Panorama de la santé 2015

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

Panorama de la santé 2015

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 officielles des pays membres de l'OCDE.

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 (2015), *Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr

ISBN 978-92-64-24513-6 (print)
ISBN 978-92-64-24594-5 (PDF)

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

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

Crédits photo : Couverture © Oleksiy Mark/Shutterstock.com ; Chapitre 3 : © Comstock/Jupiterimages ; Chapitre 4 : © Comstock/Jupiterimages ; Chapitre 5 : © Randy Faris/Corbis ; Chapitre 6 : © Vincent Hazat/Photo Alto ; Chapitre 7 : © onoky – Fotolia.com ; Chapitre 8 : © CREATAS/Jupiterimages ; Chapitre 9 : © Tetraimages/Inmagine ; Chapitre 10 : © RGtimeline/Shutterstock.com ; Chapitre 11 : © Thinkstock/iStockphoto.com.

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

© OCDE 2015

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 2015 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. Pour un sous-groupe d'indicateurs, elle contient aussi des données se rapportant à des pays partenaires dont l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, la Lettonie et la Lituanie. Cette édition contient deux nouveautés : une série de tableaux de bord présentés dans le chapitre 1 qui résument la performance des pays de l'OCDE sur des indicateurs clés de santé et des systèmes de santé, et un chapitre spécial sur les tendances récentes des dépenses pharmaceutiques parmi les pays de l'OCDE présentées dans le chapitre 2.*

La réalisation du Panorama de la santé *n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux de la base de données de l'OCDE sur la santé, des spécialistes des comptes de la santé et des experts chargés des indicateurs de la qualité des services 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 et Eurostat, dont certaines données sont reprises ici, et à la Commission européenne, qui a apporté son soutien au travail de développement 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 et Nelly Biondi ; le chapitre 2 par Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan et Michael Mueller ; le chapitre 3 par Nelly Biondi et Gaétan Lafortune ; le chapitre 4 par Marion Devaux, Nelly Biondi et Franco Sassi ; le chapitre 5 par Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel, Liliane Moreira et Michael Gmeinder ; le chapitre 6 par Gaétan Lafortune, Frédéric Daniel et Nelly Biondi ; le chapitre 7 par Marion Devaux, Gaétan Lafortune, Michael Mueller, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel et Nelly Biondi ; le chapitre 8 par Ian Brownwood, Ian Forde, Rie Fujisawa, Nelly Biondi, Emily Hewlett, Carol Nader, Luke Slawomirski et Niek Klazinga ; le chapitre 9 par David Morgan, Michael Mueller, Yuki Murakami et Michael Gmeinder ; le chapitre 10 par Valérie Paris, Annalisa Belloni, David Morgan, Michael Mueller, Luke Slawomirski et Marie-Clémence Canaud ; et le chapitre 11 par Tim Muir, Yuki Murakami, Gaétan Lafortune, Marie-Clémence Canaud et Nelly Biondi. Cette publication a bénéficié des commentaires et suggestions utiles de Francesca Colombo.

Table des matières

Résumé 9

Guide du lecteur 13

Chapitre 1. **Tableaux de bord des indicateurs de la santé** 19
- État de santé 21
- Facteurs de risque pour la santé 22
- Accès aux soins 23
- Qualité des soins 24
- Ressources de santé 24

Chapitre 2. **Évolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs** 33
- Introduction 34
- Un dollar sur cinq dépensé dans le domaine de la santé est consacré aux produits pharmaceutiques 34
- La part du financement privé des produits pharmaceutiques augmente 37
- La croissance des dépenses pharmaceutiques est déterminée par l'évolution des quantités, des prix et de l'éventail thérapeutique 38
- Les déterminants de la croissance des dépenses varient d'un domaine thérapeutique à l'autre 43
- Le marché pharmaceutique face à de nouveaux défis 45
- Conclusions et discussion 46
- Notes 47
- Références 47

Chapitre 3. **État de santé** 51
- Espérance de vie à la naissance 52
- Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation 54
- Mortalité due aux maladies cardiovasculaires 56
- Mortalité due au cancer 58
- Mortalité due aux accidents de transport 60
- Suicide 62
- Mortalité infantile 64
- Santé du nourrisson : faible poids à la naissance 66
- État de santé général perçu 68
- Incidence du cancer 70

Chapitre 4. **Déterminants non médicaux de la santé** 73
- Consommation de tabac chez les adultes 74
- Consommation d'alcool chez les adultes 76
- Consommation de fruits et de légumes chez les adultes 78

Obésité chez les adultes . . . 80
Surpoids et obésité chez les enfants . . . 82

Chapitre 5. **Personnel de santé** . . . 85
Médecins (nombre total) . . . 86
Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie . . . 88
Médecins nouvellement diplômés . . . 90
Migration internationale des médecins . . . 92
Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) . . . 94
Personnel infirmier . . . 96
Personnel infirmier nouvellement diplômé . . . 98
Migration internationale du personnel infirmier . . . 100
Rémunération du personnel infirmier . . . 102

Chapitre 6. **Services de santé** . . . 105
Consultations de médecins . . . 106
Technologies médicales . . . 108
Lits d'hôpital . . . 110
Sorties d'hôpital . . . 112
Durée moyenne de séjour à l'hôpital . . . 114
Chirurgies cardiaques . . . 116
Remplacements de la hanche ou du genou . . . 118
Césariennes . . . 120
Chirurgie ambulatoire . . . 122

Chapitre 7. **Accès aux soins** . . . 125
Couverture des soins de santé . . . 126
Besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits . . . 128
Dépenses de santé à la charge des patients . . . 130
Répartition géographique des médecins . . . 132
Délais d'attente pour une chirurgie élective . . . 134

Chapitre 8. **Qualité des soins** . . . 137
Admissions évitables à l'hôpital . . . 138
Traitement du diabète . . . 140
Prescriptions dans le cadre des soins primaires . . . 142
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) . . . 144
Mortalité après un accident vasculaire cérébral . . . 146
Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche . . . 148
Complications chirurgicales . . . 150
Traumatisme obstétrical . . . 152
Soins pour les personnes atteintes des troubles mentaux . . . 154
Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus . . . 156
Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein . . . 158
Survie et mortalité du cancer colorectal . . . 160
Programmes de vaccination des enfants . . . 162
Vaccination antigrippale des personnes âgées . . . 164
Expériences des patients en soins ambulatoires . . . 166

Chapitre 9. **Dépenses de santé et financement** . . . 169
Dépenses de santé par habitant . . . 170
Dépenses de santé en proportion du PIB . . . 172

Dépenses de santé par fonction 174
Financement des dépenses de santé 176
Dépenses par maladie et par âge 178
Dépenses en capital dans le secteur de la santé 180

Chapitre 10. **Secteur pharmaceutique** 183
Dépenses pharmaceutiques 184
Financement des dépenses pharmaceutiques 186
Pharmaciens et pharmacies 188
Consommation pharmaceutique 190
Part du marché des génériques. 192
Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique 194

Chapitre 11. **Vieillissement et soins de longue durée**. 197
Évolution démographique 198
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans 200
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans 202
Prévalence de la démence 204
Bénéficiaires de soins de longue durée 206
Aidants informels 208
Emploi dans le secteur des soins de longue durée 210
Lits de soins de longue durée 212
Dépenses de soins de longue durée 214

Annexe A. **Informations complémentaires sur le contexte démographique et économique, les dépenses de santé et leur financement** 217

Suivez les publications de l'OCDE sur :

http://twitter.com/OECD_Pubs
http://www.facebook.com/OECDPublications
http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871
http://www.youtube.com/oecdilibrary
http://www.oecd.org/oecddirect/

Ce livre contient des...

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

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

Résumé

Le *Panorama de la santé 2015* présente des comparaisons internationales de l'état de santé des populations et des performances des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, les pays candidats et certains grands pays émergents. L'édition 2015 contient deux nouveautés : une série d'indicateurs relatifs à la santé et aux systèmes de santé dans les pays de l'OCDE présentés sous forme de tableaux de bord au chapitre 1, et un chapitre spécial consacré à l'évolution récente des dépenses pharmaceutiques. Les principales conclusions du *Panorama de la santé 2015* sont présentées ci-après.

Les nouveaux médicaments vont pousser à la hausse les dépenses pharmaceutiques à moins que les politiques ne s'adaptent

- Dans les pays de l'OCDE, les dépenses pharmaceutiques s'élevaient à 800 milliards USD environ en 2013. Cela représente quelque 20 % du total des dépenses de santé en moyenne si l'on ajoute à l'achat de médicaments au détail la consommation hospitalière.
- Ces dernières années, la croissance des dépenses pharmaceutiques au détail a ralenti dans la plupart des pays de l'OCDE, tandis que les dépenses hospitalières en produits pharmaceutiques ont généralement augmenté.
- L'émergence de nouveaux médicaments de spécialité onéreux, visant des populations restreintes et/ou des pathologies complexes, suscite des débats sur la durabilité et l'efficience des dépenses pharmaceutiques.

L'espérance de vie continue de s'allonger mais des écarts persistent entre pays et groupes socio-démographiques

- L'espérance de vie continue d'augmenter régulièrement dans les pays de l'OCDE, de 3 à 4 mois par an en moyenne. En 2013, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 80.5 ans en moyenne, soit une hausse de plus de 10 ans depuis 1970. Le Japon, l'Espagne et la Suisse se classent en tête d'un groupe de 8 pays de l'OCDE qui affichent désormais une espérance de vie supérieure à 82 ans.
- Dans certains grands pays émergents comme l'Inde, l'Indonésie, le Brésil et la Chine, l'espérance de vie a aussi augmenté au cours des dernières décennies et converge rapidement vers la moyenne de l'OCDE. Les progrès sont nettement moins marqués dans des pays comme l'Afrique du Sud (en raison surtout de l'épidémie de VIH/SIDA) ou la Fédération de Russie (en raison principalement de l'augmentation des comportements à risque chez les hommes).
- Dans les pays de l'OCDE, les femmes ont une espérance de vie supérieure de plus de 5 ans à celle des hommes, mais cet écart a diminué de 1.5 an depuis 1990.

- Les personnes les plus instruites ont, en moyenne, une espérance de vie supérieure de 6 ans à celle des individus les moins instruits. Cet écart est particulièrement prononcé chez les hommes, puisqu'il atteint en moyenne près de 8 ans.

Le nombre de médecins et d'infirmiers n'a jamais été aussi élevé dans les pays de l'OCDE

- Depuis 2000, le nombre de médecins et d'infirmiers augmente dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, tant en valeur absolue que par habitant. Si la progression a été particulièrement rapide dans certains pays qui comptaient moins de médecins en 2000 (Turquie, Corée, Mexique et Royaume-Uni par exemple), elle a également été prononcée dans des pays qui affichaient déjà un nombre relativement élevé de médecins (Grèce, Autriche et Australie).
- Cette croissance a été soutenue par une augmentation du nombre d'étudiants admis dans les programmes nationaux de formation en médecine et en études d'infirmier, ainsi que du nombre de médecins et infirmiers formés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE pour répondre à des besoins à court terme.
- En moyenne dans les pays de l'OCDE, on compte plus de deux spécialistes pour un généraliste. Dans plusieurs pays, la progression lente du nombre de généralistes suscite des inquiétudes quant à l'accès aux soins primaires pour l'ensemble de la population.

Les dépenses de santé à la charge des patients représentent des obstacles à l'accès aux soins

- Tous les pays de l'OCDE disposent d'une couverture d'assurance maladie universelle pour un ensemble de services essentiels, à l'exception de la Grèce, des États-Unis et de la Pologne. En Grèce, les chômeurs de longue durée et de nombreux travailleurs indépendants ont perdu leur couverture maladie sous l'effet de la crise économique. Néanmoins, depuis juin 2014, des mesures ont été adoptées afin que la population non couverte puisse accéder aux médicaments sur ordonnance et aux services d'urgence. Aux États-Unis, la part de la population non assurée est passée de 14.4 % en 2013 à 11.5 % en 2014 grâce à la mise en œuvre de l'*Affordable Care Act* ; ce recul devrait se poursuivre en 2015.
- La part des dépenses de santé restant à la charge des ménages peut créer des obstacles à l'accès aux soins. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 20 % environ des dépenses de santé sont prises en charge directement par les patients, dans des proportions comprises entre moins de 10 % en France et au Royaume-Uni et plus de 30 % au Mexique, en Corée, au Chili et en Grèce. En Grèce, la part des dépenses de santé payées directement par les ménages a augmenté de 4 points de pourcentage depuis 2009 suite aux coupures dans les dépenses publiques.
- Par rapport aux ménages à revenu plus élevé, les ménages à faible revenu sont quatre à six fois plus susceptibles de renoncer à des soins médicaux et dentaires pour des raisons financières ou autres. Dans certains pays, comme la Grèce, la part de la population qui déclare avoir renoncé à des soins médicaux a plus que doublé suite à la crise économique.

Trop de vies sont encore perdues parce que la qualité des soins ne s'améliore pas assez rapidement

- L'amélioration du traitement des maladies potentiellement mortelles telles que les crises cardiaques ou les AVC s'est traduite par une baisse des taux de mortalité dans la

plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, le taux de mortalité après une hospitalisation pour cause de crise cardiaque a reculé de 30 % entre 2003 et 2013, et de 20 % environ pour les AVC. Malgré ces progrès, il y a encore de la marge dans plusieurs pays pour mettre en place les meilleures pratiques dans le domaine des soins intensifs pour réduire encore plus la mortalité suite à ces maladies cardiovasculaires aigues.

- La survie s'est aussi généralement améliorée pour de nombreux types de cancer, grâce à un diagnostic plus précoce et à de meilleurs traitements. Par exemple, le taux de survie relatif à cinq ans pour le cancer du sein et le cancer colorectal est passé de 55 % environ en moyenne dans les pays de l'OCDE chez les patients diagnostiqués et suivis entre 1998 et 2003 à plus de 60 % chez les patients diagnostiqués et suivis dix ans plus tard (2008 à 2013). Toutefois, le taux de survie après un diagnostic pour différents types de cancer reste toujours inférieur dans certains pays comme le Chili, la Pologne et le Royaume-Uni.
- La qualité des soins primaires s'est améliorée dans de nombreux pays, comme en témoigne la diminution constante des hospitalisations évitables pour des maladies chroniques. Néanmoins, les soins primaires pourraient encore être améliorés dans tous les pays en vue de réduire encore les hospitalisations coûteuses, dans le contexte du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques.
- Les pratiques en matière de prescriptions de médicaments constituent également des indicateurs de la qualité des soins de santé. Par exemple, les antibiotiques ne doivent être prescrits qu'en cas de besoin avéré, afin de limiter le risque de résistance antimicrobienne. On observe un rapport de plus d'un à quatre parmi les pays de l'OCDE s'agissant du volume total de la consommation d'antibiotiques, avec au bas de l'échelle le Chili, les Pays-Bas et l'Estonie, et en haut la Turquie et la Grèce. La réduction du recours inutile aux antibiotiques est un défi à la fois urgent et complexe, qui nécessite de multiples initiatives coordonnées, comme la surveillance, la régulation et la formation des professionnels et des patients.

Guide du lecteur

Le *Panorama de la santé 2015* présente des comparaisons des principaux indicateurs relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé dans les 34 pays de l'OCDE, ainsi que dans les pays candidats et les principaux pays partenaires, le cas échéant (Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Inde, Indonésie, Lettonie, Lituanie, Fédération de Russie et Afrique du Sud). Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont essentiellement extraites des statistiques nationales officielles.

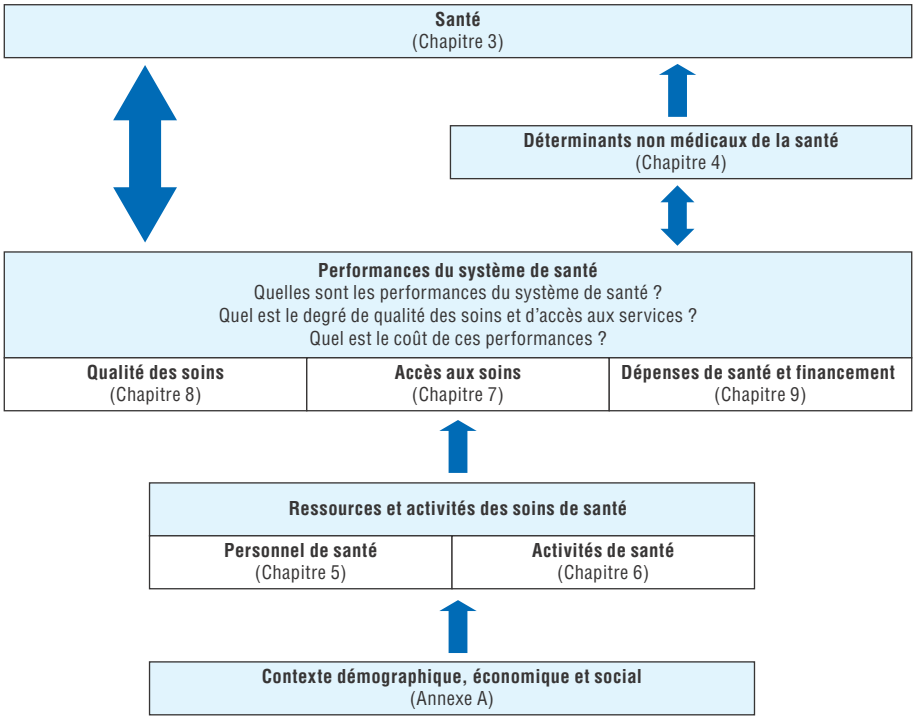
Contenu de la publication

Cette nouvelle édition du *Panorama de la santé* présente deux nouveautés : 1) une série de tableaux de bord au chapitre 1 résume, de façon claire et simple, les forces et faiblesses relatives des pays de l'OCDE sur la base d'un ensemble sélectionné d'indicateurs relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé, présentés dans les autres chapitres de cette publication ; et 2) une attention particulière est prêtée au secteur pharmaceutique, avec notamment une analyse des tendances récentes et des défis futurs en matière de gestion des dépenses pharmaceutiques, au chapitre 2, ainsi qu'un nouveau chapitre sur le secteur pharmaceutique (chapitre 10), qui combine à la fois des indicateurs présentés auparavant dans d'autres chapitres et certains nouveaux indicateurs (en reprenant la présentation sur deux pages utilisée dans la majeure partie de cette publication).

Le cadre général sur lequel s'appuient les indicateurs présentés dans cette 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). 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 du personnel de santé qui fournit les services, et de la formation, des technologies et des équipements dont il dispose. 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 2015* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général.

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



Source : Adapté de Kelley, E. et J. Hurst (2006)

Après les deux nouveaux chapitres présentant la série de tableaux de bords sur les indicateurs et le chapitre spécial sur les dépenses pharmaceutiques, le chapitre 3 sur l'***état de santé*** met en évidence de fortes disparités entre les pays au niveau de l'espérance de vie, de certaines des principales causes de mortalité, et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. Ce chapitre inclut également des 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 4 sur les ***déterminants non médicaux de la santé*** porte sur les modes de vie et comportements qui ont une influence sur la santé, notamment la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, l'alimentation, et les problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes. 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 5 traite du ***personnel de santé***. Il met l'accent 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, et comporte également de nouveaux indicateurs sur les migrations internationales de médecins et d'infirmiers, mettant en évidence le fait que le nombre et la part des médecins et infirmiers formés à l'étranger a augmenté au cours de la dernière décennie dans la plupart des pays de l'OCDE.

Le chapitre 6 décrit certaines des caractéristiques principales des ***prestations de services de santé*** dans les pays de l'OCDE, à commencer par le nombre de consultations médicales (qui sont souvent le « point d'entrée » des patients dans les systèmes de santé), les taux d'hospitalisation, les taux d'utilisation des différentes procédures chirurgicales et

diagnostics, ainsi que le développement de la chirurgie ambulatoire pour des interventions comme la cataracte et l'amygdalectomie.

Le chapitre 7 sur l'***accès aux soins*** présente un ensemble d'indicateurs liés à l'accès financier aux soins, l'accès géographique et la possibilité d'accéder aux soins dans des délais satisfaisants (délais d'attente), ainsi que des indicateurs sur les besoins autodéclarés insatisfaits de soins médicaux et dentaires.

Le chapitre 8 sur la ***qualité des soins*** cherche à déterminer dans quelle mesure la prestation des soins est conforme aux normes établies et améliore les résultats sanitaires. Il propose des comparaisons portant sur la qualité des soins liés aux maladies chroniques, les prescriptions de médicaments, les soins intensifs liés à des pathologies potentiellement mortelles, comme la crise cardiaque et l'AVC, la sécurité des patients, la prise en charge des troubles mentaux et du cancer, la prévention des maladies transmissibles, ainsi que certains aspects importants de l'expérience des patients.

Le chapitre 9 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. Il examine aussi les sources de financement de ces biens et services de santé dans les différents pays et les parts respectives du financement public, de l'assurance maladie privée et des paiements directs des patients.

Le chapitre 10 est un nouveau chapitre sur le ***secteur pharmaceutique***, qui combine certains indicateurs auparavant présentés dans d'autres chapitres et plusieurs nouveaux indicateurs. Le chapitre commence par comparer l'évolution récente et le niveau des dépenses pharmaceutiques d'un pays à l'autre, et comment ces dépenses sont financées, puis compare la consommation de certains produits pharmaceutiques à fort volume et la part de marché des médicaments génériques. Il conclut par un examen des dépenses consacrées à la recherche et au développement (R-D) portant sur l'élaboration de nouveaux produits dans le secteur pharmaceutique.

Le chapitre 11 s'attache au ***vieillissement*** et aux ***soins de longue durée***, en commençant par l'examen de l'évolution démographique, qui met en évidence le pourcentage croissant de personnes de plus de 65 et de 80 ans dans l'ensemble des 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 auto-déclarés, lesquels constituent des déterminants importants de la demande actuelle et future de soins de longue durée. Il se penche ensuite sur les personnes qui bénéficient de soins de longue durée à domicile ou en institution et les aidants formels et informels, et se conclut par un examen des niveaux et de l'évolution des dépenses de soins de longue durée dans différents pays.

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

Présentation des indicateurs

À l'exception des deux premiers chapitres, chaque indicateur abordé dans le reste 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, sources et méthodes présentées dans la base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015* 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 2015* peuvent être consultées à l'adresse *www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm*.

Les chiffres de population

Les chiffres de population présentés en annexe et utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés des Données historiques et projections de l'OCDE sur la population (à la date de fin mai 2015) 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

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

Codes ISO des pays partenaires

Brésil	BRA	Indonésie	IDN
Chine	CHN	Lettonie	LVA
Colombie	COL	Lituanie	LTU
Costa Rica	CRI	Fédération de Russie	RUS
Inde	IND	Afrique du Sud	ZAF

Références

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.

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

© OCDE 2015

Chapitre 1

Tableaux de bord des indicateurs de la santé

Ce chapitre présente, pour la première fois, des tableaux de bord ayant pour but d'apporter un éclairage sur la performance des pays de l'OCDE dans la promotion de l'état de santé de leurs populations et sur plusieurs aspects de leurs systèmes de santé. Ces tableaux de bord n'ont pas pour ambition d'identifier quel pays a le meilleur système de santé. Ils ont plutôt pour but de résumer les forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE sur la base d'un ensemble d'indicateurs clés relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé et par là d'aider à identifier les priorités possibles pour l'action publique. Ces tableaux de bord présentent les résultats des pays de l'OCDE dans cinq dimensions : 1) état de santé ; 2) facteurs de risque pour la santé ; 3) accès aux soins ; 4) qualité des soins ; et 5) ressources de santé. Pour chacune de ces cinq dimensions, un certain nombre d'indicateurs clés est présenté. Ces indicateurs ont été choisis en fonction de trois critères principaux : 1) la pertinence au regard de l'action publique ; 2) la disponibilité des données ; et 3) la facilité d'interprétation des données (c'est-à-dire, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté qu'une valeur supérieure/inférieure traduit une performance meilleure/moins bonne). Il existe toutefois une exception à l'application de ce troisième critère : dans le cas du cinquième tableau de bord relatif aux ressources de santé, des dépenses de santé plus élevés ou des ressources humaines en santé plus importantes ne sont pas nécessairement synonymes d'une performance supérieure. C'est pourquoi le classement des pays est présenté de manière différente dans ce dernier tableau de bord.

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.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les décideurs politiques s'intéressent à l'état de santé de leurs populations et à la capacité de leurs systèmes de santé de produire de bons résultats. Un regard sur les indicateurs présentés dans cette publication montre qu'il y a eu des progrès considérables. La population dans les pays de l'OCDE vit bien plus longtemps qu'auparavant, et l'espérance de vie à la naissance atteint maintenant plus de 80 ans en moyenne en raison de l'amélioration des conditions de vie et des niveaux d'éducation, ainsi que des progrès dans les soins de santé. Dans la plupart des pays, une couverture d'assurance maladie universelle fournit une protection financière contre les aléas financiers des problèmes de santé et favorise l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. La qualité des soins s'est aussi beaucoup améliorée, tel qu'illustrée par la réduction de la mortalité suite à des crises cardiaques ou des AVC et une détection plus précoce de maladies sérieuses comme le diabète et le cancer et des meilleurs traitements. Mais ces améliorations ont un coût, et les dépenses de santé représentent maintenant environ 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE et plus de 10 % dans plusieurs pays. L'augmentation des dépenses de santé n'est pas un problème si les bénéfices sont supérieurs aux coûts, mais il y a beaucoup d'exemples d'iniquité et d'inefficacité dans les systèmes de santé qui doivent être réglés. On doit aussi chercher à atteindre un meilleur équilibre entre les dépenses pour la prévention des maladies et les traitements.

En dépit de toutes ces améliorations, des questions importantes continuent de se poser sur la capacité des pays à atteindre de meilleurs résultats sur les différentes dimensions de la performance des systèmes de santé. Par exemple, quels sont les principaux facteurs qui expliquent les différences d'état de santé des populations et d'espérance de vie parmi les pays de l'OCDE ? Est-ce que l'augmentation de certains facteurs de risque pour la santé comme l'inactivité physique et l'obésité menace de contrebalancer les gains liés à la réduction d'autres facteurs de risque comme le tabagisme ? Dans quelle mesure tous les citoyens ont-ils un accès égal et rapide aux soins de santé et ont-ils une bonne protection financière par rapport aux soins de santé ? Que sait-on de la qualité et de la sécurité des soins fournis aux patients dans le traitement de différentes maladies ? Quelles sont les ressources financières, humaines et techniques allouées aux systèmes de santé dans les différents pays ? Et comment l'utilisation de ces ressources est-elle transformée en activités utiles et des résultats bénéfiques pour les patients ?

Répondre à ces questions n'est pas une mince tâche. Mais les tableaux de bord présentés dans ce chapitre ont pour but d'apporter un éclairage sur la performance des pays dans la promotion de l'état de santé de leurs populations et sur plusieurs aspects de la performance des systèmes de santé. Ces tableaux de bord n'ont pas pour ambition d'identifier quel pays a le meilleur système de santé. Ils ont plutôt pour but de résumer les forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE sur la base d'un ensemble d'indicateurs clés relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé décrits

de manière plus détaillée dans les chapitres suivants, et par là d'aider à identifier les priorités possibles pour l'action publique.

Ces tableaux de bord, qui prennent la forme de tableaux de synthèse, présentent les résultats des pays de l'OCDE dans cinq dimensions : 1) état de santé ; 2) facteurs de risque pour la santé ; 3) accès aux soins ; 4) qualité des soins ; et 5) ressources de santé. Pour chacune de ces cinq dimensions, un ensemble sélectionné d'indicateurs clés (de 4 à 7) est présenté dans un tableau de synthèse. Ces indicateurs sont choisis en fonction de trois critères principaux : 1) la pertinence au regard de l'action publique ; 2) la disponibilité des données ; et 3) la facilité d'interprétation des données (c'est-à-dire, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté qu'une valeur supérieure/inférieure traduit une performance meilleure/moins bonne). Il existe toutefois une exception notable à l'application de ce troisième critère : dans le cas du cinquième tableau de bord relatif aux ressources de santé, un niveau plus élevé des dépenses de santé ou des ressources humaines ou matérielles *n'est pas* nécessairement synonyme d'une performance supérieure. C'est pourquoi le classement des pays est présenté de manière différente dans ce dernier tableau de bord (par l'utilisation de couleurs différentes). L'encadré 1.1 à la fin de ce chapitre résume les principales limitations dans l'interprétation de ces tableaux de bord.

Dans pratiquement tous les tableaux de bord, les pays sont divisés en trois tiers : 1) le premier tiers rassemble les pays les plus performants ; 2) le deuxième tiers rassemble les pays obtenant des résultats moyens ; et 3) le troisième tiers rassemble les pays les moins performants. De plus, le classement spécifique des pays est indiqué dans chaque cellule afin de donner une indication de leur degré d'éloignement par rapport aux autres groupes. Le classement est basé sur le nombre de pays pour lesquels des données sont disponibles pour chacun des indicateurs (le maximum étant 34 dans les cas où tous les pays sont couverts). Pour le premier indicateur lié à l'accès aux soins (à savoir le pourcentage de la population bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie), le regroupement des pays est réalisé selon une autre méthode parce que presque tous les pays sont à 100% ou près de 100%: dans ce cas-ci, les pays les plus performants sont définis comme ceux affichant un taux de couverture compris entre 95 et 100 %, le second groupe est constitué des pays affichant un taux de couverture compris entre 90 et 95 %, et le troisième groupe des pays affichant un taux de couverture inférieur à 90 %. La disponibilité des données est aussi plus limitée pour certains autres indicateurs d'accès aux soins, en raison d'un manque d'harmonisation des enquêtes auprès de la population (pour les indicateurs liés aux besoins non satisfaits) on en raison des limitations dans la couverture de certaines données administratives (dans le cas des indicateurs de temps d'attente).

État de santé

Les mesures générales d'état de santé de la population présentées dans le tableau 1.1, comme l'espérance de vie à différents âges, ne sont pas seulement reliées aux dépenses de santé et à la performance des systèmes de santé, mais aussi à un vaste éventail d'autres facteurs non-médicaux qui affectent la santé et la mortalité (y compris certains facteurs liés aux modes de vie et aux comportements présentés dans le tableau 1.2). Les pays qui obtiennent de bons résultats en matière d'espérance de vie à la naissance chez les hommes comme chez les femmes affichent généralement de bons résultats aussi en ce qui concerne l'espérance de vie à des âges plus avancés, et

ont des taux inférieurs de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (la principale cause de décès dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE).

Le Japon, l'Espagne, la Suisse, l'Italie et la France font partie des pays qui affichent l'espérance de vie la plus élevée à la naissance et à des âges plus avancés, bien que la France n'affiche pas d'aussi bons résultats en ce qui concerne l'espérance de vie des hommes à la naissance, ce qui traduit un taux de mortalité plus élevé chez les hommes jeunes et d'âge moyen.

Le Mexique, la Hongrie, la République slovaque et la Turquie affichent l'espérance de vie la plus faible à la naissance et ultérieurement, bien que la Turquie ait réalisé d'importants gains de longévité au cours des dernières décennies et se rapproche ainsi rapidement de la moyenne de l'OCDE (voir l'indicateur relatif à l'espérance de vie au chapitre 3).

Bien que des dépenses de santé plus élevées soient généralement associées à une espérance de vie plus élevée, cette association est moins forte parmi les pays qui ont les dépenses de santé par habitant les plus élevées. Le Japon, l'Espagne et la Corée se distinguent par une espérance de vie relativement longue, et les États-Unis par une espérance de vie relativement courte, par rapport à leurs dépenses de santé (voir tableau 1.5). L'espérance de vie aux États-Unis est inférieure à la plupart des autres pays de l'OCDE, en raison de taux de mortalité plus élevés liés à des comportements ayant une incidence sur la santé (y compris une consommation de calories et des taux d'obésité plus élevés, une consommation plus forte de médicaments et de drogues illicites, des taux plus élevés de victimes d'accidents de la route et d'homicides), une situation socio-économique difficile pour une forte proportion de la population, et des problèmes d'accès et de coordination des soins pour certains groupes de population.

Facteurs de risque pour la santé

La plupart des pays affichent de mauvais résultats pour au moins un des indicateurs des facteurs de risque pour la santé, qu'il s'agisse de l'ampleur du tabagisme parmi la population, de la consommation d'alcool ou des problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes (tableau 1.2). Cela souligne l'importance pour les pays d'accorder davantage la priorité à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, afin de réduire les facteurs de risque modifiables et la mortalité. Certains pays comme l'Italie et le Portugal ont actuellement des taux relativement faibles d'obésité parmi la population adulte, mais les taux élevés de surpoids et d'obésité chez les enfants aujourd'hui se traduiront vraisemblablement par une augmentation des taux d'obésité chez les adultes dans les années à venir.

Les États-Unis, le Canada, l'Australie et le Mexique ont effectué des progrès remarquables au cours des dernières décennies en ce qui concerne la réduction du tabagisme chez les adultes, et affichent aujourd'hui des taux très bas, mais ils doivent désormais faire face à un autre défi, celui de lutter contre les taux relativement élevés de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes. D'autres pays comme la Turquie, la Grèce et l'Italie affichent des taux relativement bas de consommation d'alcool, mais ont encore des progrès à faire en ce qui concerne la réduction du tabagisme, et dans le cas de la Grèce et de l'Italie à réduire les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants. La consommation d'alcool demeure élevée dans un certain nombre de pays, dont l'Autriche, l'Estonie, la République tchèque, la Hongrie, la France et l'Allemagne, bien que la consommation globale ait diminuée dans la plupart de ces pays au cours des dernières décennies (voir l'indicateur relatif à la consommation d'alcool au chapitre 4).

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, à l'exception de trois d'entre eux – la Grèce, les États-Unis et la Pologne – où une part non négligeable de la population n'est pas couverte. Aux États-Unis, le pourcentage de la population non assurée a commencé à décroître de manière significative en 2014, suite à la mise en œuvre de l'*Affordable Care Act,* qui vise à étendre la couverture de l'assurance maladie. En Grèce, les effets de la crise économique ont réduit la couverture de l'assurance maladie parmi les chômeurs de longue durée et de nombreux travailleurs indépendants ont aussi perdu leur couverture maladie. Néanmoins, depuis juin 2014, des mesures ont été adoptées afin que la population non couverte puisse accéder aux médicaments sur ordonnance et aux services d'urgence dans les hôpitaux publics, de même que pour certains soins hospitaliers non-urgents sous certaines conditions.

La protection financière des gens face aux coûts liés aux problèmes de santé ne dépend pas seulement de leur couverture par une assurance ou non, mais aussi de la gamme des biens et services qui sont couverts et du niveau de couverture de ces biens et services. Dans des pays comme la France et le Royaume-Uni, la somme que les ménages doivent débourser directement pour régler leurs dépenses médicales en proportion de leurs dépenses de consommation totale est relativement faible, parce que la plupart de ces biens et services sont fournis gratuitement ou sont bien couverts par l'assurance maladie publique ou privée. D'autres pays, comme la Corée et le Mexique, ont atteint une couverture d'assurance maladie universelle (ou quasi-universelle), mais une part relativement faible des biens et services est couverte par l'assurance publique, laissant à la charge des ménages une part relativement élevée. Les paiements laissés directement à la charge des ménages peuvent créer des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, aux soins dentaires, aux médicaments sur ordonnance ou autres biens ou services de santé, en particulier pour les ménages à faible revenu. C'est en Corée, en Suisse, au Portugal, en Grèce et au Mexique que la part de la consommation des ménages consacrée aux dépenses médicales est la plus élevée, bien que certains de ces pays aient mis en place des dispositifs pour protéger l'accès aux soins des personnes à faibles revenus.

L'accès aux soins de santé peut être limité non seulement pour des raisons financières, mais aussi en raison de barrières géographiques, de temps d'attente et d'autres raisons. En Europe, environ 3% de la population dans les pays qui sont membres de l'OCDE ont déclaré en 2013 avoir des besoins non satisfaits de soins médicaux en raison des coûts, de la distance géographique pour obtenir ces soins ou des temps d'attente, selon l'enquête EU-SILC. La proportion de la population déclarant avoir de tels besoins non satisfaits était la plus élevée en Grèce (où la proportion de besoins non satisfaits pour les soins dentaires est aussi élevée) et en Pologne, et la plus faible aux Pays-Bas et en Autriche. Dans pratiquement tous les pays, un pourcentage plus élevé de la population déclare des besoins non satisfaits pour les soins dentaires, reflétant le fait que la couverture publique pour les soins dentaires est généralement plus limitée. C'est au Portugal, en Islande, en Italie et en Grèce que le pourcentage de la population rapportant des besoins non satisfaits pour les soins dentaires était le plus élevé en 2013.

Les temps d'attente pour différents services de santé, comme les chirurgies programmées, indiquent dans quelle mesure la population a la possibilité d'accéder aux soins dans des délais satisfaisants. Le Danemark, le Canada et Israël affichent des

délais d'attente relativement courts pour des interventions chirurgicales comme la cataracte et les prothèses du genou parmi le nombre de pays restreint ayant communiqué ces données, tandis que la Pologne, l'Estonie et la Norvège affichent des délais d'attente relativement longs.

Qualité des soins

Améliorer la qualité des soins est une grande priorité dans la plupart des pays de l'OCDE. Selon les données disponibles, aucun pays n'est dans le groupe des plus performants pour l'ensemble des indicateurs de qualité des soins (tableau 1.4), même ceux qui dépensent le plus pour la santé. Cela suggère que dans tous les pays, il y a une marge d'amélioration en matière de gouvernance de la qualité des soins de santé, ainsi qu'en terme de prévention, de diagnostic précoce et de traitement des différents problèmes de santé.

Les États-Unis obtiennent de bons résultats en ce qui concerne les soins aigus pour les victimes d'une crise cardiaque ou d'un AVC et la prévention de leur décès, mais n'obtiennent pas d'aussi bons résultats dans la prévention de l'hospitalisation des personnes atteintes de maladies chroniques comme l'asthme et le diabète. L'inverse est vrai dans des pays comme le Portugal, l'Espagne et la Suisse, qui affichent des taux d'hospitalisation relativement bas pour certaines maladies chroniques, mais des taux de mortalité relativement élevés des patients hospitalisés après une crise cardiaque ou un AVC.

La Finlande et la Suède affichent des taux de survie relativement élevés des personnes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, du sein, ou colorectal, alors que les taux de survie demeurent inférieurs au Chili, en Pologne, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Irlande. L'établissement d'un plan de contrôle du cancer au niveau national constitue bien souvent un instrument clé pour réaliser des progrès dans la lutte contre le cancer, dans la mesure où il permet d'accroître l'attention politique et publique sur la performance en termes de prévention, diagnostic précoce et traitements contre différents types de cancer.

Ressources de santé

Des dépenses de santé plus élevées ne sont pas toujours associées à une plus grande disponibilité de ressources humaines en santé ou d'équipements physiques et techniques dans les systèmes de santé (tableau 1.5).

Les dépenses de santé par habitant aux États-Unis demeurent toujours bien plus élevées que dans tous les autres pays de l'OCDE, mais les États-Unis ne sont pas dans le groupe de tête en ce qui concerne le nombre de médecins ou d'infirmiers par habitant. Les pays les plus dépensiers après les États-Unis sont la Suisse, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, alors que les moins dépensiers par habitant sont le Mexique et la Turquie. Les dépenses de santé par habitant sont également relativement faibles au Chili, en Pologne et en Corée, bien qu'elles aient augmenté relativement rapidement au cours de la dernière décennie.

La Grèce, l'Autriche et la Norvège affichent le plus grand nombre de médecins par habitant, tandis que la Suisse, la Norvège et le Danemark ont le plus grand nombre d'infirmiers. La composition de la main-d'œuvre en santé varie aussi beaucoup : alors que certains pays ont beaucoup de médecins par rapport au nombre d'infirmiers (comme la Grèce et l'Autriche), d'autres ont choisi d'avoir relativement plus d'infirmiers ou d'autres personnels de santé (comme la Finlande et les États-Unis).

Certains pays d'Europe centrale et orientale, comme la Hongrie, la Pologne et la République slovaque, continuent d'afficher un nombre relativement élevé de lits d'hôpital, ce qui reflète une concentration excessive des activités à l'hôpital. C'est au Mexique, au Chili, en Suède, en Turquie, au Canada et au Royaume-Uni que l'on compte le moins de lits d'hôpital par habitant. Un nombre relativement restreint de lits d'hôpital n'entraîne pas nécessairement de problèmes de capacité, tant que les systèmes de soins primaires sont suffisamment développés pour réduire le nombre d'hospitalisations.

La disponibilité d'équipements technologiques coûteux, comme les appareils d'IRM et les scanners, est la plus élevée au Japon et aux États-Unis, alors qu'elle est beaucoup plus réduite au Mexique, en Hongrie, en Israël et au Royaume-Uni. Il n'existe toutefois pas un nombre idéal d'appareils d'IRM ou de scanner par habitant. Dans plusieurs pays, on trouve bon nombre d'exemples d'utilisation inappropriée et excessive de ces technologies de diagnostic qui sont coûteuses.

Des dépenses de santé plus élevées ou un plus grand nombre de personnels en santé ou d'équipements médicaux ne sont pas nécessairement associés à un plus grand accès aux soins ni à une meilleure qualité des soins, tel qu'illustrés par l'absence de corrélations systématiques entre la position des pays en matière de dépenses de santé et les différents indicateurs d'accès et de qualité des soins. Par exemple, un pays comme la Norvège a des dépenses de santé élevées, et un nombre élevé de médecins et d'infirmiers, et obtient de bons résultats pour la plupart des indicateurs de qualité de soins, mais a encore un certain nombre de défis à relever en matière d'accès aux soins (notamment concernant les temps d'attente pour les chirurgies programmées). La République tchèque, quant à elle, dépense beaucoup moins pour la santé, mais obtient tout de même des bons résultats sur plusieurs indicateurs d'accès aux soins ; elle a toutefois encore des progrès à faire dans le domaine de la santé publique et la prévention des maladies et dans l'amélioration de la qualité des soins, par exemple pour les personnes qui souffrent du diabète. L'amélioration de la performance des systèmes de santé en terme d'accès aux soins et de qualité ne dépend pas seulement de la croissance des dépenses, mais aussi de l'utilisation plus rationnelle des ressources et de bons incitatifs pour promouvoir les meilleurs résultats.

Tableau 1.1. **Etat de santé**

Tiers des pays les plus performants
Tiers des pays moyennement performants
Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour l'indicateur sur la mortalité, les pays les plus performants sont ceux avec les taux les plus faibles.

Indicateur	Espérance de vie à la naissance - Hommes	Espérance de vie à la naissance - Femmes	Espérance de vie à 65 ans - Hommes*	Espérance de vie à 65 ans - Femmes*	Mortalité liée aux maladies cardiovasculaires**
Allemagne	18	19	16	22	25
Australie	8	7	3	7	7
Autriche	18	13	16	13	26
Belgique	22	19	23	14	15
Canada	13	17	10	10	5
Chili	27	27	27	28	16
Corée	20	5	20	5	4
Danemark	21	25	25	26	10
Espagne	5	2	3	3	6
Estonie	32	26	31	27	32
États-Unis	26	29	22	25	20
Finlande	23	8	20	9	24
France	15	3	2	2	2
Grèce	17	9	13	11	27
Hongrie	33	33	34	34	33
Irlande	15	23	19	24	21
Islande	2	16	10	20	23
Israël	3	11	3	17	3
Italie	3	4	8	4	17
Japon	5	1	6	1	1
Luxembourg	9	11	6	8	12
Mexique	34	34	28	32	22
Norvège	9	13	15	14	11
Nouvelle-Zélande	11	19	8	17	18
Pays-Bas	11	19	16	20	8
Pologne	30	29	30	28	30
Portugal	24	9	23	11	14
Rép. slovaque	31	31	33	31	34
Rép. tchèque	28	28	29	30	31
Royaume-Uni	14	24	14	23	9
Slovénie	25	17	26	14	28
Suède	5	13	10	17	19
Suisse	1	6	1	5	13
Turquie	29	32	32	33	29

* L'espérance de vie à 65 ans n'est pas présentée dans le chapitre 3 sur l'état de santé, mais dans le chapitre 11 sur le vieillissement et les soins de longue durée.
** La mortalité liée aux maladies cardiovasculaires inclut les décès dûs aux crises cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux présentés dans le chapitre 3, ainsi que d'autres maladies cardiovasculaires.
Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282395

Tableau 1.2. **Facteurs de risque pour la santé**

Tiers des pays les plus performants
Tiers des pays moyennement performants
Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Indicateur	Tabagisme chez les adultes	Consommation d'alcool	Obésité chez les adultes*	Surpoids et obésité chez les enfants**
Allemagne	23	28	25*	3
Australie	4	22	30*	20
Autriche	26	34	8	14
Belgique	15	20	9	5
Canada	6	11	29*	21
Chili	33	10	28*	28
Corée	19	12	2*	16
Danemark	12	17	10	23
Espagne	29	20	15	26
Estonie	31	33	18	7
États-Unis	5	13	34*	29
Finlande	10	14	26	17
France	30	30	11	13
Grèce	34	7	19	33
Hongrie	32	30	31*	24
Irlande	16	26	24*	11
Islande	2	6	21	9
Israël	11	2	13	18
Italie	24	4	4	31
Japon	17	7	1*	15
Luxembourg	9	29	23*	19
Mexique	3	3	33*	30
Norvège	7	5	3	1
Nouvelle-Zélande	8	16	32*	27
Pays-Bas	13	14	6	7
Pologne	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Rép. slovaque	18	22	16*	3
Rép. tchèque	25	32	20*	5
Royaume-Uni	20	19	27*	32
Slovénie	22	17	17	22
Suède	1	7	7	9
Suisse	21	22	4	11
Turquie	27	1	22*	n.d.

* Les données sur l'obésité chez les adultes sont basées sur des mesures de taille et de poids pour tous les pays marqués avec une *. Il en résulte des données plus précises et des taux d'obésité plus élevés que dans les autres pays où les données sont calculées à partir de la taille et du poids autodéclarés.
** Les données sur le surpoids et l'obésité des enfants sont basées sur des données mesurées, mais elles se rapportent à différents groupes d'âge selon les pays.
Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282400

Tableau 1.3. **Accès aux soins**

Tiers des pays les plus performants (ou entre 95 et 100% pour la couverture des soins de santé)
Tiers des pays les moins performants (ou moins de 90% pour la couverture des soins de santé)
Tiers des pays les moins performants (ou moins de 90% pour la couverture des soins de santé)

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour les indicateurs sur les dépenses médicales à la charge des ménages, les besoins non satisfaits de soins et les temps d'attente, les pays les plus performants en termes d'accès sont ceux avec les plus faibles dépenses en pourcentage de la consommation des ménages, les plus faibles taux de besoins non satisfaits de soins et les plus courts délais d'attente.

Indicateur	Couverture des soins de santé	Part des dépenses médicales à la charge des ménages dans leur consommation	Besoins en soins médicaux non satisfaits*	Besoins en soins dentaires non satisfaits*	Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte - médiane	Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte - médiane
Allemagne	1	5	9	5	n.d.	n.d.
Australie	1	22	n.d.	n.d.	8	12
Autriche	1	18	1	2	n.d.	n.d.
Belgique	1	20	11	8	n.d.	n.d.
Canada	1	11	n.d.	n.d.	2	4
Chili	1	28	n.d.	n.d.	13	8
Corée	1	34	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	1	14	7	10	4	1
Espagne	1	26	3	18	11	9
Estonie	2	12	21	19	9	13
États-Unis	3	14	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	1	18	19	11	10	7
France	1	3	15	15	n.d.	n.d.
Grèce	3	32	23	20	n.d.	n.d.
Hongrie	1	30	14	9	1	6
Irlande	1	22	17	17	n.d.	n.d.
Islande	1	21	18	22	n.d.	n.d.
Israël	1	16	n.d.	n.d.	3	3
Italie	1	22	20	21	n.d.	n.d.
Japon	1	9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	1	5	4	3	n.d.	n.d.
Mexique	1	30	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	1	16	8	15	12	10
Nouvelle-Zélande	1	9	n.d.	n.d.	7	5
Pays-Bas	1	2**	1	1	n.d.	n.d.
Pologne	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Rép. slovaque	2	22	11	6	n.d.	n.d.
Rép. tchèque	1	7	5	4	n.d.	n.d.
Royaume-Uni	1	3	9	7	4	2
Slovénie	1	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1	26	11	14	n.d.	n.d.
Suisse	1	33	6	12	n.d.	n.d.
Turquie	1	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Les besoins en soins médicaux et dentaires peuvent être non satisfaits en raison des coûts, des délais d'attente ou de la distance géographique pour accéder aux services. Les données couvrent seulement les pays européens car elles sont basées sur l'enquête EU-SILC.

** Le classement des Pays-Bas est surestimé car la participation minimale obligatoire des patients aux coûts est exclue (si elle était incluse, les Pays-Bas se classeraient dans la catégorie du milieu).

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282416

Tableau 1.4. **Qualité des soins**

Tiers des pays les plus performants
Tiers des pays moyennement performants
Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour les indicateurs sur les admissions évitables à l'hôpital et les taux de mortalité, les pays les plus performants sont ceux avec les taux les plus faibles.

Indicateur	Admission à l'hôpital pour asthme et MPOC	Admission à l'hôpital pour diabète	Mortalité après un IAM (données basées sur les admissions)	Mortalité après un AVC (données basées sur les admissions)	Survie au cancer du col de l'utérus	Survie au cancer du sein	Survie au cancer colorectal
Allemagne	21	25	25	8	15	15	10
Australie	29	17	1	20	11	5	3
Autriche	28	29	27	8	19	19	7
Belgique	16	20	19	20	16	12	4
Canada	18	10	11	26	12	8	13
Chili	6	27	31	16	25	23	n.d.
Corée	24	30	24	2	2	14	1
Danemark	26	14	7	17	5	11	18
Espagne	15	3	23	24	n.d.	n.d.	n.d.
Estonie	27	n.d.	28	29	8	25	22
États-Unis	25	24	5	3	21	2	9
Finlande	10	15	9	4	6	4	7
France	7	21	17	13	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	31	11	30	22	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	32	16	8	24	20	20	19
Islande	14	4	15	14	7	10	n.d.
Israël	19	9	11	6	10	7	2
Italie	2	1	5	7	3	15	12
Japon	1	18	29	1	4	9	4
Luxembourg	9	19	16	17	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	5	31	32	31	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	17	7	11	5	1	2	13
Nouvelle-Zélande	30	22	10	14	14	11	15
Pays-Bas	11	6	20	12	16	16	11
Pologne	20	28	3	n.d.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Rép. slovaque	23	26	17	28	n.d.	n.d.	n.d.
Rép. tchèque	12	23	11	22	13	22	21
Royaume-Uni	22	5	20	19	22	21	20
Slovénie	8	13	4	30	23	18	17
Suède	13	12	2	8	9	1	6
Suisse	4	2	22	11	n.d.	n.d.	n.d.
Turquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282428

Tableau 1.5. **Dépenses de santé et ressources**

Premier tiers en termes de dépenses de santé ou de ressources
Tiers moyen en termes de dépenses de santé ou de ressources
Dernier tiers en termes de dépenses de santé ou de ressources

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Bien que les pays soient classés des plus hautes dépenses de santé ou disponibilités de ressources aux plus faibles, cela ne reflète pas forcément une meilleure performance.

Indicateur	Dépenses de santé par habitant	Médecins par habitant (actifs)	Infirmiers par habitant (actifs)	Lits d'hôpital par habitant	Unités d'IRM par habitant*	CT scanners par habitant*
Allemagne	6	5	6	3	15*	16*
Australie	13	14	10	18	12*	2*
Autriche	8	2	21	4	9	10
Belgique	11	21	15	9	19*	11*
Canada	10	28	16	29	22	23
Chili	30	33	27	32	26	26
Corée	26	31	29	2	4	6
Danemark	7	11	3	23	10	5
Espagne	21	9	30	24	11	18
Estonie	31	18	23	12	17	15
États-Unis	1	27	12	25	2	3
Finlande	17	20	5	13	6	13
France	12	16	17	8	21	24
Grèce	25	1	32	14	5	8
Hongrie	29	19	22	5	31*	31*
Irlande	16	25	7	26	13	17
Islande	15	11	4	21	7	4
Israël	24	13	31	22	30	29
Italie	20	8	24	19	3	9
Japon	14	29	13	1	1	1
Luxembourg	9	22	9	11	14	12
Mexique	33	32	33	33	32	32
Norvège	3	3	2	17	n.d.	n.d.
Nouvelle-Zélande	18	22	14	26	18	20
Pays-Bas	4	17	8	n.d.	16	28
Pologne	32	30	28	6	28	19
Portugal	22	4	25	20	27*	14*
Rép. slovaque	28	14	26	10	25	21
Rép. tchèque	27	10	20	7	24	22
Royaume-Uni	19	24	19	26	29	30
Slovénie	23	26	18	16	23	27
Suède	5	7	11	31	n.d.	n.d.
Suisse	2	6	1	15	8*	7
Turquie	34	34	34	30	20	25

* Les données pour la plupart des pays marqués avec une * n'incluent pas les unités d'IRM et les scanners installés en dehors de l'hôpital, ce qui entraine une sous-estimation. En Australie et en Hongrie, les données comprennent les appareils couverts par les remboursements publics seulement, ce qui conduit également à une sous-estimation.

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282431

Encadré 1.1. **Limitations dans l'interprétation et l'utilisation des tableaux de bord**

Les tableaux de bord précédents doivent être interprétés avec prudence pour un certain nombre de raisons :

- Du fait de la disponibilité limitée des données, les indicateurs choisis dans chaque dimension ne couvrent généralement *pas* entièrement tous les aspects importants de cette dimension. Par exemple, les indicateurs relatifs à l'état de santé se réfèrent uniquement à la mortalité, parce que les données sur la mortalité sont plus disponibles et comparables d'un pays à l'autre que les données sur la morbidité. Bien que l'espérance de vie demeure sans aucun doute un indicateur clé de l'état de santé, le manque d'indicateurs relatifs à la santé physique et mentale des personnes encore en vie est une limite importante. Le même type de limitations s'applique également aux tableaux de bord sur les facteurs de risque (qui inclut seulement un nombre limité de facteurs de risque), l'accès aux soins et la qualité des soins.
- La comparabilité des données est limitée pour certains indicateurs, ce qui affecte le classement des pays. Un des exemples les plus notables est que, dans plusieurs pays, les données relatives au taux d'obésité chez les adultes sont fondées sur la taille et le poids auto-déclarés, et non pas sur des mesures objectives, ce qui entraîne une sous-estimation du taux d'obésité dans le cas des données auto-déclarées.
- Le regroupement des pays en trois groupes (tertiles) est basé sur une méthode simple qui sépare les pays en trois groupes égaux, sans tenir compte de la distribution des données autour de la moyenne OCDE ni des intervalles de confiance pour les indicateurs pour lesquels ces intervalles ont été calculés (notamment pour plusieurs indicateurs de qualité des soins).
- Ces tableaux de bord présentent seulement la situation actuelle et, de ce fait, ne présentent pas la progression des pays de l'OCDE au fil du temps ; ils n'indiquent donc pas que certains pays sont peut-être en train de rapidement rattraper la moyenne de l'OCDE.

Du fait de ces limites en ce qui concerne la disponibilité et la comparabilité des données et les écarts qui ne sont pas toujours statistiquement significatifs, il n'y a aucune tentative de calculer un score global pour chacune des dimensions ou pour l'ensemble des dimensions. Ces tableaux de bord devraient être utilisés pour obtenir une première impression des forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE concernant la série d'indicateurs sélectionnés. Cette première lecture devrait être complétée par une revue plus complète des données et des facteurs qui peuvent affecter les variations entre pays qui sont présentées dans les chapitres suivants de cette publication.

© OCDE 2015

Chapitre 2

Évolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs

Les dépenses pharmaceutiques ont atteint environ 800 milliards USD en 2013 dans les pays de l'OCDE, soit environ 20 % en moyenne des dépenses de santé totales lorsque l'on ajoute la consommation hospitalière de produits pharmaceutiques à l'achat de médicaments au détail. Ce chapitre présente les tendances récentes en matière de dépenses pharmaceutiques dans les pays de l'OCDE. Il examine les déterminants de l'évolution récente des dépenses, en soulignant les différences entre classes thérapeutiques. Il montre que, alors que la consommation de médicaments continue d'augmenter et de pousser à la hausse les dépenses pharmaceutiques, les politiques de maîtrise des coûts et l'expiration des brevets d'un certain nombre de produits les plus vendus ont mis la pression à la baisse sur les prix des médicaments au cours des dernières années. Cela a entraîné un ralentissement de la croissance des dépenses au cours de la dernière décennie.

Le chapitre se penche ensuite sur les défis émergents pour les décideurs politiques en ce qui concerne la gestion des dépenses pharmaceutiques. La prolifération de médicaments de spécialité à coût élevé sera un moteur important de la croissance des dépenses de santé dans les années à venir. Alors que certains de ces médicaments apportent de grands bénéfices aux patients, d'autres ne fournissent que des améliorations marginales. Cela remet en question l'efficacité des dépenses pharmaceutiques.

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

Introduction

Les dépenses pharmaceutiques ont atteint environ 800 milliards USD en 2013 dans les pays de l'OCDE, soit environ 20 % en moyenne des dépenses de santé totales lorsque l'on ajoute la consommation hospitalière de produits pharmaceutiques à l'achat de médicaments au détail. La croissance des dépenses pharmaceutiques au détail a ralenti dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée, tandis que les dépenses hospitalières en produits pharmaceutiques ont augmenté dans la plupart des pays où cette information est disponible. L'évolution actuelle du marché, comme la multiplication des médicaments onéreux visant des populations restreintes et/ou des pathologies complexes, a suscité de nouveaux débats sur la soutenabilité et l'efficience des dépenses pharmaceutiques. Les pays de l'OCDE auront-ils les moyens de financer l'accès à ces médicaments onéreux pour l'ensemble des patients qui en ont besoin, et à quel prix ? Quelle « valeur » obtiendront-ils pour leurs dépenses ?

Le présent chapitre commence par examiner les tendances récentes en matière de dépenses pharmaceutiques et de financement dans les pays de l'OCDE. Il examine ensuite les déterminants de l'évolution récente des dépenses, en soulignant les différences entre les classes de médicaments. Enfin, il se concentre sur l'évolution actuelle et prévue des marchés pharmaceutiques et les difficultés liées à la gestion des dépenses pharmaceutiques.

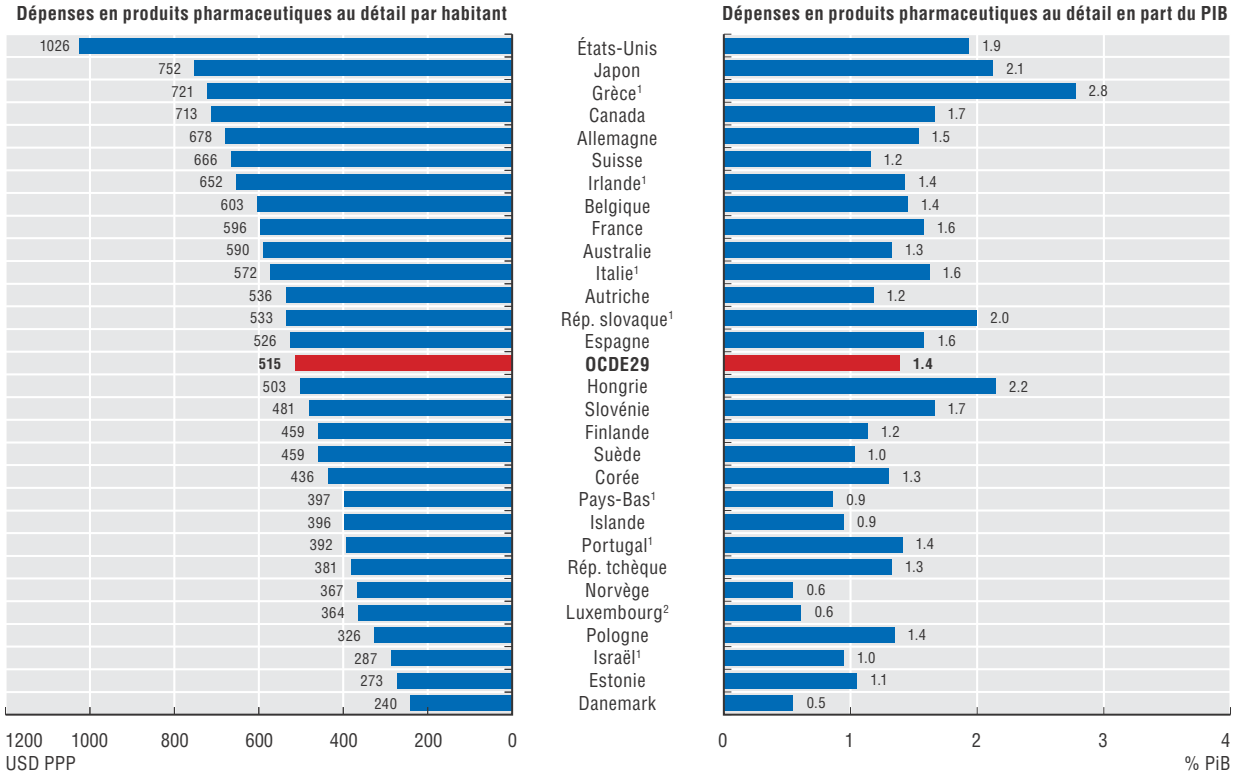
Un dollar sur cinq dépensé dans le domaine de la santé est consacré aux produits pharmaceutiques.

En 2013, les pays de l'OCDE ont dépensé en moyenne plus de 500 USD par personne en produits pharmaceutiques au détail[1] (graphique 0.1). Aux États-Unis, le niveau des dépenses était deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE, et supérieur de plus de 35 % à celui du Japon, qui arrive en deuxième position. À l'autre extrémité de la fourchette, les dépenses du Danemark sont égales à moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE.

Les données relatives aux dépenses pharmaceutiques présentées dans le graphique 2.1 concernent uniquement les ventes de médicaments *au détail*, la plupart des pays n'étant pas en mesure de fournir des données sur le coût des produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et les autres établissements de soins. Dans les pays qui sont en mesure de fournir ces données, l'inclusion des dépenses pharmaceutiques des hôpitaux et autres établissements de soins représente un surplus compris entre 10 % des dépenses pharmaceutiques au détail en Allemagne, au Canada et en Australie, et plus de 25 % dans des pays comme l'Espagne, la République tchèque et le Portugal (graphique 2.2). Ces différences découlent des canaux budgétaires et de distribution de chaque pays. En moyenne, la consommation de produits pharmaceutiques des hôpitaux et des autres établissements de soins accroît la facture pharmaceutique totale d'environ 20 %, soit plus d'un dollar sur cinq dépensé dans le domaine de la santé consacré à l'achat de produits pharmaceutiques.

Avant 2005, les dépenses en produits pharmaceutiques au détail enregistraient une croissance plus rapide que les autres composantes clés des soins de santé, comme les soins hospitaliers et ambulatoires, et étaient un déterminant majeur de la hausse des

Graphique 2.1. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant et en part du PIB, 2013 (ou année la plus proche)**

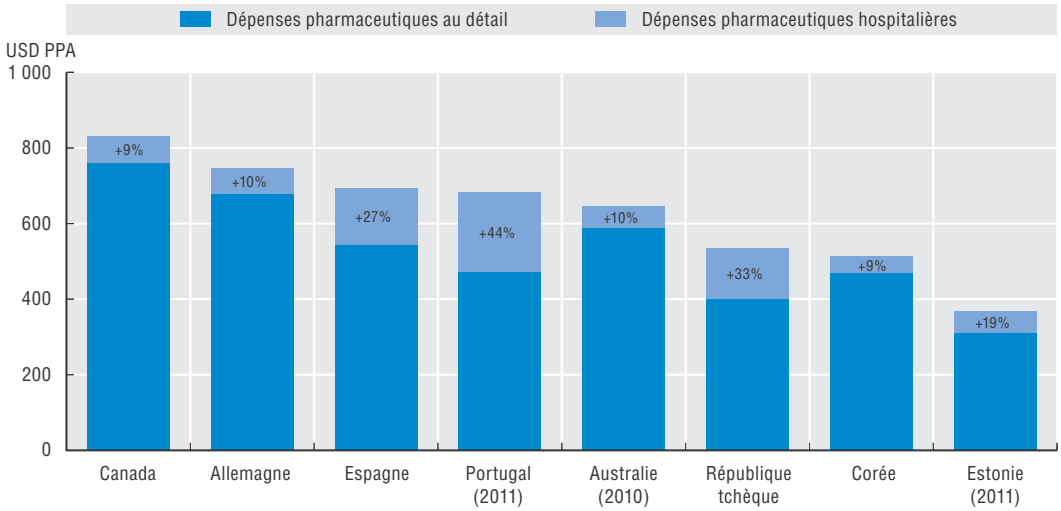


1. Inclut les produits médicaux non-durables.
2. Exclut les médicaments sans ordonnance.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281560

Graphique 2.2. **Dépenses pharmaceutiques totales (au détail et hospitalières) par habitant, USD en PPA, 2013 (ou année la plus proche)**



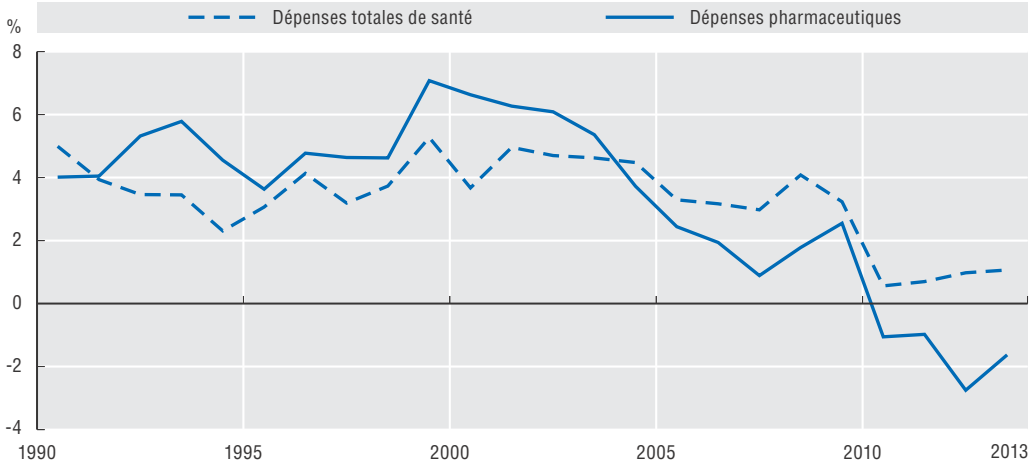
Note : Les données pour le Portugal sont des estimations de l'OCDE basées sur les chiffres du total ajusté et des dépenses en produits pharmaceutiques au détail.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281576

dépenses de santé globales (voir graphique 2.3). Au cours de la décennie suivante, toutefois, l'expiration des brevets de plusieurs médicaments phares et les politiques de maîtrise des coûts mises en œuvre dans le sillage de la crise économique notamment ont eu un effet considérable sur la croissance des dépenses pharmaceutiques au détail. Par conséquent, les dépenses pharmaceutiques au détail ont considérablement diminué dans des pays comme le Portugal, le Danemark et la Grèce par exemple.

Graphique 2.3. **Croissance annuelle moyenne des dépenses pharmaceutiques et des dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, moyenne des pays de l'OCDE, 1990-13 (ou année la plus proche)**

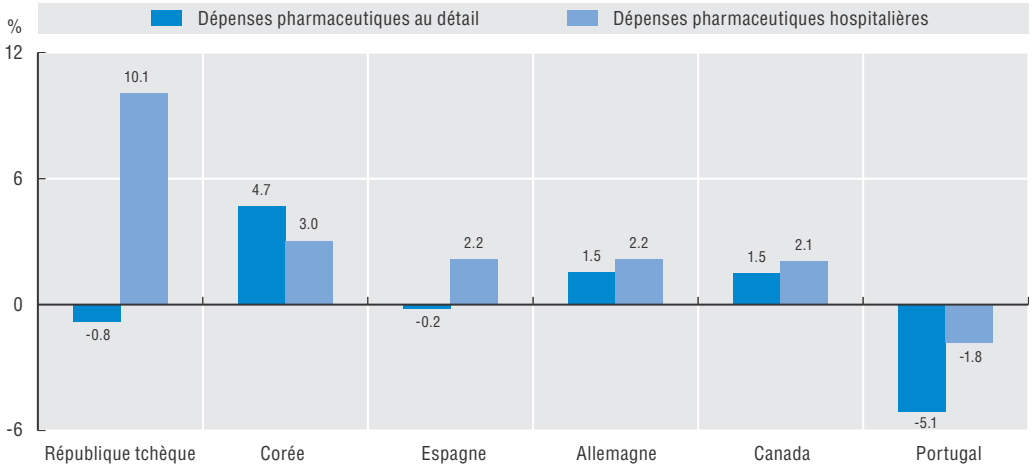


Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281588

Au cours de la même période, les dépenses hospitalières en produits pharmaceutiques ont augmenté plus rapidement dans plusieurs pays (voir graphique 2.4). La multiplication des médicaments de spécialité[2] explique en partie cette accélération, puisqu'ils sont plus souvent délivrés en milieu hospitalier (y compris en hôpital de jour) que par les pharmacies (Hirsch et al., 2014) et qu'ils sont mis sur le marché à des prix toujours plus élevés.

Graphique 2.4. **Croissance moyenne annuelle des dépenses pharmaceutiques hospitalières et au détail, en termes réels, 2005-13 (ou année la plus proche)**



Note : Les estimations de l'OCDE pour le Portugal excluent les dépenses en autres produits médicaux provenant des dépenses totales et de détail reportées.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

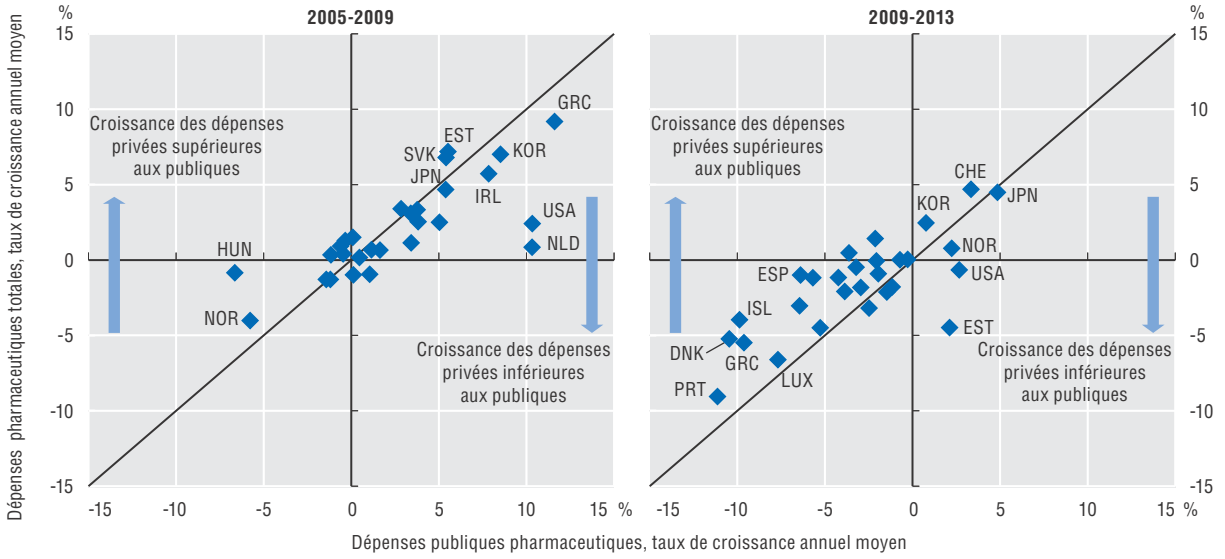
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281597

La part du financement privé des produits pharmaceutiques augmente

La part du financement privé dans l'achat de produits pharmaceutiques est plus importante que dans les autres catégories de soins de santé. En moyenne, dans les pays de l'OCDE 43 % des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques au détail sont financées par des sources privées (assurances privées ou dépenses directes des ménages), contre 21 % pour les soins hospitaliers et ambulatoires. La plupart des dépenses privées consacrées aux médicaments (37 %) sont financées directement par les ménages, ce qui reflète à la fois l'importance de la participation aux frais et l'ampleur de l'autoconsommation de médicaments en vente libre (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques » au chapitre 10). Des pays tels que la France, l'Allemagne et le Japon affichent un niveau de dépenses privées relativement faible, à hauteur d'environ 25-30 %, tandis que les États-Unis et le Canada (deux pays où les assurances de santé privées jouent un rôle majeur dans le financement des dépenses pharmaceutiques), ainsi que la Pologne (où les dépenses consacrées aux médicaments sans ordonnance sont importantes), rapportent que la facture pharmaceutique est couverte à plus de 60 % par des ressources privées.

Dans une majorité de pays de l'OCDE, les dépenses privées en produits pharmaceutiques ont enregistré une croissance plus rapide que les dépenses publiques au cours de la dernière décennie (graphique 2.5). En particulier, depuis 2009, les dépenses privées consacrées aux médicaments n'ont pas diminué dans la même mesure que les dépenses publiques. Cela est dû en partie au report observé d'une partie des coûts sur les ménages. Par exemple, en Hongrie, la part des dépenses en médicaments sur ordonnance à la charge des ménages est passée de 40 à 45 % entre 2010 et 2013 (graphique 2.4). La République tchèque et la République slovaque ont également signalé une hausse de la part des dépenses à la charge des ménages, qui s'est établie à 38 et 33 % respectivement.

Graphique 2.5. **Croissance annuelle des dépenses pharmaceutiques publiques et des dépenses totales en produits pharmaceutiques au détail, pays membres de l'OCDE, 2005-2013**

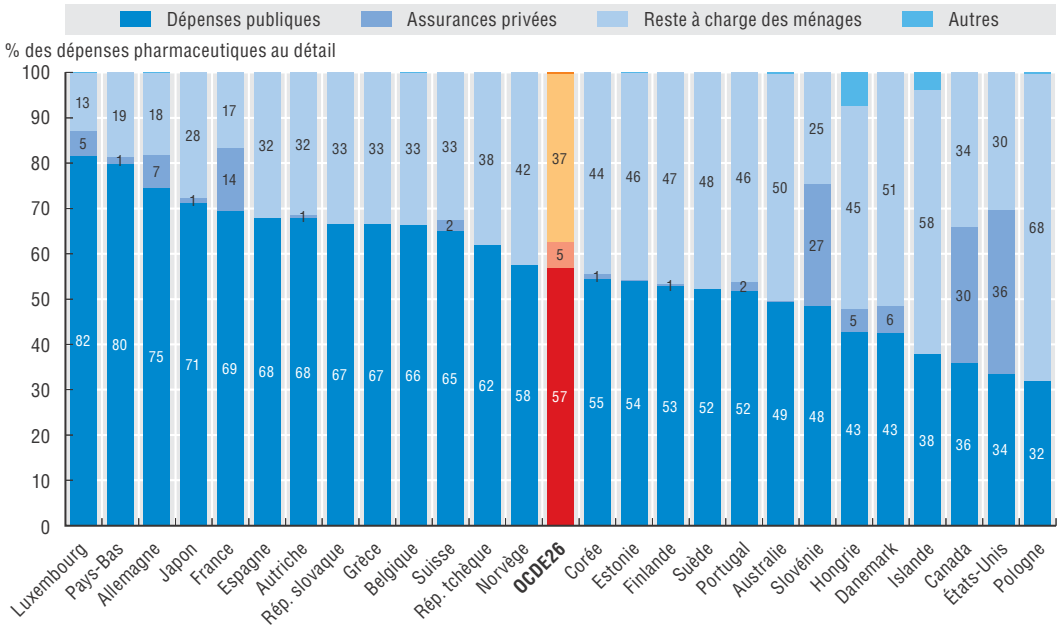


Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281600

L'évolution des dépenses publiques et privées s'explique en partie par une série de mesures mises en œuvre par les pays pour contenir les dépenses publiques pharmaceutiques, comme la hausse de la participation des usagers aux frais, ainsi que le

Graphique 2.6. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement, 2013 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281610*

recours accru aux médicaments en vente libre (généralement non remboursés) dans plusieurs pays. En Slovénie, en Pologne et en Espagne, la part des médicaments en vente libre dans les dépenses pharmaceutiques a considérablement augmenté.

La croissance des dépenses pharmaceutiques est déterminée par l'évolution des quantités, des prix et de l'éventail thérapeutique

La demande croissante de médicaments et la mise sur le marché de nouveaux produits sont les principaux déterminants de la croissance des dépenses. Dans le même temps, la disponibilité des médicaments génériques et biosimilaires, associée à la mise en place et au renforcement des politiques de maîtrise des coûts, a fait baisser les dépenses au cours des dernières années (Belloni et al., à paraître).

La demande croissante de produits pharmaceutiques et les nouvelles options thérapeutiques entraînent une hausse des dépenses pharmaceutiques

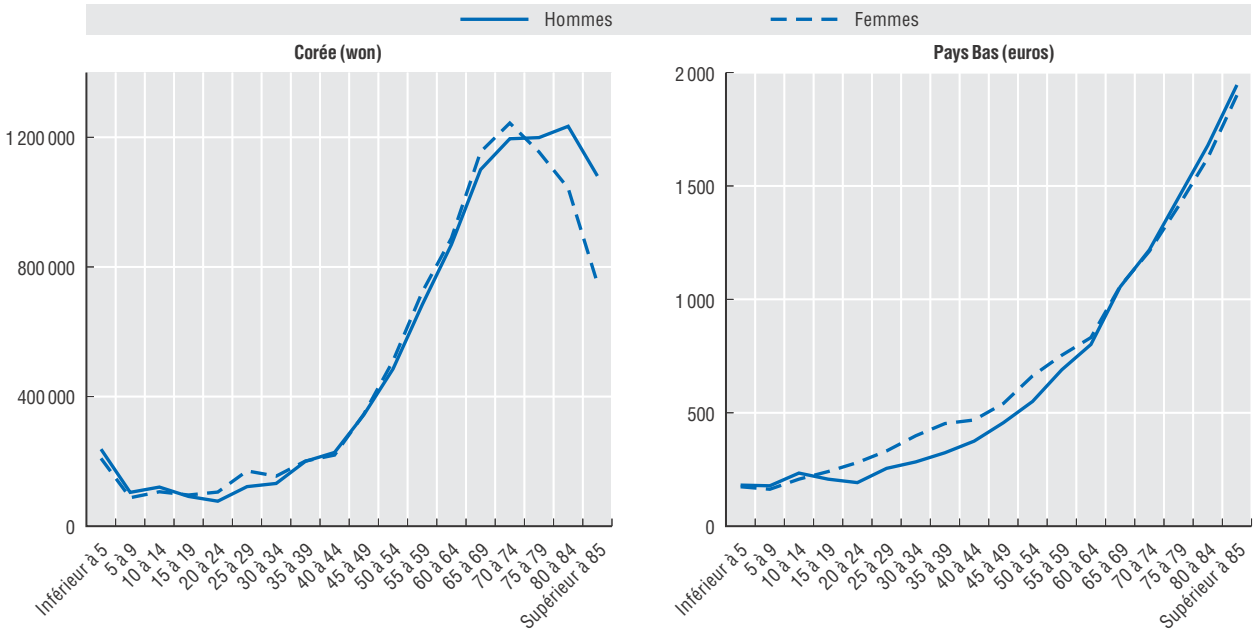
La quantité de médicaments consommés a augmenté au fil du temps dans la plupart des classes thérapeutiques. Entre 2000 et 2013, dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, la consommation d'antihypertenseurs, d'antidiabétiques et d'antidépresseurs a quasiment doublé, tandis que la consommation d'hypocholestérolémiants a triplé (voir l'indicateur « Consommation de médicaments » au chapitre 10). Ces tendances reflètent une hausse de la demande de produits pharmaceutiques, qui résulte de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, du vieillissement de la population, de l'évolution des pratiques cliniques et de l'extension de la prise en charge, ainsi que de nouvelles options thérapeutiques.

La prévalence de nombreuses maladies chroniques, comme le cancer, le diabète et les maladies mentales, a augmenté, ce qui a entraîné une hausse de la demande de traitements médicaux. Les progrès en terme de diagnostic, qui conduisent à une identification et à une prise en

charge plus précoces des maladies, ainsi que le développement d'un nombre croissant de médicaments (sur ordonnance ou en vente libre) pour traiter les maladies courantes, ont également contribué à l'accroissement de la consommation de médicaments.

Le vieillissement de la population accroît également la demande de traitements pharmaceutiques. Avec l'âge, la tendance à développer des problèmes de santé nécessitant certains types de médicaments augmente. Comme le montre le graphique 2.7 pour la Corée et les Pays-Bas, les dépenses par habitant en produits pharmaceutiques augmentent rapidement avec l'âge.

Graphique 2.7. **Dépenses par habitant en produits pharmaceutiques au détail par âge, Corée et Pays-Bas, 2011**



Source : OECD Database on Expenditure by Disease, Age and Gender (non publiée).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281626

Les nouveaux médicaments innovants multiplient les options thérapeutiques et augmentent les coûts de traitement. Les nouveaux médicaments peuvent prendre la forme de nouvelles molécules ou de nouvelles formulations de médicaments existants. Dans les deux cas, cela permet d'augmenter le nombre d'options thérapeutiques, en répondant par exemple à des besoins précédemment insatisfaits ou en ciblant de nouveaux groupes de population (p. ex. les enfants), ce qui accroît la quantité de médicaments consommés. Bien que l'approbation de nouveaux médicaments sur les segments de marché existants puisse accroître la concurrence et engendrer potentiellement des économies, les nouveaux médicaments offrant des avantages thérapeutiques notables pour les patients sont habituellement plus chers que leurs concurrents, et contribuent considérablement à la croissance des dépenses pharmaceutiques.

Au cours des dernières années, la prolifération des médicaments de spécialité onéreux, notamment des anticancéreux et immunomodulateurs oraux[3] a joué un rôle de plus en plus important dans la croissance des dépenses pharmaceutiques (Express Scripts, 2015 ; Trish et al., 2014). Aux États-Unis, les médicaments de spécialité représentaient seulement 1 % des prescriptions totales, mais 25 % des dépenses liées aux prescriptions de médicaments en 2012 (Express Scripts, 2015).

L'évolution des recommandations en matière de pratiques cliniques entraîne également une hausse de la consommation de produits pharmaceutiques. Les modifications des recommandations introduisent souvent des traitements plus précoces, plus longs ou à des doses plus élevées dans la prévention secondaire ou la prise en charge des maladies chroniques, ce qui entraîne un accroissement du volume de médicaments consommés. C'est le cas par exemple des recommandations relatives aux hypocholestérolémiants (p. ex. statines), l'une des classes de médicaments sur ordonnance qui connaît la croissance la plus rapide à travers le monde. Les recommandations en matière de prescription ont été mises à jour plusieurs fois depuis la fin des années 1990, recommandant un dépistage à plus grande échelle et un abaissement des taux de lipides comme indication de prescription au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis (CIHI, 2012 ; ACC/AHA 2014 ; NICE, 2014).

Dans quelques pays, *l'extension de la prise en charge des médicaments* a contribué à la croissance des dépenses pharmaceutiques. Aux États-Unis, *Medicare Part D* a été mis en place en 2006 et le *Affordable Care Act* a été mis en œuvre en 2014, contribuant à une réduction substantielle du nombre de personnes non assurées. En Corée, avec la mise en place de la *National Health Insurance (NHI)* en 1989 et les étapes successives de l'extension de la prise en charge, les dépenses pharmaceutiques ont augmenté rapidement – de plus de 10 % chaque année en moyenne entre 2000 et 2004 (Yang et al., 2008) et ont poursuivi leur croissance depuis, même si à rythme plus lent.

Les politiques de maîtrise des coûts et les pertes de brevets ont freiné la croissance des dépenses

Les *politiques pharmaceutiques* ont le pouvoir d'influencer l'évolution des dépenses et l'efficience (coût-efficacité) des dépenses pharmaceutiques. Récemment, et plus particulièrement après la crise économique de 2008, les pays de l'OCDE ont mis en œuvre ou renforcé un certain nombre de mesures de maîtrise des coûts (tableau 2.1).

Depuis 2008, les baisses de prix sont très fréquentes. Au moins un tiers des pays de l'OCDE ont mis en œuvre des mesures de réduction des prix réglementés des produits pharmaceutiques. Ils imposent le plus souvent des réductions des prix départ usine des médicaments sous brevet et/ou génériques (p. ex. Grèce, Irlande, Espagne) mais nombre de ces pays ont aussi réduit les marges de distribution, du moins pour certaines catégories de médicaments. L'Allemagne a temporairement augmenté les ristournes obligatoires imposées aux laboratoires pharmaceutiques, les faisant passer de 6 à 16 % entre 2010 et 2013. En 2014, cette ristourne obligaroire a été établie à 7 % pour tous les médicaments non génériques. Au Canada, plusieurs provinces et territoires ont entamé des négociations conjointes concernant le prix des médicaments de marque couverts par les régimes publics. Enfin, cinq pays ont modifié leur taux de TVA sur les médicaments, soit pour réduire les dépenses pharmaceutiques (p. ex. Autriche, République tchèque et Grèce), soit pour accroître les recettes publiques (p. ex. Estonie, Portugal), avec pour effet d'augmenter les dépenses.

La Grèce, le Portugal, la République slovaque, l'Espagne et la Suisse ont réformé leur *système de prix de référence externes* en élargissant ou réduisant le panier de pays utilisés pour les comparaisons internationales, ou en révisant leur méthode de fixation des prix. Par exemple, la République slovaque a inclus la Grèce parmi les pays de référence en 2010.

Un ensemble de mesures visent à *décharger quelque peu le budget public des dépenses pharmaceutiques pour les reporter sur les payeurs privés* (ménages ou assurances privées complémentaires). Elles prennent rarement la forme d'un déremboursement des produits,

Tableau 2.1. **Politiques de maîtrise des coûts pharmaceutiques mises en œuvre depuis 2008 dans un certain nombre de pays de l'OCDE**

Politiques	Exemples	Pays concernés
Politiques des prix	Réduction ponctuelle des prix départ usine des médicaments brevetés	Autriche, Belgique, République tchèque, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Espagne, Suisse, Royaume-Uni
	Mise en place d'un système de prix de référence externes ou modification de la méthode ou du panier de pays	Espagne, Grèce, Portugal, République slovaque, Suisse
	Réduction des taux de taxes sur la valeur ajoutée (TVA)	Autriche, Grèce, Rep. tchèque,
	Réduction des marges des distributeurs	République tchèque, Estonie, Grèce, Hongrie, Irlande, Portugal, Espagne
	Augmentation des ristournes imposées aux fabricants ou aux distributeurs	Allemagne
	Révisions extraordinaires des prix	Grèce, Irlande, Portugal, République slovaque, Espagne, Suisse
	Pression sur les prix des médicaments de marque (par exemple, achat de groupe ou négociation)	Canada
Politiques de remboursement	Modification du système de prix de référence (prix de remboursement max. par groupe)	Estonie, Grèce, Irlande, Portugal, République slovaque, Espagne
	Déremboursement de produits	République tchèque, Grèce, Irlande, Portugal, Espagne
	Hausse de la participation aux coûts	Autriche, République tchèque, Estonie, France, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Slovénie, République slovaque, Espagne, Suède
	Mise en place d'une évaluation des technologies de la santé (ETS) pour éclairer les décisions en matière de prise en charge/fixation des prix des médicaments	Allemagne
	Accord contractuel volontaire	Belgique, Italie, Royaume-Uni
Politiques exploitant le potentiel des médicaments tombés dans le domaine public	Mise en œuvre de la prescription facultative ou obligatoire en Dénominations communes internationales (DCI)	Belgique, Estonie, France, Italie, Luxembourg, Portugal, République slovaque, Espagne
	Incitations des médecins à prescrire des génériques	Belgique, France, Grèce, Hongrie, Japon
	Incitations des pharmaciens à distribuer des génériques	Belgique, France, Irlande, Japon
	Incitations et information des patients pour acheter des génériques	Autriche, Estonie, France, Islande, Irlande, Luxembourg, Portugal, Espagne
	Pressions sur les prix des génériques (p. ex. appels d'offres, réduction des prix)	Canada, France, Grèce, Portugal

Source : Belloni et al. (à paraître), complementée par Thomson et al. (2014) pour les politiques de partage des coûts.

à l'exception notable de la Grèce, où 49 médicaments ont été déremboursés après une révision des prix en 2011, de la République tchèque, de l'Irlande, du Portugal et de l'Espagne. Au moins une douzaine de pays ont mis en place ou augmenté les coûts à la charge des usagers pour les médicaments au détail sur ordonnance (Autriche, Espagne, Estonie, France, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, République slovaque, République tchèque, Slovénie et Suède) (voir Thomson et al., 2014 ; Belloni et al., à paraître).

Certains pays ont décidé de *renforcer le rôle* de l'évaluation des technologies de la santé (ETS) dans leur procédure de remboursement et/ou de fixation des prix. En Allemagne, par exemple, une nouvelle loi relative à la restructuration du marché pharmaceutique, entrée en vigueur en janvier 2011, a mis en place une évaluation systématique et formelle du « bénéfice thérapeutique ajouté » des nouveaux médicaments après leur mise sur le marché, afin de permettre la négociation d'un prix de remboursement lorsque c'est nécessaire. Les économies attendues pour les caisses d'assurance maladie se montent à plusieurs millions d'euros pour certains produits individuels (Henschke, 2013).

En parallèle, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des accords contractuels volontaires, ou y ont davantage recours. Il s'agit d'accords entre le fabricant et le payeur, qui permettent la prise en charge des médicaments sous certaines conditions bien définies. Les accords contractuels volontaires couvrent un large éventail d'accords contractuels, qui peuvent être seulement financiers ou fondés sur les performances (p. ex. les conditions de remboursement et de fixation des prix sont liées aux performances du produit observées dans la vie réelle). Ils prennent la forme d'accords prix-volume, d'une prise en charge subordonnée à la réalisation des études cliniques, de garanties de résultats fondées sur les performances, d'un dispositif d'accès aux médicaments pour les patients, etc. Leur mise en œuvre varie d'un pays à l'autre. Le Royaume-Uni, l'Italie, l'Allemagne et la Pologne sont les pays qui ont le plus recours à ces accords (Ferrario et Kanavos 2013). En Italie, les sommes récupérées par les pouvoirs publics auprès des fabricants par le biais des accords fondés sur les performances sont modestes, et représentent 5 % des dépenses totales pour les indications concernées. Cela est dû, en partie du moins, aux coûts élevés d'administration et de gestion du système (Garattini et al., 2015, Navarria et al., 2015, van de Vooren et al., 2014). Leur impact dans d'autres juridictions n'a pas encore été évalué.

Depuis le début de la crise économique, plusieurs pays ont renforcé leurs *politiques relatives aux médicaments génériques* (voir tableau 2.1 et graphiques 10.12 et 10.13 dans le chapitre 10). Bien qu'aucune évaluation formelle ne soit disponible, ces politiques – associées à la « perte des brevets » – ont certainement contribué à la hausse importante de la part de marché des génériques observée au cours de la dernière décennie dans la plupart des pays.

Depuis le milieu des années 2000, *un certain nombre de « blockbusters » ont perdu la protection de leur brevet*, ce qui a contribué à la baisse de la croissance des dépenses pharmaceutiques. Plusieurs produits d'une valeur totale de plus de 30 milliards de dollars annuel de recettes aux États-Unis ont perdu leurs brevets en 2011-12, parmi lesquels Plavix® (agent antiplaquettaire), Lipitor® (anti-cholestérol) et Actos® (diabète), qui représentaient ensemble près de 15 milliards USD de ventes (Managed Care, 2011).

Les expirations de brevets offrent d'énormes possibilités de faire des économies sans affecter la qualité des soins. Aux États-Unis, par exemple, où le marché des génériques est très dynamique, le prix d'un médicament générique est en moyenne de 80 à 85% inférieur à celui du produit de marque. En 2012, 84 % de toutes les ordonnances exécutées aux États-Unis concernaient des médicaments génériques (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2013, voir aussi l'indicateur sur « Part du marché des génériques » au chapitre 10).

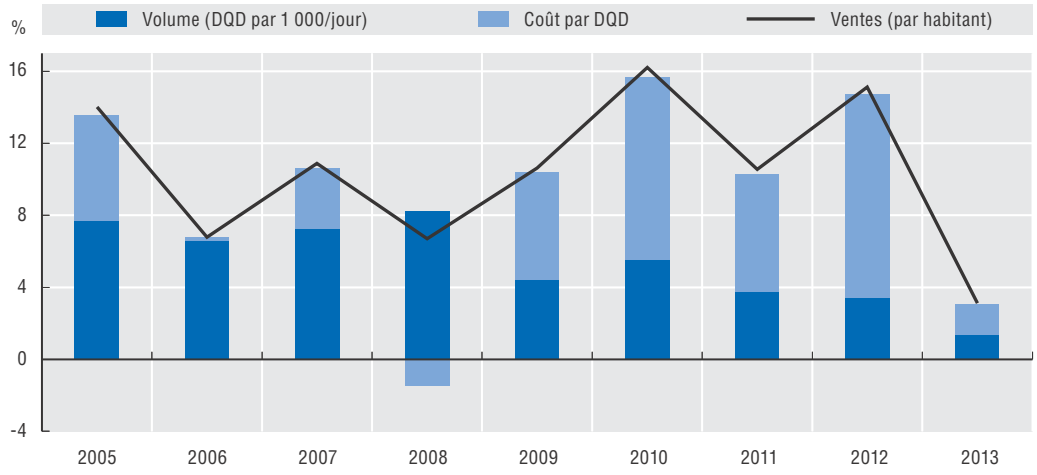
Les médicaments biosimilaires peuvent également engendrer des économies considérables, bien qu'ils ne présentent probablement pas un potentiel aussi important que celui des génériques, en raison du coût de développement et de production plus élevés. Les barrières à l'entrée sont plus élevées : l'Europe a régulé l'approbation des médicaments biosimilaires en 2005 ; le Japon a approuvé la réglementation relative aux médicaments biosimilaires en 2009, et la Corée en 2010. Les États-Unis ont approuvé le cadre législatif de l'approbation des médicaments biosimilaires en 2010, mais la FDA n'a approuvé le premier médicament biosimilaire que récemment, en mars 2015. En outre, les règlementations des pays limitent souvent le potentiel de croissance du marché et la concurrence des prix. Dans de nombreux pays, la prescription par les dénominations communes internationales (DCI) n'est pas autorisée, les patients ne peuvent pas passer à des biosimilaires et la substitution par le pharmacien n'est pas permise (European Biopharmaceutical Enterprises, 2015).

Les déterminants de la croissance des dépenses varient d'un domaine thérapeutique à l'autre

Tous les déterminants de la croissance des dépenses cités plus haut interagissent différemment d'une classe thérapeutique à l'autre, d'où des tendances contrastées.

Dans le cas des antidiabétiques par exemple, dont la consommation ne cesse d'augmenter en raison de la hausse de la prévalence du diabète de type 2, l'existence de versions génériques des traitements existant de longue date a permis de stabiliser le coût pendant un certain nombre d'années. Toutefois, l'arrivé de nouveaux traitements plus coûteux au cours des dernières années a fait considérablement augmenter le coût quotidien moyen du traitement. L'abandon des médicaments existants au profit des nouveaux a donc été le principal déterminant de la croissance récente des dépenses pharmaceutiques dans cette classe thérapeutique, comme le montre le graphique 2.8 pour le Danemark entre 2009 et 2012.

Graphique 2.8. **Croissance annuelle des ventes, des volumes et du coût par dose quotidienne définie (DQD) des médicaments antidiabétiques, Danemark, 2005-2013**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

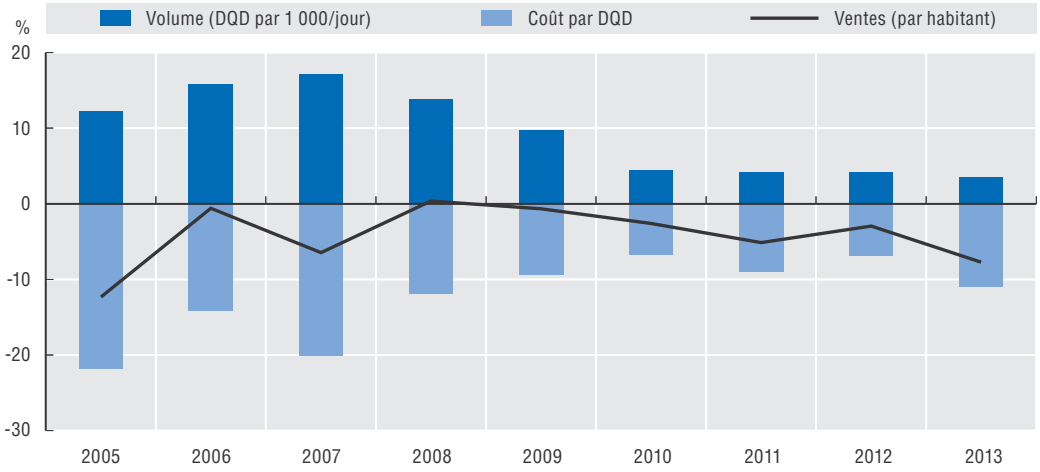
StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281633*

À l'inverse, dans la classe des hypocholestérolémiants, l'expiration du brevet de certaines statines les plus vendues au milieu des années 2000 et la mise sur le marché de médicaments génériques a entraîné une baisse des coûts de traitement dans plusieurs pays ces dernières années. Par exemple, les coûts par dose quotidienne définie (DQD) ont diminué de plus de 10 % par an, en moyenne, depuis 2005 en Allemagne (graphique 2.9).

Le prix élevé de nouveaux médicaments a été le principal déterminant de la croissance des dépenses dans d'autres domaines thérapeutiques.

Dans le domaine du **cancer** par exemple, le prix des médicaments de spécialité a augmenté régulièrement, notamment depuis 2000. Aux États-Unis, le prix mensuel médian d'un traitement anticancéreux pour les patients couverts par Medicare est passé d'environ 5000 USD en 2000-05 à environ 10 000 USD en 2010-15[4]. En 2012, 12 anticancéreux approuvés sur 13 coûtaient plus de 100 000 USD par an (Light et Kantarjian 2013). Ces hausses de prix s'observent dans d'autres pays. En Australie, le prix de remboursement moyen d'un anticancéreux a plus que doublé en termes réels entre 1999-2000 et 2011-12, alors

Graphique 2.9. **Croissance annuelle des ventes, des volumes et du coût par dose quotidienne définie (DQD) des médicaments hypolipidémiants, Allemagne, 2005-13**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281644*

que le prix de tous les autres médicaments sur ordonnance n'a augmenté que d'environ un tiers durant cette période (Karikios et al., 2014).

Le coût du traitement de la **sclérose en plaques** et de l'**hypertension pulmonaire** est également très élevé et ne cesse d'augmenter (Lotvin et al. 2014). Les traitements de première génération de la sclérose en plaques, qui coûtaient initialement entre 8 000 et 11 000 USD par an en 1993-96, coûtent aujourd'hui environ 60 000 USD par an. Cette hausse est 5 à 7 fois supérieure à la hausse des prix des médicaments sur ordonnance sur la période 1993-2013. De nouveaux traitements ont été mis sur le marché à un coût supérieur de 25 à 60 % à celui des traitements existants (Hartung et al., 2015).

En 2013 et 2014, de nouveaux traitements de l'hépatite C ont été mis sur le marché, causant des problèmes sans précédent dans de nombreux pays membres de l'OCDE. Ces médicaments représentent une avancée médicale majeure : ils sont bien mieux tolérés par les patients, et permettent d'obtenir des taux de guérison de 95 % ou plus dans certaines populations cibles. Pour ces groupes cibles, ces traitements présentent même un bon rapport coût-efficacité. L'impact budgétaire immédiat de la prise en charge de l'ensemble de la population affectée s'est révélé insoutenable pour les pays de l'OCDE, en raison des prix élevés et de la forte prévalence de la maladie. En réaction, de nombreux pays ont cherché à passer des accords avec les fabricants afin de limiter l'impact budgétaire, et ont recommandé de réserver le traitement en priorité aux patients les plus gravement atteints, engendrant une frustration des médecins, des patients et des décideurs.

Les **médicaments orphelins**[5] sont également généralement très onéreux. Le coût médian par patient et par an d'un médicament orphelin est 19 fois supérieur à celui d'un médicament non orphelin (EvaluatePharma, 2014). Le surcoût pour les indications ultrarares est très élevé. Le nombre de molécules nouvellement approuvées classées parmi les médicaments orphelins augmente depuis la mise en œuvre de mesures visant à encourager leur développement, et les médicaments considérés comme orphelins représentent désormais un tiers des nouvelles molécules approuvées par la FDA (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014).

Le marché pharmaceutique face à de nouveaux défis

L'évolution du marché pharmaceutique, avec la disponibilité accrue de médicaments onéreux, suggère que la croissance des dépenses pharmaceutiques pourrait repartir à la hausse, au lieu de poursuivre sa trajectoire récente, du moins dans certains pays. Les pays devront faire face à un certain nombre de difficultés pour permettre aux patients d'accéder aux nouveaux médicaments onéreux, contenir la hausse des dépenses et garantir la rentabilité.

L'*Institute for Healthcare Informatics* (IMS) prévoit une augmentation des ventes mondiales de médicaments[6] de 30 % en 2018 par rapport à 2013 (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014). La croissance annuelle moyenne est légèrement supérieure à celle des années précédentes du fait de la diminution du nombre de médicaments tombant dans le domaine public et de la hausse du nombre de nouveaux médicaments de spécialité. Ce sont les marchés émergents, en plus des États-Unis, qui devraient contribuer le plus à cette croissance, alors que les marchés européens y contribueront plus modestement.

Le marché pharmaceutique des États-Unis est le plus important du monde. Il représente un tiers des ventes mondiales, et devrait poursuivre sa croissance. Selon l'*Institute for Healthcare Informatics* (IMS), la croissance des dépenses des États-Unis devrait culminer à +14 % en 2014 et +8 % en 2015, puis s'établir à 4-5 % annuels jusqu'en 2018. Selon les projections du CMS, les dépenses consacrées aux médicaments sur ordonnance devraient croître à un taux annuel moyen supérieur à 6 % par an entre 2016 et 2024 (Keehan, 2015).

Selon les prévisions, les principaux marchés européens devraient connaître une croissance moindre. D'après l'IMS *Institute for Healthcare Informatics*, les cinq premiers marchés européens (Allemagne, France, Royaume-Uni, Italie et Espagne) enregistreront une croissance annuelle comprise entre 1 et 4 % sur la période 2014-18. Les dépenses pharmaceutiques devraient enregistrer la croissance la plus forte au Royaume-Uni et en Allemagne, alors que leur croissance serait nulle, voire négative en France et en Espagne (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014). Dans une étude antérieure, Urbinati et al. (2014) avaient prévu une diminution des dépenses pharmaceutiques dans tous les pays européens étudiés, sauf la Pologne, entre 2012 et 2016.

Les médicaments de spécialité demeureront l'un des principaux contributeurs à la croissance des dépenses pharmaceutiques. Depuis 2010, une approbation de la FDA sur deux concerne un médicament de spécialité, et à mesure que la population vieillit, le nombre de patients susceptibles de bénéficier de médicaments de spécialité, comme ceux utilisés dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et du cancer, augmente (Lotvin et al., 2014). En Amérique du Nord, l'accroissement des dépenses au titre des médicaments de spécialité devrait représenter 53 % de la croissance totale entre 2013 et 2018, alors qu'en Europe, il représentera 94 % de la croissance (plus lente) au cours de la même période (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014). La contribution importante des médicaments de spécialité à la croissance des dépenses pharmaceutiques s'explique par le fait qu'ils seront plus nombreux, plus coûteux et qu'un plus grand nombre de patients en aura besoin.

Le cancer est le domaine thérapeutique dans lequel les dépenses devraient enregistrer la plus forte croissance, en raison du nombre de nouveaux médicaments approuvés et de l'incidence croissante du cancer à travers le monde (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014). Un grand nombre de médicaments orphelins devraient également être approuvés au cours des années à venir. D'ici à 2020, ils devraient représenter de 4-5 % à 9-11 % des dépenses pharmaceutiques dans plusieurs pays européens, selon le taux de réussite des produits en développement (Schey et al., 2011 ; Hutchings et al., 2014). Une autre étude a estimé que la part des médicaments orphelins dans le marché pharmaceutique mondial

des médicaments non génériques sur ordonnance devrait passer de 14 % en 2014 à 19 % en 2020 (EvaluatePharma, 2014).

Le prix élevé des médicaments constitue l'un des principaux obstacles à l'accès aux traitements, et pas seulement dans les pays en développement. Les résultats d'une récente enquête menée auprès des responsables politiques (rapportés dans OMS 2015) montrent que les responsables politiques des pays européens considèrent les prix élevés des médicaments comme le principal obstacle à l'accès aux nouveaux traitements, en raison des contraintes budgétaires qui pèsent sur eux. Par conséquent, de nombreux médicaments, y compris les médicaments offrant des bénéfices importants, ne sont pas disponibles du tout, ou pas accessibles à l'ensemble des patients qui en ont besoin. Par exemple, comme déjà mentionné, de nombreux pays ont réservé l'accès aux nouveaux traitements de l'hépatite C aux patients qui en ont le plus besoin, et certains pays n'ont pas encore remboursé ces nouveaux traitements (par exemple, la Pologne).

Autre difficulté : les prix élevés des nouveaux médicaments ne sont pas toujours synonymes de bénéfices importants (Howard et al., 2015 ; Light et Kantarjian, 2013). Par exemple, la plupart des nouveaux médicaments contre le cancer n'apportent que peu de bénéfices supplémentaires par rapport aux traitements existants. Sur 12 nouveaux anticancéreux approuvés par la FDA en 2012, un seul offre un gain de survie supérieur à 2 mois. Parfois, les anticancéreux sont utilisés dans plusieurs indications avec plus ou moins d'efficacité, mais leur prix est généralement unique (Bach, 2014). En examinant les prix de lancement d'anticancéreux approuvés entre 1995 et 2013, Howard et al. (2015) se sont aperçus que les patients et les assureurs payaient 54 100 USD pour une année de vie gagnée en 1995, alors qu'ils payaient 139 100 USD une décennie plus tard et 207 000 USD en 2013 pour le même bénéfice (en dollards constants 2013, ajustés par l'inflation).

De même, de nombreux médicaments orphelins ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité. Aux Pays-Bas, les médicaments utilisés dans le traitement de la maladie de Pompe et de la maladie de Fabry coûtent plusieurs millions d'euros par QALY (année de vie pondérée en fonction de la qualité) gagnée, ce qui a provoqué un débat quant à la pertinence du maintien de la prise en charge de ces produits par l'assurance maladie. Cependant, ces médicaments n'ont pas été retirés de la liste, puisqu'ils sont utilisés pour traiter des maladies pour lesquelles aucun autre traitement n'est disponible (van den Brink, 2014).

Conclusions et discussion

Les dépenses en produits pharmaceutiques au détail augmentent à un rythme moins soutenu qu'auparavant, et ont même diminué au cours des dernières années du fait de la perte des brevets de plusieurs médicaments phares, et des mesures de maîtrise des coûts, alors que les dépenses pharmaceutiques hospitalières ont augmenté dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles.

