Les plus bas étaient enregistrés aux Pays-Bas, en Norvège et en Suède, avec des taux inférieurs ou égaux à cinq morts pour 100 000 habitants. Il existe un rapport de 1 à 4 entre les Pays-Bas et le Mexique, aux deux bouts de l'échelle. Les taux de décès dus aux accidents de la route sont beaucoup plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE, avec des taux deux fois plus élevés pour les hommes en Islande dans le cas le moins extrême et jusqu'à plus de quatre fois plus que les femmes en Grèce et en Italie. En moyenne, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir dans des accidents de la route (graphique 1.6.2).

Un grand nombre de ces accidents pourraient être évités. La sécurité routière s'est beaucoup améliorée dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, notamment au travers de l'amélioration des systèmes routiers, de campagnes d'éducation et de prévention, de l'adoption de nouvelles lois et réglementations et de la multiplication des contrôles routiers pour faire respecter ces lois. En conséquence, depuis 1970, les taux de décès dus aux accidents de la route ont diminué en moyenne de plus de moitié dans les pays de l'OCDE (graphique 1.6.3). C'est aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, que la baisse des taux de décès a été la plus forte, avec une diminution d'environ 80 % depuis 1970, bien que le nombre de kilomètres parcourus sur la même période dans les pays d'Europe ait été multiplié en moyenne par 2.7 (OCDE/FIT, 2008). Les taux de décès ont également diminué aux États-Unis mais à un rythme moindre et restent donc supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Au Mexique et en Grèce, les taux de décès dus aux accidents de la route ont fortement augmenté depuis 1970 (graphique 1.6.4).

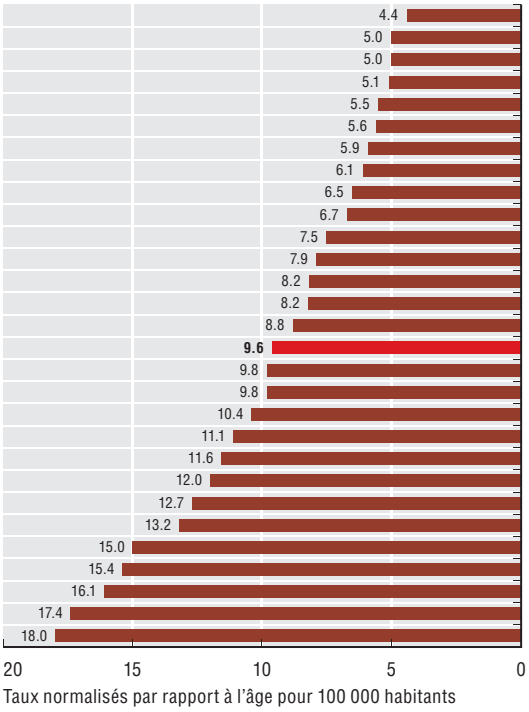
Si l'on extrapole les tendances passées, des projections de la Banque mondiale indiquent qu'entre 2000 et 2020 le nombre des décès dus aux accidents de la route va probablement diminuer encore d'environ 30 % dans les pays à hauts revenus, mais qu'il va probablement augmenter de manière sensible dans les pays à revenus faibles ou moyens si des mesures supplémentaires ne sont pas mises en place pour améliorer la sécurité routière (Peden *et al.*, 2004).

Définition et écarts

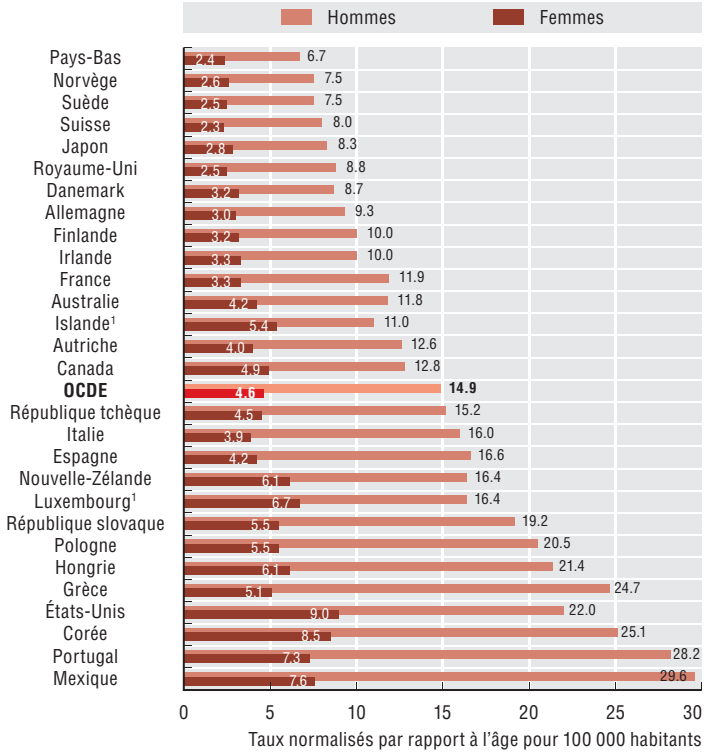
Les taux de mortalité sont estimés à partir du nombre brut de décès d'après la base de données sur la mortalité de l'OMS. L'OMS a publié une évaluation générale de la couverture, du degré d'exhaustivité et de la fiabilité des données sur les causes de décès (Mathers *et al.*, 2005). Les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

Les taux de mortalité dus aux accidents de la route au Luxembourg sont surestimés en raison de l'importance du transit routier, qui se traduit par une forte proportion de décès de *non-résidents* sur les routes luxembourgeoises.

1.6.1 Taux de mortalité suite à un accident de la route, population totale, 2006 (ou dernière année disponible)

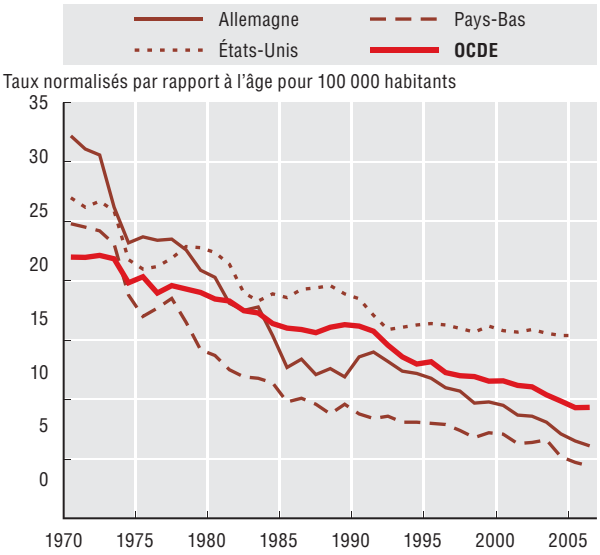


1.6.2 Taux de mortalité suite à un accident de la route, hommes et femmes, 2006 (ou dernière année disponible)

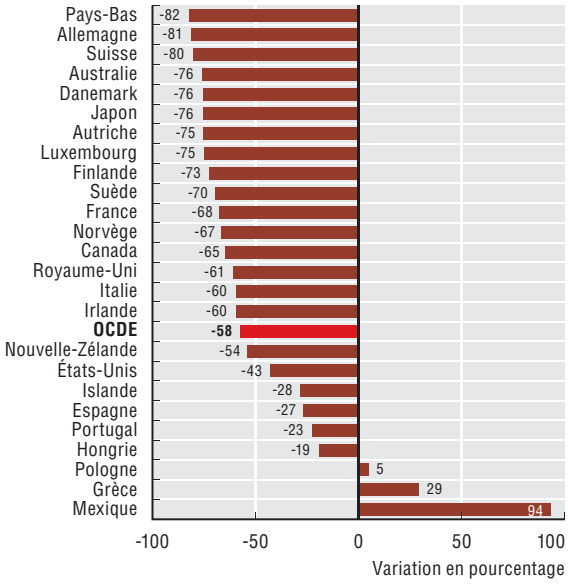


1. Moyenne sur trois ans.

1.6.3 Évolution des taux de mortalité suite à un accident de la route pour quelques pays de l'OCDE, 1970-2006



1.6.4 Variation des taux de mortalité suite à un accident de la route, 1970-2006 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721040646066

1.7. Suicide

Le fait de se donner délibérément la mort témoigne certes de graves problèmes personnels mais aussi d'une dégradation du climat social dans lequel vit un individu. Bien qu'un certain nombre de facteurs différents puissent conduire à mettre fin à ses jours, un suicide est plus susceptible d'avoir lieu pendant une période de crise associée à un divorce, à la consommation abusive d'alcool et de drogues, au chômage, à une dépression nerveuse ou à différentes formes de maladie mentale. C'est pourquoi le suicide est souvent utilisé comme un indicateur indirect de la santé mentale d'une population. Il est possible toutefois que, dans certains pays, le nombre des suicides soit sous-estimé en raison du tabou dont cet acte continue de faire l'objet.

Le suicide est une cause de décès importante dans de nombreux pays de l'OCDE; on en a dénombré 140 000 en 2006. En 2006, les pays les moins touchés par le suicide ont été les pays d'Europe méridionale (Grèce, Italie et Espagne), le Mexique et le Royaume-Uni, avec moins de sept décès pour 100 000 habitants (graphique 1.7.1). Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Corée, en Hongrie, au Japon et en Finlande avec un taux de 18 décès et plus pour 100 000 personnes. Il existe un rapport de 1 à 7 entre la Grèce et la Corée, qui enregistrent respectivement le plus bas et le plus haut taux.

Depuis 1990, les taux de suicide ont diminué dans de nombreux pays de l'OCDE; ils ont fortement baissé (40 % et plus) au Danemark, au Luxembourg et en Hongrie (graphique 1.7.3). En dépit de ces progrès, la Hongrie a toujours un taux de suicide parmi les plus élevés dans les pays de l'OCDE. À l'opposé, les taux de suicide ont le plus augmenté depuis 1990 en Corée, au Mexique et au Japon, bien que les taux du Mexique restent relativement bas.

En Corée et au Japon, les taux de suicide sont aujourd'hui très supérieurs à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.7.4). En Corée, les taux de suicide chez les hommes ont presque triplé, passant de 12 pour 100 000 en 1990 à 32 pour 100 000 en 2006 et, parmi la population féminine, ces taux sont les plus élevés dans les pays de l'OCDE (13 pour 100 000). La crise économique, l'affaiblissement de l'intégration sociale et l'érosion du soutien familial traditionnel aux personnes âgées ont été mentionnés pour expliquer l'augmentation récente des taux de suicide en Corée (Kwon *et al.*, 2009).

En général, dans les pays de l'OCDE, les taux de décès par suicide sont entre trois et quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (graphique 1.7.2) et cet écart entre les sexes a été relativement stable dans le temps. L'écart entre hommes et femmes est moindre pour les tentatives de suicide, ce qui reflète le fait que les femmes ont généralement recours à des méthodes moins radicales que les hommes.

Le suicide est également lié à l'âge, les moins de 25 ans et les personnes âgées étant des sujets particulièrement à risque. Si le taux de suicide parmi la population âgée a, de manière générale, baissé au cours des 20 dernières années, pratiquement aucun progrès n'a été observé parmi les jeunes.

Dans la mesure où les suicides sont, dans la grande majorité des cas, liés à un état dépressif ou à la consommation abusive d'alcool et autres substances toxiques, la détection précoce de ces problèmes psychosociaux dans les catégories à risque par les familles, les travailleurs sociaux et les professionnels de santé doit être un élément des campagnes de prévention du suicide et doit s'accompagner d'un soutien et d'un traitement efficaces. Le suicide fait l'objet d'une attention croissante dans le monde et de nombreux pays élaborent des stratégies nationales de prévention, ciblant en particulier des groupes à risque (Hawton et van Heeringen, 2009). En Finlande et en Islande, les programmes de prévention du suicide reposent sur des efforts visant à promouvoir une forte collaboration multisectorielle et la constitution de réseaux entre différents intervenants (NOMESCO, 2007).

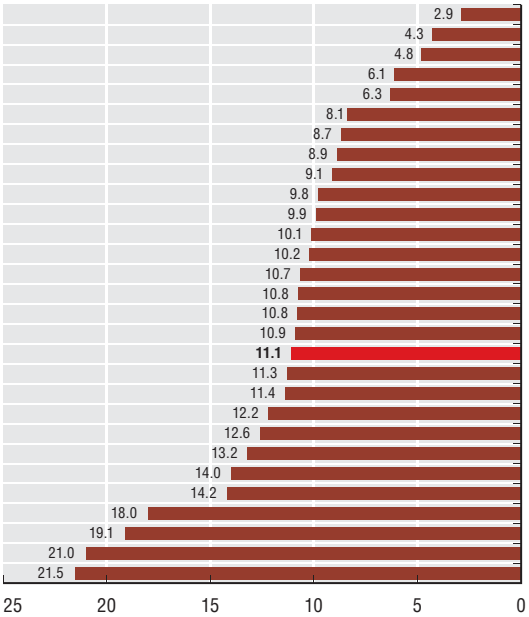
Définition et écarts

L'OMS définit le suicide comme un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale.

Les taux de mortalité sont estimés à partir du nombre brut de décès d'après la base de données sur la mortalité de l'OMS. L'OMS a publié une évaluation générale de la couverture, du degré d'exhaustivité et de la fiabilité des données sur les causes de décès (Mathers *et al.*, 2005). Les taux de mortalité ont été normalisés par rapport à l'âge en fonction de la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays ou de l'évolution de ces structures dans chaque pays au fil du temps.

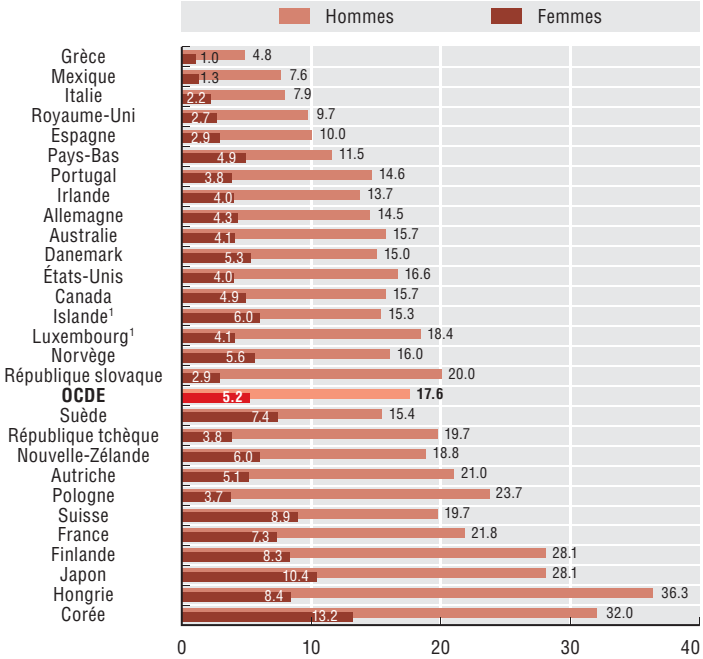
La comparabilité internationale des taux de suicide peut être altérée du fait d'un certain nombre de critères de déclaration, notamment la manière dont on établit le caractère intentionnel de l'acte, les personnes habilitées à établir le certificat de décès, le fait qu'une enquête de médecine légale est ou non effectuée et les dispositions relatives au caractère confidentiel de la cause du décès. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des différences entre pays.

1.7.1 Taux de mortalité due à un suicide, population totale, 2006 (ou dernière année disponible)



Taux normalisés par rapport à l'âge pour 100 000 habitants

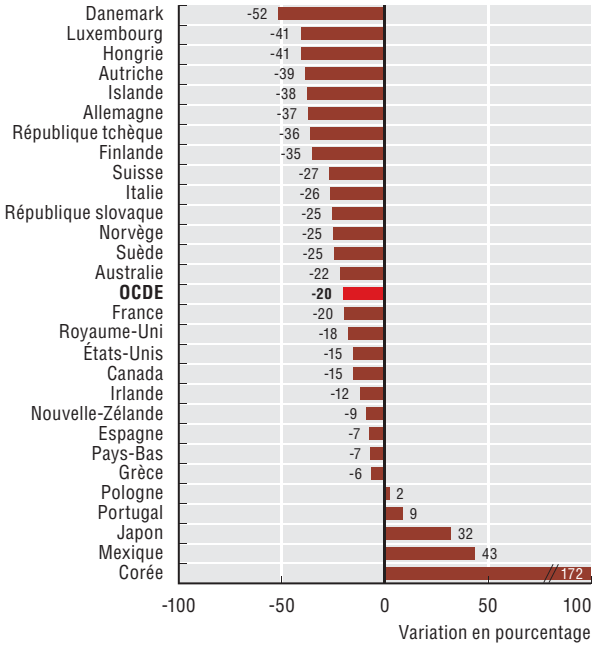
1.7.2 Taux de mortalité due à un suicide, hommes et femmes, 2006 (ou dernière année disponible)



Taux normalisés par rapport à l'âge pour 100 000 habitants

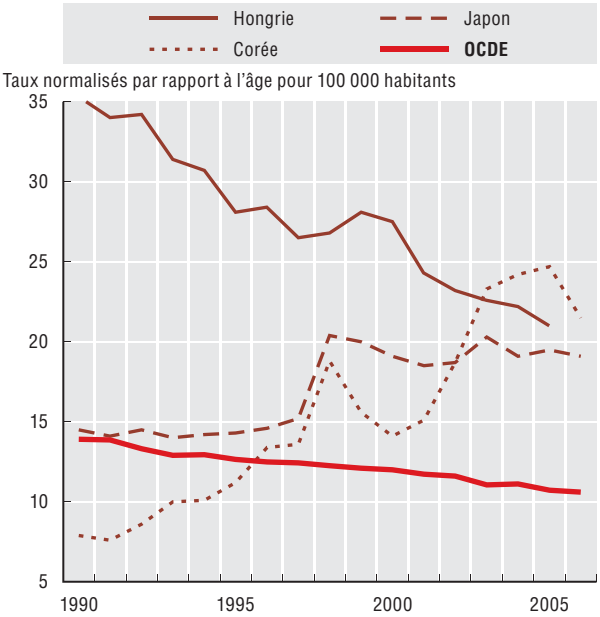
1. Moyenne sur trois ans.

1.7.3 Variation des taux de suicide, 1990-2006 (ou année la plus proche)



Variation en pourcentage

1.7.4 Évolution des taux de suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les statistiques de mortalité sont extraites de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721052757687

1.8. Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, qui mesure la proportion de décès chez les nourrissons de moins d'un an, reflète non seulement l'effet des conditions économiques et sociales sur la santé des mères et des nouveaux-nés mais aussi l'efficacité des systèmes de santé.

En 2007, les taux de mortalité infantile dans les pays de l'OCDE oscillaient entre deux à trois décès pour 1 000 naissances vivantes au Japon, dans les pays nordiques (Danemark excepté), en Irlande et au Luxembourg, jusqu'à 16 et 21 décès respectivement pour 1 000 naissances vivantes au Mexique et en Turquie (graphique 1.8.1). Ces taux étaient également relativement élevés (six décès ou plus pour 1 000 naissances vivantes) aux États-Unis et dans certains pays d'Europe centrale et de l'Est. En mettant à part la Turquie et le Mexique, la moyenne des 28 autres pays de l'OCDE était de quatre décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007.

Les deux tiers environ des décès qui surviennent au cours de la première année de vie sont des décès néonatals (survenant entre la naissance et le 28e jour). Dans les pays développés, les principales causes de mortalité néonatale sont les malformations congénitales, un poids de naissance insuffisant (enfants prématurés) et d'autres problèmes survenant pendant la grossesse. Les femmes ayant leurs enfants de plus en plus tard et le nombre des grossesses multiples augmentant du fait des traitements contre la stérilité, les naissances prématurées tendent à être de plus en plus nombreuses (voir l'indicateur 1.9 « Santé du nourrisson : faible poids à la naissance »). Dans un certain nombre de pays à haut revenu, ce phénomène a contribué à enrayer la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile au cours des dernières années. L'augmentation des naissances de bébés de très faible poids a été la principale cause de la première hausse (depuis les années 50) du taux de mortalité infantile aux États-Unis entre 2001 et 2002. Pour les décès de nourrissons de plus d'un mois (mortalité post-néonatale), les causes possibles tendent à être plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson, les anomalies congénitales, les infections et les accidents.

Dans tous les pays de l'OCDE, les taux de mortalité infantile ont considérablement diminué par rapport à leurs niveaux de 1970, époque à laquelle la moyenne avoisinait les 30 décès pour 1 000 naissances vivantes (graphique 1.8.3). Cela équivaut à une réduction cumulée de plus de 80 % depuis 1970. Le Portugal a vu son taux de mortalité infantile diminuer en moyenne de plus de 7 % par an depuis 1970. Après avoir été le pays européen à la mortalité infantile la plus élevée, il est devenu en 2007 l'un des pays de l'OCDE où ce taux est le plus bas (graphique 1.8.2). Des baisses importantes du taux de mortalité infantile ont été également observées en Corée et au Luxembourg. En revanche, la diminution de ce taux a été plus lente aux Pays-Bas et aux États-Unis. Dans ce pays où le taux de mortalité infantile était dans le passé bien inférieur à la moyenne (et à la valeur médiane) de l'OCDE, il est désormais supérieur à la moyenne (graphique 1.8.3).

De nombreuses études ont utilisé le taux de mortalité infantile comme indicateur sanitaire pour examiner l'effet de divers déterminants médicaux et non médicaux de la santé (par exemple, Joumard *et al.*, 2008). Bien que la plupart des analyses montrent l'existence d'une relation globalement négative entre la mortalité infantile et les dépenses de santé, le fait que certains pays ayant un niveau élevé de dépenses de santé n'affichent pas nécessairement de faibles taux de mortalité infantile a conduit certains chercheurs à en conclure que l'amélioration des résultats ne passe pas nécessairement par une augmentation des dépenses de santé (Retzlaff-Roberts *et al.*, 2004). Un vaste corpus de recherches donne également à penser que de nombreux facteurs autres que la qualité et l'efficience du système de santé, tels que les inégalités de revenus, l'environnement social, les modes de vie et les comportements individuels influent sur les taux de mortalité infantile (Kiely *et al.*, 1995).

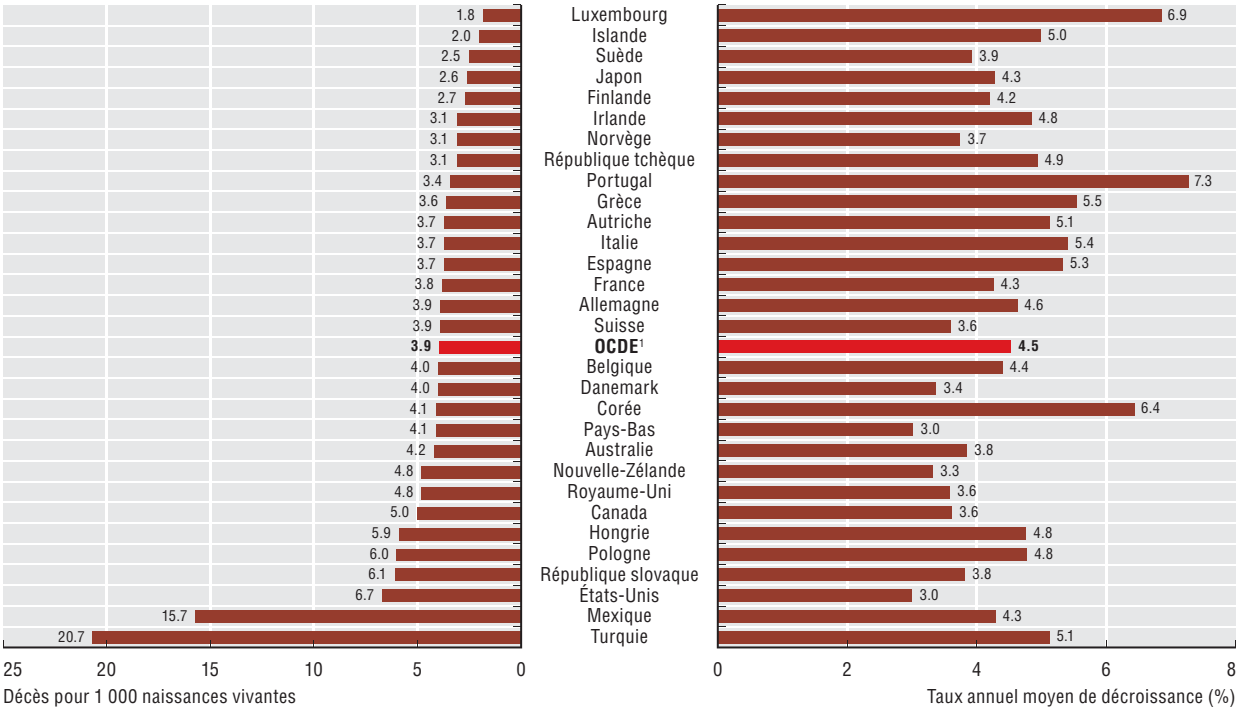
Définition et écarts

Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes, au cours d'une année. La mortalité néonatale est le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours.

Certaines variations internationales des taux de mortalité infantile et néonatale peuvent s'expliquer en partie par les différentes manières d'enregistrer les prématurés. La plupart des pays ne prennent pas en considération l'âge gestationnel ou le poids pour l'enregistrement de la mortalité. En Norvège, pour être compté comme décès après naissance vivante, l'âge gestationnel doit dépasser 12 semaines. En République tchèque, en France, aux Pays-Bas et en Pologne, les conditions sont un âge gestationnel d'au moins de 22 semaines et/ou un minimum de poids de 500 g.

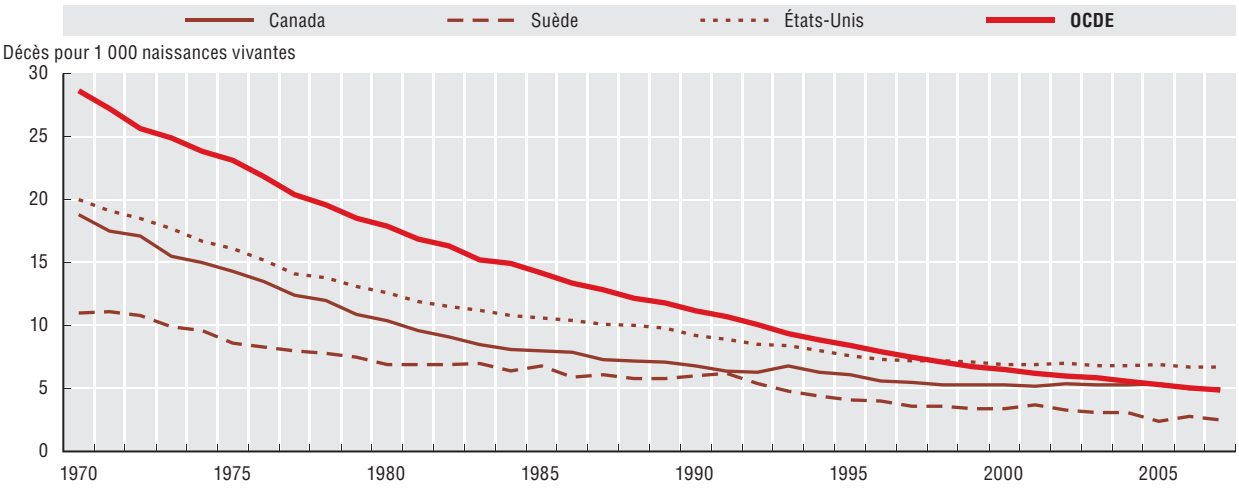
1.8.1 Taux de mortalité infantile, 2007 (ou dernière année disponible)

1.8.2 Déclin des taux de mortalité infantile, 1970-2007 (ou année la plus proche)



1. La moyenne OCDE exclut le Mexique et la Turquie en raison des taux élevés dans ces deux pays.

1.8.3 Taux de mortalité infantile dans quelques pays de l'OCDE, 1970-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721151848011

1.9. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

Le faible poids à la naissance (défini ici comme inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur important de la santé du nourrisson en raison de la relation qui existe entre le poids de naissance d'une part, et la mortalité et la morbidité infantiles d'autre part. Un faible poids de naissance peut être dû à deux facteurs : un retard de croissance intra-utérin ou une naissance prématurée. Les nourrissons de faible poids ont plus de risque de décéder ou d'être en mauvaise santé; ils nécessitent souvent une longue période d'hospitalisation après la naissance et sont plus susceptibles de développer des incapacités importantes (UNICEF et OMS, 2004). Les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance sont notamment : le fait d'être une mère adolescente, les comportements nocifs comme la consommation de tabac, l'abus d'alcool et une mauvaise nutrition, un faible indice de masse corporelle, un environnement de bas statut socio-économique parental ou d'appartenance à une minorité raciale, ainsi que la fécondation *in vitro* (IHE, 2008).

En 2007, certains pays nordiques (l'Islande, la Suède et la Finlande) avaient les plus bas pourcentages de faibles poids de naissance, avec des taux de moins de 4.5 % des naissances vivantes. À l'autre extrémité, on trouve la Turquie, le Japon, la Grèce, les États-Unis et la Hongrie, avec une proportion d'enfants de faible poids de naissance de plus de 8 % (graphique 1.9.1). La moyenne dans les pays de l'OCDE s'établissait à 6.8 %.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la prévalence accrue du nombre de naissances de faible poids observée dans de nombreux pays de l'OCDE depuis 1980 (graphique 1.9.2). Premièrement, le nombre des naissances multiples, qui ont pour corollaire un risque accru de naissance prématurée et de faible poids de naissance, a augmenté régulièrement, en partie du fait de l'augmentation des traitements contre la stérilité. Deuxièmement, dans de nombreux pays de l'OCDE, les femmes ont de plus en plus tendance à avoir leurs enfants à un âge plus avancé, ce qui accroît le risque de faible poids de naissance. Enfin, l'utilisation croissante de différentes techniques d'accouchement, telles que la provocation d'accouchement et les césariennes, accroissent les risques de naissance de bébés de faible poids.

Le Japon, le Portugal et l'Espagne, qui figuraient dans le passé parmi les pays affichant une proportion peu élevée de bébés de faible poids de naissance, ont connu une augmentation rapide de cette proportion au cours des 25 dernières années. En conséquence, dans ces pays, la proportion de bébés ayant un faible poids de naissance est désormais supérieure à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.9.3). Dans le cas du Japon, cette augmentation a été attribuée à un certain nombre de facteurs de risque, en particulier à la prévalence croissante du tabagisme chez les jeunes Japonaises depuis les années 70, ainsi qu'à une tendance marquée aux maternités plus tardives (Ohmi *et al.*, 2001). En dépit d'une augmentation du nombre des bébés de faible poids de naissance, les soins médicaux aux nouveau-nés se sont révélés particulièrement efficaces au Japon pour réduire la mortalité infantile.

Le graphique 1.9.4 montre qu'il existe une certaine corrélation entre le pourcentage d'enfants à faible poids de naissance et le taux de mortalité infantile. En général, les pays dans lesquels la proportion d'enfants ayant un faible poids de naissance est faible affichent également des taux de mortalité infantile relativement bas. C'est le cas, par exemple, des pays nordiques. Le Japon fait toutefois exception à cette règle puisqu'il affiche la plus forte proportion d'enfants ayant un faible poids de naissance et l'un des taux de mortalité infantile les plus bas.

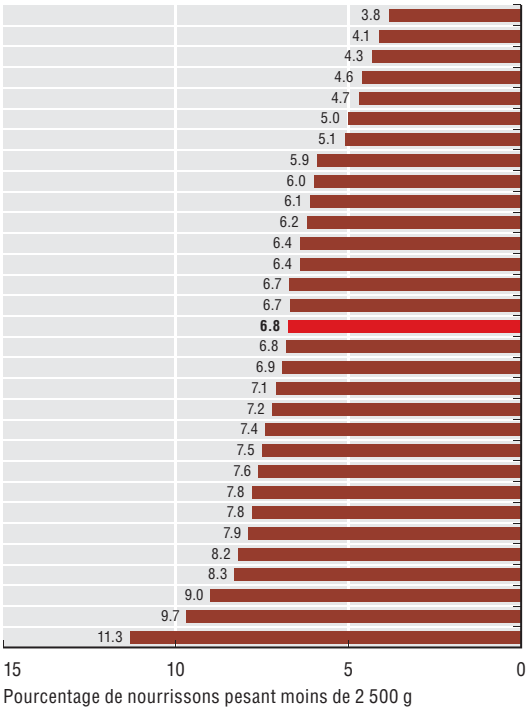
Au sein d'un pays, la proportion d'enfants à faible poids de naissance peut être influencée par des différences de niveaux d'instruction, de revenu et de conditions de vie. Aux États-Unis, on observe des différences importantes entre les groupes pour ce qui est de la proportion d'enfants ayant un faible poids de naissance, la proportion étant pratiquement deux fois plus élevée parmi la population noire que parmi la population blanche (CDC, 2009a). Des différences similaires ont été observées entre les populations indigènes et non indigènes en Australie (Laws et Hilder, 2008) et au Mexique; elles reflètent les conditions de vie défavorisées de nombreuses mères indigènes.

Définition et écarts

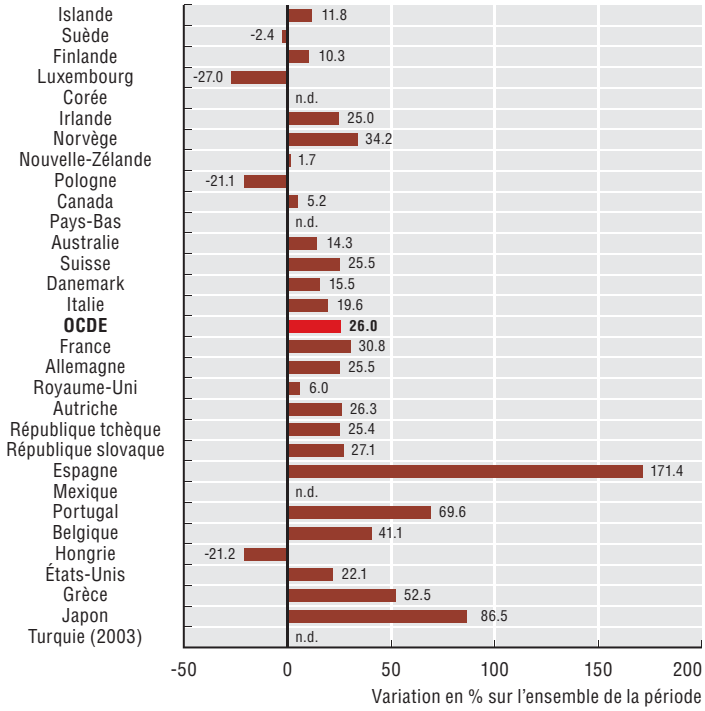
Selon l'OMS, un enfant ayant un faible poids de naissance est un enfant qui pèse à la naissance moins de 2.5 kilos, ceci indépendamment de l'âge gestationnel de l'enfant. Cette définition se fonde sur des observations épidémiologiques concernant le risque accru de décès de l'enfant; elle est utilisée pour les comparaisons internationales de statistiques de santé. Le nombre des naissances d'enfants de faible poids est ensuite exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes.

Les données proviennent en majorité des registres d'état-civil, sauf dans le cas du Mexique, où elles proviennent d'entretiens dans le cadre d'une enquête nationale de santé. Un petit nombre de pays fournissent des données qui ne couvrent que certaines régions ou certains secteurs hospitaliers.

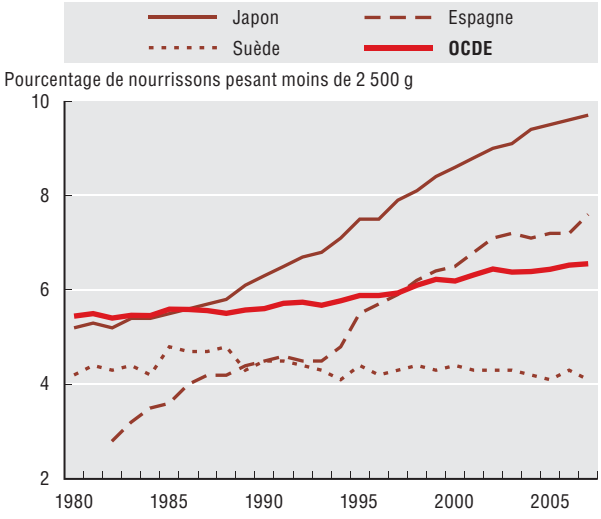
1.9.1 Faible poids des nourrissons à la naissance, 2007 (ou dernière année disponible)



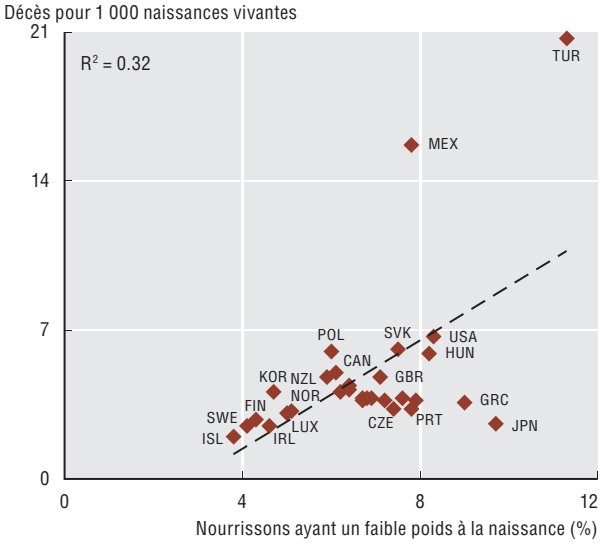
1.9.2 Variation de la proportion des nourrissons ayant un faible poids à la naissance, 1980-2007



1.9.3 Évolution de la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance dans quelques pays de l'OCDE, 1980-2007



1.9.4 Faible poids à la naissance et mortalité infantile, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721155117152

1.10. Santé dentaire des enfants

Dans les pays développés, les problèmes dentaires, qui recouvrent principalement les caries et les affections gingivales, sont courants puisqu'ils touchent entre 60 et 90 % des enfants scolarisés et l'immense majorité des adultes (OMS, 2003). Les problèmes dentaires peuvent s'accompagner chez les personnes qui en souffrent, de sensations de douleur et de gêne, de déficiences fonctionnelles, d'une perte d'estime de soi et d'un sentiment d'insatisfaction lié à des considérations esthétiques. À ce titre, les maladies bucco-dentaires représentent un problème de santé publique majeur. Elles sont étroitement liées à l'hygiène de vie, notamment à une alimentation riche en sucres, mais reflètent également la présence ou l'absence de mesures de protection telles l'exposition au fluorure et la qualité de l'hygiène dentaire. Les maladies dentaires touchent de manière disproportionnée les catégories défavorisées et socialement marginalisées (OMS, 2003), et les enfants sont particulièrement vulnérables. Dans les pays développés, le traitement des problèmes dentaires est souvent coûteux, même si plusieurs pays offrent des soins gratuits ou des subventions pour les enfants et les adolescents (voir aussi le graphique 6.6.2 de l'indicateur 6.6 « Inégalités dans les consultations de dentistes »).

En 2006 (ou pour l'année disponible la plus proche), les enfants de 12 ans vivant en Allemagne, au Royaume-Uni, au Danemark, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suisse avaient en moyenne moins d'une dent permanente cariée, absente ou obturée (DCAO) (graphique 1.10.1). À l'opposé, les enfants en Pologne et en Hongrie avaient un indice de DCAO supérieur ou égal à trois. La plupart des pays de l'OCDE avaient indice bas ou très bas, compris entre une et deux DCAO, pour les enfants de 12 ans.

Au cours des 25 dernières années, l'indice de DCAO a fortement diminué dans les pays de l'OCDE. Dans un groupe de pays pour lesquels on dispose de séries temporelles longues, il est passé d'une moyenne de 4.7 en 1980 à 2.7 en 1990 puis à 1.5 en 2006 (graphique 1.10.3). Sur cette période, tous les pays pour lesquels on possède des données sauf la Pologne ont vu leur indice DCAO diminuer de 50 % ou plus (graphique 1.10.2), ce qui est un progrès considérable en matière de santé publique. Presque tous les pays de l'OCDE ont atteint l'objectif fixé par l'Organisation mondiale de la santé (pas plus de trois DCAO) pour l'an 2000 (OMS, 2003). Toutefois, certains pays comme l'Australie, l'Autriche et les États-Unis s'inquiètent de constater, ces dernières années, un ralentissement de la baisse voire une reprise de l'augmentation du nombre de DCAO parmi les enfants.

La diminution des caries et autres problèmes dentaires est à mettre au compte de nombreuses mesures de santé publique comme les programmes locaux de fluoration de l'eau, mais aussi de l'évolution des conditions de vie, de la gestion thérapeutique et d'une meilleure hygiène bucco-dentaire. La dentisterie et la santé bucco-dentaire évoluent vers des soins préventifs et le moins invasifs possible, ce qui implique que les stratégies nationales dans ce domaine s'intègrent à la prévention plus générale des maladies chroniques et aux objectifs de santé globaux, les risques correspondants étant liés (Commission européenne, 2008b ; Petersen, 2008). Cette approche à l'égard de facteurs de risque communs a l'avantage majeur de mettre l'accent sur l'amélioration de la santé pour l'ensemble de la population, en même temps que pour les catégories à haut risque.

Le graphique 1.10.4 montre une faible corrélation entre le nombre de DCAO chez les enfants et le nombre de dentistes par habitant. Des pays qui ont le même nombre de dentistes par habitant présentent des écarts substantiels de l'indice DCAO, ce qui signifie que beaucoup d'autres facteurs que la disponibilité des dentistes influent sur la santé dentaire.

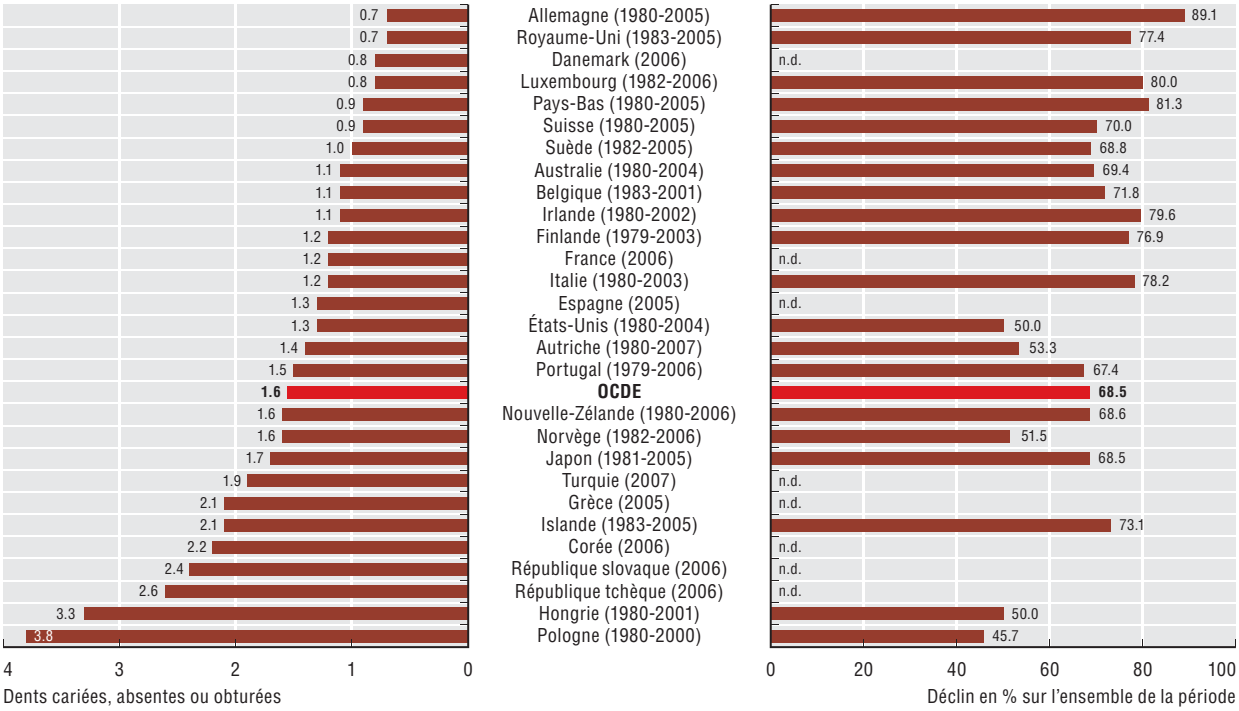
Définition et écarts

L'un des indicateurs de la santé dentaire couramment utilisés est l'indice DCAO, qui mesure le nombre de caries dentaires d'une personne en dénombrant les dents permanentes cariées (C), absentes (A) ou obturées (O). La somme de ces trois chiffres donne l'indice DCAO. Les données concernent ici les enfants de 12 ans. Un indice DCAO est jugé très faible lorsqu'il est inférieur à 1.2, faible lorsqu'il est compris entre 1.2 et 2.6, modéré dans la fourchette 2.7-4.4 et élevé lorsqu'il s'établit à 4.4 et plus.

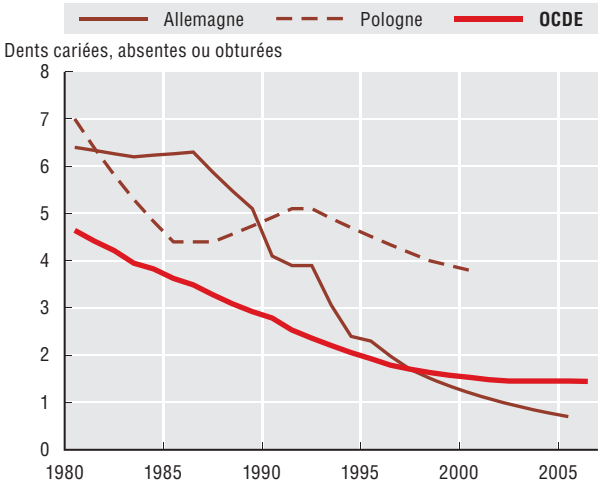
La Norvège calcule un indice DAO qui ne prend pas en compte les dents cariées, et la Suède un indice DCO qui n'inclut pas les dents absentes. En Nouvelle-Zélande, il est possible que l'âge de référence moyen soit légèrement supérieur à 12 ans, car l'enquête porte sur des enfants dans leur huitième année de scolarité. Les données de la Belgique et de la Suisse sont régionales.

1.10.1 Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, chez les enfants de 12 ans, 2006 (ou dernière année disponible)

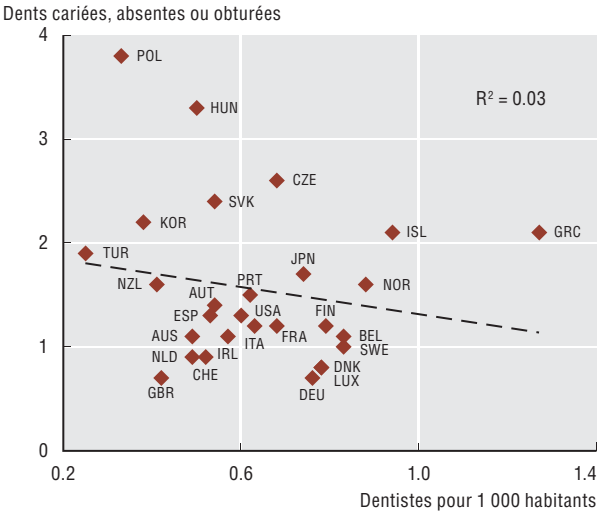
1.10.2 Déclin du nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, chez les enfants de 12 ans, 1980-2006



1.10.3 Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, chez les enfants de 12 ans dans quelques pays de l'OCDE, 1980-2006



1.10.4 Nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, chez les enfants de 12 ans et nombre de dentistes pour 1 000 habitants, 2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721164001226

1.11. État de santé général perçu

La plupart des pays de l'OCDE réalisent des enquêtes de santé régulières qui permettent aux répondants d'évaluer différents aspects de leur état de santé. L'une des questions fréquemment posée concerne leur état de santé en général tel qu'ils le perçoivent. En dépit du caractère subjectif de cette question, les indicateurs de perception de l'état de santé permettent de faire de bonnes prévisions de l'évolution future de la consommation de soins de santé et de la mortalité (voir, par exemple, Miilunpalo *et al.*, 1997). Dans le cadre des comparaisons internationales, cependant, les différences entre pays de la perception de l'état de santé général sont souvent difficiles à interpréter car les réponses peuvent dépendre non seulement de différences dans la formulation des questions et réponses mais aussi de facteurs culturels.

Dans la moitié des pays de l'OCDE, 75 % ou plus de la population adulte déclare être en bonne, très bonne, voire excellente santé (graphique 1.11.1). Avec environ neuf personnes sur dix qui se déclarent en bonne santé, la Nouvelle-Zélande, le Canada et les États-Unis sont les trois pays qui ont la plus forte proportion de personnes jugeant leur santé bonne ou plus. Mais les catégories de réponses proposées aux répondants dans ces trois pays sont différentes de celles utilisées dans les pays européens et asiatiques de l'OCDE, ce qui introduit un biais vers le haut dans les résultats (voir ci-dessous l'encadré « Définition et écarts »).

En Espagne et en Finlande, les deux tiers environ de la population adulte considèrent leur santé comme bonne ou très bonne. À l'autre extrémité de l'échelle, moins de la moitié de la population adulte déclare être en bonne ou très bonne santé au Japon, en République slovaque, au Portugal, en Hongrie et en Corée.

Pour ce qui est des différences à l'intérieur d'un même pays, les hommes sont plus enclins que les femmes à qualifier leur santé de bonne ou très bonne dans la majorité des pays, et particulièrement en Hongrie, en Corée, au Portugal, en Espagne et en Turquie (graphique 1.11.2). L'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Finlande sont les seuls pays où les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer en bonne santé. L'appréciation de la santé tend à baisser avec l'âge. Dans de nombreux pays, l'évaluation positive de l'état de santé diminue très nettement après 45 ans, puis connaît une nouvelle baisse après 65 ans. Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes ayant un niveau d'instruction ou un niveau de revenus moindre n'ont pas une appréciation aussi positive de leur état de santé que les personnes à niveau d'instruction ou niveau de revenus plus élevé (Mackenbach *et al.*, 2008).

Le pourcentage de la population adulte se considérant en bonne ou très bonne santé est resté à peu près stable sur les 25 dernières années dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de séries chronologiques longues, bien qu'on observe dans certains pays, comme le Japon, quelques variations (graphique 1.11.3). Il en est de même, en général, pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Une interprétation possible de la relative stabilité de l'indicateur de l'état de santé autodéclaré peut être liée à la manière dont il est apprécié, laquelle se fonde sur une variable bornée (il est demandé aux répondants de noter leur état de santé sur une échelle de cinq points qui reste inchangée dans le temps), alors que l'espérance de vie n'a pas de limite de ce type. Une autre interprétation peut être que les populations de ces pays vivent désormais plus longtemps mais que leur état de santé n'est peut-être pas meilleur.

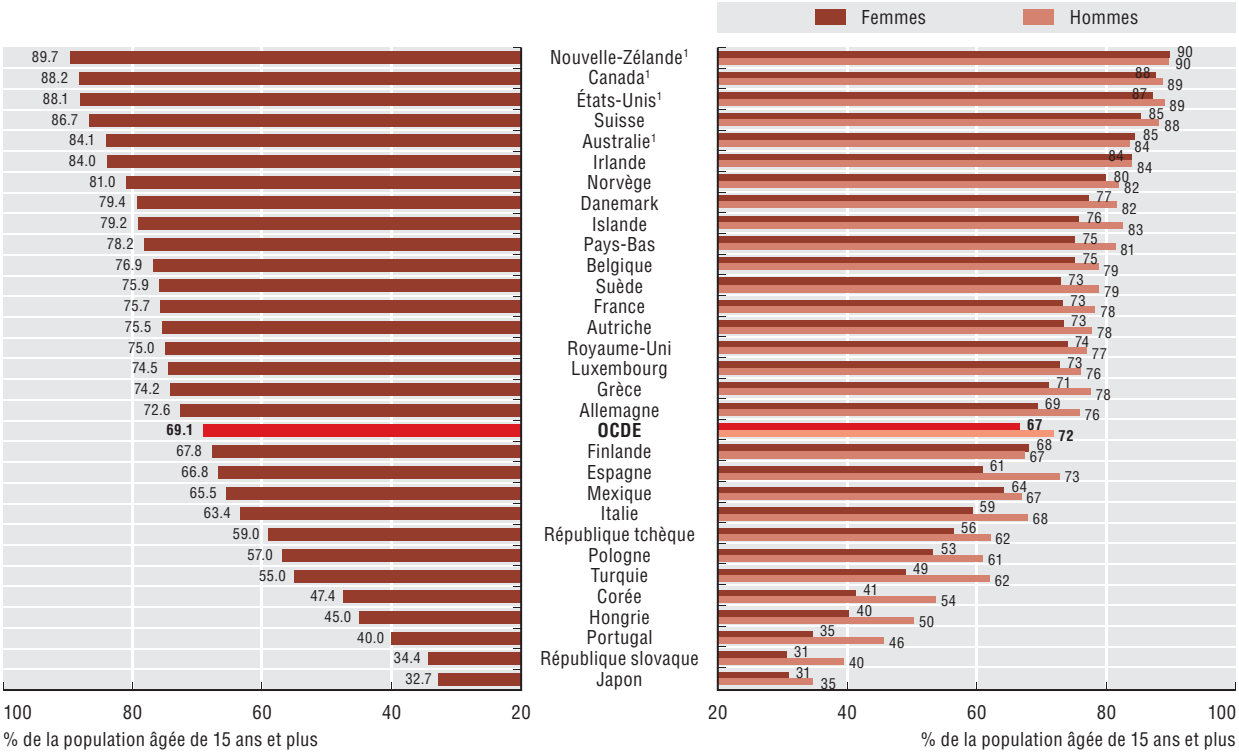
Définition et écarts

L'état de santé général perçu correspond à la perception que les individus ont de leur santé, et peut refléter tous les aspects physiques et psychologiques. Dans les enquêtes, la question est généralement formulée de la manière suivante : « Diriez-vous de votre état de santé général qu'il est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais ? » La base *Eco-Santé OCDE* présente des chiffres correspondant à la proportion de la population qui déclare être en « bonne ou en très bonne santé ».

Il convient d'être prudent dans les comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. La première est liée à la subjectivité de l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé, laquelle peut être influencée par plusieurs facteurs en sus de leur état de santé « réel » tels que le contexte culturel et les spécificités nationales. La deuxième raison vient de ce que la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. En particulier, l'échelle de réponses utilisée aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie est *asymétrique* (elle est biaisée vers les réponses positives), en proposant les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise. » Les résultats présentés dans *Eco-Santé OCDE* correspondent à l'une des trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est *symétrique*, avec les catégories de réponses : « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise. » Les données ne renvoient alors qu'aux deux premières catégories (« très bonne, bonne »). Les résultats sont donc biaisés vers le haut dans les pays utilisant une échelle asymétrique par rapport aux pays utilisant une échelle symétrique.

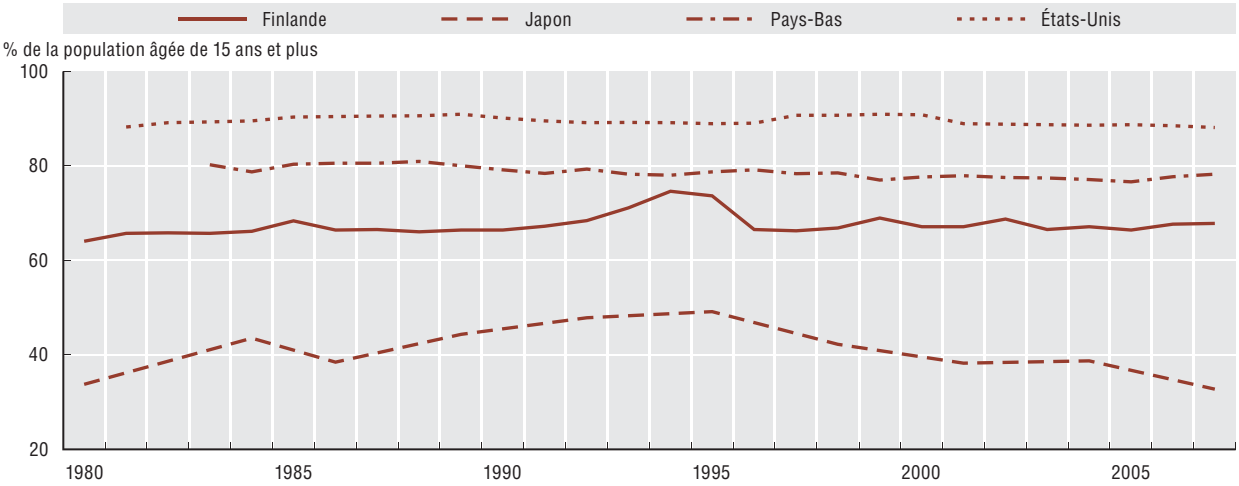
1.11.1 Pourcentage des adultes déclarant être en bonne santé, population totale, 2007 (ou dernière année disponible)

1.11.2 Pourcentage des adultes déclarant être en bonne santé, par sexe, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables à celles des autres pays, en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse).

1.11.3 Évolution du pourcentage d'adultes déclarant être en bonne santé dans quelques pays de l'OCDE, 1980-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721164815620

1.12. Prévalence et incidence du diabète

Le diabète est une maladie métabolique chronique, qui se caractérise par de hauts niveaux de glucose dans le sang. Il se produit soit parce que le pancréas cesse de produire l'hormone appelée insuline (diabète de type 1), soit parce que le pancréas a une aptitude réduite à produire l'insuline en même temps que le corps est résistant à son action (diabète de type 2). Les diabétiques ont plus de risques d'être atteints de troubles cardiovasculaires comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux si la maladie n'est pas diagnostiquée ou est mal contrôlée. Il existe aussi des risques élevés de perte de la vue, d'amputation du pied et de la jambe due à des lésions des nerfs et des vaisseaux sanguins, et d'insuffisance rénale nécessitant des dialyses ou une transplantation.

Le diabète a été la cause principale de décès de plus de 300 000 personnes dans les pays de l'OCDE en 2007, et il se place au quatrième ou cinquième rang des causes de décès dans la plupart des pays développés. Toutefois, une minorité seulement de diabétiques décèdent de maladies uniquement liées à cette affection – en plus, environ 50 % des diabétiques meurent d'une maladie cardiovasculaire et 10 à 20 % d'insuffisance rénale (FID, 2006).

Le diabète est en augmentation rapide dans toutes les parties du monde, au point qu'il a maintenant atteint des proportions épidémiques. On estime que, dans les pays de l'OCDE, plus de 6 % de la population de 20 à 79 ans, soit 71 millions de personnes, étaient diabétiques en 2007. Près de la moitié des adultes diabétiques ont moins de 60 ans. Si l'on n'y fait rien, le nombre de personnes touchées par le diabète dans les pays de l'OCDE atteindra presque 100 millions dans moins de 20 ans (FID, 2006).

La Fédération internationale du diabète estime que moins de 5 % des adultes de 20 à 79 ans en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni ont le diabète en 2010 (FID, 2009). À l'opposé, au Mexique et aux États-Unis, plus de 10 % de la population du même âge est atteinte (graphique 1.12.1). Dans la plupart des pays de l'OCDE, entre 5 et 9 % de la population adulte est atteinte du diabète.

Le diabète de type 1 ne représente que 10 à 15 % de tous les cas de diabète. Dans la plupart des pays développés, c'est la forme prédominante de cette maladie dans les groupes d'âge les plus jeunes. Sur la base des registres de maladies et des études récentes, le nombre annuel de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les enfants de moins de 15 ans atteint le niveau élevé de 25 ou plus pour 100 000 habitants dans les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège) (graphique 1.12.2). La Corée, le Mexique, le Japon et la Turquie avaient moins de 5 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Le diabète de type 1 se développe actuellement à un âge plus précoce chez les enfants (FID, 2006).

L'impact économique du diabète est important. Les dépenses pour le traitement et la prévention du diabète et de ses complications se sont élevées, d'après certaines estimations, à 212 milliards USD dans les pays de l'OCDE en 2007 (FID, 2006). Uniquement aux États-Unis, on a dépensé en 2007 environ 116 milliards USD en traitement du diabète et de ses complications et en frais médicaux généraux supplémentaires (ADA, 2008). En Australie, les dépenses directes en soins de santé pour le diabète représentaient en 2004-05 près de 2 % des dépenses de santé récurrentes (AIHW, 2008d). Environ un quart des dépenses médicales est consacré au contrôle des glycémies élevées, un autre quart au traitement des complications chroniques du diabète, et le reste aux soins médicaux généraux additionnels (FID, 2006). La hausse des coûts accroît la nécessité de fournir des soins de qualité pour la gestion du diabète et de ses complications (voir l'indicateur 5.2 « Admission évitable à l'hôpital : complications du diabète »).

Le diabète de type 2 est, dans une grande mesure, évitable. Un certain nombre de facteurs de risque, comme le surpoids et l'obésité ou l'inactivité physique sont modifiables, ce qui peut aussi contribuer à réduire les complications associées au diabète. Cependant, dans la plupart des pays, la prévalence du surpoids et de l'obésité continue aussi d'augmenter (voir l'indicateur 2.7).

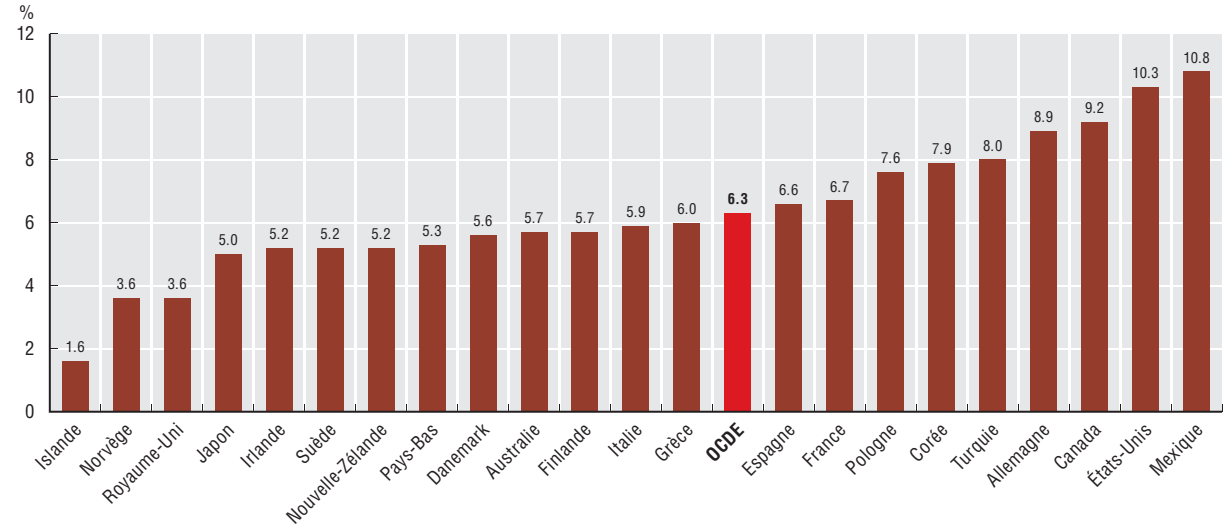
Définition et écarts

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète pour la publication d'estimations nationales de la prévalence du diabète sont exposées dans son *Atlas du diabète, 4e édition* (FID, 2009). Les données par pays, tirées d'études publiées entre 1980 et février 2009, n'ont été incluses que si elles satisfaisaient à un certain nombre de critères de fiabilité.

Les études de plusieurs pays de l'OCDE – Canada, France, Italie, Pays-Bas, Norvège et Royaume-Uni – ne fournissaient que des données autodéclarées sur le diabète. Pour prendre en compte le diabète non diagnostiqué, la FID a multiplié par 1.5 la prévalence du diabète pour le Canada et le Royaume-Uni (en concordance avec les constatations faites aux États-Unis et les recommandations au Royaume-Uni) et l'a doublée pour les autres pays, en s'appuyant sur les données d'un certain nombre de pays.

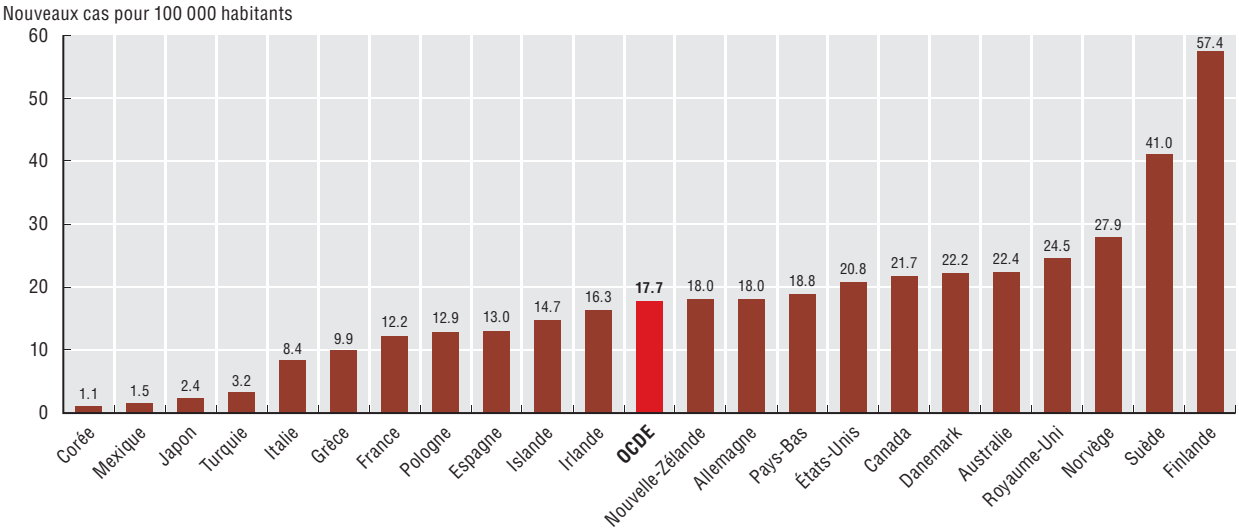
Les taux de prévalence ont été normalisés en fonction de la structure de la population mondiale pour faciliter les comparaisons entre les pays.

1.12.1 Estimations de la prévalence du diabète parmi la population adulte âgée de 20 à 79 ans, 2010



Note : Les données sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population mondiale.

1.12.2 Estimations de l'incidence du diabète de type 1 parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2010



Source : FID (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721238786506

1.13. Incidence du sida

Les premiers cas de syndrome immunodéficitaire acquis (sida) ont été diagnostiqués il y a presque 30 ans. Le sida est normalement déclenché par une infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et peut se manifester par de nombreuses maladies différentes, telles que la pneumonie et la tuberculose, car le système immunitaire n'est plus en mesure de défendre l'organisme. L'infection par le VIH, le diagnostic du sida et le décès provoqué par une infection peuvent être séparés par un nombre d'années très variable selon le traitement administré. Malgré les recherches à l'échelle mondiale, il n'existe pas actuellement de traitement permettant de guérir la maladie.

En 2006, le nombre de nouveaux cas déclarés de sida s'élevait à environ 45 000 dans les pays de l'OCDE, soit un taux d'incidence moyen non pondéré de 16.2 par million d'habitants (graphique 1.13.1). Depuis les premiers cas de sida signalés au début des années 80, leur nombre a rapidement augmenté pour culminer à plus de 45 nouveaux cas par million d'habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE dans la première moitié des années 90, soit près de trois fois les taux d'incidence actuels (graphique 1.13.2). Des campagnes de sensibilisation du public ont contribué à une baisse régulière du nombre de cas déclarés pendant la deuxième moitié des années 90. De plus, le développement des antirétroviraux, qui réduisent ou ralentissent le développement de la maladie, et un accès plus large à ces thérapies ont conduit à une forte diminution de l'incidence entre 1996 et 1997.

Les États-Unis ont constamment présenté les taux d'incidence du sida les plus élevés des pays de l'OCDE, même s'il est important de noter que les définitions régissant l'enregistrement des cas ont été élargies en 1993 et diffèrent par conséquent de celle utilisée en Europe et dans les autres pays de l'OCDE. La modification de la définition explique également la forte augmentation des cas aux États-Unis en 1993 (graphique 1.13.2). En Europe, l'Espagne a régulièrement affiché les taux d'incidence les plus élevés dans la première décennie qui a suivi l'apparition de la maladie, avec toutefois une brusque baisse depuis 1994, laissant le Portugal afficher le taux le plus élevé d'Europe. Les pays d'Europe centrale et de l'Est comme la République tchèque, la République slovaque et la Hongrie, mais aussi la Turquie, la Corée et le Japon déclarent les taux d'incidence du sida les plus faibles des pays de l'OCDE.

Aux États-Unis, plus d'un million de personnes vivent actuellement avec le VIH/sida, dont plus de 450 000 avec le sida (CDC, 2008). Près des trois quarts des nouveaux cas de sida diagnostiqués en 2006 concernaient des hommes, et les minorités raciales et ethniques continuent d'être touchées par l'épidémie de façon disproportionnée. Au Canada, les populations autochtones sont surreprésentées. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les rapports homosexuels masculins non protégés demeurent le principal facteur de risque d'infection par le VIH. En Europe occidentale et centrale, les migrants représentent environ 75 % des infections par le VIH acquises de manière hétérosexuelle.

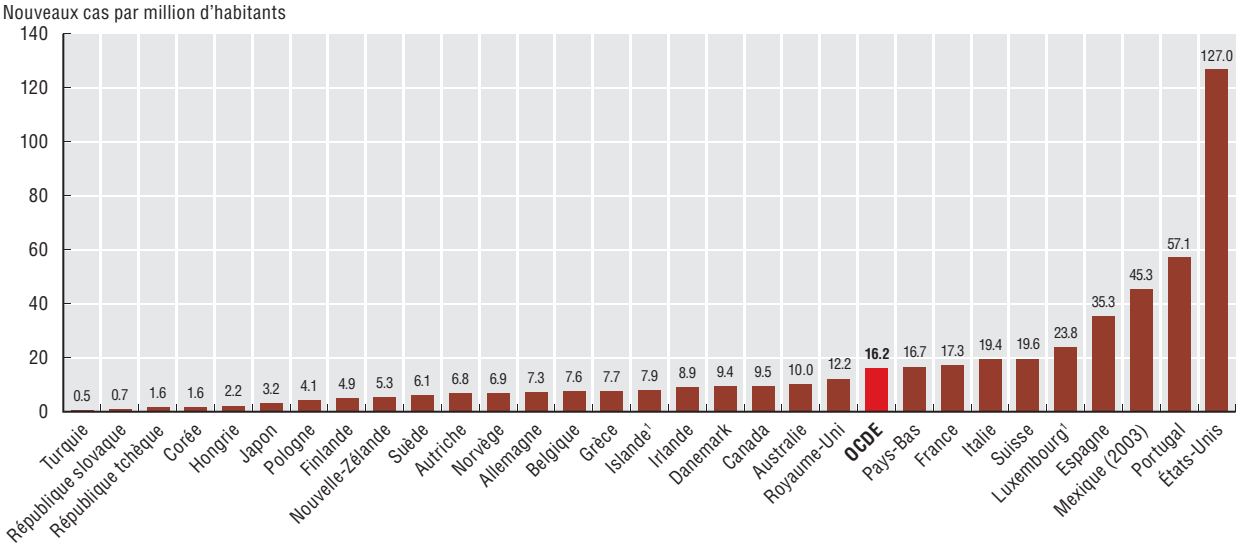
Ces dernières années, la baisse générale du nombre de cas de sida s'est ralentie. Ce changement de tendance s'est accompagné d'éléments montrant un accroissement de la transmission du VIH dans un certain nombre de pays européens (ECDC et OMS, 2008), attribué à une confiance complaisante à l'égard de l'efficacité des traitements et à un affaiblissement de la sensibilisation du public aux risques que présente la consommation de drogues et certaines pratiques sexuelles. Pour faire à nouveau reculer les taux d'incidence du sida, il faudra mettre en œuvre des programmes plus intensifs de prévention destinés et adaptés aux personnes les plus à risque d'être infectées par le VIH (ONUsida, 2008).

Définition et écarts

Le taux d'incidence du sida est le nombre de nouveaux cas par million d'habitants dans l'année du diagnostic. Il convient de noter que les données portant sur les années récentes sont provisoires en raison des délais de notification qui peuvent parfois être de plusieurs années selon le pays.

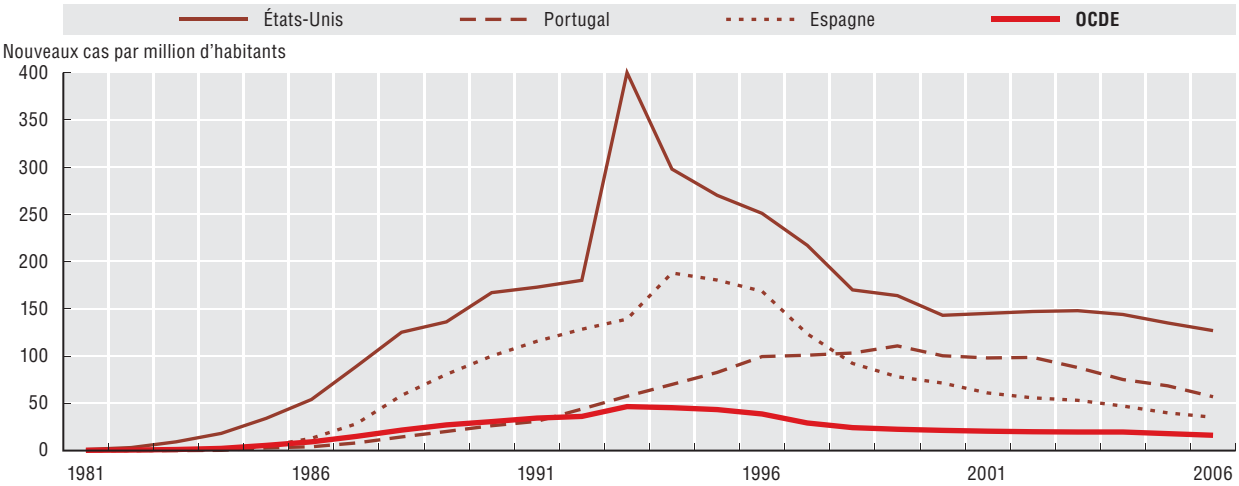
En 1993, les États-Unis ont étendu leur définition des cas de sida pour y inclure le critère de numération des lymphocytes T. Cet élargissement de la définition a abouti à une forte augmentation du nombre de nouveaux cas aux États-Unis en 1993 et explique en partie les divergences actuelles de l'incidence du sida observées entre les États-Unis et les autres pays de l'OCDE.

1.13.1 Taux d'incidence du sida, 2006



1. Moyenne sur trois ans (2004-06).

1.13.2 Évolution de l'incidence du sida dans quelques pays de l'OCDE, 1981-2006



Note : Les États-Unis ont étendu leur définition des cas avérés de sida en 1993.

Source : Eco-Santé OCDE 2009. Les données pour les pays européens sont extraites de *European Centre for Disease Prevention and Control* (« HIV/AIDS surveillance in Europe, 2007 »).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721265218220

JANUARY
1
JANUARY

2. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

2.1. Consommation de tabac et d'alcool à 15 ans

2.2. Nutrition à l'âge de 11, 13 et 15 ans

2.3. Activité physique à l'âge de 11, 13 et 15 ans

2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants

2.5. Consommation de tabac chez les adultes

2.6. Consommation d'alcool chez les adultes

2.7. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes

2.1. Consommation de tabac et d'alcool à 15 ans

La consommation régulière de tabac ou l'abus d'alcool dans l'adolescence a des conséquences négatives pour la santé, immédiates et à long terme. Les enfants qui prennent l'habitude de fumer au début de l'adolescence augmentent leurs risques de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires et de cancer. Ils sont aussi plus susceptibles de faire l'expérience de l'alcool et d'autres drogues. L'abus d'alcool est lui-même associé à un ensemble de problèmes sociaux, physiques et de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété, l'obésité ou les blessures accidentelles (Currie *et al.*, 2008).

Les résultats des enquêtes HBSC (Health Behavior in School-aged Children), série d'études collaboratives plurinationales conduites dans la plupart des pays de l'OCDE, permettent de suivre les comportements des adolescents en matière de tabac et d'alcool. En général, à l'heure actuelle, les filles fument plus que les garçons mais un plus grand nombre de garçons se saoulent. Dans beaucoup de pays de l'OCDE, la prévalence de la consommation de tabac et de l'abus d'alcool double entre l'âge de 13 ans et l'âge de 15 ans.

Les adolescents de 15 ans en Autriche, Finlande, Hongrie, République tchèque et Italie, sont les plus nombreux à fumer au moins une fois par semaine, avec des proportions de 20 % ou plus chez les garçons et chez les filles (graphique 2.1.1). À l'opposé, pas plus de 10 % des adolescents de 15 ans aux États-Unis, au Canada et en Suède, fument au moins une fois par semaine. La plupart des pays déclarent des taux de consommation du tabac plus élevés pour les filles, bien que la différence ne dépasse 5 % qu'en Espagne et en Autriche. La Grèce, la Finlande, la Hongrie, l'Islande, la Pologne et la République slovaque sont les seuls pays où la prévalence du tabac est plus élevée chez les garçons.

Les adolescents de 15 ans sont au moins 40 % à déclarer avoir été en état d'ébriété au moins deux fois dans leur vie au Danemark, au Royaume-Uni et en Finlande (graphique 2.1.2). Dans l'ensemble des pays couverts par l'enquête, 29 % des filles et 33 % des garçons ont été ivres à deux occasions ou plus, avec des taux beaucoup plus bas aux États-Unis et dans des pays méditerranéens comme la Grèce, l'Italie et le Portugal. Les écarts les plus élevés entre les garçons et les filles sont en Suisse, en Belgique, en Hongrie et en République slovaque, avec des taux d'abus d'alcool plus élevés de 5 à 10 points de pourcentage chez les garçons. En Pologne, les écarts sont encore plus élevés, avec plus de 10 points de pourcentage de plus chez les garçons. La Norvège, l'Espagne, le Canada et le Royaume-Uni sont les seuls pays où les filles sont plus nombreuses à déclarer des abus d'alcool répétés, mais dans chaque cas, l'écart est inférieur à 5 points de pourcentage.

Le graphique 2.1.3 montre les différences de tabagisme et de consommation d'alcool excessive entre les garçons et les filles de 15 ans. Les pays au-dessus de la droite à 45 degrés ont des taux plus élevés pour les filles, et les pays au-dessous de cette droite des taux plus élevés pour les garçons. Les pays qui ont des taux de consommation de tabac élevés chez les garçons déclarent dans bien des case des taux élevés chez les filles, et il en est de même pour l'alcool.

On a aussi des données concernant l'expérience de l'ébriété pour les enfants de 13 ans (Currie *et al.*, 2008). À cet âge, plus d'un enfant sur dix au Royaume-Uni, en Finlande, au Canada et en République slovaque, a été ivre au moins deux fois. En Pologne et en Hongrie, on constate aussi des taux élevés d'abus d'alcool répétés à l'âge de 13 ans chez les garçons. L'augmentation relative la plus forte entre les âges de 13 et 15 ans concernant les abus d'alcool s'observe en Norvège, en Islande et en Suède, mais le taux à l'âge de 15 ans dans chacun de ces pays reste en dessous de la moyenne.

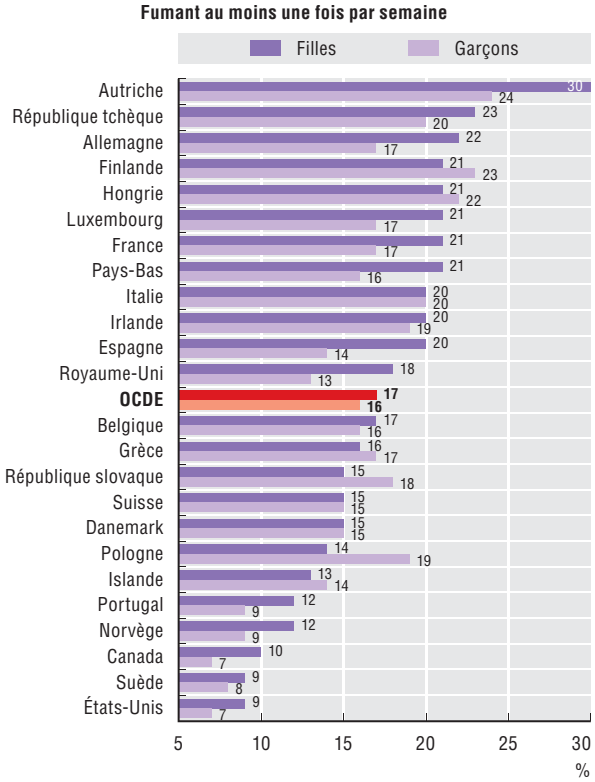
Ces comportements à risque chez les adolescents diminuent, avec une certaine baisse de la consommation d'alcool et de cigarettes à l'âge de 15 ans par rapport aux niveaux observés à la fin de la décennie 90 (graphique 2.1.4). À l'exception de la Grèce, tous les pays de l'OCDE couverts par l'enquête montrent une baisse des taux de consommation du tabac aussi bien pour les garçons que pour les filles. Les taux de consommation du tabac pour les deux sexes sont au plus bas depuis dix ans avec, en moyenne, moins d'un enfant sur cinq, garçons ou filles, fumant régulièrement. On constate aussi une certaine convergence entre les pays concernant ces comportements à risque : chez les filles pour le tabac et chez les garçons et les filles pour les abus d'alcool.

Définition et écarts

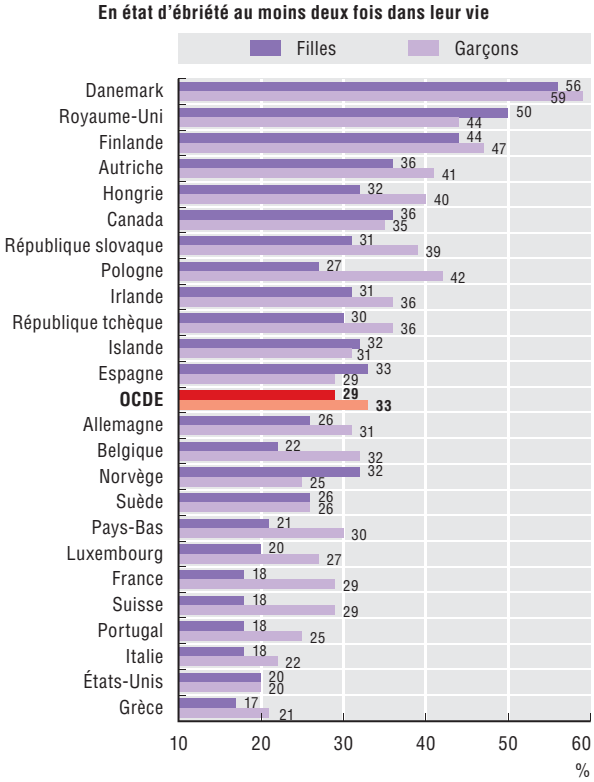
Les estimations concernant le tabac sont définies par la proportion des enfants de 15 ans qui déclarent fumer au moins une fois par semaine. Les estimations concernant les abus d'alcool sont définies par la proportion des enfants de 13 ans, ou des enfants de 15 ans, qui déclarent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie.

Les données, qui concernent 24 pays de l'OCDE, sont tirées des enquêtes HBSC réalisées entre 1992-93 et 2005-06. Elles proviennent d'échantillons construits à partir des écoles. Les résultats fournis par la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni ne couvrent que certaines régions. L'enquête n'a pas eu lieu en Australie, au Japon, en Corée, au Mexique ni en Nouvelle-Zélande. La Turquie est incluse dans l'enquête HBSC de 2005-06, mais les enfants n'y ont pas été interrogés sur l'alcool et le tabac.

2.1.1 Tabagisme parmi les enfants de 15 ans, 2005-06

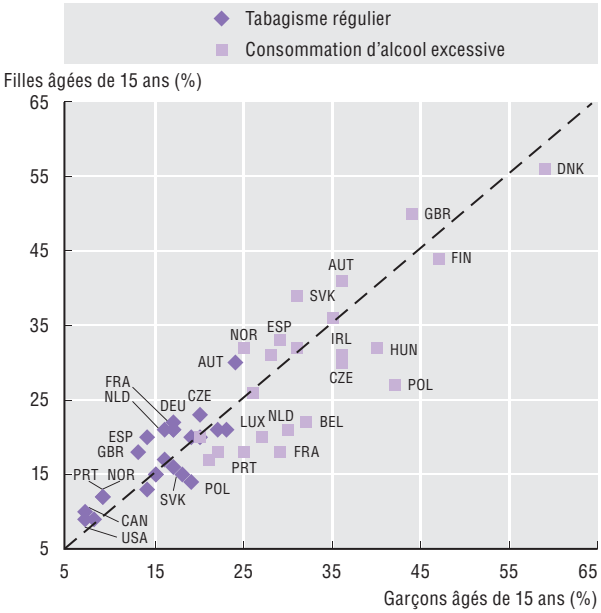


2.1.2 Consommation d'alcool excessive parmi les enfants de 15 ans, 2005-06



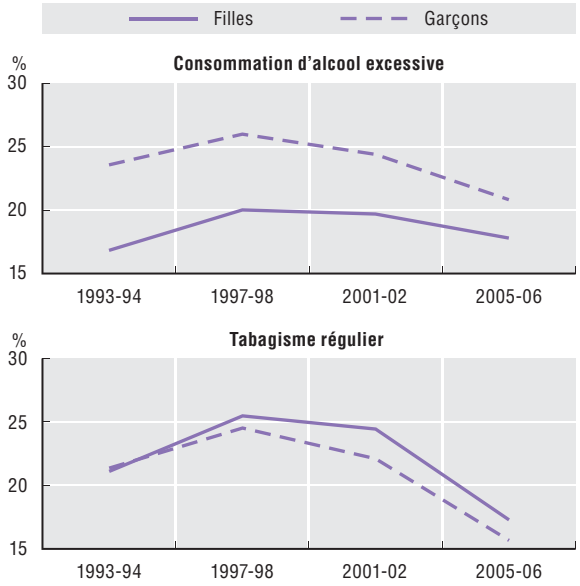
Source : Currie *et al.* (2008).

2.1.3 Comportements à risque parmi les enfants de 15 ans, par sexe, 2005-06



Source : Currie *et al.* (2008).

2.1.4 Évolution des comportements à risque parmi les enfants de 15 ans, moyenne OCDE



Source : Currie *et al.* (2000, 2004, 2008); OMS (1996).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721350881784

2.2. Nutrition à l'âge de 11, 13 et 15 ans

La nutrition est un élément important pour le développement des enfants et leur santé à long terme. La consommation de fruits dans l'adolescence, par exemple, au lieu de produits à forte teneur en graisses, en sucre ou en sel, peut protéger contre des problèmes de santé comme l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques. En outre, la consommation de fruits dans la jeunesse peut être formatrice de bonnes habitudes et favoriser des comportements alimentaires sains pour le reste de la vie.

Un certain nombre de facteurs influent sur la quantité de fruits consommée par les adolescents, tels que le revenu familial, le coût des aliments, le temps de préparation, le fait que les parents mangent ou non des fruits, et la disponibilité de fruits frais qui peut dépendre du pays ou du climat local (Rasmussen *et al.*, 2006). Un bas niveau de revenu familial est associé à une faible consommation de fruits dans la plupart des pays de l'OCDE. La consommation de fruits (et de légumes) est considérée comme un objectif et un indicateur importants pour une alimentation saine dans la plupart des pays de l'OCDE.

En 2005-06, seulement environ un tiers des garçons et deux cinquièmes des filles de 11 à 15 ans mangeaient au mois un fruit chaque jour, d'après la dernière enquête HBSC (Health Behavior in School-aged Children) (Currie *et al.*, 2008). Globalement, les garçons en Italie et les filles au Royaume-Uni avaient les taux les plus élevés de consommation de fruits quotidienne. La consommation de fruits est relativement faible dans quelques pays nordiques (Finlande, Islande et Suède). Les enfants finlandais déclarent les taux les plus bas de consommation de fruits quotidienne, avec moins d'une fille sur quatre et moins d'un garçon sur cinq. À tous les âges, dans la plupart des pays, les filles sont plus nombreuses que les garçons à manger un fruit chaque jour. À l'âge de 11 ans, les filles en Norvège, au Portugal et en Suisse, et les garçons au Portugal, aux États-Unis et en Italie, sont les plus enclins à manger un fruit chaque jour. À l'âge de 15 ans, les taux les plus élevés s'observent en Italie, au Danemark et au Royaume-Uni pour les filles et en Italie, au Portugal et en Belgique pour les garçons (graphique 2.2.1).

Dans presque tous les pays de l'OCDE, la consommation de fruits quotidienne diminue entre l'âge de 11 ans et l'âge de 15 ans (graphique 2.2.2). Chez les filles, la moyenne de l'OCDE passe de 46 % à 11 ans à 40 % à 13 ans et 36 % à 15 ans. Chez les garçons, les taux passent de 38 % à 33 % et 26 %. En Autriche et en Islande, ces taux chutent de moitié entre 11 ans et 15 ans, et on observe aussi des chutes importantes en Hongrie (chez les filles). L'Italie (filles) et la Belgique (garçons) sont les pays qui réussissent le mieux à préserver de bonnes habitudes alimentaires chez les enfants.

L'écart entre les garçons et les filles pour la consommation de fruits est maximum à 15 ans, dans la plupart des pays. À 11 ans, la France, l'Italie et l'Espagne montrent la plus grande égalité dans la consommation de fruits entre les garçons et les filles. La Norvège, l'Allemagne et la Pologne enregistrent les écarts les plus grands à cet âge. Arrivé à 15 ans, les écarts au Danemark, en République tchèque et en Turquie atteignent une proportion où moins de six garçons pour dix filles mangent régulièrement des fruits.

Les taux moyens déclarés dans les pays de l'OCDE pour la consommation quotidienne de fruits montrent une certaine augmentation entre 2001-02 et 2005-06. Cette tendance est particulièrement visible pour les filles à 11 ans (graphique 2.2.3).

