Panorama de la santé 2019

LES INDICATEURS DE L'OCDE



OCDE

Panorama de la santé 2019

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

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

ISBN 978-92-64-87047-5 (imprimé)
ISBN 978-92-64-56103-8 (pdf)
ISBN 978-92-64-77931-0 (HTML)
ISBN 978-92-64-85622-6 (epub)

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

Version révisée, mai 2020
Les détails des révisions sont disponibles à l'adresse : *https://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/CORRIGENDUM_Panorama-de-la-sante-2019.pdf*

Crédits photo : Couverture © kudla/Shutterstock.com; Images - État de santé : © Thitiporn taingpan/Shutterstock.com, Facteurs de risque pour la santé : © Radachynskyi Serhii/Shutterstock.com, Accès aux soins : © onoky – Fotolia.com, Qualité et résultats des soins : © YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com, Dépenses de santé : © Doubletree Studio/Shutterstock.com, Personnel de santé : © Flamingo Images/Shutterstock.com, Services de santé : © NaruFoto/Shutterstock.com, Secteur pharmaceutique : © Fahroni/Shutterstock.com, Vieillissement et soins de longue durée : © Thinkstock/iStockphoto.com.

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

© OCDE 2019

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : *http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation.*

Avant-propos

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

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

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

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

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

Table des matières

Résumé 9

Guide du lecteur 13

Chapitre 1. **Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances** 19
Introduction 20
État de santé 24
Facteurs de risque pour la santé 26
Accès aux soins 28
Qualité des soins 30
Ressources de santé 32
Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité, les résultats et les effectifs dans le secteur de la santé 34

Chapitre 2. **Systèmes de santé centrés sur la personne : en mesurer les aspects les plus importants** 39
Introduction 40
Un système de santé centré sur les patients doit évaluer les aspects importants aux yeux des usagers 41
Les taux d'arthroplastie sont en hausse, mais les patients font-ils état d'améliorations ? 45
Des informations de meilleure qualité sur les résultats du traitement du cancer du sein sont utiles aux patients confrontés à des choix difficiles 51
Les indicateurs actuels de santé mentale ne renseignent guère sur le vécu des patients et le résultat des soins 58
Conclusion 61

Chapitre 3. **État de santé** 67
Évolution de l'espérance de vie 68
Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation 70
Principales causes de mortalité 72
Mortalité évitable (par prévention et traitement) 74
Mortalité due aux maladies cardiovasculaires 76
Incidence du cancer et mortalité 78
Morbidité des maladies chroniques 80
Santé du nourrisson 82
Santé mentale 84
État de santé perçu 86

Chapitre 4. **Facteurs de risque pour la santé** 89
Tabagisme chez les adultes 90
Consommation d'alcool chez les adultes 92
Consommation d'opioïdes 94
Alimentation et activité physique des adultes 96
Surpoids et obésité chez les adultes 98
Surpoids et obésité chez les enfants 100
Pollution atmosphérique et températures extrêmes 102

Chapitre 5. **Accès aux soins** 105
Population bénéficiant d'une couverture de santé 106
Étendue de la couverture de santé 108
Utilisation des services de soins primaires 110
Besoins de santé non satisfaits 112
Difficultés financières et dépenses à la charge des patients 114
Répartition géographique des médecins 116
Temps d'attente avant une chirurgie élective 118

Chapitre 6. **Qualité et résultats des soins** 121
Sécurité des soins primaires – les prescriptions 122
Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les infections nosocomiales 124
Sécurité des soins intensifs – les traumatismes obstétricaux 126
Admissions hospitalières évitables 128
Traitement du diabète 130
Mortalité après un accident vasculaire cérébral 132
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) 134
Chirurgie de la hanche et du genou 136
Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux 138
Cancer du sein 140
Cancer colorectal : dépistage et taux de survie 142
Taux de survie aux autres formes de cancer 144
Vaccination 146
Vécu des patients en soins ambulatoires 148

Chapitre 7. **Dépenses de santé** 151
Dépenses de santé par habitant 152
Dépenses de santé en proportion du PIB 154
Prix dans le secteur de la santé 156
Dépenses de santé par dispositif de financement 158
Financement public des dépenses de santé 160
Dépenses de santé par type de service 162
Dépenses de santé par prestataire 164
Dépenses en capital dans le secteur de la santé 166
Projections des dépenses de santé 168

Chapitre 8. **Personnel de santé** 171
Personnel médico-social 172
Médecins (nombre total) 174

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie. 176
Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes). 178
Personnel infirmier. 180
Rémunération du personnel infirmier. 182
Médecins nouvellement diplômés. 184
Personnel infirmier nouvellement diplômé. 186
Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier. 188

Chapitre 9. **Services de santé**. 191
Consultations médicales. 192
Technologies médicales. 194
Lits d'hôpital et taux de sortie d'hôpital. 196
Durée moyenne de séjour à l'hôpital. 198
Remplacements de la hanche ou du genou. 200
Césariennes. 202
Chirurgie ambulatoire. 204

Chapitre 10. **Secteur pharmaceutique**. 207
Dépenses pharmaceutiques. 208
Pharmaciens et pharmacies. 210
Consommation de produits pharmaceutiques. 212
Génériques et biosimilaires. 214
Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique. 216

Chapitre 11. **Vieillissement et soins de longue durée**. 219
Évolution démographique. 220
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans. 222
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans. 224
Démence. 226
Sécurité des prescriptions pour les populations âgées. 228
Sécurité des soins de longue durée. 230
Bénéficiaires de soins de longue durée. 232
Aidants informels. 234
Emploi dans le secteur des soins de longue durée. 236
Lits de soins de longue durée. 238
Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires. 240

Suivez les publications de l'OCDE sur :




http://twitter.com/OECD_Pubs


http://www.facebook.com/OECDPublications


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



http://www.youtube.com/oecdilibrary



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

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

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

Résumé

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

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

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

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

- Les modes de vie malsains – notamment le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité – sont à l'origine de nombreuses maladies chroniques, qui provoquent des décès prématurés et dégradent la qualité de vie.

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

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

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

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

- La sécurité des patients s'est améliorée eu égard à de nombreux indicateurs, mais il faut aller plus loin. Par exemple, 5 % des patients hospitalisés contractent une infection nosocomiale.
- Des systèmes solides de soins primaires gardent les individus en bonne santé et peuvent traiter la plupart des cas simples. Ils atténuent également la pression exercée sur les hôpitaux : les admissions évitables pour des maladies chroniques ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE, en particulier en Corée, en Lituanie, au Mexique et en Suède.

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

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

- Les dépenses de santé se sont élevées à environ 4 000 USD par personne (ajustées en fonction des pouvoirs d'achat), en moyenne dans les pays de l'OCDE. Les États-Unis dépensent largement plus que tous les autres pays, avec plus de 10 000 USD par habitant. C'est le Mexique qui dépense le moins, avec environ 1 150 USD par habitant.
- Les dépenses de santé ont largement dépassé la croissance économique dans le passé et, malgré un ralentissement ces dernières années, elles devraient continuer à le faire à l'avenir. Selon de nouvelles estimations, les dépenses de santé atteindront 10.2 % du PIB d'ici 2030 dans les pays de l'OCDE, par rapport à 8.8 % en 2018. Ces chiffres font naître des inquiétudes liées à la viabilité financière des systèmes de santé, compte tenu notamment du fait que la plupart des pays puisent en grande partie leurs financements dans des sources publiques.
- Des réformes visant à améliorer l'efficience économique s'imposent. Le recours accru aux génériques a permis de réaliser des économies, même si les génériques ne représentent qu'environ la moitié du volume des produits pharmaceutiques vendus dans les pays de l'OCDE. La progression de la chirurgie ambulatoire, la baisse des taux d'hospitalisation et la réduction de la durée des séjours à l'hôpital peuvent également être le signe d'une utilisation plus efficiente des ressources hospitalières coûteuses.
- Dans les pays de l'OCDE, les systèmes de santé et les systèmes sociaux emploient aujourd'hui plus de travailleurs que jamais auparavant, les soins de santé et les services sociaux représentant environ un emploi sur dix. Le transfert de tâches entre les médecins d'une part et le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé d'autre part peut atténuer la pression des coûts et permettre de réaliser des gains d'efficience.
- Le vieillissement de la population accroît la demande de services de santé, en particulier pour les soins de longue durée. Ce phénomène renforce la pression qui s'exerce sur les membres de la famille, en particulier les femmes, car 13 % environ des personnes âgées de 50 ans et plus prodiguent des soins informels au moins une fois par semaine à un parent ou un ami dépendant. D'ici 2050, la part de la population âgée de 80 ans et plus va plus que doubler.

Guide du lecteur

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

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

Cadre conceptuel

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

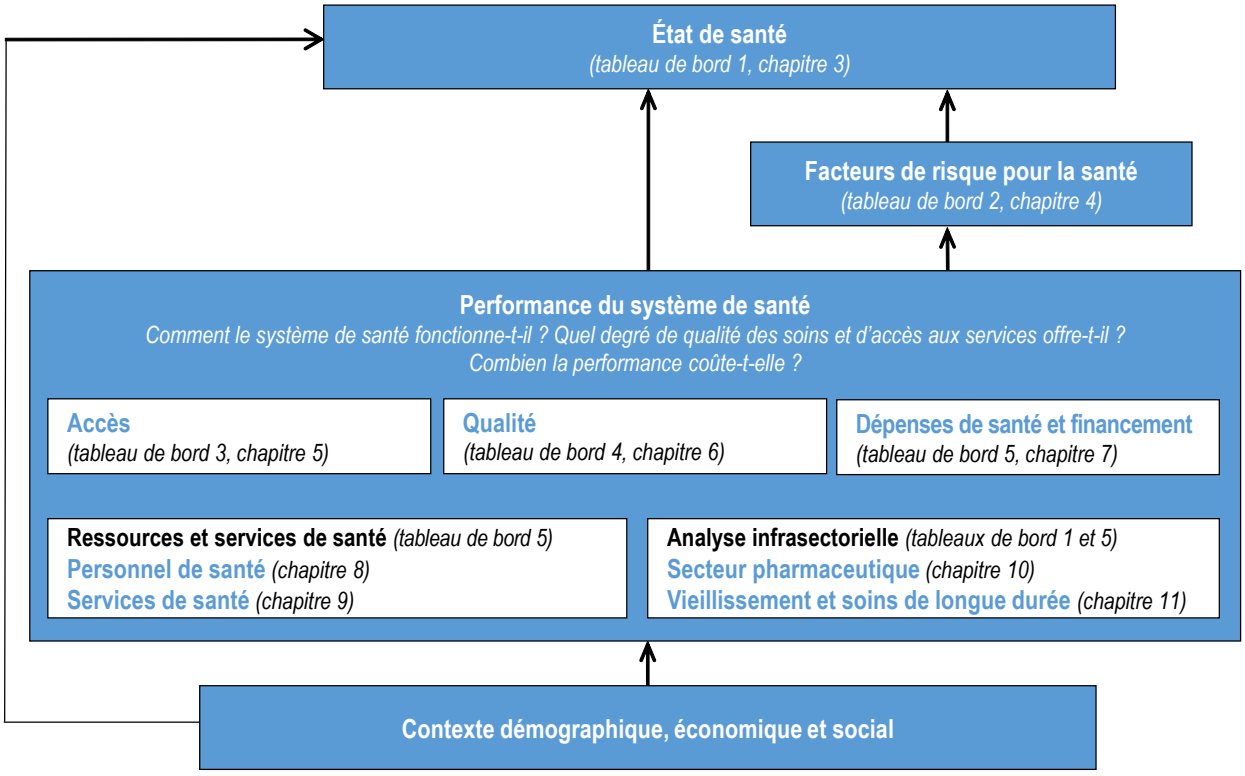
Nombre de facteurs extérieurs aux systèmes de santé influent sur l'état de santé de la population, parmi lesquels les revenus, le niveau d'études, l'environnement physique dans lequel vivent les individus et leur hygiène de vie. Le contexte démographique, économique et social exerce aussi une influence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

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

Structure de la publication

Le *Panorama de la santé 2019* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général. Il se structure en onze chapitres. Le premier dresse un ***état des lieux de la santé et du fonctionnement des systèmes de santé***, en s'appuyant sur un sous-ensemble d'indicateurs clés du rapport. Les tableaux de bord par pays mettent

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



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

en lumière les forces et faiblesses relatives des systèmes de santé des pays de l'OCDE, parallèlement aux données de synthèse de la zone OCDE. Le chapitre illustre également les liens entre le montant des dépenses de santé d'un pays et les résultats auxquels sa population attache de l'importance.

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

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

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

Le chapitre 4 analyse les ***facteurs de risque pour la santé***. L'accent est mis sur les comportements ayant une incidence sur la santé des individus, qui peuvent pour la plupart

être modifiés par le biais d'interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention. On trouve parmi eux les principaux facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité ; ainsi que de nouvelles données sur la consommation d'opioïdes. Le chapitre étudie également l'hygiène de vie, et l'exposition de la population à la pollution atmosphérique et aux températures extrêmes.

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

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

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

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

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

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

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

durée et les aidants formels et informels sont également pris en considération, ainsi que l'évolution des dépenses et des coûts unitaires.

Présentation des indicateurs

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

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

Limites des données

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

Sources des données

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

Les chiffres de population

Les chiffres de population utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés d'Eurostat pour les pays européens et des données de l'OCDE basées sur l'*Annuaire démographique des Nations unies* et les *Perspectives démographiques mondiales des Nations unies* (diverses éditions) ou sur des estimations nationales pour les pays non-européens de l'OCDE (données extraites début juin 2019), et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

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

Codes ISO des pays de l'OCDE

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

Codes ISO des pays partenaires

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

Chapitre 1

Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

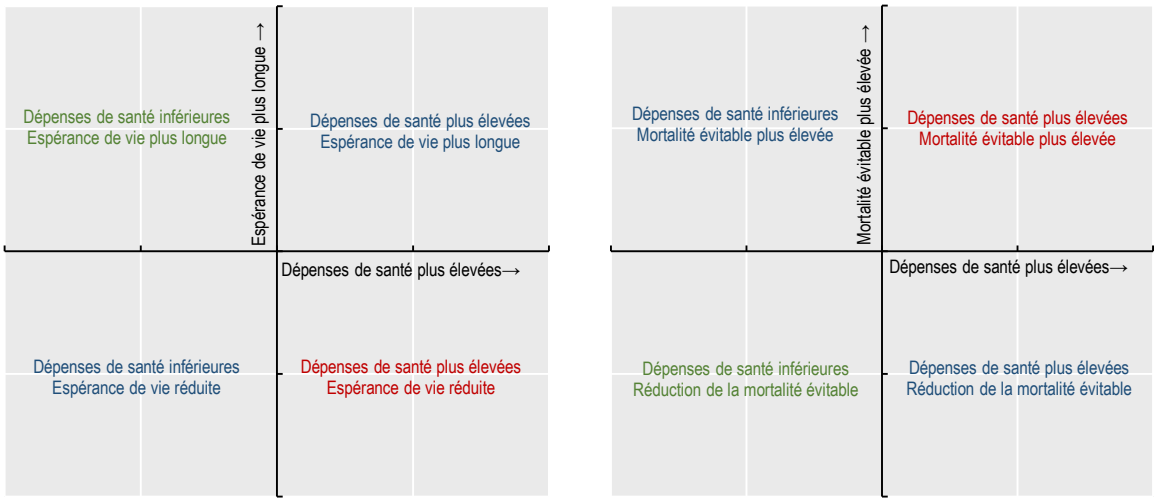
Tableau 1.1. **État de santé des populations et fonctionnement du système de santé : indicateurs synthétiques**

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

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

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

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



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

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

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

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

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

Graphiques en quadrant

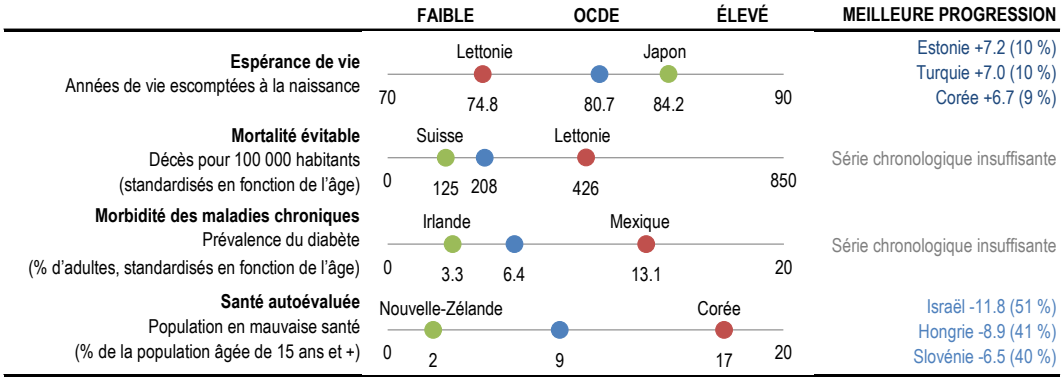
Les graphiques en quadrant établissent le rapport entre les dépenses de santé par habitant et un autre indicateur présentant un intérêt (résultats de santé, qualité de la prise en charge, accès aux soins et personnel de santé). Ils illustrent l'écart, en pourcentage, de chaque indicateur par rapport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

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

État de santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

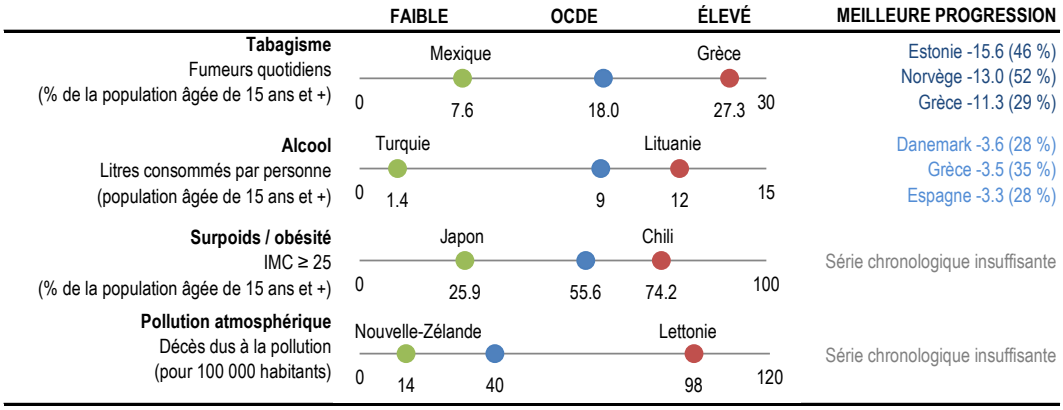
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique et la Turquie pour la prévalence du diabète.

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

Facteurs de risque pour la santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

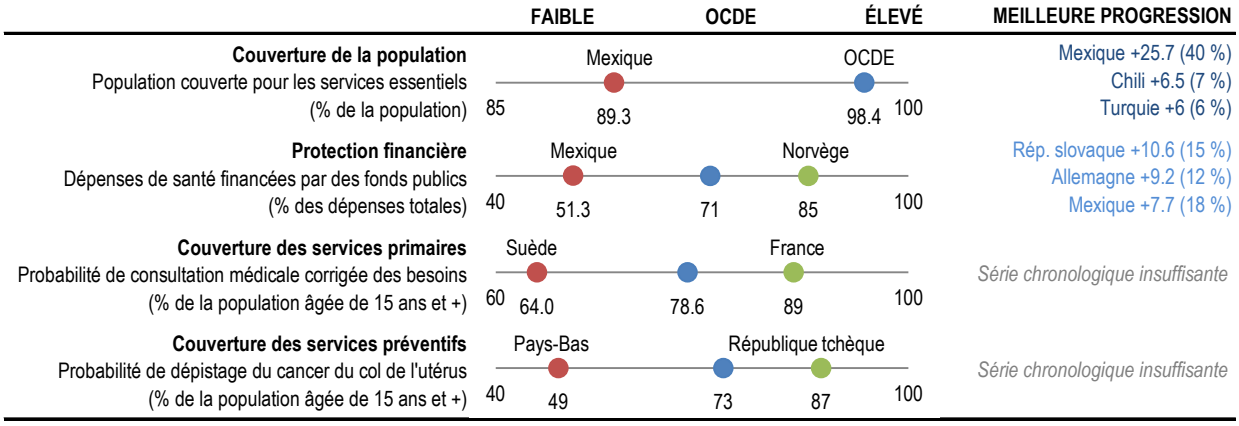
des pays dont les outils de mesure diffèrent, car les données mesurées sont généralement plus élevées.

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

Accès aux soins

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

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



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

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

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

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

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

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

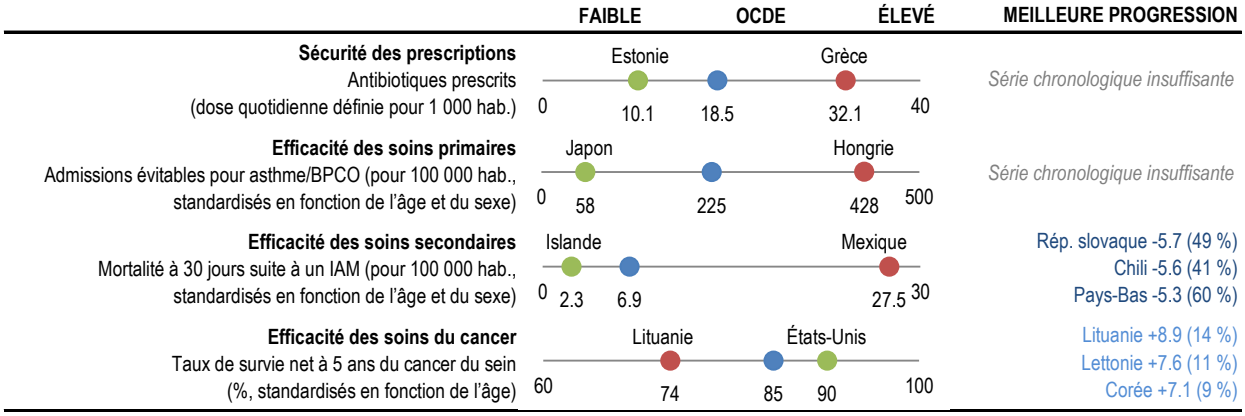
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

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

Qualité des soins

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

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



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

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

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

Le taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM) est un indicateur avéré de la qualité des soins intensifs. Depuis les années 70, il est en recul constant dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore entre pays. Le Mexique affiche de loin le taux le plus élevé de mortalité dans les 30 jours suivant un lAM (28 décès pour 100 admissions) ; les taux sont aussi relativement hauts en Lettonie, au Japon, en Corée et en Estonie. Les plus bas sont observés en Islande, au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, en Australie et en Suède (4 % ou moins).

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

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

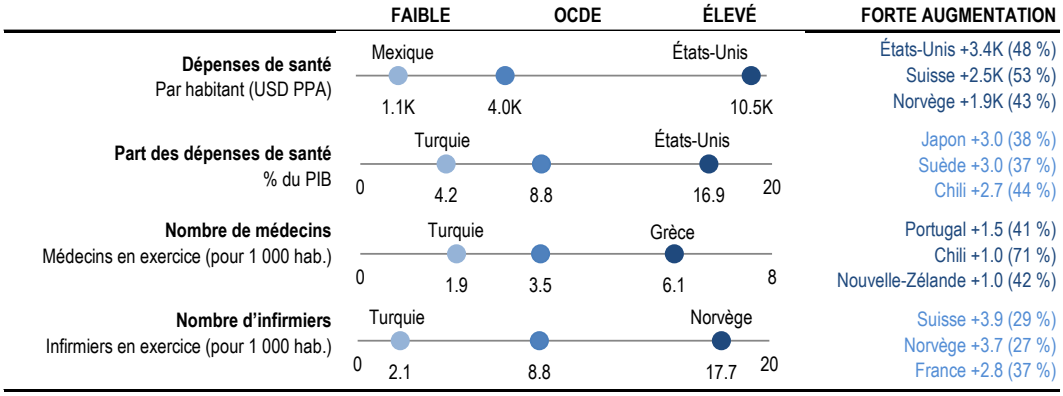
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM.

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

Ressources de santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dépenses de santé et résultats en matière de santé

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

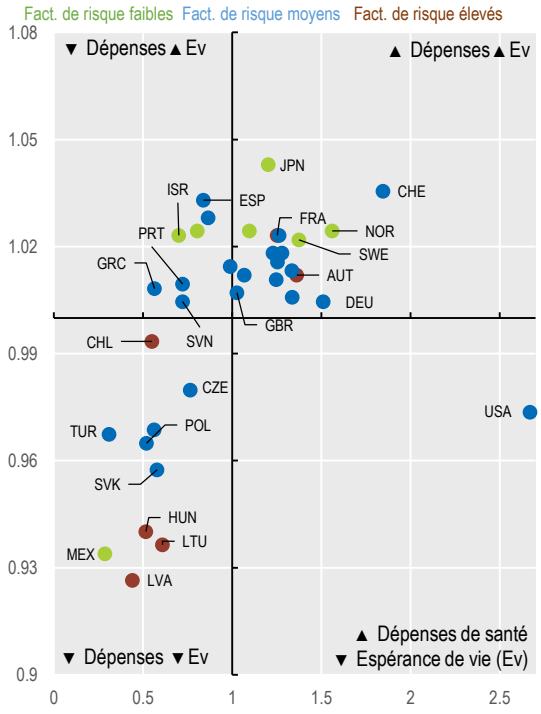
Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie (Graphique 1.7). Parmi les 36 pays de l'OCDE, 17 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne de l'OCDE (quadrant supérieur droit). Dans dix autres, ces deux indicateurs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

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

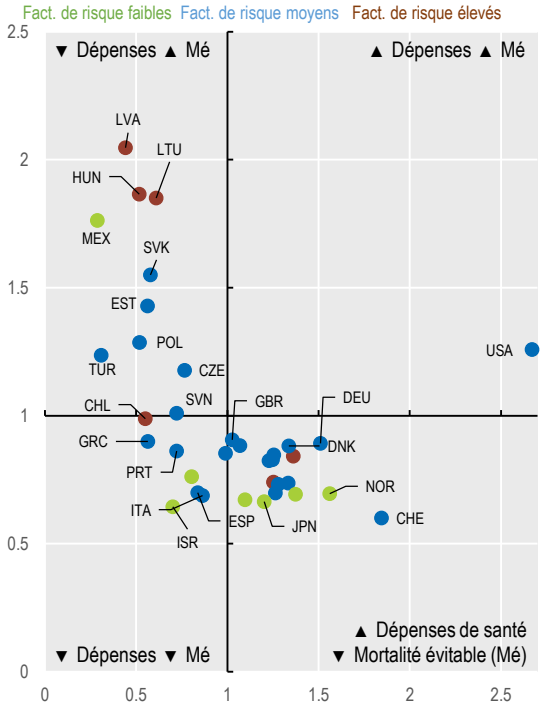
La plupart des pays présentant des facteurs de risques globalement importants (points rouges) affichent une espérance de vie plus faible que la moyenne de l'OCDE. Ils figurent aussi généralement en dessous de la droite de tendance, qui illustre le rapport entre les dépenses moyennes et l'espérance de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

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

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



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



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

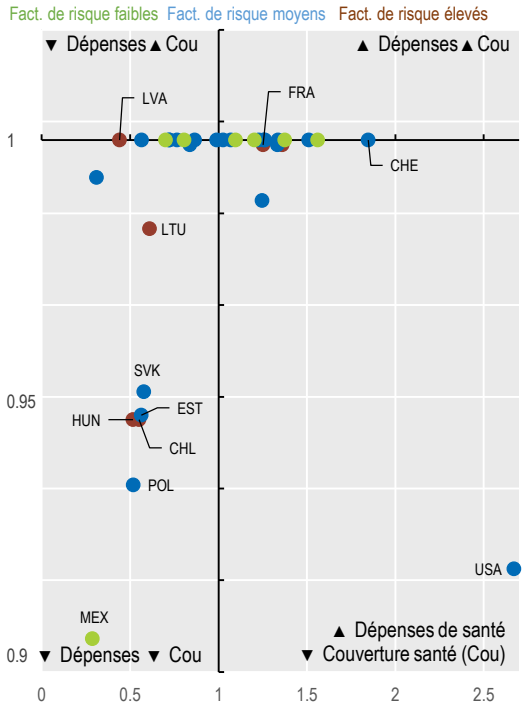
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

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

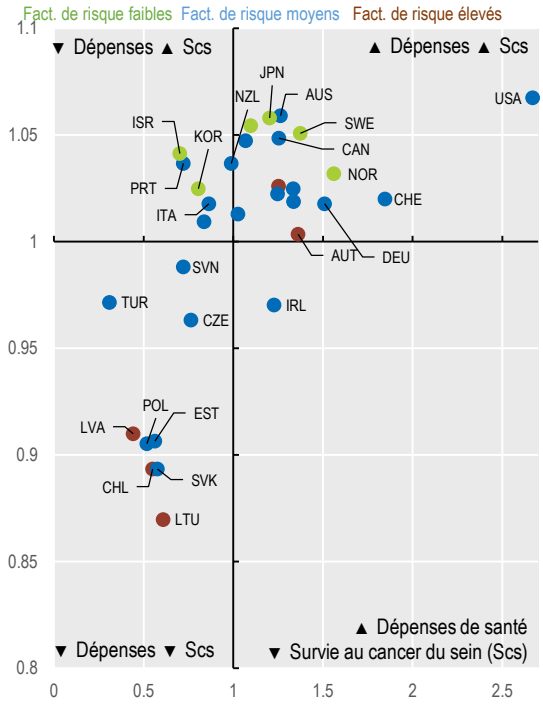
En termes d'accès, le Graphique 1.9 montre qu'il est possible de mettre en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services essentiels même moyennant un niveau comparativement faible de dépenses de santé – la Turquie et la Lettonie, par exemple, dépensent moins de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

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

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



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



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

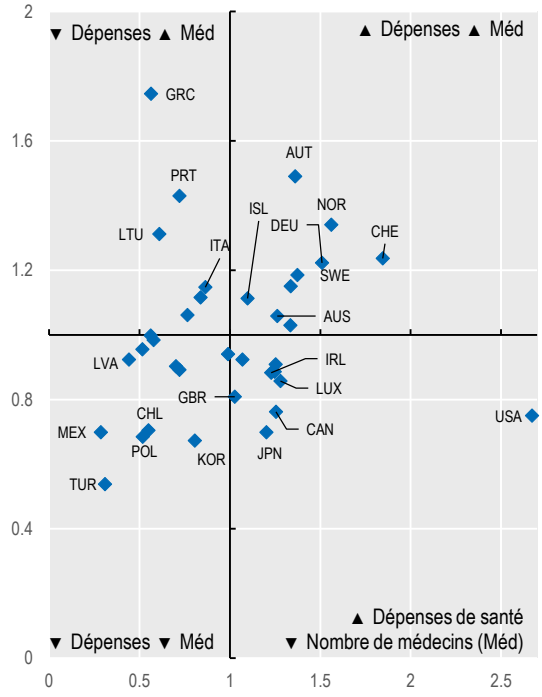
En termes de qualité des soins, le Graphique 1.10 illustre le lien entre les dépenses de santé et le taux de survie net au cancer du sein à 5 ans (indicateur reflétant la qualité des soins préventifs comme curatifs). Il existe une corrélation positive manifeste : dans 32 pays membres, 16 dépensent plus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

Dépenses de santé et effectifs des professionnels de santé

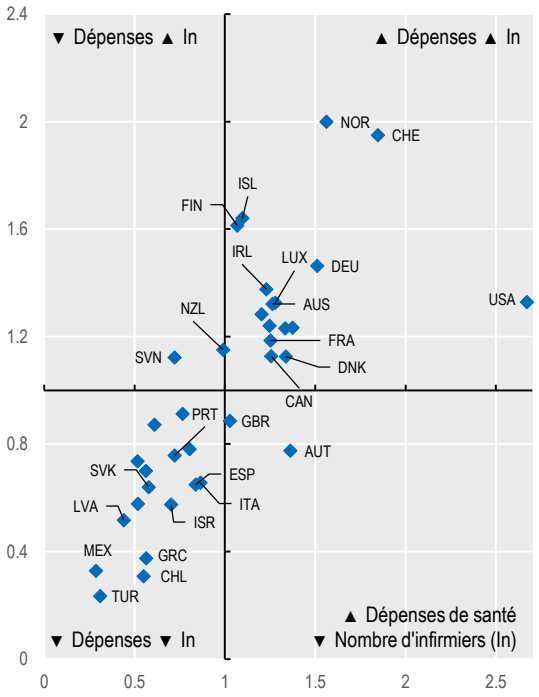
Les graphiques ci-dessous illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent des dépenses plus élevées à la santé ont davantage de médecins et d'infirmiers (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

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

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



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



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

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

Chapitre 2

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

Ce chapitre présente les résultats d'une collecte de données fondées sur les déclarations des patients, réalisée auprès d'un échantillon de pays membres de l'OCDE. Les domaines abordés sont l'arthroplastie de la hanche et du genou (section 2.3) et le cancer du sein (section 2.4) ; la section 2.5 examine pour sa part l'importance de l'appréciation des patients dans le domaine de la santé mentale. Ces études s'inscrivent dans le cadre d'un projet plus vaste de l'OCDE – les Enquêtes sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS) – qui visent à promouvoir l'utilisation systématique de ces indicateurs de premier plan dans les systèmes de santé (voir *https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

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

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

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

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

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

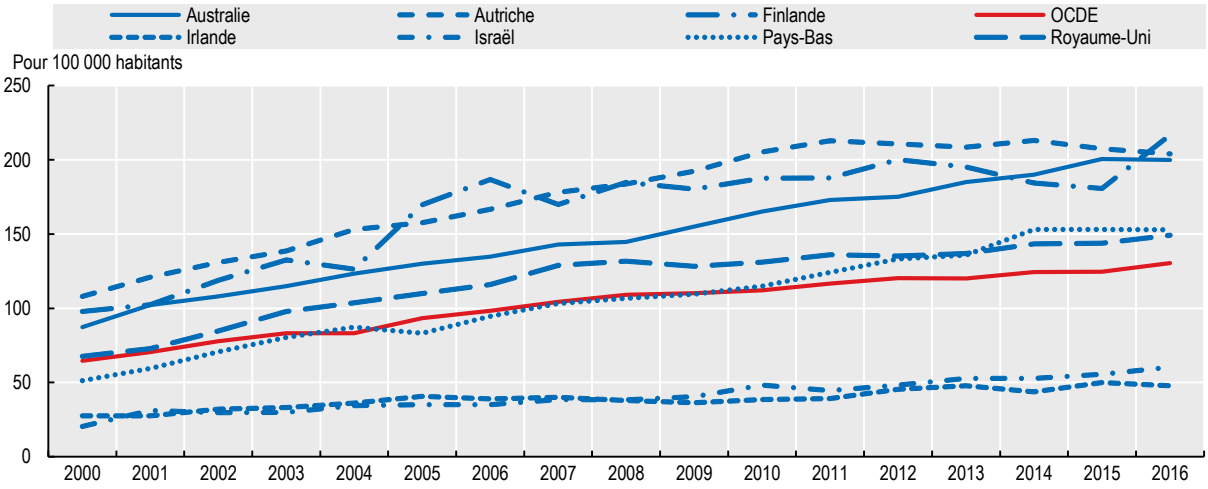
Il est impossible de répondre à ces questions en l'absence de données sur les résultats des soins. Les taux de létalité ou de ré-hospitalisation sont des indicateurs utiles, mais ne sont plus guère mesurés dans le cadre des procédures courantes, comme l'arthroplastie. De surcroît, ils ne disent rien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

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

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

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

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

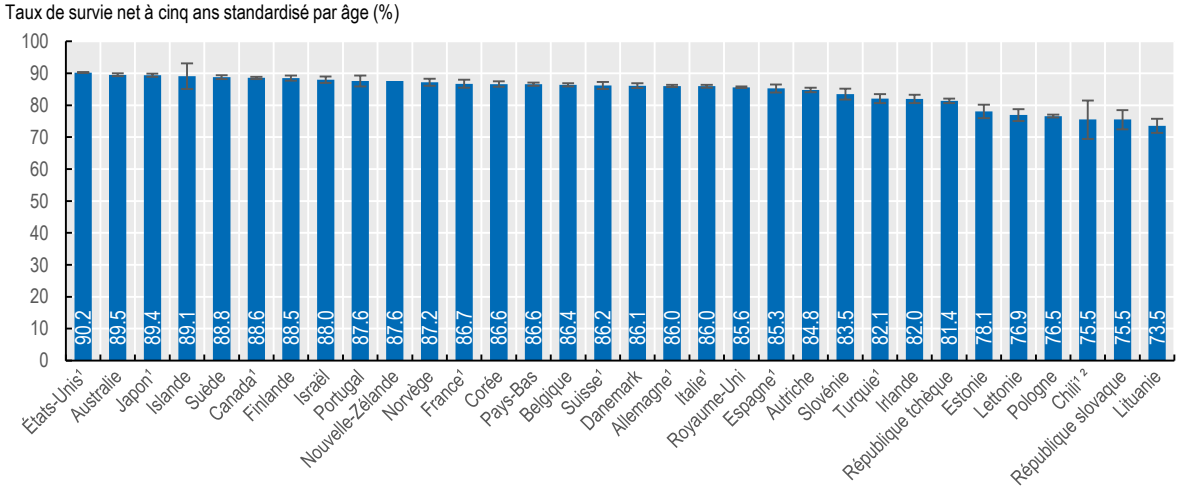


Note : « OCDE » renvoie au taux corrigé de l'âge dans l'ensemble des pays ayant communiqué des données sur cette procédure. Les pays ont été choisis en fonction des données disponibles pour la période concernée.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067128

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

Taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein pour les patients diagnostiqués depuis 2010-14



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067147

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROM liés à une pathologie particulière

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

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

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

Mesures du vécu rapporté par les patients (PREM)

Le vécu des patients est également évalué au moyen d'enquêtes ou de questionnaires qui peuvent être réalisés de différentes manières. Diverses méthodes et questions ont été élaborées. Les questions peuvent être adaptées à un cadre précis (soins primaires, hospitaliers, de longue durée) ou évaluer un aspect particulier des soins (continuité, autonomie, communication d'informations). Les PREM ont profondément évolué, les enquêtes de

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

« satisfaction » subjectives auparavant conduites auprès des patients ayant cédé la place à des questionnaires perfectionnés fondés sur des éléments objectifs. Différents aspects (accessibilité, communication, suivi, confiance, etc.) sont évalués selon des échelles, et les résultats sont désormais utilisés pour étayer les évaluations et les comparaisons internationales des systèmes de santé (Schneider W, 2017[18]).