De nouveaux médicaments de spécialité onéreux sont mis sur le marché, et devraient représenter 50 à 100 % de la croissance des dépenses pharmaceutiques dans un avenir proche. Leur disponibilité grandissante, associée au vieillissement de la population, laisse prévoir que les dépenses pharmaceutiques pourraient de nouveau augmenter après avoir récemment stagné ou diminué.

La croissance des dépenses pharmaceutiques n'est pas nécessairement un problème *en soi*. Les médicaments jouent un rôle important dans la prise en charge d'un certain nombre de maladies chroniques (p. ex. diabète, asthme) et dans certaines circonstances, ils préviennent les complications et le recours à des services de santé coûteux. Toutefois, la disponibilité croissante et l'envolée des prix des nouveaux médicaments, notamment contre le cancer,

l'hépatite C, l'hypertension pulmonaire et la sclérose en plaques, soulèvent un certain nombre de questions concernant l'accessibilité, l'impact budgétaire et la légitimité de tels prix.

Bien que certains des médicaments onéreux apportent des bénéfices importants aux patients, d'autres n'améliorent leur condition que de manière marginale. En réalité, les prix semblent être davantage déterminés par la situation sur le marché (important besoin médical insatisfait, petite population cible) que par toute autre notion de valeur au sens des bénéfices cliniques ou de bénéfices plus larges pour les patients. La plupart de ces médicaments ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité, selon les seuils standards. Cela remet en question l'efficacité à la fois statique et dynamique des dépenses pharmaceutiques, et interroge sur la meilleure façon d'aligner les intérêts des sociétés sur ceux des laboratoires pharmaceutiques et des investisseurs.

Notes

1. Les *produits pharmaceutiques au détail* sont délivrés aux patients par les pharmacies et d'autres commerces de détail. Les produits pharmaceutiques sont également consommés dans les établissements de soins – dans le *secteur hospitalier* principalement – où par convention les produits pharmaceutiques consommés sont considérés comme faisant partie de la prise en charge globale et ne sont pas comptabilisés à part. Cela dit, les comptes de la santé autorisent un élément de déclaration supplémentaire pour déclarer une estimation des *dépenses pharmaceutiques totales* tenant compte de tous les modes de fourniture. Actuellement, seuls quelques pays sont en mesure de fournir de tels chiffres.
2. Les médicaments de spécialité incluent la plupart des agents injectables et biologiques utilisés pour traiter des pathologies complexes comme la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques et le cancer, et nécessitent souvent des manipulations ou des modes d'administration particuliers.
3. Produits biologiques utilisés dans le traitement de certains types de maladies immunologiques et inflammatoires, comme la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, la maladie de Crohn et la colite ulcérative.
4. *https://www.mskcc.org/research-areas/programs-centers/health-policy-outcomes/cost-drugs*.
5. Les médicaments orphelins sont des médicaments élaborés pour traiter des maladies rares. Les États-Unis et l'Union européenne ont mis en place des politiques pour encourager les investissements privés dans la R-D portant sur les maladies rares (p. ex. exclusivité de marché accrue) et ont par conséquent défini les critères à remplir pour qu'un médicament se voit accorder le statut de « médicament orphelin ». Dans l'Union européenne, ces critères sont les suivants : sévérité de la maladie ; réponse à un besoin non satisfait, prévalence inférieure à 1 sur 2 000 ou retour sur investissement attendu négatif.
6. Les données d'IMS portent sur les ventes au prix départ usine et ne tiennent pas compte des remises et ristournes sur facture (IMS *Institute for Healthcare Informatics*, 2014). À l'inverse, les dépenses pharmaceutiques déclarées dans le Système de comptes de la santé sont estimées aux prix de détail (TVA incluse) et sont en principe nettes des remises et ristournes sur facture. Les deux ensembles de données ne sont pas directement comparables mais sont censés décrire des tendances plus ou moins cohérentes.

Références

ACC/AHA (2014), 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 63(25_PA):2889-2934.

Bach, P.B. (2014), « Indication-Specific Pricing for Cancer Drugs », *Journal of American Medical Association*, vol. 312, n° 16, pp. 1629-1630.

Belloni, A., D. Morgan and V. Paris (à paraître), « Pharmaceutical expenditure and policies: Past trends and future challenges », *OECD Health Working Papers*, Éditions OCDE, Paris.

CIHI (2012), *Drivers of Prescription Drug Spending in Canada*, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Ont.

European Biopharmaceutical Enterprises (2015), « What Pricing and Reimbursement Policies to Use for Off-patent Biologicals? Results from the EBE 2014 Biological Medicines Policy Survey », *Gabi Journal*. 4(1):17-24.

EvaluatePharma® (2014), « Budget-busters: The Shift to High-priced Innovator Drugs in the USA », EvaluatePharma.

EvaluatePharma (2014), *Orphan Drug Report 2014*, *http://info.evaluategroup.com/rs/evaluatepharmaltd/images/2014OD.pdf*.

Express Scripts (2015), *The 2014 Drug Trend Report Highlights*, mars 2015.

Ferrario A et Kanavos P. (2013) *Managed entry agreements for pharmaceuticals: The European experience*, EMINet.

Garattini, L., A. Curto and K. van de Vooren (2015), « Italian Risk-sharing Agreements on Drugs: Are They Worthwhile? », *European Journal of Health Economics*, vol. 16, pp. 1-3.

Hartung, D. et al. (2015), « The Cost of Multiple Sclerosis Drugs in the US and the Pharmaceutical Industry – Too Big to Fail? », Neurology, vol. 84, mai 26, pp. 1-8.

Henschke C., L. Sundmacher and R. Busse (2013), « Structural Changes in the German Pharmaceutical Market: Price Setting Mechanisms Based on the Early Benefit Evaluation », *Health Policy*, vol. 109, pp. 263-269.

Hirsch BR, Balu S, Schulman KA. (2014), «The Impact of Specialty Pharmaceuticals As Drivers of Health Care Costs», *Health Affairs*, (Millwood), vol. 33, n° 10, octobre, pp. 1714-1720.

Howard D. et al. (2015), «Pricing in the Market for Anticancer Drugs», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 29, n° 1, pp. 139-162.

Hutchings A. et al. (2014), « Estimating the Budget Impact of Orphan Drugs in Sweden and France 2013-2020 », *Orphanet Journal of Rare Diseases*, vol. 9, pp. 9-22.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2013), *Declining Medicine Use and Costs: For Better or For Worse? – A Review of the Use of Medicines in the United States in 2012*.

IMS Institute for Healthcare Informatics (2014), *Medicine Use and Shifting Costs of Healthcare. A Review of the Use of Medicines in the United States in 2013*, avril 2014.

Karikios, D. J. et al. (2014), «Rising Cost of Anticancer Drugs in Australia», *Internal Medical Journal*, vol. 44, n° (5), pp. 458-63.

Keehan SK et al (2015), « National Health Expenditure Projections, 2014-24: Spending Growth Faster Than Recent Trends », *Health Affairs* 34, n° 8 : 1407-1417.

Light DW, Kantarjian H. (2013), «Market Spiral Pricing of Cancer Drugs», *Cancer*, Nov 15;119(22):3900-2.

Lotvin AM, Shrank WH, Singh SC, Falit BP, Brennan TA (2014),« Specialty Medications: Traditional and Novel Tools Can Address Rising Spending on These Costly Drugs », *Health Affairs*, Oct;33(10):1736-44.

Managed Care® (2011), « Patent Cliff: Billions To Be Saved – Starting Now», *www.managedcaremag.com/content/patent-cliff-billions-be-saved-%E2%80%94-starting-now*.

Navarria, A. et al. (2015), « Do Current Performance-based Schemes in Italy Really Work? 'Success Fee': A Novel Measure for Cost-containment of Drug Expenditure », *Value in Health*, vol. 18, pp. 131-136.

NICE (2014), « NICE Clinical Guideline 181, Lipid Modification: Cardiovascular Risk Assessment and the Modification of Blood Lipids for the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease », juillet 2014.

Schey C., T. Milanova and A. Hutchings (2011), «Estimating the Budget Impact of Orphan Medicines in Europe: 2010-2020», *Orphanet Journal of Rare Diseases*, vol. 6, n° 62, pp. 1-10.

Thomson S et al. (2014), « Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy », WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.

Trish E, Joyce G, Goldman DP (2014), « Specialty Drug Spending Trends Among Medicare and Medicare Advantage Enrollees, 2007-11 », *Health Affairs* Nov;33(11):2018-24.

van den Brink, R. (2014), «Reimbursement of Orphan Drugs: The Pompe and Fabry Case in the Netherlands», *Orphanet Journal of Rare Diseases,* 9(Suppl 1):O17.

van de Vooren, K. et al. (2014), «Market-access Agreements for Anti-cancer Drugs», *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 108, n°5, pp. 166-170.

WHO (2015), « Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research ». WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Yang B., E. Bae and J. Kim (2008), « Economic Evaluation And Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea's National Health Insurance », *Health Affairs*, 27, n° 1 (2008):179-187.

STAINLESS

3. ÉTAT DE SANTÉ

Espérance de vie à la naissance

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

Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Mortalité due au cancer

Mortalité due aux accidents de transport

Suicide

Mortalité infantile

Santé du nourrisson : faible poids à la naissance

État de santé général perçu

Incidence du cancer

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.

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter régulièrement dans les pays de l'OCDE, de 3 à 4 mois par an en moyenne, et rien ne laisse présager un ralentissement. Ces gains de longévité sont imputables à un certain nombre de facteurs, comme l'amélioration des modes de vie, de l'éducation, et les progrès effectués en matière de santé.

En 2013, l'espérance de vie moyenne s'élevait à 80.5 ans dans les pays de l'OCDE, soit une hausse de plus de 10 ans depuis 1970 (graphique 3.1). Le Japon, l'Espagne et la Suisse se classent en tête d'un vaste groupe composé de 25 pays de l'OCDE 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.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est le Mexique qui affichait l'espérance de vie la plus faible en 2013, avec moins de 75 ans. Depuis 2000, l'espérance de vie a augmenté plus lentement au Mexique que dans les autres pays de l'OCDE, avec un gain à peine supérieur à un an (de 73.3 à 74.6 ans), contre un gain moyen supérieur à trois ans dans les pays de l'OCDE. L'écart de longévité entre le Mexique et les autres pays de l'OCDE est donc passé de quatre à six ans entre 2000 et 2013. La lenteur de la progression de l'espérance de vie au Mexique est due à un certain nombre de facteurs, parmi lesquels des comportements préjudiciables pour la santé, comme une mauvaise alimentation, et des taux d'obésité très élevés, et des difficultés à faire baisser la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, des taux de décès très élevés dus aux accidents de la route et aux homicides, ainsi que des obstacles persistants à l'accès à des soins de haute qualité.

Aux États-Unis, l'espérance de vie s'est allongée de façon beaucoup plus modeste que dans la plupart des autres pays de l'OCDE au cours des quelques dernières décennies. 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. De nombreux facteurs peuvent 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).

Bien que l'espérance de vie dans des pays partenaires comme l'Inde, l'Indonésie, le Brésil et la Chine demeure très inférieure à la moyenne de l'OCDE, ces pays ont enregistré des gains de longévité considérables au cours des dernières décennies, leur niveau d'espérance de vie convergeant rapidement vers la moyenne de l'OCDE. Les progrès sont nettement moins marqués dans des pays comme l'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, notamment la hausse de la consommation d'alcool).

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 3.2). Il existe également des différences d'espérance de vie notables entre des pays qui ont le même revenu par habitant. Le Japon, l'Espagne et l'Italie affichent ainsi une espérance de vie plus élevée, et les États-Unis et la Fédération de Russie une espérance de vie plus plus faible que ne le laisserait supposer leur PIB par habitant.

Le graphique 3.3 montre le lien entre l'espérance de vie à la naissance et les dépenses de santé par habitant (à l'exclusion des investissements en capital) dans les pays de l'OCDE, les pays candidats et partenaires. 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'Espagne et la Corée 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.

Les variations de l'espérance de vie d'un pays à l'autre peuvent être expliquées par de nombreux facteurs, outre le revenu national et les dépenses de santé totales.

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.

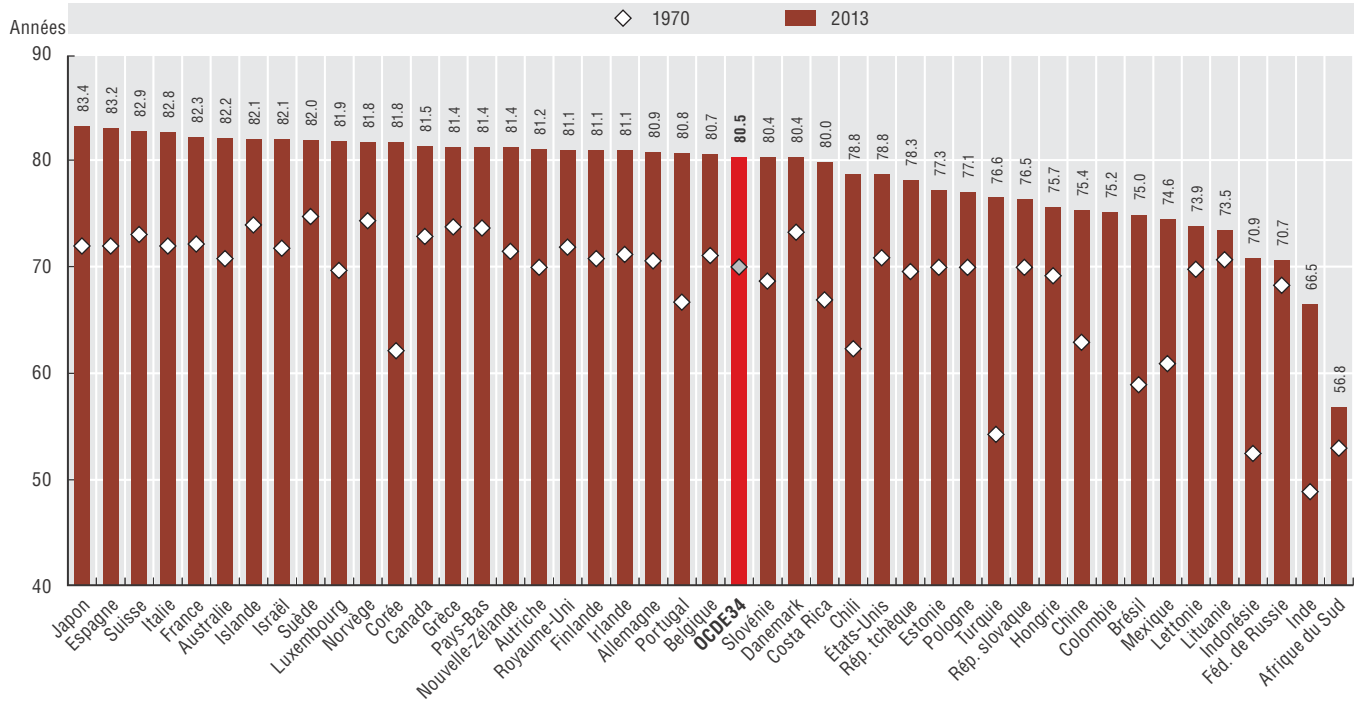
La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut varier légèrement selon les pays, ce qui, pour un pays donné, peut entraîner une variation de l'ordre d'une fraction d'année.

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.

Références

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*, National Academies Press, Washington, DC.

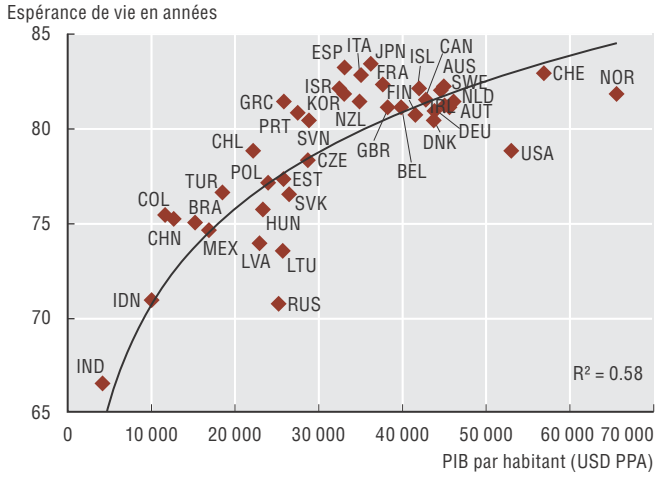
3.1. Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2013 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281650

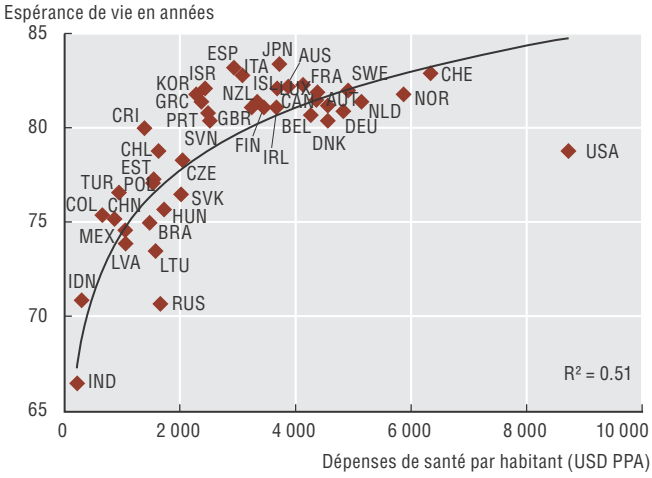
3.2. Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281650

3.3. Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281650

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 2013 83.1 ans pour les femmes et 77.8 pour les hommes, soit une différence de 5.3 ans (graphique 3.4).

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 2013, l'espérance de vie des femmes dans les pays de l'OCDE s'échelonnait de moins de 80 ans en Turquie, en Hongrie et au Mexique, à plus de 85 ans au Japon, en Espagne, en France, en Italie et en Suisse. L'espérance de vie des hommes s'échelonnait de moins de 75 ans au Mexique, en Hongrie, en Estonie, en République slovaque, en Pologne et en Turquie, à plus de 80 ans en Suisse, en Islande, en Italie, en Israël, au Japon, en Espagne, en Suède et en Australie.

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 était plus courte de 4.8 ans que celle au Japon (écart nul en 1970). L'indicateur « Espérance de vie à la naissance » 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, en Suède et au Royaume-Uni (moins de 4 ans), mais nettement plus marquée en Estonie (environ 9 ans), en Pologne (environ 8 ans), en République slovaque et en Hongrie (environ 7 ans).

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 3.5). 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 15 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données récentes, à l'âge de 30 ans les personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé peuvent espérer vivre 6 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), 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. Cela s'explique largement par la prévalence plus importante des facteurs de risque, comme le tabagisme et l'alcoolisme, chez les hommes. Les différences sont moindres dans d'autres pays, comme le Portugal, la Suède, la Suisse et 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.

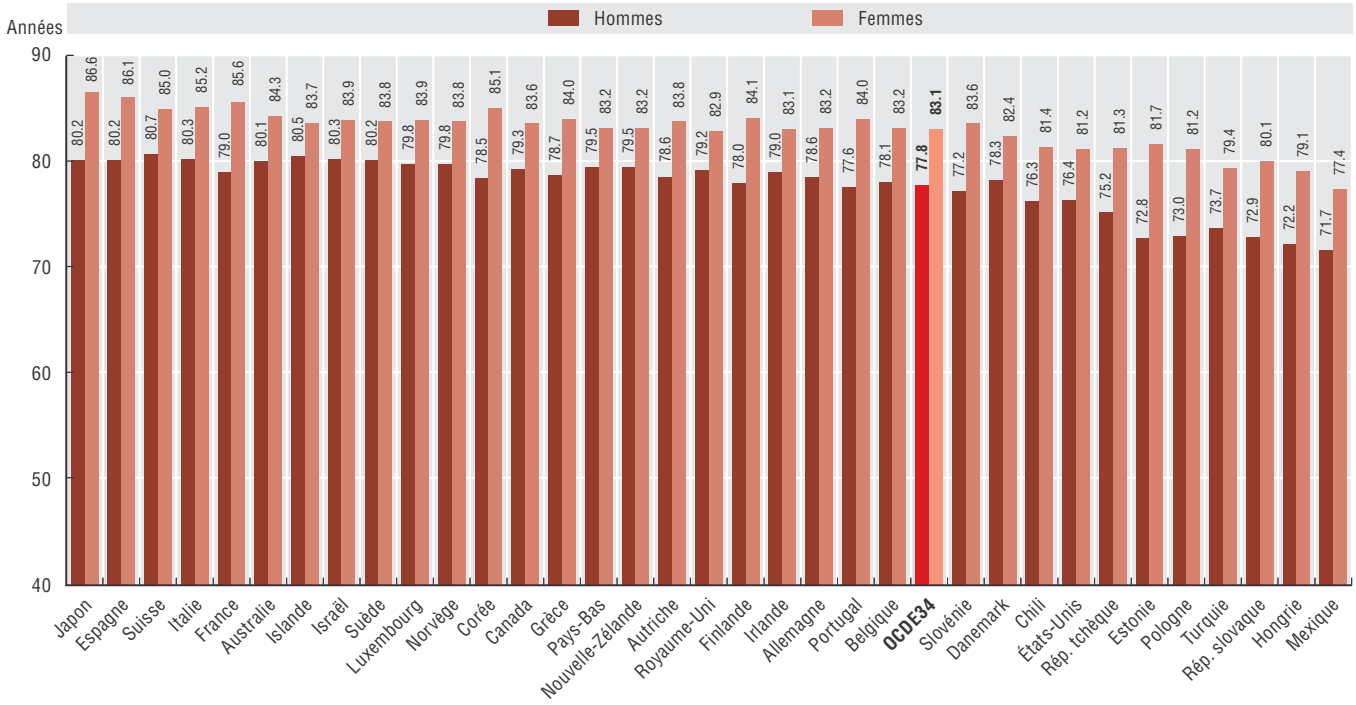
La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut varier légèrement selon les pays, ce qui, pour un pays donné, peut entraîner une variation de l'ordre d'une fraction d'année.

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).

Références

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.

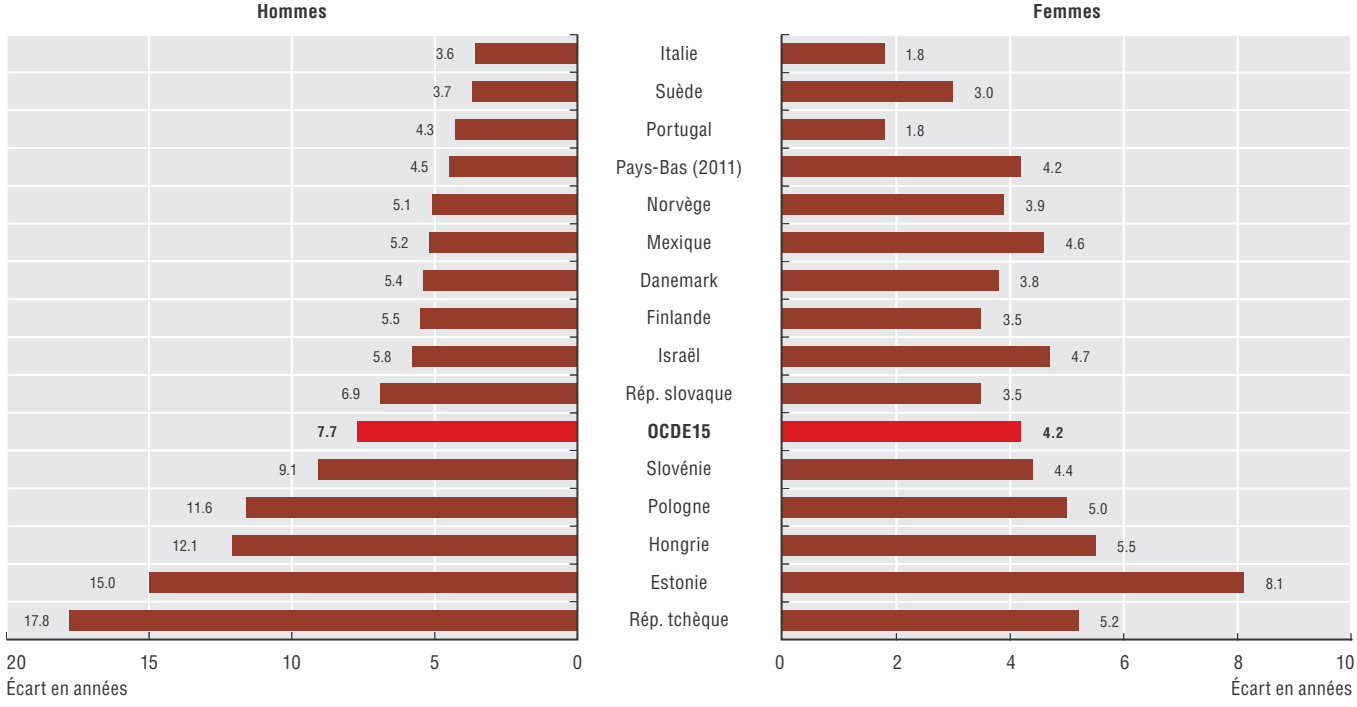
3.4. Espérance de vie à la naissance par sexe, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés par ordre descendant selon l'espérance de vie de la population totale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281668

3.5. Écart d'espérance de vie à 30 ans par sexe et niveau d'éducation, 2012 (ou année la plus proche)



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

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281668

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Malgré un recul considérable au cours des dernières décennies, les maladies cardiovasculaires demeurent la principale cause de décès dans la plupart des pays de l'OCDE, représentant près d'un tiers (32 %) de l'ensemble des décès en 2013. La perspective d'un nouveau recul risque d'être compromise par la hausse de certains facteurs de risque, comme l'obésité et le diabète (OCDE, 2015). Les maladies cardiovasculaires 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 2013, les cardiopathies ischémiques étaient responsables de près de 20 % de tous les décès dans les pays de l'OCDE. Cependant, la mortalité par crise cardiaque varie considérablement d'un pays à l'autre (graphique 3.6). Les pays d'Europe centrale et orientale ont les taux de mortalité les plus élevés, tandis que le Japon, la Corée et la France affichent les taux les plus faibles. Dans les pays de l'OCDE, en 2013, les taux de mortalité par crise cardiaque chez les hommes étaient supérieurs de 84 % aux taux chez les femmes.

Les taux de mortalité par crise cardiaque ont régressé dans presque tous les pays de l'OCDE, avec une baisse moyenne de 45 % depuis 1990, qui a grandement contribué aux gains d'espérance de vie, notamment chez les hommes. Ce recul a été particulièrement marqué au Danemark, aux Pays-Bas et en Norvège, où les taux ont diminué de deux tiers, voire plus. 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 « Chirurgies cardiaques » au chapitre 6 et « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 8).

En Corée, la mortalité due aux cardiopathies ischémiques a considérablement augmenté depuis 1990, bien qu'elle demeure relativement faible par rapport à l'ensemble des autres pays de l'OCDE, et qu'elle ait commencé à diminuer après avoir culminé en 2006. En Corée, la hausse initiale de la mortalité due aux cardiopathies ischémiques 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. En 2006, la Corée a mis en place un plan général de lutte contre les maladies cardiovasculaires qui portait sur la prévention et les soins primaires, ainsi que l'amélioration des soins intensifs, contribuant à la réduction de la mortalité au cours des dernières années (OCDE, 2012).

Les AVC ont été à l'origine d'environ 7 % de l'ensemble des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2013. 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 AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité.

Les taux de mortalité par AVC varient fortement selon les pays (graphique 3.7). Ceux de la Hongrie et de la République slovaque sont plus de trois fois plus élevés que ceux de la Suisse, du Canada et de la France. Ces deux mêmes pays affichent également les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques les plus élevés. 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 Estonie, au Luxembourg et au Portugal, bien qu'en Estonie ce soit en partie dû à un changement dans les pratiques d'enregistrement des décès avec un plus grand enregistrement d'autres causes de décès liées, telles que l'hypertension. 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 « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » au chapitre 8).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité ont été standardisés d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010 pour 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.

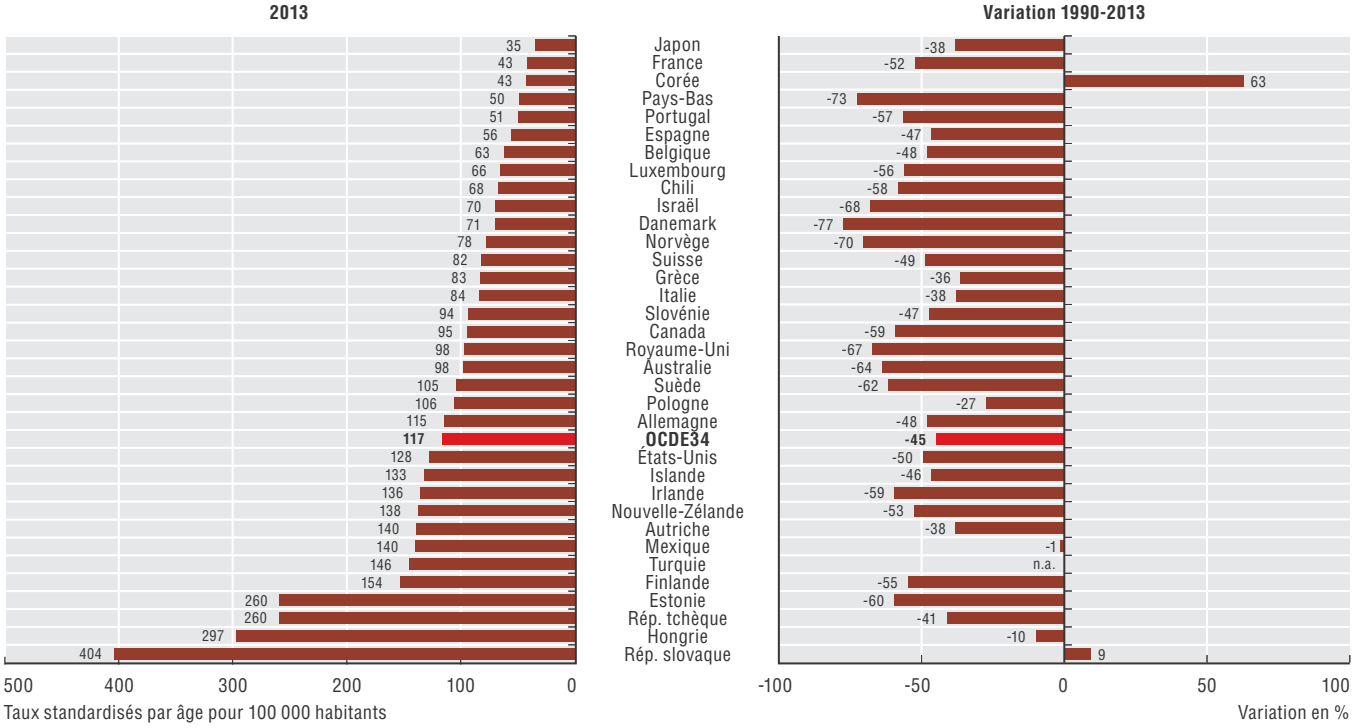
Les décès par cardiopathies ischémiques sont les décès correspondant aux codes I20 à I25 de la CIM-10 et les décès par AVC sont ceux correspondant aux codes I60 à I69.

Références

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea – Raising Standards*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en*.

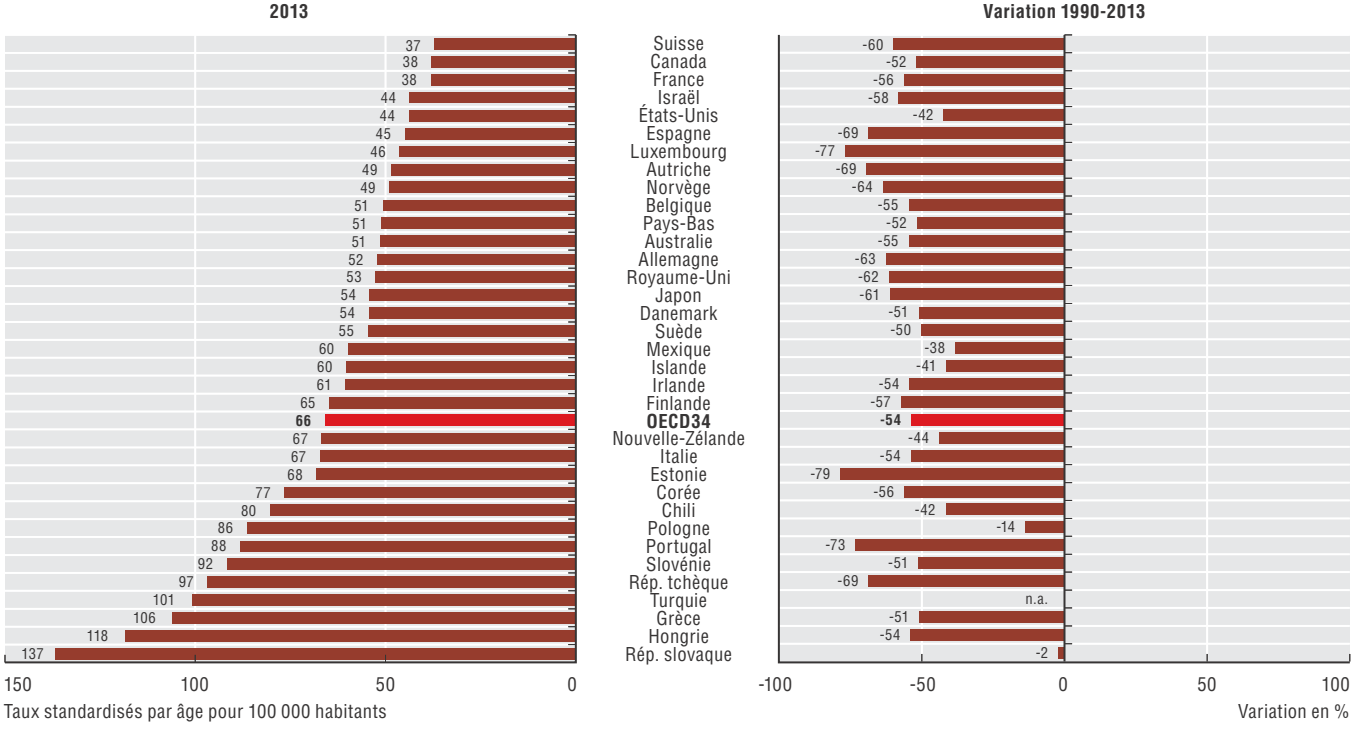
3.6. Mortalité par crise cardiaque, 2013 et variation 1990-2013 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281673

3.7. Mortalité par maladie cérébrovasculaire, 2013 et variation 1990-2013 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281673

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité due au cancer

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE après les maladies cardiovasculaires, représentant 25 % de l'ensemble des décès en 2013. Dans un certain nombre de pays, le cancer est désormais la première cause de décès. La part croissante des décès dus au cancer tient au fait que la mortalité due à d'autres causes, en particulier aux maladies circulatoires, recule plus rapidement que celle due au cancer.

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 excessive 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 (OCDE, 2013).

En 2013, le taux moyen de mortalité par cancer dans les pays de l'OCDE était légèrement supérieur à 200 pour 100 000 habitants (graphique 3.8). C'est au Mexique, en Turquie, en Finlande, en Suisse et au Japon que la mortalité due au cancer était la plus faible, à moins de 180 pour 100 000 habitants. La Hongrie, la Slovénie, la République slovaque et le Danemark avaient les taux de mortalité le plus élevé, à plus de 240 pour 100 000 habitants.

La mortalité due au cancer est plus importante chez les hommes que les femmes dans tous les pays. L'écart entre hommes et femmes est particulièrement marqué en Corée, en Turquie, en Estonie, en Espagne et au Portugal. 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 26 % de tous les décès par cancer (graphique 3.9). Ce pourcentage dépasse 30 % en Turquie, en Grèce, en Pologne, en Hongrie et en Belgique. S'agissant des femmes, le cancer du poumon est à l'origine de 17 % 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, alors qu'ils ont augmenté chez les femmes dans certains pays comme la France et l'Espagne. Cette évolution contrastée tient en grande partie au fait qu'un grand nombre de femmes ont commencé à fumer plusieurs décennies après les hommes (dans les années 1980 et 1990).

Le cancer du sein est la deuxième cause la plus fréquente de mortalité par cancer chez les femmes dans la plupart des pays de l'OCDE. Bien qu'il y ait eu une augmentation de l'incidence du cancer du sein au cours de la dernière décennie, la mortalité a diminué dans la plupart des pays en raison d'un diagnostic plus précoce et d'une meilleure prise en charge. La mortalité due au cancer du sein a quelque peu augmenté en Corée et au Japon, même si ces pays conservent les taux les plus bas en 2013. C'est au Danemark, en Hongrie, en Belgique, en Irlande, en Slovénie et aux Pays-Bas que les taux de mortalité par cancer du sein étaient les plus élevés en 2013 (voir indicateur « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein » au chapitre 8).

Le cancer colorectal est une cause majeure de mortalité par cancer, chez les hommes comme chez les femmes (deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes et troisième chez les femmes). En 2013, c'est au Mexique et en Turquie que la mortalité due au cancer colorectal était la plus faible, et en Hongrie et en République tchèque qu'elle était la plus élevée (voir indicateur « Survie et mortalité du cancer colorectal » au chapitre 8).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes, en particulier après 65 ans. La mortalité due au cancer de la prostate demeure inférieure à celle due au cancer du poumon dans l'ensemble des pays, à l'exception du Chili et du Mexique, où il s'agit de la première cause de décès par cancer chez les hommes, et dans certains pays nordiques (Islande, Norvège et Suède), où l'on compte presque autant de décès par cancer de la prostate que de décès par cancer du poumon. En 2013, c'est au Japon et en Corée que les taux de mortalité par cancer de la prostate étaient les plus faibles, et en Estonie et en Islande qu'ils étaient les plus élevés.

Les taux de mortalité par cancer sont en diminution depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, les taux ont diminué de 17 % entre 1990 et 2013.

Définition et comparabilité

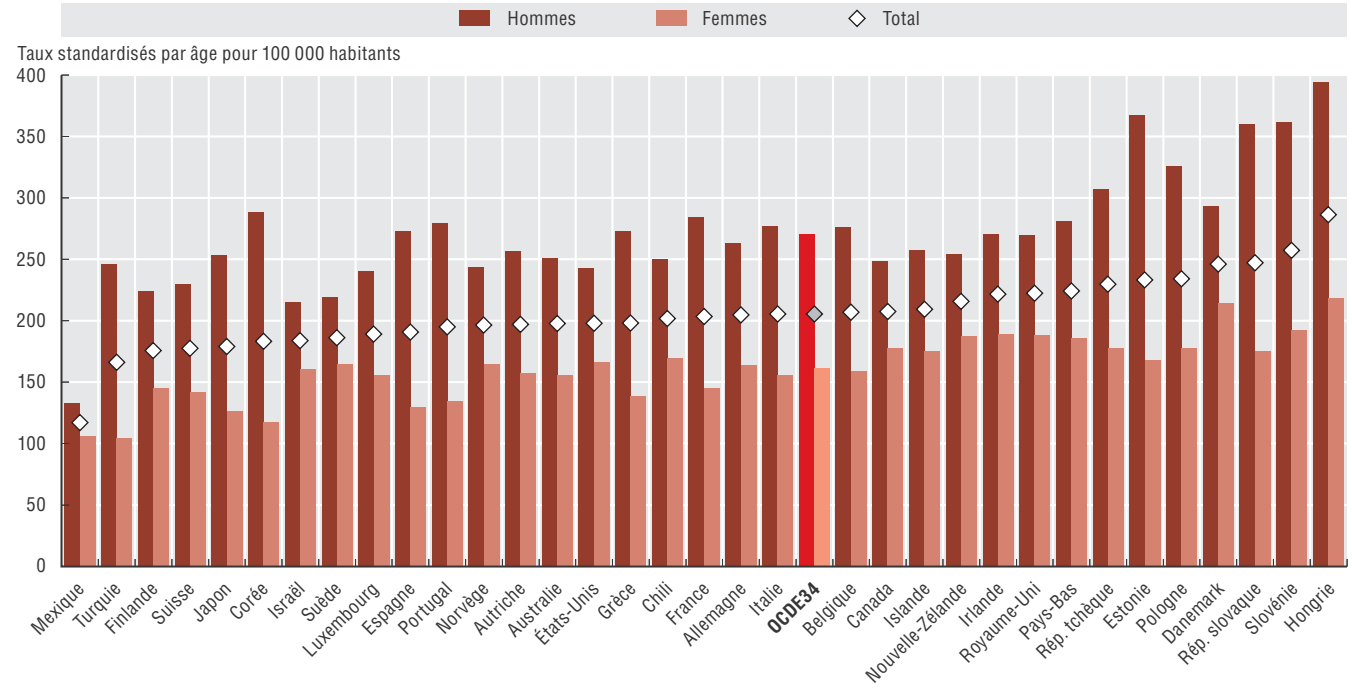
Les taux de mortalité ont été standardisés d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010 pour neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité. Les décès par cancer sont les décès dont la cause correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10. La comparabilité internationale des données sur l'incidence du cancer peut être altérée par des différences entre pays au niveau de la formation et des pratiques médicales, ainsi que de l'établissement des certificats de décès.

Références

Anand, P. et al. (2008), « Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes », *Pharmaceutical Research*, vol. 25, n° 9, pp. 2097-2116.

OCDE (2013), Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

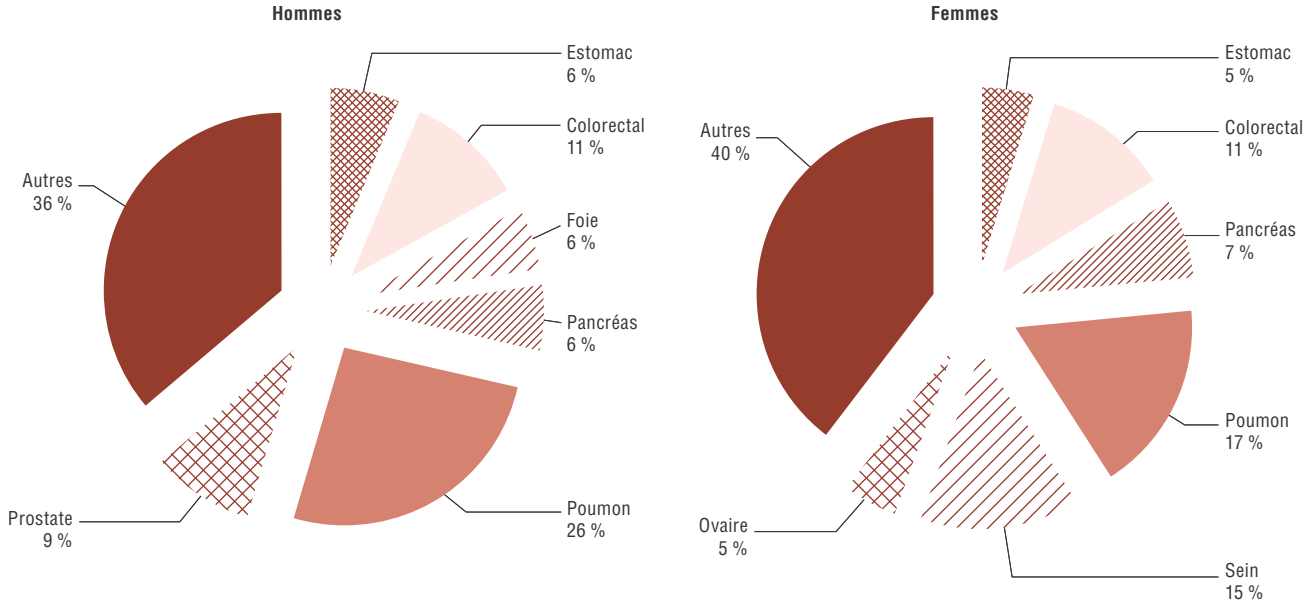
3.8. Mortalité par cancer, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281686

3.9. Principales causes de décès par cancer parmi les hommes et les femmes dans les pays de l'OCDE, 2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281686

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité due aux accidents de transport

Les blessures dues aux accidents de transport – dont la plupart sont dues à des accidents de la route – posent un problème majeur de santé publique dans les pays de l'OCDE, et ont causé le décès prématuré de plus de 100 000 personnes en 2013 (plus de 1 % de l'ensemble des décès). Près des trois quarts de ces décès concernaient des hommes. En outre, plus de 5 millions de personnes ont été blessées dans des accidents de la route. Les coûts financiers directs et indirects des accidents de transport sont considérables, et représenteraient chaque année entre 1 et 3 % du PIB, selon les estimations (OCDE/FIT, 2015).

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, au Japon et en Pologne, plus d'un tiers des victimes d'accidents de circulation sont des piétons. Les cyclistes aux Pays-Bas et les motocyclistes en Grèce, en Italie et en France représentent plus d'un quart des décès dus aux accidents de la route dans ces pays (OCDE/FIT, 2015).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité par accident de transport s'élevait à 7 pour 100 000 habitants en 2013 (graphique 3.10). 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'au Royaume-Uni et en Suède. Les taux de mortalité par accidents de la route sont également relativement élevés en Corée, au Chili et aux États-Unis.

De nombreux décès et blessures imputables aux accidents de transport sont évitables. 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.

Par conséquent, 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 70 % depuis 1990 (graphique 3.11). 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, 2015). Le Chili est le seul pays où le nombre de morts par accident de transport a augmenté. En 1990, le taux de mortalité du Chili était comparativement faible, puis a augmenté dans les années 1990 du fait de la croissance économique et du nombre de véhicules. Il est resté relativement élevé depuis (Nghiem et al., 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. La baisse du nombre de décès parmi les piétons, les cyclistes et les motocyclistes s'est stabilisée, et quelques hausses ont été enregistrées. Par conséquent, de nombreux pays ont fait des usagers vulnérables dans les zones urbaines leur priorité en matière de sécurité routière (OCDE/FIT, 2015).

La crise économique a contribué à réduire le nombre de décès dus à des accidents de la route dans de nombreux pays, du fait de la réduction des distances parcourues (notamment par les hommes jeunes et les poids lourds). 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, 2015).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité ont été standardisés d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010 pour 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.

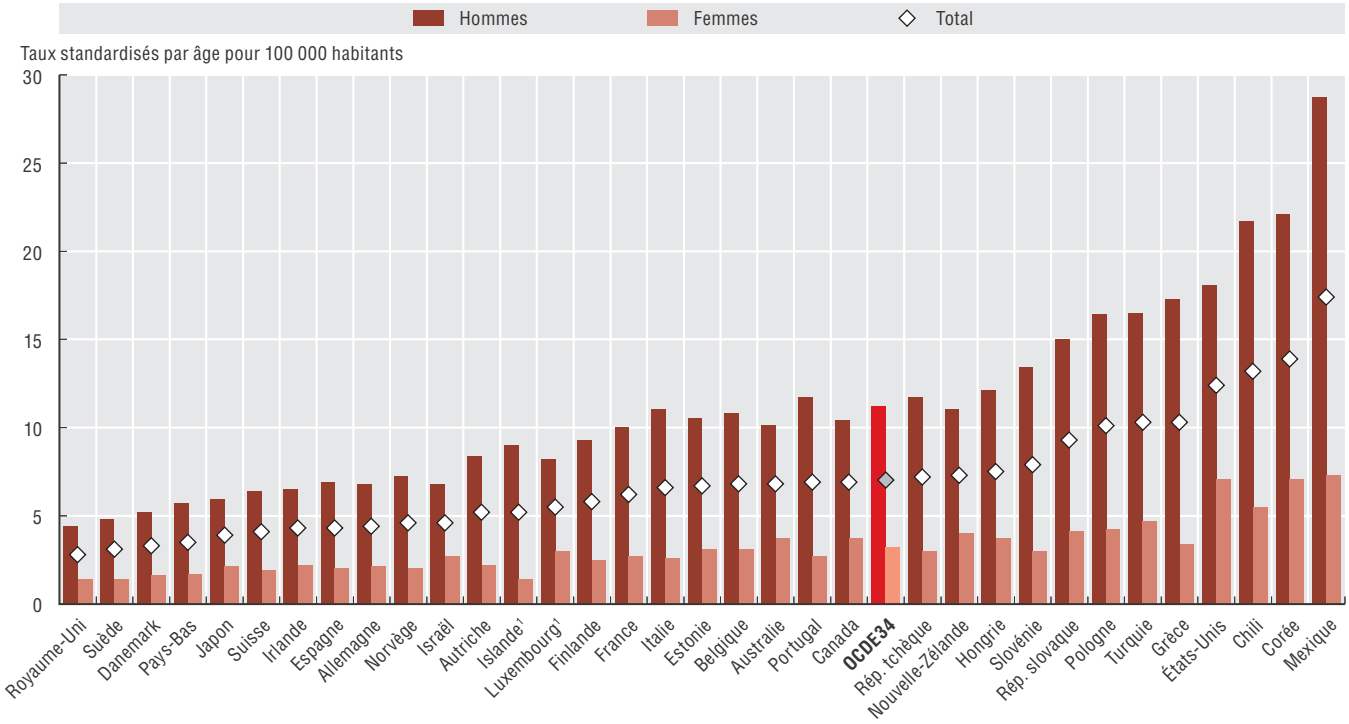
Les décès par accident de transport sont les décès dont la cause correspond aux codes V01 à V89 de la CIM-10.

Références

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.

OCDE/FIT (2015), *IRTAD Road Safety 2015 Annual Report*, Éditions OCDE, Paris.

3.10. Mortalité par accident de transport, 2013 (ou année la plus proche)

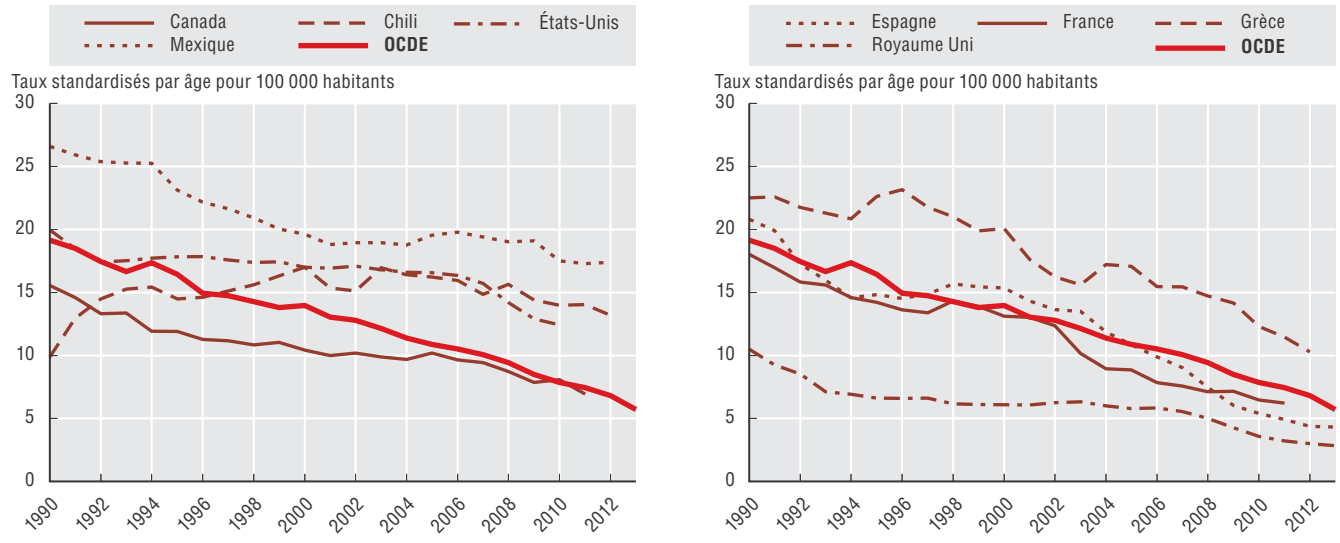


1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr et ministère de la Santé pour la Nouvelle-Zélande.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281694*

3.11. Évolution de la mortalité par accident de transport pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281694*

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Suicide

Le suicide a fait plus de 150 000 morts dans les pays de l'OCDE en 2013. Un ensemble complexe de raisons peuvent expliquer qu'une personne attente à sa propre vie. Une forte proportion de suicides est le fait de personnes souffrant de troubles psychiatriques comme la dépression grave, les troubles bipolaires ou la schizophrénie. 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.

Le graphique 3.12 montre que c'est en Turquie, en Grèce, au Mexique, en Italie et en Israël que le taux de suicide était le plus faible en 2013, avec 7 décès ou moins pour 100 000 habitants, bien que le nombre de suicides puisse être sous-déclaré dans un certain nombre de pays dû aux préjugés associés à l'acte et un manque de fiabilité des données lié aux critères de déclaration. La Corée affiche le taux de suicide le plus élevé, avec près de 30 décès pour 100 000 habitants, suivie du Japon, de la Hongrie et de la Slovénie avec près de 20 décès pour 100 000 habitants. Les taux de décès par suicide sont trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'OCDE (graphique 3.12). En Pologne et en République slovaque, les hommes ont sept fois plus de risques de se suicider que les femmes. L'écart est moins important en ce qui concerne les tentatives de suicide, parce que les femmes ont tendance à utiliser des méthodes moins radicales que les hommes. Le suicide est également lié à l'âge, les jeunes de moins de 25 ans et les personnes âgées étant particulièrement à risque. Bien que le taux de suicide de ces derniers ait généralement baissé au cours des deux dernières décennies, cela a moins été le cas parmi les jeunes.

Depuis 1990, les taux de suicide ont diminué de 30 % environ dans les pays de l'OCDE, et ont même été divisés par deux dans des pays comme la Hongrie et la Finlande (graphique 3.13). En Estonie, après une hausse initiale au début des années 1990, les taux ont également fortement diminué. Par ailleurs, le nombre de décès par suicide s'est accru en Corée et au Japon. Le Japon a enregistré une forte progression entre le milieu et la fin des années 90, mais les chiffres ont commencé à diminuer au cours des dernières années. En Corée, le taux de suicide a augmenté régulièrement au cours des deux dernières décennies, jusqu'à atteindre son point culminant en 2010 puis entamer une diminution (Lim et al., 2014). Le suicide est la première cause de décès des adolescents coréens.

Le suicide est souvent lié à la dépression et à l'abus d'alcool et d'autres substances. La détection précoce de ces problèmes psychosociaux dans les groupes à haut risque par les familles et les professionnels de santé est un aspect important des campagnes de prévention du suicide, avec la mise à disposition d'une aide et de traitements efficaces. De nombreux pays élaborent des stratégies nationales de prévention, en mettant l'accent sur les groupes à risque. 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 (OCDE, 2014).

Des études antérieures ont mis en évidence une étroite corrélation entre une situation économique difficile et l'augmentation des taux de suicide (Van Gool et Pearson, 2014). Les taux de suicide ont légèrement augmenté au début de la crise économique dans un certain nombre de pays, mais cette tendance n'a pas persisté dans la plupart des cas. En Grèce, le taux de suicide était stable en 2009 et 2010, mais augmente depuis 2011 (graphique 3.13). Tous les pays doivent 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.

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 ont été standardisés selon l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010 pour 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 correspondant aux codes X60 à X84 de la CIM-10.

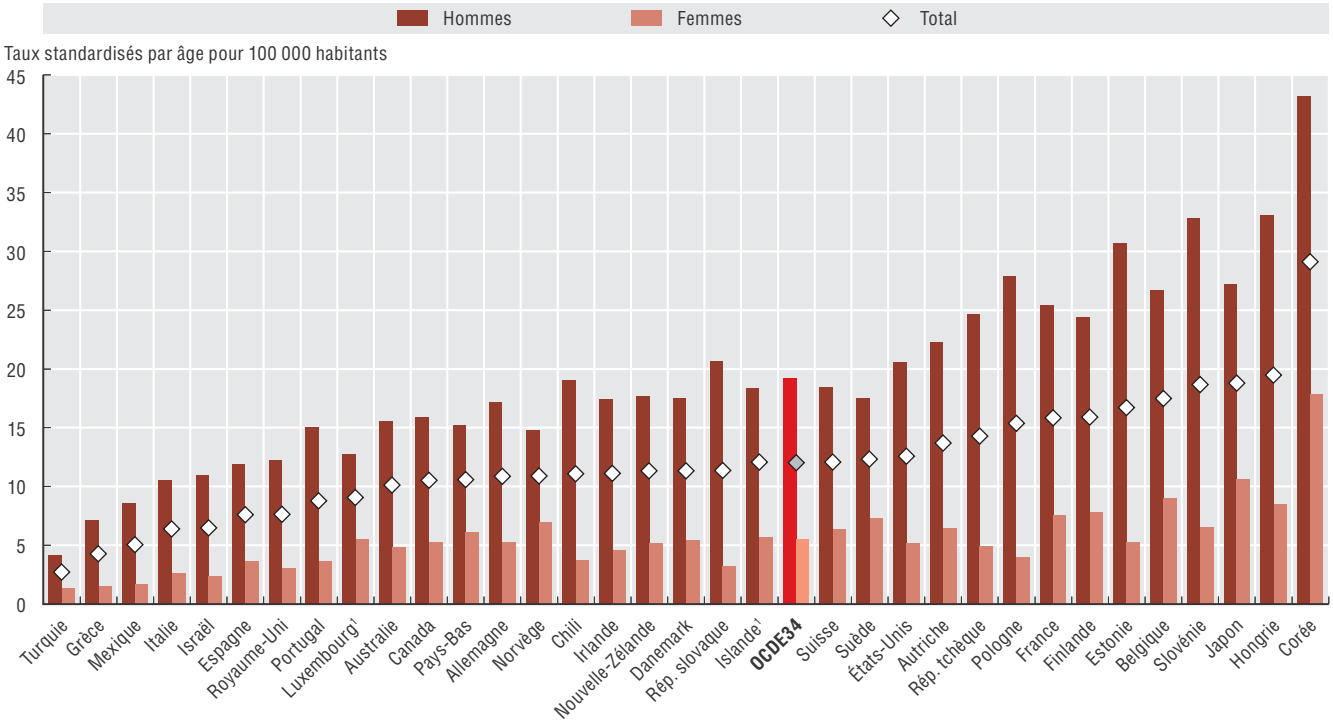
Références

Lim, D. et al. (2014), « Trends in the Leading Causes of Death in Korea, 1983-2012 », *Journal of Korean Medical Science*, vol. 29, n° 12, pp. 1597-1603.

OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en*.

Van Gool, K. et M. Pearson (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Papers, n° 76*, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en*.

3.12. Mortalité par suicide, 2013 (ou année la plus proche)

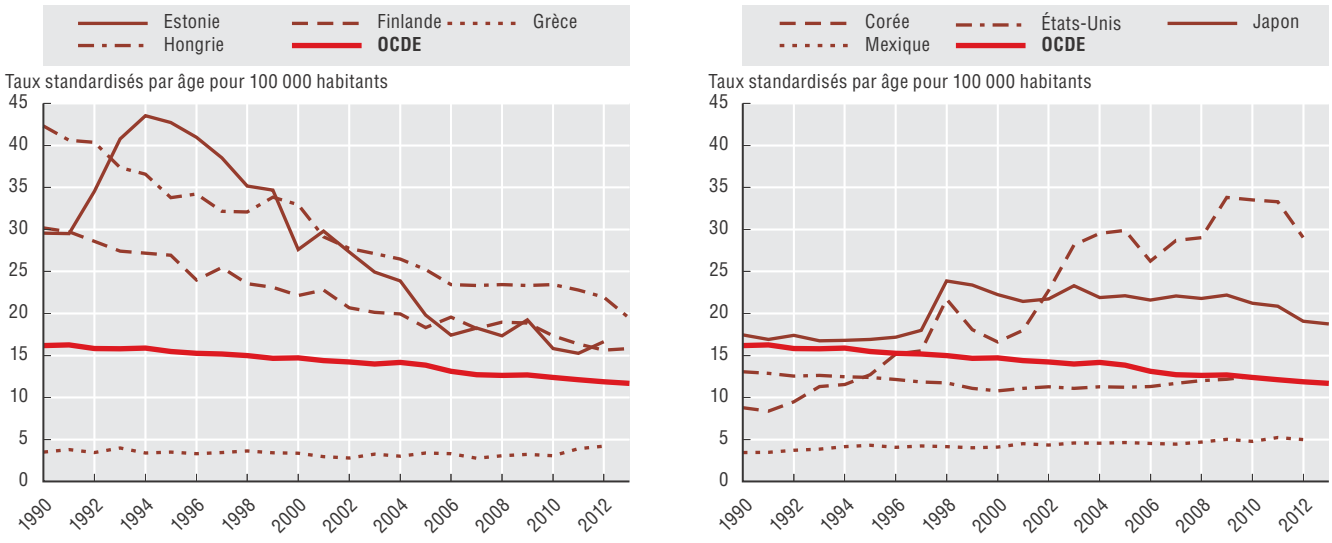


1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281704

3.13. Évolution de la mortalité par suicide pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281704

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile, qui mesure la proportion de décès parmi 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 3.14). En 2013, la moyenne parmi les pays de l'OCDE était légèrement inférieure à 4 décès pour 1 000 naissances vivantes, les taux les plus faibles étant enregistrés en Islande, en Slovénie, en Finlande, en Estonie et au Japon. 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 considérablement baissé ces dernières décennies (graphique 3.15).

Dans certains grands pays émergents (Inde, Afrique du Sud et Indonésie), les taux de mortalité infantile restent supérieurs à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes. En Inde, un enfant sur 25 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 forte réduction.

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. 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 « Santé du nourrisson : faible poids à la naissance »). Dans un certain nombre de pays, 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, 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.

La diminution de la mortalité infantile a été moindre aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2000, le taux des États-Unis était inférieur à la moyenne de l'OCDE, mais est désormais plus élevé (graphique 3.14). Une des raisons qui a été avancée dans le passé pour expliquer ce taux relativement élevé aux États-Unis est que l'enregistrement des grands prématurés y est plus complet que dans la plupart des autres pays (Joseph et al., 2012). Afin de supprimer les effets des différences entre les pratiques d'enregistrement des très petits nourrissons, les chiffres présentés au graphique 3.14 pour une majorité de pays (y compris les États-Unis) excluent les décès des enfants nés avant 22 semaines de gestation ou pesant moins de 500 grammes à la naissance. Le taux des États-Unis demeure néanmoins supérieur à la moyenne de l'OCDE, notamment en ce qui concerne la mortalité postnéonatale (décès après un mois), qui est plus importante aux États-Unis que dans la plupart des autres 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 (10.9 contre 5.1 en 2012) (NCHS, 2015).

De nombreuses études utilisent le taux de mortalité infantile pour examiner l'effet de divers déterminants médicaux et non médicaux de la santé. 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).

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. Les variations des taux de mortalité infantile peuvent en partie s'expliquer par des différences de pratiques en matière d'enregistrement des naissances prématurées. Bien que certains pays enregistrent toutes les naissances vivantes, y compris les bébés de très faible poids présentant peu de chances de survie, plusieurs pays n'enregistrent les naissances vivantes qu'à partir de 22 semaines de gestation (ou d'un poids minimum de 500 grammes à la naissance) (Euro-Peristat, 2013). Afin de supprimer cette limite de comparabilité des données, les données présentées dans cette section concernent désormais uniquement les enfants nés après 22 semaines de gestation au minimum (ou pesant au moins 500 grammes à la naissance) pour une majorité de pays de l'OCDE. Toutefois, les données de certains pays (par exemple Canada et Australie) sont toujours fondées sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées, d'où une certaine surestimation.

Références

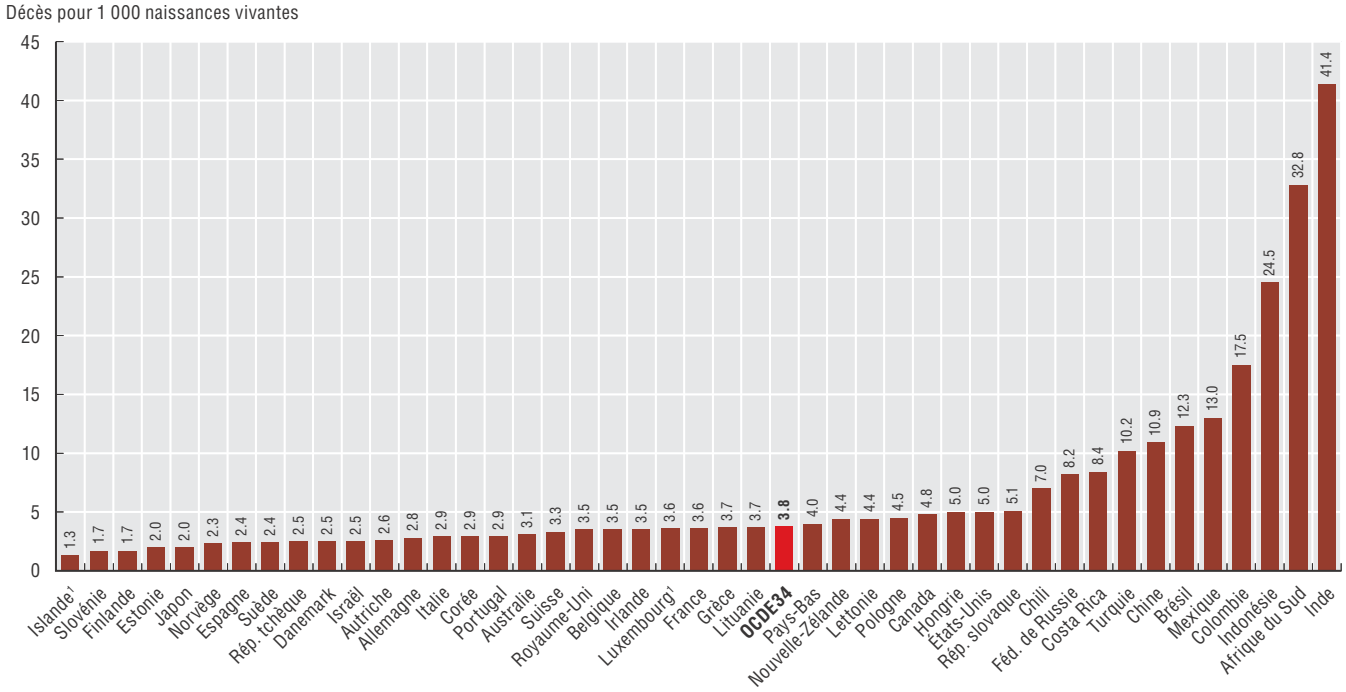
Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010*, Luxembourg.

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.

NCHS (2015), *Health, United States, 2014, with Special Feature on Adults Aged 55-64*, NCHS.

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.

3.14. Mortalité infantile, 2013 (ou année la plus proche)



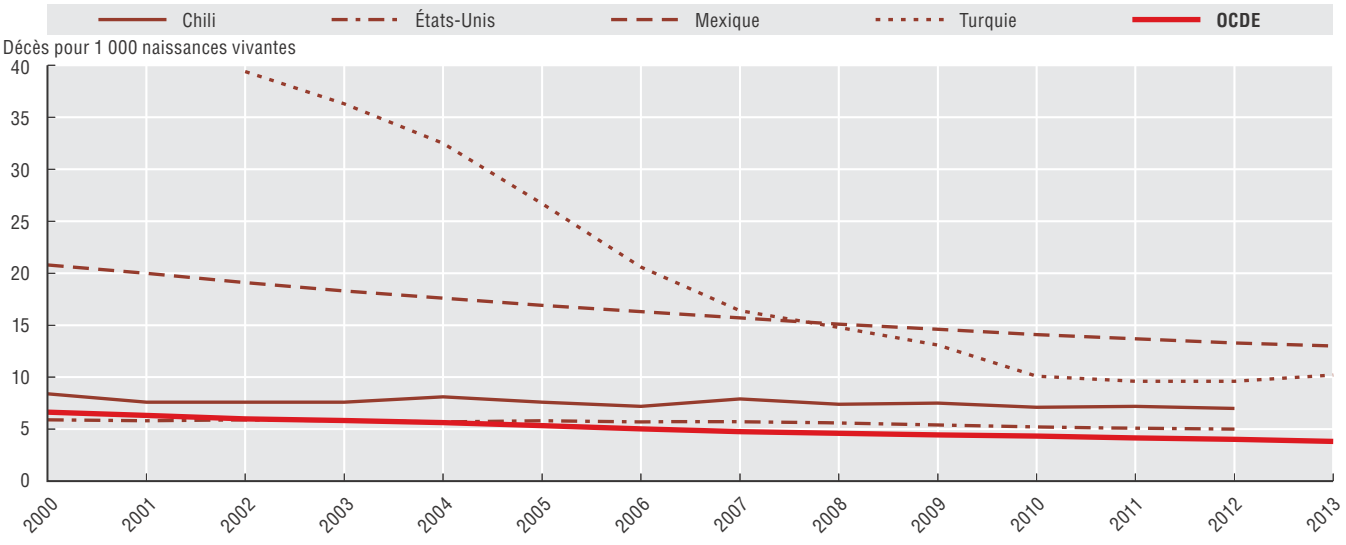
Note : Les données pour la plupart des pays sont basées sur un seuil minimum de 22 semaines de gestation (ou 500 grammes de poids à la naissance) pour supprimer l'impact des différentes pratiques d'enregistrement des grands prématurés entre pays.

1. Moyenne sur trois ans (2011-13).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281717

3.15. Évolution de la mortalité infantile pour quelques pays de l'OCDE, 2000-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281717

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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. 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 2013, un enfant sur 15 pesait moins de 2 500 grammes à la naissance – soit 6.6 % de l'ensemble des naissances (graphique 3.16). 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. Le Japon affichait la proportion la plus importante de nouveau-nés de faible poids à la naissance, avec des taux proches de 10 %, suivi de la Grèce, de la Hongrie et du Portugal.

Malgré l'utilisation répandue d'une limite de 2 500 grammes pour le faible poids à la naissance, des variations physiologiques entre différents pays et groupes de population doivent être prises en compte lors de l'interprétation des différences (Euro-Peristat, 2013). Certaines populations peuvent avoir des poids de naissance plus faibles que la moyenne en raison de différences génétiques.

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le taux de naissances de faible poids a augmenté au cours des 20 dernières années, principalement du fait de l'accroissement du nombre de naissances prématurées (Euro-Peristat, 2013). Plusieurs raisons expliquent cette hausse, notamment le nombre croissant de grossesses multiples dû à la multiplication des traitements contre la stérilité, et la hausse de l'âge maternel (Delnord et al., 2015). Autre facteur susceptible d'expliquer la hausse du nombre de nouveau-nés de faible poids à la naissance : 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 Grèce, en Espagne, au Japon et au Portugal ces 20 dernières années, bien que les proportions demeurent inférieures à la moyenne de l'OCDE en Corée (graphique 3.17). Au 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). En Grèce, la hausse de la proportion de nourrissons de faible poids à la naissance a débuté au milieu des années 1990, bien avant la crise économique, et a culminé en 2010. Certains chercheurs ont suggéré que l'augmentation de nourrissons de faible poids à la naissance entre 2009 et 2012 était liée à l'impact de la crise économique sur les taux de chômage et la baisse des revenus des familles (Kentikelenis, 2014), mais le taux est revenu aux niveaux observés avant la crise en 2013.

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. Aux États-Unis, on observe des disparités importantes 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 % contre 7 % en 2013) (NCHS, 2015). 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.

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. Cette définition repose sur des observations épidémiologiques relatives au risque accru de décès de l'enfant. Le nombre de naissances d'enfants de faible poids est exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes.

Références

Delnord, M. et al. (2015), « What Contributes to Disparities in the Preterm Birth Rate in European Countries? », *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, vol. 27, n° 2, pp. 133-142, avril.

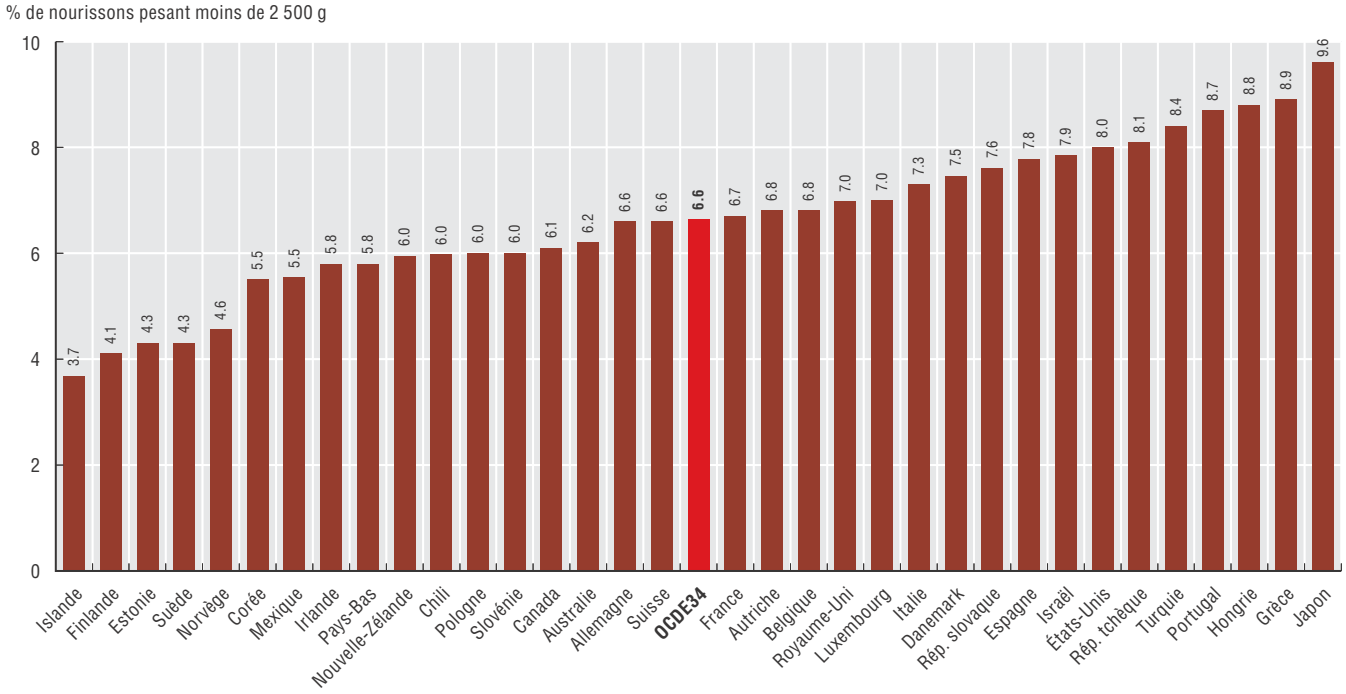
Euro-Peristat (2013), *European Perinatal Health Report: The Health and Care of Pregnant Women and their Babies in 2010*, Luxembourg.

Kentikelenis, A (2014), « Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism », *The Lancet*, vol. 383, n° 9918, pp. 748-753.

NCHS (2015), *Health, United States, 2014, With Special Feature on Adults Aged 55-64*, NCHS.

Yorifuji, T. et al. (2012), « Trends of Preterm Birth and Low Birth Weight in Japan: A One Hospital-based Study », BMC Pregnancy and Childbirth, vol. 12:162.

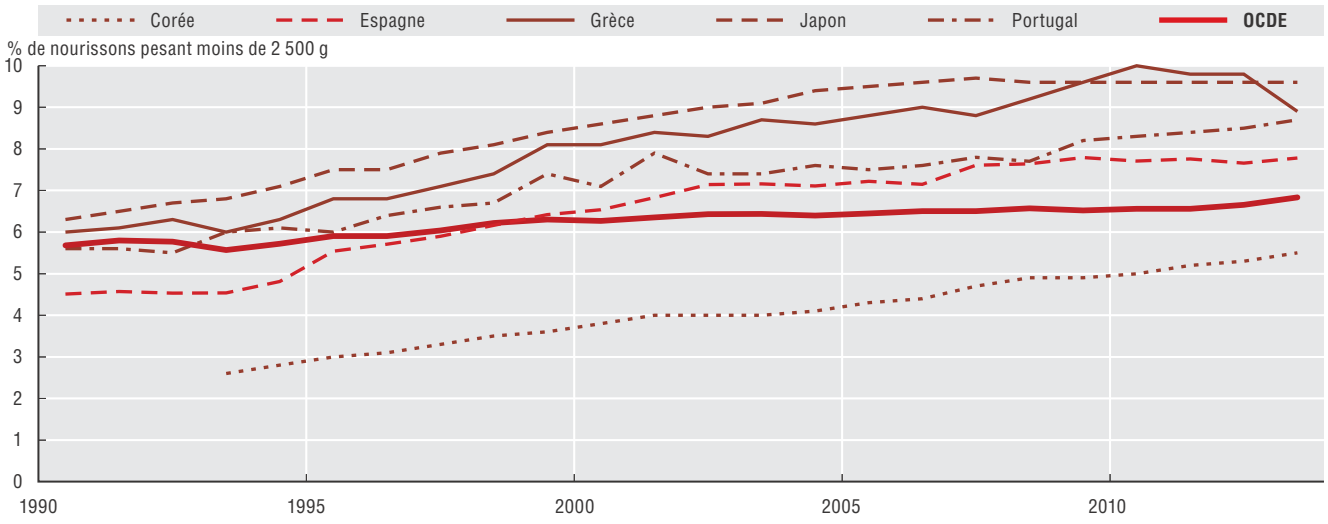
3.16. Faible poids des nourrissons à la naissance, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281721

3.17. Évolution des naissances de faible poids pour quelques pays de l'OCDE, 1990-2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281721

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

État de santé général perçu

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui permettent aux personnes interrogées de détailler différents aspects de leur santé. Ces enquêtes comportent souvent une question qui invite les personnes interrogées à décrire leur état de santé général. 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 future de la consommation de soins de santé et de la mortalité (DeSalvo et al., 2005).

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. En outre, puisque les personnes âgées rapportent plus souvent un mauvais état de santé que les plus jeunes, les pays comptant une proportion plus importante de personnes âgées comptent également moins de personnes déclarant être en bonne santé.

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 3.18). La Nouvelle-Zélande, le Canada, les États-Unis et l'Australie arrivent en tête, avec plus de 85 % des personnes déclarant être en bonne santé. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans ces quatre 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.

Dans tous les pays de l'OCDE, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se considérer en bonne santé, sauf en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada et au Royaume-Uni, où on ne relève pas de différence. Comme prévu, la santé autoévaluée tend à décliner avec l'âge. Dans de nombreux pays, on enregistre un déclin particulièrement marqué de la santé autoévaluée après l'âge de 45 ans, puis après l'âge de 65 ans.

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. 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 (graphique 3.19). 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 de vie (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 chapitre 7 sur l'accès aux soins). Un lien de cause à effet inverse est également possible, un mauvais état de santé conduisant à une baisse de l'emploi et des revenus.

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. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Diriez-vous que votre état de santé général est : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ? ».

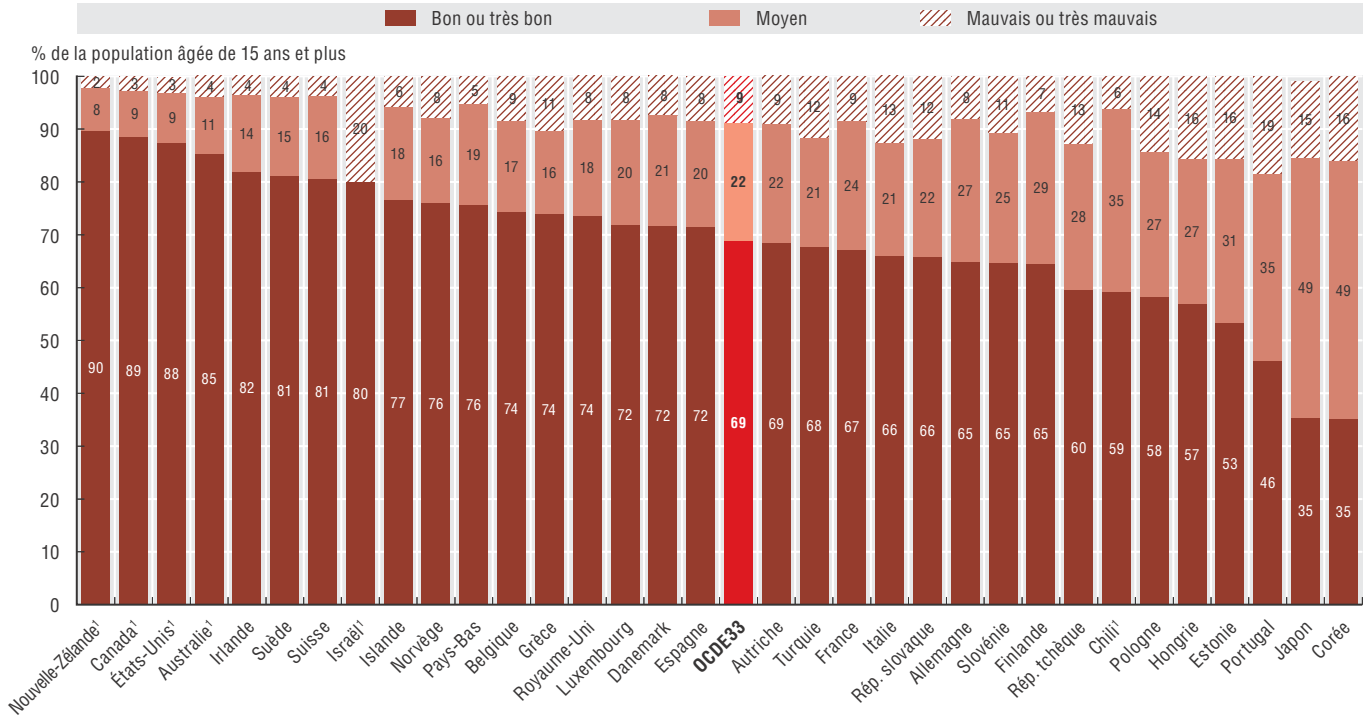
Il convient d'être prudent dans les comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par des facteurs culturels. Deuxièmement, la formulation de la question 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 réponse utilisée aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Australie est asymétrique (elle est biaisée vers les réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés du côté positif 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 »). En Israël, l'échelle est *symétrique* mais il n'existe pas de catégorie médiane relative à une santé « moyenne », entraînant aussi un certain biais vers le haut.

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).

Références

DeSalvo, K.B. et al. (2005), « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, pp. 1234-1246.

3.18. Perception de l'état de santé chez la population adulte, 2013 (ou année la plus proche)

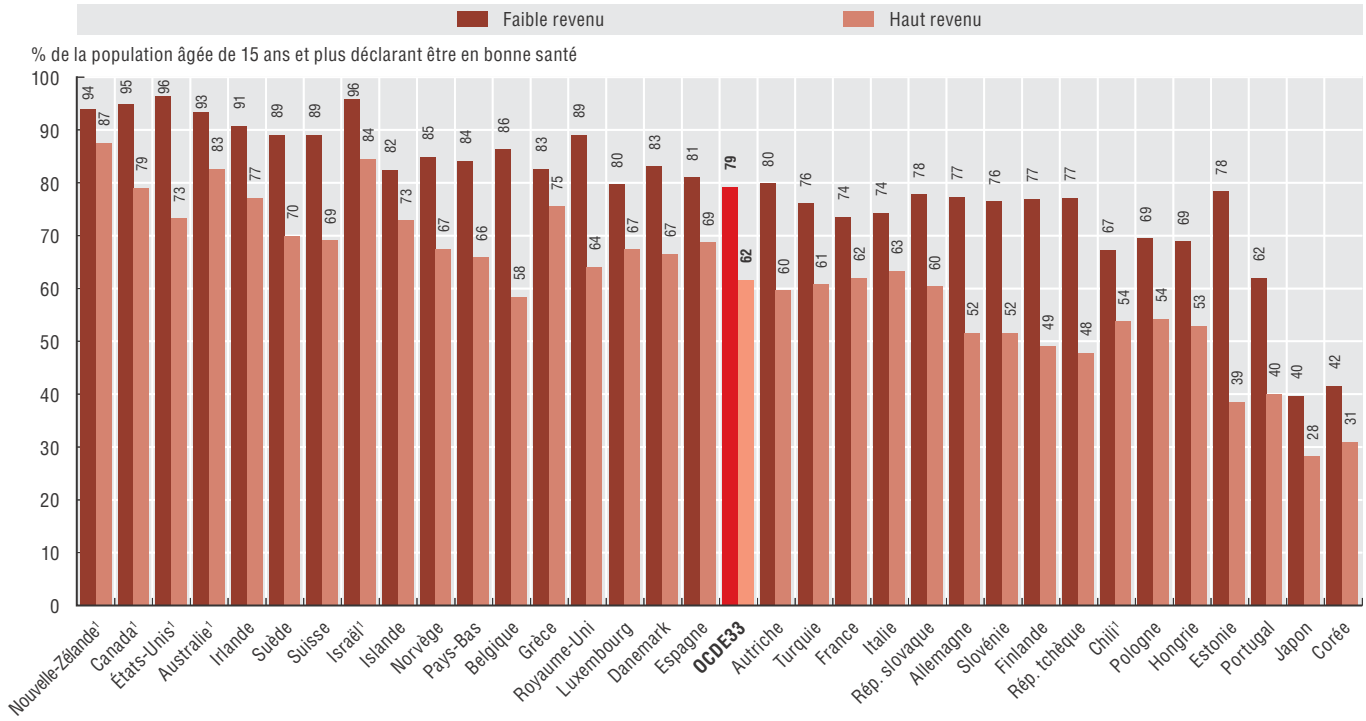


1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse). En Israël, il n'existe pas de catégorie reliée à un état de santé « moyen ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281734*

3.19. Perception de l'état de santé par niveau de revenu, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont rangés par ordre décroissant d'état de santé perçu pour la population totale.

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). En Israël, les données par groupe de revenu se réfèrent à la population employée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281734*

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Incidence du cancer

On estime que 5.8 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en 2012 dans les pays de l'OCDE, 54 % (environ 3.1 millions) touchant les hommes et 46 % (environ 2.7 millions) les femmes. Les plus fréquents étaient le cancer du sein (12.9 % de tous les nouveaux cas de cancer) et de la prostate (12.8 %), suivis du cancer du poumon (12.3 %) et du cancer colorectal (11.9 %). Ces quatre cancers représentent la moitié de la charge de morbidité estimée liée au cancer dans les pays de l'OCDE (Ferlay et al., 2014).

L'incidence du cancer varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre. C'est au Danemark, en Australie, en Belgique, en Norvège, aux États-Unis, en Irlande, en Corée, aux Pays-Bas et en France que les taux d'incidence du cancer sont les plus élevés, avec plus de 300 nouveaux cas de cancer pour 100 000 habitants en 2012 (graphique 3.20). Les taux les plus faibles ont été enregistrés dans certains pays d'Amérique latine et méditerranéens comme le Mexique, la Grèce, le Chili et la Turquie, avec environ 200 nouveaux cas ou moins pour 100 000 habitants. Ces variations reflètent non seulement les variations de la prévalence des facteurs de risque du cancer, mais également les politiques nationales relatives au dépistage du cancer et les différences de qualité des déclarations.

En 2012, l'incidence du cancer était plus élevée chez les hommes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, à l'exception du Mexique. Toutefois, l'écart entre les hommes et les femmes varie considérablement d'un pays à l'autre. En Turquie, en Estonie et en Espagne, l'incidence chez les hommes était supérieure d'environ 60 % à l'incidence chez les femmes, alors qu'au Royaume-Uni, au Danemark et en Islande, l'écart était inférieur à 10 %.

Le cancer du sein est de loin le cancer primitif le plus fréquent chez les femmes (28 % en moyenne), suivi du cancer colorectal (12 %), du poumon (10 %), et du col de l'utérus (3 %). Les causes du cancer du sein ne sont pas totalement connues, mais les facteurs de risque incluent l'âge, les antécédents familiaux, la densité mammaire, l'exposition aux œstrogènes, le surpoids et l'obésité, la consommation d'alcool, la radiothérapie et le traitement hormonal de substitution. En 2012, c'est en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas que les taux d'incidence étaient les plus élevés, avec des taux supérieurs de 25 % ou plus à la moyenne de l'OCDE (graphique 3.21). Le Chili et le Mexique affichaient les taux les plus bas, suivis de la Turquie et de la Grèce. La variation de l'incidence du cancer du sein d'un pays de l'OCDE à l'autre serait imputable en partie du moins à la variation de l'ampleur et du type d'activités de dépistage. Bien que les taux de mortalité par cancer du sein aient diminué dans la plupart des pays de l'OCDE depuis les années 1990 du fait d'un diagnostic plus précoce et d'une amélioration des traitements, le cancer du sein demeure la première cause de décès par cancer chez les femmes (voir indicateur « Mortalité due au cancer » au chapitre 3 et « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein » au chapitre 8).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes, sauf en Hongrie, en Pologne, en Turquie et en Grèce, où le cancer du poumon est toujours prédominant, et au Japon et en Corée où le cancer colorectal est le principal cancer touchant les hommes. En moyenne dans les pays de l'OCDE, le cancer de la prostate représentait 24 % de tous les nouveaux cancers diagnostiqués chez les hommes en 2012, suivi du cancer du poumon (14 %) et du cancer colorectal (12 %). À l'instar du cancer du sein, les causes du cancer de la prostate sont encore mal connues, mais l'âge, l'origine ethnique, les antécédents familiaux, l'obésité, la sédentarité et une mauvaise alimentation sont les principaux facteurs de risque. En 2012, c'est en Norvège, en Suède, en Australie et en Irlande que l'incidence était la plus élevée, avec des taux supérieurs de plus de 50 % à la moyenne de l'OCDE (graphique 3.22). La Grèce affichait les taux les plus faibles, suivie du Mexique, de la Corée et du Japon. Les taux d'incidence du cancer de la prostate ont augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE depuis la fin des années 1990, le recours accru au dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) ayant amélioré la détection (Ferlay et al., 2014). Les différences de taux entre les pays sont partiellement imputables aux différences en ce qui concerne le recours au dosage du PSA. Les taux de mortalité par cancer de la prostate ont diminué dans certains pays de l'OCDE du fait de la détection précoce et de l'amélioration des traitements (voir indicateur « Mortalité due au cancer »).

Définition et comparabilité

Le taux d'incidence du cancer mesure le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une année donnée pour 100 000 personnes. Les taux obtenus ont été directement standardisés selon l'âge d'après la population mondiale de Segi, ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données proviennent du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012, disponibles à l'adresse suivante : *globocan.iarc.fr*. Les estimations de GLOBOCAN pour l'année 2012 pourraient différer des estimations nationales du fait de différences de méthode.

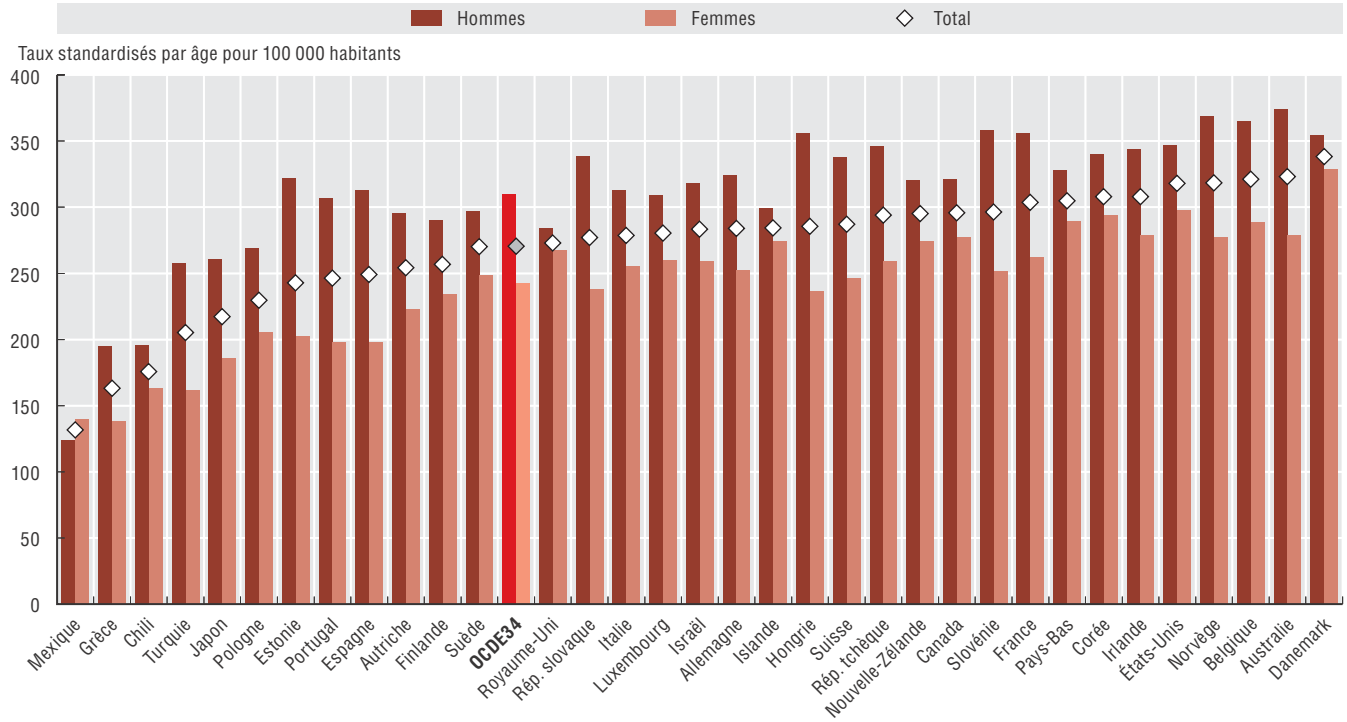
L'enregistrement des cancers est bien établi dans la plupart des pays de l'OCDE, bien que la qualité et l'exhaustivité des données puissent varier. Dans certains pays, les registres du cancer sont uniquement régionaux. La comparabilité internationale des données sur l'incidence du cancer peut être altérée par des différences entre pays au niveau de la formation et des pratiques médicales.

L'incidence de l'ensemble des cancers correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10 (à l'exclusion du cancer non-mélanome de la peau C44). Le cancer du sein correspond au code C50, et le cancer de la prostate au code C61.

Références

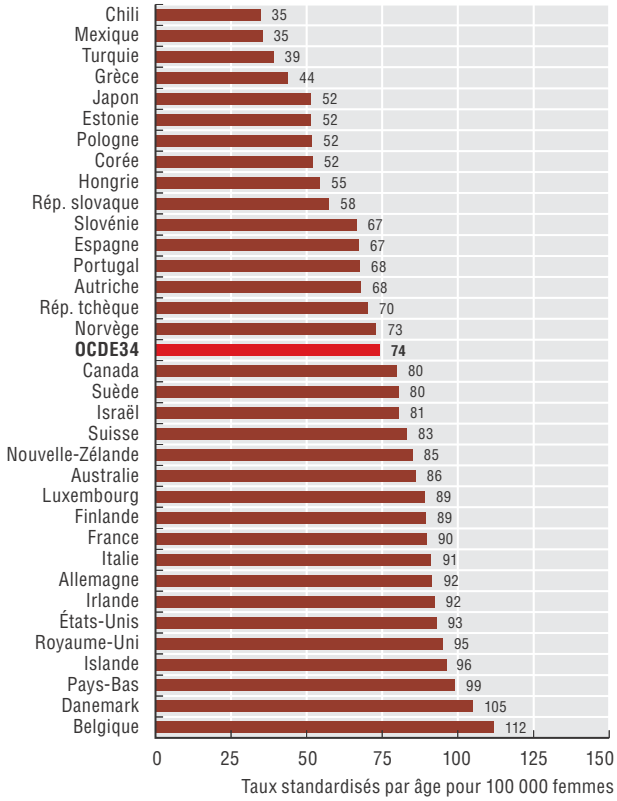
Ferlay, J. et al. (2014), « Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012 », *International Journal of Cancer*, vol. 136, n° 5, pp. E359-E386.

3.20. Incidence de tous types de cancer, hommes et femmes, 2012



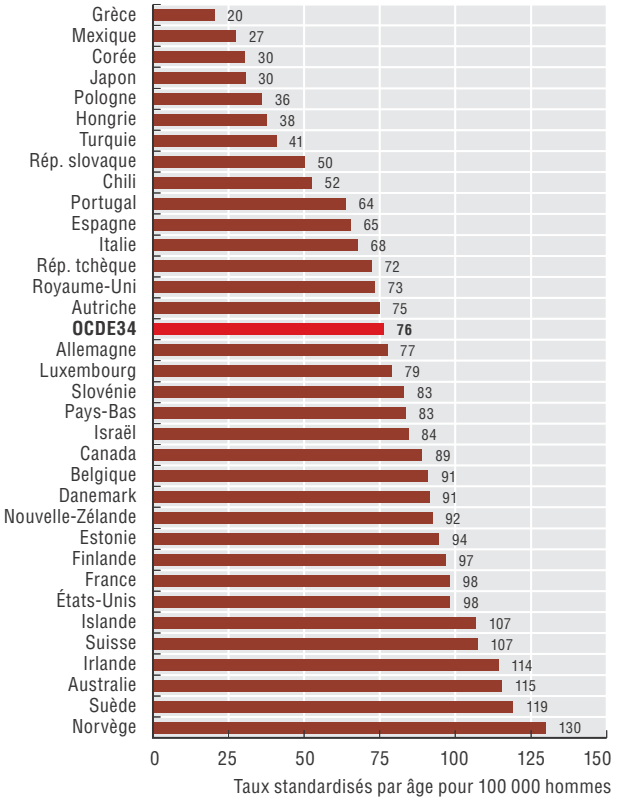
Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012. StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281742*

3.21. Incidence du cancer du sein, femmes, 2012



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012. StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281742*

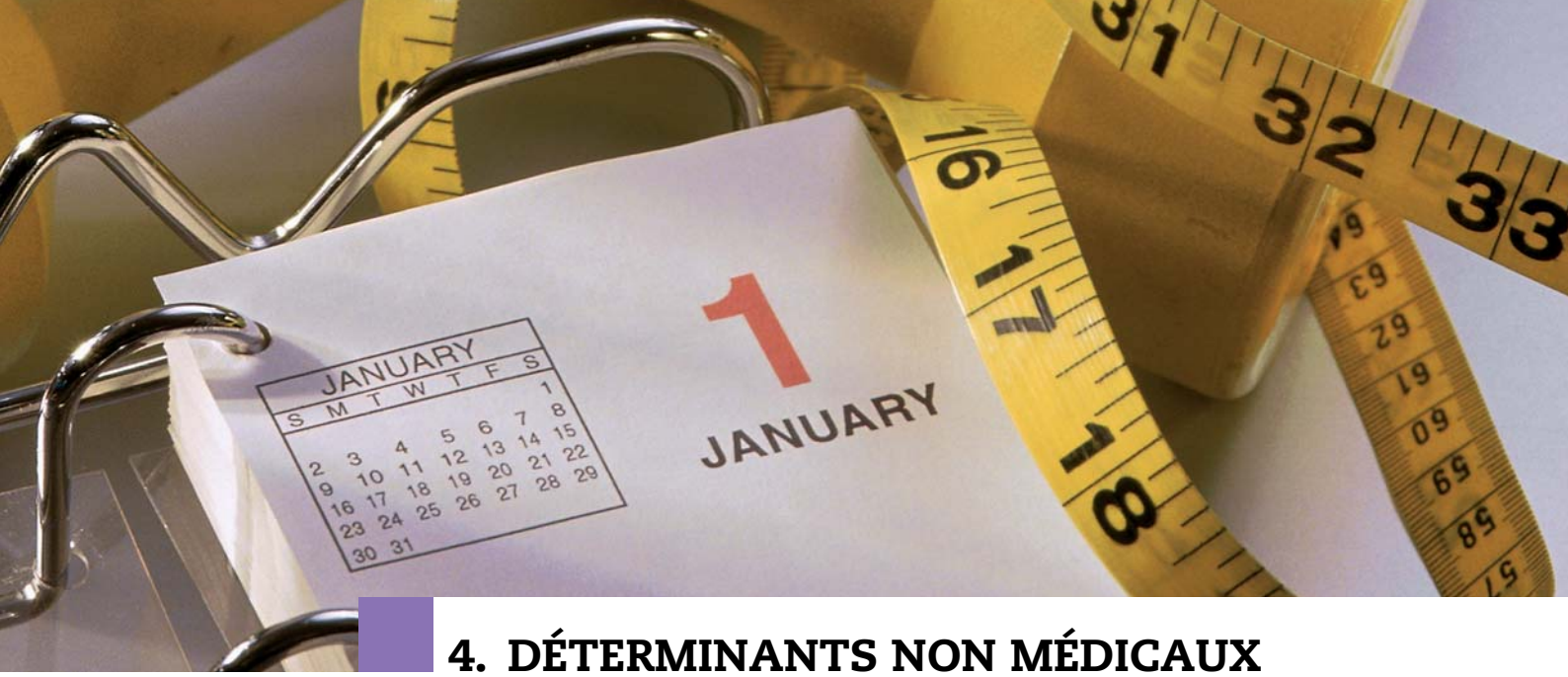
3.22. Incidence du cancer de la prostate, hommes, 2012



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012. StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281742*

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

JANUARY
S M T W T F S
1
JANUARY



4. DÉTERMINANTS NON MÉDICAUX DE LA SANTÉ

Consommation de tabac chez les adultes

Consommation d'alcool chez les adultes

Consommation de fruits et de légumes chez les adultes

Obésité chez les adultes

Surpoids et obésité chez les enfants

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.

Consommation de tabac chez les adultes

Le tabac tue chaque année environ 6 millions de personnes, dont plus de 5 millions sont des consommateurs directs et plus de 600 000 sont des non-fumeurs exposés au tabagisme passif (OMS, 2015). 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, entre autres. De surcroît, il favorise fortement les maladies respiratoires comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques (US DHHS, 2014). 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 et à travers le monde.

La proportion de fumeurs quotidiens dans la population adulte varie considérablement d'un pays à l'autre, y compris entre pays voisins (graphique 4.1). En 2013, cette proportion était inférieure à 20 % dans 19 des 34 pays de l'OCDE. C'est en Suède, en Islande, au Mexique et en Australie que les taux étaient les plus bas (moins de 13 %). Les taux étaient également inférieurs à 13 % au Brésil, en Colombie et en Inde, bien que la proportion de fumeurs parmi les hommes soit élevée, jusqu'à 23 % en Inde. D'autre part, le tabagisme demeure élevé en Grèce chez les hommes comme chez les femmes, ainsi qu'en Lettonie et en Indonésie où plus d'un homme sur deux fume quotidiennement. La prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays de l'OCDE, sauf en Suède et en Islande. La différence entre les sexes en ce qui concerne le taux de fumeurs est particulièrement importante (supérieure à 20 points de pourcentage) en Corée, au Japon et en Turquie, ainsi que dans la Fédération de Russie, en Inde, en Indonésie, en Lettonie, en Lituanie, en Afrique du Sud et en Chine (graphique 4.1).

Les taux de fumeurs ont nettement diminué dans la majorité des pays de l'OCDE, bien que d'autres formes de tabagisme sans fumée (tel que le tabac à priser en Suède) ne soient pas prises en compte. Ils ont reculé d'environ un quart en moyenne depuis 2000, de 26 % en 2000 à 20 % en 2013. D'importantes réductions ont été observées en Norvège, en Islande, en Suède, au Danemark et en Irlande, ainsi qu'en Inde (25 à 13 %).

Pendant la période qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, les taux de fumeurs sont restés très élevés chez les hommes (50 % ou plus) dans la plupart des pays de l'OCDE jusque dans les années 1960 et 1970, alors que les années 1980 et 1990 se sont caractérisées par une nette diminution de la consommation de tabac. Les pays non membres de l'OCDE et les économies émergentes se trouvent à un stade plus précoce de l'évolution du tabagisme, avec des taux élevés et un écart plus important entre les hommes et les femmes. Dans les pays de l'OCDE, 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, sur l'augmentation de la fiscalité, et sur les restrictions pour fumer dans les endroits publics et restaurants. Des politiques plus strictes et des taxes plus élevées ont entraîné une baisse plus importante des taux de fumeurs entre 1996 et 2011 dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2015). Alors que les pouvoirs publics continuent de renforcer leurs politiques de lutte contre le tabagisme, de nouvelles stratégies, comme la législation imposant des emballages neutres pour les produits du tabac afin de limiter l'effet des marques, ont été mises en œuvre (en Australie par exemple) et sont adoptées par un nombre croissant de pays.

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 »). Un biais de désirabilité sociale peut aussi entacher les déclarations sur les comportements.

Références

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.

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.

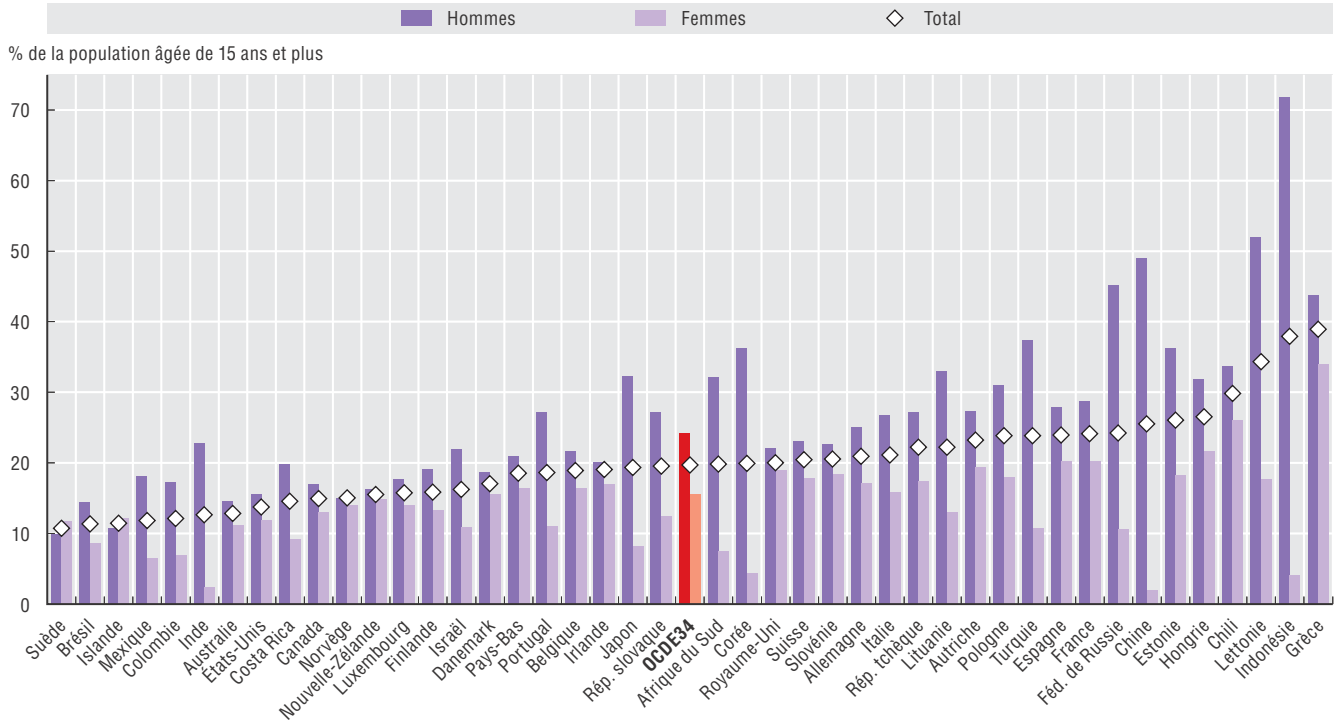
OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OMS (2015), « Tabagisme », Aide mémoire n° 339, disponible sur : *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/*.

US DHHS – US Department of Health and Human Services (2014), *The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*, Atlanta.

