Panorama de la santé 2011

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Panorama de la santé 2011

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

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.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre ne préjugent en rien du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr

ISBN 978-92-64-12189-8 (imprimé)
ISBN 978-92-64-12612-1 (HTML)

Annuel : Panorama de la santé
ISSN 1817-0005 (imprimé)
ISSN 1999-1320 (HTML)

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

Crédits photo : Couverture © Shutterstock/Yuri Arcurs. 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. Chapitre 8: © Thinkstock/iStockphoto.com.

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

© OCDE 2011

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

L'édition 2011 du Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE *présente les données comparables les plus récentes sur les principaux indicateurs de la santé et des systèmes de santé des pays de l'OCDE. On y trouvera, pour la première fois, un chapitre sur les soins de longue durée.*

Cette édition présente des données pour les 34 pays membres de l'OCDE, y compris pour les quatre nouveaux membres que sont le Chili, l'Estonie, Israël et la Slovénie. Elle contient aussi, dans la mesure du possible, des données comparables pour les grandes économies non membres que sont le Brésil, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Fédération de Russie et l'Afrique du Sud.

La réalisation du Panorama de la santé *n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux de la Base de données de l'OCDE sur la santé, des spécialistes des comptes de la santé et des experts chargés des indicateurs de la qualité des soins de santé. L'OCDE les remercie vivement pour avoir fourni 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, la Banque mondiale et Eurostat, dont certaines données sont reprises ici, et à la Commission européenne, qui a apporté son soutien à l'élaboration des données.*

Cette publication a été préparée par une équipe de la Division de la santé de l'OCDE sous la coordination de Gaétan Lafortune et Michael de Looper. Les chapitres 1 et 2 ont été préparés par Michael de Looper, le chapitre 3 par Michael Schoenstein, Gaëlle Balestat et Rebecca Bennetts, le chapitre 4 par Gaétan Lafortune et Gaëlle Balestat, le chapitre 5 par Gerrard Abi-Aad, Vladimir Stevanovic, Rie Fujisawa et Niek Klazinga, le chapitre 6 par Michael de Looper et Marion Devaux (avec la contribution de Lothar Janssen du ministère fédéral allemand de la Santé), le chapitre 7 par David Morgan, Rebecca Bennetts et Roberto Astolfi et le chapitre 8 par Jérôme Mercier, Margarita Xydia-Charmanta et Francesca Colombo. Nelly Biondi a apporté un soutien statistique. Cette publication a bénéficié des commentaires et suggestions de Valérie Paris et Mark Pearson.

Cinquantième anniversaire de l'OCDE

Mesurer les progrès réalisés par les pays de l'OCDE dans le domaine de la santé ces cinquante dernières années

L'OCDE a commencé ses travaux sur la santé au début des années 80 dans un contexte de forte croissance des dépenses de santé à cette époque. Dans les années 80 et 90, ces travaux ont eu pour principal objectif la constitution d'une base de données solide, susceptible d'être utilisée pour réaliser des analyses comparatives des systèmes de santé, et ont d'abord consisté à recueillir des données comparables sur les dépenses de santé. Ces premiers travaux ont abouti à la publication, en 2000, de la première version du manuel de l'OCDE « *Système de comptes de la santé* ». Au cours des dix années qui ont suivi le lancement du Projet de l'OCDE sur la santé en 2001, l'OCDE a élargi le champ de ses travaux pour s'intéresser à certains des défis que doivent relever les responsables de l'action publique pour améliorer les performances du système de santé de leur pays (voir encadré à la page suivante).

À mesure que les travaux sur les données et sur les politiques de santé se sont développés à l'OCDE, la coopération avec d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Commission européenne, s'est renforcée. Un premier accord de coopération a été signé entre le Secrétaire général de l'OCDE et le directeur général de l'OMS en 1999 et son champ a été étendu en 2005 pour couvrir non seulement les activités statistiques, mais aussi les travaux analytiques sur le financement et la prestation des services de santé. Fin 2005, l'OCDE, l'OMS et Eurostat (l'Office statistique de l'Union européenne) ont lancé une première collecte de données conjointe sur la base du *Système de comptes de la santé*, afin d'améliorer la disponibilité et la comparabilité des données sur les dépenses de santé et leur financement. Fortes de ce premier succès, les trois organisations ont lancé une nouvelle collecte conjointe en 2010 afin de recueillir des données comparables sur les aspects non monétaires des systèmes de santé. Cette coopération étroite a pour but d'éviter le chevauchement des travaux et de créer des synergies entre les trois organisations.

La *Base de données de l'OCDE sur la santé*, qui constitue la principale source de données pour cette publication, a été construite progressivement ces trente dernières années, en étroite coopération avec des représentants de tous les pays de l'OCDE et d'autres organisations internationales. Elle constitue une source d'informations sans équivalent pour comparer l'évolution de la santé et des systèmes de santé des différents pays de l'OCDE, certaines séries temporelles couvrant l'intégralité des 50 années écoulées depuis la fondation de l'OCDE.

Travaux de l'OCDE sur la santé : quelques dates importantes

1961 : Création de l'OCDE, qui succède à l'Organisation européenne de coopération économique

1980 : La Conférence de l'OCDE sur les politiques sociales préconise des travaux pour examiner la croissance des dépenses de santé, impulsant ainsi le début des activités de l'OCDE sur la santé dans le cadre du Groupe de travail sur la politique sociale

1985 : Premier rapport de l'OCDE sur la santé, intitulé *La santé en chiffres, 1960-1983 : Dépenses, coûts, résultats*

1991 : Première version électronique d'*Eco-Santé OCDE* (la *Base de données de l'OCDE sur la santé*)

1999 : Premier *Cadre de coopération entre l'OCDE et l'OMS*

2000 : Publication du manuel de l'OCDE, *Système de comptes de la santé*, destiné à améliorer la comparabilité des données relatives aux dépenses de santé et à leur financement

2001 : Lancement du *Projet de l'OCDE sur la santé,* visant à aider les pouvoirs publics à améliorer la performance des systèmes de santé

2001 : Création du *Groupe de l'OCDE sur la santé,* chargé de superviser le *Projet de l'OCDE sur la santé* (une modification du nom et du mandat de ce groupe, en 2006, l'a transformé en *Comité de l'OCDE sur la santé*)

2001 : Première édition du *Panorama de la santé,* présentant les principaux indicateurs de la base de données sous une forme facile à utiliser

2003 : Lancement du *Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé,* ayant pour objectif la mise au point d'une série d'indicateurs visant à mesurer et à comparer la qualité des soins

2004 : Organisation de la première *Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE* à Paris pour examiner les principales conclusions du *Projet de l'OCDE sur la santé*. Parution de la publication *Vers des systèmes de santé plus performants* et d'une série d'études sur les politiques de santé

2005 : Renouvellement du *Cadre de coopération entre l'OCDE et l'OMS*, avec extension de son champ d'application, couvrant désormais non seulement les activités statistiques, mais aussi des travaux analytiques sur différents aspects du financement, des ressources humaines et de l'efficience des systèmes de santé

2005 : Premier *Questionnaire annuel conjoint sur les comptes de la santé* lancé par l'OCDE, l'OMS et Eurostat pour augmenter la quantité de données disponibles sur les dépenses de santé et améliorer leur comparabilité

2010 : Nouveau *Questionnaire conjoint pour la collecte de statistiques sur les aspects non monétaires des systèmes de santé* lancé par l'OCDE, l'OMS (région Europe) et Eurostat pour augmenter la quantité et la qualité des données disponibles sur les ressources humaines et autres ressources des systèmes de santé

2010 : Publication de versions du *Panorama de la santé* consacrées aux régions Europe et Asie-Pacifique

2010 : Publication du premier rapport de l'OCDE sur la prévention, *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, dégageant des tendances dans le domaine de l'obésité et proposant des mesures pour endiguer l'épidémie d'obésité

2010 : Organisation de la deuxième *Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE* à Paris, afin d'examiner les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise. Parution de la première publication sur les indicateurs de qualité des soins de santé et d'une série d'études sur des politiques visant à optimiser les dépenses de santé

2011 : Deuxième édition du manuel *Système de comptes de la santé* publié conjointement par l'OCDE, l'OMS et Eurostat afin de promouvoir une amélioration de la comparabilité des systèmes de comptes de la santé dans les pays développés et en développement

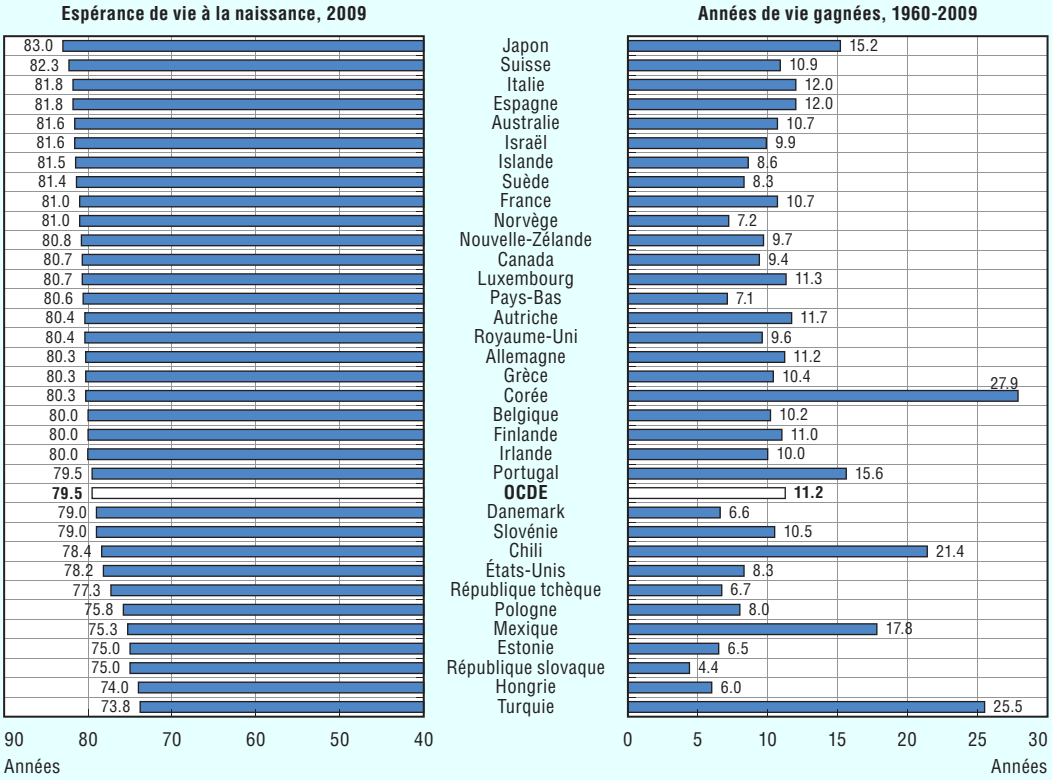
Un examen rétrospectif de l'évolution de la santé et des systèmes de santé depuis la création de l'OCDE en 1961 permet de dégager trois grandes tendances :

1. l'allongement remarquable de l'espérance de vie ;
2. le caractère changeant des facteurs de risque pour la santé ;
3. la croissance constante des dépenses de santé, qui a largement dépassé la croissance du PIB.

L'allongement remarquable de l'espérance de vie

L'état de santé de la population des pays de l'OCDE s'est considérablement amélioré ces 50 dernières années, les hommes comme les femmes vivant beaucoup plus longtemps que par le passé. Au sein de la zone OCDE, l'espérance de vie a, en moyenne, augmenté de plus de 11 ans depuis 1960, pour atteindre près de 80 ans en 2009. Elle s'est allongée de façon particulièrement remarquable dans les pays où elle était relativement courte en 1960, comme la Corée, où elle a connu un fort accroissement, ayant progressé de 28 années entre 1960 et 2009 pour atteindre 80 ans. D'énormes gains d'espérance de vie ont également été enregistrés en Turquie, au Mexique et au Chili, l'un des pays qui ont récemment adhéré à l'OCDE. Il en va de même pour le Japon, qui arrive désormais en tête des pays de l'OCDE, avec une espérance de vie de 83 ans. Il est suivi de près par plusieurs autres pays. Alors qu'en 2000, seuls deux pays de l'OCDE affichaient une espérance de vie totale de 80 ans au moins, ils étaient 22 à atteindre ce chiffre en 2009.

Espérance de vie à la naissance, 2009 (ou année la plus proche) et années de vie gagnées depuis 1960



Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527680

Ces gains d'espérance de vie s'expliquent par une forte chute de la mortalité à tous les âges. Les taux de mortalité infantile ont fortement diminué dans l'ensemble des pays. Les décès dus aux maladies cardiovasculaires (essentiellement aux crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux) ont connu une baisse spectaculaire. Bien que ces affections demeurent la première cause de décès dans les pays de l'OCDE, la mortalité cardiovasculaire a diminué de plus de moitié depuis 1960. La réduction d'importants facteurs de risque de maladies cardiaques et vasculaires cérébrales, comme le tabagisme, conjuguée aux progrès médicaux, a fortement contribué au recul des taux de mortalité cardiovasculaire.

En 2009, la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'établissait à 5.5 ans en moyenne au sein de la zone OCDE, les femmes vivant en moyenne jusqu'à 82.2 ans comparé à 76.7 ans pour les hommes. Après avoir eu tendance à se creuser au cours des années 60 et 70, cet écart s'est comblé dans la plupart des pays de l'OCDE à partir de 1980, la longévité augmentant davantage pour les hommes que pour les femmes. Cette évolution est imputable en partie à une diminution de la différence entre hommes et femmes au niveau des comportements à risque, comme la consommation de tabac, ainsi qu'à une forte baisse de la mortalité cardiovasculaire parmi les hommes.

L'espérance de vie à 65 ans a aussi fortement progressé. Dans les pays de l'OCDE, les femmes peuvent désormais espérer vivre 20 années après 65 ans (contre 15 années en 1960) et les hommes peuvent espérer vivre 17 années (contre 13 années en 1960). 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.

Le caractère changeant des facteurs de risque pour la santé dans les pays de l'OCDE

Bien que l'augmentation de la longévité s'explique en partie par la diminution de certains grands facteurs de risque, une grande part des problèmes de santé dans les pays de l'OCDE de nos jours est aussi imputable à des facteurs liés au mode de vie, principalement au tabagisme, à la consommation d'alcool, à l'obésité, à une mauvaise hygiène alimentaire et au manque d'exercice physique. Les individus qui pratiquent une activité physique, ne fument pas, consomment de l'alcool en quantité modérée et consomment beaucoup de fruits et légumes ont un risque de décès équivalent à moins d'un quart de celui auquel sont exposés les individus qui ont un mode de vie préjudiciable à leur santé dans une période donnée (Sassi, 2010).

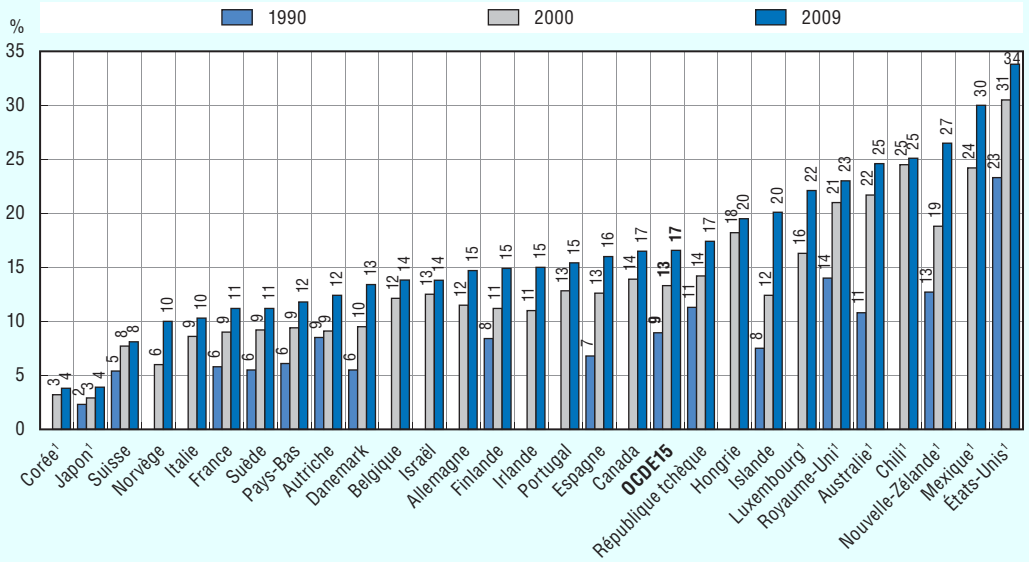
Beaucoup de pays de l'OCDE ont réalisé des progrès remarquables en matière de réduction de la consommation de tabac ces dernières décennies, même si le tabagisme demeure une des premières causes de décès prématuré et constitue toujours un problème de santé publique majeur. Une grande partie de cette réduction est due aux politiques reposant sur des campagnes de sensibilisation du public, sur l'interdiction de la publicité et l'augmentation des taxes sur le tabac. Dans bon nombre de pays de l'OCDE, le taux de fumeurs parmi les adultes a diminué de plus de moitié depuis les années 60, passant de plus de 40 % à moins de 20 % aujourd'hui. Aux États-Unis et au Canada par exemple, ce taux est passé de 42 % en 1965 à 16 % en 2009.

S'agissant de la consommation d'alcool, les progrès sont contrastés. Dans beaucoup de pays de l'OCDE, elle a nettement diminué depuis 1980, les restrictions relatives à la publicité et à la vente et l'augmentation des taxes se révélant efficaces. En revanche, cette consommation a augmenté dans certains pays, en particulier dans certains pays nordiques, au Royaume-Uni et en Irlande. Dans plusieurs pays, le mode de consommation

des jeunes suscite des inquiétudes, la pratique consistant à consommer périodiquement une grande quantité d'alcool ayant progressé ces dernières années. Une forte consommation d'alcool est lourde de conséquences pour la santé, les problèmes sociaux ainsi que les systèmes de santé et les coûts sociaux. Les décès directement ou indirectement causés par la consommation d'alcool peuvent être dus à des accidents de voiture, à des actes de violence ou à des suicides, et la consommation d'alcool accroît aussi les risques de nombreuses maladies comme les maladies cardiovasculaires, le cancer buccal, le cancer de l'œsophage et la cirrhose du foie.

Ces dernières décennies, l'augmentation alarmante de l'obésité a fait de ce problème une priorité des politiques de santé publique, non seulement dans les pays de l'OCDE, mais aussi, de plus en plus souvent, dans les pays en développement. L'obésité est un facteur de risque important de nombreuses affections chroniques. Ainsi, des travaux de recherche montrent que les individus qui souffrent d'obésité sévère décèdent huit à dix ans plus tôt que ceux qui ont un poids normal, un chiffre comparable à celui observé pour les fumeurs. Beaucoup de pays ont vu leur taux d'obésité doubler, voire tripler depuis 1980 et, dans plus de la moitié des pays de l'OCDE, 50 % au moins de la population souffre actuellement de surcharge pondérale, sinon d'obésité. C'est aux États-Unis que le taux d'obésité parmi la population adulte est le plus élevé, étant passé de 15 % en 1980 à 34 % en 2008. La Corée et le Japon ont le taux le plus faible, même si l'obésité est aussi en hausse dans ces deux pays.

Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte des pays de l'OCDE, 1990, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



1. Les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen, plutôt que des poids et tailles auto-déclarés.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527699

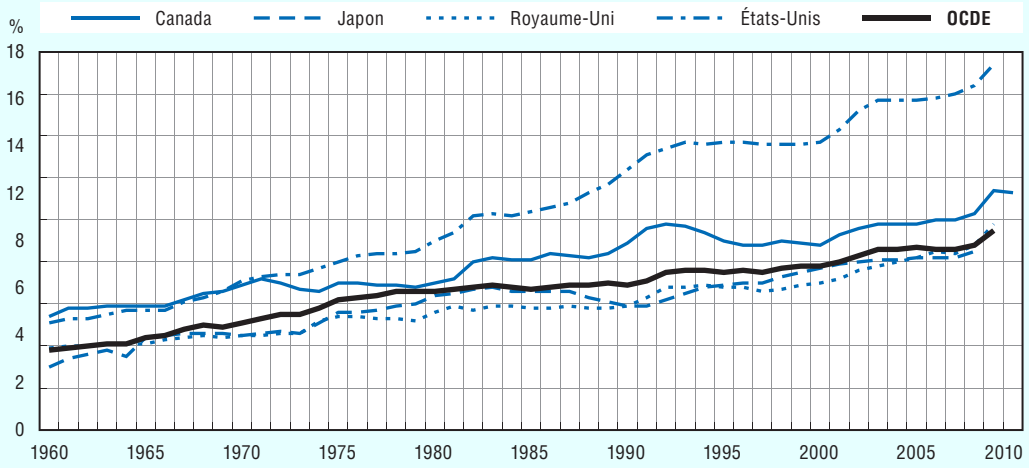
L'épidémie d'obésité est la résultante de dynamiques multiples et interdépendantes, qui ont progressivement conduit à une modification durable des habitudes de la population en termes d'alimentation et d'exercice physique. Beaucoup de pays de l'OCDE multiplient les mesures destinées à promouvoir une bonne hygiène alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière. La grande majorité d'entre eux optent pour des mesures visant notamment les enfants d'âge scolaire. Selon un récent rapport de l'OCDE, trois catégories d'interventions pour combattre l'obésité – la promotion de la santé et

l'éducation à la santé, les réglementations et les mesures fiscales, et l'accompagnement dans le cadre du système de soins primaires – sont efficaces en termes d'amélioration de la santé et présentent un rapport coût-efficacité satisfaisant, comparativement aux scénarios dans lesquels les maladies chroniques ne sont traitées que lorsqu'elles apparaissent. En outre, lorsque ces mesures sont associées dans le cadre d'une stratégie qui regroupe plusieurs interventions, visant simultanément différents publics et différents déterminants de l'obésité, elles peuvent avoir des effets positifs sur la santé nettement plus importants tout en conservant un bon rapport coût-efficacité (Sassi, 2010).

La croissance constante des dépenses de santé

La troisième grande tendance observée ces cinquante dernières années dans les pays de l'OCDE est la croissance constante des dépenses de santé, qui a généralement été supérieure à la croissance du PIB. En 1960, les dépenses de santé représentaient moins de 4 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE. En 2009, cette proportion avait atteint 9.6 % et dépassait même 10 % dans une douzaine de pays. La part des dépenses de santé dans le PIB a connu une hausse particulièrement rapide aux États-Unis, où elle est passée de 5 % en 1960 à plus de 17 % en 2009, un niveau qui est de 5 points de pourcentage supérieur à celui observé dans les deux pays affichant les dépenses les plus élevées après les États-Unis, les Pays-Bas et la France, qui ont respectivement consacré 12 % et 11.8 % de leur PIB à la santé.

Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1960-2009, quelques pays de l'OCDE



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527718

Les dépenses de santé par habitant ont connu une croissance rapide ces dernières décennies, ayant augmenté en moyenne dans les pays de l'OCDE de 6.1 % par an en termes réels au cours des années 70, pour ralentir ensuite à 3.3 % par an dans les années 80, avant d'augmenter de nouveau pour s'établir à 3.7 % dans les années 90 et à 4 % entre 2000 et 2009. Au cours de chacune de ces décennies, la croissance des dépenses de santé a été supérieure à celle du PIB. Aux États-Unis, même si l'on tient compte de la croissance de la population, depuis les années 70, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que dans tous les autres pays de l'OCDE à revenu élevé, ayant été multipliées par cinq en termes réels.

Dans bon nombre de pays, les dépenses de santé en part du PIB ont généralement fortement augmenté durant les récessions, puis se sont stabilisées ou n'ont que faiblement diminué pendant les périodes d'expansion économique. Durant la récession du début des années 90, certains pays, comme le Canada et la Finlande, ont sensiblement diminué leurs dépenses publiques de santé pour réduire leur déficit budgétaire, ce qui a conduit à une baisse notable de la part des dépenses de santé dans le PIB pendant quelques années. Toutefois, cette baisse des dépenses publiques de santé a souvent été de courte durée et, après une brève période de maîtrise des coûts, la hausse de l'offre et de la demande de services de santé a stimulé la croissance des dépenses, qui a de nouveau dépassé celle du PIB.

Le secteur public est la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE sauf au Chili, au Mexique et aux États-Unis. En 2009, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé s'est établie à 72 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette part est restée relativement stable au cours des 20 dernières années. On observe toutefois une certaine convergence de l'évolution de la part du financement public des dépenses de santé parmi les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Elle a diminué dans bon nombre des pays où elle était relativement élevée au début des années 90, comme la Pologne et la Hongrie, tandis qu'elle a augmenté dans certains pays où elle était jusqu'alors faible comme le Portugal et la Turquie, suite à des réformes du système de santé qui ont étendu la couverture de l'assurance maladie publique.

Comme il est montré dans la présente édition du *Panorama de la santé*, il existe une certaine corrélation entre des dépenses de santé par habitant plus élevées et une espérance de vie plus longue, mais cette corrélation tend à diminuer lorsque le budget consacré à la santé augmente. Beaucoup d'autres facteurs que les dépenses de santé influent sur l'espérance de vie. La faiblesse de la corrélation observée lorsque les dépenses sont élevées suggère aussi qu'il est possible d'améliorer l'efficience des systèmes de santé afin que toute dépense supplémentaire se traduise par des progrès mesurables en termes de santé.

Perspectives

Ces trois dernières décennies, l'OCDE a joué un rôle important dans la mise au point et la diffusion de données et d'indicateurs permettant d'évaluer et de comparer les performances des systèmes de santé. Si des avancées non négligeables ont été accomplies, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la comparabilité des données et promouvoir des travaux d'analyse susceptibles de contribuer à l'élaboration des politiques de santé.

Lors du renouvellement de son mandat, en juin 2011, le Comité de la santé de l'OCDE a réaffirmé que les travaux de l'OCDE sur la santé avaient pour objectif primordial de favoriser une amélioration des performances des systèmes de santé des pays membres et non membres. Conformément à ce mandat, l'OCDE poursuivra ses travaux dans le but de diffuser des données les plus comparables possibles et de promouvoir le partage d'expériences et de conseils sur les questions et problèmes qui se posent dans le domaine de la santé. Le secteur de la santé occupant une place croissante dans les économies de l'OCDE, il devient de plus en plus nécessaire de mesurer l'évolution des dépenses, d'examiner leur répartition entre prévention et soins, et d'évaluer si les effets escomptés en termes d'amélioration de la santé sont obtenus.

En octobre 2011, l'OCDE a publié, en coopération avec l'OMS et Eurostat, la deuxième édition du manuel *Système de comptes de la santé* qui vise à améliorer encore plus la comparabilité des données sur les dépenses de santé en faisant appel à des normes internationales reconnues. L'OCDE va encourager les pays membres et non membres à

coopérer pour mettre en œuvre des systèmes de compte de la santé harmonisés. Elle continuera d'administrer, en étroite coopération avec l'OMS et Eurostat, un questionnaire annuel destiné à recueillir des données comparables sur la base de ce système de comptes.

L'OCDE va également continuer, dans le cadre du Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, d'élaborer et de recueillir un ensemble d'indicateurs destinés à mesurer la qualité des soins et les résultats des services de santé. Les travaux réalisés dans le cadre de ce projet contribuent à combler des lacunes importantes en matière de mesure des performances des systèmes de santé. Parallèlement, l'OCDE entend mener davantage d'études analytiques pour examiner les raisons qui expliquent les différences observées concernant la qualité des soins dans les pays de l'OCDE et autres pays partenaires, en commençant par les domaines du cancer et des soins primaires.

Dans un contexte de vieillissement de la population, il sera aussi de plus en plus nécessaire d'assurer un suivi du financement, de la prestation et de la qualité des services de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. À la suite des récents travaux dans ce domaine (Colombo *et al.*, 2011), l'OCDE a l'intention non seulement de poursuivre les efforts qu'elle déploie pour collecter davantage de données comparables sur les systèmes de soins de longue durée, mais aussi d'analyser les politiques en matière d'accès, de qualité et de viabilité financière de ces systèmes, et de diffuser des bonnes pratiques.

Fidèle à l'esprit d'ouverture qui la caractérise depuis sa création, l'OCDE est déterminée à renforcer sa coopération avec les pays non membres sur des sujets où cette coopération peut être bénéfique pour toutes les parties. La publication en 2010 de deux nouvelles éditions du *Panorama de la santé* consacrées à l'Europe et à la région Asie-Pacifique, témoigne de cette coopération accrue. L'OCDE entend favoriser le partage des systèmes d'information, de la compétence et de l'expérience des pays membres afin de promouvoir l'amélioration des performances des systèmes de santé également dans les pays non membres.

Table des matières

Introduction 16

Liste des acronymes 21

1. État de santé 23

1.1. Espérance de vie à la naissance 24
1.2. Mortalité prématurée 26
1.3. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires 28
1.4. Mortalité due au cancer 30
1.5. Mortalité due aux accidents de transport 32
1.6. Suicide 34
1.7. Mortalité infantile 36
1.8. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance 38
1.9. État de santé général perçu 40
1.10. Prévalence et incidence du diabète 42
1.11. Incidence du cancer 44
1.12. Incidence du sida et prévalence du VIH 46

2. Déterminants non médicaux de la santé 49

2.1. Consommation de tabac chez les adultes 50
2.2. Consommation d'alcool chez les adultes 52
2.3. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes 54
2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants 56

3. Personnel de santé 59

3.1. Emploi dans le secteur de la santé et le secteur social 60
3.2. Médecins 62
3.3. Médecins nouvellement diplômés 64
3.4. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) 66
3.5. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes 68
3.6. Psychiatres 70
3.7. Personnel infirmier 72
3.8. Personnel infirmier nouvellement diplômé 74
3.9. Rémunération du personnel infirmier 76

4. Services de santé 79

4.1. Consultations de médecins 80
4.2. Technologies médicales 82
4.3. Lits d'hôpitaux 84
4.4. Sorties d'hôpital 86
4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital 88
4.6. Chirurgies cardiaques (angioplastie coronarienne) 90

4.7. Chirurgies de remplacement de la hanche et du genou 92
4.8. Traitement des insuffisances rénales (dialyse et transplantation) 94
4.9. Césariennes 96
4.10. Opérations de la cataracte 98
4.11. Consommation de médicaments 100

5. Qualité des soins 103

Affections chroniques 104
5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires 104
5.2. Admission évitable à l'hôpital : diabète non contrôlé 106

Complication aiguë d'affections chroniques 108
5.3. Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde 108
5.4. Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral 110

Sécurité des patients 112
5.5. Traumatisme obstétrical 112
5.6. Complications opératoires ou postopératoires 114

Troubles mentaux 116
5.7. Réadmission à l'hôpital non programmée pour troubles mentaux 116

Cancers 118
5.8. Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus 118
5.9. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein 120
5.10. Survie et mortalité du cancer colorectal 122

Maladies transmissibles 124
5.11. Programmes de vaccination des enfants 124
5.12. Vaccination antigrippale des personnes âgées 126

6. Accès aux soins 129

6.1. Besoins en soins de santé insatisfaits 130
6.2. Couverture des soins de santé 132
6.3. Dépenses de santé à la charge des patients 134
6.4. Répartition géographique des médecins 136
6.5. Inégalités dans les consultations de médecins 138
6.6. Inégalités dans les consultations de dentistes 140
6.7. Inégalités dans le dépistage du cancer 142
6.8. Délais d'attente 144

7. Dépenses de santé et financement 147

7.1. Dépenses de santé par habitant 148
7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB 150
7.3. Dépenses de santé par fonction 152
7.4. Dépenses pharmaceutiques 154
7.5. Financement des dépenses de santé 156
7.6. Commerce international des services de santé (tourisme médical) 158

8. Soins de longue durée 161

8.1. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans 162
8.2. État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans 164
8.3. Prévalence et coût économique de la démence 166
8.4. Bénéficiaires de soins de longue durée 168

8.5. Aidants informels 170
8.6. Emploi dans le secteur des soins de longue durée 172
8.7. Lits de soins de longue durée 174
8.8. Dépenses de soins de longue durée 176

Bibliographie 179

Annexe A. **Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les caractéristiques des systèmes de santé et les dépenses de santé et leur financement** 190

Annexe B. **Sources des données des pays non membres de l'OCDE** 199

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 2011 présente des comparaisons des principaux indicateurs relatifs à la santé et aux systèmes de santé dans les 34 pays de l'OCDE et dans certaines grandes économies non membres. Cette édition comporte, pour la première fois, un chapitre consacré aux soins de longue durée. Les indicateurs présentés ont été choisis pour leur pertinence et en fonction de la disponibilité et de la comparabilité des données. Sauf indication contraire, ces dernières sont essentiellement extraites des statistiques nationales officielles.

Contexte économique et politique

Dans beaucoup de pays, la récente récession économique a fortement creusé les déficits budgétaires depuis 2008. Bon nombre de pays devront prendre des mesures pour réduire sensiblement ces déficits. L'ampleur des réductions de dépenses publiques et/ou de l'augmentation des impôts qui seront nécessaires dépendra de l'intensité de la reprise et du niveau du déficit et de la dette cumulée.

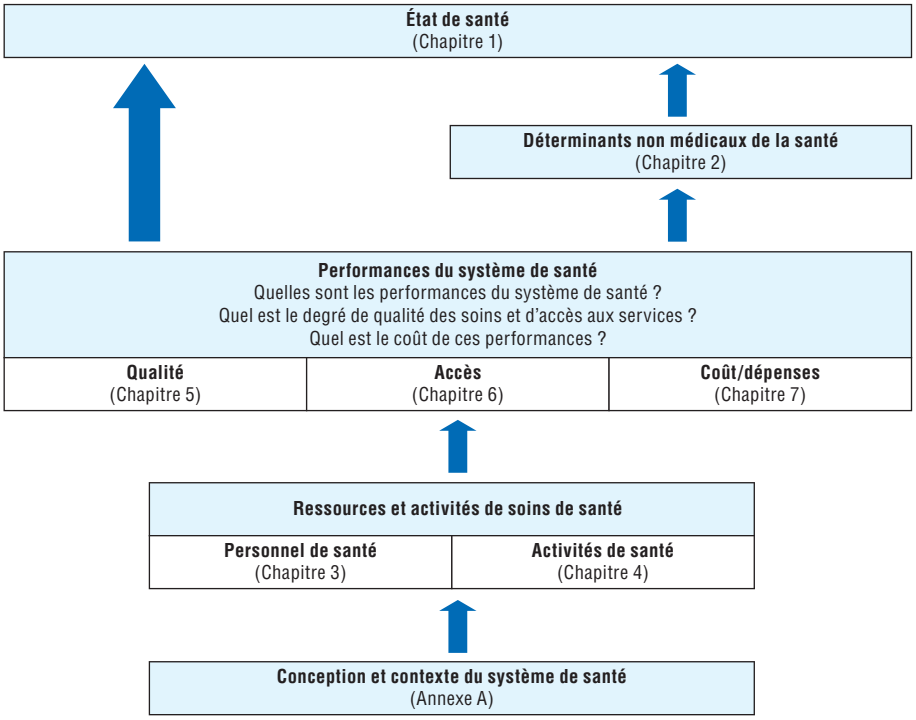
Les dépenses de santé représentant une part importante et croissante des budgets publics, il sera difficile de les exempter de l'effort général de maîtrise des dépenses publiques. L'ampleur de l'impact de cet effort sur les dépenses publiques de santé dépendra de la priorité relative accordée à la santé. Elle dépendra aussi de la mesure dans laquelle les dépenses publiques de santé ont des effets positifs avérés en termes d'amélioration des résultats sanitaires. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, des pressions croissantes s'exerceront sur les ministères de la santé et sur les prestataires de soins pour qu'ils fassent preuve d'efficience dans l'allocation et la consommation des ressources. Le chapitre 5 présente quelques-uns des progrès réalisés à ce jour dans la mesure de la qualité des soins et des résultats des systèmes de santé dans les différents pays, même s'il reste des progrès à faire en matière d'augmentation de la quantité de données disponibles et d'amélioration de leur comparabilité.

Structure de la publication

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la présente publication permet d'analyser les performances des systèmes de soins de santé en se plaçant dans le contexte global de la santé publique (graphique 0.1). Il repose sur le modèle adopté pour le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la 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. Beaucoup de facteurs influent sur cet état de santé, parmi lesquels certains, comme l'environnement social, économique et physique ainsi que des facteurs individuels liés au mode de vie et aux comportements, sont extérieurs aux systèmes de soins de santé. Les performances des systèmes de soins de santé ont aussi une incidence 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.

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



Source : Adapté de Kelley et Hurst (2006).

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, certains facteurs qui influent sur les performances des systèmes de santé, comme les caractéristiques démographiques, économiques et sociales des pays et celles de leurs systèmes de santé, jouent aussi un rôle important.

Panorama de la santé 2011 présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre. Il est organisé comme suit.

Le chapitre 1 sur l'*État de santé* met en évidence de fortes disparités entre pays au niveau de l'espérance vie, de la mortalité, de l'incidence des maladies et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. La durée de la vie et l'absence de maladie et d'incapacité ont une valeur intrinsèque, la bonne santé étant systématiquement classée comme l'un des aspects auxquels les individus attachent le plus d'importance. La bonne santé a également une valeur instrumentale, car elle améliore l'accès à l'instruction, à la formation et au marché du travail.

Le chapitre 2, qui porte sur les *Déterminants non médicaux de la santé*, présente certains déterminants liés à des modes de vie et comportements modifiables. Beaucoup de facteurs, par exemple le tabagisme, la consommation d'alcool, la surcharge pondérale et l'obésité, ont une incidence sur l'état de santé de la population. Or, il est possible d'agir sur la majorité d'entre eux à l'aide de politiques de santé et d'autres mesures.

Le chapitre 3 traite du *Personnel de santé*, au cœur de tout système de santé. Il fournit des données sur l'offre de personnel médical et infirmier et sur leur rémunération dans les

pays de l'OCDE. Il donne également des informations sur l'évolution du nombre de nouveaux diplômés issus des programmes de formation de personnel médical et infirmier, qui constitue un déterminant essentiel de l'offre de main-d'œuvre présente et future.

Le chapitre 4 examine certains indicateurs des *Services de santé* fournis à la population, en commençant par les consultations de médecins, un des services les plus courants. Il analyse ensuite les différences entre pays au niveau de l'offre et de l'utilisation de technologies diagnostiques telles que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie. Le secteur hospitalier continuant d'absorber une partie importante des budgets que les pays de l'OCDE consacrent à la santé, une attention particulière est accordée à l'offre de lits hospitaliers, à leur taux d'occupation, au nombre de sorties d'hôpital et à la durée moyenne des séjours. Ce chapitre analyse également les différences au niveau du recours à des interventions dont le volume et le coût sont élevés, comme l'angioplastie coronarienne, les césariennes et l'opération de la cataracte. Il se termine par un examen de la consommation de produits pharmaceutiques en volume, en particulier de la consommation d'antibiotiques et de médicaments contre le diabète, la dépression et le cholestérol.

Le chapitre 5 porte sur la *Qualité des soins* et examine dans quelle mesure la prestation des soins de santé est conforme aux normes établies et améliore les résultats sanitaires. Il synthétise les données recueillies dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé, et fournit des comparaisons pour certains indicateurs de qualité des soins relatifs aux affections chroniques, aux troubles mentaux, aux cancers et aux maladies transmissibles. Il présente à la fois des indicateurs portant sur les *processus* thérapeutiques recommandés pour maximiser les résultats souhaités pour certaines catégories de population ou de patients et des indicateurs sur les *résultats* comme les taux de survie à la suite d'une crise cardiaque, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un cancer. Pour la première fois, ce chapitre présente aussi une série d'indicateurs sur la sécurité des patients.

Le chapitre 6, consacré à l'*Accès aux soins*, évalue dans quelle mesure les pays de l'OCDE garantissent un accès satisfaisant aux services de santé essentiels en fonction des besoins individuels, conformément à leur objectif officiel en matière de politique de santé. Il commence par examiner les besoins non satisfaits autodéclarés dans le domaine des soins médicaux et dentaires, analysés comme un indicateur des problèmes d'accès perçus. Cet indicateur subjectif est complété par des indicateurs plus objectifs de l'accessibilité *financière*, tels que le niveau de couverture garanti par l'assurance maladie publique ou privée et le poids des dépenses laissées à la charge des patients. Le chapitre s'intéresse ensuite à l'accessibilité *géographique*, mesurée par la « densité » de médecins dans différentes régions au sein de chaque pays. Il présente ensuite des indicateurs d'inégalité dans l'utilisation des services de santé entre différentes catégories socioéconomiques, tenant compte des différences de besoin. Trois indicateurs mesurent ainsi l'utilisation des services des médecins et dentistes et des services de dépistage du cancer par niveau de revenu. Le dernier indicateur porte sur la possibilité d'accéder aux soins dans des délais satisfaisants et compare les délais d'attente pour consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou bénéficier d'une intervention chirurgicale non urgente.

Le chapitre 7 porte sur les *Dépenses de santé et leur financement*. Il compare les budgets que les différents pays de l'OCDE consacrent à la santé, à la fois en termes de dépenses par habitant et en proportion du PIB. En plus de fournir des indicateurs sur les dépenses totales, il analyse la consommation de différents types de biens et services de santé dans les pays de l'OCDE et comporte une partie consacrée aux produits pharmaceutiques. Outre l'affectation des dépenses de santé, il examine aussi les sources de financement de ces biens et services

de santé dans les différents pays (les parts respectives du financement public, de l'assurance maladie privée et des paiements directs des patients). Enfin, dans un contexte de croissance du tourisme médical et du commerce international de services de santé, le chapitre fournit, grâce aux efforts déployés pour augmenter la quantité de données disponibles, des indicateurs sur les niveaux actuels et les tendances dans ce domaine.

Le chapitre 8 est un chapitre spécial consacré aux *Soins de longue durée*. Il s'appuie sur un projet récemment mis en œuvre par l'OCDE, portant plus particulièrement sur les ressources humaines et le financement des services de soins de longue durée (Colombo *et al.*, 2011). Les indicateurs que sont l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, l'état de santé et l'incapacité autodéclarés et la prévalence de la démence permettent d'avoir une idée de la proportion de la population âgée qui risque d'avoir besoin d'aide. Ils sont complétés par un indicateur relatif aux personnes âgées bénéficiaires de soins de longue durée à domicile ou en établissement. La prestation, formelle et informelle, de soins de longue durée est analysée à travers deux indicateurs, portant respectivement sur les aidants informels et sur le personnel rémunéré employé dans le secteur des soins de longue durée. Le dernier indicateur présenté dans ce chapitre mesure les dépenses de soins de longue durée en proportion du PIB et leur taux de croissance au cours de la dernière décennie.

Une annexe statistique fournit des précisions supplémentaires sur le contexte démographique et économique dans lequel fonctionnent les systèmes de santé et de soins de longue durée, ainsi que sur certaines grandes caractéristiques du financement du système de santé et de la prestation des services.

Présentation des indicateurs

Texte et graphiques

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 principaux enseignements des données, définit les indicateurs et indique tout écart par rapport à la définition qui pourrait avoir une incidence sur la comparabilité des données. La page de droite contient un ensemble de graphiques qui présentent généralement les valeurs les plus récentes de l'indicateur considéré et, dans la mesure du possible, leur évolution dans le temps. Dans certains cas, un graphique complémentaire illustre les relations de l'indicateur avec un autre. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, d'une moyenne non pondérée pour les pays de l'OCDE présentés.

Limites des données

Les limites de comparabilité des données sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et comparabilité ») ainsi que dans les notes qui accompagnent les graphiques. Il convient de noter que l'évolution dans le temps des données relatives à l'Allemagne doit être interprétée avec prudence. Les données se rapportent en général à l'ancienne Allemagne de l'Ouest jusqu'à 1990 et à l'Allemagne réunifiée au-delà.

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 présentée dans la *Base de données de l'OCDE sur la santé* sur le site OECD.Stat (*http://stats.oecd.org/index.aspx?Lang=fr* puis sélectionner « Santé »). De plus amples informations sur la *Base de données de l'OCDE sur la santé* peuvent être consultées à l'adresse *www.oecd.org/sante/basedonnees*.

Les chiffres de population

Les chiffres de population présentés en annexe et utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés des données rétrospectives et projections de l'OCDE sur la population (datant de juin 2011) et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

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

Codes ISO des pays de l'OCDE

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

Codes ISO d'autres grandes économies

Afrique du Sud	ZAF	Fédération de Russie	RUS
Brésil	BRA	Inde	IND
Chine	CHN	Indonésie	IDN

Liste des acronymes

ATC	Classification anatomique, thérapeutique et chimique
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
CT scanner	Tomodensitomètre
DQD	Dose quotidienne définie
EU-SILIC	Enquête de l'Union européenne sur les revenus et les conditions de vie
IAM	Infarctus aigu du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PPA	Parités de pouvoir d'achat
SIDA	Syndrome immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. ÉTAT DE SANTÉ

1.1. Espérance de vie à la naissance

1.2. Mortalité prématurée

1.3. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

1.4. Mortalité due au cancer

1.5. Mortalité due aux accidents de transport

1.6. Suicide

1.7. Mortalité infantile

1.8. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

1.9. État de santé général perçu

1.10. Prévalence et incidence du diabète

1.11. Incidence du cancer

1.12. Incidence du sida et prévalence du VIH

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 les progrès dans les domaines de l'alimentation, de l'assainissement et du logement, jouent également un rôle, en particulier dans les économies émergentes (OCDE, 2004a).

Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population était en moyenne de 79.5 ans en 2009, soit un gain de plus de 11 ans par rapport à 1960 (graphique 1.1.1). Le Japon se classe en tête d'un groupe de pays (rassemblant près des deux tiers des pays de l'OCDE) au sein duquel l'espérance de vie à la naissance s'établit actuellement à 80 ans au moins. Dans un deuxième groupe, dont font partie le Portugal, les États-Unis et un certain nombre de pays d'Europe centrale et orientale, l'espérance de vie est comprise entre 75 et 80 ans. La Turquie est le pays de l'OCDE qui affiche l'espérance de vie la plus faible avec la Hongrie. Toutefois, alors que l'espérance de vie n'a que modestement augmenté depuis 1960 en Hongrie, elle a fortement progressé en Turquie, si bien que le pays rattrape rapidement la moyenne de l'OCDE (OCDE et Banque mondiale, 2008).

La quasi-totalité des pays de l'OCDE et des pays émergents ont réalisé d'importants gains d'espérance de vie ces 50 dernières années. Ainsi, en Corée, en Turquie et au Chili, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 20 ans au moins au cours de la période 1960-2009. Elle a aussi fortement progressé au Mexique, au Portugal et au Japon et dans des pays émergents comme l'Indonésie, la Chine, l'Inde et le Brésil. En revanche, en Afrique du Sud et dans la Fédération de Russie, les taux de mortalité demeurent élevés et la longévité est nettement inférieure à la moyenne de l'OCDE.

Dans les pays de l'OCDE, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes était de 5.5 ans en moyenne en 2009, avec une espérance de vie de 76.7 ans pour les hommes et de 82.2 ans pour les femmes. Dans de nombreux pays, cet écart s'est fortement creusé dans les années 60 et 70, avant de se resserrer ces trente dernières années, du fait que l'espérance de vie des hommes a progressé plus vite que celle des femmes dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette évolution est imputable en partie à une diminution de la différence entre hommes et femmes au niveau des comportements à risque, comme le tabagisme, ainsi qu'à une forte baisse de la mortalité cardiovasculaire parmi les hommes.

Dans les pays de l'OCDE, un revenu national (mesuré par le PIB par habitant) plus élevé s'accompagne généralement d'une espérance de vie à la naissance plus longue, même si cette corrélation est moins forte aux niveaux de revenu national les plus hauts (graphique 1.1.2). Il existe également des différences d'espérance de vie notables entre des pays de l'OCDE qui ont le même revenu par habitant. Le Japon et Israël affichent une espérance de vie plus longue et les États-Unis, le Danemark et la Hongrie une espérance de vie plus courte que ne le laisserait penser leur PIB par habitant. Parmi les raisons avancées pour expliquer l'espérance de vie relativement faible aux États-Unis figurent le niveau élevé des taux de mortalité liés à certaines maladies parmi les personnes âgées, les conséquences de la forte consommation de tabac dans le passé et d'autres facteurs comme l'obésité et les inégalités sociales (Crimmins *et al.*, 2010).

Le graphique 1.1.3 montre la relation 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 plus élevées s'accompagnent généralement d'une espérance de vie à la naissance plus longue, même si cette corrélation tend à être moins forte dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées. Le Japon et l'Espagne se distinguent par une espérance de vie relativement élevée et les États-Unis, le Danemark et la Hongrie par une espérance de vie relativement courte par rapport à leurs dépenses de santé.

Les différences de PIB par habitant peuvent influer *à la fois* sur l'espérance de vie et sur les dépenses de santé par habitant. En outre, d'autres facteurs que le revenu national et les dépenses totales de santé peuvent aussi expliquer les écarts d'espérance de vie entre pays.

Définition et comparabilité

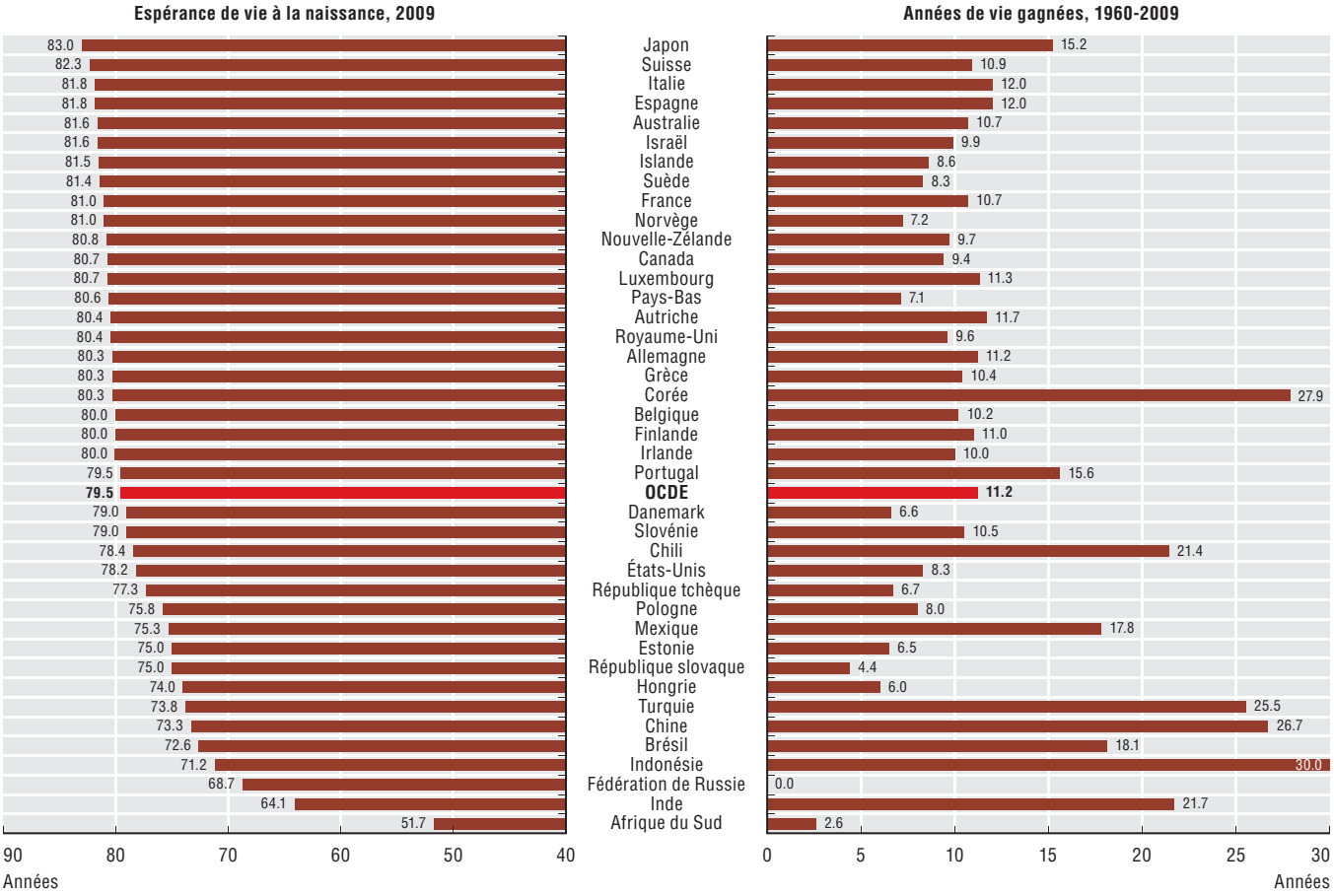
L'espérance de vie à la naissance mesure le nombre d'années moyen pendant lequel un nouveau-né peut espérer vivre en l'absence d'évolution des taux de mortalité. Toutefois, il n'est pas possible de connaître à l'avance le taux de mortalité par âge *effectif* d'une cohorte. Si ce taux diminue (comme ce fut le cas ces 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.

La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut varier légèrement selon les pays. Ces différences peuvent avoir une incidence sur la comparabilité des estimations d'espérance de vie fournies par les pays, ces estimations pouvant varier d'une fraction d'année selon la méthode utilisée.

L'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population, calculée par le Secrétariat de l'OCDE pour tous les pays, est obtenue à l'aide de la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

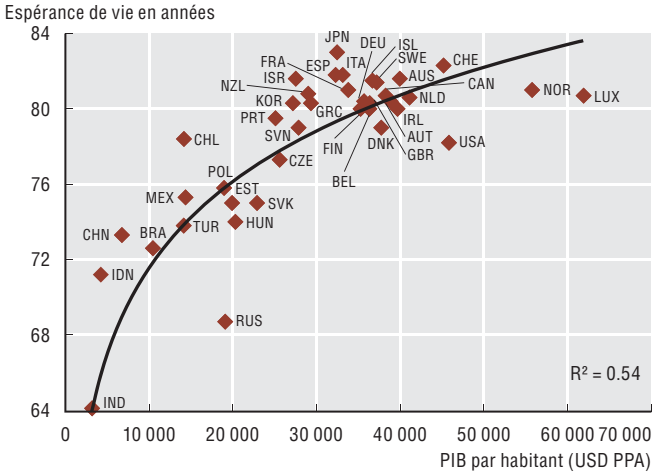
1.1.1 Espérance de vie à la naissance, 2009 (ou année la plus proche), et années de vie gagnées depuis 1960



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527756

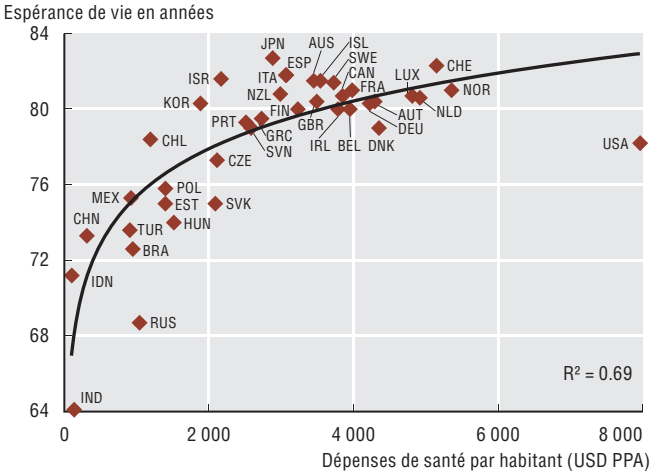
1.1.2 Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527775

1.1.3 Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527794

1.2. Mortalité prématurée

La mortalité prématurée, exprimée en années potentielles de vie perdues (APVP) avant 70 ans, rend compte des décès survenant au sein des groupes d'âge relativement jeunes. La mortalité infantile et les décès par maladies et accidents parmi les enfants et les jeunes adultes influent fortement sur les valeurs de cet indicateur : un décès à l'âge de 5 ans représente 65 APVP, tandis qu'un décès à 60 ans en représente seulement 10. Une baisse du nombre d'APVP peut être liée aux progrès des technologies médicales, qui influent par exemple sur la mortalité infantile et les décès d'origine cardiaque, ou à des mesures de prévention et de lutte qui réduisent les décès prématurés ou évitables consécutifs à des accidents ou à des maladies transmissibles. D'autres variables, comme le PIB par habitant, la situation professionnelle, le nombre de médecins et la consommation d'alcool et de tabac, ont été associées au recul de la mortalité prématurée (Or, 2000 ; Joumard *et al.*, 2008).

Dans tous les pays, les taux de mortalité prématurée sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes : ainsi, en 2009, en moyenne dans les pays de l'OCDE, la mortalité prématurée masculine a été près de deux fois plus élevée (4 689 années perdues pour 100 000 hommes) que la mortalité prématurée féminine (2 419). Pour les hommes, les années potentielles de vie perdues avant 70 ans sont imputables à des causes externes, en particulier aux accidents et aux morts violentes (29 %), puis au cancer (20 %) et aux maladies de l'appareil circulatoire (17 %). Pour les femmes, les principales causes sont le cancer (31 %), des causes externes (17 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (12 %).

En 2009, c'est en Islande et en Suède que la mortalité prématurée a été la plus faible pour les hommes et en Islande et au Luxembourg qu'elle a été la plus faible pour les femmes (graphique 1.2.1). Les taux de mortalité prématurée les plus élevés ont été rapportés par l'Estonie et le Mexique pour les hommes et par le Mexique et la Hongrie pour les femmes, ces pays affichant des niveaux plus de deux fois plus élevés que ceux observés dans le pays où la mortalité prématurée est la plus faible. Des taux élevés ont également été constatés aux États-Unis – supérieurs de 50 % à la moyenne de l'OCDE pour les femmes et de 30 % pour les hommes. Dans ce pays, s'agissant des hommes, ces taux de mortalité prématurée s'expliquent pour un tiers (un cinquième pour les femmes) par des décès dus à des causes externes, notamment à des accidents, suicides ou homicides. Aux États-Unis, la mortalité prématurée masculine par homicide est plus de cinq fois supérieure à la moyenne de l'OCDE. La Fédération de Russie affiche des taux de mortalité prématurée extrêmement élevés, puisqu'ils sont près de quatre fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE pour les hommes et trois fois supérieurs pour les femmes.

Dans les pays de l'OCDE, la mortalité prématurée a, en moyenne, reculé de plus de moitié depuis 1970 (graphique 1.2.2). Ce recul a été plus rapide pour les femmes que pour les hommes entre 1970 et le début des années 90 mais depuis lors, le taux moyen d'APVP a diminué au même rythme pour les hommes et pour les femmes. La baisse de la mortalité infantile a joué un rôle majeur dans le recul de la mortalité prématurée au début de la période considérée (voir l'indicateur 1.7 « Mortalité infantile »). Plus récemment, la diminution, parmi les adultes, du nombre de décès dus à des maladies cardiaques a contribué de façon importante à la baisse globale de la mortalité prématurée dans de nombreux pays (voir l'indicateur 1.3 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »).

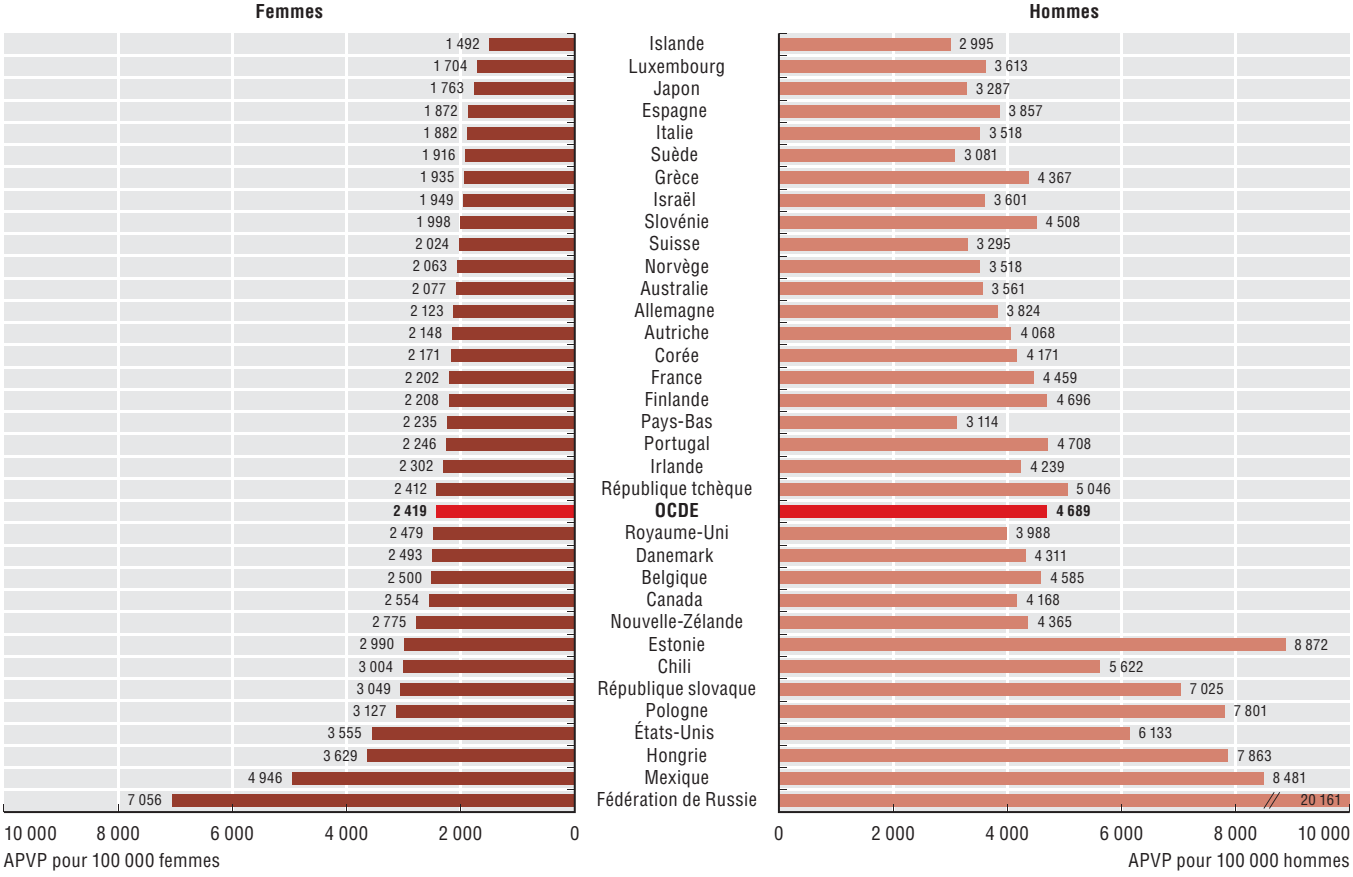
Le Portugal, le Luxembourg et l'Italie ont vu leurs taux de mortalité prématurée chuter rapidement parmi les hommes comme parmi les femmes pour atteindre actuellement moins d'un tiers des niveaux de 1970. La mortalité prématurée a aussi connu une baisse spectaculaire au Mexique, même si elle reste élevée. Dans chacun de ces cas, la forte diminution de la mortalité infantile a fortement contribué à cette baisse. En revanche, le recul a été plus lent en Hongrie, en particulier pour les hommes, ce qui s'explique en grande partie par la persistance d'un niveau élevé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire (mortalité actuellement deux fois plus élevée que la moyenne de l'OCDE) et par maladie du foie (mortalité plus de trois fois plus élevée que la moyenne de l'OCDE). Ces résultats sont dus à une mauvaise hygiène de vie, notamment à la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes, ainsi qu'à des taux de suicide élevés. La baisse de la mortalité prématurée a aussi été lente en Pologne et aux États-Unis.

Définition et comparabilité

Les années potentielles de vie perdues (APVP) sont un indicateur synthétique de la mortalité prématurée qui fournit une méthode explicite de pondération des décès survenant à des âges relativement jeunes. Pour calculer les APVP, on additionne le nombre de 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 5 ans correspond à 65 APVP. L'indicateur est exprimé pour 100 000 femmes ou hommes.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

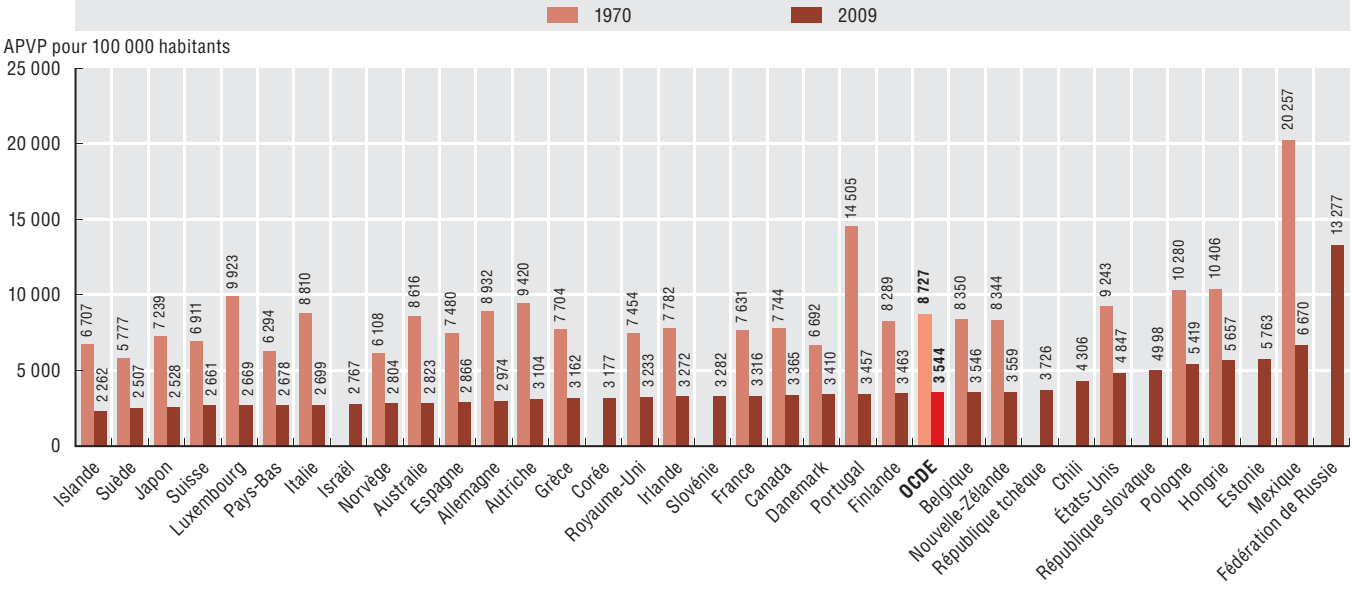
1.2.1 Années potentielles de vie perdues, femmes et hommes, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527813

1.2.2 Diminution en années potentielles de vie perdues, 1970-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527832

1.3. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité dans presque tous les pays de l'OCDE et ont représenté 35 % de l'ensemble des décès en 2009. Elles regroupent diverses maladies touchant l'appareil circulatoire, notamment les cardiopathies ischémiques (ou crises cardiaques) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ensemble, les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux sont à l'origine des deux tiers des décès dus à des maladies cardiovasculaires et ont causé près d'un quart de l'ensemble des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2009.

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 2009, elles ont, à elles seules, causé 15 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE. Cependant, la mortalité par crise cardiaque varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 1.3.1). Ce sont les pays d'Europe centrale et orientale qui font état des taux de mortalité les plus élevés, à commencer par la République slovaque, qui arrive en tête pour les hommes comme pour les femmes avant l'Estonie, la Hongrie et la République tchèque. Les taux de mortalité par crise cardiaque sont aussi relativement élevés en Finlande, en Pologne et en Irlande, où ils sont plusieurs fois supérieurs à ceux observés en Corée et au Japon, les deux pays qui affichent les taux les plus faibles. La variabilité des taux de mortalité par cardiopathie ischémique a une configuration régionale. Les cinq pays qui affichent les taux de mortalité les plus faibles juste après les deux pays d'Asie membres de l'OCDE sont des pays de l'Europe du Sud et de la Méditerranée, en l'occurrence la France, le Portugal, l'Espagne, Israël et l'Italie. Ce constat plaide en faveur de 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 par crise cardiaque sont beaucoup plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays (graphique 1.3.1). Dans les pays de l'OCDE, en 2009, ils étaient en moyenne près de deux fois plus élevés pour les hommes que pour les femmes. L'écart était plus important en France et au Luxembourg, où les taux observés étaient trois fois plus élevés pour les hommes, et plus faible au Mexique, en République tchèque et en République slovaque, avec des taux 60 % plus élevés.

Depuis 1980, les taux de mortalité par crise cardiaque ont régressé dans presque tous les pays de l'OCDE. Ce recul a été particulièrement marqué aux Pays-Bas, dans les pays nordiques (Danemark, Norvège, Suède et Islande), en Australie, au Royaume-Uni et en Israël, où les taux de mortalité par crise cardiaque ont diminué de deux tiers voire plus. Plusieurs facteurs concourent à expliquer cette baisse, parmi lesquels le recul du tabagisme, qui a contribué à réduire l'incidence des crises cardiaques et, par conséquent, à faire reculer la mortalité due à ces maladies. Les progrès significatifs réalisés dans le traitement de ces pathologies ont également participé à la baisse des taux de mortalité (voir les indicateurs 4.6 « Chirurgies cardiaques » et 5.3 « Mortalité à l'hôpital après infarctus aigu du myocarde »). À noter toutefois que dans un petit nombre de pays, dont la Hongrie, la Pologne et la République slovaque, le taux de mortalité a connu un recul limité voire nul depuis 1980. Il a augmenté en Corée et au Mexique et n'a que légèrement diminué en Grèce, où il était cependant déjà relativement bas en 1980.

Les accidents vasculaires cérébraux ont été à l'origine de 8 % de l'ensemble des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2009. L'AVC est une perte des fonctions cérébrales causée par l'interruption de l'irrigation sanguine du cerveau. En plus de constituer une cause de mortalité importante, les AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité (Moon *et al.*, 2003). Comme pour les crises cardiaques, les taux de mortalité par AVC varient fortement selon les pays (graphique 1.3.2). C'est en République slovaque, en Hongrie, en Pologne et en République tchèque qu'ils sont les plus élevés et en Israël, en Suisse, en France et aux États-Unis qu'ils sont les plus faibles.

Si l'on examine les tendances dans le temps, la mortalité par AVC a diminué dans tous les pays de l'OCDE depuis 1980 (à l'exception de la Pologne et de la République slovaque). Elle a reculé d'environ 75 % en Autriche, au Portugal et au Japon. Comme dans le cas des crises cardiaques, ce recul peut être en partie imputé à la diminution des facteurs de risque. La consommation de tabac et l'hypertension sont les principaux facteurs de risque d'AVC modifiables. Les progrès réalisés dans le traitement médical de l'AVC ont également accru les taux de survie (voir l'indicateur 5.4 « Mortalité à l'hôpital après accident vasculaire cérébral »).

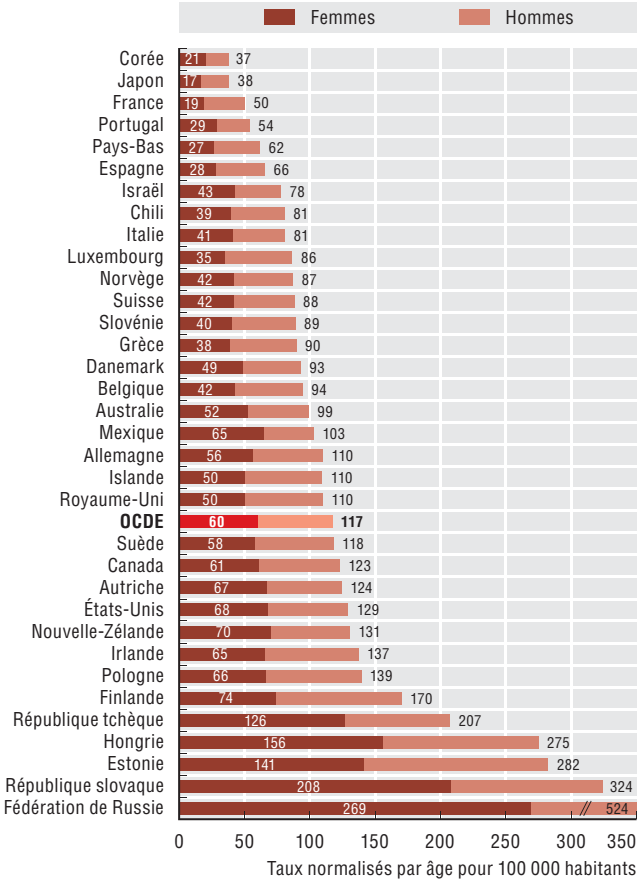
Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement normalisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 1980. Cela permet de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité*.

Les décès par crise cardiaque sont les décès dont la cause correspond aux codes I20 à I25 de la CIM-10 et les décès par AVC sont ceux dont la cause correspond aux codes I60 à I69. Mathers *et al.* (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

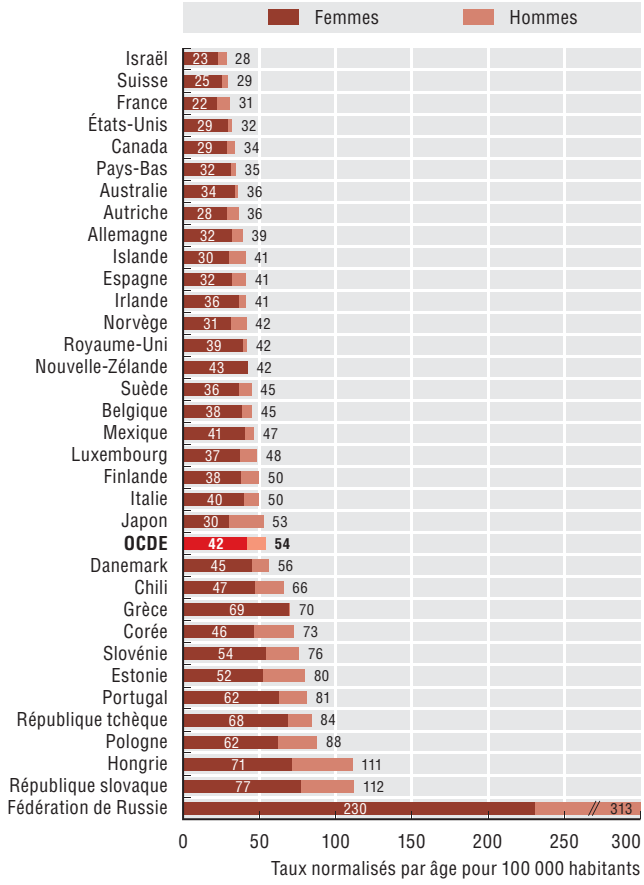
1.3.1 Taux de mortalité due à une crise cardiaque, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527851

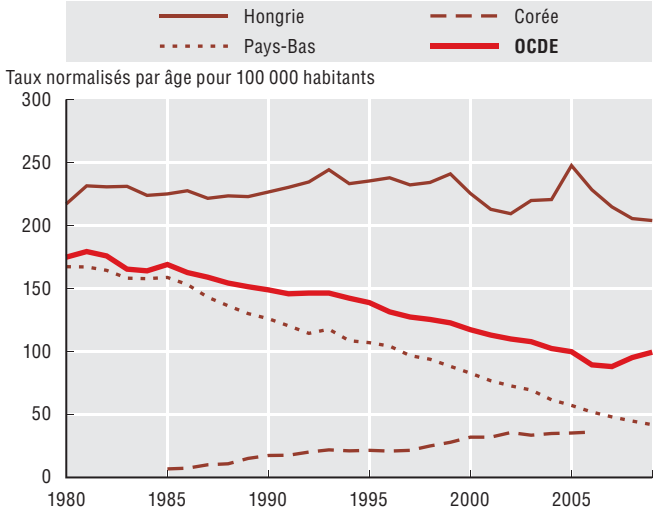
1.3.2 Taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527870

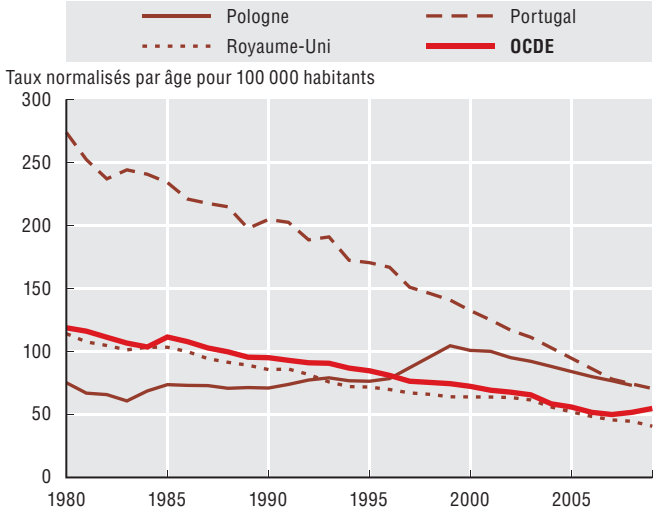
1.3.3 Évolution des taux de mortalité due à une crise cardiaque pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527889

1.3.4 Évolution des taux de mortalité due à un accident vasculaire cérébral pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527908

1.4. Mortalité due au cancer

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE (après les maladies de l'appareil circulatoire), et a représenté en moyenne 28 % du total des décès en 2009. En 2009, c'est au Mexique, en Finlande, au Japon et en Suisse que les taux de mortalité par cancer ont été les plus faibles et dans les pays d'Europe centrale et orientale (Hongrie, Pologne, Slovénie, République tchèque et République slovaque) et au Danemark qu'ils ont été les plus élevés (graphique 1.4.1).

Les taux de mortalité par cancer sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE (graphique 1.4.1). En 2009, l'écart entre hommes et femmes était particulièrement grand en Corée, en Espagne, en Estonie ainsi que dans la Fédération de Russie, au Japon et en France, où le taux de mortalité par cancer a été plus de deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Cette différence s'explique en partie par la prévalence plus élevée des facteurs de risque chez les hommes et par le fait qu'il existe moins de programmes de dépistage pour les cancers touchant les hommes ou que ces programmes sont moins utilisés, ce qui se traduit par des taux de survie plus faibles après le diagnostic.

Trois des cancers les plus fréquents – poumons, sein et prostate – sont traités en détail dans cette partie. La mortalité relative au cancer de l'utérus et du colon est présentée au chapitre 5.

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 sauf en Suède, au Mexique et au Chili. Il constitue aussi l'une des premières causes de mortalité féminine. Le tabagisme est le principal facteur de risque de cancer du poumon. En 2009, les taux de mortalité masculine par cancer du poumon les plus élevés ont été enregistrés en Europe centrale et orientale (Hongrie, Pologne, République tchèque et République slovaque), en Belgique, dans la Fédération de Russie, en Estonie, en Grèce et aux Pays-Bas (graphique 1.4.2), pays dans lesquels la proportion de fumeurs parmi les hommes est relativement élevée. Le taux de décès par cancer du poumon chez les hommes est faible au Chili ainsi qu'au Mexique et en Suède, deux pays figurant parmi ceux où les hommes fument le moins (voir l'indicateur 2.1 « Consommation de tabac »).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes dans tous les pays de l'OCDE (Ferlay *et al.*, 2010). En 2009, il a été à l'origine d'environ 30 % de l'incidence des cancers chez la femme et de 15 % 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, ce qui témoigne d'une augmentation des taux de survie, due à un dépistage plus précoce et à une amélioration des traitements (voir l'indicateur 5.9 « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein »). Les taux de mortalité les plus bas sont observés en Corée et au Japon et les taux les plus élevés au Danemark, en Belgique, en Irlande et en Hongrie (graphique 1.4.3).

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, dans la plupart des pays, la mortalité par cancer de la prostate reste inférieure à la mortalité par cancer du poumon. L'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate observée 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 dosage de l'antigène spécifique de la prostate. En 2009, la mortalité par cancer de la prostate a été comprise entre moins de 10 pour 100 000 hommes en Corée et au Japon et plus de 30 pour 100 000 hommes en Estonie, en Slovénie et dans les pays nordiques (Danemark, Suède et Norvège) (graphique 1.4.4). Les causes du cancer de la prostate restent mal connues. Il est possible que des facteurs liés à l'environnement et à l'alimentation influent sur le risque d'apparition de ce cancer (Institute of Cancer Research, 2009).

Tous cancers confondus, les taux de décès par cancer chez les hommes et les femmes ont diminué au moins légèrement dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 1995, même si cette baisse a été plus modeste que celle de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires. La Grèce, la Pologne, le Portugal et l'Estonie, où la mortalité par cancer est restée stable entre 1995 et 2009, font exception à cette tendance à la baisse.

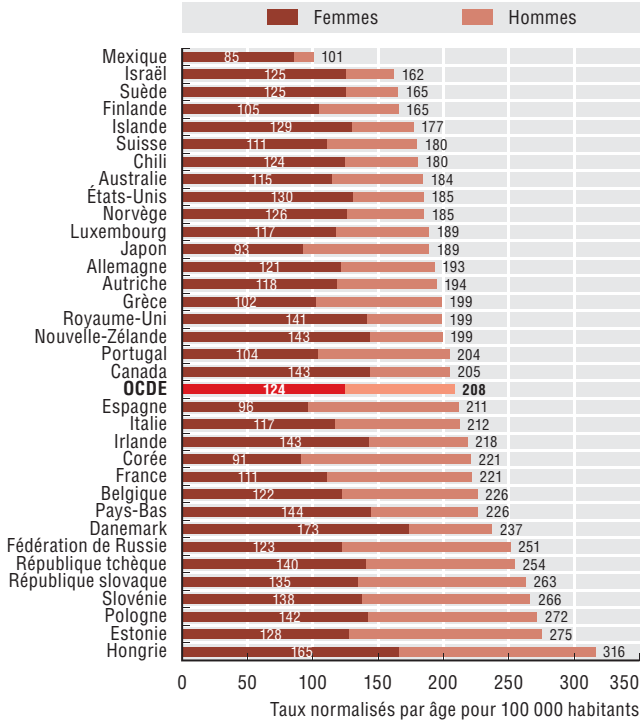
Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement normalisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 1980. Cela permet de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité*.

Les décès par cancer, tous cancers confondus, sont les décès dont la cause correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10 ; les décès par cancer du poumon correspondent aux codes C32 à C34, les décès par cancer du sein au code C50 et les décès par cancer de la prostate au code C61. Mathers *et al.* (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

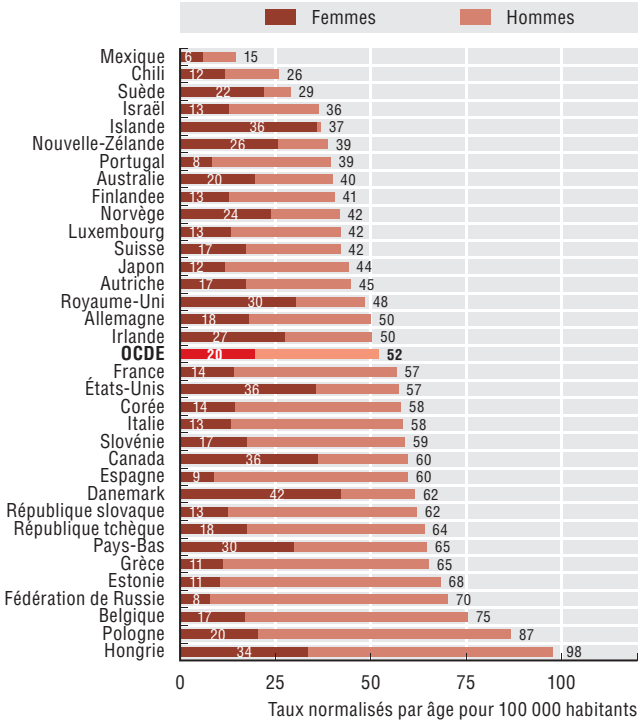
1.4.1 Taux de mortalité due au cancer, hommes et femmes, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527927

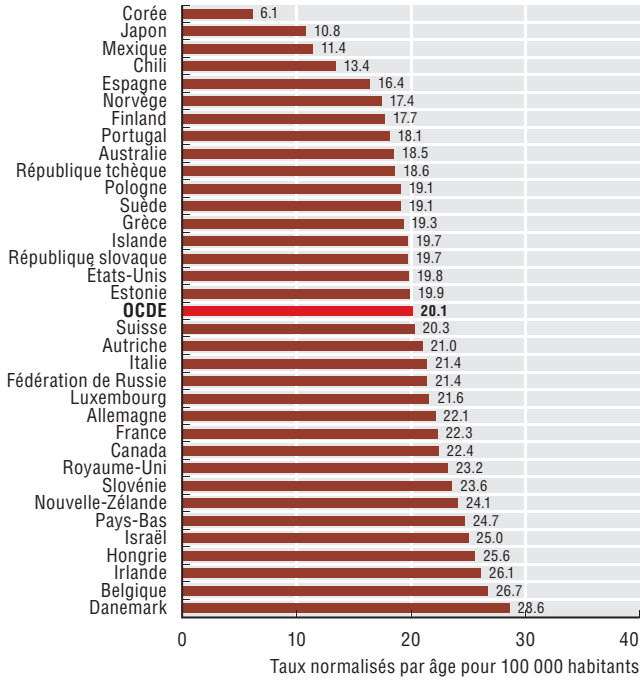
1.4.2 Taux de mortalité due au cancer du poumon, hommes et femmes, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527946

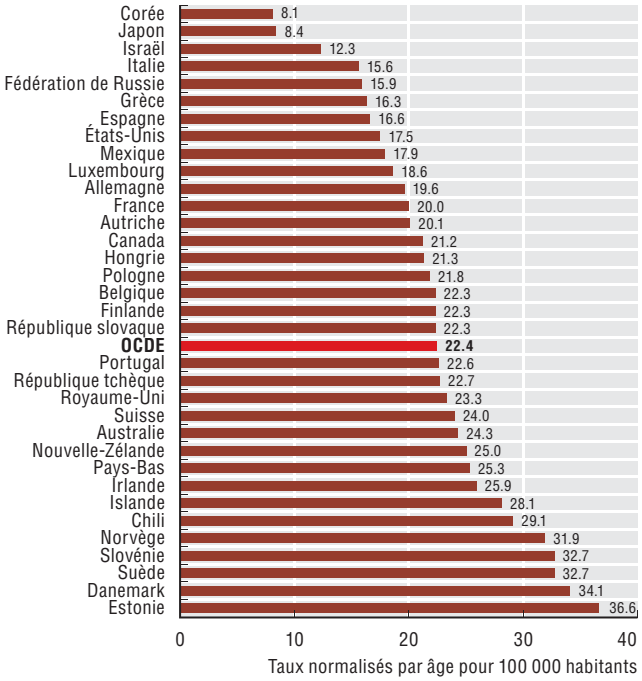
1.4.3 Taux de mortalité due au cancer du sein, femmes, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527965

1.4.4 Taux de mortalité due au cancer de la prostate, hommes, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932527984

1.5. Mortalité due aux accidents de transport

On estime à 1.2 million le nombre de personnes qui, chaque année dans le monde, perdent la vie à la suite d'accidents de transport, dont la majorité sont des accidents de la route, et à 50 millions le nombre de personnes blessées ou handicapées (OMS, 2009a). Dans les seuls pays de l'OCDE, les accidents de transport ont fait plus de 120 000 morts en 2009 et les pays où ils ont été les plus nombreux sont les États-Unis (45 000), le Mexique (17 000), la Corée et le Japon (7 000 dans chacun de ces pays). En outre, ils ont fait 38 000 victimes dans la Fédération de Russie.

Dans beaucoup de pays, les accidents de la route constituent la principale cause de décès chez les enfants et les jeunes, particulièrement parmi les jeunes de sexe masculin. La majorité des accidents mortels concernent des voitures, mais les motocyclettes et les vélomoteurs sont les modes de transport les plus exposés au risque d'accidents mortels (OCDE/FIT, 2011).

Outre les dommages sociaux, physiques et psychologiques qu'ils causent, les accidents de transport ont un coût financier direct et indirect élevé ; d'après une estimation, ils représentent chaque année 2 % du produit national brut dans les pays très motorisés (Peden *et al.*, 2004).

En 2009, le taux de mortalité par accident le plus élevé a été enregistré dans la Fédération de Russie et, au sein des pays de l'OCDE, au Mexique et aux États-Unis, ces taux ayant été supérieurs à 14 décès pour 100 000 habitants dans tous ces pays (graphique 1.5.1). Les taux les plus faibles ont été observés en Islande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où ils se sont établis à 4 décès pour 100 000 habitants ou moins, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE, égale à 8.2. Il existe un rapport de 1 à 5 entre l'Islande et le Mexique, pays de l'OCDE qui affichent respectivement le taux de mortalité par accident de transport le plus faible et le plus élevé. Les taux de décès par accident sont nettement plus élevés parmi les hommes que parmi les femmes dans tous les pays : ce taux est deux fois plus élevé pour les hommes en Nouvelle-Zélande, pays où l'écart entre hommes et femmes est le plus faible, et près de cinq fois plus élevé en Grèce et au Chili. En moyenne les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir dans un accident de transport (graphique 1.5.1).

Une grande partie des traumatismes et de la mortalité liés à ces accidents pourrait être évitée. La sécurité routière s'est beaucoup renforcée dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, notamment du fait 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 visant à faire respecter ces lois. En conséquence, les taux de décès par accident de transport ont diminué de moitié depuis 1995 (graphique 1.5.2). C'est en Estonie, en Islande, en Corée, au Portugal et au Japon que ce recul a été le plus marqué, les taux de mortalité ayant diminué de 60 % au moins depuis 1995, alors que le nombre de kilomètres parcourus a augmenté au cours de la même période (OCDE/FIT, 2010). 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. Le Chili et la Fédération de Russie ont vu leur taux de mortalité par accident de la route augmenter fortement depuis 1995 (graphique 1.5.3).

La récente crise a peut-être contribué à réduire la mortalité liée aux accidents de transport. Dans beaucoup de pays, les volumes de circulation ont décru légèrement ou sont restés stables, mais le nombre d'accidents mortels a diminué de façon beaucoup plus marquée. Toutefois, si l'on analyse la situation sur une période plus longue, on observe que l'adoption de politiques de sécurité routière efficaces constitue le principal moyen de diminuer la mortalité (OCDE/FIT, 2011).

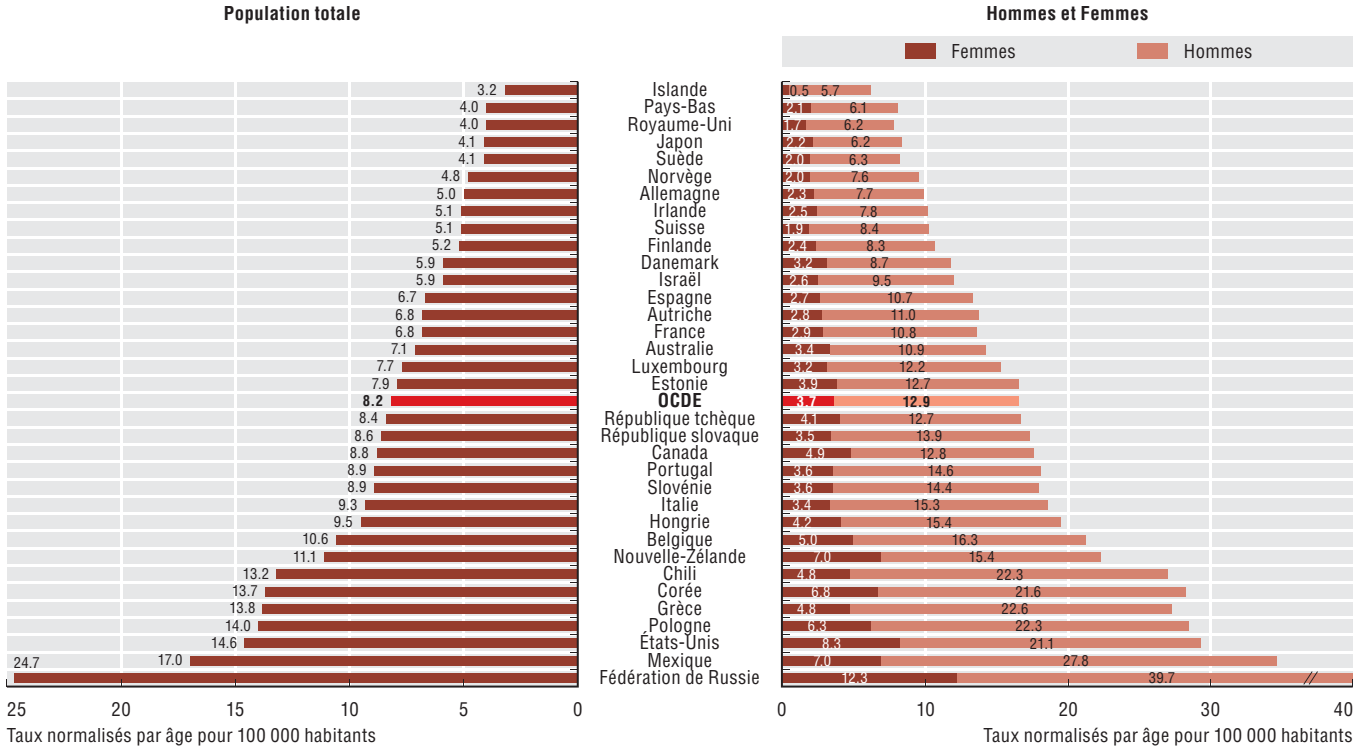
Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement normalisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 1980. Cela permet de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité*.

Les décès par accident de transport sont les décès dont la cause correspond aux codes V01 à V89 de la CIM-10. 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. Mathers *et al.* (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

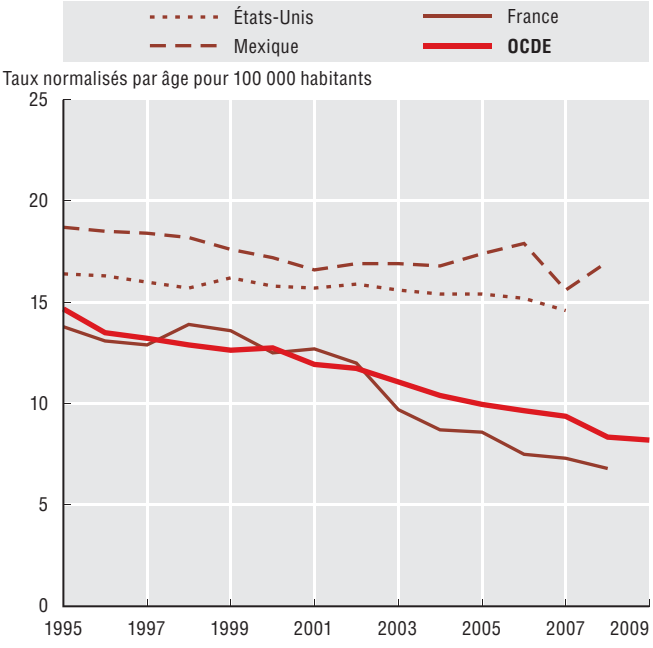
1.5.1 Taux de mortalité suite à un accident de transport, population totale, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528003

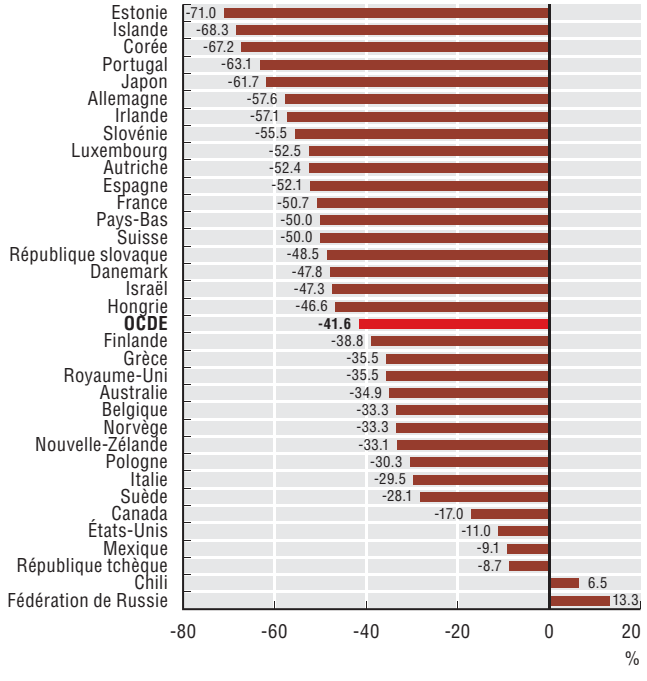
1.5.2 Évolution des taux de mortalité suite à un accident de transport pour quelques pays de l'OCDE, 1995-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528022

1.5.3 Variation des taux de mortalité suite à un accident de transport,1995-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528041

1.6. Suicide

Le fait de se donner délibérément la mort témoigne certes de graves problèmes personnels mais aussi d'une dégradation de l'environnement social dans lequel vit un individu. Le suicide peut être l'aboutissement de différents facteurs. Il est plus susceptible de se produire durant des périodes de crise liée à des problèmes relationnels, à une consommation abusive d'alcool ou de drogue, au chômage, à une dépression ou à d'autres formes de troubles psychiques. C'est pourquoi il est souvent utilisé comme un indicateur indirect de la santé mentale d'une population. Il est toutefois possible que, dans certains pays, le nombre de suicides soit sous-estimé du fait qu'il s'agit d'un acte stigmatisant (voir « Définition et comparabilité »).

Le suicide est une cause de décès importante dans de nombreux pays de l'OCDE. Ainsi, on a dénombré près de 150 000 décès par suicide en 2009. Les taux de décès par suicide les plus faibles ont été enregistrés dans les pays d'Europe du Sud (Grèce, Italie et Espagne), au Mexique et en Israël, où l'on a dénombré 6 décès par suicide ou moins pour 100 000 habitants (graphique 1.6.1). Les taux les plus élevés, supérieurs à 19 décès pour 100 000 habitants, ont été observés en Corée, dans la Fédération de Russie, en Hongrie et au Japon. Il existe un rapport de 1 à 10 entre la Grèce et la Corée, qui affichent respectivement le taux le plus faible et le taux le plus élevé.

Les taux de décès par suicide sont généralement trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (graphique 1.6.1), et cet écart entre les sexes est resté relativement stable. La Corée, où les femmes sont davantage exposées au risque de suicide que dans les autres pays de l'OCDE, fait exception. L'écart entre hommes et femmes est moindre pour les tentatives de suicide, ce qui témoigne du fait que les femmes ont généralement recours à des méthodes moins radicales que les hommes. Le suicide est également lié à l'âge, les personnes de moins de 25 ans et les personnes âgées étant des sujets particulièrement à risque. Si le taux de suicide au sein de la population âgée a, de manière générale, baissé au cours des vingt dernières années, les progrès ont été moindres au sein de la population jeune.

Les taux de suicide ont diminué dans beaucoup de pays de l'OCDE depuis 1995, en particulier en Estonie, au Luxembourg, en Autriche, où ce recul a atteint ou dépassé 40 % (graphique 1.6.2). En revanche, ils ont augmenté en Corée, au Chili, au Mexique, au Japon et au Portugal, même si ce taux reste faible au Mexique et s'il est stable depuis la fin des années 90 au Japon. En Corée, le taux de suicide parmi les hommes a plus que doublé, passant de 17 pour 100 000 en 1995 à 39 pour 100 000 en 2009 et le taux de suicide parmi les femmes est le plus élevé de la zone OCDE, à 20 pour 100 000 (graphique 1.6.3). Entre 2006 et 2010, le nombre de personnes traitées pour dépression ou troubles bipolaires a fortement augmenté en Corée (de 17 % et 29 % respectivement) ; en outre, les personnes les plus défavorisées risquent davantage d'être touchées (HIRA, 2011). La crise économique, l'affaiblissement de l'intégration sociale et l'érosion du soutien familial traditionnel apporté aux personnes âgées concourent à expliquer l'augmentation récente des taux de suicide en Corée (Kwon *et al.*, 2009).

Le suicide est souvent lié à la dépression et à l'abus d'alcool ou d'autres substances. Le dépistage précoce de ces problèmes psychosociaux au sein des groupes à risque par la famille et les professionnels de santé doit faire partie des objectifs des campagnes de prévention du suicide et doit s'accompagner d'un soutien et d'un traitement efficaces. Beaucoup de pays cherchent à agir en faveur de la santé mentale et mettent au point des stratégies nationales de prévention, en ciblant les groupes à risque (Hawton et van Heeringen, 2009). En Allemagne, en Finlande et en Islande, les programmes de prévention du suicide reposent sur des mesures visant à promouvoir une étroite collaboration multisectorielle et la constitution de réseaux entre différents intervenants (NOMESCO, 2007).