Collecte et utilisation des informations communiquées par les patients

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

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

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

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

Ces interventions visent généralement à maîtriser les symptômes de l'arthrose, comme la douleur et la perte de mobilité et de capacité fonctionnelle, qui influent considérablement sur la qualité de vie liée à la santé. Ces deux procédures sont invasives et, comme tout acte chirurgical, comportent certains risques. Elles exigent une longue période de rééducation. Elles sont en outre onéreuses. En Australie, par exemple, elles représentent plus de 2 % des dépenses de santé[1].

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

Le milieu de l'orthopédie compte parmi ceux qui encouragent le plus la collecte de données fondées sur les déclarations des patients. Les collectes réalisées à l'échelon

national sont cependant très rares. La plupart s'inscrivent dans le cadre de programmes régionaux et locaux, ou prennent la forme de registres facultatifs couvrant un sous-ensemble de prestataires et d'hôpitaux nationaux.

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

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

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

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

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

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

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

L'instrument EQ-5D

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

Les états de santé ainsi déterminés sont convertis en un indice unique en se référant aux valeurs spécifiques à une population ou à un pays donnés. Ces valeurs ont été définies en demandant à un échantillon de la population concernée comment il évalue un état de santé particulier par rapport à un état de santé parfait (1.0) et par rapport à la mort (0) au moyen de la méthode dite d'arbitrage temporel. La fonction qui en résulte est appelée valeur ou ensemble de valeurs. Il existe actuellement plus d'une douzaine de valeurs nationales pour la version 3L, mais elles

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

sont moins nombreuses pour la version 5L plus récente. Ces valeurs peuvent varier considérablement selon les pays (Zhuo et al., 2018[24]). Certaines restent au-dessus de zéro, mais d'autres diminuent jusqu'à atteindre des valeurs négatives à la pire extrémité du spectre, ce qui signifie que les répondants jugent leur état de santé pire que la mort et sont disposés à accepter une vie plus courte, mais en bonne santé.

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

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

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

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

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

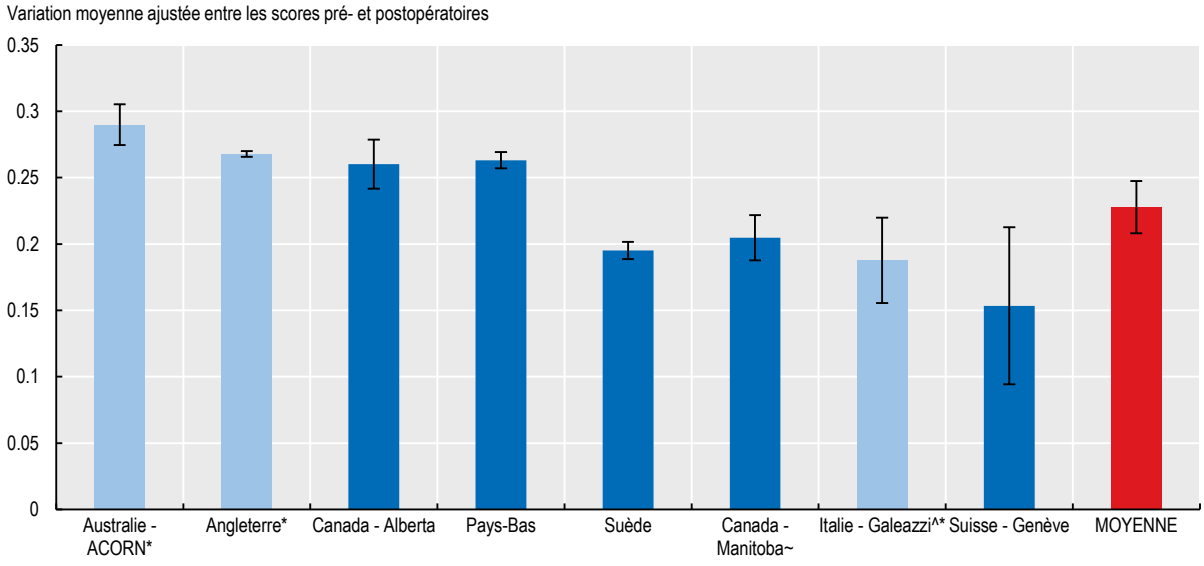
Normalisation des résultats pour améliorer la comparabilité

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

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

Le Graphique 2.4 présente les variations corrigées entre les valeurs préopératoires et postopératoires établies à partir d'instruments portant sur une pathologie particulière (Oxford Hip Score, HOOS-PS)[9]. Elles doivent figurer sur des axes distincts car il n'existe pas actuellement d'algorithmes permettant leur conversion. L'échelle d'évaluation du questionnaire Oxford va de 0 à 48, celle du questionnaire HOOS-PS de 0 à 100. Dans les deux cas, plus la valeur est élevée, plus le résultat est satisfaisant[10]. Les résultats montrent, en moyenne, une amélioration d'ampleur comparable dans tous les programmes. La variation moyenne corrigée (non illustrée) est de +23 sur l'échelle Oxford et de +32 sur l'échelle HOOS-PS, soit un taux d'amélioration de, respectivement, 48 % et de 32 %[11] (d'autres résultats concernant des pathologies particulières sont présentés au chapitre 6).

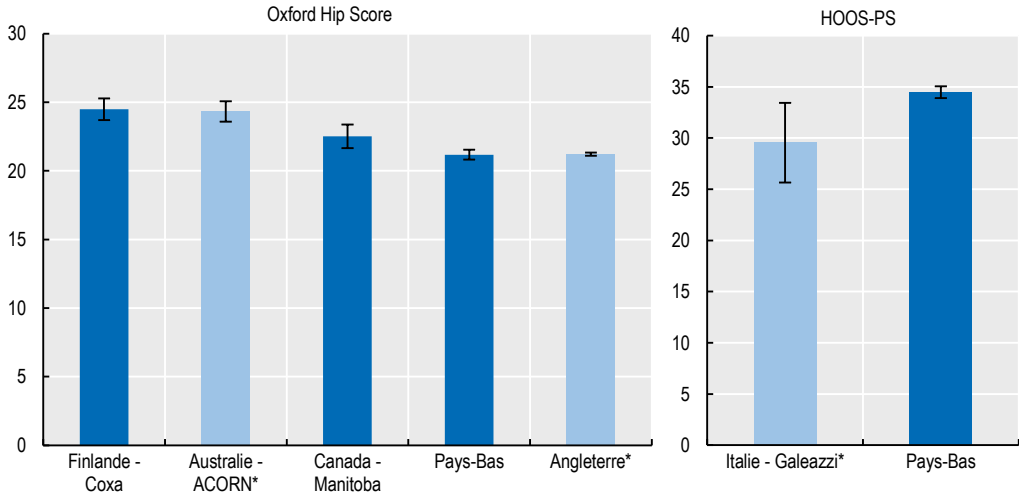
Graphique 2.3. **Arthroplastie de la hanche : variation moyenne corrigée entre les valeurs EQ-5D-3L pré- et postopératoires (valeur des États-Unis), intervalles de confiance à 95 %, 2013-16 ou années les plus proches**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067166

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



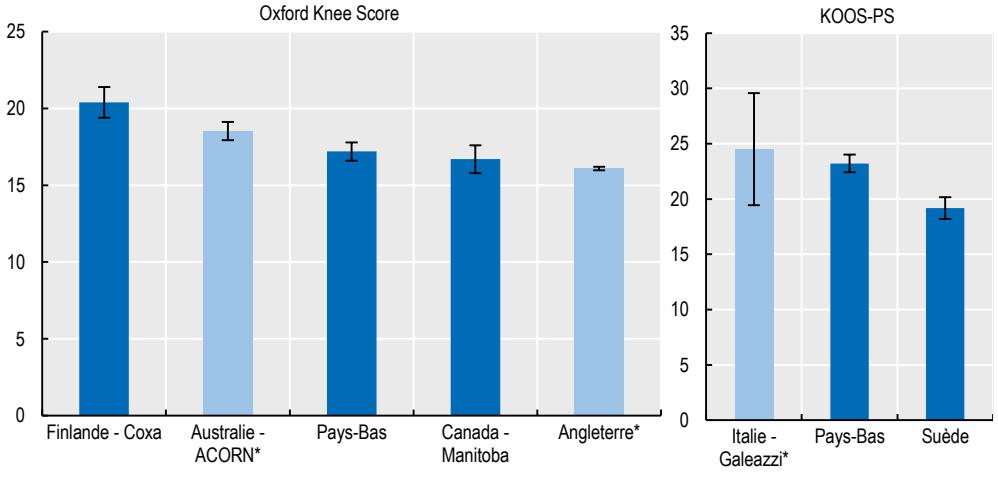
Note : * Collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois) ; Échelles : Oxford 0-48 ; HOOS-PS 0-100.
Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067185

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

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

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



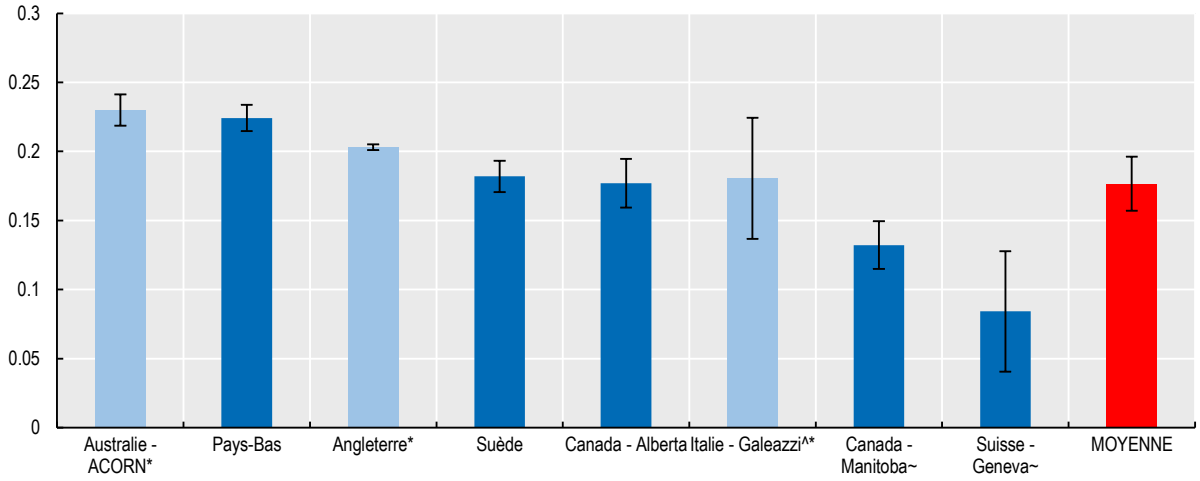
Note : * Collecte 6 mois après l'intervention – bleu pâle (tous les autres : 12 mois) ; Échelles : Oxford 0-48 ; HOOS-PS 0-100. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067204

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

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

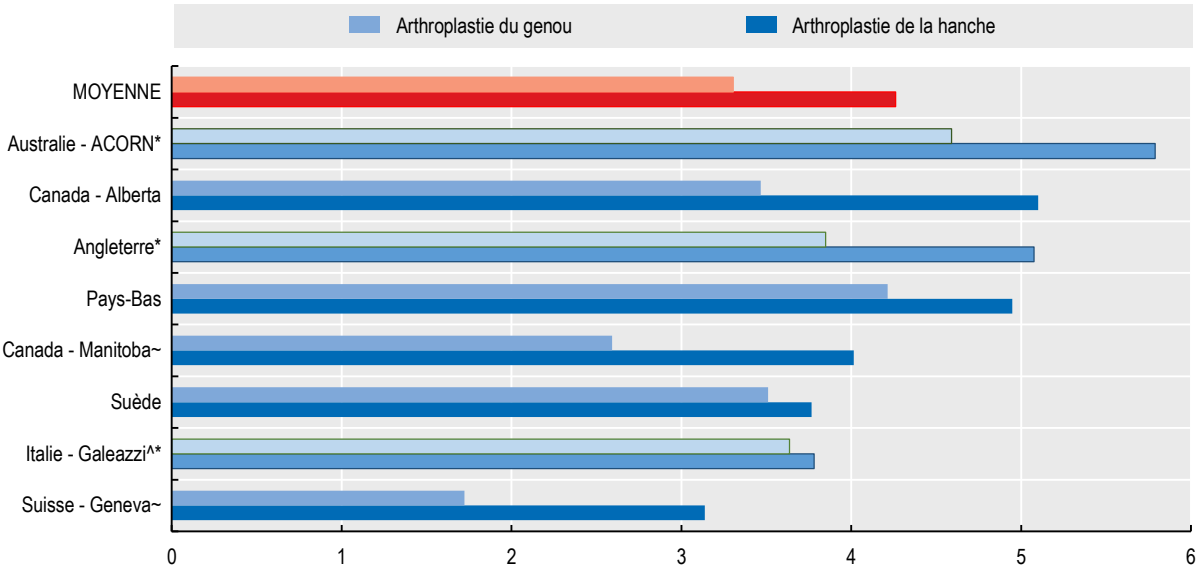
Graphique 2.6. **Arthroplastie du genou : Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires EQ-5D-3L (valeur des États-Unis), 2013-16 (ou années les plus proches)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067223

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



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067242

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

Les résultats doivent être interprétés avec prudence

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

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

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

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

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

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus répandue chez les femmes à l'échelle mondiale ; environ 2.1 millions de nouveaux cas ont été diagnostiqués en 2018, soit près d'un cancer féminin sur quatre (Bray et al., 2018[30]). Si une hausse de l'incidence de ce cancer a été observée au cours de la décennie écoulée, la mortalité qui lui est associée a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE. La précocité des diagnostics et la plus grande efficacité des

traitements ont contribué à ce résultat, le taux net de survie à 5 ans étant désormais supérieur à 80 % dans la plupart des pays de l'OCDE (voir ci-avant et Graphique 2.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

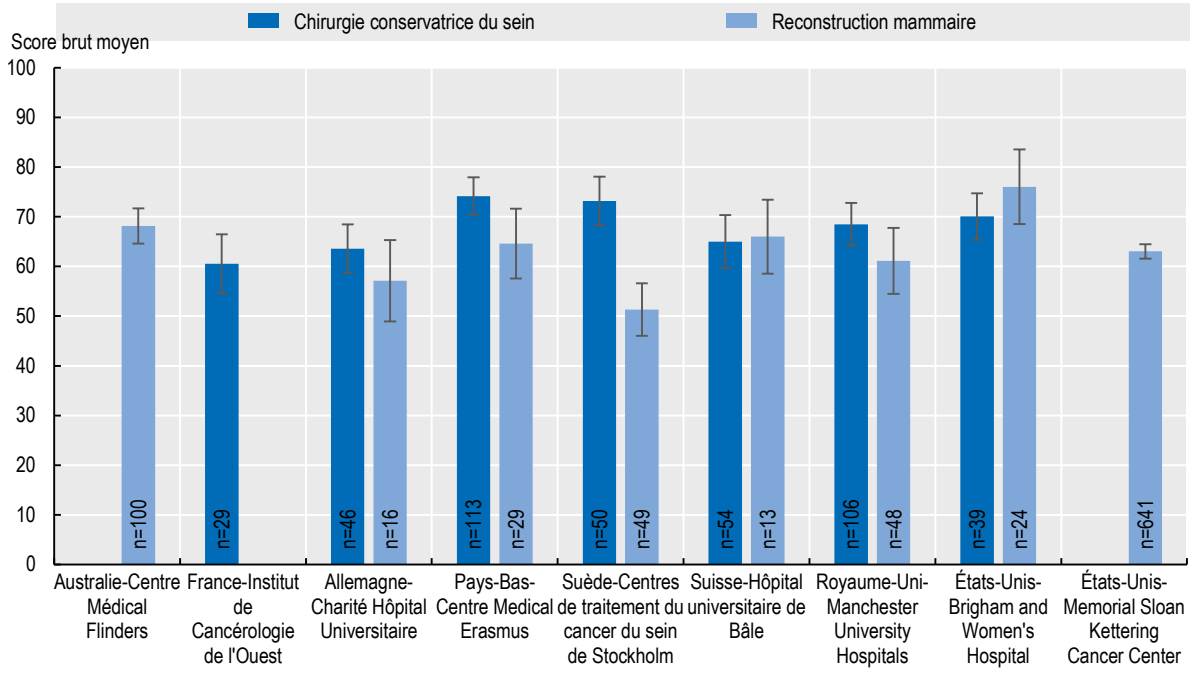
Voir *http://qportfolio.org/breast-q/breast-cancer/* pour de plus amples détails.

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

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

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

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



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067261

Si les données brutes des établissements qui ont communiqué des valeurs pour la chirurgie mammaire conservatrice et la reconstruction mammaire indiquent le plus souvent un taux de satisfaction supérieur des patientes après une chirurgie mammaire conservatrice, conformément aux notions généralement admises dans ce domaine (voir par exemple (Flanagan et al., 2019[35])), certains centres font état d'un taux de satisfaction supérieur pour la reconstruction. De nouvelles études et une collecte de données à plus grande échelle seront nécessaires pour valider cette observation et définir s'il est possible

de généraliser les résultats, mais ces observations liminaires pourront servir de base à des échanges d'informations et d'enseignements entre les différents établissements. Par exemple, un suivi au-delà de 6-12 mois peut être nécessaire, étant donné que les résultats interviennent plus ou moins rapidement selon les patientes sous l'effet des différences dans la durée et dans l'impact des parcours de soins traditionnels en matière de chirurgie mammaire conservatrice et de reconstruction.

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

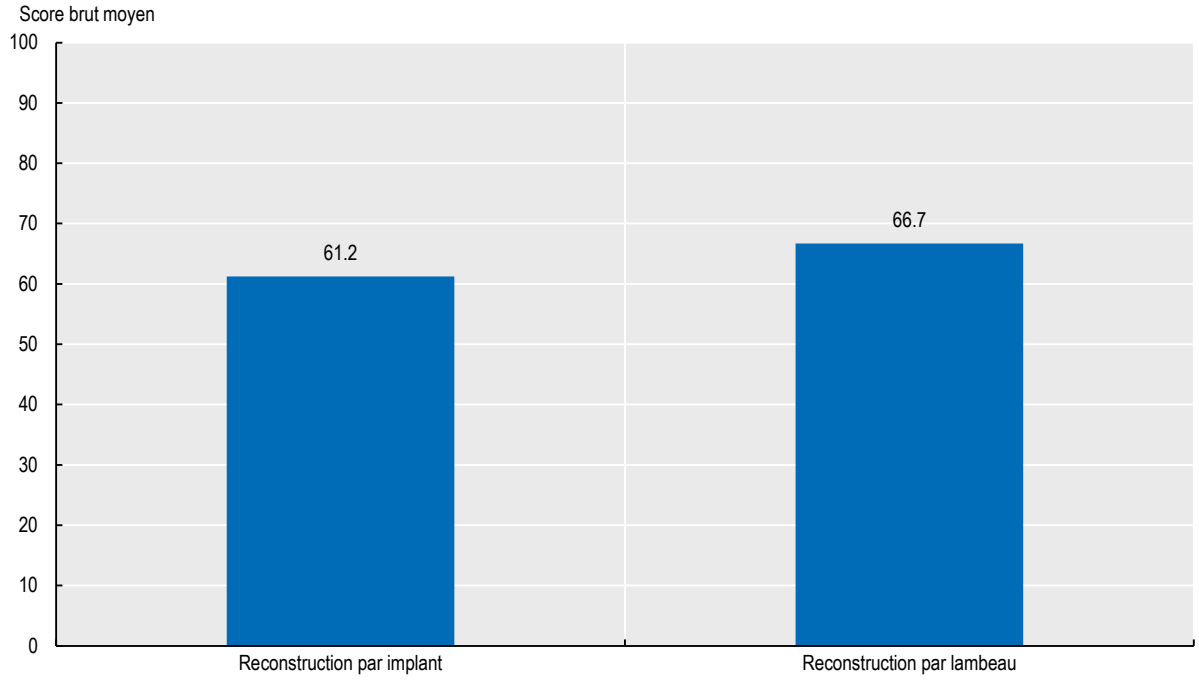
Le degré de satisfaction déclaré des femmes est légèrement plus élevé à la suite d'une reconstruction mammaire par lambeau que par implant

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

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

Malgré l'absence de lien clair entre le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une reconstruction par lambeau et les résultats bruts globaux (Graphique 2.8), un examen approfondi des facteurs contribuant aux importantes variations observées entre les établissements se justifierait compte tenu des idées reçues quant aux résultats des soins, par exemple le rôle de chaque établissement dans le cadre des services plus généraux proposés aux femmes atteintes d'un cancer du sein et la représentativité des données.

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



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067280

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

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

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

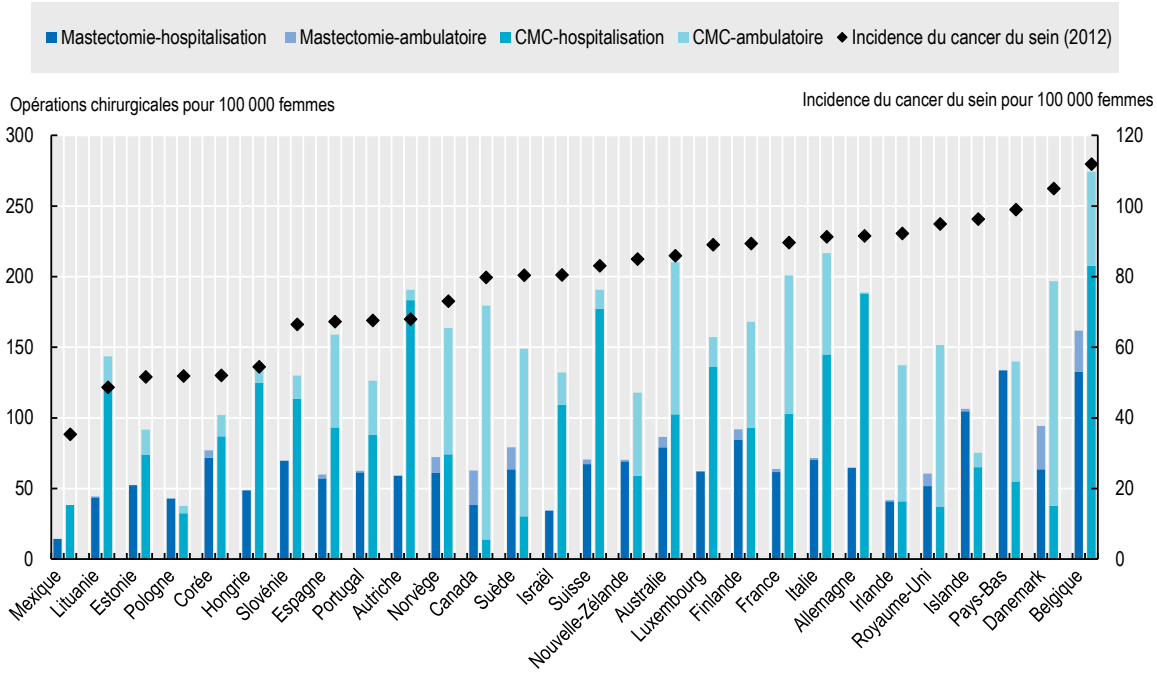
StatLink https://doi.org/10.1787/888934067299

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

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

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

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



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067318

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

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

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

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

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

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

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

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

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

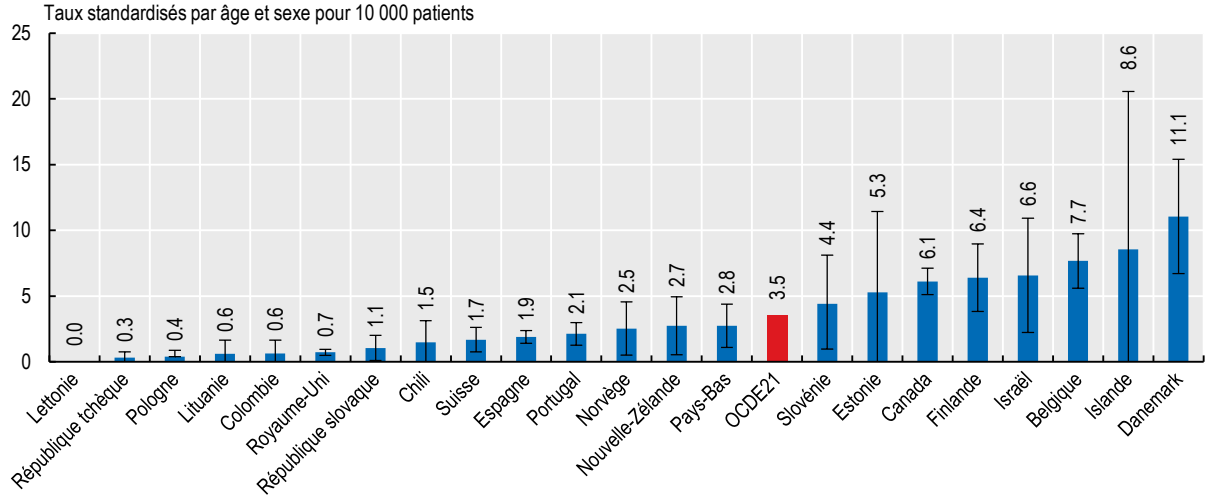
Des estimations concordantes ont été établies pour les pays de l'OCDE non-membres de l'UE. En Australie, par exemple, la charge financière globale de la maladie mentale s'élève à 4 % du PIB, dont 45 % de coûts indirects (Australian Government - National Mental

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

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

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

Graphique 2.11. **Taux de suicide des patients hospitalisés pour troubles psychiatriques, 2015-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067337

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

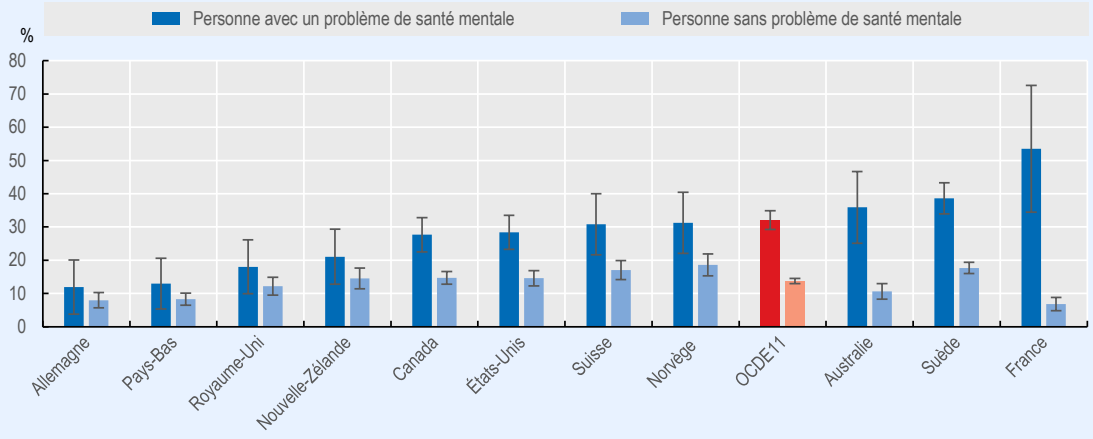
Encadré 2.4. **L'enquête internationale 2016 du Commonwealth Fund sur les politiques de santé**

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

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

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

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



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

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

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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067356

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notes

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

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

Références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[38] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



3. ÉTAT DE SANTÉ

Évolution de l'espérance de vie

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

Principales causes de mortalité

Mortalité évitable (par prévention et traitement)

Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Incidence du cancer et mortalité

Morbidité des maladies chroniques

Santé du nourrisson

Santé mentale

État de santé perçu

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 de l'espérance de vie

L'espérance de vie augmente dans tous les pays de l'OCDE depuis quelques décennies, bien que cette progression ait ralenti ces dernières années. En 2017, l'espérance de vie à la naissance s'établissait en moyenne à 80.7 ans dans l'ensemble de l'OCDE, chiffre supérieur de plus de 10 ans à ce qu'il était en 1970 (Graphique 3.1).

Le Japon, la Suisse et l'Espagne se classent en tête d'un large groupe de 26 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 et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 77 et 80 ans. La Lettonie, le Mexique, la Lituanie et la Hongrie sont les pays qui présentaient la plus faible espérance de vie en 2017 (moins de 76 ans).

Parmi les pays de l'OCDE, ce sont la Turquie, la Corée et le Chili qui ont enregistré les gains les plus importants depuis 1970, l'espérance de vie y ayant progressé de, respectivement, 24 ans, 20 ans et 18 ans. Cette évolution a été favorisée par le renforcement des systèmes de santé, qui ont offert des soins plus accessibles et de meilleure qualité. Des facteurs plus généraux entrent également en ligne de compte, notamment la hausse des revenus et du niveau d'éducation et l'amélioration des cadres de vie. L'adoption de modes de vie plus sains, sous l'effet des politiques menées dans le cadre des systèmes de santé et dans d'autres domaines, a également exercé une influence décisive (James, Devaux et Sassi, 2018[1]).

Dans les pays partenaires, l'espérance de vie demeure nettement inférieure à la moyenne de l'OCDE, excepté au Costa Rica. Les taux se rapprochent toutefois rapidement de la moyenne de l'OCDE, l'Inde, la Chine, le Brésil, l'Indonésie, la Colombie et le Costa Rica ayant enregistré des gains de longévité considérables depuis 1970. Les progrès sont moindres en Fédération de Russie, ce qui tient essentiellement à l'incidence de la transition économique durant les années 90 et à l'accroissement des comportements de santé à risque chez les hommes. Les gains de longévité sont également moins prononcés en Afrique du Sud, principalement en raison de l'épidémie de VIH-Sida, mais ont été plus rapides au cours de la décennie écoulée.

Un examen plus attentif de l'évolution de l'espérance de vie fait apparaître un ralentissement considérable des gains de longévité ces dernières années. Celui-ci est observable dans 27 pays de l'OCDE si l'on compare les cinq dernières années (2012-17) aux années 2002-07, une décennie plus tôt (Graphique 3.2). C'est aux États-Unis, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni qu'il est le plus marqué. Les gains de longévité ont progressé plus lentement chez les femmes que chez les hommes dans presque tous les pays de l'OCDE.

L'espérance de vie a en fait diminué en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2015, une première depuis 1970. Dix-neuf pays ont accusé une diminution de l'espérance de vie, qui est largement imputée à une épidémie de grippe particulièrement grave qui a provoqué le décès de nombreuses personnes âgées fragiles et d'autres personnes vulnérables (Graphique 3.3). Hormis les États-Unis et Israël, il s'agit de pays européens pour la plupart. Les baisses les plus prononcées sont observées en Italie (7.2 mois) et en Allemagne (6 mois).

Plusieurs causes sont à l'origine de cette décélération (Raleigh, 2019[2]), la principale étant le ralentissement des progrès dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Face à la hausse des taux d'obésité et de diabète et au vieillissement démographique, les pays ne parviennent pas à maintenir les progrès accomplis dans la réduction du nombre de décès dus à ces maladies cardiovasculaires. Les maladies respiratoires, comme la grippe et la pneumonie, ont provoqué plus de décès ces dernières années, tout particulièrement en 2015, mais aussi au cours des hivers 2012-13 et 2016-17. Dans certains pays, les États-Unis et le Canada notamment, une augmentation des décès d'adultes d'âge actif par suite d'une intoxication accidentelle associée aux opioïdes a été observée.

Plus généralement, les récessions économiques et les mesures d'austérité qui leur sont liées, dans le cadre de la crise économique mondiale de 2008 par exemple, ont été associées à une dégradation de la santé mentale et à une hausse du taux de suicide, ses effets sur le taux de mortalité global étant toutefois moins nets (Parmar, Stavropoulou et Ioannidis, 2016[3]). Une chose est claire : les progrès continus de la longévité ne sauraient être tenus pour acquis ; pour que l'espérance de vie augmente, un renforcement de la protection des personnes âgées et des autres populations à risque est indispensable.

