# Panorama de la santé 2013

## LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

# Panorama de la santé 2013

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES
POUR UNE VIE MEILLEURE

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les 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 sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

**Merci de citer cet ouvrage comme suit :**
OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
*http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr*

ISBN 978-92-64-20423-2 (imprimé)
ISBN 978-92-64-20503-1 (PDF)
ISBN 978-92-64-20424-9 (HTML)

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

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

**Crédits photo :** Couverture © gunnar3000 – Fotolia.com.

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

© OCDE 2013

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

# *Avant-propos*

*L'édition 2013 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 34 pays membres de l'OCDE. Elle contient aussi, dans la mesure du possible, des données comparables sur les grandes économies émergentes que sont l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie.*

*La réalisation du* Panorama de la santé *n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux de la base de données* Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, *des spécialistes des comptes de la santé et des experts chargés des indicateurs de la qualité des soins de santé dans les 34 pays membres de l'OCDE. L'OCDE les remercie vivement d'avoir fourni la plupart des données 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. Le chapitre 1 a été rédigé par Gaétan Lafortune, Kees van Gool et Nelly Biondi ; le chapitre 2 par Franco Sassi, Marion Devaux, Michele Cecchini et Nelly Biondi ; le chapitre 3 par Michael Schoenstein, Gaétan Lafortune, Gaëlle Balestat et Anne Durand ; le chapitre 4 par Gaétan Lafortune, Valérie Paris, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud et Jessica Farebrother ; le chapitre 5 par Kees van Gool, Ian Forde, Rie Fujisawa, Nelly Biondi, Evianne van der Kruk et Niek Klazinga ; le chapitre 6 par Marion Devaux, Valérie Paris, Gaétan Lafortune, Michael Schoenstein, Tomoko Ono, Michael Mueller, Emily Hewlett et Alessia Forti ; le chapitre 7 par David Morgan, Michael Mueller et Alan Diener ; et le chapitre 8 par Francesca Colombo, Yuki Murakami, Marie-Clémence Canaud, Nelly Biondi, Michael Mueller et Martin Salomon. Cette publication a bénéficié des nombreuses observations et suggestions de Mark Pearson (chef de la Division de la santé de l'OCDE).*

# *Table des matières*

**Éditorial** . . . . . 9

**Résumé** . . . . . 13

**Guide du lecteur** . . . . . 17

*Chapitre 1.* **État de santé** . . . . . 23
1.1. Espérance de vie à la naissance . . . . . 24
1.2. Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation . . . . . 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

*Chapitre 2.* **Déterminants non médicaux de la santé** . . . . . 45
2.1. Consommation de tabac et d'alcool chez les enfants . . . . . 46
2.2. Surpoids et obésité chez les enfants . . . . . 48
2.3. Consommation de fruits et de légumes chez les enfants . . . . . 50
2.4. Activité physique chez les enfants . . . . . 52
2.5. Consommation de tabac chez les adultes . . . . . 54
2.6. Consommation d'alcool chez les adultes . . . . . 56
2.7. Surpoids et obésité chez les adultes . . . . . 58
2.8. Consommation de fruits et de légumes chez les adultes . . . . . 60

*Chapitre 3.* **Personnel de santé** . . . . . 63
3.1. Médecins (nombre total) . . . . . 64
3.2. Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie . . . . . 66
3.3. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes . . . . . 68
3.4. Psychiatres et personnel infirmer en psychiatrie . . . . . 70
3.5. Médecins nouvellement diplômés . . . . . 72
3.6. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) . . . . . 74
3.7. Personnel infirmier . . . . . 76
3.8. Personnel infirmier nouvellement diplômé . . . . . 78
3.9. Rémunération du personnel infirmier . . . . . 80

*Chapitre 4.* **Services de santé** . . . . . 83
4.1. Consultations de médecins . . . . . 84
4.2. Technologies médicales . . . . . 86
4.3. Lits d'hôpital . . . . . 88
4.4. Sorties d'hôpital . . . . . 90
4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital . . . . . 92
4.6. Chirurgies cardiaques . . . . . 94
4.7. Chirurgies de remplacement de la hanche et du genou . . . . . 96
4.8. Césariennes . . . . . 98
4.9. Opérations de la cataracte . . . . . 100
4.10. Consommation de médicaments . . . . . 102
4.11. Part de marché des médicaments génériques . . . . . 104

*Chapitre 5.* **Qualité des soins** . . . . . 107
5.1. Admissions évitables à l'hôpital . . . . . 108
5.2. Prescriptions dans le cadre des soins primaires . . . . . 110
5.3. Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) . . . . . 112
5.4. Mortalité après un accident vasculaire cérébral . . . . . 114
5.5. Complications chirurgicales . . . . . 116
5.6. Traumatisme obstétrical . . . . . 118
5.7. Réadmission à l'hôpital non programmée de patients atteints de troubles mentaux . . . . . 120
5.8. Surmortalité due aux troubles mentaux . . . . . 122
5.9. Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus . . . . . 124
5.10. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein . . . . . 126
5.11. Survie et mortalité du cancer colorectal . . . . . 128
5.12. Programmes de vaccination des enfants . . . . . 130
5.13. Vaccination antigrippale des personnes âgées . . . . . 132
5.14. Expériences des patients en soins ambulatoires . . . . . 134

*Chapitre 6.* **Accès aux soins** . . . . . 137
6.1. Couverture des soins de santé . . . . . 138
6.2. Dépenses de santé à la charge des patients . . . . . 140
6.3. Répartition géographique des médecins . . . . . 142
6.4. Inégalités dans les consultations de médecins . . . . . 144
6.5. Inégalités dans les consultations de dentistes . . . . . 146
6.6. Inégalités dans le dépistage du cancer . . . . . 148
6.7. Délais d'attente pour une chirurgie élective . . . . . 150

*Chapitre 7.* **Dépenses de santé et financement** . . . . . 153
7.1. Dépenses de santé par habitant . . . . . 154
7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB . . . . . 156
7.3. Dépenses de santé par fonction . . . . . 158
7.4. Dépenses pharmaceutiques . . . . . 160
7.5. Dépenses par maladie et par âge . . . . . 162
7.6. Financement des dépenses de santé . . . . . 164
7.7. Commerce international des services de santé . . . . . 166

*Chapitre 8.* **Vieillissement et soins de longue durée** . . . . . 169
8.1. Évolution démographique . . . . . 170
8.2. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans . . . . . 172
8.3. État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans . . . . . 174
8.4. Prévalence de la démence . . . . . 176
8.5. Bénéficiaires de soins de longue durée . . . . . 178
8.6. Aidants informels . . . . . 180
8.7. Emploi dans le secteur des soins de longue durée . . . . . 182
8.8. Lits de soins de longue durée . . . . . 184
8.9. Dépenses de soins de longue durée . . . . . 186

**Bibliographie** . . . . . 189

*Annexe A.* **Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les dépenses de santé et leur financement** . . . . . 203

**Suivez les publications de l'OCDE sur :**

*http://twitter.com/OECD_Pubs*

*http://www.facebook.com/OECDPublications*

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

*http://www.youtube.com/oecdilibrary*

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

**Ce livre contient des...**

StatLinks
Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

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

# *Éditorial : De la croissance des dépenses à la croissance de la productivité dans le secteur de la santé*

Près de six ans après le début de la crise financière et économique mondiale, la situation économique est très variable selon les pays de l'OCDE, entre l'amorce d'une reprise aux États-Unis, au Canada et au Japon, et des perspectives toujours moroses dans de nombreux pays européens. Après une période où, dans le cadre des plans de relance, des ressources importantes ont été allouées aux programmes de protection sociale, le retour à des mesures visant à rétablir l'équilibre budgétaire se traduit souvent par des coupes sombres dans les dépenses. À l'image d'autres postes de dépenses publiques, le secteur de la santé subit aussi des restrictions budgétaires dans de nombreux pays de l'OCDE.

La crise économique a eu de profondes répercussions sur la vie des citoyens partout dans le monde et a mis à l'épreuve la résistance des familles à mesure que leur patrimoine et leur revenu diminuent. Des millions de gens ont perdu leur emploi et des millions d'autres ont des difficultés financières. L'effet combiné de la crise, des coupes budgétaires et des réformes récentes des systèmes de santé a contribué à une grande incertitude concernant la santé et le bien-être des populations dans de nombreux pays de l'OCDE. Les statistiques les plus récentes de l'OCDE sur la santé, présentées dans cette édition du *Panorama de la santé*, offrent un tableau exhaustif de l'évolution des systèmes de santé au cours de la crise et des défis à venir.

## La plupart des pays de l'OCDE ont réduit les dépenses de santé

Depuis 2008, la progression des dépenses de santé s'est considérablement ralentie dans quasiment tous les pays de l'OCDE. Après des années de hausse continue de plus de 4 % par an, les dépenses de santé dans l'ensemble de l'OCDE n'ont progressé en moyenne que de 0.2 % entre 2009 et 2011. Elles ont reculé dans 11 des 34 pays membres sur la même période, par rapport à leur niveau d'avant la crise. Sans surprise, les pays les plus durement frappés par la récession sont aussi ceux où les coupes budgétaires ont été les plus fortes. La Grèce et l'Irlande ont ainsi subi les baisses les plus importantes, respectivement de 11.1 % et 6.6 % entre 2009 et 2011. L'augmentation des dépenses de santé a également nettement ralenti dans d'autres pays tels que le Canada et les États-Unis. Seuls Israël et le Japon ont enregistré une accélération de la hausse de leurs dépenses de santé depuis 2009.

Dans le but de maîtriser ou de réduire les dépenses publiques de santé, les pays ont entrepris de diminuer les prix des biens et services financés publiquement, notamment les prix des médicaments. Les pouvoirs publics ont aussi visé les dépenses hospitalières à travers des restrictions budgétaires et des coupures de salaires. Plusieurs pays, notamment la Grèce, l'Irlande, l'Islande et l'Estonie, ont réduit les salaires des personnels infirmiers ainsi que des généralistes salariés. Les dépenses de prévention et de santé publique ont subi également des coupes depuis 2009. De plus, les patients doivent maintenant assumer une plus grande part des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'OCDE.

## La crise a eu des effets contrastés sur les indicateurs de santé

Quel a été l'impact de la crise sur la santé ? Les résultats sont contrastés. Par exemple, si les taux de suicide ont légèrement augmenté au début de la crise économique, ils semblent s'être stabilisés depuis. Il semble également que le long déclin du taux de mortalité infantile se soit inversé en Grèce après la crise. Ce ne sont pas là de bonnes nouvelles. Mais d'autres indicateurs sont plus positifs : le nombre de personnes tuées dans des accidents de voiture a baissé, par exemple. Ces décès dus aux accidents de la route ont diminué régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE, mais le rythme de ce recul s'est accéléré après 2008 dans certains pays durement touchés par la crise, en partie du fait qu'une réduction de l'activité économique signifie qu'il y a moins de voitures sur les routes, et donc moins d'accidents.

La crise a aussi possiblement entraîné des changements de comportement ayant une incidence bénéfique sur la santé. La consommation d'alcool et de tabac a notamment reculé dans plusieurs pays de l'OCDE immédiatement après le début de la crise. Cette évolution s'inscrit dans une tendance de long terme dans la plupart des pays, mais le recul de la consommation s'est accéléré, notamment en raison du double impact de la baisse des revenus et de politiques plus restrictives. Reste à savoir si ces gains pourront être préservés lorsque la reprise s'amorcera et que le budget des ménages repartira à la hausse.

Alors que les effets de la crise à court terme ont été à la fois négatifs (santé mentale) et positifs (réduction des accidents et de la consommation d'alcool), il n'est pas surprenant de constater que la crise ne semble pas avoir eu jusqu'à maintenant un impact majeur sur la santé même dans les pays les plus durement touchés. Comme pour bien d'autres aspects dans le domaine de la santé, la façon dont la crise économique et l'action publique influencent la santé est difficile à évaluer. De plus, la plupart des pays, y compris ceux les plus durement affectés par la crise, continuent à faire des progrès au niveau des soins primaires et de la qualité des soins intensifs en cas de maladie potentiellement mortelle. Il n'y a pas d'indications, par exemple, que la crise ait eu un effet néfaste sur la mortalité liée au cancer, et la majorité des pays ont aussi vu les taux de survie aux maladies cardiovasculaires augmenter.

Néanmoins, la direction des politiques prises dans certains pays soulève des inquiétudes. Par exemple, la prévention constitue souvent un moyen plus efficace d'améliorer la santé que de dépenser de l'argent dans le traitement des maladies. Toutefois, les dépenses au chapitre de la prévention ont été réduites depuis 2009 (même si elles ne représentent que 3-4 % des dépenses totales de santé). Un exemple des conséquences de ces coupes budgétaires est la hausse spectaculaire du nombre de nouveaux séropositifs parmi les toxicomanes par injection à Athènes, en Grèce, depuis 2010. Bien que les programmes de substitution aux opiacés et d'échange de seringues se soient développés depuis ce constat, les premières mesures étaient bien loin d'atteindre les niveaux d'accès recommandés, illustrant les effets potentiels à long terme sur la santé et sur les dépenses lorsque des programmes de prévention offrant un bon rapport coût/efficacité ne sont pas pleinement mis en œuvre. Les coupures budgétaires touchant les programmes de prévention de l'obésité et de consommation nocive d'alcool et de tabac reflètent souvent des économies de « bouts de chandelle ».

La réduction de l'offre de services de santé et les changements dans les modes de financement des services ont également eu des répercussions sur l'accès aux soins. Après des années de diminution constante des temps d'attente, les délais pour certaines interventions chirurgicales se sont à nouveau accrus légèrement au Portugal, en Espagne, en Angleterre et en Irlande. Les habitants de pays tels que la Grèce et l'Italie sont plus

nombreux à renoncer à des soins en raison de difficultés financières, reflétant une réduction du revenu des ménages, mais aussi peut-être l'augmentation de la part des coûts restant à leur charge. Les personnes qui ont les revenus les plus modestes sont les plus touchées, même si ce sont elles qui sont les plus susceptibles d'avoir les besoins les plus importants en matière de santé et qu'elles risquent de renoncer à des médicaments prescrits ou des examens médicaux de routine en cas de maladie chronique. Cela risque d'avoir des conséquences sanitaires et économiques à long terme sur les groupes les plus vulnérables.

## Vers des dépenses de santé abordables et viables

Les pressions sur la réduction des dépenses publiques persisteront vraisemblablement durant la phase de reprise économique. Étant donné les déséquilibres budgétaires importants qui se sont creusés durant la crise, la consolidation fiscale devra se poursuivre durant plusieurs années afin de réduire le ratio de la dette par rapport au PIB, tel que mentionné dans l'édition 2013 des *Perspectives économiques de l'OCDE*. Les principales cibles de l'assainissement fiscal varient selon les pays, mais portent généralement sur des dépenses publiques inefficaces, y compris dans le secteur de la santé.

Dans un contexte de rigueur budgétaire et d'efforts pour accroître l'efficience, la progression des dépenses de santé devrait être plus en phase avec la croissance économique des pays et leur capacité à générer des recettes. Ce n'était pas le cas dans les années précédant la crise, lorsque la hausse des dépenses de santé était plus rapide que la croissance économique dans de nombreux pays. La crise financière a poussé de nombreux pays à entreprendre des réformes structurelles de leurs systèmes de santé en vue de modifier les mesures incitatives ou la façon dont les prix sont négociés. On peut citer en exemple la mise en place en Grèce d'un nouveau mécanisme de financement des hôpitaux axé sur les résultats, la volonté d'améliorer la compétitivité du marché de la distribution des médicaments en Italie, l'investissement dans des systèmes de gestion des performances au Portugal ou la centralisation des achats des médicaments en Espagne. Ces réformes peuvent avoir à long terme des retombées importantes sur la productivité et l'efficience des systèmes de santé.

Les gouvernements doivent continuer de privilégier des moyens efficaces pour améliorer le bien-être des patients dans le cadre du nouveau contexte budgétaire. Certains pays cherchent à améliorer la productivité du marché du travail en réexaminant les fonctions traditionnelles des médecins généralistes, des spécialistes, des personnels infirmiers et des autres professionnels de la santé. D'autres pays s'efforcent de déterminer dans quelle mesure les variations de la pratique médicale sont révélatrices d'un manque d'efficacité ou d'efficience. Par exemple, le taux de césariennes est trois fois plus élevé au Mexique (taux le plus élevé de l'OCDE) qu'en Islande ou aux Pays-Bas (taux le plus faible). Une partie de cet écart peut peut-être s'expliquer par des besoins cliniques, mais un tel écart peut aussi indiquer que des femmes subissent des opérations qui ne sont pas nécessaires ou ne reçoivent pas les soins qu'elles devraient recevoir. Des actions visant à faire évoluer la pratique médicale vers des protocoles cliniques fondés sur des éléments probants peuvent améliorer la productivité des services de santé.

Si la question de la qualité des soins est désormais bien ancrée dans la plupart des systèmes de santé, les pays peuvent encore améliorer la sécurité des patients, ce qui permettrait de réduire les coûts et les problèmes de santé associés aux incidents préjudiciables. La qualité des soins peut également être améliorée en renforçant les

systèmes de soins primaires en vue de mieux gérer les personnes qui souffrent de problèmes complexes. La prévalence croissante de maladies chroniques est l'un des nombreux défis que pose le vieillissement des populations et exigera une vigilance constante et des services de santé pluridisciplinaires afin de prévenir l'apparition de complications coûteuses.

Plusieurs réformes mises en œuvre depuis le début de la crise ont eu des effets immédiats sur les dépenses publiques. Certaines réformes sont controversées et génèrent des tensions considérables et des pressions politiques de la part des groupes industriels, alors que d'autres peuvent avoir des conséquences négatives sur l'accès, les résultats et l'équité. Par exemple, l'augmentation des coûts payés directement par les patients peut réduire le recours aux services de santé pour ceux qui en ont le plus besoin, ce qui risque d'entraîner à terme une aggravation des inégalités et de l'inefficacité.

Dans un nouveau contexte budgétaire plus rigoureux, le défi pour les responsables des politiques de santé est de préserver l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population tout en passant d'un système bâti sur le principe d'une croissance continue des dépenses à un système fondé sur une productivité et une viabilité budgétaire plus grandes. Ce défi n'est pas nouveau. Les pays poursuivent le double objectif de l'efficience et de l'équité du système de santé depuis des décennies. Mais la crise économique leur impose d'adopter des mesures rapides et convaincantes en faveur d'une plus grande productivité.

Stefano Scarpetta
Directeur de la Direction de l'emploi,
du travail et des affaires sociales

# Résumé

L'édition 2013 du *Panorama de la santé* présente les tendances et les facteurs qui influent sur l'état de santé de la population, les services médicaux et les politiques de la santé dans les pays de l'OCDE et les BRIICS. Bien que les indicateurs tels que l'espérance de vie ou la mortalité infantile fassent penser que la situation s'améliore globalement, les inégalités en matière de revenu, d'éducation et d'autres indicateurs sociaux ont toujours une incidence profonde sur l'état de santé et l'accès aux soins. Les inégalités dans le domaine de la santé peuvent s'expliquer par des différences de conditions de vie et de travail ainsi que de mode de vie, comme le montrent les données présentées dans cet ouvrage (tabagisme, consommation excessive d'alcool, inactivité physique et obésité, par exemple).

Les dépenses de santé sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, en termes de dépenses par habitant, en pourcentage du PIB et en terme d'évolution récente. En moyenne parmi les pays de l'OCDE, la hausse des dépenses de santé par habitant était de 4.1 % par an en termes réels entre 2000 et 2009, mais elle a chuté à 0.2 % seulement en 2009-10 et 2010-11, au moment où de nombreux pays (notamment en Europe) ont réduit leurs dépenses de santé afin de diminuer le déficit budgétaire et la dette publique. Dans les pays non européens, les dépenses de santé ont continué de progresser, bien qu'à un rythme souvent beaucoup plus lent, en particulier au Canada et aux États-Unis.

Différents postes de dépenses ont été touchés à divers degrés : en 2010-11, les dépenses de produits pharmaceutiques et de prévention ont ainsi reculé de 1.7 %, tandis que les coûts hospitaliers ont augmenté de 1.0 %.

*L'espérance de vie dans les pays de l'OCDE augmente, mais le poids des maladies chroniques aussi*

- L'espérance de vie moyenne a dépassé 80 ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2011, soit dix ans de plus qu'en 1970. Ce sont les Suisses, les Japonais et les Italiens qui ont la plus longue espérance de vie.
- L'espérance de vie des femmes est supérieure de 5.5 ans à celle des hommes. Les personnes les plus diplômées peuvent en outre espérer vivre six ans de plus que les moins qualifiés.
- Les maladies chroniques telles que le diabète et la démence se répandent. En 2011, dans les pays de l'OCDE, près de 7 % des 20-79 ans – soit plus de 85 millions de personnes – souffraient de diabète.

*Le nombre de médecins par habitant a augmenté dans la plupart des pays, mais les spécialistes sont deux fois plus nombreux que les généralistes*

- Depuis 2000, le nombre de médecins a progressé, tant en nombre absolu que par habitant, dans la majorité des pays membres, à quelques exceptions près. Leur nombre par habitant n'a quasiment pas progressé en Estonie et en France, et il a reculé en Israël.
- On comptait en 2011 deux spécialistes pour un généraliste en moyenne dans les pays de l'OCDE. La hausse lente, voire le recul, du nombre de généralistes suscite des préoccupations quant à l'accès aux soins primaires.

*Des hospitalisations plus courtes et le recours croissant aux médicaments génériques contribuent à la maîtrise des coûts, mais les variations importantes des pratiques médicales semblent indiquer certains abus*

- La durée des séjours à l'hôpital est passée de 9.2 jours en 2000 à 8.0 jours en 2011 dans les pays de l'OCDE.
- La part de marché des médicaments génériques a beaucoup augmenté au cours des dix dernières années dans de nombreux pays. Cependant, les génériques représentent toujours moins de 25 % du marché au Luxembourg, en Italie, en Irlande, en Suisse, au Japon et en France, contre environ 75 % en Allemagne et au Royaume-Uni.
- Les écarts importants qui caractérisent les taux d'utilisation des diagnostiques et procédures chirurgicales ne peuvent s'expliquer par des besoins médicaux différents. À titre d'exemple, en 2011, les césariennes représentaient plus de 45 % de tous les accouchements au Mexique et en Turquie, soit trois fois le taux enregistré en Islande et aux Pays-Bas, ce qui semble indiquer une sur-utilisation.

*La qualité des soins intensifs et des soins primaires s'est améliorée dans la plupart des pays, mais des progrès restent possibles*

- L'avancée des traitements sur des maladies potentiellement mortelles telles que les crises cardiaques, les AVC et le cancer ont permis d'améliorer le taux de survie dans la majorité des pays de l'OCDE. En moyenne, le taux de mortalité après une hospitalisation pour cause de crise cardiaque a reculé de 30 % entre 2001 et 2011 et de près de 25 % pour les AVC. La survie a également augmenté pour de nombreux types de cancer, notamment les cancers du col de l'utérus, du sein et du côlon.
- La qualité des soins primaires s'améliore également dans la plupart des pays, comme le montre la réduction des hospitalisations évitables pour cause de maladie chronique telle que l'asthme et le diabète. Cependant, tous les pays peuvent encore faire des progrès sur les soins primaires afin de réduire davantage ces hospitalisations coûteuses.

*Presque tous les pays de l'OCDE sont parvenus à une couverture d'assurance maladie universelle, mais la couverture et le degré de protection sont variables*

- Tous les pays de l'OCDE disposent d'une couverture d'assurance maladie universelle ou quasi universelle pour un ensemble de services et biens médicaux essentiels, à l'exception du Mexique et des États-Unis. Après les réformes lancées au Mexique en 2004, le pourcentage de la population couverte s'est accru rapidement, pour atteindre près de 90 % en 2011. Aux États-Unis, où 15 % de la population n'avaient toujours pas d'assurance maladie en 2011, l'*Affordable Care Act* élargira la couverture d'assurance maladie à compter de janvier 2014.
- La part des dépenses de santé restant à la charge des patients crée des obstacles à l'accès aux soins dans certains pays. En moyenne, 20 % des dépenses de santé sont pris en charge directement par les patients, mais dans des proportions qui vont de moins de 10 % aux Pays-Bas et en France à plus de 35 % au Chili, en Corée et au Mexique.
- En 2011 dans l'ensemble de l'OCDE, environ 19 % des dépenses médicales à la charge des patients concernaient les soins dentaires, et 12 % les lunettes, les prothèses auditives et autres dispositifs thérapeutiques.
- Les groupes à faible revenu se disent plus susceptibles de renoncer à des soins médicaux et dentaires dont ils ont besoin que les groupes à revenu plus élevé, et ils ont également beaucoup moins tendance à consulter un spécialiste ou un dentiste.

*Le vieillissement de la population accroît la demande de soins de longue durée et pèse sur les dépenses publiques, malgré les soins informels*

- L'espérance de vie à 65 ans continue de progresser et a atteint presque 21 ans pour les femmes et 18 ans pour les hommes en 2011 dans les pays de l'OCDE. Cependant, ces années de vie supplémentaires sont souvent accompagnées par des maladies chroniques : par exemple, plus d'un quart des personnes âgées de plus de 85 ans souffrent de démence.
- Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, plus de 15 % des personnes de 50 ans et plus s'occupent d'un parent ou d'un ami dépendant, et la plupart de ces aidants bénévoles sont des femmes.
- Les dépenses publiques de soins de longue durée ont augmenté de 4.8 % par an entre 2005 et 2011 dans les pays de l'OCDE, à un rythme plus élevé que les dépenses de santé.

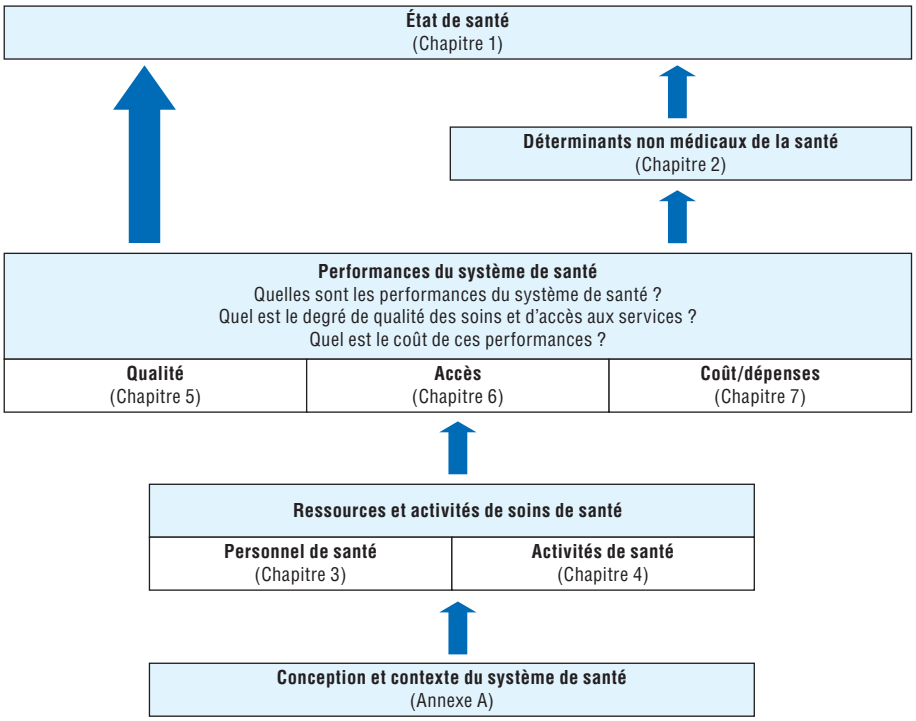
# *Guide du lecteur*

Le *Panorama de la santé 2013* 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 émergentes (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Fédération de Russie, Inde et Indonésie). 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.

## Structure de la publication

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la présente publication permet d'analyser les performances des systèmes 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).

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




*Source :* Adapté de Kelley, E. et J. Hurst (2006), « Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework », *OECD Health Working Paper*, n° 23, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/440134737301*.

Ce cadre reconnaît que l'objectif 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 physique ainsi que des facteurs individuels liés au mode de vie et aux comportements, sont extérieurs aux systèmes de santé. Les performances des systèmes de santé ont aussi évidemment 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 dispensés.

La mesure des performances doit aussi prendre en compte les ressources financières requises pour atteindre ces objectifs en matière d'accès et de qualité. Les performances des systèmes de santé dépendent des personnes qui fournissent les services, et de la formation, des technologies et des équipements dont elles disposent.

Enfin, un certain nombre de facteurs contextuels qui influent également sur l'état de santé de la population ainsi que sur la demande et l'offre de services de santé, sont également pris en compte, notamment les caractéristiques démographiques et le développement économique et social.

Le *Panorama de la santé 2013* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre. Il se compose de huit chapitres.

Le chapitre 1 sur *l'état de santé* met en évidence de fortes disparités entre les pays au niveau de l'espérance de vie, de la mortalité et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. Par rapport à l'édition précédente, ce chapitre comprend de nouvelles mesures des inégalités en termes d'état de santé selon le niveau d'éducation et de revenu, pour des indicateurs clés tels que l'espérance de vie et l'état de santé perçu.

Le chapitre 2 sur les *déterminants non médicaux de la santé* porte sur les modes de vie et comportements des enfants et des adultes qui ont une influence sur leur santé, notamment la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, l'alimentation et les problèmes de surpoids et d'obésité. Il est possible d'agir sur la majorité de ces facteurs à l'aide de politiques de santé publique et de mesures de prévention.

Le chapitre 3 traite du *personnel de santé*. Il fournit des données sur l'offre de personnel médical et infirmier dans les pays de l'OCDE et sur leur rémunération. 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 future.

Le chapitre 4 décrit certaines des caractéristiques principales des prestations de *services de santé* dans les pays de l'OCDE. Il débute par les consultations médicales et le recours à des technologies diagnostiques telles que l'imagerie par résonnance magnétique (IRM). 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 d'hôpital, à leur taux d'occupation, au nombre de sorties d'hôpital et à la durée moyenne des séjours. Ce chapitre analyse également les différences en termes de recours à des interventions dont le volume et le coût sont élevés, comme les césariennes, les chirurgies cardiaques et les opérations de remplacement de la hanche et du genou. Il se termine par un examen du marché des produits pharmaceutiques, en comparant la consommation de certains médicaments et la part de marché des médicaments génériques dans plusieurs pays.

Le chapitre 5 porte sur la *qualité des soins* et cherche à déterminer dans quelle mesure la prestation des soins est conforme aux normes établies et améliore les résultats sanitaires. Il propose des comparaisons sur la qualité des soins liés aux maladies chroniques, aux prescriptions de médicaments, aux soins intensifs liés à des pathologies potentiellement mortelles, sur la sécurité des patients, les soins en cas de troubles mentaux et pour le cancer, la prévention des maladies transmissibles et, pour la première fois, sur certains aspects importants de l'expérience 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. Il commence par décrire le pourcentage de la population couverte par une assurance maladie publique ou privée et la part des dépenses de santé restant à la charge des patients dans la consommation des ménages. Il aborde ensuite la question de l'accessibilité géographique aux services de santé, en mettant l'accent sur la « densité » de médecins dans différentes régions dans chaque pays. Une autre approche utilisée pour évaluer l'accès aux soins consiste à étudier les inégalités dans l'utilisation des services de santé par différentes catégories socio-économiques. Trois indicateurs mesurent ainsi le recours aux services des médecins et des dentistes ainsi que les taux de dépistage du cancer, par niveau de revenu ou de formation. Le dernier indicateur porte sur la possibilité d'accéder aux soins dans des délais satisfaisants et compare les délais d'attente pour certaines chirurgies non vitales dans un groupe de pays membres où cette question est jugée importante.

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. Il analyse également la consommation de différents types de biens et services de santé dans les pays de l'OCDE, comprenant 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, ce chapitre fournit des indicateurs sur les niveaux actuels et les tendances dans ce domaine.

Le chapitre 8 s'attache au *vieillissement et aux soins de longue durée*, en commençant par l'examen de l'évolution démographique et du pourcentage croissant de personnes de plus de 65 ans et de 80 ans dans les pays de l'OCDE. Les données les plus récentes sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans sont présentées, ainsi que celles relatives à l'état de santé et l'incapacité autodéclarés, lesquels constituent des déterminants importants de la demande actuelle et future de soins de longue durée. On analyse ensuite une série d'indicateurs concernant les personnes âgées qui bénéficient de soins de longue durée à domicile ou en institution, les prestataires (y compris les aidants formels et informels) et la capacité de prodiguer des soins de longue durée en institution dans différents pays. Le dernier indicateur de ce chapitre mesure les niveaux et l'évolution des dépenses de soins de longue durée au cours des dix dernières années.

Une *annexe statistique* fournit des informations supplémentaires sur le contexte démographique et économique dans lequel fonctionnent les systèmes de santé et de soins de longue durée.

## Présentation des indicateurs

Chacun des sujets abordés dans les différents chapitres de cette publication fait l'objet d'une présentation sur deux pages. Sur la première page, le lecteur trouvera un texte succinct qui résume les principaux enseignements tirés 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. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, de la moyenne non pondérée des pays de l'OCDE présentés.

## Limites des données

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

## Sources des données

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses et des recherches plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, les sources et les méthodes présentée dans la base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* sur le site OECD.Stat (*http://stats.oecd.org/index.aspx?Lang=fr*). De plus amples informations sur la base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* peuvent être consultées à l'adresse *www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/*. Des informations sur les sources des données pour les pays non membres de l'OCDE sont disponibles sur le site de cette publication (*www.oecd.org/sante/panoramadelasante*).

## Les chiffres de population

Les chiffres de population présentés dans l'annexe A et utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés des *Données historiques et projections de l'OCDE sur la population* (à la date de fin mai 2013) et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

Il convient aussi de noter que certains pays, comme les États-Unis, la France et le Royaume-Uni, ont des 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 |
| Estonie | EST | Pologne | POL |
| Espagne | ESP | Portugal | PRT |
| États-Unis | USA | République tchèque | CZE |
| Finlande | FIN | Royaume-Uni | GBR |
| France | FRA | République slovaque | SVK |
| Grèce | GRC | Slovénie | SVN |
| Hongrie | HUN | Suède | SWE |
| Irlande | IRL | Suisse | CHE |
| Islande | ISL | Turquie | TUR |

## Codes ISO des grands pays émergents

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

STAINLESS

# 1. ÉTAT DE SANTÉ


1.1. Espérance de vie à la naissance

1.2. Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation

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


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.

## 1.1. Espérance de vie à la naissance

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à la naissance a augmenté considérablement dans tous les pays de l'OCDE et dans la plupart des économies émergentes. L'amélioration des conditions de vie, le recul de certains facteurs de risque (tabagisme, par exemple) et les progrès enregistrés dans le domaine des soins de santé sont les principales explications de cet accroissement de la longévité.

Pour la première fois, en 2011, l'espérance de vie moyenne a dépassé 80 ans dans les pays de l'OCDE, une augmentation de dix années par rapport à 1970 (graphique 1.1.1). La Suisse, le Japon et l'Italie se classent en tête des nombreux pays de l'OCDE (plus des deux tiers) qui affichent désormais une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis, le Chili et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans. Le Mexique et la Turquie sont les pays de l'OCDE où l'espérance de vie est la plus faible. Alors que l'espérance de vie s'est allongée en Turquie de façon rapide et constante ces quarante dernières années, au Mexique, la progression connaît un fort ralentissement depuis 2000.

Certains pays émergents, comme le Brésil, la Chine, l'Indonésie et l'Inde, ont également enregistré d'importants gains de longévité en quelques décennies, et ont vu l'espérance de vie se rapprocher rapidement de la moyenne OCDE. Les progrès sont nettement moins marqués en Afrique du Sud (en raison surtout de l'épidémie de VIH/SIDA) et dans la Fédération de Russie (en raison principalement de l'impact de la transition économique durant les années 90 et de l'augmentation des comportements à risques chez les hommes).

Aux États-Unis, l'espérance de vie s'est allongée de façon beaucoup plus modeste depuis 1970 que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Alors qu'elle était *supérieure* d'une année à la moyenne de l'OCDE en 1970, elle est aujourd'hui *inférieure* de plus d'un an à cette même moyenne. Différentes explications ont été avancées pour expliquer ces progrès plus faibles de l'espérance de vie aux États-Unis, notamment : 1) le caractère très fragmenté du système de santé des États-Unis, où des ressources relativement modestes sont consacrées à la santé publique et aux soins primaires, et où une part importante de la population n'a pas d'assurance ; 2) les comportements ayant une incidence sur la santé, notamment une consommation plus élevée de calories par habitant et des taux d'obésité plus élevés, une consommation accrue de médicaments vendus sur ordonnance et de substances illicites, des taux plus élevés de victimes d'accidents de la route et d'homicides ; 3) une situation socio-économique difficile pour une forte proportion de la population, avec des taux de pauvreté et des inégalités de revenus plus élevés que dans la plupart des pays de l'OCDE (National Research Council and Institute of Medicine, 2013).

Dans les pays de l'OCDE, un revenu national (en termes de 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 qui ont le même revenu par habitant. Le Japon et l'Italie affichent ainsi des chiffres plus élevés, et les États-Unis et la Fédération de Russie des chiffres plus faibles que ne le laisserait supposer leur PIB par habitant.

Le graphique 1.1.3 montre le lien entre l'espérance de vie à la naissance et les dépenses de santé par habitant, dans les pays de l'OCDE et les pays émergents. 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 importantes. Le Japon, l'Italie et l'Espagne se distinguent par une espérance de vie relativement longue, et les États-Unis et la Fédération de Russie par une espérance de vie relativement courte par rapport à leurs dépenses de santé.

De nombreux autres facteurs, outre le revenu national et les dépenses totales de santé, peuvent influer sur l'espérance de vie et expliquer les écarts entre les pays.

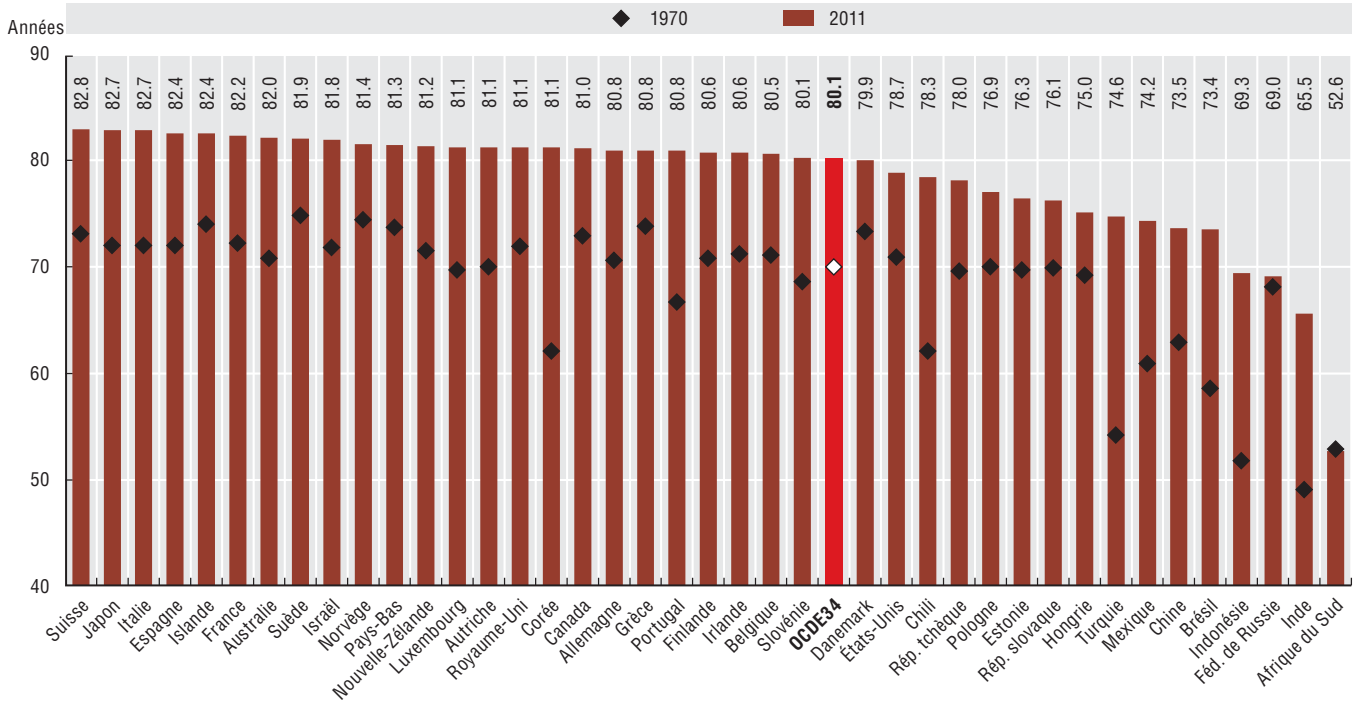
### *Définition et comparabilité*

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un taux de mortalité par âge donné (actuel). Toutefois, il n'est pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité par âge pour chaque cohorte de population. Si ce taux diminue (comme ce fut le cas ces dernières décennies), la durée de vie effective 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, ce qui, pour un pays donné, peut entraîner une variation de l'ordre d'une fraction d'année.

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.

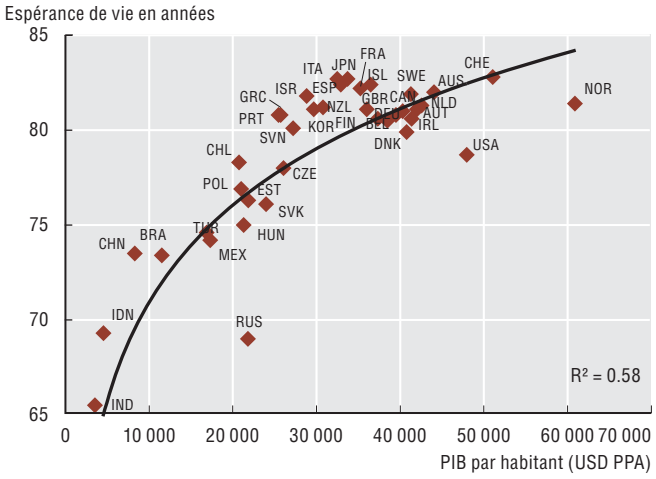
### 1.1.1. Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*; Banque mondiale pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932919669

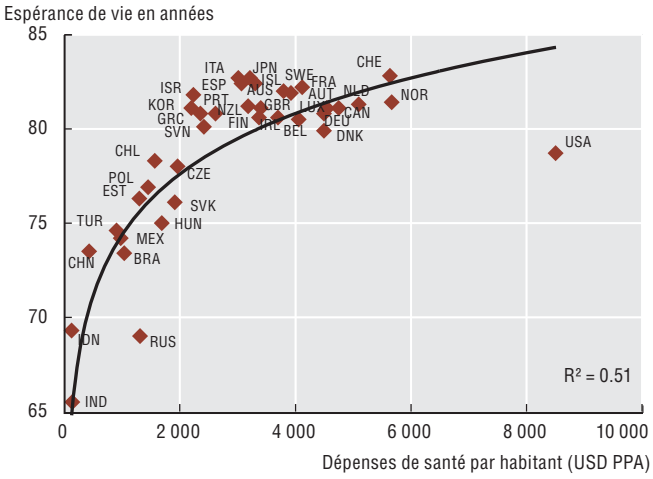
### 1.1.2. Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932919688

### 1.1.3. Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; Banque mondiale pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932919707

# 1.2. Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation

Dans tous les pays de l'OCDE, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes reste important : en moyenne, l'espérance de vie à la naissance atteignait en 2011 82.8 ans pour les femmes et 77.3 pour les hommes, soit une différence de 5.5 ans (graphique 1.2.1).

Cet écart s'est creusé de manière sensible dans de nombreux pays de l'OCDE au cours des années 70 et au début des années 80 ; après avoir culminé à quasiment sept ans vers le milieu des années 80, il s'est resserré pendant les 25 dernières années, en raison d'un gain d'espérance de vie plus important chez les hommes. 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.

En 2011, l'espérance de vie des femmes dans les pays de l'OCDE se situait entre 77 ans en Turquie et au Mexique, et près de 86 ans au Japon et en France. S'agissant des hommes, les chiffres oscillaient entre 71 ans en Estonie, en Hongrie et au Mexique, et plus de 80 ans en Islande, en Suisse et en Italie. L'espérance de vie est beaucoup plus courte en Afrique du Sud, pour les femmes comme pour les hommes (53 et 52 ans respectivement en 2011), en grande partie à cause du VIH/SIDA.

Aux États-Unis, l'espérance de vie (hommes et femmes confondus) est désormais légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE, et l'écart se creuse avec les pays où elle est la plus longue. L'espérance de vie des hommes aux États-Unis était en 2011 inférieure de 4.2 ans à celle en Suisse (alors que la différence n'atteignait pas 3 ans en 1970), l'espérance de vie des femmes plus courte de 4.8 ans que celle au Japon (écart nul en 1970). L'indicateur 1.1 fournit des explications possibles à ces gains moins rapides de l'espérance de vie aux États-Unis.

Parmi l'ensemble des pays de l'OCDE, la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est relativement faible en Islande, en Israël, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et en Suède (moins de quatre ans), mais nettement plus marquée en Estonie (plus de dix ans), en Hongrie, en République slovaque et en Pologne (7.5 ans ou plus), ainsi qu'en France (sept ans). Dans la Fédération de Russie, l'écart hommes-femmes atteignait presque douze années en 2011 ; cet écart énorme s'explique dans une large mesure par un taux de tabagisme et une consommation d'alcool plus élevés, et par des taux plus importants de décès par accident de la route, homicide et suicide (OCDE, 2012c).

Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie varie non seulement en fonction du sexe, mais aussi selon le profil socio-économique, mesuré par exemple par le niveau d'éducation (graphique 1.2.2). Non seulement une meilleure formation donne à l'individu les moyens d'améliorer le milieu socio-économique dans lequel il vit et travaille, mais elle peut aussi favoriser l'adoption d'un mode de vie plus sain et faciliter l'accès à des soins de santé appropriés. En moyenne, dans 14 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, les personnes de 30 ans ayant le niveau d'éducation le plus élevé peuvent espérer vivre six ans de plus que celles qui ont le niveau le plus faible (53 ans contre 47). Les différences d'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction sont particulièrement prononcées chez les hommes (près de 8 années en moyenne). Elles sont très importantes dans les pays d'Europe centrale et orientale (Estonie, Hongrie, Pologne, République tchèque et Slovénie), où l'on constate un écart de plus de dix ans entre les hommes ayant un haut niveau de formation et ceux qui sont peu instruits. Les différences sont moindres, bien que non négligeables, au Portugal, en Suède, en Suisse et en Italie.

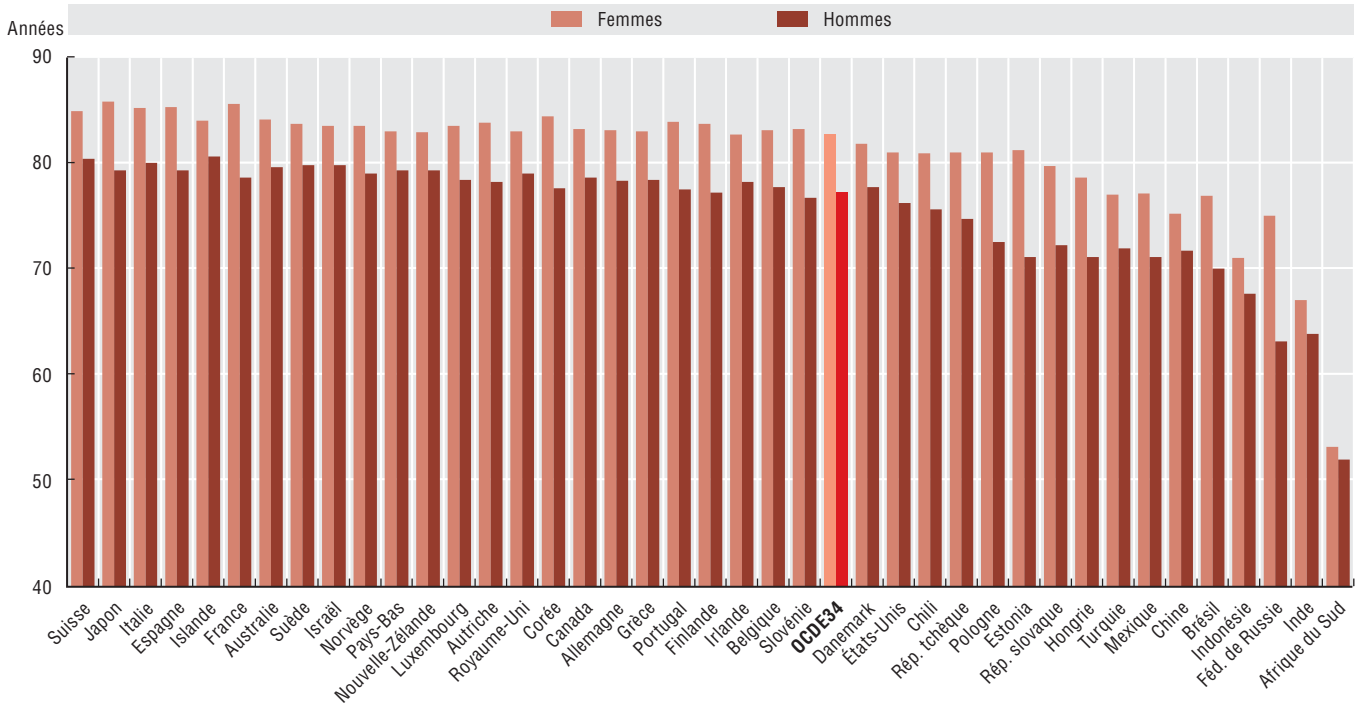
### *Définition et comparabilité*

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un taux de mortalité par âge donné (actuel). Toutefois, il n'est pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité par âge pour chaque cohorte de population. Si ce taux diminue (comme ce fut le cas ces dernières décennies), la durée de vie effective 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, ce qui, pour un pays donné, peut entraîner une variation de l'ordre d'une fraction d'année.

Le calcul de l'espérance de vie selon le niveau d'éducation nécessite des informations détaillées concernant la mortalité en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'éducation. Cependant, les données relatives à la mortalité ne précisent pas toujours le niveau de formation. Il peut donc s'avérer nécessaire de les coupler avec une autre source (un recensement, par exemple) comportant des éléments d'information à cet égard (Corsini, 2010).

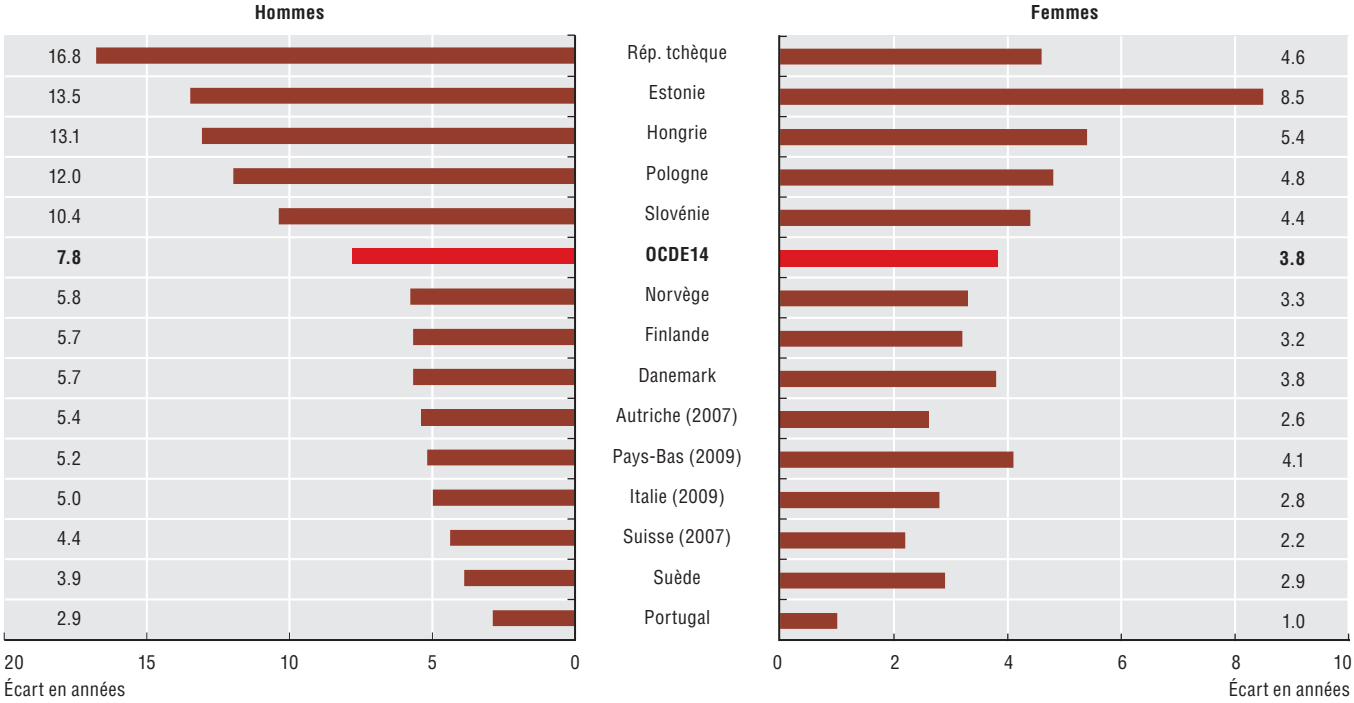
### 1.2.1. Espérance de vie par sexe, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les pays sont classés par ordre décroissant de l'espérance de vie de la population totale.
*Source :* *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013*, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; Banque mondiale pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919726*

### 1.2.2. Écart d'espérance de vie à 30 ans entre niveaux d'éducation, 2010 (ou année la plus proche)




*Note :* Les données présentent l'écart d'espérance de vie à 30 ans entre le plus haut (« enseignement tertiaire ») et le plus faible niveau (enseignement secondaire non complété) d'éducation.
*Source :* Eurostat complétée avec des données nationales pour l'Autriche, les Pays-Bas et la Suisse.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919745*

# 1.3. Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE et ont représenté 33 % de l'ensemble des décès en 2011. Elles regroupent diverses maladies touchant l'appareil circulatoire, notamment les cardiopathies ischémiques (souvent appelées crises cardiaques) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Les crises cardiaques sont provoquées par l'accumulation de dépôts adipeux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin en direction du cœur. En 2011, ils ont, à eux seuls, causé 12 % des décès dans les pays de l'OCDE. Cependant, la mortalité par crise cardiaque varie considérablement d'un pays 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, tandis que le Japon, la Corée et la France affichent les taux les plus faibles. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les taux de mortalité par crise cardiaque étaient en 2011 de 90% plus élevés pour les hommes que pour les femmes.

Les taux de mortalité par crise cardiaque ont régressé dans presque tous les pays de l'OCDE, de 40 % en moyenne depuis 1990. Ce recul a été particulièrement marqué au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas, où les taux ont diminué de deux tiers, voire davantage. Le recul du tabagisme a fortement contribué à réduire l'incidence et la mortalité due aux crises cardiaques. Les progrès 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 après un infarctus aigu du myocarde »).

La République slovaque et le Mexique, ainsi que la Corée, ont vu augmenter leurs taux de mortalité par crise cardiaque. La progression a été particulièrement sensible en Corée ; toutefois, le taux y reste faible, et a amorcé un recul après avoir atteint un pic en 2006. La hausse initiale a été attribuée à l'évolution des modes de vie et d'alimentation, ainsi qu'à certains facteurs liés à l'environnement au moment de la naissance, les risques relatifs étant plus élevés pour les individus nés entre 1940 et 1950 (OCDE, 2012b ; Juhn et al., 2011 ; Lee et al., 2012).

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été à l'origine d'environ 8 % de l'ensemble des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2011. Cette dénomination englobe différentes pathologies affectant les vaisseaux sanguins qui irriguent le cerveau. Les types d'AVC les plus courants sont l'AVC ischémique, qui intervient lorsque l'alimentation sanguine du cerveau est bloquée ou interrompue, et l'AVC hémorragique, causé par la rupture d'un vaisseau sanguin et le saignement qui en résulte à la surface du cerveau. En plus de constituer une cause de mortalité importante, les attaques cérébrales et autres types d'AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité (Murray et al., 2013).

Les taux de mortalité par AVC varient fortement selon les pays (graphique 1.3.2). Ceux de la Hongrie et de la République slovaque sont plus de trois fois plus élevés que ceux de la Suisse et de la France. Bon nombre de pays d'Europe centrale et orientale, notamment l'Estonie et la République tchèque, présentent des taux de mortalité élevés, tant par crise cardiaque que par AVC. La forte prévalence de facteurs de risques communs aux deux catégories de pathologie (tabagisme et hypertension, par exemple) fournit des éléments d'explication.

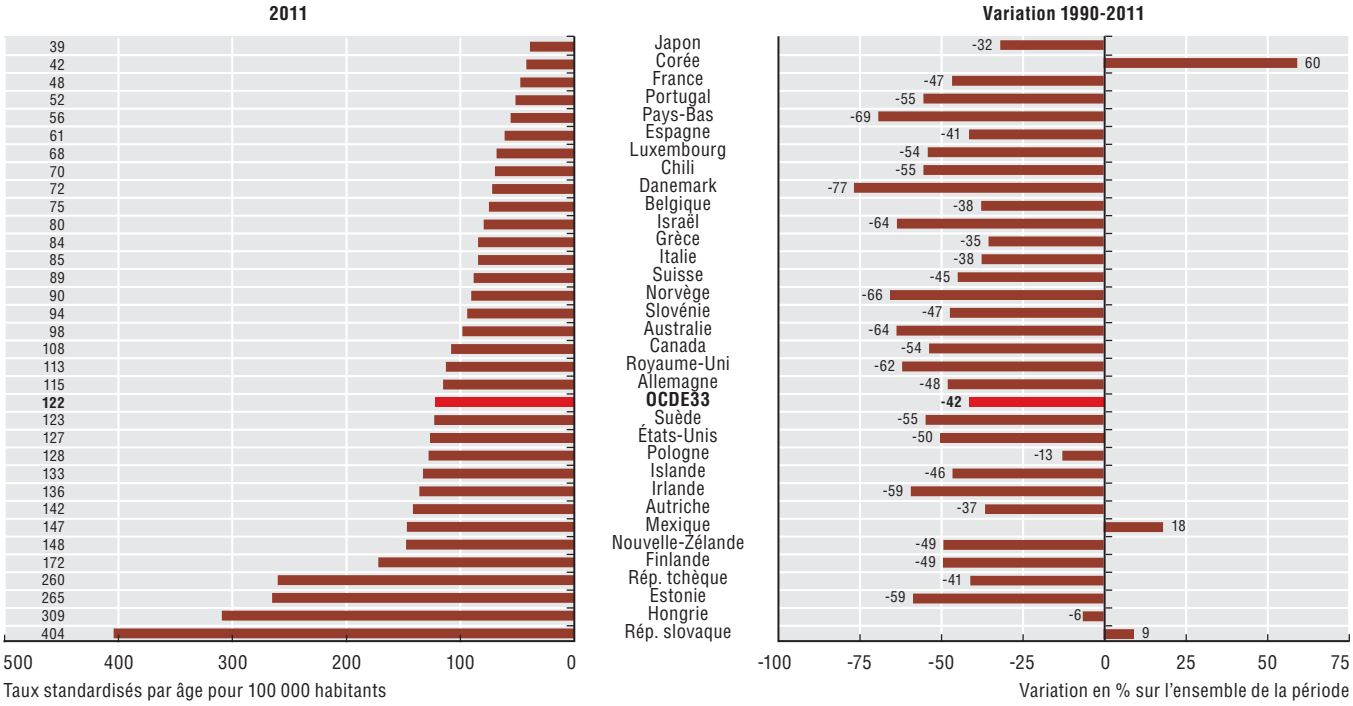
Depuis 1990, la mortalité par AVC a diminué dans tous les pays de l'OCDE, même si la baisse est modeste en Pologne et dans la République slovaque. En moyenne, le nombre de décès imputables à des AVC a diminué de moitié, et même d'au moins deux tiers en Espagne, en Estonie, au Luxembourg et au Portugal. Comme dans le cas des crises cardiaques, ce recul peut être attribué, du moins en partie, à la réduction des facteurs de risque et aux progrès enregistrés dans les traitements médicaux (voir l'indicateur 5.4 « Mortalité après un 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 standardisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010, 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 cardiopathies ischémiques 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.

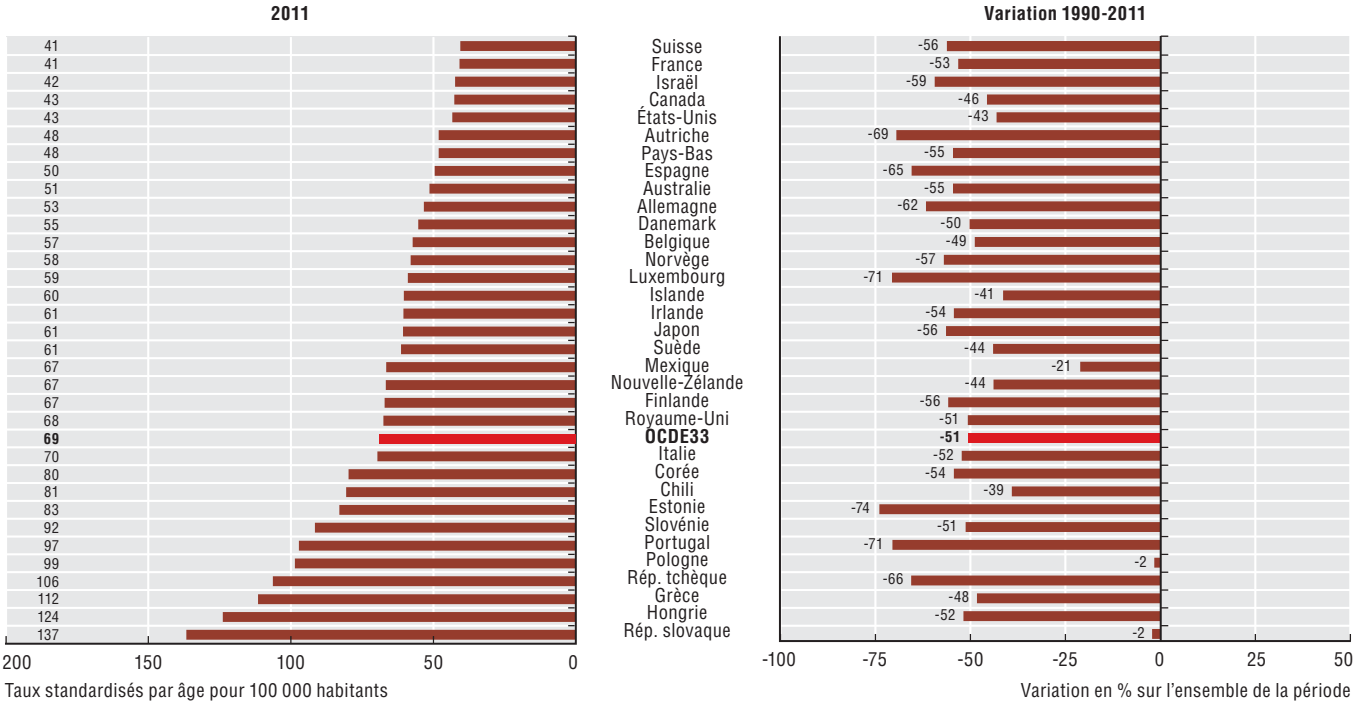
### 1.3.1. Mortalité par crise cardiaque, 2011 et variation 1990-2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919764*

### 1.3.2. Mortalité par maladie cérébrovasculaire, 2011 et variation 1990-2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919783*

# 1.4. Mortalité due au cancer

Le cancer représente plus d'un quart du total des décès dans les pays de l'OCDE et constitue, après les maladies de l'appareil circulatoire, la deuxième cause de mortalité. La part des décès imputables au cancer augmente et, dans un certain nombre de pays (Canada, Danemark, France, Japon et Pays-Bas), le cancer est désormais la première cause de décès. Cette évolution tient au fait que la mortalité due à d'autres causes, en particulier aux maladies circulatoires, recule plus rapidement que celle due au cancer.

On recense plus de 100 types de cancer, désignés le plus souvent par le nom de l'organe où la tumeur se forme. Un cancer survient lorsque des cellules anormales se multiplient de manière incontrôlée et peuvent envahir d'autres tissus. Pour de nombreux cancers, le risque de développer la maladie augmente avec l'âge. Le patrimoine génétique est certes un facteur de risque, mais 5 à 10 % seulement des cancers sont héréditaires. Les facteurs de risque modifiables, comme le tabagisme, l'obésité, le manque d'exercice, et l'exposition excessif au soleil, sont à l'origine de 90 à 95 % de tous les cancers (Anand et al., 2008). La prévention, le dépistage et les traitements demeurent au cœur de la lutte contre le cancer.

En 2011, le taux moyen de décès par cancer dans les pays de l'OCDE était de 211 pour 100 000 habitants. C'est au Mexique, au Brésil et en Finlande que la mortalité était la plus faible, à moins de 180 pour 100 000 habitants. Les chiffres sont moins bons en Europe centrale et orientale (notamment en Hongrie, en Slovénie et en République slovaque), ainsi qu'au Danemark, avec des taux de mortalité due au cancer supérieurs à 240 pour 100 000 habitants (graphique 1.4.1).

Les taux de mortalité par cancer restent plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE (graphique 1.4.1). L'écart entre hommes et femmes est particulièrement marqué en Corée, en Espagne, en Estonie, en République slovaque, au Japon et en France, où le taux de mortalité par cancer est plus de deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Cette différence s'explique en partie par la prévalence plus forte des facteurs de risque chez les hommes, en particulier le tabagisme.

Chez les hommes, c'est le cancer du poumon qui constitue la première cause de mortalité, avec 23 % de tous les décès par cancer. Ce pourcentage dépasse 30 % en Belgique et en Grèce. S'agissant des femmes, le cancer du poumon est à l'origine de 16 % des décès par cancer. Dans plusieurs pays, les taux de mortalité par cancer du poumon ont reculé chez les hommes au cours des 20 dernières années, contrairement à la tendance observée pour les femmes. Cette évolution contrastée tient en grande partie au fait qu'un grand nombre de femmes ont commencé à fumer plusieurs décennies après les hommes (Ahmedin et al., 2011). Les taux de mortalité, de survie et de dépistage des cancers de l'utérus, du sein et du côlon sont examinés plus en détail dans le chapitre 5.

Les taux de mortalité par cancer sont en diminution, depuis 1990, dans la plupart des pays de l'OCDE. Entre 1990 et 2011, ils ont baissé en moyenne de près de 15 % (graphique 1.4.2). Un recul sensible de la mortalité due aux cancers de l'estomac, du côlon, du sein et du col de l'utérus chez les femmes, ainsi que des cancers de la prostate et du poumon chez les hommes, ont contribué à cette diminution globale. Toutefois, ces avancées sont en partie contrebalancées, pour les deux sexes, par la hausse du nombre de décès dus au cancer du pancréas ou du foie, et par celle des décès par cancer du poumon chez les femmes.

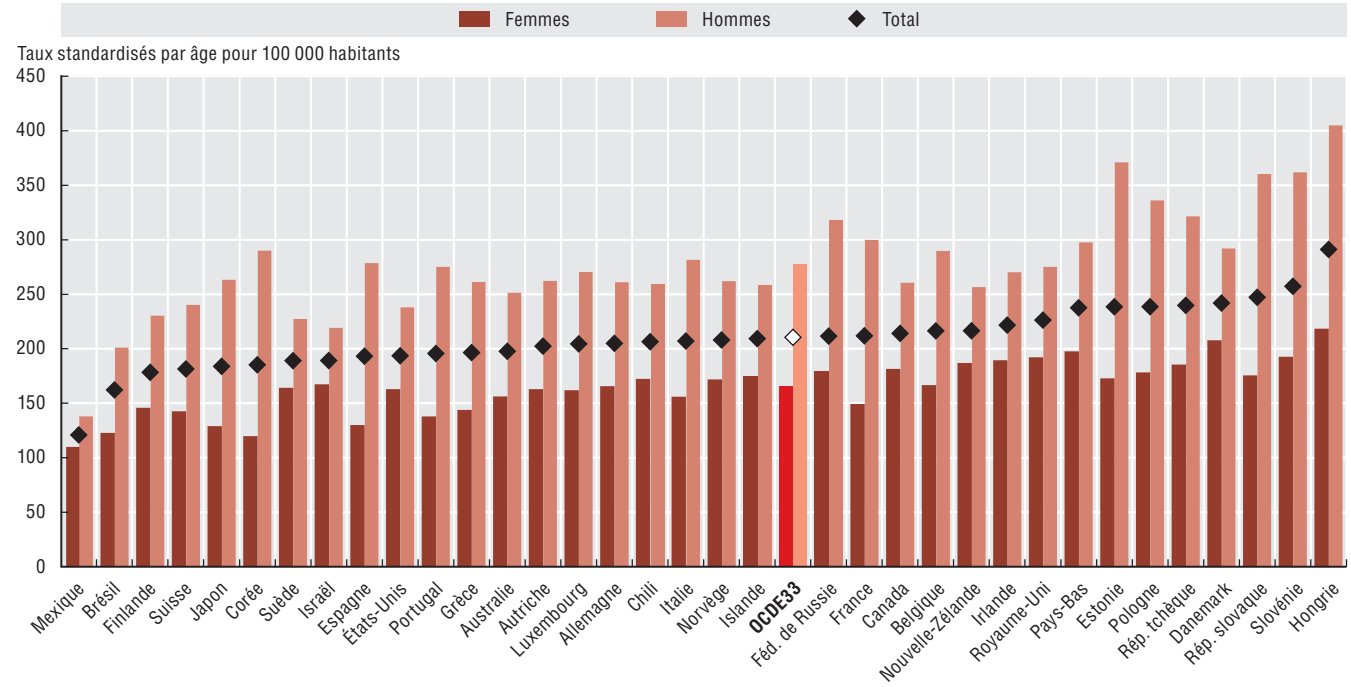
Le Brésil, la Corée, l'Afrique du Sud et la Slovénie, cependant, ont vu leur taux de mortalité par cancer augmenter depuis 1990 (graphique 1.4.2). Dans tous les autres pays, ils ont diminué, mais dans des proportions variables d'un pays à l'autre. Une baisse modeste de 2 % à 5 % a été enregistrée en Grèce, en République slovaque et en Estonie, alors qu'elle dépasse 25 % en Suisse, au Luxembourg et en République tchèque.

### *Définition et comparabilité*

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés dans un pays à l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement standardisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010, 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 cancer, tous cancers confondus, sont les décès dont la cause correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10. Mathers et al. (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

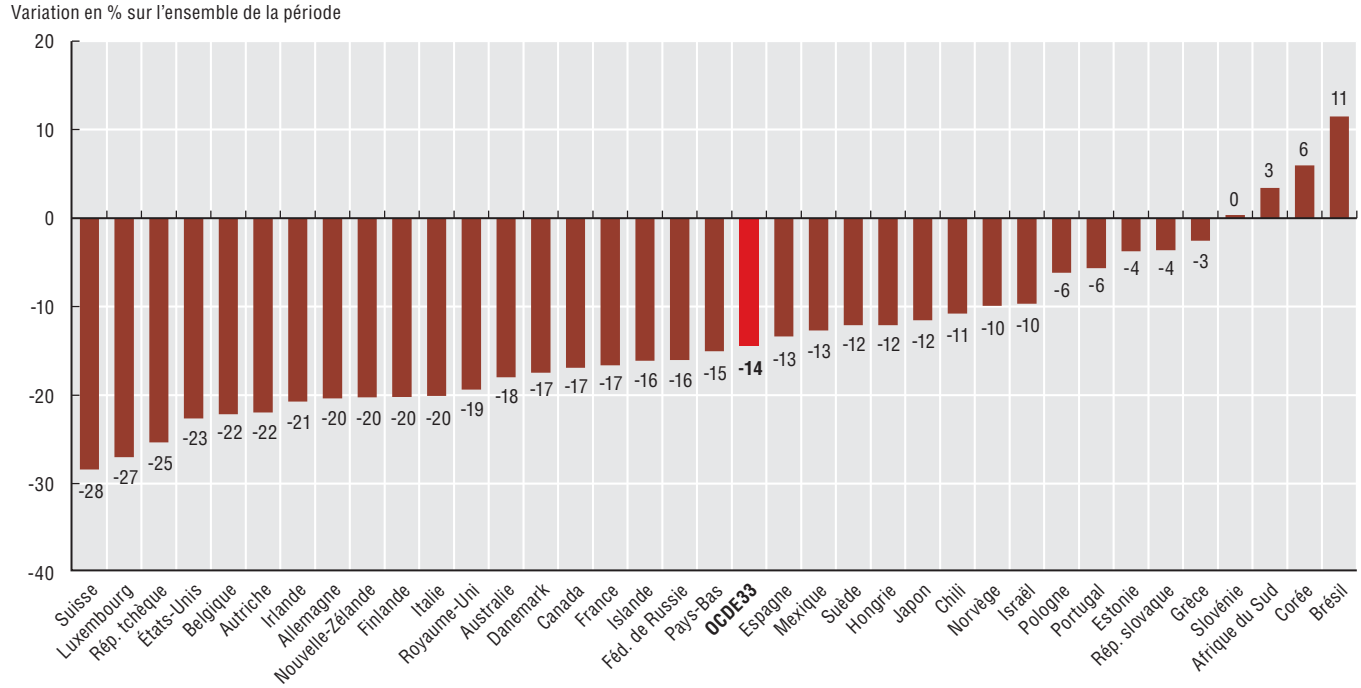
### 1.4.1. Mortalité par cancer, population totale et par sexe, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919802*

### 1.4.2. Variation de la mortalité par cancer, 1990-2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919821*

# 1.5. Mortalité due aux accidents de transport

On estime à 1.3 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. Ces derniers sont la cause, à l'échelle mondiale, de 0.5 % des décès chez les femmes âgées de 15 à 45 ans, et de plus de 10 % des décès chez les hommes de cette tranche d'âge (Lozano et al., 2012). Dans les pays de l'OCDE, les accidents de transport ont fait 107 000 morts en 2011, dont 74 % chez les hommes. La plupart des accidents de la route concernent des jeunes, le risque d'accident mortel étant particulièrement élevé entre 15 et 24 ans (Walls et al., 2012 ; OCDE/ITF, 2013).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité par accident de transport s'élevait à 7.7 pour 100 000 habitants en 2011. On relève des disparités importantes entre les pays ; ainsi, les accidents de transport font cinq fois plus de victimes pour 100 000 habitants au Mexique qu'en Suède. Le taux de décès dépassait 14 pour 100 000 au Mexique et au Chili, et était encore beaucoup plus élevé dans des grands pays émergents comme le Brésil et la Fédération de Russie (graphique 1.5.1). Les taux les plus faibles sont en Suède, au Royaume-Uni et au Danemark, où ils s'établissaient à 4 décès ou moins pour 100 000 habitants.

La majorité des accidents mortels concernent des voitures, mais les autres usagers de la route sont également exposés à des risques importants. En Corée, en Israël et au Japon, plus d'un tiers des victimes d'accidents de circulation sont des piétons. Les motocyclistes représentent plus de 25 % des décès par accident de la route en Grèce, en Italie et en France (OCDE/FIT, 2013).

Le nombre de décès dus aux accidents de transport a diminué dans la quasi-totalité des pays au cours des dernières décennies. Dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité moyen a baissé de plus de 50 % depuis 1990 (graphique 1.5.2). L'Espagne, l'Estonie et l'Islande ont fait reculer leurs taux de mortalité de plus de 75 % en 20 ans. Ces progrès deviennent encore plus impressionnants si l'on tient compte de l'augmentation du nombre de véhicules-kilomètres parcourus pendant cette période (OCDE/FIT, 2013). Le Chili est le seul pays où le nombre de morts par accident de transport a augmenté, et se situe maintenant à un niveau similaire à celui de la Corée, des États-Unis et de la Grèce. Au début des années 90, le taux de mortalité était comparativement faible au Chili ; l'augmentation du nombre des victimes de la route peut être liée à la forte croissance économique enregistrée au cours de la période considérée (Nghiem et al., 2013).

La sécurité des occupants des voitures s'est beaucoup renforcée dans de nombreux pays au cours des dernières décennies, grâce à l'amélioration des réseaux routiers, à des campagnes d'éducation et de prévention, et à l'évolution de la conception des véhicules. En outre, l'adoption de nouvelles lois et réglementations, ainsi que les mesures visant à faire respecter ces lois concernant le respect des limitations de vitesse, le port de la ceinture de sécurité et les restrictions concernant l'alcool au volant, ont beaucoup contribué à réduire les accidents de la route. D'autres avancées seront possibles si les pays parviennent à imposer davantage encore le port de la ceinture de sécurité (OCDE/FIT, 2013).

En ce qui concerne les usagers vulnérables (piétons, cyclistes et motocyclistes), la baisse des taux de mortalité a été nettement moins marquée que pour les occupants des voitures. Entre 2000 et 2010, le nombre d'accidents mortels n'a diminué que de 14 % chez les motocyclistes dans les pays de l'OCDE, et a même augmenté sensiblement dans certains pays, comme les États-Unis, la Pologne et la Finlande (bien que des données récentes indiquent une certaine réduction de la mortalité en Finlande depuis 2010).

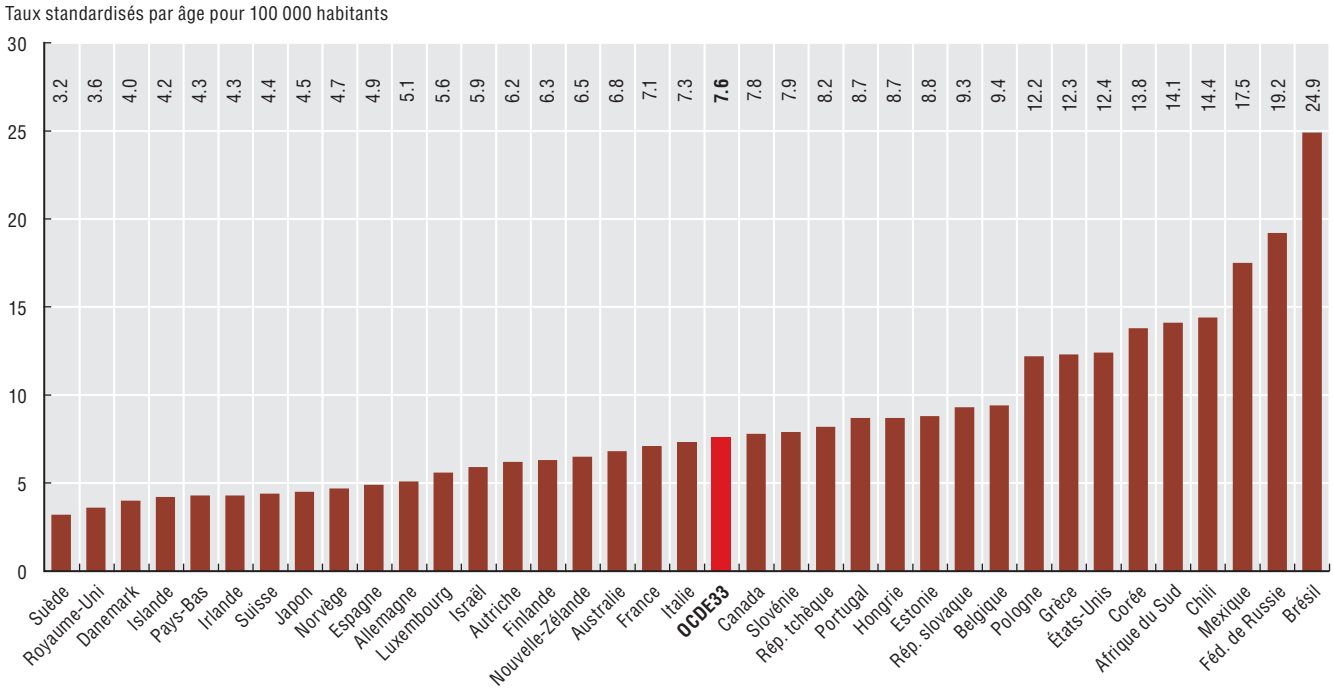
Dans certains pays durement touchés par la récession économique, la tendance à la baisse des accidents de transport s'est accélérée après 2008. Les premières statistiques semblent montrer qu'en Grèce et en Irlande, la diminution enregistrée entre 2009 et 2012 a été supérieure à la moyenne observée sur le long terme dans ces pays. Cela peut éventuellement s'expliquer par une réduction des déplacements en véhicules motorisés en raison de la crise économique. Il est cependant probable que cette situation ne sera que passagère ; à terme, la réduction de la mortalité restera tributaire au premier chef de l'application de politiques efficaces en matière de sécurité routière (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 standardisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010, 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 accident de transport sont les décès dont la cause correspond aux codes V01 à V89 de la CIM-10. Mathers et al. (2005) ont évalué la couverture, l'exhaustivité et la fiabilité des données relatives aux causes de décès.

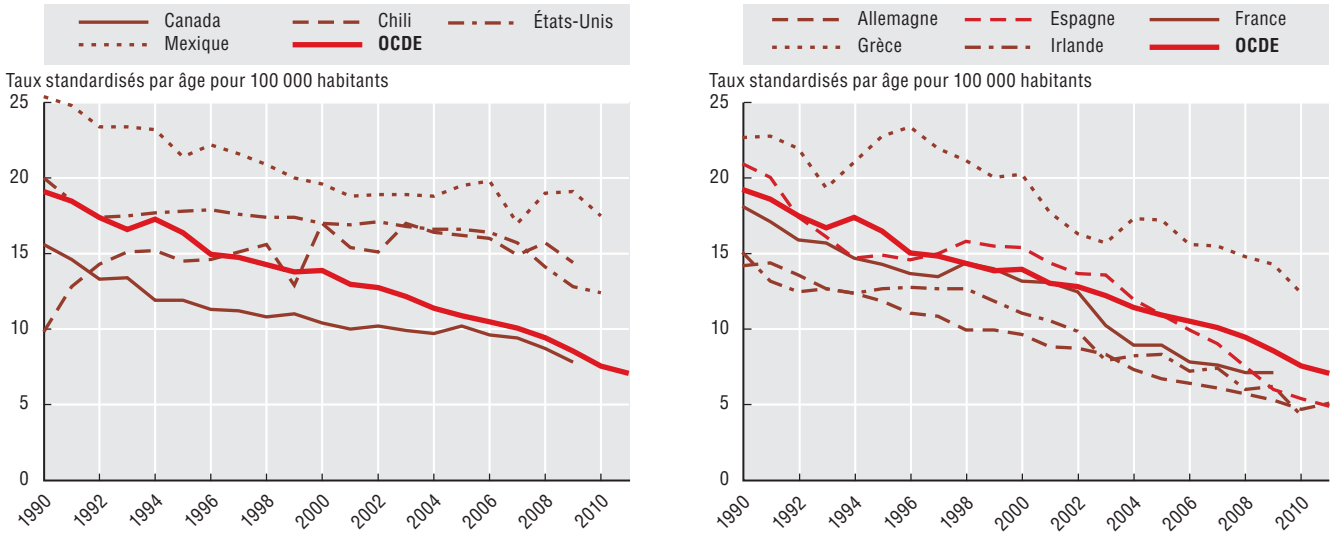
### 1.5.1. Mortalité par accident de transport, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; Ministère de la Santé pour la Nouvelle-Zélande.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919840*

### 1.5.2. Évolution de la mortalité par accident de transport pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919859*

# 1.6. Suicide

Cause importante de décès dans de nombreux pays de l'OCDE, le suicide a fait plus de 150 000 morts en 2011. Un ensemble complexe de raisons expliquent qu'une personne attente à sa propre vie, et de nombreux facteurs de risque peuvent prédisposer un individu à tenter de mettre fin à ses jours. Plus de 90 % des suicides ont été le fait de personnes atteintes de troubles psychiatriques comme la dépression grave, les troubles bipolaires ou la schizophrénie (Nock et al., 2008). L'environnement social dans lequel vit la personne compte également beaucoup. Des revenus faibles, une consommation abusive d'alcool ou de drogue, le chômage et la solitude sont autant de facteurs associés à des taux de suicide plus élevés (Qin et al., 2003 ; Crump et al., 2013).

En 2011 (ou l'année la plus proche), les taux de suicide les plus faibles ont été enregistrés en Grèce, en Turquie, au Mexique, au Brésil et en Italie, avec six décès, voire moins, pour 100 000 habitants (graphique 1.6.1). La Corée, la Hongrie, la Fédération de Russie et le Japon, en revanche, affichent des taux supérieurs à 20 décès pour 100 000 habitants. On relève un rapport de 1 à 10 entre la Corée et la Grèce, qui ont respectivement le taux le plus élevé et le taux le plus faible de décès par suicide. Il est toutefois possible que, dans certains pays, le nombre de suicides déclarés soit sous-estimé du fait qu'il s'agit d'un acte stigmatisant, ou en raison de problèmes liés aux critères de déclaration (voir « Définition et comparabilité »).

Les taux de décès par suicide sont quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'OCDE. En Grèce et en Pologne, les hommes sont au moins sept fois plus exposés que les femmes au risque de suicide, un écart qui s'est creusé dans les deux pays ces dernières années. Si la différence entre les sexes est moins prononcée au Luxembourg et aux Pays-Bas, le taux de suicide des hommes y reste deux fois plus élevé que celui des femmes.

Depuis 1990, les taux de suicide ont diminué de plus de 20 % dans les pays de l'OCDE, et ils ont reculé de plus de 40 % dans des pays comme la Hongrie (graphique 1.6.2). En Estonie, les taux ont chuté de près de 50 % en 20 ans, même s'ils avaient connu une recrudescence sensible vers le milieu des années 90. Par ailleurs, le nombre de décès par suicide s'est accru dans des pays tels que la Corée et le Japon. Le Japon a enregistré une forte progression entre le milieu et la fin des années 90, pendant la crise financière asiatique, mais les chiffres sont restés stables depuis lors. Le taux de suicide a également beaucoup augmenté en Corée au cours des années 90, mais la hausse s'est poursuivie, contrairement à ce qui s'est passé au Japon. Le suicide est désormais la quatrième cause de décès en Corée (Jeon, 2011). Les services de santé mentale en Corée sont en retard par rapport à ceux d'autres pays : le soutien y est fragmenté, largement axé sur les soins en institution, et l'aide s'avère insuffisante ou inefficace pour les personnes qui continuent de vivre au sein de la collectivité. Ce pays doit également poursuivre sa lutte contre les préjugés auxquels se heurtent les personnes en demande de traitement (OCDE, à venir).

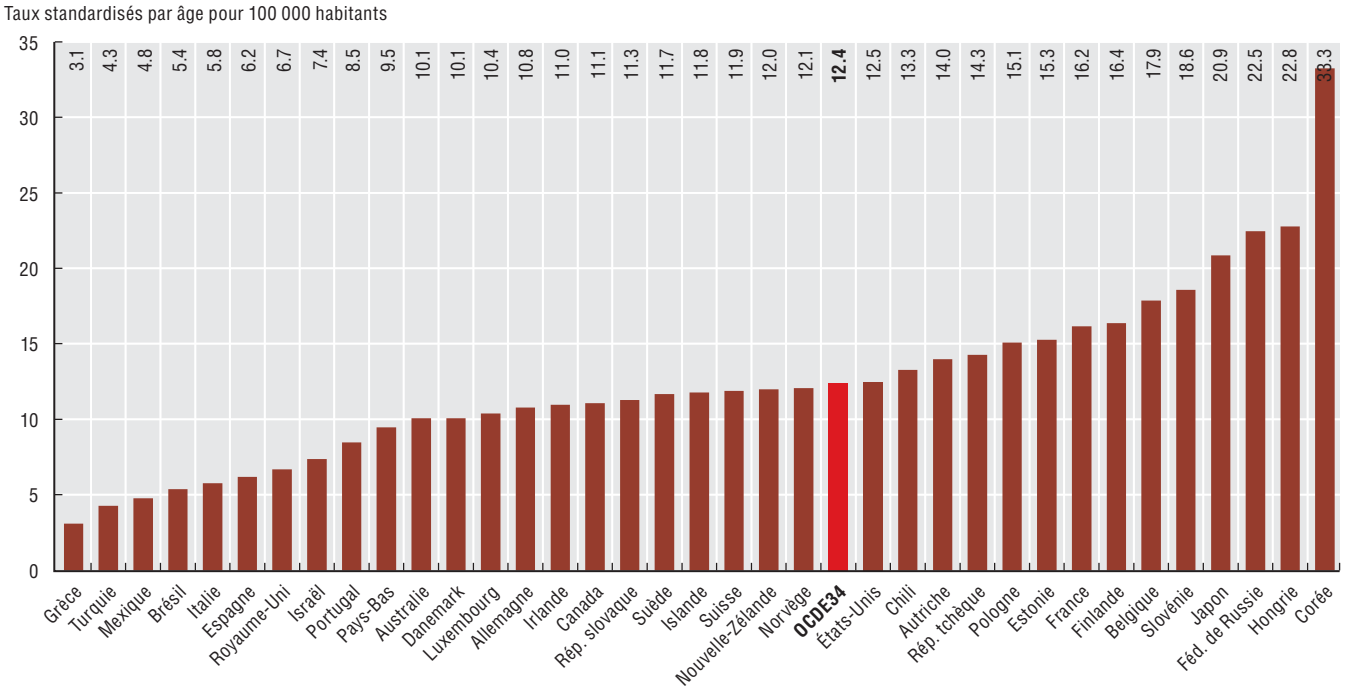
Des études antérieures ont mis en évidence une étroite corrélation entre une situation économique difficile et l'augmentation des taux de suicide (Ceccherini-Nelli et al., 2011 ; Classen et Dunn, 2012 ; Zivin et al., 2011). Le graphique 1.6.2 montre les taux de suicide de plusieurs pays durement touchés par la récente crise économique. Les chiffres ont augmenté légèrement au début de la crise dans des pays tels que l'Irlande, mais les données récentes montrent que cette tendance ne s'est pas pérennisée. En Grèce, les taux de suicide sont restés stables en 2009 et 2010, malgré l'aggravation de la situation économique. Cela souligne l'importance pour les pays de continuer de suivre de près l'évolution de la situation afin d'être en mesure de réagir promptement, notamment pour ce qui concerne les populations à risque, comme les chômeurs et les individus atteints de troubles psychiatriques (se reporter à l'indicateur 5.8).

### *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 différents critères de déclaration (par exemple, les éléments permettant de mettre en évidence l'intention de la personne de passer à l'acte, les personnes responsables de l'établissement du 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 standardisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010, 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.

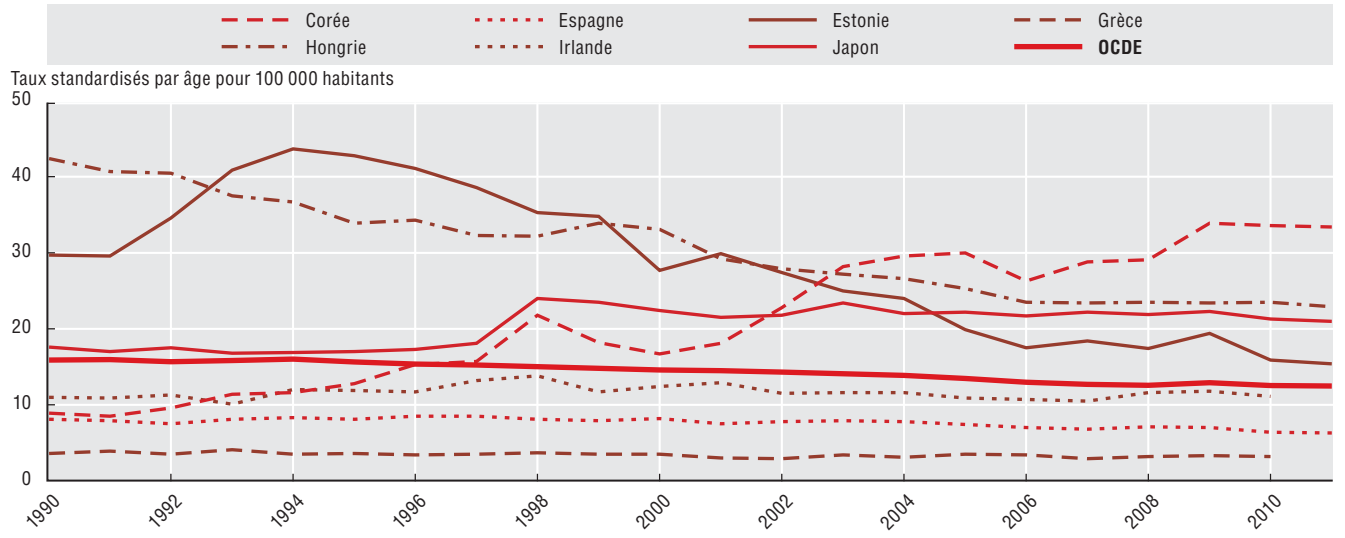
### 1.6.1. Mortalité par suicide, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919878*

### 1.6.2. Évolution de la mortalité par suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (données extraites de l'OMS), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919897*

# 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, fournit une indication de l'impact de la situation économique et sociale des mères, de leurs modes de vie, ainsi que des caractéristiques et de l'efficacité des systèmes de santé sur la santé des mères et des nouveau-nés.

Dans la majorité des pays de l'OCDE, la mortalité infantile est faible et varie peu d'un pays à l'autre (graphique 1.7.1). En 2011, la moyenne parmi les pays de l'OCDE était légèrement supérieure à quatre décès pour 1 000 naissances vivantes, les taux les plus faibles étant enregistrés dans les pays nordiques (Islande, Suède, Finlande, Norvège), au Japon et en Estonie. Un petit groupe de pays de l'OCDE continuent d'afficher une mortalité infantile relativement élevée ; c'est le cas du Mexique, de la Turquie et du Chili, où les taux ont cependant baissé rapidement ces dernières décennies (graphique 1.7.2).

Dans certains grands pays non membres de l'OCDE (Inde, Afrique du Sud et Indonésie), les taux de mortalité infantile restent supérieurs à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes. En Inde, près d'un enfant sur 20 meurt avant son premier anniversaire, en dépit d'une diminution considérable de la mortalité au cours des dernières décennies. En Indonésie, les taux de mortalité infantile ont également enregistré une réduction marquée.

Parmi les pays de l'OCDE, deux tiers environ des décès qui ont lieu pendant la première année de vie surviennent au cours des quatre premières semaines (mortalité néonatale). Dans les pays développés, les principales causes de mortalité néonatale sont les anomalies congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenus 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 postnéonatale), 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, passant d'une moyenne de près de 30 décès pour 1 000 naissances vivantes à un peu plus de quatre. Outre le Mexique, le Chili et la Turquie, où les chiffres se rapprochent rapidement de la moyenne de l'OCDE (graphique 1.7.2), le Portugal et la Corée ont aussi réduit sensiblement leurs taux de mortalité infantile : alors qu'ils se situaient en 1970 bien au-dessus de la moyenne OCDE, ils étaient en 2011 largement en deçà de cette moyenne.

En revanche, la diminution a été moindre aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'OCDE. Le taux de mortalité infantile y est aujourd'hui bien supérieur à la moyenne de l'OCDE, alors qu'il était nettement inférieur en 1970 (graphique 1.7.1). Cette situation tient en partie au fait que les États-Unis ont des pratiques moins restrictives que d'autres pays quant à l'enregistrement des grands prématurés et des nouveau-nés ayant un faible poids à la naissance (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Toutefois, cela ne permet pas d'expliquer pourquoi le taux de mortalité post-néonatale (plus d'un mois après la naissance) est également plus élevé aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'OCDE. Il existe des écarts importants entre les groupes raciaux aux États-Unis, les femmes noires étant plus susceptibles de donner naissance à des enfants de faible poids, entraînant un taux de mortalité infantile plus de deux fois plus élevé que chez les femmes blanches (11.6 contre 5.2 en 2010) (NCHS, 2013).

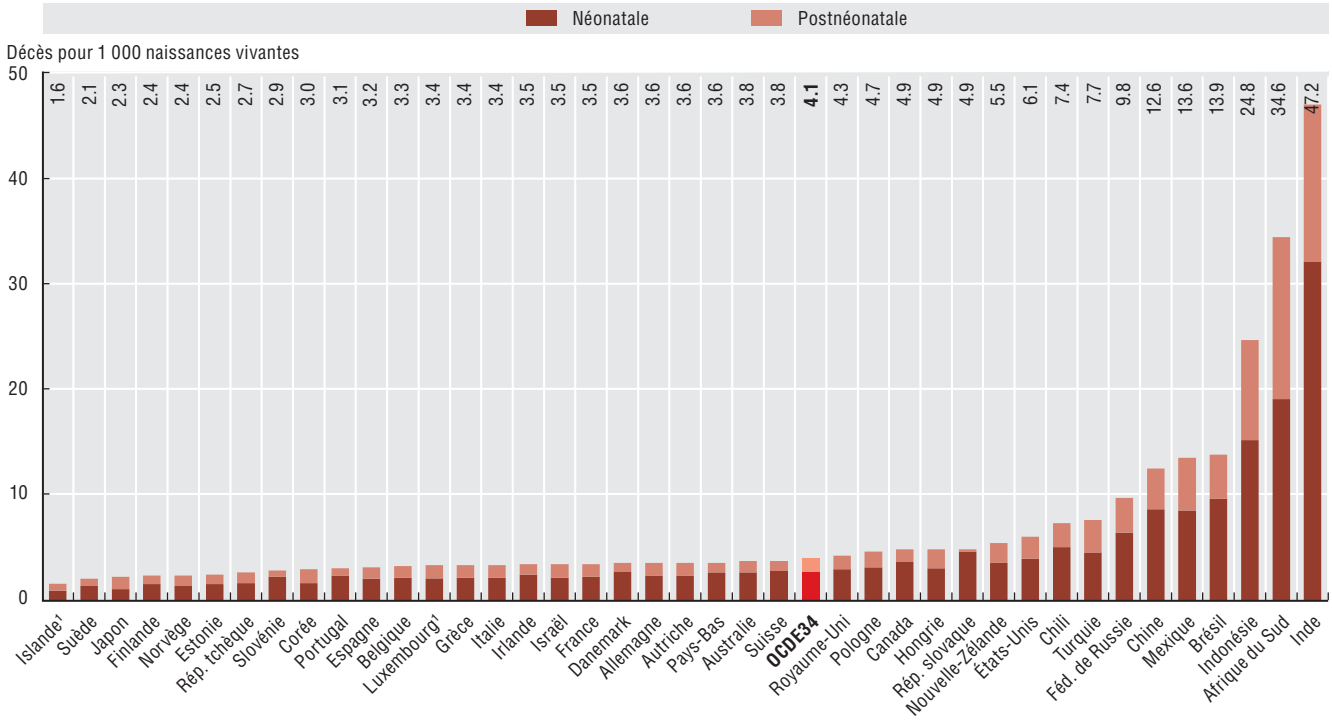
De nombreuses études utilisent le taux de mortalité infantile pour examiner l'effet de divers déterminants médicaux et non médicaux de la santé (OCDE, 2010a). Bien que la plupart des analyses montrent que le taux de mortalité infantile tend à diminuer lorsque les dépenses de santé augmentent, le fait 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 conclure 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 socio-économique et les modes de vie individuels – influent sur les taux de mortalité infantile (Kiely et al., 1995).

### *Définition et comparabilité*

Le taux de mortalité infantile indique le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. La mortalité néonatale se concentre sur le nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours. La mortalité postnéonatale concerne les décès d'enfants de plus d'un mois et de moins d'un an.

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. Les États-Unis et le Canada enregistrent une proportion beaucoup plus élevée de nouveau-nés de moins de 500 grammes, dont les chances de survie sont faibles, d'où un taux de mortalité infantile plus élevé (Joseph et al., 2012). Dans plusieurs pays d'Europe, l'âge gestationnel doit avoir atteint au minimum 22 semaines (ou le poids à la naissance être d'au moins 500 grammes) pour qu'un décès après une naissance vivante soit comptabilisé comme tel (Euro-Peristat, 2013).

### 1.7.1. Mortalité infantile, 2011 (ou année la plus proche)

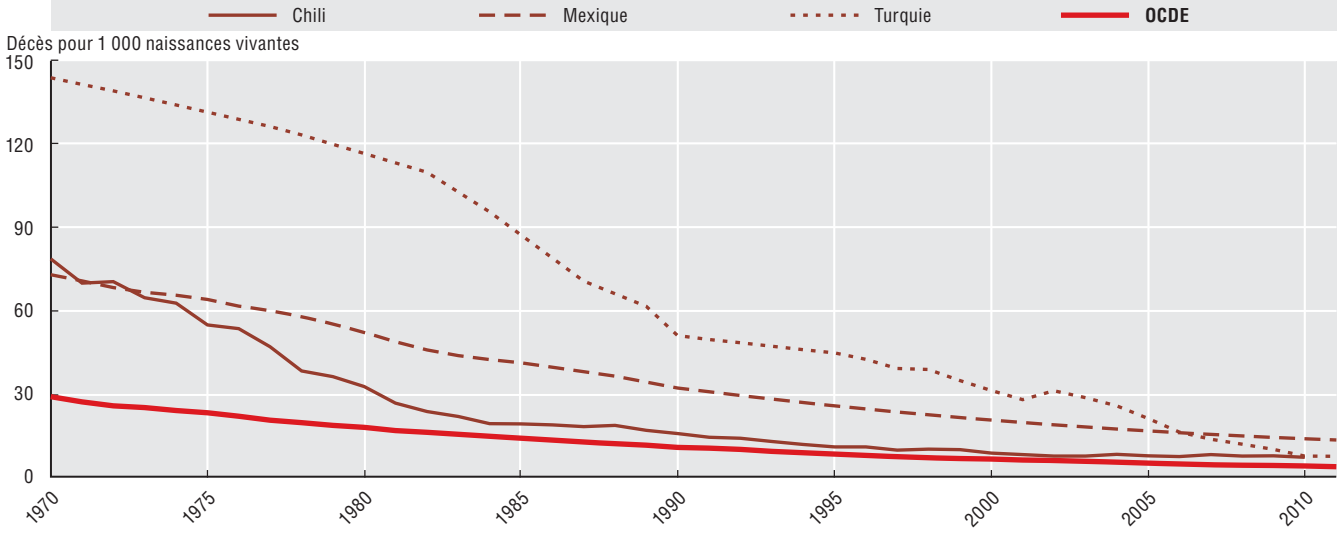



1. Moyenne sur trois ans (2009-11).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; Banque mondiale pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919916*

### 1.7.2. Évolution de la mortalité infantile pour quelques pays de l'OCDE, 1970-2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919935*

# 1.8. Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

Le faible poids à la naissance – défini 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 et la morbidité et mortalité infantiles. Un faible poids à la 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 davantage susceptibles de souffrir de handicaps importants (Unicef et OMS, 2004). Parmi les facteurs de risque de faible poids à la naissance figurent le tabagisme et la consommation excessive d'alcool de la mère, une mauvaise hygiène alimentaire, un faible indice de masse corporelle, un milieu socio-économique défavorisé, la fécondation *in vitro* et une grossesse multiple.

Dans les pays de l'OCDE, en 2011, un enfant sur 15 pesait moins de 2 500 grammes à la naissance – soit 6.8 % de l'ensemble des naissances (graphique 1.8.1). Les proportions les plus basses de nouveau-nés de faible poids ont été enregistrées dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège, le Danemark faisant exception) et en Estonie, avec moins de 5 % des naissances vivantes. À l'autre extrémité, on trouve, outre un certain nombre de grands pays émergents (l'Inde, l'Afrique du Sud et l'Indonésie), la Turquie, la Grèce et le Japon, où les taux de naissances de faible poids, supérieurs à 9 %, sont les plus élevés parmi les pays de l'OCDE. Ces écarts entre les pays peuvent être dus en partie à des différences physiologiques entre les populations (Euro-Peristat, 2013). Dans certains pays émergents, la forte proportion de naissances de faible poids est liée principalement à une nutrition inadaptée de la mère avant et pendant la grossesse, à une mauvaise santé et à la difficulté d'accéder à des soins de santé appropriés pendant la grossesse.

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le taux de naissances de faible poids a augmenté au cours des 20 dernières années (graphique 1.8.1, diagramme de droite, et graphique 1.8.2). Plusieurs facteurs concourent à expliquer cette hausse. D'une part, le nombre de naissances multiples, qui présentent un risque accru de naissance prématurée et de faible poids, a progressé 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 le déclenchement du travail et la césarienne ont augmenté les chances de survie des enfants de faible poids.

Le nombre de naissances de faible poids a considérablement augmenté en Corée, en Espagne, en Grèce, au Japon et au Portugal ces 20 dernières années. En ce qui concerne le Japon, cette hausse peut s'expliquer par l'évolution des interventions obstétriques, notamment le recours plus fréquent à la césarienne, et par les changements intervenus dans les facteurs sociodémographiques et comportementaux des mères (Yorifuji et al., 2012). À l'inverse, la proportion de nouveau-nés de faible poids a fortement diminué en Pologne et en Hongrie, mais la baisse a eu lieu pour l'essentiel dans la première moitié des années 90, et la situation a peu évolué depuis.

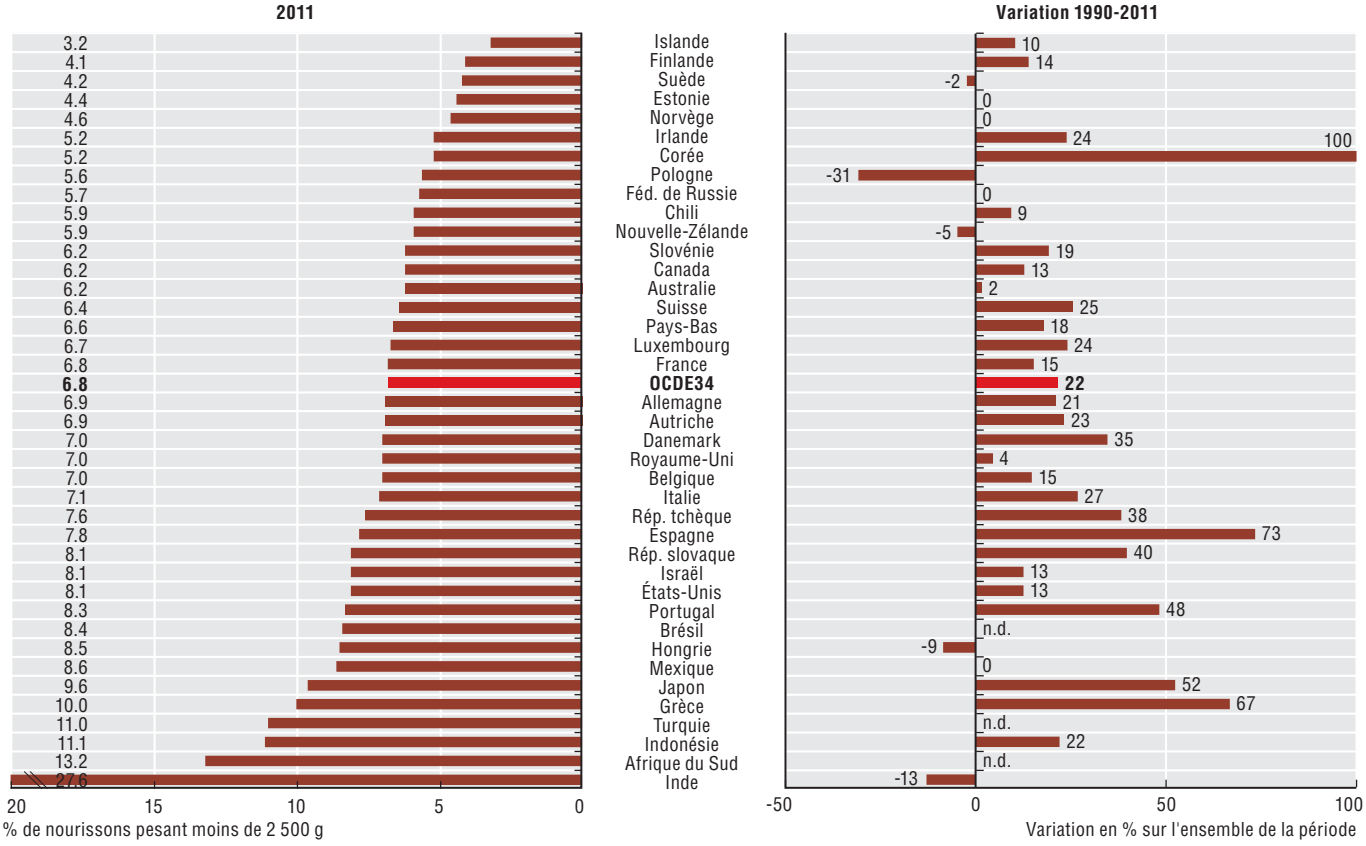
Le taux de naissances de faible poids varie également parmi les différents groupes de population à l'intérieur des pays, en fonction du niveau d'instruction et de revenus et des conditions de vie qui en découlent. Aux États-Unis, on observe des disparités majeures entre les groupes raciaux, la proportion de naissances de faible poids étant quasiment deux fois plus élevée chez les enfants noirs que chez les enfants blancs (13.2 % contre 7.1 % en 2010) (NCHS, 2013). Des différences similaires ont été observées entre les populations indigènes et non indigènes en Australie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande ; ces différences reflètent souvent les conditions de vie défavorisées de nombreuses mères indigènes.