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.

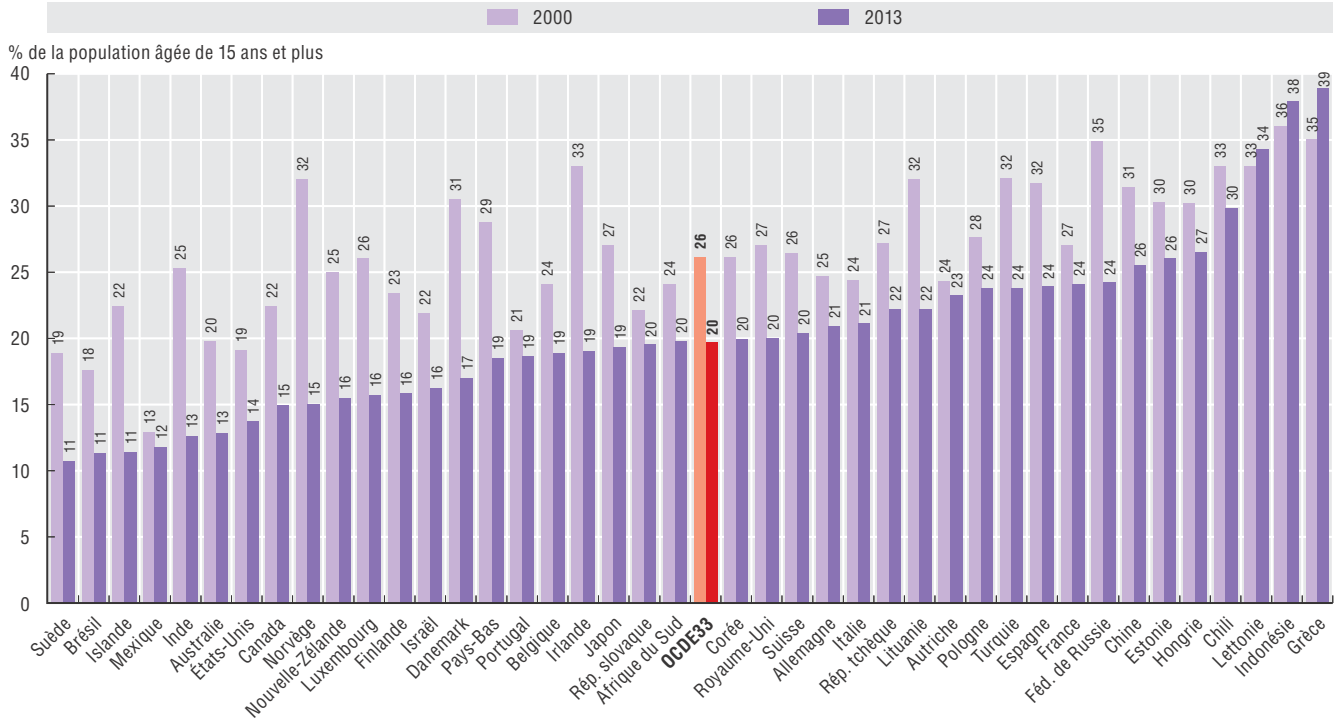
4.1. Population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés par ordre croissant des taux de tabagisme de la population totale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281754

4.2. Évolution de la population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2000 et 2013 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281754

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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, 2014 ; OCDE, 2015). 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 que la consommation d'alcool cause plus de 3.3 millions de décès chaque année à travers le monde, et représente 5.1 % de la charge de morbidité mondiale (OMS, 2014). Les dépenses de santé liées à ce problème sont estimées à 25.6 milliards USD aux États-Unis (Bouchery et al., 2011). 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 observé dans les années 90 (OCDE, 2012). Par ailleurs, la consommation d'alcool a des conséquences sociétales plus importantes, entraînant de larges pertes de productivité au travail du fait de l'absentéisme et des décès prématurés, ainsi que des blessures et des décès chez les non-buveurs (par exemple du fait des accidents de la route causés par des conducteurs sous l'influence de l'alcool).

La consommation d'alcool, mesurée par des données recensées sur la base des ventes annuelles en utilisant les dernières données disponibles, s'établit à 8.9 litres par adulte en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 4.3). C'est l'Autriche, l'Estonie et la République tchèque, ainsi que la Lituanie qui déclarent la plus forte consommation d'alcool avec 11.5 litres ou plus par adulte par an en 2013. 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 depuis 2000, elle a augmenté en Pologne, en Suède et en Norvège, ainsi qu'en Lettonie, Lituanie et dans la Fédération de Russie. Toutefois, les données nationales agrégées ne permettent pas d'identifier les habitudes de consommation individuelles et les populations à risque. Une analyse de l'OCDE fondée sur des données individuelles montre que la consommation dangereuse d'alcool et la suralcoolisation épisodique augmentent chez les jeunes et les femmes en particulier. Les hommes présentant un faible statut socioéconomique sont plus susceptibles de consommer de grandes quantités d'alcool que les hommes ayant un statut socioéconomique plus élevé, alors que l'on observe l'inverse chez les femmes (OCDE, 2015). La consommation d'alcool est très concentrée, la grande majorité étant consommée par les 20 % de la population qui boivent le plus (graphique 4.4), avec quelques variations entre les pays. La consommation des 20 % des personnes qui boivent le plus en Hongrie représente environ 90 % de tout l'alcool consommé, alors qu'en France cette part représente 50 %.

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, 2010). L'OCDE l'a utilisée comme point de départ pour identifier un ensemble d'options à examiner dans le cadre d'une évaluation économique, et a montré que plusieurs politiques ont le potentiel de réduire la consommation excessive d'alcool, régulière ou épisodique, ainsi que la dépendance à l'alcool. Les pouvoirs publics qui cherchent à lutter contre le *binge drinking* et les autres types d'abus d'alcool peuvent utiliser tout un éventail de politiques qui ont fait leurs preuves, notamment des conseils aux gros buveurs, le renforcement de l'application des lois sur l'alcool au volant, ainsi que l'augmentation des taxes, des prix et le renforcement de la réglementation sur la commercialisation des boissons alcoolisées (OCDE, 2015).

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'OMS produit des estimations concernant la consommation d'alcool non recensée.

Les estimations de la quantité d'alcool consommé par les 20 % des personnes qui boivent le plus s'appuient sur l'analyse des données des dernières enquêtes nationales sur la santé disponibles, menées dans 13 pays de l'OCDE. La liste des enquêtes figure au tableau A.1 de l'annexe A de la publication intitulée *Lutter contre la consommation nocive d'alcool – Politiques économiques et de santé publique* (OCDE, 2015).

Références

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.

OCDE (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool: Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr*.

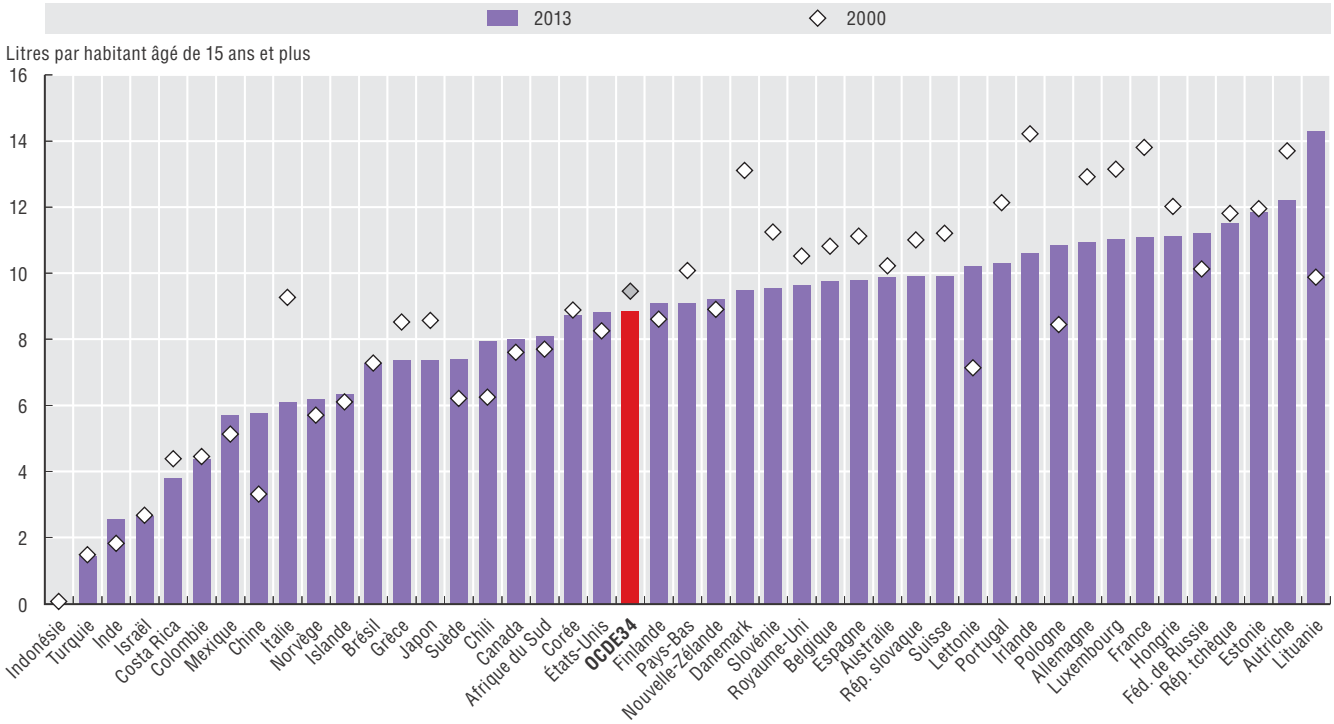
OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264168091-en*.

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.

OMS (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, OMS, Genève.

OMS (2010), *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, OMS, Genève.

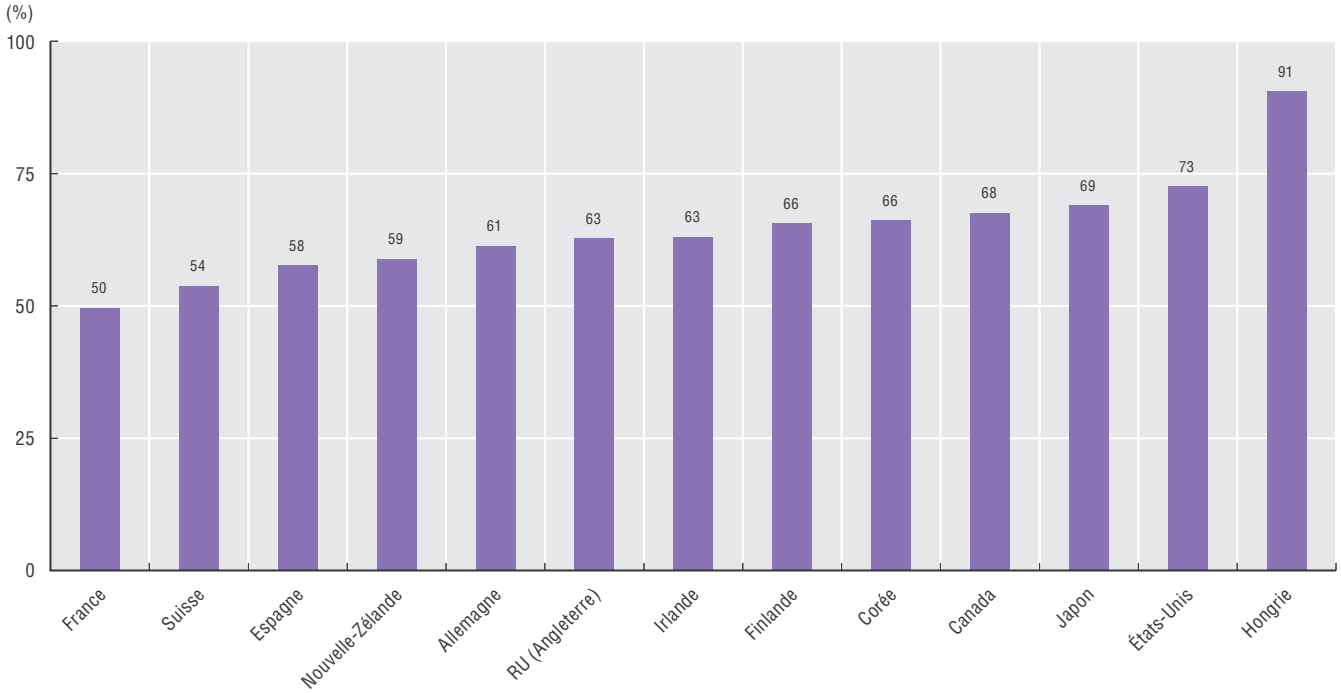
4.3. Consommation d'alcool parmi la population adulte, 2000 et 2013 (ou années les plus proches)



Source : *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr* ; OMS pour les pays non membres.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281760*

4.4. Part de la consommation d'alcool consommée par les 20% de la population qui boivent le plus, 2012 (ou année la plus proche)



Source : OCDE (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool: Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris, à paraître.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933281760*

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 le risque de morbidité (Bazzano et al., 2003 ; Riboli et Norat, 2003). L'insécurité alimentaire, qui est l'incapacité d'acheter suffisamment de nourriture pour une vie saine et active, est également associée à des effets indésirables sur la santé (Seligman et al., 2010). Une alimentation correcte contribue à la prévention de diverses affections chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, le diabète de type 2, 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 variait d'environ 30 % en Finlande à 94 % en Australie (graphique 4.5). Sur les 29 pays ayant fourni des données, 55 % des hommes et 66 % 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, sauf en Suisse ; les écarts sont très prononcés en Allemagne, en Slovénie et en Islande (20 points de pourcentage ou plus). En Australie, en Grèce, au Mexique, et au Royaume-Uni, ils sont très inférieurs, avec moins de 5 points de pourcentage.

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. Le niveau d'éducation exerce aussi une influence : la consommation de fruits est généralement plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé.

S'agissant des légumes, la consommation quotidienne varie entre environ 33 % chez les hommes en Slovénie 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 4.6). La moyenne sur 29 pays de l'OCDE s'élève à 61 % pour les hommes et 70 % pour les femmes. Là encore, les femmes sont partout plus nombreuses que les hommes à avoir une consommation quotidienne de légumes, sauf en Corée, en Australie et au Mexique, où la consommation de légumes ne diffère pas de manière significative entre les femmes et les hommes. En Suède, en Suisse, en Norvège, en Allemagne et en Slovénie, les écarts entre les hommes et les femmes sont supérieurs à 16 points de pourcentage.

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 personnes plus âgées sont davantage susceptibles de manger des légumes tous les jours. Les personnes les plus éduquées consomment aussi des légumes plus souvent.

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, 2014).

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).

Références

Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. (2003), « Dietary Intake of Fruits and Vegetables and Risk of Cardiovascular Disease », *Current Atherosclerosis Reports*, vol. 5, pp. 492-499.

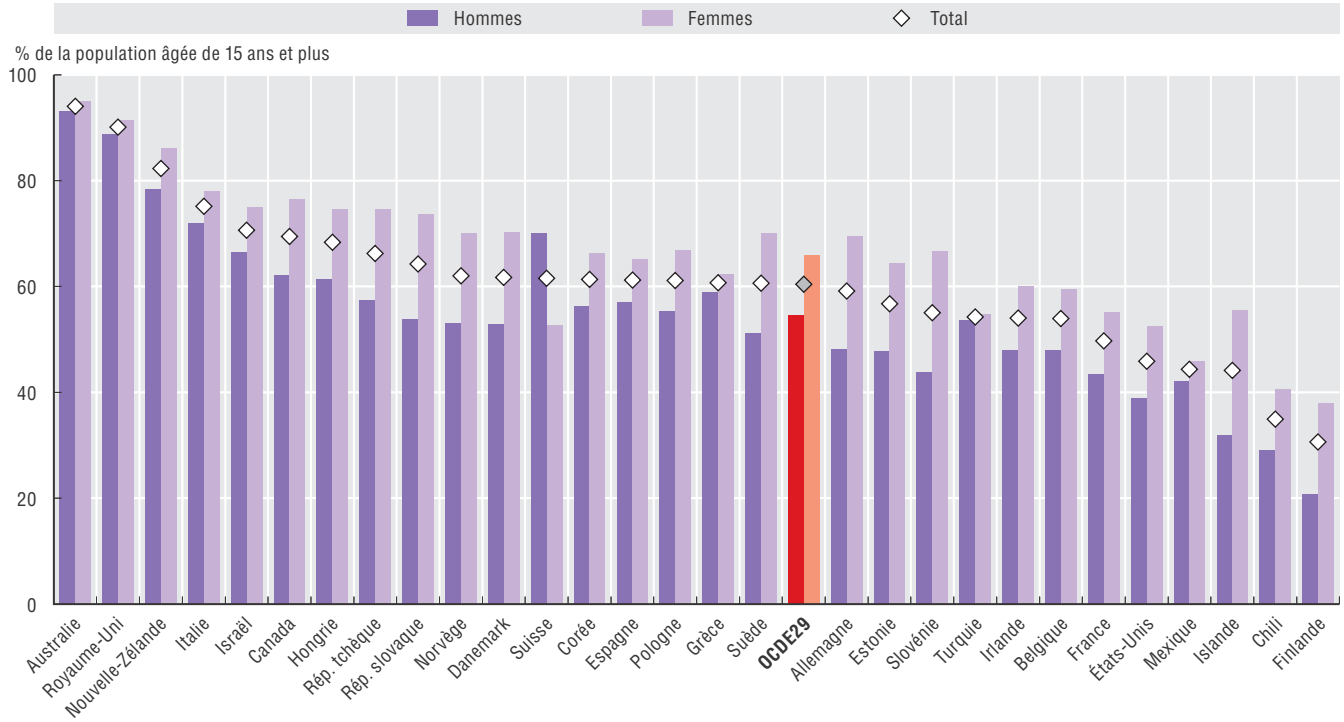
Elmadfa, I. (dir. pub.) (2009), *European Nutrition and Health Report 2009*, Bâle, Suisse.

Commission européenne (2014), *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2014 Annual Report*, Commission européenne, Bruxelles.

Riboli, E. et T. Norat (2003), « Epidemiologic Evidence of the Protective Effect of Fruit and Vegetables on Cancer Risk ». American Journal of Clinical Nutrition, 78(Suppl.):559S-569S.

Seligman, H.K, B.A. Laraia et M.B. Kushel (2010). « Food Insecurity Is Associated with Chronic Disease Among Low-income NHANES Participants », *Journal of Nutrition*, vol. 140, pp. 304-310.

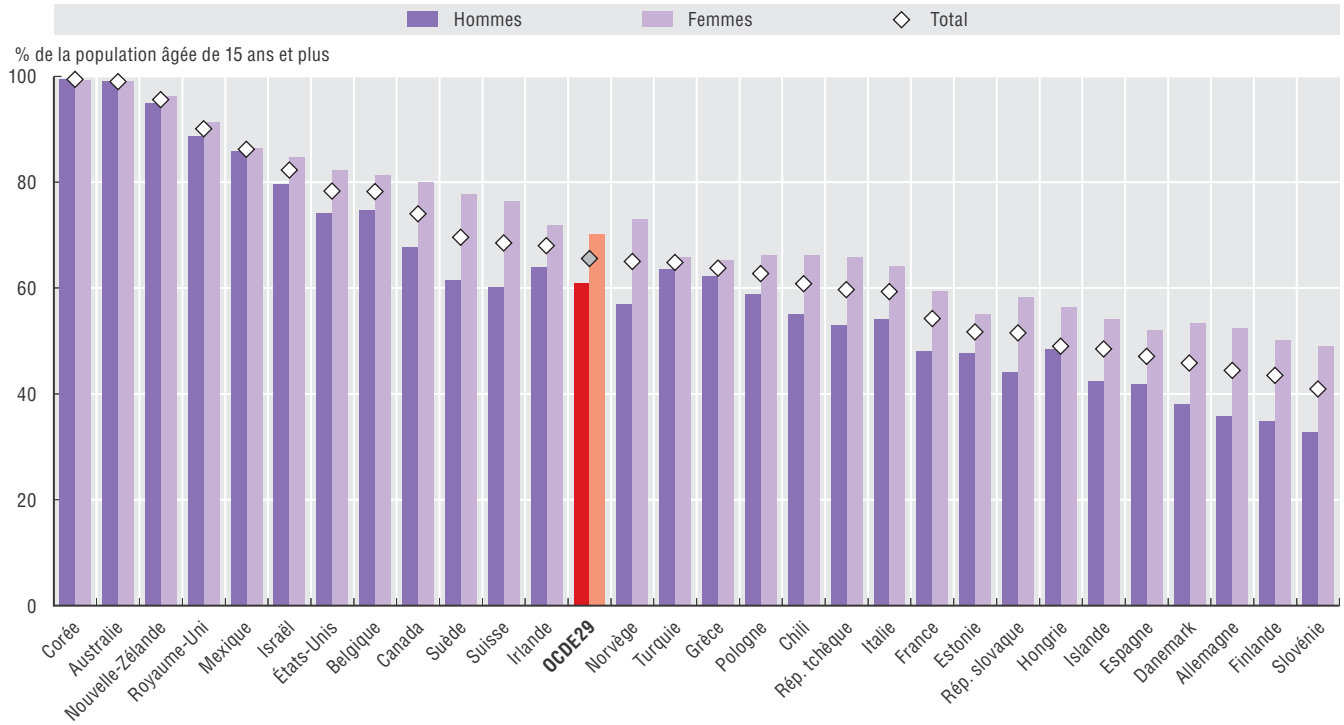
4.5. Consommation quotidienne de fruits chez les adultes, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281775

4.6. Consommation quotidienne de légumes chez les adultes, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281775

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Obésité chez les adultes

Il est reconnu que l'obésité prédispose à de nombreux problèmes de santé, dont l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires (l'asthme), les maladies musculosquelettiques (arthrite) et certaines formes de cancer. L'augmentation du surpoids et de l'obésité est un problème de santé publique majeur, et menace la progression de la lutte contre les maladies cardiovasculaires (OCDE, 2015).

Les estimations concernant l'obésité et le surpoids proviennent soit d'examens de santé ou d'auto-déclarations, les examens étant plus fiables et montrant des résultats plus élevés. D'après les dernières enquêtes disponibles, plus de la moitié (53.8 %) de la population adulte des pays de l'OCDE déclare souffrir de surpoids ou d'obésité. Cette proportion est encore plus forte (57.5 %) 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 22 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 d'un à six entre les pays de l'OCDE, de 5 % au Japon et en Corée à plus de 32 % au Mexique et aux États-Unis (graphique 4.7). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 19 % 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. Toutefois, au Chili, au Mexique et en Turquie, ainsi qu'en Colombie, dans la Fédération de Russie et en Afrique du Sud, une proportion plus importante de femmes est obèse, alors que l'on constate l'inverse en Slovénie.

La prévalence de l'obésité a augmenté, au cours de la décennie passée, dans tous les pays de l'OCDE (graphique 4.8). En 2013, au moins un adulte sur cinq était obèse dans douze pays de l'OCDE, contre un sur huit il y a dix ans. Les taux d'obésité ont augmenté d'un tiers, voire davantage, dans 14 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 45 % au Danemark et en Australie, même si le taux actuellement observé au Danemark est environ deux fois moins élevé qu'en Australie.

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 du Canada, de l'Espagne, des États-Unis, de la France, de l'Italie, du Mexique, du Royaume-Uni et de la Suisse montrent que l'obésité tend à être plus fréquente dans les groupes les moins instruits, notamment chez les femmes (OCDE, 2014). Les taux d'obésité et de surpoids varient selon le niveau d'instruction et le statut socioéconomique, et ces disparités sont significatives chez les femmes mais moins nettes chez les hommes (Devaux et Sassi, 2013).

Un certain nombre de facteurs environnementaux et comportementaux ont contribué à la hausse à long terme des taux de surpoids et d'obésité dans les pays industrialisés, comme l'abondance d'aliments à forte teneur énergétique et le développement de la sédentarité. Ces facteurs ont créé des environnements obésogènes, exposant les personnes, notamment les plus vulnérables socialement, à un risque d'obésité.

Un nombre croissant de pays ont adopté des politiques de lutte contre l'expansion de l'obésité. L'éventail de mesures inclut par exemple des campagnes de sensibilisation du public, une formation des professionnels de santé, des limitations ou interdictions de la publicité concernant la nourriture non saine, des taxes et restrictions sur la vente de certains types de nourriture et boissons, et la mise en place d'un étiquetage nutritionnel. L'information des consommateurs, la mise à disposition d'aliments sains, la promotion de l'activité physique et le ciblage des groupes vulnérables sont quelques-uns des domaines dans lesquels des progrès ont été effectués (Commission européenne, 2014).

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.

Dans 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.

Références

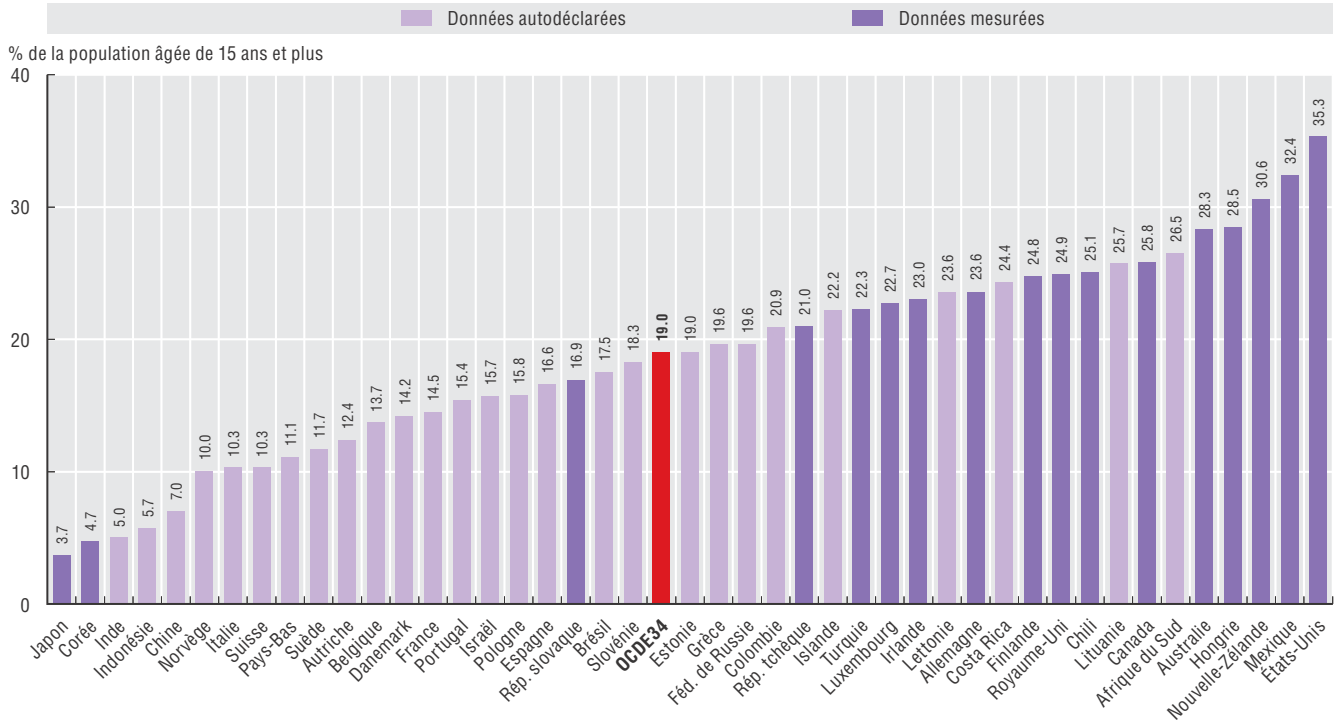
Commission européenne (2014), *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2014 Annual Report*, Bruxelles.

Devaux, M. et F. Sassi (2013), « Social Inequalities in Obesity and Overweight in 11 OECD Countries ». *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 3, pp. 464-469, juin.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OCDE (2014), *Obesity Update*, Éditions OCDE, juin 2014, *www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf*.

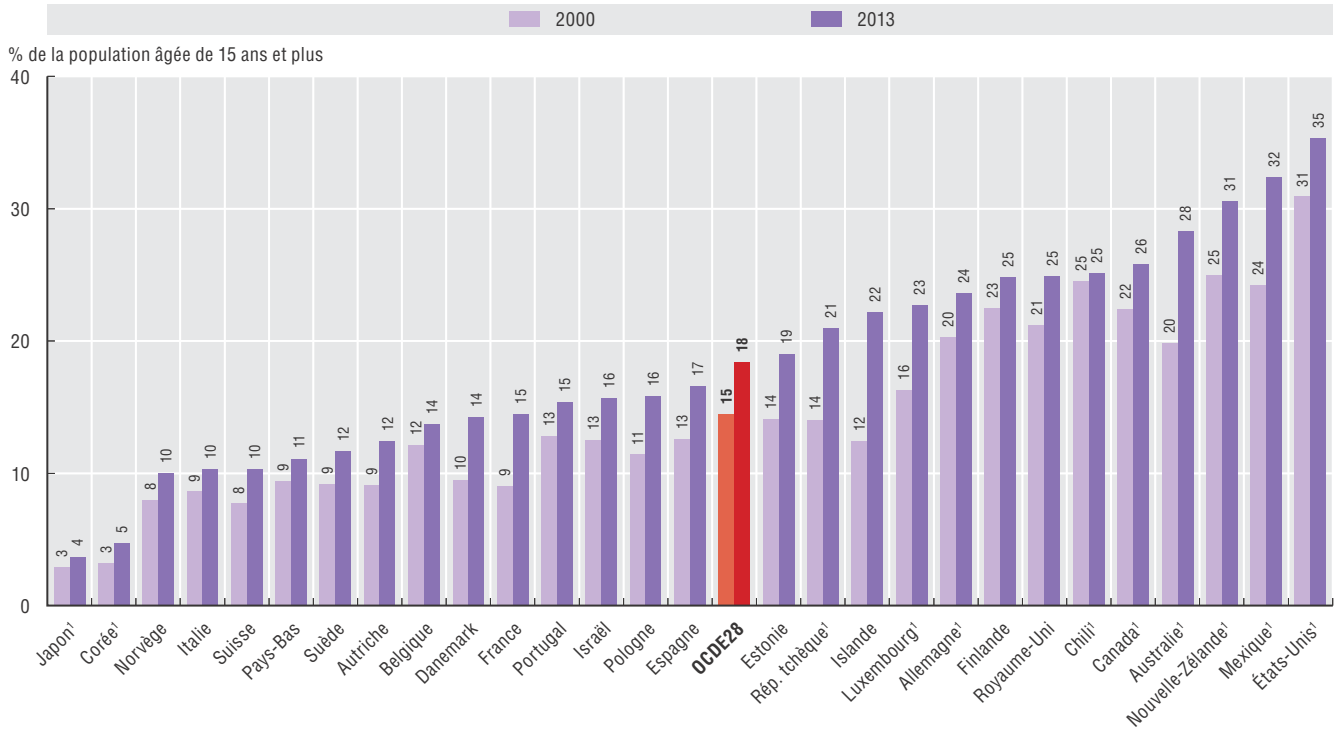
4.7. Prévalence de l'obésité parmi la population adulte, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281783

4.8. Augmentation de la prévalence de l'obésité parmi la population adulte dans les pays de l'OCDE, 2000 et 2013 (ou années les plus proches)



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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281783

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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).

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 (plutôt qu'à partir de la taille et du poids autodéclarés) s'établissent aux environs de 24 % pour les garçons et 22 % pour les filles en moyenne, même si les tranches d'âge considérées varient entre les pays (graphique 4.9). Les garçons souffrent plus souvent que les filles d'un excès de poids, les disparités les plus fortes ayant été enregistrées en Chine, au Danemark, en Islande, en Corée et en Pologne. À l'inverse, ce sont les filles qui affichent le taux de surpoids le plus élevé en Irlande et en Afrique du Sud. Plus d'un enfant sur trois est obèse au Brésil, au Chili, en Grèce, en Italie, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni (Angleterre) et aux États-Unis, et environ un garçon sur trois en Espagne, et une fille sur trois au Portugal.

L'obésité infantile a augmenté au cours des quelques dernières décennies à travers le monde, et semble s'être stabilisée dans les pays à hauts revenus (Ng et al., 2014 ; Lobstein et al., 2015). La moyenne des taux de surpoids (y compris d'obésité) autodéclarés dans les pays de l'OCDE a légèrement augmenté entre 2001-02 et 2009-10, passant de 13 à 15 % chez les enfants de 15 ans (graphique 4.10). 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-réponses aux questions sur la taille et le 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, le poids et la taille autodéclarés étant éventuellement associés à un risque de sous-estimation de l'obésité et du surpoids. 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 mesures sont collectées par la *World Obesity Federation* (WOF, anciennement IASO) à partir de différentes études nationales, à l'exception de l'Allemagne (les données proviennent de l'enquête KIGGS 2003-06) et de la Corée (données basées sur l'enquête KNHANES 2013). 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. Les données proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de différents groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays. 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.

Références

Bemelmans, W. et al. (2011), « Overview of 71 European Community-based Initiatives Against Childhood Obesity Starting Between 2005 and 2011: General Characteristics and Reported Effects », *BMC Public Health*, vol. 14, n° 758.

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.

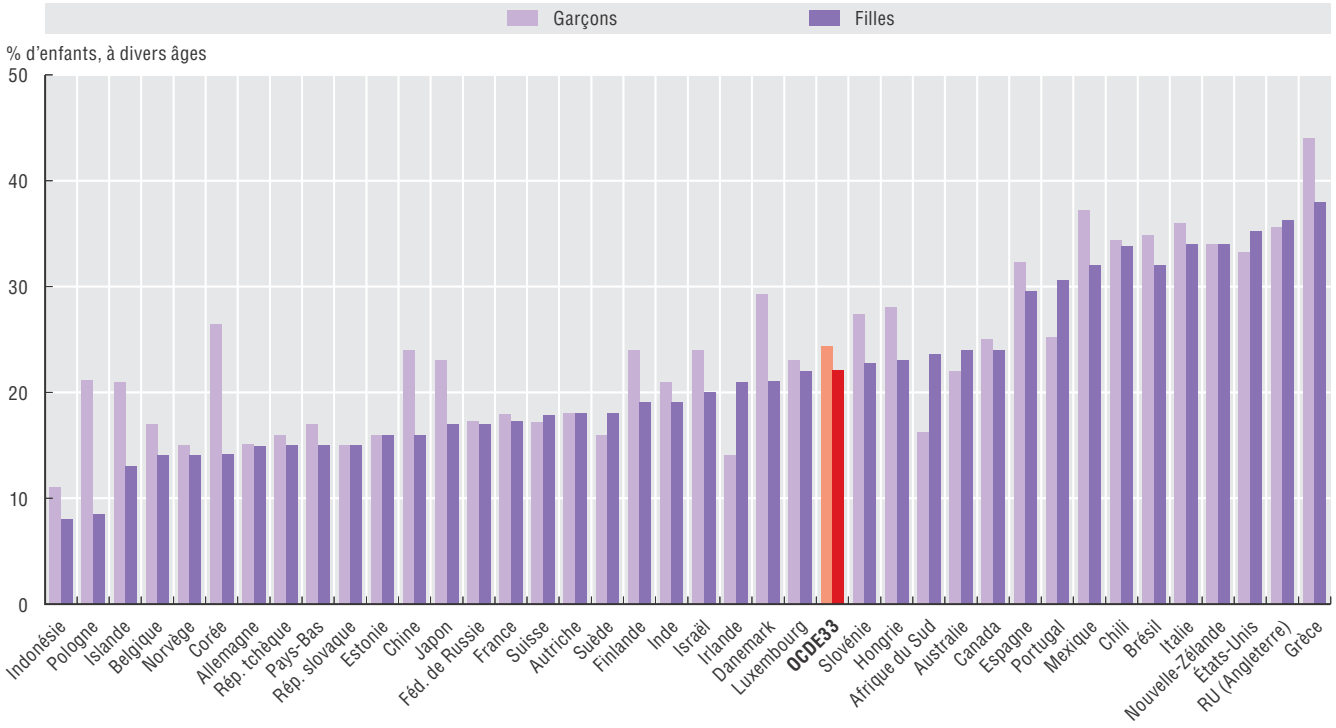
Currie, C. et al. (dir. pub.) (2012), *Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.

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, Paris, pp. 107-114, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr*.

Lobstein T et al., (2015) « Child and Adolescent Obesity: Part of a Bigger Picture », *The Lancet*, vol. 385, pp 2510-2520.

Ng, M. et al. (2014) « Global, Regional, and National Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adults During 1980-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet*, vol. 384, n° 9945, pp. 766-781.

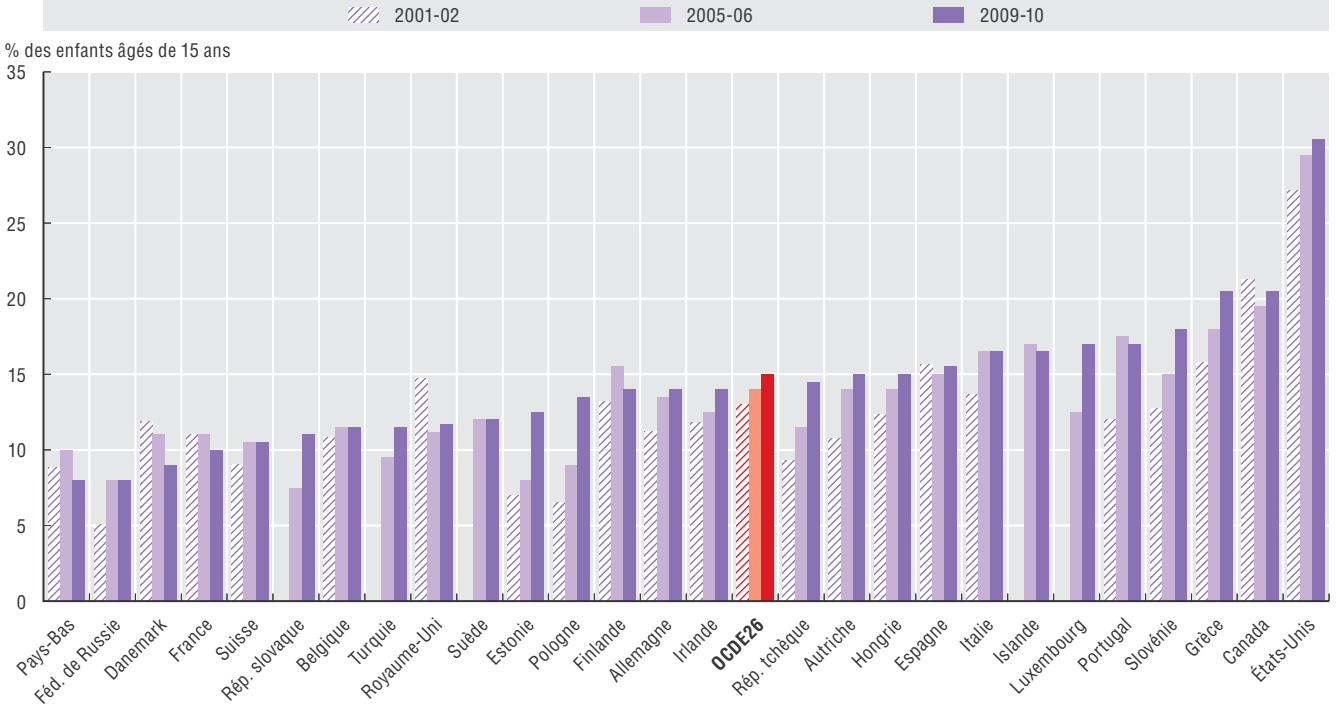
4.9. Surpoids mesuré (incluant l'obésité) parmi les enfants, 2013 (ou année la plus proche)



Source : World Obesity Federation (2015), KIGGS (2003-06) pour l'Allemagne et KNHANES (2013) pour la Corée.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281790

4.10. Variation des taux de surpoids autodéclarés (incluant l'obésité) des enfants de 15 ans, 2001-02, 2005-06 et 2009-10



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

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281790

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

5. PERSONNEL DE SANTÉ

Médecins (nombre total)

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

Médecins nouvellement diplômés

Migration internationale des médecins

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Personnel infirmier

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Migration internationale du personnel infirmier

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.

Médecins (nombre total)

Le nombre de médecins par habitant varie considérablement entre les pays de l'OCDE. En 2013, la Grèce avait la plus forte densité (6.3 médecins pour 1 000 habitants), suivie par l'Autriche. La Turquie et le Chili enregistraient les chiffres les plus bas parmi les pays de l'OCDE avec un peu moins de 2 médecins pour 1 000 habitants. La moyenne de l'OCDE était légèrement supérieure à 3 médecins pour 1 000 habitants. Dans certains grands pays émergents, la densité était beaucoup plus faible : on comptait moins de 1 médecin pour 1 000 habitants en Indonésie, en Inde et en Afrique du Sud. En Chine, le nombre de médecins par habitant se situe encore à environ la moitié de la densité moyenne de l'OCDE mais il a fortement augmenté depuis 2000 (graphique 5.1).

Depuis 2000, le nombre de médecins a progressé dans presque tous les pays de l'OCDE, à la fois en nombre absolu et par habitant. La croissance a été particulièrement rapide dans certains pays où la densité était faible en 2000 (Turquie, Corée et Mexique), mais aussi dans des pays où les médecins étaient déjà nombreux comme la Grèce ou l'Autriche. En Grèce, le nombre de médecins par habitant a fortement augmenté entre 2000 et 2008, pour se stabiliser ensuite. L'Australie et le Royaume-Uni ont aussi enregistré une hausse importante du nombre de médecins (graphique 5.2), principalement en raison de la forte progression du nombre de nouveaux diplômés des écoles nationales de médecine.

Par ailleurs, le nombre de médecins par habitant est resté assez stable entre 2000 et 2013 en Estonie, en France, en Israël et en République slovaque. En France, le nombre de médecins a augmenté de 10 %, plus ou moins au même rythme que la population.

Après la récession de 2008-09, le nombre de médecins a continué à croître dans la plupart des pays de l'OCDE. Toutefois, un ralentissement a été constaté dans certains pays tels que la Grèce. Au Royaume-Uni, la croissance n'a guère ralenti et on comptait, en 2013, 15 % de plus de médecins en exercice qu'en 2008 (graphique 5.2).

Il est difficile d'établir des projections concernant l'offre et la demande futures de médecins étant donné les incertitudes concernant les départs à la retraite et les migrations ainsi que les incertitudes concernant la demande (Ono, Lafortune et Schoenstein, 2013). En Australie, d'après des projections récentes reposant sur un scénario de statu quo, il pourrait y avoir un excédent de médecins d'ici 2017, auquel succéderait une pénurie entre 2020 et 2030 environ. Cette étude explore également différents scénarios susceptibles d'atténuer ou d'amplifier ces déséquilibres. Ainsi, si la progression de la demande de médecins s'avérait légèrement plus lente que prévue à cause d'une moindre croissance du PIB, la pénurie de la décennie suivante pourrait disparaître et il pourrait même y avoir un léger excédent de médecins en 2030. En revanche, en cas de baisse sensible du nombre de médecins immigrants, un nombre accru de nouveaux diplômés en médecine serait nécessaire pour combler un manque possible (Health Workforce Australia, 2014).

Beaucoup de pays ont anticipé le prochain départ à la retraite d'un grand nombre de médecins en augmentant leurs efforts de formation au cours de la dernière décennie, afin qu'un nombre suffisant de nouveaux médecins prennent la relève de ceux qui partiront à la retraite. Dans certains pays (par exemple, le Royaume-Uni et les Pays-Bas), on s'inquiète maintenant de l'éventualité d'excédents de certaines catégories de médecins dans les prochaines années (CfWI, 2012 ; ACMMP, 2014).

Dans de nombreux pays, les préoccupations concernent plus spécifiquement les risques de pénurie de généralistes (voir l'indicateur des médecins par âge, sexe et catégorie) ou le manque de médecins dans les zones rurales ou reculées (voir l'indicateur de la répartition géographique des médecins dans le chapitre 7).

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Ce chiffre inclut souvent les internes et les médecins résidents (médecins en formation) et correspond au nombre de personnes physiques. Les données pour l'Irlande reposent sur des estimations. Dans quelques pays, les données couvrent plus généralement tous les médecins en activité dans le secteur de la santé, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients, ce qui augmente leur nombre de 5 à 10 %. Le Portugal comptabilise le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de médecins en exercice qui atteint environ 30 %. La Belgique et le Luxembourg ont fixé un seuil minimum d'activité pour qu'un médecin soit considéré comme étant en exercice, d'où une sous-estimation par rapport aux autres pays qui ne le font pas.

Références

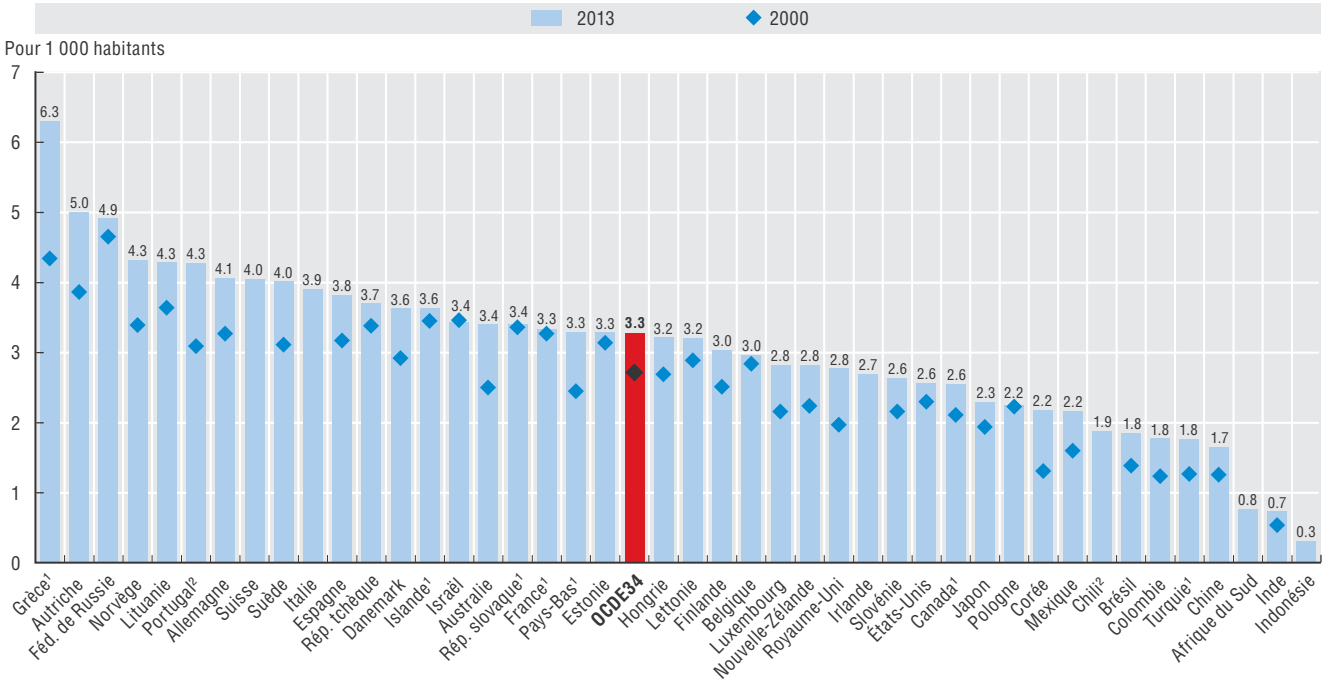
ACMMP (2014), *The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training, Capaciteitsorgaan*, Utrecht.

CfWI – Centre for Workforce Intelligence (2012), A *Strategic Review of the Future Healthcare Workforce: Informing Medical and Dental Student Intakes*, Londres.

Health Workforce Australia (2014), *Australia's Future Health Workforce – Doctors*, Canberra.

Ono, T., G. Lafortune et M. Schoenstein (2013), « Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 62, Éditions OCDE, *http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en*.

5.1. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)

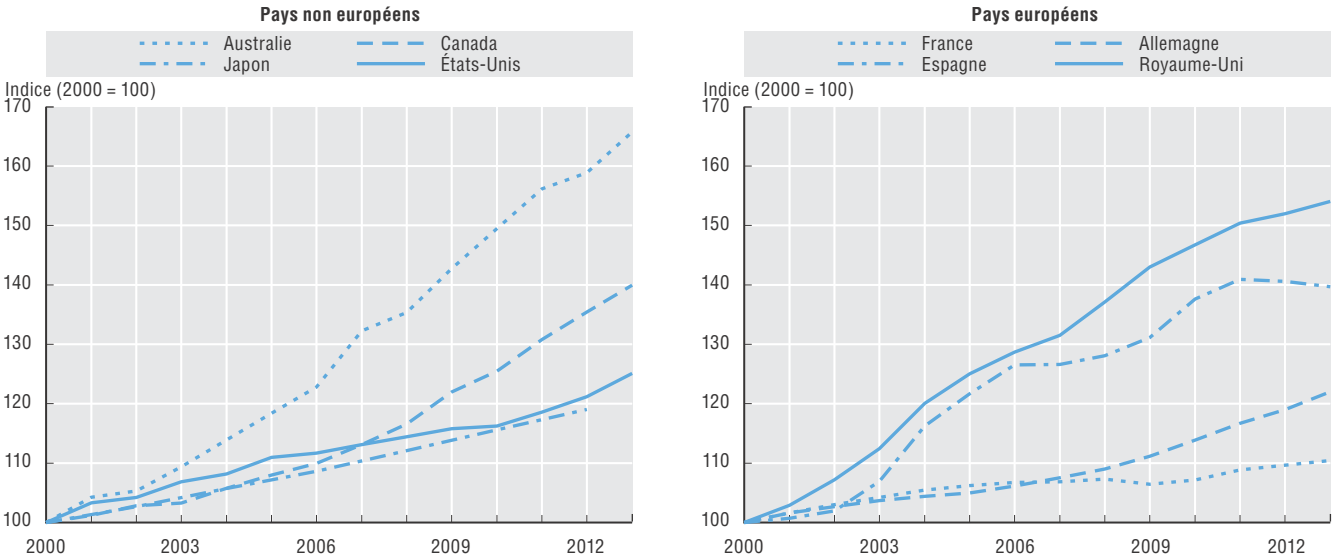


1. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (ajoutant 5 à 10% de médecins).
2. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer (d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité au Portugal d'environ 30%).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281806

5.2. Evolution du nombre de médecins, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281806

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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, le vieillissement de la population des médecins dans les pays de l'OCDE fait craindre une insuffisance de la relève, bien que les départs à la retraite s'avèrent souvent progressifs et de plus en plus tardifs (Pong, 2011). D'autre part, la proportion croissante de femmes parmi les médecins peut influer sur l'offre totale de services médicaux, du fait que leur temps de travail est généralement inférieur à celui des hommes. Il semble toutefois que les préférences en matière de temps de travail deviennent plus semblables entre les hommes et les femmes parmi les nouvelles générations de médecins. Enfin, le déséquilibre croissant en faveur de différentes spécialisations au détriment de la médecine générale soulève des préoccupations dans de nombreux pays sur l'accès aux soins primaires pour toute la population.

En moyenne, un tiers des médecins dans les pays de l'OCDE étaient âgés de plus de 55 ans en 2013, contre un sur cinq en 2000 (graphique 5.3). On pourrait donc s'attendre à ce que ces médecins partent à la retraite au cours de la prochaine décennie, mais ils sont de plus en plus nombreux à continuer d'exercer au-delà de 65 ans. En Israël et en Italie, près de la moitié (49 %) des médecins avaient plus de 55 ans en 2013 ; en Israël, cette proportion élevée s'explique en partie du fait que la source de données couvre tous les médecins autorisés à exercer (même si certains n'exercent peut-être plus). À l'inverse, environ 15 % seulement des médecins au Royaume-Uni et en Corée étaient âgés de plus de 55 ans, du fait de l'arrivée de nombreux nouveaux diplômés au cours des dix dernières années (voir l'indicateur sur les médecins nouvellement diplômés).

Les réformes de retraite ainsi que les possibles capacités et désirs croissants chez de nombreux médecins de continuer à travailler plus longtemps, auront probablement un impact significatif sur les besoins de remplacement futurs. Un certain nombre de pays de l'OCDE ont réformé leurs systèmes de pensions et reculé l'âge de départ à la retraite. Bien que peu d'études aient examiné l'impact de ces réformes des pensions dans le cas spécifique des médecins, il est probable qu'un nombre grandissant prolongeront leur activité au-delà de 65 ans dans les années à venir.

En 2013, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 45 % des médecins étaient des femmes, contre 38 % en 2000 et 29 % en 1990 (graphique 5.4). Dans 10 pays, au moins la moitié des médecins sont maintenant des femmes. À l'inverse, au Japon et en Corée, seul un médecin sur cinq était une femme en 2013.

L'équilibre entre généralistes et spécialistes a changé au cours des dernières décennies, le nombre de spécialistes ayant augmenté beaucoup plus rapidement, ce qui soulève des inquiétudes, dans de nombreux pays, quant aux risques de pénurie des généralistes. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les généralistes ne constituaient qu'environ 30 % du total des médecins en 2013 ; on comptait plus de deux spécialistes pour un généraliste (graphique 5.5). Les spécialistes sont beaucoup plus nombreux que les généralistes dans les pays d'Europe centrale et orientale et en Grèce. Certains pays comme la France, le Canada et l'Australie ont préservé un meilleur équilibre. En Irlande et au Portugal, la plupart des médecins généralistes ne sont pas en réalité des médecins de famille, mais des médecins non spécialistes travaillant dans les hôpitaux ou d'autres structures. Dans certains pays tels que les États-Unis, les praticiens de médecine interne générale sont classés parmi les spécialistes, alors que leur activité est souvent 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 une certaine mesure.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération des spécialistes est plus élevée que celle des généralistes, fournissant des incitations financières aux médecins à se spécialiser (voir l'indicateur sur la rémunération des médecins). En réponse aux inquiétudes quant aux risques de pénurie de médecins généralistes, beaucoup de pays ont entrepris d'augmenter l'offre de formation dans ce domaine. En France, par exemple, environ 50 % de l'ensemble des places d'internes sont réservées à la médecine générale (DREES, 2014). Au Canada, le nombre de places de formation postgrade en médecine de famille a plus que doublé entre 2000 et 2013, dans le cadre d'un effort national destiné à renforcer l'accès aux soins primaires (CAPER, 2015). Toutefois, pour que ces mesures visant la formation aient des effets durables sur la composition du personnel médical, il convient de les compléter par d'autres dispositions tendant à améliorer les conditions d'emploi et de rémunération des généralistes afin d'attirer et de retenir un nombre suffisant de nouveaux médecins.

Définition et comparabilité

La définition des médecins est donnée dans la section précédente consacrée à l'indicateur sur les médecins. Les chiffres pour certains pays (par exemple, Irlande et Portugal) couvrent, au-delà des médecins en exercice, tous ceux autorisés à exercer. Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser la totalité de leurs médecins selon les deux grandes catégories (spécialistes et généralistes). Cela peut être lié à l'absence de données par spécialité pour les médecins en formation ou pour les médecins libéraux.

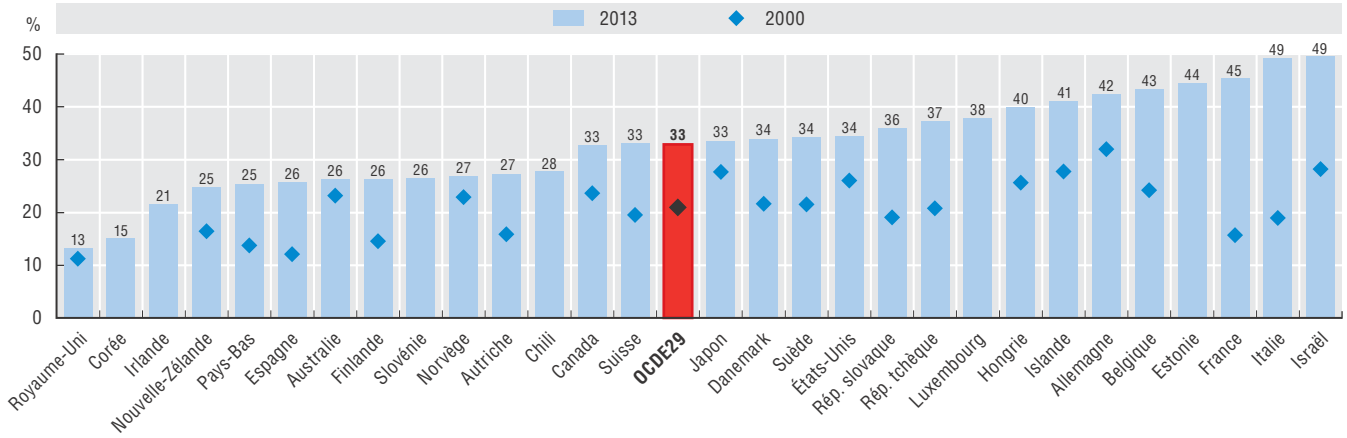
Références

CAPER (2015), *Domaine de formation post-M.D. par faculté de médecine offrant la formation post-M.D. 2013-14*, base de données disponible sur : *www.caper.ca*.

DREES (2014), « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Études et Résultats*, n° 894.

Pong, R.W. (2011), *Accrocher définitivement son stéthoscope ? Vers une nouvelle perspective du départ à la retraite des médecins*, ICIS, disponible sur : *www.cihi.ca*.

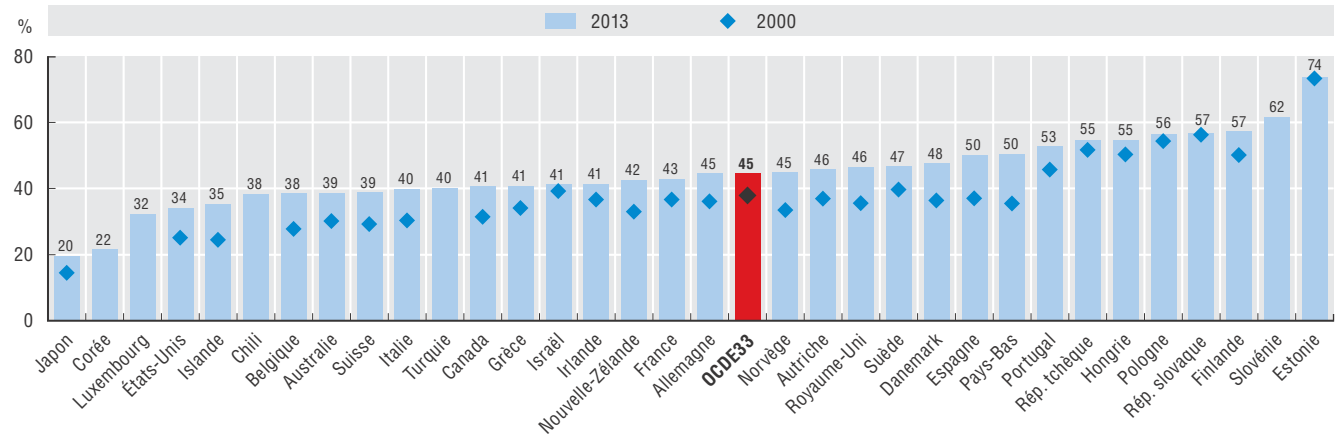
5.3. Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281815

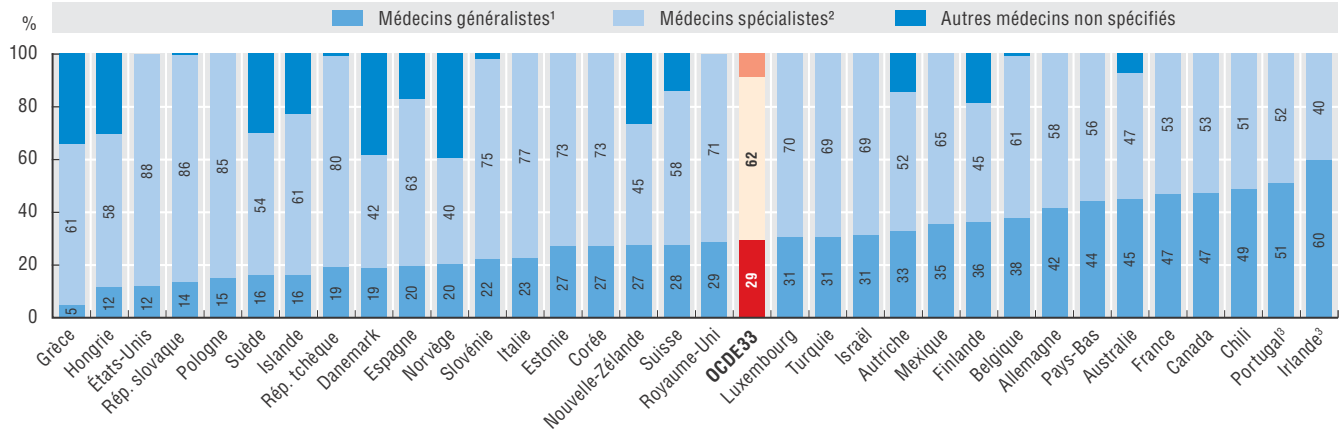
5.4. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281815

5.5. Pourcentage des généralistes et des spécialistes parmi les médecins, 2013 (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 et au Portugal, 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. Au Portugal, il y a des double comptages des docteurs qui possèdent plusieurs spécialités.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281815

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Médecins nouvellement diplômés

Le nombre de médecins nouvellement diplômés reflète dans une large mesure les décisions prises quelques années plus tôt concernant le nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine (décisions concernant le *numerus clausus*). Depuis 2000, la plupart des pays de l'OCDE ont augmenté le nombre d'étudiants admis à suivre des études médicales, en réponse aux préoccupations concernant des pénuries actuelles ou à venir de médecins (OCDE, à paraître).

En 2013, on comptait en moyenne environ 12 médecins nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE (graphique 5.6). Cette proportion était maximum en Irlande, tandis que Israël et le Japon enregistraient le nombre de médecins nouvellement diplômés le plus faible par rapport à leur population. En Irlande, le nombre de médecins nouvellement diplômés a fortement augmenté en 2013, pour une part en raison de l'ouverture, quelques années plus tôt, des nouveaux Graduate Entry Programmes qui permettent aux étudiants en licence dans une autre discipline d'obtenir un diplôme de médecine en quatre ans. En Israël, le faible nombre de nouveaux diplômés des formations nationales est compensé par le nombre élevé de médecins formés à l'étranger. Dans ce pays, environ un tiers des médecins formés à l'étranger sont en fait nés en Israël puis sont partis faire leurs études à l'étranger avant de revenir. La situation est différente au Japon, qui compte très peu de médecins formés à l'étranger. En 2008, le gouvernement japonais a décidé d'accroître le nombre des admissions dans les études de médecine en réponse au manque présent ou prévisible de médecins, ce qui devrait entraîner une hausse du nombre de nouveaux diplômés en médecine dans les années à venir.

À la suite de la hausse du *numerus clausus* dans la plupart des pays au cours des quinze dernières années, le nombre des médecins nouvellement diplômés a augmenté, mais à un rythme différent d'un pays à l'autre (graphique 5.7). En Australie, leur nombre a augmenté de deux fois et demie entre 2000 et 2013. La plus grande partie de cette croissance s'explique par la hausse du nombre d'étudiants australiens mais les écoles de médecine du pays ont aussi accueilli des effectifs croissants d'étudiants internationaux.

Au Royaume-Uni, le nombre des médecins nouvellement diplômés a doublé entre 2000 et 2013, reflétant les efforts menés pour accroître l'offre intérieure et moins recourir aux médecins formés à l'étranger. La plus grande partie de l'augmentation des admissions dans les écoles de médecine a eu lieu entre 2000 et 2004. En 2013, le nombre de nouveaux diplômés a légèrement diminué pour la première fois, tout comme le nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine faisant suite à une réduction de 2 % des admissions dans les écoles de médecine, sur la base de projections indiquant une recrudescence de médecins dans les années à venir (Department of Health, 2012).

En France, le nombre de médecins nouvellement diplômés a régulièrement augmenté depuis 2006 à la suite d'un fort relèvement du *numerus clausus* entre 2000 et 2006. Toutefois, ces effectifs devraient se stabiliser dans les années à venir, du fait que les quotas d'admission sont restés assez stables ces dernières années.

Aux États-Unis, l'augmentation des admissions dans les écoles médicales a eu lieu un peu plus tard que dans un certain nombre d'autres pays, principalement après 2005, et le nombre de médecins nouvellement diplômés n'a commencé à croître que récemment. En plus du nombre croissant de nouveaux médecins issus des universités américaines, de plus en plus d'Américains sont partis faire leurs études à l'étranger (notamment dans les pays des Caraïbes), avec l'intention de revenir aux États-Unis pour terminer leur cycle de formation et de pratique postgradué. Cela devrait créer des pressions supplémentaires à l'augmentation du nombre de postes de résident pour permettre à la fois aux nouveaux médecins issus des universités du pays et aux Américains formés à l'étranger d'accomplir leur formation postgraduée.

Dans les pays nordiques, on a observé une hausse relativement continue du nombre des médecins nouvellement diplômés, avec une augmentation d'environ 50 % entre 2000 et 2013 en Finlande et en Norvège. Beaucoup d'étudiants norvégiens vont aussi apprendre la médecine à l'étranger, notamment en Allemagne, en Pologne et en Hongrie, avec l'intention de revenir exercer dans leur pays.

Le nombre des médecins nouvellement diplômés a aussi fortement augmenté en République tchèque, en Hongrie et en Pologne. Cette nette augmentation peut s'expliquer en partie par le nombre croissant d'étudiants internationaux qui choisissent ces pays pour faire leurs études de médecine. En République tchèque, les étudiants internationaux représentaient, ces dernières années, environ 30 % du total des médecins nouvellement diplômés.

Cette internationalisation croissante des études médicales, à laquelle s'ajoute la migration internationale de médecins déjà formés, complique la tâche des gouvernements dans l'établissement de leur politique de *numerus clausus* nationale, étant donné que ces politiques peuvent être impactées par les initiatives adoptées dans d'autres pays (OCDE, à paraître).

Définition et comparabilité

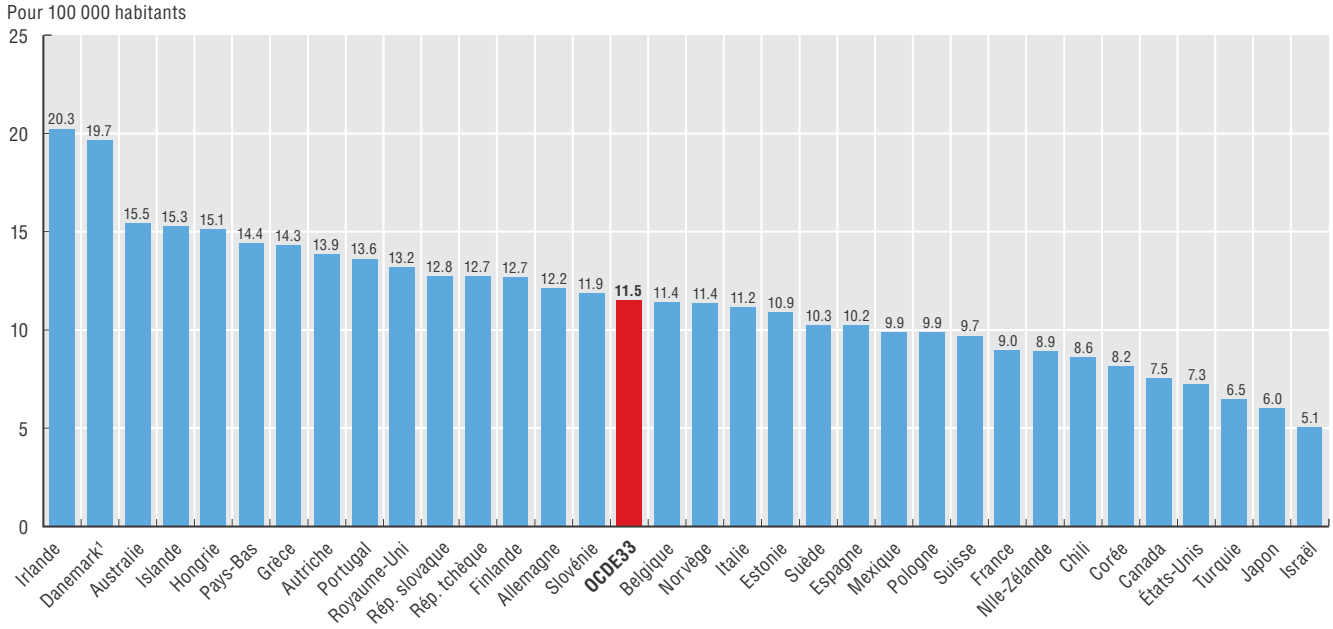
Le nombre de médecins nouvellement diplômés est défini comme le nombre d'étudiants diplômés des écoles de médecine au cours de l'année considérée. L'Autriche et le Royaume-Uni ne prennent pas en compte les diplômés de nationalité étrangère, à la différence d'autres pays. Au Danemark, les données correspondent au nombre de nouveaux médecins qui reçoivent l'autorisation d'exercer, ce qui peut entraîner une surestimation si une partie d'entre eux ont été formés à l'étranger.

Références

Department of Health (2012), « The Health and Education National Strategic Exchange – Review of Medical and Dental School Intakes in England », gouvernement du Royaume-Uni.

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), Éditions OCDE, PAris, à paraître.

5.6. Nombre de diplômés en médecine, 2013 (ou année la plus proche)

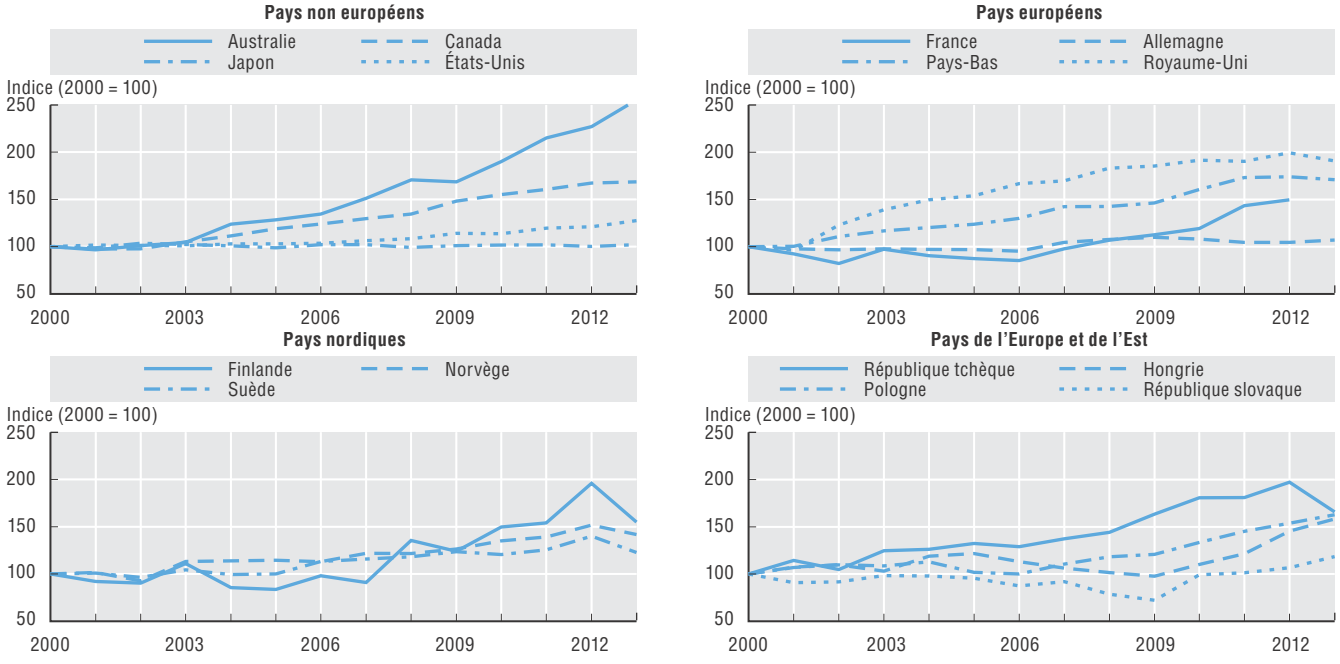


1. Au Danemark, le chiffre se réfère aux nouveaux docteurs recevant une habilitation à exercer, ce qui peut impliquer une sur-estimation dans la mesure où ceux-ci incluent les médecins formés à l'étranger.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281821

5.7. Evolution du nombre de diplômés en médecine, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281821

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Migration internationale des médecins

La migration internationale des médecins et autres professionnels de santé n'est pas un phénomène nouveau, mais elle attire fortement l'attention depuis quelques années en raison de craintes qu'elle n'aggrave la pénurie de personnel de santé qualifié dans certains pays, notamment dans des pays en développement qui souffrent déjà d'un manque de main-d'œuvre criant. Le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010, a été conçu pour répondre à ces préoccupations. Il fournit aux pays un instrument pour promouvoir un recrutement plus éthique des personnels de santé, en encourageant les pays à parvenir à une plus grande « autosuffisance » dans la formation des personnels de santé, tout en reconnaissant à toute personne le droit fondamental de migrer.

La proportion des médecins formés à l'étranger varie notablement entre les pays de l'OCDE. En 2013, cette proportion s'étalait entre moins de 3 % en Turquie, en Pologne, en Estonie, aux Pays-Bas et en République tchèque et plus de 40 % en Israël et en Nouvelle-Zélande (graphique 5.8). En Israël, la très forte proportion des médecins formés à l'étranger reflète non seulement l'importance de l'immigration dans ce pays, mais aussi le fait qu'une grande part des nouvelles autorisations d'exercer sont délivrées à des personnes nées en Israël et formées à l'étranger (un tiers en 2013). La Norvège, l'Irlande et l'Australie ont aussi une proportion importante de médecins formés à l'étranger ; toutefois, en Norvège, environ la moitié d'entre eux sont nés dans le pays mais l'ont quitté pour leurs études médicales. Au Royaume-Uni, en Suisse, aux États-Unis, en Suède et au Canada, la part des médecins formés à l'étranger est comprise entre 23% et 30%.

Depuis 2000, le nombre et la proportion des médecins formés à l'étranger ont augmenté dans de nombreux pays de l'OCDE (graphique 5.9), contribuant à la hausse globale du nombre et à la densité des médecins. Aux États-Unis et au Royaume-Uni, leur proportion est restée relativement stable au cours du temps, mais le nombre absolu des médecins formés à l'étranger a continué à croître à peu près au même rythme que celui des médecins formés dans le pays (OCDE, à paraître). La Suède a enregistré une forte progression du nombre et de la proportion des médecins formés à l'étranger, la plupart venant d'Allemagne, de Pologne et d'Irak. Ils ont aussi augmenté en nombre et en proportion en France et en Allemagne, dans une moindre mesure. En France, cette hausse est due en partie à une reconnaissance plus complète des qualifications de médecins formés à l'étranger qui travaillaient déjà dans le pays, ainsi qu'à l'afflux de médecins provenant des nouveaux États membres de l'UE, en particulier de Roumanie.

En nombre absolu, les États-Unis ont de loin le plus grand nombre de médecins formés à l'étranger – plus de 200 000 en 2013. Vient ensuite le Royaume-Uni avec, en 2014, plus de 48 000 médecins formés à l'étranger. La composition des flux migratoires par pays d'origine dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels : i) l'importance des liens migratoires ; ii) la langue ; et iii) la reconnaissance des qualifications. Le graphique 5.10 montre la répartition des pays de formation pour les deux principaux pays de destination de l'OCDE, à savoir les États-Unis et le Royaume-Uni. Aux États-Unis, près de 50 % des médecins formés à l'étranger viennent de pays d'Asie, les médecins formés en Inde représentant de loin la part la plus importante, suivis par les Philippines et le Pakistan. Plus de 10 % des médecins ont été formés dans les îles des Caraïbes, mais ce sont souvent des étudiants américains qui sont partis faire leurs études à l'étranger et reviennent ensuite aux États-Unis pour terminer leur cycle de formation et de pratique postgradué. Au Royaume-Uni également, la plupart des médecins formés à l'étranger viennent des pays d'Asie, l'Inde étant encore largement en tête, bien que les autres pays de l'UE sont aussi une part croissante.

Même si les petits pays d'Afrique, d'Asie ou d'Europe centrale et orientale perdent un faible nombre de médecins en termes absolus, cela peut néanmoins avoir un fort impact sur leurs systèmes de santé. Il est de plus en plus reconnu que les pays de l'OCDE devraient éviter de recruter activement dans des pays qui souffrent d'une pénurie aiguë de médecins.

Définition et comparabilité

Les données correspondent aux médecins formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE, mesurés en termes de stocks totaux. La base de données de l'OCDE sur la santé contient aussi des données sur les flux annuels pour la plupart des pays présentés ici, ainsi que par pays d'origine. Les sources des données dans la plupart des pays sont les registres professionnels ou autres sources administratives.

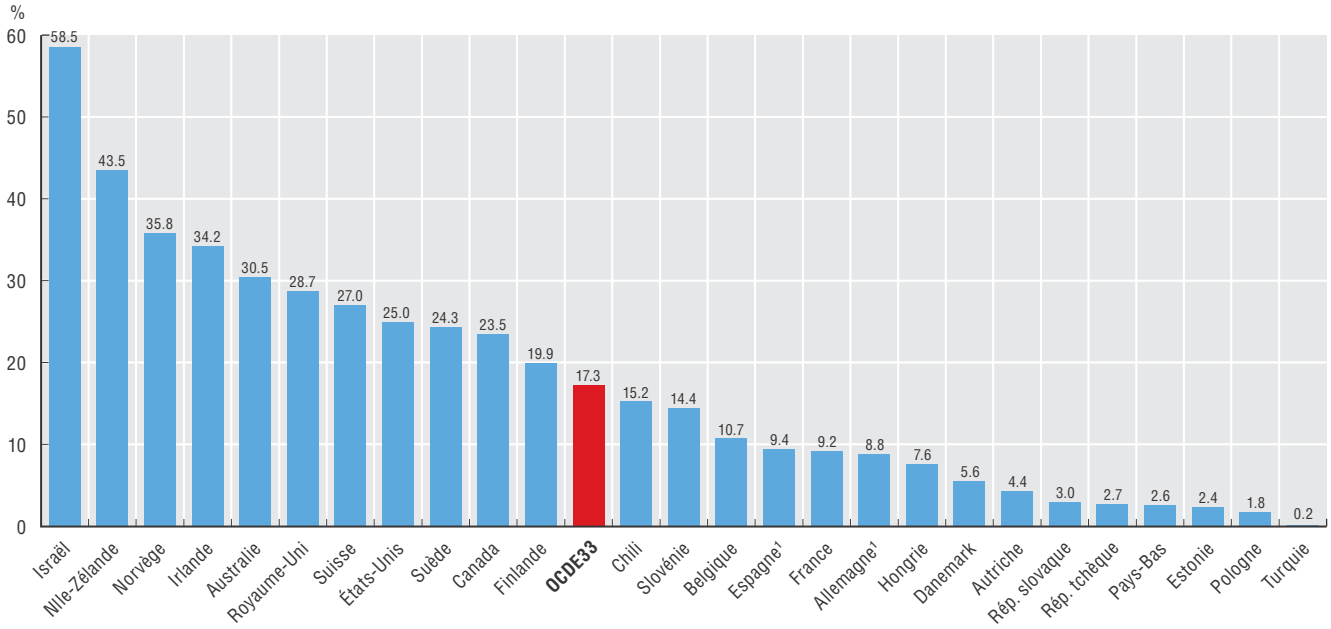
Le principal frein en matière de comparabilité est lié aux différences concernant la situation des médecins au regard de l'activité. Certains registres sont régulièrement mis à jour, ce qui permet de distinguer les médecins qui sont encore en activité dans les systèmes de santé, alors que d'autres sources couvrent tous les médecins autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité. Ces dernières ont tendance à surestimer non seulement le nombre des médecins formés à l'étranger, mais aussi le nombre total des médecins (y compris ceux qui ont été formés dans le pays), d'où un effet final difficile à interprêter sur le ratio. Dans certains pays, la source des données couvre aussi les internes et résidents, tandis que, dans d'autres pays, ces médecins en cours de formation ne sont pas inclus. Du fait que les médecins formés à l'étranger sont souvent surreprésentés dans les catégories des internes et des résidents, il peut en résulter une sous-estimation de la proportion des médecins formés à l'étranger dans les pays où elles ne sont pas incluses (par exemple, France, Hongrie, Pologne et Suisse).

Les données pour l'Allemagne et l'Espagne ont pour base la nationalité (ou le lieu de naissance dans le cas de l'Espagne) et non le lieu de formation.

Références

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), chapitre 3 intitulé « Changing patterns in the international migration of doctors and nurses », Éditions OCDE, Paris.

5.8. Pourcentage des médecins formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE, 2013 (ou année la plus proche)

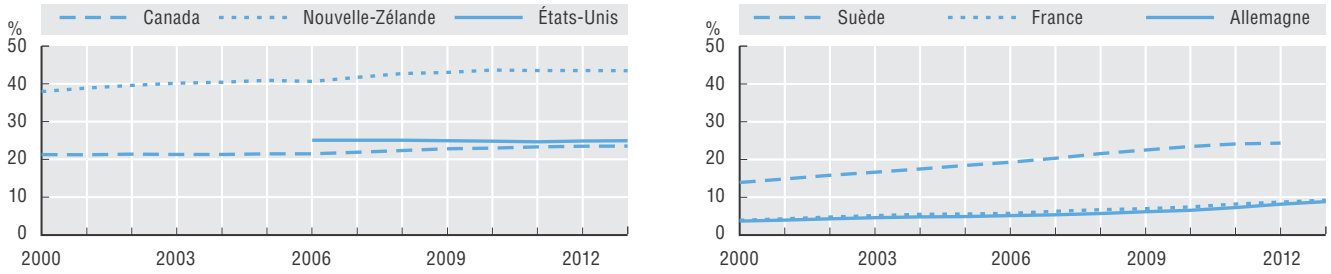


1. En Allemagne et en Espagne, les données sont basées sur la nationalité (ou lieu de naissance en Espagne), pas sur le lieu de formation.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281834

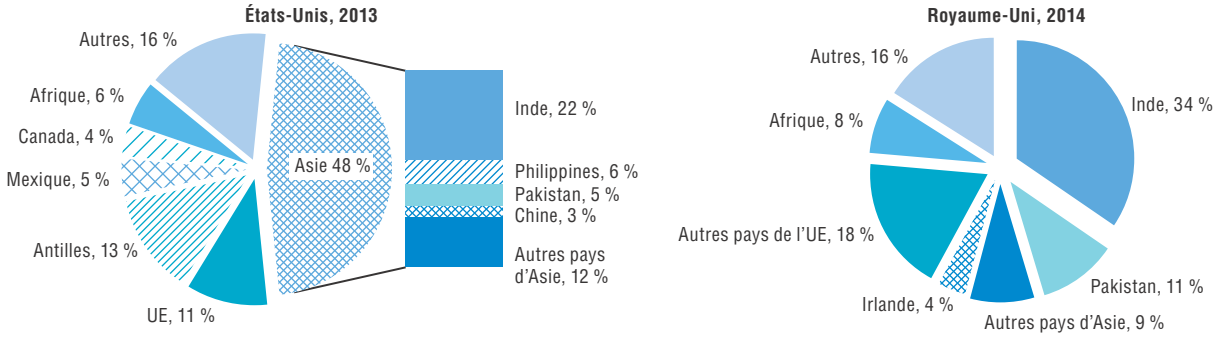
5.9. Evolution du pourcentage de médecins formés à l'étranger, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281834

5.10. Principaux lieux de formation des médecins formés à l'étranger, États-Unis et Royaume-Uni



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281834

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

La rémunération selon les catégories de médecins a un impact sur l'attrait financier des différentes spécialités. Dans de nombreux pays, l'État influe sur le niveau et la structure de la rémunération, soit en tant que principal employeur de médecins, soit en tant que client de leurs services, ou encore par la réglementation des honoraires.

Les données de l'OCDE distinguent la rémunération des médecins salariés de celle des médecins libéraux, même si cette distinction devient de plus en plus floue dans certains pays, du fait que certains médecins salariés sont autorisés à exercer en clientèle privée, tandis que des médecins libéraux peuvent recevoir une partie de leur rémunération sous forme de salaires. On opère également une distinction entre, d'un côté, les généralistes et, de l'autre, les spécialistes (toutes spécialités confondues) bien qu'il puisse y avoir de larges différences de revenu entre les spécialités médicales.

Comme on pouvait s'y attendre, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est, dans tous les pays de l'OCDE, nettement plus élevée que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs (graphique 5.11). En Australie, le revenu des généralistes libéraux était environ le double du salaire moyen dans le pays en 2013 (ce revenu est toutefois sous-estimé du fait de l'inclusion des médecins en cours de formation) alors qu'il s'élevait au triple en Autriche, au Canada, au Danemark, aux Pays-Bas, au Luxembourg et au Royaume-Uni.

Dans la plupart des pays, la rémunération des généralistes est inférieure à la moyenne des spécialistes et, dans de nombreux cas, bien moindre. Au Canada et aux Pays-Bas, les spécialistes libéraux gagnaient environ 4.5 fois le salaire moyen en 2013 ; en Allemagne, ce ratio dépassait 5 et il était supérieur à 6 en Belgique et au Luxembourg (toutefois, en Belgique, ces rémunérations incluent les frais professionnels, d'où une surestimation). En France, les spécialistes libéraux gagnaient presque quatre fois le salaire moyen, contre un peu plus de deux fois pour les spécialistes salariés et les généralistes libéraux. L'écart de revenu entre généralistes et spécialistes est particulièrement grand en Belgique et aux Pays-Bas.

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, l'écart de revenu entre généralistes et spécialistes a continué de se creuser au cours des dix dernières années, réduisant l'attrait financier de la médecine générale (graphique 5.12). Depuis 2005, la rémunération des spécialistes a augmenté plus rapidement que celle des généralistes au Canada, en Finlande, en France, en Hongrie, en Islande, en Israël, au Luxembourg et au Mexique. Au contraire, en Autriche, en Belgique et aux Pays-Bas, l'écart s'est légèrement réduit, le revenu des généralistes ayant progressé plus rapidement que celui des spécialistes.

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, la crise économique (qui a commencé en 2008-09) a eu un impact significatif sur la rémunération des médecins et du personnel de santé. Un certain nombre de pays d'Europe durement touchés par la récession ont gelé ou réduit, au moins temporairement, les salaires ou les honoraires des médecins afin de réduire les coûts tout en protégeant l'accès de la population aux soins. Cela a été le cas dans des pays comme l'Estonie, la France, l'Irlande, l'Italie et la Slovénie, où les médecins ont vu leur rémunération baisser en termes nominaux lors de certaines années qui ont suivi la crise. Toutefois, plus récemment, la rémunération des médecins et autres personnels de santé a recommencé à croître (OCDE, à paraître).

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 ne doit pas inclure les frais professionnels dans le cas des médecins libéraux.

Les données présentent des limites qui contribuent à une sous-estimation du montant de la rémunération dans certains pays : 1) la rémunération des heures supplémentaires, les primes et les autres revenus additionnels ou les cotisations de sécurité sociale sont exclus dans certains pays (Autriche pour les généralistes, Irlande pour les spécialistes salariés et Italie ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés ne sont pas pris en compte dans des pays comme la République tchèque, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande et la Slovénie ; 3) les paiements informels, qui peuvent être courants dans certains pays (par exemple, Grèce ou Hongrie) ne sont pas inclus ; 4) au Danemark, en Hongrie, en Norvège et en République slovaque, les données ne couvrent que les salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle dans le secteur privé ; 5) les médecins en formation sont pris en compte en Allemagne, en Australie et en République tchèque, ainsi qu'au Royaume-Uni pour les spécialistes.

Dans certains cas (Australie, Autriche, Belgique, Pays-Bas et au Royaume-Uni pour les généralistes), les données incluent les professionnels à temps partiel, tandis que dans d'autres, elles ne couvrent que les médecins exerçant à temps plein.

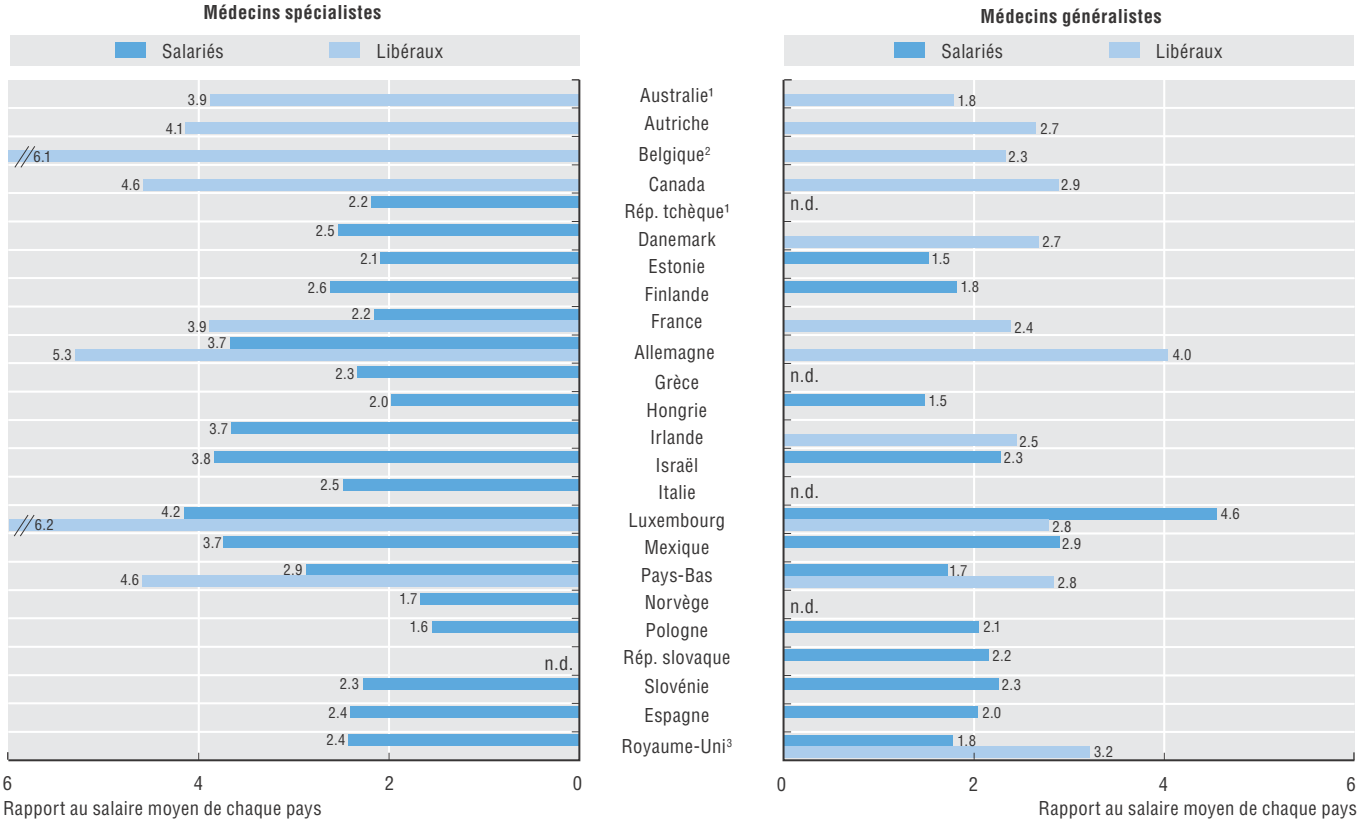
En Belgique, les données pour les médecins libéraux incluent les frais professionnels, ce qui entraîne une surestimation.

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 de l'OCDE sur les Statistiques de la population active.

Références

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), chapitre 1 intitulé « Trends in health labour markets following the economic crisis and current policy priorities to address health workforce issues », Éditions OCDE, Paris.

5.11. Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche)

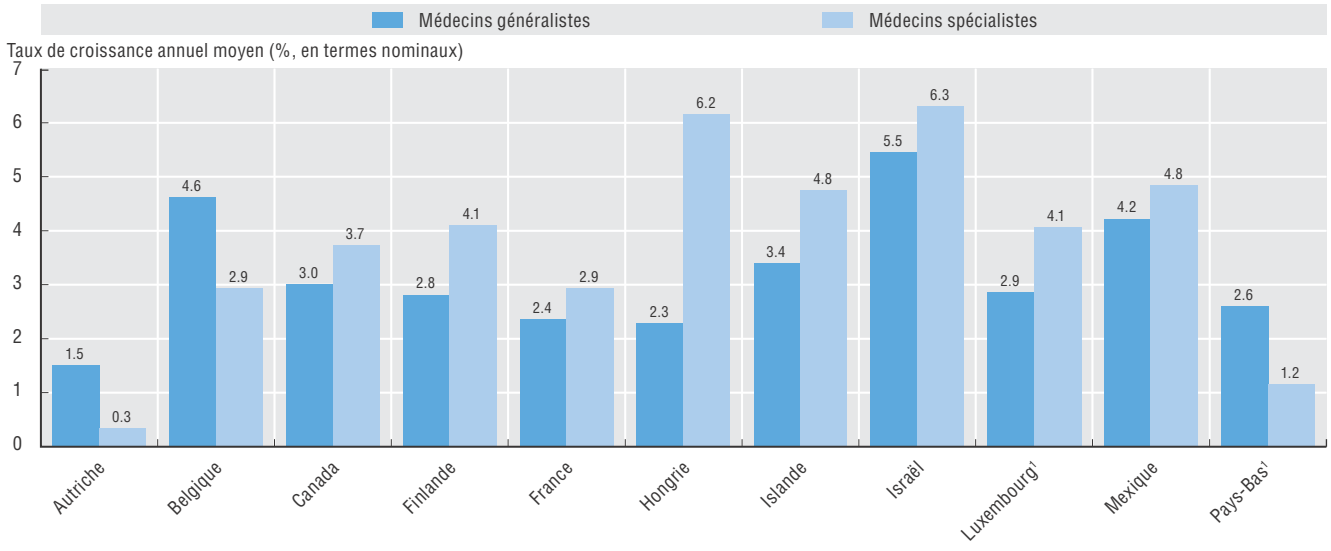


1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation) ; en Allemagne les médecins en formation sont seulement inclus dans la catégorie des médecins libéraux.
2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).
3. Médecins spécialistes en formation inclus (d'où une sous-estimation).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281841

5.12. Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, 2005-13 (ou année la plus proche)



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281841

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 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 vieillissement de la génération actuelle du « baby boom » va entraîner une vague de départ à la retraite. Ces préoccupations ont conduit de nombreux pays à prendre des mesures pour former plus d'infirmiers (voir l'indicateur sur les infirmiers nouvellement diplômés) et pour inciter le personnel à rester dans la profession. À cet égard, le taux de rétention du personnel infirmier a augmenté ces dernières années dans de nombreux pays, soit en raison de la crise économique qui a poussé un plus grand nombre d'infirmiers à rester ou à revenir dans la profession, soit à la suite d'efforts délibérés qui ont été menés pour améliorer leurs conditions de travail (OCDE, à paraître).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, on dénombrait environ neuf infirmiers pour 1 000 habitants en 2013, contre moins de huit en 2000, si bien que leur nombre a augmenté aussi bien en termes absolus que par habitant (graphique 5.13). En 2013, la Suisse, la Norvège, le Danemark, l'Islande et la Finlande enregistraient les valeurs les plus élevés pour le nombre d'infirmiers par habitant, avec plus de 14 pour 1 000 habitants. Les pays de l'OCDE montrant la densité la plus faible étaient la Turquie (avec moins de deux infirmiers pour 1 000 habitants), le Mexique et la Grèce (entre deux et quatre pour 1 000 habitants). En ce qui concerne les pays partenaires de l'OCDE, le nombre d'infirmiers par habitant était généralement faible par rapport à la moyenne de l'OCDE. En 2013, la Colombie, l'Indonésie, l'Afrique du Sud, l'Inde et le Brésil comptaient moins de 1.5 infirmier pour 1 000 habitants, bien que les effectifs aient assez fortement augmenté au Brésil ces dernières années.

Le nombre d'infirmiers par habitant a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE depuis 2000. C'est le cas pour des pays qui avaient déjà une forte densité d'infirmiers en 2000 comme la Suisse, la Norvège et le Danemark, mais aussi en Corée, au Portugal et en France qui avaient une densité relativement faible mais se sont rapprochés de la moyenne de l'OCDE (pour la Corée et le Portugal) ou l'ont maintenant dépassée (dans le cas de la France). En Israël, le nombre d'infirmiers par habitant a diminué entre 2000 et 2013 du fait d'une croissance plus rapide de la population. Il a également baissé en République slovaque, à la fois en nombre absolu et par habitant.

En 2013, on comptait environ trois infirmiers par médecin en moyenne dans les pays de l'OCDE, avec à peu près la moitié des pays enregistrant un chiffre compris entre deux et quatre (graphique 5.14). Le ratio infirmiers-médecins était le pus élevé en Finlande, au Japon, en Irlande et au Danemark (avec au moins 4.5 infirmiers par médecin). Les valeurs les plus basses s'observaient en Grèce (environ 0.5 seulement) et en Turquie et au Mexique (environ un infirmier 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. Les évaluations existantes montrent un taux élevé de satisfaction des patients, ainsi qu'un effet neutre ou même de réduction sur les coûts. La mise en place de nouvelles pratiques avancées pour le personnel infirmier peut nécessiter des changements dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à son développement (Delamaire et Lafortune, 2010).

Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers couvre l'ensemble du personnel infirmier employé dans des structures publiques ou 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.

Dans les pays où il existe différents niveaux professionnels, les données couvrent à la fois les « infirmiers de niveau supérieur », qui ont suivi une formation plus poussée et assument des tâches de plus haut niveau, et les « 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.

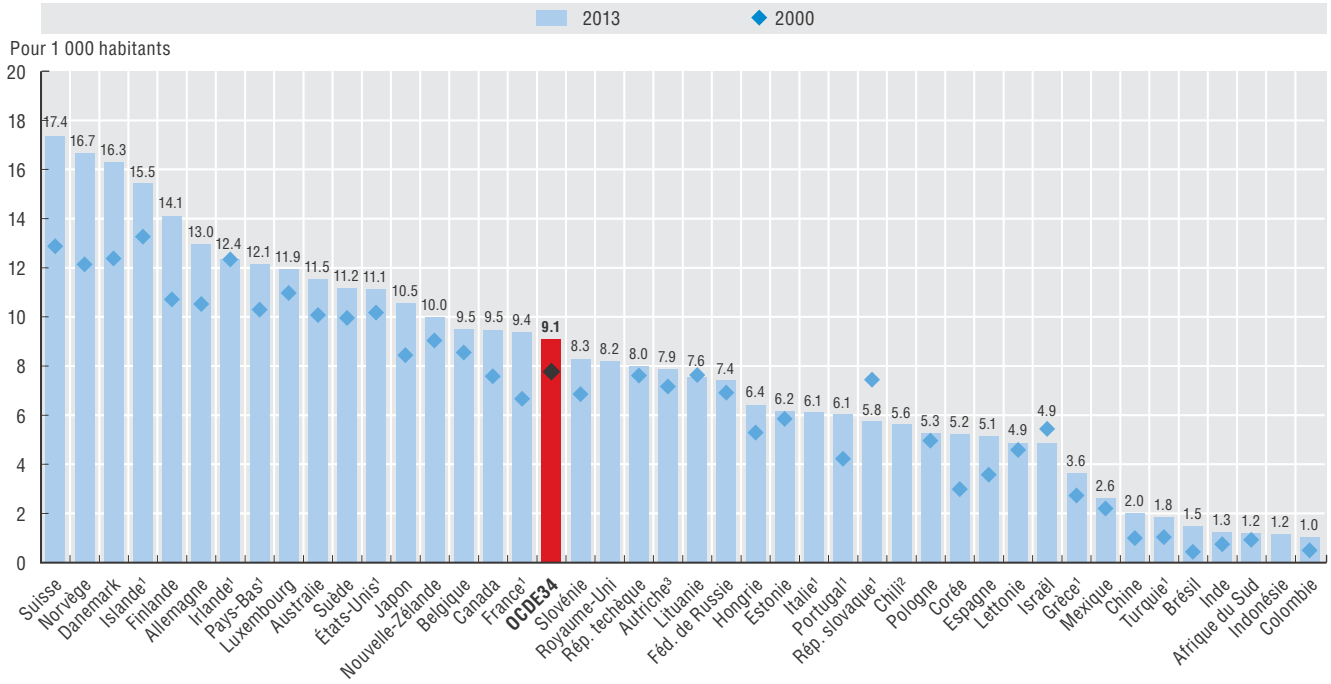
L'Autriche ne prend en compte que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux, d'où une sous-estimation.

Références

Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Document de travail sur la santé n° 54*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr*.

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), Éditions OCDE, Paris.

5.13. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)

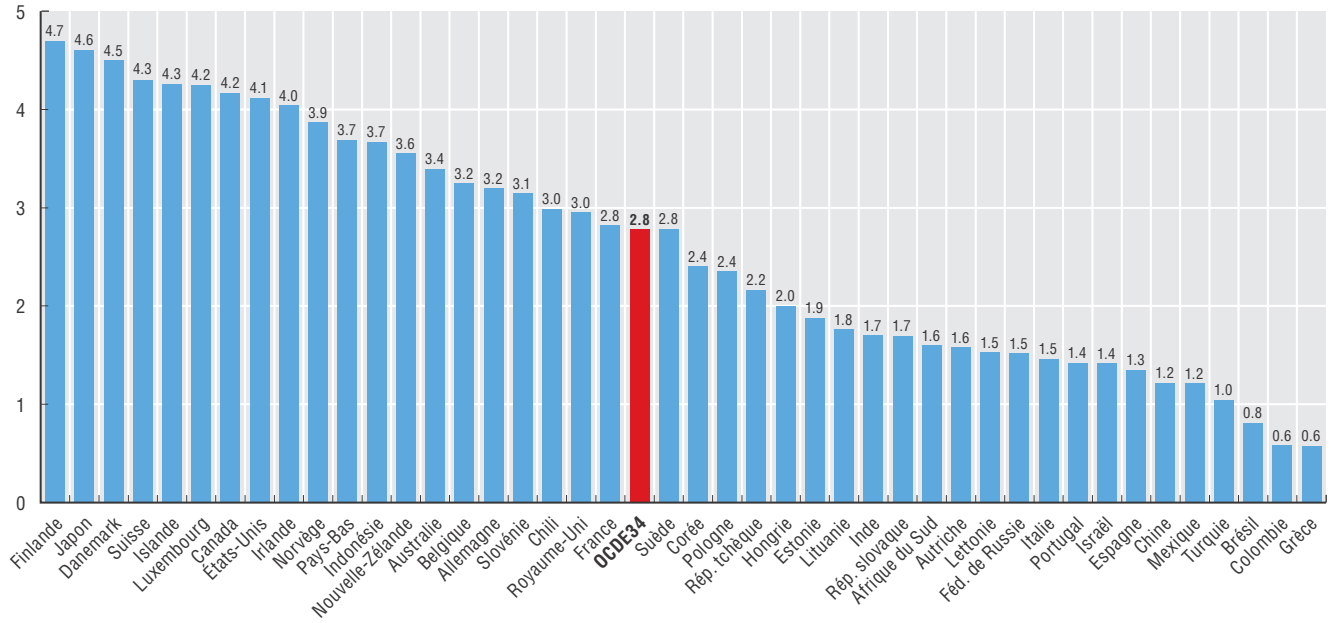


1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. Les données du Chili correspondent au personnel infirmier habilité à exercer (moins d'un tiers sont des infirmiers professionnels détenant un diplôme universitaire).
3. L'Autriche inclut uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281858

5.14. Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2013 (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. Le ratio du Portugal est sous-estimé car les médecins incluent tous ceux habilités à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281858

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Beaucoup de pays de l'OCDE ont pris des mesures, depuis environ dix ans, pour accroître le nombre d'étudiants admis dans les écoles d'infirmiers en réponse aux préoccupations concernant les pénuries de ce personnel présentes ou qui pourraient avoir lieu à l'avenir (OCDE, à paraître). Néanmoins, les efforts consacrés à la formation de nouveaux infirmiers sont très variables d'un pays à l'autre, ce qui peut s'expliquer par les différences touchant le nombre et la structure d'âge des effectifs actuels dans la profession (donc avec des besoins différents en matière de remplacement), la capacité des écoles d'infirmiers d'accueillir un plus grand nombre d'élèves, ainsi que les perspectives d'emploi futures.

En 2013, on dénombrait en moyenne près de 50 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, contre environ 40 en 2003. La Corée et le Danemark avaient le nombre le plus élevé par rapport à la population, avec plus de 90 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en 2013. Le Mexique, le Luxembourg et la République tchèque enregistraient les chiffres les plus bas, avec moins de 15 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants (graphique 5.15).

Au cours de la dernière décennie, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, mais à des rythmes différents (graphique 5.16). Aux États-Unis, après une baisse sensible des admissions d'élèves au cours des années 90, les effectifs accueillis dans les écoles d'infirmiers ont commencé à croître fortement au début de la décennie 2000, en réponse aux craintes d'un manque important d'infirmiers au cours des années suivantes. Entre 2003 et 2013, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté de 70 % (passant de 119 000 à plus de 200 000 par an depuis 2010). Eu égard à cette forte hausse du nombre d'élèves admis et diplômés, les projections les plus récentes du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis indiquent qu'il pourrait y avoir dans ce pays un excédent d'infirmiers de niveau supérieur ou auxiliaire d'ici 2025, si les admissions d'élèves et les taux de rétention dans la profession restent à leur niveau actuel (Health and Human Services, 2014).

En France, le nombre de nouveaux diplômés des écoles d'infirmiers a fortement augmenté au cours de la dernière décennie, globalement de 50 % entre 2003 et 2013. Le *numerus clausus* fixé par le ministère français de la Santé pour gérer l'entrée dans la formation à cette profession a été sensiblement relevé depuis 1999, avec une croissance du nombre de places de près de 70 % (plus de 31 000 en 2013, contre environ 18 400 en 1999). La plus grande partie de cette augmentation a eu lieu lors de l'année scolaire 2000/2001 où le quota annuel a été relevé de 43 %, dans la perspective d'une baisse de l'offre de personnel infirmier résultant de la réduction du temps de travail à 35 heures par semaine et en raison également d'une préoccupation plus générale concernant le départ à la retraite attendu d'un grand nombre d'infirmiers.

L'Allemagne a connu une forte augmentation du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés ces dernières années, liée au moins en partie à une offre accrue de filières de niveau supérieur dans un certain nombre d'universités en plus des formations classiquement offertes par les écoles d'infirmiers de l'enseignement professionnel (Cassier-Woidasky, 2013).

L'augmentation du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a été beaucoup plus modeste au Japon et en Norvège. Au Japon, il n'a augmenté que de 13 % entre 2003 et 2013, mais la croissance s'est poursuivie en 2014. En Norvège, cette faible croissance s'explique en partie par la proportion importante d'étudiants norvégiens qui optent pour des études à l'étranger et reviennent ensuite dans leur pays pour travailler (voir l'indicateur de la migration internationale des infirmiers).

Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés correspond au nombre d'étudiants qui ont obtenu une qualification reconnue, nécessaire pour devenir infirmier enregistré 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.

Dans le cas du Royaume-Uni et du Danemark, les données correspondent au nombre de nouveaux infirmiers qui reçoivent l'autorisation d'exercer.