Un revenu national élevé va généralement de pair avec une espérance de vie à la naissance plus longue. Dans l'ensemble, l'espérance de vie est aussi plus élevée dans les pays qui investissent davantage dans les systèmes de santé – cette corrélation étant toutefois moins prononcée, en général, dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus fortes (voir le chapitre 1 pour une analyse approfondie).

Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction de taux de mortalité par âge donnés (actuels). Il est cependant impossible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité par âge d'une cohorte donnée. 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.

Les données d'espérance de vie à la naissance proviennent d'Eurostat pour les pays européens, et de sources nationales pour les autres pays. L'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population, calculée par le Secrétariat de l'OCDE pour tous les pays de l'Organisation, est obtenue à l'aide de la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

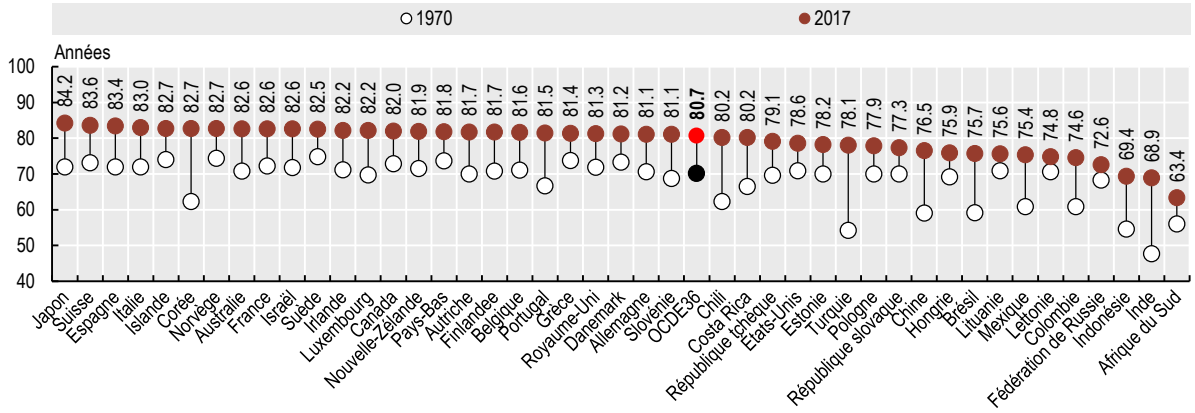
Références

[1] James, C., M. Devaux et F. Sassi (2017), « Inclusive Growth and Health », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, vol. 103, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/93d52bcd-en*.

[3] Parmar, D., C. Stavropoulou et J. Ioannidis (2016), « Health Outcomes During the 2008 Financial Crisis in Europe: Systematic Literature Review », *British Medical Journal*, p. 354, *https:/www.bmj.com/content/354/bmj.i4588*.

[2] Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/223159ab-en*.

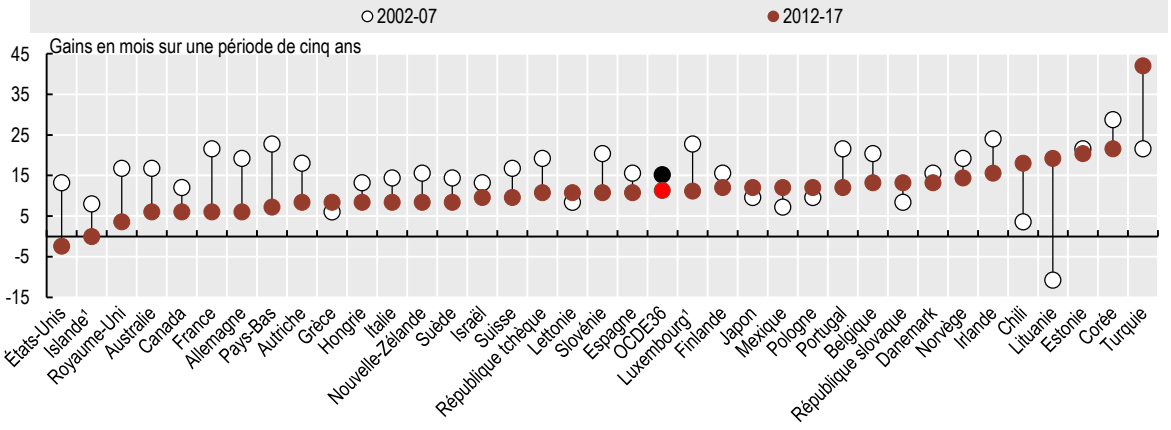
Graphique 3.1. **Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067375

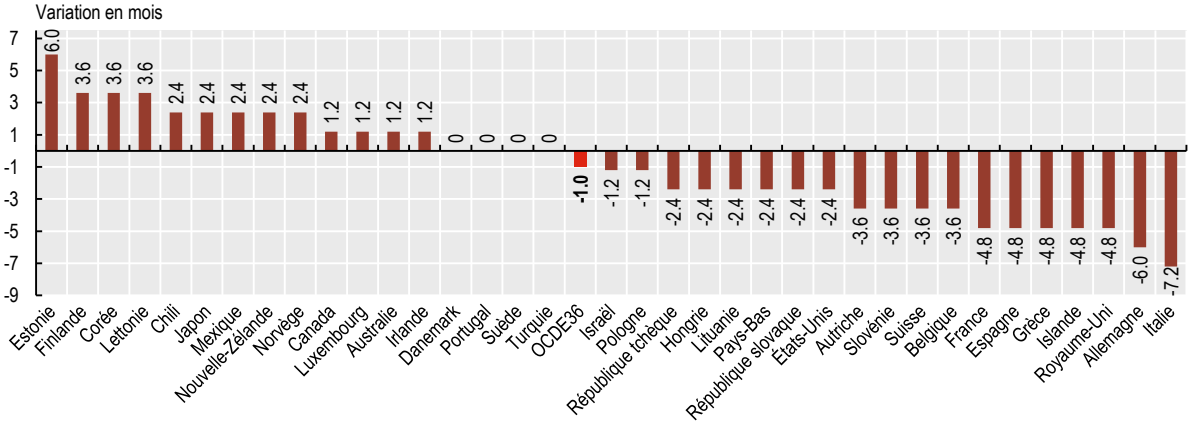
Graphique 3.2. **Ralentissement des gains de longévité, 2012-2017 et 2002-2007**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067394

Graphique 3.3. **Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 2014 et 2015**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067413

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

Dans tous les pays de l'OCDE et pays partenaires, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'écart était en moyenne de 5.3 ans dans les pays de l'OCDE en 2017 – l'espérance de vie féminine à la naissance était de 83.4 ans, celle des hommes de 78.1 ans (Graphique 3.4). Il s'est toutefois resserré d'un an depuis 2000, en raison de gains d'espérance de vie masculine plus rapides dans la plupart des pays.

En 2017, l'espérance de vie des hommes dans les pays de l'OCDE s'échelonnait entre 70 ans environ en Lettonie et en Lituanie et 81 ans ou plus en Suisse, au Japon, en Islande et en Norvège. Chez les femmes, elle atteignait 87.3 ans au Japon, mais était inférieure à 80 ans au Mexique, en Hongrie et en Lettonie.

La disparité d'espérance de vie entre hommes et femmes est relativement faible en Islande, aux Pays-Bas, en Norvège, en Suède, en Nouvelle-Zélande, en Irlande, au Royaume-Uni et au Danemark (moins de quatre ans d'écart). Elle est toutefois plus importante dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, tout particulièrement en Lettonie et en Lituanie (environ dix ans), en Estonie (neuf ans) et en Pologne (huit ans). Dans ces pays, la longévité masculine a nettement moins augmenté ces dernières décennies. Cela s'explique en partie par leur plus grande exposition à des facteurs de risque, en particulier une plus forte consommation de tabac, une consommation excessive d'alcool et un régime alimentaire moins sain, ce qui se traduit par un plus grand nombre de décès dus à des maladies cardiaques, des cancers et d'autres maladies. Dans les pays partenaires, l'écart entre les deux sexes est d'environ dix ans en Fédération de Russie, et d'un peu plus de sept ans en Colombie, au Brésil et en Afrique du Sud. Il est plus faible (environ trois ans) en Chine et en Inde.

Les écarts d'espérance de vie liés aux inégalités socioéconomiques sont également manifestes dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (Graphique 3.5). Globalement, dans 26 pays de l'OCDE, l'espérance de vie d'une personne de 30 ans n'ayant pas atteint le niveau du deuxième cycle secondaire est inférieure de 5.5 ans à celle d'un diplômé de l'enseignement supérieur du même âge (diplôme universitaire ou équivalent). Ces écarts sont plus prononcés chez les hommes (6.9 ans en moyenne) que chez les femmes (4 ans).

Les inégalités socioéconomiques ont des retombées particulièrement importantes chez les hommes de nombreux pays d'Europe centrale et orientale (République slovaque, Hongrie, Pologne, République tchèque, Lettonie), où l'on constate un écart de plus de dix ans entre les hommes au niveau d'éducation élevé et ceux qui sont peu instruits. Les disparités d'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction sont relativement faibles en Turquie, au Canada et en Suède.

L'écart lié au niveau d'instruction s'explique en grande partie par le plus grand nombre de décès parmi les adultes peu éduqués d'âge actif (25-64 ans). Les taux de mortalité des hommes de cette catégorie sont près de quatre fois supérieurs à ceux des diplômés de l'enseignement supérieur ; ceux des femmes de cette catégorie représentent près du double de ceux des diplômées du supérieur (analyse fondée sur les données de 23 pays de l'OCDE). Chez les personnes plus âgées, ces écarts sont moins prononcés, les taux de mortalité des moins instruites restant toutefois supérieurs, ce qui tient principalement au plus grand nombre de décès dus à des maladies cardiovasculaires et au cancer (Murtin, 2017[1]).

Le taux de tabagisme supérieur des catégories socioéconomiques défavorisées contribue fortement aux écarts d'espérance de vie selon le niveau d'instruction ou d'autres indicateurs de la situation socioéconomique. D'autres facteurs de risques sont aussi plus répandus dans ces groupes, notamment la consommation excessive d'alcool chez les hommes, et des taux d'obésité plus élevés chez les hommes et les femmes (voir le chapitre 4, « Facteurs de risque pour la santé »).

Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction de taux de mortalité par âge donnés (actuels). Les données d'espérance de vie par sexe proviennent d'Eurostat pour les pays européens, et de sources nationales pour les autres pays.

Les pays suivants ont directement communiqué à l'OCDE les données concernant l'espérance de vie par niveau d'instruction : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, France, Islande, Israël, Lettonie, Mexique, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse et Turquie. Celles concernant les autres pays européens proviennent de la base de données Eurostat. Les niveaux d'instruction sont définis d'après la Classification internationale type de l'éducation (CITE) de 2011. Le niveau le plus faible correspond aux personnes qui n'ont pas mené à terme le cycle d'enseignement secondaire (CITE 0-2), le plus élevé à celles qui sont diplômées de l'enseignement supérieur (CITE 6-8, diplôme universitaire ou équivalent).

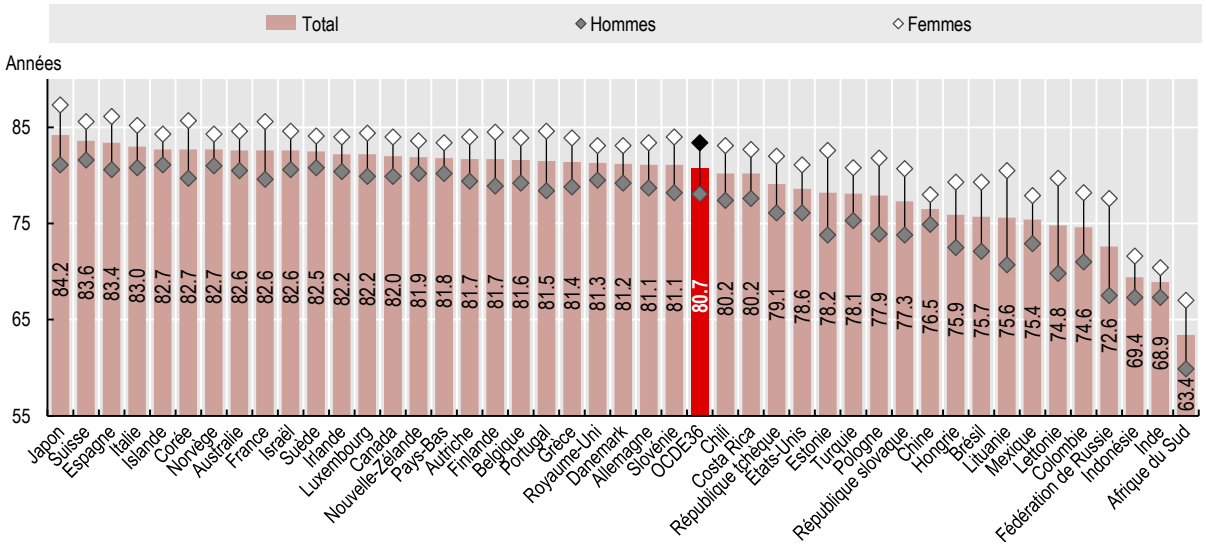
Les données nationales relatives à la mortalité ne précisent pas toujours le niveau d'instruction. Dans ces cas, il conviendra de les associer à une autre source (un recensement, par exemple) contenant des informations à ce sujet. Les données ventilées par éducation ne sont disponibles que pour un sous-ensemble de la population pour la Belgique, la République tchèque et la Norvège. Dans ces pays, l'absence d'informations concernant le niveau d'instruction d'une forte proportion de la population décédée risque de compromettre l'exactitude des données.

Références

[1] Murtin, F. et al (2017), « Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates », *OECD Statistics Working Papers*, n°2017/02, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en*.

[2] OCDE (2019), *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

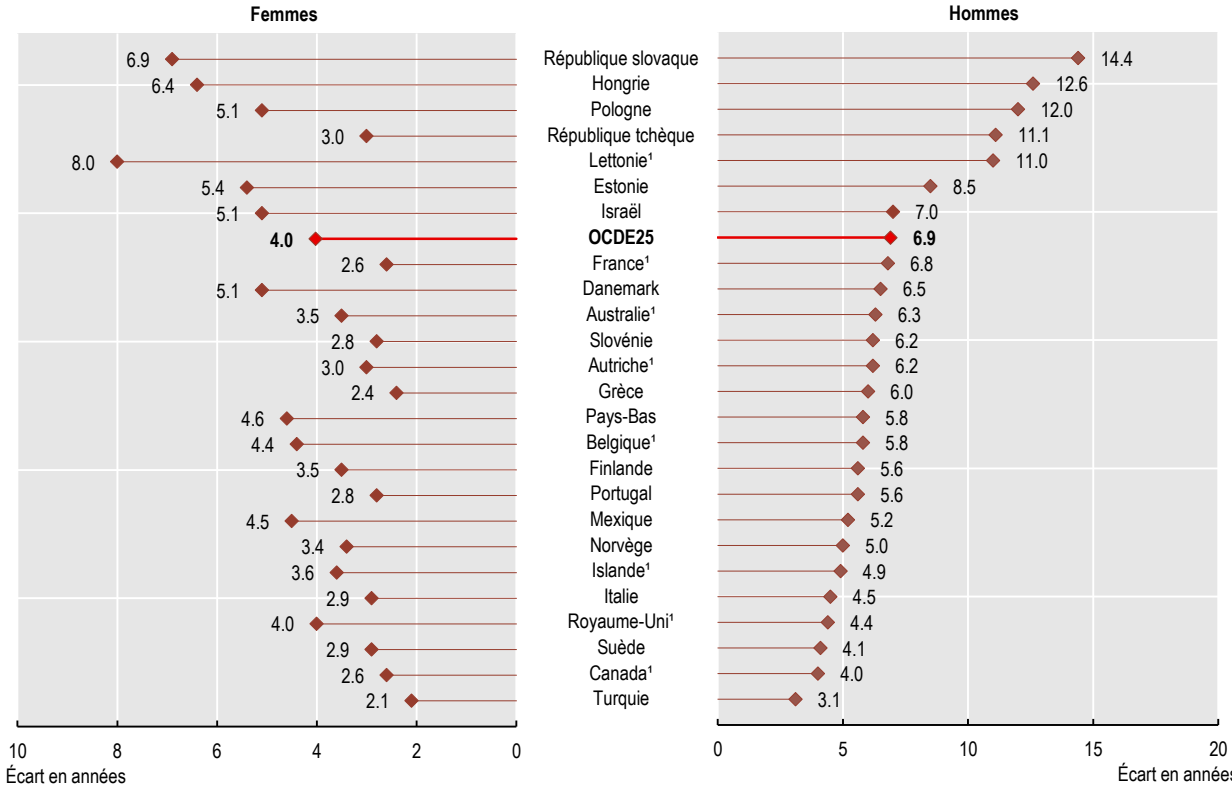
Graphique 3.4. **Espérance de vie à la naissance par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067432

Graphique 3.5. **Écart d'espérance de vie à 30 ans entre niveaux d'instruction élevé et faible, par sexe, dernière année disponible**



1. Données de 2010-2012. Toutes les autres données correspondent à la période 2015-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067451

Principales causes de mortalité

Plus de 10 millions de personnes sont décédées en 2017 dans les pays de l'OCDE, ce qui correspond à une moyenne de 800 décès pour 100 000 habitants (Graphique 3.6). Les taux de mortalité, toutes causes confondues, s'inscrivent dans une fourchette allant de moins de 600 décès pour 100 000 habitants au Japon à plus de 1 100 en Lettonie, en Hongrie et en Lituanie (taux standardisés par âge). Parmi les pays partenaires, ce sont l'Afrique du Sud et la Fédération de Russie qui affichent les taux les plus élevés (respectivement, 1 940 et 1 417 décès pour 100 000 habitants).

Le taux de mortalité standardisé par âge chez les hommes est supérieur de 50 % à celui des femmes (997 décès pour 100 000 habitants pour les hommes, comparés à 655 pour les femmes) dans les pays de l'OCDE. La Lituanie, la Lettonie et la Hongrie recensent environ 1 500 décès pour 100 000 hommes. Les taux de mortalité des femmes les plus élevés sont observés en Hongrie, au Chile et en Lettonie. Dans les pays partenaires, le taux de mortalité des hommes se situe aux environs de 2 400 décès pour 100 000 habitants en Afrique du Sud, et à près de 2 000 en Fédération de Russie. Ces pays affichent aussi les taux de mortalité chez les femmes les plus élevés. L'écart s'explique en partie, outre les différences inhérentes au sexe, par une plus forte exposition aux facteurs de risque chez les hommes, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et un régime alimentaire moins sain. Ceux-ci enregistrent en conséquence de plus forts taux de mortalité liée aux maladies cardiaques, aux cancers du poumon et à des blessures, entre autres maladies.

Les maladies du système circulatoire et le cancer sont les deux principales causes de mortalité dans la plupart des pays. Cela est lié au fait que la transition épidémiologique des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles, qui a déjà eu lieu dans les pays à revenu élevé, s'effectue aujourd'hui rapidement dans de nombreux pays à revenu intermédiaire (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018[1]). Dans les pays de l'OCDE, les crises cardiaques, les AVC et autres maladies du système circulatoire ont été à l'origine d'un décès sur trois environ, et le cancer d'un décès sur quatre en 2017 (Graphique 3.7). Le vieillissement démographique explique en grande partie la prédominance des décès liés à des maladies du système circulatoire – leur nombre augmente régulièrement à partir de 50 ans.

Les maladies respiratoires sont aussi une cause importante de mortalité ; elles comptent pour 10 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont responsables à elles seules de 4 % des décès. Le tabagisme est le principal facteur de risque pour ces maladies, mais l'exposition professionnelle à des poussières, des vapeurs et des substances chimiques, et la pollution de l'air en général, sont également des facteurs importants.

Les causes externes de décès (accidents de la route et suicides en particulier) sont à l'origine de 6 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les accidents de la route sont une cause de mortalité particulièrement importante chez les jeunes adultes, alors que le taux de suicide est généralement plus élevé chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées.

Parmi les autres causes de mortalité spécifiques, la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence sont à l'origine de 9 % des décès, et sont une cause de mortalité plus importante chez les femmes. Le diabète représente 3 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les principales causes de mortalité diffèrent selon les groupes socioéconomiques, les maladies les plus évitables étant celles où les disparités sociales sont généralement les plus accentuées (Mackenbach et al., 2015[2]).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par l'effectif de la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par l'âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*) ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

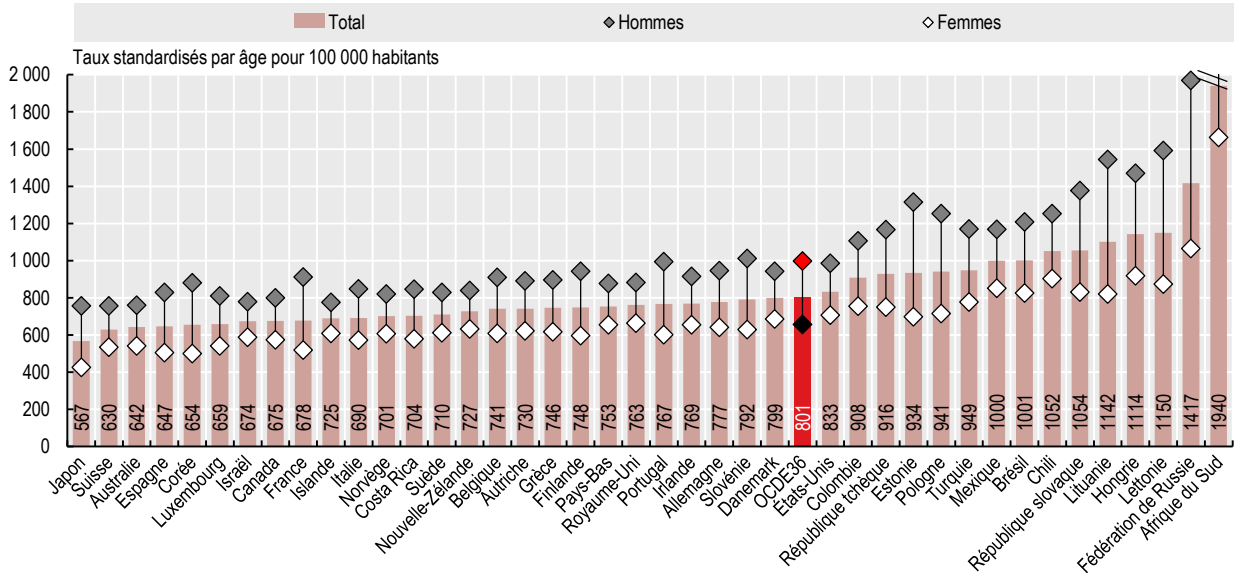
Les décès, toutes causes confondues, sont classés selon les codes A00 à Y89 de la CIM10, en excluant le code S00-T98. La classification des causes de mortalité définit des groupes et des sous-groupes. Les groupes sont des termes génériques qui recouvrent des maladies présentant une relation, les sous-groupes ont trait à des maladies spécifiques. Ainsi, le groupe de maladies de l'appareil respiratoire comporte quatre sous-groupes : grippe, pneumonie, maladies pulmonaires obstructives chroniques et asthme. Les graphiques sont fondés sur cette classification, à l'exception de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence. Ces maladies ont été regroupées (la maladie d'Alzheimer étant classée au chapitre G et les autres formes de démence au chapitre F).

Références

[1] GBD 2017 Causes of Death Collaborators (2018), « Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788.

[2] Mackenbach, J. et al. (2015), « Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the "fundamental causes" theory of social inequalities in health », *Social Science and Medicine*, vol. 127, pp. 51-62.

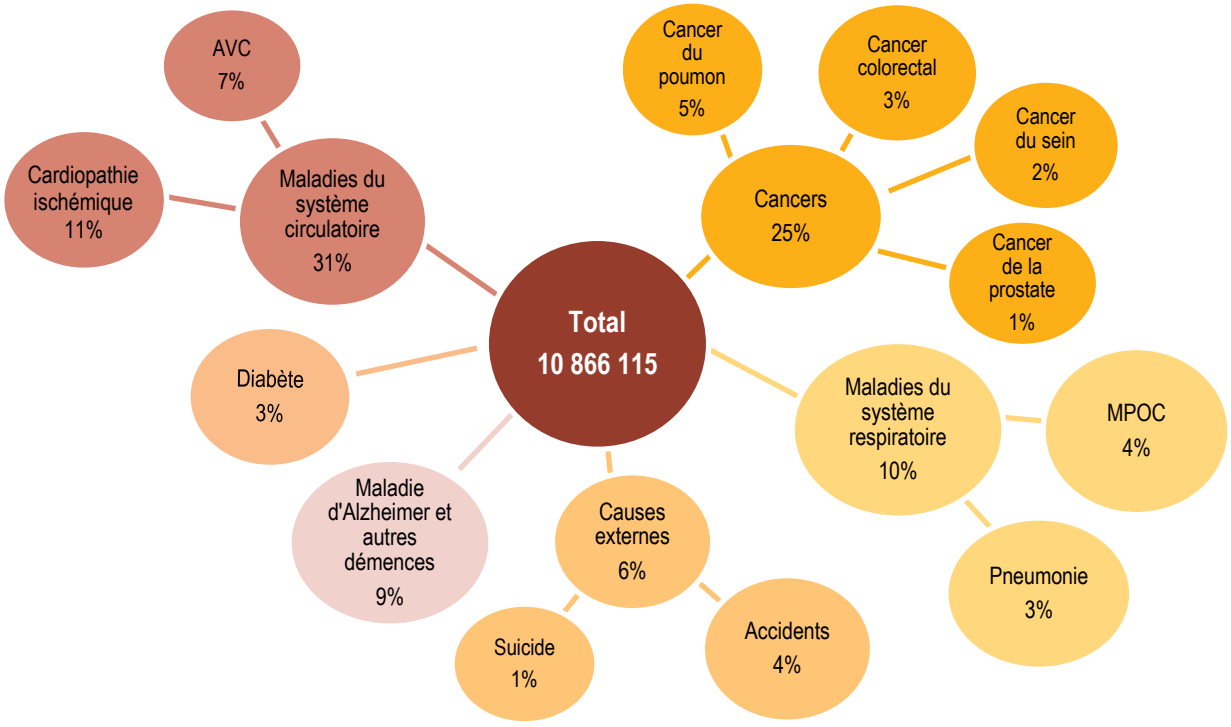
Graphique 3.6. **Taux de mortalité, toutes causes confondues, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067470

Graphique 3.7. **Principales causes de mortalité dans les pays de l'OCDE, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les autres causes de décès non présentées dans le graphique représentent 15 % du total des décès.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067489

Mortalité évitable (par prévention et traitement)

Les indicateurs relatifs à la mortalité évitable peuvent constituer un « point de départ » général pour évaluer l'efficacité des politiques de santé publique et des systèmes de soins de santé en termes de réduction des décès prématurés provoqués par divers maladies et accidents. Cependant, une analyse plus poussée est nécessaire pour déterminer plus précisément les différentes causes des décès potentiellement évitables et définir les interventions propres à les réduire.

En 2017, des meilleures interventions de prévention et du système de soins de santé auraient pu éviter près de 3 millions de décès prématurés dans les pays de l'OCDE, soit un quart du nombre total de décès. On estime à 1.85 million le nombre de décès qui auraient pu être évités grâce à une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique, et à plus de 1 million ceux liés à des maladies qui auraient pu être traitées grâce à des interventions médicales plus efficaces et prodiguées à temps.

Certains cancers qu'il est possible de prévenir au moyen des mesures de santé publique constituent la première cause de mortalité évitable grâce à la prévention (32 % des décès évitables grâce à la prévention), celui du poumon notamment (Graphique 3.8). Parmi les autres causes importantes figurent des causes externes, comme les accidents de la route et le suicide (25 %) ; les crises cardiaques, AVC et autres maladies du système circulatoire (19 %) ; l'alcoolisme et la toxicomanie (9 %) ; et certaines maladies respiratoires comme la grippe et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (8 %).

Les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et AVC essentiellement) sont la principale cause de mortalité évitable grâce à des traitements ; elles sont à l'origine de 36 % des décès prématurés qu'un traitement aurait permis d'éviter. Une prise en charge efficace et prodiguée à temps des cancers, comme le cancer colorectal ou le cancer du sein, aurait permis d'éviter 26 % des décès liés à des maladies traitables. Le diabète et d'autres maladies du système endocrinien (9 %) et les maladies respiratoires comme la pneumonie et l'asthme (9 %) sont d'autres maladies qui représentent des causes importantes de décès prématurés traitables.

S'agissant du taux de mortalité évitable par prévention standardisé par âge, il s'élevait en moyenne à 133 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Les décès prématurés sont compris entre moins de 96 pour 100 000 habitants en Israël, en Suisse, au Japon, en Italie, en Espagne et en Suède et plus de 200 en Lettonie, en Hongrie, en Lituanie et au Mexique (Graphique 3.9). Les taux les plus élevés de décès prématurés dans ces pays tient essentiellement à des taux nettement plus élevés de décès dus à des cardiopathies ischémiques, à des accidents et à la consommation d'alcool, et, en Hongrie, au cancer du poumon.

Dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité due à des maladies évitables grâce aux traitements était bien inférieur, à 75 pour 100 000 habitants. Il s'inscrit dans une fourchette comprise entre moins de 50 en Suisse, en Islande, en Norvège, en Corée, en France et en Australie, et plus de 130 pour 100 000 habitants en Lettonie, au Mexique, en Lituanie et en Hongrie. Les cardiopathies ischémiques, les AVC et certains types de cancers traitables (comme le cancer colorectal et le cancer du sein) en sont les principaux responsables en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie, pays qui affichent certains des taux de mortalité évitable par traitement les plus importants.

Le taux de mortalité évitable grâce à la prévention était 2.6 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'OCDE (197 pour 100 000 pour les hommes, contre 75 pour les femmes). De la même manière, le taux de mortalité due à des causes traitables était supérieur de 40 % environ chez les hommes que chez les femmes (87 pour 100 000 hommes, contre 62 pour 100 000 femmes). Cet écart tient au taux de mortalité plus élevé des hommes, imputable en partie à une différence d'exposition aux facteurs de risques comme le tabagisme (voir l'indicateur « Principales causes de mortalité »).

Définition et comparabilité

D'après les définitions OCDE/Eurostat de 2019, on entend par mortalité évitable par prévention les causes de décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence) permettraient essentiellement d'éviter. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité).

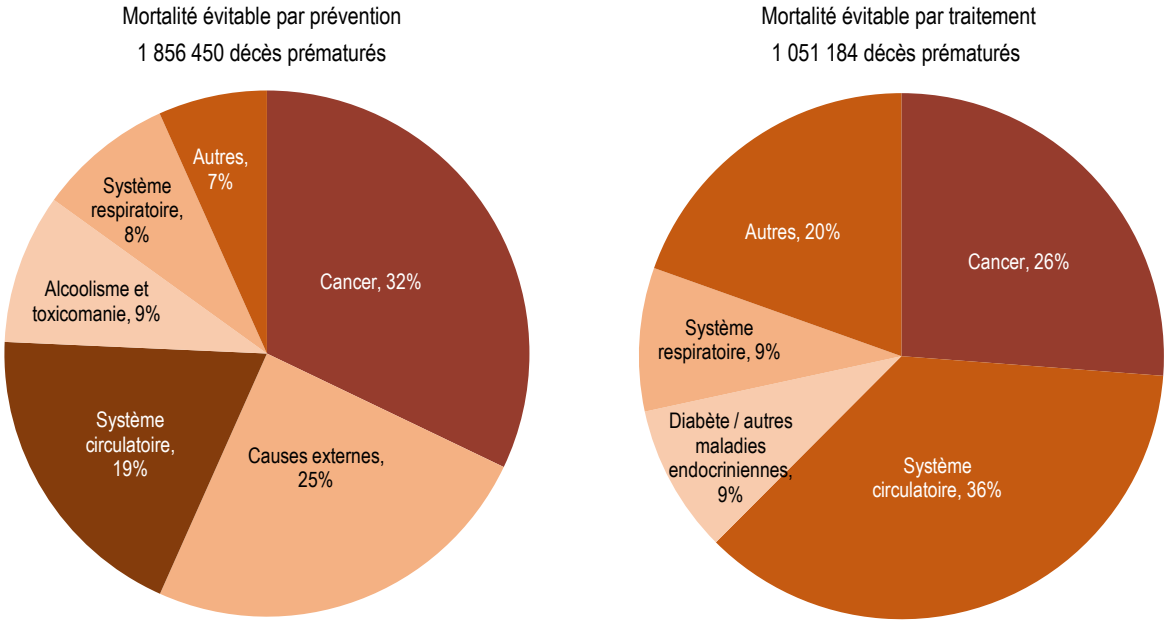
Les deux listes actuelles des causes de mortalité évitable par prévention et par traitement ont été adoptées par l'OCDE et Eurostat en 2019. L'inscription des causes de décès dans l'une ou l'autre de ces catégories est déterminée selon que ce sont essentiellement des interventions de prévention ou des soins qui permettraient de réduire la létalité. Les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (par exemple, cardiopathies ischémiques, AVC, diabète), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès. Un seuil de 74 ans a été retenu pour toutes les causes de mortalité prématurée (OCDE/Eurostat, 2019[1]).

Les données proviennent de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et les taux de mortalité sont standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010.

Références

[1] OCDE/Eurostat (2019), « Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death », *http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf*.