Les naissances de faible poids sont également beaucoup plus nombreuses chez les femmes enceintes qui fument que chez les non-fumeuses. Aux États-Unis, les taux s'établissaient respectivement à 12 % et 7.4 % en 2010 (NCHS, 2013).

### *Définition et comparabilité*

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un enfant ayant un faible poids à la naissance est un enfant qui pèse moins de 2 500 grammes, 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 et sert de point de départ à l'établissement de statistiques internationales comparatives sur la santé. Le nombre de naissances d'enfants de faible poids est exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes.

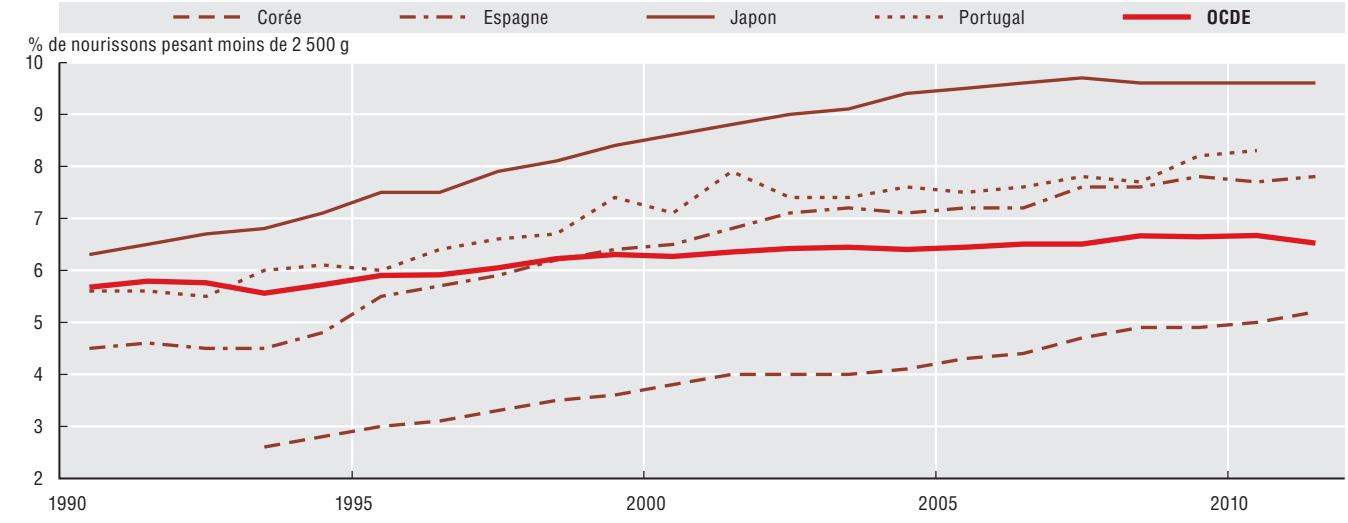
### 1.8.1. Faibles poids des nourrissons à la naissance, 2011 et variation 1990-2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; Banque mondiale et OMS pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919954*

### 1.8.2. Évolution de la prévalence de faibles poids à la naissance pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919973*

# 1.9. État de santé général perçu

La plupart des pays de l'OCDE réalisent régulièrement 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 général tel qu'elles le perçoivent. En dépit du caractère subjectif de cette question, les indicateurs de perception de l'état de santé général fournissent des indications quant à l'évolution de la consommation de soins de santé et de la mortalité (DeSalvo et al., 2005 ; Bond et al., 2006).

Cependant, dans le cadre des comparaisons internationales, les écarts dans la perception de l'état de santé général sont difficiles à interpréter, car les résultats peuvent être influencés par des différences dans la formulation des questions et réponses ainsi que 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 santé (graphique 1.9.1, diagramme de gauche). 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). 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 »).

En revanche, moins de la moitié de la population adulte du Japon, de la Corée et du Portugal s'estime en bonne santé. La proportion est relativement faible aussi en Estonie, en Hongrie, en Pologne, au Chili et dans la République tchèque, où moins de 60 % des adultes se considèrent en bonne santé.

Le pourcentage de la population adulte se déclarant en bonne santé est resté relativement stable dans la majorité des pays ces dernières décennies, même s'il est en léger recul au Japon depuis le milieu des années 90.

Dans tous les pays de l'OCDE, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se considérer en bonne santé, sauf en Australie, où on ne relève pas de différence. L'écart hommes-femmes est particulièrement important au Chili, au Portugal et en Turquie (graphique 1.9.1, diagramme de droite).

On observe également de fortes disparités dans la perception de l'état de santé selon le milieu socio-économique, en fonction notamment du niveau de revenu. Le graphique 1.9.2 montre que, dans tous les pays, les individus ayant des revenus faibles ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que ceux dont les revenus sont élevés, même si l'écart varie. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, près de 80 % des personnes du quintile de revenu le plus élevé s'estiment en bonne santé, contre à peine plus de 60 % parmi les personnes qui ont les revenus les plus bas. Ces disparités peuvent s'expliquer par des différences dans les conditions de vie et de travail, ou dans les modes vie ayant une incidence sur la santé (tabagisme, consommation excessive d'alcool, sédentarité, problèmes liés à l'obésité, par exemple). En outre, les personnes vivant dans des ménages à faible revenu peuvent avoir un accès plus limité à certains services de santé, pour des raisons financières ou autres (voir le chapitre 6, Accès aux soins). Le lien de cause à effet peut aussi aller dans l'autre sens : un mauvais état de santé peut avoir pour conséquences un taux d'emploi et des revenus plus faibles.

La réduction des inégalités en matière de santé peut être réalisée en mettant davantage l'accent sur la santé publique et la prévention des maladies chez les personnes défavorisées, ainsi qu'en facilitant l'accès aux services de santé.

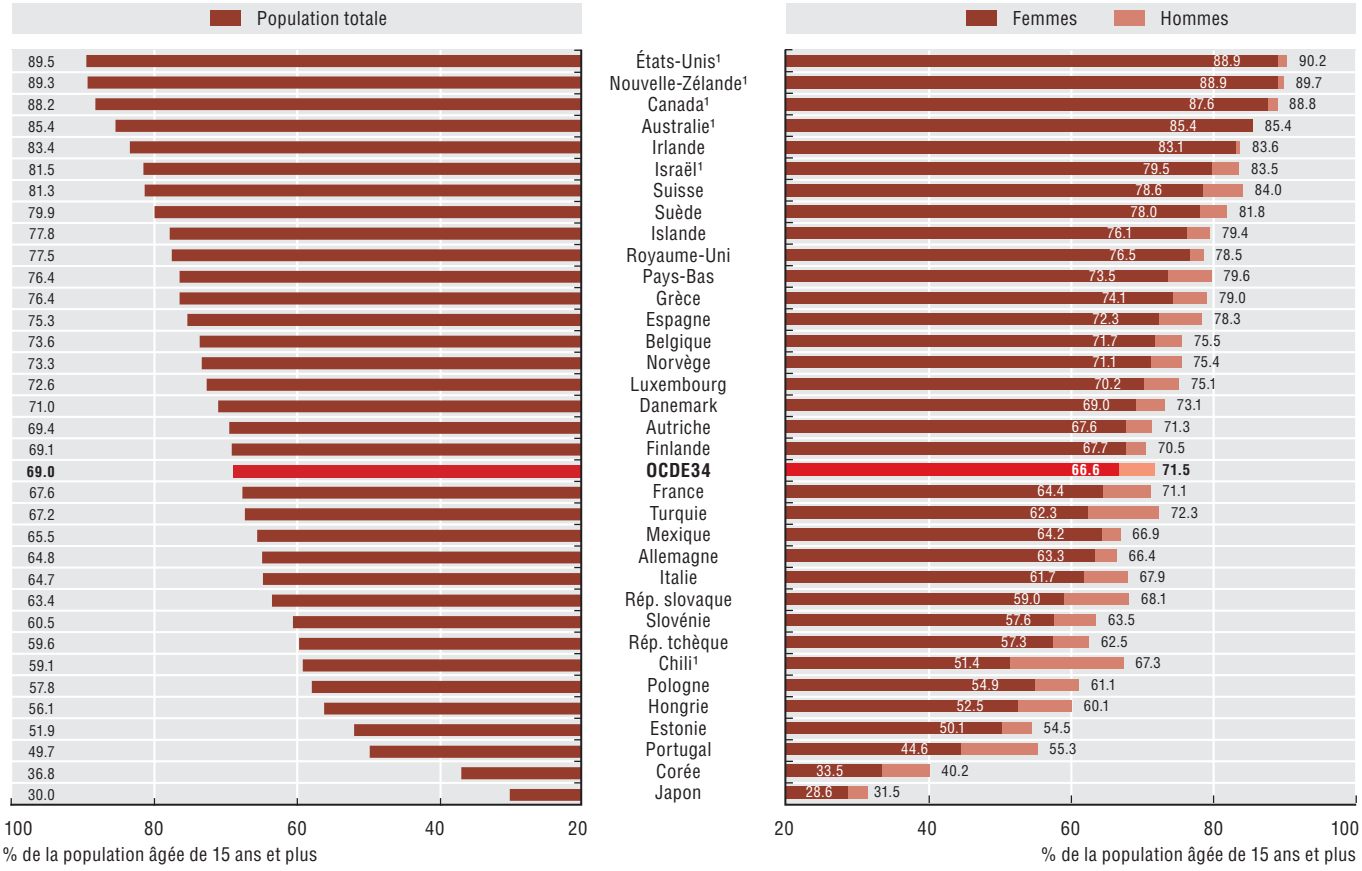
### *Définition et comparabilité*

L'état de santé perçu reflète la perception générale que les individus ont de leur santé physique et psychique. Il est évalué à l'aide d'enquêtes comportant des questions comme : « Diriez-vous que votre état de santé général est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ? » Les statistiques de l'OCDE sur la santé (qui utilisent les résultats de l'enquête EU-SILC pour les pays européens) indiquent la proportion de la population jugeant que son état de santé est bon/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 un facteur culturel. 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 statistiques de l'OCDE sur la santé renvoient à l'une des trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique, 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 (d'environ 5 à 8 %).

L'état de santé déclaré par niveau de revenu concerne le premier et le cinquième quintiles (respectivement les 20 % de revenus les plus faibles et les 20 % les plus élevés). Suivant les enquêtes, le revenu considéré peut être celui de l'individu ou du ménage (auquel cas il s'agit d'un revenu « équivalent », afin de tenir compte du nombre de personnes qui composent le ménage).

### 1.9.1. Population adulte déclarant être en bonne santé, 2011 (ou année la plus proche)

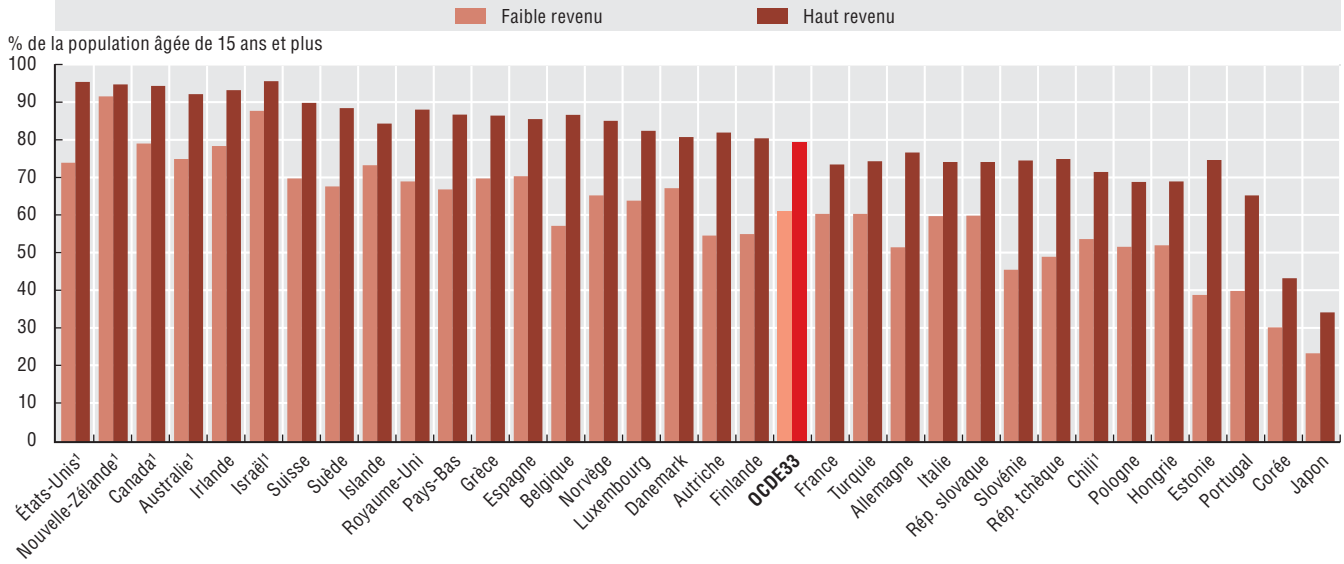



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (EU-SILC pour les pays européens), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932919992*

### 1.9.2. Population adulte déclarant être en bonne santé par niveau de revenu, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les pays sont classés par ordre décroissant de la proportion de la population totale déclarant être en bonne santé.

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

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* (EU-SILC pour les pays européens), *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920011*

# 1.10. Prévalence et incidence du diabète

Le diabète est une maladie chronique, qui se caractérise par un taux élevé de glucose dans le sang. Il est dû soit à un arrêt de la production d'insuline par le pancréas (diabète de type 1), soit à une diminution de la capacité de cet organe à produire de l'insuline (diabète de type 2). Les diabétiques sont plus exposés au risque de maladies cardiovasculaires, comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux. 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.

On estime que plus de 85 millions d'individus souffraient de diabète en 2011 dans les pays de l'OCDE, soit 6.9 % des personnes âgées de 20 à 79 ans (graphique 1.10.1). Au Mexique, plus de 15 % des adultes sont concernés, contre moins de 5 % en Belgique, en Islande, au Luxembourg, en Norvège et en Suède (FID, 2011).

Le diabète est légèrement plus répandu chez les hommes que chez les femmes, et la prévalence de cette maladie augmente sensiblement avec l'âge. Une étude espagnole indique qu'environ 1 % des individus âgés de moins de 45 ans sont touchés, et que le chiffre dépasse 20 % chez les plus de 76 ans (Soriguer et al., 2012). Cette même étude montre aussi que quelque 50 % des personnes interrogées ignoraient qu'elles étaient diabétiques, confirmant ainsi les conclusions d'autres pays selon lesquelles une proportion importante de la population souffre d'un diabète non diagnostiqué (voir Gardete-Correia et al., 2011, par exemple). La Fédération internationale du diabète (FID) estime à environ 31 millions le nombre de cas non diagnostiqués dans les pays de l'OCDE.

Le diabète touche de manière disproportionnée les personnes appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés. Guize et al. (2008) ont constaté que les personnes âgées dont la situation socio-économique est difficile sont deux à trois fois plus susceptibles que les groupes aisés de souffrir de diabète. En Australie, la proportion de diabétiques dans les populations indigènes est trois fois supérieure à celle relevée chez les autres (AIHW, 2011).

Dans un grand nombre de cas, l'apparition d'un diabète de type 2 pourrait être évitée (ou retardée) par une activité physique régulière et le maintien d'un poids compatible avec une bonne santé. Toutefois, la prévalence de l'obésité et de l'inactivité physique continue d'augmenter (voir l'indicateur 2.7). Avec l'augmentation des facteurs de risque, le diabète se développe rapidement dans toutes les régions du monde. Au vu des tendances actuelles, on prévoit que près de 108 millions de personnes seront diabétiques dans les pays de l'OCDE en 2030 (FID, 2011).

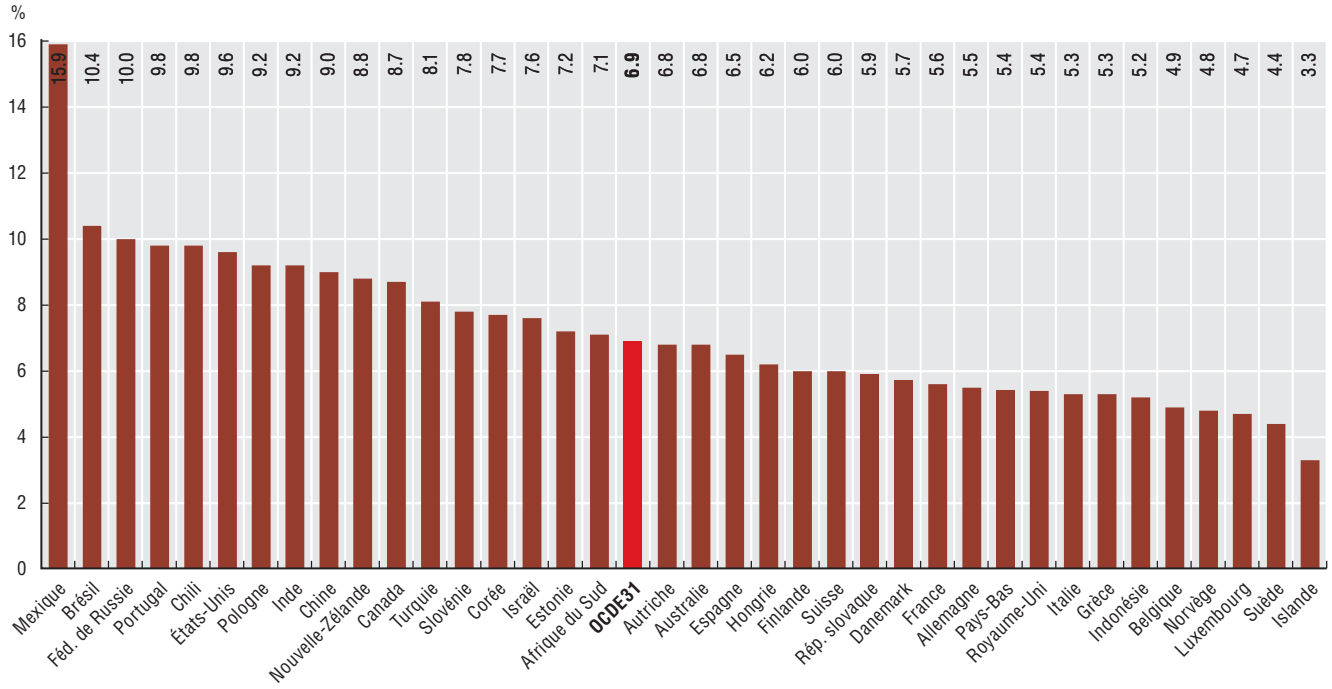
En moyenne dans les pays de l'OCDE, 17 nouveaux cas de diabète de type 1 ont été diagnostiqués en 2011 pour 100 000 enfants de moins de quinze ans (graphique 1.10.2). Ce taux est particulièrement élevé dans les pays nordiques (Finlande, Suède et Norvège), où plus de 25 cas sont détectés chaque année par tranche de 100 000 enfants. Au Mexique et en Corée, le taux reste inférieur à cinq nouveaux cas pour 100 000 chez les enfants de moins de 15 ans. Si le diabète de type 1 ne représente actuellement que 10 à 15 % des cas, les nouveaux cas sont en forte augmentation dans certains pays. Entre 2005 et 2020, on s'attend à voir doubler le nombre de nouveaux cas de diabète de type 1 chez les moins de 5 ans ; par ailleurs, la prévalence devrait augmenter en Europe de 70 % chez les moins de 15 ans (Patterson et al., 2009). Il n'y a pas de réel consensus quant aux raisons d'une hausse aussi rapide, mais les évolutions constatées dans l'environnement, ainsi que dans l'alimentation de la mère et du nourrisson, sont autant d'explications plausibles (Myers et Zimmet, 2008).

Le diabète (types 1 et 2 confondus) a un coût sanitaire énorme pour la société. En 2011, on a recensé environ 660 000 décès liés à cette maladie dans les pays de l'OCDE, et le diabète était la neuvième cause de décès dans le monde en 2010 (FID, 2011 ; Lozano et al., 2012). Les dépenses de santé générées par le diabète ont été estimées en 2011 à 176 milliards USD pour les seuls États-Unis, et à 390 milliards USD pour l'ensemble des pays de l'OCDE (ADA, 2013 ; FID, 2011). Ces chiffres mettent en évidence le besoin d'actions préventives, et la nécessité d'une gestion efficace du diabète et des complications associées à cette maladie (voir l'indicateur 5.1 « Hospitalisations évitables »).

### *Définition et comparabilité*

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète pour la publication d'estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du diabète sont exposées dans son Atlas du diabète (*Diabetes Atlas*, 5e édition, FID 2011). Les données sont tirées d'études publiées entre 1980 et avril 2011, et n'ont été incluses que si elles satisfaisaient à un certain nombre de critères de fiabilité. Les taux de prévalence ont été ajustés aux taux standardisés selon l'âge relevés pour la population mondiale, à partir des données fournies par l'OMS. Pour plus de détails quant à la méthodologie retenue, voir Guariguata et al. (2011).

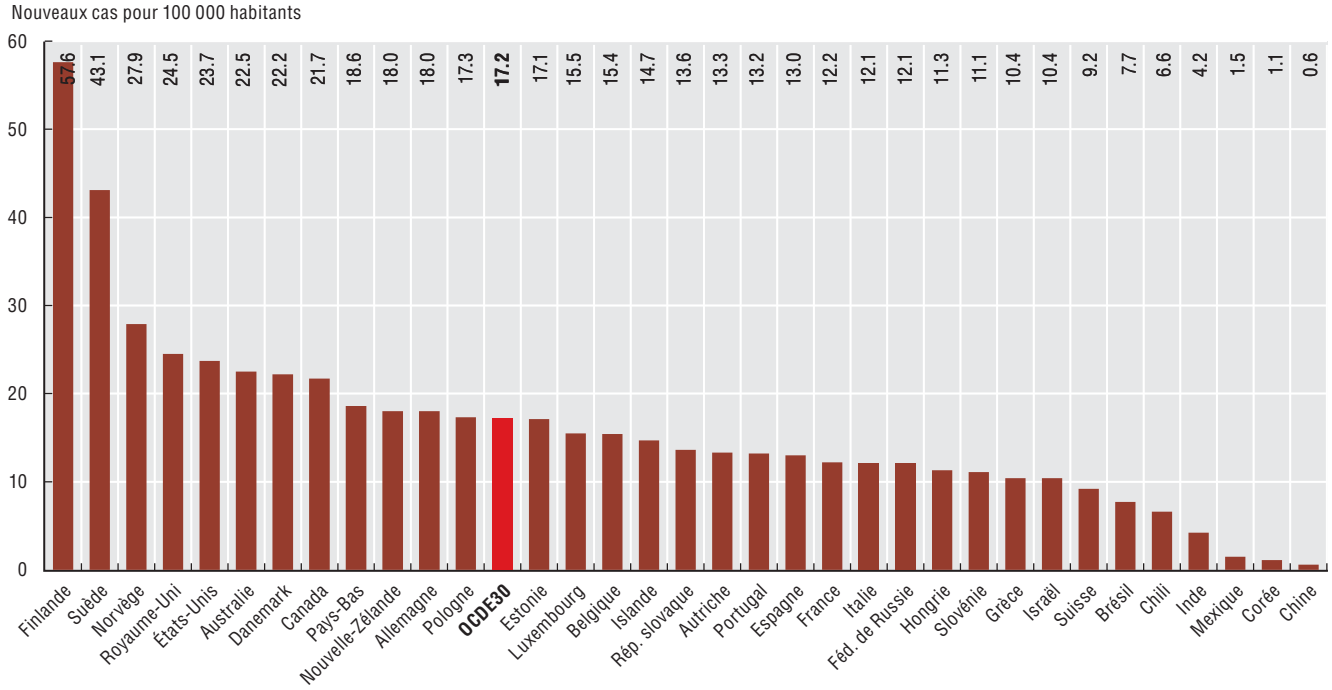
### 1.10.1. Estimation de la prévalence du diabète parmi la population âgée de 20 à 79 ans, 2011




*Note :* Les données correspondent au diabète de types 1 et 2 et sont standardisées par âge selon la structure de la population mondiale.
*Source :* Fédération internationale du diabète (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920030

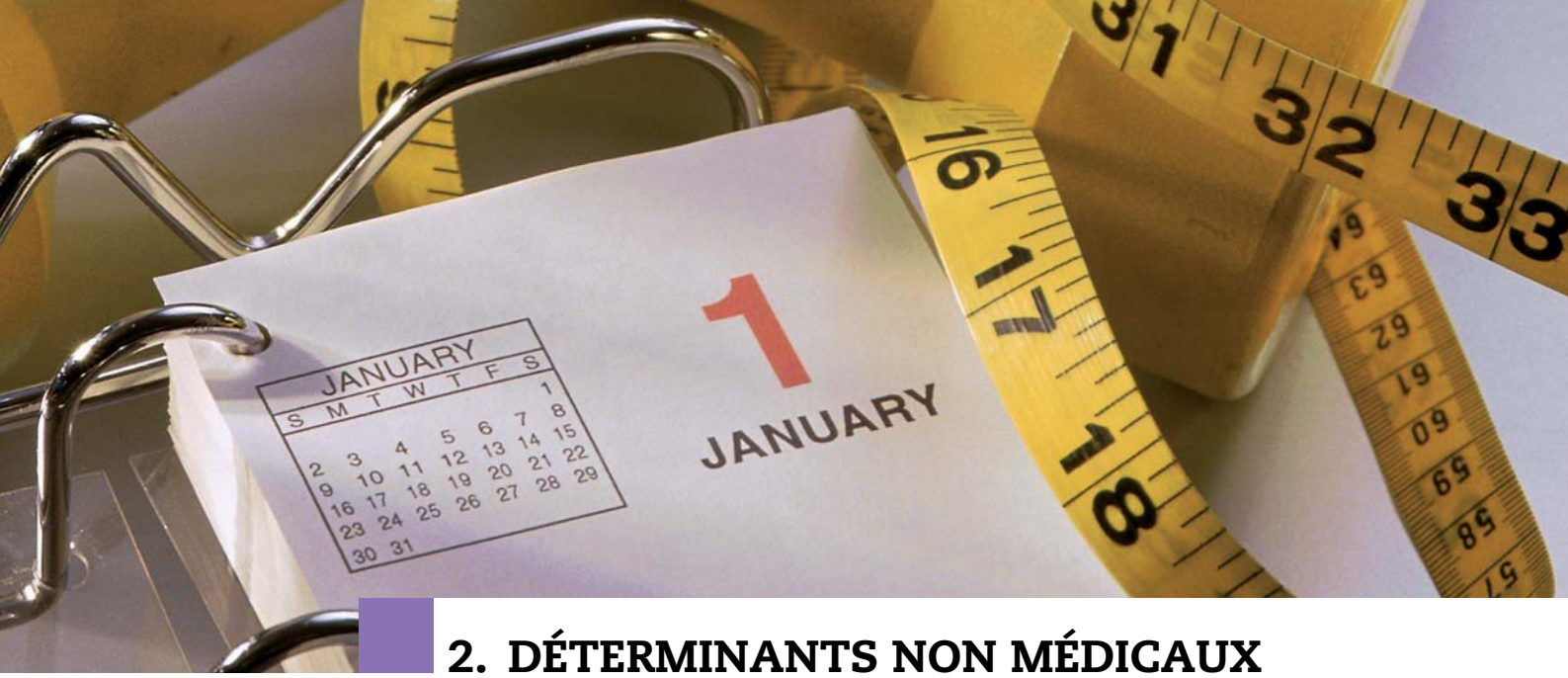
### 1.10.2. Estimation de l'incidence du diabète de type 1 parmi les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2011




*Source :* Fédération internationale du diabète (2011).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920049

JANUARY
S M T W T F S
1
JANUARY




# 2. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

2.1. Consommation de tabac et d'alcool chez les enfants

2.2. Surpoids et obésité chez les enfants

2.3. Consommation de fruits et de légumes chez les enfants

2.4. Activité physique chez les enfants

2.5. Consommation de tabac chez les adultes

2.6. Consommation d'alcool chez les adultes

2.7. Surpoids et obésité chez les adultes

2.8. Consommation de fruits et de légumes chez les adultes

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.

## 2.1. Consommation de tabac et d'alcool chez les enfants

La consommation régulière de tabac et la consommation excessive d'alcool à l'adolescence peuvent avoir des répercussions immédiates et à long terme sur la santé. Les jeunes qui prennent l'habitude de fumer au début de l'adolescence sont davantage exposés au risque d'accidents cardiovasculaires, de maladies respiratoires et de cancer. Ils sont aussi davantage susceptibles de consommer un jour de l'alcool et d'autres drogues. L'abus d'alcool est lui-même associé à un ensemble de problèmes sociaux, ainsi qu'à des troubles physiques et mentaux, parmi lesquels la dépression et l'anxiété, l'obésité et les risques d'accident (Currie et al., 2012).

Les résultats des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) – série d'études menées en collaboration avec un certain nombre de pays dans le monde – permettent de suivre les comportements des adolescents en matière de consommation de tabac et d'alcool.

C'est en Autriche, en République tchèque et en Hongrie que les jeunes de 15 ans sont les plus nombreux à fumer, plus de 25 % d'entre eux déclarant fumer au moins une fois par semaine (graphique 2.1.1). En revanche, ils sont moins de 10 % à fumer chaque semaine au Canada, aux États-Unis, en Islande et en Norvège. En moyenne, la même proportion de garçons et de filles (16 %) fument au moins une fois par semaine, mais on relève des disparités entre les sexes dans certains pays : le tabagisme est beaucoup plus répandu chez les garçons en Estonie et en Grèce, tandis qu'une proportion nettement plus élevée de filles déclarent fumer au moins une fois par semaine en Espagne et en République tchèque.

Plus de 40 % des jeunes de 15 ans déclarent avoir été ivres à au moins deux reprises dans leur vie au Danemark, en Estonie, en Finlande, en Hongrie, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Slovénie (graphique 2.1.2). Les taux sont sensiblement plus faibles (moins de 20 %) aux États-Unis, en Islande, en Italie, au Luxembourg et aux Pays-Bas. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les garçons sont plus nombreux que les filles à déclarer avoir été ivres à plusieurs reprises (32 % contre 28 %). La France, la Hongrie et la Slovénie enregistrent la plus grande différence entre les sexes, avec un taux de consommation excessive d'alcool supérieur d'au moins 9 points chez les garçons. Dans quatre pays (Espagne, Finlande, Royaume-Uni et Suède), les filles indiquant avoir été ivres à plusieurs reprises sont plus nombreuses (de 5 à 7 points environ) que les garçons.

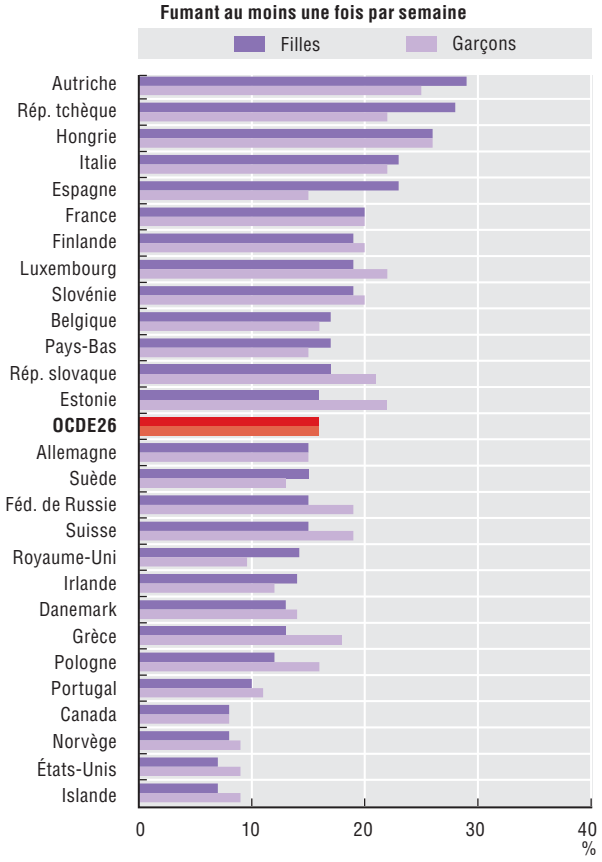
Les comportements à risque chez les adolescents sont en recul dans de nombreux pays : on constate en effet que le nombre de fumeurs réguliers (garçons et filles) et le taux de consommation excessive d'alcool (chez les garçons) diminuent, en moyenne, par rapport aux niveaux de la fin des années 90 (graphiques 2.1.3 et 2.1.4). Le nombre de fumeurs (garçons et filles) est à son niveau le plus bas depuis une décennie, avec moins d'un adolescent sur cinq en moyenne déclarant fumer régulièrement. Il est cependant préoccupant de constater que le taux de tabagisme et/ou de consommation excessive d'alcool est en augmentation chez les adolescents en Espagne, en Estonie, en Hongrie, en Pologne, en République slovaque et en République tchèque.

### *Définition et comparabilité*

Les estimations relatives à la consommation de tabac se rapportent à la proportion de jeunes de quinze ans déclarant fumer au moins une fois par semaine. En matière de consommation excessive d'alcool, les estimations portent sur la proportion de jeunes de quinze ans déclarant avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie.

Les enquêtes HBSC, effectuées tous les quatre ans entre 1993-94 et 2009-10, englobent jusqu'à 26 pays de l'OCDE, ainsi que la Fédération de Russie. Les données proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés de chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays. La Turquie a participé à l'enquête HBSC de 2009-10, mais les enfants n'ont pas été interrogés sur leur consommation d'alcool et de tabac.

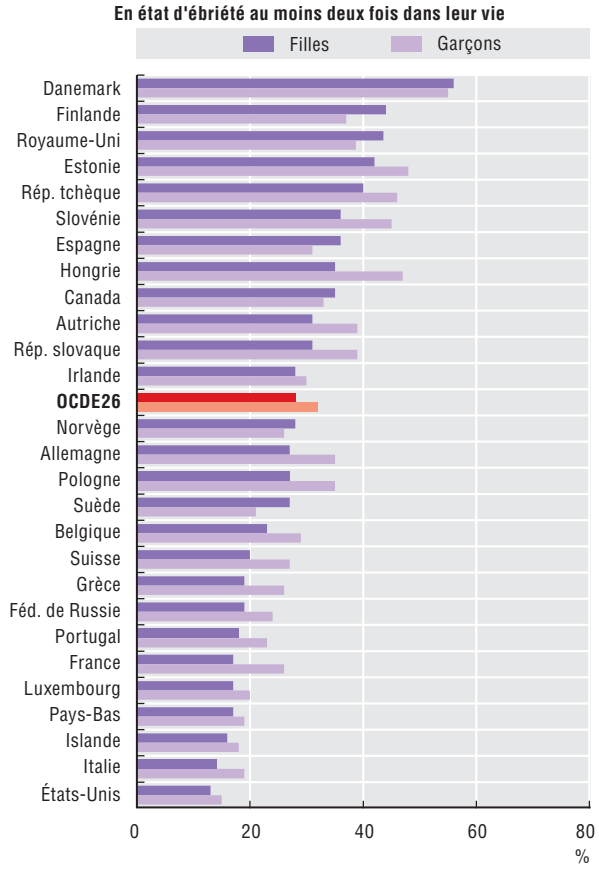
### 2.1.1. Taux de tabagisme parmi les enfants de 15 ans, 2009-10




*Source :* Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920068

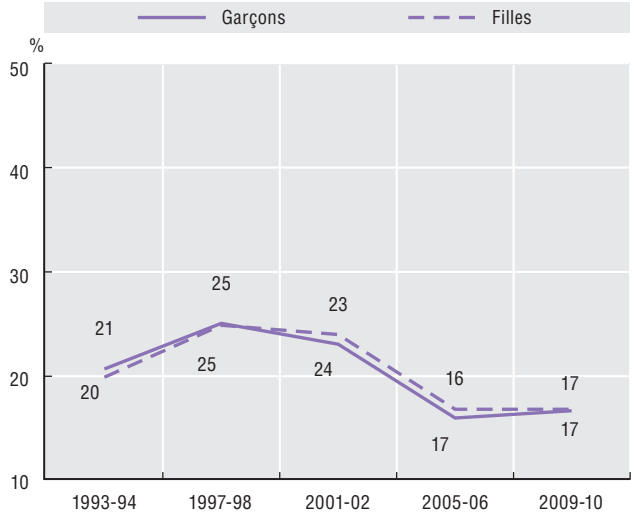
### 2.1.2. Consommation excessive d'alcool parmi les enfants de 15 ans, 2009-10




*Source :* Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920087

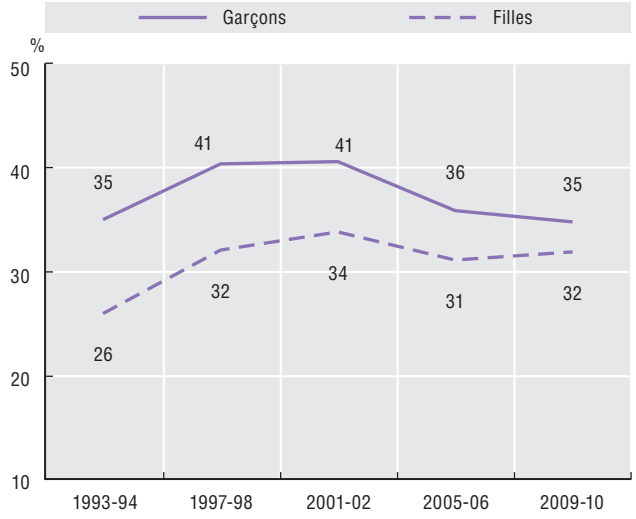
### 2.1.3. Évolution du taux de tabagisme régulier parmi les enfants de 15 ans, 19 pays de l'OCDE




*Source :* Currie et al. (2000) ; Currie et al. (2004) ; Currie et al. (2008) ; Currie et al. (2012) ; WHO (1996).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920106

### 2.1.4. Évolution du taux de consommation excessive d'alcool parmi les enfants de 15 ans, 19 pays de l'OCDE




*Source :* Currie et al. (2000) ; Currie et al. (2004) ; Currie et al. (2008) ; Currie et al. (2012) ; WHO (1996).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920125

## 2.2. Surpoids et obésité chez les enfants

Les enfants en surpoids ou obèses ont plus de risques que les autres d'avoir des problèmes de santé à l'adolescence, de même qu'à l'âge adulte. Chez les jeunes, la surcharge pondérale peut entraîner des troubles orthopédiques et des difficultés psychosociales, comme une mauvaise estime de soi ou la dépression. Un enfant en surpoids risque aussi davantage de devenir un adulte obèse, si bien que les maladies cardiovasculaires, le diabète, certaines formes de cancer, l'arthrose, une qualité de vie moindre et le risque de décès prématuré s'inscrivent parmi les problèmes de santé potentiels (Lobstein, 2010 ; Currie et al., 2012).

Les taux de surpoids et d'obésité sont calculés à partir du poids et de la taille des enfants, mesurés lors d'un examen ou simplement autodéclarés. Dans ce dernier cas, les données sont recueillies auprès des adolescents de 15 ans dans le cadre des enquêtes HBSC menées tous les quatre ans dans un certain nombre de pays (Currie et al., 2004, 2008, 2012). Toutefois, les données communiquées directement par les intéressés tendent à sous-estimer le surpoids et l'obésité.

Dans les pays de l'OCDE, les taux de surpoids (y compris l'obésité) obtenus à partir d'études mesurant la taille et le poids s'établissent aux environs de 23 % pour les garçons et 21 % pour les filles en moyenne, même si les tranches d'âge considérées varient entre pays (graphique 2.2.1, diagramme de gauche). Les garçons souffrent plus souvent que les filles d'un excès de poids, les disparités les plus fortes ayant été enregistrées en Slovénie, en Chine et en Islande. À l'inverse, ce sont les filles qui affichent le taux de surpoids le plus élevé en Turquie et en Afrique du Sud. Plus de 30 % des enfants, garçons et filles confondus, présentent une surcharge pondérale aux États-Unis, en Grèce, en Italie et en Nouvelle-Zélande, et c'est le cas parmis les garçons en Slovénie.

Le surpoids (et l'obésité) autodéclaré concerne, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 18 % des garçons et 11 % des filles âgés de 15 ans (graphique 2.2.1, diagramme de droite), mais ces moyennes se rapportent à un autre groupe de pays que celle calculée à partir de données mesurées. Les taux obtenus à partir des déclarations des répondants sont plus faibles, sauf pour ce qui concerne les garçons en surpoids aux États-Unis, en Autriche, en Suède, en République tchèque, en Norvège et en Turquie, du fait de différences d'âge. Comme dans le cas des données mesurées, les taux de surpoids autodéclaré est plus important chez les garçons que chez les filles. Plus de 20 % des garçons sont en surpoids en Grèce, en Italie, en Slovénie, aux États-Unis et au Canada d'après les données obtenues des intéressés eux-mêmes, et plus de 20 % des filles aux États-Unis. Les jeunes en surpoids sont plus nombreux à se passer de petit-déjeuner, ont moins d'activités physiques et passent davantage de temps devant la télévision (Currie et al., 2012).

Les taux de surpoids établis à partir de déclarations ont légèrement augmenté ces dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 2.2.2). Ces taux y ont progressé en moyenne de 13 % à 15 % chez les jeunes de 15 ans entre 2001-02 et 2009-10. Ce sont l'Estonie, la Pologne, la Slovénie et la République tchèque qui ont connu l'augmentation la plus forte (supérieure à 5 % dans tous les cas) au cours de ces huit années. Seuls le Danemark et le Royaume-Uni ont vu baisser sensiblement la proportion d'enfants en surpoids ou obèses à 15 ans ; toutefois, un certain nombre de non-réponse des enquêtés aux questions relatives à la taille et au poids appelle à la prudence dans l'interprétation des données.

L'enfance est une période cruciale pour adopter des habitudes saines ; de plus, l'attention accrue portée au problème de l'obésité au niveau national et international a stimulé ces dernières années la mise en œuvre de nombreuses initiatives à l'échelle locale. Des études montrent que des interventions adaptées au contexte local, en particulier en faveur des enfants de moins de 12 ans, peuvent influer efficacement sur les comportements. L'école permet de faire en sorte que l'enfant comprenne l'importance d'une alimentation saine et de la pratique d'une activité physique, et qu'il ait accès aux deux. Enseignants et professionnels de la santé contribuent généralement à l'éducation des enfants dans les domaines de la santé et de la nutrition. Par ailleurs, les initiatives les plus fréquentes au plan local portent sur la formation professionnelle, l'environnement social ou physique, et des actions axées sur les parents (Bemelmans et al., 2011).

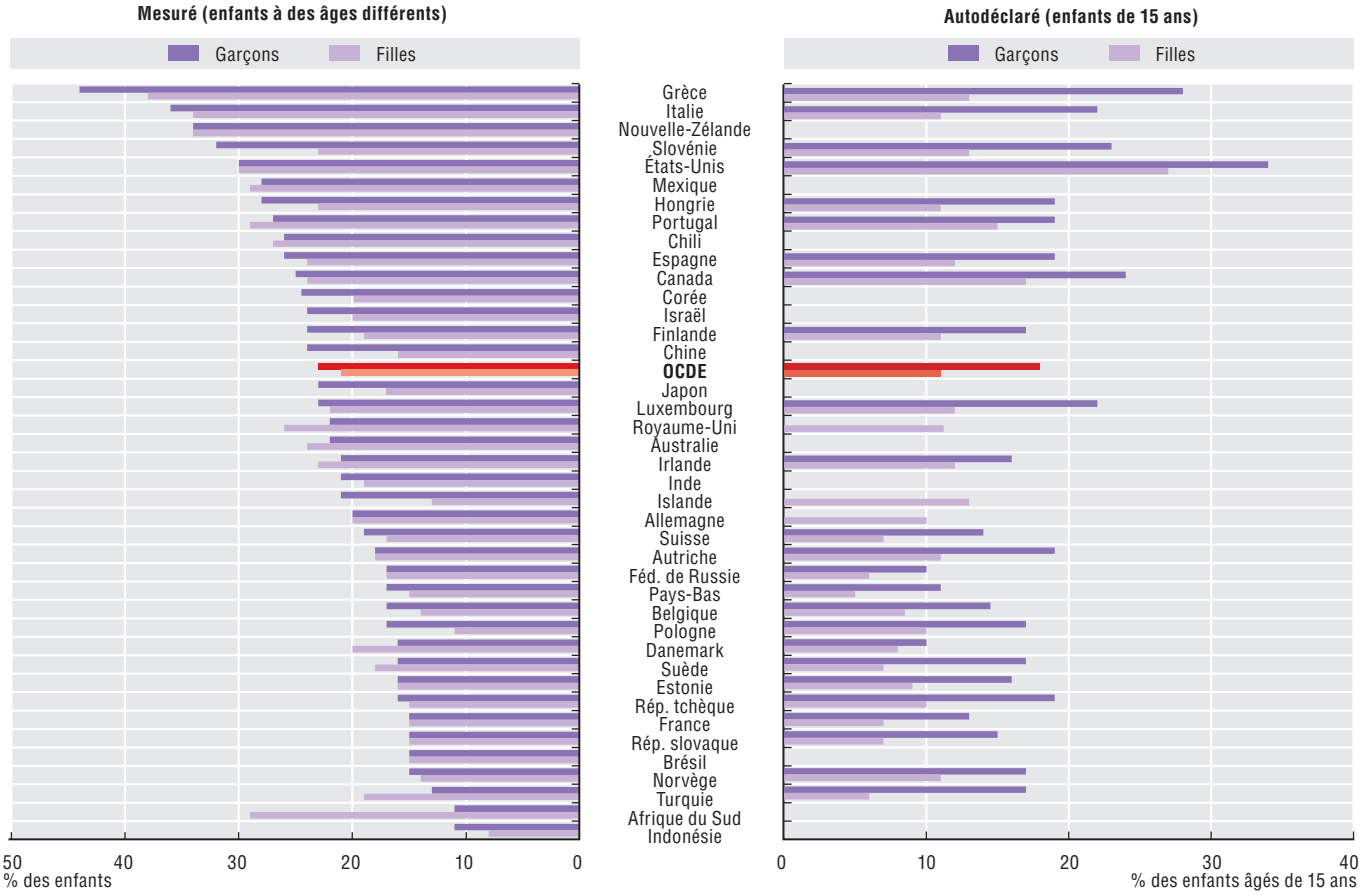
### *Définition et comparabilité*

Les estimations concernant le surpoids et l'obésité reposent sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) à partir du poids et de la taille (mesurés ou déclarés) des enfants. On considère qu'un enfant est en surpoids ou obèse si son IMC dépasse les seuils définis selon l'âge et le sexe (Cole et al., 2000). Les données présentées ici s'appuient sur les seuils fixés par l'*International Obesity Task Force* (IOTF).

Les données mesurées sont recueillies par l'*International Association for the Study of Obesity* (IASO) à partir d'études nationales. Les estimations sont effectuées sur la base d'enquêtes nationales qui collectent le poids et la taille des enfants mesurés à des âges différents. Une certaine prudence est donc nécessaire dans la comparaison des taux entre pays. Les définitions du surpoids et de l'obésité chez les enfants peuvent différer d'un pays à l'autre, mais sont basées dans la plupart des cas sur les seuils définis par l'IOTF.

Les données obtenues à partir des déclarations des répondants sont issues des enquêtes HBSC menées entre 2001-02 et 2009-10. Pour la plupart des pays, elles proviennent d'échantillons de 1 500 enfants scolarisés de chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans). Les données autodéclarées concernant la taille et le poids pouvant être sous-estimées, incomplètes ou erronées, il y a lieu de les interpréter avec prudence.

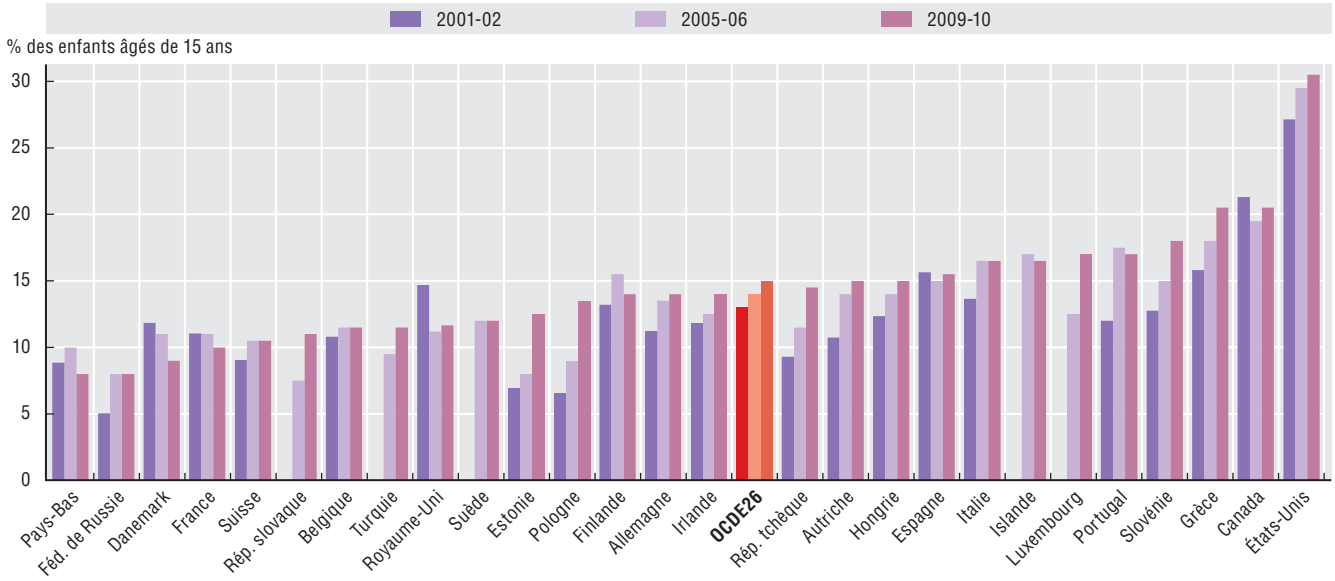
### 2.2.1. Surpoids (incluant l'obésité) chez les enfants, 2010 (ou dernière année disponible)




*Note :* Les données mesurées pour le Royaume-Uni correspondent à celles de l'Angleterre.
*Source :* International Association for the Study of Obesity, 2013 ; Bös et al. (2004) pour le Luxembourg ; et KNHANES pour la Corée (données mesurées). Currie et al. (2012) (données autodéclarées).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920144

### 2.2.2. Évolution des taux de surpoids (incluant l'obésité) des enfants de 15 ans, 2001-02, 2005-06 et 2009-10




*Source :* Currie et al. (2004) ; Currie et al. (2008) ; Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920163

## 2.3. Consommation de fruits et de légumes chez les enfants

L'alimentation joue un rôle déterminant dans le développement des enfants et dans leur santé à long terme. Ainsi, la consommation de fruits durant l'adolescence plutôt que des produits riches en graisses, en sucre et en sel peut les prémunir contre des problèmes tels que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. La consommation de fruits et de légumes pendant la jeunesse peut contribuer à installer des habitudes qui favoriseront le choix d'une alimentation saine à l'âge adulte.

Plusieurs facteurs influent sur la quantité de fruits que consomme un adolescent, notamment le revenu familial, le coût des autres produits, le temps de préparation, la consommation de fruits par les parents, et une offre de fruits frais selon le pays ou le climat local (Rasmussen et al., 2006). Dans la plupart des pays de l'OCDE, la consommation de fruits et de légumes figure parmi les principaux indicateurs d'une alimentation saine.

Globalement, ce sont les garçons au Canada, au Danemark et au Portugal, et les filles au Danemark, en Norvège et au Canada, qui affichent la plus forte consommation quotidienne de fruits, tandis que les chiffres sont relativement faibles en Pologne, en Suède, en Estonie et en Finlande, avec des taux d'environ un sur quatre pour les filles et un sur cinq, voire moins, pour les garçons (graphique 2.3.1). Dans tous les pays, les filles sont plus nombreuses que les garçons à manger des fruits quotidiennement. L'écart entre filles et garçons est particulièrement important au Danemark, où les filles sont 56 % à consommer des fruits chaque jour, contre seulement 34 % des garçons. On relève des différences marquées également en Norvège et en Allemagne.

Dans les pays membres de l'OCDE, en 2009-10, environ une fille sur trois et un garçon sur quatre en moyenne ont déclaré consommer des légumes tous les jours (graphique 2.3.2). C'est en Belgique que les jeunes filles sont les plus nombreuses (60 %) à manger des légumes tous les jours ; viennent ensuite celles du Danemark, de la France, du Canada et de la Suisse (45-50 %). La Belgique arrive également en tête pour ce qui concerne les garçons (46 %), suivie par la France, le Canada et l'Irlande (près de 40 %). La consommation quotidienne de légumes est moins répandue en Autriche, en Espagne et en Estonie, de même qu'en Hongrie (filles) et en Finlande (garçons).

Les taux moyens de consommation quotidienne de légumes révèlent une progression entre 2001-02 et 2009-10, tant pour les filles que pour les garçons (graphique 2.3.3). Les augmentations les plus nettes (plus de 10 %) sont observées au Danemark et en Grèce (pour les deux sexes), ainsi qu'en Norvège et en Espagne (chez les filles uniquement). S'agissant de la consommation de fruits, les tendances montrent en moyenne une légère hausse au cours de la décennie écoulée, chez les garçons et chez les filles. Les taux ont augmenté de 10 % ou plus au Canada, au Danemark, aux États-Unis, en Norvège et au Royaume-Uni, alors qu'ils ont chuté en Pologne et en Allemagne (chez les garçons seulement).

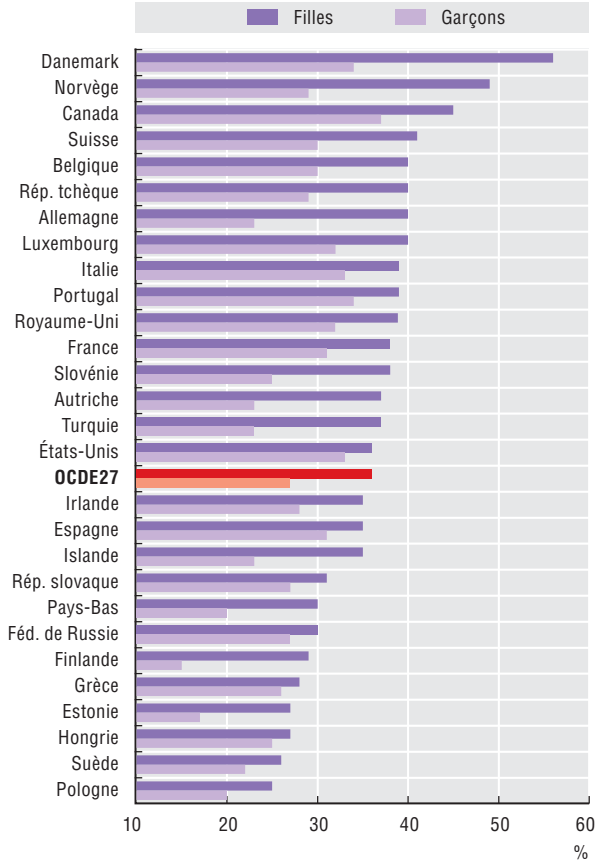
Il est important de mettre en place des stratégies efficaces et ciblées afin de faire en sorte que les enfants mangent les quantités de fruits et de légumes préconisées dans les recommandations nationales en matière d'alimentation. Une étude européenne a constaté que les écoliers ont généralement une attitude positive à l'égard de la consommation de fruits, et qu'ils déclarent disposer de fruits en quantité satisfaisante à la maison, mais moins à l'école et durant leurs périodes de loisirs. Un accès plus facile aux fruits et aux légumes, associé à des activités susceptibles d'éduquer et de motiver les enfants, pourrait faire augmenter leur consommation de ces produits (Sandvik et al., 2005).

### *Définition et comparabilité*

Les habitudes alimentaires sont mesurées d'après la proportion d'enfants déclarant consommer des fruits et des légumes une fois par jour au moins. Outre les fruits et les légumes, une alimentation saine suppose la consommation d'autres types de nourriture.

Les données sont issues des enquêtes HBSC. Pour la plupart des pays, elles proviennent d'échantillons de 1 500 enfants scolarisés de chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans).

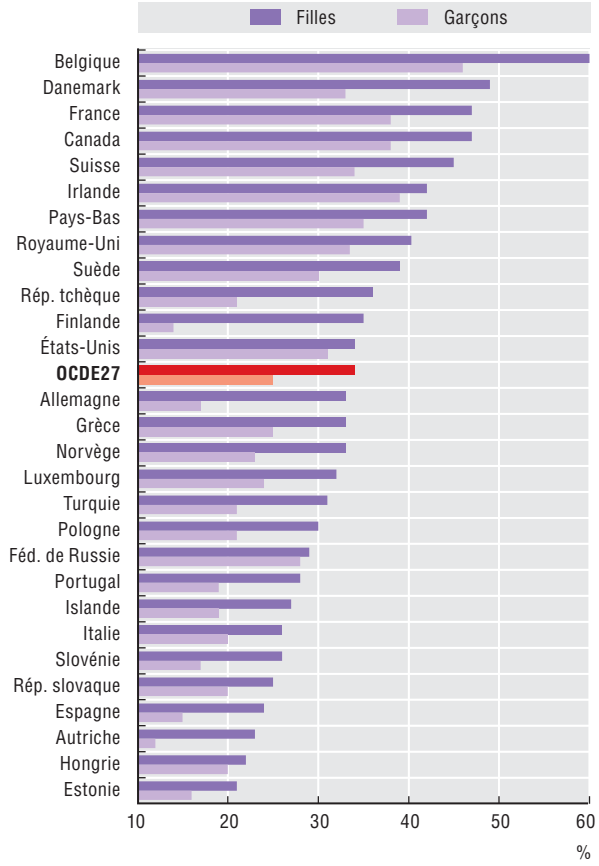
### 2.3.1. Consommation quotidienne de fruits parmi les enfants de 15 ans, 2009-10




*Source :* Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920182

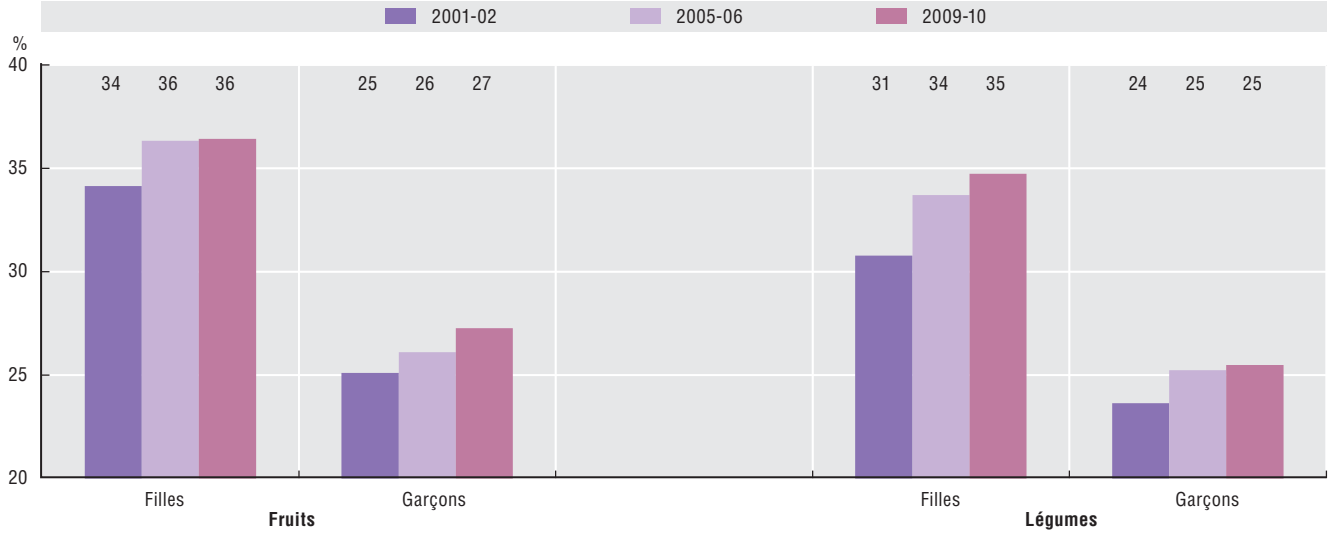
### 2.3.2. Consommation quotidienne de légumes parmi les enfants de 15 ans, 2009-10




*Source :* Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920201

### 2.3.3. Évolution de la consommation de fruits et légumes parmi les enfants des 15 ans, 27 pays de l'OCDE, 2001-02 à 2009-10




*Source :* Currie et al. (2004) ; Currie et al. (2008) ; Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920220

# 2.4. Activité physique chez les enfants

La pratique d'une activité physique à l'adolescence est bénéfique pour la santé, et permet de prendre de bonnes habitudes en la matière pour l'âge adulte, ce qui influe sur la santé tout au long de la vie. Les recherches indiquent que l'activité physique joue un rôle dans le développement, les études et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que dans la prévention et le traitement de toute une série de problèmes de santé touchant les jeunes, dont l'asthme, les troubles mentaux et les problèmes osseux. Par ailleurs, le lien direct entre la pratique d'une activité physique à l'adolescence et la santé à l'âge adulte est confirmé par les effets qu'elle peut avoir sur le surpoids, l'obésité et les maladies qui en découlent, mais aussi sur les taux de cancer et la santé des os à l'âge adulte. Les répercussions sur la santé de l'activité physique à l'adolescence sont parfois liées au type d'activité pratiquée ; ainsi, les activités aquatiques permettent de lutter efficacement contre l'asthme, et l'exercice physique est recommandé dans le traitement de la mucoviscidose (Hallal et al., 2006 ; Currie et al., 2012).

On recommande généralement que les enfants prennent part quotidiennement, pendant au moins 60 minutes, à une activité physique modérée à intense, mais les faits montrent que de nombreux enfants ne respectent pas ces recommandations (Strong et al., 2005 ; Borraccino et al., 2009 ; Hallal et al., 2012). Parmi les facteurs qui influent sur le niveau d'activité physique des adolescents figurent la possibilité de disposer de l'espace et des équipements nécessaires, l'état de santé de l'enfant, le programme scolaire et la concurrence d'autres activités.

Il ressort de l'enquête HBSC 2009-10 que moins d'un enfant sur quatre déclare pratiquer régulièrement une activité physique modérée à intense dans les pays de l'OCDE (graphique 2.4.1). Parmi les enfants de 11 ans, c'est en Autriche, en Irlande, en Espagne et en Finlande que l'on relève les meilleurs résultats, avec plus de 30 % des enfants qui déclarent avoir pratiqué un exercice physique pendant au moins 60 minutes par jour au cours de la semaine écoulée. S'agissant des enfants de 15 ans, les États-Unis arrivent en tête, suivis de l'Irlande, de la République tchèque, de la République slovaque et du Canada. Les enfants au Danemark, en France, en Italie et en Suisse sont les moins susceptibles de se livrer régulièrement à une activité physique. L'Italie se situe en fin de classement pour les garçons et les filles, pour ces deux groupes d'âge. Les garçons sont systématiquement plus nombreux que les filles à déclarer avoir une activité physique, modérée ou intense, quels que soient le pays et le groupe d'âge considéré (graphique 2.4.1).

Il est préoccupant de constater que la pratique d'une activité physique diminue entre 11 et 15 ans dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les seules exceptions étant les garçons en Italie et aux États-Unis. En Autriche, en Finlande, en Norvège et en Allemagne, la proportion de garçons pratiquant une activité physique au niveau recommandé diminue de moitié entre 11 et 15 ans. Cela vaut également pour les filles dans de nombreux pays : la baisse dépasse 60 % en Autriche, en Irlande, en Espagne et en Finlande.

L'évolution du niveau d'activité physique entre 11 et 15 ans peut résulter du passage à des types d'activité différents ; en effet, les activités libres sont plus répandues chez les jeunes enfants, tandis que les activités structurées à l'école ou dans des clubs de sport deviennent plus fréquentes par la suite. Dans tous les pays, les garçons tendent à être plus actifs physiquement que les filles, ce qui laisse supposer que les possibilités de s'adonner à une activité physique sont davantage axées sur les garçons (Currie et al., 2012).

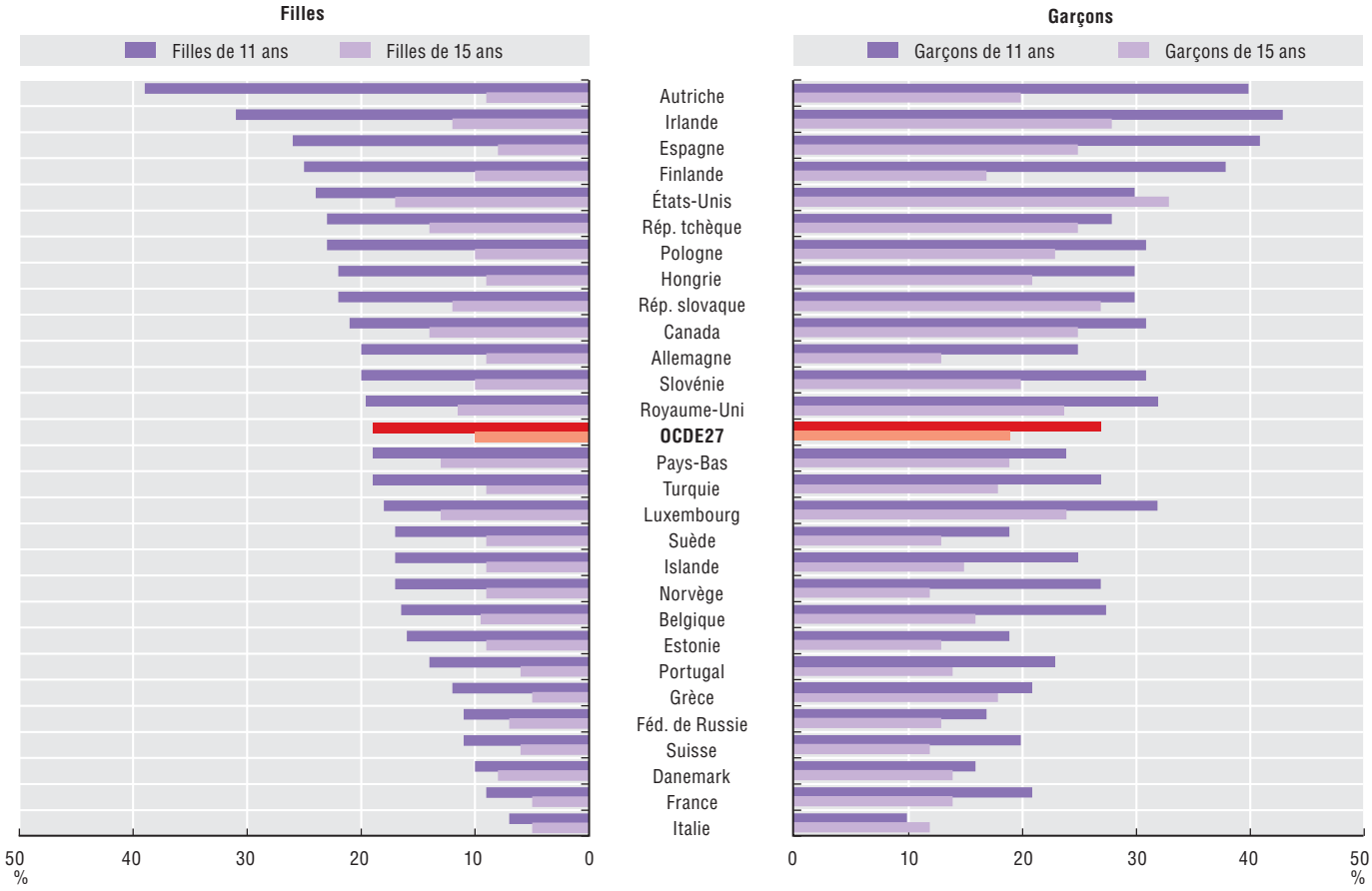
Dans les pays de l'OCDE, en moyenne, la pratique quotidienne d'une activité physique modérée à intense a légèrement reculé, entre 2005-06 et 2009-10, chez les garçons comme chez les filles et dans tous les groupes d'âge (voir le graphique 2.4.2).

### *Définition et comparabilité*

Les données tiennent compte de la régularité de l'activité physique modérée à intense que les jeunes de 11, 13 et 15 ans ont déclaré pratiquer en 2005-06 et 2009-10. Pour être considérée comme modérée à intense, l'activité physique doit être pratiquée au moins une heure par jour, accroître le rythme cardiaque et provoquer parfois l'essoufflement.

Les données sont issues des enquêtes HBSC. Pour la plupart des pays, elles proviennent d'échantillons de 1 500 enfants scolarisés de chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans).

**2.4.1. Enfants de 11 et 15 ans exerçant une activité physique (modérée à vigoureuse) quotidienne, 2009-10**




*Source :* Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920239

**2.4.2. Évolution de l'activité physique (modérée à vigoureuse) quotidienne, 27 pays de l'OCDE, 2005-06 à 2009-10**

*Source :* Currie et al. (2008) ; Currie et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920258

## 2.5. Consommation de tabac chez les adultes

Le tabac tue chaque année environ six millions de personnes, dont plus de cinq millions sont des consommateurs directs et plus de 600 000 sont des non-fumeurs exposés au tabagisme passif (OMS, 2013). Il constitue un facteur de risque majeur pour au moins deux des principales causes de mortalité prématurée, à savoir les maladies cardiovasculaires 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. Fumer pendant la grossesse peut avoir pour conséquence la naissance de nouveau-nés de faible poids et l'apparition de maladies chez les nourrissons. Le tabac demeure le plus important facteur de 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 2.5.1). En 2011, cette proportion était inférieure à 20 % dans 15 des 34 pays de l'OCDE. C'est en Suède, en Islande et aux États-Unis qu'elle était la plus faible (moins de 15 %). Des taux inférieurs à 15 % ont été relevés également en Inde, en Afrique du Sud et au Brésil. 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. Le déclin enregistré depuis 2000 a été très sensible en Norvège (de 32 % à 17 %), en Islande (de 22 % à 14 %), aux Pays-Bas (de 32 % à 21 %), au Danemark (de 31 % à 20 %) et en Nouvelle-Zélande (de 25 % à 17 %). C'est la Grèce qui compte le taux de fumeurs quotidiens le plus élevé des pays de l'OCDE (environ 32 % de la population adulte), puis le Chili et l'Irlande (approximativement 30 %), bien que les dernières données pour l'Irlande datent de 2007. La proportion est encore plus importante dans la Fédération de Russie.

Dans les années d'après-guerre, la plupart des pays de l'OCDE ont eu tendance à suivre une évolution marquée par une très forte proportion de fumeurs parmi les hommes (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 pour le tabac et sur l'augmentation de la fiscalité. 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 chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays de l'OCDE, sauf en Norvège ; la différence est cependant négligeable au Danemark, en Islande et au Royaume-Uni (graphique 2.5.2). Le pourcentage de fumeuses continue de diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, et dans certains d'entre eux (Irlande, Turquie et Nouvelle-Zélande), il diminue même plus vite que le pourcentage de fumeurs. La proportion de fumeuses a cependant augmenté ces dix dernières années dans trois pays (la République tchèque, le Portugal et la Corée), mais, même dans ces pays, la prévalence du tabagisme reste moins élevée chez les femmes que chez les hommes. En 2011, l'écart entre les sexes était particulièrement grand en Corée, au Japon, au Mexique et en Turquie, ainsi que dans la Fédération de Russie, en Inde, en Indonésie et en Chine (graphique 2.5.2).

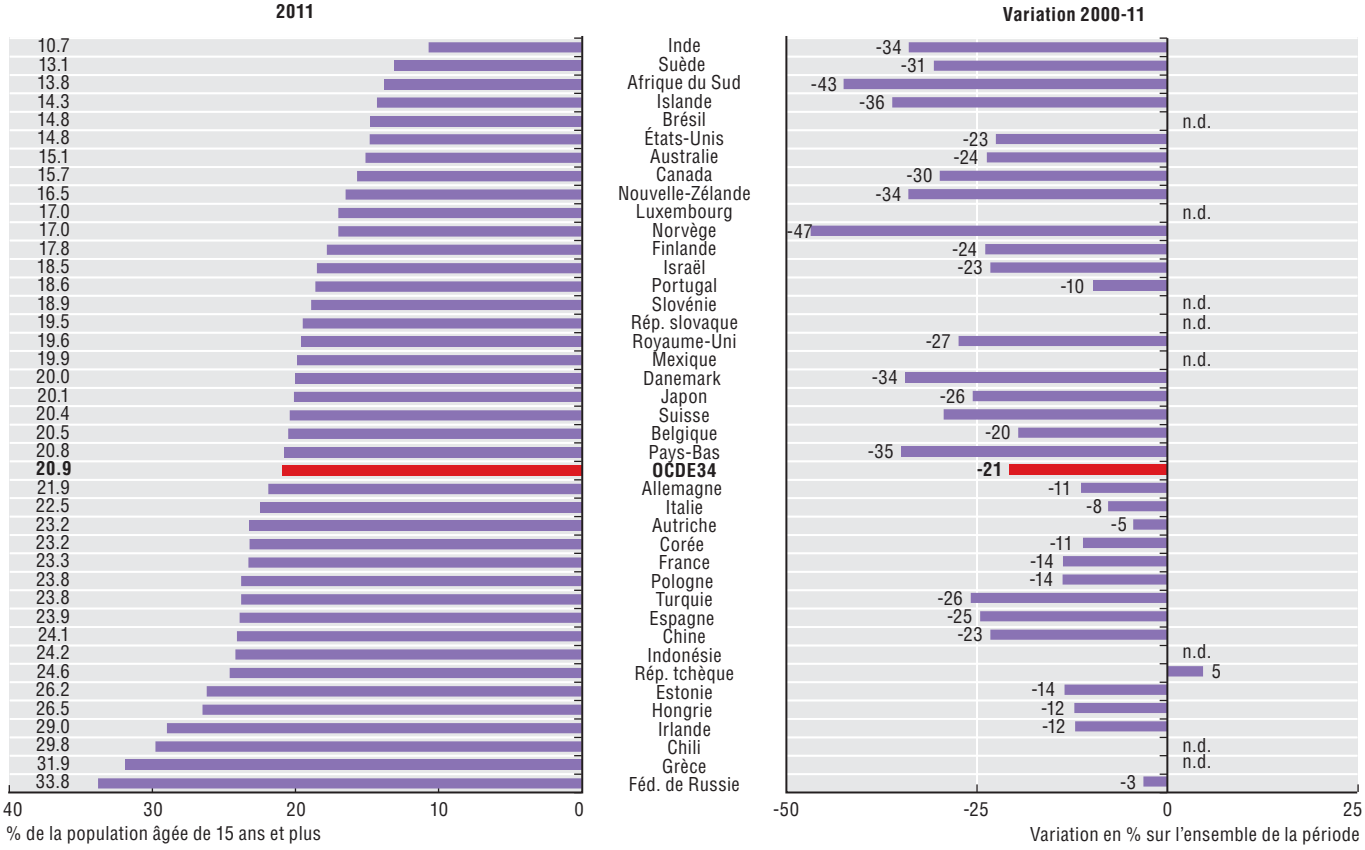
Un certain nombre d'études démontrent que les liens entre tabagisme et mortalité varient en fonction du milieu socio-économique (Mackenbach et al., 2008). Les catégories sociales moins aisées se caractérisent par une prévalence et une intensité plus fortes de consommation de tabac, par un taux de mortalité plus élevé (toutes causes confondues) et par 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 en matière d'état de santé général que, si l'on se trouvait en présence d'une population composée uniquement 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 en raison du manque d'harmonisation des enquêtes de santé menées dans les différents pays de l'OCDE pour évaluer les habitudes de consommation de tabac. Il existe des différences dans les groupes d'âge visés par les enquêtes, le libellé des questions, les catégories de réponse et les méthodes d'enquête utilisées (par exemple, dans un certain nombre de pays, les répondants sont invités à indiquer s'ils fument « régulièrement », au lieu de « quotidiennement »).

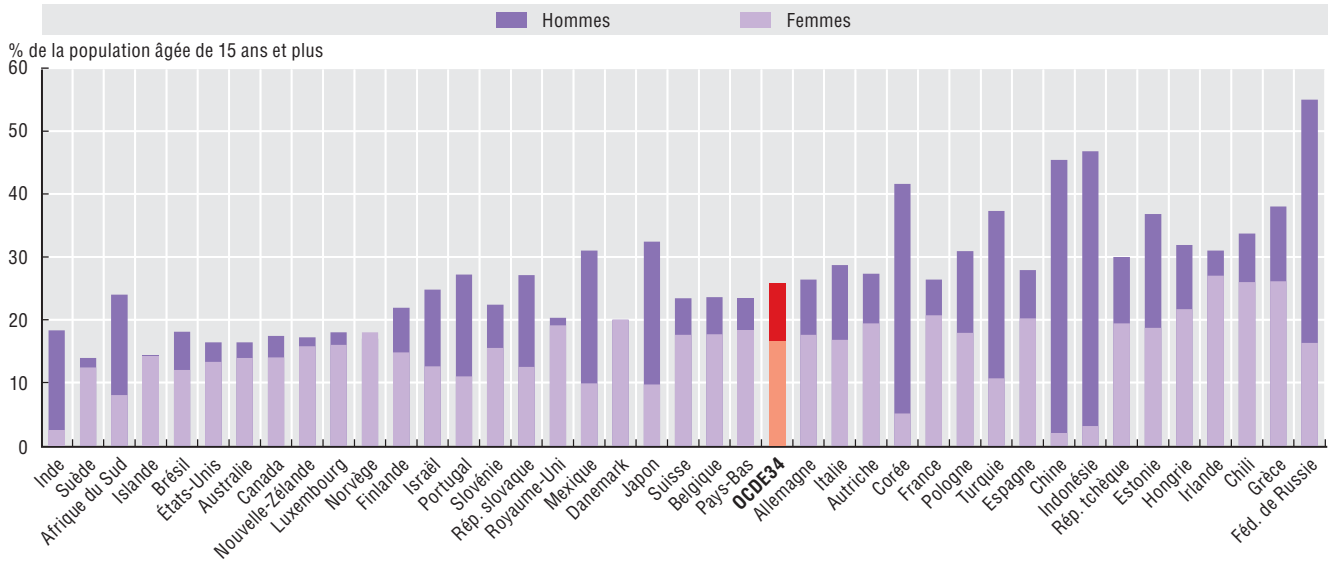
### 2.5.1. Population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2011 et variation 2000-11 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920277*

### 2.5.2. Écart de prévalence du tabagisme entre hommes et femmes, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les pays sont classés par ordre croissant des taux de tabagisme de la population totale.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920296*

## 2.6. Consommation d'alcool chez les adultes

Le bilan sanitaire d'une consommation nocive d'alcool, en termes de morbidité et de mortalité, est extrêmement lourd dans la plupart des régions du monde (Rehm et al., 2009 ; OMS, 2011d). La consommation d'alcool a de nombreuses conséquences négatives sur la santé, de même que sur le plan social ; elle accroît, entre autres, le risque d'apparition de certains cancers, d'AVC et de cirrhose du foie. De plus, l'exposition du fœtus 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. On estime qu'il cause plus de 2.5 millions de morts chaque année dans le monde (OMS, 2011d). Selon l'OMS, 4 % de la charge mondiale de morbidité est imputable à l'alcool, responsable de quasiment autant de décès et d'incapacités que le tabac et l'hypertension (Rehm et al., 2009). Aux États-Unis, la consommation excessive d'alcool est la troisième cause de mortalité, avec 80 000 décès par an et la perte de 2.3 millions d'années potentielles de vie (CDC, 2012). Les dépenses de santé liées à ce problème sont estimées à 25.6 milliards USD aux États-Unis (Bouchery et al., 2006). Dans la Fédération de Russie, l'abus d'alcool a fortement contribué à l'augmentation du nombre de décès prématurés et au recul de l'espérance de vie observée dans les années 90 (OCDE, 2012c).

La consommation d'alcool, mesurée sur la base des ventes annuelles en utilisant les dernières données disponibles, s'établit à 9.4 litres par adulte en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 2.6.1). Si l'on ne tient pas compte du Luxembourg – en raison du volume important d'achats effectués dans ce pays par des non-résidents – ce sont la France, l'Autriche et l'Estonie qui ont reporté en 2011 la plus forte consommation d'alcool, avec 12 litres ou plus par adulte et par an. La consommation est faible en Turquie et en Israël, ainsi qu'en Indonésie et en Inde, où les traditions religieuses et culturelles limitent la consommation d'alcool pour certaines catégories de la population.

Alors que la consommation moyenne d'alcool a progressivement diminué dans de nombreux pays de l'OCDE ces 20 dernières années, elle a augmenté dans plusieurs pays d'Europe du Nord (Islande, Suède, Norvège et Finlande), ainsi qu'en Pologne et en Israël. On observe une certaine convergence dans l'évolution des habitudes de consommation des pays de l'OCDE, la consommation de vin ayant augmenté dans de nombreux pays traditionnellement buveurs de bière et *vice versa*. Dans les pays traditionnellement producteurs de vin comme l'Italie, la Grèce, l'Espagne, le Portugal et la France, de même qu'en République slovaque, en Suisse et en Hongrie, la consommation par habitant a diminué d'un cinquième, voire davantage, depuis 1990 (graphique 2.6.1). La consommation d'alcool a sensiblement augmenté dans la Fédération de Russie, de même qu'au Brésil, en Inde et en Chine, même si la consommation par habitant reste faible dans ces deux derniers pays.

Les variations de la consommation d'alcool entre les pays et dans le temps 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, ainsi que les mesures fiscales, se sont révélées efficaces pour réduire la consommation d'alcool (Babor et al., 2010).

Bien que la consommation d'alcool par habitant parmi 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. L'absorption de grandes quantités d'alcool en un laps de temps très court (« suralcoolisation épisodique » ou « *binge drinking* ») est un mode de consommation particulièrement dangereux (Institute of Alcohol Studies, 2007), en augmentation dans certains pays et certains groupes sociaux, en particulier chez les jeunes (Devaux et Sassi, à paraître).

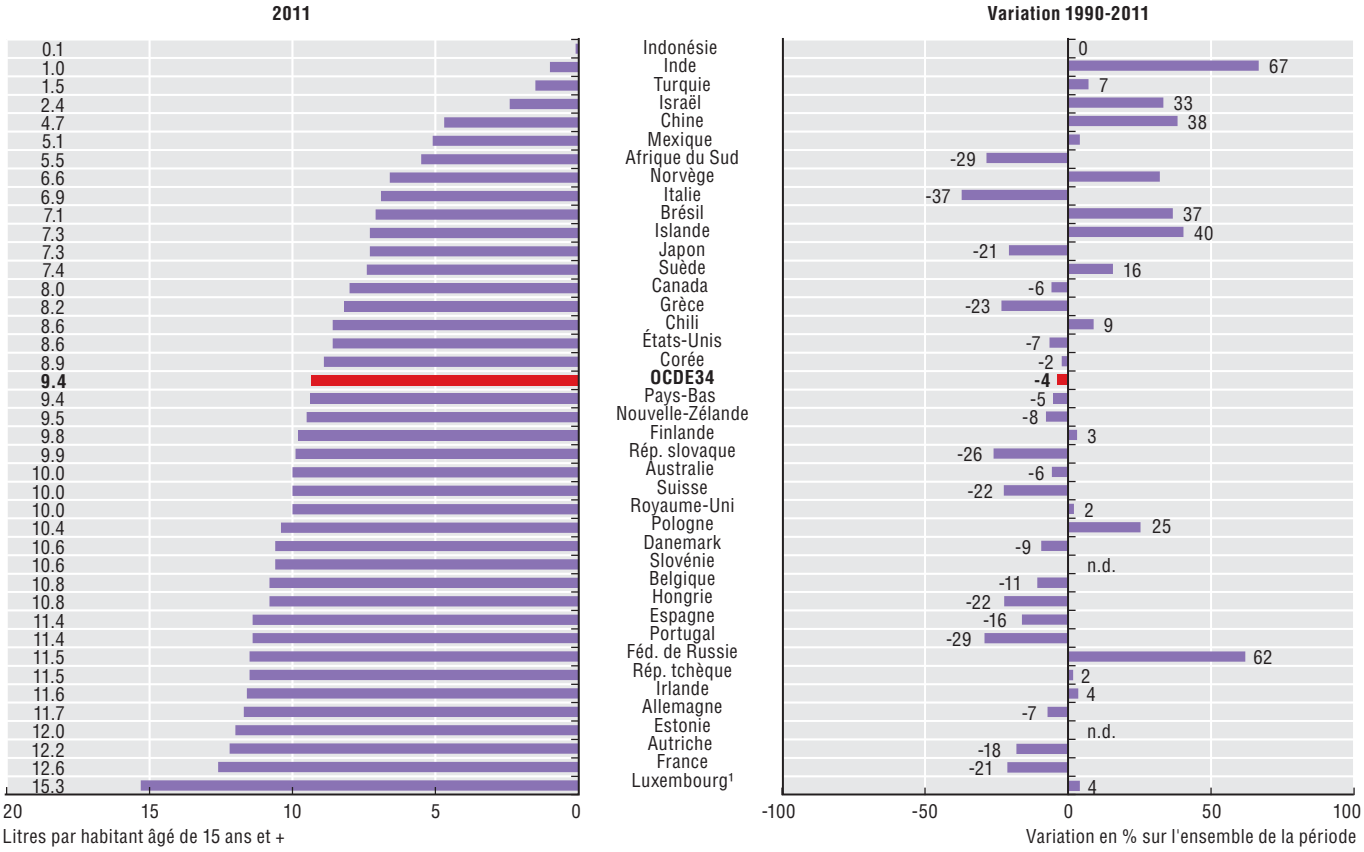
En 2010, l'OMS a adopté une stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool par le biais de mesures directes, comme la mise en place de services médicaux pour traiter les problèmes de santé liés à l'alcool, et de mesures indirectes, comme des campagnes d'information sur la nocivité de l'alcool (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 alcoolisées 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 la consommation d'alcool provenant de la production domestique.

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, car les achats de non-résidents créent un décalage important entre ventes et consommation.

### 2.6.1. Consommation d'alcool parmi la population adulte, 2011 et variation 1990-2011 (ou année la plus proche)

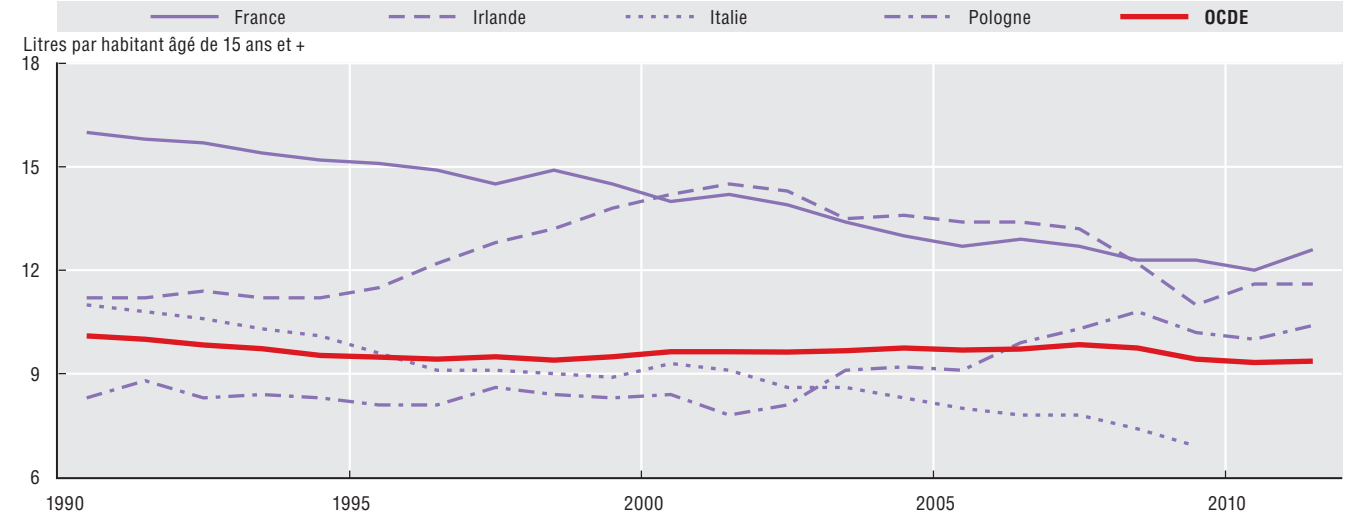



1. Au Luxembourg, le volume des ventes nationales ne reflète pas avec exactitude la consommation réelle des résidents, dans la mesure où les achats des non-résidents peuvent créer un décalage important.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; OMS pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920315*

### 2.6.2. Évolution de la consommation d'alcool pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920334*

# 2.7. Surpoids et obésité chez les adultes

L'augmentation du surpoids 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 musculosquelettiques (arthrite) et certaines formes de cancer. De plus, la mortalité augmente progressivement une fois le seuil du surpoids franchi (Sassi, 2010).

D'après les dernières enquêtes disponibles, plus de la moitié (52.6 %) de la population adulte des pays de l'OCDE déclare souffrir de surpoids ou d'obésité. La proportion est encore plus forte (55.6 %) dans les pays où la taille et le poids ont été mesurés (et non déclarés par les intéressés eux-mêmes). La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes dépasse 50 % dans pas moins de 20 pays de l'OCDE sur 34. En revanche, elle est beaucoup plus faible au Japon et en Corée, ainsi que dans certains pays européens (la France et la Suisse), bien qu'elle soit en progression dans ces pays également.

La prévalence de l'obésité, qui représente un risque pour la santé encore plus élevé que le surpoids, varie quasiment de 1 à 10 dans les pays de l'OCDE, de 4 % au Japon et en Corée à plus de 32 % au Mexique et aux États-Unis (graphique 2.7.1). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 18 % de la population adulte souffrent d'obésité. Le taux d'obésité est similaire pour les hommes et pour les femmes dans la majorité des pays. La proportion de femmes obèses est cependant plus importante en Afrique du Sud, dans la Fédération de Russie, en Turquie, au Chili et au Mexique, alors que l'inverse est vrai en Islande et en Norvège.

La prévalence de l'obésité a augmenté, au cours de la décennie écoulée, dans tous les pays de l'OCDE (graphique 2.7.2). En 2011, dix de ces pays – contre cinq seulement il y a dix ans – comptaient au moins 20 % d'adultes obèses. Les taux d'obésité ont augmenté d'un tiers, voire davantage, dans 16 pays depuis 2000. Cette progression rapide a été constatée indépendamment des niveaux enregistrés il y a dix ans. L'obésité a connu une hausse de près de 50 % en Islande et en Norvège, même si le taux actuellement observé en Norvège est environ deux fois moins élevé qu'en Islande.

La progression de l'obésité touche tous les groupes sociaux, indépendamment du sexe, de l'âge, de l'origine raciale, des revenus et du niveau d'éducation, mais à des degrés divers. Les données de plusieurs pays (Angleterre, Australie, Autriche, Canada, Corée, Espagne, États-Unis, France et Italie) montrent que l'obésité est plus répandue dans les groupes socio-économiques défavorisés, et en particulier chez les femmes (Sassi et al., 2009). On constate également un lien avec le nombre d'années d'études à plein temps, les taux d'obésité étant moins élevés parmi les personnes très instruites. Là encore, le gradient de l'obésité est plus fort chez les femmes que chez les hommes (Devaux et al., 2011).

Un certain nombre de facteurs comportementaux et environnementaux ont contribué à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité dans le monde, notamment la baisse du prix réel des produits alimentaires et l'augmentation du temps consacré à des activités sédentaires. 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 l'indicateur 2.2 « Surpoids et obésité chez les enfants »).

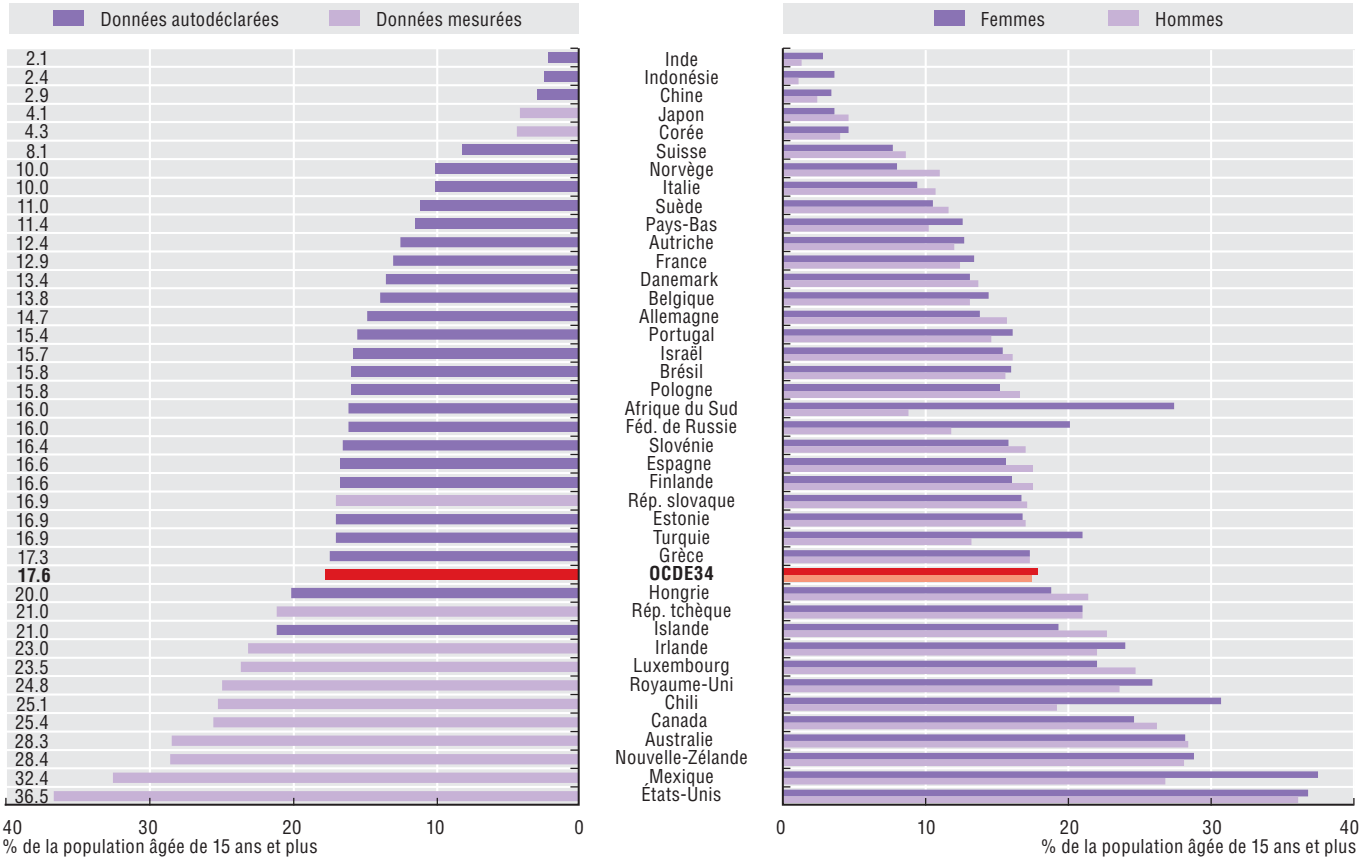
Comme elle s'accompagne de risques plus élevés de maladies chroniques, l'obésité est associée à des dépenses de santé supplémentaires importantes. On observe un décalage entre l'apparition de l'obésité et celle des problèmes de santé qui lui sont associés, ce qui porte à penser que l'accroissement de l'obésité enregistré ces dix dernières années entraînera à l'avenir une hausse des dépenses de santé. Une étude estimait en 2007 qu'en Angleterre, le total des coûts liés au surpoids et à l'obésité pourrait atteindre en 2015 un montant supérieur de 70 % à celui de 2007 et qu'il pourrait être 2.4 fois plus élevé en 2025 (Foresight, 2007).

### *Définition et comparabilité*

Le surpoids et l'obésité désignent 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), 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 présentant un IMC compris entre 25 et 30 sont en surpoids, et ceux dont l'IMC est égal ou supérieur à 30 sont considérés comme obèses. Cette classification n'est 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 conviennent pas pour mesurer le surpoids et l'obésité chez les enfants.

Pour la plupart des pays, les taux de surpoids et d'obésité sont calculés à partir de la taille et du poids autodéclarés par les personnes interrogées 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 médicaux sont généralement plus élevées et plus fiables que celles provenant d'autodéclarations. La moyenne OCDE est calculée à partir de ces deux types d'estimations (mesurées et autodéclarées) ; elle peut donc être sous-estimée.

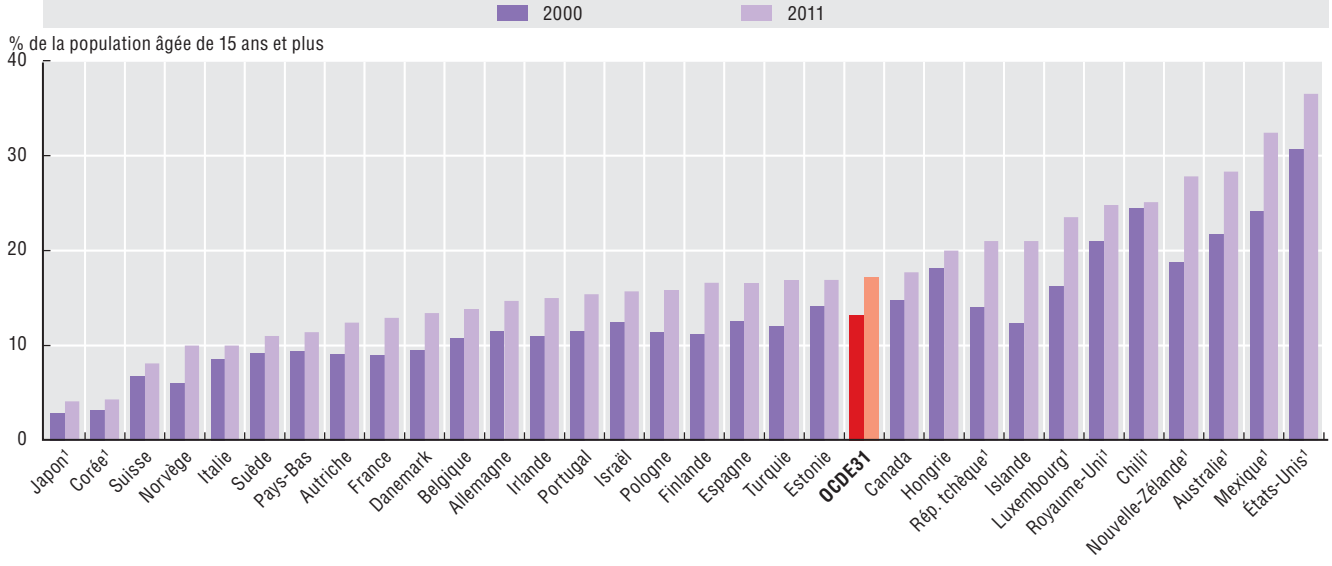
### 2.7.1. Prévalence de l'obésité parmi la population adulte, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; sources nationales pour les pays non membres de l'OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920353*

### 2.7.2. Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




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

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932920372*

# 2.8. Consommation de fruits et de légumes chez les adultes

L'alimentation joue un rôle déterminant dans la santé. Une consommation insuffisante de fruits et de légumes est un facteur susceptible d'accroître la morbidité. Une alimentation correcte contribue à la prévention de diverses affections chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète, les AVC, certains cancers, les troubles musculosquelettiques et toute une série de troubles mentaux.

À la question « À quelle fréquence mangez-vous des fruits ? », posée dans le cadre des enquêtes de santé, le pourcentage d'adultes faisant état d'une consommation quotidienne se situait entre 20 % chez les hommes en Finlande et plus de 90 % en Australie (graphique 2.8.1). Sur les 24 pays ayant fourni des données, 57 % des hommes et 69 % des femmes en moyenne ont déclaré manger des fruits tous les jours. Les femmes consomment des fruits plus souvent que les hommes dans tous les pays ; les écarts sont très prononcés au Danemark, en République slovaque, en Allemagne et en Islande (20 points de pourcentage ou plus), nettement moins en Australie, en Grèce, en Turquie et au Mexique (moins de 5 %).

Les personnes âgées d'au moins 65 ans sont plus nombreuses que les jeunes à manger des fruits, la consommation la plus faible étant observée chez les 15-24 ans (voir également l'indicateur 2.3 « Consommation de fruits et de légumes chez les enfants »). Le milieu socio-économique exerce aussi une influence : la consommation de fruits est généralement plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (graphique 2.8.3) ; ce n'est cependant pas le cas en Espagne et en Grèce, où ce sont les personnes moins éduquées qui déclarent consommer des fruits plus souvent.

S'agissant des légumes, la consommation quotidienne varie entre environ 30 % chez les hommes en Allemagne et près de 100 % en Corée, en Australie et en Nouvelle-Zélande (mais ces deux derniers pays incluent la pomme de terre dans les légumes) (graphique 2.8.2). La moyenne sur 28 pays de l'OCDE s'élève à 64 % pour les hommes et 72 % pour les femmes. Là encore, les femmes sont partout plus nombreuses que les hommes à avoir une consommation quotidienne de légumes, sauf en Corée et en Australie, où les proportions sont analogues. En Norvège, au Danemark, en Finlande et en Allemagne, l'écart entre hommes et femmes dépasse 15 %.

Les schémas de consommation selon les groupes d'âge et le niveau d'éducation sont similaires à ceux que l'on observe pour les fruits. Les individus âgés sont davantage susceptibles de manger des légumes tous les jours. Les personnes les plus éduquées consomment des légumes plus souvent, mais la différence liée au niveau d'éducation est limitée en Belgique, en Italie, en Grèce, en Slovénie et en République slovaque (graphique 2.8.4).

L'offre de fruits et de légumes est le facteur le plus important en matière de consommation. En dépit de fortes variations entre les pays, il apparaît que l'offre de légumes, et davantage encore celle de fruits, sont plus importantes dans les pays d'Europe du Sud, alors que les populations d'Europe centrale et orientale disposent plus facilement de céréales et de pommes de terre. Par ailleurs, les fruits et les légumes sont davantage présents dans les ménages où le niveau d'éducation est élevé (Elmadfa, 2009).

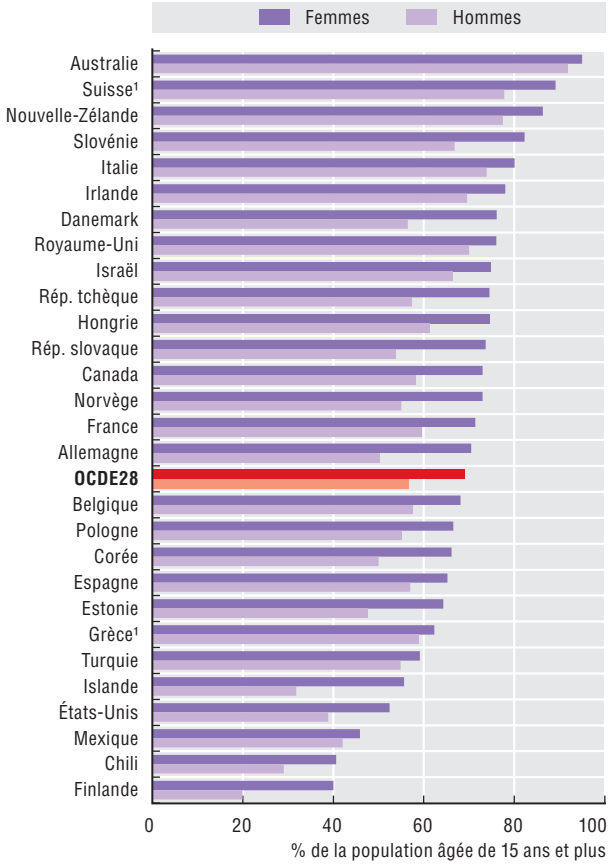
La promotion des fruits et des légumes, notamment à l'école et sur le lieu de travail, s'inscrit dans la plate-forme d'action de l'UE sur l'alimentation, l'activité physique et la santé (Commission européenne, 2011a).

### *Définition et comparabilité*

Les estimations relatives à la consommation quotidienne de fruits et de légumes proviennent d'enquêtes nationales et de l'enquête européenne sur la santé. Les participants doivent généralement répondre aux deux questions suivantes : « À quelle fréquence consommez-vous des fruits (à l'exclusion des jus) ? » et « À quelle fréquence consommez-vous des légumes ou de la salade (à l'exclusion des jus et des pommes de terre) ? ».

La Grèce et la Suisse considèrent les jus comme des portions de fruits, et les jus et les soupes comme des portions de légumes. L'Australie, la Grèce, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni considèrent la pomme de terre comme un légume. Étant donné que les données reposent sur les réponses des participants, des erreurs dans les déclarations sont possibles. Les mêmes enquêtes recueillent aussi des informations concernant l'âge, le sexe et le niveau d'éducation. Les données ne sont pas standardisées en fonction de l'âge ; les estimations globales correspondent aux taux bruts pour les répondants âgés de 15 ans et plus dans tous les pays, sauf en Allemagne (18 ans et plus).