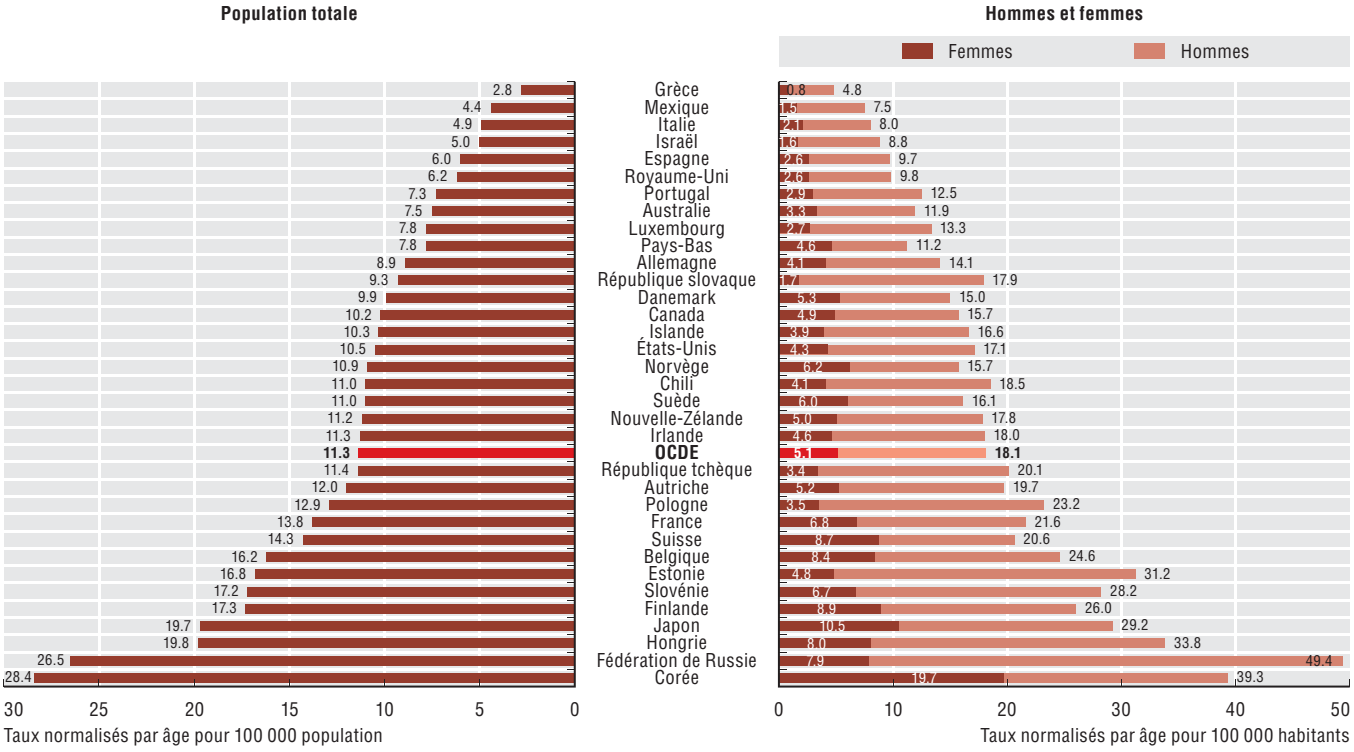
Définition et comparabilité

L'Organisation mondiale de la santé définit le suicide comme un acte délibéré, accompli par une personne qui sait parfaitement ou espère qu'il aura une issue fatale. La comparabilité internationale des taux de suicide peut être altérée par les critères de déclaration, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, la réalisation ou non d'une enquête médicolégale et les dispositions relatives au caractère confidentiel de la cause du décès. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des différences de taux entre pays.

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement normalisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 1980, ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité*. Les décès par suicide sont les décès dont la cause correspond aux codes X60 à X84 de la CIM-10. Mathers *et al.* (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

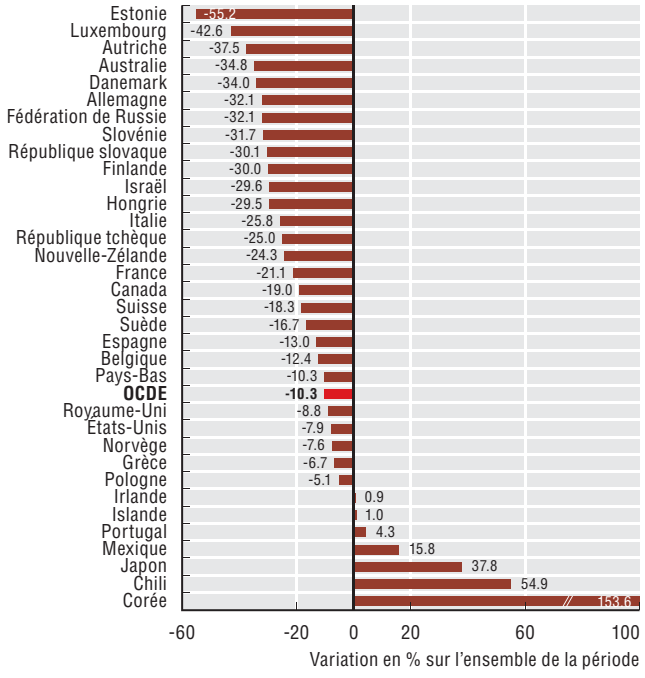
1.6.1 Taux de mortalité due à un suicide, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528060

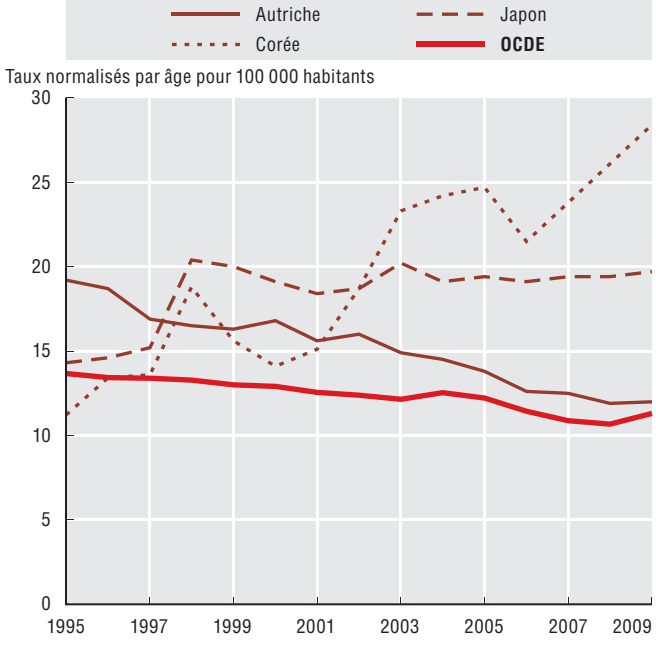
1.6.2 Variation des taux de suicide, 1995-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; IS-GBE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528079

1.6.3 Évolution des taux de suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1995-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528098

1.7. Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, qui mesure la proportion de décès parmi les nourrissons et les enfants de moins d'un an, reflète non seulement l'impact de la situation économique et sociale sur la santé des mères et des nouveau-nés mais aussi l'efficacité des systèmes de santé.

Dans la majorité des pays de l'OCDE, la mortalité infantile est faible ; elle varie peu d'un pays à l'autre (graphique 1.7.1). Toutefois, dans un petit groupe de pays de l'OCDE et de pays émergents, les taux de mortalité infantile sont supérieurs à 10 décès pour 1 000 naissances vivantes. En 2009, la mortalité infantile a été comprise entre moins de 3 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les pays nordiques (Islande, Suède, Finlande), au Japon, en Slovénie, au Luxembourg et dans la République tchèque, et 13 et 15 décès pour 1 000 naissances en Turquie et au Mexique. Ces taux étaient également relativement élevés (plus de 6 décès pour 1 000 naissances vivantes) aux États-Unis et au Chili.

Dans les pays émergents (Inde, Afrique du Sud, Indonésie et Brésil), les taux de mortalité infantiles sont supérieurs à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes. En Inde, un enfant sur 20 meurt avant son premier anniversaire. La Commission des Nations unies sur l'information et la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant a appelé tous les pays à renouveler leurs efforts pour mesurer les progrès concernant la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et les dépenses de santé qui y sont associées (Commission des Nations unies, 2011).

Deux tiers environ des décès qui ont lieu au cours de la première année de vie sont des décès néonatals (survenant au cours des quatre premières semaines). Dans les pays développés, les principales causes de mortalité néonatale sont les anomalies congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenant pendant la grossesse. Les femmes étant de plus en plus nombreuses à avoir des enfants plus tardivement et le nombre de grossesses multiples augmentant du fait des traitements contre la stérilité, le nombre de naissances prématurées tend à s'accroître (voir l'indicateur 1.8). Dans un certain nombre de pays à haut revenu, ce phénomène a contribué à interrompre la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile ces dernières années. S'agissant des décès de nourrissons de plus d'un mois (mortalité post-néonatale), les causes 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 ils s'établissaient, en moyenne, à près de 30 décès pour 1 000 naissances vivantes, comparé à une moyenne de 4.4 en 2009 (graphique 1.7.2). Les progrès réalisés représentent une réduction cumulée de plus de 85 % depuis 1970. Le Portugal a vu son taux de mortalité infantile diminuer en moyenne de près de 7 % par an depuis 1970, si bien qu'après avoir été le pays européen où le taux de mortalité infantile était le plus élevé, il est devenu, en 2009, l'un des pays de l'OCDE où ce taux est le plus bas (graphique 1.7.1). Les taux de mortalité infantile ont également fortement diminué en Corée, en Israël et en Turquie.

En revanche, la diminution a été moindre aux États-Unis où le taux de mortalité infantile est désormais supérieur à la moyenne de l'OCDE alors qu'il était auparavant nettement inférieur (graphique 1.7.2). Il existe des écarts importants entre les groupes ethniques aux États-Unis, les femmes noires étant plus susceptibles de donner naissance à des enfants à risque et à faible poids que les femmes blanches, entraînant un taux de mortalité infantile plus de deux fois plus élevés (12.9 contre 5.6 en 2006) (NCHS, 2011).

Des études ont souvent utilisé le taux de mortalité infantile pour examiner l'effet de divers déterminants médicaux et non médicaux de la santé (par exemple OCDE, 2010a). Bien que la plupart des analyses montrent l'existence d'une corrélation globalement négative entre la mortalité infantile et les dépenses de santé, le fait que certains pays dont les dépenses de santé sont élevées n'affichent pas toujours de faibles taux de mortalité infantile a conduit certains chercheurs à avancer que l'amélioration des résultats sanitaires ne passe pas nécessairement par une augmentation des dépenses de santé (Retzlaff-Roberts *et al.*, 2004). Un corpus de recherches semble également montrer que de nombreux facteurs autres que la qualité et l'efficience du système de santé, par exemple les inégalités de revenu, l'environnement social, les modes de vie et les comportements individuels, influent sur les taux de mortalité infantile (Kiely *et al.*, 1995).

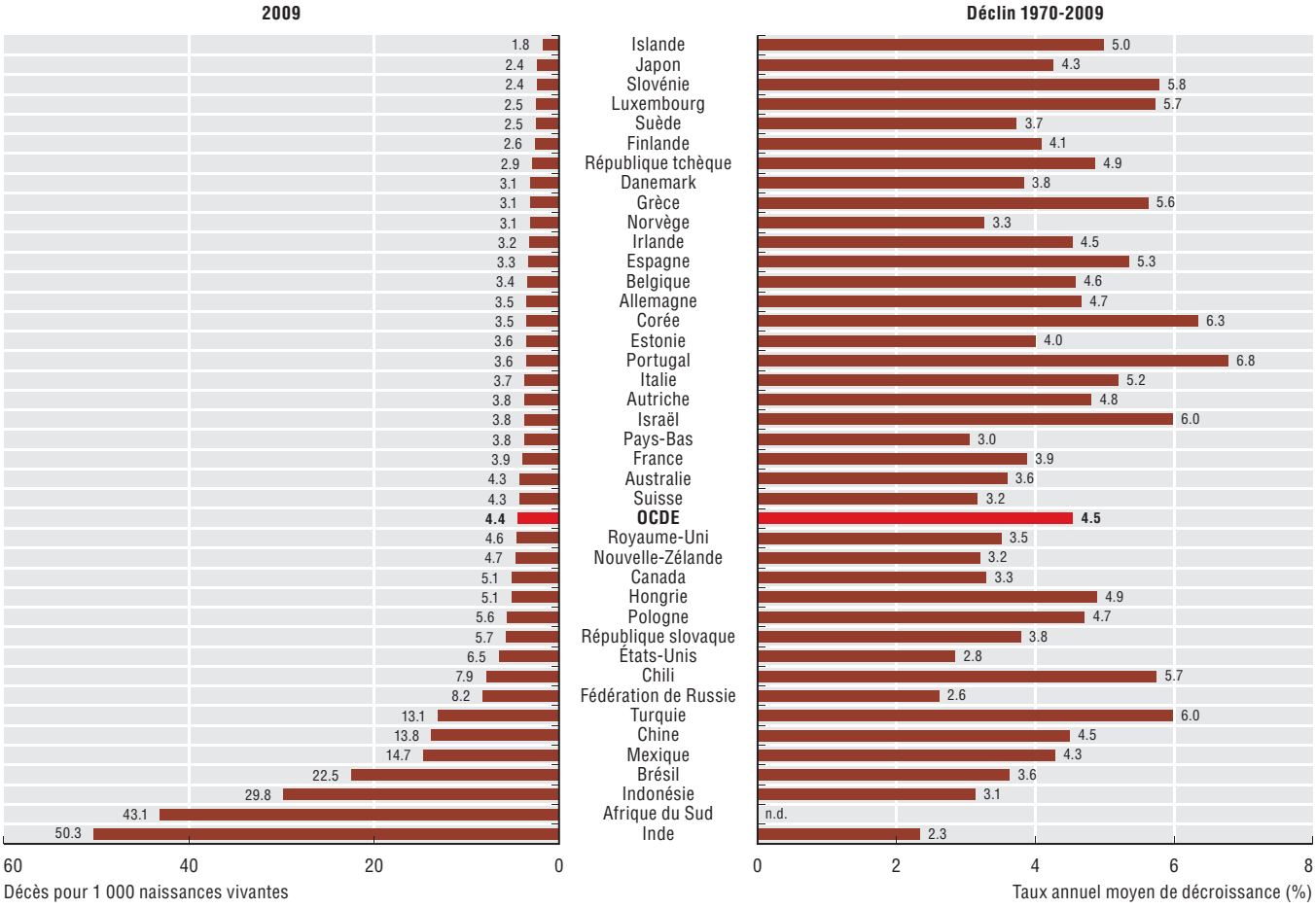
Définition et comparabilité

Le taux de mortalité infantile mesure le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale mesure le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours.

Les variations internationales des taux de mortalité infantile peuvent en partie s'expliquer par des différences de pratique en matière d'enregistrement des naissances prématurées. La plupart des pays n'appliquent pas de critères d'âge gestationnel ou de poids pour enregistrer la mortalité. En Norvège, un âge gestationnel minimum est appliqué (un décès après une naissance vivante n'est comptabilisé comme tel que si l'âge gestationnel dépasse 12 semaines). En République tchèque, aux Pays-Bas et en Pologne, l'âge gestationnel doit être d'au moins 22 semaines et/ou le poids à la naissance de 500 grammes au minimum.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

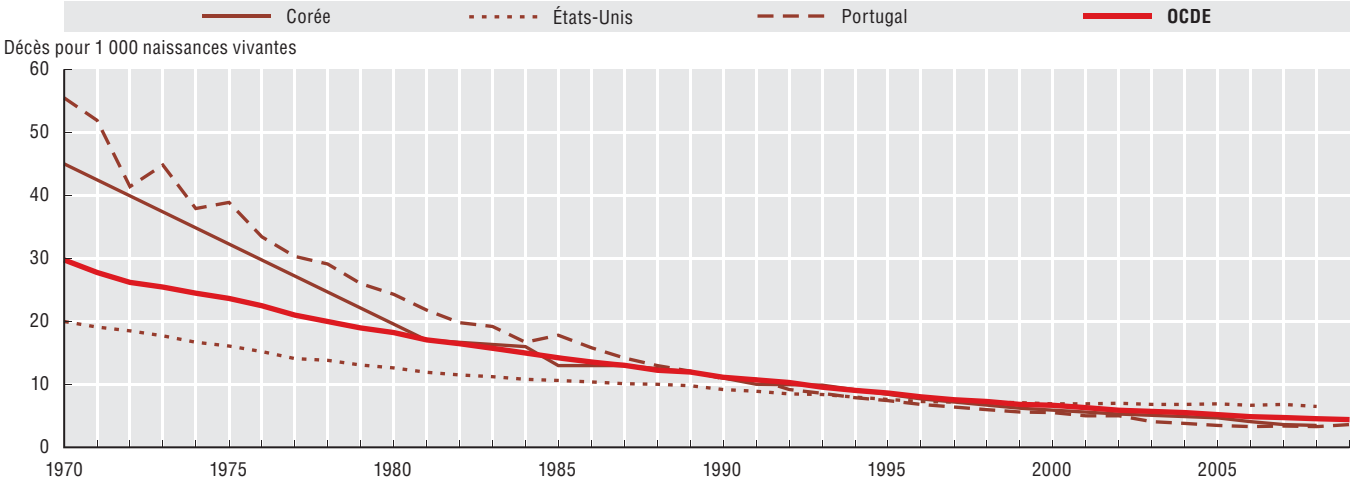
1.7.1 Taux de mortalité infantile, 2009 et déclin 1970-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528117

1.7.2 Taux de mortalité infantile pour quelques pays de l'OCDE, 1970-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528136

1.8. 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 parce qu'il existe une relation étroite 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 nouveau-nés de faible poids risquent plus d'être en mauvaise santé ou de décéder, doivent souvent être hospitalisés plus longtemps après la naissance et sont plus susceptibles de souffrir de handicaps importants (UNICEF et OMS, 2004).

Parmi les facteurs de risque du faible poids de naissance figurent les grossesses chez les adolescentes, les antécédents de faible poids à la naissance, les comportements nocifs comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et une mauvaise hygiène alimentaire, le fait d'avoir un faible indice de masse corporelle, le fait d'être issu d'un milieu socioéconomique défavorisé et la fécondation *in vitro*.

Dans les pays de l'OCDE, en 2009, un enfant sur 15 pesait moins de 2 500 grammes à la naissance – soit 6.7 % de l'ensemble des naissances (graphique 1.8.1). Les pays nordiques (Islande, Suède et Finlande), l'Estonie, l'Irlande et la Corée sont les pays qui ont affiché la plus faible proportion de naissances de faible poids, ces naissances ayant représenté moins de 5 % des naissances vivantes. à l'autre extrémité, on trouve, outre un certain nombre de pays émergents (l'Inde, l'Afrique du Sud et l'Indonésie), la Turquie et le Japon, avec une proportion de naissances de faible poids supérieure à 9 % (graphique 1.8.1).

Depuis 1980 et surtout à partir de 1995, la proportion de naissances de faible poids a augmenté dans plusieurs pays de l'OCDE (graphique 1.8.2). Plusieurs facteurs concourent à expliquer cette hausse. D'une part, le nombre de 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 d'une plus grande utilisation des traitements contre la stérilité. D'autre part, le recul de l'âge de la maternité et le recours accru à des techniques d'accouchement telles que la provocation de l'accouchement et la césarienne, sont d'autres facteurs explicatifs.

Le nombre de naissances de faible poids a considérablement augmenté au Japon, au Portugal et en Espagne ces trente dernières années. En conséquence, dans ces pays, la proportion de nouveau-nés ayant un faible poids de naissance est désormais supérieure à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.8.2). En revanche, au Chili, en Pologne et en Hongrie, cette proportion a diminué au cours de la même période. Elle a peu évolué en Finlande, en Suède et au Danemark, mais elle a augmenté en Islande et en Norvège.

Le graphique 1.8.3 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 réduite 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.

Il ressort d'une comparaison des différents groupes sociaux au sein d'un même pays que la proportion d'enfants de faible poids de naissance peut être influencée par des différences de niveau d'instruction, de revenu et de conditions de vie. Aux États-Unis, on observe de grands écarts entre les groupes pour ce qui est de la proportion d'enfants ayant un faible poids de naissance, cette proportion étant pratiquement deux fois plus élevée parmi la population noire que parmi la population blanche (NCHS, 2011). Des différences similaires ont été observées entre les populations indigènes et non indigènes en Australie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande, différences qui reflètent souvent les conditions de vie défavorisées de nombreuses mères indigènes.

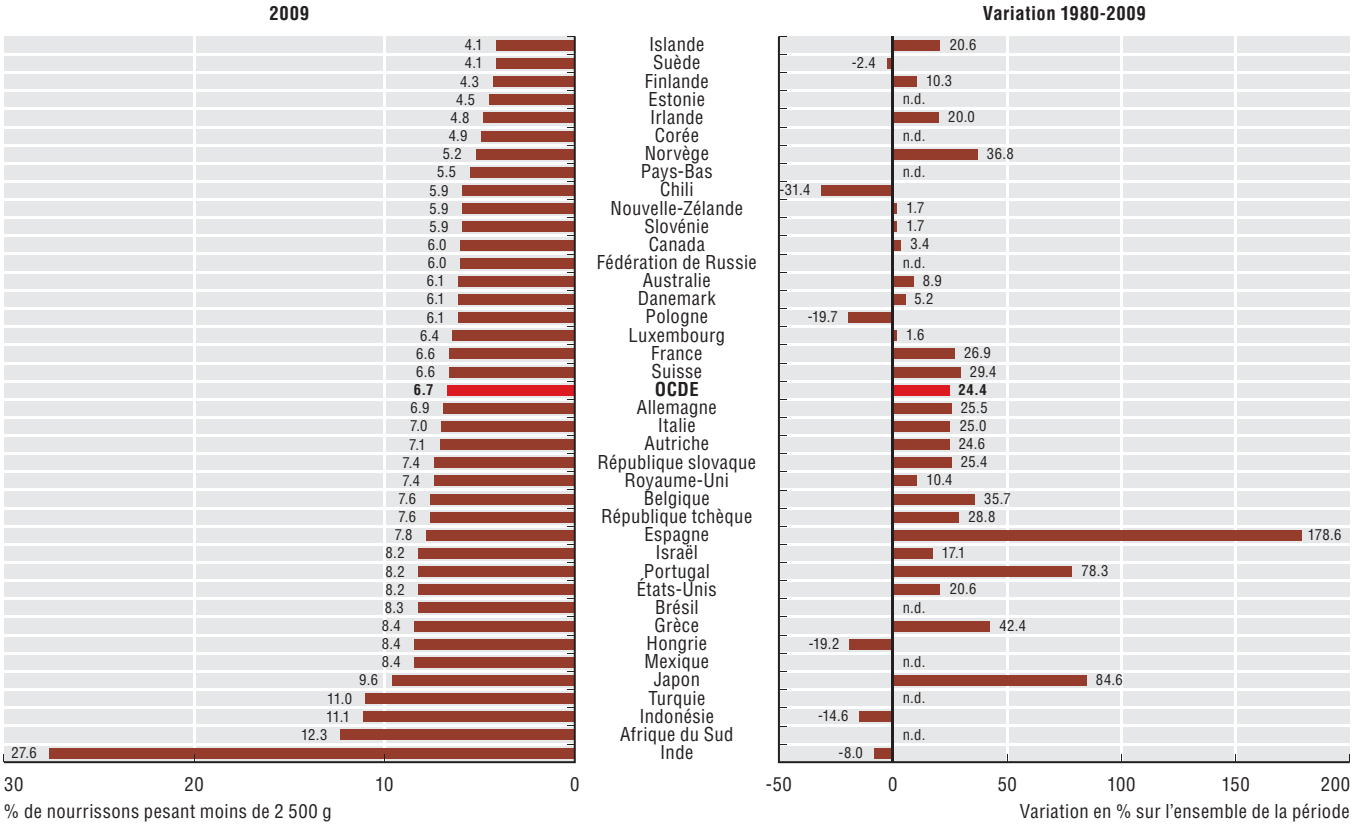
Définition et comparabilité

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un enfant ayant un faible poids de naissance est un enfant qui pèse moins de 2 500 grammes à la naissance, quel que soit l'âge gestationnel auquel il est né. Cette définition repose sur des observations épidémiologiques relatives au risque accru de décès de l'enfant. Le nombre de 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'une enquête nationale de santé par entretiens. Quelques pays, peu nombreux, fournissent des données qui ne couvrent que certaines régions ou certains secteurs hospitaliers.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

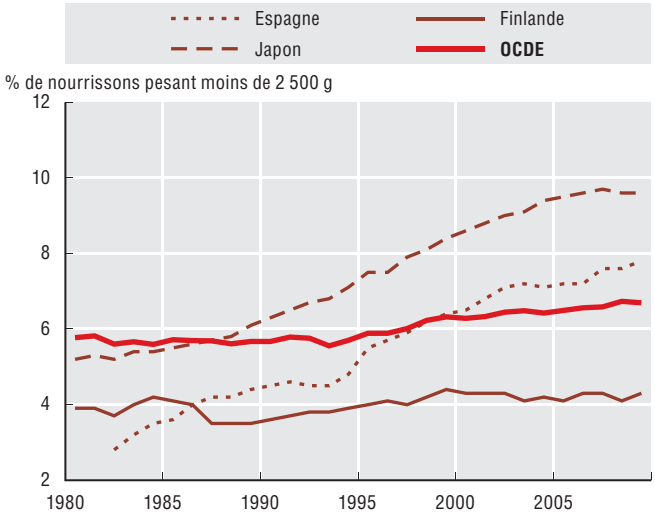
1.8.1 Faible poids des nourrissons à la naissance, 2009 et variation 1980-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528155

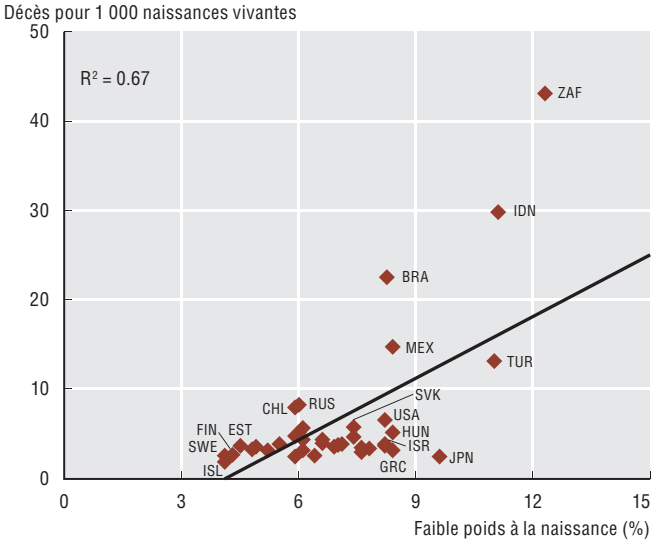
1.8.2 Évolution de la proportion de nourrissons ayant un faible poids à la naissance, quelques pays de l'OCDE, 1980-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528174

1.8.3 Faible poids à la naissance et mortalité infantile, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Banque mondiale et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528193

1.9. État de santé général perçu

La plupart des pays de l'OCDE réalisent des enquêtes de santé qui permettent aux répondants d'évaluer différents aspects de leur état de santé. Ces enquêtes comportent souvent une question qui invite les personnes interrogées à décrire leur état santé en général tel qu'elles le perçoivent. En dépit du caractère subjectif de cette question, les indicateurs de perception de l'état de santé en général permettent de faire de bonnes prévisions de l'évolution de la consommation de soins de santé et de la mortalité (voir, par exemple, Miilunpalo *et al.*, 1997).

Cependant, dans le cadre de comparaisons internationales, les différences entre pays au niveau de la perception de l'état de santé général sont souvent difficiles à interpréter car les réponses peuvent être influencées non seulement par des différences dans la formulation des questions et réponses mais aussi par des facteurs socioculturels.

Ces réserves étant faites, dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la majorité de la population adulte s'estime en bonne ou très bonne santé (graphique 1.9.1). Les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et le Canada sont les trois pays où la proportion de la population se déclarant en bonne santé est la plus élevée, neuf personnes sur dix environ s'estimant en bonne santé. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans ces trois pays sont différentes de celles utilisées dans les pays européens et dans les pays asiatiques de l'OCDE, ce qui conduit à une surestimation des résultats (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

Au Mexique et en Allemagne, les deux tiers de la population adulte environ s'estiment en bonne ou très bonne santé. À l'autre extrémité, moins de la moitié de la population adulte de la République slovaque, du Japon, du Portugal et de la Corée s'estime en bonne ou très bonne santé.

S'agissant des différences au sein même des pays, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de se déclarer en bonne santé dans tous les pays sauf en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Finlande (graphique 1.9.1). L'opinion des individus sur leur santé tend à se dégrader avec l'âge. Dans beaucoup de pays, le nombre de personnes qui se disent en bonne santé tend à diminuer de façon particulièrement marquée à partir de 45 ans, puis de nouveau à partir de 65 ans. Les chômeurs, les retraités et les personnes inactives sont plus nombreuses que les autres à s'estimer en mauvaise ou très mauvaise santé (Baert et de Norre, 2009). Les personnes qui ont un niveau d'instruction ou de revenu relativement faible ont une perception moins positive de leur santé que celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé (Mackenbach *et al.*, 2008).

Le pourcentage de la population se déclarant en bonne ou très bonne santé est resté relativement stable ces 30 dernières années dans la majorité des pays où des séries temporelles longues sont disponibles, même s'il est en léger recul au Japon depuis le milieu des années 90 (graphique 1.9.2). Il est possible d'attribuer la relative stabilité de l'indicateur de l'état de santé perçu à la méthode utilisée pour apprécier cet indicateur – cette appréciation repose en effet 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 la mesure de l'espérance de vie, par exemple, ne comporte 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.

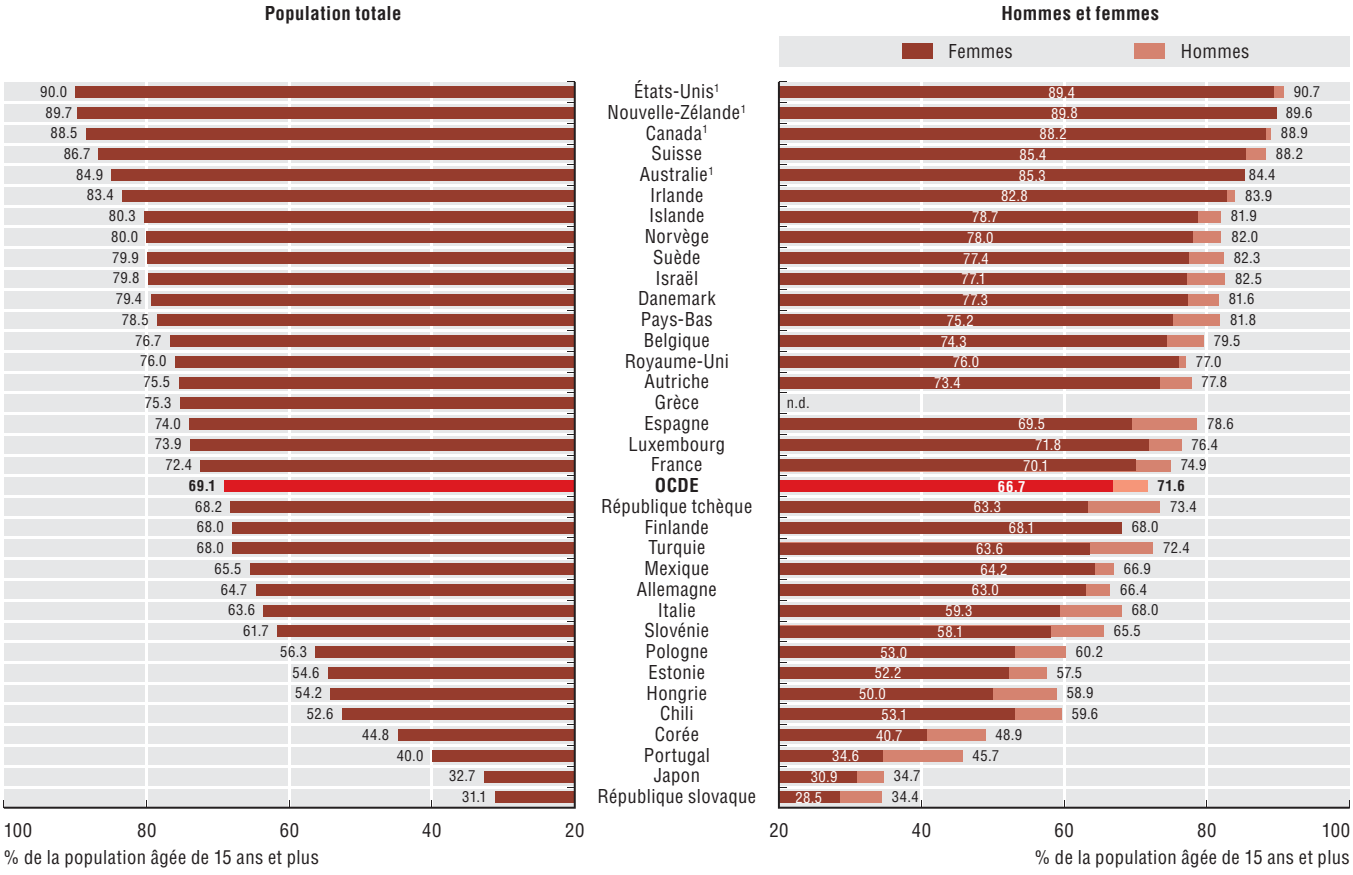
Définition et comparabilité

L'état de santé perçu reflète la perception générale que les individus ont de leur santé physique et psychique. Il est apprécié à travers des enquêtes dans le cadre desquelles les personnes interrogées sont invitées à répondre à des questions comme : « Diriez-vous que votre état de santé général est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ? » La *Base de données de l'OCDE sur la santé* présente des chiffres regroupant la proportion de la population qui déclare être en « bonne » et en « très bonne » santé.

Il convient d'être prudent dans les comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par plusieurs facteurs, par exemple par le contexte culturel et les spécificités nationales. Deuxièmement, 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 réponse utilisée aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie est *asymétrique* (elle est biaisée vers les réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés dans la *Base de données de l'OCDE sur la santé* renvoient à l'une des trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). Au contraire, dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est *symétrique*, comportant les catégories : « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les données relatives à ces pays ne renvoient qu'aux deux premières catégories (« très bonne, bonne »). Les résultats sont donc biaisés vers le haut dans les pays utilisant une échelle asymétrique.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

1.9.1 Pourcentage des adultes déclarant être en bonne santé, 2009 (ou année la plus proche)

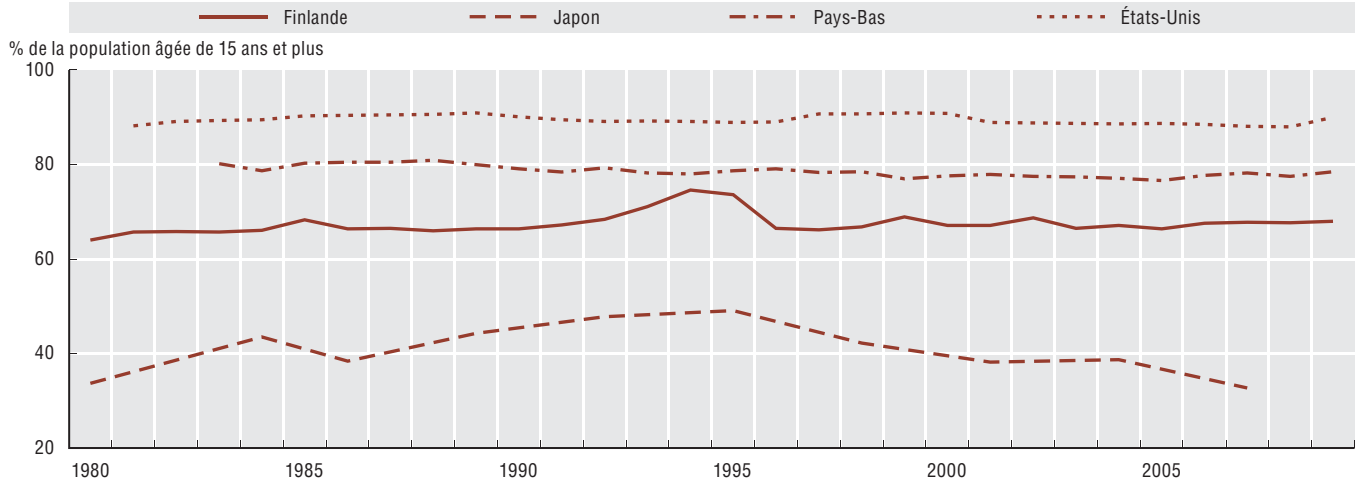


1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables à celles des autres pays, en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528212

1.9.2 Évolution du pourcentage d'adultes déclarant être en bonne santé pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528231

1.10. Prévalence et incidence du diabète

Le diabète est une maladie métabolique chronique, qui se caractérise par un taux élevé de glucose dans le sang. Il est dû soit à un arrêt de la production par le pancréas de l'insuline (diabète de type 1), soit à une diminution de la capacité du pancréas à produire de l'insuline associée à une résistance de l'organisme à l'action de cette hormone (diabète de type 2). Les diabétiques sont plus exposés au risque de maladies cardiovasculaires comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux si la maladie n'est pas diagnostiquée ou mal régulée. Ils sont aussi plus exposés à des risques de perte de la vision, d'amputation du pied ou 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 plus de 300 000 décès dans les pays de l'OCDE en 2009, et il se place au quatrième ou cinquième rang des causes de décès dans la plupart des pays développés. Parmi les personnes décédant de maladies uniquement liées à cette affection – environ 50 % des diabétiques meurent d'une maladie cardiovasculaire et 10 à 20 % d'insuffisance rénale.

Le diabète est en augmentation rapide dans toutes les parties du monde, à tel point qu'il a maintenant atteint des proportions épidémiques. On estime que plus de 6 % de la population des pays de l'OCDE âgée de 20 à 79 ans, soit 83 millions d'individus, souffraient de diabète en 2010. Près de la moitié des adultes diabétiques ont moins de 60 ans. Si rien n'est fait, le nombre de personnes touchées par le diabète dans les pays de l'OCDE atteindra presque 100 millions dans moins de 20 ans (FID, 2009).

D'après la Fédération internationale du diabète (FID), en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni, moins de 5 % des adultes de 20 à 79 ans souffraient de diabète en 2010. Au Mexique et aux États-Unis, le diabète touchait plus de 10 % des personnes de cette tranche d'âge (graphique 1.10.1). Dans la plupart des pays de l'OCDE, entre 5 et 10 % de la population adulte souffraient de 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, et peuvent 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 2.3).

Le diabète de type 1 ne représente que 10 à 15 % de l'ensemble des cas de diabète. Dans la plupart des pays développés, c'est la forme prédominante de cette maladie au sein des groupes d'âge les plus jeunes. D'après les registres et certaines études récentes, le nombre de nouveaux cas de diabète de type 1 touchant des enfants de moins de 15 ans atteint un niveau élevé, de 25 ou plus pour 100 000 personnes, en Finlande, en Suède et en Norvège (graphique 1.10.2). Le Mexique et le Japon enregistrent moins de 5 nouveaux cas pour 100 000 personnes. Par ailleurs, on assiste à une évolution inquiétante, à savoir que le diabète de type 1 apparaît actuellement à un âge plus précoce chez les enfants (FID, 2009).

Le diabète a des conséquences économiques importantes. Les dépenses de santé engagées pour traiter et prévenir le diabète et ses complications ont été évaluées à 345 milliards USD dans les pays de l'OCDE en 2010 (FID, 2009). À eux seuls, les États-Unis ont, en 2007, consacré quelque 116 milliards USD au traitement du diabète et de ses complications et au financement des frais médicaux généraux supplémentaires (ADA, 2008). En Australie, les dépenses directes liées au diabète représentaient en 2004-05 près de 2 % des dépenses de santé récurrentes (AIHW, 2008d).

Environ un quart des dépenses médicales est consacré à la prise en charge de l'hyperglycémie, un autre quart au traitement des complications chroniques du diabète, et le reste aux soins médicaux généraux supplémentaires (FID, 2006). La hausse des coûts accroît la nécessité de fournir des soins de qualité pour la prise en charge du diabète et de ses complications (voir l'indicateur 5.2 « Admission évitable à l'hôpital : diabète non contrôlé »).

Définition et comparabilité

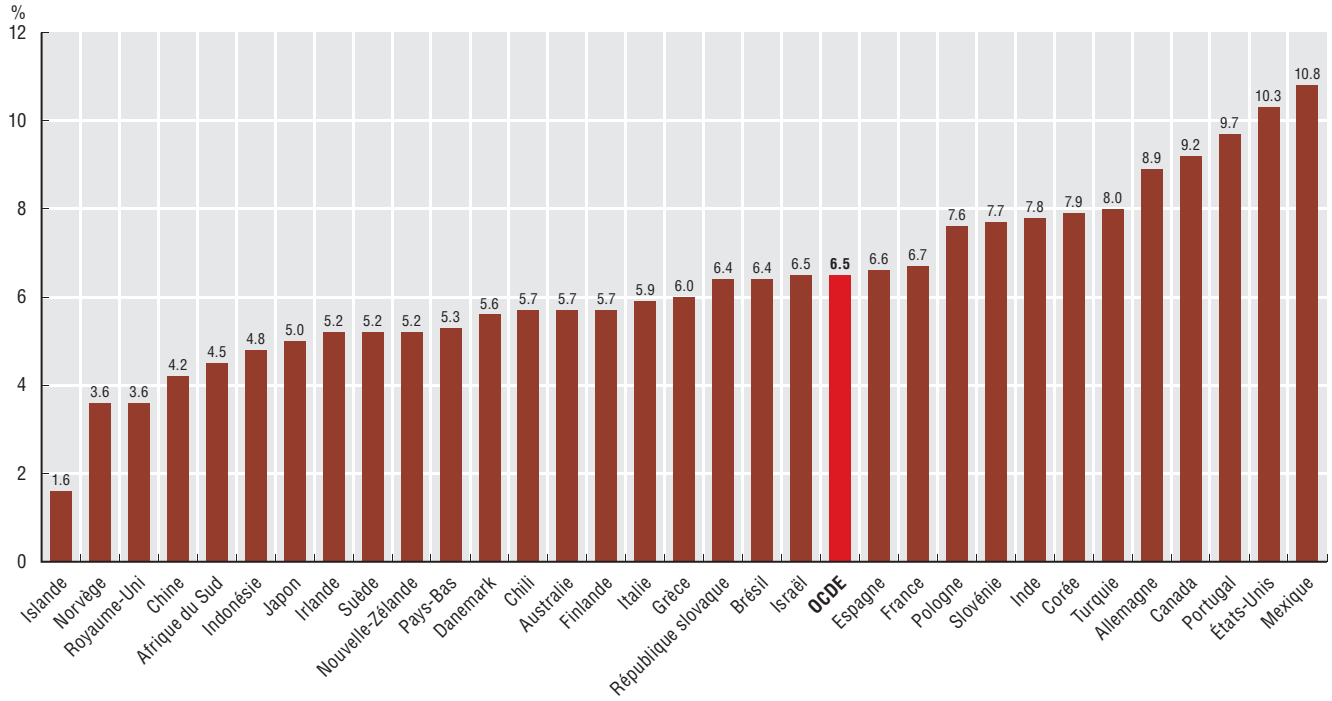
Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète pour la publication d'estimations nationales de la prévalence du diabète sont exposées dans son Atlas du diabète (*Diabetes Atlas*, 4e édition, FID, 2009). Les données sont tirées d'études publiées entre 1980 et février 2009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

Des études réalisées par plusieurs pays de l'OCDE – France, Italie, Pays-Bas, Norvège, Slovénie et Royaume-Uni – ne fournissent que des données autodéclarées. Pour tenir compte des cas de diabète non diagnostiqués, la FID a multiplié la prévalence par 1.5 pour le Canada et le Royaume-Uni conformément aux conclusions d'études réalisées aux États-Unis (Canada) et aux recommandations locales (Royaume-Uni) et par 2 pour les autres pays, conformément à des données provenant de plusieurs pays.

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

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

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

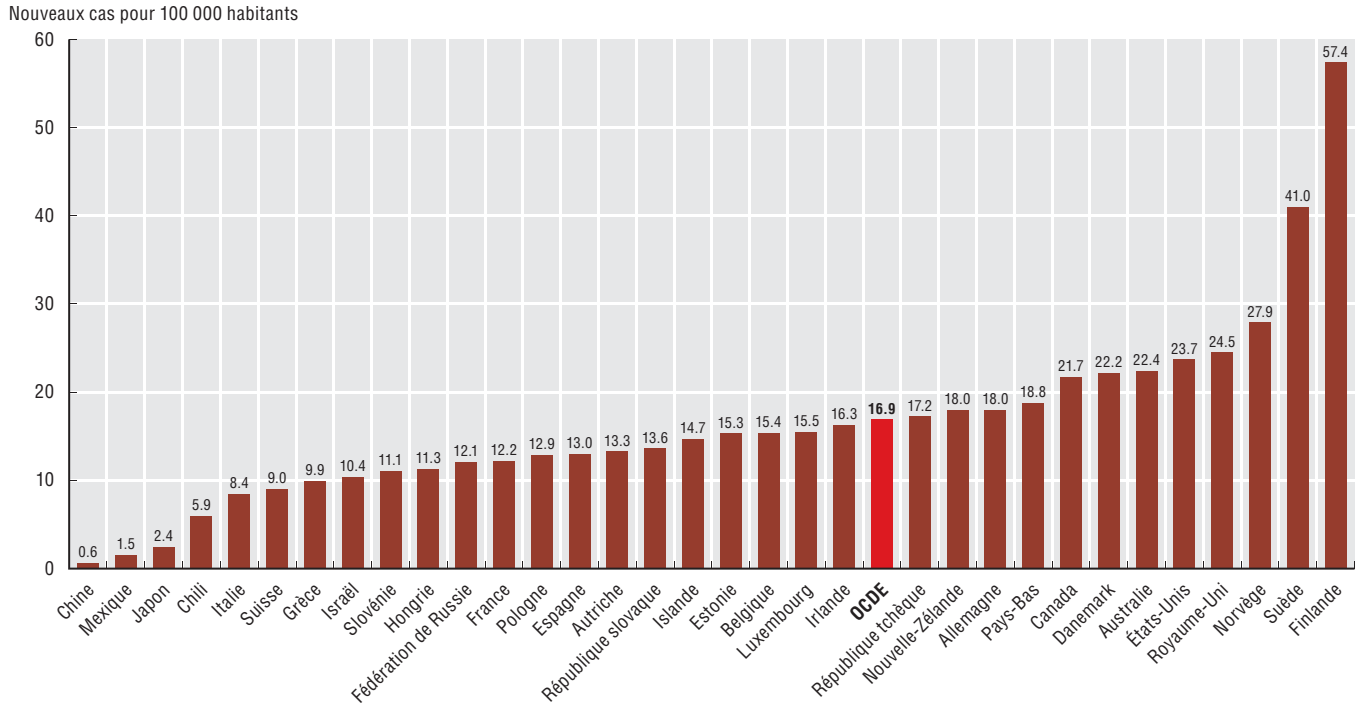


Note : Les données correspondent au diabète de types 1 et 2. Les données sont normalisées par rapport à l'âge selon la structure de la population mondiale.

Source : FID (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528250

1.10.2 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/10.1787/888932528269

1.11. Incidence du cancer

On estime que 5.2 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2008 dans les pays de l'OCDE, soit une moyenne de 261 pour 100 000 personnes. Les taux d'incidence étaient très différents selon les pays, étant relativement élevés au Danemark, en Irlande, en Australie, en Belgique et en Nouvelle-Zélande, à plus de 300 pour 100 000 habitants (graphique 1.11.1). Ils étaient inférieurs à 150 dans plusieurs pays émergents, dont l'Inde, le Mexique, l'Indonésie et la Turquie.

Les taux d'incidence du cancer sont généralement plus élevés dans les pays à haut revenu que dans les pays à revenu plus faible. La population des pays à haut revenu est en effet plus susceptible de présenter une surcharge pondérale, de consommer plus d'alcool et de ne pas pratiquer d'activité physique, autant de facteurs qui augmentent le risque d'apparition de plusieurs cancers fréquents. Ainsi, la forte incidence du cancer observée au Danemark s'explique en partie par la forte proportion de fumeurs et la consommation importante d'alcool. Toutefois, le Danemark, comme d'autres pays à haut revenu, affiche de bons résultats en termes de dépistage du cancer, ce qui contribue aussi à expliquer les taux d'incidence élevés. En Australie et en Nouvelle-Zélande, l'incidence élevée du cancer de la peau, de même que l'incidence supérieure à la moyenne des cancers du sein et de la prostate, explique en partie le taux d'incidence global élevé. Les taux d'incidence plus faibles constatés dans les pays émergents sont en partie imputables à des problèmes de qualité des données, mais aussi au fait que, jusqu'à présent, ces pays sont beaucoup moins touchés par la consommation de tabac, les problèmes d'hygiène alimentaire et le manque d'exercice physique.

En 2008, les cancers les plus souvent diagnostiqués dans les pays de l'OCDE ont été le cancer colorectal (665 000 cas) et le cancer du poumon (663 000 cas), qui ont représenté chacun 13 % des nouveaux cas diagnostiqués. Le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes a été celui de la prostate (632 000 cas ou 23 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les hommes), puis le cancer du poumon et le cancer colorectal. Le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes a été celui du sein (639 000 cas ou 27 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les femmes), puis le cancer colorectal et le cancer du poumon.

L'incidence du cancer du sein chez les femmes varie aussi fortement d'un pays à l'autre (graphique 1.11.2). Elle est relativement élevée en Belgique, en France, en Israël, aux Pays-Bas et en Irlande, où les taux sont proches de 100 cas pour 100 000 femmes voire supérieurs. Plusieurs pays affichent un taux plus de deux fois plus faible, égal voire inférieur à 50 cas pour 100 000 femmes (Estonie, Pologne, Fédération de Russie, Japon, Corée et plusieurs pays émergents). Parmi les facteurs qui prédisposent au risque d'apparition du cancer du sein figurent l'âge, l'existence d'antécédents familiaux ou personnels de cancer du sein, les traitements hormonaux, la surcharge pondérale et la consommation excessive d'alcool.

Ces dix dernières années, les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE. Cette hausse s'explique en grande partie aux progrès réalisés dans le diagnostic et à l'augmentation du nombre de femmes qui se soumettent à un dépistage par mammographie. Les États-Unis, où une récente diminution de l'incidence du cancer du sein a été imputée à un moindre recours, à la fois à l'hormonothérapie de substitution et au dépistage par mammographie, font exception (American Cancer Society, 2010) (voir l'indicateur 5.9 « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein »).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes, en particulier à partir de 65 ans. L'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate dans bon nombre de pays depuis les années 90 s'explique en grande partie par un recours accru au diagnostic par dosage de l'antigène spécifique de la prostate, même si l'utilisation de ce test a été variable en raison de son coût et du caractère incertain de son intérêt à long terme pour les patients. En 2008, les taux d'incidence les plus élevés ont été enregistrés en Irlande, en France, en Norvège et en Suède, où le taux standardisé a été supérieur à 110 cas pour 100 000 hommes (graphique 1.11.3). Au sein des pays de l'OCDE, c'est en Turquie, en Grèce, en Corée et au Japon que les taux d'incidence les plus faibles ont été observés.

Les causes du cancer de la prostate sont encore mal connues. Les principaux facteurs de risque sont l'âge et l'existence d'antécédents familiaux. Selon certaines données, il est également possible que divers facteurs liés à l'alimentation et à l'environnement jouent un rôle (American Cancer Society, 2010).

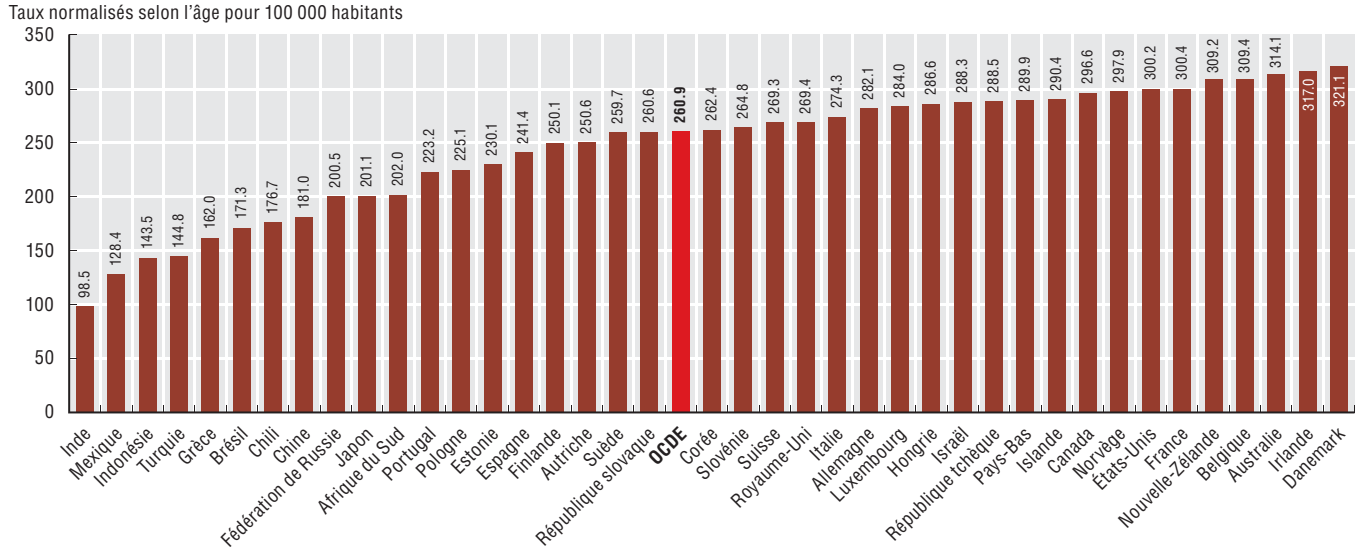
Définition et comparabilité

Le taux d'incidence du cancer mesure le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une année donnée pour 100 000 personnes. Les taux obtenus ont été normalisés selon l'âge d'après la population mondiale type de l'OMS.

Les données sont extraites de la *Base de données GLOBOCAN* du Centre international de recherche sur le cancer (Ferlay *et al.*, 2010). Les estimations pour 2008 ont été calculées sur la base des taux d'incidence observés ces dernières années. La comparabilité internationale des données sur l'incidence du cancer peut être altérée par des différences entre pays au niveau de la formation et des pratiques médicales, ainsi que par l'exhaustivité et la qualité des données figurant dans les registres du cancer.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

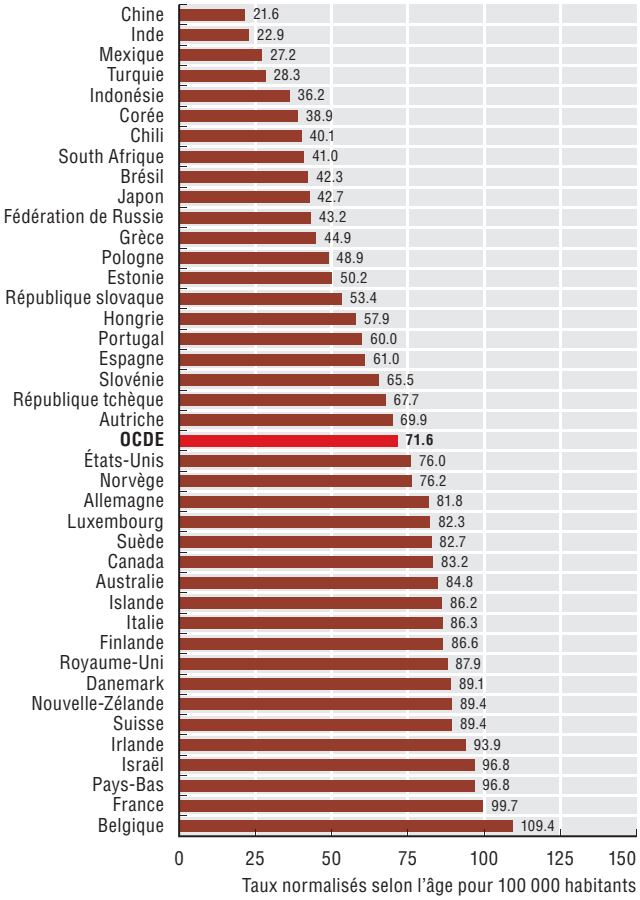
1.11.1 Taux d'incidence du cancer, population totale, 2008



Source : Ferlay *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528288

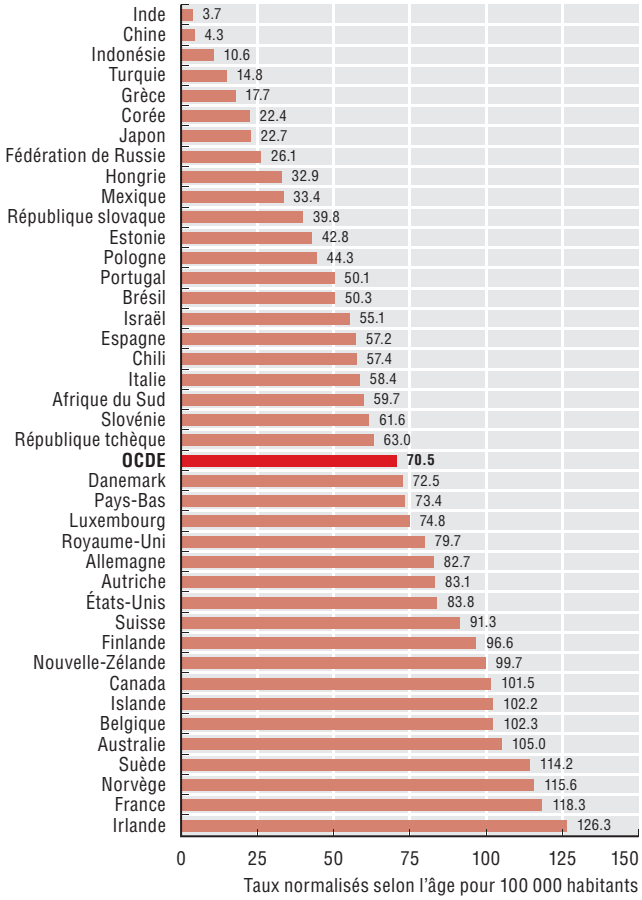
1.11.2 Taux d'incidence du cancer du sein, femmes, 2008



Source : Ferlay *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528307

1.11.3 Taux d'incidence du cancer de la prostate, hommes, 2008



Source : Ferlay *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528326

1.12. Incidence du sida et prévalence du VIH

Les premiers cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont été diagnostiqués il y a 30 ans. Le sida est normalement provoqué par une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et peut se manifester par différentes maladies, telles que la pneumonie et la tuberculose, car le système immunitaire n'est plus en mesure de défendre l'organisme. Il s'écoule un certain temps entre l'infection par le VIH, le diagnostic du sida et le décès, et ce laps de temps est de durée très variable selon le traitement administré. Malgré les recherches conduites dans le monde entier, il n'existe actuellement pas de traitement permettant de guérir la maladie.

En 2009, quelque 50 000 nouveaux cas de sida ont été déclarés dans les pays de l'OCDE, ce qui représente un taux d'incidence moyen non pondéré de 14 pour un million de personnes (graphique 1.12.1). Après les premières déclarations de cas de sida, au début des années 80, le nombre de cas a augmenté rapidement pour culminer à plus de 40 nouveaux cas par million de personnes en moyenne au milieu des années 90, ce qui représente un taux plus de trois fois supérieur à ce qu'il est aujourd'hui (graphique 1.12.2). Des campagnes de sensibilisation du public et de prévention ont contribué à une baisse régulière du nombre de cas déclarés pendant la deuxième moitié des années 90. De plus, la mise au point des médicaments antirétroviraux, qui atténuent la maladie ou ralentissent sa progression, et un accès plus large à ces thérapies ont conduit à une forte diminution de l'incidence en 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 retenues pour la déclaration des cas ont été élargies en 1993 et diffèrent depuis de celle utilisée en Europe et dans les autres pays de l'OCDE. La modification de la définition explique la forte augmentation du nombre de cas observée aux États-Unis en 1993 (graphique 1.12.2). S'agissant des pays émergents, l'Afrique du Sud demeure dans une situation dramatique, affichant un taux d'incidence plus de 50 fois supérieur à celui des États-Unis. En 2009, plus de 10 % de la population – et près d'un adulte sur cinq – étaient infectés par le VIH, même si l'incidence du VIH semble décroître quelque peu (ONUSIDA, 2010).

En Europe, l'Espagne a affiché les taux d'incidence les plus élevés dans la première décennie qui a suivi l'apparition de la maladie, mais une forte baisse est intervenue depuis 1994, si bien que l'Estonie et le Portugal sont actuellement les pays qui enregistrent les taux les plus élevés d'Europe. Les pays d'Europe centrale, comme la République tchèque et la République slovaque, la Pologne et la Hongrie, ainsi que l'Islande, la Turquie et l'Allemagne sont les pays de l'OCDE qui ont déclaré les taux d'incidence du sida les plus faibles en 2009.

Aux États-Unis, plus d'un million d'individus vivent actuellement avec le VIH/sida, et 1 personne sur 5 ne sait pas qu'elle est infectée (CDC, 2010a). Près des trois quarts des nouveaux cas concernent des hommes, et les minorités raciales et ethniques continuent d'être touchées de façon disproportionnée. Au Canada, les populations autochtones sont surreprésentées parmi les malades. Les modes de transmission du VIH les plus courants sont les rapports homosexuels masculins et les rapports hétérosexuels. Toutefois, dans les pays d'Europe orientale, la toxicomanie par injection est également un mode de transmission important (ECDC et OMS Europe, 2010).

Ces dernières années, la diminution générale du nombre de cas de sida dans les pays de l'OCDE a ralenti. Ce ralentissement s'est accompagné d'un accroissement de la transmission du VIH dans un certain nombre de pays européens, attribué à un excès de confiance à l'égard de l'efficacité des traitements et à un affaiblissement de la sensibilisation du public aux risques que présentent la consommation de drogues et certaines pratiques sexuelles. Pour que les taux d'incidence du sida reculent davantage, il faudra mettre en œuvre des programmes de prévention plus intensifs, conçus pour toucher les sujets les plus exposés au risque d'infection par le VIH (ONUSIDA, 2010).

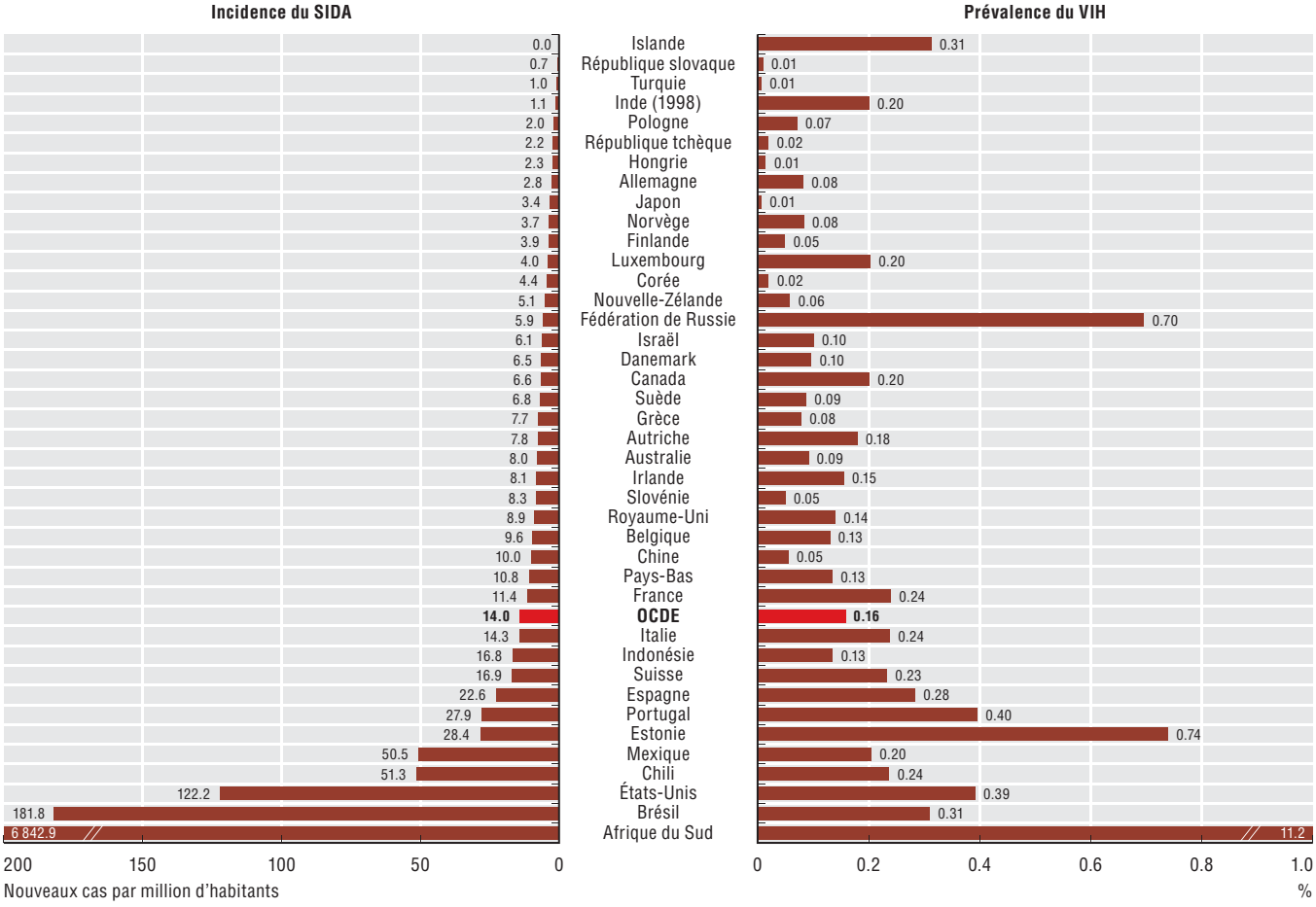
Définition et comparabilité

Le taux d'incidence du SIDA est le nombre de nouveaux cas par million 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 déclaration qui peuvent parfois être de plusieurs années selon le pays.

En 1993, les États-Unis ont élargi la définition qu'ils appliquent en matière de surveillance du 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 dans ce pays en 1993 et explique en partie les divergences actuellement observées par rapport aux autres pays de l'OCDE en matière d'incidence du sida.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

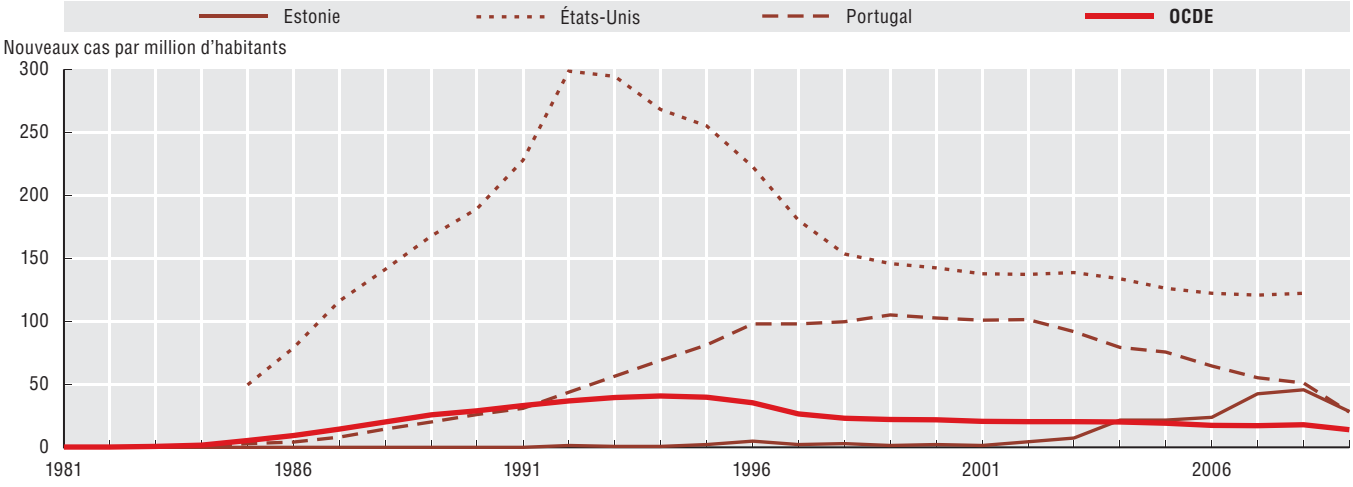
1.12.1 Taux d'incidence du SIDA et estimation de la prévalence du VIH, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; UNAIDS (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528345

1.12.2 Évolution de l'incidence du SIDA pour quelques pays de l'OCDE, 1981-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528364

JANUARY
1
JANUARY

2. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

2.1. Consommation de tabac chez les adultes

2.2. Consommation d'alcool chez les adultes

2.3. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes

2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants

2.1. Consommation de tabac chez les adultes

Le tabac est directement responsable d'environ un décès sur dix chez les adultes, soit environ six millions de décès chaque année dans le monde (Shafey *et al.*, 2009). Il constitue un facteur de risque majeur d'au moins deux des principales causes de mortalité prématurée, à savoir les affections de l'appareil circulatoire et le cancer, augmentant les risques de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cancer du poumon, du larynx et de la cavité buccale et de cancer du pancréas. De surcroît, il provoque des maladies vasculaires périphériques et de l'hypertension et favorise fortement des maladies respiratoires comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). En outre, fumer pendant la grossesse peut avoir pour conséquence la naissance de nouveau-nés de faible poids et l'apparition de maladies chez les jeunes enfants. 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, y compris entre pays voisins (graphique 2.1.1). En 2009, cette proportion était inférieure à 20 % dans 13 pays de l'OCDE sur 34. C'est au Mexique, en Suède, en Islande, aux États-Unis, au Canada et en Australie qu'elle était la plus faible. Bien que de fortes disparités subsistent, les taux de fumeurs ont nettement diminué dans la majorité des pays de l'OCDE. Ils ont reculé en moyenne d'environ un cinquième ces dix dernières années, une baisse qui a été plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Ils ont fortement décru au Danemark (de 31 % à 19 %), en Islande (de 25 % à 16 %), en Norvège (de 32 % à 21 %), au Canada (de 24 % à 16 %) et en Nouvelle-Zélande (de 26 % à 18 %). C'est en Grèce que le taux de fumeurs est le plus élevé (40 %), puis au Chili et en Irlande, où les fumeurs quotidiens représentent 30 % de la population adulte au moins. Il est également élevé dans la Fédération de Russie. La Grèce et la République tchèque font partie des rares pays de l'OCDE où le taux de fumeurs augmente.

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 de la consommation de tabac. Cette baisse peut être attribuée, pour une large part, aux politiques reposant sur des campagnes de sensibilisation, sur l'interdiction de la publicité sur le tabac et sur l'augmentation de la fiscalité, qui ont été mises en œuvre pour réduire le tabagisme en réaction à l'accroissement des maladies liées au tabac. À ces politiques publiques sont venues s'ajouter les actions menées par les organisations anti-tabac, en particulier en Amérique du Nord, qui sont parvenues à faire évoluer les idées reçues sur les effets du tabac sur la santé (Cutler et Glaeser, 2006).

La prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les hommes dans tous les pays de l'OCDE sauf en Suède. Elle est presqu'égale chez les hommes et chez les femmes en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni (graphique 2.1.2). Le pourcentage de fumeuses parmi les femmes continue de diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, et dans certains d'entre eux (Canada, Irlande, Pays-Bas et États-Unis), il diminue même plus vite que le pourcentage de fumeurs parmi les hommes. Il a cependant augmenté ces dix dernières années dans trois pays (la République tchèque, la Grèce et la Corée), même si, dans ces trois pays, la prévalence du tabagisme reste moins élevée chez les femmes que chez les hommes. En 2009, l'écart entre les sexes était particulièrement grand en Corée, au Japon et en Turquie, ainsi que dans la Fédération de Russie, en Indonésie et en Chine (graphique 2.1.2).

Un certain nombre d'études démontrent l'existence de différences socioéconomiques au niveau de la consommation de tabac et de la mortalité (Mackenbach *et al.*, 2008). Les catégories sociales situées en bas de l'échelle socioéconomique se caractérisent par une prévalence et une intensité de la consommation de tabac supérieures, un taux de mortalité toutes causes confondues plus élevé et des taux de survie au cancer plus faibles (Woods *et al.*, 2006). La consommation de tabac a une telle influence en tant que déterminant des inégalités de l'état de santé général que, dans une population de non-fumeurs, les différences de mortalité entre les catégories sociales seraient divisées par deux (Jha *et al.*, 2006).

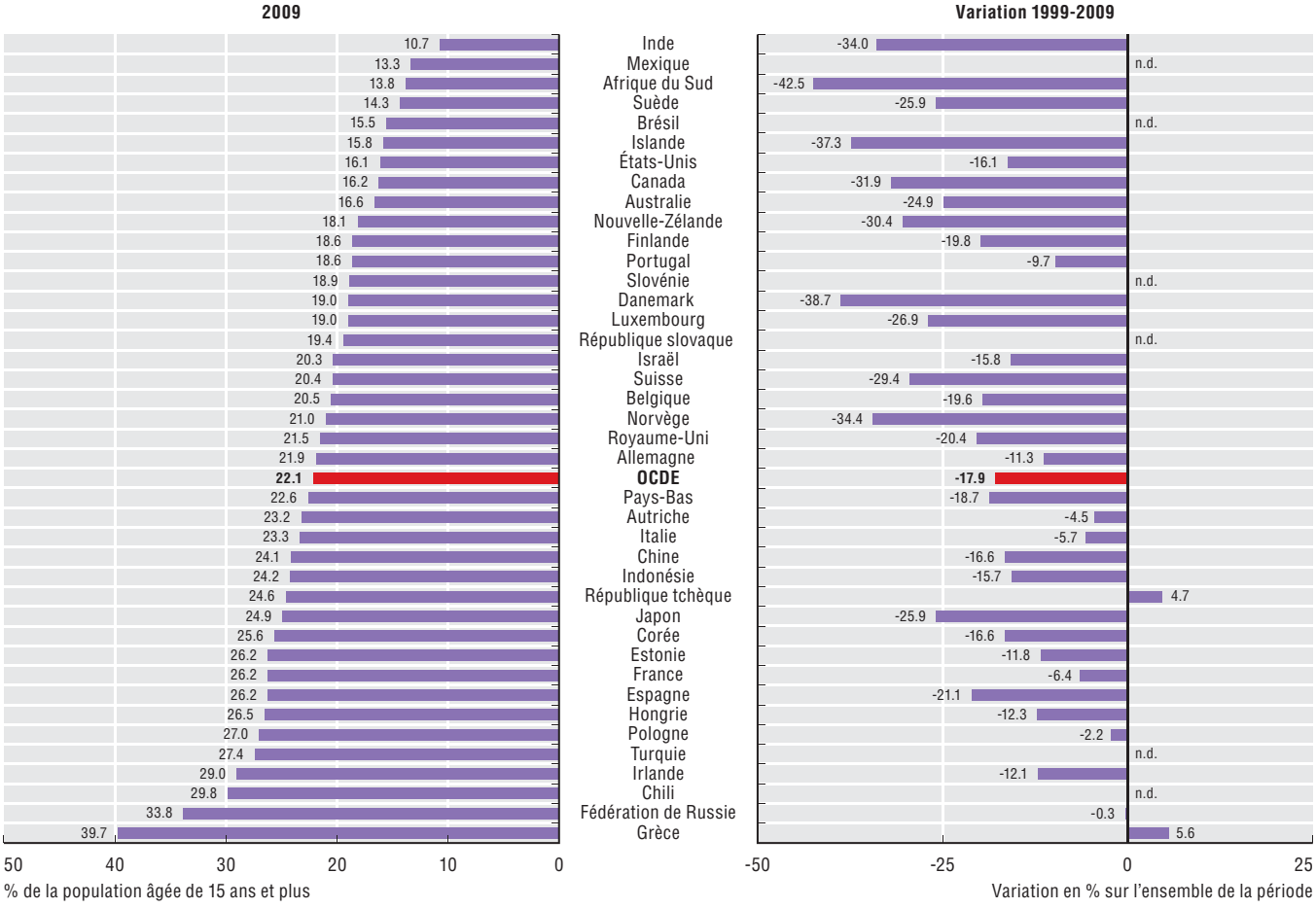
Définition et comparabilité

La proportion de fumeurs quotidiens est égale au pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant fumer tous les jours.

La comparabilité internationale est limitée du fait que les indicateurs utilisés pour évaluer les habitudes de consommation de tabac dans les enquêtes par entretiens sur la santé menées dans les différents pays de l'OCDE ne sont pas harmonisés. Il existe encore des différences au niveau des groupes d'âge visés par les enquêtes, du libellé des questions, des catégories de réponse et des méthodes d'enquête utilisées. Par exemple, dans certains pays, les personnes interrogées sont invitées à indiquer si elles fument régulièrement et non si elles fument quotidiennement.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

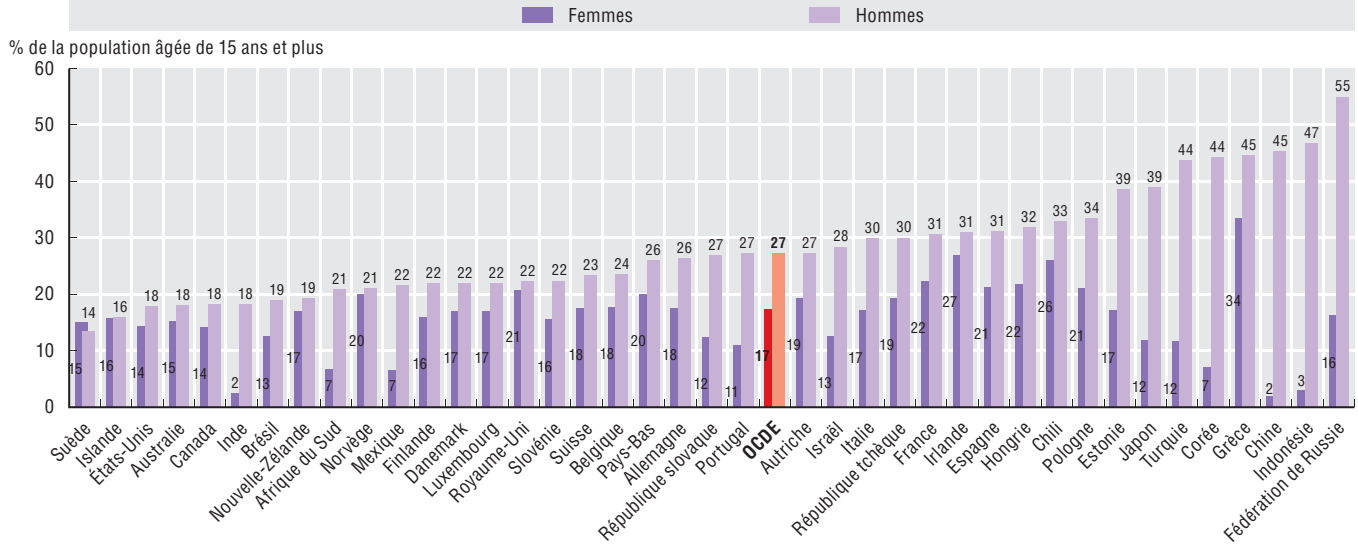
2.1.1 Population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2009 et variation 1999-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528383

2.1.2 Femmes et hommes déclarant fumer quotidiennement, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528402

2.2. Consommation d'alcool chez les adultes

Le bilan sanitaire de la consommation excessive d'alcool, en termes de morbidité et de mortalité, est extrêmement lourd dans la plupart des régions du monde (Rehm *et al.*, 2009 ; OMS, 2004a). Une forte consommation d'alcool a de nombreuses conséquences négatives sur la santé et sur le plan social ; ainsi, elle accroît le risque de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral et de maladie vasculaire, de même que le risque de cirrhose du foie et d'apparition de certains cancers. De plus, l'exposition fœtale à l'alcool augmente le risque d'anomalies congénitales et de déficiences intellectuelles. L'alcool est également une cause de décès et de handicaps dus à des accidents et traumatismes, des agressions, des actes de violence, des homicides et des suicides, et on estime qu'il cause plus de 2 millions de morts chaque année dans le monde. Dans la Fédération de Russie, la forte hausse de la mortalité prématurée et la diminution de l'espérance de vie observées dans les années 90 étaient notamment dues à l'abus d'alcool (OMS, 2004a). C'est un des grands facteurs de risque de maladie évitables.

La consommation d'alcool mesurée sur la base des ventes annuelles en utilisant les dernières données disponibles s'établit à 9.1 litres par adulte en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 2.2.1). La France, l'Autriche, le Portugal, la République tchèque et l'Estonie sont les pays où la consommation d'alcool était la plus élevée en 2009, à 12 litres par adulte au moins. La consommation d'alcool était la plus faible en Indonésie, en Inde, en Turquie et en Israël, où des traditions religieuses et culturelles limitent la consommation au sein de certaines catégories de la population de même qu'en Chine, au Mexique et dans certains pays nordiques (Norvège, Islande et Suède).

Alors que la consommation moyenne d'alcool a progressivement diminué dans de nombreux pays de l'OCDE ces trente dernières années, elle a augmenté dans d'autres comme la Finlande et le Mexique. On observe une certaine convergence dans l'évolution des habitudes de consommation des différents pays de l'OCDE, la consommation de vin ayant augmenté dans des pays traditionnellement buveurs de bière et *vice versa*. Dans les pays traditionnellement producteurs de vin que sont l'Italie, la France et l'Espagne, de même qu'en République slovaque et en Allemagne, la consommation par habitant a diminué d'un tiers ou plus depuis 1980 (graphique 2.2.1). La consommation d'alcool a sensiblement augmenté dans la Fédération de Russie, de même qu'au Brésil et en Chine, même si la consommation par habitant reste faible dans ces deux derniers pays.

Les variations de la consommation d'alcool dans le temps et d'un pays à l'autre s'expliquent non seulement par l'évolution des habitudes de consommation mais également par les politiques mises en œuvre pour lutter contre l'abus d'alcool. Les restrictions visant la publicité et la vente et les mesures fiscales se sont révélées efficaces en termes de réduction de la consommation d'alcool (Bennett, 2003). L'encadrement rigoureux de la vente d'alcool et l'application d'une fiscalité élevée se sont traduits par une diminution globale de la consommation dans la plupart des pays nordiques tandis que le recul de la consommation observé en France, en Italie et en Espagne peut également être attribué à un encadrement volontaire ou légal plus strict de la publicité à la suite de l'adoption d'une directive européenne, en 1989.

Bien que la consommation d'alcool par habitant au sein de la population adulte fournisse des indications utiles sur les tendances à long terme, elle ne permet pas d'identifier les sous-groupes à risque en raison d'habitudes de consommation nocives pour la santé. La consommation occasionnelle de grandes quantités d'alcool (« *binge drinking* » ou « suralcoolisation périodique ») est un mode 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.

En 2010, l'OMS a adopté une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool à travers des mesures directes, comme la mise en place de services médicaux pour traiter les problèmes de santé liés à l'alcool, et indirectes, comme la mise en place de politiques pour restreindre les ventes et la publicité sur l'alcool (OMS, 2010a).

Définition et comparabilité

La consommation d'alcool est mesurée sur la base des ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres, par personne âgée de 15 ans et plus. La méthode utilisée pour convertir les boissons alcooliques en alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les statistiques officielles ne rendent pas compte de la consommation d'alcool non recensée, par exemple de la consommation d'alcool provenant de la production informelle.

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), le volume des ventes nationales 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.

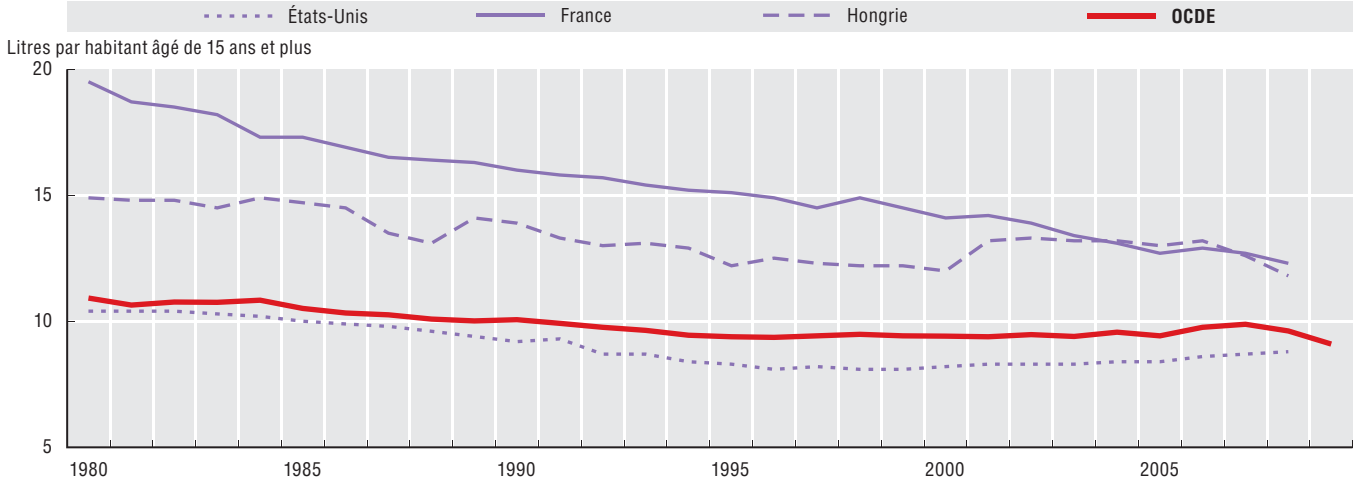
Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

2.2.1 Consommation d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus, 2009 et variation 1980-2009 (ou année la plus proche)

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS (2011a).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528421

2.2.2 Évolution de la consommation d'alcool pour quelques pays de l'OCDE, 1980-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528440

2.3. Surcharge pondérale et obésité chez les adultes

L'augmentation de la surcharge pondérale et de l'obésité est un problème de santé publique majeur. Il est reconnu que l'obésité prédispose à de nombreux problèmes de santé, dont l'hypertension, le mauvais cholestérol, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires (l'asthme), les maladies musculo squelettiques (arthrite) et certaines formes de cancer. Le risque de mortalité augmente aussi fortement une fois le seuil du surpoids franchi (OCDE, 2010).

D'après les dernières enquêtes disponibles, plus de la moitié (50.3 %) de la population adulte de la zone OCDE déclare souffrir de surcharge pondérale ou d'obésité. La proportion est encore plus forte, à 55.8 %, dans les pays où la taille et le poids ont été mesurés. La prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les adultes est supérieure à 50 % dans pas moins de 19 pays de l'OCDE sur 34. En revanche, elle est beaucoup plus faible au Japon et en Corée et dans certains pays européens (la France et la Suisse), bien qu'elle soit en progression dans ces pays aussi.

La prévalence de l'obésité, qui représente un risque pour la santé encore plus élevé que la surcharge pondérale, varie de 4 % à 30 % au moins aux États-Unis et au Mexique parmi les pays de l'OCDE (graphique 2.3.1). En moyenne, 17 % de la population adulte dans les pays de l'OCDE souffrent d'obésité. Le taux d'obésité moyen est le même pour les hommes et pour les femmes, mais il existe un écart dans certains pays. Ainsi, au Chili, en Turquie et au Mexique, ce taux est plus élevé parmi les femmes, tandis qu'il est plus élevé parmi les hommes dans la Fédération de Russie, au Luxembourg et en Espagne.

La prévalence de l'obésité a plus que doublé ces 20 dernières années en Australie et en Nouvelle-Zélande et a augmenté de moitié au Royaume-Uni et aux États-Unis (graphique 2.3.2). En Australie, au Canada, au Royaume-Uni et en Irlande, quelque 20 à 24 % des adultes sont obèses, soit une proportion presque identique à celle observée aux États-Unis au début des années 90. Dans de nombreux pays d'Europe, la proportion d'obèses a également fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Cette progression rapide est survenue indépendamment des taux d'obésité qui prévalaient il y a 20 ans. Ainsi, l'obésité a presque doublé aux Pays-Bas comme au Royaume-Uni, bien que le taux d'obésité actuellement enregistré par les Pays-Bas soit inférieur de moitié à celui observé au Royaume-Uni.

Dans la plupart des pays, la progression de l'obésité a touché tous les groupes sociaux, indépendamment du sexe, de l'âge, de l'origine raciale, du revenu et du niveau d'instruction, mais de façon plus ou moins importante. D'après les données d'un certain nombre de pays (Australie, Autriche, Canada, Angleterre, France, Italie, Corée, Espagne et États-Unis), l'obésité est plus répandue parmi les individus issus de milieux socioéconomiques défavorisés, en particulier parmi les femmes (Sassi *et al.*, 2009). Il existe également une corrélation entre le nombre d'années d'études à plein-temps suivies et l'obésité, les taux d'obésité étant moins élevés parmi les personnes les plus instruites. Là encore, le gradient de l'obésité est plus fort chez les femmes que chez les hommes (Sassi, 2010). La persistance d'un gradient socioéconomique indique que les politiques gouvernementales n'ont pas encore permis de réduire le lien entre l'obésité et les désavantages sociaux.

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

Comme elle s'accompagne de risques plus élevés de maladies chroniques, l'obésité est associée à des dépenses de santé supplémentaires importantes. On observe un décalage entre l'apparition de l'obésité et celle des problèmes de santé qui lui sont associés, ce qui porte à croire que l'accroissement de l'obésité observé ces vingt dernières années va entraîner une hausse des dépenses de santé dans les années à venir. D'après 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 2.4 fois plus élevé en 2025 (Foresight, 2007).

Définition et comparabilité

La surcharge pondérale et l'obésité se définissent comme un poids excessif comportant des risques pour la santé en raison d'une proportion élevée de tissu adipeux. L'outil de mesure le plus fréquemment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), chiffre qui évalue le poids d'un individu par rapport à sa taille (poids/taille^2, le poids étant exprimé en kilogrammes et la taille en mètres). Selon la classification de l'OMS (OMS, 2000), les adultes ayant un IMC compris entre 25 et 30 sont définis comme présentant une surcharge pondérale et les adultes ayant un IMC supérieur à 30 sont définis comme obèses. Cette classification n'est peut-être pas adaptée à tous les groupes ethniques, certains pouvant 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 taux de surcharge pondérale et d'obésité ont été établis à partir de la taille et du poids autodéclarés dans le cadre d'enquêtes de population par entretiens. Toutefois, dans un tiers des pays de l'OCDE environ, les estimations sont établies à partir d'examens médicaux. Ces différences limitent la comparabilité des données. Les estimations obtenues à partir d'examens de santé sont généralement plus élevées et plus fiables que celles provenant d'autodéclarations.

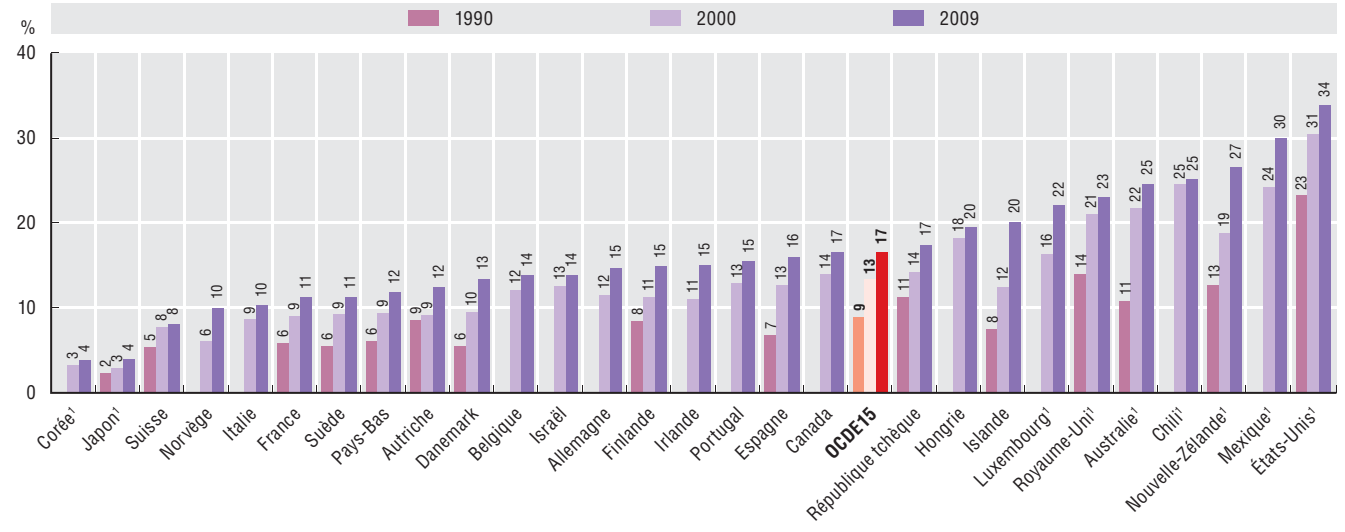
Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

2.3.1 Prévalence de l'obésité parmi la population adulte, 2009 (ou année la plus proche)

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528459

2.3.2 Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte des pays de l'OCDE, 1990, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



1. Les données sont basées sur des enquêtes de santé avec examen plutôt que des poids et tailles autodéclarés.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528478

2.4. Surcharge pondérale et obésité chez les enfants

Les enfants en surpoids ou obèses ont plus de risques que les autres de rencontrer des problèmes de santé, aussi bien à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Le surpoids dans l'enfance augmente les risques d'apparition de maladies cardiovasculaires ou de diabète, avec les problèmes sociaux et de santé mentale qui en découlent. Un enfant en surpoids risque aussi davantage de devenir un adulte obèse, si bien que certaines formes de maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrose, une diminution de la qualité de vie et un risque de décès prématuré viennent s'ajouter à la liste des problèmes de santé potentiels (Sassi, 2010).

Certaines données tendent à montrer que, 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, bien que les régimes permettent parfois de lutter contre l'obésité, les enfants qui s'y soumettent risquent davantage de reprendre du poids une fois le régime terminé. De plus, les régimes peuvent aussi entraîner des troubles alimentaires, des symptômes d'anxiété et un retard de croissance.

Le graphique 2.4.1 présente des estimations, réalisées par l'International Association for the Study of Obesity, sur la prévalence de la surcharge pondérale (et de l'obésité) parmi les enfants d'âge scolaire de 5 à 17 ans dans les pays de l'OCDE et les pays émergents. Un enfant sur cinq souffre de surpoids dans les pays de l'OCDE en moyenne, et cette proportion est plus proche d'un sur trois en Grèce, aux États-Unis et en Italie. La Chine, la Corée et la Turquie sont les seuls pays dans lesquels le pourcentage d'enfants en surpoids est inférieur ou égal à 10 %. Dans la plupart des pays, les garçons ont des taux de surcharge pondérale et d'obésité plus élevés que les filles. Mais les filles ont des taux plus élevés dans les pays nordiques (Suède, Norvège, Danemark), ainsi qu'au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Australie.

Beaucoup de pays reconnaissent la nécessité de disposer de systèmes de surveillance normalisés et harmonisés sur lesquels s'appuyer pour élaborer les mesures destinées à remédier à la surcharge pondérale et à l'obésité chez les enfants. En réponse à ce besoin, l'OMS a lancé l'Initiative européenne pour la surveillance de l'obésité chez les enfants (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, COSI) pour mesurer régulièrement les tendances en matière d'obésité et de surcharge pondérale parmi les enfants scolarisés à l'école primaire. Le graphique 2.4.2 présente la proportion d'enfants en surpoids parmi les enfants de six, sept, huit et neuf ans à partir des données recueillies dans le cadre de la première vague de l'initiative COSI, en 2007-08. Les estimations de la prévalence reposent sur les normes de croissance recommandées en 2007 par l'OMS pour les enfants et les adolescents (de Onis *et al.*, 2007). Des différences sont observées selon les pays. De manière générale, les enfants plus âgés présentent une surcharge pondérale plus importante que leurs cadets.

Le pourcentage de garçons et de filles en surpoids augmente dans les pays de l'OCDE. Dans beaucoup de pays développés, la prévalence de l'obésité chez l'enfant a doublé entre les années 60 et les années 80, puis a doublé de nouveau depuis lors. Elle augmente même dans les pays émergents, en particulier dans les zones urbaines, où la population a un mode de vie plus sédentaire et a plus facilement accès à une alimentation très énergétique (Sassi, 2010).

L'enfance est une période idéale pour apprendre à adopter des habitudes saines. L'école est un environnement privilégié pour faire en sorte que l'enfant comprenne l'importance d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique et pour qu'il ait accès aux deux. Les études montrent que des mesures et interventions adaptées au contexte local, en particulier en faveur des enfants de 5 à 12 ans, peuvent influer sur les comportements (Sassi, 2010).

Définition et comparabilité

Les estimations de la prévalence de la surcharge pondérale chez l'enfant ont été réalisées par l'*International Association for the Study of Obesity* (IASO). Elles ont été effectuées sur la base d'enquêtes nationales dans le cadre desquelles le poids et la taille des enfants ont été mesurés. Les définitions de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants peuvent différer d'un pays à l'autre, mais dans la mesure du possible, les seuils définis par l'IASO selon l'âge et le sexe ont été utilisés (Cole *et al.*, 2000). Calculés pour les enfants âgés de 2 à 18 ans, ces seuils peuvent être utilisés pour différents groupes ethniques, et sont aussi liés aux seuils communément utilisés pour les adultes.

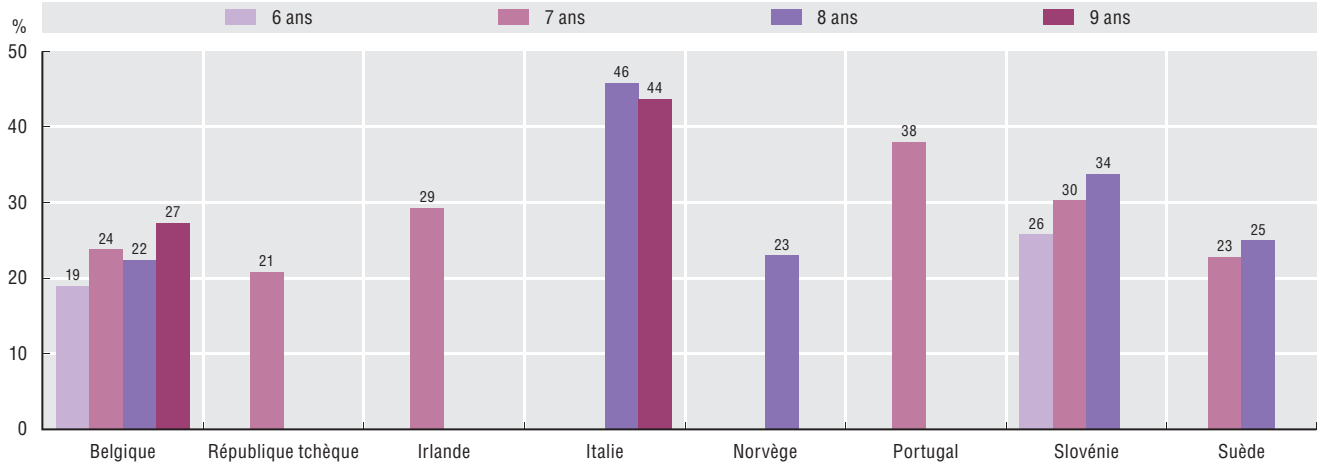
S'agissant de l'Initiative européenne pour la surveillance de l'obésité chez les enfants (*European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, COSI), des examinateurs formés ont pris des mesures anthropométriques qui ont été harmonisées selon un protocole commun. Ont été jugés en surcharge pondérale les enfants présentant une valeur d'IMC pour l'âge correspondant à un écart type supérieur à un d'après les valeurs limites recommandées par l'OMS pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents (de Onis *et al.*, 2007). Le poids a été corrigé pour tenir compte des vêtements portés au moment de la mesure et les valeurs extrêmes (écart type inférieur ou supérieur à 5) ont été exclues des calculs.

2.4.1 Enfants de 5 à 17 ans en surcharge pondérale, dernières estimations disponibles

Source : International Association for the Study of Obesity (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528497

2.4.2 Prévalence de la surcharge pondérale parmi les enfants âgés de 6, 7, 8 et 9 ans, huit pays de l'OCDE, 2007-08



Source : OMS Bureau régional de l'Europe, à paraître.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528516

3. PERSONNEL DE SANTÉ

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

3.2. Médecins

3.3. Médecins nouvellement diplômés

3.4. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

3.5. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

3.6. Psychiatres

3.7. Personnel infirmier

3.8. Personnel infirmier nouvellement diplômé

3.9. Rémunération du personnel infirmier

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 ce nombre va en augmentant. Les données présentées dans cette partie proviennent d'enquêtes sur la population active et se rapportent aux personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ainsi qu'à celles qui travaillent dans le secteur social (soins de longue durée, accueil des enfants et autres types de travail social). Elles portent sur les professionnels fournissant directement des services aux personnes ainsi que sur 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 10 % de l'emploi total en 2009, contre moins de 9 % en 1995. En 2009, c'est dans les pays nordiques et aux Pays-Bas que la part de la population travaillant dans ces secteurs était la plus élevée, s'établissant à plus de 15 % de l'emploi total. C'est en Turquie et au Mexique que cette part était la plus faible (3 % environ) (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 2009 (graphique 3.1.1). La Pologne, la République slovaque, la Suède et l'Islande, où cette part a diminué au cours des dernières années, font exception.

Entre 1995 et 2009, le personnel employé dans le secteur de la santé et le secteur social a connu une croissance de 2.8 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit une progression deux fois plus rapide que celle de l'emploi civil total, qui s'est établie à 1.3 % (graphique 3.1.2). En Corée, le nombre de personnes travaillant dans le secteur de la santé et le secteur social a augmenté de plus de 8 % par an en moyenne durant cette période, contre 1.1 % pour l'emploi total. Néanmoins, la part de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social en Corée reste faible par comparaison avec la plupart des autres pays de l'OCDE.

Au Japon, en Allemagne, en République tchèque et en Turquie, le taux de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a aussi été largement supérieur à celui de l'emploi total ces dernières années.