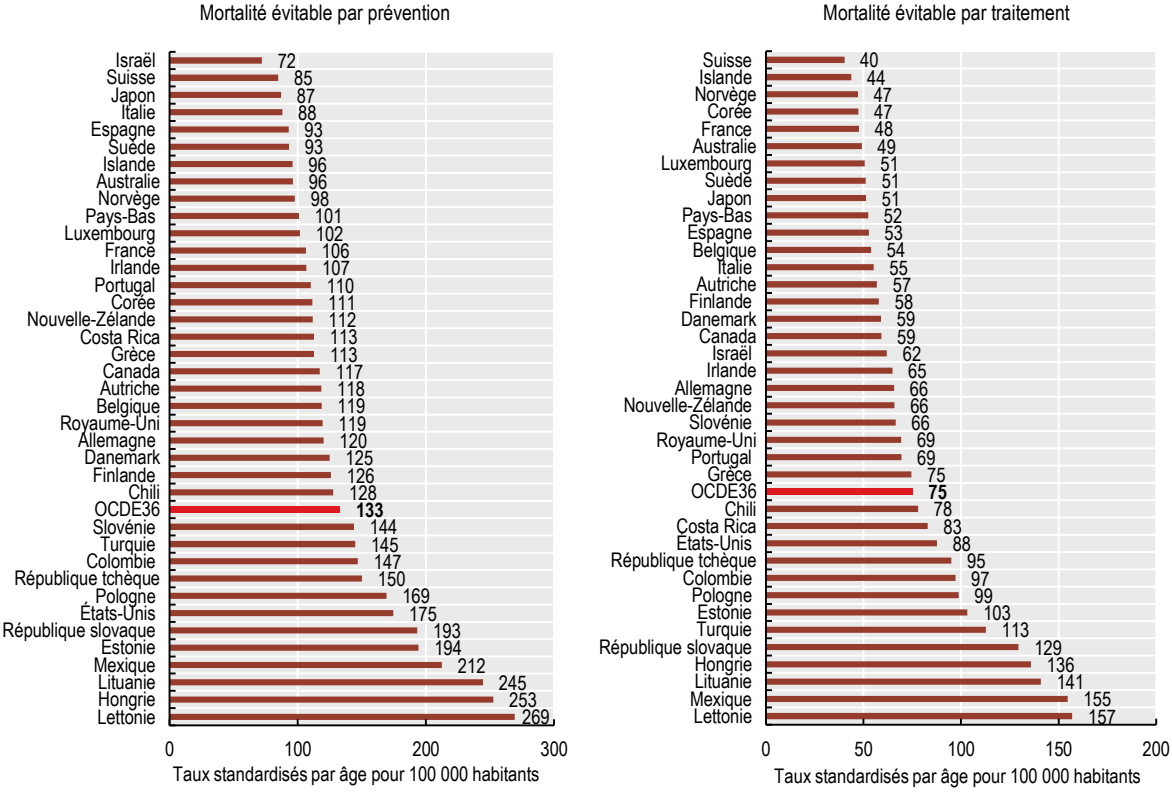
Graphique 3.8. **Principales causes de mortalité évitable, pays de l'OCDE, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : La liste OCDE/Eurostat des causes de mortalité évitables par prévention et traitement de 2019 catégorise les maladies et accidents spécifiques selon qu'ils sont évitables par prévention ou traitement. Par exemple, le cancer du poumon est considéré comme cause de décès évitable par prévention, tandis que le cancer colorectal et le cancer du sein sont considérés comme causes de décès évitables par traitement.
Source : calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067508

Graphique 3.9. **Taux de mortalité liée à des causes évitables, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067527

Mortalité due aux maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (ou maladies du système circulatoire), les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) notamment, demeurent la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE, où elles comptent pour plus d'un tiers des décès. Les taux de mortalité ont régulièrement diminué dans la plupart de ces pays au fil du temps, mais le vieillissement démographique et la hausse des taux d'obésité et de diabète risque d'enrayer cette évolution (OECD, 2015[1]). De fait, le ralentissement des progrès dans le domaine des maladies cardiovasculaires est l'un des principaux facteurs à l'origine de la baisse des gains d'espérance de vie dans de nombreux pays (Raleigh, 2019[2]).

Les crises cardiaques et les autres cardiopathies ischémiques ont été à l'origine de 11 % des décès dans les pays de l'OCDE en 2017. Les cardiopathies ischémiques sont provoquées par l'accumulation de dépôts adipeux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin irriguant le cœur. Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité liée à ces maladies chez les hommes sont supérieurs de 80 % aux taux de mortalité chez les femmes, essentiellement en raison de la plus forte prévalence des facteurs de risque, comme le tabagisme, l'hypertension et les taux élevés de cholestérol.

Parmi les pays de l'OCDE, ce sont les pays d'Europe centrale et orientale qui affichent les taux de mortalité par cardiopathie ischémique les plus hauts, notamment la Lituanie, où l'on recense 383 décès pour 100 000 habitants (standardisé par âge). Les taux sont également très élevés en Fédération de Russie. Le Japon, la Corée et la France affichent les taux les plus bas (un quart environ de la moyenne de l'OCDE, et moins d'un dixième de ceux de la Lituanie et de la Fédération de Russie) (Graphique 3.10).

Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE, avec une baisse moyenne de 42 % depuis 2000. Ce repli a été particulièrement marqué en France, au Danemark, aux Pays-Bas, en Estonie et en Norvège, où les taux ont diminué de plus de 60 %. Le Mexique est le seul pays où ce taux a augmenté, hausse étroitement liée aux taux d'obésité et à la prévalence du diabète. Les taux de survie à la suite d'une crise cardiaque y sont aussi nettement plus faibles que dans tous les autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6).

Les AVC (ou maladies cérébrovasculaires) ont été à l'origine de 7 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2017. Ils interviennent lorsque l'irrigation sanguine du cerveau est interrompue. Outre les nombreux décès qu'ils provoquent, la charge d'incapacité que représentent les AVC est substantielle.

Les taux de mortalité sont particulièrement élevés en Lettonie et en Lituanie (plus du double de la moyenne de l'OCDE). Ils sont également importants en Afrique du Sud et dans la Fédération de Russie, pays partenaires (Graphique 3.11).

Depuis 2000, les taux de mortalité par AVC ont diminué dans tous les pays de l'OCDE et pays partenaires (47 % en moyenne), quoique plus lentement en République slovaque et au Chili (moins de 15 %). Comme dans le cas des cardiopathies ischémiques, la réduction de certains facteurs de risque, le tabagisme notamment, a favorisé cette évolution, de même que l'amélioration des taux de survie à la suite d'un épisode aigu, reflétant une meilleure qualité des soins (voir les indicateurs « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » et « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par l'effectif de la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par âge sur la base de la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*), de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

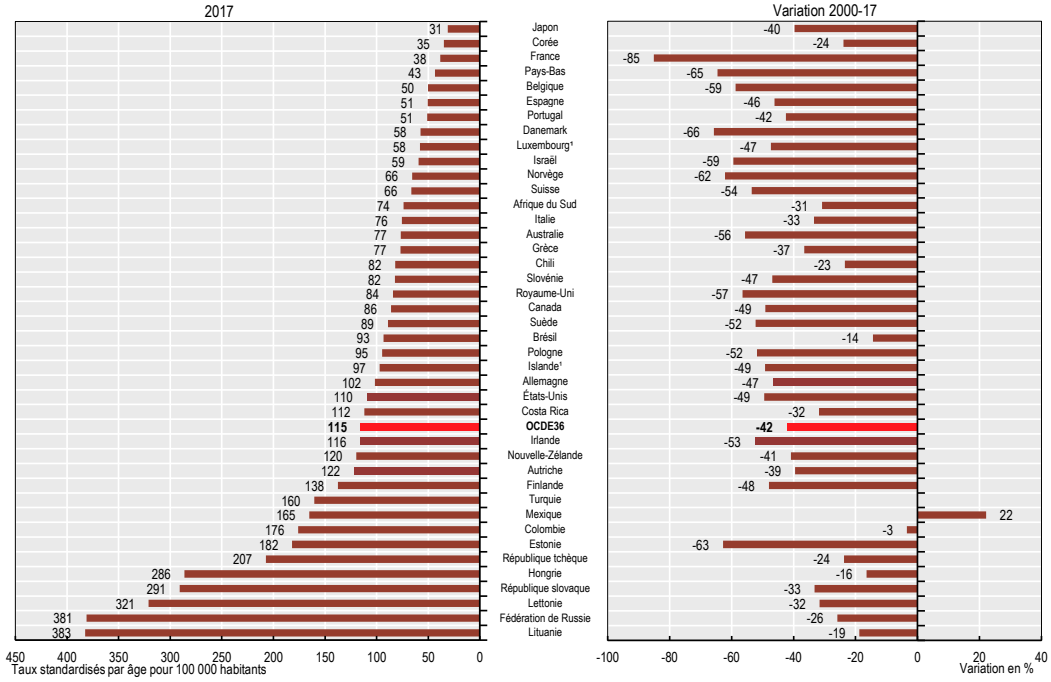
Les décès par cardiopathies ischémiques sont les décès dont la cause correspond aux codes I20 à I25 de la CIM-10, et les décès par AVC sont ceux dont la cause correspond aux codes I60 à I69.

Références

[1] 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*.

[2] Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/223159ab-en*.

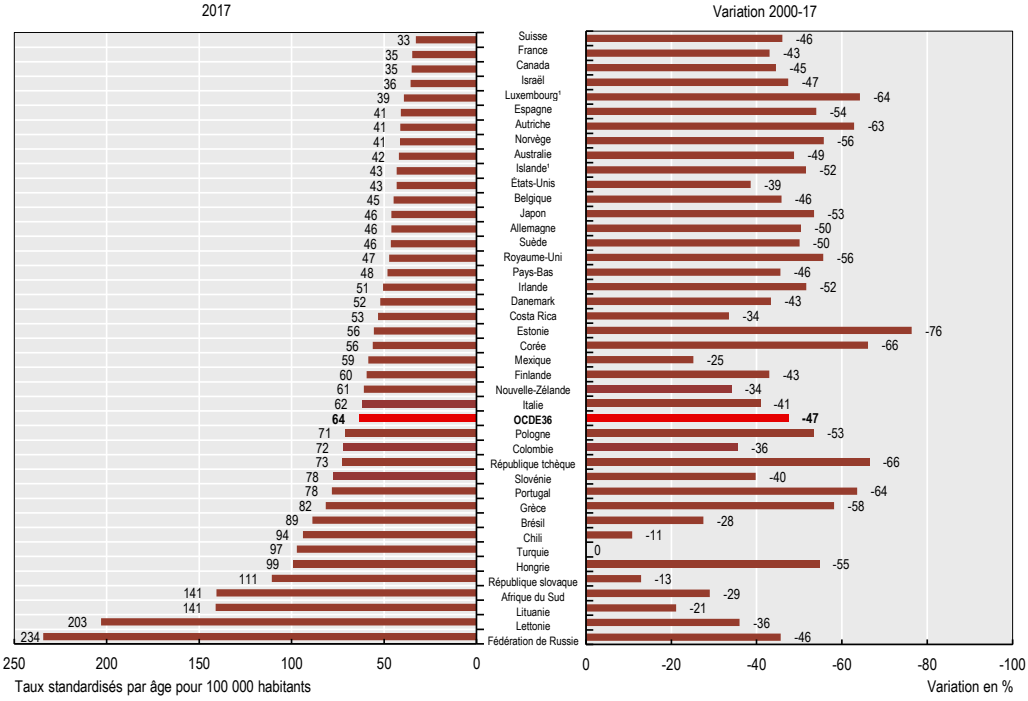
Graphique 3.10. **Mortalité par crise cardiaque et autres cardiopathies ischémiques, 2017 et variation 2000-17 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067546

Graphique 3.11. **Mortalité par accident vasculaire cérébral (AVC), 2017 et variation 2000-17 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067565

Incidence du cancer et mortalité

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE, après les maladies cardiovasculaires (ou maladies du système circulatoire) ; il est à l'origine de 25 % de la totalité des décès. On estime en outre à 7.5 millions le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans l'OCDE. Les plus courants sont le cancer du poumon (21.5 %), le cancer colorectal (11 %), le cancer du sein (14.5 % chez les femmes) et le cancer de la prostate (9.4 % chez les hommes). Ces quatre cancers représentent plus de 40 % de tous les cancers diagnostiqués dans les pays de l'OCDE. Les taux de mortalité par cancer ont diminué dans tous les pays de l'OCDE depuis 2000, ce recul étant toutefois plus modéré que pour les maladies cardiovasculaires.

Les taux d'incidence du cancer varient selon les pays de l'OCDE. Ils s'établissent entre plus de 400 nouveaux cas pour 100 000 habitants en Australie et en Nouvelle-Zélande à environ 200 cas ou moins au Mexique et au Chili (Graphique 3.12). Ils sont aussi comparativement bas dans tous les principaux pays partenaires. Cependant, les écarts entre pays ne tiennent pas seulement au nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, mais aussi aux différences en matière de politiques nationales de dépistage et de qualité de la surveillance et de la notification du cancer. Les taux élevés en Australie et en Nouvelle-Zélande sont principalement liés à une incidence élevée du cancer de la peau non mélanome.

Le taux moyen de mortalité par cancer s'établit à 201 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE (Graphique 3.13). Les taux les plus élevés sont observés en Hongrie, en République slovaque et en Slovénie (plus de 240), les plus faibles au Mexique, en Turquie et en Corée (165 ou moins). Dans les pays partenaires disposant de données comparables, ce taux était aussi relativement bas en Colombie, au Costa Rica et au Brésil.

Des diagnostics et des traitements plus précoces augmentent nettement les taux de survie au cancer. C'est en partie pour cette raison que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, par exemple, affichent des taux de mortalité inférieurs à la moyenne alors qu'elles enregistrent les taux d'incidence les plus élevés. Dans ces deux pays, le taux de survie net à cinq ans pour les cancers courants est aussi supérieur à la moyenne de l'OCDE (voir les indicateurs sur les taux de survie à la suite d'un cancer au chapitre 6).

Dans tous les pays de l'OCDE et pays partenaires, les taux d'incidence du cancer sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes ; c'est également le cas des taux de mortalité par cancer, sauf au Mexique, en Islande, en Indonésie et en Inde. Une plus forte prévalence des facteurs de risque chez les hommes, en particulier le tabagisme et la consommation d'alcool, expliquent en grande partie ces écarts.

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité chez les deux sexes, le tabagisme étant le principal facteur de risque. Il est à l'origine de 25 % des décès par cancer chez les hommes, et 17 % chez les femmes (Graphique 3.14). Le cancer colorectal est une cause majeure de mortalité chez les hommes et les femmes (la deuxième pour les hommes, et la troisième pour les femmes ; il est dans les deux cas responsable d'environ 10 % des décès par cancer). Outre l'âge et les facteurs génétiques, un régime alimentaire riche en matières grasses et pauvre en fibres, le manque d'activité physique, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool sont autant de facteurs qui accentuent les risques.

Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes (14.5 % des décès). Malgré la hausse de son incidence au cours de la dernière décennie, son taux de mortalité a diminué ou s'est stabilisé, ce qui indique des diagnostics et des traitements plus précoces et se traduit par des taux de survie plus élevés (voir l'indicateur sur le cancer du sein au chapitre 6). Le cancer de la prostate est la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes ; il est à l'origine d'un peu plus de 10 % des décès liés à un cancer.

Définition et comparabilité

Le taux d'incidence du cancer est calculé en divisant le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués au cours d'une année donnée par l'effectif de la population. La comparabilité des données peut être altérée par les différences dans la qualité de la surveillance et de la notification du cancer selon les pays. Les taux obtenus ont été standardisés en fonction de 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 2018. Elles peuvent différer des estimations nationales en raison des différences de méthode. L'incidence de l'ensemble des cancers correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10.

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par l'effectif de la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par âge sur la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*). Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Les décès par cancer sont ceux dont la cause correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10. La comparabilité internationale des données sur la mortalité par cancer peut être altérée par des différences entre pays en termes de formation et de pratiques médicales, ainsi que d'établissement des certificats de décès.

Références

[1] GLOBOCAN (2018), « Cancer Today », *https://gco.iarc.fr/today/home*.

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

Graphique 3.12. **Incidence du cancer, tous types confondus, par sexe, 2018 (estimation)**



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067584

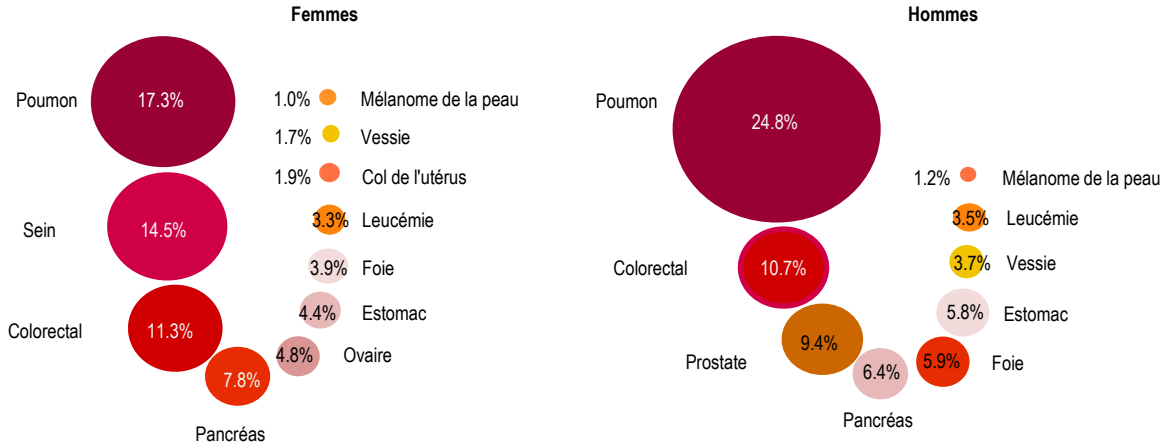
Graphique 3.13. **Taux de mortalité par cancer, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067603

Graphique 3.14. **Principales causes de mortalité par cancer dans l'OCDE, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Proportion des décès liés à un cancer dans les pays de l'OCDE, par sexe.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067622

Morbidité des maladies chroniques

Les maladies chroniques, comme le cancer, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les problèmes respiratoires chroniques et le diabète, ne sont pas seulement les principales causes de décès dans l'OCDE. Elles représentent aussi une charge de morbidité majeure chez les personnes en vie. De nombreuses maladies chroniques sont évitables moyennant la modification de facteurs de risques majeurs, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et l'inactivité physique.

Près d'un tiers des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent vivre avec au moins deux maladies chroniques, en moyenne, dans 27 pays de l'OCDE (Graphique 3.15). Cette proportion monte à près de 50 % en Allemagne et en Finlande. La multimorbidité est nettement plus répandue dans les tranches d'âge supérieures – globalement, 58 % des adultes âgés de 65 ans et plus déclarent vivre avec au moins deux maladies chroniques, et ce chiffre atteint 70 % ou plus au Portugal, en Pologne, en Hongrie, en République slovaque et en Allemagne. En revanche, ce n'est le cas que de 24 % des personnes de moins de 65 ans.

Les disparités socioéconomiques sont également prononcées : globalement, dans les pays de l'OCDE, 35 % des personnes du quintile inférieur de la distribution des revenus indiquent souffrir de deux maladies chroniques ou plus, contre 24 % des personnes du quintile supérieur (Graphique 3.16). Le gradient de revenu le plus important est observé en Hongrie, en Slovénie et en Lettonie.

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par une charge d'incapacité particulièrement importante, pouvant causer des maladies cardiovasculaires, la cécité, l'insuffisance rénale et l'amputation d'un membre inférieur. Il survient lorsque le corps n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. En 2017, 98 millions d'adultes environ – soit 6.4 % de la population adulte – étaient diabétiques dans l'OCDE (Graphique 3.17). On estime en outre à 39 millions le nombre de cas non diagnostiqués chez les adultes (Fédération Internationale du Diabète, 2017[1]).

Parmi les pays de l'OCDE, les taux de prévalence du diabète les plus élevés sont observés au Mexique, en Turquie et aux États-Unis où plus de 10 % des adultes en sont atteints (données standardisées par âge). Dans les pays partenaires, ce taux est également élevé en Inde et en Chine (10 % environ).

Les taux de prévalence du diabète standardisés par âge se sont stabilisés dans de nombreux pays de l'OCDE, surtout en Europe occidentale, mais ont notablement augmenté en Turquie et dans la plupart des pays partenaires. Cette évolution est en partie due à la hausse des taux d'obésité et de l'inactivité physique, et à leur interaction avec le vieillissement démographique (NCD Risk Factor Collaboration, 2016[2])

Le diabète est nettement plus répandu chez les personnes âgées ; il touche en outre légèrement plus les hommes que les femmes, et frappe de manière disproportionnée les personnes des catégories socioéconomiques défavorisées. Les conséquences économiques sont importantes. On estime à 572 milliards USD le montant consacré à son traitement et à la prévention de ses complications dans les pays de l'OCDE (Fédération Internationale du Diabète, 2017[1]).

Définition et comparabilité

Les données relatives aux maladies chroniques proviennent de trois sources distinctes. Pour les pays européens, il s'agit de l'Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS-2) d'Eurostat ; pour les États-Unis, de l'enquête *Medical Panel Expenditures Survey* (MEPS) 2016 ; et pour le Canada, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-16. Ces enquêtes couvrent les maladies et les problèmes de santé chroniques suivants :

- EHIS-2 : asthme (1), bronchite chronique/BPCO/emphysème (2), crise cardiaque et conséquences chroniques (3), maladies coronariennes (4), hypertension (5), AVC et conséquences chroniques (6), arthrose, lombalgie (7), cervicalgie (8), diabète (9), allergies (10), cirrhose du foie (11), incontinence urinaire (12), problèmes rénaux (13) et dépression (14).
- MEPS et ESCC : (1) – (6), (9) et (14).

Comme les enquêtes du Canada et des États-Unis couvrent un moins grand nombre de problèmes de santé, la prévalence de la multimorbidité est automatiquement inférieure dans ces pays, et ne peut donc être comparée à celle des pays européens.

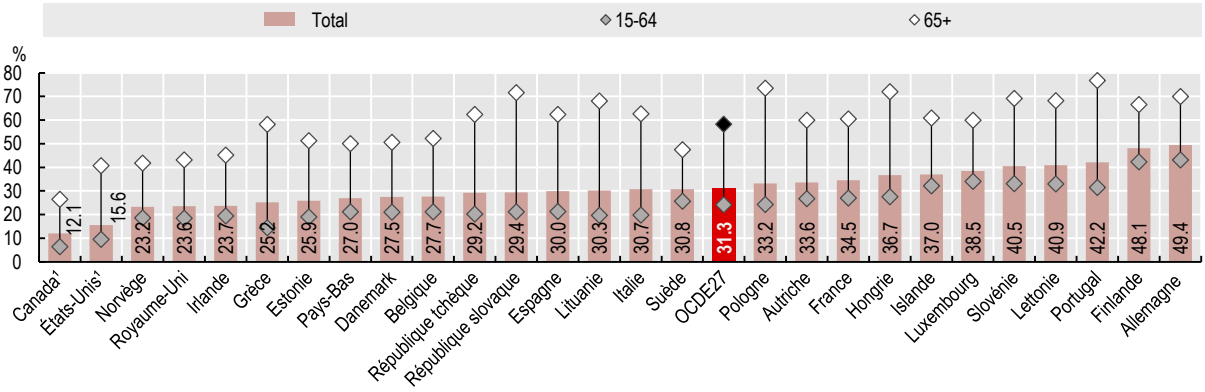
Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète sont exposées dans l'Atlas du diabète, 8e édition (FID, 2017). La FID produit des estimations fondées sur des sources qui satisfont à plusieurs critères de fiabilité. Il s'agit pour l'essentiel d'enquêtes nationales sur la santé et d'articles publiés par des revues à comité de lecture. Des taux standardisés en fonction de l'âge ont été calculés à partir de la population mondiale, sur la base de la distribution fournie par l'Organisation mondiale de la santé. La population adulte couvre les personnes âgées de 20 à 79 ans diagnostiquées diabétiques de type 1 ou 2.

Références

[1] Fédération Internationale du Diabète (2017), *Atlas du diabète de la FID, 8e édition*, Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles.

[2] NCD Risk Factor Collaboration (2016), « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants », *Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8*.

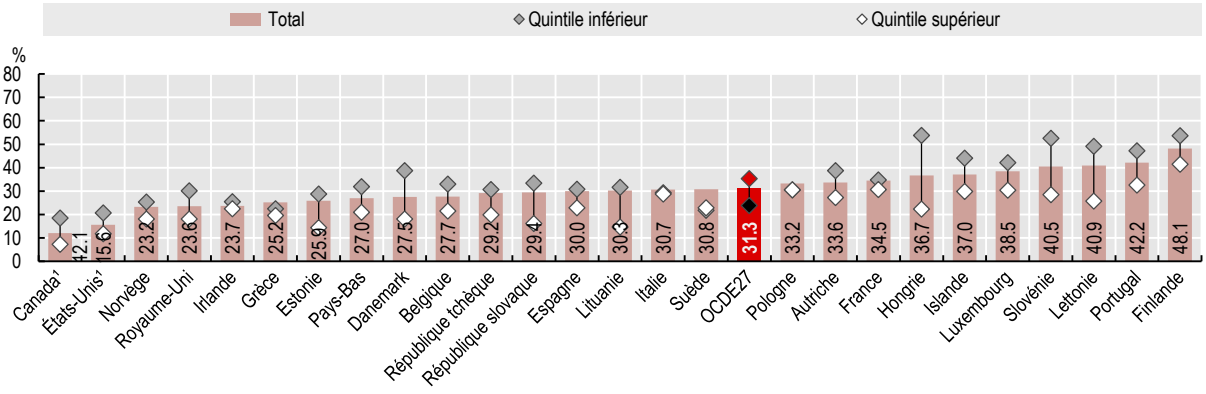
Graphique 3.15. **Personnes atteintes d'au moins deux maladies chroniques, par âge, 2014**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences dans la définition des variables (8 maladies chroniques considérées au lieu de 14), résultant en un biais à la baisse.
Source : EHIS-2 2014 et autres enquêtes nationales sur la santé.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067641

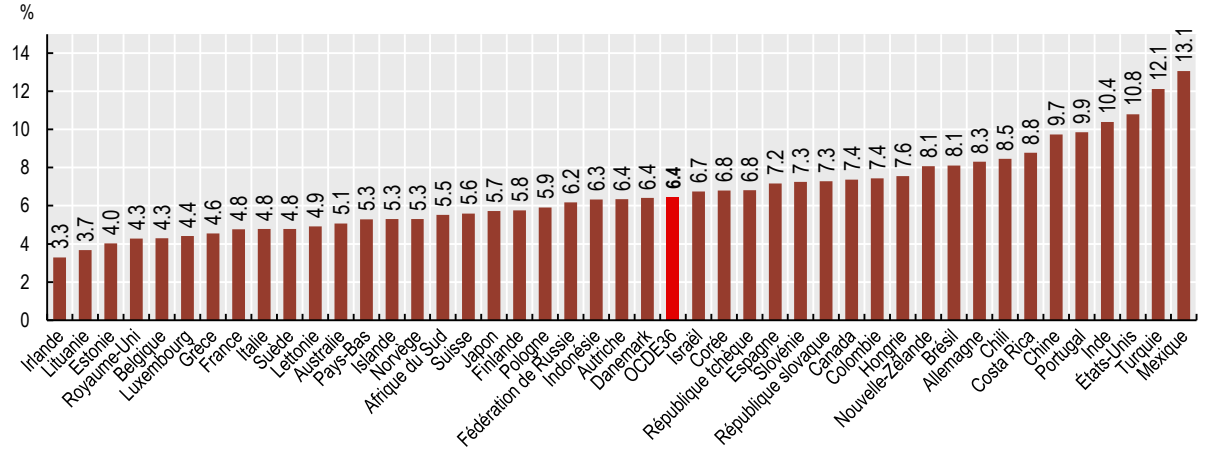
Graphique 3.16. **Personnes atteintes d'au moins deux maladies chroniques, par niveau de revenu, 2014**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays (voir note du graphique 3.15).
Source : EHIS-2 2014 et autres enquêtes nationales sur la santé.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067660

Graphique 3.17. **Prévalence du diabète de types I et II chez les adultes, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Atlas de la FID, 8e édition, 2017.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067679

Santé du nourrisson

Des conditions de vie inadéquates, l'extrême pauvreté et des facteurs socioéconomiques influent sur la santé des mères et des nouveau-nés. Des systèmes de santé performants peuvent cependant considérablement limiter le nombre de décès de nourrissons, notamment en traitant les problèmes potentiellement mortels durant la période néonatale. Environ deux tiers des décès intervenant au cours de la première année de vie se produisent dans les 28 jours qui suivent la naissance (mortalité néonatale) ; ils sont essentiellement provoqués par des anomalies congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenus pendant la grossesse. S'agissant des décès intervenant après ces premières semaines critiques (mortalité post-néonatale), les causes sont généralement plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN), les anomalies congénitales, les infections et les accidents.

Les taux de mortalité infantile sont faibles dans la plupart des pays de l'OCDE qui, à l'exception du Mexique, de la Turquie et du Chili, recensent tous moins de cinq décès pour 1 000 naissances vivantes, (Graphique 3.18). Dans les pays de l'OCDE, toutefois, ces taux sont souvent plus élevés chez les populations autochtones et d'autres groupes vulnérables – comme observé en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis (Smylie et al., 2010[1]). Dans les pays partenaires, la mortalité infantile demeure supérieure à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes en Inde, en Afrique du Sud et en Indonésie, et supérieure à dix décès en Colombie et au Brésil. Depuis 2000, ces taux ont diminué dans tous les pays de l'OCDE et dans tous les pays partenaires, les plus fortes baisses étant généralement observées dans les pays qui affichaient par le passé les taux les plus élevés.

Malgré ce recul de la mortalité infantile, le nombre croissant de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale est un sujet de préoccupation dans certains pays de l'OCDE. En 2017, dans l'OCDE, un enfant sur 15 en moyenne (soit 6.5 % des naissances) pesait moins de 2 500 grammes à la naissance (Graphique 3.19). Les nouveau-nés de faible poids sont plus exposés au risque de mauvaise santé ou de décès, doivent rester hospitalisés plus longtemps après la naissance, et sont plus susceptibles de souffrir de handicaps importants par la suite. Les facteurs de risque d'insuffisance pondérale à la naissance sont notamment chez la mère le tabagisme, la consommation d'alcool et la mauvaise nutrition durant la grossesse, le faible indice de masse corporelle, un milieu socioéconomique défavorisé, un traitement de fécondation in vitro et des grossesses multiples, et un âge plus avancé. Le recours accru à certaines techniques d'accouchement, comme le déclenchement du travail et la césarienne, qui ont contribué à une hausse des taux de survie des nouveau-nés en insuffisance pondérale, peut également expliquer la hausse du nombre de nourrissons de faible poids.

Le Japon, la Grèce et le Portugal sont les pays de l'OCDE qui affichent les proportions les plus élevées de nouveau-nés souffrant d'insuffisance pondérale. Les plus faibles sont observées dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède, Norvège, Danemark) et baltes (Estonie, Lettonie, Lituanie). Dans 23 des 36 pays de l'OCDE, le taux de naissances de faible poids a augmenté depuis 2000, tout particulièrement en Corée. Parmi les pays partenaires, ce sont l'Indonésie et la Colombie qui enregistrent les taux les plus élevés.

Définition et comparabilité

Le taux de mortalité infantile indique le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. La diversité des pratiques d'enregistrement des naissances prématurées peut en partie expliquer les variations internationales des taux. Certains pays enregistrent toutes les naissances vivantes, y compris les bébés de très faible poids présentant peu de chances de survie, mais plusieurs autres 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, 2018[2]). Afin de supprimer cet obstacle à la comparabilité des données, les chiffres présentés ici couvrent uniquement les enfants nés après un minimum de 22 semaines de gestation (ou pesant au moins 500 grammes à la naissance) pour une majorité de pays de l'OCDE ayant communiqué ces informations. Toutefois, les données concernant dix pays (Australie, Canada, Grèce, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Portugal) sont toujours fondées sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées (c'est-à-dire sans seuil minimum en termes de gestation ou de poids de naissance), d'où une surestimation possible.

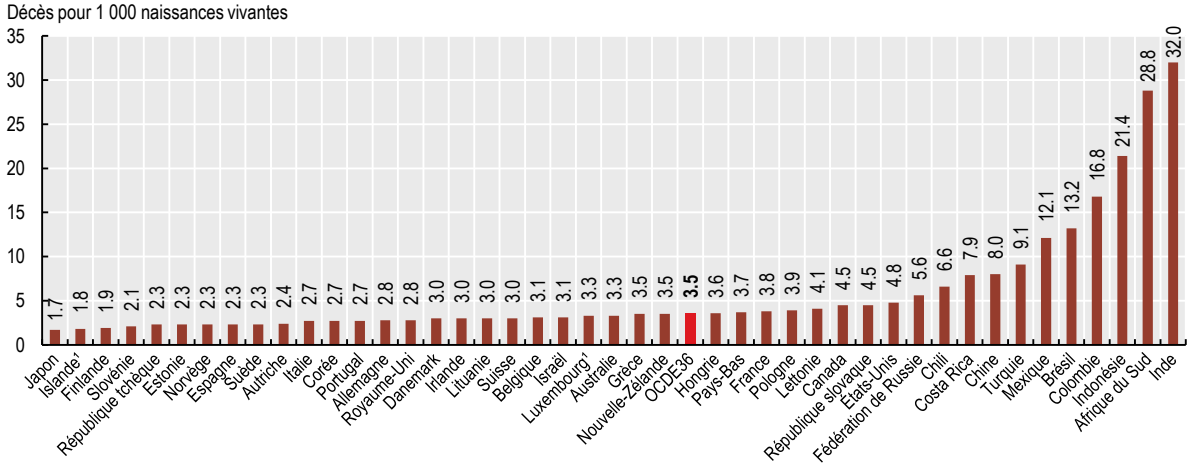
Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'insuffisance pondérale à la naissance est un poids de naissance de moins de 2 500 grammes, quel que soit l'âge gestationnel du nouveau-né. Ce chiffre est basé sur des observations épidémiologiques concernant le risque accru de mortalité du nouveau-né. Malgré l'utilisation répandue du seuil de 2 500 grammes pour définir le faible poids à la naissance, il existe entre les différents pays et groupes de population des variations physiologiques dont il convient de tenir compte pour interpréter les disparités (Euro-Peristat, 2013[2]). Le nombre de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale est exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes.

Références

[2] Euro-Peristat (2018), *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and their babies in Europe in 2015*.

[1] Smylie, J. et al. (2010), « Indigenous birth outcomes in Australia, Canada, New-Zealand and the United States – an overview », *Open Womens Health*, vol. 4, pp. 7-17.