### 2.8.1. Consommation quotidienne de fruits, 2011 (ou année la plus proche)

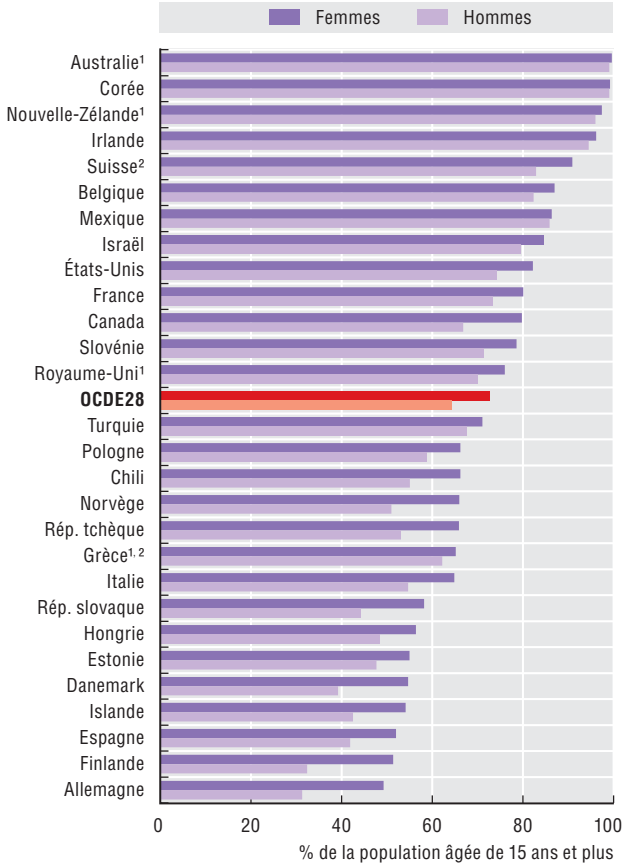



1. Inclut les jus de fruits.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920391

### 2.8.2. Consommation quotidienne de légumes, 2011 (ou année la plus proche)

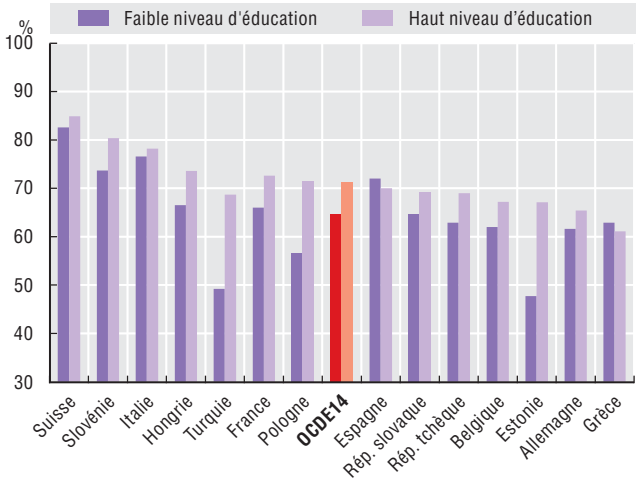



1. Inclut les pommes de terre ; 2. Inclut les jus et les soupes.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920410

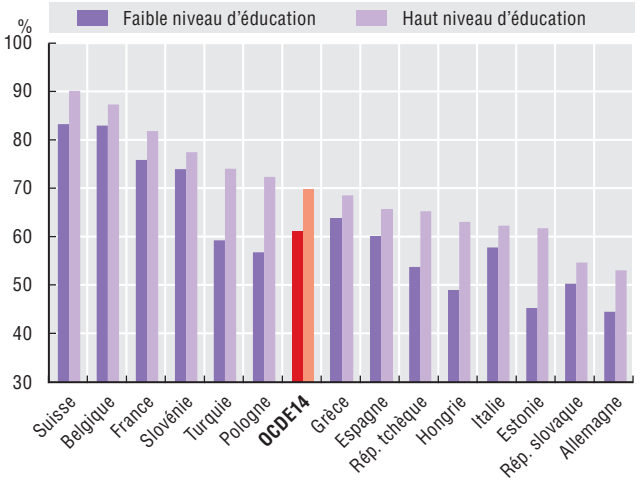
### 2.8.3. Consommation quotidienne de fruits par niveau d'éducation dans les pays européens, 2008 (ou année la plus proche)




*Source : Base de données d'Eurostat sur les statistiques* (Enquête EHIS 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920429

### 2.8.4. Consommation quotidienne de légumes par niveau d'éducation dans les pays européens, 2008 (ou année la plus proche)




*Source : Base de données d'Eurostat sur les statistiques* (Enquête EHIS 2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920448

# 3. PERSONNEL DE SANTÉ


3.1. Médecins (nombre total)

3.2. Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

3.3. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

3.4. Psychiatres et personnel infirmer en psychiatrie

3.5. Médecins nouvellement diplômés

3.6. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

3.7. Personnel infirmier

3.8. Personnel infirmier nouvellement diplômé

3.9. Rémunération du personnel infirmier


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.

## 3.1. Médecins (nombre total)

Le nombre de médecins par habitant varie considérablement dans les pays de l'OCDE et les pays émergents. En 2011, la Grèce affichait, de loin, la plus forte densité (6.1 médecins pour 1 000 habitants), suivie par la Fédération de Russie et l'Autriche. Le Chili, la Turquie et la Corée présentaient la densité la plus faible parmi les pays de l'OCDE, avec environ deux médecins pour 1 000 habitants, contre un peu plus de trois médecins pour 1 000 habitants pour la moyenne de l'OCDE. Dans certains pays émergents, la densité était beaucoup plus faible, à l'image de l'Indonésie, de l'Inde et de l'Afrique du Sud, qui comptaient moins d'un médecin pour 1 000 habitants (graphique 3.1.1).

Entre 2000 et 2011, le nombre de médecins a progressé dans la plupart des pays de l'OCDE, à la fois en nombre absolu et par habitant. La croissance a été particulièrement rapide dans les pays où la densité était faible en 2000 (Turquie, Corée et Mexique), ainsi qu'en Australie, au Royaume-Uni et en Grèce. Le phénomène s'explique principalement, en Australie et au Royaume-Uni, par la forte progression de la proportion de diplômés des écoles de médecine nationales (voir l'indicateur 3.5). En Grèce, le nombre de médecins par habitant a fortement augmenté entre 2000 et 2008, pour se stabiliser ensuite. En revanche, entre 2000 et 2011, le nombre de médecins par habitant n'a quasiment pas progressé en Estonie et en France, et il a diminué en Israël.

Pendant la récession de 2008-09 et les années qui ont suivi, le nombre absolu de médecins a continué à progresser dans la plupart des pays de l'OCDE. Toutefois, un ralentissement a été constaté dans certains pays durement frappés par la crise, tels que la Grèce. Le Portugal a enregistré une hausse de 12 % des médecins autorisés à exercer entre 2008 et 2011, même si cela ne signifie pas que le nombre de médecins réellement en exercice ait augmenté au même rythme. Au Royaume-Uni, le nombre de médecins en exercice a augmenté de 15 % entre 2008 et 2012 (graphique 3.1.2).

Depuis 2008, la France aussi a connu une légère progression du nombre absolu de médecins, équivalente à celle de sa population. Cette hausse tient essentiellement au fait qu'un nombre plus élevé que prévu de médecins de plus de 65 ans poursuivent leur activité (DREES, 2013).

Il est difficile de prévoir quelles seront l'offre et la demande de médecins à l'avenir, en raison de grandes incertitudes concernant, d'une part, le temps de travail et les départs à la retraite et, d'autre part, l'évolution des besoins de la population vieillissante en matière de santé et la croissance de l'économie et des dépenses de santé (Ono et al., 2013). En Australie, des projections récentes indiquent qu'il pourrait y avoir une légère pénurie de médecins à l'horizon 2025 sur la base d'une série d'hypothèses dans le scénario de référence. D'autres scénarios ont aussi été étudiés, venant soit pondérer, soit accentuer les résultats obtenus dans le scénario de référence. Ainsi, si la progression de la demande de services dispensés par les médecins s'avérait légèrement plus lente que prévu, la pénurie disparaîtrait. En revanche, en cas de baisse sensible du nombre de médecins étrangers ou de limitation du temps de travail hebdomadaire, un nombre accru de nouveaux diplômés en médecine serait nécessaire pour combler la pénurie (Health Workforce Australia, 2012).

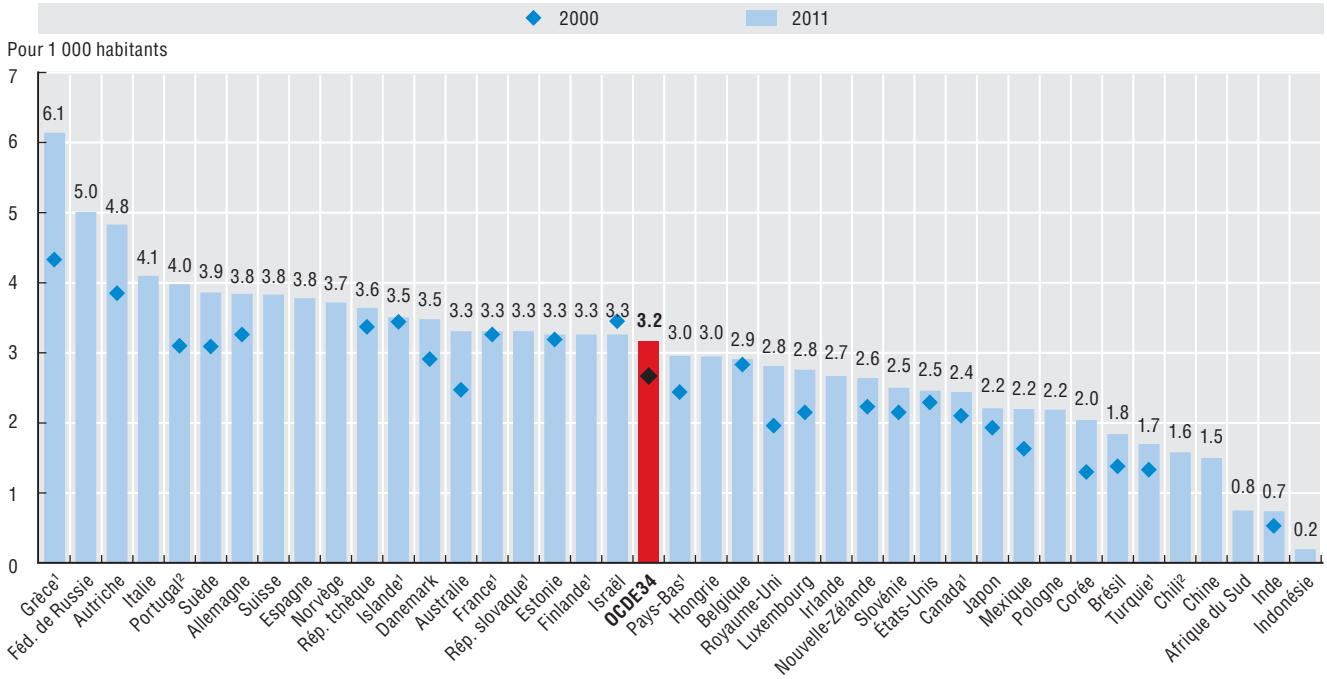
Au Royaume-Uni, un exercice similaire récent a mis en lumière un excédent potentiel de spécialistes sur la base d'un certain nombre d'hypothèses en matière d'évolution des dépenses de santé, de rémunération et d'inflation. Selon ces projections, si l'offre de généralistes devrait augmenter de 29 % entre 2010-11 et 2039-40, celle des médecins spécialistes à l'hôpital devrait bondir de 64 % (en fonction du nombre actuel d'étudiants admis en école de médecine et de diplômés), ce qui dépasserait largement les capacités de recrutement des services de santé britanniques sur la période considérée. L'une des conclusions tirées de cet exercice est qu'il pourrait être souhaitable de réduire légèrement le nombre d'étudiants admis en médecine et, plus particulièrement, de restreindre la formation des médecins en milieu hospitalier (CfWI, 2012).

### *Définition et comparabilité*

Dans la plupart des pays, les données se rapportent au nombre de médecins en exercice, défini comme le nombre de praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Il inclut souvent les internes et les médecins résidents (médecins en formation). Les chiffres correspondent au nombre de personnes physiques. Les chiffres pour l'Irlande sont basés sur des estimations. Plusieurs pays incluent également les médecins en activité dans le secteur de la santé, même si certains de ces médecins ne fournissent pas directement des soins aux patients. Le Portugal comptabilise le nombre de médecins autorisés à exercer (d'où une forte surestimation du nombre de médecins en exercice). Les données de l'Espagne jusqu'en 2010 incluent les dentistes, tandis que la Belgique prend en compte les stomatologistes (d'où, là encore, une certaine surestimation).

Les chiffres pour l'Inde représentent aussi probablement une surestimation parce qu'ils sont basés sur les registres qui ne sont pas mis à jour pour tenir compte des migrations, de la retraite ou du décès de certains médecins, et ils ne prennent pas en compte non plus les médecins enregistrés dans plusieurs États.

### 3.1.1. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)

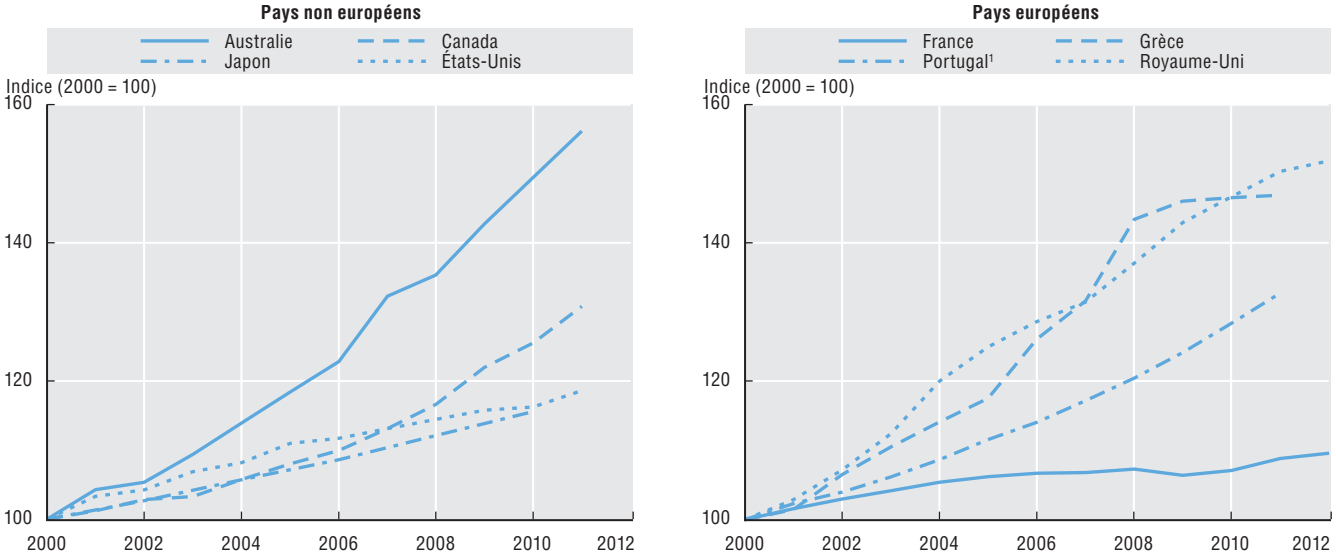



1. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (ajoutant 5 à 10 % de médecins).
2. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer (d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité au Portugal).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920467

### 3.1.2. Évolution du nombre de médecins pour quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2012 (ou année la plus proche)




1. Les données correspondent à l'ensemble des médecins habilités à exercer.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920486

## 3.2. Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

Au-delà du nombre total de médecins, la structure du personnel médical par âge et par sexe, ainsi que la répartition entre les différentes catégories de médecins jouent un rôle important dans l'offre de services médicaux. Depuis de nombreuses années, la problématique du vieillissement des médecins dans les pays de l'OCDE suscite des inquiétudes quant à l'insuffisance de la relève, bien que dans plusieurs pays, les départs à la retraite s'avèrent souvent progressifs et de plus en plus tardifs (Pong, 2011). Autre tendance, la part grandissante des femmes parmi les médecins (la « féminisation » des professions médicales) influe sur l'offre globale de services, du fait que leurs temps de travail sont généralement inférieurs à ceux de leurs homologues masculins. Cet écart tend toutefois à se réduire au sein des nouvelles générations (Maiorova, 2007). À cela s'ajoute le déséquilibre croissant en faveur de la médecine spécialisée au détriment de la médecine générale, qui soulève, dans de nombreux pays, le problème d'un accès adéquat et universel aux soins primaires.

En moyenne, près d'un tiers des médecins dans les pays de l'OCDE étaient âgés de plus de 55 ans en 2011, contre un sur cinq en 2000 (graphique 3.2.1). On peut donc s'attendre à une vague de départs à la retraite au cours de la prochaine décennie, bien qu'un nombre non négligeable de médecins continuent désormais d'exercer au-delà de 65 ans. En Israël, près de la moitié (49 %) des médecins était âgée de plus de 55 ans en 2011 – même si cela tient en partie au fait que ce chiffre inclut tous les médecins autorisés à exercer (y compris ceux qui peuvent avoir arrêté leur activité). En Belgique, en France et en Italie, ils étaient plus de 40 % à appartenir à cette tranche d'âge. À l'inverse, moins de 15 % des médecins au Royaume-Uni et en Corée étaient âgés de plus de 55 ans, du fait de l'arrivée de nombreux jeunes diplômés dans la profession au cours des dix dernières années (indicateur 3.5).

En 2011, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 44 % des médecins étaient des femmes, contre 38 % en 2000 et 29 % en 1990 (graphique 3.2.2). Neuf pays comptent désormais une majorité de femmes médecins (Estonie, Slovénie, Pologne, République slovaque, Finlande, Hongrie, République tchèque, Portugal et Espagne). À l'inverse, au Japon et en Corée, seul un médecin sur cinq était une femme en 2011. Depuis 2000, la proportion de femmes médecins a progressé dans l'ensemble des pays de l'OCDE dans lesquels ces statistiques étaient disponibles. Les Pays-Bas et l'Espagne ont connu des augmentations particulièrement sensibles.

L'équilibre entre généralistes et spécialistes a changé au cours des dernières décennies, le nombre de spécialistes ayant augmenté beaucoup plus rapidement que celui des généralistes. Bien que la recherche dans le domaine des services de santé souligne l'importance et l'efficience des soins primaires dispensés par les généralistes (Starfield et al., 2005), ces derniers ne représentent en moyenne, dans les pays de l'OCDE, que 30 % de l'ensemble des médecins. En 2011, on dénombrait plus de deux spécialistes pour un généraliste (graphique 3.2.3). En particulier, les spécialistes sont beaucoup plus nombreux que les généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale, ainsi qu'en Grèce. Toutefois, certains pays, comme l'Australie, le Canada et la France, ont préservé un meilleur équilibre entre ces deux catégories. En Irlande, la plupart des médecins généralistes ne sont pas des médecins de famille, mais plutôt des médecins non spécialistes travaillant dans les hôpitaux ou dans d'autres structures. Dans certains pays tels que les 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.

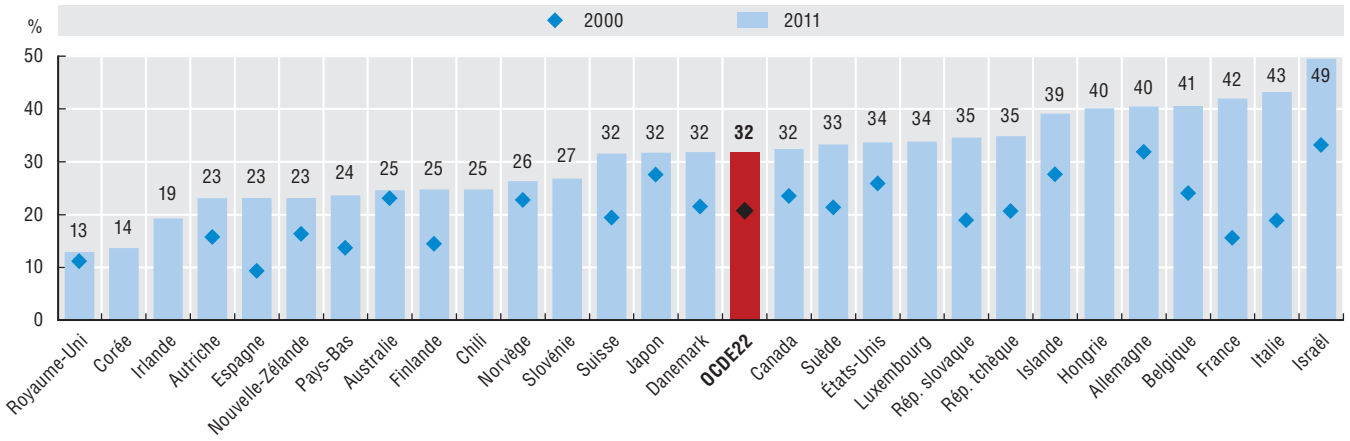
Dans de nombreux pays de l'OCDE, la rémunération des spécialistes est plus élevée et progresse plus rapidement que celle des généralistes (voir l'indicateur 3.6). Il s'agit là d'une incitation financière à la spécialisation, même si d'autres facteurs entrent également en ligne de compte – conditions d'exercice et prestige notamment. En réponse aux inquiétudes quant aux risques de pénurie de médecins généralistes, beaucoup de pays ont entrepris d'accroître l'offre de formation et de renforcer l'attrait de la profession. Par exemple, en France, environ 50 % de l'ensemble des places de formation en médecine sont réservés à la médecine générale (DREES, 2013). Aux Pays-bas, le nombre de places proposées dans les différentes filières médicales est régulièrement ajusté en fonction des perspectives d'évolution des besoins en personnel (ACMMP, 2010).

### *Définition et comparabilité*

L'indicateur 3.1 fournit une définition des médecins. Les chiffres pour certains pays (par exemple, Irlande et Portugal) se réfèrent à tous les médecins autorisés à exercer, non seulement ceux en exercice.

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. Ceci peut être lié à l'absence de données par spécialité pour les médecins en formation ou pour les médecins qui exercent dans le secteur privé.

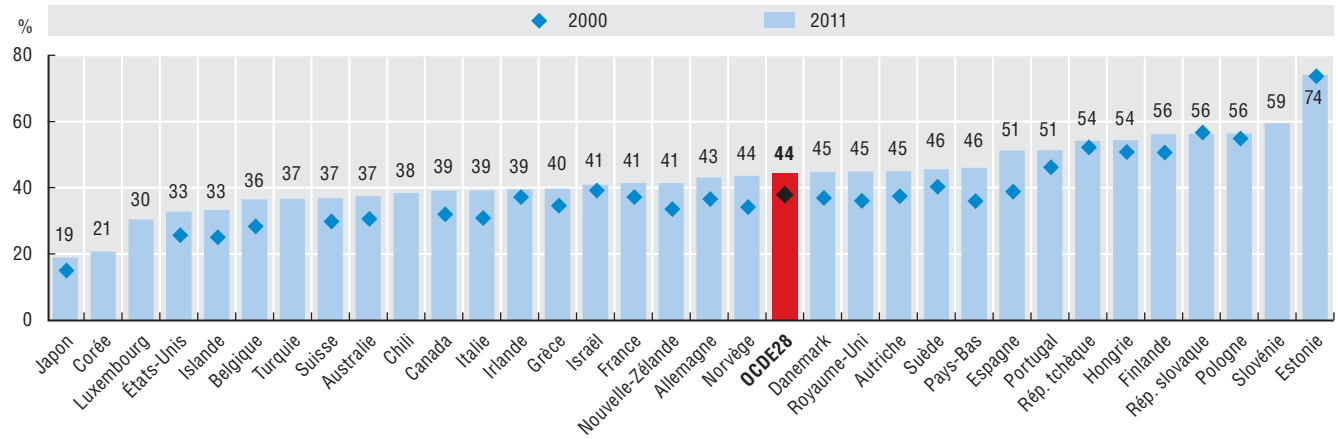
### 3.2.1. Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920505

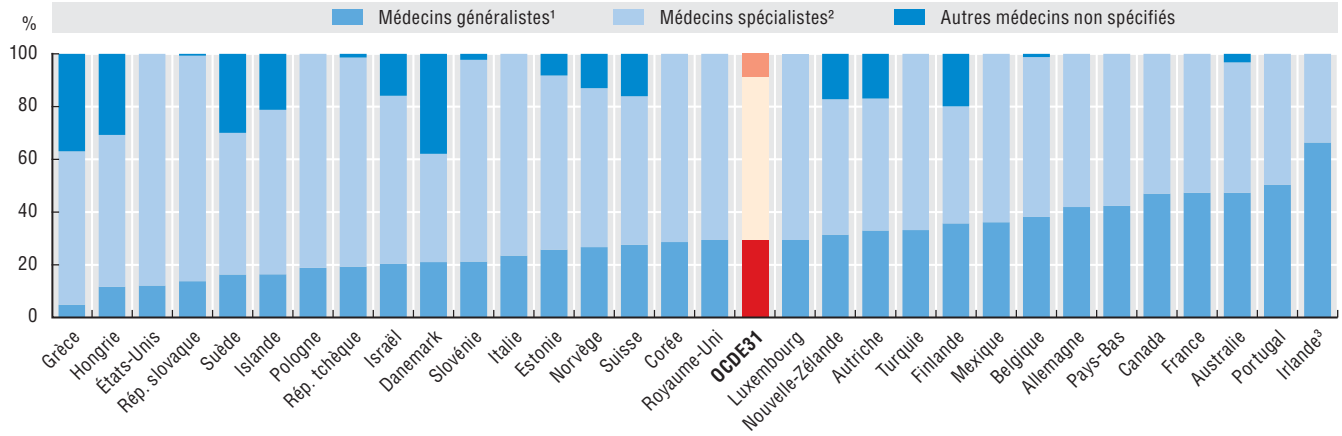
### 3.2.2. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920524

### 3.2.3. Pourcentage des généralistes et des spécialistes parmi les médecins, 2011 (ou année la plus proche)




1. Outre les médecins généralistes/médecins de famille, cette catégorie inclut également les médecins exerçant une médecine générale sans spécialité.
2. Les médecins spécialistes comprennent les pédiatres, les obstétriciens/gynécologues, les psychiatres et les spécialistes médicaux et chirurgicaux.
3. En Irlande, la plupart des généralistes ne sont pas des omnipraticiens (« médecins de famille »), mais plutôt des médecins non spécialistes travaillant dans les hôpitaux ou d'autres structures.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920543

## 3.3. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes

Les gynécologues sont spécialisés dans les fonctions et maladies en rapport avec l'appareil reproducteur féminin, 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 les distinguer. 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 sont le principal intervenant, souvent en collaboration avec 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.

En 2011, la République tchèque et la Grèce, suivies de l'Italie et de la République slovaque, étaient les pays qui comptaient le plus de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes (graphique 3.3.1). Dans ces pays, les obstétriciens jouent un rôle de premier plan dans la fourniture des soins prénatals et dans la prise en charge des accouchements. À l'autre extrémité se trouvaient la Nouvelle-Zélande, le Canada, l'Irlande, le Chili et les Pays-Bas.

Depuis 2000, le nombre de gynécologues et d'obstétriciens pour 100 000 femmes a augmenté dans la plupart des pays, bien qu'à un rythme variable (graphique 3.3.1). Le Mexique, l'Australie, la Suisse et le Royaume-Uni présentent les taux de croissance les plus élevés. Au contraire, le Japon et les États-Unis affichent un léger recul, ce qui s'explique, pour les États-Unis, par une croissance de la population supérieure à celle du nombre de gynécologues et obstétriciens.

En 2011, l'Islande, la Suède, la Turquie et l'Australie comptaient le plus grand nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes (graphique 3.3.2). C'est en Corée, au Canada et en Slovénie que la densité était la plus faible. Alors que le nombre de sages-femmes a fortement augmenté au Canada et en Slovénie ces dix dernières années, la Corée a enregistré une tendance inverse. Cette diminution a coïncidé avec une baisse continue du taux de fécondité dans le pays. Entre 2000 et 2011, le nombre de sages-femmes par habitante a également régressé légèrement en Estonie, en Hongrie et en Israël. 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 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 parce 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 font appel 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 demeure indispensable en cas de complications.

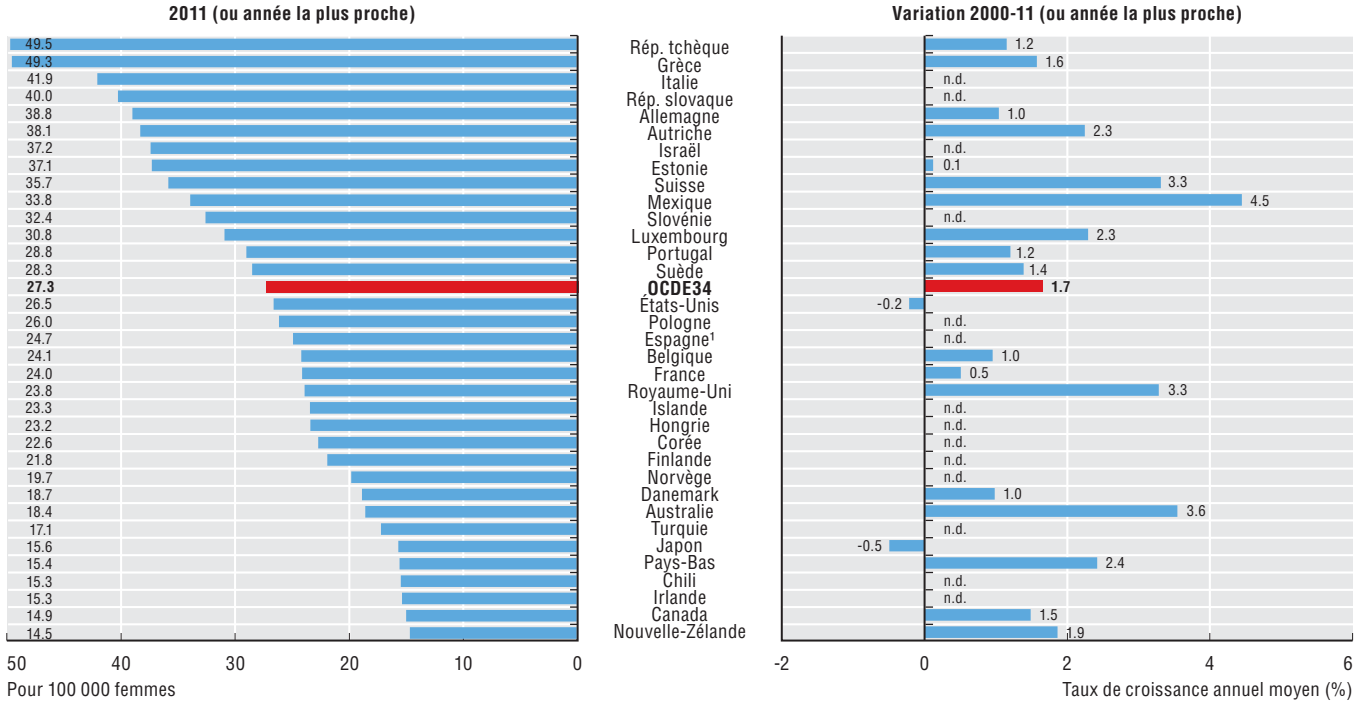
### *Définition et comparabilité*

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 (sauf en Irlande où les données pour les sages-femmes sont en équivalent temps plein). En Espagne, le nombre de gynécologues et d'obstétriciens comprend seulement ceux qui travaillent à l'hôpital.

Au Canada, il se peut que le nombre de sages-femmes soit sous-estimé car, dans certains territoires ou provinces, aucune réglementation ne requiert une licence comme condition d'exercice de la profession. En Autriche, le nombre de sages-femmes inclut uniquement celles employées dans les hôpitaux, ce qui se traduit par une sous-estimation comprise entre 40 et 50 %.

### 3.3.1. Gynécologues et obstétriciens pour 100 000 femmes, 2011 et variation entre 2000 et 2011

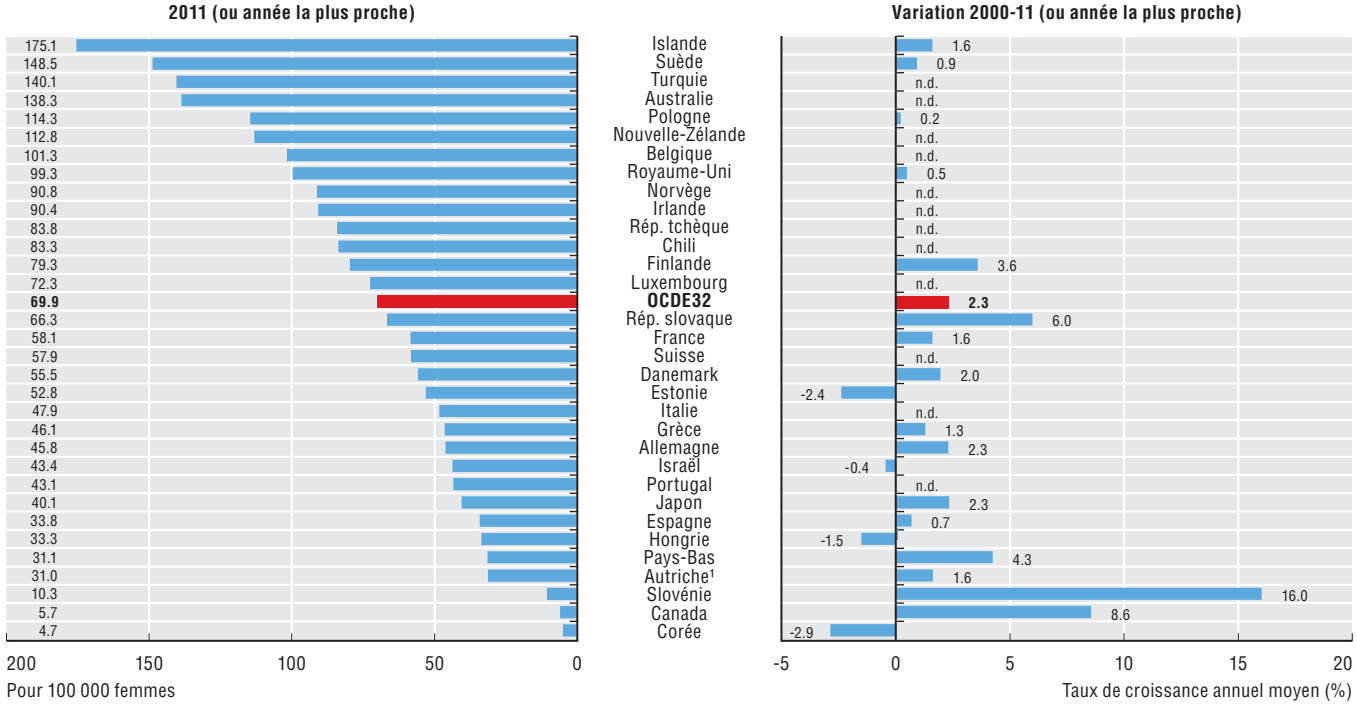



1. En Espagne, le nombre de gynécologues et obstétriciens comprend seulement ceux qui travaillent à l'hôpital.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920562

### 3.3.2. Sages-femmes pour 100 000 femmes, 2011 et variation entre 2000 et 2011




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

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920581

# 3.4. Psychiatres et personnel infirmer en psychiatrie

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, les psychiatres, les psychologues, les psychothérapeutes, les travailleurs sociaux et le personnel infirmier spécialisé. Cette partie porte sur deux catégories de prestataires de services de santé mentale – les psychiatres et le personnel infirmier travaillant en psychiatrie –, car on dispose de moins de données comparables sur les autres catégories. 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. Les infirmiers en psychiatrie ont généralement suivi une formation d'infirmier au niveau universitaire et travaillent dans le domaine des services de santé mentale (OMS, 2011e).

En 2011, on dénombrait en moyenne 15.6 psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE (graphique 3.4.1). C'est en Suisse que ce nombre était, de loin, le plus élevé, puisqu'il s'établissait à 45. Suivaient l'Islande, la France et la Suède, avec 22 psychiatres pour 100 000 habitants. La plupart des pays de l'OCDE en comptaient entre 10 et 20. Cinq pays affichaient une densité inférieure à 10 : le Mexique, la Turquie, le Chili, la Corée et la Pologne.

Depuis 2000, le nombre de psychiatres par habitant a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles (graphique 3.4.1). La progression a été particulièrement soutenue en Suisse, en Autriche, en Pologne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Aux États-Unis, le nombre de psychiatres par habitant a légèrement diminué au cours de la même période, du fait d'une croissance plus rapide de la population.

Comme pour beaucoup de spécialités médicales, les psychiatres peuvent être inégalement répartis entre les régions d'un pays donné. Par exemple, en 2009, certains États et territoires australiens recensaient deux fois plus de psychiatres par habitant que d'autres (AIHW, 2012b).

Le rôle des psychiatres varie selon les pays. Par exemple, en Espagne, ils travaillent en étroite coopération avec les généralistes. Par conséquent, bien que leur nombre soit relativement faible, les taux de consultation 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, 2007).

Dans de nombreux pays, le personnel infirmier joue un rôle prépondérant et croissant dans l'offre de services de santé mentale, en structures tant hospitalières qu'extra-hospitalières. En 2011, les Pays-Bas, l'Irlande et le Japon comptaient le plus grand taux d'infirmiers en psychiatrie (plus de 100 pour 100 000 habitants) ; la Turquie, le Mexique et la Hongrie affichaient quant à eux les densités les moins élevées (moins de 10 pour 100 000 habitants). Leur nombre était également relativement faible au Portugal et en Corée (entre 10 et 15). La moyenne de l'OCDE s'établissait à 50 infirmiers en psychiatrie pour 100 000 habitants (graphique 3.4.2).

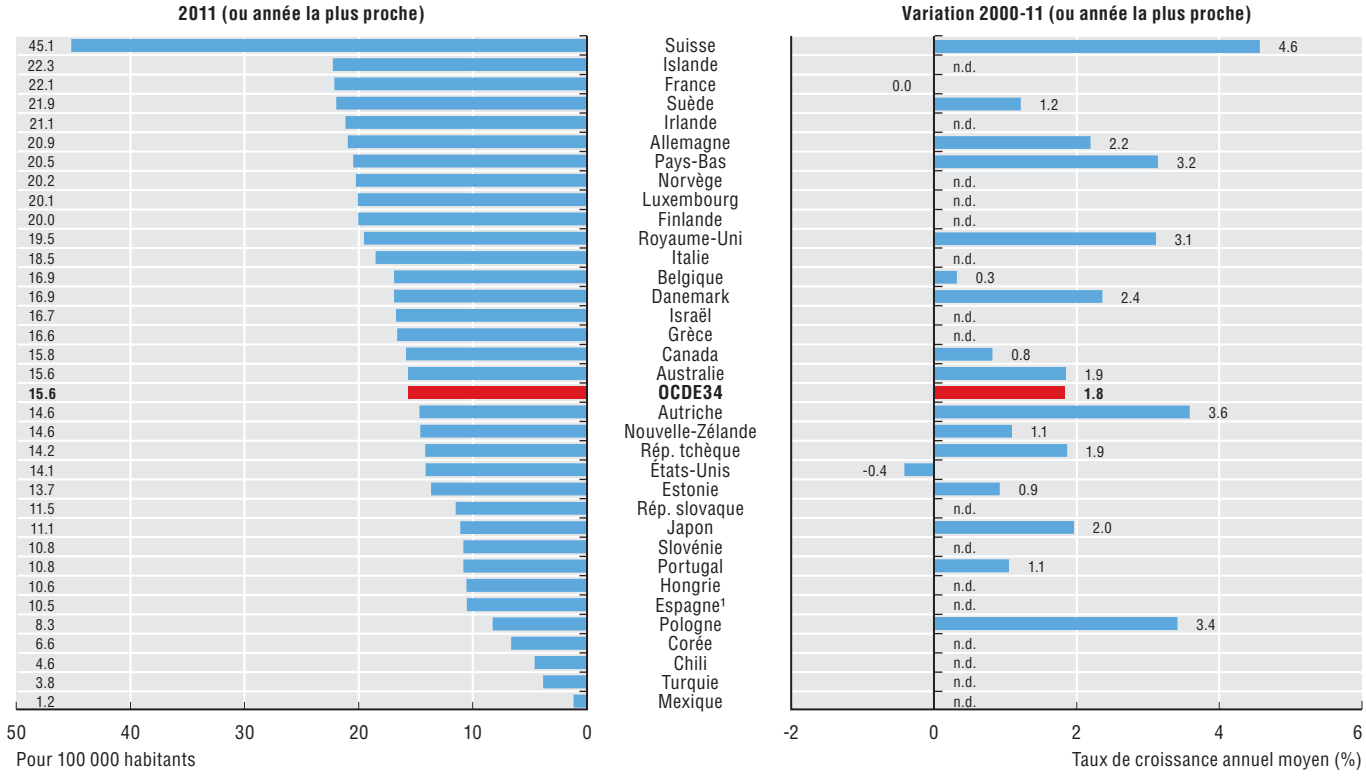
Certains pays, comme l'Australie, ont mis en place des programmes visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale en étendant le rôle des infirmiers spécialisés en psychiatrie dans les soins primaires. Dans le cadre du programme *Mental Health Nurse Incentive Program* lancé en 2007, le personnel infirmier spécialisé coopère avec les généralistes, les psychiatres et d'autres professionnels de la santé mentale pour prendre en charge les personnes souffrant de divers troubles mentaux. Selon une évaluation récente de ce programme, le personnel infirmier spécialisé joue un rôle positif dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins apportés à ces patients, au moyen d'approches souples et innovantes (Happell et al., 2010).

### *Définition et comparabilité*

Les psychiatres sont des docteurs en médecine spécialisés dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Ils ont suivi une formation supérieure spécialisée en psychiatrie, parfois complétée par une formation supplémentaire, en neuropsychiatrie ou pédopsychiatrie par exemple. 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. Les données se rapportent au nombre de personnes physiques, sans distinction entre travail à temps plein et travail à temps partiel. En Espagne, le nombre de psychiatres inclut seulement ceux qui travaillent à l'hôpital.

Un infirmier en psychiatrie est un infirmier qui a suivi une formation au niveau universitaire et travaille dans le domaine des services de santé mentale en hôpital, dans un centre de soins primaires ou dans une autre structure (OMS, 2011e).

### 3.4.1. Psychiatres pour 100 000 habitants, 2011 et variation entre 2000 et 2011

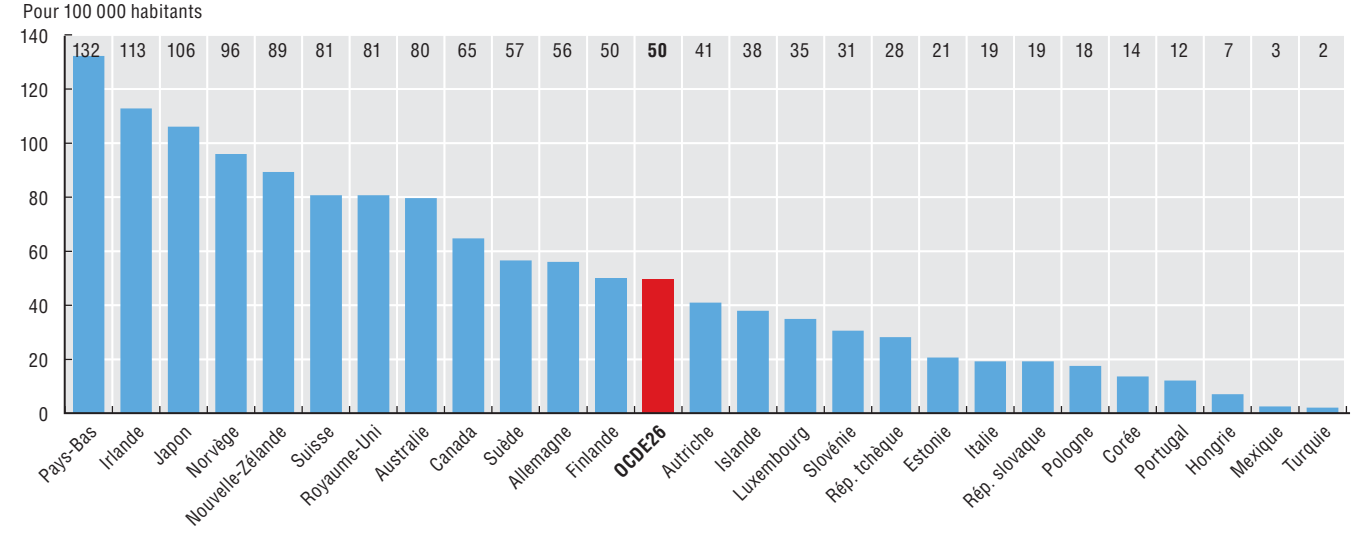



1. En Espagne, le nombre de psychiatres comprend seulement ceux qui travaillent à l'hôpital.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920600

### 3.4.2. Personnel infirmier en psychiatrie pour 100 000 habitants, 2011 (ou année la plus proche)




*Source :* Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale 2012 ; *WHO Mental Health Atlas 2011.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920619

# 3.5. 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. Étant donné qu'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 n'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 peuvent avoir 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 en limitant le nombre de places disponibles, sous la forme d'un *numerus clausus*. Cette démarche est motivée par différents facteurs : 1) limiter l'entrée aux candidats les plus compétents ; 2) exercer une influence sur le nombre total de médecins pour des raisons de maîtrise des coûts (une offre plus importante induisant une demande accrue) ; et 3) limiter le coût de la formation elle-même (dans tous les pays, y compris aux États-Unis, une part significative du coût de l'enseignement de la médecine est financée par des fonds publics, si bien que l'augmentation du nombre d'étudiants entraîne d'importantes dépenses publiques).

L'Autriche, le Danemark et l'Irlande sont les pays où le nombre de nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants était le plus élevé en 2011. Inversement, Israël, le Japon et la France sont les pays où la densité de nouveaux diplômés était la plus faible. La moyenne des pays de l'OCDE s'établissait à un peu plus de dix nouveaux diplômés en médecine pour 100 000 habitants (graphique 3.5.1). Si l'on effectue la mesure en proportion du stock de médecins (ce qui revient à évaluer le taux de remplacement), c'est au Mexique, en Irlande, aux Pays-Bas et au Danemark que le ratio de nouveaux diplômés était le plus élevé en 2011, Israël et la France affichant le plus faible. En moyenne dans les pays de l'OCDE, on dénombrait 34 nouveaux diplômés pour 1 000 médecins en exercice (graphique 3.5.2). En Israël et en France, la faiblesse persistante des effectifs de nouveaux diplômés observée au cours des deux dernières décennies s'est traduite par un vieillissement progressif du personnel médical, à tel point qu'ils figurent parmi les pays de l'OCDE où la proportion de médecins de plus de 55 ans est la plus élevée (indicateur 3.2).

Dans plusieurs pays (notamment en Australie, au Canada, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni), le nombre de nouveaux diplômés en médecine est en forte augmentation depuis 2000 (graphique 3.5.3). Il s'agit là d'une conséquence directe des décisions de développer les capacités de formation. En Australie, le nombre de médecins nouvellement diplômés a été multiplié par 2.5 entre 1990 et 2010, le plus fort de la croissance ayant eu lieu à partir de 2000. Au Royaume-Uni, leur nombre a doublé entre 1990 et 2011, avec, là encore, une accélération au cours de la dernière décennie. Cette tendance traduit la volonté de ces deux pays de réduire leur dépendance vis-à-vis des médecins formés à l'étranger pour répondre à leurs besoins. De même, suite à une baisse du nombre de nouveaux diplômés dans les années 90, le Canada a enregistré une augmentation supérieure à 50 % pendant les dix dernières années.

Aux Pays-Bas, les effectifs ont connu une progression constante au cours de la dernière décennie, après une période de fluctuations dans les années 90. Depuis 1999, la Commission de planification des effectifs médicaux (ACMMP) émet, tous les deux à trois ans, des recommandations à l'intention des diverses parties prenantes et du gouvernement sur le *numerus clausus* (nombre maximum d'étudiants admis dans le cadre des programmes d'enseignement et de formation à la médecine). Généralement acceptées, ces recommandations ont donné lieu à la croissance continue des effectifs observée au cours des dernières années (ACMMP, 2010).

Aux États-Unis, si l'augmentation du nombre de nouveaux diplômés en médecine au fil des deux dernières décennies a été moins marquée que dans d'autres pays, elle a connu récemment une légère accélération (+6 % entre 1990 et 2000 et +14 % entre 2000 et 2011).

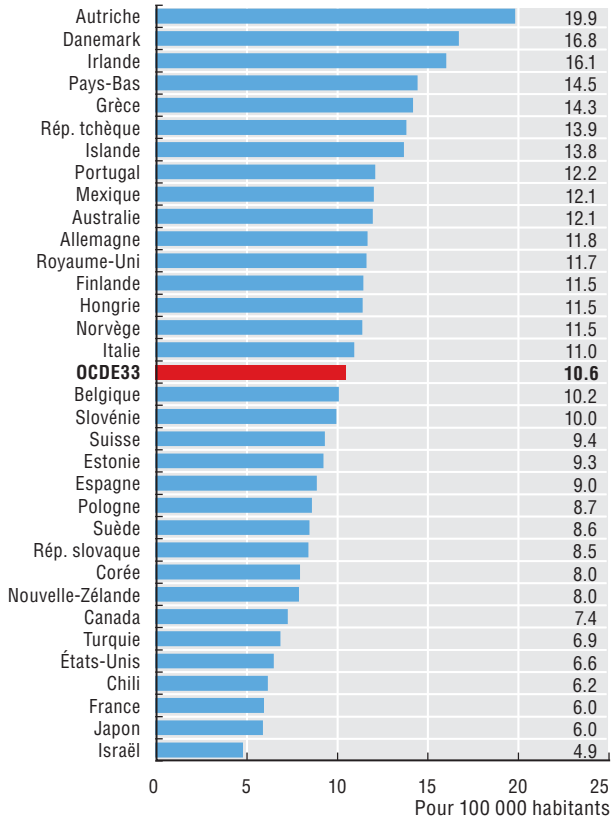
À l'inverse, au Japon, les effectifs de 2011 étaient un peu inférieurs à ceux de 1990, résultat de baisses successives dans les années 90, qui n'ont été que partiellement compensées par des hausses modérées depuis 2000. L'Italie a, quant à elle, été marquée par une chute du nombre de diplômés dans la première moitié des années 90 (confirmant une tendance amorcée au milieu des années 80), suivie d'une stabilisation des effectifs. Conséquence de la réduction globale enregistrée au cours des 20 dernières années, le pays affiche une proportion croissante de médecins âgés de 55 ans et plus, à l'instar de la France et Israël (indicateur 3.2). Même si le nombre d'admissions d'étudiants en médecine a augmenté récemment dans ces trois pays, le nombre de médecins susceptibles de partir à la retraite devrait excéder celui des nouveaux entrants dans les prochaines années.

### *Définition et comparabilité*

Le nombre de médecins nouvellement diplômés équivaut au nombre d'étudiants ayant obtenu 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.

L'Autriche et le Royaume-Uni ne prennent pas en compte les diplômés de nationalité étrangère, à la différence d'autres pays (en République tchèque, ces derniers représentent environ 30 % de l'ensemble des nouveaux diplômés en médecine). 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 Allemagne, en Belgique et en France.

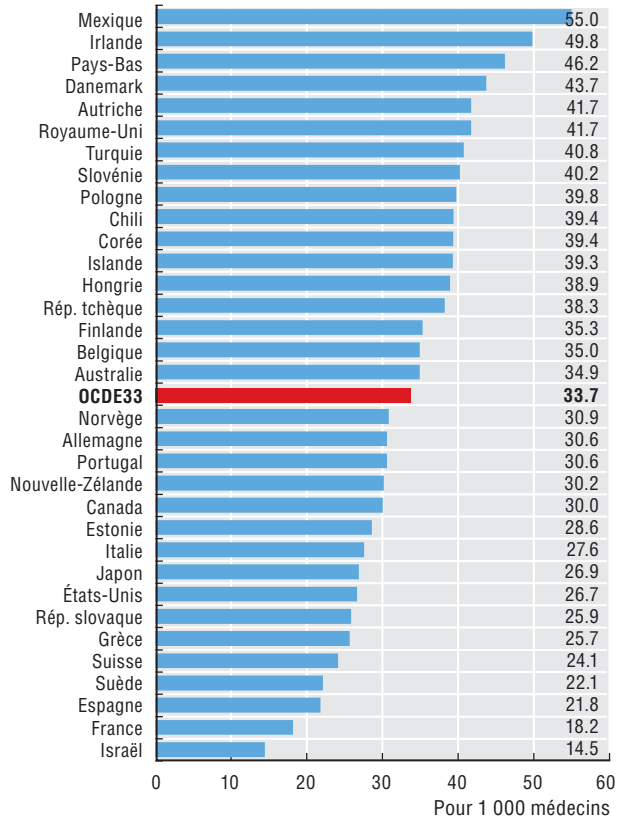
### 3.5.1. Diplômés en médecine pour 100 000 habitants, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920638

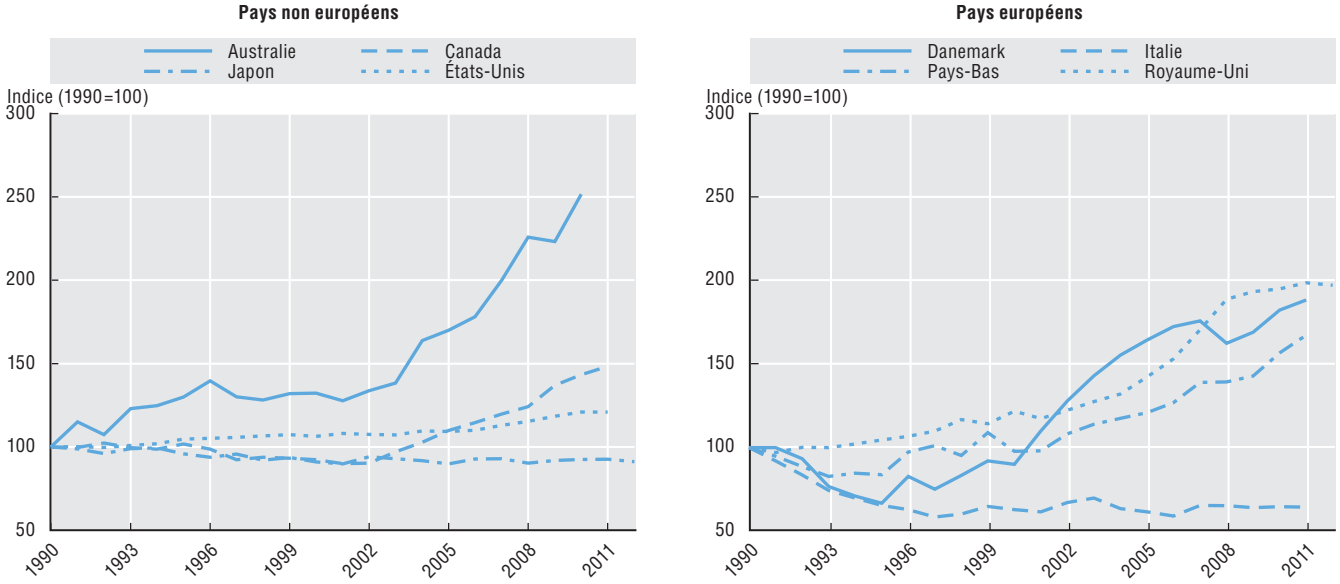
### 3.5.2. Diplômés en médecine pour 1 000 médecins, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920657

### 3.5.3. Évolution du nombre de diplômés en médecine pour quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2012 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920676

# 3.6. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Le niveau de rémunération des médecins dépend pour partie du niveau général de développement économique d'un pays. Néanmoins, la rémunération des médecins par rapport au salaire moyen en vigueur dans chaque pays est très variable. Par ailleurs, la structure de la rémunération des diverses catégories de médecins a un impact sur l'attrait financier relatif des différentes spécialités. 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 encore via la réglementation des honoraires.

Les données de l'OCDE distinguent la rémunération des médecins salariés de celle des médecins libéraux, même si cette distinction tend parfois à devenir de plus en plus floue. De fait, certains praticiens salariés sont autorisés à exercer en clientèle privée, tandis que des praticiens libéraux peuvent recevoir une partie de leur rémunération sous forme de salaires. Une distinction est également faite entre médecins généralistes et spécialistes (toutes spécialités confondues).

Comme on pouvait s'y attendre compte tenu de leurs qualifications élevées, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est nettement plus élevée que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs dans tous les pays de l'OCDE (graphique 3.6.1). En Australie, la rémunération des médecins généralistes libéraux était égale à 1.7 fois le salaire moyen en 2011, tandis qu'en Irlande, au Canada et aux Pays-Bas (en 2010), elle équivalait à 3 fois le salaire moyen. Au Royaume-Uni, elle s'établissait à 3.4 fois le salaire moyen en 2011. Dans ce pays, le revenu des généralistes libéraux a fortement augmenté suite à la mise en place, en 2004, d'un nouveau contrat destiné à améliorer leur rémunération et la qualité des soins primaires (Fujisawa et Lafortune, 2008).

Le revenu des spécialistes était compris entre 1.6 fois le salaire moyen pour les spécialistes salariés en Hongrie et en Pologne et plus de 5 fois pour les spécialistes libéraux en Belgique et aux Pays-Bas.

Dans tous les pays à l'exception du Danemark, de la Pologne et du Royaume-Uni, la rémunération des généralistes est inférieure à la rémunération moyenne des spécialistes. Au Canada, les spécialistes libéraux percevaient 4.7 fois le salaire moyen en 2010, contre 3 fois pour les généralistes. En France, les spécialistes libéraux percevaient 3.6 fois le salaire moyen, contre 2.1 fois pour les généralistes (sachant que le revenu des spécialistes, comme celui des généralistes, y est sous-estimé – voir l'encadré « Définition et comparabilité »). L'écart de revenu entre généralistes et spécialistes est particulièrement grand en Belgique, 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 au cours des dix dernières années, réduisant l'attrait financier de la profession de médecin généraliste. C'est le cas notamment du Canada, de la Finlande, de la France et de la Hongrie, où la rémunération des spécialistes a augmenté plus vite que celle des généralistes. En revanche, en Autriche et en Belgique, l'écart s'est légèrement réduit, la rémunération des généralistes ayant progressé plus rapidement que celle des spécialistes (graphique 3.6.2).

### *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 comprend normalement tous les paiements additionnels tels que les primes et le paiement des gardes de nuit, des astreintes et des heures supplémentaires, et n'inclut pas les frais professionnels dans le cas des médecins libéraux.

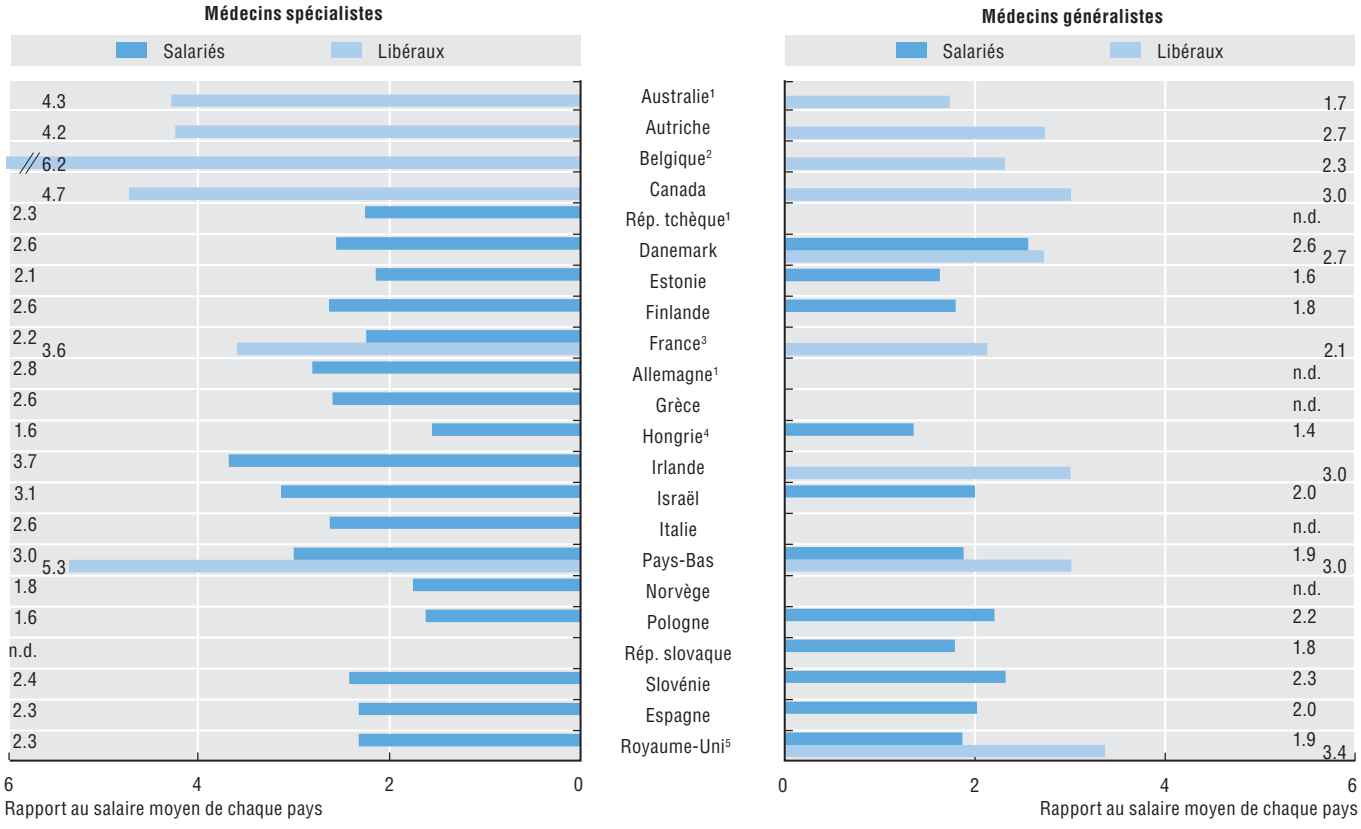
Les données présentent des limites qui contribuent à une sous-estimation du montant de la rémunération : 1) la rémunération des heures supplémentaires, les primes et les autres revenus additionnels ou les cotisations de sécurité sociale sont exclus dans certains pays (Autriche pour les généralistes, Irlande et Nouvelle-Zélande pour les spécialistes salariés, France, Italie et République slovaque) ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés sont exclus dans des pays tels que la République tchèque, la Hongrie, la Slovénie, l'Espagne, l'Islande et l'Irlande ; 3) les rémunérations informelles, qui peuvent être courantes dans des pays comme la Grèce et la Hongrie, ne sont pas prises en compte ; 4) au Chili, au Danemark, en Hongrie, en Norvège et en République slovaque, les données ne se rapportent qu'aux salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle dans le secteur privé ; 5) en France, c'est le revenu net et non le revenu brut qui est utilisé ; et 6) les médecins en formation sont pris en compte en Allemagne, en Australie, en République tchèque, et au Royaume-Uni pour les spécialistes.

Dans certains cas (Australie, Autriche, Belgique, Pays-Bas et Royaume-Uni pour les généralistes), les données tiennent compte des professionnels à temps partiel, tandis que dans d'autres, elles se rapportent uniquement aux médecins qui exercent à temps plein.

En Belgique, les données pour les médecins libéraux incluent les dépenses professionnelles, ce qui entraîne une surestimation.

Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la *Base de données des Statistiques de l'OCDE sur la population active*.

### 3.6.1. Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2011 (ou année la plus proche)

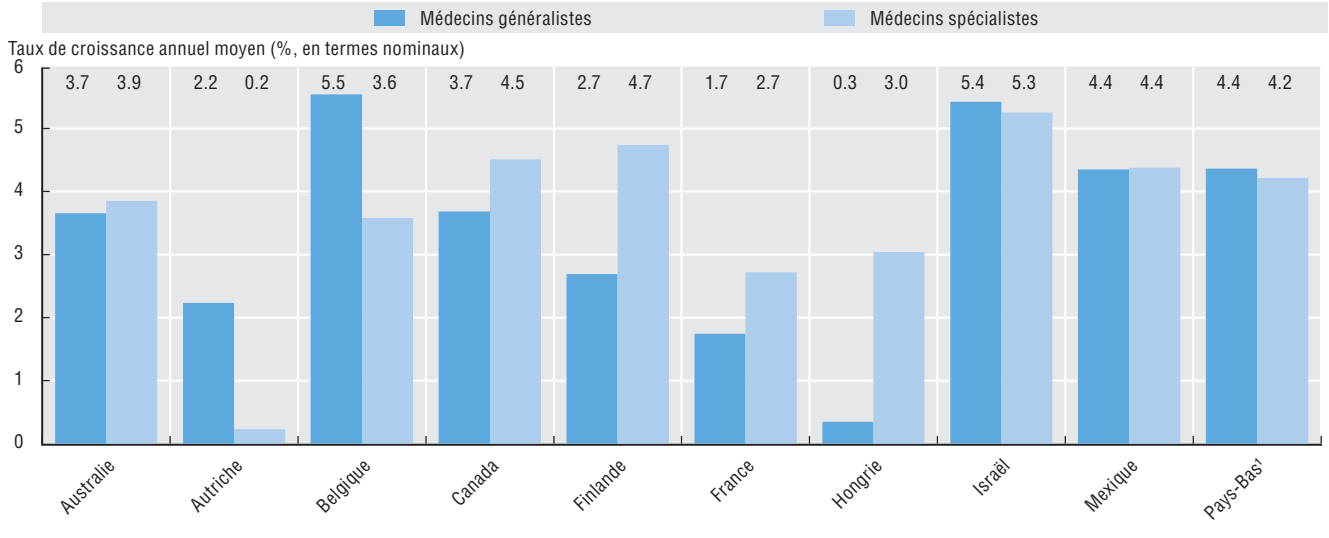



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation).
2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).
3. La rémunération des médecins libéraux correspond au revenu net et non au revenu brut (d'où une sous-estimation).
4. Employés du secteur public uniquement (d'où une sous-estimation).
5. Médecins spécialistes en formation inclus (d'où une sous-estimation).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920695

### 3.6.2. Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, 2005-11 (ou année la plus proche)




1. Le taux de croissance pour les Pays-Bas est celui des médecins généralistes et spécialistes libéraux.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920714

## 3.7. Personnel infirmier

Les infirmiers sont beaucoup plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. Ils jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins, 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.

Beaucoup de pays redoutent une pénurie de personnel infirmier et cette inquiétude pourrait fort bien s'intensifier dans les années à venir du fait que la demande va continuer de s'accroître alors que le vieillissement de la génération du « baby-boom » va entraîner une vague de départs à la retraite. Ces préoccupations ont conduit de nombreux pays à prendre des mesures pour former davantage d'infirmiers et inciter le personnel à rester dans la profession.

En moyenne, parmi les pays de l'OCDE, on dénombrait 8.8 infirmiers pour 1 000 habitants en 2011 (graphique 3.7.1). C'est en Suisse, au Danemark, en Belgique et en Islande que le nombre d'infirmiers par habitant était le plus élevé, avec une densité supérieure à 14 pour 1 000 habitants (dans le cas de la Belgique, les données se rapportaient à tous les infirmiers autorisés à exercer, d'où une surestimation). Les pays de l'OCDE où la densité était la plus faible sont la Turquie, le Mexique et la Grèce. Les grands pays émergents, comme l'Indonésie, l'Inde, l'Afrique du Sud, le Brésil et la Chine, affichaient également une densité faible par rapport à la moyenne de l'OCDE, puisqu'elle était inférieure à 2 infirmiers pour 1 000 habitants en 2011. Certains d'entre eux ont toutefois enregistré une augmentation rapide du nombre d'infirmiers au cours des 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 Portugal, l'Espagne, la Corée et la Turquie sont les pays qui ont connu la plus forte hausse depuis 2000, bien que la densité y reste largement inférieure à la moyenne de l'OCDE. En Israël, le nombre d'infirmiers par habitant a diminué entre 2000 et 2011 du fait d'une croissance plus rapide de la population. Il a également baissé en République slovaque, à la fois en nombre absolu et en densité par habitant ; toutefois, la hausse récente du nombre d'étudiants admis dans les filières de formation du personnel infirmier et du nombre de diplômés pourrait inverser la tendance dans les années à venir.

En 2011, le ratio infirmiers-médecins était compris entre 4.5 au Japon, et 0.5 en Grèce et 1.0 en Turquie (graphique 3.7.2). Le ratio était aussi relativement faible au Mexique, en Espagne, en Israël et au Portugal, où il était inférieur ou égal à 1.5 infirmier par médecin. La moyenne pour les pays de l'OCDE était légèrement inférieure à trois, la majorité des pays comptant entre deux et quatre infirmiers par médecin.

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 de pratique avancée peut permettre d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente, tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins. La plupart des évaluations révèlent que ce modèle s'avère 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 dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à leur développement (Delamaire et Lafortune, 2010).

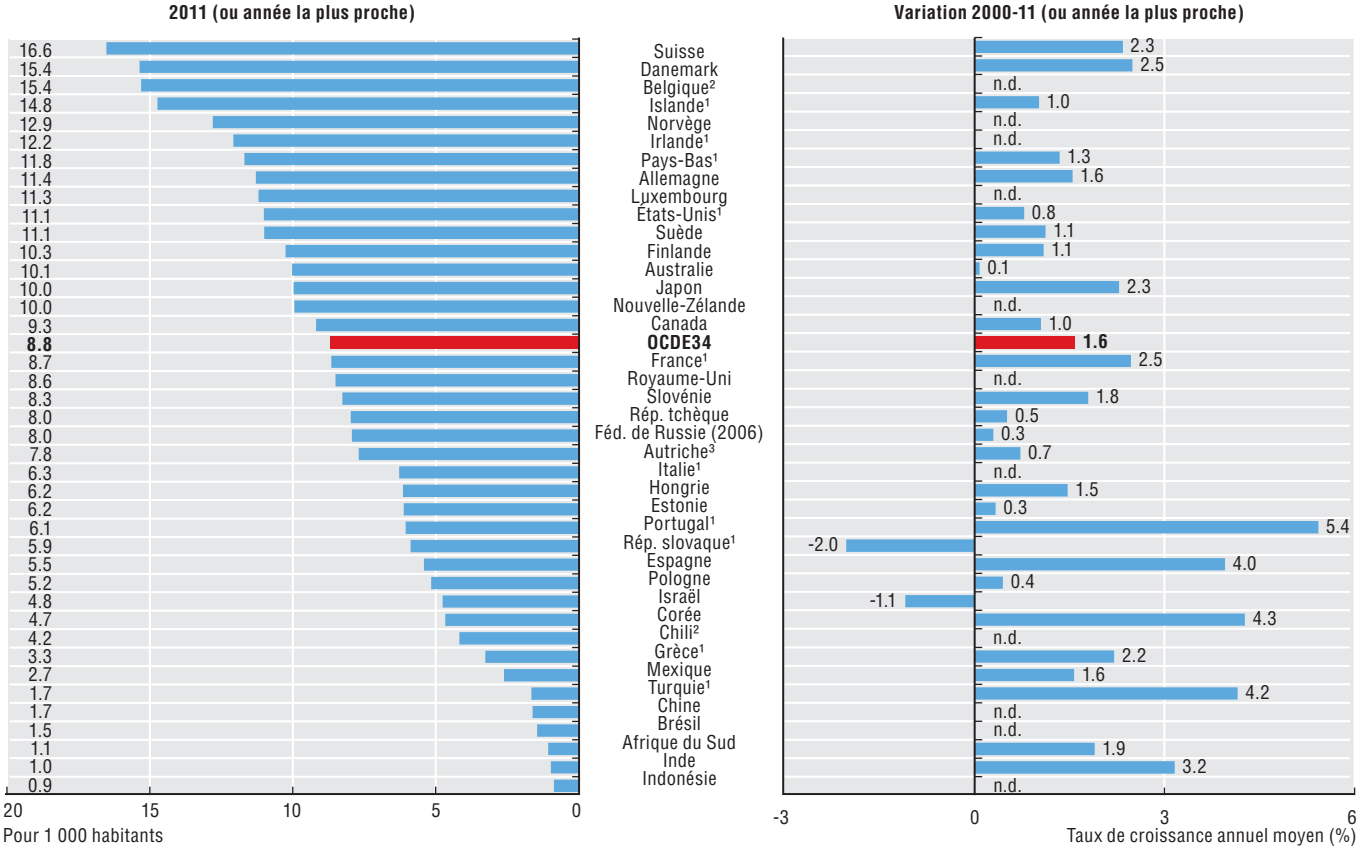
### *Définition et comparabilité*

Le nombre d'infirmiers tient compte de l'ensemble du personnel infirmier employé dans des structures publiques et privées, fournissant des soins directement aux patients ; sont également inclus, dans certains cas, les infirmiers qui exercent une fonction d'encadrement, de formation ou de recherche. La Belgique comptabilise tous les infirmiers autorisés à exercer, ce qui se traduit par une forte surestimation.

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 pas, en principe, pris en compte. Toutefois, environ la moitié des pays de l'OCDE incluent les sages-femmes, qu'ils 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. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmiers qui ont suivi une formation de trois ans pour intervenir auprès des personnes âgées, ce qui représente environ 277 500 infirmiers (30 % supplémentaires).

### 3.7.1. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2011 et variation entre 2000 et 2011

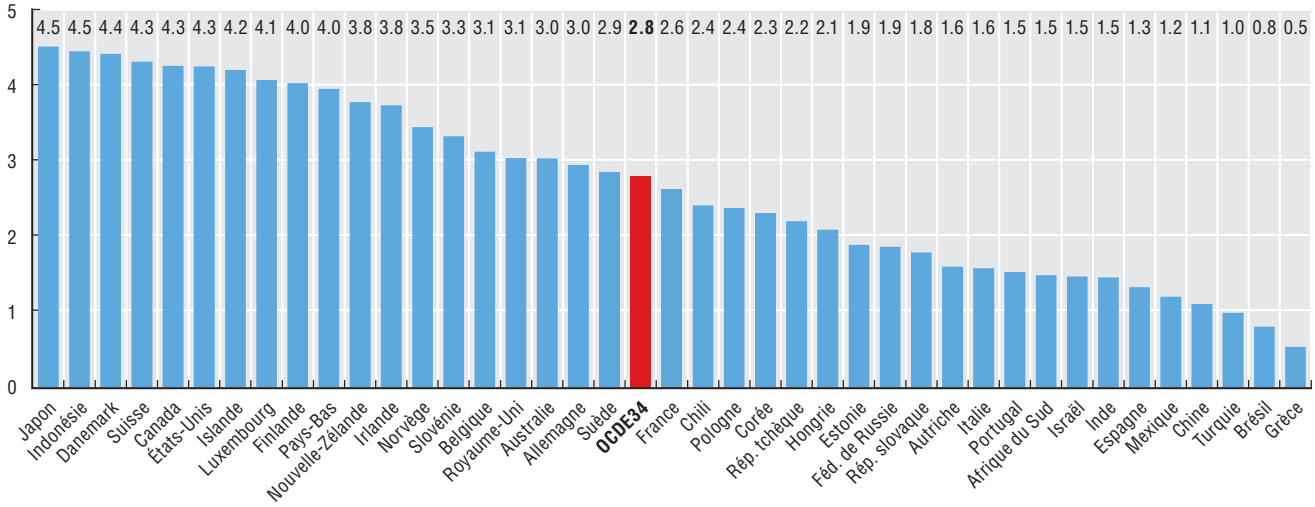



1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. Les données correspondent au personnel infirmier habilité à exercer.
3. L'Autriche inclut uniquement le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

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920733

### 3.7.2. Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Pour les pays n'ayant pas fourni de données sur les infirmiers en exercice et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent au même concept (« professionnellement actifs » ou « habilités à exercer ») pour les infirmiers et les médecins.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920752

# 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 prévue, de personnel. Il est d'autant plus important d'investir davantage dans la formation que la population infirmière vieillit dans de nombreux pays et que les infirmiers de la génération du « baby-boom » approchent de la retraite.

En 2011, on dénombrait 43 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 3.8.1). Les pays présentant la densité la plus élevée étaient la Corée, la Slovénie, le Danemark et la Suisse ; à l'inverse, le Mexique, Israël, la République tchèque, la Turquie, l'Italie et le Luxembourg affichaient les densités les plus faibles (moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE). La proportion d'infirmiers nouvellement diplômés a toujours été faible au Mexique, en Turquie et en Israël, trois pays où le nombre d'infirmiers par habitant est relativement peu élevé (voir l'indicateur 3.7). Au Luxembourg, la proportion de diplômés est certes 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 cas, le nombre d'élèves admis dans les filières de formation n'est pas limité. Il en va ainsi en Belgique, au Chili, en République tchèque, aux Pays-Bas, 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 à accueillir des élèves. Toutefois, dans la plupart des pays, l'entrée dans les filières de formation est régulée (OCDE, 2008a).

L'augmentation des effectifs en formation dans certains pays transparaît également à travers le nombre de diplômés pour 1 000 infirmiers en exercice (graphique 3.8.2). Ce ratio s'élevait à 54 en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2011. Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés en proportion du nombre d'infirmiers en exercice était, de loin, le plus élevé en Corée, avec, en 2011, un ratio de plus de 200 diplômés pour 1 000 infirmiers en exercice. Par conséquent, l'offre de personnel infirmier devrait augmenter rapidement en Corée, pour se rapprocher de la moyenne de l'OCDE. Le Luxembourg, la République tchèque, Israël et l'Allemagne en comptaient pour leur part moins de 25.

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 de la dernière décennie (graphique 3.8.3). Tel a été le cas en Italie, où les inquiétudes suscitées par les pénuries de personnel ont conduit à développer les filières de formation universitaire à partir des années 2000. En conséquence, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a plus que triplé entre 2000 et 2007, une situation à l'opposé de celle des médecins nouvellement diplômés qui n'ont pas progressé au cours de la décennie écoulée, après une baisse marquée dans les années 90 (indicateur 3.5). Le Portugal a aussi enregistré une forte augmentation du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés entre 2003 et 2007, suivie, depuis lors, d'une stabilisation. Quant à la France, elle a affiché une progression relativement constante entre 2000 et 2011, avec des effectifs qui ont augmenté de deux tiers. Même tendance en Suisse, qui a connu une hausse de 50 % au cours de la même période.

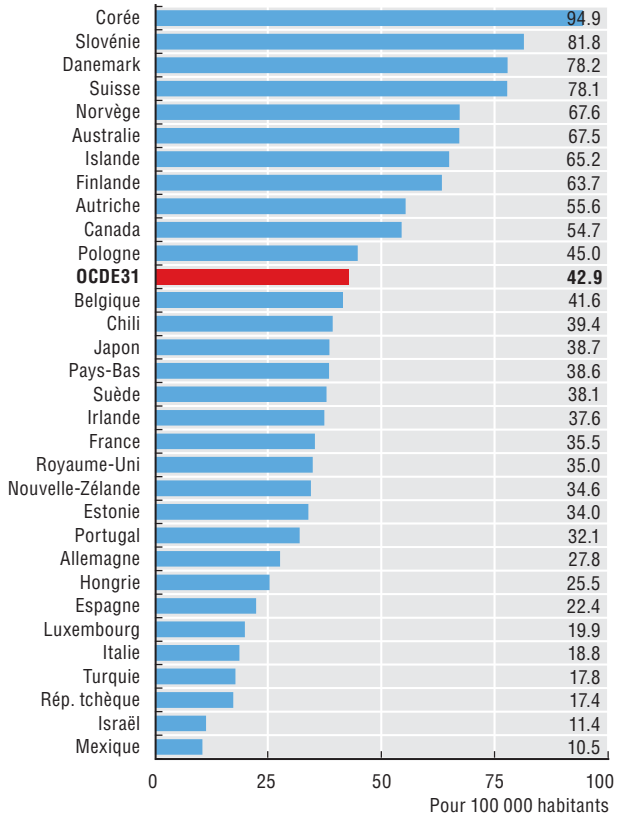
### *Définition et comparabilité*

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 la Suède n'incluent pas les diplômés issus de filières de niveau inférieur, tandis que ceux de l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmiers ayant suivi une formation de trois ans pour intervenir auprès des personnes âgées (d'où une sous-estimation de la proportion 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, pour éviter toute incohérence.

Dans le cas du Royaume-Uni, les données correspondent à des estimations basées sur le nombre d'infirmiers nouvellement inscrits auprès du *Nursing and Midwifery Council*. Au Danemark, les données reflètent le nombre de nouveaux infirmiers qui reçoivent l'autorisation d'exercer.

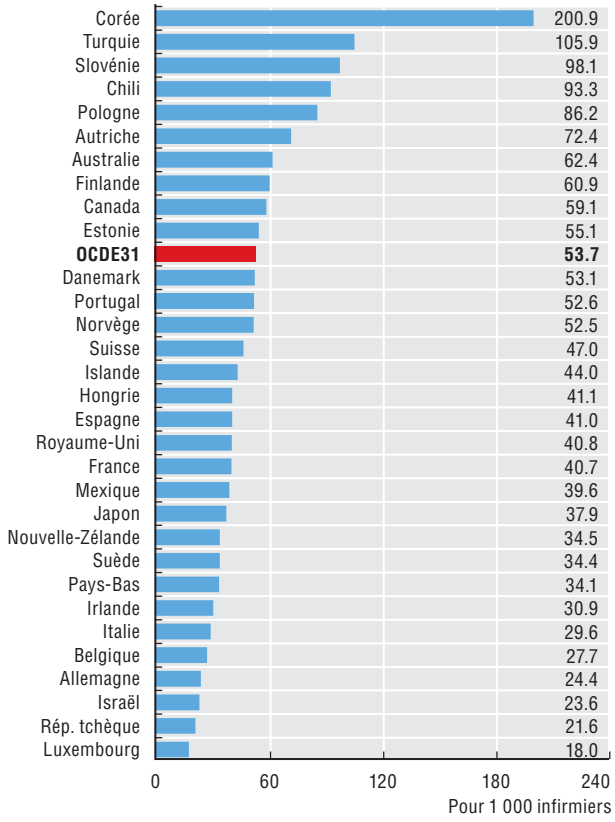
### 3.8.1. Infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920771

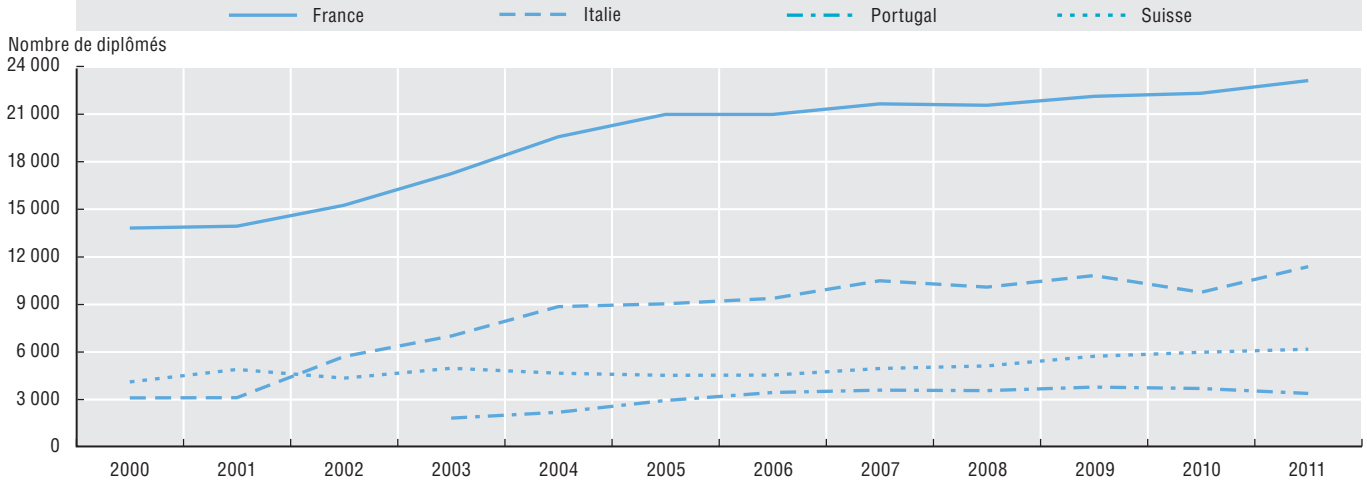
### 3.8.2. Infirmiers nouvellement diplômés pour 1 000 infirmiers, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920790

### 3.8.3. Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920809

# 3.9. Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération du personnel infirmier est l'un des facteurs qui influent sur la satisfaction professionnelle et l'attrait de la profession. Il a aussi un effet direct sur les coûts, puisque les salaires représentent l'un des principaux postes de dépenses des systèmes de santé.

Les données présentées ici portent généralement sur la rémunération du personnel infirmier qui travaille dans les hôpitaux, mais la couverture est différente pour certains pays (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

Les données sont présentées de deux manières. Premièrement, la rémunération du personnel infirmier 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 à l'étranger.

Dans la plupart des pays, la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier était au minimum légèrement supérieure au salaire moyen en 2011. Au Luxembourg et en Israël, elle était 40 % plus élevée. Ce différentiel était de 30 % aux États-Unis et de 20 % en Grèce, en Espagne, en Australie et en Allemagne. En revanche, dans d'autres pays, le salaire des infirmiers était à peu près équivalent au salaire moyen. En République slovaque et en Hongrie, il était inférieur de 20 %.

Convertie dans une monnaie commune, la rémunération du personnel infirmier était plus de quatre fois plus élevée au Luxembourg qu'en Hongrie, en République slovaque et en Estonie. Les infirmiers américains avaient 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 étrangers (Aiken et Cheung, 2008).

Avant la crise économique, des préoccupations au sujet de la compétitivité de la rémunération du personnel infirmier, de l'équité salariale, des risques de pénurie ou de la répartition géographique inégale du personnel ont conduit certains pays à accroître leur rémunération. Ainsi, entre 2005 et 2008, plusieurs pays dont la République slovaque, la République tchèque, la Hongrie, l'Italie et l'Islande ont augmenté les salaires de certaines catégories d'infirmiers. Ces mesures ont parfois conduit à une augmentation du nombre de candidats dans les filières de formation correspondantes (Buchan et Black, 2011). Suite à la crise économique, les fortes pressions budgétaires ont contraint certains pays européens à procéder, au moins à titre temporaire, à des baisses de salaire. Ainsi, en Grèce, la rémunération annuelle des infirmiers a perdu en moyenne 6 % par an en valeur nominale entre 2009 et 2011. En Islande, les salaires, qui avaient été réduits en 2009 et 2010 (Friðfinnsdóttir et

### *Définition et comparabilité*

La rémunération du personnel infirmier correspond au salaire annuel *brut* moyen, qui comprend les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu des salariés. Elle inclut normalement tous les revenus additionnels tels que les primes et le paiement des 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, elles couvrent aussi les infirmiers travaillant dans d'autres structures.

Dans certains États fédéraux comme l'Australie, le Canada et les États-Unis, le niveau et la structure de la rémunération ne sont pas déterminés à l'échelon national, ce qui se traduit par des disparités entre juridictions. Dans ces trois pays, les données se rapportent uniquement aux infirmiers « de niveau supérieur » (d'où une surestimation comparativement aux pays dans lesquels les infirmiers « de niveau intermédiaire » sont également pris en compte).

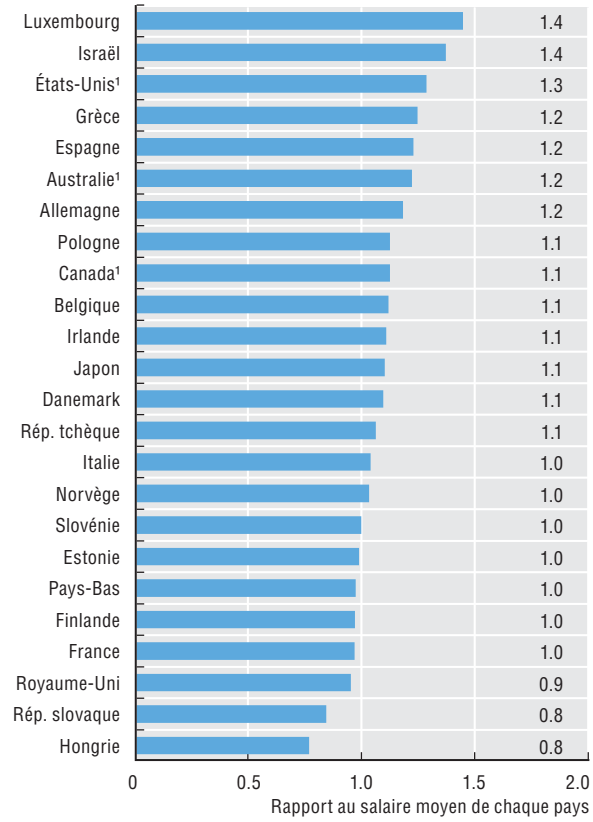
Les données pour la Nouvelle-Zélande se réfèrent au personnel infirmier employé par les conseils régionaux de santé financés publiquement.

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 (ce qui donne lieu à une sous-estimation). Les données relatives à certains pays n'incluent pas les revenus additionnels comme le paiement des heures supplémentaires ou les primes. Tel est le cas, par exemple, de l'Italie et de 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.

Le revenu des infirmiers est comparé au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base des statistiques de l'OCDE sur la population active.

Dans le graphique 3.9.3, le taux de croissance de la rémunération des infirmiers ne couvre que la période allant de 2008 à 2010 dans certains pays, soit parce que des données plus récentes ne sont pas disponibles (Australie, Belgique, Canada, Pays-Bas), soit parce qu'il y avait une rupture de série due à un changement de sources et méthodes (Irlande).

### 3.9.1. Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2011 (ou année la plus proche)

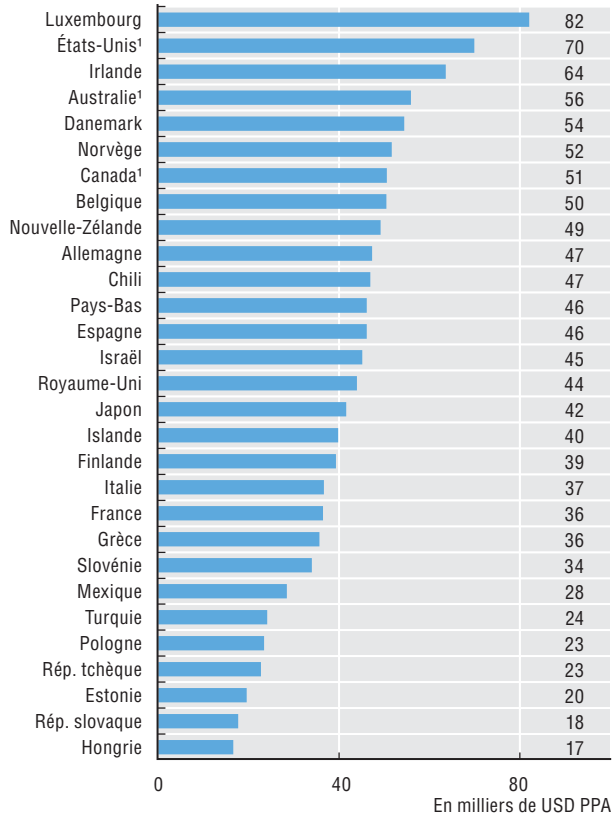



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Australie et Canada (d'où une surestimation).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920828

### 3.9.2. Remunération des infirmiers à l'hôpital en USD PPA, 2011 (ou année la plus proche)

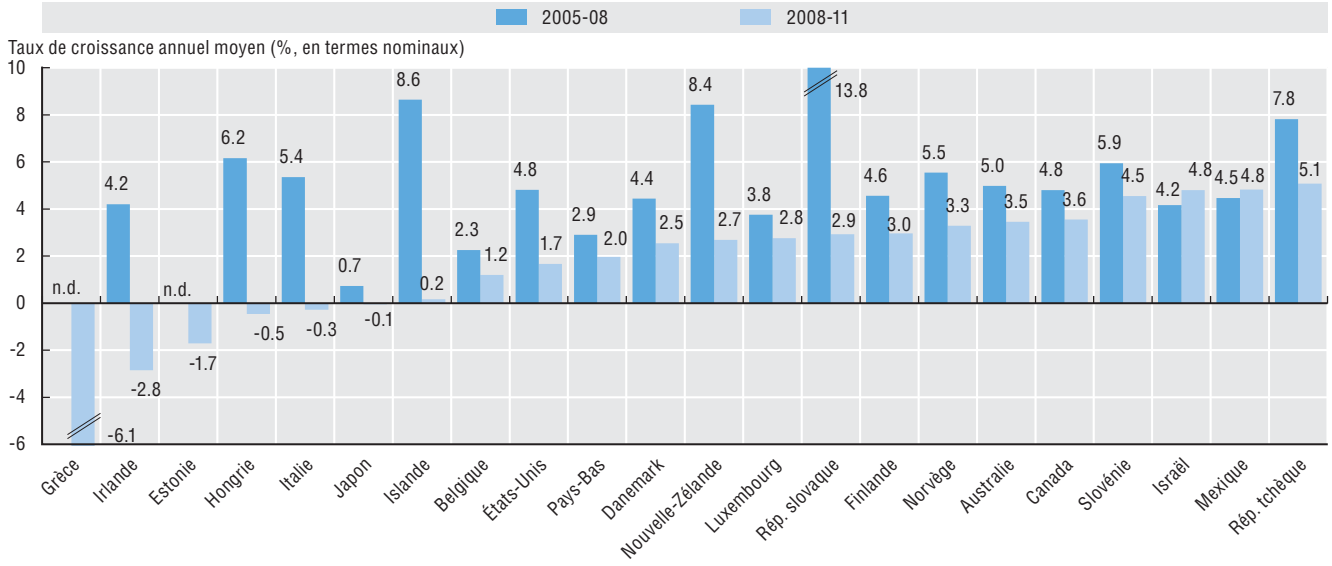



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Australie et Canada (d'où une surestimation).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920847

### 3.9.3. Taux de croissance de la rémunération des infirmiers à l'hôpital, 2005-11 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920866

AESTHETIC
SURGICAL

# 4. SERVICES DE SANTÉ


4.1. Consultations de médecins

4.2. Technologies médicales

4.3. Lits d'hôpital

4.4. Sorties d'hôpital

4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital

4.6. Chirurgies cardiaques

4.7. Chirurgies de remplacement de la hanche et du genou

4.8. Césariennes

4.9. Opérations de la cataracte

4.10. Consommation de médicaments

4.11. Part de marché des médicaments génériques


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.

# 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 (Espagne, Danemark, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque et Royaume-Uni par exemple), les patients sont obligés ou incités à consulter un médecin généraliste avant de voir un spécialiste. Le généraliste peut alors les envoyer consulter un spécialiste, s'il le juge utile. Dans d'autres pays (comme l'Autriche, la République tchèque, l'Islande, le Japon et la Corée), les patients peuvent consulter directement les spécialistes.

En 2011, le nombre de consultations de médecins par personne et par an s'échelonne entre 13 en Corée et au Japon, et plus de 11 en Hongrie, République tchèque et République Slovaque, à moins de 3 au Mexique et en Suède, ainsi qu'en Afrique du Sud et au Brésil (graphique 4.1.1). La moyenne dans les pays de l'OCDE se situe entre 6 et 7 consultations par personne par an. Les facteurs culturels jouent un rôle dans les variations d'un pays à l'autre, mais certaines caractéristiques des systèmes de santé permettent également d'expliquer ces différences. 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 indique que d'autres facteurs entrent également en jeu.

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 centres de santé, 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 de nombreux pays de l'OCDE. L'augmentation a été particulièrement forte en Corée, ce qui peut s'expliquer en partie par la hausse rapide du nombre de médecins au cours de cette période (voir l'indicateur 3.1 « Médecins »). Dans d'autres pays, le nombre de consultations a baissé sur la même période. Ce fut notamment le cas en République slovaque, où le nombre de consultations est passé d'environ 13 à 11 depuis 2000, ce qui coïncide avec une réduction du nombre de médecins par habitant.

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 une 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). On relève d'autres limites de comparabilité qui sont précisées dans l'encadré « Définition et comparabilité ». En gardant ces réserves à l'esprit, le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé en Corée et au Japon, puis en Turquie et en Hongrie (graphique 4.1.2).

Il existe des différences significatives dans le nombre de consultations de médecins entre différents 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 selon les catégories de revenus (indicateur 6.4).

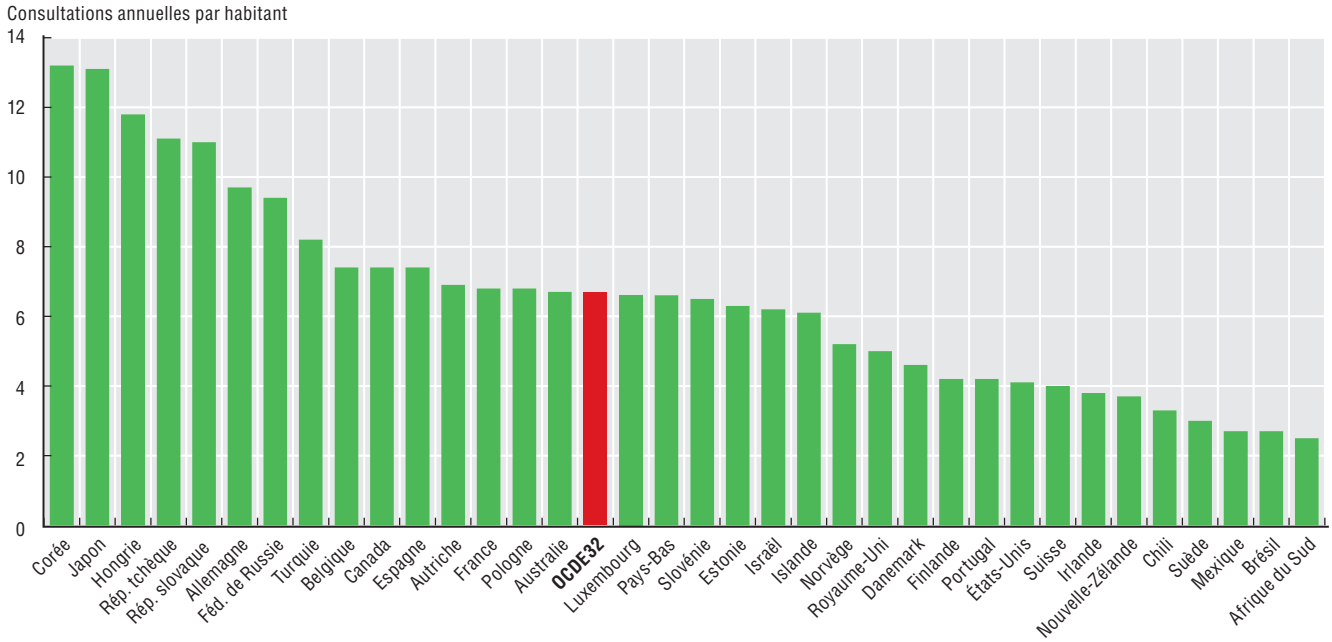
### *Définition et comparabilité*

Les consultations de médecins incluent le 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.

En Hongrie, les chiffres incluent les consultations pour des examens diagnostiques comme les CT scanners et IRM (d'où une surestimation). 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 (d'où une sous-estimation). 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 cas ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte plus souvent un médecin, d'où une sous-estimation du nombre total de consultations). Les consultations par téléphone sont incluses pour certains pays (par exemple l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni). En Turquie, la majorité des consultations ont lieu dans les services de consultations externes des hôpitaux.

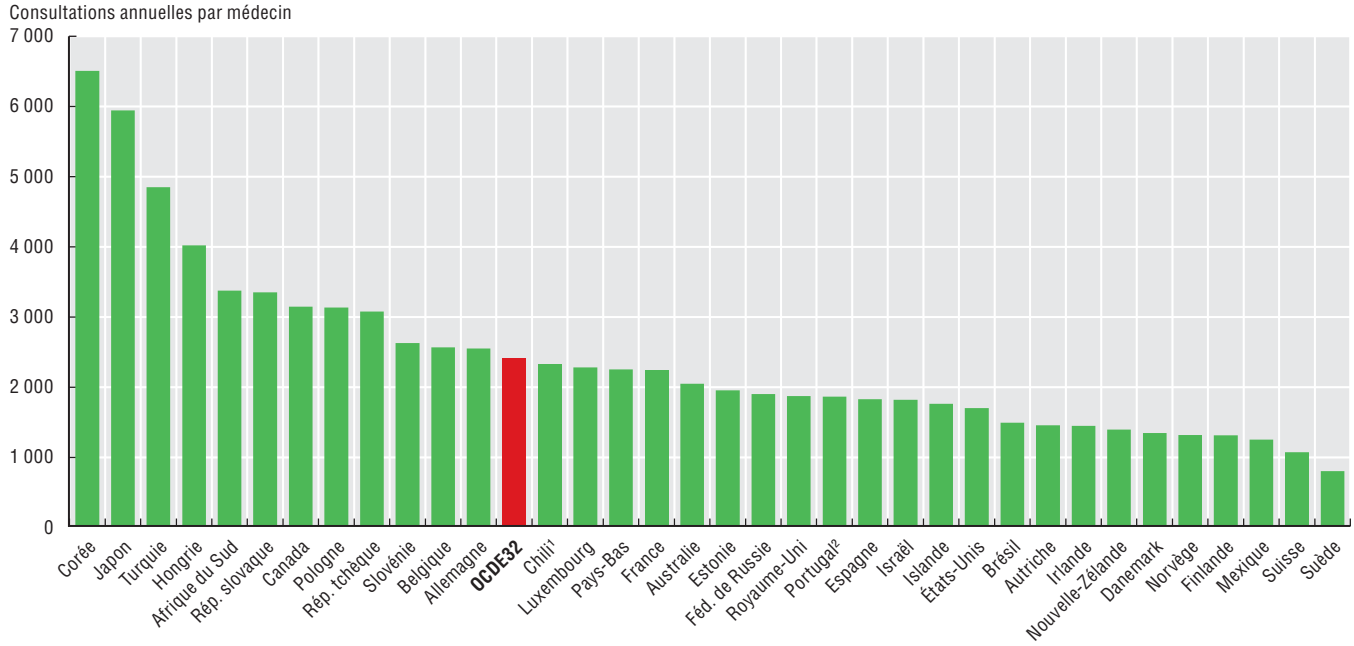
### 4.1.1. Consultations de médecins par habitant, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920885

### 4.1.2. Estimation du nombre de consultations par médecin, 2011 (ou année la plus proche)




1. Au Chili, les données pour le dénominateur incluent l'ensemble des médecins habilités à exercer.
2. Au Portugal, le nombre de médecins inclut seulement ceux qui travaillent dans le secteur public afin d'assurer la cohérence avec le nombre de consultations.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920904

## 4.2. Technologies médicales

Les nouvelles technologies médicales permettent d'améliorer les diagnostics et les traitements, mais elles contribuent également à l'augmentation des dépenses de santé. Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic : la tomodensitométrie (CT scanner) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les CT scanners et les appareils d'IRM facilitent les diagnostics en fournissant aux médecins des images des organes internes et des structures du corps. Contrairement aux techniques traditionnelles de radiographie et de scanner, les examens par IRM n'exposent pas les patients à un rayonnement ionisant.

Au cours des 20 dernières années, le nombre de 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 scanners et d'appareils d'IRM par habitant, suivi par les États-Unis pour les appareils d'IRM et par l'Australie pour les scanners (graphiques 4.2.1 et 4.2.2). La Grèce, l'Islande, l'Italie et la Corée sont également bien mieux équipées que la moyenne OCDE. C'est au Mexique, en Hongrie et en Israël que le nombre d'appareils IRM et de CT scanners sont les plus faibles.

Il n'existe pas de lignes directrices ou de références concernant le nombre idéal de CT scanners ou d'appareil IRM par habitant. Toutefois, si ces appareils sont trop peu nombreux, on observe des problèmes d'accès en termes de proximité géographique ou de délai d'attente. S'ils sont trop nombreux, on peut craindre un usage abusif de ces procédures de diagnostic coûteuses, sans grand bénéfice pour les patients.

On dispose de données sur l'utilisation de ces appareils de diagnostic pour un certain nombre de pays, mais pas pour le Japon. Sur la base des données disponibles, c'est aux États-Unis et en Grèce, suivis de la Turquie et de l'Allemagne que le nombre d'examens d'IRM par habitant est le plus élevé (graphique 4.2.3). Aux États-Unis, le nombre (absolu) d'examens d'IRM a doublé entre 2000 et 2011. En Turquie, il a augmenté encore plus rapidement, doublant en seulement 3 ans (entre 2008 et 2011). Le nombre d'examens de CT scanners est le plus élevé en Grèce et aux États-Unis (graphique 4.2.4).

En Grèce, la plupart des CT scanners et des appareils d'IRM sont installés dans des centres de diagnostic privés et seule une minorité équipe les hôpitaux publics. Il n'existe pas de lignes directrices concernant l'utilisation des CT scanners et des appareils d'IRM en Grèce (Paris et al., 2010), mais depuis 2010 un décret ministériel a établi certains critères concernant l'achat de matériel d'imagerie dans le secteur privé (*Official Gazette*, n° 1918/10, décembre 2010). L'un des principaux critères repose sur un seuil minimum de densité de population (30 000 habitants pour les CT scanners et 40 000 pour les appareils d'IRM). Ces réglementations ne s'appliquent toutefois pas au secteur public.

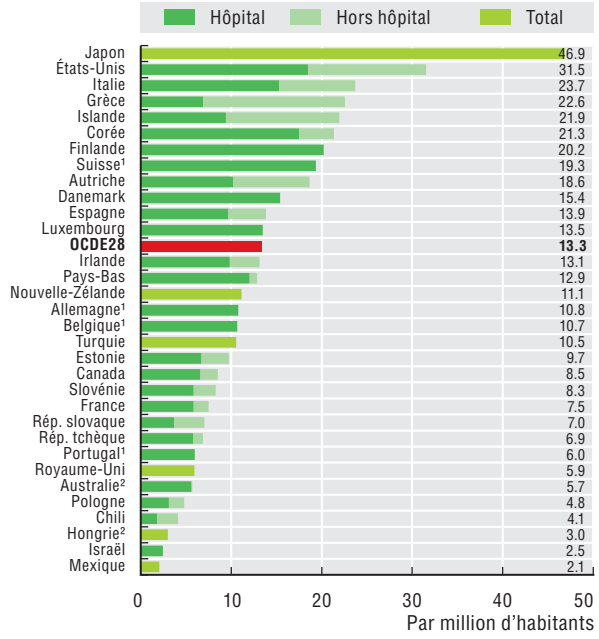
Aux États-Unis, certains éléments tendent à montrer qu'il existe une sur-utilisation des examens de CT scanners et des IRM. Entre 1997 et 2006, le nombre de scanners aux États-Unis a augmenté rapidement alors que la fréquence des maladies est restée constante (Smith-Bindman et al., 2008). En outre, des incitations financières permettent aux médecins de tirer profit des examens qu'ils prescrivent, ce qui accroît également le risque de sur-utilisation. 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).

Des recommandations cliniques ont été publiées dans certains pays de l'OCDE afin de promouvoir un usage plus rationnel de ces technologies de diagnostic (OCDE, 2010b). Au Royaume-Uni, depuis sa création par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), le Comité consultatif en matière de diagnostic a publié plusieurs recommandations pour un usage approprié des scanners et IRM à diverses fins (NICE, 2012). En Australie, les médecins peuvent utiliser des « *Diagnostic Imaging Pathways* » pour les aider à prendre des décisions sur les tests d'imagerie médicale les plus appropriés pour un large éventail de cas. L'objectif est d'accroître le nombre d'examens appropriés et de réduire le plus possible les examens qui ne sont pas nécessaires et qui peuvent exposer les patients à des risques sans bénéfices (Government of Western Australia, 2013).

### *Définition et comparabilité*

Concernant les appareils d'IRM et CT scanners, les chiffres correspondent au nombre d'appareils pour 1 million d'habitants, alors que le nombre d'examens est exprimé pour 1 000 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 couvrent qu'une partie de l'équipement. Les CT scanners et appareils d'IRM installés en dehors des hôpitaux ne sont pas inclus dans certains pays (Belgique, Allemagne et Portugal). Au Royaume-Uni, les données ne concernent que les équipements du secteur public. En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils éligibles au remboursement de l'assurance maladie public (en 1999 en Australie, 60 % du total des appareils d'IRM étaient éligibles au remboursement public). Toujours pour l'Australie, les données relatives aux examens d'IRM et de scanners ne font référence qu'aux examens pour les patients privés en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier. Celles relatives aux examens d'IRM et de scanners pour le Danemark et l'Irlande ne couvrent que les hôpitaux publics tandis que pour la Corée, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande elles ne concernent que les soins de santé financés publiquement.