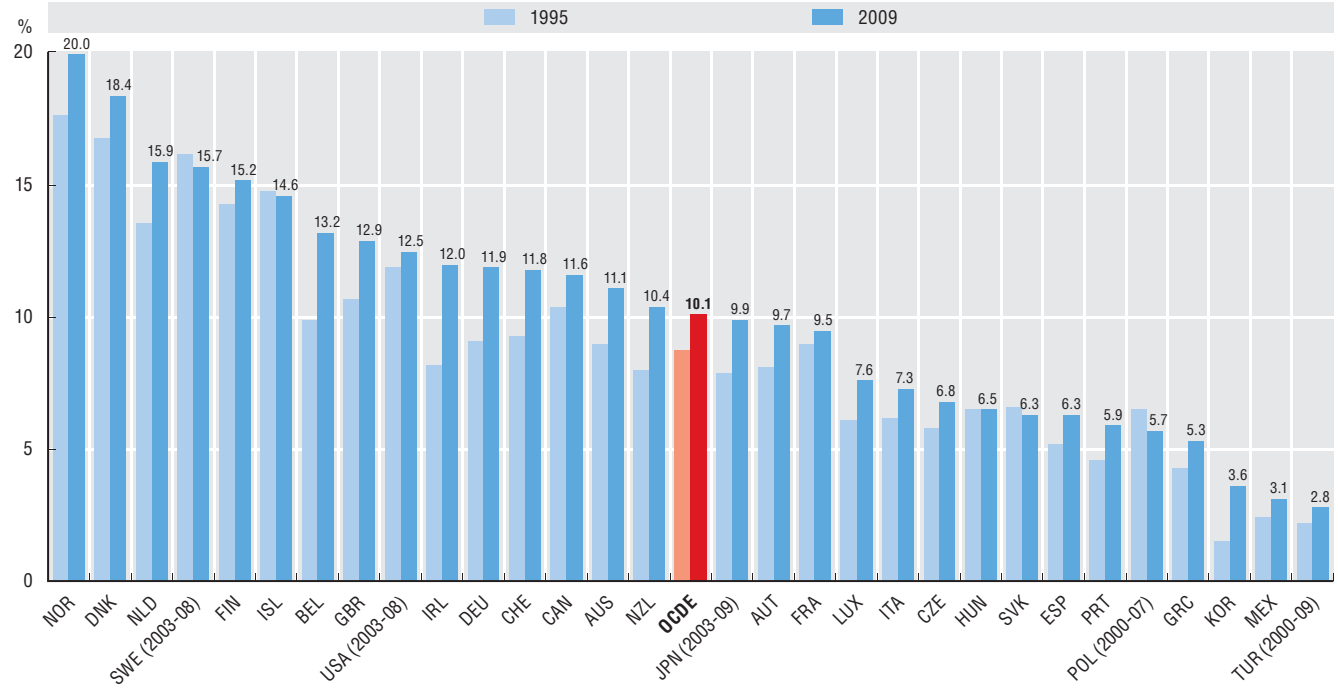
Dans les pays de l'OCDE, le secteur de la santé et le secteur social ont été frappés beaucoup moins durement que d'autres par la récente crise économique. Dans la plupart des pays, l'emploi dans ces secteurs a même continué de progresser en 2008 et 2009, dans un contexte où plusieurs pays ont vu l'emploi civil total stagner voire décroître au moment où leur économie entrait en récession. En Irlande par exemple, l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a crû de 3 % entre 2008 et 2009 alors que l'emploi total a chuté de 8 %. De même, au Japon, alors que l'emploi total a reculé de 1.6 % entre 2008 et 2009, l'emploi dans le secteur de la santé et le secteur social a progressé de près de 4 %.

Définition et comparabilité

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 se rapportent au nombre de personnes physiques, sans distinction entre travail à temps plein et travail à temps partiel.

Pour tous les pays, les données sont tirées des enquêtes sur la population active, ce qui garantit une meilleure comparabilité. Dans de nombreux pays, des enquêtes plus spécifiques conduites auprès des établissements ou des professionnels de santé peuvent aussi fournir des données plus précises 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 sur certaines professions de santé présentées dans les parties suivantes.

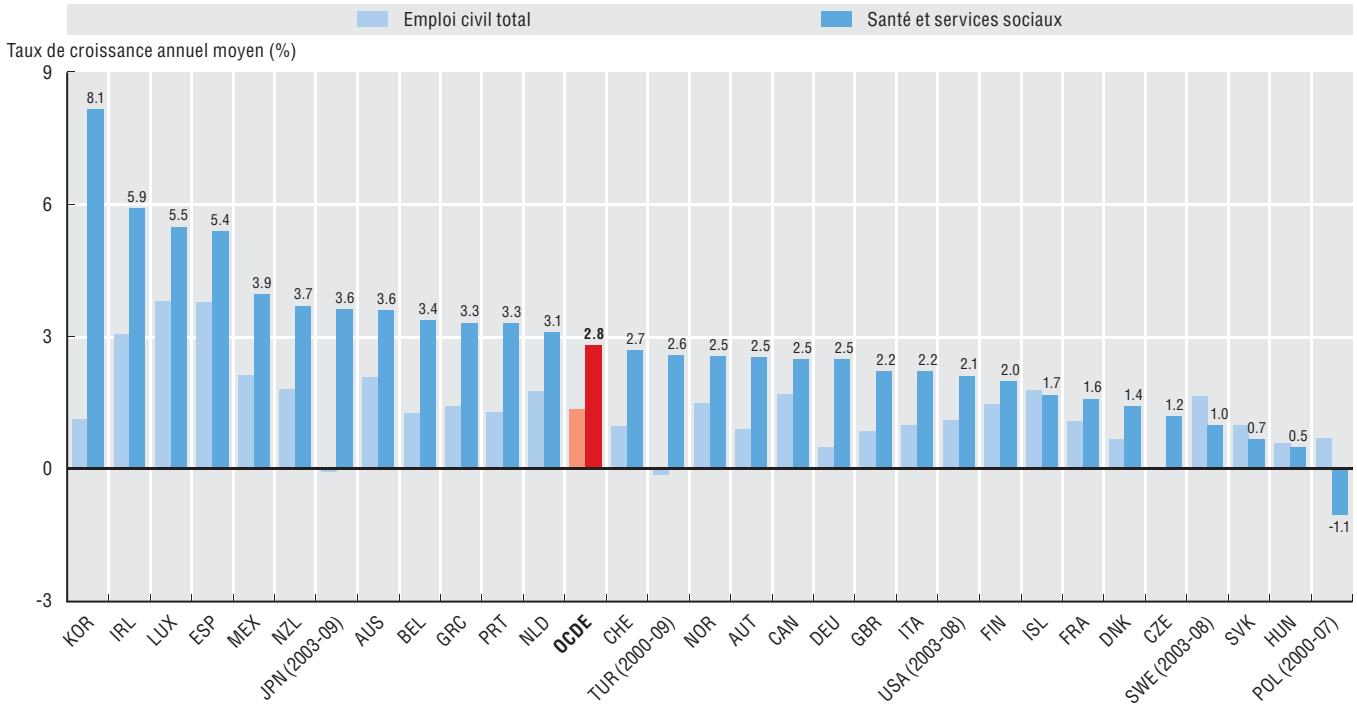
3.1.1 Emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux en pourcentage de l'emploi civil total, 1995 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques annuelles de l'OCDE sur la population active.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528535

3.1.2 Taux de croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux comparés à l'ensemble des secteurs de l'économie, 1995 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques annuelles de l'OCDE sur la population active.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528554

3.2. Médecins

Cette partie donne des informations sur le nombre de médecins par habitant dans les pays de l'OCDE, en distinguant les généralistes et les spécialistes. En 2009, on comptait un peu plus de trois médecins pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE. La Grèce affichait, de loin, le plus grand nombre de médecins par habitant (6.1 pour 1 000 habitants), suivie par l'Autriche, tandis que le Chili, la Turquie, la Corée et le Mexique affichaient le nombre de médecins par habitant le plus faible, compris entre un et deux médecins pour 1 000 habitants. Le nombre de médecins par habitant est encore plus faible dans certains des grands pays émergents, l'Indonésie, l'Inde et l'Afrique du Sud comptant moins d'un médecin pour 1 000 habitants.

Au cours de la période comprise entre 2000 et 2009, le nombre de médecins pour 1 000 habitants a augmenté dans la majorité des pays de l'OCDE (graphique 3.2.1). En moyenne la densité de médecins a augmenté de 1.7 % par an. Elle a progressé particulièrement vite dans les pays où elle était faible en 2000 (Turquie, Chili, Corée et Mexique), ainsi qu'au Royaume-Uni et en Grèce. Au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux diplômés sortant d'écoles de médecine a été supérieur à la moyenne de l'OCDE pendant cette période, si bien que le nombre de médecins est en augmentation (voir l'indicateur 3.3 « Médecins nouvellement diplômés »). En revanche, le nombre de médecins par habitant n'a pas progressé en Estonie, en France, en Israël et en Pologne, et a nettement diminué en République slovaque. Ce recul s'explique en partie par une diminution du nombre de diplômés en médecine depuis la fin des années 90. En France, la diminution du nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine durant les années 80 et 90 a commencé à entraîner une baisse du nombre de praticiens par habitant à partir de 2006. En raison du temps nécessaire pour augmenter le nombre de diplômés, on s'attend à ce que cette tendance à la baisse se poursuive.

En 2009, 43 % des médecins en moyenne dans la zone OCDE étaient des femmes, contre 29 % en 1990. Cette proportion était comprise entre plus de 50 % dans les pays d'Europe centrale et orientale (Estonie, Slovénie, Pologne, République slovaque, République tchèque et Hongrie) ainsi qu'en Finlande et moins de 20 % en Corée. La part des femmes parmi les médecins a augmenté dans tous les pays de l'OCDE durant cette période, de façon particulièrement forte aux États-Unis, en Espagne et au Danemark.

La structure par âge du personnel médical fait partie des facteurs qui alimentent les inquiétudes des pays au sujet d'éventuelles pénuries. En 2009, en moyenne dans la zone OCDE, 30 % des médecins étaient âgés de 55 ans au moins. Toutefois, cette composition par âge varie considérablement selon les pays. La proportion de médecins de 55 ans et plus s'établit à 46 % en Israël, pays où elle est la plus élevée, et à plus de 35 % au Chili, en France, en Allemagne, en Hongrie et en Italie. Elle est nettement inférieure au Royaume-Uni et en Corée, du fait que de nombreux jeunes diplômés sont arrivés dans la profession ces dix dernières années.

L'équilibre entre généralistes et spécialistes a changé au cours des dernières décennies, le nombre de spécialistes ayant augmenté beaucoup plus vite que les généralistes. Bien que la recherche dans ce domaine tend à souligner l'importance des soins primaires dispensés par les généralistes (Starfield *et al.*, 2005), ces derniers ne représentent, en moyenne dans les pays de l'OCDE, qu'un quart de l'ensemble des médecins. On comptait en moyenne plus de deux spécialistes par généraliste en 2009, contre seulement 1.5 en 1990. Les spécialistes sont beaucoup plus nombreux que les généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale et en Grèce. En revanche, certains pays ont préservé un meilleur équilibre entre ces deux catégories ; c'est par exemple le cas de l'Australie, du Canada, de la France et du Portugal, où les généralistes représentaient près de la moitié des médecins. Dans certains pays, par exemple aux États-Unis, les médecins qui exercent en médecine interne générale sont classés parmi les spécialistes, alors que leur activité peut être très proche de celle des médecins généralistes. De ce fait, la capacité de ces pays à fournir des soins de médecine générale est sous-estimée (graphique 3.2.2).

Il est difficile de prévoir quelle sera l'offre et la demande de médecins à l'avenir, en raison des incertitudes au sujet de la croissance économique en général, de l'évolution de la productivité des médecins, des progrès des technologies médicales de l'évolution du rôle respectif des médecins et des autres fournisseurs de soins, ainsi que de l'évolution des besoins de la population en matière de santé. Aux États-Unis, selon les estimations de l'Administration chargée des services et ressources de santé (HRSA, 2008), la *demande* de médecins pourrait augmenter de 22 % entre 2005 et 2020, alors que l'*offre*, évaluée sur la base d'un certain nombre d'hypothèses, pourrait n'augmenter que de 16.5 %. Ces projections ne tiennent pas compte de l'extension de la couverture de l'assurance maladie prévue par la proposition de réforme de la santé de 2010.

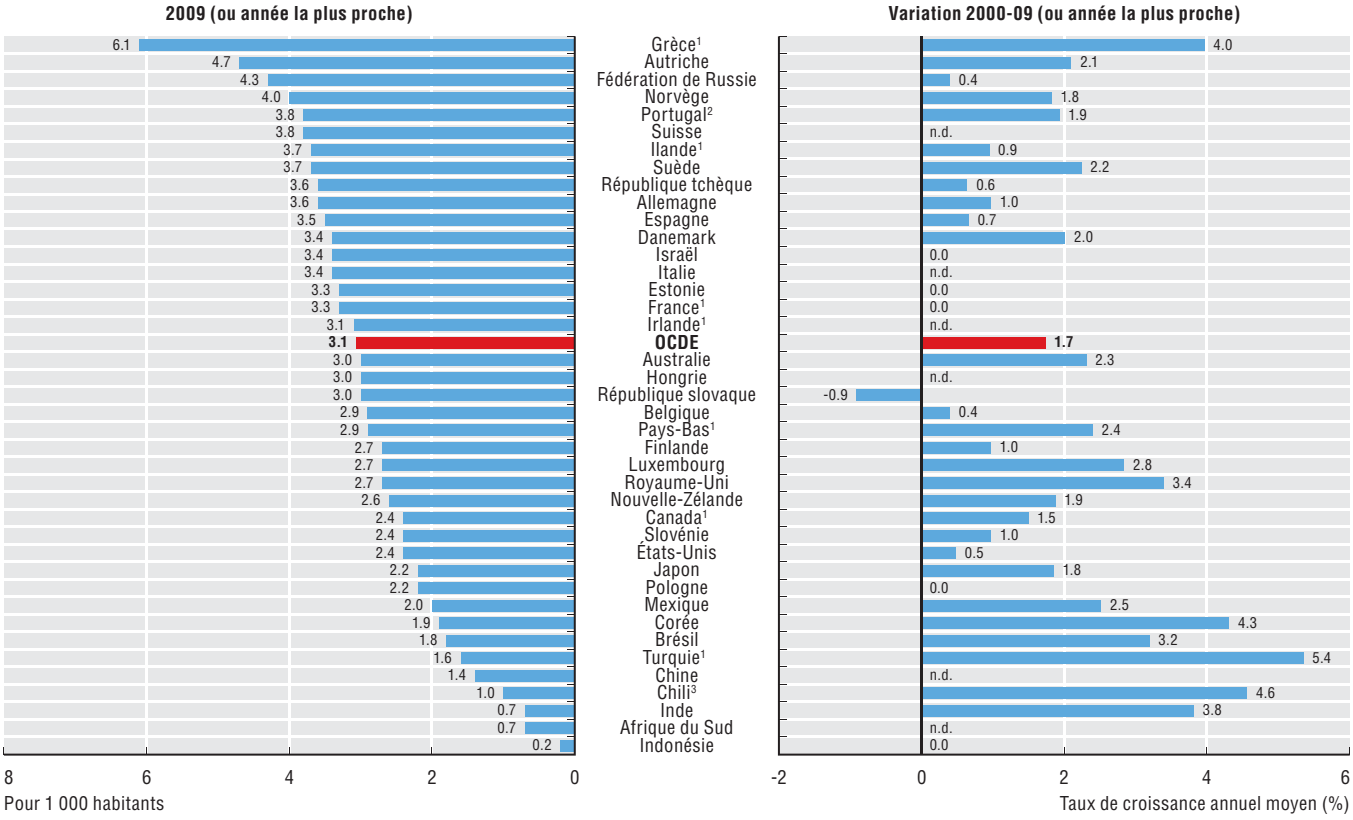
Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données se rapportent au nombre de médecins en exercice, défini comme le nombre de médecins qui fournissent directement des soins aux patients. Dans beaucoup de pays, il inclut les internes et les médecins résidents (médecins en formation). Le nombre de médecins correspond au nombre de personnes physiques. Plusieurs pays incluent également les médecins en activité dans le secteur de la santé même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients. Les données pour l'Irlande correspondent à l'ensemble des médecins âgés de moins de 70 ans, possédant une adresse en Irlande. Le Portugal enregistre le nombre de médecins autorisés à exercer (d'où une surestimation). L'Espagne inclut les dentistes et stomatologistes dans le nombre de médecins tandis que la Belgique inclut les stomatologistes (d'où une légère surestimation également). Le Chili inclut seulement les médecins exerçant dans le secteur public.

Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser la totalité de leurs médecins dans les deux grandes catégories que sont les spécialistes et les généralistes, ce qui peut être lié à l'absence de données par spécialité pour les médecins en formation ou les médecins qui exercent en clientèle privée.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

3.2.1 Médecins en activité pour 1 000 habitants, 2009 et variation 2000-09

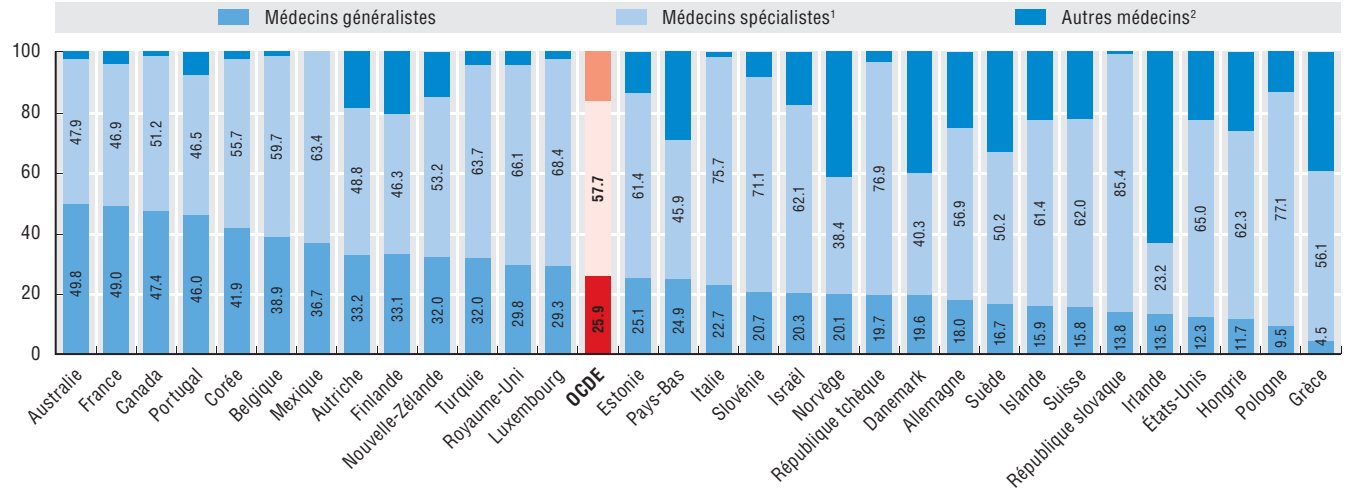


1. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (ajoutant 5 à 10 % de médecins).
2. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer.
3. Les données incluent uniquement les médecins exerçant dans le secteur public.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528573

3.2.2 Pourcentage des généralistes, spécialistes et autres médecins dans le total des médecins, 2009 (ou année la plus proche)



1. Les médecins spécialistes incluent les pédiatres, les obstétriciens/gynécologues, les psychiatres et les spécialistes médicaux et chirurgicaux.
2. Les autres médecins incluent les internes/résidents et les médecins non classifiés dans les autres catégories.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528592

3.3. Médecins nouvellement diplômés

Pour maintenir ou augmenter le nombre de médecins, il est indispensable d'investir dans la formation de nouveaux médecins ou de recruter à l'étranger des praticiens déjà formés. S'il faut environ dix ans pour former un médecin, on ne peut répondre à une pénurie existante qu'en recrutant des médecins qualifiés à l'étranger, à moins qu'il existe des praticiens sans emploi dans le pays. À l'inverse, dans le cas d'un excédent de médecins ou d'une baisse soudaine de la demande, les nouveaux diplômés auront des difficultés à trouver des postes vacants dans leur pays.

Pratiquement tous les pays de l'OCDE régulent d'une manière ou d'une autre le nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine, souvent sous la forme d'un *numerus clausus*. Cette démarche est motivée par différents facteurs : *i)* limiter l'entrée aux candidats les plus compétents ; *ii)* exercer une influence sur le nombre total de médecins pour des raisons de maîtrise des coûts (une offre plus importante induisant une demande plus importante) ; et *iii)* limiter le coût de la formation elle-même (dans tous les pays, y compris aux États-Unis, une part importante du coût de l'enseignement de la médecine est financée par des fonds publics, si bien que l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine entraîne d'importantes dépenses publiques).

L'Autriche, l'Irlande, le Danemark et la Grèce sont les pays où le nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants était le plus élevé en 2009. Dans des pays tels que l'Irlande ou la République tchèque, une part importante des diplômés est composée d'étudiants étrangers qui rentreront probablement dans leur pays une fois leur diplôme obtenu. D'autre part, Israël, la France, le Japon et les États-Unis sont les pays où la densité de nouveaux diplômés était la plus faible. La moyenne des pays de l'OCDE était proche de 10 nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants (graphique 3.3.1).

Si l'on effectue la mesure en proportion du stock de médecins (ce qui revient à évaluer le taux de remplacement), c'est aussi en Irlande et en Autriche que la proportion de nouveaux diplômés était la plus élevée en 2009, de même qu'au Chili et en Corée (où le nombre de médecins par habitant reste toutefois très faible). C'est en Israël, en France et en Espagne que cette proportion était la plus faible. En moyenne dans la zone OCDE, on dénombrait 32.5 nouveaux diplômés pour 1 000 médecins en exercice (graphique 3.3.2).

Dans un certain nombre de pays (par exemple au Canada, au Danemark et au Royaume-Uni), le nombre de nouveaux diplômés en médecine est en forte augmentation depuis 2000. Dans d'autres pays (comme la Suède), cette hausse est plus récente. L'augmentation observée dans ces pays fait suite à une période caractérisée par une stabilité ou une diminution des effectifs de diplômés, ce qui montre que ces pays ont délibérément infléchi leur politique pour former plus de médecins (graphique 3.3.3). En Allemagne, bien que le nombre de diplômés en médecine ait recommencé à augmenter ces dernières années, il faudra du temps pour compenser la baisse antérieure. Pour pallier ce décalage, l'Allemagne a commencé, en 2011, à faciliter l'accès au marché du travail pour les médecins originaires de pays non membres de l'Union européenne.

En Italie et en France, le nombre de nouveaux diplômés a fortement diminué entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90, période à partir de laquelle il a, dans le cas de la France, continué de baisser mais à un rythme plus lent ou, dans le cas de l'Italie, eu tendance à se stabiliser. La baisse du nombre de nouveaux diplômés en médecine observée par le passé s'est répercutée sur la structure par âge des médecins. L'Italie et la France figurent parmi les pays de l'OCDE pour lesquels la proportion de médecins de plus de 55 ans est la plus élevée. Même si le nombre d'admissions d'étudiants en médecine a augmenté ces dernières années, le nombre de médecins quittant la profession excédera le nombre de médecins entrant dans la profession au cours de cette décennie. Israël arrive en tête des pays de l'OCDE affichant la proportion de médecins de plus de 55 ans la plus élevée de l'OCDE et le taux de remplacement le plus faible.

Le Japon est l'un des pays de l'OCDE où la densité de médecins est la plus faible. Alors que les effectifs d'étudiants admis en école de médecine sont passés de 8 280 en 1981 à 7 625 en 2007, ils ont été portés à 8 923 en 2011 (MEXT, 2010). Le Japon utilise aussi la régulation des admissions pour remédier à la mauvaise répartition des médecins : ainsi, les quotas ont été relevés dans les facultés de médecine implantées dans des régions où le nombre de médecins est insuffisant et les étudiants qui se sont engagés à travailler dans ces régions ont bénéficié d'une priorité d'admission (MHLW, 2007).

Définition et comparabilité

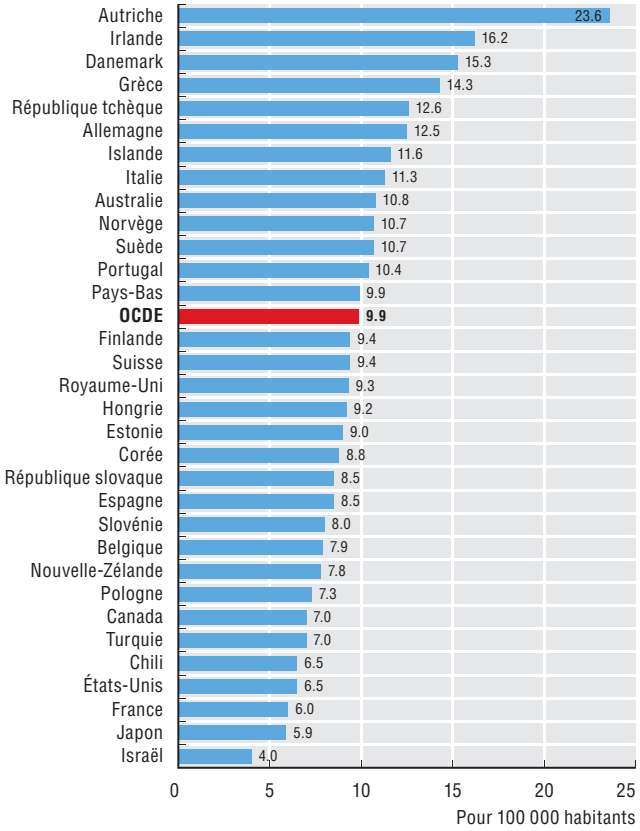
Le nombre de médecins nouvellement diplômés est le nombre d'étudiants ayant obtenu, au cours d'une année donnée, un diplôme délivré par une école de médecine ou un établissement similaire. Ce chiffre n'englobe pas les diplômés en médecine dentaire, en santé publique ou en épidémiologie.

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

Au Luxembourg, l'université ne dispense pas de formation médicale, si bien que tous les médecins sont formés à l'étranger, essentiellement en Belgique, en France et en Allemagne.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

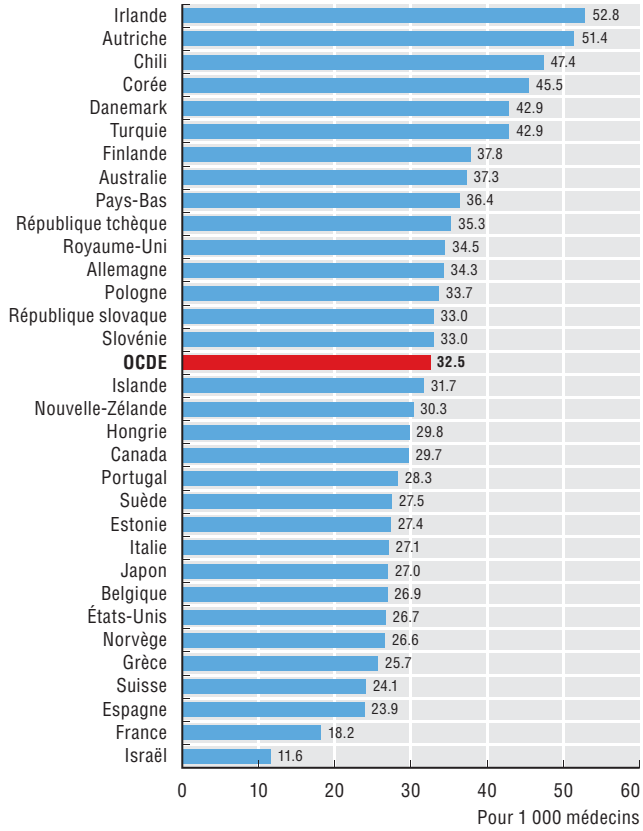
3.3.1 Diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528611

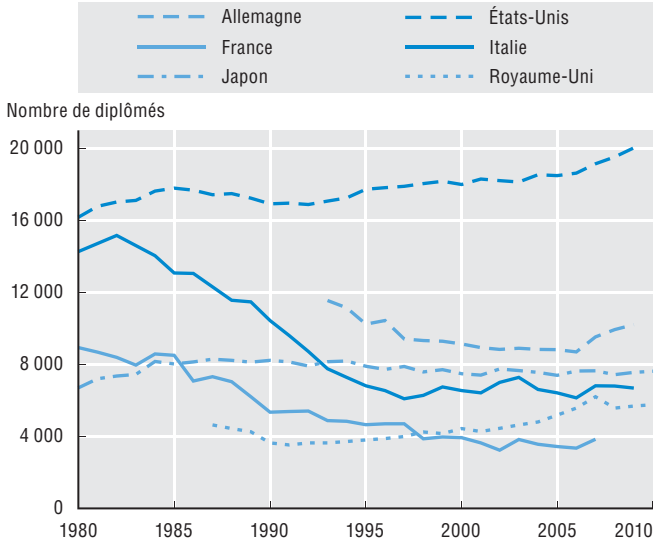
3.3.2 Diplômés en médecine pour 1 000 médecins en activité, 2009 (ou année la plus proche)

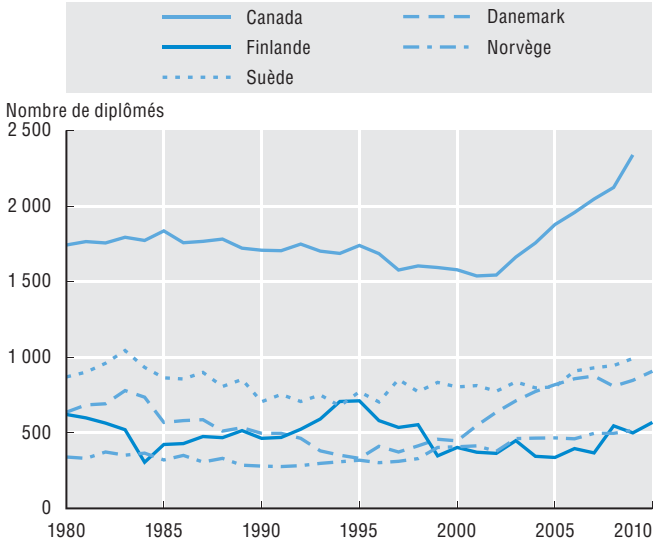


Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528630

3.3.3 Nombre absolu de diplômés en médecine pour quelques pays de l'OCDE, 1980 à 2010





Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528649

3.4. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Le niveau de rémunération des médecins dépend pour partie du niveau général de développement économique d'un pays, mais on constate aussi que la rémunération des médecins par rapport au salaire moyen en vigueur dans chaque pays est très variable. La structure de la rémunération des différentes catégories de médecins a un impact sur l'attrait financier des différentes spécialités médicales. Dans bon nombre de pays, l'État influe directement sur le niveau et la structure de la rémunération, soit parce qu'il fait partie des principaux employeurs de médecins soit en tant qu'acheteur de soins, ou indirectement, à travers des réglementations.

La collecte de données sur la rémunération des médecins distingue la rémunération des médecins salariés et celle des médecins libéraux, même si cette distinction est de plus en plus difficile à faire dans certains pays, certains praticiens salariés étant autorisés à exercer en clientèle privée et certains praticiens libéraux recevant une partie de leur rémunération sous forme de salaires. Une distinction est également faite entre médecins généralistes et spécialistes, toutes spécialités confondues. Il est important de garder à l'esprit qu'il existe aussi de grands écarts de revenu entre différentes spécialités médicales.

Comme on pouvait s'y attendre, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est nettement plus élevée que la rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs dans tous les pays de l'OCDE (graphique 3.4.1). En Australie, la rémunération des médecins généralistes libéraux était égale à 1.7 fois le salaire moyen en 2008, tandis qu'en Allemagne, elle était égale à 3.7 fois le salaire moyen en 2007. Au Royaume-Uni, elle s'établissait à 3.6 fois le salaire moyen en 2008. Dans ce pays, le revenu des généralistes libéraux a fortement augmenté à la suite de la mise en place, en 2004, d'un nouveau contrat pour les généralistes, destiné à améliorer leur revenu et la qualité des soins primaires (Fujisawa et Lafortune, 2008).

En 2007, le revenu des spécialistes était compris entre 1.6 fois le salaire moyen pour les spécialistes salariés en Hongrie et 5.5 fois pour les spécialistes libéraux aux Pays-Bas. En République tchèque, les spécialistes salariés ont perçu une rémunération moyenne 1.8 fois supérieure au salaire moyen tandis que les spécialistes libéraux ont gagné près de deux fois plus.

Dans tous les pays à l'exeption du Royaume-Uni, la rémunération des généralistes est inférieure à celle des spécialistes, toutes spécialités confondues. Au Canada, les spécialistes libéraux ont perçu 4.7 fois le salaire moyen en 2008, contre 3.1 fois pour les généralistes. En France, les spécialistes libéraux ont perçu 3.2 fois le salaire moyen, contre 2.1 fois pour les généralistes (en France, le revenu des spécialistes, comme celui des généralistes, est sous-estimé – voir l'encadré « Définition et comparabilité »). L'écart de revenu entre généralistes et spécialistes est particulièrement grand en Australie, même s'il s'est légèrement resserré ces dernières années.

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, l'écart de revenu entre généralistes et spécialistes s'est creusé ces dix dernières années, réduisant l'attrait financier de la profession de médecin généraliste. C'est le cas notamment de la Finlande, la France et l'Irlande où la rémunération des spécialistes a augmenté plus vite que celle des généralistes. En revanche, aux Pays-Bas, l'écart s'est légèrement resserré, la rémunération des généralistes ayant progressé plus rapidement que celle des spécialistes (graphique 3.4.2).

Définition et comparabilité

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. Elle doit normalement inclure tous les paiements légaux supplémentaires tels que les primes et le paiement des gardes de nuit, des astreintes et des heures supplémentaires, et ne doit pas inclure les frais professionnels dans le cas des médecins libéraux.

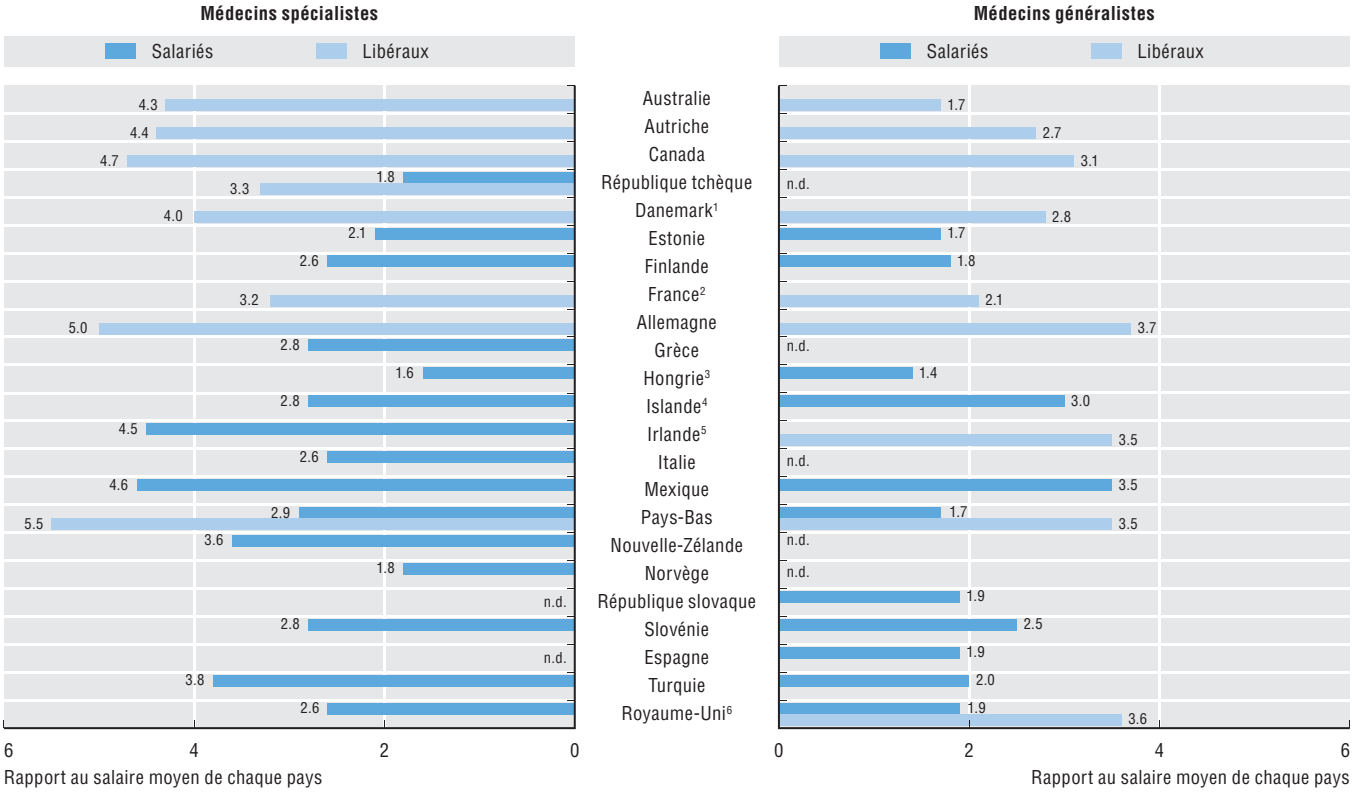
Les données présentent des limites qui contribuent à une sous-estimation du montant de la rémunération dans certains pays : 1) la rémunération des heures supplémentaires, les primes et les autres revenus supplémentaires ou les cotisations de sécurité sociale sont exclus dans certains pays (Autriche, Irlande pour les spécialistes salariés, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, République slovaque, Slovénie et Suède) ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés sont exclus dans certains pays, comme la République tchèque, la Hongrie, l'Islande et le Portugal ; 3) les rémunérations informelles, qui peuvent être courantes dans certains pays (comme la Hongrie et la Grèce), ne sont pas prises en compte ; 4) en Hongrie, au Mexique, au Danemark et en République slovaque, les données ne se rapportent qu'aux salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle proposée dans le secteur privé ; et 5) en France, c'est le revenu net et non le revenu brut qui est utilisé.

Pour certains pays (Australie, Autriche, Pays-Bas, États-Unis et Royaume-Uni pour les spécialistes), les données tiennent compte des professionnels à temps partiel, tandis que pour d'autres, elles se rapportent uniquement aux médecins qui exercent à temps plein. En Irlande, les données pour les médecins généralistes libéraux incluent les dépenses professionnelles, entrainant une surestimation.

Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus, sauf en Islande, au Mexique et en Nouvelle-Zélande, où il est comparé au salaire moyen dans certains secteurs industriels.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

3.4.1 Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2009 (ou année la plus proche)

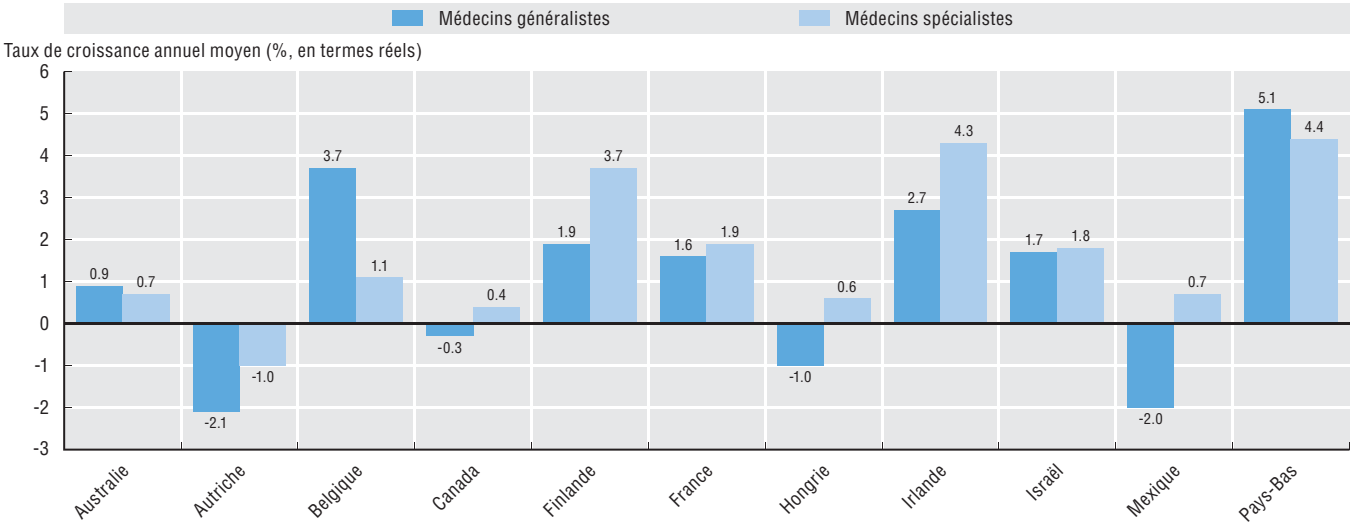


1. Les données pour les médecins spécialistes libéraux se rapportent à 2008.
2. La rémunération correspond au revenu net plutôt qu'au revenu brut d'où une sous-estimation.
3. Les données pour les médecins salariés se rapportent uniquement aux employés du secteur public, qui tendent à recevoir une rémunération plus faible que ceux travaillant dans le secteur privé.
4. Les données ne couvrent pas les revenus d'exercice privé également perçus par de nombreux spécialistes travaillant à l'hôpital.
5. Les données pour les médecins généralistes libéraux incluent les dépenses professionnelles d'où une surestimation.
6. La rémunération des médecins généralistes se rapporte à 2008.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528668

3.4.2 Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528687

3.5. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

Les gynécologues sont spécialisés dans les fonctions et maladies spécifiquement féminines, notamment celles en rapport avec l'appareil reproducteur, tandis que les obstétriciens sont spécialistes de la grossesse et de l'accouchement. Les médecins se spécialisent souvent dans ces deux domaines à la fois, et les données présentées dans cette partie 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. Elles pratiquent des accouchements dans le cadre d'un exercice indépendant ou en collaboration avec des médecins et des infirmières.

Dans les pays qui ont une approche médicalisée de la grossesse, les obstétriciens fournissent la majorité des soins. Quand l'approche est moins médicalisée, les sages-femmes qualifiées sont le principal intervenant, souvent en collaboration avec d'autres professionnels de santé comme les généralistes, bien qu'il soit possible de faire appel aux obstétriciens en cas de complications. Quelle que soit la place respective de ces professionnels dans les différents pays, les progrès réalisés au cours des dernières décennies en matière de conseil prénatal et de surveillance de la grossesse, ainsi que les progrès de l'obstétrique dans le domaine des accouchements compliqués, ont entraîné une forte baisse de la mortalité périnatale dans tous les pays de l'OCDE.

La République tchèque, la Grèce, l'Italie et la République slovaque sont les pays qui comptaient le plus de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes en 2009 (graphique 3.5.1). Dans tous ces pays, les obstétriciens jouent un rôle de premier plan dans la fourniture des soins prénatals et dans la prise en charge des accouchements. C'est en Irlande, en Nouvelle-Zélande, au Canada et au Japon que le nombre de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes était le plus faible.

Depuis 2000, le nombre de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes a augmenté dans la plupart des pays à une cadence moyenne de 1.5 % par an. Ce nombre est resté relativement stable en Estonie et en France, tandis qu'il a sensiblement diminué au Japon et en Pologne (graphique 3.5.1).

En 2009, l'Australie, l'Islande et la Suède sont les pays qui comptaient le plus grand nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes (graphique 3.5.2). L'Islande et la Suède sont des pays où les sages-femmes ont toujours été nombreuses et jouent un rôle de premier plan dans le suivi prénatal et la prise en charge des accouchements normaux (Johanson, 2002). En revanche, le Canada, la Corée et la Slovénie sont les pays où le nombre de sages-femmes par habitante est le plus faible. Alors que le nombre de sages-femmes par femme a augmenté au Canada et en Slovénie ces dix dernières années, il a diminué en Corée. Cette diminution a coïncidé avec une baisse continue du taux de fécondité dans ce pays. En Estonie et en Hongrie, le nombre de sages-femmes par habitante a régressé entre 2000 et 2009. En Hongrie, la majeure partie de la baisse a eu lieu entre 2006 et 2007, période durant laquelle le nombre de lits dans les maternités a été réduit de plus d'un tiers dans le cadre d'une réforme de la santé.

Aux Pays-Bas, le nombre de sages-femmes a augmenté plus vite que le nombre de gynécologues et d'obstétriciens ces dix dernières années et la proportion de naissances ayant lieu à l'hôpital avec l'assistance d'une sage-femme est passée de 8 % en 1998 à 26 % en 2007 (Wiegers et Hukkelhoven, 2010).

Le poids relatif de ces professionnels a des conséquences directes et indirectes sur le coût des services prénatals et d'accouchement. Les services dispensés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. La raison en est notamment que leur formation est plus courte et que la rémunération exigée en contrepartie est plus faible que celle des 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 faible dans les pays et les hôpitaux qui recourent aux sages-femmes et infirmières plutôt 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. Une revue d'études montre que les complications sont plus rares dans les modèles dans lesquels les sages-femmes jouent un rôle de premier plan (Hatem *et al.*, 2008). Il ressort également d'une autre revue d'études que les sages-femmes dispensent des soins et des conseils prénatals tout aussi efficacement que les obstétriciens dans le cadre de grossesses normales (Di Mario *et al.*, 2005), même si l'intervention des obstétriciens est indispensable en cas de complications.

Définition et comparabilité

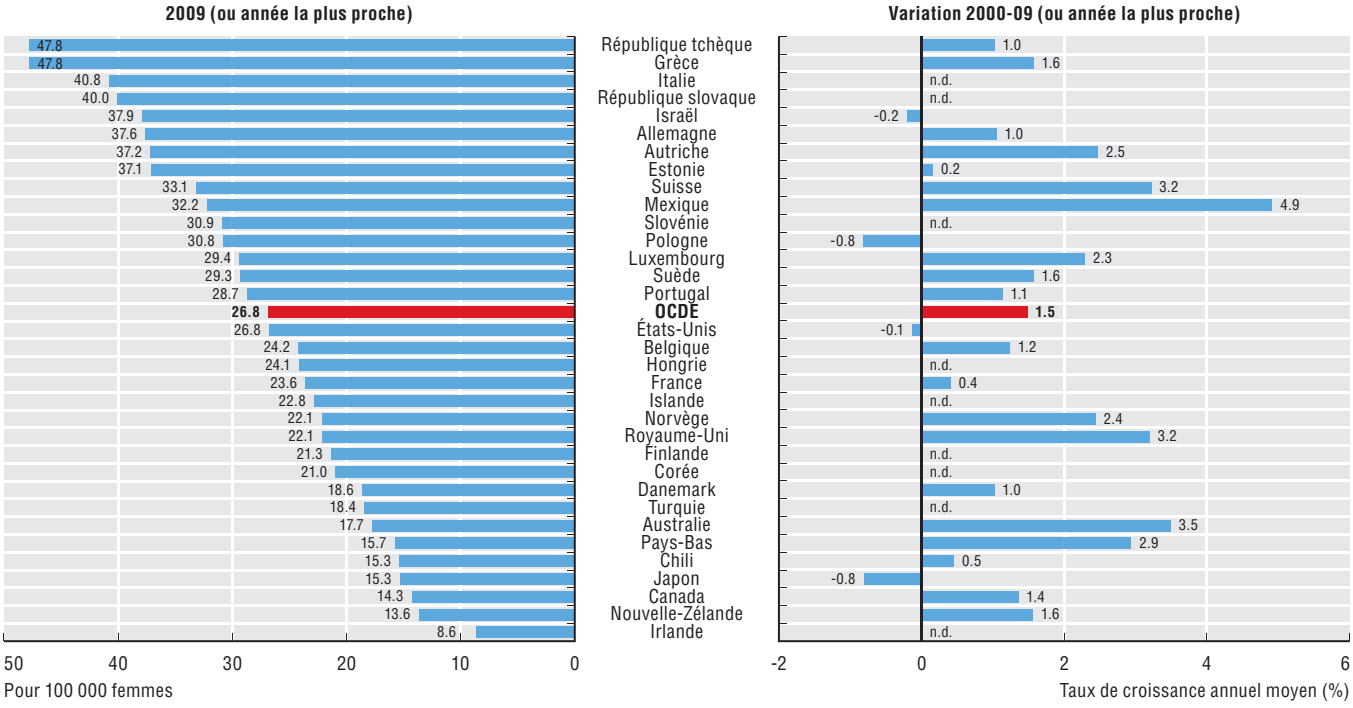
Le nombre de gynécologues et d'obstétriciens regroupe ces deux spécialités.

Les chiffres relatifs aux gynécologues et obstétriciens et aux sages-femmes se rapportent au nombre de personnes physiques, sans distinction entre travail à temps plein et travail à temps partiel.

Au Canada, le nombre de sages-femmes est sous-estimé car dans certaines provinces ou territoires, il n'y a pas de réglementation requérant une licence comme condition d'exercice de la profession. En Autriche, le nombre de sages-femmes inclut uniquement les sages-femmes employées dans les hôpitaux, ce qui se traduit par une sous-estimation comprise entre 40 et 50 %.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

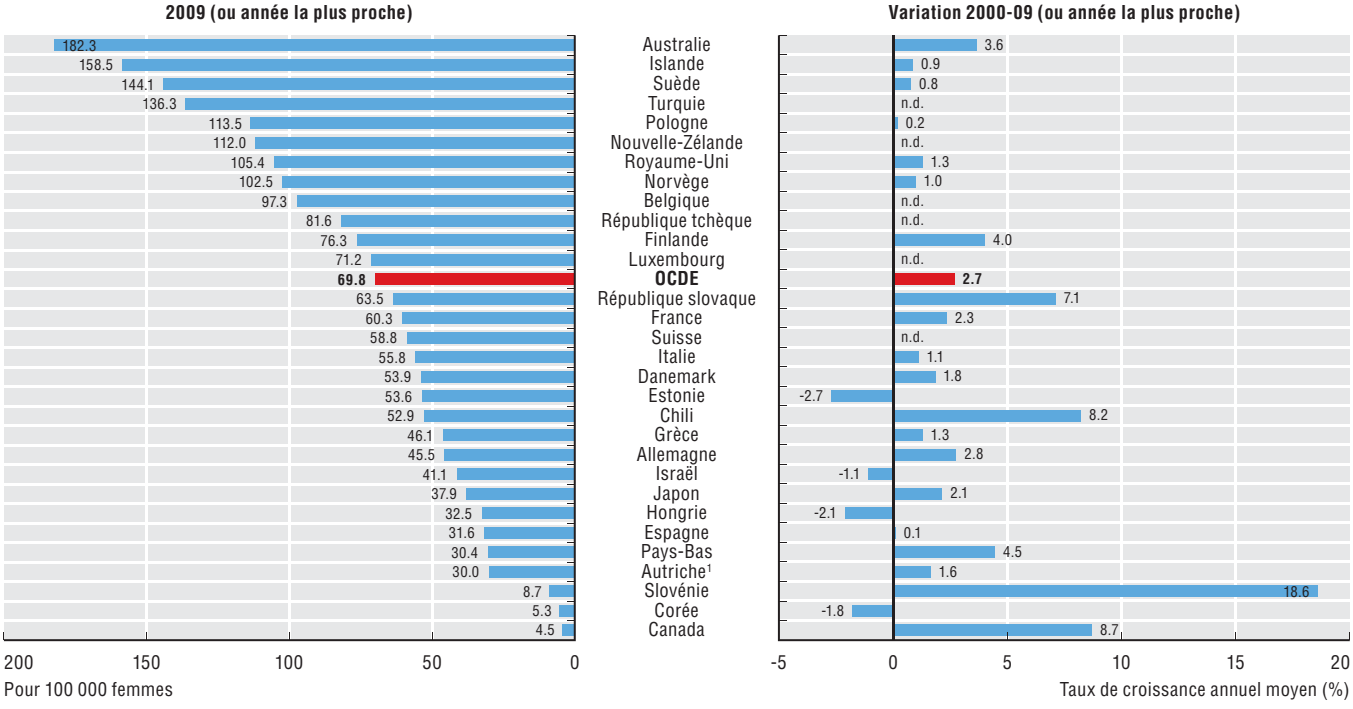
3.5.1 Gynécologues et obstétriciens pour 100 000 femmes, 2009 et variation 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528706

3.5.2 Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes, 2009 et variation 2000-09



1. En Autriche, le nombre de sages-femmes comprend seulement celles qui sont employées à l'hôpital.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528725

3.6. Psychiatres

Environ 10 % de la population adulte déclarent, à un moment ou à un autre de leur existence, souffrir d'une forme quelconque de trouble mental ou comportemental (OMS, 2001). Les personnes qui rencontrent des problèmes de santé mentale peuvent avoir recours à divers professionnels, tels que les généralistes, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, et le personnel infirmier spécialisé. Cette partie porte sur une des catégories de fournisseurs de services de santé mentale, en l'occurrence les psychiatres, parce que l'on a moins de données comparables sur les autres catégories telles que les psychologues. Les psychiatres sont compétents pour diagnostiquer et traiter un éventail de problèmes de santé mentale graves, comme la dépression, les troubles de l'apprentissage, l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles alimentaires et les troubles de la personnalité tels que la schizophrénie.

En Europe, d'après une enquête de population réalisée en 2010, 15 % de la population des pays de l'Union européenne en moyenne déclaraient avoir demandé l'aide d'un professionnel de santé pour un problème psychologique ou émotionnel au cours de l'année précédente (Eurobaromètre, 2010). Près des trois quarts (73 %) d'entre elles ont eu recours à un généraliste, tandis que 11 % se sont adressés à un psychiatre et 14 % à un psychologue (graphique 3.6.2).

En 2009, on comptait entre 10 et 20 psychiatres pour 100 000 habitants dans la plupart des pays de l'OCDE. C'est en Suisse que ce chiffre était de loin le plus élevé, s'établissant à 42 pour 100 000 habitants, puis dans plusieurs pays nordiques (Islande, Norvège, Finlande et Suède) et en France, où l'on dénombrait entre 21 et 23 psychiatres pour 100 000 habitants. À l'autre extrémité du spectre, on comptait moins de 10 psychiatres pour 100 000 habitants au Mexique, en Turquie, au Chili, en Corée et en Pologne (graphique 3.6.1).

Le nombre de psychiatres par habitant a augmenté depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels on possède des données. Dans ces pays, la croissance annuelle moyenne a été légèrement supérieure à 2 % entre 2000 et 2009. La progression a été particulièrement rapide en Pologne, en Suisse, en Autriche et au Royaume-Uni. En revanche, le nombre de psychiatres par habitant a légèrement diminué durant cette période en Israël, en France et aux États-Unis (graphique 3.6.1).

Comme pour beaucoup d'autres spécialités médicales, les psychiatres peuvent être inégalement répartis entre les régions à l'intérieur d'un pays donné, si bien que certaines régions sont pénalisées. En Australie par exemple, le nombre de psychiatres par habitant est 4.6 fois plus élevé dans les grandes villes que dans les régions isolées (AIHW, 2010a).

Le rôle des psychiatres varie d'un pays à l'autre. En Espagne, par exemple, les psychiatres travaillent en coopération étroite avec les généralistes. Ainsi, bien que le nombre de psychiatres soit relativement faible, les taux de consultation de psychiatres par les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus élevés que dans beaucoup d'autres pays comptant davantage de psychiatres, parce que les généralistes orientent plus souvent leurs patients en consultation de psychiatrie (Kovess-Masfety *et al.*, 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, les psychologues sont très nombreux et fournissent des services pris en charge 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 pris en charge par l'assurance maladie publique (Kovess-Masfety *et al.*, 2007).

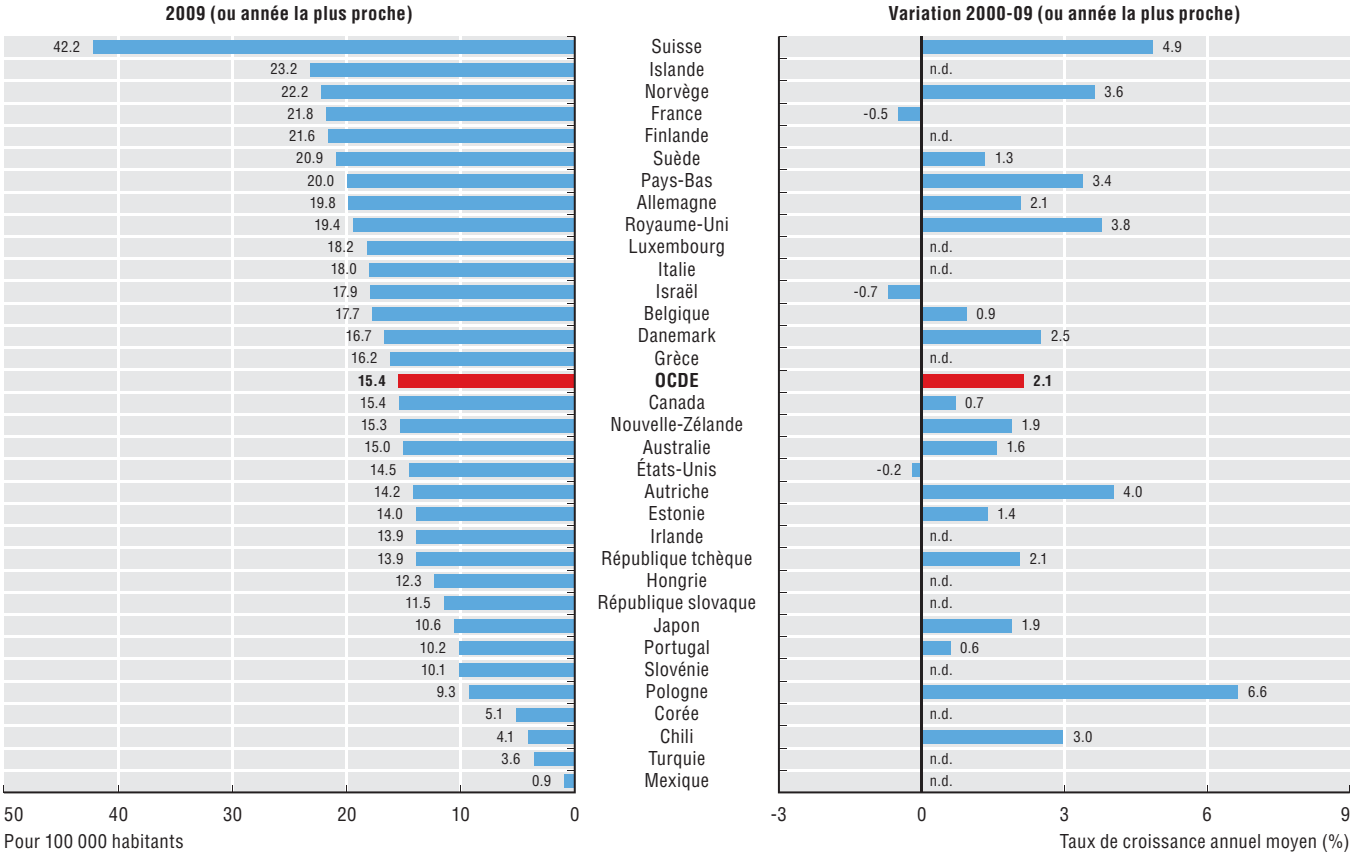
Définition et comparabilité

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

Les chiffres couvrent en principe les psychiatres, les neuropsychiatres et les pédopsychiatres. Les psychologues ne sont pas pris en compte. Ces données se rapportent au nombre de personnes physiques, sans distinction entre travail à temps plein et travail à temps partiel.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

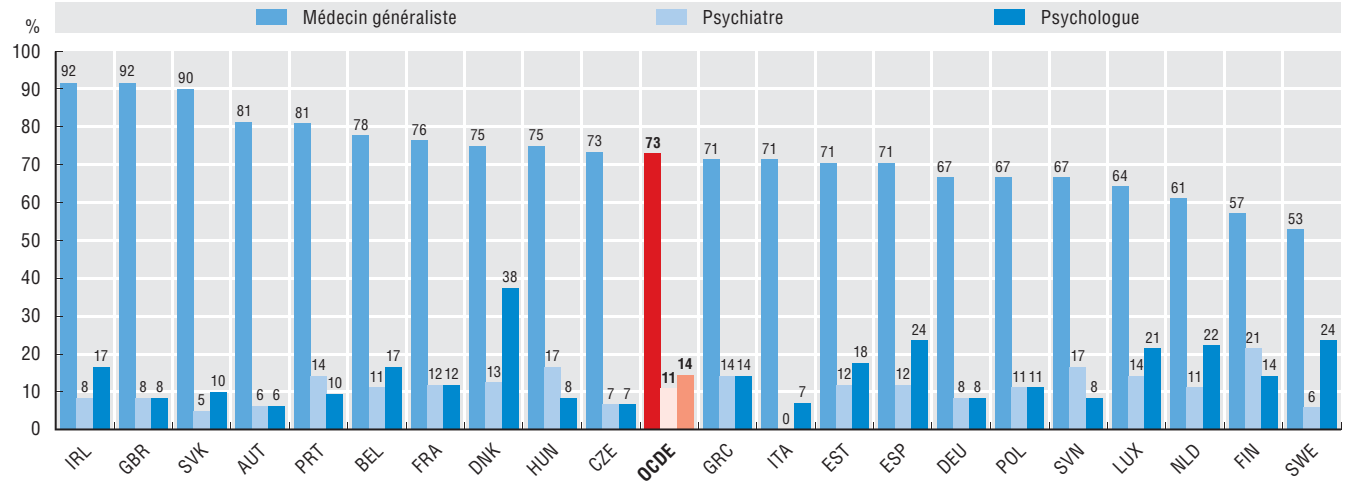
3.6.1 Psychiatres pour 100 000 habitants, 2009 et variation 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528744

3.6.2 Type de professionnel(s) consulté(s) pour des problèmes de santé mentale pour quelques pays de l'Union européenne, 2010



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 ».

Source : Eurobaromètre, février-mars 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528763

3.7. Personnel infirmier

Le personnel infirmier constitue habituellement la catégorie de professionnels de santé qui compte le plus de membres, les infirmiers étant beaucoup plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. Il joue un rôle essentiel dans l'offre de soins de santé, non seulement 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 à domicile.

Toutefois, beaucoup de pays redoutent une pénurie de personnel infirmier et cette inquiétude pourrait fort bien s'intensifier dans les années à venir, car la demande va continuer de s'accroître et le vieillissement de la génération du « baby-boom » va entraîner une vague de départs à la retraite parmi le personnel infirmier. Ces préoccupations conduisent de nombreux pays à prendre des mesures pour former davantage d'infirmiers et pour inciter le personnel infirmier à rester dans la profession (OCDE, 2008a).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, on dénombrait 8.4 infirmiers pour 1 000 habitants en 2009. C'est dans plusieurs pays nordiques que la densité d'infirmiers était la plus élevée, comprise entre 14 et 15 pour 1 000 habitants. Elle était également élevée en Suisse et en Belgique, bien que les données relatives à la Belgique se rapportent à tous les infirmiers autorisés à exercer, ce qui se traduit par une surestimation. Les pays où cette densité était la plus faible sont le Chili (même si le chiffre est sous-estimé parce qu'il ne tient compte que du personnel infirmier employé dans le secteur public), ainsi que la Turquie, le Mexique et la Grèce. Les grandes économies émergentes, comme l'Inde, le Brésil, l'Indonésie et la Chine, affichent également une densité d'infirmiers faible par rapport à la moyenne de l'OCDE, puisqu'elle était inférieure à 1.5 infirmiers pour 1 000 habitants en 2009, même si elle a augmenté rapidement au Brézil et en Chine ces dernières années (graphique 3.7.1).

La densité d'infirmiers a augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée. Le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants a progressé à raison de 1.8 % par an en moyenne entre 2000 et 2009 au sein de la zone OCDE. Le Chili est le pays de l'OCDE où la densité a le plus augmenté, à raison de 12 % par an, même si elle reste très faible. La hausse a aussi été très forte au Portugal et en Corée. En revanche, en Israël, le nombre d'infirmiers par habitant a diminué entre 2000 et 2009. Il en va de même en République slovaque, où la récente augmentation du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés laisse toutefois présager une possible augmentation de la densité d'infirmiers dans les années à venir. En Australie et aux Pays-Bas, la densité d'infirmiers a diminué entre 2000 et 2007, mais a augmenté depuis lors.

En 2009, le ratio infirmiers-médecins était compris entre cinq infirmiers par médecin en Irlande et moins d'un infirmier par médecin au Chili, en Grèce et en Turquie (graphique 3.7.2). Il est aussi relativement faible en Italie, au Mexique, en Israël, au Portugal et en Espagne. La moyenne pour la zone OCDE est légèrement inférieure à trois infirmiers par médecin, la majorité des pays comptant entre deux et quatre infirmiers par médecin. En Grèce et en Italie, on observe un sureffectif de médecins et un sous-effectif d'infirmiers, d'où un manque d'efficience de l'allocation des ressources (OCDE, 2009a ; Chaloff, 2008).

Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès aux soins satisfaisant, certains pays ont attribué des fonctions plus complexes au personnel infirmier. Les évaluations relatives aux infirmiers praticiens réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni montrent que, s'agissant de certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, ce personnel infirmier aux rôles avancés peut permettre d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les délais d'attente tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins. La plupart des évaluations constatent que ce modèle est très satisfaisant pour les patients et influe à la baisse sur les coûts ou a un effet neutre. La mise en place de pratiques infirmières avancées peut nécessiter des changements de législation et de réglementation afin de lever les barrières au développement de ces pratiques (Delamaire et Lafortune, 2010).

Définition et comparabilité

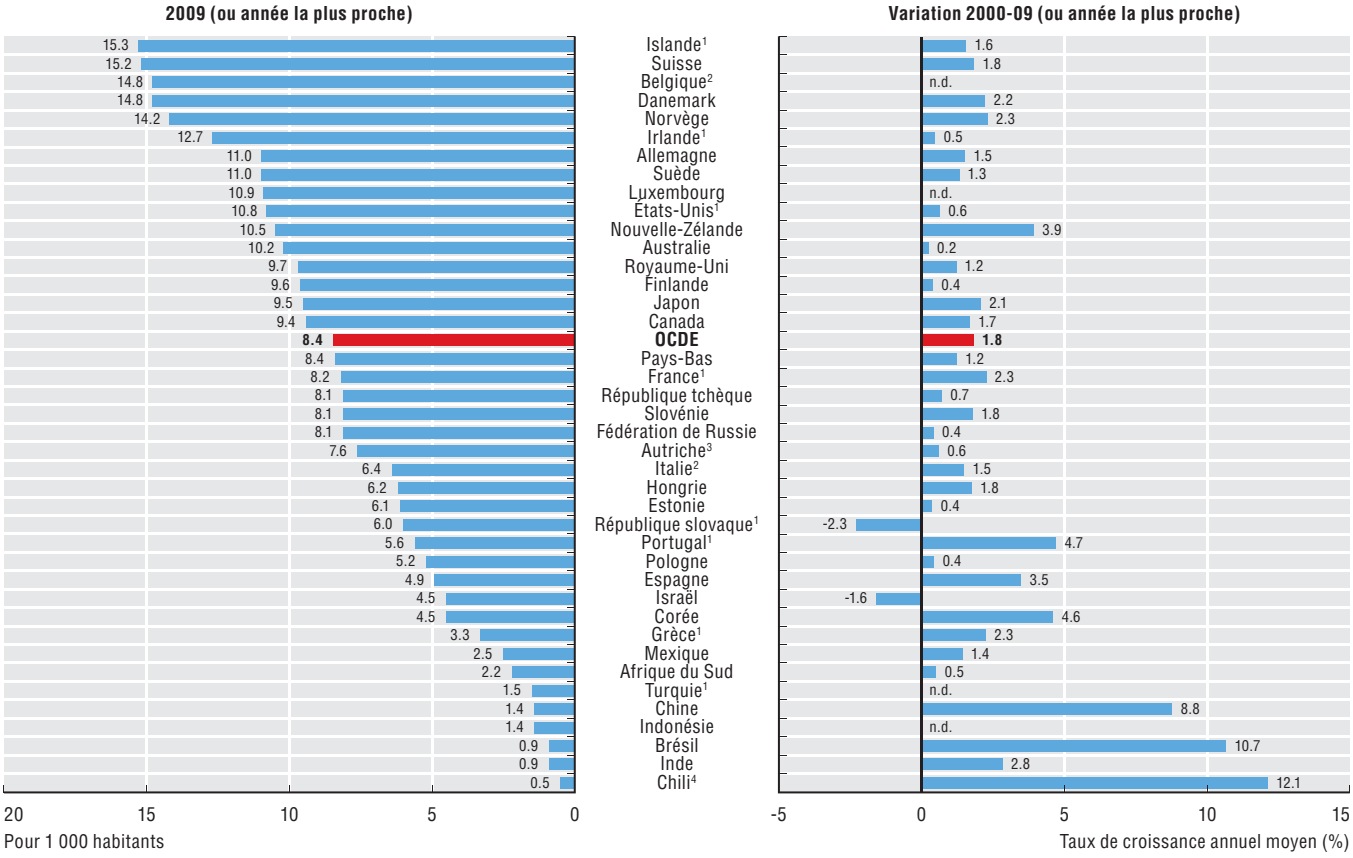
Le nombre d'infirmiers tient compte de l'ensemble du personnel infirmier employé dans des structures publiques et privées, y compris du personnel libéral. Dans la plupart des pays, les données représentent spécifiquement les infirmiers qui fournissent des soins directement aux patients (« en exercice ») mais certains pays incluent également des infirmiers qui exercent une fonction de direction, éducative ou de recherche.

Dans les pays où existent différents niveaux professionnels, les données se rapportent à la fois aux « infirmiers de niveau supérieur », qui ont suivi une formation plus poussée et assument des tâches de plus haut niveau, et aux « infirmiers de niveau intermédiaire », qui ont suivi une formation moins poussée mais sont néanmoins reconnus et enregistrés comme infirmiers.

Les sages-femmes et les aides-soignants qui ne sont pas reconnus comme infirmiers ne sont en principe pas être pris en compte. Néanmoins, la moitié des pays de l'OCDE environ incluent les sages-femmes parce qu'ils les considèrent comme des membres du personnel infirmier spécialisé. L'Autriche ne prend en considération que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux, d'où une sous-estimation. Le Chili inclut uniquement le personnel infirmier exerçant dans le secteur public. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmiers qui ont suivi trois ans d'études et interviennent auprès des personnes âgées, ce qui représente environ 250 000 infirmiers (30 % supplémentaires).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

3.7.1 Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2009 et variation 2000-09

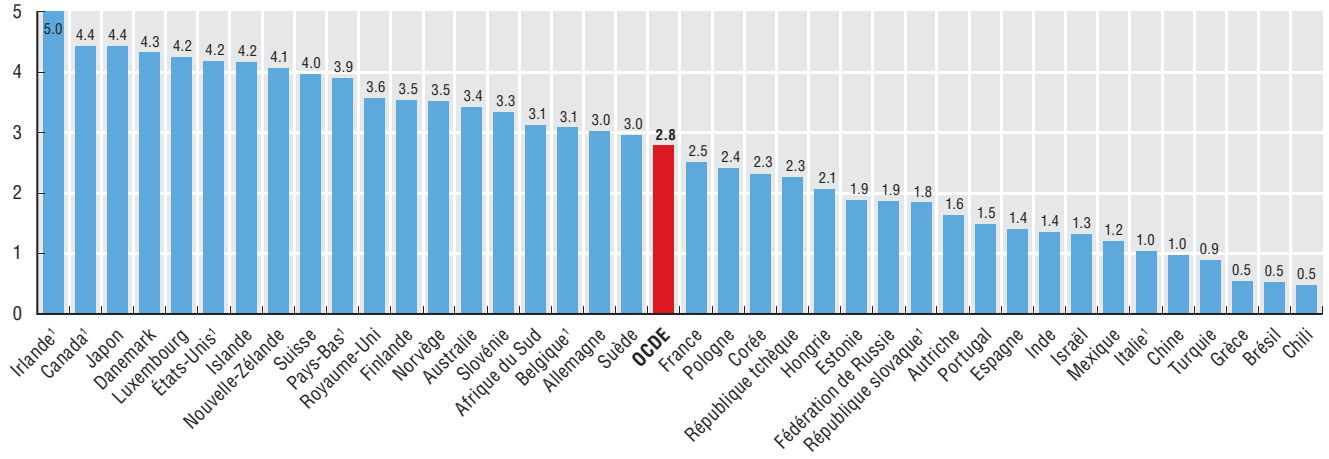


1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. Les données correspondent au personnel infirmier habilité à exercer.
3. L'Autriche inclut uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.
4. Le Chili inclut uniquement le personnel infirmier exerçant dans le secteur public.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528782

3.7.2 Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2009 (ou année la plus proche)



1. Par souci de cohérence, pour les pays n'ayant pas fourni de données sur les infirmiers en exercice et/ou les médecins en exercice, les données correspondent au même concept (« professionnellement actifs » ou « habilités à exercer ») pour les infirmiers et les médecins.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528801

3.8. Personnel infirmier nouvellement diplômé

Beaucoup de pays de l'OCDE ont pris des mesures ces dernières années pour augmenter le nombre d'élèves dans les filières de formation des infirmiers en réponse aux inquiétudes suscitées par la pénurie, actuelle ou prévisible, de personnel infirmier. Il est d'autant plus important d'investir davantage dans la formation du personnel infirmier que la population infirmière vieillit dans de nombreux pays et que les infirmiers de la génération du « baby-boom » approchent de la retraite.

En 2009, on dénombrait 39 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en moyenne au sein de la zone OCDE, contre 36 en 2007 (graphique 3.8.1). C'est en République slovaque que ce nombre était, de loin, le plus élevé, puisqu'il s'établissait à 152. Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a plus que doublé dans ce pays depuis 2006, passant de 3 732 en 2006 à plus de 8 000 en 2009. En revanche, la densité d'infirmiers nouvellement diplômés a toujours été faible en Turquie, au Chili, en Grèce et en Italie, quatre pays où le nombre d'infirmiers par habitant est relativement faible. Au Luxembourg, la densité d'infirmiers nouvellement diplômés est aussi faible, mais bon nombre d'infirmiers se forment à l'étranger.

Les dispositifs institutionnels qui régissent la formation du personnel infirmier diffèrent suivant les pays de l'OCDE. Dans certains pays, le nombre d'élèves admis dans les filières de formation à la profession infirmière n'est pas limité. Il en va ainsi en Belgique, au Chili, aux Pays-Bas, en Norvège, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, bien que, dans ce dernier cas, les décisions prises au niveau des états en matière de financement public de la formation du personnel infirmier aient une influence directe sur la capacité des établissements de formation à accueillir des élèves. Toutefois, dans la plupart des pays, l'entrée dans les filières de formation du personnel infirmier est régulée (OCDE, 2008a).

L'augmentation des effectifs en formation transparaît également à travers le nombre de diplômés pour 1 000 infirmiers en exercice (graphique 3.8.2). Ainsi, on en dénombrait 58 en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009, contre 42 en 2007. Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés en proportion du nombre d'infirmiers en exercice était élevé en République slovaque, en Corée et au Chili, même si, dans ces deux derniers pays, cette situation s'explique en partie par le nombre relativement faible d'infirmiers. Le pourcentage le plus faible s'observait au Luxembourg, situation compensée par le nombre d'infirmiers formés dans d'autres pays.

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, le nombre de diplômés qui sortent chaque année des filières de formation du personnel infirmier a augmenté au cours des dix dernières années. Il en va ainsi, par exemple, en France, où ce nombre a augmenté de 60 % entre 2000 et 2009, et en Suisse, où il a augmenté de 27 % au cours de la même période (graphique 3.8.3).

En Italie, les inquiétudes suscitées par les pénuries actuelles ou futures de personnel infirmier ont conduit à relever sensiblement le nombre d'élèves admis dans les filières universitaires ces dernières années, ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés, lequel est passé de moins de 6 000 en 2002 à près de 11 000 en 2009. Néanmoins, cette hausse ne sera peut-être pas suffisante pour répondre à la demande, étant donné que selon les estimations, entre 13 000 et 17 000 infirmiers quittent la profession chaque année (Chaloff, 2008).

Au Japon, le nombre annuel d'infirmiers nouvellement diplômés a baissé entre 2000 et 2006. Toutefois cette tendance à la baisse des capacités de formation s'est inversée depuis 2006, ce qui devrait se traduire par une augmentation du nombre de nouveaux diplômés dans les années à venir.

L'impact de l'augmentation des effectifs en formation sur l'offre de personnel infirmier dépendra aussi des autres politiques mises en œuvre dans le domaine des ressources humaines. Des réformes, par exemple des mesures destinées à inciter les infirmiers à rester plus longtemps dans la profession à travers une amélioration de leur rémunération et de leurs conditions de travail, pourraient permettre de rentabiliser les investissements réalisés pour former davantage d'infirmiers (Buchan et Black, 2011).

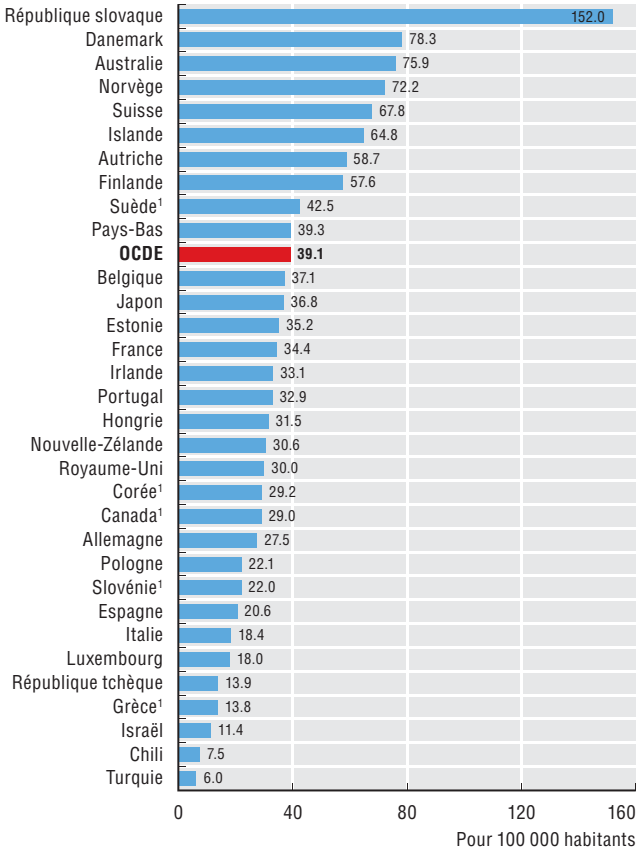
Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés correspond au nombre d'étudiants qui ont obtenu une qualification reconnue, nécessaire pour devenir infirmier diplômé ou agréé. Il comprend les diplômés sortant de filières de formation de personnel infirmier à des niveaux plus ou moins élevés. Il ne tient pas compte des étudiants titulaires de masters ou de doctorats, pour éviter de comptabiliser deux fois les personnes qui acquièrent des qualifications supplémentaires.

Les chiffres communiqués par le Canada, la Grèce, la Corée, la Slovénie et la Suède ne tiennent pas compte des diplômés issus de filières de niveau inférieur et ceux se rapportant à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmiers qui suivent une formation de trois ans et interviennent auprès des personnes âgées, ce qui entraîne une sous-estimation de la densité de nouveaux diplômés par habitant. En revanche, le calcul du nombre de nouveaux diplômés par infirmier en exercice tient compte des mêmes catégories professionnelles au numérateur et au dénominateur, ce qui évite toute surestimation ou sous-estimation. Le Royaume-Uni ne tient pas compte des nouveaux diplômés originaires de l'étranger.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

3.8.1 Diplômés en études d'infirmier pour 100 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)

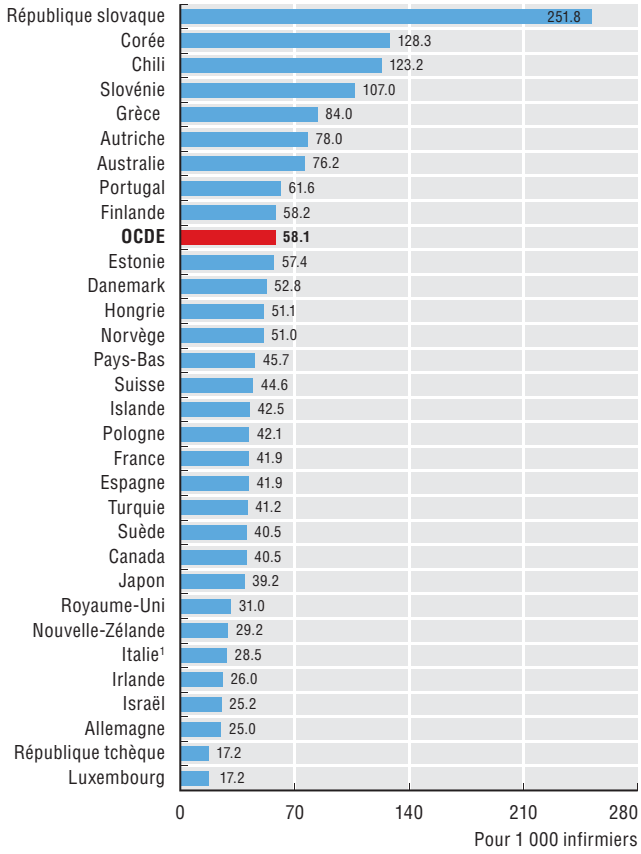


1. Le nombre de diplômés en études d'infirmier ne comprend pas les diplômés de niveau inférieur, d'où une sous-estimation.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528820

3.8.2 Diplômés en études d'infirmier pour 1 000 infirmiers, 2009 (ou année la plus proche)



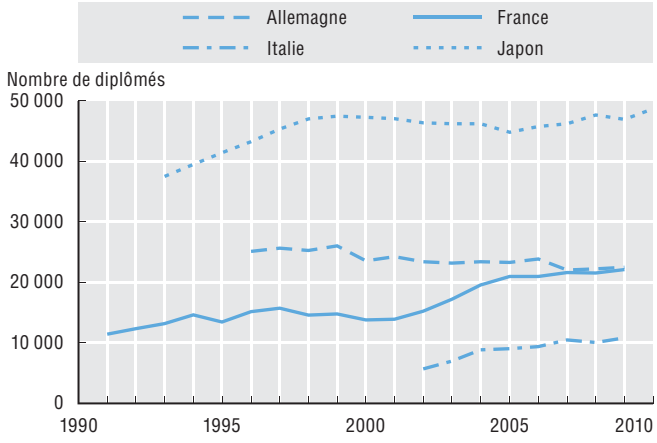
Note : Les catégories d'infirmiers incluses dans le dénominateur correspondent à celles des diplômés (incluses au numérateur).

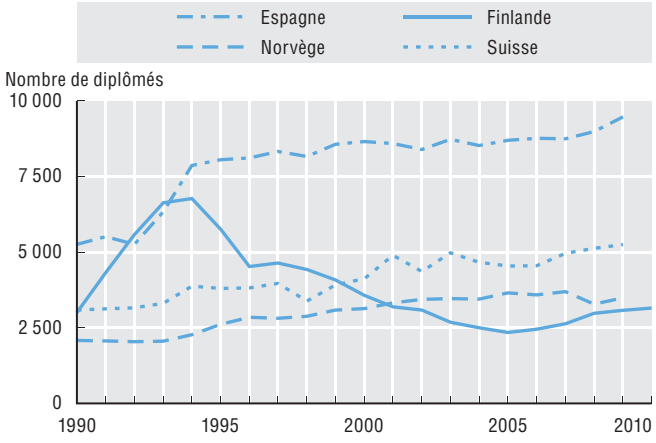
1. Le dénominateur inclut l'ensemble du personnel infirmier habilité à exercer.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528839

3.8.3 Nombre absolu de diplômés en études d'infirmier pour quelques pays de l'OCDE, 1990 à 2010





Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528858

3.9. Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération du personnel infirmier 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 un des principaux postes de dépenses des systèmes de santé.

Il est difficile de rassembler des données comparables sur la rémunération du personnel infirmier, du fait que les différents pays n'utilisent pas tous les mêmes sources et que ces données couvrent des catégories professionnelles différentes. Les données présentées dans cette partie portent généralement sur la rémunération du personnel infirmier qui travaille dans les hôpitaux, mais la couverture des données est différente pour certains pays (voir l'encadré « Définition et comparabilité ».

Les données sur la rémunération du personnel infirmier sont présentées de deux manières. Premièrement, la rémunération est comparée au salaire moyen de tous les travailleurs du pays considéré, ce qui donne une indication de l'attrait financier relatif du métier d'infirmier par rapport aux autres professions. Deuxièmement, le niveau de rémunération dans chaque pays est converti dans une monnaie commune, le dollar américain, corrigé par les parités de pouvoir d'achat, ce qui donne une indication du bien-être économique relatif des infirmiers comparativement à leurs homologues des autres pays.

Dans la plupart des pays, la rémunération du personnel infirmier était supérieure au salaire moyen en 2009. C'était particulièrement le cas au Mexique, où elle était 2.4 fois plus élevée que le salaire moyen. En Nouvelle-Zélande et au Luxembourg, la rémunération des infirmiers était supérieure de 50 % et 40 % au salaire moyen et aux États-Unis, elle était supérieure de 30 %. Toutefois, dans un certain nombre de pays, le salaire du personnel infirmier est globalement égal au salaire moyen et en République slovaque et en Hongrie, il est inférieur (graphique 3.9.1).

Convertie dans une monnaie commune, la rémunération du personnel infirmier est environ quatre à cinq fois plus élevée au Luxembourg qu'en Hongrie, en République slovaque, en Estonie et en République tchèque (graphique 3.9.2). Aux États-Unis, les infirmiers ont aussi des revenus relativement élevés par rapport à leurs homologues des autres pays, ce qui explique la capacité des États-Unis à attirer de nombreux infirmiers d'autres pays (Aiken et Cheung, 2008). Au Mexique, bien que le salaire des infirmiers soit élevé comparativement à celui des autres travailleurs du pays, leur niveau de revenu est faible par rapport à celui de leurs homologues qui travaillent aux États-Unis ou dans d'autres pays.

La rémunération du personnel infirmier en termes réels (compte tenu de l'inflation) a augmenté dans tous les pays de l'OCDE ces dix dernières années, sauf en Hongrie, où elle est restée stable entre 2003 et 2009. En République slovaque et en République tchèque, les infirmiers ont vu leur rémunération progresser rapidement, ce qui a réduit l'écart avec leurs homologues des autres pays d'Europe. Dans ces deux pays, de même qu'en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, en Australie et au Canada, le revenu du personnel infirmier a aussi augmenté sensiblement plus vite que celui des autres travailleurs, ce qui a rendu la profession plus attrayante sur le plan financier (graphique 3.9.3).

Des préoccupations au sujet de la compétitivité de la rémunération du personnel infirmier, de l'équité salariale et des risques de pénurie de personnel ont conduit certains pays à accroître leur rémunération. Ainsi, entre 2006 et 2009, la République tchèque, la Finlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont augmenté les salaire de certaines catégories d'infirmiers. Ces réformes ont conduit à une augmentation du nombre de candidats dans les établissements de formation. Il est toutefois difficile d'évaluer l'impact de ces augmentations de salaire sur les infirmiers déjà dans la profession, étant donné que leur participation au marché du travail est aussi influencée par d'autres facteurs tels que les conditions de travail et les préférences individuelles (Buchan et Black, 2011). En Islande, la réduction de la rémunération du personnel infirmier décidée dans le sillage de la crise économique s'est traduite par une augmentation du temps de travail normal et par une réduction du nombre d'heures supplémentaires (Friðfinnsdóttir et Jónsson, 2010).

Définition et comparabilité

La rémunération du personnel infirmier correspond au salaire annuel *brut* moyen, y compris les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu dus par les salariés. Il doit normalement inclure tous les revenus supplémentaires tels que les primes et le paiement de gardes de nuit et des heures supplémentaires. Dans la plupart des pays, les données se rapportent spécifiquement au personnel infirmier qui travaille dans les hôpitaux ; toutefois, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, elles couvrent aussi les infirmiers travaillant dans d'autres structures. Dans certains états fédéraux, comme le Canada, la rémunération n'est pas déterminée au niveau national, ce qui se traduit par des disparités entre juridictions.

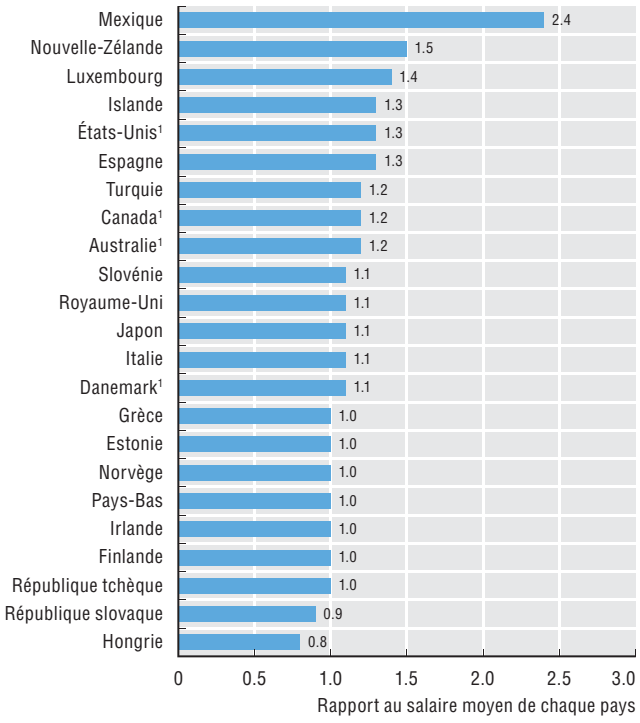
En Australie, au Canada, au Danemark et aux États-Unis, les données se rapportent aux infirmiers « de niveau supérieur » seulement, ce qui se traduit par une surestimation comparativement aux pays dans lesquels les infirmiers « de niveau intermédiaire » sont également pris en compte.

Les données ne portent que sur les infirmiers travaillant à temps plein, à l'exception de la Belgique, où les infirmiers à temps partiel sont aussi pris en compte (d'où une sous-estimation). Les données relatives à certains pays ne tiennent pas compte de certains revenus supplémentaires comme le paiement des heures supplémentaires ou les primes (par exemple l'Italie, le Portugal et la Slovénie). Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels, qui dans certains cas, peuvent représenter une part non négligeable du revenu total.

La rémunération du personnel infirmier est comparée au salaire moyen des salariés à plein-temps, tous secteurs d'activité confondus, sauf en Islande, au Mexique et en Nouvelle-Zélande, où elle est comparée au salaire moyen dans certains secteurs industriels.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

3.9.1 Rémunération des infirmiers en hôpital par rapport au salaire moyen, 2009 (ou année la plus proche)

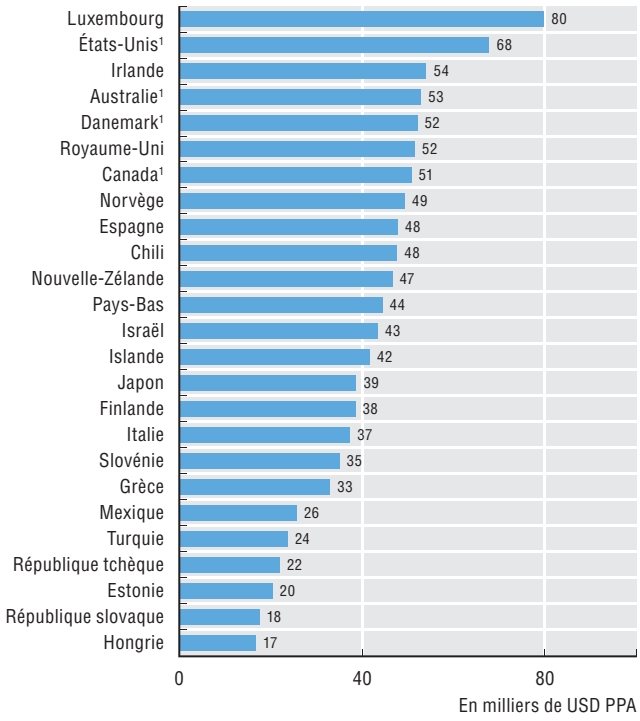


1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Canada, Australie et Danemark, d'où une surestimation.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528877

3.9.2 Rémunération des infirmiers en hôpital en USD PPA, 2009 (ou année la plus proche)

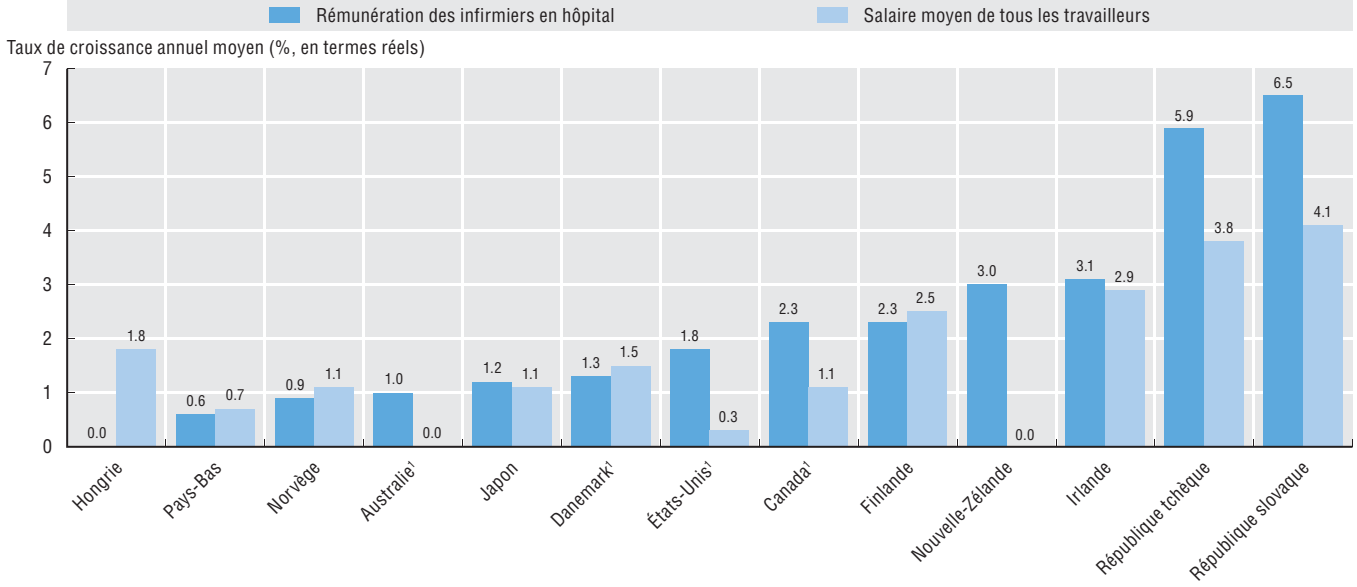


1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Canada, Australie et Danemark, d'où une surestimation.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528896

3.9.3 Taux de croissance de la rémunération des infirmiers en hôpital, 2000-09 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Canada, Australie et Danemark.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528915

4. SERVICES DE SANTÉ

4.1. Consultations de médecins

4.2. Technologies médicales

4.3. Lits d'hôpitaux

4.4. Sorties d'hôpital

4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital

4.6. Chirurgies cardiaques (angioplastie coronarienne)

4.7. Chirurgies de remplacement de la hanche et du genou

4.8. Traitement des insuffisances rénales (dialyse et transplantation)

4.9. Césariennes

4.10. Opérations de la cataracte

4.11. Consommation de médicaments

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 de nombreux pays d'Europe (comme le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République slovaque et le Royaume-Uni), les patients sont obligés ou incités à consulter, pour tout nouvel épisode de maladie, 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 (comme l'Autriche, la Corée, l'Islande, le Japon et la République tchèque), les patients peuvent consulter directement les spécialistes.

Le nombre de consultations de médecins par personne et par an s'échelonne entre 13 au Japon et en Corée, plus de 11 en République slovaque, en Hongrie et en République tchèque, et moins de 3 au Chili, au Mexique et en Suède (graphique 4.1.1). La moyenne de l'OCDE est de 6.5 consultations par personne et par an. Il semble que des facteurs culturels expliquent en partie certaines variations d'un pays à l'autre. Toutefois, certaines caractéristiques des systèmes de santé peuvent aussi aider à expliquer ces variations. Certains éléments montrent que les pays dans lesquels les médecins sont principalement rémunérés à l'acte (par exemple, le Japon et la Corée) tendent à avoir des taux de consultation supérieurs à la moyenne alors que les pays où les médecins sont principalement salariés (par exemple, le Mexique et la Suède) ont généralement des taux inférieurs à la moyenne. Toutefois, il existe des exemples de pays, comme la Suisse et les États-Unis, où les médecins sont principalement rémunérés à l'acte mais où les taux de consultation sont inférieurs à la moyenne, ce qui laisse penser que d'autres facteurs entrent également en jeu. (Voir le tableau A.5 de l'annexe A pour plus d'informations sur le mode de rémunération des médecins dans chaque pays).

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 (Bourgueil *et al.*, 2006). De même, en Finlande, les infirmières et autres professionnels de santé sont des acteurs importants de l'offre de soins primaires aux patients dans les dispensaires, réduisant le besoin de consulter un médecin (Delamaire et Lafortune, 2010).

Depuis 2000, le nombre moyen de consultations de médecins par personne a augmenté dans une majorité de pays de l'OCDE (graphique 4.1.1). L'augmentation a été particulièrement forte en Corée et en Suisse. En Corée, cela peut s'expliquer, du moins partiellement, par l'augmentation rapide de la densité de médecins sur la dernière décennie (voir l'indicateur 3.2 « Médecins »). En République slovaque, le nombre de consultations de médecins a chuté de plus de 2 % par an depuis l'an 2000 ; sur cette période, le nombre de médecins par habitant a lui aussi chuté. Au Canada, le nombre de consultations par personne a également diminué mais cette diminution peut être attribuée à la réduction de la proportion de consultations rémunérées à l'acte (qui sont les seules identifiées et rapportées ici).

On peut utiliser les informations sur les consultations pour estimer le nombre annuel de consultations par médecin dans les pays de l'OCDE. Cette estimation ne doit pas être prise comme mesure de la productivité des médecins, d'une part parce que la durée et l'efficacité des consultations peuvent varier et d'autre part parce que cette statistique ne prend pas en compte certains aspects du travail des médecins (suivi des patients hospitalisés, travaux administratifs et de recherche). Elle est également sujette aux limites de comparabilité dont fait état l'encadré intitulé « Définition et comparabilité ». Sous toutes ces réserves, cette estimation varie considérablement entre les pays de l'OCDE (graphique 4.1.2). Là encore, on peut penser que certains facteurs culturels jouent un rôle car on trouve ensemble, dans le haut du tableau, les deux pays asiatiques de l'OCDE et les pays d'Europe centrale et orientale.

De même que le nombre moyen de consultations de médecins par personne varie amplement entre les pays de l'OCDE, il existe également des différences significatives entre groupes de population au sein de chaque pays. 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 « Inégalités dans les consultations de médecins »).

Définition et comparabilité

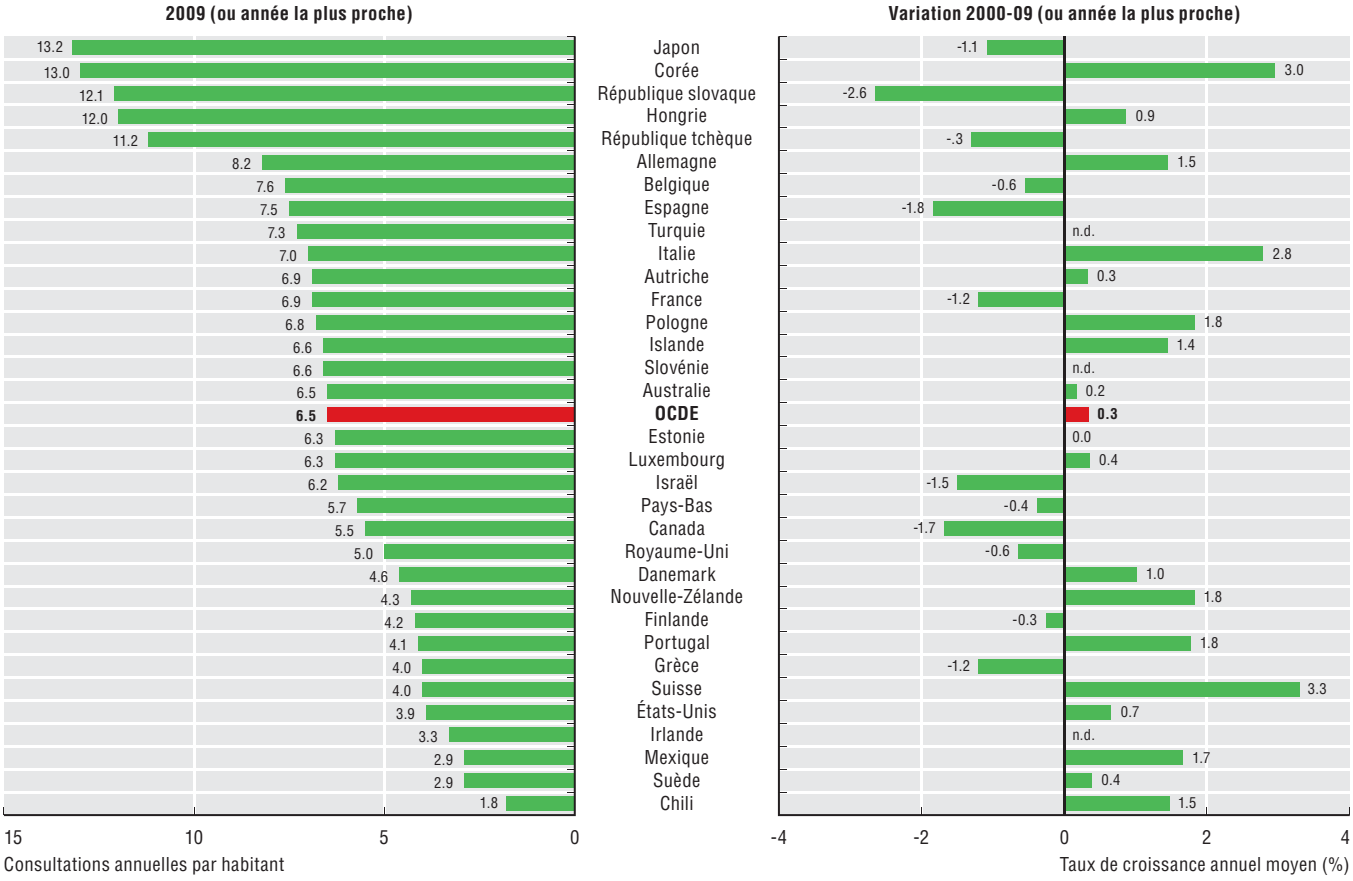
Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts avec des généralistes et des spécialistes. On observe des disparités entre pays dans la couverture des différents types de consultations, notamment la prise en compte des consultations dans les services de consultations externes des hôpitaux.