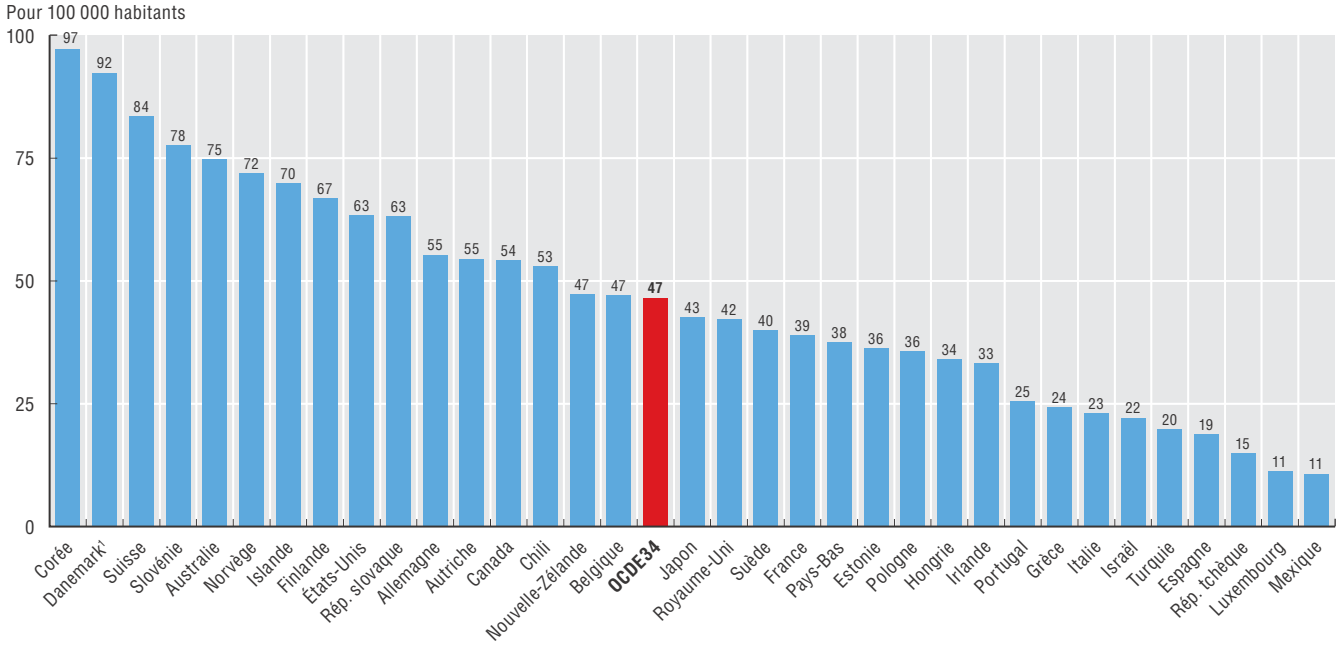
Références

Cassier-Woidasky, A.-K. (2013), *Nursing Education in Germany – Challenges and Obstacles in Professionalisation*, DHBW, Stuttgart.

Health and Human Services (2014), « The Future of the Nursing Workforce: National- and State-level Projections, 2012-25 », Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Rockville, Maryland, États-Unis.

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), chapitre 2 intitulé « Changes in education and training capacities for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies? », Éditions OCDE, Paris.

5.15. Infirmiers nouvellement diplômés, 2013 (ou année la plus proche)

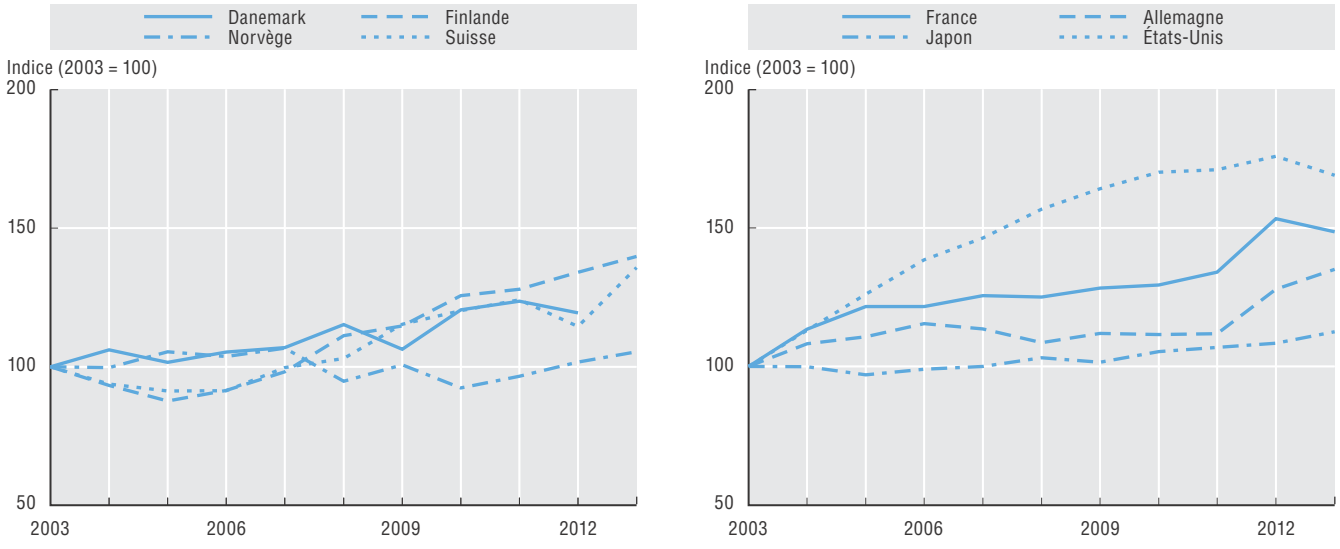


1. Au Danemark, le chiffre se réfère au nouveaux infirmiers recevant une habilitation à exercer, ce qui peut impliquer une sur-estimation dans la mesure où ceux-ci incluent les infirmiers formés à l'étranger.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281863

5.16. Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés, quelques pays de l'OCDE, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281863

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Migration internationale du personnel infirmier

Dans presque tous les pays de l'OCDE, la proportion des infirmiers formés à l'étranger est beaucoup plus faible que celle des médecins formés à l'étranger. Toutefois, étant donné que le nombre total d'infirmiers est habituellement beaucoup plus élevé que celui des médecins, le nombre absolu des infirmiers formés à l'étranger est généralement supérieur à celui des médecins formés à l'étranger (OCDE, à paraître).

Le nombre et la proportion des infirmiers formés à l'étranger travaillant dans le système de santé d'un pays donné varient fortement d'un membre de l'OCDE à l'autre (graphique 5.17). Alors qu'on n'en compte presque aucun dans des pays comme l'Estonie, la Turquie, la Slovénie ou les Pays-Bas, ils constituent près de 25 % du personnel infirmier en Nouvelle-Zélande et entre 10 % et 20 % en Suisse, en Australie, au Royaume-Uni et en Israël. La proportion des infirmiers formés à l'étranger dépasse aussi 5 % en Norvège, au Canada, aux États-Unis, en Allemagne et en Italie. En termes absolus, les États-Unis ont de loin le plus grand nombre d'infirmiers formés à l'étranger (en 2013, près de 250 000), suivis par le Royaume-Uni (86 000 en 2014) et l'Allemagne (70 000 en 2010, année disponible la plus récente).

Le nombre et la proportion des infirmiers formés à l'étranger ont augmenté au cours des dix dernières années dans quelques pays de l'OCDE, dont la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada et l'Italie (graphique 5.18). En Italie, l'accroissement de l'immigration d'infirmiers formés à l'étranger depuis 2000 est dû principalement à l'arrivée d'un grand nombre d'infirmiers formés en Roumanie, qui représentent maintenant près de la moitié des infirmiers formés à l'étranger (graphique 5.19). La migration des infirmiers roumains vers l'Italie a précédé l'entrée de la Roumanie dans l'UE en 2007, mais elle s'est poursuivie depuis.

Au Royaume-Uni, en 2014, près de la moitié du total des infirmiers formés à l'étranger était originaire de pays d'Asie, principalement des Philippines (26 %) et d'Inde (19 %), mais ils sont de plus en plus nombreux à provenir aussi de pays de l'UE comme l'Espagne, le Portugal, la Roumanie ou la Pologne. En 2014, plus de 5 600 infirmiers formés en Espagne travaillaient au Royaume-Uni et on comptait également plus de 4 000 infirmiers formés au Portugal et en Roumanie et plus de 2 500 formés en Pologne.

Dans d'autres pays de l'UE comme la France et la Belgique, le pourcentage des infirmiers formés à l'étranger reste faible par comparaison avec le Royaume-Uni, mais ils ont augmenté rapidement en nombre. Les infirmiers formés à l'étranger ont vu leur nombre presque doubler en France entre 2000 et 2013. Environ la moitié d'entre eux ont obtenu leur diplôme en Belgique (souvent, ce sont des citoyens français qui sont partis faire leurs études en Belgique avant de revenir), mais le nombre des infirmiers formés au Portugal (1 100 en 2013, contre moins de 100 en 2008) ou en Espagne (plus de 1 600 en 2013, contre 1 100 en 2008) a lui aussi fortement augmenté. En Belgique, on a observé une forte croissance du nombre des infirmiers formés en Roumanie (plus de 1 000 en 2014, contre 150 en 2008), au Portugal (avec un nombre atteignant 500 en 2014, contre seulement 10 en 2008) et, dans une moindre mesure, en Espagne (300 en 2014, contre environ 50 en 2008).

En 2014, plus de 6 500 infirmiers formés au Portugal et plus de 9 200 formés en Espagne travaillaient dans d'autres pays de l'UE, dont une majorité au Royaume-Uni.

Définition et comparabilité

Les données correspondent aux infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans les pays de l'OCDE, mesurés en termes de stocks totaux. La base de données de l'OCDE sur la santé contient aussi des données sur les flux annuels pour la plupart des pays présentés ici, ainsi que par pays d'origine. Les sources des données dans la plupart des pays sont les registres professionnels ou autres sources administratives.

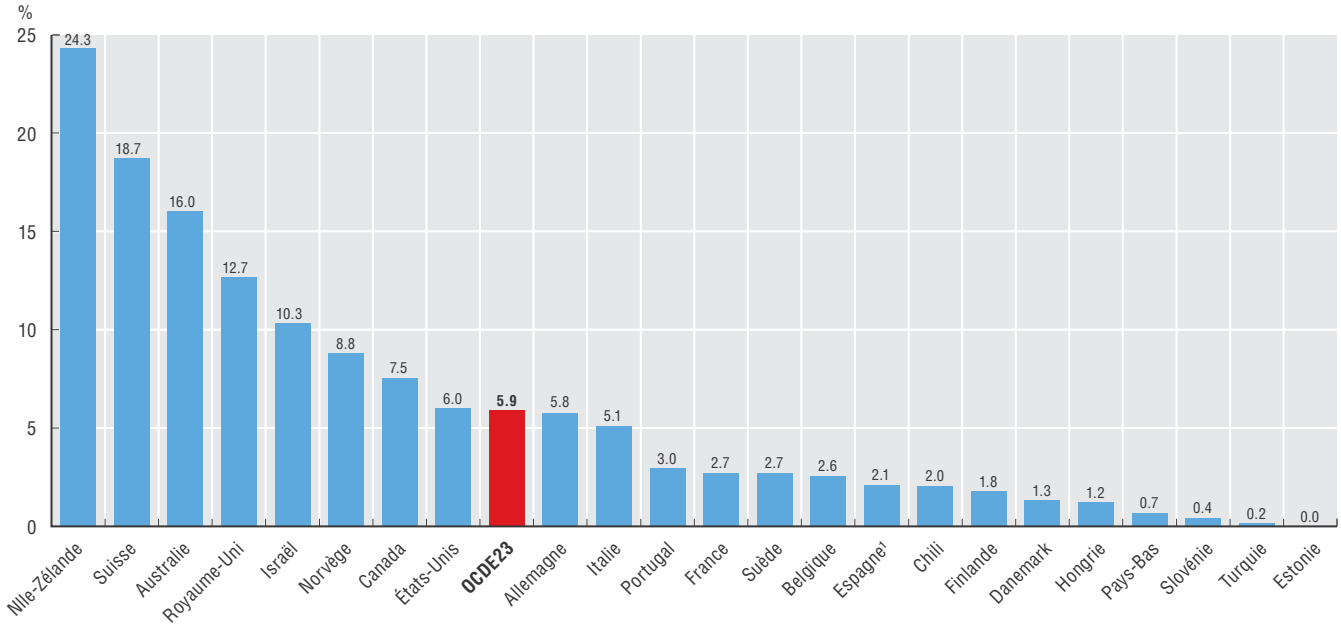
Le principal frein en matière de comparabilité est lié aux différences concernant la situation des infirmiers au regard de l'activité. Certains registres sont régulièrement mis à jour, ce qui permet de distinguer les infirmiers qui sont encore en activité dans les systèmes de santé, alors que d'autres sources couvrent tous les infirmiers autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité. Ces dernières ont tendance à surestimer le nombre des infirmiers formés à l'étranger, mais aussi le nombre total des infirmiers (y compris ceux qui ont été formés dans le pays), d'où un effet final difficile à déterminer sur la proportion.

Les données pour certaines régions d'Espagne ont pour base la nationalité ou le lieu de naissance, et non le lieu de formation.

Références

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), chapitre 3 intitulé « Changing patterns in the international migration of doctors and nurses », Éditions OCDE, Paris.

5.17. Part du personnel infirmier formé à l'étranger dans les pays de l'OCDE, 2013 (ou année la plus proche)

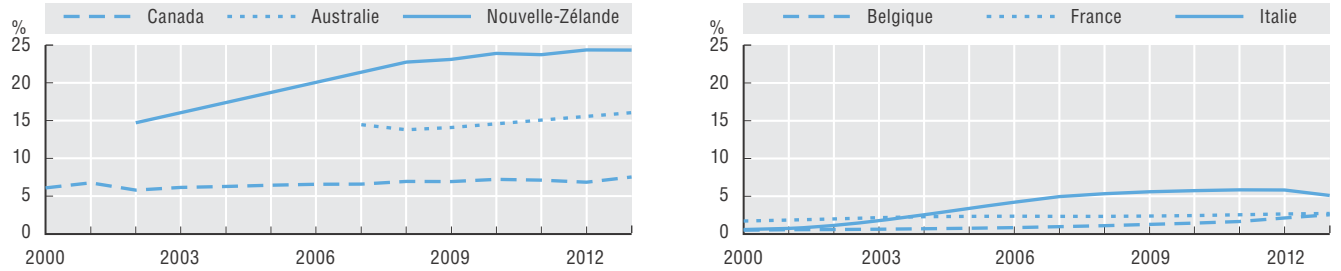


1. Dans certaines régions d'Espagne, les données sont basées sur le lieu de naissance, pas sur le lieu de formation.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281878

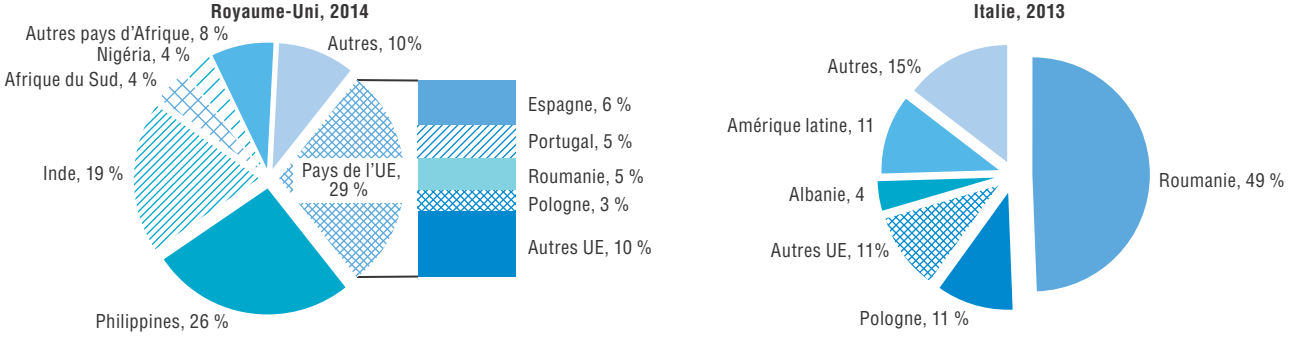
5.18. Evolution du pourcentage du personnel infirmier formé à l'étranger, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281878

5.19. Principaux lieux de formation du personnel infirmier formé à l'étranger, Royaume-Uni et Italie



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281878

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération du personnel infirmier est 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 dans cette section 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 façons. Premièrement, la rémunération du personnel infirmier est comparée au salaire moyen de l'ensemble des 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 de l'ensemble des travailleurs en 2013 (graphique 5.20). En Israël et au Luxembourg, elle était respectivement supérieure de 60 % et 40 % au salaire moyen. En Espagne et aux États-Unis, elle était plus élevée d'environ 30 %, et de 20 % en Grèce, en Australie et en Allemagne. Dans d'autres pays, le salaire des infirmiers dans les hôpitaux était à peu près équivalent au salaire moyen. En République slovaque, en Hongrie et en France, il se situait environ 10 % au-dessous.

Convertie dans une monnaie commune (et corrigée par les parités de pouvoir d'achat), la rémunération du personnel infirmier était au moins quatre fois plus élevée au Luxembourg qu'en Hongrie, en République slovaque ou en Estonie (graphique 5.21). Les infirmiers aux États-Unis avaient eux aussi un revenu relativement élevé par rapport à leurs homologues des autres pays, ce qui explique, au moins en partie, la capacité des États-Unis à attirer de nombreux infirmiers étrangers.

Dans de nombreux pays, la rémunération des infirmiers a subi l'impact de la crise économique de 2008, mais à des degrés divers (graphique 5.21). En dehors de l'Europe, la progression de la rémunération des infirmiers dans des pays comme les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande a ralenti temporairement à la suite de la crise, alors que cette dernière ne semble pas avoir eu d'effet sur le taux de croissance du revenu des infirmiers au Mexique. En Europe, à la suite de la crise économique, la rémunération des infirmiers a été réduite dans certains pays, comme la Hongrie ou l'Italie, et elle a été gelée en Italie au cours des dernières années. En Grèce, elle a été réduite en moyenne de 20 % entre 2009 et 2013.

Certains pays d'Europe centrale et orientale ont pris une série de mesures ces dernières années pour mieux retenir les professionnels infirmiers et autres personnels de santé, y compris en augmentant les salaires malgré des budgets serrés. En Hongrie, une augmentation graduelle de 20 % des salaires des infirmiers et des médecins, étalée sur une période de trois ans, a été allouée en 2012. En République tchèque également, les infirmiers ont bénéficié d'une hausse de salaire à la suite d'actions de protestation des personnels des hôpitaux en 2011 (toutefois, cette augmentation a été moindre que pour les médecins), qui s'est accompagnée d'une certaine amélioration d'autres aspects de leurs conditions de travail (OCDE, à paraître).

Définition et comparabilité

La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, qui comprend les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Elle inclut normalement tous les gains additionnels légaux 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 sont fixés à un échelon infranational, ce qui peut entraîner des différences entre les unités territoriales.

Les données concernent uniquement les infirmiers « de niveau supérieur » en Australie, au Canada, en Irlande et aux États-Unis (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 concernent le personnel infirmier employé par les conseils régionaux de santé à financement public, couvrant les infirmiers en titre (*registered nurses*) ainsi que trois catégories intermédiaires ou auxiliaires (*nurse assistants, enrolled nurses, health assistants*) ayant un niveau de salaire sensiblement moindre et différemment structuré.

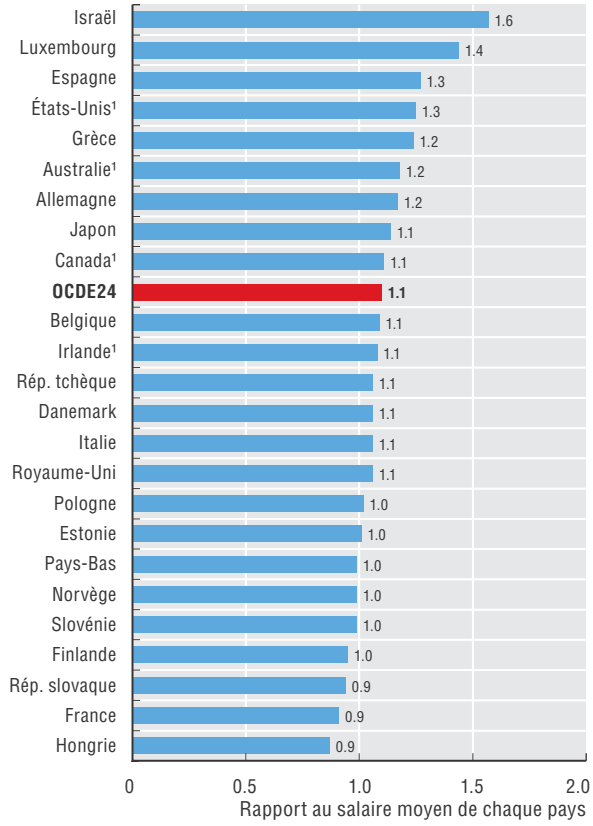
Les données ne portent que sur les infirmiers travaillant à temps plein, à l'exception de la Belgique, où les infirmiers à temps partiel sont aussi pris en compte (d'où une sous-estimation). Pour certain pays (par exemple, l'Italie ou la Slovénie), elles n'incluent pas les revenus additionnels tels que le paiement des heures supplémentaires ou les primes. 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 rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur les Statistiques de la population active.

Références

OCDE (à paraître), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places* (titre provisoire), chapitre 3 intitulé « Changing patterns in the international migration of doctors and nurses », Éditions OCDE, Paris.

5.20. Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2013 (ou année la plus proche)

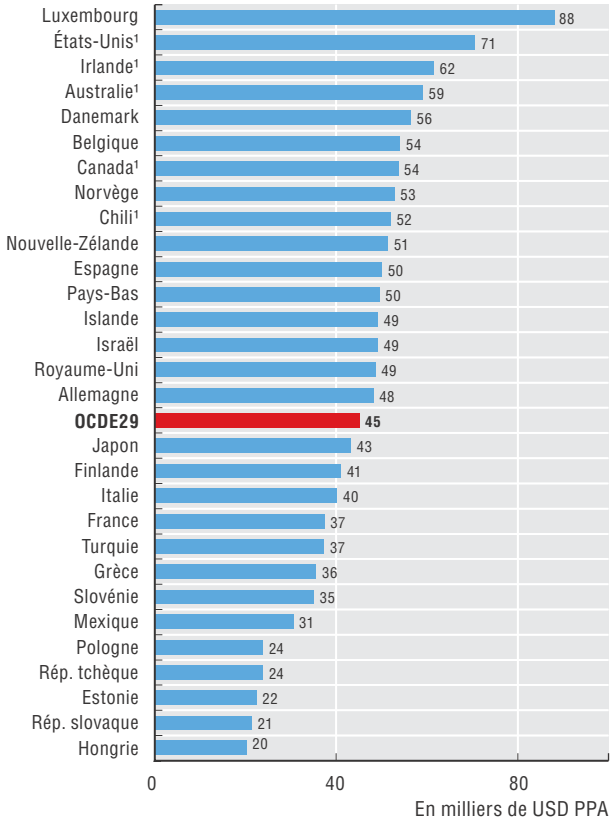


1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Australie, Canada et Irlande (d'où une surestimation).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281884

5.21. Rémunération des infirmiers à l'hôpital en USD PPA, 2013 (ou année la plus proche)

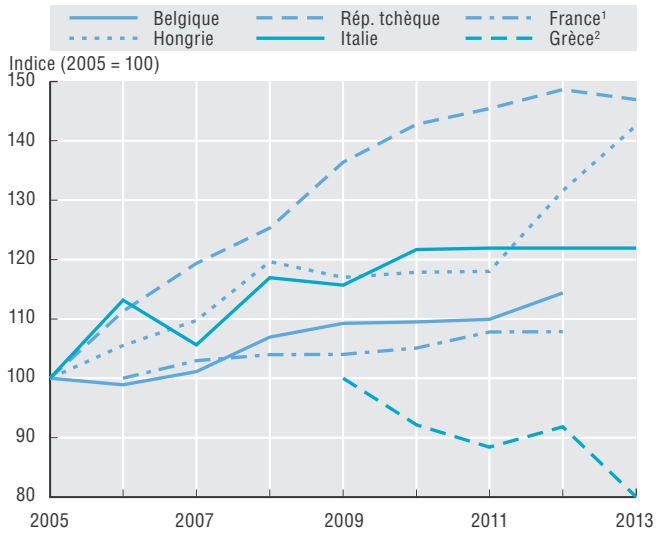


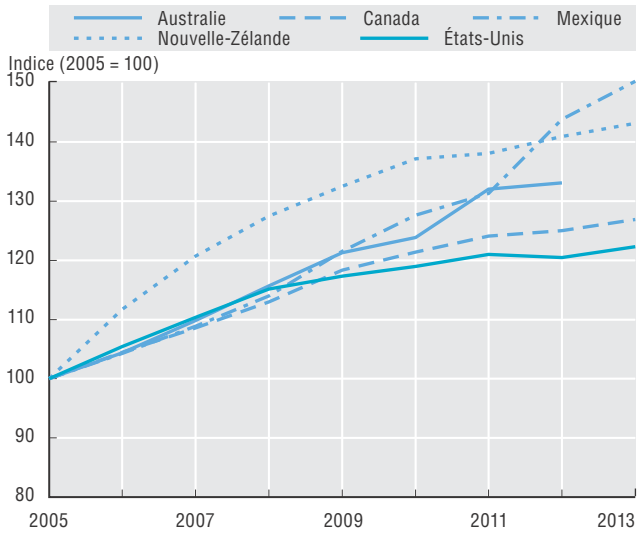
1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau plus élevé aux États-Unis, Irlande, Australie, Canada et Chili (d'où une surestimation).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281884

5.22. Evolution de la rémunération des infirmiers à l'hôpital, 2005-13 (ou année la plus proche)





1. Indice pour la France, 2006=100.
2. Indice pour la Grèce, 2009=100.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281884

AESTHETIC
SURGICAL

6. SERVICES DE SANTÉ

Consultations de médecins

Technologies médicales

Lits d'hôpital

Sorties d'hôpital

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

Chirurgies cardiaques

Remplacements de la hanche ou du genou

Césariennes

Chirurgie ambulatoire

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.

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 (Danemark, Italie, Pays-Bas, Norvège, Portugal, République slovaque, Espagne et Royaume-Uni par exemple), les patients sont obligés ou incités à consulter un médecin généraliste pour tout nouvel épisode de maladie avant de voir un spécialiste. Le généraliste peut alors les envoyer consulter un spécialiste, s'il le juge utile. Dans d'autres pays, les patients peuvent consulter directement les spécialistes.

En 2013, le nombre de consultations de médecins par personne et par an s'échelonnait entre plus de 12 en Corée et au Japon et moins de 3 au Mexique, en Finlande et en Suède, ainsi qu'en Afrique du Sud et au Brésil (graphique 6.1). La moyenne de l'OCDE se situait autour de 6.5 consultations par habitant par an, la plupart des pays en déclarant entre 5 et 8. Les facteurs culturels semblent expliquer quelques-uns des écarts entre les pays, bien que certaines caractéristiques des systèmes de santé puissent aussi avoir leur importance. Certains pays où les médecins sont payés à l'acte tendent à avoir des taux de consultations supérieurs à la moyenne (par exemple, le Japon ou la Corée), alors que les pays où les médecins sont majoritairement salariés ont généralement des taux inférieurs à la moyenne (par exemple, le Mexique, la Finlande et la Suède). 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, indiquant l'importance d'autres facteurs.

En Suède et en Finlande, le faible nombre de consultations de médecins peut aussi s'expliquer en partie par le fait que 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 recourir à 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. Dans d'autres pays, le nombre de consultations par personne a baissé. C'est le cas au Japon, en République tchèque et en République slovaque, bien que ce chiffre reste très supérieur à la moyenne dans ces trois pays.

On peut utiliser les informations sur le nombre de consultations de médecins par personne pour estimer le nombre annuel de consultations par médecin. Cet indicateur ne doit pas être pris 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 qu'il ne prend pas en compte certains aspects du travail des médecins (activité auprès de patients hospitalisés, travaux administratifs et de recherche). En gardant ces réserves à l'esprit, le nombre estimé de consultations par médecin est maximum en Corée et au Japon, suivis par la Turquie et la Hongrie (graphique 6.2). On observe, au contraire, les valeurs minimums en Suède et en Finlande, où les consultations de médecins, aussi bien dans les hôpitaux que dans un contexte de soins primaires, tendent à se concentrer sur les patients dont le cas est relativement grave ou complexe.

Le nombre et le type de consultations de médecins peuvent varier entre les différents groupes de population de chaque pays. D'après une étude de l'OCDE, la probabilité de consulter un généraliste tend à être uniforme dans la plupart des pays, mais les personnes à hauts revenus ont une plus forte probabilité de consulter un spécialiste que celles à faibles revenus, et leurs consultations sont aussi plus fréquentes, et ce dans presque tous les pays (Devaux et de Looper, 2012).

Définition et comparabilité

Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts avec des généralistes ou des spécialistes. On observe des variations entre les pays dans la couverture des consultations, concernant notamment les services de consultations externes des hôpitaux. Les données proviennent principalement de sources administratives, bien que dans certains pays (Irlande, Israël, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Espagne, Suisse et Royaume-Uni), elles soient tirées d'enquêtes de santé par entretien. Les estimations provenant de sources administratives tendent à être plus élevées que celles issues d'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 ne couvrent pas les consultations de praticiens privés tandis que celles du Royaume-Uni excluent 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 traitement médical suivant 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 un médecin plus souvent, d'où une sous-estimation). Les consultations par téléphone sont prises en compte dans certains pays (comme l'Irlande, l'Espagne ou le Royaume-Uni). En Turquie, la majorité des consultations de médecins ont lieu dans les services de consultations externes des hôpitaux.

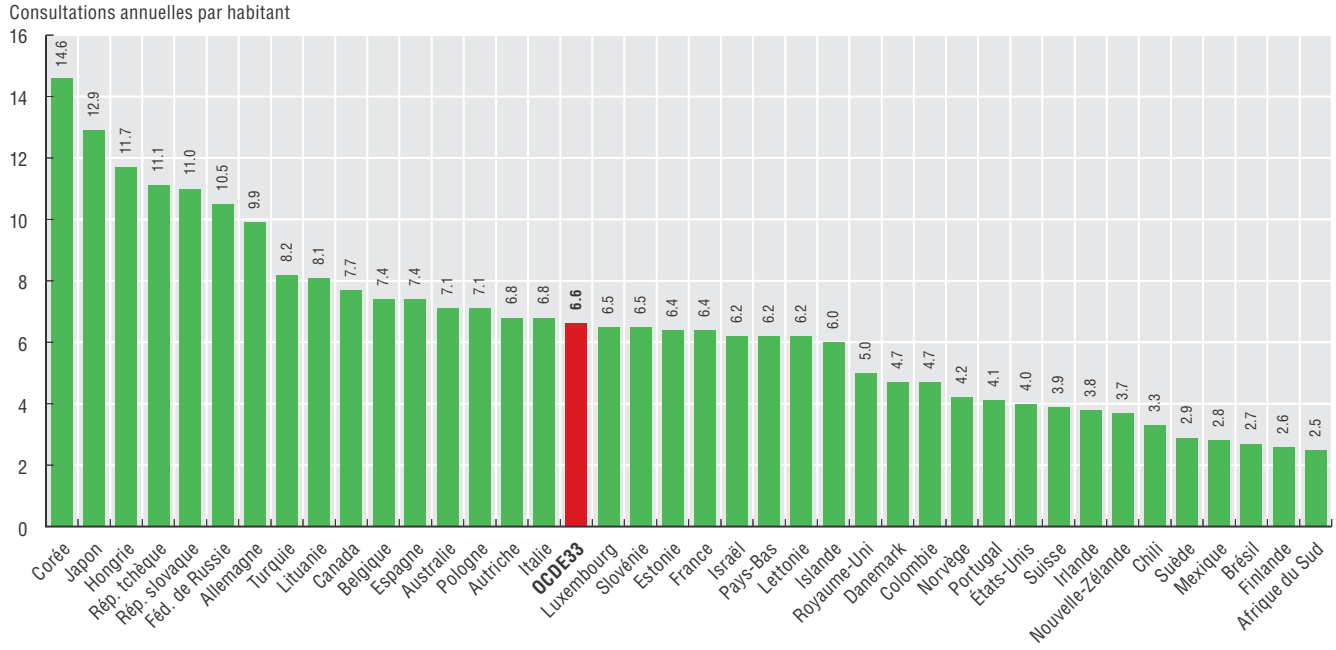
Références

Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Document de travail sur la santé n°* 54, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr*.

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, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en*.

Cette page a fait l'objet d'un corrigendum. Voir http://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/Corrigendum-HealthataGlance2015-FR.pdf

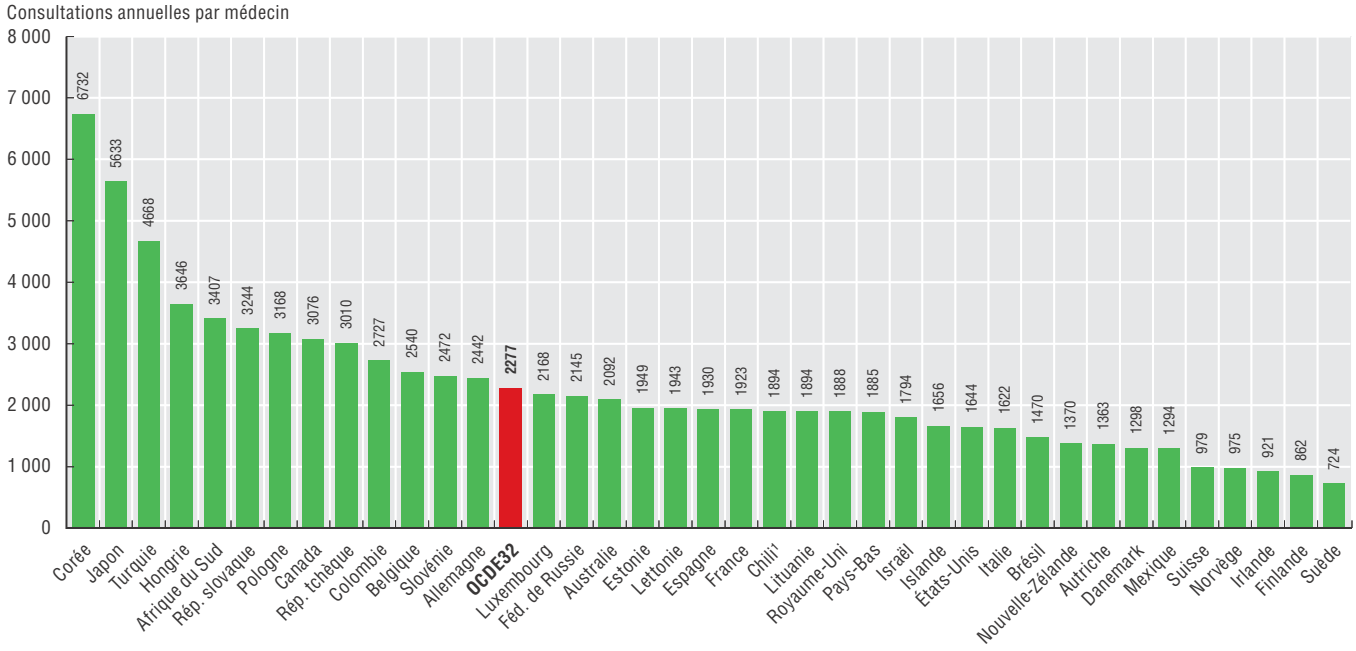
6.1. Consultations de médecins par habitant, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281893

6.2. Estimation du nombre de consultations par médecin, 2013 (ou année la plus proche)



1. Au Chili, le dénominateur inclut tous les médecins habilités à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281893

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 examens de CT et 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 des 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 6.3 et 6.4). La Grèce, l'Islande, l'Italie, la Corée et la Suisse sont également bien mieux équipées que la moyenne de l'OCDE. On observe les chiffres les plus bas pour le nombre d'appareils d'IRM et de CT scanners par habitant au Mexique, en Hongrie, en Israël et au Royaume-Uni.

Il n'existe pas de lignes directrices ou de références concernant le nombre idéal de CT scanners ou d'appareils d'IRM par habitant. Toutefois, si ces appareils sont trop peu nombreux, cela peut entraîner 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 actes diagnostiques coûteux, sans grand bénéfice pour les patients.

On dispose de données sur l'utilisation de ces appareils de diagnostic pour un certain nombre de pays, ne comprenant pas le Japon. Dans ce groupe plus limité, le nombre d'examens d'IRM par habitant est maximum en Turquie et aux États-Unis, suivis par la France, le Luxembourg et la Belgique (graphique 6.5). Aux États-Unis, le nombre (absolu) d'examens d'IRM a plus que doublé entre 2000 et 2013. En Turquie, l'augmentation a été encore plus forte, avec un chiffre multiplié par deux et demi entre 2008 et 2013. Dans ce pays, on observe de plus en plus clairement que les examens d'IRM sont prescrits systématiquement à des patients présentant des problèmes de santé variés, d'où une surutilisation. Le nombre d'examens de CT par habitant est maximum aux États-Unis, suivis par le Luxembourg, la France et la Grèce (graphique 6.6). Toutefois, le nombre de ces examens a baissé en Grèce de plus de 40 % entre 2008 et 2012 et celui des examens d'IRM d'environ 30 %.

Il existe de fortes variations de l'utilisation des appareils de CT et d'IRM non seulement entre les pays mais aussi à l'intérieur de chaque pays. En Belgique, par exemple, on observait en 2010 une différence du simple au double pour les examens d'IRM et de CT entre les provinces. Au Royaume-Uni (Angleterre), l'utilisation de ces deux types d'examens diagnostiques est généralement bien moindre, mais la variation entre les régions est plus forte, avec une différence presque du simple au quadruple entre les Primary Care Trusts (groupes de soins primaires) en 2010/11. Au Canada, l'utilisation des appareils aussi bien de CT que d'IRM a fortement augmenté dans toutes les parties du pays au cours de la dernière décennie, mais il subsiste des écarts entre les provinces (OCDE, 2014).

Des recommandations cliniques ont été établies dans divers pays de l'OCDE afin de promouvoir un usage plus rationnel des examens de CT et d'IRM. Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a publié un certain nombre de recommandations pour une utilisation appropriée des examens de CT et d'IRM (NICE, 2012). Aux États-Unis, une campagne intitulée « Choosing Wisely » a été lancée en 2012 à l'initiative d'associations professionnelles médicales pour élaborer des lignes directrices claires à l'usage des médecins et des patients en vue de réduire les tests et actes diagnostiques inutiles. Les recommandations préconisent, par exemple, d'éviter les examens d'imagerie comme l'IRM, la CT ou la radiographie pour les lombalgies aiguës en l'absence d'indications spécifiques (Choosing Wisely, 2015). Une campagne similaire intitulée « Choisir avec soin » a été lancée au Canada en 2014 et des travaux ont aussi débuté dans un certain nombre d'autres pays de l'OCDE pour produire des recommandations claires du même genre visant à promouvoir une utilisation plus appropriée des tests et autres actes diagnostiques. Il est encore trop tôt pour déterminer dans quelle mesure ces campagnes réussiront à réduire le recours abusif aux examens d'IRM et de CT.

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données couvrent les appareils d'IMR et les CT scanners installés dans les hôpitaux et dans le secteur ambulatoire ; toutefois, dans quelques pays, la couverture est plus limitée. Les appareils d'IMR et les CT scanners installés en dehors des hôpitaux ne sont pas comptabilisés en Belgique, en Allemagne, au Portugal et en Suisse (pour les appareils d'IMR). En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils admis pour le remboursement de l'assurance maladie publique.

De même, pour ces deux catégories d'appareils, les examens effectués en dehors des hôpitaux ne sont pas pris en compte en Autriche, en Allemagne, en Irlande, au Portugal, en Suisse et au Royaume-Uni. En outre, les examens d'IRM et de CT couvrent uniquement les hôpitaux publics en Irlande. En Australie, les données couvrent seulement les examens pour les patients privés (en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier) ; en Corée et aux Pays-Bas, elles ne couvrent que les examens financés par des sources publiques.

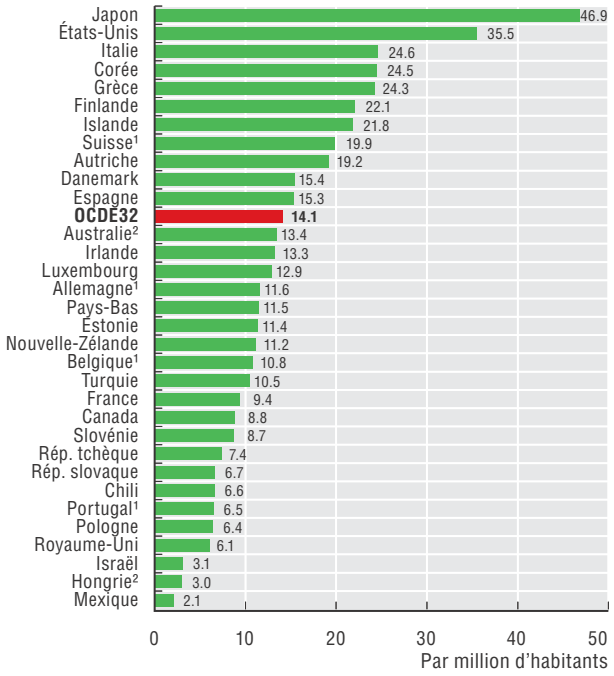
Références

Choosing Wisely (2015), *Recommendations from the American Society of Anesthesiologists*, disponible sur : *www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-anesthesiologists-imaging-studies-for-acute-low-back-pain/*.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2012), *Published Diagnostics guidance*, Londres et Manchester, disponible sur : *guidance.nice.org.uk/DT/Published*.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

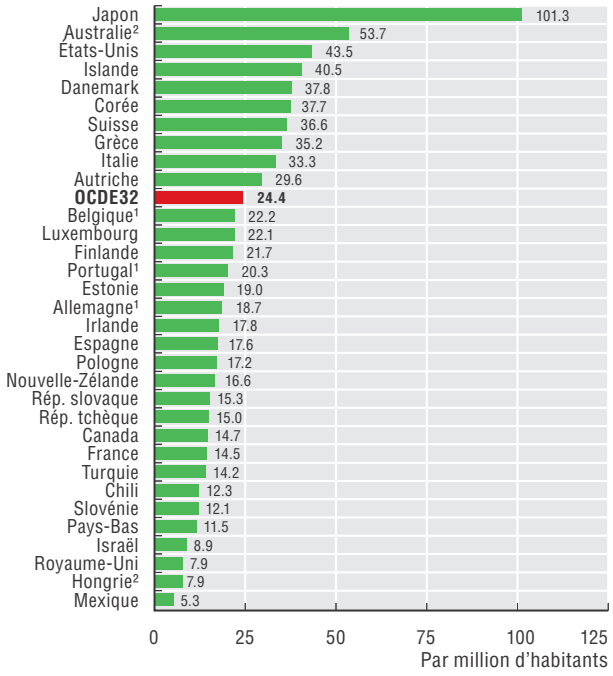
6.3. Appareils d'IRM, 2013 (ou année la plus proche)



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281905

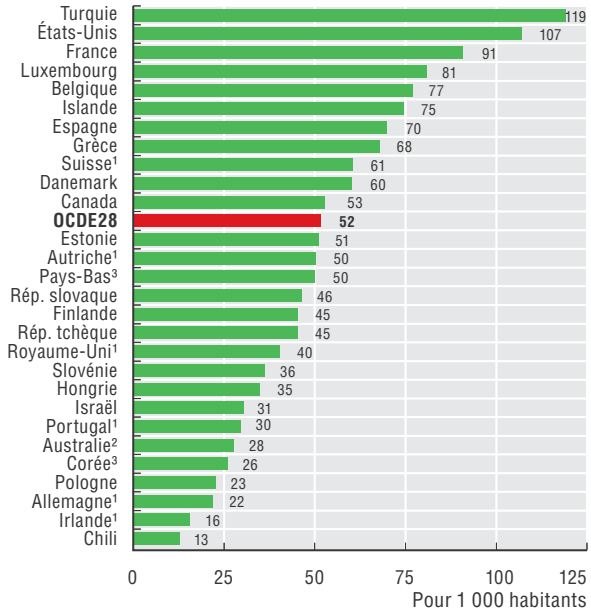
6.4. CT scanners, 2013 (ou année la plus proche)



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281905

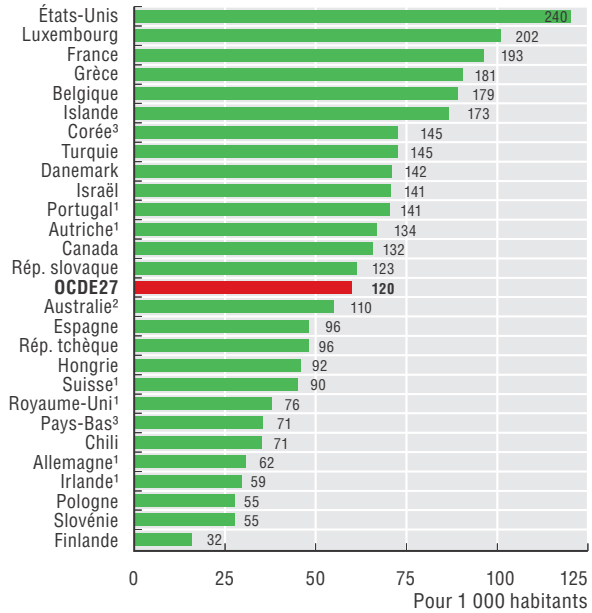
6.5. Examens d'IRM, 2013 (ou année la plus proche)



1. Examens hors hôpital non inclus (en Irlande, les examens en hôpitaux privés ne sont pas inclus non plus).
2. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281905

6.6. Examens de CT scanners, 2013 (ou année la plus proche)



1. Examens hors hôpital non inclus (en Irlande, les examens en hôpitaux privés ne sont pas inclus non plus).
2. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281905

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Lits d'hôpital

Le nombre de lits d'hôpital fournit une indication sur les ressources disponibles pour l'offre de services aux patients hospitalisés. La présente section fournit des données sur le nombre de lits d'hôpital de façon globale et pour différents types de soins (curatifs, psychiatriques, de longue durée et autres fonctions). 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 au moins 11 lits pour 1 000 habitants en 2013 (graphique 6.7). Dans ces deux pays, il existe 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 très supérieur à la moyenne de l'OCDE dans la Fédération de Russie, en Allemagne et en Autriche. À l'opposé, certains grands pays partenaires d'Asie (Inde et Indonésie) ont très peu de lits d'hôpital en comparaison à la moyenne de l'OCDE. C'est aussi le cas pour les pays d'Amérique latine (Colombie, Mexique, Chili et Brésil).

Le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué au cours des dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, passant en moyenne de 5.5 pour 1 000 habitants en 2000 à 4.8 en 2013. Cette diminution résulte en partie des progrès des technologies médicales qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation. Dans de nombreux pays d'Europe, la crise financière et économique qui a débuté en 2008 a aussi apporté une impulsion supplémentaire à la diminution de la capacité des hôpitaux dans le cadre des mesures de réduction des dépenses publiques de santé. Seules la Corée et la Turquie ont vu leur nombre de lits d'hôpital par habitant augmenter depuis 2000.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, plus de deux tiers (69 %) des lits d'hôpital sont affectés aux soins curatifs (graphique 6.8). Le reste des lits est affecté aux soins psychiatriques (14 %), aux soins de longue durée (13 %) 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 Corée, 35 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins de longue durée. En Finlande, cette part est aussi relativement élevée (27 %) du fait que les collectivités locales utilisent des lits dans des « centres de soins » (en fait définis comme des hôpitaux) pour certains soins de longue durée normalement dispensés en institution. En Belgique et en Norvège, environ 30 % des lits d'hôpital sont alloués aux soins psychiatriques.

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 2013, le taux d'occupation des lits de soins curatifs s'établissait à 77 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, légèrement au-dessus du niveau de 2000 (graphique 6.9). Israël et l'Irlande enregistraient le taux le plus élevé avec approximativement 94 %, suivis par la Norvège et le Canada à environ 90 %. Au Royaume-Uni, en Belgique et en France, le taux d'occupation des lits est resté assez stable durant cette période.

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 (OCDE, 2015).

Les lits de 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 diagnostiques.

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

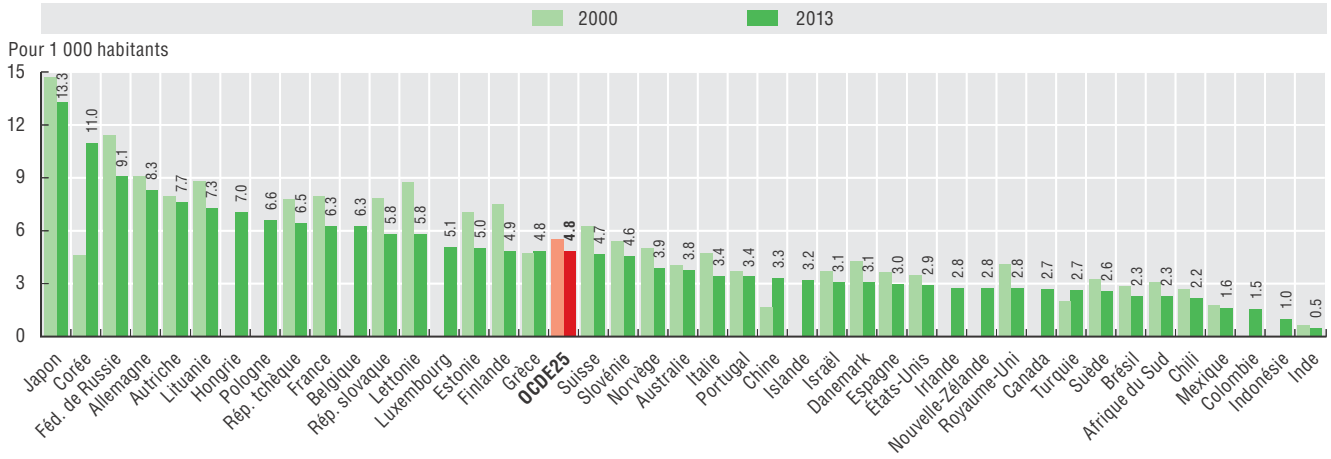
Les lits de soins de longue durée sont les lits d'hôpital accueillant des patients qui ont besoin de soins de longue durée du fait de déficiences chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne. Ils comprennent les lits des services de soins de longue durée des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés, ainsi que les lits de soins palliatifs.

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

Références

OCDE (2015), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

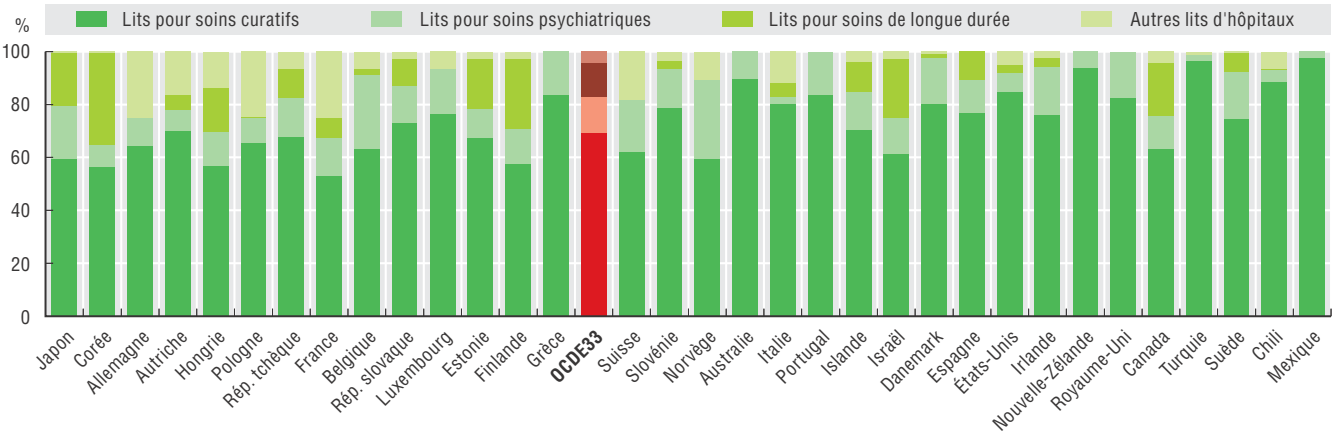
6.7. Lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281914

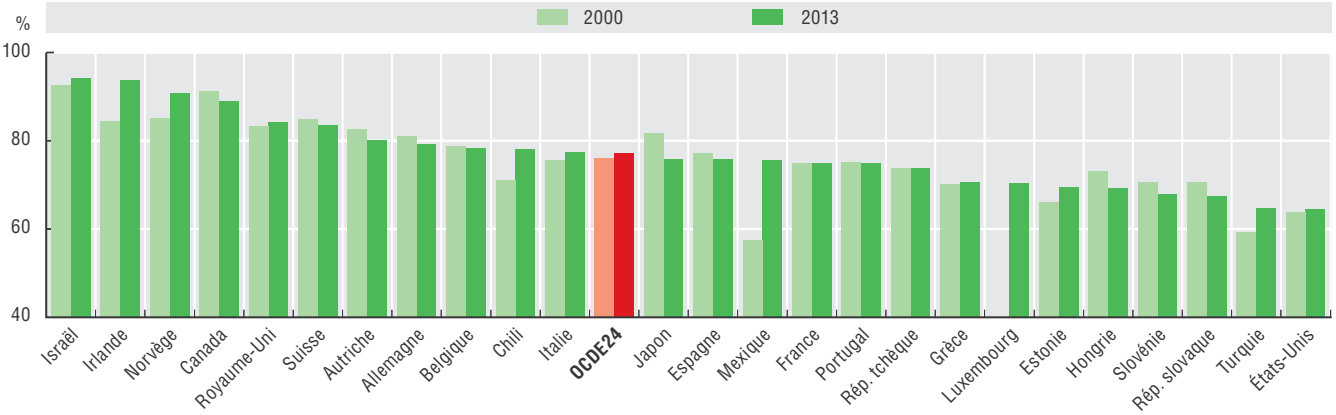
6.8. Lits d'hôpitaux par type de soins, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Pays ordonnés du plus grand au plus petit nombre total de lits d'hôpitaux par habitant.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281914

6.9. Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281914

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Sorties d'hôpital

Les sorties d'hôpital mesurent le nombre de patients qui quittent un hôpital après y être restés au moins une nuit. Avec la durée moyenne de séjour, c'est un important indicateur de l'activité hospitalière. L'activité hospitalière est soumise à un certain nombre de facteurs, parmi lesquels la capacité quantitative de traitement des patients dans les hôpitaux, la capacité du secteur des soins primaires à prévenir les admissions hospitalières évitables et l'offre de soins de suite pour la réadaptation et les soins de longue durée.

En 2013, on observait les taux de sorties d'hôpital les plus hauts en Autriche et en Allemagne, suivies par la Lituanie, la Fédération de Russie, la République tchèque et la Hongrie (graphique 6.10) et les taux les plus bas en Colombie, au Mexique, en Afrique du Sud, au Brésil et au Canada. En général, les pays qui ont un nombre relativement élevé de lits d'hôpital ont aussi un taux de sorties élevé. Ainsi, le nombre de lits d'hôpital par habitant en Autriche et en Allemagne est plus de deux fois supérieur à celui du Canada et de l'Espagne, et les taux de sorties sont également deux fois plus élevés (voir l'indicateur « Lits d'hôpital»).

Dans les pays de l'OCDE, les principales causes d'hospitalisation en 2013 étaient les maladies circulatoires, la grossesse et l'accouchement, les blessures et autres causes externes, les maladies du système digestif, les cancers et les maladies respiratoires.

L'Autriche et l'Allemagne ont les taux de sorties les plus élevés pour les maladies circulatoires et pour les cancers, suivis par la Hongrie et l'Estonie pour les maladies circulatoires (graphique 6.11), et par la Grèce et la Hongrie pour les cancers (graphique 6.12). Les forts taux de sorties pour les maladies circulatoires en Hongrie et en Estonie vont de pair avec un grand nombre de personnes souffrant de pathologies cardiaques et circulatoires (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » dans le chapitre 3), mais ce n'est pas le cas pour l'Allemagne et l'Autriche. De même, l'incidence des cancers n'est pas plus élevée en Autriche, en Allemagne ou en Grèce que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Incidence des cancers » dans le chapitre 3). En Autriche, le taux élevé de sorties est associé à un taux élevé de réadmissions à l'hôpital pour des examens complémentaires et le traitement des patients du cancer (Commission européenne, 2008).

L'évolution des taux de sorties d'hôpital diffère fortement entre les pays de l'OCDE. Depuis 2000, les taux de sorties ont augmenté dans certains pays où ils étaient bas au début de la période et ont connu ensuite une forte hausse (par exemple, Corée et Turquie) ainsi que dans d'autres pays comme l'Allemagne où ils étaient déjà au-dessus de la moyenne. Dans d'autres pays (par exemple, Belgique, République tchèque et Japon), ils sont restés relativement stables, alors que dans d'autres pays encore (comme le Canada, la Finlande, la France, l'Italie et l'Espagne), les taux de sorties ont chuté entre 2000 et 2013.

L'évolution des sorties d'hôpital résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. La demande d'hospitalisation peut augmenter avec le vieillissement de la population, étant donné que les personnes âgées représentent un pourcentage élevé des sorties d'hôpital. Toutefois, le vieillissement démographique peut être en lui-même un facteur moins important pour expliquer l'évolution des taux d'hospitalisation que les changements des technologies médicales et des pratiques cliniques. Souvent, la diffusion des nouvelles interventions médicales s'étend progressivement aux groupes de population plus âgés, à mesure qu'elles deviennent plus sûres et plus efficaces pour ces catégories. Cependant, cette diffusion de nouvelles technologies médicales peut aussi entraîner une réduction des hospitalisations si elle remplace des actes nécessitant une nuit d'hospitalisation par d'autres avec sortie le jour même. Dans le groupe de pays où les taux de sorties ont diminué depuis 2000, on observe une forte augmentation du nombre d'interventions en chirurgie de jour (voir l'indicateur « Chirurgie ambulatoire »).

Le taux de sorties d'hôpital varient non seulement d'un pays à l'autre mais aussi au sein d'un même pays. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE (par exemple, Canada, Finlande, Allemagne, Italie, Portugal, Espagne et Royaume-Uni), les admissions médicales à l'hôpital (c'est-à-dire à l'exclusion des admissions pour intervention chirurgicale) varient plus que du simple au double entre les différentes régions du pays (OCDE, 2014).

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, à l'exception du Chili, de la République slovaque, de la Turquie et des États-Unis, qui les prennent en compte au moins en partie.

Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus des taux de sorties dans un certain nombre de pays (par exemple, Australie, Autriche, Canada, Chili, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Luxembourg, Mexique). 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.

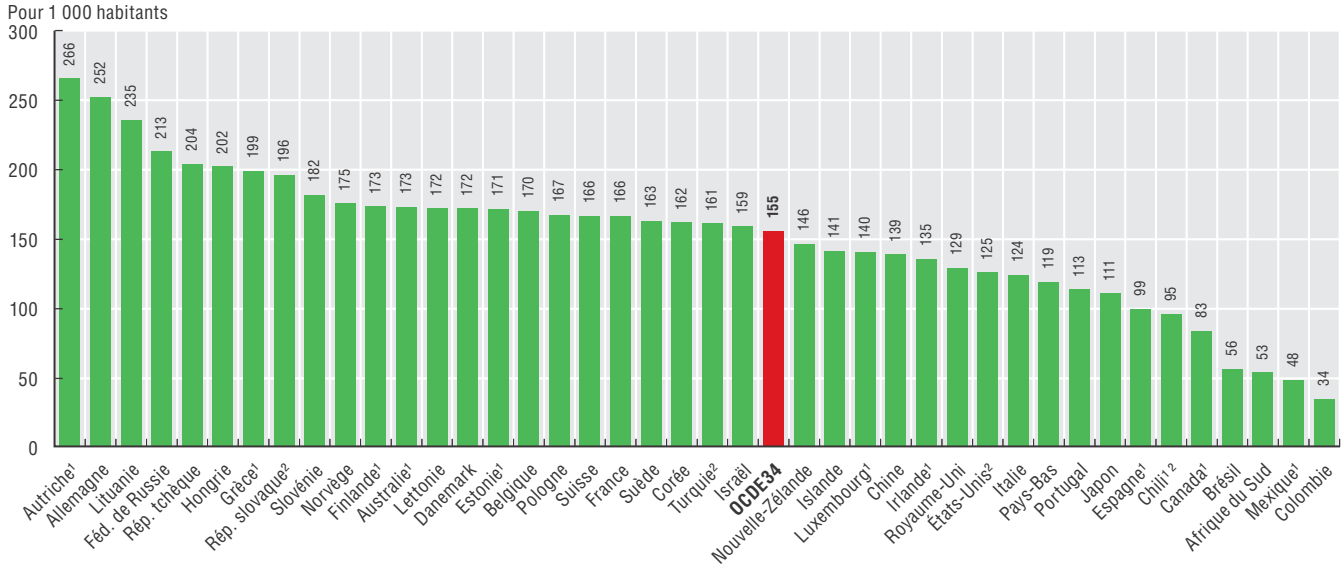
Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données du Danemark, de l'Irlande, du Mexique, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics. Les données du Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent (excluant les îles des Açores et de Madère). Les données pour le Canada, l'Irlande et les Pays-Bas ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus/court séjour. Les données pour la France et le Japon concernent les hospitalisations en soins aigus.

Références

Commission européenne (2008), *Hospital Data Project Phase 2, Final Report*, Commission européenne, Luxembourg.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

6.10. Sorties d'hôpital, 2013 (ou année la plus proche)

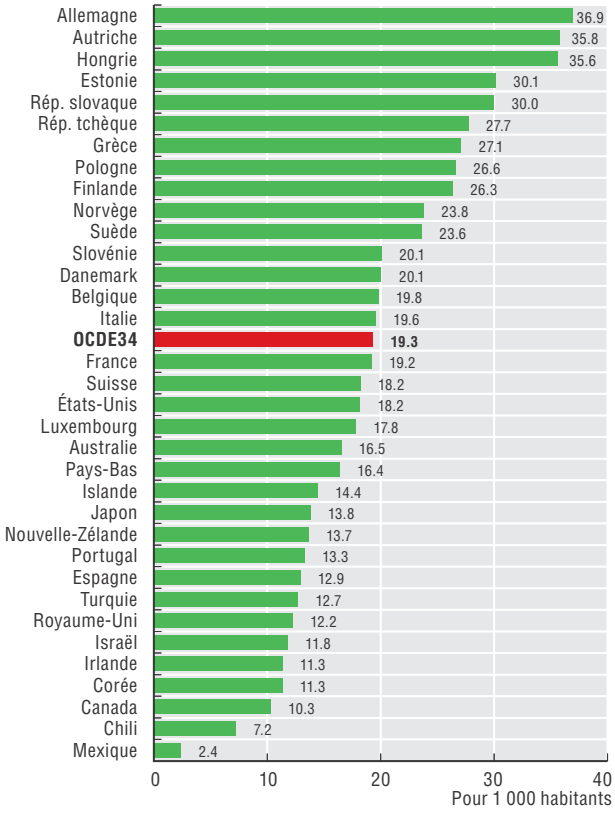


1. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveaux-nés en bonne santé (entre 3 à 10% de l'ensemble des sorties).
2. Inclut les sorties le jour même de l'admission.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281927

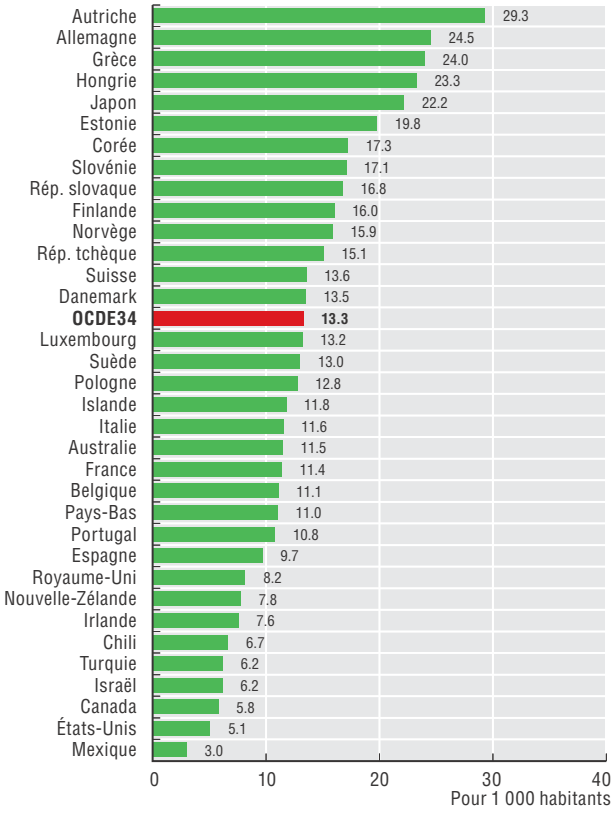
6.11. Sorties d'hôpital pour une maladie circulatoire, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281927

6.12. Sorties d'hôpital pour un cancer, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281927

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est souvent considérée comme un 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 de suite. Toutefois, un séjour plus court exige généralement une intensité de services plus élevée et est plus coûteux par journée d'hospitalisation. Un séjour trop court peut aussi avoir des effets négatifs sur les résultats de santé ou nuire au confort ou au rétablissement du patient. S'il en résulte un taux de réadmissions accru, les coûts par épisode de maladie peuvent n'être que légèrement réduits, ou même augmenter.

En 2013, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les pays de l'OCDE était d'environ huit jours (graphique 6.13). On observait les durées les plus courtes en Turquie et au Mexique, avec environ quatre jours (moitié de la moyenne OCDE), et les plus longues au Japon et en Corée, avec plus de 16 jours (plus du double de la moyenne OCDE). La durée moyenne de séjour est passée de presque 10 jours en 2000 à 8 jours en 2013 en moyenne dans les pays de l'OCDE. On note quelques exceptions à cette tendance générale, avec une augmentation de la durée moyenne en Corée, mais aussi en Hongrie et au Luxembourg, où elle dépasse maintenant la moyenne de l'OCDE.

Si l'on considère la durée moyenne de séjour pour des maladies ou états spécifiques, on peut neutraliser dans une certaine mesure l'effet des différences de gravité ou de nature des cas. Le graphique 6.14 indique que la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement normal en 2013 était légèrement inférieure à trois jours en moyenne dans les pays de l'OCDE, contre plus de trois jours et demi en 2000. Cet indicateur s'étageait entre moins de deux jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni, en Islande, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas, et au moins cinq jours en République slovaque et en Hongrie.

La durée moyenne d'hospitalisation après un infarctus aigu du myocarde était d'environ sept jours en 2013, en moyenne dans l'OCDE. On observait les séjours les plus courts dans quelques-uns des pays nordiques (Danemark, Norvège et Suède), en Turquie et en République slovaque, avec moins de cinq jours, et les plus longs en Corée et en Allemagne, avec plus de dix jours (graphique 6.15).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces variations entre les pays. Les différences touchant les besoins cliniques des patients peuvent bien sûr avoir une influence, mais ces variations reflètent sans doute aussi les différences des pratiques cliniques et des systèmes de paiement. Une offre abondante de lits et la structure de paiement des hôpitaux sont deux facteurs conjoints susceptibles d'inciter les hôpitaux à garder les patients plus longtemps. Un nombre croissant de pays (comme la France, l'Allemagne et la Pologne) ont adopté des dispositifs de paiement prospectif souvent fondés sur les GHM (groupes homogènes de malades) pour fixer, avant la fourniture des prestations, les rémunérations en fonction du coût estimé des soins hospitaliers pour un épisode donné suivant la catégorie de patients. Ces systèmes de paiement présentent l'avantage d'encourager les prestataires à réduire le coût de chaque épisode de soins. En Suisse, les cantons qui ont adopté le paiement sur la base des GHM à la place du prix à la journée ont enregistré une baisse des durées de séjour à l'hôpital (OCDE et OMS, 2011).

La plupart des pays cherchent à réduire la durée moyenne de séjour tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité des soins. Diverses mesures au niveau clinique ou au niveau des services ou du système en général sont envisageables pour atteindre ce double objectif. 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 axées sur la qualité menées au Danemark (OCDE, 2013). D'autres options peuvent consister à promouvoir l'adoption d'actes chirurgicaux moins invasifs, modifier les modes de paiement des hôpitaux, développer les programmes de sorties précoces qui permettent aux patients de retourner chez eux et d'y recevoir des soins de suite, ou aider les hôpitaux à améliorer la coordination des soins tout au long du parcours de diagnostic et de traitement.

Définition et comparabilité

La durée moyenne de séjour est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle se calcule généralement en divisant le nombre total de jours passés en hospitalisation par l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte. Dans la plupart des pays, les données couvrent toutes les hospitalisations (sans se limiter aux soins curatifs/aigus), avec les exceptions du Canada, du Japon et des Pays-Bas pour lesquels les données continuent de ne concerner que les soins curatifs/aigus (d'où une sous-estimation).

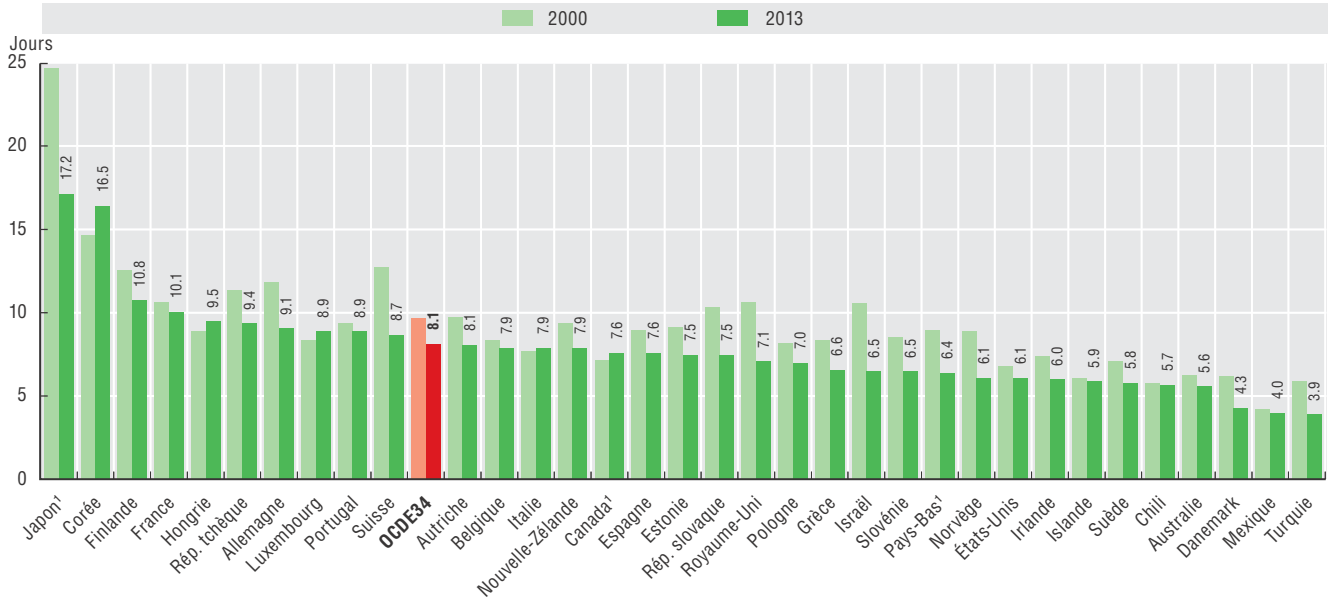
Les sorties et la durée moyenne de séjour des bébés en bonne santé nés à l'hôpital sont exclues dans un certain nombre de pays (par exemple l'Australie, l'Autriche, le Canada, le Chili, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg et le Mexique), d'où une légère surestimation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

Références

OCDE (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en*.

OCDE et OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr*.

6.13. Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)

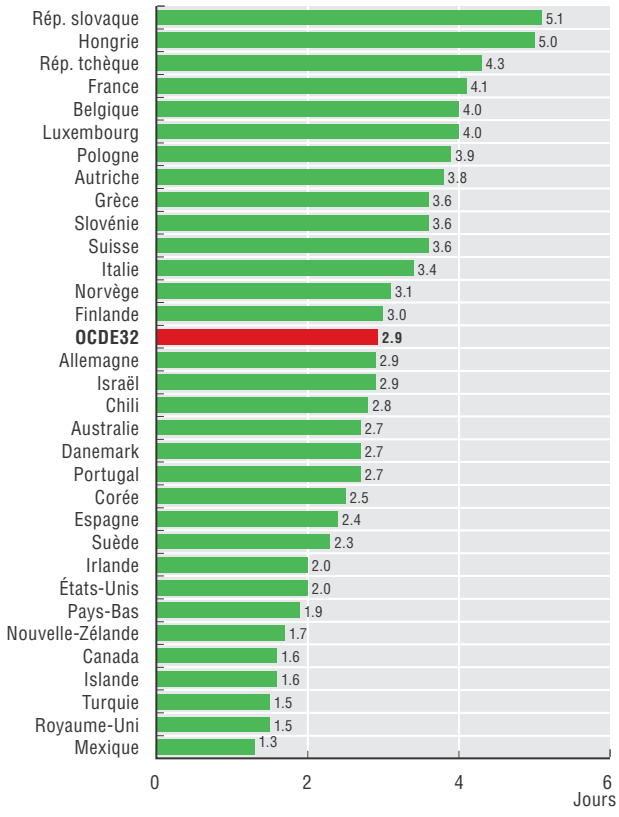


1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281931

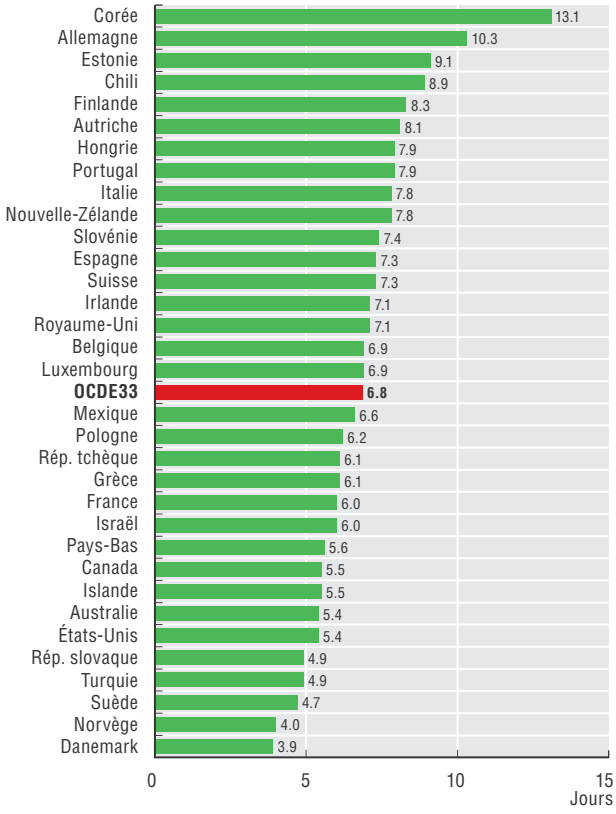
6.14. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281931

6.15. Durée moyenne de séjour pour un infarctus aigu du myocarde, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281931

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Chirurgies cardiaques

Les maladies cardiaques sont une cause majeure d'hospitalisation et de décès dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » dans le chapitre 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 comportant une greffe de veines et/ou d'artères afin de contourner une ou plusieurs artères obstruées. L'angioplastie coronarienne est une intervention beaucoup moins invasive qui consiste à introduire dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, afin de dilater l'artère coronaire au point d'obstruction ; la mise en place d'un stent pour maintenir l'artère ouverte accompagne la majorité des angioplasties.

En 2013, l'Allemagne, la Hongrie et l'Autriche enregistraient les taux d'actes de revascularisation coronarienne les plus élevés, tandis que les taux les plus bas s'observaient au Mexique et au Chili (graphique 6.16).

Plusieurs raisons peuvent expliquer les variations du taux de pontage coronarien et d'angioplastie entre les pays, 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 des modalités de codage et de déclaration. 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 3.6 au chapitre 3). Ainsi, alors que la mortalité due aux cardiopathies ischémiques en Allemagne est légèrement inférieure à la moyenne de l'OCDE, ce pays affiche le taux le plus élevé d'interventions de revascularisation.

Les moyennes nationales peuvent cacher de fortes disparités des taux au sein des pays. En Allemagne, par exemple, le taux de pontage coronarien et d'angioplastie varie presque du simple au triple entre les régions. On constate aussi de fortes variations de l'emploi de ces interventions de revascularisation entre les régions dans d'autres pays comme la Finlande, la France et l'Italie (OCDE, 2014).

L'utilisation de l'angioplastie s'est développée rapidement ces 20 dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, dépassant le pontage coronarien comme méthode de préférence pour la revascularisation au milieu des années 90, soit à peu près au moment où les premiers résultats sur l'efficacité du stenting coronarien commençaient à être publiés. En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'angioplastie représente désormais 78 % des interventions de revascularisation (graphique 6.17) et atteint 88 % ou plus en Corée, en Estonie, en France et en Espagne. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le développement de l'angioplastie a été plus rapide entre 2000 et 2006 qu'ensuite. Aux États-Unis, la proportion des angioplasties a rapidement augmenté entre 2000 et 2006 et a légèrement chuté depuis. Cette légère diminution peut s'expliquer en partie par le fait que les données rapportées par les États-Unis 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 ultérieurement d'une autre angioplastie (Epstein et al., 2011).

Définition et comparabilité

Les données de la plupart des pays couvrent à la fois 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 limitation de la couverture des données ne change pas significativement le nombre de pontages coronariens étant donné que presque tous les patients restent au moins une nuit à l'hôpital après cette intervention). Certaines variations entre les pays peuvent aussi être dues à l'utilisation de systèmes de classification différents et au choix de codes différents pour rapporter les chiffres relatifs à ces deux interventions.

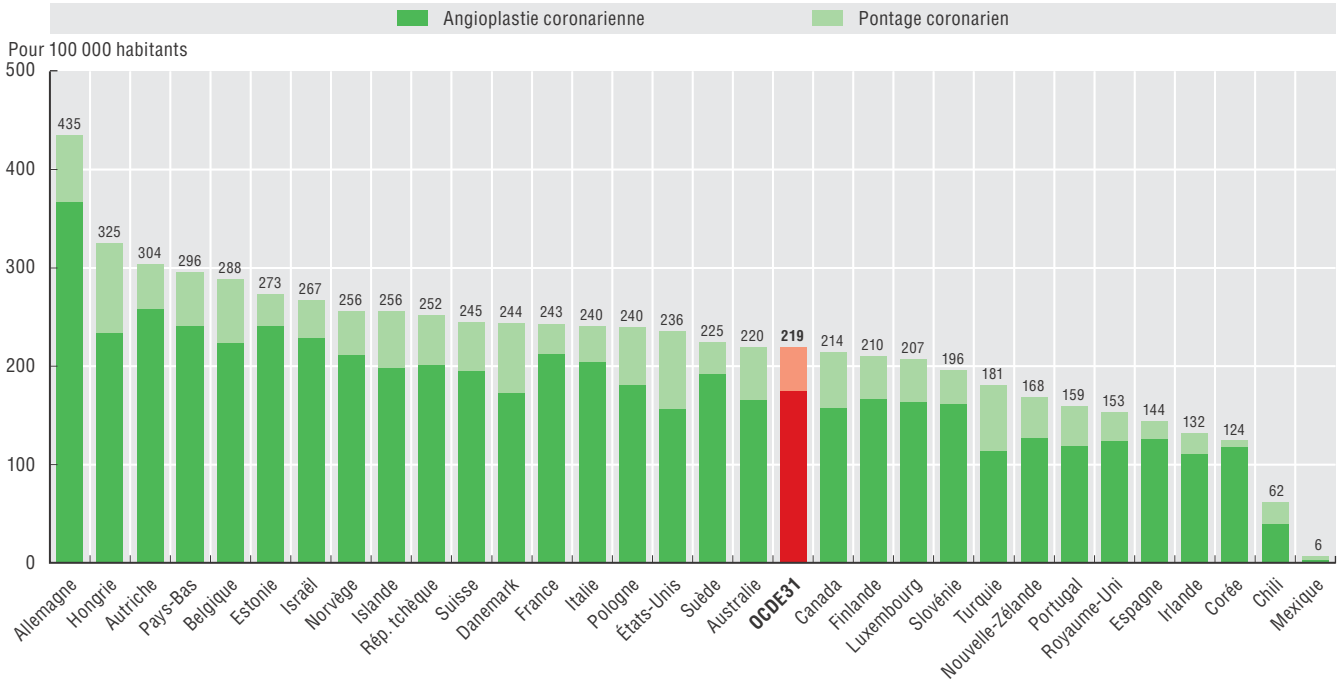
En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur des fonds publics, d'où une sous-estimation (on estime à environ 15 % la part des hôpitaux privés dans le total de l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le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

Références

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.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

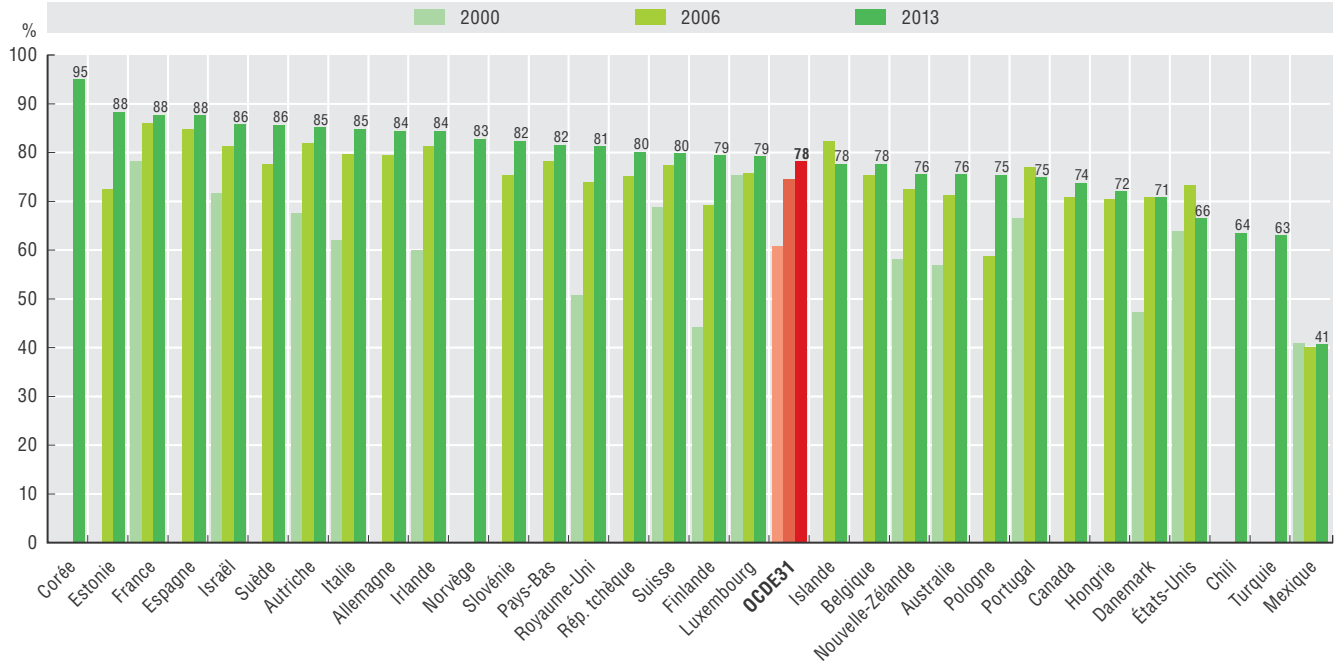
6.16. Interventions de revascularisation, 2013 (ou année la plus proche)



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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281945

6.17. Angioplastie en pourcentage des interventions de revascularisation, 2000 à 2013 (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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281945

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Remplacements de la hanche ou du genou

Les progrès considérables des interventions chirurgicales ont offert des options 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 récupérer une fonction quasi normale.

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, 2014). L'âge est le principal déterminant du développement initial et de l'évolution 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. La chirurgie de remplacement se pratique principalement sur des personnes de 60 ans et plus mais elle peut également s'effectuer sur des personnes plus jeunes.

En 2013, la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche avaient les taux de remplacement de hanche les plus élevés, tandis que les États-Unis enregistraient le taux le plus élevé pour le genou, suivis par l'Autriche, la Finlande et l'Allemagne (graphiques 6.18 et 6.19). Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer ces variations entre les pays. Une standardisation par l'âge réduit ces variations dans une certaine mesure, mais il subsiste néanmoins de forts écarts et cela ne modifie pas beaucoup le classement des pays (McPherson et al., 2013 ; OCDE, 2014).

Les moyennes nationales peuvent masquer d'importantes variations des taux de remplacement de la hanche et du genou à l'intérieur d'un pays. En Australie, au Canada, en Allemagne, en France et en Italie, le taux de remplacement du genou varie de plus du simple au double d'une région à l'autre, même après standardisation par l'âge (OCDE, 2014).

Le nombre d'interventions de remplacement de la hanche et du genou s'est fortement accru depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 6.20 et 6.21). En moyenne, le taux de remplacement de la hanche a augmenté d'environ 35 % entre 2000 et 2013 et le taux de remplacement du genou a presque doublé. En France, la croissance de ces deux interventions a été un peu moindre, mais le taux de remplacement de la hanche a néanmoins augmenté d'environ 15 % tandis que le taux de remplacement du genou enregistrait une hausse de près de 90 % entre 2000 et 2013. En Allemagne, ces taux d'activité chirurgicale semblent s'être stabilisés ces dernières années et ont même légèrement baissé en 2013.

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 comptabilisent aussi 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.

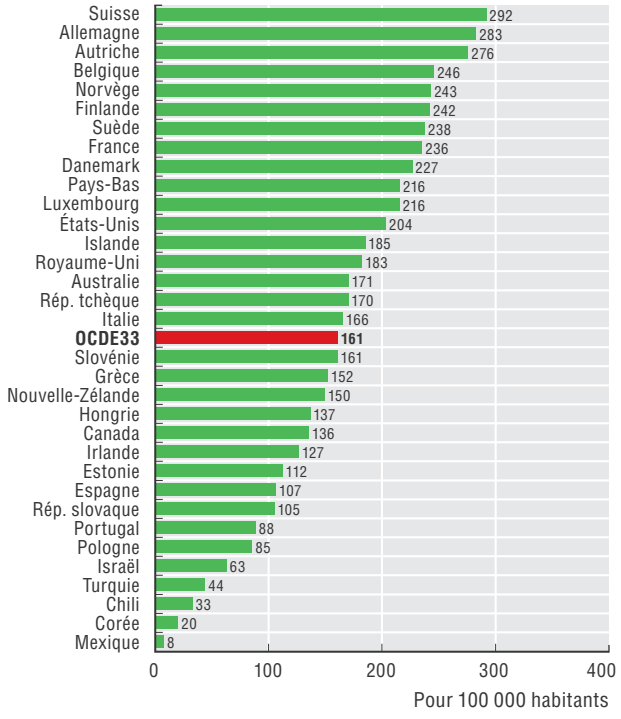
Références

McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

OMS (2014), *Chronic Rheumatic Conditions, Fact Sheet*, Genève, disponible sur : *www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

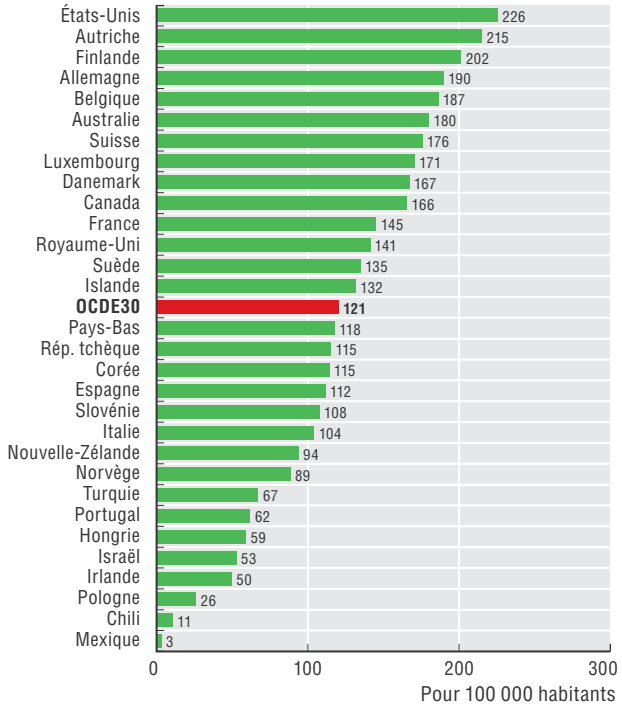
6.18. Chirurgies de remplacement de la hanche, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281958

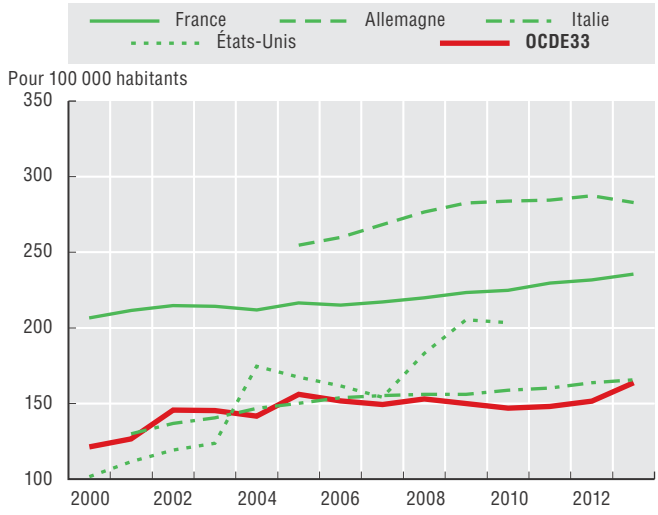
6.19. Chirurgies de remplacement du genou, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281958

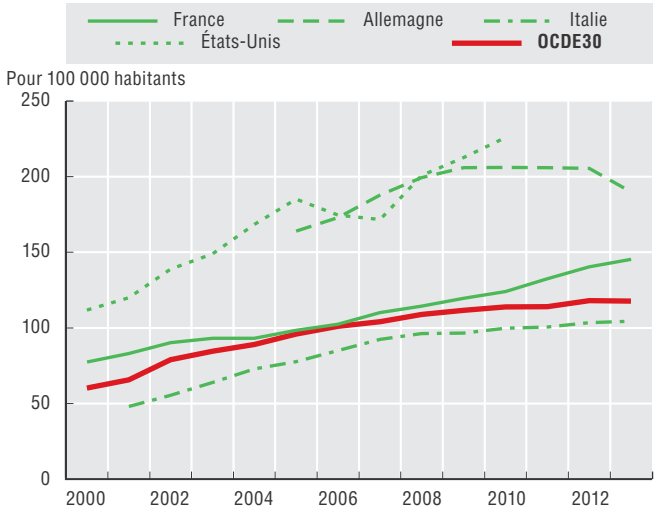
6.20. Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281958

6.21. Évolution des chirurgies de remplacement du genou, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281958

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Césariennes

Les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE, bien que cette tendance se soit inversée, au moins légèrement, dans quelques pays ces dernières années. Les raisons de cette hausse sont notamment l'augmentation du nombre des premières naissances chez des femmes à un âge plus tardif ainsi que des naissances multiples résultant de la procréation médicalement assistée, les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale, la commodité de la programmation pour les médecins et pour les patientes et la préférence de certaines femmes pour ce mode d'accouchement. Néanmoins, l'accouchement par césarienne continue d'entraîner une mortalité maternelle plus élevée, une plus forte morbidité maternelle et infantile et plus de complications lors des accouchements ultérieurs, ce qui soulève des questions sur le bien-fondé de césariennes qui ne sont pas toujours médicalement nécessaires.

En 2013, on observait les taux d'accouchement par césarienne les plus faibles dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège), en Israël et aux Pays-Bas, avec des valeurs comprises entre 15 % et 16.5 % des naissances vivantes (graphique 6.22). La Turquie, le Mexique et le Chili enregistraient les taux les plus hauts, entre 45 % et 50 %.

Les taux de césariennes ont augmenté depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE, avec un taux moyen qui est passé de 20 % en 2000 à 28 % en 2013 (graphique 6.23). Cette croissance a été particulièrement rapide dans les pays qui ont maintenant les taux les plus élevés (Turquie, Mexique et Chili), ainsi qu'en Pologne, en République slovaque et en République tchèque qui avaient auparavant des taux assez bas. Toutefois, dans certains pays, on observe une décélération depuis le milieu de la décennie 2000 et même une légère baisse en Israël, en Finlande et en Suède. En Italie, les taux de césariennes ont connu une baisse significative ces dernières années, tout en restant très élevés. Ils ont aussi baissé en Espagne.

Les taux de césariennes peuvent varier sensiblement d'une région à l'autre ou d'un hôpital à l'autre à l'intérieur d'un même pays. D'énormes écarts persistent en Italie, avec des taux très élevés dans le Sud du pays. On constate aussi en Espagne des écarts importants entre les régions (OCDE, 2014).

Dans un certain nombre de pays, on observe que les hôpitaux privés ont tendance à pratiquer plus de césariennes que les hôpitaux public. En France, les maternités privées commerciales autorisées à prendre en charge les grossesses sans complications ont des taux de césariennes aussi élevés que les hôpitaux publics qui doivent traiter des cas plus compliqués (FHF, 2008). En Suisse, on a constaté que les accouchements par césarienne étaient sensiblement plus fréquents dans les cliniques privées (41 %) que dans les hôpitaux publics (30.5 %) (OFSP, 2013).

Un certain nombre de pays ont pris diverses mesures contre la pratique de césariennes inutiles. La publication de données, le retour d'information vers les fournisseurs de soins, l'élaboration de recommandations cliniques plus claires et l'adaptation des incitations financières sont parmi les moyens utilisés pour réduire le recours inapproprié aux césariennes. En Australie, où les taux de césariennes sont élevés par rapport à la plupart des pays de l'OCDE, un certain nombre d'États ont établi des recommandations cliniques et imposé une déclaration obligatoire des taux de césariennes des hôpitaux, avec un examen de ces résultats en regard des recommandations. Ces mesures découragent les écarts de pratique et contribuent à ralentir la croissance des taux de césariennes. D'autres pays ont réduit la différence de paiement des hôpitaux entre les césariennes et les accouchements normaux, dans le but de décourager le recours inapproprié à ces interventions (OCDE, 2014).

Définition et comparabilité

Le taux de césariennes est le nombre d'accouchements par césarienne 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 de santé nationales. 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.

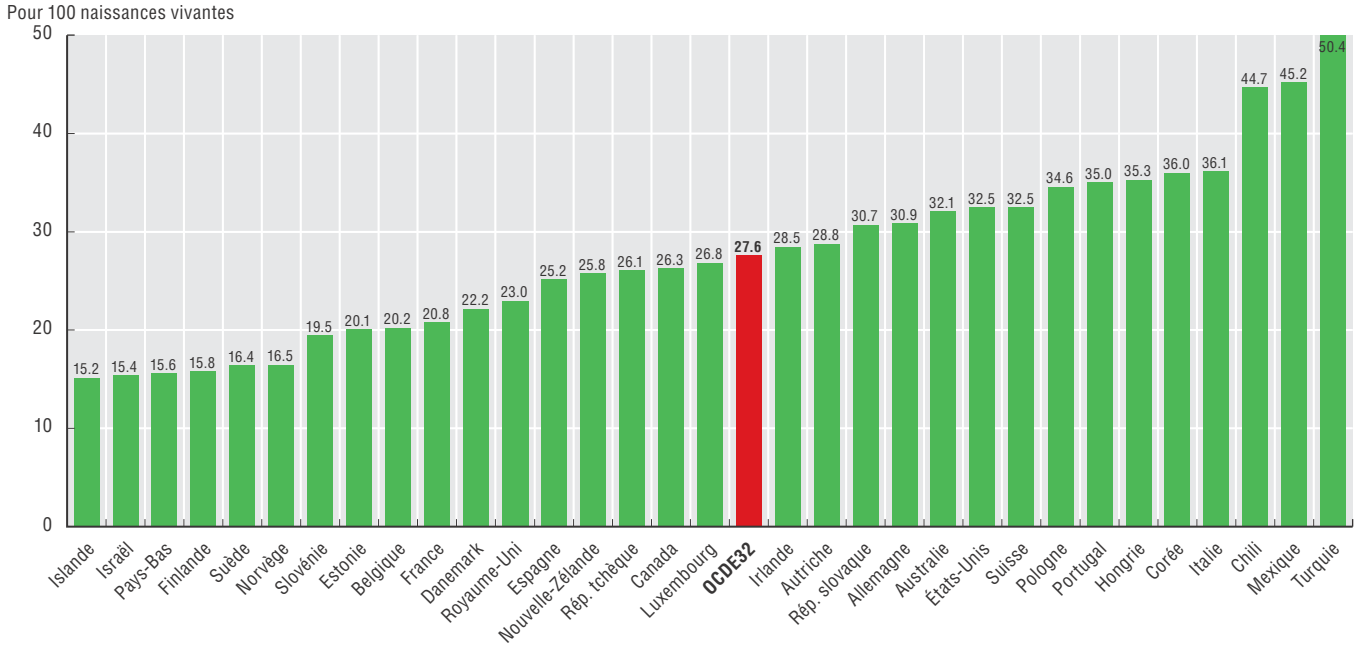
Références

FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, Paris.

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césarienne en Suisse*, Berne.

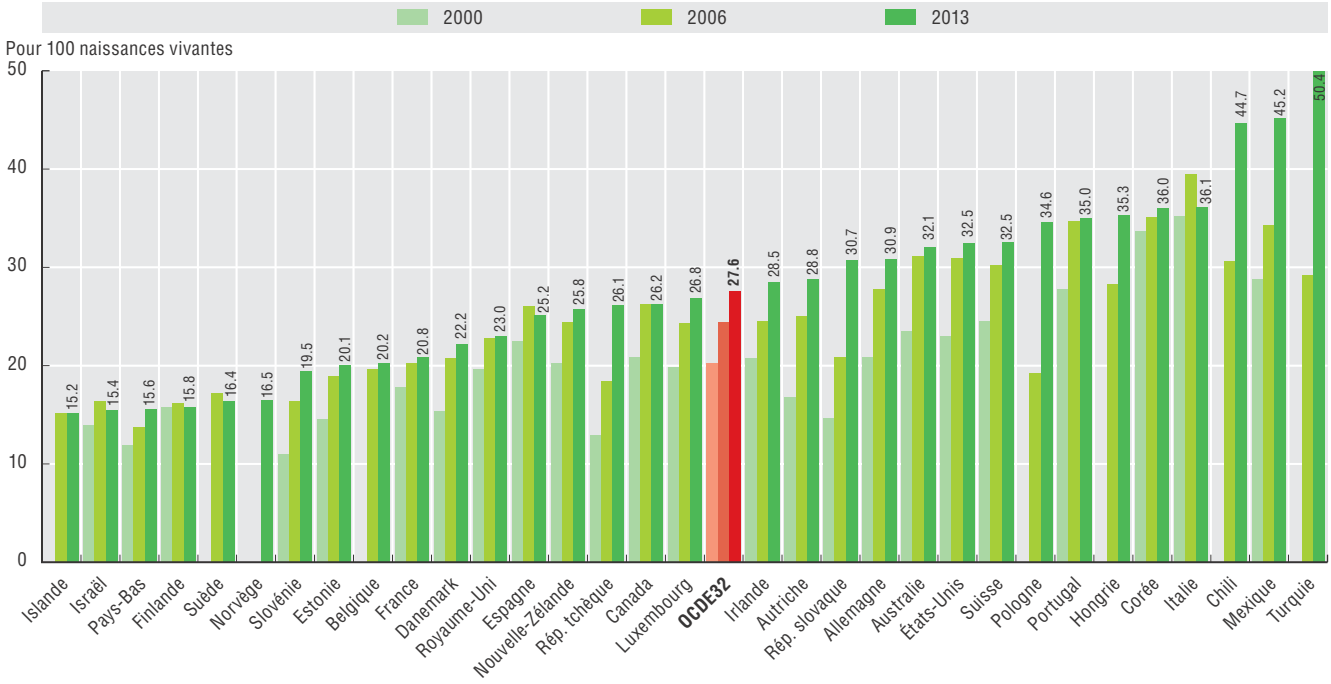
6.22. Taux d'accouchement par césarienne, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281960

6.23. Evolution des taux d'accouchement par césarienne, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281960

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Chirurgie ambulatoire

Au cours des dernières décennies, le nombre d'actes réalisés en chirurgie de jour 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 des patients et les résultats de santé, 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 de l'essor des actes de chirurgie de jour sur les dépenses de santé 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 les coûts supplémentaires associés aux soins de suite et aux services de santé de proximité après les interventions.

L'opération de la cataracte et l'amygdalectomie (ablation des amygdales, glandes situées au fond de la gorge, qui s'effectue surtout chez les enfants) sont de bons exemples d'actes chirurgicaux à hauts volumes qui se pratiquent maintenant principalement en chirurgie de jour dans de nombreux pays de l'OCDE.

Dans une majorité de pays de l'OCDE, la chirurgie de jour représente désormais plus de 90 % des opérations de la cataracte (graphique 6.24). Dans plusieurs pays, cette proportion est proche de 100 %. Toutefois, le recours à la chirurgie de jour est encore relativement faible en Pologne, en Hongrie et en République slovaque, avec une part qui reste inférieure à la moitié du total des opérations de la cataracte. Cela peut être expliqué en partie par la couverture limitée des activités externes en milieu hospitalier et hors du milieu hospitalier, mais cela reflète un paiement plus avantageux des hospitalisations, ou révèle des contraintes quant au développement de la chirurgie de jour. En Hongrie, le gouvernement a récemment aboli le plafond budgétaire sur le nombre de chirurgie de jour qui peut être effectuée à l'hôpital ; ce qui devrait conduire à une augmentation constante du nombre de chirurgies de la cataracte et d'autres chirurgies effectuées de jour.

Le nombre des opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour a progressé très rapidement depuis 2000 dans un grand nombre de pays, notamment le Portugal et l'Autriche (graphique 6.24). Alors qu'en 2000 moins de 10 % des opérations de la cataracte au Portugal s'effectuaient en chirurgie de jour, cette proportion atteint désormais 92 %. En Autriche, la proportion est passée de 1 % en 2000 à 67 % en 2013. Elle a également augmenté rapidement en France, en Irlande, en Suisse et au Luxembourg, même s'il reste une marge de progression.

L'amygdalectomie est un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, habituellement pour ceux souffrant d'infections répétées ou chroniques des amygdales, ou de difficultés respiratoires ou d'apnée obstructive du sommeil dues à la grosseur de ces glandes. Bien que cette opération s'effectue sous anesthésie générale, elle se pratique maintenant principalement en chirurgie de jour dans de nombreux pays, les enfants retournant chez eux le jour même (graphique 6.25). C'est le cas en Finlande (où la part de la chirurgie de jour a fortement augmenté depuis 2000), au Canada, en Belgique, aux Pays-Bas, en Suède et en Norvège, où plus de la moitié du total des amygdalectomies se font désormais en chirurgie de jour. Cette proportion est beaucoup plus faible en Autriche (où cette opération est quasi inexistante en chirurgie de jour), au Luxembourg, en Irlande et en Allemagne. Cette forte variabilité de la proportion de la chirurgie de jour peut refléter une perception différente des risques de complications postopératoires, ou simplement une tradition clinique de garder les enfants au moins une nuit à l'hôpital après l'opération.

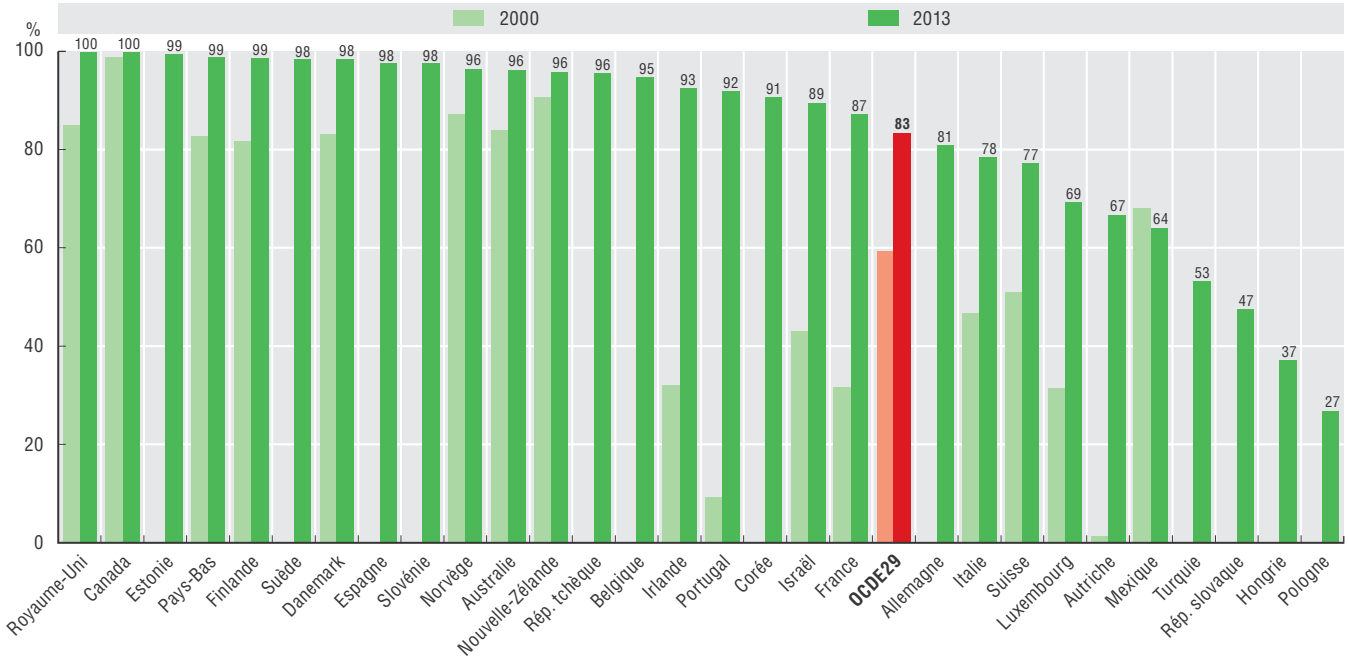
On observe toutefois, dans certains pays, une forte augmentation de la proportion des amygdalectomies en chirurgie de jour depuis 2000. En plus de la Finlande, qui se place maintenant en tête, cette proportion a fortement progressé au cours de la dernière décennie au Royaume-Uni, au Danemark, au Portugal et en Italie. En France, elle n'a pratiquement pas augmenté depuis 2000, et elle a légèrement baissé en Israël et en Suisse. Il semble qu'il existe dans ces pays une ample marge de progression de la chirurgie de jour pour l'amygdalectomie, afin de réduire les coûts sans mettre en péril les résultats de santé des patients.

Définition et comparabilité

L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle s'effectue principalement chez les enfants.