### 4.2.1. Appareils d'IRM, 2011 (ou année la plus proche)

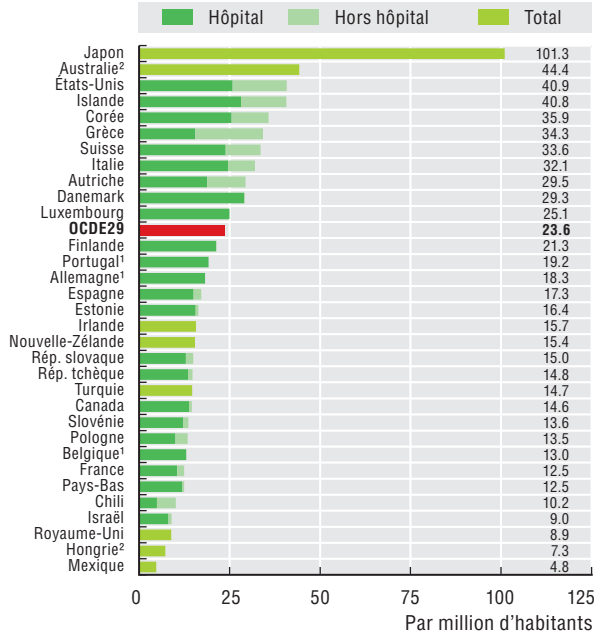



1. Équipement hors hôpital non inclus.
2. Appareils couverts par les remboursements publics seulement.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920923

### 4.2.2. CT scanners, 2011 (ou année la plus proche)

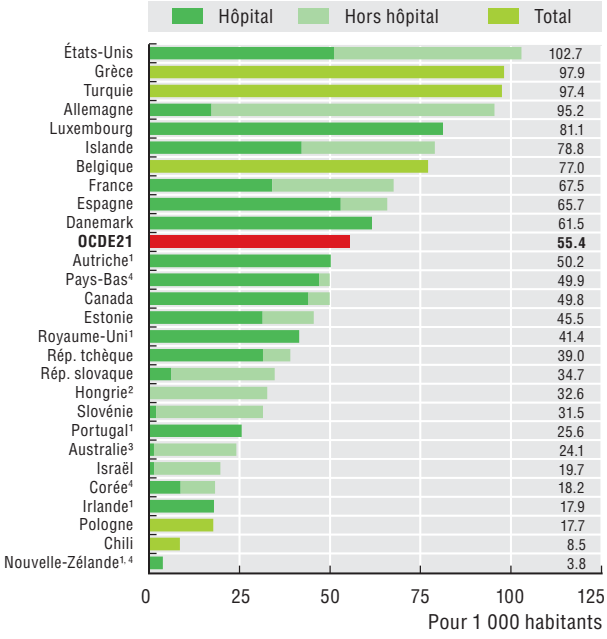



1. Équipement hors hôpital non inclus.
2. Appareils couverts par les remboursements publics seulement.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920942

### 4.2.3. Examens d'IRM, 2011 (ou année la plus proche)

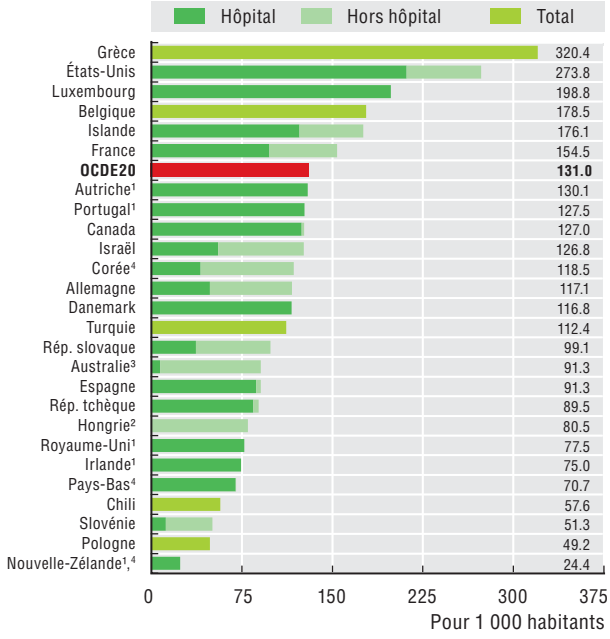



1. Examens hors hôpital non inclus.
2. Examens à l'hôpital non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
4. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920961

### 4.2.4. Examens de CT scanners, 2011 (ou année la plus proche)




1. Examens hors hôpital non inclus.
2. Examens à l'hôpital non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
4. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920980

# 4.3. Lits d'hôpital

Le nombre de lits d'hôpital fournit une indication sur les ressources disponibles pour l'offre de services aux patients hospitalisés. Cette section présente des données sur le nombre total de lits d'hôpital, ainsi que des informations plus spécifiques sur les lits affectés aux soins curatifs (aigus), aux soins psychiatriques, aux soins de longue durée et à d'autres types de soins. Elle fournit également un indicateur du taux d'occupation des lits affectés aux soins curatifs.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est au Japon et en Corée que le nombre de lits d'hôpital par habitant est le plus élevé avec plus de neuf lits pour 1 000 habitants en 2011 (graphique 4.3.1). Dans ces deux pays, il y a des « admissions sociales » à l'hôpital, ce qui signifie qu'une proportion importante de lits est affectée aux soins de longue durée. Le nombre de lits d'hôpital est également bien supérieur à la moyenne de l'OCDE dans la Fédération de Russie, en Allemagne et en Autriche. En revanche, certains grands pays émergents d'Asie (Inde et Indonésie) ont un nombre relativement faible de lits d'hôpital (comparé à la moyenne de l'OCDE). Il en est de même pour les pays de l'OCDE et les pays émergents d'Amérique latine (Mexique, Chili et Brésil).

Le nombre de lits d'hôpital par habitant a légèrement diminué au cours des dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, passant de 5.6 pour 1 000 habitants en 2000 à 5.0 en 2011. Cette diminution résulte, du moins en partie, des progrès des technologies médicales qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation. La fermeture des lits d'hôpital 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 et 4.5). La Corée et la Turquie, et dans une moindre mesure la Grèce, sont les seuls pays dans lesquels le nombre de lits d'hôpital par habitant a augmenté sur les dix dernières années.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, plus de deux tiers (70 %) des lits d'hôpital sont affectés aux soins curatifs. Le reste des lits est affecté aux soins psychiatriques (14 %), aux soins de longue durée (12 %) et à d'autres types de soins (4 %). Dans certains pays, la proportion des lits affectés aux soins psychiatriques et aux soins de longue durée est toutefois bien supérieure à cette moyenne. En Finlande, 30 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins de longue durée car les collectivités locales utilisent des lits d'hôpital pour certains soins de longue durée normalement dispensés en institution. En Belgique et aux Pays-Bas, près de 30 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins psychiatriques (graphique 4.3.2).

Dans un certain nombre de pays, la réduction du nombre de lits d'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation. En 2011, le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) s'établissait à 78 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, un niveau légèrement supérieur à celui de 2000 (graphique 4.3.3). Israël détient le taux d'occupation le plus élevé avec 98 %, suivi de la Norvège et l'Irlande, avec plus de 90 % également. Ce taux est supérieur au niveau fixé à 85 % par certains pays (par exemple le Royaume-Uni) comme étant le seuil limite garantissant des hospitalisations en toute sécurité. Ces trois pays qui ont un taux d'occupation très élevé ont un nombre de lits inférieur à la moyenne de l'OCDE.

### *Définition et comparabilité*

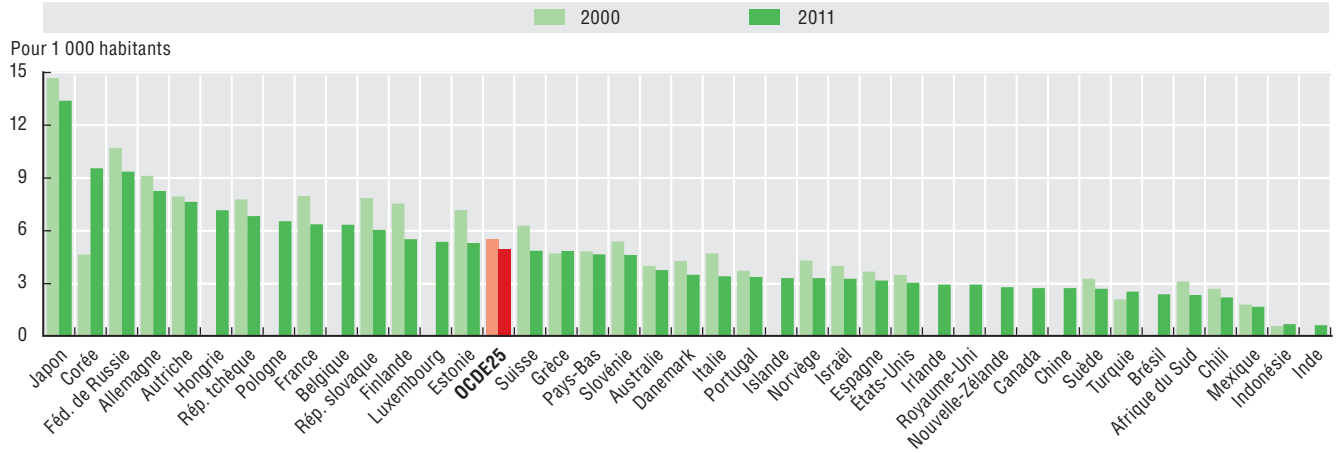
On entend par lits d'hôpital tous les lits régulièrement ouverts et dotés en personnel qui sont immédiatement disponibles. Ces lits comprennent ceux dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et autres hôpitaux spécialisés, mais ils ne prennent pas en compte les lits dans les établissements de soins de longue durée.

Les lits des soins curatifs sont des lits accueillant des patients lorsque l'intention principale est de réaliser une ou plusieurs des tâches suivantes : aider les femmes qui accouchent (obstétrique), soigner des maladies (hors maladies mentales) ou traiter des blessures, effectuer des actes chirurgicaux, thérapeutiques ou de diagnostic. Les lits de soins psychiatriques sont des lits accueillant des patients qui souffrent de problèmes de santé mentale, soit dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques. Les lits des soins de longue durée sont les lits d'hôpital 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. Ils comprennent les lits pour soins palliatifs. Les données relatives aux lits des soins de longue durée ne sont pas disponibles pour de nombreux pays (Allemagne, Australie, Grèce, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal, Royaume-Uni et Suisse) et peuvent être intégrées dans celles concernant d'autres types de lits (par exemple les lits pour soins curatifs en Australie et le Royaume-Uni).

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'hôpital 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.

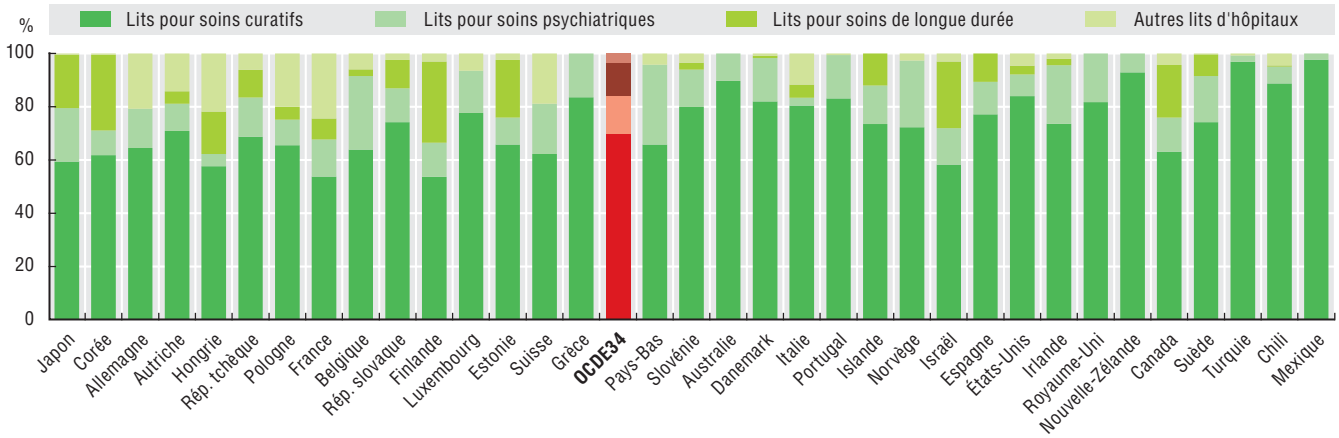
### 4.3.1. Lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932920999

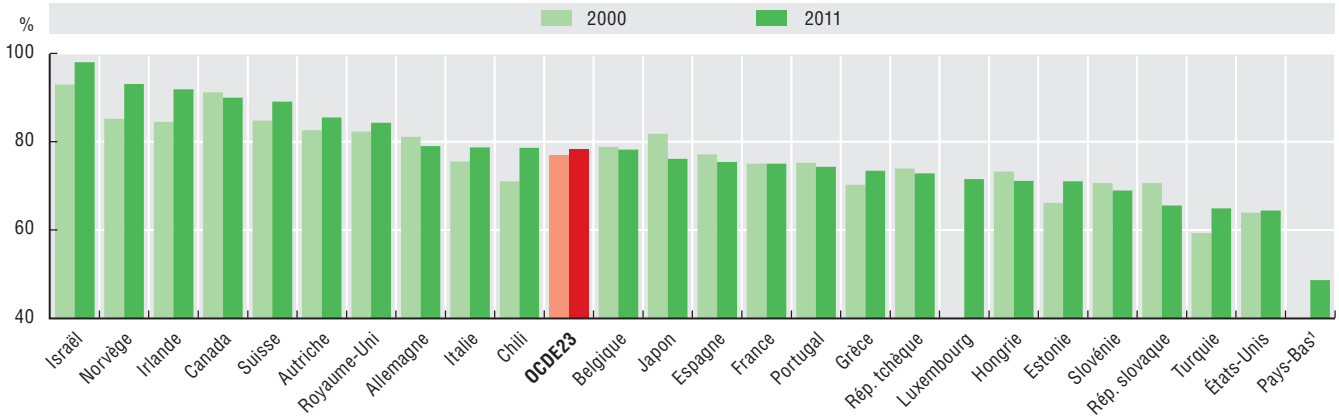
### 4.3.2. Lits d'hôpitaux par type de soins, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les pays sont classés par ordre décroissant du nombre total de lits d'hôpitaux par habitant.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921018

### 4.3.3. Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




1. Aux Pays-Bas, les lits d'hôpitaux incluent tous les lits approuvés administrativement (et pas seulement les lits effectivement disponibles).
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921037

## 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, ce sont des indicateurs importants de l'activité hospitalière. L'activité hospitalière est affectée par un certain nombre de facteurs, comprenant bien sûr la demande pour les soins hospitaliers, mais aussi la capacité des hôpitaux à traiter les patients, la capacité du secteur des soins primaires à prévenir les admissions hospitalières évitables et l'offre de soins post-aigus pour assurer les soins de réadaptation et de longue durée.

En 2011, les taux de sortie d'hôpital les plus élevés étaient enregistrés en Autriche et en Allemagne, suivies de la Fédération de Russie, la Hongrie et la République tchèque (graphique 4.4.1). C'est au Mexique, au Brésil, en Afrique du Sud et en Chine qu'ils étaient les plus bas. En général, les pays qui ont un nombre relativement élevé de lits d'hôpital ont aussi un taux de sortie élevé. Ainsi, le nombre de lits d'hôpital par habitant en Autriche et en Allemagne est plus de deux fois supérieur à celui du Portugal et de l'Espagne, et les taux de sortie sont également deux fois plus élevés (voir l'indicateur 4.3 « Lits d'hôpital »).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les principales pathologies conduisant à l'hospitalisation en 2011 étaient les maladies circulatoires (qui représentaient 12.3 % de toutes les sorties), les grossesses et accouchements (10.2 %), les blessures et autres causes externes (8.9 %), les maladies du système digestif (8.8 %), les cancers (8.4 %), et les maladies respiratoires (8.2 %).

La Hongrie, l'Autriche et l'Allemagne ont les taux de sortie les plus élevés pour les maladies circulatoires, suivies de l'Estonie et de la République tchèque (graphique 4.4.2). Les taux élevés en Hongrie, en Estonie et en République tchèque sont associés à un grand nombre de personnes souffrant de maladies cardiaques et autres maladies circulatoires. Ce n'est pas le cas pour l'Allemagne et l'Autriche.

L'Allemagne, l'Autriche et la Hongrie ont également les taux de sortie les plus élevés pour les cancers (graphique 4.4.3). Le taux de mortalité par cancer (qui peut servir d'indicateur de l'occurrence des cancers) est le plus élevé en Hongrie, mais il se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE pour l'Allemagne et l'Autriche (voir l'indicateur 1.4). En Autriche, le taux élevé de sorties est associé à un taux élevé de réadmissions à l'hôpital pour des examens complémentaires et des traitements (Commission européenne, 2008a).

Dans environ un tiers des pays de l'OCDE, les taux de sortie d'hôpital ont augmenté au cours des dix dernières années. Ces pays comprennent à la fois certains pays dont les taux de sortie étaient bas en 2000 (par exemple, Corée, Mexique et Turquie) et d'autres dans lesquels ils étaient déjà supérieurs à la moyenne (par exemple, Allemagne, Slovénie et Suisse). Dans un deuxième groupe de pays (incluant la Belgique, le Danemark, les États-Unis, la République tchèque, le Royaume-Uni et la Suède), ces taux sont restés stables tandis que dans un troisième groupe (incluant le Canada, la Finlande, la France et l'Italie), les taux de sortie ont diminué entre 2000 et 2011.

L'évolution des sorties d'hôpital peut refléter l'interaction de plusieurs facteurs. La demande d'hospitalisation tend à augmenter avec le vieillissement de la population car les personnes âgées représentent un pourcentage élevé des sorties d'hôpital. En Allemagne et en Autriche, par exemple, 40 % des sorties d'hôpital en 2011 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. D'une part, 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 ces personnes (Dormont et Huber, 2006), ce qui peut entraîner une augmentation des hospitalisations. Mais d'autre part, 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 4.9 concernant l'augmentation des opérations de la cataracte).

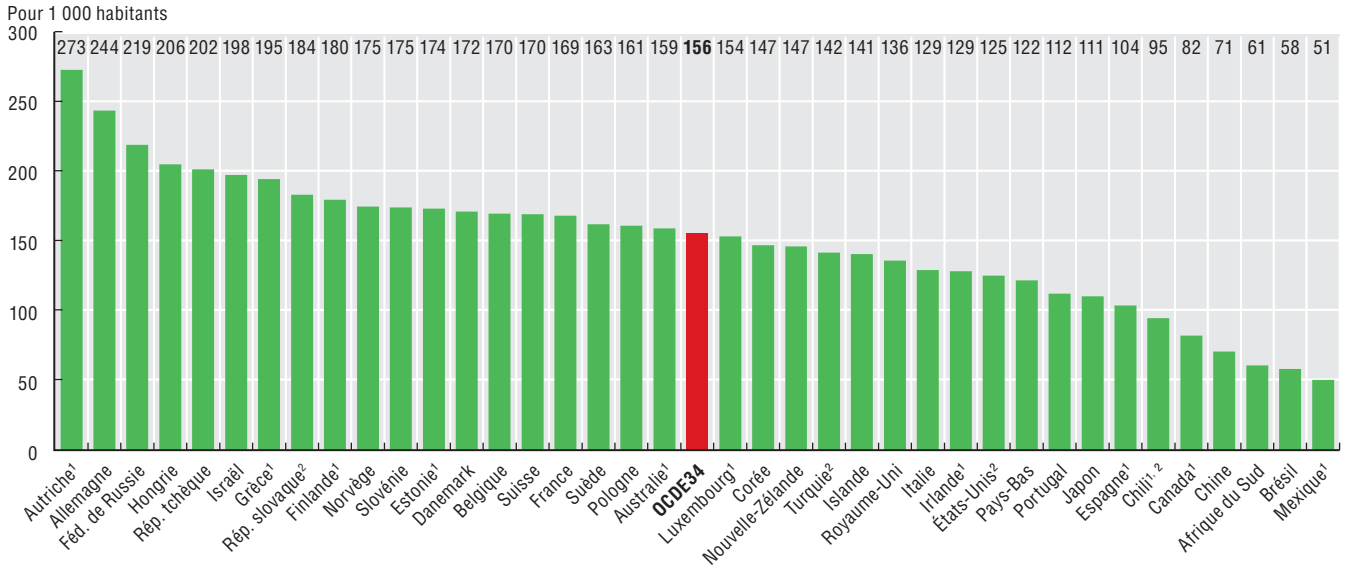
### *Définition et comparabilité*

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, les États-Unis, 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 sortie dans un certain nombre de pays (par exemple, Australie, Autriche, Canada, Chili, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Japon, Luxembourg, Mexique et Turquie). Ils représentent environ 3 à 10 % de toutes les sorties. Les chiffres pour le Canada excluent également les bébés qui ne sont pas nés en bonne santé.

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 et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics. Les données du Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent (excluant les îles des Açores et de Madère). Les données pour le Canada, l'Irlande, le Luxembourg et les Pays-Bas ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus/court séjour. Les données pour la France et le Japon font référence aux hospitalisations pour soins aigus.

### 4.4.1. Sorties d'hôpital, 2011 (ou année la plus proche)

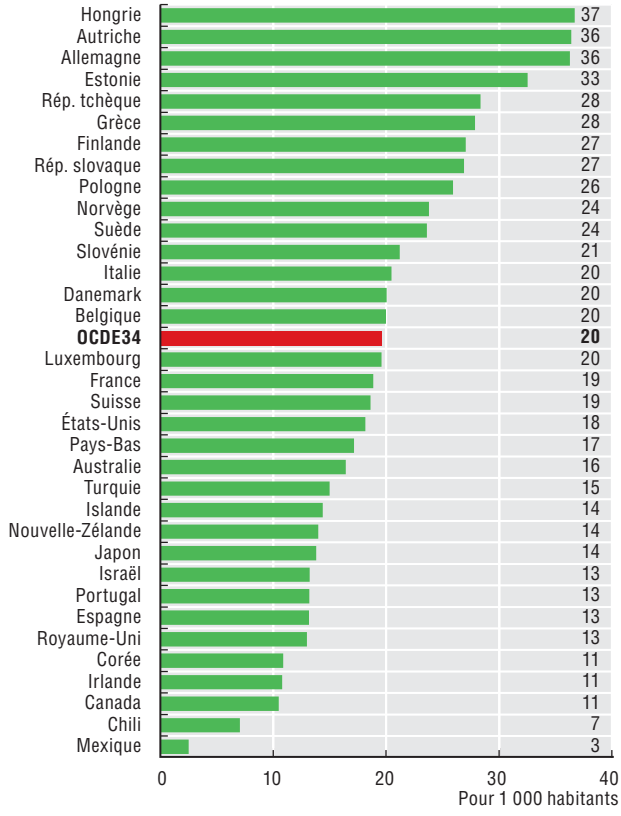



1. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveau-nés en bonne santé (entre 3 à 10 % de l'ensemble des sorties).
2. Inclut les sorties le jour même de l'admission.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921056

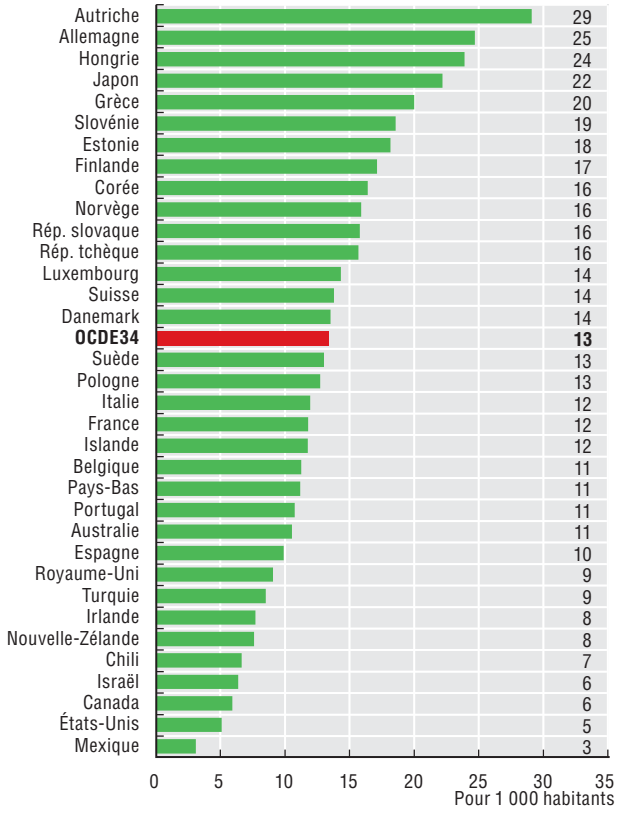
### 4.4.2. Sorties d'hôpital pour une maladie circulatoire, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921075

### 4.4.3. Sorties d'hôpital pour un cancer, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921094

# 4.5. Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur d'efficience. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins vers le cadre moins onéreux des soins 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 2011, la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour toutes causes confondues dans l'OCDE était d'environ huit jours (graphique 4.5.1). C'est en Turquie et au Mexique que les séjours sont les plus courts (moins de la moitié de la moyenne OCDE), alors qu'ils sont les plus longs au Japon et en Corée (plus du double de la moyenne OCDE). Au cours des dix dernières années, la durée des séjours toutes causes confondues a chuté dans pratiquement tous les pays, passant de 9.2 jours en 2000 à 8.0 jours en 2011. Elle a chuté particulièrement vite dans certains des pays qui avaient des taux relativement élevés en 2000 (par exemple, le Japon, le Royaume-Uni et la Suisse).

Il est utile de se focaliser sur la durée moyenne de séjour pour certaines causes spécifiques d'hospitalisation pour supprimer une partie de l'hétérogénéité résultant des différences de cas entraînant une hospitalisation selon les pays. Le graphique 4.5.2 montre qu'en 2011 la durée moyenne de séjour après un accouchement normal était de trois jours dans les pays de l'OCDE, allant de moins de deux jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Islande, à plus de cinq jours en Hongrie et en République slovaque.

La durée d'hospitalisation après un infarctus aigu du myocarde était en moyenne d'environ sept jours en 2011. C'est dans certains pays nordiques (Danemark, Norvège et Suède), en Turquie et en République slovaque que cette durée est la plus courte (moins de cinq jours), et en Corée et en Allemagne qu'elle est la plus élevée (plus de dix jours) (graphique 4.5.3). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces disparités. La variété des besoins cliniques des patients peuvent bien sûr influencer la durée de séjour, mais ces besoins peuvent aussi être affectés par de nombreux facteurs. Il a par exemple été démontré que les médecins qui travaillent dans plus d'un hôpital adaptent la durée de séjour associée à leurs activités à chaque hôpital afin de l'aligner sur celles de leurs pairs (de Jong et al., 2006).

Au niveau du système de santé de manière plus globale, des facteurs comme des directives sur les pratiques ou les systèmes de paiement peuvent également influer sur la durée de séjour. L'offre abondante de lits et la structure de paiement des hôpitaux au Japon peuvent par exemple inciter les hôpitaux à garder les patients plus longtemps (voir l'indicateur 4.3 « Lits d'hôpital »). Un nombre croissant de pays (comme la France, l'Allemagne et la Pologne) sont passés à un système de paiement prospectif souvent fondé sur les GHM (groupes homogènes de malades) afin de fixer, préalablement à la prestation des services, les rémunérations en fonction du coût estimé des soins hospitaliers pour différents groupes de patients. Ces systèmes de paiement présentent l'avantage d'encourager les prestataires à réduire le coût de chaque épisode de soins (OCDE, 2010b). En Suisse, le passage de la tarification à la journée à des paiements fondés sur les GHM a contribué à réduire la durée des séjours dans les cantons qui ont modifié leur système de paiement (OCDE et OMS, 2011). Aux Pays-Bas, on estime que l'introduction en 2006 d'un système fondé sur les GHM a contribué à la forte réduction de la durée moyenne de séjour à l'hôpital observée entre 2000 et 2011 (Westert et Klazinga, 2011).

La plupart des pays cherchent à réduire la durée moyenne des séjours tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité des soins. Une série de mesures possibles au niveau clinique, des services et du système en général sont envisageables pour atteindre ce double objectif (Forde, à paraître). Des réductions stratégiques du nombre de lits d'hôpital, accompagnées d'un développement des services de soins de proximité, peuvent raccourcir la durée de séjour, comme l'ont montré les réformes du secteur hospitalier menées au Danemark (OCDE, 2013e). Favoriser l'adoption de procédures chirurgicales moins invasives, modifier les modes de paiement des hôpitaux, développer les programmes de sorties précoces qui permettent le suivi des patients à domicile, et aider les hôpitaux à améliorer la coordination des soins tout au long du parcours de diagnostics et de traitements constituent d'autres options possibles (Borghans et al., 2012).

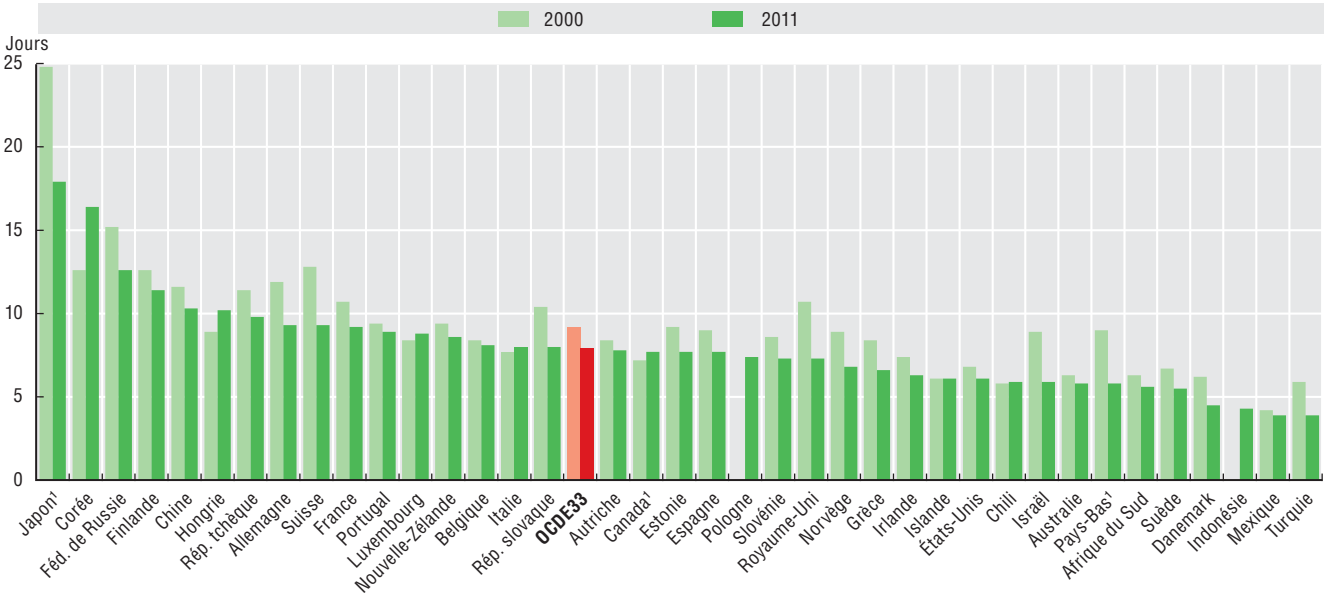
### *Définition et comparabilité*

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 sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte.

Par rapport aux éditions précédentes de *Panorama de la santé*, les données prennent en compte la totalité des hospitalisations (pas uniquement les soins curatifs/aigus) pour un plus grand nombre de pays, à l'exception du Canada, du Japon et des Pays-Bas pour lesquels les données font toujours référence aux seuls soins curatifs/aigus (entrainant une sous-estimation).

Les sorties et la durée moyenne de séjour des bébés en bonne santé nés à l'hôpital sont exclues dans plusieurs pays (par exemple l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Chili, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg et le Mexique), d'où une légère surestimation (la prise en compte des bébés en bonne santé nés à l'hôpital réduirait par exemple la durée moyenne de séjour de 0.5 jour au Canada).

### 4.5.1. Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)

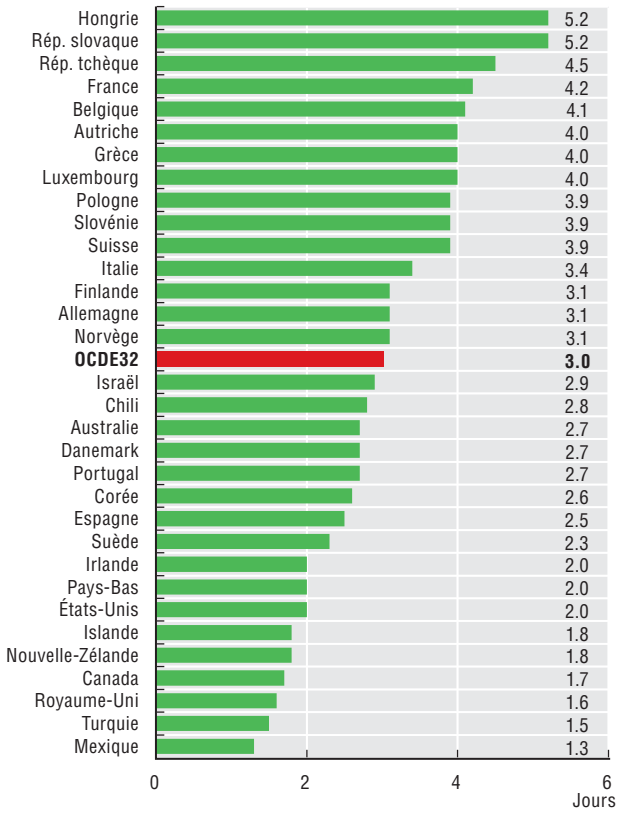



1. Les données pour le Canada, le Japon et les Pays-Bas correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921113

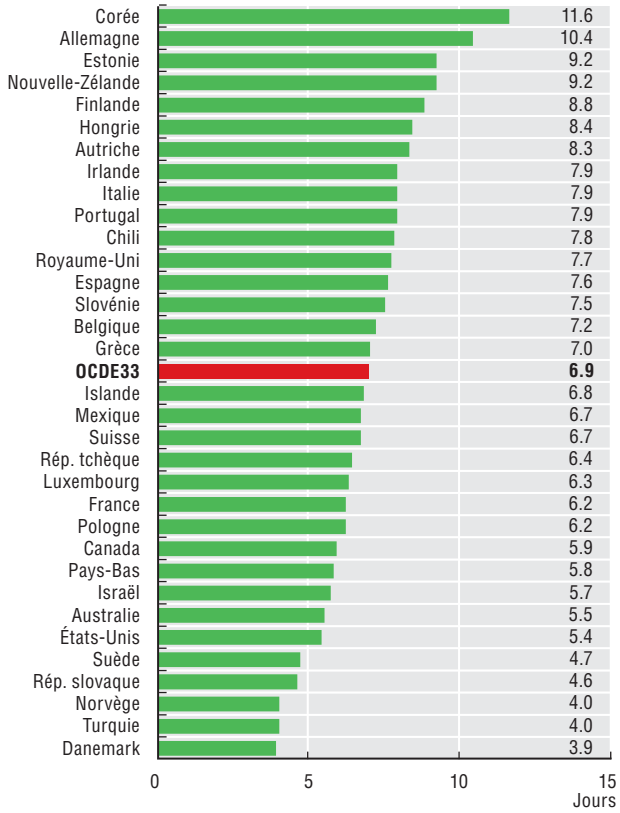
### 4.5.2. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921132

### 4.5.3. Durée moyenne de séjour pour un infarctus aigu du myocarde, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921151

# 4.6. Chirurgies cardiaques

Les maladies cardiaques sont une cause majeure d'hospitalisation et de décès dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 1.3). Les pontages coronariens et les angioplasties ont révolutionné le traitement des cardiopathies ischémiques au cours des dernières décennies. Le pontage coronarien est une opération à thorax ouvert impliquant la greffe de veines et/ou d'artères afin de contourner une ou plusieurs artères obstruées. L'angioplastie coronarienne est une procédure bien moins invasive qui consiste à introduire dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, afin de distendre l'artère coronarienne au point d'obstruction ; la mise en place d'un stent pour maintenir l'artère ouverte accompagne la majorité des angioplasties.

L'Allemagne, Israël, les Pays-Bas, l'Autriche, la Norvège et la Belgique avaient en 2011 les taux les plus élevés d'angioplastie coronarienne, tandis que les États-Unis, le Danemark, la Belgique et l'Allemagne avaient les taux les plus élevés de pontage coronarien (graphique 4.6.1).

Plusieurs raisons peuvent expliquer les variations entre pays du taux de pontage coronarien et d'angioplastie, notamment : 1) les différences de capacité à effectuer et financer ces interventions ; 2) les différences dans les recommandations et les pratiques de traitement clinique ; et 3) 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 cardiopathies ischémiques, mesurée par la mortalité due à ces maladies (voir graphique 1.3.1). Ainsi, la mortalité due aux cardiopathies ischémiques en Allemagne est légèrement *inférieure* à la moyenne de l'OCDE, mais ce pays affiche le taux le plus élevé d'interventions de revascularisation.

Les moyennes nationales peuvent cacher de fortes disparités dans les taux d'intervention au sein des pays. En Allemagne par exemple, le taux de pontage coronarien est huit fois supérieur dans le district ayant le taux d'utilisation le plus élevé par rapport au district ayant le taux le plus faible (Nolting et al., 2012 ; Kumar et Schoenstein, 2013).

L'utilisation de l'angioplastie s'est développée rapidement ces 20 dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, se substituant au pontage coronarien au milieu des années 90, soit à peu près au moment où commençaient à apparaître les premiers résultats sur l'efficacité du stenting coronarien (Moïse et al., 2003). En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'angioplastie représente désormais 78 % des interventions de revascularisation (graphique 4.6.2), et dépasse 85 % en France, en Espagne et en Israël. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le développement de l'angioplastie a été plus rapide entre 2000 et 2005 qu'entre 2005 et 2011. Au Danemark et aux États-Unis, la proportion des angioplasties s'est accrue rapidement entre 2000 et 2005, puis a légèrement chuté depuis. Une partie de l'explication de cette légère diminution peut venir du fait que les données rapportées par ces pays ne tiennent pas compte du nombre croissant d'angioplasties pratiquées en chirurgie de jour (sans nuit passée à l'hôpital). De plus, l'utilisation accrue de stents diffusant des médicaments aux États-Unis et dans d'autres pays diminue la probabilité que le même patient ait besoin d'une autre angioplastie (Epstein et al., 2011).

Grâce à l'angioplastie coronarienne un plus grand groupe de patients a désormais accès aux traitements chirurgicaux. Une étude britannique révèle qu'environ 30 % de toutes les angioplasties se substituent directement à un pontage (McGuire et al., 2010). L'angioplastie n'est cependant pas un substitut parfait dans la mesure où le pontage reste la méthode préférée de traitement des patients présentant des obstructions multiples, souffrant de diabète ou d'autres pathologies (Taggart, 2009).

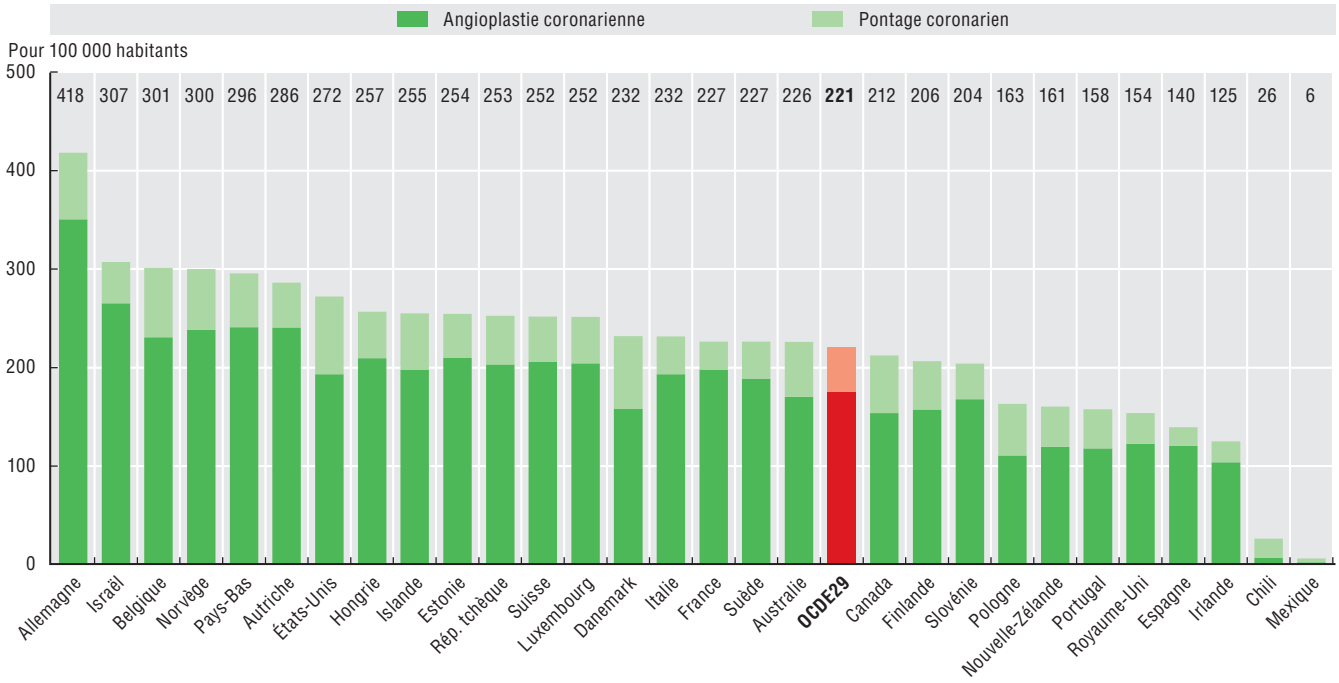
Même si elle coûte beaucoup moins cher qu'un pontage coronarien du fait qu'elle est moins intrusive, l'angioplastie coronarienne reste une intervention coûteuse. En 2010, le prix moyen d'une angioplastie était d'environ 7 400 USD en moyenne dans 24 pays de l'OCDE, comparés à 17 400 USD pour un pontage coronarien. Ainsi, pour les patients destinés à subir un pontage, le développement de l'angioplastie a non seulement amélioré les résultats mais a également permis de réduire les coûts. Toutefois, du fait de l'expansion de ce type d'interventions chirurgicales, les coûts globaux ont augmenté.

### *Définition et comparabilité*

Les données de la plupart des pays englobent les cas avec hospitalisation et en chirurgie de jour, à l'exception du Chili, du Danemark, des États-Unis, de l'Islande, de la Norvège, du Portugal et de la Suisse, qui ne tiennent compte que des cas avec hospitalisation (d'où une sous-estimation du nombre d'angioplasties coronariennes ; cette limite dans la couverture des données n'affecte pas significativement le nombre de pontages coronariens car la presque totalité des patients restent au moins une nuit à l'hôpital après une telle intervention). Certaines variations entre les pays sont aussi dues à des différences dans les classifications nationales et les codes sélectionnés pour rapporter les chiffres pour ces deux interventions.

En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur des fonds publics (on estime à plus de 15 % la part des hôpitaux privés dans le total de l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent. Celles pour l'Espagne n'incluent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

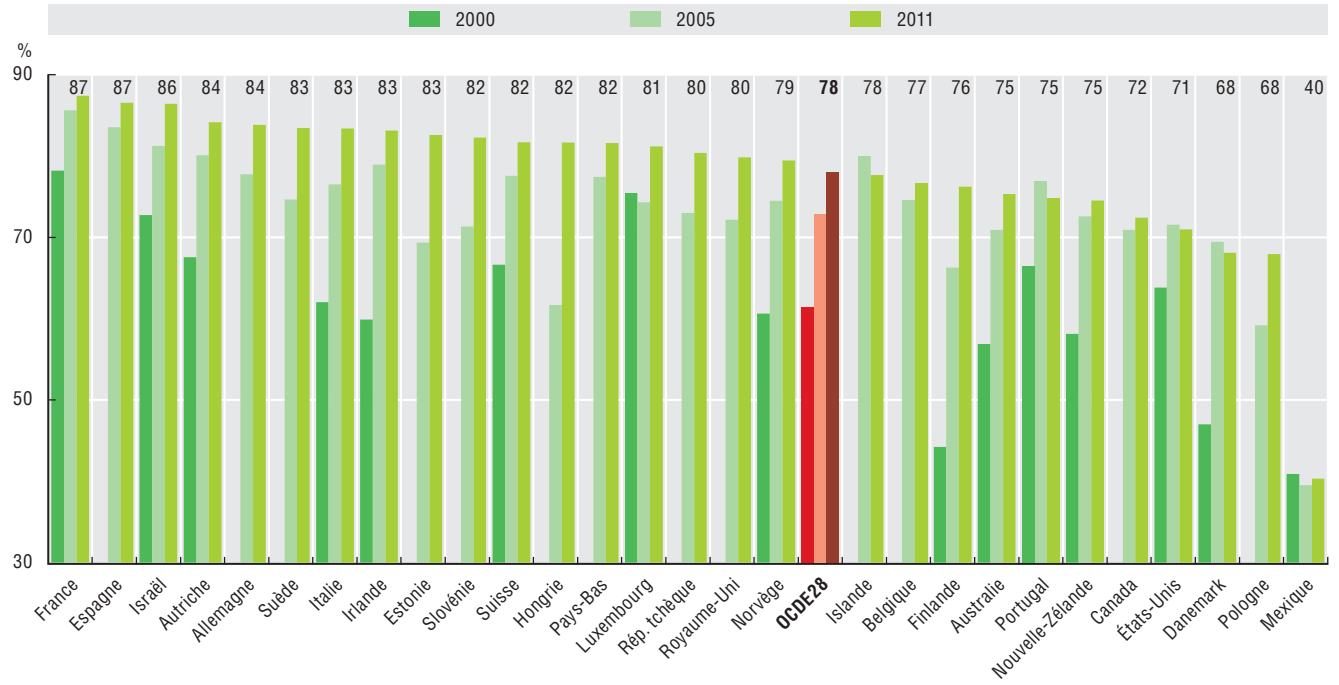
### 4.6.1. Interventions de revascularisation, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Certaines variations entre pays sont dues à des différences dans les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921170

### 4.6.2. Angioplastie en pourcentage des interventions de revascularisation, 2000 à 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les interventions de revascularisation incluent les angioplasties et les pontages coronariens.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921189

# 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. 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 (OMS, 2010b). L'âge est le principal déterminant 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 personnes plus jeunes.

En 2011, la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche avaient les taux de remplacement de hanche les plus élevés, tandis que les États-Unis affichaient le taux le plus élevé pour le genou, suivis par l'Autriche, l'Allemagne et la Suisse (graphiques 4.7.1 et 4.7.2). Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer ces disparités entre pays. Une standardisation par âge réduit dans une certaine mesure ces disparités entre pays, mais de fortes disparités demeurent tout de même et le classement des pays ne change pas beaucoup (McPherson et al., 2013).

Les moyennes nationales peuvent masquer d'importantes variations dans les taux de remplacement de la hanche et du genou au sein des pays. En Allemagne par exemple, le taux de remplacement du genou est 3.5 fois plus élevé dans le district ayant le taux le plus élevé que dans le district avec le taux le plus faible (Nolting et al., 2012 ; Kumar et Schoenstein, 2013). Aux États-Unis, les disparités régionales concernant la chirurgie de remplacement de la hanche et du genou sont substantielles, les taux étant de quatre à cinq fois plus élevés dans certaines régions par rapport à d'autres en 2005-06 (Dartmouth Atlas, 2010). En Espagne aussi, le taux de remplacement de la hanche (après une standardisation par âge) était plus de quatre fois plus élevé dans certaines régions autonomes que d'autres en 2005, et le taux de remplacement du genou trois fois plus élevé (Allepuz et al., 2009).

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 taux de chirurgies de remplacement a augmenté de plus de 30 % entre 2000 et 2011 pour la hanche, et a pratiquement doublé pour le genou. Aux États-Unis, les taux de remplacement de la hanche et du genou ont doublé depuis 2000. En Suisse, le taux de remplacement de la hanche a augmenté de 27 % entre 2002 et 2011, et celui du genou a pratiquement doublé. Le taux de progression des deux interventions a été plus modeste en France.

Le volume croissant des chirurgies de remplacement de la hanche et du genou contribue à l'augmentation des dépenses de santé. En 2010, le prix moyen d'une chirurgie de remplacement de la hanche dans 24 pays de l'OCDE était estimé à environ 7 800 USD, celui de remplacement du genou à environ 7 600 USD.

### *Définition et comparabilité*

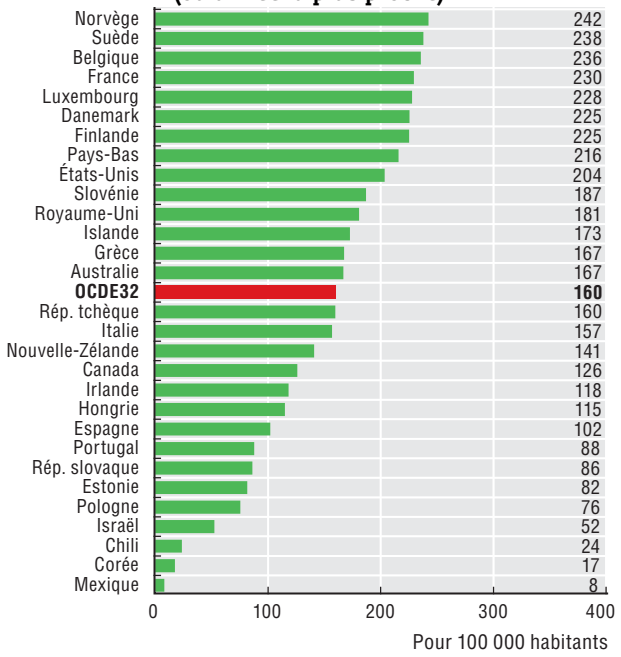
La chirurgie de remplacement de la hanche est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer l'articulation de la hanche par une prothèse. Elle est pratiquée généralement pour soulager des douleurs arthritiques ou traiter une lésion sévère de l'articulation après une fracture de la hanche.

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 lié à 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 limite la comparabilité des données. Certains pays n'incluent que le remplacement total de la hanche (par exemple l'Estonie), alors que la plupart incluent les remplacements partiels.

En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur des fonds publics (on estime à environ 15 % la part des hôpitaux privés dans le total de l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent. Celles pour l'Espagne n'incluent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

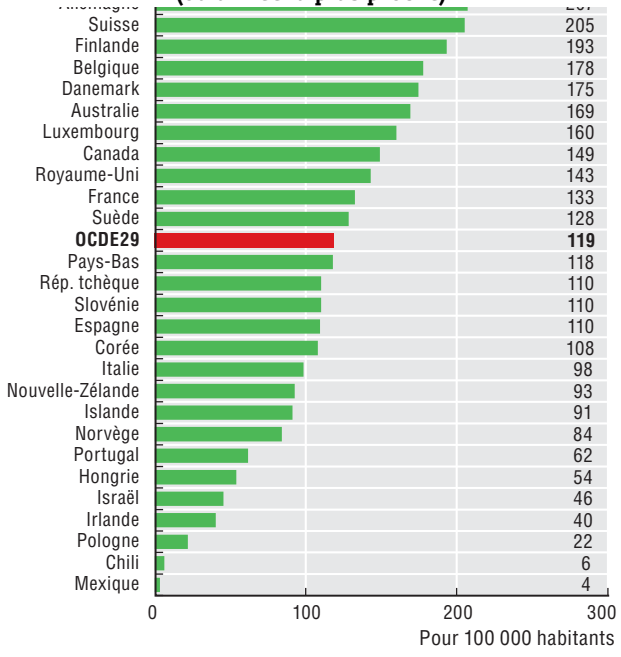
### 4.7.1. Chirurgies de remplacement de la hanche, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921208

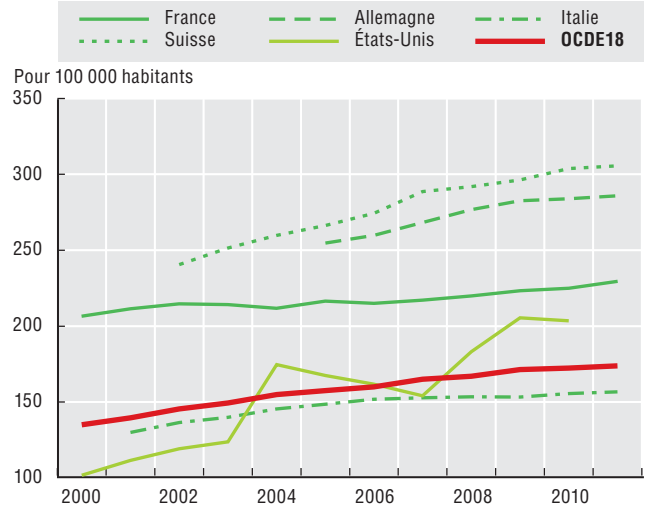
### 4.7.2. Chirurgies de remplacement du genou, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921227

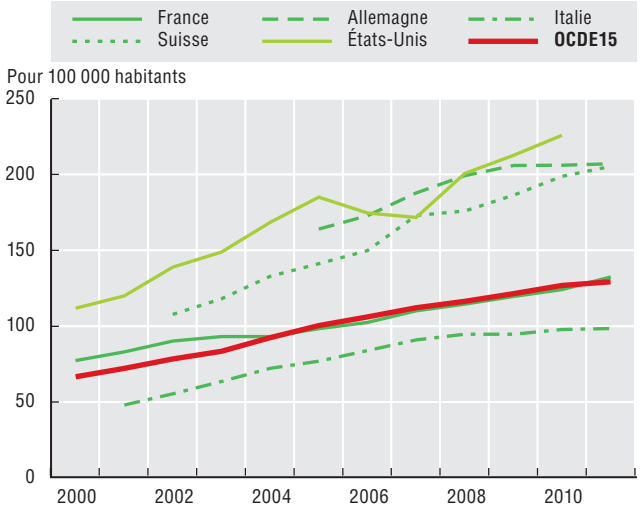
### 4.7.3. Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921246

### 4.7.4. Évolution des chirurgies de remplacement du genou, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921265

## 4.8. 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 cette 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 accroît le risque de mortalité maternelle, de morbidité maternelle et infantile et de complications pour les accouchements ultérieurs (Minkoff et Chervenak, 2003 ; Bewley et Cockburn, 2002 ; Villar et al., 2006). Ces risques accrus, auxquels s'ajoute le coût financier plus élevé (le coût moyen d'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 sont pas nécessaires sur le plan médical.

En 2011, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus bas dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège) et aux Pays-Bas, compris entre 15 % et 17 % des naissances vivantes (graphique 4.8.1). Aux Pays-Bas, 16 % des naissances en 2010 ont eu lieu à domicile (une proportion bien plus élevée que dans les autres pays, même si elle est en baisse), et 11 % dans une maison de la naissance (une structure proposant un cadre familial) sous la responsabilité d'une sage-femme principale (Euro-Peristat, 2013). Dans les pays de l'OCDE, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus élevés au Mexique et en Turquie (plus de 45 %), suivis du Chili, de l'Italie, du Portugal et de la Corée (avec des taux allant de 35 % à 38 %).

Sur les dix dernières années, les taux d'accouchement par césarienne ont connu une progression rapide dans la plupart des pays de l'OCDE, le taux moyen passant de 20 % en 2000 à 27 % en 2011 (graphique 4.8.2). L'accroissement des premières naissances à un âge relativement avancé et l'augmentation des naissances multiples engendrées par les techniques de procréation assistée ont contribué à l'augmentation globale des accouchements par césarienne. Le taux de croissance depuis 2000 a été particulièrement rapide au Mexique et en Turquie (qui affichaient déjà des taux élevés, ce qui a encore davantage creusé l'écart avec la moyenne OCDE) et en Slovénie, en République Tchèque et en République slovaque (dont les taux étaient plus bas, mais qui se rapprochent rapidement de la moyenne OCDE). Dans de nombreux pays, la croissance s'est toutefois ralentie depuis 2005. En Finlande et en Suède (qui avaient des taux faibles) et en Italie et en Corée (qui avaient des taux élevés), la tendance s'est inversée et les taux connaissent une légère baisse depuis le milieu des années 2000.

On observe souvent d'importantes disparités dans les taux de césariennes d'une région à l'autre ou d'un hôpital à l'autre au sein d'un même pays. En Suisse, où les césariennes représentent aujourd'hui un tiers de toutes les naissances, les taux de césarienne étaient inférieurs à 20 % dans certains cantons alors qu'ils dépassaient 40 % dans d'autres. On relève également d'importantes disparités entre hôpitaux au sein d'un même canton. Les accouchements par césarienne étaient sensiblement plus nombreux (41 %) dans les cliniques privées que dans les établissements publics (30.5 %) (OFSP, 2013). En France, d'après une étude de 2008 de la Fédération hospitalière de France, les taux de césariennes étaient 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).

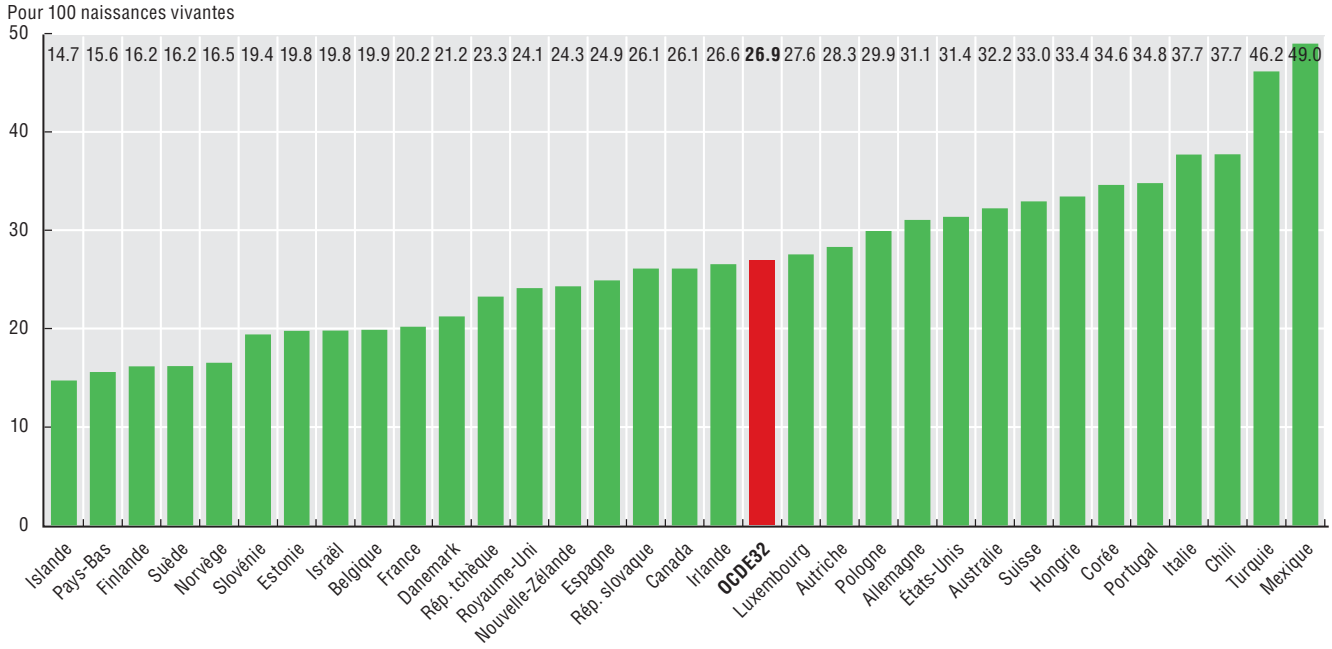
Si l'accouchement par césarienne est évidemment nécessaire dans certaines circonstances, ses avantages par rapport à l'accouchement vaginal pour un accouchement normal sans complications continuent de faire débat. Dans des pays comme le Canada, les associations professionnelles d'obstétriciens et de 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 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.

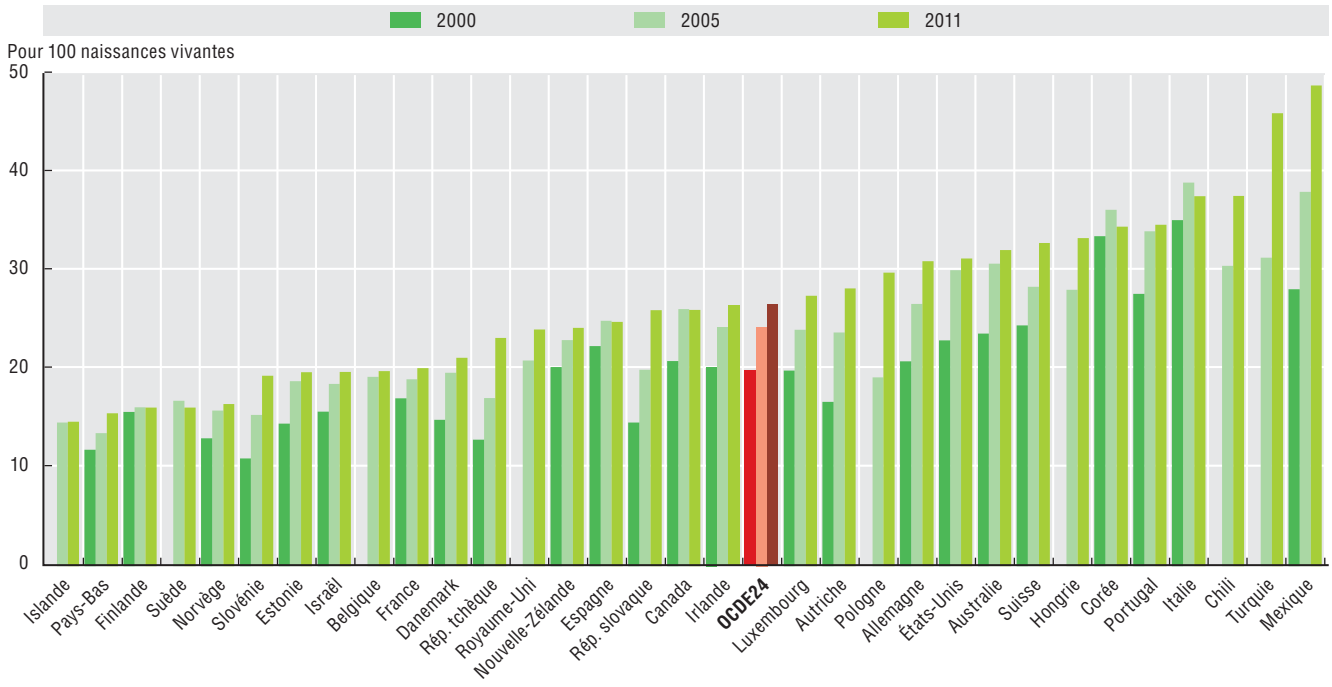
### 4.8.1. Taux d'accouchement par césarienne, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921284

### 4.8.2. Augmentation des taux d'accouchement par césarienne , 2000 à 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921303

# 4.9. Opérations de la cataracte

Ces dernières décennies, le nombre d'actes réalisés en chirurgie de jour sans 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. 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'impact 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 total d'interventions pratiquées et doit également prendre en compte tout coût supplémentaire lié aux soins post-aigus et aux soins de suite.

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. D'un point de vue médical, une opération de la cataracte qui utilise les techniques modernes ne devrait pas nécessiter d'hospitalisation, mis à part dans quelques cas particuliers (anesthésie générale ou comorbidités majeures par exemple) (Lundtstrom et al., 2012). La chirurgie de jour représente désormais plus de 90 % des opérations de la cataracte dans une majorité de pays (graphique 4.9.1). En Estonie et au Canada, presque toutes les opérations de la cataracte sont pratiquées en chirurgie de jour. 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, ainsi que par la tradition (Castoro et al., 2007). Ces taux peu élevés peuvent aussi refléter les limitations de la couverture des données des activités ambulatoires à l'hôpital ou hors de l'hôpital dans ces pays.

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, notamment le Portugal et l'Autriche (graphiques 4.9.1 et 4.9.2). Alors qu'en 2000 moins de 10 % des opérations de la cataracte au Portugal étaient effectuées en chirurgie de jour, cette proportion atteint désormais 92 %. En Autriche, cette proportion est passée de 1 % en 2000 à 46 % en 2011. La proportion des opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour a également progressé rapidement en France, en Suisse et au Luxembourg, même si elle reste en dessous de la moyenne OCDE et qu'il y ait donc encore des marges de progression.

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 sécurité avérée et le bon rapport coût/efficacité des interventions pratiquées en chirurgie de jour ont été probablement des facteurs plus déterminants (Fedorowicz et al., 2004).

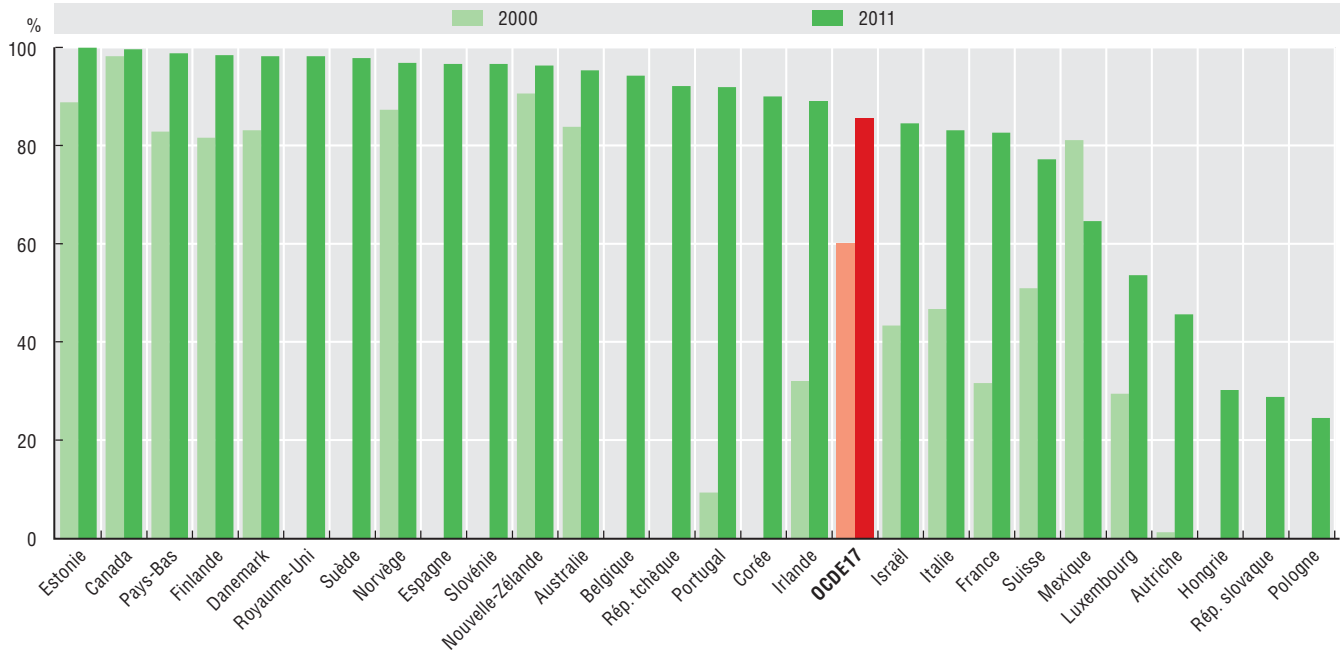
En Suède, on pratique maintenant des opérations de la cataracte sur des patients souffrant de troubles de la vision moins graves qu'il y a dix ans. Cela pose la question de savoir quelle priorité accorder aux besoins de ces derniers par rapport aux autres patients souffrant d'autres problèmes de santé (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 du fait de la présence de cataractes qui opacifient partiellement ou totalement le cristallin, et à le remplacer par un cristallin artificiel. L'intervention peut dans certains cas exiger un séjour d'une nuit à l'hôpital (patient hospitalisé), mais dans la plupart des cas elle est désormais principalement pratiquée en chirurgie de jour (le patient est admis à l'hôpital et sort le même jour) ou en consultations externes dans les hôpitaux ou hors des hôpitaux (sans admission ni sortie officielles). Toutefois, les données de nombreux pays ne prennent pas en compte les consultations externes dans ou hors des hôpitaux, à l'exception de la République tchèque, de l'Estonie, de la France, d'Israël, du Luxembourg, de la Slovénie et du Royaume-Uni où elles sont comptabilisées. En conséquence, une certaine prudence s'impose dans les comparaisons entre pays, étant donné la couverture incomplète des interventions de jour dans de nombreux pays.

En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics (on estime qu'environ 15 % de l'activité hospitalière en Irlande a lieu dans les hôpitaux privés). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent. Celles pour l'Espagne n'incluent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

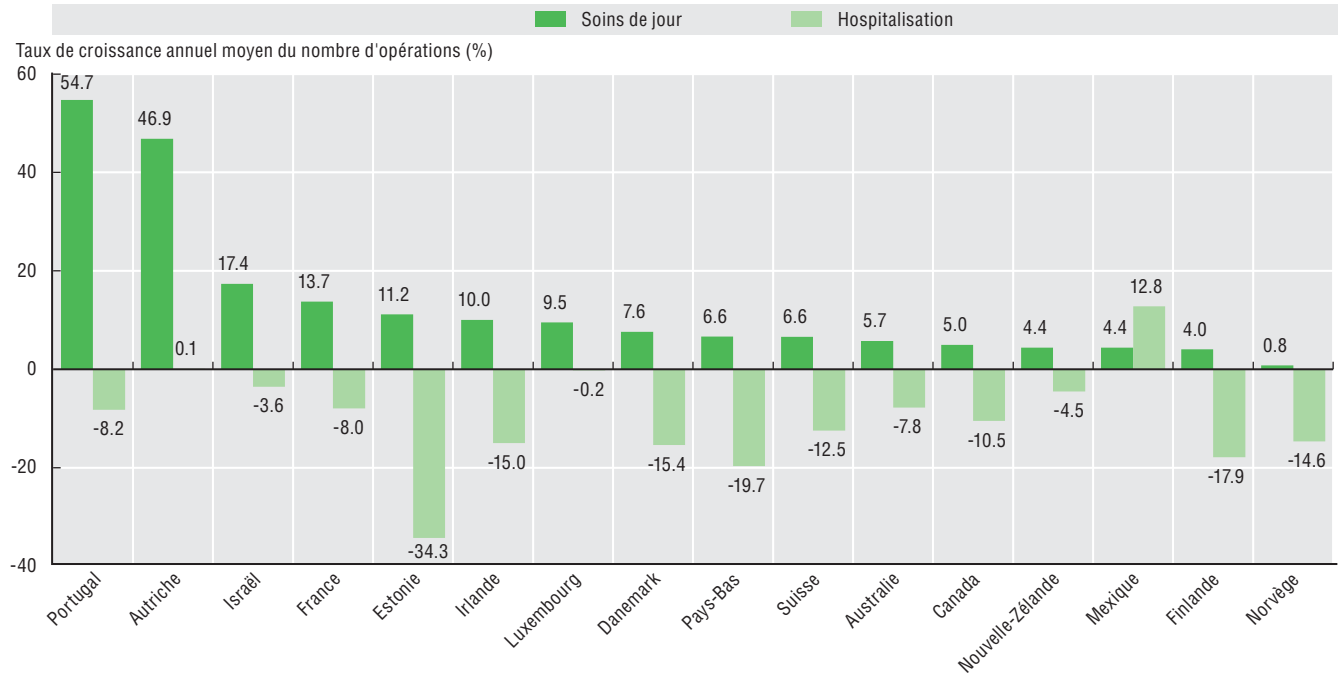
### 4.9.1. Opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921322

### 4.9.2. Évolution des opérations de la cataracte, hospitalisation et soins de jour, 2000-11 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921341

# 4.10. Consommation de médicaments

La croissance des dépenses pharmaceutiques s'est ralentie dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années (voir l'indicateur 7.4). Toutefois, pour de nombreuses catégories de médicaments, les quantités consommées continuent de croître, dû en partie à la demande croissante concernant les maladies liées au vieillissement et les maladies chroniques.

Cette section présente des informations sur le volume de consommation de quatre catégories de médicaments : les médicaments contre l'hypertension, les anticholestérols, les antidiabétiques et les antidépresseurs. L'indicateur 5.2 du chapitre 5 présente des données sur la consommation d'antibiotiques. La consommation de ces médicaments est mesurée par la dose quotidienne définie (DQD) (voir l'encadré « Définitions et comparabilité »).

L'hypertension est un problème de santé public majeur. On estime qu'un adulte sur trois dans le monde est touché par l'hypertension, et que 13 % de la mortalité est liée à une pression artérielle trop élevée (OMS, 2012). L'hypertension est un important facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de nombreuses autres maladies. La consommation de médicaments contre l'hypertension a presque doublé en moyenne dans les pays de l'OCDE ces dix dernières années, et elle a plus que triplé en Estonie et au Luxembourg (graphique 4.10.1). Elle est la plus élevée en Allemagne, en Hongrie et en République tchèque, et la plus faible en Corée.

L'utilisation des anticholestérols a plus que triplé dans les pays de l'OCDE depuis 2000, passant de moins de 30 DQD pour 1 000 personnes par jour en 2000 à plus de 90 DQD en 2011 (graphique 4.10.2). Le contexte épidémiologique, notamment l'épidémie d'obésité, et un plus grand nombre de dépistages et de traitements expliquent cette croissance. En 2011, l'Australie, le Royaume-Uni et la République slovaque avaient la consommation la plus élevée par habitant, avec des niveaux plus de 40 % supérieurs à la moyenne OCDE. Si ces disparités entre pays peuvent en partie refléter 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.

L'utilisation de médicaments antidiabétiques a presque doublé en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2011 (graphique 4.10.3). Cette augmentation peut être expliquée par la prévalence grandissante du diabète, largement liée à la hausse de l'obésité (indicateur 2.7). En 2011, la consommation d'antidiabétiques était la plus élevée en Finlande, en Allemagne et au Royaume-Uni, et la plus faible au Chili et en Islande.

La consommation d'antidépresseurs a, elle aussi, sensiblement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 2000 (graphique 4.10.4). Les recommandations concernant le traitement pharmaceutique de la dépression varient d'un pays à l'autre, et on observe également d'importantes disparités dans les habitudes de prescription chez les médecins généralistes et les psychiatres dans chaque pays. L'Islande, suivie de l'Australie, du Canada, du Danemark et de la Suède, avaient le plus haut niveau de consommation d'antidépresseurs en 2011. En 2008, près de 30 % des femmes âgées de 65 ans et plus avaient une prescription d'antidépresseurs en Islande, comparativement à moins de 15 % en Norvège (NOMESCO, 2010).

L'accroissement de l'intensité et de la durée des traitements sont parmi les facteurs qui peuvent expliquer la hausse générale de la consommation d'antidépresseurs. En Angleterre, par exemple, la hausse de la consommation est liée à un allongement du traitement médicamenteux (Moore et al., 2009). La hausse de consommation peut aussi s'expliquer par l'extension des indications de certains antidépresseurs à des formes plus légères de dépression, à l'anxiété généralisée ou à la phobie sociale (Hollingworth et al., 2010 ; Mercier et al., 2011). Ces extensions ont fait l'objet de réserves quant à leur pertinence. L'évolution de l'acceptabilité sociale et la volonté d'obtenir un traitement lors des épisodes de dépression jouent aussi un rôle dans la hausse de la consommation.

L'augmentation de l'utilisation des antidépresseurs peut aussi être partiellement expliquée par le sentiment d'insécurité provoqué de la crise économique (Gili et al., 2012). En Espagne, la consommation d'antidépresseurs par habitant a cru de 23 % entre 2007 et 2011, bien que cette augmentation ait été légèrement plus faible que pendant les quatre années précédentes (28 % entre 2003 et 2007). Au Portugal, la consommation d'antidépresseurs a augmenté de 20 % entre 2007 et 2011. La consommation d'antidépresseurs a augmenté encore plus rapidement dans des pays comme l'Allemagne (hausse de 46 % entre 2007 et 2011) qui ont été moins touchés par la crise et ont connu une reprise économique plus rapide.

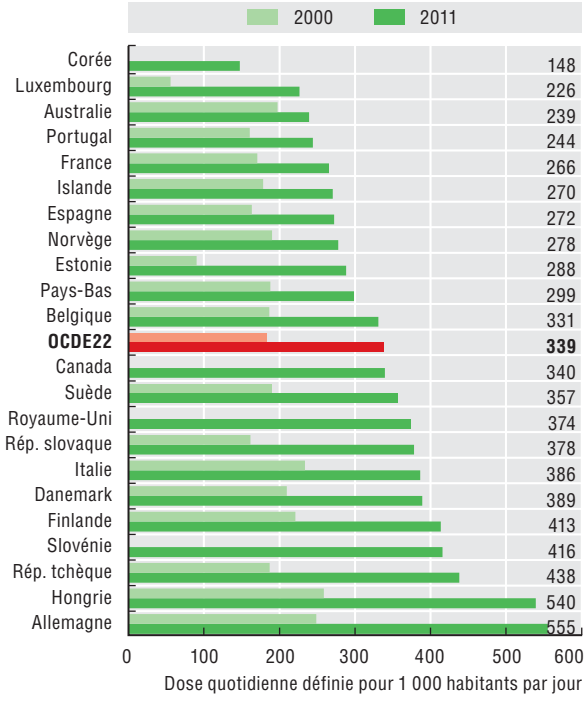
### *Définition et comparabilité*

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose supposée moyenne de traitement par jour du médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Pour plus de détails, voir *www.whocc.no/atcddd*.

Le volume de la consommation de médicaments contre l'hypertension présentés dans le graphique 4.10.1 se rapporte à la somme de cinq catégories de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (antihypertenseurs, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs des canaux calciques et agents agissant sur le système rénine-angiotensine).

Les données concernent généralement la consommation en dehors de l'hôpital, excepté pour l'Estonie, l'Italie, la République tchèque et la Suède où elles englobent également la consommation à l'hôpital. Les chiffres pour le Canada ne couvrent que deux provinces (Manitoba et Saskatchewan). Les données pour l'Espagne concernent la consommation en dehors de l'hôpital pour les médicaments prescrits couverts par le système national de santé.

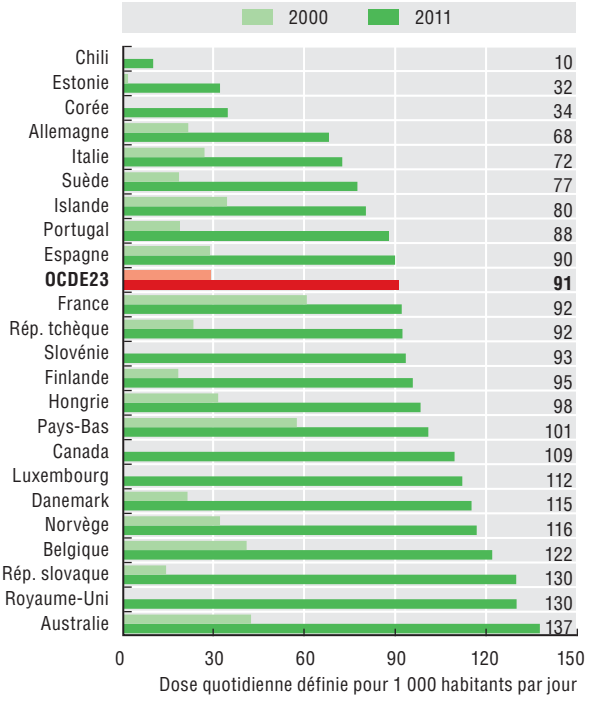
### 4.10.1. Consommation de médicaments contre l'hypertension, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921360

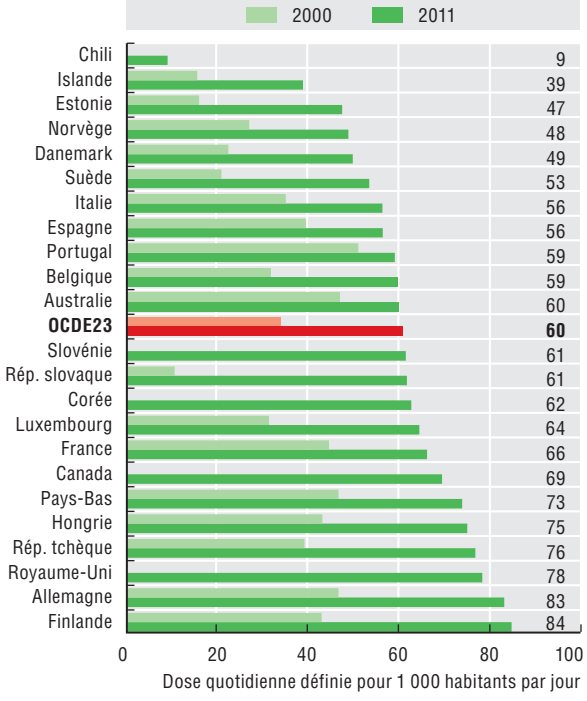
### 4.10.2. Consommation d'anticholestérols, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921379

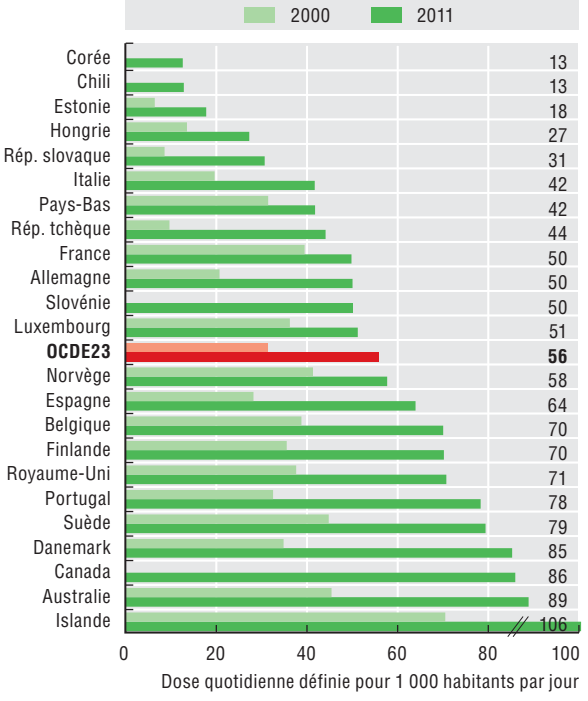
### 4.10.3. Consommation d'antidiabétiques, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921398

### 4.10.4. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921417

# 4.11. Part de marché des médicaments génériques

Tous les pays de l'OCDE considèrent le développement des marchés des médicaments génériques comme une bonne occasion d'accroître l'efficience des dépenses pharmaceutiques, en proposant des produits moins coûteux que les médicaments sous brevet pour un résultat sanitaire équivalent. En 2011, les génériques représentaient environ trois quarts du volume des produits pharmaceutiques couverts par la couverture médicale de base en Allemagne, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et au Danemark, mais moins d'un quart au Luxembourg, en Italie, en Irlande, en Suisse, au Japon et en France (graphique 4.11.1).

La part de marché des génériques s'est sensiblement accrue ces dix dernières années dans certains pays qui affichaient de faibles niveaux en 2000 (graphique 4.11.2). Au Portugal, le marché des génériques est passé de pratiquement zéro en 2000 à 30 % en volume et 23 % en valeur en 2011. En Espagne, ces parts de marché ont atteint 34 % en volume et 15 % en valeur en 2011 (contre seulement 3 % en 2000). Cette croissance du marché des génériques au Portugal et en Espagne s'est amorcée avant la récession de 2008-09, mais ces deux pays ont récemment pris des mesures pour intensifier ces efforts dans le cadre de plans de réduction du déficit.

Certaines disparités dans la part des génériques entre les pays peuvent s'expliquer par les structures des marchés, notamment le nombre de médicaments non protégés par un brevet ou les préférences des médecins (qui peuvent être influencés par les représentants des laboratoires pharmaceutiques) pour les médicaments sous brevet, mais l'essor des génériques dépend aussi largement des politiques mises en œuvre (OCDE, 2010b ; Vogler, 2012).

La plupart des pays de l'OCDE autorisent les médecins à prescrire en utilisant les dénominations communes internationales (DCI), mais les comportements professionnels ne dépendent pas uniquement des lois. Alors que 80 % des prescriptions des médecins anglais utilisent les DCI, ce n'est le cas que pour 12 % des prescriptions des médecins français (OCDE, 2010b). Par ailleurs, les pharmaciens sont autorisés à substituer un générique à un médicament de marque dans la plupart des pays de l'OCDE, et même obligés de le faire dans certains (le Danemark et la Suède par exemple). Toutefois, cette obligation n'est pas indispensable à une forte pénétration des médicaments génériques, car des pays comme la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni affichent des taux de pénétration élevés sans y avoir recours.

Des incitations financières destinées aux médecins, aux pharmaciens et aux patients ont été mises en place afin d'encourager le développement des marchés des génériques. En Angleterre par exemple, les *Primary Care Trusts* (groupements de généralistes) sont financièrement responsables des dépenses de santé de leurs patients et ont donc un intérêt direct à contrôler les coûts des produits pharmaceutiques. En France, la sécurité sociale verse des primes aux médecins dont les taux de prescription de génériques sont élevés par l'intermédiaire d'un dispositif de rémunération fondée sur la performance.

Les patients ont un intérêt financier à choisir les médicaments les moins chers lorsque leur participation aux coûts est fixée en pourcentage du prix, lorsque la participation fixe est inférieure pour les génériques ou lorsqu'un système de « prix de référence » est mis en place. En 2006, la Suisse a augmenté la participation au paiement des médicaments de marque pour lesquels des génériques sont disponibles (elle est passée de 10 % à 20 %). En France, lorsqu'ils refusent la substitution par un générique, les patients doivent payer leurs médicaments et ne sont remboursés qu'ultérieurement.

Les marges des pharmaciens sont fixées en fonction du prix des médicaments et sont par conséquent plus élevées (en termes absolus) pour les produits les plus chers. Un tel dispositif pénalise les pharmaciens lorsqu'ils substituent un générique à un médicament plus onéreux. Plusieurs pays ont inversé ou au moins neutralisé cette mesure incitative (notamment la France). D'autres ont instauré des incitations positives : en Suisse par exemple, les pharmaciens sont rémunérés pour substituer les génériques aux médicaments de marque. Dans plusieurs pays (en Norvège, par exemple), les pharmaciens ont l'obligation d'informer les patients des possibilités de traitement moins coûteux.

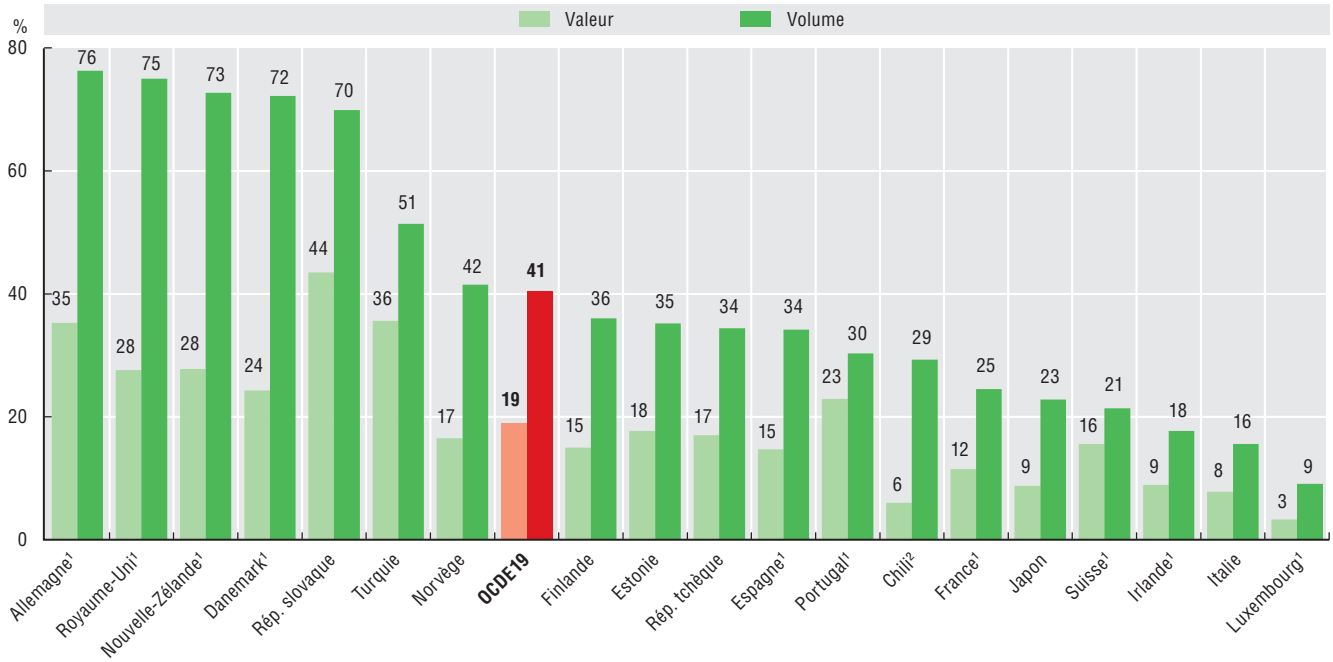
Encourager la baisse des prix des génériques s'avère tout aussi important que la promotion de leur consommation pour contrôler les coûts. Le graphique 4.11.1 suggère par exemple que l'écart entre les prix des médicaments de marque et des génériques est beaucoup plus élevé au Royaume-Uni qu'en Allemagne, car la part des génériques en valeur est bien plus faible au Royaume-Uni qu'en Allemagne alors que la part en volume est similaire. Une voie possible pour exercer une pression sur les prix des génériques est de procéder à des appels d'offres. En 1997, la Nouvelle-Zélande a instauré un processus d'appel d'offres pour les médicaments génériques qui a permis une réduction des prix allant de 84 % à 96 % en cinq ans pour certains produits (OXERA, 2001).

### *Définition et comparabilité*

Un générique est défini comme un produit pharmaceutique qui propose la même composition qualitative et quantitative de substances actives et la même forme pharmaceutique que le produit de référence, et dont la bioéquivalence a été prouvée. On peut distinguer les génériques de marque (sous un nom commercial spécifique) et les génériques sans marque (qui utilisent la dénomination commune internationale et le nom de la société).

Dans la plupart des pays, les données couvrent l'ensemble de la consommation des produits pharmaceutiques. Toutefois, dans certains autres, elles ne couvrent que les produits remboursés par l'assurance-maladie. Au Chili, les données ne concernent que les ventes dans les pharmacies de ville. Dans plusieurs pays, elles ne couvrent que la consommation de médicaments remboursés.

### 4.11.1. Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2011 (ou année la plus proche)

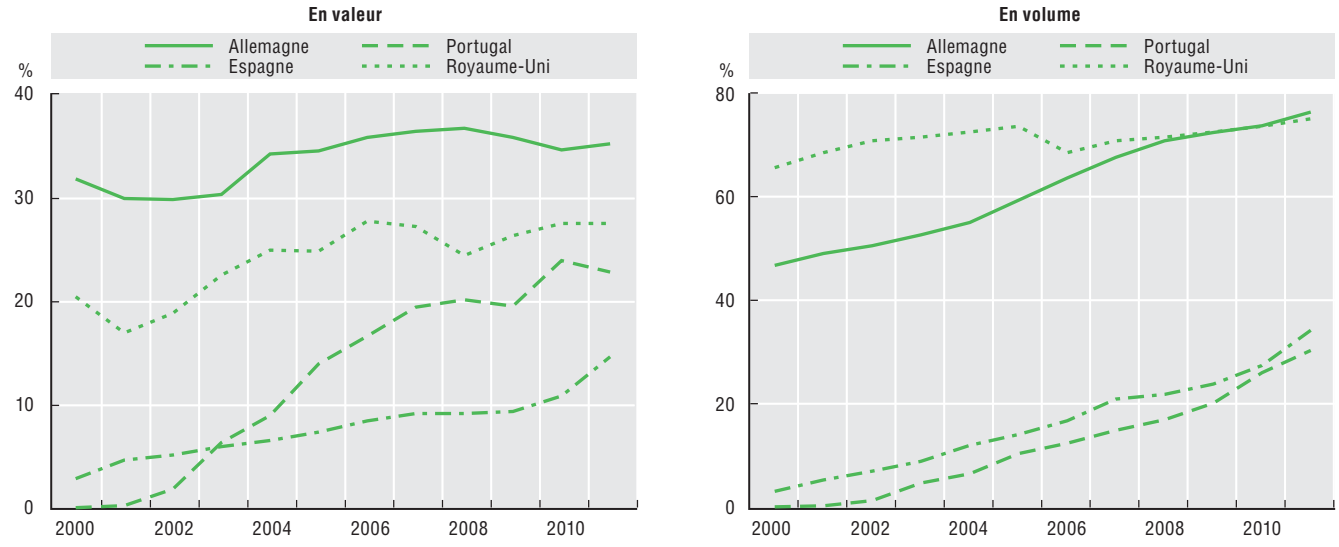



1. Marché des médicaments remboursés.
2. Marché des pharmacies de ville.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921436

### 4.11.2. Évolution de la part des génériques dans le marché pharmaceutique pour quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921455

# 5. QUALITÉ DES SOINS


5.1. Admissions évitables à l'hôpital

5.2. Prescriptions dans le cadre des soins primaires

5.3. Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

5.4. Mortalité après un accident vasculaire cérébral

5.5. Complications chirurgicales

5.6. Traumatisme obstétrical

5.7. Réadmission à l'hôpital non programmée de patients atteints de troubles mentaux

5.8. Surmortalité due aux troubles mentaux

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

5.10. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

5.11. Survie et mortalité du cancer colorectal

5.12. Programmes de vaccination des enfants

5.13. Vaccination antigrippale des personnes âgées

5.14. Expériences des patients en soins ambulatoires


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.

# 5.1. Admissions évitables à l'hôpital

La plupart des systèmes de santé ont développé un « niveau de soins primaires » dont la fonction comprend la gestion des nouveaux problèmes de santé qui ne menacent pas directement la vie, la gestion des affections de longue durée et l'aide à la prise de décision des patients lorsqu'un transfert vers des services hospitaliers est nécessaire. Un des principaux objectifs est le bien-être des individus, en fournissant un lieu de soins stable sur le long terme, en adaptant et en coordonnant les soins pour ceux dont les besoins sont multiples et en favorisant l'auto-éducation et l'autogestion des patients (Kringos, 2010). Dans un contexte de prévalence croissante des maladies chroniques dans de nombreux pays de l'OCDE (voir les indicateurs 1.3, 1.4 et 1.10), proposer des soins primaires de haute qualité est une priorité majeure de presque tous les systèmes de santé.

L'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le diabète sont trois affections de longue durée largement répandues. L'asthme et la MPOC limitent la capacité à respirer : les symptômes de l'asthme sont le plus souvent intermittents et les traitements peuvent les éliminer, alors que la MPOC est une maladie progressive qui touche presque exclusivement les fumeurs (actuels ou anciens). L'asthme touche entre 150 et 300 millions de personnes dans le monde et est à l'origine de 250 000 décès chaque année (OMS, 2011b). La MPOC affecte environ 64 millions d'individus et est actuellement la quatrième principale cause de décès dans le monde puisqu'elle est responsable de la mort d'environ 3 millions de personnes chaque année (OMS, 2011c). Le diabète est une pathologie dans laquelle l'aptitude du corps à réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang est perdue. Il peut être à l'origine de nombreuses complications à long terme comme l'insuffisance rénale ou la perte de la vue, tandis qu'à court terme les risques sont la perte de connaissance ou le coma. Environ 180 millions d'individus sont reconnus comme souffrant de diabète, et on estime qu'un nombre similaire d'individus ne sont pas diagnostiqués. La pathologie pourrait être responsable de 4.6 millions de décès et de 11 % du total des dépenses de santé en 2011 (FID, 2011).

Pour ces trois pathologies les données scientifiques établissent clairement que les traitements sont efficaces et qu'ils peuvent être en grande partie administrés dans le cadre des soins primaires. Un système de soins primaires très performant peut, dans une certaine mesure, éviter une dégradation importante de l'état des personnes souffrant d'asthme, de MPOC ou de diabète et prévenir leur admission à l'hôpital. Éviter l'hospitalisation ne permet pas uniquement de faire des économies, mais est aussi souvent préférable pour le patient. De nombreux systèmes de santé continuent cependant de peiner à réduire l'utilisation du secteur hospitalier pour des affections qui peuvent facilement être prises en charge par les services de soins primaires.

Les graphiques 5.1.1 et 5.1.2 présentent les taux d'admission à l'hôpital pour asthme et MPOC. Les hospitalisations pour asthme sont 14 fois plus élevées dans certains pays par rapport à d'autres. La Corée, les États-Unis, et la République slovaque affichent des taux deux ou trois fois supérieurs à la moyenne OCDE ; l'Italie, le Canada et le Mexique ont les taux les plus faibles. Les disparités à l'échelle internationale des taux d'admission pour la MPOC sont similaires, environ d'un facteur 16 ; la Hongrie, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande déclarant les taux les plus élevés, et le Japon, le Portugal et l'Italie les plus faibles. Les taux d'hospitalisation pour un diabète varient d'un facteur huit, comme le montre le graphique 5.1.3. L'Italie, l'Islande et la Suisse ont les taux les plus faibles, tandis que la Corée, le Mexique et la Hongrie déclarent des taux au moins deux fois supérieurs à la moyenne OCDE.

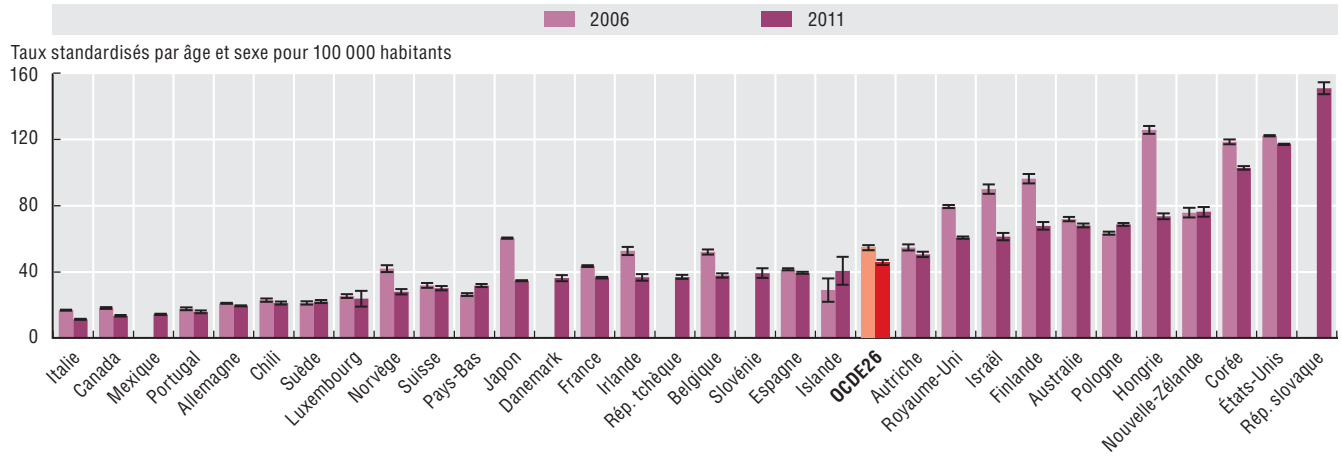
Alors que la prévalence des maladies peut expliquer une partie des disparités entre pays en matière de taux d'admission, il est intéressant de noter que la majorité des pays enregistrent une réduction des hospitalisations pour chacune des trois pathologies ces dernières années. Cette situation peut refléter les améliorations apportées à l'accès aux soins primaires, et à leur qualité. Les approches envisagées pour améliorer la qualité des soins primaires, et les défis à relever dans ce domaine sont décrits dans une série d'examens par pays actuellement réalisés par l'OCDE. Le Programme israélien *Indicateurs de qualité des soins de santé communautaires*, est un exemple de la façon dont les informations publiées sur les tendances et les résultats des soins sont utilisées pour inciter les prestataires à améliorer les services (OCDE, 2012a).

### *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. L'indicateur du diabète non contrôlé repose sur l'addition de trois indicateurs : admissions pour des complications à court terme et à long terme et pour diabète non contrôlé sans complication.

Les taux ont été standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de plus de 15 ans. Les différences de pratiques de codage entre pays ainsi que la définition d'une admission peuvent affecter la comparabilité des données. 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.

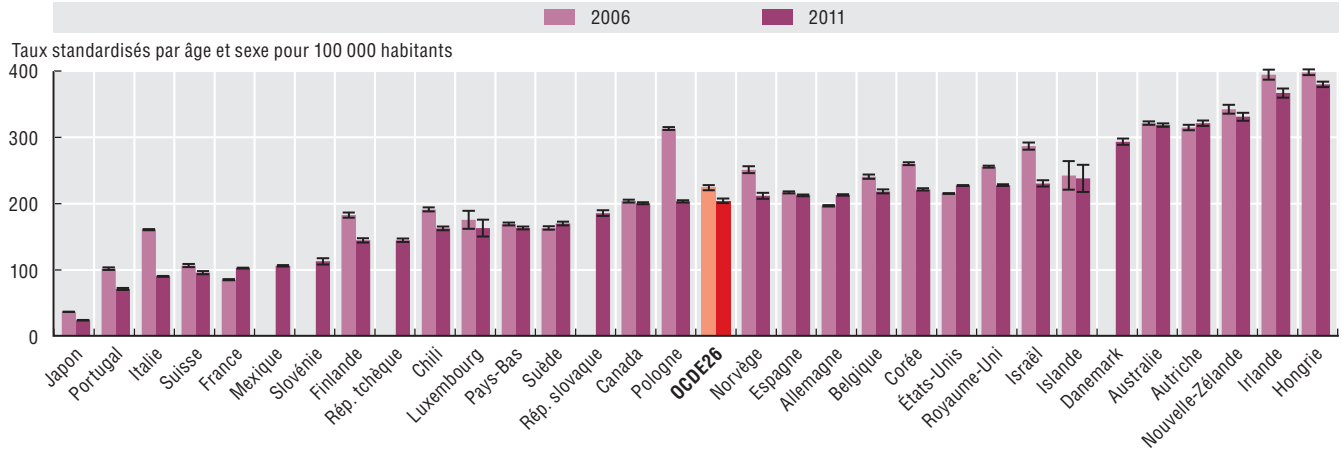
### 5.1.1. Admission à l'hôpital pour asthme parmi la population adulte, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921474

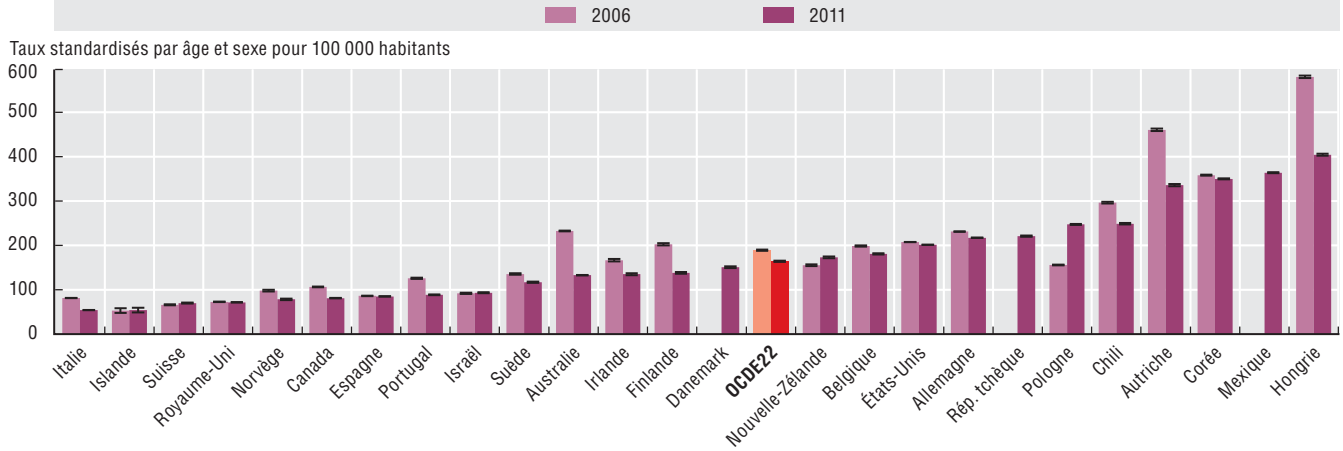
### 5.1.2. Admission à l'hôpital pour MPOC parmi la population adulte, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921493

### 5.1.3. Admission à l'hôpital pour diabète parmi la population adulte, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921512

## 5.2. Prescriptions dans le cadre des soins primaires

Au-delà de la consommation et des dépenses (voir les indicateurs 4.10 « Consommation de médicaments » et 7.4 « Dépenses pharmaceutiques »), les informations sur les prescriptions peuvent être utilisées en tant qu'indicateur de la qualité des soins de santé. Deux indicateurs complémentaires sont présentés : le volume total des antibiotiques et, plus spécifiquement, le volume des quinolones et des céphalosporines en pourcentage de l'ensemble des antibiotiques.

On observe une nette corrélation entre le volume d'antibiotiques prescrits localement et la prévalence des souches bactériennes résistantes (Bronzwaer et al., 2002 ; Goosens et al., 2005). Les infections provoquées par des micro-organismes résistants ne répondent bien souvent pas aux traitements conventionnels, ce qui entraîne un allongement de la durée de la maladie, des risques de décès plus importants et des coûts plus élevés. La réduction des prescriptions au niveau des soins primaires correspond à une réduction de la résistance aux antibiotiques (Butler et al., 2007). Ainsi, les antibiotiques ne doivent être prescrits que lorsque le besoin est avéré, et ne doivent pas être utilisés par exemple pour traiter les infections légères de la gorge, qui sont presque toujours d'origine virale (Cochrane Collaboration, 2013). Même s'il est difficile d'établir un niveau optimal de prescription, les évolutions des volumes de prescriptions sont un bon indicateur de la qualité des soins de santé dans les centres de soins primaires (Coenen et al., 2007).

Les quinolones et les céphalosporines sont considérées comme des antibiotiques de seconde ligne dans la plupart des directives en matière de prescription. Leur utilisation devrait être limitée afin de garantir la disponibilité d'une thérapie de seconde ligne efficace en cas d'échec des antibiotiques de première ligne. Encore une fois, même si un niveau optimal de prescription de ces antibiotiques est difficile à établir, il a été amplement démontré qu'ils sont prescrits inutilement dans des cas où aucun antibiotique n'est nécessaire ou dans d'autres où des antibiotiques plus communs suffiraient. Leur volume en pourcentage du volume total d'antibiotiques prescrits a également été validé comme étant un marqueur de la qualité des structures de soins primaires (Adriaenssens et al., 2011).

Le graphique 5.2.1 présente les volumes d'antibiotiques prescrits dans le cadre des soins primaires à l'échelle nationale. Ces volumes varient d'un facteur trois selon les pays, le Chili, l'Estonie et les Pays-Bas déclarant les volumes les plus faibles et la Grèce, le Luxembourg et la Belgique des volumes équivalant à environ 1.5 fois la moyenne OCDE. Ces disparités peuvent s'expliquer, du côté de l'offre, par des différences dans les réglementations, les recommandations et les incitations appliquées aux prescripteurs de soins et, sur le plan de la demande, par les différences culturelles dans les attitudes et les attentes relatives au traitement optimal des maladies infectieuses (Akkerman et al., 2005 ; Koller et al., 2013).