Les données proviennent principalement de sources administratives bien que dans certains pays (Espagne, Irlande, Israël, Italie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse), elles proviennent d'enquêtes de santé avec entretien. Les estimations provenant de sources administratives tendent à être plus élevées que celles provenant des enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

Les chiffres des Pays-Bas ne prennent pas en compte les consultations pour les soins maternels et infantiles. Les données pour le Portugal n'englobent pas les consultations de praticiens privés tandis que celles du Royaume-Uni ne prennent pas en compte les consultations de spécialistes en dehors des services de consultations externes des hôpitaux. Les données pour le Luxembourg n'incluent pas les consultations avec des médecins situés en dehors du pays (ces consultations représentent un nombre plus important que pour les autres pays). Les données du Canada comprennent seulement les consultations rémunérées à l'acte. En Allemagne, les consultations de médecins ne représentent que le nombre de cas de traitements médicaux selon les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie (un traitement ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte plus souvent un médecin). Les consultations par téléphone sont incluses pour certains pays (par exemple l'Espagne, l'Irlande, la République tchèque et le Royaume-Uni).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

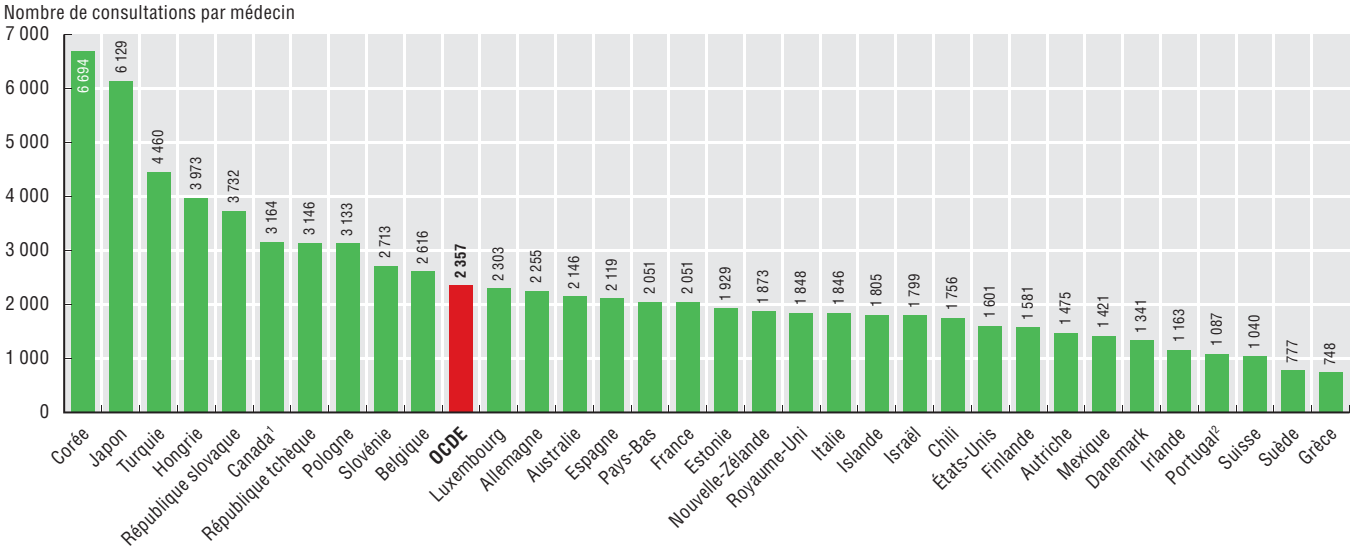
4.1.1 Consultations de médecins par habitant, 2009 et variation 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528934

4.1.2 Estimation du nombre de consultations par médecin, 2009 (ou année la plus proche)



1. Au Canada, le nombre de médecins inclut seulement ceux payés à l'acte pour être cohérent avec les données de consultations.
2. Les données pour le dénominateur incluent l'ensemble des médecins habilités à exercer (entraînant une sous-estimation du nombre de consultations par médecin).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528953

4.2. Technologies médicales

Les progrès des technologies médicales continuent de transformer l'offre de soins de santé et d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie, mais ils sont également l'une des principales causes de l'augmentation des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic: la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les scanners de tomographie axiale calculée par ordinateur (TACO) ou tomodensitomètres 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'imagerie médicale utilisées dans les appareils d'IRM n'exposent pas les patients à un rayonnement ionisant, qui peut provoquer des dommages dans les tissus vivants.

Au cours des vingt dernières années, le nombre des tomodensitomètres (CT scanners) et des appareils d'IRM a augmenté rapidement 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 les appareils d'IRM et par l'Australie pour les tomodensitomètres (graphiques 4.2.1 et 4.2.2). A l'autre extrémité de l'échelle, c'est au Mexique, en Hongrie et en Israël que le nombre d'appareils IRM et de CT scanners sont les plus faibles.

On dispose de données sur l'utilisation des appareils d'IRM et des CT scanners pour un plus petit groupe de pays, excluant le Japon. Sur la base de cette couverture de pays plus limitée, c'est en Grèce et aux États-Unis, suivis du Luxembourg et de l'Islande que le nombre des examens de tomodensitométrie et d'IRM par habitant est le plus élevé (graphiques 4.2.3 et 4.2.4).

En Grèce, la plupart des CT scanners et des appareils d'IRM sont installés dans les centres de diagnostic privés et seule une minorité équipe les hôpitaux publics. Il n'existe aucune réglementation concernant l'achat d'appareils d'IRM en Grèce, tandis que pour l'achat de CT scanners il faut une licence qui est accordée après un examen se fondant sur un critère de densité de population. Il n'y a pas non plus de lignes directrices concernant l'utilisation des CT scanners et des appareils d'IRM (Paris *et al.*, 2010). La situation actuelle a conduit le ministère grec de la Santé et de la Solidarité sociale à constituer un comité d'experts pour examiner les réglementations et proposer de nouveaux critères pour l'achat de CT scanners et d'appareils d'IRM.

Aux États-Unis, certains éléments tendent à montrer qu'il existe une surutilisation des examens de tomodensitométrie et des IRM. Entre 1997 et 2006, le nombre des scanners aux États-Unis a augmenté de manière spectaculaire alors que la fréquence des maladies est restée constante (Smith-Bindman *et al.*, 2008). En outre, des incitations financières permettent aux médecins de tirer profit des examens qu'ils prescrivent, ce qui accroît également le risque de surutilisation. De nombreuses études ont tenté d'évaluer les effets bénéfiques réels sur le plan médical de l'importante augmentation des scanners et des IRM aux États-Unis mais elles n'ont apporté aucune preuve concluante quant à l'existence de tels effets (Baker *et al.*, 2008).

D'autres pays de l'OCDE examinent également les moyens d'encourager l'achat et l'utilisation de manière plus rationnelle de ces technologies de diagnostic (OCDE, 2010b). Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence a créé en 2009 un comité aviseur chargé d'évaluer et de faire des recommandations pour un usage approprié des technologies de diagnostic dans le système anglais de soins de santé, NHS (NICE, 2009).

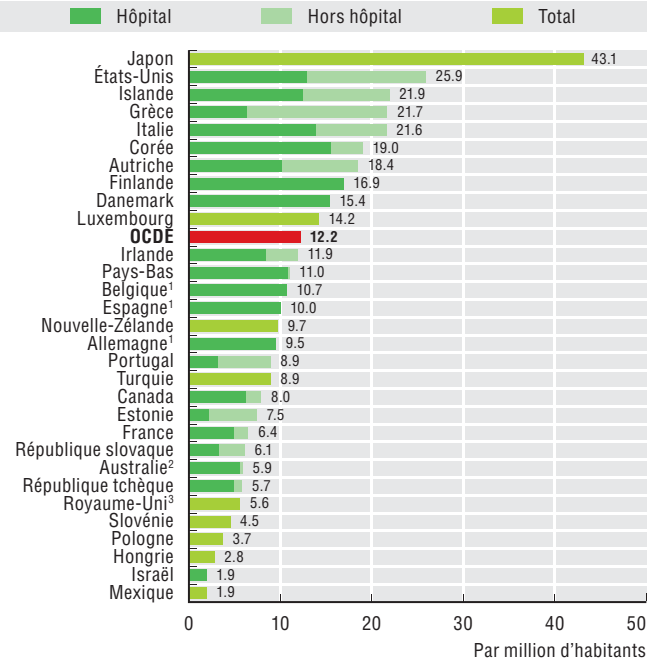
Définition et comparabilité

Concernant les appareils d'IRM et de tomodensitométrie, les indicateurs correspondent au nombre d'appareils pour 1 million d'habitants. Les IRM et les tomodensitométries correspondent au nombre d'examens pour 1000 personnes. Dans la plupart des pays, les données couvrent les équipements installés dans les hôpitaux comme ceux du secteur ambulatoire.

Pour certains pays, toutefois, les données ne correspondent qu'à une couverture partielle. Dans certains pays (Allemagne, Belgique et Espagne), elles ne couvrent pas les appareils de tomodensitométrie et d'IRM installés en dehors des hôpitaux. Pour le Royaume-Uni, les données ne concernent que les tomodensitomètres du secteur public. Pour l'Australie, seuls sont pris en compte les appareils éligibles au remboursement dans le programme public universel de santé Medicare, soit 60 % seulement des appareils d'IRM en 1999. Toujours pour l'Australie, les données relatives aux IRM et aux scanners ne font référence qu'aux examens pour les patients en consultation externe et les patients hospitalisés dans des hôpitaux privés (ce qui exclut les examens dans les hôpitaux publics). Celles relatives aux IRM et aux scanners pour l'Irlande ne couvrent que les hôpitaux publics tandis que pour la Corée et les Pays-Bas elles ne concernent que les soins de santé financés sur fonds publics.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

4.2.1 Unités d'IRM par million d'habitants, 2009 (ou année la plus proche)

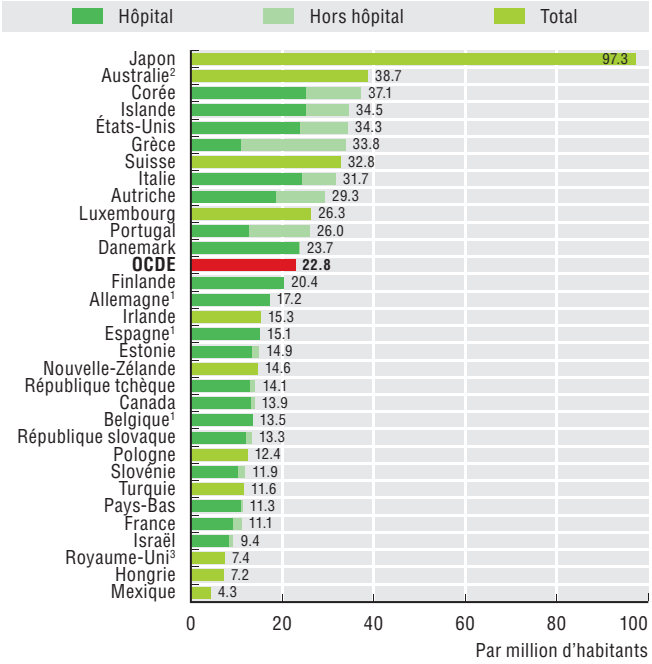


Note : La moyenne de l'OCDE n'inclut pas les pays déclarant seulement les appareils dans les hôpitaux (Belgique, Allemagne et Espagne).
1. N'inclut pas les appareils en dehors des hôpitaux.
2. Inclut seulement les appareils couverts par l'assurance maladie.
3. N'inclut pas les appareils du secteur privé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528972

4.2.2 Tomodensitomètres par million d'habitants, 2009 (ou année la plus proche)

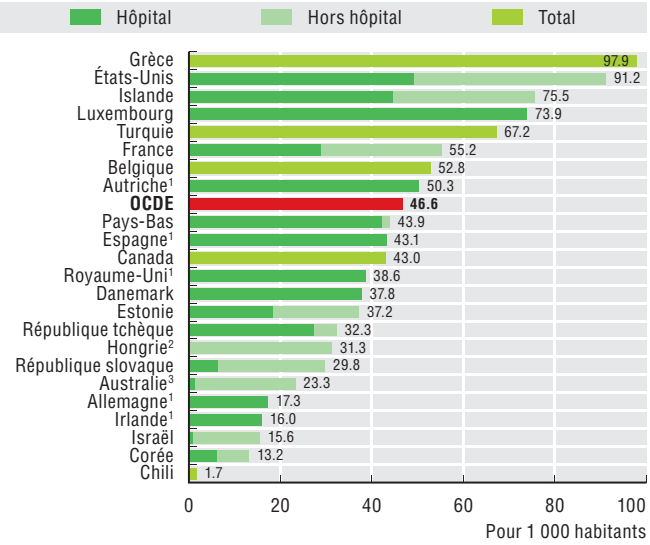


Note : La moyenne de l'OCDE n'inclut pas les pays déclarant seulement les appareils dans les hôpitaux (Belgique, Allemagne et Espagne).
1. N'inclut pas les appareils en dehors des hôpitaux.
2. Inclut seulement les appareils couverts par l'assurance maladie.
3. N'inclut pas les appareils du secteur privé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932528991

4.2.3 Examens IRM pour 1 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)

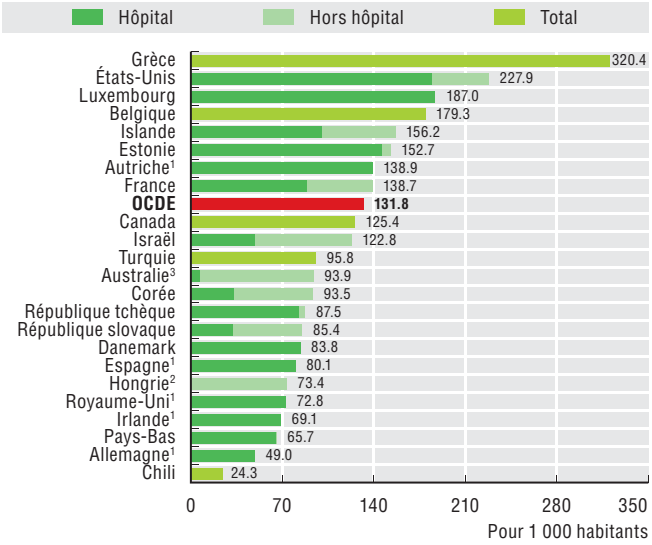


Note : La moyenne de l'OCDE n'inclut pas les pays déclarant seulement les examens réalisés à ou en dehors de l'hôpital.
1. N'inclut pas les examens réalisés en dehors de l'hôpital.
2. N'inclut pas les examens réalisés à l'hôpital.
3. Inclut seulement les examens réalisés en ambulatoire et dans le secteur privé (exclut ceux réalisés en hôpitaux publics).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529010

4.2.4 Examens tomodensitométriques pour 1 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne de l'OCDE n'inclut pas les pays déclarant seulement les examens réalisés à ou en dehors de l'hôpital.
1. N'inclut pas les examens réalisés en dehors de l'hôpital.
2. N'inclut pas les examens réalisés à l'hôpital.
3. Inclut seulement les examens réalisés en ambulatoire et dans le secteur privé (exclut ceux réalisés en hôpitaux publics).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529029

4.3. Lits d'hôpitaux

Le nombre de lits d'hôpitaux mesure les ressources disponibles pour l'offre de services aux patients hospitalisés. Cette section présente des données sur le nombre total de lits d'hôpitaux, notamment les lits affectés aux soins curatifs, aux soins psychiatriques, aux soins de longue durée et autres types de soins. Elle fournit également un indicateur du taux d'occupation des lits centré sur les lits de soins curatifs (aigus).

Parmi les pays de l'OCDE, c'est au Japon et en Corée que le nombre de lits d'hôpitaux par habitant est le plus élevé avec plus de huit lits pour 1 000 habitants en 2009 (graphique 4.3.1). Ces deux pays réalisent des « admissions sociales », ce qui signifie qu'une proportion importante de lits d'hôpitaux est affectée aux soins de longue durée. Le nombre de lits d'hôpitaux est également bien supérieur à la moyenne de l'OCDE dans la Fédération de Russie, en Allemagne et en Autriche. En revanche, les grands pays émergents d'Asie (Inde, Indonésie et Chine) n'ont qu'un nombre relativement faible de lits d'hôpitaux (comparé à la moyenne de l'OCDE). Il en est de même pour les pays de l'OCDE et les pays émergents d'Amérique centrale et du Sud (Mexique, Brésil et Chili).

Le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a légèrement diminué sur les dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne dans la zone de l'OCDE, ce nombre est passé de 5.4 pour 1 000 habitants en 2000 à 4.9 en 2009. Cette diminution résulte, du moins pour partie, des progrès des technologies médicales qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation. La fermeture des lits d'hôpitaux s'est accompagnée dans un grand nombre de pays d'une diminution des sorties d'hôpitaux et de la durée moyenne de séjour (voir les indicateurs 4.4 « Sorties d'hôpital » et 4.5 « Durée moyenne de séjour à l'hôpital »). La Corée, la Grèce et la Turquie sont les seuls pays dans lesquels le nombre de lits d'hôpitaux par habitant a augmenté entre 2000 et 2009.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les deux-tiers des lits d'hôpitaux sont affectés aux soins curatifs. Le tiers restant est affecté aux soins psychiatriques (14 %), aux soins de longue durée (12 %) et autres types de soins (8 %). Mais dans certains pays, la proportion de lits affectés aux soins psychiatriques et aux soins de longue durée est bien supérieure à la moyenne. En Finlande, le nombre de lits d'hôpitaux affecté aux soins de longue durée est en fait supérieur à celui affecté aux soins curatifs. Cela tient au fait que les collectivités locales utilisent des lits d'hôpitaux pour certains soins de longue durée normalement dispensés en institution (OCDE, 2005a). En Irlande, à peine plus de la moitié des lits d'hôpitaux sont affectés aux soins aigus, tandis que 30 % sont consacrés aux soins de longue durée (graphique 4.3.2).

Dans un certain nombre de pays, la réduction du nombre de lits d'hôpitaux s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation. En 2009, le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) s'établissait à 76 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2000 (graphique 4.3.3). En 2009, Israël, le Canada, la Norvège, l'Irlande, la Suisse et le Royaume-Uni avaient les taux d'occupation les plus élevés. Tous ces pays ont un nombre de lits affectés aux soins curatifs inférieur à celui de la plupart des autres pays de l'OCDE. Les Pays-Bas, la Turquie et le Mexique ont, au contraire, les taux d'occupation les plus faibles, même si ces taux ont augmenté dans les dix dernières années en Turquie et au Mexique. Aux Pays-Bas, les faibles taux d'occupation s'expliquent en partie par le fait que les lits d'hôpitaux incluent tous les lits approuvés administrativement, et pas seulement ceux qui sont disponibles pour une utilisation immédiate.

Définition et comparabilité

On entend par lits d'hôpitaux tous les lits régulièrement ouverts et dotés en personnel qui sont immédiatement disponibles pour utilisation. Le terme englobe les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques, et autres hôpitaux spécialisés. Il ne prend pas en compte les lits des maisons médicalisées et de soins avec hébergement.

Les lits de soins curatifs sont des lits accueillant des patients lorsque l'intention principale est de réaliser une des tâches suivantes : aider les femmes qui accouchent (obstétrique), soigner des maladies ou traiter des blessures, effectuer des actes de diagnostic ou chirurgicaux, soulager les symptômes de blessures ou de maladies (à l'exclusion des soins palliatifs).

Les lits de soins psychiatriques sont des lits accueillant des patients qui souffrent de problèmes de santé mentale. Le terme englobe les lits des services psychiatriques des hôpitaux généraux et tous les lits des hôpitaux psychiatriques.

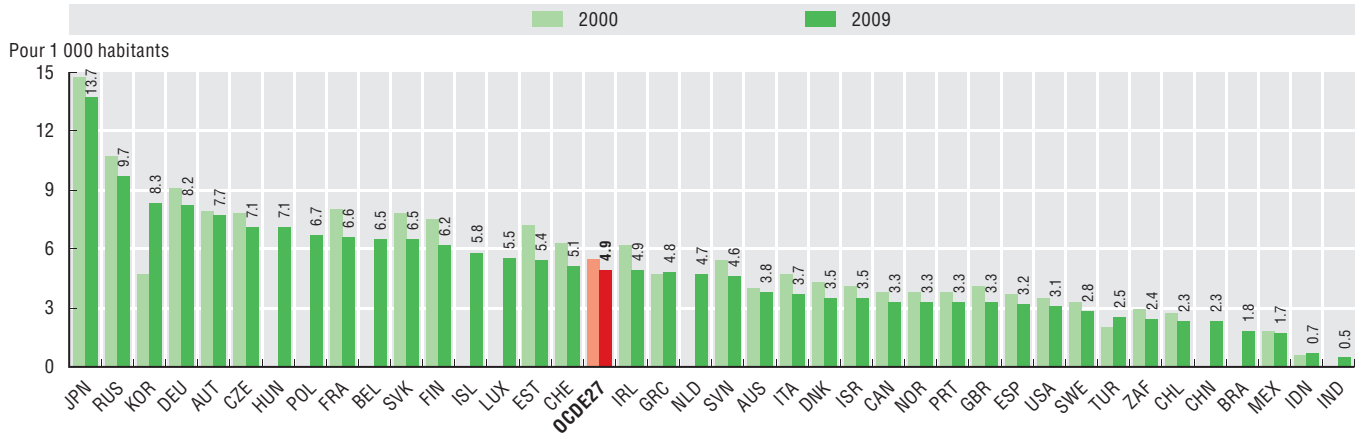
Les lits de soins de longue durée sont les lits d'hôpitaux accueillant des patients qui ont besoin de soins de longue durée du fait de handicaps chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne. Le terme englobe les lits des services de soins de longue durée des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés et les lits pour soins palliatifs.

Le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) est obtenu en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre de lits de soins curatifs (multiplié par 365).

Aux Pays-Bas, les lits d'hôpitaux prennent en compte tous les lits approuvés administrativement, et pas seulement les lits immédiatement disponibles, ce qui se traduit par une surestimation (la différence entre tous les lits approuvés administrativement et les lits effectivement disponibles était d'environ 10 % en 2007). Cela entraine également une sous-estimation des taux d'occupation.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

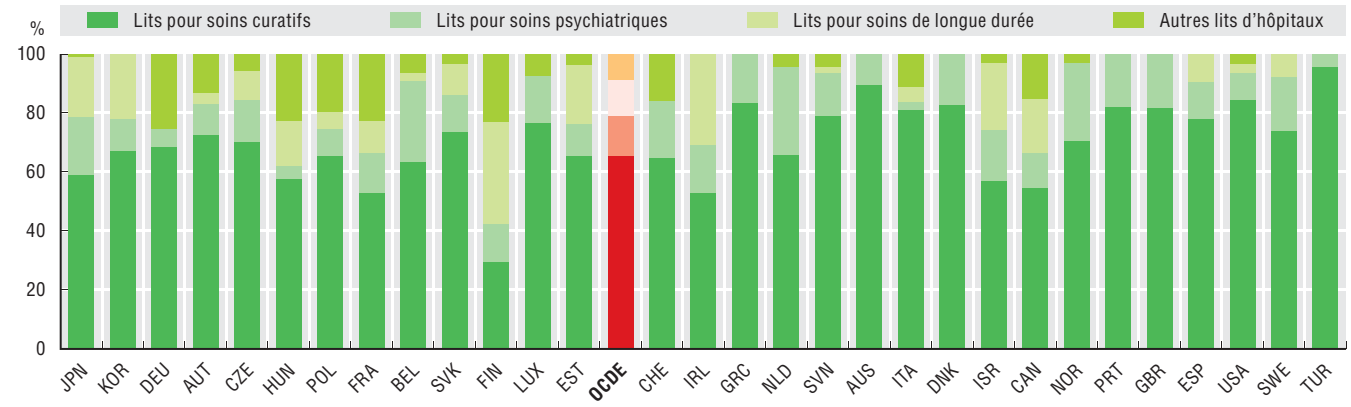
4.3.1 Lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529048

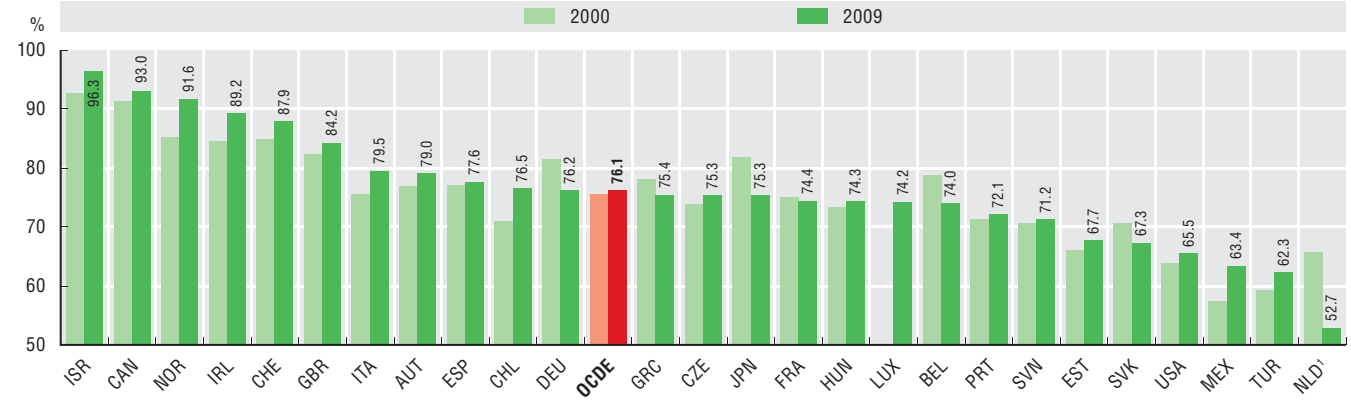
4.3.2 Lits d'hôpitaux par type de soins de santé, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529067

4.3.3 Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



1. Aux Pays-Bas, les lits d'hôpitaux incluent tous les lits approuvés administrativement au lieu des lits effectivement disponibles.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529086

4.4. Sorties d'hôpital

Les taux de sortie d'hôpital mesurent le nombre de patients qui quittent un hôpital après y avoir reçu des soins. Avec la durée moyenne de séjour à l'hôpital, ce sont des indicateurs importants de l'activité hospitalière. Cette dernière est affectée par un certain nombre de facteurs, notamment la capacité des hôpitaux à traiter les patients, la capacité du secteur des soins primaires à prévenir les admissions hospitalières évitables et l'offre d'unités de soins post-aigus pour assurer les services de réadaptation physique et de soins de longue durée.

En 2009, les taux de sorties d'hôpital les plus élevés sont enregistrés en Autriche et en France, bien que le taux élevé observé 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 sortie sont également élevés en Fédération de Russie, en Allemagne, en République slovaque, en Pologne et en République tchèque. C'est au Mexique, au Brésil et en Chine qu'ils sont les plus bas. En général, les pays qui ont un nombre relativement élevé de lits d'hôpitaux ont aussi un taux de sorties élevé. Ainsi, le nombre de lits d'hôpitaux par habitant en Autriche et en Allemagne est plus de deux fois supérieur à celui de l'Espagne et du Royaume-Uni et les taux de sortie sont également deux fois plus élevés (voir l'indicateur 4.3 « Lits d'hôpitaux »).

Dans les pays de l'OCDE, les principales pathologies conduisant à l'hospitalisation en 2009 étaient les maladies circulatoires (qui englobent les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux), la grossesse et l'accouchement, les maladies du système digestif, les cancers, les blessures et autres causes externes.

Pour les maladies circulatoires, l'Allemagne et l'Autriche suivies de la République slovaque et de l'Estonie ont les taux de sortie d'hôpital les plus élevés (graphique 4.4.2). En République slovaque et en Estonie, ces taux élevés sont associés à un taux de mortalité élevé pour les maladies circulatoires qui peut servir d'indicateur de l'occurrence de ces maladies (voir l'indicateur 1.3 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »). Ce n'est pas le cas pour l'Allemagne et l'Autriche.

L'Allemagne et l'Autriche ont également les taux de sortie les plus élevés pour les cancers (graphique 4.4.3), bien que dans ces deux pays le nombre de nouveaux cas de cancers soit dans la moyenne de l'OCDE (voir l'indicateur 1.11 « Incidence des cancers »). En Autriche, le taux élevé de sorties est associé à un taux élevé de réadmissions à l'hôpital pour des examens complémentaires et pour le traitement des patients (Commission européenne, 2008a).

L'évolution des taux de sortie d'hôpital varie considérablement d'un pays à l'autre. Dans environ un tiers des pays de l'OCDE, les taux de sortie ont augmenté au cours des dix dernières années. Il s'agit à la fois de pays dans lesquels les taux de sortie étaient bas en 2000 (par exemple, Corée, Mexique et Turquie) et d'autres pays dans lesquels ils étaient déjà supérieurs à la moyenne (par exemple, Allemagne, Pologne et République slovaque). Dans un deuxième groupe de pays (incluant l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, la France, le Royaume-Uni et la Suède), ces taux sont restés stables tandis que dans un troisième groupe (incluant le Canada, le Danemark, la Finlande et l'Italie), les taux de sortie ont chuté entre 2000 et 2009.

L'évolution des sorties d'hôpital peut refléter l'interaction de plusieurs facteurs. La demande d'hospitalisation augmente probablement avec le vieillissement de la population car les personnes âgées représentent un pourcentage élevé des sorties d'hôpital. En Autriche et en Allemagne, par exemple, 42 % des sorties d'hôpital en 2008 étaient le fait de personnes de 65 ans et plus, soit plus du double de leur proportion de la population. Toutefois, le vieillissement démographique peut être un facteur moins important que l'évolution des technologies médicales et des pratiques cliniques. La diffusion de nouvelles interventions médicales s'étend progressivement aux groupes de population plus âgés, à mesure que les interventions deviennent moins dangereuses et plus efficaces pour les personnes âgées (Dormont et Huber, 2006). Mais la diffusion de nouvelles technologies médicales peut également entraîner une réduction des hospitalisations si elle implique l'abandon de procédures imposant une nuit d'hospitalisation au profit d'opérations en ambulatoire. Dans le groupe de pays où les taux de sortie ont diminué au cours des dix dernières années, on remarque une forte augmentation des interventions chirurgicales en soins de jour (voir, par exemple, l'indicateur 4.10 concernant les opérations de la cataracte en ambulatoire).

Définition et comparabilité

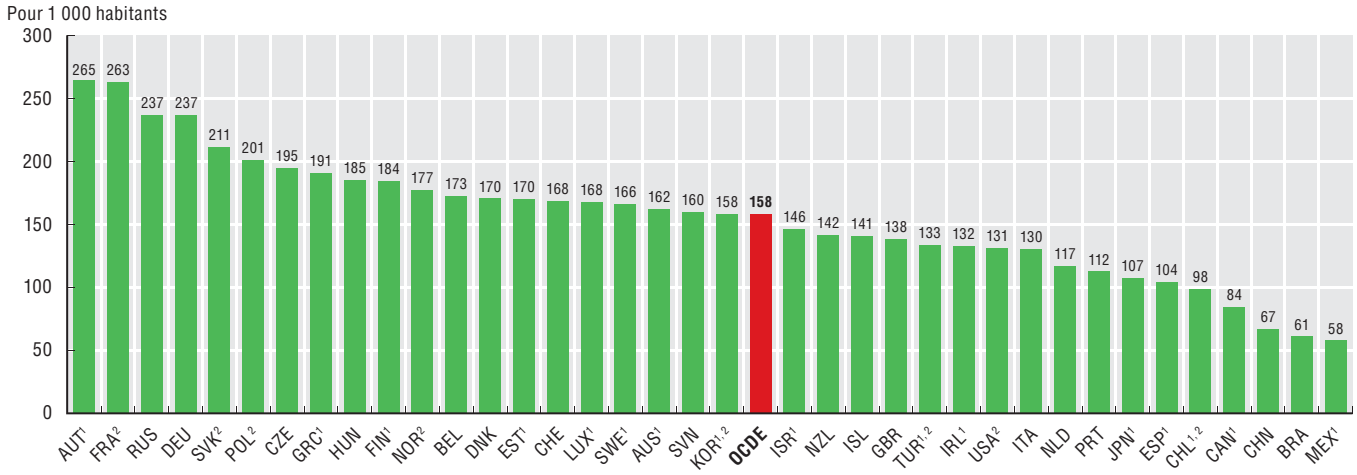
Une sortie d'hôpital correspond à un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit. Ce chiffre inclut les décès de patients hospitalisés survenus à l'hôpital. Les sorties le jour même de l'admission sont généralement exclues, excepté dans des pays comme le Chili, la Corée, les États-Unis, la France, la Norvège, la Pologne, la République slovaque et la Turquie qui les prennent en compte au moins en partie.

Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus des taux de sorties des hôpitaux dans un certain nombre de pays (par exemple, Australie, Autriche, Canada, Chili, Corée, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Israël, Japon, Luxembourg, Mexique, Suède et Turquie). Ils représentent environ 3 à 6 % de toutes les sorties.

Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données du Danemark, de l'Irlande, du Mexique, de la Nouvelle-Zélande, de la Pologne, du Royaume-Uni et de la Suède ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics. Les données du Portugal ne concernent que les hôpitaux publics du territoire continental (à l'exclusion des îles des Açores et de Madère). Les données pour l'Autriche, le Canada, l'Estonie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus/court séjour. Les données pour Israël et le Japon font référence aux hospitalisations pour soins aigus.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

4.4.1 Sorties d'hôpital pour 1 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)

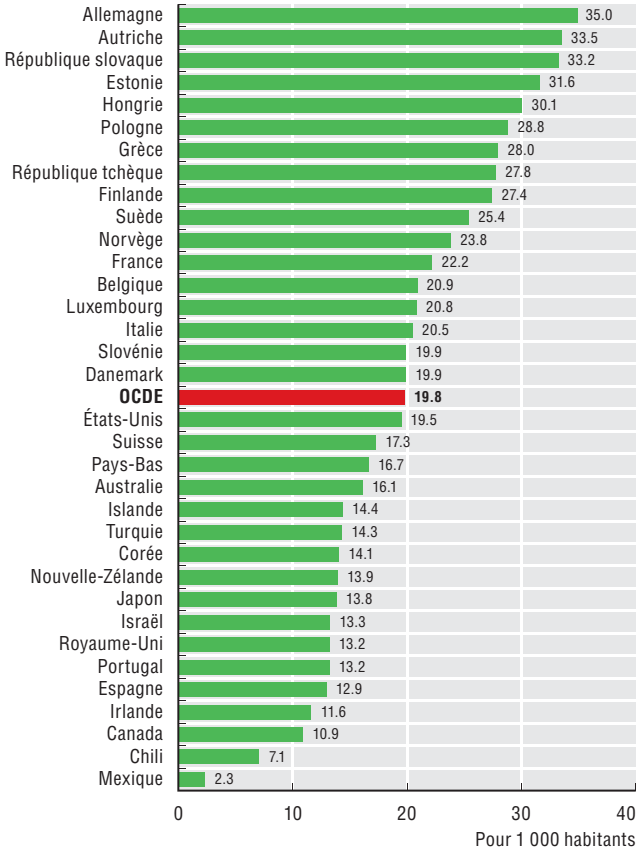


1. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveaux nés en bonne santé (entre 3 et 6 % de l'ensemble des sorties).
2. Inclut certaines sorties le jour-même.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS-Europe pour la Fédération de Russie et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529105

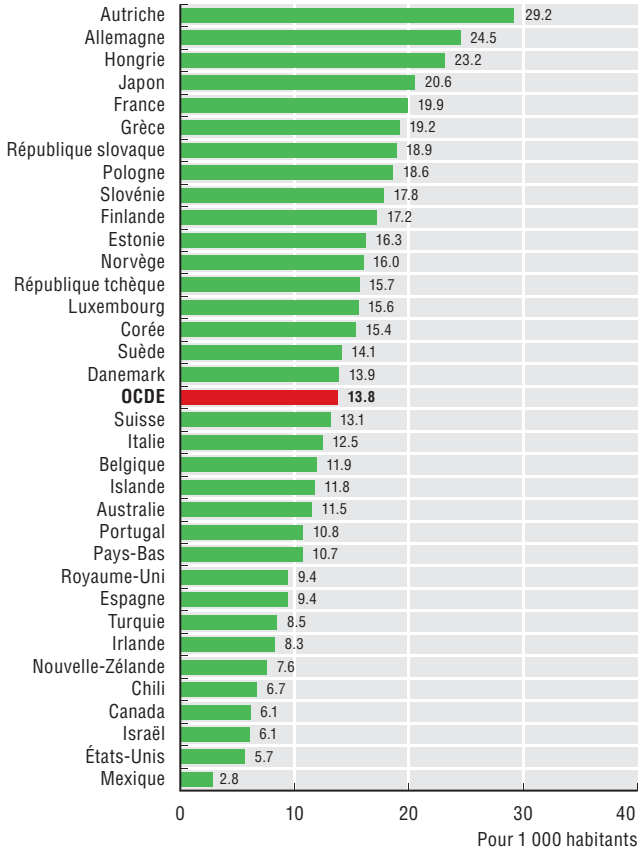
4.4.2 Sorties d'hôpital pour maladie circulatoire pour 1 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529124

4.4.3 Sorties d'hôpital pour cancer pour 1 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529143

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 aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus. 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 2009, parmi les pays de l'OCDE c'est au Mexique, en Turquie et en Israël que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour toutes causes confondues était la plus courte. La durée moyenne de séjour était courte également en Norvège et au Danemark, mais aussi aux États-Unis (moins de 5 jours). C'est au Japon, suivi de la Corée qu'elle était la plus élevée. La moyenne de l'OCDE était de l'ordre de 7 jours (graphique 4.5.1). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités. 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.

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux a chuté au cours des dix dernières années dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, passant de 8.2 jours en 2000 à 7.2 jours en 2009 en moyenne dans les pays de l'OCDE. Elle a chuté particulièrement vite dans certains des pays qui avaient en 2000 des taux relativement élevés (par exemple, le Japon, la Suisse et le Royaume-Uni). Plusieurs facteurs expliquent cette baisse, en particulier des interventions chirurgicales moins invasives, une évolution des modes de paiement des hôpitaux et le développement des programmes de sorties précoces qui permettent le suivi des patients à domicile.

Le fait de se focaliser sur la durée moyenne de séjour pour des maladies ou des pathologies spécifiques peut supprimer une partie de l'hétérogénéité résultant de différents degrés de gravité et de différentes pathologies entraînant l'hospitalisation selon les pays. Le graphique 4.5.3 montre que la durée moyenne de séjour après un accouchement normal s'échelonne entre moins de 2 jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni, en Islande et au Canada, et plus de 5 jours en République slovaque et en Suisse. Dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour pour un accouchement normal a diminué dans les dix dernières années.

La durée d'hospitalisation après un infarctus aigu du myocarde (ou crise cardiaque) a également diminué au cours de la dernière décennie. En 2009, c'est en Turquie et dans certains pays nordiques (Norvège, Danemark et Suède) que la durée moyenne de séjour après un infarctus aigu du myocarde était la plus courte (moins de 5 jours) et en Corée, en Allemagne, en Grèce, en Finlande et en Estonie qu'elle était la plus longue (une dizaine de jours voire davantage) (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 infarctus aigu du myocarde mais qui ne reçoivent plus de soins aigus et pourraient donc être considérés comme des patients en soins de longue durée.

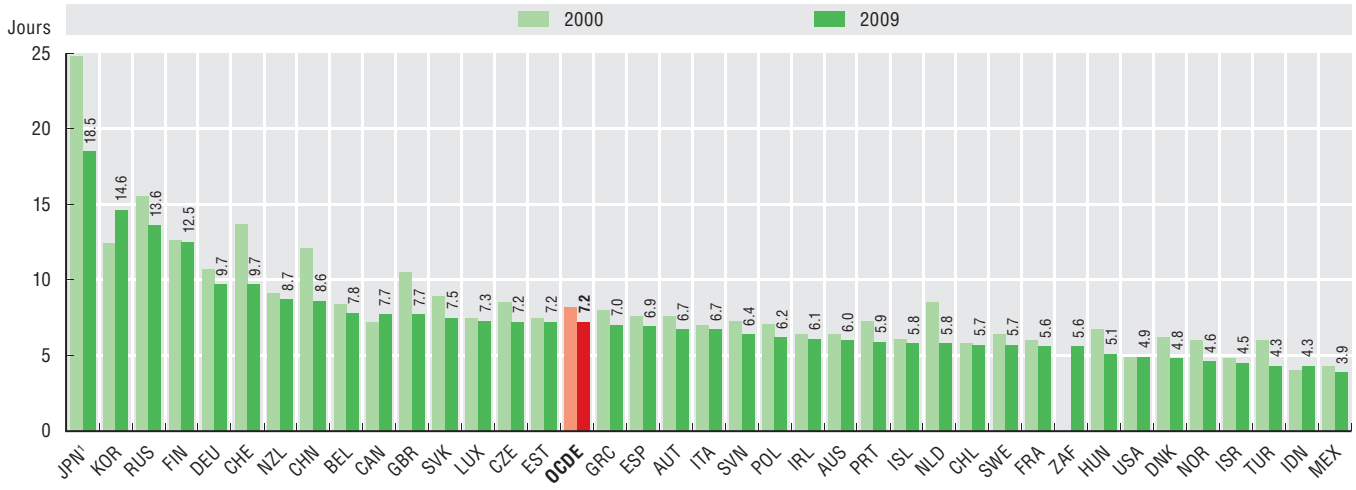
Définition et comparabilité

La durée moyenne de séjour fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte.

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 dans certains pays (par exemple, l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Chili, la Corée, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, Israël, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Suède et la Turquie). La prise en compte des bébés en bonne santé nés à l'hôpital réduirait la durée moyenne de séjour dans ces pays (par exemple, de 0.6 jours au Canada).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

4.5.1 Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)

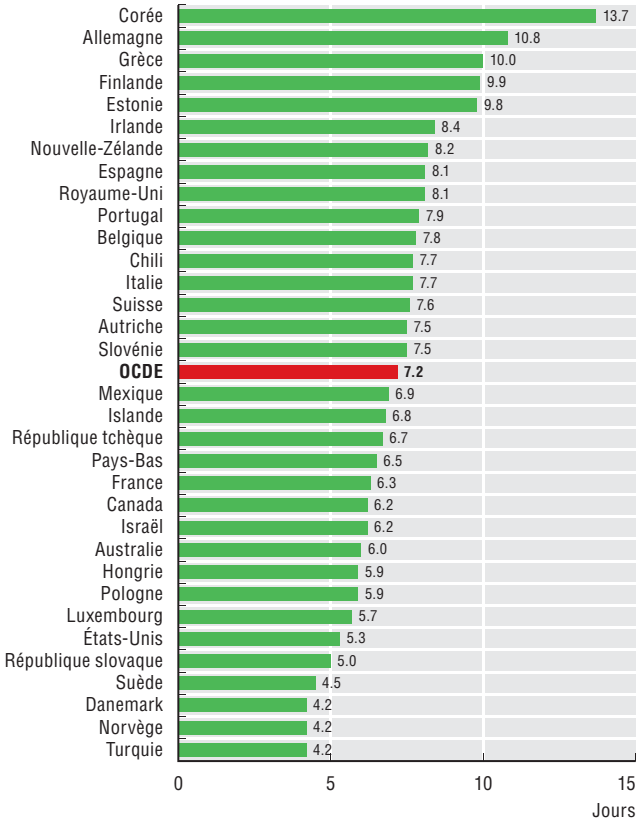


1. Les données pour le Japon correspondent à la durée moyenne de séjour en soins aigus (excluant les lits d'hôpitaux pour soins de longue durée).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS-Europe pour la Fédération de Russie et sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529162

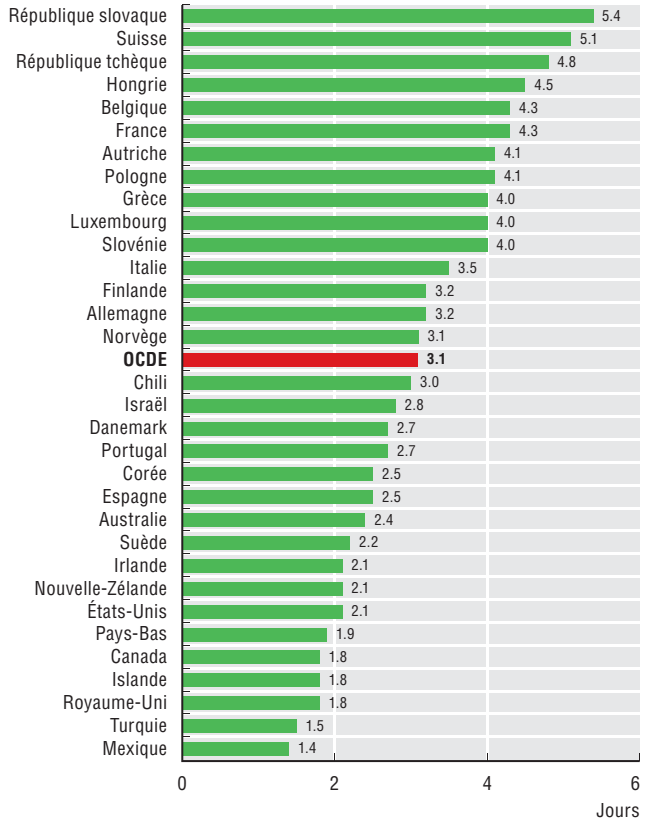
4.5.2 Durée moyenne de séjour suite à un infarctus aigu du myocarde, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529181

4.5.3 Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529200

4.6. Chirurgies cardiaques (angioplastie coronarienne)

Les maladies cardiaques sont une cause majeure d'hospitalisation et de décès dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.3). L'angioplastie coronarienne est une intervention de revascularisation qui a révolutionné le traitement des cardiopathies ischémiques (crise cardiaque et angine de poitrine) au cours des vingt dernières années. Elle consiste à introduire dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, en rejoignant l'artère coronarienne endommagée. Le gonflement du ballonnet distend l'artère coronaire au point d'obstruction. La mise en place d'un stent pour maintenir l'artère ouverte accompagne la majorité des angioplasties. Les stents diffusant des médicaments de manière progressive sont de plus en plus utilisés pour contenir la croissance du tissu cicatriciel autour du stent.

L'utilisation de l'angioplastie coronarienne varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 4.6.1). L'Allemagne, la Belgique et les États-Unis, suivis de la Norvège et de l'Autriche, avaient en 2009 les taux les plus élevés d'angioplastie. C'est au Mexique et au Chili que ce taux est le plus faible.

L'utilisation de l'angioplastie s'est développée rapidement depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, se substituant au pontage coronarien, méthode préférée de revascularisation autour de 1995, soit à peu près au moment où commençaient à apparaître les premiers tests publiés de l'efficacité du stenting coronarien (Moïse *et al.*, 2003). En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'angioplastie représente désormais 75 % des interventions de revascularisation (graphique 4.6.2). Bien qu'elle aît remplacé le pontage dans bon nombre de cas, l'angioplastie n'est pas un substitut parfait dans la mesure où le pontage reste la méthode préférée de traitement des patients présentant des obstructions multiples de vaisseaux, souffrant de diabète et autres pathologies (Taggart, 2009).

Un certain nombre de raisons peuvent expliquer les variations entre pays du taux d'angioplastie. Ces raisons sont notamment : *i)* les différences d'incidence et de prévalence des cardiopathies ischémiques ; *ii)* les différences de capacité à effectuer et financer ces interventions ; *iii)* les différences dans les recommandations et les pratiques de traitement clinique et *iv)* les différences de modalité 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 crises cardiaques, mesurée par la mortalité due à ces maladies (voir graphique 1.3.1). En Allemagne et en Belgique, la mortalité due aux crises cardiaques n'est pas très éloignée de la moyenne de l'OCDE, mais ces deux pays ont le taux le plus élevé d'interventions de revascularisation. À l'opposé, la mortalité due aux crises cardiaques en Finlande est supérieure à la moyenne de l'OCDE, alors que les taux de revascularisation sont inférieurs à cette moyenne.

Aux États-Unis, le taux global d'interventions de revascularisation a décliné entre 2000 et 2009, dans le sillage d'une baisse de près de 30 % du nombre de pontages aorto-coronariens par habitant, tandis que le taux d'angioplastie est resté relativement stable. L'une des raisons qui explique que le taux d'angioplastie n'ait guère progressé est l'utilisation accrue de stents diffusant des médicaments qui diminue la probabilité que le même patient aît besoin d'une autre revascularisation. La conjugaison d'un taux d'angioplastie stable et d'une diminution des revascularisations à répétition donne à penser qu'au fil du temps un nombre croissant de patients ont reçu une angioplastie (Epstein *et al.*, 2011).

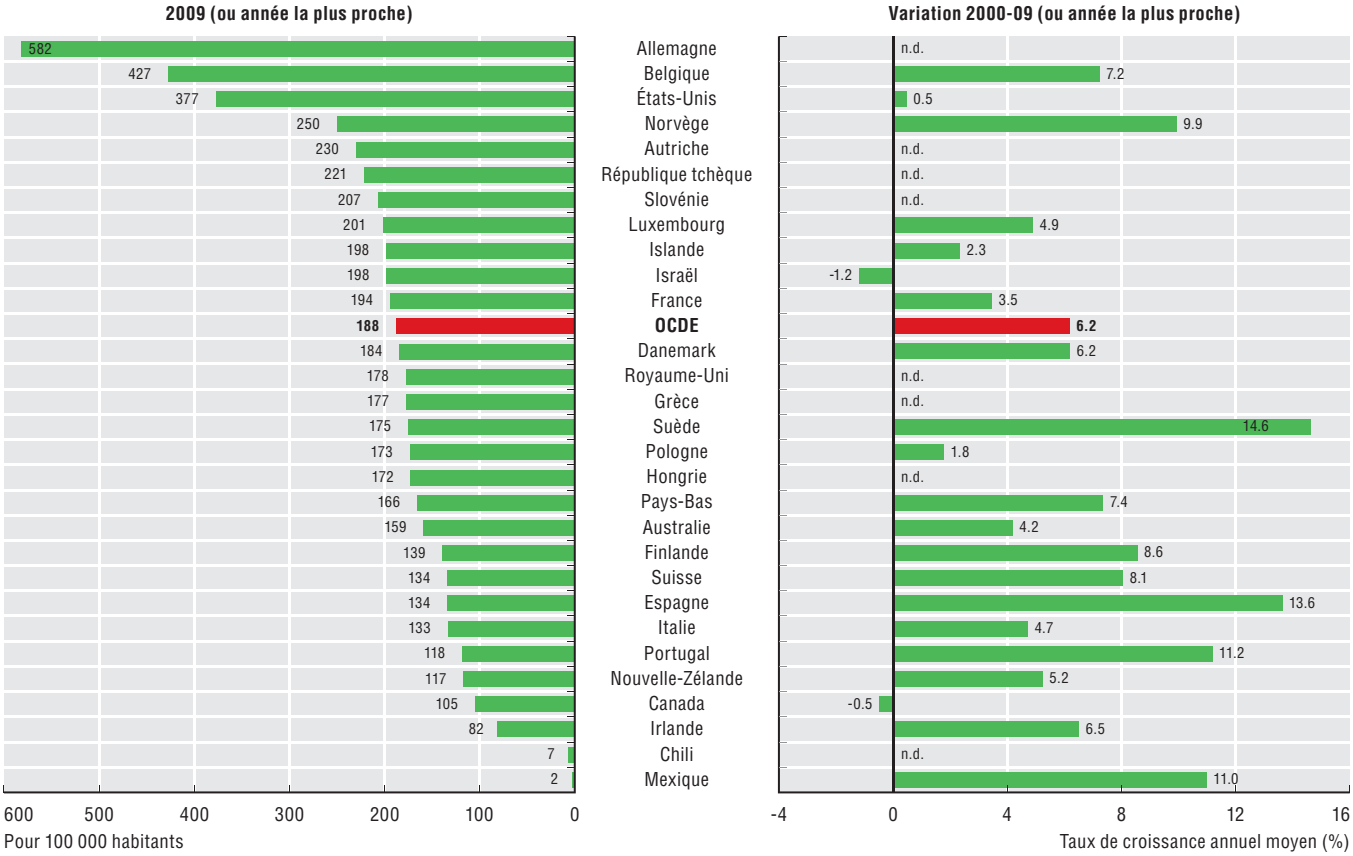
Même si elle coûte beaucoup moins cher qu'un pontage coronarien du fait qu'elle est moins intrusive, l'angioplastie coronarienne est une intervention coûteuse. En 2007, le prix moyen d'une angioplastie était estimé à environ 14 400 USD aux États-Unis, 9 300 USD au Canada et en Suède, et 7 000 USD en France (Koechlin *et al.*, 2010).

Définition et comparabilité

Les données correspondent au nombre d'interventions sur des patients hospitalisés excluant les angioplasties coronariennes effectuées en ambulatoire. Les systèmes de classification et d'enregistrement varient d'un pays à l'autre, et la même intervention peut être enregistrée différemment (par exemple, une angioplastie avec mise en place d'un stent peut être comptabilisée comme une ou deux interventions). Certains pays ne déclarent que l'intervention *principale*, d'où une sous-estimation possible du nombre total d'interventions. C'est le cas de l'Italie, du Luxembourg et de la Suisse. 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 certains pays comme aux Pays-Bas, environ 25 % des angioplasties coronariennes sont enregistrées en chirurgie de jour (non comprises ici).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

4.6.1 Angioplasties coronariennes pour 100 000 habitants, 2009 et variation 2000-09

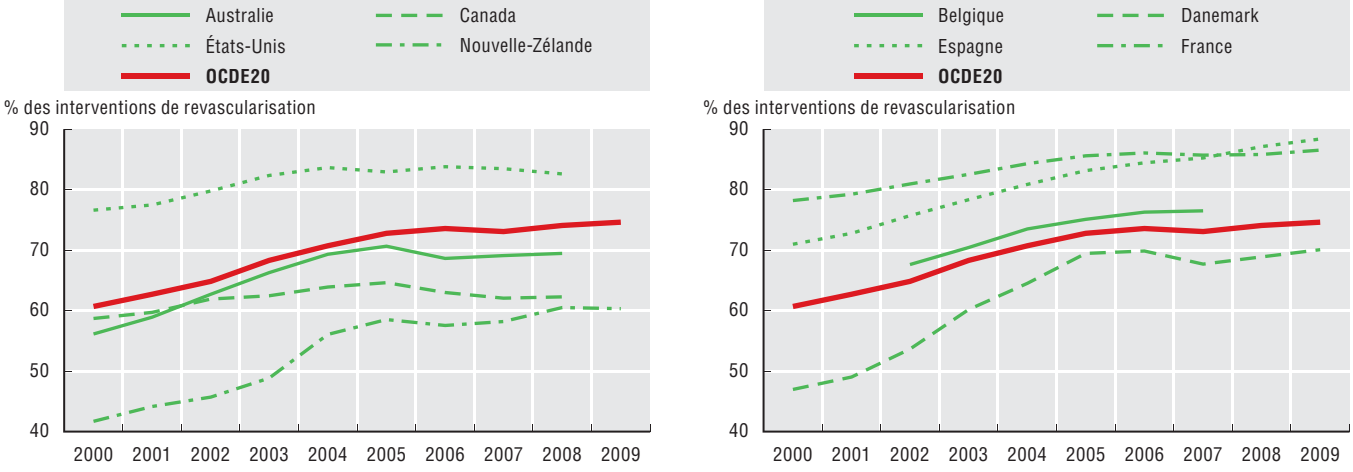


Note : Certaines variations entre pays sont dues à des différences dans les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529219

4.6.2 Angioplasties coronariennes en pourcentage des interventions de revascularisation, 2000-09



Note : Les interventions de revascularisation incluent les angioplasties et les pontages coronariens.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529238

4.7. Chirurgies de remplacement de la hanche et du genou

Les progrès considérables des interventions chirurgicales ont offert des alternatives efficaces pour soulager la douleur et le handicap associés à certains troubles musculo-squelettiques. La chirurgie de remplacement de la hanche et du genou est considérée être l'intervention la plus efficace pour le traitement de l'ostéo-arthrite sévère, car elle soulage la douleur, réduit le handicap et permet à certains patients de retrouver un fonctionnement quasi normal.

Dans les pays développés, l'ostéo-arthrite est l'une des dix maladies les plus invalidantes (OMS, 2010b). On estime que dans le monde 10 % des hommes et 18 % des femmes de plus de 60 ans souffrent d'ostéo-arthrite symptomatique, englobant les formes modérées et sévères de la maladie. L'âge est le déterminant le plus fort du développement de l'ostéo-arthrite. Cette pathologie est plus répandue chez les femmes et s'accroît au-delà de 50 ans, en particulier pour la main et le genou. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, l'absence d'activité physique, le tabac, l'abus d'alcool et les blessures (Commission européenne, 2008b). La chirurgie de remplacement se pratique principalement sur des personnes de 60 ans et plus mais elle peut également être pratiquée sur des sujets plus jeunes.

On observe une variation considérable du taux de chirurgie de remplacement de la hanche et du genou d'un pays à l'autre (graphiques 4.7.1 et 4.7.2). L'Allemagne, la Suisse et l'Autriche ont des taux très élevés, les États-Unis et l'Allemagne ayant le taux le plus élevé concernant le genou même si la structure de la population des États-Unis est beaucoup plus jeune que celle de l'Allemagne. Un certain nombre de raisons peuvent expliquer les disparités entre pays des taux de chirurgie de remplacement de la hanche et du genou. Ces raisons sont notamment: *i)* les différences de prévalence des problèmes d'ostéo-arthrite; *ii)* les différences de capacité à effectuer et financer des interventions coûteuses et *iii)* les différences de recommandations et de pratiques pour le traitement clinique.

On a trop peu d'études comparables sur la prévalence de l'ostéo-arthrite pour en tirer des conclusions sur les disparités d'un pays à l'autre. On ne dispose pas non plus d'éléments indiquant si l'incidence de l'ostéo-arthrite en fonction de l'âge et du sexe a varié au cours des dernières décennies. Pourtant, le nombre de personnes qui en souffrent a augmenté et devrait continuer d'augmenter dans les années à venir, ceci pour deux raisons : 1) le vieillissement démographique qui se traduit par un nombre croissant de personnes de plus de 60 ans plus susceptibles de souffrir de l'ostéo-arthrite et 2) la prévalence croissante de l'obésité qui est le principal facteur de risque pour l'ostéo-arthrite en dehors de l'âge et du sexe.

Dans les dix dernières années le nombre de chirurgies de remplacement de la hanche et du genou a connu une croissance rapide dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 4.7.3 et 4.7.4). En moyenne, le nombre de chirurgies de remplacement a augmenté de plus de 25 % entre 2000 et 2009 pour la hanche, et a pratiquement doublé pour le genou. Aux États-Unis, les taux de remplacement de la hanche et du genou ont pratiquement doublé depuis 2000. Au Danemark, si le taux de remplacement de la hanche n'a augmenté que d'environ 20 % entre 2000 et 2009, celui du genou a presque triplé. Dans d'autres pays comme la France et Israël, le taux de progression a été plus modeste.

Le volume croissant des chirurgies de remplacement de la hanche et du genou, qui sont des interventions coûteuses, contribue à l'augmentation des dépenses de santé. En 2007, le prix moyen d'une chirurgie de remplacement du genou était estimé à près de 15 000 USD aux États-Unis et en Australie, 12 000 USD en France, et environ 10 000 USD au Canada, en Allemagne et en Suède. Le prix estimé d'une chirurgie de remplacement de la hanche était plus élevé encore, de plus de 17 000 USD aux États-Unis, environ 16 000 USD en Australie, et entre 11 000 USD et 12 000 USD au Canada, en France et en Suède (Koechlin *et al.*, 2010).

Définition et comparabilité

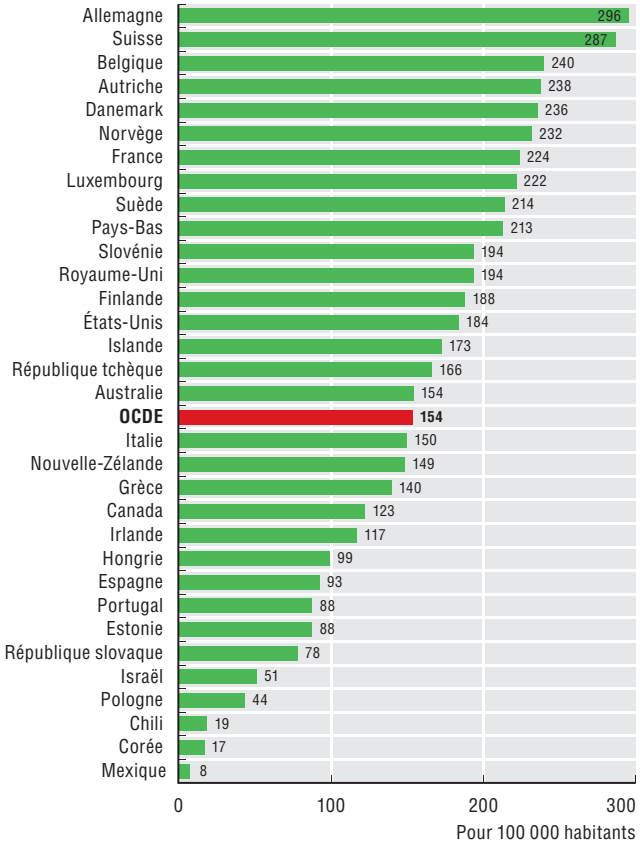
La chirurgie de remplacement de la hanche est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer l'articulation de la hanche par une prothèse. Elle est pratiquée généralement pour soulager des douleurs arthritiques ou traiter une lésion sévère de l'articulation après une fracture de la hanche.

La chirurgie de remplacement du genou est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les surfaces portantes de l'articulation du genou pour soulager la douleur et le handicap que constitue l'ostéo-arthrite. Elle peut être pratiquée pour traiter d'autres pathologies du genou telles que l'arthrose rhumatoïde.

Les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement varient d'un pays à l'autre, ce qui peut nuire à la comparabilité des données. 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 l'activité hospitalière totale de ce pays). Certains pays n'incluent que le remplacement total de la hanche, excluant le remplacement partiel (par exemple, l'Estonie).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

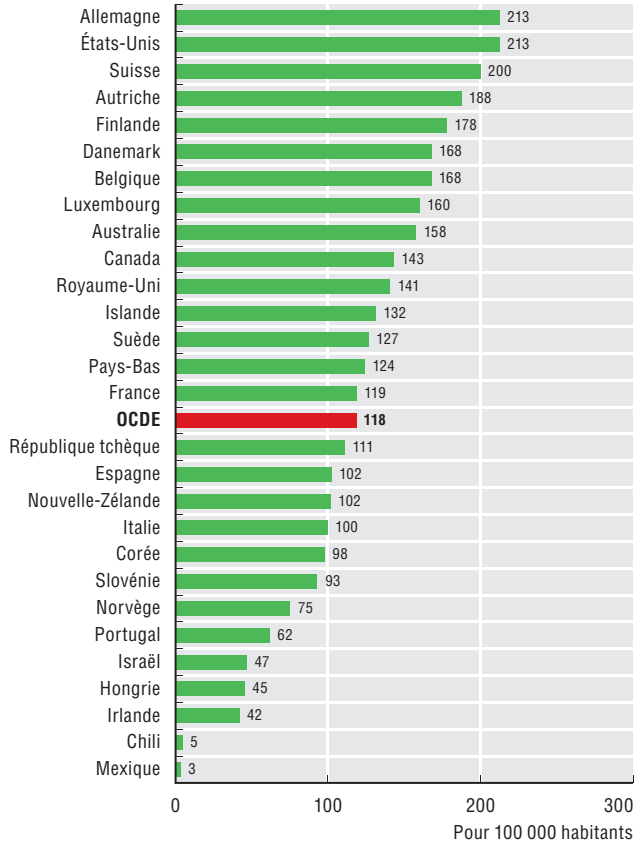
4.7.1 Chirurgies de remplacement de la hanche, pour 100 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529257

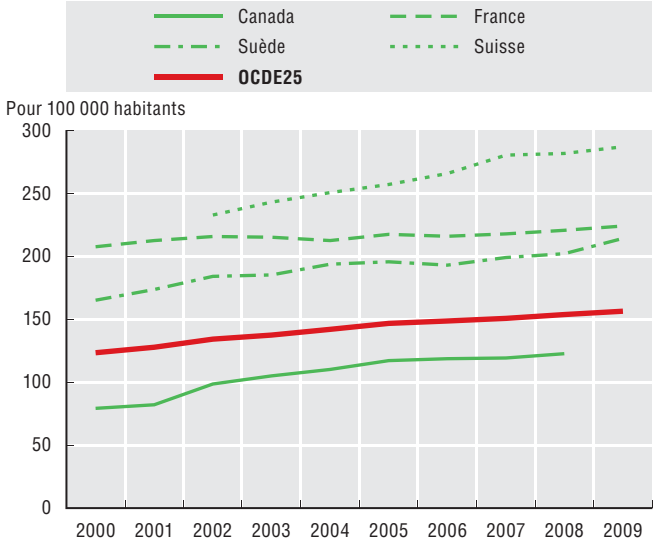
4.7.2 Chirurgies de remplacement du genou, pour 100 000 habitants, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529276

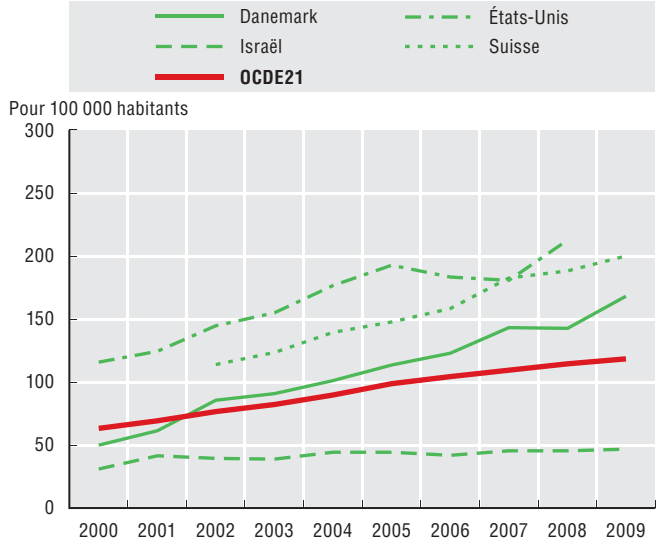
4.7.3 Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche, 2000-09, quelques pays de l'OCDE



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529295

4.7.4 Évolution des chirurgies de remplacement du genou, 2000-09, quelques pays de l'OCDE



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529314

4.8. 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 rénale. 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 plus de 5 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE sur les vingt dernières années. Cela signifie que la prévalence des traitements pour insuffisance rénale terminale a plus que doublé depuis 1990. Le Japon et les États-Unis ont les taux les plus élevés avec respectivement 190 et 180 patients souffrant d'insuffisance rénale terminale pour 100 000 habitants (graphique 4.8.1). Vient ensuite le Portugal qui a enregistré le plus fort taux de croissance depuis 1990 après la Hongrie. 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 lié à une prévalence plus grande du diabète, laquelle n'est pas particulièrement plus élevée dans ces pays que dans d'autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.10 « Prévalence et incidence du diabète »).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la majorité des patients souffrant d'insuffisance rénale terminale sont traités par dialyse, par opposition à la transplantation rénale. Cela est dû au fait que la prévalence des personnes souffrant d'insuffisance rénale terminale a fortement augmenté mais que le nombre des transplantations demeure limité par le manque de donneurs. Seuls font exception la Finlande, l'Islande, les Pays-Bas et l'Irlande, où la plupart des patients traités pour une insuffisance rénale terminale ont reçu une greffe de rein.

La prévalence des patients dialysés est beaucoup plus grande au Japon et aux États-Unis que dans les autres pays (graphique 4.8.2). Au Japon, pratiquement tous les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale sont sous dialyse, les taux de transplantation rénale étant très faibles. Dans tous les pays, le nombre des dialysés a fortement augmenté sur les vingt dernières années et la moyenne de l'OCDE a plus que doublé.

Étant donné la pénurie de donneurs, les transplantations de reins sont normalement effectuées sur des patients qui ne peuvent vivre qu'au prix de séances de dialyse longues et difficiles. Lorsqu'elle est réussie, la transplantation améliore la qualité de vie, sans régime alimentaire strict ni limitation de l'activité. Les progrès des techniques chirurgicales et le développement de nouveaux médicaments anti-rejet 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 a augmenté de façon régulière depuis 1990 dans tous les pays pour lesquels on dispose de données. La moyenne de l'OCDE a plus que doublé, passant de 15 à 36 personnes pour 100 000 habitants entre 1990 et 2009 (graphique 4.8.3). En 2009, le Portugal, les États-Unis, les Pays-Bas et l'Autriche ont déclaré les taux les plus élevés de personnes vivant avec un rein greffé. A l'opposé, le Japon, la République slovaque, la Grèce et la Corée enregistraient les taux les plus faibles.

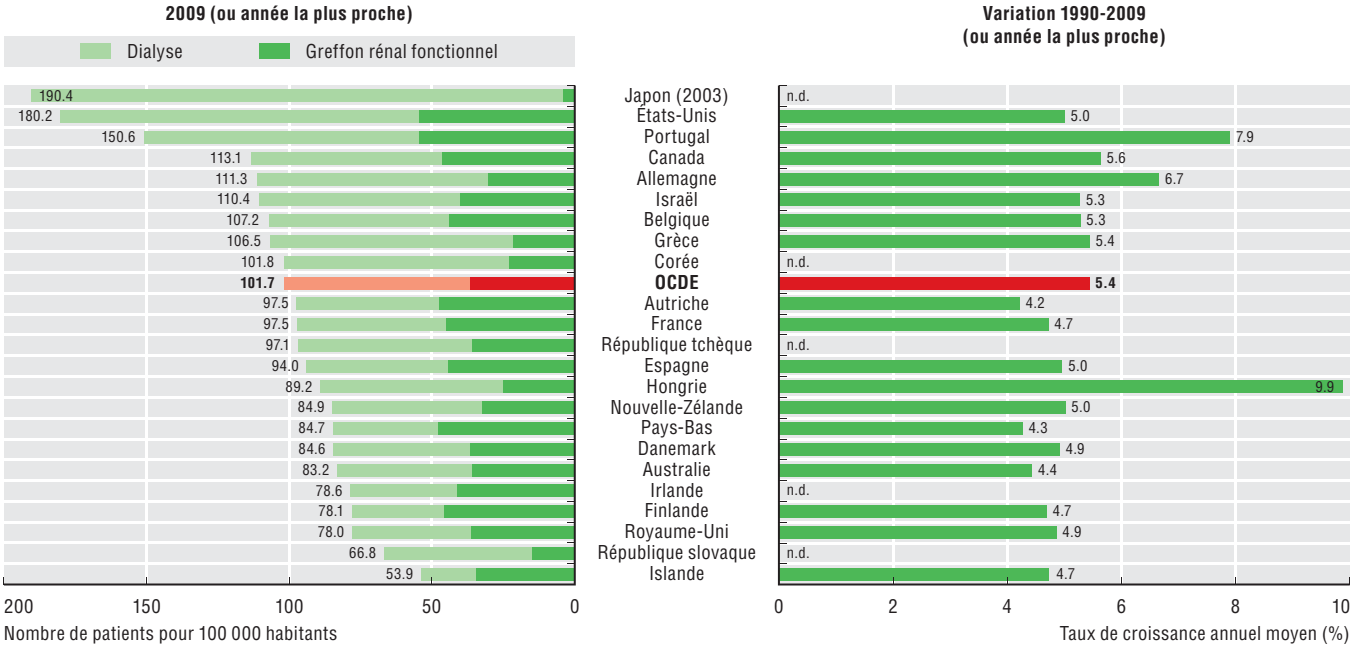
Dans bien des pays, les listes d'attente des candidats à une greffe de rein s'allongent, la demande étant très supérieure au nombre de donneurs. Les facteurs culturels et les traditions ont un impact sur les taux de transplantation et la transplantation reste peut-être moins bien acceptée dans certains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

Définition et comparabilité

Le nombre de patients traités pour une insuffisance rénale terminale est le nombre de patients 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 fonctionnant bien.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

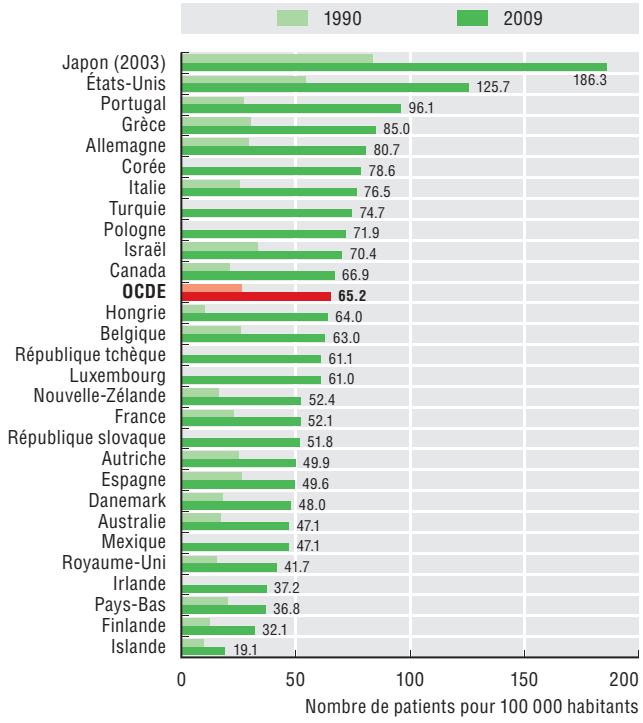
4.8.1 Prévalence des patients traités pour insuffisance rénale terminale, 2009 et variation 1990-2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529333

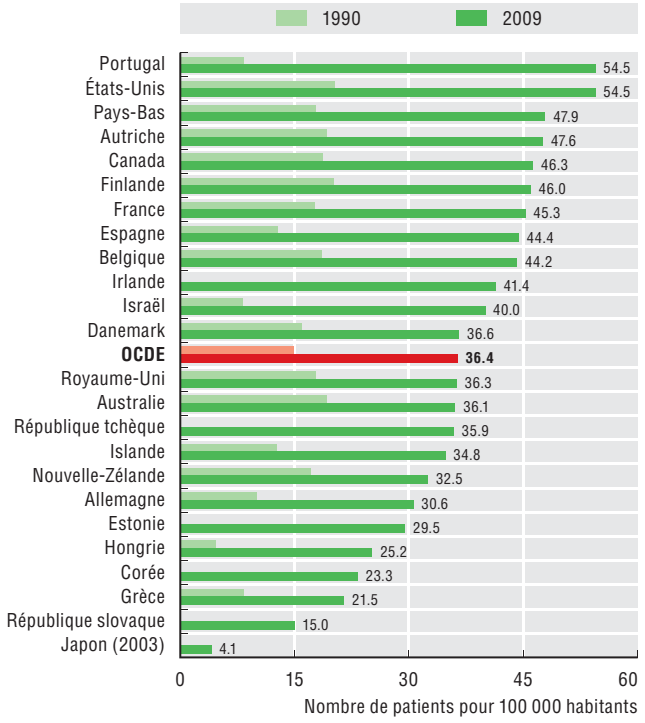
4.8.2 Prévalence des patients dialysés, 1990 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529352

4.8.3 Prévalence des patients vivant avec un rein greffé, 1990 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529371

4.9. Césariennes

Les taux d'accouchement par césarienne (en pourcentage de toutes les naissances vivantes) ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies, même si récemment un petit nombre de pays ont inversé la tendance. 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 de l'accouchement pour les médecins et pour les patientes et par l'évolution 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 sujets de préoccupation, auxquels s'ajoute le coût financier plus élevé (le coût moyen associé à une césarienne est au moins deux fois plus élevé que pour un accouchement normal dans nombre de pays de l'OCDE ; Koechlin *et al.*, 2010), conduisent à s'interroger sur la pertinence de pratiquer des césariennes qui ne seraient pas nécessaires médicalement.

En 2009, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus faibles aux Pays-Bas (14 % des naissances vivantes), ainsi que dans de nombreux pays nordiques (Finlande, Islande, Norvège et Suède). Aux Pays-Bas, où l'accouchement à domicile est une possibilité couramment offerte aux femmes dont la grossesse n'est guère à risque, 30 % des naissances ont eu lieu à la maison en 2004 (Euro-Peristat, 2008). Parmi les pays de l'OCDE, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus élevés en Turquie et au Mexique (plus de 40 %), mais les taux étaient encore plus importants dans des pays non membres de l'OCDE tels que le Brésil et la Chine (graphique 4.9.1).

Sur les vingt dernières années, les taux d'accouchement par césarienne ont connu une progression rapide dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 4.9.2). Durant les années 1990, le rythme s'est provisoirement ralenti dans certains pays de l'OCDE (comme le Canada et les États-Unis), suite à une évolution des pratiques obstétricales, avec notamment l'accouchement vaginal après césarienne (quand une femme ayant eu antérieurement une césarienne tente d'entrer en travail pour un accouchement normal), 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, en partie en raison des complications signalées avec cette pratique et de l'évolution continue des préférences des patientes (Sachs *et al.*, 1999). D'autres tendances, comme l'accroissement des premières naissances à un âge relativement avancé et l'augmentation des naissances multiples engendrée par les techniques de procréation assistée, ont également contribué à l'augmentation globale des accouchements par césarienne.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté, passant de 14 % de toutes les naissances en 1990 à environ 20 % en 2000 et 26 % en 2009. Le taux de progression depuis 2000 a été particulièrement rapide au Danemark, en République tchèque, en Pologne et en République slovaque. La Finlande et l'Islande sont les deux seuls pays de l'OCDE à avoir inversé la tendance depuis l'an 2000.

L'augmentation continue des accouchements par césarienne n'est liée que partiellement à une évolution des prescriptions médicales. Une étude de l'évolution des accouchements par césarienne aux États-Unis a montré que la proportion des césariennes « sans indication 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 à but lucratif que dans ceux du secteur public, bien que ces derniers aient vocation à traiter les grossesses à risque (FHF, 2008). De la même façon, une étude sur la pratique des accouchements par césarienne dans les pays d'Amérique latine à la fin des années 1990 constatait des taux de césariennes plus élevés dans les hôpitaux privés (Belizan *et al.*, 1999).

Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour un accouchement normal sans complications continuent de faire débat. Dans des pays comme le Canada, les associations professionnelles d'obstétriciens et de gynécologues encouragent désormais l'accouchement normal sans intervention telle que la césarienne (Society of Obstetricians et Gynaecologists of Canada *et al.*, 2008).

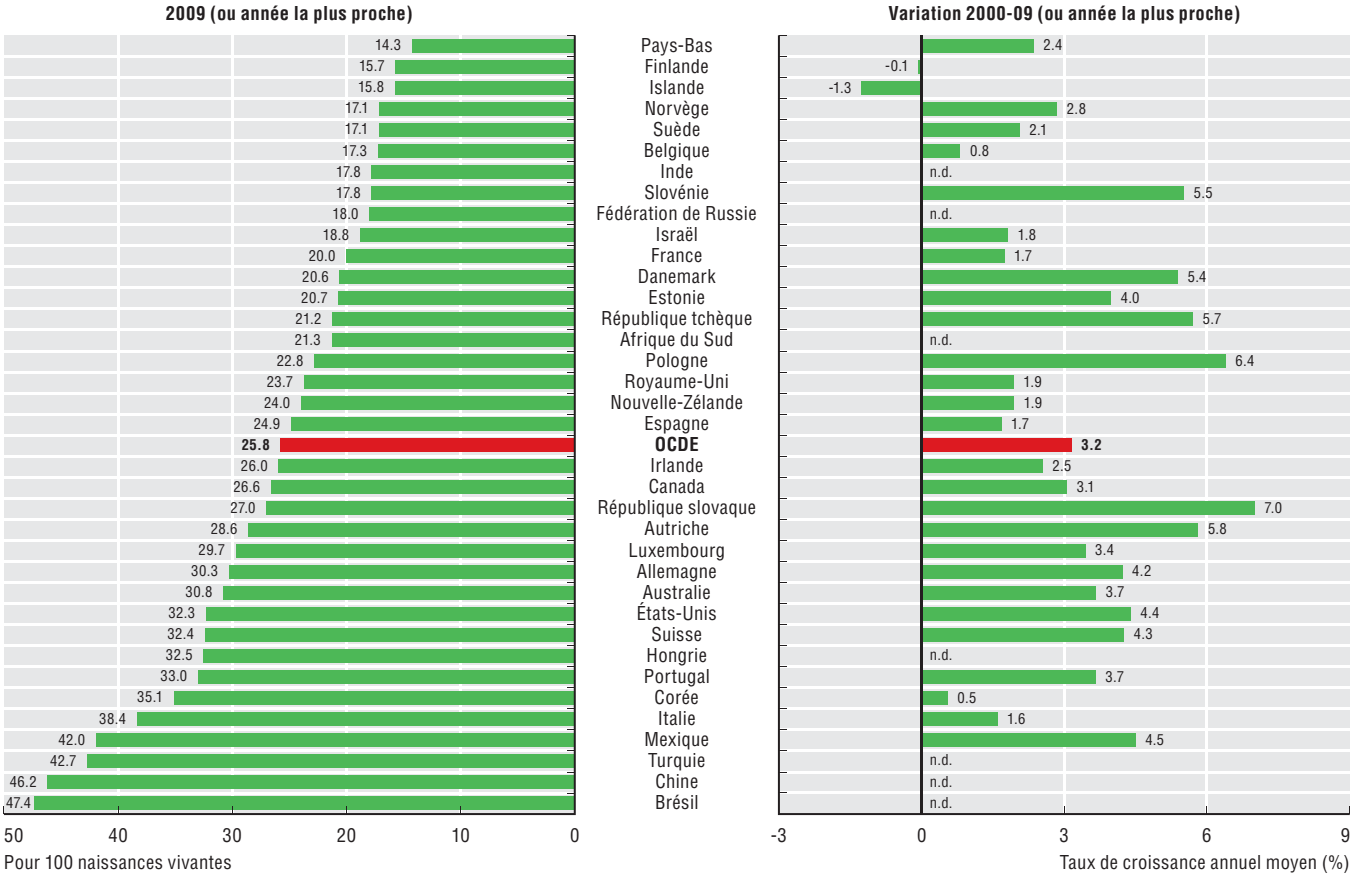
Définition et comparabilité

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 sous-déclarations d'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.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

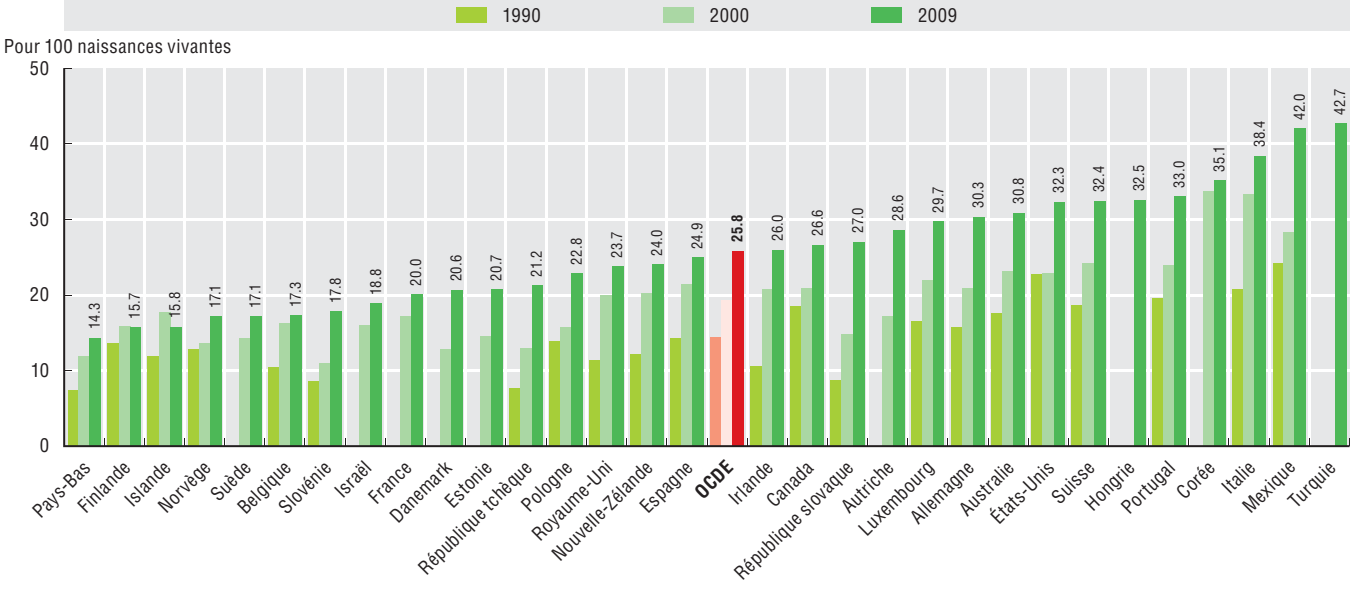
4.9.1 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 2009 et variation 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Enquête de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale 2007-08.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529390

4.9.2 Césariennes pour 100 naissances vivantes, 1990-2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529409

4.10. Opérations de la cataracte

Au cours des vingt dernières années, le nombre d'actes réalisés en chirurgie de jour sans nécessiter d'hospitalisation, a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE grâce aux progrès des technologies médicales, en particulier à la diffusion des interventions peu invasives, et de l'anesthésie. De façon générale, ces innovations ont également accru la sécurité et la santé des patients, et contribué, dans bien des cas, à réduire le coût unitaire des interventions en raccourcissant la durée de séjour à l'hôpital. Toutefois, l'incidence sur les dépenses de santé de l'augmentation des actes réalisés en chirurgie de jour dépend non seulement de l'évolution de leur coût unitaire mais aussi de l'augmentation du nombre réel d'interventions pratiquées et doit également prendre en compte tout coût supplémentaire lié aux soins post-aigus et aux services de santé communautaire.

L'opération de la cataracte est un bon exemple d'intervention chirurgicale courante désormais pratiquée essentiellement en chirurgie de jour dans la plupart des pays de l'OCDE. La chirurgie de jour représente désormais plus de 90 % des opérations de la cataracte dans une majorité de pays (graphique 4.10.1). Toutefois, l'utilisation de la chirurgie de jour est encore relativement faible dans certains pays comme la Pologne, la République slovaque et la Hongrie. 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), mais cela peut également refléter les limitations de la couverture des données (le défaut d'enregistrement des opérations pratiquées en chirurgie de jour hors du cadre hospitalier en Pologne).

Le nombre des opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour a progressé très rapidement au cours des dix dernières années dans un grand nombre de pays. En France, la proportion des opérations de la cataracte pratiquées en chirurgie de jour a augmenté de 32 % en 2000 à 78 % en 2009. Au Portugal, le nombre d'opérations par habitant a augmenté à un rythme de plus de 50 % par an depuis 2000 (graphique 4.10.2). Alors qu'en 2000, moins de 10 % des opérations de la cataracte au Portugal étaient effectuées en chirurgie de jour, cette proportion est passée à 92 % en 2009. Au Luxembourg également le nombre des opérations de la cataracte pratiquées en chirurgie de jour a augmenté rapidement au cours des dix dernières années, même si elles ne représentent qu'un quart de toutes les opérations de la cataracte. En Norvège, l'augmentation des opérations de la cataracte en chirurgie de jour a remplacé une partie des opérations pratiquées auparavant avec hospitalisation, de sorte qu'en 2009 le nombre global d'interventions est demeuré plus ou moins constant par rapport à leur niveau de 2000. Mais la proportion des actes en chirurgie de jour est passée de 87 à 97 %.

Au cours des dix dernières années, le nombre total d'opérations de la cataracte a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, au point d'être aujourd'hui l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans un grand nombre de pays de l'OCDE. Le vieillissement de la population est un des facteurs qui explique cette progression 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). 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 dix ans. Cela pose la question de savoir quelle priorité accorder aux besoins de ces derniers par rapport aux autres populations de patients (Association suédoise des autorités locales et des régions et Conseil national de la santé et du bien-être social, 2010).

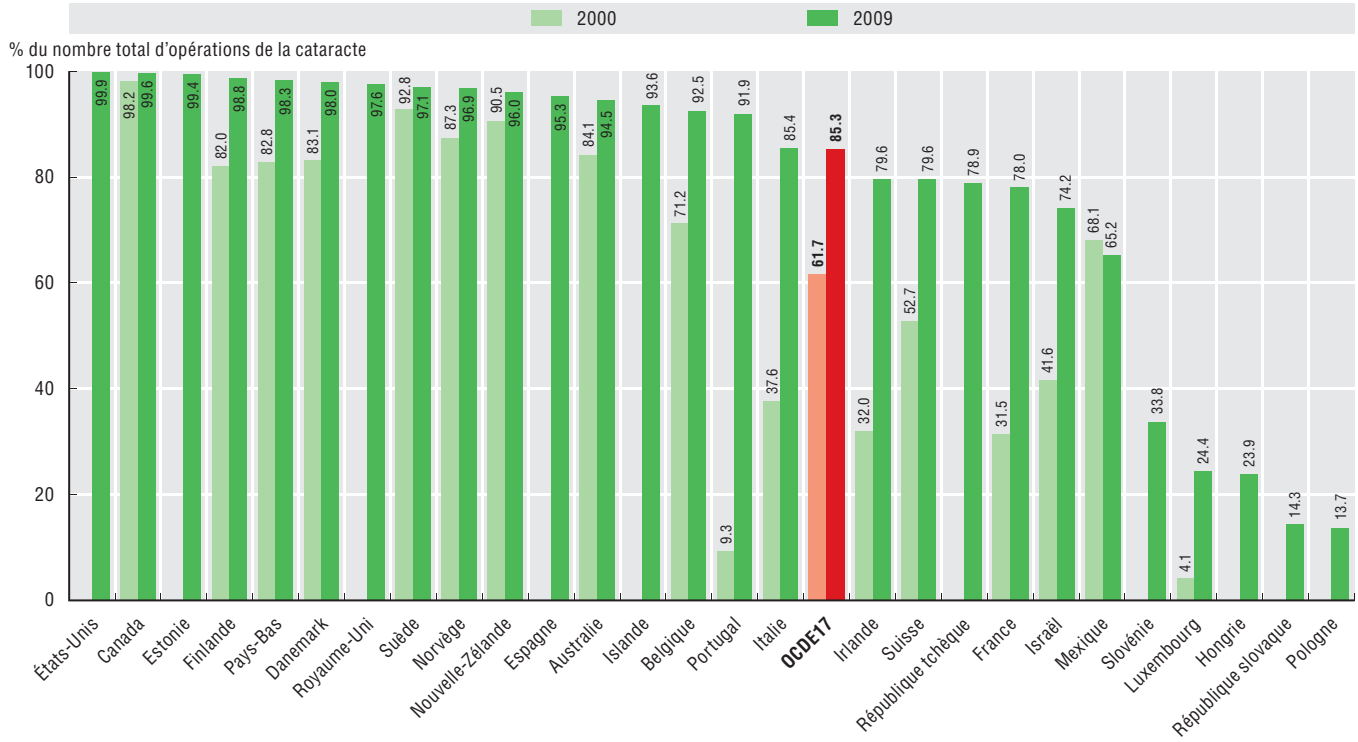
Définition et comparabilité

L'opération de la cataracte consiste à extraire le cristallin de l'œil (à cause de la présence de cataractes) et à le remplacer par un cristallin artificiel. L'opération peut se pratiquer en chirurgie de jour ou avec une hospitalisation (séjour d'au moins une nuit à l'hôpital). Les interventions de jour peuvent avoir lieu dans un hôpital ou dans une clinique. Toutefois, dans de nombreux pays (Irlande, Hongrie, Pays-Bas, Pologne, par exemple) les données ne couvrent que les interventions effectuées dans les hôpitaux. En conséquence, une certaine prudence s'impose dans les comparaisons entre pays étant donné la couverture incomplète des interventions de jour dans plusieurs pays.

Les données pour le Danemark ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées 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 % de l'ensemble 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.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

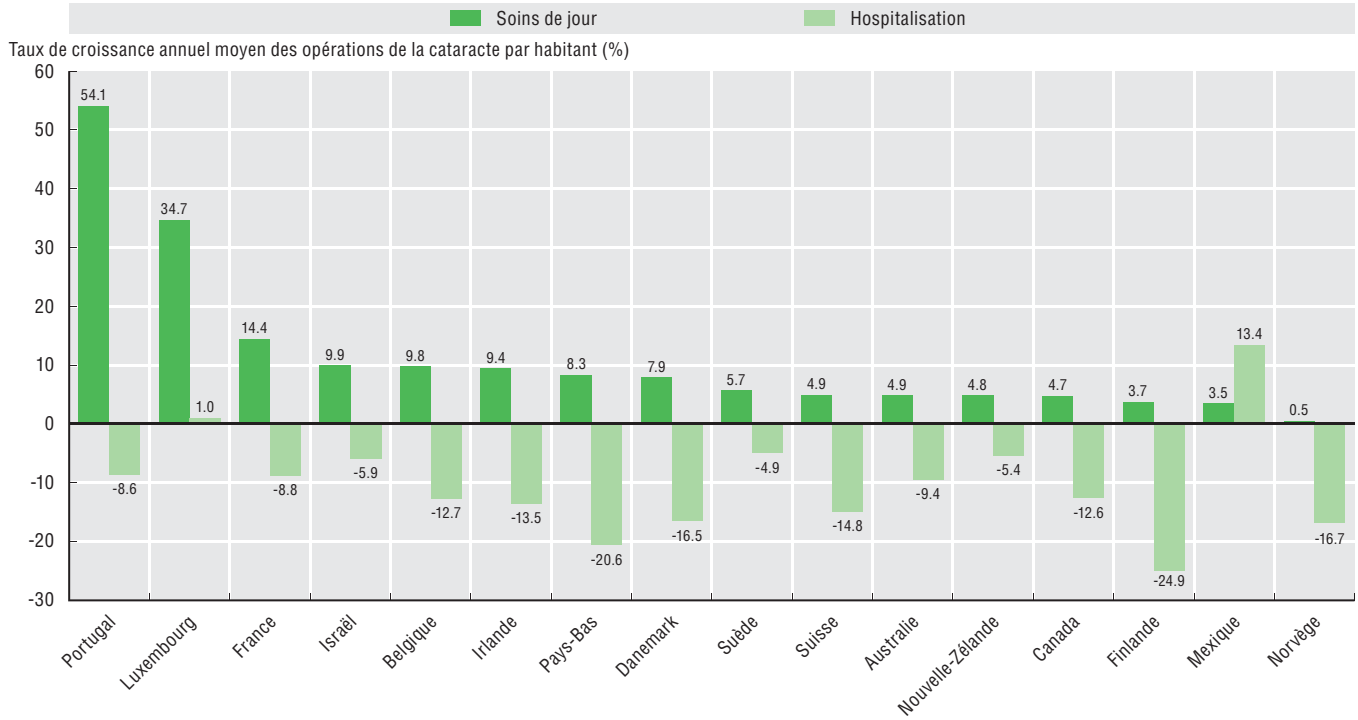
4.10.1 Opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529428

4.10.2 Évolution des opérations de la cataracte, hospitalisation et soins de jour, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529447

4.11. Consommation de médicaments

La consommation de produits pharmaceutiques augmente dans les pays de l'OCDE non seulement en termes de dépenses (voir l'indicateur 7.4 « Dépenses pharmaceutiques ») mais également en volume (quantité). L'un des facteurs qui contribue à cette augmentation est la demande croissante de médicaments pour traiter les différentes maladies liées au vieillissement. Toutefois, cette tendance à une augmentation de la consommation de médicaments est également observée dans des pays qui ont des populations plus jeunes, ce qui indique que d'autres facteurs, tels que les pratiques de prescription des médecins, jouent aussi un rôle.

Cette section présente des informations sur le volume de consommation de quatre catégories de médicaments : les antidiabétiques, les antidépresseurs, les produits anti-cholestérol et les antibiotiques. La consommation de ces médicaments est mesurée par la dose quotidienne définie (DQD), qui est recommandée par le Collaborating Center for Drug Statistics de l'OMS (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

On observe de grandes disparités entre pays dans la consommation de médicaments pour le traitement du diabète. En Islande et en Estonie, elle est près de deux fois inférieure à celle de la Finlande ou de l'Allemagne (graphique 4.11.1). Ces différences s'expliquent en partie par la prévalence du diabète, qui est faible en Islande et relativement élevée en Allemagne (voir l'indicateur 1.10 « Prévalence et incidence du diabète »). Cependant, certains des pays qui consomment le plus n'ont pas une prévalence du diabète particulièrement élevée. Entre 2000 et 2009, la consommation de produits antidiabétiques a augmenté de 75 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Le taux de progression a été particulièrement fort en République slovaque (partant toutefois d'un niveau bas), au Portugal, en Allemagne et en Finlande. 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 dans le cadre des traitements (Melander *et al.*, 2006).

L'Islande, suivie de l'Australie, du Danemark et de la Suède, ont le plus haut niveau de consommation d'antidépresseurs (graphique 4.11.2). Les disparités entre pays peuvent s'expliquer par des différences dans la prévalence de la dépression. Par exemple, selon des enquêtes de l'OMS sur la santé mentale, la prévalence de la dépression autodéclarée en France était deux fois supérieure à celle en Allemagne au milieu des années 2000 (Kessler and Üstün, 2008), ce qui peut expliquer une plus forte consommation d'antidépresseurs en France. Cependant, les différences dans les recommandations pour la prescription de médicaments et dans les comportements jouent également un rôle. En France, l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs a été associée à une durée allongée des traitements pharmaceutiques, mais l'utilisation inappropriée d'antidépresseurs a aussi été identifiée comme un facteur contributif (Grandfils et Sermet, 2009). Au cours des dix dernières années, la consommation d'antidépresseurs a considérablement augmenté dans tous les pays, de plus de 60 % en moyenne.

La consommation de produits anti-cholestérol varie entre 126 DQD par jour pour 1 000 habitants en Australie et 21 en Estonie (graphique 4.11.3). Si ces disparités peuvent refléter, en partie, des différences dans la prévalence des niveaux de cholestérol dans la population, 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, mais 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 de produits anti-cholestérol dans les pays de l'OCDE s'explique par le contexte épidémiologique (par exemple, l'augmentation de l'obésité) ainsi que par la progression du dépistage et du traitement.

La consommation d'antibiotiques varie entre 39 DQD par jour pour 1 000 habitants en Grèce et 11 aux Pays-Bas (graphique 4.11.4). 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 des patients afin de réduire la consommation des antibiotiques. Celle-ci s'est stabilisée dans de nombreux pays et elle a même diminué dans d'autres (comme l'Estonie, la Slovénie, la Hongrie, le Portugal, la République slovaque et la France). En revanche, elle a augmenté entre 2000 et 2009 dans les pays qui avaient des niveaux de consommation faibles (comme les Pays-Bas, l'Autriche et le Danemark) mais aussi en Grèce.

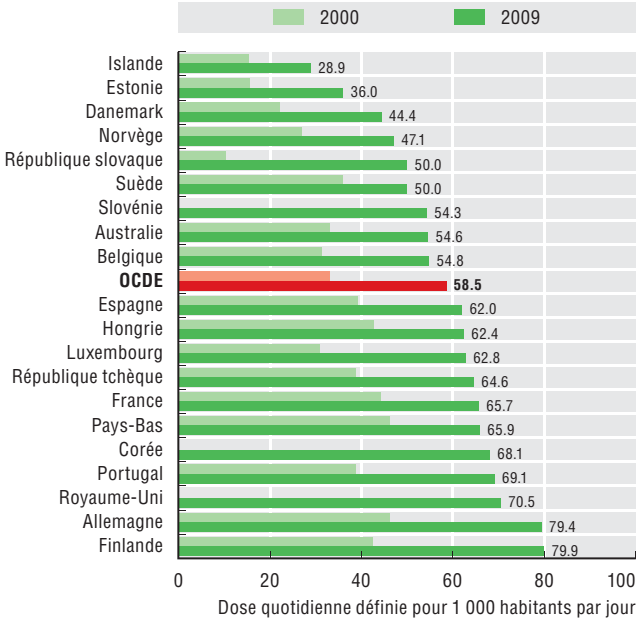
Définition et comparabilité

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose 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 d'une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3g, 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) ou entre catégories. Pour plus de détails, voir *www.whocc.no/atcddd*.