Pour plusieurs pays les données n'incluent pas les patients ambulatoires en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (par exemple, les patients non officiellement admis puis sorti), d'où une sous-estimation. 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.

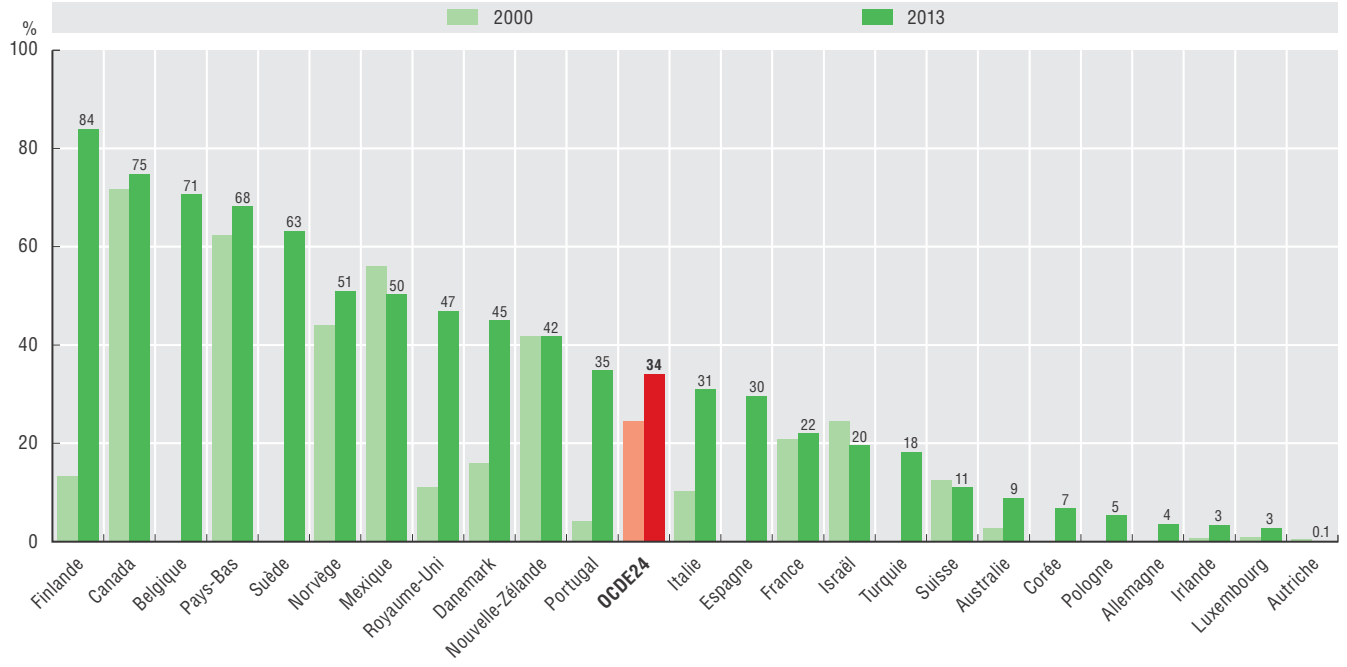
6.24. Opérations de la cataracte réalisées en soins de jour, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281972

6.25. Pourcentage des ablations des amygdales pratiquées en chirurgie de jour, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281972

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

7. ACCÈS AUX SOINS

Couverture des soins de santé

Besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits

Dépenses de santé à la charge des patients

Répartition géographique des médecins

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.

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. 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 7.1). En règle générale, les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services doivent être achetés séparément (OCDE, 2015).

Dans la zone OCDE, la Grèce, les États-Unis et la Pologne n'ont pas mis en place de couverture de santé universelle (quasi-universelle). En Grèce, la crise économique a réduit la couverture de l'assurance maladie pour les chômeurs de longue durée, et de nombreux travailleurs indépendants ont également décidé de ne pas renouveler leur plan d'assurance maladie du fait de la baisse de leur revenu disponible. Depuis juin 2014, les personnes non assurées sont toutefois couvertes pour les produits pharmaceutiques prescrits et les soins dans les services d'urgence des hôpitaux publics, ainsi que pour les soins hospitaliers non urgents sous certaines conditions (Eurofound, 2014). Aux États-Unis, la couverture de base est principalement fournie par l'assurance maladie privée et 54 % de la population disposaient d'une telle couverture en 2014. Les personnes âgées, à bas revenus ou handicapées, soit 34.5 % de la population totale, bénéficient d'une couverture financée par des fonds publics, ce qui laisse 11.5 % de la population sans couverture maladie. Le pourcentage de la population non assurée a diminué de 14.4 % en 2013 à 11.5 % en 2014, après la mise en place de l'Affordable Care Act conçu pour étendre la couverture de l'assurance maladie (Cohen et Martinez, 2015). En Pologne, la loi est devenue plus restrictive en 2012 et les personnes ne payant pas leurs cotisations n'ont plus droit à la couverture sociale de l'assurance maladie. Il est cependant courant que les personnes non assurées ayant besoin de soins médicaux se rendent dans les services d'urgence des hôpitaux, où ils seront incités à souscrire une assurance.

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). Neuf des 34 pays de l'OCDE font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population (graphique 7.2).

En France, l'assurance maladie privée fournit à 95 % 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* (86 % de la population), suivis par Israël (83 %) 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 (45 %) et en Australie (47 %) 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, mais diminué dans d'autres. Elle a augmenté dans certains pays nordiques tels que le Danemark où un tiers de la population dispose désormais d'une assurance maladie privée (contre moins de 10 % en 2005) et la Finlande où la croissance a été plus modeste, mais elle demeure pratiquement inexistante dans d'autres pays nordiques. La couverture de l'assurance maladie privée a également augmenté en Australie et en Corée, mais s'est réduite en Irlande, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni (graphique 7.3).

Plusieurs facteurs, notamment les limites d'accès aux services financés par des fonds publics, les interventions des pouvoirs publics sur les marchés de l'assurance maladie privée et les évolutions historiques, sont susceptibles d'expliquer le développement de l'assurance maladie privée.

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.

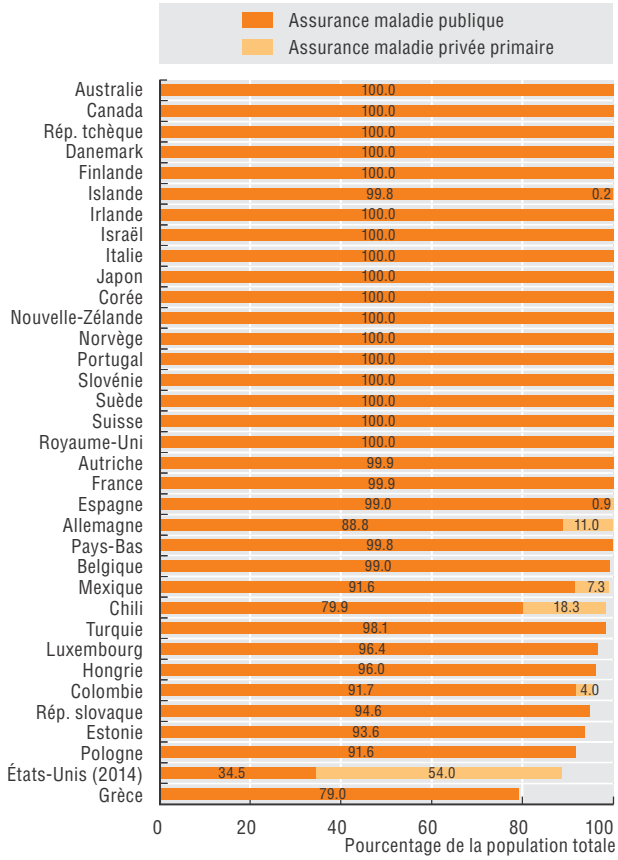
Références

Cohen, R.A. et M.E. Martinez (2015), *Health Insurance Coverage: Early Release of Eestimates from the National Health Interview Survey, 2014*, National Center for Health Statistics, juin 2015.

Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin.

OCDE (2015), « Measuring Health Coverage », disponible sur : *www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm*.

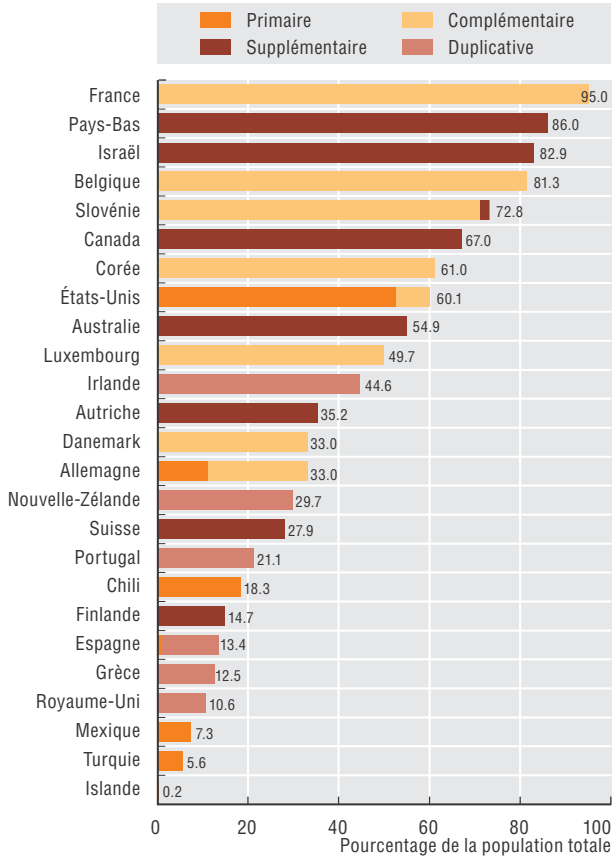
7.1. Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281981

7.2. Population couverte par une assurance maladie privée, selon le type d'assurance, 2013 (ou année la plus proche)

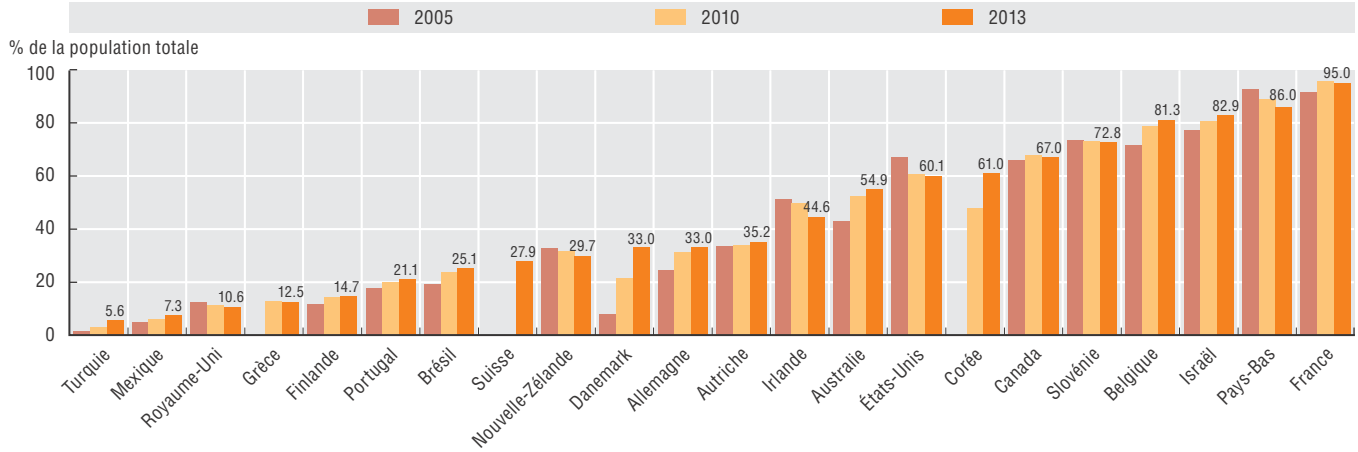


Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie ; à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark et en Corée ; et duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël et en Slovénie.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281981

7.3. Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2005 à 2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281981

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits

Les personnes n'ont parfois pas accès aux soins de santé pour différentes raisons liées soit au fonctionnement du système de santé lui-même (coût d'une consultation chez le médecin ou d'un traitement médical, distance du centre de soins le plus proche ou listes d'attente), soit à des raisons personnelles (peur de ne pas être compris par le médecin ou de manquer de temps pour demander des soins). Les personnes qui renoncent aux soins dont elles ont besoin risquent de mettre leur santé en danger. Les inégalités dans les besoins non satisfaits peuvent entraîner une dégradation de l'état de santé et accroître les inégalités en matière de santé.

En Europe, en moyenne 3 % environ de la population indiquaient en 2013 avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits du fait des coûts, des distances et des listes d'attente, selon l'enquête des « Statistiques sur le revenu et les conditions de vie » de l'Union européenne. Il existe cependant d'importantes différences entre les pays (graphique 7.4). En Lettonie, en Grèce, en Pologne et en Estonie, la population déclare une proportion importante des besoins non satisfaits, tandis qu'aux Pays-Bas, en Autriche et en Espagne, cette proportion est inférieure à 1 %. Les besoins en examens médicaux non satisfaits sont plus élevés chez les personnes à faibles revenus que parmi la population à revenus élevés (graphique 7.4). En 2013, l'écart était particulièrement important en Lettonie, en Italie et en Grèce.

Dans les pays européens, le pourcentage de la population qui indique avoir certains besoins en soins dentaires non satisfaits est plus élevé que le pourcentage de ceux qui déclarent avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits, ce qui révèle que la couverture publique des soins dentaires est généralement plus faible dans la plupart des pays. En 2013, la Lettonie (18.9 %), le Portugal (14.3 %), l'Islande (11.1 %) et l'Italie (10 %) déclaraient les taux de besoins en soins dentaires non satisfaits les plus élevés parmi les pays européens (graphique 7.5). Dans ces pays, on observe d'importantes inégalités au niveau des besoins en soins dentaires non satisfaits entre les groupes de population à faibles revenus et à revenus élevés. En moyenne dans les pays européens couverts par cette enquête, presque 10 % des personnes à faibles revenus déclaraient avoir des besoins en soins dentaires insatisfaits, comparés à 1.6 % pour les personnes à revenus élevés.

Les pays participant à l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth et d'autres pays utilisant le même module d'enquête collectent des données sur les besoins en soins non satisfaits concernant les consultations chez le médecin, les soins médicaux et les médicaments prescrits, en raison de leur coût. Comme l'on pouvait s'y attendre, les résultats de ces enquêtes révèlent de façon régulière des besoins insatisfaits pour raisons financières plus élevés parmi les personnes à faibles revenus que parmi les personnes à revenus élevés (graphique 7.6). Les États-Unis enregistraient en 2013 les pourcentages les plus élevés de besoins en soins non satisfaits, tandis que le Royaume-Uni affichait les pourcentages les plus faibles, devant la Suède. Des disparités importantes en matière de besoins en soins non satisfaits étaient observées entre les personnes à revenus élevés et à faibles revenus en République tchèque, en France et aux États-Unis.

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 à la charge des patients. Par exemple, le pourcentage des besoins en soins insatisfaits a diminué en Allemagne après la suppression de la cotisation trimestrielle de 10 euros à la charge des patients.

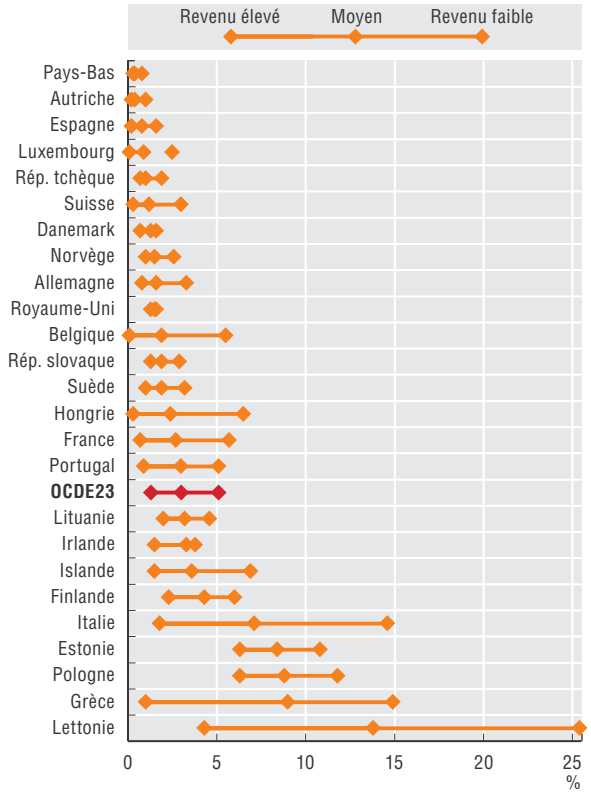
Les stratégies visant à améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées ou mal desservies doivent à la fois réduire les obstacles financiers et non financiers, et promouvoir une offre adaptée et une répartition appropriée des médecins, dentistes et autres praticiens médicaux (voir l'indicateur « Répartition géographique des médecins »).

Définition et comparabilité

Les données sur les besoins en soins insatisfaits proviennent principalement de deux sources. Premièrement, l'Enquête des statistiques sur le revenu et les conditions de vie de l'Union européenne (EU-SILC) demande aux personnes interrogées si, au cours des 12 mois précédents, elles ont éprouvé à un certain moment le besoin d'obtenir des soins médicaux ou dentaires 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 données présentées dans les graphiques 7.4 et 7.5 concernent les besoins en soins insatisfaits du fait des coûts, des temps d'attente et des distances.

La deuxième source est l'Enquête internationale sur les politiques de santé 2013 du Fonds du Commonwealth qui demande aux personnes si elles ne se sont pas rendues chez le médecin lorsqu'elles avaient un problème médical, si elles ont manqué un test médical, un traitement ou un suivi recommandé par un médecin, ou si elles n'ont pas pris les médicaments prescrits ou omis des doses pour des raisons de coût au cours de l'année passée. Cette enquête a été réalisée dans 11 pays. Des questions similaires ont également été posées dans l'enquête nationale réalisée en République tchèque quelques années plus tôt (2010).

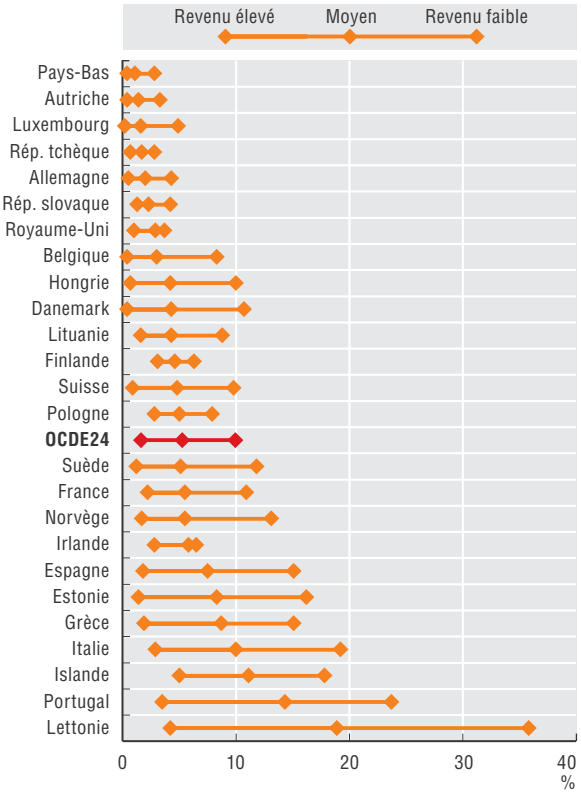
7.4. Besoins en examens médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, 2013



Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.
Source : EU-SILC 2013.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281991

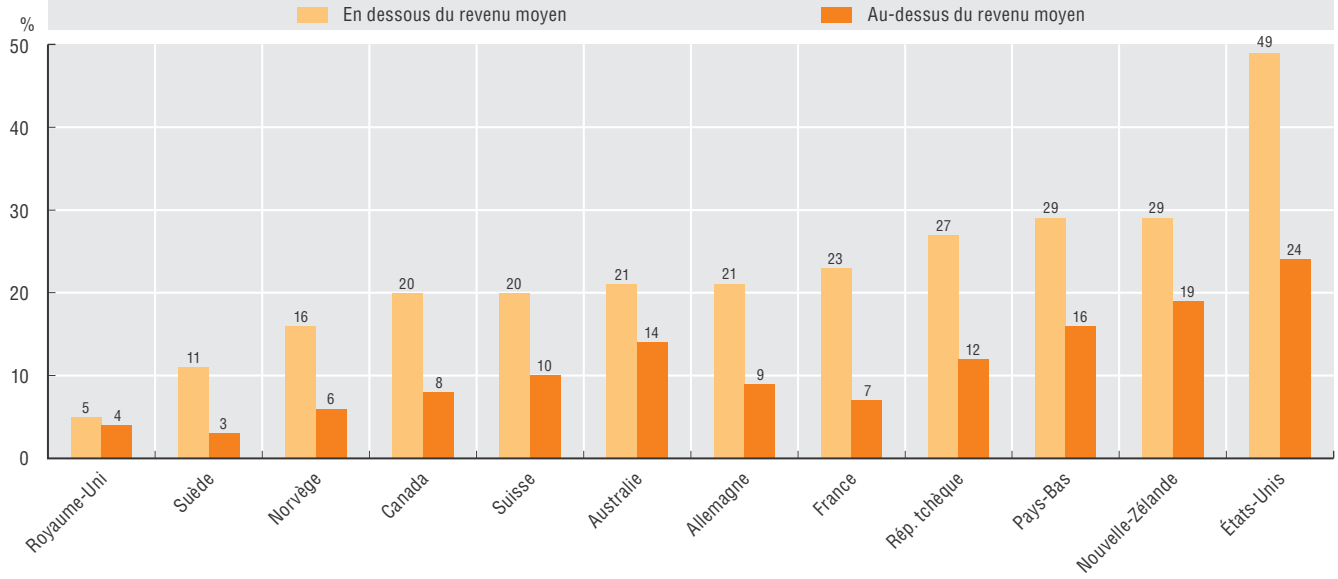
7.5. Besoins en examens dentaires non satisfaits, par niveau de revenu, 2013



Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.
Source : EU-SILC 2013.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281991

7.6. Besoins en soins non satisfaits en raison du coût, par niveau de revenu, 2013



Note : N'a pas consulté de médecin lors d'un problème médical, n'a pas reçu les soins recommandés ou n'a pas suivi une prescription.
Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2013, complété avec les données d'une enquête nationale en République tchèque (2010).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933281991

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 les frais médicaux sont susceptibles de retarder les soins de santé dont ils ont besoin, voire d'y renoncer. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 19 % des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur « Financement des soins de santé » au chapitre 9 « 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 des soins devient plus à la charge 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 certains groupes de population 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 ; OCDE, 2015).

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. La part de la consommation des ménages allouée aux dépenses médicales était extrêmement variable selon les pays de l'OCDE en 2013, allant de moins de 1.5 % de la consommation totale des ménages dans des pays tels que la Turquie, les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni, à plus de 4 % en Corée, en Suisse et en Grèce (graphique 7.7). Dans les pays de l'OCDE, 2.8 % en moyenne des dépenses des ménages ont été affectées à des biens et services médicaux.

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 est plus élevé pour les soins hospitaliers et les consultations de médecins que pour les produits pharmaceutiques, les soins dentaires et oculaires (Paris et al., 2010 ; OCDE, 2015). 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 7.8). En moyenne, ces deux postes représentent les deux tiers de la totalité des dépenses de santé des ménages, mais leur importance varie selon les pays. Au Luxembourg, en Belgique et en Suisse, les dépenses des ménages pour les soins curatifs à l'hôpital et en ambulatoire représentent environ 50 % du total de leurs dépenses de santé. Dans d'autres pays comme la Pologne, la République tchèque, la Hongrie et le Canada, les médicaments représentent la moitié ou plus des frais à la charge des ménages. Dans certains de 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, représentant 20 % de l'ensemble des dépenses à la charge des patients dans les pays de l'OCDE. En Estonie, en Norvège, au Danemark et en Espagne, ce chiffre atteint 30 % et parfois plus. Cette situation peut, au moins en partie, être expliquée par une couverture publique limitée des soins dentaires dans ces pays par rapport à une couverture plus complète pour d'autres catégories de soins. La part des équipements thérapeutiques (lunettes, appareils auditifs, etc.) dans le total des dépenses de santé des ménages diffère largement, mais représente pas moins de 33 % aux Pays-Bas. La moyenne dans les pays de l'OCDE est de 13 %. 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.

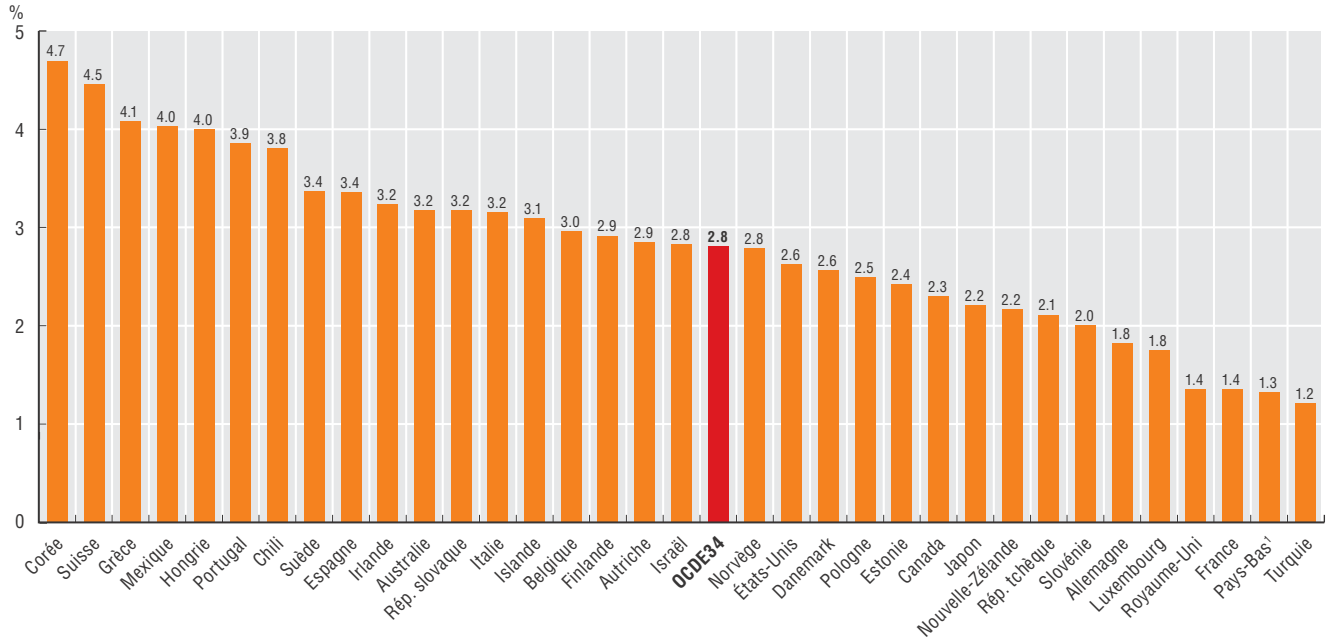
Les dépenses de consommation finale des ménages comprennent tous les achats effectués par les ménages résidents pour couvrir leurs besoins quotidiens en nourriture, vêtements, loyer, services de santé, etc.

Références

OCDE (2015), « Measuring health coverage », disponible sur : *www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm*.

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, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en*.

7.7. Dépenses de santé à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2013 (ou année la plus proche)



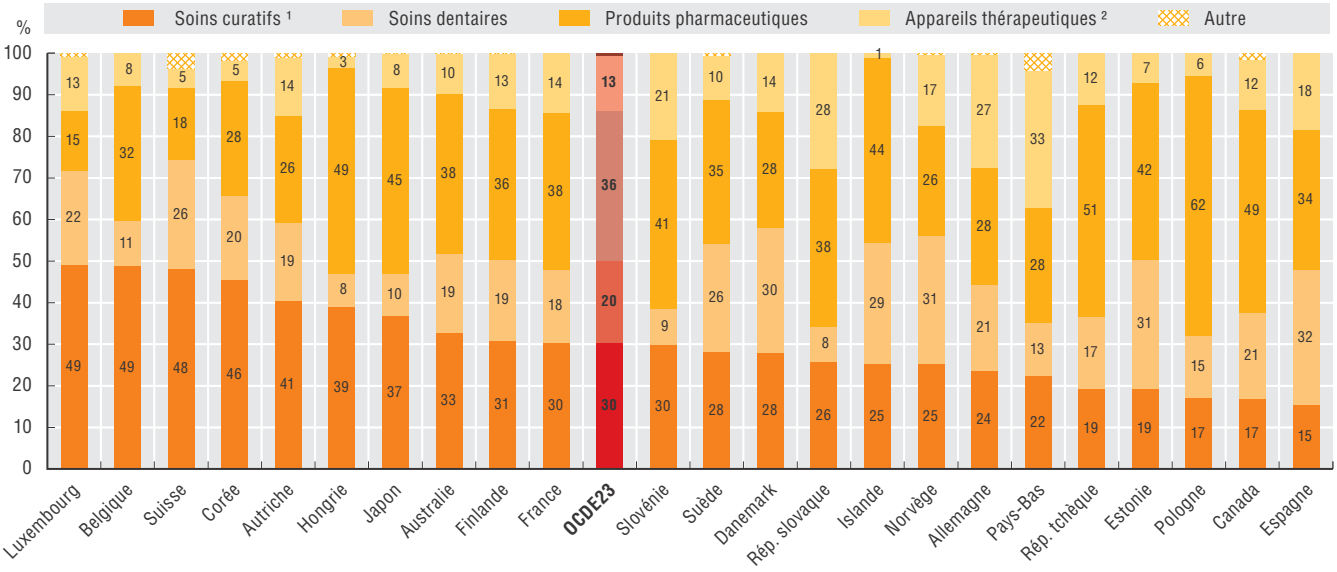
Note : Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.

1. La valeur pour les Pays-Bas est sous-estimée car elle exclut les co-paiements obligatoires des patients aux assureurs (si ceux-ci étaient pris en compte, la part serait doublée).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282002

7.8. Dépenses de santé à la charge des patients par type de biens et services médicaux, 2013 (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 auxiliaires.
2. Inclut les produits ophtalmologiques, les appareils auditifs, les fauteuils roulants, etc.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282002

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 5 et plus en Grèce et en Autriche (voir l'indicateur « Médecins » au chapitre 5). Le nombre de médecins par habitant varie aussi fortement au sein des différentes régions d'un même pays (graphique 7.9). Le nombre plus important de médecins dans les capitales est une caractéristique que l'on retrouve dans de nombreux pays. Par exemple, l'Autriche, la Belgique, les États-Unis, la Grèce, le Mexique, le Portugal, la République slovaque et la République tchèque affichent 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. Il existe de grandes différences de densité des médecins entre les régions principalement urbaines et les régions rurales en France, en Australie et au Canada, même si la définition des zones urbaines et rurales varie selon les pays. La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales est plus uniforme au Japon et en Corée, mais le nombre de médecins est généralement inférieur dans ces deux pays (graphique 7.10).

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 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 (Ono et al., 2014).

En France, le ministère de la Santé a lancé en 2012 un « *Pacte territoire santé* » afin de promouvoir le recrutement et la rétention de médecins et d'autres travailleurs de santé dans des régions mal desservies. Ce Pacte comprend une série de mesures visant à faciliter l'installation de jeunes médecins dans des zones mal desservies, à améliorer leurs conditions de travail (notamment en créant de nouvelles maisons médicales pluridisciplinaires permettant aux médecins et aux autres professionnels de santé de travailler dans un même lieu), à promouvoir la télémédecine et à accélérer le transfert de compétences des médecins à d'autres prestataires de soins de santé (ministère de la Santé, 2015). Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions définitives du rapport coût-efficacité des différentes mesures, les premiers résultats de ce programme semblent prometteurs.

L'Allemagne limite le nombre d'autorisations d'exercice pour les nouveaux médecins de soins ambulatoires au niveau de chaque région, en fonction d'un quota national.

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., 2014).

Définition et comparabilité

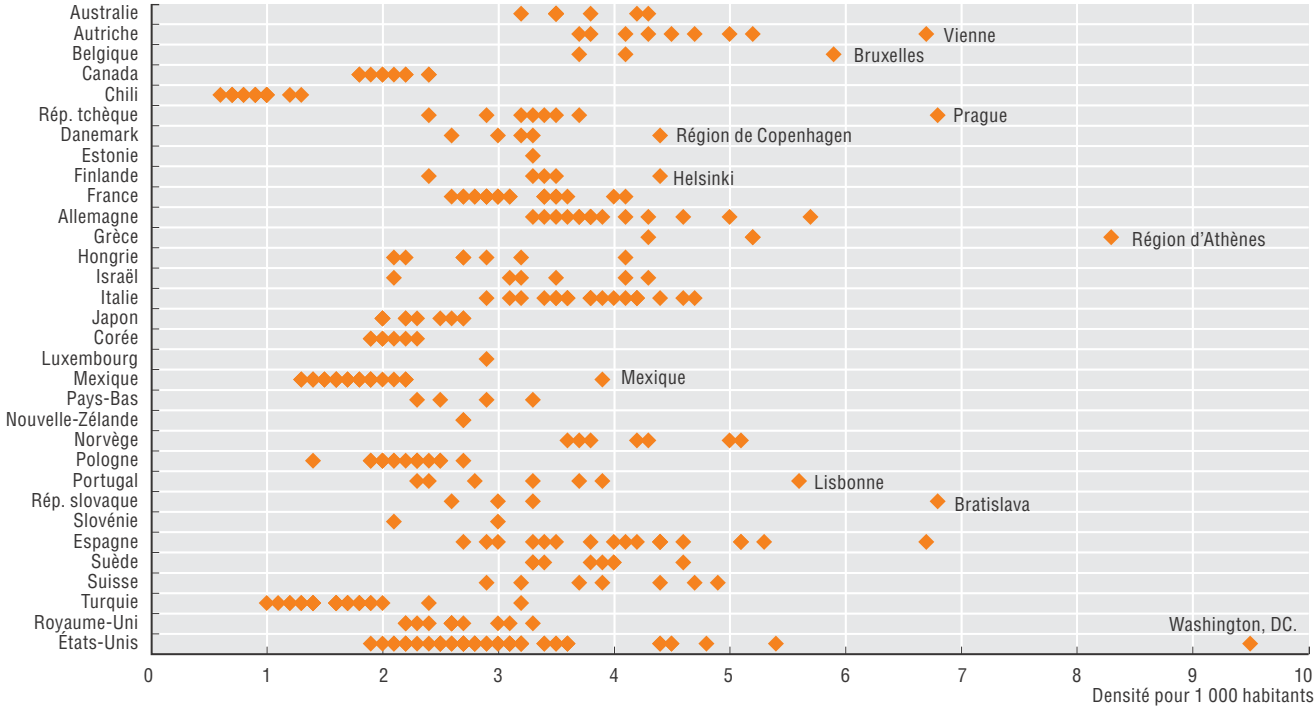
Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent contenir un mélange de populations urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur englobe les plus petites régions classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales, même s'il existe des différences entre les pays en termes de classification des zones urbaines et rurales.

Références

Ministère de la Santé (2015), *Le Pacte territoire santé*, disponible sur : *www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html*.

Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *OECD Health Working Papers*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

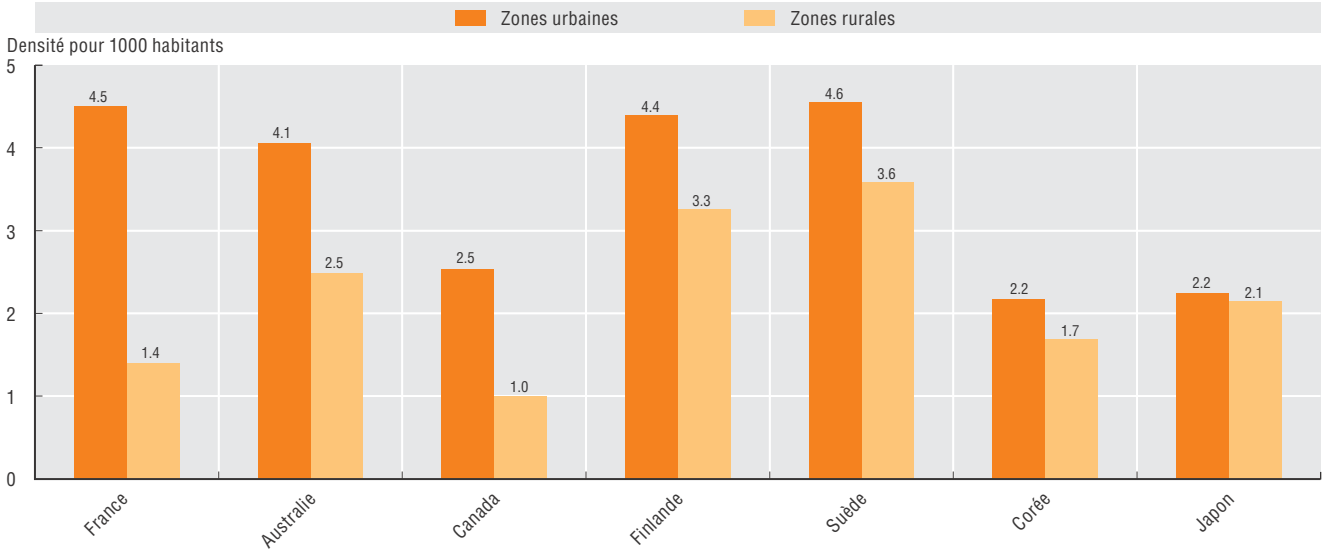
7.9. Densité de médecins, par région de niveau territorial 2, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Panorama des régions de l'OCDE 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282019

7.10. Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 7 pays OCDE, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La classification des zones urbaines et rurales varie selon les pays.
Source : Australie : AIHW National Health Workforce Data Set (NHWDS) 2013 ; Canada : Base de données médicales Scott's, 2013, Institut canadien d'information sur la santé ; France : RPPS médecins au 1er janvier 2015 ; Autre: Panorama des régions de l'OCDE 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282019

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 et de chirurgie élective 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 2013/14, les délais d'attente moyens pour une opération de la cataracte étaient légèrement supérieurs à 30 jours aux Pays-Bas, mais beaucoup plus longs au Chili, en Estonie et en Pologne (graphique 7.11). Au Royaume-Uni, les délais d'attente moyens pour cette même opération étaient de 72 jours en 2013, contre 66 jours en 2007. Au Portugal et en Espagne, les temps d'attente ont baissé entre 2007 et 2010, mais ont augmenté depuis. En Finlande et en Estonie, les délais d'attente pour une opération de la cataracte diminuent régulièrement, mais les temps d'attente moyens demeurent longs en Estonie.

En 2013/14, les délais d'attente moyens pour une arthroplastie de la hanche étaient d'environ 40 jours aux Pays-Bas, mais d'environ 250 jours en Estonie et de plus de 300 jours au Chili et en Pologne (graphique 7.12). Les délais d'attente médians étaient d'environ 40 jours au Danemark, de 60 jours en Israël et d'entre 75 et 90 jours en Hongrie, au Royaume-Uni, au Portugal, au Canada et en Nouvelle-Zélande. Ils atteignaient entre 120 et 150 jours en Espagne, en Norvège et en Estonie, et plus de 200 jours en Pologne et au Chili. Comme pour l'opération de la cataracte, les délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche ont diminué au Portugal et en Espagne entre 2007 et 2010, mais ont augmenté depuis.

Les délais d'attente pour une arthroplastie du genou ont diminué ces dernières années aux Pays-Bas, au Danemark, en Finlande et en Estonie, même s'ils demeurent longs dans ce dernier pays (graphique 7.13).

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. En Finlande, la National Health Care Guarantee a été mise en place en 2005, ce qui a entraîné une réduction des temps d'attente pour la chirurgie élective (Jonsson et al., 2013). En Angleterre, les statuts du NHS ont établi depuis avril 2010 un droit d'accès à certains services dans des délais d'attente maximaux ou autorisant le NHS à prendre toutes les dispositions nécessaires pour proposer une liste de prestataires de remplacement si cela n'est pas possible (Smith et Sutton, 2013). Ces garanties ne sont efficaces que si elles sont appliquées. 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).

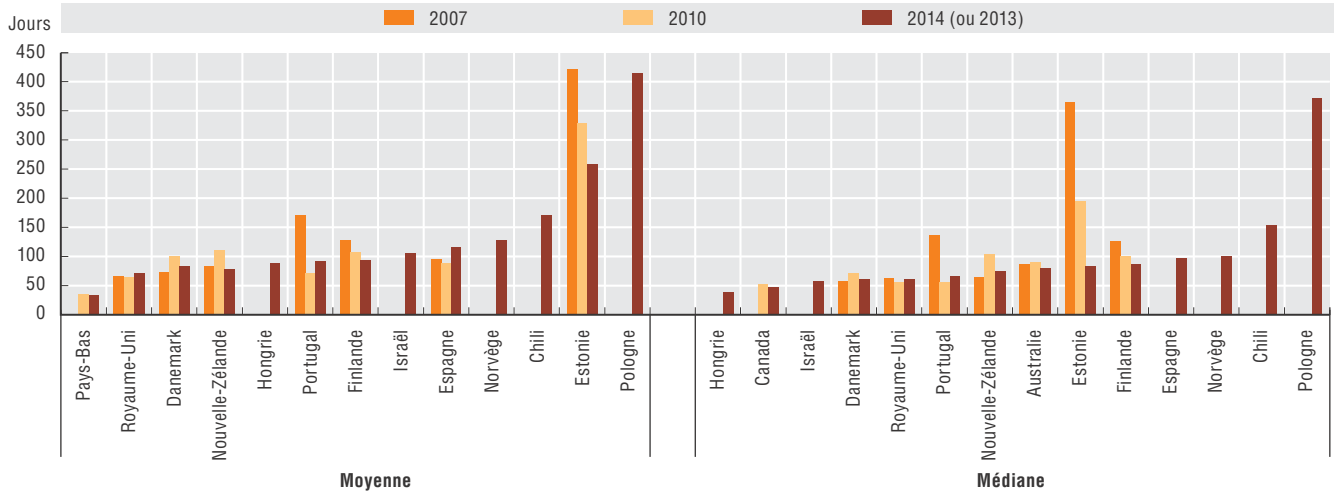
Références

Jonsson, P.M. et al. (2013), « Finland », Part II, chapitre 7 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

Smith, P. et M. Sutton (2013), « United Kingdom », Part II, chapitre 16 de *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

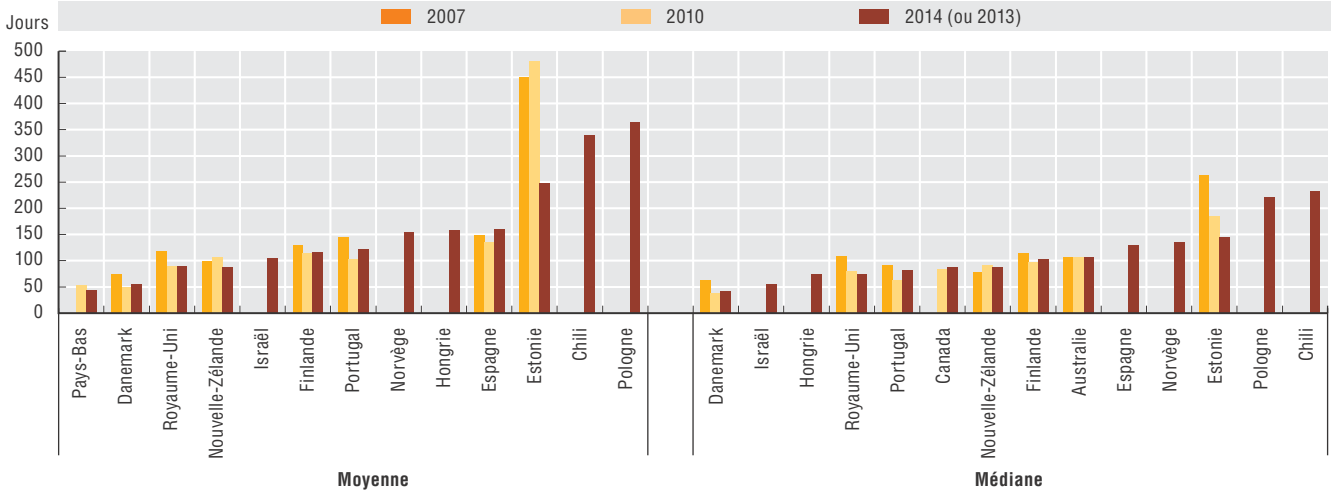
7.11. Chirurgie de la cataracte, temps d'attente entre le diagnostique du spécialiste et le traitement, 2007 à 2014 (ou 2013)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282026

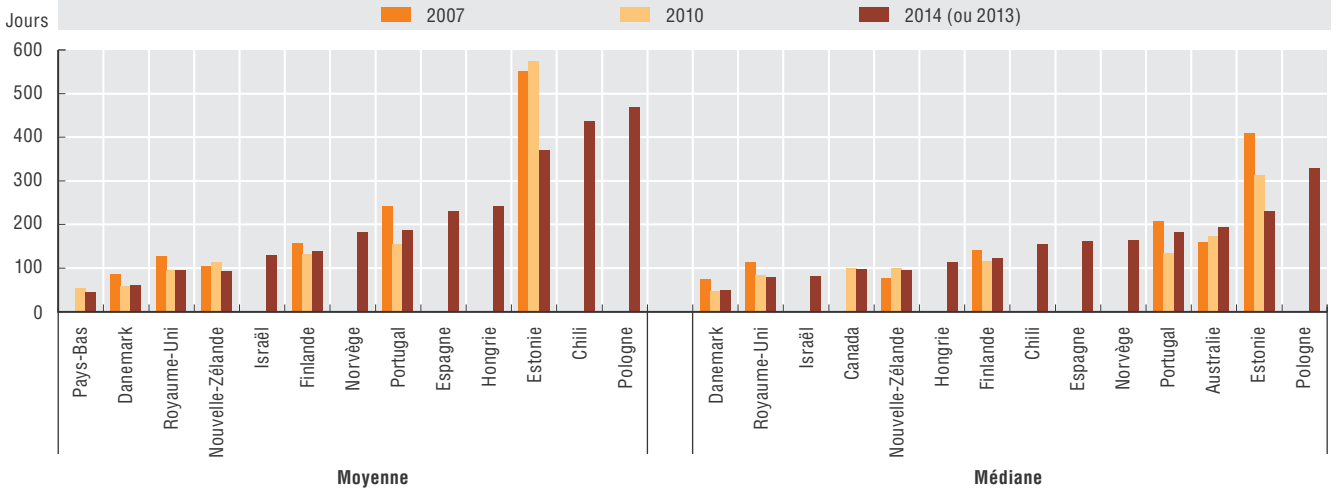
7.12. Remplacement de la hanche, temps d'attente entre le diagnostique du spécialiste et le traitement, 2007 à 2014 (ou 2013)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282026

7.13. Remplacement du genou, temps d'attente entre le diagnostique du spécialiste et le traitement, 2007 à 2014 (ou 2013)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282026

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

8. QUALITÉ DES SOINS

Admissions évitables à l'hôpital

Traitement du diabète

Prescriptions dans le cadre des soins primaires

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche

Complications chirurgicales

Traumatisme obstétrical

Soins pour les personnes atteintes des troubles mentaux

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

Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

Survie et mortalité du cancer colorectal

Programmes de vaccination des enfants

Vaccination antigrippale des personnes âgées

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.

Admissions évitables à l'hôpital

La plupart des systèmes de santé ont développé un « niveau de soins primaires » dont la fonction comprend la promotion de la santé et la prévention des maladies, la gestion des nouveaux problèmes de santé et des affections de longue durée et le transfert des patients vers des services hospitaliers lorsque cela 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.

L'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) 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). On estime que l'asthme touche 235 millions de personnes à travers le monde (OMS, 2013). Plus de 3 millions de personnes sont décédées de la MPOC en 2012, ce qui représente 6 % de l'ensemble des décès enregistrés dans le monde cette année-là (OMS, 2015). L'ICC est une pathologie grave qui survient lorque le cœur ne parvient pas à pomper un volume de sang suffisant pour répondre aux besoins du corps. L'insuffisance cardiaque congestive est souvent due à l'hypertension, au diabète ou à une maladie coronarienne. On estime que l'insuffisance cardiaque affecte plus de 26 millions de personnes à travers le monde, entraînant plus d'un million d'hospitalisations chaque année aux États-Unis et en Europe.

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 atténuer une dégradation importante de l'état des personnes souffrant d'asthme, de MPOC ou d'ICC et prévenir leur admission à l'hôpital.

Le graphique 8.1 présente les taux d'admission à l'hôpital pour l'asthme et la MPOC cumulés, compte tenu de la relation physiologique entre les deux pathologies. Les taux d'admission pour l'asthme varient de 1 à 11 selon les pays ; l'Italie, la Suisse et le Mexique affichent les taux les plus faibles, et la Corée, les États-Unis et la République slovaque déclarent des taux deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Concernant la MPOC, les disparités internationales des taux d'admission vont de 1 à 17 dans les pays de l'OCDE ; le Japon et l'Italie affichent les taux les plus faibles alors que la Hongrie et l'Irlande enregistrent les taux les plus élevés. Si l'on combine ces deux pathologies respiratoires, la variation est plus faible – de 1 à 8 – selon les pays. Les taux d'admission à l'hôpital pour ICC varient de 1 à 7, comme indiqué dans le graphique 8.2. Le Mexique, le Royaume-Uni et la Corée déclarent les taux les plus faibles, alors que la République slovaque, la Hongrie et la Pologne affichent des taux au moins 1.8 fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE.

Au cours des dernières années, la majorité des pays font état d'une diminution des taux d'admission pour ICC. Les approches envisagées pour améliorer la qualité des soins primaires sont décrites 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 utilisés pour inciter les prestataires à améliorer les services (OCDE, 2012).

Définition et comparabilité

Les indicateurs sont définis comme le nombre d'admissions hospitalières avec un diagnostic principal d'asthme, MPOC et ICC de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux ont été standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de 15 ans et plus.

La prévalence de la maladie peut expliquer une partie des variations des taux d'un pays à l'autre. Les différences de pratiques de codage entre pays ainsi que la définition d'une admission peuvent également affecter la comparabilité des données. Par exemple, bien que le transfert de patients d'un hôpital à un autre doive être exclu des calculs pour éviter les doublons, certains pays ne peuvent pas totalement respecter cette pratique. Il y a aussi un risque que les pays qui n'ont pas la capacité de suivre les patients au sein du système n'identifient pas toutes les admissions pertinentes du fait de changements dans le codage des diagnostics lors de transferts entre hôpitaux. L'impact de l'exclusion des admissions en cas de décès a été étudié, dans la mesure où ces admissions sont moins susceptibles d'être évitables. Les résultats montrent que si l'impact sur le taux indicateur varie selon les pathologies (ex : en moyenne, réduction de moins de 1 % des taux pour l'asthme, alors que pour l'ICC, la réduction est proche de 9 %), les évolutions de la variation des taux entre les pays pour chaque pathologie étaient minimes.

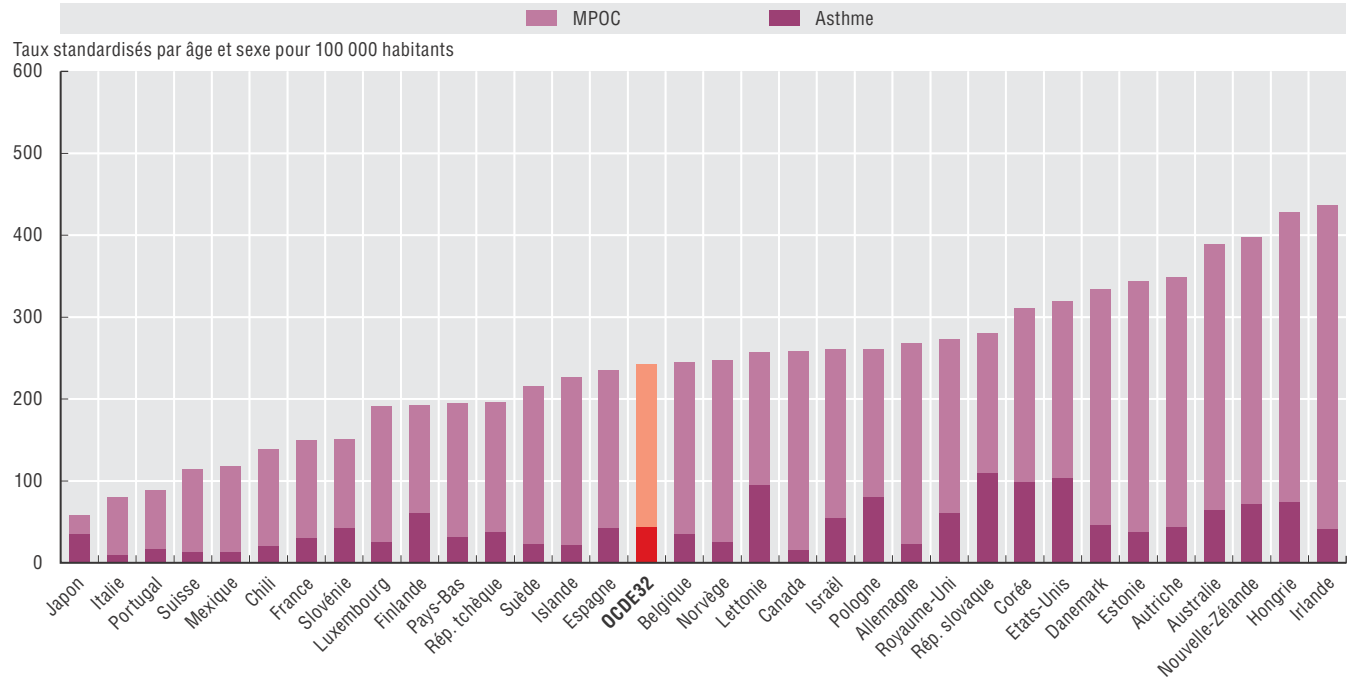
Références

OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en*.

OMS (2015), « Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) », *Aide-mémoire n° 315*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/*.

OMS (2013), « Asthme », *Aide-mémoire n° 307*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/*.

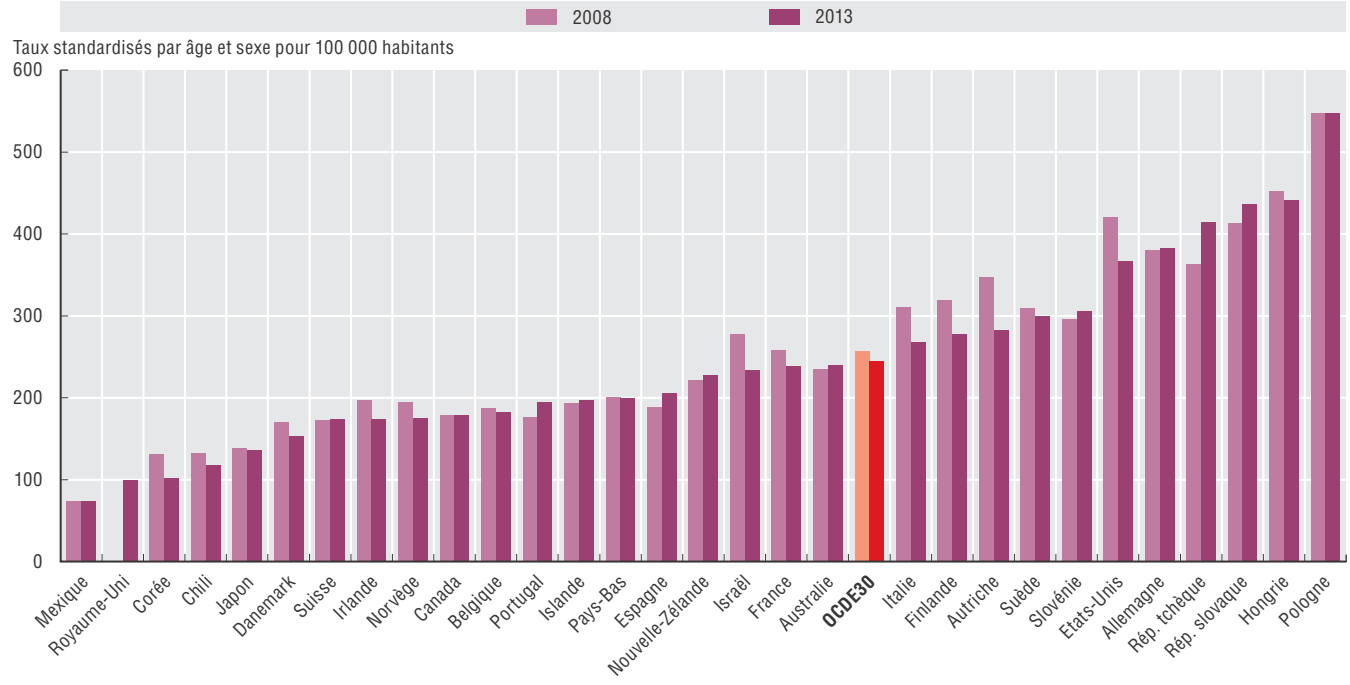
8.1. Admission à l'hôpital pour asthme et MPOC parmi la population adulte, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282035

8.2. Admission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive parmi la population adulte, 2008 et 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282035

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Traitement du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque que le corps n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. Dans les pays de l'OCDE, le diabète est une cause majeure de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur. En 2014, on estimait à plus de 380 millions le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde, et ce chiffre devrait s'approcher de 600 millions d'ici à 2035. Le diabète a été à l'origine de près de 5 millions de décès en 2014 (IDF, 2014). De nombreux pays ont mis en place des stratégies globales de traitement du diabète, mais selon certaines informations, davantage pourrait être fait pour prévenir la maladie (OCDE, 2014). Les médicaments réduisant le cholestérol et la tension artérielle sont recommandés dans la plupart des directives nationales de traitement des patients diabétiques (voir l'indicateur « Prescriptions dans le cadre des soins primaires » au chapitre 8).

Un mauvais contrôle du niveau de glucose dans le sang à court terme peut occasionner des vomissements, une déshydratation et même un coma, alors que des niveaux durablement élevés de glycémie pendant un certain nombre d'années peuvent entraîner de graves maladies assorties de conséquences permanentes pour la santé et le bien-être d'une personne. Le diabète peut par exemple occasionner des lésions nerveuses et une mauvaise circulation sanguine dans le temps. Ces problèmes rendent les pieds vulnérables à des ulcères cutanés, lesquels peuvent se dégrader rapidement et devenir difficiles à soigner. Un ulcère qui ne guérit pas peut-être à l'origine de graves lésions des tissus et des os au fil du temps, et finalement imposer l'amputation d'un orteil, d'un pied ou d'une partie de la jambe. Une gestion appropriée du diabète et des soins attentifs des pieds permettent d'éviter les ulcères de pied. La prise en charge du diabète requérant habituellement une grande quantité de soins personnels, les conseils et l'éducation sont essentiels pour les soins primaires des personnes diabétiques. Un contrôle efficace des niveaux de glycémie dans le cadre d'un suivi de routine, une modification du régime alimentaire et un exercice régulier permettent de diminuer l'apparition de complications graves et la nécessité d'une hospitalisation.

Le graphique 8.3 présente les admissions hospitalières pour diabète évitables. La disparité internationale des taux est proche de 1 à 8 ; l'Italie, la Suisse et l'Espagne déclarent les taux les plus faibles, alors que l'Autriche, la Corée et le Mexique affichent des taux au moins deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. La prévalence du diabète peut expliquer une partie de la disparité des taux d'admission pour diabète. On observe une corrélation positive entre les admissions à l'hôpital de la population générale et les admissions à l'hôpital pour cause de diabète, ce qui indique que l'accès global aux soins hospitaliers joue aussi peut-être un rôle dans l'explication du niveau des soins hospitaliers parmi la population de diabétiques (OCDE, 2015).

Les admissions hospitalières pour des amputations majeures des membres inférieurs (ablations chirurgicales des membres inférieurs, dont la jambe ou le pied) donnent une vision de la qualité à long terme du traitement du diabète. Le graphique 8.4 présente les taux des amputations majeures des membres inférieurs chez les adultes diabétiques. Le tableau de gauche présente les taux basés sur la population générale. La disparité des taux au niveau international est de 1 à 14, la Corée et l'Italie déclarant des taux inférieurs à trois pour 100 000 habitants (population générale) alors que Israël, le Portugal et la Slovénie affichent des taux supérieurs à dix. Les taux basés sur la population estimée de diabétiques sont présentés dans le tableau de droite. Les taux basés sur la population de diabétiques sont en moyenne neuf fois supérieurs à ceux de la population générale et révèlent des différences dans le classement des pays, ce qui indique que les différences entre les pays en termes de prévalence de la maladie peuvent expliquer une partie, sinon la totalité, des disparités transnationales.

Définition et comparabilité

L'indicateur des admissions à l'hôpital pour diabète est défini comme le nombre d'admissions hospitalières avec un diagnostic principal de diabète de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. L'indicateur pour les amputations majeures de membres inférieurs chez les adultes diabétiques est défini comme le nombre de sorties de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants, pour la population générale et la population estimée de diabétiques. Les taux pour les deux indicateurs ont été standardisés par âge et sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de 15 ans et plus.

La comparabilité des données peut être affectée par des différences de définition des données et des pratiques de codage entre les pays. Par exemple, le codage du diabète en tant que diagnostic principal ou diagnostic secondaire varie d'un pays à l'autre. Ce phénomène est plus prononcé pour le diabète que pour les autres maladies, car dans de nombreux cas l'admission est pour les complications secondaires du diabète plutôt que le diabète lui-même. Les estimations de la population de diabétiques utilisées pour calculer les indicateurs de taux d'amputation ont été autodéclarées par les pays.

Sous réserve de la poursuite du développement des données, l'utilisation des estimations de la population de diabétiques pour standardiser les taux de l'indicateur sera considérée dans le futur.

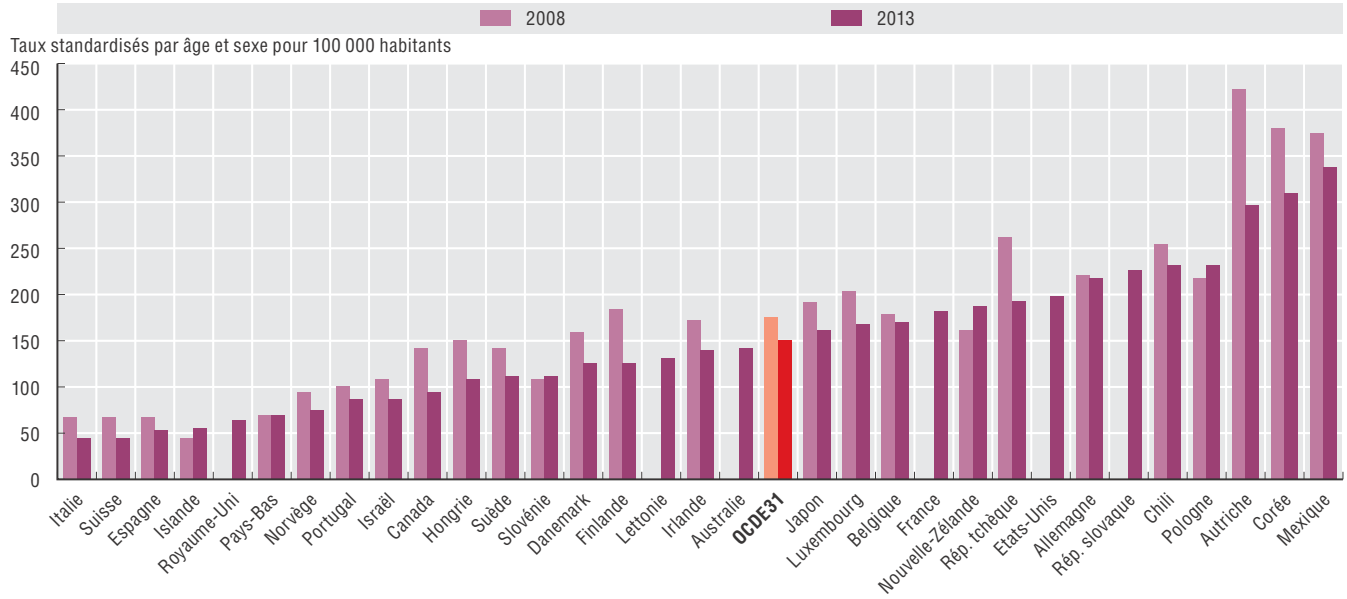
Références

Fédération internationale du diabète (2014) *IDF Diabetes Atlas Sixth Edition Update 2014*, consulté le 29 juin 2015 à l'adresse : *www.idf.org/diabetesatlas/update-2014*.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en*.

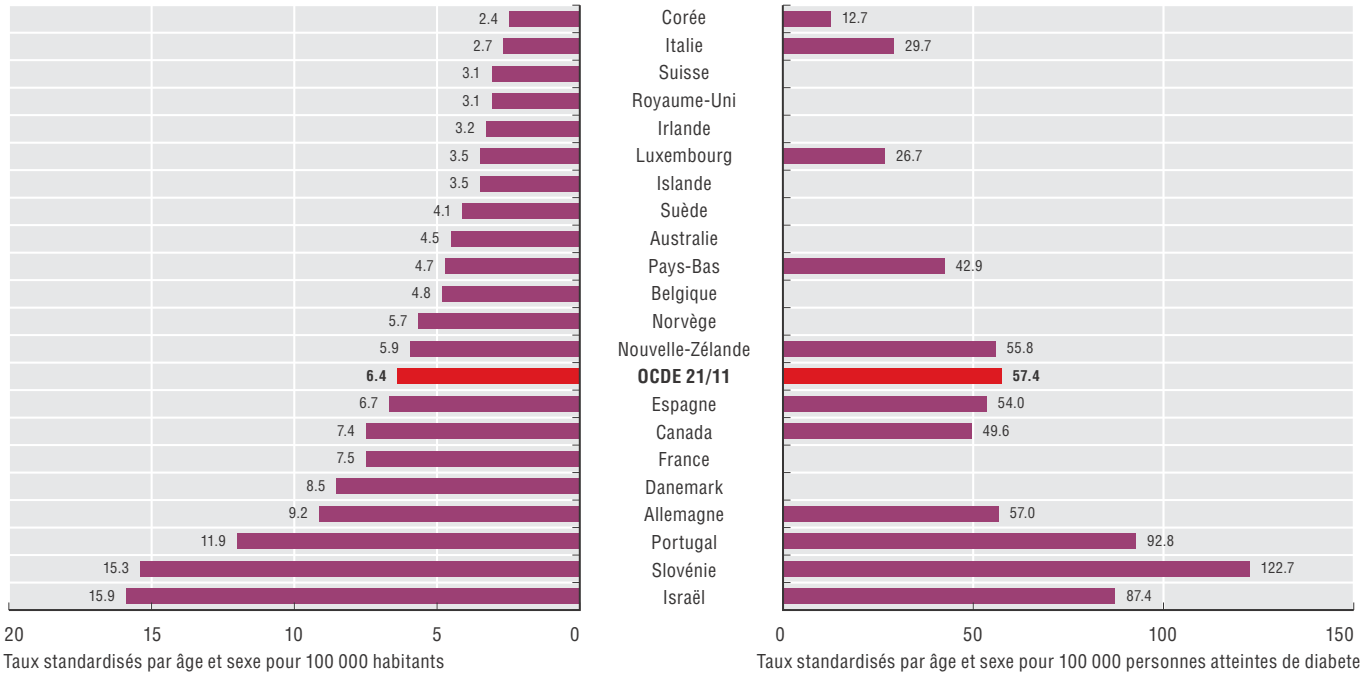
8.3. Admission à l'hôpital pour diabète parmi la population adulte, 2008 et 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282047

8.4. Amputation majeure des membres inférieurs parmi les adultes diabétiques, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282047

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Prescriptions dans le cadre des soins primaires

Au-delà de la consommation et des dépenses (voir le chapitre 10), les informations sur les prescriptions peuvent être utilisées en tant qu'indicateur de la qualité des soins de santé. Ainsi, les antibiotiques ne doivent être prescrits que lorsque le besoin est avéré, afin de réduire le risque de résistance des souches. 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 secondaire efficace en cas d'échec des antibiotiques de première ligne. Le volume total des antibiotiques prescrits, et des antibiotiques de seconde ligne en pourcentage du volume total, a été validé comme étant un marqueur de la qualité des structures de soins primaires. En mai 2015, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé un Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens (*http://who.int/drugresistance/global_action_plan*), lequel est également intégré dans plusieurs stratégies nationales.

Le graphique 8.5 présente le volume de l'ensemble des antibiotiques prescrits dans le cadre de soins primaires, lequel intègre le volume des antibiotiques de seconde ligne. Les volumes totaux varient de plus de un à quatre selon les pays ; le Chili, les Pays-Bas et l'Estonie déclarent les volumes les plus faibles, tandis que la Turquie et la Grèce affichent des volumes nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Les volumes des antibiotiques de seconde ligne varient pratiquement de 1 à 16 entre les pays. Les pays nordiques, les Pays-Bas et le Royaume-Uni déclarent les volumes les plus faibles pour ces antibiotiques, tandis que la Corée, la République slovaque et la Grèce affichent les volumes les plus élevés. Les 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.

Conjointement à des indicateurs complémentaires de la qualité des soins primaires du diabète (voir l'indicateur « Traitement du diabète »), le *Panorama de la santé* présente pour la première fois deux indicateurs liés à la qualité des prescriptions dans le cadre de soins primaires pour les patients diabétiques. Chez les diabétiques ayant de l'hypertension, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA-I) ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) sont recommandés par la plupart des directives nationales comme médicaments de première ligne pour réduire la tension artérielle. Ils sont en effet les plus efficaces pour réduire le risque de maladies cardiovasculaires et rénales. Les graphiques 8.6 et 8.7 révèlent d'importantes différences selon les pays des pratiques de prescription pour les patients diabétiques ; en République slovaque, 27 % des patients diabétiques se voient prescrire des médicaments destinés à réduire le taux de cholestérol, contre 81 % en Nouvelle-Zélande. On observe une plus grande cohérence dans le pourcentage de patients diabétiques sous antihypertenseurs ayant au moins une ordonnance pour des ECA-I ou des ARA, à l'exception de la République slovaque.

Les benzodiazépines sont souvent prescrites aux patients plus âgés pour lutter contre l'angoisse et les troubles du sommeil, malgré le risque d'effets secondaires indésirables tels que la fatigue, les vertiges et la confusion. Une méta-analyse indique que l'utilisation de benzodiazépines chez les personnes âgées est associée à un plus que doublement du risque de développer des effets indésirables par rapport à un placebo (Sithamparanathan et al., 2012). Les graphiques 8.8 et 8.9 indiquent que, dans l'OCDE, environ 29 patients âgés sur 1 000 en moyenne se voient prescrire des benzodiazépines ou des médicaments liés à long terme (> 365 doses quotidiennes définies en un an), et 62 sur 1 000 se sont vus prescrire au moins une fois des benzodiazépines ou des médicaments liés à longue durée d'action pendant l'année.

Afin de réduire la surconsommation et l'utilisation inappropriée (et potentiellement préjudiciable) des médicaments, des tests de diagnostic et des procédures, la campagne *Choosing Wisely* a été lancée en 2012. De plus en plus internationale, cette campagne propose des informations fondées sur des données probantes à l'intention des cliniciens et des patients sur les cas dans lesquels les médicaments et les procédures pourraient être inappropriées. Une utilisation judicieuse des antibiotiques et des benzodiazépines y est traitée (*www.choosingwisely.org*).

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. Les DQD sont attribuées par un consensus d'experts international à chaque principe actif dans une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Les DQD peuvent être cumulées au sein et entre les catégories thérapeutiques de la Classification thérapeutique anatomique (ATC). Plus d'informations à l'adresse : *www.whocc.no/atcddd*.

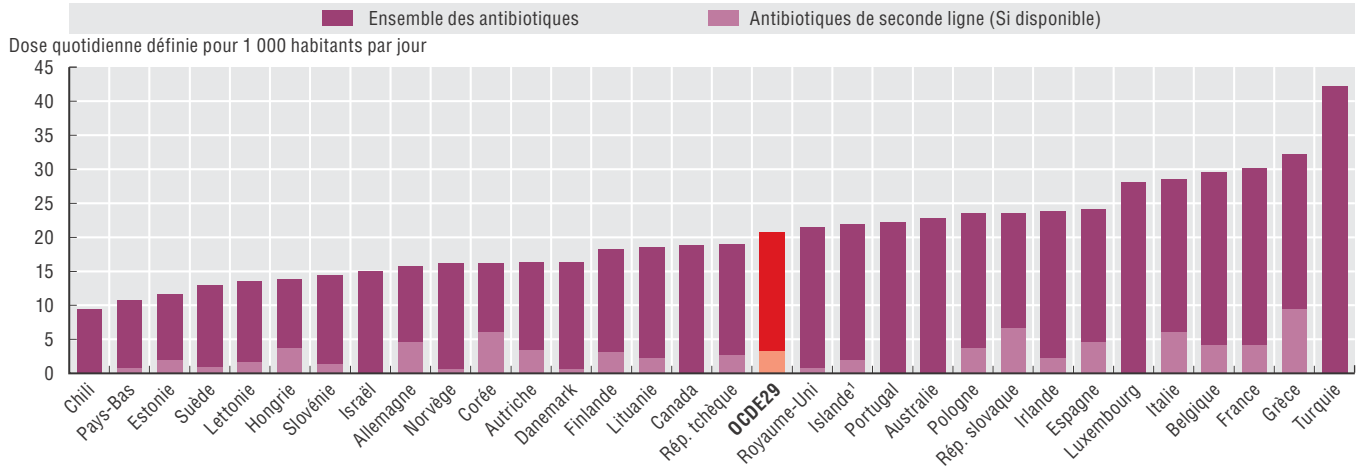
Dans le graphique 8.5, les données du Chili incluent les médicaments en vente libre. Les données du Canada, d'Israël et du Luxembourg excluent les médicaments prescrits dans les hôpitaux, les médicaments non remboursés et les médicaments en vente libre. Les données de l'Islande concernent tous les secteurs et pas uniquement les soins primaires. Les données du Portugal incluent les médicaments en vente libre et les médicaments non remboursés. Les données de l'Australie incluent les médicaments non remboursés. Les données de la Turquie concernent les soins de santé ambulatoires.

Les dénominateurs comprennent la population des bases nationales sur les prescriptions, plutôt que la population générale (sauf pour les données belges sur les benzodiazépines qui proviennent de l'enquête nationale sur la santé).

Références

Sithamparanathan, K., A. Sadera and L. Leung (2012), « Adverse Effects of Benzodiazepine Use in Elderly People: A Meta-analysis », *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, vol. 7, n° 2, pp. 107-111.

8.5. Volume total des antibiotiques prescrits, 2013 (ou année la plus proche)

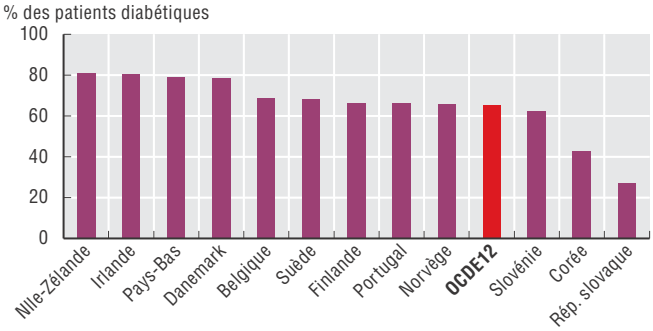


1. Tous secteurs confondus (pas seulement les soins primaires).

Source : European Centre for Disease Prevention and Control 2015 et *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

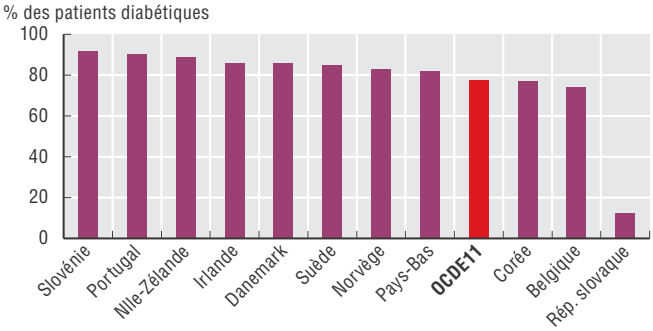
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282056

8.6. Patients diabétiques avec une prescription de médicaments pour réduire le cholestérol, 2013 (ou année la plus proche)



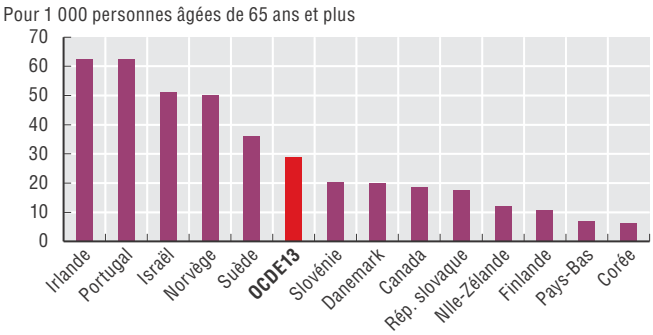
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282056

8.7. Patients diabétiques avec une prescription de médicaments antihypertenseurs, 2013 (ou année la plus proche)



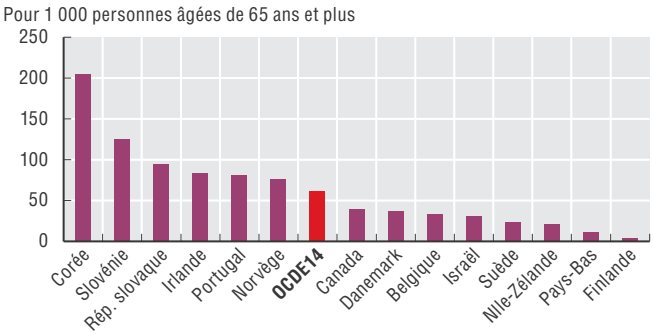
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282056

8.8. Patients âgés avec une prescription à long terme de benzodiazépines ou médicaments liés, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282056

8.9. Patients âgés avec une prescription de benzodiazépines ou médicaments liés à longue durée d'action, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282056

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable aux maladies coronariennes a considérablement diminué depuis les années 1970 (voir l'indicateur « Mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). Les progrès de la prévention, notamment contre le tabac (voir l'indicateur « Consommation de tabac chez les adultes » au chapitre 4), et du traitement des maladies cardiovasculaires ont dépassé ceux enregistrés contre beaucoup d'autres maladies (OCDE, 2015a).

Un bon indicateur de la qualité des soins aigus est le taux de décès à 30 jours 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 8.10 présente les taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission pour IAM a eu lieu. L'Australie enregistre le taux le plus faible (4.1 %) et le Mexique le plus élevé (28.2%), ce qui donne à penser que les patients admis pour IAM ne reçoivent pas toujours les soins recommandés. Au Mexique, la qualité des services médicaux d'urgence préhospitaliers est apparemment faible (Peralta, 2006). Les taux élevés de diabète non contrôlé peuvent également contribuer à expliquer les taux élevés de décès après un IAM (voir l'indicateur « Traitement du diabète » au chapitre 8) car les patients souffrant du diabète ont de plus mauvais résultats de santé après un IAM que ceux n'en souffrant pas, en particulier si le diabète est mal contrôlé. Au Japon, les individus ont moins de risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire de façon globale, mais sont plus susceptibles de mourir après leur admission à l'hôpital pour 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, 2015b).

Le graphique 8.11 présente les taux de mortalité dans les 30 jours lorsque les décès sont enregistrés indépendamment du lieu où ils surviennent. Cet indicateur est plus robuste en ceci qu'il enregistre de façon plus exhaustive les décès que l'indicateur des décès pour un même hôpital, mais nécessite un identifiant de patient unique et des données associées – ce qui n'est pas disponible dans tous les pays. Le taux de mortalité de l'IAM varie entre les pays, allant de 7.1 % au Canada à 18.8 % en Hongrie et à 19.1 % en Lettonie.

Les taux de mortalité de l'IAM ont fortement diminué entre 2003 et 2013 (graphiques 8.10 et 8.11). Dans les pays de l'OCDE, les taux ont chuté de 11.2 % à 8.0 % si l'on tient compte des décès survenus dans le même hôpital et de 14.3 % à 9.5 % si l'on considère les décès survenus à et en dehors de l'hôpital. La diminution a été particulièrement frappante en République slovaque, aux Pays-Bas et en Australie pour le premier indicateur, et en Finlande et en Pologne pour le second indicateur, avec une réduction moyenne annuelle de 6 %, contre des moyennes de 3 % et 4 % respectivement pour l'OCDE. L'amélioration de l'accès à des soins aigus de qualité élevée pour les crises cardiaques, y compris un transport en temps voulu des patients, des interventions médicales fondées sur des données probantes et des installations sanitaires spécialisées de qualité élevée (telles que les centres capables de réaliser des interventions par cathéter percutané) ont contribué à réduire les taux de mortalité dans les 30 jours (OCDE, 2015a). La Corée avait par exemple des taux de mortalité plus élevés pour l'IAM, mais en 2006, le pays a mis en œuvre un Plan global contre les maladies cardiovasculaires englobant la prévention, les soins primaires et les soins aigus des maladies cardiovasculaires (OCDE, 2012). Dans le cadre de ce plan, les services spécialisés ont été renforcés grâce à la création de centres régionaux cardio et cérébrovasculaires à travers le pays, et les temps d'attente moyens entre l'arrivée aux urgences et le début de la cathétérisation ont été réduits de 72.3 minutes en 2010 à 65.8 minutes en 2011, avec pour conséquence une diminution de la mortalité (OCDE, 2015a).

Définition et comparabilité

Le taux de mortalité mesure le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les taux basés sur les données des admissions concernent les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été initialement admis. Les admissions résultant d'un transfert ont été exclues pour l'ensemble des pays, sauf l'Australie, la Belgique, le Danemark, la Hongrie, l'Irlande, Israël, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, les Pays-Bas, la République slovaque et la Suède. Cette exclusion augmente généralement le taux par rapport aux pays qui n'excluent pas ces transferts. Les taux basés sur les données des patients concernent les décès survenus dans le même hôpital, un hôpital différent ou en dehors 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 un problème de santé aigu spécifique, tel qu'un IAM et un accident vasculaire cérébral ischémique.

Références

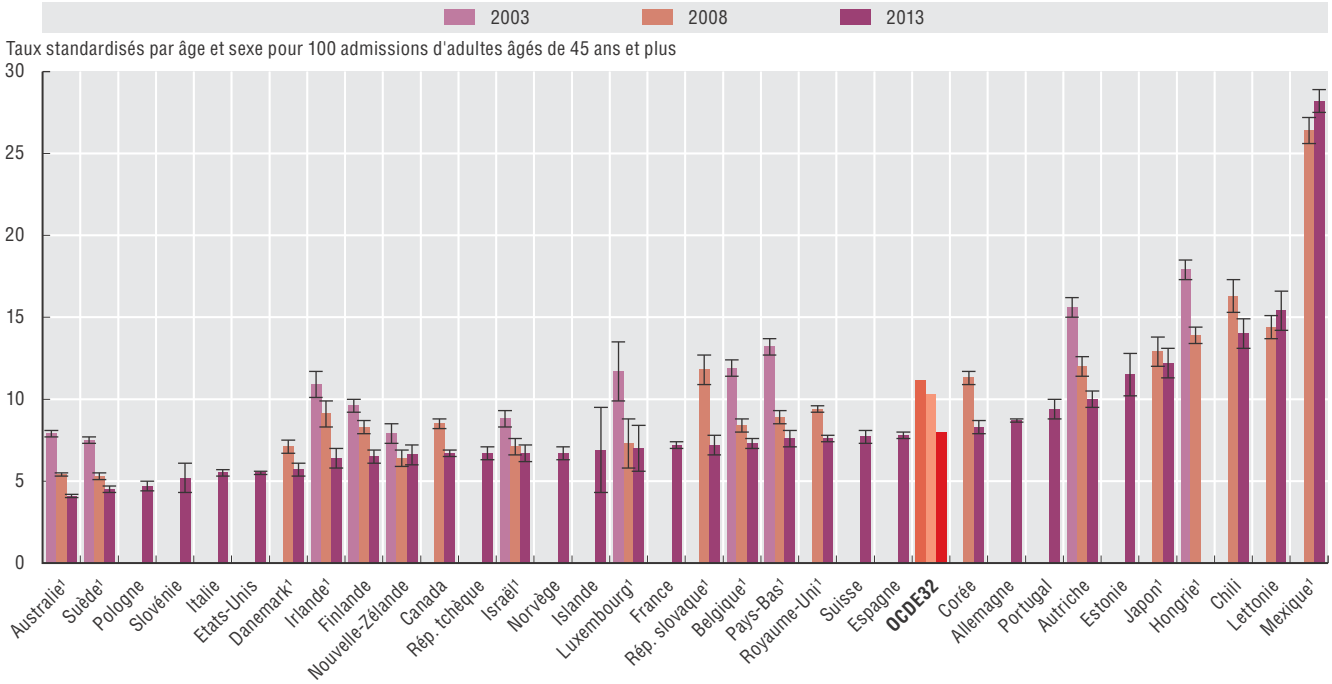
OCDE (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OCDE (2015b), *OECD Reviews of Health Care quality: Japan 2015 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en*.

OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care quality: Korea 2012 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, http*://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en*.

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.

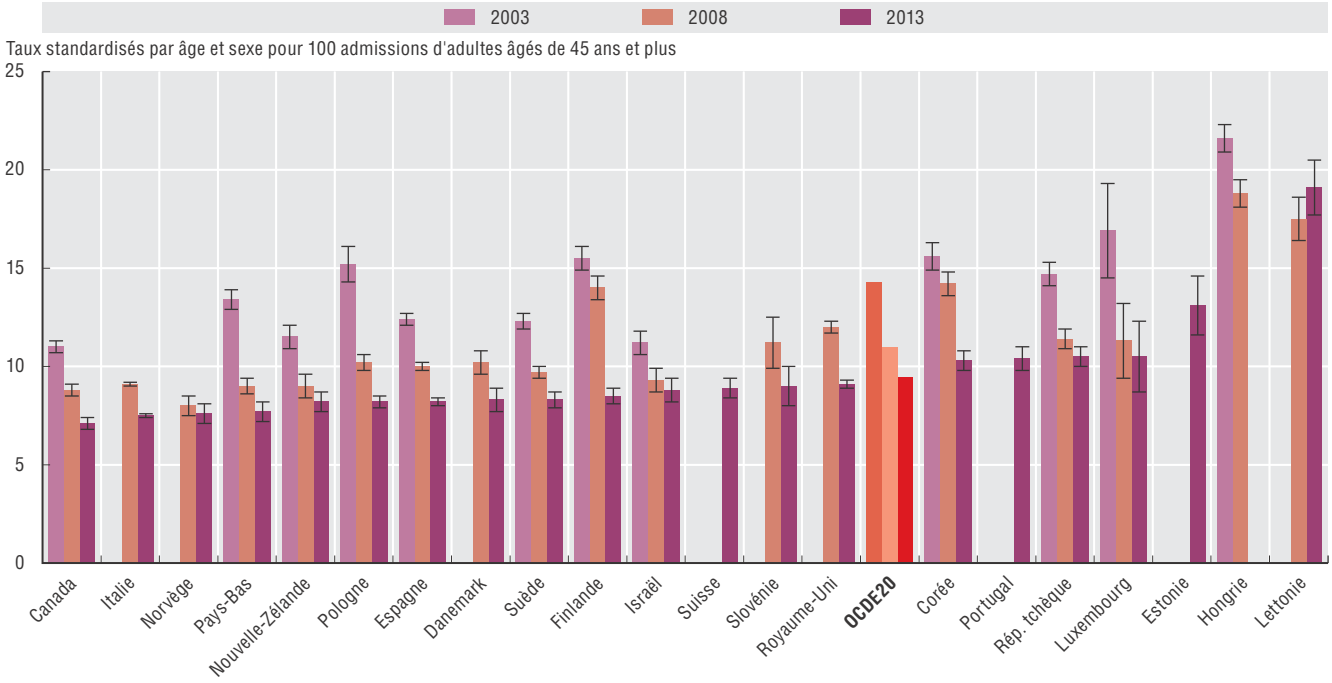
8.10. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les admissions, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.
1. Les admissions résultant d'un transfert sont inclues.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282064

8.11. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les patients, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour le Luxembourg.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282064

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

En 2013, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et autres maladies cérébrovasculaires représentaient plus de 7 % 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. Les AVC surviennent lorsque 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).

Le graphique 8.12 présente les taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission pour AVC a eu lieu. Le graphique 8.13 présente le taux de mortalité lorsque les décès sont enregistrés, qu'ils surviennent à l'hôpital ou hors de l'hôpital. Cet indicateur 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, 8.4 % des patients décédaient dans les 30 jours dans le même hôpital que celui où ils avaient été initialement admis pour AVC ischémique en 2013 (graphique 8.12). Les taux de mortalité étaient les plus élevés au Mexique (19.5 %) et en Lettonie (18.4 %). Ils étaient inférieurs à 5 % au Japon, en Corée 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 déclare les taux d'AVC ischémiques les plus faibles, mais des taux élevés de mortalité pour IAM. Ce résultat quelque peu paradoxal nécessite un examen approfondi, mais peut être relié à la gravité des maladies dans ce pays, que les données ne relèvent pas (pour plus de détails, voir l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde »).

Dans les 19 pays qui ont fourni des taux de mortalité basés sur des patients suivis dans et hors de l'hôpital, 10.1 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un AVC (graphique 8.13). 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.

Entre 2003 et 2013, les taux de mortalité des AVC ischémiques ont fortement diminué (graphiques 8.12 et 8.13). Dans l'OCDE, ils ont chuté de 10.2 % à 8.4 % en ce qui concerne les taux pour un même hôpital et de 12.7 % à 10.1 % en ce qui concerne les taux à et en dehors de l'hôpital. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas pour le premier indicateur, et le Chili, le Royaume-Uni, l'Estonie et la Finlande pour le second indicateur, ont réussi à réduire leurs taux annuels moyens de plus de 6 % par rapport aux moyennes de l'OCDE – de 2 % et 2.5 %, respectivement. L'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour la prise en charge des AVC, y compris un transport en temps voulu des patients, des interventions médicales fondées sur des données probantes et des installations spécialisées de qualité élevée telles que les unités dédiées aux AVC, ont permis de réduire les taux de mortalité dans les 30 jours (OCDE, 2015).

Malgré les progrès accomplis jusqu'à présent, la marge d'amélioration reste vaste en termes de mise en œuvre des meilleures pratiques de soins aigus pour les maladies cardiovasculaires (notamment les AVC) dans les pays. Pour réduire les délais des traitements de soins aigus, des stratégies ciblées peuvent s'avérer extrêmement efficaces. Toutefois, pour promouvoir l'utilisation de technologies de pointe fondées sur des données probantes pour les soins aigus, des approches plus larges sont nécessaires. Il conviendrait que des financements appropriés et des professionnels formés soient mis à disposition, et que les systèmes de fourniture de soins de santé soient adaptés pour permettre d'y accéder facilement (OCDE, 2015).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » dans le chapitre 8.

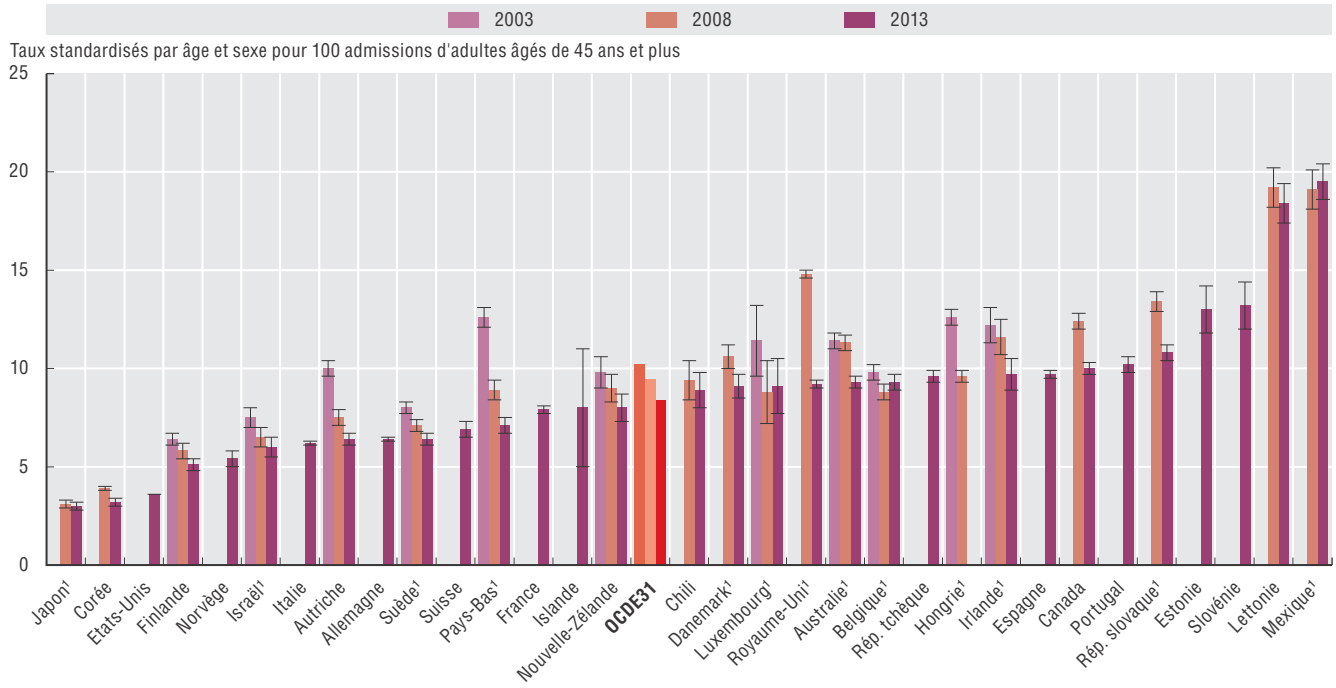
Références

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.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

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.

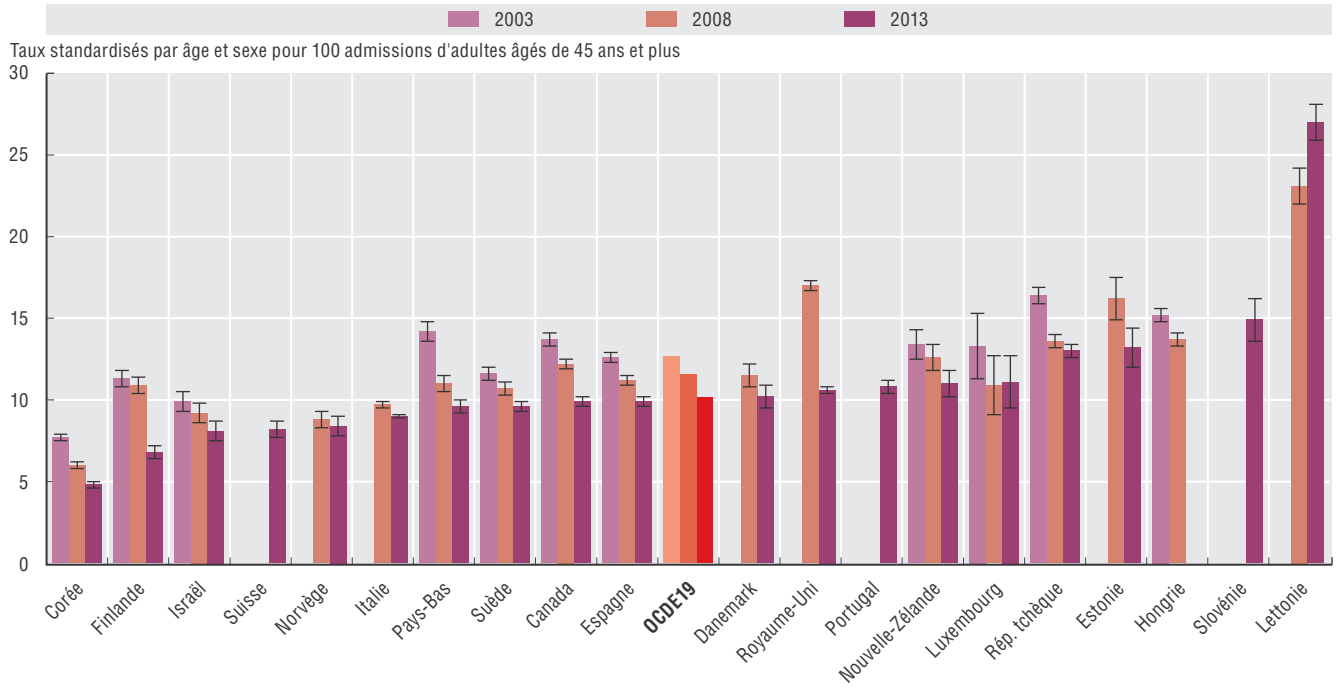
8.12. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur les admissions, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.
1. Les admissions résultant d'un transfert sont inclues.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282073

8.13. Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur les patients, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H. Moyenne sur trois ans pour le Luxembourg.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282073

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche

En ce qui concerne la fracture de la hanche, les principaux facteurs de risque sont associés au vieillissement – risque accru de chute et moindre solidité du squelette due à l'ostéoporose. Avec l'allongement de l'espérance de vie dans la plupart des pays de l'OCDE, la fracture de la hanche devrait devenir un problème de santé publique plus important dans les prochaines années.

Dans la plupart des cas, une intervention chirurgicale est nécessaire après une fracture de la hanche pour réparer ou remplacer l'articulation de la hanche. Les spécialistes admettent globalement qu'une intervention chirurgicale précoce optimise les résultats de santé pour le patient et minimise les risques de complications. Ils s'accordent en général à reconnaître qu'une opération chirurgicale doit être pratiquée dans les deux jours (48 heures) suivant l'hospitalisation. Dans certains pays, les directives prévoient même une intervention plus précoce. Les directives cliniques du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent par exemple que les interventions chirurgicales suite à une fracture de la hanche soient pratiquées le jour de l'admission à l'hôpital ou le jour suivant (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Pour la première fois, le *Panorama de la santé* présente des informations sur les délais d'attente pour une opération après une admission à l'hôpital pour fracture de la hanche. Une opération chirurgicale réalisée en temps voulu peut être considérée comme un indicateur de la qualité des soins aigus reçus par les patients s'étant fracturé la hanche.

En 2013, plus de 80 % des patients des pays de l'OCDE admis pour une fracture de la hanche ont en moyenne été opérés dans les deux jours (graphique 8.14). Au Danemark, en Islande et aux Pays-Bas, le pourcentage a été supérieur à 95 %. Les pays affichant le plus faible pourcentage d'opérations dans les deux jours suivant l'admission étaient l'Espagne (43 %), l'Italie (45 %) et le Portugal (45 %). De nombreux patients étaient traités dans des délais inférieurs à deux jours suivant leur admission. Aux Pays-Bas et en République tchèque, par exemple, plus de 40 % des patients admis à l'hôpital pour fracture de la hanche étaient opérés le jour même de leur admission.

Le graphique 8.15 présente le pourcentage d'opérations après une fracture de la hanche pratiquées dans les deux jours suivant l'admission à l'hôpital dans les pays de l'OCDE entre 2003 et 2013. La moyenne de l'OCDE a augmenté de 76 % à 81 % au fil du temps. C'est en Italie que l'on a observée l'amélioration la plus importante, le pourcentage étant passé de 28 % en 2008 à 45 % en 2013, ainsi qu'en Israël où il a augmenté de 70 % en 2003 à 85 % en 2013. La politique de comparaison des indicateurs hospitaliers publiquement déclarés, notamment le délai d'intervention à la suite d'une fracture de la hanche, mise en place par les autorités italiennes explique probablement pour partie l'amélioration observée dans ce pays. Au Canada, le pourcentage de patients opérés dans les deux jours a augmenté de 87 % en 2008 à 92 % en 2013, mais il existe des différences considérables concernant cet indicateur entre les provinces et les hôpitaux (CIHI, 2015). Au Portugal, le pourcentage d'opérations de la hanche dans les deux jours suivant l'admission a, à l'inverse, diminué de 57 % en 2008 à 45 % en 2013.

Le délai d'attente des patients ayant une fracture de la hanche est fonction de nombreux facteurs, notamment la capacité des hôpitaux en termes de salles d'opération, les flux et l'accès. Les patients ayant une blessure ou un diagnostic particulier (ex : fracture de la hanche) pourraient être opérés plus rapidement, mais ce serait au détriment des délais d'autres interventions (ex : arthroplastie de la hanche ou du genou).

Définition et comparabilité

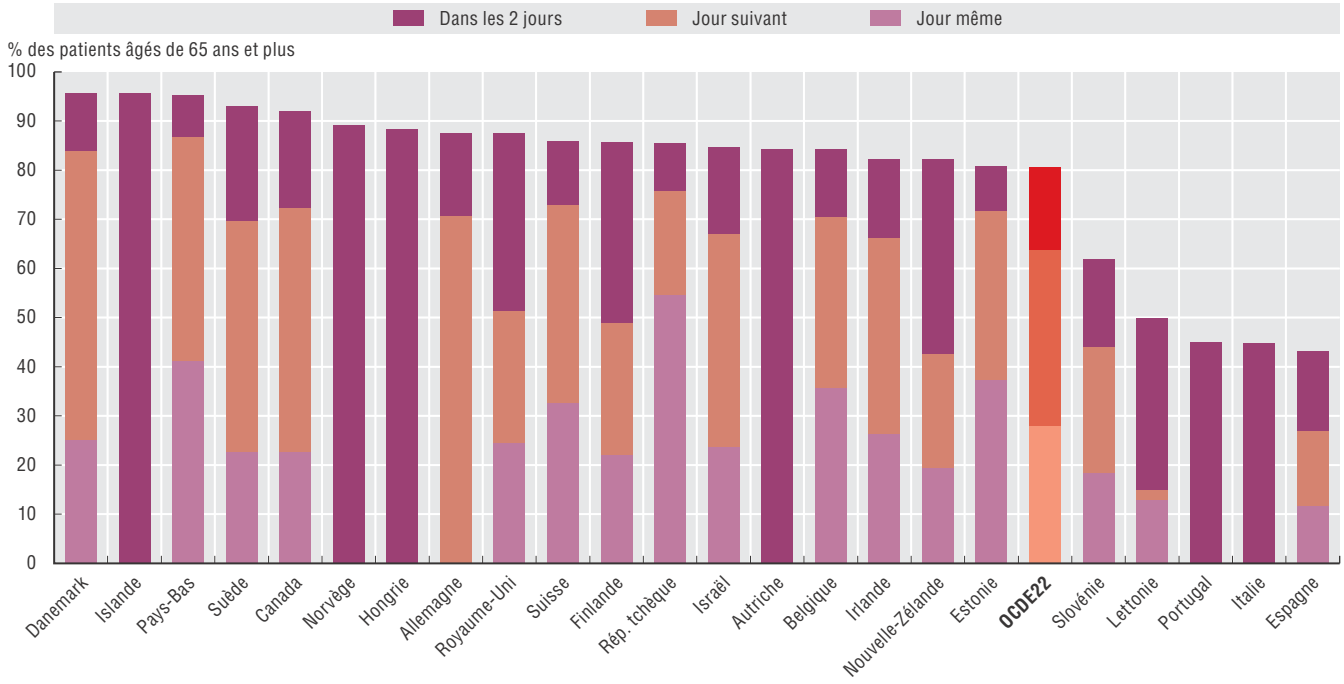
Cet indicateur est défini comme le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus admis à l'hôpital une année donnée avec un diagnostic de fracture du col du fémur ayant été opérés dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital. Des données sont également établies pour le pourcentage de patients ayant été opérés le jour suivant leur admission à l'hôpital, ainsi que pour les patients ayant été opérés le jour même de leur admission. Bien que la capacité à extraire les horaires d'admission et d'opération des données administratives des hôpitaux varie selon les pays, la plupart d'entre eux sont en mesure de faire la distinction entre les patients qui restent une nuit et sont opérés dans les 24 heures, et les patients qui sont opérés le jour de leur admission. Quelques pays n'ont pu fournir que les données pour les opérations effectuées dans les deux jours.

Références

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé (2015), *Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada 2015*, ICIS, Ottawa.

NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014), *Hip Fracture: The Management of Hip Fracture in Adults,* NICE clinical guideline 124, publié en juin 2011, dernière modification en mars 2014.

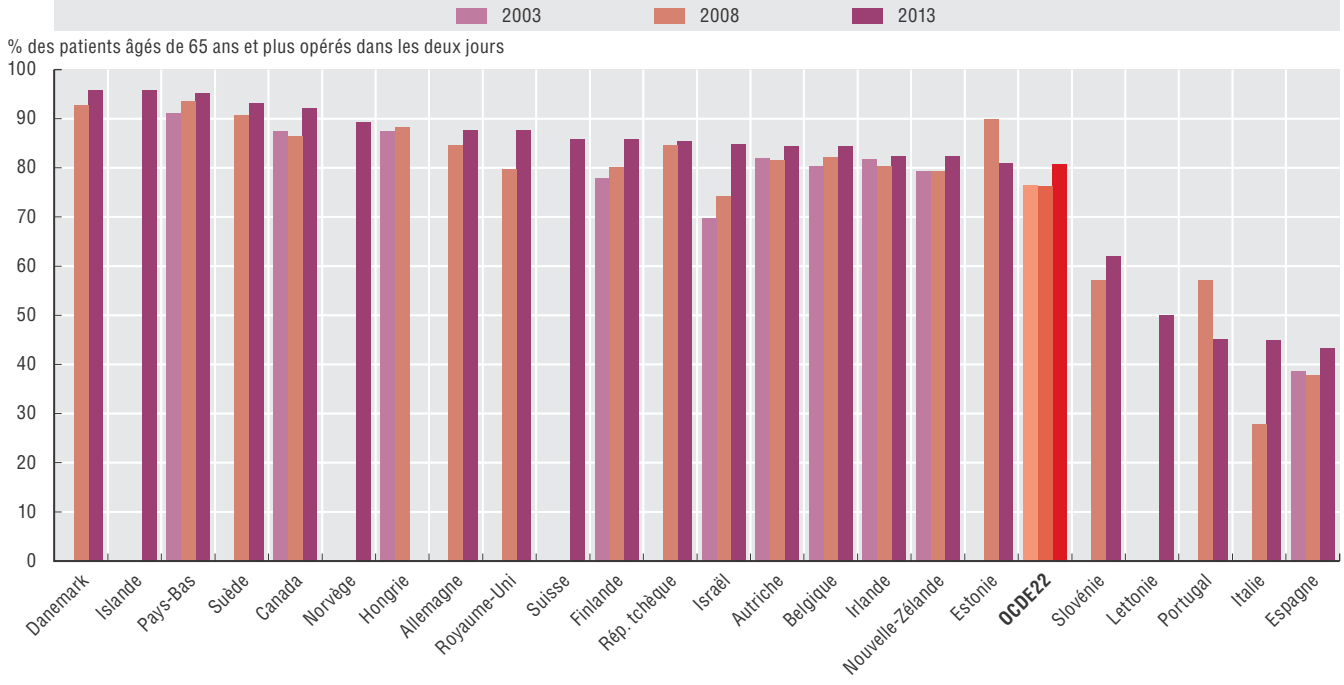
8.14. Opération chirurgicale après admission à l'hôpital pour une fracture de la hanche, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282086

8.15. Opération chirurgicale après admission à l'hôpital pour une fracture de la hanche, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282086

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 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 pas être évités dans tous les cas, compte tenu du caractère risqué de certaines interventions, même si une hausse des taux de complications peut être le signe de problèmes systémiques.