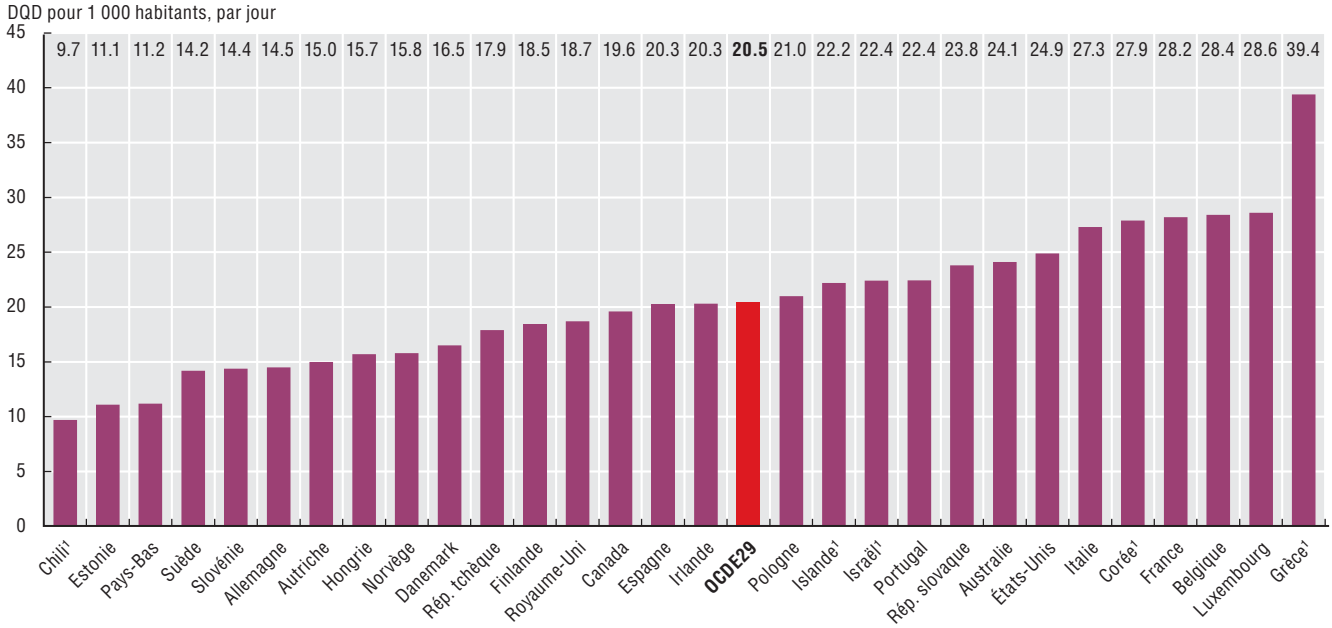
Le graphique 5.2.2 présente le volume des quinolones et céphalosporines en pourcentage de l'ensemble des antibiotiques prescrits dans le cadre des soins primaires. L'écart entre les pays est bien supérieur que pour le volume total des antibiotiques ; le Danemark, la Norvège et le Royaume-Uni affichent les pourcentages les plus faibles, alors que la Grèce, l'Allemagne et la République slovaque déclarent des volumes atteignant presque le double de la moyenne OCDE. On observe un lien dans les performances des pays concernant ces deux indicateurs : ainsi la Grèce et le Luxembourg déclarent des volumes élevés et les pays nordiques des volumes relativement faibles. En revanche, l'Allemagne, l'Autriche et la Hongrie déclarent un faible volume de prescriptions mais des pourcentages relativement élevés d'utilisation des quinolones et des céphalosporines.

L'utilisation totale peut tout à fait dépasser les volumes déclarés ici étant donné que, dans certains pays, l'automédication est très répandue (Grigoryan et al., 2006). La réduction de cet usage est un problème aussi urgent que complexe, qui pourrait nécessiter des initiatives multiples et coordonnées telles que de la surveillance, de nouvelles réglementations et la sensibilisation des professionnels et des patients. De nombreux programmes de ce type sont en cours, notamment un Programme commun de l'Union européenne initié en 2008 (JPIAMR) et la Stratégie mondiale pour la limitation de la résistance antimicrobienne de l'OMS, ainsi que des initiatives au niveau des États, et la plupart semblent se montrer efficaces (Huttner et al., 2010).

### *Définition et comparabilité*

Voir l'indicateur 4.10 pour une description de la dose quotidienne définie (DQD). Les données concernent généralement la consommation en dehors de l'hôpital, excepté pour le Chili, le Canada, la Grèce, la Corée, Israël et l'Islande, où elles englobent également la consommation des hôpitaux et des autres institutions qui interviennent après les soins primaires. Les données datent de 2010, excepté pour les États-Unis (2004), Israël (2009) et la République slovaque (2009). Les données pour le Chili n'intègrent que les médicaments dispensés dans les pharmacies privées. Les données pour le Canada ne couvrent que le Manitoba et le Saskatchewan (6.7 % de la population).

### 5.2.1. Volume total d'antibiotiques prescrits, 2010 (ou année la plus proche)

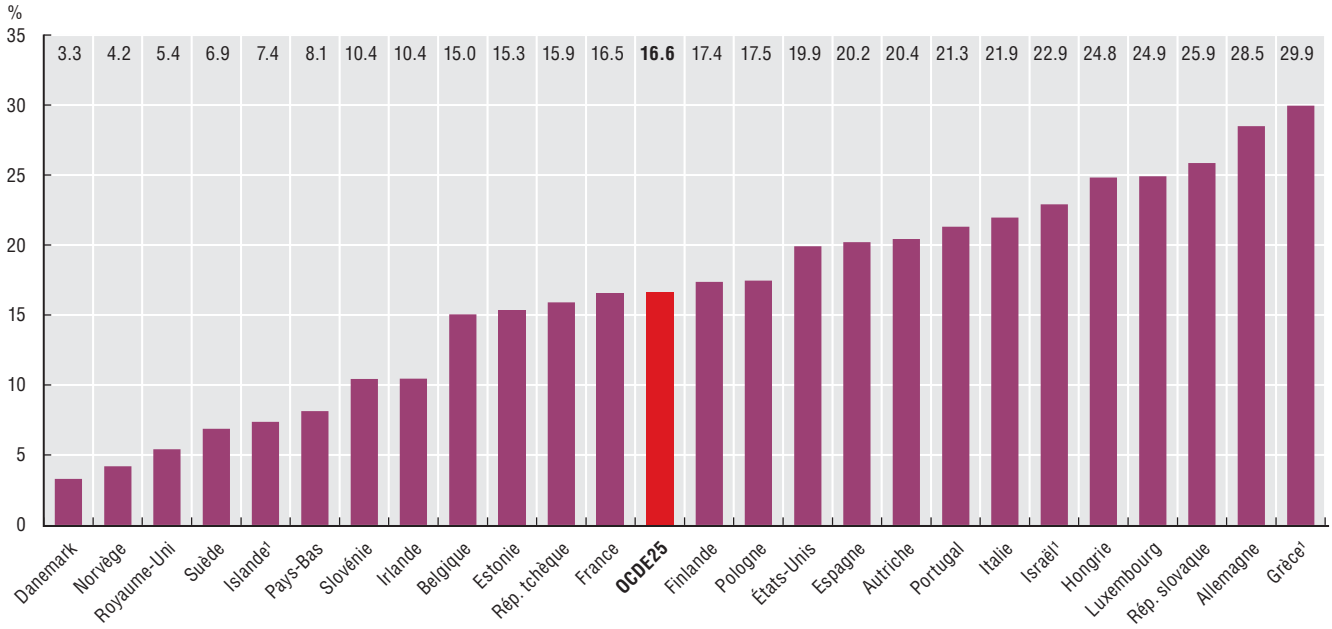



1. Les données correspondent à tous les secteurs (pas exclusivement aux soins primaires).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr, IMS pour les États-Unis.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932921531*

### 5.2.2. Céphalosporines et quinolones en proportion du total d'antibiotiques prescrits, 2010 (ou année la plus proche)




1. Les données correspondent à tous les secteurs (pas exclusivement aux soins primaires).

*Source :* Centre européen pour le contrôle et la prévention des maladies 2013 et IMS pour les États-Unis.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932921550*

# 5.3. Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité due aux maladies coronariennes a diminué sensiblement depuis les années 70 (voir l'indicateur 1.3 « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires »). Cette baisse peut être attribuée en partie à de meilleurs traitements, particulièrement lors des phases aiguës d'infarctus du myocarde. Les soins dispensés en cas d'IAM ont fortement évolué au cours des dernières décennies avec l'apparition des unités de soins coronariens et des traitements visant à rétablir rapidement la circulation sanguine (Khush et al., 2005). Les directives en matière de pratiques cliniques fournissent aux cliniciens des informations sur la façon d'optimiser les traitements, et les études ont démontré qu'un plus grand respect de ces directives améliorait les résultats pour la santé (par exemple Schiele et al., 2005 ; Eagle et al., 2005). Toutefois, les patients victimes d'un IAM ne reçoivent pas toujours les soins appropriés, ce qui soulève des inquiétudes concernant la qualité des soins dans quelques pays (Brekke et Gjelsvik, 2009 ; Kotseva et al., 2009).

Un bon indicateur de la qualité des soins aigus est le taux de décès à 30 jours suite à un IAM. Cet indicateur mesure le pourcentage de personnes qui décèdent dans les 30 jours qui suivent leur admission à l'hôpital suite à un IAM. Il reflète les processus de soins, tels que le transport en temps voulu des patients et les interventions médicales efficaces. Cet indicateur est non seulement influencé par la qualité des soins fournis dans les hôpitaux, mais aussi par les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour et de gravité des IAM.

Le graphique 5.3.1 présente les taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM. Le diagramme de gauche présente le taux de mortalité à l'hôpital lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission pour IAM a eu lieu. Le taux le plus faible est détenu au Danemark (3 %) et le plus élevé au Mexique (27 %). Même si les données du Mexique concernant le taux de mortalité ne font référence qu'aux hôpitaux du secteur public, la qualité des services médicaux d'urgence préhospitaliers est apparemment faible (Peralta, 2006). Les taux élevés de diabète non contrôlé au Mexique, en Corée et en Hongrie peuvent également contribuer à expliquer les taux élevés de décès après IAM (voir les indicateurs 1.10 « Prévalence et incidence du diabète » et 5.1 « Admissions évitables à l'hôpital »). Les patients souffrant du diabète ont de plus mauvais résultats après un IAM que ceux n'en souffrant pas, en particulier si le diabète est mal contrôlé (Norhammar et al., 2007 ; Ouhoummane et al., 2010 ; Yan et al., 2006).

En Corée et au Japon, les individus ont moins de chance de mourir d'une maladie cardiovasculaire de façon globale mais sont plus susceptibles de mourir après leur admission à l'hôpital pour un IAM que dans de nombreux autres pays de l'OCDE. Une explication possible est que la gravité de l'état des patients admis suite à un IAM peut être plus importante chez un petit groupe de personnes au sein de la population, mais ce phénomène peut également refléter des différences sous-jacentes dans les soins d'urgence, les diagnostics, les formes de traitement et même les systèmes de classification des maladies (OCDE, 2012b).

Le diagramme de droite du graphique 5.3.1 présente les taux de mortalité à 30 jours après un IAM lorsque les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils se produisent. Cet indicateur est plus robuste car il enregistre les décès de façon plus large que l'indicateur établi sur la base des admissions mais il implique que les données soient liées au registre des décès ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Le taux de mortalité moyen après IAM est de 10.8 % et va de 8.2 % (Norvège) à 18.8 % (Hongrie). L'écart entre pays est bien plus faible avec l'indicateur qui suit les patients dans et hors de l'hôpital qu'avec celui reposant sur un même hôpital. Cela semble indiquer que les patients sont plus facilement transférés vers d'autres services dans des pays comme le Danemark comparé à des pays comme la Hongrie.

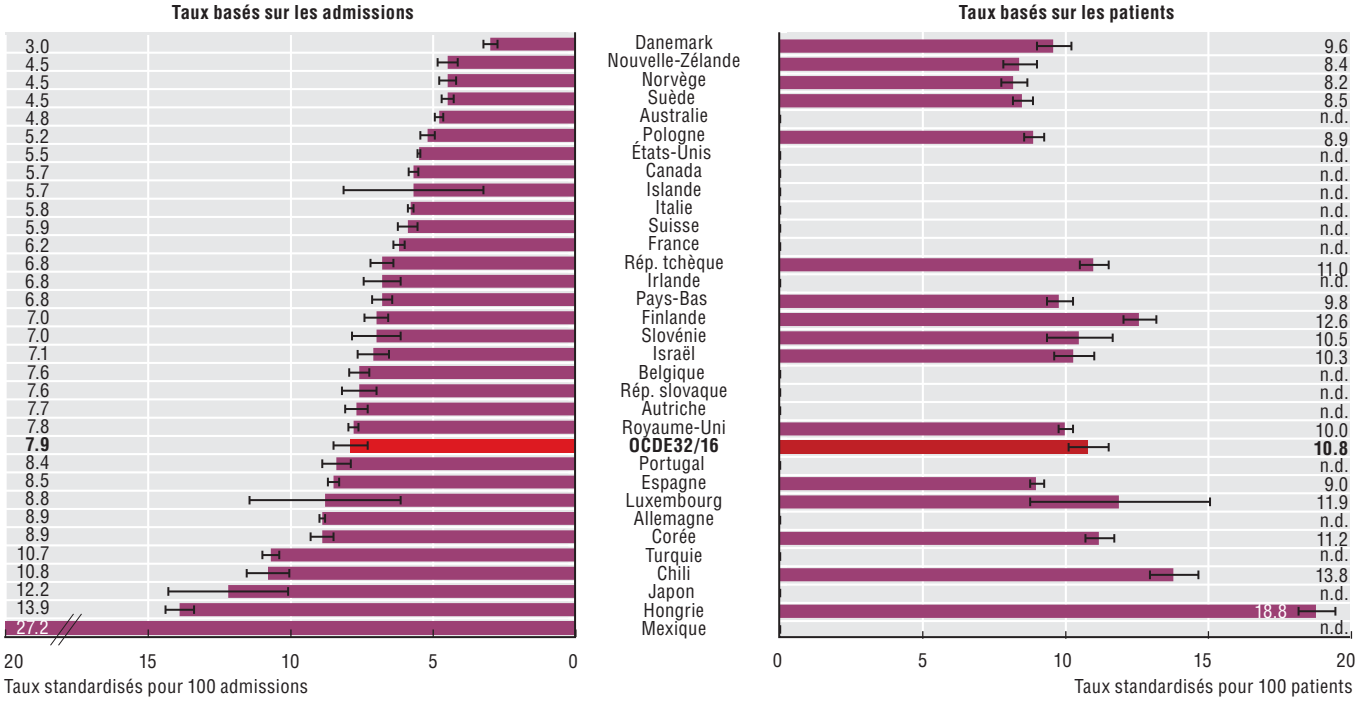
Les taux de mortalité dans le même hôpital suite à une admission pour IAM ont fortement diminué entre 2001 et 2011 (graphique 5.3.2). Dans l'OCDE, le taux de mortalité a chuté de 11.2 % à 7.9 %. Entre 2006 et 2011, cette baisse était particulièrement forte au Danemark, en République slovaque, en Pologne et au Canada, où les taux de mortalité ont chuté de plus de 30 %. Ces améliorations peuvent au moins partiellement être attribuées à des processus de soins plus efficaces et plus fiables.

### *Définition et comparabilité*

Le taux de mortalité suite à un IAM basé sur les admissions est défini comme le pourcentage de personnes de plus de 45 ans qui décèdent dans les 30 jours suite à leur hospitalisation pour un IAM, lorsque le décès a lieu au sein du même hôpital. Le taux de mortalité suite à un IAM basé sur les patients dans et hors de l'hôpital est défini comme le pourcentage de personnes de plus de 45 ans qui décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation pour un IAM, que le décès ait lieu au sein du même hôpital, dans un autre hôpital ou hors de l'hôpital.

Les taux sont standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de plus de 45 ans et admise à l'hôpital pour IAM. Le changement de population standard de référence dans cette édition du *Panorama de la santé* en comparaison avec les éditions précédentes (où les taux étaient standardisés selon la population de l'OCDE en 2005) a entraîné une augmentation générale des taux pour tous les pays.

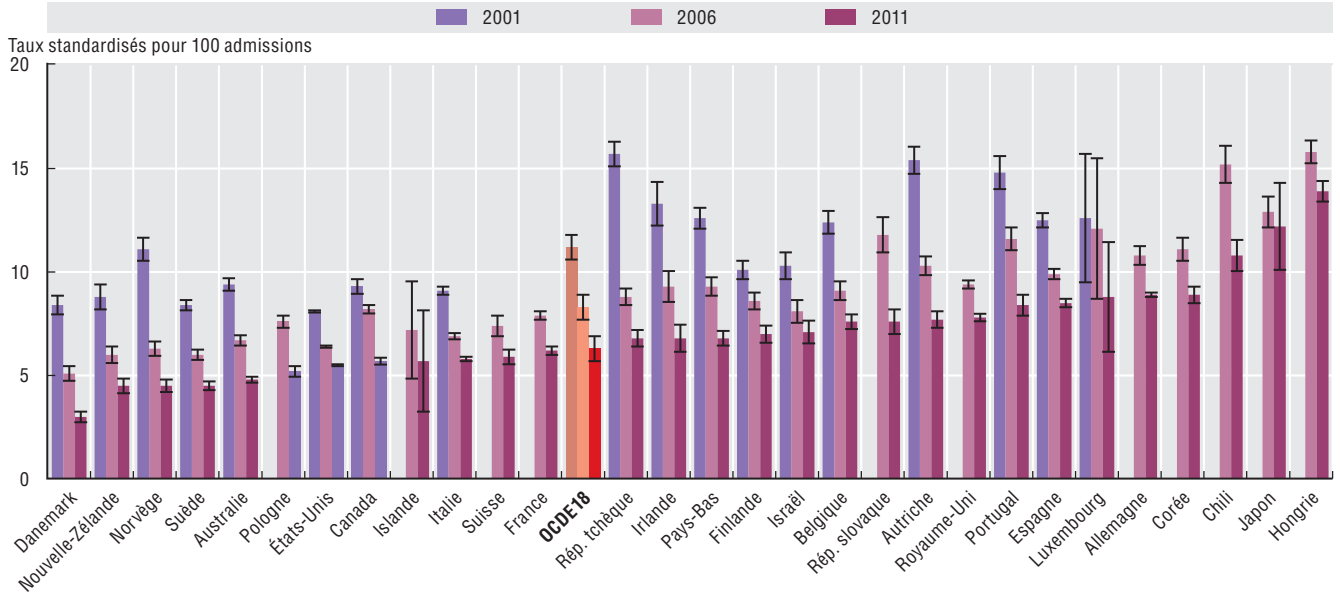
**5.3.1. Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) parmi la population âgée de 45 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)**




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 %sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921569

**5.3.2. Réduction de la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour IAM parmi la population âgée de 45 ans et plus, 2001-11 (ou année la plus proche)**




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 %sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921588

# 5.4. Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et autres maladies cérébrovasculaires représentent plus de 8 % de l'ensemble des décès dans les pays de l'OCDE. Les AVC ischémiques représentent environ 85 % de l'ensemble des cas de maladies cérébrovasculaires. Dans ces AVC, l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose de la partie touchée (les cellules meurent). Le traitement des AVC ischémiques a fait des progrès spectaculaires au cours de la dernière décennie. Des essais cliniques ont clairement démontré les avantages du traitement thrombolytique pour les accidents ischémiques, ainsi que des soins reçus dans des unités dédiées aux AVC qui facilitent le diagnostic et une thérapie précoce et énergique des victimes d'AVC (Hacke et al., 1995 ; Seenan et al., 2007). En dépit des bénéfices cliniques qu'elles apportent, on observe une grande variabilité dans l'accès à ces unités spécialisées dans la prise en charge des AVC, tant au sein des pays qu'entre eux (AIHW, 2013 ; Kapral et al., 2011 ; Indredavik, 2009).

Le graphique 5.4.1 présente les taux de mortalité standardisés par âge et sexe à 30 jours après admission pour AVC ischémique utilisés en tant qu'indicateur de la qualité des soins aigus. Le diagramme de gauche présente le taux de mortalité à l'hôpital lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale pour AVC a eu lieu. Le diagramme de droite présente le taux de mortalité lorsque les décès sont enregistrés qu'ils surviennent à l'hôpital ou hors de l'hôpital. L'indicateur de droite est plus robuste car il prend en compte la mortalité de manière plus exhaustive. Même si la majorité des pays utilisent des mesures basées sur un même hôpital (moins complètes), un nombre croissant de pays modernisent leurs infrastructures de données et sont désormais capables de fournir des mesures plus exhaustives.

Parmi les pays de l'OCDE, 8.5 % des patients décédaient dans les 30 jours dans le même hôpital que celui où ils avaient été initialement admis pour un AVC ischémique. Les taux de mortalité étaient les plus élevés au Mexique (19.6 %), en Slovénie (12.8 %) et en Turquie (11.8 %). Ils étaient inférieurs à 5 % au Japon, en Corée, au Danemark et aux États-Unis. À l'exception du Japon et de la Corée, les pays qui obtiennent les meilleurs résultats en matière d'AVC ischémiques tendent également à déclarer des taux de mortalité satisfaisants pour les infarctus aigus du myocarde (IAM). Cela semble indiquer que certains aspects des soins aigus peuvent influencer les résultats à la fois pour les patients victimes d'un AVC et ceux victimes d'un IAM. En revanche, le Japon et la Corée déclarent les taux d'AVC ischémiques les plus faibles, mais des taux élevés de mortalité pour les IAM. Ce résultat quelque peu paradoxal nécessite un examen approfondi mais peut être relié à la gravité des maladies dans ces deux pays, que les données ne relèvent pas (voir l'indicateur 5.3 « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » pour plus de détails).

Dans les 15 pays qui ont fourni des taux de mortalité basées sur des patients suivis dans et hors de l'hôpital, 11.2 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un AVC. Ce chiffre est supérieur à ce que donne l'indicateur basé sur un même hôpital car il n'intègre pas que les décès qui surviennent dans le même hôpital, mais aussi ceux survenant dans d'autres hôpitaux et même hors de l'hôpital. Les écarts entre pays sont sensiblement plus faibles lorsque l'on prend en compte ces mesures basées sur des patients dans et hors de l'hôpital que sur un même hôpital. Cette situation provient sans doute des différences systématiques entre les pays dans la façon dont les patients sont transférés d'un hôpital à l'autre et vers les structures de soins de réadaptation suite à un AVC.

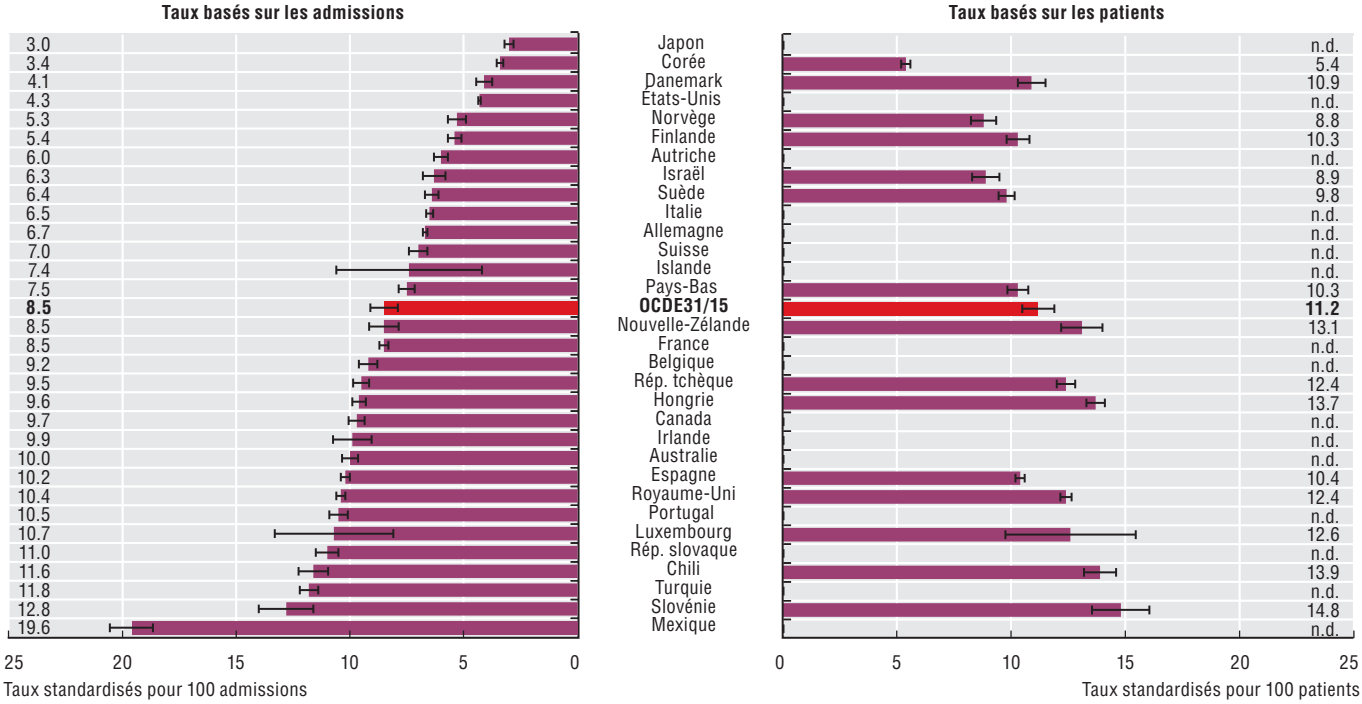
Entre 2001 et 2011, les taux de mortalité dans le même hôpital suite à une admission pour AVC ischémique ont baissé de près de 25 % dans 19 pays de l'OCDE pour lesquels les données étaient disponibles sur toute la période (graphique 5.4.2). Toutefois le rythme de cette baisse n'a pas été identique dans tous les pays. Entre 2001 et 2011, les améliorations des taux de mortalité en Australie et en Belgique, par exemple, étaient inférieures à la moyenne OCDE. En revanche, la République tchèque, les Pays-Bas et la Norvège ont su réduire leurs taux de mortalité de plus de 40 % entre 2001 et 2011. L'amélioration des taux de mortalité peut, au moins en partie, être attribuée au niveau d'accès aux unités de soins dédiées aux AVC et à la grande qualité des soins qui y sont fournis.

### *Définition et comparabilité*

Le taux de mortalité suite à un AVC ischémique basé sur les admissions est défini comme le pourcentage de personnes de plus de 45 ans qui décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation pour un IAM, lorsque le décès a lieu au sein du même hôpital. Le taux de mortalité suite à un AVC ischémique basé sur les patients dans et hors de l'hôpital est défini comme le pourcentage de personnes de plus de 45 ans qui décèdent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation pour un IAM, que le décès ait lieu au sein du même hôpital, dans un autre hôpital ou hors de l'hôpital.

Les taux sont standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de plus de 45 ans et admis à l'hôpital pour IAM. Le changement de population standard de référence dans cette édition du *Panorama de la santé* en comparaison avec les éditions précédentes (où les taux étaient standardisés selon la population de l'OCDE en 2005) a entraîné une augmentation générale des taux pour tous les pays.

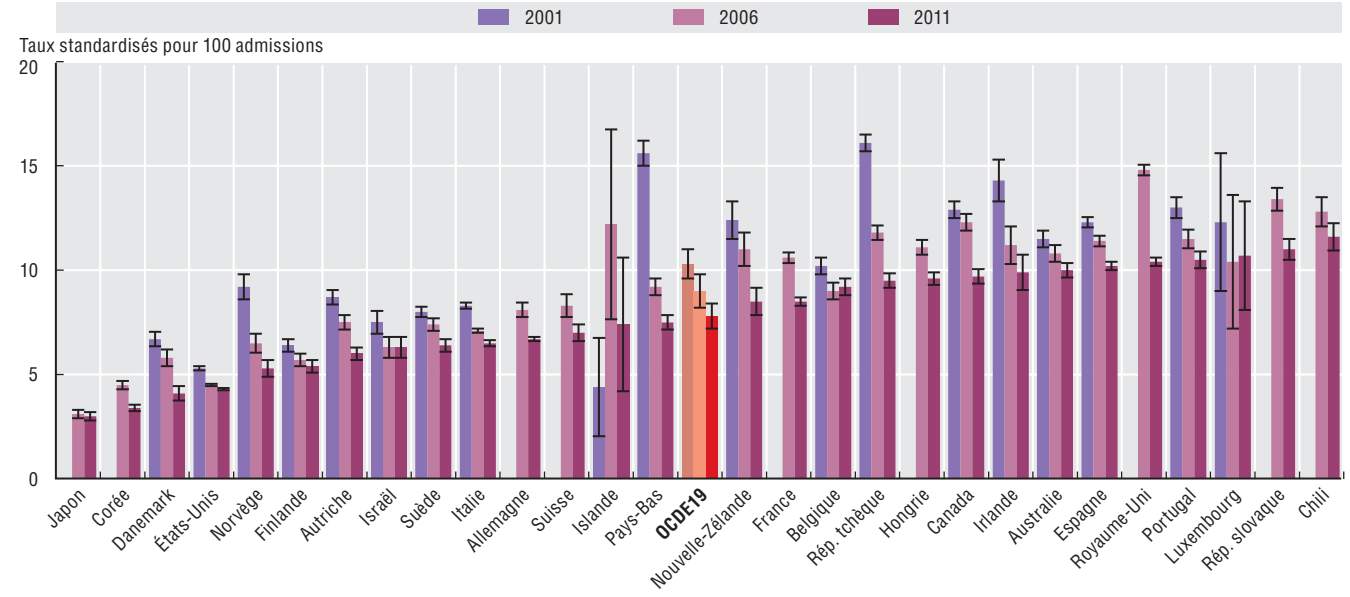
**5.4.1. Mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour AVC ischémique parmi la population âgée de 45 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)**




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921607

**5.4.2. Réduction de la mortalité à l'hôpital dans les 30 jours après une admission pour AVC ischémique parmi la population âgée de 45 ans et plus, 2001-11 (ou année la plus proche)**




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921626

## 5.5. Complications chirurgicales

La sécurité des patients demeure l'une des principales questions abordées par les politiques de santé et le débat public. De forts taux d'erreurs dans l'administration des soins médicaux ont été révélés à plusieurs reprises, notamment dans le rapport phare de l'Institut de médecine qui estimait 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 comparaison robuste des performances entre pairs est essentielle pour créer les conditions d'une amélioration. Deux types d'incidents en lien avec la sécurité des patients peuvent être distingués : les événements *sentinelles* qui ne devraient jamais se produire comme l'oubli d'un corps étranger (par exemple aiguilles, lames, gaze) à la fin d'une intervention chirurgicale ; et les incidents *préjudiciables*, comme la septicémie postopératoire, qui ne peuvent jamais être totalement évités, compte tenu du caractère risqué de certaines interventions, même si une hausse des taux de complications peut être le signe de problèmes systémiques.

Les graphiques 5.5.1 et 5.5.2 présentent les taux pour deux incidents préjudiciables, l'embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde postopératoire et la septicémie postopératoire. Les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses profondes postopératoires provoquent inutilement douleurs et parfois décès, mais peuvent être évitées grâce à l'emploi d'anticoagulants et à d'autres mesures avant, pendant et après l'intervention. De même, les septicémies consécutives à des actes chirurgicaux, qui peuvent entraîner des dysfonctionnements organiques et la mort, peuvent dans de nombreux cas être évitées par l'antibiothérapie prophylactique, les techniques chirurgicales stériles et des soins postopératoires de qualité. Le graphique 5.5.3 présente un événement sentinelle : le taux de corps étrangers laissés dans l'organisme pendant l'intervention. Les facteurs de risque les plus couramment à l'origine de ces accidents sont l'urgence, une modification procédurale inopinée, l'obésité du patient, et des changements dans l'équipe chirurgicale. Les mesures de prévention peuvent impliquer des procédures de comptage, l'exploration méthodique des plaies et une bonne communication au sein de l'équipe chirurgicale.

Les taux d'embolies pulmonaires ou de thromboses veineuses profondes postopératoires (toutes opérations) varient de plus d'un facteur 10 d'un pays à l'autre. La Belgique, le Portugal et l'Espagne déclarent les taux les plus bas, tandis que la Slovénie et l'Australie déclarent des taux près de deux fois supérieurs à la moyenne OCDE. Les taux suite aux chirurgies de remplacement de la hanche et du genou sont également présentés. Il s'agit là d'interventions à haut risque et des taux plus élevés pourraient être envisagés (Heit, 2012 ; Januel et al., 2012), pourtant cette tendance est observée dans un nombre relativement restreint de pays. Plusieurs explications sont possibles, notamment les différences d'intensité de soins après une opération de la hanche ou du genou entre les pays, les différences dans la part de cas urgent et non urgent, les différences d'opérations entre secteur public et privé si les pays varient dans le volume de remplacements de la hanche ou du genou entrepris dans chacun des secteurs, les différentes façons dont les complications secondaires sont déclarées dans les bases de données nationales selon les spécialités chirurgicales au sein d'un même pays.

Les écarts pour la septicémie postopératoire (toutes chirurgies) sont encore plus conséquents et atteignent un facteur 20. Les taux suite à une chirurgie abdominale, une intervention à haut risque (Bateman et al., 2010 ; Vogel et al., 2010) sont plus élevés, comme attendu, dans presque tous les pays. Les écarts dans la fréquence des événements sentinelles atteignent un facteur 10 (graphique 5.5.3). La Belgique, le Danemark et Israël déclarent les taux les plus faibles, et la Suisse, la Nouvelle-Zélande et l'Australie les taux les plus élevés. On relève une légère corrélation concernant les performances relatives des pays pour les trois indicateurs, la Belgique, Israël et la Pologne déclarant systématiquement des taux bas, et l'Australie et la Nouvelle-Zélande systématiquement des taux élevés par rapport aux autres pays.

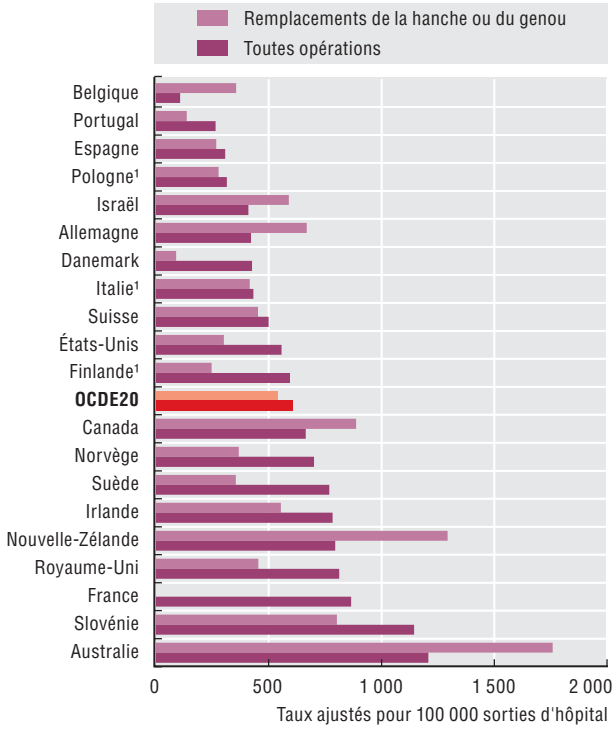
Il convient d'être très prudent lorsqu'il s'agit d'évaluer dans quelle mesure ces indicateurs reflètent fidèlement les différences entre pays en matière de sécurité des patients plutôt que les différences dans la façon dont les pays enregistrent, codent et calculent les taux d'incidents préjudiciables (voir l'encadré *Définition et comparabilité*). Dans certains cas, un taux élevé peut refléter un système d'enregistrement de sécurité des patients plus développé plutôt que de mauvais soins. Toutefois, ces données démontrent qu'un grand nombre de patients sont victimes d'incidents préjudiciables au cours de soins médicaux. Des initiatives internationales visant à rendre les soins médicaux plus sûrs, comme l'Action commune sur la sécurité des patients et la qualité des soins de l'Union européenne, prévoient des efforts pour améliorer la comparabilité de la façon dont les pays documentent et déclarent les cas d'incidents préjudiciables.

### *Définition et comparabilité*

Les complications chirurgicales 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 de patients de 15 ans et plus. Les taux ont été corrigés du nombre moyen de diagnostics secondaires (Drösler et al., 2011) afin d'améliorer la comparabilité internationale. Malgré cette correction, il se peut que les résultats pour trois pays (Finlande, Pologne et Italie), qui déclarent moins de 1.5 diagnostic par enregistrement, soient sous-estimés. Les taux n'ont pas été standardisés selon l'âge et le sexe car des analyses révèlent que cette manipulation n'a que peu d'effet sur les taux déclarés par les pays ou sur le classement relatif par rapport aux autres pays.

Un défi de taille en matière de comparaison internationale des indicateurs de sécurité pour les patients concerne la qualité des données sous-jacentes. Les indicateurs sont généralement tirés de bases de données administratives plutôt que de systèmes spécialement conçus pour la surveillance des incidents préjudiciables. Ainsi des différences dans la façon dont les pays enregistrent les diagnostics et les procédures et définissent les épisodes d'hospitalisation peuvent affecter les calculs des taux. Les pays qui se basent sur les cliniciens pour l'enregistrement des incidents préjudiciables peuvent les enregistrer de façon moins complète que les pays qui emploient du personnel administratif spécialement formé pour identifier et coder les incidents préjudiciables à partir des données cliniques des patients. La mesure dans laquelle les bases de données nationales facilite l'enregistrement des diagnostics secondaires ou dans laquelle les tarifs sont déterminés par des listes de procédures ou de diagnostics peut également influencer cet enregistrement. Ainsi, les différences dans les taux peuvent refléter des disparités dans les habitudes de codage et d'enregistrement mais aussi de véritables différences dans la qualité des soins.

### 5.5.1. Embolie pulmonaire et thrombose veineuse profonde postopératoire parmi la population adulte, 2011 (ou année la plus proche)

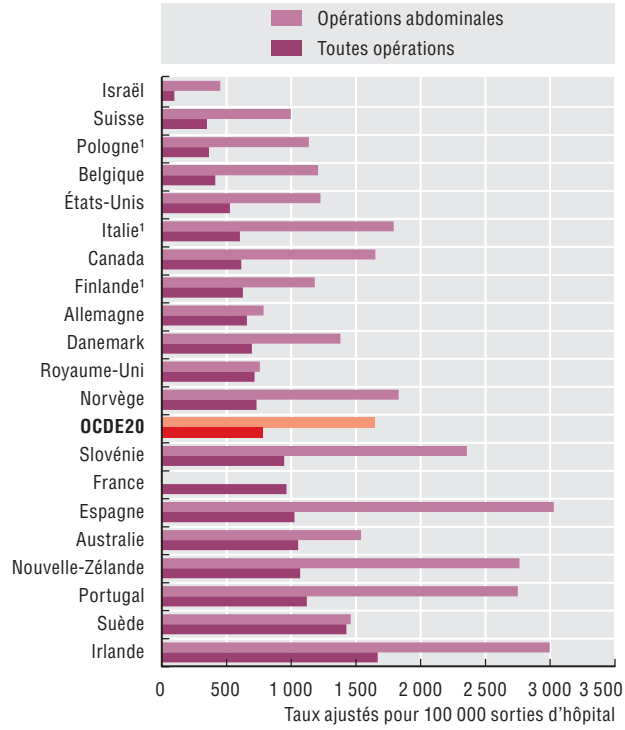



1. Nombre moyen de diagnostics secondaires inférieur à 1.5.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921645

### 5.5.2. Septicémie postopératoire parmi la population adulte, 2011 (ou année la plus proche)

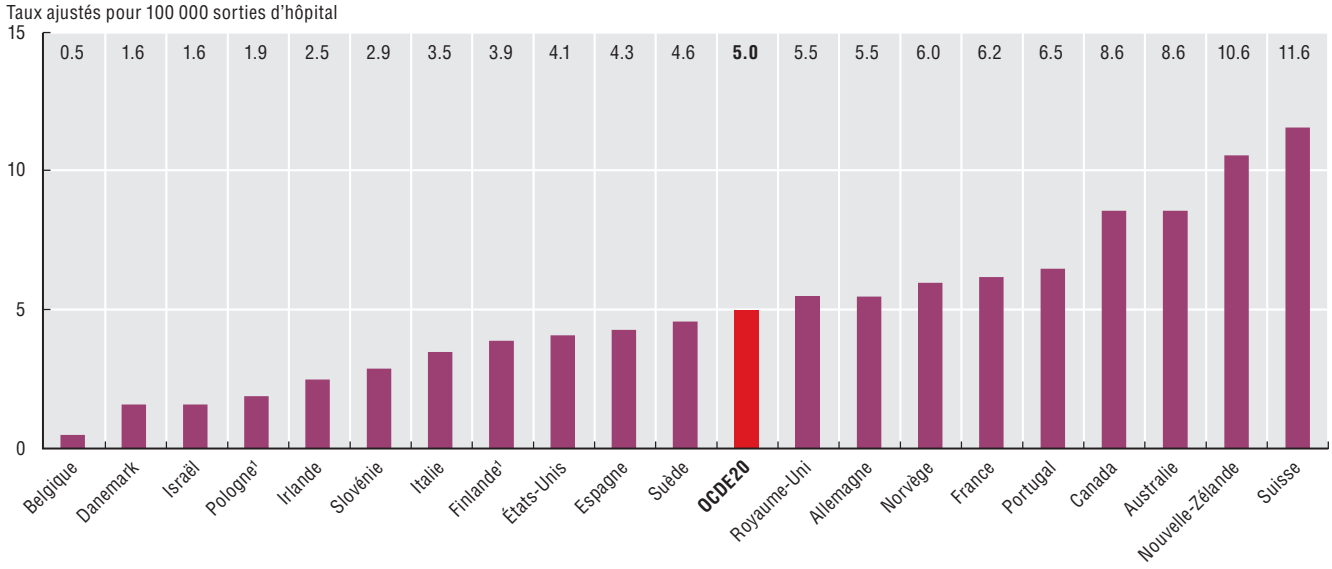



1. Nombre moyen de diagnostics secondaires inférieur à 1.5.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921664

### 5.5.3. Corps étranger laissé dans l'organisme pendant l'opération parmi la population adulte, 2011 (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.

1. Nombre moyen de diagnostics secondaires inférieur à 1.5.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921683

## 5.6. Traumatisme obstétrical

La sécurité des patientes lors de l'accouchement peut être évaluée en observant les cas potentiellement évitables de déchirures du périnée survenant lors d'un accouchement par voie vaginale. De telles déchirures s'étendent aux muscles du périnée et à la paroi intestinale et nécessitent une intervention chirurgicale. Elles se produisent le plus souvent dans le cas d'un 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. Parmi les complications possibles figurent les douleurs périnéales persistantes et l'incontinence. Une étude récente révèle qu'environ 10 % des femmes qui ont subi de telles déchirures souffriront d'une incontinence fécale dans les premiers temps, et que près de 45 % des femmes auront toujours des symptômes après quatre à huit ans (Sundquist, 2012).

Il n'est pas possible de prévenir totalement ces types de déchirure, mais on peut les atténuer par l'emploi de normes de soins adaptées pendant le travail. Les conclusions d'une étude récente montrent par exemple qu'un haut niveau de compétences chez les sages-femmes dans la gestion de l'accouchement par voie vaginale réduisait le risque de lésions du sphincter anal (Hals et al., 2010). Par conséquent, la proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures de degré élevé est un indicateur de la qualité des soins d'obstétrique. Les indicateurs de traumatisme obstétrical ont été employés aussi bien par la US *Joint Commission* que par différentes initiatives internationales d'analyse des données ayant pour objectif d'évaluer et d'améliorer les soins obstétricaux (AHRQ, 2006).

Le « traumatisme obstétrical avec instrument » fait référence aux accouchements au cours desquels sont utilisés des forceps ou des ventouses. Le risque de déchirure du périnée augmentant significativement en cas de travail assisté par instruments, les taux relatifs à cette population sont présentés séparément. Les indicateurs de traumatisme obstétrical sont considérés comme relativement fiables et comparables entre pays. Néanmoins, les disparités dans la régularité avec laquelle les unités d'obstétrique déclarent ces complications peuvent rendre les comparaisons entre pays plus compliquées. La crainte des contentieux, par exemple, peut entraîner un phénomène de sous-déclaration ; en revanche, les systèmes qui facilitent l'enregistrement des diagnostics secondaires ou qui font appel à du personnel administratif spécialement formé pour identifier et coder les incidents préjudiciables à partir des données cliniques des patients plutôt qu'aux cliniciens pour signaler les procédures produisent des données plus fiables.

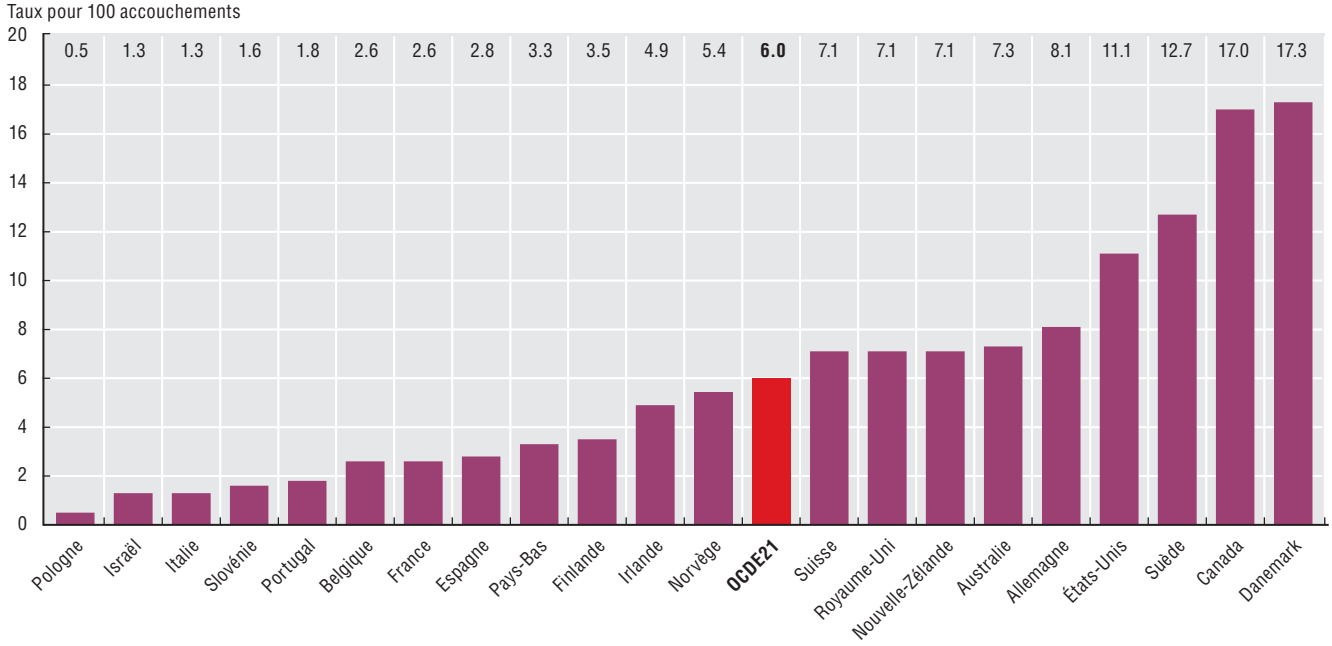
Le taux de traumatismes obstétricaux après un accouchement par voie vaginale *avec* utilisation d'instruments (graphique 5.6.1) varie fortement d'un pays à l'autre. Les taux déclarés sont compris entre moins de 2 % en Pologne, en Israël, en Italie, en Slovénie et au Portugal et plus de 15 % au Canada et au Danemark. Les taux de traumatismes obstétricaux après un accouchement par voie vaginale *sans* utilisation d'instruments (graphique 5.6.2) sont largement plus bas mais présentent également des disparités, allant de 0.5 % en Pologne, en Israël, en Italie et en Slovénie, à 3.5 % ou plus en Suède et en Suisse. Il existe un fort lien entre ces deux indicateurs : la Pologne, Israël, l'Italie, la Slovénie, le Portugal et la Belgique rapportent les taux les plus faibles et la Suède, le Canada et le Danemark les taux les plus élevés pour les deux indicateurs.

### *Définition et comparabilité*

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 3$^{e}$ ou de 4$^{e}$ 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. Il semble que les registres fournissent des données de meilleure qualité et déclarent un plus grand nombre de traumatismes obstétricaux que les bases de données administratives.

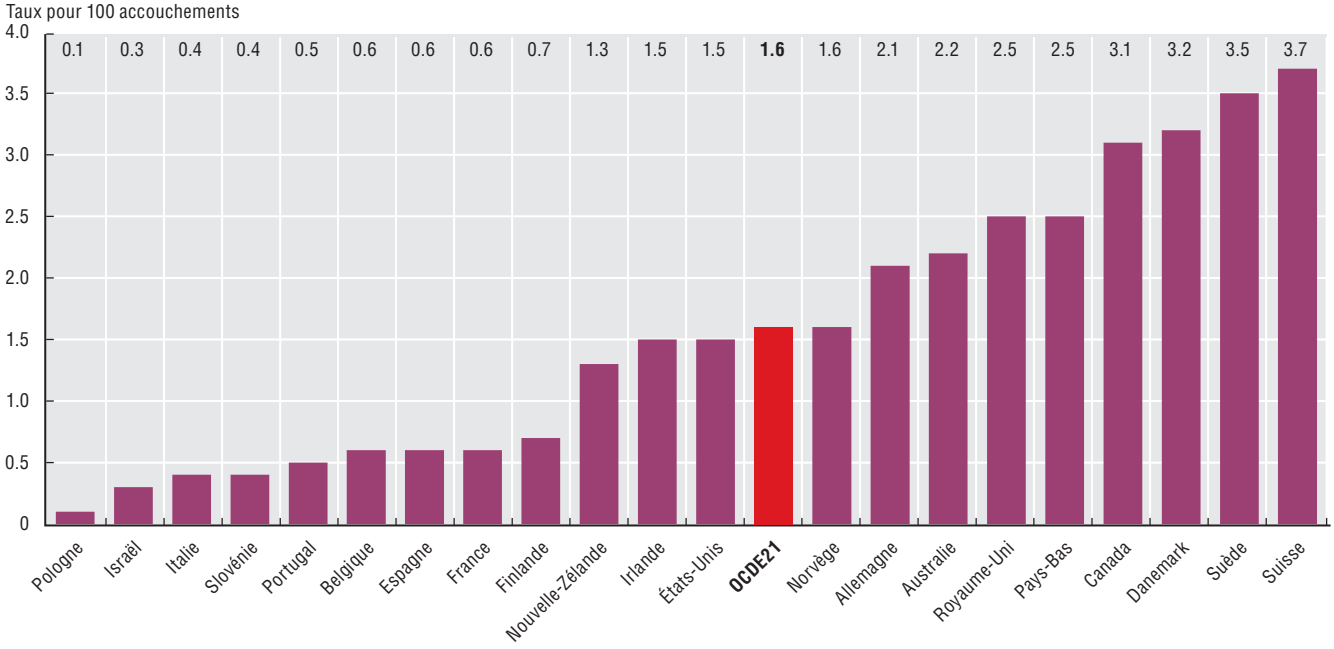
### 5.6.1. Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec instrument, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921702

### 5.6.2. Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse sans instrument, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921721

# 5.7. Réadmission à l'hôpital non programmée de patients atteints de troubles mentaux

Le poids des maladies mentales est considérable. Les troubles mentaux et du comportement, notamment les troubles dépressifs majeurs, les troubles anxieux et la schizophrénie représentaient 7.4 % des années de vie en bonne santé perdues en raison d'incapacité au niveau mondial en 2010. De plus, le poids attribuable à ce groupe de maladies a augmenté de 5.9 % entre 1990 et 2010, la schizophrénie et les troubles bipolaires étant les principaux contributeurs à cette hausse (Murray et al., 2013).

L'amélioration des soins de santé mentale est l'une des priorités des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE, ces derniers cherchant les moyens les plus efficaces et les plus efficients de prodiguer les soins aux patients. La plupart des pays de l'OCDE ne considèrent plus l'hôpital comme le moyen incontournable de délivrer les soins et investissent dans des unités de soins intégrées de proximité impliquant une équipe pluridisciplinaire. Les patients souffrant de troubles mentaux graves continuent de recevoir des soins spécialisés à l'hôpital, mais si cela est jugé approprié, un suivi coordonné est assuré après leur sortie et les patients ne sont généralement pas réadmis à l'hôpital dans les 30 jours si cela n'était pas préalablement programmé. La proportion des patients qui sont réadmis à l'hôpital dans les 30 jours est ainsi utilisée comme indicateur de l'absence de gestion adaptée des problèmes de santé mentale hors de l'hôpital.

En 2011, plus de 15 % des patients souffrant de schizophrénie ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours en Israël, en Corée, en Australie, au Danemark et en Suède, alors que ce taux était d'environ 5 % au Mexique et au Portugal (graphique 5.7.1). La position relative des pays est similaire pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, et la différence dans les taux de réadmission est inférieure à 3 % dans tous les pays à l'exception de la Corée (graphique 5.7.2).

Les pays présentent des évolutions divergentes pour les réadmissions concernant la schizophrénie et les troubles bipolaires. Le Royaume-Uni connaît une hausse des réadmissions, alors qu'en Italie entre 2006 et 2011 les taux ont baissé pour ces deux troubles. En Italie, des efforts ont été menés pour réduire l'usage inadapté des services hospitaliers par les patients atteints de troubles mentaux, et les réadmissions sont suivies et utilisées pour améliorer l'organisation et l'efficacité clinique des soins de santé mentale.

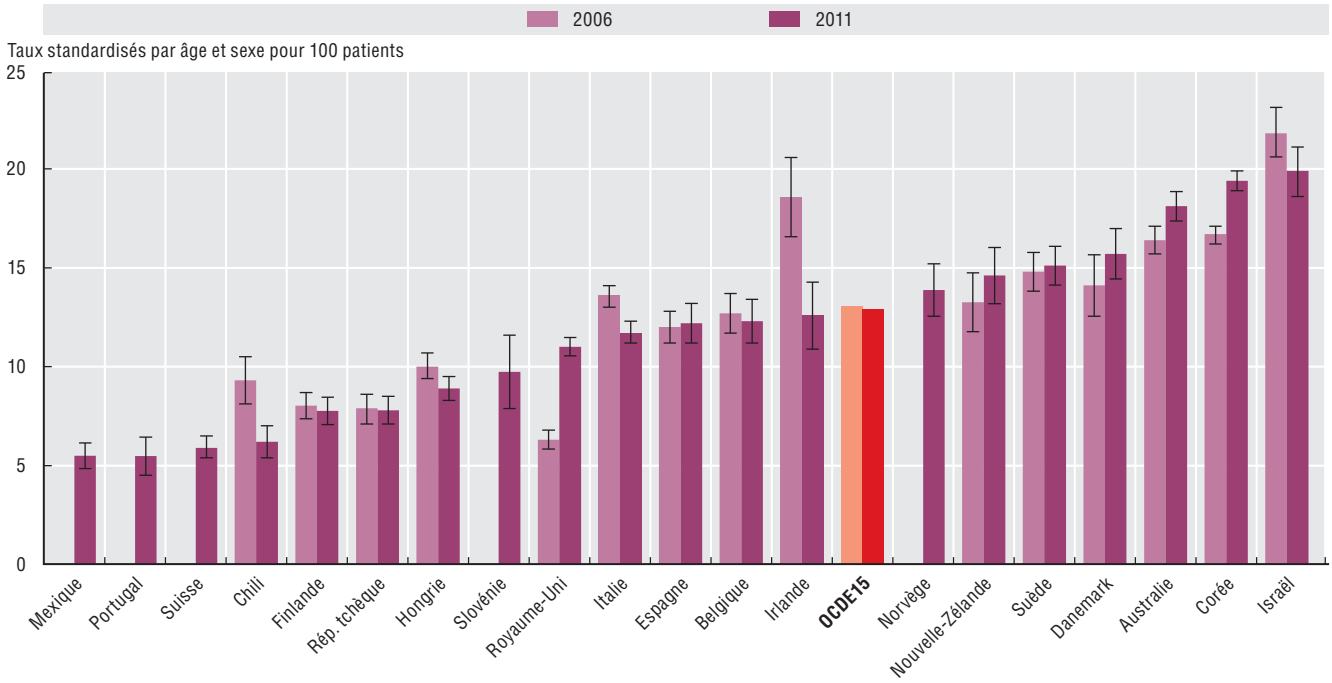
Les systèmes de soins de santé mentale ont développé de nouveaux modèles organisationnels et de prestation de soins ces dernières décennies. Certains pays, comme l'Italie, la Norvège et le Royaume-Uni utilisent des « équipes de crise » locales pour stabiliser les patients en dehors de l'hôpital. D'autres pays comme le Danemark, appliquent des protocoles de soins intermittents avec une hospitalisation des patients instables pendant de courtes périodes, tout en étant proactifs dans l'identification des patients ayant besoin de soins par des équipes mobiles assurant un suivi après la sortie d'hôpital. De plus en plus de pays adoptent une approche centrée sur les patients, qui sont impliqués dans l'élaboration d'un plan de soins et de services (OCDE, à paraître). Les différences dans les modèles de prestations de soins de santé mentale peuvent expliquer en partie les disparités entre pays concernant la proportion de réadmissions programmées et non programmées, seules ces dernières étant un indicateur de mauvaise qualité des services. Toutefois la capacité de distinguer dans les données les réadmissions programmées de celles non programmées est limitée. À ce jour, seuls quelques pays ont la capacité distinguer ces deux types de réadmission dans leurs données administratives.

### *Définition et comparabilité*

L'indicateur utilise les réadmissions dans les 30 jours pour estimer les réadmissions non programmées étant donné qu'un grand nombre de pays n'ont pas la capacité d'identifier ces réadmissions. Le dénominateur est le nombre de patients ayant au moins une admission dans l'année, la schizophrénie ou les troubles bipolaires étant le diagnostic principal ou l'un des deux premiers diagnostics secondaires notifiés. Le numérateur est le nombre de ces patients avec au moins une réadmission pour un trouble mental quelconque dans le même hôpital dans les 30 jours suivant la 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 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

Les données présentées dans *Panorama de la santé 2009 et 2011* font référence aux réadmissions dans les 30 jours pour 100 patients, ce qui est légèrement différent des données de la présente édition de *Panorama de la santé* qui utilise la proportion de patients avec au moins une réadmission.

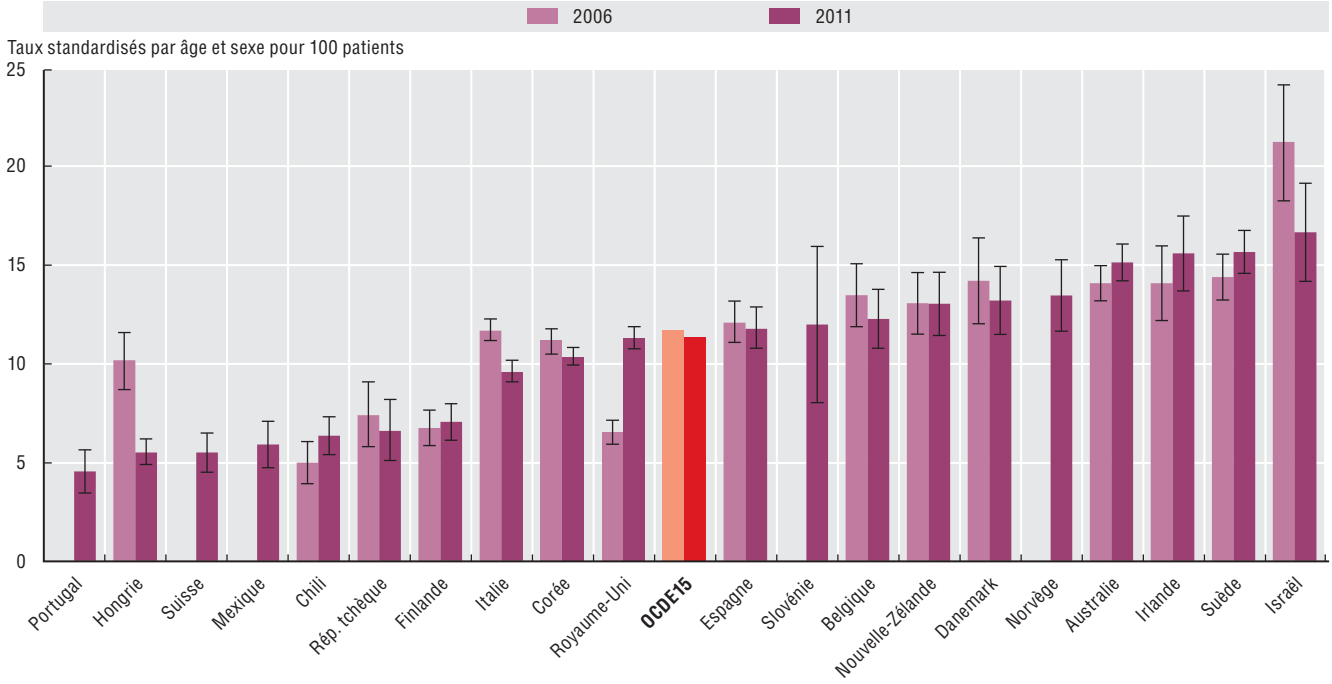
### 5.7.1. Réadmission dans le même hôpital pour schizophrénie, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921740

### 5.7.2. Réadmission dans le même hôpital pour trouble bipolaire, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921759

## 5.8. Surmortalité due aux troubles mentaux

La surmortalité est le ratio du taux de mortalité des patients ayant un trouble mental sur le taux de mortalité de la population globale. Une valeur supérieure à un implique que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès plus élevé que le reste de la population.

On relève plusieurs raisons pour lesquelles les personnes qui souffrent de troubles mentaux présentent des taux de mortalité plus élevés que la population en général. On peut par exemple citer des taux de suicide et d'accident plus élevés ainsi qu'une plus grande prévalence de comorbidités ou de facteurs de risque comme le tabac, l'abus d'alcool et de drogues et les effets secondaires des médicaments psychotropes (Nordentoft et al., 2013 ; Björkenstam et al., 2012). La surmortalité parmi les personnes souffrant de troubles mentaux peut aussi être due en partie à un moins bon accès et une moins bonne utilisation des soins de santé ainsi qu'à des soins de moindre qualité. La qualité des soins peut être compromise car ces patients rencontrent souvent des difficultés à communiquer de manière efficace sur leurs problèmes physiques et les soignants ont tendance à accorder plus d'importance au problème psychiatrique du patient qu'à ses problèmes physiques.

En 2011, la surmortalité due à la schizophrénie et au trouble bipolaire était de 2.1 à 8.8 fois plus élevée que dans la population en général (graphiques 5.8.1 et 5.8.2). Les données ne sont pas disponibles pour l'ensemble du Royaume-Uni. En Angleterre, elles ne sont pas disponibles pour des catégories spécifiques de diagnostic de troubles mentaux, mais la surmortalité parmi les patients atteint de maladies mentales graves était 3.3 fois plus élevée que dans la population générale en 2010.

La mortalité est 3.6 fois plus élevée pour les personnes souffrant de schizophrénie que pour la population en général en Corée, et 8.8 fois plus élevée en Suède (graphique 5.8.1). Pour les patients atteints d'un trouble bipolaire, la surmortalité est légèrement moins élevée dans tous les pays. En 2011 elle allait de 2.1 au Danemark à 6.8 en Suède (graphique 5.8.2). Les résultats suédois confirment les travaux de recherche antérieurs qui montraient que les décès par suicide ou dus à d'autres causes externes, en particulier parmi les hommes suédois souffrant de troubles mentaux, sont très nombreux (Wahlbeck et al., 2011). Pour ces deux troubles, le Danemark, la Corée et la Slovénie ont une surmortalité inférieure aux moyennes OCDE.

Des études précédentes ont montré que la surmortalité a augmenté au cours des dernières décennies (Saha et al., 2007). Pour la schizophrénie, cette tendance a perduré dans la plupart des pays ces dernières années (graphique 5.8.2). La Nouvelle-Zélande fait figure d'exception car la surmortalité y a été en baisse entre 2006 et 2011. Ce pays a renforcé ses systèmes de soins de santé mentale au cours des deux dernières décennies en mettant l'accent sur l'intervention précoce et en aidant les patients à améliorer leur propre santé et leur bien-être et à vivre de façon autonome. Il a facilité l'accès aux soins spécialisés et aux services de proximité et a impliqué les patients et les familles dans la planification et la prestation des services (ministère de la Santé, 2012).

Les tendances en matière de surmortalité attribuable au trouble bipolaire varient d'un pays à l'autre. Entre 2006 et 2011, le ratio a augmenté en Corée et en Suède, est resté relativement stable au Danemark, et a baissé dans les autres pays (graphique 5.8.2). Comme pour l'indicateur de la schizophrénie, la baisse de la surmortalité due au trouble bipolaire était importante en Nouvelle-Zélande. Le taux pour Israël a également diminué de manière significative.

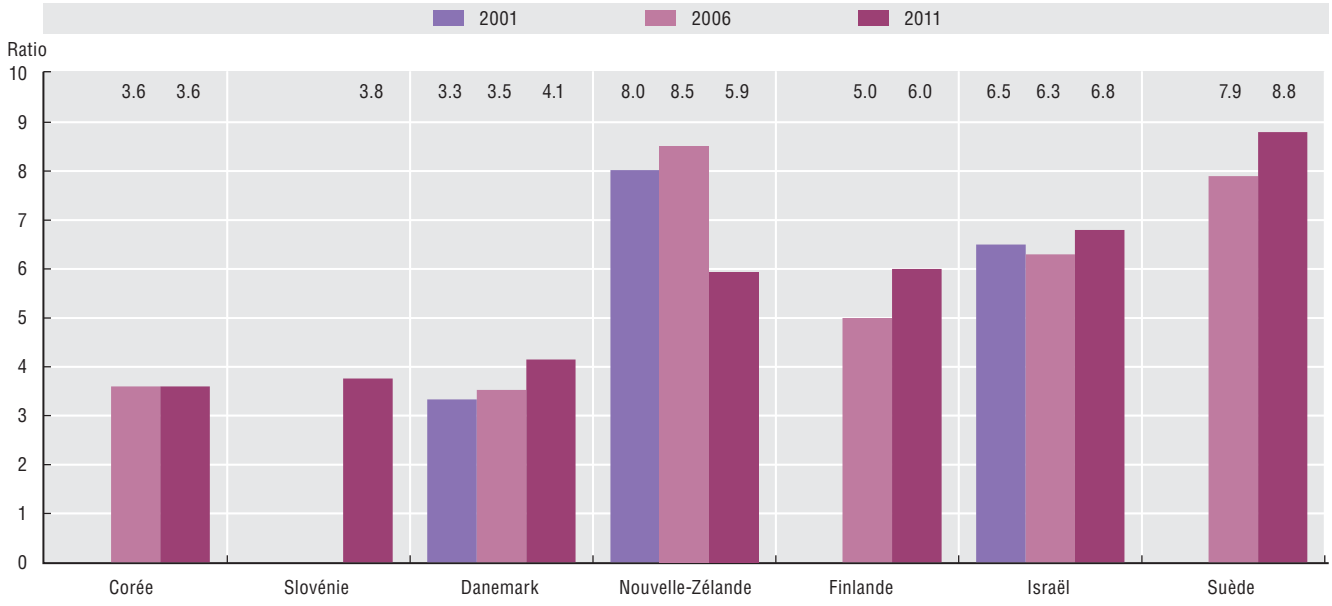
En dépit de quelques progrès ces dernières années, les taux de mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux demeurent bien supérieurs aux taux observés pour la population en général, ce qui semble indiquer que ces individus n'ont pas entièrement bénéficié des améliorations des résultats en matière de santé dont a profité la population en général, et que la disponibilité et la qualité des soins de santé mentale sont à la traine (Saha et al., 2007; Tidemalm et al., 2008). Assurer la santé physique et le bien-être des personnes atteintes de maladies mentales graves présente de nombreux défis pour les services de santé qui doivent chercher activement à répondre aux besoins à la fois physiques et mentaux de ces personnes.

### *Définition et comparabilité*

Le numérateur du ratio de la surmortalité est le taux global de mortalité pour une année donnée pour les personnes âgées entre 15 et 74 ans souffrant d'un trouble bipolaire ou de schizophrénie. En Israël, en Nouvelle-Zélande et en Suède, le numérateur correspond à la mortalité des personnes diagnostiquées la même année alors que l'année de diagnostic n'est pas connue pour les autres pays. Ces différences peuvent être liées dans une certaine mesure aux variations présentées dans les graphiques. Le dénominateur est le taux de mortalité global de la population âgée de 15 à 74 ans pour une année donnée.

La couverture des données varie en fonction de la structure dans laquelle les troubles mentaux sont diagnostiqués. En Israël et en Corée, les patients peuvent être identifiés dans les données quelle que soit la structure effectuant le diagnostic alors qu'en Nouvelle-Zélande les données n'incluent que les diagnostics du secteur des soins secondaires, ce qui entraîne une surmortalité élevée par rapport aux autres pays. En Finlande et au Royaume-Uni, seuls les diagnostics du secteur des soins primaires sont couverts dans les données. Les données ont été normalisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

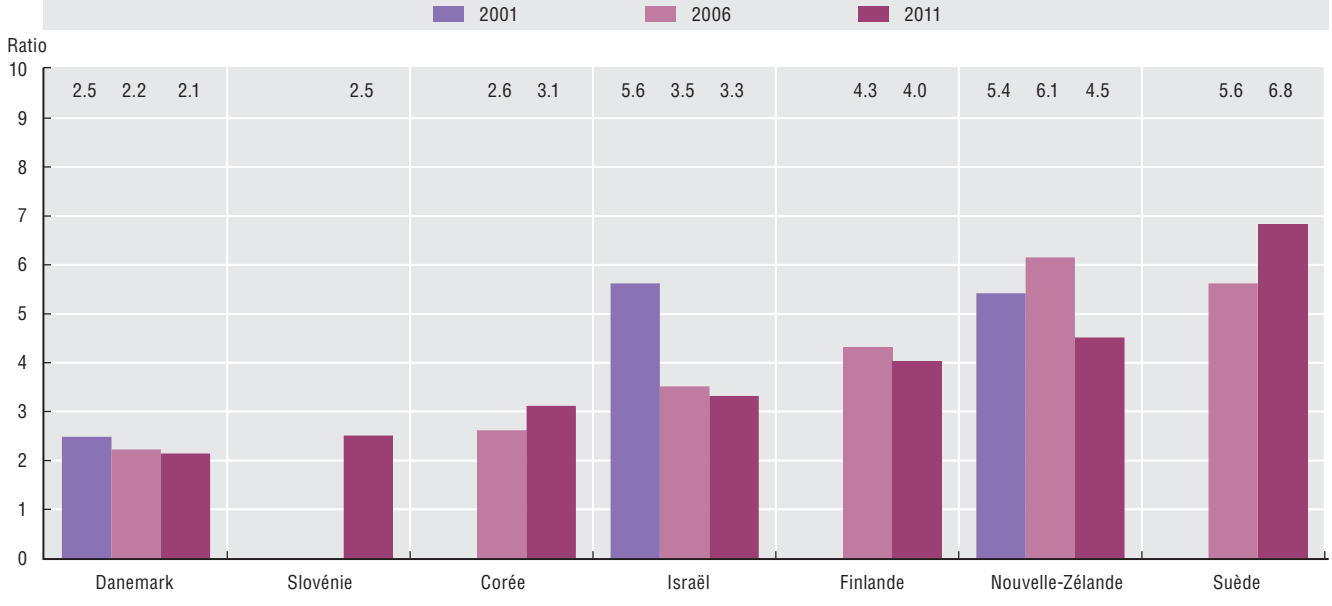
**5.8.1. Surmortalité due à la schizophrénie, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)**




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921778

**5.8.2. Surmortalité due au trouble bipolaire, 2006 et 2011 (ou année la plus proche)**




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921797

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

Le cancer du col de l'utérus est en grande partie évitable si les changements précancéreux sont détectés et traités avant la progression de la maladie. 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 (PVH) (CIRC, 1995 ; Franco et al., 1999). Les pays ont adopté des politiques différentes en ce qui concerne la prévention et le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus.

Environ la moitié des pays de l'OCDE organisent des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, mais la périodicité et les groupes cibles peuvent varier (OCDE, 2013e). Certains pays dans lesquels le cancer du col de l'utérus est moins fréquent, comme Israël et la Suisse, n'organisent pas de programmes de dépistage, mais dans ces deux pays les femmes appartenant au groupe d'âge concerné peuvent bénéficier gratuitement d'un test de PAP tous les trois ans. Depuis le développement d'un vaccin contre certains types de PVH, des programmes de vaccination ont été mis en place dans environ la moitié des pays de l'OCDE (Brotherthon et al., 2011), même s'il existe actuellement un débat sur l'impact du vaccin sur les stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus (Goldhaber-Fiebert et al., 2008 ; Wheeler et al., 2009).

En 2011, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus allaient de 15.5 % en Turquie à 85.0 % aux États-Unis (graphique 5.9.1). L'Autriche, l'Allemagne, la Suède, la Norvège et la Nouvelle-Zélande atteignaient également une couverture supérieure à 75 %. Les taux de dépistage en Islande et au Royaume-Uni ont fortement baissé au cours de la dernière décennie. Toutefois, dans chacun de ces cas, des modifications des conditions d'éligibilité aux programmes et de saisie des données peuvent partiellement expliquer cette baisse. De son côté, la Corée a multiplié par quatre la couverture du dépistage, mais le taux reste malgré tout bien inférieur à la moyenne OCDE.

Le taux de survie fait partie des indicateurs clé de l'efficacité des systèmes de soins liés au cancer, tenant compte à la fois du stade auquel la maladie est détectée et de l'efficacité des traitements administrés. Ces dernières années, les taux de survie relatifs à cinq ans pour le cancer du col de l'utérus se sont améliorés dans plusieurs pays, possiblement grâce à l'amélioration de l'efficacité du dépistage et du traitement (graphique 5.9.2). La hausse la plus remarquable, de près de 16 %, a été observée en Islande. Les chiffres sont compris entre 52.7 % en Pologne et 76.8 % en Corée pour la période la plus récente. Quelques pays avec des taux de dépistage élevés comme les États-Unis, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande présentaient des taux de survie plus faibles.

Les taux de mortalité reflètent l'effet du traitement du cancer au cours des dernières années et l'impact du dépistage, ainsi que les variations de son incidence (Dickman et Adami, 2006). Les taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2001 et 2011 (graphique 5.9.3), suivant la tendance générale à la baisse de la mortalité pour tous les types de cancer (voir l'indicateur 1.4 « Mortalité par cancer »). Cette baisse a été importante au Danemark, en Islande, en Nouvelle-Zélande et en Norvège. Le Mexique a également connu une forte diminution de la mortalité du cancer du col de l'utérus, mais il déclare toujours le taux le plus élevé parmi les pays de l'OCDE. Le taux de mortalité a augmenté dans certains pays comme la Grèce et l'Estonie.

### *Définition et comparabilité*

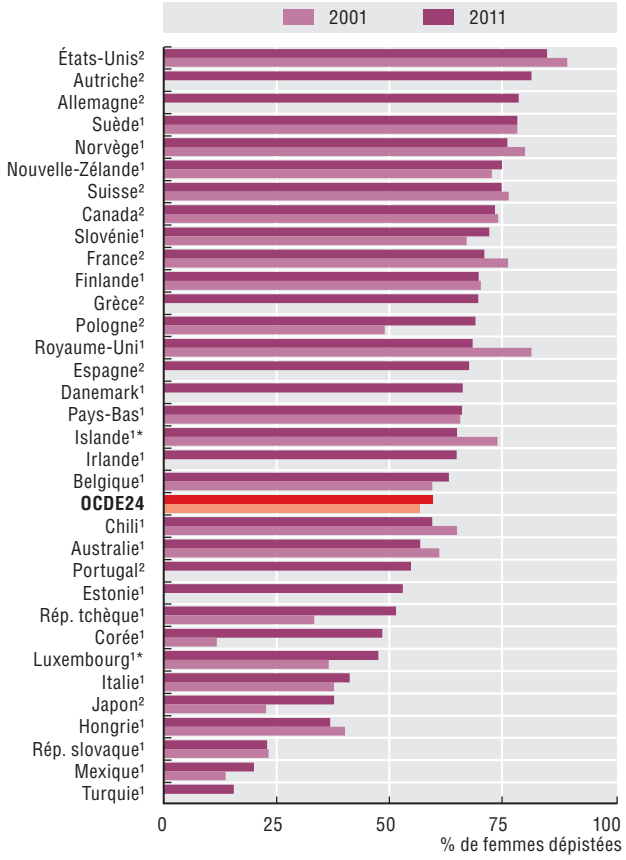
Les taux de dépistage reflètent la proportion des patientes de la population cible qui en bénéficient effectivement. Certains pays déterminent le dépistage sur la base d'enquêtes et d'autres sur la base de consultations, ce qui peut influer sur les résultats. Les résultats basés sur les enquêtes peuvent être affectés par des biais de rappel. Les données de programme sont souvent calculées dans le cadre de programmes nationaux de dépistage. Des différences de population cible et de fréquence de dépistage peuvent ainsi entraîner des variations de taux de dépistage entre les pays.

Le taux de survie relatif est la proportion de patients atteints d'un cancer qui sont encore en vie au terme d'une période donnée après le diagnostic, rapportée au nombre de personnes qui devraient être en vie dans un groupe comparable de la population en général en termes d'âge, de sexe et de période. Les taux de survie relatifs reflètent la surmortalité attribuable au diagnostic. Par exemple, un taux de survie relatif de 80 % signifie que 80 % des patientes qui devaient être encore en vie au bout de cinq ans, compte tenu de leur âge lors du diagnostic et de leur sexe, sont effectivement encore en vie. Les taux de survie pour l'Allemagne et le Portugal reposent sur un échantillon de patients représentant respectivement 27 % et 44 % de la population.

Le taux de survie au cancer calculé avec la méthode d'analyse par période est une estimation plus à jour car cette méthode utilise des données d'incidence et de périodes de suivi plus récentes que la méthode d'analyse de cohorte qui utilise les informations de survie d'une période complète de suivi sur cinq ans. Au Royaume-Uni, la méthode d'analyse de cohorte a été utilisée pour les données 2001-06 alors que les données pour 2006-11 ont été calculées avec la méthode d'analyse par période. Les périodes de référence varient légèrement d'un pays à l'autre. Tous les taux de survie présentés ici ont été standardisés par rapport à l'âge, au moyen de la population de la norme ICSS (*International Cancer Survival Standard*) (Corazziari et al., 2004). 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 « Mortalité par cancer » pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer.

### 5.9.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans, 2001 à 2011 (ou année la plus proche)



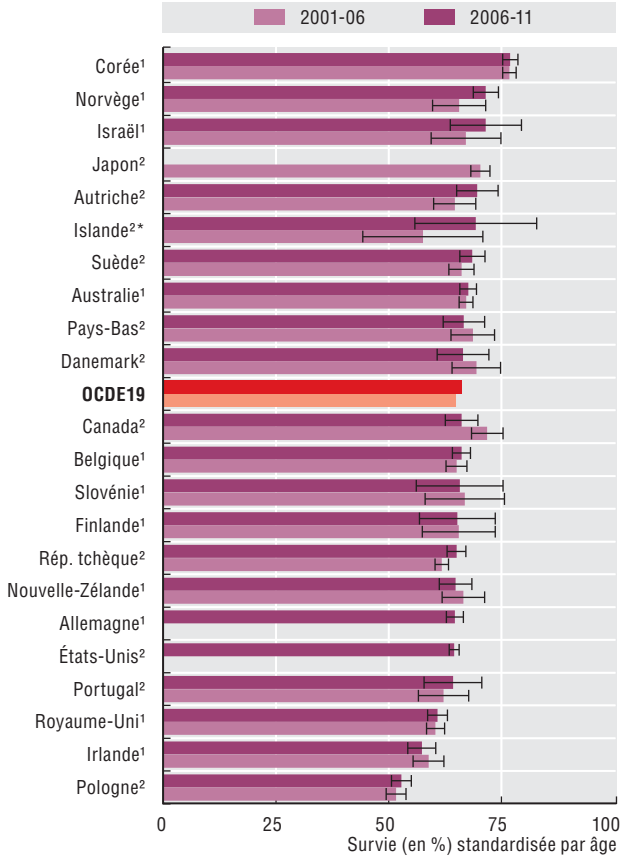

1. Programme.
2. Enquête.

* Moyenne sur trois ans.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921816

### 5.9.2. Survie relative à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 2001-06 et 2006-11 (ou période la plus proche)



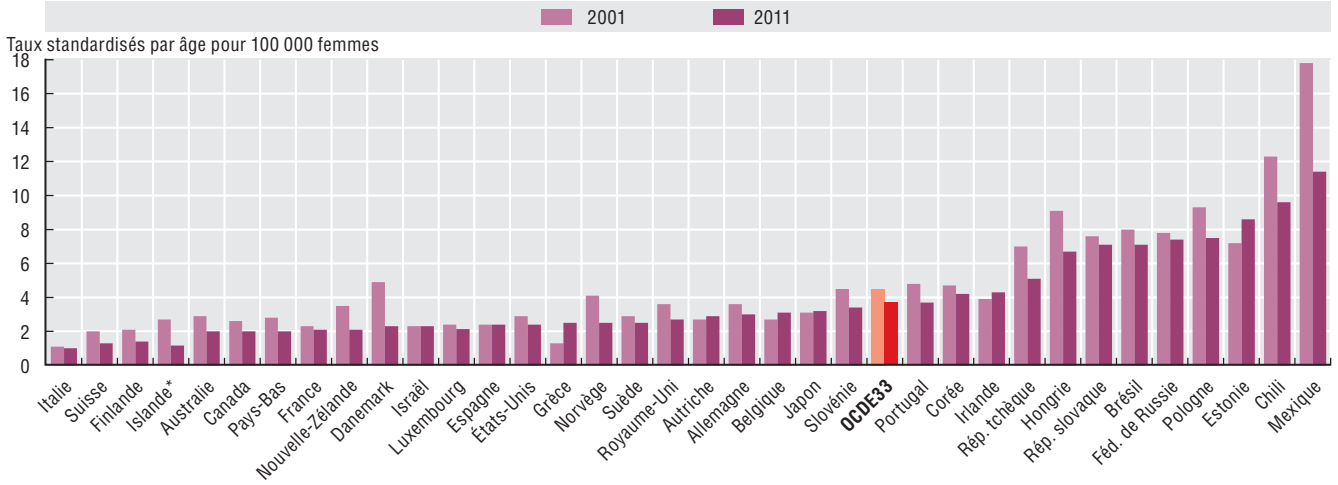

1. Analyse par période.
2. Analyse de cohorte.

* Moyenne sur trois périodes. Les intervalles de confiance sont représentés par |—|.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921835

### 5.9.3. Mortalité par cancer du col de l'utérus, 2001 à 2011 (ou année la plus proche)




* Moyenne sur trois ans.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921854

# 5.10. Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes. Une femme sur neuf aura un cancer du sein à un moment de sa vie et une sur trente en décédera. Les facteurs de risque qui augmentent les chances d'avoir cette maladie incluent l'âge, les antécédents familiaux de cancer du sein, une œstrogénothérapie, l'hygiène de vie, le régime alimentaire et la consommation d'alcool.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du sein qu'ils considèrent être un moyen efficace pour détecter précocement la maladie. La périodicité et les groupes de population cible varient d'un pays à l'autre et font encore l'objet de débats. Les directives de l'UE (Commission européenne, 2006) suggèrent un objectif de taux de dépistage d'au minimum 75 % des femmes de la population cible dans les pays européens. En 2011, les taux de dépistage variaient fortement dans les pays de l'OCDE, s'échelonnant entre moins de 10 % au Chili et plus de 80 % en Finlande, aux Pays-Bas, aux États-Unis et en Autriche (graphique 5.10.1). Certains pays qui avaient des taux de dépistage élevés il y a dix ans, comme la Finlande, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Norvège, l'Irlande et le Canada ont enregistré une baisse de ces taux au cours de la décennie. En revanche, la Corée, la Pologne et la République tchèque affichent des progressions importantes, même si les taux se maintiennent en dessous de la moyenne de l'OCDE.

Le taux de survie au cancer du sein reflète les progrès réalisés dans les traitements ainsi que dans les interventions de santé publique visant à détecter la maladie précocement grâce à des programmes de dépistage et à une sensibilisation accrue à la maladie. L'utilisation d'une chirurgie de conservation mammaire associée à une radiothérapie locale et à une thérapie néoadjuvante ont par exemple amélioré la survie mais aussi la qualité de vie des femmes qui survivent (Mauri et al., 2008). La disponibilité et l'utilisation de nouveaux agents chimiothérapeutiques plus efficaces contre le cancer du sein métastatique ont aussi permis d'améliorer la survie chez les femmes (Chia et al., 2007).

Les taux de survie relatifs à cinq ans du cancer du sein se sont améliorés dans plusieurs pays ces dernières années (graphique 5.10.2), atteignant plus de 80 % dans tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Pologne. Cette situation peut en partie s'expliquer par un problème d'accès aux soins en Pologne, où le nombre de centres de soins dédiés au cancer et d'installations de radiothérapie est limité (OCDE, 2013e). Le taux de survie à cinq ans du cancer du sein s'est sensiblement amélioré dans les pays d'Europe centrale et orientale, dans lesquels il était historiquement faible, ainsi qu'en Belgique et en Irlande (Verdecchia et al., 2007). Des études récentes ont montré que certaines différences dans les taux de survie pourraient être dues à des disparités de mise en œuvre des programmes de dépistage (Rosso et al., 2010). Les pays qui ont mis en place des programmes de dépistage non systématiques (par exemple le Chili, la Grèce et la République slovaque) déclarent souvent des taux de survie moindres.

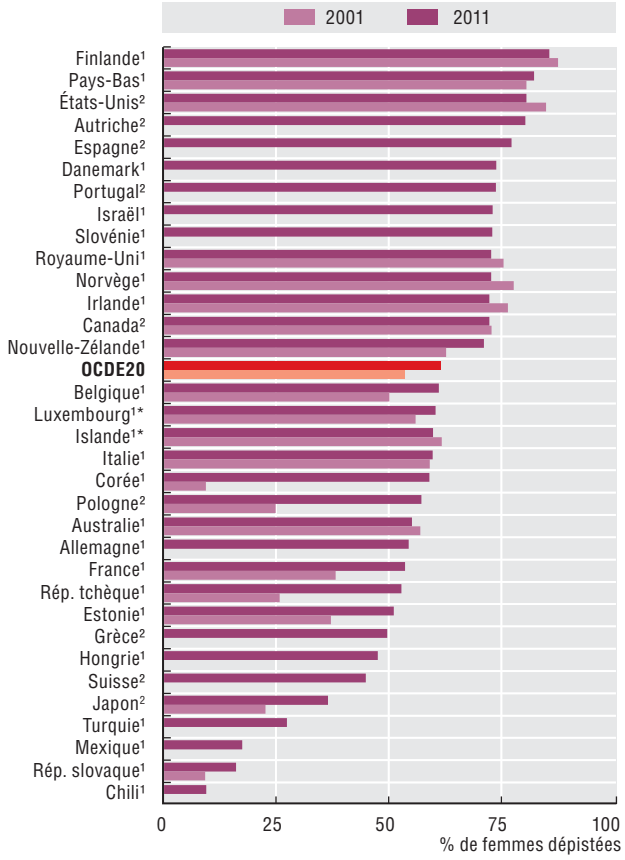
Outre des programmes de dépistage bien organisés, un récent rapport de l'OCDE sur les traitements contre le cancer a montré que des temps d'attente réduits et l'utilisation de pratiques optimales fondées sur des données probantes sont également associés à de meilleurs taux de survie dans les pays de l'OCDE. Concevoir des plans globaux de lutte contre le cancer, fixer des objectifs nationaux avec un calendrier bien défini, élaborer des lignes directrices, utiliser des modèles de gestion de cas et disposer de mécanismes de suivi et d'assurance qualité font partie des dispositifs qui permettent d'améliorer les taux de survie (OCDE, 2013e).

Les taux de mortalité du cancer du sein ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie (graphique 5.10.3). Ces baisses reflètent les progrès en matière de détection précoce et de traitement du cancer du sein, et sont également influencées par l'incidence de la maladie. Les progrès ont été considérables en Norvège, en Irlande et en République tchèque. Le Danemark a lui aussi déclaré une importante baisse au cours des dix dernières années, mais son taux de mortalité était toujours le plus élevé en 2011. En Corée et au Japon, les taux de mortalité du cancer du sein ont augmenté au cours de la décennie, même s'ils restent les plus faibles des pays de l'OCDE.

### *Définition et comparabilité*

Les taux de dépistage et de survie sont définis dans l'indicateur 5.9 « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus ». Voir l'indicateur 1.4 « Mortalité par cancer » pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer.

### 5.10.1. Dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans, 2001 à 2011 (ou année la plus proche)



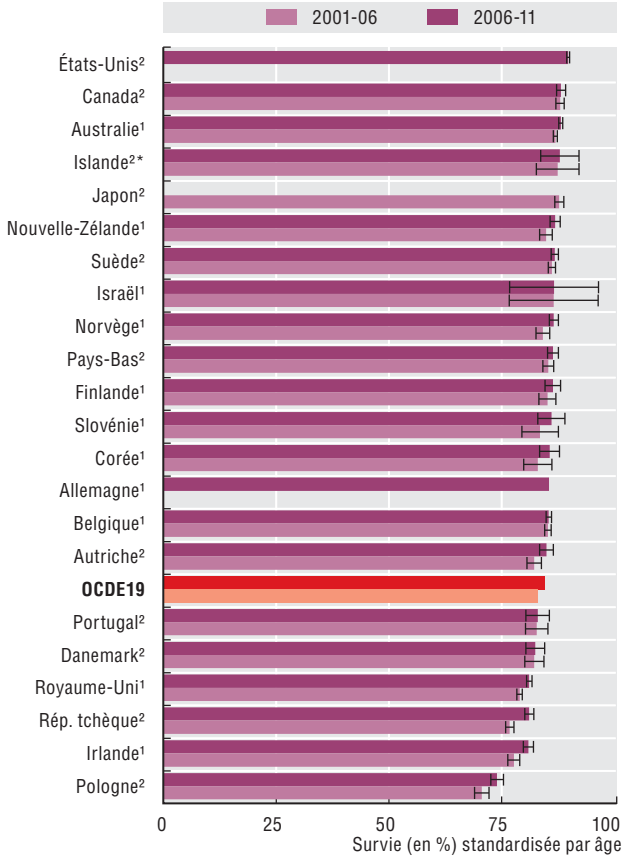

1. Programme.
2. Enquête.

* Moyenne sur trois ans.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921873

### 5.10.2. Survie relative à cinq ans au cancer du sein, 2001-06 et 2006-11 (ou année la plus proche)



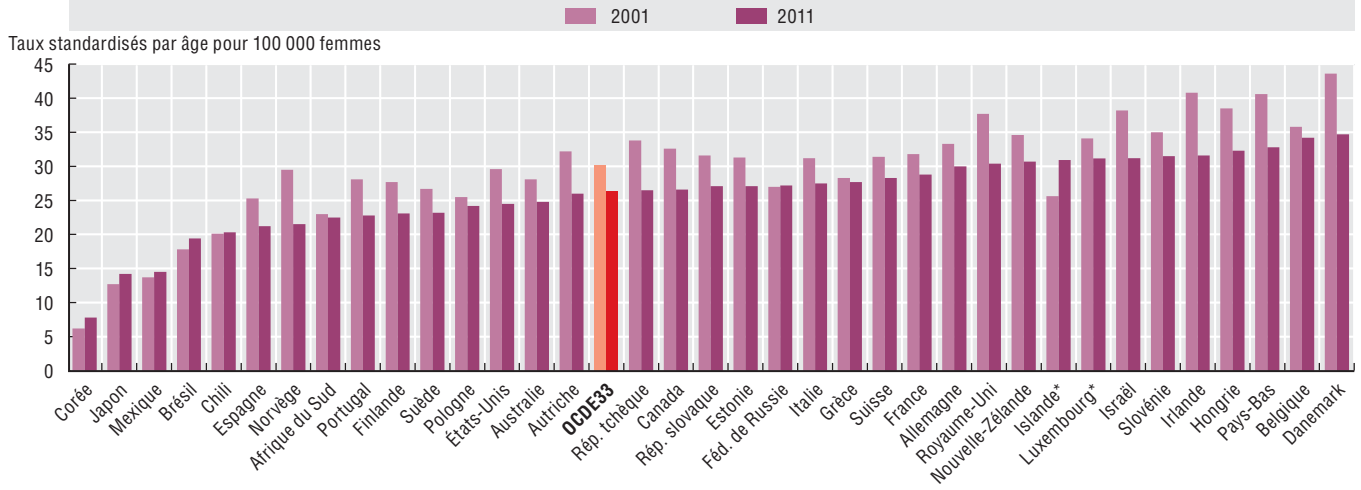

1. Analyse par période.
2. Analyse de cohorte.

* Moyenne sur trois périodes. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921892

### 5.10.3. Mortalité par cancer du sein parmi les femmes, 2001 à 2011 (ou année la plus proche)




* Moyenne sur trois ans.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921911

# 5.11. 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, avec plus de 1.2 million de nouveaux cas diagnostiqués tous les ans. Les taux d'incidence sont sensiblement plus élevés pour les hommes que pour les femmes (CIRC, 2011). Plusieurs facteurs exposent certains individus à un risque accru de contracter la maladie, notamment l'âge, 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, et reste rare en Asie. Mais dans les pays qui ont adopté un régime alimentaire de type occidental comme le Japon, l'incidence du cancer colorectal est toutefois en augmentation. 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).

Après le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, le dépistage du cancer colorectal est désormais disponible, et un nombre croissant de pays ont mis en place un dépistage systématique gratuit, ciblant les individus entre 50 et 70 ans (OCDE, 2013e). En raison notamment des incertitudes relatives au rapport coût/efficacité des dépistages (Lansdorp-Vogelaar et al., 2010), les pays utilisent des procédés différents (test de recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie et sigmoïdoscopie flexible). Divers procédés sont également disponibles dans le cadre du programme de dépistage dans certains pays. Dans la plupart des pays qui pratiquent le test de recherche de sang occulte dans les selles, un dépistage est proposé tous les deux ans. La périodicité du dépistage est moins élevée pour la coloscopie et la sigmoïdoscopie flexible, en général tous les dix ans, ce qui rend difficile la comparaison de la couverture des dépistages d'un pays à l'autre.

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. La plupart des pays ont récemment connu une amélioration de leur taux de survie (graphique 5.11.1). Dans l'OCDE, la survie à cinq ans a augmenté pour les personnes souffrant d'un cancer colorectal, passant de 58.0 % (2001-06) à 61.3 % (2006-11). La Corée, le Japon, Israël et l'Australie ont atteint un taux de survie relatif à cinq ans de plus de 65 %. La Pologne et la République tchèque, malgré les taux de survie les plus faibles des pays de l'OCDE, ont sensiblement progressé, passant de 42.5 % à 47.7 % et de 48.2 % à 53.4 % respectivement entre 2001-06 et 2006-11.

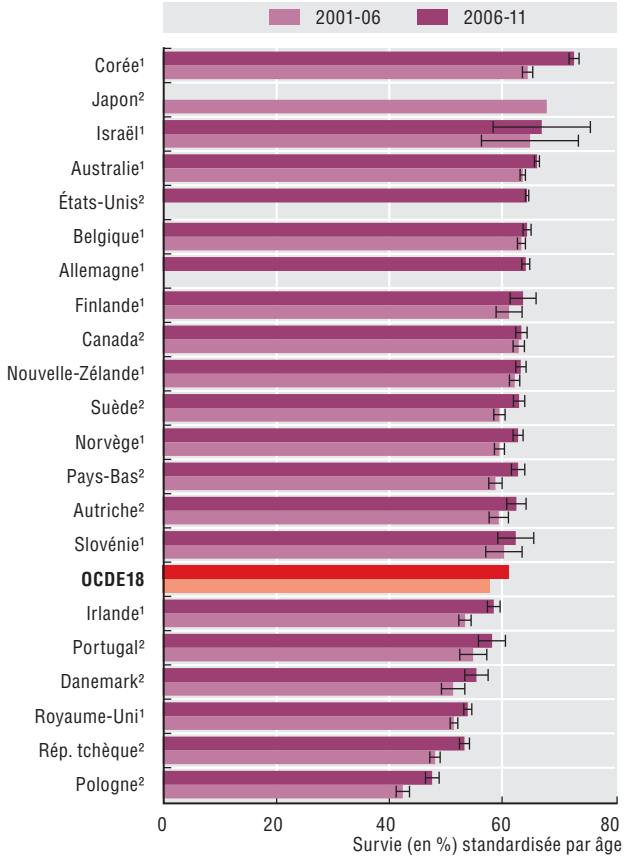
L'amélioration des taux de survie a été observée tant pour les hommes que pour les femmes. Dans tous les pays de l'OCDE, les taux de survie au cancer colorectal sont plus élevés pour les femmes à l'exception de la Corée et du Japon, où les hommes présentent un taux de survie légèrement supérieur (graphique 5.11.2). L'écart entre les sexes est le plus important en Slovénie où le taux de survie relatif à cinq ans s'établit à 58.9 % pour les hommes et 67.2 % pour les femmes. La différence est aussi relativement importante au Danemark et au Canada.

La plupart des pays ont connu une baisse de la mortalité du cancer colorectal entre 2001 et 2011, avec un taux moyen dans les pays de l'OCDE chutant de 28.3 à 25 décès pour 100 000 habitants sur cette période (graphique 5.11.3). La chute a été particulièrement sensible en Australie, en République tchèque et en Autriche. Les principales exceptions à cette tendance générale sont le Brésil et la Corée, où le taux de mortalité du cancer colorectal a augmenté d'environ 20 % au cours de la dernière décennie. Les Pays d'Europe centrale et orientale ont tendance à déclarer des taux de mortalité plus élevés que ceux des autres pays de l'OCDE. Malgré une baisse progressive, la Hongrie et la République slovaque détiennent toujours les taux de mortalité les plus élevés. De nouveaux progrès en matière de mortalité du cancer colorectal peuvent être réalisés en renforçant les programmes de dépistage dans les pays et en augmentant les taux de participation.

### *Définition et comparabilité*

Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur 5.9. « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus ». Voir l'indicateur 1.4 « Mortalité par cancer » pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer. Les taux de survie et de mortalité du cancer colorectal sont basés sur les codes C18-C21 de la CIM-10 (colon, jonction recto-sigmoïde, rectum et anus).

### 5.11.1. Survie relative à cinq ans au cancer colorectal, 2001-06 et 2006-11 (ou période la plus proche)

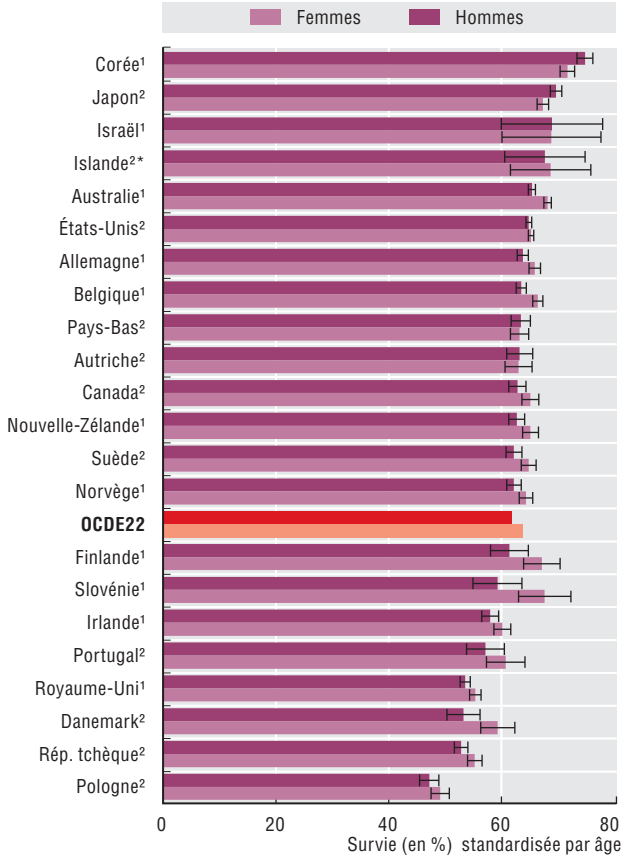



1. Analyse par période.
2. Analyse de cohorte. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921930

### 5.11.2. Survie relative à cinq ans au cancer colorectal par sexe, 2006-11 (ou période la plus proche)



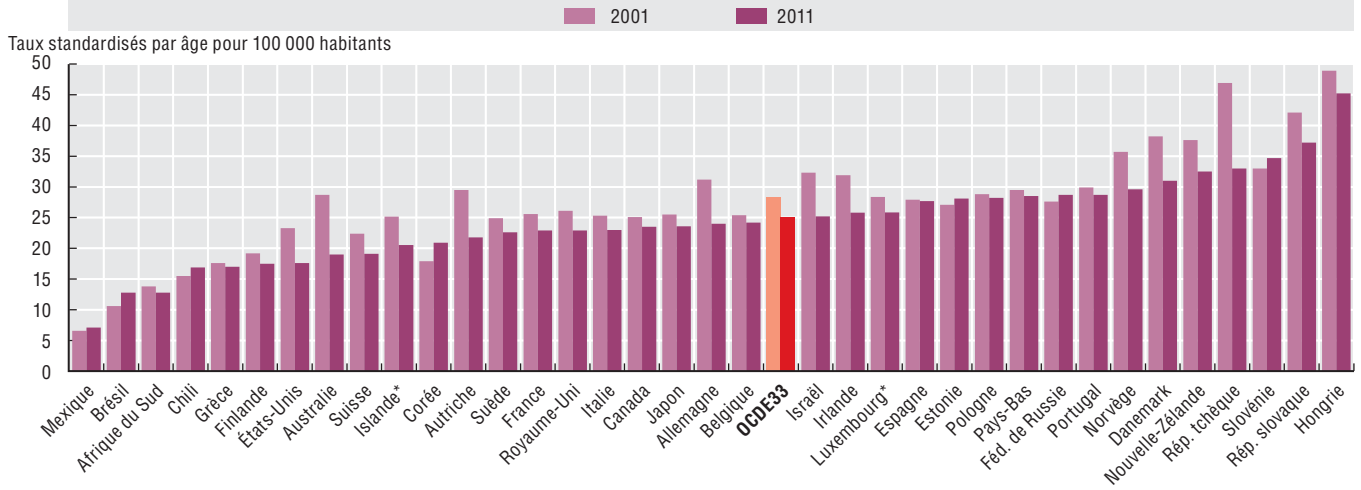

1. Analyse par période.
2. Analyse de cohorte.

* Moyenne sur trois ans. Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921949

### 5.11.3. Mortalité par cancer colorectal, 2001 à 2011 (ou année la plus proche)




* Moyenne sur trois ans.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932921968

# 5.12. Programmes de vaccination des enfants

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. Il est clairement établi que les vaccins procurent une protection efficace et sans danger contre des maladies telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B. Le pourcentage d'enfants protégés contre ces maladies peut être considéré comme un indicateur de la qualité des soins.

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole font partie de tous les programmes nationaux de vaccination mis en place par les pays de l'OCDE. Les graphiques 5.12.1 et 5.12.2 montrent que, dans l'ensemble, les taux de vaccination des enfants contre la rougeole et le DTC sont élevés dans les pays de l'OCDE. En moyenne, 96 % des enfants sont vaccinés contre le DTC, et 94 % contre la rougeole conformément aux calendriers nationaux de vaccination. Les taux de vaccination contre le DTC et/ou la rougeole ne sont inférieurs à 90 % qu'en Autriche, au Danemark, en France, en Afrique du Sud, en Inde et en Indonésie.

Tandis que les taux de couverture nationale sont élevés, des parties de la population restent exposées à certaines maladies. En 2013 par exemple, on a enregistré une épidémie de rougeole dans le nord de l'Angleterre et dans certaines régions du pays de Galles. Cette épidémie a été reliée à une période au début des années 2000 où les taux de vaccination sont tombés à 80 % d'une cohorte d'enfants. Cette période a connu une intense couverture médiatique mettant en cause la sûreté du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), qui a poussé de nombreux parents à ne pas faire vacciner leurs enfants. Ces préoccupations concernant la sécurité ont été écartées depuis, mais de nombreux enfants de cette cohorte d'âge restent non immunisés, ce qui augmente la probabilité d'épidémies comme celle qui a vu le jour en 2013 (Elliman et Bedford, 2013 ; Sengupta et al., 2004).

Le graphique 5.12.3 présente le pourcentage d'enfants âgés d'un an qui sont vaccinés contre l'hépatite B. Le virus de l'hépatite B se transmet par contact avec du sang ou des fluides corporels d'une personne infectée. Une petite proportion des infections devient chronique, et ces personnes ont un risque élevé de décès par cancer ou cirrhose du foie. Un vaccin est disponible depuis 1982 et est considéré comme efficace à 95 % pour prévenir l'infection et ses conséquences chroniques. Comme une proportion élevée des infections chroniques est contractée dans la petite enfance, l'OMS recommande que tous les enfants reçoivent leur première dose du vaccin contre l'hépatite B au plus tôt après la naissance, de préférence dans les 24 heures (OMS, 2009).

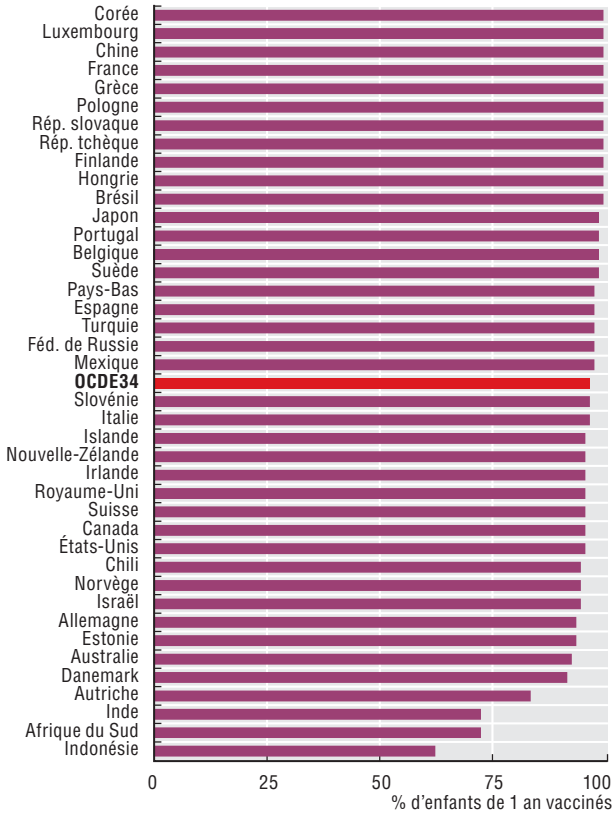
La plupart des pays ont suivi la recommandation de l'OMS d'intégrer le vaccin de l'hépatite B dans les programmes nationaux de vaccination des enfants (OMS/Unicef, 2013). Dans ces pays, la couverture vaccinale atteint environ 93 %. Toutefois, un certain nombre de pays n'imposent pas actuellement que les enfants soient vaccinés, et par conséquent 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 ne fait pas partie du programme national de vaccination des enfants et n'est recommandée que pour certains groupes à risque comme les enfants dont la mère est infectée par le virus de l'hépatite B. Les autres pays de l'OCDE qui n'intègrent pas le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes de vaccination infantile sont l'Islande, la Finlande, la Hongrie, le Japon, la Slovénie, la Suisse et le Royaume-Uni. Au Canada, le vaccin contre l'hépatite B est universellement intégré dans les programmes destinés aux adolescents, mais toutes les provinces et tous les territoires ne l'incluent pas dans leurs programmes de vaccination infantile (ASPC, 2009 ; Mackie et al., 2009). Aux Pays-Bas, les vaccins contre l'hépatite B ont récemment été ajoutés au calendrier pour les enfants nés après août 2011 (OMS/Unicef, 2013).

### *Définition et comparabilité*

Les taux de vaccination reflètent le pourcentage d'enfants qui reçoivent la vaccination considérée dans le délai recommandé. L'âge de l'immunisation complète varie d'un pays à l'autre en fonction des différents calendriers de vaccination. Dans les pays qui recommandent une première dose de vaccin après l'âge d'un an, l'indicateur est calculé comme la proportion d'enfants de moins de deux ans qui ont été vaccinés. Ainsi, ces indicateurs sont fondés sur les politiques réellement en place dans un pays donné.