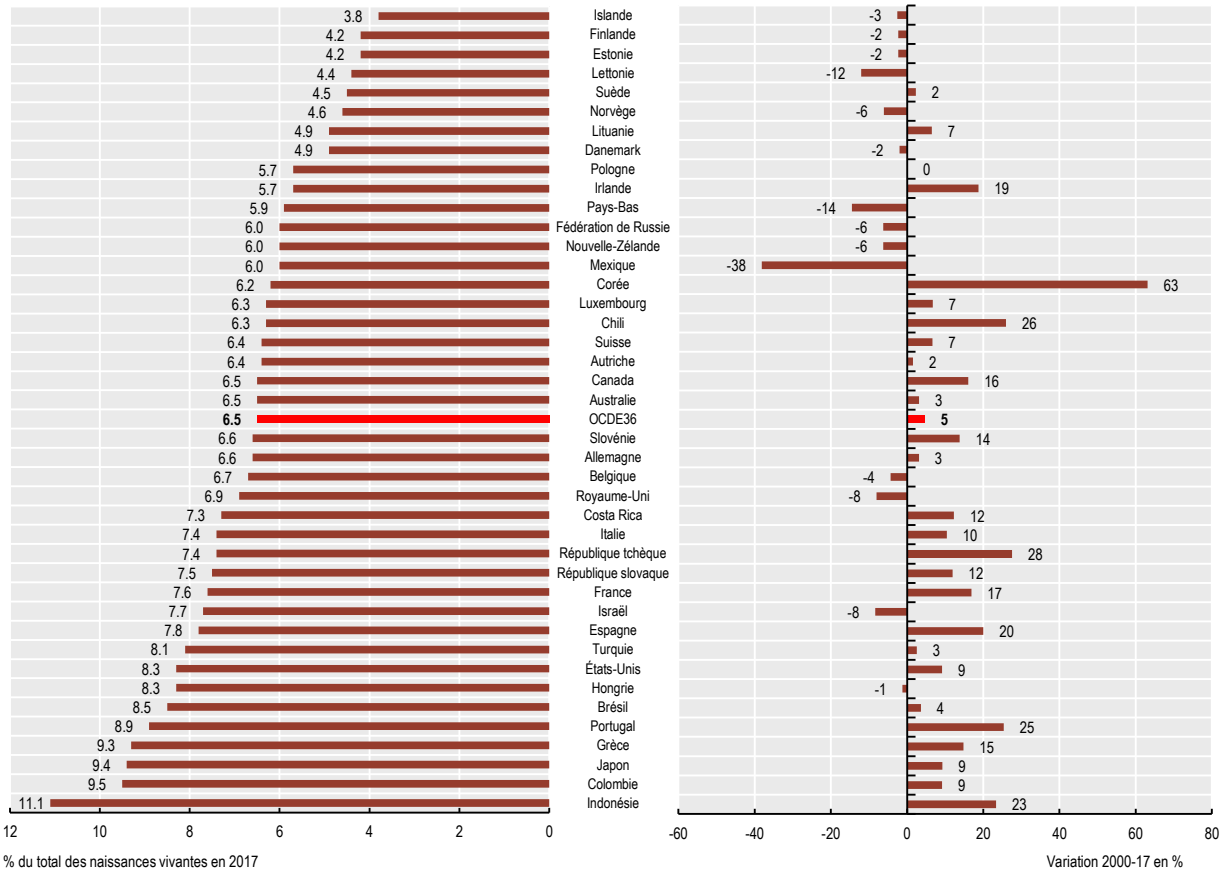
Graphique 3.18. **Mortalité infantile, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans (2015-17).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067698

Graphique 3.19. **Faible poids des nourrissons à la naissance, 2017 et variation 2000-17 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067717

Santé mentale

Une bonne santé mentale est la condition essentielle qui permet aux individus de mener une vie saine et productive. Or, on estime qu'une personne sur deux connaîtra des troubles psychiques au cours de sa vie (OCDE, 2015[1]). Les troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et contribuent à des résultats éducatifs médiocres, des taux de chômage plus élevés, et un moins bon état de santé physique. Le Graphique 3.22 illustre l'influence de la santé sur les activités quotidiennes des individus et sur leur aptitude au travail ; les personnes faisant état de troubles mentaux sont significativement plus susceptibles de déclarer que leur état de santé a des retombées négatives sur leur vie quotidienne. En Norvège et en France, plus de 50 % des répondants auxquels le médecin a diagnostiqué un trouble mental estiment que leur aptitude au travail ou leurs activités quotidiennes sont restreintes. Plus de mesures sont envisageables pour aider les individus à prendre part à des activités importantes pour eux, même s'ils sont atteints de troubles mentaux, notamment favoriser leur prise en charge rapide et intégrer les services de santé mentale et les services de l'emploi.

En l'absence d'assistance ou de traitement efficaces, les problèmes de santé mentale peuvent avoir des répercussions catastrophiques sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et peuvent même les conduire au suicide. Des raisons sociales et culturelles complexes sont à l'origine des comportements suicidaires, mais les troubles mentaux augmentent aussi le risque de décès par suicide (OCDE/UE, 2018[2]). Le taux de suicide plus élevé des personnes atteintes de troubles mentaux graves explique aussi leur taux de mortalité global sensiblement supérieur, comme analysé au chapitre 6. En 2017, on a recensé 11.2 décès par suicide pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Le Graphique 3.20 montre que les taux les plus faibles ont été observés en Turquie et en Grèce en 2017 (moins de cinq suicides pour 100 000 habitants), et les plus élevés en Corée et en Lituanie (24.6 et 24.4 décès pour 100 000 habitants respectivement). Le taux de suicide chez les hommes est supérieur à celui chez les femmes dans tous les pays ; en Lituanie, il est cinq fois plus élevé.

Le taux de suicide a diminué dans quasiment tous les pays de l'OCDE, de plus de 30 % entre 1990 et 2017. Dans certains pays, sa baisse a été substantielle, notamment en Finlande, en Suisse et en Slovénie, où il a chuté de plus de 40 %, tandis que d'autres pays comme le Chili et la Corée ont enregistré des pics de suicides au cours des dix dernières années, suivis par une réduction plus récemment (Graphique 3.21). En Suisse, où ce taux a reculé de 48 % depuis 1990, les taux de « suicide assisté » augmentent, principalement chez les personnes âgées, mais depuis 2009 ces suicides ont été exclus des données globales sur le suicide, ce qui explique le fort recul constaté cette année-là. La Suisse a pris des mesures pour réduire le nombre de décès par suicide, notamment en instaurant en 2016 un Plan d'action pour la prévention du suicide qui comportait diverses mesures : l'accès rapide à une assistance psychique, la lutte contre le stigmate dont le suicide fait l'objet, et la sensibilisation aux risques de suicide. La Finlande, où une baisse particulièrement sensible du taux de suicide a été observée au début des années 90, a récemment renoncé aux plans de prévention isolés et intégré la lutte contre le suicide à des stratégies plus générales de santé mentale, en axant son action sur l'amélioration de la prise en charge des maladies mentales et la mise en œuvre d'un réseau de coordination des mesures de prévention (OCDE/UE, 2018[2]).

Définition et comparabilité

La déclaration d'un suicide est une procédure complexe qui est influencée par divers éléments, notamment le mode de vérification de l'intention de passage à l'acte, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, et les aspects culturels, dont les préjugés entourant le suicide. La prudence est donc de mise lorsque l'on compare les taux de suicide entre pays. Les taux de mortalité standardisés par âge sont calculés par le nombre de décès divisé par les effectifs de la population correspondante. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité ; les suicides correspondent aux codes X60 à X84 et Y870 de la CIM-10.

Le Graphique 3.22 utilise les données de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016. Il est possible de recenser les adultes qui ont répondu par l'affirmative à la question « Votre médecin a-t-il jamais diagnostiqué chez vous une dépression, de l'anxiété ou d'autres troubles mentaux ? » et de relier leurs réponses aux autres questions de l'enquête. Le Graphique 3.23 présente le taux de réponse à la question « Votre santé vous empêche-t-elle de travailler à temps plein ou limite-t-elle votre aptitude à effectuer le travail domestique ou d'autres activités quotidiennes ? » L'enquête indique que les personnes qui ont répondu par l'affirmative à cette question « souffrent d'un problème de santé mentale », et que celles qui ont répondu par la négative « ne souffrent pas d'un problème de santé mentale ». Les personnes qui ont répondu par la négative peuvent souffrir d'un autre problème de santé. Les données présentent des insuffisances, notamment quelques taux de réponse faibles et une taille d'échantillon limitée (voir également l'encadré 2.4 au chapitre 2). L'interprétation des questions peut varier selon les pays, on ignore si les personnes interrogées souffraient d'un trouble mental au moment de l'enquête, et la prévalence autodéclarée peut être influencée par les préjugés entourant les problèmes de santé mentale. Le taux de répondants ayant déclaré qu'un trouble mental leur avait été diagnostiqué correspond assez bien aux taux de prévalence nationaux estimés, sauf en France, où les personnes interrogées sont nettement moins susceptibles de signaler un trouble mental que d'autres estimations nationales ne l'indiquent.

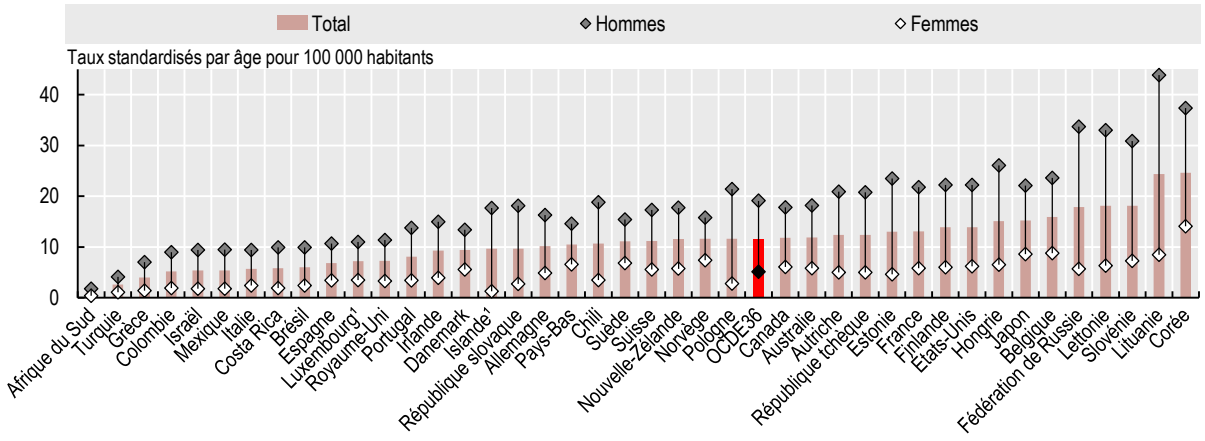
Références

[1] OCDE (2015), *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264242074-fr*.

[3] OCDE (2015), *Recommandation du Conseil sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, OECD/LEGAL/0420*.

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

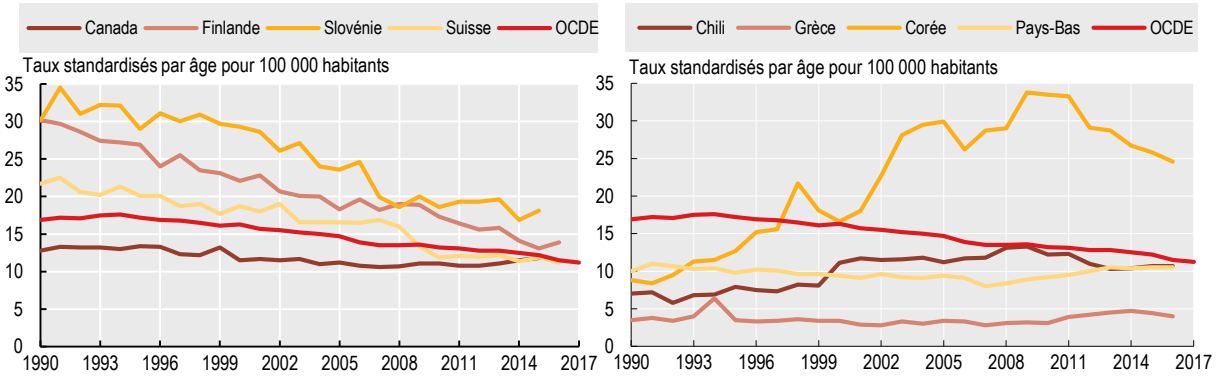
Graphique 3.20. **Mortalité par suicide, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067736

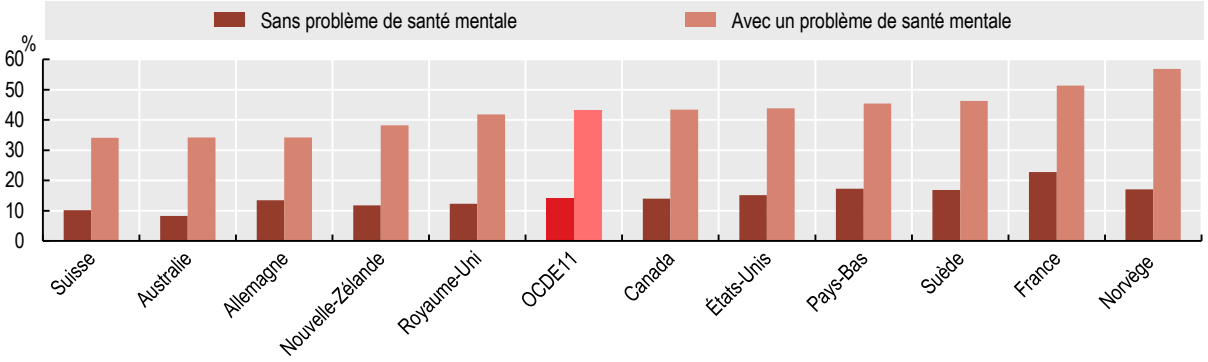
Graphique 3.21. **Évolution de la mortalité par suicide dans quelques pays de l'OCDE, 1990-2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067755

Graphique 3.22. **Personnes empêchées de travailler à temps plein ou restreintes dans leurs activités quotidiennes en raison de leur état de santé, 2016**



Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067774

État de santé perçu

La façon dont les individus évaluent leur propre santé donne un aperçu global de la santé physique et mentale. Ce point de vue sur la qualité de vie complète les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité, qui mesurent uniquement le taux de survie. Par ailleurs, malgré son caractère subjectif, l'état de santé perçu est généralement un indicateur prévisionnel fiable de la mortalité et des besoins en matière de soins futurs (Palladino et al., 2016[1])

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui demandent notamment aux personnes interrogées d'évaluer leur état de santé général. Les différences socioculturelles entre pays peuvent compliquer les comparaisons internationales de l'état de santé perçu. Les différentes façons de formuler les questions, notamment en ce qui concerne l'échelle utilisée, peuvent aussi compromettre la comparabilité des réponses. Enfin, comme les personnes âgées déclarent généralement un état de santé moins satisfaisant et un plus grand nombre de maladies chroniques que les jeunes, les pays où elles représentent une proportion plus importante de la population sont plus susceptibles de compter moins de personnes se déclarant en bonne santé.

Ces réserves étant faites, près de 9 % des adultes s'estiment en mauvaise santé, en moyenne, dans l'OCDE (Graphique 3.23). Ce pourcentage est compris entre 15 % en Corée, en Lituanie, en Lettonie et au Portugal et moins de 4 % en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, au Canada, en Irlande et en Australie. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans les pays de l'OCDE autres qu'européens et asiatiques présentent une asymétrie positive, ce qui introduit un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). La Corée, le Japon et le Portugal présentent des taux d'espérance de vie particulièrement élevés, mais une assez forte proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé.

Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu jugent en général moins favorablement leur état de santé que les personnes à revenu élevé (Graphique 3.24). Globalement, dans les pays de l'OCDE, près de 80 % des adultes du quintile supérieur de revenu se déclarent en bonne ou très bonne santé, contre un peu moins de 60 % de ceux du quintile inférieur. Les disparités économiques sont particulièrement prononcées en Lettonie, en Estonie, en République tchèque et en Lituanie, avec un écart de 40 points de pourcentage entre revenus faibles et élevés. Celui-ci tient probablement en grande partie à des différences de comportement (tabagisme, consommation nocive d'alcool, et autres facteurs de risques). Les disparités socioéconomiques sont relativement modérées en Nouvelle-Zélande, en Grèce, en Italie, en Australie et en France (moins de 10 points de pourcentage).

L'état de santé perçu tend à diminuer avec l'âge. Dans de nombreux pays, ce déclin est particulièrement marqué à compter de 45 ans, et s'accentue à l'âge de la retraite. Les hommes sont par ailleurs plus susceptibles que les femmes de s'estimer en bonne santé.

Définition et comparabilité

L'état de santé perçu reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». La prudence s'impose lorsque l'on procède à des comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour trois raisons au moins. D'abord, il s'agit d'une appréciation subjective, et les réponses peuvent systématiquement différer d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays en raison de particularités socioculturelles. Deuxièmement, comme l'état de santé empire généralement avec l'âge, le nombre de personnes se déclarant en bonne santé sera sans doute plus faible dans les pays qui comptent une plus forte proportion de personnes âgées. Enfin, la formulation des questions et les catégories de réponses utilisées dans les enquêtes varient selon les pays. 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 ». 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 résultats peuvent donc introduire un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive dans les pays qui utilisent une échelle asymétrique.

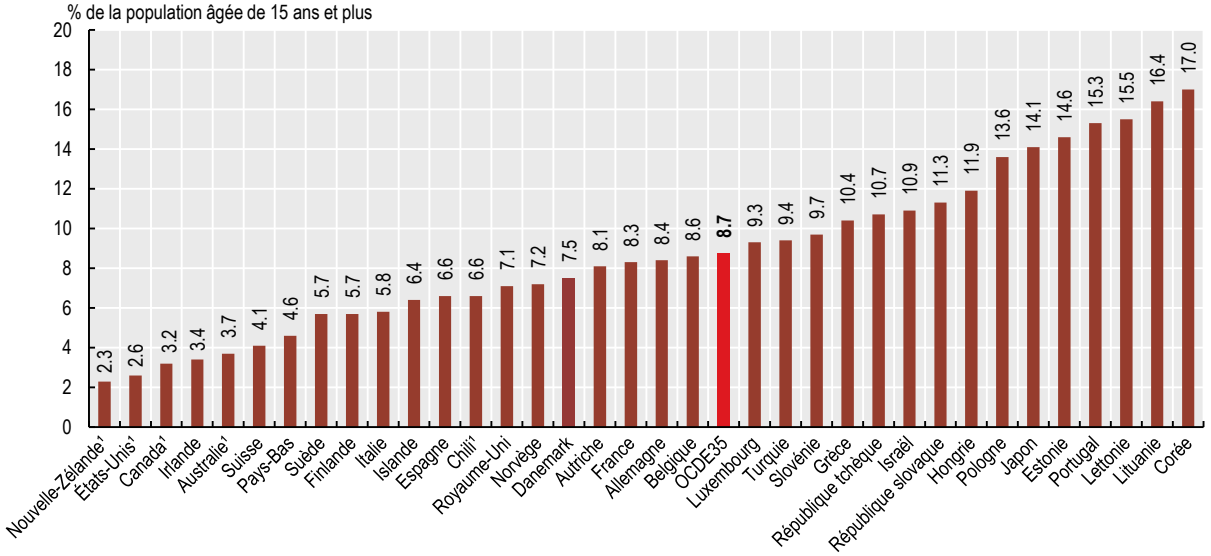
L'état de santé perçu par niveau de revenu concerne le premier et le cinquième quintiles (respectivement les 20 % de revenus les plus faibles et les 20 % les plus élevés). Suivant les enquêtes, le revenu considéré est celui de l'individu ou celui du ménage (auquel cas il s'agit d'un revenu « équivalent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

Références

[2] Lumsdaine, R. et A. Exterkate (2013), « How survey design affects self-assessed health responses in the survey of health, ageing and retirement in Europe », *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307.

[1] Palladino, R. et al. (2016), « Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries », *Age and Ageing*, vol. 45, pp. 431-435.

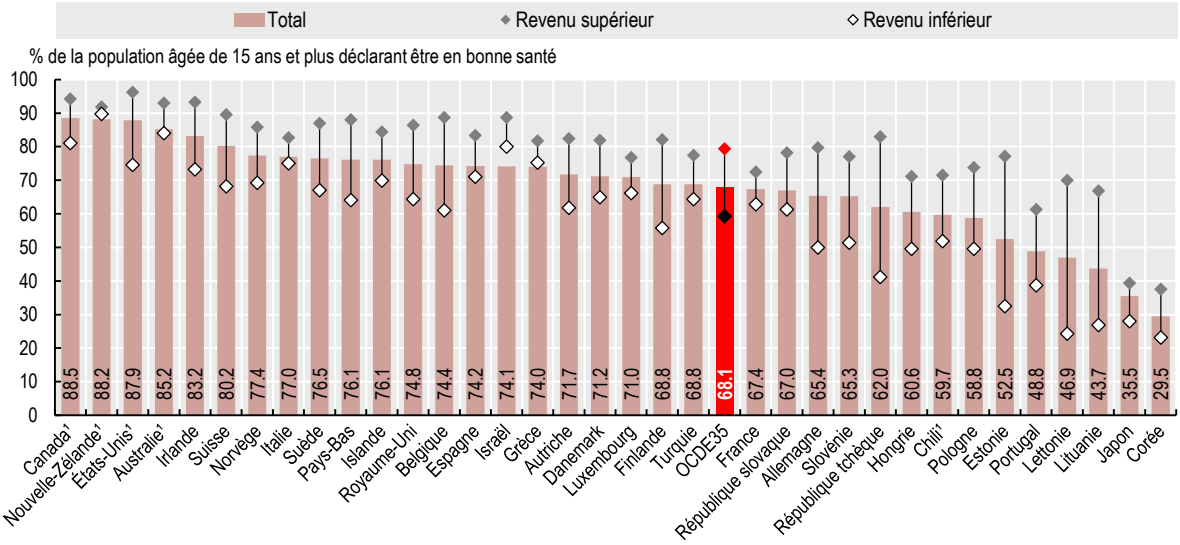
Graphique 3.23. **Adultes s'estimant en mauvaise ou en très mauvaise santé, 2017 (ou année la plus proche)**



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 vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067793

Graphique 3.24. **Adultes s'estimant en bonne ou en très bonne santé, par niveau de revenu, 2017 (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 vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067812





4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Tabagisme chez les adultes

Consommation d'alcool chez les adultes

Consommation d'opioïdes

Alimentation et activité physique des adultes

Surpoids et obésité chez les adultes

Surpoids et obésité chez les enfants

Pollution atmosphérique et températures extrêmes

Tabagisme chez les adultes

Le tabagisme est la première cause de nombreuses maladies, notamment de cancers, de crises cardiaques, d'AVC et de maladies respiratoires comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Chez les femmes, il augmente le risque de faible poids à la naissance du nouveau-né et d'accouchement prématuré. Selon les estimations de l'OMS, il tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde, dont plus de 1.2 million de fumeurs passifs et 65 000 enfants (OMS, 2017[1]). Un peu plus de la moitié de ces décès sont intervenus dans quatre pays – Chine, Inde, États-Unis et Fédération de Russie. Ces dernières décennies, le tabagisme a été le principal responsable des années de vie en bonne santé perdues dans 15 pays de l'OCDE, et se classe au deuxième rang dans 16 autres (Forouzanfar, M. et al., 2016[2]).

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 18 % des adultes fument quotidiennement (Graphique 4.1). Les taux de tabagisme s'inscrivent dans une fourchette comprise entre plus de 25 % en Grèce, en Turquie, en Hongrie et en France et moins de 10 % au Mexique et en Islande. Dans les pays partenaires clés de l'OCDE, on observe des taux très élevés en Indonésie (40 %) et en Fédération de Russie (30 %), et de 10 % ou moins au Costa Rica. Les hommes fument davantage que les femmes dans tous les pays à l'exception de l'Islande – en moyenne, dans l'OCDE, 23 % des hommes sont des fumeurs quotidiens, contre 14 % des femmes. L'écart entre les sexes est comparativement élevé en Corée et en Turquie, de même qu'en Indonésie, en Chine et en Fédération de Russie. Les taux les plus élevés de tabagisme masculin sont observés en Indonésie (76 %), en Fédération de Russie (50 %), en Chine (48 %) et en Turquie (40 %) ; ils sont inférieurs à 10 % au Costa Rica et en Islande. S'agissant des femmes, ce sont l'Autriche, la Grèce, le Chili, la France et la Hongrie qui affichent les plus élevés (plus de 20 %) ; la Chine, l'Inde, le Costa Rica, la Corée, le Mexique et l'Indonésie comptent en revanche moins de 5 % de fumeuses.

Le taux de tabagisme quotidien a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie, passant de 23 % en moyenne en 2007 à 18 % en 2017 (Graphique 4.2). En République slovaque et en Autriche, en revanche, il a légèrement augmenté. Il a également progressé en Indonésie. La plus forte baisse est observée en Grèce, qui précède l'Estonie, l'Islande et la Norvège.

Les personnes les moins instruites sont les plus susceptibles de fumer dans tous les pays hormis la Grèce, l'écart moyen étant de 8 points de pourcentage en 2017 (Graphique 4.3). Les écarts les plus marqués sont observés en Estonie et en Hongrie (16 points environ) ; ils sont en revanche relativement faibles au Portugal, en Bulgarie, en Lituanie, et en Turquie (moins de 2 points).

L'augmentation des taxes sur le tabac est l'un des moyens les plus efficaces de réduire le tabagisme. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le prix du tabac est constitué à plus de 50 % de taxes. D'autres mesures importantes sont l'affichage d'avertissements sanitaires sur les paquets de tabac, l'interdiction des informations promotionnelles et trompeuses, et la neutralité des emballages. Les campagnes de sensibilisation et l'aide aux fumeurs, notamment les thérapies de substitution de la nicotine et les conseils de sevrage tabagique, contribuent également à réduire le tabagisme.

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 consommation de produits du tabac non destinés à être fumés (comme le tabac à priser en Suède) n'est pas prise en compte. Cet indicateur est plus représentatif de la population de fumeurs que le nombre moyen de cigarettes fumées par jour. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé).

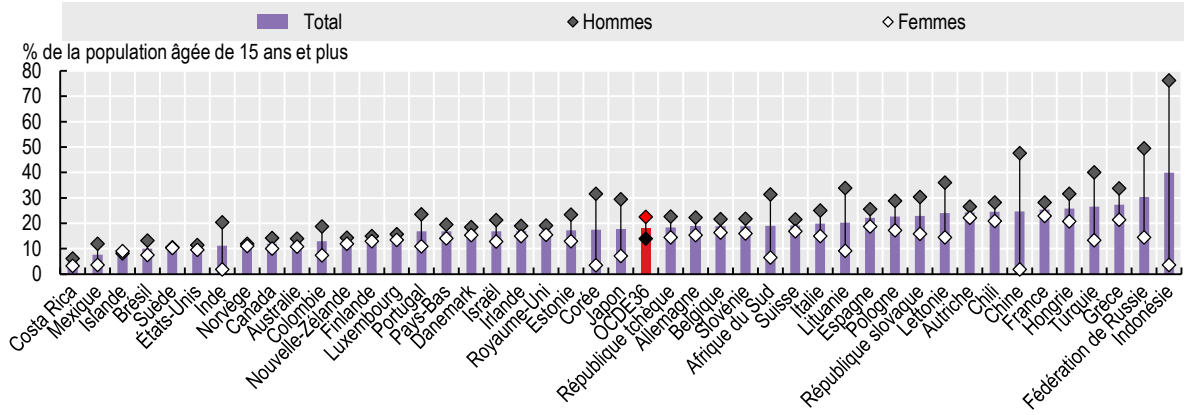
Les chiffres relatifs aux différences de consommation quotidienne de tabac selon le niveau d'instruction proviennent de l'Enquête européenne sur la santé (EHIS) conduite en 2014 dans les pays de l'Union européenne. Les données communiquées par les États-Unis et le Canada proviennent respectivement de la *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) de 2016 et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2015-2016. Cette dernière renseigne uniquement sur le nombre de cigarettes fumées par jour.

Références

[2] Forouzanfar, M. et al. (2016), « Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, Vol. 388/10053, pp. 1659-1724, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31679-8*.

[1] OMS (2017), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017*.

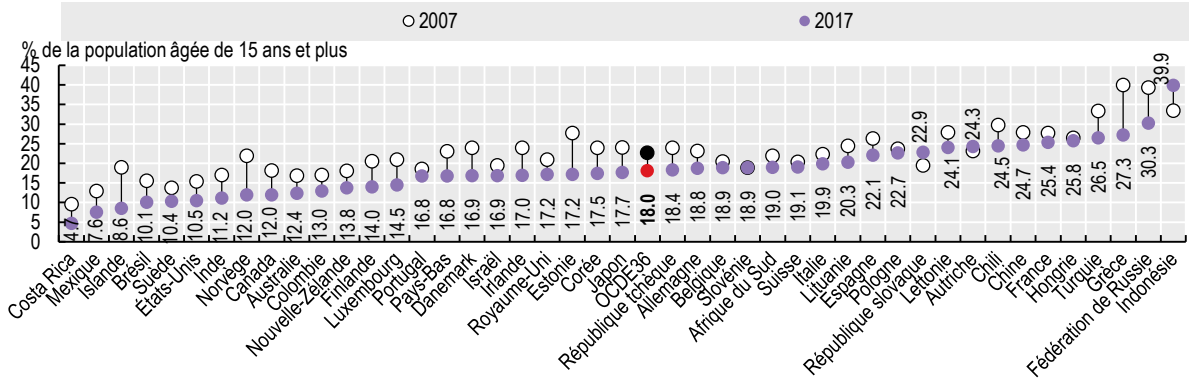
Graphique 4.1. **Population adulte déclarant fumer quotidiennement, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067831

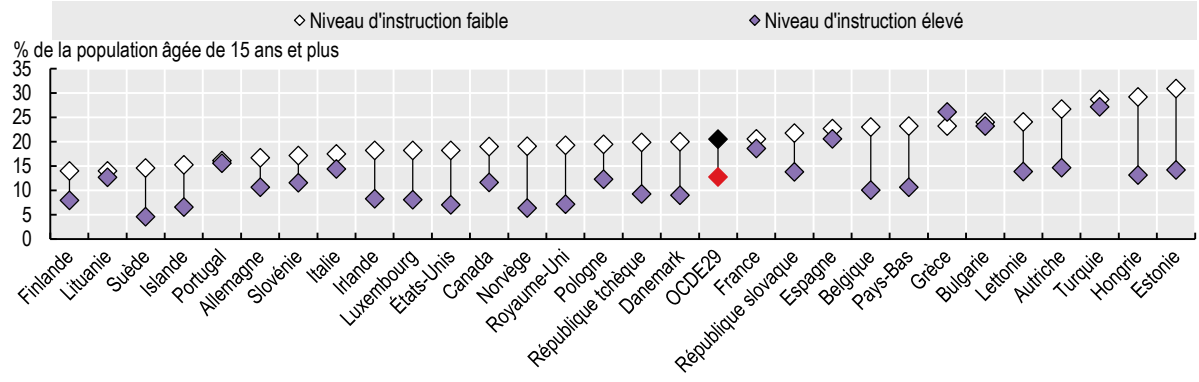
Graphique 4.2. **Population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067850

Graphique 4.3. **Différence de consommation quotidienne de tabac entre le niveau d'instruction le plus élevé et le plus faible, 2016 (ou année la plus proche)**



Source : EHIS 2014 pour l'Europe ; MEPS 2016 pour les États-Unis ; et ESCC 2015-2016 pour le Canada.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067869

Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde, en particulier chez la population d'âge actif. Elle aurait été à l'origine de 7 % des décès masculins et de 2 % des décès féminins en 2016 dans le monde (Griswold et al., 2018[1]). Une consommation élevée d'alcool est un facteur de risque considérable pour les maladies cardiaques et les AVC, les cirrhoses du foie et certains cancers mais, même modérée ou faible, elle en accentue le risque à long terme. L'alcool augmente en outre les taux d'accidents et de traumatisme, de violence, d'homicide, de suicide et de troubles mentaux, plus que n'importe quelle autre substance psychoactive, et particulièrement chez les jeunes.

La consommation globale d'alcool, mesurée par le volume des ventes, a été en moyenne de 8.9 litres par personne dans les pays de l'OCDE en 2017, chiffre qui marque un recul par rapport à 2007 (10.2 litres) (Graphique 4.4). C'est la Lituanie qui a enregistré la plus forte consommation (12.3 litres), suivie de l'Autriche, la France, la République tchèque, le Luxembourg, l'Irlande, la Lettonie et la Hongrie (plus de 11 litres par personne). La Turquie, Israël et le Mexique affichent en comparaison de faibles niveaux de consommation (moins de 5 litres). Parmi les pays partenaires clés de l'OCDE, la consommation est relativement élevée en Fédération de Russie (11.1 litres), et faible en Indonésie, en Inde, au Costa Rica et en Colombie (moins de 5 litres). La consommation moyenne a reculé dans 27 pays de l'OCDE entre 2007 et 2017, les baisses les plus fortes étant observées en Israël, en Estonie, en Grèce et au Danemark (de 3 litres ou plus). Elle a aussi notablement diminué en Fédération de Russie (de 7 litres). Elle a en revanche augmenté de plus d'un litre par personne en Chine et en Inde, et de plus de 0.5 litre au Chili.

Si la consommation globale d'alcool par habitant est un indicateur utile des évolutions à long terme, elle ne permet pas d'identifier les sous-groupes de la population exposés à des risques liés à des modes de consommation nocifs pour la santé. La consommation excessive et la dépendance à l'alcool comptent pour une proportion importante de la charge de morbidité. Globalement, dans l'OCDE, 3.7 % des adultes étaient dépendants à l'alcool en 2016 (Graphique 4.5). Dans tous les pays, les hommes sont plus susceptibles de présenter une telle dépendance : c'est le cas de 6 % d'entre eux et de 1.6 % des femmes en moyenne. C'est en Lettonie, en Hongrie et en Fédération de Russie que les taux de dépendance sont les plus élevés (plus de 9 % des adultes). Dans ces trois pays, les écarts entre les sexes sont également importants, le taux de dépendance des hommes représentant environ le quintuple de celui des femmes.

La part des consommateurs dépendants ne coïncide pas toujours avec le niveau de consommation global d'alcool, ce qui traduit des différences dans les modes de consommation et dans le diagnostic de la dépendance. La France, par exemple, figurait au troisième rang pour la consommation d'alcool en 2017, mais affichait un taux de dépendance inférieur à la moyenne de l'OCDE. Les États-Unis, en revanche, enregistraient un taux élevé de dépendance en 2016 (7.7 %), mais une consommation correspondant à la moyenne de l'OCDE.

La lutte contre la consommation nocive d'alcool fait appel à la fois à des mesures générales et à des mesures visant les consommateurs excessifs. Tous les pays de l'OCDE appliquent des taxes sur les boissons alcoolisées, mais le niveau de ces taxes varie sensiblement d'un pays à l'autre. Par ailleurs, certains pays ont mis en œuvre des politiques de prix nouvelles, comme le prix minimum de vente par unité d'alcool en Écosse. La publicité a été réglementée dans quasiment tous les pays de l'OCDE, mais l'application de la loi et les médias concernés (presse, panneaux d'affichage, internet et télévision) diffèrent. En Norvège, en Lituanie et en Suède, par exemple, les publicités télévisuelles sont totalement proscrites, y compris sur les réseaux sociaux, alors que d'autres pays appliquent des interdictions partielles. D'autres mesures couramment appliquées consistent à limiter l'offre de boissons alcoolisées et les horaires de vente, à imposer un âge minimum légal, et à lutter contre l'alcool au volant (OCDE, 2015[1]).

Définition et comparabilité

La consommation d'alcool enregistrée est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres par personne âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé). La méthode utilisée pour convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantité d'alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les statistiques officielles ne rendent pas compte de la consommation d'alcool non enregistrée, par exemple celle liée à la production domestique. En Estonie, les données sont ajustées pour prendre en compte la consommation touristique et la consommation non déclarée. Dans certains pays (comme le Luxembourg), le volume national des ventes ne reflète pas précisément la consommation réelle des résidents car les achats des non-résidents peuvent créer un décalage important entre les ventes et la consommation nationales. La consommation d'alcool au Luxembourg est donc estimée à la moyenne de la consommation en France et en Allemagne.

La dépendance à l'alcool correspond au code F10.2 de la CIM-10 pour les adultes âgés de plus 15 ans au cours d'une année civile donnée. Le numérateur est le nombre d'adultes (entre 18 et 65 ans) diagnostiqués F10.2 au cours d'une année civile, le dénominateur le nombre d'habitants de plus de 15 ans au milieu de la même année civile. L'OMS rend également compte des troubles liés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus sous forme de prévalence sur 12 mois, mesure qui couvre à la fois la dépendance à l'alcool et l'utilisation nocive de l'alcool (code F10.1 dans la CIM-10).