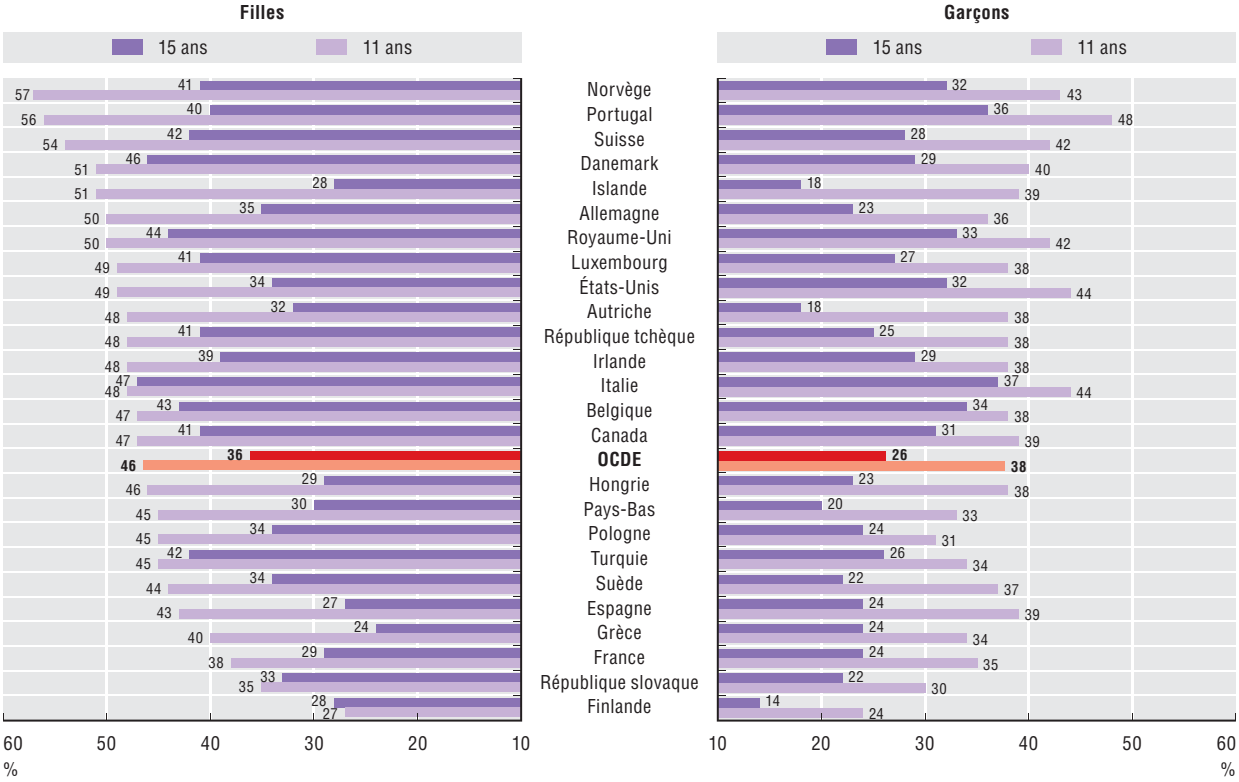
Pour faire en sorte que les enfants mangent une quantité de fruits conforme aux recommandations diététiques, il faut des stratégies efficaces. Les enfants ont généralement une attitude positive à l'égard de la consommation de fruits, et déclarent avoir accès à des fruits dans une mesure satisfaisante à la maison, mais dans une moindre mesure à l'école et durant leurs loisirs. Une accessibilité accrue des fruits, combinée avec des activités d'éducation et de motivation, peut contribuer à en augmenter la consommation (Sandvik *et al.*, 2005).

Définition et écarts

La nutrition est mesurée par la proportion des enfants qui déclarent manger au moins un fruit chaque jour. En plus des fruits, une saine nutrition comprend aussi la consommation d'autres aliments.

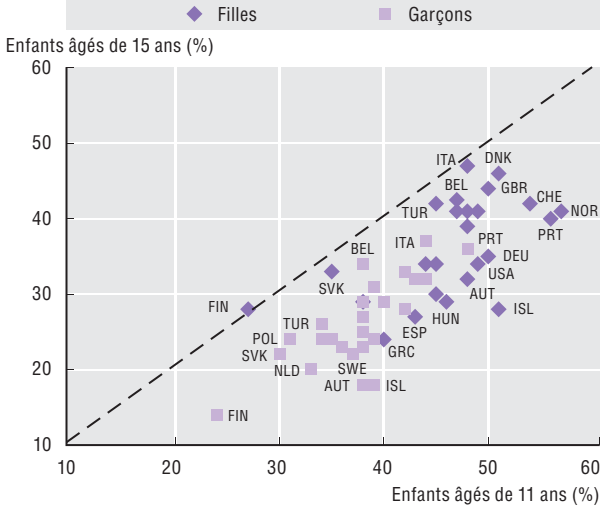
Les données, qui concernent 25 pays de l'OCDE, sont tirées des enquêtes HBSC réalisées en 2001-02 et 2005-06. Elles proviennent d'échantillons construits à partir des écoles. Les résultats fournis par la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni ne couvrent que certaines régions. L'enquête n'a pas été réalisée en Australie, au Japon, en Corée, au Mexique ni en Nouvelle-Zélande.

2.2.1 Consommation quotidienne de fruits parmi les enfants de 11 et 15 ans, 2005-06



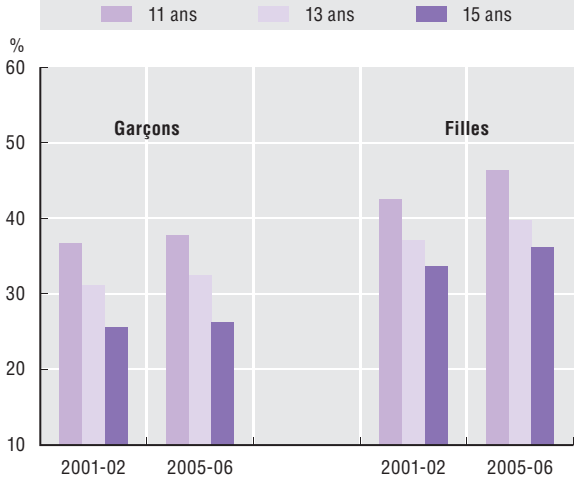
Source : Currie *et al.* (2008).

2.2.2 Consommation régulière de fruits à 11 et 15 ans, par sexe, 2005-06



Source : Currie *et al.* (2008).

2.2.3 Pourcentage moyen d'enfants déclarant manger des fruits quotidiennement, par sexe, 2001-02 et 2005-06



Source : Currie *et al.* (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721376771238

2.3. Activité physique à l'âge de 11, 13 et 15 ans

L'activité physique dans l'adolescence est bénéfique à la santé et peut établir des habitudes d'activité physique à l'âge adulte, influant ainsi indirectement sur l'état de santé au cours du reste de la vie. Les recherches confirment le rôle de l'activité physique durant l'adolescence dans la prévention et le traitement d'un ensemble de problèmes de santé touchant les jeunes comme l'asthme, la santé mentale, la santé des os et l'obésité. En ce qui concerne les liens entre l'activité physique à l'adolescence et la santé à l'âge adulte, les effets les plus directs s'observent sur le surpoids ou l'obésité et les maladies connexes, sur les taux de cancer du sein et sur la santé des os au cours du reste de la vie. Les effets de l'activité physique à l'adolescence sur la santé dépendent en grande partie du type d'activité : par exemple, les activités physiques aquatiques dans l'adolescence ont un effet dans le traitement de l'asthme, et l'exercice est recommandé dans le traitement de la mucoviscidose (Hallal *et al.*, 2006 ; Currie *et al.*, 2008).

Parmi les facteurs qui influent sur le degré d'activité physique des adolescents on peut mentionner la disponibilité d'espace et d'équipement, l'état de santé présent de l'enfant, les curriculums scolaires et les autres loisirs concurrents.

Un enfant sur cinq dans les pays de l'OCDE accomplit régulièrement des exercices physiques « modérés à intenses », d'après les résultats de l'enquête HBSC 2005-06 (graphique 2.3.1). Les enfants en Suisse et en France sont les moins nombreux à se livrer régulièrement à un exercice physique, tandis que la République slovaque et l'Irlande se distinguent particulièrement avec respectivement plus de 40 % et 30 % des enfants de 11 à 15 ans qui déclarent avoir accompli au moins 60 minutes d'exercice par jour au cours de la semaine précédente. Le classement des pays varie suivant l'âge de l'enfant. La France se situe dans le bas du classement, notamment pour les filles, à tous les âges. Le taux d'exercice physique chez les garçons varie très peu entre les âges de 11, 13 et 15 ans aux États-Unis : un enfant sur trois satisfait aux recommandations dans ce domaine à tous les âges considérés. Les garçons ont toujours une activité physique supérieure à celle des filles, dans tous les pays et tous les groupes d'âge.

Le fait que l'activité physique ait tendance à baisser entre l'âge de 11 ans et 15 ans dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.3.2) peut être un sujet de préoccupation. Les garçons en République tchèque, au Luxembourg et aux États-Unis sont les seules exceptions. Au Portugal, en Norvège, en Suède, en Autriche et en Finlande, les taux d'activité physique chez les garçons diminuent de plus de moitié entre 11 ans et 15 ans. La proportion des filles qui pratiquent une activité physique aux niveaux recommandés chute aussi. En République tchèque, au Luxembourg, en Belgique et en Suisse, le taux pour les filles de 15 ans est seulement un cinquième du taux enregistré à l'âge de 11 ans. De même, en Islande, en Irlande et en Finlande, les taux d'activité physique chez les filles diminuent de plus de 60 %.

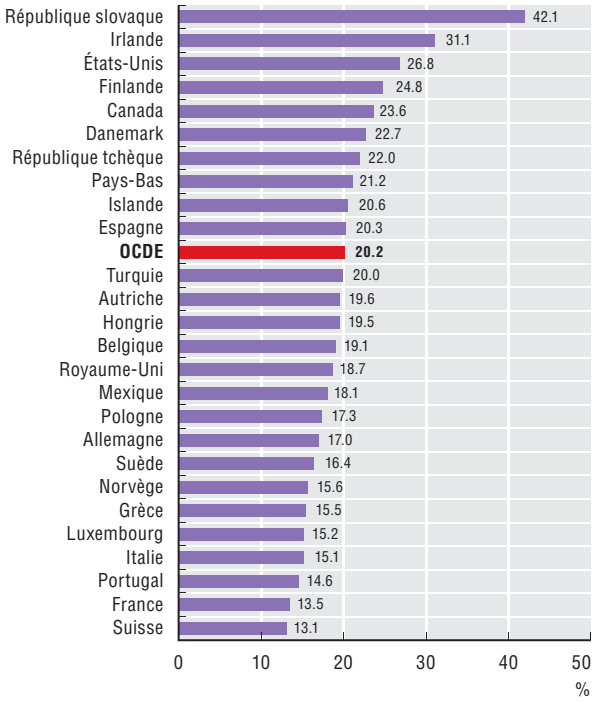
Pour comparer les taux d'activité physique entre 2001-02 et 2005-06, les résultats sont rapportés à la moyenne de l'OCDE (graphique 2.3.3). En 2001-02, les taux correspondent aux enfants qui déclarent une heure d'exercice modéré à intense cinq jours par semaine, alors que les chiffres de 2005-06 correspondent à une activité de ce genre sept jours par semaine. Aux Pays-Bas, en Autriche, au Royaume-Uni, en Pologne et en Grèce, les taux des garçons, qui étaient au-dessus de la moyenne de l'OCDE en 2001-02, sont tombés au-dessous de la moyenne en 2005-06. La Finlande, la Hongrie et le Danemark sont des pays où les taux d'activité physique étaient en dessous de la moyenne de l'OCDE en 2001-02, mais qui figuraient parmi les pays obtenant les meilleurs résultats en 2005-06. Pour les garçons, seuls l'Irlande, les États-Unis et le Canada ont constamment obtenu de hauts résultats dans les deux enquêtes. Pour les filles, l'Espagne et la Belgique, qui étaient au-dessous de la moyenne en 2001-02, sont passées au-dessus de la moyenne en 2005-06. En Suède, en Pologne, au Royaume-Uni et en Autriche, les taux d'activité physique chez les filles sont tombés au-dessous de la moyenne de l'OCDE depuis 2001-02.

Définition et écarts

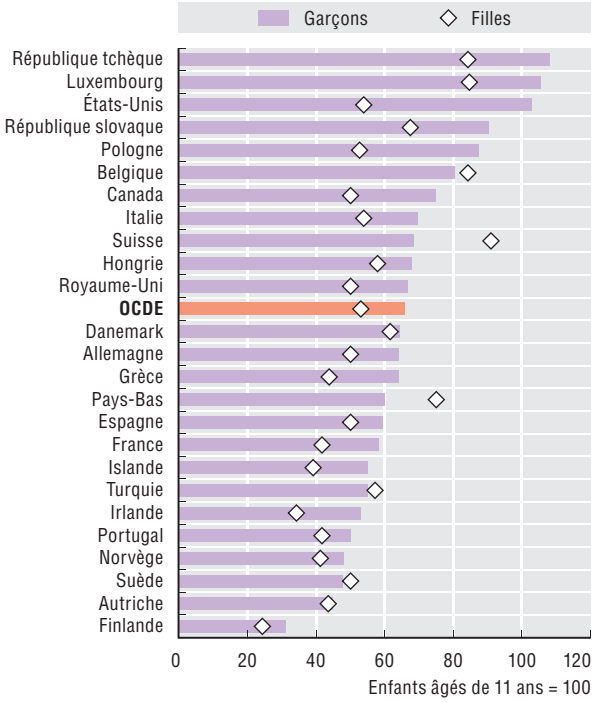
Les données concernant l'activité physique correspondent à une activité physique régulière modérée à intense, déclarée par les enfants de 11, 13 et 15 ans en 2001-02 et 2005-06. L'activité physique modérée à intense consiste en un exercice pratiqué durant au moins une heure qui accroît le rythme cardiaque et la respiration au moins cinq jours par semaine en 2001-02 et sept jours par semaine en 2005-06.

Ces indicateurs sont tirés de l'enquête HBSC. Les données proviennent d'échantillons construits à partir des écoles, mais certains pays ne fournissent que des résultats régionaux. L'enquête n'a pas eu lieu en Australie, au Japon, en Corée, au Mexique ni en Nouvelle-Zélande.

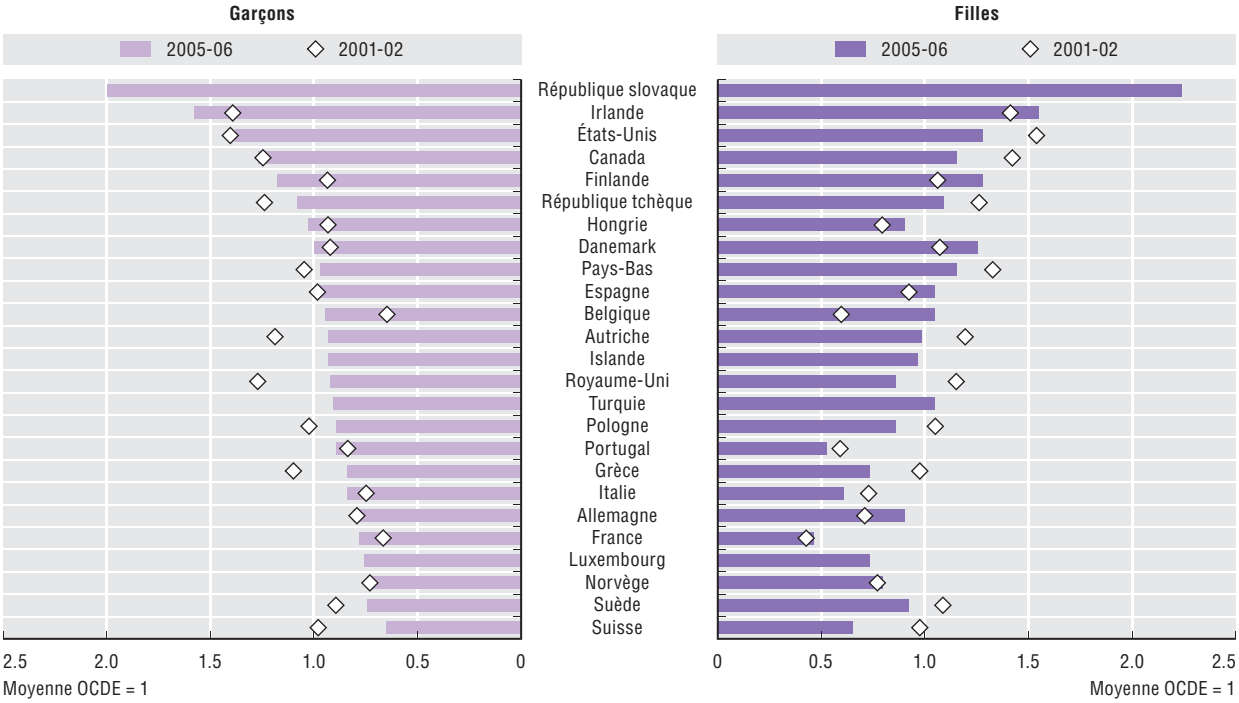
2.3.1 Enfants âgés de 11 à 15 ans exerçant une activité physique modérée à vigoureuse chaque jour de la semaine, 2005-06



2.3.2 Taux d'activité physique des enfants âgés de 15 ans par rapport à ceux de 11 ans, par sexe, 2005-06



2.3.3 Taux d'activité physique par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE, par sexe, 2001-02 et 2005-06



Source : Currie *et al.* (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721378322870

2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants

Les enfants en surcharge pondérale ou obèses courent plus de risques d'être en mauvaise santé à l'adolescence et à l'âge adulte. Le surpoids dans l'enfance augmente les risques de développer des maladies cardiovasculaires ou le diabète, ainsi que des problèmes sociaux et de santé mentale. Une surcharge pondérale dans l'enfance est associée à un risque accru d'obésité à l'âge adulte, de même que le développement de certaines formes de cancer, l'arthrose, une qualité de vie réduite et une mort prématurée (Currie *et al.*, 2008; OMS Europe, 2007).

Même si l'excès de poids de l'enfance disparaît, les adultes qui étaient des enfants obèses conservent un risque accru de problèmes cardiovasculaires. En outre, même si les régimes permettent de lutter contre l'obésité, les enfants qui y sont soumis ont un plus grand risque de prendre du poids par la suite. Des désordres de l'alimentation et des symptômes de stress, ainsi qu'un retard du développement physique, peuvent aussi résulter des régimes.

Dans la majorité des pays de l'OCDE, un enfant sur sept est en surpoids ou obèse (graphique 2.4.1). Les chiffres pour 2005-06 montrent que près d'un enfant sur trois aux États-Unis, et un sur cinq au Canada, sont en surpoids ou obèses – les taux les plus élevés parmi les pays de l'OCDE couverts par l'enquête. Des pays d'Europe méridionale comme le Portugal, la Grèce, l'Italie et l'Espagne ont eux aussi des proportions plus élevées d'enfants connaissant des problèmes de poids. Moins d'un enfant sur dix aux Pays-Bas, en Suisse, en République slovaque et au Danemark sont en surpoids ou obèses.

Il n'y a pas de corrélation claire entre les problèmes de poids et les comportements de réduction du poids au niveau national. Dans la plupart des pays, le nombre des enfants qui essaient de perdre du poids est supérieur au nombre de ceux qui ont des problèmes de surcharge pondérale. En général, les pays où peu d'enfants déclarent avoir des problèmes de poids montrent aussi des comportements de réduction du poids qui sont proches de la moyenne de l'OCDE. Les six pays qui ont les proportions les plus élevées d'enfants en surpoids et obèses ont des niveaux de comportements de réduction de poids remarquablement similaires, tous proches de la moyenne de l'OCDE de 14 %, bien que la proportion des enfants souffrant de surcharge pondérale varie fortement.

Il existe des différences importantes chez les enfants souffrant de surcharge pondérale en fonction de leur âge. Dans certains pays, les enfants les plus âgés ont plus de problèmes de surpoids que les plus jeunes, et inversement dans d'autres pays (graphique 2.4.2). Les pays dans le quadrant supérieur droit du graphique ont des différences entre cohortes supérieures à la moyenne de l'OCDE aussi bien pour les garçons que pour les filles. Dans un certain nombre de pays (Pays-Bas, Norvège, Suède, Islande et Suisse), on observe des augmentations des taux de surpoids et d'obésité pour les garçons et pour les filles quand ils vieillissent. La République tchèque est le seul pays où le taux de surpoids de la cohorte des enfants de 15 ans est inférieur à celui de la cohorte âgée de 11 ans, aussi bien pour les garçons que pour les filles.

Les proportions de garçons et de filles en surpoids ou obèses augmentent dans les pays de l'OCDE (graphique 2.4.3). Entre 2001-02 et 2005-06, tous les pays couverts par l'enquête connaissent une augmentation du surpoids ou de l'obésité chez les garçons de 15 ans. Les plus fortes augmentations durant cette période s'observent aux États-Unis, au Portugal et en Autriche. La tendance à l'augmentation est similaire pour les filles, avec des taux qui ont presque doublé aux États-Unis, au Portugal et en Allemagne. Seuls l'Irlande et le Royaume-Uni constatent des baisses de la proportion des filles en surpoids ou obèses à 15 ans, entre 2001-02 et 2005-06. Toutefois, en raison des taux élevés de non-réponse des enfants interrogés concernant leur taille et leur poids dans ces deux pays, il convient d'interpréter ces données avec prudence.

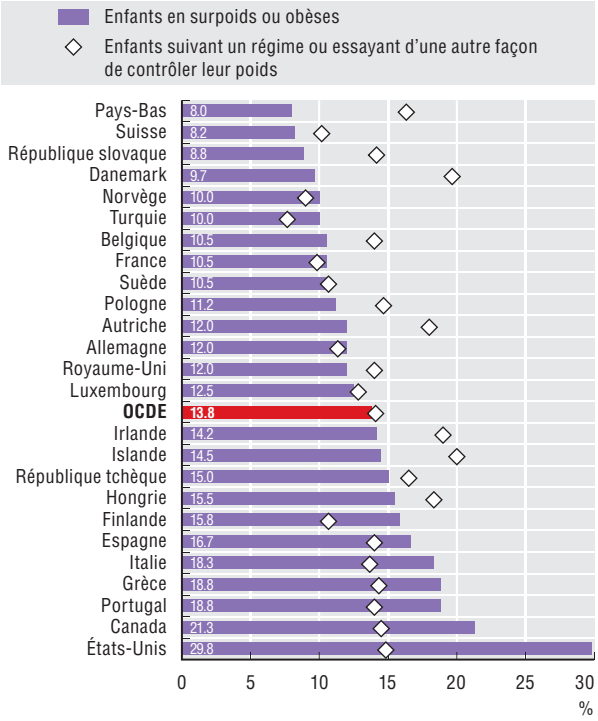
Définition et écarts

Les estimations concernant le surpoids et l'obésité reposent sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) à partir de la taille et du poids déclarés par l'enfant lui-même. Les enfants en surpoids ou obèses sont ceux dont l'IMC dépasse certains seuils dépendant de l'âge et du sexe (Cole *et al.*, 2000). Les données sur les comportements de réduction de poids correspondent à la proportion des enfants qui déclarent être au régime ou agir de quelque autre manière pour perdre du poids.

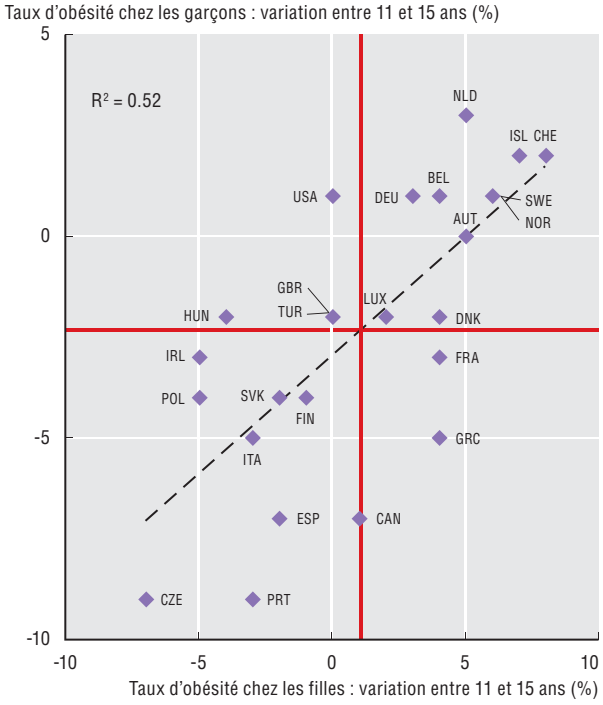
La taille et le poids déclarés par les enfants peuvent faire l'objet d'omissions ou d'erreurs, et doivent être interprétés avec prudence. En 2005-06, le Canada, l'Angleterre et la Norvège ont des données manquantes pour plus de 30 % des enfants de 11 ans interrogés. Il en est de même pour l'Angleterre, l'Irlande et la Belgique pour les enfants de 13 ans, et pour l'Angleterre et l'Irlande pour les enfants de 15 ans.

Ces indicateurs sont tirés des enquêtes HBSC de 2001-02 et 2005-06. Certains pays fournissent seulement des données régionales. Les données proviennent d'échantillons construits à partir des écoles. L'enquête n'a pas eu lieu en Australie, au Japon, en Corée, au Mexique ni en Nouvelle-Zélande.

2.4.1 Enfants de 11 à 15 ans en surcharge pondérale, et enfants essayant de contrôler leur poids, 2005-06

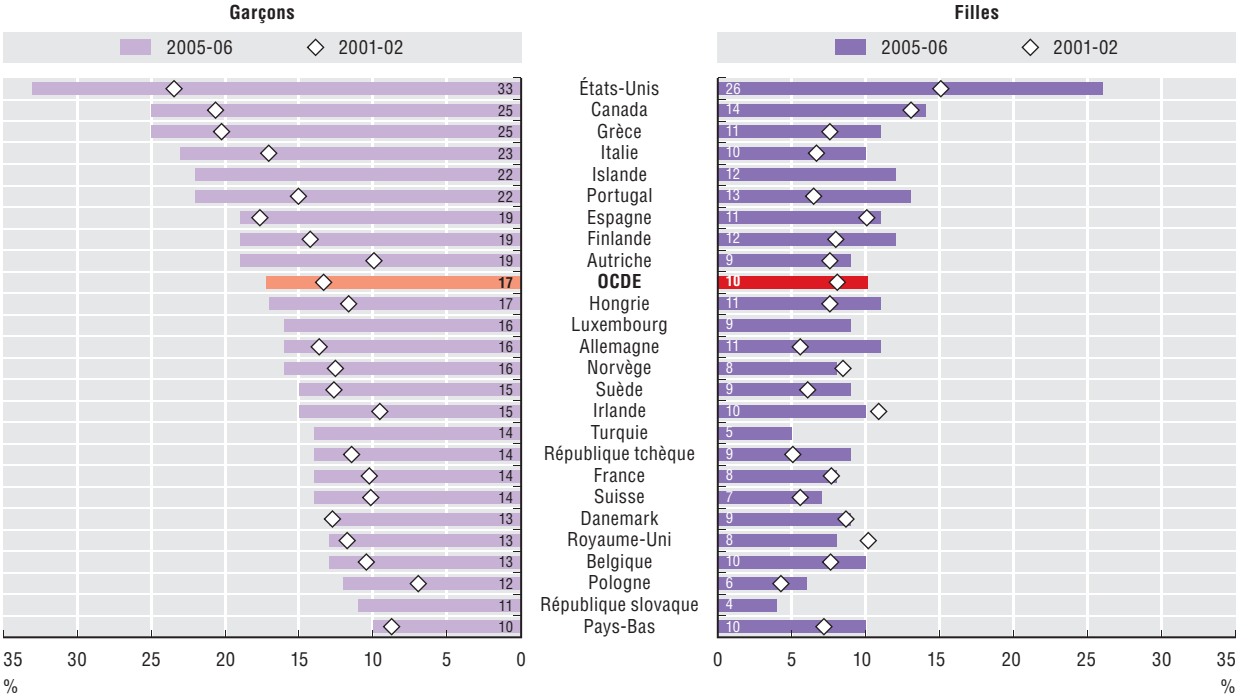


2.4.2 Variation des taux d'obésité entre 11 et 15 ans, par sexe, 2005-06



Note : Les lignes rouges représentent la moyenne OCDE.

2.4.3 Variation des taux d'obésité entre 2001-02 et 2005-06 pour les garçons et les filles de 15 ans



Source : Currie *et al.* (2004, 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721444112634

2.5. Consommation de tabac chez les adultes

Après les accidents cardiovasculaires, le tabac est la deuxième grande cause de décès dans le monde, étant directement responsable d'environ un décès sur dix chez les adultes, soit environ 6 millions de décès chaque année dans le monde (Shafey *et al.*, 2009). C'est un facteur de risque majeur pour au moins deux des principales causes de mortalité prématurée : les maladies du système circulatoire et toute une série de cancers. En outre, le tabac contribue de manière importante à l'apparition de maladies respiratoires tandis que sa consommation pendant la grossesse peut avoir pour conséquence des bébés dont le poids de naissance est faible et souffrant de maladies. Le tabac demeure le plus gros risque évitable pour la santé dans les pays de l'OCDE.

La proportion de fumeurs quotidiens dans la population adulte varie considérablement d'un pays à l'autre, même entre pays voisins (graphique 2.5.1). En 2007, on observait les taux les plus bas en Suède, aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Islande et au Portugal, tous inférieurs à 20 % de la population adulte. En moyenne, la proportion de fumeurs a diminué d'environ 5 points de pourcentage dans les pays de l'OCDE depuis 1995, avec une baisse plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Les baisses les plus importantes ont eu lieu en Turquie (qui est passée de 47 % à 33 %), au Luxembourg (de 33 % à 21 %), en Norvège (de 33 % à 22 %), au Japon (de 37 % à 26 %) et au Danemark (de 36 % à 25 %). La Grèce conserve le plus haut taux de fumeurs, avec la Turquie et la Hongrie, pays dans lesquels au moins 30 % de la population adulte fume quotidiennement. La Grèce et le Mexique sont les seuls pays de l'OCDE où la consommation de tabac semble augmenter aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Dans les années d'après-guerre, la plupart des pays de l'OCDE ont eu tendance à suivre un schéma général marqué par une très forte proportion de fumeurs parmi les hommes (environ 50 %, voire davantage) jusque dans les années 60 et 70, alors que les années 80 et 90 se sont caractérisées par une nette diminution. Cette baisse peut être attribuée, pour une large part, aux politiques mises en œuvre, face à l'accroissement des maladies liées au tabac, pour en réduire la consommation par des campagnes de sensibilisation du public, une interdiction de la publicité sur le tabac et une augmentation des taxes (Banque mondiale, 1999). À ces politiques gouvernementales sont venues s'ajouter les actions très efficaces des organisations antitabac, en particulier en Amérique du Nord, qui sont parvenues à faire changer les mentalités quant aux effets du tabac pour la santé (Cutler et Glaeser, 2006).

Bien que de grandes disparités subsistent, la consommation de tabac a nettement diminué au cours des dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.5.3). La prévalence des fumeurs demeure plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes dans tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Suède et de la Norvège. La proportion des femmes consommant du tabac continue de baisser dans la plupart des pays de l'OCDE et, dans un certain nombre de cas (Turquie, Nouvelle-Zélande, Islande, Canada, États-Unis, Royaume-Uni et Irlande), à un rythme plus rapide encore que chez les hommes. Dans cinq pays seulement (Autriche, Allemagne, Grèce, Mexique et Portugal), la proportion de fumeurs chez les femmes a augmenté au cours des 12 dernières années, mais il n'en reste pas moins que les femmes ont moins tendance à fumer que les hommes dans ces pays. En 2007, l'écart entre les hommes et les femmes était particulièrement important en Corée, au Japon et en Turquie mais aussi, dans une moindre mesure, au Mexique, au Portugal, en Grèce et en Pologne (graphique 2.5.2).

Un certain nombre d'études indiquent l'existence de différences socio-économiques dans la consommation de tabac et la mortalité (Mackenbach *et al.*, 2008). Les catégories sociales relativement basses ont une prévalence et une intensité de la consommation de tabac plus élevées, un taux de mortalité toutes causes confondues plus élevé et des taux de survie du cancer plus faibles (Woods *et al.*, 2006). L'influence de la consommation de tabac en tant que déterminant des inégalités de l'état de santé général est telle que, dans une population de non-fumeurs, les différences de mortalité entre les catégories sociales seraient divisées par deux (Jha *et al.*, 2006).

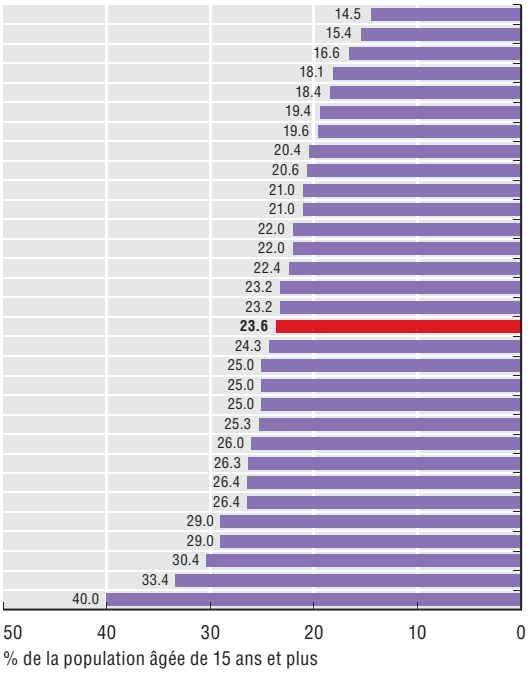
Le graphique 2.5.4 montre la corrélation existant entre la consommation de tabac (mesurée en grammes par habitant) et l'incidence des cancers du poumon dans les pays de l'OCDE, une vingtaine d'années plus tard. À une consommation nationale de tabac plus élevée sont aussi généralement associés des taux plus élevés de mortalité par cancer du poumon une ou deux décennies plus tard dans les pays de l'OCDE.

Définition et écarts

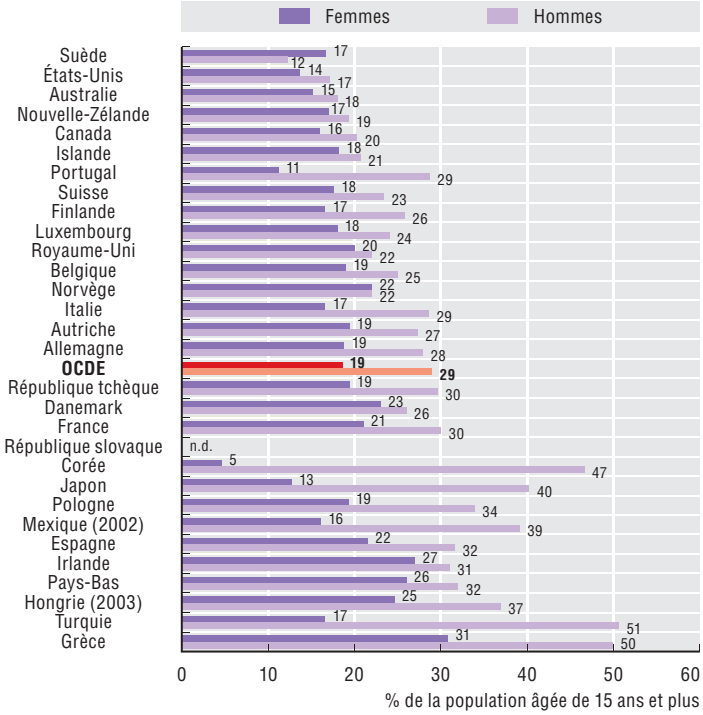
La proportion de fumeurs quotidiens se définit par le pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant fumer tous les jours.

La comparabilité internationale est limitée en raison de l'absence de normalisation de la mesure des habitudes de fumer dans les enquêtes sur la santé menées dans les pays de l'OCDE. Des disparités subsistent dans la formulation des questions, les catégories de réponses et les méthodes d'enquête.

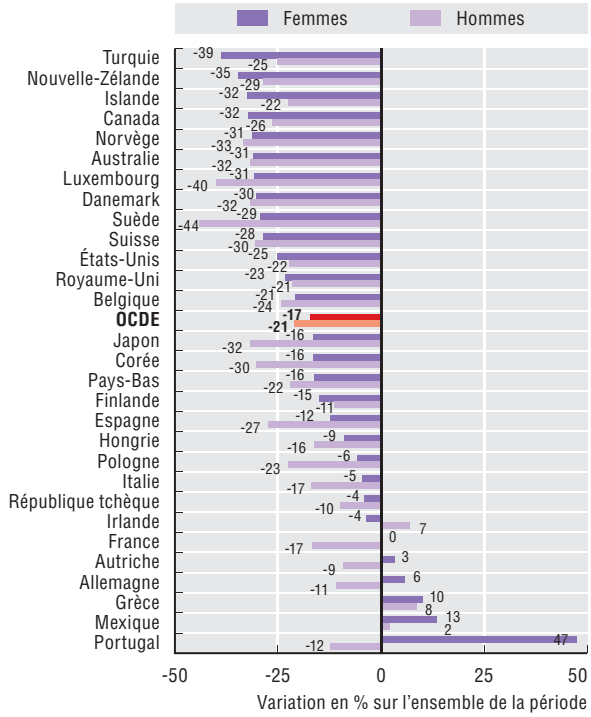
2.5.1 Pourcentage de la population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2007



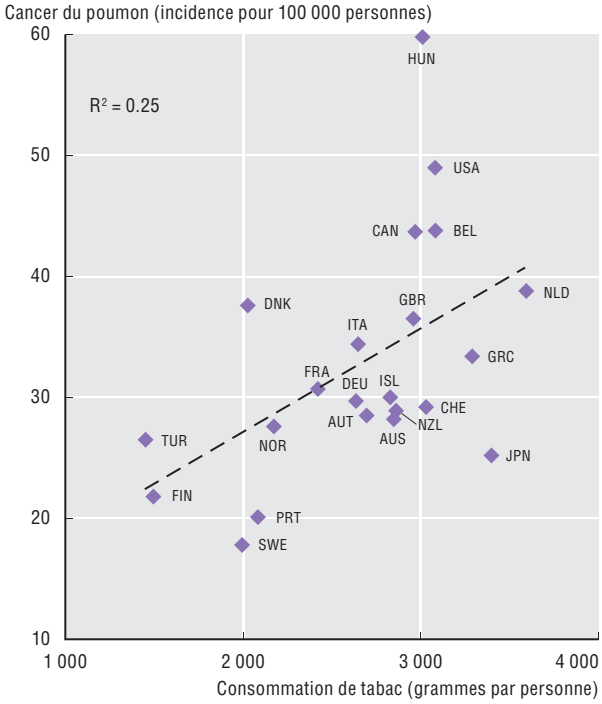
2.5.2 Pourcentage de femmes et d'hommes déclarant fumer quotidiennement, 2007



2.5.3 Variation des taux de tabagisme par sexe, 1995-2007 (ou année la plus proche)



2.5.4 Consommation de tabac, 1980 et incidence du cancer du poumon, 2002



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721557728324

2.6. Consommation d'alcool chez les adultes

L'impact sur la santé d'une consommation excessive d'alcool, aussi bien sur le plan de la morbidité que de la mortalité, est considérable dans la plupart des régions du monde (Rehm *et al*., 2009; OMS, 2004b). Elle s'accompagne de nombreuses conséquences dommageables sur le plan de la santé et sur le plan social, comme l'ébriété et la dépendance à l'alcool. Une forte absorption d'alcool accroît le risque d'accidents vasculaires cérébraux et de maladies cardiovasculaires mais aussi de cirrhoses du foie et de certains cancers. L'exposition du fœtus à l'alcool accroît les risques de malformations congénitales et de retard mental. L'alcool est également une cause de décès et d'incapacités par accidents et blessures, agressions, homicides et suicides, et on estime qu'il cause plus de 2 millions de morts chaque année. C'est un des grands facteurs de risque évitables.

Dans les pays de l'OCDE, la consommation d'alcool, mesurée par les ventes annuelles d'alcool, s'établit en moyenne à 9.7 litres par adulte, selon les données les plus récentes. Si on laisse de côté le Luxembourg en raison du volume important d'achats effectués dans ce pays par des non-résidents, ce sont l'Irlande, la Hongrie et la France qui font état de la plus forte consommation d'alcool, avec 13 litres ou plus par adulte et par an en 2006-07. À l'autre extrémité de l'échelle, la Turquie, le Mexique et certains pays nordiques (la Norvège et la Suède) enregistrent des niveaux relativement faibles de consommation d'alcool, s'échelonnant entre 1 et 7 litres par adulte (graphique 2.6.1).

Bien que la consommation moyenne d'alcool ait progressivement diminué dans de nombreux pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années, elle a augmenté dans d'autres (graphique 2.6.2). On a observé une certaine convergence dans les habitudes de consommation des différents pays de l'OCDE, avec une augmentation de la consommation de vin dans des pays traditionnellement buveurs de bière et *vice versa*. Les producteurs traditionnels de vin, comme l'Italie, la France et l'Espagne, ainsi que la République slovaque et la Grèce, ont vu leur consommation d'alcool par habitant chuter considérablement depuis 1980 (graphiques 2.6.2 et 2.6.3). En revanche, en Islande, en Irlande et au Mexique, la consommation d'alcool par habitant a augmenté de 40 % et plus depuis 1980 (bien que, dans le cas de l'Islande et du Mexique, elle soit partie d'un niveau très bas et demeure donc relativement faible).

Les variations de la consommation d'alcool dans le temps et d'un pays à l'autre reflètent non seulement une modification des habitudes de consommation mais également les politiques mises en œuvre pour lutter contre l'abus d'alcool. La limitation de la publicité, les restrictions gouvernant la vente et la taxation ont été autant de mesures efficaces pour réduire la consommation d'alcool (Bennett, 2003). Les mesures strictes gouvernant la vente et une taxation plus lourde se sont traduits par une diminution globale de la consommation dans la plupart des pays nordiques tandis que la chute de la consommation en France, en Italie et en Espagne peut être attribuable à une régulation volontaire ou légale plus stricte de la publicité, en partie après l'adoption de la directive européenne de 1989.

Bien que la consommation d'alcool par habitant des adultes fournisse des indications utiles sur les tendances à long terme, elle n'identifie pas les sous-populations à risque du fait d'habitudes de consommation nocives pour la santé. La consommation occasionnelle de grosses quantités d'alcool est un schéma de consommation particulièrement dangereux (Institute of Alcohol Studies, 2007) qui est en augmentation dans certains pays et certains groupes sociaux, en particulier chez les jeunes de sexe masculin (voir l'indicateur 2.1 « Consommation de tabac et d'alcool à 15 ans »).

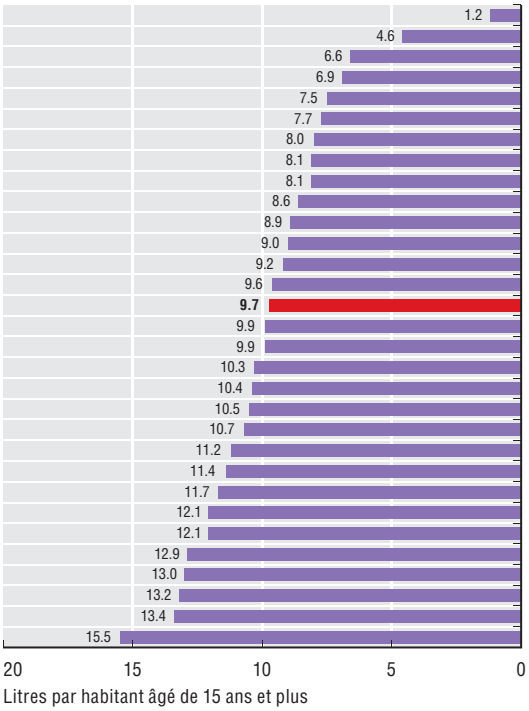
Le graphique 2.6.4 montre la relation existant entre la consommation d'alcool en 1990 et le nombre des décès par cirrhose du foie en 2006. En général, les pays ayant un niveau élevé de consommation d'alcool ont tendance à enregistrer, 15 ans plus tard, des taux de décès par cirrhose du foie supérieurs à ceux de pays ayant des niveaux de consommation plus bas. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le taux des décès par cirrhose du foie a chuté au cours des 20 dernières années, suivant étroitement la diminution globale de la consommation d'alcool.

Définition et écarts

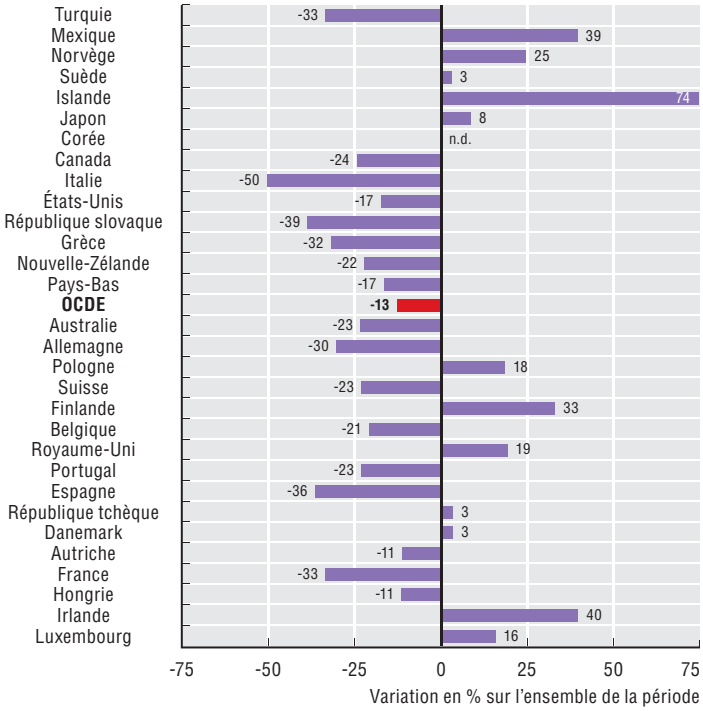
La consommation d'alcool est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres par personne âgée de 15 ans et plus. La méthode utilisée pour convertir les boissons alcoolisées en alcool pur peut varier d'un pays à l'autre.

L'Italie rend compte de la consommation à partir de l'âge de 14 ans, la Suède à partir de 16 ans et le Japon à partir de 20 ans. Dans certains pays comme le Luxembourg, la quantité vendue dans le pays ne reflète pas avec exactitude la consommation réelle des résidents, dans la mesure où les achats des non-résidents peuvent créer un décalage important entre ces ventes et la consommation.

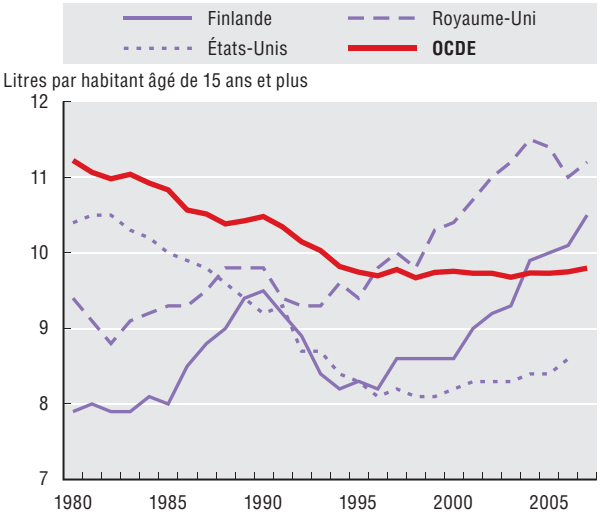
2.6.1 Consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, 2007 (ou dernière année disponible)



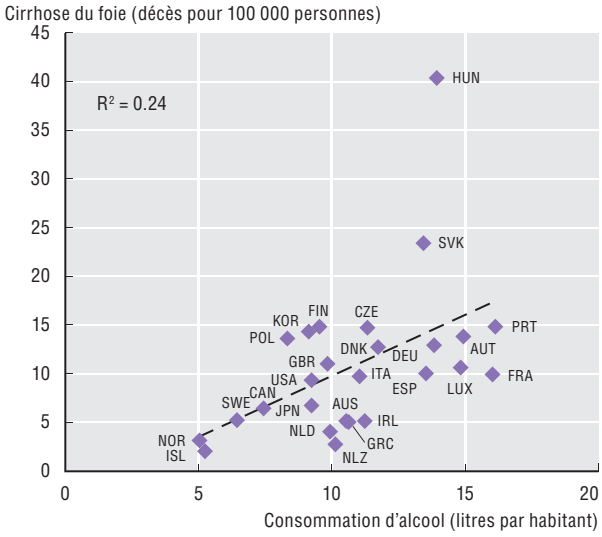
2.6.2 Variation de la consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, 1980-2007



2.6.3 Évolution de la consommation d'alcool dans quelques pays de l'OCDE, 1980-2007



2.6.4 Consommation d'alcool, 1990 et mortalité par cirrhose du foie, 2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721571085762

2.7. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes

L'augmentation des cas de surcharge pondérale et d'obésité parmi les adultes est un grave problème de santé publique. L'obésité est un facteur de risque connu pour plusieurs problèmes de santé, dont l'hypertension, le cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (l'asthme), l'arthrite et certaines formes de cancer.

La moitié ou plus de la population adulte est désormais définie comme étant en situation de surcharge pondérale ou d'obésité dans 13 pays de l'OCDE : Mexique, États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Grèce, Nouvelle-Zélande, Luxembourg, Hongrie, République tchèque, Portugal, Irlande, Espagne et Islande. À l'inverse, les cas de surcharge pondérale et d'obésité sont beaucoup moins nombreux au Japon, en Corée et dans certains pays européens (comme la France et la Suisse), bien qu'ils soient également en augmentation dans ces pays. La prévalence de l'obésité (qui présente des risques plus grands pour la santé que la surcharge pondérale) varie dans un rapport de un à dix dans les pays de l'OCDE, de 3 % au Japon et en Corée à plus de 30 % aux États-Unis et au Mexique (graphiques 2.7.1 et 2.7.2).

La proportion d'obèses a plus que doublé sur les 20 dernières années aux États-Unis, tandis qu'elle a presque triplé en Australie et plus que triplé au Royaume-Uni (graphique 2.7.3). Quelque 21 à 23 % des adultes au Royaume-Uni, en Australie, en Islande et au Luxembourg sont désormais obèses, soit un pourcentage à peu près identique à celui des États-Unis au début des années 90. Dans de nombreux pays d'Europe occidentale, la proportion d'obèses a également fortement augmenté au cours de la dernière décennie.

Dans plusieurs pays, la progression de l'obésité a touché toutes les catégories de population, sans distinction de sexe, d'âge, de race, de revenu ou de niveau d'instruction. Des données de neuf pays de l'OCDE (Australie, Autriche, Canada, Angleterre, France, Italie, Corée, Espagne et États-Unis) indiquent toutefois que l'obésité tend à être plus répandue parmi les catégories socio-économiques défavorisées, particulièrement chez les femmes (Sassi *et al.*, 2009b). En outre, un examen de quatre pays de l'OCDE (Australie, Canada, Angleterre et Corée) montre une relation à peu près linéaire entre le nombre d'années d'éducation et la probabilité de l'obésité, les personnes les plus instruites étant les moins touchées. Là encore, le gradient de l'obésité est plus fort chez les femmes que chez les hommes (Sassi *et al.*, 2009a).

Parce que l'obésité s'accompagne de risques plus élevés de maladies chroniques, elle est associée à des coûts de santé supplémentaires importants. On estime que les coûts de santé attribuables à l'obésité représentaient environ 5 à 7 % des dépenses totales de santé des États-Unis à la fin des années 90 et 3.5 % des dépenses de santé d'autres pays comme le Canada, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (Thompson et Wolf, 2001). On observe un décalage de plusieurs années entre l'apparition de l'obésité et les problèmes de santé qui lui sont associés, ce qui donne à penser que l'accroissement de l'obésité va générer dans les années à venir des coûts de santé plus élevés. D'après les estimations d'une étude récente, le coût total lié au surpoids et à l'obésité en Angleterre pourrait augmenter de 70 % entre 2007 et 2015 et pourrait être multiplié par 2.4 d'ici 2025 (Foresight, 2007).

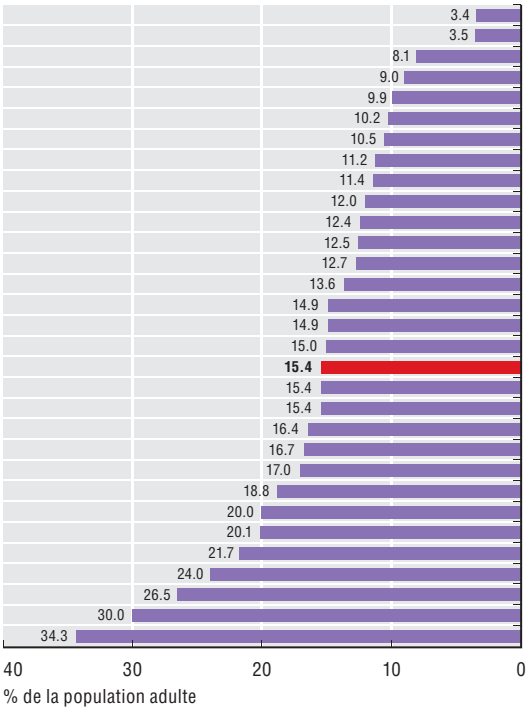
Un certain nombre de facteurs comportementaux et environnementaux ont contribué à l'augmentation des cas de surcharge pondérale et d'obésité dans les pays industrialisés, notamment la baisse du prix réel des aliments et l'augmentation du temps d'inactivité physique. Le surpoids et l'obésité ont fortement augmenté chez les enfants au cours des dernières décennies dans la plupart des pays de l'OCDE (voir l'indicateur 2.4).

Définition et écarts

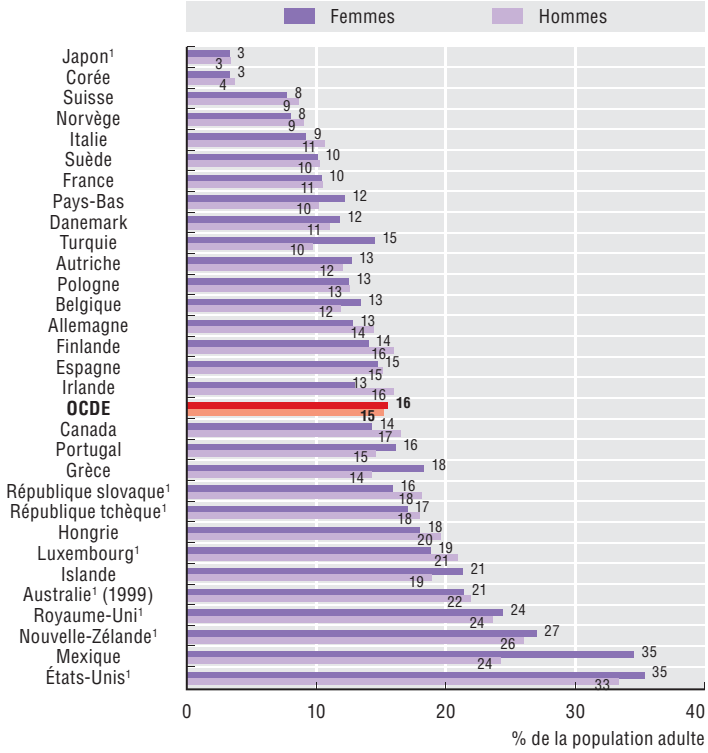
La surcharge pondérale et l'obésité se définissent comme un poids excessif présentant des risques pour la santé. La mesure la plus fréquemment utilisée se fonde sur l'indice de masse corporelle (IMC) qui évalue le poids d'un individu par rapport à sa taille (poids/taille^2, le poids étant exprimé en kilos et la taille en mètres). Sur la base de la classification de l'OMS (OMS, 2000), des adultes ayant un IMC compris entre 25 et 30 sont définis comme étant en surcharge pondérale et ceux ayant un IMC supérieur à 30 sont définis comme obèses. Cette classification n'est pas appropriée pour tous les groupes ethniques, qui peuvent avoir des niveaux de risque équivalents pour un IMC inférieur ou supérieur. Les seuils fixés pour les adultes ne sont pas appropriés pour mesurer la surcharge pondérale et l'obésité chez les enfants.

Pour la plupart des pays, les estimations résultent de données sur le poids et la taille autodéclarées dans le cadre d'enquêtes auprès de la population. Les exceptions sont l'Australie, la République tchèque (2005), le Japon, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque (2007), le Royaume-Uni et les États-Unis, où ces estimations sont tirées d'examens de santé. Ces différences limitent la comparabilité. Les estimations obtenues à partir d'examens de santé sont généralement plus élevées et plus fiables que celles provenant d'autodéclarations.

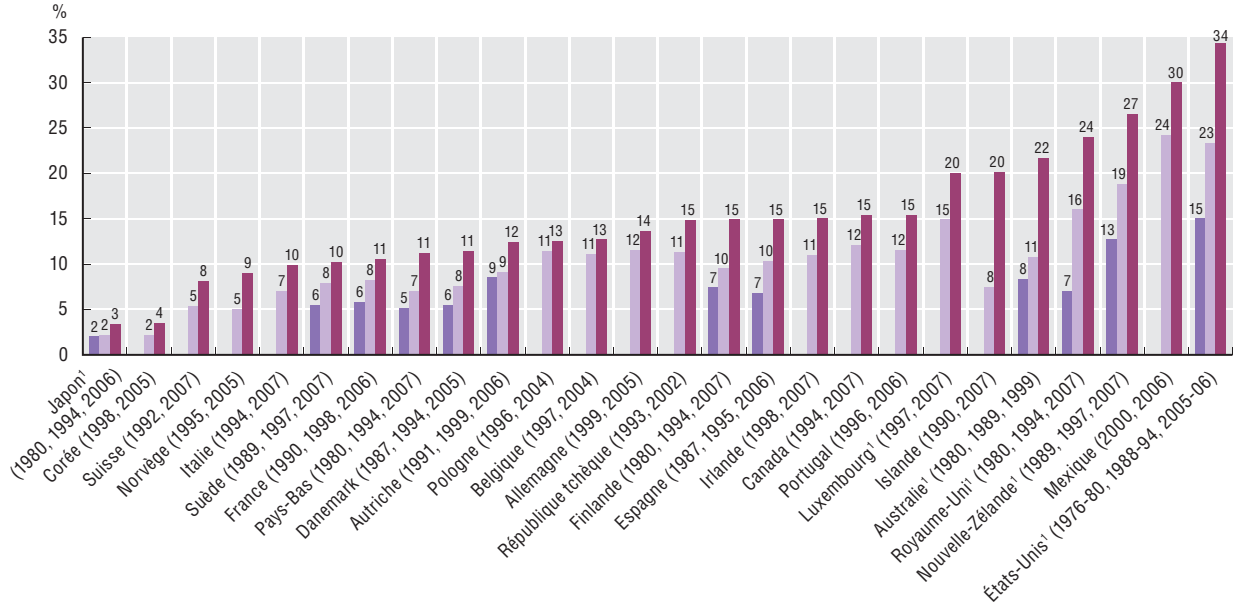
2.7.1 Pourcentage de la population adulte obèse, 2007 (ou dernière année disponible)



2.7.2 Pourcentage de femmes et d'hommes obèses, 2007 (ou dernière année disponible)



2.7.3 Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte des pays de l'OCDE



1. Pour l'Australie, les États-Unis, le Japon, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque (2007), la République tchèque (2005) et le Royaume-Uni, les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen, et non pas sur des enquêtes de santé avec entretien.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721575886328

3. PERSONNEL DE SANTÉ

Introduction

3.1. Emploi dans le secteur de la santé et le secteur social

3.2. Médecins en exercice

3.3. Médecins nouvellement diplômés

3.4. Médecins formés à l'étranger

3.5. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

3.6. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

3.7. Psychiatres

3.8. Personnel infirmier en exercice

3.9. Personnel infirmier nouvellement diplômé

3.10. Rémunération du personnel infirmier

3.11. Dentistes

3.12. Pharmaciens

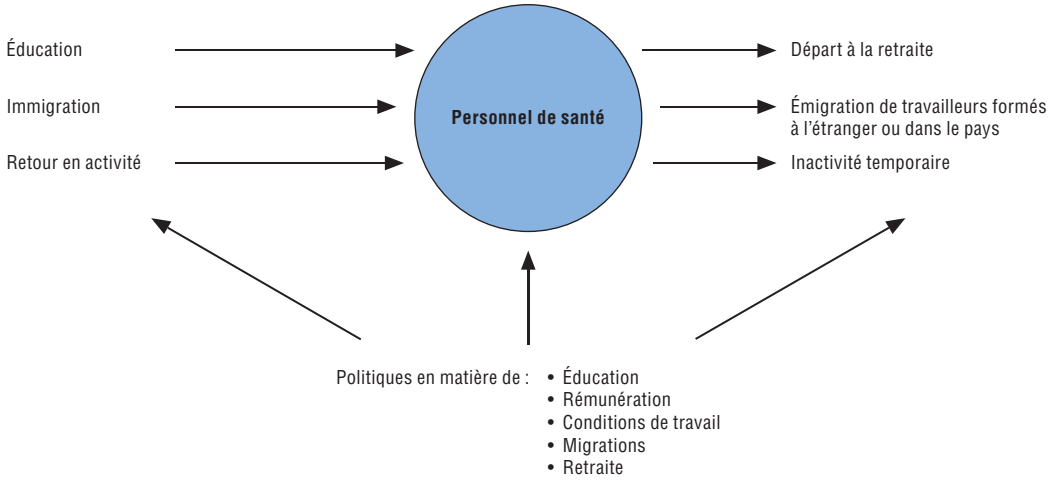
Introduction

Les performances des systèmes de santé du point de vue de l'accès et de la qualité dépendent dans une large mesure du nombre, de la composition, de la répartition et de la productivité, du personnel de santé. Les travailleurs de santé sont la pierre angulaire des systèmes de santé, et beaucoup de pays de l'OCDE révisent leurs stratégies des ressources humaines de manière à disposer d'un nombre suffisant de personnels de santé dotés des compétences adéquates et dans les environnements appropriés, pour répondre à la demande de services de santé de haute qualité.

Ce chapitre présente les données les plus récentes sur l'offre en travailleurs de santé dans les pays de l'OCDE, ainsi que quelques-uns des facteurs qui influent sur le nombre et la composition du personnel de santé. On commence par une vue générale des tendances de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social, montrant que ces secteurs représentent une part croissante du total de l'emploi dans presque tous les pays de l'OCDE. Dans le reste du chapitre, on considère plus spécifiquement certaines professions de santé, et notamment les médecins et les infirmières.

Le nombre des personnes travaillant dans le secteur de la santé dépend des flux entrants, principalement de l'entrée de nouveaux diplômés dans les effectifs et de l'immigration de travailleurs formés à l'étranger, et des flux sortants, comprenant les départs à la retraite, l'émigration vers d'autres pays et les sorties temporaires ou définitives de la profession (graphique 3.1).

3.1 Flux entrants, stocks, et flux sortants du personnel de santé



Source : OCDE (2008e).

Les deux principaux moyens pour accroître l'offre de médecins, infirmières et autres professionnels de santé, comme le montre le graphique 3.1, sont d'augmenter la formation dans le pays considéré ou de recruter à l'étranger. Ces deux méthodes ont toutefois des caractéristiques très différentes sur le plan de la dynamique et des impacts à cause de la longue durée de la formation, en particulier pour les médecins. Alors que les médecins formés à l'étranger sont susceptibles de répondre assez rapidement à toute pénurie présente, il peut y avoir un délai d'environ dix ans entre une décision visant à accroître la formation de médecins et la date où ils entrent en activité.

Le présent chapitre montre que le nombre des médecins et des infirmières en exercice varie fortement entre les pays de l'OCDE. On examine aussi les tendances concernant le nombre de nouveaux diplômés issus des filières d'enseignement de la médecine et des soins infirmiers, qui constitue un déterminant clé de l'offre présente et future, ainsi que les tendances concernant le nombre des médecins formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE*.

Les niveaux de rémunération sont un des facteurs qui influent sur l'attrait des professions de santé, sur les taux de rétention des effectifs et sur les migrations éventuelles des travailleurs vers d'autres pays. Les niveaux de revenus des travailleurs de santé ont aussi un impact direct sur le coût global des systèmes de santé, étant donné qu'ils représentent une ligne de dépenses majeure. Bien qu'il soit difficile de rassembler des données comparables sur la rémunération des différentes catégories de médecins et d'infirmières, les éléments présentés dans ce chapitre indiquent qu'il existe de grandes variations d'un pays à l'autre, si l'on compare les niveaux absolus des revenus entre les pays ou les niveaux relatifs par rapport au salaire moyen dans chaque pays. Pour les médecins, les différences des niveaux de revenus sont attribuables en partie à l'utilisation de modes de rémunération différents (salaire, capitation ou paiement à l'acte) et à leur impact sur les taux d'activité. Toutefois, les différences dans les modes de rémunération et les taux d'activité n'expliquent pas toutes les différences des niveaux de rémunération entre les pays, ce qui laisse penser que leurs revenus dépendent aussi des prix (honoraires ou salaires) négociés pour leurs services.

Le présent chapitre donne aussi des informations sur la composition du personnel médical et infirmier. On observe un déséquilibre croissant entre les médecins généralistes et les spécialistes dans beaucoup de pays de l'OCDE, ce qui soulève des questions pour l'accès aux soins primaires. Tirant profit de l'élargissement récent de la collecte de données de l'OCDE dans ce domaine, ce chapitre présente aussi le nombre de certaines catégories de spécialistes comme les gynécologues et obstétriciens et les psychiatres. Beaucoup de pays de l'OCDE signalent des pénuries de généralistes et de spécialistes dans certaines régions, généralement dans les zones rurales ou reculées. Le chapitre 6 sur l'accès aux soins donne quelques informations sur l'inégalité de la répartition des médecins dans certains pays.

On distingue deux grandes catégories de personnel infirmier dans le présent chapitre, le personnel infirmier qualifié et le personnel auxiliaire qualifié (qui peut être désigné par différentes appellations dans différents pays). Toutefois, les personnes aidant aux soins infirmiers, qui représentent dans certains pays une très grande partie des fournisseurs de soins, ne sont pas incluses dans les catégories associées à la profession d'infirmier. Cette lacune montre que les informations sur le personnel de santé restent, à de nombreux égards, limitées.

* Des chiffres sur le nombre d'infirmières formées à l'étranger autour de l'an 2000 ont été publiés dans l'édition 2007 des *Perspectives des migrations internationales* de l'OCDE (voir partie III : « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés »).

3.1. Emploi dans le secteur de la santé et le secteur social

Le secteur de la santé et le secteur social emploient un grand nombre de personnes dans les pays de l'OCDE, et qui va en augmentant. Les données présentées dans cette section couvrent les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ainsi que celles qui travaillent dans le secteur social (comprenant les soins de longue durée, la puériculture et d'autres types de travail social). Ces données couvrent les professionnels fournissant des services directs aux personnes ainsi que les personnels administratifs et auxiliaires.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social représentait près de 10 % du total de l'emploi en 2008, contre moins de 9 % en 1995. En 2008, ce pourcentage des personnes travaillant dans le secteur de la santé et le secteur social était le plus élevé dans les pays nordiques et aux Pays-Bas, avec une part de 15 % ou plus du total de l'emploi. La Turquie et le Mexique enregistraient les pourcentages les plus bas, à environ 3 % (graphique 3.1.1).

Le pourcentage des personnes employées dans le secteur de la santé et le secteur social a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE entre 1995 et 2008, à l'exception de la Pologne où il a notamment baissé entre 2000 et 2003, époque de faible croissance des dépenses de santé. En Islande, en Suède et en République slovaque, la part est restée stable.

Entre 1995 et 2008, les effectifs du secteur de la santé et du secteur social ont augmenté de 2.8 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit un rythme deux fois plus élevé que le total des emplois civils, qui ont augmenté de 1.4 % par an (graphique 3.1.2). En Corée, le nombre des personnes travaillant dans le secteur de la santé et le secteur social a augmenté au rythme moyen de plus de 8 % par an durant cette période, contre 1.1 % pour le total de l'emploi. Néanmoins, la part de l'emploi du secteur de la santé et du secteur social en Corée reste faible par comparaison avec la plupart des autres pays de l'OCDE. Au Japon, le taux de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a aussi été largement supérieur à celui du total de l'emploi ces dernières années.

Dans la plupart des pays, l'emploi dans la santé et les services sociaux a continué d'augmenter en 2008 par rapport à 2007, alors que le total de l'emploi civil a diminué dans certains pays en raison de la récession. Ce fut le cas notamment au Japon, en Espagne et aux États-Unis, indiquant que l'emploi dans la santé et les services sociaux a été moins affecté par le retournement de la conjoncture économique dans ces pays. Cependant, dans d'autres pays comme la Hongrie, la République tchèque et la République slovaque, l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a diminué entre 2007 et 2008.

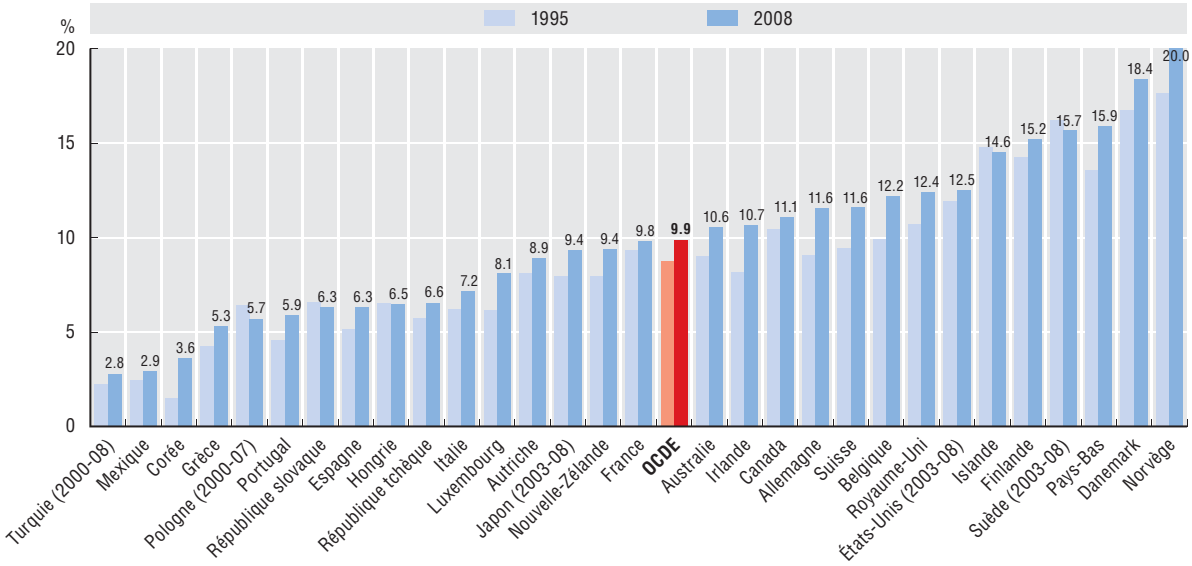
La majorité des travailleurs dans le secteur de la santé sont des professionnels de santé fournissant des services directs aux patients. Les indicateurs suivants donnent des informations plus détaillées sur les professions clés de santé, notamment les différentes catégories de médecins et d'infirmières, les dentistes et les pharmaciens.

Définition et écarts

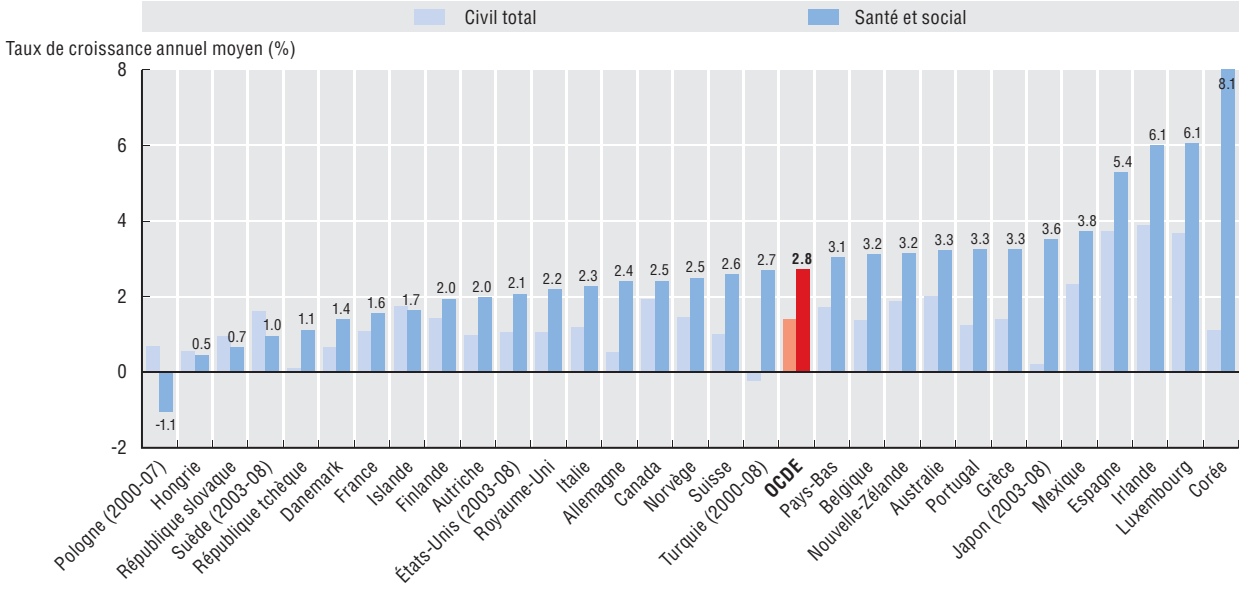
L'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social comprend les personnes appartenant aux catégories suivantes de la Classification internationale type par industrie (CITI Rév. 3) : 851 (Activités de santé humaine), 852 (Activités vétérinaires) et 853 (Activités d'action sociale). Ces données reposent sur un dénombrement des personnes, sans distinction d'un travail à temps plein ou à temps partiel.

Pour tous les pays, les données sont tirées des Enquêtes sur la population active, afin d'accroître la comparabilité. Dans de nombreux pays, des enquêtes plus spécifiques auprès des établissements de santé ou des professionnels de santé peuvent aussi fournir des données plus détaillées sur l'emploi dans le secteur de la santé et concernant des professions particulières. On a utilisé ces sources de données pour fournir des informations plus détaillées concernant certaines professions de santé dans les sections suivantes.

3.1.1 Emploi dans les secteurs de la santé et des services sociaux en pourcentage de l'emploi civil total, 1995 et 2008 (ou année la plus proche)



3.1.2 Taux de croissance de l'emploi dans les secteurs de la santé et des services sociaux comparés à l'ensemble des secteurs de l'économie, 1995 à 2008 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques annuelles de l'OCDE sur la population active; US Bureau of Labor Statistics.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721613160860

3.2. Médecins en exercice

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, on s'inquiète de possibles pénuries de médecins (OCDE, 2008e). La présente section donne des informations sur le nombre de médecins par habitant dans les pays de l'OCDE, en distinguant le pourcentage d'hommes et de femmes et de généralistes et de spécialistes.

En 2007, le nombre de médecins en exercice variait entre quatre médecins et plus pour 1 000 habitants en Grèce et en Belgique et moins de deux pour 1 000 en Turquie et en Corée (graphique 3.2.1). La moyenne de l'OCDE était de 3.1 pour 1 000 habitants.

La nombre de médecins par habitant a augmenté depuis 1990 dans presque tous les pays de l'OCDE. En moyenne, la densité des médecins a augmenté au rythme de 2 % par an entre 1990 et 2007 (graphique 3.2.2). Cette croissance a été particulièrement rapide dans les pays qui partaient de niveaux relativement bas en 1990 (Turquie, Corée et Mexique) ainsi qu'en Espagne (depuis 1995) et en Autriche. En Autriche, les taux de nouveaux diplômés en médecine ont été constamment au-dessus de la moyenne de l'OCDE durant cette période, d'où un nombre élevé et croissant de médecins. À l'opposé, le taux de croissance du nombre de médecins par habitant entre 1990 et 2007 a été beaucoup plus faible au Canada et en France, et même négatif en Italie. À la suite de la réduction du nombre de nouveaux entrants dans les écoles de médecine durant les années 80 et 90, le nombre de médecins par habitant a commencé à baisser en Italie à partir de 2003 et en France à partir de 2006. On s'attend à ce que cette tendance à la baisse se poursuive.

En 2007, 40 % des médecins en moyenne dans les pays de l'OCDE étaient des femmes, contre 29 % en 1990 (graphique 3.2.3). Plus de la moitié des médecins sont des femmes en République slovaque, Pologne, République tchèque, Hongrie et Finlande, alors qu'elles représentent moins de 20 % des médecins au Japon. Aux États-Unis, la proportion des médecins qui sont des femmes est passée de 20 % en 1990 à 30 % en 2007; elle devrait continuer à croître dans les années à venir du fait qu'actuellement près de la moitié des étudiants en médecine sont des femmes (NCHS, 2009).

L'équilibre entre les généralistes et les spécialistes a changé au cours des dernières décennies, avec une augmentation beaucoup plus rapide du nombre des spécialistes par rapport aux généralistes. Bien que les politiques de santé et la recherche dans ce domaine tendent à souligner l'importance des soins primaires dispensés par les généralistes (Starfield *et al.*, 2005), il existe maintenant en moyenne deux spécialistes pour un généraliste dans la zone de l'OCDE. Ce rapport était de 1.5 en 1990. Les spécialistes sont très supérieurs en nombre aux généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale et en Grèce. À l'opposé, certains pays ont conservé une répartition plus égale entre spécialistes et généralistes (Australie, Belgique, Canada, France, Nouvelle-Zélande et Portugal) bien que, dans certains de ces pays, une grande majorité d'étudiants en médecine choisissent maintenant de se spécialiser.

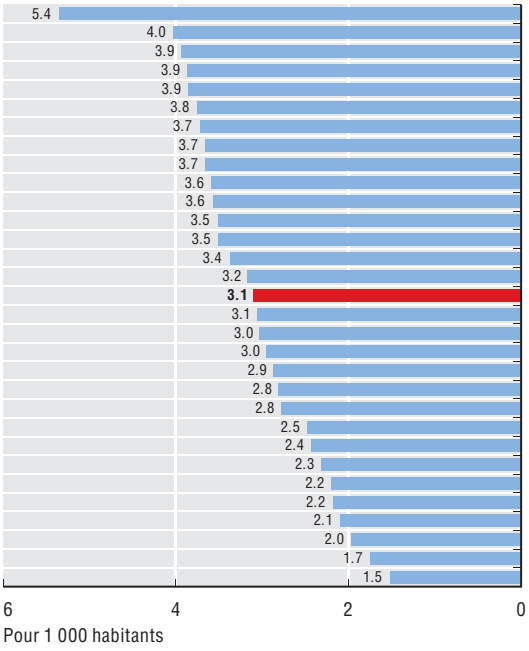
Il est difficile de prévoir l'offre et la demande futures de médecins, en raison des incertitudes concernant la croissance économique, l'évolution de la productivité des médecins, les progrès des technologies médicales et l'évolution du rôle des médecins et des autres fournisseurs de soins. Aux États-Unis, l'Association of American Medical Colleges estime que la demande de médecins pourrait augmenter de 26 % entre 2006 et 2025, tandis que l'offre pourrait augmenter seulement de 12 %, entraînant une pénurie croissante de médecins (AAMC, 2008). En France, des projections récentes du ministère de la Santé indiquent que l'offre de médecins pourrait baisser de presque 10 % entre 2006 et 2020, même en tenant compte de l'augmentation possible du nombre de places en études de médecine de 7 000 en 2006 à 8 000 à partir de 2011 et jusqu'en 2020 (DREES, 2009). Eu égard à la croissance de la population durant cette période, on s'attend à ce que le ratio médecins/population baisse rapidement en France, pour atteindre un niveau inférieur à 2.8 médecins pour 1 000 habitants, contre 3.35 en 2007, soit une baisse de plus de 15 % (DREES, 2009).

Définition et écarts

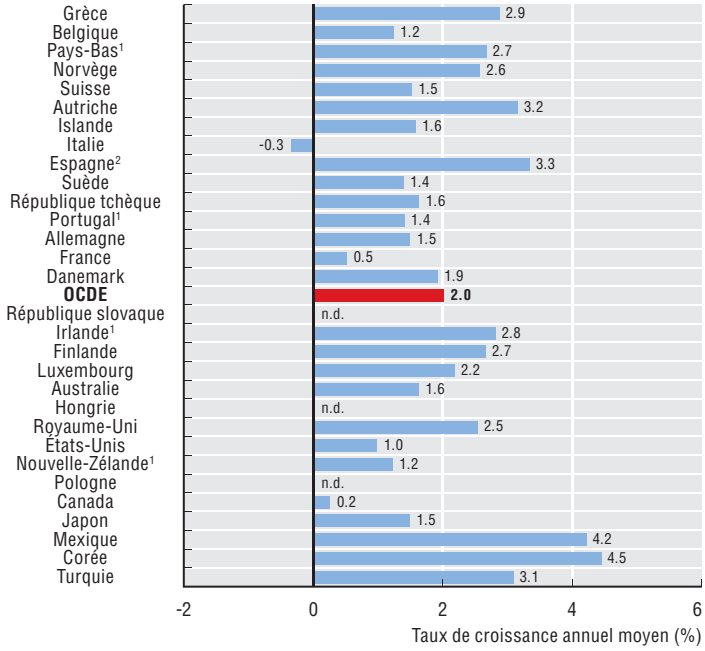
Le nombre de médecins en exercice est défini comme le nombre de médecins dispensant des soins à des patients. Beaucoup de pays incluent les internes et résidents (médecins en formation). Le nombre des médecins correspond à un dénombrement des personnes, à l'exception de la Norvège qui déclarait avant 2002 des équivalents temps plein. L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal indiquent le nombre de médecins autorisés à exercer (d'où une surestimation). L'Espagne inclut les dentistes et stomatologistes dans le nombre de médecins (d'où aussi une légère surestimation).

Tous les pays ne sont pas en mesure de dénombrer la totalité de leurs médecins dans les deux grandes catégories des spécialistes et des généralistes, en raison notamment de difficultés à identifier précisément la spécialisation des médecins en formation ou celle des médecins en exercice privé.

3.2.1 Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

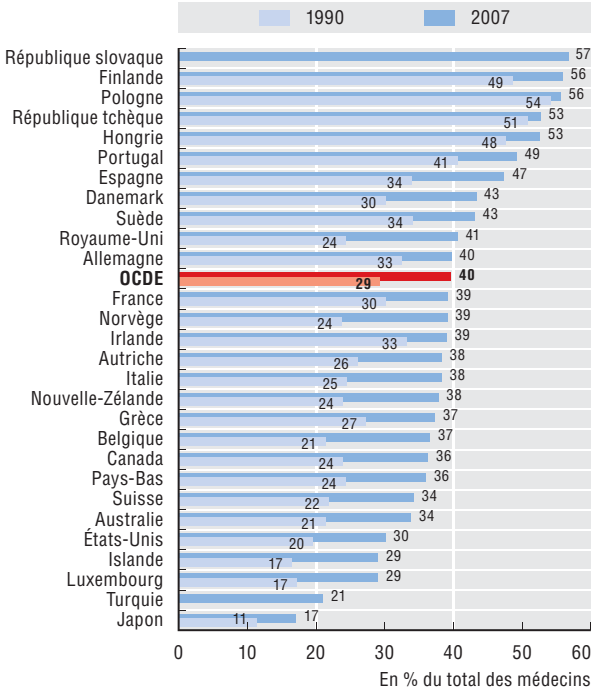


3.2.2 Variation de la densité des médecins en activité, 1990-2007 (ou année la plus proche)



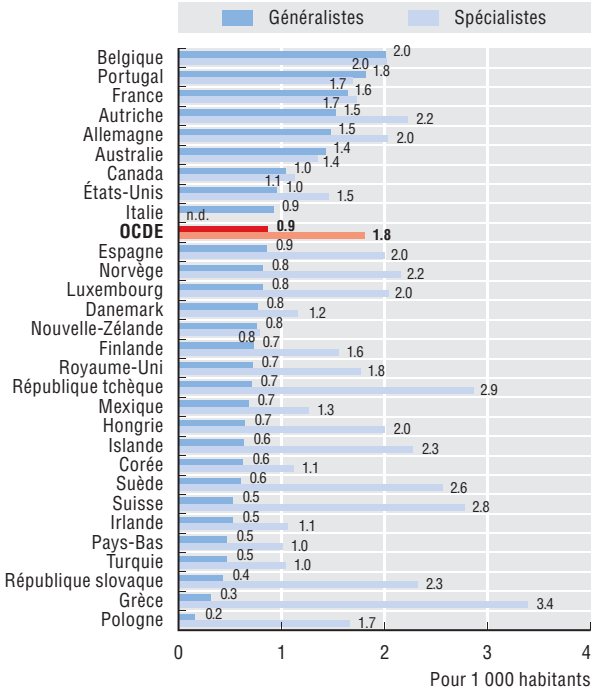
1. L'Irlande, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Portugal communiquent le nombre de tous les médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins effectivement en activité.
2. L'Espagne inclut les dentistes et les stomatologistes dans le nombre de médecins.

3.2.3 Pourcentage des femmes dans le total des médecins, 1990 et 2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

3.2.4 Médecins généralistes et spécialistes pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)



Note : Certains pays ne font pas état de tous leurs médecins selon ces deux catégories de généralistes et de spécialistes.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721688282661

3.3. Médecins nouvellement diplômés

Le maintien ou l'augmentation du nombre des médecins nécessitent d'investir dans la formation de nouveaux médecins ou de recruter à l'étranger des médecins déjà formés (voir l'indicateur 3.4 « Médecins formés à l'étranger »). S'il faut environ dix ans pour former un médecin, on ne peut répondre à une pénurie présente qu'en recrutant des médecins qualifiés à l'étranger, à moins qu'il existe des médecins sans emploi dans le pays.

Pratiquement tous les pays de l'OCDE exercent une forme ou une autre de contrôle sur les entrées en études de médecine (OCDE, 2008e). Ce contrôle est motivé par différents facteurs : *i)* limiter l'entrée aux candidats les plus capables; *ii)* le désir de contrôler le nombre total de médecins pour des raisons de maîtrise des coûts (parce qu'une plus grande offre induit une plus grande demande); et *iii)* le coût de la formation elle-même (dans tous les pays, y compris les États-Unis, une part importante du coût de l'enseignement de la médecine est financée par des fonds publics).

En 2007, le Danemark, l'Autriche et l'Irlande avaient le nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants le plus élevé. Ces pays tendent aussi à avoir des politiques relativement souples concernant les entrées en études de médecine. À l'opposé, les taux de nouveaux diplômés les plus bas s'observaient en France, au Japon, au Canada et aux États-Unis. La moyenne des pays de l'OCDE était proche de dix nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants (graphique 3.3.1).

Mesuré en proportion du stock de médecins, le nombre des nouveaux diplômés en médecine en 2007 était aussi le plus élevé au Danemark, en Autriche et en Irlande, ainsi qu'en Corée (qui a encore un nombre relativement faible de médecins par habitant). Les nombres les plus bas s'observaient en France, en Belgique et en Suisse. La moyenne des pays de l'OCDE était de 33 nouveaux diplômés pour 1 000 médecins en exercice (graphique 3.3.2).

Dans un certain nombre de pays (Canada, Danemark et Royaume-Uni), le nombre des nouveaux diplômés en médecine a commencé à augmenter fortement depuis 2000, après 15 ans de baisse ou de stabilité, reflétant des changements de politique visant à former plus de médecins (graphique 3.3.3). Au Japon, le nombre des nouveaux diplômés en médecine est resté plus ou moins inchangé durant les deux dernières décennies. En Italie, en France et en Allemagne, on a constaté une nette baisse du nombre de diplômés entre le milieu de la décennie 1980 et le milieu de la décennie suivante, après quoi il a soit continué à baisser mais à un rythme plus lent dans le cas de la France et de l'Allemagne (avec des signes d'une possible inversion de tendance en Allemagne en 2007), soit s'est stabilisé dans le cas de l'Italie.

En France, le nombre d'étudiants en médecine a été fixé à un niveau élevé (plus de 8 000 étudiants) quand le *numerus clausus* a été introduit en 1971, mais il a été fortement réduit à la fin des années 70 et au cours de la décennie 80, pour atteindre un minimum de 3 500 en 1992. Il est ensuite remonté jusqu'à 7 100 en 2007; des consultations sont en cours concernant un relèvement possible d'ici 2012. Étant donné le temps qu'il faut pour former de nouveaux médecins, on ne s'attend pas à ce que cette augmentation récente des entrées dans les études de médecine soit suffisante pour maintenir le nombre de médecins par habitant en France dans les années à venir, du fait que la plupart des médecins ont maintenant plus de 50 ans et devraient prendre leur retraite au cours de la prochaine décennie (Cash et Ulmann, 2008).

Au Japon, qui a une des plus faibles densités de médecins parmi les pays de l'OCDE, on débat des pénuries de médecins depuis quelques années, qui s'expliquent par les limitations du nombre d'étudiants en médecine (Ebihara, 2007). Un comité consultatif auprès du ministère japonais de la Santé, du Travail et du Bien-être social a récemment recommandé une augmentation de 50 % de la capacité du pays à former de nouveaux médecins, en vue d'accroître le nombre de médecins pour le faire passer du taux de deux pour 1 000 habitants à trois pour 1 000, qui est la moyenne de l'OCDE. Le nombre de nouveaux étudiants en médecine a augmenté depuis 2008.

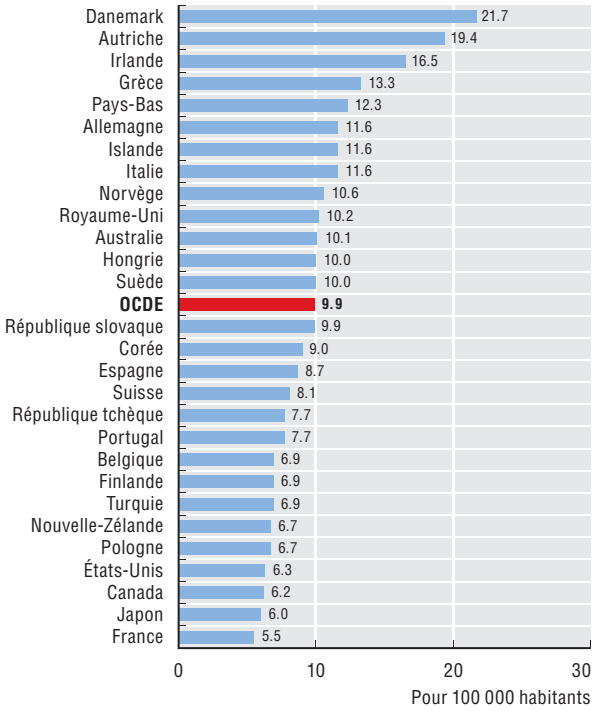
Définition et écarts

Les médecins nouvellement diplômés correspondent au nombre d'étudiants ayant obtenu, dans une année donnée, un diplôme d'une école de médecine ou d'un établissement assimilé. Ce chiffre n'englobe pas les diplômés en dentisterie, en santé publique ou en épidémiologie.

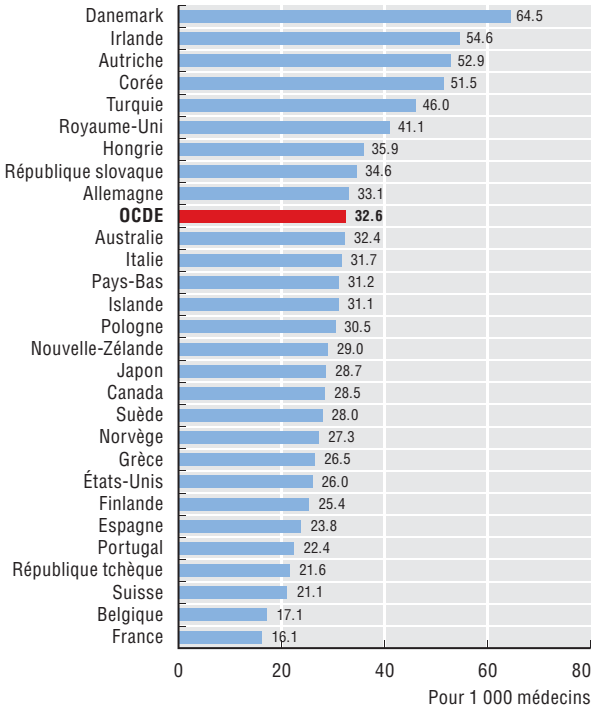
La République tchèque et le Royaume-Uni ne prennent pas en compte les diplômés de nationalité étrangère, à la différence d'autres pays (les diplômés de nationalité étrangère représentent environ 30 % de l'ensemble des diplômés en République tchèque). Au Danemark, les données correspondent au nombre de nouveaux médecins qui reçoivent l'autorisation d'exercer.

Au Luxembourg, étant donné que l'université n'offre pas de programme de médecine, tous les médecins sont formés à l'étranger, principalement en Belgique, France et Allemagne.