Certains pays administrent des vaccins combinés (par exemple le DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), et d'autres préfèrent les administrer séparément. Certains pays évaluent les taux de vaccination sur la base d'enquêtes et d'autres d'après des données sur les consultations, ce qui peut influer sur les résultats.

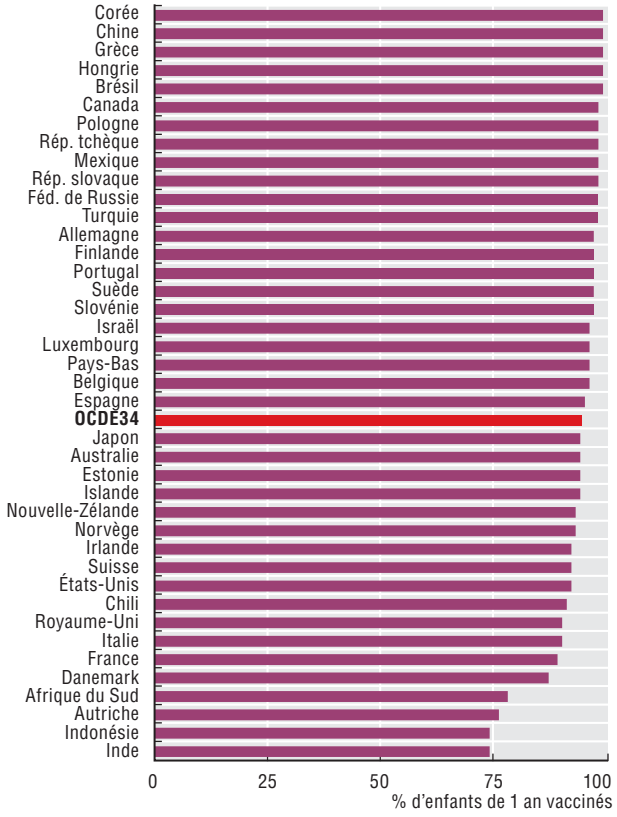
### 5.12.1. Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche des enfants âgés de 1 an, 2011




*Source :* OMS/Unicef, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932921987*

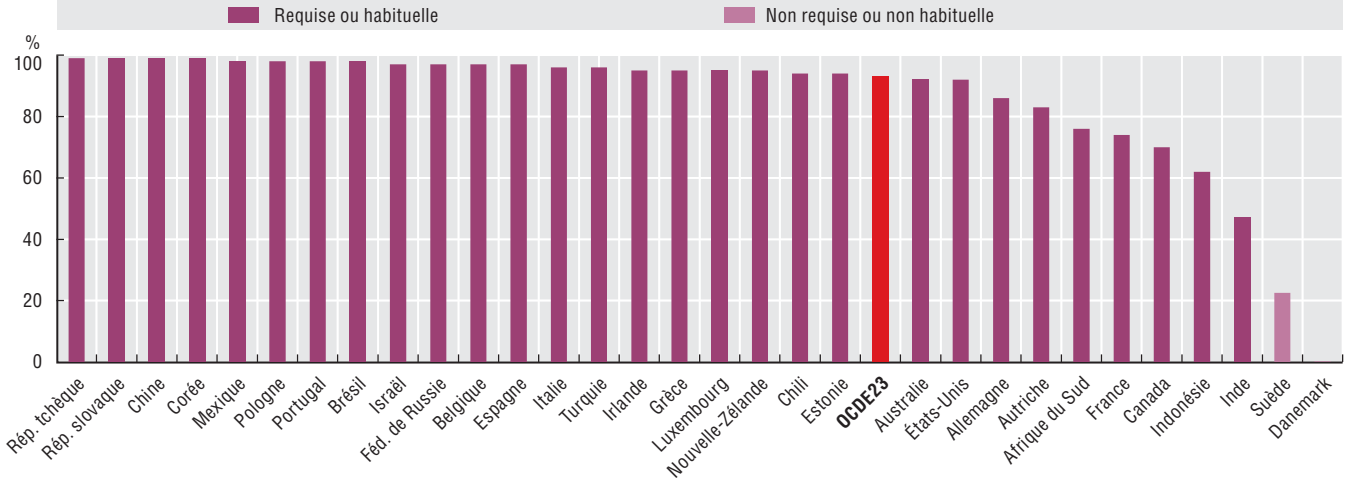
### 5.12.2. Vaccination contre la rougeole des enfants âgés de 1 an, 2011




*Source :* OMS/Unicef, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932922006*

### 5.12.3. Vaccination contre l'hépatite B des enfants âgés de 1 an, 2011




*Note :* La moyenne de l'OCDE inclut seulement les pays avec une immunisation requise ou habituelle.

*Source :* OMS/Unicef et *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* pour la Suède et le Danemark, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932922025*

# 5.13. Vaccination antigrippale des personnes âgées

La grippe est une maladie infectieuse courante qui touche entre 5 et 15 % de la population chaque année (OMS, 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. La grippe peut avoir un impact majeur sur le système de santé. Au Royaume-Uni, on estime que 779 000 consultations de généralistes et 19 000 hospitalisations sont attribuables à la grippe chaque année (Pitman et al., 2006). À certains moments de l'année, la grippe peut mettre les systèmes de santé en grande difficulté. Par exemple à Toronto au Canada, tous les 100 cas locaux de grippe entraînent une augmentation de 2.5 heures par semaine de déroutement d'ambulances, un signe évident de l'encombrement des services d'urgence (Hoot et al., 2008 ; Schull et al., 2004).

Les vaccins sont utilisés depuis plus de 60 ans et fournissent un moyen sûr de se prévenir de la grippe. Les vaccins contre la grippe ont donné des résultats positifs lors des essais cliniques et des études d'observation, mais il est toutefois nécessaire d'effectuer d'autres études de qualité sur l'efficacité de ces vaccins pour les personnes âgées (Jefferson et al., 2010). Néanmoins, il a été démontré que des vaccins adaptés pouvaient réduire les risques de décès jusqu'à 55 % chez les adultes plus âgés en bonne santé, et réduire les risques d'hospitalisation de 32 % à 49 % chez les adultes plus âgés (Lang et al., 2012 ; Nichols et al., 2007).

En 2003, les pays participant à l'Assemblée mondiale de la santé se sont engagés à atteindre l'objectif d'une couverture vaccinale de la population âgée d'au moins 50 % avant 2006 et d'au moins 75 % avant 2010 (AMS, 2003). Le graphique 5.13.1 montre qu'en 2011 le taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus était supérieur à 50 %. Ces taux de vaccination sont compris entre 1 % en Estonie et 94 % au Mexique. Il existe encore des incertitudes quant aux raisons expliquant de telles différences, mais un contact personnel avec un médecin, une meilleure communication, des mesures de sensibilisation à destination des patients et des soignants, des systèmes de rappel, ainsi qu'une prise en charge par les assurances peuvent jouer un rôle essentiel dans l'amélioration des taux de vaccination (Kohlhammer et al., 2007 ; Mereckiene et al., 2008 ; Kroneman et al., 2003 ; Kunze et al., 2007). En Estonie par exemple, la vaccination contre la grippe n'est pas prise en charge par le régime de santé public.

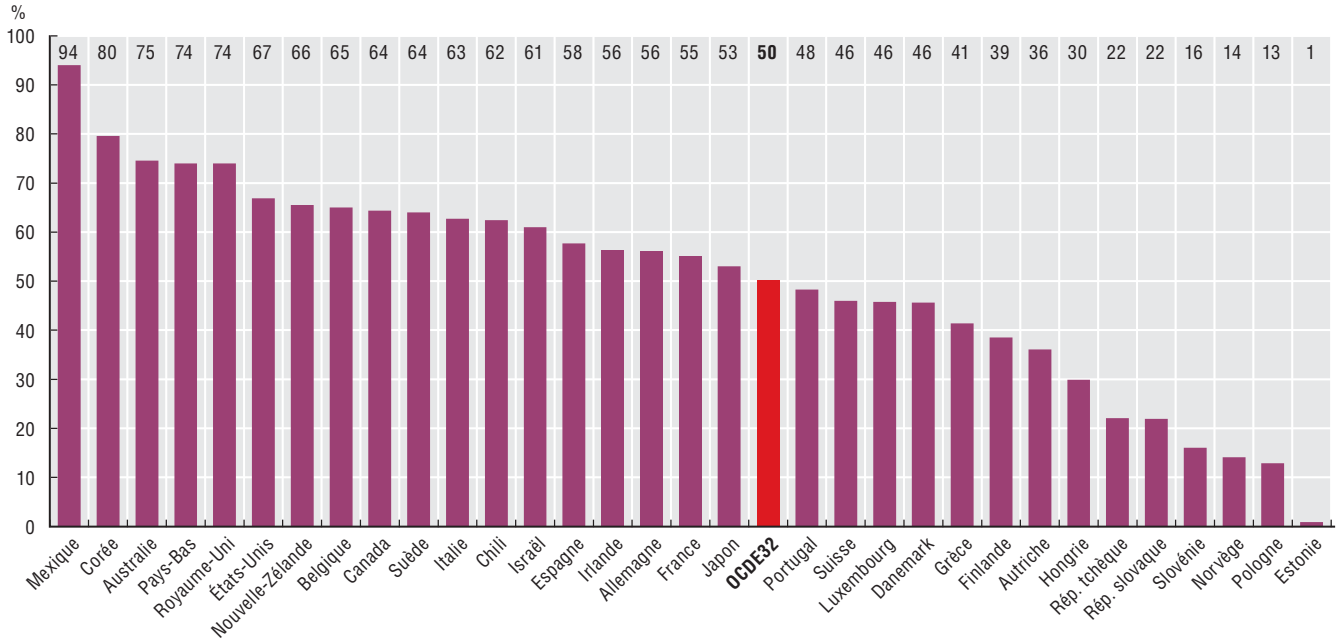
Le graphique 5.13.2 indique qu'entre 2005 et 2011, les taux moyens de vaccination dans les pays de l'OCDE ont légèrement chuté, passant de 58.2 % à 56.6 % des personnes âgées parmi le groupe de pays qui disposent de données pour ces deux années, aucune tendance claire ne se dégageant pour l'ensemble des pays. Seuls le Mexique et la Corée ont atteint l'objectif de 75 % en 2011, et l'Australie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni l'ont presque atteint. Les évolutions doivent être interprétées avec prudence car des changements ont eu lieu dans certains pays concernant la façon dont les taux de vaccination sont calculés (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

En juin 2009, l'OMS a officialisé une pandémie de grippe (OMS, 2009c). On estime que le virus de la grippe H1N1 (également appelée « grippe porcine ») a infecté de 11 % à 18 % de la population mondiale (Kelly et al., 2011). Le Mexique s'est trouvé au centre de la pandémie, étant un des premiers pays où ce virus a été détecté et aussi où les taux de mortalité déclarés étaient parmi les plus élevés (Echevarría-Zuno et al., 2010). Le taux élevé de vaccinations saisonnières qui est toujours observé au Mexique est certainement une conséquence de cet épisode pandémique. Dans d'autres pays, cependant, le taux de vaccination contre H1N1 a été inférieur à ce qui était attendu, malgré l'intégration du vaccin dans la plupart des programmes vaccinaux pour la période 2009-10 (Valenciano et al., 2011 ; Poland, 2011 ; Mereckiene et al., 2012). Ce phénomène est sans doute partiellement lié à l'apaisement des inquiétudes concernant la menace que représentait H1N1 au sein de la population lorsque le vaccin a été mis sur le marché. Des études ont démontré que le principal déterminant incitant les individus à se faire vacciner contre le virus H1N1 était l'exposition préalable au vaccin contre la grippe saisonnière, ce qui pousse certains chercheurs à affirmer que des taux plus élevés de vaccination contre la grippe saisonnière pourraient faciliter les programmes de vaccination en cas de future pandémie (Poland, 2011 ; Nguyen et al., 2011).

### *Définition 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 et à l'irrégularité dans l'administration. Plusieurs pays ont modifié la façon dont ils calculaient les taux de vaccination contre la grippe entre 2005 et 2011. Il s'agit de l'Allemagne, du Chili, du Danemark, d'Israël, du Luxembourg, de la Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de la Slovénie et de la Suisse.

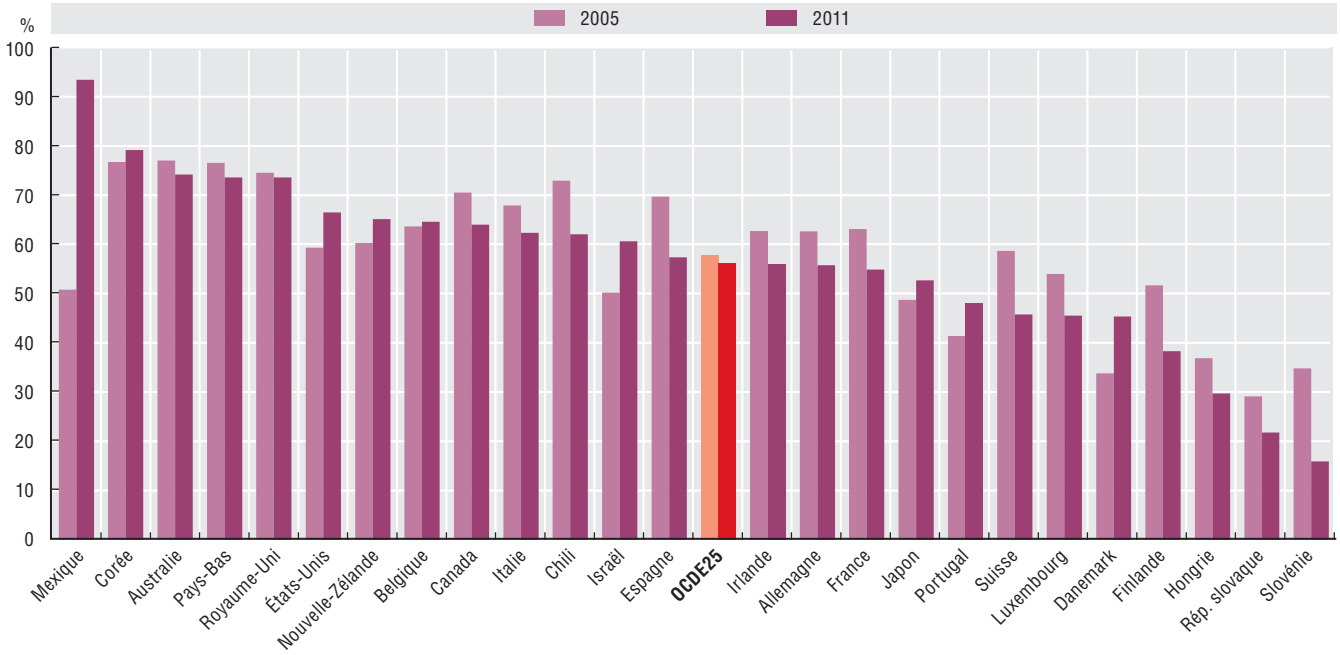
**5.13.1. Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 2011 (ou année la plus proche)**




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922044

**5.13.2. Vaccination contre la grippe parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 2005-21 (ou année la plus proche)**




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922063

# 5.14. Expériences des patients en soins ambulatoires

Proposer une offre de soins souple et centrée sur le patient est un objectif de plus en plus fondamental des politiques de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Mesurer et suivre le vécu des patients responsabilise les patients et le public, les implique dans les décisions sur la fourniture et la gouvernance des soins de santé, et permet de mieux savoir dans quelle mesure ils maîtrisent leurs problèmes de santé et les traitements qu'ils reçoivent.

Depuis le milieu des années 90, des efforts ont été menés pour institutionnaliser la mesure et le suivi du vécu des patients. Plusieurs pays ont développé des instruments d'enquête dans un but de collecte régulière et de suivi, et dans de nombreux pays, notamment le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Norvège, des organismes chargés de ces tâches ont été mis en place. Dans ces pays, le vécu des patients est pris en compte dans des rapports sur le système de santé national publiés régulièrement ou accessibles sur des sites Internet publics, qui présentent les différences entre les prestataires, les régions et l'évolution dans le temps. L'existence de tels rapports a fortement poussé les prestataires à améliorer leurs services (Iversen et al., 2011). Au Royaume-Uni, ce système de rapports est également utilisé dans les mécanismes de rémunération afin de récompenser les prestataires qui dispensent des soins centrés sur les patients (ministère de la Santé, 2011).

Les patients déclarent généralement être satisfaits quand il s'agit d'évaluer la communication et l'autonomie dans le système de soins ambulatoires. Les patients déclarent des niveaux élevés de satisfaction pour ce qui est du temps passé avec le médecin (graphique 5.14.1), de la clarté des explications fournies (graphique 5.14.2), des possibilités de poser des questions ou d'exprimer ses inquiétudes (graphique 5.14.3), et de la participation aux décisions portant sur les soins et le traitement (graphique 5.14.4). On relève cependant des disparités d'un pays à l'autre, et la proportion de patients satisfaits s'échelonne entre environ 75 % en Suède et plus de 95 % dans certains pays, en fonction de l'indicateur. On n'observe aucune différence claire en fonction du sexe, mais aux Pays-Bas des proportions plus élevées d'hommes que de femmes déclarent systématiquement être satisfaits. La proportion de patients dont le vécu est positif s'est accrue ces dernières années dans des pays comme l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande. Les progrès ont été considérables aux États-Unis, et bien plus modestes au Royaume-Uni (Commonwealth Fund, 2004, 2007, 2010).

De manière générale, lorsqu'un pays obtient de bons scores de satisfaction dans un domaine, les résultats dans les autres domaines sont également relativement bons. Par exemple, le Luxembourg obtient des scores élevés pour les quatre aspects relatifs au vécu des patients. La République tchèque fait toutefois figure d'exception, obtenant des scores relativement faibles dans l'implication des patients dans la prise de décision, mais des scores élevés dans tous les indicateurs relatifs à la communication.

Les diverses caractéristiques et politiques des systèmes de santé, notamment l'organisation de la prestation des soins, les méthodes de rémunération, le suivi et la publication systématique du vécu des patients et les politiques médico-légales visant à protéger les intérêts des patients, influencent le comportement des médecins envers les patients et ont ainsi une incidence sur le vécu des patients. Selon les données actuellement disponibles, il n'est pas encore possible d'affirmer qu'une politique particulière est à l'origine d'une amélioration du vécu des patients. Davantage de données comparables provenant des pays et concernant le vécu des patients dans une plus large gamme de services de santé sont encore nécessaires.

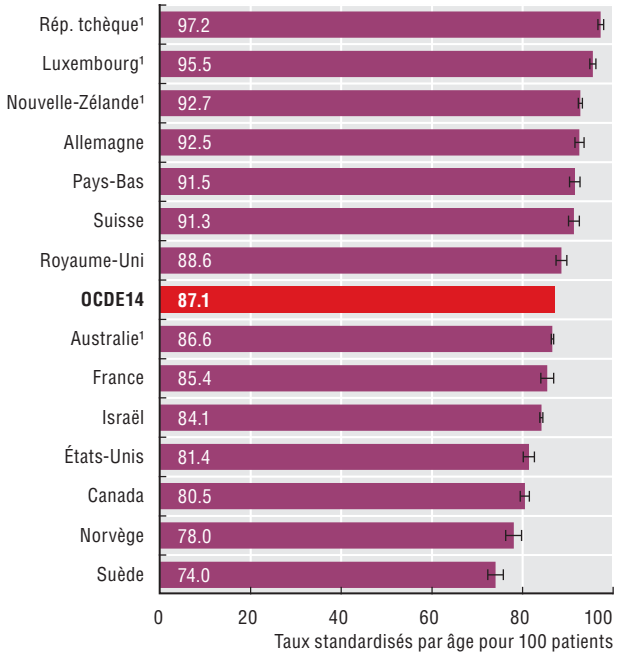
### *Définition et comparabilité*

Depuis la fin des années 90, des efforts ont été entrepris dans tous les pays pour collecter des données sur le vécu des patients grâce à des enquêtes élaborées par l'Institut Picker et à la méthode intitulée *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) mise au point par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) aux États-Unis. L'OMS a également collecté différentes données concernant le vécu des patients dans son Enquête sur la santé de monde 2000/01, et l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund collecte également ce type de données tous les trois ans depuis 1998.

Depuis 2006, l'OCDE est impliquée dans le développement et la validation d'un outil permettant de mesurer le vécu des patients de manière systématique. Afin de mesurer la satisfaction générale des patients dans les systèmes de santé, l'OCDE recommande de suivre le vécu des patients quels que soient les médecins consultés, plutôt que d'interroger les patients sur leur médecin habituel.

La plupart des pays ont utilisé l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2010 comme source de données, même s'il existe un certain nombre de réserves concernant la taille des échantillons, sa représentativité et les taux de réponse. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin d'améliorer la comparabilité internationale de ces indicateurs. Les données présentées font davantage référence au vécu des patients avec leur médecin habituel plutôt qu'avec l'ensemble des médecins. Des données collectées par le biais d'autres enquêtes nationales ont été utilisées pour l'Australie (graphique 5.14.1), la République tchèque, Israël, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande (graphiques 5.14.1, 5.14.2 et 5.14.4). Les périodes de référence sont quelques fois différentes entre les pays. Par exemple, les données de la Nouvelle-Zélande sont celles correspondant à des consultations de médecins seulement au cours des trois derniers mois. Pour tous les pays, les taux ont été standardisés selon l'âge et le sexe sur la base de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

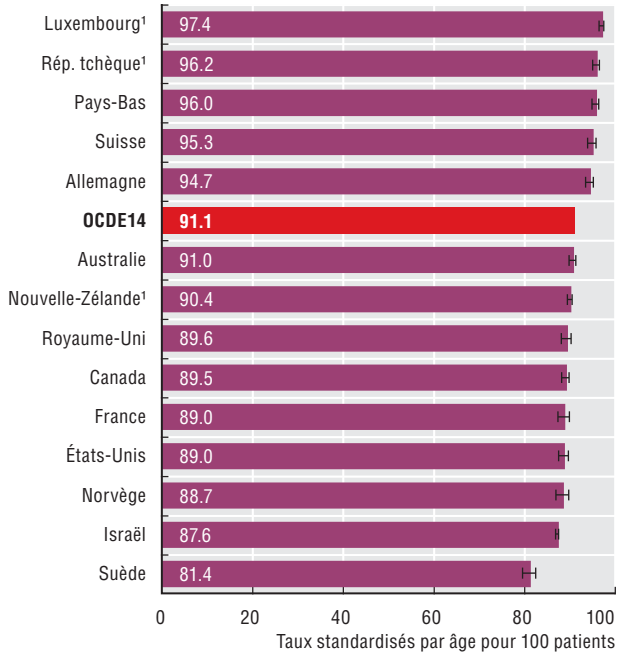
### 5.14.1. Expérience quant au temps passé avec le médecin habituel pendant la consultation, 2010 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
1. Expérience du patient avec tout type de médecin.
*Source :* Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922082

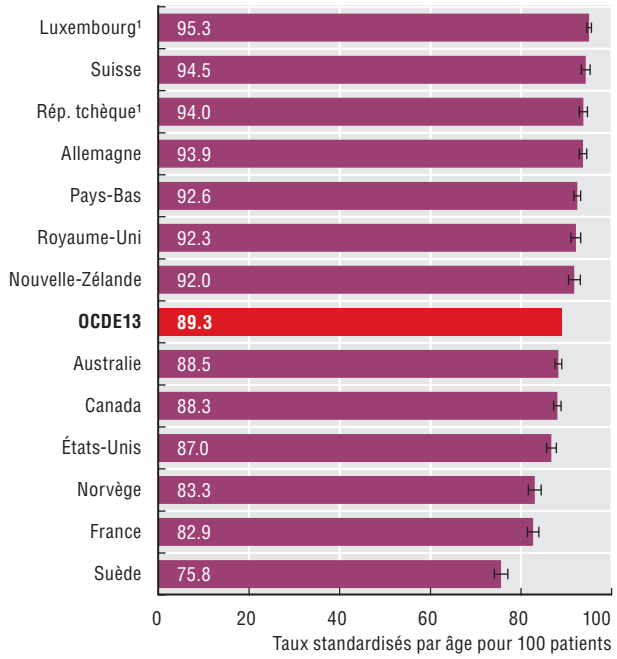
### 5.14.2. Expérience quant à la clarté des informations fournies par le médecin habituel, 2010 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
1. Expérience du patient avec tout type de médecin.
*Source :* Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922101

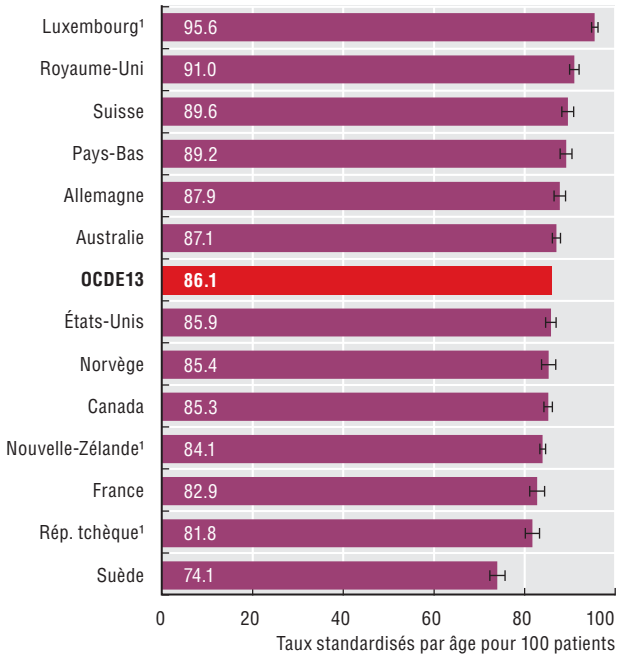
### 5.14.3. Expérience quant à la possibilité de poser des questions ou d'exprimer des inquiétudes au médecin habituel, 2010 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
1. Expérience du patient avec tout type de médecin.
*Source :* Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922120

### 5.14.4. Expérience quant à la possibilité de participer aux décisions portant sur le traitement prescrits par le médecin habituel, 2010 (ou année la plus proche)




*Note :* Les intervalles de confiance à 95 % sont représentés par |—|.
1. Expérience du patient avec tout type de médecin.
*Source :* Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922139

# 6. ACCÈS AUX SOINS


6.1. Couverture des soins de santé

6.2. Dépenses de santé à la charge des patients

6.3. Répartition géographique des médecins

6.4. Inégalités dans les consultations de médecins

6.5. Inégalités dans les consultations de dentistes

6.6. Inégalités dans le dépistage du cancer

6.7. Délais d'attente pour une chirurgie élective


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.

## 6.1. Couverture des soins de santé

La couverture des soins de santé par les assurances publiques ou privées favorise l'accès aux produits et services médicaux, et permet de se couvrir contre les aléas financiers d'un accident ou d'une maladie grave (OCDE, 2004a). Toutefois, le pourcentage de la population couverte par de telles assurances ne fournit pas un indicateur complet de l'accessibilité, car la gamme de services couverts et le degré de participation des patients au coût de ces services affectent également l'accès aux soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-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 6.1.1). En règle générale, les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services ne sont pas couverts du tout (Paris, Devaux et Wei, 2010).

Deux pays de l'OCDE n'ont pas encore de couverture maladie universelle. Au Mexique, le système facultatif d'assurance maladie « Seguro popular » introduit en 2004 pour offrir une couverture aux pauvres et aux personnes non assurées s'est développé rapidement de sorte qu'en 2011, près de 90 % de la population étaient couverts. Aux États-Unis, la couverture de base est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 53 % de la population disposaient d'une telle couverture en 2011. Les personnes âgées, à bas revenus ou handicapées, soit 32 % de la population totale, bénéficient d'une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 15 % de la population sans couverture maladie. 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 sur le plan de la santé (AHRQ, 2011b). Le « Affordable Care Act » adopté en 2010, va étendre la couverture de l'assurance maladie aux États-Unis, qui deviendra obligatoire pour presque tous les citoyens et les résidents légaux à compter de janvier 2014.

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 afin de couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), d'ajouter des services (assurance supplémentaire) ou d'obtenir un accès plus rapide ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Dix des 34 pays de l'OCDE font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population (graphique 6.1.2).

En France, l'assurance maladie privée fournit à 96 % de la population 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 *supplémentaire* (89 % de la population), suivis par Israël (80 %), 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 (48 %) 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 développée.

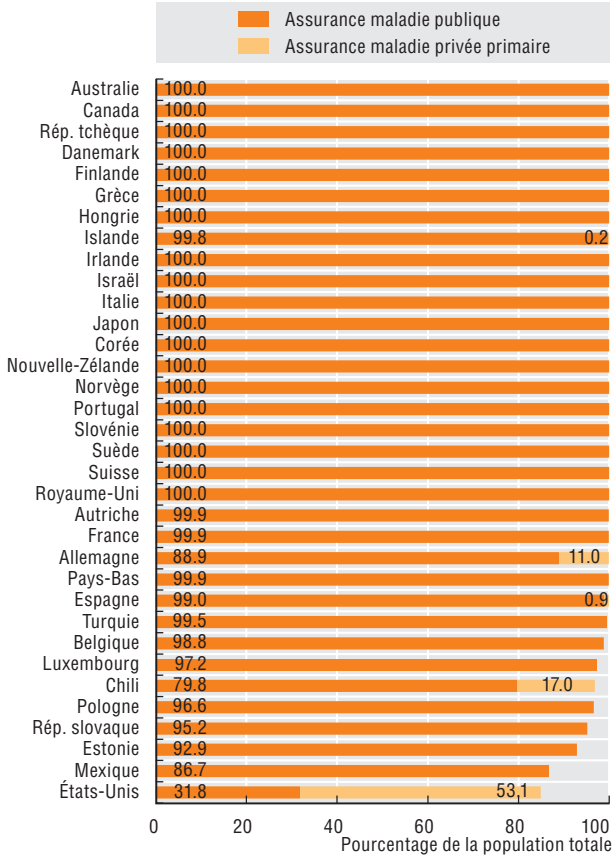
La part de la population couverte par l'assurance maladie privée a augmenté dans certains pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. Elle a doublé en Belgique pour atteindre 80 %, et elle a également augmenté au Mexique et en Turquie, même si le niveau y reste très faible. En revanche, la couverture de l'assurance maladie privée a légèrement baissé au Chili et aux États-Unis, deux pays où elle joue un rôle prépondérant dans la couverture primaire des soins de santé (graphique 6.1.3).

L'importance de l'assurance maladie privée n'est pas liée au développement économique d'un pays. D'autres facteurs, notamment les limites des 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 de ces marchés (OCDE, 2004b).

### *Définition et comparabilité*

La couverture des soins de santé est définie ici comme la part 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 services publics fournis à la population 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.

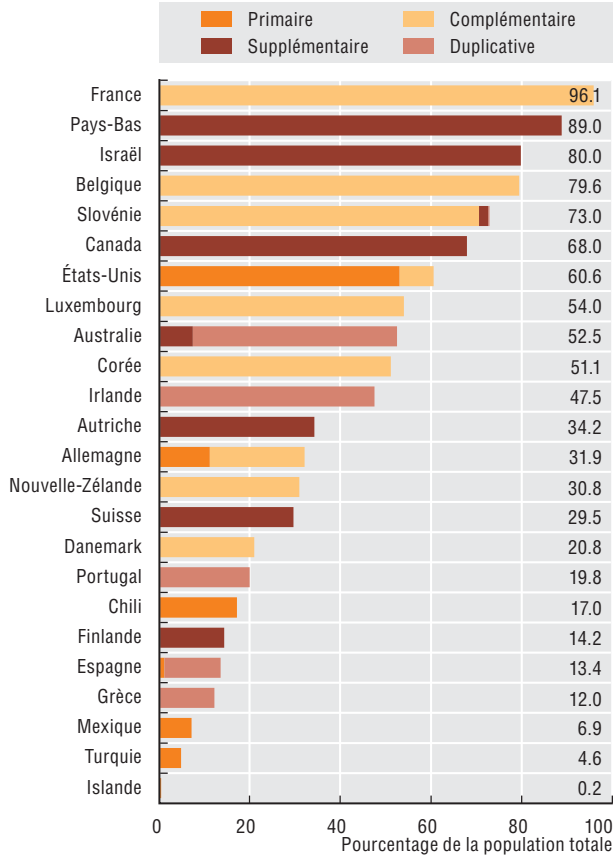
### 6.1.1. Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922158

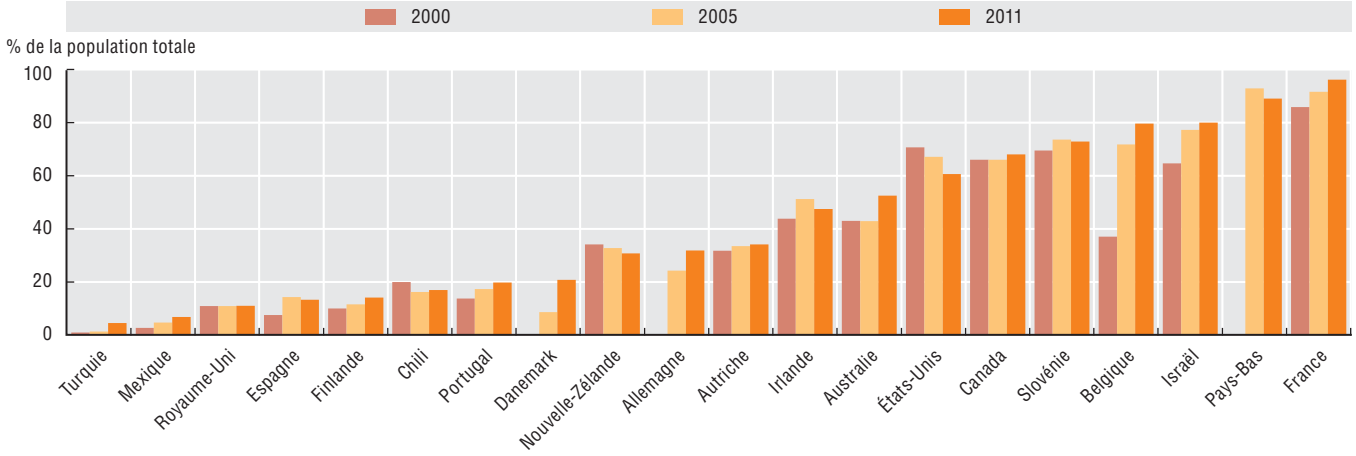
### 6.1.2. Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* L'assurance maladie privée peut être à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark, en Corée et en Nouvelle-Zélande; à la fois duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922177

### 6.1.3. Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2000 à 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922196

# 6.2. 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 (Banthin et al., 2008). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 20 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur 7.6 « Financement des dépenses de santé »).

Contrairement aux soins financés par des fonds publics, les dépenses directement supportées par les 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 foyers à hauts revenus vers les foyers à bas revenus, dans lesquels les besoins en soins sont plus grands. Dans la pratique, de nombreux pays ont mis en place des mesures visant à éviter que les populations vulnérables aient à supporter des paiements trop importants. Il s'agit le plus souvent d'exemptions partielles ou totales pour les bénéficiaires de l'aide sociale, les seniors, les personnes souffrant de pathologies chroniques, et de plafonds pour les paiements directs, définis en termes absolus ou en fonction des revenus (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 2011, la part allouée aux dépenses médicales ne représentait que 1.5 % de la consommation totale des ménages dans des pays comme les Pays-Bas, la Turquie, le Royaume-Uni et la France, mais plus de 4 % au Portugal, en Corée, au Mexique et au Chili (graphique 6.2.1). Les États-Unis, où 2.9 % de la consommation des ménages sont consacrés aux soins médicaux, sont proches de la moyenne.

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE varient dans le degré de couverture des différents services et biens de santé. Dans la plupart des pays, le degré de couverture des soins hospitaliers et des consultations de médecins est généralement plus élevé que pour les médicaments, les soins dentaires et les soins oculaires (Paris et al., 2010). Compte tenu de ces disparités, ainsi que de l'importance relative de ces catégories de dépenses, il n'est pas surprenant de relever d'importants écarts dans la part des versements directs des ménages pour les soins médicaux entre les pays de l'OCDE.

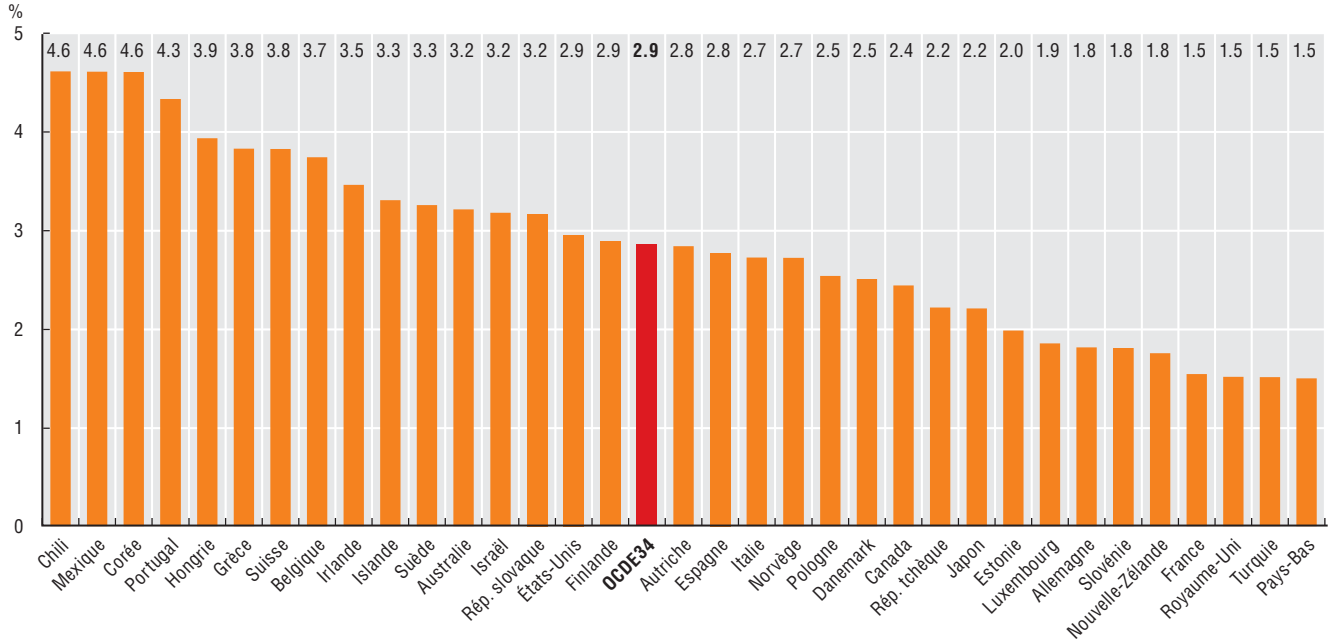
Dans la majorité des pays de l'OCDE, les soins curatifs (tant en milieu hospitalier qu'en ambulatoire) et les médicaments sont les deux principaux postes de dépenses pour les ménages (graphique 6.2.2). En moyenne, ces deux postes représentent 70 % de la totalité des dépenses de santé des ménages. En Belgique, en Suisse, en Nouvelle-Zélande et en Corée, les dépenses des ménages pour les soins curatifs à l'hôpital et en ambulatoire représentent environ 50 % ou plus du total de leurs dépenses de santé. Dans d'autres pays comme la Pologne, l'Estonie et la République tchèque, les médicaments représentent la moitié ou plus des frais à la charge des ménages. Dans ces pays, en plus de la participation aux coûts des médicaments prescrits, les dépenses consacrées aux médicaments en vente libre destinés à l'automédication sont historiquement élevées.

Les coûts des soins dentaires occupent également une place importante dans les dépenses des ménages. Dans les pays de l'OCDE, environ 19 % de la totalité des dépenses de santé à la charge des patients sont consacrés aux soins dentaires. Au Danemark et en Espagne, ce chiffre atteint 30 %. Cette situation s'explique en partie par la prise en charge relativement faible des soins dentaires par le secteur public dans ces pays (voir l'indicateur 6.5). La part des équipements thérapeutiques (lunettes, appareils auditifs, etc.) dans le total des dépenses de santé des ménages s'élève à environ 30 % aux Pays-Bas et en République slovaque. La moyenne dans les pays de l'OCDE est de 12 %. Plus de la moitié de ces dépenses concernent les produits dédiés aux soins oculaires. Dans de nombreux pays, la couverture publique se limite à une participation aux coûts des verres correcteurs. La plupart du temps, les montures ne sont pas prises en charge par l'assurance publique, ce qui oblige les ménages à en supporter le coût s'ils n'ont pas souscrit une assurance privée complémentaire.

### *Définition et comparabilité*

Les dépenses directes sont celles supportées directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance publics et privés ne couvrent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Cela inclut la participation des patients aux coûts et d'autres dépenses payées directement par les ménages, et englobe également dans certains pays les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins. Seules les dépenses médicales (à savoir les dépenses en soins de santé moins les dépenses pour le volet sanitaire des soins de longue durée) sont présentées ici, car la capacité des pays à évaluer les dépenses privées des soins de longue durée varie énormément.

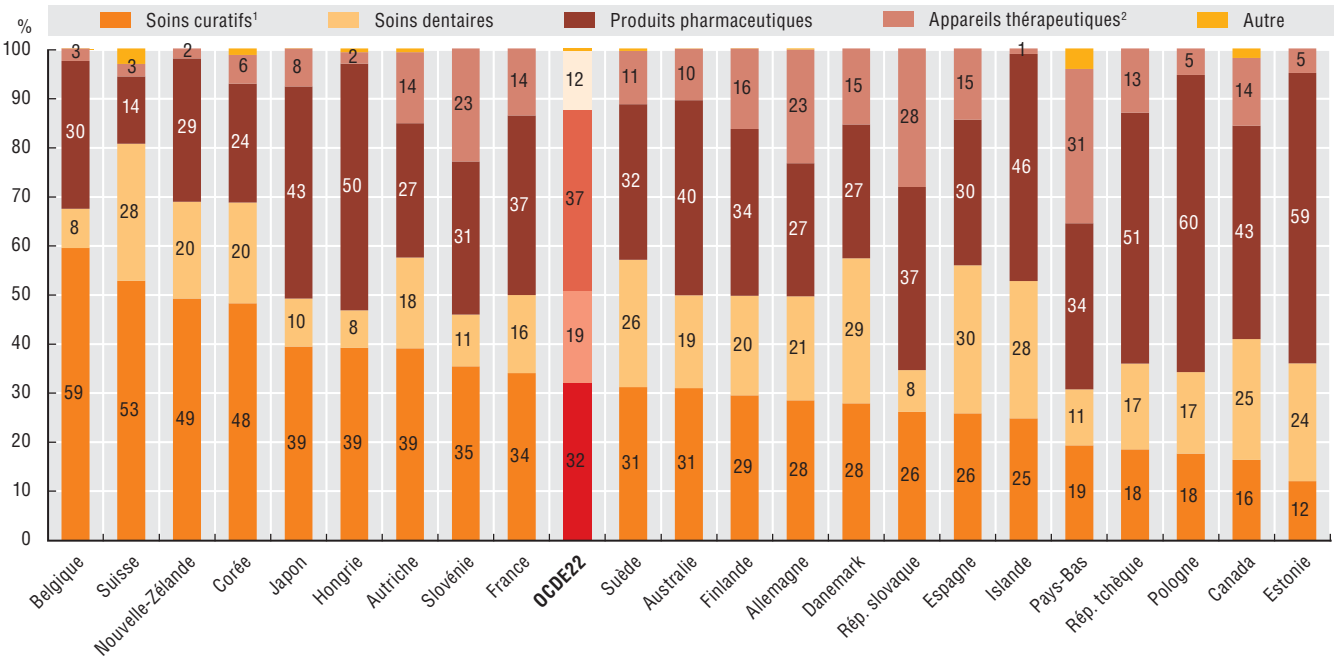
### 6.2.1. Versements des ménages pour des soins médicaux en pourcentage de leur consommation finale, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922215

### 6.2.2. Parts des versements de ménages pour différents biens et services médicaux, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.
1. Inclut les services de réadaptation et les services auxilliaires.
2. Inclut les produits opthalmologiques, les appareils auditifs, les fauteuils roulants, etc.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922234

# 6.3. Répartition géographique des médecins

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du pays. Un manque de médecins dans certaines régions peut accroître la durée des déplacements ou les délais d'attente des patients et être à l'origine de besoins en soins de santé insatisfaits. La répartition inégale des médecins est un problème important auquel sont confrontés de nombreux pays de l'OCDE, en particulier ceux comptant des régions isolées et à faible densité de population ou des zones urbaines défavorisées.

Le nombre moyen de médecins par habitant varie d'un pays à l'autre, allant de 2 pour 1 000 habitants au Chili, en Turquie et en Corée, à 4 et plus en Grèce, en Autriche et en Italie (indicateur 3.1). Le nombre de médecins par habitant varie aussi fortement au sein des différentes régions d'un même pays. Le nombre plus important de médecins dans les capitales est une caractéristique que l'on retrouve dans de nombreux pays. En République tchèque par exemple, la densité des médecins à Prague est près de deux fois supérieure à la moyenne nationale. L'Autriche, la Belgique, les États-Unis, la Grèce, le Portugal et la République slovaque affichent également une concentration de médecins bien supérieure dans la région de la capitale nationale.

La densité des médecins est toujours plus forte dans les régions urbaines, en raison de la concentration de services spécialisés comme la chirurgie et de la préférence des médecins d'exercer en milieu urbain. Les disparités dans la densité de médecins entre régions principalement urbaines et rurales en 2011 étaient les plus fortes en République slovaque, en République tchèque et en Grèce, et résultent en grande partie de la forte concentration dans la région de la capitale nationale. La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales était plus uniforme au Japon et en Corée (graphique 6.3.2).

Les médecins sont peu enclins à exercer dans les zones rurales pour diverses raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, opportunités de carrière, absence de contact avec les pairs) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et opportunités professionnelles pour leurs conjoints).

Plusieurs leviers politiques sont susceptibles d'influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment : 1) proposer des incitations financières aux médecins qui s'installent dans les zones mal desservies ; 2) augmenter les inscriptions dans les écoles de médecine d'étudiants issus de zones géographiques ou de milieux sociaux ciblés, ou en délocalisant ces écoles ; 3) réglementer le choix du lieu d'installation des médecins (pour tous les nouveaux médecins ou en ciblant particulièrement les médecins formés à l'étranger) ; et 4) réorganiser les prestations des services de santé afin d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies et de proposer de nouveaux moyens pour améliorer l'accès aux soins.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, différents types d'incitations financières ont été proposées aux médecins afin de les attirer et de les retenir dans les zones mal desservies, notamment des subventions à versement unique pour les aider à s'installer et des versements réguliers comme des garanties de revenu ou des primes.

Au Canada, la province de l'Ontario a décidé de décentraliser ses écoles médicales en créant en 2005 une nouvelle école dans le nord de la province, loin des principaux centres urbains. Un des objectifs de l'École de médecine du nord de l'Ontario est d'accroître l'accès aux services médicaux dans les zones rurales et isolées de la province (EMNO, 2012).

L'Allemagne limite le nombre d'autorisations d'exercice pour les médecins de soins ambulatoires au niveau de chaque région, en fonction d'un quota national (Comité fédéral, 2012).

En France, de nouvelles Maisons de santé pluridisciplinaires ont été mises en place il y a quelques années afin de favoriser une nouvelle forme de groupements de praticiens, qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'exploiter un cabinet conjointement tout en restant indépendants. Ces maisons de santé offrent la possibilité d'améliorer le recrutement et la rétention des médecins dans les régions mal desservies et l'accès aux soins des patients.

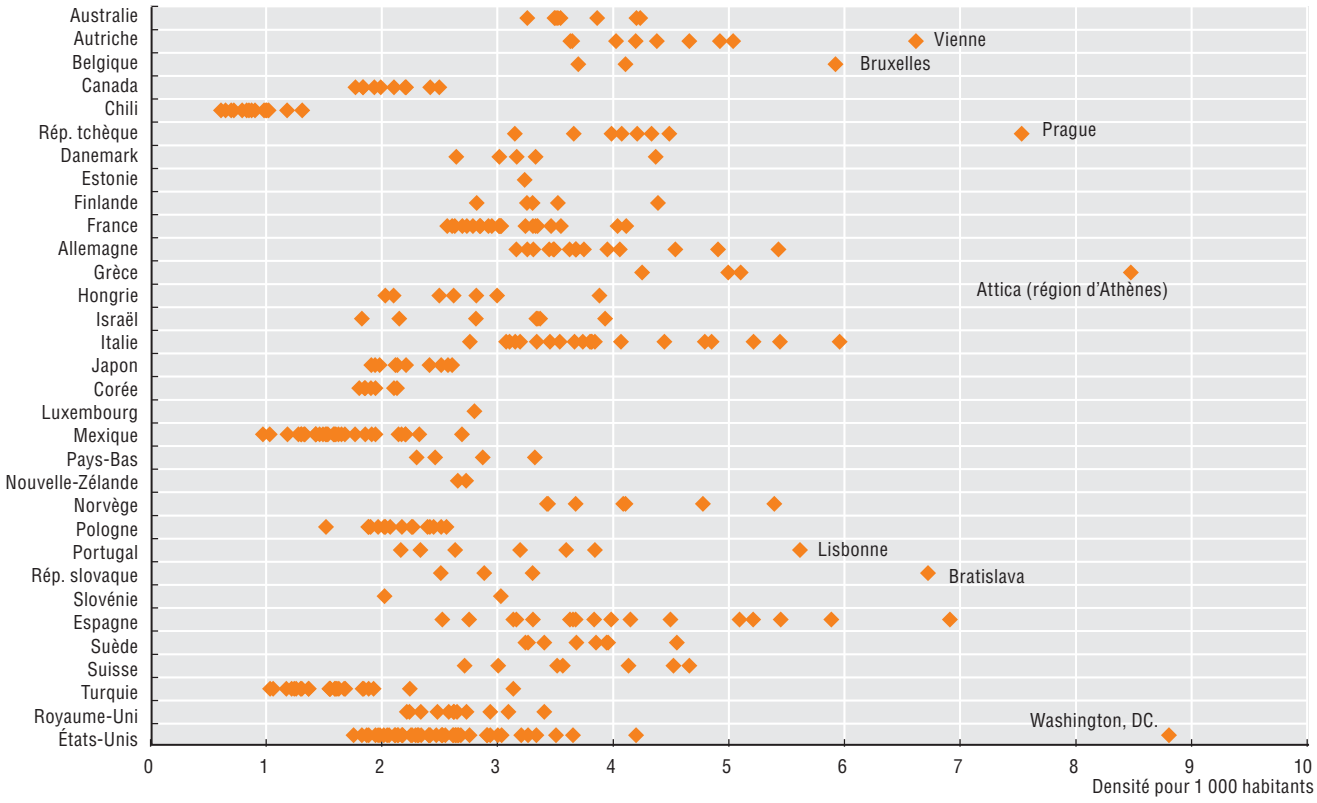
L'efficacité et les coûts des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins peuvent considérablement varier, les résultats dépendant principalement des spécificités de chaque système de santé, des caractéristiques géographiques de chaque pays, des comportements des médecins et de la conception des politiques et des programmes. Pour obtenir des résultats significatifs et durables, les mesures doivent être bien adaptées au groupe cible et à ses intérêts (Ono et al., à paraître).

### *Définition et comparabilité*

L'indicateur 3.1 fournit des informations sur la définition des médecins.

L'OCDE classe les régions en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent contenir un mélange de populations urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur (niveau territorial 3) est composé de régions plus petites qui sont classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales (OCDE, 2011a).

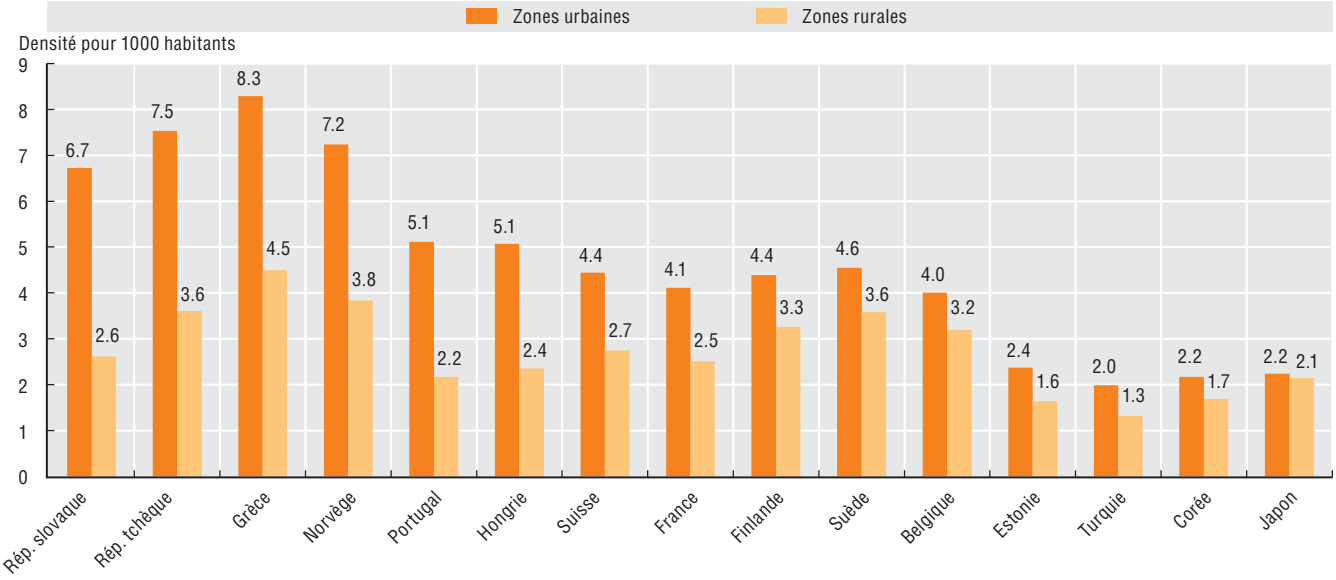
### 6.3.1. Densité de médecins, par régions de niveau territorial 2, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Panorama des régions de l'OCDE 2013.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922253

### 6.3.2. Densité de médecins dans les zones rurales et urbaines, 15 pays OCDE, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Panorama des régions de l'OCDE 2013.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922272

# 6.4. Inégalités dans les consultations de médecins

Les problèmes d'accès aux soins de santé peuvent être mesurés grâce aux taux d'utilisation effective des services de santé et aux déclarations de besoins insatisfaits en soins médicaux. Les inégalités dans l'utilisation des soins et les besoins non satisfaits peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé et accroître les inégalités en matière de santé.

Les inégalités relatives à la probabilité et au nombre de consultations de médecins entre différents groupes socio-économiques doivent tenir compte des disparités dans les besoins, car les problèmes de santé sont plus fréquents et plus graves dans les groupes socio-économiques défavorisés. L'ajustement sur les besoins permet une meilleure mesure des inéquités.

Le graphique 6.5.1 présente le degré d'inéquité relatif à la probabilité de consulter un médecin au cours de la dernière année dans 17 pays de l'OCDE et au Brésil au moyen de l'indice d'inéquité horizontale. Si cet indice est supérieur à zéro, les personnes à revenus élevés accèdent davantage aux médecins que les personnes à faibles revenus, à besoin de santé égal. Les visites chez un médecin étaient plus probables parmi les personnes à hauts revenus dans 15 des 18 pays, la plupart des pays ayant cependant des niveaux d'inégalité peu élevés. Ce n'est pas le cas aux États-Unis, au Brésil, au Chili et au Mexique, où les personnes les plus aisées ont significativement plus de chances de consulter un médecin.

Dans de nombreux pays, on relève des disparités importantes dans la probabilité de consulter un généraliste ou un spécialiste. Alors que la probabilité de consulter un généraliste tend à être répartie équitablement dans la plupart des pays, la tendance est différente pour ce qui est des spécialistes. Dans presque tous les pays, les personnes à hauts revenus sont plus susceptibles de consulter un spécialiste que celles à faibles revenus, et elles en consultent plus souvent. Les seules exceptions sont le Royaume-Uni, la République tchèque et la Slovénie, où l'on n'observe aucune différence statistiquement significative (Devaux et de Looper, 2012).

De la même façon, une étude antérieure menée en Europe montre que les personnes plus éduquées tendent à recourir davantage aux spécialistes, et il en va de même pour le recours aux généralistes dans de nombreux pays (France, Portugal et Hongrie) (Or et al., 2008). 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 les populations démunies, et le filtrage simplifie souvent l'accès et apporte aux personnes à statut socio-économique relativement bas le bénéfice d'une meilleure orientation (Or et al., 2008).

Les besoins en soins de santé insatisfaits, tels que rapportés dans les enquêtes, sont un autre moyen d'évaluer les problèmes d'accès de certains groupes de population. Une enquête à l'échelle européenne fournit des informations sur la proportion de personnes qui déclarent avoir des besoins en matière d'examens médicaux non satisfaits pour une raison ou pour une autre. Dans tous les pays, les personnes à faibles revenus sont plus susceptibles de déclarer avoir des besoins insatisfaits que celles à hauts revenus (graphique 6.5.2). L'écart était particulièrement important en Hongrie, en Italie et en Grèce. La raison la plus souvent avancée par les personnes à faibles revenus pour expliquer ces besoins insatisfaits est le coût. En revanche, les personnes à hauts revenus déclarent des besoins insatisfaits à cause du manque de temps, ou parce qu'elles préfèrent attendre et voir si le problème se règle de lui-même.

Il est 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 par l'assurance maladie et le poids des paiements directs supportées par les patients. L'Allemagne, par exemple, déclare des niveaux de besoins insatisfaits supérieurs à la moyenne, pourtant on y relève une couverture complète, des paiements directs peu élevés et une forte densité de médecins (indicateurs 6.1, 6.2 et 3.1).

### *Définition et comparabilité*

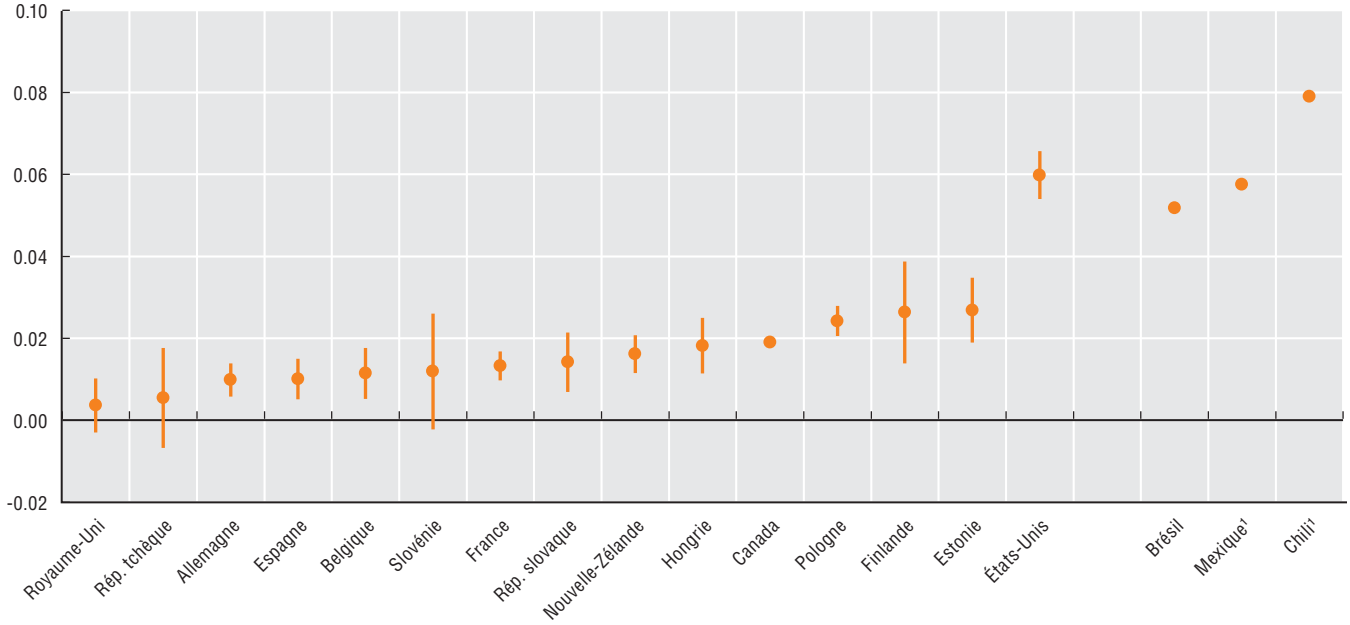
Les consultations de médecins correspondent à la probabilité de visites auprès des médecins dans les 12 derniers mois, incluant les généralistes et les spécialistes. Les données pour le Brésil, le Chili et le Mexique proviennent d'études différentes. Elles concernent la probabilité d'une consultation dans les 3 derniers mois au Chili, et dans les 2 dernières semaines au Mexique.

Les estimations de l'inéquité horizontale proviennent d'enquêtes sur la santé auprès des ménages menées autour de 2009. Les inégalités dans les consultations sont évaluées selon le revenu du ménage. La probabilité de visite chez un médecin est corrigée en fonction du besoin, 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 peuvent limiter la validité des comparaisons internationales, et les mesures utilisées pour évaluer le revenu peuvent également varier.

Les données sur les besoins en soins de santé insatisfaits proviennent des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). 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 soins de santé mais n'en ont pas reçu, et 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, une trop grande distance à parcourir pour recevoir les soins, un manque de temps, ou la volonté d'attendre de voir si le problème se règle de lui-même. Les chiffres présentés ici couvrent les besoins insatisfaits quelle qu'en soit la raison.

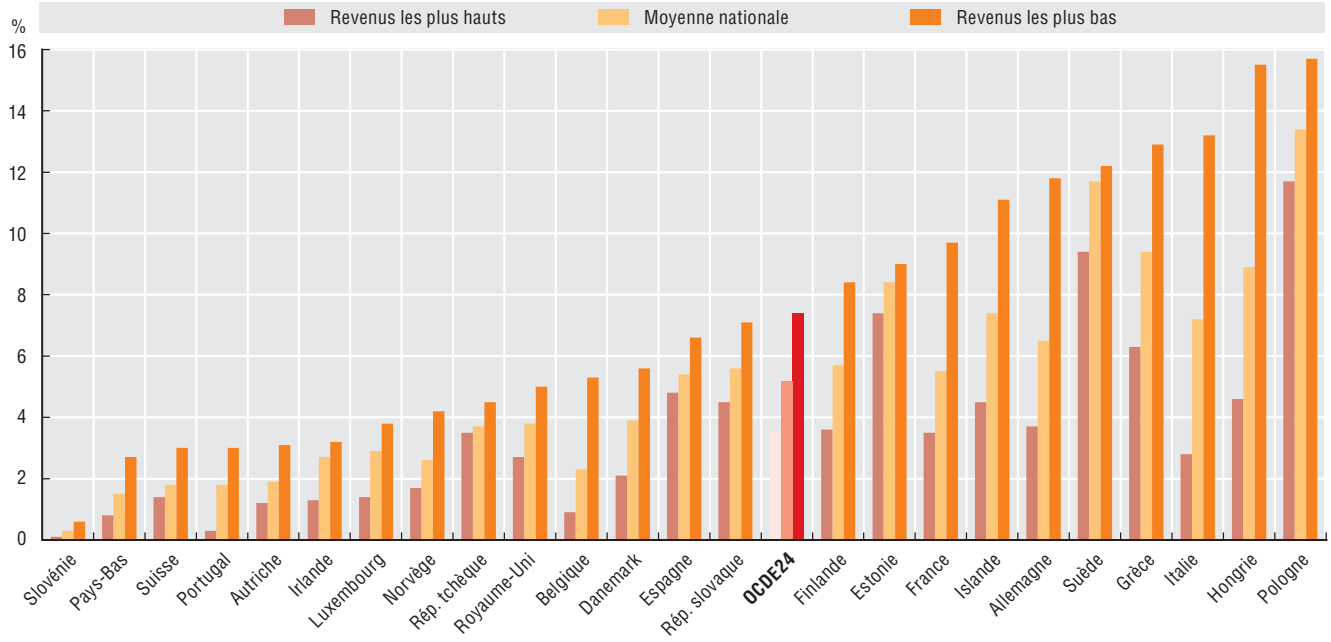
**6.4.1. Indices d'inéquité horizontale relatifs à la probabilité de consulter un médecin (avec un intervalle de confiance de 95 %), 17 pays de l'OCDE et Brésil, 2009 (ou année la plus proche)**




*Note :* La probabilité d'une visite chez un médecin est inéquitable si l'indice d'inéquité est significativement différent de zéro. Les groupes à revenus élevés sont favorisés lorsque l'indice est supérieur à zéro. L'indice est ajusté par rapport aux besoins.
1. Visites au cours des trois derniers mois au Chili et au cours des deux dernières semaines au Mexique.
*Source :* Devaux et de Looper (2012) ; Almeida et al. (2013) ; Vasquez et al. (2013) ; Barraza-Lloréns et al. (2013).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922291

**6.4.2. Besoins insatisfaits d'examen médical par quintile de revenu, pays européens, 2011**




*Source :* EU-SILC 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922310

# 6.5. Inégalités dans les consultations de dentistes

Les problèmes d'accès aux dentistes persistent dans de nombreux pays, le plus souvent parmi les groupes défavorisés et à faibles revenus. Aux États-Unis par exemple, entre 2005 et 2008 plus de 40 % des personnes de 20 à 64 ans à faibles revenus avaient des caries dentaires non traitées, contre 16 % seulement des personnes à revenus élevés (NCHS, 2011).

Les soins dentaires sont principalement fournis par des dentistes privés. Les traitements sont coûteux et représentent en moyenne 5 % du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, la plus grande partie des dépenses étant financées par les patients dans de nombreux pays. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les dépenses de soins dentaires supportées par les patients représentaient 55 % du total des dépenses de soins dentaires en 2011, allant de 18 % aux Pays-Bas à 97 % en Espagne (graphique 6.5.1). Dans des pays comme l'Espagne, Israël et la Suisse, les soins dentaires destinés aux adultes ne font généralement pas partie des services de base inclus dans l'assurance maladie publique, même si certains soins peuvent être pris en charge pour des groupes de population particuliers. Dans la plupart des autres pays, la prévention et les traitements sont couverts, mais une part significative des coûts reste à la charge des patients, et cela peut poser des problèmes d'accès pour les groupes à faibles revenus.

Les personnes à revenus élevés sont plus susceptibles d'être allées chez un dentiste dans les 12 derniers mois que les personnes à faibles revenus dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (graphique 6.5.2). 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 et les États-Unis. Les enquêtes au Danemark et en France ont des périodes de référence 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, bien que les coûts restant à la charge des patients soient beaucoup plus élevés au Danemark qu'en France.

On peut également relever des disparités dans les types de soins reçus selon les catégories socio-économiques. Une étude canadienne montre que l'accès aux soins préventifs est plus fréquent parmi les personnes à revenus élevés (Grignon et al., 2010). Des inégalités dans l'utilisation des services dentaires liées au revenu ont également été relevées parmi les Européens de 50 ans et plus, essentiellement dues à des inégalités dans les visites à titre préventif (Listl, 2011).

Une forte proportion de la population dans différents pays déclare avoir des besoins en soins dentaires non satisfaits. Selon une enquête européenne, c'est en Islande (13.7 %), en Italie (11.5 %) et au Portugal (11.4 %) que les taux étaient les plus élevés en 2011 (graphique 6.5.3). Dans ces trois pays, on a relevé d'importantes inégalités entre les personnes à faibles revenus et celles à revenus élevés en matière de besoins en soins dentaires non satisfaits. En moyenne dans les pays européens couverts par cette enquête, un peu plus de 10 % des personnes à faibles revenus déclaraient avoir des besoins en soins dentaires insatisfaits, comparés à 3.4 % pour les personnes à revenus élevés. La raison la plus souvent avancée par les personnes à faibles revenus à propos de ces besoins insatisfaits concerne les coûts (68 % des répondants), suivis de la peur du dentiste (9 %). Dans la population à revenus élevés, l'importance des coûts n'est citée que par 30 % des répondants, mais ils sont plus nombreux à invoquer le manque de temps (17 %), la peur (15 %) ou les délais pour obtenir un rendez-vous (13 %).

Les stratégies visant à améliorer l'accès aux soins dentaires des populations défavorisées ou mal desservies doivent à la fois réduire les obstacles financiers et non financiers, et permettre l'installation d'un nombre suffisant de dentistes et d'autres prestataires de soins dentaires pour répondre à la demande.

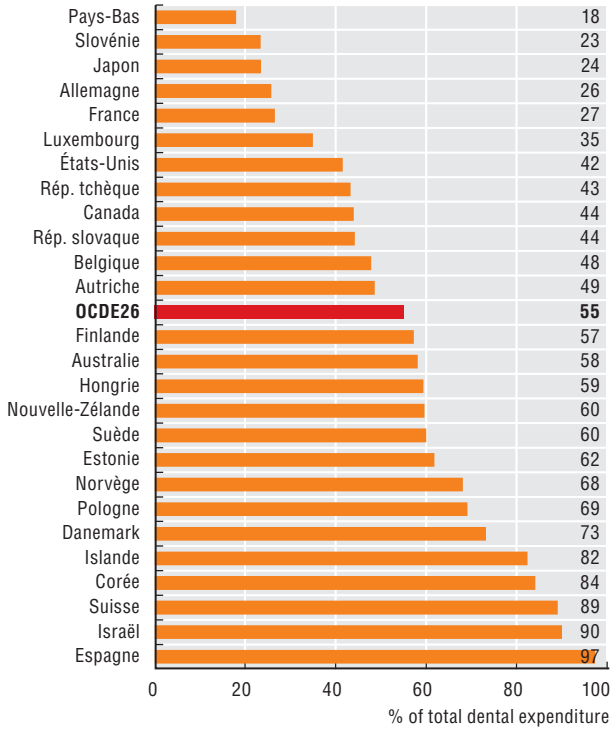
### *Définition et comparabilité*

Les données sur la probabilité de consulter un dentiste proviennent d'enquêtes sur la santé, et s'appuient sur des informations autodéclarées. Les inégalités dans les consultations sont évaluées selon le revenu du ménage.

Les différences dans la formulation des questions et dans les catégories de réponses proposées peuvent limiter la validité des comparaisons internationales, et les mesures utilisées pour évaluer le revenu peuvent également varier. 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 référence peut avoir un impact sur la probabilité moyenne d'une visite chez le dentiste, mais pas sur le niveau d'inégalité.

Les données sur les besoins en soins de santé insatisfaits proviennent des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Cette enquête demande généralement aux personnes interrogées si, au cours des 12 mois précédents, elles ont éprouvé à un certain moment le besoin d'obtenir des soins dentaires mais ne les ont pas reçus. Les facteurs culturels et les débats politiques peuvent affecter les attitudes à l'égard des soins non satisfaits. Il faut donc se montrer prudent dans la comparaison des inégalités en matière de besoins en soins dentaires non satisfaits entre les pays.

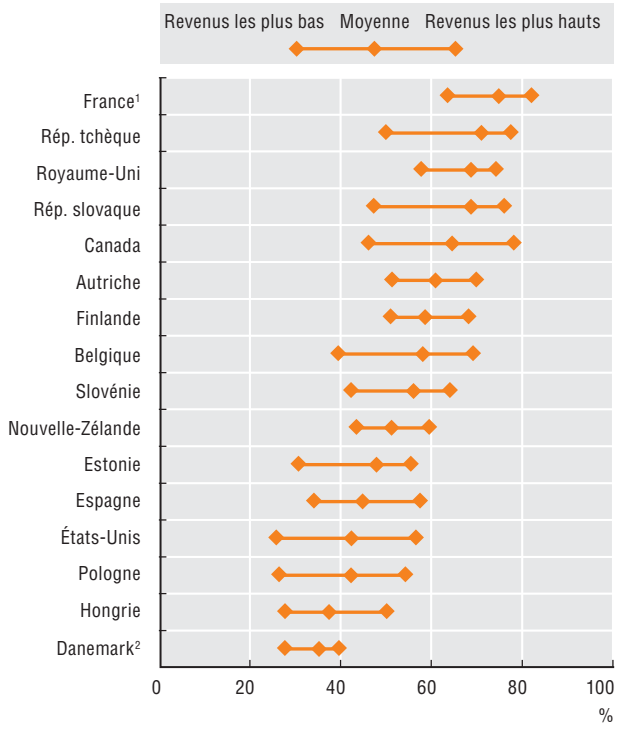
### 6.5.1. Versements nets des ménages pour des soins dentaires, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922329

### 6.5.2. Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des 12 derniers mois, par niveau de revenu, 16 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)

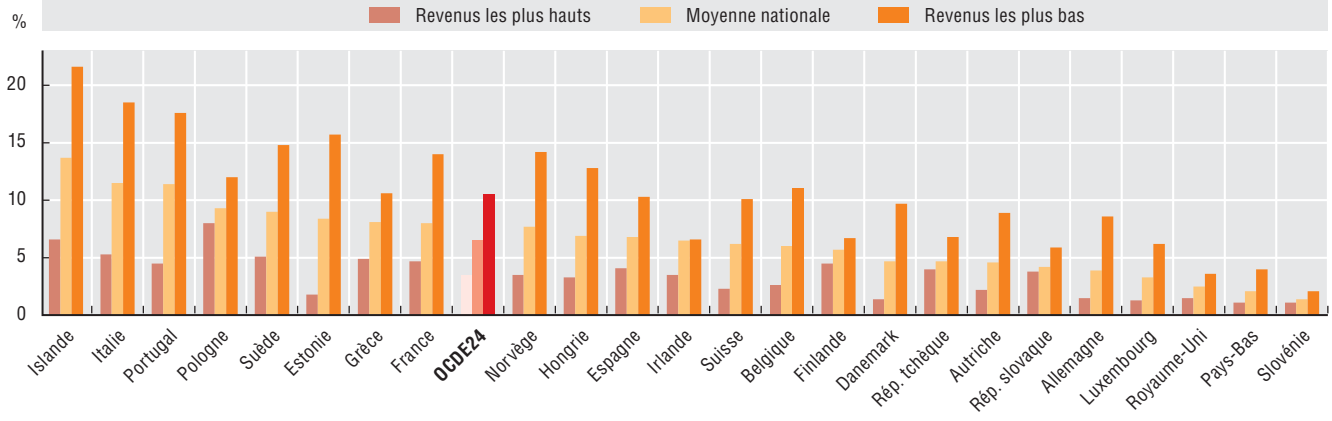



1. Visites au cours des deux dernières années.
2. Visites au cours des trois derniers mois.

*Source :* Devaux et de Looper (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922348

### 6.5.3. Besoins insatisfaits de soins dentaires, par quintile de revenu, pays européens, 2011




*Source :* EU-SILC 2011.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922367

# 6.6. Inégalités dans le dépistage du cancer

Le cancer est la deuxième cause de décès la plus courante dans l'OCDE, responsable de 26 % de l'ensemble des décès en 2011. La détection précoce des cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus grâce aux programmes de dépistage a contribué à l'augmentation des taux de survie au cours des cinq dernières années (voir les indicateurs 5.9 et 5.11), 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 5.9 et 5.10).

Dans les pays de l'OCDE, les taux de dépistage varient fortement en fonction du niveau d'éducation et de revenu. 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 du cancer du sein ou du col de l'utérus (graphiques 6.6.1 et 6.6.2). 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 pour le dépistage du cancer du sein, en faveur des personnes à revenus élevés, sont significatives dans un plus petit nombre de pays (Belgique, Canada, Estonie, États-Unis, France, Nouvelle-Zélande et Pologne).

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'éducation 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 inégalités sociales importantes existent aussi dans l'utilisation des services de détection précoce et de prévention (von Wagner et al., 2011). En particulier, les femmes de milieux favorisés sont plus susceptibles de faire des mammographies (Sirven et Or, 2010). 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 dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées de 50 à 75 ans varient aussi en fonction du niveau d'éducation (graphique 6.6.3). En moyenne dans dix pays européens, 22 % des personnes ayant un niveau d'éducation relativement élevé ont déjà bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal, alors que ce pourcentage chute à 14 % pour les personnes ayant un niveau d'éducation relativement bas. Ces inégalités sont particulièrement importantes en République tchèque, même si les taux de dépistage des personnes peu qualifiées restent plus élevés que les taux de dépistage des personnes très qualifiées dans la plupart des autres pays. L'écart est beaucoup moins important en France. Les taux de dépistage du cancer colorectal varient d'un pays à l'autre, les taux les plus élevés étant observés en République tchèque et en France. Ces deux pays ont mis en place un dépistage de ce cancer à l'échelle nationale avant les autres pays (OCDE, 2013e).

L'utilisation des services de dépistage des cancers dépend fortement du nombre de programmes publics de dépistage à l'échelle nationale. Par exemple, les études en Europe révèlent que les inégalités sont plus grandes dans les pays qui n'ont pas mis en place de programmes nationaux de dépistage (Palència et al., 2010). En outre, un certain nombre de caractéristiques socio-économiques et démographiques – comme le revenu, l'origine ethnique, l'âge, le niveau d'instruction, le statut professionnel – ainsi que le fait d'avoir une source de soins habituelle sont autant de prédicteurs importants de la participation au dépistage.

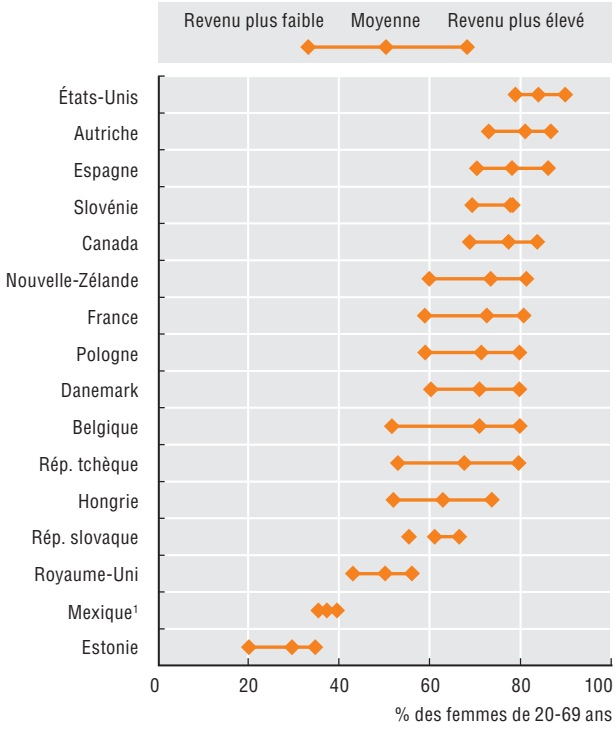
Étant donné la variété des facteurs influant sur l'utilisation du dépistage des différents cancers, aucune mesure unique ne permettra de surmonter les obstacles auxquels font face tous les groupes de population (Gakidou et al., 2008). Dans les pays ayant un système de santé d'une capacité suffisante, on peut favoriser l'extension du dépistage en assurant la gratuité des services et leur disponibilité là où on en a besoin. Il conviendrait peut-être aussi de mieux cibler les politiques et les interventions afin de remédier aux inégalités. 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 dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus mesurent la proportion de femmes d'un âge donné qui ont récemment bénéficié d'une mammographie, d'un examen des seins, d'un frottis du col ou d'un examen pelvien. Les taux par groupe de revenu sont issus des enquêtes nationales sur la 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. Pour le Mexique et le Danemark (pour le cancer du sein uniquement), la période concernée était 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 taux du dépistage du cancer colorectal en fonction du niveau d'éducation proviennent de l'Enquête européenne de santé par entretien (menée dans certains pays européens entre 2006 et 2009). Le taux de dépistage a été évalué auprès de personnes âgées de 50 à 75 ans, à partir de la question suivante : « Avez-vous déjà effectué un test de recherche de sang occulte dans les selles ? » Dans certains pays, d'autres types de test peuvent néanmoins être utilisés (coloscopie, sigmoïdoscopie flexible).

### 6.6.1. Dépistage du cancer du col de l'utérus par quintile de revenu, 16 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)



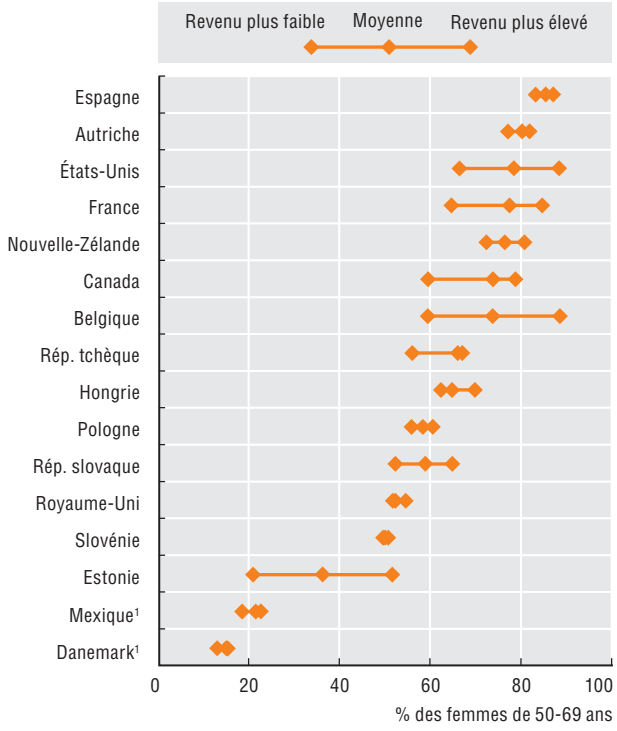

*Note :* La source des données de certains pays peut être différente de celle utilisée pour les données de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus rapportées au chapitre 5.

1. Visites au cours des 12 derniers mois.

*Source :* Devaux et de Looper (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922386

### 6.6.2. Dépistage du cancer du sein par quintile de revenu, 16 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)



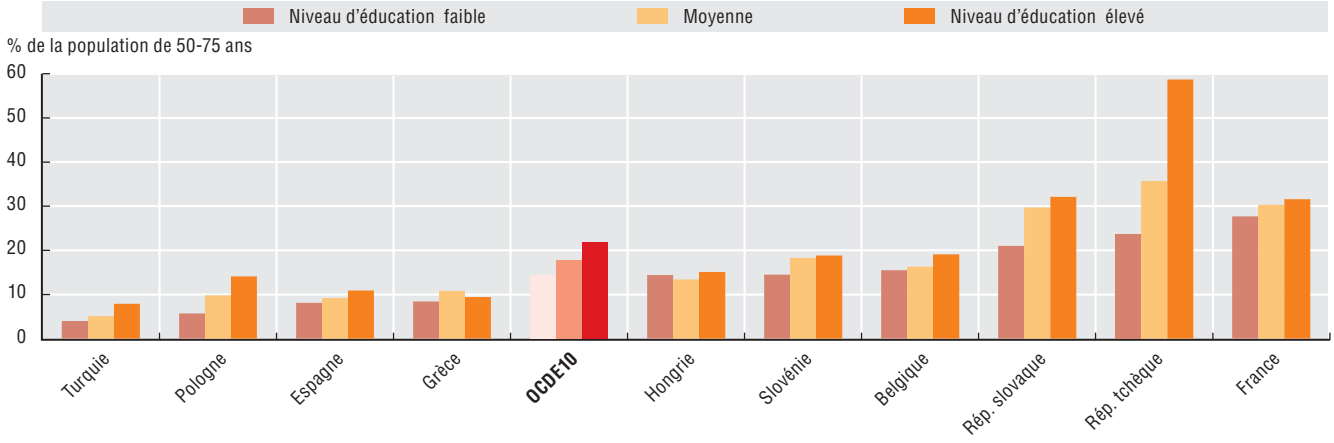

*Note :* La source des données de certains pays peut être différente de celle utilisée pour les données de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus rapportées au chapitre 5.

1. Visites au cours des 12 derniers mois.

*Source :* Devaux et de Looper (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922405

### 6.6.3. Dépistage du cancer colorectal une fois au cours de la vie, par niveau d'éducation, pays européens, 2009 (ou année la plus proche)




*Source : Base de données d'Eurostat sur les statistiques 2013.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922424

# 6.7. Délais d'attente pour une chirurgie élective

Les longs délais d'attente pour bénéficier de soins médicaux constituent un enjeu important des politiques de santé dans de nombreux pays de l'OCDE (Siciliani et al., 2013). Les délais excessifs pour une chirurgie élective (non urgente), comme une opération de la cataracte, une arthroplastie de la hanche ou du genou, sont source de mécontentements car les bénéfices attendus du traitement sont retardés, et la douleur et les handicaps perdurent. Alors que les délais d'attente sont vus comme un enjeu important dans de nombreux pays, pour d'autres ce n'est pas le cas (par exemple l'Allemagne, la Belgique, la Corée, les États-Unis, la France, le Japon, le Luxembourg et la Suisse).

Ces délais d'attente sont le résultat d'une interaction complexe entre la demande et l'offre de services de santé, les médecins occupant un rôle critique dans l'une comme dans l'autre. La demande de services de santé en général et de chirurgie élective en particulier est déterminée par l'état de santé de la population, l'évolution des technologies médicales (notamment la facilité de faire des opérations comme celle de la cataracte qui peut désormais être effectuée en chirurgie de jour), les préférences des patients (notamment leur appréciation des bénéfices attendus et des risques), et l'importance des frais restant à la charge des patients. Les médecins jouent un rôle crucial dans le fait de convertir le souhait des patients d'améliorer leur santé et bien-être en une demande de soins médicaux. Du côté de l'offre, la disponibilité de différentes catégories de chirurgiens, d'anesthésistes ou d'autres personnels de santé impliqués dans les procédures chirurgicales, ainsi que l'existence des équipements nécessaires, sont susceptibles d'influer sur les taux d'activité.

Les mesures utilisées ici concernent les délais d'attente entre le moment où un spécialiste ajoute un patient à une liste d'attente et le moment où ce dernier bénéficie du traitement. Les graphiques présentent les délais d'attente moyens et médians. Comme certains patients attendent parfois très longtemps, le délai moyen est généralement plus important que le délai médian.

En 2012, les délais d'attente moyens pour une opération de la cataracte étaient un peu supérieurs à 30 jours aux Pays-Bas, mais trois plus élevés en Finlande et en Espagne (graphique 6.7.1). Au Royaume-Uni (en Angleterre), ils étaient légèrement supérieurs à 60 jours en 2011 (dernière année disponible). Ces délais ont baissé ces dernières années dans certains pays, mais pas dans tous. Au Portugal et en Espagne, les temps d'attente ont baissé de façon significative entre 2006 et 2010 mais ont augmenté depuis 2010. Au Royaume-Uni (en Angleterre), les délais d'attente pour une opération de la cataracte ont aussi diminué entre 2006 et 2008, mais ont augmenté légèrement depuis.

En 2012, les délais d'attente moyens pour une arthroplastie de la hanche étaient environ de 45 jours aux Pays-Bas, mais de plus de 120 jours en Espagne, au Portugal et en Finlande (graphique 6.7.2). Les délais d'attente médians se situaient entre 80 et 90 jours au Royaume-Uni (en Angleterre) et au Canada, et ils étaient supérieurs à 100 jours en Estonie, en Australie, en Finlande et au Portugal. Comme pour la chirurgie de la cataracte, les délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche ont considérablement diminué au Royaume-Uni (en Angleterre) entre 2006 et 2008, mais ont augmenté légèrement depuis. De même, après une diminution significative entre 2006 et 2010, les temps d'attente pour un remplacement de la hanche ont augmenté depuis 2010 au Portugal et en Espagne. Ils ont aussi légèrement augmenté au Canada et un peu plus en Nouvelle-Zélande.

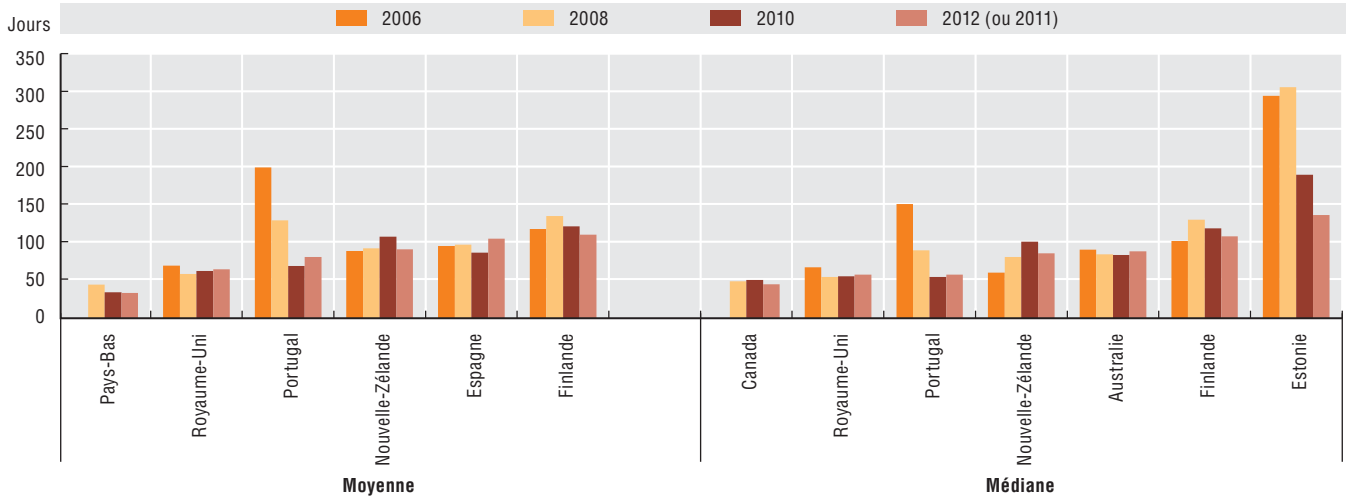
Les délais d'attente pour une arthroplastie du genou ont diminué au cours des dernières années aux Pays-Bas, en Finlande et en Estonie, même s'ils restent très longs en Estonie (graphique 6.7.3). Au Royaume-Uni (en Angleterre), ils ont diminué entre 2006 et 2008, et ont légèrement augmenté par la suite. Au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie, les délais d'attente pour une arthroplastie du genou se sont aussi légèrement allongés entre 2008 et 2012.

Au cours des dix dernières années, les garanties de délais sont devenues les mesures les plus fréquemment utilisées pour réduire les délais dans de nombreux pays. Toutefois, ces garanties ne sont efficaces que si elles sont appliquées. En Finlande, par exemple, on a introduit le National Health Care Guarantee en 2005, qui a entraîné une réduction des temps d'attente pour la chirurgie élective (Jonsson et al., 2013). La mise en œuvre de garanties de délais peut suivre deux approches : fixer des objectifs de délai d'attente et tenir les prestataires de santé pour responsables de la réalisation des objectifs, ou bien, permettre aux patients de choisir d'autres prestataires de santé, y compris du secteur privé, s'ils doivent attendre au-delà d'un délai maximum (Siciliani et al., 2013).

### *Définition et comparabilité*

Il existe au moins deux façons de mesurer les délais d'attente pour une intervention élective : 1) mesurer le temps d'attente des patients traités dans une période donnée ; ou 2) mesurer le temps d'attente des patients toujours sur une liste d'attente à un moment donné. Les données présentées ici concernent le premier type de mesure (les données obtenues avec la seconde mesure sont disponibles dans la base de données de l'OCDE sur la santé). Les données proviennent de bases de données administratives, et non d'enquêtes. Les délais d'attente sont présentés sous forme de délais moyens et de délais médians. La médiane est la valeur qui sépare une distribution en deux parties égales (ce qui signifie que la moitié des patients ont des délais d'attente plus longs, et l'autre moitié des délais plus courts). Par rapport à la moyenne, la médiane minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des délais d'attente extrêmement longs). Les chiffres pour le Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre.

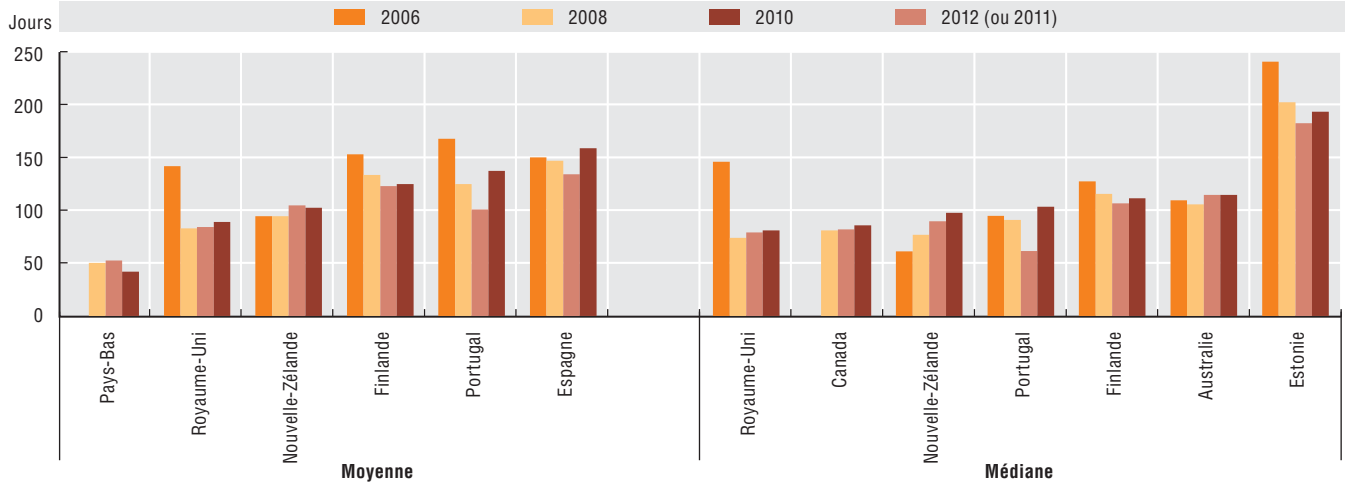
### 6.7.1. Chirurgie de la cataracte, temps d'attente entre le diagnostic du spécialiste et le traitement, 2006 à 2012 (ou 2011)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922443

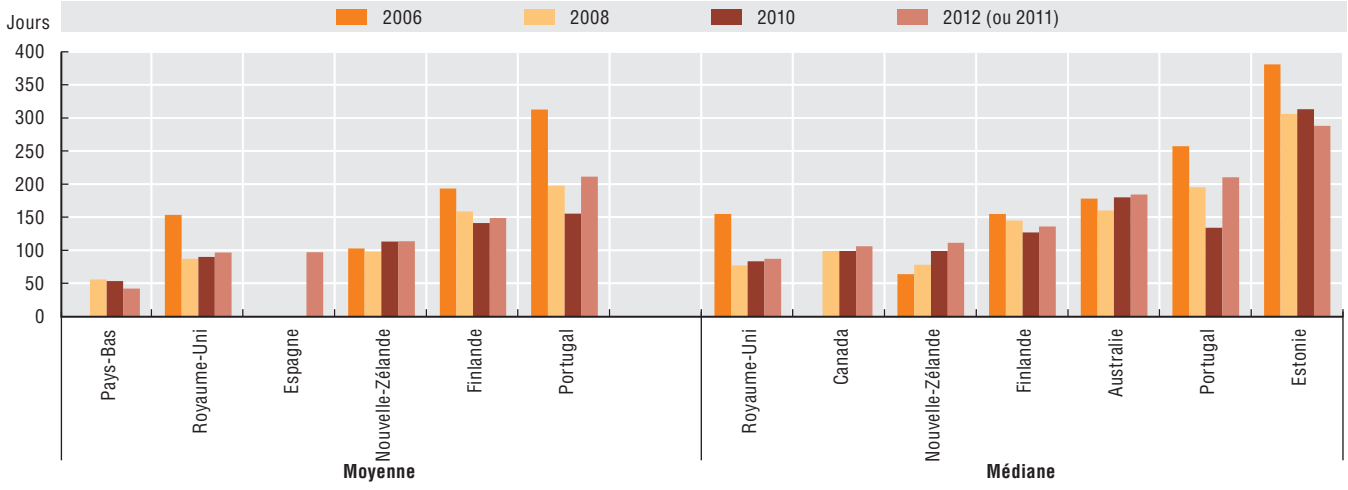
### 6.7.2. Remplacement de la hanche, temps d'attente entre le diagnostic du spécialiste et le traitement, 2006 à 2012 (ou 2011)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922462

### 6.7.3. Remplacement du genou, temps d'attente entre le diagnostic du spécialiste et le traitement, 2006 à 2012 (ou 2011)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922481

# 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. Dépenses par maladie et par âge

7.6. Financement des dépenses de santé

7.7. Commerce international des services de santé


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

# 7.1. Dépenses de santé par habitant

Le niveau et la progression des dépenses de santé des pays de l'OCDE reflètent un large éventail de facteurs économiques et sociaux, ainsi que la diversité des structures de financement et d'organisation des systèmes de santé nationaux.

En 2011, les États-Unis ont continué de dépenser nettement plus pour la santé que tous les autres pays de l'OCDE, avec des dépenses s'élevant à 8 508 USD par personne (graphique 7.1.1). Ce niveau de dépenses est deux fois et demie plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE et dépasse de 50 % les montants dépensés en Norvège et en Suisse, les deux pays qui se classent juste derrière les États-Unis. Ce pays dépense approximativement deux fois plus par habitant que certains grands pays européens, comme l'Allemagne et la France.

La moitié environ des pays de l'OCDE consacrent à la santé entre 3 000 et 4 500 USD par habitant (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat – voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Les pays qui dépensent moins de 3 000 USD sont, pour la plupart, des pays de l'OCDE d'Europe centrale et méridionale, ainsi que la Corée et le Chili. Parmi les pays de l'OCDE, les dépenses les plus faibles par habitant ont été enregistrées au Mexique et en Turquie, avec des niveaux inférieurs au tiers de la moyenne OCDE. En dehors de l'OCDE et parmi les principaux pays émergents, la Chine et l'Inde ont consacré à la santé, en 2011, des montants par habitant qui correspondent à 13 % et 4 % de la moyenne OCDE.

Le graphique 7.1.1 montre également la ventilation des dépenses de santé par habitant entre dépenses publiques et dépenses privées (voir aussi l'indicateur 7.6 « Financement des dépenses de santé »). En règle générale, le classement selon le montant des dépenses publiques par habitant ne varie pas beaucoup par rapport à celui des dépenses totales. Même si aux États-Unis le secteur privé continue de jouer un rôle dominant dans le financement, les dépenses publiques de santé par habitant restent supérieures à celles des autres pays de l'OCDE, à l'exception de la Norvège et des Pays-Bas.

Depuis 2009, on constate dans de nombreux pays de l'OCDE un ralentissement sensible, voire une baisse des dépenses de santé après des années de progression ininterrompue. Toutefois, l'évolution de ces dépenses diffère dans les 34 pays de l'Organisation. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant ont progressé de 4.1 % par an en valeur réelle entre 2000 et 2009 (graphique 7.1.2). La situation s'est radicalement modifiée par la suite ; lors des deux années suivantes (2009-11), la moyenne des dépenses de santé n'a augmenté que de 0.2 % dans les pays de l'OCDE sous l'effet de la crise économique.

L'ampleur du ralentissement n'est pas la même partout. Si les dépenses de santé ont été considérablement réduites dans plusieurs pays européens, elles ont continué de progresser (le plus souvent à un rythme moins soutenu néanmoins) dans certains pays à l'extérieur de l'Europe.

Certains des pays européens les plus durement touchés par la récession économique ont vu la courbe de leurs dépenses de santé s'inverser de manière spectaculaire par rapport à la période antérieure à la crise. En Grèce, par exemple, les dépenses de santé par habitant ont chuté de 11 % en 2010 et 2011, alors qu'elles avaient augmenté chaque année de plus de 5 % entre 2000 et 2009. Après une période de forte croissance, l'Irlande et l'Estonie ont aussi enregistré un recul important de leurs dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011.

La plupart des pays non européens de l'OCDE ont, eux aussi, connu un ralentissement sensible de la croissance de leurs dépenses de santé entre 2009 et 2011, notamment le Canada (0.8 %) et les États-Unis (1.3 %). Seuls deux pays – Israël et le Japon – ont vu cette croissance s'accélérer depuis 2009 par rapport aux années précédentes. Les dépenses de santé de la Corée ont continué d'augmenter à raison de plus de 6 % par an depuis 2009, bien qu'à un rythme moins soutenu qu'au cours des années précédentes.

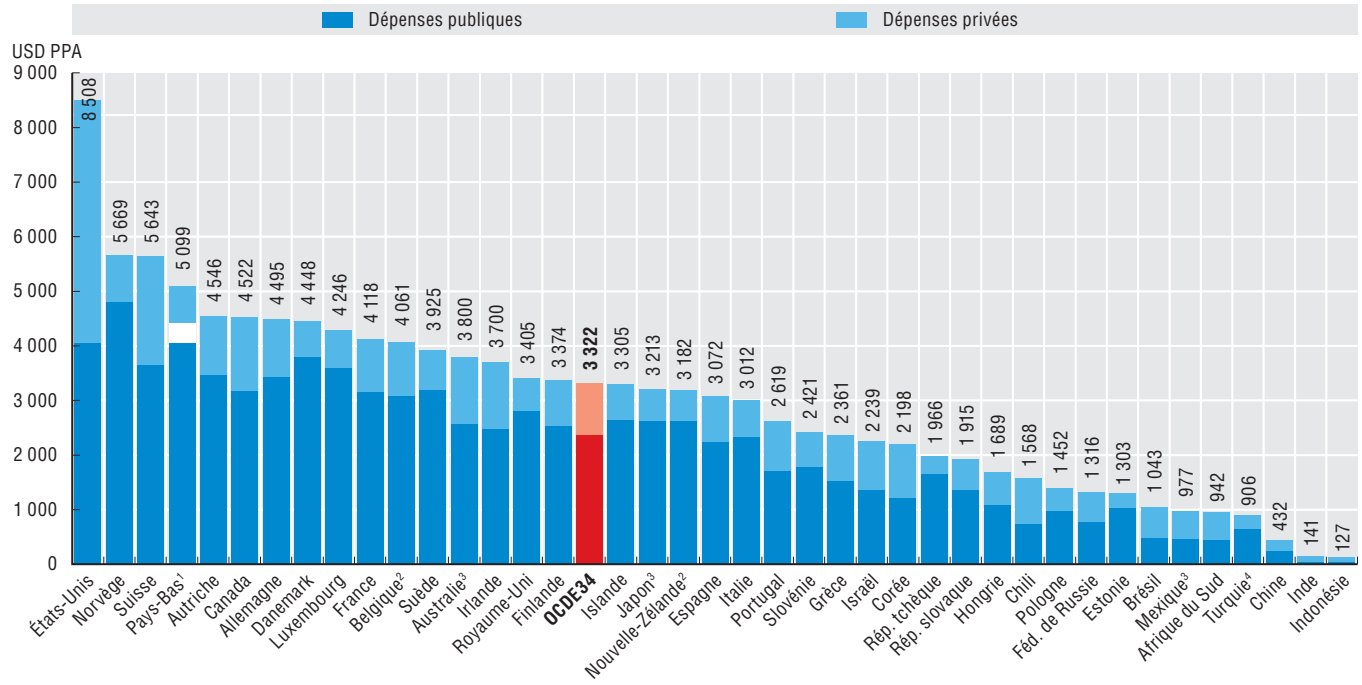
### *Définition et comparabilité*

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. Ce chiffre englobe les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention, ainsi qu'à l'administration.

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé 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.

Pour comparer l'évolution des dépenses dans le temps, les chiffres sont déflatés sur la base de l'indice des prix implicite pour l'ensemble de l'économie (PIB) dans chaque pays. Dans le cas du Chili, l'indice des prix à la consommation a été choisi parce qu'il est considéré comme plus représentatif des variations de prix dans le secteur de la santé au cours des dernières années.

### 7.1.1. Dépenses de santé par habitant, 2011 (ou année la plus proche)

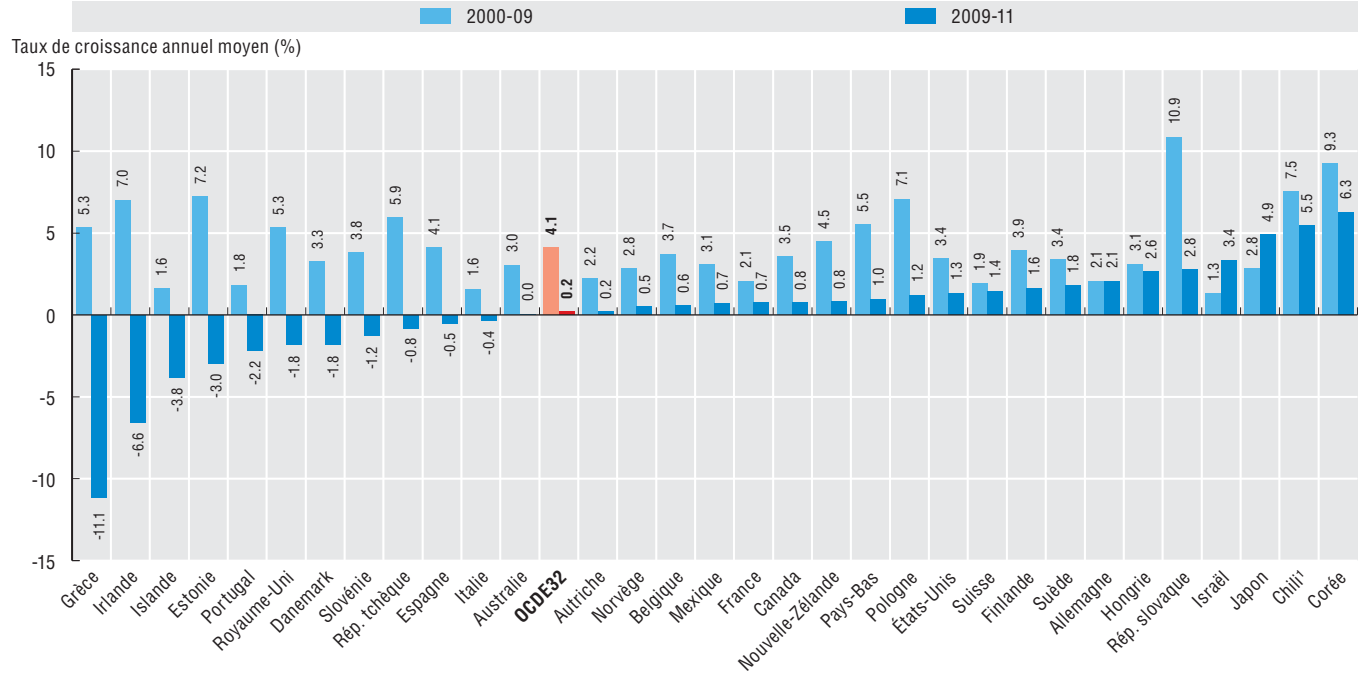



1. Aux Pays-Bas, il n'est pas possible de distinguer clairement la part privée de la part publique des dépenses de santé liées aux investissements.
2. Dépenses de santé courantes.
3. Les données se rapportent à 2010.
4. Les données se rapportent à 2008.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922500

### 7.1.2. Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2000-11 (ou année la plus proche)




1. Indice des prix à la consommation utilisé comme déflateur.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922519

# 7.2. Dépenses de santé en proportion du PIB

L'évolution des dépenses de santé en proportion du PIB est le résultat des fluctuations enregistrées dans le niveau de ces dépenses et dans la croissance de l'économie. La crise économique qui s'est amorcée en 2008 a mis fin à une longue période durant laquelle les dépenses de santé augmentaient plus vite que le PIB dans de nombreux pays de l'OCDE. Ceci a entraîné des changements sensibles de tendance pour ce qui concerne la part des dépenses de santé dans le PIB.

En 2011, les dépenses de santé représentaient en moyenne 9.3 % du PIB dans les pays de l'OCDE, contre 9.4 % en 2010 (graphique 7.2.1). Si l'on ne tient pas compte des dépenses d'investissement, les dépenses courantes consacrées à la santé sont passées de 9.1 % du PIB en moyenne en 2010 à 8.9 % en 2011. Le ratio a atteint un pic en 2009 (9.6 % pour les dépenses totales et 9.2 % pour les dépenses courantes) du fait de la dégradation rapide de la situation économique en général, alors que les dépenses de santé continuaient à progresser ou se maintenaient au même niveau dans un grand nombre de pays. Par la suite, les politiques de réduction des déficits publics et la contraction des revenus des ménages se sont traduites par une diminution des dépenses (publiques) de santé, dont la part dans le PIB a donc diminué dans plusieurs pays depuis 2009.