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

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

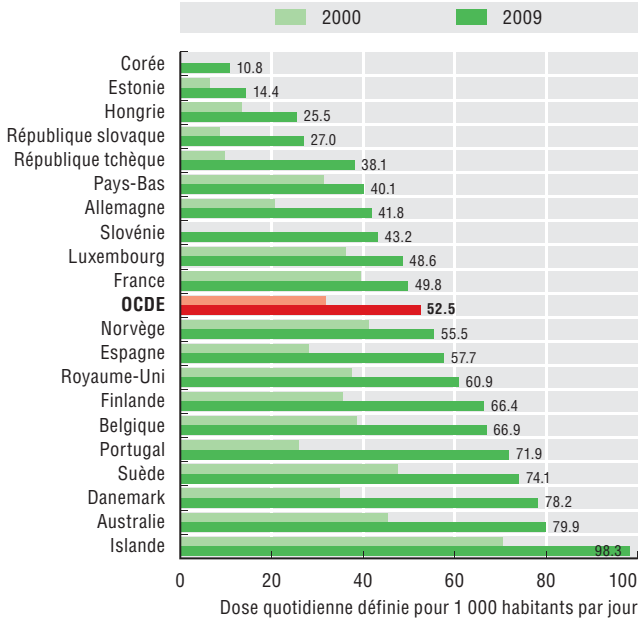
4.11.1 Consommation d'antidiabétiques, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529466

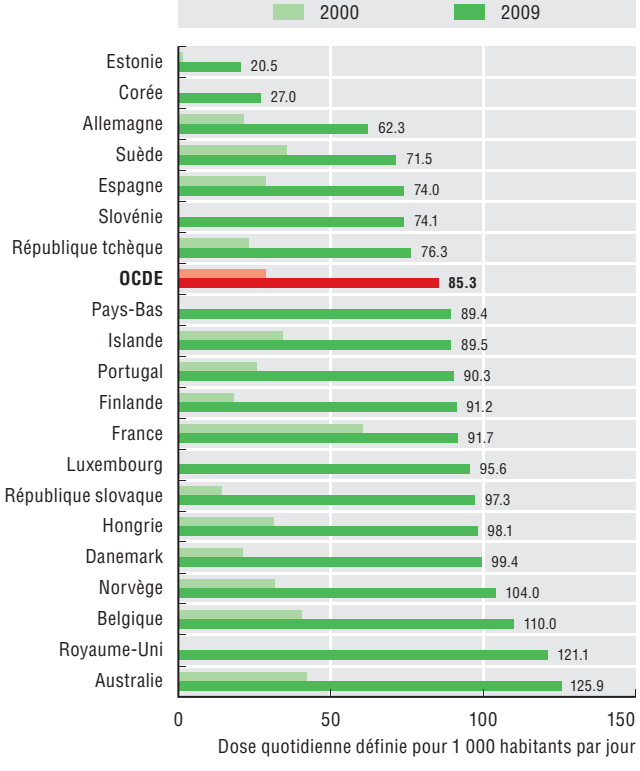
4.11.2 Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529485

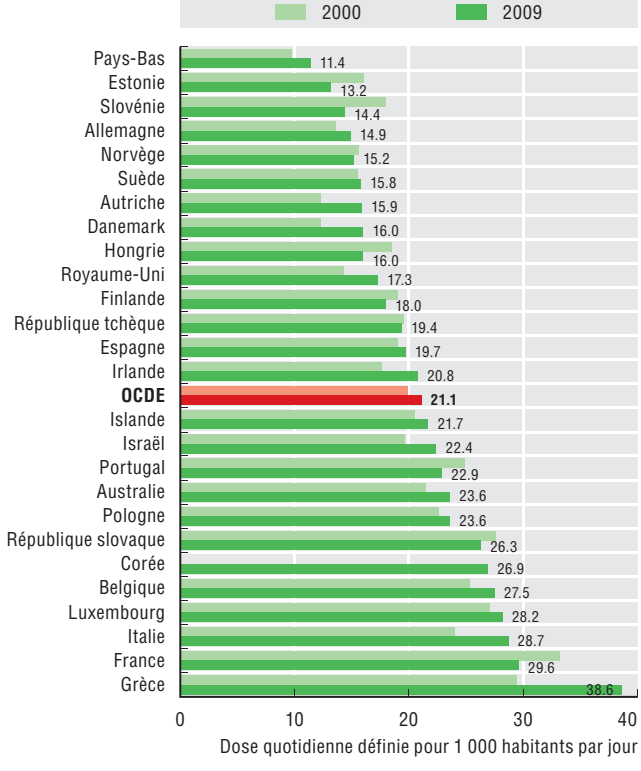
4.11.3 Consommation d'anticholestérols, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529504

4.11.4 Consommation d'antibiotiques, 2000 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529523

5. QUALITÉ DES SOINS

Affections chroniques

5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires

5.2. Admission évitable à l'hôpital : diabète non contrôlé

Complication aiguë d'affections chroniques

5.3. Mortalité à l'hôpital après un infarctus aigu du myocarde

5.4. Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral

Sécurité des patients

5.5. Traumatisme obstétrical

5.6. Complications opératoires ou postopératoires

Troubles mentaux

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

Cancers

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

5.9. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

5.10.Survie et mortalité du cancer colorectal

Maladies transmissibles

5.11.Programmes de vaccination des enfants

5.12.Vaccination antigrippale des personnes âgées

5.1. Admission évitable à l'hôpital : maladies respiratoires

Les affections chroniques comme l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) peuvent être évitées ou traitées par une prévention appropriée ou par des soins primaires. Une bonne gestion de ces affections chroniques dans des structures de soins primaires peut éviter l'aggravation et une hospitalisation coûteuse. Les taux d'admission à l'hôpital présentés ici sont utilisés pour évaluer la qualité des soins primaires et des taux élevés indiquent probablement une mauvaise coordination ou un défaut de continuité des soins. Ils peuvent également indiquer des contraintes structurelles telles que l'offre de médecins de famille (AHRQ, 2009; Starfield *et al.*, 2005).

L'asthme est une maladie du système respiratoire touchant les voies aériennes qui véhiculent l'air à l'intérieur et à l'extérieur des poumons. Les symptômes de l'asthme sont généralement intermittents et les traitements peuvent être très efficaces, inversant souvent les effets de l'irritation des bronches. Au contraire, une MPOC est une maladie progressive et les personnes qui en sont atteintes sont généralement des fumeurs. Un grand nombre de personnes souffrant de MPOC réagissent bien aux bronchodilatateurs mais pas dans la même mesure que les asthmatiques.

L'asthme est une maladie chronique très fréquente qui affecte entre 150 et 300 millions de personnes dans le monde et cause chaque année quelque 250 000 décès (OMS, 2011b). En Europe, on estime à environ 30 millions le nombre des asthmatiques (Masoli *et al.*, 2004). La MPOC touche quelque 64 millions de personnes dans le monde et représente actuellement la quatrième grande cause de décès (OMS, 2011c). En Europe, elle tue entre 200 000 et 300 000 personnes chaque année et son coût économique est estimé à 102 milliards d'euros par an (European Lung Foundation, 2011).

Les graphiques 5.1.1 et 5.1.2 montrent que les taux d'admission dans les hôpitaux pour asthme et la MPOC varient considérablement, l'écart entre les pays dans lesquels ces taux sont les plus élevés et ceux dans lesquels ils sont les plus bas étant de onze fois pour l'asthme et de cinq fois pour la MPOC. Pour l'asthme, la République slovaque, les États-Unis et la Corée ont des taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Inversement, le Portugal, le Canada, le Mexique, l'Italie, la Suède et l'Allemagne ont des taux inférieurs à la moitié de la moyenne de l'OCDE.

Les taux d'admission élevés observés aux États-Unis et en Corée ont persisté au cours du temps. Ces deux pays sont confrontés à des problèmes similaires de sous-développement du système de soins primaires et d'offre insuffisante de médecins de famille (American Academy of Family Physicians, 2009 ; Macinko *et al.*, 2007 ; Kwon *et al.*, 2010 ; Cho and Rho, 2003).

Pour l'asthme, l'écart de taux d'admission entre les hommes et les femmes est important, ces dernières ayant des taux d'admission systématiquement plus élevés que ceux des hommes. En moyenne, le taux d'admission des femmes est supérieur de 85 % à celui des hommes. Des travaux récents montrent que l'incidence de l'asthme chez les femmes a augmenté et qu'en dépit de traitements médicaux et d'une fonction pulmonaire de base analogues, les femmes asthmatiques ont une moins bonne qualité de vie et qu'elles ont davantage recours aux soins de santé que les hommes (Kynyk *et al.*, 2011). Les différences de taux d'admission peuvent donc souligner la nécessité de soins primaires plus efficaces et plus ciblés.

Pour la MPOC, la répartition hommes-femmes est comme une image-miroir du graphique de l'asthme, les hommes ayant des taux d'admission systématiquement plus élevés que ceux des femmes (excepté au Danemark, en Islande, en Norvège et en Suède). En moyenne, les hommes ont un taux d'admission supérieur de 53 % à celui des femmes. Cela est dû en partie à l'incidence et à la prévalence plus grandes de la MPOC chez les hommes, associées à une consommation de tabac plus importante.

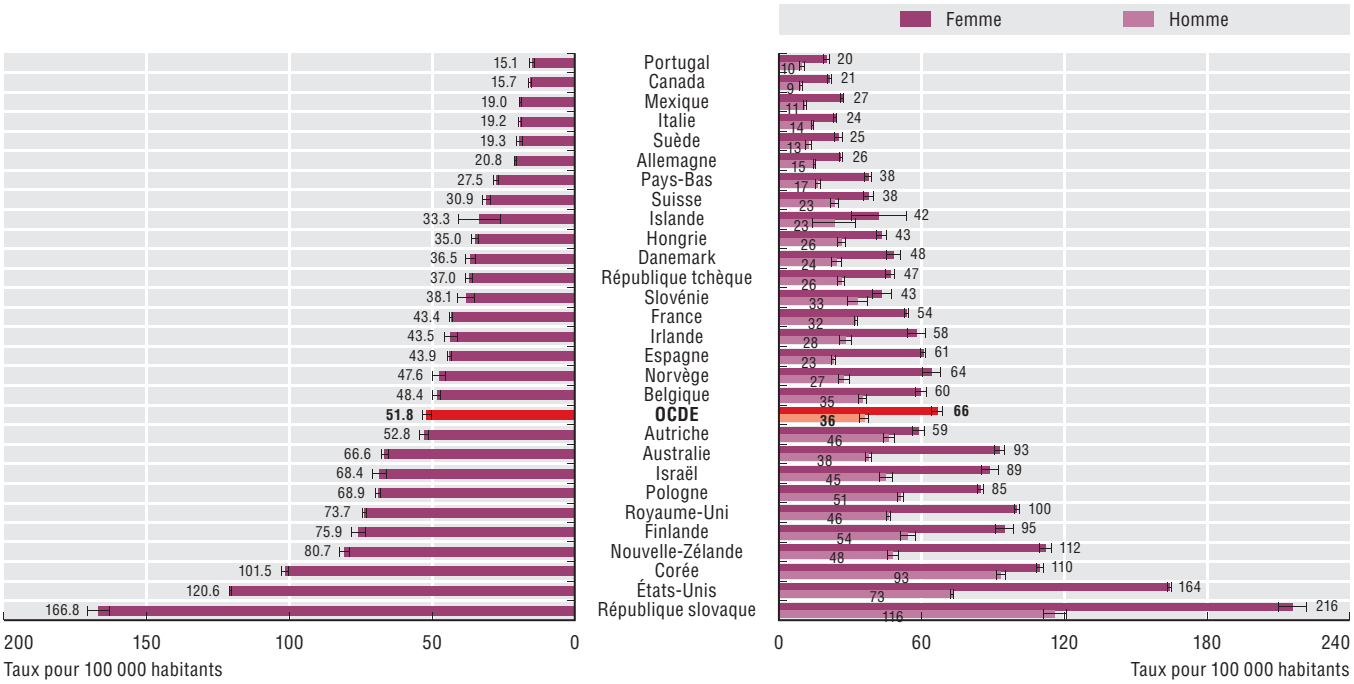
Pour la MPOC, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et l'Autriche ont tous des taux d'admission élevés par rapport à la moyenne de l'OCDE. Le Portugal, la France et la Suisse ont des taux inférieurs à la moitié de la moyenne de l'OCDE.

Définition et comparabilité

Les indicateurs de l'asthme et de la MPOC se définissent comme le nombre de sorties d'hôpital de personnes de 15 ans et plus pour 100 000 habitants, ajustés pour prendre en compte la structure par âge et sexe de la population de chaque pays. Les différences de diagnostic et de codage pour l'asthme et la MPOC entre pays peuvent limiter la précision des taux pour certaines maladies spécifiques. Les différences de système de classification des maladies, par exemple entre la CIM-9 et la CIM-10, peuvent aussi affecter la comparabilité des données.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.1.1 Admissions à l'hôpital pour asthme, personnes de 15 ans et plus, 2009 (ou année la plus proche)

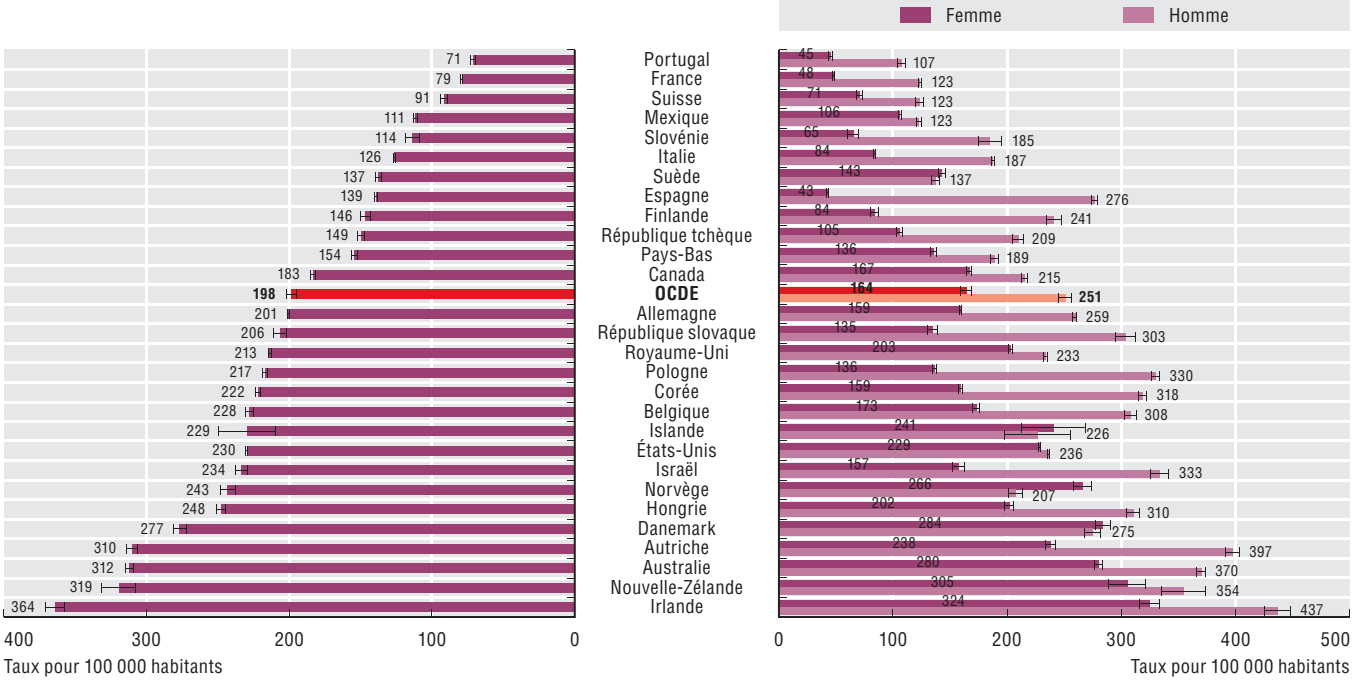


Note : Les taux sont normalisées par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529542

5.1.2 Admissions à l'hôpital pour maladie pulmonaire obstructive chronique, personnes de 15 ans et plus, 2009



Note : Les taux sont normalisées par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529561

5.2. Admission évitable à l'hôpital : diabète non contrôlé

Au niveau mondial, le diabète est une des maladies non contagieuses les plus importantes ; il est également l'une des principales causes de mortalité. Aux États-Unis, par exemple, où l'on estime à 26 millions le nombre des diabétiques, le diabète a été un facteur contributif dans quelque 230 000 décès en 2007. En Europe, on estime à 55 millions le nombre de personnes souffrant du diabète. Au niveau mondial, la population des diabétiques devrait passer de 285 millions en 2010 à 438 millions à l'horizon 2030 (IDF, 2009) (voir l'indicateur 1.10 « Prévalence et incidence du diabète »).

Le diabète est impliqué dans les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, les maladies rénales et l'amputation des membres inférieurs. Il est également la principale cause de cécité dans les pays industriels et la cause la plus courante de maladie rénale terminale aux États-Unis, en Europe et au Japon. En outre, des études ont montré que les personnes souffrant de diabète sont plus susceptibles d'être dépressives et jugent plus difficile de suivre les préconisations des traitements (Mezuk *et al.*, 2008 ; Egede, 2004).

Pour le diabète, les principaux facteurs de risque sont le surpoids ou l'obésité, le manque d'exercice physique, l'hérédité, l'hypertension artérielle et des antécédents de maladie cardiovasculaire. Le Diabetes Prevention Program (DPP, 2002) a montré qu'une légère perte de poids et une modification des habitudes alimentaires peuvent retarder voire empêcher la survenue du diabète. Les chercheurs du programme ont constaté que des campagnes actives de conseils sur les régimes alimentaires efficaces, l'exercice physique et une modification des comportements réduisaient de près de 60 % le risque de développer un diabète. Cette observation s'est vérifiée pour tous les groupes ethniques et pour les hommes comme pour les femmes. C'est sur les groupes plus âgés que ces modifications du mode de vie ont eu l'impact le plus important avec une réduction du risque de 70 %. Ces constats soulignent l'importance d'incorporer aux structures de soins primaires des programmes de prévention et de traitement du diabète.

Le graphique 5.2.1 montre que les variations des taux d'admission pour diabète non contrôlé varient dans la zone de l'OCDE. L'Autriche, la Hongrie, la Corée et le Mexique ont des taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. L'Espagne, l'Israël, l'Australie et la Nouvelle-Zélande enregistrent des taux très faibles. Le Canada présente également des taux d'admission relativement faibles malgré une prévalence du diabète élevée. Ceci reflète sans doute l'impact de plusieurs initiatives telles que la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques ainsi que la Stratégie canadienne sur le diabète (ASPC, 2005). Les taux d'admission pour les hommes sont supérieurs d'environ 20 % à ceux des femmes, et dans plusieurs pays, notamment la Finlande, la Suède et le Danemark, l'écart est encore plus important.

L'Autriche a pris des mesures pour améliorer le traitement du diabète *via* son programme de gestion des maladies mis en œuvre en 2007. Les conclusions d'une étude récente ont montré que le programme autrichien de gestion du diabète a eu un effet bénéfique sur la qualité des processus et la perte de poids mais qu'il n'a pas amélioré de façon significative le contrôle du diabète (Sönnichsen *et al.*, 2010). La même étude a noté également que la qualité dépend davantage des soins dispensés par le médecin de famille que de la mise en œuvre généralisée d'un programme.

En Corée, le taux élevé d'admissions ne peut s'expliquer que partiellement par une prévalence plus grande du diabète liée à l'évolution des modes de vie (Cho, 2010). Il est également lié au sous-développement de l'infrastructure de soins primaires (Chun *et al.*, 2009).

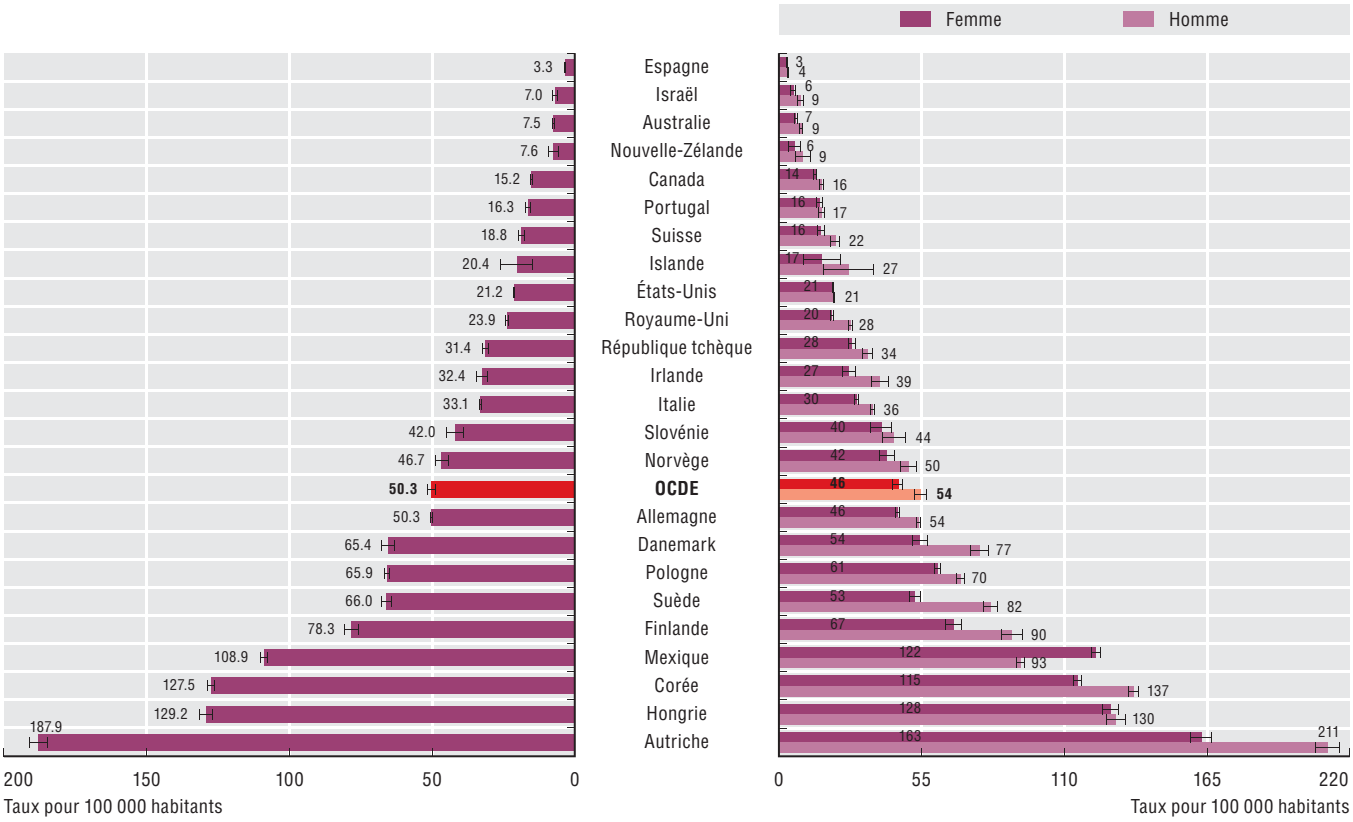
Le graphique 5.2.2 montre que les taux d'admission pour diabète non contrôlé ne sont pas fortement corrélés à la prévalence du diabète, certains pays comme le Canada, le Portugal et les États-Unis affichant des taux de prévalence élevés mais des taux d'admission faibles. Inversement, la Finlande, Suède et Danemark ont des taux de prévalence plus faibles mais des taux d'admission plus élevés. L'absence de corrélation significative donne à penser que d'autres facteurs que le « volume » de la maladie expliquent les taux d'admissions à l'hôpital, d'où l'importance de travaux plus poussés pour mieux comprendre les caractéristiques sous-jacentes des variations de la qualité des soins primaires.

Définition et comparabilité

L'indicateur du diabète non contrôlé est défini par le nombre de sorties d'hôpital d'individus de 15 ans et plus pour 100 000 habitants, atteints de diabète de type I ou II sans mention de complication à court ou long terme. Les taux ont été ajustés pour tenir compte de la structure par âge et sexe de la population de chaque pays. Les différences de pratiques de codage entre pays peuvent affecter la comparabilité de cet indicateur. Les différences de système de classification des maladies, par exemple entre la CIM-9 et la CIM-10, peuvent aussi affecter la comparabilité des données.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.2.1 Admissions à l'hôpital pour diabète non contrôlé, personnes de 15 ans et plus, 2009 (ou année la plus proche)

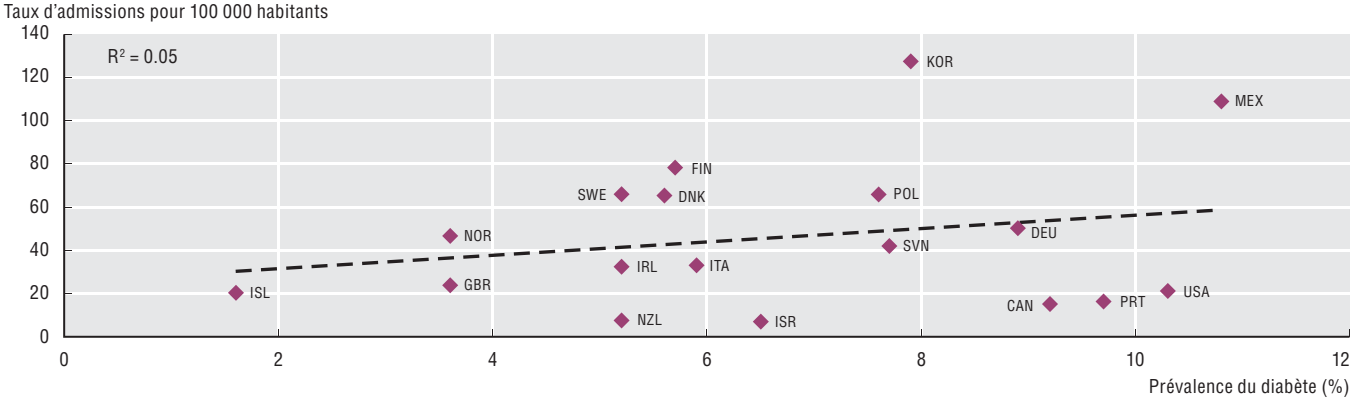


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par I—I.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529580

5.2.2 Admissions à l'hôpital pour diabète non contrôlé et prévalence du diabète, 2009 (ou année la plus proche)



Note : Les estimations de la prévalence du diabète se rapportent aux adultes âgés de 20 à 79 ans et les données sont normalisées par âge selon la structure de la population mondiale. Les taux d'admission à l'hôpital se rapportent aux personnes de plus de 15 ans et sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005.

Source : FID (2009) pour les estimations de prévalence; *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011* pour les taux d'admission à l'hôpital.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529599

5.3. Mortalité à l'hôpital après un 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 ont baissé depuis les années 70 (voir l'indicateur 1.3). Cette diminution peut être attribuée dans une large mesure à une baisse de la mortalité due à un infarctus aigu du myocarde (IAM) suite à un meilleur traitement en phase aiguë. Les soins dispensés en cas d'IAM ont évolué de manière spectaculaire au cours des dernières décennies avec l'apparition dans les années 60 des unités de soins coronariens (Khush *et al.*, 2005), puis l'apparition dans les années 80 de traitements visant à rétablir rapidement la circulation sanguine (Gil *et al.*, 1999). Les succès obtenus sont d'autant plus remarquables que tout donne à penser que l'incidence de l'IAM n'a pas diminué dans la plupart des pays (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Toutefois, un grand nombre d'études ont montré qu'une proportion considérable de patients victimes d'un IAM ne reçoit pas les soins appropriés (Eagle *et al.*, 2005).

Le taux de décès à l'hôpital suite à un IAM est considéré être une bonne mesure de la qualité des soins aigus car il reflète les processus de soins en cas d'IAM, tels qu'une intervention médicale efficace comme la thrombolyse et l'administration précoce d'aspirine et de bétabloquants, ainsi que le transport en temps voulu des patients. Les taux de mortalité par IAM ont été utilisés pour une analyse comparative des hôpitaux dans plusieurs pays dont le Canada, le Danemark, le Royaume-Uni et les États-Unis.

Les variations des taux bruts et normalisés de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant une admission pour IAM sont très larges. Les taux les plus faibles sont enregistrés au Danemark et en Norvège (graphique 5.3.1). Le taux le plus élevé est enregistré au Mexique qui affiche également le taux le plus élevé de mortalité annuelle par IAM y compris les décès en dehors de l'hôpital. Les données mexicaines ne font référence qu'aux performances des hôpitaux du secteur public et la qualité des services médicaux d'urgence préhospitaliers est encore jugée faible (Peralta, 2006), ce qui explique probablement les taux élevés de mortalité à l'hôpital. Le Japon arrive juste derrière bien que son taux de mortalité global par IAM soit le plus bas. Au-delà de la qualité des soins prodigués à l'hôpital, les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour, de délais de secours et de gravité moyenne des IAM peuvent influer sur les taux de décès à 30 jours. Pour les femmes, les taux de mortalité sont habituellement plus élevés que pour les hommes mais dans la plupart des pays la disparité homme-femme n'est pas statistiquement significative. Il existe toutefois des exceptions : le Mexique a une disparité homme-femme importante, ce qui donne à penser que le taux de survie des femmes à un IAM peut être amélioré.

Les données établies sur la base des patients (c'est-à-dire qui suivent les patients tant à l'hôpital qu'en dehors) sont un indicateur plus robuste pour les comparaisons internationales car les données établies sur la base des admissions peuvent fausser à la baisse les taux de mortalité si des patients cardiaques instables sont communément transférés dans des centres de soins tertiaires. Cette information plus complète n'est toutefois disponible que pour un petit groupe de pays. Parmi le groupe de pays pour lequel on dispose de ces données, on constate que les performances relatives des pays mesurées par les données établies sur la base des patients sont analogues à celles mesurées sur la base des admissions, excepté au Danemark (graphique 5.3.1). La Nouvelle-Zélande et la Suède conservent un faible taux de mortalité des patients admis pour un IAM sur la base de cette mesure plus complète.

Les taux de mortalité à l'hôpital suite à un IAM diminuent dans tous les pays de l'OCDE ayant des données tendancielles, la majorité d'entre eux enregistrant des réductions statistiquement significatives entre 2000 et 2009 (graphique 5.3.2). L'amélioration est particulièrement marquée dans les pays nordiques, en République tchèque, en Irlande et en Autriche. Dans les différents pays, l'amélioration des taux de mortalité par IAM reflète les progrès en matière de traitements tels que les taux accrus des thérapies de reperfusion en temps voulu qui cherchent à rétablir la circulation sanguine vers la partie du muscle cardiaque endommagé lors de l'attaque (Fox *et al.*, 2007 ; et Tu *et al.*, 2009).

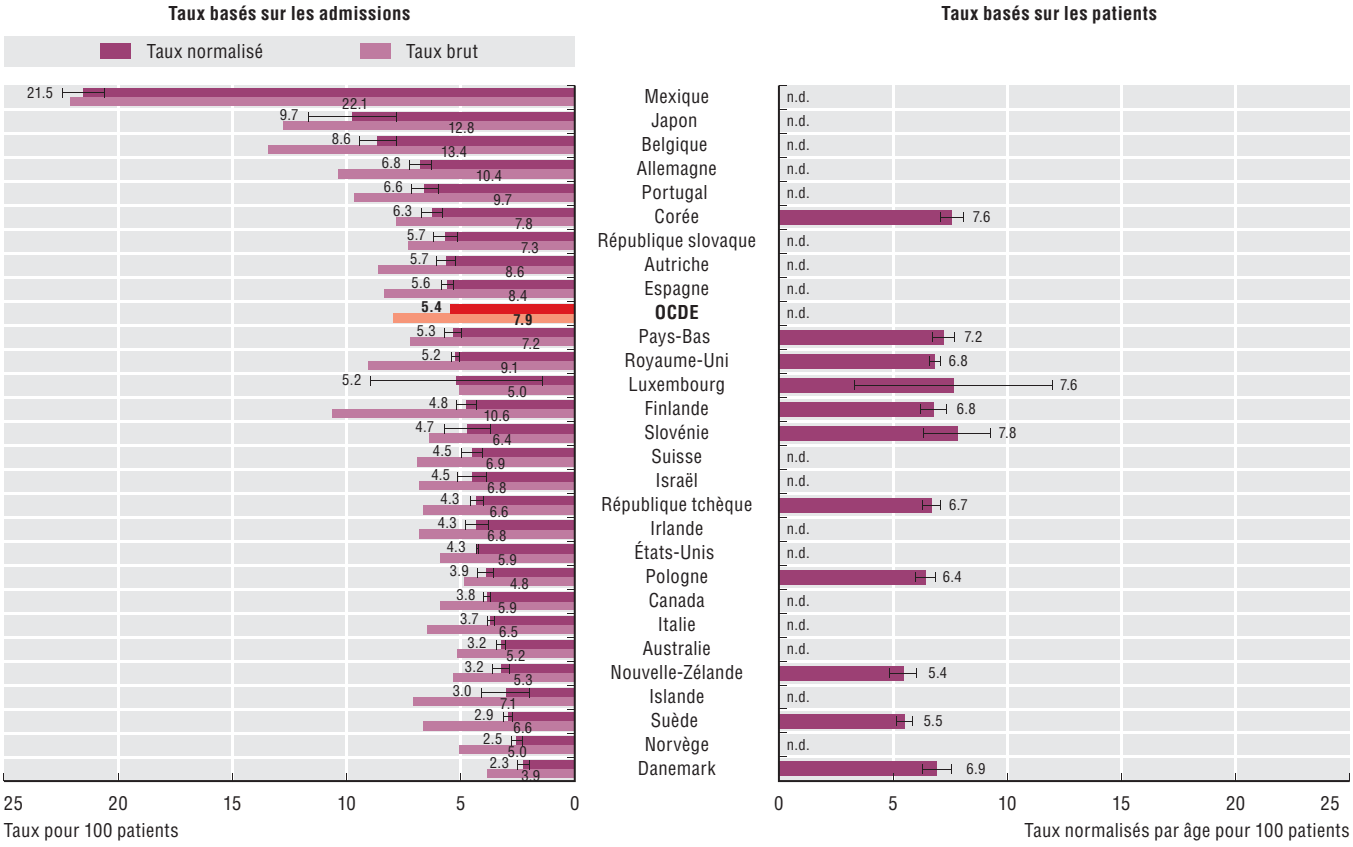
Définitions et comparabilité

Le taux de décès à l'hôpital suite à un IAM mesure le nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours de leur admission à l'hôpital (y compris le jour même) pour un IAM. L'idéal serait des taux établis sur la base de patients suivis individuellement ; toutefois, tous les pays n'ont pas la capacité de suivre les entrées et les sorties de patients, de les suivre d'un hôpital à l'autre voire même au sein d'un hôpital car ils n'utilisent pas actuellement un identifiant unique des patients. Pour la plupart des pays, cet indicateur est donc présenté uniquement sur la base d'admissions individuelles à l'hôpital et se limite à la mortalité au sein du même hôpital, de sorte que les différences de pratiques dans les sorties et transferts de patients peuvent influer sur les constats.

Des taux bruts et des taux normalisés en fonction de l'âge et du sexe sont présentés. Les taux normalisés prennent en compte les différences d'âge (45 ans et plus) et de sexe et permettent des comparaisons internationales les plus significatives. Les taux bruts sont probablement plus significatifs pour les analyses internes par pays.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.3.1 Taux de mortalité à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM), 2009 (ou année la plus proche)

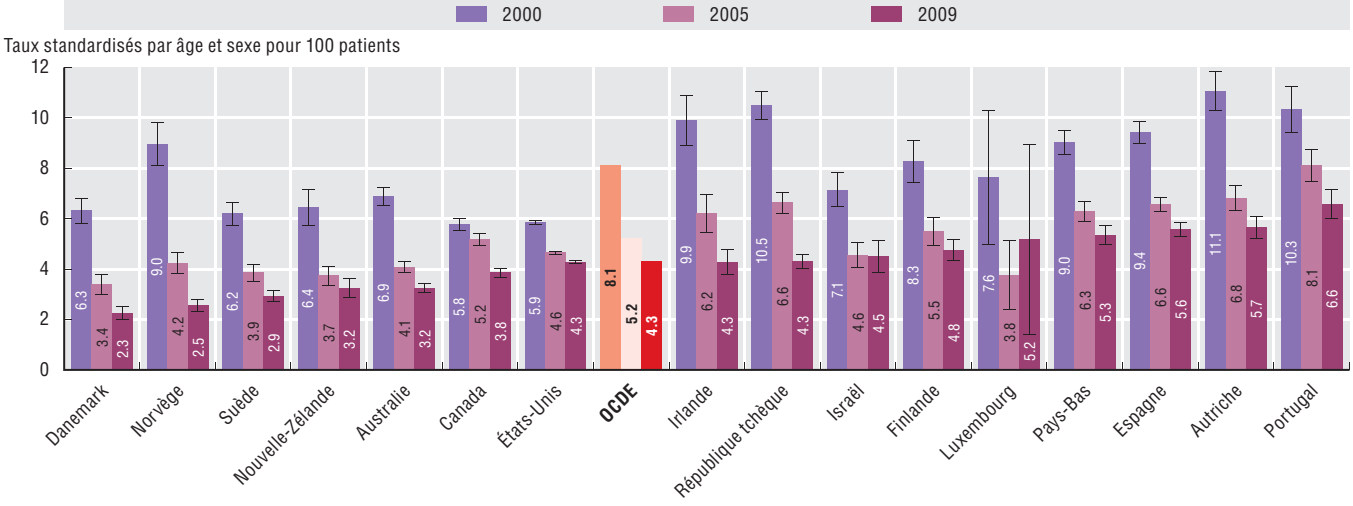


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 65 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529618

5.3.2 Réduction de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour IAM, 2000-09 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 65 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529637

5.4. Mortalité à l'hôpital après un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et autres maladies cérébrovasculaires sont la quatrième cause la plus courante de décès dans les pays de l'OCDE où ils représentent en moyenne plus de 8 % de l'ensemble des décès (OCDE, 2011a). Des estimations indiquent qu'ils représentent entre 2 et 4 % des dépenses de santé et aussi qu'ils sont à l'origine de coûts importants en dehors du système de santé du fait de leur impact en matière d'incapacité (OCDE, 2003a). Dans les AVC ischémiques, qui représentent environ 85 % des cas, l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose de la partie touchée, tandis que dans les AVC hémorragiques la rupture d'un vaisseau sanguin cause un saignement dans le cerveau, entraînant habituellement des lésions plus étendues.

Le traitement des AVC ischémiques a fait des progrès spectaculaires au cours de la dernière décennie. Jusque dans les années 90, il était généralement admis que les lésions au cerveau étaient irréversibles et le traitement se concentrait sur la prévention des complications et la réadaptation. Mais suite aux améliorations spectaculaires des taux de survie après un IAM qui ont été obtenues grâce à une thrombolyse précoce, des essais cliniques ont clairement démontré les avantages du traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques au Japon (Mori *et al.*, 1992), aux États-Unis (par exemple NINDS, 1995) et en Europe (par exemple Hacke *et al.*, 1995). Des unités de soins dédiées aux AVC ont été mises en place dans de nombreux pays, pour faciliter le diagnostic et une thérapie précoce et énergique des victimes d'AVC, et obtenir un taux de survie supérieur à celui obtenu avec les soins habituels (Seenan *et al.*, 2007).

On considère que la survie à un AVC reflète la qualité des soins aigus, en particulier des modes de traitements efficaces comme le traitement thrombolytique et d'une offre de soins rapide et adéquate. En conséquence, les taux de décès à l'hôpital suite à un AVC ont été utilisés pour des examens comparatifs des hôpitaux à l'intérieur des pays et entre les pays de l'OCDE.

Si le taux de mortalité moyen normalisé est de 5 % pour les AVC ischémiques dans les pays de l'OCDE en 2009, il existe une grande disparité entre les taux les plus élevés du Mexique (17.6 %) et de la Slovénie (9.7 %) et les taux les plus bas de la Corée et du Japon (1.8 %) (graphique 5.4.1). Pour les AVC hémorragiques, le taux moyen normalisé est de 19 % (graphique 5.4.2), soit environ quatre fois plus que le taux pour les AVC ischémiques, ce qui reflète les effets plus graves du saignement intracrânien. L'écart entre les pays varie entre 6.5 % pour la Finlande et 38.6 % pour la Belgique. Les pays qui ont un meilleur taux de survie pour l'un des types d'AVC tendent aussi à obtenir de bons résultats pour l'autre. Étant donné que les phases initiales des soins aux patients victimes d'un AVC sont similaires, cela donne à penser que des facteurs systémiques peuvent contribuer à expliquer les différences entre les pays. Les pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède) ont été à la pointe de l'introduction d'unités de soins dédiées aux AVC dans les hôpitaux, ce qui a vraisemblablement contribué à des taux de mortalité inférieurs à la moyenne. D'autres facteurs tels que les schémas des transferts entre hôpitaux, le temps de séjour moyen, les délais de secours et la gravité moyenne de l'AVC peuvent également influer sur les taux.

Entre 2000 et 2009, les taux de mortalité pour AVC ischémiques ont baissé de 26 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 5.4.3), et la tendance est analogue pour les AVC hémorragiques, avec une réduction moyenne de 17 % sur la même période. Ceci indique une amélioration généralisée de la qualité des soins pour ces patients.

Définitions et comparabilité

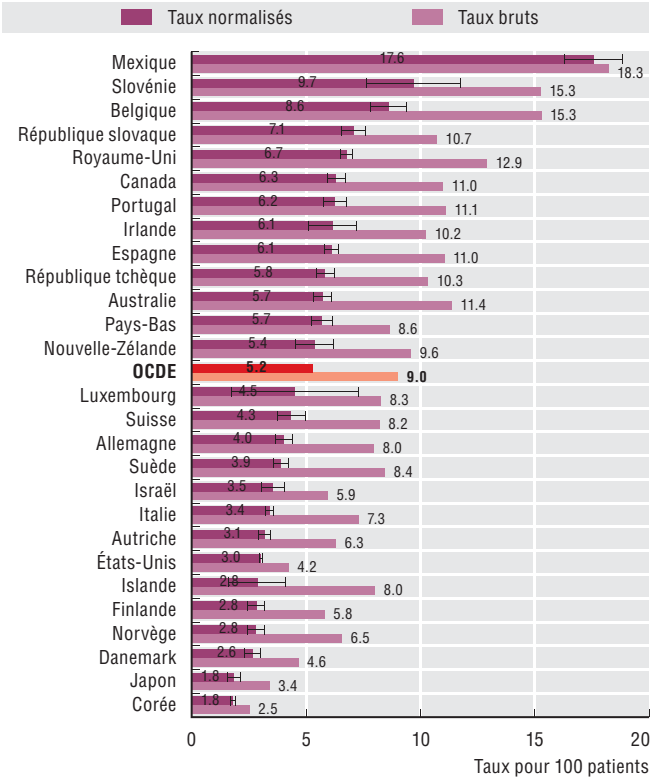
Le taux de mortalité à l'hôpital après un AVC ischémique ou hémorragique correspond au nombre de personnes qui décèdent dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital (y compris les admissions avec sortie le jour même). Dans l'idéal, ces taux devraient reposer sur le suivi de chaque patient; cependant, 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 du même hôpital car actuellement ils n'utilisent pas un identifiant unique des patients. Cet indicateur est établi sur la base d'admissions uniques et se limite à la mortalité à l'intérieur d'un même hôpital. Ainsi, les différences de pratiques en matière de sorties et de transferts des patients peuvent influer sur les taux.

Plusieurs pays ont également fourni des données établies sur la base des patients. On constate généralement que leurs performances relatives sont similaires, bien que les taux soient bien sûr plus élevés.

Sont présentés des taux bruts et des taux normalisés en fonction de l'âge et du sexe. Les taux normalisés prennent en compte les différences d'âge (45 ans et plus) et de sexe et permettent des comparaisons internationales plus significatives. Les taux bruts sont probablement plus significatifs pour les examens internes effectués par chaque pays.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.4.1 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC ischémique, 2009 (ou année la plus proche)

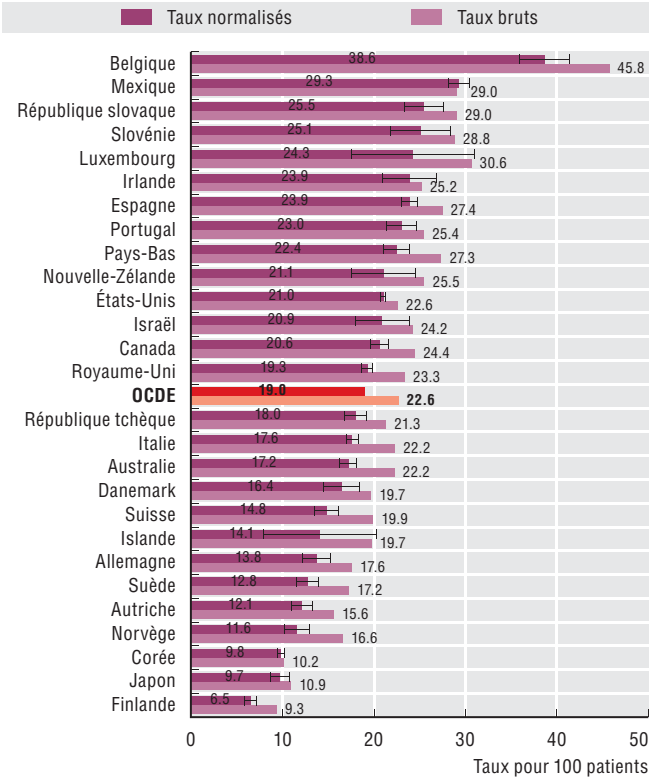


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529656

5.4.2 Mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC hémorragique, 2009 (ou année la plus proche)

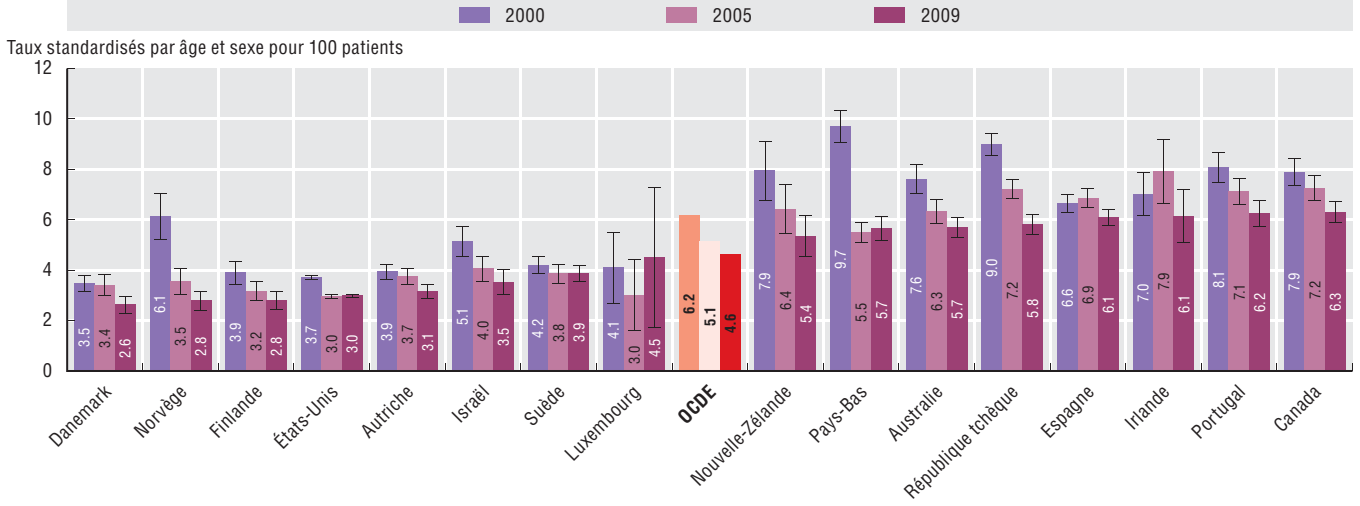


Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529675

5.4.3 Réduction de la mortalité à l'hôpital à 30 jours après admission pour AVC, 2000-09 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005 (45+). Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529694

5.5. Traumatisme obstétrical

La sécurité des patients est récemment devenue l'un des principaux problèmes des politiques de santé, car la recrudescence attestée d'un fort taux d'erreurs dans l'administration des soins médicaux a commencé à ébranler la confiance traditionnellement manifestée par les patients et les responsables politiques à l'égard de la profession médicale. Dès 1991, une étude américaine constatait la survenue d'incidents préjudiciables dans 1 à 4 % des admissions à l'hôpital (Brennan *et al.*, 1991). Le *US Institute of Medicine* a ensuite synthétisé les données disponibles sur les erreurs médicales, et estimé que les décès dus à une erreur médicale étaient plus nombreux que ceux imputables à un accident de la circulation ou un cancer du sein (Kohn *et al.*, 2000). Une étude suédoise récente a montré que plus de 12 % des admissions s'accompagnaient d'incidents préjudiciables qui auraient pu être évités à 70 %, et avaient rallongé le séjour hospitalier de six jours (Soop *et al.*, 2009). Le Conseil de l'Union européenne a adopté en 2009 une Recommandation portant sur la sécurité des patients, y compris la prévention et la maîtrise des infections liées à la dispensation de soins (Union européenne, 2009).

Les indicateurs de traumatisme obstétrical ont pour objet de signaler les cas potentiellement évitables de déchirures du périnée du 3e ou du 4e degré survenant pendant un accouchement par voie vaginale. De telles déchirures concernant les muscles du périnée, le sphincter anal et la paroi intestinale nécessitent une intervention chirurgicale postnatale. Parmi leurs complications possibles figurent des douleurs périnéales persistantes et une incontinence anale. Il n'est pas possible de prévenir ces types de déchirures, mais on peut les atténuer par l'emploi de normes de soins adaptées pendant le travail. Le traumatisme de 3e ou 4e degré est davantage susceptible de se produire en cas de premier accouchement par voie basse, de poids de naissance élevé du bébé, de déclenchement du travail, de position occipitale postérieure, de prolongation de la deuxième phase du travail et d'accouchement par instrument.

La proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures de degré élevé est un indicateur de la qualité des soins d'obstétrique et peut contribuer à réduire le nombre d'incidents préjudiciables. Les indicateurs de traumatisme obstétrical ont été employés aussi bien par la US *Joint Commission* que par différentes initiatives internationales d'analyse des données obstétricales. Le risque de déchirure du périnée augmentant significativement en cas de travail assisté par ventouse ou forceps, les taux relatifs à cette population sont présentés séparément.

Les graphiques 5.5.1 et 5.5.2 montrent les variations des taux de traumatisme obstétrical durant un accouchement par voie vaginale avec ou sans instrument. Le Canada, les États-Unis et la Suède ont les taux les plus élevés de traumatisme obstétrical avec instrument. La Suisse, la Suède et le Danemark affichent les taux les plus élevés de traumatisme obstétrical sans instrument. Le classement des pays par rapport à la moyenne de l'OCDE diffère peu d'un indicateur à l'autre. La Belgique, l'Espagne, la Finlande, la France, l'Irlande, Israël, l'Italie, le Portugal et la Slovénie ont constamment rapporté des taux de traumatisme obstétrical faibles pour les deux indicateurs. La différence entre la Finlande et les autres pays nordiques (Danemark, Norvège, Suède) peut s'expliquer par des techniques d'accouchement et des pratiques épisiotomiques différentes (Laine *et al.*, 2009). Une étude récente a conclu qu'un haut niveau de compétences chez les sages-femmes dans la gestion de l'accouchement par voie vaginale réduisait le risque de blessures obstétricales (Hals *et al.*, 2010). Les différences de résultat observées d'un pays à l'autre peuvent traduire non seulement le niveau de sécurité des soins, mais aussi des disparités d'enregistrement et de déclaration. À titre d'exemple, le Canada applique des règles très strictes de codage des traumatismes obstétricaux, ce qui explique peut-être en partie que ses taux apparaissent plus élevés que ceux d'autres pays.

Définitions et comparabilité

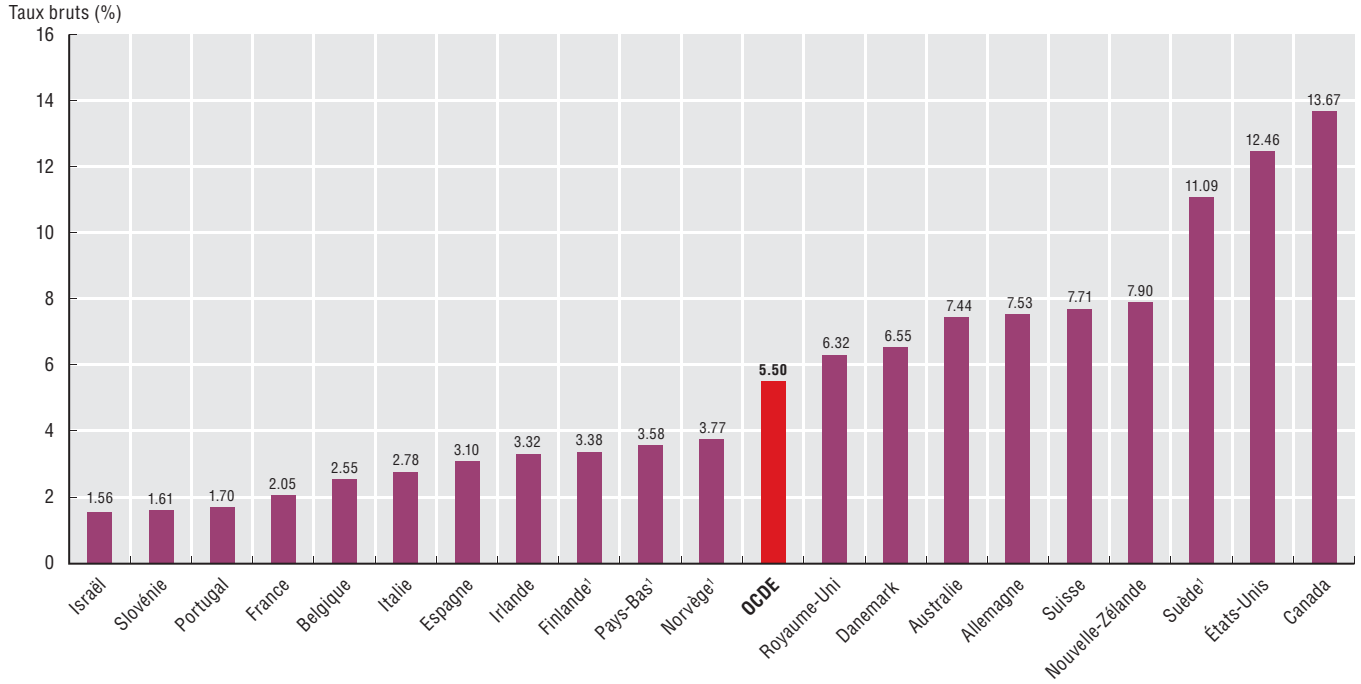
Les indicateurs de sécurité des patients sont obtenus à partir des indicateurs de qualité élaborés par l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) aux États-Unis. Ces indicateurs de l'AHRQ fournissent des informations sur les complications nosocomiales et les incidents préjudiciables pouvant survenir après un acte chirurgical, un acte à visée diagnostique ou thérapeutique ou un accouchement. Ils ont été développés après une étude documentaire exhaustive, une analyse des codes CIM-9-CM, un examen effectué par un panel de cliniciens, la mise en œuvre d'un ajustement des risques et des analyses empiriques (AHRQ, 2006).

Les deux indicateurs du traumatisme obstétrical sont définis comme la proportion d'accouchements par voie vaginale avec et sans instrument assortis d'un code de traumatisme obstétrical de 3e ou de 4e degré. D'éventuelles différences dans la définition des diagnostics principal et secondaire n'ont donc aucune influence sur les taux calculés.

Des différences nationales de déclaration des données peuvent influer sur les taux calculés. Il s'agit essentiellement de différences dans les habitudes de codage et les sources de données. Les taux de traumatisme obstétrical reposent pour certains pays sur les données administratives des hôpitaux, et pour d'autres sur les registres du service d'obstétrique, ce qui peut avoir un impact sur les résultats.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.5.1 Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec instrument, 2009 (ou année la plus proche)

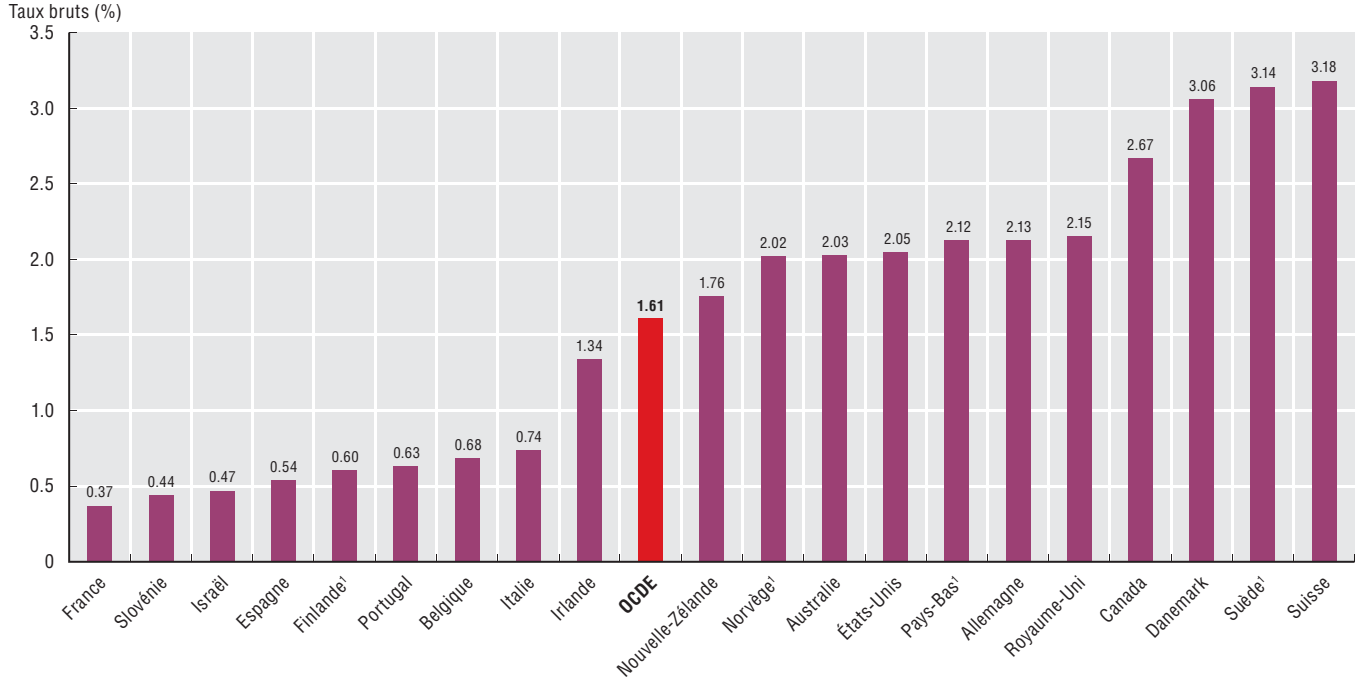


1. Données de registres obstétriques.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529713

5.5.2 Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse sans instrument, 2009 (ou année la plus proche)



1. Données de registres obstétriques.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529732

5.6. Complications opératoires ou postopératoires

Les efforts visant à améliorer la sécurité des patients ont déclenché un intérêt pour la déclaration des événements sentinelles et des incidents préjudiciables imputables à des soins de santé. Les événements sentinelles sont des accidents rares mais dramatiques dans lesquels une erreur médicale peut occasionner un préjudice sérieux pour le patient. Ces accidents indiquent une défaillance des dispositifs de protection des patients pendant l'administration des soins. L'oubli d'un corps étranger pendant une intervention est l'un de ces événements, qui signale l'existence de graves problèmes procéduraux. L'indicateur retrace les erreurs concernant l'oubli d'un instrument chirurgical (aiguille, lame, gaze) en fin d'intervention. Les facteurs de risques les plus couramment à l'origine de la présence postopératoire de corps étrangers sont l'urgence, la modification procédurale inopinée, les changements d'équipier en cours d'intervention chirurgicale et l'obésité du patient (Gawande *et al.*, 2003). Les mesures de prévention peuvent consister à appliquer des procédures de comptage, à explorer les plaies de manière méthodique et à bien communiquer au sein de l'équipe chirurgicale.

Les incidents préjudiciables sont des événements inopinés, imputables à des soins de santé, potentiellement néfastes pour les patients. Ces complications ne peuvent jamais être totalement évitées, compte tenu du caractère risqué de certaines interventions et des problèmes de santé sous-jacents des patients. Ainsi, contrairement aux événements sentinelles, les incidents préjudiciables isolés ne pointent pas nécessairement un problème de sécurité des patients. Si la perforation ou la déchirure accidentelle en cours d'intervention chirurgicale est un risque reconnu, une hausse des taux de complications de cette nature peut être le signe de problèmes systémiques tels qu'une formation inappropriée ou un surmenage du personnel. Les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses profondes postopératoires provoquent inutilement douleurs et décès, mais peuvent être évités grâce à l'emploi adapté d'anticoagulants et à d'autres mesures de prévention. Les septicémies consécutives à des actes chirurgicaux non urgents sont des complications graves pouvant entraîner des dysfonctionnements organiques multiples et la mort. Elles font souvent suite à des infections moins graves qu'il faudrait éviter ou traiter correctement. L'antibiothérapie prophylactique, les techniques chirurgicales stériles et des soins postopératoires de qualité peuvent permettre d'éviter de nombreux cas de septicémie postchirurgicale.

Les graphiques 5.6.1 à 5.6.4 illustrent les complications liées aux soins médicaux et chirurgicaux. Les pays se classent très différemment pour ces quatre indicateurs. Ainsi, la Suisse a le taux le plus élevé de déclarations de corps étrangers laissés lors d'une intervention, un taux très faible d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde postopératoire et le taux le plus faible de septicémie postopératoire. On peut constater une variance similaire des résultats des indicateurs pour le Canada, l'Espagne et la France. Certains pays ont régulièrement des taux plus élevés (Australie, Nouvelle-Zélande) ou moins élevés (Allemagne, Danemark).

Les différences observées au niveau des indicateurs de la sécurité opératoire ou postopératoire des patients peuvent traduire des variations dans les habitudes d'enregistrement et de déclaration des données, plutôt que dans la sécurité des soins dispensés. Dans les pays où l'établissement de documents et la facturation hospitalière ne sont pas directement liés, hôpitaux et médecins sont moins incités à rendre compte des diagnostics de manière précise et complète. En dépit de certaines réserves quant à la précision avec laquelle les résultats actuels reflètent les performances nationales en matière de sécurité des patients et sont comparables au plan international, ces indicateurs montrent qu'un grand nombre de patients a été affecté de manière certaine par des incidents en lien avec leur sécurité. À l'avenir, les efforts internationaux d'harmonisation des documents et des systèmes de données, ainsi que les résultats des études de validation en cours, fourniront davantage d'informations sur la validité et la fiabilité des mesures de la sécurité des patients fondées sur les données administratives des hôpitaux.

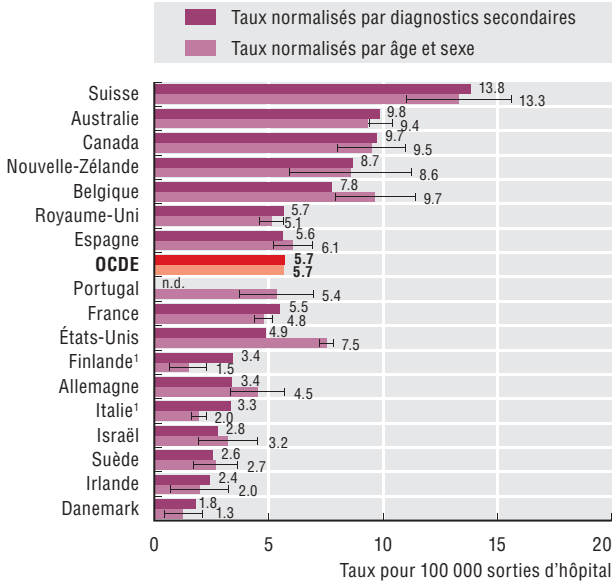
Définitions et comparabilité

Voir l'indicateur 5.5. pour la définition, la source et la méthodologie sous-tendant les indicateurs de sécurité des patients. Les complications opératoires et postopératoires sont définies comme le nombre de sorties d'hôpital assorties d'un code CIM de complication dans un domaine diagnostique secondaire, divisé par le nombre total de sorties (médicales et chirurgicales, ou seulement chirurgicales) de patients de 15 ans et plus. Les taux ont été normalisés selon l'âge et le sexe, à l'exception du taux de septicémie postopératoire en raison de l'utilisation de critères modifiés d'exclusion dans l'algorithme de calcul de cet indicateur. En outre, les taux de sécurité des patients ont été corrigés du nombre moyen de diagnostics secondaires (SDx) afin d'améliorer la comparabilité internationale (Drösler *et al.*, 2011). Malgré cette correction, il se peut que les résultats de deux pays (la Finlande et l'Italie), qui déclarent moins de 1.5 diagnostic par enregistrement, soient sous-estimés.

Des différences nationales dans la déclaration des données peuvent influer sur les taux. Il s'agit essentiellement de différences dans les habitudes de codage, les règles de codage (au niveau par exemple de la définition des diagnostics principal et secondaire) et l'emploi de marqueurs à caractère diagnostique (par exemple, « présent à l'admission »).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.6.1 Corps étranger laissé dans l'organisme pendant l'opération, 2009 (ou année la plus proche)



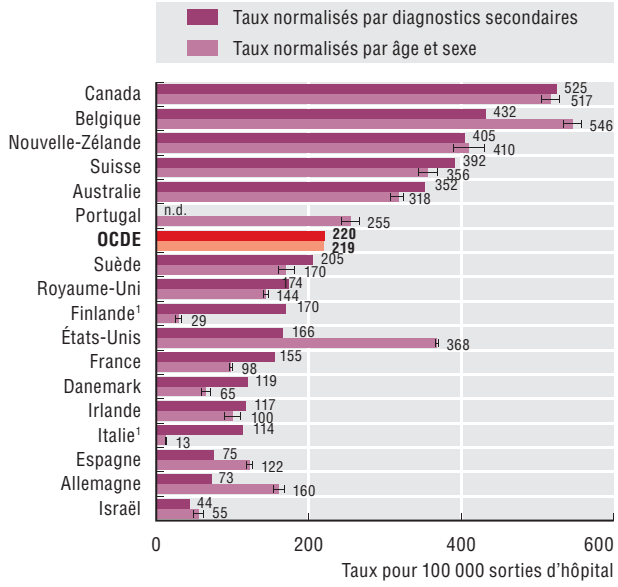
1. Le nombre moyen de diagnostiques secondaires est inférieur à 1.5.

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

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529751

5.6.2 Perforation ou lacération accidentelle, 2009 (ou année la plus proche)



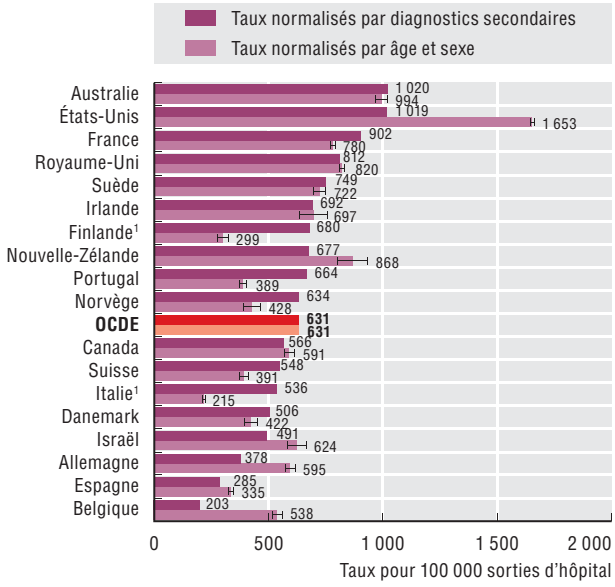
1. Le nombre moyen de diagnostiques secondaires est inférieur à 1.5.

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

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529770

5.6.3 Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde post-opérative, 2009 (ou année la plus proche)



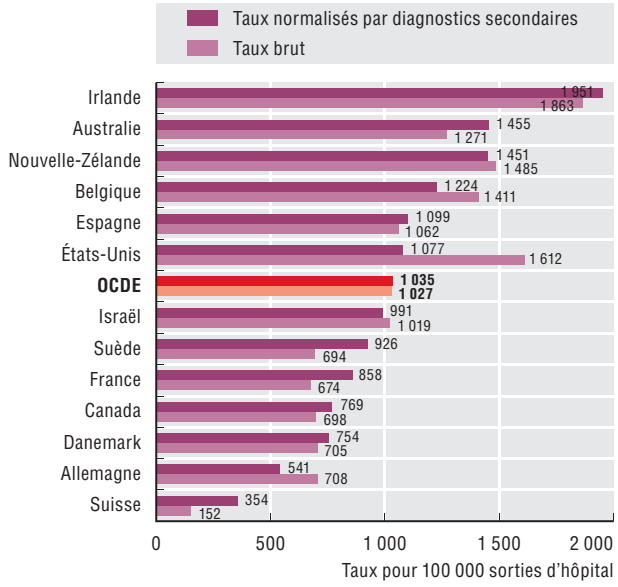
1. Le nombre moyen de diagnostiques secondaires est inférieur à 1.5.

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

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529789

5.6.4 Septicémie post-opérative, 2009 (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.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529808

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

Le poids des maladies mentales est considérable : elles représentent entre 3 et 16 % des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE. Les troubles graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires sont parmi les dix principales causes d'années perdues en raison d'incapacité au niveau mondial (OMS, 2008b).

Les soins de santé mentale sont devenus une priorité des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE en même temps que se produisaient des changements spectaculaires dans l'offre de services de santé mentale. Depuis les années 70, avec la désinstitutionalisation et le développement des médicaments utilisés en psychiatrie moderne, les soins ont été transférés des grands hôpitaux psychiatriques vers des unités de soins intégrées de proximité impliquant une équipe pluridisciplinaire. A côté des traitements, l'accent a été mis également sur la prévention, la réadaptation et l'insertion sociale. Paradoxalement, cette évolution a rendu plus difficile le suivi des soins de santé mentale car peu de pays ont une infrastructure d'information de santé qui permette de suivre les patients à travers les différents parcours de soins.

Les patients souffrant de troubles mentaux graves continuent de recevoir des soins spécialisés à l'hôpital mais si un suivi approprié et coordonné est assuré après leur sortie les patients ne sont généralement pas réadmis à l'hôpital dans les 30 jours. Dans le cadre du suivi de la qualité des soins de santé mentale, les taux de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours sont utilisés dans de nombreux pays comme le Canada (Institut canadien d'information sur la santé), le Royaume-Uni (Care Quality Commission) et les États-Unis (National Mental Health Performance Monitoring System).

Les taux de réadmissions non programmées pour schizophrénie varient grandement d'un pays à l'autre : les pays nordiques et la Pologne se situent en haut de l'échelle et la République slovaque et le Royaume-Uni en bas de l'échelle (graphique 5.7.1). Le schéma des taux de réadmission pour troubles bipolaires (graphique 5.7.2) est similaire, les pays nordiques et la Pologne affichant les taux les plus élevés. La plupart des pays ont des taux similaires pour les hommes et pour les femmes pour ces deux types de troubles mentaux.

Les systèmes de soins de santé mentale se sont développés selon des modèles différents d'organisation et de prestation de soins. Certains pays, comme l'Italie, la Norvège et le Royaume-Uni, utilisent des « équipes de crise » locales pour stabiliser les patients en dehors de l'hôpital, alors que le Canada et les États-Unis mettent aussi l'accent sur les prestations de soins de santé mental communautaire. D'autres pays tels que le Danemark et la Finlande, appliquent des protocoles de soins intermittents avec une hospitalisation des patients instables pendant de courtes périodes. Des pays comme le Danemark sont également proactifs dans l'identification des patients ayant besoin de soins par des équipes mobiles assurant un suivi après la sortie d'hôpital, ce qui conduit probablement à des taux élevés de réadmissions. Des pays comme le Canada et le Royaume-Uni adoptent aussi une approche centrée sur les patients qui sont impliqués dans l'élaboration d'un plan de soins et de services, ce qui peut également avoir des conséquences sur les taux de réadmission.

La réadmission non programmée n'est qu'une approche de la mesure de la qualité des systèmes de soins de santé mentale et le développement ultérieur par l'OCDE d'indicateurs dans des domaines tels que les traitements, la continuité et la coordination des soins peuvent contribuer à une compréhension meilleure et plus complète de la performance des systèmes de soins de santé mentale dans les pays.

Définitions et comparabilité

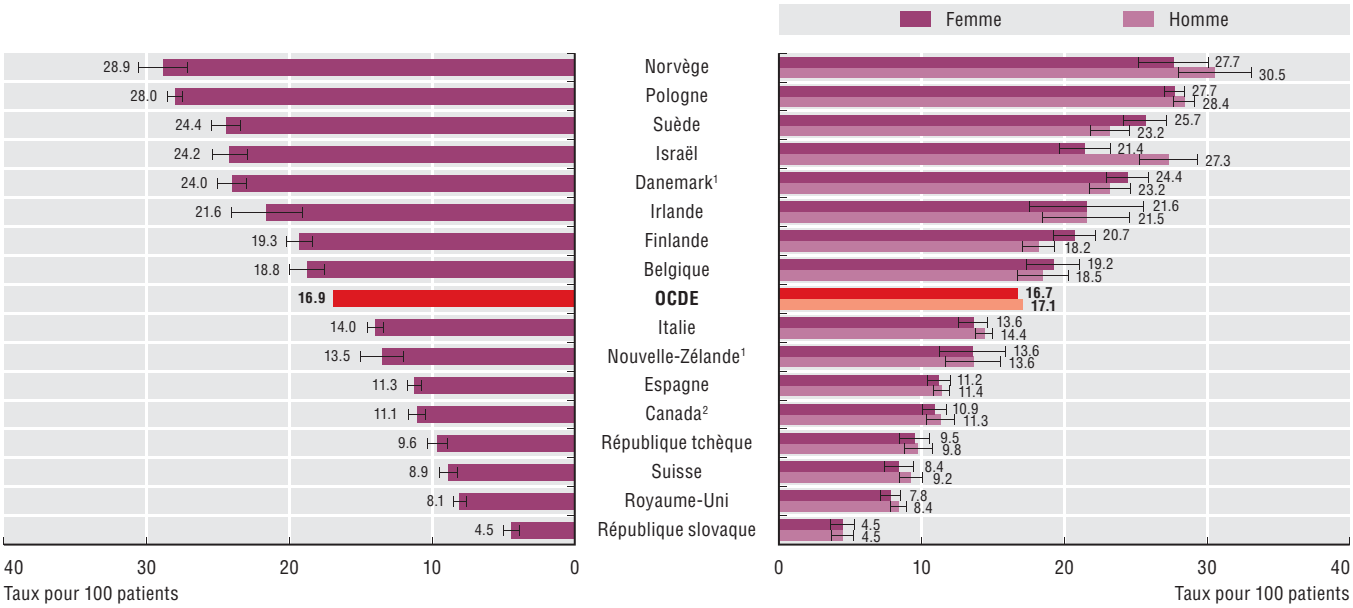
Peu de registres administratifs font la distinction entre réadmissions non programmées et programmées. L'indicateur correspond au nombre de réadmissions non programmées pour 100 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires. Le dénominateur comprend tous les patients ayant au moins une admission dans l'année pour l'affection considérée. Une réadmission est considérée comme non programmée lorsque le patient est admis pour un trouble mental quelconque dans le même hôpital dans les 30 jours suivant sa sortie. Les admissions d'un jour (moins de 24 heures) ne sont pas prises en compte. Les données ont été normalisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2005, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

Dans de nombreux pays, du fait de l'absence d'identifiant unique des patients, il n'est pas possible de suivre les patients d'un hôpital à l'autre. Les taux sont donc minorés étant donné qu'on ne peut observer les réadmissions dans un hôpital différent. Toutefois, une analyse des données de 11 pays qui ont été capables d'estimer les taux de réadmission dans le même hôpital ou dans un autre hôpital montre que les taux basés sur ces deux spécifications différentes étaient étroitement corrélés et que la classification des pays était similaire (excepté pour la République tchèque), ce qui donne à penser que les réadmissions dans le même hôpital peuvent être utilisées comme une approximation valable.

Les spécifications des codes ICD des réadmissions à l'hôpital pour troubles bipolaires ont changé depuis la dernière collecte de données, de sorte qu'une comparaison directe avec les données publiées précédemment n'est pas possible.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.7.1 Réadmissions dans le même hôpital pour schizophrénie, 2009 (ou année la plus proche)



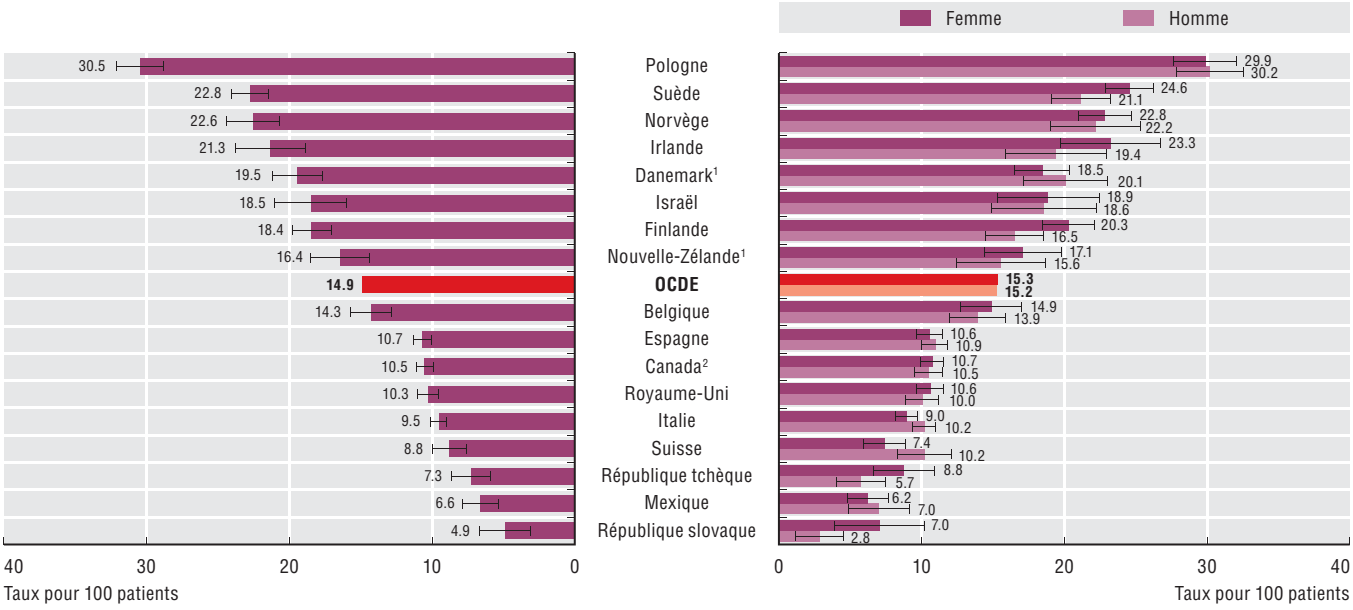
Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentées par ⊢⊣.

1. Les données n'incluent pas les patients avec un diagnostique secondaire de schizophrénie et de trouble bipolaire.
2. Seules les réadmissions 30 jours après la première hospitalisation ont été comptées comme réadmissions.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529827

5.7.2 Réadmissions dans le même hôpital pour troubles bipolaires, 2009 (ou année la plus proche)



Note : Les taux sont normalisés par âge et sexe selon la structure de la population des pays de l'OCDE en 2005. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentées par ⊢⊣.

1. Les données n'incluent pas les patients avec un diagnostique secondaire de schizophrénie et de trouble bipolaire.
2. Seules les réadmissions 30 jours après la première hospitalisation ont été comptées comme réadmissions.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529846

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

Le cancer du col de l'utérus peut être évité et il est curable s'il est détecté à un stade précoce. La principale cause du cancer du col de l'utérus, qui représente environ 95 % de l'ensemble des cas, est l'exposition sexuelle au papillomavirus humain (CIRC, 1995; Franco *et al.*, 1999). Trois indicateurs sont présentés pour refléter les variations des soins du cancer du col de l'utérus dans les pays de l'OCDE: le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 69 ans, le taux de survie relatif à cinq ans et le taux de mortalité.

La prévention primaire par vaccination du cancer du col de l'utérus attribuable au papillomavirus humain (PVH) s'est révélée hautement efficace ; elle est recommandée dans un grand nombre de pays (Shefer *et al.*, 2008; Koulova *et al.*, 2008). La prévention secondaire par le test de PAP et le test de l'ADN HPV augmente la probabilité de détecter des lésions précancéreuses qui peuvent être traitées efficacement. Les programmes de dépistage ont été encouragés par le Conseil de l'Union européenne et la Commission européenne (Union européenne, 2003; Commission européenne, 2008c), mais leur périodicité et les groupes cibles varient entre les pays. On a beaucoup débattu de la nécessité de réévaluer le dépistage du cancer du col de l'utérus après la mise en place des programmes de vaccination anti PVH et d'étudier le rapport coût-efficacité des différentes stratégies de dépistage (Goldhaber-Fiebert *et al.*, 2008; Wheeler *et al.*, 2009).

En 2009, les États-Unis ont enregistré le taux de dépistage le plus élevé, avec un taux de 86 % (graphique 5.8.1). Le Royaume-Uni, la Norvège et la Suède ont également réalisé une couverture d'environ 80 % de la population cible. En revanche, les taux de dépistage les plus faibles concernaient la République slovaque et la Hongrie, bien qu'en Hongrie, une proportion importante des activités de dépistage a lieu en dehors des programmes de dépistage organisés, ce qui entraîne une sous-estimation. Dans quelques pays (Canada, Finlande, Hongrie, Islande, Norvège, République slovaque, Royaume-Uni et États-Unis), les taux de dépistage ont baissé entre 2000 et 2009.

Les taux de survie sont des indicateurs clé de mesure de l'efficacité des systèmes de soins de santé et sont couramment utilisés pour suivre les progrès du traitement d'une maladie dans le temps. Ils reflètent à la fois le stade auquel le cancer a été dépisté et l'efficacité du traitement administré. Sur les périodes 1997-2002 et 2004-09, les taux de survie relatifs à cinq ans se sont améliorés dans la plupart des pays grâce à l'amélioration de l'efficacité du dépistage et du traitement (graphique 5.8.2.). Les taux rapportés pour la période la plus récente étaient les plus faibles en Irlande et au Royaume-Uni alors qu'ils étaient les plus élevés en Norvège et en Corée.

Les taux de mortalité reflètent les résultats des progrès en matière de détection précoce et de traitement du cancer du col de l'utérus. Entre 2000 et 2009, les taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Luxembourg, de l'Irlande, d'Israël, du Portugal et de la Grèce (graphique 5.8.3.). Le Mexique a enregistré une forte baisse de la mortalité du cancer du col de l'utérus qui est tombée de 14.5 pour 100 000 femmes à 9.6, mais son taux demeure le plus élevé des pays de l'OCDE.

Définitions et comparabilité

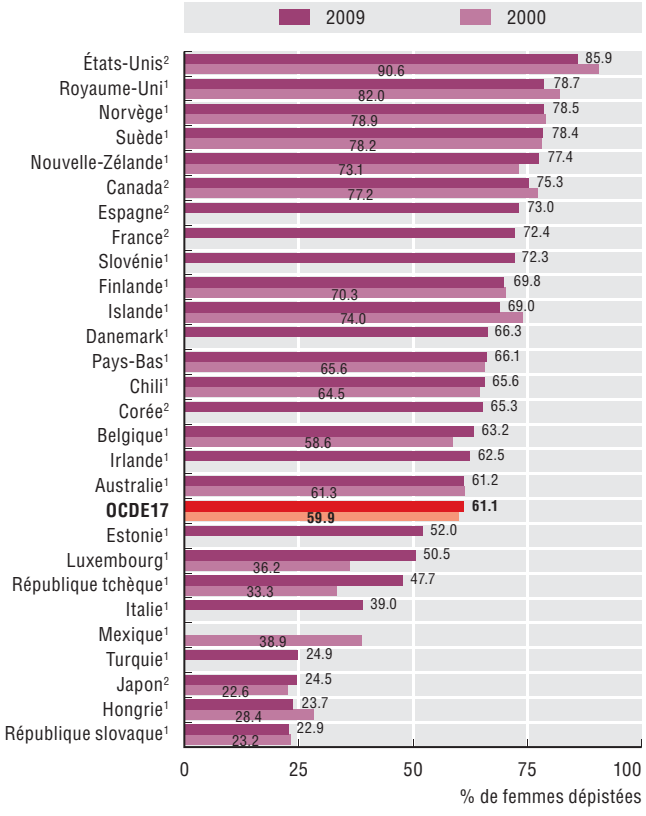
Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus reflètent la proportion des patientes de la population cible qui en bénéficient effectivement. Comme les politiques concernant la périodicité du dépistage varient entre les pays, les taux sont établis sur la base de la politique propre à chaque pays. Il est important de prendre en compte le fait que certains pays déterminent le dépistage sur la base de données d'enquêtes et d'autres sur la base de données de 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-déclarés.

Les taux de survie relatifs au cancer reflètent la proportion de patientes souffrant d'un certain type de cancer qui sont encore en vie au terme d'une période spécifiée (généralement de cinq ans) rapportée à la proportion de personnes encore en vie en l'absence de cette maladie. Les taux de survie relatifs reflètent la surmortalité attribuable au diagnostic. Par exemple, un taux de survie relatif de 80 % ne signifie pas que 80 % des patientes souffrant d'un cancer sont encore en vie au bout de cinq ans mais que 80 % des patientes qui devraient être encore en vie au bout de cinq ans, compte tenu de leur âge et de leur sexe, sont effectivement encore en vie. Tous les taux de survie présentés ici ont été normalisés par rapport à l'âge à l'aide de la population de la norme ICSS (International Cancer Survival Standard). Les taux de survie ne sont pas corrigés en fonction du stade de la tumeur au moment du diagnostic, ce qui ne permet pas d'évaluer l'impact relatif d'une détection précoce et d'un meilleur traitement.

Voir l'indicateur 1.4 sur la « Mortalité par cancer » pour la définition et la source sous-jacente aux taux de mortalité.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.8.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans, 2000 à 2009 (ou année la plus proche)

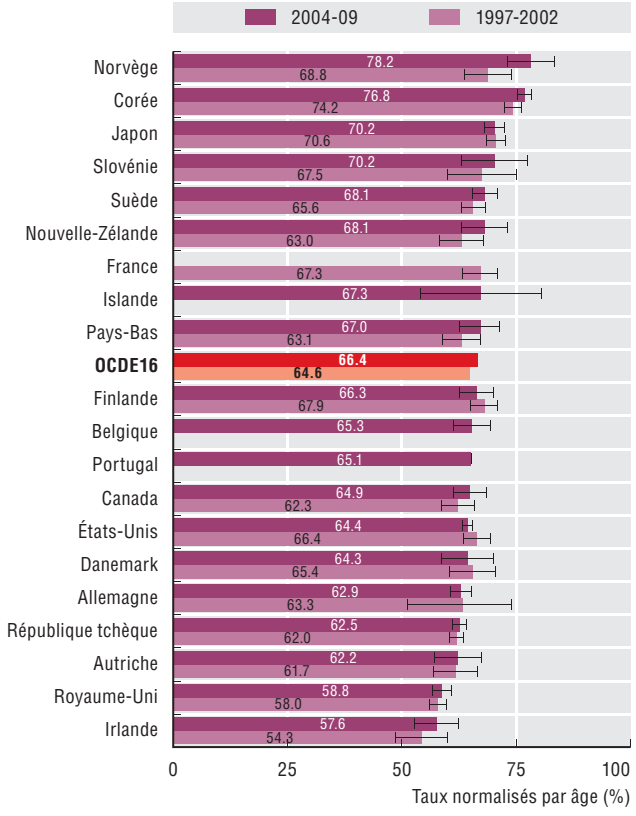


1. Programme. 2.Enquête.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529865

5.8.2 Taux de survie relatifs à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 1997-2002 et 2004-09 (ou période la plus proche)

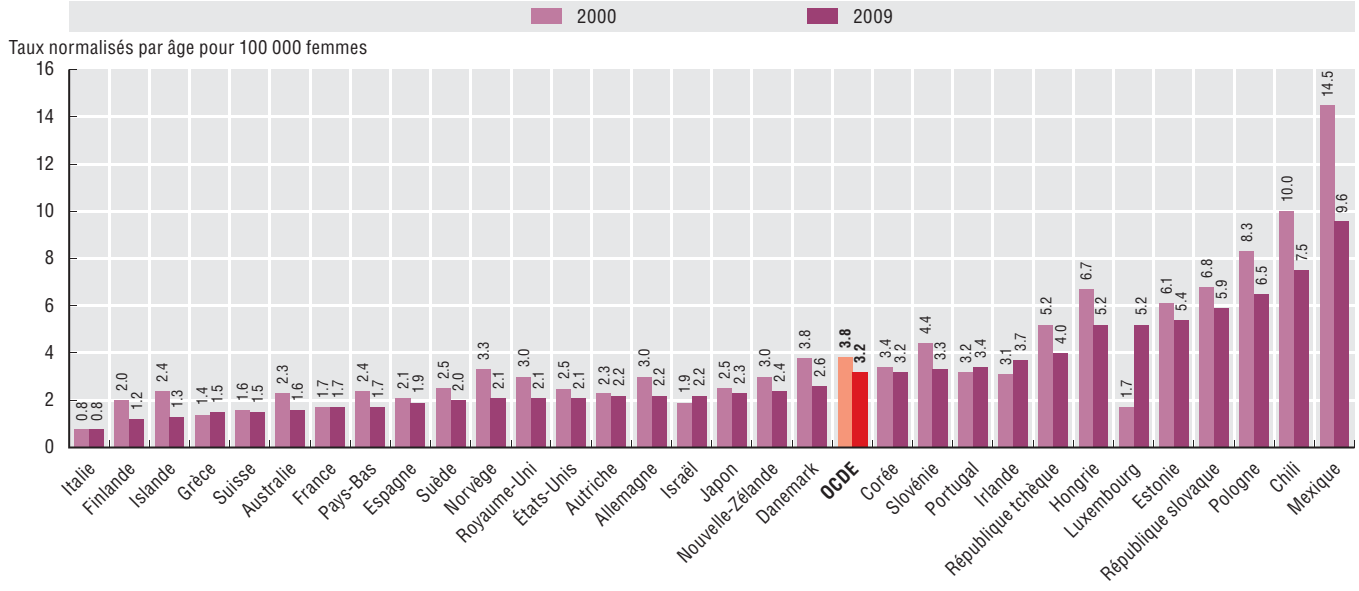


Note : Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529884

5.8.3 Mortalité liée au cancer du col de l'utérus, 2000 à 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529903

5.9. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes ; il a été responsable de près de 460 000 décès dans le monde en 2008 (OMS, 2011d). Une femme sur neuf aura un cancer du sein à un moment de sa vie et une sur trente en décédera. Il existe un certain nombre de facteurs de risque tels que l'âge, des antécédents familiaux de cancer du sein, une oestrogénothérapie et l'abus d'alcool. Les dépenses globales au titre du cancer du sein représentent environ 0.5 à 0.6 % des dépenses totales de santé (OCDE, 2003a). La disparité de traitement du cancer du sein entre les pays de l'OCDE est représentée par les taux de dépistage par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, les taux de survie et les taux de mortalité.

L'encouragement du dépistage par mammographie et autoexamen a permis de détecter la maladie à un stade plus précoce. La plupart des pays de l'OCDE ont adopté des programmes de dépistage qu'ils considèrent être le moyen le plus efficace pour détecter un cancer du sein. La périodicité et les groupes de population cibles varient entre les pays et font encore l'objet de débats. Les directives de l'UE (Commission européenne, 2006) promeuvent un objectif de taux de dépistage d'au minimum 75 % des femmes de la population cible dans les pays européens. En 2009, les différences de taux de dépistage demeurent très importantes dans les pays de l'OCDE, s'échelonnant entre 12 % en Turquie et 16-17 % en République slovaque et au Mexique à plus de 80 % en Finlande, aux Pays-Bas et aux États-Unis (graphique 5.9.1). Certains pays qui avaient des taux de dépistage élevés en 2000, comme la Finlande, les États-Unis, la Norvège et le Royaume-Uni, ont enregistré une baisse de ces taux entre 2000 et 2009. En revanche, la Hongrie et la République slovaque affichaient des progressions importantes, même si leur taux de dépistage se maintiennent bien en dessous de la moyenne de l'OCDE.

L'augmentation de la survie au cancer du sein est attribuée à l'association d'interventions de santé publique, telles qu'une sensibilisation accrue à la maladie et aux programmes de dépistage, et de traitements plus performants. En particulier, l'utilisation d'une chirurgie de conservation mammaire associée à une radiothérapie locale et à une thérapie néoadjuvante ont amélioré la survie mais aussi la qualité de vie des femmes qui survivent (Mauri *et al.*, 2008). Les moyens mis en œuvre et les schémas de traitement du cancer du sein varient considérablement entre pays de l'OCDE, et ont fait l'objet de plusieurs études internationales (Sant *et al.*, 2009; Coleman *et al.*, 2008 et 2011). Les taux de survie relatifs à cinq ans du cancer du sein se sont améliorés dans tous les pays entre 1997-2002 et 2004-09 (graphique 5.9.2). De nombreux pays de l'OCDE ont des taux de survie supérieurs à 80 %. Les augmentations les plus notables entre les deux périodes ont été observées en Irlande, en République tchèque et en Slovénie. Des études récentes ont montré que certaines disparités de taux de survie pourraient être dues à des disparités de mise en œuvre des programmes de dépistage et à des améliorations dissemblables entre les patientes d'âge intermédiaire et les patientes âgées (Rosso *et al.*, 2010).

Les taux de mortalité reflètent les résultats des progrès en matière de détection précoce et de traitement du cancer du sein. Globalement, les taux de mortalité du cancer du sein ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 5.9.3). Les progrès ont été considérables en Estonie, en République tchèque, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, au Luxembourg et en Norvège. Seuls font exception la Corée, le Japon, l'Islande et le Mexique mais dans ces pays les augmentations sont faibles et les taux de mortalité continuent d'être parmi les plus bas des pays de l'OCDE.

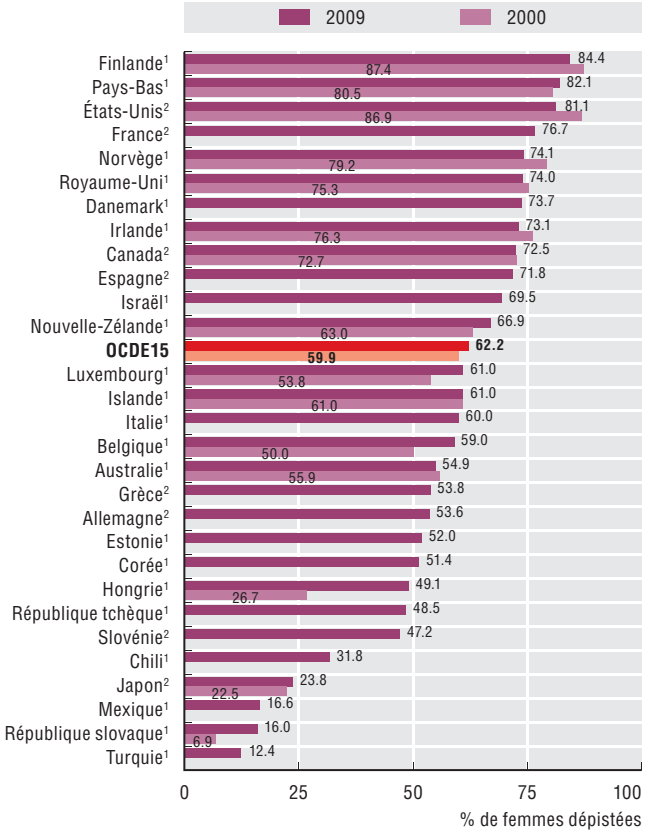
Définitions et comparabilité

Les taux de dépistage par mammographie reflètent la proportion des femmes du groupe cible qui bénéficient effectivement d'un dépistage. Comme les politiques en matière de groupes d'âge cibles et de périodicité du dépistage diffèrent entre les pays, ces taux sont établis sur la base de la politique propre à chaque pays. Certains pays déterminent le dépistage sur la base de données d'enquêtes et d'autres sur la base de 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-déclarés.

Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur 5.8. « Cancer du col de l'utérus ».

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

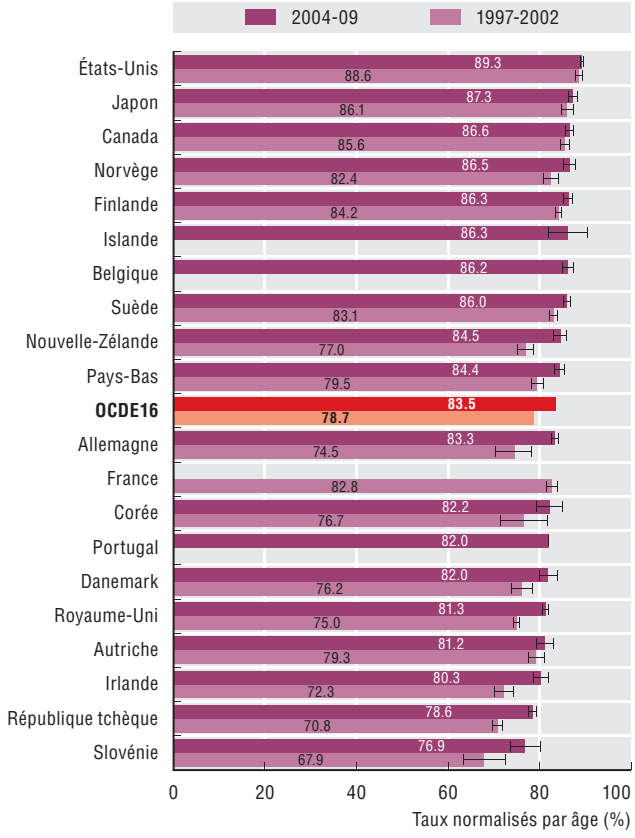
5.9.1 Dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans, 2000 à 2009 (ou année la plus proche)



1. Programme. 2.Enquête.
3. *Source: Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529922

5.9.2 Taux de survie relatifs à cinq ans au cancer du sein, 1997-2002 et 2004-09 (ou période la plus proche)

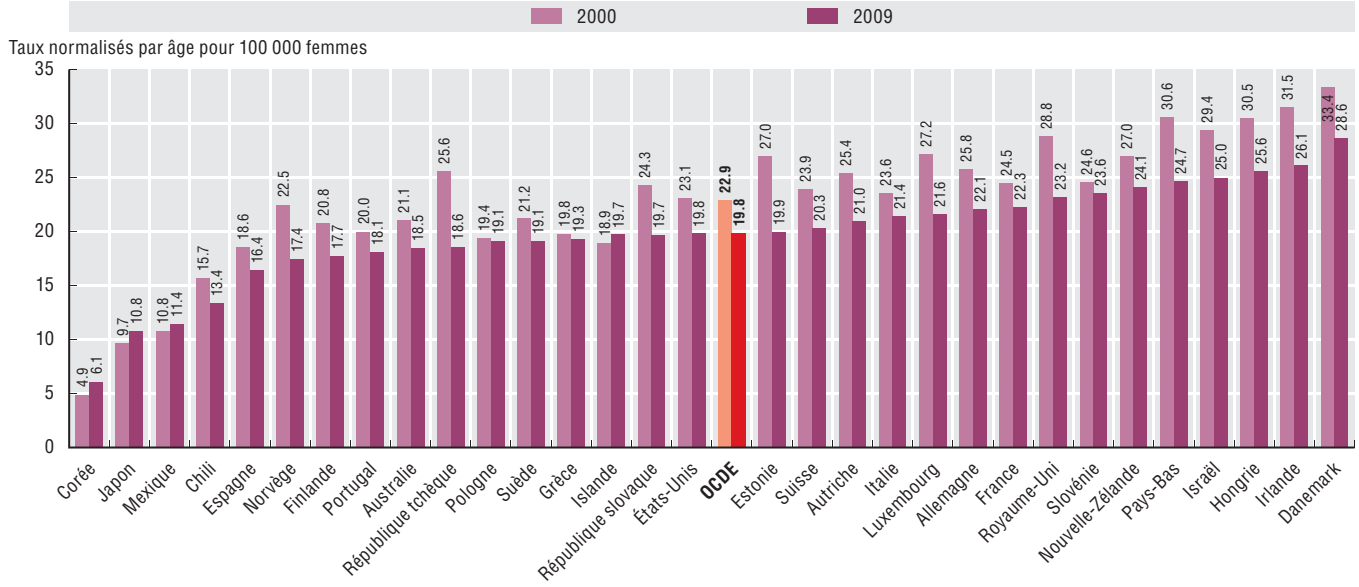


Note : Les intervalles de confiance sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529941

5.9.3 Mortalité du cancer du sein, 2000 à 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529960

5.10. Survie et mortalité du cancer colorectal

Le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus couramment diagnostiquée dans le monde après le cancer du poumon et le cancer du sein. Environ un million de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année (Parkin *et al.*, 2005). Plusieurs facteurs exposent certains individus à un risque accru de contracter la maladie. Ces facteurs sont notamment la présence de polypes, une colite ulcéreuse, un régime riche en graisses, et des facteurs génétiques. La maladie est plus répandue aux États-Unis et en Europe, elle est rare en Asie. Dans les pays qui ont adopté un régime alimentaire de type occidental comme le Japon, l'incidence du cancer colorectal est toutefois en augmentation (CIRC, 2011). On estime à environ 610 000 le nombre des personnes décédées des suites d'un cancer colorectal en 2008 (OMS, 2011d). Aux États-Unis, on estime à 14 milliards USD par an les dépenses totales au titre du traitement du cancer colorectal (Mariotto *et al.*, 2011). Deux indicateurs (le taux de survie relatif à cinq ans et le taux de mortalité) sont utilisés pour refléter la variation des résultats pour les patients souffrant d'un cancer colorectal dans les pays de l'OCDE.

Les techniques recommandées de dépistage du cancer colorectal sont des analyses de selles pour déceler la présence de sang occulte, les sigmoïdoscopies ou coloscopies chez l'adulte à partir de 50 ans et jusqu'à 75 ans (USPSTF, 2008). Ces méthodes de diagnostic sont efficaces pour détecter un cancer à un stade précoce ou la présence de polypes adénomateux. Bien que des programmes organisés de dépistage soient en cours de mise en place ou d'expérimentation dans plusieurs pays de l'OCDE, on ne dispose pas encore de données sur les taux de dépistage du cancer colorectal au niveau international.

Les taux de survie du cancer colorectal ont été utilisés pour comparer les pays européens dans le cadre de l'étude EUROCARE (Sant *et al.*, 2009) et pour comparer différents pays du monde dans le cadre de l'étude CONCORD (Coleman *et al.*, 2008). Les progrès en matière de diagnostic et de traitement ont accru la survie au cours des dix dernières années. Les bénéfices cliniques de l'amélioration des techniques chirurgicales, de la radiothérapie et de la chimiothérapie combinée sont manifestes. Tous les pays montrent une amélioration de leur taux de survie entre 1997-2002 et 2004-09 (graphique 5.10.1). Le Japon et l'Islande ont tous deux un taux de survie relatif supérieur à 66 %. Même si la République tchèque a considérablement amélioré son taux de survie, qui est passé de 41 % à presque 50 % entre les deux périodes, celui-ci reste néanmoins le plus faible de la zone OCDE. Les données du projet EUROCARE ont montré que la survie au cancer colorectal continuait de progresser en Europe, en particulier dans les pays d'Europe orientale (Verdecchia *et al.*, 2007).

Les différences hommes-femmes de survie au cancer colorectal sont notoires dans les pays de l'OCDE (graphique 5.10.2). Dans presque tous les pays, les taux de survie sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, à l'exception de la Corée.