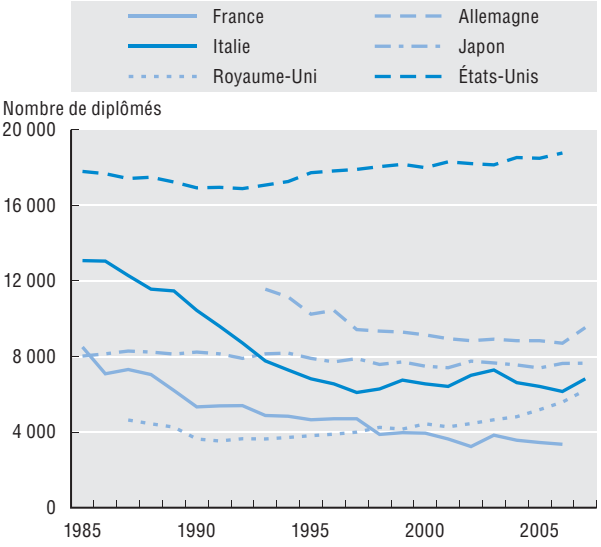
3.3.1 Diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

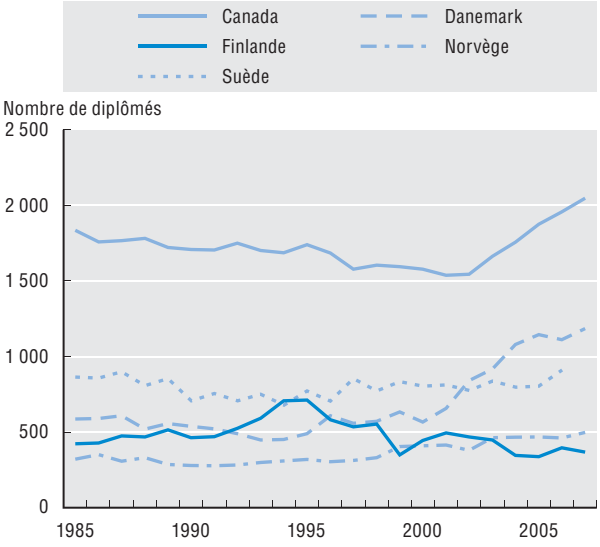


3.3.2 Diplômés en médecine pour 1 000 médecins en activité, 2007 (ou dernière année disponible)



3.3.3 Nombre absolu de diplômés en médecine dans quelques pays de l'OCDE, 1985-2007





Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721711036750

3.4. Médecins formés à l'étranger

Les migrations internationales des médecins ont pris de l'importance au cours de la dernière décennie. En 2007, le pourcentage des médecins formés à l'étranger variait entre 3.1 % en France (ce chiffre est toutefois sous-estimé; voir l'encadré « Définition et écarts » ci-dessous) et 33.6 % en Irlande (graphique 3.4.1). La Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, où près d'un tiers du total des médecins ont été formés à l'étranger, enregistrent aussi des pourcentages élevés. Ce pourcentage est de 22.8 % (2006) en Australie et 25.9 % aux États-Unis.

Les différences entre les pays reflètent dans une grande mesure les différences au niveau de la migration en général et des migrations des travailleurs hautement qualifiés en particulier. Le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande se distinguent toutefois puisque, dans ces deux pays, laproportion des personnes nées à l'étranger dans l'ensemble des travailleurs hautement qualifiés est bien inférieure à celle observée chez les médecins (OCDE, 2008e).

Les migrations des professionnels de santé ont augmenté ces dernières années dans beaucoup de pays de l'OCDE. Les changements des politiques d'immigration et le développement de passerelles pour la reconnaissance des qualifications ont contribué à cette augmentation. Mais les recrutements internationaux de médecins ont aussi pour but de répondre aux besoins dans les pays hôtes. Les pénuries récentes de médecins sont liées aux mesures restrictives touchant les études médicales adoptées dans beaucoup de pays de l'OCDE au cours des décennies passées (voir l'indicateur 3.3). Les efforts récents visant à former un plus grand nombre de médecins devraient aider à inverser cette tendance, mais l'effet ne se fera sentir que dans quelques années.

Le pourcentage des médecins formés à l'étranger a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 3.4.2). Il a presque doublé en Suisse et triplé en Irlande entre 2000 et 2007. L'augmentation dépasse aussi 5 points de pourcentage en Suède et au Royaume-Uni. Le Canada est un des rares pays de l'OCDE où le pourcentage des médecins formés à l'étranger ait baissé depuis 2000 (Dumont *et al.*, 2008).

Les États-Unis, qui abritent près de la moitié du total des médecins formés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE, sont le principal pays de destination. C'est le seul pays à être receveur net vis-à-vis de tous les autres pays de l'OCDE. En général, les migrations internationales des travailleurs de santé se caractérisent par de multiples interactions entre les pays de l'OCDE. Près de 60 % de tous les médecins migrants en Nouvelle-Zélande ont été formés dans un autre pays de l'OCDE. Ce chiffre est de 27 % au Royaume-Uni, 28 % aux États-Unis, 42 % au Canada et 90 % aux Pays-Bas.

La composition des flux migratoires par pays d'origine dépend notamment de : *i)* l'importance des liens migratoires; *ii)* la langue; et *iii)* la reconnaissance des qualifications. Le graphique 3.4.3 montre la répartition des pays de formation pour les deux principaux pays de l'OCDE receveurs, les États-Unis et le Royaume-Uni. Il confirme l'importance des autres pays de l'OCDE, mais souligne aussi l'importance des flux en provenance de grands pays en développement comme l'Inde et les Philippines.

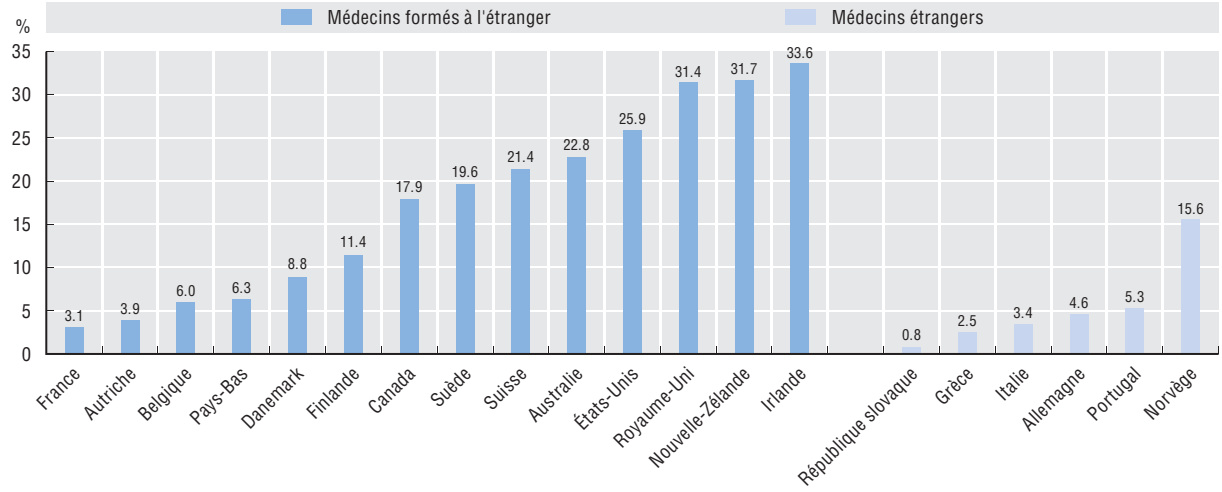
Même si les petits pays perdent un petit nombre de médecins en chiffre absolu, l'impact sur leur système de santé peut être relativement fort. Toutefois, des travaux précédents de l'OCDE ont montré que les besoins en travailleurs de santé dans les pays en développement, d'après les estimations de l'OMS, dépassent de loin le nombre des travailleurs de santé immigrant dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2007a). Ainsi, la migration internationale ne semble pas être la principale cause de la crise des ressources humaines de santé dans le monde et une réduction de cette migration ne serait pas la solution à cette crise, bien que cela exacerbe les problèmes dans certains pays. De plus en plus, on se rend compte que la crise des ressources humaines de santé est un problème mondial et que les pays en développement et les pays développés doivent travailler ensemble à le résoudre (OCDE et OMS, 2009).

Définition et écarts

Les données correspondent aux médecins formés à l'étranger enregistrés. Dans certains pays, les seules informations disponibles concernent les médecins étrangers (sans précision sur le lieu de formation). Certains pays ne dénombrent que les médecins bénéficiant d'une pleine autorisation d'exercice, alors que d'autres pays incluent aussi ceux qui ont une autorisation conditionnelle, temporaire ou restreinte. Les médecins migrants étant souvent surreprésentés dans ces dernières catégories, cela peut entraîner une sérieuse sous-estimation du nombre des médecins formés à l'étranger dans les pays où on ne les prend pas en compte. C'est le cas notamment en France et, dans une moindre mesure, en Irlande et en Finlande.

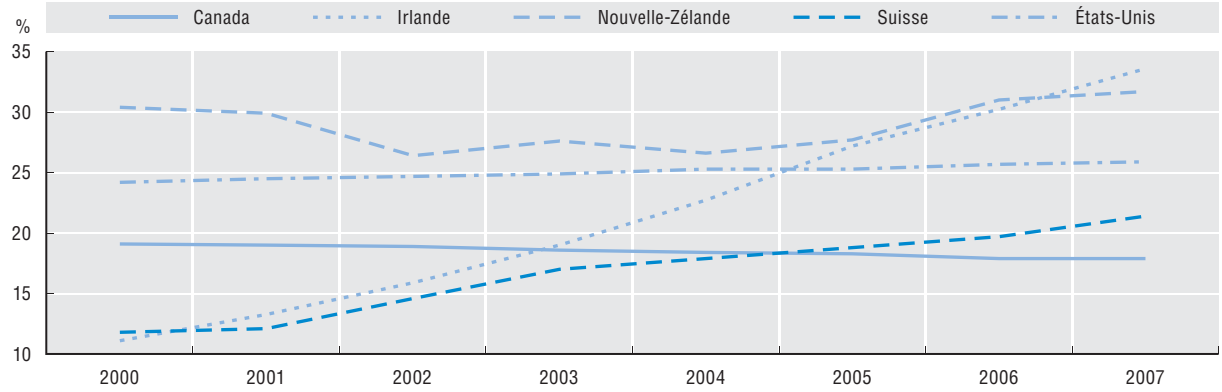
Dans la plupart des pays, le pourcentage des médecins formés à l'étranger est calculé sur la base du nombre total des médecins enregistrés. Ce n'est toutefois pas le cas pour la France, la Suisse et le Royaume-Uni, où ce pourcentage est calculé sur la base du nombre des médecins en exercice.

3.4.1 Proportion de médecins formés à l'étranger ou de médecins étrangers, 2007 (ou dernière année disponible)



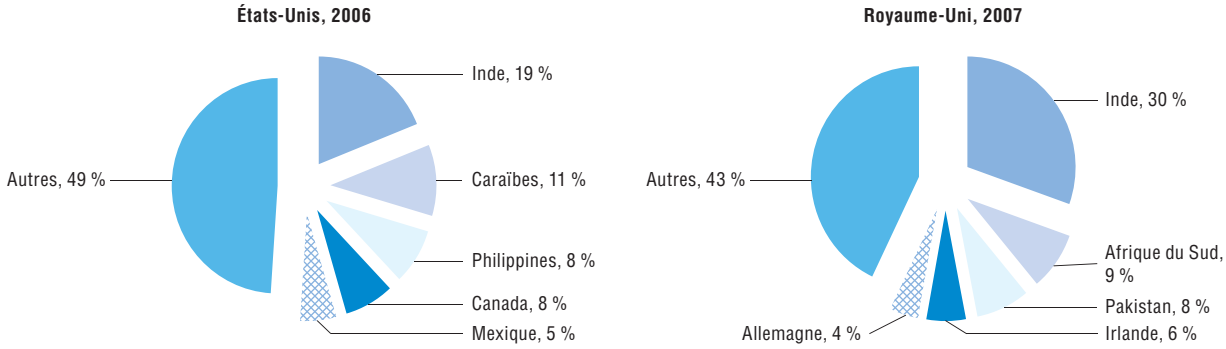
Source : Eco-Santé OCDE 2009 pour les médecins formés à l'étranger; *Perspectives des migrations internationales 2007* pour les médecins étrangers.

3.4.2 Évolution de la proportion de médecins formés à l'étranger exerçant dans certains pays de l'OCDE, 2000-07



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

3.4.3 Pays de formation des médecins formés à l'étranger et exerçant aux États-Unis et au Royaume-Uni



Source : OCDE (*www.oecd.org/health/workforce*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721765487820

3.5. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Les niveaux de rémunération comptent parmi les facteurs qui influencent l'attrait des professions médicales. Ils influent aussi directement sur les dépenses de santé. Il est difficile de recueillir des données comparables sur la rémunération des médecins, parce que les pays collectent des données à partir de sources différentes couvrant différentes catégories de médecins et, souvent, ne prenant pas en compte toutes les sources de revenu (voir l'encadré « Définition et écarts » ci-dessous). Il convient donc d'interpréter ces données avec prudence.

Les données sur la rémunération des médecins sont présentées séparément pour les généralistes et les spécialistes, en comparant leur rémunération au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs dans chaque pays. La rémunération des généralistes varie entre 1.4 fois le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs en Hongrie et 4.2 fois au Royaume-Uni (graphique 3.5.1, à droite). Le revenu des spécialistes varie entre 1.5 fois le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs pour les spécialistes salariés en Hongrie et 7.6 fois pour les spécialistes *libéraux* aux Pays-Bas. La rémunération des spécialistes *salariés* aux Pays-Bas est plus basse, à 3.5 fois le salaire moyen (graphique 3.5.1, à gauche). Aux États-Unis, le revenu des spécialistes *libéraux* s'élevait à 5.6 fois le salaire moyen en 2001 (dernière année disponible) et à 4.1 fois pour les spécialistes *salariés*.

Dans tous les pays, la rémunération des généralistes est inférieure à celle des spécialistes. L'écart de rémunération est particulièrement grand en Australie, en Belgique et aux Pays-Bas, où le revenu des généralistes est inférieur à la moitié de celui des spécialistes. Cet écart est beaucoup plus petit en Islande et au Royaume-Uni.

Dans beaucoup de pays, la rémunération des spécialistes a augmenté plus rapidement que celle des généralistes durant les cinq à dix dernières années, accroissant ainsi l'écart des revenus (graphique 3.5.2). C'est le cas en Australie, en Finlande, en France et en Hongrie. Au Royaume-Uni, les revenus aussi bien des généralistes que des spécialistes ont fortement augmenté durant ces dix dernières années, avec un taux de croissance de la rémunération des généralistes supérieur à celui des spécialistes. Cette évolution est attribuable à la mise en application d'un nouveau contrat pour les généralistes en 2004, conçu pour augmenter le nombre des généralistes et améliorer la qualité des soins primaires au moyen de meilleures incitations financières. On s'attendait à ce que l'introduction de ce nouveau contrat génère des coûts additionnels, mais les coûts au cours des trois années suivantes ont été 9.4 % plus élevés que prévu. On a beaucoup débattu au Royaume-Uni quant aux gains réalisés en retour de ces dépenses supplémentaires (OCDE, 2009d).

Certaines variations d'un pays à l'autre des niveaux de rémunération des généralistes et des spécialistes peuvent s'expliquer par l'utilisation de modes de rémunération différents (par exemple, salaires, paiement à l'acte, systèmes de paiement à la performance), par le rôle de filtrage des généralistes, par des différences dans le temps de travail et par le nombre de médecins par habitant, en particulier pour les spécialistes (Fujisawa et Lafortune, 2008).

Définition et écarts

La rémunération des médecins correspond au revenu annuel *brut* moyen, qui inclut les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. La rémunération inclut normalement tous les paiements légaux supplémentaires tels que les primes et paiements des gardes de nuit et des heures supplémentaires, et exclut les frais professionnels dans le cas des médecins libéraux.

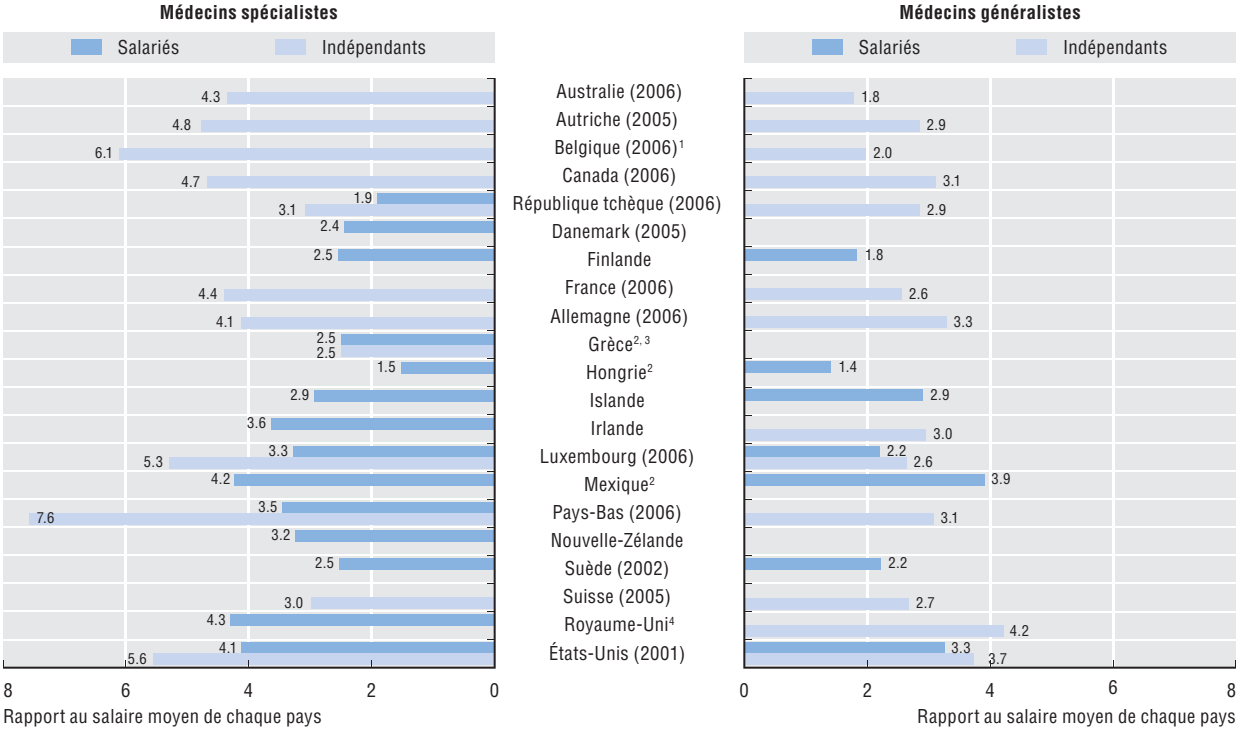
Un certain nombre de facteurs contribuent à une sous-estimation de la rémunération pour certains pays : 1) dans certains pays, les données excluent les heures supplémentaires ou les cotisations de sécurité sociale (Autriche, Irlande pour les spécialistes, Mexique, Pays-Bas pour les spécialistes salariés, Nouvelle-Zélande, Suède et Suisse); 2) les données dans certains pays ne couvrent pas les revenus d'exercice privé des médecins salariés; 3) les paiements informels, qui peuvent être courants dans certains pays (Grèce, Hongrie et Mexique) ne sont pas inclus; 4) en Grèce, Hongrie et Mexique, les données pour les médecins salariés ne concernent que les salariés du secteur public, qui gagne généralement moins que dans le secteur privé.

Les données pour certains pays (Australie, Autriche, Belgique, Luxembourg, Mexique, Suisse, Royaume-Uni pour les spécialistes, et États-Unis) incluent des médecins travaillant à temps partiel, entraînant une sous-estimation par rapport aux chiffres des autres pays qui concernent les médecins travaillant à temps plein.

Les frais professionnels des médecins libéraux en Belgique sont pris en compte, d'où une surestimation de leur rémunération.

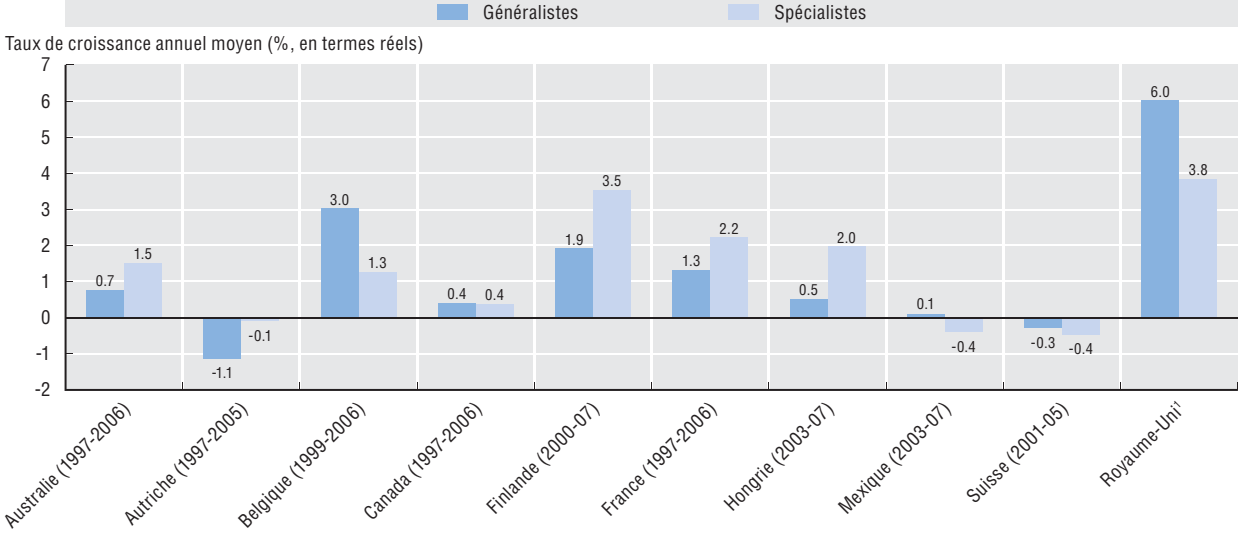
La rémunération des médecins est comparée au salaire moyen des salariés à temps plein de tous les secteurs de l'économie, sauf pour l'Islande, le Mexique et la Nouvelle-Zélande où elle est comparée au salaire moyen dans certaines branches industrielles.

3.5.1 Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Les données comprennent les dépenses liées à l'activité, entraînant une surestimation.
2. Les données pour les salariés se rapportent uniquement aux employés du secteur public, qui tendent à recevoir une rémunération plus faible que ceux travaillant dans le secteur privé.
3. La rémunération des spécialistes salariés se rapporte à 2005 tandis que celle des spécialistes indépendants se rapporte à 2004.
4. La rémunération des généralistes indépendants se rapporte à 2006 tandis que celle des spécialistes salariés se rapporte à 2007.

3.5.2 Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes



1. La rémunération des généralistes indépendants se rapporte à 1997-2006; celle des spécialistes salariés se rapporte à 1998-2007.

Source : Eco-Santé OCDE 2009 pour la rémunération des médecins; *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2009* et Les *impôts sur les salaires 2009* pour le salaire moyen des travailleurs dans l'économie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721804727328

3.6. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

Les gynécologues sont spécialisés dans les fonctions et les maladies affectant les femmes spécifiquement, notamment celles du système reproductif, tandis que les obstétriciens se spécialisent dans la grossesse et l'accouchement. Les médecins se spécialisent souvent dans ces deux domaines à la fois, et les données présentées dans cette section ne permettent pas de distinguer ces deux spécialités. Les sages-femmes fournissent des soins et des conseils aux femmes durant la grossesse et les différentes phases de l'accouchement et pendant la période postnatale, pour les cas sans complications. Elles mettent au monde les enfants dans le cadre d'une pratique indépendante ou en collaboration avec des médecins et des infirmières.

Dans les pays ayant une approche médicalisée à l'égard de la grossesse, les obstétriciens fournissent la majorité des soins. Quand l'approche est moins médicalisée, les sages-femmes sont le principal intervenant, souvent en collaboration avec d'autres professionnels de santé comme les généralistes, bien qu'on puisse faire appel aux obstétriciens en cas de complications. Quel que soit le rôle relatif de ces professionnels dans les différents pays, les progrès réalisés au cours des dernières décennies dans le conseil prénatal et la surveillance de la grossesse, ainsi que les progrès de l'obstétrique dans le domaine des accouchements compliqués, ont entraîné des réductions majeures de la mortalité périnatale dans tous les pays de l'OCDE.

On observe le nombre le plus élevé de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes en Grèce, République tchèque, République slovaque, Allemagne et Autriche (graphique 3.6.1). Ce sont tous des pays où on a conféré aux obstétriciens un rôle de premier plan dans les soins prénatals et natals. Le nombre est le plus bas en Irlande, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et au Canada.

Depuis 1995, le nombre des gynécologues et des obstétriciens par habitante a augmenté dans la plupart des pays, avec un taux de croissance moyen légèrement supérieur à 1 % par an durant cette période. Le nombre des gynécologues et obstétriciens par habitante est resté relativement stable au Canada, en France, en Irlande et aux États-Unis, et il a baissé au Japon en Hongrie (graphique 3.6.2).

Le nombre le plus élevé de sages-femmes pour 100 000 femmes s'observe en Australie, en Islande et en Suède (graphique 3.6.3). Ces deux pays nordiques ont un grand nombre de sages-femmes qui assument la responsabilité principale des soins prénatals et des accouchements normaux (Johanson, 2002). À l'opposé, le nombre le plus faible de sages-femmes par habitante s'observe aux États-Unis, au Canada et en Corée. Au Canada et aux États-Unis, le nombre de sages-femmes a augmenté à un rythme rapide depuis 1995, mais il reste encore très bas par comparaison avec la plupart des autres pays de l'OCDE (graphique 3.6.4). En Hongrie, le nombre de sages-femmes par habitante a diminué, notamment entre 2006 et 2007 quand le nombre de lits dans les maternités a été réduit de plus d'un tiers dans le cadre d'une réforme de santé. En République tchèque, le nombre de sages-femmes par habitante a aussi diminué, mais une partie de cette diminution est due à un changement dans la manière de dénombrer les sages-femmes suite à une nouvelle législation en 2004.

Le rôle relatif de ces professionnels a des conséquences directes et indirectes sur les coûts des services prénatals et natals. Les services assurés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. Cela reflète en partie la durée plus courte de leur formation et donc la rémunération plus basse requise par comparaison avec les gynécologues et obstétriciens. En outre, les obstétriciens peuvent être enclins à fournir des services plus médicalisés. D'après une étude portant sur neuf pays européens, le coût de l'accouchement est plus bas dans les pays et les hôpitaux qui recourent plus aux sages-femmes et infirmières qu'aux obstétriciens (Bellanger et Or, 2008).

Il n'y a guère de preuves que les systèmes qui recourent davantage aux sages-femmes soient moins efficaces. L'examen d'un certain nombre d'études a montré que les sages-femmes sont tout aussi efficaces dans la fourniture des soins et conseils prénatals dans le cas des grossesses normales (Di Mario *et al.*, 2005), même si l'appui des obstétriciens est nécessaire pour les complications. Certaines observations aux États-Unis semblent indiquer de meilleures performances sur le plan de la mortalité néonatale pour les naissances assistées par les sages-femmes (Miller, 2006).

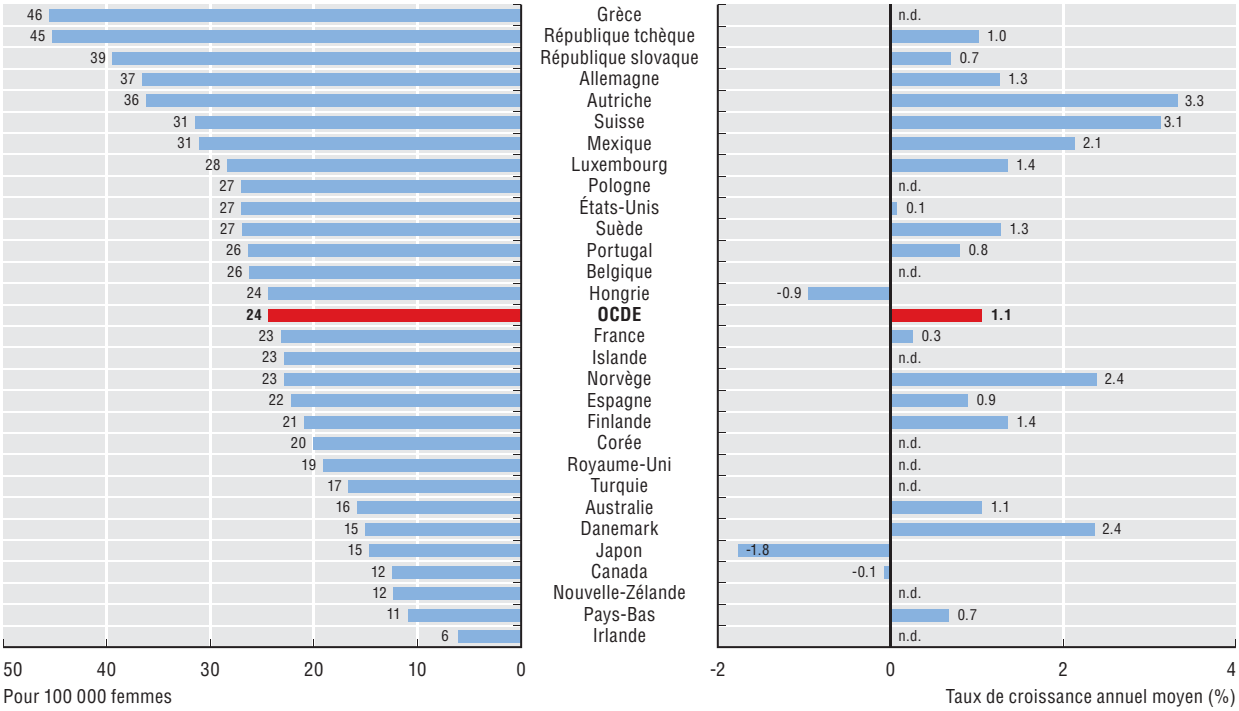
Définition et écarts

Le nombre des gynécologues et obstétriciens agrège ces deux spécialités.

Les chiffres concernant les gynécologues et obstétriciens et les sages-femmes correspondent à un dénombrement des personnes, sans distinction d'un travail à temps plein ou à temps partiel.

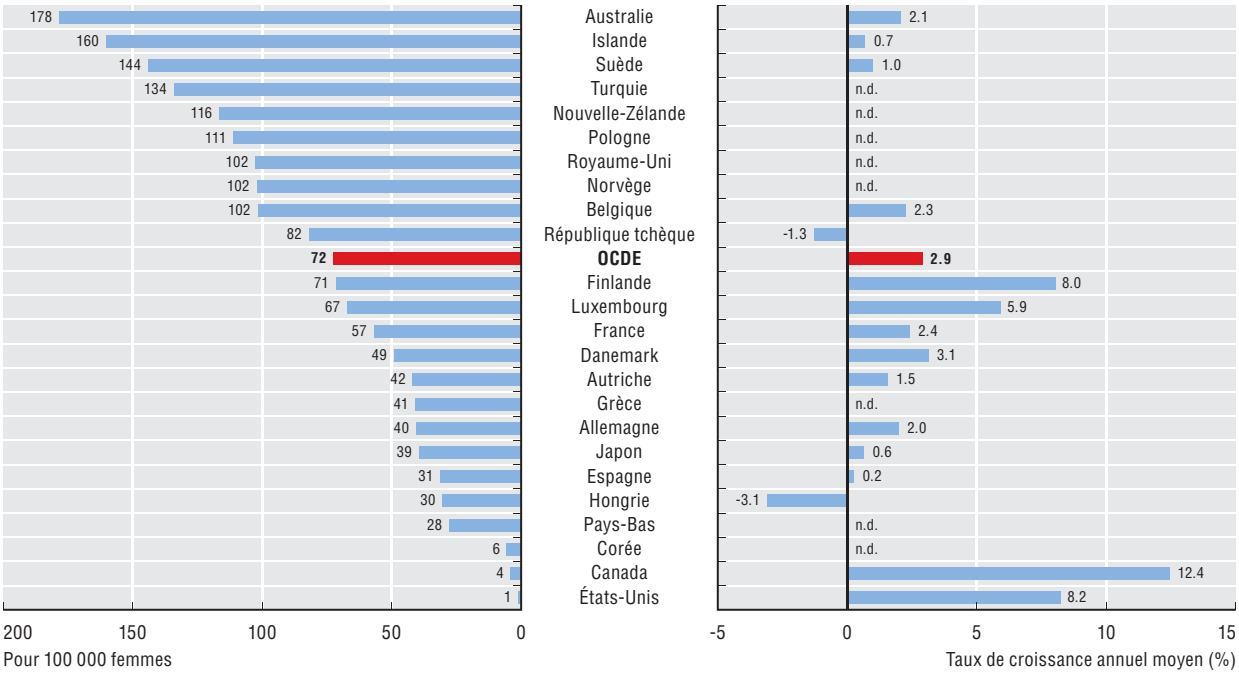
3.6.1 Nombre de gynécologues et obstétriciens pour 100 000 femmes, 2007 (ou dernière année disponible)

3.6.2 Variation du nombre de gynécologues et obstétriciens par femme, 1995-2007 (ou année la plus proche)



3.6.3 Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes, 2007 (ou dernière année disponible)

3.6.4 Variation du nombre de sages-femmes par femme, 1995-2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721853305467

3.7. Psychiatres

À tout moment, environ 10 % de la population adulte déclare souffrir d'une forme ou d'une autre de trouble mental ou comportemental (OMS, 2001). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent recevoir de l'aide d'un éventail de professionnels, tels que les généralistes, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières spécialisées, etc. En Europe, d'après une enquête de population réalisée en 2005-06, 13 % de la population en moyenne dans les pays de l'Union européenne déclaraient avoir demandé l'aide d'un professionnel de santé pour un problème psychologique ou émotionnel au cours de l'année précédente (Eurobaromètre, 2006). Parmi les personnes qui ont cherché de l'aide, deux tiers (67 %) ont consulté un généraliste, 15 % un psychiatre et encore 15 % un psychologue (graphique 3.7.3).

Cette section se concentre sur une seule catégorie de professionnels dans le domaine de la santé mentale, les psychiatres, du fait que l'on a moins de données comparables sur les autres catégories telles que les psychologues. Les psychiatres ont la responsabilité de diagnostiquer et de traiter un éventail de problèmes de santé mentale graves, comme la dépression, les troubles de l'apprentissage, l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles de l'alimentation et les troubles de la personnalité comme la schizophrénie. Le nombre des psychiatres dans la plupart des pays de l'OCDE se situe entre dix et vingt pour 100 000 habitants. Le nombre le plus élevé s'observe en Suisse, dans certains pays nordiques (Islande et Norvège) et en France, et le plus bas en Turquie, Corée, Pologne, Hongrie et Espagne (graphique 3.7.1).

Le nombre de psychiatres par habitant a augmenté depuis 1995 dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données. La hausse a été particulièrement rapide au Luxembourg, en Suisse, en Allemagne et en Autriche. À l'opposé, le nombre de psychiatres par habitant n'a pas augmenté en France, en Hongrie, au Portugal ni aux États-Unis depuis 1995 (graphique 3.7.2). En France, la plus grande part de l'augmentation a eu lieu dans les années 70.

Comme pour beaucoup d'autres spécialités médicales, les psychiatres peuvent être inégalement répartis entre les régions à l'intérieur d'un pays donné, certaines régions étant mal servies. En Australie, par exemple, la densité des psychiatres est sept fois plus élevée dans les grandes villes que dans les régions reculées (AIHW, 2008b).

Les psychiatres ont un rôle variable d'un pays à l'autre. Un pays comme l'Espagne a délibérément choisi de faire travailler les psychiatres en coopération étroite avec les généralistes. Ainsi, bien que le nombre de psychiatres soit relativement faible, les taux de consultation des psychiatres par les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus élevés que dans d'autres pays où le nombre de psychiatres est plus élevé, en raison des taux plus élevés d'envoi en consultation par les généralistes (Kovess-Masfety, 2007).

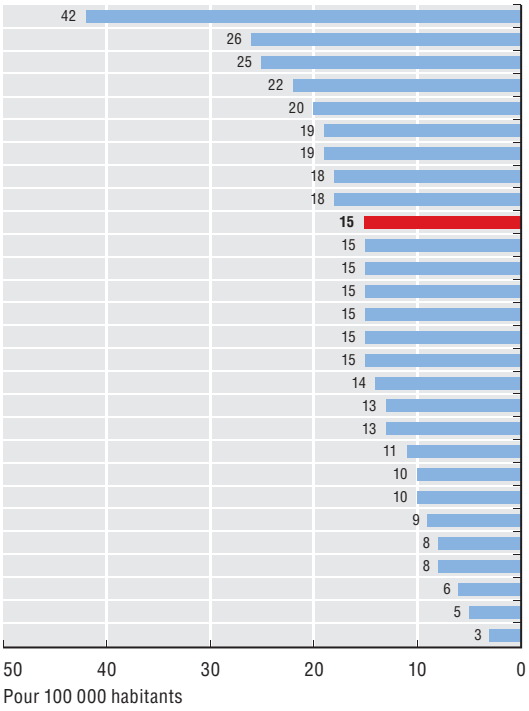
Le rôle des autres fournisseurs de services de santé mentale comme les psychologues varie aussi d'un pays à l'autre. Aux Pays-Bas, par exemple, il existe un nombre élevé de psychologues, très actifs dans la fourniture de services qui sont couverts par les systèmes d'assurance maladie. Dans d'autres pays, comme la France, les psychologues sont moins nombreux et les services qu'ils fournissent ne sont pas couverts par l'assurance maladie publique (Kovess-Masfety, 2007).

Définition et écarts

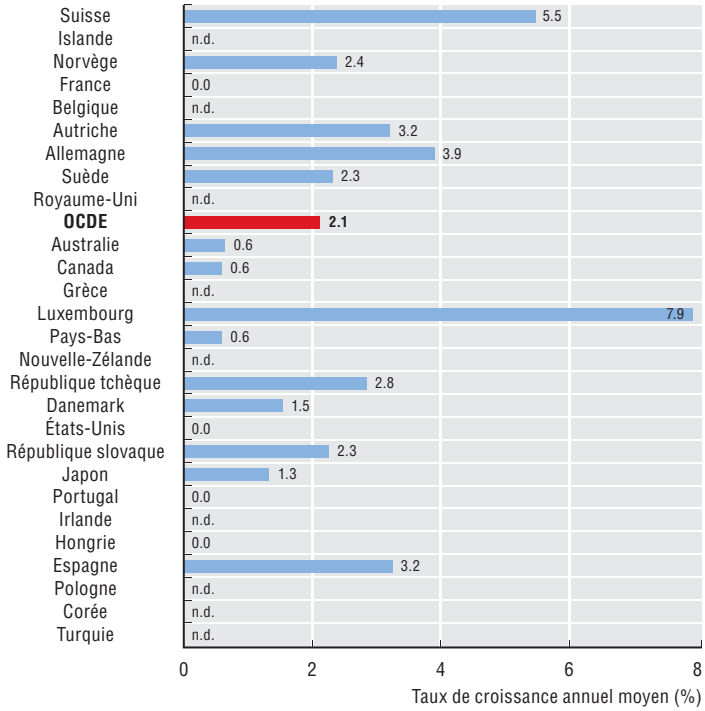
Les psychiatres sont des docteurs en médecine spécialisés dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Ils ont une formation postdoctorale en psychiatrie, et ils peuvent aussi avoir une formation additionnelle dans une spécialité psychiatrique comme la neuropsychiatrie ou la pédopsychiatrie. Les psychiatres peuvent prescrire des médicaments, ce que ne peuvent pas faire les psychologues dans la plupart des pays.

Les chiffres couvrent normalement les psychiatres, les neuropsychiatres et les pédopsychiatres. Les psychologues ne sont pas comptés. Ces données reposent sur un dénombrement des personnes, sans distinction d'un travail à temps plein ou à temps partiel.

3.7.1 Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

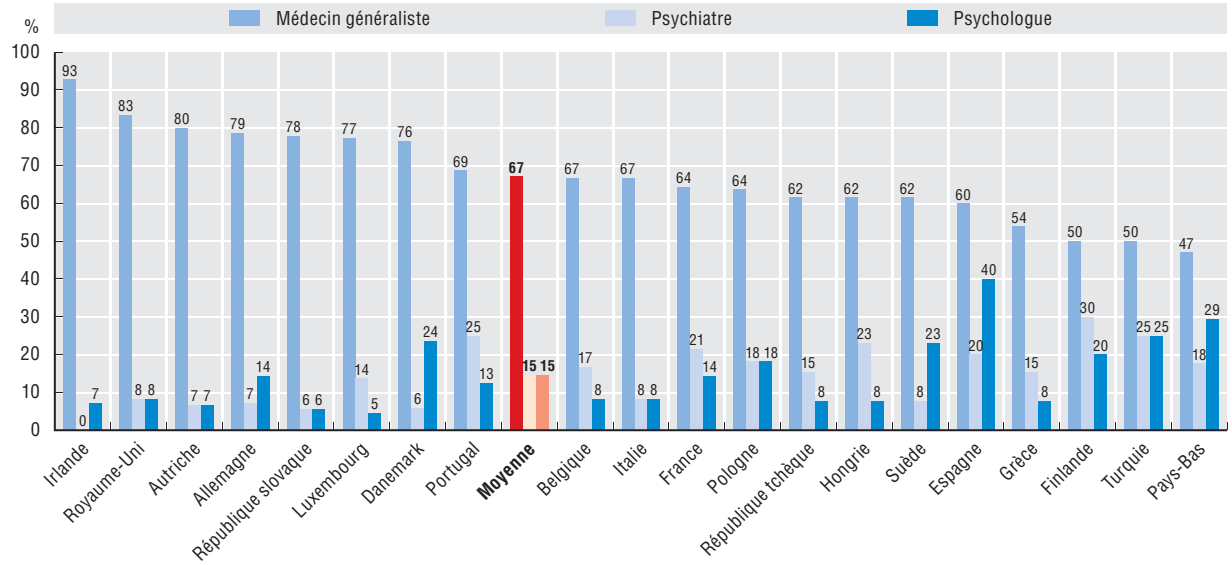


3.7.2 Variation du nombre de psychiatres pour 100 000 habitants, 1995-2007 (ou année la plus proche)



Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

3.7.3 Type de professionnel(s) consulté(s) pour des problèmes de santé mentale dans plusieurs pays de l'Union européenne, 2005-06



Note : La question posée pendant l'entretien était : « Durant les 12 derniers mois, avez-vous fait appel à un professionnel du fait d'un problème de santé d'ordre psychologique ou émotionnel ? Si oui, veuillez indiquer quel(s) professionnel(s) dans la liste fournie. »

Source : Eurobaromètre, décembre 2005-janvier 2006.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721860541567

3.8. Personnel infirmier en exercice

Les infirmières constituent habituellement la catégorie la plus nombreuse des professionnels de santé, dépassant largement en nombre les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la dispensation de soins de santé, dans les structures traditionnelles comme les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée mais aussi, de plus en plus, dans les centres de soins primaires (en particulier pour les soins aux personnes souffrant de maladies chroniques) et au domicile des patients. Toutefois, un grand nombre de pays s'inquiètent d'une pénurie de personnel infirmier et cette inquiétude pourrait fort bien s'intensifier dans les années à venir, car la demande d'infirmières va continuer à s'accroître alors que le vieillissement de la génération des « baby-boomers » va générer une vague de départs à la retraite parmi le personnel infirmier. Ces préoccupations conduisent de nombreux pays à prendre des mesures pour augmenter le nombre de nouvelles infirmières formées et pour accroître la rétention des infirmières dans la profession (OCDE, 2008e).

On présente dans cette section des données sur le nombre des infirmières en exercice, en distinguant les infirmières qualifiées et les infirmières auxiliaires qualifiées (ces deux catégories ayant souvent des appellations variables d'un pays à l'autre). En 2007, on comptait plus de 30 infirmières pour 1 000 habitants en Norvège, suivie par l'Irlande avec plus de 15, avec un minimum d'environ deux en Turquie et au Mexique (graphique 3.8.1). La moyenne de l'OCDE était de 9.6 infirmières pour 1 000 habitants.

En Norvège, plus de la moitié des infirmières sont des infirmières auxiliaires qualifiées qui ont seulement un niveau d'instruction secondaire et fournissent principalement des services sociaux. Dans beaucoup d'autres pays, au contraire, comme le Royaume-Uni et les États-Unis, ce sont en grande majorité des infirmières qualifiées. Dans certains pays comme la France, le Portugal et la Pologne, la catégorie des infirmières auxiliaires qualifiées n'existe pas, même si les infirmières diplômées peuvent être assistées par des aides-soignantes qui ne sont toutefois pas officiellement reconnues comme infirmières.

Le nombre des infirmières pour 1 000 habitants a augmenté en moyenne de 1.4 % par an entre 2000 et 2007 dans les pays de l'OCDE (graphique 3.8.2). En Australie, aux Pays-Bas et en République slovaque, le nombre d'infirmières par habitant a par contre diminué depuis 2000 (depuis 2004 dans le cas des Pays-Bas). Au Canada, après une baisse du nombre d'infirmières par habitant pendant les années 90, la densité a recommencé à augmenter ces dernières années, à la suite d'efforts accrus pour en former un plus grand nombre (voir l'indicateur 3.9 « Infirmières nouvellement diplômées »).

Les États-Unis ont les plus importants effectifs parmi tous les pays de l'OCDE, avec près de 3 millions d'infirmières qualifiées et plus de 700 000 infirmières auxiliaires qualifiées mais la demande continue de croître (Aiken et Cheung, 2008). Si des efforts accrus ne sont pas menés pour former un plus grand nombre d'infirmières, on prévoit un déficit de 1 million d'infirmières de niveau supérieur aux États-Unis en 2020 (HRSA, 2004). Certaines mesures ont déjà été prises pour accroître le nombre de diplômées des filières de formation des infirmières (voir l'indicateur 3.9).

En 2007, le ratio infirmières/médecins variait entre plus de cinq infirmières pour un médecin en Norvège et en Irlande et moins d'une infirmière pour un médecin en Grèce (graphique 3.8.3). Le ratio infirmières/médecins est aussi relativement bas dans d'autres pays d'Europe méridionale (Portugal, Italie et Espagne). La moyenne des pays de l'OCDE est légèrement supérieure à trois infirmières pour un médecin, la plupart des pays déclarant entre deux et quatre. En Grèce et en Italie, on observe un sureffectif de médecins et un sous-effectif d'infirmières, d'où un manque d'efficience de l'allocation des ressources (OCDE, 2009c; Chaloff, 2008).

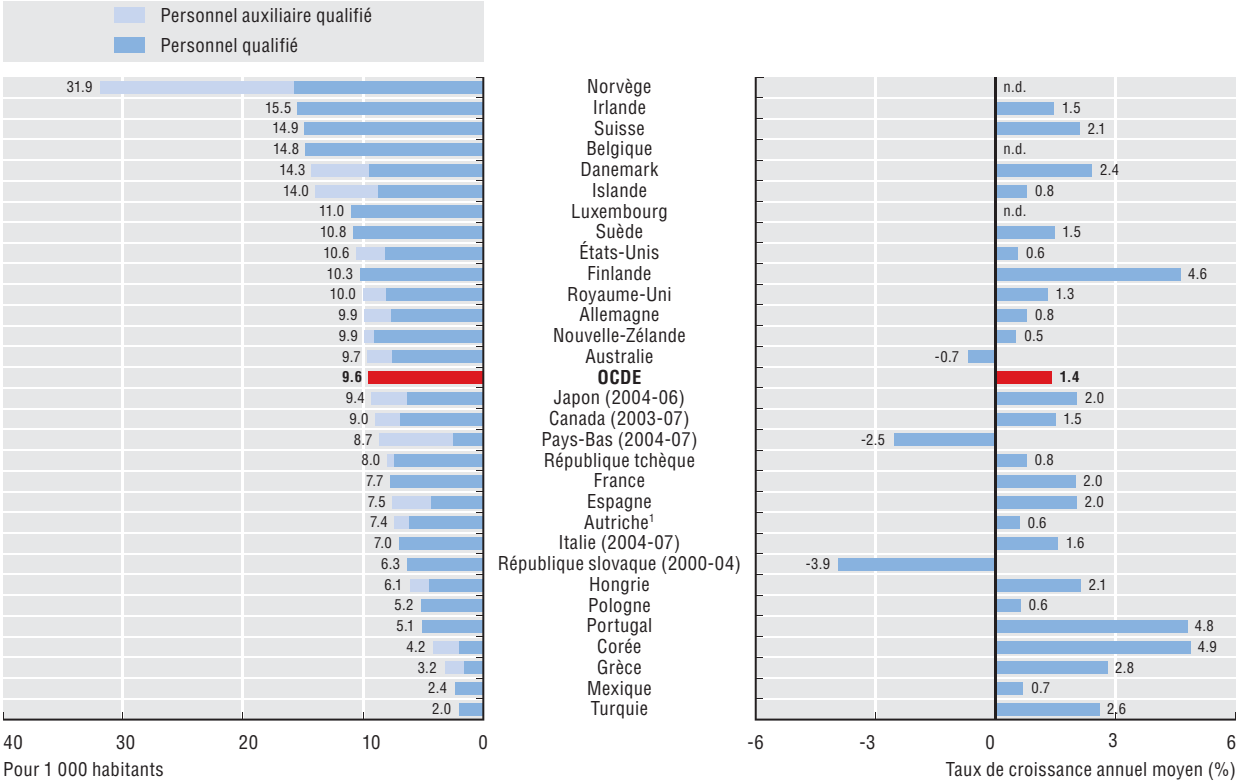
Définition et écarts

Les infirmières en exercice comprennent les infirmières employées et les infirmières libérales. Dans la plupart des pays, les données couvrent les infirmières qualifiées qui ont un niveau d'éducation supérieur et assument des tâches de plus haut niveau, et les infirmières auxiliaires qualifiées qui ont un niveau d'éducation moindre mais qui sont néanmoins reconnues et enregistrées comme infirmières. Les sages-femmes, les aides-soignantes non reconnues comme infirmières et les infirmières travaillant dans l'administration ou la recherche sont normalement exclues.

Toutefois, la moitié environ des pays de l'OCDE englobent les sages-femmes du fait qu'elles sont considérées comme des infirmières spécialisées, et un certain nombre de pays comptent aussi les infirmières travaillant dans l'administration ou la recherche sans exercer auprès des patients (d'où une surestimation). L'Autriche ne prend en compte que les infirmières travaillant dans les hôpitaux (d'où une sous-estimation). Les chiffres pour l'Allemagne n'incluent pas environ 250 000 infirmières (soit 30 % d'infirmières en plus) qui ont trois années d'éducation et fournissent des services aux personnes âgées.

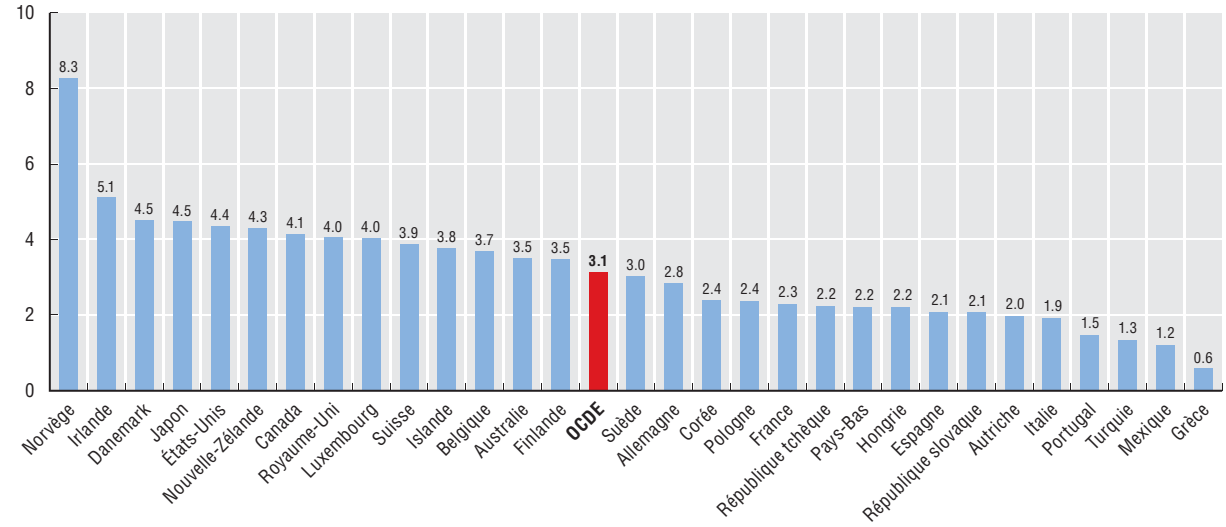
3.8.1 Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

3.8.2 Variation du nombre d'infirmiers en exercice pour 1 000 habitants, 2000-07



1. L'Autriche ne prend en compte que le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.

3.8.3 Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721865017836

3.9. Personnel infirmier nouvellement diplômé

Beaucoup de pays de l'OCDE ont pris des mesures ces dernières années pour augmenter le nombre d'élèves en études infirmières en réponse aux préoccupations concernant les pénuries d'infirmières, présentes ou prévisibles. Il est particulièrement important d'accroître l'investissement dans la formation des infirmières eu égard au vieillissement de la population infirmière dans de nombreux pays et au fait que les infirmières de la génération du « baby-boom » approchent de la retraite.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, on dénombrait 36 infirmières nouvellement diplômées pour 100 000 habitants en 2007 (graphique 3.9.1). Les taux les plus élevés sont en République slovaque, Norvège et Suisse. En République slovaque, les taux de nouvelles infirmières diplômées en 2007 étaient très supérieurs à ceux des années précédentes, reflétant des efforts récents pour accroître le nombre d'infirmières. En Norvège et en Suisse, les taux de nouvelles infirmières diplômées ont constamment été au-dessus de la moyenne de l'OCDE depuis le milieu de la décennie 80, ce qui explique le nombre élevé d'infirmières par habitant dans ces pays (voir l'indicateur 3.8). À l'opposé, les taux de nouvelles infirmières diplômées par habitant sont traditionnellement bas en Turquie, Grèce et Italie, trois pays qui déclarent un nombre relativement faible d'infirmières par habitant. Au Luxembourg également, les taux de nouvelles infirmières diplômées sont bas, mais un grand nombre d'infirmières sont formées à l'étranger.

Les dispositifs institutionnels pour la formation des infirmières diffèrent suivant les pays de l'OCDE. Dans certains pays, le nombre d'élèves admis en études infirmières est déterminé de manière décentralisée, sans limite numérique. C'est le cas en Belgique, aux Pays-Bas, en Norvège, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, bien que, dans ce dernier cas, les décisions des États concernant le financement public de la formation des infirmières aient une influence directe sur la capacité des écoles d'infirmières à admettre des élèves. Dans les autres pays, l'entrée dans les études d'infirmières est régulée (OCDE, 2008e).

En proportion du nombre d'infirmières, on comptait en moyenne dans les pays de l'OCDE 42 nouvelles infirmières diplômées pour 1 000 infirmières en 2007 (graphique 3.9.2). Ce nombre était élevé en République slovaque, en Corée et au Portugal, bien que, dans ces deux derniers pays, cela s'explique en partie par le nombre relativement faible d'infirmières. Le taux le plus bas s'observait au Luxembourg, situation compensée par l'importation d'infirmières formées dans d'autres pays. Les taux de nouvelles infirmières diplômées sont également bas en Irlande, qui recourt aussi à l'immigration pour répondre à ses besoins (OCDE, 2007a).

En Italie, les préoccupations concernant les pénuries d'infirmières ont conduit à élever le nombre d'élèves-infirmières ces dernières années, entraînant une augmentation du nombre de nouvelles infirmières diplômées qui est passé de moins de 6 000 en 2002 à plus de 10 000 en 2007. Néanmoins, cela n'est peut-être pas suffisant pour répondre à la demande présente et future, étant donné qu'on estime entre 13 000 et 17 000 le nombre d'infirmières qui quittent la profession chaque année (Chaloff, 2008).

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, le nombre de nouveaux diplômés en études d'infirmier a augmenté depuis 2000 (graphique 3.9.3). C'est le cas en France, en Norvège, en Suisse et aux États-Unis. Aux États-Unis, le budget fédéral pour l'année budgétaire 2010 prévoit un financement additionnel pour renforcer la capacité des écoles d'infirmières d'augmenter le nombre de diplômées (Office of Management and Budget, 2009).

Au Danemark, le nombre annuel de nouveaux diplômés est resté relativement stable entre 2000 et 2007, mais on a aussi augmenté la capacité des écoles d'infirmières de 10 % depuis 2007 en réponse aux pénuries d'infirmières signalées (OCDE, 2008b). Au Japon, le nombre annuel de nouveaux diplômés a baissé entre 2000 et 2007, reflétant une réduction du nombre des écoles d'infirmières et de leur capacité. Toutefois, cette tendance à la baisse de la capacité de formation s'est inversée depuis 2006, ce qui devrait générer un nombre croissant de nouvelles infirmières diplômées dans les années à venir (Japanese Nursing Association, 2009).

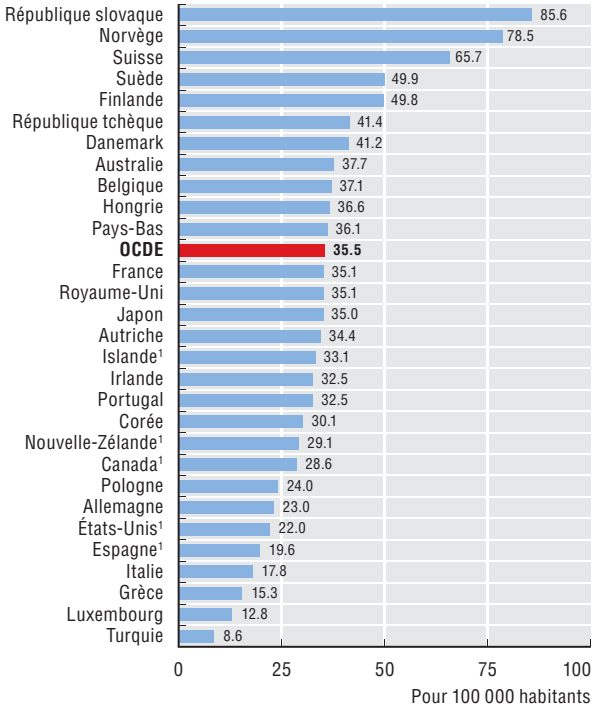
Définition et écarts

Les infirmières nouvellement diplômées correspondent au nombre d'élèves ayant obtenu une qualification reconnue pour devenir infirmières. Cela exclut les infirmières qui obtiennent un diplôme de maîtrise ou de doctorat, pour éviter de compter deux fois celles qui acquièrent des qualifications supplémentaires.

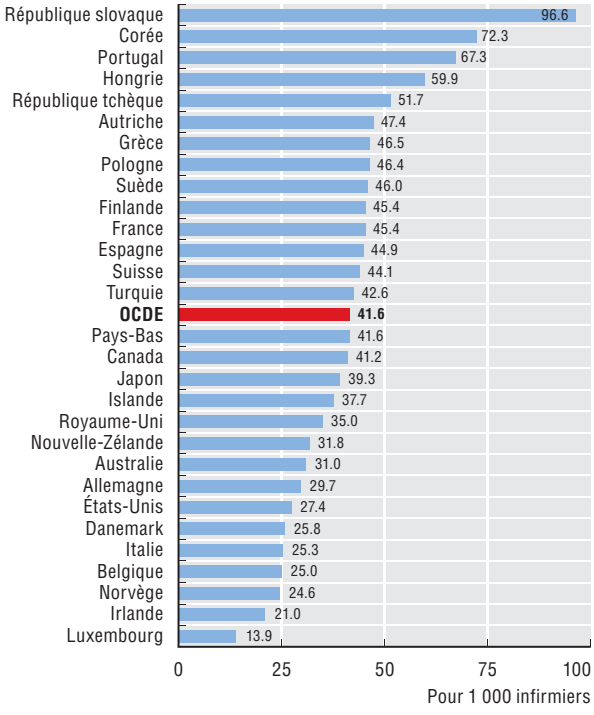
Les chiffres du Canada, Islande, Nouvelle-Zélande, Espagne et États-Unis n'inclut pas les diplômées des filières de formation de moindre niveau, et en Allemagne les chiffres ne comprennent pas les diplômées des programmes de trois ans consacrés aux soins aux personnes âgées, d'où une sous-estimation des taux de nouvelles infirmières diplômées par habitant. Toutefois, les taux de diplômées par infirmière en exercice incluent les mêmes catégories d'infirmières au numérateur et au dénominateur, afin d'éviter toute sous-estimation.

Le Royaume-Uni ne compte pas les nouvelles diplômées originaires de l'étranger.

3.9.1 Diplômés en études d'infirmier pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

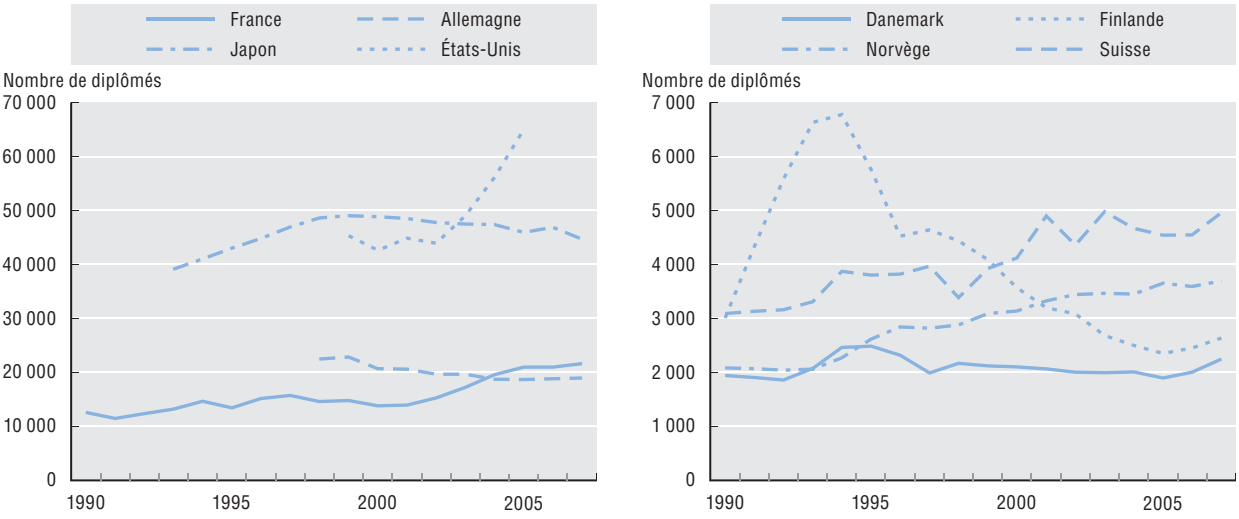


3.9.2 Diplômés en études d'infirmier pour 1 000 infirmiers, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Les nombres de diplômés déclarés par le Canada, l'Espagne, les États-Unis, l'Islande et la Nouvelle-Zélande ne comprennent pas les études d'infirmiers de niveau moins élevé, entraînant une sous-estimation des taux de diplômés par habitant comparés aux autres pays (graphique 3.9.1). Cependant, pour ces pays, le calcul des taux de diplômés par infirmier en activité (graphique 3.9.2) n'inclut que les infirmiers de niveau plus élevé, pour éviter toute sous-estimation.

3.9.3 Nombre absolu de diplômés en études d'infirmier dans quelques pays de l'OCDE, 1990-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721868350411

3.10. Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération des infirmières est un des facteurs qui influent sur la satisfaction professionnelle et sur l'attrait de la profession. Il a aussi un effet direct sur les coûts, étant donné que les salaires représentent une des principales lignes de dépenses des systèmes de santé.

Il est difficile de rassembler des données comparables sur la rémunération des infirmières, du fait que les pays collectent des données auprès de sources différentes, couvrant des catégories d'infirmières différentes. Les données présentées dans cette section portent de manière générale sur la rémunération des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux, mais la couverture des données est différente pour certains pays (voir l'encadré « Définition et écarts » ci-dessous).

Les données sur la rémunération des infirmières sont présentées de deux manières : 1) par comparaison au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs dans le pays, ce qui donne une indication de l'attrait financier du métier d'infirmière par rapport aux autres professions; et 2) sur la base d'une monnaie commune (le dollar US), corrigé par les parités de pouvoir d'achat, pour donner une indication du bien-être économique des infirmières par comparaison avec leurs homologues des autres pays.

Dans la plupart des pays, la rémunération des infirmières est supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs du pays (graphique 3.10.1). C'est particulièrement le cas au Mexique, où le revenu des infirmières est supérieur au double du salaire moyen. Au Portugal, il est 70 % plus élevé. À l'opposé, le revenu des infirmières est inférieur au salaire moyen en Hongrie, République slovaque, République tchèque et Finlande. En Finlande, la croissance du salaire des infirmières a été inférieure à celle du salaire moyen entre 2000 et 2007, mais cet écart devrait se réduire dans les années à venir du fait que les infirmières ont obtenu une hausse de salaire substantielle à partir de 2008.

Après conversion en une monnaie commune, la rémunération des infirmières est quatre à six fois plus élevée au Luxembourg qu'en République slovaque, Hongrie et République tchèque (graphique 3.10.2). Les infirmières aux États-Unis ont aussi des revenus relativement élevés par comparaison avec leurs homologues des autres pays. Cela peut expliquer la capacité des États-Unis d'attirer de nombreuses infirmières d'autres pays (OCDE, 2007a; Aiken et Cheung, 2008). Au Mexique, bien que les salaires des infirmières semblent élevés par rapport aux autres travailleurs de ce pays, leur revenu est bas par comparaison avec les infirmières aux États-Unis et dans d'autres pays.

La rémunération des infirmières en termes réels a augmenté dans tous les pays de l'OCDE depuis cinq à dix ans, à l'exception du Mexique (graphique 3.10.3). Le taux de croissance a été particulièrement fort en République slovaque et République tchèque, ce qui a réduit dans une certaine mesure l'écart avec les autres pays d'Europe. Au Royaume-Uni, le revenu des infirmières en termes réels a augmenté au rythme moyen de 3 % par an durant ces dix dernières années, soit deux fois plus rapidement que le salaire moyen dans l'économie.

Certains études indiquent que les bas salaires sont une des raisons pour lesquelles certaines infirmières quittent la profession (Hasselhorn *et al.*, 2005). Toutefois, d'autres études ne trouvent qu'une faible corrélation entre le salaire et l'offre de personnel infirmier (Shield, 2004; Chiha et Link, 2003; Antonazzo *et al.*, 2003). D'autres dispositions, comme l'amélioration de la flexibilité des horaires de travail et les possibilités de développement de carrière, peuvent aussi contribuer à attirer et retenir un plus grand nombre d'infirmières (OCDE, 2008e).

Définition et écarts

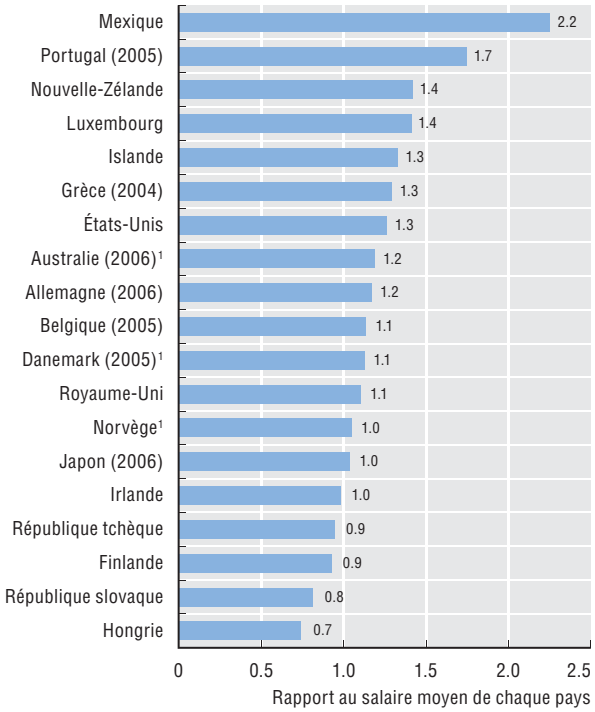
La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel *brut* moyen, qui inclut les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Ce revenu doit normalement inclure tous les paiements supplémentaires tels que les primes et paiements des gardes de nuit et des heures supplémentaires. Dans la plupart des pays, les données se rapportent spécifiquement aux infirmières qui travaillent dans les hôpitaux; toutefois, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, les données couvrent aussi les infirmières travaillant à l'extérieur de l'hôpital.

Les données ne concernent que les infirmières qualifiées (« de niveau supérieur ») en Australie, au Danemark et en Norvège, d'où une surestimation par rapport aux autres pays qui incluent aussi les infirmières auxiliaires qualifiées.

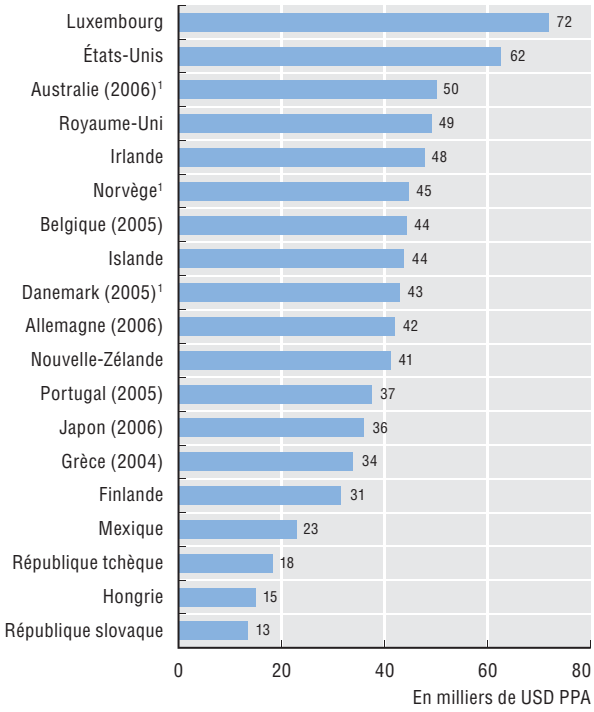
Les données portent sur les infirmières travaillant à temps plein, à l'exception de la Belgique où les infirmières à temps partiel sont aussi prises en compte (d'où une sous-estimation). Les données de certains pays n'incluent pas le paiement des heures supplémentaires (Irlande et Mexique). Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels, qui dans certains pays peuvent représenter une part non négligeable du revenu.

La rémunération des infirmières est comparée au salaire moyen des salariés à temps plein de tous les secteurs du pays, sauf pour l'Islande, le Mexique et la Nouvelle-Zélande où elle est comparée au salaire moyen dans certaines branches industrielles.

3.10.1 Rémunération des infirmiers en hôpital par rapport au salaire moyen, 2007 (ou dernière année disponible)

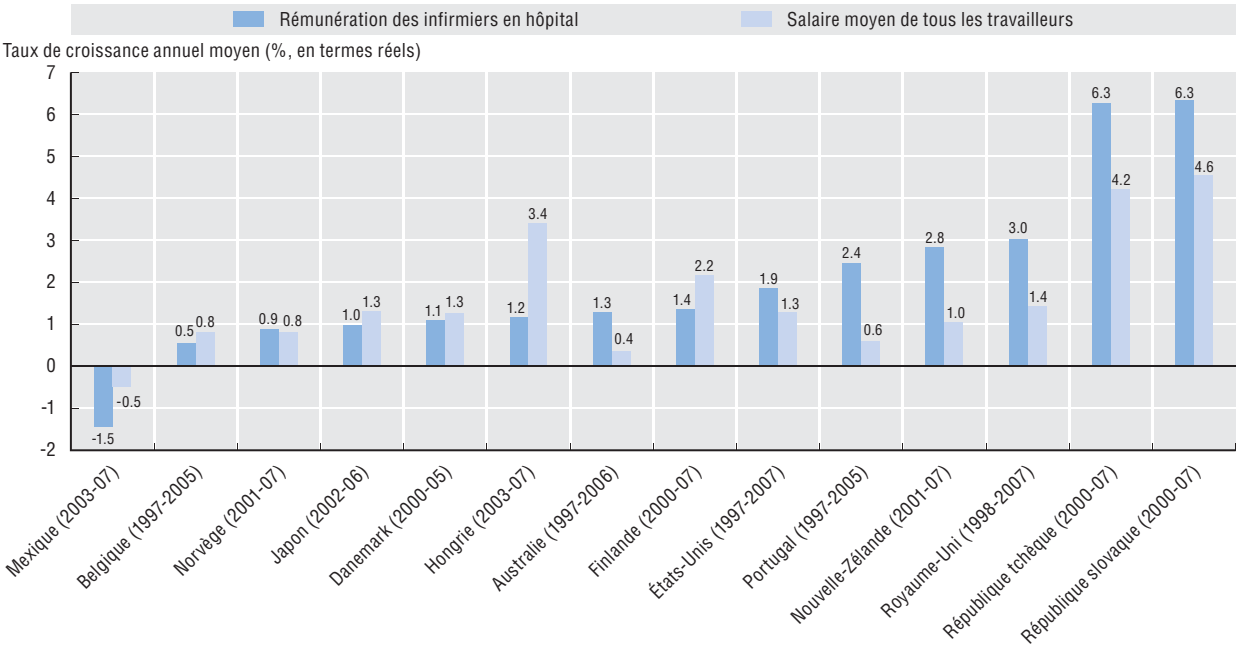


3.10.2 Rémunération des infirmiers en hôpital, en USD PPA, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Les données se rapportent uniquement aux infirmiers de niveau plus élevé en Australie, au Danemark et en Norvège.

3.10.3 Évolution de la rémunération des infirmiers en hôpital



Source : Eco-Santé OCDE 2009 pour la rémunération des infirmiers; *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2009* et *Les impôts sur les salaires 2009* pour le salaire moyen des travailleurs dans l'économie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721883128233

3.11. Dentistes

Les dentistes sont les principaux fournisseurs de soins dentaires, bien que certains services soient aussi fournis par des hygiénistes dentaires, des assistants dentaires et des prothésistes dentaires. La plupart des dentistes dans les pays de l'OCDE travaillent dans leur propre cabinet ou dans un cabinet de groupe (cliniques dentaires), bien qu'une petite proportion travaillent aussi dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, il y a entre 50 et 80 dentistes en exercice pour 100 000 habitants (graphique 3.11.1). La Grèce a le plus grand nombre de dentistes par habitant, suivie par l'Islande, la Norvège, la Suède, la Belgique et le Luxembourg, avec au moins 80 dentistes pour 100 000 habitants. Le Mexique a le plus faible nombre de dentistes par habitant, malgré une augmentation notable depuis 1990.

Entre 1990 et 2007, le nombre de dentistes par habitant a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Finlande, de la Suède et du Danemark où le nombre était élevé au départ et reste largement au-dessus de la moyenne de l'OCDE. La croissance du nombre de dentistes par habitant a été particulièrement forte au Portugal (le nombre absolu a triplé depuis 1990) et en Espagne et en Corée (le nombre absolu a plus que doublé), bien qu'il reste largement au-dessous de la moyenne de l'OCDE en Corée (graphique 3.11.2).

Dans des pays comme la France, les Pays-Bas et les États-Unis, le nombre des dentistes a augmenté au même rythme que la population, et le nombre de dentistes par habitant est ainsi resté stable entre 1990 et 2007.

Un nombre de dentistes par habitant élevé est généralement associé à un nombre de consultations de dentiste élevé (graphique 3.11.3). Toutefois, pour un nombre donné de dentistes par habitant, il peut y avoir de larges différences dans le nombre moyen de consultations de dentiste. Par exemple, alors que le Japon a un peu moins de dentistes par habitant que l'Allemagne, la Finlande ou le Danemark, le nombre moyen de consultations de dentiste est deux ou trois fois plus grand.

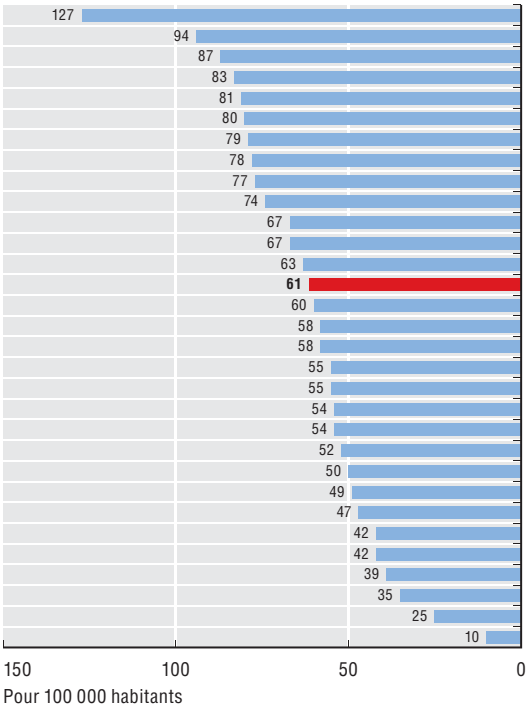
On peut calculer des estimations du nombre annuel de consultations par dentiste à partir des informations sur les consultations de dentiste. Il convient d'interpréter avec prudence cet indicateur en tant que mesure de la productivité des dentistes, parce que les consultations (qui peuvent inclure des traitements) peuvent varier en complexité, en durée et en efficacité. Néanmoins, le graphique 3.11.4 montre de grandes différences entre les pays de l'OCDE pour le nombre estimé de consultations par dentiste, avec des variations dans un rapport de un à quatre. Cela pourrait s'expliquer en partie par des différences dans le nombre moyen d'heures de travail, et en partie aussi par la disponibilité de personnel auxiliaire et d'assistants qui permettent aux dentistes de voir plus de patients par jour. Au Mexique, l'augmentation notable du nombre de dentistes par habitant depuis 1990 s'est accompagnée de taux d'activité relativement bas, ce qui laisse penser que la croissance de l'offre dépasse peut-être l'augmentation de la demande de soins dentaires. En Corée, au contraire, la forte augmentation de l'offre de dentistes depuis 1990 s'est accompagnée de forts taux d'activité.

Comme pour les autres professionnels de santé, il y a généralement plus de dentistes par habitant dans les grandes villes que dans les zones rurales. En France, par exemple, il y avait quatre fois plus de dentistes par habitant à Paris que dans les communes rurales en 2006 (DREES, 2007). La faiblesse de l'offre de dentistes dans les zones rurales pourrait conduire à ce que des besoins en soins dentaires soient insatisfaits (voir l'indicateur 6.1 « Besoins en soins de santé insatisfaits »).

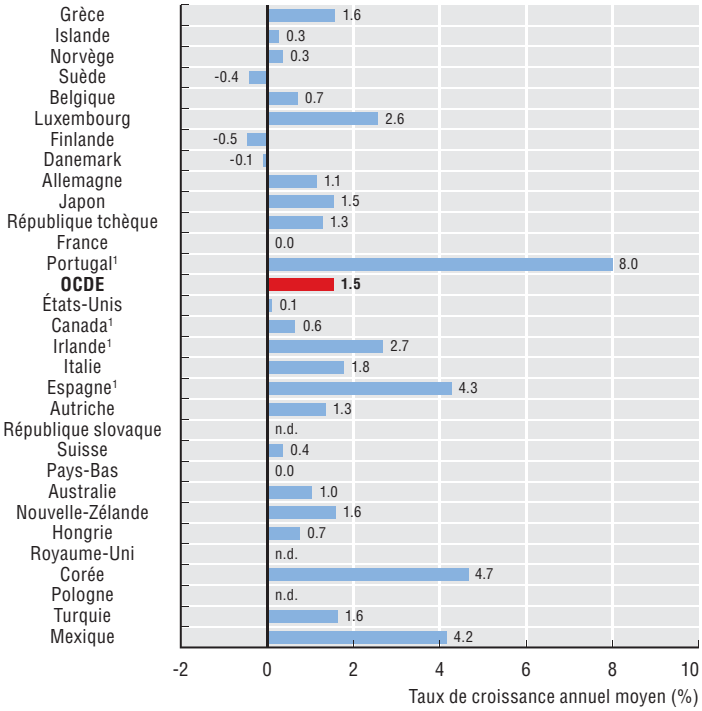
Définition et écarts

Le nombre de dentistes inclut les dentistes salariés et les dentistes libéraux. Dans la plupart des pays, les données ne couvrent que les dentistes qui dispensent des services directs à leurs clients/patients. Ce n'est toutefois pas le cas du Canada, de l'Irlande, du Portugal et de l'Espagne, où les données concernent tous les dentistes autorisés à exercer, y compris certains qui peuvent ne pas exercer.

3.11.1 Nombre de dentistes pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

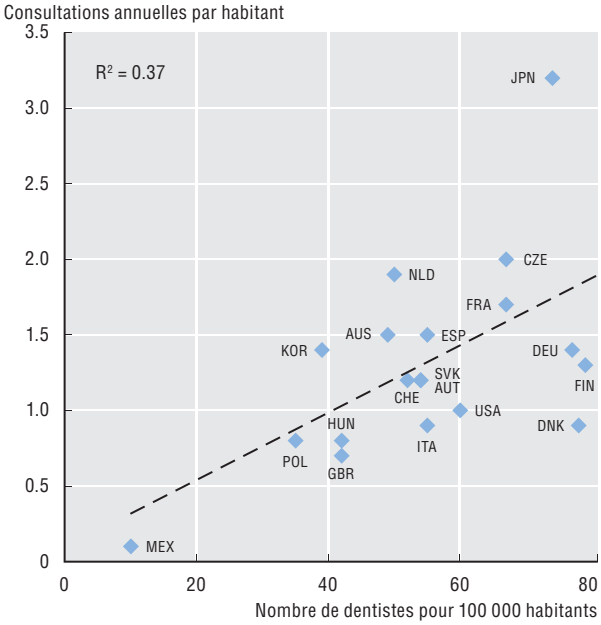


3.11.2 Variation du nombre de dentistes par habitant, 1990-2007 (ou année la plus proche)

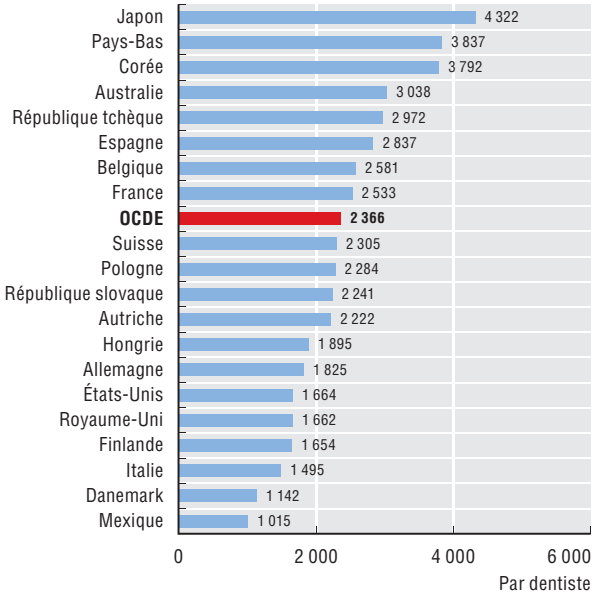


1. Le Canada, l'Espagne, l'Irlande et le Portugal incluent tous les dentistes autorisés à exercer (pas seulement les dentistes en activité).

3.11.3 Nombre de dentistes et consultations par habitant, 2007 (ou dernière année disponible)



3.11.4 Estimation du nombre de consultations par dentiste, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/721886467251

3.12. Pharmaciens

Les pharmaciens ont un rôle d'assistance auprès des personnes pour l'obtention des médicaments et pour que ceux-ci soient utilisés d'une manière sûre et appropriée. Dans la plupart des pays, ils ont suivi des études de pharmacie au niveau universitaire et ont passé un examen administré par l'autorité réglementaire pour obtenir l'autorisation d'exercer.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, on dénombre entre 60 et 100 pharmaciens pour 100 000 habitants. Le Japon, la France et la Belgique ont le plus grand nombre de pharmaciens par habitant, avec des taux supérieurs à 115 pour 100 000 habitants (graphique 3.12.1). Ces taux élevés sont associés à un nombre élevé de pharmacies de ville (graphique 3.12.3). À l'opposé, on observe un nombre peu élevé de pharmaciens par habitant au Danemark et aux Pays-Bas, ce qui est aussi lié au fait que ces deux pays sont parmi ceux qui ont le moins de pharmacies de ville par habitant. Le nombre relativement faible de pharmacies de ville aux Pays-Bas peut s'expliquer en partie par le fait que les patients peuvent aussi acheter leurs médicaments sur ordonnance directement auprès de certains médecins qui les délivrent eux-mêmes (Vogler *et al.*, 2008).

Entre 1990 et 2007, le nombre de pharmaciens par habitant a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE, à l'exception du Danemark et de la Belgique, bien qu'il reste élevé en Belgique. L'Espagne, le Japon, l'Irlande, le Portugal et la Hongrie sont les pays où il a augmenté le plus rapidement (graphique 3.12.2).

Au Japon, la forte augmentation du nombre des pharmaciens est dans une grande mesure attribuable aux efforts menés par le gouvernement pour séparer plus clairement la prescription de médicaments par les médecins et la délivrance de médicaments par les pharmaciens (système *Bungyo*). Traditionnellement, la grande majorité des médicaments sur ordonnance au Japon étaient délivrés directement par les médecins. Cependant, ces dernières années, le gouvernement japonais a pris un certain nombre de mesures pour encourager la séparation entre la prescription et la délivrance des médicaments. En 1997, la Loi sur les services médicaux a été modifiée de manière à reconnaître le rôle des pharmaciens en tant que professionnels de santé à part entière. Une autre modification de la Loi sur les services médicaux en 2006 reconnaît aux pharmacies de ville le statut d'établissement fournissant des biens et des services de santé. À la suite de ces réformes, le pourcentage des médicaments sur ordonnance délivrés par les pharmaciens est passé de 26 % du total des ordonnances en 1997 à 57 % en 2007, et le nombre des pharmacies de ville est passé de 42 412 à 52 539 (Japanese Pharmaceutical Association, 2008).

La plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville. Au Canada, par exemple, 75 % du total des pharmaciens en activité travaillent dans des pharmacies de ville, 15 % à 20 % dans des hôpitaux et autres établissements de soins de santé et les 5 % à 10 % restants dans l'industrie et d'autres structures (ICIS, 2008b). Au Japon, la moitié des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2006, contre seulement un tiers en 1990 (Japanese Pharmaceutical Association, 2008).

Définition et écarts

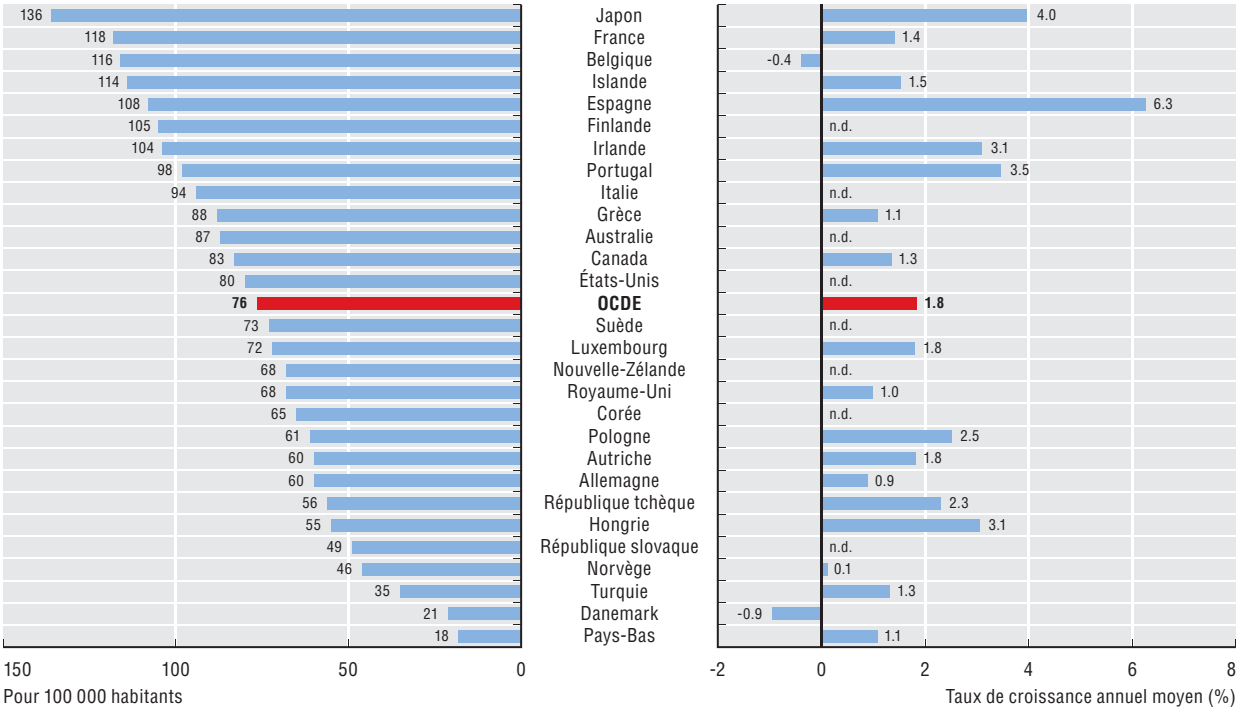
Le nombre des pharmaciens en exercice correspond aux pharmaciens qui sont autorisés à exercer et qui fournissent des services directs aux clients/patients. Ils peuvent être salariés ou libéraux et travailler dans des pharmacies de ville, des hôpitaux ou d'autres structures. Les aides-pharmaciens et autres employés de pharmacie sont normalement exclus.

Les données des Pays-Bas excluent les pharmaciens qui travaillent dans les hôpitaux/cliniques (d'où une légère sous-estimation). Les données du Luxembourg excluent les pharmaciens rémunérés par les hôpitaux, mais incluent les employés de pharmacie et les pharmaciens travaillant dans l'administration.

En Irlande, les données couvrent toutes les personnes inscrites au registre de la Pharmaceutical Society of Ireland, y compris éventuellement des pharmaciens qui ne sont pas en activité. En outre, les chiffres couvrent les aides-pharmaciens, les préparateurs en pharmacie et les médecins qui délivrent des médicaments (environ 140 en 2007), d'où une surestimation par comparaison avec les données fournies par les autres pays. Les aides-pharmaciens sont aussi inclus en Islande.