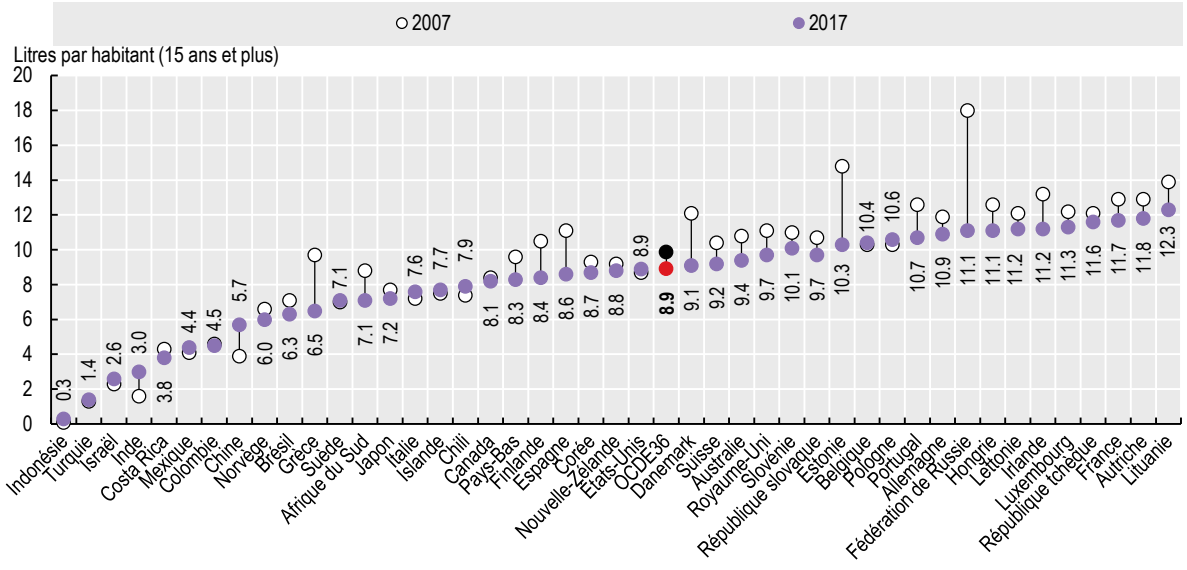
Références

[2] Griswold, M. et al. (2018), « Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 », *The Lancet*, vol. 392/10152, pp. 1015-1035, *https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2*.

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

[3] OMS (2018), *Global Status Report on Alcohol and Health*.

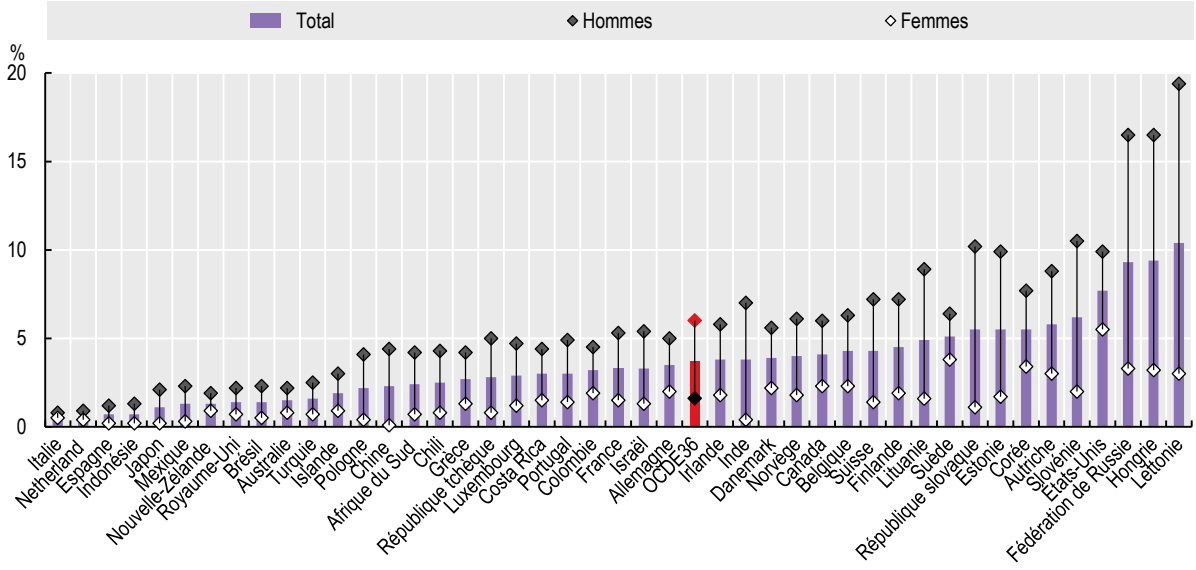
Graphique 4.4. **Consommation d'alcool enregistrée chez les adultes, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067888

Graphique 4.5. **Pourcentage de buveurs dépendants, par sexe, 2016**



Source : *Global Status Report on Alcohol and Health*, OMS 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067907

Consommation d'opioïdes

Les opioïdes sont des analgésiques narcotiques qui sont devenus le traitement de référence de la douleur modérée à intense dans de nombreux pays développés. Dans le même temps, leur utilisation illicite à des fins non médicales a créé des marchés mondiaux illégaux sur lesquels ils sont commercialisés en nombre croissant. Le Canada et les États-Unis ont connu ces dernières années une crise des opioïdes, alimentée par la consommation grandissante de produits synthétiques comme le fentanyl et le carfentanil. L'usage problématique des opioïdes se répand également en Australie et dans certains pays européens, sous l'effet d'une hausse des taux de prescription (voir l'indicateur « Sécurité des soins primaires – les prescriptions » au chapitre 6) et du développement d'un marché illégal dynamique de médicaments (OCDE, 2019[1]).

Si l'accès aux opioïdes sur ordonnance est insuffisant dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, il en va tout autrement dans les pays de l'OCDE, où la disponibilité de ces analgésiques n'a cessé de croître. Dans l'OCDE, ce sont les États-Unis qui affichent la disponibilité par habitant la plus élevée, suivis de l'Allemagne et du Canada, les taux les plus faibles étant observés au Mexique, au Chili et en Colombie. C'est au cours des années 2000 que la disponibilité des opioïdes analgésiques a enregistré la plus forte progression : 59 % en moyenne entre 2002-04 et 2005-07, et près de 110 % sur l'ensemble de la décennie. Plus récemment, entre 2011-13 et 2014-16, son taux de croissance a diminué pour atteindre en moyenne 5.4 %. En termes absolus, les plus fortes hausses de la disponibilité par personne ont été observées en Israël, au Royaume-Uni et en Allemagne, les baisses les plus prononcées aux États-Unis, au Danemark et au Luxembourg (Graphique 4.6).

Les décès liés aux opioïdes sont un indicateur clé qui rend compte des conséquences de l'usage problématique de ces produits, qu'il s'agisse de médicaments légaux délivrés sur ordonnance ou de substances illicites (comme l'héroïne). En 2016, on en a recensé en moyenne 26 par million d'habitants dans les 25 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (Graphique 4.7). La fréquence est néanmoins cinq fois plus élevée aux États-Unis (131), suivis de près par le Canada (120). Le nombre de décès a augmenté d'environ 20 % depuis 2011, tout particulièrement aux États-Unis, en Suède, au Canada, en Angleterre et au Pays de Galles, et en Lituanie. Aux États-Unis, près de 400 000 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes entre 1999 and 2017 ; la crise des opioïdes a contribué au premier recul de l'espérance de vie observé en plus d'un demi-siècle.

Les pays mettent en œuvre plusieurs stratégies pour lutter contre l'usage problématique des opioïdes, et font appel à des stratégies globales qui mobilisent différents secteurs : services de santé, services sociaux, services de répression, systèmes de données et recherche. Les autorités se sont efforcées d'améliorer les pratiques de prescription d'opioïdes moyennant des directives cliniques fondées sur des données probantes, des formations, la surveillance des prescriptions d'opioïdes, et la réglementation des relations commerciales et financières avec les fabricants. Du matériel pédagogique et des interventions de sensibilisation ont été mis au point à l'intention des patients et du grand public. La couverture des traitements médicamenteux de longue durée a été élargie pour les patients souffrant d'un trouble lié aux opioïdes, en association avec des services spécialisés dans les maladies infectieuses et des interventions psychosociales. De nombreux pays ont également mis en œuvre des mesures de réduction des risques – antidotes aux surdoses, programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, et salles de consommation sous supervision médicale. Des programmes de recherche visant à stimuler l'innovation en matière de prise en charge de la douleur et de traitement des troubles liés aux opioïdes ont par ailleurs été lancés (OCDE, 2019[1]).

Définition et comparabilité

La disponibilité des opioïdes analgésiques correspond aux quantités que l'autorité nationale compétente de chaque pays estime nécessaires et utilisées chaque année (y compris les médicaments déclarés détruits, les pertes pendant la fabrication, etc.). L'Organe international de contrôle des stupéfiants vérifie ces informations au moyen des notifications d'exportations et d'importations. La S-DQD (dose quotidienne définie à usage statistique) est une unité de mesure technique. Il ne s'agit pas d'une posologie recommandée. En l'absence de doses normalisées internationalement acceptées pour les médicaments opioïdes, elle fournit une mesure approximative qui permet de classer les pays en fonction de leur consommation. Les niveaux d'utilisation, exprimés en S-DQD par million d'habitants et par jour, sont calculés selon la formule suivante : consommation annuelle divisée par 365 jours, divisée par la population, en millions d'habitants, du pays ou territoire concerné durant l'année considérée, divisée par la dose quotidienne définie (Berterame et al., 2016[2]). Les opioïdes analgésiques comprennent la codéine, le dextropropoxyphène, la dihydrocodéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la morphine, la cétobémidone, l'oxycodone, la péthidine, la tilidine et la trimépéridine. Ils ne comprennent pas les opioïdes illicites. Ces chiffres ne rendent pas directement compte de la consommation d'opioïdes analgésiques dans les pays, mais de leur disponibilité globale à différentes fins, l'utilisation médicale en étant la plus forte composante.

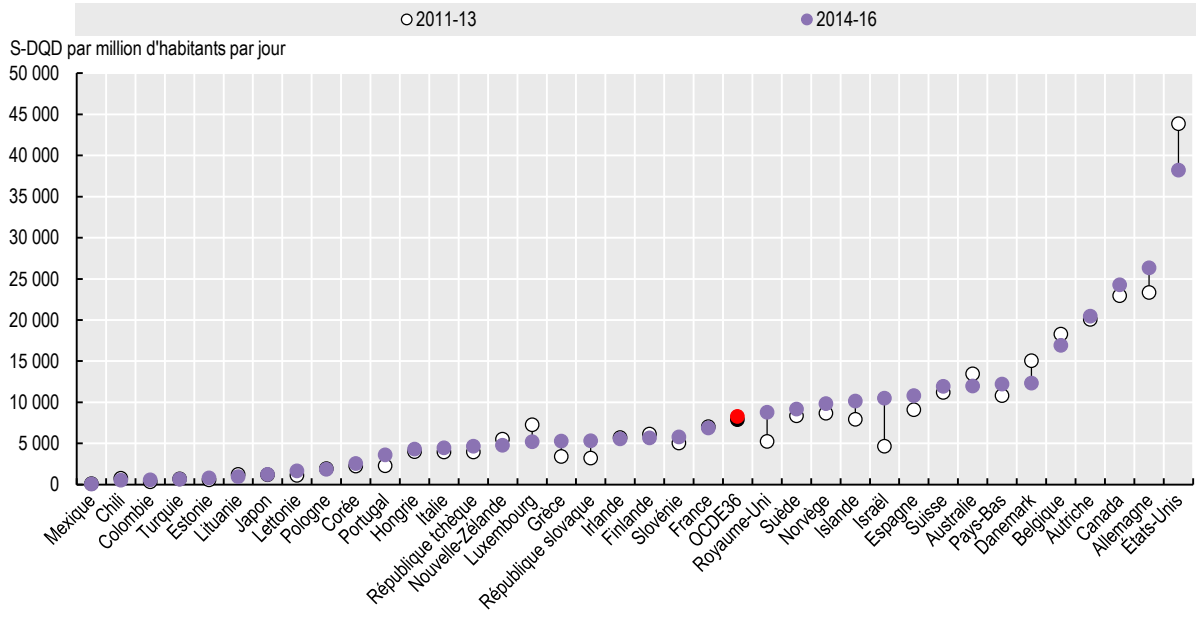
Pour les pays européens, les décès liés aux opioïdes sont recensés et communiqués à l'OCDE par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Ces chiffres ont été complétés par des données directement communiquées par les pays à l'OCDE au moyen d'une version adaptée du questionnaire de l'OEDT.

Références

[2] Berterame, S. et al. (2016), « Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study », *The Lancet*, vol. 387, n°10028, pp. 1644-1656, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00161-6*.

[1] OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en*.

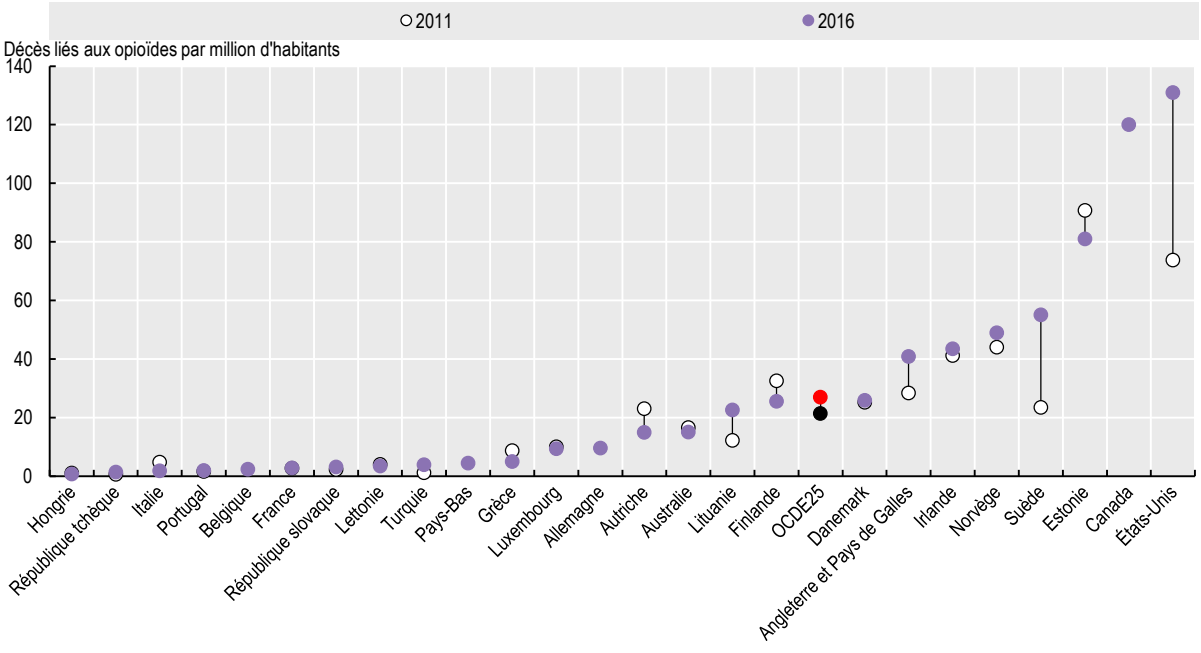
Graphique 4.6. **Disponibilité des opioïdes analgésiques, 2011-13 et 2014-16**



S-DQD : Doses quotidiennes définies à usage statistique.
Source : INCB 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067926

Graphique 4.7. **Décès liés aux opioïdes, 2011 et 2016 (ou année la plus proche)**



Note : Les données pour le Canada correspondent à l'année 2018.
Source : OEDT pour les pays européens et réponses des pays au questionnaire 2018 de l'OCDE sur les opioïdes.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067945

Alimentation et activité physique des adultes

Une alimentation saine va de pair avec une amélioration de l'état de santé. Les adultes qui mangent beaucoup de fruits et de légumes et évitent graisses, sucres et sel/sodium présentent moins de risques de contracter des maladies cardiovasculaires et certains types de cancer (Graf et Cecchini, 2017[1]). Un régime alimentaire sain peut aussi diminuer la probabilité de surpoids ou d'obésité. En 2017, la consommation insuffisante de fruits et de légumes aurait été à l'origine de 3.9 millions de décès dans le monde (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018[2]).

Globalement, dans les pays de l'OCDE, plus de la moitié (57 %) des adultes ont consommé au moins un fruit par jour en 2017 (Graphique 4.8). Les chiffres les plus élevés pour cet indicateur (supérieurs à 75 %) sont observés en Australie, en Espagne, en Nouvelle-Zélande et en Italie. Ils sont en revanche inférieurs à 40 % au Chili, en Finlande et en Lettonie. Dans tous les pays, hormis l'Espagne, les femmes sont les plus susceptibles de manger des fruits chaque jour. C'est en Finlande et en Autriche que l'écart entre les sexes est le plus important à cet égard (plus de 20 points de pourcentage).

La consommation de légumes parmi la population est analogue à celle des fruits : 60 % des adultes, en moyenne, en consomment quotidiennement dans l'OCDE. Les taux les plus élevés sont relevés en Australie, en Corée, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, où ils sont partout supérieurs à 90 % (Graphique 4.9). À l'autre extrémité du spectre, en dessous de 35 %, c'est en Allemagne et aux Pays-Bas qu'ils sont le plus faibles. Comme pour les fruits, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de manger au moins une portion de légumes par jour (65 % contre 54 % en moyenne). Leur consommation quotidienne de légumes est systématiquement plus élevée, sauf en Corée et aux États-Unis, où l'écart entre les sexes est négligeable.

L'activité physique est aussi une composante importante d'un mode de vie sain. Sa pratique régulière a des effets bénéfiques sur la santé osseuse et fonctionnelle, et réduit le risque de diverses maladies non transmissibles et de dépression (Warburton et Bredin, 2017[3]). Les progrès technologiques dans plusieurs domaines – transports, communications et divertissement par exemple – ont contribué à son recul (Graf et Cecchini, 2017[1]).

Deux adultes sur trois environ (66 %) respectent les recommandations en matière d'activité physique modérée si l'on prend la moyenne de 23 pays de l'OCDE (Graphique 4.10). C'est en Suède, en Islande, en Norvège et au Danemark que l'on est le plus enclin à pratiquer une activité physique suffisante (plus de 75 % des adultes le font). En Italie et en Espagne, en revanche, moins de la moitié de la population adulte a une activité physique d'intensité modérée suffisante au regard des préconisations. Les hommes sont plus susceptibles de pratiquer une activité physique que les femmes dans les 23 pays de l'OCDE présentant des données comparables, sauf au Danemark.

Définition et comparabilité

La consommation de fruits et de légumes correspond à la proportion d'adultes qui consomment au moins un fruit ou un légume par jour, à l'exclusion des jus et des pommes de terre. Les estimations de la consommation de fruits et de légumes sont établies à partir d'enquêtes nationales de santé, les données étant autodéclarées (avec de légères variations de la période considérée ; pour en savoir plus, voir les notes par pays sur OECD.Stat relatives aux définitions, aux sources et aux méthodes).

Les données relatives à l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande résultent de questions portant sur les quantités consommées ; il se peut donc que les chiffres soient surestimés. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé).

L'indicateur relatif à l'activité physique d'intensité modérée se rapporte à une pratique de 150 minutes au moins par semaine. Les estimations se fondent sur les réponses des participants à l'Enquête européenne sur la santé de 2014 (EHIS), qui associe l'activité physique liée au travail et celle de loisir (le vélo comme moyen de transport ou comme activité sportive). La marche en tant que mode de déplacement n'en fait pas partie.

Références

[2] Global Burden of Disease Collaborative Network (2018), *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, États-Unis.

[1] Graf, S. et M. Cecchini (2017), « Diet, physical activity and sedentary behaviours : Analysis of trends, inequalities and clustering in selected OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 100, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/54464f80-en*.

[3] Warburton, D. et S. Bredin (2017), « Health benefits of physical activity », *Current Opinion in Cardiology*, Vol. 32, n° 5, pp. 541-556, *http://dx.doi.org/10.1097/hco.0000000000000437*.

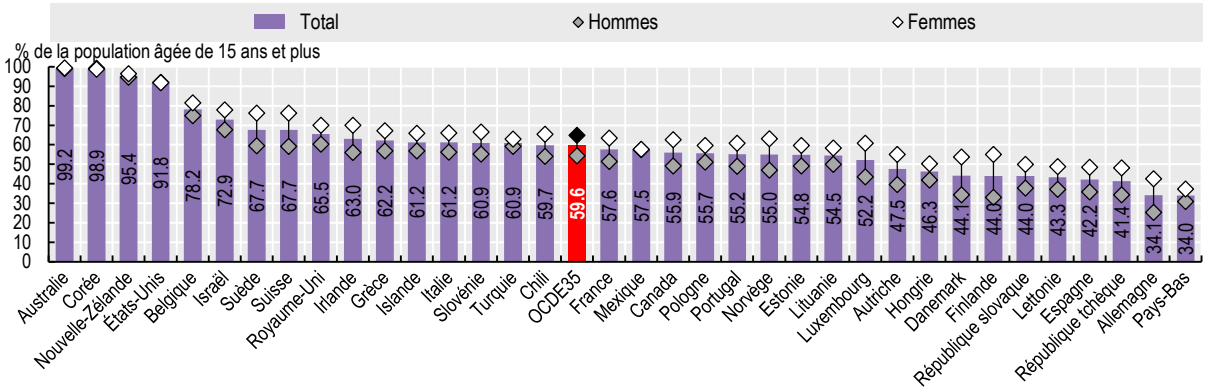
Graphique 4.8. **Consommation quotidienne de fruits chez les adultes, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067964

Graphique 4.9. **Consommation quotidienne de légumes chez les adultes, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934067983

Graphique 4.10. **Activité physique hebdomadaire modérée chez les adultes, par sexe, 2014**



Source : Eurostat EHIS 2014.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068002

Surpoids et obésité chez les adultes

La surcharge pondérale (pré-obésité et obésité) est un facteur de risque majeur pour diverses maladies non transmissibles, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. La consommation d'aliments à forte teneur en calories et les modes de vie de plus en plus sédentaires ont favorisé l'augmentation des taux d'obésité mondiaux. C'est chez les jeunes adultes que cette hausse a été la plus forte ; elle a touché toutes les catégories de la population, en particulier les femmes et les personnes peu instruites (Afshin et al., 2017[1]). Le nombre de décès dus à un indice de masse corporelle (IMC) élevé a été estimé à 4.7 millions à l'échelle mondiale (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018[2]).

D'après les données mesurées, 58 % des adultes en moyenne étaient en surpoids ou obèses en 2017 dans les 23 pays de l'OCDE présentant des données comparables (Graphique 4.11). Au Chili, au Mexique et aux États-Unis, ce chiffre était supérieur à 70 %. Au Japon et en Corée, en revanche, moins de 35 % des adultes étaient concernés. Les données communiquées par les 13 autres pays de l'OCDE sont auto-déclarées, les taux de surcharge pondérale étant compris entre 42 % en Suisse et 65 % en Islande. Néanmoins, ces estimations sont généralement inférieures à celles fondées sur des données mesurées, et leur degré de fiabilité est moindre. Dans les deux cas (données mesurées et auto-déclarées), les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être en surpoids.

Le pourcentage d'adulte en surcharge pondérale augmente régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE depuis le début des années 2000, y compris dans les pays où il est relativement faible (Graphique 4.12). Au Japon et en Corée, il a ainsi progressé de 2.1 et 4.2 points de pourcentage, respectivement, entre 2000 et 2017. Dans les pays où une proportion relativement importante de la population adulte est en surpoids, la progression est comprise entre 2.3 points de pourcentage au Canada, et 11.9 au Chili.

Les adultes qui ont un faible niveau d'instruction sont plus susceptibles d'accuser un surpoids que les diplômés de l'enseignement supérieur dans les 27 pays de l'OCDE examinés (Graphique 4.13). C'est au Luxembourg, en Espagne et en France que l'écart entre les deux groupes est le plus prononcé (plus de 15 points de pourcentage).

Les pays membres de l'OCDE ont mis en œuvre diverses mesures réglementaires et non réglementaires pour réduire les taux de surcharge pondérale parmi la population. On citera notamment les campagnes médiatiques destinées à sensibiliser le public aux bienfaits d'une alimentation saine ; la promotion de l'éducation et des compétences nutritionnelles ; les taxes « comportementales » sur les aliments et boissons à forte teneur énergétique pour en décourager la consommation ; l'étiquetage des produits alimentaires pour indiquer leur valeur nutritionnelle ; et des accords avec l'industrie alimentaire pour améliorer la valeur nutritionnelle des produits. Les responsables publics envisagent par ailleurs des mesures pour agir sur les déterminants sociaux du surpoids. Aux États-Unis, par exemple, la *Healthy Food Financing Initiative* vise à améliorer l'accès à des aliments sains dans les zones mal desservies. En dépit de ces efforts, l'épidémie de surpoids n'a pas reculé, ce qui témoigne de la complexité du problème (OCDE, 2019[3]).

Définition et comparabilité

Le surpoids est défini comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, ce qui présente un risque pour la santé. 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, les adultes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur ou égal à 25 sont pré-obèses, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal à 30 sont obèses. Les données proviennent de sources nationales et peuvent ainsi différer de celles présentées dans la publication OCDE sur l'obésité (2019), tirées de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS, et qui présentent des estimations standardisées par âge et autres différences méthodologiques. Le surpoids regroupe la pré-obésité et l'obésité. Le calcul de l'IMC est le même pour les deux sexes et pour les adultes de tous âges. Les données peuvent également être recueillies au moyen d'estimations auto-déclarées de la taille et du poids. Les estimations de l'IMC fondées sur les données auto-déclarées sont généralement inférieures à celles fondées sur les données mesurées, et moins fiables.

Le niveau d'instruction le plus bas mentionné au Graphique 4.13 correspond aux personnes ayant quitté l'école sans diplôme secondaire, le plus haut niveau correspond aux personnes titulaires d'un diplôme universitaire ou autre diplôme de l'enseignement supérieur.

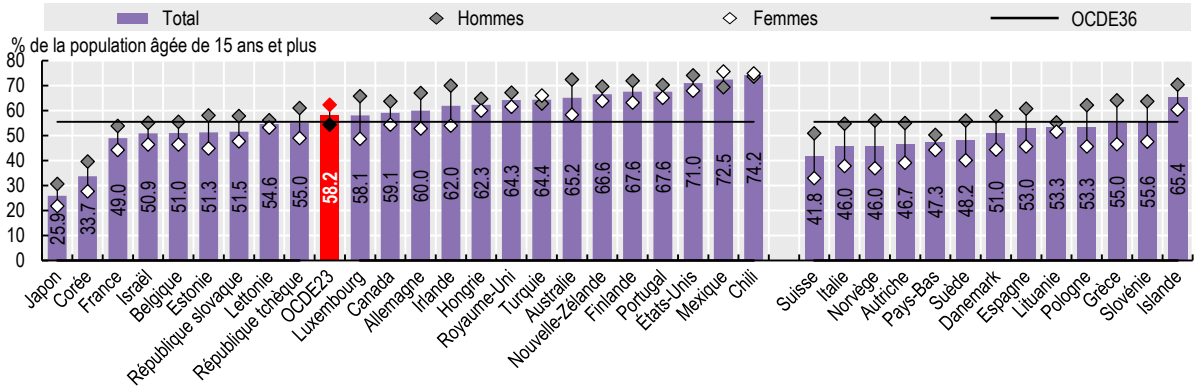
Références

[1] Afshin, A. et al. (2017), « Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years », *The New England Journal of Medicine*, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1614362*.

[2] Global Burden of Disease Collaborative Network (2018), *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results*, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, États-Unis.

[3] OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/67450d67-en*.

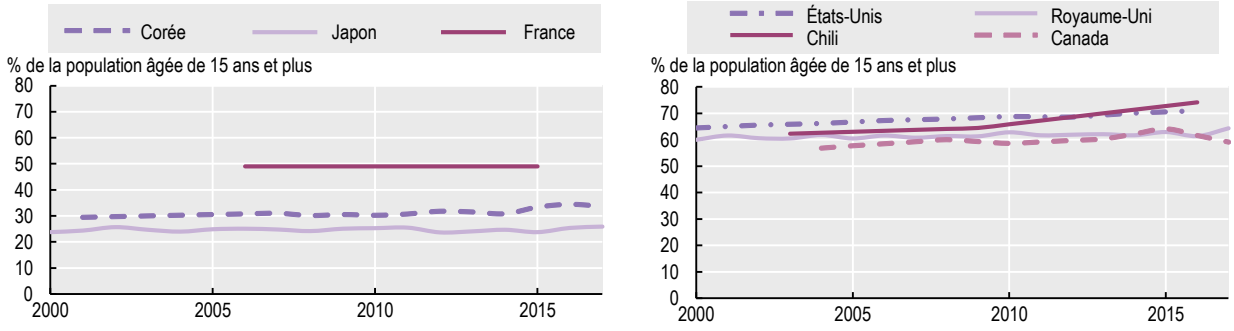
Graphique 4.11. **Surpoids, incluant l'obésité, chez les adultes, par sexe, d'après des données mesurées ou auto-déclarées, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : A gauche, estimations fondées sur les données mesurées ; à droite, estimations fondées sur les données auto-déclarées. La moyenne des 36 pays de l'OCDE (OCDE36) a été calculée à partir des deux types de données.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068021

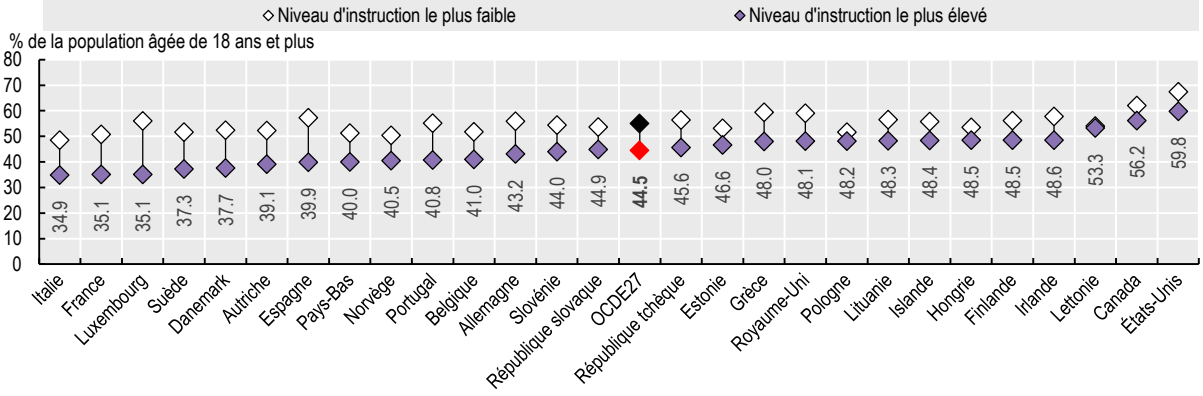
Graphique 4.12. **Évolution du surpoids, incluant l'obésité, dans une sélection de pays, données mesurées, 2000-17 (ou année la plus proche)**



Note : L'interpolation linéaire a été employée pour compléter les données manquantes sur cette période.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068040

Graphique 4.13. **Écarts de surpoids, incluant l'obésité, par niveau d'instruction, données auto-déclarées, 2014**



Source : EHIS-2 et estimations de l'OCDE sur la base de données d'enquêtes de santé nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068059

Surpoids et obésité chez les enfants

Les taux de surpoids infantile, pré-obésité et obésité comprises, progressent partout dans le monde. Des facteurs environnementaux, les modes de vie, la constitution génétique et la culture sont autant d'éléments qui peuvent être à l'origine de la surcharge pondérale chez les enfants. Les enfants obèses risquent davantage de souffrir d'hypertension et de troubles métaboliques. Sur le plan psychologique, l'obésité peut engendrer une mauvaise image de soi, des troubles alimentaires et des états dépressifs. Elle peut en outre faire obstacle à la participation de l'enfant aux activités éducatives et récréatives. L'obésité infantile est particulièrement préoccupante en ce qu'elle est un bon prédicteur de l'obésité chez l'adulte, laquelle est associée au diabète, aux maladies cardiaques et à certains types de cancer (Bösch et al., 2018[1] ; OCDE, 2019[2]).

Près d'un tiers (31 %) des enfants âgés de 5 à 9 ans vivant dans les pays de l'OCDE sont en surpoids (Graphique 4.14). Aux États-Unis, en Italie, en Nouvelle-Zélande et en Grèce, ce chiffre dépasse 40 %. Il est en revanche inférieur à 25 % au Japon, en Estonie, en Lituanie, en Suisse et en Lettonie. La proportion de garçons souffrant de surpoids est supérieure à celle des filles dans 38 des 43 pays de l'OCDE et pays partenaires clés considérés. La Chine, la Corée, la Pologne, la République tchèque et la République slovaque sont les pays qui affichent les plus grandes disparités entre les sexes (plus de 10 points de pourcentage). Celles-ci sont en revanche faibles au Portugal et au Royaume-Uni (moins d'un point).

Dans 35 pays de l'OCDE, le taux d'enfants en surpoids est passé de 20.5 % à 31.4 % entre 1990 et 2016 (Graphique 4.15). La Belgique est le seul pays où il a baissé, quoique marginalement. Les hausses les plus prononcées sont observées en Hongrie, en Pologne, en Turquie, en Slovénie et en République slovaque, où les taux ont augmenté de plus de 100 %. À l'autre extrémité du spectre, une progression de 25 % ou moins a été enregistrée en Suède, en Israël, en Islande, au Japon et au Danemark. Des évolutions analogues ont été constatées dans des pays non membres de l'OCDE. Dans ces pays, la hausse a généralement été plus forte, ce qui tient à un niveau de départ relativement faible. À titre d'exemple, la proportion d'enfants en surpoids et obèses a progressé de plus de 600 % en Indonésie, en Afrique du Sud et en Inde, mais les taux de départ étaient respectivement de 2.4 %, 2.3 %, et 1 % à peine.

L'obésité infantile est un problème complexe et ses causes sont diverses. C'est pourquoi les politiques mises en œuvre pour lutter contre ce phénomène font appel à un éventail de mesures complémentaires qui mobilisent la participation des pouvoirs publics, des responsables locaux, des établissements scolaires, des professionnels de santé et du secteur privé. Les mesures couramment appliquées pour modifier les comportements individuels ou l'environnement obésogène consistent à durcir la réglementation de la publicité faite aux boissons et aliments malsains destinés aux enfants, à améliorer l'accès aux parcs et aires de jeux, à faire évoluer la formulation des produits alimentaires et à intervenir sur les prix pour favoriser un mode de vie sain (OCDE, 2019[2]).

Définition et comparabilité

Les taux de surpoids et d'obésité infantiles ont été calculés au moyen de l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC est obtenu en divisant le poids (en kilogrammes) par le carré de la taille (en mètres).

Un enfant est considéré en surpoids si son IMC est supérieur d'un écart-type à la médiane, d'après les normes de croissance infantile de l'Organisation mondiale de la santé. Un enfant dont l'IMC est supérieur de deux écarts-types à cette médiane est considéré obèse.