Les États-Unis ont dépensé, en 2011, 17.7 % de leur PIB à la santé (17.0 % pour les dépenses courantes de santé), soit bien plus que la moyenne des pays de l'OCDE et environ 6 points de pourcentage de plus que les pays suivants : les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, le Canada et la Suisse. Après des années d'augmentation ininterrompue, le niveau des dépenses de santé en proportion du PIB est resté inchangé aux États-Unis depuis 2009. On ne sait pas encore si cette stabilisation s'explique par des facteurs conjoncturels (auquel cas on pourrait s'attendre à un retour à la hausse lorsque l'économie ira mieux), ou si elle découle de changements plus structurels, comme une diffusion plus lente des innovations technologiques et pharmaceutiques, et de l'évolution des systèmes de rémunération des prestataires de services entraînant une efficacité accrue. Parmi les pays de l'OCDE, le Mexique, la Turquie et l'Estonie ont consacré 6 % seulement de leur PIB à la santé – soit approximativement les deux tiers de la moyenne OCDE. En dehors de l'OCDE, la Chine et l'Inde ont dépensé respectivement 5.2 % et 3.9 % de leur PIB à la santé en 2011, et le Brésil 8.9 %, un chiffre proche de la moyenne OCDE.

Avant la crise et jusqu'en 2009, les dépenses de santé ont progressé plus vite que la croissance économique dans la totalité des pays de l'OCDE, ce qui a fait augmenter la part du PIB affectée à la santé (graphiques 7.2.2 et 7.2.3). La croissance annuelle moyenne de ces dépenses a été de 4.1 % en valeur réelle entre 2000 et 2009, alors que celle du PIB était de 1.5 %. En Irlande par exemple, l'augmentation des dépenses de santé entre 2000 et 2009 a été beaucoup plus rapide que la croissance économique, ce qui a fait passer le ratio dépenses de santé/PIB d'un peu plus de 6 % en 2000 à plus de 10 % en 2009. En France aussi, où la croissance économique était plus faible durant cette période, la part des dépenses de santé dans le PIB a poursuivi son évolution à la hausse entre 2000 et 2009.

En 2009, alors que la situation économique globale se détériorait, la part des dépenses de santé dans le PIB a bondi dans de nombreux pays de l'OCDE, tandis qu'elle se maintenait dans d'autres. Depuis lors, la plupart des pays de l'OCDE ont vu leur ratio dépenses de santé/PIB rester stable ou diminuer. Certains pays européens, comme l'Estonie, la Grèce et l'Irlande, ont vu ces dépenses baisser plus fortement que le PIB, ce qui a fait chuter leur part dans le PIB.

Hors d'Europe, le ratio des dépenses de santé par rapport au PIB a continué d'augmenter au Japon de telle sorte qu'en 2010 (dernière année disponible), il a dépassé pour la première fois la moyenne OCDE. Au Canada, après une hausse rapide en 2009, la part du PIB consacrée à la santé est restée stable en 2010 et a diminué légèrement en 2011.

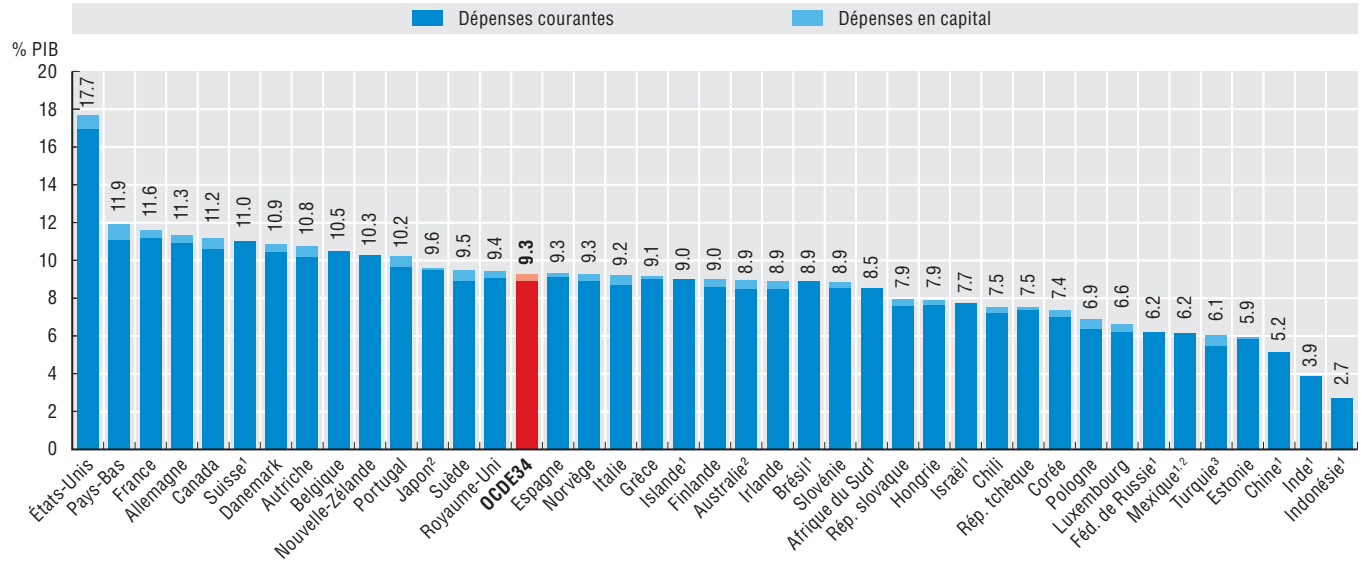
### *Définition et comparabilité*

Voir l'indicateur 7.1 « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses totales et des dépenses courantes 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 inclut des profits exportés et non disponibles pour la consommation nationale, le PNB peut être une mesure plus appropriée que le PIB.

### 7.2.1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2011 (ou année la plus proche)

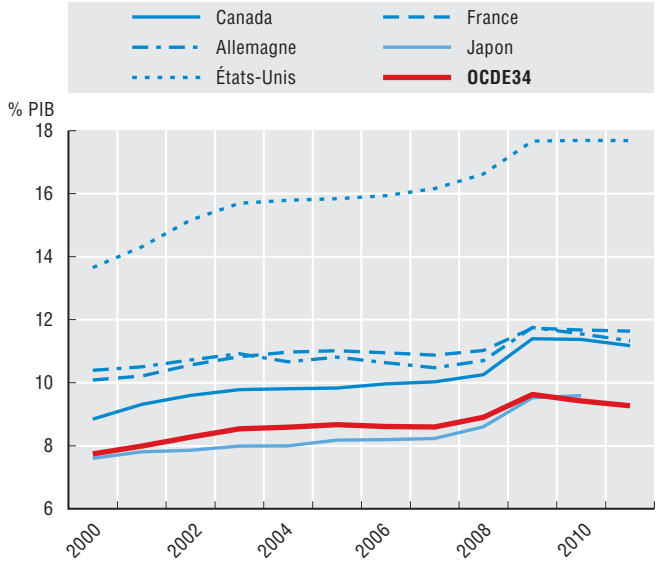



1. Dépenses totales.
2. Les données se rapportent à 2010.
3. Les données se rapportent à 2008.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922538

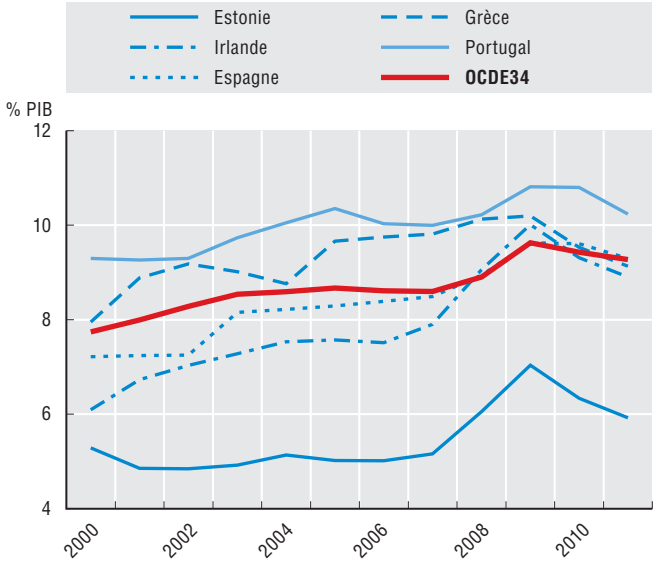
### 7.2.2. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2000-11, pour quelques pays du G7




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922557

### 7.2.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2000-11, pour quelques pays européens




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922576

## 7.3. Dépenses de santé par fonction

Les dépenses au titre des soins hospitaliers et ambulatoires représentent une part importante des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : environ 62 % en moyenne des dépenses de santé courantes en 2011 (graphique 7.3.1). Un autre 20 % des dépenses de santé a été consacré aux produits médicaux (principalement les médicaments, qui constituent 17 % du total), 12 % aux soins de longue durée et les 6 % restants aux services collectifs, comme les programmes de santé publique, la prévention et les dépenses d'administration.

Les dépenses consacrées aux soins hospitaliers (y compris les soins de jour) constituent le poste principal dans de nombreux pays, dont la France et la Grèce, où elles représentent 37 % du total. C'est aux États-Unis que la part des soins ambulatoires est la plus élevée (celle des soins hospitaliers étant par conséquent la plus faible), mais il convient de noter que les chiffres des dépenses ambulatoires aux États-Unis englobent les rémunérations des médecins qui facturent de manière indépendante leurs prestations en milieu hospitalier. Parmi les autres pays où la part des soins ambulatoires est importante figurent Israël et le Portugal (48 % et 45 %).

Les produits médicaux constituent une autre catégorie importante de dépenses de santé. En République slovaque et en Hongrie, ces produits médicaux forment la première catégorie de dépenses, représentant 38 % et 37 % respectivement des dépenses courantes de santé. En revanche, les produits médicaux ne représentent que 11 % du total des dépenses de santé au Danemark, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et en Suisse. Les variations observées selon les pays sont dues, entre autres, à des différences dans les structures de consommation de produits pharmaceutiques et dans les prix relatifs.

Il existe également des différences entre les pays en ce qui concerne leurs dépenses pour les soins de longue durée (voir l'indicateur 8.9 pour plus de détail). La Norvège, le Danemark et les Pays-Bas, par exemple, qui ont mis en place des dispositifs formels de prise en charge pour les personnes âgées et dépendantes, affectent aux soins de longue durée plus de 20 % de leurs dépenses courantes de santé. Dans les pays où les dispositifs formels de soins de longue durée sont moins développés, comme au Portugal, les dépenses consacrées à ce type de soins représentent une part beaucoup plus faible du total.

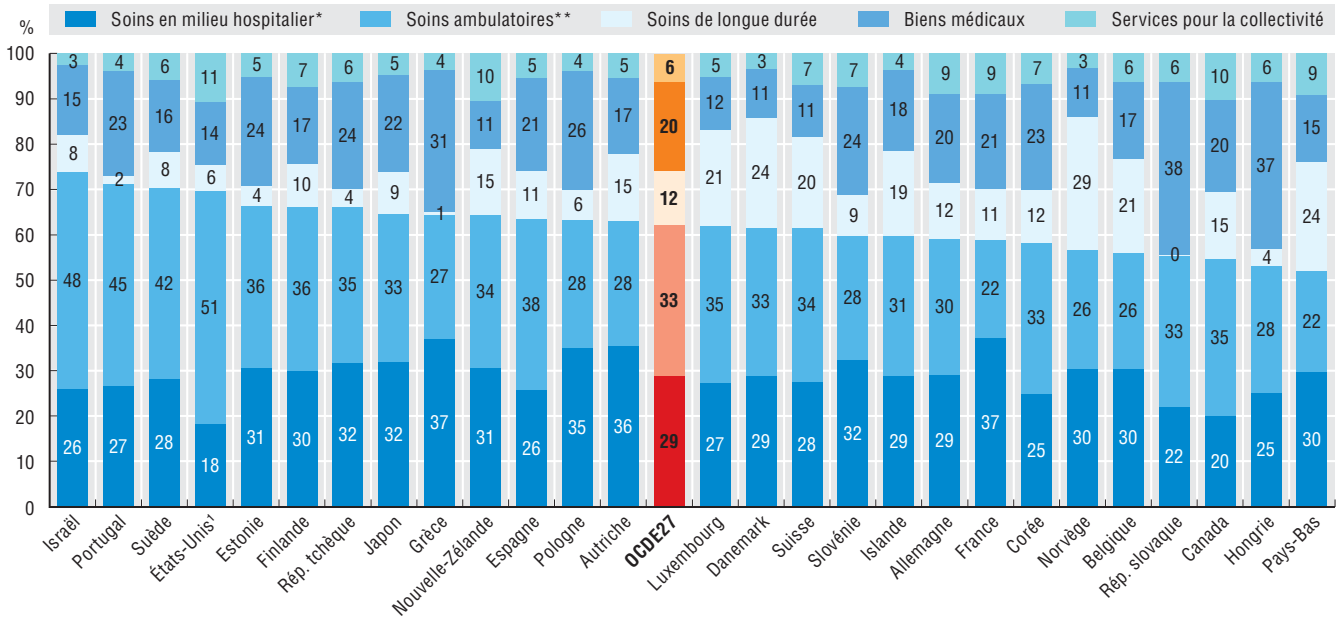
Le ralentissement des dépenses de santé constaté dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années a affecté l'ensemble des catégories de dépenses, bien qu'à des degrés divers (graphique 7.3.2). Dans plus de la moitié des pays, les dépenses pharmaceutiques ont chuté en 2011 (voir également l'indicateur 7.4). De nombreux pays de l'OCDE ont aussi réduit les montants affectés à la prévention et aux programmes de santé publique, de 1.5 % en moyenne en 2010 et de 1.7 % en 2011. Si la baisse de 2010 peut, dans une certaine mesure, s'expliquer par l'épidémie de grippe H1N1 de 2009, source de dépenses ponctuelles considérables cette année-là pour l'achat de gros stocks de vaccins, la réduction de 2011 a résulté principalement de coupes plus globales dans les budgets de santé publique. La croissance des dépenses liées à l'administration des soins de santé a marqué le pas également. Négative en 2010, elle a augmenté de nouveau en 2011, mais est restée inférieure à celle de 2008 et 2009. Les restrictions appliquées aux dépenses administratives ont souvent constitué une première réponse à la crise financière : ce fut ainsi le cas en République tchèque, où le budget du ministère de la Santé a diminué de 30 % entre 2008 et 2010.

Tout en restant positifs, les taux de croissance des dépenses consacrées aux soins hospitaliers, aux soins ambulatoires et aux soins de longue durée ont accusé une baisse sensible en 2010 et 2011 par rapport à 2008 et 2009. De nombreux pays ont adopté des mesures visant à freiner les dépenses publiques liées à ces fonctions : baisse des salaires des professionnels de santé, réduction des effectifs, diminution de la rémunération des prestataires de santé et accroissement de la part payée par les patients afin d'alléger les pressions budgétaires (Morgan et Astolfi, 2013).

### *Définition et comparabilité*

Le *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000 ; OCDE, Eurostat, OMS, 2011) définit les frontières du système de santé. 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 (prévention, programmes de santé publique et administration). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de production (patients hospitalisés, soins de jour, soins ambulatoires ou à domicile). S'agissant des soins de longue durée, seuls les aspects médicaux sont généralement pris en compte dans les dépenses de santé, bien que plusieurs pays ont de la difficulté à faire une distinction claire entre le volet sanitaire et le volet social. Certains pays qui ont mis en place un système intégré de soins de longue durée privilégiant les services sociaux peuvent être mal classés en termes de dépenses selon le Système de comptes de la santé, puisque ces services sociaux ne sont pas pris en compte. Les chiffres relatifs aux dépenses de soins de longue durée font partie des principaux facteurs qui limitent la comparabilité des données entre les pays.

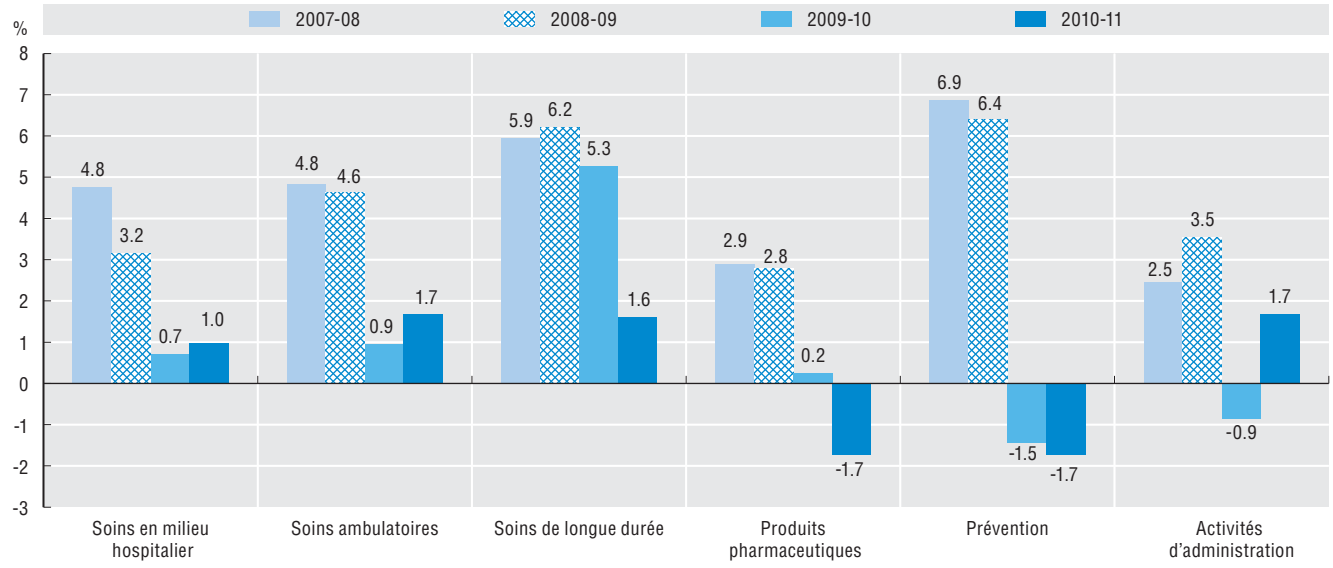
### 7.3.1. Dépenses courantes de santé par fonction, 2011 (ou année la plus proche)




*Note :* Les pays sont classés selon la part des soins en milieu hospitalier et ambulatoires dans les dépenses courantes de santé.
* Inclut les soins de jour.
** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.
1. Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922595

### 7.3.2. Variations des dépenses de santé par fonction en termes réels, moyenne des pays OCDE, 2008 à 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922614

## 7.4. Dépenses pharmaceutiques

En 2011, les dépenses pharmaceutiques représentaient en moyenne plus d'un sixième (17 %) des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE, ce qui en fait le troisième poste de dépenses après les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Les dépenses pharmaceutiques globales des pays de l'OCDE se sont élevées à quelque 800 milliards USD en 2011. On observe toutefois des variations considérables entre les pays pour ce qui concerne les dépenses par habitant, en raison de différences dans le volume, les structures de consommation et le prix des médicaments (graphique 7.4.1, diagramme de gauche). Avoisinant 1 000 USD en 2011, les dépenses pharmaceutiques par habitant des États-Unis étaient nettement supérieures à celles des autres pays. Les montants consacrés par le Canada (701 USD) et la Grèce (673 USD) aux médicaments sont également bien supérieurs à la moyenne OCDE. À l'autre extrémité, le Chili et le Mexique affichent des niveaux de dépenses relativement faibles.

Les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne 1.5 % du PIB dans les pays de l'OCDE, comprenant 0.8 % du PIB environ financé sur les fonds publics et le reste à partir de sources privées. Parmi les pays de l'OCDE, la part des dépenses pharmaceutiques dans le PIB varie de moins de 1 % au Luxembourg, en Norvège, au Danemark et au Chili à plus de 2.5 % en Hongrie et en Grèce (graphique 7.4.1, diagramme de droite).

La crise économique a eu, dans de nombreux pays de l'OCDE, des répercussions considérables sur la croissance des dépenses pharmaceutiques (graphique 7.4.2). Entre 2000 et 2009, les dépenses annuelles par habitant ont augmenté en moyenne de 3.5 % en termes réels dans la zone OCDE, mais cette croissance moyenne est devenue négative au cours des deux années qui ont suivi (-0.9 %). Le taux de croissance annuel des dépenses pharmaceutiques a été plus faible entre 2009 et 2011 qu'au cours de la période 2000-09 pour tous les pays de l'OCDE, sauf le Chili et l'Australie. La baisse a été particulièrement marquée dans les pays les plus durement touchés par la récession. En Grèce, les dépenses pharmaceutiques par habitant ont reculé de 10 % en 2010 et 2011, alors qu'elles avaient fortement augmenté les années précédentes. L'Estonie (-7.2 %), le Portugal (-5.9 %), l'Islande (-4.7 %) et l'Irlande (-4.4 %) ont également enregistré une diminution considérable de leurs dépenses pharmaceutiques entre 2009 et 2011. Dans certains grands pays de l'OCDE, la croissance de ces dépenses par habitant a été négative aussi entre 2009 et 2011: ce fut le cas de l'Allemagne (-0.7 %), de la France (-0.6 %), des États-Unis (-0.5 %) et du Canada (-0.3 %).

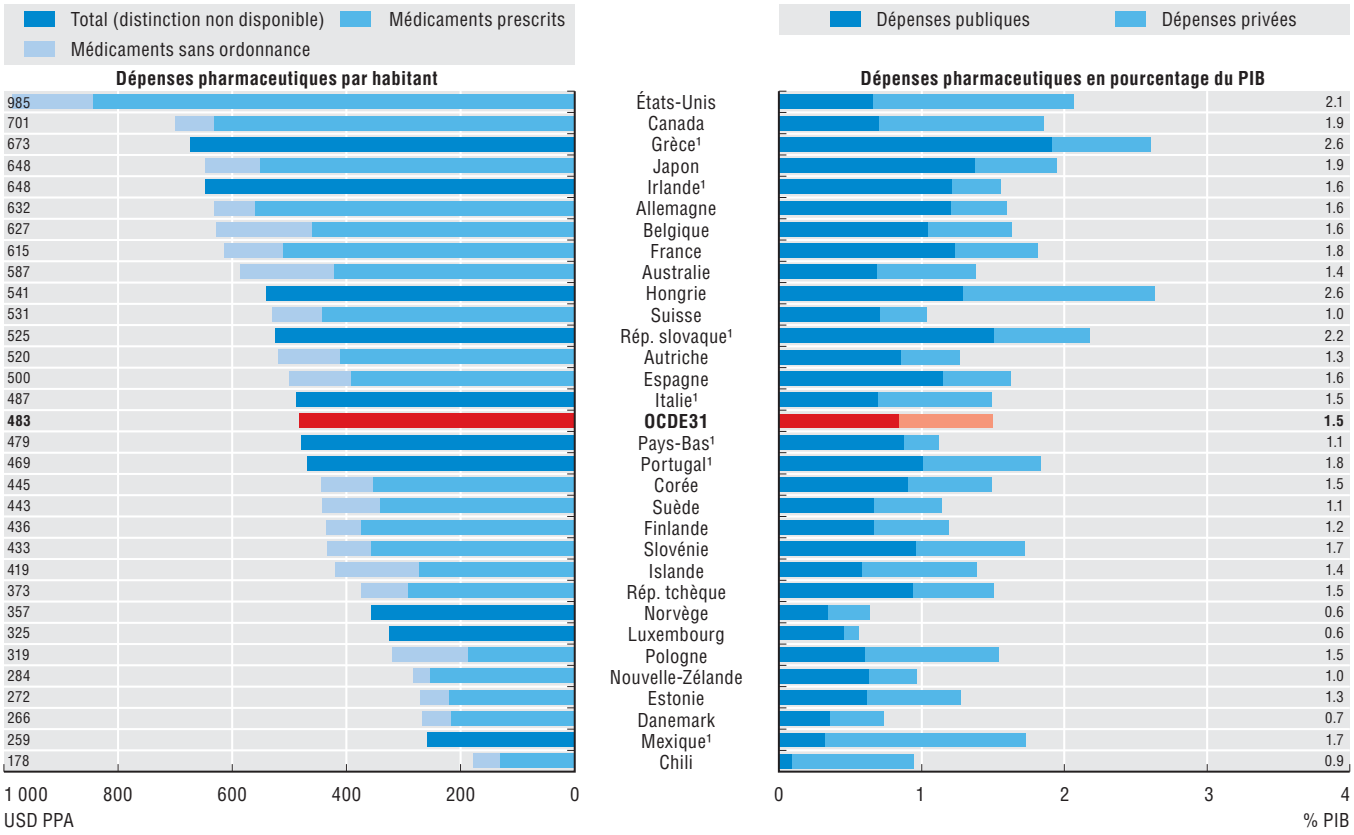
Les pays de l'OCDE ont adopté une série de mesures visant à réduire les dépenses pharmaceutiques : baisse des prix (obtenue par des moyens tels que : négociations avec les fabricants, introduction de prix de référence, rabais obligatoires, diminution des marges des pharmaciens, et réduction de la taxe sur la valeur ajoutée applicable aux produits pharmaceutiques), achats publics centralisés de produits pharmaceutiques, promotion des médicaments génériques, réduction de la couverture des assurances (non-remboursement de certains médicaments) et augmentation de la part restant à la charge des ménages.

L'Espagne, par exemple, a adopté en 2010 le principe d'une baisse générale des prix applicable à l'ensemble des médicaments prescrits par les médecins du service public de santé. Elle a de plus exigé des réductions sur les prix des génériques, ce qui est l'une des explications de la consommation accrue de cette catégorie de médicaments dans le pays (voir l'indicateur 4.11). En Allemagne, les fabricants se sont vu imposer des réductions plus importantes en 2011, et les prix ont été gelés jusqu'en 2013. Depuis 2011, les entreprises pharmaceutiques ont aussi été contraintes de négocier les prix de remboursement avec les caisses d'assurance-santé pour les médicaments innovants sur la base de leur efficacité démontrée, ce qui a mis un terme au système antérieur, fondé sur la liberté des prix. Aux États-Unis, le pourcentage de ristourne sur les médicaments imposé par Medicaid a été accru ; en outre, fabricants et importateurs de médicaments de marque doivent s'acquitter d'une redevance annuelle (OCDE, 2010b). Au Canada, le ralentissement des dépenses a découlé en partie de l'expiration des brevets de médicaments de marque contre le cholestérol et l'hypertension, ainsi que de la réduction du prix des génériques dans plusieurs provinces (ICIS, 2012).

### *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, ainsi que d'autres produits médicaux non durables. Est incluse également la rémunération des pharmaciens lorsque cette dernière est dissociée du prix des médicaments. Les produits pharmaceutiques consommés en milieu hospitalier ne sont pas pris en compte (d'après certaines estimations, ils ajouteraient environ 15 % au montant des dépenses pharmaceutiques). La dépense finale au titre des produits pharmaceutiques inclut les marges des grossistes et des détaillants et la taxe sur la valeur ajoutée.

### 7.4.1. Dépenses pharmaceutiques par habitant et en pourcentage du PIB, 2011 (ou année la plus proche)

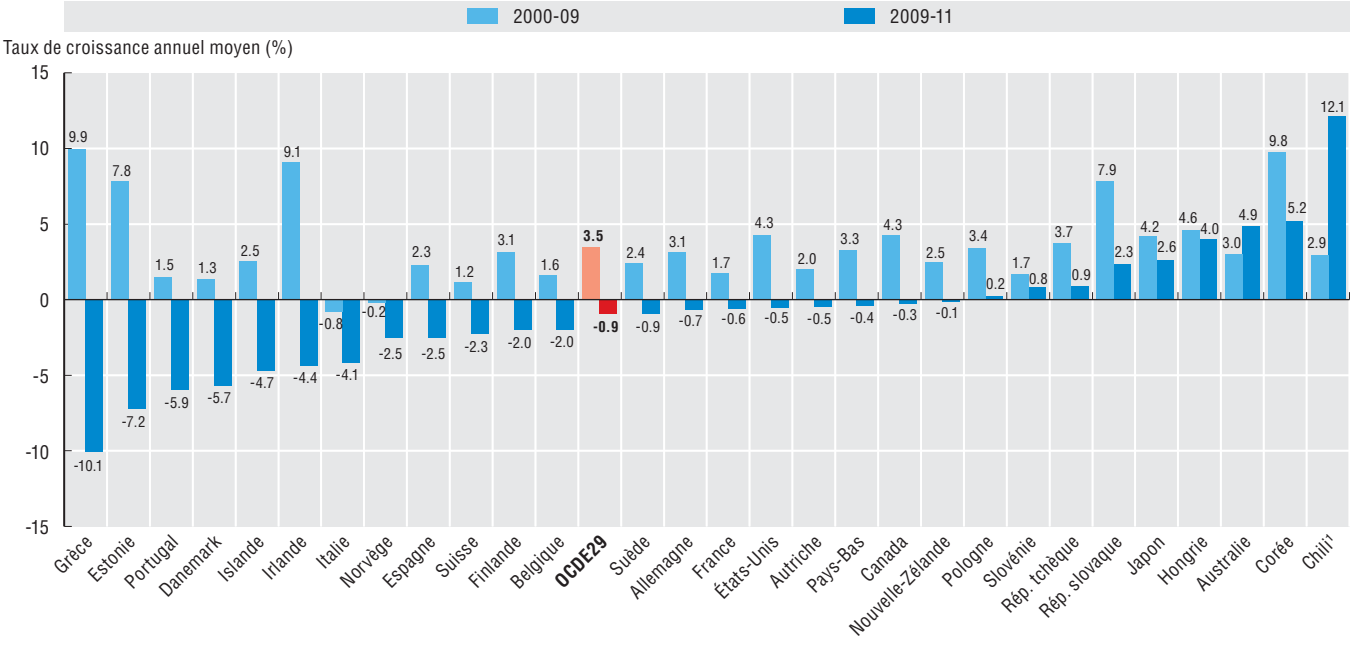



1. Inclut les produits médicaux non durables.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922633

### 7.4.2. Variation des dépenses pharmaceutiques par habitant, en termes réels, 2000-11 (ou année la plus proche)




1. Indice des prix à la consommation utilisé comme déflateur.

*Source :* Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922652

## 7.5. Dépenses par maladie et par âge

Il est important de ventiler les dépenses de soins de santé par catégorie de maladie et par tranche d'âge afin de fournir un éclairage utile aux responsables des politiques de santé sur l'affectation des ressources au sein du système. Ces informations peuvent contribuer à l'évaluation de l'impact qu'ont eu récemment, et que pourraient avoir à l'avenir, le vieillissement des populations et l'évolution du profil des maladies en matière de dépenses. De plus, l'analyse des liens entre les dépenses de santé par maladie, les prestations de services (par exemple, les sorties d'hôpital par maladie) et les résultats (par exemple, les taux de survie à la suite d'un infarctus ou d'un cancer) peut faciliter le suivi des performances des systèmes de soins de santé selon les types de maladie (Heijink et al., 2006).

Le graphique 7.5.1 montre la répartition des dépenses au titre des soins hospitaliers aigus pour six grandes catégories de diagnostic. Ces catégories représentent entre 51 % et 73 % du total des dépenses consacrées aux soins aigus en hospitalisation dans ce groupe de pays. Les maladies circulatoires constituent la part la plus importante des dépenses en soins hospitaliers dans chacun des pays, à l'exception de la Corée et des Pays-Bas ; dans ces deux pays, en effet, ce sont respectivement les dépenses liées au cancer et celles découlant des troubles mentaux et du comportement qui viennent en tête. Les différences entre les pays de ces dépenses par maladie peuvent résulter de nombreux facteurs, comme la structure démographique et le profil des maladies, ainsi que les dispositifs institutionnels et les lignes directrices cliniques relatives au traitement des différentes pathologies.

Le Japon consacre au traitement des maladies circulatoires plus de 22 % de ses dépenses concernant les patients hospitalisés, un chiffre quelque peu surprenant dans un pays où 12 % seulement des sorties d'hôpitaux concernent des patients traités pour des maladies circulatoires – soit une proportion similaire à celle que l'on observe dans d'autres pays. Cette proportion élevée de dépenses peut s'expliquer par la durée plus longue des hospitalisations dans ce pays, notamment pour certaines pathologies comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Aux Pays-Bas, les problèmes mentaux et les troubles du comportement représentent 19 % des dépenses en soins hospitaliers, soit le double des pourcentages relevés dans les autres pays considérés. Cette situation peut s'expliquer en partie par le nombre élevé d'hôpitaux traitant les troubles mentaux graves, dans lesquels la durée moyenne de séjour est très longue.

Le graphique 7.5.2 compare les dépenses par sortie d'hôpital pour les maladies circulatoires et le cancer. En règle générale, le coût par sortie est approximativement le même pour ces deux grandes catégories de maladie dans tous les pays, sauf au Japon, où les dépenses par sortie concernant les maladies circulatoires sont plus de deux fois supérieures à celles liées au cancer. Le Japon affiche également un niveau de dépenses par sortie plus élevé pour les maladies circulatoires que les autres pays, toujours en raison vraisemblablement de la longueur des hospitalisations, tandis que l'Australie et les Pays-Bas enregistrent les dépenses les plus importantes pour le traitement du cancer.

Les différences relevées dans les structures de coût peuvent être dues en partie à des facteurs démographiques. Le graphique 7.5.3 indique la part des dépenses hospitalières concernant les personnes de plus de 65 ans par rapport à la part que représentent ces personnes dans l'ensemble de la population. Comme on pouvait le supposer, les ressources hospitalières consacrées à cette tranche d'âge sont proportionnellement plus importantes que le pourcentage qu'elle représente dans la population. C'est le Japon qui affecte la plus grande part de ses dépenses hospitalières (64 %) aux personnes de 65 ans et plus ; le Japon affiche également le plus fort pourcentage d'individus appartenant à cette tranche d'âge (23 %). La Corée, Israël et les Pays-Bas, en revanche, ne consacrent qu'un tiers de leurs dépenses aux plus de 65 ans, ce qui s'explique – du moins en partie – par le fait que seuls 10 à 15 % de la population de ces pays sont dans ce groupe d'âge.

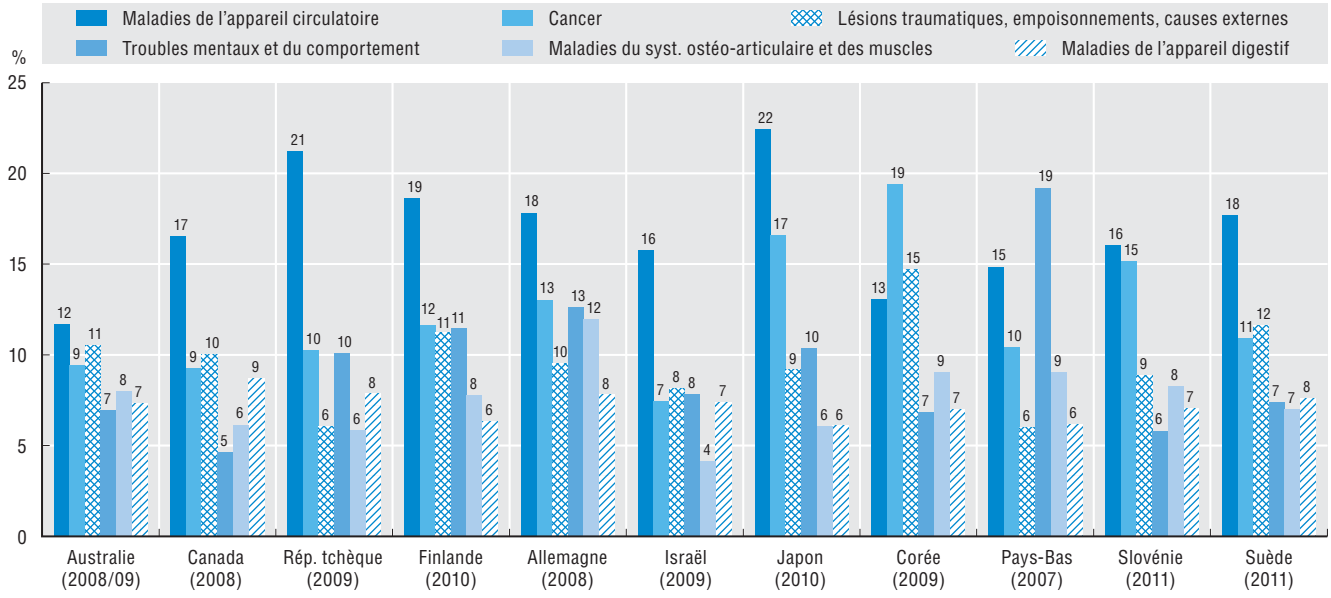
### *Définition et comparabilité*

Les dépenses par maladie et par âge ventilent les dépenses courantes de santé selon les caractéristiques des patients. Les lignes directrices élaborées à cet égard proposent des catégories de maladies conformes à la CIM-10. Pour assurer la comparabilité entre les pays, les dépenses sont également rattachées au *Système de comptes de la santé*. Une méthodologie commune est proposée, privilégiant une répartition descendante des dépenses en fonction du diagnostic principal.

Les principales difficultés qui se posent en matière de comparabilité concernent le traitement des dépenses non imputées et de celles qui ne sont pas liées à une maladie particulière. Dans le premier cas, cela est dû à une limitation des données (le plus souvent pour les dépenses relatives aux soins ambulatoires ou aux produits pharmaceutiques) ; dans le second cas, il s'agit principalement de coûts de prévention ou d'administration. Pour des comparaisons plus fiables, on peut utiliser un sous-ensemble des dépenses, comme les soins aigus aux patients hospitalisés – un domaine dans lequel les registres administratifs, généralement complets, fournissent les informations nécessaires quant au diagnostic et au patient.

Les données présentées ici reposent principalement sur les informations fournies par les pays dans le cadre du projet de l'OCDE intitulé « Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender », complétées par des données nationales additionnelles lorsque des méthodologies similaires ont été utilisées. Il convient de souligner que les graphiques 7.5.1 à 7.5.3 ne portent que sur les montants affectés. Les restrictions suivantes s'appliquent aussi aux pays suivants: les données du Canada n'incluent pas les hospitalisations au Québec ni celles dans les hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble du pays ; la République tchèque inclut seulement les dépenses de la Caisse d'assurance-maladie ; l'Allemagne inclut l'ensemble des dépenses hospitalières ; enfin, pour les Pays-Bas, les données incluent les soins curatifs dans les hôpitaux généraux et spécialisés.

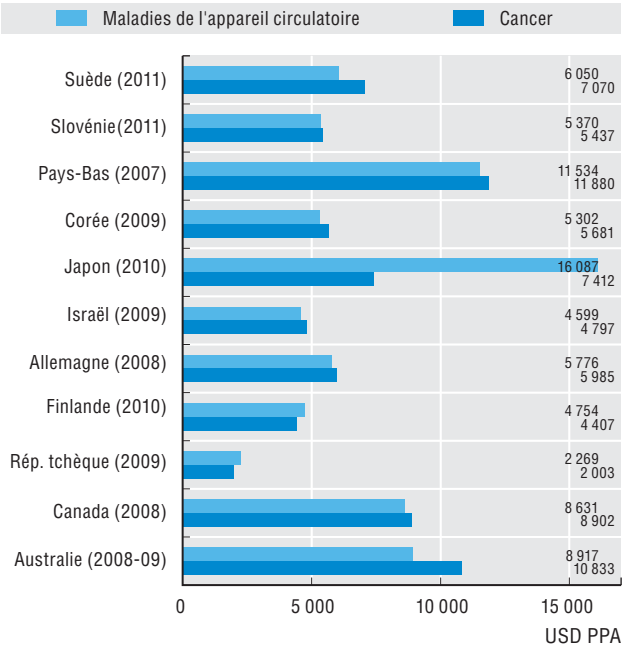
### 7.5.1. Part des dépenses hospitalières par pathologie, 2011 (ou année la plus proche)




*Source :* Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie : AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède : données non publiées ; Japon et Pays-Bas : calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922671

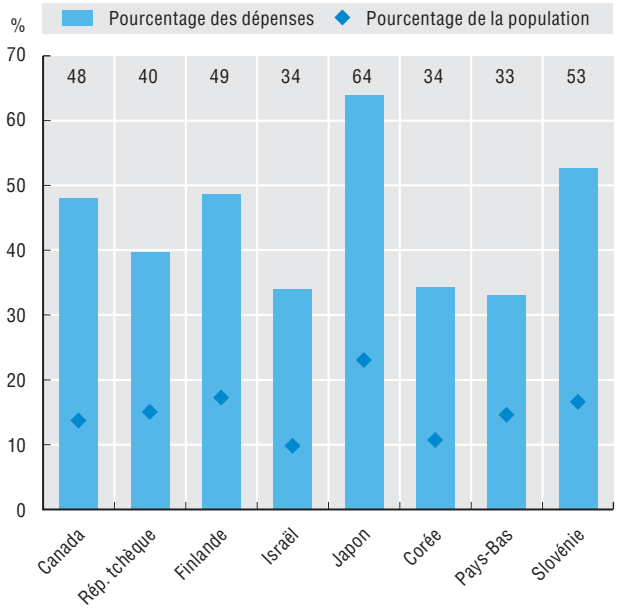
### 7.5.2. Dépenses par sortie d'hôpital pour deux pathologies, 2011 (ou année la plus proche)




*Source :* Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie: AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède: données non publiées ; Japon et Pays-Bas: calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922690

### 7.5.3. Dépenses hospitalières pour les personnes âgées de 65 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)




*Source :* Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie: AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède: données non publiées ; Japon et Pays-Bas: calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922709

## 7.6. Financement des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés à la fois par des sources publiques et privées. Pour certains pays, le financement public se limite à l'utilisation des recettes fiscales générales du gouvernement, alors que dans d'autres, ce sont les caisses d'assurances sociales qui supportent la plus grosse partie des dépenses de santé. Le financement privé comporte essentiellement les paiements directs par les ménages (soit pour la totalité de l'achat des biens et services soit sous la forme de co-paiements), ainsi que diverses formes d'assurances-santé privées destinées à remplacer ou à compléter la couverture financée par des fonds publics.

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le secteur public est la principale source de financement de la santé. Il couvrait en 2011 environ les trois quarts des dépenses de santé. Au Danemark, au Royaume-Uni et en Suède, les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de 80 % de ces dépenses. En République tchèque, aux Pays-Bas, au Luxembourg, au Japon, en France, en Slovénie et en Allemagne, les assurances sociales financent 70 %, voire plus, de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui en fait la première source de financement. Ce n'est qu'au Chili (45 %), au Mexique (47 %) et aux États-Unis (49 %) que la part du financement public dans les dépenses de santé est inférieure à 50 %. Dans ces pays, une proportion importante de ce financement est assurée soit directement par les ménages (c'est le cas du Chili et du Mexique), soit par des assurances privées (États-Unis).

Bien qu'il constitue la principale source de financement de la santé dans une majorité de pays de l'OCDE, le secteur public ne joue pas nécessairement un rôle prépondérant dans le financement de tous les services et biens de santé. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, il couvrait en 2011 une part bien plus élevée des coûts pour les services médicaux (78 %) que pour les biens médicaux (54 %) (graphique 7.6.2). C'est le cas dans tous les pays, à l'exception de la Suisse, de la Grèce et de la Corée, où le financement public des biens médicaux est plus important. Les services médicaux sont financés par le secteur public à hauteur de 90 %, voire davantage, en République tchèque, aux Pays-Bas et en Estonie. Quant aux biens médicaux, c'est au Luxembourg et en Grèce que la part du financement public est la plus élevée (plus de 70 %).

Après le secteur public, la principale source de financement vient souvent des paiements directs par les ménages, qui ont couvert en 2011, dans les pays de l'OCDE, 20 % en moyenne des dépenses de santé. La part de ces versements directs dépasse 30 % au Mexique, au Chili, en Corée et en Grèce. C'est aux Pays-Bas (6 %), en France (8 %) et au Royaume-Uni (10 %) qu'elle est la plus faible.

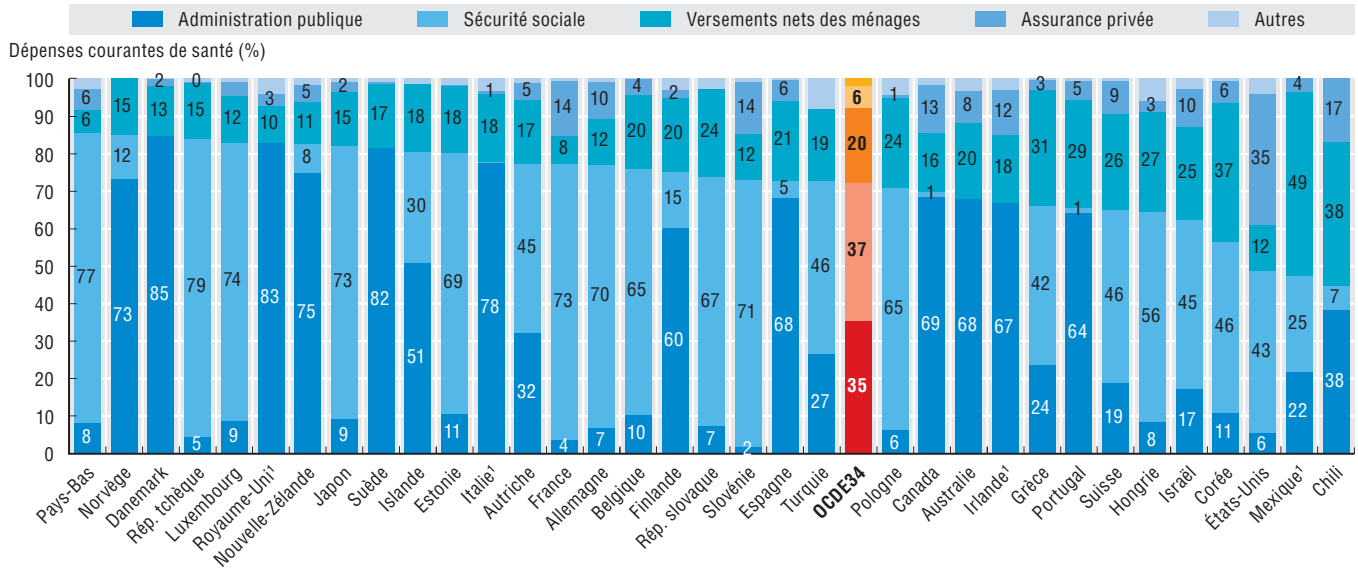
La charge pesant sur les ménages a évolué, dans de nombreux pays, au cours de la dernière décennie (graphique 7.6.3). En Islande et en Espagne, la part des dépenses directes des ménages était plus faible en 2011 qu'en 2000, mais elle a quand même augmenté de près de 2 points de pourcentage entre 2009 et 2011 parce que le financement public de certains services a été réduit en raison de la crise. En Irlande, la part du financement privé est restée stable entre 2000 et 2009, mais a également augmenté de 2 points de pourcentage entre 2009 et 2011. Au Portugal, elle s'est accrue de 1.5 point entre 2000 et 2009, et a enregistré à nouveau la même augmentation entre 2009 et 2011. La République slovaque a enregistré la plus forte progression concernant la part des ménages, avec une hausse de 15 points de pourcentage entre 2000 et 2010. Intervenue avant la crise économique, cette augmentation s'explique à la fois par une participation accrue aux coûts des produits pharmaceutiques prescrits et des dépenses plus importantes en médicaments délivrés sans ordonnance, par un recours plus fréquent à des prestataires privés et par la rémunération directe des prestataires publics (Szalay et al., 2011). Les montants à la charge des ménages ont augmenté de manière très sensible aussi en République tchèque entre 2000 et 2008, et ont légèrement diminué depuis.

Dans plusieurs autres pays, les dépenses de santé à la charge des ménages ont fortement diminué ces dix dernières années, à mesure que davantage de services étaient couverts par des financements publics ou par des assurances privées. En Turquie, la place des dépenses privées a sensiblement diminué au cours de cette période, en raison de l'extension de la couverture de santé universelle. En Suisse, la part des dépenses directement supportées par les ménages a aussi enregistré un recul considérable entre 2000 et 2011, d'environ 7 points de pourcentage, qui est intervenue pour l'essentiel entre 2000 et 2008.

### *Définition et comparabilité*

Le financement des soins de santé peut être examiné sous l'angle des sources de financement (les ménages, les employeurs et l'État), des mécanismes de financement (par exemple, l'assurance volontaire ou obligatoire) et des agents de financement (organismes gérant les dispositifs de financement). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le *Système de comptes de la santé* (OCDE, 2000 ; OCDE, Eurostat et OMS, 2011). Le financement public englobe les versements des administrations centrales et des caisses de sécurité sociale. Le financement privé comprend les paiements directs des ménages, l'assurance-maladie privée et autres fonds privés (ONG et entreprises privées). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement : participation aux coûts et, dans certains pays, estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de santé.

### 7.6.1. Dépenses de santé par type de financement, 2011 (ou année la plus proche)

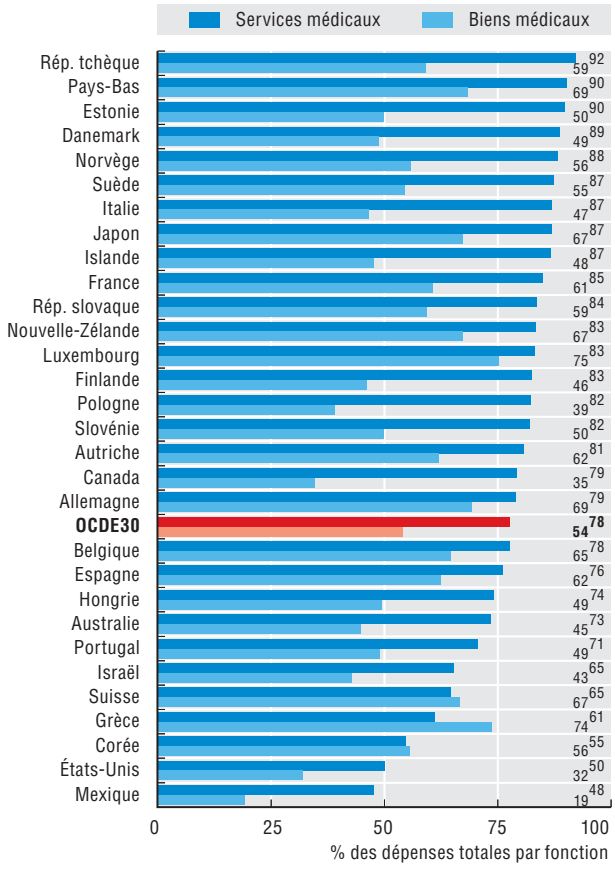



1. Dépenses totales de santé.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922728

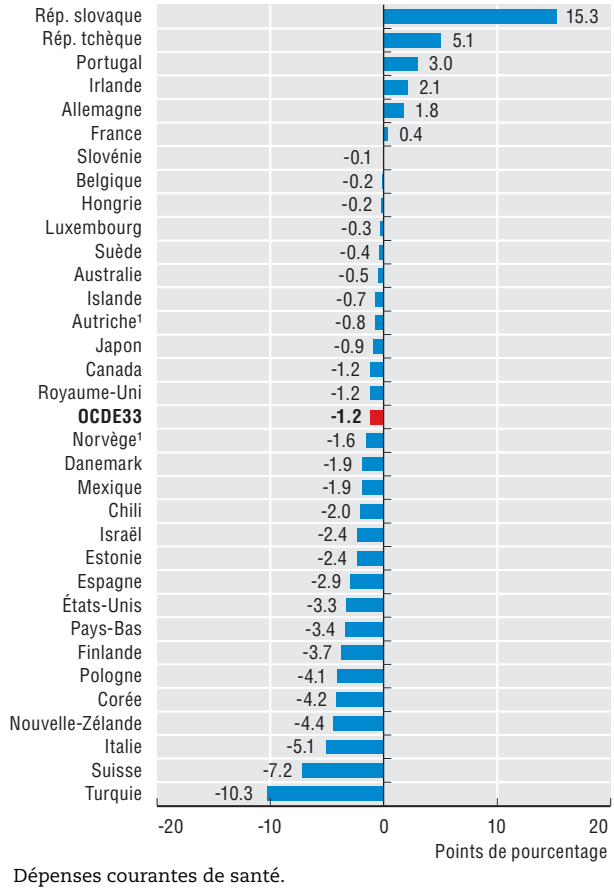
### 7.6.2. Part publique des dépenses de santé en biens et services médicaux, 2011




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922747

### 7.6.3. Variation des versements des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé, 2000-11 (ou année la plus proche)




1. Dépenses courantes de santé.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922766

# 7.7. Commerce international des services de santé

Le commerce des services de santé et sa composante la plus médiatisée, le tourisme médical, ont attiré l'attention des médias ces dernières années. Plusieurs facteurs expliquent la croissance des « importations » et des « exportations » dans ce domaine. Les avancées technologiques des systèmes d'information et de communication permettent aux patients ou aux tiers acheteurs de soins de santé de se procurer, à moindre coût et/ou plus rapidement, des traitements de qualité auprès de prestataires à l'étranger. Un accroissement de la portabilité de la couverture médicale, du fait de la mise en place de dispositifs régionaux d'assurance maladie publique ou du développement du marché de l'assurance privée, permet également d'augmenter la mobilité des patients. Tout cela s'accompagne aussi d'une augmentation générale des déplacements occasionnels 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 de patients d'un pays à l'autre en vue de recevoir un traitement, il faut également prendre en compte, pour avoir une mesure complète des importations et des exportations, les produits et services livrés à distance comme les médicaments commandés dans un autre pays ou les services de diagnostic fournis par un médecin implanté dans un pays à un patient se trouvant dans un autre. L'ampleur de ces échanges reste limitée, mais les progrès de la technologie font que ce domaine a la capacité de se développer rapidement.

Les chiffres dont on dispose, concernant la majorité des pays de l'OCDE, montrent que le total des importations de services et de biens médicaux a dépassé 7 milliards USD en 2011. Les échanges enregistrés ont lieu, pour l'essentiel, entre pays de l'OCDE. Toutefois, en raison de lacunes dans les données et d'un phénomène de sous-déclaration, ce chiffre est probablement très sous-estimé. Avec près de 2.3 milliards USD, l'Allemagne affiche le niveau d'importations le plus élevé, en valeur absolue, dans le domaine de la santé, devant les États-Unis et les Pays-Bas. Par rapport au total des dépenses de santé, néanmoins, le commerce de biens et de services médicaux reste marginal dans la plupart des pays. Même pour l'Allemagne, les importations ne représentent que 0.6 % environ des dépenses courantes de santé (graphique 7.7.1). La proportion dépasse 1 % en Islande et au Portugal seulement, car les mouvements transfrontières de patients sont plus nombreux dans ces pays plus petits. Le Luxembourg, dont une grande partie de la population assurée vit et consomme des services de santé dans les pays voisins, constitue un cas particulier. La majorité des pays de l'OCDE faisant état d'importations de biens et de services de santé ont vu ces cinq dernières années une augmentation dont le taux annuel atteint souvent 10 % au moins.

Le volume total des exportations de voyages liés à la santé et d'autres services de santé a pu être quantifié dans un petit nombre de pays : le montant total s'élevait à quelque 6.9 milliards USD en 2011 (graphique 7.7.2). Là encore, les chiffres sont probablement très sous-estimés pour beaucoup de ces pays. En valeurs absolues, les États-Unis ont enregistré environ 3 milliards USD d'exportations, la France et la République tchèque plus de 500 millions USD. Par rapport aux dépenses totales de santé, les exportations de services médicaux restent marginales dans la plupart des pays, sauf en République tchèque, où elles représentent 3.6 % du total. Elles dépassent également 1 % en Slovénie, en Pologne et en Hongrie. Ces pays sont devenus des destinations prisées des patients originaires d'autres pays européens, notamment pour des services tels que la chirurgie dentaire. Le taux de croissance des exportations de services de santé s'est élevé à environ 20 % par an ces cinq dernières années en Slovénie et en Pologne, mais aussi en Corée.

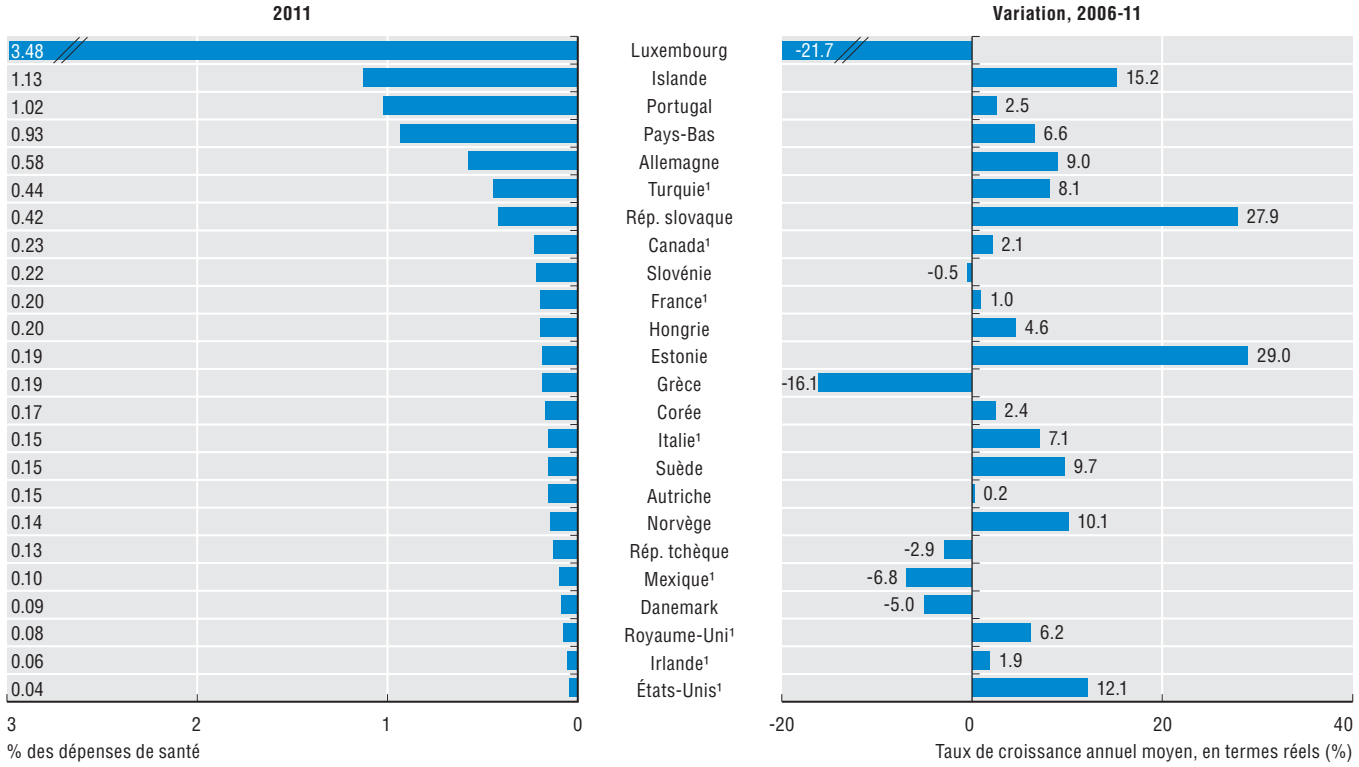
Une directive de l'Union européenne adoptée en 2011 (Directive 2011/24/UE) pourrait intensifier encore la mobilité des patients en Europe : elle facilite en effet la démarche des patients qui souhaitent exercer leur droit à bénéficier de services de santé à l'étranger et encourage la coopération entre les systèmes de santé.

### *Définition et comparabilité*

Le *Système de comptes de la santé* inclut les importations dans les dépenses courantes de santé, définies comme les importations de biens et services médicaux destinés à la consommation finale. Parmi celles-ci, les achats de biens et services médicaux par des patients alors qu'ils sont à l'étranger constituent actuellement l'élément le plus important en valeur.

Dans la balance des paiements, le commerce international fait référence aux transactions de biens et services entre résidents et non-résidents d'un pays. 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 ». Cette définition est quelque peu restrictive, car elle couvre exclusivement les personnes qui se rendent à l'étranger expressément pour y recevoir des soins médicaux, et pas celles qui, du fait de circonstances particulières, ont besoin de services médicaux alors qu'elles se trouvent à l'étranger. La rubrique « Services de santé » concerne les services offerts à l'étranger, mais peut englober les services médicaux fournis par un prestataire à un autre en plus de ceux dont bénéficient les patients.

### 7.7.1. Importations de services de santé en pourcentage des dépenses de santé, 2011 et variation 2006-11 (ou année la plus proche)

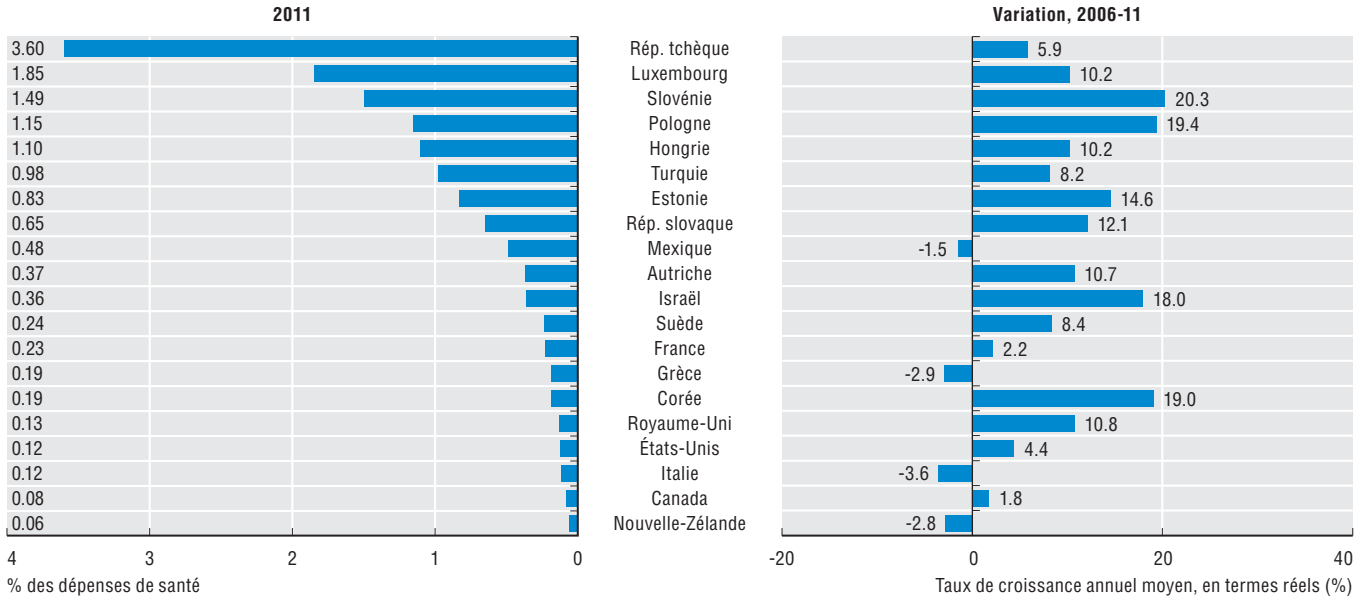



1. Se rapporte au concept de balance des paiements des voyages liés à la santé et aux services de santé de la rubrique autres services personnels, culturels et relatifs aux loisirs.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données OCDE-Eurostat sur le commerce des services.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922785

### 7.7.2. Exportations de voyages liés à la santé et d'autres services en pourcentage des dépenses de santé, 2011 et variation, 2006-11 (ou année la plus proche)




*Note :* On parle d'exportations de voyages 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 le commerce des services* ; Bureau central des statistiques de la Hongrie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922804

# 8. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE


8.1. Évolution démographique

8.2. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

8.3. État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

8.4. Prévalence de la démence

8.5. Bénéficiaires de soins de longue durée

8.6. Aidants informels

8.7. Emploi dans le secteur des soins de longue durée

8.8. Lits de soins de longue durée

8.9. Dépenses de soins de longue durée


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.

## 8.1. Évolution démographique

Le vieillissement de la population se caractérise par une augmentation de la part de la population âgée, induite par l'allongement de l'espérance de vie (voir l'indicateur 1.1) et la baisse du taux de fécondité (OCDE, 2011b).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part de la population âgée de plus de 65 ans est passée de moins de 9 % en 1960 à 15 % en 2010, et elle devrait quasiment doubler au cours des 40 prochaines années pour atteindre 27 % en 2050 (graphique 8.1.1, diagramme de gauche). Dans environ deux tiers des pays de l'OCDE, 25 % au moins de la population sera âgée de plus de 65 ans d'ici 2050. Cette proportion devrait être plus particulièrement importante au Japon, en Corée et en Espagne, puisqu'elle pourrait atteindre près de 40 % d'ici 2050. Le vieillissement de la population devrait également toucher rapidement la Chine, où la part de la population de plus de 65 ans devrait plus que tripler entre 2010 et 2050, pour rejoindre la moyenne de l'OCDE. À l'inverse, Israël, les États-Unis et le Mexique verront la part de la population âgée augmenter plus progressivement, en raison de l'afflux massif d'immigrés et de taux de fécondité supérieurs.

L'augmentation de la part de la population âgée de 80 ans et plus sera encore plus spectaculaire (graphique 8.1.1, diagramme de droite). En 2010, 4 % de la population était âgée de 80 ans ou plus en moyenne dans les pays de l'OCDE. D'ici 2050, cette proportion atteindra 10 %. Au Japon, en Espagne et en Allemagne, la proportion de la population âgée de plus de 80 ans devrait presque tripler entre 2010 et 2050 (pour passer de 6 % à 16 % au Japon et de 5 % à 15 % en Espagne et en Allemagne). L'augmentation sera encore plus rapide en Corée, où la proportion des plus de 80 ans progressera de 2 % à 14 % au cours des 40 prochaines années. De la même manière, en Chine, la proportion des plus de 80 ans passera de 1 % à 8 %.

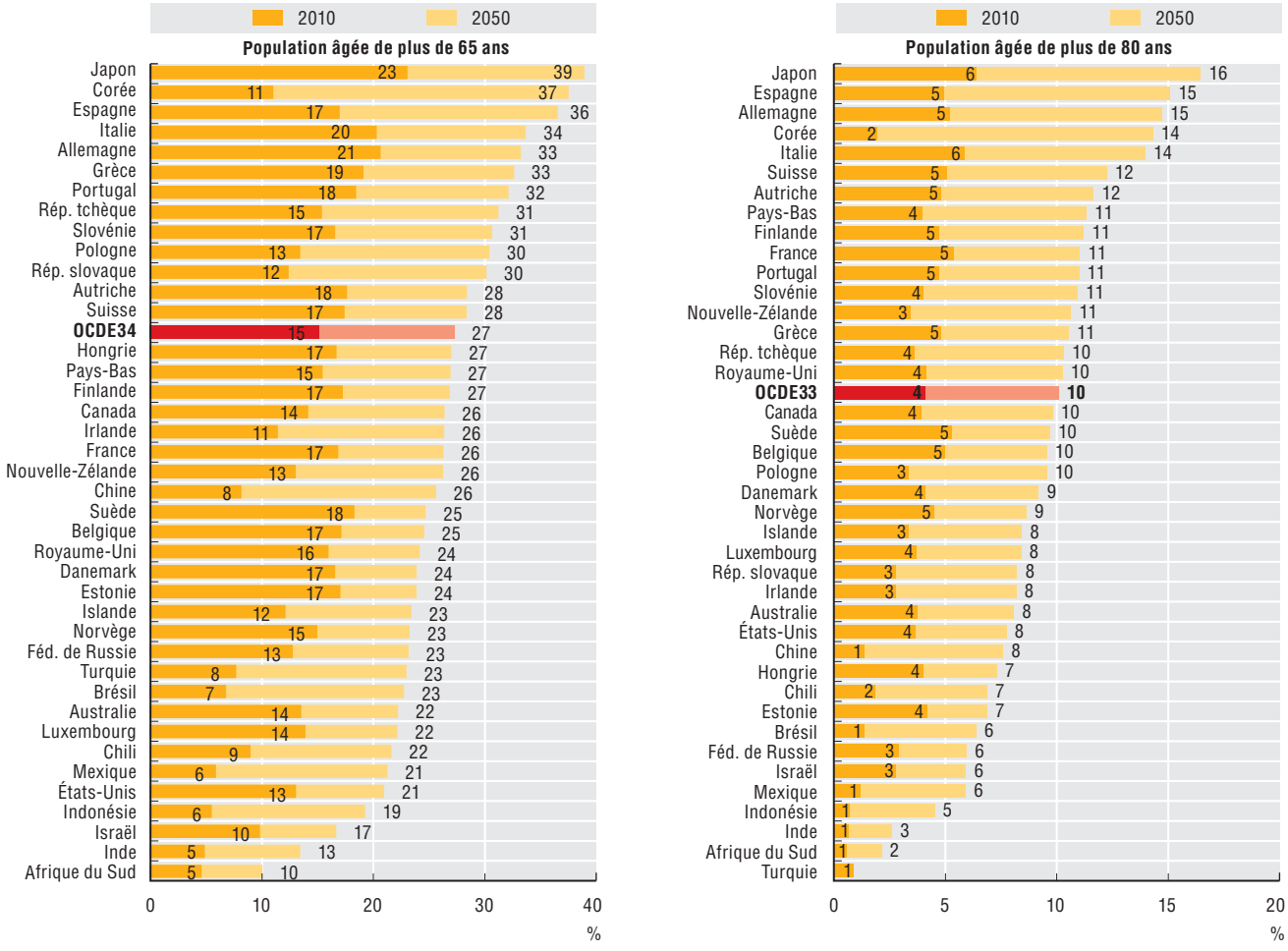
Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays du monde, sa rapidité est variable (graphique 8.1.2). Le rythme du vieillissement de la population est particulièrement soutenu dans l'Union européenne, où la part de la population de 80 ans et plus est passée de 1.5 % en 1960 à près de 5 % en 2010 et devrait atteindre 11 % d'ici 2050. Le rythme est plus modéré dans d'autres régions du monde, même si une accélération est prévue au cours des décennies à venir. Dans les grands pays émergents comme l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde et l'Indonésie, 1 % seulement de la population était âgée de 80 ans ou plus en 2010, mais cette proportion devrait atteindre 5 % environ d'ici 2050.

La pression induite par l'accroissement de la proportion de personnes âgées de 65 et 80 ans et plus sur les systèmes de soins de longue durée dépendra de leur état de santé. Si cet état de santé ne s'améliore pas, le vieillissement de la population devrait entraîner une hausse de la demande de prise en charge des personnes âgées. Dans la mesure où la part de la population active devrait diminuer, le vieillissement de la population aura également une incidence sur le financement des systèmes de protection sociale et sur l'offre potentielle de main-d'œuvre dans l'économie. En moyenne dans les pays de l'OCDE, on comptait en 2012 un peu plus de quatre personnes d'âge actif (15-64 ans) pour chaque personne âgée de 65 ans et plus. Cette proportion devrait être divisée par deux, passant de 4.2 en 2012 à 2.1 en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours des 40 prochaines années (OCDE, 2013c).

### *Définition et comparabilité*

Les données relatives à la structure de la population sont extraites des *Données historiques et projections de l'OCDE sur la population (1950-2050)*. Les projections retenues correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (*Perspectives de la population mondiale : Révision de 2012*).

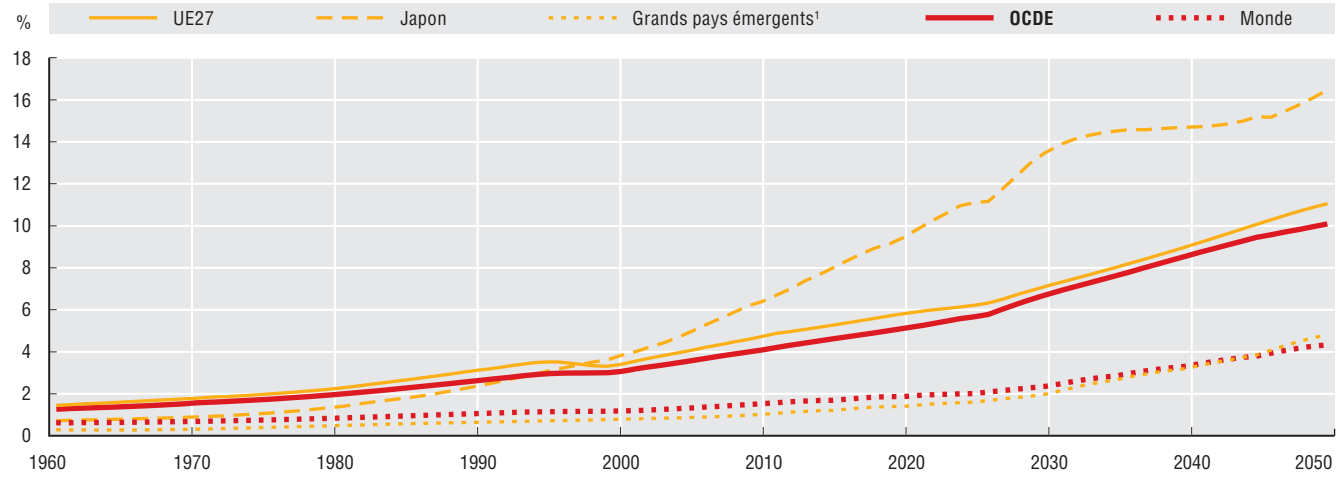
### 8.1.1. Part de la population âgée de plus de 65 et 80 ans, 2010 et 2050




*Source : Données historiques et projections de la population (1950-2050)*, OCDE, 2013.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922823

### 8.1.2. Évolution de la part de la population âgée de plus de 80 ans, 1960-2050




1. Les grands pays émergents incluent l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde et l'Indonésie.

*Source : Données historiques et projections de la population (1950-2050)*, OCDE, 2013.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922842

# 8.2. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

L'espérance de vie à 65 ans a fortement augmenté pour les hommes comme pour les femmes au cours des 50 dernières années dans les pays de l'OCDE et dans les économies émergentes. Plusieurs facteurs ont contribué à cette progression, notamment 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.

En 2011, à 65 ans, les femmes pouvaient espérer vivre encore 20.9 années en moyenne dans les pays de l'OCDE, contre 17.6 ans pour les hommes (graphique 8.2.1). C'est en France que l'espérance de vie à 65 ans était la plus élevée, à la fois pour les femmes (23.8 ans) et les hommes (19.3 ans), suivie par le Japon. Elle est plus faible en Turquie (16.1 ans pour les femmes et 14.1 ans pour les hommes), où elle correspond à celle constatée dans d'autres grands pays émergents comme l'Afrique du Sud.

Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans des femmes et des hommes a augmenté respectivement de 6 et 4.8 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 comme l'Australie, 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 dix ans pour les femmes et de plus de sept ans pour les hommes, même si cette progression a ralenti ces dernières années. 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, ainsi qu'au Mexique.

La position relative des pays en ce qui concerne l'espérance de vie à 65 ans est étroitement corrélée à leur position relative par rapport à l'espérance de vie à 80 ans. C'est en France que l'espérance de vie à 80 ans est la plus élevée (11.8 ans pour les femmes et 9.2 pour les hommes), suivie par le Japon (11.4 ans pour les femmes et 8.4 pour les hommes) et l'Italie (10.7 ans pour les femmes et 8.5 pour les hommes). Dans les pays de l'OCDE, c'est en Turquie que l'espérance de vie à 80 ans est la plus faible (6.7 pour les femmes et 6.2 ans pour les hommes). Si l'espérance de vie à 65 ans au Royaume-Uni correspond à la moyenne de l'OCDE, elle est bien supérieure à la moyenne de l'OCDE à 80 ans (10.2 pour les femmes et 8.8 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, un indicateur de l'espérance de vie sans incapacité ou « années de vie en bonne santé » est calculé régulièrement, à partir d'une question générale sur l'incapacité posée dans l'Enquête européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Cet indicateur étant de conception récente, il n'y a pas de série chronologique longue pour l'instant et les efforts se poursuivent pour améliorer sa comparabilité.

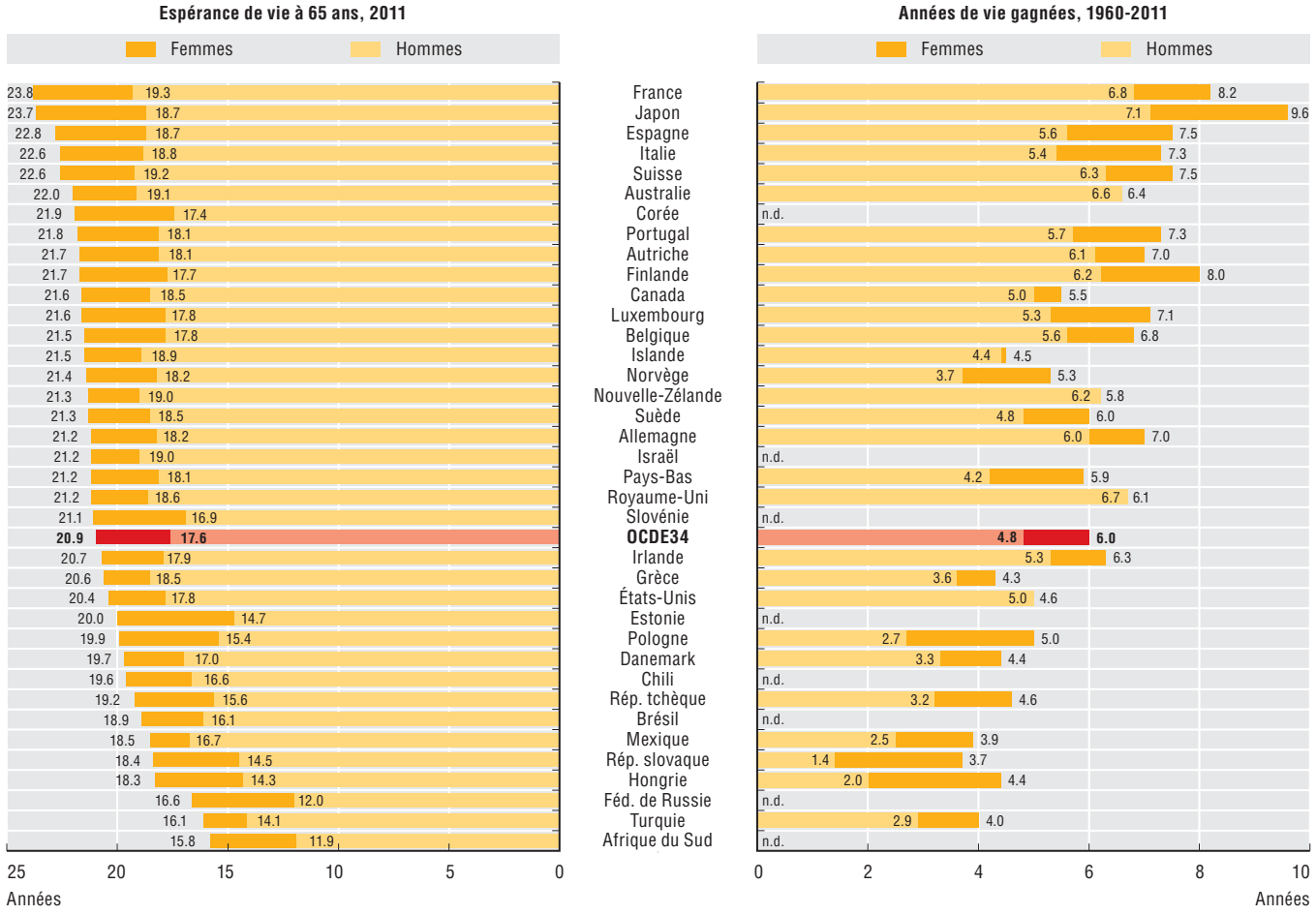
En 2011, parmi les pays européens prenant part à cette enquête, le nombre moyen d'années de vie en bonne santé à 65 ans était quasiment identique pour les femmes et les hommes, à respectivement 9.5 ans et 9.4 ans (graphique 8.2.2). L'absence de tout écart significatif hommes-femmes indique que les femmes ont plus de chances que les hommes de connaître, après 65 ans, une forme de limitation de l'activité. En 2011, c'est en Norvège et en Suède que le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans était le plus élevé, à plus de 15 ans pour les femmes et 14 ans environ pour les hommes.

### *Définition et comparabilité*

L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles 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 (EU-SILC). L'indicateur de limitation globale de l'activité mesure les limitations des activités habituelles imputables à des problèmes de santé.

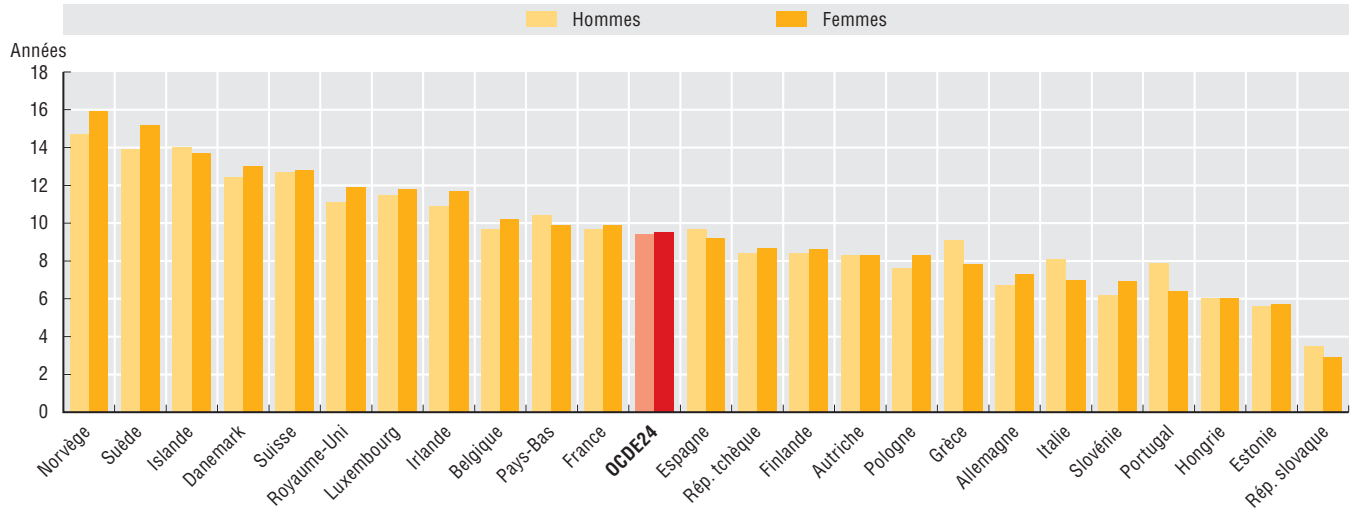
### 8.2.1. Espérance de vie à 65 ans, 2011 et années de vie gagnées depuis 1960 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; sources nationales pour les pays non OCDE.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932922861*

### 8.2.2. Années de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2011




*Source : Base de données Eurostat 2013.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932922880*

# 8.3. 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 tel que le perçoivent les personnes interrogées et formulée de la manière suivante : « comment décririez-vous votre état de santé général ? ». Malgré la subjectivité de ce type de question, les indicateurs de perception de l'état de santé général constituent de bons facteurs prédictifs du recours futur des individus aux soins de santé et de leur mortalité (DeSalvo, 2005 ; Bond et al., 2006). Il peut toutefois se révéler difficile d'interpréter les écarts de perception de l'état de santé que l'on observe d'un pays à l'autre, dans la mesure où les questions des enquêtes peuvent être légèrement différentes et où des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

Dans ce contexte, plus de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus se déclare en bonne santé dans 12 des 34 pays de l'OCDE (graphique 8.3.1). C'est en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis que cette proportion est la plus importante, trois personnes sur quatre au moins estimant être en bonne santé. Néanmoins, le fait que les catégories de réponses proposées aux personnes interrogées dans ces trois pays diffèrent 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 Allemagne, en Espagne, en Finlande, en France et en Grèce, entre 35 % et 40 % seulement des 65 ans et plus se déclarent en bonne santé et ils sont moins de 20 % en Estonie, en Hongrie, au Japon, en Pologne, au Portugal, en République slovaque, en République tchèque et en Turquie. Dans presque tous les pays, les hommes de plus de 65 ans sont plus nombreux que les femmes à se déclarer en bonne santé, à l'exception de l'Australie. Dans les pays de l'OCDE, 45.6 % des hommes de plus de 65 ans en moyenne estiment être en bonne santé, contre 39.5 % des femmes.

Le pourcentage de la population de 65 ans et plus estimant être en bonne santé est resté stable ces 30 dernières années dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de séries statistiques longues. Les États-Unis se démarquent toutefois par une progression significative, la proportion des plus de 65 ans se déclarant en bonne ou excellente santé ayant augmenté d'un peu plus de 60 % en 1982 à 75 % en 2011.

Les mesures de l'incapacité ne sont pas encore standardisées à l'échelle internationale, ce qui limite les possibilités de comparaison entre les pays de l'OCDE. En Europe, sur la base de l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), 42 % des personnes âgées de 65 à 74 ans déclaraient en 2011 être restreintes dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé, ce qui correspond à l'une des définitions courantes de l'incapacité. Cette proportion atteint près de 60 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus (graphique 8.3.2). Si une grande partie de la population ne fait état que d'une limitation modérée de son activité, en moyenne 14 % environ des 65-74 ans et 25 % des 75 ans et plus déclarent être sérieusement restreints dans leurs activités dans 25 pays européens de l'OCDE. Ces limitations sérieuses de l'activité sont susceptibles de se traduire par des besoins de soins de longue durée, formels ou informels.

C'est dans les pays nordiques que le niveau d'incapacité modérée ou sévère est le plus faible, à l'exception de la Finlande, où les taux d'incapacité sont plus élevés et avoisinent la moyenne européenne. Le taux d'incapacité autodéclarée le plus élevé est enregistré en République slovaque, suivie par l'Estonie.

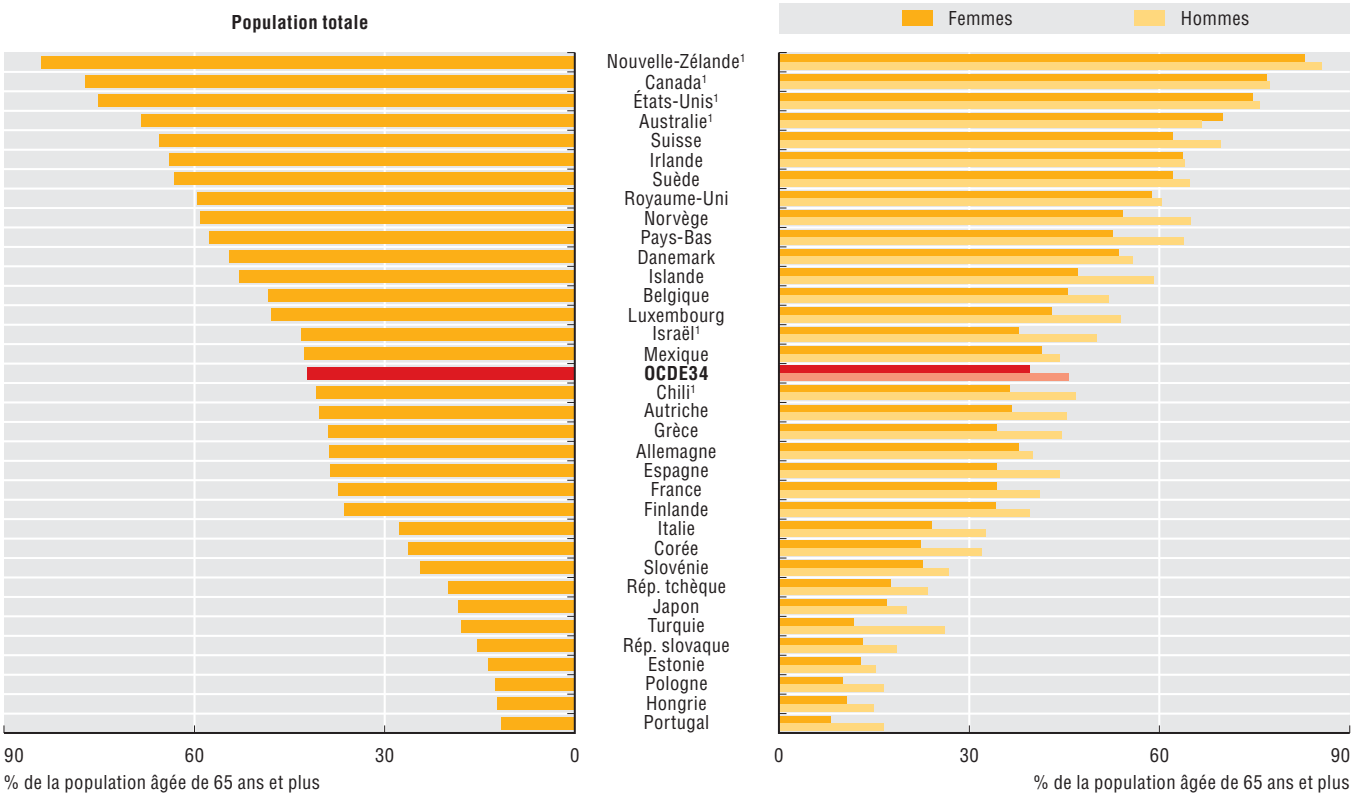
### *Définition et comparabilité*

L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé, tant du point de vue physique que psychologique. La question est habituellement posée en ces termes : « Comment estimez-vous votre santé en général ? », et assortie des possibilités de réponse suivantes : « Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». La base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* fournit des 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 des facteurs culturels. 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 réponses utilisée en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis 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 *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013* 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, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? », assortie des possibilités de réponse suivantes : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; 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.

### 8.3.1. Population âgée de 65 ans et plus déclarant être en bonne santé, 2011 (ou année la plus proche)

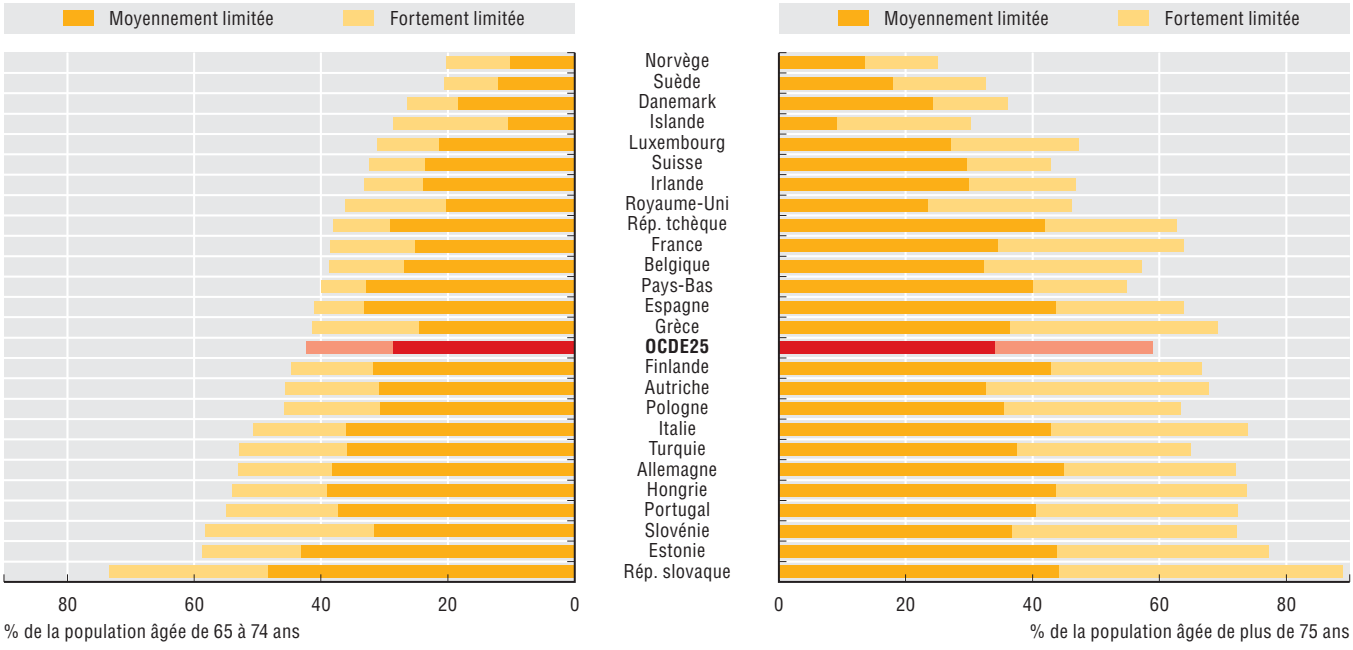



1. Les données pour ces pays ne sont pas directement comparables en raison de différences méthodologiques (entraînant un biais à la hausse).

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922899

### 8.3.2. Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, pays européens, 2011




*Source : Base de données Eurostat 2013.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922918

# 8.4. Prévalence de la démence

La démence correspond à une catégorie de troubles du cerveau qui entraînent des lésions cérébrales 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.

Selon l'OMS, près de 35.6 millions de personnes souffrent de démence dans le monde. Compte tenu du vieillissement de la population et en l'absence de solutions de prévention efficaces, ce chiffre devrait doubler d'ici 2030 (pour atteindre 65.7 millions) et plus que tripler d'ici 2050 (à 115.4 millions) (OMS et Alzheimer Disease International, 2012).

En 2009, les pays de l'OCDE comptaient, selon des estimations de Wimo et collègues (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 8.4.1). C'est en France, en Italie, en Suisse, en Espagne, en Suède et en Norvège que le taux de prévalence était le plus élevé, 6.3 % à 6.5 % de la population de 60 ans et plus étant atteinte de démence. 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 65 ans, et sa prévalence augmente fortement avec l'âge (graphique 8.4.2). La maladie affecte davantage les femmes que les hommes. En Europe, on estimait qu'en 2009 14 % des hommes et 16 % des femmes entre 80 et 84 ans souffraient de démence, contre moins de 4 % des individus de moins de 75 ans (Alzheimer Europe, 2009). Pour les personnes de 90 ans et plus, ces proportions s'élèvent à 31 % pour les hommes et 47 % pour les femmes. La même distribution s'observe en Australie (AIHW, 2012c). 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 coûts directs de la démence représentent une proportion significative du total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, supérieure à celle des coûts directs liés à la dépression et à d'autres troubles mentaux comme la schizophrénie (graphique 8.4.3). Aux Pays-Bas, les dépenses liées à la démence représentaient près de 6 % du total des dépenses de santé en 2007. Ces coûts sont en majorité imputables à la prise en charge des patients atteints de démence dans des établissements médicalisés, mais une partie est également liée à la prise en charge à domicile, tandis qu'une proportion plus restreinte correspond aux soins hospitaliers (Slobbe et al., 2011). En Allemagne, les dépenses relatives à la démence représentaient 3.7 % du total des dépenses de santé en 2008, la plupart correspondant au coût des soins en établissement médicalisé (Office fédéral de la statistique, 2013). En Corée, près de 3 % du total des dépenses de santé étaient allouées à la prise en charge de la démence en 2009, qui intervient en majorité en milieu hospitalier (données non publiées fournies à l'OCDE).

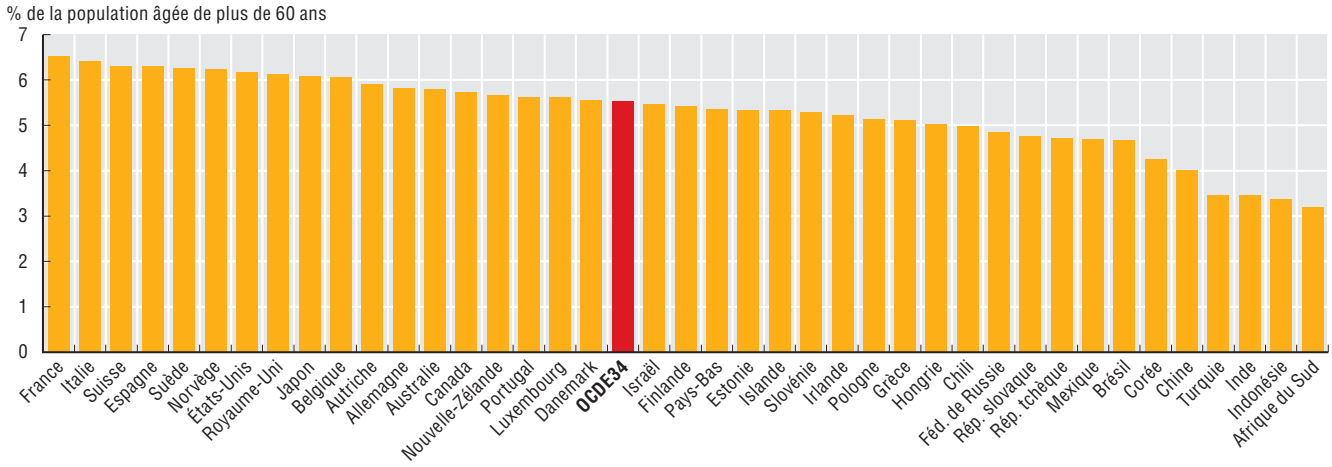
Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées qui en sont atteintes, la démence est aujourd'hui une priorité de santé publique dans de nombreux pays. En Australie, en Autriche, au Canada, aux États-Unis, en France et dans d'autres pays, une politique nationale de lutte contre la démence comprend souvent des mesures visant à améliorer le diagnostic précoce, 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 ; Alzheimer Europe, 2012 ; OCDE et Commission européenne, 2013).

### *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) sur la prévalence reposent sur des études épidémiologiques nationales antérieures et des méta-analyses, qui ont utilisés les pourcentages suivants pour les tranches d'âges affectés par la démence : 1 % pour les 60-64 ans, 1.5 % pour les 65-69 ans, 3 % pour les 70-74 ans, 6 % pour les 75-79 ans, 13 % pour les 80-84 ans, 24 % pour les 85-89 ans, 34 % pour les 90-94 ans et 45 % pour les 95 ans et plus.

Dans le graphique 8.4.3, la dépression englobe les troubles de l'humeur, tandis que la schizophrénie couvre la schizophrénie, la schizotypie et les troubles délirants.

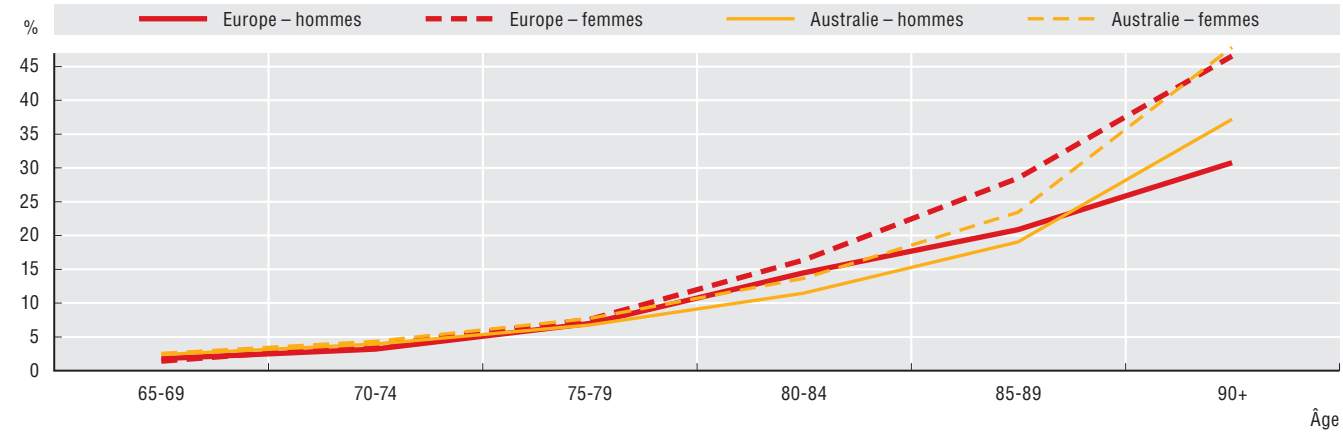
### 8.4.1. Prévalence de la démence parmi la population âgée de plus de 60 ans, 2009




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

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922937

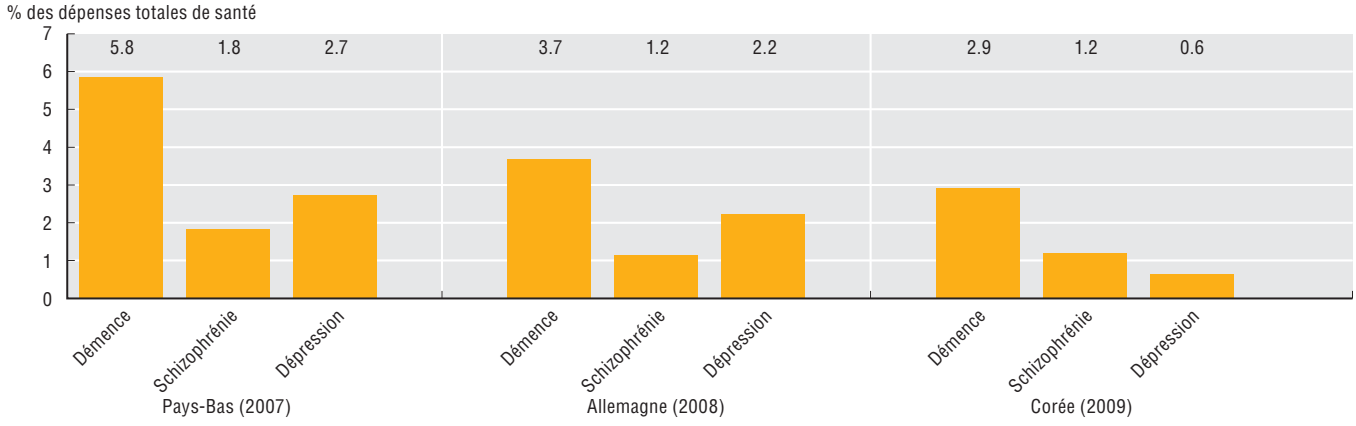
### 8.4.2. Prévalence de la démence par âge et sexe en Europe et en Australie, 2009




*Source :* Alzheimer Europe (2009); AIHW (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922956

### 8.4.3. Part des dépenses totales de santé associées à la démence et autres troubles mentaux, pour quelques pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche)




*Source :* Projet de l'OCDE sur les dépenses par maladies, âge et sexe (non publié).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922975

## 8.5. Bénéficiaires de soins de longue durée

Dans les pays de l'OCDE, de plus en plus de personnes reçoivent des soins de longue durée, principalement sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, mais aussi de la mise en place de nouveaux services et programmes dans de nombreux pays.

Si les soins de longue durée concernent à la fois les personnes âgées et les personnes plus jeunes souffrant d'un handicap, la grande majorité des bénéficiaires sont âgés de plus de 65 ans. 60 % des bénéficiaires des soins de longue durée sont des femmes, en raison de leur espérance de vie plus longue à laquelle s'ajoute une plus forte prévalence des incapacités et des limitations fonctionnelles chez les personnes âgées.

En 2011, plus de 12 % de la population âgée de 65 ans et plus en moyenne bénéficiait de services de soins de longue durée à domicile ou en établissement dans les pays de l'OCDE (graphique 8.5.1). Israël et la Suisse comptent la plus forte proportion de bénéficiaires de soins de longue durée dans la population âgée de 65 ans et plus, plus d'un cinquième de la population de cette classe d'âge bénéficiant de soins de longue durée. À titre de comparaison, en Pologne, environ 1 % seulement de la population de 65 ans et plus bénéficie de services professionnels de soins de longue durée, principalement en établissement, mais la proportion qui reçoit des soins informels dispensés à domicile par des membres de la famille est plus élevée. L'utilisation des services de soins de longue durée s'accroît fortement avec l'âge : en moyenne dans les pays de l'OCDE, 30 % des personnes âgées de 80 ans et plus bénéficie de soins de longue durée.

Dans la mesure où la prise en charge à domicile est généralement préférée aux soins en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place, au cours des dix dernières années, des programmes et des prestations en faveur des soins de longue durée à domicile. Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée à domicile dans le total des bénéficiaires de soins de longue durée a progressé ces dix dernières années (graphique 8.5.2). Le Japon et la Hongrie comptent la plus forte proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile, à 75 % environ du total des bénéficiaires de soins de longue durée. En Hongrie, les contraintes budgétaires et des critères d'admission plus stricts ont restreint les soins de longue durée en établissement. La part des soins de longue durée à domicile a également nettement augmenté en Suède, en Corée, en France et au Luxembourg. En France, elle est passée de 40 % à plus de 60 %, dans le cadre d'un plan pluriannuel visant à augmenter la capacité des soins infirmiers à domicile à 230 000 places d'ici 2025 (Colombo et al., 2011).

Tandis que la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile a augmenté ces dix dernières années dans de nombreux pays de l'OCDE, cette proportion a décliné en Finlande, passant de 69% à 60%. Le nombre réel de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile est resté relativement stable, alors que le nombre de personnes prises en charge en établissement a augmenté plus rapidement. Cette évolution est peut-être due au fait que les plus âgés requièrent des soins plus intenses.

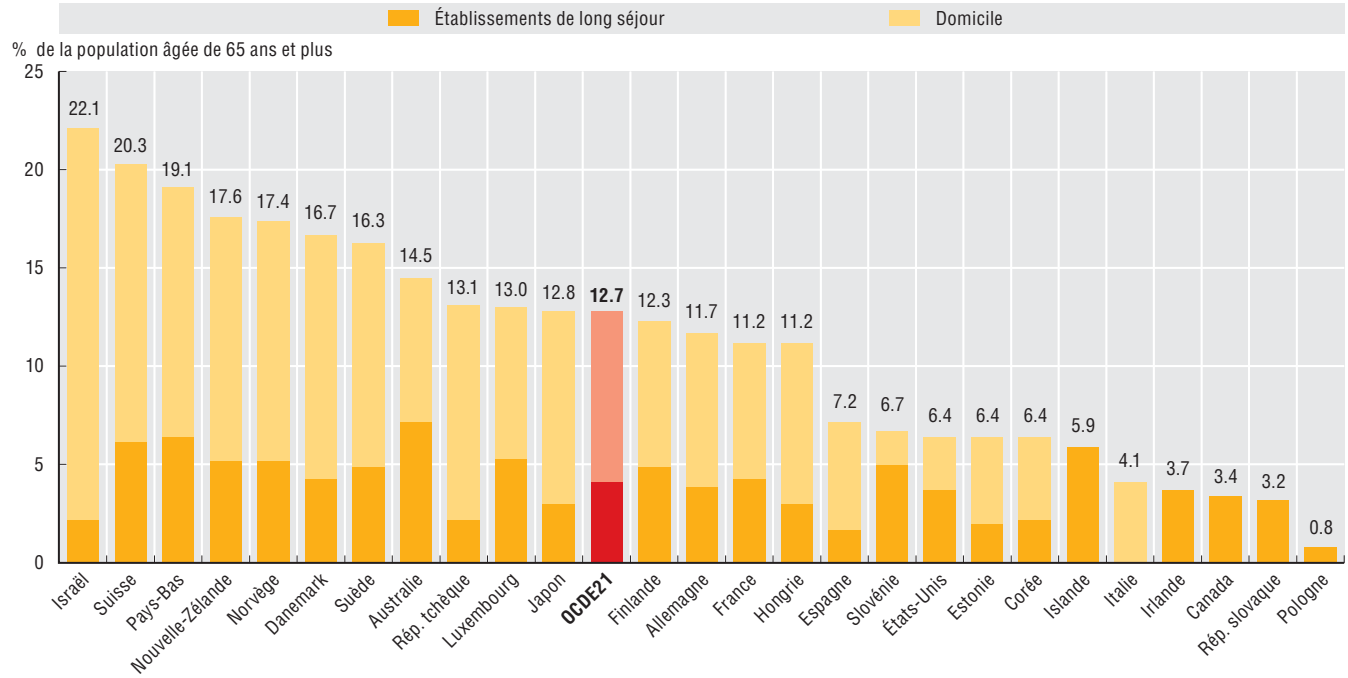
Aux États-Unis, environ 40 % seulement des bénéficiaires de soins de longue durée étaient pris en charge à domicile en 2007 (dernière année disponible). Cette situation pourrait s'expliquer en partie par une tendance historique à privilégier les soins en établissement. Seuls certains États octroient des aides financières en faveur des soins à domicile. D'autres aides ou une modification des incitations 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 comprennent les personnes qui reçoivent des soins prodigués par des prestataires rémunérés, y compris du personnel non professionnel percevant des paiements en espèces dans le cadre d'un programme d'aide. 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, ainsi que des allocations-dépendance ou d'autres prestations sociales principalement destinées à venir en aide aux personnes dépendantes. 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. La prise en charge à domicile correspond aux situations où les personnes reçoivent la plupart de leurs soins chez eux. La prise en charge à domicile peut également englober le recours temporaire à des établissements, ainsi qu'à des centres municipaux et lieux d'accueils de jour, et à des modes de garde spécialement conçus.