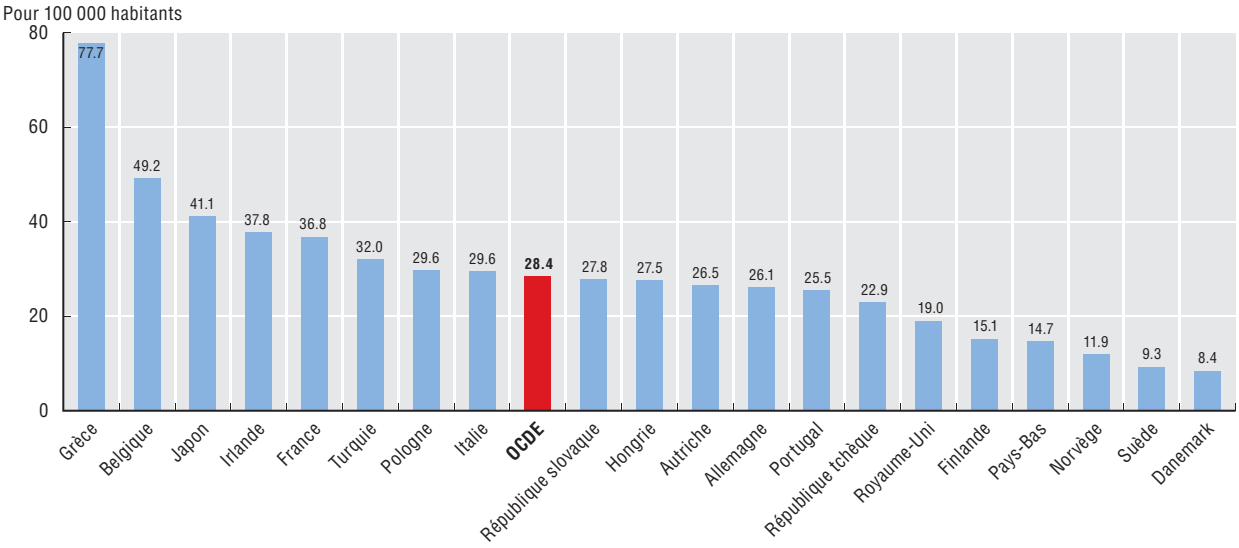
3.12.1 Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

3.12.2 Variation du nombre de pharmaciens par habitant, 1990-2007 (ou année la plus proche)



Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

3.12.3 Nombre de pharmacies et autres officines dispensant des médicaments sur prescription pour 100 000 habitants dans certains pays de l'OCDE, 2007



Source : Vogler *et al.* (2008) et Japanese Pharmaceutical Association (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722003741124

4. SERVICES DE SANTÉ

Introduction

4.1. Consultations de médecins

4.2. Technologies médicales (offre et utilisation)

4.3. Lits d'hôpitaux (offre et occupation)

4.4. Sorties d'hôpital

4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital

4.6. Chirurgies cardiaques (pontage coronarien et angioplastie)

4.7. Traitement des insuffisances rénales (dialyse et transplantation)

4.8. Césariennes

4.9. Opérations de la cataracte

4.10. Consommation de médicaments

Introduction

Ce chapitre présente des comparaisons concernant l'offre et l'utilisation de différents types de services et biens de santé dans les pays de l'OCDE. La fourniture de ces services et l'achat de biens tels que les produits pharmaceutiques représentent une grande partie des dépenses de santé décrites au chapitre 7.

Les indicateurs couvrent un ensemble de services de santé importants, comprenant des services fournis dans le secteur des soins primaires et dans les hôpitaux. Le chapitre commence par un examen des niveaux et des tendances du nombre de consultations de médecins, un des services les plus courants que reçoivent les patients. La diffusion des technologies médicales modernes est considérée de manière générale comme un des principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. La deuxième section de ce chapitre présente des données sur l'offre et l'utilisation de deux technologies de diagnostic, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie.

L'attention se tourne ensuite sur les activités hospitalières, secteur qui continue d'absorber la part la plus importante des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, avec 35 % à 40 % du total des dépenses dans beaucoup de pays. La description des services des hôpitaux aborde en premier lieu l'offre de lits dans les hôpitaux, ainsi que leur taux d'occupation. On considère ensuite le nombre de sorties d'hôpital et la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux, toutes affections confondues ainsi que pour quelques affections particulières. Le chapitre 5 sur la qualité des soins complète cet examen en considérant quelques-unes des causes d'hospitalisation qui pourraient être évitables, notamment par de meilleurs soins primaires pour les affections chroniques.

Les indicateurs qui suivent portent plus spécifiquement sur certaines interventions à haut volume et à coût élevé. Ce sont les interventions de revascularisation telles que le pontage coronarien et l'angioplastie coronaire pour les patients atteints de cardiopathies ischémiques, la dialyse et la transplantation rénale pour les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale, les césariennes et les opérations de la cataracte. La principale constatation est qu'il existe, d'un pays à l'autre, des variations importantes et inexpliquées dans le recours à ces différentes interventions.

Ces 20 dernières années, des recherches menées aux États-Unis ainsi que dans d'autres pays de l'OCDE ont conclu qu'il peut y avoir une *surutilisation ou une utilisation inappropriée* de certains actes médicaux ou chirurgicaux, en ce sens que certaines interventions peuvent être réalisées chez des patients pour lesquels les données scientifiques indiquent que les risques sont supérieurs aux effets bénéfiques escomptés (OCDE, 2004a). À l'opposé, il peut aussi y avoir une *sous-utilisation* de certains services qui sont médicalement indiqués. Le chapitre 5 sur la qualité des soins donne quelques exemples de sous-utilisation de certains services indiqués tels que la vaccination pour éviter les maladies transmissibles chez les enfants et d'autres catégories de la population. Par ailleurs, le chapitre 6 sur l'accès aux soins donne des informations additionnelles sur les *inégalités* dans l'utilisation de certains services de santé entre différentes catégories socio-économiques à l'intérieur des pays.

Dans de nombreux pays, un important domaine de recherches porte sur les différences *régionales* des taux d'intervention médicale ou chirurgicale, susceptibles de donner des informations sur la surutilisation ou la sous-utilisation possibles de certaines interventions. Aux États-Unis, on constate de grandes différences entre les États dans le nombre d'interventions chirurgicales comme l'arthroplastie du genou et les chirurgies cardiaques, et ces différences ne peuvent s'expliquer seulement par les différences de besoin (Dartmouth Atlas of Health Care, 2005). On peut aussi observer des variations géographiques pour des services non chirurgicaux comme les hospitalisations ou les consultations de médecin. Ces constatations indiquent qu'il existe aussi des différences inexpliquées dans les pratiques cliniques à l'intérieur de chaque pays, qu'il importe de garder à l'esprit quand on interprète les variations observées d'un pays à l'autre.

Dans la section finale du chapitre, on considère le volume de la consommation de produits pharmaceutiques, et en particulier l'utilisation de médicaments qui traitent le diabète et la dépression, les médicaments qui abaissent le cholestérol et les antibiotiques. Comme dans le cas des services de santé, il peut y avoir une surutilisation ou sous-utilisation de différents médicaments chez les patients atteints de diverses affections. Les données globales présentées dans ce chapitre ne permettent pas de porter des conclusions définitives quant à une utilisation inappropriée de certains de ces médicaments, mais elles montrent néanmoins des différences notables dans les niveaux de prescription entre les pays.

Bien que ce chapitre couvre un grand nombre de services de santé importants, certains services ne sont pas couverts, notamment les soins de longue durée et les soins palliatifs (soins de fin de vie). En ce qui concerne les consultations de dentiste, des informations sont incluses dans le chapitre 3 sur le personnel de santé, dans la section consacrée au nombre de dentistes et à l'influence possible sur le nombre de consultations de dentiste. Le chapitre 5 sur la qualité des soins donne des informations sur certains services de santé publique, telles que les taux de vaccination et les taux de dépistage du cancer, considérés comme des indicateurs de qualité des soins pour les maladies transmissibles et pour le cancer.

4.1. Consultations de médecins

Les consultations de médecins peuvent avoir lieu dans le cabinet ou la clinique du médecin, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. Dans beaucoup de pays d'Europe (Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque et Royaume-Uni), les patients sont obligés ou incités à consulter un généraliste qui joue un rôle de « filtrage ». Le généraliste peut alors les envoyer consulter un spécialiste, s'il le juge utile. Dans d'autres pays (Autriche, Corée, Islande, Japon, République tchèque et Suède), les patients peuvent consulter directement les spécialistes.

Le nombre des consultations de médecins par personne et par an varie entre plus de 11 au Japon et en Corée, ainsi qu'en République tchèque et République slovaque, et moins de 3 au Mexique et en Suède (graphique 4.1.1). La moyenne de l'OCDE est proche de 7 consultations par personne et par an. Il semble que des facteurs culturels expliquent en partie les variations d'un pays à l'autre. Par exemple, le Japon et la République tchèque sont parmi les pays qui ont les taux de consultation les plus élevés; pourtant, l'état de santé déclaré de leur population est très différent ainsi que la densité de médecins. Toutefois, certaines caractéristiques des systèmes de santé peuvent aussi expliquer ces variations. Certains éléments tendent à montrer que les pays dans lesquels les médecins sont principalement payés à l'acte tendent à avoir des taux de consultation supérieurs à la moyenne (Corée et Japon), alors que les pays où les médecins sont principalement salariés ont généralement des taux de consultation inférieurs à la moyenne (Mexique et Suède). Toutefois, il existe des exemples de pays, comme la Suisse et les États-Unis, où les médecins sont principalement payés à l'acte et où les taux de consultation sont inférieurs à la moyenne, ce qui laisse penser que d'autres facteurs jouent également un rôle.

En Suède, le faible nombre de consultations de médecins peut s'expliquer en partie par le fait que les infirmières jouent un rôle important dans les soins primaires et qu'elles assurent une grande partie des premiers contacts avec les patients. De même, en Finlande, les infirmières et d'autres professionnels de santé jouent un rôle important dans les soins primaires, réduisant ainsi le besoin de consultations médicales (Bourgueil *et al.*, 2006).

Le nombre moyen de consultations de médecins a augmenté dans la plupart des pays depuis 1990. La hausse a été particulièrement forte au Mexique, qui partait d'un très bas niveau en 1990. Cela peut s'expliquer au moins en partie par l'augmentation rapide de la densité des médecins au Mexique durant cette période (voir l'indicateur 3.2). En Suède, le nombre de consultations de médecins est resté stable, tandis qu'il diminuait d'environ 1 % par an entre 1990 et 2007 au Canada et au Royaume-Uni (graphique 4.1.2). Au Canada, cette baisse peut être attribuée à la réduction de la part des consultations rémunérées à l'acte, qui sont les seules consultations dénombrées.

On peut utiliser l'information sur les consultations pour estimer le nombre de consultations annuel par médecin dans les pays de l'OCDE. Cette estimation *ne doit pas* être considérée comme une mesure de la productivité des médecins, parce que la durée et l'efficacité des consultations peuvent varier et aussi parce que cette statistique ne prend pas en compte certains aspects du travail des médecins (suivi des patients hospitalisés, travaux administratifs et de recherche, etc.). Par ailleurs, elle est sujette aux limites de comparabilité indiquées dans l'encadré « Définition et écarts » ci-dessous. Sous toutes ces réserves, cette estimation varie dans un rapport de un à neuf entre les pays de l'OCDE (graphique 4.1.3). Là encore, on peut penser que certains facteurs culturels jouent un rôle car on trouve, dans le haut du graphique, les deux pays asiatiques de l'OCDE et les pays d'Europe centrale et orientale.

Le chapitre 6 sur l'accès aux soins donne des informations additionnelles sur les disparités du nombre de consultations de médecins selon les catégories de revenus (indicateur 6.5).

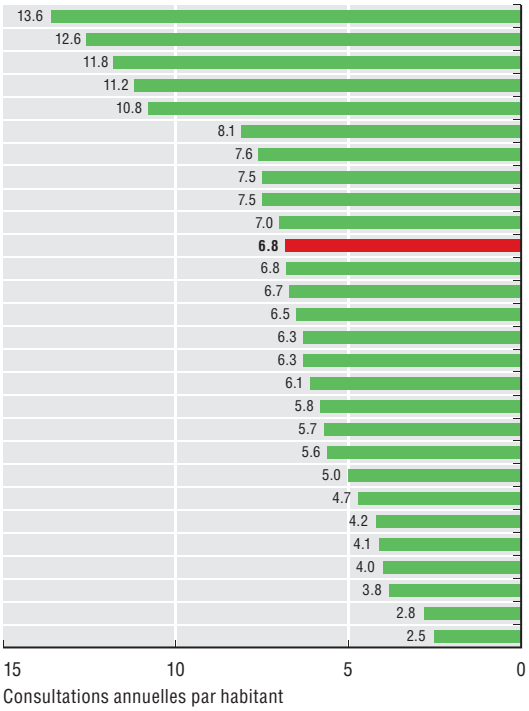
Définition et écarts

Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts avec les généralistes et les spécialistes. La couverture de différents types de consultations peut varier entre les pays, notamment la prise en compte des consultations dans les unités de soins externes des hôpitaux.

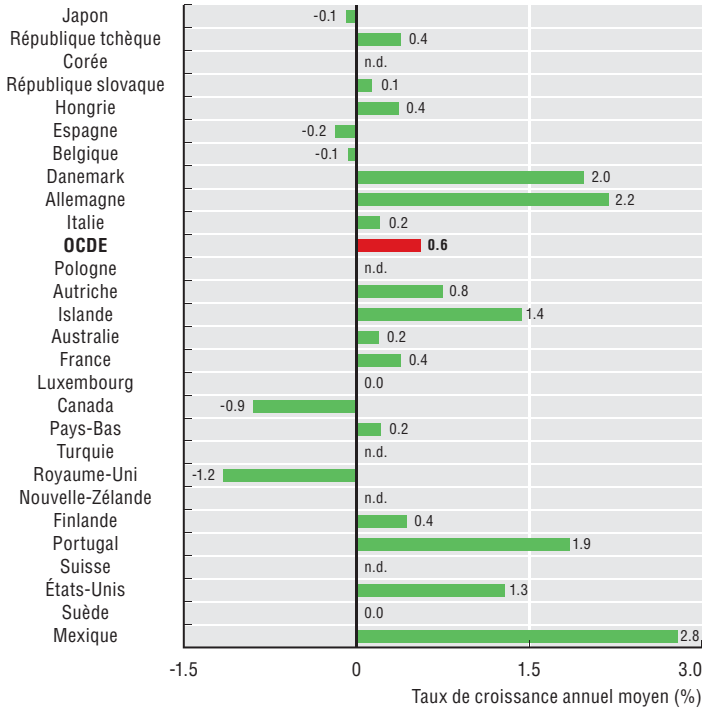
Les données proviennent principalement de sources administratives. Toutefois, dans certains pays (Italie, Pays-Bas, Espagne, Suisse, les données pour les consultations de généralistes au Royaume-Uni et celles des spécialistes en Nouvelle-Zélande), elles proviennent d'enquêtes auprès des ménages. Les estimations de sources administratives tendent à être plus élevées que celles des enquêtes à cause du biais de remémoration et du taux de non-réponses dans les enquêtes.

Les chiffres des Pays-Bas ne prennent pas en compte les consultations pour les soins maternels et infantiles. Les chiffres pour le Portugal et la Turquie excluent les consultations de médecins d'exercice privé et celles du Royaume-Uni ne couvrent pas les consultations privées des spécialistes.

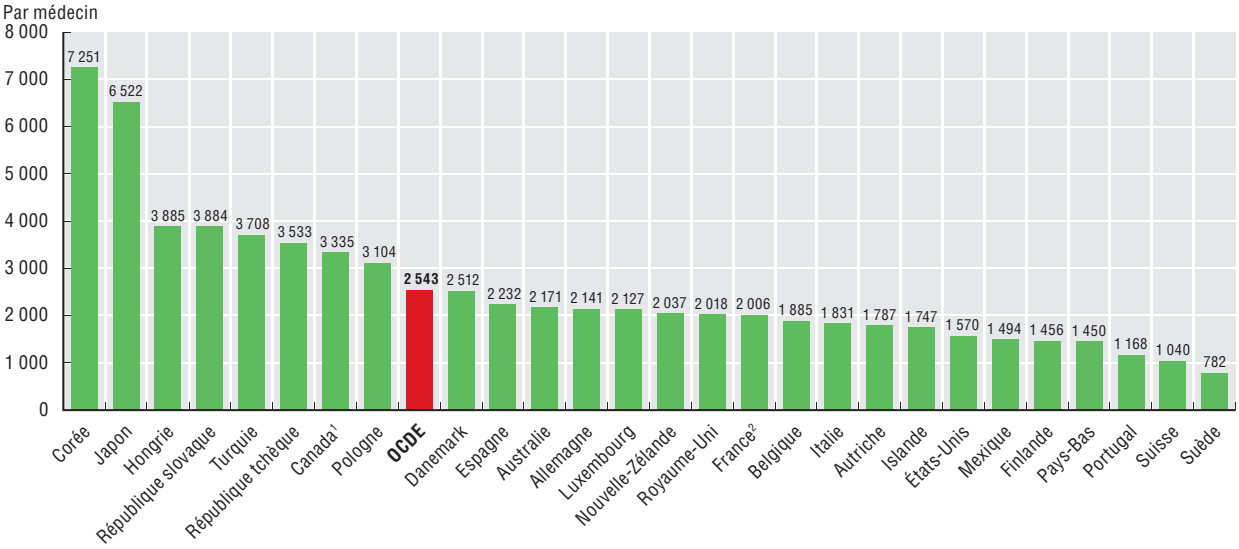
4.1.1 Nombre de consultations de médecins par habitant, 2007 (ou dernière année disponible)



4.1.2 Variation du nombre de consultations de médecins par habitant, 1990-2007



4.1.3 Estimation du nombre de consultations par médecin, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Au Canada, le nombre de médecins inclut seulement ceux payés à l'acte pour être cohérent avec les données de consultations.
2. En France, on a pris en compte une estimation des consultations dans les unités de soins externes des hôpitaux.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722041084077

4.2. Technologies médicales (offre et utilisation)

La diffusion des technologies médicales modernes est l'une des principales causes de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Dans cette section, on présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic – la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les tomodensitomètres (ou CT scans) et les appareils d'IRM facilitent les diagnostics en fournissant aux médecins des images transversales de l'intérieur du corps scanné. Contrairement aux techniques traditionnelles (radiographie et tomodensitométrie), les nouvelles techniques d'IRM n'exposent pas les patients à un rayonnement ionisant. La taille et la densité de la population d'un pays est un des facteurs qui influence le nombre d'appareil requis pour répondre à la demande.

Au cours des 15 dernières années, le nombre des tomodensitomètres et des appareils d'IRM a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon est, de loin, le pays qui a le plus grand nombre de tomodensitomètres et d'appareils d'IRM par habitant, suivi par les États-Unis pour l'IRM et par l'Australie pour les tomodensitomètres (graphiques 4.2.1 et 4.2.2). Certains analystes ont attribué, du moins en partie, la prolifération rapide des appareils d'IRM au Japon au manque d'évaluation formelle de l'efficacité ou de l'efficience des décisions d'achat (Hisashige, 1992). Par ailleurs, c'est au Mexique et en Hongrie que le nombre de tomodensitomètres et d'appareils d'IRM est le plus faible, ce qui n'est guère étonnant compte tenu de leur coût élevé.

On a des données sur l'utilisation des appareils d'IRM et des tomodensitomètres pour un petit groupe de pays. Sur la base de cette couverture de pays plus limitée, le nombre d'examens de tomodensitométrie varie entre un maximum de 228 examens pour 1 000 habitants aux États-Unis, suivis par le Luxembourg avec 177 examens, et un minimum de 45 examens pour 1 000 habitants en France (toutefois, les chiffres de la France, tout comme ceux de l'Australie, n'incluent pas les examens dans les hôpitaux publics, d'où une sous-estimation). Les États-Unis ont également le nombre le plus élevé d'examens d'IRM par habitant (graphiques 4.2.3 et 4.2.4).

Aux États-Unis, certaines études tendent à montrer qu'il existe un risque élevé de surutilisation des examens de tomodensitométrie et d'IRM. Entre 1997 et 2006, le nombre d'examens aux États-Unis a augmenté de manière spectaculaire alors que la fréquence des maladies est restée constante (Smith-Bindman *et al.*, 2008). En outre, dans la mesure où des incitations financières permettent aux médecins de tirer bénéfice des examens qu'ils prescrivent, cela accroît le risque de surutilisation. Beaucoup d'études ont tenté d'évaluer les effets bénéfiques réels sur le plan médical de l'importante augmentation des examens de tomodensitométrie et d'IRM aux États-Unis mais elles n'aboutissent à aucune preuve concluante quant à l'existence de tels effets (Baker *et al.*, 2008).

En ce qui concerne l'intensité de l'utilisation des équipements, comme on pouvait s'y attendre, on observe de manière générale une corrélation négative entre le nombre relatif de machines et l'intensité de leur utilisation. En Hongrie, en Belgique et, dans une moindre mesure, en République tchèque et au Canada, le moindre nombre d'appareils d'IRM et de tomodensitométrie est associé à une utilisation plus intensive de chaque machine. Inversement, aux États-Unis et en Islande, le nombre élevé de ces appareils s'accompagne d'une utilisation moins intensive de chaque machine.

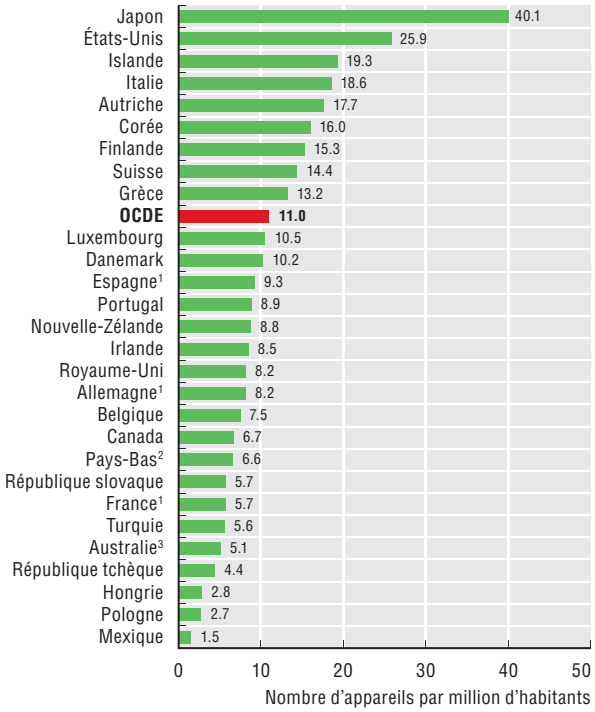
Cette corrélation négative entre la disponibilité et l'intensité d'utilisation qui ressort des comparaisons entre pays est moins nette quand on considère l'évolution du nombre de nouveaux équipements et leur taux d'utilisation dans chaque pays. Au Canada, on a constaté une augmentation globale *à la fois* de la disponibilité et de l'intensité d'utilisation des appareils d'IRM et de tomodensitométrie ces dernières années, indiquant une augmentation substantielle du nombre total d'examens. Une des explications de cette augmentation simultanée de la disponibilité et de l'intensité d'utilisation au Canada est que, en plus d'une utilisation plus intensive des machines existantes, les nouvelles machines servent des régions qui jusqu'alors n'avaient pas accès à ces technologies (ICIS, 2008a).

Définition et écarts

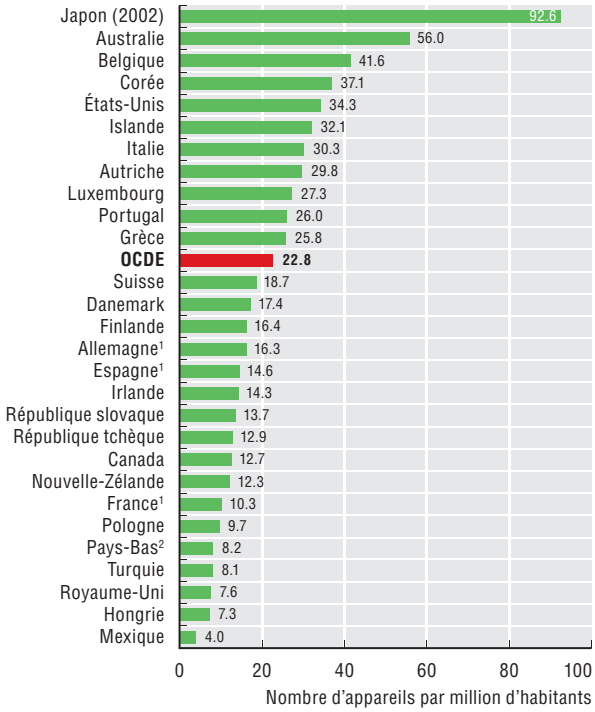
Le nombre d'appareils d'IRM et de tomodensitométrie est exprimé par million d'habitants. Pour les examens d'IRM ou de tomodensitométrie, le nombre d'examens peut être divisé soit par la population, soit par le nombre de machines. Normalement, les données couvrent à la fois le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

Toutefois, les données pour certains pays sont sous-estimées. Dans certains pays, les données sur les appareils de tomodensitométrie et d'IRM ne couvrent pas ceux installés en dehors des hôpitaux (Espagne et Allemagne) ou seulement un petit nombre (France). Pour le Royaume-Uni, les données ne concernent que les tomodensitomètres du secteur public. Pour l'Australie, le nombre d'unités d'IRM (à partir de 1999) ne prend en compte que celles couvertes par l'assurance maladie publique universelle (60 % seulement du total des unités d'IRM en 1999). Pour l'Australie et la France, les données pour les examens de tomodensitométrie et d'IRM ne portent que sur l'utilisation par des patients externes et par des patients hospitalisés privés (elles ne comprennent donc pas ceux des hôpitaux publics).

4.2.1 Nombre d'unités d'IRM par million d'habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

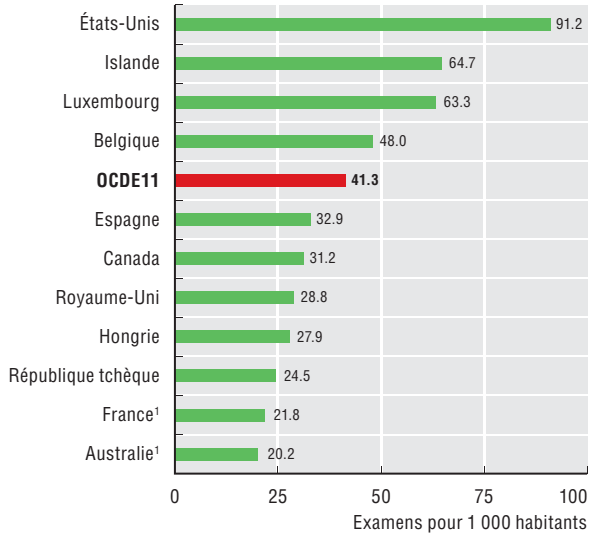


4.2.2 Nombre de tomodensitomètres par million d'habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

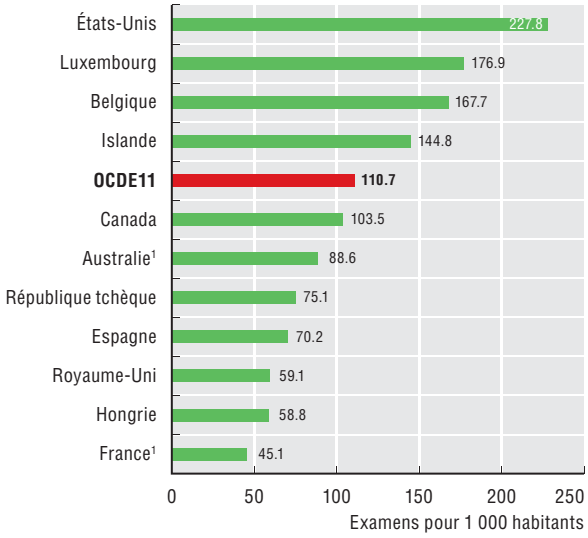


1. Inclut seulement les appareils dans les hôpitaux (et un petit nombre d'appareils hors des hôpitaux en France).
2. Inclut seulement le nombre d'hôpitaux qui déclarent posséder au moins un appareil.
3. Unités d'IRM couvertes par l'assurance maladie publique seulement.

4.2.3 Nombre d'examens IRM pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)



4.2.4 Nombre d'examens tomodensitométriques pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)



1. Inclut seulement les examens réalisés en ambulatoire et dans le secteur privé (exclut ceux réalisés dans les hôpitaux publics).

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722042632530

4.3. Lits d'hôpitaux (offre et occupation)

Le nombre de lits d'hôpitaux donne une idée des ressources disponibles pour apporter des services aux patients hospitalisés. Cependant, il ne rend pas compte de la capacité qu'ont les hôpitaux de dispenser des soins d'urgence ou des interventions programmées sans hospitalisation. En outre, on ne considère dans cette section que les lits d'hôpitaux affectés aux soins aigus, ne prenant pas en compte les lits de psychiatrie ou des unités de soins de longue durée.

Le Japon et la Corée ont le nombre le plus élevé de lits de soins aigus par habitant, avec plus de sept lits pour 1 000 habitants en 2007 (graphique 4.3.1). La Corée et le Japon connaissent cependant un problème d'« admission sociale », de nombreux lits de « soins aigus » pouvant être affectés aux soins de longue durée (Hurst, 2007). Le nombre des lits de soins aigus est aussi très supérieur à la moyenne de l'OCDE en Autriche et en Allemagne. Le nombre le plus faible s'observe au Mexique, suivi par la Suède et l'Espagne.

Le nombre des lits de soins aigus dans les hôpitaux a baissé dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne dans les pays de l'OCDE, ce nombre est passé de 4.7 pour 1 000 habitants en 1995 à 3.8 en 2007. La Corée et la Turquie sont les seuls pays où le nombre de lits de soins aigus ait augmenté entre 1995 et 2007. En Corée, la nette augmentation peut s'expliquer par l'utilisation de lits de soins aigus pour des soins de longue durée, l'absence de planification des capacités pour les lits d'hôpitaux, et les incitations à l'investissement dans le système hospitalier à but lucratif privé (OCDE, 2003b).

La réduction du nombre des lits d'hôpitaux de soins aigus observée dans la plupart des pays résulte, au moins en partie, des progrès des technologies médicales qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation. En outre, les politiques de maîtrise des dépenses ont souvent visé le secteur hospitalier, qui reste la plus importante catégorie des dépenses de santé dans presque tous les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 7.3 « Dépenses de santé par fonction »). La réduction de l'offre de lits d'hôpitaux s'est accompagnée dans de nombreux pays d'une réduction des admissions à l'hôpital et de la durée moyenne de séjour (voir l'Indicateur 4.5 « Durée moyenne de séjour à l'hôpital »).

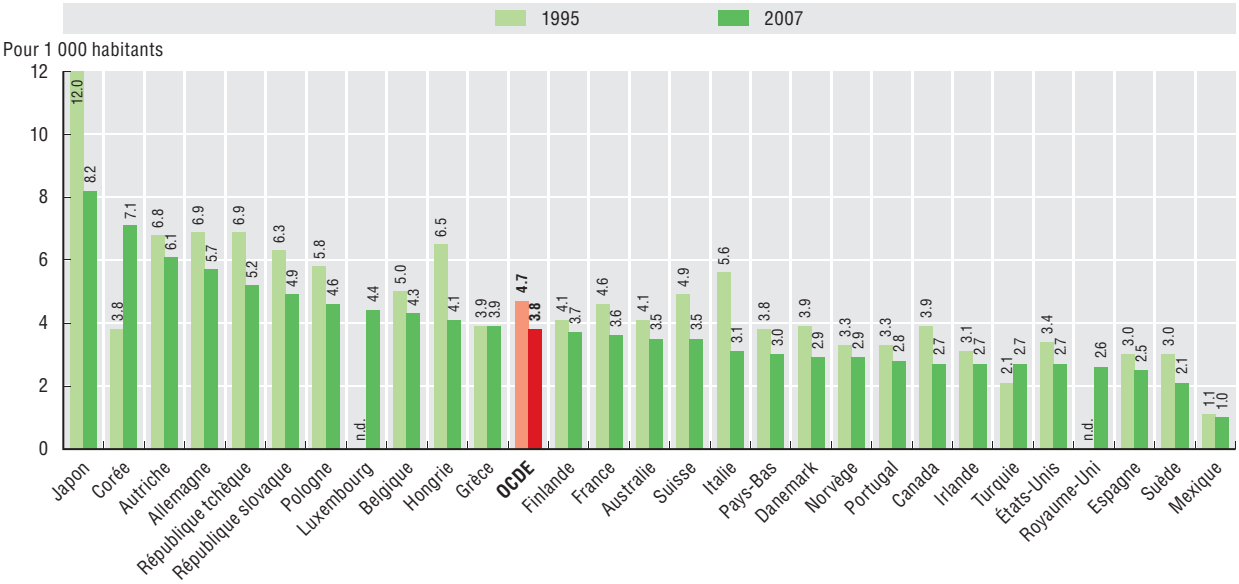
Dans un certain nombre de pays, la réduction du nombre de lits de soins aigus à l'hôpital s'est aussi accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation. Le taux d'occupation des lits de soins aigus était de 75 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2007, légèrement au-dessus du niveau de 1995 (graphique 4.3.2). Le Canada, la Norvège, l'Irlande, la Suisse et le Royaume-Uni avaient les taux d'occupation les plus élevés en 2007. Tous ces pays ont moins de lits de soins aigus que la plupart des autres pays de l'OCDE. À l'opposé, le Mexique et les Pays-Bas ont les taux d'occupation les plus bas, inférieurs à 65 % en 2007. Aux Pays-Bas, le taux d'occupation a fortement baissé depuis 1995 alors que le nombre de lits de soins aigus baissait lui aussi.

Définition et écarts

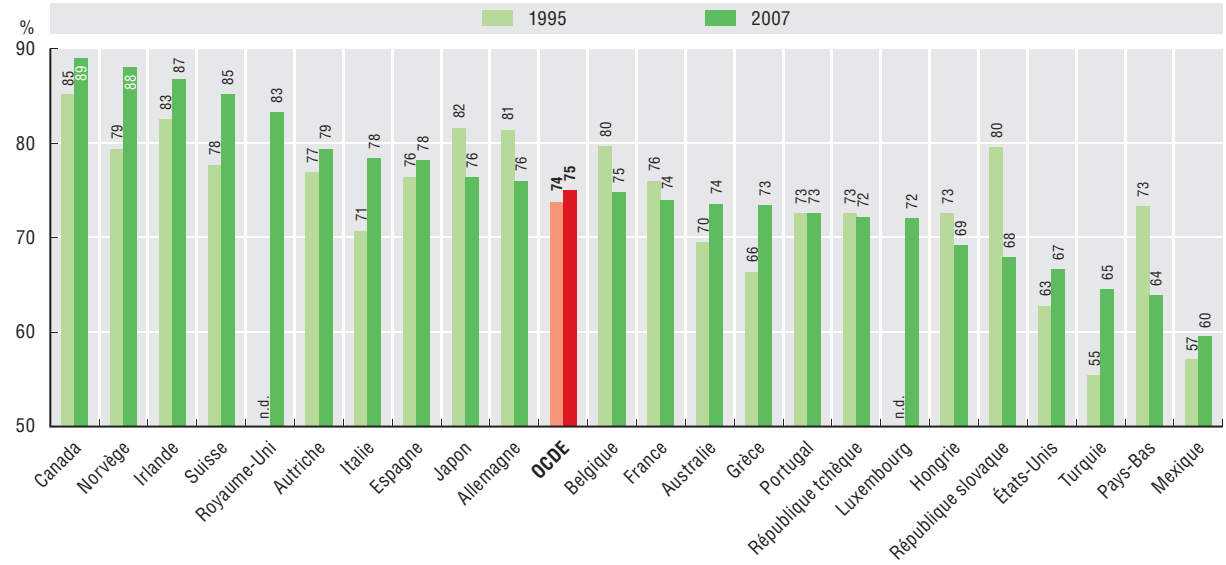
Les lits de soins aigus à l'hôpital incluent, en théorie, uniquement les lits réservés aux « soins curatifs » tels que les définit le manuel de l'OCDE du *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000). Cependant, les fonctions prises en compte dans les « soins aigus » et celles qui en sont exclues (par exemple, dans quelle mesure on exclut les lits affectés aux soins de longue durée, à la réadaptation et aux soins palliatifs) varient d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données. Plusieurs pays (Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Espagne, États-Unis, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Suisse et Turquie) déclarent en lits de soins aigus la totalité des lits dans les hôpitaux « généraux » ou de « soins aigus ». De même, certains lits de soins aigus peuvent être affectés à d'autres usages, tels que les soins de longue durée (Corée et Japon). Aux Pays-Bas, les taux d'occupation sont calculés à partir du nombre de lits approuvés au lieu du nombre de lits effectivement disponibles, entraînant une légère sous-estimation (le nombre de lits approuvés est 2 à 10 % plus élevé que le nombre de lits disponibles). En Hongrie et en Irlande, les lits du secteur privé ne sont que partiellement, voire aucunement, pris en compte. Les chiffres pour la Finlande ne reposent pas sur un dénombrement réel mais sur des estimations : le nombre de journées d'hospitalisation en soins aigus divisé par le nombre total de jours de l'année (365), ce qui suppose un taux d'occupation de 100 % des lits. Il en résulte une sous-estimation du nombre de lits.

Le taux d'occupation des lits de soins aigus est défini comme le nombre de journées d'hospitalisation en soins aigus divisé par le nombre de lits de soins aigus disponibles lui-même multiplié par le nombre de jours (365).

4.3.1 Nombre de lits de soins aigus dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, 1995 et 2007 (ou année la plus proche)



4.3.2 Taux d'occupation des lits de soins aigus dans les hôpitaux, 1995 et 2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722073621672

4.4. Sorties d'hôpital

Les taux de sorties d'hôpital mesurent le nombre de personnes qui ont dû passer la nuit à l'hôpital durant l'année considérée. Avec la durée moyenne de séjour, c'est une mesure importante des activités hospitalières. Toutefois, les taux globaux de sorties ne prennent pas en compte les différences de « case mix » (c'est-à-dire du profil global des pathologies ayant conduit à l'hospitalisation).

Les taux de sorties d'hôpital les plus hauts s'observent en Autriche et en France, bien que le fort taux en France s'explique en partie par l'inclusion d'un certain nombre de sorties le jour même de l'admission (graphique 4.4.1). Les taux de sorties sont aussi élevés en Allemagne, en République tchèque, en Pologne et en République slovaque. C'est au Mexique et au Canada qu'ils sont les plus bas. En général, les pays qui ont un nombre relativement grand de lits d'hôpitaux ont aussi un taux de sorties élevé et *vice versa* (voir l'indicateur 4.3 « Lits d'hôpitaux »).

Durant la dernière décennie, les taux de sorties ont augmenté dans certains pays, notamment en Corée et en Turquie, qui partaient de niveaux relativement bas. Ils sont restés stables dans d'autres pays comme l'Australie, l'Espagne et les États-Unis, tandis qu'ils baissaient sensiblement au Canada, en Italie et en Islande. Au Canada, la nette baisse du nombre d'hospitalisations s'est accompagnée d'une forte hausse du nombre d'actes de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux ou dans d'autres établissements (ICIS, 2007).

Dans tous les pays, les populations âgées représentent un pourcentage disproportionné des sorties d'hôpital. Aux États-Unis, par exemple, 24 % des sorties d'hôpital en 2006 concernaient des personnes de 75 ans et plus, contre 16 % en 1990. Toutefois, le vieillissement de la population est peut-être un facteur moins important que l'évolution des pratiques cliniques liées aux progrès des technologies médicales. Par exemple, les séjours à l'hôpital pour les personnes de 75 à 84 ans comportant au moins une intervention de revascularisation (angioplastie coronaire ou pontage coronarien) ont doublé entre 1990 et 2006 aux États-Unis (NCHS, 2009).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les causes principales d'hospitalisation en 2007 ont été les maladies du système circulatoire (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et autres maladies) (13 % du total des sorties), la grossesse et l'accouchement (11 %), les maladies du système digestif (10 %), les blessures et autres causes externes (9 %) et les cancers (9 %).

L'Autriche présente le taux de sorties pour les maladies circulatoires le plus élevé, suivie par l'Allemagne, la Hongrie et la Pologne (graphique 4.4.2). Le fort taux en Hongrie s'accompagne d'un taux de mortalité élevé pour les maladies circulatoires qui peut servir d'indicateur approximatif pour la fréquence de ces maladies (voir l'indicateur 1.4 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires»). Cette tendance est moins nette pour les trois autres pays qui enregistrent des taux de sorties élevés. En Allemagne, un taux de sorties élevé pour les cardiopathies ischémiques est associé au taux le plus haut relatif aux interventions de revascularisation (voir l'indicateur 4.6 « Chirurgies cardiaques »).

L'Autriche, la Hongrie, l'Allemagne et la Pologne ont aussi les taux de sorties les plus élevés pour le cancer (graphique 4.4.3). Le haut taux de sorties en Hongrie et en Pologne s'accompagne d'un taux élevé de mortalité par cancer, qui peut là encore servir d'indicateur approximatif pour la fréquence de ces maladies (voir l'indicateur 1.5 « Mortalité due au cancer »). Toutefois, ce n'est pas le cas en Autriche ni en Allemagne. En Autriche, le taux de sorties élevé est associé à un haut taux de réadmissions à l'hôpital pour des examens complémentaires et pour le traitement des malades du cancer (Commission européenne, 2008a).

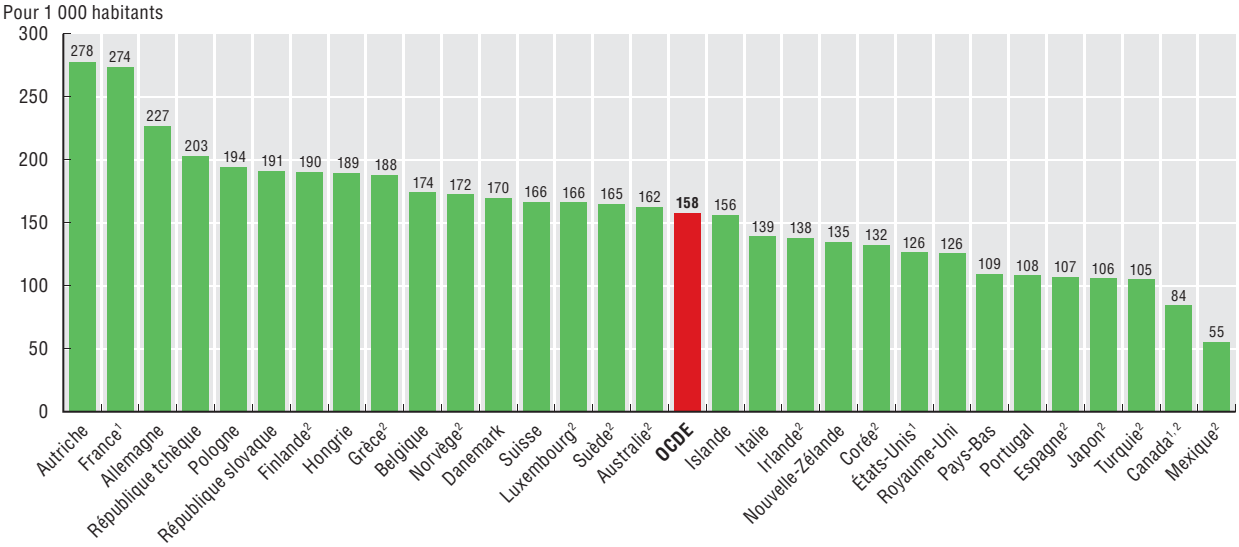
Définition et écarts

Une sortie correspond à un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit. Cela inclut les décès de patients hospitalisés survenus à l'hôpital. Les sorties le jour même de l'admission sont généralement exclues, à l'exception du Canada, de la France et des États-Unis qui les prennent en compte en partie.

Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont complètement (ou presque complètement) exclus des taux de sorties des hôpitaux dans un certain nombre de pays (Australie, Canada, Corée, Finlande, Grèce, Irlande, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Suède, Turquie). L'Irlande ne prend pas non plus en compte les sorties liées à la grossesse et à l'accouchement ni à certaines pathologies survenant pendant la période périnatale.

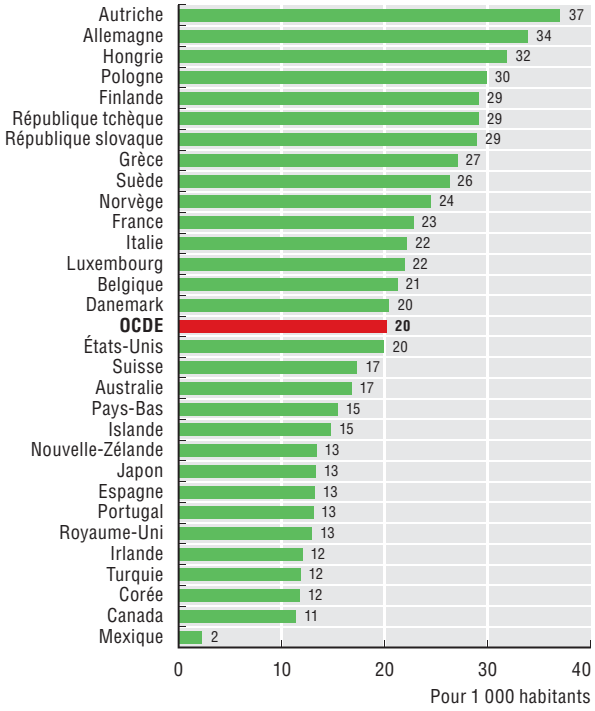
Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données du Danemark, de l'Irlande, du Mexique, de la Pologne et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés par des fonds publics. Les données du Portugal ne concernent que les hôpitaux du territoire continental (à l'exclusion des îles des Açores et de Madère).

4.4.1 Taux de sortie d'hôpital pour 1 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

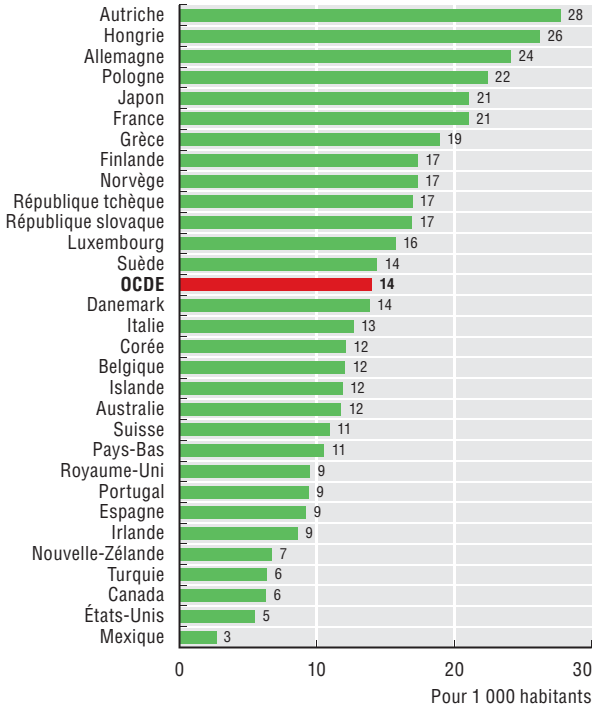


1. Inclut certaines sorties le jour même.
2. Ne comprend pas les sorties d'hôpital des nouveaux-nés en bonne santé.

4.4.2 Sorties d'hôpital pour cause de maladie de l'appareil circulatoire, 2007 (ou dernière année disponible)



4.4.3 Sorties d'hôpital pour cause de cancer, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722114628217

4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficience. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins vers le cadre moins onéreux des soins postaigus. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et coûte plus cher par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi compromettre l'efficacité du traitement et s'avérer préjudiciable au confort du patient ou à son rétablissement. Si cela se traduit par une augmentation des taux de réadmission, les coûts par épisode de maladie ne diminueront que modérément ou risquent même d'augmenter.

En 2007, les durées moyennes de séjour en soins aigus les plus courtes, toutes affections confondues, s'observaient dans certains pays nordiques (Danemark, Finlande, Suède), au Mexique et en Turquie (moins de cinq jours), et les plus longues au Japon, suivi par l'Allemagne et la Suisse. La moyenne de l'OCDE était de 6.5 jours (graphique 4.5.1). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités. En Finlande, des temps d'hospitalisation courts sont liés, du moins en partie, à la disponibilité de lits pour les patients convalescents dans les centres de santé (OCDE, 2005b). Inversement, l'offre abondante de lits et la structure de paiement des hôpitaux au Japon peuvent inciter les hôpitaux à garder les patients plus longtemps (voir l'indicateur 4.3 « Lits d'hôpitaux »). Des incitations financières inhérentes aux modes de paiement des hôpitaux peuvent également influer sur la durée de séjour dans d'autres pays. En Suisse, par exemple, le mode de paiement principalement sur la base de journées-lits a encouragé des durées de séjour relativement longues (OCDE, 2006).

La durée moyenne de séjour en soins aigus a baissé dans presque tous les pays de l'OCDE, passant de 8.7 jours en 1995 à 6.5 jours en 2007 en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 4.5.1). La baisse a été particulièrement rapide dans les pays qui avaient des niveaux relativement élevés en 1995 (Japon, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, République tchèque, République slovaque, Hongrie et Pologne). Plusieurs facteurs expliquent cette baisse, en particulier des interventions chirurgicales moins invasives, une évolution des modes de paiement des hôpitaux vers des systèmes de tarification prospectifs et le développement des programmes de sorties précoces qui permettent le suivi des patients à domicile.

La durée moyenne de séjour pour des maladies ou des états spécifiques permet d'éviter le problème de différences possibles de « case-mix » (nature et gravité des affections) réclamant des soins aigus entre les pays. Le graphique 4.5.3 montre que la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement normal varie entre moins de deux jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni et au Canada et cinq jours ou plus en République slovaque, en Hongrie, en Suisse et en République tchèque. Dans presque tous les pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal a diminué au cours des dix dernières années, passant de 4.3 jours en 1995 à 3.2 jours en 2007 en moyenne dans les pays de l'OCDE.

La durée d'hospitalisation après un infarctus aigu du myocarde (IAM, ou crise cardiaque) a également diminué au cours de la dernière décennie. En 2007, la durée moyenne de séjour la plus basse après un IAM s'observait en Turquie, dans certains pays nordiques (Norvège, Suède et Danemark) et aux États-Unis (moins de six jours). Elle était supérieure ou égale à 11 jours en Finlande et en Allemagne (graphique 4.5.2). La comparaison des données entre les pays exige toutefois une certaine prudence. En Finlande, par exemple, la durée moyenne de séjour peut prendre en compte des patients admis à l'origine pour un IAM mais qui ne reçoivent plus de soins aigus et pourraient donc être considérés comme des patients en soins de longue durée (Moïse *et al.*, 2003).

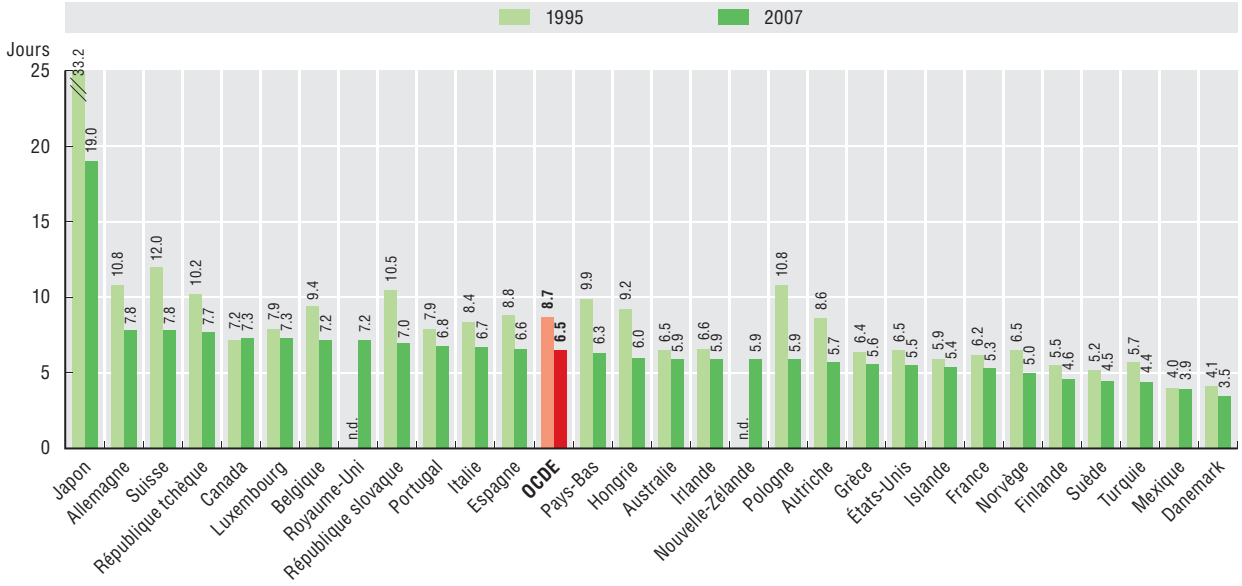
Définition et écarts

La durée moyenne de séjour en soins aigus est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités hospitalières de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.

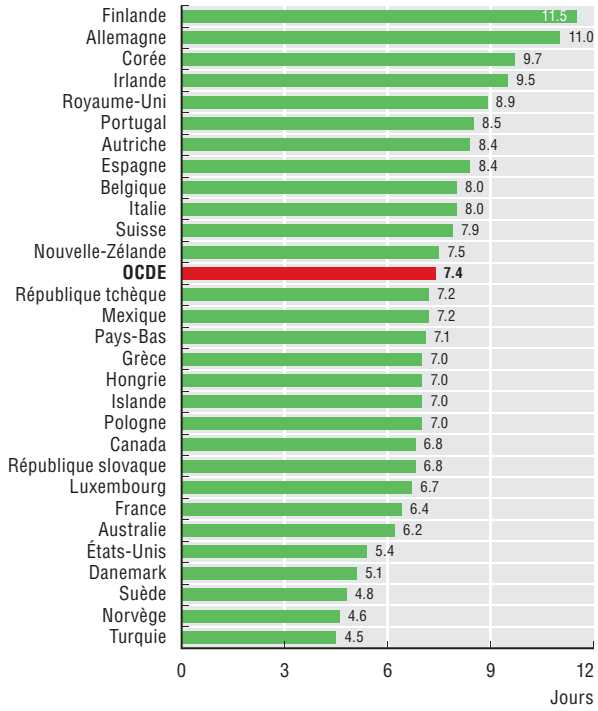
La définition de « soins aigus » inclut toutes les fonctions de soins relevant des « soins curatifs » tels que les définit le manuel de l'OCDE du *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000). Cependant, les fonctions englobées dans les « soins aigus » et celles qui en sont exclues (par exemple, la prise en compte ou non des lits affectés aux soins de longue durée, à la réadaptation ou aux soins palliatifs) varient d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données.

Dans le calcul de la durée moyenne de séjour, les journées et les sorties des bébés en bonne santé nés à l'hôpital sont exclues complètement (ou ne sont comptées que partiellement) dans certains pays. La prise en compte des bébés en bonne santé nés à l'hôpital réduirait la durée moyenne dans ces pays (par exemple, d'environ la moitié d'un jour au Canada).

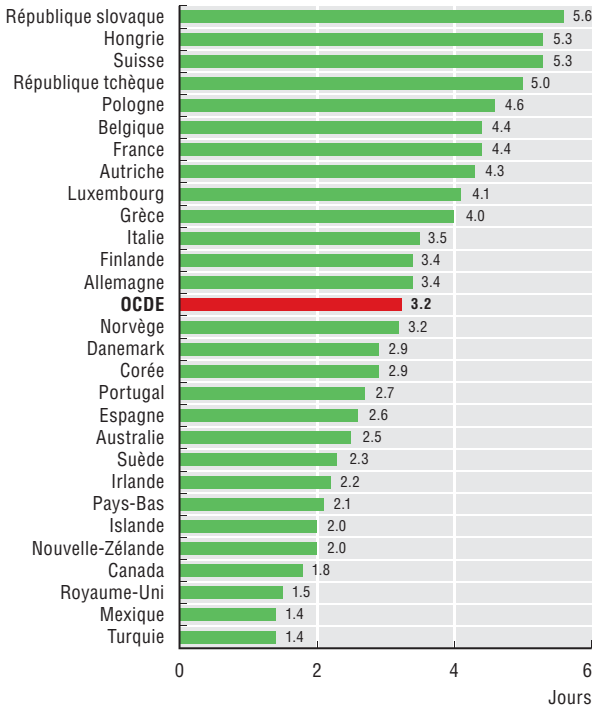
4.5.1 Durée moyenne de séjour en soins aigus, 1995 et 2007 (ou année la plus proche)



4.5.2 Durée moyenne de séjour suite à un infarctus aigu du myocarde, 2007 (ou dernière année disponible)



4.5.3 Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722120348821

4.6. Chirurgies cardiaques (pontage coronarien et angioplastie)

Les maladies cardiaques sont une cause majeure d'hospitalisation et de décès dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.4). Le pontage coronarien et l'angioplastie sont deux interventions de revascularisation qui ont révolutionné le traitement des maladies cardiaques ischémiques au cours des dernières décennies.

L'utilisation du pontage coronarien et de l'angioplastie est très variable selon les pays (graphique 4.6.1). L'Allemagne, les États-Unis et la Belgique avaient les taux d'angioplastie les plus élevés en 2007. Ces trois pays ont aussi les taux les plus élevés pour le pontage coronarien. Bien que, au niveau individuel, l'angioplastie puisse être un substitut du pontage coronarien, au niveau global dans un pays donné, un taux élevé d'angioplastie ne s'accompagne *pas* d'un taux de pontage coronarien relativement bas. Les pays qui ont un taux élevé pour un des deux types de revascularisation ont aussi en général un taux élevé pour l'autre.

En Belgique, le taux élevé aussi bien pour l'angioplastie que pour le pontage coronarien est en partie attribuable au nombre substantiel de non-résidents qui bénéficient de ces traitements dans les hôpitaux belges. En 2006, 2.5 % des personnes qui ont bénéficié d'une angioplastie avec hospitalisation en Belgique étaient des non-résidents; cette proportion atteignait environ 4 % pour les personnes bénéficiant d'un pontage coronarien (Commission européenne, 2008a).

L'utilisation de l'angioplastie a augmenté rapidement depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, dépassant le pontage pour devenir, vers le milieu des années 90, la technique de revascularisation de référence. C'est à peu près au même moment que les premières publications des essais sur l'efficacité du stenting coronaire ont fait leur apparition (Moïse, 2003). Cette tendance a aussi été favorisée par la mise sur le marché de stents diffusant des médicaments et par un recul de l'utilisation du pontage coronarien dans la plupart des pays de l'OCDE. Dans la plupart des pays, l'angioplastie coronaire représente maintenant entre 65 % et 80 % du total des revascularisations (graphique 4.6.2). Bien que l'angioplastie ait remplacé dans de nombreux cas le pontage coronarien, ce n'est pas un substitut parfait étant donné que le pontage reste la méthode de préférence pour les patients souffrant de multiples obstructions vasculaires, de diabète ou d'autres maladies (Taggart, 2009).

Les différences entre les pays dans le nombre d'interventions de revascularisation peuvent s'expliquer par diverses raisons : *i*) différences d'incidence et de prévalence des cardiopathies ischémiques; *ii*) différences dans la capacité de fournir et de payer ces interventions; *iii*) différences dans les recommandations et les pratiques de traitement clinique; et *iv*) différences de modalités d'enregistrement.

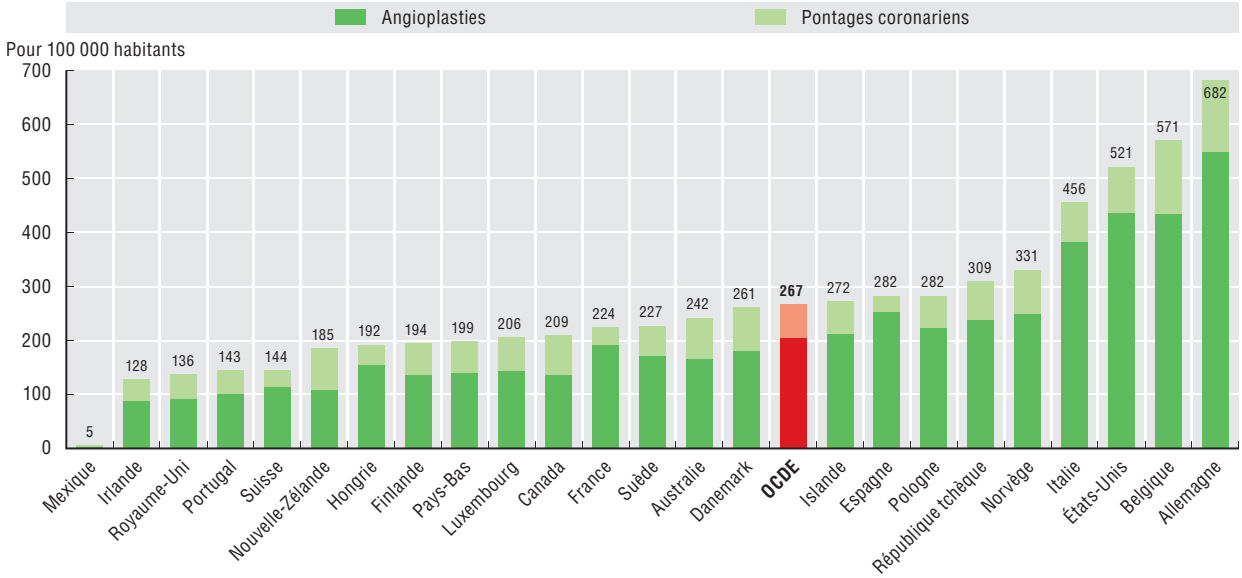
Les fortes variations du nombre d'interventions de revascularisation d'un pays à l'autre ne semblent pas étroitement liées à l'incidence des cardiopathies ischémiques, mesurée de manière approximative par la mortalité due à ces maladies (graphique 4.6.3). La mortalité due aux cardiopathies ischémiques en Allemagne n'est que légèrement supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, alors que ce pays a le taux le plus élevé d'interventions de revascularisation. À l'opposé, la mortalité due à ces maladies en Hongrie et en Finlande est très au-dessus de la moyenne de l'OCDE, alors que les taux de revascularisation sont au-dessous de la moyenne. Il se peut donc que certains pays utilisent insuffisamment les interventions de revascularisation, tandis que d'autres pratiquent un trop grand nombre d'interventions coûteuses sans grands effets bénéfiques.

Définition et écarts

Le pontage coronarien consiste à greffer des veines et/ou des artères pour court-circuiter une artère coronaire bouchée. Un pontage peut contourner l'obstruction d'une seule artère, mais il est plus courant de procéder à des pontages multiples. En angioplastie coronaire, on introduit dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, en entrant habituellement par l'artère fémorale de la jambe et en rejoignant l'artère coronaire endommagée. Le gonflement du ballonnet distend l'artère coronaire au point d'obstruction. La majorité des angioplasties s'accompagnent de la mise en place d'un stent destiné à maintenir l'artère ouverte. Les stents éluants (systèmes qui libèrent des médicaments de manière progressive dans le milieu environnant) sont de plus en plus utilisés.

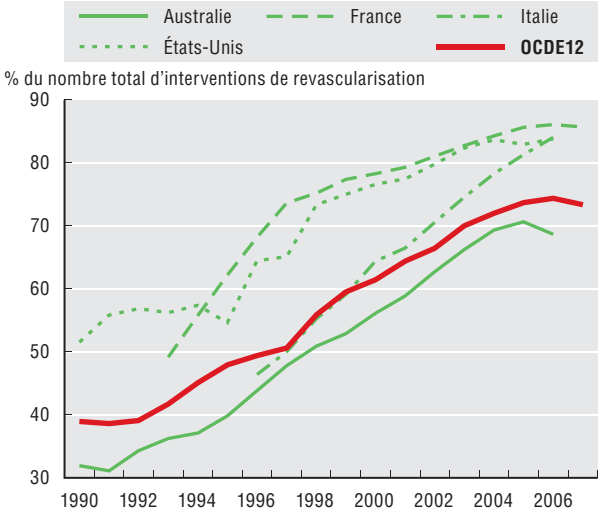
Les données correspondent au nombre d'interventions sur patients hospitalisés, comptabilisant normalement *toutes* les interventions effectuées. Il convient toutefois de noter que les systèmes de classification et d'enregistrement varient entre les pays, et que la même intervention peut être enregistrée différemment (une angioplastie accompagnée de la mise en place d'un stent peut être comptabilisée comme une ou deux interventions). Certains pays ne déclarent que l'intervention *principale* ou le nombre de *patients* subissant une ou plusieurs interventions, d'où une sous-estimation du nombre total d'interventions. C'est le cas des Pays-Bas, de l'Espagne et des États-Unis (pour le pontage coronarien). En Irlande, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés par des fonds publics (on estime à plus de 10 % la part des hôpitaux privés dans le total de l'activité hospitalière en Irlande). Dans aucun pays, les données ne couvrent les angioplasties ambulatoires.

4.6.1 Interventions de revascularisation, pour 100 000 habitants, 2007 (ou dernière année disponible)

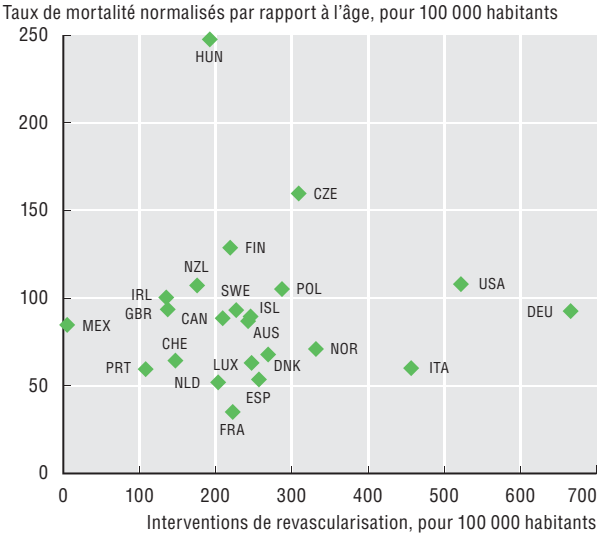


Note : Certaines variations entre pays sont dues à des différences dans les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement.

4.6.2 Angioplasties coronaires en pourcentage du nombre d'interventions de revascularisation dans certains pays de l'OCDE, 1990-2007



4.6.3 Taux de mortalité due à une crise cardiaque et interventions de revascularisation, 2006



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722128752484

4.7. Traitement des insuffisances rénales (dialyse et transplantation)

L'insuffisance rénale terminale est une pathologie dans laquelle les reins irrémédiablement endommagés ne peuvent plus fonctionner normalement. Parmi les principaux facteurs de risque de l'insuffisance rénale terminale figurent le diabète et l'hypertension, deux pathologies dont la prévalence s'accroît, de manière générale, dans les pays de l'OCDE. Aux États-Unis, ces deux pathologies sont responsables de plus de 60 % (37 % pour le diabète et 24 % pour l'hypertension) des diagnostics primaires d'insuffisance rénale (USRDS, 2008). Au stade ultime de la maladie, les patients doivent être traités par dialyse ou transplantation. Le traitement par dialyse est plus onéreux et plus contraignant pour les patients en termes de qualité de vie (du fait de son caractère récurrent) qu'une transplantation réussie.

Si l'on considère les deux types de traitement, la proportion de personnes traitées pour une insuffisance rénale terminale a augmenté de presque 6 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE sur les 20 dernières années (graphique 4.7.2). Ceci s'est traduit, en 2007, par un taux de prévalence du traitement de l'insuffisance rénale terminale plus de trois fois supérieur à celui de 1985. En 2007, le Japon et les États-Unis ont enregistré les taux de traitement d'insuffisance rénale terminale les plus élevés, avec plus de 160 patients pour 100 000 habitants (graphique 4.7.1), suivis du Portugal qui a enregistré le plus fort taux de croissance depuis 1985. On ne sait pas très bien pourquoi ces pays déclarent des taux de traitement de l'insuffisance rénale terminale aussi élevés mais cela ne semble pas être seulement ou principalement lié à une plus grande prévalence du diabète, laquelle n'est pas particulièrement plus élevée dans ces pays que dans d'autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.12 « Prévalence et incidence du diabète »).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la majorité des patients traités pour une insuffisance rénale terminale sont sous dialyse, par opposition à la transplantation rénale. Cela peut être attribué au fait que la prévalence des personnes souffrant d'insuffisance rénale terminale a fortement augmenté dans de nombreux pays mais que le nombre des transplantations demeure limité par le manque de donneurs. Les exceptions sont la Finlande, l'Islande et les Pays-Bas, où le nombre total de patients traités pour une insuffisance rénale est cependant relativement faible.

La proportion des dialysés est beaucoup plus grande au Japon et, dans une moindre mesure, aux États-Unis, que dans les autres pays (graphique 4.7.3). Au Japon, le phénomène est en partie lié au fait que les taux de transplantation rénale sont très faibles, ce qui signifie que pratiquement tous les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale sont sous dialyse. Dans tous les pays, le nombre des personnes sous dialyse a considérablement augmenté au cours des 20 dernières années.

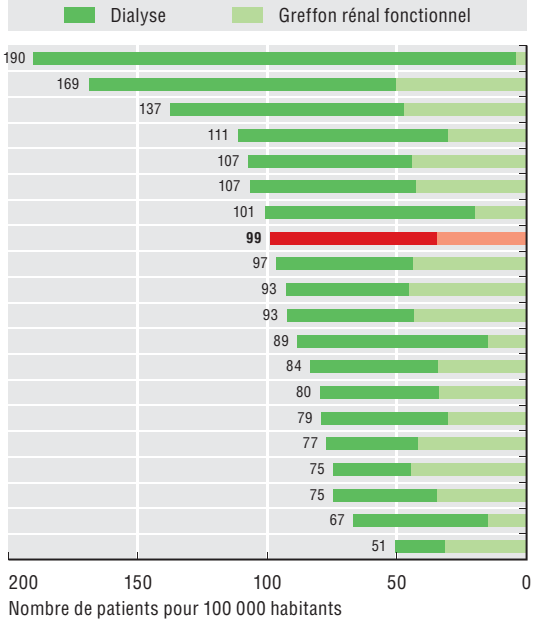
Étant donné la pénurie de donneurs, les transplantations de reins sont normalement effectuées sur des patients qui ne peuvent vivre qu'au prix de sessions de dialyse longues et difficiles. Lorsqu'elle est réussie, la transplantation permet à la personne de vivre à nouveau à peu près normalement, sans régime alimentaire strict ni limitation de l'activité. Les progrès des techniques chirurgicales et le développement de nouveaux médicaments antirejet ont permis d'effectuer davantage de transplantations, et d'améliorer leur taux de succès depuis 20 ans. La prévalence des personnes vivant avec un rein greffé fonctionnant bien a augmenté de façon régulière depuis 1985 dans tous les pays pour lesquels on dispose de données. La moyenne de l'OCDE est passée de huit à 34 personnes vivant avec un rein greffé fonctionnel pour 100 000 habitants entre 1985 et 2007 (graphique 4.7.4). En 2007, les États-Unis, le Portugal et l'Autriche enregistraient les taux les plus élevés, avec plus de 45 personnes vivant avec un rein greffé fonctionnel pour 100 000 habitants. À l'opposé, le Japon, la Corée et la République slovaque enregistraient les taux les plus faibles.

Dans bien des pays, les listes d'attente des candidats à une greffe de rein s'allongent, la demande étant très supérieure au nombre de donneurs. Les facteurs culturels et les traditions ont un impact sur les taux de transplantation; la transplantation reste peut-être moins bien acceptée dans certains pays comme le Japon.

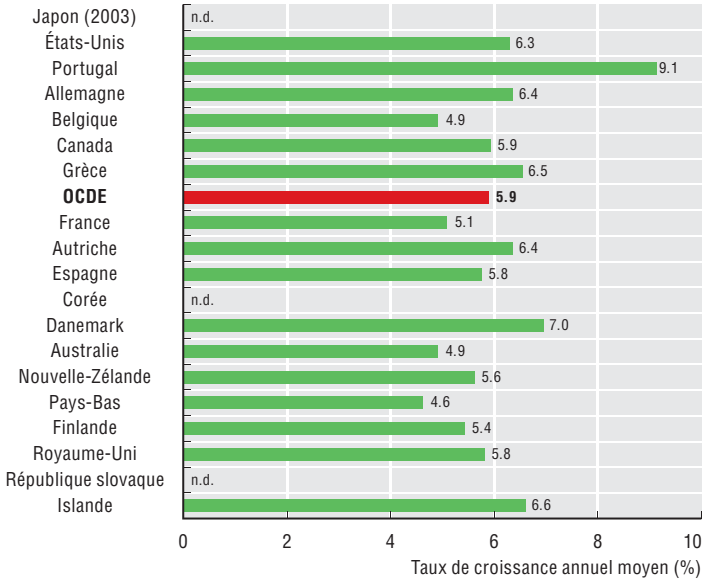
Définition et écarts

Le nombre de patients traités pour une insuffisance rénale terminale est le nombre de patients à la fin de chaque année qui reçoivent différentes formes de thérapie de remplacement du rein : hémodialyse/hémofiltration, dialyse péritonéale intermittente, dialyse péritonéale continue ambulatoire, dialyse péritonéale continue cyclique, ou qui vivent avec un rein greffé en bon état.

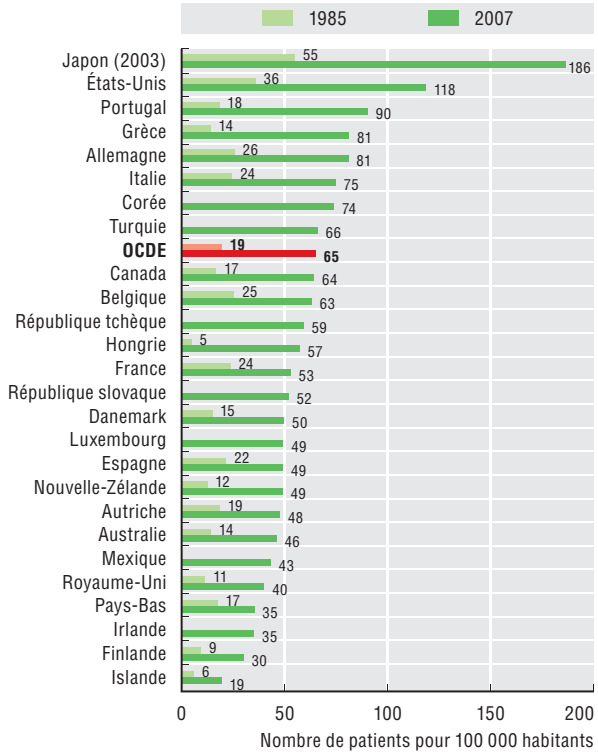
4.7.1 Patients traités pour insuffisance rénale chronique, par type de traitement, 2007 (ou dernière année disponible)



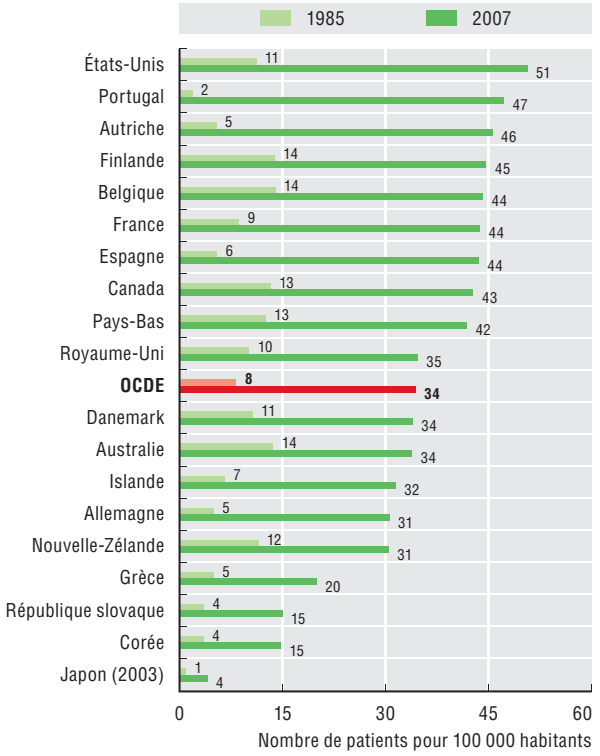
4.7.2 Augmentation du nombre de personnes traitées pour insuffisance rénale chronique, 1985-2007 (ou année la plus proche)



4.7.3 Prévalence des patients dialysés, 1985 et 2007 (ou année la plus proche)



4.7.4 Prévalence des patients vivant avec un greffon rénal fonctionnel, 1985 et 2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722131663533

4.8. Césariennes

Les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Cette augmentation s'explique, entre autres, par la réduction du risque de l'accouchement par césarienne, par les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale, par la commodité de la programmation pour les médecins et pour les patientes et par les changements de la relation médecin-patiente. Néanmoins, l'accouchement par césarienne reste une cause de mortalité maternelle accrue, de morbidité maternelle et infantile et de complications accrues pour les accouchements ultérieurs (Minkoff et Chervenak, 2003; Bewley et Cockburn, 2002; Villar *et al.*, 2006). Ces préoccupations, auxquelles s'ajoute le coût financier plus élevé, soulèvent la question de savoir si les coûts de l'accouchement par césarienne ne sont pas supérieurs à ses avantages.

En 2007, le taux de césariennes était très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 4.8.1), variant de 14 % aux Pays-Bas à près de 40 % en Italie et au Mexique. On observait aussi des taux élevés (30 % ou plus) en Turquie, Corée, Portugal, États-Unis, Hongrie, Australie et Suisse. Le taux moyen dans les pays de l'OCDE était de 26 %. Aux Pays-Bas, où les naissances à la maison demeurent une option fréquente pour les accouchements à faible risque, 30 % des naissances ont eu lieu à la maison en 2004 (Euro-Peristat, 2008).

L'augmentation des taux de césariennes a ralenti ou s'est même inversée dans certains pays de l'OCDE durant la décennie 90, à la suite de changements des pratiques obstétricales, notamment les tentatives d'accouchement vaginal après césarienne afin de réduire le nombre de césariennes répétées (Lagrew et Adashek, 1998). Toutefois, les taux de césariennes ont vite repris leur tendance à la hausse, pour une part en raison de complications signalées concernant des tentatives d'accouchement vaginal après césarienne et de la poursuite de l'évolution des préférences des patientes (Sachs *et al.*, 1999). D'autres tendances, comme l'augmentation des premières naissances chez les femmes relativement âgées et l'augmentation des naissances multiples résultant de la reproduction assistée, ont aussi contribué à la croissance des accouchements par césarienne.

La croissance des taux de césariennes depuis 1997 a été rapide dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 4.8.2 et 4.8.3). Des taux de croissance annuels moyens de 4 % ou plus ont été enregistrés dans 12 pays de l'OCDE, avec les valeurs les plus élevées en Autriche, en République slovaque, au Luxembourg, au Danemark, en Irlande et en République tchèque. Les césariennes ont augmenté au rythme annuel de 3.9 % dans la zone de l'OCDE entre 1997 et 2007. La Finlande et l'Islande enregistrent les taux de croissance les plus bas et font partie des pays ayant les taux de césariennes les plus bas en 2007.

L'augmentation continue des accouchements par césarienne n'est liée que partiellement aux changements des indications médicales. D'après une étude des tendances de l'accouchement par césarienne aux États-Unis, la proportion des césariennes « sans mention de risque » est passée de 3.7 % de l'ensemble des naissances en 1996 à 5.5 % en 2001 (Declercq *et al.*, 2005). En France, d'après une étude de 2008 de la Fédération hospitalière de France, les taux de césariennes sont plus élevés dans les établissements du secteur privé commercial que dans ceux du secteur public, bien que ces derniers aient vocation à traiter les grossesses à risque (FHF, 2008). Une étude sur la pratique des accouchements par césarienne dans les pays d'Amérique latine à la fin de la décennie 90 constatait similairement des taux de césariennes plus élevés dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics ou de la sécurité sociale (Belizan *et al.*, 1999).

Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour les accouchements normaux sans complications restent une question débattue. Les associations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues dans des pays comme le Canada encouragent maintenant la promotion de l'accouchement normal sans interventions telles que les césariennes (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada *et al.*, 2008).

Définition et écarts

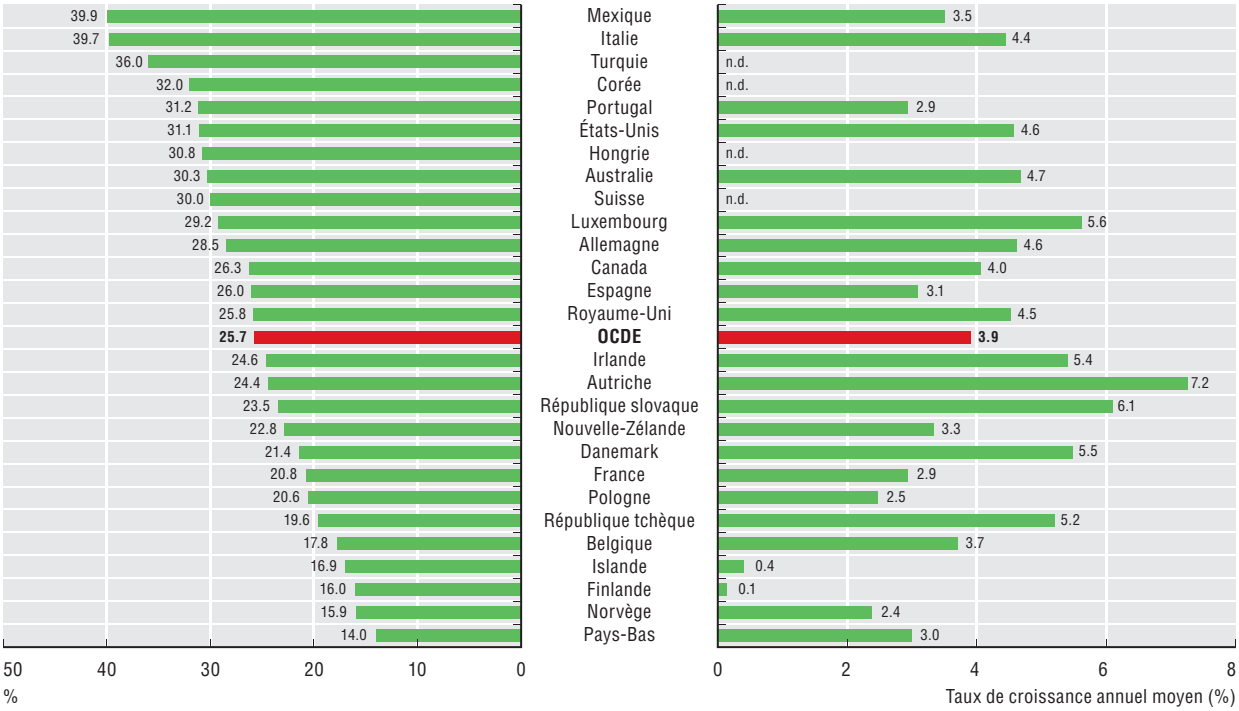
Le taux de césariennes est le nombre de césariennes pratiquées pour 100 naissances vivantes.

Au Portugal, le dénominateur correspond uniquement au nombre de naissances vivantes enregistrées dans les hôpitaux publics du continent (d'où une surestimation du taux de césariennes).

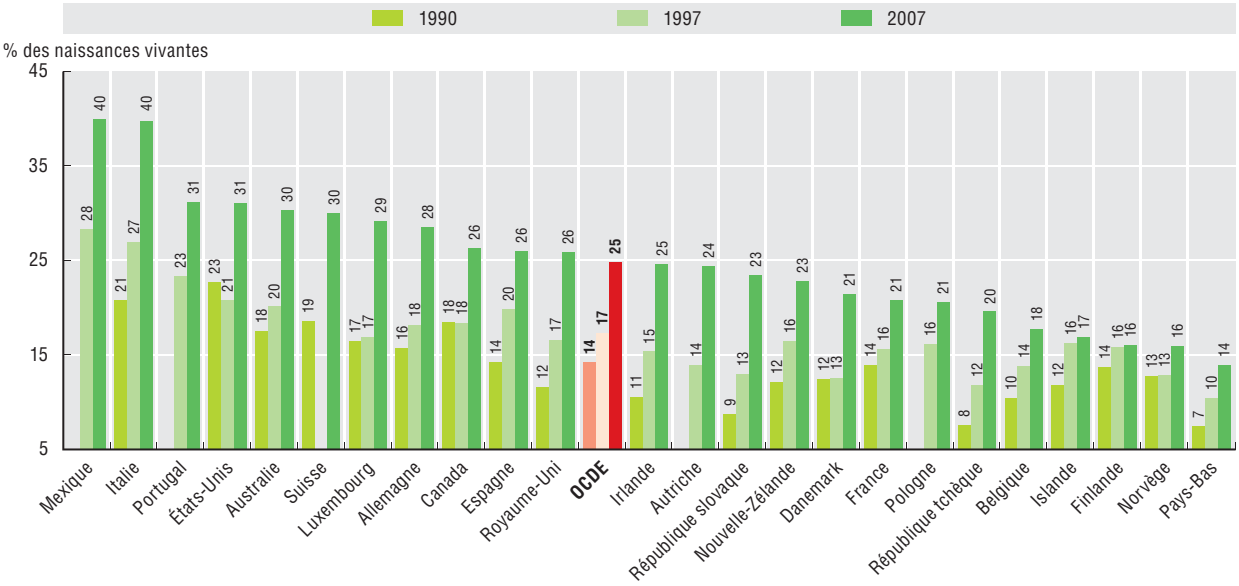
Au Mexique, le nombre de césariennes est estimé sur la base des déclarations des hôpitaux publics et des données fournies par les Enquêtes nationales sur la santé. Une estimation est nécessaire pour corriger les omissions concernant les accouchements par césarienne dans les établissements privés. Le nombre total d'accouchements par césarienne est ensuite divisé par le nombre total de naissances vivantes tel qu'estimé par le Conseil national de la population.

4.8.1 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 2007 (ou dernière année disponible)

4.8.2 Augmentation des césariennes pour 100 naissances vivantes, 1997-2007 (ou année la plus proche)



4.8.3 Évolution des taux de césariennes, 1990-2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722141778876

4.9. Opérations de la cataracte

Au cours des 20 dernières années, le nombre d'actes réalisés en chirurgie de jour a régulièrement augmenté dans les pays de l'OCDE grâce aux progrès des technologies médicales, en particulier au développement d'interventions chirurgicales moins invasives, et à l'amélioration de l'anesthésie. Ces innovations ont accru l'efficacité des interventions et la sécurité des patients. Elles peuvent également réduire le coût unitaire des interventions en raccourcissant la durée de séjour. Toutefois, l'impact global sur les coûts dépend de la mesure dans laquelle toute utilisation accrue de ces interventions peut être compensée par une réduction du coût unitaire, en prenant en compte le coût des soins post-aigus.

L'opération de la cataracte est un bon exemple d'intervention chirurgicale courante, désormais pratiquée principalement en chirurgie de jour dans la plupart des pays de l'OCDE. Elle est devenue l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans de nombreux pays de l'OCDE.

Le nombre des opérations de la cataracte par habitant varie de 59 opérations pour 100 000 habitants au Mexique à 1 722 pour 100 000 habitants en Belgique (graphique 4.9.1). Ces différences entre les pays s'expliquent par des facteurs relatifs à la demande (comme une structure de population âgée) ainsi que par des facteurs relatifs à l'offre (comme la capacité d'effectuer l'intervention dans les hôpitaux ou en dehors des hôpitaux). Cependant, la comparabilité des données est aussi limitée par des problèmes d'enregistrement, notamment l'absence d'enregistrement des interventions de jour extrahospitalières dans certains pays, ce qui explique les faibles taux en Irlande et en Pologne. Le taux très élevé dans des pays comme la Belgique peut aussi s'expliquer en partie par l'enregistrement de plusieurs actes par intervention.

Au cours de la dernière décennie, le nombre des opérations de la cataracte a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Le vieillissement de la population est un des facteurs de cette hausse, mais la réussite et la sécurité avérées et le bon rapport coût/efficacité des interventions pratiquées en chirurgie de jour ont été probablement des facteurs plus déterminants (Fedorowicz *et al.*, 2004).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les opérations de la cataracte sont désormais pratiquées principalement en chirurgie de jour. En effet, elle représente 90 % ou plus de l'ensemble des opérations de la cataracte dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données (graphique 4.9.2). Cependant, dans certains pays comme la Pologne et la Hongrie, cette pratique est encore relativement peu répandue. Cela peut s'expliquer par un remboursement plus avantageux des hospitalisations, par les réglementations nationales ou par des obstacles à l'évolution des pratiques individuelles des chirurgiens et des anesthésistes (Castoro *et al.*, 2007), ainsi que des limitations de la couverture des données. En France, la proportion des opérations de la cataracte pratiquées en chirurgie de jour a augmenté rapidement au cours de la dernière décennie, passant de 19 % en 1997 à 63 % en 2007, mais elle reste inférieure à celle de beaucoup d'autres pays de l'OCDE. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, il reste encore un potentiel d'augmentation de la proportion des opérations en chirurgie de jour.

En Suède, des éléments indiquent que l'on pratique maintenant des opérations de la cataracte sur des patients souffrant de troubles de la vision moins graves qu'il y a cinq ou dix ans. Cela pose la question de savoir quelle priorité accorder aux besoins de ces derniers par rapport aux autres populations de patients (Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2008).

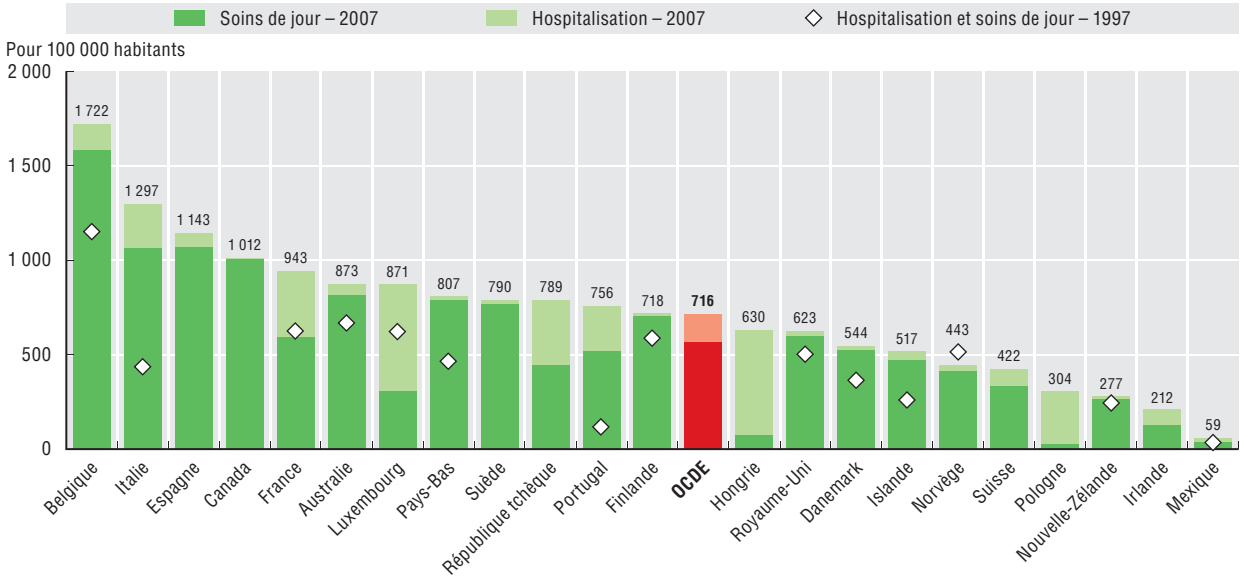
Définition et écarts

L'opération de la cataracte consiste à extraire le cristallin de l'œil (à cause de la présence de cataractes qui le rendent partiellement ou complètement opaque) et à le remplacer par un cristallin artificiel. L'opération peut se pratiquer en chirurgie de jour ou avec une hospitalisation. Les interventions de jour peuvent avoir lieu dans un hôpital ou dans une clinique. Toutefois, dans de nombreux pays, les données ne couvrent que les interventions effectuées dans les hôpitaux. En conséquence, la comparaison des données disponibles entre les pays exige une certaine prudence étant donné la couverture incomplète des interventions de jour dans un certain nombre de cas.