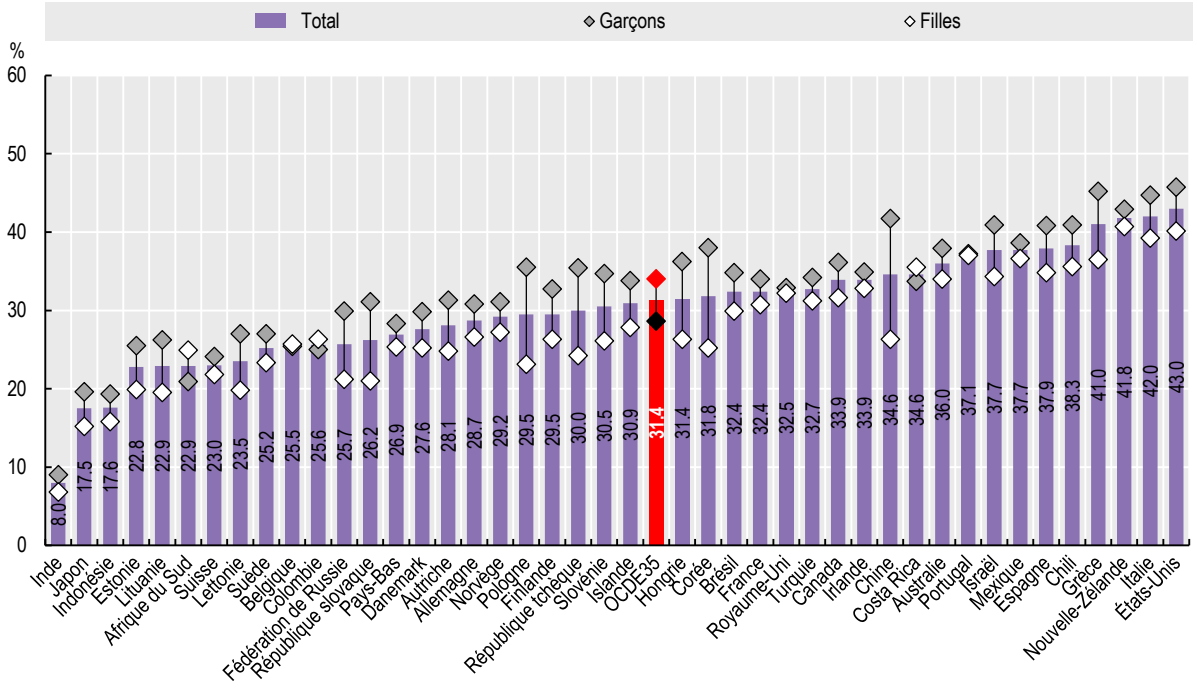
Références

[1] Bösch, S. et al. (2018), *Taking Action on Childhood Obesity*, Organisation mondiale de la santé et Féderation mondiale de l'obésité, Genève, *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?ua=1*.

[2] OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/67450d67-en*.

[3] OCDE (2017), *Obesity Update*, OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf*.

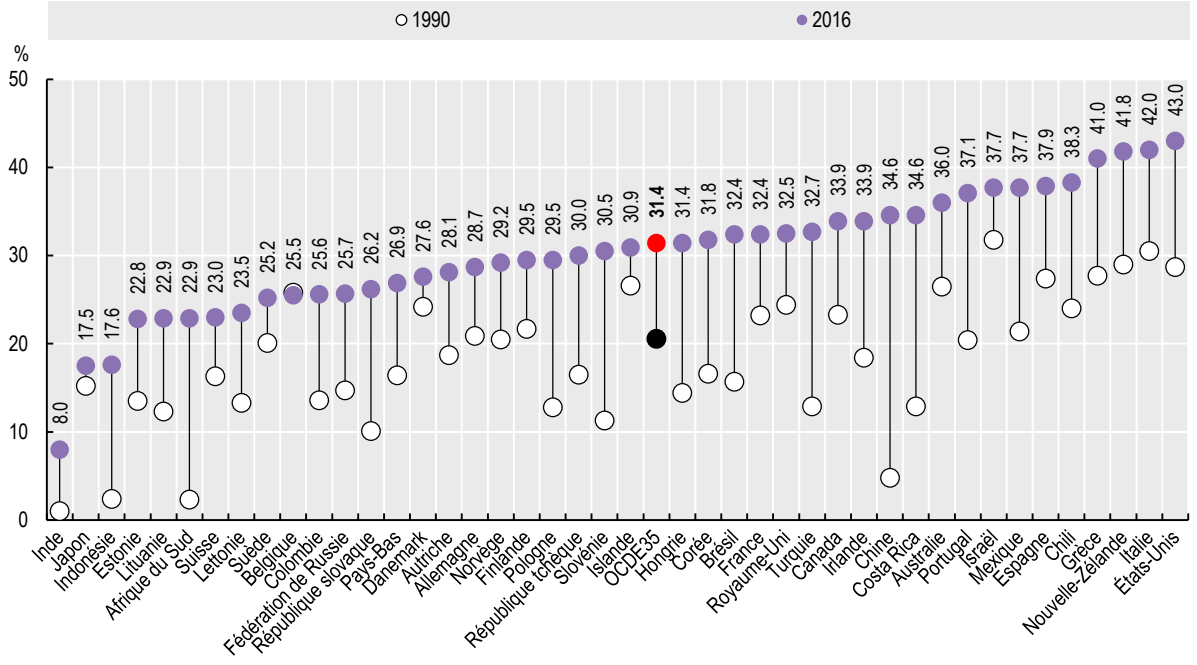
Graphique 4.14. **Surpoids, incluant l'obésité, chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, par sexe, 2016**



Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068078

Graphique 4.15. **Évolution du surpoids, incluant l'obésité, chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, 1990-2016**



Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068097

Pollution atmosphérique et températures extrêmes

Le changement climatique est l'un des plus grands défis auxquels sont confrontées les générations actuelles et futures. Il est lié à divers problèmes environnementaux, dont la pollution atmosphérique et les températures extrêmes. La pollution atmosphérique est déjà une cause importante de mortalité et d'invalidité, et ses conséquences seront sans doute encore plus graves à l'avenir si des mesures appropriées ne sont pas mises en œuvre. Selon les projections, la pollution de l'air extérieur pourrait provoquer de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, dans le monde, à l'horizon 2060 ; par ailleurs, les arrêts-maladie, les dépenses de santé et la baisse de la production agricole en résultant pourraient se traduire par une perte de PIB mondial de 1 % (OCDE, 2015[1]).

Dans les pays de l'OCDE, la pollution de l'air ambiant (extérieur) et à l'intérieur des habitations (air intérieur), a été responsable d'environ 40 décès pour 100 000 habitants en 2016 (Graphique 4.16). Les taux de mortalité sont compris entre plus de 80 décès pour 100 000 habitants en Lettonie, en Hongrie et en Lituanie et moins de 15 en Nouvelle-Zélande et au Canada. Parmi les pays partenaires, ils sont particulièrement élevés en Inde et en Chine (140 environ), et également supérieurs à ceux de la plupart des pays de l'OCDE en Fédération de Russie et en Indonésie.

Les températures extrêmes sont une autre conséquence du changement climatique. Les fortes chaleurs aussi bien que les froids intenses peuvent provoquer des problèmes de santé, comme cela s'est produit dans certains pays de l'OCDE ces dernières décennies. Les grands froids ont généralement des conséquences plus importantes sur la mortalité que les vagues de chaleur, surtout en Europe de l'Est et dans les pays nordiques. Les canicules sont cependant à l'origine d'un nombre substantiel de décès certaines années. Les températures record enregistrées au cours de l'été 2003, par exemple, ont entraîné la mort d'environ 80 000 personnes en Europe, et les canicules de l'été 2015 ont causé plus de 3 000 décès rien qu'en France.

Les taux de mortalité due aux températures extrêmement froides sont nettement plus élevés en Lituanie, en Lettonie et en Estonie que dans les autres pays de l'OCDE avec plus de 1 400 décès par million d'habitants depuis 2000 (Graphique 4.17). Quoique manifestement liés aux rigueurs naturelles du climat de ces pays, ils ne doivent pas être considérés comme inévitables – le Canada, l'Islande et la Norvège, par exemple, ont recensé moins de 80 décès par million d'habitants au cours de la même période. Il y a lieu de penser que ces décès ont parfois à voir aussi avec une consommation excessive d'alcool. En Finlande, par exemple, 46 % des hommes et 24 % des femmes qui sont morts de froid entre 2015 et 2017 étaient alcoolisés.

La chaleur extrême a été responsable de 82 décès par million d'habitants au Japon, pays qui précède au classement la France (39), la Belgique (28) et les États-Unis (21). Alors que le nombre total de décès dus au froid est resté relativement stable depuis 2000, celui des décès dus aux fortes chaleurs accuse une tendance à la hausse, et a enregistré des niveaux record en 2003 et 2010 (Graphique 4.18).

Des politiques intersectorielles s'imposent pour atténuer les conséquences du changement climatique. Les pays peuvent d'ores et déjà prendre des dispositions pour lutter contre la pollution et ses effets sur la santé, par exemple en créant des partenariats avec différents intervenants internationaux, nationaux et locaux, notamment les autorités municipales et les ministères de l'industrie, de l'environnement, des transports et de l'agriculture. Le gaz en bouteille, par exemple, peut remplacer les combustibles solides pour la cuisine, ce qui diminuerait le nombre de décès dus à la pollution intérieure. La réduction de la culture sur brûlis et celle des émissions des véhicules motorisés et des industries abaisseraient la pollution de l'air extérieur. Les systèmes de santé peuvent également jouer un rôle en se préparant à traiter les nouvelles maladies susceptibles d'apparaître avec l'évolution des conditions climatiques, en promouvant la consommation d'aliments produits durablement et en réduisant l'empreinte carbone des établissements de santé. Les prestataires de services de santé peuvent en outre diminuer l'empreinte environnementale des hôpitaux et des établissements d'accueil médicalisé en encourageant une alimentation plus saine, la réduction des déchets et l'efficacité énergétique (Landrigan et al., 2018[2] ; OCDE, 2017[3]).

Définition et comparabilité

La pollution de l'air à l'intérieur des habitations (air intérieur) résulte de l'utilisation de combustibles polluants, principalement pour la cuisine. La pollution de l'air ambiant (air extérieur) provient des émissions de l'activité industrielle, des ménages, des automobiles et des camions, qui produisent un mélange complexe de polluants atmosphériques dont beaucoup sont nocifs pour la santé. Parmi ces derniers, les particules fines sont ceux qui ont les effets les plus sensibles sur la santé humaine. Les combustibles polluants comprennent les combustibles solides comme le bois, le charbon, les déjections animales, le charbon de bois, les résidus agricoles et le kérosène. La mortalité qui leur est imputable est calculée en associant dans un premier temps les informations relatives à la hausse du risque (ou du risque relatif) de maladie résultant de l'exposition à ces substances à des informations sur l'exposition globale de la population (la concentration moyenne annuelle de particules auxquelles la population est exposée par exemple). En appliquant cette fraction à la charge de morbidité totale (par exemple les maladies cardiopulmonaires exprimées en nombre de décès ou en années de vie corrigées de l'incapacité), on obtient le nombre total de décès résultant de l'exposition à la pollution de l'air intérieur ou extérieur.

Les données sur les décès dus aux températures extrêmes proviennent des registres nationaux des causes de décès rassemblés dans la Base de données de l'OMS sur la mortalité. Les décès retenus sont ceux dus à l'exposition à une chaleur naturelle excessive (code X30 de la CIM-10) et à l'exposition à un froid naturel excessif (X31).

Il est à noter que, aussi bien pour la pollution de l'air que pour les décès liés aux températures extrêmes, les données sont issues d'estimations de l'OMS qui ne coïncident pas nécessairement avec les chiffres publiés par les pays.

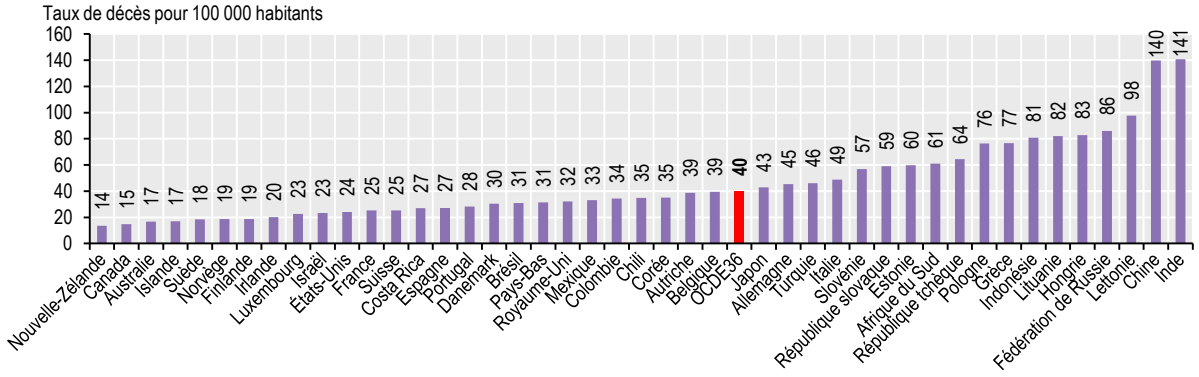
Références

[2] Landrigan, P. et al. (2018), « The Lancet Commission on pollution and health », *The Lancet*, vol. 391, n° 10119, pp. 462-512, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32345-0*.

[3] OCDE (2017), « Healthy people, healthy planet – The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future », OCDE, Paris, *http://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm*.

[1] OCDE (2015), *Les conséquences économiques du changement climatique*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264261082-fr*.

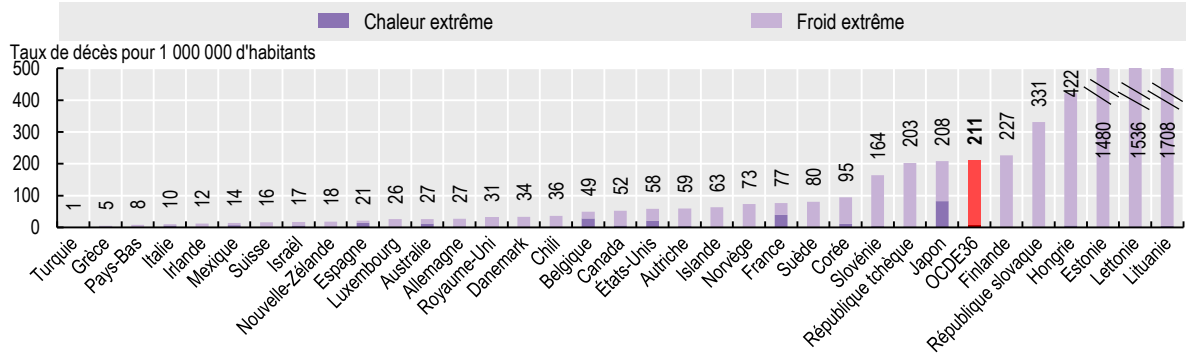
Graphique 4.16. **Taux de mortalité imputable à la pollution de l'air extérieur et intérieur, 2016**



Source : Base de données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068116

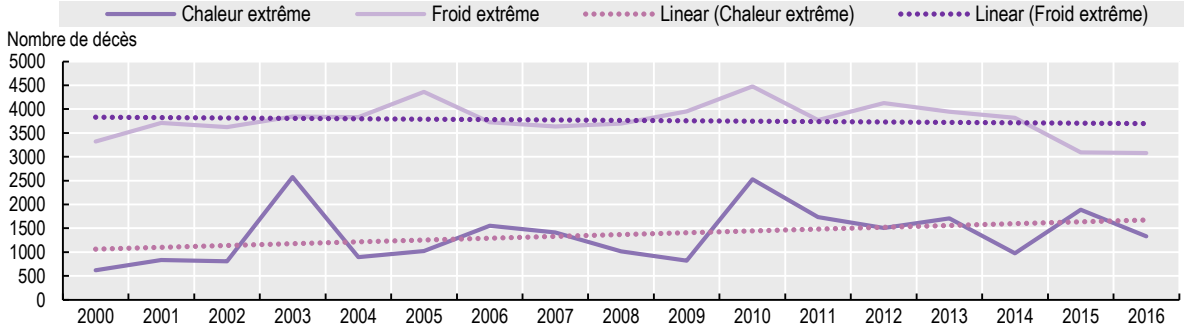
Graphique 4.17. **Taux cumulé de mortalité due à la chaleur et au froid extrêmes, 2000-17**



Note : La Lituanie, la Lettonie et l'Estonie affichent des taux cumulés de mortalité supérieurs à 500 pour 1 000 000 d'habitants. Le graphique est tronqué à ce niveau pour permettre une meilleure comparaison des données.
Source : Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068135

Graphique 4.18. **Nombre de décès dus à la chaleur et au froid extrêmes dans l'OCDE-36, 2000-16**



Source : Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068154





5. ACCÈS AUX SOINS

Population bénéficiant d'une couverture de santé

Étendue de la couverture de santé

Utilisation des services de soins primaires

Besoins de santé non satisfaits

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Répartition géographique des médecins

Temps d'attente avant 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.

Population bénéficiant d'une couverture de santé

Le pourcentage d'individus qui, parmi une population donnée, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base donne une première idée de l'accès aux soins et de la protection financière offerte. Cependant, il ne s'agit là que d'une mesure partielle de l'accessibilité et de la couverture des soins, étant limitée au nombre d'individus bénéficiant de ladite couverture. La couverture sanitaire universelle dépend également de la gamme de services pris en charge et du degré de participation des patients à leur coût. Ces services doivent au surplus être d'une qualité suffisante. Les indicateurs de ce chapitre renseignent sur l'accès aux soins et sur différentes dimensions de la couverture, tandis que l'on trouvera au chapitre 6 des indicateurs sur la qualité et les résultats des soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services de base qui comprennent d'ordinaire les consultations médicales, les tests et examens, et les soins hospitaliers (Graphique 5.1). Les systèmes nationaux de santé ou l'assurance maladie sociale sont généralement les dispositifs de financement permettant d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Quelques pays (les Pays-Bas, la Suisse) sont parvenus à cet objectif au moyen de régimes d'assurance maladie privés obligatoires – accompagnés de subventions publiques et d'un cadre juridique fixant l'étendue et le niveau de la couverture. En Grèce, une loi adoptée en 2016 a comblé le déficit de couverture pour les 10 % de la population qui n'étaient jusqu'alors pas assurés.

Le taux de couverture des services de base reste inférieur à 95 % de la population dans sept pays de l'OCDE, les plus faibles niveaux étant observés au Mexique, aux États-Unis et en Pologne. Le Mexique a élargi sa couverture depuis 2004, mais des lacunes subsistent. Aux États-Unis, les personnes non assurées sont généralement des adultes en âge de travailler, ayant un faible niveau d'études ou de revenu. – leur part dans la population a fortement diminué, passant d'environ 13 %, en 2013, à 9 %, en 2015 (United States Census Bureau, 2018[1]) mais demeure relativement stable depuis. En Pologne, la majorité des personnes non assurées sont des Polonais vivant à l'étranger. En Irlande, bien que la couverture soit universelle, moins de la moitié de la population bénéficie d'une prise en charge pour les consultations chez le médecin généraliste.

Les habitants de certains pays peuvent souscrire s'ils le souhaitent une assurance maladie additionnelle auprès d'un prestataire privé. Celle-ci peut couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), s'étendre à d'autres services (assurance supplémentaire) ou permettre un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Dans huit pays de l'OCDE, plus de la moitié de la population dispose d'une couverture maladie privée additionnelle (Graphique 5.2). En France, la quasi-totalité de la population (96 %) est affiliée à une assurance complémentaire qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients dans le système de sécurité sociale – un système d'aides publiques permettant aux ménages modestes de bénéficier de cette assurance gratuitement ou pour un coût réduit. L'assurance complémentaire est également très répandue en Belgique, en Slovénie et en Corée. Israël et les Pays-Bas représentent le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population), l'assurance privée y prenant en charge le coût des soins dentaires, des consultations de physiothérapie, de certains médicaments délivrés sur ordonnance et de divers actes non remboursés par le régime public. C'est en Irlande et en Australie que l'assurance maladie duplicative, offrant un accès plus rapide aux services médicaux privés en cas d'attente dans le secteur public, est la plus développée. Aux États-Unis, 8 % de la population bénéficie d'une assurance maladie privée complémentaire. Il faut compter également que 55 % des habitants ont une couverture maladie primaire privée.

Au cours de la dernière décennie, la population couverte par une assurance maladie privée additionnelle a augmenté, quoique de manière souvent marginale, dans 18 pays de l'OCDE sur 27 présentant des données comparables. C'est en Corée, au Danemark, en Slovénie et en Finlande que les évolutions ont été les plus notables (Graphique 5.3). Il y a lieu de noter, dans le cas de la Slovénie, que l'essentiel de la progression observée tient au fait qu'une compagnie d'assurance a ajouté à son offre une police d'assurance supplémentaire gratuite. Plusieurs facteurs déterminent l'évolution de l'assurance maladie privée additionnelle, en particulier l'ampleur du déficit d'accès aux services financés sur fonds publics et les interventions des pouvoirs publics visant les marchés de l'assurance maladie privée.

Définition et comparabilité

La population bénéficiant d'une couverture de santé correspond ici à la part de la population à même de bénéficier d'un éventail de services de base – que ce soit dans le cadre de régimes publics ou d'une couverture maladie primaire privée. Si sa composition diffère d'un pays à l'autre, cet éventail de services couvre généralement les consultations médicales, les tests et examens ainsi que les soins hospitaliers. La couverture publique désigne les systèmes de santé nationaux et l'assurance maladie sociale. Le financement des systèmes de santé nationaux vient pour l'essentiel des recettes fiscales globales tandis que celui de l'assurance maladie sociale provient, en règle générale, à la fois des charges sociales et de l'impôt. Le financement repose sur le principe de la capacité contributive. La couverture maladie primaire privée désigne la couverture d'assurance applicable à un éventail de services de base, et peut être facultative ou imposée par la loi (à une partie ou à l'ensemble de la population). L'assurance additionnelle privée est toujours facultative. Le montant des primes d'assurance privée n'est généralement pas corrélé aux revenus, la souscription d'une couverture privée pouvant toutefois être subventionnée par les pouvoirs publics.

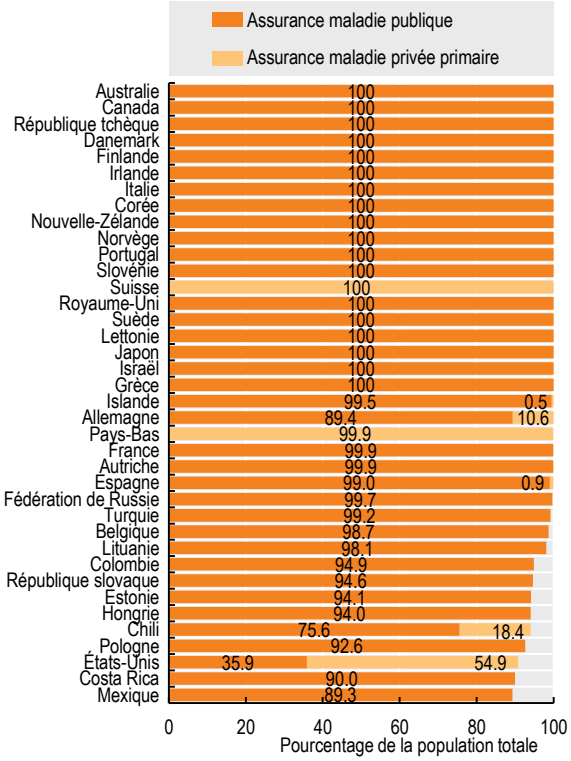
Références

[3] OCDE (2016), *Review of Health Systems: Mexico*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264230491-en*.

[2] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Greece, Ireland, Poland, Country Health Profiles 2019, State of Health in the EU*.

[1] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.

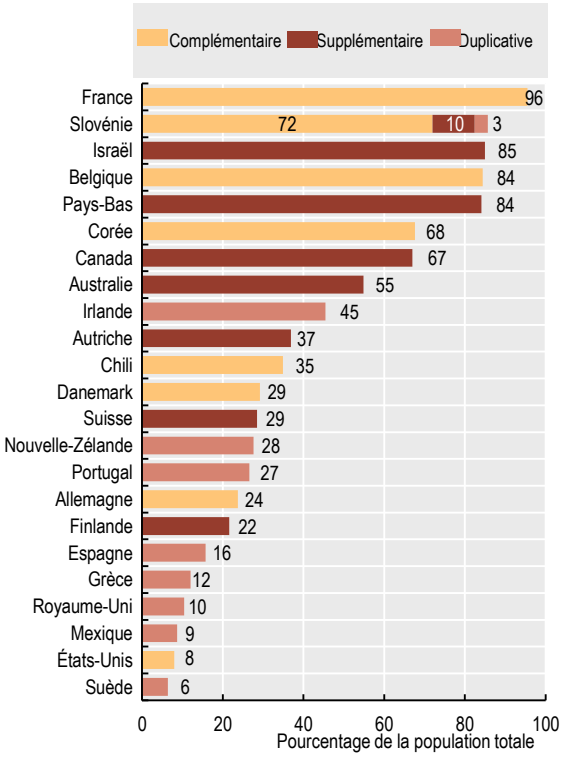
Graphique 5.1. **Population bénéficiant d'une couverture pour un ensemble de services de base, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068173

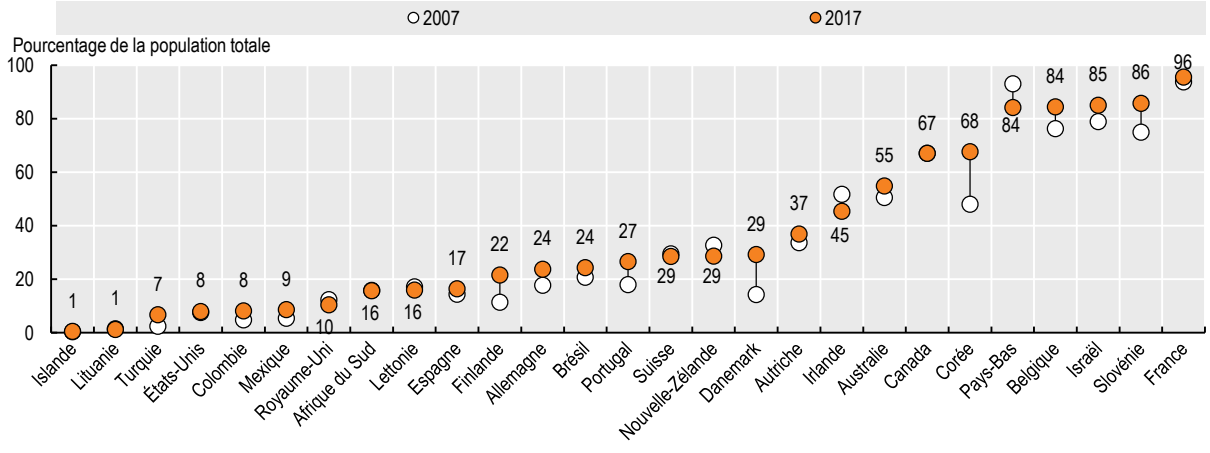
Graphique 5.2. Population couverte par une assurance maladie privée facultative selon le type d'assurance, 2017 (ou année la plus proche)



Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie ; à la fois complémentaire et supplémentaire en Corée et au Danemark ; et duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël et en Slovénie. Aux États-Unis, 55 % de la population est couverte par une assurance maladie privée primaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068192

Graphique 5.3. **Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068211

Étendue de la couverture de santé

Outre la part de la population ayant droit aux services de santé de base, l'étendue de la couverture de santé est définie par l'éventail des services compris dans l'ensemble de prestations défini par le régime public et par la proportion des coûts pris en charge. Le Graphique 5.4 permet d'apprécier l'étendue de la couverture globale, ainsi que la couverture de certains services de santé, à travers la part des dépenses couvertes par les régimes publics ou par l'assurance maladie obligatoire. Les différences d'un pays à l'autre peuvent être dues à l'inclusion de certains biens et services (par exemple, un médicament ou un traitement médical particulier) dans l'ensemble de prestations défini par le régime public ou au contraire à leur exclusion, à des mécanismes différents en matière de participation financière des patients ou au fait que des services ne soient couverts que pour certaines catégories de la population dans un pays donné (les soins dentaires, par exemple).

En moyenne, dans les pays de l'OCDE, près des trois quarts des dépenses de santé sont couverts par les régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires. Cette proportion dépasse les 80 % dans dix pays (Norvège, Allemagne, Japon, Danemark, Luxembourg, Suède, France, République tchèque, Islande, Pays-Bas). Toutefois, au Mexique, en Lettonie et en Corée, les régimes obligatoires prennent en charge moins de 60 % des dépenses. La couverture est également relativement faible en Fédération de Russie.

Les soins hospitaliers bénéficient d'une couverture plus complète que tout autre type de soins. Dans l'ensemble de l'OCDE, 88 % des frais hospitaliers sont pris en charge par les régimes publics ou obligatoires. Dans de nombreux pays, les patients ont accès aux soins hospitaliers aigus gratuitement ou en contrepartie d'une participation financière modique. En conséquence, les taux de couverture avoisinent les 100 % en Suède, en Norvège, en Islande et en Estonie. Ces frais ne sont couverts qu'à hauteur de 70 % ou moins seulement en Corée, au Mexique, en Grèce, en Australie et en Irlande. Dans certains de ces pays, les patients choisissent souvent de se faire soigner dans des établissements privés où les soins ne sont pas (intégralement) pris en charge par les régimes publics.

Dans les pays de l'OCDE, plus des trois quarts des dépenses consacrées aux soins ambulatoires sont pris en charge par les régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires (77 %). La couverture va de moins de 60 % en Corée et en Italie, à plus de 90 % en République slovaque, au Danemark et en République tchèque. Les soins ambulatoires, qu'ils soient primaires ou spécialisés, sont généralement dispensés sans facturation sur place, mais les usagers doivent parfois s'acquitter d'une participation financière pour certains services ou bien s'ils consultent des prestataires privés non conventionnés. C'est par exemple le cas au Danemark, où 92 % de l'ensemble des frais sont couverts mais où les usagers en prennent à leur charge une partie lorsqu'ils consultent un psychologue ou un physiothérapeute, et au Royaume-Uni (85 %), où les soins dispensés en dehors des services relevant du NHS ne sont pas couverts.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la couverture des soins dentaires par le régime public est nettement plus restreinte du fait d'un éventail de services limité (souvent réservés aux enfants) et d'un niveau élevé de participation financière des patients. En moyenne, seuls 30 % environ des frais dentaires sont pris en charge par les régimes d'assurance publics ou obligatoires. Trois pays de l'OCDE seulement (Japon, Allemagne et République slovaque) couvrent plus de la moitié des dépenses. En Grèce et en Espagne, les frais dentaires des adultes qui ne bénéficient d'aucun droit spécifique ne sont pas pris en charge. L'assurance maladie facultative peut apporter une protection financière importante lorsque tous les soins dentaires ne font pas partie de l'ensemble de prestations couvertes (comme c'est le cas aux Pays-Bas).

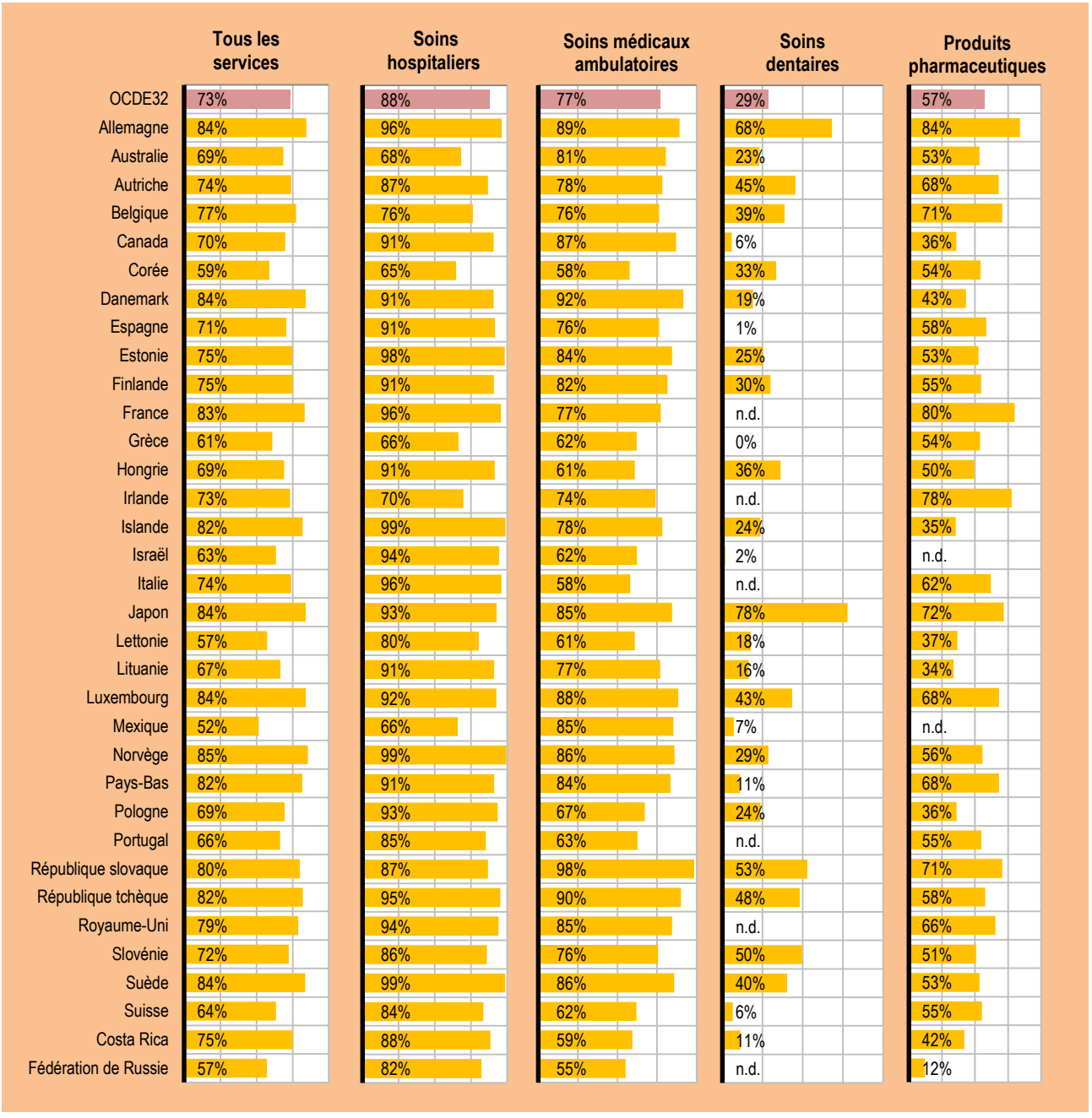
La couverture des produits pharmaceutiques est elle aussi généralement moins étendue que celle des soins hospitaliers et ambulatoires : dans l'ensemble de l'OCDE, environ 57 % du coût de ces produits sont pris en charge par les régimes publics ou obligatoires. Cette part est inférieure à 40 % en Lituanie, en Islande, en Pologne, au Canada et en Lettonie. C'est en Allemagne (84 %) que la couverture est la plus généreuse, puis en France (80 %) et en Irlande (78 %). Les médicaments en vente libre – qui, de par leur nature, ne sont généralement pas couverts par les régimes publics – jouent un rôle important dans certains pays (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques » au chapitre 10).