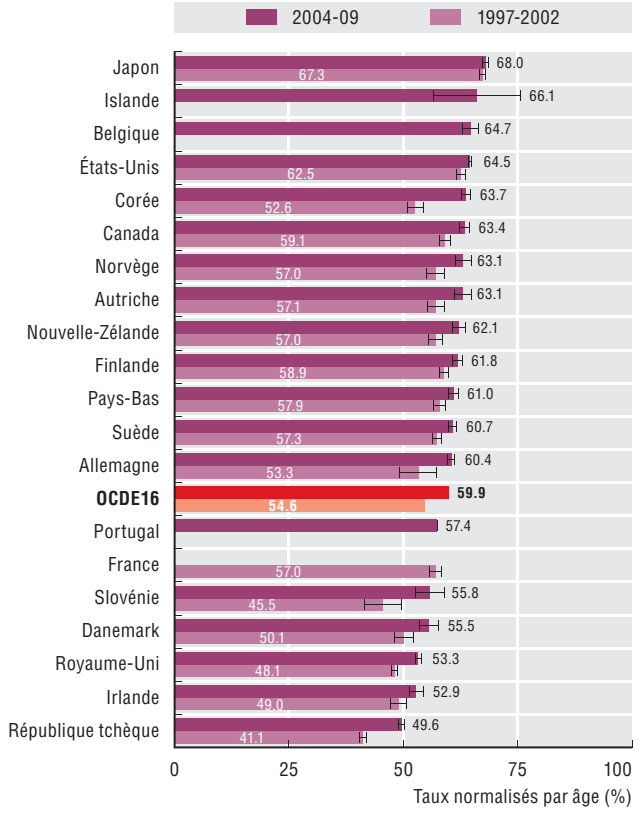
Les taux de mortalité reflètent l'effet du traitement du cancer et les variations de son incidence ; il convient donc d'interpréter avec prudence la relation entre l'évolution du taux de survie et celle du taux de mortalité (Dickman et Adami, 2006). La plupart des pays ont connu une baisse de la mortalité du cancer colorectal entre 2000 et 2009 (graphique 5.10.3), à l'exception de la Corée, le Portugal, la Slovénie, la Pologne, le Mexique, la Grèce, le Chili et l'Estonie. Les pays d'Europe centrale et orientale tendent à avoir des taux de mortalité plus élevés que les autres pays de l'OCDE. En dépit d'une baisse de la mortalité du cancer colorectal depuis 2000, la Hongrie fait état du taux de mortalité le plus élevé, suivie de la République slovaque et de la République tchèque. Les pays ayant des taux de survie relatifs élevés, comme le Japon, l'Islande et les États-Unis, ont également des taux de mortalité inférieurs à la moyenne.

Définitions et comparabilité

Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur 5.8. « Cancer du col de l'utérus ».

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.10.1 Taux de survie relatifs à cinq ans au cancer colorectal, 1997-2002 et 2004-09 (ou période la plus proche)

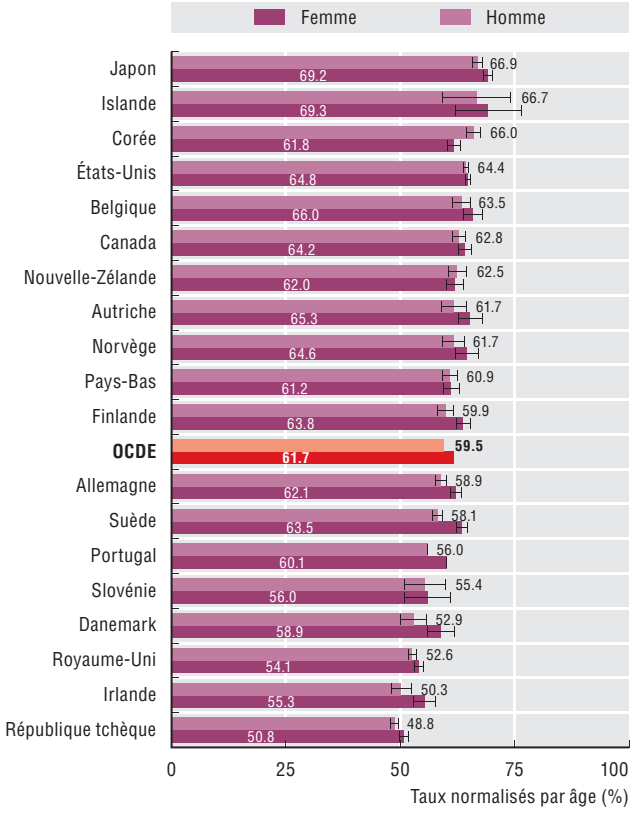


Note : Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529979

5.10.2 Taux de survie relatifs à cinq ans au cancer colorectal, par sexe, 2004-09 (ou période la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par ⊢⊣.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932529998

5.10.3 Mortalité liée au cancer colorectal, 2000 à 2009 (ou année la plus proche)

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530017

5.11. Programmes de vaccination des enfants

La vaccination des enfants demeure une des interventions de santé publique offrant l'un des meilleurs rapports coût-efficacité. Tous les pays de l'OCDE ont mis en place des programmes de vaccination reposant sur leur interprétation des risques et des avantages de chaque vaccin. On peut considérer que la couverture de ces programmes est un indicateur de la qualité des soins. La vaccination contre la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B sont prises ici comme exemples de l'organisation de la vaccination des enfants.

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 pratiquement tous les programmes, et l'étude de l'efficacité des vaccins contre ces maladies ont conclu qu'ils sont sûrs et très efficaces. En Europe, grâce à l'adoption progressive du vaccin contre la rougeole, l'incidence de la maladie est environ dix fois moindre qu'au début des années 90.

On dispose depuis 1982 d'un vaccin contre l'hépatite B jugé efficace à 95 % pour la prévention de l'infection et de ses conséquences chroniques comme la cirrhose et le cancer du foie. En 2004, on estimait à plus de 350 millions dans le monde le nombre de personnes infectées de façon chronique par le virus de l'hépatite B et risquant des complications graves voire mortelles (OMS, 2009b). 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 septentrionale et occidentale et l'Amérique du Nord), l'OMS indique qu'il conviendrait aussi de faire de la vaccination systématique contre l'hépatite B un objectif prioritaire dans la mesure où une forte proportion des infections chroniques est contractée dans la petite enfance (OMS, 2004b).

Les graphiques 5.11.1 et 5.11.2 montrent que, dans l'ensemble, les taux de vaccination des enfants contre la rougeole et la coqueluche (y compris la diphtérie et le tétanos) sont élevés dans les pays de l'OCDE. Dans la plupart des pays, plus de 95 % des enfants de 2 ans bénéficient de la vaccination recommandée contre la rougeole et la coqueluche et les taux pour tous les pays sont supérieurs à 75 %.

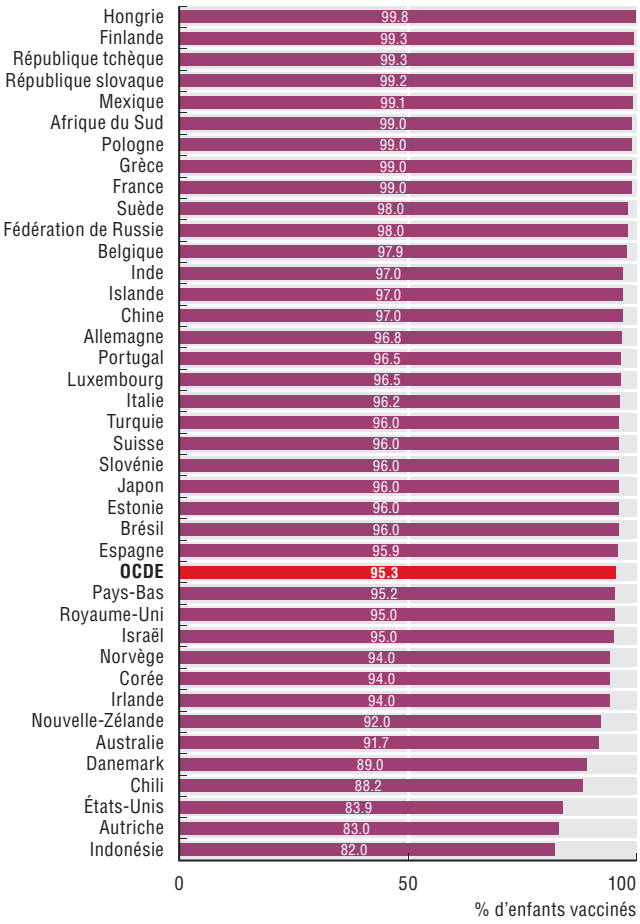
Le graphique 5.11.3 montre que le pourcentage moyen des enfants de 2 ans vaccinés contre l'hépatite B dans les pays ayant mis en place un programme national est également supérieur à 95 %. Un certain nombre de pays n'imposent pas actuellement la vaccination des enfants avant l'âge de 2 ans ou n'ont pas de programmes systématiques ; en conséquence, leurs taux de vaccination sont nettement inférieurs à ceux des autres pays. Au Danemark et en Suède, par exemple, la vaccination contre l'hépatite B n'est pas obligatoire et 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 et tous les territoires n'offrent pas de programmes de vaccination infantile (ASPC, 2009; et Mackie *et al.*, 2009). En France, la couverture de vaccination des enfants de 2 ans a augmenté ces dernières années même si la vaccination contre l'hépatite B reste controversée en raison de spéculations continues sur d'éventuels effets secondaires.

Définition et comparabilité

Les taux de vaccination reflètent le pourcentage d'enfants de 1 ou 2 ans qui reçoivent la vaccination considérée dans le délai recommandé. Les politiques de vaccination des enfants diffèrent légèrement d'un pays à l'autre. Ainsi, ces indicateurs reposent sur la politique de chaque pays. Certains pays administrent des vaccins combinés (par exemple, le DTCoq pour diphtérie, tétanos, coqueluche) tandis que d'autres les administrent séparément. 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.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

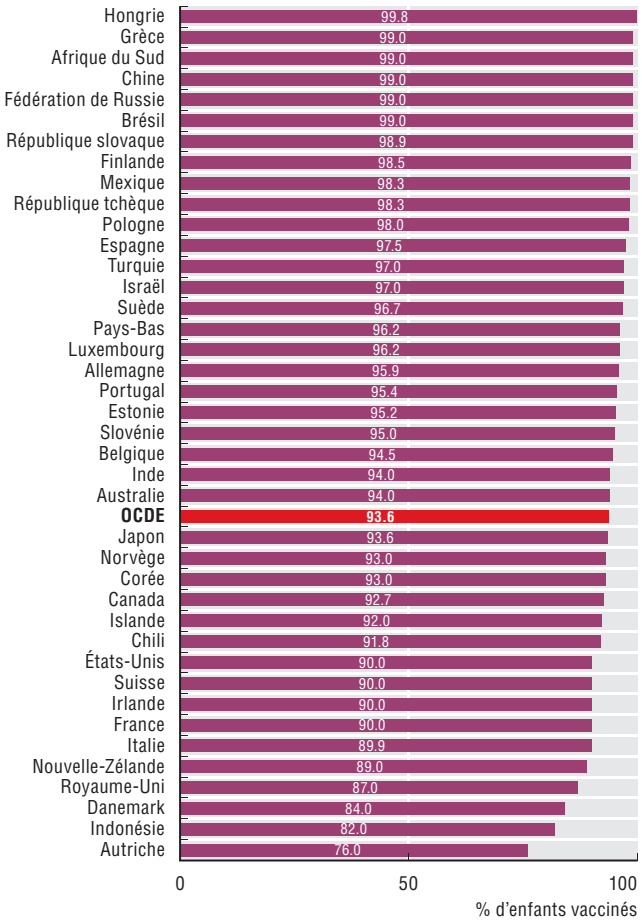
5.11.1 Vaccination contre la coqueluche des enfants âgés de 2 ans, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530036

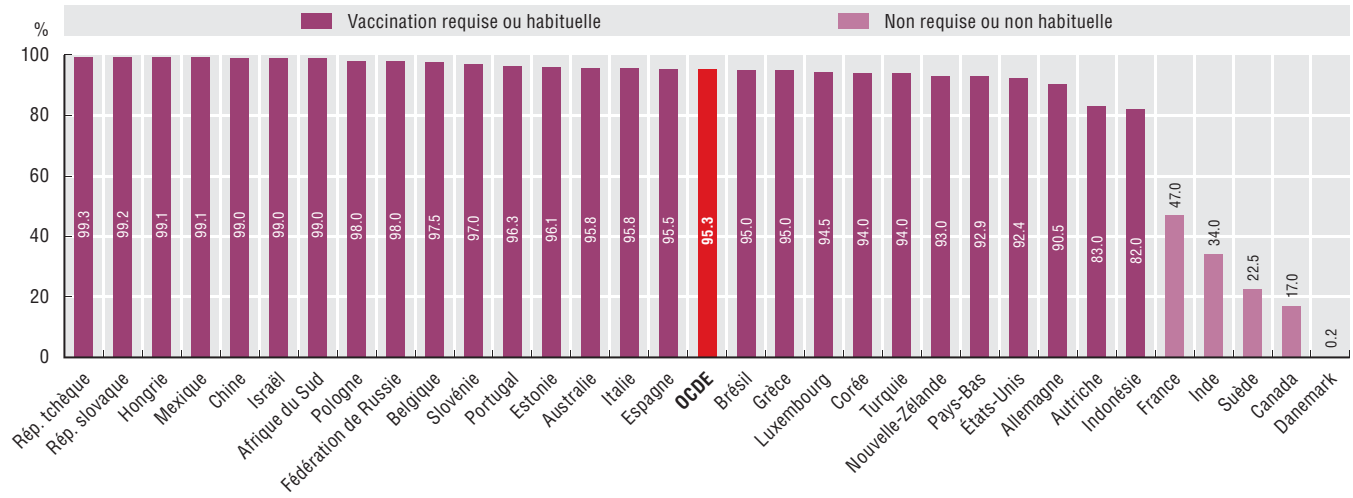
5.11.2 Vaccination contre la rougeole des enfants âgés de 2 ans, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530055

5.11.3 Vaccination contre l'hépatite B des enfants âgés de 2 ans, 2009 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne de l'OCDE inclut seulement les pays avec une immunisation requise ou habituelle.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; OMS (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530074

5.12. Vaccination antigrippale des personnes âgées

La grippe est une maladie infectieuse courante dans le monde qui touche les personnes de tous âges. Aux États-Unis, par exemple, entre 5 % et 20 % de la population en moyenne est atteinte de la grippe chaque année (CDC, 2009). La plupart des personnes qui contractent la maladie s'en remettent 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, 2009). 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 est responsable d'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 USD 9.3 et 14.1 milliards par an (Szucs, 2004).

La vaccination des personnes âgées contre la grippe saisonnière s'est considérablement développée dans les pays de l'OCDE au cours des dix dernières années. La vaccination contre la grippe est fortement recommandée pour les personnes âgées et les personnes souffrant d'affections chroniques en Europe, aux États-Unis et dans d'autres pays (Nicholson *et al.*, 1995).

Le pourcentage des plus de 65 ans vaccinés contre la grippe était de 56 % en 2009 en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 5.12.1). On observe toutefois une grande disparité des taux de vaccination qui s'échelonnent entre 1 % en Estonie, 22 % en Slovénie et en République tchèque, et jusqu'à 75 % en Australie, 77 % aux Pays-Bas et 88 % au Chili et au Mexique. Les taux élevés au Chili reflètent la participation à une vaste campagne annuelle de vaccination. Les taux observés au Mexique reflètent probablement les activités de vaccination intensive en relation avec la pandémie H1N1 de 2009.

Le graphique 5.12.2 montre que si la moyenne de l'OCDE a progressé sensiblement entre 1999 et 2004, elle est demeurée relativement stable entre 2004 et 2009. Depuis 2004, certains pays ont accru leur taux de vaccination de façon marginale tandis que d'autres l'ont réduit, notamment certains pays qui étaient déjà en-dessous de la moyenne de l'OCDE, comme la Slovénie et la Hongrie.

Un certain nombre de facteurs, dont une plus grande acceptation des actions de prévention par les patients et les praticiens, une meilleure couverture des vaccins par l'assurance maladie publique et leur administration par un éventail plus large de prestataires de soins de santé autres que les médecins ont contribué aux niveaux actuellement élevés des taux de vaccination contre la grippe dans certains pays (Singleton *et al.*, 2000).

Un certain nombre d'obstacles doivent être surmontés dans d'autres pays si ceux-ci veulent accroître leur taux de couverture. Par exemple, les raisons suivantes ont été avancées pour expliquer les taux de vaccination relativement faibles de l'Autriche : manque de sensibilisation du public, couverture insuffisante des coûts correspondants par les assurances et absence de consensus au sein de la profession médicale quant à l'importance de la vaccination (Kunze *et al.*, 2007).

Des souches particulièrement virulentes du virus, analogues au sous-type de la grippe aviaire H5N1, peuvent entraîner des pandémies dont les conséquences peuvent être beaucoup plus grandes que celles de la grippe saisonnière. L'impact potentiel de la grippe sur la santé des individus mais aussi sur l'activité économique a été à nouveau démontré avec l'épidémie H1N1 de 2009 (également appelée « grippe porcine »). Bien que les évaluations de l'impact économique de l'épidémie H1N1 diffèrent, la Banque mondiale estimait en 2008 qu'une pandémie grippale sévère pourrait coûter à l'économie mondiale jusqu'à 4.8 % du produit intérieur mondial (Burns *et al.*, 2008).

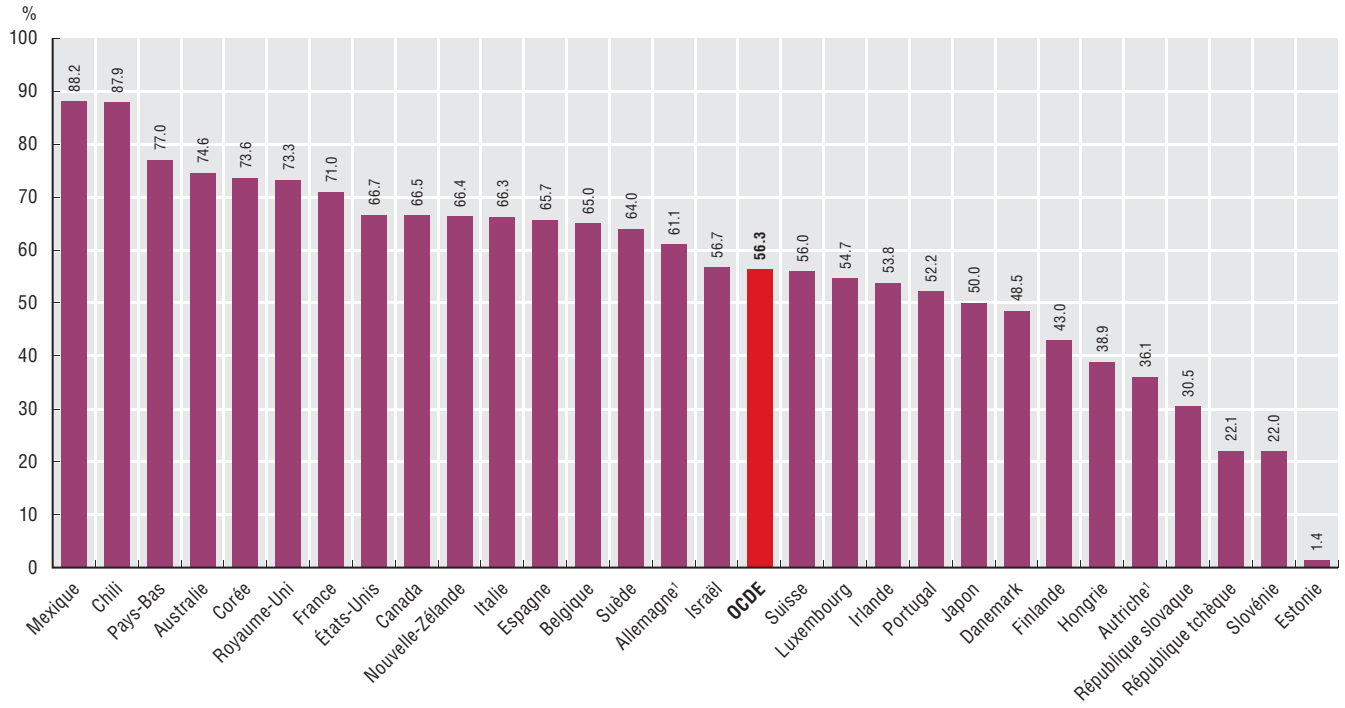
D'après l'OMS, la vaccination est l'un des meilleurs modes de protection des personnes pendant les épidémies et les pandémies grippales. Les antiviraux et autres médicaments, la « distanciation sociale » et l'hygiène personnelle font également partie des moyens utilisés. Une infrastructure nationale et des processus établis pour les programmes de vaccination saisonnière peuvent signaler une préparation renforcée pour répondre à un début d'épidémie de grippe. Toutefois, les vaccins contre la grippe saisonnière n'offrent guère voire aucune protection contre la grippe A (H1N1) (OMS, 2009c).

Définitions et comparabilité

Le taux de vaccination contre la grippe correspond au nombre de personnes de 65 ans et plus auxquelles le vaccin contre la grippe a été administré dans l'année, divisé par le nombre total de personnes de cette tranche d'âge. La principale limite en termes de comparabilité des données résulte du recours à des sources de données différentes, enquêtes ou programmes, sujettes à différents types d'erreurs et de biais. Ainsi, les données tirées d'enquêtes de population peuvent refléter des variations dues à des erreurs de remémoration.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

5.12.1 Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 2009 (ou année la plus proche)

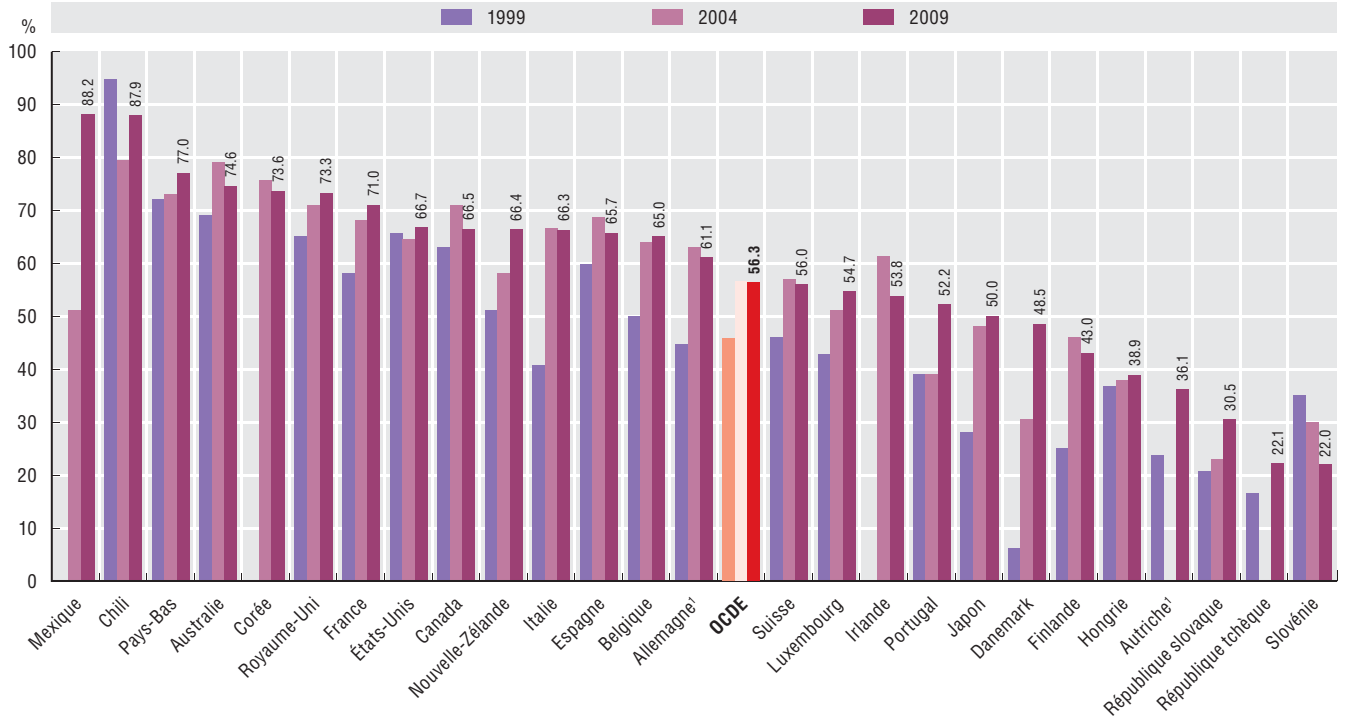


1. Population âgée de plus de 60 ans.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530093

5.12.2 Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 1999-2009 (ou année la plus proche)



1. Population âgée de plus de 60 ans.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530112

6. ACCÈS AUX SOINS

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

6.8. Délais d'attente

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 ayant des besoins égaux. Une méthode pour évaluer l'égalité d'accès aux services consiste à étudier les déclarations de besoins de santé insatisfaits pour une raison ou une autre. Les problèmes que les patients déclarent rencontrer dans l'obtention de soins peuvent refléter des barrières importantes.

Parmi les raisons couramment avancées pour expliquer qu'elles ne reçoivent pas de soins, les personnes mentionnent le coût excessif 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 différences *entre* pays de besoins en soins insatisfaits peuvent être dues à des différences de formulation des questions des enquêtes, à des raisons socioculturelles mais aussi à des réactions aux débats nationaux sur les politiques de santé. Toutefois, ces facteurs expliquent dans une moindre mesure les différences de besoins en soins insatisfaits entre les différents groupes de population *à l'intérieur* de chaque pays. Il est également important d'examiner les besoins en soins de santé insatisfaits autodéclarés conjointement avec les indicateurs des barrières potentielles à l'accès telles 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, la majorité de la population ne déclare aucun besoin de soins non satisfait. Toutefois, dans une enquête européenne réalisée en 2009, une part significative de la population de certains pays déclarait avoir eu des besoins en soins médicaux non satisfaits. De manière générale, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer ne pas recevoir les soins dont elles avaient besoin et il en allait de même pour les personnes à bas revenu.

Le graphique 6.1.1 présente trois raisons pouvant générer des problèmes d'accès. Dans de nombreux pays, la raison la plus fréquemment citée est le coût des traitements. C'est particulièrement vrai en Grèce, en Italie, en Pologne et au Portugal. Bien que dans ces pays moins de 5 % des répondants se disent affectés, c'est parmi les personnes à faible revenu que des raisons financières sont les plus souvent déclarées. Les délais d'attente sont un problème pour certaines personnes interrogées en Pologne, en Finlande et en Estonie. L'éloignement n'est pas un problème majeur, excepté en Norvège où un tiers du petit nombre de personnes faisant état de besoins en soins insatisfaits déclarent que c'est en raison de la distance qu'il leur faudrait parcourir pour recevoir les soins.

S'agissant des soins dentaires, une proportion de la population plus importante que pour les soins médicaux indique avoir des besoins non satisfaits. En 2009, le Portugal et un groupe de pays dont l'Islande, la Suède, la Norvège, l'Italie et la Pologne ont fait état des taux les plus élevés (graphique 6.1.2). De grandes inégalités entre les catégories à hauts revenus et à bas revenus dans les besoins en soins dentaires insatisfaits sont évidentes au Portugal et en Norvège, mais aussi en Estonie et en Allemagne, bien que dans ces deux derniers pays, les niveaux moyens de soins dentaires insatisfaits soient bas.

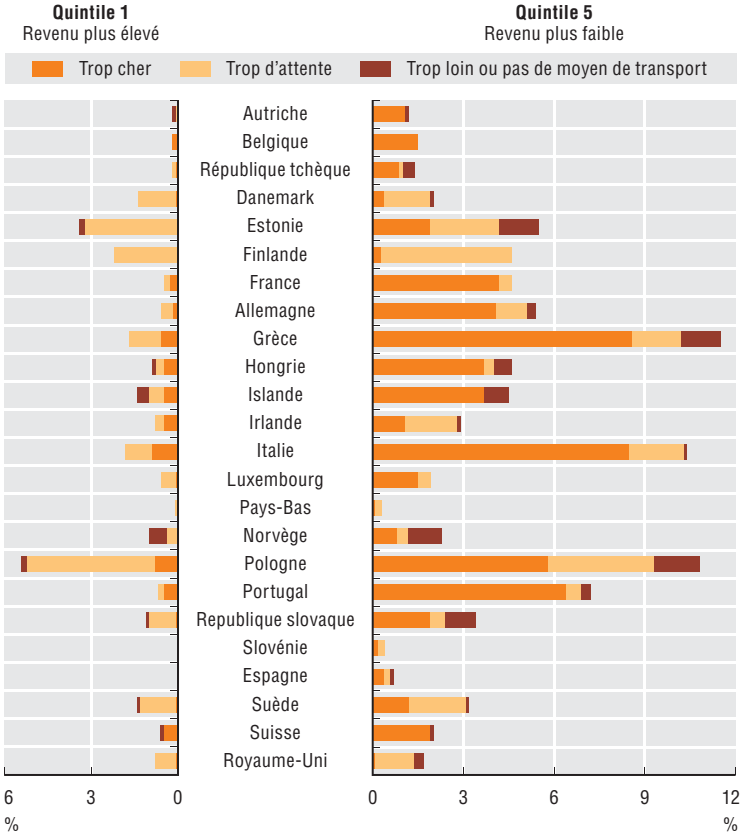
Des inégalités dans les besoins de soins médicaux insatisfaits apparaissent également dans des pays non européens (graphique 6.1.3). Là encore, la renonciation à des soins en raison du coût est plus fréquente dans les catégories à bas revenus. L'ampleur de ces inégalités varie fortement entre les pays, comme le montrent les niveaux beaucoup plus bas au Royaume-Uni qu'aux États-Unis. Aux États-Unis, en 2010, plus d'un tiers de la population adulte ayant des revenus inférieurs à la moyenne déclarait l'insatisfaction de besoins de soins médicaux en raison du coût (Commonwealth Fund, 2010). Mais parmi cette population, les adultes bénéficiant 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). La proportion de la population faisant état de problèmes d'accès liés au coût des soins a nettement diminué entre 2007 et 2010 en Nouvelle-Zélande et, dans une moindre mesure, aux États-Unis et en Australie (Commonwealth Fund, 2008, 2010).

Définition et comparabilité

Des questions sur les besoins en soins de santé insatisfaits figurent dans un certain nombre d'enquêtes nationales et plurinationales, notamment les statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie et les enquêtes internationales conduites par le Commonwealth Fund. Afin de déterminer les besoins en soins médicaux insatisfaits, les enquêtes demandent 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 n'en ont pas reçu ; la question suivante demande d'indiquer la raison pour laquelle le besoin de soins n'a pas été satisfait. Les raisons couramment invoquées sont le coût trop élevé des soins, les délais d'attente excessifs et la trop grande distance à parcourir pour recevoir les soins.

Les informations sur les besoins de soins insatisfaits et le statut socioéconomique sont tirées de la même enquête, mais la formulation spécifique des questions et réponses, ainsi que les indicateurs employés pour évaluer le statut socioéconomique, peuvent varier d'une enquête ou d'un pays à l'autre. Les facteurs culturels et les réformes des systèmes de santé peuvent aussi influer sur les attitudes à l'égard des besoins de soins insatisfaits. Il faut donc se montrer prudent si l'on veut comparer l'ampleur des inégalités entre les pays.

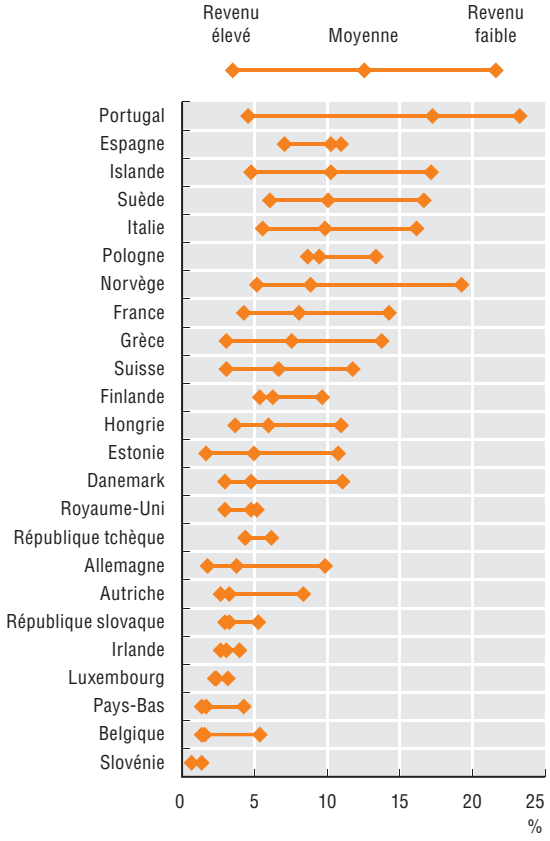
6.1.1 Besoins insatisfaits d'examen médical pour différentes raisons, par quintile de revenu, pays européens, 2009



Source : EU-SILC.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530131

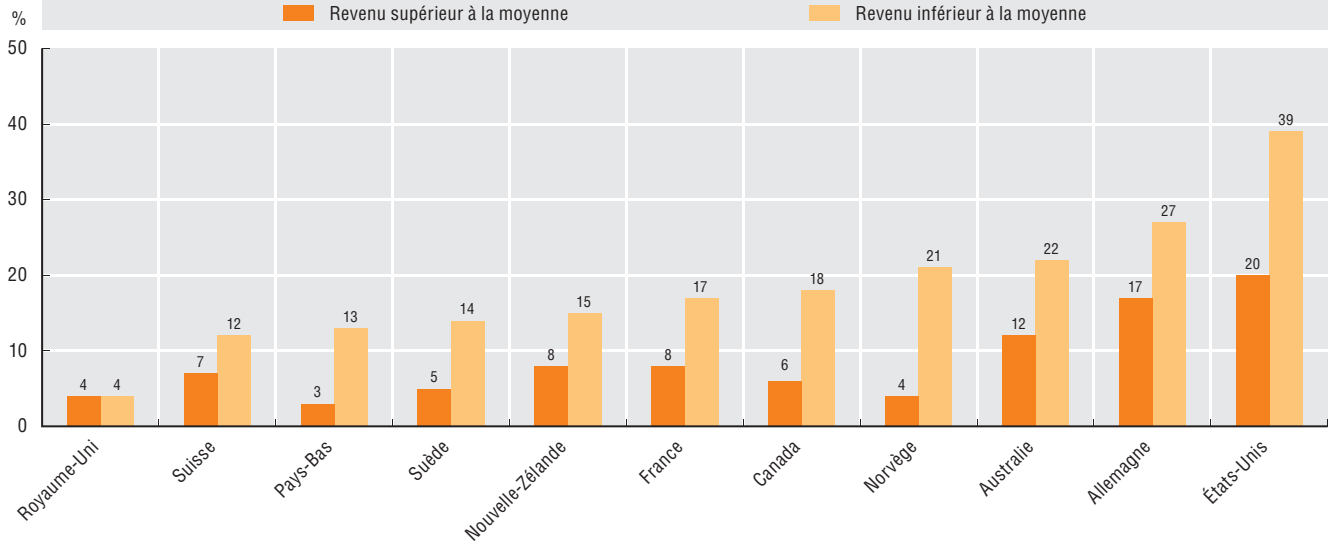
6.1.2 Besoins insatisfaits d'examen dentaire, par quintile de revenu, pays européens, 2009



Source : EU-SILC.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530150

6.1.3 Besoins insatisfaits de soins[1] pour raison de coûts dans onze pays de l'OCDE, par niveau de revenu, 2010



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 (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530169

6.2. Couverture des soins de santé

La couverture des soins de santé favorise l'accès et permet de se couvrir contre les aléas financiers d'un accident ou d'une maladie grave (OCDE, 2004a). La couverture globale, publique et privée, de l'assurance maladie est toutefois un indicateur imparfait de l'accessibilité aux soins car les services inclus et le degré de participation des patients au coût de ces services peuvent varier d'un pays à l'autre.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle des soins pour un ensemble de services de base, tels que les consultations de médecins et de spécialistes, les tests et examens, et les interventions chirurgicales (graphique 6.2.1). En règle générale, des services tels que les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services doivent être achetés séparément (voir annexe A, tableau A.5).

Quatre pays de l'OCDE n'ont pas encore de couverture maladie universelle. Le Chili a un système dual de soins de santé avec une couverture assurée par la caisse nationale d'assurance maladie ou par des compagnies privées d'assurance maladie et autres agences à but non lucratif ; toutefois, une partie de la population n'a toujours pas de couverture spécifique. Au Mexique, le système facultatif d'assurance maladie « Seguro Popular » mis en place en 2004 pour offrir une couverture aux pauvres et aux personnes non assurées, s'est développé rapidement de sorte qu'en 2009 environ les trois quarts de la population étaient couverts. En Turquie aussi, l'assurance maladie publique s'est fortement étendue au cours des dernières années, et plus de 80 % de la population était couverte en 2009.

Aux États-Unis, la couverture de base est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 55 % de l'ensemble de la population avait une telle couverture en 2009. Les personnes âgées, à bas revenus ou handicapées, soit 26 % de la population totale, bénéficient d'une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 19 % de la population, pour la plupart des personnes de moins de 65 ans, sans couverture maladie. La plupart des personnes non assurées mentionnent le coût grandissant des primes pour expliquer l'absence de couverture (NCHS, 2009). Les employeurs, en particulier les petits employeurs, sont moins susceptibles d'offrir une couverture à leurs employés (OCDE, 2008c). L'augmentation récente de la proportion de personnes non assurées peut être attribuée aux effets de la récession et de la perte d'emplois, qui s'accompagne de la perte d'assurance maladie (KFF, 2010). 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 (AHRQ, 2008a; HHS Office of Health Reform, 2009). Le « Patient Protection and Affordable Care Act » adopté en 2010 aux États-Unis vise à accroître la couverture de l'assurance maladie.

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. Dix des 34 pays de l'OCDE faisaient état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population en 2009 (graphique 6.2.2).

L'assurance maladie privée fournit à 94 % de la population française une assurance *complémentaire* qui couvre la participation au coût dans le régime de sécurité sociale. Les Pays-Bas ont le plus vaste marché de l'assurance *complémentaire* (90 % de la population), suivis par Israël (81 %) où l'assurance privée prend en charge le coût des médicaments délivrés sur ordonnance et des soins dentaires qui ne sont pas remboursés par le régime public. C'est en Irlande (51%) et en Australie (45) que l'assurance maladie *parallèle (ou duplicative)* offrant un accès plus rapide aux services médicaux *via* le secteur privé en cas de délais d'attente dans le public est la plus importante.

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).

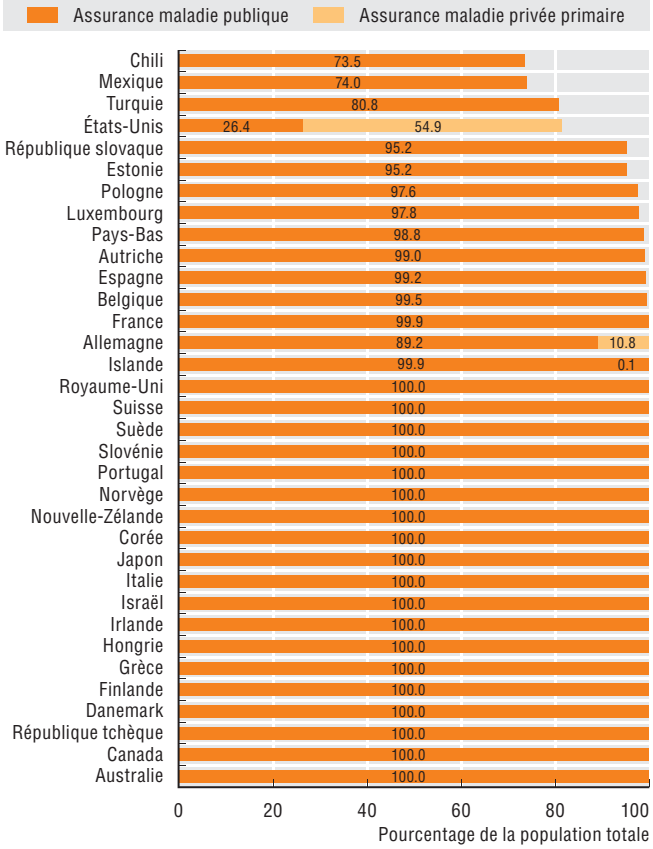
L'importance de l'assurance maladie privée n'est pas liée au développement économique d'un pays. D'autres facteurs, notamment les limites de services financés par des fonds publics, la manière dont se financent les prestataires privés, les interventions des pouvoirs publics sur les marchés de l'assurance maladie privée et l'évolution historique sont susceptibles d'expliquer le développement des marchés (OCDE, 2004b).

Définition et comparabilité

La couverture des soins de santé désigne la proportion de la population qui reçoit un ensemble défini de produits et de services de santé dans le cadre de programmes publics et de l'assurance maladie privée. Elle englobe 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 l'assurance maladie financée par l'impôt ou 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.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

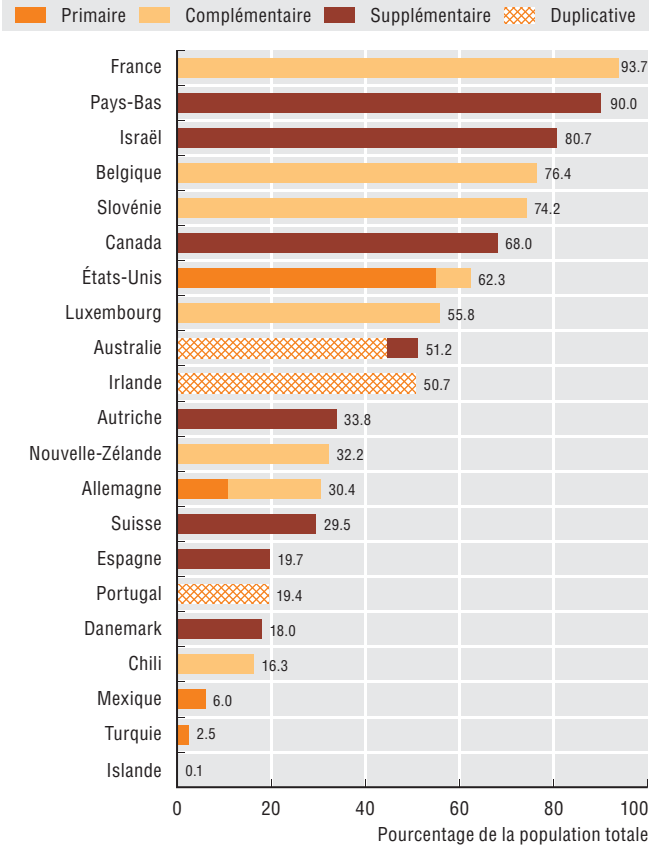
6.2.1 Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530188

6.2.2 Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2009

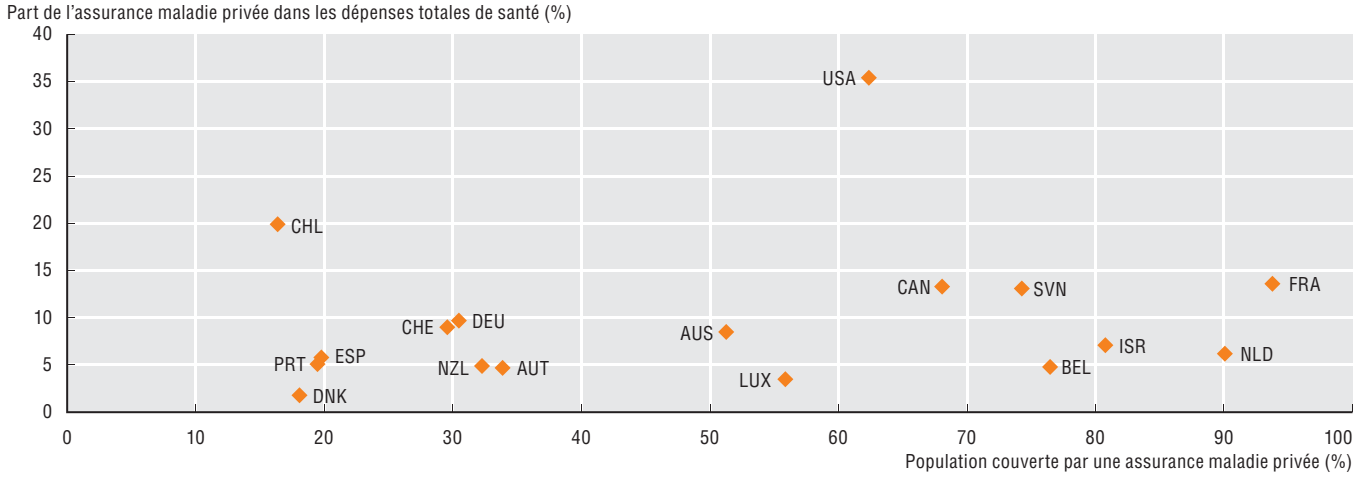


Note : L'assurance maladie privée peut remplir différents rôles. Par exemple, elle peut-être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie et Israël ; et à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark, en Irlande et Nouvelle-Zélande.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530207

6.2.3 Assurance maladie privée, population couverte et part dans les dépenses totales de santé, 2009



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530226

6.3. Dépenses de santé à la charge des patients

La protection financière apportée par l'assurance maladie publique ou privée réduit considérablement le montant que les personnes paient directement pour les soins médicaux ; toutefois, dans certains pays, le poids de ces dépenses directes peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé et à leur utilisation. Les ménages qui ont des difficultés à payer leurs factures médicales peuvent reporter à plus tard voire renoncer à des soins de santé dont ils ont besoin (Hoffman *et al.*, 2005; May et Cunningham, in Banthin *et al.*, 2008). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 19 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur 7.5 « Financement des soins de santé »).

Contrairement aux soins financés par des fonds publics, les dépenses directement supportées par les ménages reposent sur leur capacité à payer. Si le financement de ces soins devient plus dépendant des débours des patients, son poids se reporte, en théorie, sur ceux qui utilisent le plus ces services, éventuellement des personnes à hauts revenus vers les personnes à bas revenus si les besoins en soins sont plus grands dans cette dernière catégorie. Dans la pratique, de nombreux 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. 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 autres catégories. Il existe un plafond annuel sur les franchises et sur la participation proportionnelle (Paris *et al.*, 2010).

On peut mesurer le poids des dépenses directes de santé soit en proportion du revenu total des ménages, soit en proportion de leur consommation totale. En 2010, la part moyenne a varié considérablement dans les pays de l'OCDE, représentant moins de 2 % de la consommation totale des ménages dans des pays comme la Turquie, les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni, mais plus de 5 % en Grèce et en Suisse (graphique 6.3.1). Les États-Unis, où près de 3.1 % de la consommation des ménages sont consacrés aux dépenses directes pour les services de santé, sont proches de la moyenne.

Les personnes plus âgées ou ayant des revenus plus modestes tendent à être plus malades et sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins ; il est donc important de déterminer si la répartition des dépenses directes dans la population varie. Une étude transnationale réalisée dans onze pays de l'OCDE a montré qu'un niveau élevé de dépenses directes (défini par un montant supérieur à USD 1 000 par an) était inhabituel pour les personnes à bas revenus comme pour les personnes à revenus élevés au Royaume-Uni, en Suède et en France (Schoen *et al.*, 2010). Dans d'autres pays, les adultes ayant des revenus supérieurs à la moyenne sont plus susceptibles de faire état de dépenses directes élevées. En Suisse et aux États-Unis, les proportions d'adultes pauvres ayant un niveau élevé de dépenses directes sont importantes, s'établissant respectivement à 20 % et 29 % (graphique 6.3.2).

D'après une analyse des données de l'enquête Medical Expenditure Panel Survey aux États-Unis, 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 haut revenu (Banthin *et al.*, 2008). Parmi les personnes âgées aux États-Unis, les personnes à bas revenus payent le montant le plus élevé par rapport à leurs revenus, de dépenses directes composées pour l'essentiel de médicaments vendus sur ordonnance (Corrieri *et al.*, 2010).

En 2007, les ménages de la catégorie à faible revenu aux Pays-Bas consacraient 6.5 % de leur revenu disponible aux dépenses directes, alors que dans la catégorie des ménages à très haut revenu, la proportion était de 1.5 % (Westert *et al.*, 2010). En Turquie, les résultats de l'enquête sur le budget des ménages de 2006 soulignent le caractère assez progressif des dépenses directes, les familles pauvres consacrant 3.4 % de leur consommation finale pour des soins de santé alors que cette proportion est de 4.2 % pour les familles à hauts revenus (OCDE et Banque mondiale, 2008).

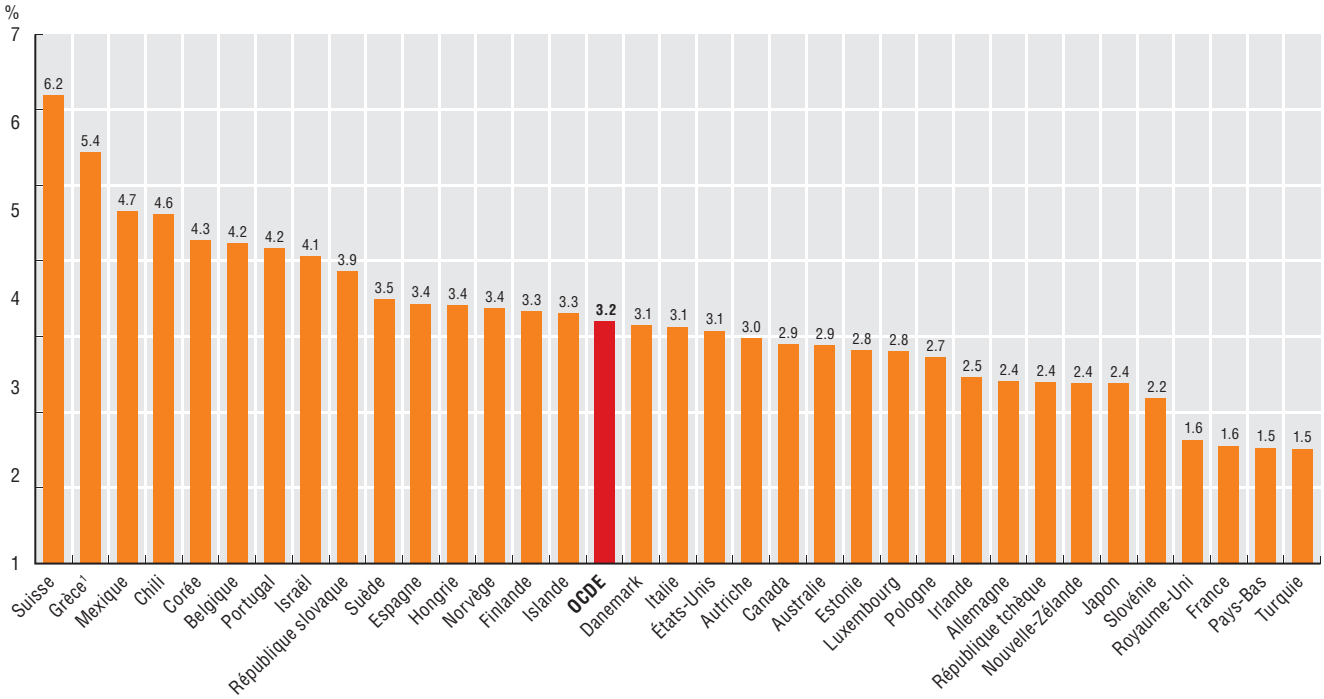
Dans les pays de l'OCDE, une petite proportion de ménages est confrontée chaque année à des dépenses de santé très élevées ou « catastrophiques » pouvant résulter d'une grave maladie ou d'un accident (WHO, 2010c). Les pays où les dépenses directes des patients représentent une proportion relativement forte des dépenses de santé tendent aussi à avoir une proportion relativement élevée de ménages frappés par des dépenses catastrophiques. Dans certains pays, la contribution imposée aux usagers peut avoir pour conséquence que les ménages à bas revenus renoncent aux soins de santé et, de ce fait, n'utilisent pas assez de services pour que leurs dépenses soient catastrophiques.

Définition et comparabilité

Les dépenses directes sont celles supportées directement par les patients quand l'assurance ne couvre pas du tout ou pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Cela inclut la participation du patient aux coûts, l'automédication et autres dépenses directes des ménages. Cela inclut également, dans certains pays, les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

6.3.1 Versements nets des ménages pour des soins de santé en pourcentage de leur consommation finale, 2009 (ou année la plus proche)

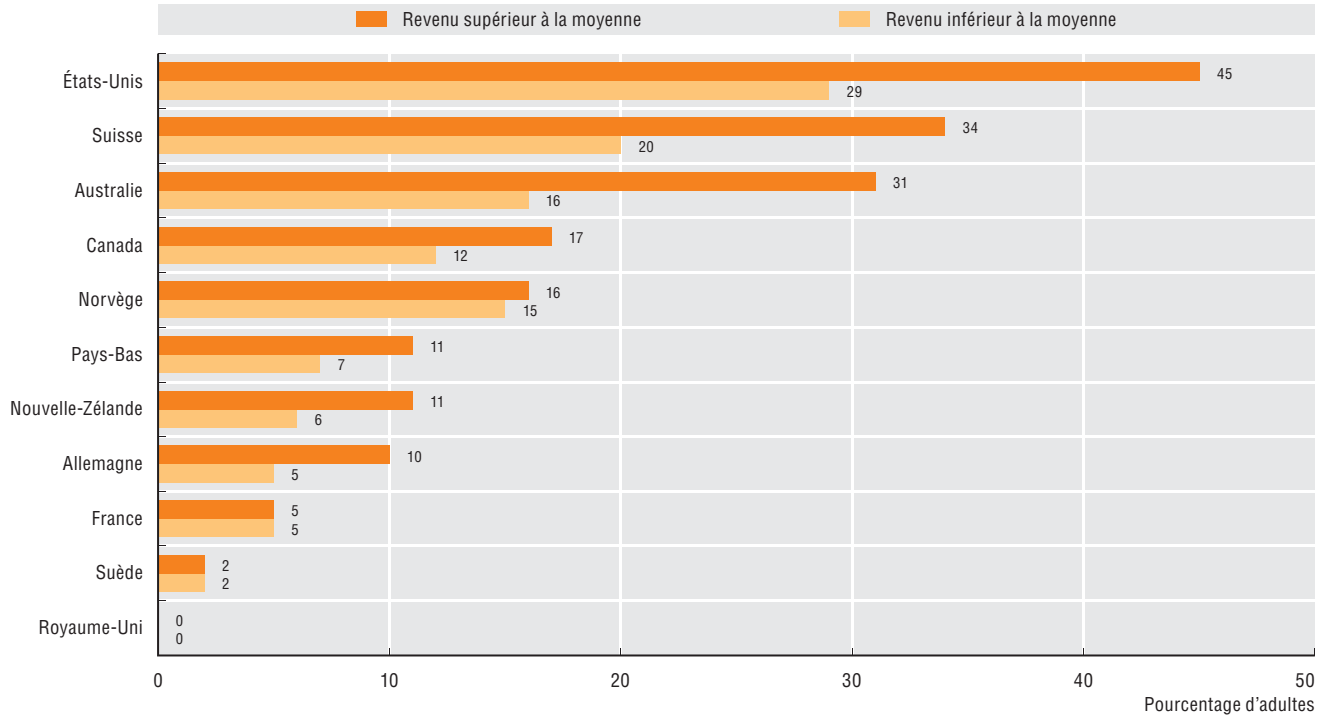


1. Total du secteur privé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530245

6.3.2 Coûts médicaux pour les ménages de 1 000 USD ou plus durant la dernière année, par niveau de revenu, dans onze pays de l'OCDE, 2010



Source : Schoen *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530264

6.4. Répartition géographique des médecins

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. La mauvaise répartition des médecins est un problème auquel sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE, en particulier dans les territoires comprenant des régions reculées à faible densité de population où les temps de transport jusqu'à la ville la plus proche sont importants.

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, certaines régions peuvent avoir une forte densité de médecins, mais les habitants des zones reculées de cette région peuvent néanmoins avoir à faire de longs déplacements pour recevoir des soins. Non seulement la densité de médecins doit être adaptée à celle de la population des régions, mais les services qu'ils offrent doivent également correspondre aux besoins, aussi bien en généralistes qu'en spécialistes. Les besoins médicaux peuvent être plus élevés dans les régions reculées où l'âge de la population est supérieur à la moyenne.

Au niveau national, les pays de l'OCDE affichent de grandes disparités en termes de nombre de médecins pour 1 000 habitants, variant entre moins de 2 au Chili, en Turquie et en Corée, à 4 et plus en Norvège, en Autriche et en Grèce (voir l'indicateur 3.2 « Médecins »).

Dans bien des pays, le nombre de médecins par habitant dans les villes capitales est plus élevé que dans les autres régions (graphique 6.4.1). En République tchèque, par exemple, Prague a une densité de médecins près de deux fois supérieure à la moyenne du pays. L'Autriche, la Belgique, la Grèce, le Portugal, la République slovaque et les États-Unis ont également une forte concentration de médecins dans leur capitale nationale. Il existe aussi une inégalité de la densité de spécialistes, avec une concentration particulièrement visible dans la capitale dans un certain nombre de pays comme le Mexique, la République slovaque et la Turquie (OCDE, 2009b). Le Japon fait état d'un plus grand nombre de spécialistes en milieu urbain (Matsumoto, 2010).

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 (graphique 6.4.2). 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). De même, 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. et près de 50 % des comtés aux États-Unis n'avaient pas d'obstétriciens ou de gynécologues fournissant des soins directs aux patientes (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 2010, alors que 36 % de la population résidait dans ces zones (DREES, 2010).

Un certain nombre de facteurs influent sur la répartition des médecins, notamment la taille de la population et le développement économique de la région (en rapport avec la taille du marché et avec le potentiel de revenus), l'environnement professionnel de la région (les possibilités d'interaction avec les collègues et l'accès aux hôpitaux et autres établissements médicaux) et l'importance 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 (Simoens et Hurst, 2006). Au Canada, les médecins formés à l'étranger représentaient en moyenne 30 % du personnel médical dans les zones rurales ou reculées en 2006. La télésanté et les infirmiers praticiens aident aussi à fournir des soins primaires. Des incitations ont été également mises en place pour la formation de professionnels de santé ayant une origine ou une expérience rurale (Dumont *et al.*, 2008). En Turquie, des nouveaux professionnels de santé ont été affectés ces dernières années à des zones à faible densité de médecins, même s'il demeure difficile de doter d'un personnel adéquat les zones présentant les plus grands besoins (OCDE et Banque mondiale, 2008). En juillet 2010, l'OMS a publié une série de recommandations sur différentes stratégies de rétention des travailleurs de la santé dans les régions éloignées et rurales (OMS, 2010).

Définition et comparabilité

L'indicateur 3.2 fournit une définition générale des médecins. La répartition géographique des médecins est calculée en rapportant le nombre de médecins à la population régionale.

L'OCDE classe les régions en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe 362 grandes régions qui correspondent dans la plupart des cas à des régions administratives nationales (OCDE, 2011b). Toutefois, ces régions peuvent contenir un mélange de populations urbaines, intermédiaires et rurales. Une analyse infrarégionale plus poussée est nécessaire pour avoir une vision 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 utilisés, ce qui rend difficiles les comparaisons internationales.

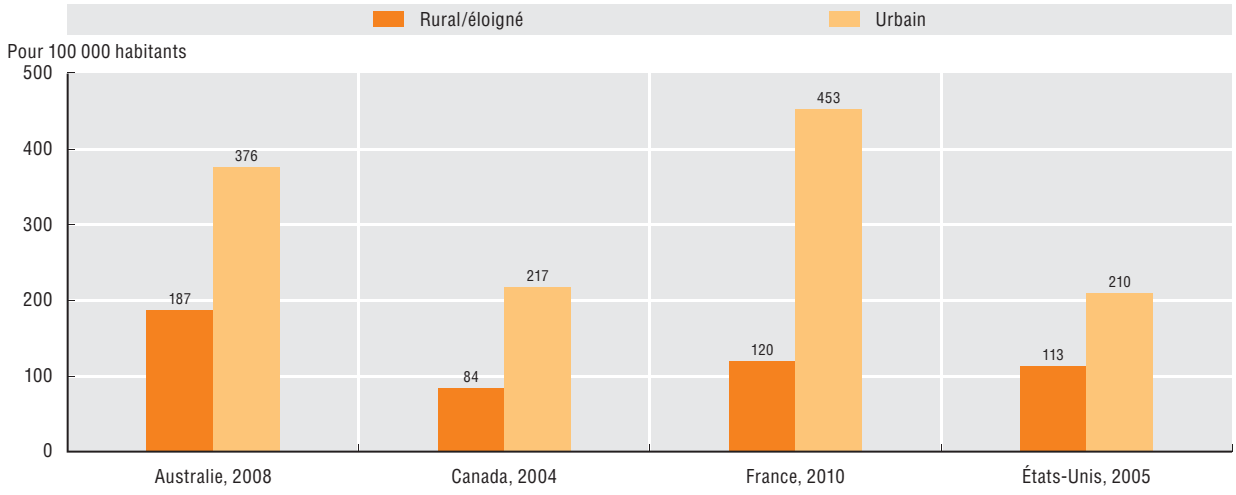
Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

6.4.1 Densité de médecins, par régions de niveau territorial 2, 2008 (ou année la plus proche)

Source : OCDE (2011b).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530283

6.4.2 Densité de médecins dans les zones rurales et urbaines, quatre pays de l'OCDE



Note : La classification des zones rurales et urbaines diffère d'un pays à l'autre.
Source : AIHW (2010); CIHI (2005); DREES (2010); Fordyce *et al.* (2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530302

6.5. Inégalités dans les consultations de médecins

La mesure des taux d'utilisation des soins de santé, tels que les consultations de médecins, permet de déterminer si certaines catégories de population sont confrontées à des problèmes d'accès. Les difficultés de consulter des médecins 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 de médecins par habitant varie grandement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir l'indicateur 4.1). Il existe également des différences notables entre les diverses catégories de population à l'intérieur des pays, notamment selon le statut socioéconomique.

Une étude en cours de l'OCDE sur les inégalités dans les consultations de médecins selon le revenu actualise, pour un certain nombre de pays, les résultats d'une étude précédente de van Doorslaer *et al.* (2004). Les graphiques montrent l'indice d'inéquité horizontale – une mesure de l'inégalité dans l'utilisation des médecins ajustée selon les besoins – concernant la probabilité de consulter un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. La probabilité est inégale si l'indice d'inéquité horizontale est significativement différent de zéro. Il favorise les groupes à faibles revenus quand il est en dessous de zéro, et les groupes à revenus élevés quand il est au-dessus de zéro. L'indice est ajusté pour les différences de besoin en soins de santé, de manière à prendre en compte les problèmes de santé plus fréquents et plus graves chez les personnes à faibles revenus.

Le graphique 6.5.1 montre que les visites chez un médecin sont plus probables chez les personnes à hauts revenus dans douze des quinze pays, la plupart des pays ayant cependant des niveaux d'inégalité faibles. Seuls les États-Unis présentent un niveau plus élevé d'inégalité. Dans trois pays de l'OCDE – le Royaume-Uni, la République tchèque et la Slovénie - à besoin égal, les personnes à hauts revenus n'ont pas significativement plus de chances de voir un médecin que les personnes à faibles revenus. En Corée, une étude similaire a constaté également qu'il n'y avait pas d'inégalité significative dans la consultation de médecins selon le niveau de revenu (Lu *et al.*, 2007).

Concernant la fréquence des visites, six pays sur 14 affichent des inégalités en faveur des personnes à hauts revenus (Canada, France, Finlande, Espagne, États-Unis et Pologne). Dans les huit autres pays, les personnes à faibles revenus ont vu un médecin aussi souvent que les personnes à revenus élevés.

Il y a des différences notables par ailleurs entre les visites chez les généralistes et chez les spécialistes. Dans la plupart des pays, la probabilité de consulter un généraliste est répartie de façon équitable selon le revenu (graphique 6.5.2). Lorsqu'une inégalité existe, elle est souvent positive indiquant une répartition en faveur des personnes à revenus élevés, mais le degré d'inégalité est faible. Les personnes à faibles revenus, cependant, sont susceptibles de consulter un généraliste plus fréquemment.

La situation est toutefois différente pour les consultations de spécialistes. Dans pratiquement tous les pays, les personnes à hauts revenus sont plus susceptibles de consulter un spécialiste (graphique 6.5.3) et, dans la plupart des pays, elles en consultent plus souvent. C'est le cas en Finlande où 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 privés jouent un rôle important dans l'accès aux services des spécialistes. En Italie, des variations régionales d'accès aux soins expliquent en grande partie les inégalités de consultations de spécialistes en faveur des personnes à revenus élevés (Masseria et Giannoni, 2010).

Dans le même ordre d'idée, une étude antérieure menée dans 13 pays européens montre qu'à besoin égal, les personnes plus instruites tendent à recourir davantage aux spécialistes, et il en va de même aussi pour le recours aux généralistes dans certains pays (dont la France, le Portugal et la Hongrie) (Or *et al.*, 2008). Cette étude donne à penser 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 importants pour la réduction des inégalités sociales en matière d'utilisation des soins. Les inégalités sociales dans le recours aux spécialistes sont 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 socioéconomique relativement bas le bénéfice d'une meilleure orientation (Or *et al.*, 2008).

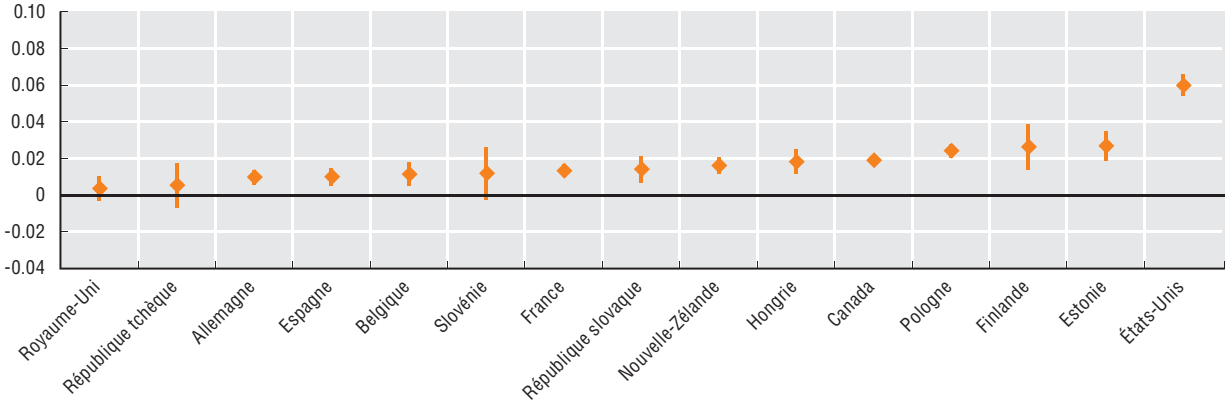
Définition et comparabilité

Les consultations de médecins correspondent à la probabilité et à la fréquence de visites auprès des médecins, incluant les généralistes et les spécialistes (à l'exception des États-Unis où l'enquête ne fournit pas de ventilation entre ces deux grandes catégories de médecins).

Les estimations de l'OCDE sont effectuées à partir d'enquêtes sur la santé auprès des ménages réalisées autour de 2009. Les inégalités dans les consultations sont évaluées selon le revenu des ménages, en corrigeant l'utilisation 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 la validité des comparaisons internationales. Les groupes interrogés peuvent avoir une tranche d'âges variable, et les indicateurs utilisés pour évaluer le revenu peuvent eux aussi varier. Une certaine prudence s'impose donc dans l'interprétation des inégalités d'utilisation des soins entre pays.

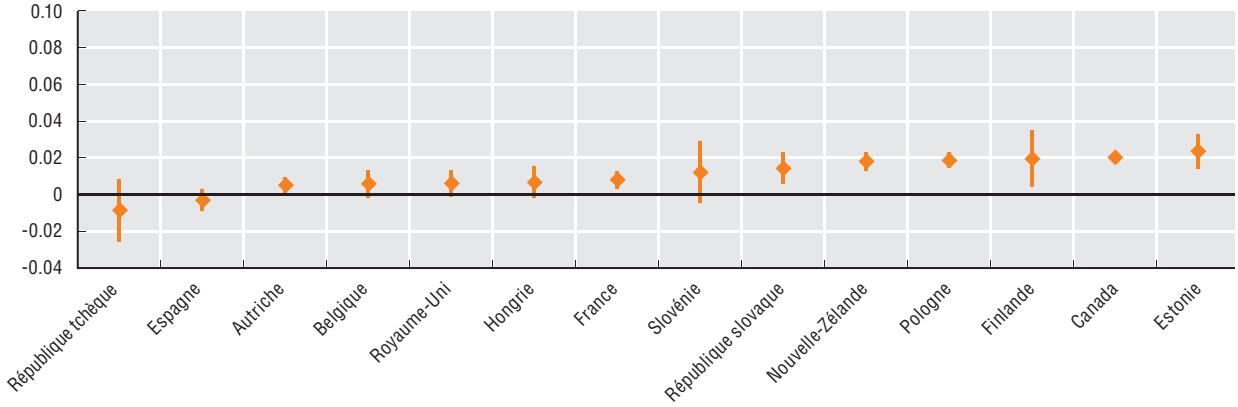
6.5.1 Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un médecin (avec un intervalle de confiance de 95 %) dans 15 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530321

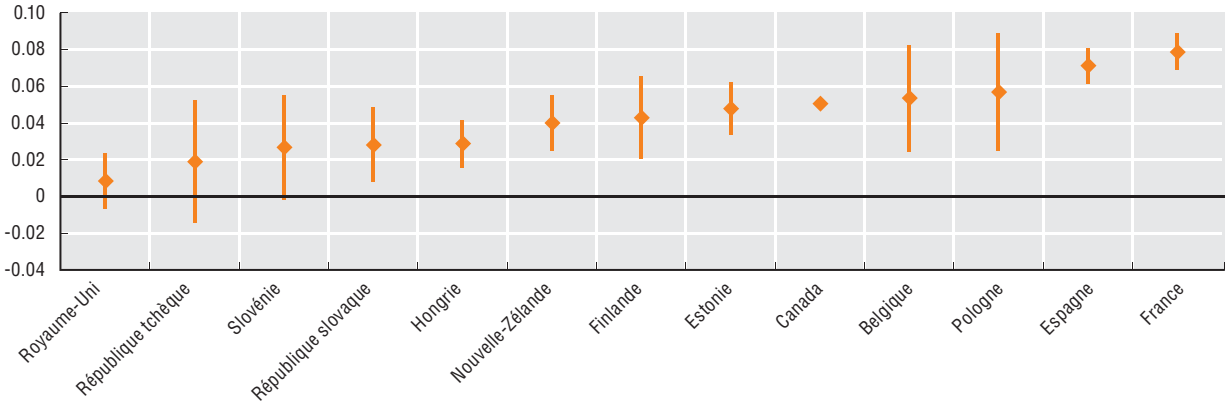
6.5.2 Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un généraliste (avec un intervalle de confiance de 95 %) dans 14 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530340

6.5.3 Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un spécialiste (avec un intervalle de confiance de 95 %) dans 13 pays de l'OCDE, 2009 (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 : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530359

6.6. Inégalités dans les consultations de dentistes

Les caries dentaires, les maladies parodontales (gencives) et la perte de dents sont des problèmes courants dans les pays de l'OCDE. En dépit des progrès, ces problèmes persistent et se posent plus fréquemment parmi les catégories défavorisées et à faibles revenus. Aux États-Unis, par exemple, plus de 40 % des personnes de 20 à 64 ans à faibles revenus avaient des caries dentaires non traitées sur la période 2005-08, contre 16 % seulement des personnes à revenus élevés (NCHS, 2010). En Finlande, un quart des adultes ayant un faible niveau d'instruction avaient au moins six dents manquantes, contre moins de 10 % chez les plus instruits (Kaikkonen, 2007).

Améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes défavorisées ou mal desservies en la matière impose notamment de réduire les barrières financières et non financières, et d'encourager l'installation d'un personnel dentaire en nombre suffisant pour répondre à la demande.

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 variait largement en 2009, de plus de trois au Japon et plus de deux en Belgique, aux Pays-Bas et en Israël à 0.1 au Mexique et 0.3 en Turquie, avec une moyenne de 1.3 parmi les pays de l'OCDE (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 (OCDE, 2009b).

Des travaux récents de l'OCDE montrent que les personnes à revenus élevés sont plus susceptibles d'être allées chez le dentiste dans les 12 derniers mois (graphique 6.6.2), et ce en dépit de différences dans la couverture dentaire, publique et privée, et du montant de remboursement. Les inégalités sont plus importantes dans les pays où la probabilité d'une visite chez le dentiste est plus faible, comme la Hongrie, la Pologne, les États-Unis et l'Espagne. Les enquêtes au Danemark et en France ont des périodes de remémoration différentes, ce qui a un impact sur la probabilité moyenne d'une visite chez le dentiste mais pas sur le niveau d'inégalité. Ces deux pays sont parmi les plus équitables pour la probabilité d'une visite chez le dentiste.

Il peut aussi exister des inégalités dans les types de soins prodigués (curatifs ou préventifs). Au Canada, une étude récente montre que l'accès aux soins préventifs est plus fréquent parmi les personnes à revenus élevés (Grignon *et al.*, 2010). En Europe, parmi les personnes de 50 ans et plus, il existe des inégalités liées au revenu similaires dans l'utilisation des services dentaires (Listl, 2011), qui sont dues essentiellement à des inégalités dans les visites à titre préventif.

Aux États-Unis, des données récentes confirment les grandes différences de probabilité d'une visite dentaire entre les catégories de revenus. Moins de la moitié des personnes pauvres ou à revenus modestes sont allées chez le dentiste en 2009 contre près de 70 % des personnes à revenus élevés et intermédiaires. Cet écart est resté à peu près inchangé au cours de la dernière décennie (graphique 6.6.3). Comme dans bien d'autres pays, l'accessibilité financière des soins dentaires aux États-Unis est en général plus problématique que celle des soins médicaux, étant donné qu'un plus petit nombre de personnes a une assurance dentaire. 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 par rapport aux soins médicaux (voir l'indicateur 6.1).

Les soins dentaires sont principalement fournis par des dentistes privés. Les traitements sont coûteux, représentant en moyenne 5 % du total des dépenses de santé (et 16 % des dépenses de santé privées) dans les pays de l'OCDE en 2009. Dans des pays comme l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, les soins dentaires pour adultes ne font pas partie des services de base inclus dans l'assurance maladie publique, bien que certains soins soient fournis aux personnes handicapées, aux personnes à faibles revenus et à d'autres groupes défavorisés. Dans d'autres pays, la prévention et les traitements sont couverts, mais une part variable des coûts reste à la charge des patients et cela peut poser des problèmes d'accès pour les catégories à bas revenus (graphique 6.6.4). Certains pays, comme les pays nordiques et le Royaume-Uni, fournissent des soins dentaires publics, notamment aux enfants et aux catégories défavorisées.

Définition et comparabilité

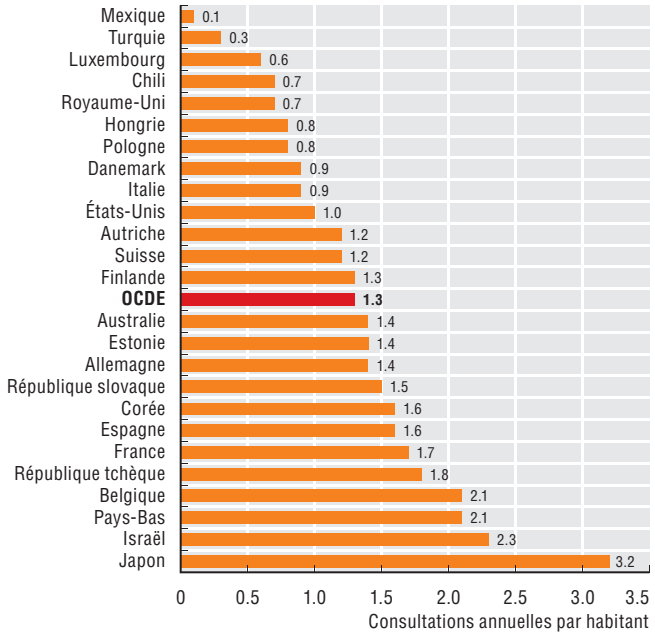
Les consultations de dentistes sont mesurées par la probabilité et le nombre des visites chez le dentiste. Les estimations sont généralement effectuées à partir d'enquêtes auprès des ménages et s'appuient sur des informations autodéclarées bien que certains pays fournissent des données administratives. En Allemagne, le régime d'assurance maladie ne compte que le premier remboursement pendant une période de trois mois ; il peut donc y avoir une sous-déclaration.

Les inégalités dans les consultations de dentistes sont évaluées ici selon le revenu des ménages.

Les différences dans la formulation des questions et des réponses proposées par ces enquêtes peuvent limiter la validité des comparaisons internationales. La plupart des pays font référence aux consultations de dentistes effectuées dans les 12 derniers mois, à l'exception de la France (24 derniers mois) et du Danemark (3 derniers mois). La différence de périodes de remémoration peut avoir un impact sur la probabilité moyenne d'une visite chez le dentiste mais pas sur le niveau d'inégalité.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

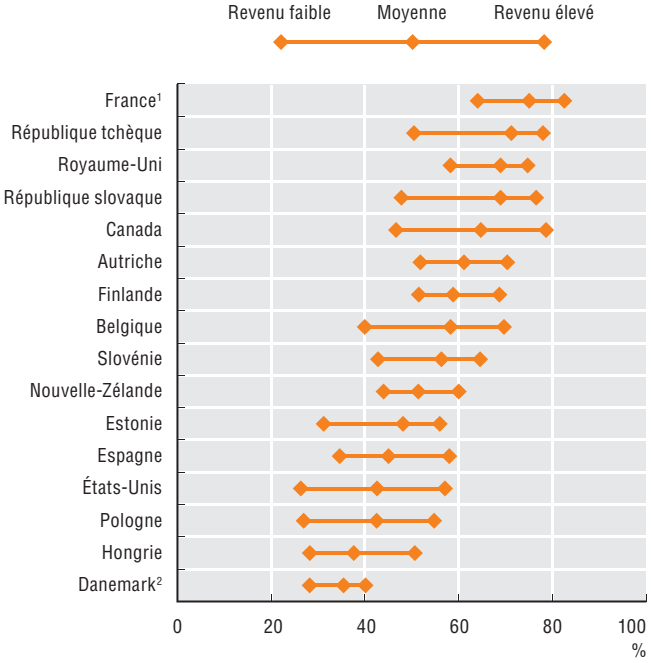
6.6.1 Nombre moyen de consultations d'un dentiste par habitant, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530378

6.6.2 Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, 2009 (ou année la plus proche)

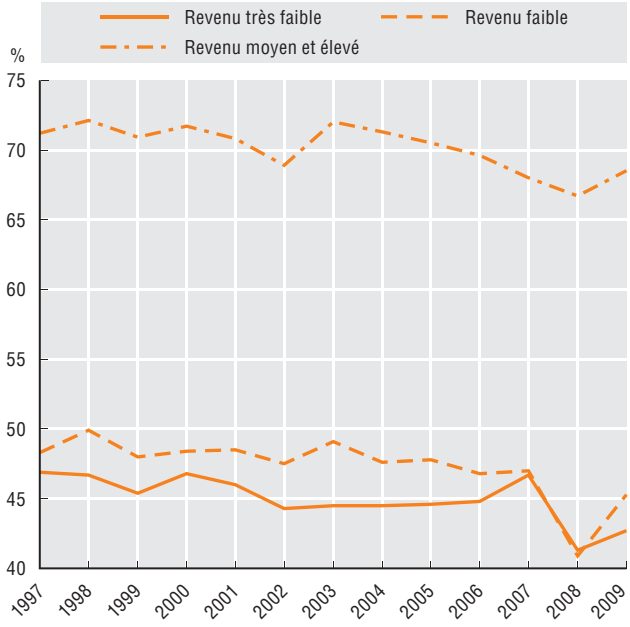


1. Consultations des deux dernières années.
2. Consultations des trois derniers mois.

Source : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530397

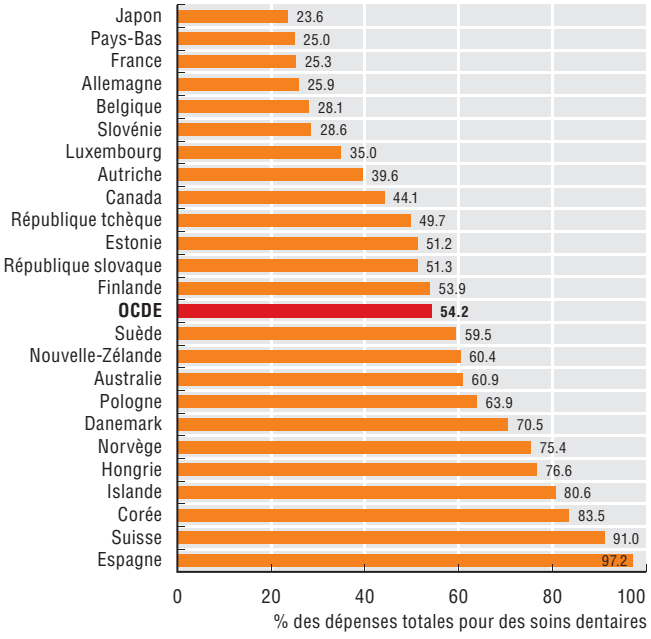
6.6.3 Pourcentage d'adultes ayant consulté un dentiste au cours de la dernière année, par niveau de revenu, États-Unis, 1997-2009



Source : NCHS (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530416

6.6.4 Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530435

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. Chez les femmes, le cancer du sein est la forme la plus courante, représentant 30 % des nouveaux cas chaque année et 15 % des décès par cancer en 2009. Le cancer du col de l'utérus constitue un autre 3 % des nouveaux cas et 2 % des décès par cancer chez les femmes (voir l'indicateur 1.4).

La détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus a contribué de façon significative à l'augmentation des taux de survie et à la baisse de la mortalité due à ces maladies et de nombreux 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 par le dépistage ont bénéficié récemment d'une mammographie et d'un examen pelvien ou d'un frottis du col (voir les indicateurs 5.8 et 5.9).

Dans les pays de l'OCDE, les taux de dépistage chez les femmes varient fortement selon le revenu (graphiques 6.7.1 et 6.7.2). Même dans les pays où la pratique est courante, les femmes des catégories les plus modestes sont généralement moins susceptibles de bénéficier d'un dépistage. Les inégalités liées au revenu pour le dépistage du cancer du col de l'utérus sont significatives dans 15 des 16 pays étudiés. Toutefois, les inégalités en faveur des personnes à revenus élevés pour le dépistage du cancer du sein sont significatives dans un plus petit nombre de pays (Belgique, Canada, Estonie, France, Nouvelle-Zélande, Pologne et États-Unis).

Aux États-Unis, les femmes à faibles revenus, les femmes non assurées ou qui bénéficient du programme Medicaid (couverture d'assurance maladie pour les pauvres, les handicapés ou les personnes âgées démunies) ou les femmes ayant un niveau d'instruction relativement bas déclarent une utilisation beaucoup plus faible de la mammographie et du dépistage du cancer du col de l'utérus (NCHS, 2011). Dans les pays européens, des données supplémentaires indiquent des inégalités sociales importantes dans l'utilisation des services de détection précoce et de prévention (von Wagner *et al.*, 2011). Les femmes de milieux favorisés sont plus susceptibles de faire des mammographies (Sirven et Or, 2010).

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 et de couverture, notamment dans les catégories défavorisées, si bien que près de la moitié des femmes de 50 ans et plus n'ont pas eu de dépistage depuis au moins deux ans (Couture *et al.*, 2008). Dans la plupart des pays de l'OCDE, le revenu ne devrait cependant pas être une barrière à la mammographie ou au dépistage du cancer du col de l'utérus, étant donné que ces services sont fournis gratuitement ou au coût d'une consultation de médecin.

Les taux de participation aux dépistages varient aussi suivant les régions (graphique 6.7.3). Certaines régions, comme le Territoire du Nord australien ou la région de Londres au Royaume-Uni, ont des taux significativement plus bas que d'autres régions à l'intérieur d'un même pays. Cela s'explique par des raisons diverses. Dans les régions géographiquement isolées tel que le Territoire du Nord australien, l'éloignement, le nombre des installations de dépistage disponibles et les barrières d'accès pour les femmes autochtones jouent un rôle. Dans les zones urbaines centrales de Londres, le faible degré de connaissance des programmes de dépistage, des symptômes et des risques parmi les femmes pauvres ou de groupes ethniques minoritaires est un sujet de préoccupation.

Un certain nombre de caractéristiques socioéconomiques comme le revenu, l'appartenance ethnique, l'âge, le degré d'instruction, la zone de résidence, la situation matrimoniale, le fait d'avoir une assurance maladie et une source de soins habituelle sont autant de prédicteurs importants de la participation au dépistage.

Étant donné la variété des pratiques en matière de dépistage et des barrières à l'accès dans les différents pays de l'OCDE, 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 de mieux cibler les politiques et les interventions afin de remédier aux inégalités. Qui plus est, les perspectives ouvertes par les nouveaux vaccins pour la prévention des cancers ont également des implications importantes pour les milieux défavorisés dans lesquels il est difficile de maintenir des programmes de dépistage.

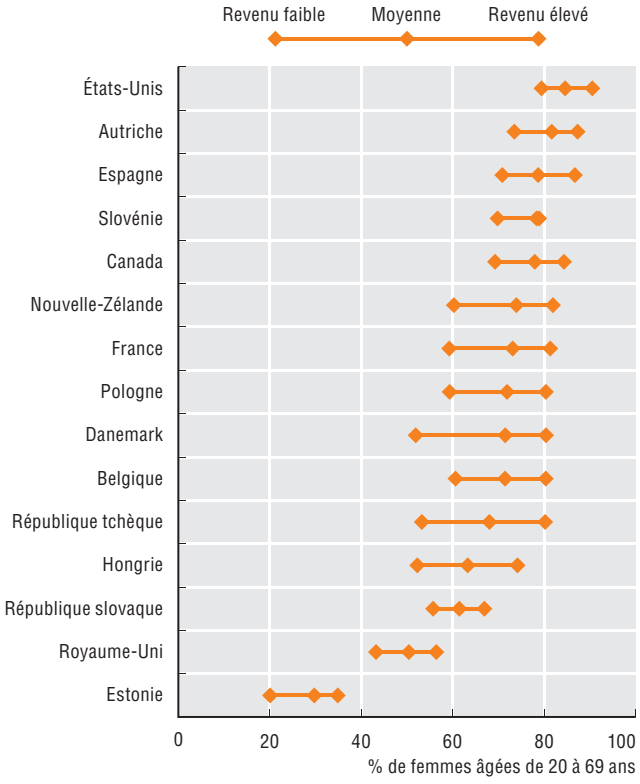
Définition et comparabilité

Les taux de participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus correspondent à la proportion de femmes 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 des enquêtes de santé ou des données administratives des programmes de dépistage.

Les taux par groupe de revenus ont été tirés des enquêtes de santé. Pour le cancer du col de l'utérus, on a demandé aux femmes de 20 à 69 ans si elles avaient bénéficié d'un test de dépistage dans les trois années précédant l'enquête et pour le cancer du sein il a été demandé aux femmes de 50 à 69 ans si elles avaient bénéficié d'un test de dépistage dans les deux années précédant l'enquête. Au Danemark, pour le cancer du sein uniquement les déclarations sur le dépistage portent sur les 12 derniers mois. Les estimations relatives au dépistage à partir d'enquêtes doivent être utilisées avec prudence, étant donné que les répondants 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 ces trois dernières années, par quintile de revenu, 2009 (ou année la plus proche)

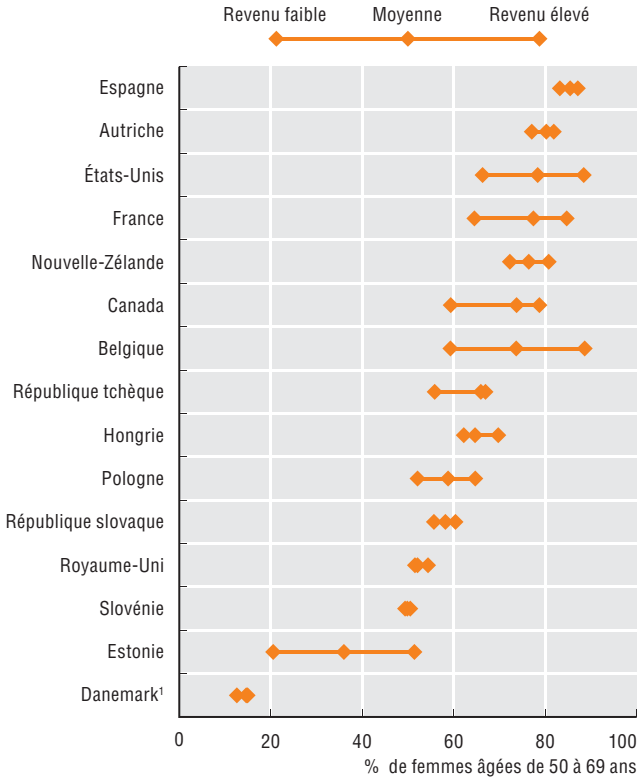


Note : La source des données de certains pays peut être différente de celle utilisée pour les données de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus rapportées au chapitre 5.

Source : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530454

6.7.2 Dépistage du cancer du sein ces deux dernières années, par quintile de revenu, 2009 (ou année la plus proche)



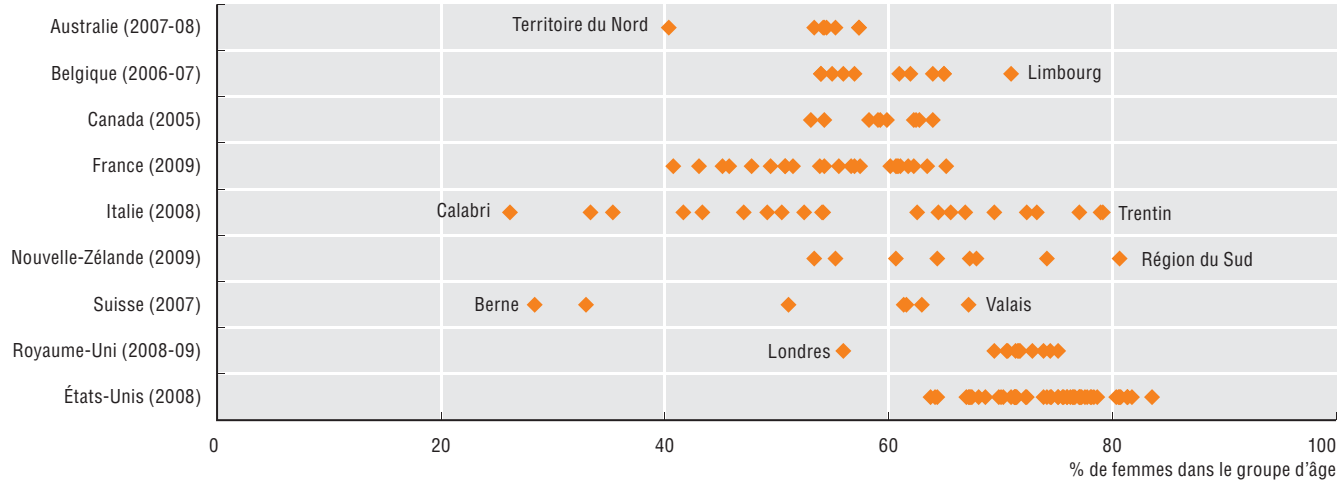
Note : La source des données de certains pays peut être différente de celle utilisée pour les données de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus rapportées au chapitre 5.

1. Consultations des 12 derniers mois.

Source : Estimations de l'OCDE (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530473

6.7.3 Participation au programme de dépistage du cancer du sein, par régions, pour quelques pays de l'OCDE



Source : AIHW (2010); FDCS (2011); IMA-AIM (2010); INVS (2011); NHSBSP (2010); ONS (2010); Page et Taylor (2010); ASPC (2008); US-CDC (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530492

6.8. Délais d'attente

Les patients peuvent devoir patienter avant de bénéficier de services de santé pour un certain nombre de raisons dont le manque d'équipements médicaux ou de lits d'hôpitaux disponibles, la pénurie de personnel ou une organisation inefficace des services. Des délais d'attente excessifs pour voir un médecin ou bénéficier d'une chirurgie élective peuvent parfois avoir des effets en termes de stress, d'anxiété et de souffrance préjudiciables pour la santé (Sanmartin, 2003). Les délais d'attente ont également un impact négatif sur la perception du système de santé par le public.

Dans la mesure où la plupart des pays tendent à utiliser leur propre définition, il est difficile de collecter des données comparables sur les délais d'attente. Les enquêtes multipays auprès des patients peuvent être utilisées, bien qu'elles reposent sur des autodéclarations, que la taille de l'échantillon soit souvent limitée, et qu'elles ne soient pas totalement en conformité avec les données administratives.

Ces enquêtes montrent que les délais d'attente varient considérablement. En 2010, les délais d'attente pour avoir accès à un médecin ou à une infirmière étaient faibles dans la plupart des onze pays couverts par l'enquête du Commonwealth Fund. Le Canada, la Norvège et la Suède sont les seuls pays dans lesquels un grand nombre de patients doivent attendre six jours et plus (Davis *et al.*, 2010).

Les délais d'attente pour les consultations de spécialistes étaient également plus longs au Canda, en Norvège et en Suède, 50 % et plus des enquêtés déclarant qu'il fallait attendre un minimum de quatre semaines avant d'obtenir un rendez-vous (graphique 6.8.1). En Allemagne, en Suisse et aux États-Unis, le temps d'accès était moindre, 80 % et plus des patients obtenant dans les quatre semaines un rendez-vous chez un spécialiste.

Les délais d'attente pour une chirurgie programmée étaient également très différents (graphique 6.8.2). En 2010, au Canada, en Suède, en Norvège, au Royaume-Uni et en Australie, une forte proportion de patients déclaraient devoir attendre quatre mois et plus pour une chirurgie programmée (Davis *et al.*, 2004, 2006 et 2010; Schoen *et al.*, 2010).

Les délais d'attente peuvent varier à l'intérieur d'un même pays. Bien que pour l'ensemble de l'Allemagne les enquêtés fassent état de délais d'attente très modérés pour une consultation de médecin, les patients de la partie est du pays font état de délais plus longs (KBV, 2010). Des données de plusieurs pays, dont l'Angleterre, l'Allemagne et l'Autriche, indiquent que les personnes appartenant à des groupes socioéconomiques plus élevés ou ayant souscrit une assurance maladie privée bénéficient de délais d'attente plus courts (Laudicella *et al.*, 2010 ; KBV, 2010 ; Statistik Austria, 2007). Au Canada, les femmes ont des délais d'attente pour les consultations de spécialistes plus longs que les hommes, peut-être parce que les hommes consultent à un stade plus avancé ou aigu de la maladie et ont un besoin plus urgent de traitement (Carrière et Sanmartin, 2010).

Un certain nombre de pays ont pris des initiatives pour réduire les délais d'attente. En Angleterre, le gouvernement s'est fixé un objectif en 2000 d'un maximum de 18 semaines entre l'orientation et le traitement pour des soins électifs, et en 2008 94 % des patients admis à l'hôpital et 98 % des patients non admis ont été traités dans ce délai (Department of Health, 2009). Ces données administratives montrent des résultats plus positifs que ceux rapportés par les enquêtes (graphique 6.8.2). En Nouvelle-Zélande, où la réduction des délais d'attente pour une chirurgie élective a été l'un des grands objectifs des politiques de santé, ces délais ont diminué depuis 2005, tandis que l'accès aux services a été sérieusement amélioré (MoH, 2010).

An Canada, l'objectif de réduction des délais d'attente pour un ensemble de chirurgies électives, dont les arthroplasties de la hanche et du genou et les opérations de la cataracte, a été fixé en 2004 dans le cadre d'un plan sur dix ans de renforcement des soins de santé. L'évaluation la plus récente de 2010-11 a montré que 80 % des patients ont reçu des procédures prioritaires selon les recommandations cliniques. Pour les arthroplasties de la hanche, l'objectif de 75 % de patients traités dans un délai de 26 semaines était satisfait dans sept provinces sur dix, tandis que pour les opérations de la cataracte l'objectif de 75 % de patients traités dans un délai de 16 semaines était satisfait dans six provinces (CIHI, 2011).

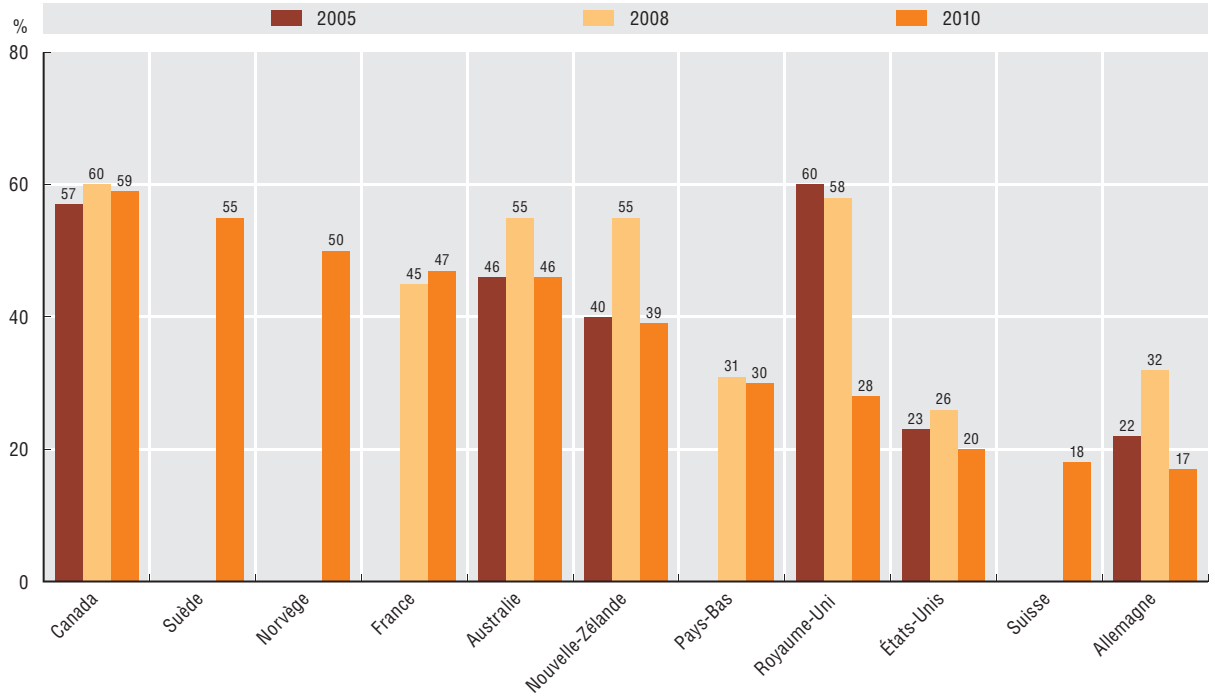
L'idéal n'est pas nécessairement d'abolir les délais d'attente. Il peut être plus efficace d'avoir de petites listes d'attente pour les candidats à une chirurgie élective car, dans ce cas, les conséquences pour la santé sont minimes et on peut ainsi faire des économies en termes de capacité hospitalière (Siciliani et Hurst, 2003). Cela peut également dissuader des patients qui ne retireront de l'intervention que des avantages minimes au plan de la santé (Laudicella *et al.*, 2010).

Définition et comparabilité

Dans les enquêtes du Commonwealth Fund, le délai d'attente pour des consultations de médecins ou d'infirmières désigne le nombre de jours ou de semaines que le patient doit attendre avant d'obtenir un rendez-vous. Pour une consultation de spécialistes et pour une chirurgie élective, le délai d'attente désigne le temps s'écoulant entre le moment où il est conseillé au patient de se faire soigner et la date du rendez-vous. Seuls les répondants ayant eu un rendez-vous chez le spécialiste ou une chirurgie élective ont renseigné les délais d'attente.

Comme il n'y a pas de définition universellement admise des délais d'attente, des données provenant de sources différentes peuvent ne pas être comparables.

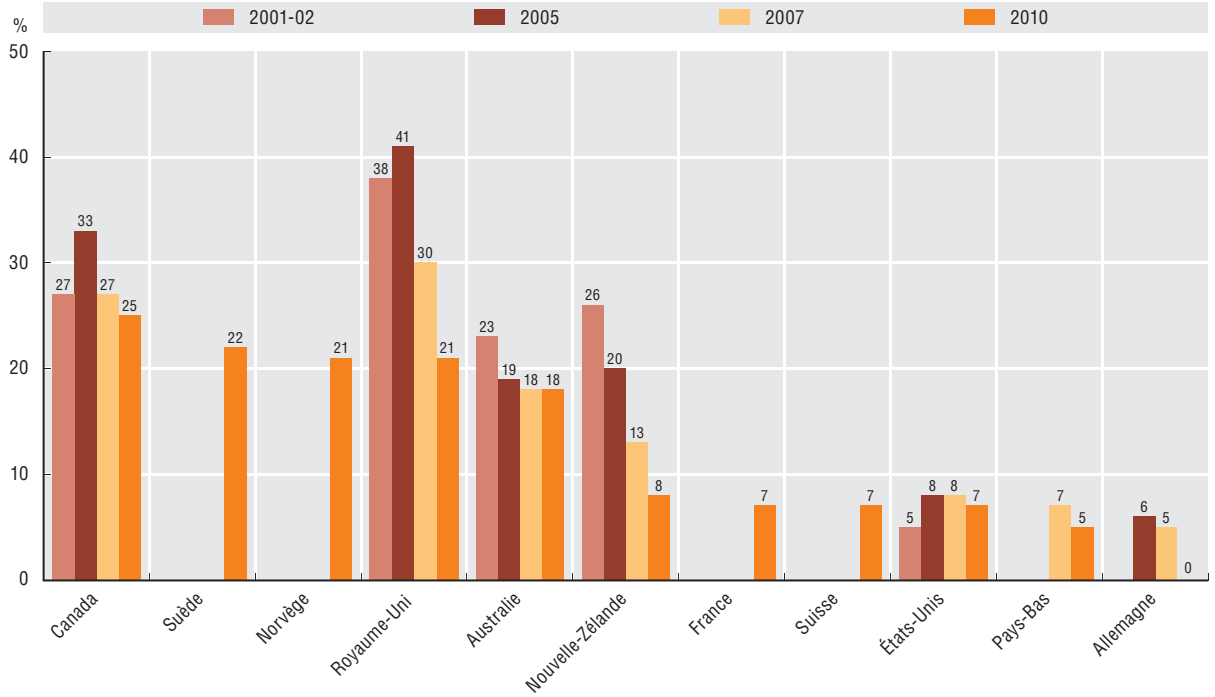
6.8.1 Temps d'attente de quatre semaines ou plus pour un rendez-vous chez un spécialiste



Source : Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530511

6.8.2 Temps d'attente de quatre mois ou plus pour une chirurgie élective



Source : Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530530

7. DÉPENSES DE SANTÉ ET FINANCEMENT

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. Financement des dépenses de santé

7.6. Commerce international des services de santé (tourisme médical)

7.1. Dépenses de santé par habitant

Les pays de l'OCDE diffèrent énormément par leurs dépenses de santé et le taux de progression de ces dépenses. Cela reflète un large éventail de facteurs relatifs aux marchés et de facteurs sociaux mais aussi la diversité des structures de financement et d'organisation de leurs systèmes de santé.