Le Danemark ne prend en compte que les opérations de la cataracte dans les hôpitaux publics, à l'exclusion de celles pratiquées dans le secteur ambulatoire et dans les hôpitaux privés. En Irlande également, les données ne couvrent que les interventions dans les hôpitaux publics (on estime que plus de 10 % du total de l'activité hospitalière en Irlande a lieu dans les hôpitaux privés). Les données pour l'Espagne ne couvrent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

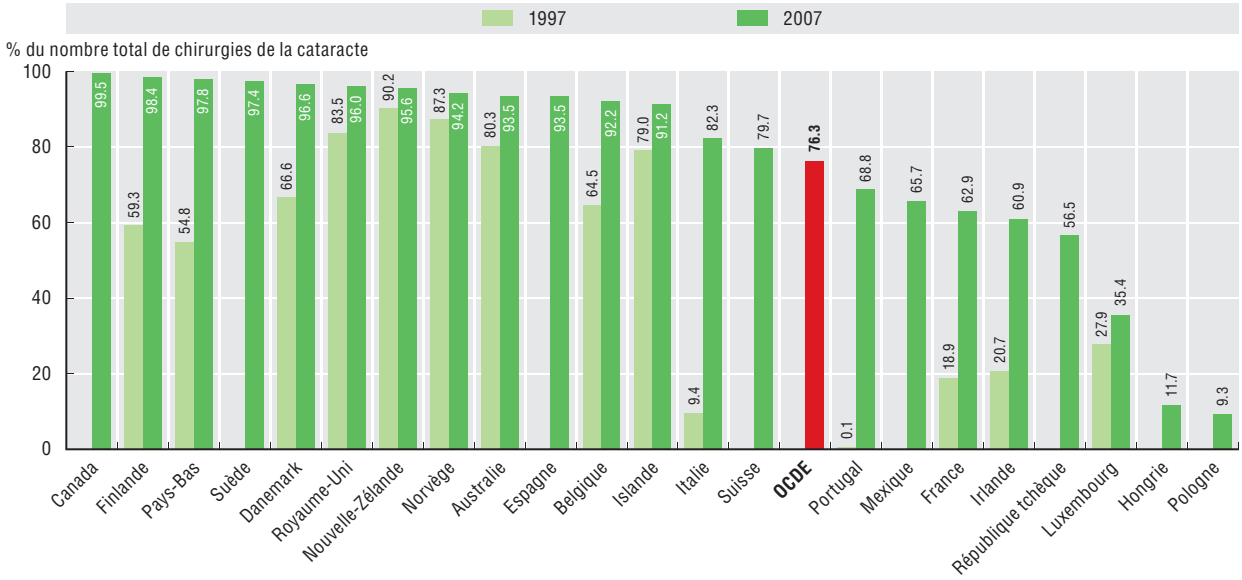
Les modalités d'enregistrement des opérations de la cataracte peuvent varier entre les pays (par exemple, elles peuvent être enregistrées comme une intervention unique comportant au moins deux étapes (l'extraction du cristallin et la pose d'un cristallin artificiel) ou comme deux interventions séparées.

4.9.1 Nombre de chirurgies de la cataracte avec hospitalisation et en soins de jour, pour 100 000 habitants, 1997 et 2007 (ou année la plus proche)



Note : Certaines variations entre pays sont dues à des différences dans les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement.

4.9.2 Pourcentage de chirurgies de la cataracte effectuées en soins de jour, 1997 et 2007 (ou année la plus proche)



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722206073111

4.10. Consommation de médicaments

La consommation de médicaments augmente dans les pays de l'OCDE non seulement en terme de dépenses (voir l'indicateur 7.4) mais également en volume (quantité). L'un des facteurs qui contribue à cette hausse de la consommation de médicaments est le vieillissement de la population, qui s'accompagne d'une augmentation de la demande d'un certain nombre de médicaments pour traiter les différentes maladies liées au vieillissement. Cependant, on observe également une hausse de la consommation de médicaments dans des pays où le processus de vieillissement de la population est moins avancé, ce qui indique que d'autres facteurs, tels que les habitudes de prescription des médecins ou la part payée par les patients, jouent aussi un rôle.

Cette section présente des informations sur la consommation de quatre catégories de médicaments : les antidiabétiques, les antidépresseurs, les anticholestérols et les antibiotiques. L'emploi de l'unité dite de « dose quotidienne définie » recommandée par le Collaborating Center for Drug Statistics de l'OMS (voir l'encadré « Définition et écarts » ci-dessous) permet de mesurer le volume de consommation de ces médicaments entre les pays.

Il existe de fortes variations dans la consommation des médicaments pour le traitement du diabète, la consommation en Islande étant presque trois fois moindre qu'en Finlande, en Allemagne ou en Grèce (graphique 4.10.1). Ces différences s'expliquent en partie par la prévalence du diabète, qui est faible en Islande et relativement élevée en Allemagne (voir l'indicateur 1.12). Cependant, certains des pays qui consomment le plus n'ont pas une prévalence du diabète particulièrement élevée. Entre 2000 et 2007, la consommation de produits antidiabétiques a augmenté dans tous les pays. L'augmentation a été particulièrement forte en République slovaque (partant toutefois d'un bas niveau), au Royaume-Uni, au Danemark, en Finlande et en Islande. L'augmentation de la consommation peut être attribuée à la prévalence grandissante du diabète mais aussi à une augmentation de la proportion de personnes traitées et des doses moyennes administrées (Melander *et al.*, 2006).

L'Islande enregistre le plus haut niveau de consommation d'antidépresseurs, suivie par l'Australie et d'autres pays nordiques (graphique 4.10.2). C'est en République slovaque, Hongrie et République tchèque que la consommation d'antidépresseurs est la plus faible, même si elle a augmenté rapidement au cours des sept dernières années. L'Allemagne est une exception avec à la fois de bas niveaux et une faible croissance de cette consommation.

La consommation d'anticholestérols varie entre un maximum de 206 doses quotidiennes par jour pour 1 000 habitants en Australie et un minimum de 49 en Allemagne (graphique 4.10.3). Si ces disparités peuvent refléter, en partie, des différences dans la prévalence des niveaux élevés de mauvais cholestérol, elles sont aussi attribuables à des différences dans les recommandations cliniques contre le mauvais cholestérol. En Australie, par exemple, ces recommandations visent des niveaux de mauvais cholestérol inférieurs à ceux en vigueur dans les pays européens; les niveaux cibles varient aussi entre pays européens (National Heart Foundation of Australia *et al.*, 2005; Hockley et Gemmill, 2007). La croissance très rapide de la consommation d'anticholestérols dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données s'explique par le contexte épidémiologique (par exemple, l'augmentation de l'obésité) et la progression du dépistage et du traitement.

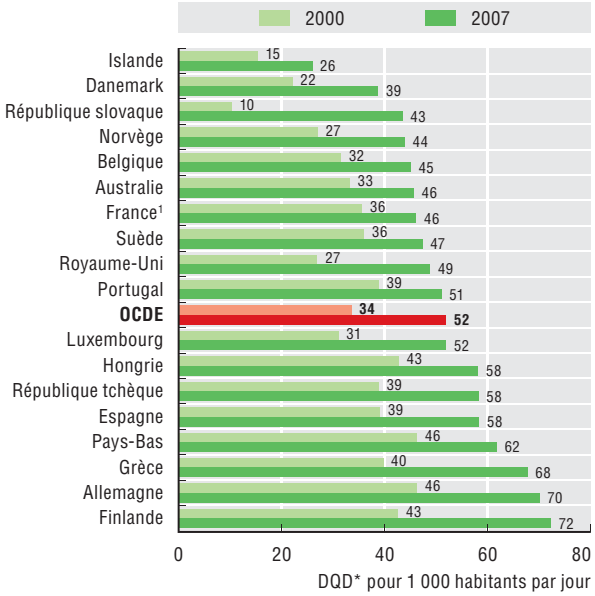
La consommation d'antibiotiques varie entre 9 doses quotidiennes par jour pour 1 000 habitants en Suisse et 32 en Grèce (graphique 4.10.4). Conscients qu'une consommation excessive d'antibiotiques génère une résistance bactérienne, de nombreux pays ont lancé, ces dernières années, des campagnes d'information à l'intention des médecins et/ou des patients afin de réduire la consommation des antibiotiques. À la suite de ces campagnes, la consommation s'est stabilisée dans de nombreux pays et elle a même diminué dans quelques pays (France, Portugal et République slovaque). À l'opposé, la consommation a augmenté entre 2000 et 2007 dans des pays qui avaient des niveaux de consommation inférieurs à la moyenne, comme le Danemark et l'Irlande.

Définition et écarts

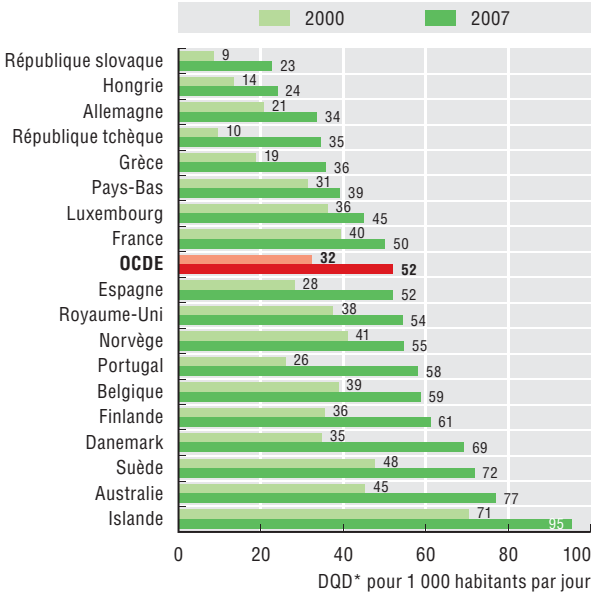
La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée d'un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Des DQD sont attribuées par un consensus d'experts internationaux à chaque principe actif(s) d'une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Les DQD peuvent être combinées à l'intérieur de catégories thérapeutiques de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC). Pour plus de détails, voir *www.whocc.no/atcddd*.

Les données concernent généralement la consommation en dehors de l'hôpital, excepté pour la République tchèque, la Finlande, la Hongrie et la Suède, où elles englobent également la consommation des hôpitaux. Les données de la Grèce peuvent englober les exportations parallèles.

4.10.1 Consommation d'antidiabétiques, DQD* pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007 (ou année la plus proche)

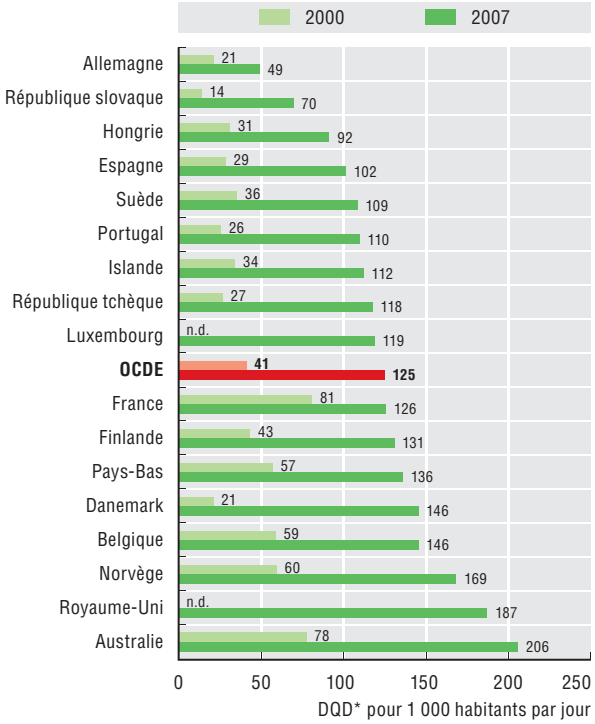


4.10.2 Consommation d'antidépresseurs, DQD* pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007 (ou année la plus proche)

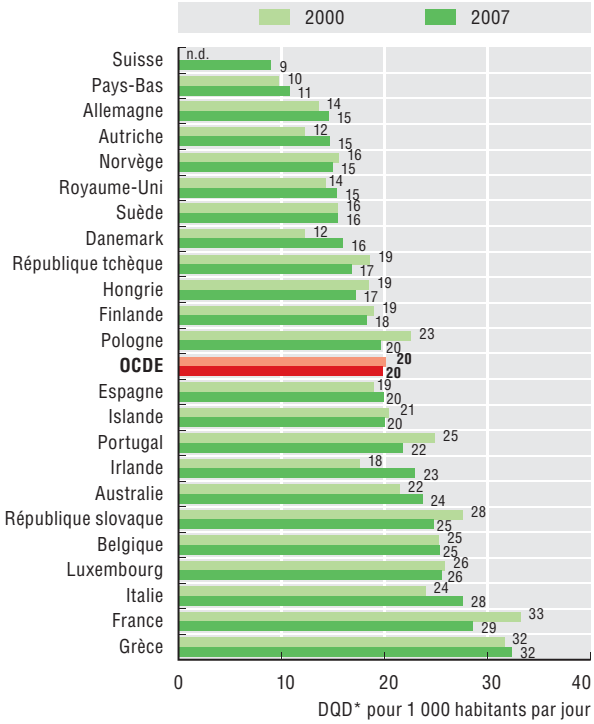


1. Représente seulement 88 % de la consommation.

4.10.3 Consommation d'anticholestérols, DQD* pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007 (ou année la plus proche)



4.10.4 Consommation d'antibiotiques, DQD* pour 1 000 habitants par jour, 2000 et 2007 (ou année la plus proche)



* DQD : Dose quotidienne définie.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722244112378

5. QUALITÉ DES SOINS

Introduction

Affections chroniques

5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires

5.2. Admission évitable à l'hôpital : complications du diabète

5.3. Admission évitable à l'hôpital : insuffisance cardiaque, hypertension

Complication aiguë d'affections chroniques

5.4. Mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde

5.5. Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral

Troubles mentaux

5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux

Cancers

5.7. Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus

5.8. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

5.9. Survie et mortalité du cancer colorectal

Maladies transmissibles

5.10. Programmes de vaccination des enfants

5.11. Vaccination antigrippale des personnes âgées

Introduction

Quels sont les domaines du système de soins de santé qui montrent un bon rapport qualité/coût ou qui présentent des possibilités d'amélioration des performances? Si les efforts nationaux et internationaux en cours, tels que le *Système de comptes de la santé*, fournissent de meilleures informations sur les dépenses de santé, les informations sur la valeur créée par les services de santé restent limitées. La qualité des soins, c'est-à-dire dans quelle mesure les soins sont dispensés conformément aux normes établies et avec des résultats optimaux, est un des aspects clés de cette valeur.

Beaucoup de pays de l'OCDE rendent compte de la qualité des soins au niveau national, alors que d'autres pays manquent encore de l'infrastructure de données nécessaire pour obtenir ces informations. Des données internationalement comparables sur la qualité des soins peuvent permettre aux pays d'explorer les facteurs sous-jacents relevant de l'organisation et du financement des soins de santé. Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI pour « Health Care Quality Indicators ») élabore actuellement un ensemble d'indicateurs de la qualité au niveau des systèmes de soins de santé (Mattke *et al.*, 2006; Garcia Armesto *et al.*, 2007). Ce projet a pour but de compléter et coordonner les efforts des organismes nationaux et d'autres organisations internationales. Combinés à d'autres initiatives, ces travaux offriront aux responsables publics et aux autres parties concernées des outils pour stimuler l'apprentissage entre les pays. Les 30 pays de l'OCDE, ainsi que cinq pays de l'Union européenne non membres de l'OCDE et Singapour, participent maintenant au projet.

La construction d'un ensemble d'indicateurs de qualité des soins nécessite trois composantes : un cadre conceptuel pour définir les aspects à saisir; des indicateurs pertinents et scientifiquement valides pour refléter les performances relatives à ces différents aspects; et des données pour mettre en œuvre les indicateurs choisis. Depuis ses débuts en 2003, le projet HCQI a notablement progressé dans l'assemblage des deux premières composantes. Comme on l'a indiqué dans l'introduction générale de la présente publication, un cadre conceptuel a été élaboré, qui reflète la vision commune des pays sur les aspects clés des performances des systèmes de soins de santé (Kelley et Hurst, 2006). On s'est accordé sur l'idée que le projet devrait initialement se concentrer sur la qualité technique des soins (c'est-à-dire l'efficacité médicale). Un certain nombre de travaux ont aussi été réalisés et publiés pour identifier les indicateurs appropriés concernant la qualité des soins dans des domaines comme les soins cardiaques, le diabète et la santé mentale.

Le principal facteur restrictif reste toutefois la disponibilité de données pour construire les indicateurs de qualité, particulièrement au niveau international. Du fait de l'adoption relativement limitée des dossiers de santé électroniques, les informations cliniques détaillées nécessaires à beaucoup d'indicateurs sont souvent indisponibles, ce qui limite le projet aux indicateurs que l'on peut construire à partir de données administratives plus largement disponibles mais moins riches en informations. L'absence d'utilisation d'un identifiant unique de patient dans certains pays limite la capacité de suivre les patients à travers les environnements et établissements de soins et ainsi la possibilité de saisir les trajectoires de soins dans le temps. Enfin, les différences des systèmes de codage et des normes de collecte des données font obstacle à la comparabilité internationale des indicateurs.

Malgré ces défauts, des progrès substantiels ont été accomplis. Au total, 40 indicateurs ont été adoptés, dont 23 figurent dans la présente édition du *Panorama de la santé*. Ces indicateurs couvrent des besoins importants en soins de santé ainsi que la plupart des grandes catégories de maladies. Les nouveaux domaines couverts dans cette publication par rapport à l'édition précédente du *Panorama de la santé* sont le traitement des affections chroniques dans les soins primaires et les soins de santé mentale. Même s'il subsiste plusieurs lacunes dans cet ensemble d'indicateurs, comme la sécurité des patients et leurs expériences, et qu'il faille encore améliorer la comparabilité entre les pays, ces indicateurs permettent aux responsables publics et aux autres parties concernées de commencer à tirer des enseignements sur les performances relatives des systèmes de soins de santé dans un certain nombre de domaines clés. Le présent chapitre illustre l'utilisation des indicateurs HCQI pour l'exploration des questions qui se posent dans le domaine des soins relatifs aux affections chroniques, aux complications aiguës d'affections chroniques, aux troubles mentaux, aux cancers et aux maladies transmissibles.

Ces indicateurs couvrent aussi bien les processus que les résultats des soins pour diverses affections (voir tableau 5.1). Le site Internet de l'OCDE consacré au projet HCQI, *www.oecd.org/health/hcqi*, donne des informations supplémentaires sur les sources et les méthodes sous-jacentes aux données.

5.1 Domaines couverts par l'ensemble actuel d'indicateurs

	Mesures des processus	Mesures des résultats
Soins relatifs aux affections chroniques		Taux d'admission évitable pour l'asthme Taux d'admission évitable pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques Taux d'admission évitable pour les complications aiguës du diabète Taux d'admission évitable pour l'amputation des membres inférieurs due au diabète Taux d'admission évitable pour l'insuffisance cardiaque congestive Taux d'admission évitable pour l'hypertension
Soins relatifs aux complications aiguës d'affections chroniques		Taux de mortalité à 30 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM) Taux de mortalité à 30 jours après accident vasculaire cérébral
Soins relatifs aux troubles mentaux		Taux de réadmission non programmée de patients souffrant de schizophrénie Taux de réadmission non programmée de patients souffrant de troubles bipolaires
Soins relatifs aux cancers	Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus Taux de dépistage du cancer du sein	Taux de survie du cancer du col de l'utérus Taux de mortalité du cancer du col de l'utérus Taux de survie du cancer du sein Taux de mortalité du cancer du sein Taux de survie du cancer colorectal Taux de mortalité du cancer colorectal
Soins relatifs aux maladies transmissibles	Taux de vaccination des enfants contre la coqueluche Taux de vaccination des enfants contre la rougeole Taux de vaccination des enfants contre l'hépatite B Taux de vaccination antigrippale des personnes âgées	Incidence de l'hépatite B

Interprétation et utilisation des données

Les indicateurs présentés dans ce chapitre ne fournissent pas une évaluation complète des performances des systèmes de soins de santé concernant la qualité des soins, étant donné qu'aussi bien leur comparabilité que leur couverture sont limitées. Depuis la dernière édition du *Panorama de la santé* en 2007, on s'est efforcé de réunir des données aussi comparables que possible entre les pays, notamment avec la mise en œuvre de normes claires pour la qualité des données et de méthodes standard pour les ajustements en fonction de la composition par âge et par sexe. On a calculé des intervalles de confiance pour distinguer les différences statistiquement significatives entre les valeurs des indicateurs. Néanmoins, on note que des disparités subsistent dans les définitions, les sources et les méthodes, comme c'est le cas pour d'autres indicateurs d'*Eco-Santé OCDE*. En particulier, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la comparabilité et ajuster les chiffres en fonction des différences dans les profils de risque des patients entre les pays. Bien que les indicateurs s'appuient sur des études empiriques rigoureuses et qu'ils aient été utilisés pour des travaux de recherche et d'analyse *à l'intérieur des pays*, on ne comprend pas encore très bien pourquoi ils varient *entre les pays*. Il demeure nécessaire d'élaborer d'autres indicateurs pour rendre compte plus complètement de la qualité, de manière à permettre des comparaisons plus robustes des performances des systèmes de soins de santé.

Les données présentées dans ce chapitre soulèvent des questions sur la qualité des soins dans les différents pays plutôt; elles ne fournissent pas de réponses définitives ou des jugements normatifs. Des informations sont fournies sur l'importance et la validité scientifique de chaque indicateur, mais les données et les constats présentés doivent êtres considérés comme un point de départ en vue de mieux comprendre les variations de la qualité des soins et d'encourager une analyse plus poussée de l'expérience des différents pays. Les travaux en cours dans le cadre du projet HCQI amélioreront la comparabilité et la couverture des données et offriront, à terme, une vue plus robuste des performances comparées.

Domaines prioritaires futurs

Conformément au cadre conceptuel établi (Kelley et Hurst 2006; Arah *et al.*, 2006), le projet HCQI vise à améliorer et étendre l'ensemble actuel d'indicateurs de la qualité des soins dans les domaines de la sécurité des patients et des expériences des patients.

En réponse à l'intérêt croissant porté au suivi et à l'amélioration de la sécurité des soins médicaux (OMS, 2008a; Conseil de l'Union européenne, 2009), l'OCDE explore les possibilités de comparer la sécurité des patients à l'échelle internationale au moyen des données administratives des hôpitaux (OCDE, 2007c). En 2007, une étude préliminaire a été entreprise dans sept pays membres de l'OCDE pour examiner la possibilité de calculer un ensemble de 12 indicateurs originellement publiés par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) des États-Unis. Eu égard aux résultats encourageants de cette étude initiale (Drösler *et al.*, 2009a), une collecte de données élargie a été entreprise en 2008, portant sur 16 pays et 15 indicateurs de la sécurité des patients (voir le tableau 5.2).

Afin de faciliter les comparaisons, des spécifications techniques et des méthodes de calcul pour ces indicateurs ont été élaborées (Drösler, 2008) et l'impact potentiel des différences nationales concernant la répartition par âge et par sexe, la durée du séjour à l'hôpital et le traitement médical et chirurgical a été évalué.

5.2 Liste des indicateurs de la sécurité des patients étudiés en 2008

Domaine	Nom de l'indicateur
Infections contractées à l'hôpital	Escarre de décubitus (PSI 3) Infection du sang associée à un cathéter (PSI 7)
Complications opératoires et postopératoires	Complications d'anesthésie (PSI 1) Pneumothorax iatrogène (PSI 6) Fracture de hanche postopératoire (PSI 8) Détresse respiratoire postopératoire (PSI 11) Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire (PSI 12) Septicémie postopératoire (PSI 13) Lacération ou piqûre accidentelle (PSI 15)
Événements sentinelles	Corps étranger laissé au cours d'une intervention (PSI 5) Réaction à une transfusion (PSI 16)
Obstétrique	Traumatisme à la naissance – traumatisme du nouveau-né (PSI 17) Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse (avec instrument) (PSI 18) Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse (sans instrument) (PSI 19) Traumatisme obstétrical au cours d'une césarienne (PSI 20)

Note : Les numéros correspondent aux indicateurs de la sécurité des patients de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) des États-Unis.

Cela a conduit l'OCDE à collecter sept de ces indicateurs en 2009, à savoir : infection du sang associée à un cathéter, embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire, septicémie postopératoire, lacération ou piqûre accidentelle, corps étranger laissé au cours d'une intervention et traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse avec ou sans instrument. Au total, 18 pays ont participé à la troisième opération de collecte de données au début de 2009. Toutefois, eu égard aux questions de complétude et de comparabilité des données sous-jacentes et de la prudence qui s'impose pour l'interprétation des constatations, on a jugé que ces indicateurs n'était pas actuellement présentables dans cette publication.

Un rapport technique détaillé sur la collecte de données de 2009 et sur l'état actuel de développement de l'ensemble des indicateurs de la sécurité des patients de l'OCDE a été publié (Drösler *et al.*, 2009b); on peut le télécharger du site Internet de l'OCDE *www.oecd.org/health/hcqi*. Ce rapport indique les problèmes clés à résoudre pour permettre à terme une comparaison rigoureuse de la sécurité des patients et il aborde les travaux en cours de l'OCDE visant à traiter les questions relatives aux données et à renforcer les infrastructures d'information nationales. En particulier, la nécessité d'apporter des améliorations aux bases de données administratives des pays de l'OCDE a été soulignée. L'amélioration du codage des diagnostics secondaires, l'établissement de codes pour les affections présentes à l'admission, la normalisation des codes des actes médicaux et la poursuite de l'utilisation des identifiants uniques de patient permettront d'améliorer sensiblement la comparabilité internationale des indicateurs de la sécurité.

Outre la sécurité des patients, l'OCDE veut aborder le domaine de la réactivité aux attentes en renforçant la capacité de mesurer au niveau international les expériences des patients à l'égard des soins de santé. Des travaux récents, en collaboration avec les experts nationaux et les organisations internationales, sont consacrés au développement et à l'application d'instruments reposant sur les enquêtes de population.

La mise en place d'indicateurs pertinents dans ces deux domaines prioritaires, ainsi que la poursuite de l'amélioration et du développement des indicateurs dans les domaines existants (par exemple, promotion de la santé, prévention et soins primaires), contribueront, à terme, à une appréciation plus complète de la qualité des soins fournis dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE.

5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires

L'asthme, affection qui se caractérise par une hyperréactivité et une inflammation chronique du système bronchique, est la maladie chronique la plus courante chez l'enfant et sa prévalence s'est accrue au cours des dernières décennies. La prévalence de l'asthme chez les enfants aux États-Unis a doublé depuis les années 80 pour atteindre 9 % (Moorman *et al.*, 2007). L'asthme persiste à l'âge adulte chez au moins 25 % des enfants (Sears *et al.*, 2003). Approximativement 30 millions de personnes en Europe souffrent d'asthme (Masoli *et al.*, 2004). La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ou bronchite chronique, est actuellement la quatrième cause de décès dans le monde (OMS, 2006). Le facteur de risque le plus important est la consommation de tabac qui est la cause de 80 % à 90 % des cas de MPOC. Les fumeurs ont plus de dix fois plus de risque de mourir de MPOC que les non-fumeurs (HHS, 2004). Environ 11.2 millions de personnes aux États-Unis ont une MPOC déclarée et 24 millions ont des signes de dégradation de la fonction pulmonaire pouvant correspondre aux premiers stades d'une MPOC (ALA, 2009).

Il est tout à fait possible de prévenir les complications de l'asthme au moyen d'agents anti-inflammatoires et de bronchodilatateurs dans le cadre des soins primaires et, quand elles se produisent, la plupart des complications peuvent se traiter sans qu'une hospitalisation soit nécessaire. De ce fait, des taux d'admission à l'hôpital élevés peuvent être le signe d'une mauvaise qualité de soins. Les taux d'admission pour l'asthme ont été utilisés pour évaluer la qualité des soins, par exemple, par le National Health Service au Royaume-Uni ou dans le rapport national sur la qualité des soins de santé (AHRQ, 2008b) aux États-Unis.

S'il n'est pas possible de guérir d'une MPOC, certains modes de traitement permettent de stabiliser les patients pour éviter des admissions à l'hôpital (Jadwiga *et al.*, 2007). On a constaté que des approches innovantes telles que l'hospitalisation à domicile, qui a son origine au Royaume-Uni, diminuent sensiblement les taux d'admission et les coûts (Ram *et al.*, 2004). Étant donné que la responsabilité de la gestion de la MPOC incombe en grande partie aux fournisseurs de soins primaires, les taux d'admission à l'hôpital permettent de mesurer la qualité de ces soins (AHRQ, 2007b).

Les graphiques 5.1.1 et 5.1.2 montrent que les taux d'admission à l'hôpital pour l'asthme et pour la MPOC normalisés en fonction de la composition de la population par âge et par sexe varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre. Alors qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE 51 adultes sur 100 000 sont admis à l'hôpital pour cause d'asthme durant l'année, le taux est plus du double (120) aux États-Unis. Leur voisin, le Canada, a un taux beaucoup plus bas de 18 admissions. Pour la MPOC, on constate des différences d'ampleur similaire. En moyenne, 201 admissions pour 100 000 adultes ont lieu dans les pays de l'OCDE, mais ce taux atteint 384 en Irlande, contre seulement 33 au Japon. Le taux déclaré par l'Autriche est supérieur au triple de celui de la Suisse.

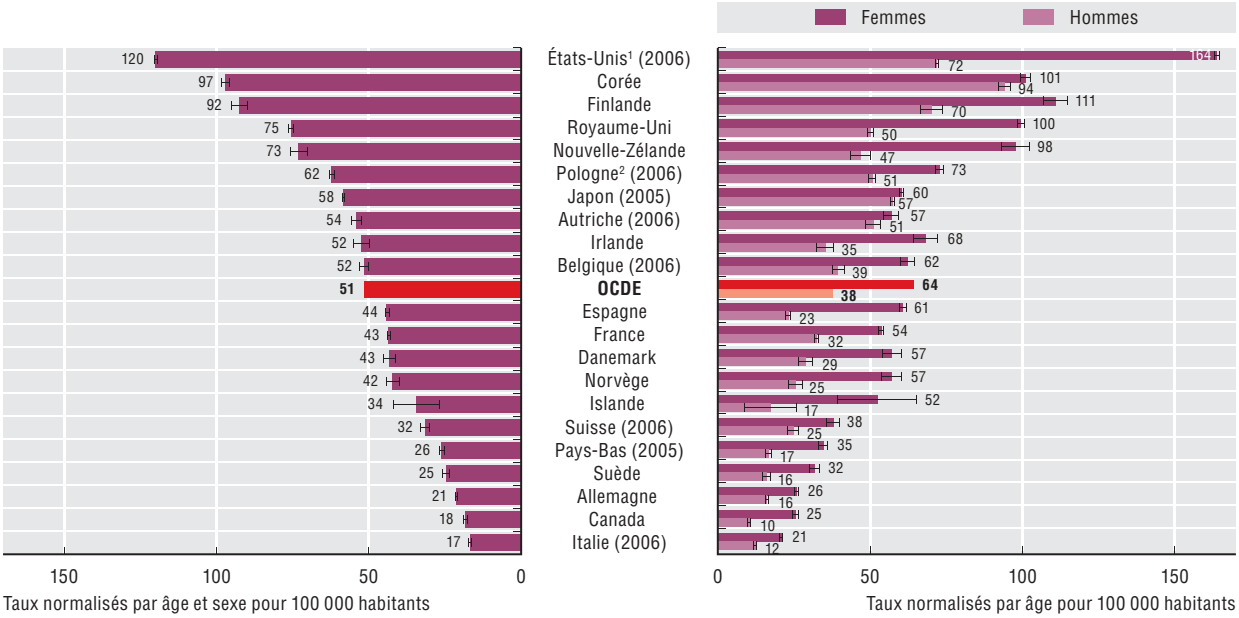
Pour l'asthme, le graphique 5.1.1 montre qu'en moyenne les femmes ont une probabilité 70 % plus grande que celle des hommes d'être admises à l'hôpital et, aux États-Unis, le taux des femmes est plus du double de celui des hommes. Cela peut être dû, au moins en partie, au fait que la prévalence de l'asthme à l'âge adulte est habituellement plus grande chez les femmes.

Pour la MPOC, le graphique 5.1.3 montre que les taux d'admission sont corrélés seulement dans une certaine mesure avec les estimations de la prévalence de ces maladies. Cette analyse invite à explorer les lacunes potentielles des soins dans les pays où les taux d'admission pour MPOC sont plus élevés que ne le laisserait présager la prévalence déclarée pour cette maladie. Par ailleurs, on ne constate aucune corrélation entre les estimations de la prévalence de l'asthme et les taux d'admission.

Définition et écarts

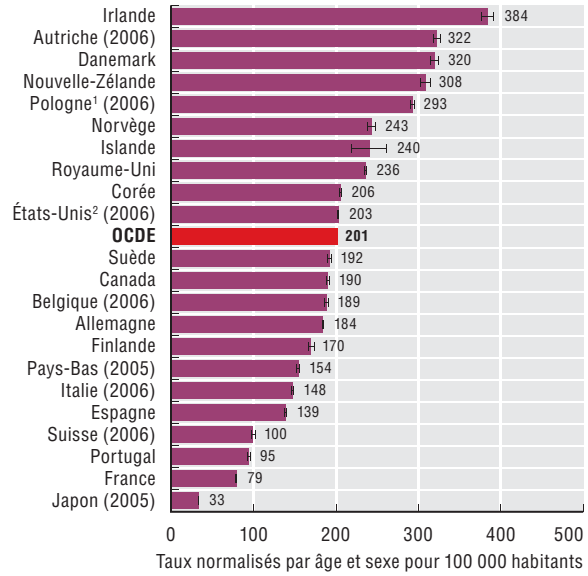
Le taux d'admission évitable à l'hôpital pour l'asthme ou la MPOC se définit comme le nombre annuel d'admissions à l'hôpital de personnes de 15 ans et plus pour 100 000 personnes appartenant à cette classe d'âge. On constate des différences de diagnostic et de codage pour l'asthme et la MPOC d'un pays à l'autre, d'où des limitations dans la précision relative des taux afférents à chacune de ces maladies. Il se faut se montrer prudent à l'égard d'une comparaison directe des taux d'admission pour l'asthme entre les éditions 2009 et 2007 du *Panorama de la santé* étant donné que les taux de 2009 ont été corrigés de manière à prendre en compte les différences de composition par âge et par sexe de la population de chaque pays et que la catégorie d'âge a changé, passant de 18 ans et plus à 15 ans et plus. Les estimations de la prévalence pour les MPOC sont déclarées par les pays eux-mêmes et la validité et la comparabilité de ces taux n'ont pas été complètement évaluées.

5.1.1 Admissions à l'hôpital pour asthme, 15 ans et plus, 2007



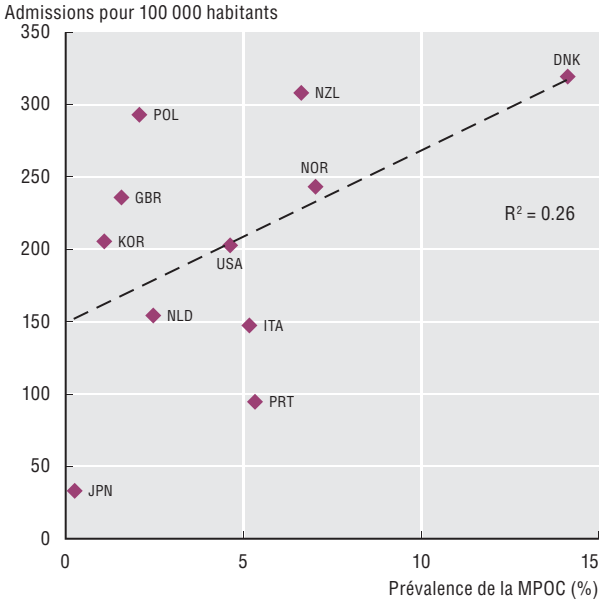
1. N'exclut pas totalement les soins de jour.
2. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.

5.1.2 Admissions à l'hôpital pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), 15 ans et plus, 2007



1. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.
2. N'exclut pas totalement les soins de jour.

5.1.3 Admissions et prévalence de la MPOC, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722270471467

5.2. Admission évitable à l'hôpital : complications du diabète

Le diabète est devenu un des principaux problèmes de santé publique du XXIe siècle, amplifié par la croissance des taux d'obésité. Plus de 150 millions d'adultes sont touchés dans le monde, et on s'attend à un doublement d'ici 25 ans (King *et al.*, 1998; FID, 2006). Dans les pays de l'OCDE, on estime que la prévalence s'élève à plus de 6 % de la population de 20 à 79 ans en moyenne en 2010, avec moins de 5 % en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni et jusqu'à plus de 10 % au Mexique et aux États-Unis (voir l'indicateur 1.12 « Prévalence et incidence du diabète »). Le diabète est la première cause de cécité dans les pays industrialisés et la cause la plus répandue d'insuffisance rénale terminale aux États-Unis, en Europe et au Japon. Les individus souffrant d'un diabète de type 2 ont un risque de maladie cardiovasculaire deux à quatre fois plus élevé que les non-diabétiques (Haffner, 2000).

Une modification des modes de vie (perte de poids et plus grande activité physique) peut éviter la survenue du diabète chez les personnes à haut risque (Tuomilehto *et al.*, 2001). Un meilleur contrôle de la glycémie limite les lésions organiques et les complications vasculaires (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1996). Or, ces pratiques sont souvent sous-utilisées (McGlynn *et al.*, 2003).

Les admissions à l'hôpital pour l'amputation des membres inférieurs reflètent la qualité du traitement des complications du diabète. Les amputations non traumatiques sont 15 fois plus fréquentes parmi les patients diabétiques que dans l'ensemble de la population et 80 % des amputations auraient pu être évitées d'après les estimations de l'OMS (Ollendorf *et al.*, 1998; OMS, 2005). Un régime approprié, l'exercice physique et un traitement médicamenteux combinés à des soins du pied appropriés peuvent réduire le risque d'amputation des membres inférieurs. Étant donné que la plupart des services en question sont dispensés ou prescrits par des fournisseurs de soins primaires, les admissions aussi bien pour complications aiguës du diabète que pour les amputations des membres inférieurs sont des mesures appropriées de la qualité des soins primaires.

Le graphique 5.2.1 montre que beaucoup de pays ont des taux d'amputation des membres inférieurs liée au diabète proches de la moyenne de l'OCDE qui est de 15 amputations pour 100 000 habitants. Cependant, les États-Unis enregistrent un taux plus de deux fois plus élevés avec 36 admissions. À l'opposé, en Corée et en Autriche, ce taux d'admission n'est qu'environ la moitié du taux moyen de l'OCDE.

Les taux d'admission pour les amputations sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, bien que la prévalence du diabète soit légèrement plus grande chez les femmes. Le graphique 5.2.1 montre que le taux d'admission des hommes diabétiques pour des amputations des membres inférieurs est presque le triple de celui des femmes. Ce phénomène reflète probablement les taux plus élevés des facteurs de risque vasculaire autres que le diabète chez les hommes (AHRQ, 2009).

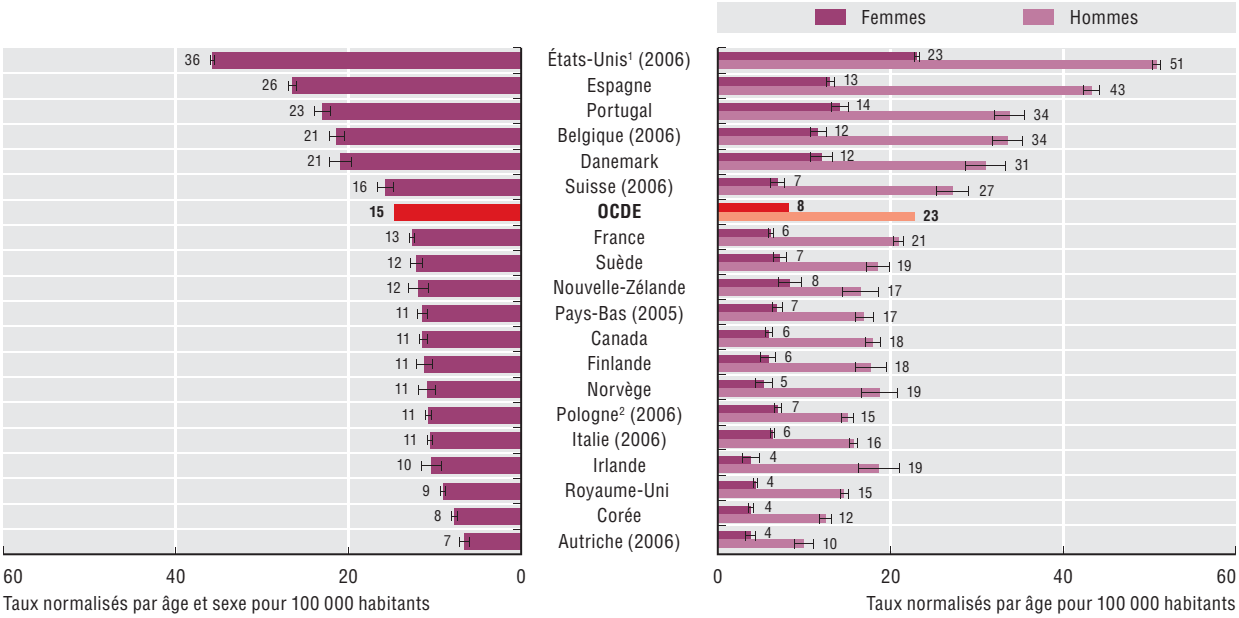
Le graphique 5.2.2 montre que les États-Unis ont de loin le taux d'admission le plus élevé pour les complications aiguës du diabète, avec presque 60 admissions pour 100 000 habitants, soit presque trois fois la moyenne de l'OCDE qui est de 21. Le taux est inférieur à dix admissions en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas. Certains pays se sont fixé des objectifs explicites pour améliorer le traitement du diabète au niveau des soins primaires. Par exemple, la Nouvelle-Zélande a établi un objectif de service visant à accroître le pourcentage des diabétiques qui bénéficient d'un contrôle de santé gratuit et dont la gestion du diabète est satisfaisante (ministère de la Santé, 2007).

Le graphique 5.2.3 montre que les taux d'amputation ne sont pas fortement corrélés avec les estimations de la prévalence du diabète, ce qui indique que le taux de diabète sous-jacent n'explique pas la plus grande partie de la variation des taux d'amputation. Cette observation, ainsi que l'ampleur des variations aussi bien pour les complications aiguës que pour les amputations, justifie un approfondissement de l'examen des systèmes de soins.

Définition et écarts

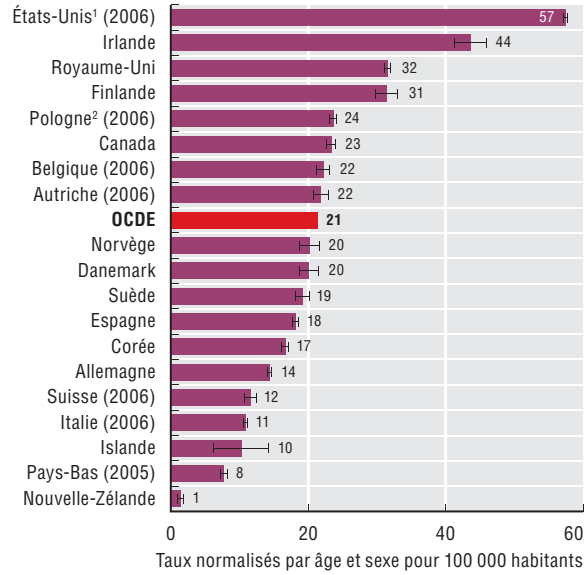
Les taux d'admission évitable à l'hôpital pour les complications aiguës du diabète et pour l'amputation des membres inférieurs correspondent au nombre annuel d'admissions à l'hôpital de personnes de 15 ans et plus pour 100 000 personnes de ce même groupe d'âge. Les pratiques de codage des diagnostics primaires et secondaires en vigueur dans les différents pays peuvent influer sur les valeurs de ces indicateurs. On a corrigé les taux de manière à prendre en compte les différences de composition par âge et par sexe de la population de chaque pays. La définition de l'amputation des membres inférieurs couvre l'amputation des orteils et du pied en plus des amputations majeures au-dessus de la cheville, à hauteur du genou ou jusqu'à la hanche. Les amputations mineures d'orteils ou du pied n'indiquent pas nécessairement une mauvaise qualité des soins étant donné qu'elles peuvent avoir pour but de prévenir des amputations majeures. Du fait que des amputations mineures peuvent être réalisées dans certains environnements de soins primaires, les pratiques cliniques différentes d'un pays à l'autre peuvent aussi influer sur les valeurs de ces indicateurs. Étant donné que la définition de cet indicateur est basée sur des codes d'intervention, les différences entre les systèmes de classification dans les différents pays peuvent limiter la comparabilité des données.

5.2.1 Taux d'amputation des membres inférieurs liée au diabète, 15 ans et plus, 2007



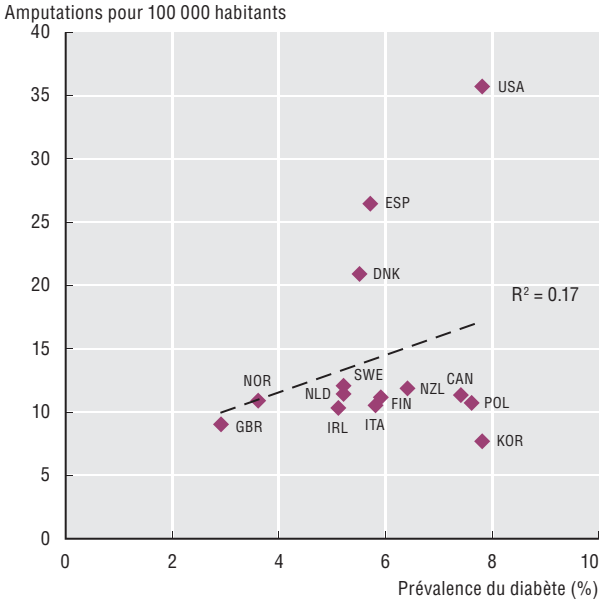
1. N'exclut pas totalement les soins de jour.
2. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.

5.2.2 Admissions à l'hôpital pour complications aiguës du diabète, 15 ans et plus, 2007



1. N'exclut pas totalement les soins de jour.
2. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.

5.2.3 Amputation des membres inférieurs liée au diabète et prévalence du diabète, 2007



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les données de prévalence du diabète (âge de 20 à 79 ans) sont estimées par la Fédération internationale du diabète (2006). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722284208416

5.3. Admission évitable à l'hôpital : insuffisance cardiaque, hypertension

L'insuffisance cardiaque congestive, incapacité du cœur à assurer une circulation adéquate, est une affection grave dont la prévalence est estimée à environ 5 % au Portugal et au Danemark et à 3 % en Angleterre (Ceia *et al.*, 2002; Raymond *et al.*, 2003; Davies *et al.*, 2001). Comme le risque de développer une insuffisance cardiaque augmente avec l'âge et en présence d'une maladie cardiovasculaire, on s'attend à ce que ses taux de prévalence augmentent sensiblement à l'avenir.

Il a été montré que le traitement médical de patients externes au moyen de vasodilatateurs et de bêtabloquants combiné avec un exercice physique contrôlé améliore les taux de survie de l'insuffisance cardiaque (SOLVD Investigators, 1991; CIBIS-II, 1999). Les données de l'enquête Euro Heart Survey II sur des patients hospitalisés souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive ont montré une adhésion limitée au traitement recommandé, indiquant qu'il serait possible d'améliorer la gestion de ces patients en dehors de l'hospitalisation (Komajda *et al.*, 2003). D'après des données du même programme de recherche, un quart (24 %) des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive avaient été réadmis dans une période de 12 semaines suivant leur sortie et 14 % des patients décédaient entre leur admission et la visite de suivi après 12 semaines (Cleland *et al.*, 2003). Étant donné le taux élevé de réadmissions, des améliorations des soins, même modestes, peuvent avoir un effet substantiel sur les coûts et sur la qualité de vie des patients (Lee *et al.*, 2004).

L'hypertension, valeur élevée de la pression sanguine, est l'affection chronique la plus courante chez les adultes. Sa prévalence dans le monde chez les adultes était estimée à plus de 26 % en 2000 (Kearney *et al.*, 2005). En elle-même, l'hypertension entraîne rarement des symptômes mais c'est un facteur de risque pour des maladies cardiovasculaires variées, comme les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance rénale. Elle est aussi associée à d'autres facteurs de risques cardiovasculaires, comme le diabète et l'hypercholestérolémie.

Les admissions avec un diagnostic primaire d'hypertension indiquent typiquement des crises hypertensives, affection qui se caractérise par une pression sanguine très élevée avec un haut risque de complications aiguës telles que l'insuffisance cardiaque ou l'accident vasculaire cérébral hémorragique. Toutefois, les admissions à l'hôpital pour hypertension sont, pour une large part, évitables et elles constituent un indicateur de la qualité des soins primaires (Tisdalea *et al.*, 2004).

Le graphique 5.3.1 montre que la Pologne et les États-Unis enregistrent les taux d'admission pour insuffisance cardiaque congestive les plus élevés avec plus de 440 admissions pour 100 000 habitants, soit environ le double de la moyenne de l'OCDE de 234. À l'opposé, le Royaume-Uni et la Corée ont un taux qui se situe à peu près à un quart du niveau le plus élevé. L'écart entre hommes et femmes est particulièrement grand dans plusieurs pays nordiques (Islande, Danemark et Suède), où le taux masculin est environ le double du taux féminin, alors qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE les admissions sont seulement 50 % plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

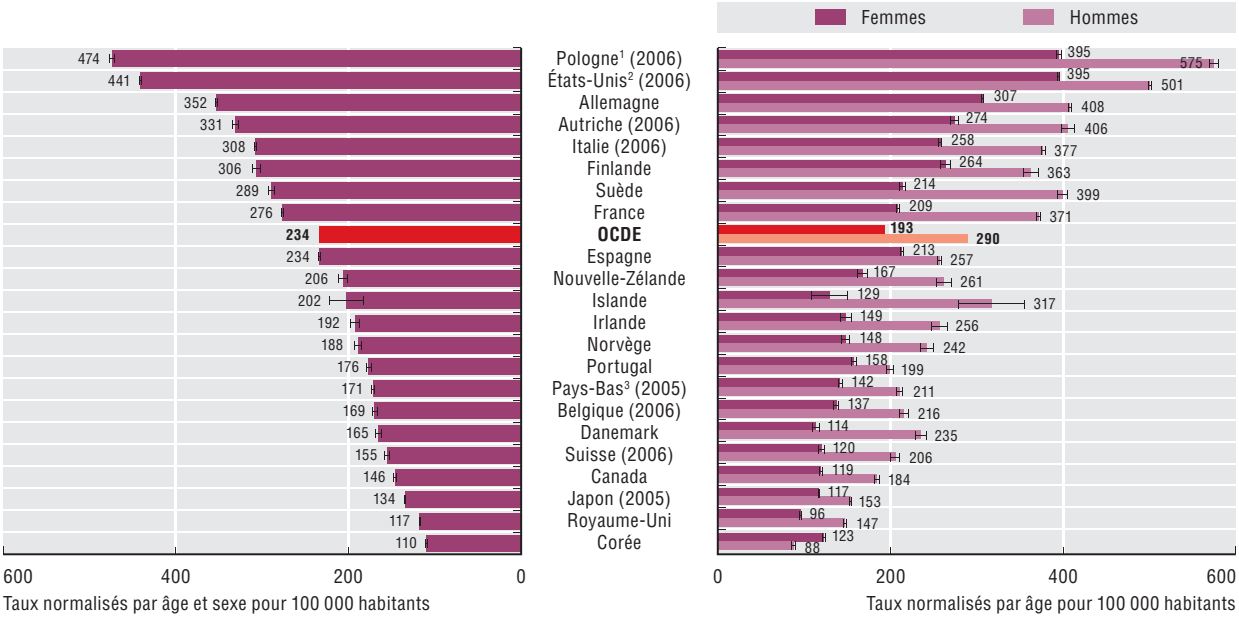
Les pays de l'OCDE ont en moyenne un peu plus de 80 admissions pour hypertension pour 100 000 habitants (graphique 5.3.2), mais l'Autriche et la Pologne enregistrent un taux respectivement quatre fois et trois fois plus élevé. À l'opposé, des pays comme le Royaume-Uni et l'Espagne ont un taux très inférieur à la moyenne.

Le recours global à l'hospitalisation est étroitement corrélé au taux d'admission pour hypertension (graphique 5.3.3). Environ deux tiers de la variation des taux d'admission pour hypertension sont reliés à la variation des taux d'admissions toutes causes confondues. Des pays comme l'Autriche ont des taux d'admission à l'hôpital supérieurs à la moyenne à la fois pour l'hypertension et toutes causes confondues, et des pays comme le Canada et l'Espagne ont un faible niveau pour les deux taux.

Définition et écarts

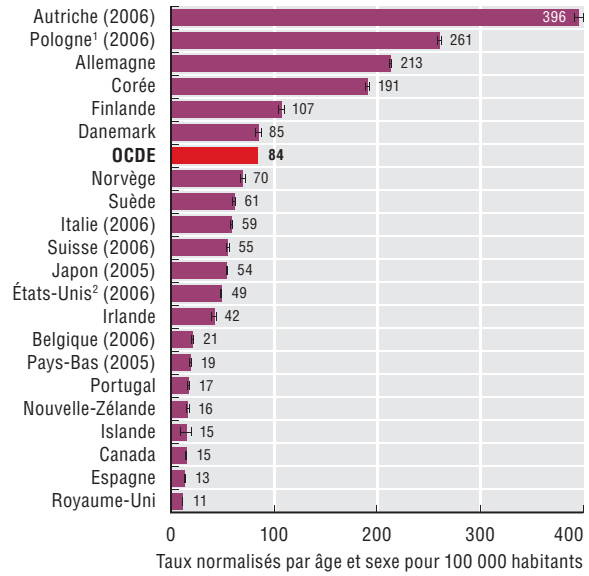
Les taux d'admission évitable à l'hôpital pour l'insuffisance cardiaque congestive et pour l'hypertension correspondent au nombre annuel d'admissions à l'hôpital de personnes de 15 ans et plus pour 100 000 personnes de ce même groupe d'âge. On a corrigé les taux de manière à prendre en compte les différences de composition par âge et par sexe de la population de chaque pays. Étant donné que la définition technique de ces indicateurs comprend une spécification des codes d'intervention, les différences entre les systèmes de classification en vigueur dans les différents pays peuvent limiter la comparabilité des données.

5.3.1 Admissions à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive, 15 ans et plus, 2007



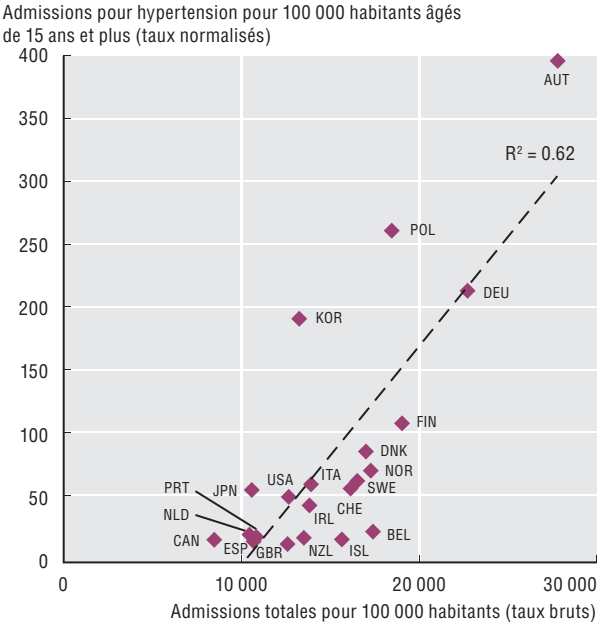
1. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.
2. N'exclut pas totalement les soins de jour.
3. Inclut les admissions pour des diagnostics supplémentaires, ce qui augmente marginalement les taux.

5.3.2 Admissions à l'hôpital pour hypertension, 15 ans et plus, 2007



1. Inclut les transferts d'autres unités d'hôpitaux, ce qui augmente marginalement les taux.
2. N'exclut pas totalement les soins de jour.

5.3.3 Admissions pour hypertension et admissions totales, 2007 (ou dernière année disponible)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722285215367

5.4. Mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde

Si les maladies coronariennes demeurent la principale cause de décès dans la plupart des pays industrialisés, les taux de mortalité due à ces maladies sont en baisse depuis les années 70 (voir l'indicateur 1.4 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »). Cette diminution peut être attribuée, dans une large mesure, à une baisse de la mortalité par infarctus aigu du myocarde (IAM) grâce à une amélioration du traitement en phase aiguë. Les soins dispensés en cas d'IAM ont évolué de façon spectaculaire dans les dernières décennies avec l'apparition des unités de soins coronariens dans les années 60 (Khush *et al.*, 2005) puis l'apparition, dans les années 80, de traitements visant à rétablir rapidement la circulation sanguine coronarienne (Gil *et al.*, 1999). Les succès sont d'autant plus remarquables que l'incidence de l'IAM ne semble pas avoir diminué (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Toutefois, de nombreuses études ont montré qu'une proportion considérable des patients d'IAM ne reçoivent pas les soins recommandés (Eagle *et al.*, 2005). L'IAM représente environ la moitié des décès par maladie coronarienne, et le coût des soins administrés pour les maladies coronariennes représente jusqu'à 10 % des dépenses de santé des pays industrialisés (OCDE, 2003a).

Un grand nombre d'études établissent un lien entre les processus de soins de l'IAM, comme la thrombolyse et le traitement précoce par l'aspirine et les bêtabloquants, à des améliorations de la survie, indiquant ainsi que le taux de mortalité après un IAM est une mesure appropriée de la qualité des soins (Davies *et al.*, 2001). Étant donné l'éventail des services et des dispositifs à mobiliser pour soigner cette maladie, le taux de décès de personnes admises suite à un IAM est considéré comme une bonne mesure de résultat de la qualité des soins aigus. Les taux de mortalité après un IAM ont été utilisés pour l'examen comparatif des hôpitaux par l'AHRQ aux États-Unis (Davies *et al.*, 2001) et par le NHS britannique au Royaume-Uni. Ils ont aussi servi à des comparaisons internationales dans le projet de l'OCDE sur les maladies liées au vieillissement (OCDE, 2003a) et le projet Monica de l'OMS (Tunstall-Pedoe, 2003).

Le graphique 5.4.1 montre les taux, bruts et normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe, de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour un IAM. Le taux normalisé moyen est légèrement inférieur à 5 %, avec un maximum en Corée (8.1 %) et un minimum en Islande (2.1 %), suivie par la Suède (2.9 %). D'autres pays nordiques (Finlande, Norvège et Danemark) sont aussi largement en dessous de la moyenne. Des différences entre les pays concernant les transferts de patients, la durée moyenne de séjour à l'hôpital et les délais des secours peuvent influer sur les taux déclarés. Dans les pays ayant des services de secours d'urgence très spécialisés, un plus grand nombre de patients arrivent vivants à l'hôpital mais peuvent par la suite ne pas être stabilisés et décéder quelques heures après l'admission. Dans d'autres pays, des malades cardiaques instables sont couramment transférés vers des centres de soins tertiaires, ce qui peut diminuer les taux de mortalité si le transfert est enregistré comme la sortie d'une personne vivante. Les taux de mortalité après un IAM pour les femmes sont généralement plus élevés que chez les hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative pour tous les pays. Cela reflète le fait que, si les maladies coronariennes sont beaucoup plus courantes chez les hommes, elles sont habituellement plus graves chez les femmes.

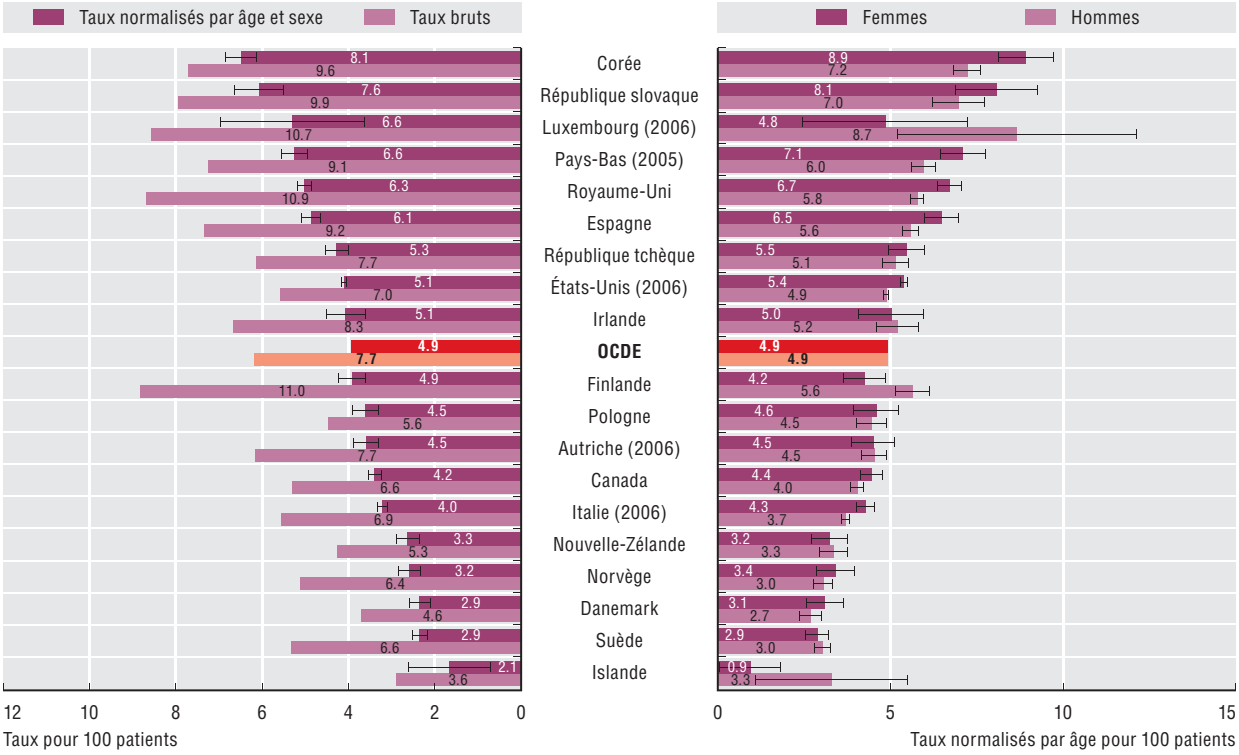
Le graphique 5.4.2 montre que les taux de mortalité après un IAM baissent dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, la majorité enregistrant des baisses statistiquement significatives entre 2003 et 2007. Au Canada et dans d'autres pays, les réductions des taux de mortalité reflètent les progrès dans le traitement tels que les taux accrus de thérapie de reperfusion et la plus grande précocité de ces soins, qui visent à rétablir l'irrigation sanguine dans la partie du muscle cardiaque atteinte lors de la crise cardiaque (Fox *et al.*, 2007; et Tu *et al.*, 2009).

Définition et écarts

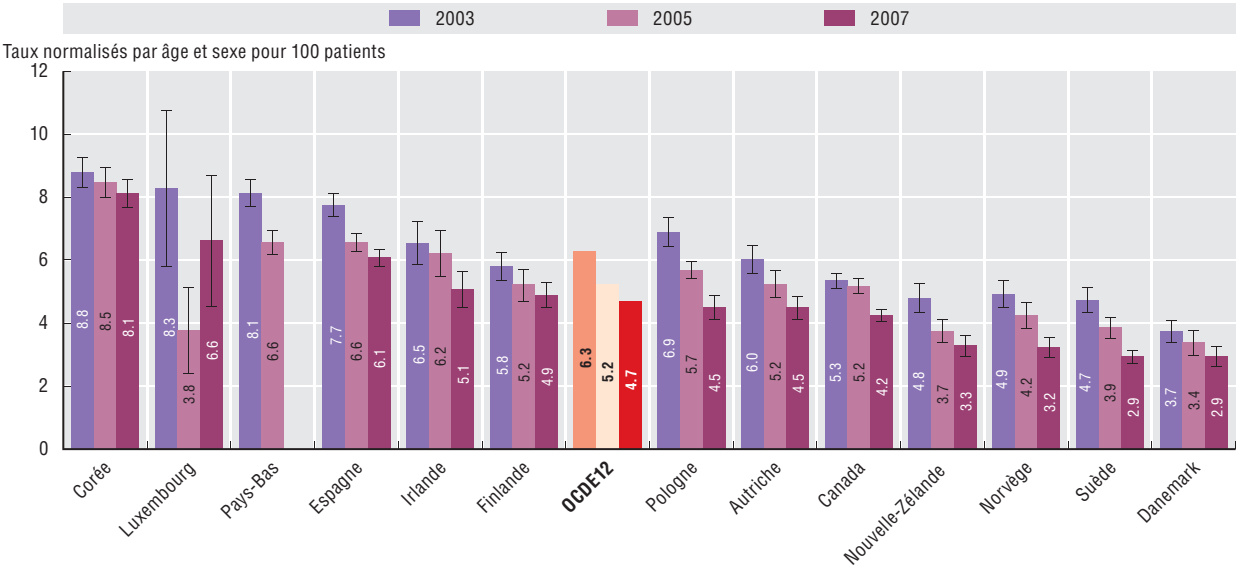
Le taux de mortalité à l'hôpital après un IAM correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un IAM (y compris les admissions avec sortie le jour même). Dans l'idéal, ces taux devraient reposer sur le suivi de chaque patient. Cependant, tous les pays ne sont pas en mesure de suivre les patients en entrée et en sortie de l'hôpital, d'un hôpital à un autre ou même à l'intérieur d'un même hôpital parce qu'ils n'emploient pas un identifiant unique de patient. En conséquence, cet indicateur est établi sur la base de chaque admission à l'hôpital et se limite à la mortalité à l'intérieur du même hôpital. Ainsi, les différences de pratiques à l'égard des sorties et des transferts de patients peuvent influer sur les taux.

On présente des taux bruts et des taux normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe. Le taux normalisé corrige les différences de la composition par âge (plus de 45 ans) et par sexe et permet une comparaison internationale plus significative. Les taux bruts peuvent être plus utiles pour les considérations internes de chaque pays et permettent une comparaison avec les taux bruts présentés pour cet indicateur dans le *Panorama de la santé 2007*.

5.4.1 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM), 2007



5.4.2 Réduction dans la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour IAM, 2003-07 (ou année la plus proche)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722306341284

5.5. Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) restent la troisième cause la plus courante de décès et d'incapacité dans les pays industrialisés (OMS, 2002). Des estimations indiquent qu'ils représentent entre 2 et 4 % des dépenses en soins de santé et qu'ils sont aussi à l'origine de coûts importants en dehors du système de soins de santé en raison de leur impact en matière d'incapacité (OCDE, 2003a). Dans les accidents ischémiques, qui représentent environ 85 % des cas, l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, entraînant une nécrose de la partie touchée. Dans les accidents hémorragiques, la rupture d'un vaisseau sanguin cause un saignement dans le cerveau, entraînant habituellement des lésions plus étendues.

Le traitement des accidents ischémiques a connu un changement spectaculaire au cours de la dernière décennie. Jusqu'aux années 90, il était généralement admis que les lésions du cerveau étaient irréversibles et le traitement se concentrait sur la prévention des complications et la réadaptation. Cependant, à la suite des améliorations spectaculaires des taux de survie après un IAM grâce à une thrombolyse précoce, des essais cliniques, (qui ont commencé au Japon au début de la décennie 90) ont clairement démontré les avantages du traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques (Mori *et al.*, 1992). Des unités spécialement consacrées aux AVC, conçus sur le modèle des unités de soins cardiaques, ont été établies dans de nombreux pays, en particulier dans les pays nordiques, pour faciliter le diagnostic et une thérapie précoce et énergique. D'après une méta-analyse récente de 18 études, les unités spécialisées dans les AVC obtiennent un taux de survie supérieur d'environ 20 % à celui résultant des soins habituels (Seenan *et al.*, 2007).

De grands essais cliniques aléatoires aux États-Unis (NINDS, 1995) et en Europe (Hacke *et al.*, 1995) ont démontré sans ambiguïté l'impact de la thérapie thrombolytique sur la survie et l'incapacité après accident ischémique. Toutefois, l'adoption de cette pratique a rencontré une certaine résistance en raison de facteurs liés à l'organisation des services de santé (Wardlaw *et al.*, 2003; Wahlgren *et al.*, 2007). Les taux de mortalité après un AVC ont été utilisés pour des examens comparatifs des hôpitaux à l'intérieur des pays et entre eux (OCDE, 2003; Sarti *et al.*, 2003).

Concernant la mortalité après accident ischémique, le taux de mortalité normalisé est de 5 % en moyenne, mais il existe un rapport de presque un à quatre entre le taux le plus élevé au Royaume-Uni (9.0 %) et le plus faible en Islande (2.3 %) et en Corée (2.4 %) (graphique 5.5.1). Le graphique 5.5.2 montre les taux bruts et les taux normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe pour les accidents hémorragiques. Le taux moyen est de 19.8 %, soit environ quatre fois plus que pour les patients touchés par un accident ischémique, ce qui reflète les effets plus graves du saignement intracrânien. Il existe une différence de plus du triple entre les taux pour le Luxembourg (30.3 %) et la République slovaque (29.3 %) et ceux de la Finlande (9.5 %).

Le graphique 5.5.3 montre la corrélation entre les taux de mortalité après accident ischémique et ceux après accident hémorragique : les pays qui ont un bon taux de survie pour un des deux types d'accidents obtiennent aussi en général de bons résultats pour l'autre. Étant donné que les phases initiales des soins pour les patients sont similaires, cela indique que des facteurs systémiques peuvent contribuer à expliquer les différences entre les pays. Par exemple, les pays nordiques (Finlande, Suède, Norvège, Danemark et Islande) se situent au-dessous de la moyenne de l'OCDE pour les taux de mortalité après accident aussi bien ischémique qu'hémorragique. Ces pays ont été à la pointe de l'introduction d'unités spécialement consacrées aux AVC dans les hôpitaux.

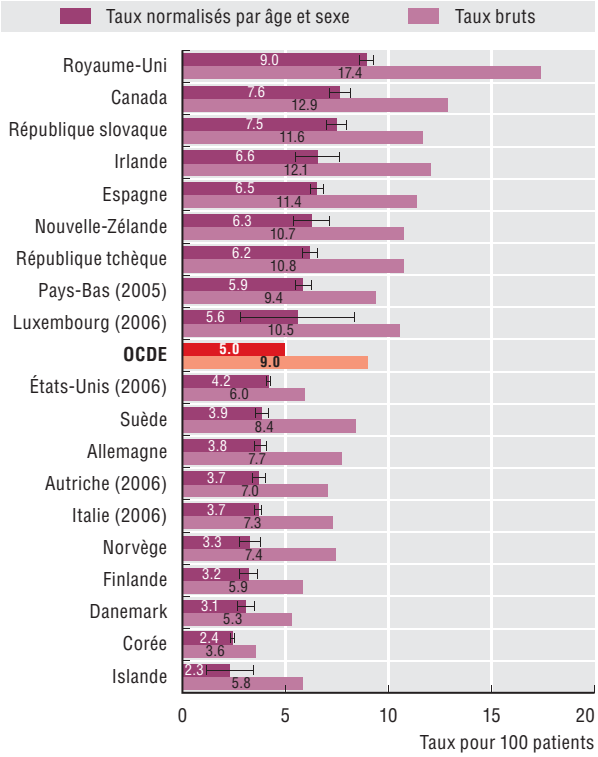
Le graphique 5.5.4 montre que les taux de mortalité après accident hémorragique et accident ischémique ont baissé d'environ 15 % dans les pays de l'OCDE entre 2002 et 2007, tous les pays enregistrant une baisse pour les deux formes d'accidents. Cela indique une amélioration généralisée de la qualité des soins.

Définition et écarts

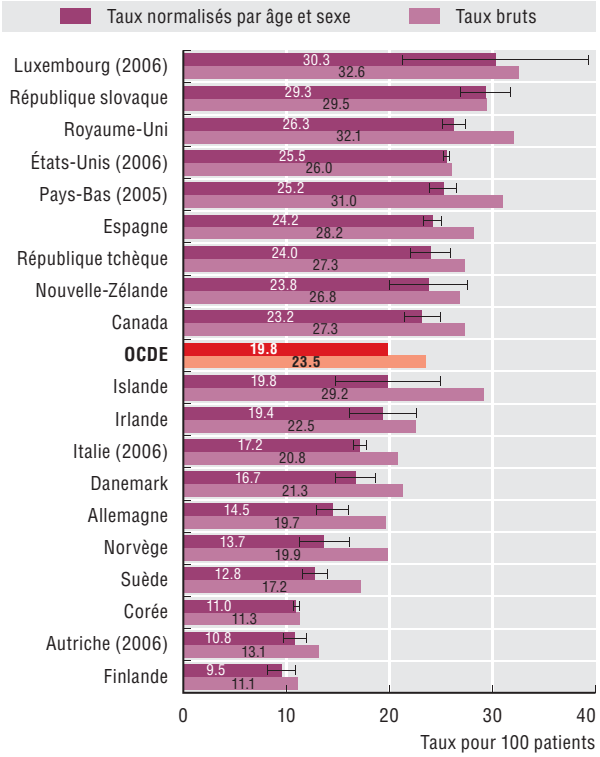
Le taux de mortalité à l'hôpital après un AVC ischémique ou hémorragique correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours qui suivent l'admission à l'hôpital (y compris les admissions avec sortie le jour même). Dans l'idéal, ces taux devraient reposer sur le suivi de chaque patient. Cependant, tous les pays ne sont pas en mesure de suivre les patients en entrée et en sortie de l'hôpital, d'un hôpital à un autre ou même à l'intérieur d'un même hôpital parce qu'ils n'emploient pas un identifiant unique de patient. En conséquence, cet indicateur est établi sur la base de chaque admission à l'hôpital et se limite à la mortalité à l'intérieur du même hôpital. Ainsi, les différences de pratiques à l'égard des sorties et des transferts de patients peuvent influer sur les taux.

On présente des taux bruts et des taux normalisés en fonction de la composition par âge et par sexe. Le taux normalisé prend en compte les différences de composition par âge (plus de 45 ans) et par sexe et permet une comparaison internationale plus significative. Les taux bruts sont probablement plus utiles pour les considérations internes de chaque pays et permettent une comparaison plus directe avec les taux bruts présentés pour cet indicateur dans le *Panorama de la santé 2007*.

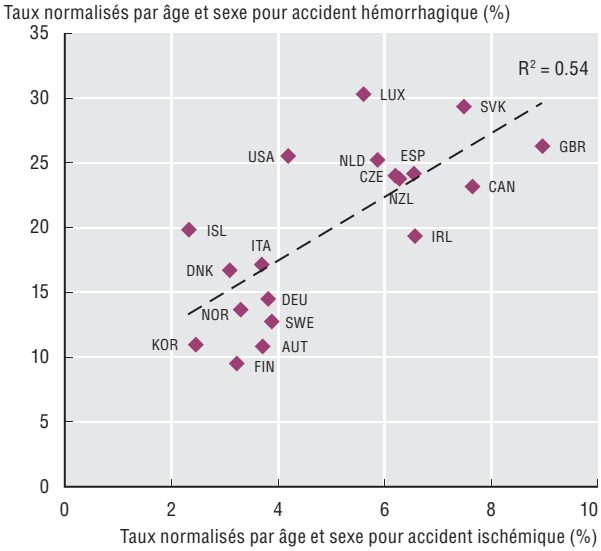
5.5.1 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique, 2007



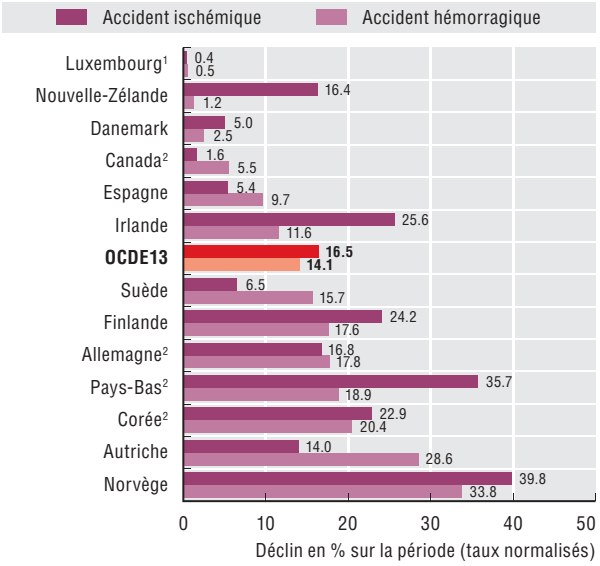
5.5.2 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC hémorragique, 2007



5.5.3 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique et hémorragique, 2007



5.5.4 Réduction de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC, 2002-07



1. Variation de 2002-03 à 2006.
2. Calcul basé sur une période de trois ans seulement.

Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population (de 45 ans et plus) des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣ dans les graphiques concernés.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722313333840

5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale sont courants, et la schizophrénie et les troubles bipolaires sont parmi les dix premières causes d'années perdues en raison d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2001).

Les soins de santé mentale sont devenus une priorité des pouvoirs publics dans beaucoup de pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, en même temps qu'avaient lieu des changements importants dans la fourniture des services, notamment pour les troubles graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires. Avec la désinstitutionalisation à partir des années 70, les soins ont été transférés des grands hôpitaux psychiatriques vers des soins de proximité. Paradoxalement, il est devenu plus difficile, du fait de cette évolution, d'analyser les soins de santé mentale au niveau de la population, étant donné que peu de pays ont une infrastructure d'information de santé qui permette de suivre les patients à travers une variété de fournisseurs de soins.

Les taux de réadmissions à l'hôpital non programmées servent couramment d'indicateur de l'insuffisance de la coordination des soins après un séjour en hôpital pour des troubles psychiatriques. Des durées d'hospitalisation plus longues, une programmation appropriée des sorties, et des consultations de suivi après la sortie contribuent à diminuer le nombre de réadmissions, ce qui indique que les taux de réadmission reflètent le fonctionnement global des services de santé mentale, non seulement la qualité des soins hospitaliers (Lien, 2002). Les taux de réadmission à l'hôpital à 30 jours font partie des systèmes de suivi des performances en matière de santé mentale dans de nombreux pays, comme la Care Quality Commission au Royaume-Uni et le National Mental Health Performance Monitoring System aux États-Unis.

Le graphique 5.6.1 montre les variations du taux de réadmissions non programmées pour la schizophrénie. Les pays nordiques se situent en haut de l'échelle et la République slovaque, le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie en bas. La répartition des taux de réadmissions pour les troubles bipolaires (graphique 5.6.2) est très similaire, avec les pays nordiques très au-dessus de la moyenne de l'OCDE. La plupart des pays ont des taux de réadmissions similaires pour les hommes et pour les femmes. Toutefois, les hommes ont des taux plus élevés en Italie tandis que les femmes sont plus fréquemment réadmises au Canada et au Danemark. En ce qui concerne les patients souffrant de troubles bipolaires, les femmes ont des taux de réadmissions plus élevés en Finlande, en Suède, en Irlande, au Canada et en Belgique. Ces chiffres peuvent indiquer des différences dans les comportements de recours aux soins ou dans la gestion liées au sexe du patient.

Les facteurs relatifs à l'offre comme la disponibilité de lits d'hôpitaux (psychiatriques et totaux), le profil des établissements d'hospitalisation (pourcentage des soins dans des hôpitaux psychiatriques ou des hôpitaux généraux) ne peuvent expliquer les différences des taux de réadmissions. La durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les patients souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires ne semble pas associée aux variations des taux de réadmissions. Des approches différentes à l'égard de la gestion des crises peuvent partiellement expliquer les variations. Par exemple, des pays ayant des taux de réadmissions relativement bas, comme le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, utilisent des « équipes de crise » locales pour stabiliser les patients à l'extérieur de l'hôpital. D'autres pays ayant des taux élevés, comme la Finlande et le Danemark, appliquent des protocoles de soins intermittents avec une hospitalisation des patients instables pour de courtes périodes. Alors que l'on s'accorde généralement à penser que les soins de proximité sont préférables à une hospitalisation quand c'est possible, dans certains pays la pratique semble évoluer vers la complémentarité ou le remplacement des dispositifs de proximité par des soins en hôpital. En l'absence d'une mesure de résultats comparables entre les pays, les avantages de cette autre approche sont difficiles à évaluer. Un renforcement des systèmes d'information en matière de santé mentale pourrait permettre d'obtenir ce type d'informations.

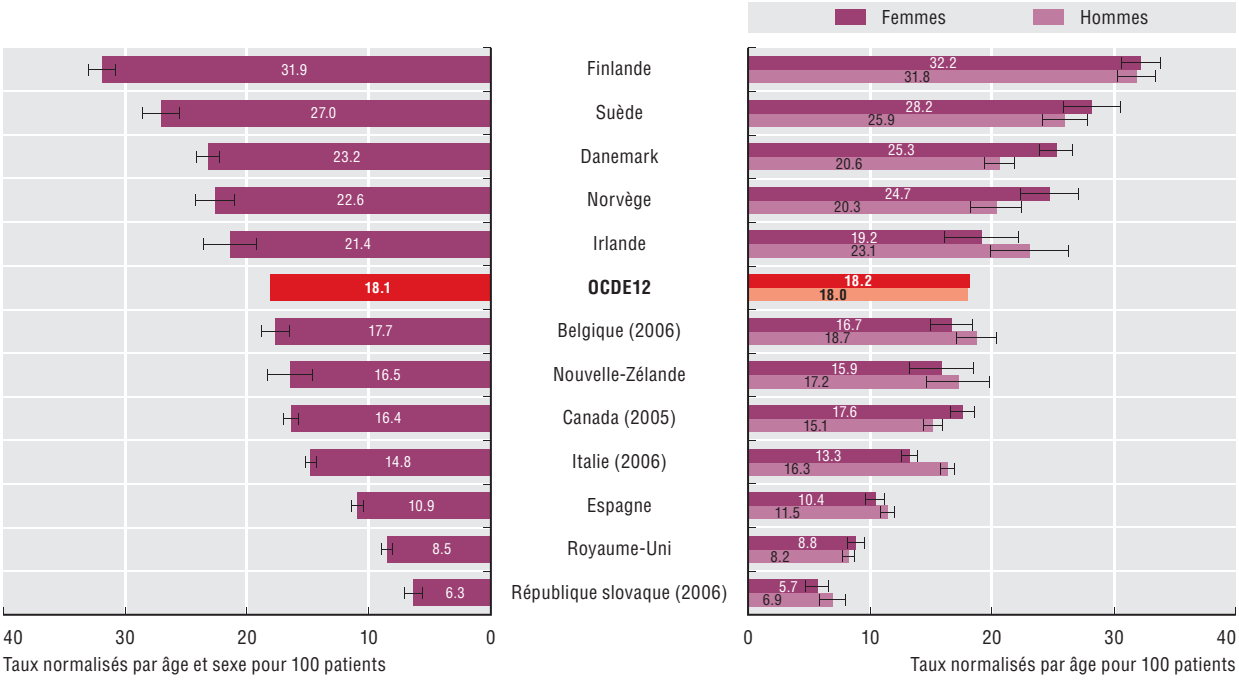
Définition et écarts

L'indicateur correspond au nombre annuel de réadmissions non programmées pour 100 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires. Le dénominateur comprend tous les patients ayant au moins une admission dans l'année pour l'affection considérée. Une réadmission est considérée comme non programmée quand le patient est admis pour un trouble mental quelconque dans le même hôpital dans les 30 jours qui suivent la sortie. Les admissions d'un jour (moins de 24 heures) sont exclues.

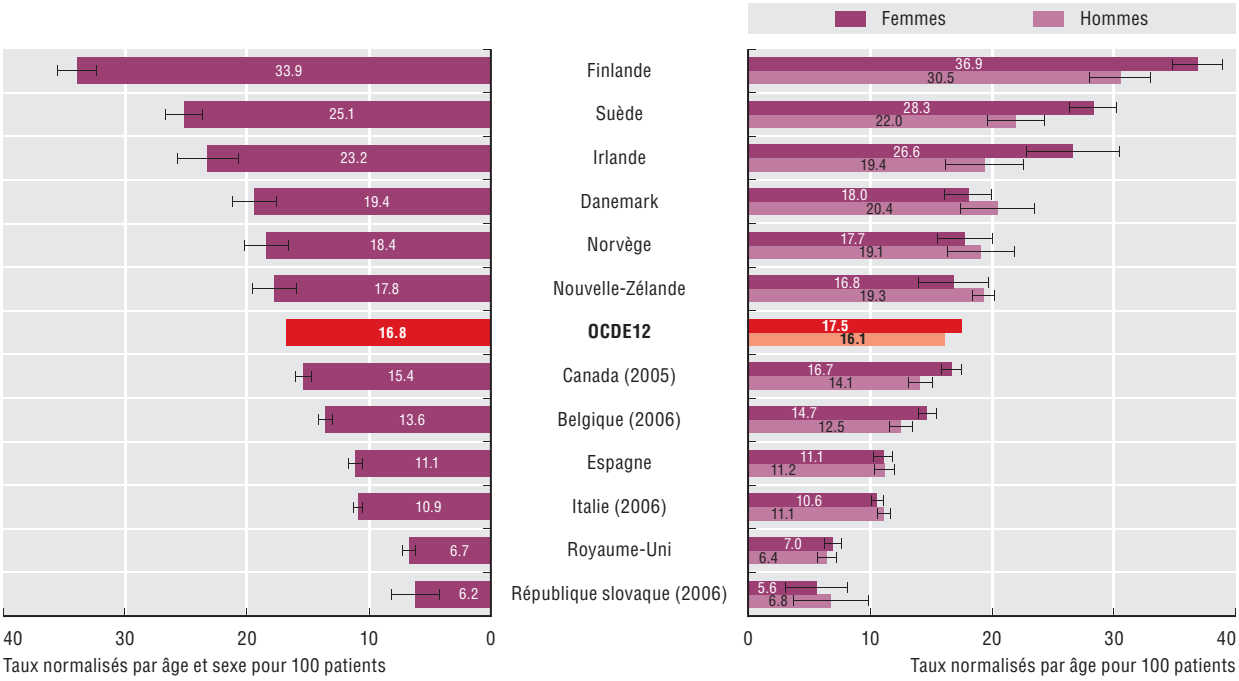
Dans de nombreux pays, du fait de l'absence d'identifiants uniques de patient, il n'est pas possible de suivre les patients entre les établissements. Les taux sont donc minorés étant donné qu'on ne peut observer les réadmissions dans un établissement différent. Toutefois, une analyse des données de huit pays qui ont été capables d'estimer les taux de réadmissions dans le même hôpital ou dans un autre hôpital a montré que les taux basés sur ces deux spécifications différentes étaient étroitement corrélés et que le classement des pays était similaire, ce qui laisse penser que les réadmissions dans le même hôpital constituent une approximation valable.

5.6. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux

5.6.1 Réadmissions non programmées dans un même hôpital pour schizophrénie, 2007



5.6.2 Réadmissions non programmées dans un même hôpital pour troubles bipolaires, 2007



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux sont normalisés par rapport à l'âge et le sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722355208821

5.7. Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est pour une large part évitable. Le dépistage par un examen pelvien régulier et des frottis du col permet de déceler les lésions prémalignes, que l'on peut traiter efficacement avant l'apparition du cancer. Un dépistage régulier accroît aussi la probabilité de diagnostiquer les stades précoces du cancer et d'améliorer la survie (Gatta *et al.*, 1998). Le Conseil de l'Union européenne et la Commission européenne font la promotion, parmi les populations des États membres, de programmes de dépistage du cancer (Union européenne, 2003 ; Commission européenne, 2008c). Les pays de l'OCDE ont institué des programmes de dépistage, avec une périodicité et des groupes cibles variables. En outre, la découverte du fait que le cancer du col de l'utérus est causé par la transmission sexuelle de certaines formes du papillomavirus humain a conduit à la mise au point de vaccins préventifs du cancer (Harper *et al.*, 2006). L'efficacité et la sécurité de ces vaccins sont maintenant bien établies, mais des débats continuent dans un certain nombre de pays quant au rapport coûts-avantages et aux implications de programmes de vaccination des jeunes filles pour une maladie sexuellement transmissible (Huang, 2008).

On présente trois indicateurs pour décrire les variations des soins relatifs au cancer du col de l'utérus entre les pays de l'OCDE : les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 69 ans, les taux de survie relatifs à cinq ans et les taux de mortalité par cancer du col de l'utérus.

Les taux de survie relatifs sont couramment utilisés pour suivre les progrès du traitement d'une maladie au cours du temps. Ils reflètent le degré de précocité de la détection du cancer ainsi que l'efficacité du traitement fourni. Les taux de mortalité à eux seuls ne sont pas suffisants pour tirer en temps utile des conclusions sur la qualité des soins, parce que les taux de mortalité présents reflètent l'effet des soins du cancer des années passées et les changements d'incidence. Les taux de survie ont été utilisés pour comparer les pays européens dans l'étude EUROCARE, dans des comparaisons entre les pays d'Europe et les États-Unis (Gatta *et al.*, 2000) et dans des rapports nationaux de nombreux pays.

Les taux de dépistage varient largement entre les pays de l'OCDE, avec une couverture d'environ 80 % de la population cible aux États-Unis et au Royaume-Uni (graphique 5.7.1). Certains pays qui enregistrent des taux de dépistage très bas, comme le Japon et la Hongrie, n'ont pas de programme national de dépistage uniforme; ces faibles taux correspondent à des programmes locaux ou à un dépistage opportuniste. Les données indiquent que les taux de dépistage ont légèrement baissé dans certains pays entre 2000 et 2006.

Presque tous les pays ont des taux de survie relatifs à cinq ans supérieurs à 60 % sur la période 2002-07. Les taux varient entre 76.5 % en Corée et 50.1 % en Pologne (graphique 5.7.2). Entre les périodes 1997-2002 et 2002-07, les taux de survie relatifs à cinq ans se sont améliorés dans la plupart des pays, bien que dans la plupart des cas cette augmentation ne soit pas statistiquement significative.

Le graphique 5.7.3 montre que les taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE entre 1995 et 2005, les améliorations les plus fortes s'observant dans beaucoup de pays qui avaient initialement des taux élevés, comme le Mexique et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale.

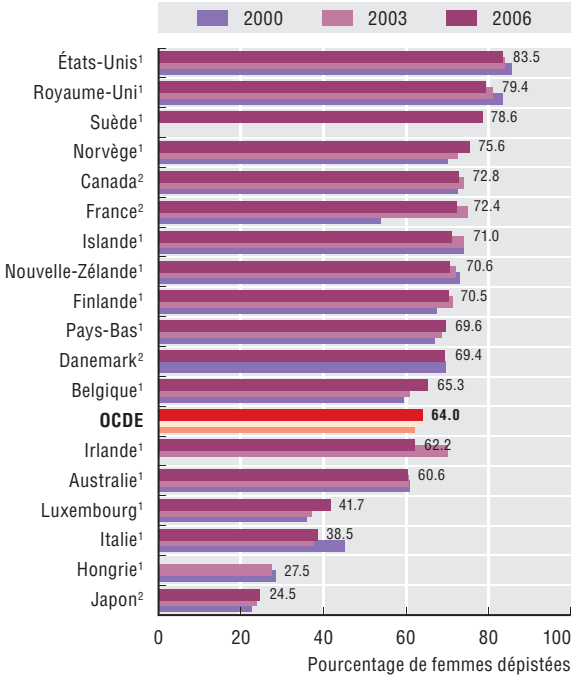
Définition et écarts

Les taux de dépistage pour le cancer du col de l'utérus correspondent à la proportion des patientes dans la population cible du dépistage qui en bénéficient effectivement. Étant donné que les politiques à l'égard de la périodicité du dépistage varient entre les pays, ces taux dépendent de la politique propre à chaque pays. Certains pays évaluent le dépistage sur la base d'enquêtes et d'autres d'après des données sur les consultations, ce qui peut influer sur les résultats. Si un pays a un programme de dépistage organisé, mais que les femmes reçoivent des soins en dehors du programme, les taux peuvent être sous-estimés. Les résultats obtenus par enquête peuvent aussi sous-estimer les taux en raison d'un biais de remémoration.