Les données pour l'Irlande concernant le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée en établissements sont sous-estimées. Les données relatives au Japon sous-estiment le nombre de bénéficiaires en établissement car les hôpitaux dispensent également des soins de longue durée. En République tchèque, les bénéficiaires de soins de longue durée sont ceux qui perçoivent l'allocation-dépendance (à savoir la prestation en espèces versée aux personnes dépendantes qui remplissent les critères requis). Les données relatives à la Pologne ne concernent que les services fournis dans les établissements médicalisés. En Espagne, la couverture des établissements et des services n'est que partielle. 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*, dans la mesure où il est impossible à l'heure actuelle de déterminer combien d'entre eux sont des bénéficiaires de soins de longue durée. De plus, l'Australie ne collecte pas directement de données sur les bénéficiaires de soins de longue durée parmi les personnes âgées, et les données sont donc des estimations. S'agissant de la limite d'âge, 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, ce qui aboutit à une légère sous-estimation de la proportion des bénéficiaires de soins de longue durée dans ces pays (puisque les individus de moins de 65 ans sont moins nombreux à bénéficier de ces soins que les classes d'âge plus âgées).

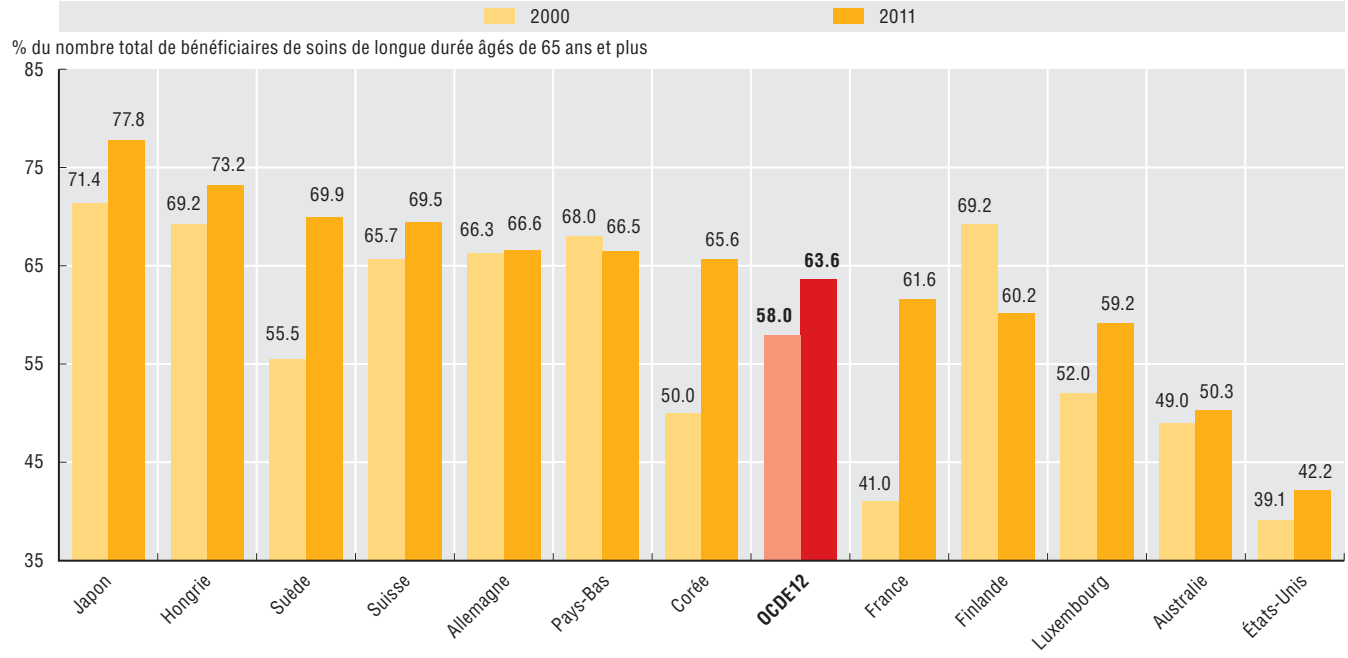
### 8.5.1. Population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins de longue durée, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922994

### 8.5.2. Part des bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus recevant des soins à domicile, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923013

# 8.6. Aidants informels

Les aidants familiaux sont la colonne vertébrale des systèmes de soins de longue durée dans tous les pays de l'OCDE, même si l'on observe des variations sensibles d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'importance relative de l'aide informelle prodiguée par des membres de la famille par rapport au recours à des prestataires professionnels. Compte tenu du caractère informel des soins prodigués par les proches, il est difficile d'obtenir des données comparables sur le nombre d'aidants familiaux 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 fournir des soins et une aide à un proche (membre de la famille ou ami).

Dans les pays de l'OCDE, plus de 15 % en moyenne des personnes âgées de 50 ans et plus ont pris en charge un proche dépendant en 2010. Cette proportion atteint 20 % en Belgique et en Italie (graphique 8.6.1). En Italie, la forte proportion d'aidants familiaux s'explique par le nombre relativement limité de professionnels (rémunérés) dans le secteur des soins de longue durée (voir l'indicateur 8.7).

La plupart des aidants informels sont des femmes (plus de 60 % en moyenne). La proportion de femmes est comprise entre 54 % au Danemark et 71 % en Hongrie (graphique 8.6.2).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 66 % des aidants informels dispensent des soins sur une base quotidienne, les 34 % restants assurant des soins sur une base hebdomadaire. Pour autant, on observe une forte variation d'un pays à l'autre quant au temps consacré à ces activités (graphique 8.6.3). Dans certains pays d'Europe du Sud (Portugal, Espagne et Italie), ainsi qu'en Pologne et en Slovénie où il est culturellement établi que la famille doit prendre en charge les parents âgés, trois quarts ou plus des aidants informels déclarent s'acquitter quotidiennement de ce type de tâche. Dans les pays comme la Suède, la Suisse ou le Danemark où une plus grande part des services de soins de longue durée est assurée par des travailleurs rémunérés, la proportion d'aidants informels qui consacrent chaque jour du temps à ces activités est bien moindre.

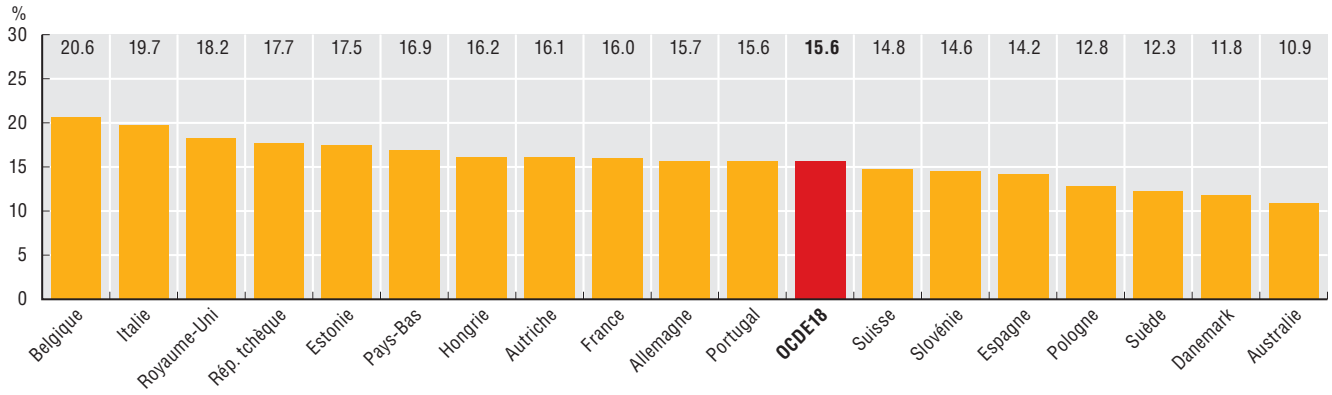
Une prise en charge intensive est associée à une distension des liens avec le marché du travail pour les aidants d'âge actif, ainsi qu'à des taux de pauvreté plus élevés et une plus forte prévalence des problèmes de santé mentale. C'est pour atténuer ces effets négatifs que de nombreux pays de l'OCDE ont pris des mesures en faveur des aidants familiaux : congé rémunéré pour la prise en charge d'une personne dépendante (en Belgique par exemple), aménagement du temps de travail (Australie et États-Unis), placement temporaire (Autriche, Danemark et Allemagne) et services de conseil/formation (Suède). Par ailleurs, plusieurs pays de l'OCDE versent des prestations en espèces aux aidants familiaux ou des aides financières aux personnes dépendantes afin qu'elles puissent rétribuer les aidants informels (Colombo et al., 2011).

Le vivier potentiel d'aidants familiaux d'âge actif ou plus âgés devrait se restreindre au cours des prochaines décennies sous l'effet de la diminution de la taille des familles, de l'évolution des solutions d'hébergement adoptées par les personnes souffrant d'incapacités et de la hausse du taux d'activité des femmes. Il est par conséquent probable qu'une part plus importante des aidants informels soit tenue d'intensifier les soins prodigués. En l'absence d'un soutien adapté, la prise en charge informelle des personnes dépendantes pourrait accentuer les disparités constatées en termes d'emploi et de santé (Colombo et al., 2011).

### *Définition et comparabilité*

Les aidants informels sont définis comme les individus qui dispensent, chez eux ou à l'extérieur, des soins quotidiens ou hebdomadaires aux membres de leur famille, à leurs amis ou aux membres de leur réseau de relations qui nécessitent une aide dans les activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les données n'englobent que la population des 50 ans et plus, et sont issues d'enquêtes nationales ou internationales sur la santé. Les résultats des enquêtes peuvent être affectés par des biais déclaratifs.

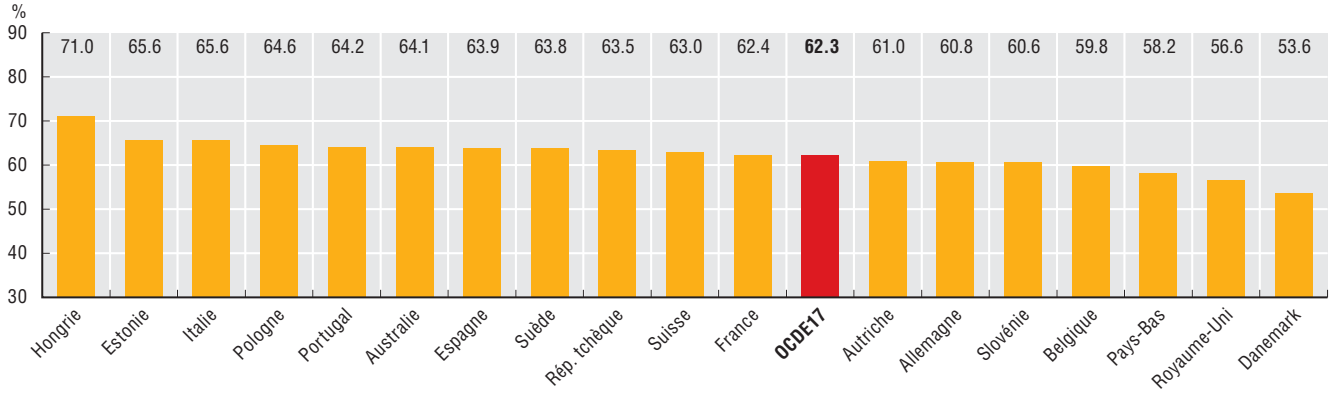
### 8.6.1. Population âgée de plus de 50 ans déclarant être aidants informels, 2010 (ou année la plus proche)




*Source :* Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2011 pour l'Australie, BHPS 2009 pour le Royaume-Uni et SHARE 2010 pour les autres pays européens.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923032

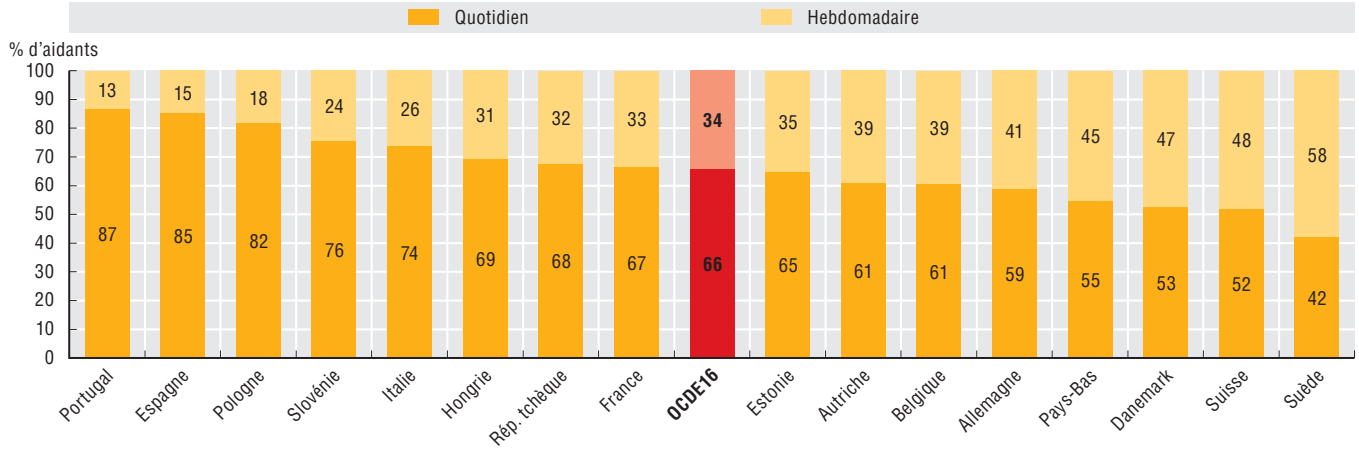
### 8.6.2. Part des femmes parmi les aidants informels âgés de plus de 50 ans, 2010 (ou année la plus proche)




*Source :* Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2011 pour l'Australie, BHPS 2009 pour le Royaume-Uni et SHARE 2010 pour les autres pays européens.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923051

### 8.6.3. Fréquence des soins fournis par des aidants informels, 2010 (ou année la plus proche)




*Source :* Estimations de l'OCDE sur la base de l'enquête SHARE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923070

# 8.7. Emploi dans le secteur des soins de longue durée

La prestation des soins de longue durée est une activité à forte intensité de main-d'œuvre. Les travailleurs formels du secteur des soins de longue durée sont définis comme les travailleurs rémunérés, généralement du personnel infirmier et des auxiliaires de vie, qui dispensent des soins et/ou une aide aux personnes qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes, à domicile ou dans des établissements médicalisés non hospitaliers. Les soins de longue durée formels sont complétés par les soins informels, généralement non rémunérés, prodigués par les proches, qui représentent une grande partie de la prise en charge des personnes âgées dans tous les pays de l'OCDE (voir l'indicateur 8.6).

Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, c'est en Norvège et en Suède que le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée est le plus élevé et en Italie qu'il est le plus bas (graphique 8.7.1). L'organisation des soins formels varie également selon les pays : les aidants travaillent principalement dans des établissements aux États-Unis, au Danemark, en Suisse, au Canada et en République tchèque, même si la plupart des bénéficiaires peuvent être pris en charge à domicile dans certains de ces pays (voir l'indicateur 8.5). Le personnel des établissements de soins de longue durée prend souvent en charge les personnes souffrant d'incapacités plus graves. À l'inverse, la plupart des travailleurs formels du secteur dispensent des soins à domicile en Estonie, en Israël, en Corée et au Japon.

La plupart des emplois dans le secteur des soins de longue durée sont occupés par des femmes et à temps partiel. Au Canada, au Danemark, en République tchèque, en Irlande, en Corée, en Nouvelle-Zélande, en République slovaque, aux Pays-Bas, en Norvège et en Suède, plus de 90 % des travailleurs du secteur sont des femmes. Les travailleurs étrangers occupent également une place importante dans le secteur des soins de longue durée, même si leur présence est inégale dans les différents pays de l'OCDE : très peu nombreux en Allemagne, ils représentent près d'un travailleur sur quatre aux États-Unis. Dans d'autres pays, les travailleurs étrangers représentent une part importante des prestataires de services à domicile, y compris pour les soins de longue durée. C'est notamment le cas en Italie, où 70 % environ 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 faire face à une hausse de la demande. Mais cette immigration croissante a posé des problèmes dans certains pays, relatifs notamment à l'irrégularité des flux migratoires et au défaut de déclaration d'emplois aux autorités fiscales et de sécurité sociale.

L'emploi dans le secteur des soins de longue durée ne représente encore qu'une petite part de l'emploi total dans les pays de l'OCDE (un peu plus de 2 % en moyenne dans les pays de l'OCDE). Pour autant, cette part a progressé ces dix dernières années dans de nombreux pays, à la faveur de l'élargissement de la protection publique contre les risques de dépendance et de la hausse de la demande induite par le vieillissement de la population. Au Japon, le nombre de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée a plus que doublé depuis la mise en place du programme universel d'assurance-dépendance en 2000, en dépit de la légère contraction de l'emploi total sur la période. Le nombre d'emplois dans le secteur des soins de longue durée en Allemagne a également augmenté, ainsi qu'au Danemark et en Norvège, dans une moindre mesure (graphique 8.7.2).

En moyenne, le personnel infirmier représente près de 30 % des prestataires formels de soins de longue durée, les 70 % restants étant des auxiliaires de vie (en établissement ou à domicile), qui ont un moindre niveau de formation. 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. Pour garantir la qualité des services dispensés, de nombreux pays de l'OCDE ont défini des niveaux de formation requis pour les auxiliaires de vie. Toutefois, ces niveaux requis varient considérablement d'un pays à l'autre, ce qui aboutit à une disparité des niveaux de qualification des auxiliaires de vie, notamment dans le secteur des services à domicile (OCDE/Commission européenne, 2013).

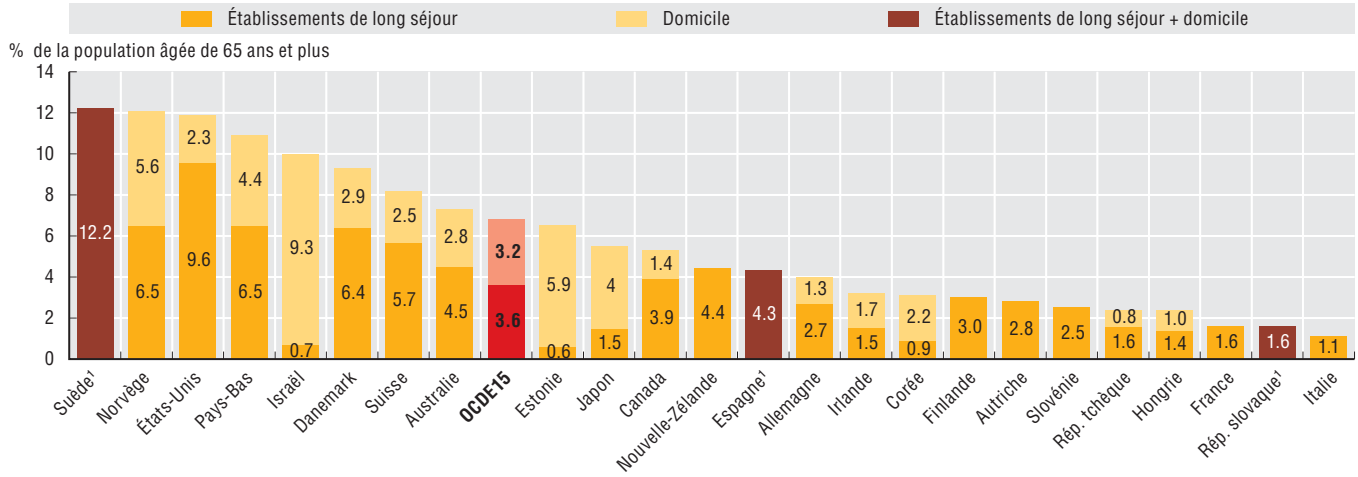
Compte tenu du vieillissement de la population et du recul attendu de la disponibilité d'aidants familiaux, la demande de travailleurs dans le secteur de la dépendance, en pourcentage de la population active, devrait au moins doubler d'ici 2050. Il faudra, pour répondre à cette demande croissante, mettre 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 ; Commission européenne, 2013).

### *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 aide dans 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 avoir des qualifications reconnues ou non. Dans la mesure où ils peuvent ne pas occuper d'emplois reconnus, il est plus difficile de recueillir des données comparables pour cette catégorie de travailleurs à l'échelle internationale. Les travailleurs du secteur des soins de longue durée englobent également les membres de la famille ou les amis employés au moyen d'un contrat en bonne et due forme soit par le bénéficiaire des soins, soit par une agence soit par un prestataire de services public ou privé. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps plein.

Les données pour l'Allemagne ne prennent en compte ni le personnel infirmier des établissements pour personnes âgées ni les individus déclarés comme aidants 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. Les données pour l'Australie sont des estimations tirées du 2011 *National Aged Care Workforce Census and Survey*, qui sous-estiment le nombre de personnes qui pourraient être considérées comme travailleurs du secteur des soins de longue durée.

**8.7.1. Main-d'œuvre dispensant des soins de longue durée en pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)**




1. En Espagne, en Suède et en République slovaque, il n'est pas possible de distinguer les travailleurs dispensant des soins de longue durée en établissements de long séjour et à domicile.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923089

**8.7.2. Évolution de l'emploi lié aux soins de longue durée et emploi total, pour quelques pays de l'OCDE, 2000-11 (ou année la plus proche)**

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923108

## 8.8. 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 donne une indication des ressources disponibles pour assurer une prise en charge de longue durée ailleurs qu'au domicile des patients.

En 2011, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 44 lits en établissements de long séjour et 5 lits dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus (graphique 8.8.1). Le Luxembourg comptait le plus grand nombre de lits de soins de longue durée en 2011, avec près de 80 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus dans les établissements de long séjour. En Italie et en Pologne, on dénombrait en revanche moins de 20 lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en établissement de long séjour ou à l'hôpital.

Si la plupart des pays affectent très peu de lits aux soins de longue durée à l'hôpital, d'autres ont encore massivement recours aux lits d'hôpital pour les longs séjours. Bien que le nombre de lits dans les établissements de long séjour en Corée ait fortement augmenté à la suite de la mise en œuvre d'un programme public d'assurance-dépendance pour les personnes âgées en 2008, de nombreux lits d'hôpital restent affectés aux soins de longue durée. De même, au Japon, un grand nombre de lits hospitaliers sont traditionnellement utilisés pour les soins de longue durée, mais le nombre de lits en établissement de long séjour a récemment augmenté. Parmi les pays européens, la Finlande et la Hongrie conservent un assez grand nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital. Néanmoins, la Finlande a développé ses infrastructures institutionnelles tout en réduisant le recours aux lits d'hôpital aux fins des soins de longue durée, conformément à la tendance observée dans d'autres pays comme l'Islande et la France (graphique 8.8.2).

De nombreux autres pays de l'OCDE ont renforcé la capacité des établissements de long séjour à accueillir des patients dépendants qui n'ont plus besoin de soins intensifs hospitaliers, afin de libérer des lits à l'hôpital, qui sont coûteux. Dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception de la Corée, de l'Estonie et de la Hongrie, le nombre de lits en établissement de long séjour a augmenté plus rapidement que le nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital (graphique 8.8.2). Le nombre de lits disponibles en établissement de long séjour a sensiblement augmenté en Corée et en Espagne depuis 2000. En Suède, la réduction du nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital comme en établissement résulte de la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la prise en charge à domicile (Colombo et al., 2011).

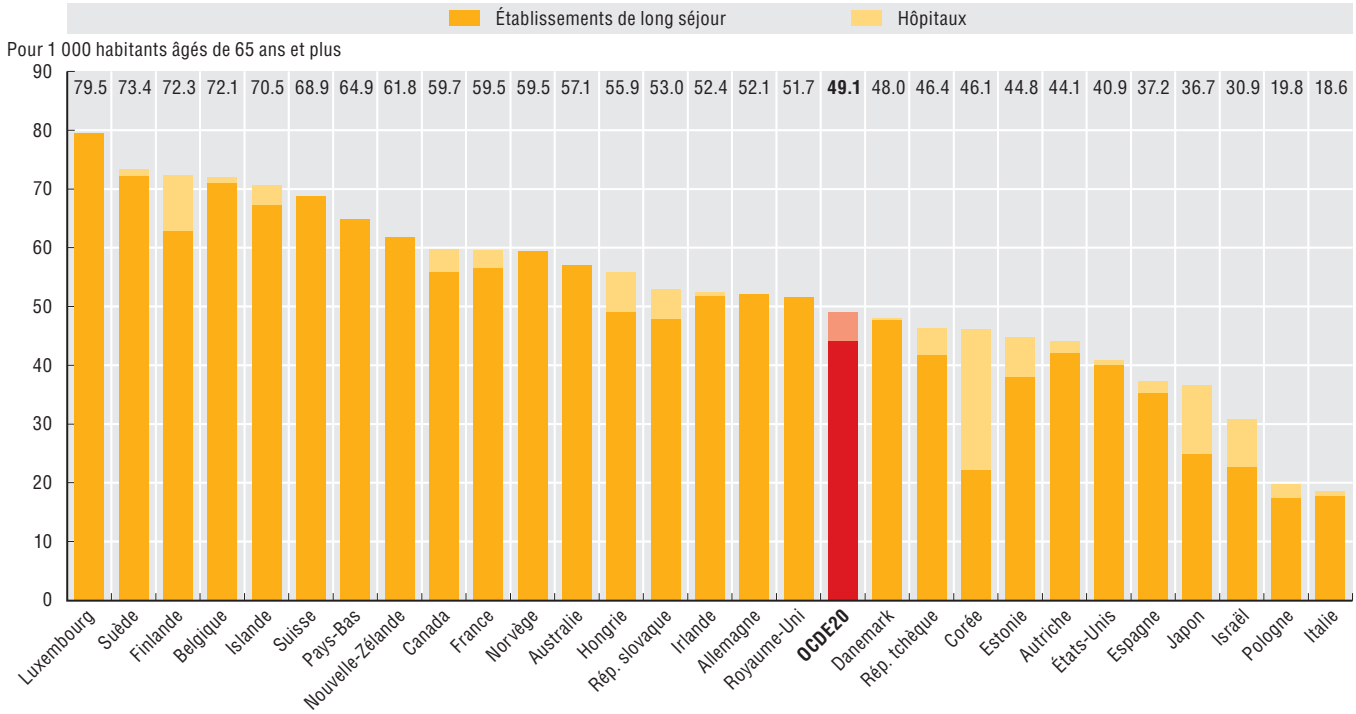
L'accueil en établissement de long séjour est généralement plus onéreux que la prise en charge à domicile, ne serait-ce qu'en raison des coûts supplémentaires d'hébergement et du nombre de professionnels mobilisés. Les personnes dépendantes préfèrent en général continuer à vivre chez elles. Toutefois, le contexte personnel peut justifier un placement en établissement de long séjour, 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 pour 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 correspondent aux établissements médicalisés et aux établissements de soins avec hébergement qui assurent 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 à graves. 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 doivent pas être pris en compte dans les comparaisons internationales.

La couverture des données varie toutefois d'un pays à l'autre. 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. L'Australie ne collecte pas de données concernant le nombre de lits dans le secteur des soins de longue durée ; les données sur les lits en établissements de long séjour en Australie sont donc estimées à partir des bases de données sur les soins aux personnes âgées.

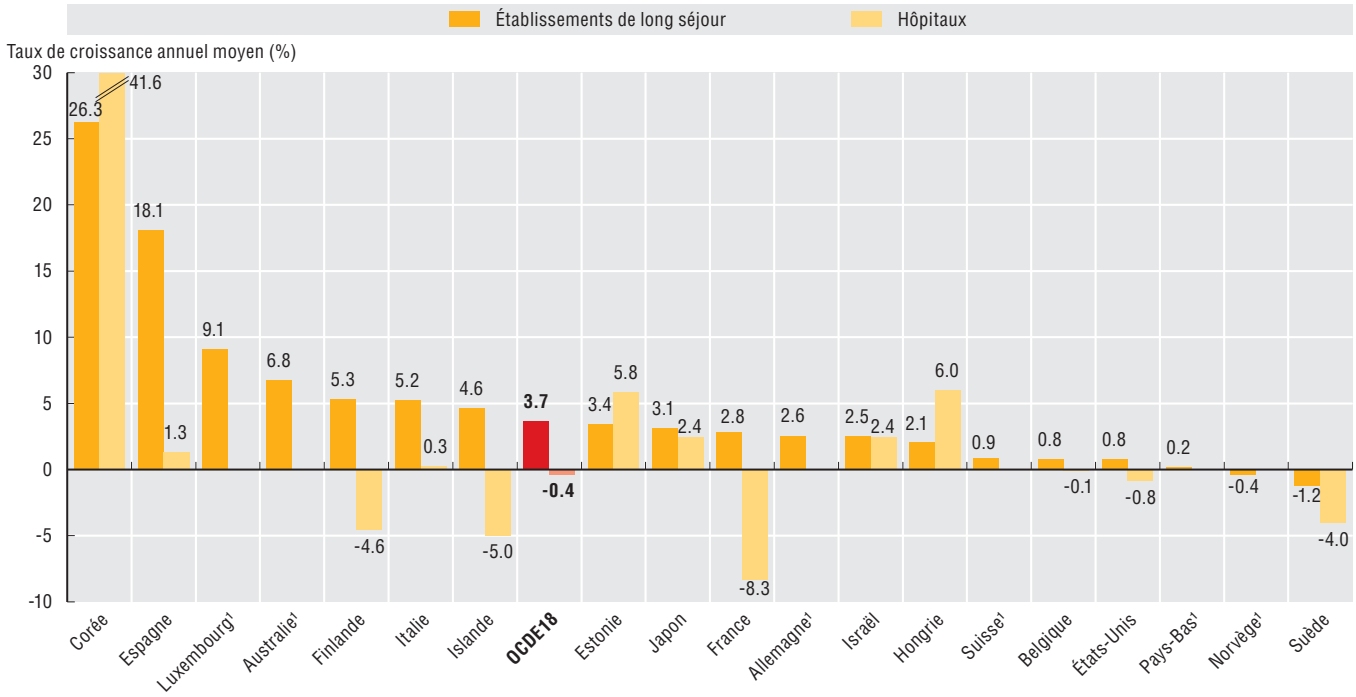
### 8.8.1. Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2011 (ou année la plus proche)




*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923127

### 8.8.2. Évolution des lits de soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2000-11 (ou année la plus proche)




*Note :* La moyenne OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).
1. L'Allemagne, l'Australie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas et la Suisse ne rapportent aucun lit de soins de longue durée à l'hôpital.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923146

# 8.9. Dépenses de soins de longue durée

Au cours des dernières décennies, les dépenses de soins de longue durée ont augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, et cette tendance devrait se poursuivre 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.

Une part significative des soins de longue durée est financée par les ressources publiques. En 2011, le total des dépenses publiques de soins de longue durée (englobant à la fois le volet santé et le volet aide sociale) s'élevait à 1.6 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 8.9.1). Les Pays-Bas et la Suède affichent les dépenses publiques les plus élevées dans ce domaine, puisqu'elles représentent plus du double de la moyenne de l'OCDE (à 3.7 % et 3.6 % du PIB respectivement). À l'inverse, la Grèce, le Portugal, l'Estonie, la Hongrie, la République tchèque et la Pologne consacrent moins de 0.5 % de leur PIB aux dépenses publiques de soins de longue durée. Ces disparités traduisent des différences de structure démographique mais surtout la différence entre la mise en place de systèmes formels de prise en charge de la dépendance et les dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. En dépit des problèmes de sous-déclaration, les dépenses privées de soins de longue durée jouent un rôle relativement important en Suisse (0.8 % du PIB), en Allemagne, aux États-Unis, en Finlande et en Espagne (0.4 % environ du PIB). La plus grande partie des dépenses privées correspond aux dépenses laissées à la charge des patients, étant donné que l'assurance maladie privée dédiée à la prise en charge de la dépendance ne joue un rôle important dans aucun pays.

Les délimitations entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée ne sont pas appliquées de la même manière entre les pays (voir encadré « Définition et comparabilité ») : si certains incluent des composantes des soins de longue durée dans le volet santé, d'autres les considèrent comme relevant du volet social. Les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège consacrent plus de 2 % du PIB au volet santé des soins de longue durée, soit le double de la moyenne de l'OCDE. C'est en Suède que la part du volet social des dépenses publiques de soins de longue durée dans le PIB est la plus élevée, à 3 %, contre une moyenne de 0.7 % dans les pays de l'OCDE. À titre de comparaison, les Pays-Bas, la Finlande et le Japon y consacrent plus de 1 % du PIB, tandis que la Pologne, l'Espagne, la Nouvelle-Zélande et la Corée allouent moins de 0.1 % du PIB au volet social des dépenses publiques de soins de longue durée.

Les dépenses publiques allouées aux soins de longue durée ont progressé rapidement ces dernières années dans certains pays (graphique 8.9.2), comme en témoigne le taux de croissance annuel de 4.8 % enregistré entre 2005 et 2011 dans les pays de l'OCDE, qui est supérieur à l'augmentation des dépenses publiques de santé sur la période. La Corée et le Portugal, qui ont pris des mesures pour étendre la couverture de leurs systèmes de soins de longue durée ces dernières années, ont enregistré la plus forte progression des dépenses publiques entre 2005 et 2011. En revanche, les pays qui ont un long passé de couverture publique pour les soins de longue durée ont enregistré des taux de croissance inférieurs à la moyenne ces dernières années.

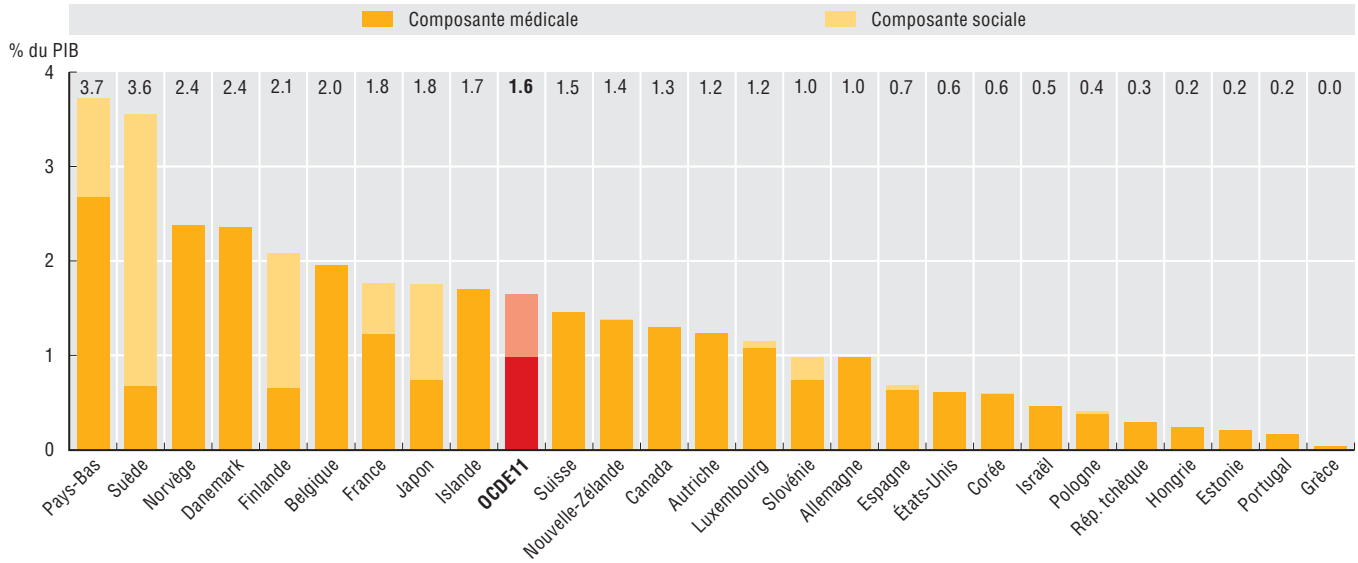
Si une proportion importante des dépenses de soins de longue durée reste allouée à la prise en charge en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont développé l'offre de services de soins à domicile. Entre 2005 et 2011, le taux de croissance annuel des dépenses publiques consacrées à la prise en charge à domicile s'élevait à 5 % environ, contre 4 % pour la prise en charge en établissement (graphique 8.9.3). En Corée, en Espagne et en Estonie, on a observé une augmentation sensible des dépenses dédiées à la prise en charge à domicile, tandis que les dépenses relatives à la prise en charge en établissement ont été revues à la baisse en Finlande et en Hongrie.

Les projections donnent à penser que les ressources publiques allouées aux soins de longue durée en proportion du PIB pourraient doubler, voire plus, d'ici 2060 (Colombo et al., 2011 ; De La Maisonneuve et Oliveira Martins, 2013). L'un des plus grands défis auxquels seront confrontés de nombreux pays de l'OCDE à l'avenir consistera à trouver le juste équilibre entre une protection adaptée en matière de dépendance et la viabilité budgétaire de cette protection à long terme.

### *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 au *Système de comptes de la santé*, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (c'est-à-dire l'aide aux activités de la vie quotidienne – AVQ). Il englobe les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les pratiques nationales de comptabilisation des dépenses de soins de longue durée entre le volet sanitaire et le volet social peuvent toutefois s'éloigner de ces définitions. Les dépenses publiques de soins de longue durée sont plus adaptées aux comparaisons internationales car on observe des écarts importants dans la déclaration des dépenses privées d'un pays de l'OCDE à l'autre.

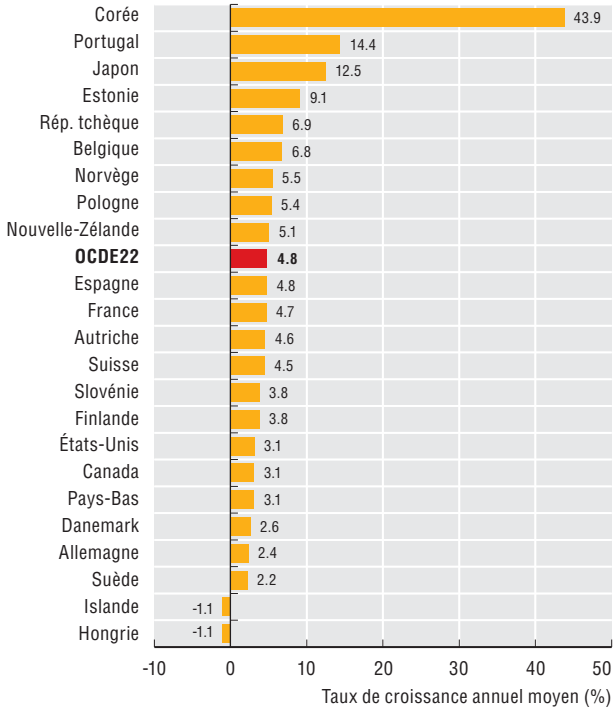
**8.9.1. Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2011 (ou année la plus proche)**




*Note :* La moyenne de l'OCDE inclut les 11 pays qui fournissent les composantes médicale et sociale.
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923165

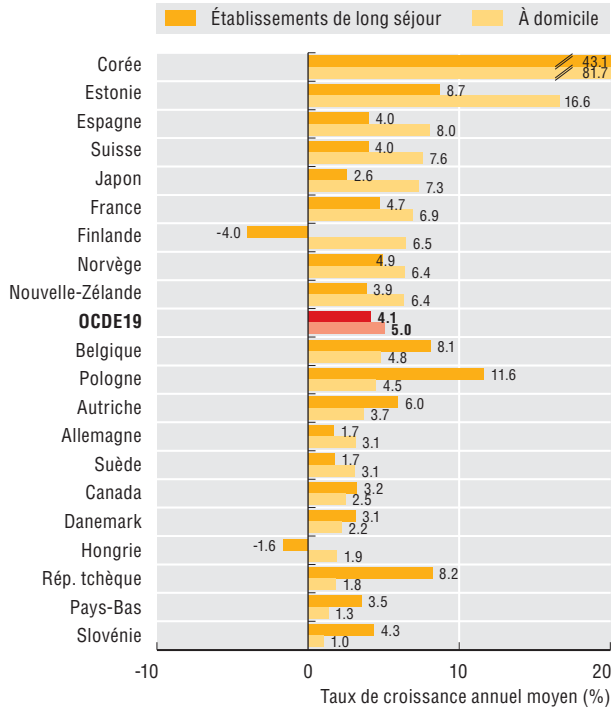
**8.9.2. Taux de croissance des dépenses publiques de soins de longue durée, en termes réels, 2005-11 (ou année la plus proche)**




*Note :* La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923184

**8.9.3. Taux de croissance des dépenses publiques de soins de longue durée (dispensés en établissements de long séjour et à domicile), en termes réels, 2005-11 (ou année la plus proche)**




*Note :* La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).
*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923203

# *Bibliographie*

ACMMP – Advisory Committee on Medical Manpower Planning (2010), « Capacity Plan », vol. 2, *General Medicine*, Utrecht.

Adriaenssens, N. et al. (2011), « European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): Disease Specific Quality Indicators for Outpatient Antibiotic Prescribing », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 20, pp. 764-772.

ADA – American Diabetes Association (2013), *Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012*.

AHRQ – Agency for Health Research and Quality (2006), *Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators – February 2006*, AHRQ, Rockville, États-Unis.

AHRQ (2011a), *2010 National Healthcare Quality Report*, AHRQ, Rockville, États-Unis.

AHRQ (2011b), *2010 National Healthcare Disparities Report*, AHRQ, Rockville, États-Unis.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2011), *The Health and Welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander People: An Overview 2011*, Cat. n° IHW 42, AIHW, Canberra.

AIHW (2012a), *Australia's Health 2012*, Australia's Health Series n° 13, Cat. n° AUS 156, AIHW, Canberra.

AIHW (2012b), *Mental Health Services in Brief 2012*, AIHW, Canberra.

AIHW (2012c), *Dementia in Australia*, Cat. n° AGE 70, AIHW, Canberra.

AIHW (2013), *Stroke and its Management in Australia: An Update*, Cardiovascular Disease Series n° 37, Cat. n° CVD 61, AIHW, Canberra.

Aiken, L. et R. Cheung (2008), « Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy », *OECD Health Working Paper* n° 35, Éditions OCCE, *http://dx.doi.org/10.1787/236153608331*.

Akkerman, A.E. et al. (2005), « Prescribing Antibiotics for Respiratory Tract Infections by GP's: Management and Prescriber Characteristics », *British Journal of General Practice*, vol. 55, pp. 114-118.

Allepuz, A. et al. (2009), « Hip and Knee Replacement in the Spanish National Health System », *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, vol. 53, n° 5, pp. 290-299.

Alzheimer's Australia (2009), « Keeping Dementia Front of Mind: Incidence and Prevalence 2009-50 », *Access Economics Reports*, disponible sur *www.alzheimers.org.au/research-publications/access-economics-reports.aspx*.

Alzheimer Europe (2009), « Prevalence of Dementia in Europe », disponible sur *www.alzheimer-europe.org/EN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia2/Prevalence-of-dementia-in-Europe*.

Alzheimer Europe (2012), *Dementia in Europe Yearbook 2012*, Luxembourg.

Anand, P. et al. (2008), « Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes », *Pharmaceutical Research*, vol. 25, n° 9, pp. 2097-2116.

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, Supplement n° 1, pp. 5-13.

Babor, T., R. Caetano, S. Casswell et al. (2010), *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy*, Oxford University Press, Oxford.

Baghestan, E. et al. (2007), « A Validation of the Diagnosis of Obstetric Sphincter Tears in Two Norwegian Databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System », *Acta Obstetricia et Gynecologica*, vol. 86, pp. 205-209.

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, 2001-04 », *Health Affairs*, vol. 27, pp. 188-195.

Bateman, B.T. et al. (2010), « Temporal Trends in the Epidemiology of Severe Postoperative Sepsis After Elective Surgery », *Anaesthesiology*, vol. 112, n° 4, pp. 917-925.

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.

Bewley, S. et J. Cockburn (2002), « The Unethics of 'Request' Caesarean Section », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 109, pp. 593-596.

Björkenstam, E. et al. (2012), « Quality of Medical Care and Excess Mortality in Psychiatric Patients – A Nationwide Register-based Study in Sweden », *BMJ Open 2012*, vol. 2, e000778, *http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000778*.

Bond, J. et al. (2006), « Self-rated Health Status as a Predictor of Death, Functional and Cognitive Impairments: A Longitudinal Cohort Study », *European Journal of Ageing*, vol. 3, pp. 193-206.

Borghans, I. et al. (2012), « Fifty Ways to Reduce Length of Stay: An Inventory of How Hospital Staff Would Reduce the Length of Stay in their Hospital », *Health Policy*, vol. 104, pp. 222-233.

Borraccino, A. et al. (2009), « Socioeconomic Effects on Meeting Physical Activity Guidelines: Comparisons Among 32 Countries », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 41, pp. 749-756.

Bouchery, E.E. et al. (2011), « Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006 », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 5, pp. 516-524.

Bourgueil, Y., A. Marek et J. Mousquès (2006), « Vers une Coopération entre Médecins et Infirmières – L'apport d'expériences européennes et canadiennes », *Série études*, n° 57, DREES, Paris, mars.

Brekke, M. et B. Gjelsvik (2009), « Secondary Cardiovascular Risk Prevention – We Can Do Better », *The Lancet*, vol. 373, n° 9667, pp. 873-875.

Brotherton, J.M, M. Fridman et C.L. May et al. (2011), « Early Effect of the HPV Vaccination Programme on Cervical Abnormalities in Victoria, Australia: An Ecological Study », *The Lancet*, vol. 377, n° 9783, pp. 2085-92.

Bronzwaer S., O. Cars, U. Buchholz et al. (2002), « A European Study on the Relationship Between Antimicrobial use and Antimicrobial Resistance », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 8, pp. 278-282.

Buchan, J. et S. Black (2011), « The Impact of Pay Increases on Nurses' Labour Market: A Review of Evidence from four OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 57, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5kg6jwn16tjd-en*.

Butler, C.C., F. Dunstan, M. Heginbothom et al. (2007), « Containing Antibiotic Resistance: Decreased Antibiotic-resistant Coliform Urinary Tract Infections with Reduction in Antibiotic Prescribing by General Practices », *British Journal of General Practice*, vol. 57, pp. 785-792.

CIHI – Canadian Institute for Health Information (2012), *Drug Expenditure in Canada, 1985 to 2011*, CIHI, Ottawa.

Castoro, C. et al. (2007), *Policy Brief-Day Surgery: Making it Happen*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhague.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2012), *Alcohol and Public Health: Alcohol-related Disease Impact* (ARDI), Atlanta, disponible sur *http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/default/default.aspx* (consulté le 1er juin 2012).

Ceccherini-Nelli, A. et S. Priebe (2011), « Economic Factors and Suicide Rates: Associations over Time in Four Countries », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 46, n° 10, pp. 975-982.

CfWI – Centre for Workforce Intelligence (2012), *A Strategic Review of the Future Healthcare Workforce: Informing Medical and Dental Student Intakes*, Londres.

Chia, S.K. et al. (2007), « The Impact of New Chemotherapeutic and Hormone Agents on Survival in a Population-based Cohort of Women with Metastatic Breast Cancer », *Cancer*, vol. 110, n° 5, pp. 973-979.

Classen, T.J. et R.A. Dunn (2012), « The Effect of Job Loss and Unemployment Duration on Suicide Risk in the United States: A New Look Using Mass-Layoffs and Unemployment Duration », *Health Economics*, vol. 21, n° 3, pp; 338-350.

Cochrane Collaboration (2013), *The Cochrane Acute Respiratory Infections Group*, disponible sur *www.ari.cochrane.org* (consulté le 10 juilllet 2013).

Coenen, S. et al. (2007), « European Surveillance of Antimicrobial Consumption (EASC): Quality Indicators for Outpatient Antibiotic Use in Europe », *Quality & Safety in Health Care*, vol. 16, pp. 440-445.

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.

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

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*, EC Directorate-General for Health and Consumers, Luxembourg.

Commission européenne (2013), « Long-term Care in Ageing Societies – Challenges and Policy Options », *Commission Staff Working Document*, SWD 41, Bruxelles.

Commonwealth Fund (2004), *2004 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults' Experiences with Primary Care*, *Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.

Commonwealth Fund (2007), *2007 International Health Policy Survey in Seven Countries, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.

Commonwealth Fund (2010), *2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries, Chartpack*, Commonwealth Fund, New York.

Corazziari I., M. Quinn et R. Capocaccia (2004), « Standard Patient Population for Age Standardising Survival Ratios », *European Journal of Cancer*, vol. 40, n° 15, pp. 2307-2316.

Corsini, V. (2010), « Highly Educated Men and Women Likely to Live Longer: Life Expectancy by Educational Attainment », *Eurostat Statistics in Focus 24/2010*, Commission européenne, Luxembourg.

Currie, C. et al. (dir. pub.) (2004), *Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/2002 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhague.

Currie, C. et al. (dir. pub.) (2008), *Inequalities in Young People's Health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) International Report from the 2005/2006 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhague.

Currie, C. et al. (dir. pub.) (2012), *Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, WHO Regional Office for Europe, Copenhague.

Cutler, D. et E.L. Glaeser (2006), « Why do Europeans Smoke More Than Americans? », *Working Paper* n° 12124, National Bureau of Economic Research, Cambridge.

Crump, C., et al. (2013), « Sociodemographic, Psychiatric and Somatic Risk Factors for Suicide: A Swedish National Cohort Study », *Psychological Medicine*, pp. 1-11.

Dartmouth Institute (2010), *Trends and Regional Variation in Hip, Knee and Shoulder Replacement*, Dartmouth Atlas Surgery Report, 6 avril.

de Jong, J.D. et al. (2006), « Variation in Hospital Length of Stay: Do Physicians Adapt their Length of Stay Decisions to What Is Usual in the Hospital Where They Work? », *Health Services Research*, vol. 41, n° 2.

de Hert, M. et al. (2011), « Physical Illness in Patients with Severe Mental Disorders. I. Prevalence, Impact of Medications and Disparities in Health Care », *World Psychiatry*, vol. 10, n° 1, pp. 52-77, février.

Department of Health (2011), « The Operating Framework for the NHS in England 2012/13 », Angleterre.

Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 54, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en*.

De La Maisonneuve, C. et J.O. Martins (2013), « Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections », *OECD Economic Policy Papers*, n° 6, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en*.

DeSalvo, K.B., V.S. Fan, M.B. McDonell et S.D. Fihn (2005), « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, pp. 1234-1246.

Devaux, M. et M. de Looper (2012), « Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD countries », *OECD Health Working Papers* n° 58, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en*.

Devaux, M. et F. Sassi (à paraître), « Alcohol Consumption and Harmful Drinking: Trends and Social Disparities across OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, Éditions OCDE.

Devaux, M., F. Sassi, J. Church et al. (2011), « Exploring the Relationship between Education and Obesity », *OECD Journal: Economic Studies*, Issue n° 1, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-2011-5kg5825v1k23*.

Di Mario, S. et al. (2005), *What is the Effectiveness of Antenatal Care? (Supplement)*, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), Copenhague.

*Diabetes Care* (2013), vol. 36, pp. 1033-1046, avril.

Dickman, P.W. et H.O. Adami (2006), « Interpreting Trends in Cancer Patient Survival », *Journal of Internal Medicine*, n° 260, pp. 103-117.

Dormont, B. et H. Huber (2006), « Causes of Health Expenditure Growth: The Predominance of Changes in Medical Practices Over Population Ageing », *Annales d'Économie et de Statistique*, n° 83/84, pp. 187-217.

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2013), « Les médecins en France au 1er janvier 2013 », *Document de travail, Série statistiques*, n° 179, DREES, Paris, avril.

Drösler, S.E., P.S. Romano et al. (2011), « International Comparability of Patient Safety Indicators in 15 OECD Member Countries: A Methodological Approach of Adjustment by Secondary Diagnoses », *Health Services Research*, disponible sur *http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01290.x*.

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.

Echevarría-Zuno, S., J.M. Mejía-Aranguré, A.J. Mar-Obeso et al. (2010), « Infection and Death from Influenza A H1N1 Virus in Mexico: A Retrospective Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9707, pp. 2072-79.

Elmadfa, I. (dir. pub.) (2009), *European Nutrition and Health Report 2009*, Karger, Bâle.

Elliman, D. et H. Bedford (2013), « Should the UK Introduce Compulsory Vaccination? », *The Lancet*, vol. 381, n° 9876, pp. 1434-1436.

Epstein, A. et al. (2011), « Coronary Revascularization Trends in the United States, 2001-08 », *Journal of the American Medical Association*, vol. 305, n° 17, pp. 1769-1775, 4 mai.

Ersek, K. et al. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: Epidemiology and Disease Burden of Dementia in Hungary », *Alzheimer Europe*, disponible sur *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010*, Luxembourg.

Federal Joint Committee (2012), *Planning Guideline of the Federal Joint Committee,* Federal Ministry of Justice.

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.

FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, FHF, Paris.

FID – Fédération international du diabète (2011), *Atlas du diabète*, 5e édition, Bruxelles.

Forde, I. (à paraître), « Hospital Length of Stay: Trends and Drivers », *OECD Health Working Paper*, Éditions OCDE.

Foresight (2007), « Tackling Obesities: Future Choices », Government Office for Science, disponible sur *www.foresight.gov.uk/Obesity/17.pdf*.

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? », *OECD Health Working Paper*, n° 41, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/228632341330*.

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.

Gardete-Correia L., J.M. Boavida, J.F. Raposo et al. (2011), « First Diabetes Prevalence Study in Portugal: PREVADIAB Study », *Diabetic Medicine*, vol. 27, pp. 879-881.

Gawande, A.A., D.M. Studdert, E.J. Orav et al. (2003), « Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 3, pp. 229-235.

Germany Federal Statistical Office (2013), « Cost-of-Illness Accounts », disponible sur *www.kostenvanziekten.nl*.

Gili, M. et al. (2012), « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, vol. 1-5, 19 avril.

Goldhaber-Fiebert, J.D. et al. (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.

Goossens, H., M. Ferech, R. Vander Stichele et al. (2005), « Outpatient Antibiotic Use in Europe and Association with Resistance: A Cross-national Database Study », *The Lancet*, vol. 365, pp. 579-587.

Government of Western Australia (2013), « Diagnostic Imaging Pathways: A Clinical Decision Support Tool and Educational Resource for Diagnostic Imaging », disponible sur *www.imagingpathways.health.wa.gov.au*.

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.

Grigoryan, L. et al. (2006), « Self-medication with Antimicrobial Drugs in Europe », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 12, n° 3, pp. 452-459.

Guariguata, L., Whiting, D., Weil, C. et Unwin, N. (2011), « The International Diabetes Federation Diabetes Atlas Methodology for Estimating Global and National Prevalence of Diabetes in Adults », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 94, n° 3, pp. 322-332.

Guize, L. et al. (2008), « Diabetes and Socio-economic Deprivation. A Study in a Large French Population », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, vol. 192, n° 9, p. 1707.

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.

Hallal, P.C. et al. (2006), « Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review », *Sports Medicine*, vol. 36, n° 12, pp. 1019-1030.

Hallal, P.C. et al. (2012), « Global Physical Activity Levels: Surveillance Progress, Pitfalls, and Prospects », *The Lancet*, vol. 380, n° 9838, pp. 247-257.

Hals, E. 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.

Happell, B., C. Palmer et R. Tennent (2010), « Mental Health Nurse Incentive Program: Contributing to Positive Client Outcomes », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 19, pp. 331-339.

Hatem, M., J. Sandall, D. Devane et al. (2008), « Midwife-led Versus Other Models of Care for Childbearing Women », *Cochrane Database Systematic Review*, vol. 4:CD004667, 8 octobre.

Hawton, K., K.E. Saunders and R.C. O'Connor (2012), « Self-Harm and Suicide in Adolescents », *The Lancet*, vol. 379, n° 9834, pp. 2373-2382.

Heijink, R., M.A. Koopmanschap et J.J. Polder (2006), *International Comparison of Cost of Illness*, RIVM, Bilthoven.

Health Workforce Australia (2012), *Health Workforce 2025 – Doctors, Nurses and Midwives*, vol. 1 & 2, Adelaide, disponible sur *www.hwa.gov.au/sites/uploads/FinalReport_Volume1_FINAL-20120424.pdf*.

Heit, J.A. (2012), « Estimating the Incidence of Symptomatic Postoperative Venous Thromboembolisms », *Journal of American Medical Association*, vol. 307, n° 3, pp. 306-307.

Hollingworth, S. et al. (2010), « Affective and Anxiety Disorders: Prevalence, Treatment and Antidepressant Medication Use », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 44, pp. 513-519.

Hoot, N.R. et D. Aronsky (2008), « Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 52, n° 2, pp. 126-136.

Huttner, B. et al. (2010), « Characteristics and Outcomes of Public Campaigns Aimed at Improving the Use of Antibiotics in Outpatients in High-income Countries », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 10, pp. 17-31.

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans (1995), *Human Papillomaviruses*, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, vol. 64, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

Indredavik, B. (2009), « Stroke Unit Care Is Beneficial Both for the Patient and for the Health Service and Should Be Widely Implemented », *Stroke*, vol. 40, n° 1, pp. 1-2.

Institute of Alcohol Studies (2007), « Binge Drinking-Nature, Prevalence and Causes », *IAS Fact Sheet*, disponible sur *www.ias.org.uk/resources/factsheets/binge_drinking.pdf*.

International Association for the Study of Obesity (2011), « Overweight Children around the World », disponible sur *www.iaso.org*.

Iversen, H.H., Ø.A. Bjertæs, G. Groven et G. Bukholm (2010), « Usefulness of a National Patient Experience Survey in Quality Improvement: Views of Paediatric Department Employees », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 19, n° 5, BMJ Publishing Group Limited, Londres.

Januel, J.M. et al. (2012), « Symptomatic In-hospital Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism Following Hip and Knee Arthroplasty Among Patients Receiving Recommended Prophylaxis », *Journal of American Medical Association*, vol. 307, n° 3, pp. 294-303.

Jefferson, T.C., J. Di Pietrantoni, L.A. Al-Ansary et al. (2010), « Vaccines for Preventing Influenza in the Elderly », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, CD004876.

Jemal, A., F. Bray, M.M. Center et al. (2011), « Global Cancer Statistics », *A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 61, n° 2, pp. 69-90.

Jeon, Hong Jin (2011), « Depression and Suicide », *Journal of the Korean Medical Association*, vol. 54, n° 4, pp. 370-375.

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.

Jhun, Hyung-Joon, Ho Kim et Sung-Il Cho (2011), « Time Trend and Age-Period-Cohort Effects on Acute Myocardial Infarction Mortality in Korean Adults from 1988 to 2007 », *Journal of Korean Medical Science*, vol. 26, n° 5, pp. 637-641.

Jonsson, P.M. et al. (2013), « Finland », Part II, Chapter 7 in *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

Joseph, K.S. et al. (2012), « Influence of Definition Based Versus Pragmatic Registration on International Comparisons of Perinatal and Infant Mortality: Population Based Retrospective study », *British Medical Journal*, vol. 344, e746.

Juva, M. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: From National Dementia Plan to Local Reality », *Alzheimer Europe*, disponible sur *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Kapral, M.K., R. Hall, M. Stamplecoski et al. (2011), « Registry of the Canadian Stroke Network – Report on the 2008/09 Ontario Stroke Audit », Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto.

Kelley, E. et J. Hurst (2006), « Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework », *OECD Health Working Paper*, n° 23, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/440134737301*.

Kelly, H. et al. (2011), « The Age-Specific Cumulative Incidence of Infection with Pandemic Influenza H1N1 2009 Was Similar in Various Countries Prior to Vaccination », *PLoS One,* vol. 6, n° 8, e21828, *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0021828*.

Kenigsberg, P.A. (2009), « Parallel Sessions-Dementia Policies: The Changing Economic Environment of Alzheimer's Disease in France », Alzheimer Europe, disponible sur *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

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 », *OECD Health Working Paper*, n° 53, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5km4k7mrnnjb-en*.

Kohlhammer, Y. et al. (2007), « Determinants of Influenza and Pneumococcal Vaccination in Elderly People: A Systematic Review », *Public Health*, vol. 121, pp. 742-751.

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.

Koller, D. et al. (2013), « Variation in Antibiotic Prescriptions: Is Area Deprivation an Explanation? Analysis of 1.2 Million Children in Germany », *Infection*, vol. 41, n° 1, pp. 121-127.

Kotseva, K. et al. (2009), « UROASPIRE III: A Survey on the Lifestyle, Risk Factors and Use of Cardioprotective Drug Therapies in Coronary Patients from 22 European Countries », *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, vol. 16, pp. 121-137.

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.

Kringos, D. et al. (2010), « The Breadth of Primary Care: A Systematic Literature Review of its Core Dimensions », *BMC Health Services Research*, vol. 10, n° 65, *http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-65*.

Kroneman, M. et al. (2003), « Influenza Vaccination Uptake in Europe: An Inventory of Strategies to Reach Target Populations and Optimise Vaccination Uptake », *Eurosurveillance*, vol. 8, n° 6.

Kumar, A. et M. Schoenstein (2013), « Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 64, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en*.

Kunze, U. et al. (2007), « Influenza Vaccination in Austria, 1982-2003 », *Wien Med Wochenschr*, vol. 157, n° 5-6, pp. 98-101.

Lang, P.O., A. Mendes, J. Socquet, N. Assir, S. Govind et R. Aspinall (2012), « Effectiveness of Influenza Vaccine in Aging and Older Adults: Comprehensive Analysis of the Evidence », *Clinical Interventions in Aging*, vol. 7, n° 55.

Lansdorp-Vogelaar, I., A.B. Knudsen et H. Brenner (2010), « Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening – An Overview », *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 24, pp. 439-449.

Lee, Hye Ah et Hyesook Park (2012), « Trends in Ischemic Heart Disease Mortality in Korea, 1985-2009: An Age-period-cohort Analysis », *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, vol. 45, n° 5, pp. 323-328.

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.

Lobstein T. (2010), « L'ampleur et les risques de l'épidémie international d'obésité chez les enfants » in F. Sassi (dir. pub.), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, pp. 107-114, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr*.

Lozano, R., M. Naghavi et K. Foreman (2012), « Global and Regional Mortality from 235 Causes of Death for 20 Age Groups in 1990 and 2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 380, n° 9859, pp. 2095-2128.

Lundström, M. et al. (2012), « Evidence-based Guidelines for Cataract Surgery: Guidelines Based on Data in the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery Database », *Journal of Cataract and Refractive Surgery*.

Mackenbach, J.P. et al. (2008), « Socio-economic 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.

Maiorova, T., F. Stevens, L. van der Velden et al. (2007), « Gender Shift in Realisation of Preferred Type of GP Practice: Longitudinal Survey over the Last 25 Years », *BMC Health Services Research*, vol. 7, n° 111.

Mariotto, A.B., K.R. Yabroff, Y. Shao et al. (2011), « Projections of the Cost of Cancer Care in the United States: 2010-20 », *Journal of the National Cancer Institute*, disponible sur *jnci.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/12/jnci.djq495.abstract*.

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.

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.

McGuire, A. et al. (2010), « Technology Diffusion and Health Care Productivity: Angioplasty in the UK », *Working Paper* n° 17/2010, London School of Economics, Londres.

McKinsey Global Institute (2008), « Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More », disponible sur *www.mckinsey.com/mgi/reports/pdfs/healthcare/US_healthcare_report.pdf*.

McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *OECD Health Working Papers*, n° 61, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

Mercier, A. et al. (2011), « Understanding the Prescription of Antidepressants: A Qualitative Study among French GPs », *BMC Family Practice*, vol. 12, n° 99.

Mereckiene, J. et al. (2008), « Low Coverage of Seasonal Influenza Vaccination in the Elderly in Many European Countries », *Eurosurveillance*, vol. 13, n° 41.

Mereckiene, J. et al. (2012), « Influenza A(H1N1)pdm09 Vaccination Policies and Coverage in Europe », *Eurosurveillance*, vol. 17, n° 4.

Minkoff, H. et F.A. Chervenak (2003), « Elective Primary Cesarean Section », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, pp. 946-950.

Ministry of Health (2012), *Rising to the Challenge: The Mental Health and Addiction Service Development Plan 2012-17*, Ministry of Health, Wellington.

Moïse, P. et al. (2003), « OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes for Ischaemic Heart Disease », *OECD Health Working Paper*, n° 3, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/230112362071*.

Morgan, D. et R. Astolfi (2013), « Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? », *OECD Health Working Papers*, n° 60, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en*.

Murray, C.J.L et al. (2013), « Disability-adjusted Life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries in 21 Regions, 1990-2010: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 380, n° 9859, pp. 2197-2223.

Myers, M. et P. Zimmet (2008), « Halting the Accelerating Epidemic of Type 1 Diabetes », *The Lancet*, vol. 371, n° 9626, pp. 1730-1731.

National Research Council and Institute of Medicine, S. Woolf et L. Aron (dir. Pub.) (2013), *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, Panel on Understanding Cross-National Health Differences Among High-Income Countries, National Academies Press, Washington, DC.

NCHS – National Center for Health Statistics (2011), *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying*, NCHS, Hyattsville, États-Unis.

NCHS (2013), *Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care*, NCHS, Hyattsville, États-Unis.

Neufeld, M. et J. Rehm (2013), « Alcohol Consumption and Mortality in Russia Since 2000: Are There any Changes Following the Alcohol Policy Changes Starting in 2006? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 2, pp. 222-230.

Nghiem, H., L. Connelly et S. Gargett (2013), « Are Road Traffic Crash Fatality Rates Converging among OECD Countries? », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 52, pp. 162-170.

Nguyen, T. et al. (2011), « Acceptance of A Pandemic Influenza Vaccine: a Systematic Review of Surveys of the General Public », *Infection and Drug Resistance*, vol. 4, pp. 197-207.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2012), « Published Diagnostics guidance », NICE, London and Manchester, disponible sur *guidance.nice.org.uk/DT/Published*.

Nock, M.K. et al. (2008), « Suicide and Suicidal Behavior », *Epidemiologic Reviews*, vol. 30, pp. 133-154.

Nolting, H.-D. et al. (2012), *Healthcare Fact Check: Regional Variations in German Healthcare*, Bertelsmann Stiftung, Gutersloh.

NOMESCO – Nordic Medico-Statistical Committee (2010), *Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-08*, NOMESCO, Copenhague.

Nordentoft, M. et al. (2013), « Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270.770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden », *PLoS One*. vol. 8, n° 1, e55176, *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0055176*.

Norhammar, A. et al. (2007), « Improved but Still High Short-and Long-term Mortality Rates after Myocardial Infarction in Patients with Diabetes Mellitus: A Time-trend Report from the Swedish

Register of Information and Knowledge about Swedish Heart Intensive Care Admission », *Heart*, vol. 93, n° 12, pp. 1577-1583.

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264281806-fr*.

OCDE (2003), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264100053-en*.

OCDE (2004a), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264016484-fr*.

OCDE (2004b), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264015661-fr*.

OCDE (2008a), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment faire face à la crise imminente ?*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264050792-fr*.

OCDE (2008b), *Les prix des médicaments sur un marché global : politiques et enjeux*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264044173-fr*.

OCDE (2010a), *Systèmes de santé : efficacité et politiques*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264094925-fr*.

OCDE (2010b), *Optimiser les dépenses de santé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264088832-fr*.

OCDE (2011a), *Panorama des régions de l'OCDE 2011*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2011-fr*.

OCDE (2011b), *Panorama de la société 2011 – Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2011-fr*.

OCDE (2012a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel – Raising Standards*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en*.

OCDE (2012b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea – Raising Standards*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en*.

OCDE (2012c), *OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264168091-en*.

OCDE (2013a), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013*, Base de données en ligne, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

OCDE (2013b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey – Raising Standards*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en*.

OCDE (2013c), *Panorama des pensions de l'OCDE*, Éditions OCDE, à paraître.

OECD (2013d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark – Raising Standards*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en*.

OECD (2013e), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

OCDE (2013f), *Panorama des régions de l'OCDE*, Éditions OCDE.

OCDE (à paraître), *Mental Health Services in OECD Countries* (titre provisoire), Éditions OCDE.

OCDE et Commission européenne (2013), *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en*.

OCDE et OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr*.

OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en*.

OCDE/ITF (2011), *IRTAD Road Safety 2010 Annual Report*, Éditions OCDE.

OCDE/ITF (2013), *IRTAD Road Safety 2013 Annual Report*, Éditions OCDE.

OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césarienne en Suisse*, OFSP, Berne, 27 février.

OMS – Organisation mondiale de la santé (2000), « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale – Rapport de 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 (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) », disponible sur *www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/vaccine_preparedness/safety approval/fr/index.html*.

OMS (2009d), « Relevé épidémiologique hebdomadaire », n° 40, pp. 405-420, disponible sur *www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf* (consulté le 10 juillet 2013).

OMS (2010a), *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, OMS, Genève.

OMS (2010b), « Chronic Rheumatic Conditions », *Fact Sheet*, disponible sur *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 (2011a), *Système mondial d'information sur l'alcool et la santé*, OMS, Genève, disponible sur *www.apps.who.int/ghodata*.

OMS (2011b), « Asthme », *Aide mémoire* n° 307, OMS, Genève, disponible sur *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/index.html*.

OMS (2011c), « Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) », *Aide mémoire* n° 315, OMS, Genève, disponible sur *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/index.html*.

OMS (2011d), *Rapport de situation mondiale sur l'alcool et la santé*, OMS, Genève.

OMS (2011e), *Mental Health Atlas 2011*, OMS, Genève.

OMS (2012), *Statistiques sanitaires mondiales 2012*, OMS, Genève.

OMS (2013), « Tabagisme », *Aide mémoire* n° 339, OMS, Genève, disponible sur *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html* (consulté le 15 juillet 2013).

OMS/Unicef (2013), « Immunization Schedule – June 2013 Update », disponible sur *www.who.int/immunization_monitoring/data/data_subject/en/index.html* (consulté le 9 juillet 2013).

OMS et Alzheimer Disease International (2012), *La démence : une priorité de santé publique*, Genève.

Ono, T., G. Lafortune et M. Schoenstein (2013), « Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 62, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en*.

Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (à paraître), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses » (provisional title), *OECD Health Working Papers*, Éditions OCDE.

Or, Z. (2000), « Exploring the Effects of Health Care on Mortality across OECD Countries », *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, n° 46, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/716472585704*.

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.

Ouhoummane, N. et al. (2010), « Trends in Postacute Myocardial Infarction Management and Mortality in Patients with Diabetes. A Population-based Study from 1995 to 2001 », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 26, n° 10, pp. 523-531.

OXERA (2001), *Fundamental Review of the Generic Drugs Market*, Rapport préparé pour le Département de la santé, OXERA, Oxford.

Palència, L. et al. (2010), « Socioeconomic Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening Practices in Europe: Influence of the Type of Screening Program », *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, pp. 757-765.

Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 50, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en*.

Patterson, C.C., G.G. Dahlquist, E. Gyürüs, et al. et EURODIAB Study Group (2009), « Incidence Trends for Childhood Type 1 Diabetes in Europe During 1989-2003 and Predicted New Cases 2005-20: A Multicentre Prospective Registration Study », *The Lancet*, vol. 373, n° 9680, pp. 2027-33.

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.

Pitman, R.J., A. Melegaro, D. Gelb et al. (2006), « Assessing the Burden of Influenza and Other Respiratory Infections in England and Wales », *Journal of Infection*, vol. 54, n° 6, pp. 530-538.

Poland, G. (2011), « The 2009-10 Influenza Pandemic: Effects on Pandemic and Seasonal Vaccine Uptake and Lessons Learned for Seasonal Vaccination Campaigns », *Vaccine*, vol. 28S, pp. D3-D13.

Pong, R.W. (2011), « Putting Up the Stethoscope for Good? », Canadian Institute for Health Information (CIHI), disponible sur *www.cihi.ca*.

Public Health Agency of Canada (2009), « Publicly-funded Immunization Programs in Canada – Routine Schedule for Infants and Children », disponible sur *www.phac-aspc.gc.ca/im/ptimprog-progimpt/table-1-eng.php*

Public Health Agency of Canada (2013), *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 2005-08*.

Qin, P., E. Agerbo et P.B. Mortensen (2003), « Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-based Study of All Suicides in Denmark, 1981-97 », *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, n° 4, pp. 765-772, avril.

Rasmussen, M. et al. (2006), « Determinants of Fruit and Vegetable Consumption among Children and Adolescents: A Review of the Literature. Part 1: Quantitative Studies », *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, vol. 3, n° 22.

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 2000-04 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.

Saha, S., D. Chant et J. McGrath (2007), « A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 10, pp. 1123-1131, *http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.112*.

Sandvik, C. et al. (2005), « Personal, Social and Environmental Factors Regarding Fruit and Vegetable Consumption Intake Among Schoolchildren in Nine European Countries », *Annals of Nutrition and Metabolism*, vol. 49, n° 4, pp. 255-266.

Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : objectif santé*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr*.

Sassi, F., M. Devaux, J. Church et al. (2009), « Education and Obesity in Four OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 46, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5km4psmtn8zx-en*.

Schiele, F. et al. (2005), « Compliance with Guidelines and 1-year Mortality in Patients with Acute Myocardial Infarction: A Prospective Study », *European Heart Journal*, vol. 26, pp. 873-880.

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.

Schull, M.J., M.M. Mamdani et J. Fang (2004), « Community Influenza Outbreaks and Emergency Department Ambulance Diversion », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 44, pp. 61-67.

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.

Sengupta, N. et al. (2004), « Does the MMR Triple Vaccine Cause Autism? », *Evidence-based Healthcare and Public Health*, vol. 8, n° 5, pp. 239-245, octobre.

Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

Sirven, N. et Z. Or (2010), « Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe », *IRDES Working Paper*, n° 37, IRDES, Paris.

Slobbe, L.C.J, J.M. Smit, J. Groen et al. (2011), *Trends in Cost of Illness in the Netherlands, 1999- 2010*, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), disponible sur *www.costofillness.nl*.

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.

Sonnenberg, A. et al. (2000), « Cost-Effectiveness of Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer », *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, n° 8, pp. 573-584.

Soriguer, F., A. Goday, A. Bosch-Comas et al. (2012), « Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Regulation in Spain: the Di@ bet.es Study », *Diabetologia*, vol. 55, n° 1, pp. 88-93.

Starfield, B. et al. (2005), « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3, pp. 457-502.

Strong, W.B. et al. (2005), « Evidence Based Physical Activity for School-Age Youth », *Journal of Pediatrics*, vol. 146, pp. 732-737.

Sullivan, D.F. (1971), « A Single Index of Mortality and Morbidity », *Health Services Mental Health Administration Health Reports*, vol. 86, pp. 347-354.

Sundquist, J. (2012), « Long-Term Outcome after Obstetric Injury: A Retrospective Study », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 91, n° 6, pp. 715-718.

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.

Szalay, T. et al. (2011), « Slovakia: Health System Review », *Health Systems in Transition*, vol. 13, n° 2, pp. 1-200.

Taggart, D. (2009), « PCI or CABG in Coronary Artery Disease? », *The Lancet*, vol. 373, pp. 1190-1197.

Tidemalm, D. et al. (2008), « Excess Mortality in Persons with Severe Mental Disorder in Sweden: A Cohort Study of 12 103 Individuals with and without Contact with Psychiatric Services », *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2008*, vol. 4, n° 23, *http://dx.doi.org/10.1186/1745-0179-4-2*.

Unicef et OMS (2004), *Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates*, UNICEF, New York.

Valenciano. M. et al. (2011), « Estimates of Pandemic Influenza Vaccine Effectiveness in Europe, 2009-10: Results of Influenza Monitoring Vaccine Effectiveness in Europe (I-MOVE) Multicentre Case-Control Study », *PLoS Med*, vol. 8, n° 1.

Van Doorslaer, E. et al. (2004), « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », *OECD Health Working Paper*, n° 14, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/687501760705*.

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.

Vogel, T.R. et al. (2010), « Postoperative Sepsis in the United States », *The Annals of Surgery*, vol. 252, n° 6, pp. 1065-1071.

Vogler, S. (2012), « The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries – An Overview », *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, vol. 1, n° 2, pp. 44-51.

Walls, H.C.et al. (2012), « Reductions in Transport Mortality in Australia: Evidence of a Public Health Success », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 49.

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.

Westert, G. et N. Klazinga (2011), *The Dutch Health Care System, 2011*, Report prepared for the Commonwealth Fund, disponible sur *www.commonwealthfund.org/Topics/International-Health-Policy/Countries/The-Netherlands.aspx*.

Wahlbeck, K. et al. (2011), « Outcomes of Nordic Mental Health Systems: Life Expectancy of Patients with Mental Disorders », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 199, n° 6, pp. 453-458.

Wheeler, C.M. 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.

WHA – World Health Assembly (2003), *Prevention and Control of Influenza Pandemics and Annual Epidemics*, 56e Assemblée mondiale sur la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Wiegers, T. et C. Hukkelhoven (2010), « The Role of Hospital Midwives in the Netherlands », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 10, n° 80, disponible sur *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, U.S. Department of Health and Human Services, Centres for Medicare and Medicaid Services, disponible sur *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*, disponible sur *www.alzheimer-europe.org/Conferences/Previous-conferences/2009-Brussels/Abstracts-and-presentations/Dementia-policies*.

Wübker, A. (2013), « Explaining Variations in Breast Cancer Screening Across European Countries », *European Journal of Health Economics*, *http://dx.doi.org/10.1007/s10198-013-0490-3*.

Yan, R.T. et al. (2006), « Under-use of Evidence-based Treatment Partly Explains the Worse Clinical Outcome in Diabetic Patients with Acute Coronary Syndromes », *American Heart Journal,* vol. 152, n° 4, pp. 676-683.

Zaridze, D. et al. (2009), « Alcohol and Cause-specific Mortality in Russia: A Retrospective Case-control Study of 48 557 Adult Deaths », *The Lancet*, vol. 373, n° 9682, pp. 2201-2214.

Zivin, K., M. Paczkowski et S. Galea (2011), « Economic Downturns and Population Mental Health: Research Findings, Gaps, Challenges and Priorities », *Psychological Medicine*, vol. 41, n° 07, pp. 1343-1348.

**RÉFÉRENCES DES BASES DE DONNÉES**

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : État de santé*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00540-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Déterminants non médicaux de la santé*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00546-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Ressources en santé*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00541-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Utilisation des ressources en santé*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00542-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Indicateurs de la qualité des soins de santé*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00592-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Marché pharmaceutique*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00545-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Ressources et utilisation des soins de longue durée*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00543-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Dépenses de santé et financement*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Protection sociale*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00544-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Références démographiques*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00547-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

*Statistiques de l'OCDE sur la santé : Références économiques*, *http://dx.doi.org/10.1787/data-00548-fr* (consulté le 15 octobre 2013).

© OCDE 2013

# ANNEXE A

## *Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les dépenses de santé et leur financement*

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.

## Tableau A.1. **Population totale en milieu d'année, 1960 à 2011**

Milliers

| | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Allemagne[1] | 55 608 | 61 098 | 61 549 | 62 679 | 82 212 | 81 777 | 81 373 |
| Australie | 10 275 | 12 507 | 14 695 | 17 065 | 19 153 | 22 065 | 22 323 |
| Autriche | 7 048 | 7 467 | 7 549 | 7 678 | 8 012 | 8 390 | 8 421 |
| Belgique | 9 153 | 9 656 | 9 859 | 9 967 | 10 251 | 10 920 | 11 048 |
| Canada | 18 178 | 21 745 | 24 518 | 27 690 | 30 688 | 34 120 | 34 484 |
| Chili | 7 643 | 9 570 | 11 174 | 13 179 | 15 398 | 17 094 | 17 248 |
| Corée | 25 012 | 32 241 | 38 124 | 42 869 | 47 008 | 49 410 | 49 779 |
| Danemark | 4 580 | 4 929 | 5 123 | 5 141 | 5 340 | 5 548 | 5 571 |
| Espagne | 30 455 | 33 815 | 37 439 | 38 850 | 40 263 | 46 071 | 44 835 |
| Estonie | 1 211 | 1 359 | 1 477 | 1 569 | 1 369 | 1 340 | 1 340 |
| États-Unis | 180 671 | 205 052 | 227 225 | 249 623 | 282 162 | 309 326 | 311 588 |
| Finlande | 4 430 | 4 606 | 4 780 | 4 986 | 5 176 | 5 363 | 5 388 |
| France | 45 684 | 50 772 | 53 880 | 56 709 | 59 062 | 62 927 | 63 249 |
| Grèce | 8 322 | 8 793 | 9 643 | 10 157 | 10 917 | 11 308 | 11 300 |
| Hongrie | 9 984 | 10 338 | 10 711 | 10 374 | 10 211 | 10 000 | 9 993 |
| Irlande | 2 829 | 2 957 | 3 413 | 3 514 | 3 805 | 4 520 | 4 575 |
| Islande | 176 | 204 | 228 | 255 | 281 | 318 | 319 |
| Israël | 2 150 | 2 958 | 3 878 | 4 660 | 6 289 | 7 624 | 7 749 |
| Italie | 50 200 | 53 822 | 56 434 | 56 719 | 56 942 | 60 483 | 60 724 |
| Japon | 93 419 | 103 721 | 117 061 | 123 613 | 126 927 | 128 058 | 127 799 |
| Luxembourg | 314 | 339 | 364 | 382 | 436 | 507 | 518 |
| Mexique | 37 877 | 50 785 | 67 384 | 83 971 | 98 439 | 108 396 | 109 220 |
| Norvège | 3 581 | 3 876 | 4 086 | 4 241 | 4 491 | 4 889 | 4 952 |
| Nouvelle-Zélande | 2 382 | 2 828 | 3 170 | 3 390 | 3 858 | 4 366 | 4 404 |
| Pays-Bas | 11 487 | 13 039 | 14 150 | 14 952 | 15 926 | 16 615 | 16 718 |
| Pologne | 29 561 | 32 526 | 35 578 | 38 031 | 38 256 | 38 517 | 38 526 |
| Portugal | 8 858 | 8 680 | 9 766 | 9 983 | 10 226 | 10 605 | 10 557 |
| République slovaque | 4 068 | 4 538 | 4 980 | 5 299 | 5 389 | 5 409 | 5 398 |
| République tchèque | 9 602 | 9 858 | 10 304 | 10 333 | 10 272 | 10 497 | 10 496 |
| Royaume-Uni | 52 371 | 55 633 | 56 331 | 57 238 | 58 888 | 61 344 | 61 760 |
| Slovénie | 1 580 | 1 670 | 1 884 | 1 998 | 1 990 | 2 049 | 2 052 |
| Suède | 7 485 | 8 043 | 8 311 | 8 559 | 8 872 | 9 378 | 9 447 |
| Suisse | 5 328 | 6 181 | 6 319 | 6 712 | 7 184 | 7 828 | 7 912 |
| Turquie | 27 438 | 35 294 | 44 522 | 55 120 | 64 252 | 73 328 | 74 165 |
| **OCDE (total)** | **768 959** | **870 899** | **965 909** | **1 047 508** | **1 149 946** | **1 230 391** | **1 235 233** |

1. Les chiffres de la population allemande concernent l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932923222*

## Tableau A.2. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1960 à 2011**

| | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Allemagne | 10.8 | 13.1 | 15.5 | 15.5 | 16.4 | 20.6 | 20.7 |
| Australie | 8.5 | 8.3 | 9.6 | 11.1 | 12.4 | 13.5 | 13.7 |
| Autriche | 12.2 | 14.1 | 15.4 | 14.9 | 15.4 | 17.6 | 17.7 |
| Belgique | 12 | 13.4 | 14.3 | 14.9 | 16.8 | 17.2 | 17.3 |
| Canada | 7.5 | 7.9 | 9.4 | 11.3 | 12.6 | 14.2 | 14.7 |
| Chili | 4.8 | 5 | 5.5 | 6.1 | 7.2 | 9 | 9.3 |
| Corée | 2.9 | 3.1 | 3.8 | 5.1 | 7.2 | 11 | 11.4 |
| Danemark | 10.6 | 12.3 | 14.4 | 15.6 | 14.8 | 16.6 | 17.1 |
| Espagne | 8.2 | 9.6 | 11 | 13.6 | 16.8 | 17 | 17.6 |
| Estonie | 10.6 | 11.7 | 12.5 | 11.6 | 15.1 | 17 | 17.2 |
| États-Unis | 9.2 | 9.8 | 11.3 | 12.5 | 12.4 | 13.1 | 13.2 |
| Finlande | 7.3 | 9.2 | 12 | 13.4 | 14.9 | 17.3 | 17.8 |
| France | 11.6 | 12.9 | 13.9 | 14 | 16.1 | 16.8 | 17.1 |
| Grèce | 8.2 | 11.1 | 13.1 | 13.7 | 16.6 | 19.1 | 19.5 |
| Hongrie | 9 | 11.6 | 13.4 | 13.3 | 15.1 | 16.7 | 16.8 |
| Irlande | 11.1 | 11.1 | 10.7 | 11.4 | 11.2 | 11.6 | 12.2 |
| Islande | 8.1 | 8.8 | 9.9 | 10.6 | 11.6 | 12.1 | 12.9 |
| Israël | 5 | 6.7 | 8.6 | 9.1 | 9.8 | 9.9 | 10 |
| Italie | 9.3 | 10.9 | 13.1 | 14.9 | 18.3 | 20.3 | 21 |
| Japon | 5.7 | 7.1 | 9.1 | 12.1 | 17.4 | 23.2 | 23.3 |
| Luxembourg | 10.9 | 12.5 | 13.6 | 13.4 | 14.1 | 13.9 | 13.9 |
| Mexique | 3.4 | 4.6 | 4.3 | 4.1 | 4.7 | 5.8 | 6.1 |
| Norvège | 11 | 12.9 | 14.8 | 16.3 | 15.2 | 15 | 15.2 |
| Nouvelle-Zélande | 8.7 | 8.4 | 9.7 | 11.2 | 11.8 | 13 | 13.3 |
| Pays-Bas | 9 | 10.2 | 11.5 | 12.8 | 13.6 | 15.4 | 15.9 |
| Pologne | 5.8 | 8.2 | 10.1 | 10.1 | 12.2 | 13.6 | 13.9 |
| Portugal | 7.9 | 9.4 | 11.3 | 13.4 | 16.2 | 18.4 | 19 |
| République slovaque | 6.9 | 9.1 | 10.5 | 10.3 | 11.4 | 12.4 | 12.7 |
| République tchèque | 9.5 | 12.1 | 13.5 | 12.6 | 13.8 | 15.4 | 16.2 |
| Royaume-Uni | 11.7 | 13 | 15 | 15.7 | 15.8 | 15.8 | 16.2 |
| Slovénie | 7.8 | 9.9 | 11.7 | 10.7 | 14 | 16.6 | 16.8 |
| Suède | 11.8 | 13.7 | 16.3 | 17.8 | 17.3 | 18.3 | 19.3 |
| Suisse | 10.2 | 11.4 | 13.8 | 14.6 | 15.3 | 17.4 | 17.1 |
| Turquie | 3.6 | 4.4 | 4.7 | 5.2 | 6.5 | 7.7 | 7.9 |
| **OCDE34** | **8.6** | **9.9** | **11.4** | **12.1** | **13.5** | **15.1** | **15.4** |

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932923241*

## Tableau A.3. **PIB par habitant en 2011 et taux de croissance annuel moyen, 1970 à 2011**

| | PIB par habitant en USD PPA | Taux de croissance annuel moyen (en termes réels) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 1970-80 | 1980-90 | 1990-2000 | 2000-10 | 2010-11 |
| Allemagne[2, 3] | 39 662 | 2.8 | 2.1 | 1.3 | 1.0 | 3.5 |
| Australie | 44 201 | 1.3 | 1.5 | 2.4 | 1.7 | 2.2 |
| Autriche | 42 186 | 3.5 | 2.1 | 2.2 | 1.1 | 2.3 |
| Belgique | 38 629 | 3.2 | 1.9 | 1.9 | 0.8 | 0.6 |
| Canada | 40 449 | 2.8 | 1.6 | 1.9 | 0.8 | 1.5 |
| Chili | 20 855 | .. | .. | 4.8 | 3.1 | 5.0 |
| Corée | 29 833 | 7.2 | 8.4 | 5.6 | 3.6 | 2.9 |
| Danemark | 40 933 | 1.9 | 2.0 | 2.2 | 0.2 | 0.7 |
| Espagne | 33 045 | 2.6 | 2.6 | 2.4 | 0.7 | 3.2 |
| Estonie[1] | 21 998 | .. | .. | .. | 3.8 | 8.3 |
| États-Unis | 48 113 | 2.2 | 2.3 | 2.2 | 0.6 | 1.1 |
| Finlande | 37 479 | 3.4 | 2.6 | 1.7 | 1.4 | 2.3 |
| France | 35 395 | 3.0 | 1.9 | 1.5 | 0.5 | 1.2 |
| Grèce | 25 859 | 3.6 | 0.2 | 1.6 | 1.7 | -7.0 |
| Hongrie[2] | 21 409 | .. | .. | .. | 2.2 | 1.7 |
| Irlande | 41 548 | 3.2 | 3.3 | 6.6 | 0.9 | 0.2 |
| Islande | 36 611 | 5.2 | 1.6 | 1.5 | 0.9 | 2.6 |
| Israël | 28 958 | 2.4 | 1.9 | 2.7 | 1.3 | 2.9 |
| Italie | 32 648 | 3.3 | 2.3 | 1.6 | -0.2 | 0.0 |
| Japon | 33 843 | 3.2 | 4.1 | 0.9 | 0.7 | -0.4 |
| Luxembourg | 88 781 | 1.9 | 4.5 | 3.6 | 1.2 | -0.6 |
| Mexique | 17 446 | 3.6 | -0.4 | 1.8 | 0.8 | 3.1 |
| Norvège | 61 060 | 4.2 | 1.0 | 3.9 | 1.3 | 4.0 |
| Nouvelle-Zélande | 30 942 | 0.6 | 1.3 | 1.7 | 1.1 | 0.2 |
| Pays-Bas | 42 716 | 2.3 | 1.7 | 2.5 | 0.9 | 0.4 |
| Pologne | 21 138 | .. | .. | 3.7 | 3.8 | 4.5 |
| Portugal | 25 588 | 3.5 | 3.0 | 2.7 | 0.3 | -1.1 |
| République slovaque[4] | 24 112 | .. | .. | .. | 4.7 | 3.4 |
| République tchèque | 26 209 | .. | .. | 0.6 | 3.2 | 1.8 |
| Royaume-Uni | 36 158 | 1.8 | 2.6 | 2.5 | 1.3 | 0.3 |
| Slovénie | 27 351 | .. | .. | 1.9 | 2.4 | 0.4 |
| Suède | 41 461 | 1.6 | 1.9 | 1.7 | 1.6 | 2.9 |
| Suisse | 51 227 | 1.0 | 1.6 | 0.4 | 0.9 | 0.8 |
| Turquie | 16 984 | 1.7 | 3.0 | 2.1 | 2.5 | 7.5 |
| **OCDE** | **35 436** | **2.9** | **2.3** | **2.4** | **1.5** | **1.8** |

1. L'année la plus récente est 1993.
2. L'année la plus récente est 1991.
3. Les données avant 1991 concernent l'Allemagne de l'Ouest.
4. L'année la plus récente est 1992.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932923260*

## Tableau A.4. **Dépenses totales de santé par habitant en 2011 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2011**

| | Dépenses totales de santé par habitant en USD PPA | Taux de croissance annuel par habitant (en termes réels)[1] | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2007/08 | 2008/09 | 2009/10 | 2010/11 | 2000-11 |
| Allemagne | 4 495 | 3.5 | 4.4 | 2.5 | 1.6 | 2.1 |
| Australie[2] | 3 800 | 2.2 | 3.6 | 0.0 | .. | 2.7 |
| Autriche | 4 546 | 3.2 | 2.1 | 0.5 | 0.0 | 1.8 |
| Belgique[3] | 4 061 | 4.3 | 3.1 | 0.4 | 0.7 | 3.1 |
| Canada | 4 522 | 1.8 | 6.8 | 1.8 | -0.3 | 3.0 |
| Chili[4] | 1 568 | 3.0 | 12.2 | 4.3 | 6.6 | 7.1 |
| Corée | 2 198 | 4.7 | 7.7 | 8.6 | 4.0 | 8.7 |
| Danemark | 4 448 | 0.6 | 5.7 | -2.4 | -1.2 | 2.3 |
| Espagne | 3 072 | 4.7 | 2.8 | -0.8 | -0.1 | 3.3 |
| Estonie | 1 303 | 12.6 | -0.1 | -6.9 | 1.2 | 5.3 |
| États-Unis | 8 508 | 1.5 | 2.1 | 1.7 | 1.0 | 3.0 |
| Finlande | 3 374 | 3.1 | 0.5 | 0.8 | 2.5 | 3.5 |
| France | 4 118 | 0.7 | 2.6 | 0.7 | 0.8 | 1.8 |
| Grèce | 2 361 | 2.6 | -2.9 | -11.4 | -10.9 | 2.1 |
| Hongrie | 1 689 | -1.7 | -3.2 | 5.4 | -0.1 | 3.0 |
| Irlande | 3 700 | 10.5 | 3.7 | -9.0 | -4.2 | 4.4 |
| Islande | 3 305 | -0.9 | -1.4 | -7.2 | -0.4 | 0.6 |
| Israël | 2 239 | 3.3 | -1.6 | 3.2 | 3.5 | 1.7 |
| Italie | 3 012 | 2.6 | -0.6 | 1.3 | -2.0 | 1.2 |
| Japon[2] | 3 213 | 3.5 | 4.7 | 4.9 | .. | 3.0 |
| Luxembourg [5] | 4 246 | -3.4 | 4.0 | .. | .. | 0.7 |
| Mexique[2] | 977 | 1.6 | 2.2 | 0.7 | .. | 2.8 |
| Norvège | 5 669 | 2.7 | 1.6 | -1.4 | 2.5 | 2.4 |
| Nouvelle-Zélande[3] | 3 182 | 6.6 | 7.9 | 0.6 | 1.0 | 3.8 |
| Pays-Bas | 5 099 | 3.5 | 3.6 | 2.7 | -0.7 | 4.7 |
| Pologne | 1 452 | 14.3 | 6.3 | 0.2 | 2.2 | 6.0 |
| Portugal | 2 619 | 2.1 | 2.6 | 2.0 | -6.3 | 1.1 |
| République slovaque[2] | 1 915 | 9.2 | 8.2 | 2.8 | .. | 10.0 |
| République tchèque | 1 966 | 6.9 | 10.7 | -4.3 | 2.8 | 4.7 |
| Royaume-Uni | 3 405 | 3.6 | 5.6 | -2.5 | -1.1 | 4.0 |
| Slovénie | 2 421 | 9.6 | 0.6 | -2.6 | 0.2 | 2.9 |
| Suède | 3 925 | 2.1 | 1.4 | 0.7 | 2.9 | 3.1 |
| Suisse | 5 643 | 1.7 | 3.5 | 0.8 | 2.1 | 1.8 |
| Turquie[6] | 906 | -0.7 | .. | .. | .. | 5.6 |
| **OCDE** | **3 322** | **3.9** | **3.2** | **-0.2** | **0.3** | **3.4** |

1. Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005).
2. L'année la plus récente est 2010.
3. Exclut les investissements.
4. L'indice des prix à la consommation (IPC) est utilisé comme déflateur.
5. L'année la plus récente est 2009.
6. L'année la plus récente est 2008.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932923279*

## Tableau A.5. **Dépenses publiques de santé par habitant en 2011 et taux de croissance annuel moyen, 2000 à 2011**

| | Dépenses publiques de santé par habitant en USD PPA | Taux de croissance annuel par habitant (en termes réels)[1] | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2007/08 | 2008/09 | 2009/10 | 2010/11 | 2000-11 |
| Allemagne | 3 436 | 3.6 | 4.9 | 2.5 | 1.2 | 1.7 |
| Australie[2] | 2 578 | 2.7 | 4.6 | -1.0 | .. | 2.9 |
| Autriche | 3 466 | 3.9 | 2.0 | -0.1 | 0.5 | 1.9 |
| Belgique[3] | 3 083 | 6.5 | 4.7 | -0.9 | 1.8 | 3.3 |
| Canada | 3 183 | 2.2 | 7.4 | 1.6 | -0.8 | 3.0 |
| Chili[4] | 735 | 5.0 | 21.3 | 3.4 | 5.8 | 6.1 |
| Corée | 1 217 | 4.3 | 11.4 | 8.1 | 1.9 | 9.6 |
| Danemark | 3 795 | 0.9 | 6.2 | -2.3 | -1.0 | 2.5 |
| Espagne | 2 244 | 6.4 | 5.2 | -1.5 | -1.7 | 3.4 |
| Estonie | 1 033 | 15.9 | -3.4 | -2.5 | 1.8 | 5.6 |
| États-Unis | 4 066 | 3.4 | 4.8 | 2.4 | 1.5 | 4.0 |
| Finlande | 2 545 | 3.3 | 1.4 | 0.2 | 3.4 | 4.0 |
| France | 3 161 | 0.1 | 2.8 | 0.6 | 0.6 | 1.5 |
| Grèce | 1 536 | 1.9 | 10.8 | -13.4 | -13.3 | 2.9 |
| Hongrie | 1 098 | -2.0 | -5.2 | 4.0 | 0.3 | 2.2 |
| Irlande | 2 477 | 10.0 | -0.1 | -12.7 | -7.7 | 3.3 |
| Islande | 2 656 | -0.8 | -2.1 | -8.9 | -0.4 | 0.5 |
| Israël | 1 362 | 4.4 | -0.2 | 1.7 | 3.3 | 1.4 |
| Italie | 2 345 | 3.5 | -0.7 | 0.8 | -2.8 | 1.7 |
| Japon[2] | 2 638 | 4.8 | 4.9 | 5.6 | .. | 3.2 |
| Luxembourg[5] | 3 596 | -3.4 | 7.7 | .. | .. | 0.9 |
| Mexique[2] | 462 | 5.0 | 5.1 | -1.2 | .. | 3.0 |
| Norvège | 4 813 | 3.0 | 1.8 | -1.2 | 2.7 | 2.7 |
| Nouvelle-Zélande[3] | 2 631 | 7.2 | 8.1 | 0.8 | 0.5 | 4.4 |
| Pays-Bas[6] | 4 055 | 4.4 | 4.5 | 2.8 | -0.8 | 6.9 |
| Pologne | 1 021 | 16.5 | 6.1 | -0.3 | 0.9 | 6.0 |
| Portugal | 1 703 | 0.0 | 4.6 | 1.1 | -7.6 | 0.9 |
| République slovaque[2] | 1 358 | 10.7 | 4.9 | 0.9 | .. | 6.5 |
| République tchèque | 1 655 | 3.5 | 12.6 | -4.5 | 3.3 | 4.0 |
| Royaume-Uni | 2 821 | 4.7 | 7.6 | -1.4 | -1.9 | 4.4 |
| Slovénie | 1 784 | 12.8 | 0.2 | -2.3 | -0.2 | 2.8 |
| Suède | 3 204 | 2.2 | 1.4 | 0.7 | 3.1 | 2.7 |
| Suisse | 3 661 | 12.1 | 4.2 | 0.4 | 1.5 | 3.3 |
| Turquie[7] | 661 | 6.9 | .. | .. | .. | 7.6 |
| **OCDE** | **2 414** | **5.1** | **4.4** | **-0.7** | **-0.1** | **3.5** |

1. Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005).
2. L'année la plus récente est 2010.
3. Exclut les investissements.
4. L'indice des prix à la consommation (IPC) est utilisé comme déflateur.
5. L'année la plus récente est 2009.
6. Les données se rapportent aux dépenses publiques courantes.
7. L'année la plus récente est 2008.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.*

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932923298*

## Tableau A.6. **Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1980 à 2011**

| | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Allemagne | 8.4 | 8.3 \| | 10.1 | 10.4 | 10.8 | 11.8 | 11.5 | 11.3 |
| Australie | 6.1 | 6.8 | 7.3 | 8.1 | 8.5 | 9.0 | 8.9 | .. |
| Autriche | 7.5 \| | 8.4 | 9.6 | 10.0 | 10.4 | 11.2 | 11.0 | 10.8 |
| Belgique[1] | 6.3 | 7.2 \| | 7.6 | 8.1 \| | 10.0 | 10.6 | 10.5 | 10.5 |
| Canada | 7.0 | 8.9 | 9.0 | 8.8 | 9.8 | 11.4 | 11.4 | 11.2 |
| Chili | .. | .. | 5.2 | 6.4 | 6.6 | 7.9 | 7.4 | 7.5 |
| Corée | 3.6 | 3.9 | 3.7 | 4.3 | 5.6 | 7.1 | 7.3 | 7.4 |
| Danemark | 8.9 | 8.3 | 8.1 | 8.7 \| | 9.8 | 11.5 | 11.1 | 10.9 |
| Espagne | 5.3 | 6.5 | 7.4 \| | 7.2 \| | 8.3 | 9.6 | 9.6 | 9.3 |
| Estonie | .. | .. | .. | 5.3 | 5.0 | 7.0 | 6.3 | 5.9 |
| États-Unis | 9.0 | 12.4 | 13.7 | 13.7 | 15.8 | 17.7 | 17.7 | 17.7 |
| Finlande | 6.3 | 7.7 \| | 7.8 | 7.2 | 8.4 | 9.2 | 9.0e | 9.0e |
| France | 7.0 | 8.4 \| | 10.4 | 10.1 \| | 11.0 | 11.7 | 11.7 | 11.6 |
| Grèce | 5.9 | 6.7 | 8.7 | 8.0 | 9.7 | 10.2 | 9.5 | 9.1 |
| Hongrie | .. | 7.1 1991 | 7.3 \| | 7.2 \| | 8.4 | 7.7 | 8.0 | 7.9 |
| Irlande | 8.1 | 6.0 | 6.6 | 6.1 | 7.6 | 10.0 | 9.3 | 8.9 |
| Islande | 6.3 | 7.8 | 8.2 | 9.5 | 9.4 | 9.6 | 9.3 | 9.0 |
| Israël | 7.7 | 7.1 | 7.6 | 7.5 | 7.9 | 7.7 | 7.7 | 7.7 |
| Italie | .. | 7.7 | 7.1 | 7.9 | 8.7 | 9.4 | 9.4 | 9.2 |
| Japon | 6.4 | 5.8 \| | 6.8 | 7.6 | 8.2 | 9.5 | 9.6 | .. |
| Luxembourg | 5.2 | 5.4 \| | 5.6 \| | 7.5 | 7.9 | 8.0 | 7.2 | 6.6 |
| Mexique | .. | 4.4 | 5.1 \| | 5.1 \| | 5.9 | 6.4e | 6.2e | .. |
| Norvège | 7.0 | 7.6 \| | 7.9 \| | 8.4 \| | 9.0 | 9.7 | 9.4 | 9.3 |
| Nouvelle-Zélande[1] | 5.8 | 6.8 | 7.1 | 7.6 | 8.4 | 10.0 | 10.2 | 10.3 |
| Pays-Bas | 7.4 | 8.0 | 8.3 \| | 8.0 \| | 10.9 | 11.9 | 12.1 | 11.9 |
| Pologne | .. | 4.8 | 5.5 | 5.5 \| | 6.2 | 7.2 | 7.0 | 6.9 |
| Portugal | 5.1 | 5.7 \| | 7.5 \| | 9.3 | 10.4 | 10.8 | 10.8 | 10.2 |
| République slovaque | .. | .. | 5.8 1997 | 5.5 \| | 7.0 | 9.2 | 9.0 \| | 7.9 |
| République tchèque | .. | 4.4 \| | 6.7 \| | 6.3 \| | 6.9 | 8.0 | 7.4 | 7.5 |
| Royaume-Uni | 5.6 | 5.8 | 6.8 | 7.0 | 8.3 | 9.9 | 9.6 | 9.4 |
| Slovénie | .. | .. | 7.5 | 8.3 \| | 8.4 | 9.2 | 8.9 | 8.9 |
| Suède | 8.9 | 8.2 \| | 8.0 | 8.2 | 9.1 | 9.9 | 9.5 | 9.5 |
| Suisse | 7.2 | 8.0 \| | 9.3 | 9.9 | 10.9 | 11.0 | 10.9 | 11.0 |
| Turquie | 2.4 | 2.7 | 2.5 \| | 4.9 | 5.4 | 6.1 2008 | .. | .. |
| **OCDE** | **6.6** | **6.9** | **7.5** | **7.8** | **8.7** | **9.6**[2] | **9.4**[2] | **9.3**[2] |
| | | | | | | | | |
| Afrique du Sud | .. | .. | 7.4 | 8.3 | 8.8 | 8.7 | 8.7 | 8.5 |
| Brésil | .. | .. | 6.7 | 7.2 | 8.2 | 8.8 | 9.0 | 8.9 |
| Chine | .. | .. | 3.5 | 4.6 | 4.7 | 5.1 | 5.0 | 5.2 |
| Inde | .. | .. | 4.0 | 4.3 | 4.2 | 3.9 | 3.7 | 3.9 |
| Indonésie | .. | .. | 2.0 | 2.0 | 2.8 | 2.9 | 2.8 | 2.7 |
| Fédération de Russie | .. | .. | 5.4 | 5.4 | 5.2 | 6.2 | 6.5 | 6.2 |

| Rupture dans la série.

1. Exclut les investissements.
2. La moyenne de l'OCDE est calculée à partir des données les plus récentes disponibles.

*Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; WHO Global Health Expenditure Database.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932923317

# 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 liés à la mondialisation. À l'avant-garde des efforts engagés pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles suscitent, l'OCDE aide les gouvernements à y faire face en menant une réflexion sur des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et la problématique du vieillissement démographique. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de confronter leurs expériences en matière d'action publique, de chercher des réponses à des problèmes communs, de recenser 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 2013 16 2 P) ISBN 978-92-64-20423-2 – n° 60936 2013

# Panorama de la santé 2013

## LES INDICATEURS DE L'OCDE

Cette nouvelle édition du *Panorama de la santé* présente les données comparables les plus récentes sur la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Dans la mesure du possible, elle présente aussi des données pour l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie. L'édition 2013 contient de nouveaux indicateurs sur les inégalités en matière de santé, les facteurs de risque chez les enfants, le marché pharmaceutique, la qualité et l'accès aux soins. Chaque indicateur est présenté dans un format qui se veut le plus clair possible : des graphiques illustrent les variations entre pays et dans le temps, des analyses brèves tirent les principaux enseignements des données présentées, et un encadré méthodologique mentionne la définition de l'indicateur et les limitations éventuelles de la comparabilité des données.

**Sommaire**

Éditorial

Résumé

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. Vieillissement et soins de longue durée

Veuillez consulter cet ouvrage en ligne : ***http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-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*** pour plus d'informations.

**2013**

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

**ISBN 978-92-64-20423-2**
**81 2013 16 2 P**

9 789264 204232