Les États-Unis restent largement en tête de tous les pays de l'OCDE sur le plan des dépenses. En 2009, les dépenses en produits et services de santé par personne aux États-Unis ont progressé pour atteindre 7 960 USD (graphique 7.1.1), soit près de deux fois et demi la moyenne des pays de l'OCDE. La Norvège et la Suisse arrivent derrière, avec un montant de dépenses par habitant qui ne représente qu'environ les deux tiers du montant dépensé aux États-Unis mais reste supérieur de 50 % à la moyenne de l'OCDE. La plupart des pays d'Europe septentrionale et occidentale, mais aussi le Canada et l'Australie, dépensent entre 3 200 USD et 4 400 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 d'Europe méridionale et orientale membres de l'OCDE ainsi que la Corée. Le Japon dépense lui aussi moins que la moyenne de l'OCDE dans le domaine de la santé malgré son revenu par habitant supérieur à la moyenne. Par comparaison, les économies à croissance rapide, Chine et Inde, dépensent au titre de la santé moins de 10 % et de 5 % respectivement de la moyenne de l'OCDE.

Le graphique 7.1.1 montre également la décomposition des dépenses de santé par habitant entre dépenses publiques et dépenses privées (voir aussi l'indicateur 7.5 « Financement des dépenses de santé »). En règle générale, le classement selon le montant des dépenses publiques par habitant demeure 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, du Luxembourg et des Pays-Bas), du fait que les dépenses de santé totales sont beaucoup plus élevées que dans les autres pays. En Suisse également, une forte proportion du financement des soins de santé provient de sources privées et les dépenses publiques de santé sont moindres que dans certains autres pays, en dépit d'un montant plus élevé de dépenses globales. C'est l'inverse au Danemark où l'essentiel des soins de santé est financé par des fonds publics.

Sur la période 2000-09, on estime que les dépenses de santé par habitant ont progressé en moyenne de 4 % par an en valeur réelle dans les pays de l'OCDE (graphique 7.1.2, tableau A.6). Dans de nombreux pays, le taux de croissance a atteint un pic avant 2004 et s'est ralenti ces dernières années.

De manière générale, les pays qui ont enregistré la plus forte croissance de leurs dépenses de santé par habitant sur cette période sont ceux qui partaient de niveaux relativement bas. En République slovaque et en Corée, par exemple, la progression des dépenses de santé a été plus de deux fois supérieure à la moyenne de l'OCDE depuis 2000, ce qui a conduit au fil des ans à une certaine convergence entre les pays de l'OCDE.

Dans des pays comme l'Italie, la Suisse et l'Allemagne, les dépenses de santé par habitant ont augmenté beaucoup plus lentement sur la période, à un rythme annuel moyen de 2 % voire moins. Cela reflète, pour partie, une croissance économique relativement faible sur l'ensemble de la période et les conséquences de politiques délibérées de maîtrise des coûts.

Le graphique 7.1.3 montre l'association familière entre le PIB par habitant et les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE. Si globalement les pays ayant un PIB plus élevé tendent à dépenser davantage au titre de la santé, on observe toutefois des variations importantes dans la mesure où le PIB n'est pas le seul facteur qui influe sur le niveau des dépenses de santé. L'association est plus forte dans les pays dont le PIB par habitant est faible que dans les pays de l'OCDE dont le PIB par habitant est plus élevé. Même pour des pays ayant un PIB par habitant similaire, on observe des dépenses de santé très différentes pour un niveau donné de PIB. Ainsi, bien que l'Allemagne et la Finlande aient des PIB par habitant similaires, leurs dépenses de santé par habitant diffèrent considérablement, la première dépensant au titre de la santé environ 25 % de plus que la seconde. Les États-Unis dépensent beaucoup plus au titre de la santé qu'on pourrait l'escompter sur la base du seul PIB.

Définition et comparabilité

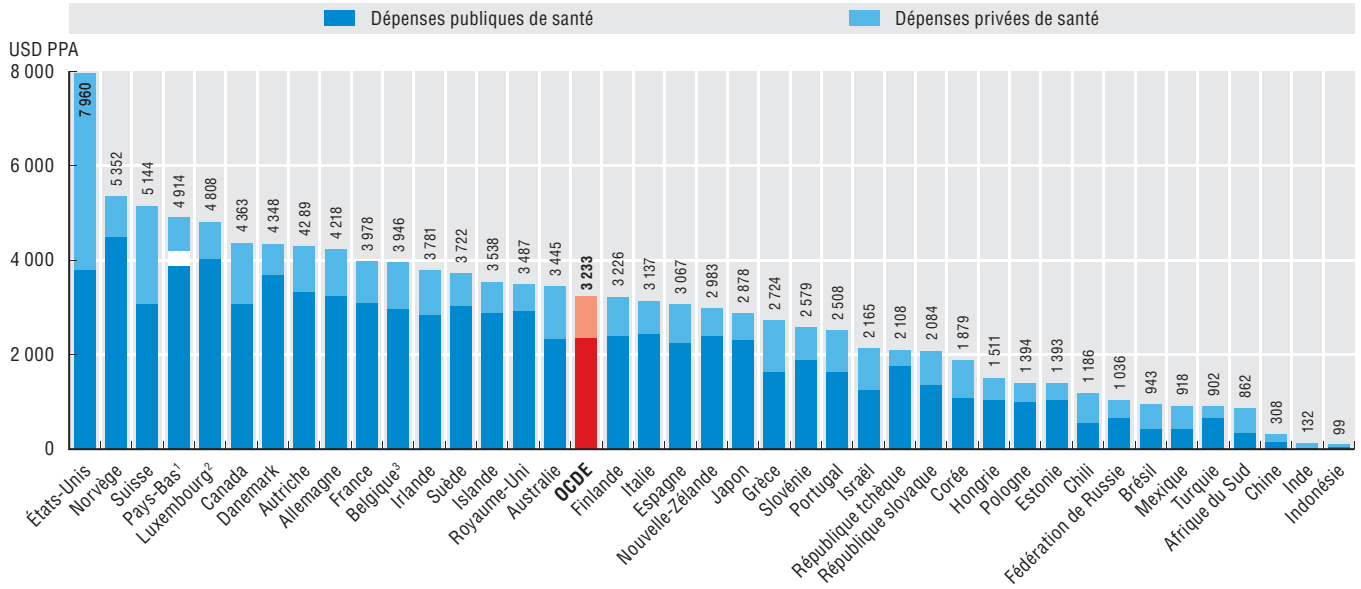
Les dépenses totales de santé correspondent à la consommation finale de produits et services de santé (les dépenses courantes de santé) plus les dépenses d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé. Ce chiffre englobe les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux ou les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration.

Des méthodes différentes d'estimation des dépenses au titre des soins de longue durée, en particulier l'affectation entre dépenses de santé et aide sociale, continuent de limiter la comparabilité globale des dépenses totales de santé. Pour plus de détails, voir les indicateurs 7.3 « Dépenses de santé par fonction » et 8.8 « Dépenses de soins de longue durée ».

Pour comparer les niveaux de dépenses, les dépenses de santé des pays sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. On utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) pour l'ensemble de l'économie (PIB) qui sont les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

7.1.1 Dépenses totales de santé par habitant, publiques et privées, 2009 (ou année la plus proche)

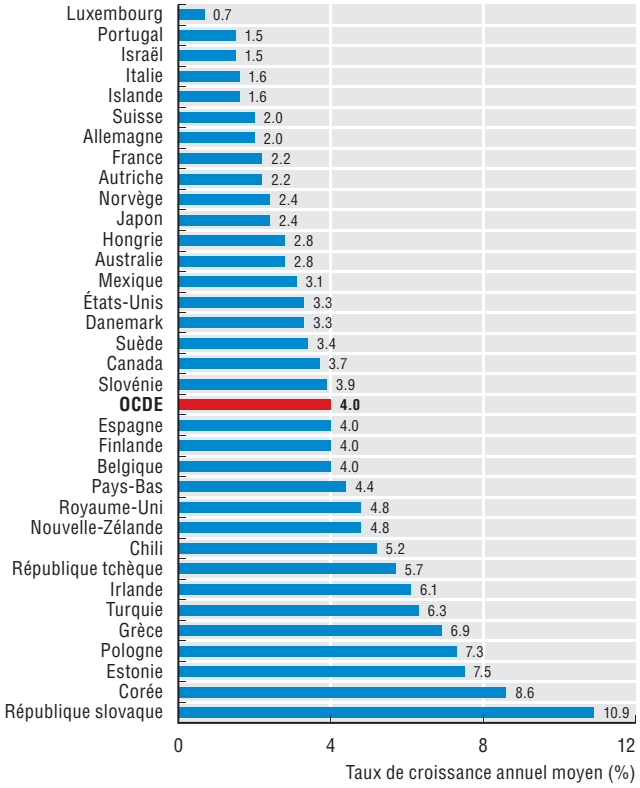


1. Aux Pays-Bas, il n'est pas possible de distinguer clairement la part privée de la part publique des dépenses de santé liées aux investissements.
2. Dépenses de santé par assuré plutôt que par habitant.
3. Dépenses totales hors investissements.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530549

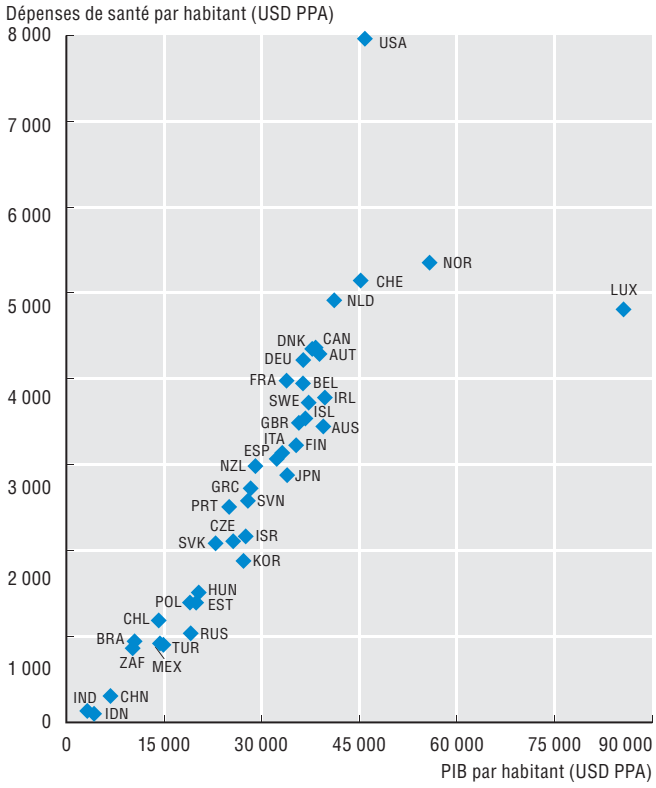
7.1.2 Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530568

7.1.3 Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530587

7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB

L'évolution des dépenses de santé en proportion du PIB est le résultat de l'effet combiné des évolutions du PIB et des dépenses de santé. Excepté au Luxembourg, les dépenses de santé ont progressé plus vite que le PIB depuis 2000. Il en est résulté une part plus importante du PIB affectée aux dépenses de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE.

En 2009, les pays de l'OCDE ont consacré 9.6 % de leur PIB à leurs dépenses de santé (graphique 7.2.1 et tableau A.8), soit un chiffre en forte progression par rapport au chiffre de 8.8 % enregistré en 2008, après que la récession ait démarré dans de nombreux pays pour se propager ensuite en 2009. L'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB a été particulièrement marquée dans les pays durement frappés par la récession mondiale. En Irlande, le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé est passé de 7.7 % en 2007 à 9.5 % en 2009. Au Royaume-Uni, il est passé de 8.4 % en 2007 à 9.8 % en 2009.

En 2009, les États-Unis ont dépensé 17.4 % de leur PIB au titre de la santé, soit 5 points de plus que dans les deux pays arrivant juste derrière, les Pays-Bas et la France (qui ont affecté à la santé respectivement 12.0 % et 11.8 % de leur PIB). Parmi les pays de l'OCDE, le Mexique et la Turquie ont consacré aux dépenses de santé moins de 6.5 % de leur PIB. Les économies à croissance rapide, la Chine et l'Inde, ont dépensé respectivement 4.6 % et 4.2 % de leur PIB au titre de la santé en 2009, contre 8.5 % et 9.0 % pour l'Afrique du Sud et le Brésil.

La part des dépenses publiques de santé dans le PIB varie entre 9.8 % au Danemark et 4.0 % et 3.1 % respectivement en Corée et au Mexique. Dans ces deux pays, les dépenses de santé sont plus financées par des sources privées que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

Pour une évaluation plus globale des dépenses de santé, il convient de considérer les dépenses de santé par habitant en même temps que les dépenses de santé en proportion du PIB (voir l'indicateur 7.1 « Dépenses de santé par habitant »). Des pays ayant un ratio dépenses de santé/PIB relativement élevé peuvent avoir des dépenses de santé par habitant relativement faibles, mais l'inverse est également vrai. Ainsi, le Portugal et la Suède ont tous deux consacré à leurs dépenses de santé une proportion similaire de leur PIB, de l'ordre de 10 %, mais en Suède les dépenses par habitant (en dollars corrigés de la PPA) ont été supérieures de près de 50 % (graphique 7.1.1).

Depuis 2000, après une période de progression de la part des dépenses de santé dans le PIB, on a observé une période de relative stabilité jusqu'en 2009 où, du fait de la récession économique, cette part est repartie à la hausse (graphique 7.2.2). Dans de nombreux pays, la part des dépenses de santé dans le PIB a eu tendance à augmenter fortement durant les périodes de récession dans le passé, puis à se stabiliser ou à ne diminuer que légèrement pendant les périodes de reprise. Lorsqu'on examine la période qui a suivi la récession du début des années 90, certains pays comme le Canada et la Finlande ont réduit de façon substantielle leurs dépenses publiques de santé pour résorber leurs déficits budgétaires, ce qui a entraîné une baisse de la part des dépenses de santé dans le PIB. Mais ces réductions des dépenses publiques de santé ont été de courte durée et, après quelques années de compression des coûts, la demande et l'offre grandissantes de services de santé ont relancé la progression des dépenses de santé qui est redevenue supérieure à la croissance du PIB (Scherer et Devaux, 2010).

Depuis 2000, l'augmentation des dépenses de santé par habitant a été plus de deux fois plus rapide que la croissance économique en moyenne dans les pays de l'OCDE (4% contre 1.6%). Il en est résulté dans la plupart des pays une part grandissante du PIB consacrée à la santé (graphique 7.2.3).

Définition et comparabilité

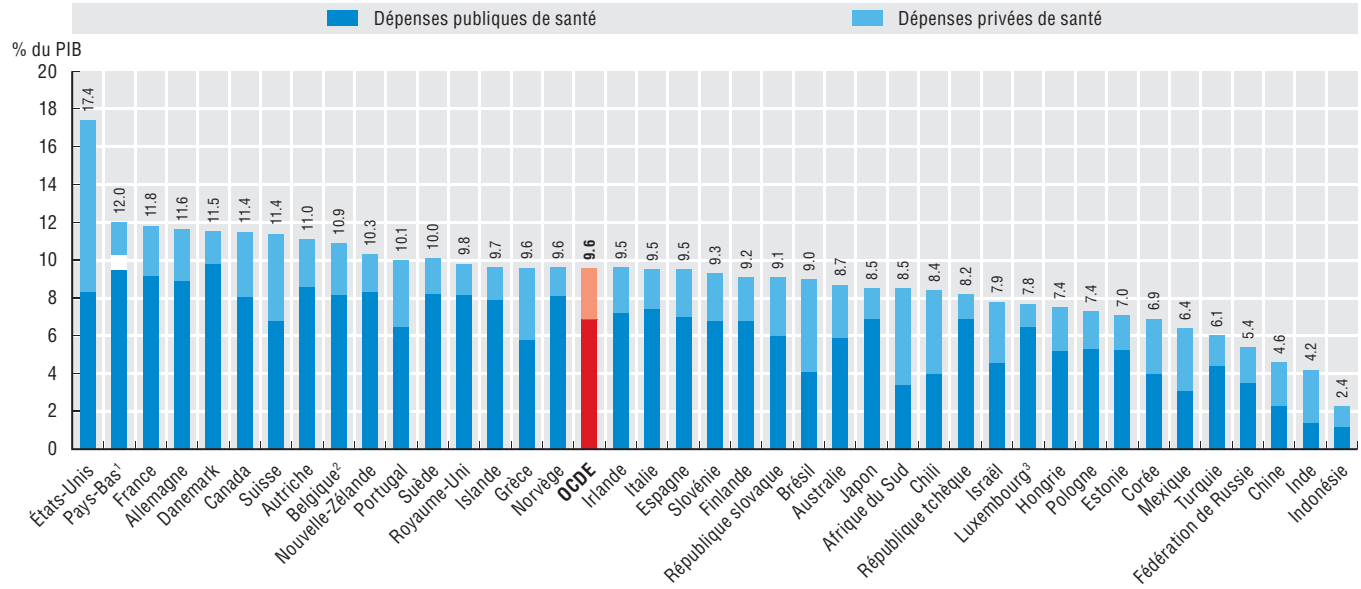
Voir l'indicateur 7.1 « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses totales de santé.

Produit intérieur brut (PIB) = consommation finale + formation brute de capital + exportations nettes. La consommation finale des ménages comprend les produits et services utilisés par les ménages ou la collectivité pour satisfaire leurs besoins individuels. Elle englobe les dépenses de consommation finale des ménages, de l'administration générale et des organismes à but non lucratif au service des ménages.

Pour des pays tels que l'Irlande et le Luxembourg, où une part significative du PIB fait référence à des profits exportés et non disponibles à la consommation nationale, le PNB peut être une mesure plus appropriée que le PIB.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

7.2.1 Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2009 (ou année la plus proche)

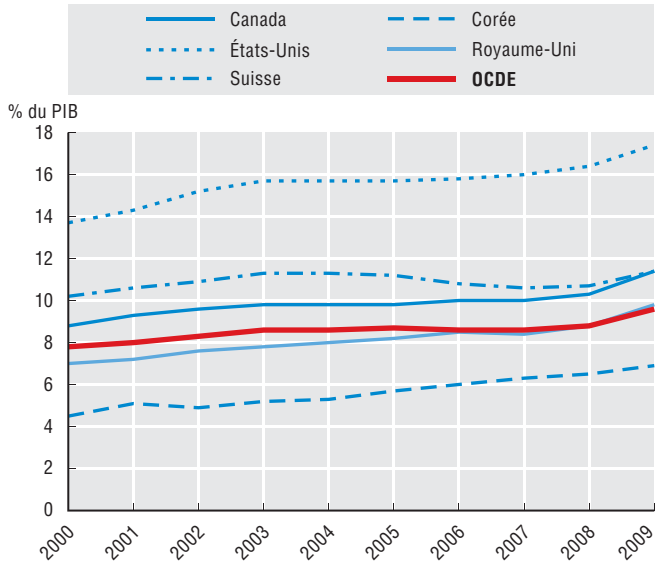


1. Aux Pays-Bas, il n'est pas possible de distinguer clairement la part privée de la part publique liée aux investissements.
2. Dépenses totales hors investissements.
3. Dépenses de santé par assuré plutôt que par habitant.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530606

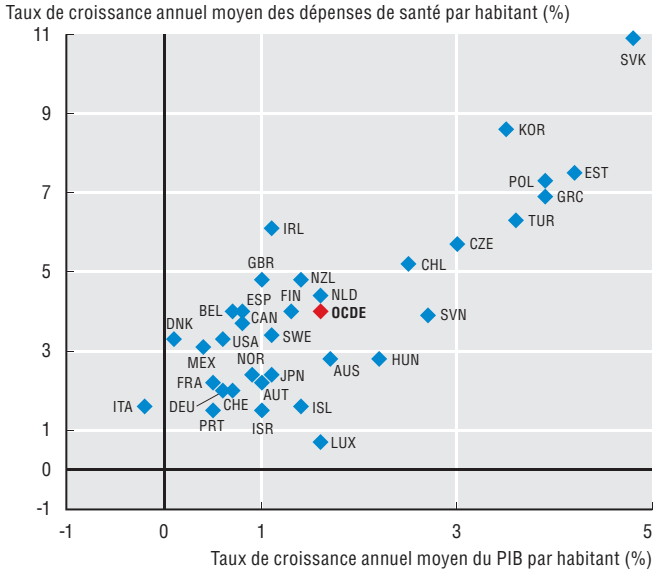
7.2.2 Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, pour quelques pays de l'OCDE, 2000-09



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530625

7.2.3 Variation des dépenses de santé et du PIB, par habitant, en termes réels, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530644

7.3. Dépenses de santé par fonction

Les dépenses au titre des différents types de produits et de services de santé sont influencées par toute une série de facteurs : les contraintes du système de santé comme l'accès aux lits d'hôpitaux, au personnel médical et aux nouvelles technologies, les dispositifs financiers et institutionnels pour l'offre de soins de santé mais aussi les orientations cliniques nationales et le poids de la maladie dans un pays.

En 2009, les soins curatifs et de réadaptation prodigués aux patients hospitalisés (y compris les soins de jour) ou dans un cadre externe ont représenté en moyenne plus de 60 % des dépenses courantes de santé dans les pays de l'OCDE (graphique 7.3.1). Les dépenses au titre des patients hospitalisés par rapport aux dépenses ambulatoires peuvent varier selon l'organisation des prestataires de soins et les disparités de pratiques cliniques entre pays. L'Autriche et la France, par exemple, font état d'une proportion relativement élevée de dépenses au titre des soins aux patients hospitalisés (se montant à plus d'un tiers des dépenses de santé) que reflètent les niveaux très élevés de leur activité hospitalière (voir l'indicateur 4.4 « Sorties d'hôpital »). Inversement, des pays comme le Portugal et l'Espagne qui ont des niveaux relativement faibles d'activité hospitalière, affectent environ un quart de leurs ressources en soins de santé aux soins aux patients hospitalisés.

Des différences importantes subsistent entre les pays pour ce qui est de leurs dépenses au titre des soins de longue durée : la Norvège, le Danemark et les Pays-Bas, qui ont un dispositif formel bien établi et à grande échelle de soins aux personnes âgées et handicapées, affectent aux soins de longue durée environ un quart de leurs dépenses totales de santé. Au contraire, dans les pays d'Europe orientale et méridionale où les soins tendent à être prodigués dans un cadre plus informel ou familial, les dépenses au titre des soins de longue durée représentent une part bien moindre des dépenses totales de santé (voir l'indicateur 8.8 « Dépenses de soins de longue durée »).

L'autre grande catégorie de dépenses de santé est celle des produits médicaux, principalement les médicaments (voir indicateur 7.4 « Dépenses pharmaceutiques »). S'établissant en moyenne à 19 %, la part des dépenses de santé au titre des produits médicaux peut n'être que de 11 à 12 % en Nouvelle-Zélande, au Danemark et en Norvège, mais représenter plus d'un tiers des dépenses totales de santé en Hongrie et en République slovaque.

La croissance des différentes composantes des soins reflète, dans une certaine mesure, le stade relatif de développement des systèmes de santé. Les soins aux patients hospitalisés étant à forte intensité de main d'œuvre, ils coûtent cher ; en conséquence, certains pays à hauts revenus ayant des systèmes de santé développés ont cherché à réduire la part de ces dépenses en s'orientant davantage vers la chirurgie de jour, les soins externes ou les soins à domicile. Toutefois, cette évolution peut également refléter des problèmes d'ordre réglementaire. Aux États-Unis, les dépenses publiques sont largement liées aux programmes Medicare et Medicaid pour lesquels les prix sont étroitement contrôlés. Ainsi, il peut être dans l'intérêt des hôpitaux d'orienter les patients vers les soins en ambulatoire pour lesquels le prix des interventions n'est pas contrôlé (OCDE, 2010b). Les estimations des dépenses au titre de la chirurgie ambulatoire pratiquée par des médecins indépendants donnent à penser que ce domaine des soins de santé est celui qui a connu la croissance la plus rapide entre 2003 et 2006 aux États-Unis (McKinsey Global Institute, 2008). En revanche, les pays de l'OCDE à bas revenus qui cherchent à investir dans leur système de santé et à le développer ont généralement vu les soins aux patients hospitalisés croître plus rapidement que d'autres postes de dépenses au point de devenir le principal contributeur à la progression globale des dépenses de santé (graphique 7.3.2).

Le graphique 7.3.3 montre la part des dépenses de santé affectée à l'administration des soins de santé. En moyenne, les pays de l'OCDE ont affecté à la gestion et à la régulation de leur système de santé 3 % de leurs dépenses. Ce chiffre inclut également l'administration et le fonctionnement des caisses d'assurance maladie ce qui explique dans une certaine mesure les variations importantes. De manière générale, dans les pays où le système de financement à payeur unique repose sur l'impôt (Danemark et Suède, par exemple), la part des dépenses de santé affectée à l'administration est moindre que dans les pays, comme les États-Unis, la France et l'Allemagne, ayant un système d'assurance sociale à payeurs multiples.

Définition et comparabilité

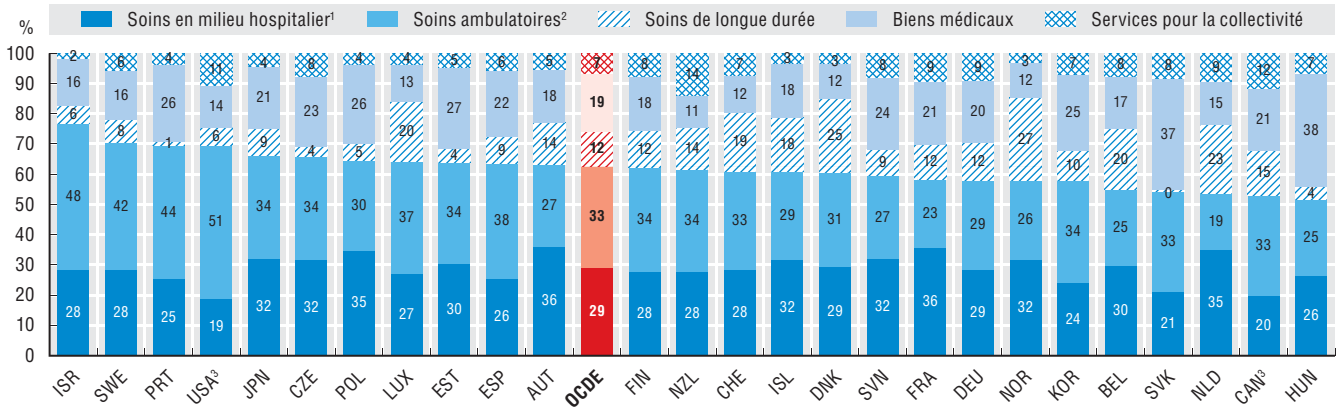
L'approche fonctionnelle du *Système de comptes de la santé* définit les frontières du système de santé. Les dépenses totales de santé englobent les dépenses de santé courantes et les investissements. Les dépenses de santé courantes englobent les soins personnels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et produits médicaux) et les services collectifs (de santé publique et d'administration de la santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de production (patients hospitalisés, soins de jour, soins aux patients externes et soins à domicile).

Les facteurs qui limitent la comparabilité entre pays sont notamment les estimations des dépenses au titre des soins de longue durée. Par ailleurs, certains pays utilisent les dépenses hospitalières pour estimer les services de soins aux patients hospitalisés alors qu'elles peuvent englober les dépenses au titre des patients externes, les services auxiliaires et, dans certains cas, les services de délivrance de médicaments (Orosz et Morgan, 2004).

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

7.3.1 Dépenses courantes de santé par fonction, 2009 (ou année la plus proche)

Les pays sont classés selon la part des soins en milieu hospitalier et ambulatoire dans les dépenses courantes de santé

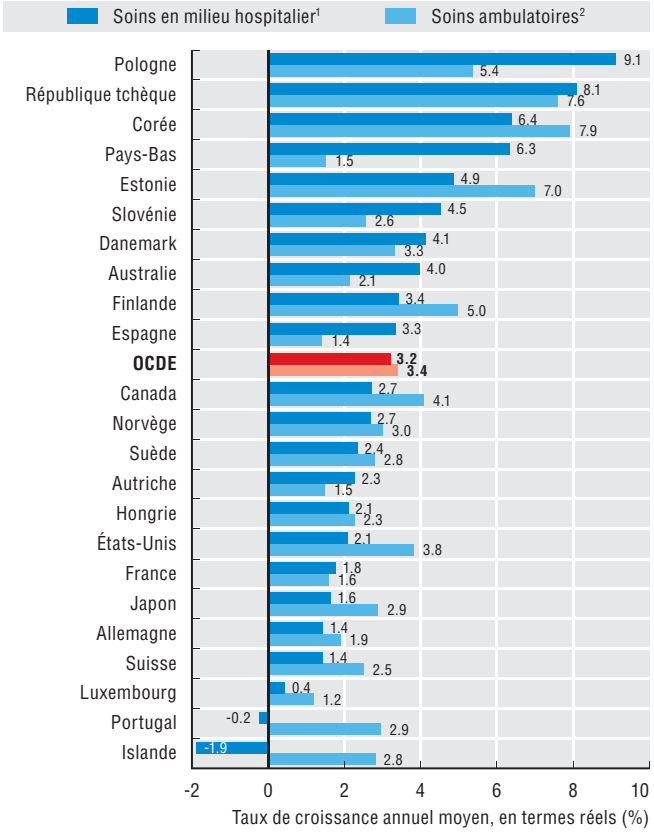


1. Inclut les soins de jour.
2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.
3. Aux États-Unis et au Canada, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530663

7.3.2 Évolution des dépenses de santé par habitant en milieu hospitalier et en ambulatoire, 2000-09 (ou année la plus proche)

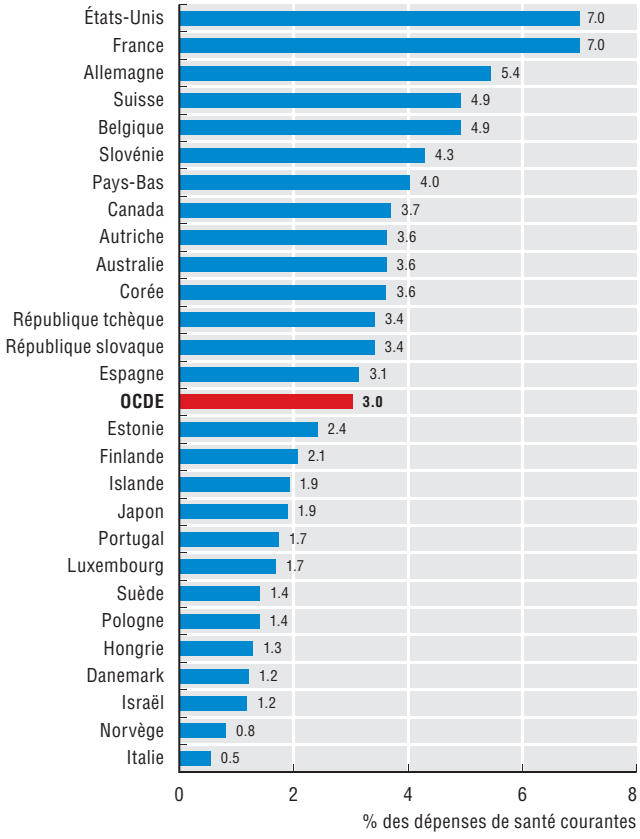


1. Inclut les soins de jour.
2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530682

7.3.3 Dépenses en administration des soins de santé et d'assurance maladie, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530701

7.4. Dépenses pharmaceutiques

Les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne près d'un cinquième des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE. La consommation accrue de médicaments due à la mise sur le marché de nouveaux médicaments et au vieillissement démographique (voir l'indicateur 4.11 « Consommation de médicaments ») a été l'une des principales causes de l'augmentation des dépenses pharmaceutiques et donc des dépenses globales de santé (OCDE, 2008c). 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 2009, on estime que la facture pharmaceutique globale des pays de l'OCDE s'est élevée à plus de 700 milliards USD, soit environ 19 % de leurs dépenses courantes de santé. Depuis 2000, la dépense moyenne au titre des produits pharmaceutiques a augmenté de près de 50 % en termes réels. On peut toutefois observer une variation considérable des dépenses pharmaceutiques, qui reflète des différences au niveau des schémas de consommation et des politiques de prix des médicaments (graphique 7.4.1). En 2009, avec un montant de 947 USD, soit près de deux fois la moyenne de l'OCDE (487 USD), les États-Unis restaient le pays dont les dépenses pharmaceutiques par habitant étaient les plus élevées. Derrière les États-Unis venaient le Canada et la Grèce. A l'opposé, le Mexique dépensait juste un peu moins de 250 USD PPA par habitant, soit légèrement plus du quart du montant dépensé par les États-Unis. La Nouvelle-Zélande et le Danemark figurent également au nombre des pays dont la dépense pharmaceutique par habitant est la moins élevée (moins de 3 00 USD). L'automédication ou la vente de médicaments sans ordonnance représentent habituellement environ 15 % de la dépense totale.

Comparées à l'ensemble de l'économie, les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne 1.5 % du PIB dans les pays de l'OCDE (graphique 7.4.1). Toutefois, la dispersion autour de cette moyenne est grande : en Norvège, au Danemark et en Nouvelle-Zélande, ces dépenses représentent moins de 1 % du PIB tandis qu'en Grèce, en Hongrie et en République slovaque elles avoisinent les 2.5 % du PIB.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les dépenses pharmaceutiques sont principalement financées par les assurances, *via* l'assurance maladie publique, qui représente en moyenne environ 60 % du total ou *via* une assurance privée, laissant en moyenne un tiers de la dépense à la charge des ménages, ce qui est bien supérieur au montant restant à charge pour les services médicaux et hospitaliers. Cela est dû au fait que pour les produits pharmaceutiques la participation au coût est plus élevée dans les régimes publics d'assurance, ou à l'absence de couverture des médicaments en vente libre et des médicaments délivrés sur ordonnance dans certains pays. Tandis que dans des pays comme les Pays-Bas, l'Allemagne et la France, la part des dépenses pharmaceutiques incombant aux ménages est inférieure à 20 %, à l'opposé, environ 60 % de la facture pharmaceutique totale est pris en charge par les ménages en Estonie et en Pologne (graphique 7.4.2).

Dans le passé, les dépenses pharmaceutiques ont eu tendance à augmenter plus rapidement que les dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, cette tendance s'est dans une certaine mesure inversée : entre 2000 et 2009, les dépenses pharmaceutiques réelles ont augmenté en moyenne d'environ 3.5 % par an dans les pays de l'OCDE, tandis que les dépenses totales de santé ont augmenté de 4.0 % (voir graphiques 7.4.3 et 7.1.2). Dans un petit nombre de pays (Luxembourg, Norvège et Italie), la progression des dépenses pharmaceutiques sur cette période a été négative. [À noter que les chiffres du Luxembourg font référence uniquement aux médicaments vendus sur ordonnance.]

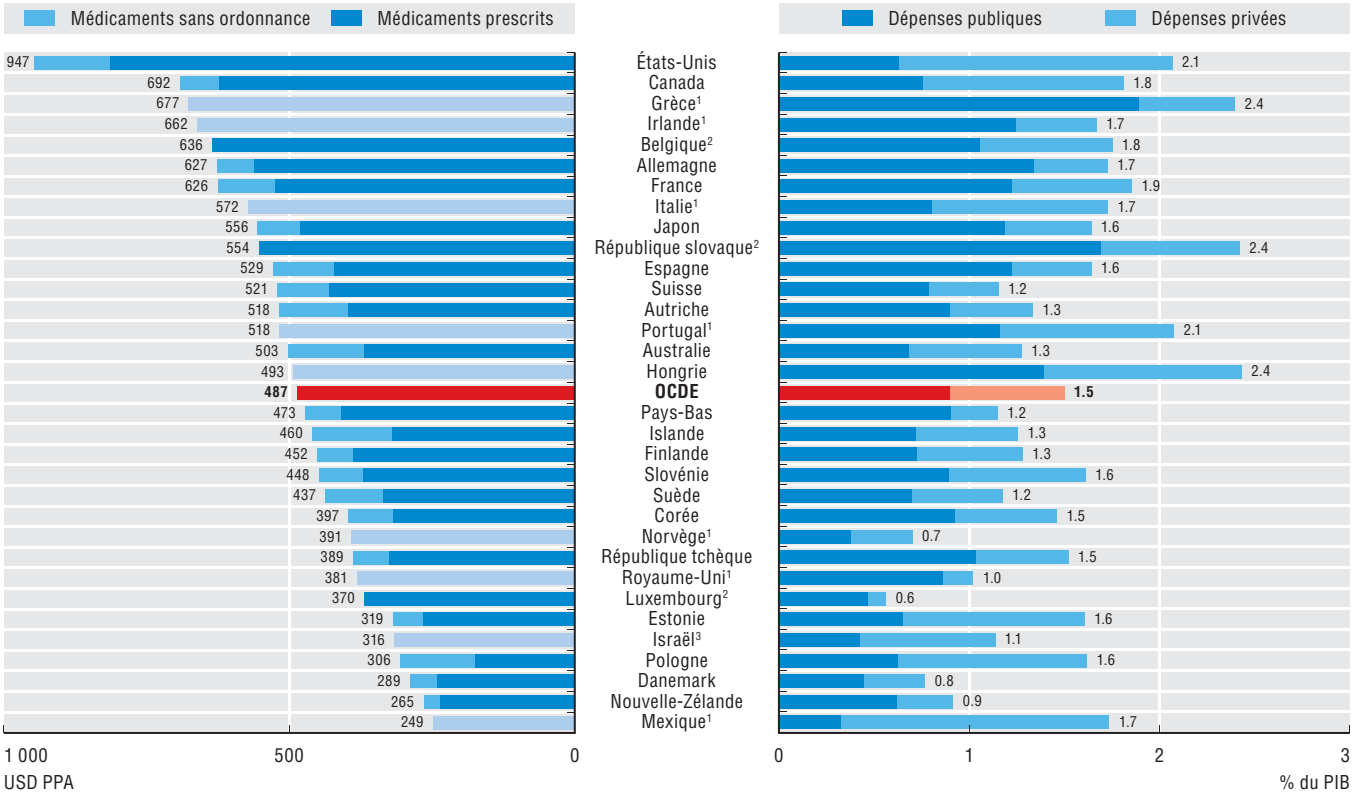
En Irlande et en Grèce, où les dépenses pharmaceutiques ont connu une croissance très rapide, les pouvoirs publics ont récemment imposé des mesures d'urgence, principalement des réductions de prix importantes, et annoncé la mise en place de politiques plus structurelles. Dans d'autres pays comme la France, l'Allemagne ou le Royaume-Uni, les réductions ou rabais sur médicaments ont souvent été utilisés comme variables d'ajustement pour contenir la progression des dépenses de santé (France), résorber les déficits de l'assurance maladie (Allemagne) ou plafonner les profits des compagnies pharmaceutiques sur les ventes au service public de santé (Royaume-Uni) (OCDE, 2010b).

Définition et comparabilité

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. Pour certains pays, les autres produits médicaux non durables tels que les seringues, bandages, etc peuvent être englobés dans le total. Le terme inclut également la rémunération des pharmaciens lorsque cette dernière est dissociée du prix des médicaments. Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux (qui représentent en moyenne environ 15 % des dépenses pharmaceutiques totales) 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.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

7.4.1 Dépenses pharmaceutiques par habitant et en pourcentage du PIB, 2009 (ou année la plus proche)

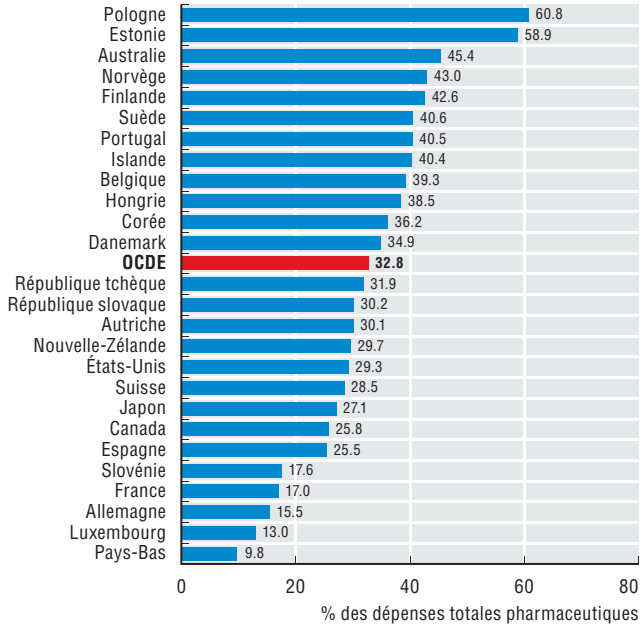


1. Distinction non disponible; inclut aussi les produits médicaux non durables vendus en pharmacie.
2. Uniquement les médicaments prescrits.
3. Biens médicaux totaux.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530720

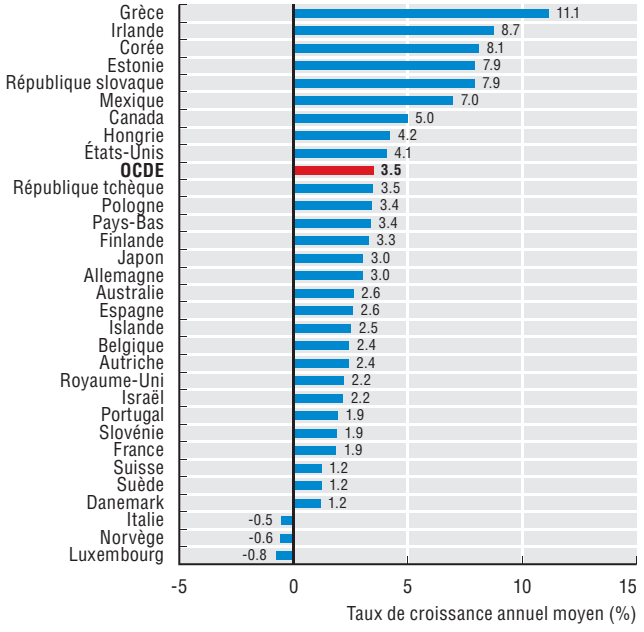
7.4.2 Versements des ménages en pourcentage des dépenses pharmaceutiques, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530739

7.4.3 Variation des dépenses pharmaceutiques par habitant, en termes réels, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530758

7.5. Financement des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé destinés à la population sont financés à des degrés divers par des sources publiques et privées. Le financement public peut se limiter aux recettes publiques dans les pays où la responsabilité directe du financement des services de santé incombe essentiellement au gouvernement central et/ou aux administrations locales (en Espagne et en Norvège, par exemple). Dans les pays où le financement repose sur un système d'assurance sociale (en France et en Allemagne, par exemple), il englobe à la fois les recettes de l'administration centrale et les cotisations sociales. En revanche, le financement privé couvre les paiements directs des ménages (dépenses directes ou participation aux coûts), 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 graphique 7.5.1 montre la ventilation du financement des services de santé dans les pays de l'OCDE en 2009. Le secteur public reste la principale source de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE excepté le Chili, le Mexique et les États-Unis. Aux Pays-Bas, dans les pays nordiques (excepté la Finlande), au Royaume-Uni, en République tchèque, au Luxembourg, au Japon et en Nouvelle-Zélande, le financement public des soins de santé représentait plus de 80 % des dépenses totales de santé. En moyenne, la part publique des dépenses totales de santé a été de 72 % en 2009, soit une proportion plus ou moins inchangée sur les 20 dernières années, même si l'éventail a eu tendance à se resserrer légèrement. Un grand nombre de pays dans lesquels la part publique était relativement élevée au début des années 90, comme la République tchèque et la République slovaque, ont réduit cette part tandis que d'autres ayant eu de tout temps un niveau relativement bas (le Portugal et la Turquie, par exemple) l'ont accrue, reflétant les réformes des systèmes de santé et le développement de la couverture publique.

Après le financement public, la principale source de financement des soins de santé sont les ménages eux-mêmes par le biais des paiements directs. Cela peut prendre la forme d'un dispositif de participation aux coûts ou de partage des frais avec les régimes publics ou privés, comme pour les médicaments vendus sur ordonnance, ou simplement d'un paiement direct des services ou des produits par le patient. En moyenne dans les pays de l'OCDE, la proportion des dépenses de santé couvertes par les ménages était de l'ordre de 19 % en 2009, s'échelonnant entre des points bas de 6 % et 7 % aux Pays-Bas et en France et plus de 30 % en Corée, au Mexique et au Chili. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale, le niveau des paiements directs est probablement sous-estimé en raison de la pratique des paiements informels.

Ces dernières années, certains pays ont étendu la couverture de leur système public de santé et vu la charge pesant sur les ménages baisser. Dans le cas de la Corée et de la Turquie, la part des dépenses de santé supportée par les ménages a chuté d'environ 10 points de pourcentage depuis 2000 (graphique 7.5.2). En revanche, certains pays d'Europe orientale ayant eu de tout temps une proportion élevée de financements publics ont observé sur la même période un déplacement des charges vers les ménages.

De manière générale, on peut observer une relation entre les paiements directs en proportion des dépenses totales de santé et le montant global des dépenses de santé (graphique 7.5.3). Les États-Unis, la France et les Pays-Bas, qui comptent parmi les pays qui dépensent le plus pour la santé, voient également les ménages financer directement une part relativement faible des soins de santé, la majorité des dépenses étant effectuées à travers un système de tiers payant, public ou privé. Ce n'est pas le cas cependant en Suisse où une part significative des dépenses globales de santé incombe directement aux ménages.

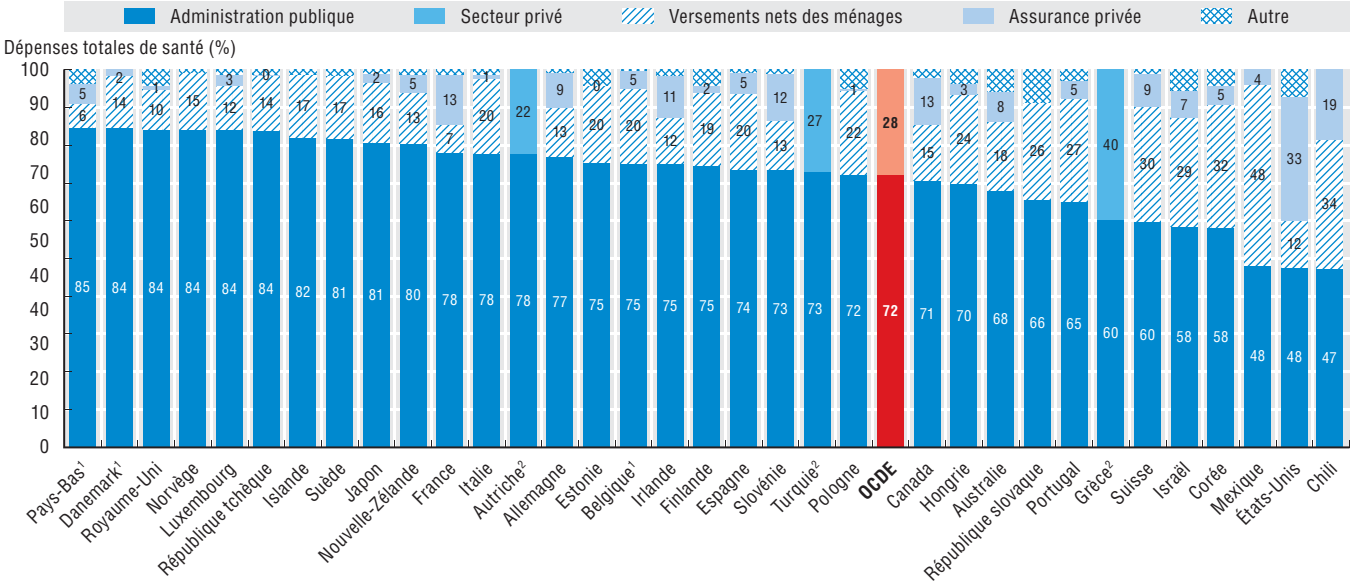
Définition et comparabilité

Le financement des soins de santé comporte trois éléments importants : les sources de financement (les ménages, les employeurs et l'État), les mécanismes de financement (par exemple l'assurance volontaire ou obligatoire) et les agents de financement (organisations gérant les dispositifs de financement). Le terme « financement » est utilisé ici davantage au sens de mécanisme de financement. Le financement public inclut les recettes du gouvernement central et des caisses de sécurité sociale. Le financement privé recouvre les paiements directs des ménages, l'assurance maladie privée et autres fonds privés (ONG et entreprises privées).

Les paiements directs sont les dépenses supportées directement par le patient. Ils incluent la participation aux coûts et, dans certains pays, une estimation des paiements informels aux fournisseurs de soins.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

7.5.1 Dépenses totales de santé par type de financement, 2009 (ou année la plus proche)

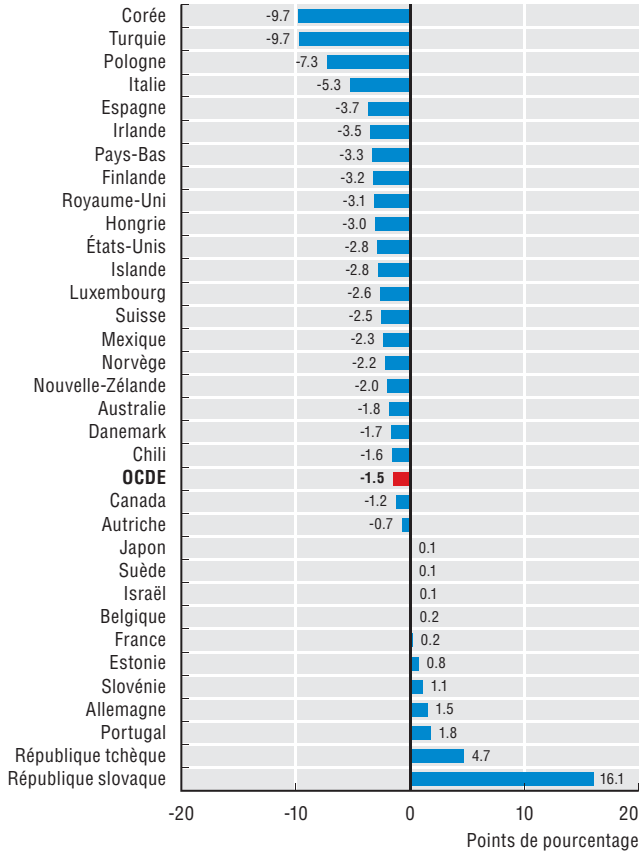


1. Dépenses courantes.
2. Ventilation des financements privés non disponible.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530777

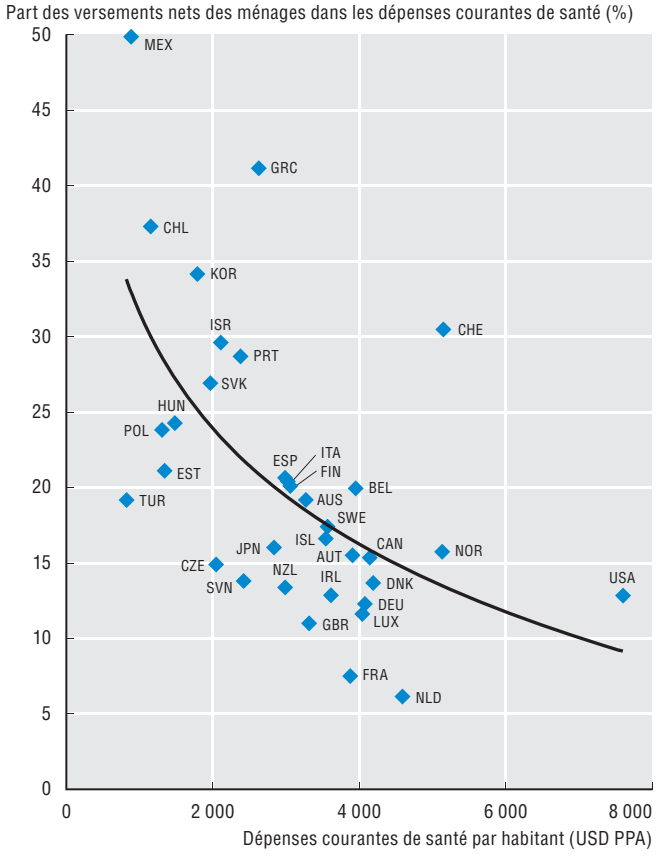
7.5.2 Variation des versements des ménages en pourcentage des dépenses courantes de santé, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530796

7.5.3 Versements des ménages et dépenses courantes de santé, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530815

7.6. Commerce international des services de santé (tourisme médical)

Le commerce des services de santé et sa composante la plus médiatisée, le tourisme médical, ont attiré l'attention des médias ces dernières années. On a souvent l'impression qu'un grand nombre de patients vont se faire soigner à l'étranger ou achètent leurs produits pharmaceutiques sur internet à des fournisseurs étrangers. La croissance apparente des « importations » et des « exportations » a été alimentée par un certain nombre de facteurs. Les avancées technologiques des systèmes d'information et de communication permettent aux patients ou aux tiers acheteurs de soins de se procurer des traitements de qualité pour un coût moindre et/ou plus rapidement auprès de prestataires de santé dans d'autres pays. Un accroissement de la portabilité de la couverture médicale, du fait d'un mécanisme régional d'assurance maladie publique ou du développement du marché de l'assurance privée, vise également à augmenter la mobilité des patients. Tout ceci est couplé à une augmentation générale des mouvements temporaires de populations entre les pays pour les affaires, les loisirs ou pour des raisons spécifiquement médicales.

Si la majeure partie du commerce international des services de santé implique des déplacements physiques transfrontière des patients en vue de recevoir un traitement, il faut également prendre en considération les produits et services livrés à distance comme les médicaments commandés dans un autre pays ou les services de diagnostic fournis par un médecin se trouvant dans un pays à un patient se trouvant dans un autre pays pour avoir une mesure complète des importations et des exportations. L'ampleur de ces échanges reste limitée mais les progrès de la technologie font que ce domaine a également la capacité de se développer rapidement.

Les données disponibles pour les pays de l'OCDE montrent que le total des importations et celui des exportations déclarées de voyages liés à la santé se sont élevés chacun à plus de 6 milliards USD en 2009. Du fait du manque de données et des sous-déclarations, ce chiffre est probablement largement sous-estimé. Néanmoins il est clair que comparées au montant des dépenses totales de santé, les dépenses au titre des voyages liés à la santé sont marginales pour la plupart des pays mais qu'elles sont en augmentation. Par exemple, alors que l'Allemagne déclare le niveau le plus élevé d'importations en termes absolus, ce chiffre ne représente qu'environ 0.5 % de ses dépenses courantes de santé (graphique 7.6.1). Des pays plus petits comme l'Islande et le Portugal observent un niveau plus élevé de mouvements transfrontière des patients, mais celui-ci ne représente qu'environ 1 % des dépenses de santé. Le Luxembourg, dont une grande partie de la population assurée vit et consomme des services de santé dans les pays voisins, est un cas particulier.

Bien que les États-Unis soient de loin le plus gros exportateur avec un montant déclaré d'exportations d'environ 2.3 milliards USD en 2009, ce chiffre demeure largement insignifiant comparé au montant global des dépenses de santé (graphique 7.6.2). En revanche, certains pays d'Europe centrale et orientale sont devenus des destinations très prisées par les patients d'autres pays européens, en particulier pour des services tels que la chirurgie dentaire. En République tchèque et en Hongrie, les exportations de voyages liés à la santé s'élevaient respectivement à 3.6 % et 2.1 % des dépenses totales de santé. La progression annuelle sur les cinq dernières années a été considérablement élevée en République tchèque et en Pologne : 28 % et 42 % par an respectivement.

La mobilité des patients en Europe pourrait, toutefois, être encore encouragée, la Commission européenne ayant cherché à clarifier les droits des patients à obtenir une couverture pour les traitements suivis dans d'autres États membres. Un grand nombre de changements proposés dans les réglementations européennes essaient de trouver un juste équilibre entre les droits des patients à rechercher des soins de santé et la responsabilité des États en matière d'organisation de l'offre de services de santé. En janvier 2011, le Parlement européen a approuvé le projet de loi amendé sur les soins de santé transfrontière qui devrait prendre effet en 2013.

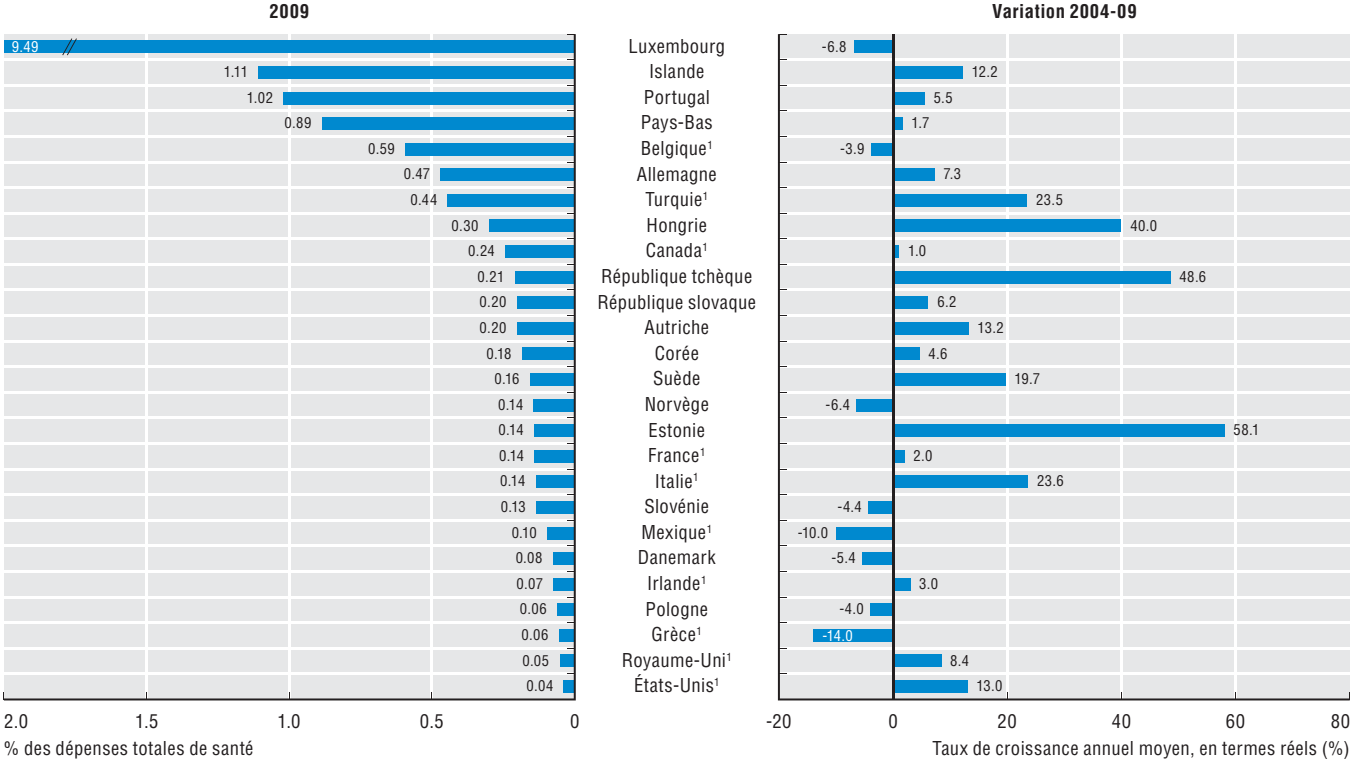
Définition et comparabilité

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 produits et services entre résidents et non-résidents d'un pays.

Le *Système de comptes de la santé* inclut les importations dans les dépenses courantes de santé, définies comme les importations des produits et services médicaux destinés à la consommation finale. Parmi celles-ci, les achats de produits et services médicaux par des patients voyageant à l'étranger constituent actuellement l'élément le plus important en valeur. Ces échanges ne sont pas très bien déclarés par de nombreux pays présentant des comptes de la santé. Les exportations ne sont pas enregistrées par le *Système de comptes de la santé* pour le moment, et il reste de nombreuses limitations en ce qui concerne la comparabilité des données.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

7.6.1 Importations de services de santé en pourcentage des dépenses totales de santé, 2009 et variation 2004-09 (ou année la plus proche)

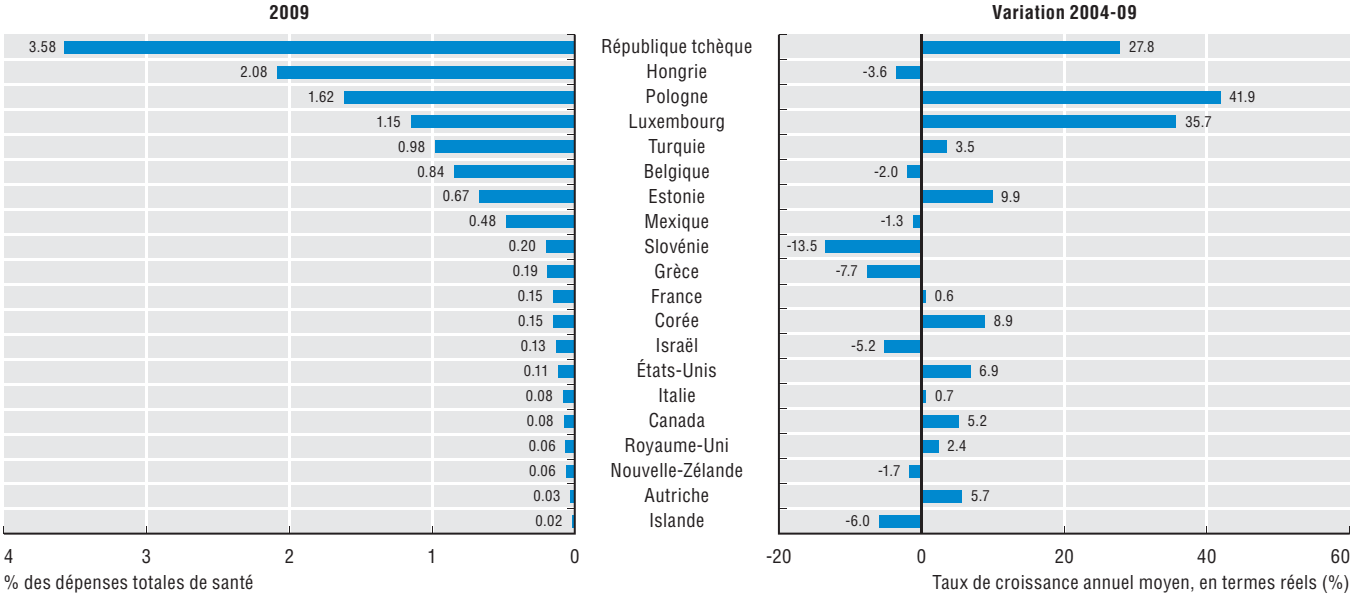


1. Se rapporte au concept de balance des paiements des voyages liés à la santé.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 et Base de données OCDE-Eurostat sur les échanges de service.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530834

7.6.2 Exportations de voyages liés à la santé en pourcentage des dépenses totales de santé, 2009 et variation 2004-09 (ou année la plus proche)



Note : On parle d'exportations de voyage liés à la 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 : Base de données OCDE-Eurostat sur les échanges de service.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530853

8. SOINS DE LONGUE DURÉE

8.1. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

8.2. État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

8.3. Prévalence et coût économique de la démence

8.4. Bénéficiaires de soins de longue durée

8.5. Aidants informels

8.6. Emploi dans le secteur des soins de longue durée

8.7. Lits de soins de longue durée

8.8. Dépenses de soins de longue durée

8.1. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans a fortement augmenté au cours des 50 dernières années dans les pays de l'OCDE. Parmi les facteurs expliquant cette progression figurent les progrès réalisés en matière de soins médicaux et un meilleur accès aux soins, mais aussi des modes de vie plus sains et une amélioration des conditions de vie aussi bien avant qu'après 65 ans.

Cet allongement de l'espérance de vie contribue à l'augmentation de la part de la population âgée de 65 ans et plus. 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.

En 2009, les femmes et les hommes de 65 ans pouvaient s'attendre à vivre encore respectivement 20.5 et 17.2 années en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 8.1.1). L'espérance de vie à 65 ans était la plus élevée au Japon pour les femmes (24 années) et en Suisse pour les hommes (19 années). Elle était la moins élevée en Turquie ainsi que dans certaines grandes économies émergentes telles que l'Afrique du Sud et aussi dans la Fédération de Russie.

Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans des femmes et des hommes a augmenté respectivement de 5.6 et 4.4 années en moyenne depuis 1960. La disparité hommes-femmes s'est accrue dans de nombreux pays au cours des années 60 et 70, pour ensuite se réduire légèrement ces 30 dernières années. Dans certains pays tels que les États-Unis, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, l'allongement de l'espérance de vie à 65 ans depuis 1960 a été supérieur pour les hommes.

Le Japon a enregistré la plus forte progression de l'espérance de vie à 65 ans depuis 1960, avec un gain de près de 10 ans pour les femmes et plus de 7 ans pour les hommes. Les gains d'espérance de vie ont été plus modestes dans certains pays tels que la République slovaque et la Hongrie, notamment pour les hommes.

Une augmentation de l'espérance de vie à 65 ans ne s'accompagne pas nécessairement d'un bon état de santé durant ces années de vie supplémentaires. En Europe, on calcule depuis quelques années un indicateur d'espérance de vie sans incapacité, dit « Années de vie en bonne santé », qui repose sur une question générale sur l'incapacité posée dans l'Enquête européenne sur le revenu et les conditions de vie. Cet indicateur étant de conception récente, il n'y a pas de série chronologique longue pour l'instant.

En 2009, parmi les pays européens prenant part à cette enquête, le nombre moyen d'années de vie en bonne santé à 65 ans était pratiquement le même pour les femmes et pour les hommes, avec respectivement 9.0 années et 8.8 années. L'absence de tout écart hommes-femmes significatif à cet égard indique que les femmes ont plus de chance que les hommes de connaître après 65 ans des limitations d'activité. La Suède et la Norvège sont les deux pays affichant le niveau le plus élevé d'espérance de vie sans incapacité à 65 ans : au moins 14 ans pour les femmes et 13.5 années pour les hommes. De son côté, la République slovaque présente la durée de vie en bonne santé la plus faible : moins de cinq années pour les femmes comme pour les hommes (graphique 8.1.2).

D'autres pays de l'OCDE calculent également des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité, même si les instruments d'enquête mesurant l'incapacité peuvent varier. Au Japon, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a été estimée en 2004 à 15.6 années pour les femmes et 12.6 années pour les hommes (Office du Cabinet, gouvernement du Japon, 2006). Aux États-Unis, les femmes et les hommes nés en 2001-02 peuvent espérer vivre respectivement 66.9 et 63.6 années sans limitation de l'activité (US Department of Health and Human Services, 2006).

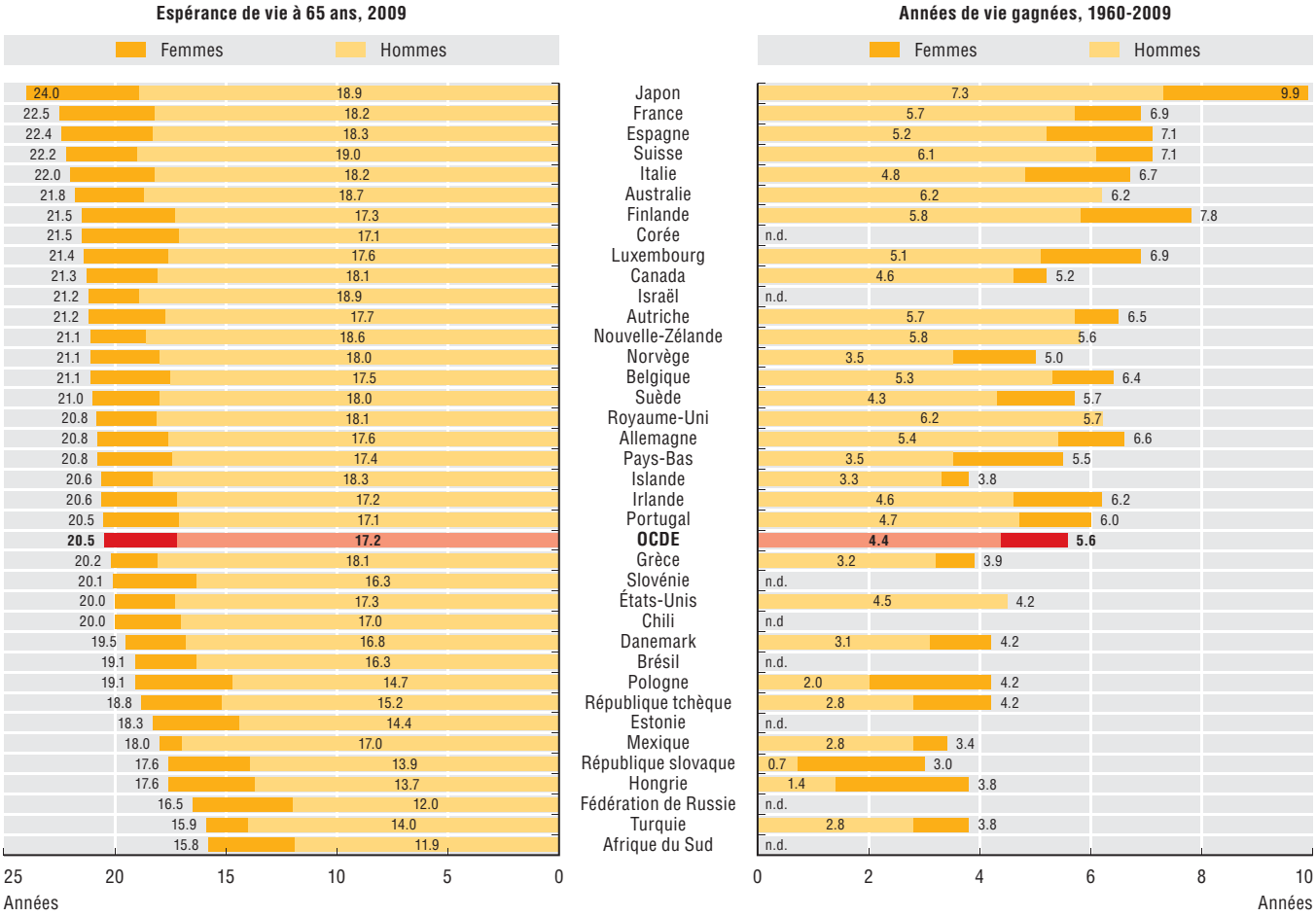
Définition et comparabilité

L'espérance de vie mesure le nombre d'années moyen pendant lequel un individu peut espérer vivre en l'absence de changement des taux actuels de mortalité. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité d'une cohorte. Si les taux baissent (comme ce fut le cas ces dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective des individus sera supérieure à l'espérance de vie calculée sur la base des taux de mortalité actuels. La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut légèrement varier d'un pays à l'autre, ces différences pouvant induire des variations qui restent inférieures à un an.

L'espérance de vie sans incapacité, ou « Années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation de l'activité. En Europe, les années de vie en bonne santé sont calculées chaque année par Eurostat pour les pays de l'Union européenne et certains pays de l'AELE à l'aide de la méthode Sullivan (Sullivan, 1971). L'incapacité est mesurée par l'indicateur de limitation globale de l'activité issu de l'enquête statistique de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie. L'indicateur de limitation globale de l'activité mesure les limitations des activités usuelles imputables à des problèmes de santé.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

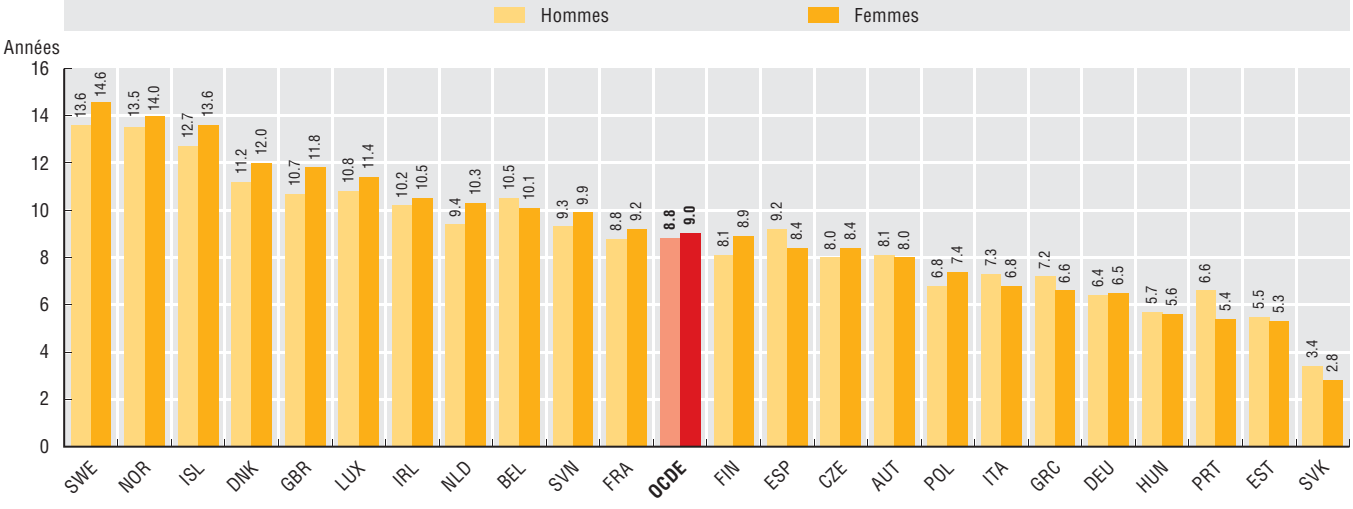
8.1.1 Espérance de vie à 65 ans, 2009 et années de vie gagnées depuis 1960 (ou année la plus proche)



Source : *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011* et sources nationales pour l'Afrique du Sud, le Brésil et la Fédération de Russie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530872

8.1.2 Années de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2009



Source : European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS); *Base de données Eurostat.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530891

8.2. État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui permettent aux personnes interrogées de détailler différents aspects de leur santé. On trouve fréquemment dans ces enquêtes une question concernant l'état de santé général tel que le perçoivent les personnes interrogées. Malgré la subjectivité de ce type de question, les indicateurs de perception d'état de santé général sont des facteurs prédictifs du recours futur des individus aux soins de santé et de leur mortalité (voir Miilunpalo *et al.*, 1997). Il peut toutefois s'avérer difficile d'interpréter les écarts de perception de l'état de santé que l'on observe d'un pays à l'autre, parce que les questions des enquêtes peuvent varier, et que des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

Ces réserves étant faites, on observe que plus de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus estime être en bonne ou très bonne santé dans 12 des 31 pays de l'OCDE pour lesquels sont disponibles des données (graphique 8.2.1). La Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Canada affichent le pourcentage le plus élevé de seniors dans cette catégorie, trois personnes au moins sur quatre se déclarant en bonne santé. Toutefois, le fait que les catégories de réponses proposées aux personnes interrogées dans ces trois pays soient différentes de celles utilisées dans la plupart des autres pays de l'OCDE affecte les résultats à la hausse (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

En Israël et en Espagne, 40 % environ des personnes âgées de 65 ans et plus estiment être en bonne santé. En Pologne, au Portugal et en Estonie, il est inférieur à 15 %. Dans presque tous les pays (mis à part l'Australie et le Chili), on observe une plus grande probabilité d'évaluation positive de l'état de santé chez les hommes que chez les femmes de plus de 65 ans. En moyenne, le pourcentage s'élève à 49 % chez les hommes et 42 % chez les femmes.

Le pourcentage de la population de la population de 65 ans et plus estimant avoir une santé bonne ou très bonne est resté stable ces 30 dernières années dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de séries statistiques longues. Des améliorations apparaissent toutefois aux États-Unis, où cette proportion est passée de 70 % en 1980 à 76 % en 2009.

Les mesures de l'incapacité ne font pas encore l'objet d'une normalisation internationale. En 2009, en Europe, sur la base de l'Enquête communautaire sur le revenu et les conditions de vie, 43 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont signalé être restreintes dans leurs activités de la vie quotidienne en raison d'un problème de santé, l'une des définitions courantes de l'incapacité. La proportion passe à 60 % dans la population âgée de 75 ans et plus (graphique 8.2.2). En moyenne, dans un groupe de 24 pays européens membres de l'OCDE, une large proportion de la population se déclare restreinte de façon seulement modérée dans ses activités, mais 14 % des personnes de 65 à 74 ans et 25 % des personnes âgées de 75 ans et plus se disent sérieusement limitées dans leurs activités. De telles limitations sévères d'activités peuvent entraîner des besoins de soins de longue durée, formels ou informels.

La population des pays nordiques rapporte le niveau le plus faible d'incapacité modérée ou sévère, à l'exception de la Finlande, où les taux d'incapacité sont plus élevés et avoisinent la moyenne européenne. Les taux les plus élevés se rencontrent en République slovaque, puis au Portugal et en Estonie.

Définition et comparabilité

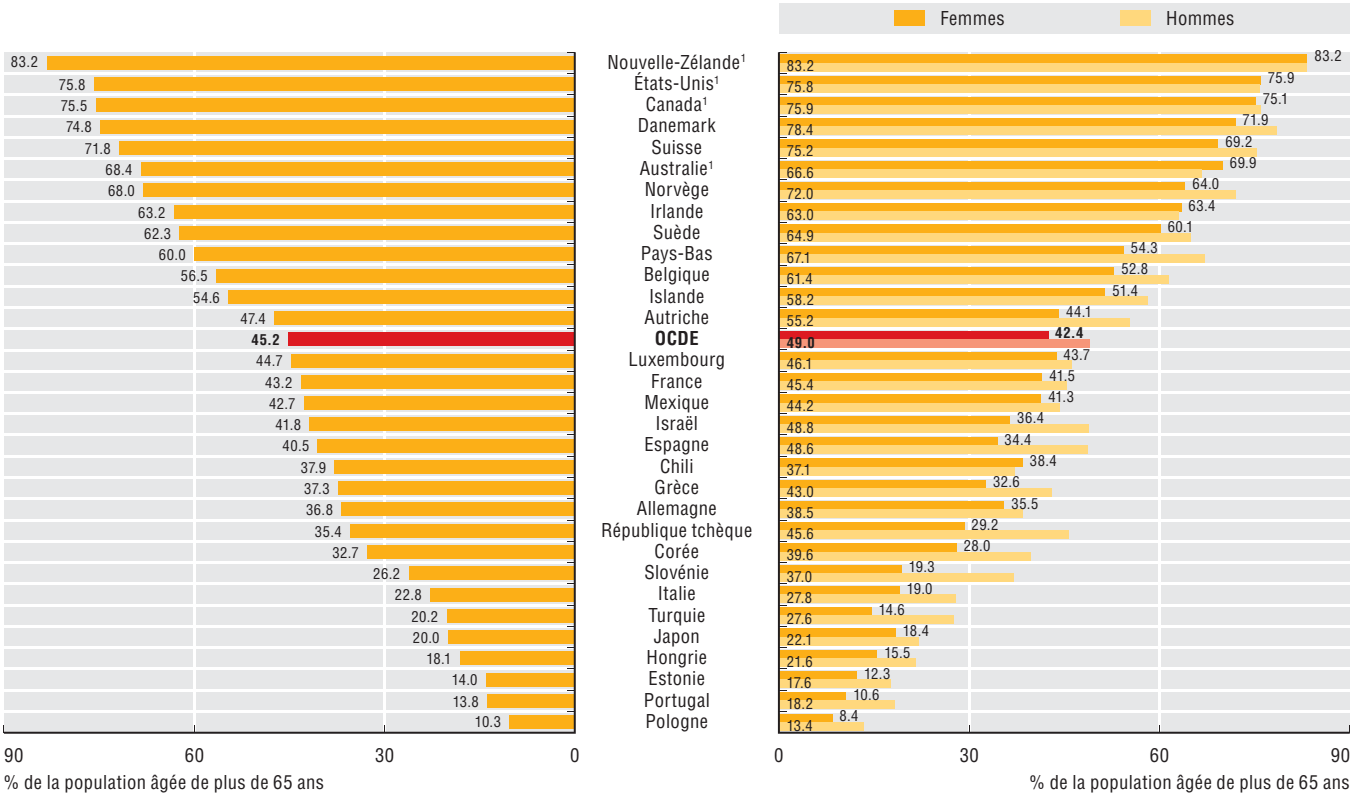
L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé. La question est habituellement posée aux personnes en ces termes : « Que diriez-vous de votre santé en général ? », et assortie des possibilités de réponse : « Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». La *Base de données de l'OCDE sur la santé* fournit les chiffres sur la proportion de la population qui évalue son état de santé comme bon ou très bon.

Il convient d'être prudent dans les comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par plusieurs facteurs, y compris le contexte culturel et les spécificités nationales. Deuxièmement, 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 réponse utilisée aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie est *asymétrique* (elle est biaisée vers les réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés dans la *Base de données de l'OCDE sur la santé* renvoient à l'une des trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). Au contraire, dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est *symétrique*, comportant les catégories : « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les données relatives à ces pays ne renvoient 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 à ceux qui utilisent une échelle symétrique.

L'incapacité générale perçue est mesurée dans l'enquête UE-SILC par la question suivante : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? », assortie des possibilités de réponse suivantes : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e), mais pas fortement ; Non, pas limité(e) du tout ». Les personnes résidant dans un établissement ne sont pas couvertes par l'enquête, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence de l'incapacité. La mesure est là aussi subjective, et des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

8.2.1 Population âgée de plus de 65 ans déclarant être en bonne santé, 2009 (ou année la plus proche)

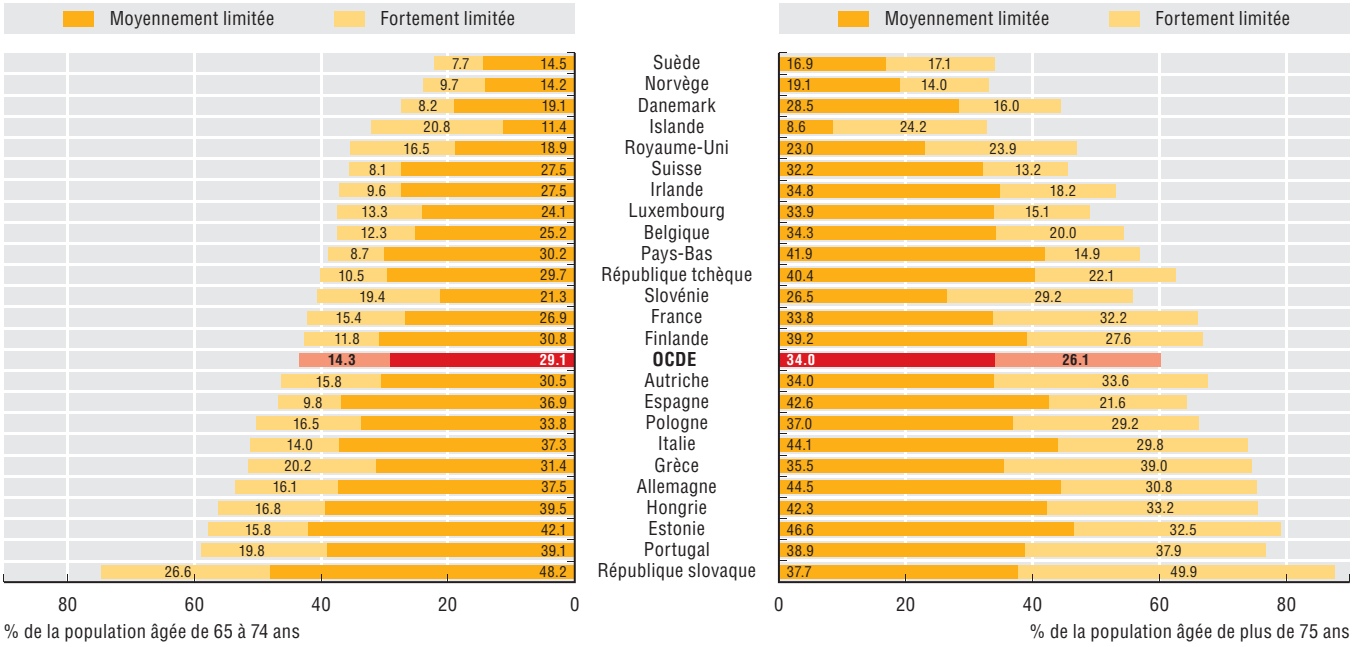


1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables à celles des autres pays, en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquêtes (entraînant un biais à la hausse).

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530910

8.2.2 Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, 2009



Source : Statistiques de l'Union européenne sur les revenus et les conditions de vie 2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530929

8.3. Prévalence et coût économique de la démence

La démence est une catégorie de troubles du cerveau provoquant une détérioration progressive des capacités fonctionnelles et des relations sociales de l'individu. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence ; elle représente de 60 à 80 % des cas. Il n'existe pas actuellement de traitement capable de stopper la démence, mais des médicaments et d'autres interventions peuvent ralentir la progression de la maladie.

En 2009, les pays de l'OCDE comptaient, selon des estimations de Wimo *et al.* (2010), 14 millions d'individus de 60 ans et plus souffrant de démence, soit plus de 5 % de la population de cette classe d'âge (graphique 8.3.1). La France, l'Italie, la Suisse, l'Espagne et la Suède affichaient les plus fortes prévalences, comprises entre 6.3 et 6.5 %. Le taux de prévalence était environ moitié moindre dans certaines économies émergentes, dont l'Afrique du Sud, l'Indonésie et l'Inde, même si ces résultats peuvent être imputés à une moindre détection des cas.

Les symptômes cliniques de la démence se manifestent en général après 60 ans, et sa prévalence augmente fortement avec l'âge (graphique 8.3.2). La maladie affecte davantage les femmes que les hommes. En Europe, on estimait que 14 % des hommes et 16 % des femmes âgés de 80 à 84 ans souffraient en 2009 de démence, contre moins de 4 % des individus de moins de 75 ans (Alzheimer Europe, 2009). Ces chiffres grimpent à 31 % des hommes et 47 % des femmes du quatrième âge (90 ans et plus). La même distribution s'observe en Australie (Alzheimer's Australia, 2009). La démence précoce est rare chez les personnes de moins de 65 ans, qui représentent moins de 2 % de la population touchée par cette maladie.

Les personnes qui ont la maladie d'Alzheimer et d'autres démences sont de grands utilisateurs de services de soins de longue durée. Wimo *et al.* (2010) ont utilisé des études sur le coût des maladies produites dans différents pays et une méthode d'imputation pour les pays manquant de données précises pour estimer le coût direct de la démence, en ne prenant en compte que les ressources consacrées à la prise en charge des individus atteints par cette maladie. Ils ont fait l'hypothèse, pour les pays où il a été nécessaire d'appliquer une méthode d'imputation, que les dépenses par individu atteint de démence étaient similaires, en proportion du PIB, à celles comptabilisées dans les pays fournissant des données. En 2009, le coût direct de la démence était estimé à 0.5 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE. À près de 0.8 % du PIB, l'Italie et le Japon affichaient le coût le plus élevé (graphique 8.3.3). Comme on peut s'y attendre, les pays affichant la plus forte prévalence de la démence y consacrent des dépenses généralement supérieures à celles des pays qui ont une moindre prévalence (Maslow, 2010).

Le nombre de personnes âgées souffrant de démence étant déjà important et appelé à croître à l'avenir, une meilleure prise en charge de cette maladie est devenue une priorité de la politique de santé de nombreux pays. En Australie, en Autriche, au Canada, aux États-Unis, en France et dans d'autres pays, une politique nationale de lutte contre la démence comprend souvent des mesures visant à améliorer les diagnostics précoces, à promouvoir la qualité des soins prodigués aux patients atteints de démence et à assister les aidants informels (Wortmann, 2009 ; Juva, 2009 ; Ersek *et al.*, 2009 ; Kenigsberg, 2009).

Définition et comparabilité

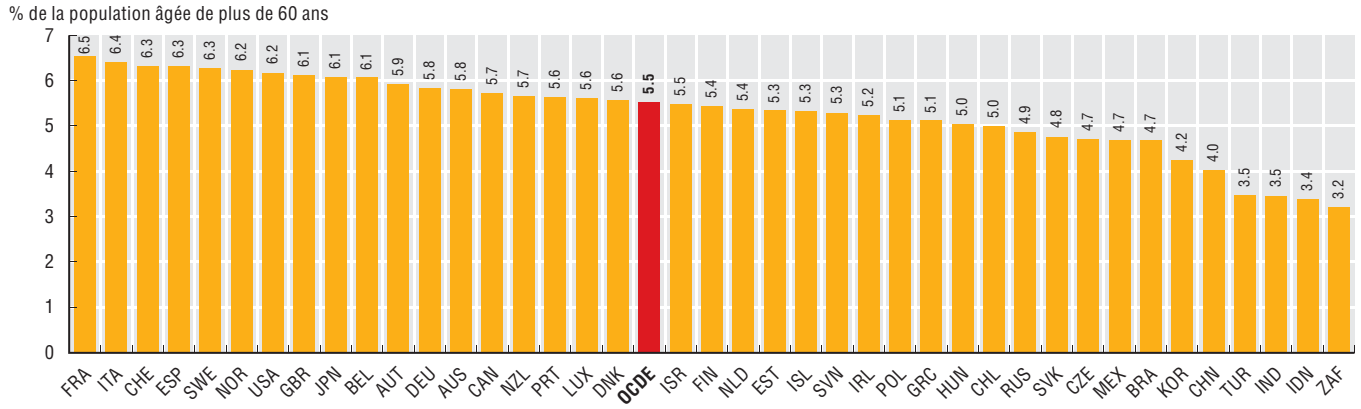
Les taux de prévalence de la démence reposent sur des estimations du nombre total d'individus âgés de 60 ans et plus souffrant de démence, divisé par l'effectif total de cette tranche d'âge. Les estimations de Wimo *et al.* (2010) reposent sur des études épidémiologiques nationales antérieures et des méta-analyses.

Wimo *et al.* (2010) se sont servis d'études sur le coût des maladies produites dans différents pays et d'une méthode d'imputation pour les pays manquant de données économiques précises pour estimer le coût direct de la démence, en ne prenant en compte que les ressources consacrées à la prise en charge des individus atteints par cette maladie. Ils ont fait l'hypothèse, pour les pays où il a été nécessaire d'appliquer une méthode d'imputation, que les dépenses par individu atteint de démence étaient similaires, en proportion du PIB, à celles comptabilisées dans les pays fournissant des données. Les études de coût présentent des difficultés intrinsèques, notamment en présence de co-morbidités.

Compte tenu des disparités de précision des sources utilisées dans les différents pays, il convient d'utiliser ces estimations de manière prudente.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

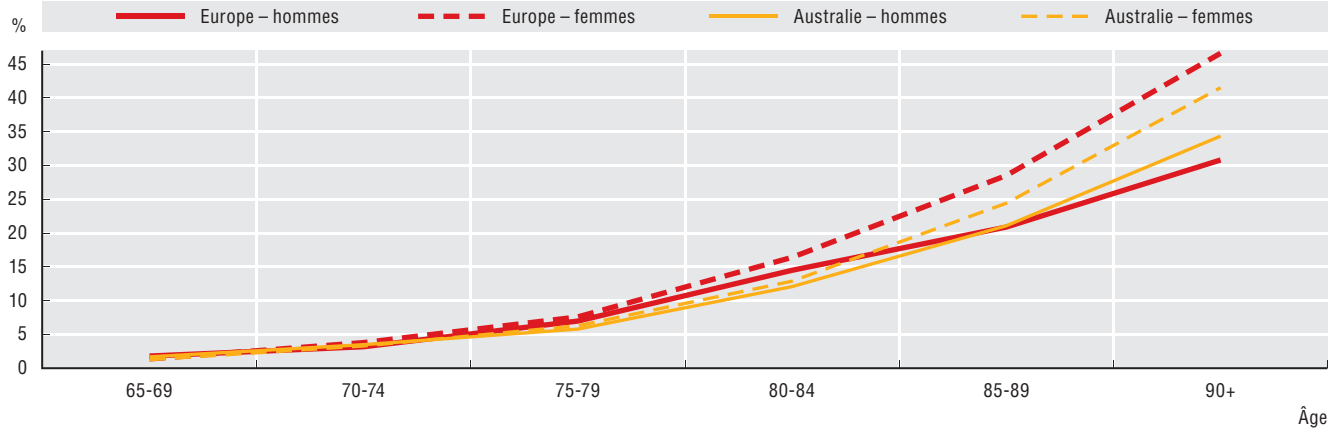
8.3.1 Prévalence de la démence parmi la population âgée de plus de 60 ans, 2009



Source : Wimo *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530948

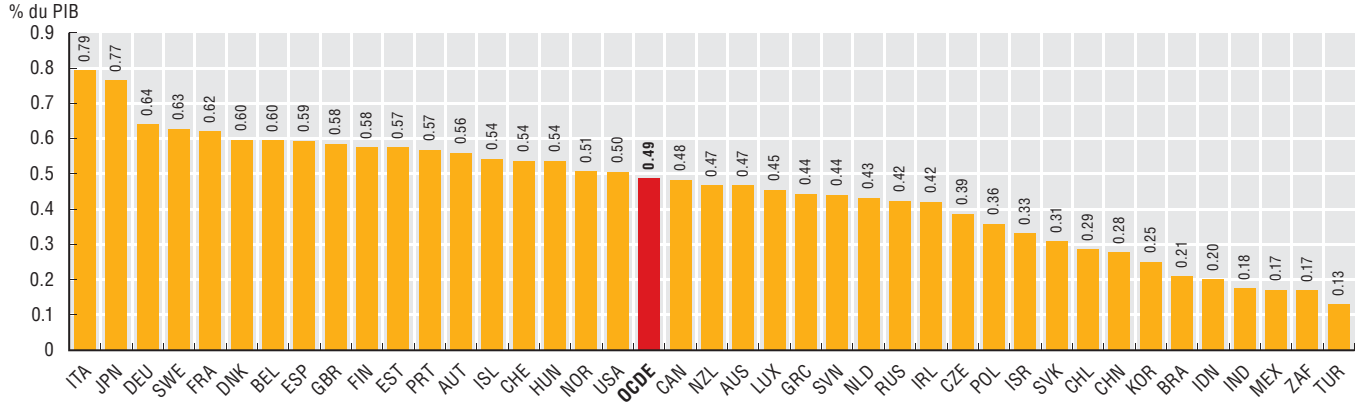
8.3.2 Prévalence de la démence par âge et sexe en Europe et en Australie, 2009



Source : Alzheimer Europe (2009) ; Alzheimer's Australie (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530967

8.3.3 Coût direct associé à la démence parmi la population âgée de plus de 60 ans, en pourcentage du PIB, 2009



Source : Wimo *et al.* (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932530986

8.4. Bénéficiaires de soins de longue durée

La population qui reçoit des soins de longue durée est en hausse dans les pays de l'OCDE, sous l'effet du vieillissement et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, mais aussi de la mise en place de nouveaux programmes et services dans plusieurs pays. En réponse à la préférence habituelle pour une prise en charge à domicile, de nombreux pays de l'OCDE ont développé, au cours des dernières années, différents types de programmes de soins à domicile.

Si la prise en charge de longue durée ne se limite pas aux personnes âgées, la grande majorité des bénéficiaires a plus de 65 ans. La plupart d'entre eux sont des femmes, en raison à la fois de leur plus grande espérance de vie et d'une plus forte prévalence de limitations fonctionnelles que pour les hommes.

En moyenne, environ 12 % de la population âgée de 65 ans et plus bénéficiaient de soins de longue durée à domicile ou en établissement dans les pays de l'OCDE en 2009 (graphique 8.4.1). Cette proportion s'accroît fortement avec l'âge, les personnes de 80 ans et plus étant plus de six fois plus susceptibles d'en bénéficier que la population âgée de 65 à 79 ans dans plusieurs pays.

En 2009, l'Autriche affichait la plus forte proportion de personnes recevant des soins de longue durée parmi la population de 65 ans et plus, près d'un quart des seniors recevant ainsi des prestations pour des soins en établissement ou à domicile. À l'opposé, 1 % seulement environ des personnes âgées en Pologne et au Portugal bénéficiaient de soins de longue durée formels, en majorité en établissement, même si elles étaient peut-être nombreuses à recevoir une aide familiale informelle à domicile.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays de l'OCDE ont instauré des programmes visant à favoriser les soins de longue durée à domicile (par exemple, le Canada, l'Irlande et la Suède). Certains pays ont instauré des aides financières à l'usager, sous la forme par exemple de prestations en espèces versées aux personnes ayant besoin de soins à domicile en Autriche et aux Pays-Bas.

Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données chronologiques, les bénéficiaires de soins de longue durée à domicile, en pourcentage du nombre total de bénéficiaires de soins de longue durée, ont progressé au cours des dix dernières années (graphique 8.4.2). Cette proportion est la plus élevée au Japon et en Norvège. Dans ces deux pays, elle a progressé depuis 2000, de sorte qu'aujourd'hui plus de trois-quarts des personnes reçoivent leurs soins de longue durée à domicile. Cette proportion a également augmenté en Suède, au Luxembourg et en Hongrie. En Hongrie, les contraintes budgétaires et des critères d'admission plus stricts ont restreint les soins de longue durée en établissement. Par ailleurs, en Finlande, la proportion de bénéficiaires de soins à domicile a nettement diminué ces dix dernières années, du fait d'une progression beaucoup plus lente que celle des personnes prises en charge en établissement. Cette évolution est peut-être due à la gravité accrue de l'état de santé d'un plus grand nombre de personnes âgées dépendantes qui sont ainsi transférées en institution, ou au fait que ces personnes résident dans des régions reculées où les possibilités de soins à domicile peuvent être restreintes.

Aux États-Unis, la moitié seulement environ des bénéficiaires de soins de longue durée reçoivent leurs soins à domicile. Cette situation reflète en partie une tradition à privilégier les soins en établissement. Seuls certains États octroient des aides financières en faveur des soins à domicile. D'autres aides seront peut-être nécessaires aux États-Unis et dans d'autres pays pour encourager le développement des soins à domicile (Colombo *et al.*, 2011).

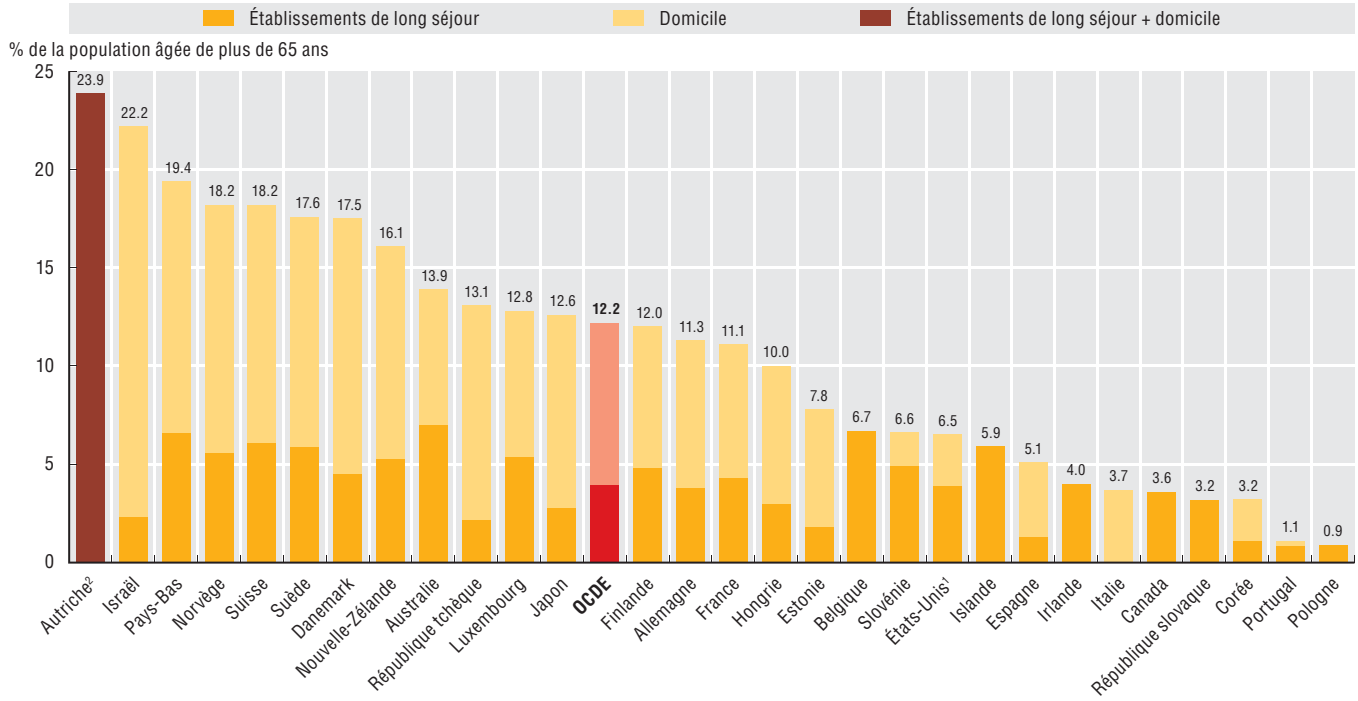
Définition et comparabilité

Les bénéficiaires de soins de longue durée sont définis comme des personnes recevant des soins prodigués par des prestataires rémunérés, y compris des personnes non professionnelles touchant des prestations dans le cadre d'un programme de prise en charge. Ils comprennent également les personnes qui reçoivent des prestations en espèces au titre de programmes laissant libre choix à l'usager d'acheter les services qu'il souhaite pour répondre à ses besoins. Les établissements de soins de longue durée sont définis comme des centres médicalisés et des établissements qui assurent simultanément l'hébergement et une prise en charge de longue durée. Les soins à domicile recouvrent les situations dans lesquelles les services sont majoritairement fournis à domicile.