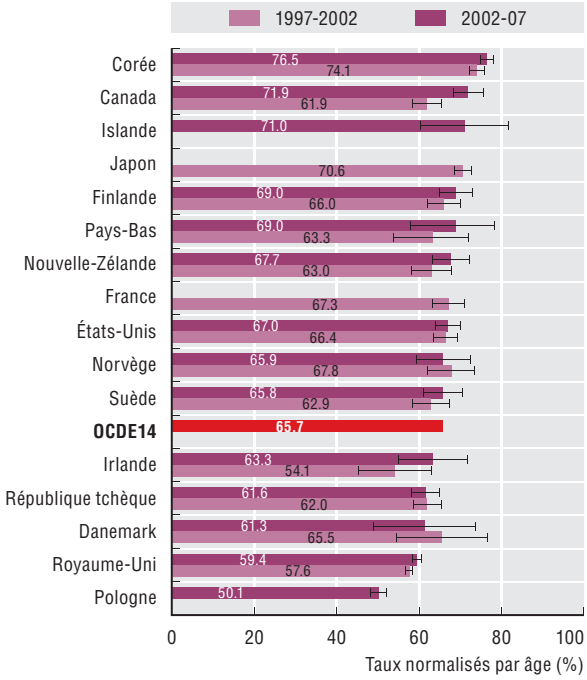
Les taux de survie relatifs du cancer correspondent à la proportion des patients touchés par un certain type de cancer qui sont encore en vie au terme d'une période spécifiée (habituellement cinq ans) rapportée à la proportion des personnes encore en vie en l'absence de cette maladie. Les taux de survie relatifs saisissent la surmortalité attribuable au diagnostic considéré. Par exemple, un taux de survie relatif de 80 % ne signifie pas que 80 % des patients souffrant d'un cancer sont encore en vie au bout de cinq ans, mais que 80 % des patients qui devaient être en vie au bout de cinq ans compte tenu de leur âge au moment du diagnostic sont effectivement encore en vie. Tous les taux de survie présentés ici ont été normalisés par rapport à l'âge au moyen de la norme ICSS (International Cancer Survival Standard). Les données présentées dans le *Panorama de la santé 2007* n'ont pas été soumises à cette normalisation; en conséquence, les taux présentés ici ne sont pas directement comparables à ceux de l'édition précédente. Les taux de survie ne sont pas corrigés en fonction du stade de la tumeur au diagnostic, ce qui ne permet pas d'évaluer l'impact relatif d'une détection précoce et d'un meilleur traitement.

Voir l'indicateur 2.5 sur la mortalité par cancer pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacentes aux taux de mortalité par cancer.

5.7.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans, 2000-06 (ou année la plus proche)

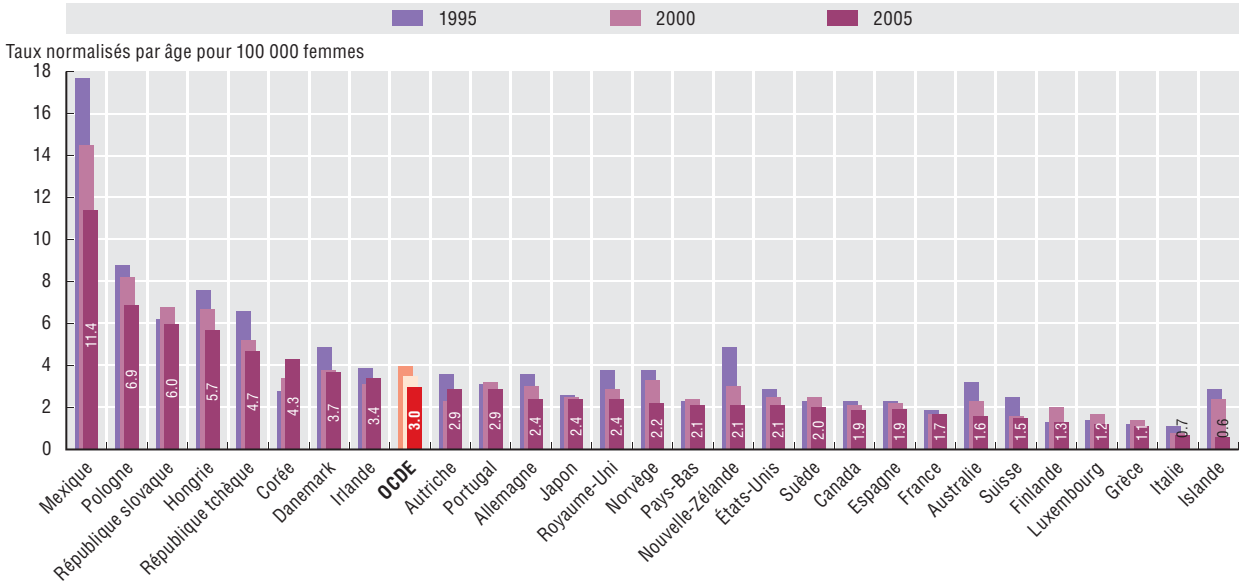


5.7.2 Taux de survie relatif à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 1997-2002 et 2002-07 (ou période la plus proche)



1. Programme.
2. Enquête.

5.7.3 Mortalité liée au cancer du col de l'utérus, 1995 à 2005 (ou année la plus proche)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux de survie sont normalisés par rapport à l'âge selon la structure de la population « International Cancer Survival Standards ». *Eco-Santé OCDE 2009* (dépistage; données de mortalité provenant de l'OMS et normalisées par âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣ dans les graphiques concernés.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722401018684

5.8. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes avec, aux États-Unis, une probabilité d'environ 11 % d'en être atteinte sur l'ensemble de la vie et une probabilité d'environ 3 % de décéder de cette maladie (Feuer *et al*., 2003). Autrement dit, une femme sur neuf sera atteinte d'un cancer d'un sein à un moment de sa vie et une sur 30 décédera de cette maladie. Le total des dépenses consacrées à soigner le cancer du sein représente généralement environ 0.5 ou 0.6 % du total des dépenses en soins de santé (OCDE, 2003a).

Les interventions de santé publique ainsi que les progrès des technologies médicales ont contribué à des améliorations substantielles des taux de survie du cancer du sein. Grâce à une prise de conscience accrue de cette maladie et à la promotion de l'autoexamen et de la mammographie (Union européenne, 2003 ; Commission européenne, 2006), cette maladie est détectée plus précocement. Les avancées technologiques, telles que l'introduction d'une chirurgie mammaire conservatrice combinée avec une radiothérapie et un traitement chimiothérapique adjuvant de routine, ont amélioré les taux de survie ainsi que la qualité de vie des femmes qui survivent (Mauri *et al*., 2008).

Trois indicateurs décrivent les variations des soins relatifs au cancer du sein entre les pays de l'OCDE : les taux de dépistage mammographique chez les femmes de 50 à 69 ans, les taux de survie relatifs et les taux de mortalité du cancer du sein. Même si la fréquence optimale du dépistage et la tranche d'âge à cibler restent une question débattue, la plupart des pays ont adopté des programmes de dépistage. Les recommandations de l'Union européenne (Commission européenne, 2006) préconisent un objectif de dépistage d'au moins 75 % des femmes concernées dans les pays d'Europe.

Les ressources consacrées au traitement du cancer du sein et ses caractéristiques varient notablement entre les pays de l'OCDE, ce qui incite à comparer les taux de survie et de mortalité (OCDE, 2003a). Les taux de survie du cancer du sein ont été utilisés pour comparer les pays dans l'étude EUROCARE (Sant *et al*., 2009) et dans l'étude CONCORD (Coleman *et al*., 2008), entre autres.

Aux Pays-Bas et en Finlande, près de 90 % des femmes de 50 à 69 ans bénéficient au cours de l'année d'un dépistage, contre seulement environ 20 % en République slovaque et au Japon (graphique 5.8.1). Certains pays qui enregistrent des taux de dépistage très bas, comme le Japon, n'ont pas de programme national de dépistage uniforme; ces faibles taux correspondent à des programmes locaux ou à un dépistage opportuniste. Certains pays qui avaient des taux bas en 2000, comme la République tchèque ou la République slovaque, montrent en 2006 des hausses substantielles, alors que des pays qui avaient déjà des taux élevés comme les États-Unis, la Finlande et la Norvège enregistrent une baisse.

Beaucoup de pays de l'OCDE ont des taux de survie supérieurs à 80 %, et même 90 % aux États-Unis (graphique 5.8.2.). Les États-Unis enregistrent le taux de survie le plus élevé pour les femmes diagnostiquées en 2002 et un taux de dépistage la même année parmi les plus élevés dans les pays de l'OCDE. Étant donné que l'effet d'une détection précoce grâce au dépistage nécessite plusieurs années pour se manifester, on ne pourra pas évaluer avec certitude l'impact de la diminution des taux de mammographie aux États-Unis entre 2000 et 2006 avant d'avoir obtenu les taux de survie des quelques années à venir.

Le graphique 5.8.2 montre que les taux de survie relatifs à cinq ans du cancer du sein se sont légèrement améliorés dans presque tous les pays entre 1997-2002 et 2002-07, bien qu'en général ces changements ne soient pas statistiquement significatifs. Toutefois, une analyse récente de données des pays d'Europe sur une période plus longue confirment que les taux de survie à cinq ans du cancer du sein ont augmenté ces dernières années et en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale qui avaient historiquement des taux de survie relativement bas (Verdecchia *et al*., 2007).

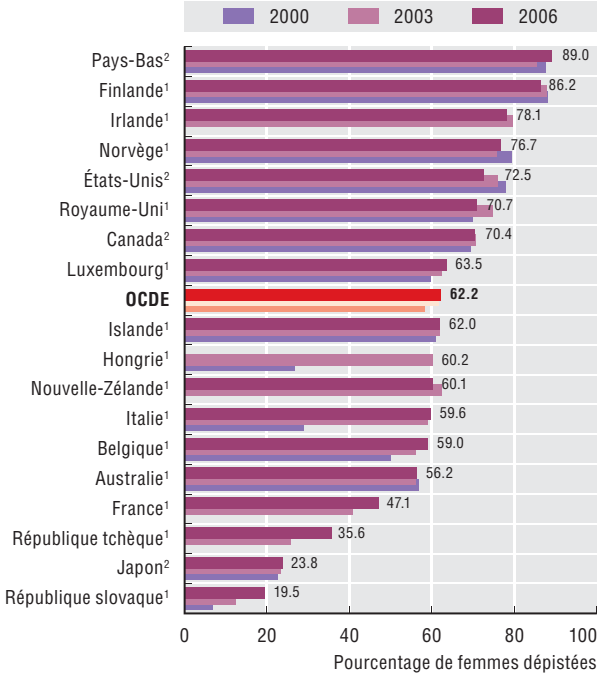
Le graphique 5.8.3 montre que les taux de mortalité du cancer du sein baissent dans la plupart des pays de l'OCDE. La Corée et le Japon font exception à cette tendance, bien que leurs variations soient faibles et que leurs taux de mortalité demeurent les plus bas parmi les pays de l'OCDE. Inversement, on observe des améliorations substantielles pour des pays qui avaient des niveaux relativement élevés en 1995, comme les Pays-Bas, le Royaume-Uni, l'Irlande et le Danemark.

Définition et écarts

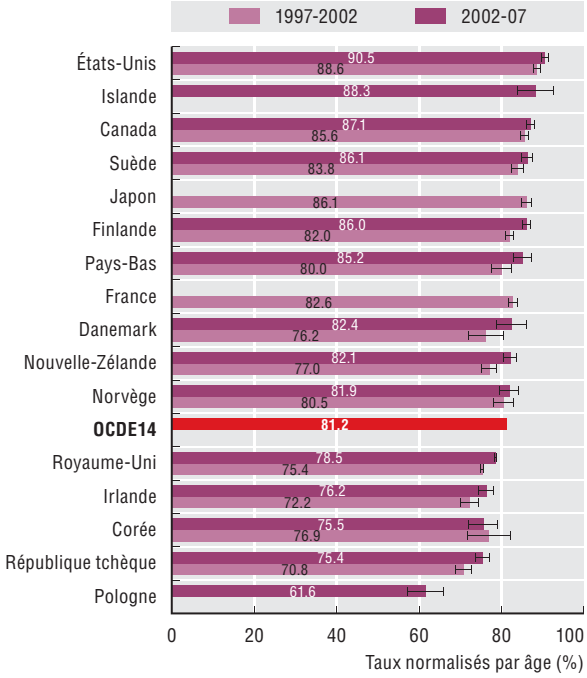
Les taux de dépistage mammographique correspondent à la proportion des femmes du groupe cible qui bénéficient effectivement d'un dépistage. Étant donné que les politiques concernant les groupes d'âge cibles et la périodicité du dépistage diffèrent d'un pays à l'autre, ces taux dépendent de la politique propre à chaque pays. Certains pays évaluent le dépistage sur la base d'enquêtes et d'autres d'après des données sur les consultations, ce qui peut influer sur les résultats. Si un pays a un programme de dépistage organisé, mais que les femmes reçoivent des soins en dehors du programme, les taux peuvent être sous-estimés. Les résultats obtenus par enquête peuvent aussi sous-estimer les taux en raison d'un biais de remémoration.

Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur 5.7 sur le cancer du col de l'utérus.

5.8.1 Dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans, 2000-06 (ou année la plus proche)

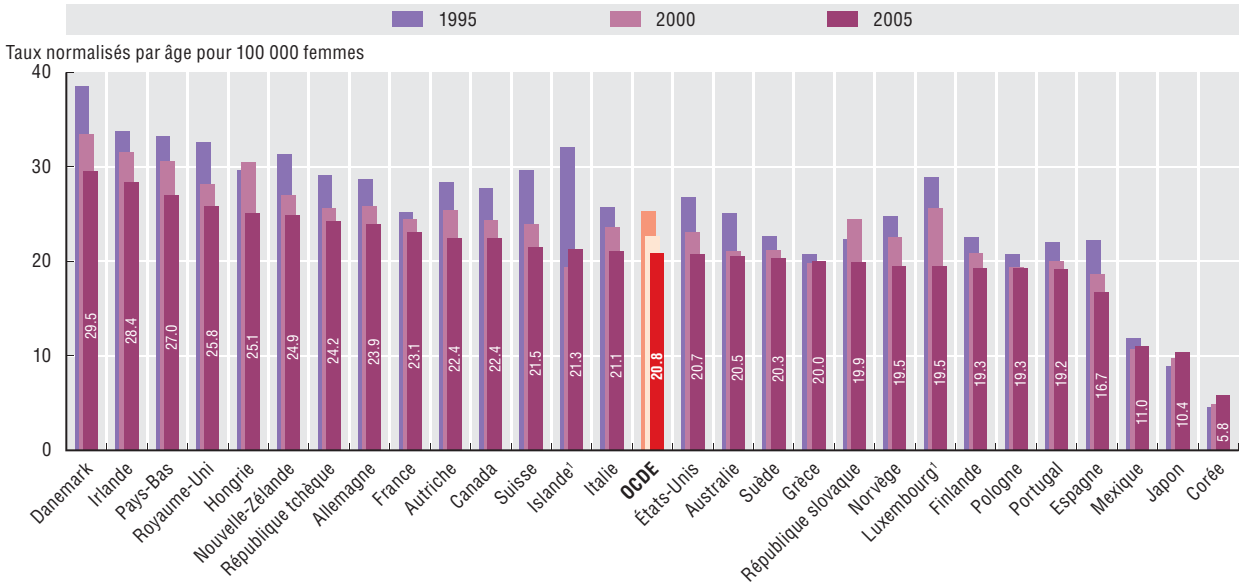


5.8.2 Taux de survie relatif à cinq ans au cancer du sein, 1997-2002 et 2002-07 (ou période la plus proche)



1. Programme.
2. Enquête.

5.8.3 Mortalité liée au cancer du sein, 1995 à 2005 (ou année la plus proche)



1. Les taux pour l'Islande et le Luxembourg sont basés sur une moyenne de trois ans.

Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux de survie sont normalisés par rapport à l'âge selon la structure de la population « International Cancer Survival Standards ». *Eco-Santé OCDE 2009* (dépistage; données de mortalité provenant de l'OMS et normalisées par âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣ dans le graphique concerné.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722407412806

5.9. Survie et mortalité du cancer colorectal

Le cancer colorectal est la troisième forme la plus courante de cancer aussi bien chez les femmes (après le cancer du sein et le cancer du poumon) que chez les hommes (après le cancer de la prostate et le cancer du poumon). Aux États-Unis, on estime les dépenses annuelles consacrées au traitement du cancer colorectal à environ 8.4 milliards USD (Brown *et al.*, 2002). Les progrès du diagnostic et du traitement ont augmenté la survie au cours des dernières décennies.

Certaines données montrent l'avantage clinique du dépistage par des coloscopies de routine et des analyses de selles pour la recherche d'hémorragies occultes (USPSTF, 2008) et de diverses modalités de traitement, comme la chirurgie (Govindarajan *et al.*, 2006) et la chimiothérapie (CCCG, 2000), même aux stades avancés de la maladie. Les mêmes publications indiquent que le dépistage et ces options de traitement ne sont pas suffisamment utilisés. Toutefois, bien que des programmes de dépistage organisés soient en cours d'expérimentation dans un certain nombre de pays de l'OCDE, on ne dispose pas encore de données sur les taux de dépistage pour le cancer colorectal au niveau international.

Les taux de survie relatifs à cinq ans et les taux de mortalité rendent compte des différences de résultats pour les patients atteints d'un cancer colorectal. Les taux de survie du cancer colorectal ont été utilisés pour comparer les pays d'Europe dans l'étude EUROCARE (Sant *et al.*, 2009), pour comparer divers pays du monde dans l'étude CONCORD (Coleman *et al.*, 2008) et dans de nombreux rapports nationaux.

Le graphique 5.9.1 présente les taux de survie relatifs à cinq ans les plus récents pour les patients atteints d'un cancer colorectal. Le Japon a le taux de survie relatif le plus élevé (67 %), suivi par l'Islande et les États-Unis avec des taux supérieurs à 65 %. La Pologne a le taux le plus bas avec 38 %, suivi par la République tchèque et le Royaume-Uni, l'Irlande et le Danemark.

Tous les pays montrent une amélioration des taux de survie au cours du temps (graphique 5.9.2) bien que, souvent, l'augmentation ne soit pas statistiquement significative. Les États-Unis, qui avaient le taux de survie le plus élevé (62.5 %) pour les patients diagnostiqués en 1997 ont progressé jusqu'à 65.5 % pour ceux diagnostiqués en 2000. La République tchèque est passée de 41 % sur la période 1997-2002 à 47 % sur la période 2001-06.

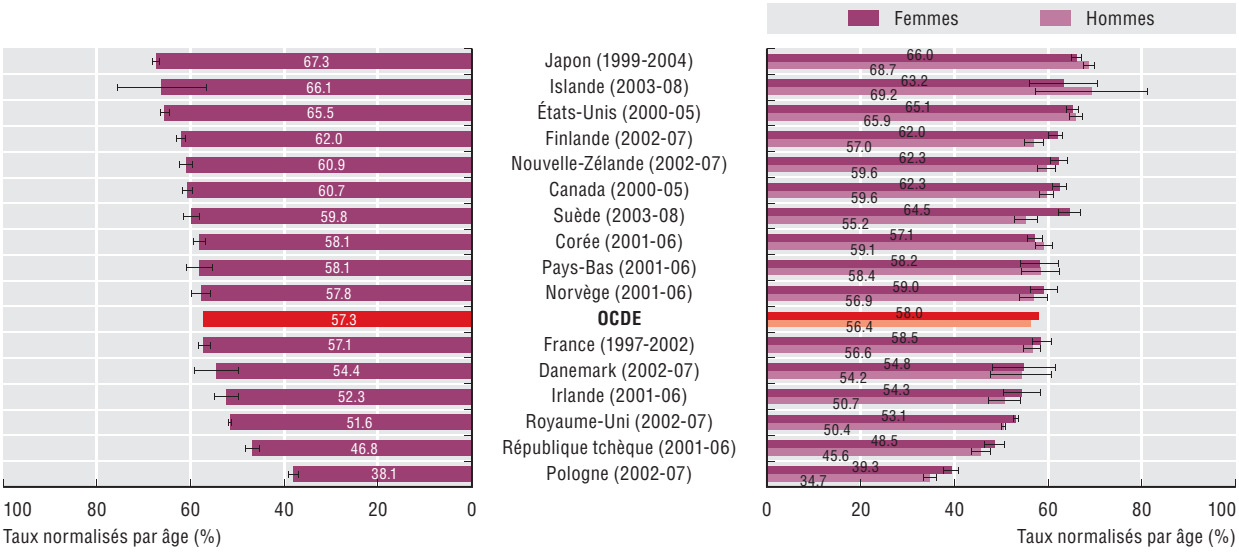
Les données historiques de la France montrent que le taux de survie à cinq ans est passé de 33 % en 1976 à 55 % en 1988, ce qui est attribuable à une augmentation du taux de résection avec une baisse de la mortalité postopératoire, un diagnostic plus précoce et une utilisation accrue de la chimiothérapie (Faivre-Finn *et al.*, 2002). Ces constatations concordent avec les résultats d'autres pays d'Europe (Sant *et al.*, 2009) et des États-Unis (SEER, 2009). Des données récentes du projet EUROCARE montrent que la survie du cancer colorectal a continué à augmenter en Europe et en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale (Verdecchia *et al.*, 2007).

Le graphique 5.9.3 montre les tendances de la mortalité pour les patients atteints d'un cancer colorectal pour la période 1995-2005. La plupart des pays ont connu une baisse de la mortalité du cancer colorectal sur cette période de dix ans. Même si la Corée a enregistré une augmentation, son taux reste parmi le plus bas des pays de l'OCDE. L'adoption d'un régime alimentaire de type occidental, qui a progressé rapidement, est une explication possible de cette hausse. Comme le montre le graphique 5.9.2, la Corée a enregistré une augmentation des taux de survie relatifs au cours des dernières années, ce qui indique que son système de santé relève ce nouveau défi. Les pays d'Europe centrale et orientale ont généralement des taux de mortalité relativement élevés. Aucun schéma géographique ne ressort clairement pour les autres pays de l'OCDE. Des pays ayant des taux de survie relatifs élevés comme le Japon et les États-Unis ont aussi des taux de mortalité inférieurs à la moyenne, ce qui conforte l'hypothèse qu'une plus grande survie relative reflète de meilleurs soins du cancer.

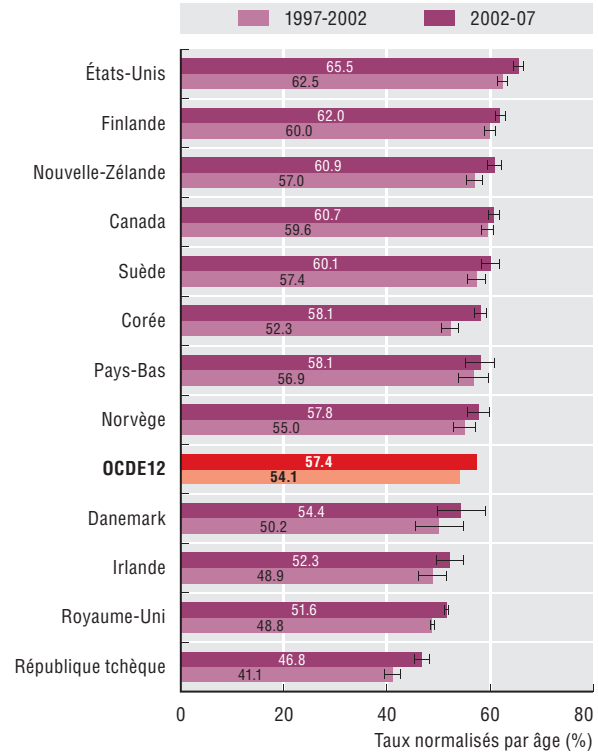
Définition et écarts

Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur 5.7 sur le cancer du col de l'utérus. Ils diffèrent de la définition donnée par la CIM-10 pour le cancer colorectal, qui est utilisée dans le *Panorama de la santé 2007*, puisqu'ils incluent en plus le cancer anal.

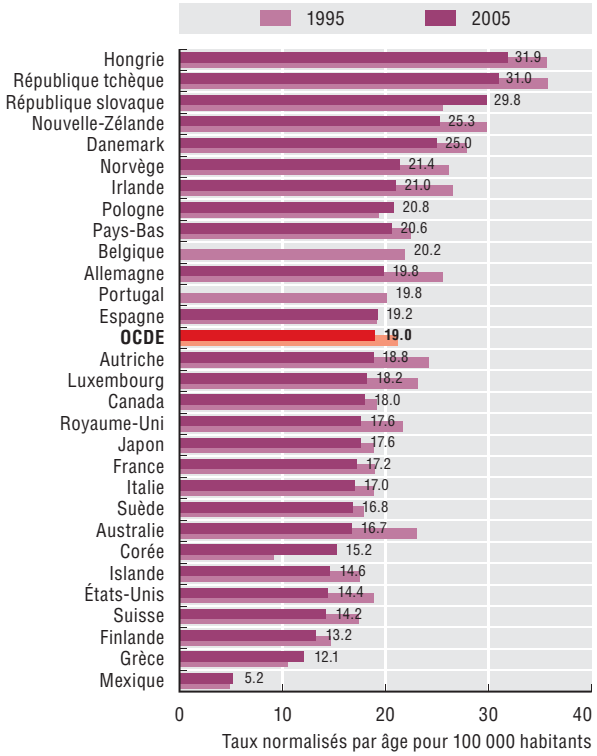
5.9.1 Taux de survie relatif à cinq ans au cancer colorectal, population totale et par sexe, dernière période disponible



5.9.2 Taux de survie relatif à cinq ans au cancer colorectal, 1997-2002 et 2002-07 (ou période proche)



5.9.3 Mortalité liée au cancer colorectal, 1995 à 2005 (ou année la plus proche)



Source : Données du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé 2009 (OCDE). Les taux de survie sont normalisés par rapport à l'âge selon la structure de la population « International Cancer Survival Standards ». *Eco-Santé OCDE 2009* (données de mortalité provenant de l'OMS et normalisées par âge selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 1980). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣ dans les graphiques concernés.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722457275675

5.10. Programmes de vaccination des enfants

La vaccination des enfants demeure une des interventions de santé publique offrant le meilleur rapport coût/efficacité. Tous les pays de l'OCDE ou, dans certains cas, des autorités infranationales ont mis en place des programmes de vaccination reposant sur leur interprétation des risques et des avantages de chaque vaccin.

La vaccination contre la coqueluche (souvent administrée conjointement avec la vaccination contre la diphtérie et le tétanos) et la vaccination contre la rougeole font partie de presque tous les programmes et les examens des données concernant l'efficacité des vaccins contre ces maladies ont conclu qu'ils sont sûrs et très efficaces. En Europe, grâce à l'adoption graduelle du vaccin contre la rougeole, l'incidence de cette maladie est environ dix fois moindre qu'au début de la décennie 90.

On dispose depuis 1982 d'un vaccin contre l'hépatite B, considéré comme efficace à 95 % dans la prévention de l'infection et de ses conséquences chroniques comme la cirrhose et le cancer du foie. On estimait, en 2004, à plus de 350 millions dans le monde le nombre des personnes vivant avec une atteinte hépatique chronique due à l'hépatite B et risquant des complications graves et parfois mortelles (OMS, 2009a).

En 2007, plus de 170 pays avaient déjà commencé à suivre la recommandation de l'OMS préconisant de faire du vaccin contre l'hépatite B une composante à part entière de leur programme national de vaccination infantile. Dans les pays peu touchés par l'hépatite B (par exemple, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Europe du Nord et de l'Ouest et l'Amérique du Nord), l'OMS indique qu'il conviendrait néanmoins d'accorder une haute priorité à la vaccination systématique contre l'hépatite B étant donné qu'une forte proportion des infections chroniques sont contractées dans la prime enfance (OMS, 2004a).

Les graphiques 5.10.1 et 5.10.2 montrent que, dans l'ensemble, les taux de vaccination des enfants contre la rougeole et contre la coqueluche (y compris la diphtérie et le tétanos) sont élevés dans les pays de l'OCDE. En moyenne, plus de 90 % des enfants de 2 ans bénéficient de la vaccination recommandée contre la rougeole et contre la coqueluche et tous les pays ont des taux supérieurs à 75 %.

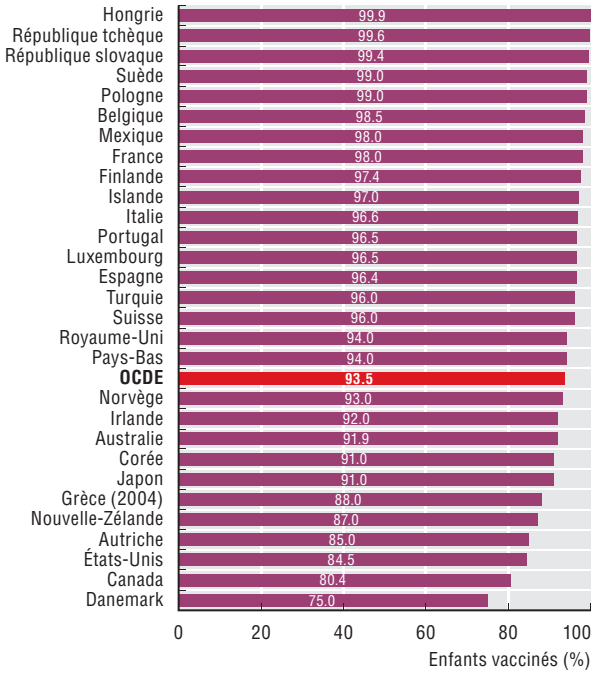
Le graphique 5.10.3 montre que le pourcentage moyen des enfants de 2 ans vaccinés contre l'hépatite B dans les pays appliquant un programme national est supérieur à 95 %. Un certain nombre de pays n'imposent pas actuellement la vaccination des enfants avant l'âge de 2 ans ou n'ont pas de programmes systématiques et, en conséquence, enregistrent des taux nettement plus bas que les autres pays. Au Danemark et en Suède, par exemple, la vaccination contre l'hépatite B n'est pas un élément obligatoire des programmes de vaccination et elle n'est recommandée que pour certains groupes à risque. Le Canada a institué une vaccination universelle contre l'hépatite B pour les adolescents, mais toutes les provinces ou territoires n'offrent pas de programmes de vaccination infantile (ASPC, 2009; Mackie *et al.*, 2009). En France, la vaccination contre l'hépatite B reste controversée en raison de spéculations sur d'éventuels effets secondaires.

Le graphique 5.10.4 montre que l'incidence de l'hépatite B est basse dans la majorité des pays de l'OCDE, avec moins de deux pour 100 000 habitants. Seules l'Autriche, la Turquie et l'Islande ont des taux très au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 2.5 pour 100 000 habitants et entrent dans la catégorie d'incidences élevées selon les critères de l'OMS (OMS, 2004a).

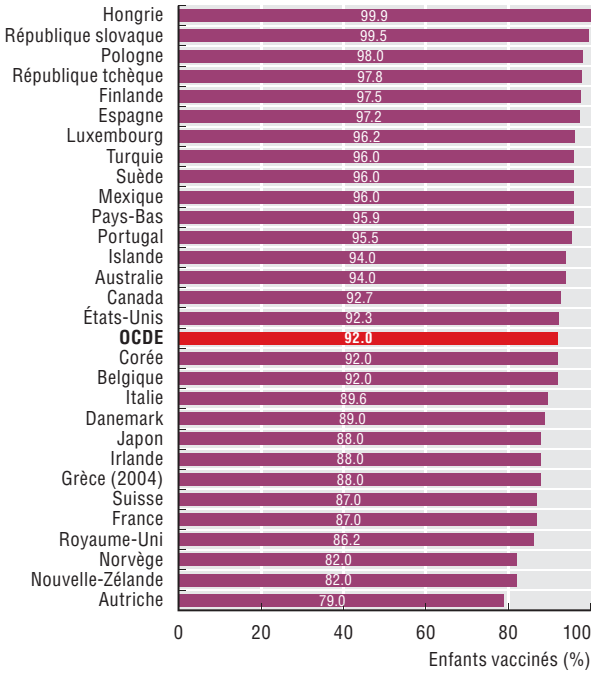
Définition et écarts

Les taux de vaccination correspondent au pourcentage des enfants de 1 ou 2 ans qui reçoivent la vaccination considérée dans le délai recommandé. Les politiques de vaccination des enfants varient légèrement d'un pays à l'autre. Ainsi, ces indicateurs dépendent de la politique propre à chaque pays. Certains pays administrent des vaccins combinés (par exemple, le DTC : diphtérie, tétanos, coqueluche) et d'autres administrent les vaccinations séparément. Il peut exister des différences quand le taux de vaccination contre le tétanos a été fourni à la place du taux de vaccination contre la coqueluche, mais on les estime à moins de 0.5 %. Certains pays évaluent les taux de vaccinations sur la base d'enquêtes et d'autres d'après des données sur les consultations, ce qui peut influer sur les résultats.

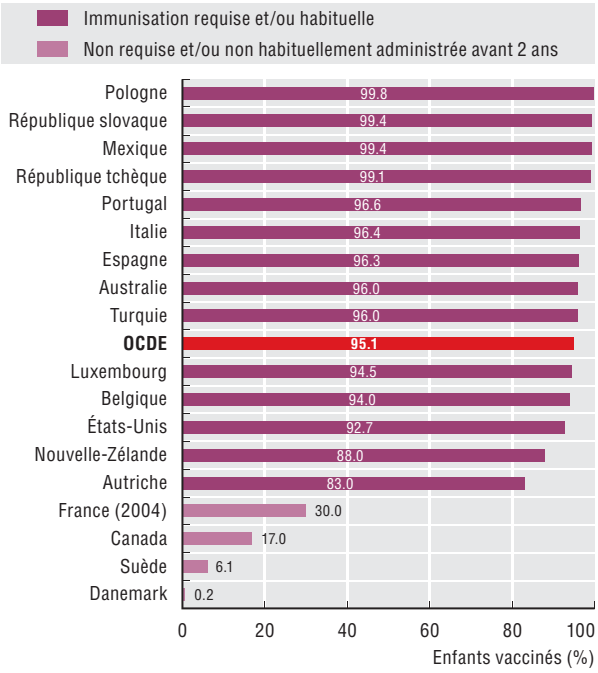
5.10.1 Vaccination contre la coqueluche des enfants âgés de 2 ans, 2007 (ou année la plus proche)



5.10.2 Vaccination contre la rougeole des enfants âgés de 2 ans, 2007 (ou année la plus proche)

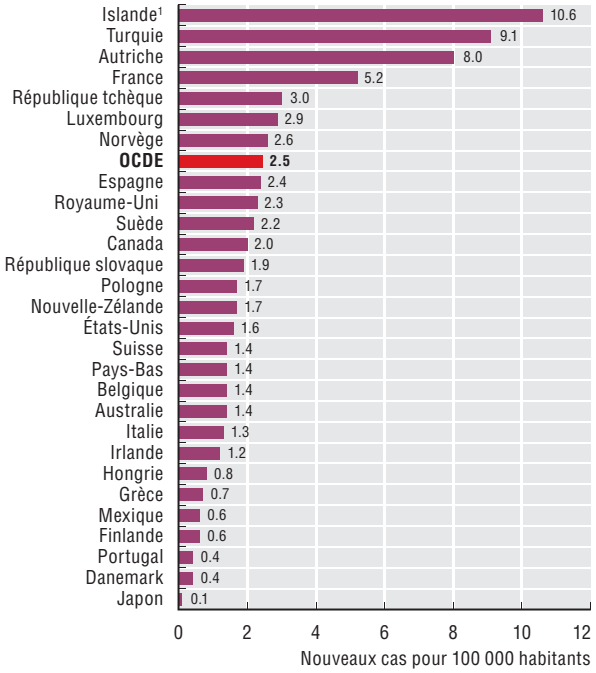


5.10.3 Vaccination contre l'hépatite B des enfants âgés de 2 ans, 2007 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne OCDE inclut seulement les pays avec une immunisation requise ou habituelle.

5.10.4 Incidence de l'hépatite B parmi la population totale, 2007 (ou année la plus proche)



1. Moyenne sur trois ans.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722457351518

5.11. Vaccination antigrippale des personnes âgées

La grippe est une maladie infectieuse courante dans le monde qui touche des personnes de tous âges. Par exemple, aux États-Unis, entre 5 % et 20 % de la population est atteinte de la grippe chaque année (CDC, 2009b). La plupart des personnes qui contractent la maladie se rétablissent rapidement mais les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections chroniques sont plus exposées au risque de complications, voire de décès. Entre 1979 et 2001, la grippe a entraîné en moyenne plus de 200 000 hospitalisations et 36 000 décès par an aux États-Unis (CDC, 2009b). L'impact de la grippe sur la population active est important même si la morbidité et la mortalité touchent principalement les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections chroniques (Keech *et al.*, 1998). En Europe, la grippe représente environ 10 % des arrêts de travail pour maladie et le coût de la perte de productivité en France et en Allemagne a été estimé entre 9.3 milliards et 14.1 milliards USD par an (Szucs, 2004).

La vaccination des personnes âgées contre la grippe saisonnière s'est de plus en plus étendue dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. La vaccination antigrippale des personnes âgées et des patients souffrant d'affections chroniques est fortement recommandée en Europe, aux États-Unis et dans d'autres pays (Nicholson *et al.*, 1995).

Comme l'indique le graphique 5.11.1, le pourcentage moyen de la population de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe était de 56 % en 2007. Toutefois, les taux de vaccination sont très variables, de 24 % en République tchèque à 78 % en Australie.

On constate dans le graphique 5.11.2 que, si le taux moyen de l'OCDE a sensiblement augmenté entre 1998 and 2003, il est resté relativement stable entre 2003 et 2007. À partir de 2003, certains pays ont marginalement étendu leur couverture tandis que d'autres la réduisaient, notamment certains pays déjà au-dessous de la moyenne de l'OCDE comme la République slovaque et la Hongrie.

Un certain nombre de facteurs ont contribué aux niveaux actuels de vaccination contre la grippe dans les pays de l'OCDE, parmi lesquels : une plus grande adhésion des patients et des praticiens à la prévention, une amélioration de la couverture de l'assurance maladie publique pour ces vaccins et une plus large offre de ce service par des fournisseurs de soins de santé autres que les médecins (Singleton *et al.*, 2000). Toutefois, il faudra surmonter un certain nombre d'obstacles dans certains pays, si ceux-ci veulent continuer d'accroître leurs taux de couverture. Par exemple, les raisons suivantes ont été mentionnées pour expliquer le niveau relativement bas des taux de vaccination en Autriche : manque de sensibilisation du public, couverture insuffisante des frais par les assurances maladie et manque de consensus dans la profession médicale autrichienne quant à l'importance de la vaccination (Kunze *et al.*, 2007).

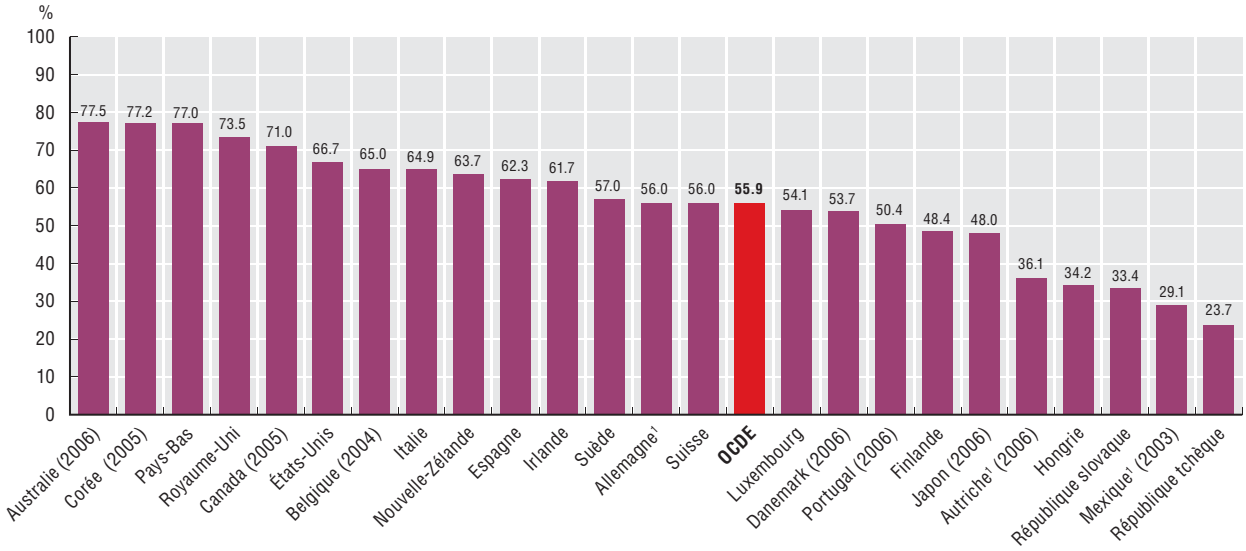
Des souches particulièrement virulentes du virus, telles que le sous-type de la grippe aviaire H5N1, pourraient entraîner des pandémies dont l'impact serait beaucoup plus grand que celui de la grippe saisonnière. On constate une nouvelle fois l'impact potentiel de la grippe, non seulement sur la santé des personnes mais aussi sur l'activité économique, avec l'épidémie de H1N1 (ou grippe porcine). L'impact économique de l'épidémie de H1N1 n'a pas été complètement évalué, mais la Banque mondiale estimait en 2008 qu'une sévère pandémie de grippe pourrait coûter à l'économie mondiale jusqu'à 4.8 % du produit intérieur (Burns *et al.*, 2008).

D'après l'OMS, la vaccination est un des meilleurs moyens de protéger les personnes durant les épidémies ou pandémies de grippe. Les médicaments antiviraux ou autres, la « distanciation sociale » et l'hygiène personnelle font aussi partie des moyens employés. Même si l'infrastructure nationale en place et les dispositifs des programmes de vaccination saisonnière peuvent faire état d'un degré de préparation renforcé pour répondre à une flambée de grippe, les vaccins antigrippaux saisonniers systématiquement proposés dans les pays de l'OCDE offrent actuellement une protection faible ou nulle contre la grippe A (H1N1). Le délai est supérieur à six mois pour la mise au point et la distribution de vaccins efficaces (OMS, 2009b).

Définitions et écarts

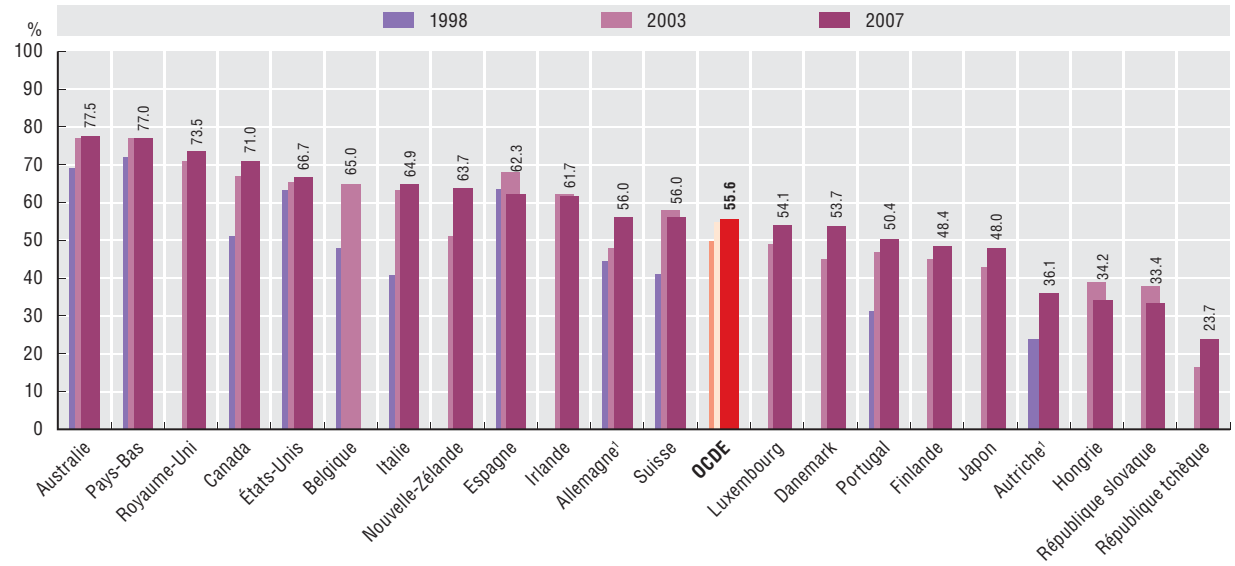
Le taux de vaccination contre la grippe correspond au nombre de personnes de 65 ans et plus auxquelles le vaccin antigrippal annuel a été administré, divisé par le nombre total de personnes de cette catégorie d'âge. La principale limite concernant la comparabilité des données résulte du recours à des sources de données différentes, enquêtes ou programmes, sujettes à différents types d'erreurs et de biais. Par exemple, les données tirées d'enquêtes de population peuvent souffrir d'erreurs de remémoration et d'une administration irrégulière.

5.11.1 Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 2007



1. Population âgée de 60 ans et plus.

5.11.2 Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 1998-2007 (ou année la plus proche)



1. Population âgée de 60 ans et plus.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722465844668

6. ACCÈS AUX SOINS

Introduction

6.1. Besoins en soins de santé insatisfaits

6.2. Couverture des soins de santé

6.3. Dépenses de santé à la charge des patients

6.4. Répartition géographique des médecins

6.5. Inégalités dans les consultations de médecins

6.6. Inégalités dans les consultations de dentistes

6.7. Inégalités dans le dépistage du cancer

Introduction

Cette édition du *Panorama de la santé* présente un nouveau chapitre sur l'accès aux soins de santé, qui s'appuie sur les travaux récents de l'OCDE dans ce domaine (de Looper et Lafortune, 2009). Assurer un accès adéquat aux soins de santé jugés essentiels est un objectif important de la politique de santé dans tous les pays de l'OCDE. Le suivi de l'accès aux soins de santé est donc un aspect important de l'évaluation de la performance des systèmes de santé.

L'accès aux soins de santé peut se définir comme la capacité qu'a une personne d'obtenir des soins de santé appropriés (Academy Health, 2004). Les barrières potentielles à l'accès sont notamment : les barrières pécuniaires (ne pas pouvoir payer les soins), les barrières géographiques (ne pas avoir assez de fournisseurs de soins de santé dans une zone géographique particulière ou bien un éloignement excessif des fournisseurs de soins), les barrières ethniques et culturelles (y compris les problèmes de langue) et les barrières concernant la rapidité d'accès (délais excessifs pour avoir une consultation ou un traitement).

Les indicateurs présentés dans ce chapitre ne concernent que les barrières pécuniaires et géographiques aux soins de santé. Dans la plupart des cas, les données ne couvrent pas tous les pays et certains indicateurs nécessiteraient des données plus récentes. Des travaux supplémentaires seront nécessaires pour fournir une vue plus complète et actualisée dans les éditions futures, en collaboration avec les experts nationaux et les correspondants d'*Eco-Santé OCDE*.

Ce chapitre ne présente pas d'informations sur les délais d'attente pour différents services. L'OCDE prévoit de mettre à jour des informations antérieures sur les délais pour un ensemble d'interventions chirurgicales (Siciliani et Hurst, 2003) et d'élargir l'effort de collecte de données afin de mesurer les délais d'attente pour d'autres services. On espère que ces travaux enrichiront le contenu du présent chapitre dans les éditions futures du *Panorama de la santé*.

S'agissant des barrières pécuniaires aux soins de santé, les indicateurs présentés portent sur les inégalités suivant la catégorie de revenu. Toutefois, on manque de données comparables pour certains indicateurs. Par exemple, il n'a été possible de recueillir des données sur les dépenses de santé à la charge des patients suivant la catégorie de revenu (indicateur 6.3) que pour une minorité de pays.

Ce chapitre traite de l'accès aux soins médicaux et aux soins dentaires. Il commence par examiner les données disponibles sur les besoins non satisfaits autodéclarés de ces soins médicaux et dentaires (indicateur 6.1), fournissant une mesure générale des problèmes d'accès. Cette mesure est subjective, en ce sens qu'elle reflète l'opinion individuelle des personnes sur leurs besoins et sur le degré de satisfaction de ces besoins. Les réponses aux questions posées dans les enquêtes sur ces besoins insatisfaits peuvent être influencées par des changements de politiques récents et des facteurs culturels. Il importe donc d'examiner les résultats sur les besoins non satisfaits autodéclarés avec d'autres indicateurs d'accès, comme le degré de couverture par l'assurance maladie publique ou privée (indicateur 6.2) ou les dépenses de santé à la charge des patients (indicateur 6.3), afin d'évaluer plus complètement l'accès aux soins de santé dans les différents pays.

L'accès géographique aux soins est mesuré par la « densité » de médecins dans les différentes régions à l'intérieur de chaque pays (indicateur 6.4). Un problème fréquent dans beaucoup de pays de l'OCDE est la concentration des médecins dans les centres urbains, ce qui crée des problèmes d'accès aux habitants des zones rurales ou reculées. Toutefois, il n'a été possible de collecter des données spécifiques sur le nombre de médecins exerçant dans les zones urbaines ou rurales que pour quelques pays et, même dans ce groupe de pays, la définition des zones urbaines ou rurales varie.

Une approche pour évaluer les inégalités d'accès consiste à mesurer les inégalités d'utilisation réelle des services de santé selon les différentes catégories de population, en tenant compte des différences de besoins, lorsque cela s'avère nécessaire et possible. Les trois derniers indicateurs dans ce chapitre portent sur le recours aux médecins et aux dentistes ainsi qu'aux dépistages recommandés pour le cancer, suivant le statut socio-économique (principalement la catégorie de revenu). Ces indicateurs s'appuient sur des données publiées dans une étude antérieure de l'OCDE (van Doorslaer *et al.*, 2004) et sur des données recueillies par l'OMS (OMS, 2008b). Une grande partie des informations sur les taux d'utilisation sont tirées d'études publiées il y a un certain temps, mais des études plus récentes dans certains pays confirment généralement les constatations antérieures.

Plus généralement, les données utilisées pour les indicateurs sont tirées de la base *Eco-Santé OCDE* et d'autres enquêtes et bases de données nationales et plurinationales.

6.1. Besoins en soins de santé insatisfaits

La plupart des pays de l'OCDE aspirent à fournir un accès égal aux soins de santé à toutes les personnes selon leur besoin. Une méthode pour évaluer l'égalité d'accès aux services consiste à étudier les déclarations de besoins de santé insatisfaits. Les problèmes que rapportent les patients dans l'obtention des soins reflètent souvent des obstacles significatifs.

Parmi les raisons expliquant ces besoins insatisfaits, les personnes interrogées peuvent mentionner le coût des traitements, les longs délais d'attente, le fait de ne pas pouvoir s'absenter du travail ou d'avoir à s'occuper des enfants ou de devoir se déplacer sur de grandes distances pour accéder aux soins. Les variations *entre les pays* des besoins en soins de santé insatisfaits autodéclarés peuvent être dues à des différences dans les questions posées dans les enquêtes, à des raisons socioculturelles, et aussi à des réactions aux débats nationaux actuels sur les soins de santé. Toutefois, l'influence de ces facteurs dans l'explication des différences concernant les besoins insatisfaits devrait être moindre entre les différentes catégories de la population *à l'intérieur* d'un pays donné. Il importe d'examiner les indicateurs des besoins en soins de santé insatisfaits autodéclarés conjointement avec les indicateurs des barrières potentielles à l'accès, tels que l'étendue de la couverture de l'assurance maladie et le poids des dépenses directement supportées par les patients (indicateurs 6.2 et 6.3).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, une majorité de la population ne déclare aucun besoin de soins de santé insatisfait. Cependant, dans une enquête européenne réalisée en 2007, une part non négligeable de la population déclarait avoir des besoins médicaux non satisfaits au cours des 12 mois précédents, pour différentes raisons. De manière générale, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer ne pas recevoir les soins nécessaires; il en allait de même pour les personnes à faible revenu.

Le graphique 6.1.1 présente trois raisons possibles pouvant générer des problèmes d'accès. Dans presque tous les pays, la raison la plus fréquemment donnée pour expliquer les soins médicaux insatisfaits est le coût des traitements. C'est particulièrement le cas au Portugal, en Pologne, en Italie et en Grèce et, logiquement, les personnes à faible revenu sont les plus touchées. Les délais d'attente sont un problème pour les personnes interrogées en Italie, en Pologne, en Suède et au Royaume-Uni, qui touche aussi bien les personnes à revenu élevé qu'à faible revenu. L'éloignement n'est pas un problème majeur, sauf en Norvège où un tiers des personnes déclarant des besoins de soins de santé insatisfaits disent que c'est à cause de la distance qu'ils doivent parcourir pour recevoir les soins.

S'agissant des soins dentaires, une proportion de la population plus grande que pour les soins médicaux déclare avoir des besoins insatisfaits. La Pologne, l'Italie et l'Islande enregistraient les taux les plus élevés en 2007 (graphique 6.1.2). De fortes inégalités entre les catégories à hauts et à bas revenus étaient visibles en Islande, en Grèce, au Portugal et au Danemark, ainsi qu'en Belgique, bien que le pourcentage de la population déclarant des soins dentaires insatisfaits soit bas dans ce dernier pays.

Des inégalités dans les besoins de soins médicaux et dentaires insatisfaits autodéclarés sont aussi visibles dans des pays non européens, d'après les résultats d'une autre enquête plurinationale (graphiques 6.1.3 et 6.1.4). Là encore, la renonciation à des soins en raison du coût pour un certain nombre de traitements est plus fréquente dans les catégories à bas revenus. L'ampleur de ces inégalités varie fortement entre les pays, comme le montrent les niveaux beaucoup plus bas aux Pays-Bas et au Royaume-Uni qu'aux États-Unis. Aux États-Unis, en 2007, plus de la moitié de la population adulte ayant des revenus inférieurs à la moyenne déclarait l'insatisfaction d'une sorte ou une autre de besoins de soins en raison du coût (Commonwealth Fund, 2008). Dans la catégorie des revenus inférieurs à la moyenne, les adultes qui bénéficient d'une assurance maladie déclarent nettement moins de problèmes d'accès dus au coût que ceux qui ne sont pas assurés (Blendon *et al.*, 2002).

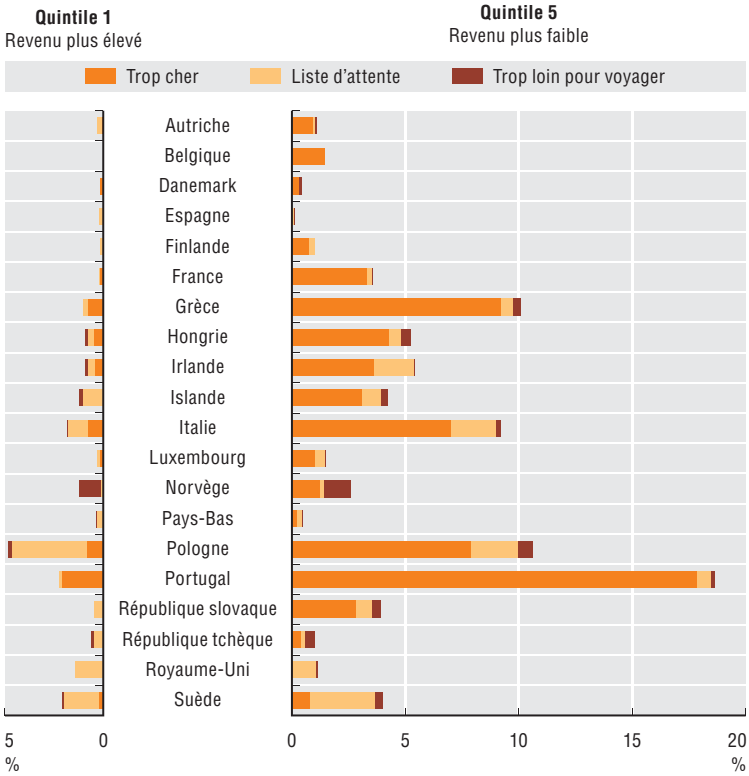
Définition et écarts

Des questions sur les besoins en soins de santé insatisfaits figurent dans un certain nombre d'enquêtes nationales et plurinationales, notamment l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) et les enquêtes internationales sur la politique de la santé du Commonwealth Fund. Aucune enquête sur les besoins en soins de santé insatisfaits couvrant tous les pays de l'OCDE n'a toutefois été réalisée.

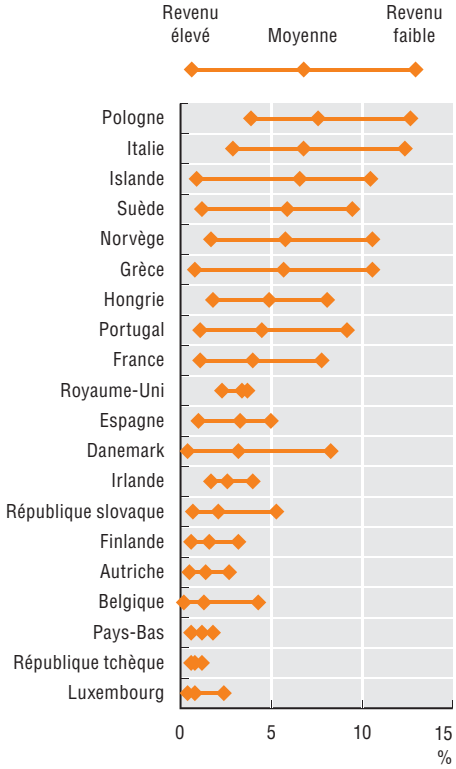
Afin de déterminer les besoins de soins médicaux insatisfaits, on demande généralement aux personnes interrogées si, au cours des 12 mois précédents, elles ont éprouvé à un certain moment le besoin d'obtenir des services de soins de santé mais qu'elles n'en ont pas reçu, et si oui, pour quelle(s) raison(s).

Les informations sur les besoins de soins insatisfaits et sur le statut socio-économique sont tirées de la même enquête, mais la forme particulière des questions et réponses, ainsi que les catégories d'âge interrogées et les indicateurs employés pour évaluer le statut socio-économique, peuvent varier d'une enquête ou d'un pays à l'autre. Il faut donc se montrer prudent dans les comparaisons entre les pays.

6.1.1 Besoins insatisfaits d'examen médical pour différentes raisons, par quintile de revenu, pays européens, 2007

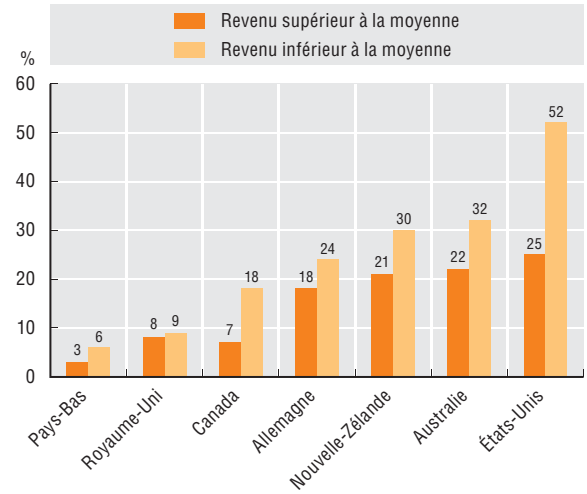


6.1.2 Besoins insatisfaits d'examen dentaire, par quintile de revenu, pays européens, 2007



Source : EU-SILC (Statistiques sur le revenu et les conditions de vie).

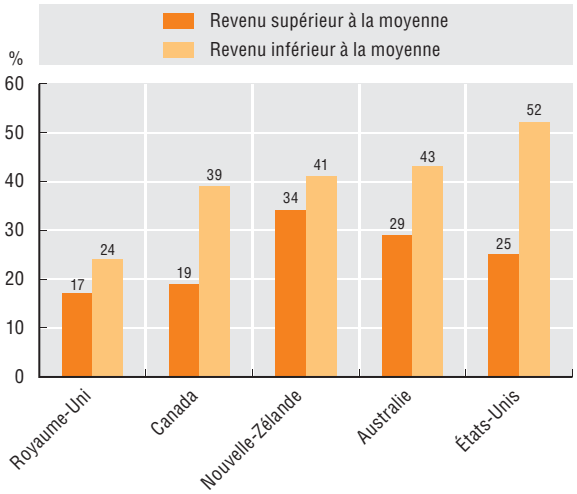
6.1.3 Besoins insatisfaits de soins médicaux[1] pour raison de coûts dans sept pays de l'OCDE, par niveau de revenu, 2007



1. N'a pas reçu de soins médicaux, a manqué un examen médical, un traitement ou un suivi, ne s'est pas procuré des médicaments prescrits ou n'a pas respecté les doses.

Source : Commonwealth Fund (2008).

6.1.4 Besoins insatisfaits d'examen dentaire pour raison de coûts dans cinq pays de l'OCDE, par niveau de revenu, 2004



Source : Davis *et al.* (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722476825384

6.2. Couverture des soins de santé

La couverture des soins de santé est un élément important de l'accès aux biens et services médicaux, permettant de se couvrir contre les aléas d'un accident ou d'une maladie grave. Elle permet également un meilleur accès aux traitements et aux mesures de prévention (OCDE, 2004c). La couverture (publique et privée) de la population constitue toutefois un indicateur imparfait de l'accessibilité aux soins, car celle-ci dépend du « panier » de produits et de services de santé inclus et du degré de participation des patients au coût de ces services.

En 2007, la plupart des pays de l'OCDE avaient mis en place une couverture universelle ou presque universelle des soins pour un ensemble de services (graphique 6.2.1). Des services tels que les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts dans la plupart des pays de l'OCDE; dans quelques pays ces services ne sont pas couverts (voir annexe A, tableau A.5).

Trois pays de l'OCDE n'ont pas encore atteint une couverture maladie universelle. Au Mexique, seulement la moitié de la population était couverte par l'assurance maladie publique en 2002. Le système d'assurance maladie facultatif « Seguro Popular », établi en 2004, couvre un ensemble de services à l'intention des pauvres et des personnes non assurées, et la proportion de personnes couvertes a augmenté rapidement ces dernières années. En 2007, plus de 80 % de la population était couverte par l'assurance maladie publique. Le gouvernement mexicain s'est fixé l'objectif d'une couverture universelle d'ici 2011. En Turquie, les deux tiers seulement de la population bénéficiaient en 2003 d'une couverture publique; toutefois une législation récente a instauré une couverture universelle (OCDE et Banque mondiale, 2008).

Aux États-Unis, la couverture est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 58 % de l'ensemble de la population était couvert de cette manière en 2007. Les personnes âgées, handicapées et à faible revenu – soit 27 % de la population totale – ont droit à une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 15 % de la population (45 millions de personnes de moins de 65 ans) sans couverture. Parmi celles-ci, plus de la moitié mentionnent le coût des primes d'assurance maladie comme étant la raison de l'absence de couverture (NCHS, 2009). Des augmentations récentes de la proportion des personnes non assurées ont été attribuées au fait que les employeurs, particulièrement les petits employeurs, sont moins enclins à offrir une couverture à leurs salariés, ainsi qu'au coût croissant des primes (OCDE, 2008c). Le fait que des personnes soient démunies d'assurance de manière persistante apparaît comme un obstacle majeur à l'accès aux soins et, plus généralement, à la réduction des inégalités de santé entre les différentes catégories de population (AHRQ, 2008a; HHS Office of Health Reform, 2009).

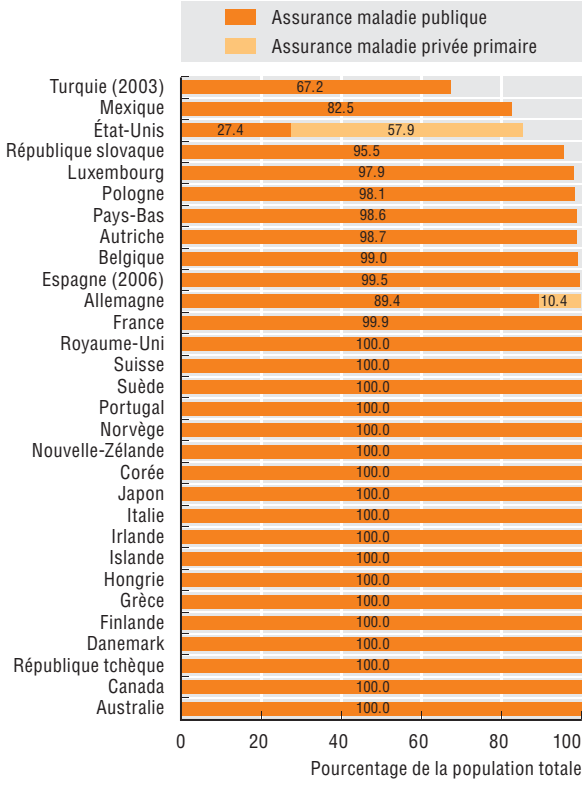
La couverture maladie primaire de base, qu'elle soit fournie par une assurance publique ou privée, couvre généralement un « panier » de prestations défini, souvent avec une participation du patient aux coûts. Dans certains pays, on peut souscrire une couverture maladie additionnelle auprès d'une assurance privée. Sept pays (Pays-Bas, France, Belgique, Canada, États-Unis, Luxembourg et Irlande) font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population en 2007 (graphique 6.2.2). Aux Pays-Bas, le gouvernement a mis en place un dispositif d'assurance maladie obligatoire universelle en 2006, qui comprend une compétition réglementée entre les assureurs privés, éliminant ainsi la distinction entre assurance maladie publique et privée pour la couverture de base.

L'assurance maladie privée fournit à 88 % de la population française une assurance *complémentaire* qui couvre la participation aux coûts dans le système de sécurité sociale. Les Pays-Bas ont le plus grand marché *supplémentaire* (92 % de la population), suivi par le Canada (67 %), système par lequel l'assurance privée prend en charge le coût des médicaments vendus sur ordonnance et des soins dentaires qui ne sont pas remboursés par le régime public. En Autriche et en Suisse, approximativement un tiers de la population a aussi une assurance maladie supplémentaire. C'est en Irlande (51 %), en Australie (44 %) et en Nouvelle-Zélande (33 %) que l'assurance maladie *parallèle* (ou *duplicative*) est la plus développée, offrant par le secteur privé un accès plus rapide aux services médicaux en cas de délais d'attente dans le secteur public. Il existe une corrélation positive entre la proportion de la population couverte par une assurance maladie privée et la part de l'assurance maladie privée dans le total des dépenses de santé (graphique 6.2.3).

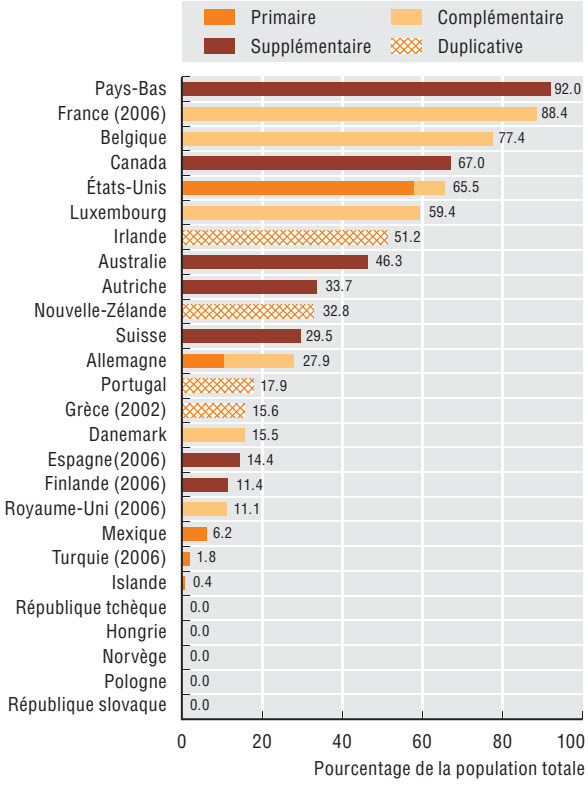
Définition et écarts

La couverture est mesurée par la proportion de la population bénéficiant d'un ensemble défini de produits et de services de santé dans le cadre de programmes publics et de l'assurance maladie privée. Les données incluent les personnes couvertes en leur nom propre et leurs personnes à charge. On entend par couverture publique à la fois les dispositifs publics, généralement financés par l'impôt, et la sécurité sociale, généralement financée par les cotisations sociales. La souscription d'une assurance privée est souvent volontaire, mais elle peut aussi être imposée par la loi ou obligatoire pour les salariés dans le cadre de leur contrat de travail. Le montant des primes n'est généralement pas lié aux revenus; toutefois, la souscription d'une couverture privée peut être subventionnée par les pouvoirs publics.

6.2.1 Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2007



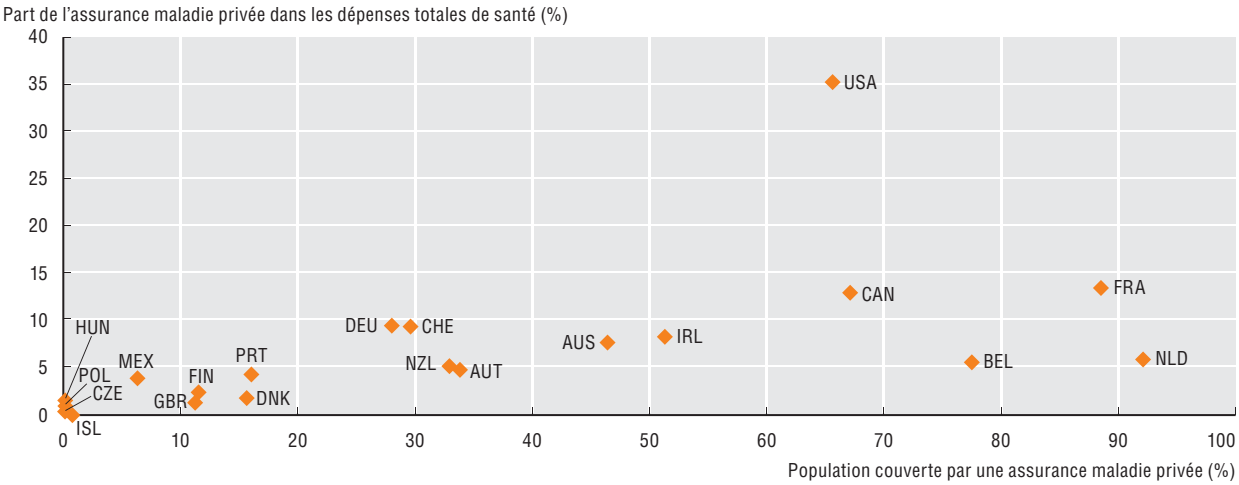
6.2.2 Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2007



Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie, et à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark.

Source : Eco-Santé OCDE 2009, Enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-09.

6.2.3 Assurance maladie privée, population couverte et part dans les dépenses totales de santé, 2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722516030363

6.3. Dépenses de santé à la charge des patients

La protection financière apportée par la couverture de l'assurance maladie publique ou privée réduit substantiellement le montant que les personnes paient directement pour les soins, mais dans certains pays le poids de ces dépenses directes sur les ménages peut continuer de créer des barrières à l'accès aux soins de santé. Les ménages qui ont des difficultés à payer leurs factures médicales peuvent reporter à plus tard les soins de santé nécessaires ou y renoncer (Hoffman *et al.*, 2005; May et Cunningham, dans Banthin *et al.*, 2008). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 18 % des dépenses de santé sont payées directement par les patients (voir l'indicateur 7.6 « Financement des dépenses de santé »).

Contrairement aux soins financés par des fonds publics, les dépenses directement supportées par les patients reposent sur leur capacité de payer. Si le financement de ces soins devient plus dépendant de cette source, son poids se reporte, en théorie, sur ceux qui utilisent le plus ces services, éventuellement des catégories à hauts revenus vers les bas revenus si les besoins en soins de santé sont plus grands dans cette dernière catégorie. Dans la pratique, beaucoup de pays ont des exemptions et des plafonds pour les paiements directs au bénéfice des catégories à bas revenus afin de protéger l'accès aux soins de santé. En Suisse, par exemple, la part des paiements directs est élevée mais il existe des exemptions de participation aux coûts pour les familles nombreuses, les bénéficiaires de l'aide sociale et d'autres groupes. Il existe un plafond annuel sur les franchises et sur la participation aux paiements (OCDE et OMS, 2006).

On peut mesurer le poids des dépenses directes de santé soit en proportion du revenu total des ménages, soit en proportion de la consommation totale des ménages. La part moyenne des dépenses directes de santé dans la consommation des ménages était très variable en 2007 avec moins de 2 % dans des pays comme les Pays-Bas et la France, jusqu'à près de 6 % en Suisse et en Grèce (graphique 6.3.1). Les États-Unis, où presque 3 % de la consommation des ménages est consacrée aux services de santé, sont proches de la moyenne. En 2007, 30 % des adultes aux États-Unis avaient déboursé au cours des 12 mois précédents plus de 1 000 USD en frais médicaux, contre seulement 4 % des adultes au Royaume-Uni (graphique 6.3.2). Dans certains pays d'Europe centrale et orientale, le niveau des paiements directs est sous-estimé en raison de la pratique des paiements supplémentaires non officiels.

La répartition des dépenses dans la population peut être très variable, même si on dispose de données que pour un petit nombre de pays. L'enquête Medical Expenditure Panel Survey aux États-Unis indique que 28 % des Américains vivant dans une famille pauvre (définie par un revenu familial au-dessous du niveau de pauvreté fédéral) dépensaient plus de 10 % de leur revenu familial après impôts en services de santé et en primes d'assurance maladie en 2004, contre 10 % des Américains vivant dans une famille à hauts revenus (Banthin *et al.*, 2008). De même, 5 % des ménages en Belgique dans le décile de revenu le plus bas dépensaient plus de 10 % de leur revenu brut en paiements directs de santé en 1997, contre moins de 1 % des ménages dans le décile de revenu le plus haut (De Graeve et Van Ourti, 2003). En 2004, les ménages du quartile de revenu le plus bas aux Pays-Bas dépensaient 3.4 % de leur revenu disponible en paiements directs de santé, contre 2 % dans le quartile le plus élevé (Westert *et al.*, 2008).

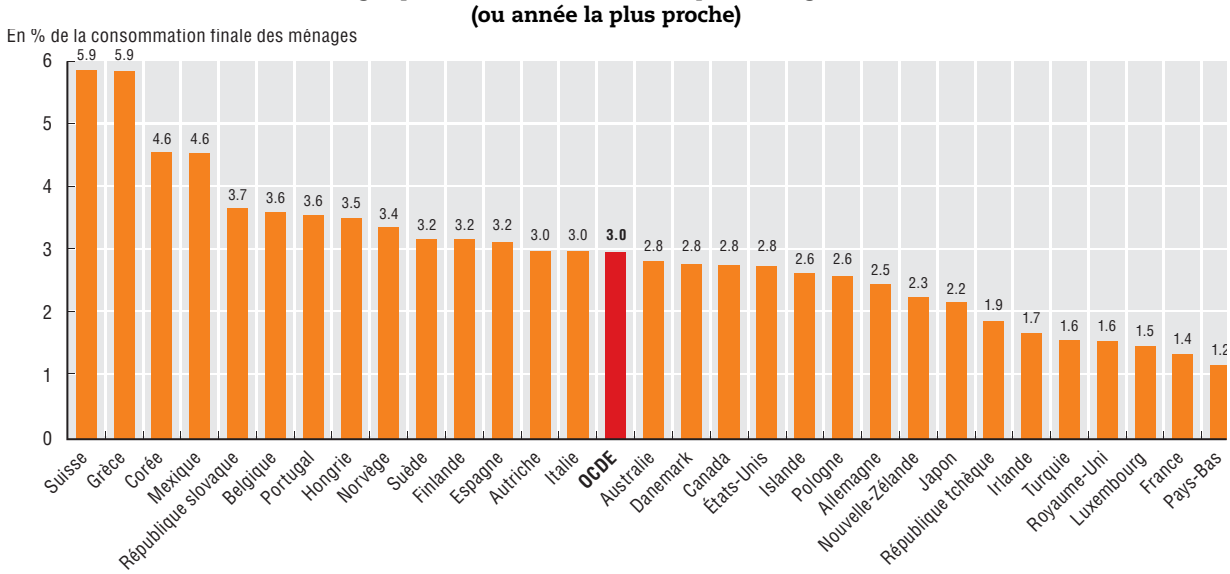
Chaque année, une petite proportion des ménages dans les pays de l'OCDE peuvent avoir à faire face à des dépenses de santé « catastrophiques » en raison d'une grave maladie ou d'un accident. On définit les dépenses de santé catastrophiques par un montant de paiements pour des services de santé supérieur à 40 % du revenu disponible du ménage après satisfaction des besoins de subsistance. Les pays où les paiements directs des patients représentent une proportion relativement forte des dépenses de santé tendent aussi à avoir une proportion plus élevée de ménages frappés par des dépenses catastrophiques (graphique 6.3.3). Au Portugal, en Espagne, en Suisse et aux États-Unis, les taux de dépenses catastrophiques dépassent le niveau de 0.5 % de la population (Xu *et al.*, 2007). Au Mexique, du fait du haut niveau des paiements directs, 3.4 % des ménages avaient des dépenses de santé catastrophiques en 2003; dans le quintile de revenu le plus bas, cette proportion atteignait 4.7 % et, parmi les personnes non assurées, 5.1 % (OCDE, 2005c).

Définition et écarts

Les paiements directs sont les dépenses supportées directement par un patient quand l'assurance ne couvre pas la totalité du coût d'un bien ou service de santé. Cela inclut la participation du patient aux coûts, l'automédication et autres paiements directs des ménages privés. Cela inclut également, dans certains pays, les estimations des paiements non officiels aux fournisseurs de soins. On définit les dépenses de santé « catastrophiques » par un montant de paiements pour des services de santé supérieur à 40 % du revenu disponible du ménage après satisfaction des besoins de subsistance.

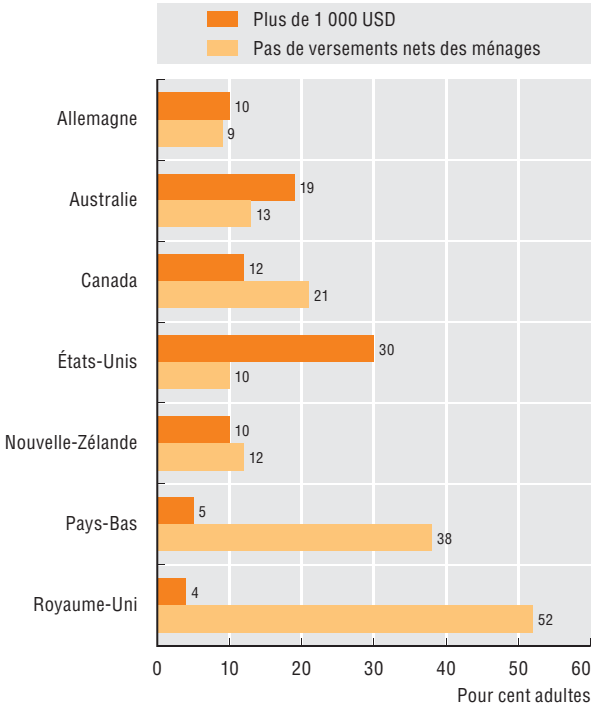
Des informations sur les dépenses directes de santé sont collectées dans un certain nombre de pays de l'OCDE au moyen d'enquêtes sur les dépenses des ménages.

6.3.1 Versements nets des ménages pour des soins de santé en pourcentage de leur consommation finale, 2007 (ou année la plus proche)



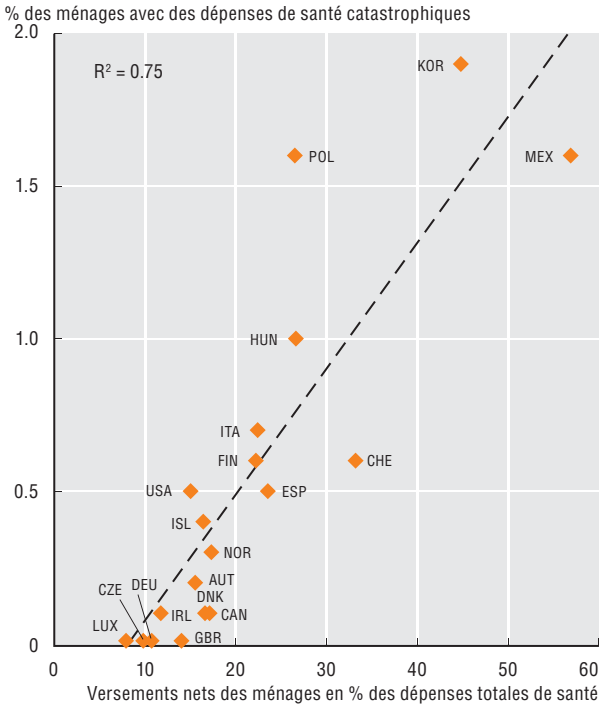
Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

6.3.2 Coûts médicaux pour les ménages durant la dernière année dans sept pays de l'OCDE, 2007



Source : 2007 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

6.3.3 Dépenses de santé catastrophiques et versements nets des ménages, fin des années 90



Source : Xu *et al.* (2007); *Eco-Santé OCDE 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722525238580

6.4. Répartition géographique des médecins

Dans tout pays, l'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers. Un manque de médecins dans une région peut accroître la durée des déplacements pour les patients et augmenter la charge des médecins, ce qui peut entraîner des délais d'attente plus longs pour recevoir les soins. En mesurant les disparités de la « densité » de médecins entre les régions d'un même pays, on obtient une certaine indication de l'accessibilité de leurs services. Toutefois, les régions peuvent contenir une combinaison de populations urbaines et rurales, de telle sorte que, même si une région a une forte densité de médecins, les habitants des zones reculées peuvent néanmoins avoir à faire de longs déplacements pour recevoir des soins médicaux. En outre, les services que les médecins offrent doivent concorder avec les besoins, aussi bien en généralistes qu'en spécialistes.

Le nombre de médecins en exercice pour 1 000 habitants est très variable entre les pays de l'OCDE, de moins de deux en Turquie, en Corée et au Mexique à quatre et plus en Belgique et en Grèce (voir le graphique 3.2.1 de l'indicateur 3.2 « Médecins en exercice »).

Dans de nombreux pays, il y a plus de médecins par habitant dans la capitale nationale que dans les autres régions (graphique 6.4.1). En République tchèque, par exemple, Prague a une densité de médecins presque double de la moyenne du pays. La répartition régionale des médecins est assez uniforme au Japon et en Pologne (OCDE, 2009e). Il existe aussi une inégalité de la densité de spécialistes, avec une concentration particulièrement visible dans la capitale pour un certain nombre de pays comme le Mexique, la République slovaque et la Turquie (graphique 6.4.2).

La densité de médecins est plus grande dans les régions à forte population urbaine, en raison de la concentration de services tels que la chirurgie et les praticiens spécialisés dans les grandes métropoles (graphique 6.4.3). Au Canada, un peu moins de 16 % des « médecins de famille » (principalement des généralistes) et seulement 2 % des spécialistes étaient installés dans des zones rurales ou des petites villes en 2006, alors que 24 % de la population résidait dans ces zones (Dumont *et al.*, 2008). Aux États-Unis, 17 % de la population vivait dans des zones hors des grandes métropoles en 2004, mais seulement 9 % des médecins en exercice étaient installés dans ces zones. Il y a aussi, en général, moins de spécialistes en dehors des grandes villes – près de 50 % des comtés aux États-Unis n'avaient pas d'obstétriciens ou de gynécologues fournissant des soins aux patientes en 2004 (NCHS, 2007). La situation est similaire en France, avec 22 % des généralistes et 4 % des spécialistes qui exerçaient dans des villes de moins de 10 000 habitants en 2007, alors que 36 % de la population résidait dans ces zones (DREES, 2008).

En Australie, les médecins de soins primaires (principalement des généralistes) sont assez uniformément répartis, avec une estimation de 100 équivalents temps plein pour 100 000 habitants dans les grandes métropoles en 2005, 88 dans les zones régionales centrales, 84 dans les zones régionales périphériques et 92 dans les régions reculées ou très reculées. Toutefois, les densités de spécialistes variaient de 122 dans les grandes métropoles à 56 dans les zones régionales centrales, 38 dans les zones régionales périphériques et seulement 16 dans les régions reculées ou très reculées (AIHW, 2008c).

Un certain nombre de facteurs sont susceptibles d'influer sur la répartition des médecins, notamment la taille de la population et le développement économique de la région, l'ambiance professionnelle de la région et l'ampleur des équipements collectifs (Huber *et al.*, 2008).

L'expérience montre qu'il faut associer différentes politiques en vue de résoudre les problèmes d'inégalité de répartition des médecins sur le territoire (Simoens et Hurst, 2006). Au Canada, par exemple, les médecins formés à l'étranger représentaient en moyenne 30 % du personnel médical dans les zones rurales ou reculées en 2006. Des incitations ont aussi été mises en place pour la formation de professionnels de santé ayant une origine ou une expérience rurales (Dumont *et al.*, 2008). En Turquie, des effectifs importants de nouveaux professionnels de santé ont été affectés à des zones à faible densité de médecins ces dernières années, bien qu'il reste difficile de doter d'un personnel adéquat les zones présentant les plus grands besoins (OCDE et Banque mondiale, 2008).

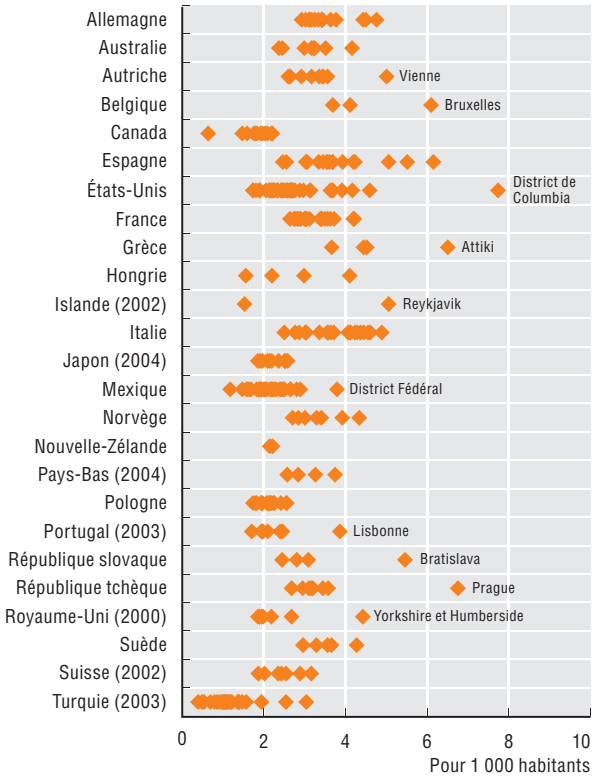
Définition et écarts

Les médecins comprennent les généralistes et les spécialistes qui exercent effectivement. Pour plus de détail, voir l'indicateur 3.2 « Médecins en exercice ».

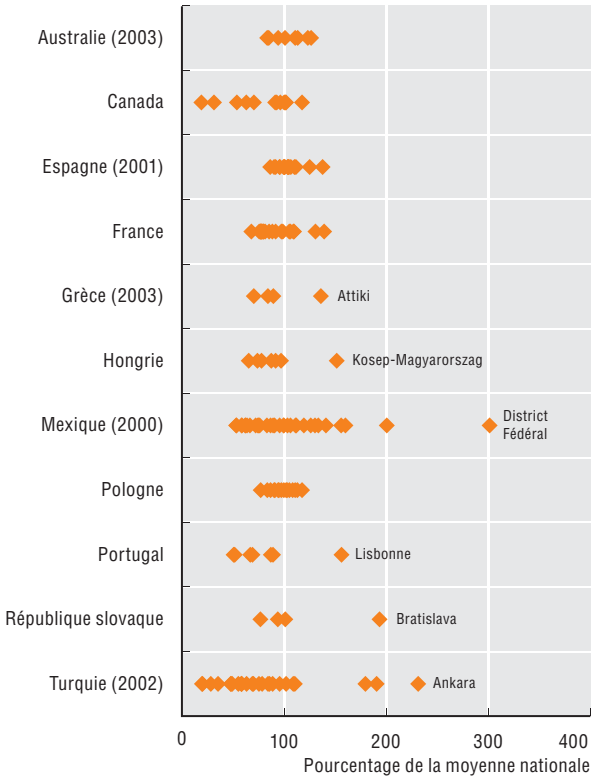
Eu égard au fait que les pays utilisent des classifications géographiques variées, l'OCDE a classé les régions à l'intérieur de chaque pays membre en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (Niveau territorial 2) comprend 335 grandes régions des 30 pays membres, qui pour la plupart correspondent à des régions administratives nationales.

Une analyse infrarégionale plus poussée est nécessaire pour avoir une vue plus complète de la répartition géographique des médecins. Un certain nombre de pays ont élaboré des systèmes de classification des populations dans des catégories urbaines ou rurales, mais ceux-ci ne sont pas uniformément employés, ce qui rend les comparaisons entre pays difficiles.

6.4.1 Densité de médecins par régions de niveau territorial 2, 2005

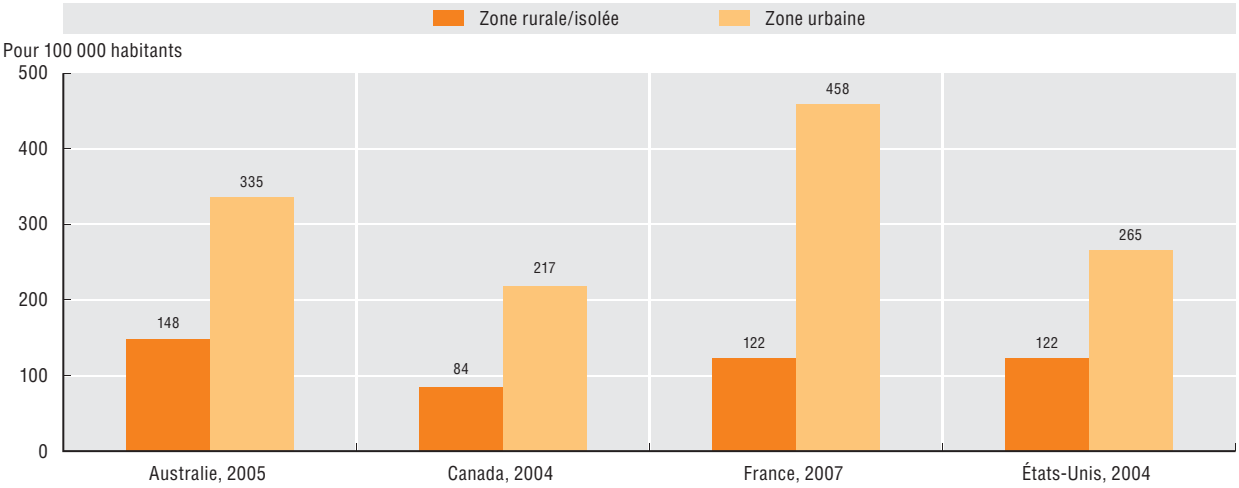


6.4.2 Densité de spécialistes par régions de niveau territorial 2 pour quelques pays de l'OCDE, 2004



Source : Panorama des régions de l'OCDE 2009.

6.4.3 Densité des médecins dans les zones rurales et urbaines, quatre pays de l'OCDE, 2005 (ou année proche)



Note : La classification des zones rurales et urbaines diffère d'un pays à l'autre.