Le graphique 8.16 présente les taux de deux problèmes de santé liés : l'embolie pulmonaire (EP) et la thrombose veineuse profonde (TVP) après une arthroplastie de la hanche ou du genou. Il s'agit de procédures à haut risque souvent associées à des complications postopératoires de type EP et TVP. L'EP et la TVP sont à l'origine de douleurs inutiles et de décès dans certain cas, mais peuvent être évitées grâce à des anticoagulants ainsi qu'à d'autres mesures prises avant, pendant et après l'opération. Le graphique 8.17 présente les taux d'un autre problème de santé, la septicémie après une opération de l'abdomen. La chirurgie abdominale est également une procédure à haut risque. 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 8.18 présente un événement qui ne devrait jamais se produire : le taux de corps étrangers laissés dans l'organisme pendant l'intervention. Les facteurs de risque les plus courants pour ces incidents qui n'auraient jamais dû arriver sont les urgences, les modifications imprévues des procédures, l'obésité des patients et des changements dans l'équipe chirurgicale. Les mesures préventives englobent le comptage des instruments, une exploration méthodique de la plaie et une communication efficace entre les membres de l'équipe chirurgicale.

La partie de gauche des graphiques 8.16, 8.17 et 8.18 présente les taux des trois complications postopératoires respectives basés sur l'« admission chirurgicale », l'admission à l'hôpital lorsque l'opération a eu lieu. La partie droite de ces graphiques présente les taux basés sur l'« admission chirurgicale » et sur toutes les réadmissions ultérieures à l'hôpital dans les 30 jours, que ce soit dans le même hôpital ou dans un autre. L'utilisation d'un identifiant de patient unique est nécessaire pour calculer les taux des graphiques de droite, mais cela n'est pas disponible dans certains 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).

Définition et comparabilité

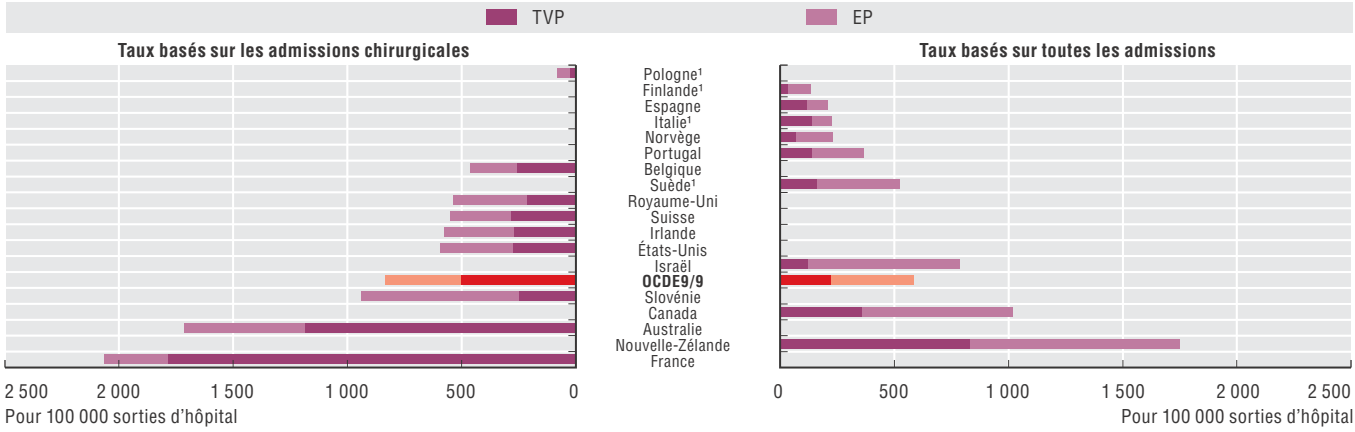
Les complications chirurgicales sont définies comme le nombre de sorties d'hôpital assorties d'un code CIM de complication dans tout champ de diagnostic secondaire pour l'« admission chirurgicale » et tout champ de diagnostic pour toute réadmission ultérieure liée dans les 30 jours, divisé par le nombre total de sorties de patients de 15 ans et plus. Contrairement aux données présentées dans le Panorama de la santé 2013, les taux des indicateurs n'ont pas été ajustés en fonction du nombre moyen de diagnostics secondaires, dans la mesure où une forte corrélation positive entre le nombre de diagnostics secondaires et les taux des indicateurs déclarés par les pays n'était pas visible dans les données les plus récentes.

Un défi de taille en matière de comparaison internationale des indicateurs de sécurité pour les patients concerne la qualité des données sous-jacentes. Des différences dans la façon dont les pays enregistrent les diagnostics et les procédures et définissent les admissions à l'hôpital peuvent affecter les calculs des taux. Par exemple, les différences dans l'utilisation de l'indication « présent à l'admission » pour les diagnostics et les maladies (CIM-9-CM et CIM-10-AM) et les systèmes de classification des procédures sont connues pour affecter la comparabilité des données. Dans certains cas, un taux élevé peut refléter un système d'enregistrement de sécurité des patients plus développé et une culture de la sécurité du patient plus importante plutôt que de mauvais soins. Une analyse récente de la dispersion des taux d'EP ou de TVP postopératoires dans les hôpitaux des pays de l'OCDE a montré des disparités extrêmement importantes des taux déclarés, y compris des taux invraisemblablement élevés et faibles pour des hôpitaux d'un même pays, même après correction du risque. Il est de ce fait probable que les disparités des taux nationaux montrés ici reflètent des différences au niveau des pratiques de codage et d'enregistrement à la fois entre les pays et à l'intérieur des pays, et masquent de réelles différences en termes de qualité des soins. Il est nécessaire que les déclarations d'événements liés à la sécurité des patients entre les pays soient plus cohérentes, et la marge de manœuvre pour améliorer la qualité des données au sein des programmes nationaux axés sur la sécurité des patients est vaste. Une analyse plus poussée de la comparabilité des codages orientera les futures stratégies d'amélioration.

Références

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.

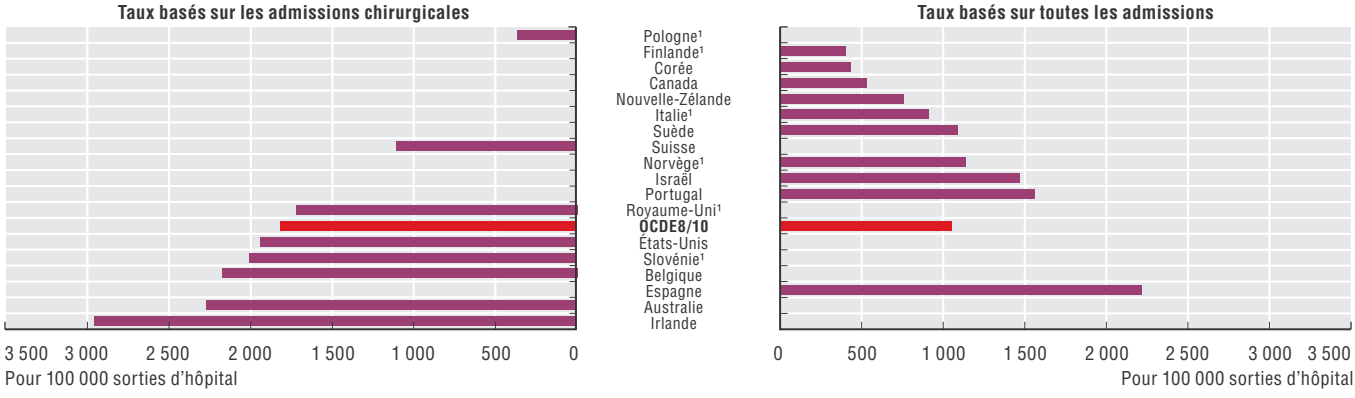
8.16. Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde après une arthroplastie de la hanche ou du genou, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les taux n'ont pas été ajustés par le nombre moyen de diagnostics secondaires.
1. Le nombre moyen de diagnostics secondaires est < 1.5.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282096

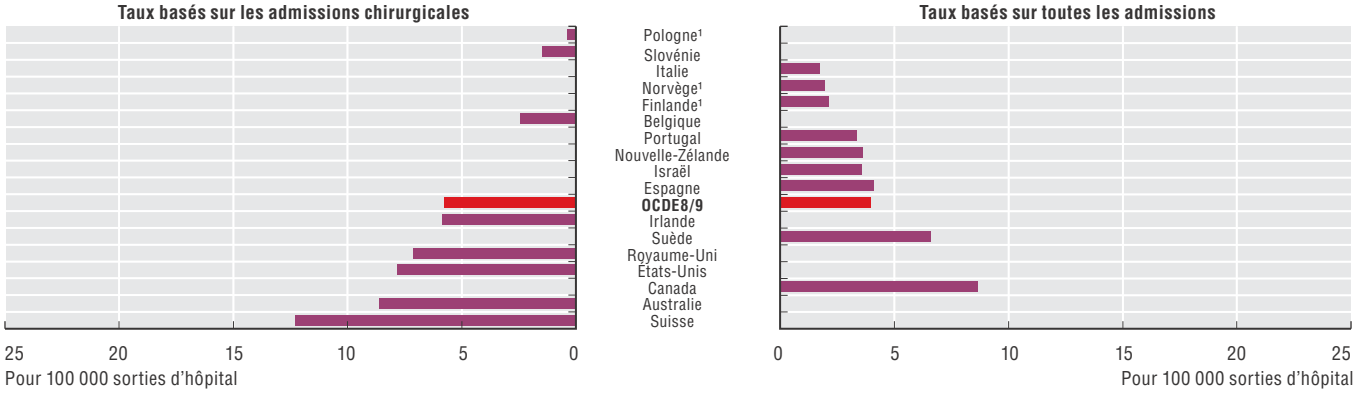
8.17. Septicémie après une opération de l'abdomen, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les taux n'ont pas été ajustés par le nombre moyen de diagnostics secondaires.
1. Le nombre moyen de diagnostics secondaires est < 1.5.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282096

8.18. Corps étrangers laissés dans l'organisme pendant une opération, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les taux n'ont pas été ajustés par le nombre moyen de diagnostics secondaires.
1. Le nombre moyen de diagnostics secondaires est < 1.5.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282096

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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. Les déchirures qui s'étendent aux muscles du périnée et à la paroi intestinale 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.

Il n'est pas possible de prévenir totalement ces types de déchirures, mais on peut les atténuer par l'emploi de normes de soins adaptées pendant le travail. Par conséquent, la proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures de degré élevé est un indicateur de la qualité des soins obstétricaux. 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).

L'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée réalisée pour élargir l'orifice vaginal pour l'accouchement d'un nourrisson. Il existe d'importantes disparités en Europe dans le recours à l'épisiotomie lors d'accouchements par voie basse, allant d'environ 70 % des naissances au Portugal et en Pologne en 2010 à moins de 10 % en Suède, au Danemark et en Islande (Euro-Peristat, 2013). Le recours sélectif à l'épisiotomie pour réduire les déchirures graves du périnée pendant l'accouchement fait l'objet de controverses, certains faisant valoir que l'on dispose actuellement de données inadéquates pour évaluer de façon appropriée les aspects de sécurité et d'efficacité (Lappen et Gossett, 2010).

Les indicateurs de traumatisme obstétrical sont considérés comme relativement fiables et comparables entre pays, en particulier dans la mesure où ils sont moins sensibles aux différences des pratiques de codage du diagnostic secondaire des 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 font appel à du personnel administratif spécialement formé pour identifier et coder les incidents préjudiciables à partir des données cliniques des patients produisent des données plus fiables.

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. En 2013, le taux moyen de traumatisme obstétrical *avec* instrument (6.0 % des accouchements par voie basse avec utilisation d'instrument) dans 21 pays de l'OCDE représentait près de quatre fois le taux de traumatisme obstétrical *sans* instrument (1.6 % des accouchements par voie basse sans utilisation d'instrument). Le taux de traumatismes obstétricaux après un accouchement par voie basse avec utilisation d'instrument (graphique 8.19) varie fortement d'un pays à l'autre. Les taux déclarés varient de moins de 2 % en Pologne, en Slovénie, en Italie et en Israël à plus de 10 % aux États-Unis, en Suède, au Danemark et au Canada.

Les taux de traumatisme obstétrical après accouchement par voie basse *sans* utilisation d'instrument (graphique 8.20) affichent des disparités aussi importantes entre les pays, allant de 0.3 % ou moins en Pologne et en Slovénie à 2.8 % ou plus au Royaume-Uni, en Suède et au Canada. Il existe un fort lien entre ces deux indicateurs : la Pologne et la Slovénie rapportent les taux les plus faibles, et la Suède et le Canada 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 basse avec et sans instrument assortis d'un code de traumatisme obstétrical de 3e ou de 4e degré. D'éventuelles différences dans la définition des diagnostics principal et secondaire n'ont donc aucune influence sur les taux calculés.

Plusieurs 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 (Baghestan et al., 2007).

Références

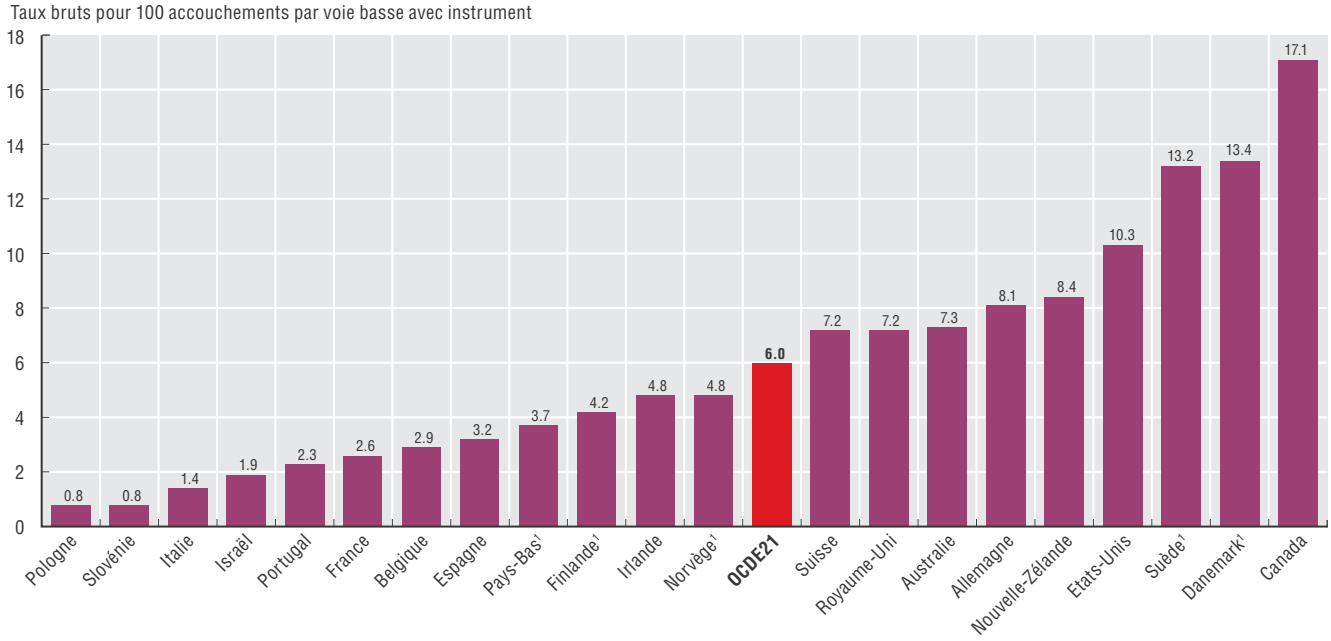
AHRQ – Agency for Health Research and Quality (2006), *Patient Safety Indicators Overview: AHRQ Quality Indicators – Février 2006*, AHRQ, Rockville, États-Unis.

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.

Euro Peristat (2013) European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010, ISERM, Paris.

Lappen, J.R. et D.R. Gossett (2010), « Changes in Episiotomy Practice: Evidence-based Medicine in Action », *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, vol. 5, n° 3, pp. 301-309.

8.19. Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec instrument, 2013 (ou année la plus proche)

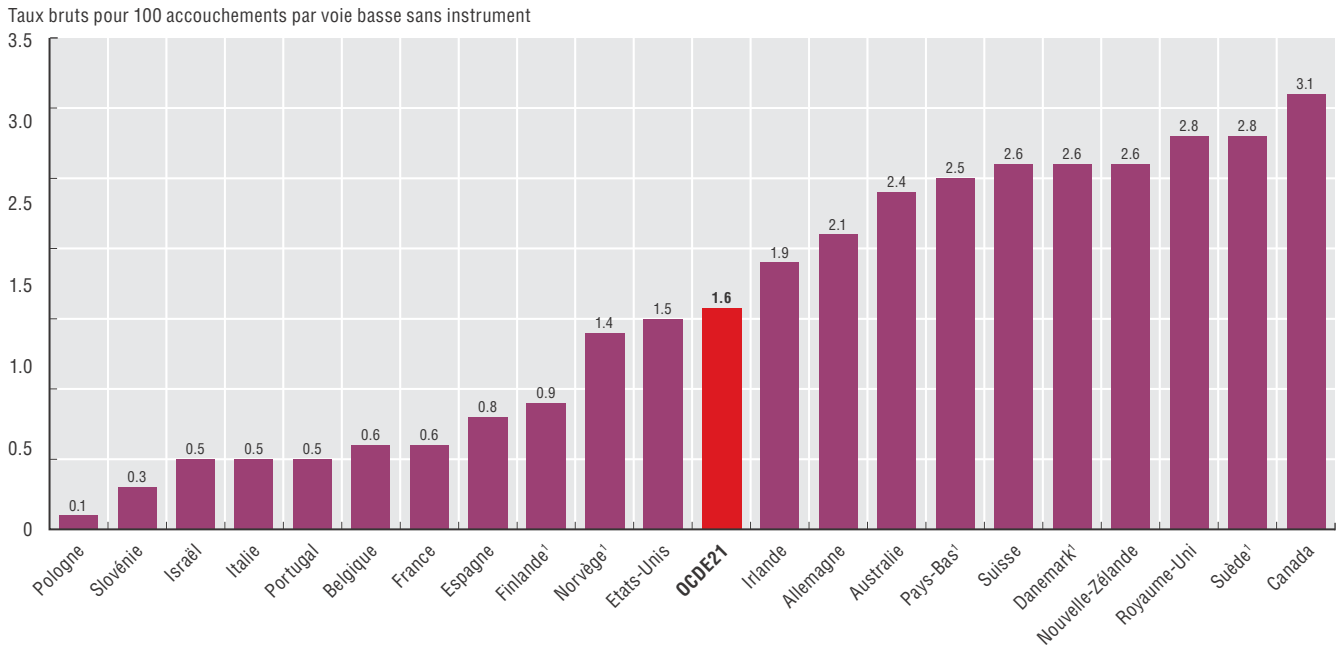


1. Taux basés sur des données de registre.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282100

8.20. Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse sans instrument, 2013 (ou année la plus proche)



1. Taux basés sur des données de registre.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282100

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Soins pour les personnes atteintes des troubles mentaux

La charge des maladies mentales est importante et l'on estime que ces maladies affectent à tout moment une personne sur quatre dans les pays de l'OCDE et une personne sur deux durant sa vie (OCDE, 2014a). Des soins de qualité élevée prodigués en temps voulu peuvent améliorer les résultats de santé et contribuer à réduire les cas de suicide, et une mortalité excessive, chez les personnes ayant des désordres psychiatriques.

Il est vital de proposer des soins de qualité élevée pour la prise en charge des troubles mentaux en milieu hospitalier. Le graphique 8.21 présente les taux de suicide des patients hospitalisés pour l'ensemble des admissions à l'hôpital pour des problèmes psychiatriques. Le suicide de patients hospitalisés est un événement qui ne devrait jamais se produire et devrait être suivi de près comme indicateur de la capacité des établissements à assurer la sécurité des patients contre de tels dangers. La plupart des pays déclarent des taux inférieurs à 0.1 pour 100 patients. Le Danemark et l'Estonie sont des exceptions avec des taux de 0.1 et 0.3 respectivement. Les mesures permettant d'éviter les suicides des personnes hospitalisées sont notamment l'identification et la suppression des occasions de se faire du mal à soi-même, l'évaluation du risque des patients, le suivi et des programmes de traitement appropriés.

Le taux de suicide après sortie de l'hôpital peut servir d'indicateur de la qualité des soins dans la communauté et de la coordination entre les milieux hospitaliers et communautaires. Le risque de suicide dans la première année suivant la sortie d'un service hospitalier de soins psychiatriques est beaucoup plus élevé que pour la population générale. En 2012, le taux de suicide des patients qui ont été hospitalisés l'année précédente était de 0.43 pour 100 patients, contre un taux de suicide de 0.01 pour 100 dans la population générale dans les pays de l'OCDE pour lesquels ces données sont disponibles. Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont particulièrement à risque juste après leur sortie de l'hôpital. Dans tous les pays, les suicides dans les 30 jours suivant la sortie représentaient au moins un quart de l'ensemble des suicides dans la première année suivant la sortie de l'hôpital (graphique 8.22). Une planification de la sortie et un suivi approprié, et des niveaux de soins renforcés immédiatement après la sortie, peuvent aider à réduire les risques de suicides (OCDE, 2014a).

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques ont un taux de mortalité plus élevé que la population générale. Un chiffre de surmortalité supérieur à un implique que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès plus élevé que le reste de la population. Les graphiques 8.23 et 8.24 présentent la surmortalité pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, laquelle est supérieure à 2 dans tous les pays. Un taux supérieur de maladies physiques et chroniques, lié à des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'abus de drogues et d'alcool, les effets secondaires des traitements psychotropes et des mauvais soins de santé physique, et un risque accru de suicide contribuent à la surmortalité. Une approche pluridisciplinaire incluant des programmes de prévention primaire pour les personnes souffrant de désordres mentaux, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et une modification des attitudes professionnelles est nécessaire pour réduire cette surmortalité. Par exemple, la Suède surveille le recours aux soins de santé physiques des patients hospitalisés dont le trouble mental diagnostiqué aurait pu être évité si les soins primaires et/ou la prévention primaire ou secondaire avaient été suffisants (OCDE, 2014a ; OCDE, 2014b).

Définition et comparabilité

L'indicateur du suicide de patients hospitalisés est composé d'un dénominateur : patients sortis de l'hôpital avec un diagnostic principal ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), et d'un numérateur : nombre de patients ayant commis un « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Il est fréquent qu'il y ait moins de 10 suicides de patients hospitalisés une année donnée, ce qui signifie que les taux déclarés peuvent varier. Lorsque cela a été possible, une moyenne sur trois ans a été calculée pour donner davantage de stabilité à l'indicateur, mais ça n'a pas été le cas pour la République tchèque, le Portugal et la Suisse. Les données doivent être interprétées avec précaution du fait du très petit nombre de cas.

Le taux de suicide dans les 30 jours ou dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi en reliant les sorties après hospitalisation avec un diagnostic principal ou deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), avec les suicides inscrits dans les registres des décès (codes CIM-10 : X60-X84). En cas d'admissions multiples pendant l'année de référence, la période de suivi débute à partir de la dernière sortie.

En ce qui concerne les indicateurs de surmortalité, le numérateur est le taux de mortalité global pour les personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou un trouble bipolaire a déjà été diagnostiqué. Le dénominateur est le taux de mortalité global de la population âgée de 15 à 74 ans. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de trouble bipolaire qui meurent dans une année donnée peut entrainer des variations importantes d'année en année pour certains pays. Les données disponibles dans la plupart des pays n'ont pas permis le calcul de moyennes sur deux ans.

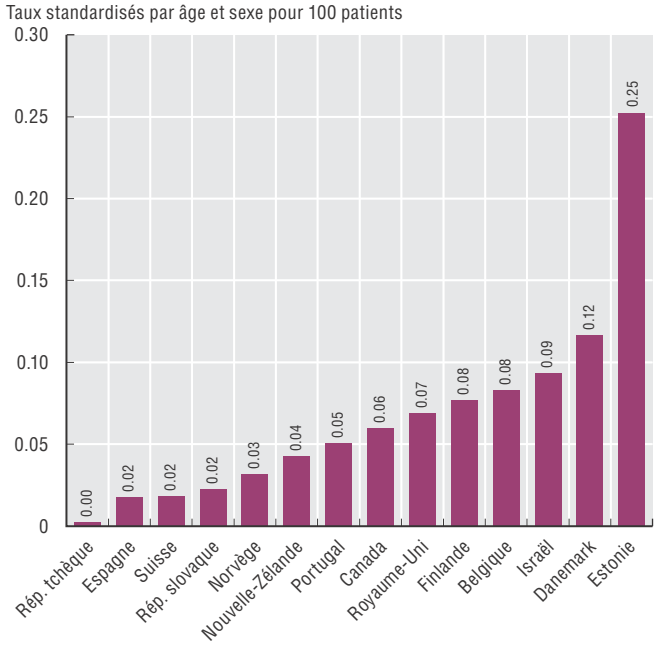
Les données ont été normalisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

Références

OCDE (2014a), *Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of neglecting mental health care*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en*.

OCDE (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en*.

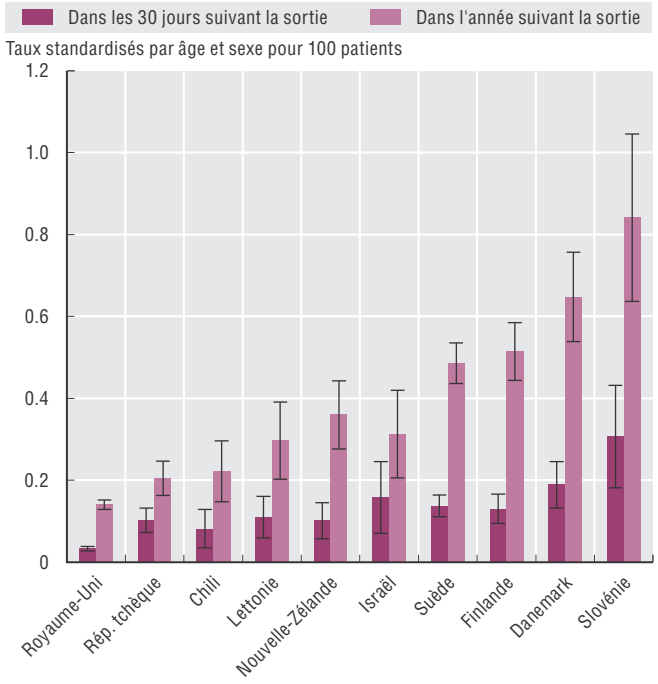
8.21. Suicide parmi les patients hospitalisés avec un trouble psychiatrique, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur 3 ans pour la plupart des pays.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282112

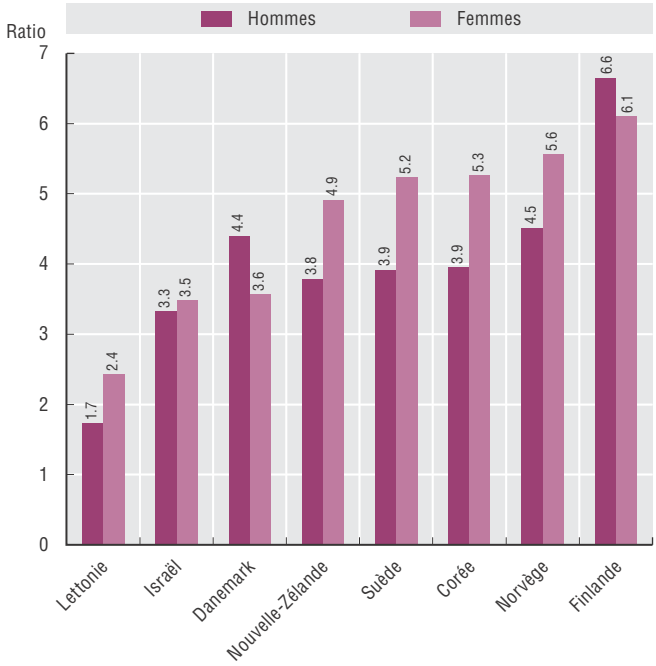
8.22. Suicide après une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie, 2012



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282112

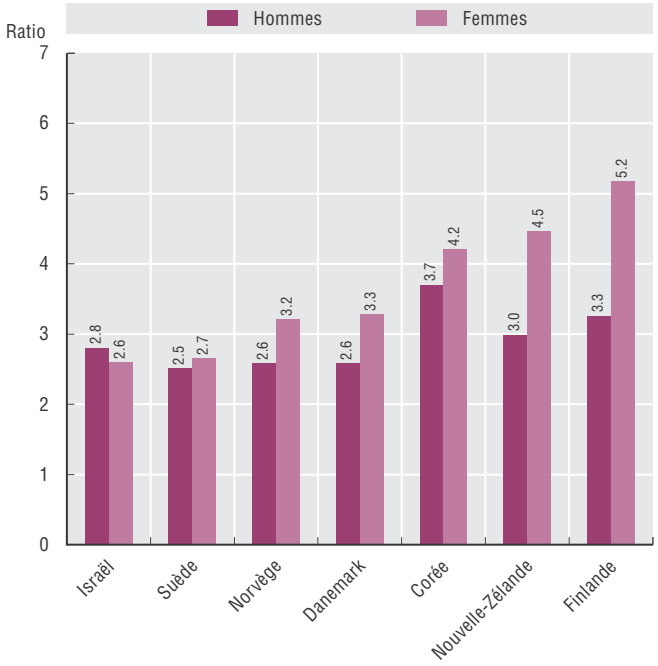
8.23. Surmortalité due à la schizophrénie, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La surmortalité est comparée au taux de mortalité global de la population.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282112

8.24. Surmortalité due au trouble bipolaire, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La surmortalité est comparée au taux de mortalité global de la population.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282112

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 au papillomavirus humain (PVH) via l'activité sexuelle (CIRC, 2005).

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 leur périodicité et les groupes cibles peuvent varier (OCDE, 2013). 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 les femmes appartenant au groupe d'âge concerné peuvent bénéficier gratuitement d'un test de PAP tous les trois ans. L'OMS recommande la vaccination contre le PVH dans le cadre des programmes nationaux de vaccination, principalement pour les filles de 9 à 13 ans vivant dans des pays où la prévention du cancer du col de l'utérus est une priorité de santé publique, où leur mise en place est réalisable et financièrement pérenne, et où le rapport coût-efficacité a été évalué (OMS, 2014). Aujourd'hui, la plupart des pays de l'OCDE sont dotés de programmes de vaccination contre le PVH.

En 2013, les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus allaient de 20.7 % au Mexique à 84.5 % aux États-Unis et ont augmenté de 57.0 % à 61.1 % en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie (graphique 8.25). La hausse a été particulièrement importante en Corée où le programme de dépistage a été déployé à l'échelle nationale dans le milieu des années 2000. Dans environ la moitié des pays, la couverture du dépistage a cependant diminué, ce qui peut être associé à la mise en place de la vaccination contre le PVH à la fin des années 2000 (OCDE, 2013).

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. Les taux de survie relative à cinq ans au cancer du col de l'utérus varient considérablement, de 45.3 % au Chili à 81.2 % en Norvège dans les années récentes (graphique 8.26). Quelques pays avec des taux de dépistage élevés comme les États-Unis, l'Autriche, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l'Irlande présentent des taux de survie plus faibles, mais quatre de ces cinq pays ont une mortalité moindre. Durant la dernière décennie, la survie relative à cinq ans à ce cancer s'est améliorée dans de nombreux pays.

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. Les taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2003 et 2013 (graphique 8.27). En Grèce, le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus a toutefois considérablement augmenté de 47 %, durant la même période, même s'il reste inférieur à la moyenne de l'OCDE. L'incidence est faible et diminue dans le temps, et il est probable que la Grèce puisse contrôler l'augmentation de la charge du cancer du col de l'utérus en fournissant des traitements plus efficaces contre celui-ci.

Définition et comparabilité

Les taux de dépistage sont basés sur des données d'enquêtes ou 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 relative 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 données de survie pour l'Allemagne, le Chili et l'Italie sont basées sur un échantillon de patients. Le nombre de pays qui suivent et publient des chiffres sur la survie au cancer a augmenté ces dernières années et une étude internationale (Allemani et al, 2015) révèle également qu'un large éventail de pays sont dotés de registres sur le cancer qui permettent des comparaisons internationales des taux de survie au cancer.

Les pays calculent le taux de survie au cancer avec la méthode d'analyse par période ou la méthode d'analyse de cohorte. La méthode d'analyse par période fournit une estimation plus à jour car elle 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. Les périodes de référence pour les diagnostics et les années de suivi varient selon les pays.

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).

Voir l'indicateur « Mortalité par cancer » au chapitre 3 pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer.

Références

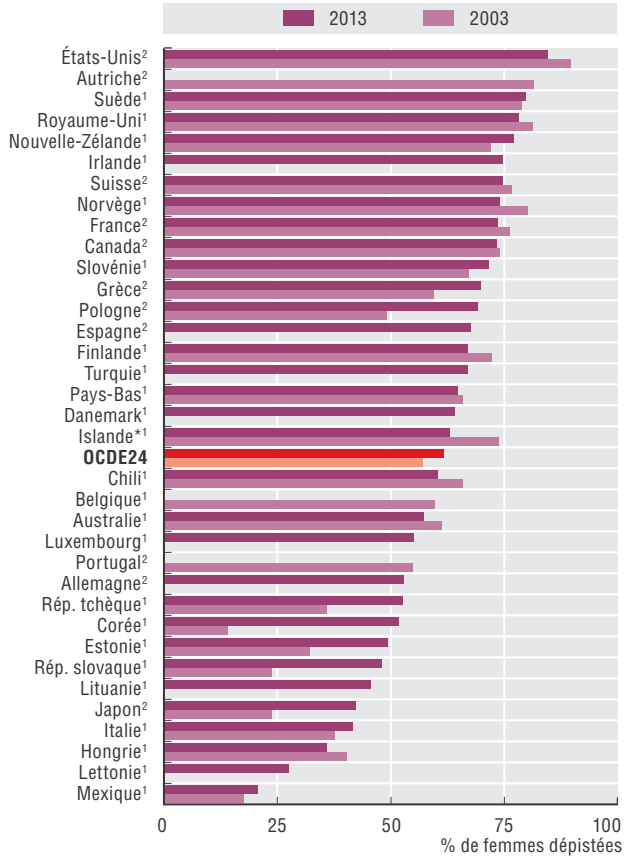
Allemani, C. et al (2015), « Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25 676 887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2) », *The Lancet*, vol. 385, pp. 977-1010.

CIRC – Centre international de recherche sur le cancer (2005), « Cervix Cancer Screening », *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, vol. 10, Centre international de recherche sur le cancer (CICR), Lyon.

OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

OMS (2014), « Vaccins contre le papillomavirus humain : note de synthèse de l'OMS, octobre 2014 », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 43, 89, pp. 465-492, OMS, Genève.

8.25. Dépistage du cancer du col de l'utérus parmi les femmes de 20 à 69 ans, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)

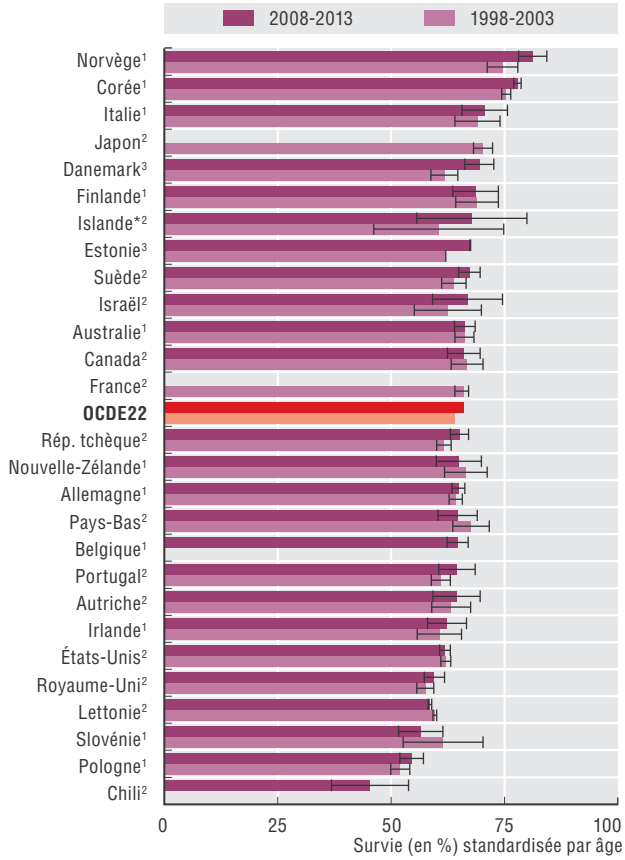


1. Programme. 2. Enquête. * Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282124

8.26. Survie relative à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 1998-2003 et 2008-13 (ou période la plus proche)

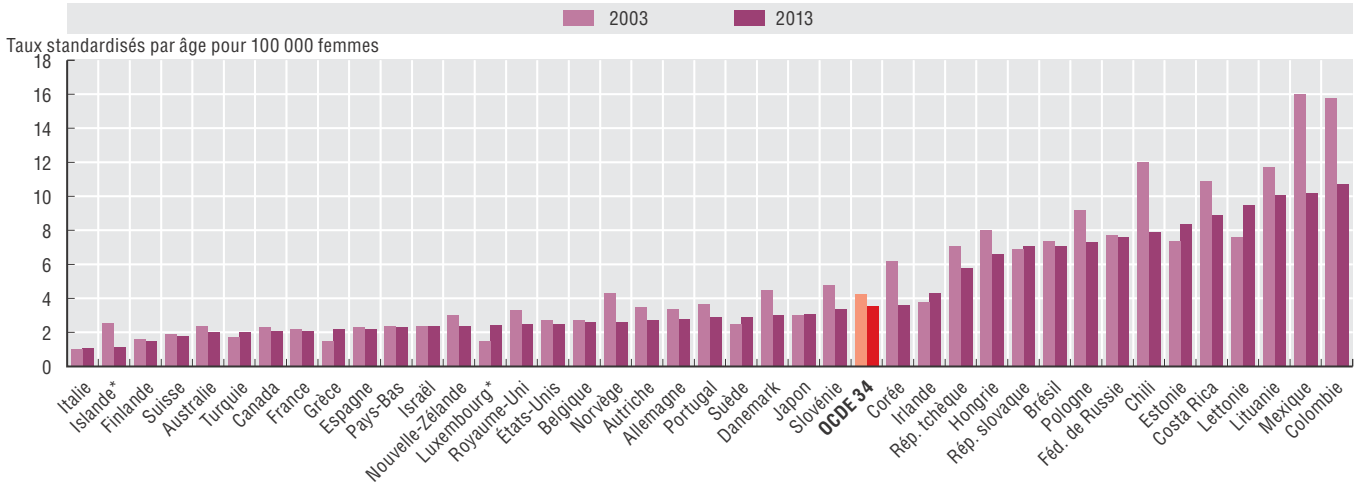


1. Analyse par période. 2. Analyse de cohorte. 3. Différentes méthodes d'analyse pour différentes années. * Moyenne sur trois périodes. Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282124

8.27. Mortalité par cancer du col de l'utérus, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



* Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282124

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes dans les pays de l'OCDE. 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 probabilités d'avoir cette maladie incluent l'âge, les antécédents familiaux de cancer du sein, la prédisposition génétique, les facteurs de reproduction, une œstrogénothérapie, l'hygiène de vie, y compris l'obésité, le manque d'activité physique, 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, même si la périodicité et les groupes de population cible varient d'un pays à l'autre (OCDE, 2013). En raison des récents progrès des résultats des traitements et des inquiétudes relatives aux résultats faux positifs, au surdiagnostic et aux traitements excessifs, les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein ont été réévaluées ces dernières années. Compte tenu des récentes conclusions de la recherche, l'OMS recommande un dépistage par mammographie organisé dans la population, si les femmes sont en mesure de prendre des décisions éclairées fondées sur les avantages et les risques de la mammographie (OMS, 2014).

En 2013, les taux de dépistage allaient de moins de 20 % au Mexique à plus de 80 % en Finlande, en Slovénie, au Danemark et aux États-Unis (graphique 8.28). La couverture du dépistage a considérablement augmenté dans les pays où elle était faible il y a 10 ans. La couverture a été plus que multipliée par 10 au Mexique et au Chili, plus que multipliée par quatre en Corée et multipliée par trois en République slovaque et en Lituanie. À l'inverse, les pays où les taux de dépistage étaient les plus élevés au début des années 2000 ont connu une certaine réduction de la couverture, notamment la Finlande, les États-Unis, les Pays-Bas, l'Irlande et la Norvège. En Irlande, le programme de dépistage, qui a été commencé sur une base progressive en 2000, a achevé son déploiement national en 2009 mais il est encore trop tôt pour évaluer l'évolution de la couverture dans le temps.

La survie au cancer du sein reflète un diagnostic précoce ainsi que de meilleurs traitements. Tous les pays de l'OCDE ont atteint un taux de survie relative à cinq ans au cancer du sein de 80 % sauf l'Estonie, la Pologne et le Chili (graphique 8.29). C'est également en Pologne et au Chili que le taux de survie relative des personnes atteintes de cancers du col de l'utérus et colorectaux est le plus faible (voir les indicateurs « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus » et « Survie et mortalité du cancer colorectal »). Dans ces deux pays, l'accès aux soins est limité en raison d'un moindre nombre de centres de soins du cancer et d'établissements de radiothérapie. Au Chili, la disponibilité de certains médicaments anticancéreux et autres technologies médicales est restreinte, et le nombre de professionnels spécialisés n'est pas suffisant, avec pour conséquence de longs délais d'attente pour le traitement du cancer (OCDE, 2013).

Au cours des 10 dernières années, la survie relative à cinq ans au cancer du sein s'est améliorée dans tous les pays de l'OCDE. Elle a considérablement augmenté dans certains pays d'Europe orientale comme l'Estonie, la République tchèque et la Lettonie, et ce même si la survie après un diagnostic de cancer du sein reste inférieure à la moyenne de l'OCDE. Il est possible que l'amélioration soit liée au renforcement de l'administration des soins du cancer dans ces pays. La République tchèque a par exemple intensifié ses efforts pour détecter de façon précoce les patientes atteintes d'un cancer du sein par le biais de la mise en place en 2002 d'un programme de dépistage. Le pays a par ailleurs mis en œuvre un Programme national de lutte contre le cancer en 2005 afin d'améliorer la qualité des soins du cancer et la survie au cancer. La fourniture de soins contre le cancer a été réorganisée, avec une réduction du nombre de centres polyvalents de traitement du cancer, tout en visant à optimiser la couverture de la population de chaque centre. En outre, chaque centre a été doté de professionnels spécialisés et des investissements nécessaires. Le modèle actuel de fourniture de soins contre le cancer est considéré comme bien organisé et réparti de façon appropriée dans le pays. Grâce notamment à un accès plus égalitaire, les disparités ont été réduites entre les régions en termes de survie au cancer (OCDE, 2013 ; OCDE, 2014).

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 8.30). Ces baisses reflètent les progrès en matière de détection précoce et de traitement du cancer du sein. Les progrès ont été substantiels en République tchèque, en Norvège et aux Pays-Bas, marqués par une diminution de plus de 20 % en 10 ans. Le Danemark a lui aussi déclaré une importante baisse, mais son taux de mortalité était toujours le plus élevé en 2013. À l'inverse, en Corée, en Turquie 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, et l'incidence du cancer du sein a doublé, voire plus, au cours de la dernière décennie.

Définition et comparabilité

Les taux de dépistage et de survie sont définis dans l'indicateur « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus » au chapitre 8. Voir l'indicateur « Mortalité par cancer » au chapitre 3 pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer.

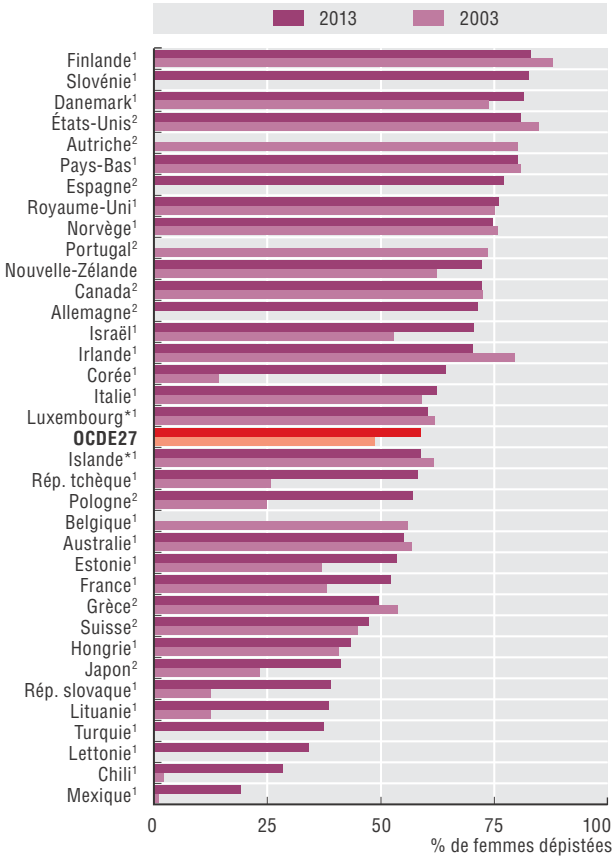
Références

OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en*.

OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

OMS (2014), « WHO Position Paper on Mammography Screening », OMS, Genève.

8.28. Dépistage par mammographie parmi les femmes de 50 à 69 ans, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)

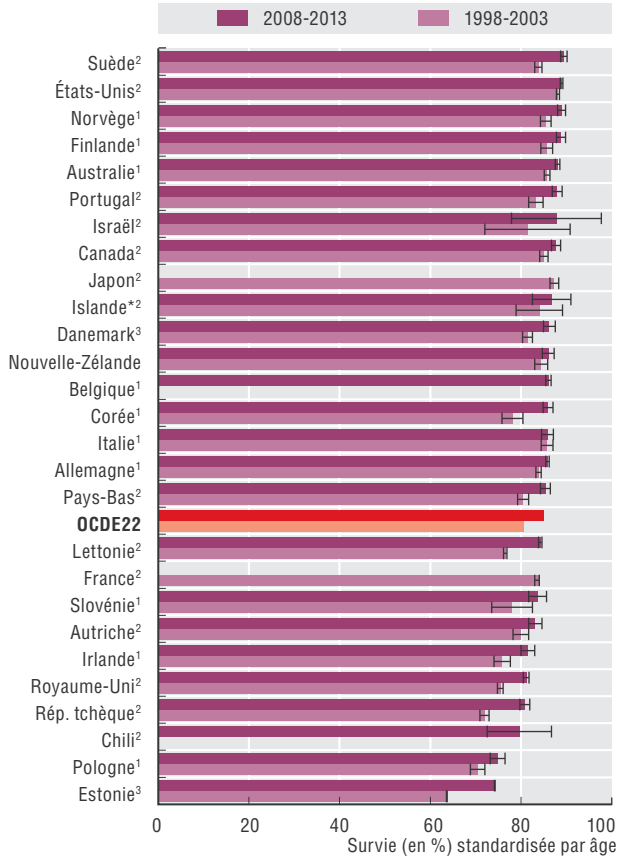


1. Programme. 2. Enquête. * Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282132

8.29. Survie relative à cinq ans au cancer du sein, 1998-2003 et 2008-13 (ou période la plus proche)

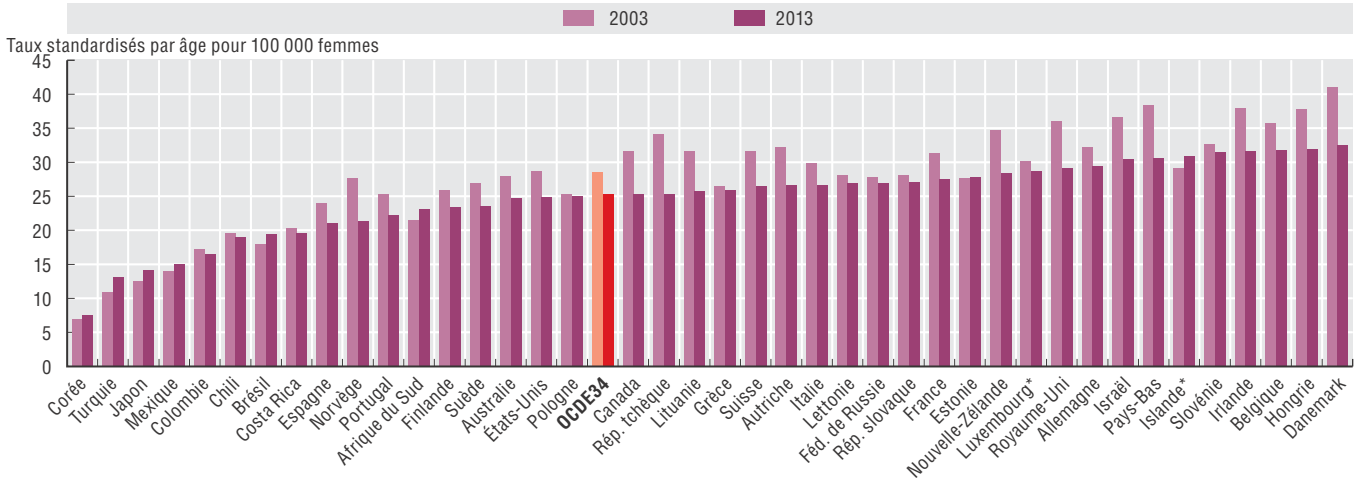


1. Analyse par période. 2. Analyse de cohorte. 3. Différentes méthodes d'analyse pour différentes années. * Moyenne sur trois périodes. Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282132

8.30. Mortalité par cancer du sein parmi les femmes, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



* Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282132

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Survie et mortalité du cancer colorectal

Le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus couramment diagnostiquée après les cancers de la prostate et du poumon chez les hommes, et le deuxième cancer le plus courant après le cancer du sein chez les femmes, dans les pays de l'OCDE. Son incidence est élevée en Corée, en République slovaque, en Hongrie, au Danemark et aux Pays-Bas, avec 40 cas ou plus pour 100 000 habitants, tandis qu'elle est faible au Mexique, en Grèce, au Chili et en Turquie, avec un taux plus que de moitié inférieur. L'incidence est considérablement plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans les pays. Plusieurs facteurs exposent certains individus à un risque accru de contracter la maladie, notamment l'âge, une colite ulcéreuse, des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de polypes, et des facteurs de mode de vie tels qu'un régime alimentaire riche en graisses et faible en fibres, l'absence d'activité physique, l'obésité et la consommation de tabac et d'alcool.

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 60 ans (OCDE, 2013). 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 du diagnostic et du traitement du cancer colorectal, y compris l'amélioration des techniques chirurgicales, la radiothérapie et la chimiothérapie combinée ainsi qu'un accès plus large et en temps voulu à celles-ci, ont contribué à accroître la survie au cours de la dernière décennie. Tous les pays de l'OCDE ont connu une amélioration de la survie relative à cinq ans au cancer colorectal. En moyenne, la survie à cinq ans des personnes avec un cancer colorectal a augmenté de 55.8 % (1998-2003) à 62.2 % (2008-13) (graphique 8.31). L'amélioration a également été considérable en Pologne, en Estonie et en République tchèque, mais dans ces pays, la survie au cancer reste néanmoins la plus faible parmi les pays de l'OCDE – avec un taux inférieur à 55 %. La Corée et Israël affichaient les taux de survie les plus élevés (supérieurs à 70 %).

Les taux de survie au cancer colorectal sont plus élevés pour les femmes dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Chili, de la Corée, d'Israël, du Japon, du Portugal, de l'Autriche et des Pays-Bas, où les hommes présentent un taux de survie légèrement supérieur (graphique 8.32). L'écart entre les sexes est le plus important en Estonie où le taux de survie relative à cinq ans s'établit à 48.4 % pour les hommes et 55.9 % pour les femmes. La différence est aussi relativement importante en Slovénie, en Lettonie et en Suède.

La plupart des pays ont connu une baisse de la mortalité du cancer colorectal ces dernières années, avec un taux moyen dans les pays de l'OCDE passant de 27.4 à 24.2 décès pour 100 000 habitants entre 2003 et 2013 (graphique 8.33). La chute a été particulièrement sensible en République tchèque, en Autriche et en Australie, avec une réduction de plus de 25 %. Les principales exceptions à cette tendance générale sont la Turquie, le Brésil, le Chili et le Mexique, où le taux de mortalité du cancer colorectal a augmenté de plus de 10 % au cours de la dernière décennie, même s'il reste très inférieur à la moyenne de l'OCDE. En dépit de certains progrès, les pays d'Europe centrale et orientale, en particulier la Hongrie, la République slovaque, la Slovénie et la République tchèque, continuent d'afficher des taux de mortalité plus élevés que les autres pays de l'OCDE.

Le cancer colorectal demeure une cause importante des décès du cancer tant chez les hommes que chez les femmes (voir l'indicateur « Mortalité par cancer » au chapitre 8), et les pays vont devoir engager de nouveaux efforts pour promouvoir non seulement un diagnostic précoce et un traitement efficace, mais aussi des modes de vie sains afin de réduire les facteurs de risque (voir le chapitre 4 « Déterminants non-médicaux »).

Définition et comparabilité

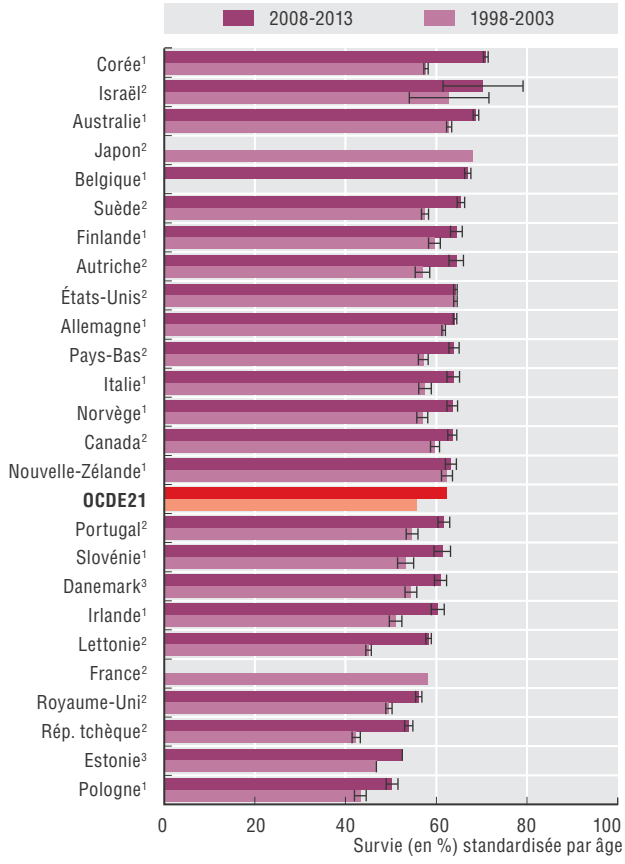
Les taux de survie et les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus » au chapitre 8. Voir l'indicateur « Mortalité par cancer » au chapitre 3 pour la définition, la source et la méthodologie sous-jacente aux taux de mortalité par cancer. 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).

Références

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.

OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

8.31. Survie relative à cinq ans au cancer colorectal, 1998-2003 et 2008-13 (ou période la plus proche)

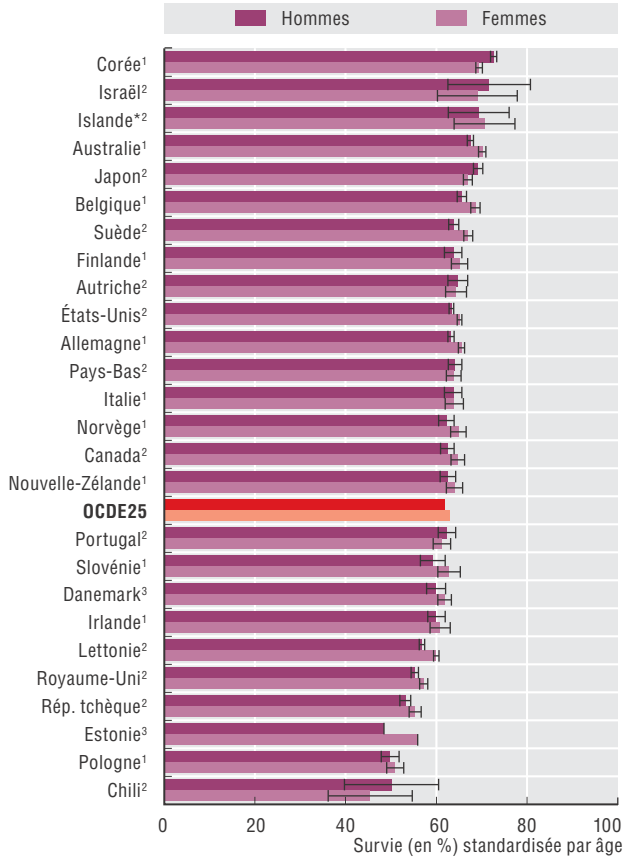


1. Analyse par période. 2. Analyse de cohorte. 3. Différentes méthodes d'analyse pour différentes années.Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282143

8.32. Survie relative à cinq ans au cancer colorectal par sexe, 2008-13 (ou période la plus proche)

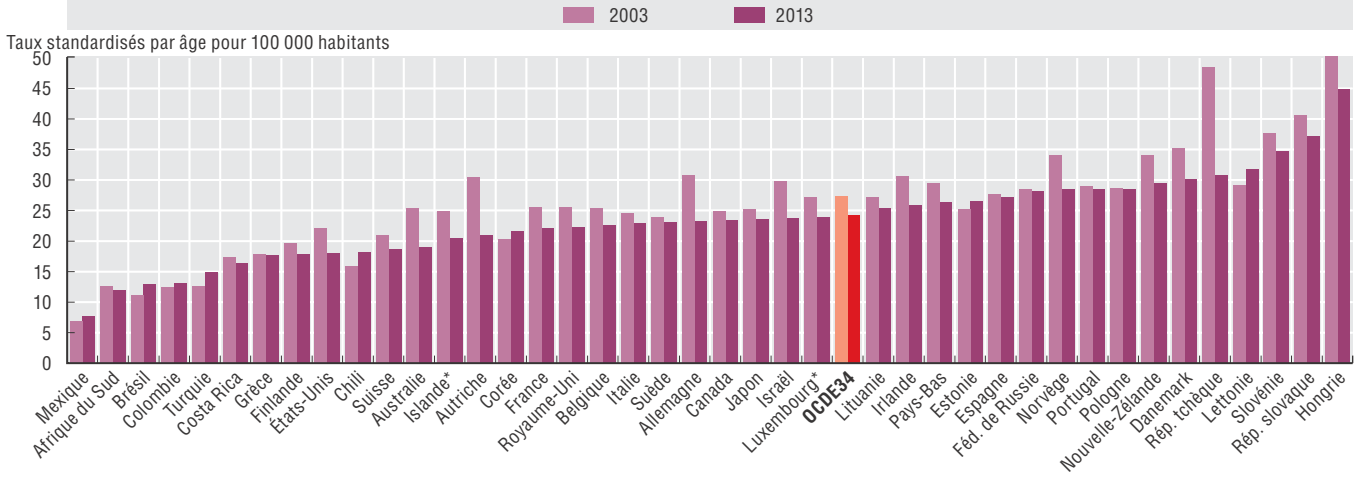


1. Analyse par période. 2. Analyse de cohorte. 3. Différentes méthodes d'analyse pour différentes années. * Moyenne sur trois périodes. Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282143

8.33. Mortalité par cancer colorectal, 2003 à 2013 (ou année la plus proche)



* Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282143

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. Les graphiques 8.34 et 8.35 montrent que, dans l'ensemble, les taux de vaccination des enfants contre la rougeole et le DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche) sont élevés dans les pays de l'OCDE. En moyenne, 95 % des enfants sont vaccinés contre le DTC, et 94 % contre la rougeole conformément aux calendriers nationaux de vaccination. Il n'y a qu'en Indonésie, en Autriche, au Mexique, en Inde et en Afrique du Sud que les taux de vaccination contre le DTC sont inférieurs à 90 %. Les taux de vaccination contre la rougeole sont inférieurs à 90 % au Danemark, en France, au Mexique, en Indonésie, en Autriche, en Inde et en Afrique du Sud.

Tandis que les taux de couverture nationale sont élevés dans de nombreux pays, des parties de la population restent exposées à certaines maladies. Par exemple, les États-Unis ont déclaré 189 cas de rougeole entre le 1er janvier et le 19 septembre 2015. La plupart des 178 personnes qui ont contracté la rougeole étaient semble-t-il victimes d'une épidémie ayant son origine dans un parc de loisirs en Californie. Le Centers for Disease Control and Prevention a déclaré que la plupart des cas de rougeole déclarés en 2015 concernaient des personnes non vaccinées. L'année précédente, plus de 650 cas de rougeole ont été déclarés aux États-Unis, chiffre le plus élevé depuis la documentation (en 2000) de l'élimination de cette maladie. Bon nombre de ces cas étaient associés à une importante épidémie dont l'origine se situe aux Philippines (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). En juillet 2015, les États-Unis ont déclaré le premier décès dû à la rougeole depuis 2003 (Washington State Department of Health, 2015).

Certaines régions d'Europe ont recensé de nombreux cas de rougeole. De mars 2014 à juin 2015, plus de 4 000 cas ont été déclarés dans 30 pays. Plus de la moitié de ces cas ont été recensés en Allemagne et plus de 400 cas en Italie. Le décès dû à la rougeole d'un nourrisson de 18 mois a été déclaré en février 2015 en Allemagne. Les cas observés en Europe concernaient en majorité des personnes non vaccinées (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2015). Des programmes de rattrapage chez les enfants plus âgés peuvent être nécessaires pour éviter ou pour répondre à des épidémies de rougeole. Une telle campagne a été menée au Royaume-Uni en 2013.

Le graphique 8.36 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, 2015).

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. Dans les pays de l'OCDE, la couverture moyenne de la vaccination contre l'hépatite B des enfants âgés d'un an est de 92 %. Dans des pays comme la Chine, la République tchèque et la Corée, elle atteint 99 %. 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, au Royaume-Uni 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 et la Suisse. Au Canada, toutes les juridictions ne vaccinent pas les enfants contre l'hépatite B ; quelques-unes le font à l'âge scolaire.

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 DTC 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.

Références

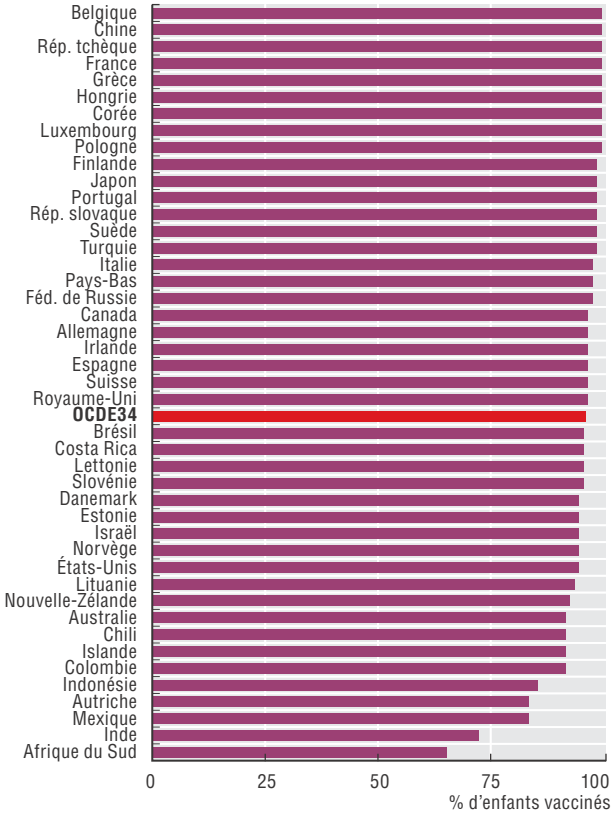
Centers for Disease Control and Prevention (2015), *Measles Cases and Outbreaks,* disponible sur : *www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html* (consulté le 12/10/2015).

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2015), « Surveillance Report: Measles and Rubella Monitoring », juillet 2015.

Washington State Department of Health (2015), « Measles led to death of Clallam Co. woman; first in US in a dozen years », *www.doh.wa.gov/Newsroom/2015NewsReleases/15119WAMeaslesRelatedDeath.*

OMS (2015), « Hépatite B », *Aide-mémoire n° 204*, OMS, Genève.

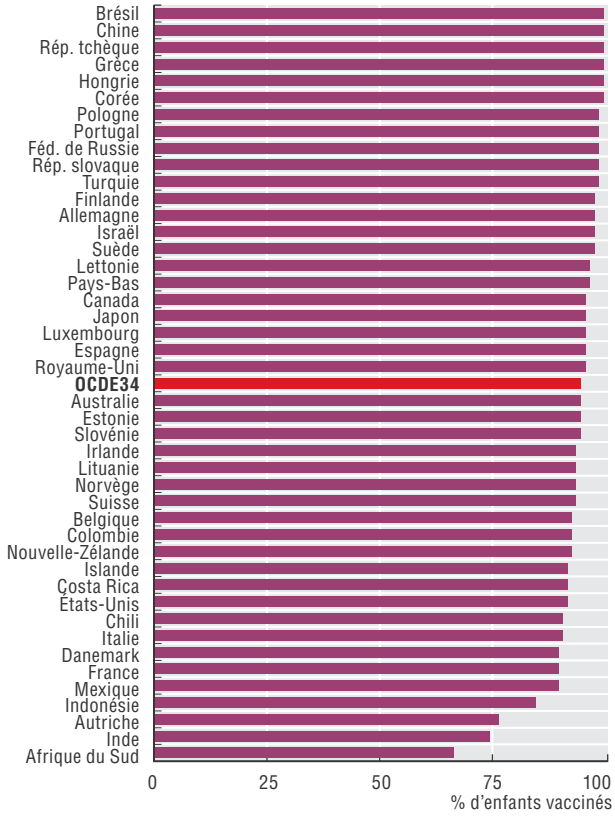
8.34. Vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche des enfants âgés de 1 an, 2013



Source : OMS/UNICEF.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282159

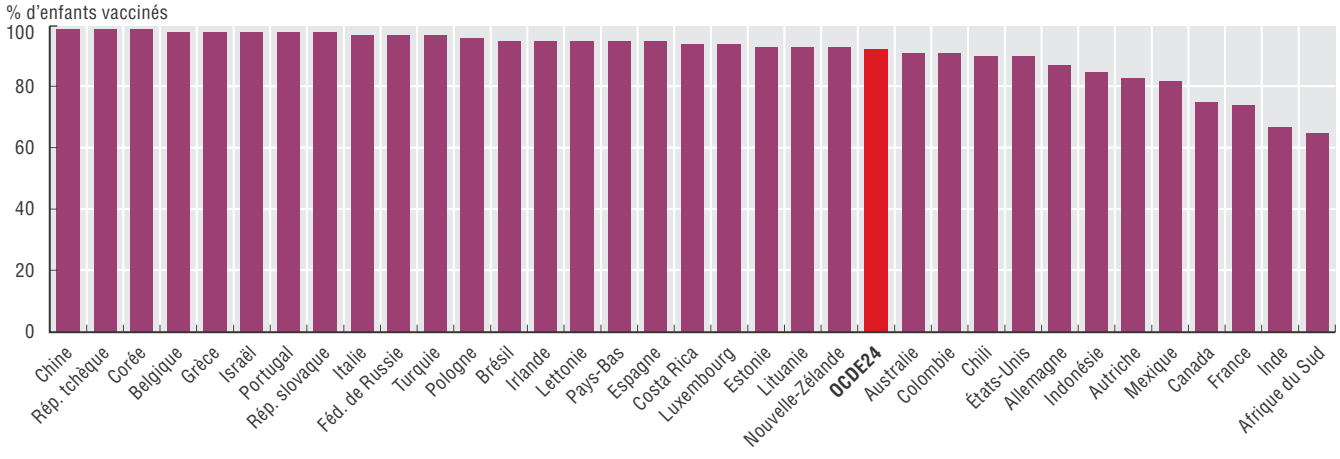
8.35. Vaccination contre la rougeole des enfants âgés de 1 an, 2013



Source : OMS/UNICEF.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282159

8.36. Vaccination contre l'hépatite B des enfants âgés de 1 an, 2013



Source : OMS/UNICEF.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282159

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Vaccination antigrippale des personnes âgées

La grippe est une maladie infectieuse courante qui touche 5 %-10 % des adultes et 20 %-30 % des enfants. On estime de trois à cinq millions le nombre de cas de maladies graves liées à la grippe dans le monde chaque année, et de 250 000 à 500 000 le nombre de décès (OMS, 2014). La grippe peut également avoir un impact majeur sur les systèmes de soins de santé. Aux États-Unis, on estime que plus de 200 000 personnes sont hospitalisées chaque année pour des maladies respiratoires et cardiaques liées à des infections saisonnières par le virus de la grippe (Thompson et al., 2004). À certains moments de l'année, la grippe peut mettre les systèmes de santé en grande difficulté. Dans l'Ontario (Canada) par exemple, le taux moyen annuel des consultations aux services d'urgence imputables à une grippe saisonnière est de 500 pour 100 000 habitants. Ce taux a augmenté à un chiffre estimé de 2 000 pour 100 000 habitants pendant la pandémie de H1N1 en 2009 (Schanzer et al., 2013).

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. Le graphique 8.37 montre qu'en 2013, le taux moyen de vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus dans les pays de l'OCDE était supérieur à 48 %. Le taux de vaccination est extrêmement faible en Estonie (1.1 %), pays où la vaccination contre la grippe est recommandée, mais pas gratuite. Seuls quatre pays ont atteint l'objectif de taux de vaccination de 75 % : le Mexique, la Corée, le Chili et le Royaume-Uni. En Australie, le taux se rapproche toutefois de cet objectif.

Le graphique 8.38 montre qu'entre 2003 et 2013, le taux de vaccination contre la grippe des personnes âgées est en moyenne resté stable dans les pays de l'OCDE qui disposent de données sur les tendances pour cette période, mais qu'aucune tendance uniforme ne se dessine entre les pays. Dans certains pays comme le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande, Israël, l'Allemagne, le Danemark et la République tchèque, le pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe a augmenté. Il a toutefois diminué dans d'autres pays tels que les Pays-Bas, l'Espagne, la France, la République slovaque et la Slovénie.

En juin 2009, l'OMS a officialisé une pandémie de grippe. 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 où les taux de mortalité déclarés étaient parmi les plus élevés. 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. 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 (Nguyen et al., 2011).

Définition et comparabilité

Le taux de vaccination contre la grippe correspond au nombre de personnes âgées 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. Dans certains pays, les données concernent les personnes âgées de plus de 60 ans. 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.

Références

Kelly, H., P.A. Peck, K.L. Laurie, P. Wu, H. Nishiura and B.J. Cowling (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.

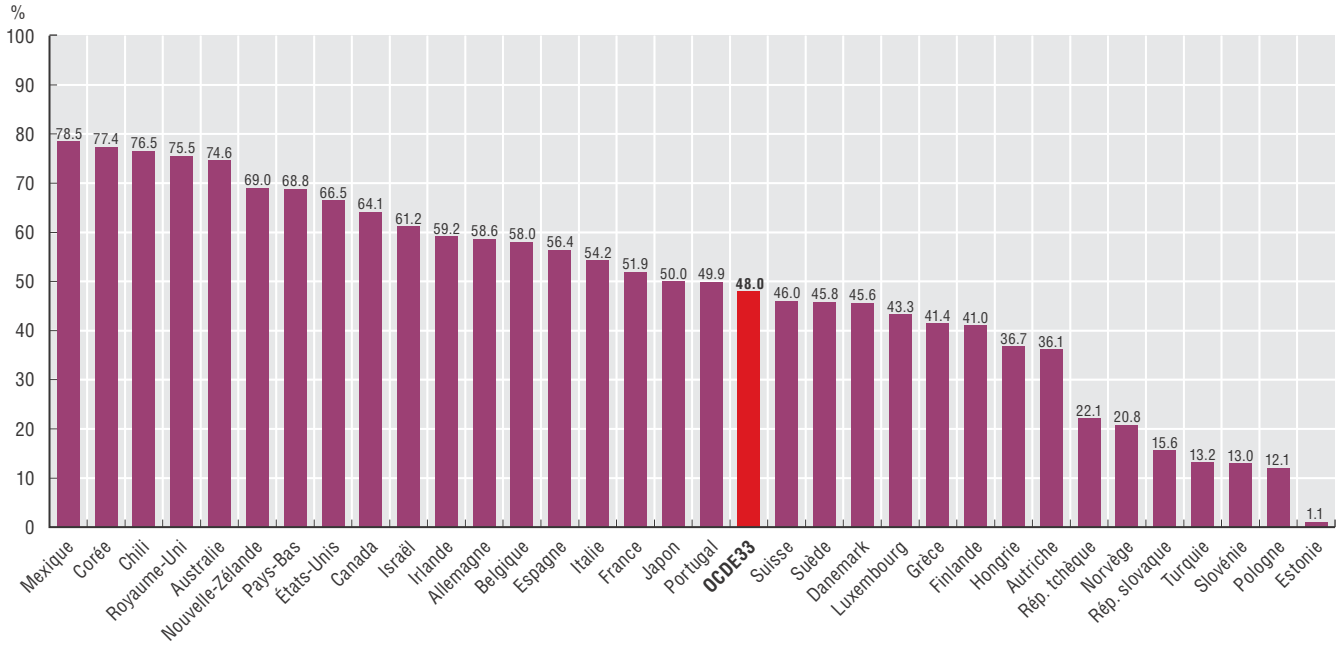
Nguyen, T., K.H. Henningsen, J.C. Brehaut, E. Hoe et K. Wilson (2011), « Acceptance of A Pandemic Influenza Vaccine: A Systematic Review of Surveys of the General Public », *Infection and Drug Resistance*, vol. 4:, pp. 197-207.

Organisation mondiale de la santé (2014), « Grippe (saisonnière) », *Aide-mémoire n° 211*, disponible sur : *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr//* (consulté le 23/06/2015).

Schanzer, D.L., B. Schwartz et M.J. Mello (2013), « Impact of Seasonal and Pandemic Influenza on Emergency Department Visits, 2003-10, Ontario, Canada », *Academic Emergency Medicine*, vol. 20, n° 4, pp. 388-397.

Thompson, W.W. et al. (2004), « Influenza-Associated Hospitalizations in the United States », *Journal of American Medical Association*, vol. 292, n° 11, pp. 1333-1340.

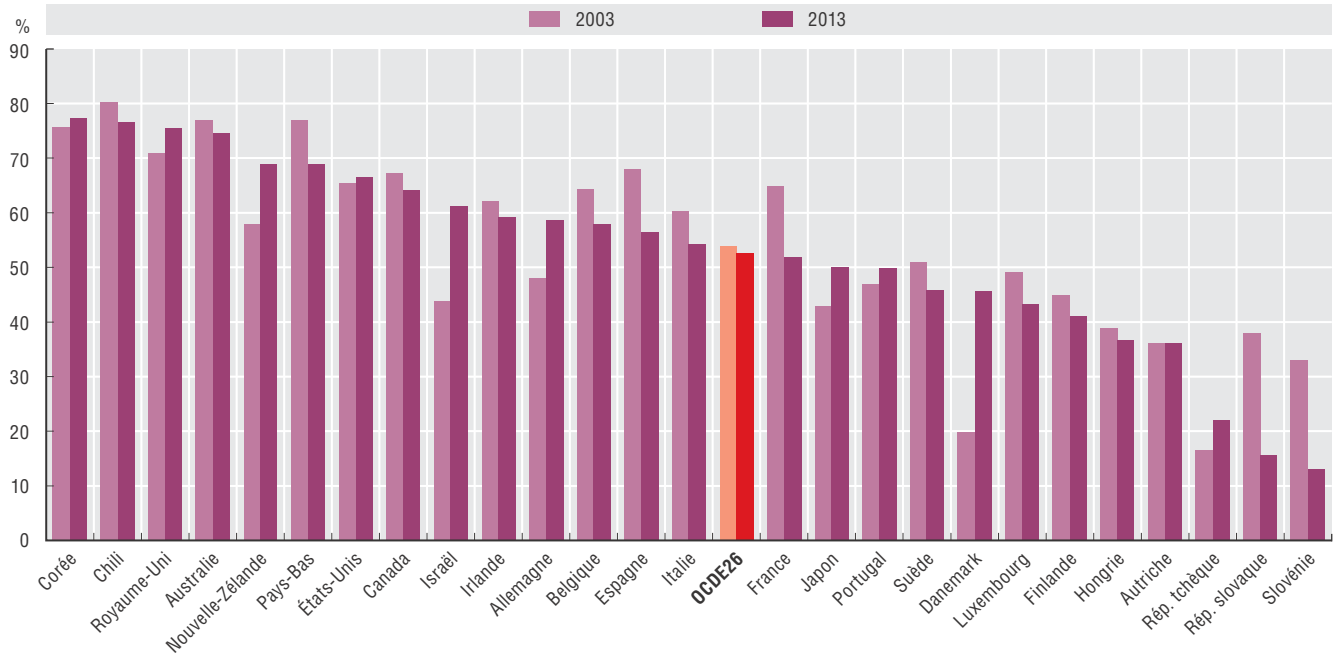
8.37. Vaccination contre la grippe des personnes âgées de plus de 65 ans, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282165

8.38. Vaccination contre la grippe des personnes âgées de plus de 65 ans, 2003-13 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282165

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 l'expérience 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. Les pays font de plus en plus appel aux usagers des services de santé comme source d'information directe pour le suivi des systèmes de santé, la planification et les prises de décision, et les efforts engagés pour mesurer et suivre le vécu des patients ont effectivement permis d'améliorer la qualité des soins de santé (Fujisawa et Klazinga, à paraître prochainement).

Depuis le milieu des années 90, des efforts ont été menés pour institutionnaliser la mesure et le suivi de l'expérience des patients. Dans de nombreux pays, des organisations responsables ont été créées pour prendre en charge l'évaluation et la notification des expériences des patients (ou des institutions ont été chargées de le faire). Elles ont élaboré des outils d'enquête pour collecter régulièrement des données sur l'expérience des patients, ainsi que des procédures normalisées pour leur analyse et leur notification. Un nombre croissant de pays collectent non seulement les « Patient-Reported Experience Measures » (PREM – mesures de l'expérience déclarée par les patients), mais aussi les « Patient-Reported Outcome Measures » (PROM – mesures des résultats déclarés par les patients) qui regroupent des informations sur la perception qu'ont les patients de leur situation médicale spécifique et de leur santé en général, y compris la mobilité, la douleur/l'inconfort et l'anxiété/la dépression, avant et après une intervention médicale spécifique, telle qu'une arthroplastie de la hanche et du genou.

Les pays sont de plus en plus nombreux à utiliser les données déclarées par les patients pour régir les améliorations de la qualité des systèmes de santé. L'expérience 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. La Corée, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni utilisent les mesures de l'expérience des patients pour leurs mécanismes de paiement ou pour financer des allocations afin de promouvoir une amélioration de la qualité et des soins centrés sur les patients. En Australie, au Canada, en République tchèque, au Danemark et en France, on les utilise pour informer les autorités de tutelle en charge des soins de santé pour les inspections, les réglementations et/ou les accréditations. Les mesures déclarées par les patients sont également utilisées dans certaines juridictions canadiennes, au Danemark, en France et aux Pays-Bas pour faire remonter des informations spécifiques afin d'améliorer la qualité des prestataires. En Angleterre, les PROM et les commentaires des patients sur leur expérience sont utilisés pour informer les choix du patient et pour inciter à l'amélioration du service. Par exemple, les données des PROM pour les patients subissant des opérations telles que l'arthroplastie de la hanche et du genou sont utilisées pour l'analyse comparative des hôpitaux. L'utilisation des PROM peut aussi permettre de faire évoluer un modèle basé sur les volumes vers un modèle fondé sur la valeur de la gestion des ressources du système de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2015).

Les patients déclarent généralement être satisfaits quand il s'agit d'évaluer la communication et l'autonomie dans le système de soins ambulatoires. Dans les pays, la majorité des patients déclarent des niveaux élevés de satisfaction pour ce qui est du temps passé avec le médecin (graphique 8.39), de la clarté des explications fournies (graphique 8.40), des possibilités de poser des questions ou d'exprimer ses inquiétudes (graphique 8.41), et de la participation aux décisions portant sur les soins et le traitement (graphique 8.42). En ce qui concerne l'ensemble des quatre aspects de l'expérience des patients, la Belgique et le Luxembourg sont très bien notés, avec plus de 95 % des patients déclarant une expérience positive. La Pologne est le pays le plus mal noté, avec moins d'un patient sur deux déclarant avoir eu l'occasion de poser des questions ou d'être impliqué dans ses soins et son traitement durant la consultation. Depuis 2010, la proportion de patients dont l'expérience est positive a diminué en Australie, en France, aux Pays-Bas et en Suisse, mais les pays où les taux sont les plus faibles, comme la Suède et la Pologne, ont amélioré certains des aspects du vécu des patients ces dernières années (The Commonwealth Fund, 2010).

Définition et comparabilité

Pour mesurer et suivre l'expérience générale des patients dans le système de santé, l'OCDE recommande de collecter des données sur l'expérience des patients avec tout médecin d'un service ambulatoire. Un nombre croissant de pays recueillent de telles données sur la base de cette recommandation par le biais d'enquêtes représentatives de la population à l'échelle nationale alors que le Japon et le Portugal les collectent par sondages auprès des utilisateurs de services représentatifs au niveau national. Certains pays collectent cependant des données sur l'expérience des patients avec leur médecin traitant.

Pour la moitié environ des pays présentés, les *Enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2013* du Fonds du Commonwealth ont été utilisées, en dépit des critiques relatives à la taille de l'échantillon et aux taux de réponse. Les données de ces enquêtes concernent l'expérience des patients avec leur médecin traitant plutôt qu'un autre médecin.

Les données ont été normalisées 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.

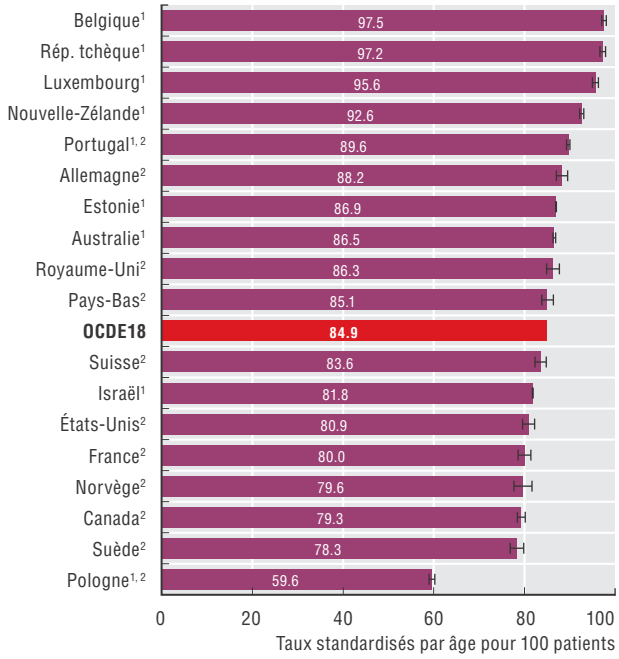
Références

Commonwealth Fund (2010), « 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries », Chartpack, Commonwealth Fund, New York.

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé (2015), « Forum de l'ICIS sur les PROM, Document d'information sur les PROM », *www.cihi.ca/proms*.

Fujisawa, R. et N. Klazinga (à paraître), « Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-15 », *OECD Health Working Papers*, Éditions OCDE, Paris.

8.39. Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue, 2013 (ou année la plus proche)



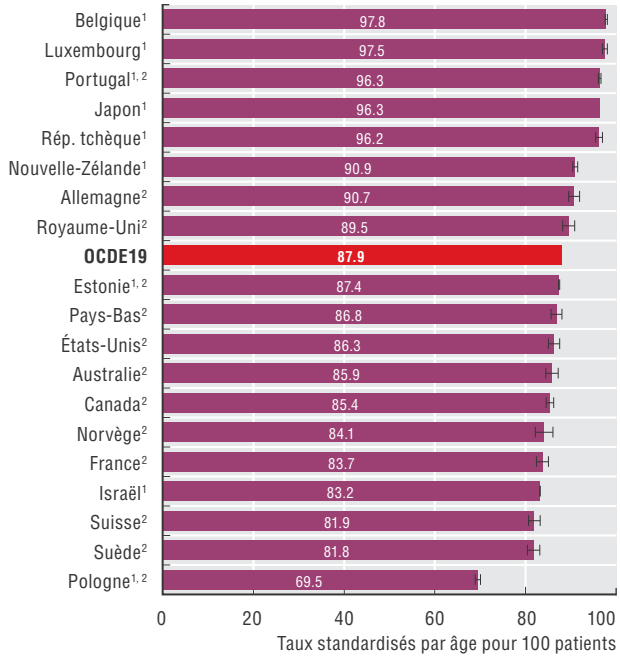
Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

1. Sources nationales. 2. Les données réfèrent au vécu des patients avec leur médecin habituel.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2013 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282177

8.40. Clarté des explications fournies par le médecin, 2013 (ou année la plus proche)



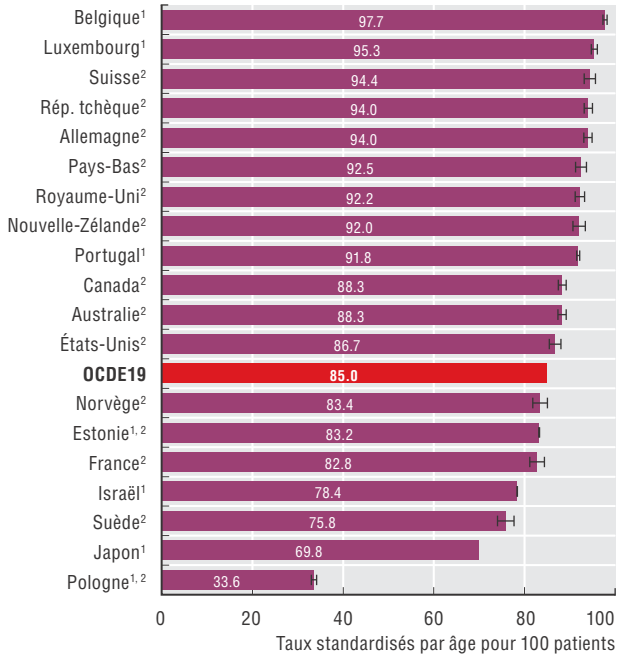
Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

1. Sources nationales. 2. Les données réfèrent au vécu des patients avec leur médecin habituel.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2013 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282177

8.41. Possibilité de poser des questions ou exprimer des inquiétudes au médecin, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

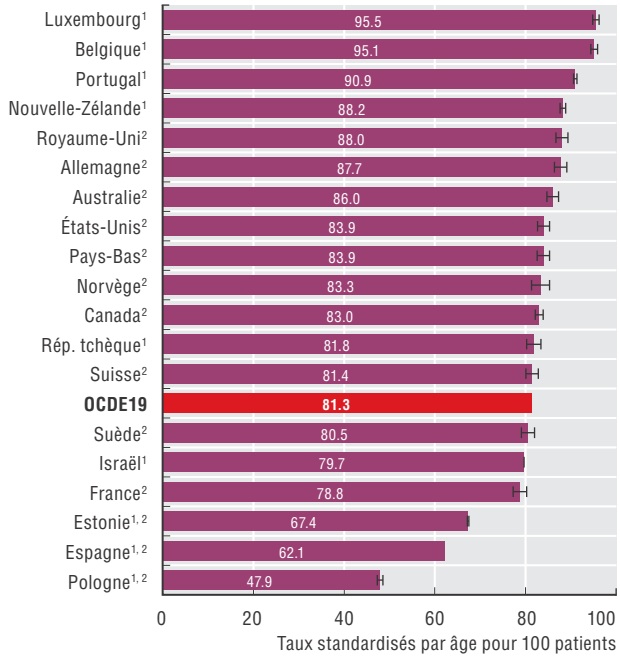
1. Sources nationales. 2. Les données réfèrent au vécu des patients avec leur médecin habituel.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282177

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

8.42. Participation aux décisions portant sur les soins et le traitement, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les intervalles de confiance à 95% sont représentés par H.

1. Sources nationales. 2. Les données réfèrent au vécu des patients avec leur médecin habituel.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2013 et autres sources nationales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282177

9. DÉPENSES DE SANTÉ ET FINANCEMENT

Dépenses de santé par habitant

Dépenses de santé en proportion du PIB

Dépenses de santé par fonction

Financement des dépenses de santé

Dépenses par maladie et par âge

Dépenses en capital dans le secteur de la 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.

Dépenses de santé par habitant

Le montant de dépenses que chaque pays consacre à la santé, à la fois pour les services individuels et collectifs, et son évolution au cours du temps peuvent être le résultat d'un large ensemble de facteurs économiques et sociaux, ainsi que des structures de financement et d'organisation du système de santé national.

En 2013, les États-Unis ont continué de dépenser pour la santé nettement plus que tous les autres pays de l'OCDE, avec des dépenses s'élevant à 8 713 USD par résident dans le pays (graphique 9.1). Ce niveau de dépenses est deux fois et demie plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE (3 453 USD) et près de 40 % supérieur à celui du pays suivant, la Suisse (avec correction par les parités de pouvoir d'achat – voir Définition et comparabilité). Par comparaison avec certains autres pays du G7, les États-Unis dépensent en soins de santé par personne environ deux fois plus que l'Allemagne, le Canada ou la France. Parmi les pays qui dépensent moins que la moitié de la moyenne de l'OCDE figurent beaucoup de pays membres d'Europe centrale comme la Hongrie et la Pologne, ainsi que le Chili. Le Mexique et la Turquie enregistrent les dépenses de santé par personne les plus faibles parmi les pays de l'OCDE, avec des niveaux inférieurs au tiers de la moyenne. En dehors de l'OCDE, parmi les principaux pays partenaires, la Chine et l'Inde ont consacré à la santé, en 2013, des montants par habitant équivalents à 13 % et 4 % de la moyenne de l'OCDE.

Le graphique 9.1 montre également la ventilation des dépenses de santé par habitant entre dépenses publiques et dépenses privées (voir aussi l'indicateur « 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.

Les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE ont légèrement augmenté en 2013, dans la continuité des dernières années. Cette lente croissance succède à une période d'arrêt de la progression à la suite de la crise financière et économique mondiale. Entre 2009 et 2013, la croissance moyenne des dépenses de santé a été de 0.6% par an dans l'OCDE, contre 3.4% entre 2005 et 2009 (graphique 9.2). On observe une différence entre l'Europe et le reste de l'OCDE, avec une réduction spectaculaire des dépenses de santé dans certains pays d'Europe à partir de 2010.

Dans un certain nombre de pays, on observe des variations significatives des taux de croissance annuels des dépenses de santé entre la période qui a précédé la crise financière et la période où elle a sévi. La croissance annuelle s'est inversée en Grèce (-7.2% contre 5.4%) et en Irlande (-4.0% contre 5.3%) et elle a ralenti dans la grande majorité des pays de l'OCDE. Seuls six pays – Hongrie, Mexique, Suisse, Israël, Japon et Chili – ont enregistré une croissance moyenne plus forte après la crise que pendant la période d'avant 2009.

Le Chili, la Corée et la Turquie ont vu leurs dépenses de santé augmenter de plus de 5 % en termes réels en 2013. Pour le Chili et la Corée, ce niveau de croissance des dépenses est constant depuis 2009. Les estimations préliminaires pour 2014 indiquent un léger ralentissement de ces dépenses au Japon, après la forte croissance récente.

Aux États-Unis, les dépenses de santé ont augmenté de 1.5 % en 2013, soit moins de la moitié du taux de croissance moyen annuel avant 2009. Les dernières prévisions des Centers for Medicare and Medicaid Services indiquent une accélération en 2014, avec la couverture d'un nombre croissant d'Américains par l'assurance maladie (Keehan et al., 2015).

Depuis 2010, le Canada connaît une période prolongée de faible croissance, alors qu'il enregistrait entre 2005 et 2009 un taux moyen de 3.5 % par an. Comme la croissance des dépenses de santé est restée, d'après les estimations, inférieure à la croissance économique, les dépenses de santé en proportion du PIB ont également baissé, passant d'un point haut de 10.6 % en 2009 à 10.2 % en 2013.

Définition et comparabilité

Les dépenses de santé correspondent à la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé). Ce chiffre englobe les dépenses des agents publics et privés en biens et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention, ainsi qu'à l'administration, et il exclut les dépenses en formation de capital (investissements).

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé par personne 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.

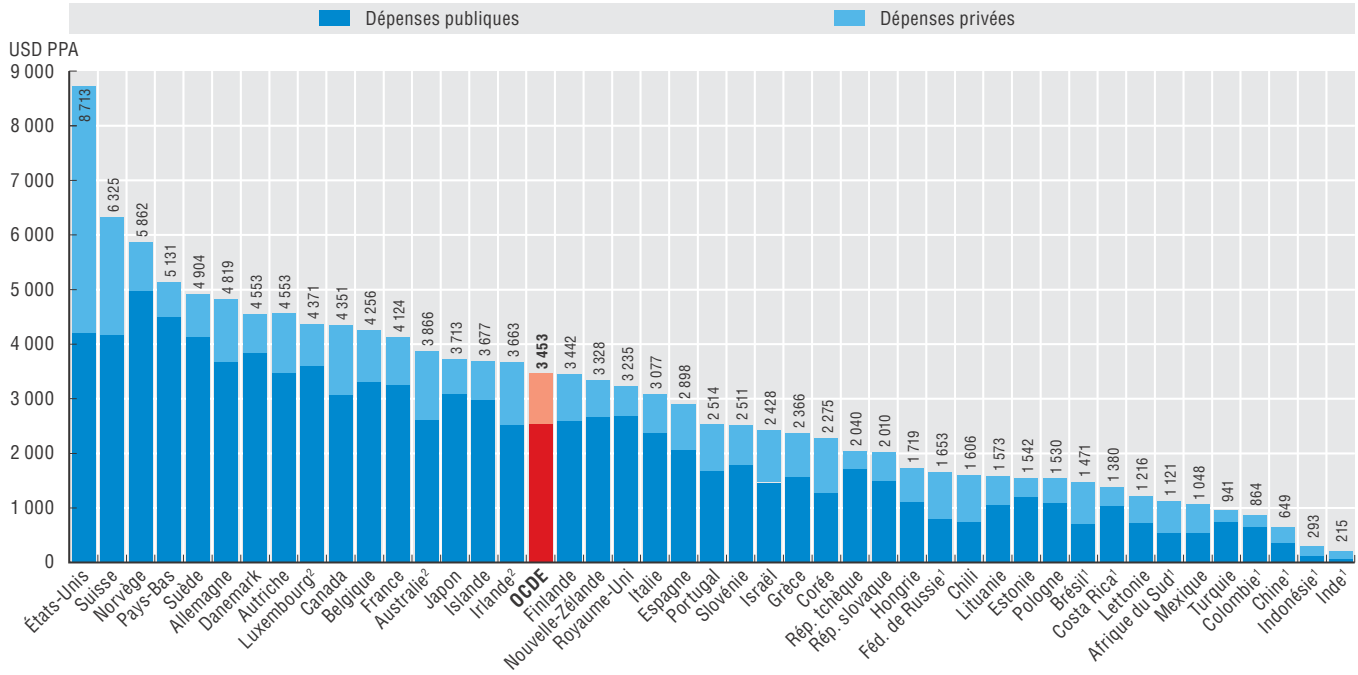
Pour le calcul des taux de croissance en termes réels, les déflateurs du PIB pour l'ensemble de l'économie sont utilisés. Dans certains pays (comme la France et la Norvège), il existe des déflateurs spécifiques à la santé, basés sur des méthodologies nationales, mais ceux-ci ne sont pas utilisés en raison de la comparabilité limitée.

Note : L'Irlande met en place un projet pour reporter des données plus détaillées sur les dépenses de santé et le financement, conformément aux lignes directrices internationales. Par conséquent, les données pour 2013 ne sont pas encore disponibles et les révisions pour cet indicateur et les suivants seront mises à disposition à la fin du projet.

Références

Keehan, S.P. et al. (2015), « National Health Expenditure Projections, 2014-24: Spending Growth Faster Than Recent Trends », *Health Affairs,* vol. 34, n° 8, pp. 1407-1417.

9.1. Dépenses de santé par habitant, 2013 (ou année la plus proche)



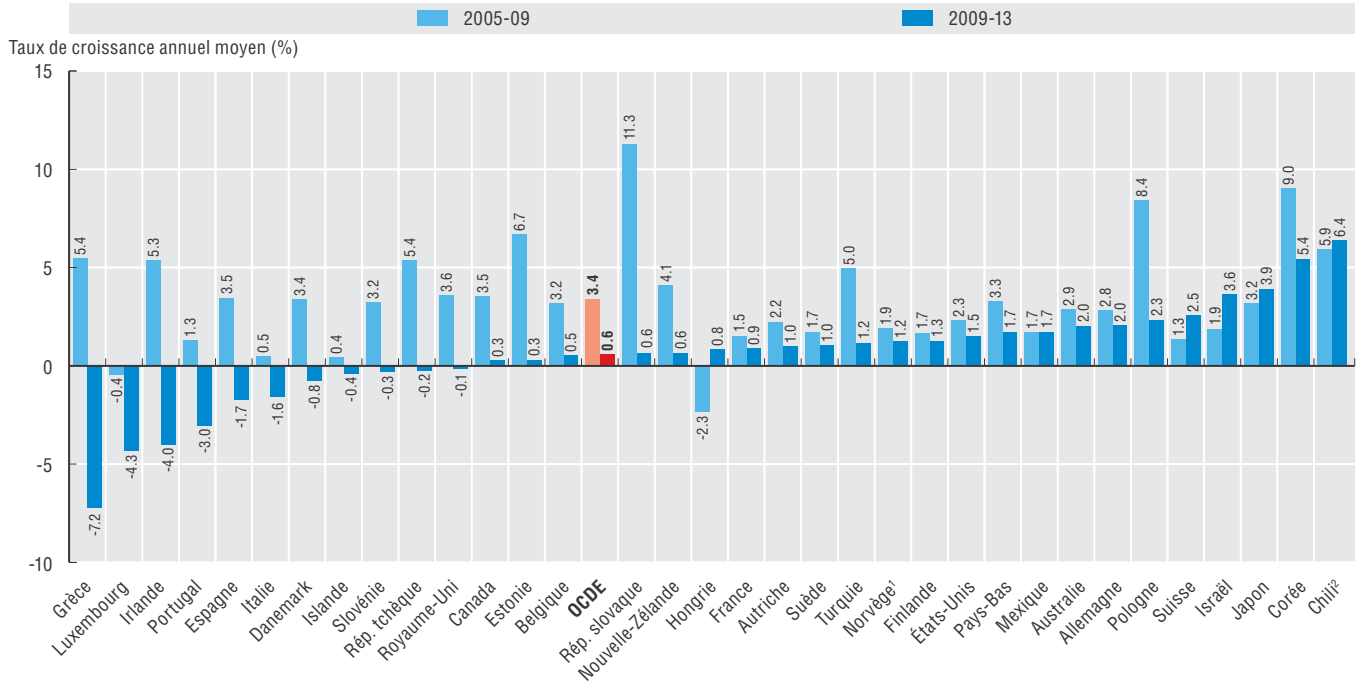
Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Inclut les investissements.
2. Les données se rapportent à 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282187

9.2. Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2005 à 2013 (ou année la plus proche)



1. Indice des prix du PIB pour la Norvège continentale utilisé comme déflateur.
2. Indice des prix à la consommation utilisé comme déflateur.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282187

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Dépenses de santé en proportion du PIB

L'évolution des dépenses d'un pays pour les soins de santé par rapport aux dépenses consacrées à l'ensemble des biens et services dans l'économie peut dépendre à la fois des fluctuations des dépenses de santé et de la croissance économique nationale. Les années 2000 se sont caractérisées par une période de croissance des dépenses de santé supérieure à celle de l'ensemble de l'économie, de telle sorte que les dépenses de santé rapportées au PIB ont fortement augmenté dans beaucoup de pays de l'OCDE. Toutefois, la crise économique qui s'est déclarée en 2008 a entraîné dans de nombreux pays de l'OCDE une hausse initiale de ce ratio, et ensuite une baisse.

En 2013, les dépenses de santé représentaient en moyenne 8.9 % du PIB dans les pays de l'OCDE (investissements exclus), soit autant qu'en 2012 et légèrement plus que les 8.8 % de 2011 (graphique 9.3). Si l'on inclut les dépenses en capital (voir l'indicateur « Dépenses en capital dans le secteur de la santé »), les dépenses de santé en proportion du PIB sont estimées à 9.3 % en moyenne en 2013.

En 2013, les dépenses de santé aux États-Unis représentaient 16.4 % du PIB, niveau qui restait très supérieur à la moyenne de l'OCDE et qui dépassait de plus de cinq points de pourcentage celui d'un groupe de pays à haut revenu (tous à environ 11 %) comprenant les Pays-Bas, la Suisse, la Suède, l'Allemagne et la France. Presque la moitié des pays de l'OCDE dépensaient en services de santé entre 8 et 10 % de leur PIB. Parmi les pays de l'OCDE, le Mexique et l'Estonie consacraient environ 6 % de leur PIB à la santé – soit approximativement les deux tiers de la moyenne de l'OCDE, tandis que la Turquie enregistrait le ratio le plus bas avec un peu plus de 5 % du PIB. Chez les pays partenaires, la Chine et l'Inde ont dépensé respectivement 5.6 % et 4.0 % de leur PIB en 2013, tandis que le Brésil (9.1 %) et l'Afrique du Sud (8.9 %) enregistraient des ratios proches de la moyenne de l'OCDE (dans tous les cas, investissements inclus).

Le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB a fortement augmenté en 2009 pour atteindre en moyenne 9.0 %, contre 8.3 % en 2008, 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. Dans le contexte de réduction des déficits publics qui s'est ensuivi, les diminutions des dépenses (publiques) de santé ont eu pour résultat que le ratio par rapport au PIB a tout d'abord baissé et s'est ensuite stabilisé à mesure que la croissance des dépenses de santé s'alignait sur celle de l'économie dans beaucoup de pays de l'OCDE (graphiques 9.4 et 9.5).

Les États-Unis ont vu leur ratio des dépenses de santé rapportées au PIB se maintenir au niveau de 16.4 % depuis 2009, alors qu'il avait fortement augmenté (de presque deux points de pourcentage) entre 2005 et 2009. Le Canada a lui aussi enregistré une hausse continue dans la seconde moitié de la décennie 2000 pour atteindre son plus haut niveau en 2009. Ensuite, avec une croissance des dépenses de santé moindre que celle de l'économie, le ratio au PIB a graduellement baissé. Le Japon, au contraire, a vu son ratio des dépenses de santé rapportées au PIB continuer à augmenter à partir de la moyenne de l'OCDE en 2005 pour atteindre plus de 10 % du PIB en 2013, en conséquence d'une politique délibérée d'augmentation des dépenses publiques de santé.

En Europe, la France et l'Allemagne ont vu aussi leur ratio des dépenses de santé rapportées au PIB se stabiliser depuis 2009, avec l'alignement de la croissance de ces dépenses sur celle de l'économie. D'autres pays d'Europe, comme le Portugal et l'Irlande, ont connu une décélération de ces dépenses beaucoup plus marquée que celle du PIB, ce qui a fait chuter le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB, après une augmentation notable avant 2009, période où les dépenses de santé croissaient sensiblement plus que l'économie. La Grèce, qui a connu d'importantes réductions des dépenses de santé, a vu le ratio de ces dernières au PIB fluctuer mais se maintenir globalement à un niveau similaire à celui du milieu de la décennie 2000, du fait que l'ensemble de l'économie souffrait dans la même mesure.

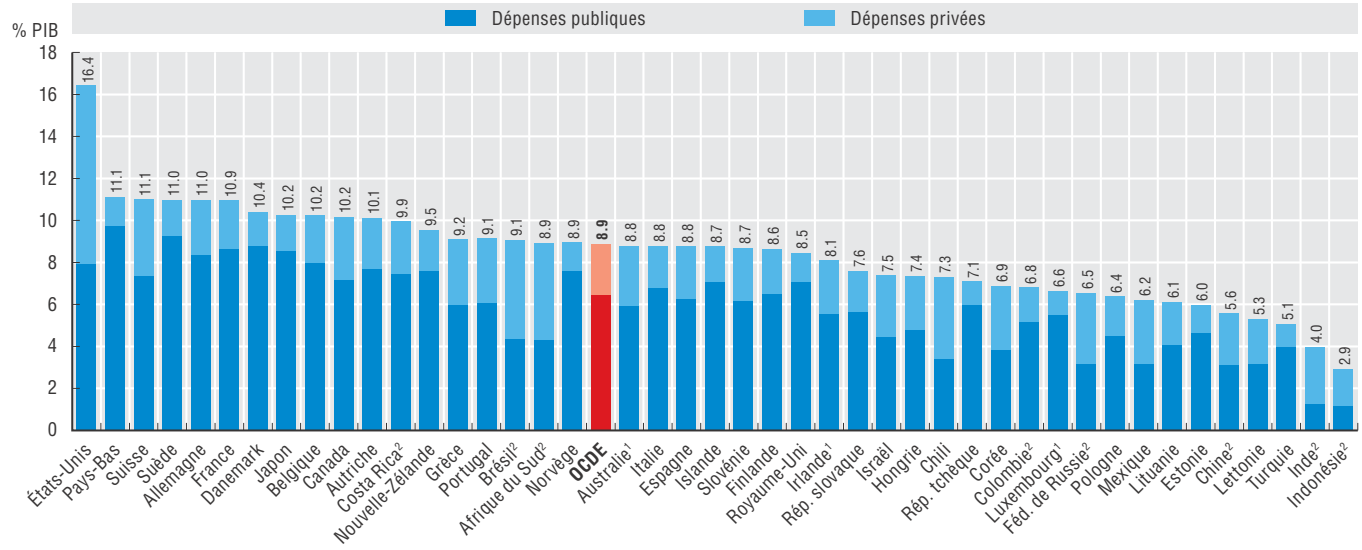
Définition et comparabilité

Voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses de santé.

Produit intérieur brut (PIB) = consommation finale + formation brute de capital + exportations nettes. La consommation finale des ménages comprend les biens et services utilisés par les ménages ou la collectivité pour satisfaire les besoins individuels. Elle englobe les dépenses de consommation finale des ménages, des administrations publiques et des institutions sans but 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.