Les données concernant le Japon sous-estiment le nombre de bénéficiaires en établissement car les personnes âgées sont nombreuses à bénéficier d'une prise en charge de longue durée à l'hôpital. En République tchèque, les bénéficiaires de soins de longue durée sont ceux qui touchent une prestation en espèces payée aux personnes dépendantes qui y ont droit. En Espagne et en Pologne, les données sous-estiment le nombre total d'individus pris en charge pour leur dépendance en raison de la couverture partielle des établissements ou des services. En Australie, les données n'incluent pas les bénéficiaires du programme *Veterans' Home Care*, ni ceux qui bénéficient de services au titre du *National Disability Agreement*. Les données concernant l'Autriche, la Belgique, la France et la Pologne font référence aux plus de 60 ans, et aux plus de 62 ans en République slovaque, alors qu'elles se réfèrent aux 67 ans et plus en Norvège.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

8.4.1 Population âgée de plus de 65 ans bénéficiant de soins de longue durée, 2009 (ou année la plus proche)

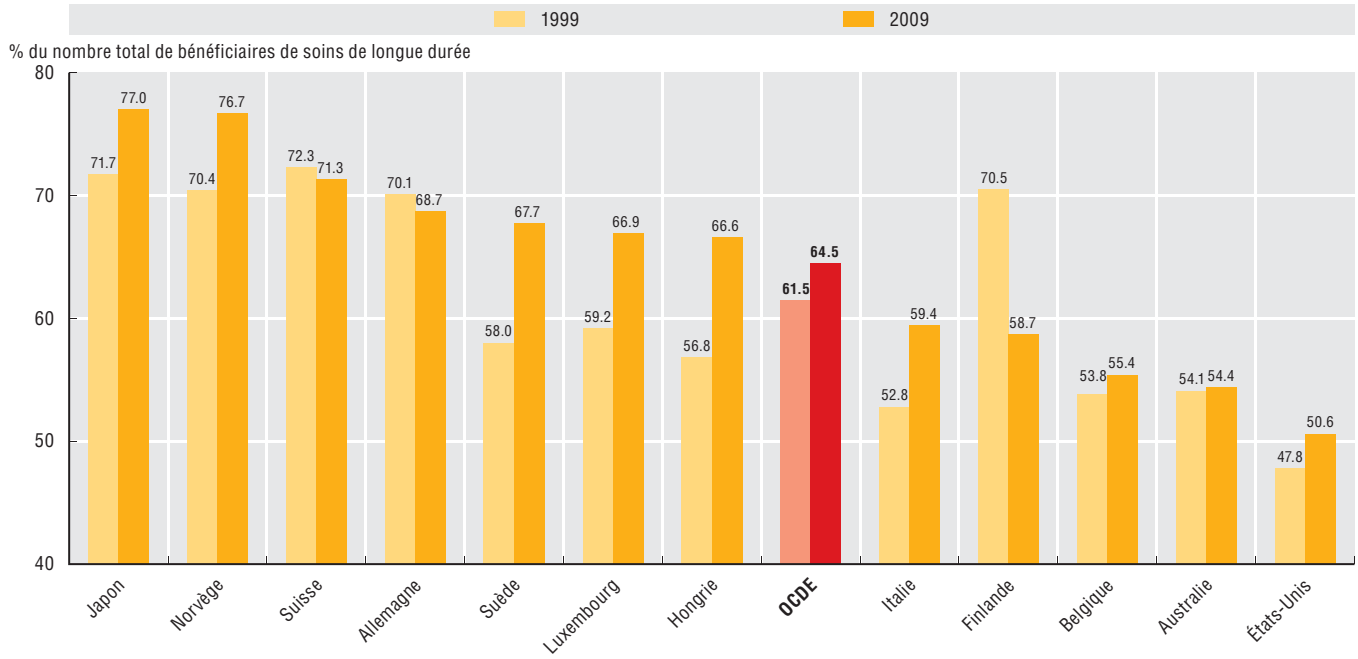


1. Aux États-Unis, les données des bénéficiaires de soins à domicile se rapportent à 2007 alors que celles des bénéficiaires de soins en institutions se rapportent à 2004.
2. En Autriche, il n'est pas possible de distinguer les bénéficiaires de soins de longue durée à domicile de ceux en institutions. Les données correspondent aux patients percevant des allocations pour soins de longue durée, indépendamment du fait que les soins soient dispensés à domicile ou en institutions. Pour cette raison, l'Autriche n'est pas incluse dans le calcul de la moyenne OCDE.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531005

8.4.2 Part des bénéficiaires de soins de longue durée recevant des soins à domicile, 1999 et 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531024

8.5. Aidants informels

Les aidants informels sont la colonne vertébrale de la prise en charge des soins de longue durée dans tous les pays de l'OCDE, même si l'on observe de nettes variations de l'importance relative de l'aide informelle par rapport au recours à des prestataires professionnels. Compte tenu du caractère informel des soins prodigués par les proches, il n'est pas facile d'obtenir des données comparables sur le nombre d'aidants informels dans chacun des pays, ni sur le temps qu'ils consacrent à ces activités. Les données présentées dans cette section proviennent d'enquêtes nationales et internationales sur la santé, et se réfèrent aux individus âgés de 50 ans et plus qui déclarent prendre en charge et assister un membre de leur famille pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, une personne de 50 ans et plus sur neuf déclarait prodiguer des soins à un proche et l'aider dans ses activités de la vie quotidienne autour de 2007. Ce ratio oscille entre 8 % en Suède, où la prestation de soins professionnels est plus développée, et un taux environ deux fois supérieur en Espagne et en Italie (graphique 8.5.1). En Italie, la forte proportion d'individus se déclarant aidants informels s'accompagne d'un nombre relativement faible de travailleurs rémunérés dans le domaine des soins de longue durée (voir l'indicateur 8.6 « Emploi dans le secteur des soins de longue durée »).

La plupart des aidants informels sont des femmes. Ainsi, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 66 % des aidants âgés de 50 à 64 ans sont des femmes. Dans la population des 75 ans et plus, cette proportion baisse légèrement et avoisine 60 % (graphique 8.5.2).

De nombreux aidants informels n'assurent qu'un nombre restreint d'heures d'aide par semaine, même si l'on observe de fortes disparités d'un pays à l'autre (graphique 8.5.3). Cette assistance est, en moyenne, inférieure à dix heures par semaine pour un peu plus de la moitié des aidants. La proportion d'aidants informels qui fournissent moins de 10 heures d'aide par semaine est particulièrement élevée dans certains pays nordiques (Danemark et Suède), où les services de prise en charge de la dépendance sont plus fournis par des travailleurs rémunérés. À l'inverse, en Corée comme dans certains pays d'Europe méridionale (Espagne, Grèce et Italie) et d'Europe centrale et orientale (Pologne et République tchèque), la majorité des aidants informels consacrent plus de temps à l'un de leurs proches. Ce constat vaut également pour les États-Unis, où une forte proportion des aidants informels assure plus de 10 heures de soins par semaine, voire bien souvent 20 heures et plus.

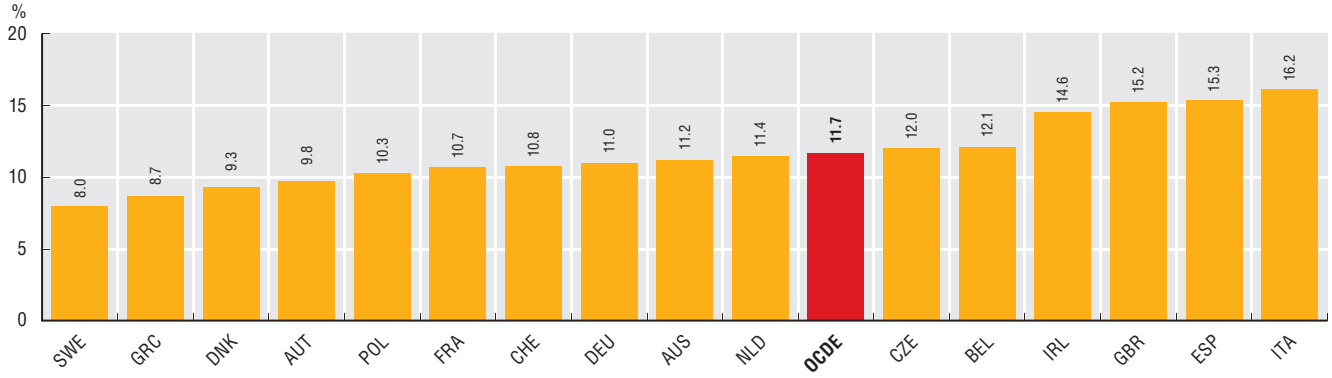
Une forte intensité de prise en charge d'une personne âgée dépendante s'accompagne souvent, pour les aidants informels, d'une diminution de leur attachement au marché du travail (pour ceux qui sont encore d'âge actif), de taux de pauvreté plus élevés et d'une plus forte prévalence de problèmes de santé mentale. Nombre de pays de l'OCDE ont instauré des politiques de soutien aux aidants informels dans le but d'atténuer ces répercussions: congé rémunéré pour prise en charge d'une personne dépendante (en Belgique, par exemple), aménagement du temps et des horaires de travail (comme par exemple en Australie et aux États-Unis), accueil-relais (Allemagne, Autriche ou Danemark), et accompagnement psychosociologique et formation (en Suède). Par ailleurs, un certain nombre de pays versent aux aidants informels ou aux bénéficiaires des soins des prestations en espèces qui peuvent être utilisées pour rémunérer des aidants non professionnels (Colombo *et al.*, 2011).

Selon un récent rapport de l'OCDE, il est probable que le nombre potentiel d'aidants informels se réduise dans les décennies à venir par suite de la diminution de la taille des familles, de mutations dans les solutions d'hébergement adoptées par les personnes frappées d'incapacité et de la hausse du taux d'activité des femmes. Dans les pays de l'OCDE, le ratio des individus âgés de plus de 80 ans par rapport à ceux âgés entre 15 et 80 ans devrait presque tripler, passant de 5 % en 2010 à près de 13 % en 2050. Il est par conséquent probable qu'une part plus importante des aidants informels soit tenue d'intensifier les soins prodigués. Sans soutien adéquat, l'aide informelle pourrait exacerber les inégalités d'emploi et de santé (Colombo *et al.*, 2011).

Définition et comparabilité

Les aidants informels sont définis comme les individus qui aident les personnes dépendantes à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne une heure au moins par semaine. Les données n'englobent que la population des 50 ans et plus, et sont issues d'enquêtes nationales ou internationales. Les données relatives aux États-Unis ne concernent que les soins prodigués à des parents. Les résultats des enquêtes peuvent être affectés par des biais déclaratifs.

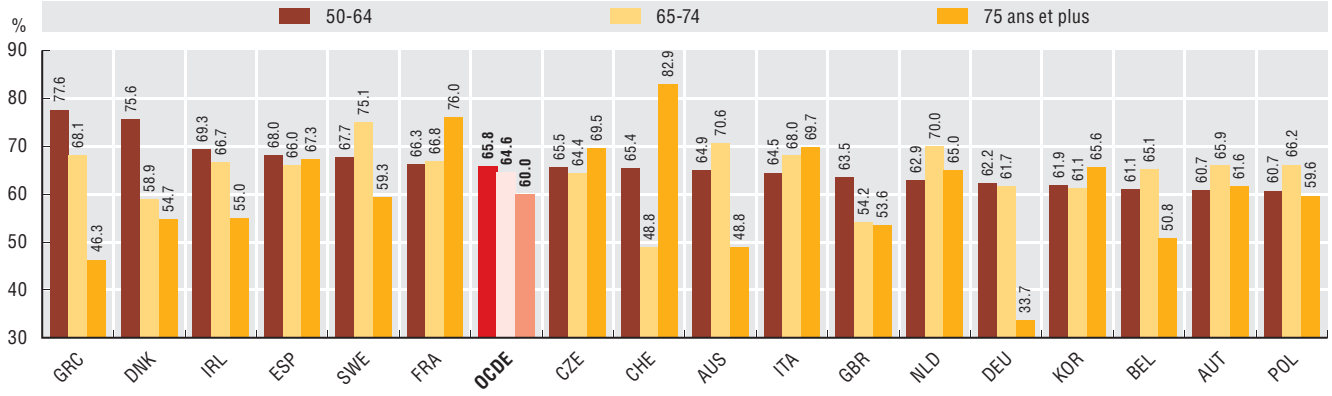
8.5.1 Population âgée de plus de 50 ans déclarant être aidant informel, autour de 2007



Source : Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2005-07 pour l'Australie, BHPS 2007 pour le Royaume-Uni et SHARE 2004-06 pour les autres pays européens.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531043

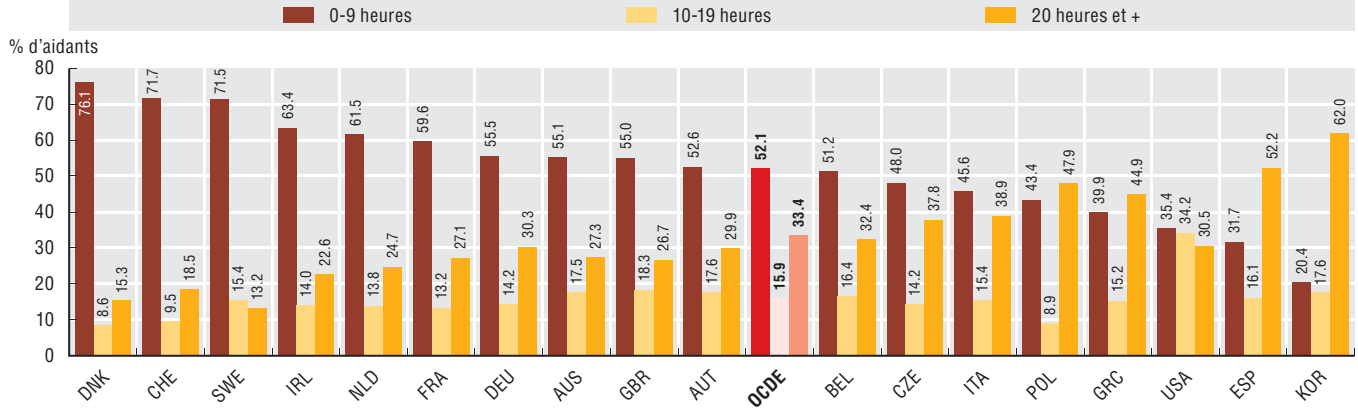
8.5.2 Part des femmes parmi les aidants informels âgés de plus de 50 ans, autour de 2007



Source : Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2005-07 pour l'Australie, BHPS 2007 pour le Royaume-Uni, SHARE 2004-06 pour les autres pays européens et KLoSA 2005 pour la Corée.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531062

8.5.3 Heures hebdomadaires de soins fournis par des aidants informels, autour de 2007



Source : Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2005-07 pour l'Australie, BHPS 2007 pour le Royaume-Uni, SHARE 2004-06 pour les autres pays européens, KLoSA 2005 pour la Corée et HRS 2006 pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531081

8.6. Emploi dans le secteur des soins de longue durée

La prise en charge de longue durée est une activité à forte intensité de main-d'œuvre. Les données présentées dans cette section sur l'emploi dans ce secteur concernent aussi bien le personnel infirmier que les auxiliaires de vie (les autres professionnels de santé sans diplôme infirmier) qui sont rémunérés pour soigner ou assister dans leurs activités de la vie quotidienne des personnes ayant besoin de soins de longue durée à domicile ou dans un établissement non hospitalier.

Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, le nombre de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée est le plus élevé en Suède et en Norvège, et le plus faible au Portugal et en Italie (graphique 8.6.1). Dans certains pays tels que le Danemark, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Suisse, la majorité des effectifs travaille en établissement, même si les bénéficiaires sont surtout pris en charge à domicile (voir l'indicateur 8.4 « Bénéficiaires de soins de longue durée »). Cette situation peut s'expliquer en partie par le fait que les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en institution ont souvent des maladies et des limitations fonctionnelles plus graves, et nécessitent donc des soins plus intensifs. Dans d'autres pays tels que la Corée, l'Estonie, Israël et le Japon, les effectifs en établissement sont relativement peu nombreux, et la majorité des travailleurs œuvrent à domicile.

La plupart des emplois dans le secteur des soins de longue durée sont occupés par des femmes et à temps partiel. Au Canada, en Corée, au Danemark, en Norvège et en Nouvelle-Zélande, plus de 90 % des effectifs sont des femmes. Les travailleurs étrangers peuvent jouer un rôle important, malgré une présence inégale dans les pays de l'OCDE : très peu nombreux en Allemagne, ils représentent près d'un travailleur sur quatre aux États-Unis (Colombo *et al.*, 2011). Dans d'autres pays, ils représentent une part importante des prestataires de services à domicile, y compris pour la prise en charge de la dépendance. Il en va ainsi en Italie, où 70 % des prestataires de services à domicile sont nés à l'étranger (Colombo *et al.*, 2011). Le recrutement de travailleurs étrangers pour les soins de longue durée à domicile ou en établissement peut aider, pour un coût souvent relativement modéré, à répondre à une demande en hausse. Mais cette immigration croissante a posé quelques problèmes dans certains pays, comme par exemple l'irrégularité des flux migratoires et le défaut de déclaration d'emplois rémunérés à la Sécurité sociale.

La répartition personnel infirmier/auxiliaires de vie moins qualifiés varie beaucoup d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 8.6.2). En moyenne, près du quart des prestataires de soins sont du personnel infirmier, les autres étant des auxiliaires de vie (dénommés aussi, selon le pays, auxiliaires de soins, assistants en établissement, assistants à domicile, etc.). Dans certains pays (comme les États-Unis et la Suisse), le personnel infirmier est majoritaire dans le secteur, alors que dans d'autres (Corée, Estonie), il ne représente qu'une très petite part des effectifs. Ces écarts importants peuvent s'expliquer en partie par des facteurs institutionnels tels que la couverture assurée par le système de santé publique (en Suisse, il englobe certains services de prise en charge de longue durée), ou la plus forte prévalence de la prestation de soins de longue durée en établissement, milieu davantage susceptible d'accueillir des travailleurs qualifiés (États-Unis). De nombreux pays examinent la possibilité de déléguer à des prestataires moins qualifiés certaines tâches actuellement assurées par du personnel infirmier, afin d'accroître l'offre de services et d'en réduire les coûts tout en garantissant certaines normes de qualité.

L'emploi dans le secteur des soins de longue durée ne représente qu'une petite part de l'emploi total, mais cette part a augmenté ces dix dernières années dans plusieurs pays. Au Japon, les effectifs dans le secteur ont progressé de 9 % par année depuis la mise en œuvre, en 2000, du programme universel d'assurance-dépendance, alors même que l'économie dans son ensemble a connu au cours de cette période une légère baisse de l'emploi (graphique 8.6.3).

Compte tenu du vieillissement de la population et du recul attendu de la disponibilité d'aidants familiaux, la demande de travailleurs dans le secteur de la dépendance, en pourcentage de la population active, devrait au moins doubler d'ici 2050. Il faudra, pour répondre à cette demande croissante, mettre en place un certain nombre de mesures, notamment améliorer le recrutement (par exemple, inciter davantage de chômeurs à envisager la possibilité de travailler dans ce secteur), fidéliser la main-d'œuvre (par exemple en améliorant les rémunérations et les conditions de travail) et accroître la productivité (par exemple en réorganisant le travail et en utilisant les nouvelles technologies de manière plus efficace) (Colombo *et al.*, 2011).

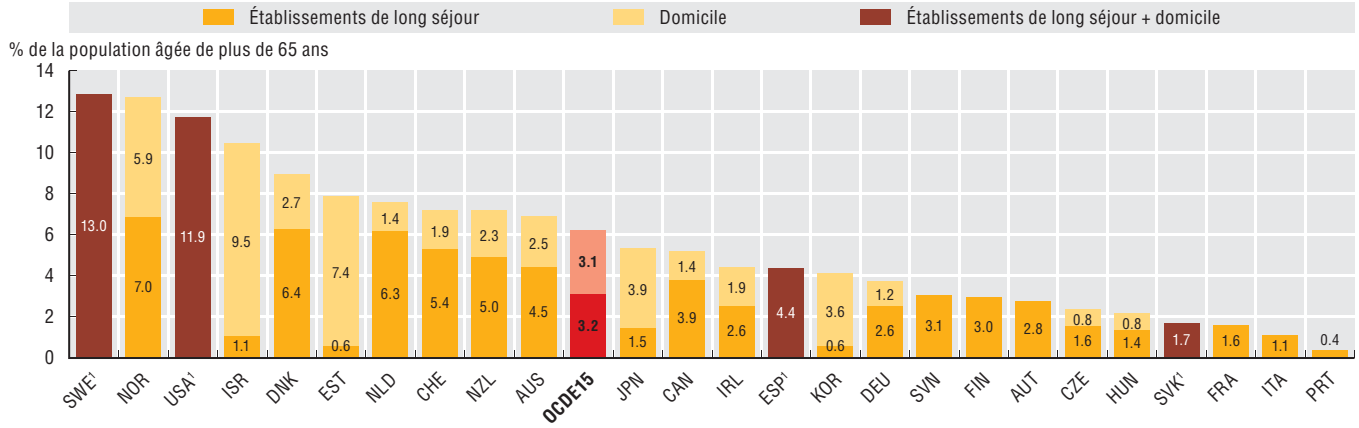
Définition et comparabilité

Les travailleurs du secteur des soins de longue durée sont des travailleurs rémunérés qui prodiguent des soins à domicile ou en établissement (non hospitalier). Cette définition englobe le personnel infirmier diplômé (voir définition à l'indicateur 3.7) et les auxiliaires de vie qui fournissent une assistance pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et assurent d'autres services d'aide à la personne. Les auxiliaires de vie regroupent différentes catégories de personnel susceptibles d'être dénommées différemment selon le pays. Ils peuvent aussi présenter ou non des qualifications reconnues, ce qui rend plus difficile la collecte de données comparables. On inclut aussi parmi les travailleurs du secteur les proches qui sont employés aux termes d'un contrat officiel par le bénéficiaire de soins, par une agence ou un prestataire de services. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps plein.

Les données pour l'Allemagne ne prennent pas en compte le personnel infirmier des établissements pour personnes âgées, les personnes travaillant de manière prédominante dans l'administration et les individus déclarés comme aidant auprès du régime de sécurité sociale, ce qui entraîne une nette sous-estimation des effectifs. Les données pour l'Italie ne comprennent pas les travailleurs en établissement de soins de longue durée semi-résidentiel. Les données pour le Japon comportent des doubles comptages (car certaines personnes travaillent dans plus d'un domicile). Les données pour l'Irlande ne concernent que le secteur public.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

8.6.1 Main d'oeuvre dispensant des soins de longue durée en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 2009 (ou année la plus proche)

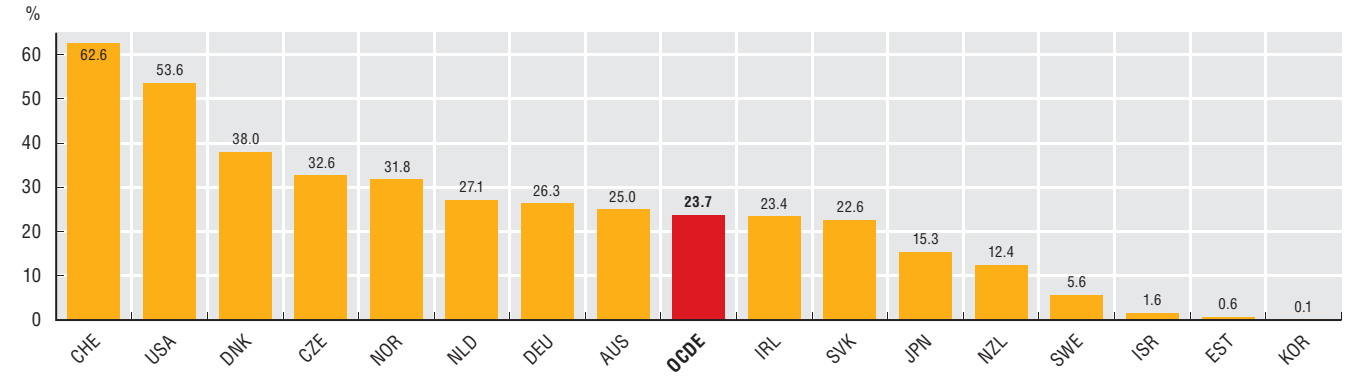


1. En Espagne, aux États-Unis, en République slovaque et en Suède, il n'est pas possible de distinguer les travailleurs dispensant des soins de longue durée en établissements et à domicile.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531100

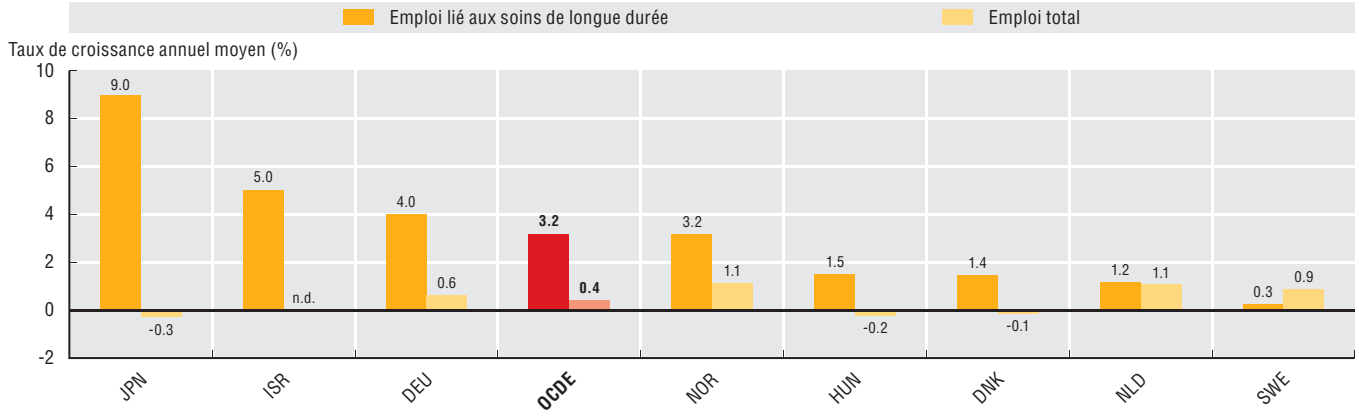
8.6.2 Part du personnel infirmier dans la main-d'œuvre dispensant des soins de longue durée, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531119

8.6.3 Évolution de l'emploi dans le secteur des soins de longue durée et emploi total, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531138

8.7. Lits de soins de longue durée

Le nombre de lits dans les établissements de long séjour et dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital fournit une mesure des ressources disponibles pour assurer une prise en charge de longue durée ailleurs qu'au domicile des patients. Les établissements de long séjour sont des institutions assurant simultanément l'hébergement et la prise en charge de longue durée. Ce sont des établissements spécifiques ou des installations de type hospitalier où le principal service assuré est la prise en charge de patients souffrant de restrictions fonctionnelles modérées ou graves.

En 2009, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 44 lits en établissements de long séjour et 6 lits dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus (graphique 8.7.1). La Suède comptait le plus grand nombre de lits de soins de longue durée, avec un taux de 80 pour 1 000 s'agissant des établissements de long séjour, mais seulement un nombre réduit de lits affectés aux soins de longue durée à l'hôpital. À l'opposé, l'Italie et la Pologne comptaient beaucoup moins de lits en établissement de long séjour ou à l'hôpital. Dans ces deux pays, la plupart des services de prise en charge de la dépendance sont assurés à domicile par des aidants informels (voir l'indicateur 8.5 « Aidants informels »).

Alors que la majorité des pays indiquent affecter très peu de lits aux soins de longue durée à l'hôpital, certains continuent à recourir de manière très large à des lits hospitaliers à cette fin. En Corée, il y a presque autant de lits de soins de longue durée à l'hôpital qu'en établissement de long séjour. Toutefois, le nombre de ces derniers a augmenté ces dernières années, notamment à la suite de la mise en place en 2008 du programme public d'assurance-dépendance destiné aux personnes âgées. Au Japon, on décompte aussi un grand nombre de lits hospitaliers utilisés pour les soins de longue durée, bien qu'il y ait eu également des augmentations récentes du nombre de lits en établissement de long séjour. Parmi les pays européens, la Finlande et l'Irlande conservent un assez grand nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital. En Finlande, les collectivités locales sont chargées de gérer à la fois les services de santé et les services de prise en charge de la dépendance, et ont l'habitude de recourir aux hôpitaux pour assurer au moins une partie de ces derniers. Dans les deux pays, on a toutefois observé récemment une hausse du nombre de lits en établissement de long séjour qui s'est accompagnée d'une diminution du nombre de lits à l'hôpital.

De nombreux pays de l'OCDE ont renforcé la capacité des établissements de long séjour à accueillir des patients dépendants une fois passé le besoin de soins intensifs hospitaliers, afin de libérer des lits à l'hôpital qui sont plus coûteux. Le nombre de lits de soins de longue durée en établissement de long séjour a progressé plus vite qu'à l'hôpital dans la plupart des pays (graphique 8.7.2). La progression a été particulièrement rapide en Corée et en Espagne. En Australie, le nombre de lits en établissement de long séjour a rapidement augmenté ces dix dernières années, accompagné d'une forte augmentation du nombre de bénéficiaires en établissement sur la même période. En Suède, les deux catégories de lits ont légèrement reculé, même si la capacité globale reste la plus élevée de tous les pays considérés. Ces dernières années, la Suède a mis en œuvre différentes mesures visant à promouvoir la prise en charge à domicile, y compris le versement de prestations en espèces favorisant le maintien à domicile et l'extension des prises en charge hors établissement (Colombo *et al.*, 2011).

L'accueil en établissement de long séjour est en général plus onéreuse que la prise en charge à domicile, ne serait-ce qu'en raison des coûts additionnels d'hébergement. Toutefois, le contexte personnel peut justifier un placement en établissement de long séjour, y compris sur le plan économique, par exemple pour les personnes qui vivent seules et ont besoin d'une assistance et d'une surveillance 24 heures sur 24 (Wiener *et al.*, 2009), ou les personnes qui vivent dans des régions reculées où les aides au maintien à domicile sont limitées.

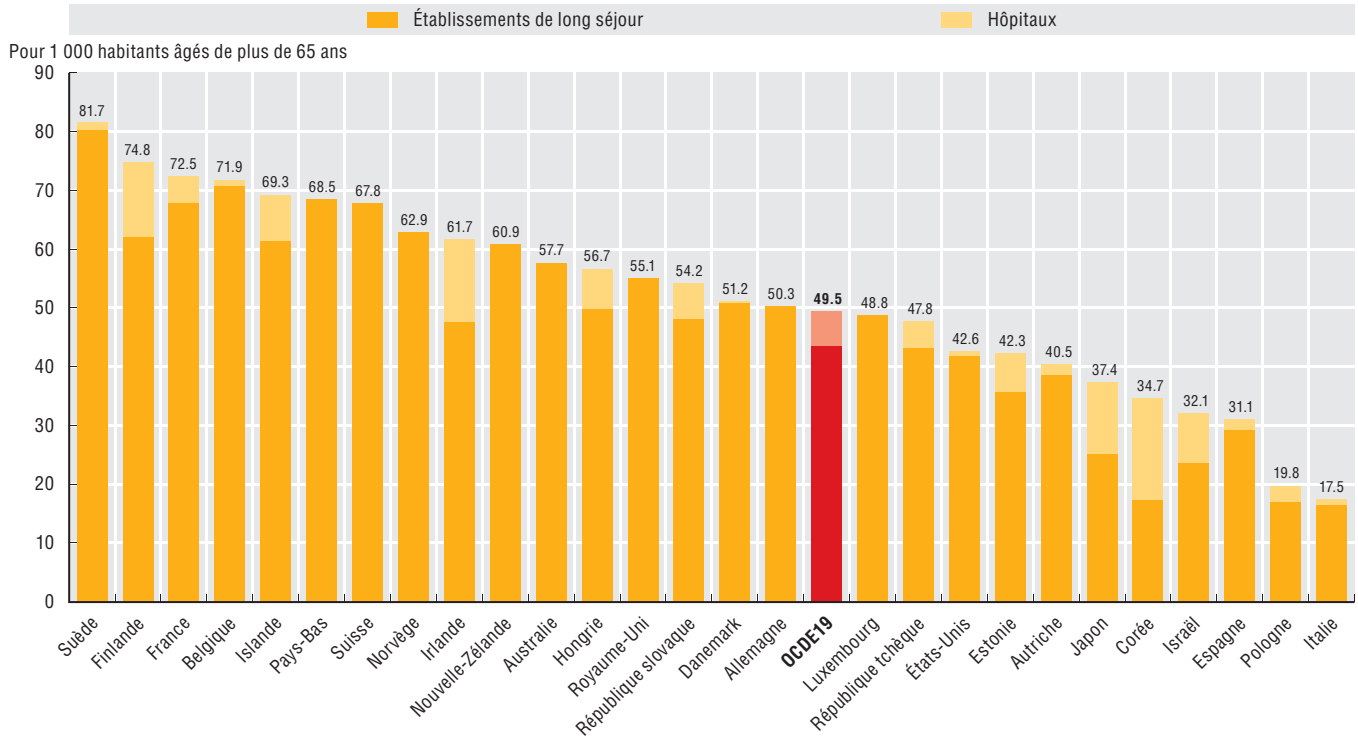
Définition et comparabilité

Les établissements de long séjour sont des installations qui regroupent des services d'hébergement et de prise en charge de longue durée. Ils n'incluent pas les établissements qui offrent des formules de vie adaptées aux personnes qui ont besoin d'une assistance tout en conservant une grande autonomie. Les lits des centres de réadaptation ne sont pas pris en compte non plus pour les comparaisons internationales,

Le champ des données reste toutefois variable selon le pays. Plusieurs pays ne prennent en compte que les lits des établissements publics de long séjour, tandis que d'autres englobent ceux des établissements privés (à but lucratif et sans but lucratif). Certains comptabilisent également les lits des centres de désintoxication, des unités psychiatriques d'hôpitaux spécialisés ou de médecine générale, et des centres de réadaptation.

Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

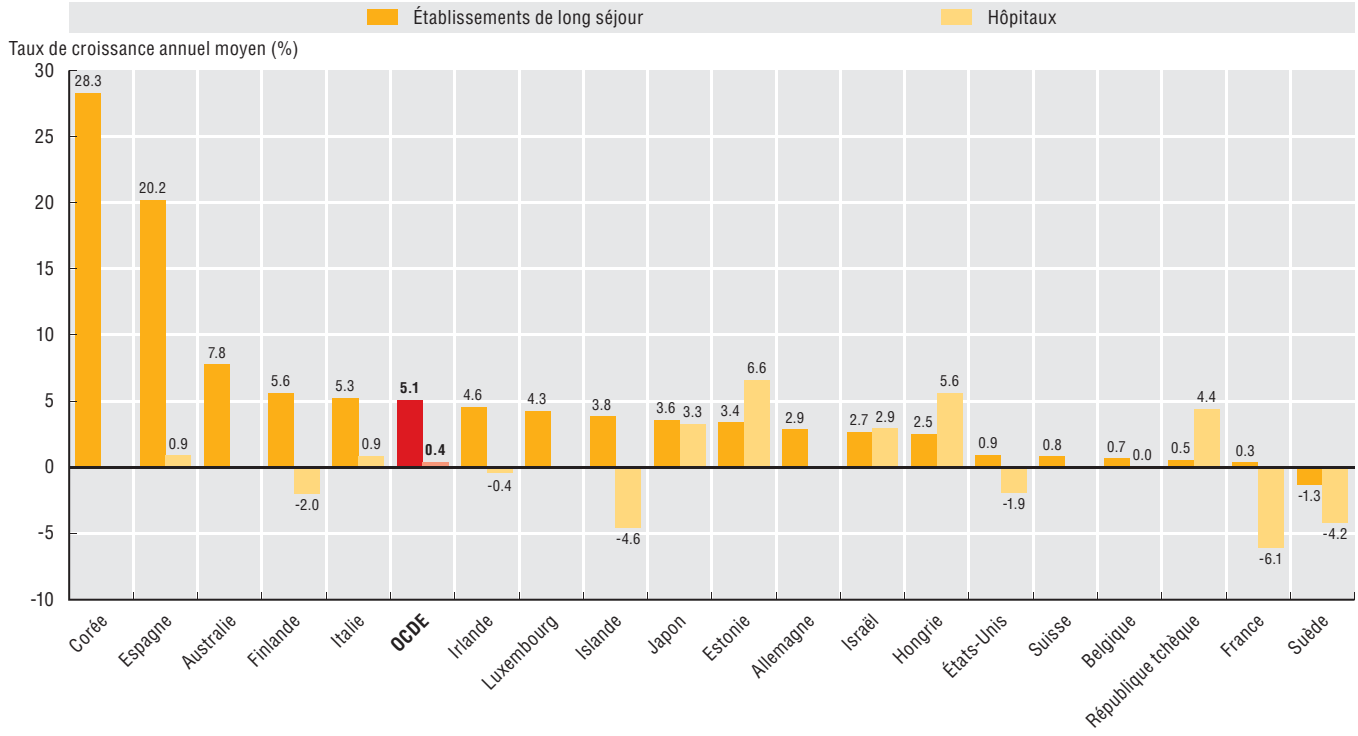
8.7.1 Lits pour soins de longue durée en établissement de long séjour et à l'hôpital, pour 1 000 habitants âgés de plus de 65 ans, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531157

8.7.2 Évolution des lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531176

8.8. Dépenses de soins de longue durée

Ces dernières décennies, les dépenses de soins de longue durée ont progressé dans la plupart des pays de l'OCDE, et devraient encore augmenter dans les années à venir du fait du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de personnes ayant un besoin continu de services de santé et d'aide sociale. La prise en charge de longue durée est à cheval sur les deux domaines des soins de santé et des services sociaux. Pour les comparaisons internationales, la partie de cette prise en charge qui est considérée comme étant du ressort de la santé englobe les soins médicaux et les aides pour les activités de la vie quotidienne comme s'alimenter, s'habiller et se laver. Les dépenses sociales comprennent, quant à elles, les services visant à aider les personnes à vivre de manière aussi indépendante que possible (c'est-à-dire les aides pour les services d'hébergement ou l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne telles que la préparation des repas ou la gestion des finances personnelles).

Une part significative des dépenses de soins de longue durée est financée par des deniers publics. Ces dépenses publiques conviennent mieux aux comparaisons internationales, car on observe de forts écarts dans la déclaration des dépenses privées d'un pays à l'autre. En 2009, les dépenses publiques de prise en charge des soins de longue durée (volets sanitaire et social) représentaient 1.5 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 8.8.1). Les Pays-Bas et la Suède y ont affecté plus de 3.5 % de leur PIB, tandis que la Corée, l'Estonie, la Hongrie, le Mexique, la Pologne, le Portugal, la République slovaque et la République tchèque y consacraient moins de 0.5 % de leur PIB. Ces disparités traduisent non seulement des différences de structure démographique mais aussi des différences de développement des programmes de prise en charge de la dépendance (par rapport à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur l'implication des membres de la famille).

Les dépenses privées de prise en charge de soins de longue durée, quoique sous-déclarées, jouent un rôle important en Suisse (environ 1.3 % du PIB) et aux États-Unis (environ 0.4 % du PIB).

Les délimitations internationales entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée ne sont pas appliquées de manière stricte dans tous les pays. Il en résulte d'importants écarts, entre certains pays de l'OCDE, dans l'ampleur des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance des deux volets. Les Pays-Bas et la Norvège consacrent ainsi 2 % de leur PIB au volet sanitaire de cette dépense publique, alors que la moyenne avoisine 1 % du PIB. Par ailleurs, le Portugal, le Mexique et la République slovaque y affectent moins de 0.1 % de leur PIB. S'agissant des dépenses à caractère social, la Suède affiche le ratio le plus élevé – 3 % du PIB –, très au-delà de la moyenne de l'OCDE qui s'établit à 0.6 %. À l'opposé, la Pologne, le Luxembourg, l'Espagne, la Nouvelle-Zélande et la Corée indiquent dépenser moins de 0.1 % du PIB dans ce domaine.

Les ressources publiques affectées à la prise en charge de la dépendance ont rapidement progressé ces dernières années et sont un facteur non négligeable de la croissance globale des dépenses de santé (graphique 8.8.2). La Corée et l'Espagne ont récemment mis en œuvre des mesures visant à renforcer leur dispositif de prise en charge de la dépendance, et ont affiché le taux de croissance des dépenses publiques le plus élevé dans ce domaine depuis 2000. Pour plus de la moitié des pays de l'OCDE, le volet sanitaire des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance a progressé plus vite que l'ensemble des dépenses publiques de santé (elles se situent au-dessus de la ligne oblique à 45° dans le graphique 8.8.3). Toutefois, dans d'autres pays tels que l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Finlande et la Suède, ce volet a progressé moins vite que les dépenses publiques de santé.

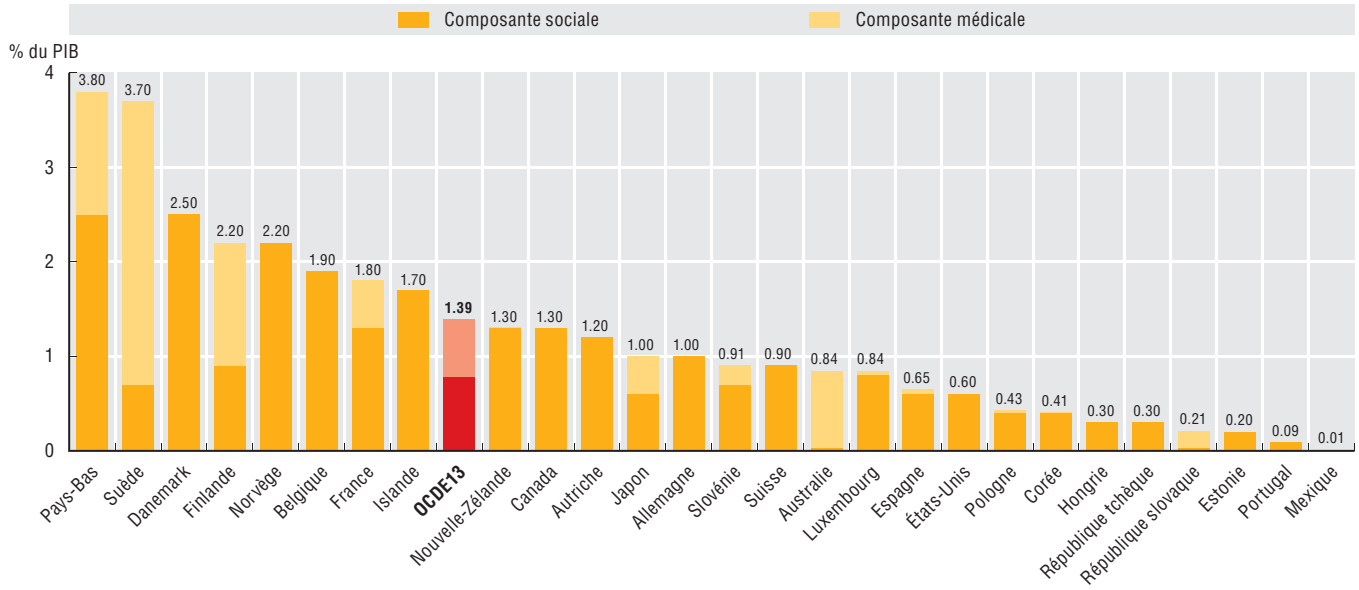
Certaines projections laissent présager au moins un doublement des dépenses publiques affectées à la prise en charge de la dépendance en part du PIB, à l'horizon 2050. Le défi consistera donc à trouver le bon équilibre entre une protection appropriée face à la dépendance et la viabilité budgétaire de cette protection sur le long terme (Colombo *et al.*, 2011).

Définition et comparabilité

Les dépenses de prise en charge de la dépendance englobent les services de santé et d'aide sociale fournis aux individus qui souffrent de maladies chroniques et d'incapacités, et qui ont un besoin continu de soins. Conformément aux définitions du Système des comptes de la santé, le volet sanitaire comprend les soins de santé prodigués aux patients souffrant d'affections chroniques et assistés pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (consistant par exemple à s'alimenter, se laver et s'habiller). Il comprend les soins palliatifs et les soins de santé dispensés en établissement de long séjour, ainsi que les services de santé et d'aide à la personne assurés à domicile. Les dépenses sociales comprennent : les aides aux services d'hébergement fournies dans des formules de vie adaptées et dans d'autres types d'hébergements protégés ; l'aide à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (consistant par exemple à faire les courses, préparer les repas et gérer les finances personnelles) ; les services d'accueil de jour de type activités sociales pour personnes dépendantes ; les services de transport vers et depuis ces centres d'accueil de jour et autres services sociaux similaires. Toutefois, les données fournies par les pays sur l'affectation des dépenses au volet sanitaire ou au volet social peuvent différer de ces définitions. Selon le Système des comptes de la santé, seules les dépenses du volet sanitaire sont incluses dans les dépenses globales de santé décrites au chapitre 7.

Dans les graphiques 8.8.2 et 8.8.3, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance ne font référence qu'au volet sanitaire.

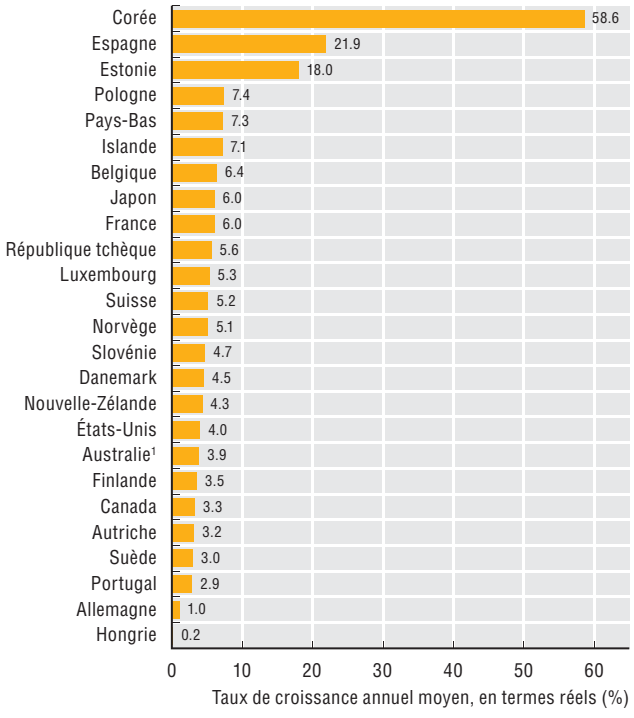
8.8.1 Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531195

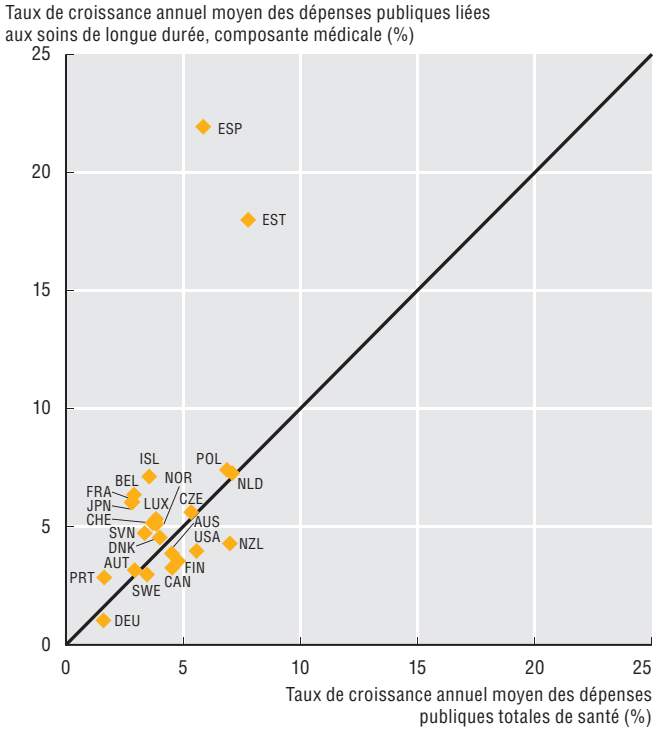
8.8.2 Taux de croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée (composante médicale), 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531214

8.8.3 Croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée et dépenses publiques totales de santé, 2000-09 (ou année la plus proche)



Note : La Corée n'est pas incluse dans le graphique.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531233

Bibliographie

ADA – American Diabetes Association (2008), « Economic Costs of Diabetes in the US in 2007 », *Diabetes Care*, vol. 31, n° 3, pp. 596-615.

AHRQ – Agency for Health Research and Quality (2006), *Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators – February 2006*, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2009), *Preventable Hospitalizations: Overview*, *www.ahrq.gov/data/hcup/factbk5/factbk5b.htm*.

AHRQ (2011a), *2010 National Healthcare Quality Report*, AHRQ, Rockville, MD.

AHRQ (2011b), *2010 National Healthcare Disparities Report*, AHRQ, Rockville, MD.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2010a), *Mental Health Services in Australia 2007-08*, Cat. n° HSE 88, AIHW, Canberra.

AIHW (2010b), *Medical Labour Force 2008*, AIHW Bulletin n° 82, AIHW, Canberra.

AIHW (2010c), *Breast Screen Australia Monitoring Report 2006-2007 and 2007-2008*, 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 OCDE, Paris.

Allin, S., M. Grignon et J. Le Grand (2010), « Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada: What are the Equity Implications? », *Social Science and Medicine*., vol. 70, n° 3, pp. 465-472.

Alzheimer's Australia (2009), « Keeping Dementia Front of Mind: Incidence and Prevalence 2009-2050 », Access Economics Reports, *www.alzheimers.org.au/research-publications/access-economics-reports.aspx*.

Alzheimer Europe (2009), « Prevalence of Dementia in Europe », *www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia2/Prevalence-of-dementia-in-Europe*.

American Academy of Family Physicians, American College of Physicians and American Osteopathic Association (2009), « Call for Primary Care Reform », *www.aafp.org/online/en/home/media/releases/newsreleases-statements-2009/primarycarereform-aafp-acp-aoa.html*.

American Cancer Society (2010), *Cancer Facts and Figures 2010*, American Cancer Society, Inc., Atlanta.

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 n° 1, pp. 5-13.

ASPC – Agence de la santé publique du Canada (2005), « Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains et de maladies chroniques », *www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2005/2005_37bk3-fra.php*.

ASPC (2008), *Programmes organisés de dépistage du cancer du sein au Canada*, Rapport du Programme Performance en 2003 et 2004, ASPC, Canada.

ASPC (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*.

Baert, K. et B. de Norre (2009), « Perception of Health and Access to Health Care in the EU-25 in 2007 », *Eurostat Statistics in Focus 24/2009*, Commission européenne, Luxembourg.

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.

Banthin, J.S., P. Cunningham et D.M. Bernard (2008), « Financial Burden of Health Care, 2001-2004 », *Health Affairs*, vol. 27, pp. 188-195.

Belizán, J.M. *et al.* (1999), « Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Analysis », *British Medical Journal*, 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 OCDE, Paris.

Bewley, S. et J. Cockburn (2002), « The Unethics of 'Request' Caesarean Section », *British 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.

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.

Brennan, T.A., L.L. Leape, N.M. Laird *et al.* (1991), « Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, pp. 370-376.

Buchan, J. et S. Black (2011) « The Impact of Pay Increases on Nurses' Labour Market: A Review of Evidence from Four OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 57, Éditions OCDE, Paris.

Burns, A., D. van der Mensbrugghe et H. Timmer (2008), *Evaluating the Economic Consequences of Avian Influenza*, Banque mondiale, Washington.

Cabinet Office, gouvernement japonais (2006), *White Paper on the National Lifestyle 2006*, Cabinet Office, gouvernement japonais, Tokyo.

Carrière, G. et C. Sanmartin (2010), « Waiting Time for Medical Specialist Consultations in Canada, 2007 », *Health Reports*, vol. 21, n° °2, pp. 7-14.

Castoro, C. *et al.* (2007), *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen*, Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Copenhague.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2009), « Key Facts about Seasonal Influenza (Flu) », *www.cdc.gov/flu/keyfacts.htm*.

CDC (2010a), *Factsheet: HIV in the United States*, CDC, Atlanta, Georgie.

CDC (2010b), *Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data*, CDC, Atlanta, Georgie.

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 OCDE, Paris.

Cho, N.H. (2010), « The Epidemiology of Diabetes in Korea: From the Economics to Genetics », *Korean Diabetes Journal,* vol. 34, n° 1, pp. 10-15.

Cho, K.H. et Y.K. Roh (2003), « Primary Care Physicians Shortage: a Korean Example », *Public Health Review*, vol. 31, n° 2, pp. 133-148.

Chun, C.B. *et al.* (2009), « Republic of Korea: Health System Review. Health Systems in Transition », *European Observatory on Health Systems and Policies*, vol. 11, n° 7, pp. 1-184.

CIHI – Canadian Institute for Health Information (2005), *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*, CIHI, Ottawa.

CIHI (2011), *Wait Times in Canada – A Comparison by Province, 2011*, CIHI, Ottawa.

CIRC (2011), *GLOBOCAN 2008: Cancer Fact Sheet*, http*//globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/colorectal.asp*.

CIRC Groupe de travail sur l'évaluation de la cancérogénicité pour l'homme (1995), *Human Papillomaviruses*, Monographie sur l'évaluation de la cancérogénicité pour l'homme, vol. 64, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon.

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) », *The Lancet Oncology*, vol. 9, pp. 730-756.

Coleman, M., D. Forman, H. Bryant *et al.* (2011), « Cancer Survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 1995-2007 (International Cancer Benchmarking Partnership): An Analysis of Population-based Cancer Registry Data », *The Lancet*, vol. 377, n° 9760, pp. 127-138.

Colombo, F. *et al.* (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance;* Éditions OCDE, Paris.

Commission des Nations unies de l'information et la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant (2011), *Tenir les promesses, mesurer les résultats : Rapport final de la Commission*, OMS, Genève.

Commission européenne (2006), *Lignes directrices européennes sur l'assurance qualité du dépistage et du diagnostic du cancer du sein*, 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 pour la santé et les consommateurs, Luxembourg.

Commission européenne (2008c), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, 2nd edition*, Luxembourg.

Commonwealth Fund (2008), *National Scorecard on US Health System Performance, 2008, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.

Commonwealth Fund (2010), *2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.

Corrieri, S. *et al.* (2010), « Income-, Éducation- and Gender-related Inequalities in Out-Of-Pocket Health-Care Payments for 65+ Patients – A Systematic Review », *International Journal for Equity in Health*, vol. 9, Article n° 20.

Couture, M.-C. *et al.* (2008), « Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening Among Urban Mexican Women », *Preventive Medicine*, vol. 47, pp. 471-476.

Crimmins, E.M., S.H. Preston et B. Cohen (dir. pub.) (2010), *Explaining Divergent Levels of Longevity in High-Income Countries*, National Academies Press, Washington, DC.

Cutler, D. et E.L. Glaeser (2006), « Why do Europeans Smoke More Than Americans? », Document de travail n° 12124, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Davis, K. *et al.* (2004), *Mirror, Mirror on the Wall: Looking at the Quality of American Health Care through the Patients's Lens*, Commonwealth Fund, New York.

Davis, K. *et al.* (2006), *Mirror, Mirror on the Wall: An Update on the Quality of American Health Care through the Patients's Lens*, Commonwealth Fund, New York.

Davis, K. *et al.* (2010), *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the US Health Care System Compares Internationally, 2010 Update*, Commonwealth Fund, New York.

De Onis, M. *et al.* (2007), « Development of a WHO Growth Reference for School-aged Children and Adolescents », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 9, pp. 649-732.

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.

Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 54, Éditions OCDE, Paris.

Department of Health (2009), *Equality Impact Assessment - 18 Weeks Referral to Treatment Standards*, Department of Health, Angleterre.

Di Mario, S. *et al.* (2005), *What is the Effectiveness of Antenatal Care? (Supplement)*, Bureau regional de l'OMS pour l'Europe (Health Evidence Network Report), Copenhague.

Dickman, P.W. et H.O. Adami (2006), « Interpreting Trends in Cancer Patient Survival », *Journal of Internal Medicine*, n° 260, pp. 103-117.

Dolea, C., L. Stormont et J.-M. Braichet (2010), « Evaluated Strategies to Increase Attraction and Retention of Health Workers in Remote and Rural Areas », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, n° 5, pp. 379-385.

Dormont, B. et H. Huber (2006), « Causes of Health Expenditure Growth: the Predominance of Changes in Medical Practices Over Population Ageing », *Annales d'Economie et de Statistique*, n° 83/84, pp. 187-217.

DPP – Diabetes Prevention Program Research Group (2002), « Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° °6, pp. 393-403.

DREES (2010), « Les médecins – au 1er janvier 2010 », Document de travail n° 152, DREES, Paris.

Drösler, S.E. *et al.* (2009), « 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., P.S. Romano, D.J. Tancredi et N.S. Klazinga (2011), « International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member Countries: A Methodological Approach of Adjustment by Secondary Diagnoses », *Health Services Research*, *dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01290.x*.

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 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) », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 46, pp. 1242-1248.

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2010), *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2009*, ECDC, Stockholm.

Egede, L.E. (2004), « Diabetes, Major Depression, and Functional Disability Among US Adults », *Diabetes Care,* vol. 27, n° 2, pp. 421-428.

Epstein, A. *et al.* (2011), « Coronary Revascularization Trends in the United States, 2001-2008 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 305, n° °17, 4 mai, pp. 1769-1775.

Ersek K. *et al.* (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: Epidemiology and Disease Burden of Dementia in Hungary », Alzheimer Europe, *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Eurobaromètre (2010), « Mental Health », *Special Eurobarometer 345/Wave 73.2*, Commission européenne.

European Lung Foundation (2011), *COPD Burden in Europe*, *www.european-lung-foundation.org/63-european-lung-foundation-elf-burden-in-europe.htm*.

Euro-Peristat (2008), *European Perinatal Health Report, 2008*, Luxembourg.

FDCS – Fédération suisse des programmes de dépistage du cancer du sein (2011), *www.depistage-sein.ch*.

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.

Ferlay, J. *et al.* (2010), « GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide », *IARC CancerBase*, n° 10, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, *www.globocan.iarc.fr*.

FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, FHF, Paris.

FID – Fédération international du diabète (2006), *Atlas du diabète*, 3e édition, FID, Bruxelles.

FID (2009), *Atlas du diabète*, 4e édition, FID, Bruxelles.

Fordyce, M.A. *et al.* (2007), *2005 Physician Supply and Distribution in Rural Areas of the United States*, Rapport final n° 116, WWAMI Rural Health Research Center, Université de Washington, Seattle.

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 », *Journal of the American Medical Association,* vol. 297, n° 17, pp. 1892-1900.

Franco, E.L., T.E. Rohan et L.L. Villa (1999), « Epidemiologic Evidence and Human Papillomavirus Infection as a Necessary Cause of Cervical Cancer », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 91, n° 6, pp. 506-511.

Friðfinnsdóttir, E. et J. Jónsson (2010), *The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland*, International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN), Genève.

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 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.

Gawande, A.A., D.M. Studdert, E.J. Orav, T.A. Brennan et M.J. Zinne (2003), « Risk Factors for Retained Instruments and Sponges After Surgery », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 3, pp. 229-235.

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.

Goldhaber-Fiebert, J.D., N.K. Stout, J.A. Salomon, K.M. Kuntz et S.J. Goldie (2008), « Cost-effectiveness of Cervical Cancer Screening with Human Papillomavirus DNA Testing and HPV-16, 18 Vaccination », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 100, n° 5, pp. 308-320.

Grandfils, N. et C. Sermet (2009), « Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom », Document de travail de l'IRDES, n° 21, IRDES, Paris.

Grignon, M., J. Hurley, L. Wang et S. Allin (2010), « Inequality in a Market-Based Health System: Evidence from Canada's Dental Sector », *Health Policy*, vol. 98, pp. 81-90.

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.

Hals, E., P. Øian, P. Pirhonen, M. Gissler, S. Hjelle *et al.* (2010), « A Multicenter Interventional Program to Reduce the Incidence of Anal Sphincter Tears », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 116, n° 4, pp. 901-908.

Hatem, M., J. Sandall, D. Devane, H. Soltani et S. Gates (2008), « Midwife-led Versus Other Models of Care for Childbearing Women », *Cochrane Database Systematic Review*, vol. 4, CD004667, 8 octobre.

Hawton, K. et K. van Heeringen (2009), « Suicide », *The Lancet*, vol. 373, pp. 1373-1381.

HCSP – High Council of Public Health (2010), « Health of the Population in France: Report 2009-2010 », *www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html*.

HHS Office of Health Reform (2009), « Health Disparities: A Case for Closing the Gap », US Department of Health and Human Services, *www.healthreform.gov*.

HIRA – Korean Health Insurance Review and Assessment Service (2011), « More Koreans Seek Treatment for Depression, Bipolar Disorder », *The Chosun Ilbo (English Edition)*, 3 juin 2011, *english.chosun.com*.

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.

HRSA – HHS Health Resources and Services Administration (2008), « The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand », US Department of Health and Human Services, *bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/physwfissues.pdf*.

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 Égalité des chances de la Commission européenne, Luxembourg.

IMA-AIM – Intermutualistisch Agentschap (2010), « Programma Borstkankerscreening, Vergelijking van de Eerste Drie Rondes, 2002-2003, 2004-2005 en 2006-2007 », 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 », *www.cancer.gov/cancertopics/types/prostate/*.

International Association for the Study of Obesity (2011), « Overweight Children around the World », *www.iaso.org*.

INVS – Institut de veille sanitaire (2011), « Évaluation des programmes de dépistage des cancers », *www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/index.htm#depistage*.

IS-GBE – German Federal Health Monitoring Information System (2011), *Das Informations-system der Gesund-heits-bericht-erstat-tung des Bundes*, *www.gbe-bund.de*.

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 de l'OCDE, n° 627, Éditions OCDE, Paris.

Juva, M. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: From National Dementia Plan to Local Reality », Alzheimer Europe, *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Kaikkonen, R. (2007), *TEROKA-Project for Reducing Socioeconomic Health Inequalities in Finland*, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, *www.teroka.fi*.

KBV – Kassenarztliche Bundesvereinigung (2010), *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2010*, Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld, Mannheim, Allemagne.

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 OCDE, Paris.

Kenigsberg, P.A. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: The Changing Economic Environment of Alzheimer's Disease in France », Alzheimer Europe, *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Kessler, R.C. et T.B. Üstün (eds.) (2008), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders,* Cambridge University Press, New York.

KFF – Kaiser Family Foundation (2010), *The Uninsured: A Primer. Key Facts About Americans without Health Insurance*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, DC.

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 (dir. pub.), *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*, Center for Disease Control and Preventions, Atlanta, pp. 185-202.

Koechlin, F., L. Lorenzoni et P. Schreyer (2010), « Comparing Price Levels of Hospital Services across Countries: Results of a Pilot Study », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 53, Éditions OCDE, Paris.

Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (dir. pub.) (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

Koulova, A., J. Tsui, K. Irwin, P. Van Damme et M.T. Biellik Aguado (2008), « Country Recommendations on the Inclusion of HPV Vaccines in National Immunization Programs Among High Income Countries », *Vaccine*, vol. 26, n° 19, pp. 6529–6541.

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. 98-101.

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.

Kwon, S., J. Lee, S. Park et K. Choi, (2010), « The Association between the Supply of Primary Care Physicians and Population Health Outcomes in Korea », *Family Medicine*, vol. 42, n° 9, pp. 628-635.

Kynyk, J.A. *et al.* (2011), « Asthma, the Sex Difference », *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, vol. 17, n 1, pp. 6-11.

Lagrew, D.C. et J.A. Adashek (1998), « Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians' Rates, Risk Factors and Outcomes », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 178, pp. 1207-1214.

Laine, K., M. Gissler et J. Pirhonen (2009), « Changing Incidence of Anal Sphincter Tears in Four Nordic Countries Through the Last Decades », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 146, n° 1, pp. 71-75.

Laudicella, M. *et al.* (2010), *Waiting Times and Socioeconomic Status: Evidence from England*, *Health, Econometrics and Data Group Working Paper* n 10/05, Université de York.

Listl, S. (2011), « Income-Related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+ », *Journal of Dental Research*, vol. 90, n° 6, pp. 717-723.

Lu, J.R. *et al.* (2007), « Horizontal Equity in Health Care Utilization Evidence from Three High-Income Asian Economies », *Social Science and Medicine*, vol. 64, pp. 199-212.

Macinko, J., B. Starfield et L. Shi (2007), « Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply In The United States », *International Journal Of Health Services Research*, vol. 37, n° 1, pp. 111-126.

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 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 18, n° 2, pp. 196-202.

Mariotto, A.B., K.R. Yabroff, Y. Shao *et al.* (2011), « Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-2020 », *Journal of the National Cancer Institute*, *http://jnci.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/12/jnci.djq495.abstract*.

Maslow, K. (2010), « 2010 Alzheimer's Disease Facts and Figures », *Alzheimer's and Dementia: The Journal of Alzheimer's Association*, vol. 6, n° 2, pp. 158-194.

Masoli, M. *et al.* (2004), *Global Burden of Asthma*, Global Initiative for Asthma.

Masseria, C. et M. Giannoni (2010), « Equity in Access to Health Care in Italy: A Disease Approach », *European Journal of Public Health*, vol. 20, n° 5, pp. 504-510.

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 Organization*, vol. 83, n° 3, pp. 171-177.

Matsumoto, M. (2010), « Geographical Distributions of Physicians in Japan and US: Impact of Healthcare System on Physician Dispersal Pattern », *Health Policy*, vol. 96, pp. 255-261.

Mauri, D., N.P. Polyzos, G. Salanti *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. 1780-1791.

McKinsey Global Institute (2008), « Accounting for the Cost of US Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », *www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/healthcare/US_healthcare_report.pdf*.

Melander, A. *et al.* (2006), « Utilisation of Antihyperglycaemic Drugs in Ten European Countries: Different Developments and Different Levels », *Diabetologia*, vol. 49, pp. 2024-2029.

MEXT (2010), *Past Policies for Increasing Quotas of Medical Department of University*, *www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/__icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf*.

Mezuk, B. *et al.* (2008), « Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A Meta-Analysis », *Diabetes Care,* vol. 31, n° 12, pp. 2383-2390.

MHLW – Ministry of Health, Labour and Welfare (2007), « Emergency Countermeasure for Securing of Physicians », *www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/dl/01a.pdf*.

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.

Minkoff, H. et F.A. Chervenak (2003), « Elective Primary Cesarean Section », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, pp. 946-950.

MoH – Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande (2010), *Annual Report for the year ended 30 June 2010 – Including the Director-General of Health's Annual Report on the State of Public Health*, Ministère de la Santé, Wellington, Nouvelle-Zélande.

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 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 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 OCDE, Paris.

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 Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New-Zealand (2005), « Position Statement on Lipid Management-2005 », *www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/The-lipid-position-statement.pdf*.

NCHS – National Centre for Health Statistics (2007), *Health, United States, 2007*, NCHS, Hyattsville, MD.

NCHS (2009), *Health, United States, 2008*, NCHS, Hyattsville, MD.

NCHS (2011), *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying*, NCHS, Hyattsville, MD.

NHSBSP – National Health Service Breast Screening Programme (2010), *Overcoming Barriers: NHS Breast Screening Programme Annual Review 2010*, NHS, Londres.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2009), *Evaluation Pathway Programme for Medical Technologies*, NICE, Londres et Manchester.

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), *Measuring Health Care, 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2003), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2004a), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2004b), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2005a), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2005b), *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008a), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008b), *Études économiques de l'OCDE : États-Unis*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008c), *Les prix des medicaments sur un marché global : politiques et enjeux*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2009a), *Études économiques de l'OCDE :Grèce*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2009b), *Panorama de la santé : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2010a), *Systèmes de santé : efficacité et politique*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2010b), *Optimiser les dépenses de santé*, Études de l'OCE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2011a), *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011* en ligne, Éditions OCDE, Paris, *http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr (Santé)*.

OCDE (2011b), *Panorama des regions de l'OCDE 2011*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE/FIT (2010), *Évolution des Transports 1970-2008*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE/FIT (2011), *IRTAD Sécurité routière 2010 Rapport annuel*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE et Banque mondiale (2008), *OECD Reviews of Health Systems: Turkey*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE et OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – Suisse*, Éditions OCDE, Paris.

OMS – Organisation mondiale de la santé (2000), « Obésité : prevention et prise en charge de l'épidémie mondiale – Rapport d'une consultation de l'OMS », Série de rapports techniques de l'OMS n° 894, OMS, Genève.

OMS (2001), *Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs,* OMS, Genève.

OMS (2004a), *Rapport mondial OMS sur la situation concernant l'alcool 2004*, OMS, Genève.

OMS (2004b), « Vaccin anti-hépatite B », *Bulletin épidémiologie hebdomadaire*, n° 28, pp. 253-264.

OMS (2008a), « Enquête mondiale de l'OMS sur la surveillance de la santé maternelle et périnatale », *www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/globalsurvey/en/index.html*.

OMS (2008b), « The Global Burden of Disease: 2004 Update », OMS, Genève.

OMS (2009a), *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir*, OMS, Genève.

OMS (2009b), *Hépatite B OMS Fact Sheet n° 204*, OMS, Genève.

OMS (2009c), *Innocuité des vaccins contre la grippe A (H1N1)*, *www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/safety_approval/fr/index.html*.

OMS (2010a), *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, OMS, Genève.

OMS (2010b), *Maladies rhumatismales chroniques*, Fact Sheet, *www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

OMS (2010c), *Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé –Le chemin vers une couverture universelle*, OMS, Genève.

OMS (2010d), *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales pou reculées par un meilleur recrutement : Recommandations politiques*, OMS, Genève.

OMS (2011a), *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé*, *www.apps.who.int/ghodata/*.

OMS (2011b), « Asthme », *Aide mémoire n° 307*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/index.html*.

OMS (2011c), « Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) », *Aide mémoire n° 315*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/index.html*.

OMS (2011d), « Cancer », *Aide mémoire n° 297*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html*.

OMS (2011e), *Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie*, *www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index.html*.

OMS (2011f), *WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/*.

OMS Europe (2007), « Prevalence of Excess Body Weight and Obesity in Children and Adolescents », *Fact Sheet No. 2.3*, European Environment and Health Information System.

ONS – Osservatorio Nazionale Screening (2010), *The National Centre for Screening Monitoring, Eigth Report*, ONS, Florence.

ONUSIDA – Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA (2010), *Global Report: Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010*, ONUSIDA, Genève.

Or, Z. (2000), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries », Document de l'OCDE sur le marché du travail et les politiques sociales, n° 46, Éditions OCDE, Paris.

Or, Z., F. Jusot et E. Yilmaz (2008), « Impact of Health Care System on Socioeconomic Inequalities in Doctor Use », *IRDES Working Paper* n° 17, IRDES, 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 OCDE, Paris.

Page, A. et R. Taylor (2010), *BreastScreen Aotearoa Independent Monitoring Report: Screening and Assessment Report of Women Attending BSA (Women Screened January 2008 to December 2009)*, School of Population Health, Université de Queensland, Brisbane.

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*, vol. 119, pp. 1203-1210.

Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions OCDE, Paris.

Parkin, D.M., F. Bray, F. Ferlay et P. Pisani (2005), « Global Cancer Statistics 2002 », *CA Cancel J Clin*, n° 55, pp. 74-108.

Peden, M. *et al.* (eds.) (2004), *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus à la circulation*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Peralta, L.M.P. (2006), « The Prehospital Emergency Care System in Mexico City: A System's Performance Evaluation », *Prehospital and Disaster Medicine*, vol. 21, n° 2, pp. 104-111.

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.

Rosso, S., A. Gondos, R. Zanetti *et al.* et EUNICE Survival Working Group (2010), « Up-to-date Estimates of Breast Cancer Survival for the Years 2000-2004 in 11 European Countries: The Role of Screening and a Comparison with Data from the United States », *European Journal of Cancer*, vol. 46, n° 18, pp. 3351-3357.

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.

Sanmartin, C. *et al.* (2003), *Access to Health Care Services in Canada, 2001*, Statistique Canada, Ottawa.

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.

Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention – Objectif santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Sassi, F., M. Devaux, J. Church, M. Cecchini et F. Borgonovi (2009), « Éducation and Obesity in Four OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 46, Éditions de l'OCDE, Paris.

Scherer, P. et M. Devaux (2010), « The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 49, Éditions de l'OCDE, Paris.

Schoen, C. *et al.* (2010), « How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries », *Health Affairs*, vol. 29, n° 12, pp. 2323-2334.

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.

Shafey, O. *et al.* (eds.) (2009), *The Tobacco Atlas*, 3e édition, American Cancer Society, Atlanta.

Shefer, A., L. Markowitz, S. Deeks *et al.* (2008), « Early Experience with Human Papillomavirus Vaccine Introduction in the United States, Canada, and Australia », *Vaccine*, vol. 26, n° S10, pp. K68–K75.

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.

Sirven, N. et Z. Or (2010), *Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe*, *IRDES Working Paper* n° 37, IRDES, Paris.

Smith-Bindman, R., D.L. Miglioretti et E.B. Larson (2008), « Rising Use of Diagnostic Medical Imaging in a Large Integrated 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.

Sönnichsen, A.E. *et al.* (2010), « The Effectiveness of the Austrian Disease Management Programme for Type 2 Diabetes: A Cluster-Randomised Controlled Trial », *BMC Family Practice,* vol. 11, n° 86, pp. 2-10.

Soop, M., U. Fryksmark, M. Köster *et al.* (2009), « The Incidence of Adverse Events in Swedish Hospitals: A Retrospective Medical Record Review Study », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, pp. 285-291.

Starfield, B. *et al.* (2005), « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, pp. 457-502.

Statistik Austria (2007), *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 – Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*, Statistik Austria, Vienne.

Sullivan, D.F. (1971), « A Single Index of Mortality and Morbidity », *Health Services Mental Health Administration Health Reports*, vol. 86, pp. 347-354.

Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare (2010), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2009*, 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.

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 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 180, n° 13, pp. E118-E125.

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.

Union européenne (2009), « Recommandation du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci (2009/C 151/01) », Journal officiel de l'Union européenne, vol. 151, 3 juillet 2009, pp. 1-6.

US Department of Health and Human Services (2006), *Healthy People 2010 Midcourse Review*, US Government Printing Office, Washington, DC.

USPSTF – US Preventive Services Task Force (2008), « Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement », *Annals of Internal Medicine*, 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.

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.

von Wagner, C. *et al.* (2011), « Inequalities in Participation in an Organized National Colorectal Cancer Screening Programme: Results From the First 2.6 Million Invitations in England », *International Journal of Epidemiology*, vol. 40, pp. 712-718.

Westert, G.P. *et al.* (dir.pub.) (2010), *Dutch Health Care Performance Report 2010*, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, Pays-Bas.

Wheeler, C.M., W.C. Hunt, N.E. Joste *et al.* (2009), « Human Papillomavirus Genotype Distributions: Implications for Vaccination and Cervical Cancer Screening in the United States », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 101, n° 7, pp. 1-13.

Wiegers, T. et C. Hukkelhoven (2010), « The Role of Hospital Midwives in the Netherlands », *BMC Pregnancy and Childbirth,* vol. 10, n° 80, *www.biomedcentral.com/1471-2393/10/80*.

Wiener, J. *et al.* (2009), « Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining? », Real Choice System Change Grant Program, US Department of Health and Human Services, Centres for Medicare and Medicaid Services, *www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf*.

Wimo, A., B. Winblad et L. Jonsson (2010), « The Worldwide Societal Costs of Dementia: Estimates for 2009 », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 6, pp. 98-103.

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.

Wortmann, M. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: The Role of Alzheimer Associations in Campaigning for Change », Alzheimer Europe, *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

ANNEXE A

Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les caractéristiques des systèmes de santé et les dépenses de santé et leur financement

Tableau A.1. **Population totale en milieu d'année, en milliers, 1960 à 2009**

	1960	1970	1980	1990	2000	2009
Allemagne[1]	55 585	60 651	61 566	63 254 |	82 212	81 902
Australie	10 275	12 507	14 695	17 065	19 153	21 955
Autriche	7 048	7 467	7 549	7 678	8 012	8 363
Belgique	9 154	9 656	9 859	9 967	10 251	10 797
Canada	18 180	21 747	24 516	27 698	30 689	33 368
Chili	7 643	9 570	11 174	13 179	15 398	16 929
Corée	25 012	32 241	38 124	42 869	47 008	48 747
Danemark	4 580	4 929	5 123	5 141	5 337	5 519
Espagne	30 455	33 753	37 527	38 851	40 264	45 930
Estonie	1 216	1 365	1 473	1 568	1 370	1 340
États-Unis	180 671	205 052	227 225	249 623	282 166	306 656
Finlande	4 430	4 606	4 780	4 986	5 176	5 339
France	45 684	50 772	53 880	56 709	59 062	62 636
Grèce	8 327	8 793	9 643	10 161	10 918	11 283
Hongrie	9 984	10 338	10 711	10 374	10 211	10 023
Irlande	2 832	2 950	3 401	3 506	3 790	4 459
Islande	176	204	228	255	281	319
Israël[2]	2 150	2 958	3 878	4 660	6 289	7 485
Italie	50 200	53 822	56 434	56 719	56 942	58 947
Japon	93 419	103 721	117 061	123 613	126 927	127 509
Luxembourg	314	340	364	382	436	494
Mexique	37 877	50 785	67 384	83 971	98 439	107 551
Norvège	3 581	3 876	4 086	4 242	4 491	4 829
Nouvelle-Zélande	2 382	2 828	3 170	3 390	3 858	4 317
Pays-Bas	11 487	13 039	14 150	14 952	15 926	16 418
Pologne	29 561	32 526	35 578	38 031	38 256	38 153
Portugal	8 858	8 680	9 766	9 983	10 226	10 630
République slovaque	3 994	4 529	4 984	5 298	5 401	5 418
République tchèque	9 660	9 805	10 327	10 363	10 273	10 492
Royaume-Uni	52 371	55 633	56 331	57 238	58 888	60 931
Slovénie	1 580	1 670	1 832	1 927	1 985	2 020
Suède	7 485	8 043	8 311	8 559	8 872	9 301
Suisse	5 328	6 181	6 319	6 712	7 184	7 744
Turquie	27 438	35 294	44 522	56 104	67 393	72 484
OCDE (total)	**768 937**	**870 331**	**965 971**	**1 049 028**	**1 153 084**	**1 220 287**

|: Rupture dans la série.

1. Les chiffres de la population allemande concernent l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.
2. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531252

Tableau A.2. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2009**

	1960	1970	1980	1990	2000	2009
Allemagne	10.8	13.2	15.5	15.3	16.4	20.5
Australie	8.5	8.3	9.6	11.1	12.4	13.3
Autriche	12.2	14.1	15.4	14.9	15.4	17.5
Belgique	12.0	13.4	14.3	14.9	16.8	17.1
Canada	7.5	7.9	9.4	11.3	12.6	13.9
Chili	4.8	5.0	5.5	6.1	7.2	8.8
Corée	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	10.7
Danemark	10.6	12.3	14.4	15.6	14.8	16.1
Espagne	8.2	9.6	11.2	13.6	16.8	16.7
Estonie	10.5	11.7	12.5	11.6	15.1	17.0
États-Unis	9.2	9.8	11.3	12.5	12.4	13.0
Finlande	7.3	9.2	12.0	13.4	14.9	16.9
France	11.6	12.9	13.9	14.0	16.1	16.7
Grèce	8.1	11.1	13.1	13.8	16.6	18.8
Hongrie	9.0	11.6	13.4	13.3	15.1	16.5
Irlande	11.1	11.1	10.7	11.4	11.2	11.1
Islande	8.1	8.8	9.9	10.6	11.6	11.8
Israël[1]	5.0	6.7	8.6	9.1	9.8	9.8
Italie	9.3	10.9	13.1	14.9	18.3	20.4
Japon	5.7	7.1	9.1	12.1	17.4	22.7
Luxembourg	10.8	12.5	13.6	13.4	14.1	14.0
Mexique	3.4	4.6	4.3	4.1	4.7	5.8
Norvège	11.0	12.9	14.8	16.3	15.2	14.8
Nouvelle-Zélande	8.7	8.4	9.7	11.2	11.8	12.8
Pays-Bas	9.0	10.2	11.5	12.8	13.6	15.2
Pologne	5.8	8.2	10.1	10.1	12.2	13.5
Portugal	7.9	9.4	11.3	13.4	16.2	17.8
République slovaque	6.9	9.2	10.5	10.3	11.4	12.2
République tchèque	9.6	12.1	13.5	12.5	13.8	15.0
Royaume-Uni	11.7	13.0	15.0	15.7	15.8	15.8
Slovénie	7.8	9.9	11.4	11.1	14.0	16.2
Suède	11.8	13.7	16.3	17.8	17.3	17.9
Suisse	10.2	11.4	13.8	14.6	15.3	17.2
Turquie	3.6	4.4	4.7	4.4	5.4	7.6
OCDE	**8.5**	**9.9**	**11.4**	**12.1**	**13.5**	**14.9**

1. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602.*

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531271

Tableau A.3. **PIB par habitant en 2009 et taux de croissance annuel moyen, 1970 à 2009**

	PIB par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel moyen (en termes réels)			
	2009	1970-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2009
Allemagne	36 328	2.7	2.1	0.3	0.6
Australie[1]	39 409	1.3	1.4	2.4	1.7
Autriche	38 823	3.5	2.0	2.1	1.0
Belgique	36 287	3.2	1.9	1.9	0.7
Canada	38 230	2.8	1.6	1.9	0.8
Chili	14 131	. .	. .	4.8	2.5
Corée	27 150	7.2	8.4	5.6	3.5
Danemark	37 706	1.9	2.0	2.2	0.1
Espagne	32 254	2.5	2.6	2.4	0.8
Estonie	19 882	. .	. .	. .	4.2
États-Unis	45 797	2.2	2.3	2.2	0.6
Finlande	35 237	3.4	2.6	1.7	1.3
France	33 763	3.0	1.9	1.6	0.5
Grèce[2]	28 251	3.6	0.2	1.6	3.9
Hongrie	20 280	. .	. .	. .	2.2
Irlande	39 652	3.3	3.3	6.3	1.1
Islande	36 655	5.2	1.6	1.5	1.4
Israël[3]	27 495	2.4	1.9	2.8	1.0
Italie	33 105	3.3	2.4	1.5	–0.2
Japon[1]	33 854	3.2	4.1	0.9	1.1
Luxembourg	85 521	1.9	4.5	3.6	1.6
Mexique	14 322	3.6	–0.4	1.8	0.4
Norvège	55 730	4.1	2.1	3.1	0.9
Nouvelle-Zélande	28 985	0.6	1.3	1.7	1.4
Pays-Bas	41 085	2.3	1.7	2.5	1.6[4]
Pologne	18 929	. .	. .	3.7	3.9
Portugal[1]	24 953	3.5	3.0	2.7	0.5
République slovaque	22 868	. .	. .	. .	4.8
République tchèque	25 568	. .	. .	0.3	3.0
Royaume-Uni	35 656	1.8	2.6	2.2	1.0
Slovénie	27 829	. .	. .	1.6	2.7
Suède	37 155	1.6	1.9	1.7	1.1
Suisse	45 150	1.0	1.6	0.4	0.7
Turquie[1]	14 848	1.7	2.8	1.8	3.6
OCDE	**33 320**	**2.8**	**2.3**	**2.3**	**1.6**

1. L'année la plus récente est 2008.
2. L'année la plus récente est 2007.
3. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.
4. L'année la plus récente est 2008.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531290

Tableau A.4. **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	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%
Australie	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Non-couvert
Autriche	Couvert, 76-99%	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 100%
Belgique	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%
Canada	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 51-75%	Non-couvert
Corée	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%	Couvert, 51-75%	Couvert, 51-75%
Danemark	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 51-75%	Couvert, 1-50%
Espagne	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 100%
Finlande	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%	Couvert, 76-99%
France	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%	Couvert, 51-75%	Couvert, 1-50%
Grèce	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 1-50%
Hongrie	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 1-50%
Irlande	Couvert, 100%	Couvert, 100%	. .	Non-couvert
Islande	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%
Italie	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 100%	Couvert, 1-50%
Japon	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%
Luxembourg	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%
Mexique	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 100%
Norvège	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Non-couvert
Nouvelle-Zélande	Couvert, 100%	Couvert, 51-75%	Couvert, 76-99%	Non-couvert
Pays-Bas	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 1-50%
Pologne	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 51-75%	Couvert, 100%
Portugal	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 1-50%	Couvert, 1-50%
République slovaque	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%
République tchèque	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%	Couvert, 1-50%
Royaume-Uni	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%
Suède	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 51-75%	Couvert, 1-50%
Suisse	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Non-couvert
Turquie	Couvert, 100%	Couvert, 76-99%	Couvert, 76-99%	Couvert, 100%

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE 2008-2009 et estimations OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531309

Tableau A.5. **Mode prédominant de paiement des médecins dans les pays de l'OCDE**

	Généralistes	Spécialistes	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	. .
Canada	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Corée	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	. .
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	. .
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	. .
Irlande	Capitation/Paiement à l'acte	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	Paiement à l'acte
Luxembourg	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	. .
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	Capitation	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte
Pologne	Capitation	Paiement à l'acte	. .
Portugal	Salaire	Salaire	. .
République slovaque	Capitation	. .	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	. .
Suisse	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	. .
Turquie	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire	Paiement à l'acte/Salaire

Source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé, OCDE 2008-2009.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531328

Tableau A.6. **Dépenses totales de santé par habitant en 2009 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2009**

	Dépenses totales de santé par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel (en termes réels)[1]				
	2009	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	Moyenne sur la période 2000-09 ou année la plus proche
Allemagne	4 218	2.1	1.6	3.2	4.0	2.0
Australie[2]	3 445	2.6	2.8	1.5	. .	2.8
Autriche	4 289	1.8	3.3	2.7	2.2	2.2
Belgique[3]	3 946	–2.6	2.8	4.5	4.2	4.0
Canada	4 363	3.2	1.9	2.5	7.4	3.7
Chili	1 186	–0.8	7.9	11.6	9.0	5.2
Corée	1 879	11.9	9.2	4.5	7.2	8.6
Danemark	4 348	4.7	1.8	0.9	6.0	3.3
Espagne	3 067	3.3	3.2	4.9	1.5	4.0
Estonie	1 393	10.6	11.8	10.8	–1.1	7.5
États-Unis	7 960	2.2	2.2	1.6	2.2	3.3
Finlande	3 226	3.0	1.1	4.3	0.1	4.0
France	3 978	0.9	1.5	0.4	2.7	2.2
Grèce[4]	2 724	5.3	4.0	. .	. .	6.9
Hongrie	1 511	1.0	–7.0	–2.3	–3.6	2.8
Irlande	3 781	1.6	5.1	9.0	–1.0	6.1
Islande	3 538	–1.6	3.1	–0.9	–1.4	1.6
Israël[5]	2 165	0.9	3.0	4.7	0.1	1.5
Italie	3 137	2.3	–2.9	3.6	–0.8	1.6
Japon[2]	2 878	1.7	2.4	2.6	. .	2.4
Luxembourg	4 808	–0.3	–4.9	–6.9	8.0	0.7
Mexique	918	0.8	4.2	1.7	2.4	3.1
Norvège	5 352	–3.5	4.4	–3.4	8.4	2.4
Nouvelle-Zélande	2 983	5.9	–1.5	6.2	7.4	4.8
Pays-Bas	4 914	2.1	3.3	3.7	. .	4.4[6]
Pologne	1 394	6.1	10.8	14.5	6.8	7.3
Portugal[2]	2 508	–2.0	1.4	0.4	. .	1.5
République slovaque	2 084	12.9	16.5	9.2	8.2	10.9
République tchèque	2 108	2.4	2.4	6.8	10.4	5.7
Royaume-Uni	3 487	5.1	1.4	3.6	5.2	4.8
Slovénie	2 579	4.0	0.3	11.0	1.7	3.9
Suède	3 722	2.4	2.2	2.1	1.8	3.4
Suisse	5 144	–1.3	1.1	2.0	2.8	2.0
Turquie[2]	902	12.6	7.4	4.5	. .	6.3
OCDE	**3 233**	**3.0**	**3.2**	**3.8**	**3.6**	**4.0**

1. Monnaie nationale en termes constants (déflaté par le niveau des prix du PIB en 2000).
2. L'année la plus récente est 2008.
3. Exclut les investissements.
4. L'année la plus récente est 2007.
5. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.
6. L'année la plus récente est 2008.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531347

Tableau A.7. **Dépenses publiques de santé par habitant en 2009 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2009**

	Dépenses publiques de santé par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel (en termes réels)[1]				
	2009	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	Moyenne sur la période 2000-09 ou année la plus proche
Allemagne	3 242	1.8	1.6	3.4	4.5	1.5
Australie[2]	2 342	2.1	4.2	2.3	. .	3.0
Autriche	3 331	1.6	3.9	3.7	2.8	2.3
Belgique[3]	2 964	–5.3	2.3	6.6	4.4	4.1
Canada	3 081	2.6	2.5	2.9	7.6	3.7
Chili	562	4.4	10.6	13.6	17.4	4.1
Corée	1 093	17.0	10.2	4.7	11.5	10.8
Danemark	3 698	4.9	1.5	1.3	6.5	3.5
Espagne	2 259	4.4	3.5	6.5	2.9	4.3
Estonie	1 049	5.6	15.3	14.1	–4.3	7.2
États-Unis	3 795	4.1	2.7	3.6	5.8	4.5
Finlande	2 410	2.2	0.5	4.4	0.4	4.6
France	3 100	0.8	1.0	–0.4	3.1	2.0
Grèce[4]	1 644	8.7	1.2	. .	. .	7.0
Hongrie	1 053	1.3	–9.9	–1.4	–5.4	2.7
Irlande	2 836	1.4	5.2	8.8	–3.2	6.1
Islande	2 901	–0.9	3.8	–0.8	–2.1	1.7
Israël[5]	1 266	0.5	1.8	4.9	0.2	0.8
Italie	2 443	2.8	–3.0	4.9	–0.4	2.4
Japon[2]	2 325	–1.0	3.6	3.2	. .	2.4
Luxembourg	4 040	0.0	–6.0	–7.0	8.0	0.6
Mexique	443	1.2	4.6	5.1	5.3	3.5
Norvège	4 501	–3.2	4.8	–3.1	8.1	2.6
Nouvelle-Zélande	2 400	6.5	1.4	6.8	7.7	5.2
Pays-Bas	3 884	27.7	2.7	3.8	. .	6.7[6]
Pologne	1 006	7.0	12.3	16.7	6.7	7.7
Portugal[2]	1 633	–3.4	0.8	–0.6	. .	1.3
République slovaque	1 369	3.7	14.0	10.7	4.9	7.2
République tchèque	1 769	1.7	0.6	3.4	12.3	4.9
Royaume-Uni	2 935	4.3	1.4	4.9	7.5	5.6
Slovénie	1 893	4.2	0.3	12.9	1.6	3.9
Suède	3 033	2.4	2.5	2.3	1.8	2.9
Suisse	3 072	–1.8	1.1	2.7	3.1	2.8
Turquie[2]	659	13.4	6.6	12.4	. .	8.3
OCDE	**2 354**	**3.6**	**3.2**	**4.8**	**4.2**	**4.2**

1. Monnaie nationale en terme constant (déflaté par le niveau des prix du PIB en 2000).
2. L'année la plus récente est 2008.
3. Exclut les investissements.
4. L'année la plus récente est 2007.
5. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.
6. L'année la plus récente est 2008.

Source : Source: *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531366

Tableau A.8. **Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1980 à 2009**

	1980	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2009
Afrique du Sud	. .	. .	7.5	8.5	8.8	8.4	8.2	8.5
Allemagne	8.4	8.3 |	10.1	10.3	10.7	10.5	10.7	11.6
Australie	6.1	6.7	7.2 |	8.0	8.4	8.5	8.7	. .
Autriche	7.4 |	8.3	9.5	9.9	10.4	10.3	10.4	11.0
Belgique[1]	6.3	7.2	7.6	8.1 |	10.1	9.7 e	10.1	10.9
Brésil	. .	. .	6.7	7.2	8.2	8.4	8.4	9.0
Canada	7.0	8.9 |	9.0	8.8	9.8	10.0	10.3	11.4
Chili	. .	. .	5.3	6.6	6.9	6.9	7.5	8.4 e
Chine	. .	. .	3.5	4.6	4.7	4.2	4.3	4.6
Corée	3.7	4.0	3.8	4.5	5.7	6.3	6.5	6.9
Danemark	8.9	8.3	8.1	8.7 |	9.8	10.0	10.3	11.5
Espagne	5.3	6.5	7.4 |	7.2	8.3	8.5	9.0	9.5
Estonie	. .	. .	. .	5.3	5.0	5.2	6.1	7.0
États-Unis	9.0	12.4	13.7	13.7	15.7	16.0	16.4	17.4
Fed. de Russie	. .	. .	5.3	5.4	5.2	5.4	4.8	5.4
Finlande	6.3	7.7 |	7.9	7.2	8.4	8.1	8.4	9.2
France	7.0	8.4 |	10.4	10.1	11.1	11.0	11.1	11.8
Grèce	5.9	6.6	8.6 |	7.9	9.6	9.6	. .	. .
Hongrie	. .	7.0 1991	7.3 |	7.0 |	8.3	7.5	7.2	7.4
Inde	. .	. .	4.3	4.6	4.0	4.1	4.2	4.2
Indonésie	. .	. .	1.8	2.0	2.1	2.5	2.3	2.4
Irlande	8.2 |	6.1	6.6	6.1	7.6	7.7	8.8	9.5
Islande	6.3	7.8	8.2	9.5 |	9.4	9.1	9.1	9.7
Israël[2]	7.7	7.1	7.6	7.5	7.8	7.6	7.7	7.9
Italie	. .	7.7	7.3	8.1	8.9	8.7	9.0	9.5
Japon	6.4	5.9 |	6.9	7.7	8.2	8.2	8.5	. .
Luxembourg	5.2	5.4 |	5.6 |	7.5 |	7.9	7.1	6.8	7.8
Mexique	. .	4.4	5.1 |	5.1	5.9	5.8	5.8	6.4
Norvège	7.0	7.6	7.9 |	8.4	9.1	8.9	8.6 e	9.6 e
Nouvelle-Zélande	5.8	6.8	7.1	7.6 |	8.7	8.8	9.6	10.3
Pays-Bas	7.4	8.0	8.3	8.0 |	9.8	9.7	9.9 |	12.0
Pologne	. .	4.8	5.5	5.5 |	6.2	6.4	7.0	7.4
Portugal	5.1	5.7 |	7.5 |	9.3	10.4	10.0	10.1	. .
République slovaque	. .	. .	5.8 1997	5.5 |	7.0	7.7	8.0	9.1
République tchèque	. .	4.7 |	7.0 |	6.5 |	7.2	6.8	7.1	8.2
Royaume-Uni	5.6	5.9	6.8	7.0	8.2	8.4	8.8	9.8
Slovénie	. .	. .	7.5	8.3	8.4	7.8	8.4	9.3
Suède	8.9	8.2 |	8.0	8.2 |	9.1	8.9	9.2	10.0
Suisse	7.4	8.2 |	9.6	10.2	11.2	10.6 e	10.7	11.4
Turquie	2.4	2.7	2.5 |	4.9	5.4	6.0	6.1	. .
OCDE[3]	**6.6**	**6.9**	**7.5**	**7.8**	**8.7**	**8.6**	**8.8**	**9.6[3]**

|: Rupture dans la série.
e : Estimations préliminaires.
1. Exclut les investissements.
2. Informations sur les données concernant Israël : *http://dx.doi.org/10.1787/888932315602*.
3. La moyenne de l'OCDE est calculée sur l'année la plus récente disponible.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932531385

ANNEXE B

Sources des données des pays non membres de l'OCDE

Brésil	
Sections 1.1 et 1.7	Banque mondiale, *World Development Indicators and Global Development Finance* en ligne, *www.databank.worldbank.org.*
Section 1.8	Banque mondiale, *Health Nutrition and Population Statistics* en ligne, *www.databank.worldbank.org.*
Sections 1.12, 4.4 et 4.9	Ministère de la Santé /SE/Datasus, *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS),www.datasus.gov.br.*
Sections 2.1 et 2.3	Ministère de la Santé (2010), *VIGITEL:Vigilância de fatores de riesco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2009*, Brasilia, DF.
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Sections 3.2 et 3.7	Ministère de la santé /SGTES/DEGERTS/CONPROF, *Professional Councils,www.datasus.gov.br.*
Section 4.3	Ministère de la Santé /SAS, *Cadastro National de Estabelecimentos de Saúde (CNES),www.datasus.gov.br.*
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*
Chine	
Section 1.1	Banque mondiale, *World Development Indicators and Global Development Finance* en ligne, *www.databank.worldbank.org.*
Sections 1.7 et 1.12	Ministère de la Santé (2011), *China Health Statistics Yearbook 2011*, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Section 1.8	Banque mondiale, *Health Nutrition and Population Statistics* en ligne, *www.databank.worldbank.org.*
Section 2.1	OMS, *Global Adult Tobacco Survey (GATS),www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html.*
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Section 2.3	Ministère de la Santé, Ministère des Sciences et technologies et Bureau national des statistiques (2004), *The Nutrition and Health Status of the Chinese people 2002.*
Sections 3.2, 3.7, 4.3 et 4.4	Ministère de la Santé (2010), *China Health Statistics Yearbook 2010*, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Section 4.5	Ministère de la Santé (2010), *China Health Statistics Digest 2010*, Peking Union Medical College Press, Beijing.
Section 4.9	Lumbiganon, P. *et al.* (2010), « Method of Delivery and Pregnancy Outcomes in Asia: The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2007-08 », *The Lancet,* vol. 375, pp. 490-499.
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*
Inde	
Sections 1.1 et 1.7	Banque mondiale, *World Development Indicators and Global Development Finance* online, *www.databank.worldbank.org.*
Section 1.8	Banque mondiale, *Health Nutrition and Population Statistics* online, *www.databank.worldbank.org.*
Section 1.12	ONUsida (2004), *HIV/AIDS profile*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Genève.
Section 2.1	OMS, *Global Adult Tobacco Survey (GATS),www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html.*
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Section 2.3	International Institute for Population Science (IIPS), *ORC Macro. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06.*
Sections 3.2, 3.7 et 4.3	Ministère de la Santé et de la Famille, *National Health Profile 2010.*
Section 4.9	Lumbiganon, P. *et al.* (2010), « Method of Delivery and Pregnancy Outcomes in Asia: The WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health 2007-08 », *The Lancet,* Vol. 375, pp. 490-499.
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*

Indonésie	
Sections 1.1 et 1.7	Banque mondiale, *World Development Indicators and Global Development Finance* online, *www.databank.worldbank.org.*
Section 1.8	Banque mondiale, *Health Nutrition and Population Statistics* online, *www.databank.worldbank.org*.
Sections 1.12, 3.2, 3.7, 4.3 et 4.5	Ministère de la Santé (2010), *Indonesia Health Profile 2009.*
Section 2.1	OMS, *Global Infobase*, *www.infobase.who.int.*
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Section 2.3	Soemantri, S., J. Pradono and D. Hapsari (2001), *National Household Health Survey Morbidity Study (Surkesnas 2001)*, NCD risk factors in Indonesia. *www.who.int/chp/steps/STEPS_Report_Indonesia_National_2001.pdf.*
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*
Fédération de Russie	
Section 1.1	Federal States Statistical Services (ROSSTAT), *Central Statistics Database*, *www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi et Human Mortality Database (2011)*, *www.mortality.org orwww.humanmortality.de.*
Sections 1.7 et 4.3	Federal States Statistical Services (ROSSTAT), *Central Statistics Database*, *www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi.*
Sections 1.8, 1.12, 3.2, 3.7, 4.4, 4.5 et 4.9	WHO-Europe, *European Health for All Database* (HFA-DB).
Section 2.1	OMS, *Global Adult Tobacco Survey (GATS),www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html.*
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Section 2.3	Institute of Sociology, Paragon Research International Russian Center for Preventive Medicine, Russian Institute of Nutrition and State Statistical Bureau, *Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS) 2005*.
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*
Afrique du Sud	
Sections 1.1 et 1.7	Banque mondiale, *World Development Indicators and Global Development Finance* online, *www.databank.worldbank.org.*
Sections 1.8, 4.5 et 4.9	National Department of Health, *District Health Information System* (DHIS) online.
Section 1.12	Actuarial Society of South Africa, *ASSA Model 2008.*
Section 2.1	Health System Trust, *www.hst.org.za.*
Section 2.2	OMS, *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé* en ligne, *www.apps.who.int/ghodata.*
Section 2.3	Department of Health, Medical Research Council (2007), ORC Macro, *South Africa Demographic and Health Survey2003*, National Department of Health, Pretoria.
Sections 3.2 et 3.7	Health Professions Council of South Africa (HPCSA), *www.hpcsa.co.za.*
Section 4.3	Private sector: *Hospitals Direct Database*: Wilbury & Claymore, *Hospitals Direct Database.* Public sector: National Department of Health, *District Health Information System* (DHIS) online.
Section 5.11	OMS, *Vaccine-Preventable Diseases Monitoring System*, *www.who.int/immunization_monitoring/routine/en/.*
Sections 7.1 et 7.2	OMS, *Global Health Expenditure Database*, *www.who.int/nha/database.*

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements 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, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

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

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2011 10 2 P) ISBN 978-92-64-12189-8 – n° 59038 2011

Panorama de la santé 2011

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Table des matières

Cinquantième anniversaire de l'OCDE : Mesurer les progrès réalisés par les pays de l'OCDE dans le domaine de la santé ces cinquante dernières années

Chapitre 1. État de santé

Chapitre 2. Déterminants non médicaux de la santé

Chapitre 3. Personnel de santé

Chapitre 4. Services de santé

Chapitre 5. Qualité des soins

Chapitre 6. Accès aux soins

Chapitre 7. Dépenses de santé et financement

Chapitre 8. Soins de longue durée

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-12189-8
81 2011 10 2 P

9 789264 121898