Source : AIHW (2008c); ICIS (2005); DREES (2008); NCHS (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722564051860

6.5. Inégalités dans les consultations de médecins

La mesure des taux d'utilisation des soins de santé, tels que les consultations de médecins, offre un moyen de déterminer si certaines catégories de population se heurtent à des problèmes d'accès. La difficulté de consulter des généralistes ou des spécialistes en raison d'un coût excessif, de longs délais d'attente ou de l'éloignement, peuvent entraîner une moindre utilisation de ces services et, de ce fait, un plus mauvais état de santé et des inégalités accrues en matière de santé.

Le nombre moyen de consultations par habitant varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir l'indicateur 4.1 « Consultations de médecins »). Il existe aussi des différences notables entre les diverses catégories de population à l'intérieur des pays.

Une étude de van Doorslaer *et al.* (2004) a examiné les inégalités liées aux revenus dans les consultations de médecins pour une vingtaine de pays de l'OCDE autour de l'an 2000. Après correction des différences liées aux besoins de soins de santé, cette étude a constaté que les consultations de médecins étaient plus fréquentes dans les catégories de revenus élevés dans neuf pays sur 21 (Canada, Finlande, Italie, Mexique, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Suède et États-Unis) mais que le degré d'inégalité était assez faible. Dans les 12 autres pays, à besoin égal, les personnes à faibles revenus consultaient un médecin aussi souvent que les personnes à revenus élevés. Une étude similaire portant sur des données de 1998 conclut à une équité des consultations de médecins quel que soit le revenu en Corée (Lu *et al.*, 2007).

Pour une majorité de pays, on a pu examiner séparément les consultations de généralistes et de spécialistes. On a trouvé que les consultations de généralistes étaient équitablement réparties dans la plupart des pays et que, quand une inégalité significative semblait exister, elle était souvent négative, indiquant une répartition favorable aux personnes à faibles revenus (graphique 6.5.1). Toutefois, le tableau était différent pour les consultations de spécialistes. Dans presque tous les pays, les personnes à revenus élevés étaient significativement plus susceptibles d'avoir consulté un spécialiste que les personnes à faibles revenus (graphique 6.5.2) et, dans la plupart des pays, de l'avoir fait plus fréquemment (van Doorslaer *et al.*, 2004). En Europe, c'était particulièrement le cas au Portugal, en Finlande, en Irlande et en Italie, quatre pays où l'assurance privée et les paiements privés directs jouaient un rôle important dans l'accès aux services des spécialistes. En Finlande, les sources de ces disparités dans les consultations de spécialistes comprennent le degré élevé de participation des patients aux coûts, les services offerts sur le lieu de travail qui favorisent les personnes en emploi en facilitant l'accès aux spécialistes, et l'ampleur du secteur des soins ambulatoires privé (NOMESCO, 2004; OCDE, 2005b).

Une autre étude menée dans 13 pays d'Europe montre que, à besoin égal, les personnes ayant un haut niveau d'instruction recourent généralement aux soins de spécialistes plus que ne le font les personnes moins instruites, et il en est de même pour le recours aux généralistes dans un certain nombre de pays (dont la France, le Portugal et la Hongrie). Cette étude indique que, outre le coût direct des soins, d'autres caractéristiques des systèmes de santé, comme le rôle conféré au généraliste et l'organisation des soins primaires, sont des éléments importants pour réduire l'inégalité sociale dans le recours aux soins de santé. Les inégalités sociales dans le recours aux spécialistes semblent moindres dans les pays à « système national de santé » et où les généralistes ont un rôle de filtrage. Les pays qui ont des réseaux de soins primaires bien établis mettent peut-être davantage l'accent sur la satisfaction des besoins des populations démunies, et le filtrage simplifie souvent l'accès et apporte aux personnes à statut socio-économique relativement bas le bénéfice d'une meilleure orientation (Or *et al.*, 2008).

Une étude plus récente pour le Canada confirme des inégalités en faveur des personnes à revenus élevés dans les consultations de médecins (généralistes et spécialistes) en 2003 (Allin, 2006). Aux Pays-Bas, on n'a pas constaté de différences significatives dans le recours aux généralistes ou aux spécialistes entre les personnes ayant des niveaux d'instruction différents en 2005 (Westert *et al.*, 2008).

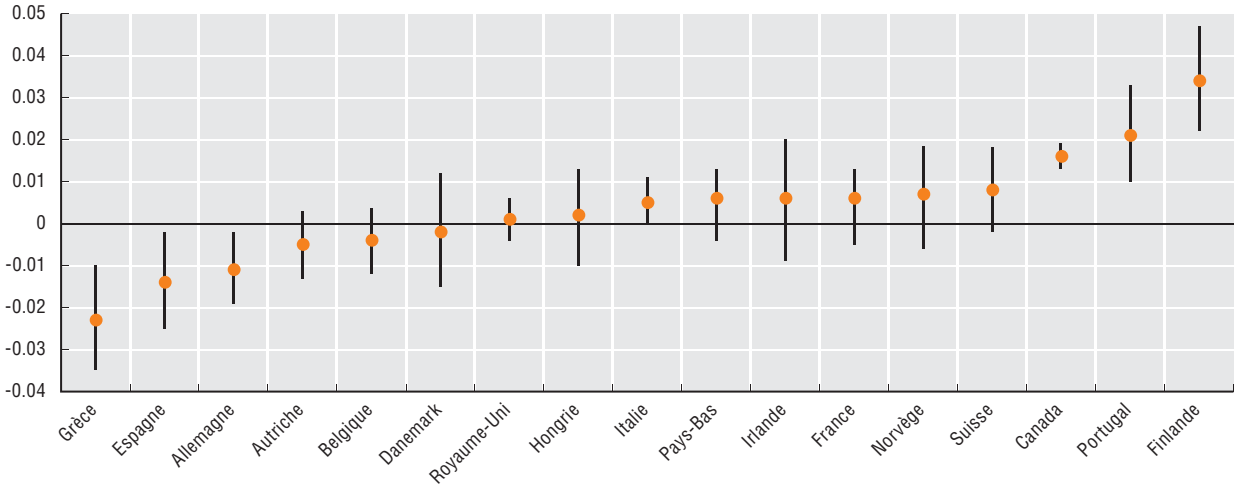
Définition et écarts

Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts ambulatoires avec des médecins. Pour plus d'information, voir l'indicateur 4.1 « Consultations de médecins ».

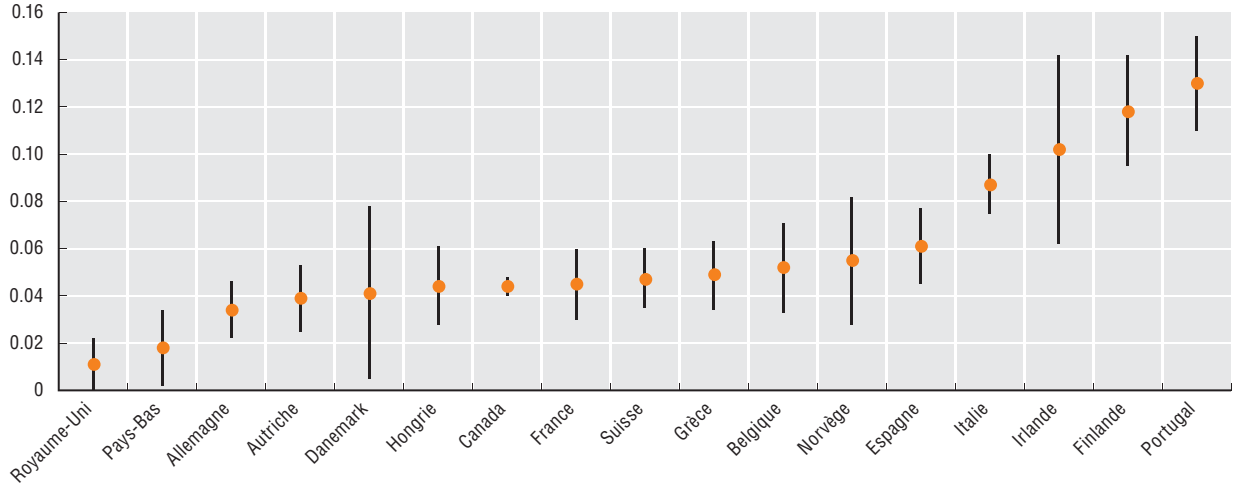
Les estimations présentées dans les études de van Doorslaer *et al.* (2004) et Or *et al.* (2008) reposent sur des enquêtes auprès des ménages conduites aux environs de l'an 2000. Les inégalités dans les consultations de médecins sont évaluées en référence au revenu ou au niveau d'instruction des personnes. Le nombre des consultations de médecins est corrigé en fonction du besoin de soins, sur la base d'informations autodéclarées sur l'état de santé.

Les différences dans la formulation des questions et dans les catégories de réponses proposées dans ces enquêtes peuvent limiter les comparaisons internationales. Les groupes interrogés peuvent avoir un intervalle d'âges variable, et les indicateurs employés pour évaluer le revenu et le niveau d'instruction peuvent eux aussi varier. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des résultats.

6.5.1 Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un généraliste (avec un intervalle de confiance de 95 %) dans 17 pays de l'OCDE, 2000 (ou année la plus proche)



6.5.2 Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un spécialiste (avec un intervalle de confiance de 95 %) dans 17 pays de l'OCDE, 2000 (ou année la plus proche)



Note : La probabilité d'une visite chez un généraliste ou un spécialiste est inéquitable si l'indice d'inéquité est significativement différent de zéro. Les groupes à faibles revenus sont favorisés lorsque l'indice est inférieur à zéro, tandis que les groupes à revenus élevés sont favorisés lorsque l'indice est supérieur à zéro. L'indice est ajusté par rapport aux besoins.

Source : Van Doorslaer *et al.* (2004).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722580573510

6.6. Inégalités dans les consultations de dentistes

Les problèmes dentaires touchent de manière diverse presque tous les adultes dans les pays de l'OCDE et 60 à 90 % des enfants d'âge scolaire (voir l'indicateur 1.10, « Santé dentaire des enfants »). Malgré des améliorations, ces problèmes persistent et plus fréquemment dans les catégories défavorisées. Aux États-Unis, par exemple, près de 50 % des personnes de 20 à 64 ans dans les catégories les plus pauvres avaient des caries dentaires non traitées en 2001-04, contre seulement 20 % dans les catégories les plus riches (NCHS, 2009). En Finlande, un quart des adultes ayant un bas niveau d'instruction avaient au moins 6 dents manquantes, contre moins de 10 % chez les plus instruits (Kaikkonen, 2007).

Améliorer l'accès aux soins dentaires pour les populations défavorisées ou insuffisamment desservies peut nécessiter la réduction des barrières financières ou non financières et promouvoir la présence d'un personnel dentaire suffisant pour répondre à la demande dans toutes les régions.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les autorités de santé publique recommandent une visite annuelle chez le dentiste. Le nombre moyen de consultations de dentistes par habitant était très variable en 2007, variant de 3 au Japon jusqu'à 0.2 en Turquie (en 2002) et 0.1 au Mexique, avec une moyenne de l'OCDE à 1.3 (graphique 6.6.1). Certaines de ces différences s'expliquent par le nombre de dentistes; en général, le nombre de consultations par habitant augmente avec le nombre de dentistes (voir l'indicateur 3.11).

Une étude de van Doorslaer *et al.* (2004) a constaté que les personnes à revenus élevés avaient une probabilité plus grande de rapporter au moins une visite chez le dentiste au cours des 12 mois précédents dans tous les pays de l'OCDE couverts par cette étude (graphique 6.6.2). L'ampleur de cette inégalité en faveur des personnes à revenus élevés était néanmoins très variable. À l'époque de cette étude, les inégalités étaient moindres dans les pays comme la Suède et les Pays-Bas, où la probabilité d'une visite dentaire était élevée, et elles étaient plus grandes au Portugal, aux États-Unis, en Finlande et au Canada.

La Suède était le pays le plus équitable pour la probabilité d'au moins une visite par année chez le dentiste. Les soins dentaires sont en grande partie financés par un système d'assurance dentaire national. Des soins gratuits sont fournis aux enfants et aux jeunes gens jusqu'à l'âge de 19 ans. Un certain nombre de services, y compris les traitements prothétiques, sont entièrement financés pour les personnes âgées. Une réforme en juillet 2008 a étendu l'accès à ces soins en introduisant des « bons » (*vouchers*) pour les personnes âgées de 20 ans et plus, ainsi qu'un dispositif de protection contre les dépenses élevées. La Suède a consacré 3.4 % de ses dépenses publiques de santé aux services dentaires en 2006, très au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 2.5 %.

Aux États-Unis, des données récentes confirment les larges différences de la probabilité d'une visite dentaire entre les catégories de revenus. Moins de la moitié des personnes sous le seuil de la pauvreté ou quasi pauvres ont consulté un dentiste en 2006, contre une proportion de 70 % dans les catégories de revenus moyennes ou supérieures. Cet écart est resté à peu près inchangé au cours de la dernière décennie (graphique 6.6.3). Comme dans beaucoup d'autres pays, l'accessibilité financière des soins dentaires aux États-Unis est en général plus problématique que celle des soins médicaux, étant donné que les personnes ont plus rarement une assurance dentaire. En 2001, seulement 61 % des Américains adultes avaient une forme ou une autre d'assurance dentaire, contre 86 % pour l'assurance médicale. En moyenne en 2003, la moitié du total des coûts des soins dentaires étaient à la charge des patients (NCHS, 2007), et les adultes sont plus nombreux à déclarer qu'ils n'ont pas reçu les soins dentaires dont ils avaient besoin à cause de leur coût qu'ils ne le font pour les soins médicaux (voir l'indicateur 6.1, « Besoins en soins de santé insatisfaits »).

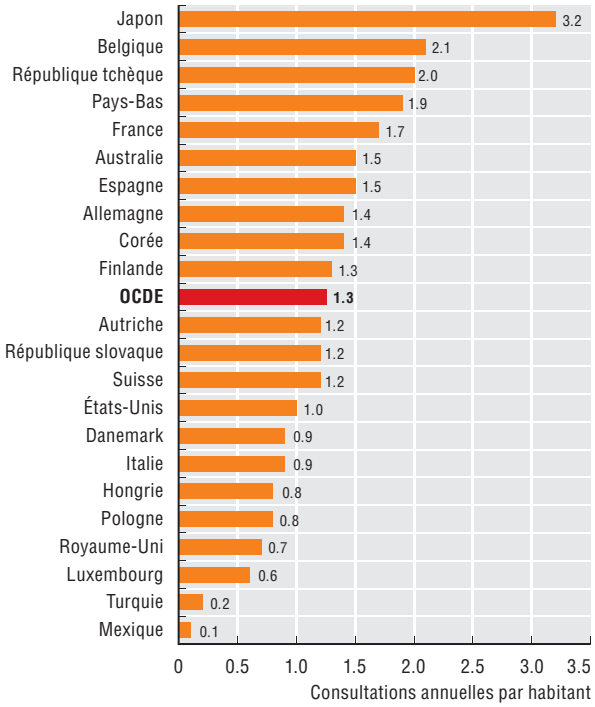
Les soins dentaires sont souvent coûteux, représentant en moyenne 6 % du total des dépenses de santé (et 16 % des dépenses de santé privées) dans les pays de l'OCDE en 2006. Dans des pays comme l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, les soins dentaires pour les adultes ne font pas partie des paniers de services de base inclus dans l'assurance maladie publique. Dans d'autres pays, la prévention et les traitements sont couverts, mais une part variable des coûts est à la charge des patients et cela peut créer des problèmes d'accès pour les catégories à bas revenus. Certains pays, comme les pays nordiques et le Royaume-Uni, fournissent des soins dentaires publics, notamment aux enfants et aux catégories défavorisées.

Définition et écarts

Les consultations de dentistes sont mesurées par la probabilité et le nombre des visites chez le dentiste. Les estimations sont généralement tirées d'enquêtes auprès des ménages et reposent sur les déclarations des personnes interrogées.

Les différences dans la formulation des questions et dans les catégories de réponses peuvent limiter les comparaisons internationales. Les groupes interrogés peuvent avoir un intervalle d'âges variable, et les indicateurs employés pour évaluer le revenu peuvent eux aussi varier. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des résultats.

6.6.1 Nombre moyen de consultations d'un dentiste par habitant, 2007 (ou dernière année disponible)

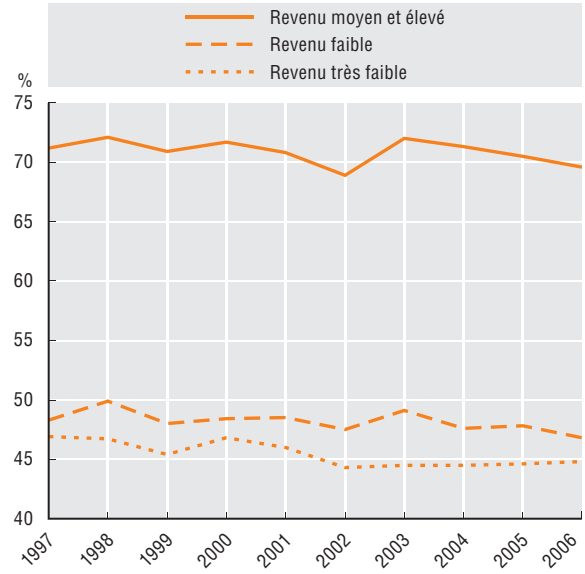


Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

6.6.2 Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, dans 18 pays de l'OCDE, 2000 (ou année la plus proche)

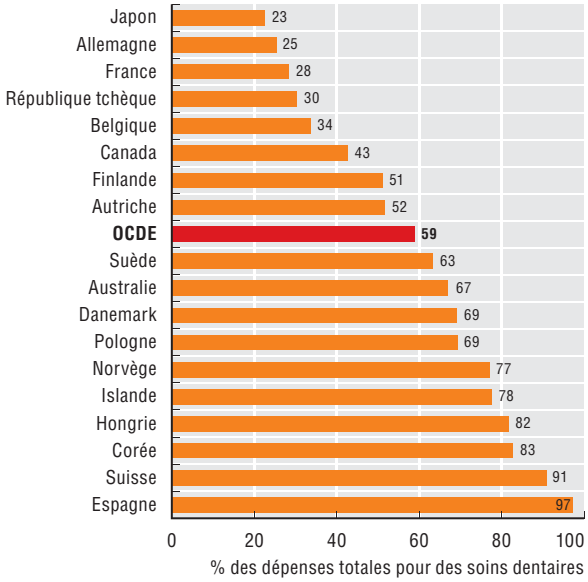
Source : Van Doorslaer *et al.* (2004).

6.6.3 Pourcentage d'adultes ayant consulté un dentiste au cours de la dernière année, par niveau de revenu, États-Unis, 1997-2006



Source : NCHS (2009).

6.6.4 Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2006 (ou année la plus proche)



Source : *Eco-Santé OCDE 2009.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722601066484

6.7. Inégalités dans le dépistage du cancer

Le cancer est la deuxième cause de décès la plus courante dans les pays de l'OCDE, étant à l'origine de 27 % du total des décès en 2006. Chez les femmes, le cancer du sein est la forme la plus courante, représentant au moins 30 % des nouveaux cas chaque année et 16 % des décès par cancer en 2006. Le cancer du col de l'utérus constitue une autre part de 5 % des nouveaux cas et 3 % des décès par cancer chez les femmes (voir aussi l'indicateur 1.5, « Mortalité due au cancer »).

La détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus par les programmes de dépistage a contribué à l'augmentation des taux de survie et à la baisse de la mortalité due à ces maladies et beaucoup de pays ont choisi d'offrir un large accès au dépistage. Dans la plupart des pays, plus de la moitié des femmes dans les catégories d'âge ciblées ont bénéficié récemment d'une mammographie et d'un examen pelvien ou d'un frottis du col (voir aussi l'indicateur 5.8 « Dépistage du cancer du sein » et l'indicateur 5.7 « Dépistage du cancer du col de l'utérus »).

Toutefois, les taux de dépistage varient fortement suivant les catégories socio-économiques (graphiques 6.7.1 et 6.7.2). Aux États-Unis, les femmes à faibles revenus, les femmes non assurées ou qui bénéficient de Medicaid (assurance maladie pour les personnes à faibles revenus, handicapées ou âgées démunies) ou les femmes ayant un niveau d'instruction relativement bas déclarent une utilisation moindre de la mammographie et du dépistage du cancer du col de l'utérus (NCHS, 2009). Même dans les pays où les taux de dépistage sont élevés, les femmes dans les catégories les plus pauvres sont en général relativement moins nombreuses à en bénéficier (Gakidou *et al.*, 2008; OMS, 2008b). Il y a des exceptions, comme le Luxembourg et les Pays-Bas, où les femmes dans les catégories les plus pauvres sont aussi nombreuses à avoir eu une mammographie que dans les catégories les plus riches. Il en est de même en ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus en République tchèque, en Italie et au Royaume-Uni.

Les taux de participation varient aussi suivant les régions à l'intérieur des pays (graphique 6.7.3). Certaines régions, comme le Territoire du Nord (Australie) ou Londres (Royaume-Uni), ont des taux bien plus bas que d'autres régions (AIHW, 2008a; NHSBSP, 2008). Cela s'explique par des raisons diverses. Dans les régions isolées, l'éloignement et le nombre des installations de dépistage disponibles jouent un rôle. Dans les zones urbaines, le faible degré de connaissance des programmes de dépistage, des symptômes et des risques parmi les femmes pauvres ou de groupes ethniques minoritaires peut être une des causes.

Un certain nombre de caractéristiques comme le revenu, l'appartenance ethnique, le degré d'instruction, la situation professionnelle, le lieu de résidence, la situation matrimoniale, l'état de santé, le fait d'avoir une assurance maladie et une source de soins habituelle sont autant de prédicteurs importants de la participation au dépistage.

Au Mexique, des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus sont en place depuis un certain temps, mais il subsiste des problèmes d'accès, notamment dans les catégories défavorisées (Couture *et al.*, 2008). Dans la plupart des pays de l'OCDE, le revenu ne devrait toutefois pas être une barrière à la mammographie ou au dépistage du cancer de l'utérus, étant donné que ces services sont fournis gratuitement ou au coût d'une consultation de médecin.

Étant donné la variété des pratiques en matière de dépistage et des barrières à l'accès dans les différents pays, il n'existe pas de stratégie unique susceptible de répondre à tous les besoins en vue de promouvoir une couverture plus large et égale (Gakidou *et al.*, 2008). Dans les pays ayant un système de santé d'une capacité suffisante, on peut favoriser l'extension du dépistage en assurant la gratuité des services et leur disponibilité là où on en a besoin. Il conviendrait peut-être aussi de mieux cibler les interventions afin de remédier aux inégalités. Les perspectives ouvertes par les nouveaux vaccins pour la prévention du cancer ont aussi des implications importantes pour les milieux défavorisés.

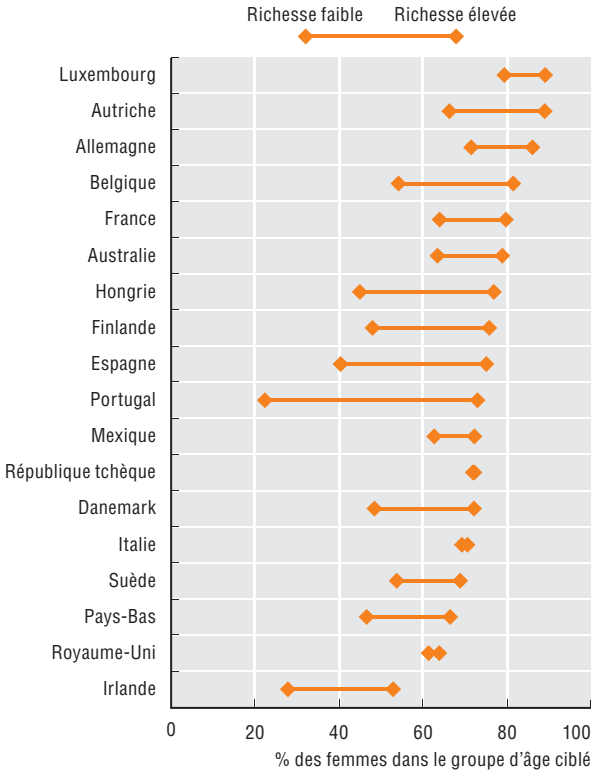
Définition et écarts

Les taux de participation au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus correspondent à la proportion des femmes d'un âge donné qui ont, selon le cas, bénéficié récemment d'une mammographie, d'un examen des seins, d'un frottis du col ou d'un examen pelvien. Ces informations sont généralement tirées d'enquêtes ou des données administratives des programmes de dépistage.

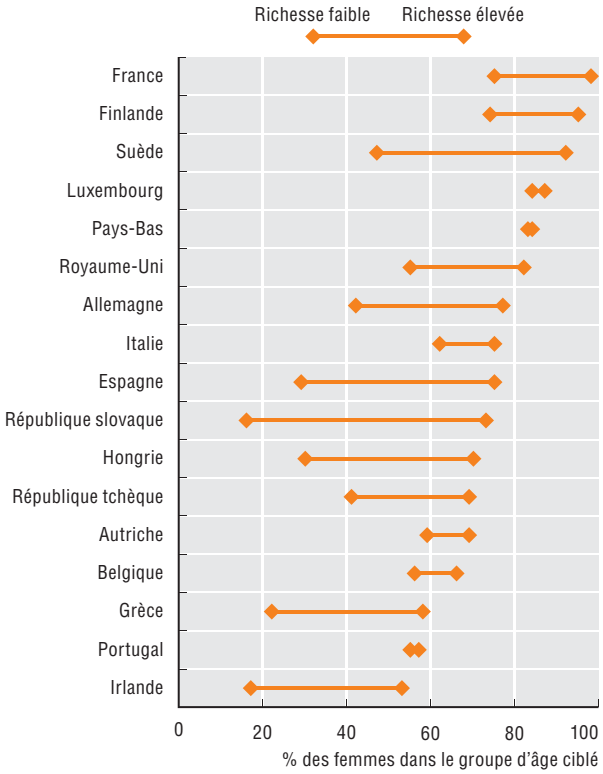
Pour cet indicateur, les taux par quintile de richesse sont tirés d'enquêtes auprès des femmes de 25 à 64 ans (dépistage du cancer du col de l'utérus) ou de 50 à 69 ans (dépistage du cancer du sein) déclarant avoir bénéficié d'un dépistage dans la période de trois ans précédant l'enquête. Les estimations relatives au dépistage à partir d'enquêtes doivent être utilisées avec prudence, étant donné que les réponses tendent à surestimer les comportements souhaitables.

Les données régionales concernent les femmes appartenant aux tranches d'âge cibles qui ont participé aux programmes de dépistage nationaux. Les tranches d'âge cibles et la périodicité du dépistage peuvent varier d'un pays à l'autre.

6.7.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus dans certains pays de l'OCDE, par quintile de richesse, 2002-04



6.7.2 Dépistage du cancer du sein dans certains pays de l'OCDE, par quintile de richesse, 2002-04

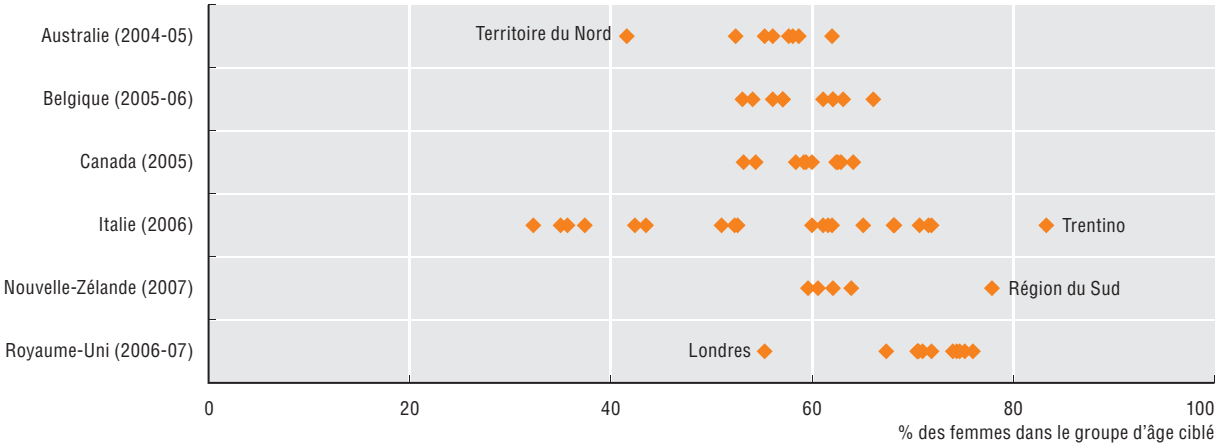


Note : La source des données de certains pays peut être différente de celle utilisée pour les données de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus rapportées au chapitre 5. Depuis que ces études ont été réalisées, certains pays, dont l'Irlande, ont introduit un dépistage ciblant la population nationale.

Source : Gakidou *et al.* (2008).

Source : OMS (2008b).

6.7.3 Participation aux programmes de dépistage du cancer du sein, par régions dans certains pays de l'OCDE



Source : AIHW (2008a); IMA-AIM (2009); ASPC (2008); ONS (2008); Taylor *et al.* (2008); NHSBSP (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722602105802

7. DÉPENSES DE SANTÉ ET FINANCEMENT

Introduction

7.1. Dépenses de santé par habitant

7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB

7.3. Dépenses de santé par fonction

7.4. Dépenses pharmaceutiques

7.5. Dépenses par maladie et par âge

7.6. Financement des dépenses de santé

7.7. Commerce international des services de santé (tourisme médical)

Introduction

Ce chapitre présente les principaux indicateurs et caractéristiques des dépenses de santé et de leur financement dans les pays de l'OCDE. On commence par comparer les dépenses totales de santé rapportées à la population ainsi qu'à d'autres variables macroéconomiques comme le PIB. On présente les niveaux actuels des dépenses ainsi que les tendances des dernières années, en envisageant l'impact possible de la récession sur les dépenses de santé futures. Outre les indicateurs des dépenses totales, ce chapitre présente aussi une analyse des différents types de biens et services de santé consommés dans les pays de l'OCDE, en considérant à part les produits pharmaceutiques, qui ont été un des principaux moteurs de la croissance des dépenses de santé ces dernières années.

Les dépenses en soins de santé ventilées suivant les caractéristiques des patients, plus particulièrement suivant les maladies et l'âge, constituent une nouveauté dans la présente édition du *Panorama de la santé*. Ces données sont importantes afin de mettre en lumière les allocations actuelles de ressources dans les systèmes de soins de santé. Elles peuvent jouer un rôle important dans les discussions concernant l'impact de l'évolution démographique et du profil des maladies, et contribuer à des projections de dépenses de santé futures. Outre l'allocation des dépenses de santé, ce chapitre aborde aussi la question des sources du financement, c'est-à-dire qui supporte la charge de payer ces biens et services. Enfin, avec la croissance du tourisme médical et du commerce international des services de santé, on examine les niveaux actuels et les tendances dans ce domaine à la lumière des efforts menés pour améliorer la disponibilité et la couverture des données.

Comparaison des dépenses de santé et de leur financement entre les pays

La grande majorité des pays de l'OCDE produisent maintenant des données sur les dépenses de santé conformément aux délimitations et définitions proposées dans le manuel sur le *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000). La comparabilité de la ventilation fonctionnelle des dépenses de santé s'est améliorée ces dernières années. Toutefois, il subsiste des limitations, du fait que certains pays n'ont pas encore mis en œuvre les classifications et définitions de ce système. Même parmi les pays qui soumettent des données conformément à ce système, la comparabilité de celles-ci peut être insuffisante. Par exemple, au Canada et aux États-Unis, les dépenses dans le cadre d'une hospitalisation n'englobent pas la facturation indépendante relative aux honoraires des médecins pour les soins aux patients hospitalisés. Des pratiques différentes concernant l'inclusion des soins de longue durée dans les dépenses sociales ou les dépenses de santé limitent également la comparabilité des données.

Concernant la ventilation fonctionnelle des dépenses de santé présentée dans cette publication, les dépenses relatives aux consultations externes sont prises dans une acception large incluant à la fois les soins aux patients externes dans les hôpitaux et les soins dans le secteur ambulatoire.

Pour plus d'information, les lecteurs sont invités à consulter la « Note sur la comparabilité générale des dépenses de santé et de leur financement » dans *Eco-Santé OCDE 2009*.

Définition des dépenses de santé

Les dépenses totales de santé correspondent à la consommation finale de produits et de services de santé plus les dépenses d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé. Elles incluent les dépenses des agents publics et privés (y compris les ménages) en biens et services médicaux ou consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration.

Le tableau suivant énumère les principales catégories de dépenses d'après la *Classification internationale des comptes de la santé* utilisées dans *Eco-Santé OCDE 2009* et présentées dans cette publication.

Code	Description
HC.1 ; HC.2	Services de soins curatifs et de réadaptation (patients hospitalisés et externes, soins à domicile)
HC.3	Services de soins de longue durée (personnes en institutions et soins à domicile)
HC.4	Services auxiliaires de soins de santé
HC.1-HC.4	*Services médicaux*
HC.5	Produits médicaux administrés à des malades externes
HC.1-HC.5	*Dépenses totales au titre de la santé personnelle*
HC.6	Services de prévention et de santé publique
HC.7	Administration de la santé et assurance maladie
HC.6+HC.7	*Dépenses totales au titre de la santé collective*
HC.1-HC.7	*Dépenses totales courantes de santé*
HC.R.1	Formation de capital (investissements) des établissements de soins de santé
HC.1-HC.7 + HC.R.1	*DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ*

Ajustement pour prise en compte des différences dues à la monnaie nationale

Les dépenses de santé exprimées dans les monnaies nationales peuvent être utilisées pour comparer certains indicateurs tels que la part des dépenses de santé dans le PIB et les taux de progression des dépenses de santé dans le temps.

Toutefois, pour effectuer des comparaisons utiles des dépenses de santé entre pays à un instant donné, il est nécessaire de convertir les données exprimées en monnaie nationale en une unité monétaire commune, telle que le dollar américain (USD). En outre, il est souvent utile de prendre en compte les différences de pouvoir d'achat des monnaies nationales dans chaque pays. Pour calculer le taux de conversion des monnaies nationales en dollars sur la base des parités de pouvoir d'achat (PPA), on calcule le prix d'un même panier de biens et de services dans différents pays en l'exprimant dans la monnaie nationale puis on le convertit en dollars. Par exemple, si un panier identique de biens et de services coûte au Canada 140 dollars canadiens (CAD) et aux États-Unis 100 USD, la parité de pouvoir d'achat sera de 1.4 CAD pour 1 USD. On utilise les PPA du PIB (couvrant l'économie), qui sont les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables. Elles sont calculées à partir d'un large panier de biens et de services choisis pour être représentatifs de l'ensemble de l'activité économique. Ceci implique donc que les différences de dépenses de santé d'un pays à l'autre reflètent non seulement les différences de volume des services de santé mais aussi les différences de prix de ces services par rapport aux prix dans le reste de l'économie.

En ce qui concerne les importations et exportations de biens et services de santé, les données sont exprimées en dollars américains convertis suivant les taux de change du marché.

Correction des données pour l'inflation

Pour effectuer des comparaisons valables dans le temps des taux réels de croissance, il faut déflater (corriger de l'inflation) les dépenses de santé nominales au moyen d'un indice des prix approprié et les diviser par la population pour obtenir les dépenses réelles par habitant. En raison du manque d'indices de prix fiables dans le domaine de la santé, on utilise dans cette publication l'indice des prix du PIB (niveaux de prix du PIB en 2000).

7.1. Dépenses de santé par habitant

Les différences de dépenses de santé par habitant reflètent un large éventail de facteurs sociaux et relatifs aux marchés mais aussi la diversité des structures de financement et d'organisation du système de santé dans chaque pays.

Les États-Unis restent largement en tête de tous les pays de l'OCDE sur le plan des dépenses. En 2007, aux États-Unis, les dépenses en biens et services de santé atteignaient 7 290 USD par personne (graphique 7.1.1), soit presque deux fois et demie la moyenne des pays de l'OCDE. La Norvège et la Suisse suivent avec des dépenses par habitant équivalent à deux tiers de celui des États-Unis mais encore environ 50 % au-dessus de la moyenne de l'OCDE. La plupart des pays d'Europe du Nord et de l'Ouest ainsi que le Canada et l'Australie dépensent entre 3 000 et 4 000 USD (PPA), soit entre 100 % et 130 % de la moyenne de l'OCDE. Parmi les pays qui dépensent moins que la moyenne de l'OCDE figurent le Mexique et la Turquie, mais aussi les pays de l'Europe du Sud et de l'Est ainsi que la Corée. Le Japon dépense lui aussi moins que la moyenne de l'OCDE en santé malgré son revenu par habitant supérieur à la moyenne.

Le graphique 7.1.1 montre aussi la répartition des dépenses de santé par habitant entre les dépenses publiques et privées (voir aussi l'indicateur 7.6). Les dépenses publiques de santé varient dans des proportions similaires à celles des dépenses totales de santé. En général, le classement des pays concernant les dépenses publiques reste comparable à celui des dépenses totales. Même si le secteur privé aux États-Unis continue de jouer un rôle dominant dans le financement, les dépenses publiques de santé par habitant restent supérieures à celles de la plupart des autres pays de l'OCDE (à l'exception de la Norvège et du Luxembourg), du fait que les dépenses de santé totales sont beaucoup plus élevées que dans les autres pays.

En Suisse, une forte proportion du financement des soins de santé provient de sources privées, et les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB sont moindres que dans certains autres pays bien que le total des dépenses soit plus élevé. L'inverse est vrai au Danemark où la plus grande partie des soins de santé est financée par des fonds publics.

Les dépenses de santé par habitant ont augmenté en termes réels de 4.1 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 1997 et 2007 (graphique 7.1.2 et tableau A.10). Dans de nombreux pays, le taux de croissance a atteint un maximum vers 2001 ou 2002 et a diminué plus récemment. Par comparaison, la croissance économique moyenne sur cette période a été de 2.6 % par an, d'où une augmentation de la part de l'économie consacrée à la santé dans la plupart des pays (graphique 7.1.3; voir aussi l'indicateur 7.2).

De manière générale, les pays qui ont enregistré la plus forte croissance des dépenses de santé par habitant sur cette période, comme la Corée et la Turquie, sont ceux qui avaient au départ des niveaux relativement bas. D'autres pays, comme l'Irlande et le Royaume-Uni, ont poursuivi des politiques visant à accroître les dépenses publiques de santé, et leurs dépenses totales de santé ont augmenté à un rythme supérieur à la croissance économique sur cette même période (Department of Health and Children, 2001; Secretary of State for Health, 2002).

En Allemagne, les dépenses de santé par habitant n'ont augmenté, en termes réels, que de 1.7 % par an en moyenne durant cette période, reflétant l'effet des mesures de maîtrise des coûts dans le but de maintenir une stabilité des taux de contribution des employeurs et des salariés. Ces mesures de maîtrise des coûts incluent : le plafonnement des budgets ou des dépenses pour certains secteurs ou pour des fournisseurs particuliers; l'introduction de prix de référence pour les produits pharmaceutiques et d'approches éducatives pour promouvoir la prescription rationnelle et de génériques; la réduction du nombre de lits d'hôpitaux et la restriction du nombre d'équipements médicaux coûteux; l'introduction ou l'augmentation de la participation des patients aux coûts pour certains services (Busse et Riesberg, 2004).

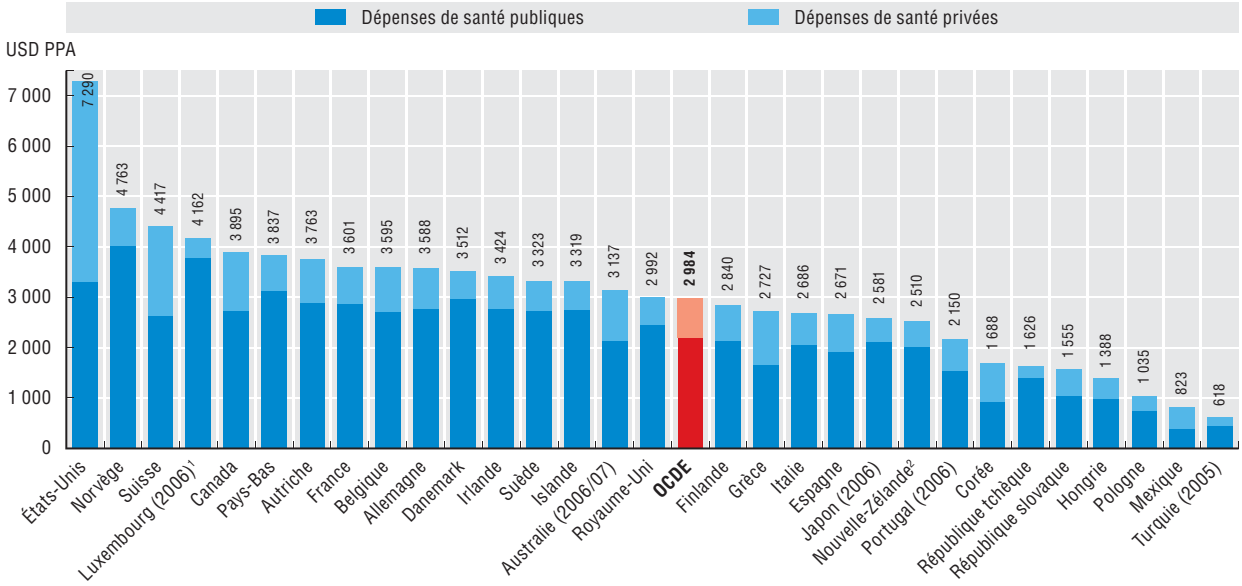
Définition et écarts

Les dépenses totales de santé correspondent à la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé) plus les dépenses d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé. Elles englobent les dépenses des agents publics et privés en biens et services médicaux ou consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration.

Les dépenses de santé d'un pays sont converties en une monnaie commune (le dollar américain) en les corrigeant de manière à prendre en compte les différences de pouvoir d'achat des monnaies nationales dans chaque pays. On utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) du PIB (couvrant l'économie), qui sont les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables.

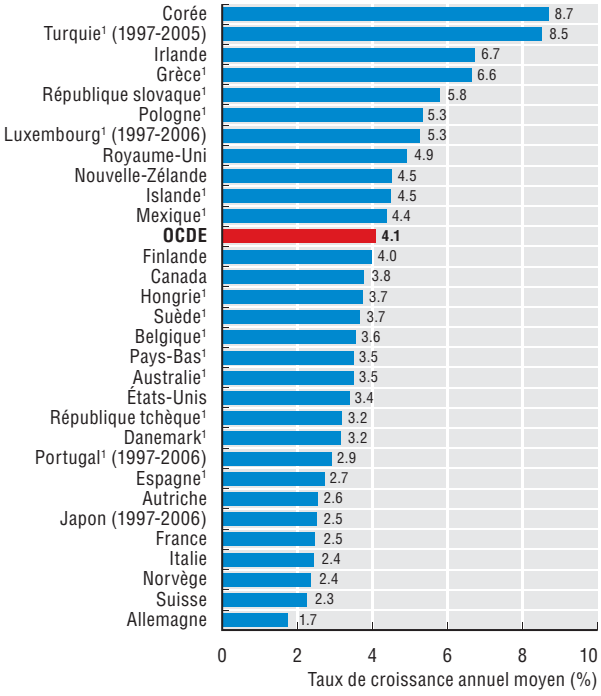
Les taux de croissance indiqués dans les graphiques 7.1.2 et 7.1.3 ont été corrigés de manière à prendre en compte les nombreuses ruptures de séries des dépenses de santé souvent liées à l'introduction du *Système des comptes de la santé*. Afin de supprimer ces ruptures, on a supposé que la croissance réelle pour l'année de la rupture de série était égale à la moyenne de l'année précédente et de l'année suivante.

7.1.1 Dépenses de santé totales par habitant, publiques et privées, 2007



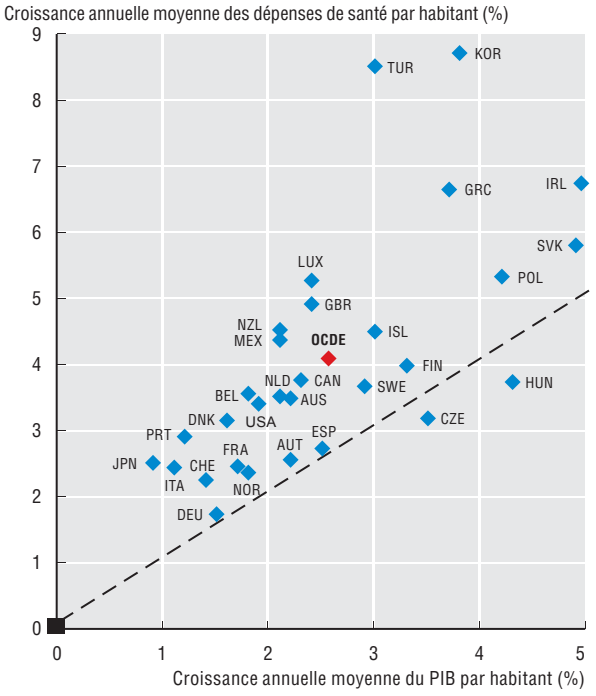
1. Dépenses de santé pour le nombre d'assurés au lieu du nombre d'habitants.
2. Dépenses de santé courantes.

7.1.2 Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 1997-2007



1. Taux de croissance ajustés. Consulter l'encadré « Définition et écarts ».

7.1.3 Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé et du PIB, en termes réels, 1997-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722604381726

7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB

En 2007, les pays de l'OCDE ont consacré 8.9 % de leur PIB aux dépenses de santé (graphique 7.2.1). Les tendances des dépenses de santé en proportion du PIB résultent de l'effet combiné de l'évolution du PIB et de celle des dépenses de santé. Mis à part deux pays (Hongrie et République tchèque), les dépenses de santé ont augmenté plus vite que le PIB dans tous les pays entre 1997 et 2007 (voir le graphique 7.1.3 relatif à l'indicateur précédent). Cela résulte en une plus grande part du PIB allouée à la santé (graphique 7.2.3). La part des dépenses de santé dans le PIB va encore probablement augmenter du fait de la récession qui a débuté dans de nombreux pays en 2008 et s'est généralisée en 2009.

En 2007, les dépenses de santé en pourcentage du PIB variaient entre moins de 6 % en Turquie et au Mexique et 16 % aux États-Unis (graphique 7.2.1). La France (11 %), la Suisse (10.8 %) et l'Allemagne (10.4 %) allouaient aussi une large part de son PIB aux dépenses de santé.

Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB varient elles aussi entre un maximum de 8.7 % du PIB en France et respectivement 3.7 % et 2.7 % du PIB en Corée et au Mexique. Dans ces deux pays, les dépenses de santé se répartissent presque à égalité entre financement public et financement privé.

Pour apprécier de manière plus complète les dépenses de santé d'un pays, il convient de considérer les dépenses de santé par habitant en même temps que les dépenses de santé en proportion du PIB. Des pays ayant un ratio dépenses de santé/PIB relativement élevé peuvent avoir des dépenses de santé par habitant relativement faibles, et l'inverse est aussi possible. L'Autriche et le Portugal, par exemple, consacrent à la santé approximativement 10 % de leur PIB mais les dépenses de santé par habitant de l'Autriche sont supérieures de presque 70 % (graphique 7.1.1).

Le graphique 7.2.4 montre une corrélation positive entre le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant dans les différents pays de l'OCDE. Si de manière générale les pays dont le PIB est relativement élevé tendent à consacrer une plus grande proportion de leur PIB à la santé, on observe entre eux une grande disparité, reflétant le fait que le PIB n'est pas le seul facteur influant sur le niveau des dépenses de santé. La corrélation est plus forte parmi les pays de l'OCDE à PIB par habitant relativement bas. Même pour les pays ayant un PIB par habitant similaire, on observe des dépenses de santé très différentes pour un niveau donné de PIB. Par exemple, en dépit d'un PIB par habitant voisin, le Japon et l'Allemagne ont des niveaux très différents de dépenses de santé par habitant, le Japon consacrant à la santé moins de 75 % du montant que lui consacre l'Allemagne.

La baisse du PIB en raison de la crise économique entraînera possiblement à court terme des augmentations du ratio dépenses de santé/PIB, car les variations du PIB ne semblent pas avoir un impact important sur le niveau des dépenses de santé à court terme. Toutefois, l'expérience de certains pays de l'OCDE qui ont connu de fortes récessions durant ces 20 dernières années montre que les dépenses de santé peuvent diminuer les années suivantes.

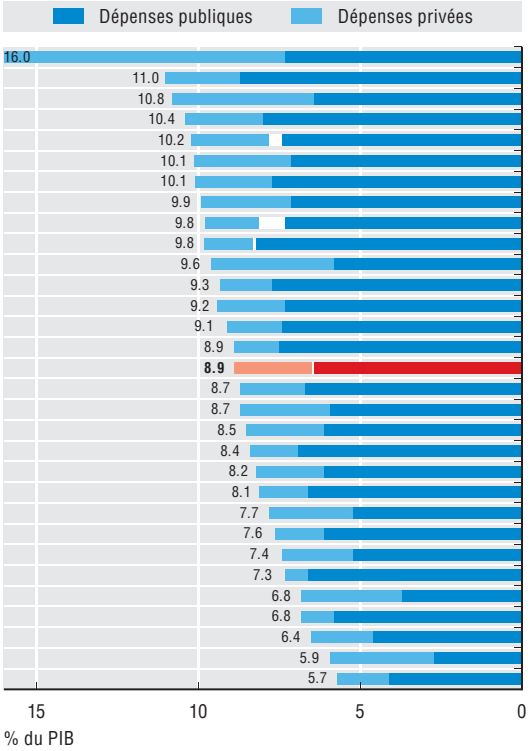
Les ratios dépenses de santé/PIB ne mesurent pas exactement la quantité relative des biens et services de santé consommés par les individus, pour deux raisons : *i*) les dépenses totales de santé comprennent les investissements effectués par les fournisseurs de soins de santé; et *ii*) le PIB comprend également les exportations nettes. C'est pourquoi la part des biens et services de santé dans le total des biens et services consommés par les individus dans l'économie, quel qu'en soit le payeur, est une mesure plus précise de l'importance relative des dépenses de santé. Ce ratio est notablement supérieur au ratio dépenses totales de santé/PIB pour tous les pays de l'OCDE (graphique 7.2.2). La part moyenne de la consommation effective allouée à la santé dans les pays de l'OCDE s'élève à presque 13 %, la grande majorité des pays de l'OCDE consacrant plus de 10 % de leur consommation à la santé. Cinq pays consacraient plus de 15 % de dépenses courantes à la santé en 2007 (États-Unis, Suisse, Luxembourg, Norvège et Autriche).

Définition et écarts

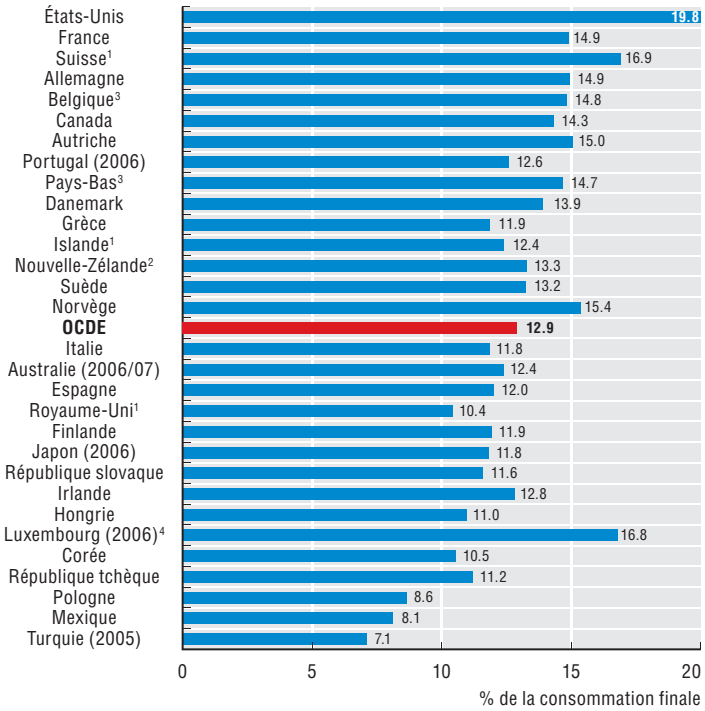
Le PIB = consommation finale + formation brute de capital + exportations nettes. La consommation finale effective des ménages englobe les biens et services utilisés par les ménages ou la collectivité pour satisfaire les besoins individuels. (Les dépenses de consommation finale effective comprennent les dépenses de consommation finale des ménages, des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages.)

Les différences de rang entre les pays suivant que l'on considère le ratio dépenses totales de santé/PIB ou le ratio dépenses courantes de santé/consommation finale effective sont dues à des niveaux différents des investissements (dans l'ensemble de l'économie et dans le secteur de la santé), du solde des échanges extérieurs entre les pays et du revenu net de l'extérieur. Ces différences sont importantes pour des pays comme le Luxembourg, l'Irlande ou la Norvège.

7.2.1 Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2007

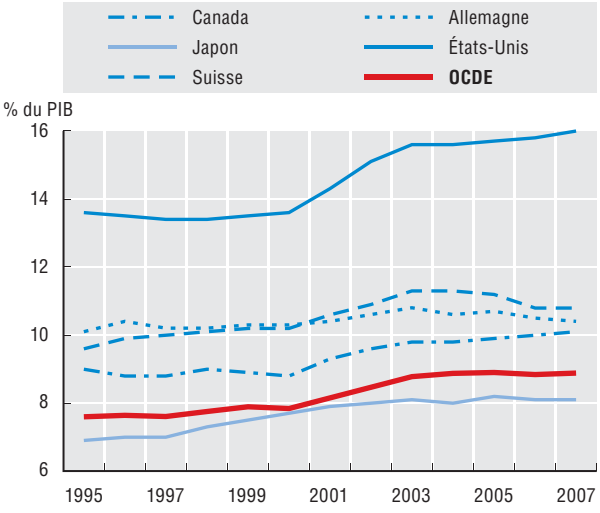


7.2.2 Dépenses de santé courantes en pourcentage de la consommation des ménages, 2007

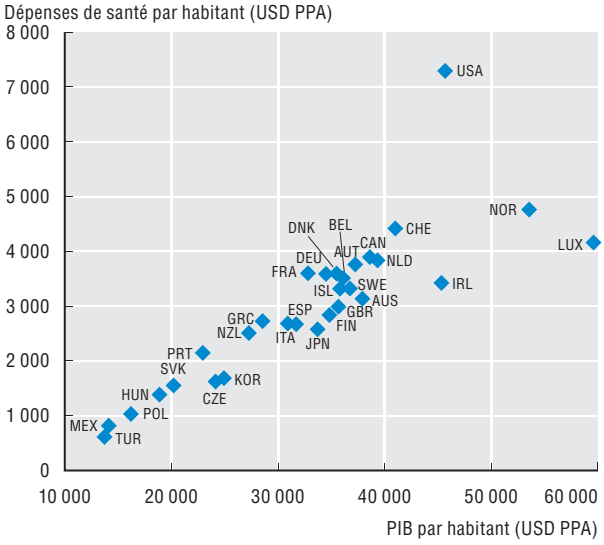


1. Dépenses de santé totales pour les deux graphiques.
2. Dépenses de santé courantes pour les deux graphiques.
3. Les dépenses publiques et privées sont des dépenses courantes (non compris les investissements).
4. Les dépenses de santé concernent le nombre d'assurés et non pas la population résidente.

7.2.3 Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, quelques pays de l'OCDE, 1995-2007



7.2.4 Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant, 2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722642662848

7.3. Dépenses de santé par fonction

L'allocation des dépenses de santé entre les différents types de services de santé et de biens médicaux est influencé par un large éventail de facteurs, parmi lesquels la disponibilité des ressources (comme les lits en hôpitaux, les médecins ou l'accès aux nouvelles technologies), les dispositifs financiers et institutionnels pour la fourniture des soins, ainsi que les recommandations cliniques nationales et le profil de la morbidité.

En 2007, les soins curatifs ou de réadaptation fournis soit dans le cadre d'une hospitalisation (y compris les patients admis en hospitalisation de jour) soit dans un cadre externe représentaient 60 % des dépenses courantes de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 7.3.1). Le ratio entre les dépenses consacrées aux soins en hospitalisation et les dépenses en soins externes dépend de l'organisation des soins de santé. L'Autriche et la France, par exemple, déclarent une proportion relativement élevée de dépenses consacrées aux soins en hospitalisation (représentant plus d'un tiers du total des dépenses de santé) qui est associée à un haut niveau d'activité hospitalière (voir l'indicateur 4.4 « Sorties d'hôpital »). Inversement, le Portugal et l'Espagne allouent moins d'un quart de leurs dépenses de santé aux soins en hospitalisation.

De grandes différences subsistent entre les pays en ce qui concerne les dépenses consacrées aux soins de longue durée. La Suisse, la Norvège et le Danemark, qui ont des dispositifs officiels bien établis, allouent jusqu'à un quart du total de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée. À l'opposé, en Corée et au Portugal, où ces soins sont généralement fournis de manière plus informelle ou familiale, les dépenses en soins de longue durée représentent une part beaucoup plus petite du total des dépenses (OCDE, 2005a).

L'autre grande catégorie de dépenses de santé est celle des produits médicaux, principalement les médicaments (voir l'indicateur 7.4). La part des dépenses de santé consacrée aux produits médicaux, qui se situe en moyenne à un peu plus de 20 %, est de seulement 11-13 % au Luxembourg, en Suisse, en Norvège et au Danemark. À l'opposé, la Hongrie et la République slovaque consacrent respectivement 36 % et 38 % des dépenses de santé aux produits médicaux.

Les soins curatifs et de réadaptation recouvrent les services médicaux fournis non seulement dans le cadre d'une hospitalisation mais également dans le cadre de l'hôpital de jour, des services de consultations externes des hôpitaux, dans le secteur ambulatoire ou au domicile des patients. L'évolution des pratiques médicales et les innovations technologiques peuvent modifier l'équilibre entre ces différents types d'offre de soins. Le recours croissant à la chirurgie de jour, ou chirurgie ambulatoire, pour des interventions comme l'opération de la cataracte (voir l'indicateur 4.9) a entraîné une hausse de la part des soins de jour dans le total des dépenses en soins curatifs (graphique 7.3.2). Ces dépenses sont toutefois très variables d'un pays à l'autre – reflétant pour une part les limitations des données, mais aussi les politiques et réglementations nationales. En France, les dépenses consacrées aux soins de jour, dont l'utilisation a rapidement augmenté, représentent maintenant environ 11 % des dépenses en soins curatifs. L'Allemagne, au contraire, où la chirurgie de jour est restée interdite dans les hôpitaux publics jusqu'à la fin de la décennie 1990 (Castoro *et al.*, 2007), déclare seulement 2 % de services de soins de jour dans le total des dépenses en soins curatifs.

Le graphique 7.3.3 montre la part des dépenses de santé consacrée aux activités de santé publique et de prévention. En moyenne, les pays de l'OCDE ont alloué 3 % de leurs dépenses de santé à des activités telles que des programmes de vaccination et des campagnes de santé publique sur l'abus d'alcool et de tabac. La grande disparité que l'on observe reflète, dans une large mesure, l'organisation nationale des campagnes de prévention. Lorsque ces initiatives sont menées au niveau des soins primaires, comme c'est le cas en Espagne, la fonction de prévention n'est pas saisie séparément et est en général incluse dans les dépenses au titre des soins curatifs. Les pays qui adoptent une approche plus centralisée des campagnes de santé publique et de prévention sont généralement capables de distinguer les dépenses consacrées à ces programmes.

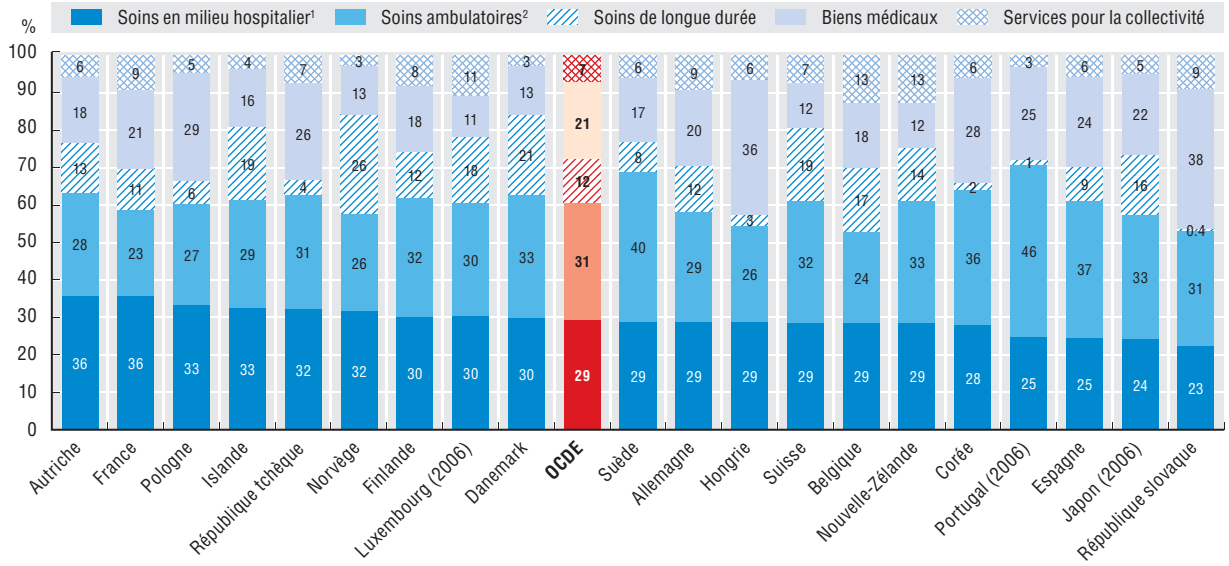
Définition et écarts

Le *Système de comptes de la santé* propose une approche fonctionnelle pour définir les frontières du système de santé. Les dépenses totales de santé englobent les dépenses courantes et la formation brute de capital. Les dépenses courantes englobent les biens et services de santé aux personnes ainsi que les services collectifs (services de santé publique et administration de la santé). Les services aux personnes englobent les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, les services auxiliaires et les produits médicaux. Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classées par mode de production (personnes hospitalisées, soins de jour, soins aux patients externes et soins à domicile).

Le principal facteur limitant la comparabilité des dépenses de santé entre les pays est le mode différent d'estimation des dépenses de soins de longue durée. Un autre problème est que certains pays utilisent l'ensemble des dépenses hospitalières pour estimer les dépenses des personnes hospitalisées, alors que les dépenses hospitalières englobent aussi les soins aux patients externes, les services auxiliaires et d'autres postes.

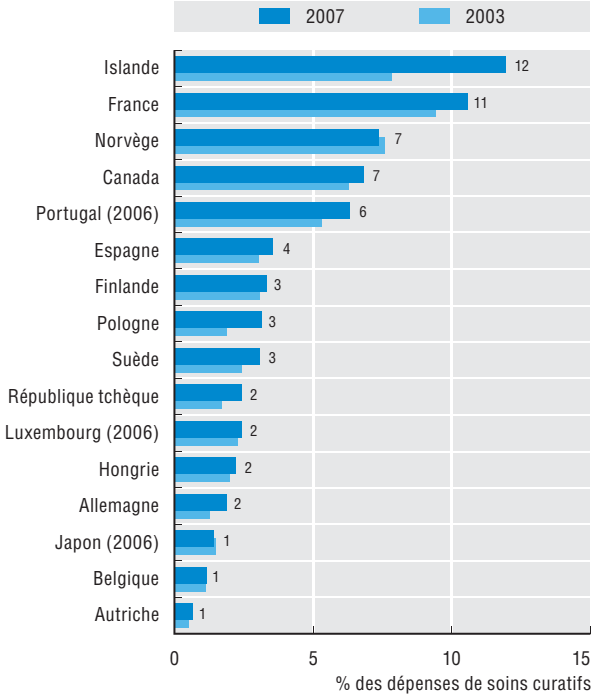
7.3.1 Dépenses courantes de santé par fonction, 2007

Les pays sont classés selon la part des soins en milieu hospitalier dans les dépenses courantes de santé

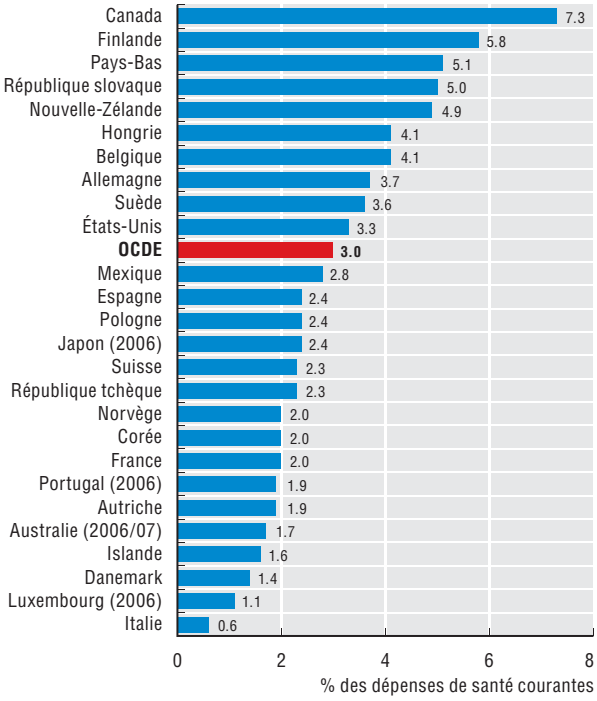


1. Concerne les soins curatifs et de réadaptation des patients hospitalisés ou en soins de jour.
2. Inclut les soins en consultations externes à l'hôpital, les soins à domicile et les services auxiliaires.

7.3.2 Part des soins de jour dans les dépenses totales de soins curatifs, 2003 et 2007



7.3.3 Dépenses allouées aux programmes organisés de santé publique et de prévention, 2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722655806471

7.4. Dépenses pharmaceutiques

Les dépenses pharmaceutiques représentent une proportion notable du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. La consommation accrue de médicaments due au vieillissement démographique, à la mise sur le marché et à la diffusion de nouveaux médicaments (voir l'indicateur 4.10) a été l'une des principales causes de l'augmentation des dépenses pharmaceutiques et donc des dépenses globales de santé. Toutefois, la relation entre les dépenses pharmaceutiques et le total des dépenses de santé est complexe en ce sens qu'une augmentation accrue des dépenses pharmaceutiques pour soigner des maladies peut réduire la nécessité d'effectuer des hospitalisations ou des interventions coûteuses immédiatement ou à plus long terme.

En 2007, les dépenses pharmaceutiques totales des pays de l'OCDE ont dépassé 650 milliards USD, soit environ 15 % du total de leurs dépenses de santé. Sur les dix dernières années, la dépense moyenne par habitant en produits pharmaceutiques a augmenté de presque 50 % en termes réels. Toutefois, on observe des variations considérables des dépenses pharmaceutiques d'un pays de l'OCDE à l'autre, reflétant des différences de volume, de structure de la consommation et de politique des prix des médicaments (graphique 7.4.1). En 2007, les États-Unis enregistraient les plus fortes dépenses par habitant en produits pharmaceutiques (878 USD, contre une moyenne de l'OCDE de 461 USD). Les pays qui dépensaient le plus après les États-Unis étaient le Canada, la Grèce, la France et la Belgique. À l'opposé, le Mexique dépensait en produits pharmaceutiques un peu moins de 200 USD par habitant – soit moins d'un quart du montant des États-Unis. La Nouvelle-Zélande figure aussi parmi les pays qui dépensent le moins par habitant avec un montant légèrement supérieur à 50 % de la moyenne de l'OCDE. Ce faible montant de dépenses en Nouvelle-Zélande peut s'expliquer en partie par un système réglementaire qui favorise l'utilisation des génériques et le recours à des appels d'offres afin de contribuer à réduire les prix des médicaments (OCDE, 2008d).

Les fonds publics couvrent environ 60 % des dépenses pharmaceutiques en moyenne, ce qui est beaucoup moins que pour les services des médecins et des hôpitaux. Cela résulte d'une plus forte participation des patients au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance publics ou de l'absence de couverture des médicaments sans ordonnance et aussi de médicaments sur ordonnance dans certains pays (voir le tableau A.5 de l'annexe A pour plus d'information sur la couverture de l'assurance maladie primaire de base pour certains biens et services de santé). La part publique dans les dépenses pharmaceutiques est la plus basse au Mexique, avec 21 % en 2007, bien qu'elle ait augmenté ces cinq dernières années. Aux États-Unis et au Canada, la part publique est inférieure à 40 %, et l'assurance maladie privée couvre une grande partie de la facture. Les dépenses publiques en médicaments sur ordonnance aux États-Unis ont augmenté en 2006, en raison de l'introduction du nouveau programme Medicare pour les médicaments destinés aux personnes âgées et handicapées. La part publique des dépenses pharmaceutiques aux États-Unis est passée de 24 % en 2005 à 31 % en 2007, mais elle reste à la deuxième place la plus basse parmi les pays de l'OCDE. À l'opposé, la Grèce, qui enregistre la part privée la plus grande dans le total des dépenses de santé parmi les pays d'Europe, impose aux patients une très petite participation en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques, dont presque 80 % sont financées par des sources publiques.

Les dépenses pharmaceutiques représentaient 1.5 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, variant de moins de 1 % dans des pays comme la Norvège, le Danemark et la Nouvelle-Zélande à plus de 2 % au Portugal, en Grèce, en République slovaque et en Hongrie (graphique 7.4.2).

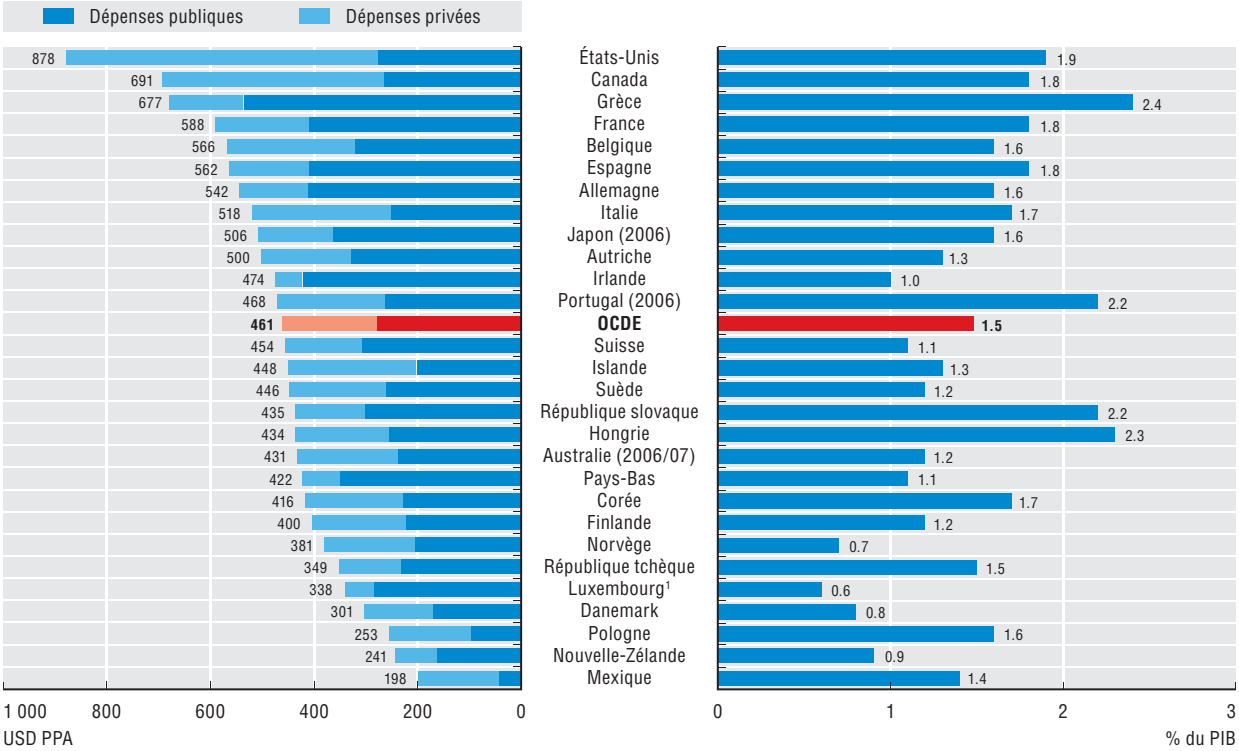
Ces dix dernières années, la croissance moyenne des dépenses pharmaceutiques a été à peu près égale à celle du total des dépenses de santé, bien qu'on constate des tendances variables aussi bien entre les pays de l'OCDE qu'au cours du temps. La croissance des dépenses pharmaceutiques a atteint un pic dans de nombreux pays entre 1999 et 2001. Parmi les pays qui dépensent le plus en produits pharmaceutiques, les États-Unis et le Canada ont continué par la suite à enregistrer une croissance de ces dépenses supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, bien que ces deux pays connaissent eux aussi un ralentissement récent de cette croissance (graphique 7.4.3). Ces dernières années, un certain nombre de pays ont essayé de juguler la croissance des dépenses pharmaceutiques par des mesures telles que la promotion de la prescription des génériques en France (Fénina *et al.*, 2008) ou l'introduction de la participation des patients aux coûts en République tchèque (OCDE, 2008a).

Définition et écarts

Les dépenses pharmaceutiques incluent les dépenses liées à l'achat de médicaments délivrés sur ordonnance et à l'automédication, souvent désignée sous le terme d'achat de médicaments en vente libre, mais aussi à l'achat d'autres produits médicaux non durables. Elles incluent également la rémunération des pharmaciens lorsque celle-ci est séparée du prix des médicaments. Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux sont exclus. Les dépenses finales au titre des produits pharmaceutiques incluent les marges des grossistes et des détaillants et la taxe sur la valeur ajoutée.

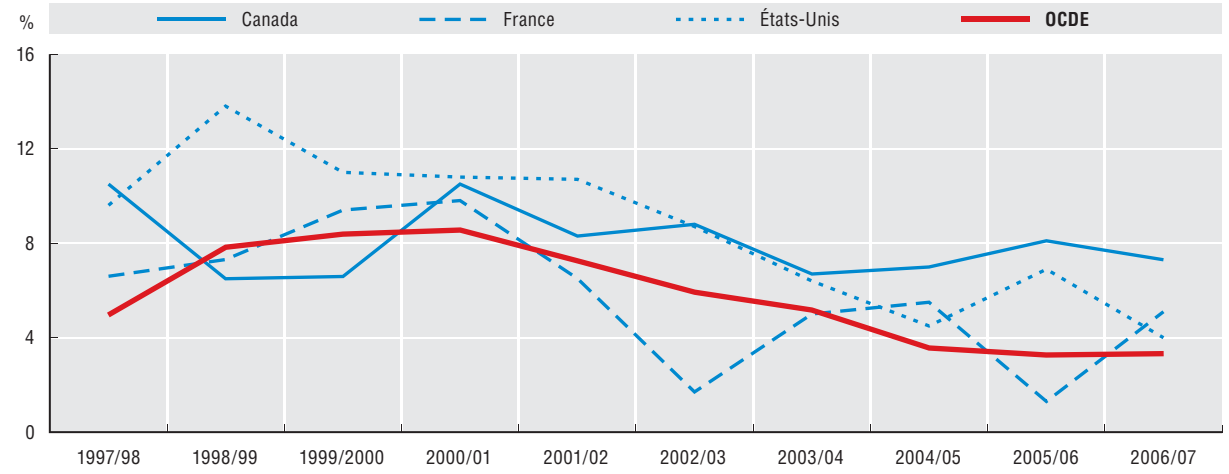
7.4.1 Dépenses de produits pharmaceutiques par habitant, 2007

7.4.2 Dépenses de produits pharmaceutiques en pourcentage du PIB, 2007



1. Les données ne concernent que les médicaments prescrits.

7.4.3 Croissance annuelle des dépenses pharmaceutiques, 1997-2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722661087133

7.5. Dépenses par maladie et par âge

La ventilation des dépenses en soins de santé par catégorie de maladie et caractéristiques des patients est un élément important pour analyser les affectations de ressources. Ces informations peuvent contribuer à évaluer l'impact du vieillissement de la population et de l'évolution du profil des maladies sur les dépenses, ainsi qu'à faire des projections de dépenses (Heijink *et al.*, 2006). En outre, l'analyse des liens entre les dépenses de santé par maladie et certaines mesures d'utilisation des services (par exemple, les sorties d'hôpital par maladie) et de résultats (par exemple, les taux de survie à la suite de crise cardiaque ou de cancer) peut apporter des renseignements utiles à l'évaluation des performances des systèmes de soins de santé par maladie (AIHW, 2005).

L'adoption d'une délimitation des dépenses de santé par fonction proposée par le *Système de comptes de la santé* et l'utilisation d'une méthodologie reconnue pour l'imputation des dépenses sont des conditions préalables pour la production d'estimations comparables des dépenses par maladie. Les données présentées proviennent principalement de la mise en œuvre dans six pays d'un projet pilote de l'OCDE sur l'estimation des dépenses par maladie, âge et sexe. On a complété ces données quand c'était possible par des données nationales additionnelles reposant sur des méthodologies similaires. Les limitations des données influent fortement sur la possibilité de répartir l'ensemble des dépenses de santé par catégorie de maladie, par âge et par sexe – notamment en ce qui concerne les dépenses des ménages et certaines catégories de patients externes. Les données les plus comparables concernent les soins aux patients hospitalisés, domaine où les registres administratifs sont généralement complets, comprenant les informations nécessaires sur les patients et le diagnostic.

Le graphique 7.5.1 montre la répartition des dépenses en soins aux patients hospitalisés pour six catégories de diagnostics. Les pays présentent des profils globalement similaires, les maladies circulatoires, les cancers et les troubles mentaux et comportementaux représentant en moyenne près de 40 % du total des dépenses relatives aux patients hospitalisés. Les différences entre les pays peuvent résulter de nombreux facteurs comme la structure démographique et le profil des maladies ainsi que les dispositifs institutionnels et les recommandations cliniques nationales pour le traitement des différentes maladies. La Hongrie alloue au traitement des maladies circulatoires presque un quart des dépenses aux patients hospitalisés, ce qui n'est pas surprenant étant donné que la Hongrie déclare aussi les taux de mortalité par crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral les plus élevés parmi les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.4). Parmi les pays qui allouent aux maladies circulatoires une moindre part des dépenses, l'Australie et la France déclarent aussi des taux de mortalité par ces maladies relativement bas.

Les différences des structures de coûts observées peuvent être dues à des facteurs démographiques. Le graphique 7.5.2 montre la répartition relative des dépenses hospitalières entre trois grandes catégories d'âge. Logiquement, la population de 65 ans et plus consomme proportionnellement beaucoup plus de ressources hospitalières que les enfants ou les personnes de 15 à 64 ans. L'Australie et la Corée sont les pays qui allouent la plus forte part de leurs dépenses hospitalières à la population âgée. L'organisation des soins entre les différents fournisseurs de soins de santé est un déterminant important du niveau et de la part des dépenses hospitalières allouées aux différentes catégories d'âge. Par exemple, les taux élevés observés en Corée peuvent s'expliquer par le fait que des lits de soins aigus sont utilisés pour les soins de longue durée (Hurst, 2007).

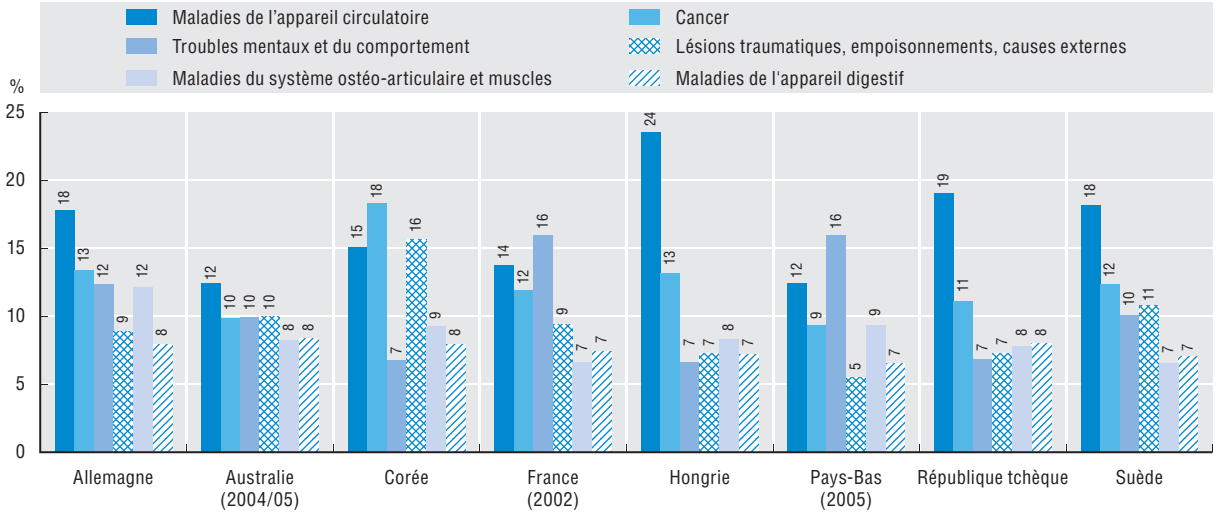
Le graphique 7.5.3 donne une indication des dépenses par sortie d'hôpital pour les deux catégories de maladies qui consomment la plus forte part des dépenses relatives aux patients hospitalisés, à savoir les maladies circulatoires et les cancers. Pour les maladies circulatoires, la France et l'Allemagne présentent le coût par sortie le plus élevé, tandis que la Suède et l'Australie ont le coût le plus élevé pour le traitement des cancers.

Définition et écarts

Les dépenses par maladie et âge ventilent les dépenses courantes de santé selon les caractéristiques des patients. Les lignes directrices en cours d'élaboration proposent des catégories de maladies conformes à la CIM-10 (avec une mise en correspondance avec la CIM-9). Les dépenses sont aussi reliées à un ou plusieurs aspects de la classification du *Système des comptes de la santé*. Pour assurer la comparabilité entre les pays, une méthodologie commune est proposée concernant l'imputation des dépenses par diagnostic principal.

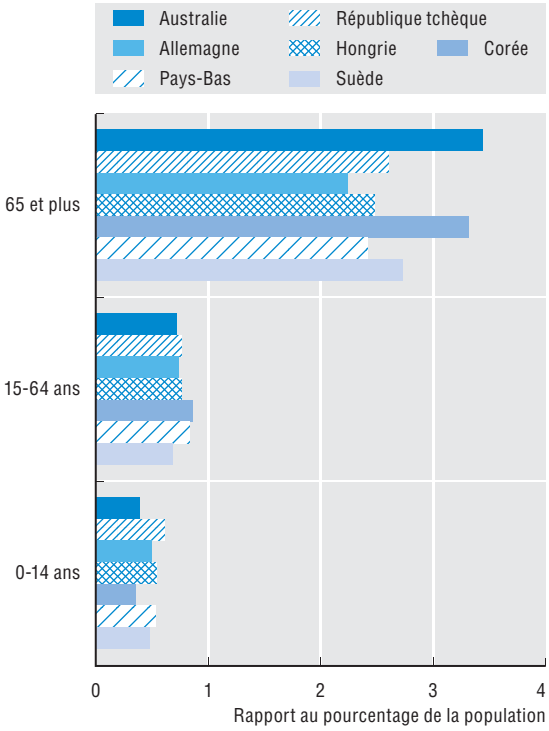
Les principales limites à la comparabilité concernent le traitement des dépenses non imputées et des dépenses non rattachables à une maladie particulière. Dans le premier cas, cela est dû à une limitation des données, par exemple pour les dépenses relatives aux patients externes ou les dépenses pharmaceutiques, et dans le second cas il peut s'agir de dépenses de prévention ou d'administration. Pour des comparaisons plus rigoureuses, on peut utiliser un sous-ensemble des dépenses, comme les soins aux patients hospitalisés, où les registres administratifs sont généralement plus complets.

7.5.1 Part des dépenses pour des hospitalisations par pathologie, 2006

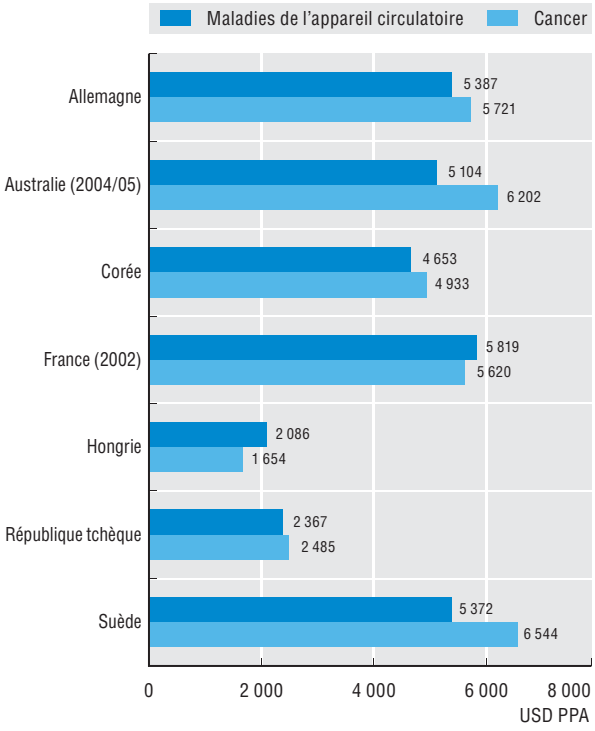


Note : Reflète la part des dépenses allouées totales. République tchèque : Fond d'assurance maladie seulement. Allemagne : Total des dépenses hospitalières. France: Soins curatifs à l'hôpital. Hongrie : Assurance maladie et certaines dépenses locales et gouvernementales. Pays-Bas : Soins curatifs dans les hôpitaux généraux et spécialisés.

7.5.2 Dépenses relatives pour des hospitalisations par groupes d'âge, 2006 (ou année proche)



7.5.3 Dépenses par sortie d'hôpital pour deux catégories de pathologie, 2006



Source : Australie, Allemagne, Corée, Hongrie et Suède : OCDE (2008), « Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework ». République tchèque : Données non publiées fournies par le Bureau statistique tchèque, mai 2009. France : Fénina *et al.* (2006). Pays-Bas : Poos *et al.* (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722702128060

7.6. Financement des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés à la fois par des sources publiques et des sources privées, mais à des degrés variables. Le financement public peut se limiter aux recettes publiques dans les pays où la responsabilité directe du financement des services de santé incombe au gouvernement central et/ou aux administrations locales (en Espagne et en Norvège, par exemple), ou regrouper les recettes publiques générales et les cotisations sociales dans les pays où le financement repose sur un système d'assurance sociale (en France et en Allemagne, par exemple). Le financement privé englobe les paiements à la charge des ménages (y compris sous la forme d'une participation au coût), les mécanismes de tiers-payant qui peuvent prendre des formes diverses d'assurance maladie privée, les services de santé directement assurés par l'employeur (comme la médecine du travail) et d'autres prestations directes émanant d'organismes caritatifs et assimilés.

Le secteur public est la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE excepté le Mexique et les États-Unis (graphique 7.6.1). En moyenne, la part du secteur public dans les dépenses de santé était de 73 % en 2007, sans changement par rapport à 1990. Au Luxembourg, en République tchèque, dans les pays nordiques (à l'exception de la Finlande), au Royaume-Uni, au Japon, en Irlande et en Nouvelle-Zélande, le financement public représentait plus de 80 % du total des dépenses de santé. On observe une certaine convergence des taux de financement public des dépenses de santé parmi les pays de l'OCDE. Des pays comme la Pologne et la Hongrie, où la part des dépenses publiques était relativement élevée au début des années 90, ont vu cette part diminuer, tandis que d'autres, comme le Portugal et la Turquie, qui avaient historiquement un niveau relativement faible de dépenses publiques, ont enregistré une augmentation suite à des réformes et à l'élargissement de la couverture publique.

Le fait que, dans la plupart des pays, le système de santé soit principalement financé par des fonds publics n'implique pas que le secteur public soit l'acteur dominant dans chacun des domaines des soins de santé. Le graphique 7.6.2 présente la part publique du financement séparément pour les services et les produits médicaux. Dans la plupart des pays, le secteur public joue un rôle dominant dans le paiement des services médicaux (à hauteur d'environ 78 %). Toutefois, si l'on entre dans le détail de ces services, on constate un rôle de plus en plus important du financement privé dans le secteur des services aux patients non hospitalisés (Orosz et Morgan, 2004), notamment les soins dentaires où environ deux tiers des dépenses sont de source privée. Par ailleurs, dans le financement des produits médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), les paiements privés représentent une part bien supérieure à celle des paiements publics dans un certain nombre de pays et particulièrement au Mexique, au Canada, aux États-Unis et en Pologne.

L'ampleur et la composition du financement privé pour l'ensemble des services et produits de santé diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. En moyenne, les paiements à la charge des ménages (y compris leur participation aux coûts) représentent plus des deux tiers du financement privé. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale, le niveau des paiements directs est probablement sous-estimé en raison de la pratique des paiements supplémentaires non officiels. L'assurance maladie privée représente environ 5 à 6 % du total des dépenses de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 7.6.3). Dans certains pays, elle a un rôle de financement important. Elle assure une couverture primaire à certaines catégories de population en Allemagne et à une proportion importante de la population autre que les personnes âgées aux États-Unis où l'assurance maladie privée représente 35 % des dépenses de santé. En France et au Canada, l'assurance maladie privée finance 13 % des dépenses totales mais fournit respectivement une couverture complémentaire et une couverture supplémentaire dans un régime public d'étendue universelle (voir l'indicateur 6.2).

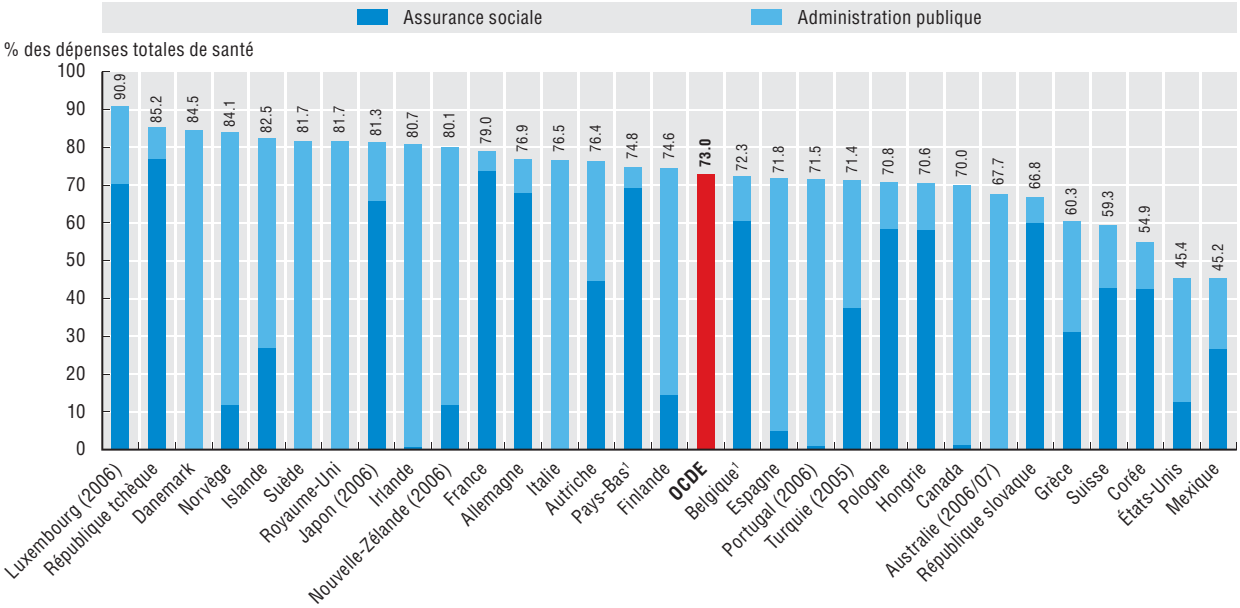
Dans un certain nombre de pays, dont les Pays-Bas et la France, les dépenses directes de santé représentaient moins de 2 % de la consommation totale des ménages en 2007, tandis qu'elles s'élevaient à 6 % en Suisse. En Corée et au Mexique, elles se situaient à 4 ou 5 % et les États-Unis, avec presque 3 % de la consommation des ménages consacrée aux dépenses directes de santé, étaient proches de la moyenne de l'OCDE.