9.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)



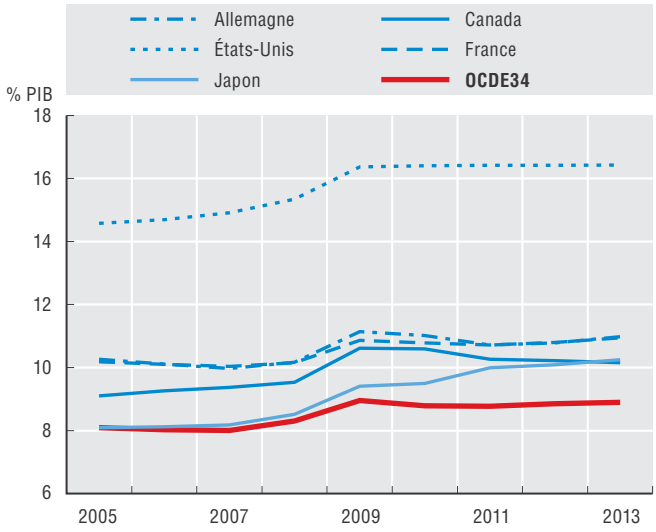
Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les données se rapportent à 2012.
2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282191*

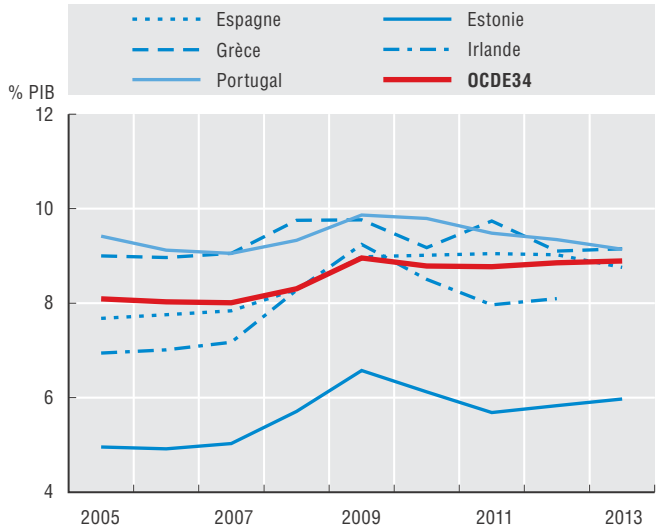
9.4. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, pour quelques pays du G7, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282191*

9.5. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, pour quelques pays européens, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282191*

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Dépenses de santé par fonction

Les dépenses au titre des soins hospitaliers ou ambulatoires constituent la majeure partie des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : en moyenne presque deux tiers des dépenses courantes de santé en 2013 (graphique 9.6). Une autre part de 20 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), tandis que 12 % se rapportent aux soins de longue durée et les 6 % restants aux services collectifs, comme les programmes de santé publique, la prévention ainsi que les dépenses d'administration.

La Grèce enregistre la part de dépenses en soins hospitaliers (y compris les soins de jour dans les hôpitaux) la plus élevée parmi les pays de l'OCDE : elles représentaient 42 % du total des dépenses de santé en 2013, contre 36 % en 2009, en conséquence des baisses plus fortes des dépenses consacrées aux soins ambulatoires et aux produits pharmaceutiques. Le secteur des hôpitaux joue aussi un rôle important en Pologne, en France et en Autriche, avec des dépenses en soins hospitaliers constituant plus d'un tiers des coûts totaux. Les États-Unis enregistrent chaque année la part des soins ambulatoires la plus élevée (et en conséquence la part des soins hospitaliers la plus faible), mais il convient de noter que ce chiffre englobe dans ce cas les rémunérations des médecins qui facturent aux patients de manière indépendante leurs prestations en milieu hospitalier. Le Portugal et Israël sont d'autres pays où la part de dépenses en soins ambulatoires est importante (48 % et 46 %).

Les biens médicaux sont une autre catégorie importante de dépenses de santé. En République slovaque et en Hongrie, ces produits constituent la première catégorie de dépenses, représentant respectivement 36 % et 33 % du total des dépenses de santé. Avec environ 30 %, leur part est aussi élevée en Grèce et au Mexique, alors qu'ils ne représentent que 10 à 11 % du total des dépenses de santé au Danemark et en Norvège.

Il existe également des différences entre les pays en ce qui concerne leurs dépenses consacrées aux soins de longue durée (voir l'indicateur « Dépenses de soins de longue durée » dans le chapitre 11). Des pays comme la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et le Danemark, qui ont mis en place des dispositifs structurés pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, allouent aux soins de longue durée environ un quart du total de leurs dépenses de santé ou davantage. Dans beaucoup de pays d'Europe méridionale ou centrale, où le secteur des soins de longue durée est plus informel, les dépenses en services structurés dans ce domaine représentent une part beaucoup plus faible du total des dépenses.

Le ralentissement des dépenses de santé constaté dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années a touché l'ensemble des catégories de dépenses, bien qu'à des degrés divers (graphique 9.7). Les dépenses en produits pharmaceutiques ont été réduites de près de 2 % par an, alors qu'elles augmentaient au rythme de 2 % par an dans la période qui a précédé la crise – ce qui était déjà inférieur à la forte croissance de ces dépenses enregistrée dans les années 90 et au début de la décennie 2000 (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques » dans le chapitre 10). Malgré l'isolation et la protection initiales des budgets de santé publique, les dépenses de prévention ont commencé à baisser dans environ la moitié des pays de l'OCDE à partir de 2009. Globalement, les dépenses en soins préventifs ont diminué de 0.3 % par an, après avoir connu des taux de croissance très élevés durant la période 2005-09 (5.6 %). Une partie de cette inversion de la courbe peut s'expliquer par l'épidémie de grippe H1N1, qui a entraîné une importante dépense exceptionnelle pour la vaccination dans de nombreux pays aux alentours de 2009.

Les dépenses en soins de longue durée, ambulatoires et hospitaliers ont continué à augmenter mais à un rythme nettement réduit depuis 2009. Le taux de croissance des dépenses en soins ambulatoires a été divisé par plus de deux globalement (1.7 % contre 3.9 %), tout en restant positif dans trois quarts des pays de l'OCDE. Certains gouvernements ont décidé de protéger les dépenses destinées aux soins primaires et aux services de première ligne tout en cherchant des possibilités de réduction dans d'autres parties du système de santé. Le taux de croissance moyen annuel pour les soins hospitaliers, auparavant au niveau de 2.4 %, a été divisé par quatre et, dans une douzaine de pays de l'OCDE, il est devenu négatif entre 2009 et 2013. Les mesures les plus fréquentes prises dans les pays de l'OCDE pour équilibrer les budgets de la santé ont notamment consisté à réduire les salaires dans les hôpitaux publics, ajourner le remplacement des personnels et retarder les investissements dans l'infrastructure hospitalière.

Définition et comparabilité

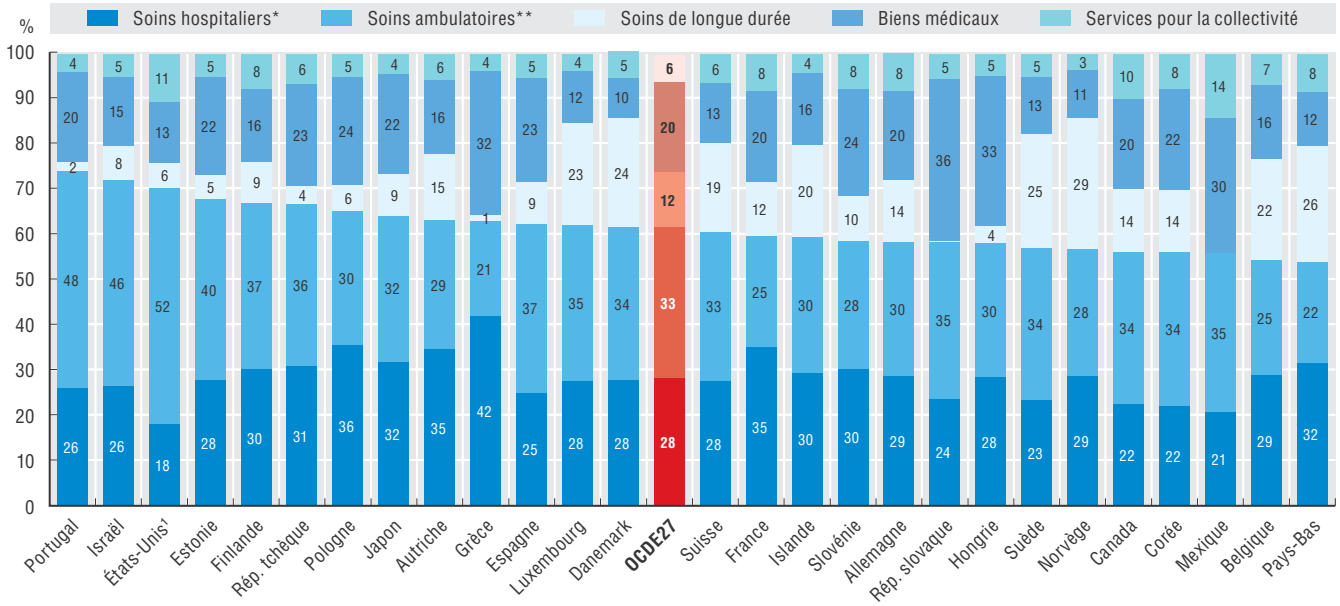
Le Système de comptes de la santé (OCDE, 2000 ; OCDE, Eurostat, OMS, 2011) définit les frontières du système de santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (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 qu'il soit difficile dans certains pays de distinguer clairement le volet sanitaire et le volet social. Certains pays qui ont mis en place des dispositifs intégrés 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, du fait que ces composantes sociales ne sont pas prises en compte. Par exemple, un examen en cours de l'allocation des dépenses pour les soins de longue durée au Japon mènera probablement à une augmentation significative en 2016 de leurs dépenses de santé basées sur le Système de comptes de la santé 2011. De ce fait, l'estimation des dépenses en soins de longue durée est un des principaux facteurs qui limitent la comparabilité des données entre les pays.

Références

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264281806-fr*.

OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en*.

9.6. Dépenses courantes de santé par fonction, 2013 (ou année la plus proche)



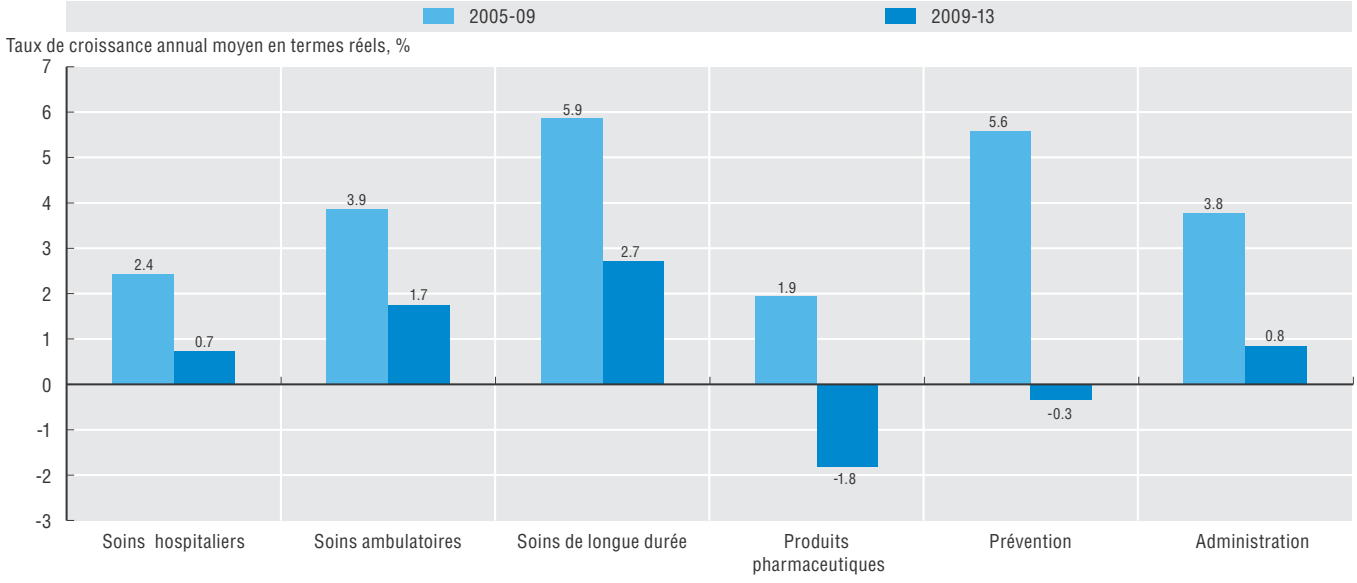
Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation dans les dépenses courantes de santé. * Se réfère aux soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. ** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282206

9.7. Variations des dépenses de santé par habitant pour certaines fonctions, moyenne OCDE, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282206

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Financement des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés par une combinaison de dépenses publiques et privées. Dans certains pays, le financement public se limite principalement à l'utilisation des recettes fiscales générales, alors que dans d'autres pays, ce sont les régimes d'assurance sociale qui supportent la plus grande partie des dépenses de santé. Le financement privé se compose principalement des paiements directs par les ménages (paiements indépendants ou dispositifs de participation aux coûts), ainsi que de diverses formes d'assurances maladie privées.

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le secteur public est la principale source de financement de la santé. Il couvrait en 2013 environ trois quarts des dépenses de santé (graphique 9.8). Au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni, les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de 80 % de ces dépenses. Aux Pays-Bas, en République tchèque, en France, au Luxembourg, au Japon et en Allemagne, l'assurance sociale maladie finance au moins 70 % de l'ensemble des dépenses de santé. La part du financement public dans les dépenses de santé n'est inférieure à 50 % qu'au Chili et aux États-Unis. Dans ces pays, une forte proportion des dépenses de santé est financée soit directement par les ménages (c'est le cas du Chili), soit par l'assurance privée (États-Unis).

La santé est en concurrence avec différents secteurs comme l'éducation, la défense ou le logement pour l'obtention de ressources publiques. Le montant du budget public alloué à la santé est déterminé par un certain nombre de facteurs tels que le type de système de santé et de prise en charge de la dépendance, la composition démographique de la population et les priorités budgétaires relatives du pays. En moyenne, 15 % du total des dépenses publiques était consacré à la santé en 2013 (graphique 9.9). Il existe toutefois des variations importantes entre les pays membres de l'OCDE. Alors qu'un cinquième des dépenses publiques est alloué à la santé dans des pays comme la Nouvelle-Zélande et la Suisse, cette proportion tombe à environ 10 % en Hongrie et en Grèce.

L'évolution des dépenses publiques gouverne en grande partie les mouvements des dépenses de santé. Dans la période de forte croissance qui a précédé la crise, les dépenses publiques de santé ont ainsi augmenté en moyenne de presque 4 % par an (graphique 9.10). En 2010, la croissance des dépenses publiques de santé a connu un coup d'arrêt, avec des baisses dans de nombreux pays. Depuis lors, la croissance des dépenses a été très lente, souvent parallèlement à celle de l'ensemble de l'économie.

Après le secteur public, la principale source de financement est celle des paiements directs à la charge des patients. En moyenne, les ménages privés ont financé directement 19 % des dépenses de santé en 2013. Ce pourcentage dépasse 30 % au Mexique, en Corée, au Chili et en Grèce ; il est de 10 % ou moins en France et au Royaume-Uni. Ces dépenses à la charge des patients ont continué à augmenter depuis 2009, mais plus lentement, en partie en conséquence des mesures de participation aux coûts introduites dans un certain nombre de pays. Parmi ces mesures figurent l'augmentation de la part payée par le patient et de la franchise de remboursement pour les produits pharmaceutiques, la réduction des prestations pour les traitements dentaires, l'augmentation des frais à la charge des patients pour les soins hospitaliers, l'introduction de la participation aux coûts pour certaines activités des soins primaires et la suppression des droits à la couverture publique pour certaines catégories de la population.

Le rôle de l'assurance maladie privée (AMP) peut varier entre les systèmes de santé. L'AMP fournit une couverture de soins primaires pour de larges parties de la population aux États-Unis et au Chili, tandis qu'elle complète en montants ou en étendue la couverture publique pour la grande majorité de la population dans des pays comme la France, la Belgique et la Slovénie. Dans d'autres pays, comme l'Australie et l'Irlande, elle apporte une couverture parallèle offrant l'accès à un plus large ensemble de fournisseurs de soins. Les dépenses rattachées à l'AMP ne représentent que 6 % du total des dépenses de santé dans l'OCDE, mais elles constituent une part non négligeable dans un certain nombre de pays, en particulier aux États-Unis (35 %) et au Chili (20 %). Les dépenses de santé financées par l'assurance maladie privée, dont la croissance avait sensiblement ralenti durant la période 2009-11, ont augmenté de 2.9 % entre 2011 et 2013 – entre autres, en réaction à un certain transfert des coûts vers les patients et aux diminutions de couverture dans certains pays.

Définition et comparabilité

Le financement des soins de santé peut s'examiner sous l'angle des sources de financement (les ménages, les employeurs et l'État), des dispositifs 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 dépenses des administrations publiques 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 fournisseurs de soins.

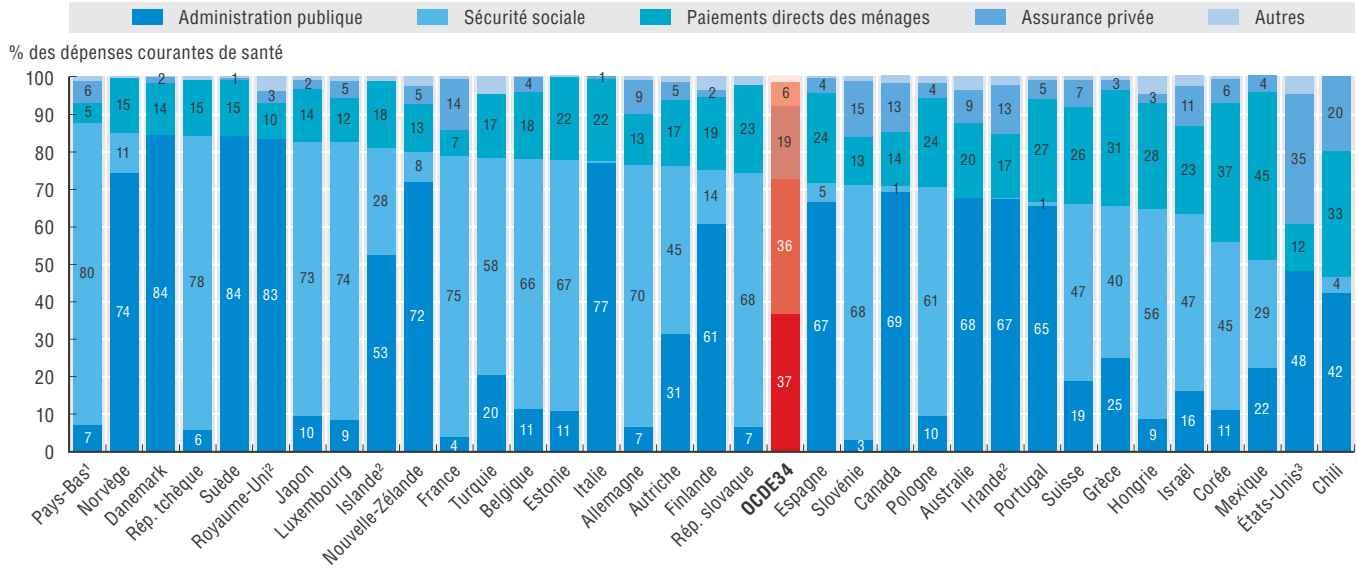
Les dépenses totales des administrations publiques sont définies comme dans le Système des comptes nationaux ; elles ont pour principales composantes la consommation intermédiaire, la rémunération des salariés, les intérêts, les prestations sociales, les transferts sociaux en nature, les subventions, les autres dépenses courantes et les dépenses en capital payables par les administrations centrales, régionales ou locales ainsi que par les caisses de sécurité sociale.

Références

OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264281806-fr*.

OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en*.

9.8. Dépenses de santé par type de financement, 2013 (ou année la plus proche)

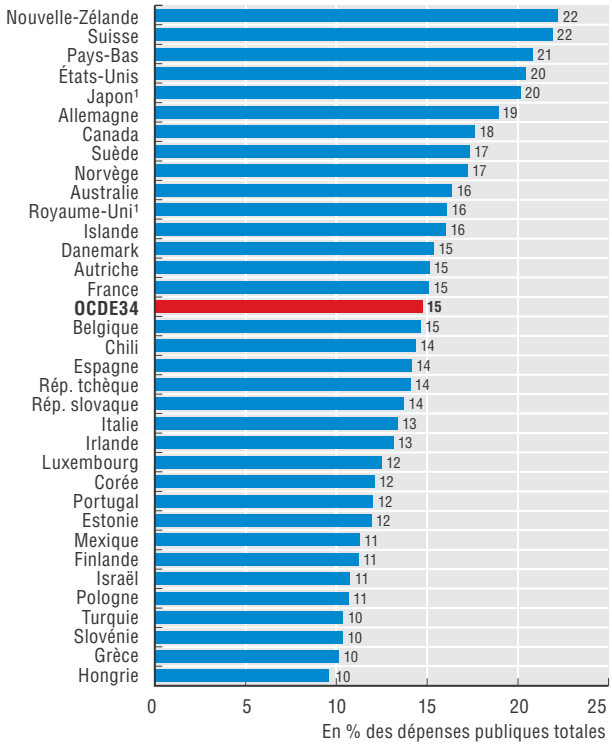


1. Les Pays-Bas incluent la participation minimale obligatoire aux coûts des ménages dans la catégorie « sécurité sociale » plutôt que dans les « paiements directs des ménages », ce qui induit une sous-estimation de la part des ménages.
2. Les données réfèrent aux dépenses totales de santé (= dépenses courantes de santé plus formation de capital).
3. Les données de sécurité sociale sont inclues dans la catégorie « administration publique ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282212

9.9. Dépenses de santé en pourcentage des dépenses publiques totales, 2013 (ou année la plus proche)



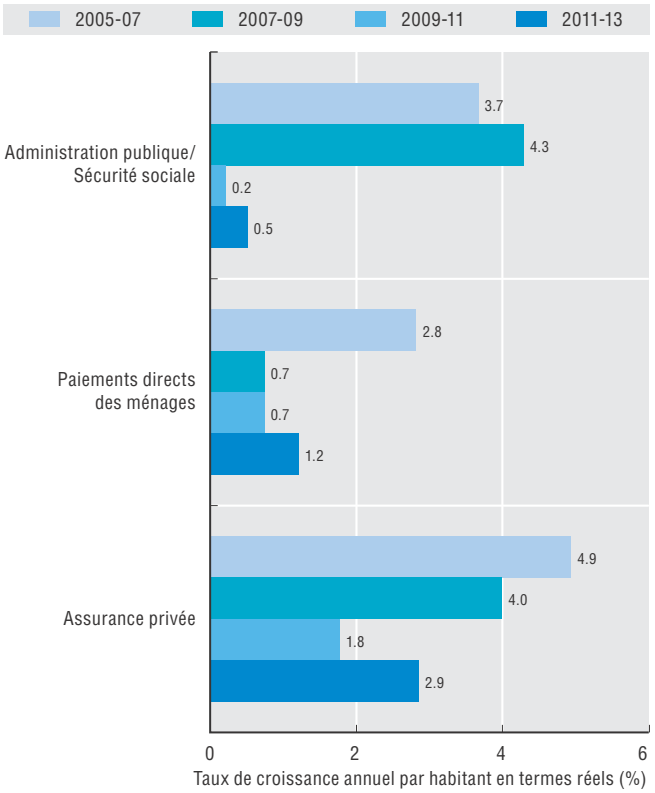
1. Les données réfèrent aux dépenses totales de santé (= dépenses courantes de santé plus formation de capital).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Comptes nationaux de l'OCDE ; Base de données statistiques d'Eurostat ; Base de données du FMI sur les perspectives de l'économie mondiale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282212

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

9.10. Croissance des dépenses de santé par type de financement, moyenne OCDE, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282212

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 aussi aider à évaluer l'impact du vieillissement de la population et de l'évolution de la structure de la morbidité sur les dépenses. De plus, l'analyse des liens entre, d'un côté, les dépenses de santé par maladie et, de l'autre, des indicateurs appropriés mesurant 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 santé selon les types de maladie (Heijink et al., 2006).

Le graphique 9.11 montre la répartition des dépenses au titre des soins hospitaliers pour sept grandes catégories de diagnostic. Ces catégories représentent entre 60 % et 80 % du total des dépenses consacrées aux soins aigus en hospitalisation dans le groupe de pays considéré. 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 où ce sont respectivement les dépenses liées au cancer et celles afférentes aux troubles mentaux et comportementaux qui viennent en tête. Les différences entre les pays peuvent résulter de divers facteurs, comme la structure démographique ou celle de la morbidité, ainsi que les dispositifs institutionnels et les recommandations cliniques relatifs au traitement des différentes pathologies. Aux Pays-Bas, par exemple, les troubles mentaux et du comportement représentent à peu près 23 % des dépenses en soins hospitaliers, soit environ le double du niveau de l'Allemagne, de la Finlande et du Japon. 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 (OCDE, 2015). De même, au Japon, les durées de séjour supérieures à la moyenne pour certaines maladies circulatoires spécifiques comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC) pourraient expliquer le fait que plus de 22 % des dépenses en soins hospitaliers sont consacrées au traitement des maladies circulatoires, alors que 12 % seulement des sorties d'hôpitaux concernent des patients traités pour ces maladies – soit une proportion similaire à celle observée dans d'autres pays.

Le graphique 9.12 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 afférentes aux maladies circulatoires sont plus de deux fois supérieures à celles liées au cancer. Dans le cas des maladies circulatoires, le Japon est le pays où le niveau de dépenses par sortie est le plus élevé par rapport aux autres pays, là encore du fait d'hospitalisations beaucoup plus longues, tandis que, dans le cas du cancer, les dépenses par sortie sont les plus importantes aux Pays-Bas.

Les différences de structure des coûts peuvent aussi être dues en partie à des facteurs démographiques. La répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge en République tchèque, en Corée et aux Pays-Bas, présentée dans le graphique 9.13, montre que la part des dépenses augmente avec l'âge après un pic initial lié à la naissance et aux maladies infantiles. La part des dépenses courantes de santé reste relativement constante jusqu'à la tranche d'âge de 50 à 54 ans, puis elle augmente fortement avec l'âge. Une part importante des dépenses courantes de santé est donc consommée par la population âgée. Les personnes âgées de 65 ans et plus consomment environ 60% des dépenses courantes de santé en moyenne dans les trois pays. En outre, en Corée et aux Pays-Bas, plus de 20% des dépenses courantes de santé sont attribuées aux personnes âgées de 85 ans et plus, tandis qu'en République tchèque, la part est beaucoup plus faible. Ceci peut être expliqué par un faible niveau de dépenses de soins de longue durée en République tchèque.

Définition et comparabilité

Les dépenses par maladie et par âge ventilent les dépenses courantes de santé selon les caractéristiques des patients. Les lignes directrices qui ont été élaborées proposent des catégories de maladies conformes à la CIM-10. Pour assurer la comparabilité entre les pays, les dépenses sont aussi rattachées au *Système de comptes de la santé* et 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 dépenses de prévention ou d'administration.

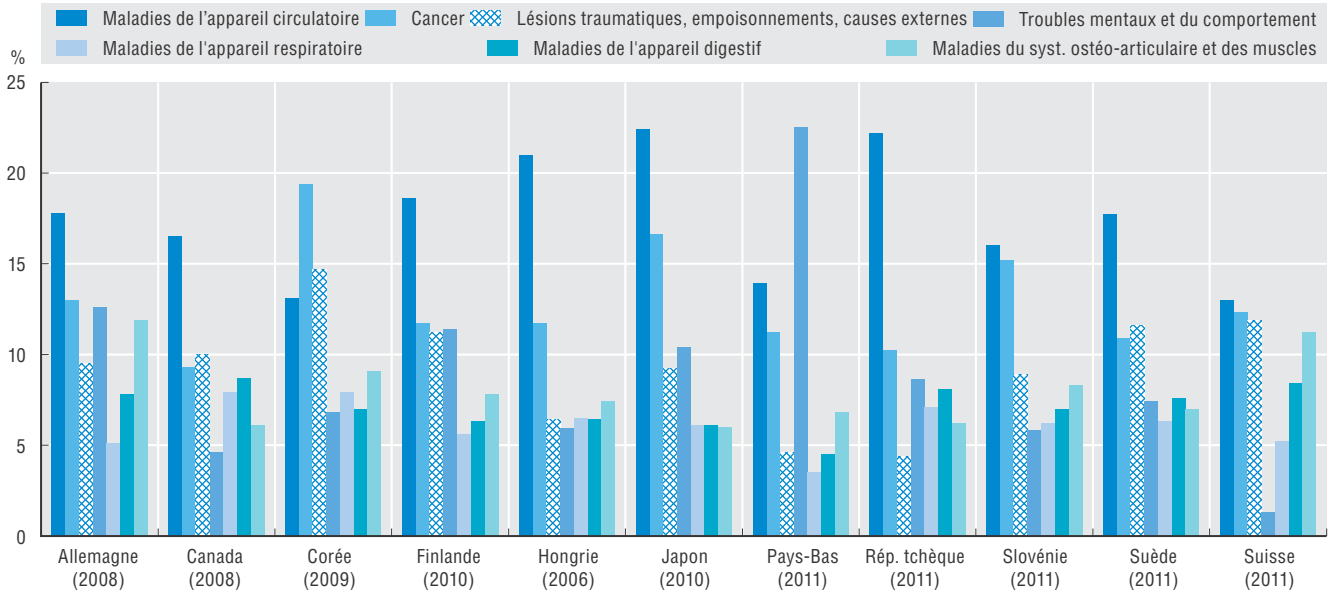
Les graphiques ne présentent que les dépenses imputées. Des restrictions s'appliquent aussi aux pays suivants : le Canada ne couvre pas le Québec ni les hôpitaux psychiatriques ; la République tchèque inclut seulement les dépenses de la Caisse d'assurance-maladie ; l'Allemagne inclut l'ensemble des dépenses hospitalières ; enfin, les Pays-Bas ne couvrent que les soins curatifs dans les hôpitaux généraux et spécialisés.

Références

Heijink, R., M.A. Koopmanschap et J.J. Polder (2006), *International Comparison of Cost of Illness*, RIVM, Bilthoven.

OCDE (2015), *Addressing Dementia: The OECD Response*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en*.

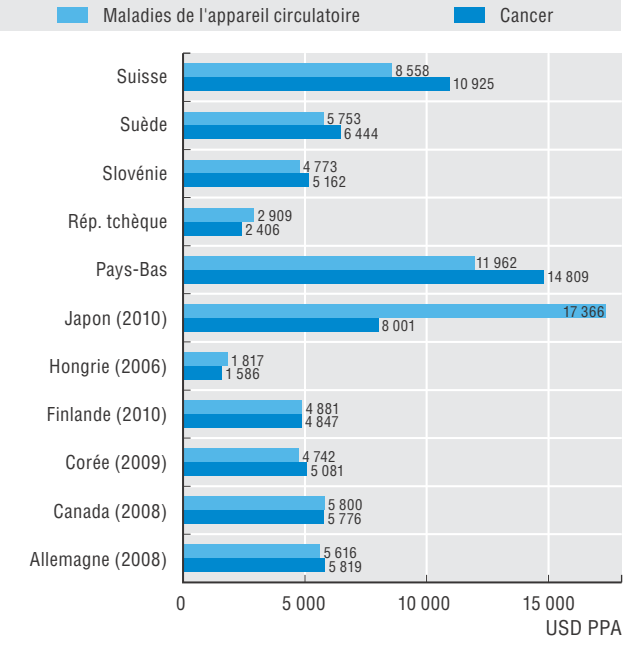
9.11. Part des dépenses hospitalières par pathologie, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses par maladie, âge et sexe.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282225

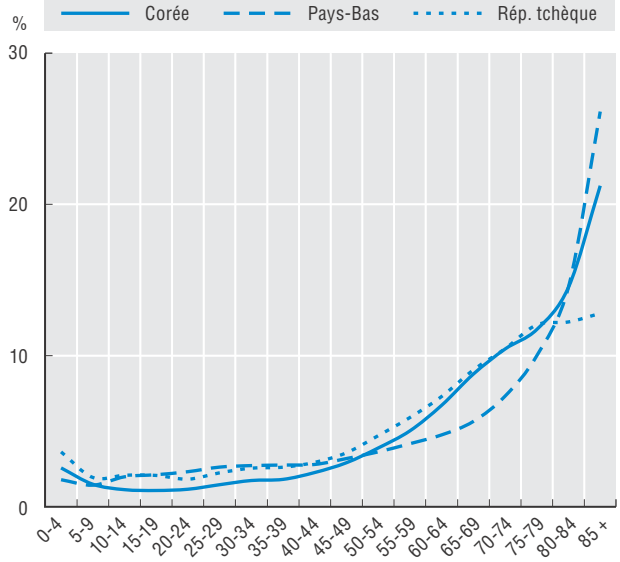
9.12. Dépenses par sortie d'hôpital pour deux pathologies, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses par maladie, âge et sexe.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282225

9.13. Part des dépenses courantes de santé par groupe d'âge, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur les dépenses par maladie, âge et sexe.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282225

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Il est très important, pour l'élaboration et l'analyse des politiques, de connaître le montant qu'un système de santé investit dans les hôpitaux, technologies médicales et autres équipements. Même si les systèmes de santé restent un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, le capital a vu son importance s'accroître au cours des dernières décennies en tant que facteur de production des services de santé. Cela s'illustre, par exemple, par l'importance croissante des équipements diagnostiques ou thérapeutiques ou par l'expansion des technologies de l'information, de l'informatique et des télécommunications dans le domaine de la santé ces dernières années. Il est essentiel de disposer de statistiques sur les dépenses en capital pour analyser la capacité de production du système de santé (c'est-à-dire, savoir si elle est appropriée, insuffisante ou excessive), cela même étant indispensable pour éclairer la mise en œuvre des politiques (par exemple, s'il existe une capacité excédentaire, le coût marginal d'extension de la couverture sera moindre que si le système de santé a déjà du mal à répondre à la demande présente).

En moyenne, les pays de l'OCDE ont investi environ 0.45 % de leur PIB en 2013 en termes de *dépenses en capital* dans le secteur de la santé. Par comparaison, les *dépenses courantes* en services de soins et biens médicaux représentaient 8.9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB »). Comme pour les dépenses courantes, on observe des différences entre les pays du point de vue des niveaux actuels d'investissement ainsi que des tendances récentes.

En haut de l'échelle, les dépenses en capital de la Belgique se sont élevées à plus de 0.8 % du PIB en 2013, suivie par un groupe de pays comprenant la France, l'Allemagne et les États-Unis au-dessus de 0.6 % du PIB. Environ la moitié des pays de l'OCDE se situent dans un intervalle relativement étroit entre ±25 % de la moyenne, qui va du Royaume-Uni à l'Australie. En bas de l'échelle, la Turquie, le Chili et la Hongrie ont dépensé environ moitié moins que la moyenne de l'OCDE, tandis que la Grèce, l'Islande et le Mexique consacraient environ 0.1 % de leur PIB aux dépenses d'investissement dans l'infrastructure et les équipements du secteur de la santé.

Les données des Comptes nationaux donnent une idée du type d'actifs et de dépenses en capital. Ces dernières peuvent fluctuer d'une année à l'autre mais, globalement dans le secteur de la santé, on observe un niveau égal entre les dépenses de construction (construction des hôpitaux et autres établissements de soins) et les dépenses en équipements (machines médicales, ambulances et équipements informatiques et de communications). Au total, ces deux catégories représentent 85 % des dépenses en capital. Les 15 % restants correspondent aux produits de propriété intellectuelle, c'est-à-dire les résultats de la recherche, du développement ou de l'innovation. Cela peut varier sensiblement entre les pays.

Parallèlement aux dépenses courantes de santé, les dépenses en capital ont été touchées par la crise économique mondiale, l'infrastructure et les équipements du système de santé étant souvent une cible de choix pour la réduction ou l'ajournement des dépenses. Globalement, les dépenses en capital ont fortement augmenté durant la période qui a précédé 2008 – en moyenne, ces dépenses étaient supérieures de 22 % à celles de 2005 en termes réels. Au cours des trois années suivantes, le montant annuel a chuté de presque 15 %. Depuis 2011, les dépenses en capital ont recommencé à croître (graphiques 9.15 et 9.16).

Les différences entre les pays montrent aussi les mêmes tendances que pour les dépenses courantes. En dehors de l'Europe, l'investissement dans le secteur de la santé a été généralement moins touché par le fléchissement économique. L'Australie et la Corée, par exemple, ont enregistré en 2013 des dépenses en capital supérieures de 40 % à celles de 2005.

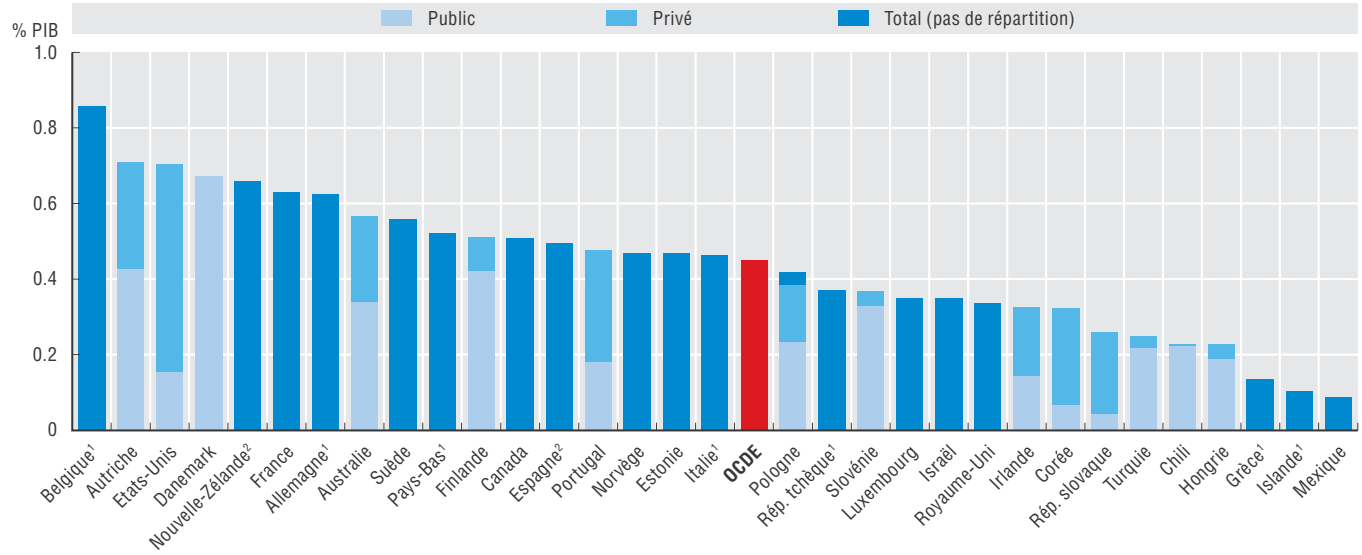
Un certain nombre de pays d'Europe ont connu de sévères réductions de leurs dépenses en capital. Les chiffres pour la Grèce montrent en 2013 des dépenses qui se situent à moins de 40 % du niveau de 2005, avec une accélération de la chute en 2010. De même, l'Espagne a subi une forte inversion de tendance après 2008, avec des dépenses en capital divisées par deux entre 2005 et 2012.

Définition et comparabilité

La formation brute de capital fixe dans le système de la santé se mesure par la valeur totale des actifs fixes que les fournisseurs de soins ont acquis durant la période comptable (moins la valeur des aliénations d'actifs) et qui sont utilisés de manière répétée ou continue pendant plus d'une année dans la production des services de santé. Les catégories d'actifs sont l'infrastructure (hôpitaux, cliniques, etc.), les machines et équipements (machines chirurgicales et de diagnostic, ambulances, équipements informatiques et de communications) ainsi que les logiciels et les bases de données.

De nombreux pays enregistrent la formation brute de capital fixe dans le cadre du Système des comptes de la santé. Elle est aussi comptabilisée par secteur d'industrie dans le cadre des Comptes nationaux conformément à la Classification internationale type par industrie (CITI) Rév. 4 au titre de la Section Q : Santé et activités d'action sociale ou de la Division 86 : Activités relatives à la santé. La première est normalement plus large que la catégorie définie par le Système de comptes de la santé tandis que la seconde est plus étroite.

9.14. Formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)

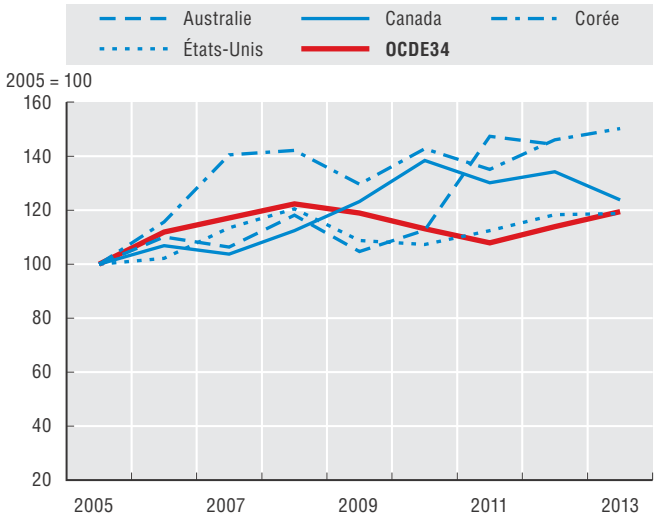


1. Fait référence à la formation brute de capital fixe définie dans CITI 86: Activités relatives à la santé (CITI Rév. 4).
2. Fait référence à la formation brute de capital fixe définie dans CITI Q: Santé et activités d'action sociale (CITI Rév. 4).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282235

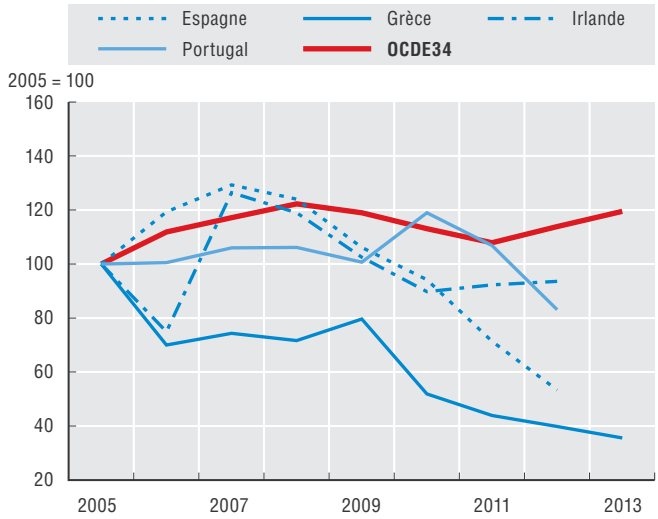
9.15. Formation brute de capital fixe, pour quelques pays non-européens, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282235

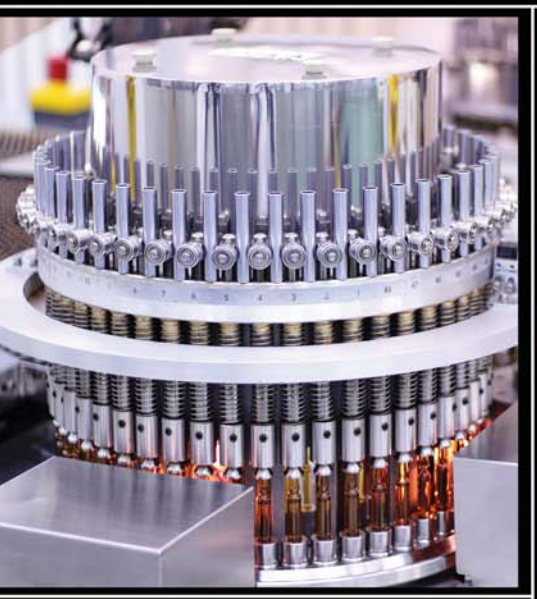
9.16. Formation brute de capital fixe, pour quelques pays européens, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282235

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*



10. SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dépenses pharmaceutiques

Financement des dépenses pharmaceutiques

Pharmaciens et pharmacies

Consommation pharmaceutique

Part du marché des génériques

Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique

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

Dépenses pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle essentiel dans le système de santé et les responsables publics doivent établir un équilibre assurant l'accès des patients à de nouveaux médicaments efficaces avec des budgets de santé limités tout en offrant aux laboratoires pharmaceutiques les incitations appropriées pour qu'ils mettent au point de nouvelles générations de produits. Après les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, les produits pharmaceutiques représentent le troisième poste de dépenses de santé le plus important : ils constituaient en moyenne plus d'un sixième (17 %) du total de ces dépenses en 2013 dans les pays de l'OCDE, sans compter les dépenses en produits pharmaceutiques dans les hôpitaux.

Le total de la facture pharmaceutique au détail dans les pays de l'OCDE s'élevait à environ 800 milliards USD en 2013. Toutefois, les dépenses en produits pharmaceutiques par habitant varient fortement entre les pays, du fait des différences de volume, des modes de consommation et des prix de ces produits (graphique 10.1). Avec plus de 1 000 USD en 2013, soit le double de la moyenne de l'OCDE, les États-Unis dépensaient beaucoup plus par habitant en produits pharmaceutiques que tout autre pays membre. Le Japon (752 USD), la Grèce (721 USD) et le Canada (713 USD) avaient eux aussi des dépenses en médicaments nettement supérieures à celles des autres pays de l'OCDE. À l'autre bout de l'échelle, le Danemark (240 USD) avait un niveau de dépenses relativement bas (inférieur à la moitié de la moyenne des pays de l'OCDE). On notera que ces chiffres ne concernent que les produits pharmaceutiques au détail, c'est-à-dire ceux délivrés directement aux patients sur ordonnance médicale ou bien en vente libre. Les patients peuvent aussi se voir administrer des produits pharmaceutiques quand ils séjournent à l'hôpital, mais ces dépenses ne sont pas prises en compte ici. D'après les chiffres que l'on possède pour un petit nombre de pays de l'OCDE, ces dernières dépenses peuvent en moyenne ajouter 10 à 20 % supplémentaires aux dépenses de détail, mais ce pourcentage peut varier en fonction des différentes pratiques en matière de dispensation des médicaments et en matière budgétaire (Belloni et al., à paraître).

Environ 80 % du total des dépenses en produits pharmaceutiques de détail concerne les médicaments sur ordonnance, le reste correspondant aux médicaments en vente libre. Les médicaments en vente libre s'achètent sans ordonnance et de manière générale, les patients en paient intégralement le coût. Toutefois, dans certains cas, ces produits peuvent aussi être remboursés par les organismes payeurs publics. Suivant la législation du pays considéré, les produits pharmaceutiques en vente libre peuvent s'acheter en dehors des pharmacies, par exemple dans des supermarchés, d'autres magasins de détail ou sur Internet. En Australie, en Espagne et en Pologne, la part des médicaments en vente libre est relativement élevée – dans ce second pays, ils représentent la moitié des dépenses pharmaceutiques.

Au cours de la décennie 90 et du début des années 2000, l'augmentation des dépenses en produits pharmaceutiques au détail a fortement contribué à la croissance du total des dépenses de santé et, en conséquence, à celle de la part du secteur de la santé dans le PIB (graphique 10.2). La croissance annuelle moyenne des dépenses pharmaceutiques en termes réels a été supérieure à celle du total des dépenses de santé – plus de 5 % par an en moyenne entre 1990 et 2004, contre moins de 4 % par an en moyenne pour les dépenses de santé. Toutefois, dans la seconde moitié de la décennie 2000, la croissance moyenne des dépenses pharmaceutiques s'est nettement affaiblie et cette tendance s'est encore accentuée à la suite de la crise économique mondiale. Au cours de cette période, dans de nombreux pays de l'OCDE, une des préoccupations des responsables publics a été de freiner la dépense en produits pharmaceutiques afin de limiter le total des dépenses publiques (voir l'indicateur « Financement des dépenses pharmaceutiques »). Ainsi, un certain nombre de pays ont établi diverses mesures : réductions de prix (par des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, l'introduction d'une tarification de référence, l'application de ristournes obligatoires, la réduction des marges des pharmacies, la baisse de la taxe sur la valeur ajoutée applicable aux produits pharmaceutiques), promotion de l'utilisation des génériques, réduction de la taille du conditionnement, diminution de la couverture (suppression du remboursement de certains produits) et augmentation de la part payée par les ménages.

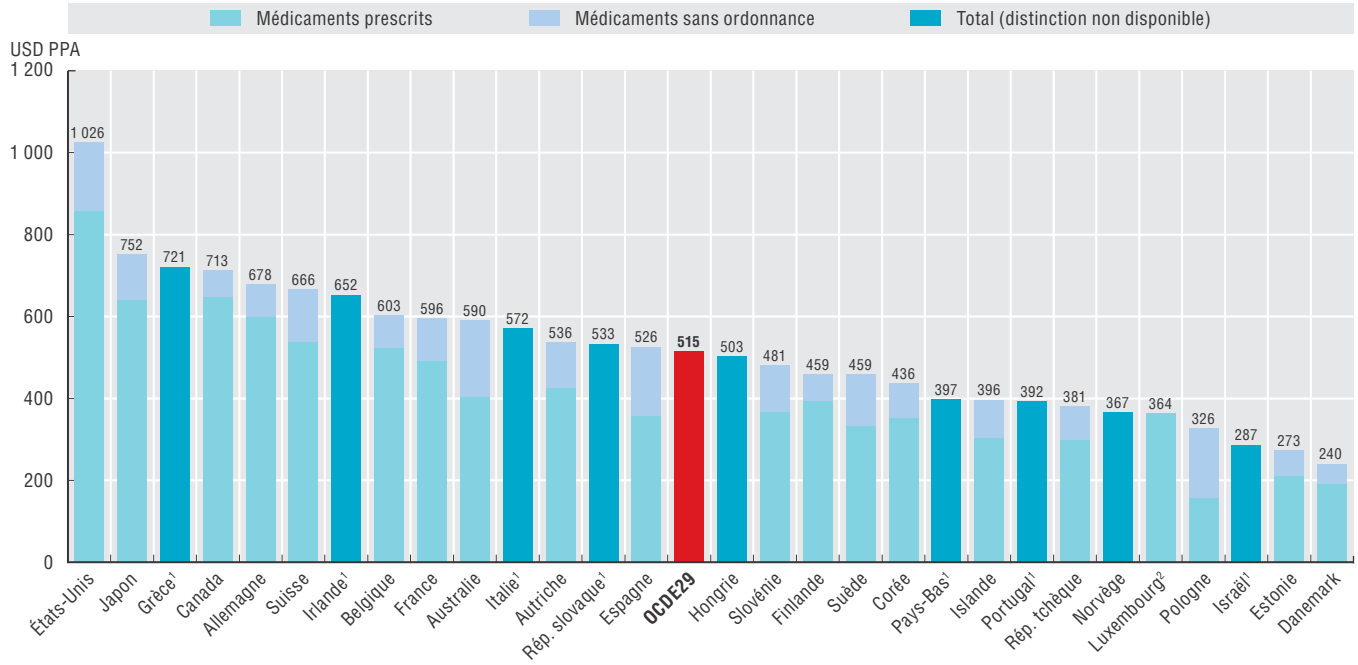
Définition et comparabilité

Les dépenses pharmaceutiques sont celles consacrées aux médicaments sur ordonnance et à l'automédication (produits en vente libre). Dans certains pays, d'autres biens médicaux non durables y sont aussi inclus. Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et autres établissements de soins sont exclus. La dépense finale au titre des produits pharmaceutiques inclut les marges des grossistes et des détaillants et la taxe sur la valeur ajoutée. Ces dépenses couvrent aussi la rémunération des pharmaciens quand celle-ci est séparée du prix des médicaments. Dans la plupart des pays, les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes », c'est-à-dire prennent en compte les ristournes éventuelles que les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies peuvent avoir à consentir.

Références

Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (à paraître), « Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges », *Document de travail de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

10.1. Dépenses pharmaceutiques par habitant, 2013 (ou année la plus proche)

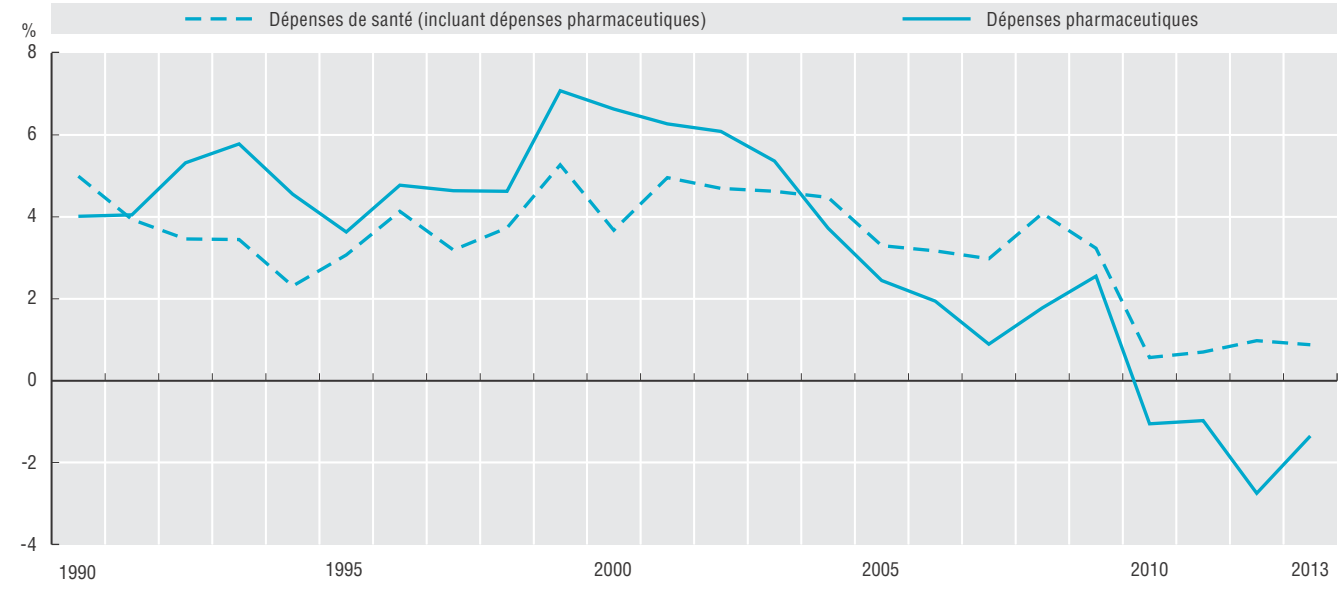


1. Inclut les produits médicaux non-durables (donnant lieu à une surestimation d'environ 5-10%).
2. Exclut les dépenses en médicaments sans ordonnance.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282245

10.2. Taux de croissance annuel moyen des dépenses pharmaceutiques et totales de santé par habitant, en termes réels, moyenne des pays de l'OCDE, 1990 à 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282245

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Financement des dépenses pharmaceutiques

Dans tous les pays de l'OCDE, les produits pharmaceutiques sont financés par une combinaison de dépenses publiques et privées. Dans la plupart des pays, les dispositifs financés par l'impôt ou l'assurance sociale maladie couvrent une quantité notable de produits pharmaceutiques sur ordonnance, quelquefois avec un complément de l'assurance maladie privée. Généralement, une partie du coût des médicaments sur ordonnance reste à la charge des patients, bien qu'il existe souvent des exemptions pour des catégories vulnérables de la population comme les enfants, les personnes âgées ou les patients souffrant de certaines affections chroniques. Normalement, les produits pharmaceutiques en vente libre sont entièrement payés par les ménages privés.

Les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne environ 1.4 % du PIB dans les pays de l'OCDE, de 0.5 % au Danemark à 2.8 % en Grèce (graphique 10.3). La part du financement public s'élève à un peu moins de 60 % en moyenne – soit légèrement moins de 1 % du PIB dans les pays de l'OCDE. Toutefois, ce pourcentage est nettement plus élevé au Japon (1.5 %) et en Grèce (1.9 %) et beaucoup plus faible au Danemark et en Norvège (0.3 % pour ces deux pays). Les dépenses privées en pourcentage du PIB atteignent une valeur maximum en Hongrie et aux États-Unis (1.3 % dans ces deux cas) et sont également élevées au Canada (1.0 %).

La protection publique contre le coût des produits pharmaceutiques n'est pas aussi développée que pour des services de santé comme les soins hospitaliers ou les soins ambulatoires (graphique 10.4). En moyenne dans les pays de l'OCDE, le secteur public couvrait en 2013 une proportion des coûts des services de santé beaucoup plus élevée (79 %) que pour les produits pharmaceutiques (57 %). Cela vaut pour tous les pays à l'exception de la Grèce, où la couverture publique des produits pharmaceutiques est supérieure (67 %, contre 64 %). La couverture publique des produits pharmaceutiques est élevée dans des pays tels que la France, le Japon et l'Allemagne, où les dispositifs de financement publics couvrent 70% ou plus des coûts totaux. Dans huit pays de l'OCDE, les sources privées assument plus de la moitié de la facture pharmaceutique totale, la couverture publique atteignant un minimum en Pologne (32 %), aux États-Unis (34 %) et au Canada (36 %). Toutefois, aux États-Unis et au Canada, l'assurance maladie privée joue un rôle important dans la couverture d'une partie des coûts des produits pharmaceutiques pour les patients. La Pologne fait état de dépenses privées importantes pour les produits pharmaceutiques en vente libre.

Au cours de la dernière décennie, la croissance des dépenses publiques en produits pharmaceutiques est restée inférieure à celle des dépenses totales de santé (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques ») avec une forte chute des taux de croissance récents par comparaison avec les années qui ont précédé la crise (graphique 10.5). Entre 2009 et 2013, les dépenses publiques en produits pharmaceutiques ont baissé en moyenne de 3.2 % dans les pays de l'OCDE alors qu'elles augmentaient de 2.7 % par an durant la période 2005-09. La baisse a été particulièrement forte au Portugal (-11.1 %), au Danemark (-10.4 %) et en Islande (-9.9 %). La Grèce et les Pays-Bas ont eux aussi connu des inversions notables de la croissance des dépenses pharmaceutiques publiques à la suite de la crise par rapport à la période antérieure. La réduction des dépenses publiques en produits pharmaceutiques ne s'est pas limitée à l'Europe. Elles ont aussi baissé au Canada et en Australie (-2.1 % pour ces deux pays). Le Japon, au contraire, continue d'enregistrer des augmentations annuelles notables (4.9 %).

La réduction des dépenses pharmaceutiques publiques dans la plupart des pays de l'OCDE résulte d'un large éventail de mesures gouvernementales (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques »), telles que des réformes visant à soulager les deniers publics du fardeau de ces dépenses en le déplaçant vers les payeurs privés. Parmi ces mesures figurent le déremboursement de produits et l'introduction ou l'augmentation d'une participation des patients au paiement des médicaments sur ordonnance au détail (Belloni et al., à paraître). Ces dernières années, des mesures de ce genre ont été prises dans environ une douzaine de pays de l'OCDE. L'Irlande, par exemple, a introduit une participation de 50 centimes au coût de l'ordonnance pour les titulaires de la « Carte médicale » en 2010, participation qui a augmenté par la suite. En même temps, la franchise mensuelle de remboursement des médicaments a été porté à 120 EUR, soit une augmentation de 20 %, pour les non-titulaires de cette carte, et d'autres hausses ont suivi. En conséquence de ces mesures gouvernementales, la part du financement privé pour les produits pharmaceutiques a sensiblement augmenté dans un certain nombre de pays. En Espagne, 39 % de ces coûts ont été à la charge des patients en 2013, contre 24 % en 2009. En Grèce et en Islande, la proportion des dépenses pharmaceutiques payée directement par les ménages a augmenté d'au moins 10 points de pourcentage depuis 2009.

Définition et comparabilité

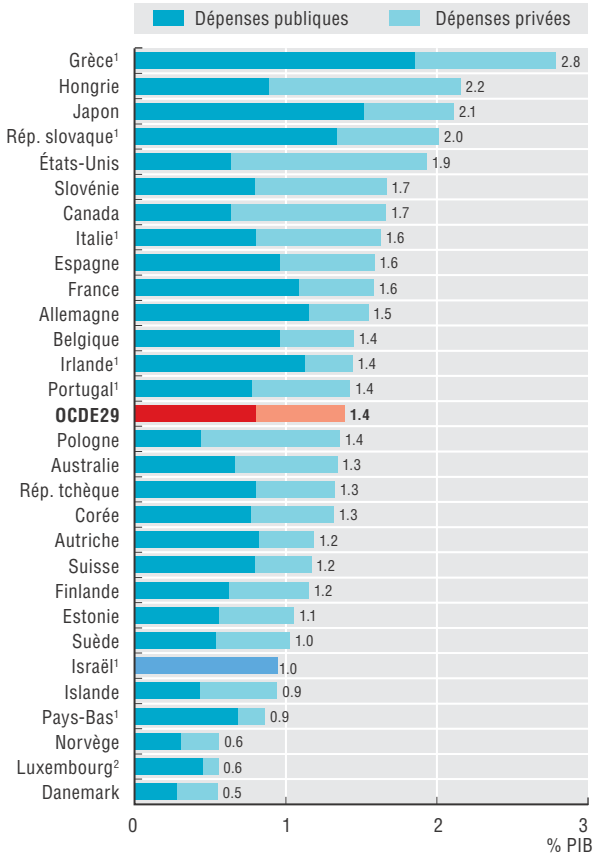
Voir l'indicateur concernant les dépenses pharmaceutiques pour la définition de ce qui est inclus et les limitations éventuelles. Voir l'indicateur concernant le financement des soins pour la définition des dépenses de santé « publiques » et « privées ».

Les services de santé comprennent les soins hospitaliers et les soins ambulatoires (y compris les hospitalisations avec sortie le jour même), les soins de longue durée et les services auxiliaires.

Références

Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (à paraître), « Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges », Document de travail de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris.

10.3. Dépenses pharmaceutiques en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)

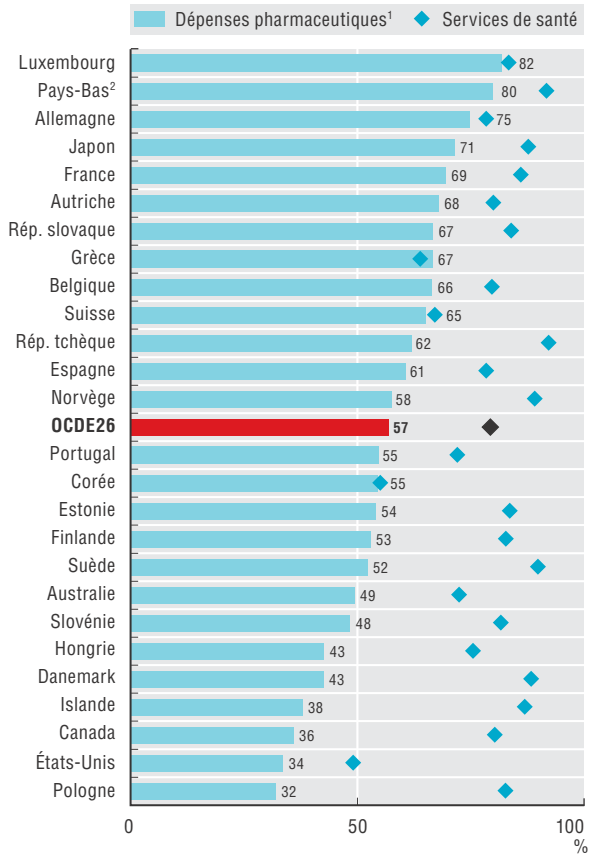


1. Inclut les produits médicaux non durables.
2. Exclut les dépenses en médicaments sans ordonnance.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282253

10.4. Part publique des dépenses en biens et services médicaux, 2013 (ou année la plus proche)

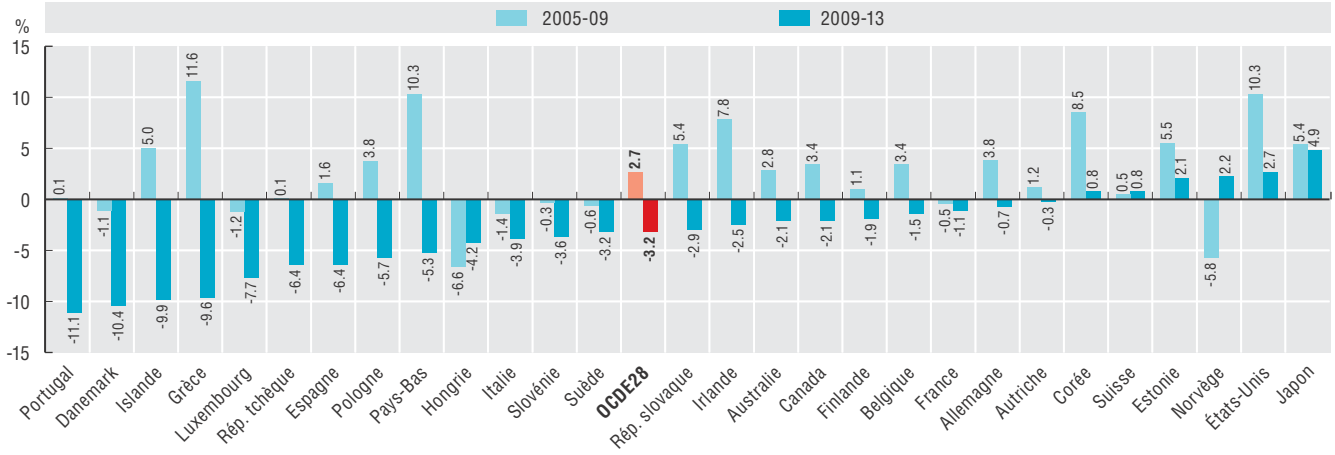


1. Inclut les produits médicaux non durables.
2. Les parts pour les Pays-Bas sont surestimées car elles incluent les co-paiements obligatoires des patients aux assurances de santé.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282253

10.5. Taux de croissance annuel moyen des dépenses pharmaceutiques publiques[1] par habitant, en termes réels, 2005-09 et 2009-13 (ou année la plus proche)



1. Inclut les produits médicaux non durables.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282253

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens apportent une assistance pour l'obtention des médicaments et faire en sorte que ceux-ci soient utilisés de manière adéquate et sûre. Ces dernières années, le rôle du pharmacien a changé. Si leur fonction principale reste de dispenser des médicaments dans les pharmacies de ville, ils fournissent de plus en plus des soins directs aux patients (par exemple, des vaccinations contre la grippe en Irlande), aussi bien dans les pharmacies de ville que dans le cadre d'équipes de prestataires de soins intégrées.

Les pays de l'OCDE ont généralement entre 50 et 130 pharmaciens pour 100 000 habitants. Le Japon a de loin la plus forte densité de pharmaciens (double de la moyenne de l'OCDE) tandis que celle-ci est faible en Turquie, au Chili et aux Pays-Bas (graphique 10.6). Entre 2000 et 2013, le nombre de pharmaciens par habitant a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Suisse. Le Portugal, l'Irlande, le Japon, l'Espagne et la Hongrie ont enregistré la hausse la plus rapide.

Au Japon, la forte croissance du nombre de pharmaciens est dans une grande mesure attribuable aux efforts menés par le gouvernement pour séparer plus clairement la prescription de médicaments et leur dispensation. Traditionnellement, au Japon, la grande majorité des médicaments sur ordonnance étaient dispensés directement par les médecins. Au cours des ans, le gouvernement japonais a pris des mesures pour encourager la séparation entre la prescription et la dispensation. La Loi sur les services médicaux a été modifiée en 1997 puis en 2006 de manière à reconnaître aux pharmacies de ville la fonction de fourniture de biens et services de santé. À la suite de ces modifications, le pourcentage des ordonnances exécutées par les pharmaciens a atteint 67 % en 2013, contre moins de 40 % en 2000, tandis que le nombre des pharmacies de ville est passé de 48 252 à 57 071 (Japanese Pharmaceutical Association, 2015).

La plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville mais certains sont aussi employés dans les hôpitaux, l'industrie, la recherche et l'enseignement (FIP, 2015). Au Canada, par exemple, en 2012, plus des trois quarts des pharmaciens en exercice travaillaient dans une pharmacie de ville, tandis que 25 % étaient employés dans des hôpitaux ou autres établissements de soins (ICIS, 2013). Au Japon, environ 55 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2012, et environ 20 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et dans d'autres environnements pour les 25 % restants (Japanese Pharmaceutical Association, 2015).

Le nombre des pharmacies de ville est très variable entre les pays de l'OCDE (graphique 10.7). Cette forte variation peut s'expliquer par le rôle de planification plus ou moins actif des gouvernements et agences, par le modèle de rémunération utilisé dans le pays, ainsi que par les différents canaux de délivrance des médicaments. En dehors des pharmacies de ville, les médicaments peuvent être dispensés par les pharmacies des hôpitaux (à l'attention des patients hospitalisés et ambulatoires) ou fournis directement par les médecins dans quelques pays. Par exemple, le nombre relativement faible de pharmacies de ville aux Pays-Bas peut s'expliquer en partie par le fait que les patients peuvent aussi acheter directement leurs médicaments sur ordonnance auprès de certains médecins (Vogler et al., 2012). Aux Pays-Bas, environ 400 généralistes vendent des médicaments, ce qui en facilite l'accès notamment dans les zones rurales où la pharmacie la plus proche peut être assez éloignée (RIVM, 2014). Au Danemark, les pharmacies de ville sont peu nombreuses mais de grande taille, avec des succursales et des « unités supplémentaires » rattachées à une pharmacie principale (Vogler et al., 2012).

La gamme des produits et services fournis par les pharmacies varie d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays d'Europe, par exemple, les pharmacies peuvent aussi vendre des cosmétiques, des compléments alimentaires, des matériels médicaux et des produits homéopathiques et, dans quelques pays, les pharmacies peuvent aussi vendre des lunettes de lecture ou des jouets didactiques (Martins et al., 2015). Selon la législation des pays, les pharmacies peuvent fournir des services tels que vaccination, revue des posologies médicamenteuses, délivrance de médicaments par doses, substitution par génériques, réalisation d'examens médicaux de base, prise de médicaments, programme d'échanges de seringues, récupération de médicaments (recyclage), etc.

Définition et comparabilité

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

En Irlande, les chiffres couvrent tous les pharmaciens enregistrés auprès de la Pharmaceutical Society of Ireland, et peuvent inclure des pharmaciens qui ne sont pas en activité. De plus, les chiffres couvrent les aides-pharmaciens, les préparateurs en pharmacie et les médecins qui délivrent des médicaments (approximativement 140 en 2007), d'où une surestimation en comparaison avec les données fournies par les autres pays. Les aides-pharmaciens sont aussi inclus en Islande.

Les *pharmacies de ville* sont les établissements qui, conformément aux dispositions et définitions légales du pays, sont autorisés à opérer dans la fourniture de services de pharmacie dans un contexte local. Le nombre de pharmacies de ville correspond aux établissements où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

Références

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé (2013), *Les pharmaciennes et pharmaciens 2012 – Faits saillants provinciaux et territoriaux*, Ottawa, Canada.

FIP – Fédération internationale pharmaceutique (2015), *Global Trends Shaping Pharmacy – Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services 2013-15*, La Haye.

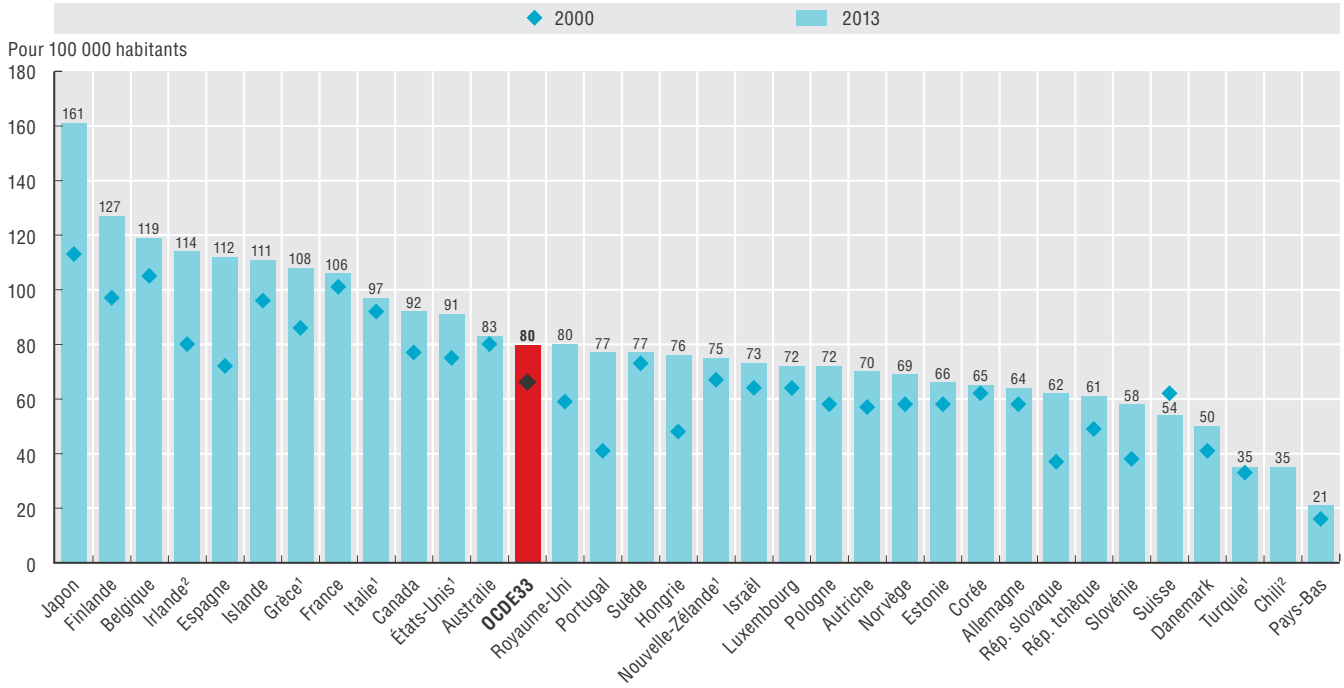
Japan Pharmaceutical Association (2015), *Annual report of JPA 2014-15*, Tokyo.

Martins et al. (2015), « The organizational framework of community pharmacies in Europe », *International Journal of Clinical Pharmacy*, 28 mai.

RIVM – National Insitute for Public Health and the Environment (2014), *The Dutch National Atlas of Public Health*, Bilthoven.

Vogler et al. (2012), « Impact of Pharmacy Deregulation and Regulation in European Countries », Vienne.

10.6. Pharmaciens pour 100 000 habitants, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)

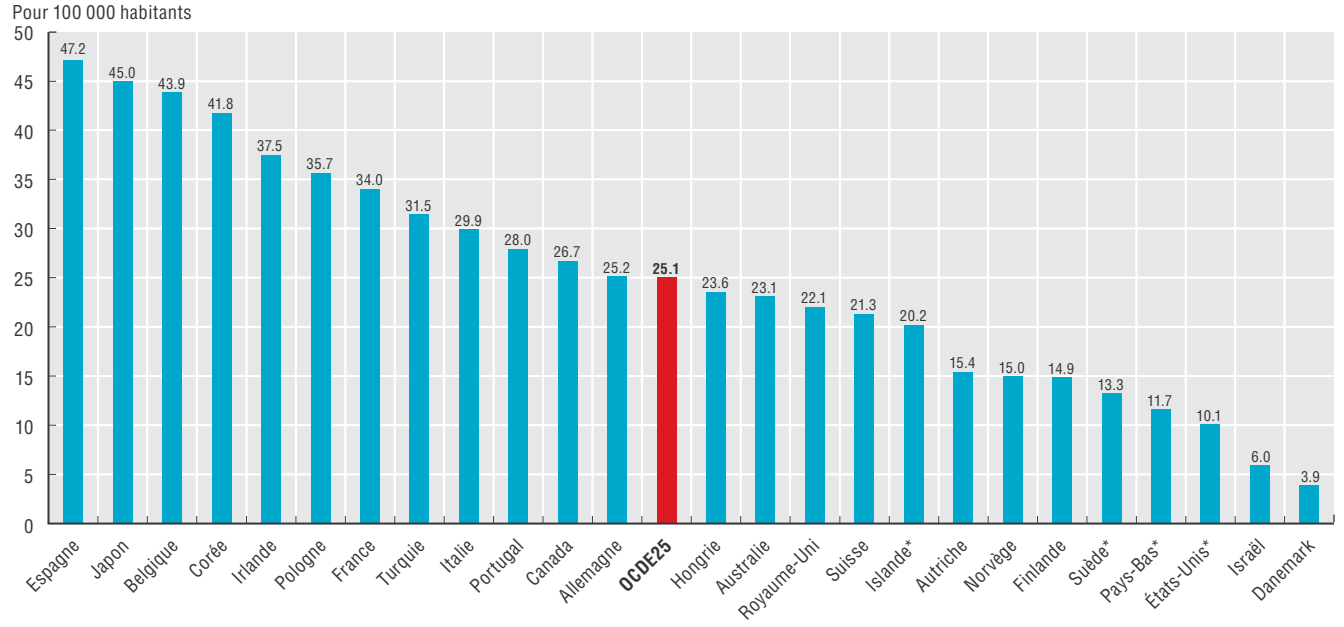


1. Les données incluent non seulement les pharmaciens qui fournissent des services directs aux patients, mais aussi ceux travaillant dans le secteur de la santé en tant que chercheurs, pour des compagnies pharmaceutiques, etc. 2. Les données font référence à tous les pharmaciens habilités à pratiquer (donnant lieu à une importante surestimation du nombre de pharmaciens pratiquants).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282267

10.7. Pharmacies pour 100 000 habitants, 2015 (ou année la plus proche)



* Estimations.

Source : FIP (2015), Global Trends Shaping Pharmacy – Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services 2013-15.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282267

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Consommation pharmaceutique

En règle générale, la consommation pharmaceutique continue d'augmenter, à la fois sous l'effet de la demande croissante de médicaments destinés à traiter les maladies liées à l'âge et les affections chroniques, ainsi qu'à cause des changements des pratiques cliniques. La présente section examine la consommation de quatre catégories de produits pharmaceutiques : les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants, les antidiabétiques et les antidépresseurs. La consommation se mesure en « doses quotidiennes définies » (DQD) (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

La consommation d'antihypertenseurs a presque doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2013. Elle a plus que triplé en Estonie et quadruplé au Luxembourg (graphique 10.8). Elle atteint un maximum en Allemagne et en Hongrie, où elle est presque cinq fois plus forte qu'en Corée ou en Turquie. Ces variations reflètent des différences à la fois dans la prévalence de l'hypertension et dans les pratiques cliniques. En 2008, 16 % de la population coréenne souffrait d'hypertension, contre 26 % en Allemagne et 37 % en Hongrie, alors que le nombre moyen de DQD prescrites par patient souffrant d'hypertension était moindre en Corée (0.5) qu'en Hongrie (1.1) et en Allemagne (1.2) (OCDE, 2015).

L'utilisation de médicaments destinés à abaisser le cholestérol a plus que triplé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2013 (graphique 10.9). La République slovaque, le Royaume-Uni, et l'Australie avaient la plus forte consommation par personne en 2013, avec des niveaux plus de 40 % plus élevés que la moyenne de l'OCDE. Les recommandations cliniques pour la prescription des traitements contre le cholestérol ont été plusieurs fois mises à jour depuis la décennie 90, préconisant un plus large dépistage, des traitements plus précoces et des dosages plus élevés. Cela explique en partie la forte croissance observée durant cette période.

L'utilisation d'antidiabétiques a presque doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2013 (graphique 10.10). Cette hausse peut s'expliquer par une prévalence croissante du diabète, liée en grande partie à l'augmentation de la prévalence de l'obésité (voir l'indicateur sur la surcharge pondérale et l'obésité dans le chapitre 4), qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2. En 2013, la Finlande, l'Allemagne et le Royaume-Uni enregistraient les taux de consommation d'antidiabétiques les plus élevés.

La consommation d'antidépresseurs a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 2000 (graphique 10.11). Cela pourrait indiquer une certaine réduction du déficit de traitement de la dépression. Toutefois, la consommation d'antidépresseurs est très variable d'un pays à l'autre. En 2013, l'Islande enregistrait le niveau de consommation le plus élevé (double de la moyenne de l'OCDE), suivie par l'Australie, le Portugal et le Canada. Le Chili, la Corée et l'Estonie avaient un faible niveau de consommation.

Le niveau de consommation d'antidépresseurs dépend de la prévalence de la dépression dans chaque pays, et de la manière dont la dépression est diagnostiquée et traitée. Ceci dépend à son tour de la disponibilité d'autres thérapies, des recommandations locales et des habitudes de prescription (OCDE, 2014 ; Moore et al., 2009). Ces facteurs varient selon les pays. En Angleterre et en France, l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs a été mise en relation avec un allongement de la durée des traitements (Grandfils et Sermet, 2009 ; Moore et al., 2009). Les cas de très faible consommation (Corée, Chili, Estonie) pourraient indiquer la nécessité de répondre à un besoin de santé insatisfait. Dans les pays où la consommation d'antidépresseurs est, au contraire, particulièrement élevée, il conviendrait d'examiner les habitudes de prescription et la disponibilité de thérapies alternatives pour la dépression.

Définition et comparabilité

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

Le volume de la consommation de médicaments contre l'hypertension présenté dans le graphique 10.8 correspond à la somme de cinq catégories de l'ATC2 qui peuvent toutes être prescrites à cet effet (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, à l'exception de la République tchèque, de l'Estonie, de l'Italie et de la Suède, où les chiffres couvrent aussi la consommation hospitalière. Les données du Canada ne couvrent que trois provinces (Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan). Les données pour l'Espagne correspondent à la consommation en dehors de l'hôpital pour les médicaments sur ordonnance couverts par le Système national de santé (assurance publique). Les données du Luxembourg sont sous-estimées en raison d'un examen incomplet des produits contenant de multiples ingrédients actifs.

Références

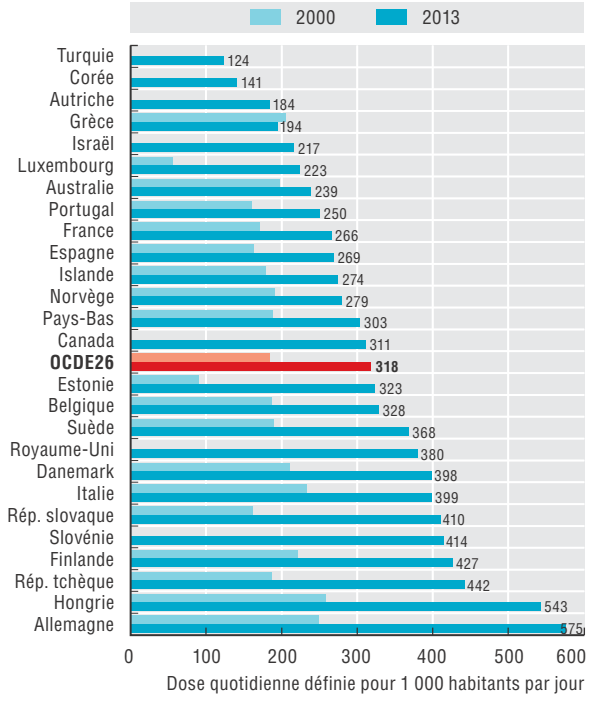
Grandfils, N. et C. Sermet (2009), « Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom », *Document de travail IRDES*, n° 21, Paris.

Moore, M. et al. (2009), « Explaining the Rise in Antidepressant Prescribing: A Descriptive Study Using the General Practice Research Database », *British Medical Journal*, vol. 339:b3999.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

OECD (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en*.

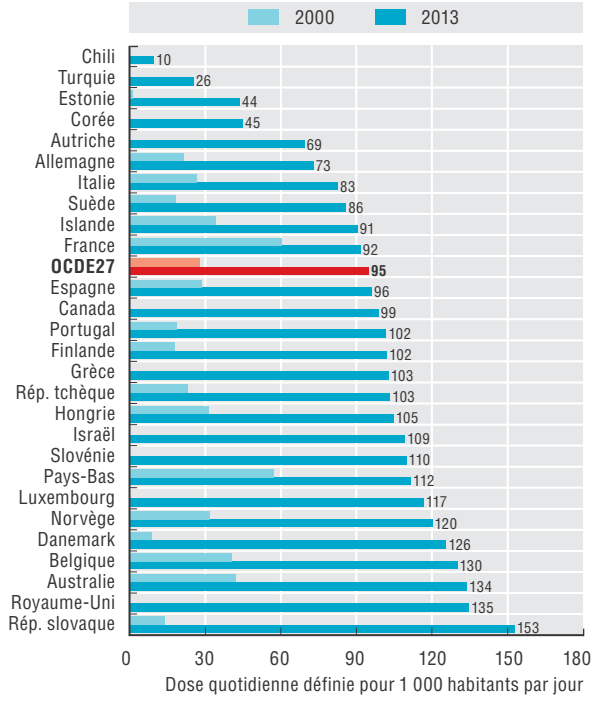
10.8. Consommation de médicaments contre l'hypertension, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282276

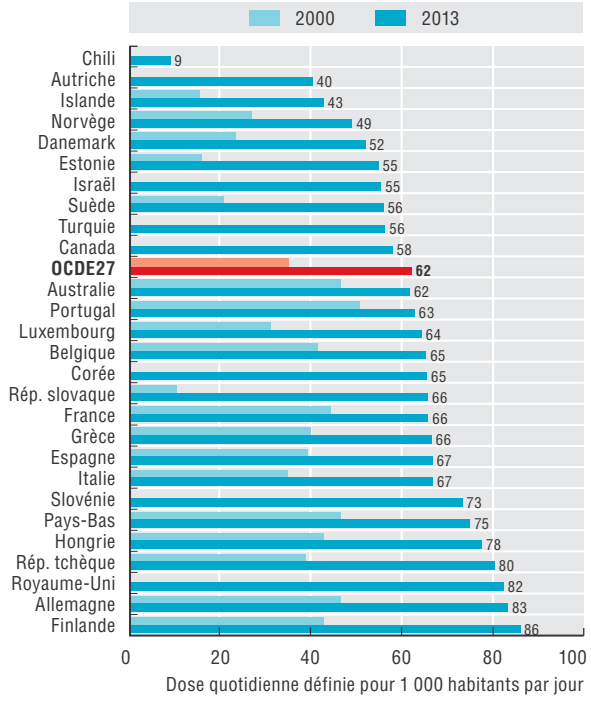
10.9. Consommation d'anticholestérols, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282276

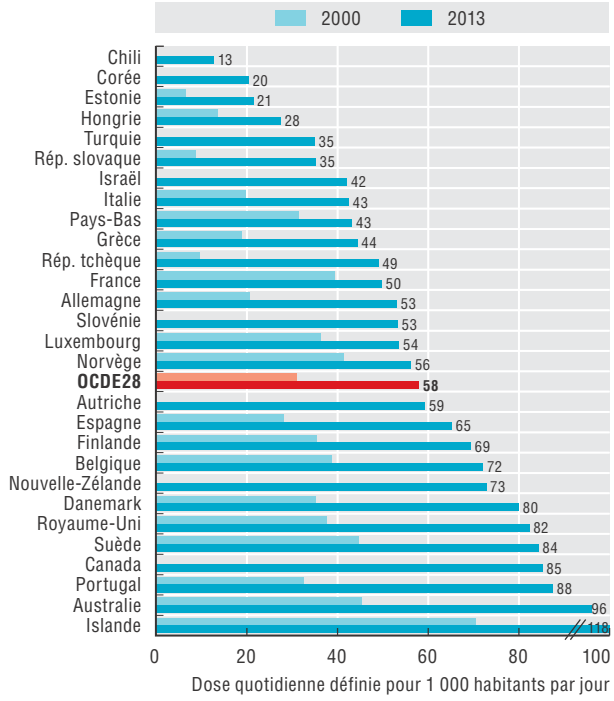
10.10. Consommation d'antidiabétiques, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282276

10.11. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282276

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Part du marché des génériques

Tous les pays de l'OCDE voient dans le développement des marchés des génériques une bonne possibilité d'accroître l'efficience des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti du potentiel des génériques (graphique 10.12). Ces derniers représentaient en 2013 plus de trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Chili, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande, mais moins d'un quart du marché au Luxembourg, en Suisse, en Italie et en Grèce.

Ces différences dans l'adoption des génériques peuvent quelquefois s'expliquer par la structure du marché, notamment par le nombre de médicaments tombés dans le domaine public, et par les pratiques de prescription, mais cela dépend aussi beaucoup des politiques nationales (EGA, 2011 ; Vogler, 2012). Depuis le début de la crise économique en 2008, un certain nombre de pays ont intensifié leur action en faveur de l'adoption des génériques.

La prescription en Dénomination commune internationale (DCI) est permise dans deux tiers des pays de l'OCDE et est obligatoire dans quelques pays (par exemple l'Estonie depuis 2010, le Portugal et l'Espagne depuis 2011, et la France depuis 2015).

De même, dans une majorité de pays de l'OCDE, les pharmaciens sont autorisés à substituer les génériques aux médicaments de marque. Alors que la substitution est obligatoire dans certains pays (par exemple, Danemark, Finlande, Espagne, Suède, Italie), la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont un fort taux de pénétration des génériques sans que la substitution soit obligatoire.

Des incitations financières ont été établies à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients pour stimuler le développement des marchés de génériques. La France, par exemple, a introduit (en 2009 et 2012) des incitations à la prescription des génériques à l'intention des généralistes au moyen d'un dispositif de paiement à la performance, tandis que le Japon (en 2012) a relevé la part des génériques dans le total des prescriptions qui, si elle est dépassée, donne droit à une prime.

Les pharmacies sont souvent rémunérées par des marges basées sur le prix des médicaments. Certains pays se sont attaqués à cette désincitation à substituer un générique à un médicament plus coûteux. En France, par exemple, une marge équivalente est garantie au pharmacien, tandis qu'en Suisse le pharmacien reçoit, dans ce cas, un paiement. Dans un certain nombre de pays, les pharmaciens sont tenus d'informer les patients sur la possibilité d'une option à moindre prix.

Les patients ont un intérêt financier à choisir des médicaments moins chers quand la part restant à leur charge est moindre pour les génériques que pour leurs princeps. C'est généralement le cas dans tous les systèmes qui appliquent des prix de référence (un montant de remboursement fixe) pour les groupes de produits. En Grèce, les patients qui choisissent le princeps de préférence aux génériques doivent maintenant payer la différence de prix. En France, depuis 2010, les patients qui refusent la substitution par les génériques doivent payer immédiatement leur médicament et sont remboursés plus tard.

Ces mesures, en même temps que l'expiration des brevets de plusieurs médicaments-phares ces dernières années, ont contribué à l'augmentation de la part de marché des génériques observée au cours de la dernière décennie (graphique 10.13). Au Portugal, le marché des génériques remboursés, parti pratiquement de zéro en 2000, atteignait 39 % en volume et 23 % en valeur en 2013. En Espagne, la part des génériques remboursés s'élevait à 47 % en volume et 21 % en valeur en 2013, contre 3 % en 2000.

En plus d'encourager leur adoption, il importe aussi de promouvoir un prix le plus bas possible pour les génériques. Le graphique 10.12 indique, par exemple, que la différence de prix entre les princeps et les médicaments génériques est beaucoup plus élevée au Royaume-Uni qu'en Allemagne.

Un moyen de faire pression sur le prix des génériques, employé avec un certain succès en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et en Allemagne, consiste à recourir à des appels d'offres. Toutefois, de nombreux pays préfèrent réglementer le prix des génériques à l'entrée sur le marché par rapport au prix du princeps (« couplage du prix des génériques »). Un certain nombre de pays ont récemment augmenté cet écart. Au Canada, plusieurs provinces ont introduit ou ont réduit le prix de remboursement des génériques inclus dans les listes de médicaments des régimes publics depuis 2010. En conséquence, les plafonds de prix des génériques se situent à environ 25 % du prix des produits de marque (CEPMB, 2015). La France et la Grèce ont aussi augmenté l'écart entre les prix du princeps et ceux du générique respectivement à 40 % et 60 % (Belloni et al., à paraître).

Définition et comparabilité

Un générique est un produit pharmaceutique qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le produit de référence et dont la bioéquivalence avec ce dernier a été prouvée. On peut distinguer les génériques portant un nom commercial spécifique et les génériques sans marque (qui mentionnent seulement la dénomination commune internationale et le nom du laboratoire).

Les données couvrent la consommation totale pour de nombreux pays. Cependant plusieurs pays fournissent des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou le marché des médicaments remboursables.

La part du marché des génériques exprimée en valeur peut représenter le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, le montant payé par des tiers-payeurs pour des médicaments, ou le montant payé par tous les payeurs (tiers-payeurs ou consommateurs). La part du marché des génériques en volume peut-être exprimée en DQD ou en nombre de boîtes ou unités standard.

Références

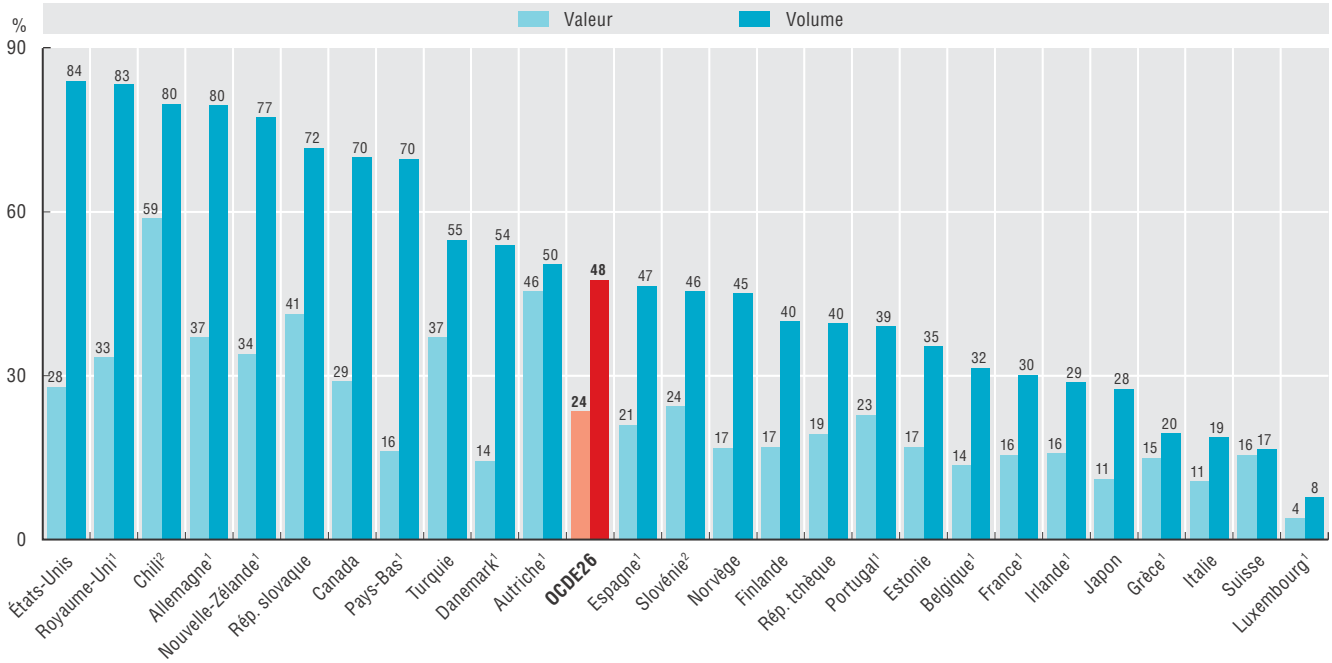
EGA – European Generic Medicines Association (2011), *Market Review – The European Generic Medicines Markets*, European Generic Medicines Association.

Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (à paraître), « Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges », *Document de travail de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

CEPMB – Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2015), *CompasRx du SNIUMP : Rapport annuel sur les dépenses des régimes publics d'assurance-médicaments*, 1re édition.

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.

10.12. Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2013 (ou année la plus proche)

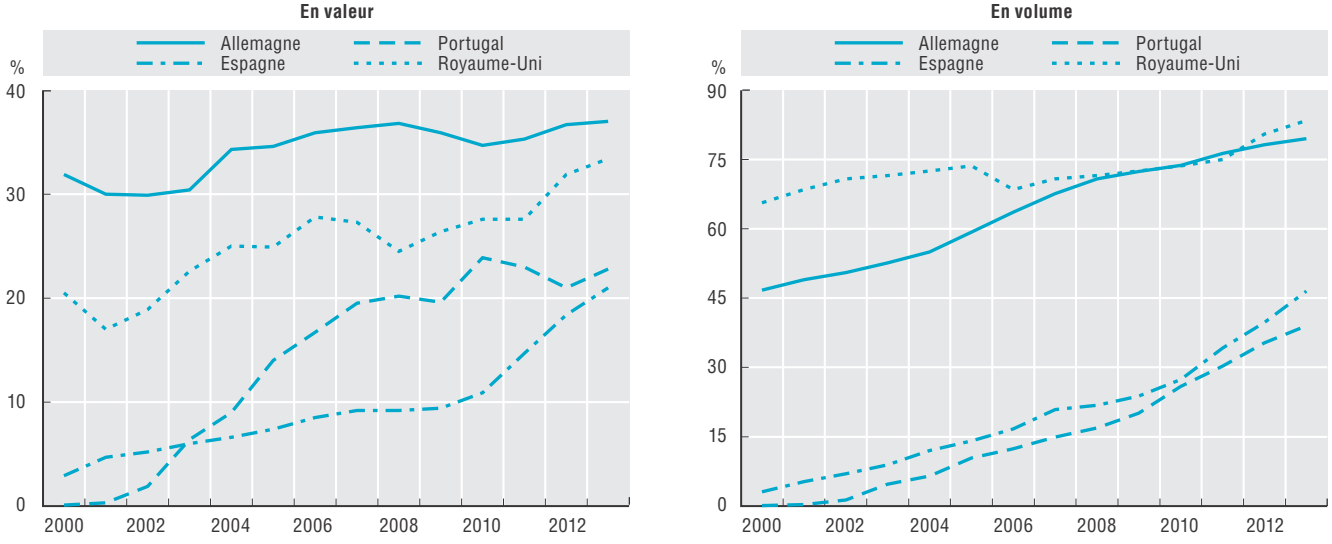


1. Marché des médicaments remboursés.
2. Marché des pharmacies de ville.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282283

10.13. Évolution de la part des génériques dans le marché pharmaceutique des médicaments remboursés pour quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282283

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique consacre des ressources importantes à la R-D (recherche-développement). En 2011, l'industrie a dépensé 92 milliards USD en R-D (OCDE, 2015), soit 10 à 15 % de ses recettes.

Si les compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques apportent la plus forte contribution à la R-D dans ce domaine, le financement de la R-D pharmaceutique est une combinaison complexe de financements privés et publics. Dans de nombreux pays, l'industrie pharmaceutique bénéficie de crédits d'impôts pour la R-D, et le développement des médicaments repose fortement sur les connaissances et l'innovation tirées d'autres secteurs comme l'enseignement supérieur ou les ONG (Kezselheim et al., 2015).

La plus grande partie de l'activité de R-D pharmaceutique mondiale a lieu dans les pays de l'OCDE. En 2011, l'industrie pharmaceutique a dépensé en R-D près de 50 milliards USD aux États-Unis, 11.5 milliards au Japon, 5.2 en Allemagne et 3.7 en France. En proportion du PIB, les plus fortes dépenses de R-D de l'industrie pharmaceutique s'observent en Suisse (0.63 %), en Belgique (0.45 %), en Slovénie (0.45 %) et au Danemark (0.36 %) (graphique 10.14). Aux États-Unis et au Japon, les pourcentages sont respectivement de 0.30 % et 0.26 %.

Dans certains pays, la R-D pharmaceutique représente entre un quart et un tiers du total des dépenses de R-D privées, ce qui dénote un haut degré de spécialisation. C'est le cas en Belgique (31 %), en Suisse (30 %), au Royaume-Uni (28 %), en Hongrie (26 %) et en Slovénie (25 %). Aux États-Unis et au Japon, le pourcentage de la R-D privée consacrée aux produits pharmaceutiques est respectivement de 16 % et 10 %.

Les dépenses de R-D de l'industrie pharmaceutique dans les pays de l'OCDE ont doublé en termes réels entre 2000 et 2011 (graphique 10.15). Les États-Unis (+85 %), le Japon (+76 %) et l'Europe (+38 %) ont enregistré les plus fortes augmentations. En dehors de l'OCDE, les dépenses de R-D pharmaceutiques de la Chine ont été multipliées par 3.4 sur cette période.

Cette croissance des dépenses de R-D s'accompagne-t-elle d'une production ou productivité de ces activités plus élevée ? Aux États-Unis, qui sont le plus important développeur mondial de produits pharmaceutiques, le nombre annuel de nouveaux médicaments homologués, formulations ou indications, a plus que doublé depuis 1970 (graphique 10.16). Toutefois, par comparaison avec les dépenses de R-D sur cette période (corrigée de l'inflation), le nombre d'homologations par milliard USD dépensés en R-D a été divisé par 15 (graphique 10.16).

Les raisons pour cette observation sont complexes. L'accroissement des exigences pour l'obtention de l'homologation réglementaire a augmenté les coûts de développement. La fréquence accrue des échecs et un « fond de catalogue » de médicaments efficaces toujours croissant peuvent aussi être un facteur. On a aussi mentionné des problèmes plus fondamentaux concernant le modèle actuel de la R-D et la chaîne du développement des médicaments (Scannell et al., 2012). Les décisions risque-bénéfice prises par l'industrie en ce qui concerne des objectifs premiers de R-D peuvent aussi être une fonction de l'organisme de régulation, du payeur et de la réponse de la communauté au produit final. Bien entendu, cette tendance à la baisse pourrait s'inverser dans les années à venir du fait de changements dans le modèle de R-D ou de l'émergence de nouvelles technologies (par exemple, la médecine de précision).

Définition et comparabilité

Les dépenses intérieures brutes de R-D du secteur des entreprises (DIRDE) couvrent les activités de R-D réalisées dans le secteur privé par des entreprises et autres établissements exécutants, quelle que soit l'origine du financement. Cela inclut toutes les entreprises, organisations et institutions dont l'activité première est la production de biens ou de services en vue de leur vente au grand public à un prix qui correspond à la réalité économique, et les institutions privées ou sans but lucratif qui leur fournissent des services. Les DIRDE s'enregistrent dans le pays où a lieu l'activité de R-D et non dans le pays d'origine des organisations qui financent cette activité.

Les données, tirées d'enquêtes, sont fournies par les pays participants. Quand on étudie l'évolution des DIRDE au cours du temps, il est nécessaire de prendre en compte les changements de méthode et les ruptures de série, en ce qui concerne notamment l'étendue de couverture de l'enquête, en particulier dans le secteur des services, et la privatisation des entreprises publiques. Il est également difficile d'identifier les exécutants de R-D nouveaux ou occasionnels et les pays de l'OCDE ont adopté des approches différentes dans leurs enquêtes sur les DIRDE.

Produit intérieur brut (PIB) = consommation finale + formation brute de capital + exportations nettes. La consommation finale des ménages inclut les biens et services utilisés par les ménages ou la communauté pour répondre à leurs besoins individuels. Elle comprend les dépenses de consommation finale des ménages, administrations publiques et institutions à but non-lucratif au service des ménages. Dans des pays, comme l'Irlande et le Luxembourg, où une proportion importante du PIB correspond aux bénéfices exportés et non disponibles pour la consommation nationale, le RNB peut être une mesure plus significative que le PIB.

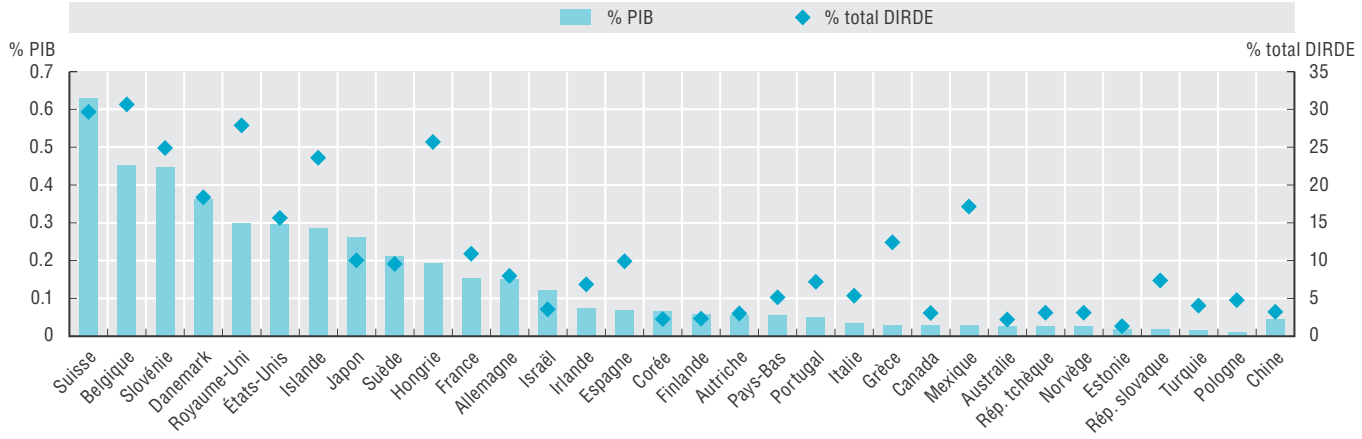
Références

Kezselheim, A., Y. Tan et J. Avorn (2015), « The Roles of Academia, Rare Diseases, and Repurposing in the Development of the Most Transformative Drugs », *Health Affairs*, vol. 34, pp. 286-293.

OCDE (2015), *Base de données en ligne des Principaux indicateurs de la science et de la technologie*, accessible sur : *www.oecd.org/sti/msti.htm* (consultée le 8 juillet 2015).

Scannell, J. et al. (2012), « Diagnosing the Decline in Pharmaceutical R&D Efficiency », *Nature Reviews Drug Discovery*, pp. 191-200.