Définition et écarts

Le financement des soins de santé comporte trois éléments importants : les sources de financement (les ménages, les employeurs et l'État), les dispositifs de financement (par exemple, l'assurance obligatoire ou volontaire) et les agents de financement (organismes gérant les dispositifs de financement). Le terme « Source de financement » désigne ici les dispositifs de financement tels qu'ils sont définis dans le *Système de comptes de la santé*. Les sources publiques incluent les recettes publiques générales et les fonds de la sécurité sociale. Les sources privées recouvrent les paiements directs des ménages, les assurances maladie privées et autres (ONG et entreprises privées).

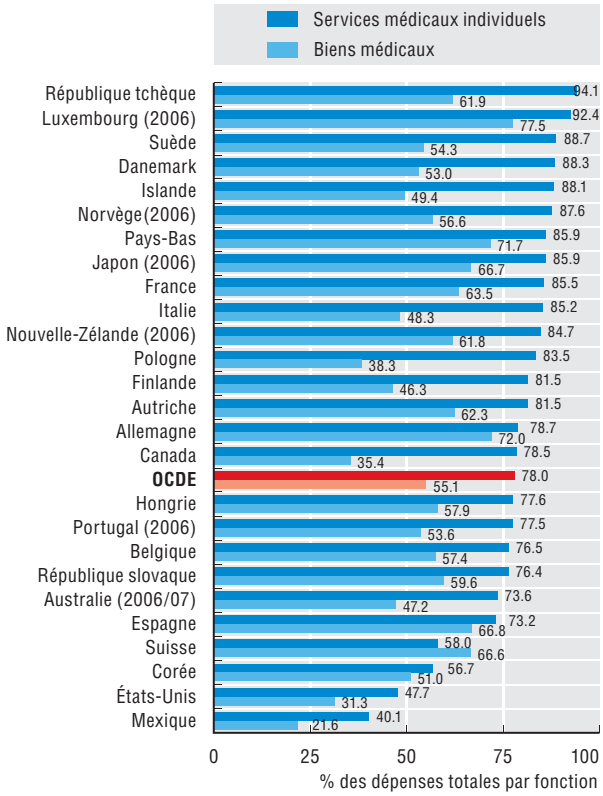
Les paiements directs sont les dépenses supportées directement par un patient. Ils incluent la participation aux coûts et, dans certains pays, une estimation des paiements informels.

7.6.1 Part publique des dépenses totales de santé, 2007

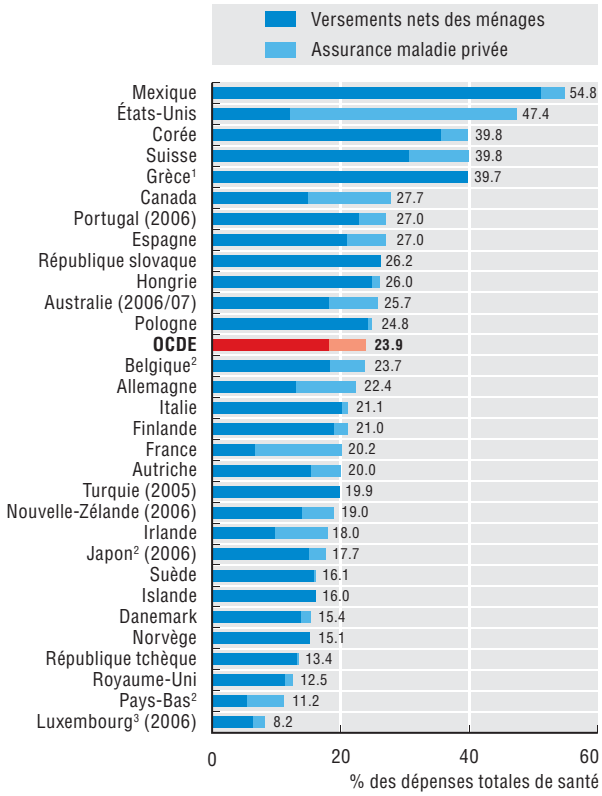


1. Part des dépenses courantes de santé.

7.6.2 Part publique des dépenses en services et biens médicaux, 2007



7.6.3 Versements nets des ménages et assurance maladie privée, 2007



1. Dépenses privées totales.
2. Dépenses courantes.
3. Copaiements uniquement.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722724865548

7.7. Commerce international des services de santé (tourisme médical)

Le commerce international des services de santé et l'une de ses principales composantes, le tourisme médical, attirent de plus en plus l'attention des professions médicales, des responsables de la politique de santé publique, et des organismes de promotion du tourisme. Des débats sur les possibilités qu'ouvre ce commerce et sur ses dangers ont été conduits avec relativement peu de données pour les éclairer.

La seule mesure largement disponible et raisonnablement comparable au sujet du commerce international des services de santé est la rubrique de la balance des paiements intitulée « Voyages à titre personnel, Dépenses liées à la santé ». Celle-ci concerne « les voyageurs qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins médicaux ». Cette définition correspond assez bien à la notion de tourisme médical. Elle a toutefois des limites dans la mesure où elle n'inclut pas les dépenses médicales à l'étranger des personnes qui voyagent pour d'autres raisons et qui se trouvent alors avoir besoin de soins médicaux. Elle n'inclut pas non plus les services de santé fournis par delà les frontières comme les services des laboratoires médicaux ou la télémédecine, ni les services de santé fournis par le personnel médical qui va temporairement à l'étranger. Dans le langage des échanges, les exportations de voyages liés à la santé ont lieu quand les fournisseurs de services de santé de ce pays fournissent des services médicaux aux visiteurs étrangers non résidents qui voyagent pour des raisons médicales. De même, il y a importation quand les résidents de l'économie acquièrent à l'étranger des services médicaux de fournisseurs non résidents.

D'après les données disponibles pour un peu plus de la moitié des pays de l'OCDE, le total des exportations déclarées de voyages liés à la santé et celui des importations se sont chacun élevés à environ 5 milliards USD en 2007. En raison des problèmes de définition et de mesure, ce chiffre est largement sous-estimé. Néanmoins, il est clair qu'en comparaison de la taille du secteur de la santé dans son ensemble, le tourisme médical est marginal pour la plupart des pays, mais il est en augmentation. Dans le cas de l'Allemagne, les importations déclarées de voyages liés à la santé représentent 0.5 % de ses dépenses courantes de santé. Toutefois, entre 2004 et 2007, elles ont augmenté en moyenne de 13 % par an.

Les États-Unis sont de loin le plus grand exportateur avec un montant déclaré d'environ 2.3 milliards USD d'exportations en 2007 (graphique 7.7.1), suivis par la République tchèque, la Turquie, la Belgique et le Mexique, chacun avec des exportations supérieures à 300 millions USD. Vingt-et-un pays de l'OCDE déclarent un total de 4.6 milliards USD d'importations de services de santé, la plupart en « Voyages à titre personnel, Dépenses liées à la santé » conformément aux sources de la balance des paiements et quelques-uns sous le concept plus large des importations de soins de santé telles qu'elles sont déclarées dans les données du *Système de comptes de la santé* (graphique 7.7.2). Parmi ces pays, l'Allemagne est de loin le plus grand importateur avec un montant déclaré d'environ 1.5 milliard USD d'importations en 2007. Les États-Unis et les Pays-Bas déclarent des importations supérieures à 600 millions USD, et le Canada et la Belgique des importations supérieures à 300 millions USD. Le taux de croissance des importations de voyages liés à la santé par les pays de l'OCDE a été nettement plus élevé que celui des exportations, ce qui indique l'importance croissante des services de santé exportés de pays hors OCDE (graphiques 7.7.3 et 7.7.4).

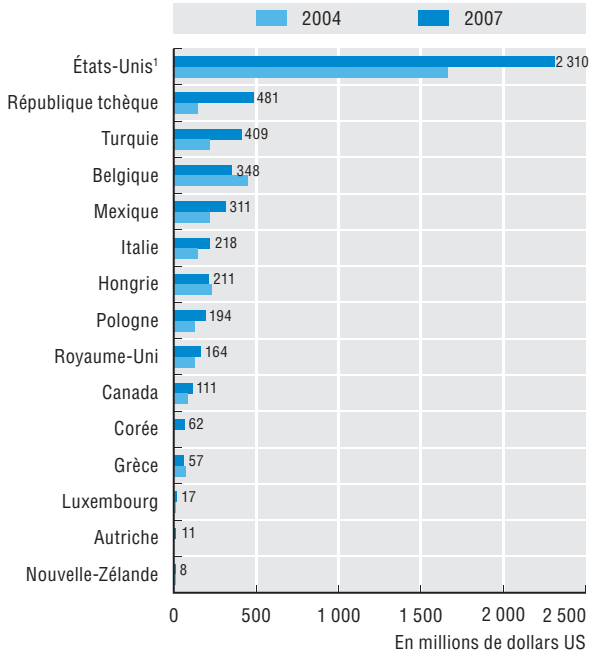
En dépit du fait qu'un nombre croissant d'Américains cherchent à obtenir des traitements à l'étranger, les États-Unis demeurent un exportateur net de services médicaux, avec un surplus de 1.7 milliard USD en 2007. Ces exportations comprennent les visiteurs qui ont des problèmes de santé inattendus alors qu'ils voyagent aux États-Unis pour une raison ou une autre (une définition plus large que celle utilisée pour les autres pays), ainsi que des visiteurs principalement du Moyen-Orient, de l'Amérique du Sud et du Canada qui viennent expressément aux États-Unis pour obtenir des soins. Certains touristes médicaux peuvent vouloir éviter des temps d'attente élevés dans leur pays. D'autres peuvent combiner un voyage d'affaires ou de loisir avec une demande de soins spécialisés (USITC, 2009).

Définition et écarts

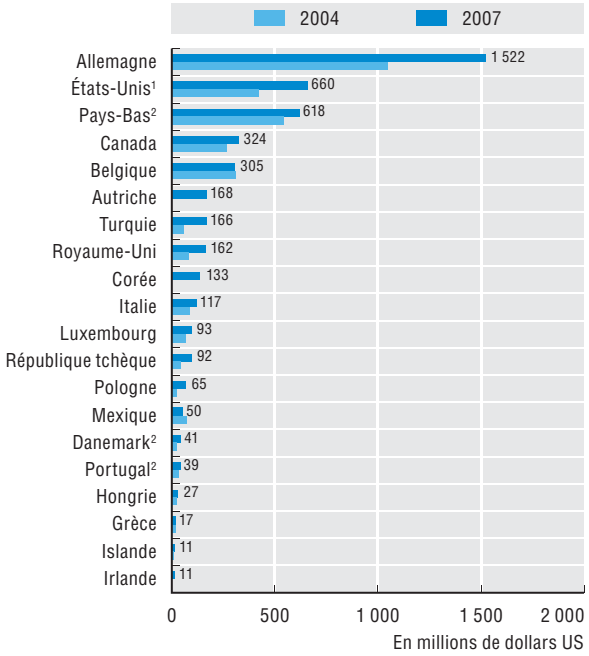
D'après le Manuel des statistiques du commerce international des services, les « Voyages à titre personnel, Dépenses liées à la santé » concernent « les voyageurs qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins médicaux ». Dans la balance des paiements, le commerce international fait référence aux transactions de biens et services entre résidents et non-résidents d'une économie.

Le *Système de comptes de la santé* inclut aussi les importations dans les dépenses courantes de santé, définies comme les importations des biens et services médicaux destinés à la consommation finale. Parmi celles-ci, les achats de biens et services médicaux par des patients résidents voyageant à l'étranger constituent actuellement l'élément le plus important en valeur. Ces échanges ne sont pas très bien déclarés par beaucoup de pays.

7.7.1 Exportations de voyages liés à des soins de santé, 2004 et 2007 (ou année la plus proche)

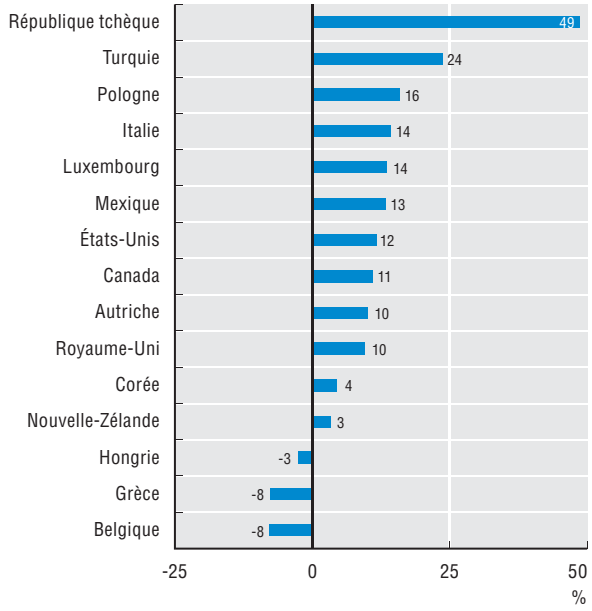


7.7.2 Importations de voyages liés à des soins de santé, 2004 et 2007 (ou année la plus proche)

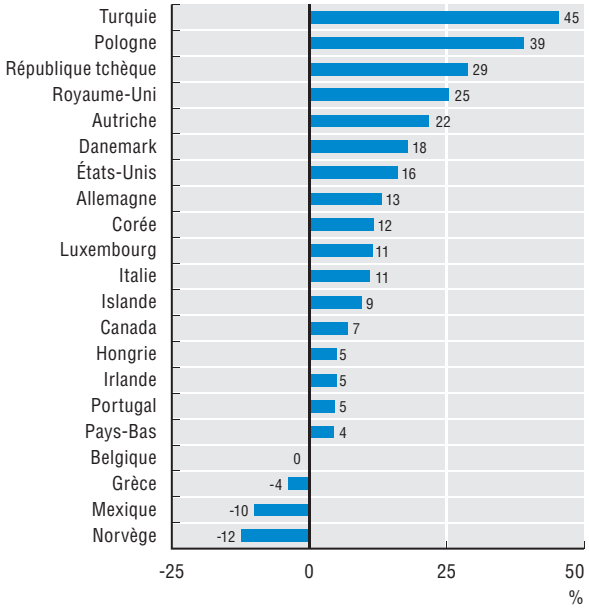


1. Dépenses des patients pour des traitements en pays étranger (US Bureau of Economic Analysis).
2. Basé sur *le Système de comptes de la santé* pour les importations.

7.7.3 Variation des exportations de voyages liés à des soins de santé, 2004-07 (ou année la plus proche)



7.7.4 Variation des importations de voyages liés à des soins de santé, 2004-07 (ou année la plus proche)



Note : On parle d'exportations de voyages liés à des soins de santé pour un pays donné lorsque des prestataires de ce pays fournissent des services médicaux à des personnes non résidentes voyageant pour des raisons médicales.

Source : Statistiques de l'OCDE sur les échanges internationaux de services, *Statistiques de la balance des paiements* (FMI), *Système de comptes de la santé* (OCDE).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722736826140

Bibliographie

AAMC – Association of American Medical Colleges (2008), *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections through 2025*, Center for Workforce Studies, novembre.

Academy Health (2004), *Glossary of Terms Commonly Used in Health Care*, Edition 2004, Washington, DC.

ADA – American Diabetes Association (2008), « Economic Costs of Diabetes in the US in 2007 », *Diabetes Care*, vol. 31, n° 3, pp. 596-615.

Agence de la santé publique du Canada (2009), « Programmes d'immunisation subventionnés par l'État au Canada – Calendrier d'immunisation systématique des nourrissons et des enfants », *www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-fra.php*.

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2006), « Hospital and Ambulatory Surgery Care for Women's Cancers: HCUP Highlight », n° 2, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2007a), *AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators*, version 3.1 (12 mars 2007), *www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf*.

AHRQ (2007b), *Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2008a), *2007 National Healthcare Disparities Report*, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2008b), *2007 National Healthcare Quality Report*, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2009), *Preventable Hospitalizations: Overview*, *www.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5b.htm*.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2005), *Health System Expenditure on Disease and Injury in Australia 2000-01*, second edition, AIHW, Canberra.

AIHW (2008a), *BreastScreen Australia Monitoring Report 2004-2005*, AIHW, Canberra.

AIHW (2008b), *Mental Health Services in Australia 2005-06*, AIHW, Canberra.

AIHW (2008c), *Rural, Regional and Remote Health: Indicators of Health System Performance*, AIHW, Canberra.

AIHW (2008d), *Diabetes: Australian Facts 2008*, AIHW, Canberra.

AIHW (2008e), *A Set of Performance Indicators Across the Health and Aged Care System*, AIHW, Canberra.

Aiken, L. et R. Cheung (2008), « Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 35, Éditions de l'OCDE, Paris, octobre.

ALA – American Lung Association (2009), « Trends in Chronic Bronchitis and Emphysema: Morbidity and Mortality », *www.lungusa.org/site/c.dvLUK9O0E/b.252866/k.A435/COPD_Fact_Sheet.htm*, consulté le 20 août 2009.

Allin, S. (2006), « Equity in the Use of Health Services in Canada and its Provinces », LSE Health Working Paper n° 3/2006, London School of Economics and Political Science, Londres.

Anderson G.F. et B.K. Frogner (2008), « Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value per Dollar », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6, pp. 1718-1726.

Antonazzo, E. *et al.* (2003), « The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature », *Health Economics*, vol. 12, pp. 465-478.

Arah, O. *et al.* (2006), « A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, supplément 1, pp. 5-13.

ASPC – Agence de la santé publique du Canada (2008), *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada – Rapport sur la performance des programmes en 2003 et en 2004*, ASPC, Canada.

Baker, L., S.W. Atlas et C.C. Afendulis (2008), « Expanded Use of Imaging Technology and the Challenge of Measuring Value », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6, pp. 1467-1478.

Banque mondiale (1999), *Maîtriser l'épidémie : L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*, Banque mondiale, Washington.

Banthin, J.S., P. Cunningham et D.M. Bernard (2008), « Financial Burden of Health Care, 2001-2004 », *Health Affairs*, vol. 27, pp. 188-195.

Beck, L.F., A.M. Dellinger et M.E. O'Neil (2007), « Motor Vehicle Crash Injury Rates by Mode of Travel, United States: Using Exposure-based Methods to Quantify Differences », *American Journal of Epidemiology,* vol. 166, pp. 212-218.

Belizán, J.M. *et al.* (1999), « Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Analysis », *BMJ*, vol. 319, pp. 1397-1400.

Bellanger, M. et Z. Or (2008), « What Can We Learn From a Cross-Country Comparison of the Costs of Child Delivery? », *Health Economics*, vol. 17, pp. S47-S57.

Bennett, J. (2003), « Investment in Population Health in Five OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 2, Éditions de l'OCDE, Paris.

Bewley, S. et J. Cockburn (2002), « The Unethics of "Request" Caesarean Section », *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, pp. 593-596.

Blendon, R. *et al.* (2002), « Inequalities in Health Care: a Five-Country Survey », *Health Affairs*, vol. 21, pp. 182-191.

BOLD Collaborative Research Group (2007), « International Variation in the Prevalence of COPD (The BOLD Study): A Population-Based Prevalence Study », *The Lancet*, vol. 370, pp. 741-750.

Bourgueil, Y., A. Marek et J. Mousquès (2006), « Vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport d'expériences européennes et canadiennes », DREES, Série études, n° 57, mars.

Brandt, N. (2008), « Moving Towards More Sustainable Healthcare Financing in Germany », Document de travail du département des affaires économiques de l'OCDE n° 612, Éditions de l'OCDE, Paris.

Brown, M.L. *et al.* (2002), « Estimating Health Care Costs Related to Cancer Treatment from SEER-Medicare Data », *Medical Care*, vol. 40, n° 8, pp. IV-104-117.

Burns, A., D. van der Mensbrugghe et H. Timmer (2008), *Evaluating the Economic Consequences of Avian Influenza*, Banque mondiale.

Busse, R. et A. Riesberg (2004), *Health Care Systems in Transition : Germany*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhague.

Cartera, K.N. *et al.* (2007), « Improved Survival after Stroke: Is Admission to Hospital the Major Explanation? Trend Analyses of the Auckland Regional Community Stroke Studies », *Cerebrovascular Diseases*, vol. 23, pp. 162-168.

Cash, R. et P. Ulmann (2008), « Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 36, Éditions de l'OCDE, Paris.

Castoro, C. *et al.* (2007), *Policy Brief-Day Surgery: Making it Happen*, World Health Organisation on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhague.

CCCG – Colorectal Cancer Collaborative Group (2000), « Palliative Chemotherapy for Advanced Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 321, pp. 531-535.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2008), *Factsheet: HIV/AIDS in the United States*, US National Center for Health Statistics.

CDC (2009a), « Births: Preliminary Data for 2007 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 57, n° 11, US National Center for Health Statistics.

CDC (2009b), « Key Facts about Seasonal Influenza (Flu) », *www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm,* consulté le 20 août 2009.

Ceia, F. *et al.* (2002), « Prevalence of Chronic Heart Failure in South-Western Europe: The EPICA study », *European Journal of Heart Failure*, vol. 4, pp. 531-539.

Chaloff, J. (2008), « Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 34, Éditions de l'OCDE, Paris.

Chiha, Y.A. et C.R. Link (2003), « The Shortage of Registered Nurses and Some New Estimates of the Effects of Wages on Registered Nurses Labour Supply: A Look at the Past and a Preview of the 21st Century », *Health Policy*, vol. 64, pp. 349-375.

CIBIS-II Investigators and Committees (1999), « The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): A Randomised Trial », *The Lancet*, vol. 353, pp. 9-13.

CIRC – Centre international de recherche sur le cancer (2004), « LOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide », *IARC CancerBase n°* 5, version 2.0, IARC Press, Lyon.

CIRC (2008), *World Cancer Report 2008*, IARC Press, Lyon.

Cleland, J.G. *et al.* (2003), « The EuroHeart Failure Survey Programme: A Survey on the Quality of Care among Patients with Heart Failure in Europe. Part 1: Patient Characteristics and Diagnosis », *European Heart Journal*, vol. 24, n° 5, pp. 442-463.

Cole, T.J. *et al.* (2000), « Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1-6.

Coleman, M.P. *et al.* (2008), « Cancer Survival in Five Continents: a Worldwide Population-Based Study (CONCORD) », *Lancet Oncol*, vol. 9, pp. 730-756.

Colombo, F. et D. Morgan (2006), « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, avril-septembre.

Commission européenne (2006), *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, 4e édition, Luxembourg.

Commission européenne (2008a), *Hospital Data Project Phase 2*, Final Report, Luxembourg.

Commission européenne (2008b), *Major and Chronic Diseases Report 2007*, Direction générale de la santé et de la consommation, Luxembourg.

Commission européenne (2008c), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2e édition, Luxembourg.

Commonwealth Fund (2008), *National Scorecard on US Health System Performance, 2008*, Chartpack, Commonwealth Fund, New York.

Conseil de l'Union européenne (2009), « Recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci », n° 10120/09, Bruxelles, juin.

Couture, M.-C. *et al.* (2008), « Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening Among Urban Mexican Women », *Preventive Medicine*, vol. 47, pp. 471-476.

Currie, C. *et al.* (2000), *Health and Health Behaviour Among Young People (1997/98)*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Currie, C. *et al.* (2004), *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/ 2002 Survey*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Currie, C. *et al.* (2008), *Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), International Report from the 2005/2006 Survey*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague.

Cutler, D. et E.L. Glaeser (2006), « Why do Europeans Smoke More Than Americans? », National Bureau of Economic Research, Working Paper n° 12124, Cambridge, MA.

Dartmouth Atlas of Health Care (2005), « Studies of Surgical Variation, Cardiac Surgery Report », *www.dartmouthatlas.org/index.shtm*.

Davies, M. *et al.* (2001), « Prevalence of Left-Ventricular Systolic Dysfunction and Heart Failure in the Echocardiographic Heart of England Screening Study: A Population-Based Study », *The Lancet*, vol. 358, pp. 439-444.

Davis, K. *et al.* (2007), *Mirror, Mirror on the Wall: an International Update on the Comparative Performance of American Health Care*, Commonwealth Fund, New York.

De Graeve, D. et T. Van Ourti (2003), « The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review », *The World Economy*, vol. 26, pp. 1459-1479.

de Looper, M. et G. Lafortune (2009), « Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 43, Éditions de l'OCDE, Paris.

Declercq, E., F. Menacker et M. Macdorman (2005), « Rise in "No Indicated Risk" Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis », *British Medical Journal*, vol. 330, pp. 71-72.

Department of Health and Children (2001), « National Health Strategy: Quality and Fairness – A Health System for You », Stationery Office, Dublin.

Di Mario, S. *et al.* (2005), *What is the Effectiveness of Antenatal Care? (Supplement)*, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), Copenhague.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996), « Lifetime Benefits and Costs of Intensive Therapy as Practiced in the Diabetes Control and Complications Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, pp. 725-734.

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2007), « Les chirurgiens-dentistes en France », *Études et résultats*, n° 594, Paris, septembre.

DREES (2008), « Les médecins – Estimations au 1er janvier 2008 », Document de travail n° 127, Paris.

DREES (2009), « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Études et résultats*, n° 679, février.

Drösler, S.E. (2008), « Facilitating Cross-National Comparisons of Indicators for Patient Safety at the Health-System Level in the OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 19, Éditions de l'OCDE, Paris.

Drösler, S.E. *et al.* (2009a), « Application of Patient Safety Indicators Internationally: A Pilot Study Among Seven Countries », *International Journal of Quality in Health Care*, vol. 21, pp. 272-278.

Drösler, S.E. *et al.* (2009b), « Health Care Quality Indicators Project, Patient Safety Indicators Report 2009 », Document de travail de l'OCDE sur la santé, à paraître, Éditions de l'OCDE, Paris.

Dumont, J.-C., P. Zurn, J. Church et C. Le Thi (2008), « International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 40, Éditions de l'OCDE, Paris.

Eagle, K.A. *et al.* (2005), « Guideline-Based Standardized Care is Associated with Substantially Lower Mortality in Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction: the American College of Cardiology's Guidelines Applied in Practice (GAP) », *J Am Coll Cardiol*, vol. 46, pp. 1242-1248.

Ebihara, S. (2007), « More Doctors Needed Before Boosting Clinical Research in Japan », *The Lancet*, vol. 369, n° 9579, p. 2076.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) et OMS Bureau régional de l'Europe (2008), *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2007*, ECDC, Stockholm.

Eder, W., M. Ege et E. von Mutius (2006), « The Asthma Epidemic », *NEJM*, vol. 355, n° 21, pp. 2226-2235.

ETSC – European Transport Safety Council (2003), *Transport Safety Performance in the EU: A Statistical Overview*, ETSC, Bruxelles.

Eurobarometer (2006), « Mental Well-being, Special Eurobarometer 248/Wave 64.4 », mai.

EUROCARE Working Group (2007), « Trends in Cervical Cancer Survival in Europe, 1983-1994: A Population-Based Study », *Gynecologic Oncology*, vol. 105, n° 3, pp. 609-619.

Euro-Peristat (2008), *European Perinatal Health Report, 2008*, Luxembourg.

Faivre-Finn, C. *et al.* (2002), « Colon Cancer in France: Evidence for Improvement in Management and Survival », *Gut*, vol. 51, n° 1, pp. 60-64.

Fedorowicz, Z., D. Lawrence et P. Gutierrez (2004), « Day Care *versus* In-patient Surgery for Age-related Cataract », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 25, n° CD004242.

Fénina, A. *et al.* (2006), « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 111, juillet.

Fénina, A, Y. Geffroy et M. Duée (2008), « Comptes nationaux de la santé, 2007 », Document de travail, Série statistiques n° 126, DRESS, Paris, septembre.

Feuer, E.J. *et al.* (2003), « The Lifetime Risk of Developing Breast Cancer », *www.srab.cancer.gov/devcan/report1.pdf*.

FHF – Fédération hospitalière de France (2008), « Étude sur les césariennes », FHF, Paris.

FID – Fédération internationale du diabète (2006), *Diabetes Atlas*, 3e édition, FID, Bruxelles.

FID (2009), *Diabetes Atlas*, 4e édition, FID, Bruxelles.

Foresight (2007), « Tackling Obesities: Future Choices », Government Office for Science, *www.foresight.gov.uk/Obesity/17.pdf*.

Fox, K.A.A. *et al.* (2007), « Declines in Rates of Death and Heart Failure in Acute Coronary Syndromes, 1999-2006 », *JAMA*, vol. 297, n° 17, pp. 1892-1900.

Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Explaining Variations Across Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 41, Éditions de l'OCDE, Paris.

Gakidou, E., S. Nordhagen et Z. Obermeyer (2008), « Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities », *PLoS Medicine*, vol. 5, n° 6, pp. 0863-0868.

Garcia Armesto, S., M.L. Gil Lapetra, L. Wei, E. Kelley *et al.* (2007), « Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 29, Éditions de l'OCDE, Paris.

Garcia Armesto, S., H. Medeiros et L. Wei (2008), « Information Availability for Measuring and Comparing Quality of Mental Health Care across OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 20, Éditions de l'OCDE, Paris.

Gatta, G. *et al.* (2000), « Toward a Comparison of Survival in American and European Cancer Patients », *Cancer*, vol. 89, n° 4, pp. 893-900.

Gatta, G., M.B. Lasota, A. Verdecchia et the EUROCARE Working Group (1998), « Survival of European Women with Gynaecological Tumours, during the Period 1978-1989 », *European Journal of Cancer*, vol. 34, n° 14, pp. 2218-2225.

Gil, M., J. Marrugat et J. Sala (1999), « Relationship of Therapeutic Improvements and 28-day Case Fatality in Patients Hospitalized with Acute Myocardial Infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR Study, Gerona, Spain », *Circulation*, vol. 99, pp. 1767-1773.

Goldberg, R.J., J. Yaerzebski et D. Lessard (1999), « A Two-decades (1975 to 1995) Long Experience in the Incidence, In-hospital and Long-term Case-fatality Rates of Acute Myocardial Infarction: A Community-wide Perspective », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 33, pp. 1533-1539.

Govindarajan, A. *et al.* (2006), « Population-based Assessment of the Surgical Management of Locally Advanced Colorectal Cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 98, pp. 1474-1481.

Greenfield, S., A. Nicolucci et S. Mattke (2004), « Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 15, Éditions de l'OCDE, Paris.

Hacke, W. *et al.* (1995), « Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Hemispheric Stroke. The European Co-operative Acute Stroke Study (ECASS) », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 13, pp. 1017-1025.

Haffner, S.M. (2000), « Coronary Heart Disease in Patients with Diabetes », *New England Journal of Medicine*, vol. 342, pp. 1040-1042.

Hajjar, I., J.M. Kotchen et T.A. Kotchen (2006), « Hypertension: Trends in Prevalence, Incidence, and Control », *Annual Review of Public Health*, vol. 27, pp. 465-490.

Hallal, P.C. *et al.* (2006), « Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review », *Sports Medicine*, vol. 36, n° 12, pp. 1019-1030.

Harper, D.M. *et al.* (2006), « Sustained Efficacy up to 4-5 Years of a Bivalent L1 Virus-like Particle Vaccine against Human Papillomavirus Types 16 and 18: Follow-up from Randomised Control Trial », *The Lancet*, vol. 367, pp. 1247-1255.

Hasselhorn, H.M., B.H. Muller et G.P. Tackenber (2005), *NEXT Scientific Report*, University of Wuppertal, Wuppertal.

Hawton, K. et K. van Heeringen (2009), « Suicide », *The Lancet*, vol. 373, pp. 1373-1381.

Heijink, R., M.A. Koopmanschap et J.J. Polder (2006), *International Comparison of Cost of Illness*, RIVM, Bilthoven.

Hermann, R., Mattke, S. *et al.* (2004), « Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 17, Éditions de l'OCDE, Paris.

HHS – Health and Human Services (2004), *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, DHHS, Washington, DC.

HHS Office of Health Reform (2009), « Health Disparities: A Case for Closing the Gap », US Department of Health and Human Services, *www.healthreform.gov*.

Hisashige, A. (1992), « The Introduction and Évaluation of MRI in Japan », *International Society forTechnology Assessment in Health Care*, vol. 3, n° 126.

Hockley, T. et M. Gemmill (2007), *European Cholesterol Guidelines Report*, Policy Analysis Centre, London School of Economics, Londres.

Hoffman, C., D. Rowland et E.C. Hamel (2005), *Medical Debt and Access to Health Care*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington, septembre.

HRSA – Health Resources and Services Administration (2004), *What is behind HRSA's Projected Supply, Demand and Shortage of Registered Nurses?*, HRSA, Rockville, MD.

Huang, C.M. (2008), « Human Papillomavirus and Vaccination », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 83, n° 6, pp. 701-707.

Huber, M., A. Stanicole, J. Bremner et K. Wahlbeck (2008), « Quality in and Equality of Access to Healthcare Services », Direction générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances de la Commission européenne, Luxembourg.

Hurst, J. (2007), « Towards a Sustainable Health and Long-term Care Policy », *Facing the Future: Korea's Family, Pension and Health Policy Challenges*, Éditions de l'OCDE, Paris.

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé (2005), *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, ICIS, Ottawa.

ICIS (2007), « Tendances relatives aux hospitalisations en soins de courte durée et aux chirurgies de jour au Canada, de 1995-1996 à 2005-2006 », *Analyse en bref*, ICIS, Ottawa.

ICIS (2008a), *L'imagerie médicale au Canada, 2007*, ICIS, Ottawa.

ICIS (2008b), *Tendances de la main-d'œuvre chez les pharmaciennes et pharmaciens de provinces et territoires sélectionnés au Canada 2007*, ICIS, Ottawa.

ICIS (2009), *Indicateurs de santé 2009*, ICIS, Ottawa.

IHE – Institute of Health Economics (2008), *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*, IHE, Alberta, Canada.

IMA-AIM – Intermutualistisch Agentschap (2009), « Programma Borstkankerscreening, Vergelijking van de Eerste Drie Rondes, 2001-2002, 2003-2004 en 2005-2006 », Bruxelles.

Institute of Alcohol Studies (2007), « Binge Drinking-Nature, Prevalence and Causes », IAS Fact Sheet, *www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf*.

Institute of Cancer Research (2009), « Prostate Cancer » Fact Sheet, *www.icr.ac.uk/everyman/about/prostate.html*.

Jadwiga, A. Wedzicha et T.A.R. Seemungal (2007), « COPD Exacerbations: Defining their Cause and Prevention », *The Lancet*, vol. 370, pp. 786-796.

Japanese Nursing Association (2009), *Nursing Statistics*, *www.nurse.or.jp/jna/english/statistics/index.html*.

Japanese Pharmaceutical Association (2008), *Annual Report of JPA 2008-2009*, JPA, Tokyo.

Jha, P. *et al.* (2006), « Social Inequalities in Male Mortality, and in Male Mortality from Smoking: Indirect Estimation from National Death Rates in England and Wales, Poland, and North America », *The Lancet*, vol. 368, n° 9533, pp. 367-370.

Johanson, R. (2002), « Has the Medicalisation of Childbirth Gone Too Far? », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, pp. 892-895.

Joumard, I., C. Andre, C. Nicq et O. Chatal (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Document de travail du Département des affaires économiques n° 627, Éditions de l'OCDE, Paris.

Kaikkonen, R. (2007), *TEROKA-Project for Reducing Socioeconomic Health Inequalities in Finland*, Ministry of Social Affairs and Health, *www.teroka.fi*.

Kearney, P. *et al.* (2005), « Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data », *The Lancet*, vol. 365, n° 9455, pp. 217-223.

Keech, M., A.J. Scott et P.J. Ryan (1998), « The Impact of Influenza and Influenza-like Illness on Productivity and Healthcare Resource Utilization in a Working Population », *Occupational Medicine*, vol. 49, pp. 85-90.

Kelley, E. et J. Hurst (2006), « Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 23, Éditions de l'OCDE, Paris.

Khush, K.K., E. Rapaport et D. Waters (2005), « The History of the Coronary Care Unit », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 21, pp. 1041-1045.

Kiely, J., K. Brett, S. Yu et D. Rowley (1995), « Low Birth Weight and Intrauterine Growth Retardation », in L. Wilcox et J. Marks (eds.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, Centers for Disease Control and Preventions, Atlanta, pp. 185-202.

King, H., R.E. Aubert et W.H. Herman (1998), « Global Burden of Diabetes, 1995-2025: Prevalence, Numerical Estimates, and Projections », *Diabetes Care*, vol. 21, n° 9, pp. 1414-1431.

Komajda, M. *et al.* (2003), « The EuroHeart Failure Survey Programme: A Survey on the Quality of Care among Patients with Heart Failure in Europe. Part 2: Treatment », *European Heart Journal*, vol. 24, n° 5, pp. 464-474.

Kovess-Masfety, V. *et al.* (2007), « Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 2, pp. 213-220.

Kunze, U. *et al.* (2007), « Influenza Vaccination in Austria, 1982-2003 », *Wien Med Wochenschr*, vol. 157, n° 5-6, pp. 8-101.

Kwon, J.-K., H. Chun et S. Cho (2009), « A Closer Look at the Increase in Suicide Rates in South Korea from 1986-2005 », *BMC Public Health*, vol. 9, n° 72.

Lafortune, G., G. Balestat *et al.* (2007), « Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and Future Implications », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 26, Éditions de l'OCDE, Paris.

Lagrew, DC. et J.A. Adashek (1998), « Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians' Rates, Risk Factors and Outcomes », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 178, pp. 1207-1214.

Lambie, L., S. Mattke *et al.* (2004), « Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 14, Éditions de l'OCDE, Paris.

Laws, P.J. et L. Hilder (2008), *Australia's Mothers and Babies 2006*, AIHW National Perinatal Statistics Unit, Sydney.

Lee, W.C., Y.E. Chavez *et al.* (2004), « Economic Burden of Heart Failure: A Summary of Recent Literature », *Heart & Lung*, vol. 33, n° 6, pp. 362-371.

Lien, L. (2002), « Are Readmission Rates Influenced by How Psychiatric Services are Organized? », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 56, pp. 23-28.

Lu, J.R. *et al.* (2007), « Horizontal Equity in Health Care Utilization Evidence from Three High-income Asian Économies », *Social Science and Medicine*, vol. 64, pp. 199-212.

Mackenbach, J.P. *et al.* (2008), « Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, pp. 2468-2481.

Mackie, C.O. *et al.* (2009), « Hepatitis B Immunisation Strategies: Timing is Everything », *CMAJ,* vol. 18, n° 2, pp. 196-202.

Marshall, M., S. Leatherman, S. Mattke *et al.* (2004), « Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries », Document technique de l'OCDE sur la santé, n° 16, Éditions de l'OCDE, Paris.

Masoli, M., D. Fabian, S. Holt et R. Beasley (2004), *Global Burden of Asthma*, Global Initiative for Asthma.

Mathers, C. *et al.* (2005), « Counting the Dead and What They Died From: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data », *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 83, n° 3, pp. 171-177, mars.

Mattke, S., E. Kelley, P. Scherer, J. Hurst, M.-L. Gil Lapetra *et al.* (2006), « Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 22, Éditions de l'OCDE, Paris.

Mauri, D., N.P. Polyzos *et al.* (2008), « Multiple-Treatments Meta-Analysis of Chemotherapy and Targeted Therapies in Advanced Breast Cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 100, n° 24, pp. 1745-1747.

McGlynn, E.A. *et al.* (2003), « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 26, pp. 2635-2645.

Melander, A. *et al.* (2006), « Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels », *Diabetologia*, vol. 49, pp. 2024-2029.

Miilunpalo, S. *et al.* (1997), « Self-rated Health Status as a Health Measure: the Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-age Population », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, pp. 90-93.

Miller, A. (2006), « The Impact of Midwifery-Promoting Public Policies on Medical Interventions and Health Outcomes », *Advances in Economic Analysis and Policy*, vol. 6, n° 1, pp. 1-34.

Ministère de la Santé (2007), *Health Targets: Moving towards Healthier Futures 2007/2008*, Wellington.

Minkoff, H. et F.A. Chervenak (2003), « Elective Primary Cesarean Section », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, pp. 946-950.

Moïse, P. (2003), « The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Moïse, P. *et al.* (2003), « OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 3, Éditions de l'OCDE, Paris.

Moon, L. *et al.* (2003), « Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 5, Éditions de l'OCDE, Paris.

Moorman, J.E. *et al.* (2007), « National Surveillance for Asthma – United States, 1980-2004 », *MMWR Surveill Summ*, vol. 56, n° 8, pp. 1-54.

Mori, E. *et al.* (1992), « Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator in Acute Carotid Artery Territory Stroke », *Neurology*, vol. 42, n° 5, pp. 976-982.

National Board of Health and Welfare (2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2008*, Stockholm.

National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), « Position Statement on Lipid Management 2005 ».

NCHS – National Centre for Health Statistics (2007), *Health, United States, 2007*, NCHS, Hyattsville, MD.

NCHS (2009), *Health, United States, 2008*, NCHS, Hyattsville, MD.

NHSBSP – National Health Service Breast Screening Programme (2008), « NHS Breast Screening Programme », *Annual Review 2008*, London.

Nicholson, K.G., R. Snacken et A.M. Palache (1995), « Influenza Immunization Policies in Europe and the United States », *Vaccine*, vol. 13, n° 4, pp. 365-369.

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (1995), « Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke », *New England Journal of Medicine*, vol. 333, n° 24, pp. 1581-1587.

NOMESCO (2004), « Equal Access to Care », *Health Statistics in the Nordic Countries 2002*, NOMESCO, Copenhague.

NOMESCO (2007), *Health Statistics in the Nordic Countries 2005*, NOMESCO, Copenhague.

OCDE (1985), *La santé en chiffres, 1960-1983*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2003a), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2003b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Corée*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004a), « Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux : un nouveau défi pour les responsables politiques des pays de l'OCDE », *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004b), *L'assurance maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004c), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2005a), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2005b), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Finlande*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2005c), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Mexique*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007a), « Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés », *Perspectives des migrations internationales*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007b), *Panorama des régions de l'OCDE 2007*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007c), « Patient Safety Data Systems in the OECD: A Report of a Joint Irish Department of Health – OECD Conference », *www.oecd.org/dataoecd/12/4/38705981.pdf*.

OCDE (2007d), *Les pensions dans les pays de l'OCDE – Panorama des politiques publiques*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008a), *Étude économique de l'OCDE : République tchèque*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008b), *Étude économique de l'OCDE : Danemark*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008c), *Étude économique de l'OCDE : États-Unis*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008d), *Les prix des médicaments sur un marché global*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008e), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009a), *Assurer le bien-être des enfants*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009b), *Perspectives économiques de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris, juin.

OCDE (2009c), *Études économiques de l'OCDE : Grèce*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009d), *Études économiques de l'OCDE : Royaume-Uni*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009e), *Panorama des régions de l'OCDE 2007*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009f), *Eco-Santé OCDE 2009 – Statistiques et indicateurs pour 30 pays*, en ligne et sur CD-Rom, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE et Banque mondiale (2008), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Turquie*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE et OMS (2006), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE et OMS (2009), « La migration internationale des personnels de santé », *Synthèses*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE/Forum international des transports (FIT) (2008), *Évolution des Transports 1970-2006*, OCDE/FIT, Paris.

Office of Management and Budget (2009), « A New Era of Responsibility – The 2010 Budget », Washington, DC.

Ohmi, H., K. Hirooka, A. Hata et Y. Mochizuki (2001), « Recent Trend of Increase in Proportion of Low Birth Weight Infants in Japan », *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, pp. 1269-1271.

Ollendorf, D.A. *et al.* (1998), « Potential Economic Benefits of Lower-Extremity Amputation Prevention Strategies in Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 21, n° 8, pp. 1240-1245.

OMS – Organisation mondiale de la santé (1996), *Health Behaviour in School-aged Children: A World Health Organisation Cross-national Study (1993/94)*, Bureau regional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

OMS (2000), « Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation », WHO Technical Report Series n° 894, OMS, Genève.

OMS (2001), « La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs », *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, OMS, Genève.

OMS (2002), *Rapport sur la santé dans le monde 2002*, OMS, Genève.

OMS (2003), *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle – L'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, OMS, Genève.

OMS (2004a), « Vaccins anti-hépatite B », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 28, pp. 253-264.

OMS (2004b), *WHO Global Status Report on Alcohol 2004*, OMS, Genève.

OMS (2005), « Journée mondiale du diabète : La moitié des amputations chez les diabétiques pourraient être évitées », OMS/Fédération internationale du diabète, Communiqué de presse, 11 novembre 2005, Genève.

OMS (2006), *Health Statistics and Health Information Systems. Projections of Mortality and Burden of Disease to 2030*, OMS, *www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html*.

OMS (2008a), *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009*, 1re édition, OMS, Genève.

OMS (2008b), *Statistiques sanitaires mondiales 2008*, OMS, Genève.

OMS (2009a), *Aide-mémoire n° 204 de l'OMS sur l'hépatite B*, OMS, Genève.

OMS (2009b), *Vaccins contre le nouveau virus grippal A(H1N1)*, *www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/fr/index.html*.

OMS (2009c), *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : Il est temps d'agir*, OMS, Genève.

OMS Europe (2007), « Prevalence of Excess Body Weight and Obesity in Children and Adolescents », Fact Sheet n° 2.3, European Environment and Health Information System.

ONS – Osservatorio Nazionale Screening (2008), *The National Centre for Screening Monitoring, Sixth Report*, ONS, Florence.

ONUsida – Joint United Nations Programme in HIV/AIDS (2008), *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2008*, UNAIDS, Genève.

Or, Z. (2000), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality across OECD Countries », Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 46, Éditions de l'OCDE, Paris.

Or, Z., F. Jusot et E. Yilmaz (2008), « Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use », Document de travail de l'IRDES n° 17, Paris.

Orosz, E. et D. Morgan (2004), « SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 16, Éditions de l'OCDE, Paris.

Parikh, N.I. *et al.* (2009), « Long-Term Trends in Myocardial Infarction Incidence and Case Fatality in the National Heart, Lung, and Blood Institute's Framingham Heart Study », *Circulation*, 10 mars, pp. 1203-1210.

Peden, M. *et al.* (dir. publ.) (2004), *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Petersen, P.E. (2008), « World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health-World Health Assembly 2007 », *International Dental Journal*, vol. 58, pp. 115-121.

Poos, M.J.J.C. *et al.* (2008), *Cost of Illness in the Netherlands 2005*, RIVM, Bilthoven.

Ram, F.S., J.A. Wedzicha *et al.* (2004), « Hospital at Home for Patients with Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review of Evidence », *British Medical Journal*, vol. 329, pp. 315-320.

Rasmussen, M. *et al.* (2006), « Determinants of Fruit and Vegetable Consumption among Children and Adolescents: A Review of the Literature. Part 1: Quantitative Studies », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 3, n° 22.

Raymond, I., F. Pedersen *et al.* (2003), « Prevalence of Impaired Left Ventricular Systolic Function and Heart Failure in a Middle-Aged and Elderly Urban Population Segment of Copenhagen », *Heart*, vol. 89, n° 12, pp. 1422-1429.

Rehm, J. *et al.* (2009), « Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder », *The Lancet*, vol. 373, pp. 2223-2233.

Retzlaff-Roberts, D., C. Chang et R. Rubin (2004), « Technical Efficiency in the Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries », *Health Policy*, vol. 69, pp. 55-72.

RIVM – National Institute for Public Health and the Environment (2008), *Dutch Health Care Performance Report*, Bilthoven.

Sachs, B.P., C. Kobelin, M.A. Castro et F. Frigoletto (1999), « The Risks of Lowering the Cesarean-delivery Rate », *New England Journal of Medicine*, vol. 340, pp. 54-57.

Sandvik, C. *et al.* (2005), « Personal, Social and Environmental Factors Regarding Fruit and Vegetable Consumption Intake among Schoolchildren in Nine European Countries », *Annals of Nutrition and Metabolism*, vol. 49, n° 4, pp. 255-266.

Sant, M. *et al.* (2009), « EUROCARE-4. Survival of Cancer Patients Diagnosed in 1995-1999. Results and Commentary », *European Journal of Cancer*, vol. 45, n° 6, pp. 931-991.

Sarti, C. *et al.* (2003), « Are Changes in Mortality from Stroke Cause by Changes in Stroke Event Rates or Case Fatality? Results from the WHO MONICA Project », *Stroke*, vol. 34, pp. 1833-1840.

Sassi, F., M. Devaux, J. Church, M. Cecchini et F. Borgonovi (2009a), « Education and Obesity in Four OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 46, Éditions de l'OCDE, Paris.

Sassi, F., M. Devaux, M. Cecchini et E. Rusticelli (2009b), « The Obesity Epidemic: Analysis of Past and Projected Future Trends in Selected OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 45, Éditions de l'OCDE, Paris.

Sears, M.R. *et al.* (2003), « A Longitudinal, Population-based Cohort Study of Childhood Asthma Followed to Adulthood », *N Engl J Med*, vol. 349, n° 15, pp. 1414-1422.

Secretary of State for Health (2002), *Delivering the NHS Plan: Next Steps on Investment, Next Steps on Reform*, The Stationery Office, Londres.

Seenan, P., M. Long et P. Langhorne (2007), « Stroke Units in Their Natural Habitat: Systematic Review of Observational Studies », *Stroke*, vol. 38, pp. 1886-1892.

SEER – Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (2009), *Cancer Statistics Review, 1975-2006*, National Cancer Institute, *www.seer.cancer.gov,* consulté le 18 août 2009.

Shafey, O. *et al.* (2009), *The Tobacco Atlas*, 3e édition, American Cancer Society, Atlanta.

Shield, M. (2004), « Addressing Nurse Shortages: What Can Policy Makers Learn from the Econometric Evidence on Nurse Labour Supply? », *The Economic Journal*, vol. 114, pp. F464-F498.

Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 7, Éditions de l'OCDE, Paris.

Simoens, S. et J. Hurst (2006), « The Supply of Physician Services in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 21, Éditions de l'OCDE, Paris.

Singleton, J.A. *et al.* (2000), « Influenza, Pneumococcal, and Tetanus Toxoid Vaccination of Adults – United States, 1993-1997 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 49, n° SS-9, pp. 39-63.

Smith-Bindman, R., D.L. Miglioretti et E.B. Larson (2008), « Rising Use of Diagnostic Medical Imaging in a Large Inegrated Health System », *Health Affairs*, vol. 27, n° 6, pp. 1491-1502.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada *et al.* (2008), « Joint Policy Statement on Normal Childbirth », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 30, n° 12, pp. 1163-1165.

SOLVD Investigators (1991), « Effect of Enalapril on Survival in Patients with Reduced Left Ventricular Ejection Fractions and Congestive Heart Failure », *New England Journal of Medicine*, vol. 325, pp. 293-302.

Starfield, B. *et al.* (2005), « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, pp. 457-502.

Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997), « How Do Stroke Units Improve Patient Outcomes? A Collaborative Systematic Review of the Randomized Trials », *Stroke*, vol. 28, n° 11, pp. 2139-2144.

Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare (2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2008*, Stockholm.

Szucs, T. (2004), « Medical Economics in the Field of Influenza: Past, Present and Future », *Virus Research*, vol. 103, pp. 25-30.

Taggart, D. (2009), « PCI or CABG in Coronary Artery Disease? », *The Lancet*, vol. 373, pp. 1190-1197.

Taylor, R., K. Arnett et S. Begg (2008), *BreastScreen Aotearoa, Independent Monitoring Report January-June, 2007*, School of Population Health, University of Queensland, Brisbane.

Thompson, D. et A.M. Wolf (2001), « The Medical-Care Burden of Obesity », *Obesity Reviews*, n° 2, International Association for the Study of Obesity, pp. 189-197.

Tisdalea, J.E., M.B. Huang et C. Borzak (2004), « Risk Factors for Hypertensive Crisis: Importance of Out-Patient Blood Pressure Control », *Family Practice*, vol. 21, pp. 420-424.

Tu, J.V. *et al.* (2009), « National Trends in Rates of Death and Hospital Admissions Related to Acute Myocardial Infarction, Heart Failure and Stroke, 1994-2004 », *CMAJ*, vol. 180, n° 13, pp. E118-E125.

Tunstall-Pedoe, H. (2003), « MONICA's Quarter Century », *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 10, n° 6, pp. 409-410.

Tuomilehto, J. *et al.* (2001), « Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance », *New England Journal of Medicine*, vol. 344, pp. 1343-1350.

UNICEF et OMS (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.

Union européenne (2003), « Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/879/EC) », *Journal officiel de l'Union européenne*, L327, vol. 46, 16 décembre 2003, pp. 34-38.

USITC – United States International Trade Commission (2009), *Recent Trends in US Services Trade – 2009 Annual Report*, Publication n° 4084, USITC, Washington, DC.

USPSTF – US Preventive Services Task Force (2008), « Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement », *Ann Int Med*, vol. 149, pp. 627-637.

USRDS – US Renal Data System (2008), 2008 *Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.

van Doorslaer, E. *et al.* (2004), « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 14, Éditions de l'OCDE, Paris.

van Doorslaer, E. *et al.* (2008), « Horizontal Inequities in Australia's Mixed Public/Private Health Care System », *Health Policy*, vol. 86, pp. 97-108.

Verdecchia, A. *et al.* (2007), « Recent Cancer Survival in Europe: A 2000-02 Period Analysis of EUROCARE-4 Data », *The Lancet Oncology*, vol. 8, pp. 784-796.

Villar, J. *et al.* (2006), « Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America », *The Lancet*, vol. 367, pp. 1819-1829.

Vogler, S. *et al.* (2008), « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report », Report Commissioned by the European Commission (DG Sanco) and the Austrian Federal Ministry of Health, Family and Youth, Vienne.

Wahlgren, N. *et al.* (2007), « Thrombolysis with Alteplase for Acute Ischaemic Stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): An Observational Study », *The Lancet*, vol. 369, pp. 275-282.

Wardlaw, J.M., P.A.G. Sandercock et E. Berge (2003), « Thrombolytic Therapy with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. Where Do We Go From Here? A Cumulative Meta-Analysis », *Stroke*, vol. 34, pp. 1437-1443.

Wedzicha, J.A. et T.A.R. Seemungal (2007), « COPD Exacerbations: Defining their Cause and Prevention », *The Lancet*, vol. 370, pp. 786-796.

Weisfeldt, M.L. et S.J. Zieman (2007), « Advances in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease », *Health Affairs*, vol. 26, pp. 25-37.

Westert, G.P. *et al.* (dir. publ.) (2008), *Dutch Health Care Performance Report 2008*, RIVM National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven.

Woods, L.M., B. Rachet et M.P. Coleman (2006), « Origins of Socio-economic Inequalities in Cancer Survival: A Review », *Annals of Oncology*, vol. 17, n° 1, pp. 5-19.

Xu, K. *et al.* (2007), « Protecting Households From Catastrophic Health Spending », *Health Affairs*, vol. 26, pp. 972-983.

ANNEXE A

Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les caractéristiques des systèmes de santé, et les dépenses de santé et le financement

Tableau A.1. **Population totale en milieu d'année, en milliers, 1960 à 2007**

	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Allemagne[1]	55 585	60 651	61 566	63 254	82 160	82 257
Australie	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	21 017
Autriche	7 047	7 467	7 549	7 718	8 110	8 315
Belgique	9 153	9 656	9 859	9 967	10 251	10 623
Canada	17 870	21 297	24 516	27 698	30 689	32 976
Corée	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 456
Danemark	4 581	4 929	5 123	5 141	5 340	5 457
Espagne	30 256	33 859	37 527	38 851	40 264	44 873
États-Unis	180 671	205 052	227 225	249 623	282 194	301 621
Finlande	4 430	4 606	4 779	4 986	5 176	5 289
France	45 684	50 772	53 880	56 709	59 049	61 707
Grèce	8 327	8 793	9 642	10 089	10 917	11 193
Hongrie	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 056
Irlande	2 834	2 950	3 401	3 503	3 790	4 339
Islande	176	205	228	255	281	311
Italie	48 967	52 771	55 657	56 737	57 189	58 880
Japon	93 419	103 720	117 060	123 611	126 926	127 771
Luxembourg	315	340	365	384	436	476
Mexique	. .	50 785	67 384	83 971	98 439	105 791
Norvège	3 585	3 879	4 086	4 241	4 491	4 709
Nouvelle-Zélande	2 377	2 820	3 144	3 363	3 858	4 228
Pays-Bas	11 486	13 039	14 150	14 951	15 926	16 382
Pologne	29 561	32 526	35 578	38 031	38 256	38 121
Portugal	9 077	8 663	9 819	9 873	10 229	10 604
République slovaque	3 994	4 528	4 984	5 298	5 401	5 398
République tchèque	9 660	9 805	10 327	10 362	10 272	10 323
Royaume-Uni	52 373	55 632	56 330	57 237	58 886	60 975
Suède	7 480	8 043	8 311	8 559	8 872	9 148
Suisse	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 550
Turquie	27 506	35 321	44 439	56 156	67 420	70 586
OCDE	**717 013**	**853 376**	**946 778**	**1 027 588**	**1 128 378**	**1 179 432**

1. Les chiffres de la population allemande concernent l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722743700751

Tableau A.2. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2007**

	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Allemagne	10.8	13.2	15.5	15.3	17.2	20.2
Australie	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.1
Autriche	12.2	14.1	15.4	15.1	15.5	17.0
Belgique	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.1
Canada	7.6	8.0	9.4	11.3	12.6	13.4
Corée	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	9.9
Danemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	15.5
Espagne	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.6
États-Unis	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	12.6
Finlande	7.3	9.1	12.0	13.4	14.9	16.5
France	11.6	12.9	13.9	14.1	16.1	16.4
Grèce	8.1	11.1	13.1	14.0	16.6	18.6
Hongrie	9.0	11.5	13.4	13.4	15.1	16.1
Irlande	10.9	11.2	10.7	11.4	11.2	10.8
Islande	8.1	8.9	9.9	10.6	11.6	11.5
Italie	9.0	10.5	12.9	14.6	17.7	19.7
Japon	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	21.5
Luxembourg	10.8	12.6	13.6	13.4	14.1	14.0
Mexique	. .	4.6	4.3	4.1	4.7	5.5
Norvège	10.9	12.9	14.8	16.3	15.2	14.6
Nouvelle-Zélande	8.7	8.4	9.7	11.1	11.8	12.5
Pays-Bas	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	14.6
Pologne	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.4
Portugal	. .	9.1	11.4	13.6	16.4	17.3
République slovaque	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	11.9
République tchèque	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	14.5
Royaume-Uni	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	16.0
Suède	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.4
Suisse	10.7	11.8	14.3	15.0	15.8	16.3
Turquie	3.5	4.4	4.7	4.5	5.4	7.1
OCDE	**9.0**	**10.1**	**11.7**	**12.5**	**13.8**	**14.7**

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722750522873

Tableau A.3. **Taux de fécondité, nombre d'enfants par femme âgée de 15 à 49 ans, 1960 à 2006**

	1960	1970	1980	1990	2000	2006
Allemagne	2.4	2.0	1.6	1.5	1.4	1.3
Australie	3.5	2.9	1.9	1.9	1.8	1.8
Autriche	2.7	2.3	1.7	1.5	1.4	1.4
Belgique	2.6	2.3	1.7	1.6	1.7	1.8
Canada	3.9	2.3	1.7	1.7	1.5	1.5
Corée	6.0	4.5	2.8	1.6	1.5	1.1
Danemark	2.5	2.0	1.6	1.7	1.8	1.9
Espagne	2.9	2.9	2.2	1.4	1.2	1.4
États-Unis	3.7	2.5	1.8	2.1	2.1	2.1
Finlande	2.7	1.8	1.6	1.8	1.7	1.8
France	2.7	2.5	2.0	1.8	1.9	2.0
Grèce	2.3	2.4	2.2	1.4	1.3	1.4
Hongrie	2.0	2.0	1.9	1.8	1.3	1.4
Irlande	3.8	3.9	3.2	2.1	1.9	1.9
Islande	4.3	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1
Italie	2.4	2.4	1.7	1.4	1.3	1.4
Japon	2.0	2.1	1.8	1.5	1.4	1.3
Luxembourg	2.3	2.0	1.5	1.6	1.8	1.6
Mexique	7.3	6.8	5.0	3.4	2.7	2.2
Norvège	2.9	2.5	1.7	1.9	1.9	1.9
Nouvelle-Zélande	4.2	3.2	2.0	2.2	2.0	2.0
Pays-Bas	3.1	2.6	1.6	1.6	1.7	1.7
Pologne	3.0	2.2	2.3	2.0	1.4	1.3
Portugal	3.1	2.8	2.2	1.6	1.6	1.4
République slovaque	3.1	2.4	2.3	2.1	1.3	1.2
République tchèque	2.1	1.9	2.1	1.9	1.1	1.3
Royaume-Uni	2.7	2.4	1.9	1.8	1.6	1.8
Suède	2.2	1.9	1.7	2.1	1.6	1.9
Suisse	2.4	2.1	1.6	1.6	1.5	1.4
Turquie	6.4	5.0	4.6	3.1	2.3	2.2
OCDE	**3.2**	**2.7**	**2.1**	**1.9**	**1.6**	**1.7**

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722765117174

Tableau A.4. **PIB par habitant en 2007 et taux de croissance annuel moyen, 1970 à 2007**

	PIB par habitant, USD PPA	Taux de croissance annuel moyen (en termes réels)			
	2007	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2007
Allemagne	34 393	2.7	2.1	0.3	1.2
Australie	37 808	1.3	1.4	2.4	2.0
Autriche	37 121	3.5	1.9	2.0	1.7
Belgique	35 380	3.2	1.9	1.9	1.5
Canada	38 500	2.6	1.6	1.9	1.6
Corée	24 801	5.4	7.5	5.1	4.2
Danemark	35 978	1.9	2.0	2.2	1.3
Espagne	31 586	2.6	2.6	2.4	1.8
États-Unis	45 559	2.2	2.3	2.0	1.4
Finlande	34 698	3.3	2.6	1.6	2.8
France	32 684	3.0	1.9	1.5	1.1
Grèce	28 423	3.6	0.2	1.5	3.9
Hongrie	18 754	. .	. .	. .	4.0
Irlande	45 214	3.3	3.3	6.2	3.6
Islande	35 696	5.3	1.6	1.5	2.7
Italie	30 794	3.2	2.2	1.5	0.7
Japon	33 603	3.2	3.4	1.0	1.5
Luxembourg	59 484	. .	. .	. .	1.5
Mexique	13 989	3.8	–0.1	1.8	1.4
Norvège	53 443	4.1	2.1	3.1	1.7
Nouvelle-Zélande	27 140	0.7	1.2	1.5	2.1
Pays-Bas	39 213	2.2	1.8	2.5	1.5
Pologne	16 089	. .	. .	3.7	4.1
Portugal	22 824	3.5	3.2	2.5	0.6
République slovaque	20 073	. .	. .	. .	6.2
République tchèque	24 027	. .	. .	0.3	4.4
Royaume-Uni	35 557	1.8	2.6	2.2	2.1
Suède	36 632	1.6	1.9	1.6	2.3
Suisse	40 877	1.0	1.6	0.4	1.1
Turquie	13 604	. .	. .	1.7	4.2
OCDE	**32 798**	**2.9**	**2.2**	**2.1**	**2.3**

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722775272118

Tableau A.5. **Couverture par l'assurance maladie primaire de base pour une sélection de services, et part des coûts habituellement couverts, 2008-09**

	Soins hospitaliers aigus	Soins ambulatoires – généralistes et spécialistes	Pharmacie	Soins dentaires
Allemagne	Copaiement, ~100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %
Australie	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Non couvert
Autriche	Copaiement, 76-99 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Pas de copaiement, 100 %
Belgique	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %
Canada	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 51-75 %	Non couvert
Corée	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %
Danemark	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 1-50 %
Espagne	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Non couvert
États-Unis	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 76-99 %
France	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 1-50 %
Grèce	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 1-50 %
Hongrie	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 100 %[1]
Irlande	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	n.d.	Non couvert
Islande	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %
Italie	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 76-99 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement
Japon	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 51-75 %
Luxembourg	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %
Mexique	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %
Norvège	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Non couvert
Nouvelle-Zélande	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 76-99 %	Non couvert
Pays-Bas	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 1-50 %
Pologne	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 51-75 %	Pas de copaiement, 100 %[1]
Portugal	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 1-50 %	Pas de copaiement, 1-50 %[1]
République slovaque	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %
République tchèque	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 1-50 %
Royaume-Uni	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %
Suède	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 51-75 %	Copaiement, 1-50 %
Suisse	Copaiement, ~100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Non couvert
Turquie	Pas de copaiement, 100 %	Copaiement, 76-99 %	Copaiement, 76-99 %	Pas de copaiement, 100 %

n.d.: Non disponible.

1. Dans certains pays, les soins dentaires de base sont couverts en principe par les régimes publics, mais la plupart des soins sont fournis par le secteur privé.

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722787220564

Tableau A.6. **Lits de soins aigus en hôpitaux publics et privés, 2008-09**

Pourcentage

	Hôpitaux publics	Hôpitaux privés à but non lucratif	Hôpitaux privés à but lucratif
Allemagne	49	36	15
Australie	70	14	16
Autriche	73	19	9
Belgique	34	66	–
Canada	100	–	–
Corée	10	65	25
Danemark	100	–	–
Espagne	74	17	9
États-Unis	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	89	–	11
France	66	9	25
Grèce	69	3	28
Hongrie	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	n.d.	n.d.	n.d.
Islande	100	–	–
Italie	82	17	2
Japon	26	74	–
Luxembourg	68	29	3
Mexique	65	–	35
Norvège	99	1	–
Nouvelle-Zélande	81	10	10
Pays-Bas	–	100	–
Pologne	95	–	5
Portugal	86	7	8
République slovaque	60	–	40
République tchèque	91	–	9
Royaume-Uni	96	4	–
Suède	98	–	2
Suisse	83	5	13
Turquie	90	–	11

n.d.: Non disponible. La somme des données peut être différente de 100% du fait des arrondis.

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722837606726

Tableau A.7. **Mode prédominant de paiement des médecins dans les pays de l'OCDE**

	Généralistes	Spécialistes de ville	Spécialistes hospitaliers
Allemagne	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Australie	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Autriche	Paiement à l'acte/Capitation	Paiement à l'acte	Salaire
Belgique	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Canada	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Corée	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire
Danemark	Paiement à l'acte/Capitation	Salaire	Salaire
Espagne	Salaire/Capitation	Salaire	Salaire
États-Unis	Salaire/Capitation/Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Finlande	Salaire	Salaire	Salaire
France	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Grèce	Salaire	Paiement à l'acte/Salaire	Salaire
Hongrie	Capitation	Salaire	n.d.
Irlande	Capitation	Paiement à l'acte	Salaire
Islande	Salaire	Paiement à l'acte	Salaire
Italie	Capitation	Salaire	Salaire
Japon	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Salaire
Luxembourg	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Mexique	Salaire	Salaire	Salaire
Norvège	Paiement à l'acte/Capitation	Paiement à l'acte/Salaire	Salaire
Nouvelle-Zélande	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire
Pays-Bas	Paiement à l'acte/Capitation	n.d.	Paiement à l'acte
Pologne	Capitation	Paiement à l'acte	n.d.
Portugal	Salaire	Salaire	n.d.
République slovaque	Capitation	n.d.	Salaire
République tchèque	Paiement à l'acte/Capitation	Paiement à l'acte/Salaire	Salaire
Royaume-Uni	Salaire/Capitation/Paiement à l'acte	Salaire	Salaire
Suède	Salaire	Salaire	n.d.
Suisse	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.d.
Turquie	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire

n.d.: Non disponible.
Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE, 2008-2009.

Tableau A.8. **Dépenses totales de santé par habitant, USD PPA, 1980 à 2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Allemagne	971	1 768	2 275	2 671	3 348	3 464	3 588
Australie	644	1 203	1 610	2 271	2 983	3 137	
Autriche	783	1 618	2 216	2 824	3 472	3 608	3 763
Belgique	643	1 357	1 853	2 377	3 301	3 356e	3 595e
Canada	780	1 738	2 057	2 516	3 464	3 696	3 895
Corée	107	357	525	809	1 296	1 491	1 688
Danemark	896	1 544	1 871	2 378	3 152	3 357	3 512
Espagne	363	872	1 193	1 536	2 267	2 466	2 671
États-Unis	1 091	2 810	3 748	4 704	6 558	6 933	7 290
Finlande	571	1 366	1 481	1 853	2 590	2 709	2 840
France	668	1 449	2 101	2 542	3 303	3 423	3 601
Grèce	491	853	1 263	1 449	2 352	2 547	2 727
Hongrie		577 1991	660	852	1 411	1 457	1 388
Irlande	513	791	1 203	1 805	2 831	3 001	3 424
Islande	755	1 666	1 909	2 736	3 304	3 207	3 319
Italie		1 359	1 538	2 052	2 536	2 673	2 686
Japon	585	1 125	1 551	1 967	2 474	2 581	
Luxembourg			1 910	2 553	4 021	4 162e	
Mexique		296	386	508	724	777	823
Norvège	668	1 369	1 862	3 039	4 301	4 507	4 763
Nouvelle-Zélande	509	990	1 245	1 605	2 253	2 435	2 510
Pays-Bas	728	1 416	1 798	2 337	3 450e	3 611e	3 837e
Pologne		289	411	583	857	920	1 035
Portugal	276	636	1 035	1 509	2 098	2 150	
République slovaque			564 1997	603	1 139	1 322	1 555
République tchèque		559	899	980	1 455	1 513	1 626
Royaume-Uni	470	963	1 349	1 833	2 693	2 885	2 992
Suède	946	1 596	1 745	2 283	2 958	3 124	3 323
Suisse	1 017	2 033	2 568	3 217	4 015	4 165	4 417e
Turquie	70	155	173	432	618		
Moyenne OCDE	**632**	**1 170**	**1 500**	**1 961**	**2 707**	**2 843**	**2 984**

| Rupture de série.
e : Estimation préliminaire.
Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/722876717061

Tableau A.9. **Dépenses publiques de santé par habitant, USD PPA, 1980 à 2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Allemagne	764	1 347	1 856	2 128	2 577	2 660	2 758
Australie	404	796	1 059	1 524	2 011	2 124	
Autriche	539	1 187	1 638	2 169	2 644	2 737	2 875
Belgique[1]			1 317	1 673	2 377	2 426e	2 601e
Canada	590	1 296	1 468	1 770	2 434	2 580	2 726
Corée	22	130	191	363	675	814	927
Danemark	787	1 277	1 544	1 961	2 639	2 823	2 968
Espagne	290	687	861	1 100	1 600	1 757	1 917
États-Unis	445	1 102	1 683	2 033	2 915	3 132	3 307
Finlande	451	1 105	1 067	1 317	1 903	2 022	2 120
France	535	1 109	1 674	2 018	2 618	2 709	2 844
Grèce	273	458	657	870	1 414	1 580	1 646
Hongrie		515 1991	554	602	1 020	1 058	980
Irlande	421	568	865	1 326	2 193	2 326	2 762
Islande	666	1 443	1 602	2 218	2 688	2 628	2 739
Italie		1 080	1 088	1 488	1 933	2 054	2 056
Japon	417	873	1 288	1 598	2 046	2 097	
Luxembourg			1 766	2 280	3 625	3 782e	
Mexique		120	163	236	329	344	372
Norvège	569	1 134	1 569	2 507	3 593	3 776	4 005
Nouvelle-Zélande	447	816	961	1 252	1 755	1 898	1 898
Pays-Bas[1]	505	949	1 278	1 474	2 087e	2 731e	2 871e
Pologne		265	299	408	594	643	733
Portugal	178	417	648	1 095	1 505	1 538	
République slovaque			517 1997	539	848	903	1 040
République tchèque		545	817	885	1 289	1 332	1 385
Royaume-Uni	420	804	1 132	1 454	2 206	2 367	2 446
Suède	875	1 434	1 512	1 938	2 415	2 548	2 716
Suisse		1 065	1 375	1 783	2 388	2 463	2 618e
Turquie	21	95	122	272	441		
Moyenne OCDE	**458**	**838**	**1 086**	**1 409**	**1 959**	**2 076**	**2 176**

1. Dépenses courantes publiques.
| Rupture de série.
e : Estimation préliminaire.
Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/723062477686

Tableau A.10. **Croissance des dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, 1997 à 2007**

	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Allemagne	2.1	2.7	3.0	2.5	1.7	1.2	–1.0	1.8	1.9	1.5
Australie	4.5[1]	4.9	4.5	4.3	4.4	1.5	4.6	0.9	1.9	
Autriche	5.3	4.5	1.7	1.7	2.5	2.1	3.0	1.7	1.4	1.7
Belgique	3.0	5.9	3.9	1.7	3.7	5.1[1]	6.5	2.9[1]	–0.7	3.8
Canada	6.2	3.1	3.6	6.1	5.1	2.9	2.1	2.7	3.4	2.6
Corée	–6.0	14.7	15.5	14.9	3.6	7.8	5.2	11.7	11.4	10.3
Danemark	3.9	4.0	0.7	4.0	2.5	3.1[1]	3.7	2.6	4.4	2.7
Espagne	3.9	3.3[1]	2.7	2.9	1.4	1.8[1]	2.1	3.1	3.2	3.0
États-Unis	3.3	3.5	3.5	4.9	6.1	5.1	2.9	2.5	2.4	2.4
Finlande	0.9	4.2	2.6	4.7	6.7	6.3	4.6	5.1	2.8	2.1
France	2.1	3.0	2.5	2.4	3.5	3.9	2.8	2.2	0.8	1.5
Grèce	2.0	6.0	11.1[1]	16.1	6.5	3.9	0.7	11.8	5.2	4.2
Hongrie	3.1[1]	5.0	2.3	7.6	10.5	6.3[1]	2.0	7.7	1.3	–7.3
Irlande	4.2	9.9	8.4	15.2	7.6	5.0	6.1	1.0	1.2	9.6
Islande	15.7	11.1	1.5	0.8	7.9	4.7[1]	1.5	1.4	–1.7	3.3
Italie	2.2	2.2	7.1	3.4	1.8	0.1	5.1	2.9	2.2	–2.2
Japon	1.9	3.2	4.6	3.3	0.4	2.8	2.1	3.4	1.0	
Luxembourg	5.0	7.9	5.0	7.9	8.7	9.1[1]	9.5	–2.5	–2.3	
Mexique	7.5[1]	6.8	4.5	5.9	2.8	3.2	3.6	2.4	4.0	3.2
Norvège	12.4	2.2	–7.4	6.1	12.3	2.7	–0.5	–3.9	–3.5	5.2
Nouvelle-Zélande	5.6	3.1	2.9	4.4	7.4	0.0	8.4	9.1	3.9	0.9
Pays-Bas	2.4[1]	4.3	1.5	5.5	6.3	5.1[1]	3.9	0.4	2.2	3.8
Pologne	10.6	1.5	0.4	7.4	4.9[1]	2.4	4.7	3.8	6.1	12.1
Portugal	1.4	6.9	4.0[1]	1.0	2.0	6.3	3.8	2.3	–1.2	
République slovaque	1.9	1.7	–3.2	4.0	7.0	8.3	6.2[1]	4.1	12.9	16.5
République tchèque	–1.2	0.4	2.8[1]	5.1	8.2	4.6[1]	0.9	5.4	2.6	3.5
Royaume-Uni	4.1	6.8	5.4	5.3	6.2	5.1	5.9	3.7	4.9	1.9
Suède	5.3	5.6	4.0	5.0[1]	5.9	2.7	1.4	2.5	2.6	1.9
Suisse	3.6	2.1	2.5	4.9	2.7	2.2	2.2	1.3	–0.9	2.1
Turquie	16.1	12.6[1]	9.1	4.3	10.5	6.3	7.1	2.7		
Moyenne OCDE	**4.4**	**5.1**	**3.7**	**5.4**	**5.4**	**4.0**	**3.7**	**3.2**	**2.5**	**3.6**

1. Taux ajustés. Voir « Définition et écarts » pour l'indicateur 7.1 « Dépenses de santé par habitant ».

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/723111346440

Tableau A.11. **Croissance des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels, 1997 à 2007**

	1997/98	1998/99	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07
Allemagne	1.2	2.3	2.9	2.1	1.6	0.6	–3.2	1.8	1.7	1.6
Australie	7.5[2]	8.2	2.5	2.7	5.5	1.2	5.5	1.4	2.4	
Autriche	5.7	5.6	1.8	0.7	2.1	1.8	3.2	2.3	1.1	2.4
Belgique[1]	2.3	5.4	4.1	3.7	0.9	4.4[2]	7.9	3.8[2]	–0.4	3.9
Canada	6.9	2.2	4.1	5.5	4.5	3.9	2.1	2.8	2.7	2.9
Corée	3.5	16.9	10.8	32.4	1.4	6.0	7.2	14.6	16.8	11.0
Danemark	3.6	4.3	0.9	4.3	2.8	3.1[2]	3.4	2.6	4.9	3.2
Espagne	3.5	2.8[2]	2.1	2.3	1.5	1.9[2]	2.3	3.2	4.2	3.8
États-Unis	0.7	2.5	3.8	7.2	5.9	4.7	3.7	2.9	4.1	2.8
Finlande	0.3	3.7	2.0	5.9	7.4	6.6	5.3	5.8	4.5	2.1
France	1.9	2.9	2.4	2.4	3.8	3.6	2.7	2.1	0.7	1.3
Grèce	0.5	8.8	13.2[2]	17.5	1.7	7.1	–0.4	13.7	8.6	1.4
Hongrie	1.3[2]	1.7	0.0	4.9	12.5	7.0[2]	1.4	7.6	1.7	–9.8
Irlande	4.0	8.9	9.0	16.1	10.2	7.6	6.6	0.2	1.2	14.1
Islande	13.4	13.5	0.1	0.7	9.1	5.0[2]	0.9	1.5	–1.0	4.0
Italie	1.5	2.8	9.8	6.5	1.6	0.1	7.2	3.3	3.0	–2.6
Japon	1.0	3.6	4.9	3.8	0.1	2.8	2.5	4.6	–0.7	
Luxembourg	4.9	4.9	4.4	6.2	11.6	10.8[2]	9.9	–2.5	–1.6	
Mexique	13.8[2]	10.9	1.8	2.1	0.5	3.8	8.9	0.4	1.1	5.4
Norvège	13.7	2.6	–7.5	7.4	12.2	3.0	–0.7	–3.9	–3.2	5.6
Nouvelle-Zélande	5.3	3.7	3.6	2.3	9.5	0.6	6.9	10.0	4.0	
Pays-Bas[1]	2.5[2]	2.0	2.1	5.0	5.7	3.7[2]	1.6	1.5		2.7
Pologne	0.5	10.4	–1.1	10.3	5.5[2]	0.6	2.7	4.9	7.0	12.2
Portugal	3.6	7.7	3.6[2]	–0.5	3.1	7.8	2.0	1.9	–1.5	
République slovaque	1.8	–0.5	–3.5	3.9	6.7	7.4	6.2[2]	5.0	3.7	14.0
République tchèque	–1.0	0.4	2.5[2]	4.5	9.0	4.6[2]	0.1	4.8	1.9	0.2
Royaume-Uni	4.1	7.1	3.7	6.2	6.1	5.4	7.8	4.1	5.0	1.5
Suède	5.2	5.5	3.0	4.6[2]	6.2	3.3	0.5	2.3	2.5	2.0
Suisse	3.0	3.0	3.0	7.7	4.1	3.3	2.3	3.2	–1.5	2.4
Turquie	16.7	14.5[2]	12.3	13.1	14.0	8.1	8.1	1.4		
Moyenne OCDE	**4.4**	**5.6**	**3.4**	**6.4**	**5.6**	**4.3**	**3.8**	**3.6**	**2.6**	**3.7**

1. Dépenses courantes publiques.
2. Taux ajustés. Voir « Définition et écarts » pour l'indicateur 7.1 « Dépenses de santé par habitant ».

Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/723147324805

Tableau A.12. **Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1980 à 2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Allemagne	8.4	8.3	10.1	10.3	10.7	10.5	10.4
Australie	6.3	6.9	7.4	8.3	8.7	8.7	
Autriche	7.4	8.3	9.5	9.9	10.4	10.2	10.1
Belgique	6.3	7.2	8.2	8.6	10.3	10.0e	10.2e
Canada	7.0	8.9	9.0	8.8	9.9	10.0	10.1
Corée	4.1	4.3	4.1	4.9	6.1	6.5	6.8
Danemark	8.9	8.3	8.1	8.3	9.5	9.6	9.8
Espagne	5.3	6.5	7.4	7.2	8.3	8.4	8.5
États-Unis	9.0	12.2	13.6	13.6	15.7	15.8	16.0
Finlande	6.3	7.7	7.9	7.2	8.5	8.3	8.2
France	7.0	8.4	10.4	10.1	11.1	11.0	11.0
Grèce	5.9	6.6	8.6	7.9	9.4	9.5	9.6
Hongrie		7.0 1991	7.3	6.9	8.3	8.1	7.4
Irlande	8.3	6.1	6.7	6.3	7.3	7.1	7.6
Islande	6.3	7.8	8.2	9.5	9.4	9.1	9.3
Italie		7.7	7.3	8.1	8.9	9.0	8.7
Japon	6.5	6.0	6.9	7.7	8.2	8.1	
Luxembourg	5.2	5.4	5.6	5.8	7.7	7.3e	
Mexique		4.4	5.1	5.1	5.8	5.8	5.9
Norvège	7.0	7.6	7.9	8.4	9.1	8.6	8.9
Nouvelle-Zélande	5.9	6.9	7.2	7.7	9.1	9.4	9.2
Pays-Bas	7.4	8.0	8.3	8.0	9.8e	9.7e	9.8e
Pologne		4.8	5.5	5.5	6.2	6.2	6.4
Portugal	5.3	5.9	7.8	8.8	10.2	9.9	
République slovaque			5.8 1997	5.5	7.0	7.3	7.7
République tchèque		4.7	7.0	6.5	7.1	6.9	6.8
Royaume-Uni	5.6	5.9	6.8	7.0	8.2	8.5	8.4
Suède	8.9	8.2	8.0	8.2	9.2	9.1	9.1
Suisse	7.3	8.2	9.6	10.2	11.2	10.8	10.8e
Turquie	2.4	2.7	2.5	4.9	5.7		
Moyenne OCDE	**6.6**	**6.9**	**7.6**	**7.8**	**8.9**	**8.8**	**8.9**

l Rupture de série.
e : Estimation préliminaire.
Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/723160024321

Tableau A.13. **Dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB, 1980 à 2007**

	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007
Allemagne	6.6	6.3	8.2	8.2	8.2	8.1	8.0
Australie	3.9	4.6	4.9	5.6	5.9	5.9	
Autriche	5.1	6.1	7.0	7.6	7.9	7.8	7.7
Belgique[1]			5.8	6.1	7.4	7.2e	7.4e
Canada	5.3	6.6	6.4	6.2	7.0	7.0	7.1
Corée	0.8	1.6	1.5	2.2	3.2	3.5	3.7
Danemark	7.9	6.9	6.7	6.8	7.9	8.1	8.2
Espagne	4.2	5.1	5.4	5.2	5.8	6.0	6.1
États-Unis	3.7	4.8	6.1	5.9	7.0	7.1	7.3
Finlande	5.0	6.2	5.7	5.1	6.2	6.2	6.1
France	5.6	6.4	8.3	8.0	8.8	8.7	8.7
Grèce	3.3	3.5	4.5	4.7	5.7	5.9	5.8
Hongrie		6.3 1991	6.1	4.9	6.0	5.9	5.2
Irlande	6.8	4.4	4.8	4.6	5.6	5.5	6.1
Islande	5.5	6.8	6.9	7.7	7.7	7.5	7.7
Italie		6.1	5.1	5.8	6.8	6.9	6.7
Japon	4.7	4.6	5.7	6.2	6.7	6.6	
Luxembourg	4.8	5.0	5.1	5.2	6.9	6.6e	
Mexique		1.8	2.2	2.4	2.7	2.6	2.7
Norvège	5.9	6.3	6.6	6.9	7.6	7.2	7.5
Nouvelle-Zélande	5.2	5.7	5.5	6.0	7.1	7.3	7.3
Pays-Bas[1]	5.1	5.4	5.9	5.0	5.9e	7.4e	7.3e
Pologne		4.4	4.0	3.9	4.3	4.3	4.6
Portugal	3.4	3.8	4.9	6.4	7.3	7.1	
République slovaque			5.3 1997	4.9	5.2	5.0	5.2
République tchèque		4.6	6.4	5.9	6.3	6.1	5.8
Royaume-Uni	5.0	4.9	5.7	5.6	6.7	6.9	6.9
Suède	8.2	7.4	6.9	7.0	7.5	7.4	7.4
Suisse		4.3	5.1	5.6	6.7	6.4	6.4e
Turquie	0.7	1.6	1.8	3.1	4.1		
Moyenne OCDE	**4.9**	**5.1**	**5.5**	**5.6**	**6.4**	**6.4**	**6.4**

1. Dépenses courantes publiques.
| Rupture de série.
e : Estimation préliminaire.
Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/723168081267

ANNEXE B

Liste des variables dans Eco-Santé OCDE 2009

Partie 1. État de santé

Mortalité
- *Espérance de vie*
- *Causes de mortalité*
- *Mortalité infantile et maternelle*
- *Années de vie potentielle perdues*

Morbidité
- *Perception de l'état de santé*
- *Santé du nourrisson*
- *Santé buccale*
- *Maladies transmissibles (VIH/sida)*
- *Cancer*
- *Accidents*
- *Absentéisme au travail pour cause de maladie*

Partie 2. Ressources en santé

Éducation dans le secteur de la santé
Emploi dans le secteur de la santé
- *Emploi total en santé et à l'hôpital*
- *Médecins*
- *Sages-femmes et personnel infirmier*
- *Autres professions de santé (dentistes et pharmaciens)*

Rémunération des professionnels de santé
Lits en hôpitaux
Technologie médicale

Partie 3. Utilisation des ressources en santé

Prévention (vaccination)
Dépistage
Examens diagnostiques
Consultations (docteurs et dentistes)
Durée moyenne de séjour en hôpitaux par catégories de diagnostic
Taux de sortie par catégories de diagnostic
Procédures chirurgicales
- *Nombre total d'actes chirurgicaux*
- *Procédures chirurgicales par catégories*
- *Greffes et dialyses*

Partie 4. Ressources et utilisation des soins de longue durée

Lits pour soins de longue durée en établissements
Emploi dans le secteur des soins de longue durée
Bénéficiaires de soins de longue durée en établissements et à domicile

Partie 5. Dépenses de santé

Dépenses totales et courantes de santé
- *Investissement médical*

Dépenses en soins de santé individuels
- *Dépenses en services médicaux*
- *Dépenses en soins en milieu hospitalier*
- *Dépenses en soins en hospitalisation de jour*
- *Dépenses en soins ambulatoires*
- *Dépenses en soins à domicile*
- *Dépenses en services auxiliaires*
- *Dépenses en biens médicaux*
- *Produits pharma. et autres biens médicaux non-durables*
- *Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux durables*

Dépenses de santé pour la collectivité
- *Prévention et santé publique*
- *Dép. d'administration de la santé et assurance maladie*

Agrégats supplémentaires de dépenses de santé
- *Soins de santé curatifs et préventifs*
- *Dépenses totales en soins de longue durée*
- *Dépenses totales courantes santé et soins longue durée*

Dépenses courantes de santé par prestataire de soins
- *Dépenses en services fournis par les hôpitaux*
- *Dép. en maisons médicalisées, soins avec hébergement*
- *Dép. en services de prestataires de soins ambulatoires*
- *Dép. en détaillants et autres distributeurs de biens médicaux*
- *Dép. en services des organisations de santé publique*
- *Dép. en services d'administration générale de santé*
- *Dép. autres prestataires services de santé et reste du monde*

Dépenses par classe d'âge et par sexe
Indice de prix

Partie 6. Financement du système de santé

Dépenses de santé par agent de financement/programme
- *Administrations publiques*
- *Administrations de sécurité sociale*
- *Versements nets des ménages*
- *Assurance privée*

Partie 7. Protection sociale

Dépenses sociales
Couverture médicale
- *Assurance maladie publique/sociale*
- *Assurance maladie privée*

Partie 8. Marché pharmaceutique

Activité de l'industrie pharmaceutique
Consommation de médicaments

Partie 9. Déterminants non médicaux de la santé

Mode de vie et environnement
- *Alimentation*
- *Consommation d'alcool*
- *Consommation de tabac*
- *Masse pondérale*

Environnement : qualité de l'air

Partie 10. Références démographiques

Données démographiques générales
Population par structure d'âge

Partie 11. Références économiques

Références macroéconomiques
Taux de conversion monétaire

Autres tableaux

Satisfaction à l'égard du système de santé

Plus d'informations sur *Eco-Santé OCDE 2009* disponibles sur *www.oecd.org/sante/ecosante*.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2009 11 2 P) ISBN 978-92-64-07556-6 – n° 56966 2009

Panorama de la santé 2009

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Les progrès accomplis dans la prévention et le traitement des maladies ont contribué à une amélioration remarquable de l'espérance de vie et de la qualité de vie dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Parallèlement, les dépenses de santé continuent d'augmenter et absorbent une part croissante du revenu national : à l'heure actuelle, elles représentent environ 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, contre un peu plus de 5 % en 1970.

Cette cinquième édition du *Panorama de la santé* présente les données comparables les plus récentes sur différents aspects des performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations existant entre les pays en ce qui concerne les coûts, les activités et les résultats des systèmes de santé.

Les indicateurs clés fournissent des informations sur l'état de santé, les déterminants de santé, les activités relatives aux soins de santé, ainsi que sur les dépenses de santé et leur financement dans les pays de l'OCDE. Cette édition contient aussi de nouveaux chapitres sur le personnel de santé et sur l'accès aux soins, qui est un important objectif des politiques de santé dans tous les pays de l'OCDE. Le chapitre sur la qualité des soins a été augmenté d'un ensemble d'indicateurs sur la qualité des soins pour les affections chroniques.

Chaque indicateur est présenté dans un format qui se veut le plus clair possible : des graphiques illustrent les variations entre pays et dans le temps, un commentaire succinct tire les principales conclusions des données présentées, et un encadré méthodologique rappelle la définition de l'indicateur et les limitations éventuelles de la comparabilité des données. Une annexe statistique fournit des précisions supplémentaires sur le contexte démographique et économique dans lequel opèrent les systèmes de santé et décrit brièvement les caractéristiques clés du financement du système de santé et de la prestation des services dans les pays de l'OCDE.

www.oecd.org/sante

Le texte complet de cet ouvrage est disponible en ligne à l'adresse suivante :
www.sourceocde.org/questionssociales/9789264075566

Les utilisateurs ayant accès à tous les ouvrages en ligne de l'OCDE peuvent également y accéder via :
www.sourceocde.org/9789264075566

SourceOCDE est une bibliothèque en ligne qui a reçu plusieurs récompenses. Elle contient les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'OCDE. Pour plus d'informations sur ce service ou pour obtenir un accès temporaire gratuit, veuillez contacter votre bibliothécaire ou **SourceOECD@oecd.org**.

éditions OCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-07556-6
81 2009 11 2 P

9 789264 075566