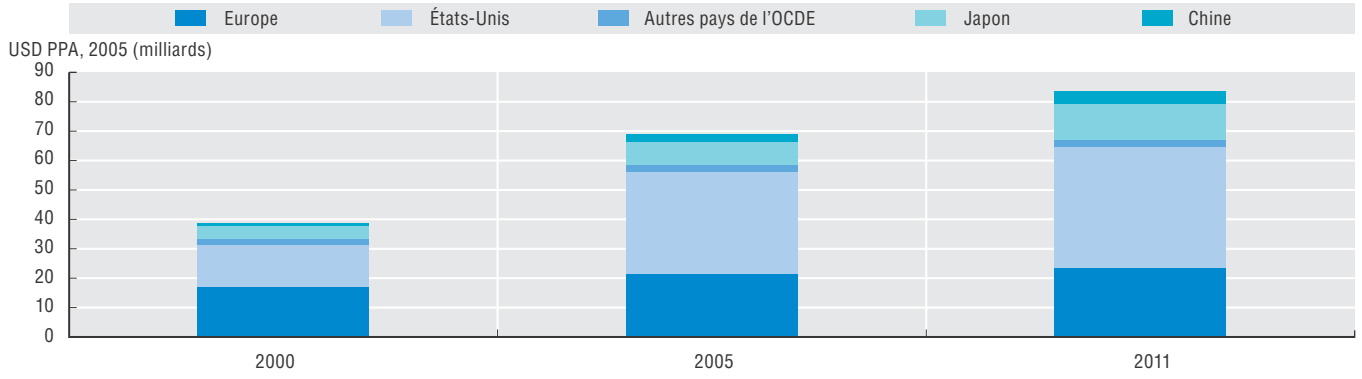
10.14. Dépenses de l'industrie pharmaceutique en R-D (DIRDE) en pourcentage du PIB et du total DIRDE, 2011 (ou année la plus proche)



Source : *Base de données OCDE des principaux indicateurs de la science et de la technologie.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282292

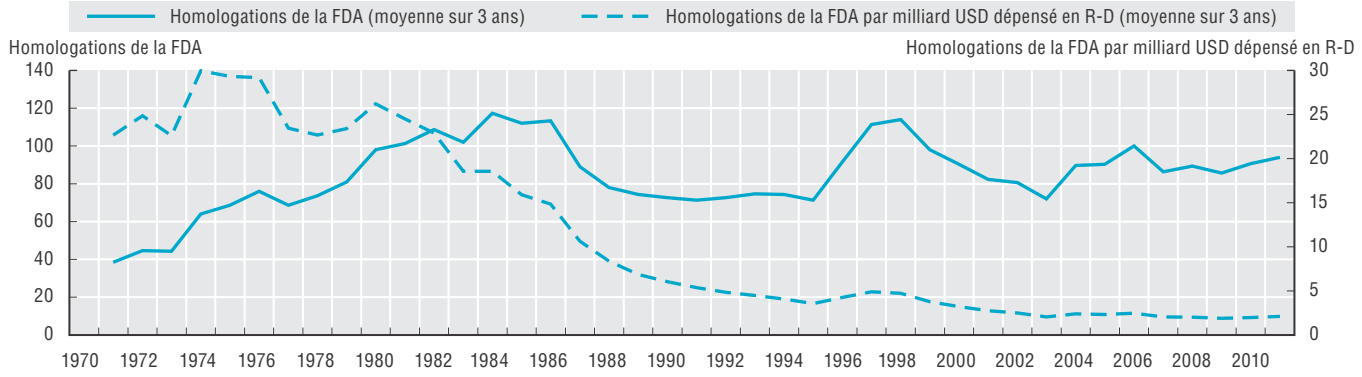
10.15. Dépenses de l'industrie pharmaceutique en R-D par régions en 2000, 2005 et 2011 (ou années les plus proches), en USD PPA, 2005



Source : *Base de données OCDE des principaux indicateurs de la science et de la technologie.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282292

10.16. Nombre annuel d'homologations de la FDA pour de nouveaux médicaments, indications et formulations, par milliard USD dépensé en R-D (basé sur l'indice USD 2008)



Source : Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) ; Food and Drug Administration (FDA) ; Scannell et al. (2012).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282292

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

11. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Évolution démographique

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Prévalence de la démence

Bénéficiaires de soins de longue durée

Aidants informels

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Lits de soins de longue durée

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.

Évolution démographique

L'allongement de l'espérance de vie (voir l'indicateur de l'espérance de vie au chapitre 3) et la baisse des taux de fécondité signifient que les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante des populations des pays de l'OCDE.

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 11.1, 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 11.1, 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 à 2050, ce pourcentage augmentera pour atteindre 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. En Chine, la population connaîtra un vieillissement tout aussi rapide, la proportion de la population âgée de plus de 80 ans devant passer de 1 % à 8 %.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays du monde, sa rapidité est variable (graphique 11.2). 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 de grands pays partenaires comme l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde et l'Indonésie, 2 % 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, 2013).

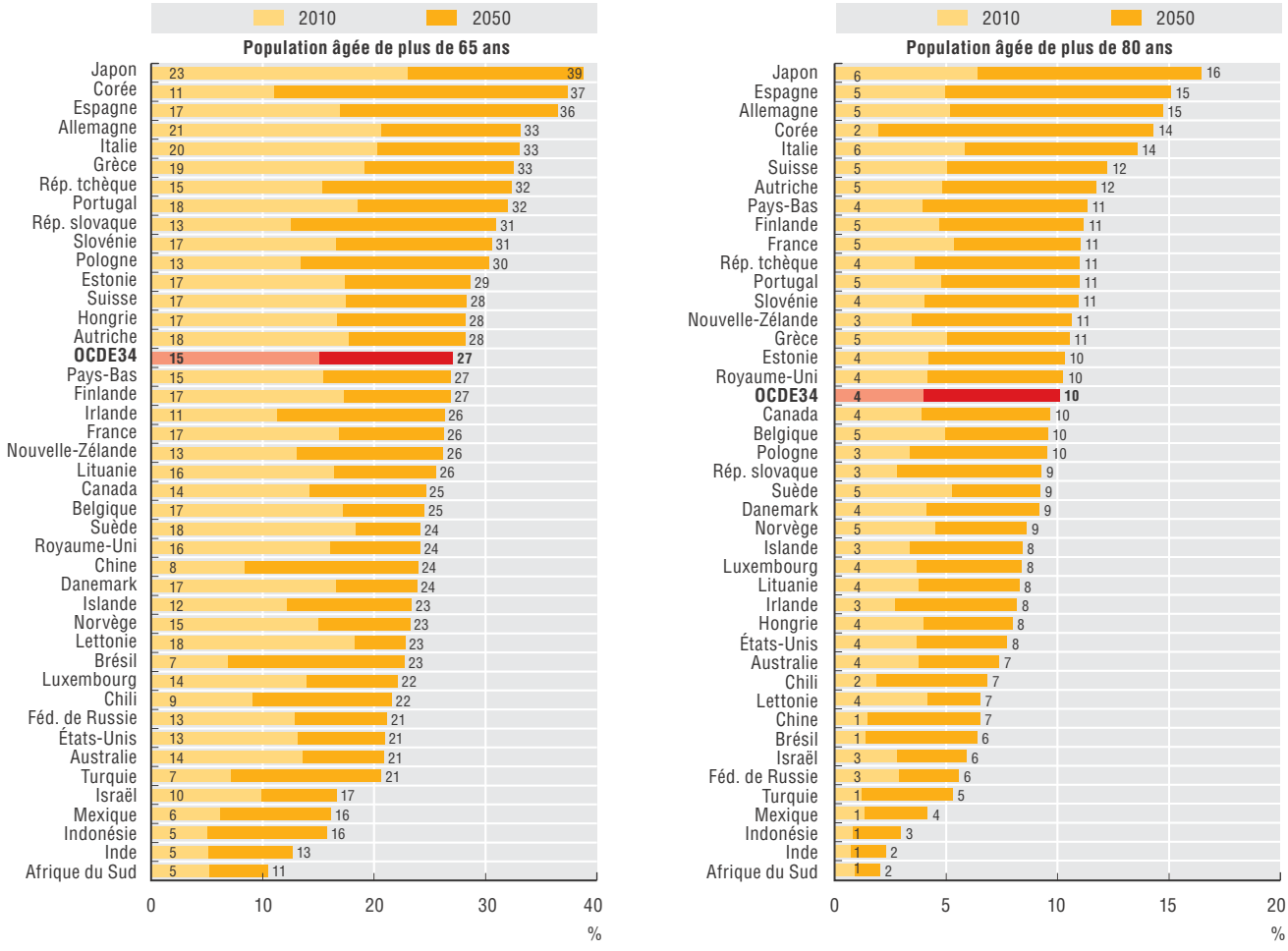
Définition et comparabilité

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).

Références

OCDE (2013), *Panorama des pensions 2013 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-fr*.

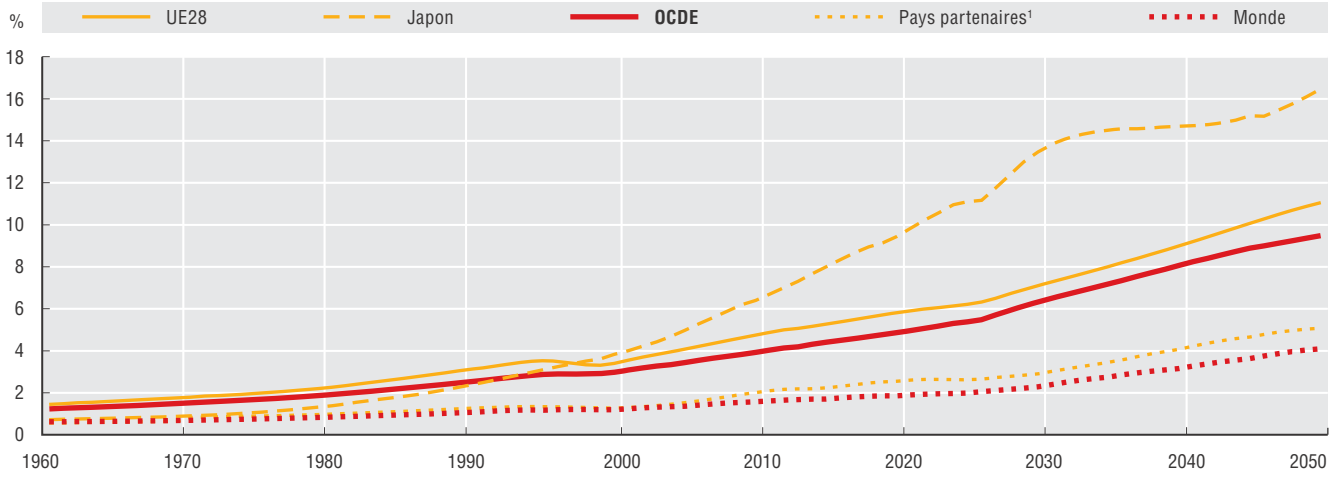
11.1. Part de la population âgée de plus de 65 et 80 ans, 2010 et 2050



Source : Données historiques et projections de la population, 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282308

11.2. Évolution de la part de la population âgée de plus de 80 ans, 1960-2050



1. Les pays partenaires incluent l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Lettonie, la Lituanie, et la Fédération de Russie.

Source : Données historiques et projections de la population, 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282308

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à 65 ans a fortement augmenté pour les hommes comme pour les femmes dans les pays de l'OCDE, avec une augmentation de 5.5 années en moyenne depuis 1970 (graphique 11.3). 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.

Le Japon et la Corée ont enregistré la plus forte progression de l'espérance de vie à 65 ans depuis 1970, avec un gain de près de huit ans. Les gains ont été beaucoup plus faibles en Hongrie, en République slovaque et au Mexique, avec une progression d'environ trois années seulement.

En 2013, les personnes âgées de 65 ans dans les pays de l'OCDE pouvaient espérer vivre encore 19.5 années : 21 années pour les femmes et 18 années pour les hommes (graphique 11.4). Cette différence de trois années en moyenne entre hommes et femmes dans tous les pays de l'OCDE a été relativement stable dans le temps. En 2013, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans était la plus élevée au Japon pour les femmes (24 années) et en Suisse pour les hommes (près de 20 années), suivis par la France dans les deux cas. Parmi les pays de l'OCDE, elle était la plus faible en Hongrie aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

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. En 2013, l'espérance de vie à l'âge de 80 ans était la plus élevée en France et au Japon pour les femmes (qui pouvaient espérer vivre encore 11.5 années) et la plus élevée en France et en Espagne pour les hommes (qui pouvaient espérer vivre encore plus de 9 années).

L'allongement de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans ne signifie pas nécessairement que les années supplémentaires seront vécues en bonne santé. 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 2013, 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 11.5). L'absence de tout écart significatif hommes-femmes indique que de nombreuses années de vie supplémentaires dont jouissent les femmes par rapport aux hommes sont vécues avec un type ou autre de limitation d'activité. En 2013, les pays nordiques (à l'exception de la Finlande) présentaient le nombre le plus élevé d'années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans, les femmes et les hommes en Islande et en Norvège pouvant, en moyenne, espérer vivre encore 15 années sans incapacité.

L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans varient en fonction du niveau d'instruction. Tant pour les hommes que pour les femmes, les personnes avec un niveau d'instruction élevé sont susceptibles de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les différences d'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction sont particulièrement marquées dans les pays d'Europe centrale et orientale, surtout pour les hommes. En République tchèque, les hommes âgés de 65 ans avec un niveau d'instruction élevé pouvaient, en 2012, espérer vivre sept années de plus que ceux avec un faible niveau d'instruction. En revanche, les différences de l'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction sont beaucoup plus faibles (moins de deux années) dans les pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège et Suède) et au Portugal (base de données Eurostat 2015).

Définition et comparabilité

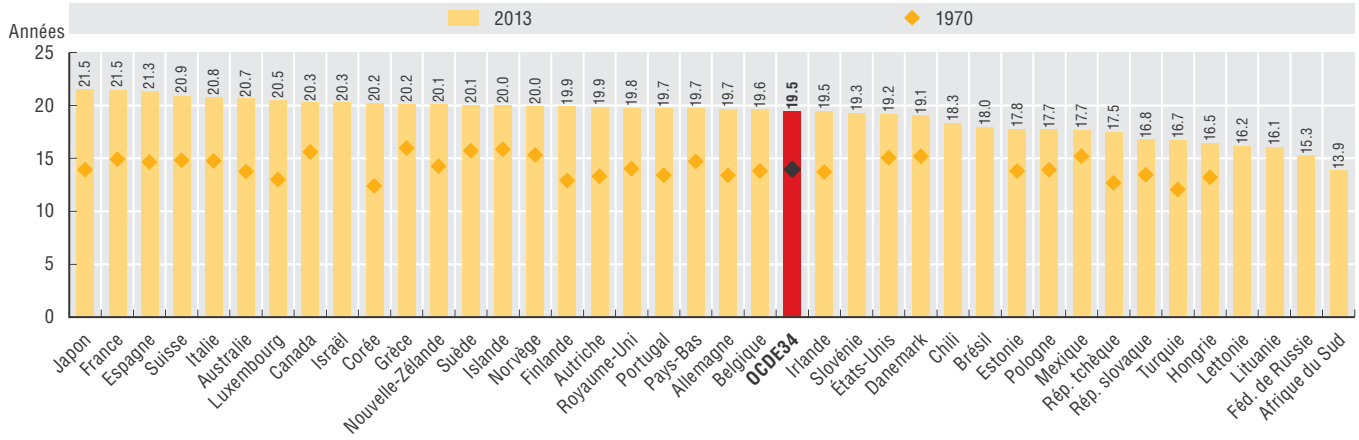
L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles un individu peut espérer vivre en l'absence de changement des taux actuels de mortalité. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité d'une cohorte. Si les taux baissent (comme ce fut le cas 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. 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. Bien que les années de vie en bonne santé constituent l'indicateur le plus comparable aujourd'hui, des problèmes subsistent quant à la manière d'interpréter l'indicateur de limitation globale de l'activité, bien qu'il semble refléter de façon satisfaisante d'autres mesures de la santé et de l'incapacité (Jagger et al., 2010).

Références

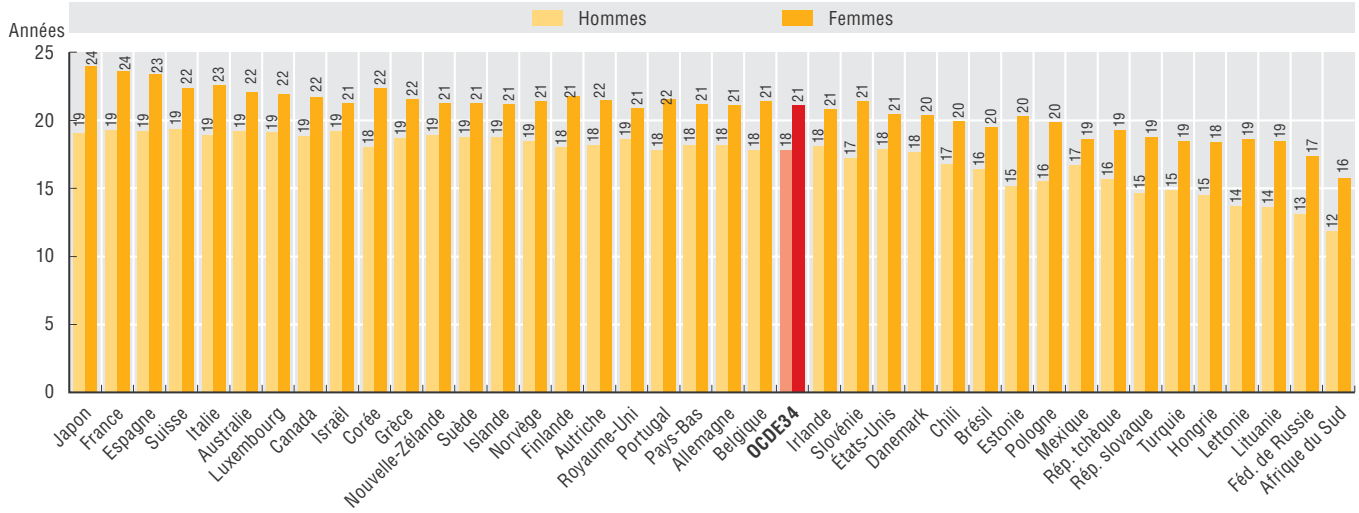
Jagger, C. et al. (2010), « The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 63, pp. 892 à 899.

11.3. Espérance de vie à 65 ans, 1970 et 2013 (ou année la plus proche)



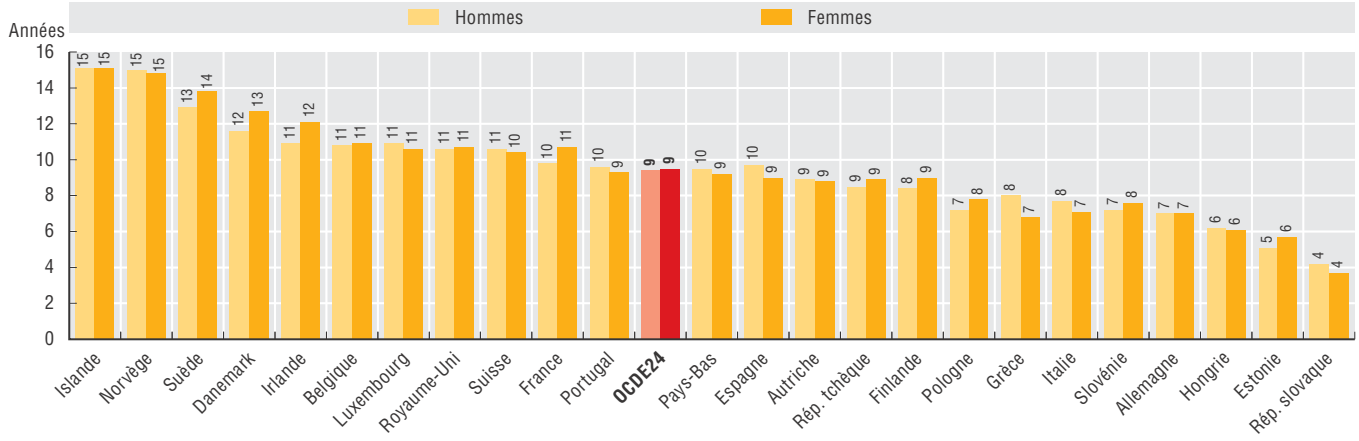
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282319

11.4. Espérance de vie à 65 ans par sexe, 2013 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant d'espérance de vie pour l'ensemble des habitants
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282319

11.5. Années de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2013



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant d'années de vie en bonne santé pour l'ensemble des habitants
Source : Eurostat Database 2015. StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282319

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 ? ». En dépit du caractère subjectif de ces questions, 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). Il peut toutefois se révéler difficile d'interpréter les écarts 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 13 des 34 pays de l'OCDE (graphique 11.6). Les taux les plus élevés se trouvent en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis, où plus des trois quarts de la population âgée estime être en bonne santé, mais 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 »). Parmi les pays européens, les personnes âgées en Suède, en Suisse, en Norvège et en Irlande signalent le meilleur état de santé, avec plus de 60 % qui s'estiment en bonne santé.

De l'autre côté de l'échelle, moins de 20 % de la population âgée de 65 ans ou plus estime être en bonne santé en Corée, en Estonie, en Hongrie, en Pologne, au Portugal, en République slovaque 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. Dans les pays de l'OCDE, 47 % des hommes de plus de 65 ans en moyenne estiment être en bonne santé ou mieux, contre 41 % des femmes.

Le pourcentage de la population de 65 ans et plus estimant être en bonne santé ou mieux 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 de 65 % en 1982 à 77 % en 2013.

Les mesures de l'incapacité ne sont pas encore standardisées à l'échelle internationale, ce qui limite les possibilités de comparaison. En Europe, sur la base de l'enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), la moitié de la population âgée de 65 ans et plus déclarait en 2013 être restreinte dans une certaine mesure ou gravement dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé, ce qui correspond à l'une des définitions courantes de l'incapacité (graphique 11.7). Cette proportion oscillait entre moins de 25 % en Norvège et en Islande, et presque 75 % en République slovaque et près de 70 % en Estonie. En moyenne pour 25 pays de l'OCDE, la plupart des limitations déclarées étaient modérées, mais 18 % de la population âgée de 65 ans et plus déclaraient des limitations importantes, correspondant souvent à des besoins de soins de longue durée.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de signaler des limitations d'activité graves en raison d'un problème de santé dans tous les pays couverts par cette enquête, à l'exception de la Pologne. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus signalant de graves limitations d'activité était la plus élevée en Grèce et en République slovaque, suivies par l'Italie et l'Estonie (graphique 11.8).

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 ?, Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». La base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015* 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 2015* 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.

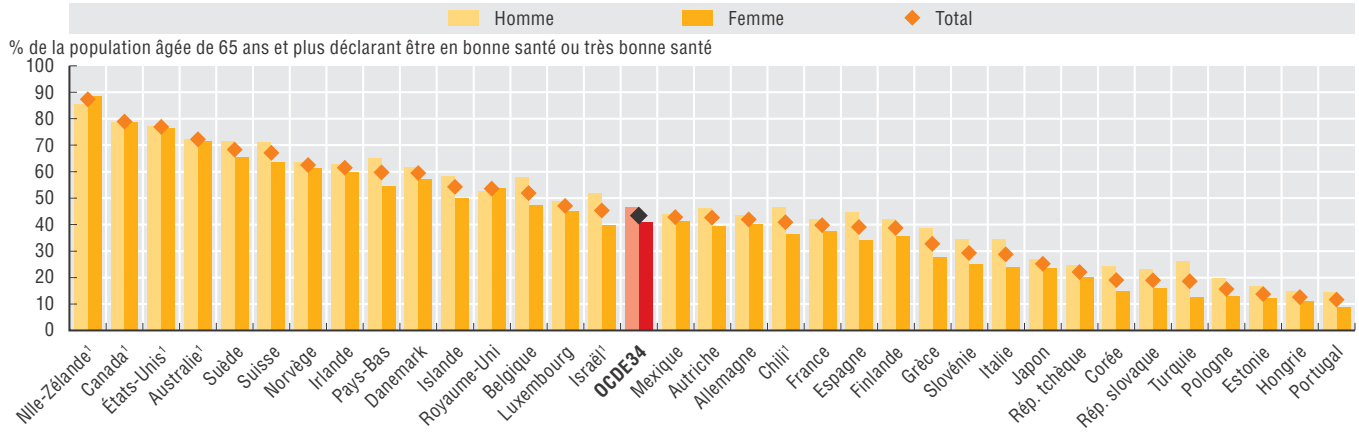
L'incapacité générale perçue est mesurée dans l'enquête EU-SILC par la question suivante : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? » assortie des possibilités de réponse suivantes : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; 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.

Références

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.

DeSalvo, K.B. et al. (2005), « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, pp. 1234 à 1246.

11.6. Population âgée de 65 ans et plus déclarant être en bonne santé, 2013 (ou année la plus proche)

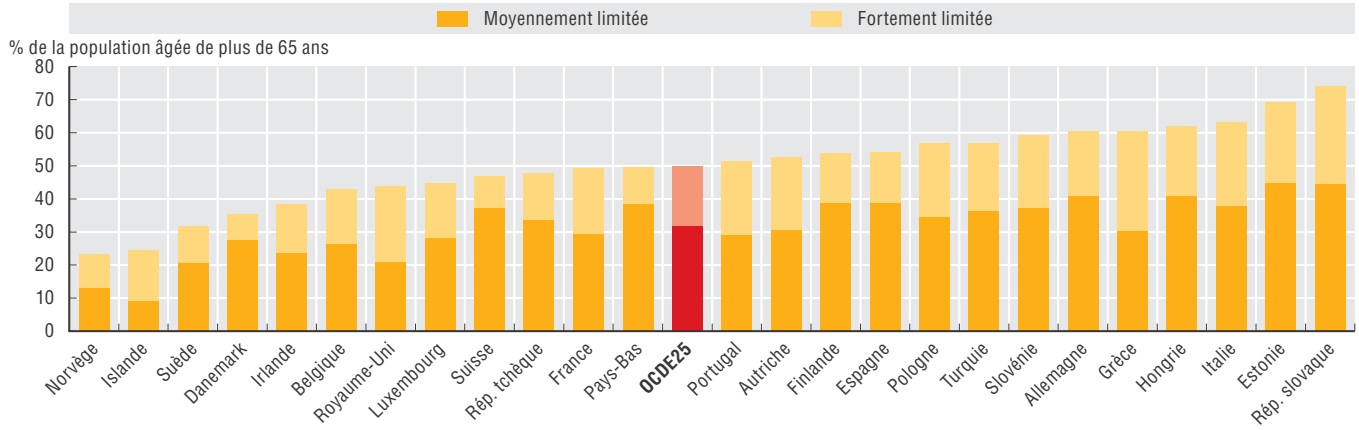


1. Les résultats pour ces pays ne sont pas directement comparables avec ceux des autres pays, en raison de différences méthodologiques dans le questionnaire d'enquête entraînant une surestimation.

Source : *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015*, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282323

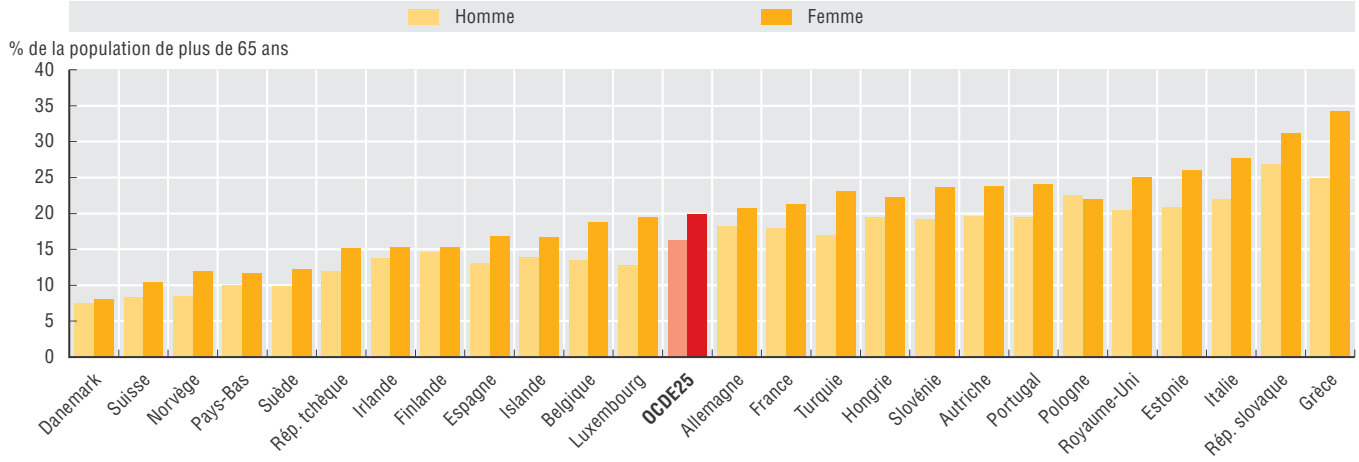
11.7. Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2013



Source : Base de données Eurostat 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282323

11.8. Fortes limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2013



Note : Les pays sont classés par ordre croissant du pourcentage des fortes limitations dans les activités quotidiennes pour l'ensemble des habitants.

Source : Base de données Eurostat 2015.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282323

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 aujourd'hui aucun remède ou traitement modifiant le cours de la maladie, mais des actions plus efficaces peuvent améliorer la vie des gens qui sont atteints de démence en les aidant, ainsi que leur famille, à s'habituer à vivre avec cette maladie et en s'assurant qu'ils aient accès à des soins de santé et une aide sociale de haute qualité.

Selon l'OMS, 47.5 millions de personnes souffrent de démence dans le monde en 2015. En raison du vieillissement des populations et des interrogations qui continuent d'entourer l'efficacité des stratégies préventives, ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 75.6 millions d'ici à 2030 et presque tripler d'ici à 2050, pour atteindre 135.5 millions (OMS, 2015). En 2010, on estimait le coût mondial de la démence à 604 milliards de dollars US (Wimo et al., 2013), et ce coût pourrait continuer d'augmenter avec la progression de la prévalence.

En 2015, on estimait à 18 millions le nombre de personnes atteintes de démence dans les pays de l'OCDE, soit plus d'une personne sur 70. Bien que certaines personnes soient atteintes de démence précoce, la grande majorité des personnes qui souffrent de démence sont des personnes âgées, et dans tous les pays de l'OCDE, plus d'une personne sur 16 âgée de plus de 60 ans vit avec cette maladie. La prévalence varie en fonction des pays, l'Allemagne, l'Italie et le Japon comptant tous plus de 20 personnes sur 1 000 atteintes de démence, tandis que la Corée, le Mexique, la République slovaque et la Turquie en comptent moins de dix (graphique 11.9).

L'écart de prévalence s'explique par une différence des structures par tranche d'âge de la population des différents pays dès lors que la démence est intimement liée à l'âge. Dans tous les pays de l'OCDE, environ 1.3 % des personnes âgées de 60 à 64 ans sont atteintes de démence, par rapport à plus de 45 % des personnes âgées de plus de 90 ans (graphique 11.10). La prévalence par âge est comparable dans la plupart des pays, bien que des études menées en Amérique latine aient fait apparaître des taux plus élevés que dans d'autres régions (Prince et al., 2013). Bien que ces résultats puissent s'expliquer par des différences en termes de plans d'étude, il a également été avancé que de faibles niveaux d'instruction chez les personnes âgées et un risque élevé de maladies cardiovasculaires peuvent concourir à des taux de démence élevés (Rizzi et al., 2014).

Si la prévalence de la démence par âge reste la même, cette maladie deviendra plus courante à l'avenir en raison du vieillissement de la population. La prévalence progressera plus rapidement dans des pays dans lesquels la population vieillit rapidement. Par exemple, au cours des 20 prochaines années, la prévalence de la maladie au Japon passera de 21 à près de 37 personnes sur 1 000 ; et en Corée, elle fera plus que doubler en augmentant de 8 à 20 personnes sur 1 000 (graphique 11.9). Le nombre total de personnes atteintes de démence dans les pays de l'OCDE augmentera de 18 millions en 2015 à près de 31 millions en 2035, les personnes les plus âgées (plus de 90 ans) représentant une part croissante (graphique 11.11). Pour autant, il semblerait bien que la prévalence de la démence par âge recule dans certains pays (Matthews et al., 2013) et qu'il est possible de réduire le risque de démence en adoptant des styles de vie plus sains et en menant des interventions préventives. Si ces initiatives portent leurs fruits, l'augmentation de la prévalence pourrait être moins spectaculaire que le font craindre ces chiffres.

Récemment, la lutte contre la démence a suscité un grand intérêt à l'échelle internationale, et l'OCDE a été en première ligne de l'action en aidant les pays à élaborer de meilleures politiques. La mise au point d'un remède doit être un objectif à long terme, mais elle nécessitera des investissements plus importants et une stratégie de recherche plus collaborative en vue de tirer parti du potentiel des mégadonnées. Quoi qu'il en soit, il faudra vraisemblablement plusieurs années avant qu'un remède soit mis au point et, entre-temps, les pays doivent prendre des mesures en vue d'améliorer aujourd'hui la vie de millions de personnes atteintes de démence. Il doit notamment s'agir de promouvoir des diagnostics opportuns, de fournir des soins de santé et des soins de longue durée de haute qualité et d'apporter un soutien aux familles et aux aidants (OCDE, 2015).

Définition et comparabilité

Les estimations de prévalence au graphique 11.9 sont tirées de Prince et al. (2013), qui est l'examen systématique le plus récent et le plus complet des études relatives à la prévalence de la démence à travers le monde. La prévalence par pays a été estimée en appliquant ces taux de prévalence par âge pour la région du monde concernée aux estimations démographiques de l'ONU (Perspectives de la population mondiale : révision de 2012). Si des taux de prévalence par sexe existaient pour certaines régions, ce sont les taux globaux qui ont été utilisés dans cette analyse. Les taux de prévalence sont supposés être constants dans le temps.

Références

Matthews, F.E. et al. (2013), « A Two-decade Comparison of Prevalence of Dementia in Individuals Aged 65 Years and Older from Three Geographical Areas of England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II », *The Lancet*, vol. 382, n° 9902.

OCDE (2015), *Addressing Dementia: The OECD Response*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Editions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en*.

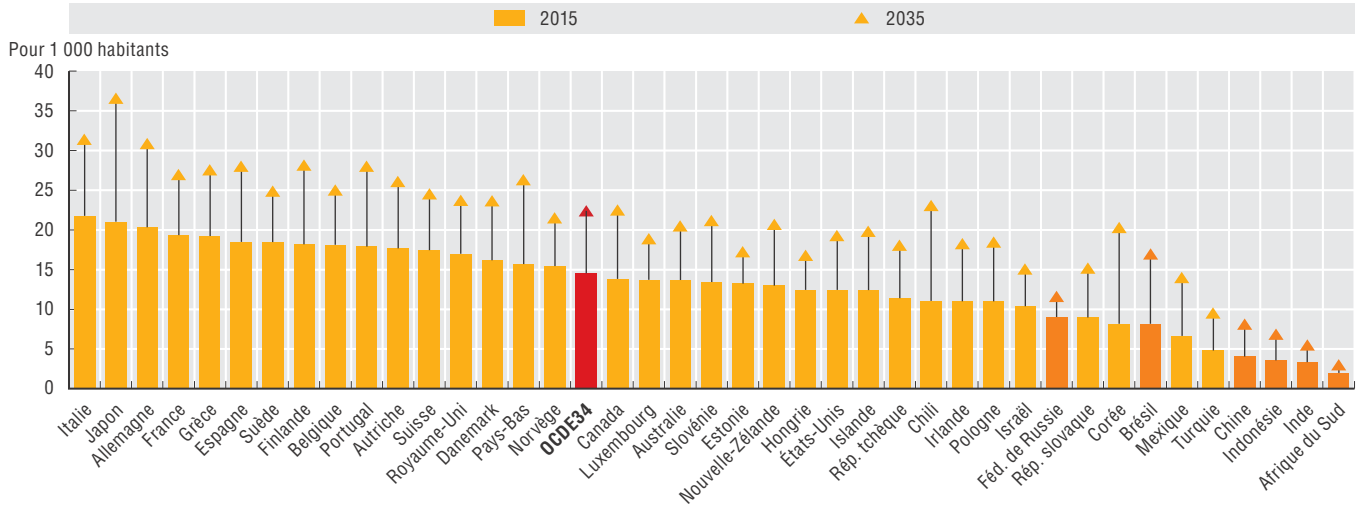
Prince, M. et al. (2013), « The Global Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Metaanalysis », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, n° 2, pp. 63 à 75.

Rizzi, L. et al. (2014), « Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types », *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 908915, 8 pages.

OMS (2015), « La démence », *Aide-mémoire n° 362*, *www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/*.

Wimo, A. et al. (2013), « The Worldwide Economic Impact of Dementia 2010 », *Alzheimer's & Dementia*, vol. 9, n° 1, pp. 1 à 11.

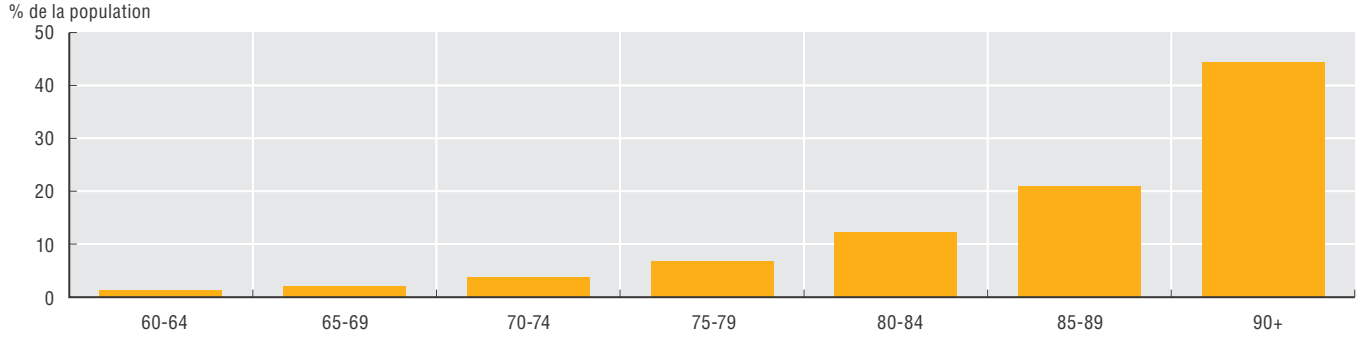
11.9. Estimations de la prévalence de la démence pour 1 000 habitants, 2015 et 2035



Source : Analyse de l'OCDE des données de Prince et al. (2013) et Nations Unies.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282338

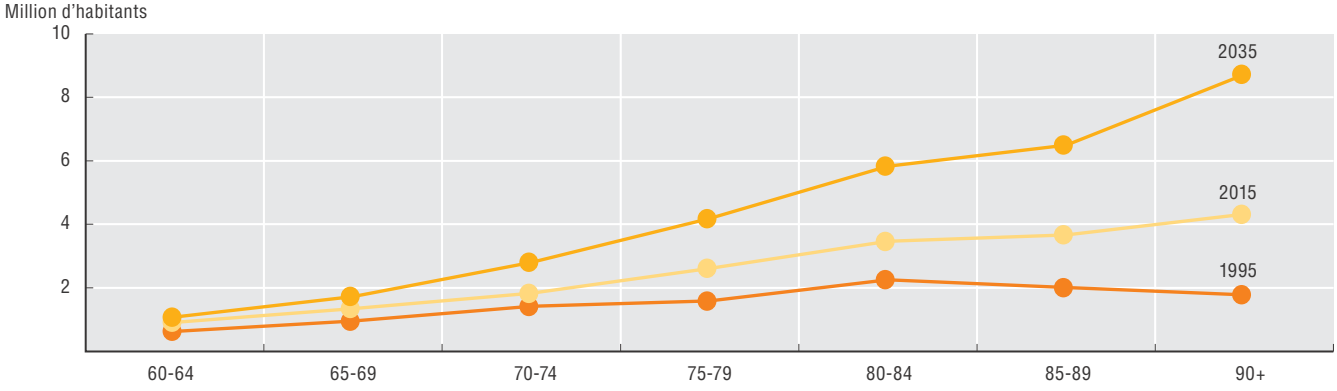
11.10. Prévalence de la démence dans les pays de l'OCDE, par âge, 2015



Source : Analyse de l'OCDE des données de Prince et al. (2013) et Nations Unies.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282338

11.11. Personnes atteintes de démence dans les pays de l'OCDE, estimations, par groupes d'âge, 1995, 2015 et 2035



Source : Analyse de l'OCDE des données de Prince et al. (2013) et Nations Unies.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282338

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Bénéficiaires de soins de longue durée

Au fur et à mesure qu'elles vieillissent, les personnes sont plus susceptibles d'être frappées d'incapacité et de nécessiter le soutien de leur famille, d'amis et de services de soins de longue durée. Ainsi, alors que des services de soins de longue durée sont fournis à des groupes de population invalides plus jeunes, la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes âgées. En moyenne, dans l'ensemble de l' OCDE, plus de la moitié de tous les bénéficiaires de soins de longue durée sont âgés de plus de 80 ans et près de quatre sur cinq ont plus de 65 ans (graphique 11.12). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes âgées représentent une proportion croissante de la population des pays de l'OCDE. Le risque de démence (voir l'indicateur sur la prévalence de la démence) et d'autres maladies débilitantes augmente avec l'âge, si bien que la demande pour des services de soins de longue durée est susceptible elle aussi d'augmenter, bien que cet effet puisse être compensé en partie par l'amélioration de la santé lors de la vieillesse. Par conséquent, la proportion moyenne de personnes bénéficiant de soins de longue durée dans l'OCDE a augmenté de 1.9 % en 2000 à 2.3 % en 2013.

Bien qu'il soit un facteur important de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée dans le temps, le vieillissement de la population n'explique pas véritablement les différences qui existent entre les pays. Par exemple, le Portugal compte une population relativement âgée, mais seule une faible proportion de cette population bénéficie de soins de longue durée formels. En revanche, Israël a l'une des populations les plus jeunes de l'OCDE, mais la proportion de la population qui bénéficie de soins de longue durée est plus élevée que la moyenne. Un déterminant plus important est l'existence de services de soins de longue durée financés par des fonds publics. Les pays qui disposent de fonds publics importants, comme les Pays-Bas et les pays nordiques, rapportent le plus grand nombre de bénéficiaires de soins de longue durée en termes de proportion de la population, alors que des pays où les services publics sont limités, comme aux États-Unis, au Portugal et en Pologne, rapportent des chiffres bien inférieurs. Cependant, les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics sont plus difficiles à obtenir et peuvent être sous-estimées, ce qui implique que les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas. Les normes culturelles autour de la mesure dans laquelle les familles s'occupent des personnes âgées peuvent également être un moteur important de l'utilisation des services formels (voir l'indicateur sur les aidants informels).

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, en particulier pour les personnes âgées. 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 11.13), avec des progressions particulièrement marquées en Corée, en France et en Suède. Cette situation découle souvent d'actions spécifiques : par exemple, la Suède a réduit ses capacités de soins en établissement dans le but de favoriser la prise en charge à domicile, tandis que la France a adopté un plan pluriannuel visant à augmenter la capacité des soins infirmiers à domicile à 230 000 places d'ici 2025 (Colombo et al., 2011).

Bien que la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile ait augmenté au cours des dix dernières années dans les pays de l'OCDE, elle a diminué de 69 % à 60 % en Finlande. Il ne s'agit toutefois pas là d'une intensification du recours aux établissements traditionnels mais plutôt aux « résidences avec services », où les personnes âgées emménagent dans des logements spécialement adaptés où elles peuvent bénéficier de soins 24 heures sur 24. Ce modèle de soins permet aux personnes fortement dépendantes de conserver une plus grande indépendance et une plus grande autonomie qu'elles ne le pourraient dans des établissements de soins traditionnels.

Définition et comparabilité

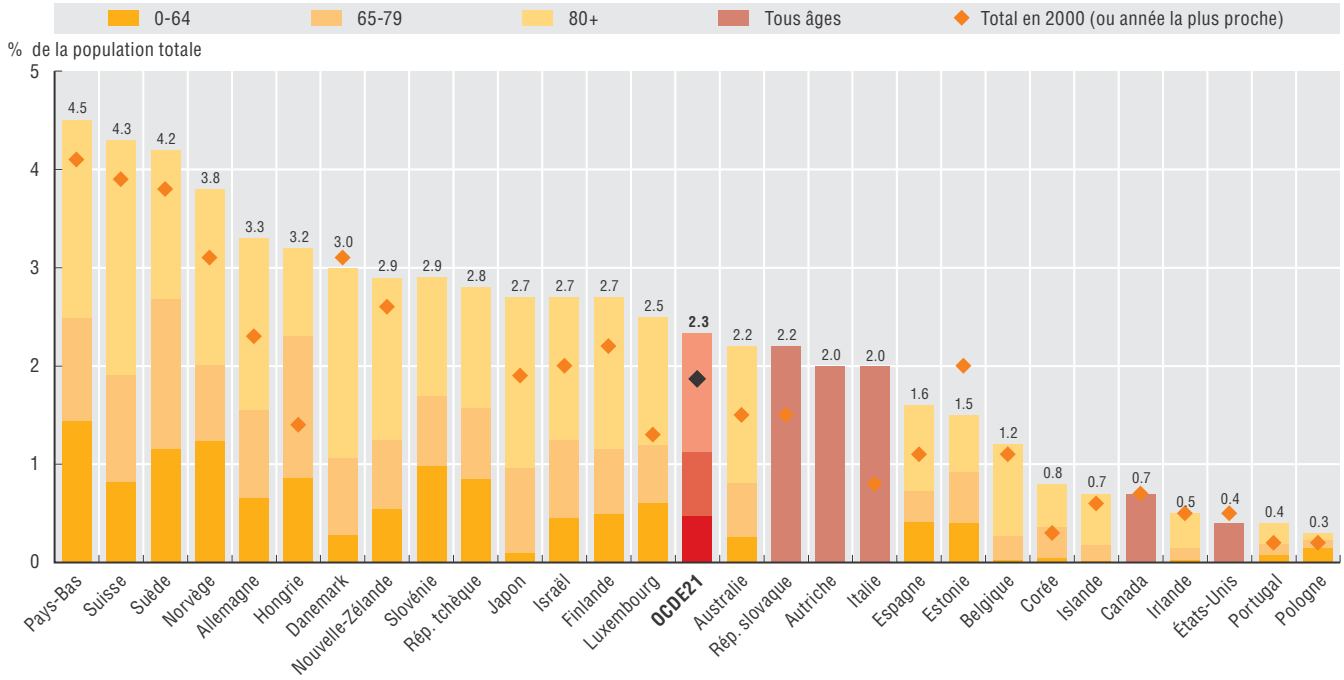
Les bénéficiaires de soins de longue durée comprennent les personnes qui reçoivent des soins prodigués par des prestataires rémunérés, y compris du personnel non professionnel percevant des paiements en espèces dans le cadre d'un programme d'aide. Ils comprennent également les personnes qui reçoivent 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'Islande et le Canada sont disponibles uniquement pour les personnes qui reçoivent des soins en institutions, donc le nombre total de bénéficiaires sera sous-estimé.

Les données pour l'Irlande concernant le nombre de personnes âgées 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. L'Australie collecte des données sur le nombre d'utilisateurs de soins pour personnes âgées, mais ne distingue pas ceux qui utilisent ces services sur une base de long-terme, et les données sont donc des estimations. S'agissant du seuil d'âge dans le tableau 11.13, les données pour la France concernent les personnes âgées de plus de 60 ans.

Références

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

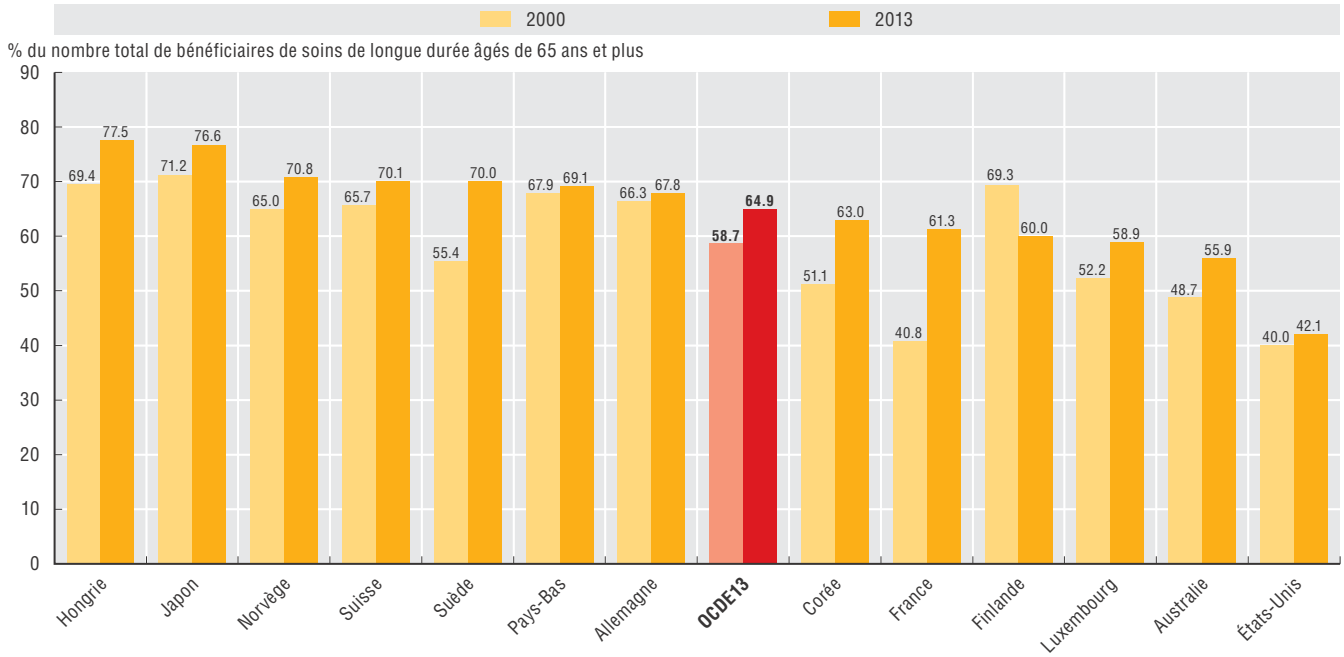
11.12. Proportion de la population bénéficiant de soins de longue durée, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282341

11.13. Part des bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus recevant des soins à domicile, 2000 et 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282341

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Aidants informels

Dans les pays de l'OCDE, la famille et les amis constituent la source de soins la plus importante pour les personnes qui nécessitent des soins de longue durée. 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, environ 15 % des personnes âgées de 50 ans et plus ont pris en charge un proche dépendant en 2013 (graphique 11.14). On relève des écarts marqués entre les pays, avec près de 20 % des plus de 50 ans en Belgique et en Estonie qui prodiguent des soins informels, contre à peine plus de 10 % en Israël et en Australie. Les taux de soins informels sont fonction inverse de la proportion de personnes âgées bénéficiant de services formels (voir indicateur sur les bénéficiaires de soins informels) et de la densité de prestataires de soins de longue durée (voir l'indicateur sur les effectifs assurant les soins de longue durée). Des pays tels que l'Estonie et la République tchèque, où la main-d'œuvre des soins de longue durée et les bénéficiaires de services formels sont relativement peu nombreux, présentent des taux plus élevés de soins informels, tandis que des pays comme Israël et la Suède, qui comptent une importante main-d'œuvre de soins de longue durée et beaucoup de personnes âgées bénéficiant de services de soins de longue durée, présentent des taux plus faibles de soins informels. Le lien de causalité n'est pas évident : il se peut que, grâce à une intervention plus importante des pouvoirs publics, les familles ne soient pas tenues de prendre elles-mêmes en charge les personnes âgées devant bénéficier de soins de longue durée, ou qu'une forte tradition de prise en charge par la famille réduise la nécessité d'une forte intervention des pouvoirs publics.

Dans tous les pays de l'OCDE, la plupart des aidants informels sont des femmes et, en moyenne, plus de 60 % des aidants sont des femmes. La proportion des femmes oscille entre un niveau élevé de 70 % en Slovénie et niveau faible de 55 % en Suède (graphique 11.15).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 74 % des aidants informels dispensent des soins sur une base quotidienne, les 26 % 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 11.16). Dans les pays qui se sont dotés de vastes systèmes publics de soins de longue durée, comme c'est le cas aux Pays-Bas, en Suisse et dans les pays nordiques, la famille et les amis assurent moins souvent une prise en charge intensive. La plus forte intensité de prise en charge est signalée en Espagne, en Slovénie et en Israël, bien que ces pays comptent en réalité relativement peu d'aidants assurant des soins informels (graphique 11.14). Si l'on tient compte du nombre total d'aidants, l'Estonie, la Belgique, la République tchèque et la France présentent la proportion la plus élevée de plus de 50 ans qui offrent une assistance quotidienne à la famille ou à des amis, ce qui donne à penser que les soins informels sont particulièrement importants dans ces pays.

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).

Du fait de la diminution de la dimension de la famille, d'une plus grande mobilité géographique et de l'augmentation des taux d'activité des femmes, le risque existe que moins de personnes soient capables et désireuses d'assurer des soins informels à l'avenir. Cette situation pourrait avoir deux conséquences. Premièrement, il se peut que les aidants informels soient amenés à prodiguer des soins d'une plus grande intensité. L'appui qu'ils recevront sera donc d'autant plus important si l'on veut éviter des résultats négatifs en termes de santé et d'emploi. Deuxièmement, une réduction de l'offre de soins informels exercerait une pression de plus en plus grande sur les systèmes publics de soins de longue durée. Ces systèmes devront donc bénéficier de financements et d'infrastructures suffisants pour répondre à l'accroissement de la demande car, dans le cas contraire, il se pourra que des personnes ne puissent pas accéder aux services dont elles ont besoin.

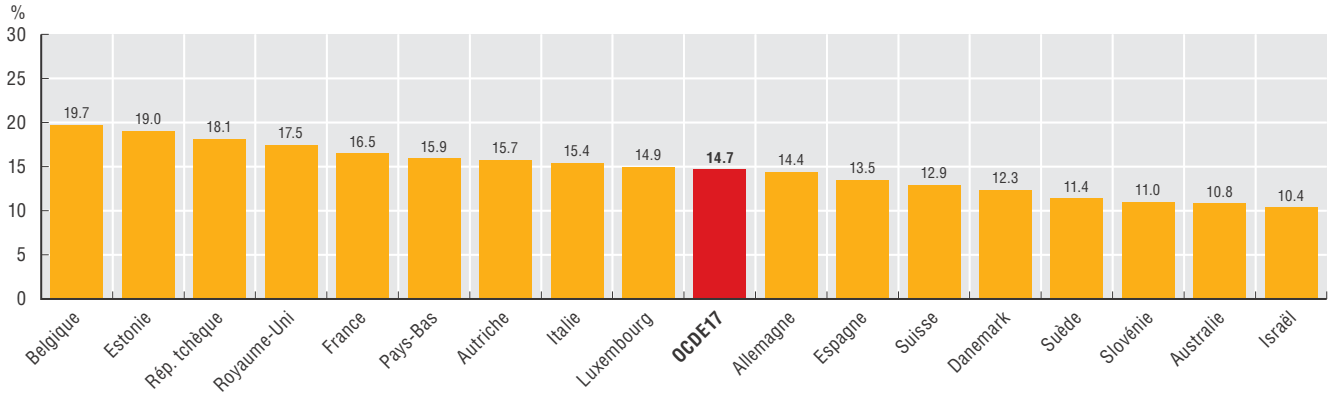
Définition et comparabilité

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. Les données pour l'Australie sont limitées à ceux fournissant une aide liée à mobilité, soins personnels et communication, et peuvent donc être sous-estimées par rapport aux autres pays.

Références

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

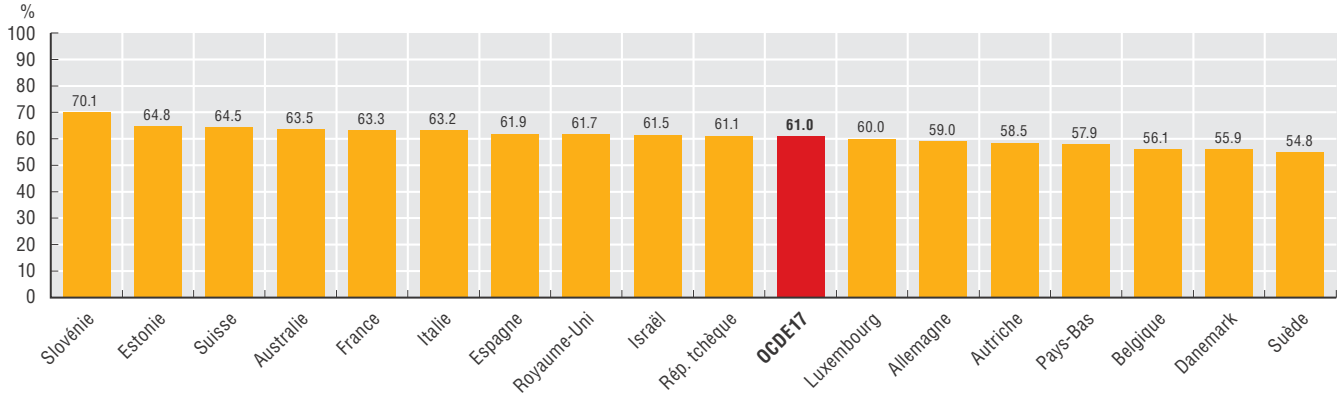
11.14. Population âgée de plus de 50 ans déclarant être aidants informels, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2013 pour l'Australie, BHPS 2012-13 pour le Royaume-Uni et SHARE 2013 pour les autres pays européens.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282356

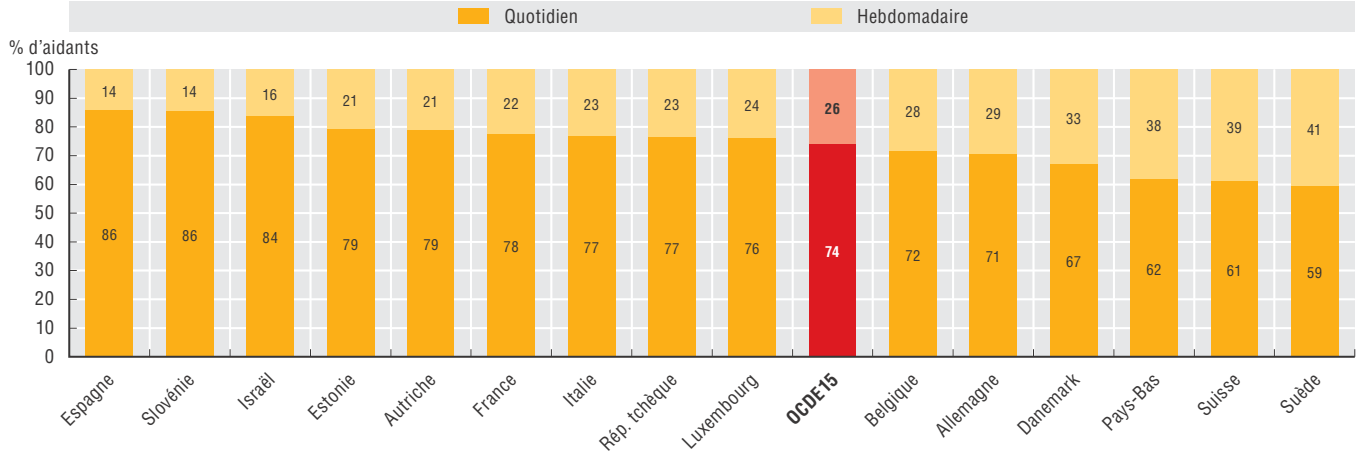
11.15. Part des femmes parmi les aidants informels âgés de plus de 50 ans, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Estimations de l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA 2013 pour l'Australie, BHPS 2012-13 pour le Royaume-Uni et SHARE 2013 pour les autres pays européens.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282356

11.16. Fréquence des soins fournis par des aidants informels, 2013



Source : Estimations de l'OCDE sur la base de l'enquête SHARE 2013.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282356

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont un service à forte intensité de main-d'œuvre. Les travailleurs formels du secteur des soins de longue durée sont définis comme le personnel rémunéré, généralement du personnel infirmier et des auxiliaires de vie, qui dispense 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 formels sont complétés par le soutien informel, généralement non rémunéré, prodigué par les proches, qui représente une grande partie de la prise en charge des personnes âgées dans tous les pays de l'OCDE (voir l'indicateur sur les aidants informels).

Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, c'est aux États-Unis et en Suède qu'on trouve le plus grand nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée, et en Turquie et au Portugal le moins (graphique 11.17). Dans tous les pays à l'exception d'Israël, du Japon, de l'Estonie et de la Corée, la majorité des effectifs assurant les soins de longue durée travaillent en établissement, même si la majorité des bénéficiaires de ces soins les reçoivent habituellement à domicile (voir l'indicateur sur les bénéficiaires de soins). Ceci reflète le fait que les personnes en établissement ont souvent des besoins plus importants et nécessitent des soins plus intensifs.

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 (Colombo et al., 2011). Le recrutement de travailleurs étrangers peut aider à faire face à une hausse de la demande de soins de longue durée, mais cette immigration croissante a posé des problèmes, relatifs notamment à l'irrégularité des flux migratoires, et au défaut de déclaration d'emplois aux autorités fiscales et de sécurité sociale.

Le secteur des soins de longue durée représente une part petite mais en croissance de l'emploi total dans les pays de l'OCDE (un peu plus de 2 % en moyenne). Cette part a progressé ces dix dernières années dans de nombreux pays, à la faveur de l'élargissement des provisions publiques 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 2001, à la suite de la mise en place du programme universel d'assurance-dépendance en 2000 et de politiques gouvernementales pour professionnaliser le travail des soins de longue durée, en dépit de la légère contraction de l'emploi total sur la période. De même, l'emploi dans le secteur des soins de longue durée en Allemagne a devancé la croissance de l'emploi total depuis 2001. En revanche, l'emploi dans le secteur des soins de longue durée en Suède et aux Pays-Bas, des pays qui s'étaient déjà dotés de vastes systèmes de soins de longue durée et présentaient un emploi élevé dans ce secteur au début des années 2000, s'est essentiellement inscrit dans la tendance de l'emploi total (graphique 11.18).

En moyenne, le personnel infirmier représente près de 30 % du personnel de soins de longue durée, et les 70 % restants étant des auxiliaires de vie (également appelés aides-soignants, assistants de santé en établissement ou assistants de soins à domicile), qui ont un moindre niveau de formation. La qualité des soins dépendant du niveau de qualification approprié de l'ensemble du personnel, de nombreux pays de l'OCDE ont défini des niveaux de formation requis pour les auxiliaires de vie, bien qu'ils 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).

L'accroissement de la demande pour les services de soins de longue durée et de la diminution possible du nombre d'aidants familiaux font que la demande en main-d'œuvre des soins de longue durée devrait continuer d'augmenter. Il faudra, pour répondre à cette demande croissante, mettre en place un certain nombre de politiques, 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 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. Ils excluent les infirmières/infirmiers qui travaillent dans l'administration. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps-plein.

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.

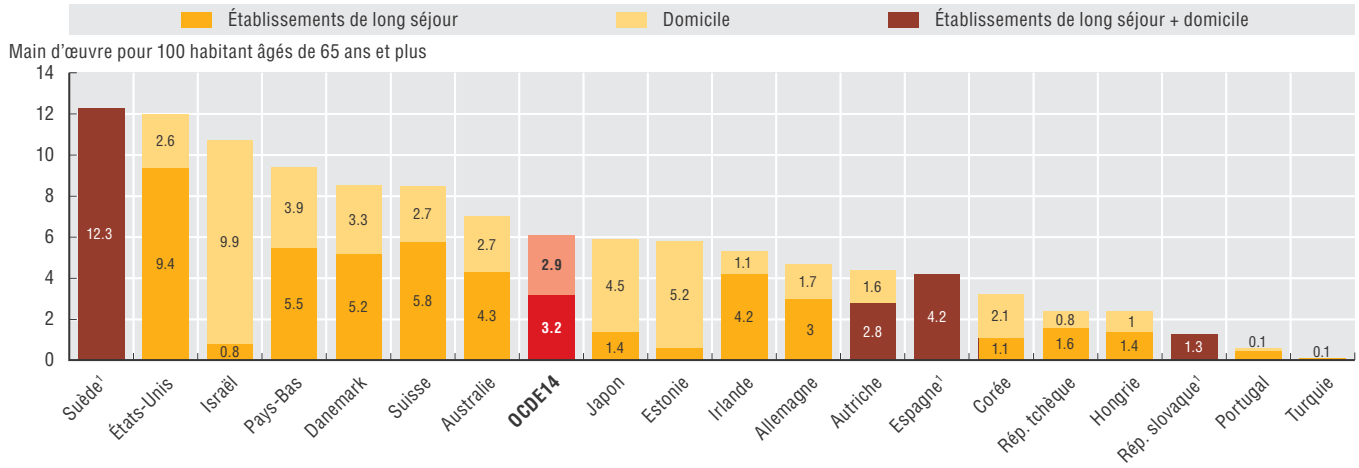
Références

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

Commission européenne (2013), « Long-term Care in Ageing Societies – Challenges and Policy Options », Document de travail des services de la Commission, SWD 41, Bruxelles.

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, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en*.

11.17. Main d'oeuvre dispensant des soins de longue durée pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus, 2013 (ou année la plus proche)

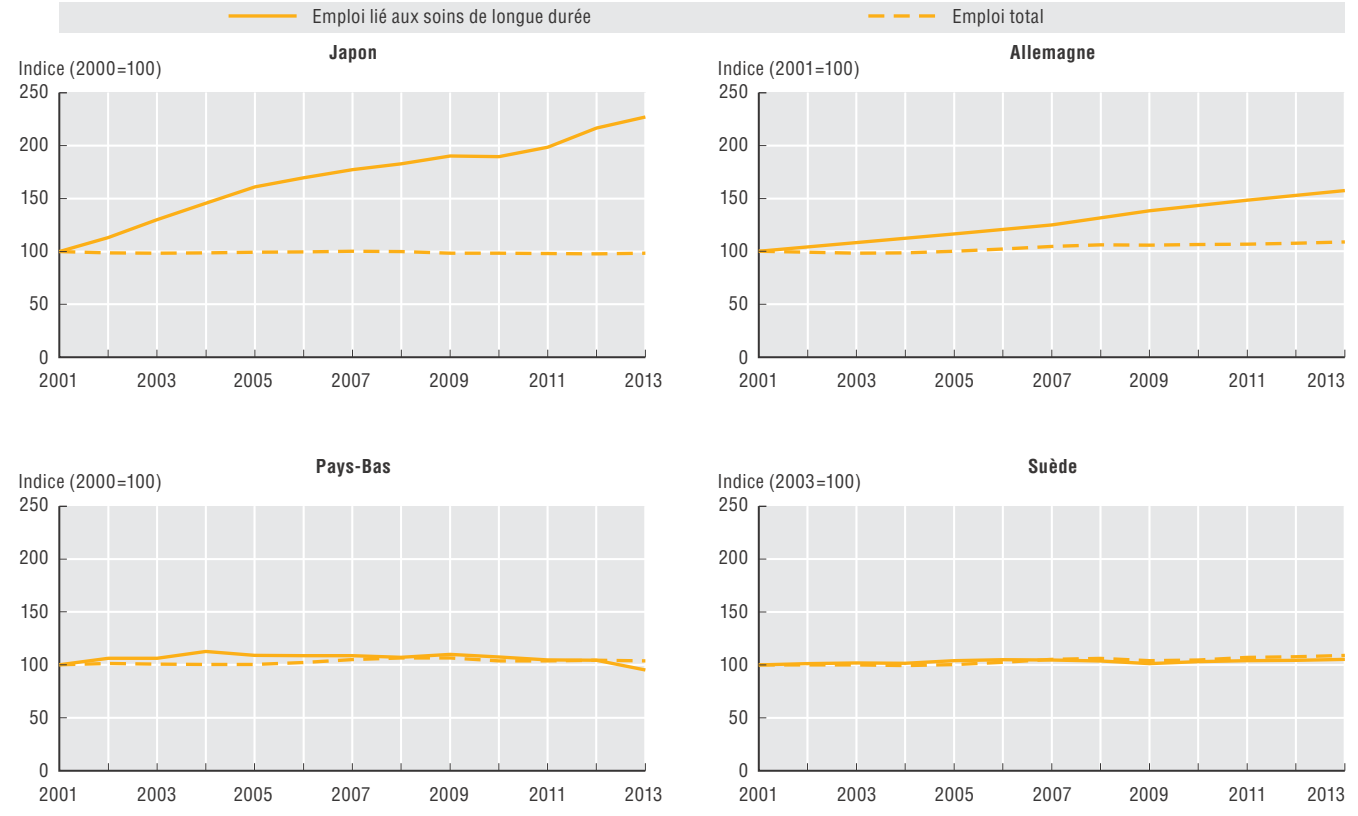


1. En Suède, Irlande, Espagne et en République slovaque, il n'est pas possible de distinguer les travailleurs dispensant des soins de longue durée en établissements de long séjour et à domicile.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282363

11.18. Évolution de l'emploi lié aux soins de longue durée et emploi total, pour quelques pays de l'OCDE, 2000-2013



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282363

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

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 2013, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 45 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 11.19). La Belgique comptait le plus grand nombre de lits de soins de longue durée en 2013, avec près de 72 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.

En moyenne, dans tous les pays de l'OCDE, on a constaté depuis 2000 une faible augmentation du nombre de lits de soins de longue durée pour 1 000 personnes de plus de 65 ans (graphique 11.20). Cette augmentation concerne exclusivement les lits dans les établissements offrant des soins de longue durée, le nombre de lits d'hôpital demeurant en moyenne constant. Pour autant, cette évolution masque des écarts importants. À une extrémité, certains pays dotés de vastes systèmes bien établis de soins de longue durée ont réduit leurs capacités de prise en charge de longue durée en établissement. Ainsi, la Suède a réduit le nombre de lits de soins de longue durée de 2.4 par an pour 1 000 personnes de plus de 65 ans dans le cadre d'un programme visant à déplacer les soins de longue durée des établissements vers le domicile (Colombo et al., 2011). Les Pays-Bas, le Danemark et la Norvège ont également réduit sensiblement le nombre de lits disponibles. À l'autre extrémité, la Corée a massivement augmenté ses capacités depuis 2000, ajoutant 4.5 lits par an pour 1 000 personnes de plus 65 ans, avec une augmentation particulièrement marquée à la suite de la mise en œuvre d'un programme public d'assurance-dépendance pour les personnes a gées en 2008. À l'inverse de nombreux autres pays, une proportion élevée des lits de soins de longue durée qui ont été ajoutés en Corée l'ont été dans des hôpitaux. L'Espagne a également sensiblement augmenté le nombre de ses lits de soins de longue durée, bien que tous les lits supplémentaires aient été affectés à des établissements de soins de longue durée et non à des hôpitaux.

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. Malgré les augmentations récentes du nombre de lits dans des établissements de soins de longue durée en Corée, la majorité de ces lits reste dans les hôpitaux. Au Japon, un grand nombre de lits hospitaliers sont utilisés pour les soins de longue durée, mais leur nombre a chuté récemment. Certains pays européens, comme la Finlande, la Hongrie et l'Estonie, comptent toujours un nombre élevé de lits de soins de longue durée dans les hôpitaux, mais l'action s'est en général orientée vers un remplacement des lits d'hôpital par des structures en établissement, lesquelles coûtent souvent moins cher et assurent un meilleur cadre de vie pour les personnes qui nécessitent des soins de longue durée. Depuis 2000, la Finlande, la France et l'Islande ont tous connu une augmentation significative du nombre de lits de soins de longue durée en établissement et une diminution du nombre de lits de soins de longue durée dans les hôpitaux, bien que dans le cas de l'Islande, cette évolution découle en partie d'une modification de la catégorisation des lits.

Des soins de longue durée en établissement peuvent être plus efficaces que des services de maintien à domicile pour des personnes qui nécessitent une prise en charge intensive en raison des économies d'échelle et du fait que les aidants ne doivent pas se rendre chez chaque personne individuellement. Cependant, du point de vue des budgets publics, ils coûtent souvent plus chers dès lors que les aidants informels apportent une contribution moindre et que les systèmes de soins de longue durée prennent souvent à leur charge le logement et les repas ainsi que les coûts des soins. Qui plus est, les personnes dépendantes préfèrent en général continuer à vivre chez elles, et la plupart des pays ont pris des mesures ces dernières années visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir le maintien à domicile (voir graphique 11.13). 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. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités pour les soins de longue durée en établissement, et que les établissements de soins élaborent et appliquent des modèles de soins qui favorisent la dignité et l'autonomie.

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.

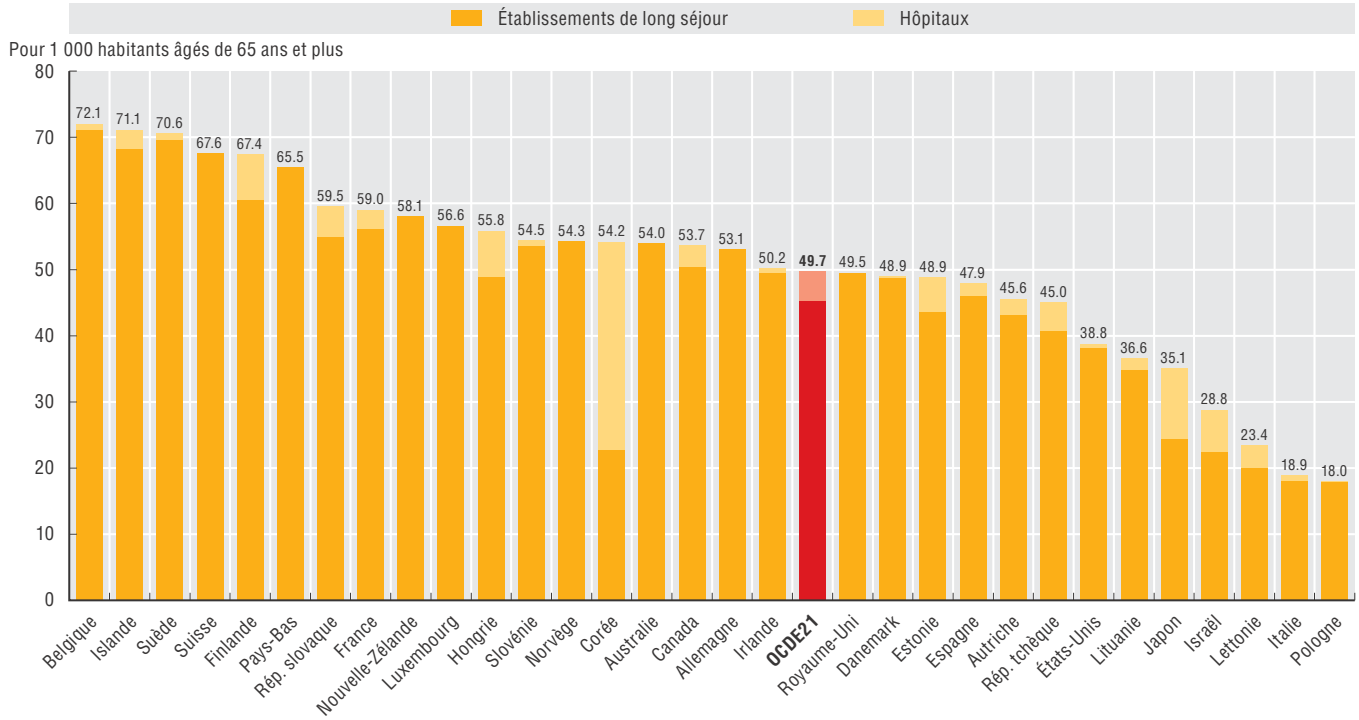
La couverture des données varie toutefois d'un pays à l'autre. Plusieurs pays ne prennent en compte que les lits des établissements publics de long séjour, tandis que d'autres englobent ceux des établissements privés (à but lucratif et sans but lucratif). Certains comptabilisent également les lits des 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.

Références

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

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*.

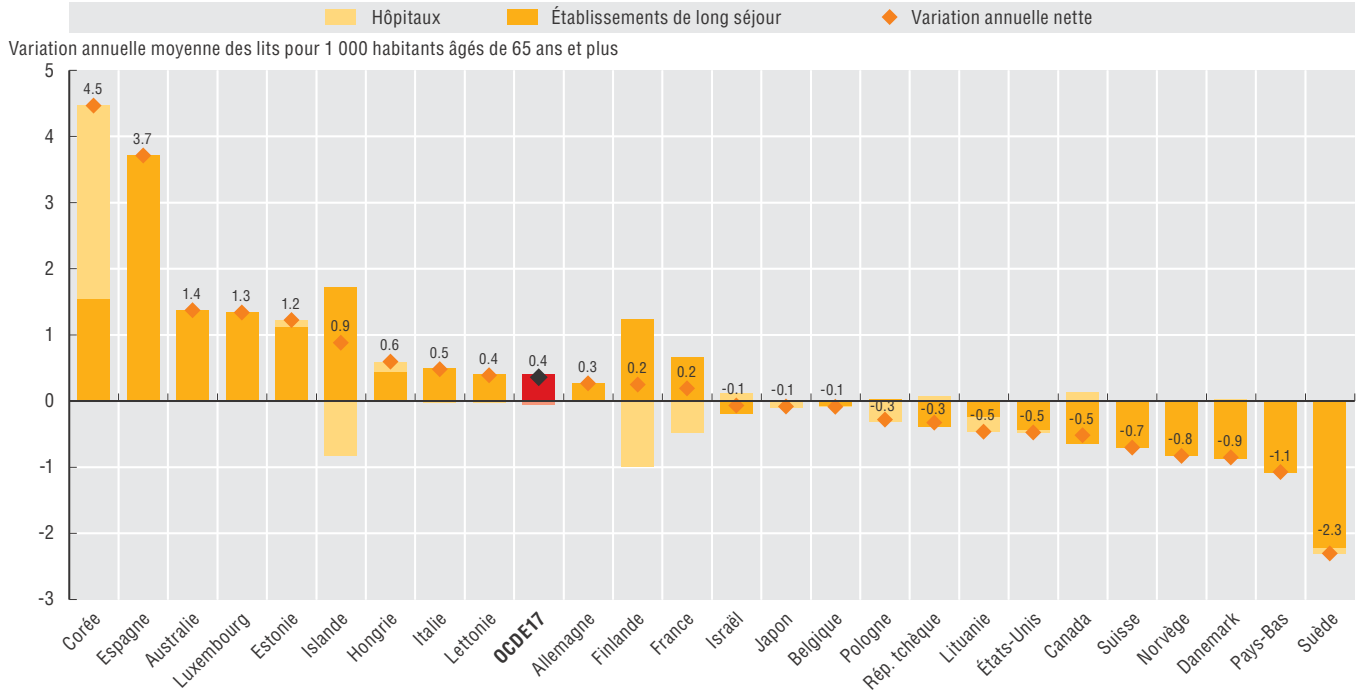
11.19. Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282379

11.20. Évolution des lits de soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2000-2013 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne OCDE n'inclut que les pays pour lesquels des données sont disponibles à la fois pour les établissements de long séjour et les hôpitaux.

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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282379

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, dès lors que le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente, que l'augmentation des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse, que l'offre de soins informels risque de diminuer et que des gains de productivité sont difficiles à réaliser dans un tel secteur à forte intensité de main-d'œuvre (De La Maisonneuve and Oliveira Martins, 2013).

Une part significative des soins de longue durée est financée par les ressources publiques. En 2013, 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 1.7 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 11.21). Ce sont les Pays-Bas qui ont déployé les moyens les plus importants, les dépenses publiques en faveur des soins de longue durée étant deux fois et demie supérieures à la moyenne de l'OCDE, avec 4.3 % du PIB. À l'autre extrémité de l'échelle, la République slovaque, la Grèce, l'Estonie, la Hongrie, la République tchèque, la Pologne et Israël ont consacré moins de 0.5 % de leur PIB aux services publics 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 de 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 (0.6 % du PIB), en Allemagne et en Belgique (0.4 %). Par rapport aux dépenses totales consacrées aux soins de longue durée (comprenant à la fois le volet santé et le volet aide sociale du secteur public et du secteur privé), les dépenses privées représentent plus du tiers aux États-Unis (43 %), en Allemagne (37 %) et en Espagne (36 %). 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 : 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, la Suède, 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 Finlande que la part du volet social des dépenses publiques de soins de longue durée dans le PIB est la plus élevée, à 1.6 %, contre une moyenne de 0.5 % dans les pays de l'OCDE. Les Pays-Bas et le Japon consacrent plus de 1 % de leur PIB à la prise en charge sociale de longue durée, mais cela représente moins de 0.1 % du PIB en Pologne, en Corée, en Espagne et au Luxembourg.

Les dépenses publiques allouées aux soins de longue durée ont progressé rapidement ces dernières années dans certains pays (graphique 11.22), comme en témoigne le taux de croissance annuel de 4.0 % enregistré entre 2005 et 2013 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 parmi la plus forte progression des dépenses publiques depuis 2005, bien que les dépenses dans ces deux pays restent relativement peu élevées par rapport au PIB.

De nombreux pays de l'OCDE ont développé l'offre de services de soins à domicile afin de permettre aux personnes qui reçoivent des soins de longue durée de demeurer plus indépendantes et de rester chez elles. Entre 2005 et 2013, le taux de croissance annuel des dépenses publiques consacrées à la prise en charge à domicile a été similaire à la croissance des dépenses pour la prise en charge en établissement, soit 4.3 % par an (graphique 11.23). Cependant, la Corée, l'Estonie, le Japon et la France ont connu une hausse significative des dépenses consacrées à la prise en charge à domicile de plus de 7 % par an.

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.

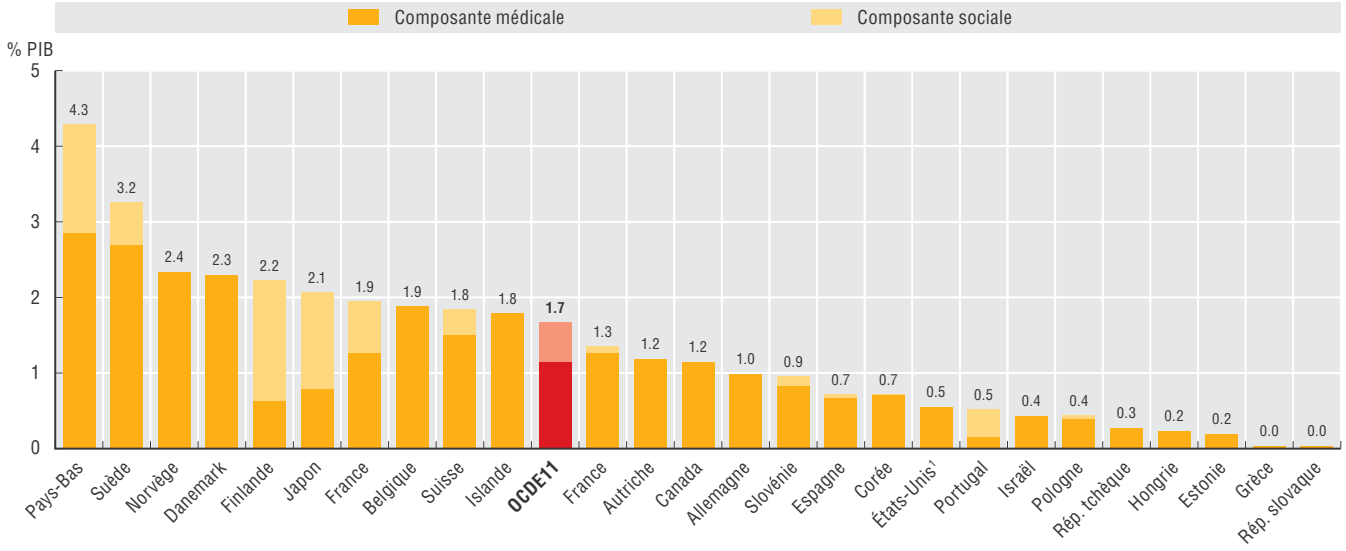
Les données pour les États-Unis font référence uniquement aux soins en établissements, et sous-estiment donc le montant total des dépenses publiques en services de soins de longue-durée.

Références

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*.

De La Maisonneuve, C. et J.O. Martins (2013), « Dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée: Une nouvelle série de projections », *Documents d'orientation du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 6, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jrhrls-fr*.

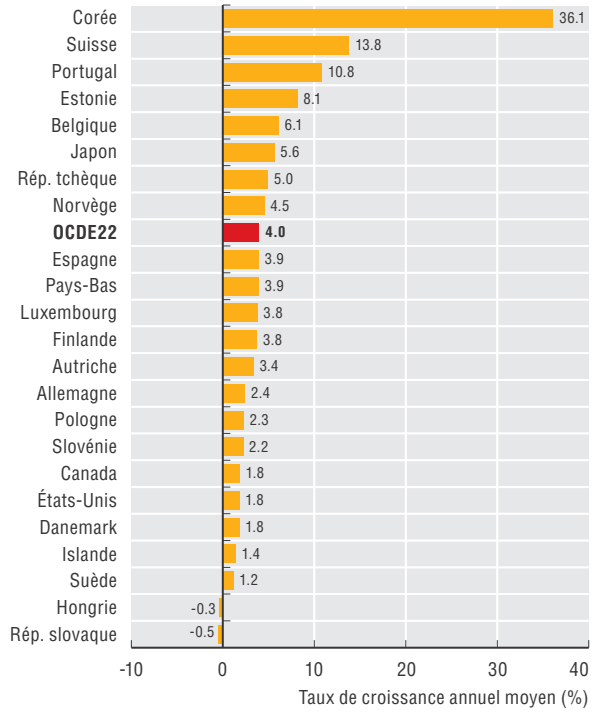
11.21. Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)



Note : La moyenne de l'OCDE inclut les 10 pays qui fournissent les composantes médicale et sociale.
1. Les données pour les États-Unis se réfèrent aux soins en établissements de long séjour.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282386

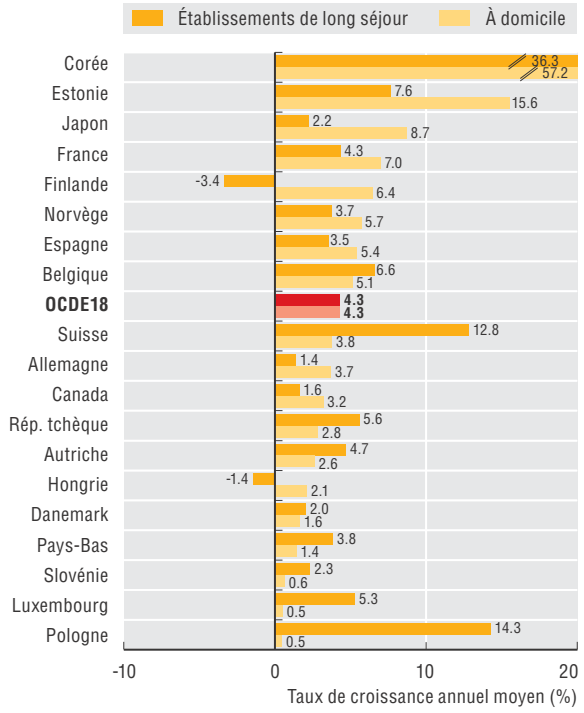
11.22. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé et social), en termes réels, 2000-13 (ou année la plus proche)



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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282386

11.23. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé) par emplacement, en termes réels, 2005-13 (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 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933282386

Informations sur les données concernant Israël : *http://oe.cd/israel-disclaimer*

© OCDE 2015

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, 1970 à 2014**

Milliers

	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Allemagne [1]	61 098	61 549	63 202	82 212	81 777	81 798	80 426	80 646	80 925
Australie	12 507	14 695	17 065	19 028	22 032	22 340	22 724	23 132	23 524
Autriche	7 467	7 549	7 678	8 012	8 363	8 392	8 430	8 479	8 503
Belgique	9 656	9 859	9 967	10 251	10 896	11 048	11 128	11 183	11 284
Canada	21 745	24 518	27 691	30 687	34 127	34 484	34 880	35 317	35 540
Chili	9 570	11 174	13 179	15 398	17 094	17 248	17 403	17 557	17 819
Corée	32 241	38 124	42 869	47 008	49 410	49 779	50 004	50 220	50 424
Danemark	4 929	5 123	5 141	5 340	5 548	5 571	5 592	5 615	5 597
Espagne	33 815	37 439	38 850	40 263	46 577	46 743	46 773	46 620	45 943
Estonie	1 360	1 477	1 569	1 397	1 331	1 327	1 323	1 318	1 316
États-Unis	205 052	227 225	249 623	282 162	309 326	311 583	313 874	316 129	318 892
Finlande	4 606	4 780	4 986	5 176	5 363	5 388	5 414	5 439	5 460
France	50 772	53 880	56 709	59 062	62 918	63 223	63 514	63 790	64 360
Grèce	8 793	9 643	10 157	10 917	11 153	11 103	11 037	10 948	11 381
Hongrie	10 338	10 711	10 374	10 211	10 000	9 972	9 920	9 893	9 843
Irlande	2 957	3 413	3 514	3 805	4 560	4 577	4 587	4 598	4 610
Islande	204	228	255	281	318	319	321	324	327
Israël	2 958	3 878	4 660	6 289	7 624	7 766	7 910	8 057	8 186
Italie	53 822	56 434	56 719	56 942	59 277	59 379	59 540	60 234	60 789
Japon	103 721	117 061	123 613	126 927	128 058	127 799	127 515	127 296	127 083
Luxembourg	339	364	382	436	507	518	531	543	556
Mexique	50 628	66 737	87 065	100 896	114 256	115 683	117 054	118 395	119 713
Norvège	3 876	4 086	4 241	4 491	4 889	4 953	5 019	5 080	5 137
Nouvelle-Zélande	2 828	3 170	3 390	3 858	4 366	4 404	4 433	4 472	4 388
Pays-Bas	13 039	14 150	14 952	15 926	16 615	16 693	16 755	16 804	16 858
Pologne	32 664	35 574	38 111	38 259	38 043	38 063	38 063	38 040	38 037
Portugal	8 680	9 766	9 983	10 290	10 573	10 558	10 515	10 457	10 375
République slovaque	4 538	4 980	5 299	5 389	5 391	5 398	5 408	5 413	5 416
République tchèque	9 858	10 304	10 333	10 255	10 474	10 496	10 511	10 514	10 527
Royaume-Uni	55 663	56 314	57 248	58 893	62 766	63 259	63 700	64 107	64 091
Slovénie	1 725	1901	1998	1989	2049	2053	2057	2060	2062
Suède	8 043	8 311	8 559	8 872	9 378	9 449	9 519	9 600	9 699
Suisse	6 181	6 319	6 716	7 184	7 825	7 912	7 997	8 089	8 188
Turquie	35 294	44 522	56 104	67 393	73 142	74 224	75 176	76 148	76 903
OCDE (total)	**870 967**	**965 259**	**1 052 204**	**1 155 498**	**1 236 028**	**1 243 502**	**1 249 052**	**1 256 518**	**1 264 123**
Partenaires									
Afrique du Sud	22 502	29 077	36 793	44 846	51 452	51 949	52 386	52 776	53 140
Brésil	96 078	118 563	146 593	171 280	193 253	194 933	196 526	198 043	199 492
Chine	814 423	984 122	1 165 429	1 280 429	1 359 822	1 368 440	1 377 065	1 385 567	1 393 784
Colombie	..	..	34 130	40 296	45 510	46 045	46 582	47 121	47 662
Fédération de Russie	130 392	138 655	147 969	146 597	142 849	142 961	143 207	143 507	143 787
Inde	555 064	698 721	868 891	1 042 262	1 205 625	1 221 156	1 236 687	1 252 140	1 267 402
Indonésie	114 080	145 510	178 633	208 939	240 677	243 802	246 864	249 866	252 812
Lettonie	2 359	2 512	2 663	2 368	20 98	2 060	2 034	2 013	1 994
Lituanie	3 140	3 413	3 698	3 500	3 097	3 028	2 988	2 958	3 163

1. Les chiffres de la population allemande concernent l'Allemagne de l'Ouest avant 1991.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282441*

Tableau A.2. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus, 1970 à 2014**

	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014
Allemagne	13.0	15.5	15.2	16.2	20.7	20.6	21.0	21.1	20.8
Australie	8.3	9.6	11.1	12.4	13.6	13.8	14.2	14.4	14.7
Autriche	14.0	15.5	14.8	15.4	17.6	17.6	17.8	18.0	18.3
Belgique	13.3	14.3	14.8	16.7	17.1	17.0	17.3	17.5	17.7
Canada	7.9	9.4	11.3	12.6	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6
Chili	5.0	5.5	6.1	7.2	9.0	9.3	9.5	9.8	10.0
Corée	3.1	3.8	5.1	7.2	11.0	11.4	11.8	12.2	12.7
Danemark	12.1	14.3	15.6	14.8	16.3	16.8	17.3	17.8	18.3
Espagne	9.5	10.8	13.4	16.7	16.8	17.1	17.4	17.7	18.4
Estonie	11.6	12.5	11.6	14.9	17.5	17.5	17.7	18.1	18.4
États-Unis	9.8	11.3	12.5	12.4	13.1	13.3	13.7	14.1	14.5
Finlande	9.0	11.9	13.3	14.8	17.0	17.5	18.1	18.7	19.3
France	12.8	14.0	13.9	16.0	16.8	16.9	17.3	17.7	..
Grèce	11.1	13.0	13.6	16.4	19.0	19.3	19.8	20.2	19.7
Hongrie	11.5	13.5	13.2	15.0	16.6	16.8	16.9	17.2	17.6
Irlande	11.1	10.7	11.4	11.1	11.2	11.5	11.9	12.2	12.6
Islande	8.7	9.8	10.5	11.5	12.0	12.3	12.6	12.9	13.1
Israël	6.7	8.6	9.1	9.8	9.9	10.0	10.3	10.7	10.9
Italie	10.7	13.1	14.7	18.1	20.4	20.5	20.8	21.0	21.4
Japon	7.1	9.1	12.1	17.4	23.0	23.3	24.1	25.1	26.0
Luxembourg	12.4	13.6	13.3	14.2	13.8	13.7	13.8	13.8	14.1
Mexique	4.6	4.3	4.3	5.2	6.2	6.3	6.4	6.5	6.7
Norvège	12.8	14.6	16.3	15.2	14.8	15.0	15.3	15.6	15.8
Nouvelle-Zélande	8.4	9.7	11.2	11.8	13.0	13.3	13.8	14.2	14.8
Pays-Bas	10.1	11.4	12.7	13.5	15.3	15.5	16.2	16.8	17.3
Pologne	8.2	10.1	9.9	12.1	13.6	13.6	14.0	14.4	14.9
Portugal	9.2	11.1	13.2	16.0	18.3	18.7	19.1	19.4	19.3
République slovaque	9.1	10.5	10.2	11.4	12.4	12.6	12.8	13.1	13.5
République tchèque	12.0	13.6	12.5	13.8	15.3	15.6	16.2	16.8	17.3
Royaume-Uni	12.9	14.9	15.7	15.8	16.2	16.4	16.7	17.1	17.6
Slovénie	9.5	11.3	10.6	13.8	16.5	16.5	16.8	17.1	17.5
Suède	13.5	16.2	17.7	17.3	18.0	18.4	18.7	19.0	19.3
Suisse	11.2	13.8	14.5	15.2	16.7	16.8	17.1	17.3	17.5
Turquie	4.3	4.7	4.2	5.3	7.0	7.2	7.3	7.5	7.7
OCDE34	**9.8**	**11.4**	**12.0**	**13.4**	**15.0**	**15.2**	**15.5**	**15.9**	**16.2**
Partenaires									
Afrique du Sud	3.4	3.1	3.2	3.4	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6
Brésil	3.5	4.0	4.4	5.4	6.8	7.0	7.2	7.4	7.6
Chine	4.0	5.1	5.8	6.9	8.4	8.5	8.7	8.9	9.1
Colombie	..	..	5.0	5.7	6.7	6.9	7.0	7.2	7.3
Fédération de Russie	7.7	10.2	10.0	12.4	12.8	12.7	12.9	13.0	13.3
Inde	3.3	3.6	3.9	4.4	5.1	5.1	5.2	5.3	5.4
Indonésie	3.3	3.6	3.8	4.7	5.0	5.1	5.1	5.2	5.3
Lettonie	11.9	13.0	11.8	14.9	18.3	18.5	18.7	18.9	18.7
Lituanie	9.9	11.3	10.8	13.8	17.6	18.0	18.2	18.3	17.2

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282455*

Tableau A.3. **PIB par habitant en 2013 et taux de croissance annuel moyen, 1970 à 2013**

	PIB par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel moyen par habitant, en termes réels				
	2013	1970-80	1980-90	1990-2000	2000-10	2010-2013
Allemagne[1]	43 887	2.8	2.1	1.3	1.0	1.8
Australie	44 976	1.3	1.5	2.4	1.6	1.3
Autriche	45 082	3.5	2.1	2.2	1.1	0.9
Belgique	41 573	3.2	1.9	2.0	0.9	-0.2
Canada	42 839	2.8	1.4	1.8	0.8	1.1
Chili	22 178	..	..	5.0	3.1	4.5
Corée	33 089	7.4	8.6	6.0	3.9	2.4
Danemark	43 782	1.9	2.0	2.3	0.3	-0.4
Espagne	33 092	2.6	2.6	2.4	0.7	-1.3
Estonie	25 823	..	..	..	3.9	5.2
États-Unis	53 042	2.1	2.4	2.2	0.7	1.3
Finlande	39 869	3.4	2.7	1.9	1.3	-0.5
France	37 671	3.0	2.0	1.7	0.6	0.4
Grèce	25 854	3.6	0.2	1.7	1.5	-5.9
Hongrie	23 336	..	..	..	2.2	1.0
Irlande	45 677	3.2	3.3	6.3	0.6	0.6
Islande	42 035	5.2	1.6	1.6	1.5	1.8
Israël	32 502	..	1.9	2.9	1.4	1.6
Italie	35 075	3.3	2.3	1.6	-0.1	-1.8
Japon	36 236	3.2	4.1	0.9	0.7	1.2
Luxembourg	91 048	1.9	4.5	3.6	1.1	-0.8
Mexique	16 891	3.7	-0.9	2.0	0.6	1.9
Norvège	65 640	4.1	1.2	4.0	0.9	1.6
Nouvelle-Zélande	34 899	1.0	1.2	1.7	1.3	1.5
Pays-Bas	46 162	2.3	1.7	2.5	0.9	-0.6
Pologne	23 985	..	..	3.7	4.0	2.7
Portugal	27 509	3.5	3.0	2.6	0.5	-2.1
République slovaque	26 497	..	..	..	4.8	1.8
République tchèque	28 739	..	..	0.6	3.0	0.0
Royaume-Uni	38 255	2.0	2.7	2.1	1.1	0.6
Slovénie	28 859	..	..	1.9	2.4	-1.2
Suède	44 646	1.6	1.9	1.8	1.5	0.4
Suisse	56 940	1.0	1.6	0.5	1.0	0.5
Turquie	18 508	..	..	1.8	3.0	3.6
OCDE	**38 123**	**2.9**	**2.3**	**2.4**	**1.6**	**0.7**
Partenaires						
Afrique du Sud	12 553	..	-0.8	-0.1	1.9	1.0
Brésil	16 192	..	-0.6	0.8	2.4	1.9
Chine	11 661	..	7.7	9.3	9.9	7.7
Colombie	12 695	..	1.5	1.0	2.8	4.0
Costa Rica	13 872	..	..	..	2.6	3.0
Fédération de Russie	25 247	..	..	..	5.1	2.8
Inde	5 406	..	3.3	3.5	5.9	4.8
Indonésie	10 023	..	3.4	2.6	3.9	4.4
Lettonie	22 958	..	..	..	5.2	6.1
Lituanie	25 715	..	..	.	5.4	6.0

1. Les données avant 1991 concernent l'Allemagne de l'Ouest.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr. Fonds monétaire international, Base de données des Perspectives de l'économie mondiale, Avril 2015.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282469*

Tableau A.4. **Dépenses de santé par habitant en 2013, et taux de croissance annuel moyen, 2009 à 2013**

	Dépenses de santé par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel par habitant en termes réels[1]				
	2013	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2005-13
Allemagne	4 819	3.0	0.8	2.7	1.7	2.4
Australie[2]	3 866	-1.0	4.2	2.9	..	2.5
Autriche	4 553	1.5	0.5	2.3	-0.3	1.6
Belgique	4 256	-0.8	2.7	0.1	0.1	1.8
Canada	4 351	2.0	-1.3	0.3	0.1	1.9
Chili[3]	1 623	5.7	5.1	5.9	6.9	5.9
Corée	2 275	8.1	4.0	4.4	5.3	7.2
Danemark	4 553	-1.4	-1.4	0.2	-0.5	1.3
Espagne[2]	2 928	0.1	-1.9	-3.1	..	1.2
Estonie	1 542	-4.3	0.8	..	4.4	3.9
États-Unis	8 713	1.9	1.0	1.6	1.5	1.9
Finlande	3 442	1.6	2.3	0.8	0.2	1.5
France	4 124	0.8	..	0.6	1.2	1.2
Grèce	2 366	-10.9	-2.8	-12.2	-2.5	-2.3
Hongrie	1 719	5.0	1.9	-2.8	-0.6	-0.8
Irlande[2]	3 663	-8.7	-4.1	1.1	..	1.2
Islande	3 677	-6.1	0.1	1.3	3.4	0.0
Israël	2 428	3.1	2.9	5.7	2.8	2.7
Italie	3 077	1.1	-0.9	-3.0	-3.5	-0.6
Japon	3 713	5.2	4.9	3.0	..	3.7
Luxembourg[2]	4 371	-2.2	-5.8	-5.0	..	-2.1
Mexique	1 048	1.3	-2.1	5.9	2.0	1.7
Norvège[4]	5 862	-0.1	2.6	1.9	0.6	1.6
Nouvelle-Zélande	3 328	0.4	0.8	2.7	-1.3	2.4
Pays-Bas	5 131	2.3	1.7	3.2	-0.3	2.5
Pologne	1 530	..	2.0	1.2	3.8	5.8
Portugal	2 482	1.1	-4.8	-5.8	-3.7	-1.0
République slovaque	2 010	..	-2.4	4.4	0.0	6.7
République tchèque	2 040	-3.1	2.5	-0.1	-0.2	2.5
Royaume-Uni	3 235	-1.3	-0.1	0.3	0.6	1.7
Slovénie	2 511	0.9	0.1	-0.8	-1.4	1.4
Suède	4 904	-0.3	..	1.4	2.0	1.4
Suisse	6 325	..	2.1	3.5	1.9	1.9
Turquie[4]	941	-1.2	1.2	-0.7	5.4	3.0
OCDE	**3 453**	**0.1**	**0.5**	**0.7**	**1.0**	**2.0**
Partenaires						
Afrique du Sud[5]	1 121	1.9	2.0	5.3	1.3	2.1
Brésil[5]	1 471	7.7	2.4	..	..	4.2
Chine[5]	649	6.1	12.3	12.5	..	12.0
Colombie[5]	864	-1.0	1.9	7.4	..	5.9
Costa Rica[5]	1 380	..	..	..	..	..
Fédération de Russie[5]	1 653	-4.0	1.4	-0.3	1.8	6.3
Inde[5]	215	..	..	..	..	..
Indonésie[5]	293	9.2	3.8	11.8	5.3	6.2
Lettonie	1 054	-1.8	-1.8	2.5	-10.1	-0.1
Lituanie	1 573	-3.7	3.4	1.9	1.3	4.9

1. Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005).
2. L'année la plus récente est 2012.
3. L'indice des prix à la consommation (IPC) est utilisé comme déflateur.
4. Le déflateur du PIB fait référence à la Norvège continentale.
5. Inclut les investissements.

Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282475*

Tableau A.5. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 1980-2013**

	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013
Allemagne	8.1	8.0 |	9.8	11.0	10.7	10.8	11.0
Australie	5.8	6.5	7.6	8.5	8.6	8.8 e	..
Autriche	7.0 |	7.7	9.2	10.1	9.9	10.1	10.1
Belgique	6.2	7.1 |	8.0 |	9.9	10.1	10.2	10.2
Canada	6.6	8.4	8.3	10.6	10.3	10.2	10.2 e
Chili	..	..	6.4	6.9	6.9	7.1	7.4
Corée	3.5	3.7	4.0	6.5	6.5	6.7	6.9
Danemark	8.4	8.0	8.1 |	10.4	10.2	10.4	10.4
Espagne	5.0	6.1 |	6.8 |	9.1	9.0	8.9	..
Estonie	..	..	5.2	6.1	5.7 |	5.8	6.0
États-Unis	8.2	11.3	12.5	16.4	16.4	16.4	16.4
Finlande	5.9	7.2 |	6.7	8.2	8.2	8.5	8.6
France	6.7	8.0 |	9.5 |	10.8 |	10.7	10.8	10.9
Grèce	..	6.0	7.2	9.2 e	9.7 e	9.1 e	9.2 e
Hongrie	..	.. |	6.8 |	7.7	7.7	7.5	7.4
Irlande	7.5	5.6	5.6	8.5	8.0	8.1	..
Islande	5.8	7.4	9.0	8.8	8.6	8.7	8.7
Israël	7.0	6.6	6.8	7.0	7.0	7.4 e	7.5 e
Italie	..	7.0 |	7.6	8.9	8.8	8.8	8.8
Japon	6.4	5.8	7.4	9.5	10.0	10.1	10.2 e
Luxembourg	..	..	5.9	7.2	6.8	6.6	..
Mexique	..	4.3 |	4.9 |	6.2	5.9	6.1	6.2
Norvège	5.4	7.1 |	7.7 |	8.9	8.8	8.8	8.9
Nouvelle-Zélande	5.7	6.7	7.5 |	9.7 e	9.7 e	9.8 e	9.5 e
Pays-Bas	6.6	7.1 |	7.0 |	10.4	10.5	11.0	11.1
Pologne	..	4.3	5.3 |	6.5	6.3	6.3	6.4
Portugal	4.8	5.5 |	8.3	9.8	9.5	9.3	9.0 e
République slovaque	..	..	5.3 |	7.8	7.5	7.7	7.6
République tchèque	..	3.8 |	5.7 |	6.9	7.0	7.1	7.1
Royaume-Uni	5.1	5.1	6.3	8.6	8.5	8.5	8.5
Slovénie	..	..	8.1 |	8.6	8.5	8.7	8.7
Suède	..	7.3 |	7.4 |	8.5 |	10.6	10.8	11.0
Suisse	6.6	7.4 |	9.3 |	10.5	10.6	11.0	11.1
Turquie	2.4	2.5 |	4.7	5.3	5.0	5.0	5.1
OCDE	**6.1**	**6.5**	**7.2**	**8.8**	**8.8**	**8.9**	**8.9**
Partenaires							
Afrique du Sud[1]	..	..	8.3	8.7	8.6	8.9	8.9
Brésil[1]	..	..	7.0	8.7	8.7	8.9	9.1
Chine[1]	..	..	4.6	5.0	5.1	5.4	5.6
Colombie[1]	..	..	5.9	6.8	6.5	6.8	6.8
Costa Rica[1]	..	..	7.1	9.7	10.2	10.1	9.9
Fédération de Russie[1]	..	..	5.4	6.9	6.7	6.5	6.5
Inde[1]	..	..	4.3	3.8	3.9	3.9	4.0
Indonésie[1]	..	..	1.8	2.7	2.7	2.9	2.9
Lettonie	..	..	..	6.1	5.6	5.4	4.6
Lituanie	..	..	..	6.8	6.5	6.3	6.1

| Rupture dans la série.
e : Estimation préliminaire.
1. Inclut les investissements.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, *http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933282488*

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

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

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

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

(81 2015 07 2 P) ISBN 978-92-64-24513-6 – 2015

Panorama de la santé 2015

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Cette nouvelle édition du *Panorama de la santé* présente les données comparables les plus récentes sur les principaux indicateurs de la santé et des systèmes de santé des pays membres de l'OCDE. Pour un sous-groupe d'indicateurs, elle contient aussi des données se rapportant à des pays partenaires dont l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie, la Lettonie et la Lituanie. Cette édition contient deux nouveautés : une série de tableaux de bord qui résument la performance des pays de l'OCDE sur des indicateurs clés de santé et des systèmes de santé, et un chapitre spécial sur les tendances récentes des dépenses pharmaceutiques parmi les pays de l'OCDE. Cette édition contient également de nouveaux indicateurs sur la migration du personnel de santé et sur la qualité des soins de santé.

Sommaire

Chapitre 1. Tableaux de bord des indicateurs de la santé
Chapitre 2. Évolution des dépenses pharmaceutiques et défis futurs
Chapitre 3. État de santé
Chapitre 4. Déterminants non médicaux de la santé
Chapitre 5. Personnel de santé
Chapitre 6. Services de santé
Chapitre 7. Accès aux soins
Chapitre 8. Qualité des soins
Chapitre 9. Dépenses de santé et financement
Chapitre 10. Secteur pharmaceutique
Chapitre 11. Vieillissement et soins de longue durée

Veuillez consulter cet ouvrage en ligne : ***http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-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.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-24513-6
81 2015 07 2 P

9 789264 245136