Définition et comparabilité

La couverture de santé est définie par le pourcentage de la population qui est en droit de bénéficier d'une prise en charge, par l'éventail des services qui en font l'objet et par la proportion des coûts pris en charge par les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. La couverture de l'assurance maladie facultative n'est pas prise en compte, pas plus que celle offerte par d'autres régimes facultatifs (proposés par un organisme sans but lucratif ou l'employeur). Les fonctions clés analysées ici se fondent sur les définitions données dans le Système des comptes de la santé 2011. Les soins hospitaliers désignent les soins curatifs et de réadaptation dispensés dans les hôpitaux, les soins ambulatoires désignent tous les soins curatifs et de réadaptation prodigués en ambulatoire, hors soins dentaires, les produits pharmaceutiques désignent les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre, y compris les produits médicaux non durables.

Comparer les taux de couverture financière pour différents types de services est une simplification. Par exemple, un pays où seule une part restreinte de la population est couverte mais pour un vaste éventail de soins peut afficher un taux de couverture financière inférieur à celui d'un pays où la population entière a droit à une prise en charge mais pour un ensemble de prestations plus limité.

Graphique 5.4. **Étendue de la couverture dans les pays de l'OCDE, 2017 (ou année la plus proche)**
Dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance obligatoire en proportion des dépenses de santé totales, par type de soins



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068230

Utilisation des services de soins primaires

Les services de soins primaires sont le principal point d'entrée dans le système de santé. Les indicateurs sur l'utilisation de ces services constituent donc un baromètre critique de l'accessibilité, les données par revenu illustrant le degré des inégalités d'accès.

En ce qui concerne l'accès à un médecin, en moyenne, un peu moins de 80 % des personnes âgées de 15 ans ou plus ont indiqué avoir consulté au cours des 12 derniers mois, si l'on retient la probabilité ajustée en fonction des besoins (Graphique 5.5). Il convient de noter ici que les besoins sont modélisés et non mesurés directement (voir la partie « Définition et comparabilité » pour plus de détails). D'autre part, la probabilité de consulter un médecin peut être relativement plus faible dans quelques pays parce que la population y a davantage recours à d'autres professionnels de santé, par exemple aux infirmiers praticiens. C'est le cas en Suède, par exemple, où d'autres professionnels de santé voient des patients qui n'ont pas clairement besoin de voir un médecin. En tout état de cause, les différences d'un pays à l'autre sont importantes : ajustée en fonction des besoins, la probabilité de consulter un médecin va en effet d'environ 65 % en Suède et aux États-Unis à 89 % en France.

Les inégalités socioéconomiques dans l'accès à un médecin sont évidentes dans presque tous les pays de l'OCDE. Hormis au Danemark et en République slovaque, les personnes les plus aisées consulteront plus facilement un médecin que les personnes du quintile de revenu inférieur, pour un niveau de besoin comparable. Ces inégalités en faveur des hauts revenus sont particulièrement prononcées en Finlande et aux États-Unis (avec un écart de plus de 15 points de pourcentage) mais pratiquement inexistantes au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas. Elles sont nettement plus marquées en ce qui concerne la consultation de spécialistes qu'en ce qui concerne celle de médecins généralistes (OCDE, 2019[1]).

Pour ce qui est des soins dentaires, seulement 63 % des personnes âgées de 15 ans ou plus ont déclaré avoir consulté un dentiste au cours des douze derniers mois, en moyenne, dans 27 pays de l'OCDE (Graphique 5.6). Cette situation s'explique en partie par la conception des prestations d'assurance : dans de nombreux pays de l'OCDE, les régimes publics prennent beaucoup moins bien en charge les soins dentaires que les soins hospitaliers ou les consultations médicales (voir l'indicateur « Étendue de la couverture de santé »). Globalement, l'accès aux soins dentaires est compris entre 41 % de personnes qui consultent un dentiste aux États-Unis et 93 % en Irlande. Les disparités socioéconomiques sont importantes : on observe en moyenne, pour les consultations, un écart de près de 20 points de pourcentage entre les catégories à revenu élevé et celles à revenu faible (respectivement 72 % et 54 %). Les inégalités sont le plus marquées au Canada, au Portugal et aux États-Unis (plus de 30 points de pourcentage), mais presque inexistantes en Irlande.

Les examens de dépistage du cancer sont également plus rares chez les personnes les moins aisées et ce, malgré le fait que la plupart des pays de l'OCDE proposent des programmes de dépistage gratuits. Par exemple, en moyenne, 79 % des femmes appartenant à la catégorie des hauts revenus ont subi un frottis cervical (test de Papanicolaou) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, contre 65 % de celles appartenant au quintile de revenu le plus faible (Graphique 5.7). Les personnes les plus fortunées bénéficient également d'un meilleur accès au dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, bien que les inégalités soient moins marquées que pour le cancer du col de l'utérus. Le taux de dépistage de ce dernier est particulièrement faible chez les personnes se situant au bas de l'échelle des revenus en Suède et en Norvège (plus de 30 points de pourcentage d'écart entre les quintiles de revenu), mais relativement uniforme en Irlande, au Chili et en Islande. Dans l'ensemble, le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus va d'un peu moins de 50 % aux Pays-Bas, à plus de 85 % en République tchèque et en Autriche. Les dépistages concernent les femmes âgées de 20 à 69 ans, et sont effectués tous les trois ans. Il convient de signaler que certains pays (les Pays-Bas, par exemple) ont fait le choix de dépistages plus espacés et pour une tranche d'âge plus restreinte. Il s'ensuit que les taux de dépistage peuvent être plus faibles, sans que les résultats soient nécessairement plus mauvais. Les pays proposant des programmes nationaux de dépistage systématique offrent un accès plus uniforme que les pays où le dépistage se fait de manière plus ponctuelle (Palencia, 2010[2]).

Ces difficultés d'accès aux services de santé, en particulier pour les plus démunis, se posent alors même que la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle ou quasi universelle pour un ensemble de services de base (voir l'indicateur « Population bénéficiant d'une couverture de santé »). Cette situation s'explique en partie par la participation substantielle des patients aux frais, l'exclusion de certains services des ensembles de prestations prises en charge, ou le rationnement implicite des services. L'absence de culture sanitaire suffisante, les stratégies de communication imparfaites et la mauvaise qualité des soins y contribuent également.

Définition et comparabilité

Le module sur les soins de santé de l'Enquête santé européenne (EHIS) et des enquêtes nationales permet aux répondants de décrire leur utilisation des services de santé, les obstacles auxquels ils se heurtent le cas échéant lorsqu'ils tentent d'accéder à ces services, d'indiquer s'ils ont consulté un médecin généraliste, un spécialiste ou un dentiste au cours des douze derniers mois, ainsi que l'utilisation qu'ils ont faite de divers services de dépistage.

La probabilité de consulter un médecin est définie comme le fait d'avoir consulté un médecin généraliste ou spécialiste au cours des douze derniers mois. Cependant, le volume de soins reçus ne permet pas en soi de mesurer l'accès avec précision, car les besoins en soins de santé sont variables d'une personne à l'autre. Les besoins ne sont pas mesurés de manière directe. On préfère modéliser les besoins prévus, puis ajuster la probabilité de consulter un médecin en fonction du résultat obtenu (voir O'Donnell (2008[3]) pour des détails sur la méthodologie). Ici, quatre variables sont utilisées pour modéliser les besoins prévus : l'âge, le sexe, l'état de santé autoévalué et les limitations de l'activité.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est défini comme la proportion de femmes âgées de 20 à 69 ans qui ont subi un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années.

Références

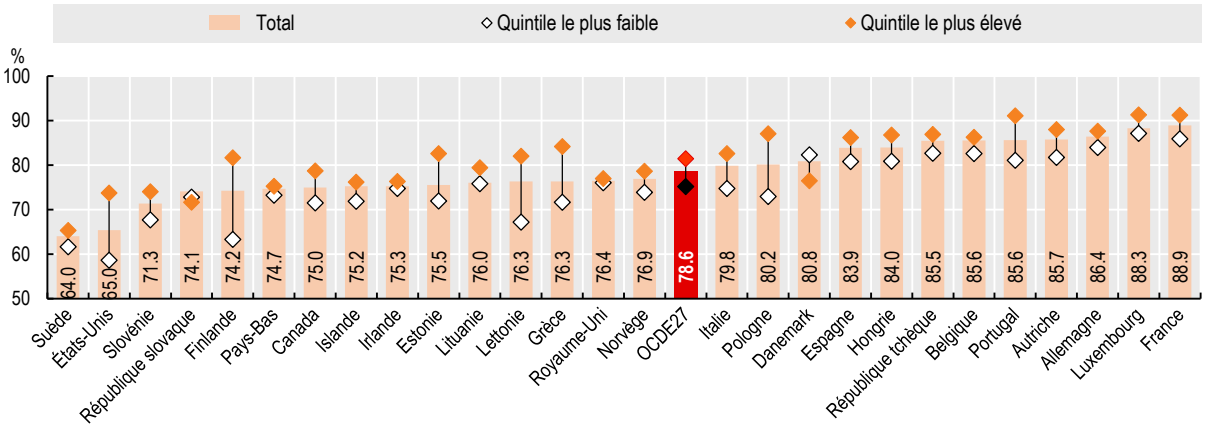
[4] Moreira, L. (2018), « Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 107, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en*.

[3] O'Donnell, O. (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, Groupe de la Banque mondiale, Washington, D.C., *http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3*.

[1] OCDE (2019), *Health for everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[2] Palencia, L. (2010), « Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program », *International Journal of Epidemiology*, vol. 39, n° 3, pp. 757-765.

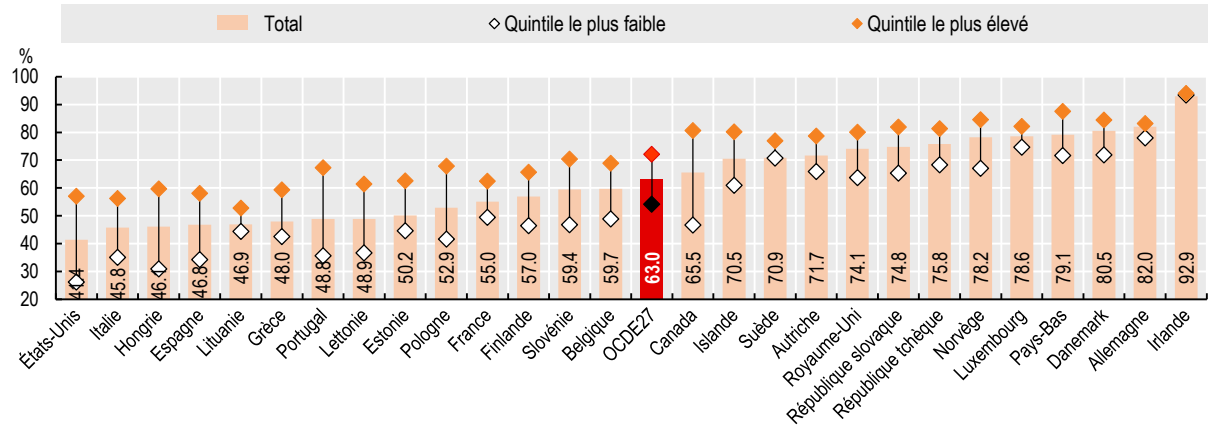
Graphique 5.5. **Probabilité de consulter un médecin, corrigée en fonction des besoins, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2 et d'autres données tirées d'enquêtes nationales. En Suède, le faible nombre s'explique en partie par le fait que les patients consultent souvent d'autres professionnels de santé plutôt que des médecins de soins primaires.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068249

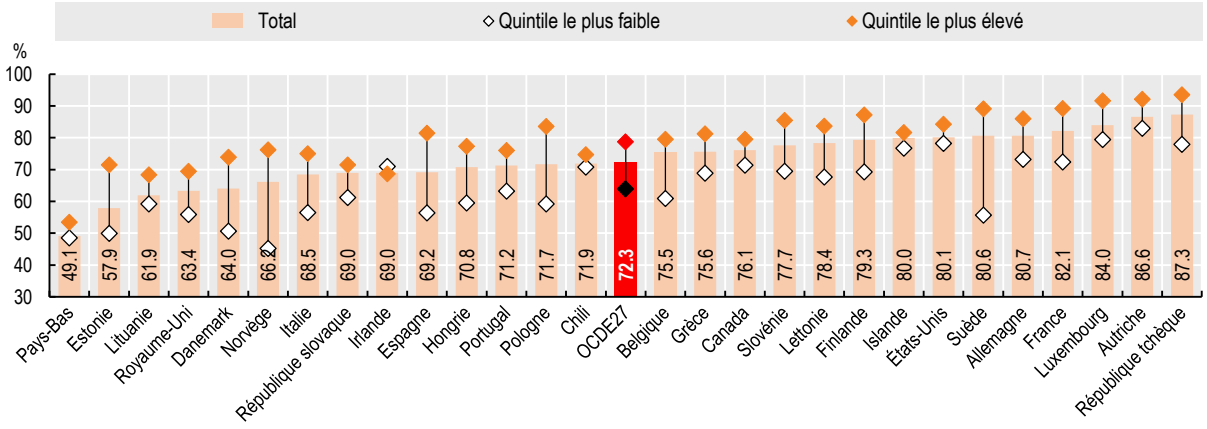
Graphique 5.6. **Pourcentage de la population ayant consulté un dentiste, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2 et d'autres données tirées d'enquêtes nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068268

Graphique 5.7. **Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2 et d'autres données tirées d'enquêtes nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068287

Besoins de santé non satisfaits

Chacun devrait pouvoir accéder aux services de santé quand il en a besoin, quelle que soit sa situation socioéconomique. Il s'agit d'un principe fondamental qui sous-tend les systèmes de santé de tous les pays de l'OCDE. Pourtant, dans 23 pays de l'OCDE, un quart en moyenne des personnes âgées de 18 ans ou plus déclarent que leurs besoins ne sont pas satisfaits (définis comme soins repoussés ou abandonnés) pour des raisons de disponibilité ou de coût des services qui compromettent leur accès à ceux-ci. Les individus peuvent également renoncer aux soins par peur ou par méfiance à l'égard des prestataires de services de santé. Les stratégies visant à réduire les besoins non satisfaits, en particulier chez les plus démunis, doivent s'attaquer aux obstacles à l'accès, qu'ils soient financiers ou non (OCDE, 2019[1]).

Si l'on examine plus particulièrement la disponibilité des services, un peu plus de 20 % des répondants ont déclaré que leurs besoins n'étaient pas satisfaits en raison des délais d'attente et/ou de difficultés de transport (Graphique 5.8). La part de la population qui diffère les soins ou y renonce est relativement élevée au Luxembourg, en Italie, en Irlande et en Islande (plus de 30 %), mais beaucoup plus faible en Norvège (5 %) et en République slovaque (7 %). Face à ces problèmes d'accessibilité, les dispositifs de télémédecine gagnent en popularité dans de nombreux pays de l'OCDE (Hashiguchi Cravo Oliveira, à paraître[2]). Les disparités socioéconomiques sont importantes : en moyenne, 23 % des personnes du quintile de revenu le plus faible déclarent avoir des besoins non satisfaits pour des raisons de disponibilité, contre 18 % pour les personnes les plus aisées. C'est en Finlande, en Italie et au Portugal que ces différences liées au revenu sont les plus marquées. En Slovénie, en Pologne et en Estonie, les personnes les plus riches déclarent un peu plus de besoins non satisfaits que les personnes défavorisées, ces résultats venant du fait que les plus riches sont davantage susceptibles de reporter des temps d'attentes comme cause de leurs besoins non satisfaits.

Concernant l'accessibilité financière, 17 % des répondants ont différé des soins nécessaires ou y ont renoncé car le coût était au-dessus de leurs moyens (Graphique 5.9). Selon les pays, le pourcentage de la population ayant des besoins non satisfaits pour ce type de raison allait de moins de 7 % aux Pays-Bas, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Norvège, à plus de 30 % en Estonie, en Irlande et en Lettonie. Les inégalités liées à l'accessibilité financière sont plus marquées que celles ayant trait à la disponibilité des services. En moyenne, 28 % des personnes du quintile de revenu le plus faible renoncent à des soins pour des raisons financières, contre 9 % des personnes les plus riches. Autrement dit, les plus démunis sont trois fois plus susceptibles que les plus aisés d'avoir des besoins non satisfaits pour ce genre de motif.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les obstacles liés à l'accessibilité financière sont légèrement moindres que dans l'ensemble de la population. La proportion des besoins non satisfaits pour des raisons de coût y est plus faible, en moyenne (14 % contre 17 % dans l'OCDE) et dans la plupart des pays (17 sur 23). Les inégalités liées au revenu sont également moins marquées. En effet, si les personnes âgées ayant un revenu élevé déclarent avoir renoncé à des soins dans des proportions analogues à l'ensemble des membres du quintile de revenu supérieur (respectivement 8 % et 9 %), les plus modestes le font au contraire beaucoup moins fréquemment, en moyenne, que le reste de leur catégorie de revenu (20 % contre 27 %).

Définition et comparabilité

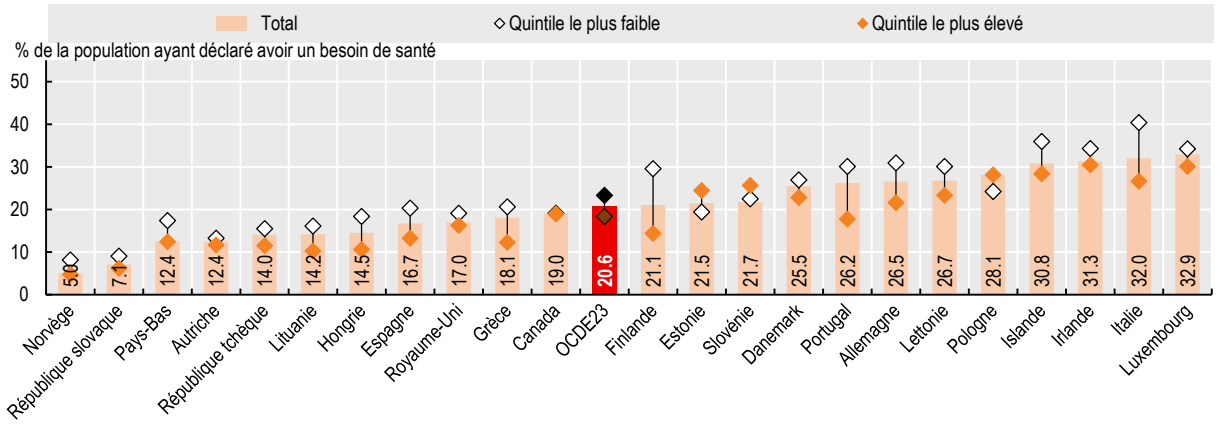
Le module sur les soins de santé de l'Enquête santé européenne (EHIS) et des enquêtes nationales permet aux répondants d'indiquer l'utilisation qu'ils font des services de santé, ainsi que les obstacles qu'ils peuvent rencontrer pour accéder à ces services. La probabilité de déclarer un besoin non satisfait pour des raisons de disponibilité est fondée sur deux des variables disponibles : les longues listes d'attente ou l'accessibilité physique (distance ou transport). La probabilité d'indiquer avoir renoncé à des soins pour des raisons financières regroupe les besoins non satisfaits pour quatre types de services différents (services médicaux, dentaires et de santé mentale, et médicaments sur ordonnance). Les répondants qui ont déclaré ne pas avoir eu besoin de soins au cours des douze derniers mois ont été exclus de l'échantillon. Les probabilités calculées reflètent donc la proportion de personnes ayant déclaré un besoin non satisfait parmi les personnes ayant déclaré un besoin, satisfait ou non (et non parmi la population totale qui a fait l'objet de l'enquête). Ceci conduit à des estimations plus élevées que les enquêtes où les besoins non satisfaits sont calculés en pourcentage de la population totale - comme c'est le cas par exemple avec l'enquête EU-SILC.

Références

[2] Hashiguchi Cravo Oliveira, T. (à paraître), « Is telemedicine leading to more cost-effective, integrated and people-centred care in the OECD? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[1] OCDE (2019), *Health for everyone? Social inequalities in health and health systems*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

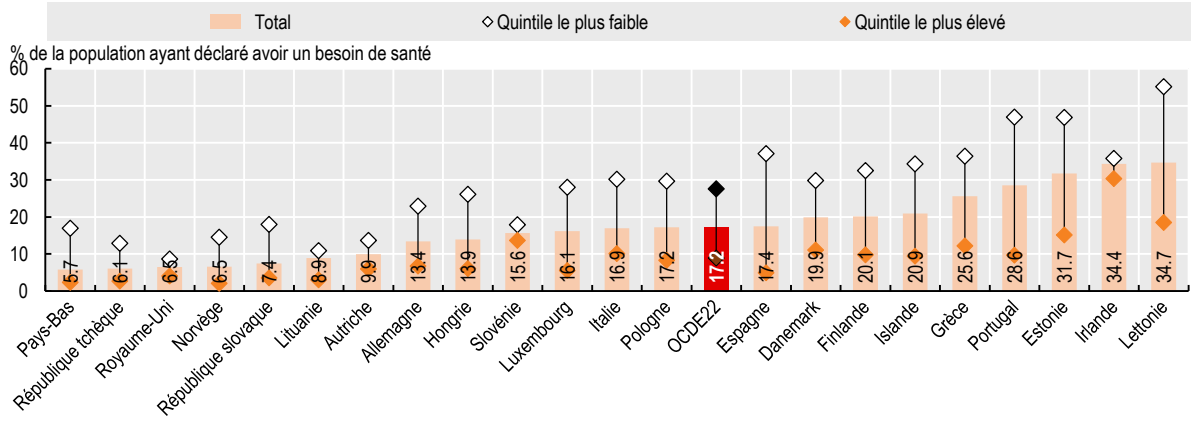
Graphique 5.8. **Personnes ayant renoncé à des soins ou les ayant différés pour des raisons de disponibilité, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2 et d'autres données tirées d'enquêtes nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068306

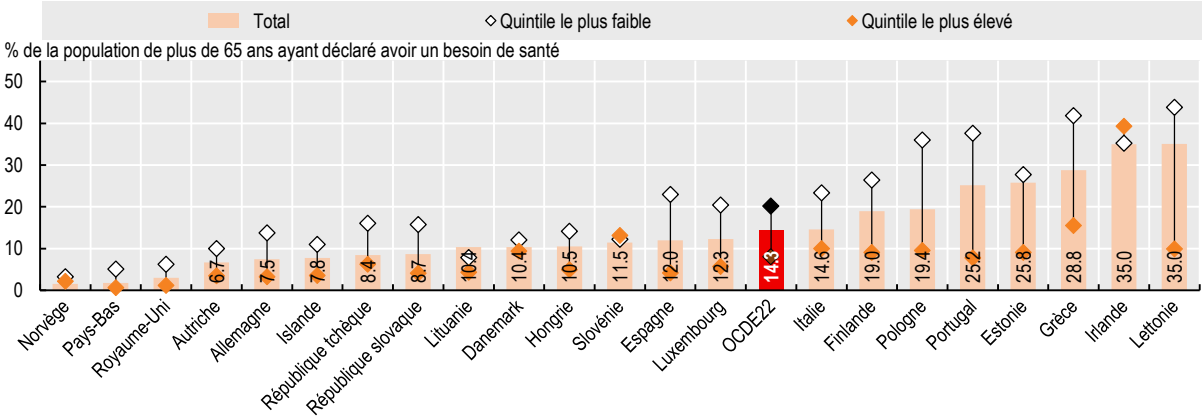
Graphique 5.9. **Personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068325

Graphique 5.10. **Adultes de plus de 65 ans ayant renoncé à des soins ou les ayant différés pour des raisons financières, par niveau de revenu, 2014**



Source : Estimations de l'OCDE d'après EHIS-2.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068344

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Lorsque les systèmes de santé n'offrent pas une protection financière adéquate, les individus risquent de ne pas avoir de moyens financiers suffisants pour payer les soins ou satisfaire d'autres besoins fondamentaux. En conséquence, le manque de protection financière peut restreindre l'accès aux soins, fragiliser l'état de santé, accentuer la pauvreté et exacerber les inégalités en matière de santé et sur le plan socioéconomique. Globalement, dans les pays de l'OCDE, un peu plus d'un cinquième des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur « Financement des dépenses de santé »). Les individus se retrouvent dans une situation financière difficile lorsque ces paiements directs deviennent élevés au regard de leurs moyens. Les ménages pauvres et ceux qui doivent supporter les coûts d'un traitement de longue durée, comme celui des médicaments prescrits en cas de maladie chronique, sont particulièrement vulnérables.

La part de la consommation des ménages consacrée aux soins de santé fournit une évaluation globale du fardeau financier que représentent les dépenses à la charge des patients. Dans les pays de l'OCDE, environ 3 % de l'ensemble des dépenses des ménages étaient consacrées aux biens et services de santé, une proportion qui va d'environ 2 % en France, au Luxembourg et en Slovénie à plus de 5 % en Corée et presque 7 % en Suisse (Graphique 5.11).

Le degré de couverture des différents biens et services de santé varie selon les systèmes de santé des pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Étendue de la couverture de santé »). Les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux constituaient la principale dépense des ménages en matière de soins, les soins ambulatoires venant ensuite (Graphique 5.12). Ces deux composantes représentent généralement près des deux tiers des dépenses de santé des ménages. Ceux-ci peuvent également avoir à engager des dépenses élevées pour les soins dentaires et les soins de longue durée, qui représentent respectivement 14 % et 11 % en moyenne de leurs paiements directs. Les soins hospitaliers ne constituent qu'une part minime (9 %) de ces paiements.

L'indicateur le plus largement utilisé pour mesurer les difficultés financières associées aux paiements directs pour les ménages est l'incidence des dépenses de santé catastrophiques (Cylus et al., 2018[1]). Celle-ci varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, avec moins de 2 % de ménages concernés en France, en Suède, au Royaume-Uni, en Irlande, en République tchèque et en Slovénie, contre plus de 8 % au Portugal, en Pologne, en Grèce, en Hongrie, en Lettonie et en Lituanie (Graphique 5.13). Dans tous les pays, les ménages les plus pauvres (c'est-à-dire ceux qui appartiennent au premier quintile de consommation) sont les plus susceptibles de se trouver confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, bien que de nombreux pays aient pris des mesures de protection financière.

Les pays où les dépenses publiques de santé sont relativement élevées et les paiements à la charge des ménages faibles se caractérisent généralement par une moindre incidence des dépenses catastrophiques. Cependant, les choix politiques sont également importants, en particulier en ce qui concerne la couverture (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2018[2]). La protection financière de la population suppose que les soins soient financés sur fonds publics, bien que cela ne soit pas une garantie suffisante en soi. Les pays où l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est faible sont également les plus susceptibles de dispenser de participation aux frais de santé les personnes pauvres et les personnes qui ont fréquemment recours aux soins, de privilégier une participation forfaitaire peu élevée à une participation en pourcentage de la dépense totale, notamment pour les médicaments destinés aux traitements en ambulatoire, et de plafonner le montant de la participation demandée à chaque ménage sur une période de temps donnée (comme en Autriche, en République tchèque, en Irlande et au Royaume-Uni).

Définition et comparabilité

Les dépenses directes (appelées encore paiements directs ou dépenses à la charge des patients) désignent les dépenses supportées directement par les patients lorsque ni les systèmes d'assurance publics ni les systèmes privés ne couvrent en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Elles incluent la participation des patients au coût et d'autres dépenses payées directement par les ménages et, dans l'idéal, devraient aussi inclure les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins.

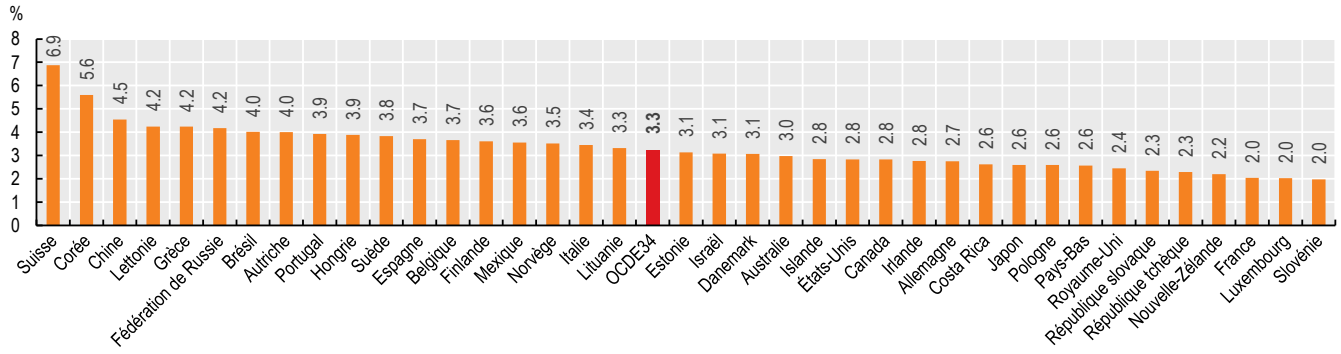
Les dépenses de santé catastrophiques sont un indicateur de protection financière qui sert à mesurer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU). Elles se définissent comme les dépenses directes qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer aux soins de santé. Les ressources dont disposent les ménages peuvent être définies de diverses façons, ce qui entraîne des différences de mesure. Dans les données présentées ici, ces ressources sont définies comme la consommation du ménage diminuée d'un montant forfaitaire représentant les dépenses de première nécessité consacrées à la nourriture, au loyer et aux charges (eau, électricité, gaz et autres combustibles). Le seuil au-delà duquel les ménages sont considérés comme confrontés à des dépenses catastrophiques est fixé à 40 %. Cet indicateur est calculé à l'aide des microdonnées issues des enquêtes nationales sur le budget des ménages.

Références

[2] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019), « Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.

[1] Cylus, J., S. Thomson et T. Evetovits (2018), « Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods », *Bulletin de l'OMS*, vol. 96, n° 9, *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031*.

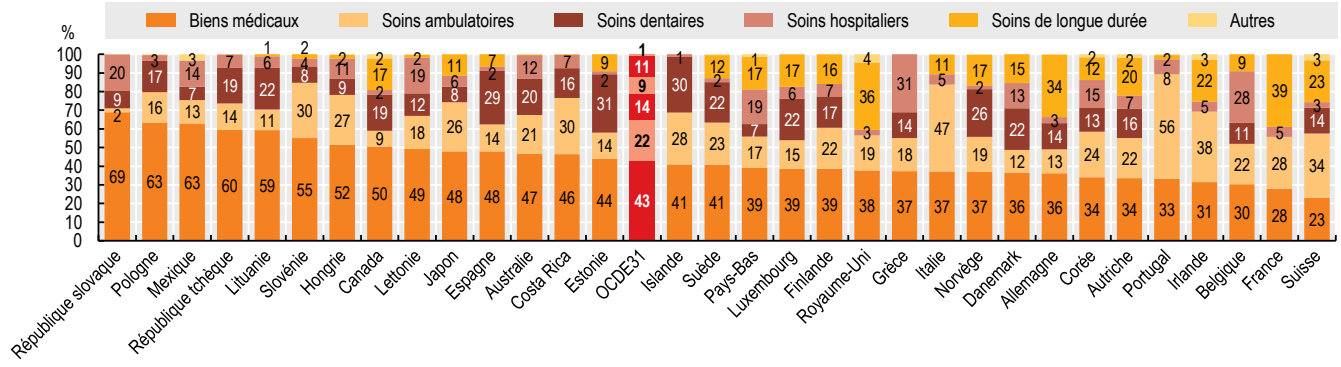
Graphique 5.11. **Dépenses à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068363

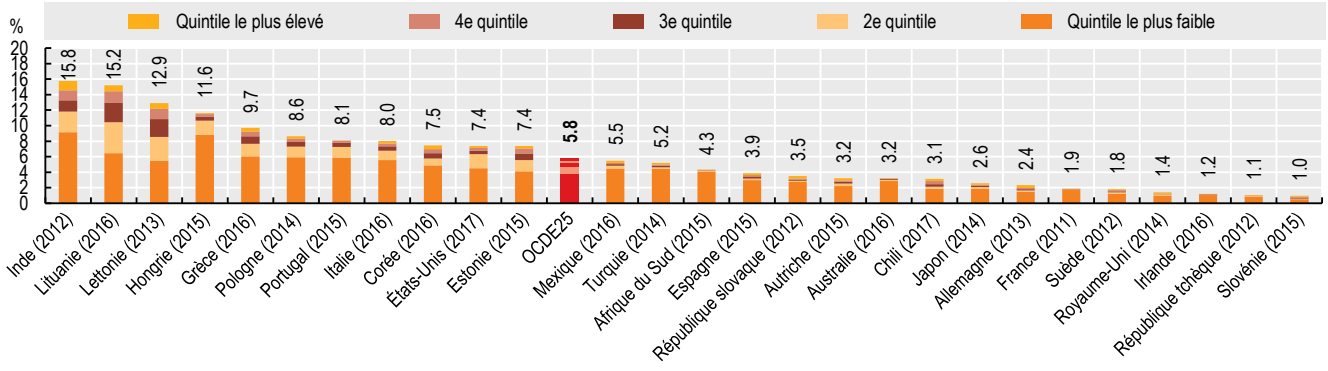
Graphique 5.12. **Dépenses à la charge des patients, par type de service de santé, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : La catégorie « Biens médicaux » comprend les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques. La catégorie « Autres » comprend les soins préventifs, les services administratifs et les services inconnus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068382

Graphique 5.13. **Part des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques, par quintile de consommation, dernière année disponible**



Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068401

Répartition géographique des médecins

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique équitable de ces derniers sur l'ensemble du pays. La concentration des médecins dans une région et des pénuries dans d'autres peuvent créer des inégalités d'accès aux soins de santé – un accroissement de la durée de déplacement ou des délais d'attente. La répartition inégale des médecins et les difficultés à les recruter et à les retenir dans certaines régions posent un problème majeur dans la plupart des pays de l'OCDE, en particulier ceux où il existe des zones isolées à faible densité de population, et des zones rurales et urbaines défavorisées.

Le nombre moyen de médecins par habitant varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, allant de deux pour 1 000 habitants environ en Turquie, en Corée et en Pologne, à cinq voire plus pour 1 000 habitants au Portugal, en Autriche et en Grèce (voir l'indicateur « Médecins » au chapitre 8). Il varie aussi considérablement selon les régions d'un même pays. La densité médicale est toujours plus forte dans les régions urbaines, parce que c'est là que se concentrent les services spécialisés, comme la chirurgie, et que les médecins préfèrent exercer en ville. Les différences de densité entre régions urbaines et régions rurales sont particulièrement marquées en République slovaque, en Hongrie et au Portugal, nonobstant le fait que les définitions de ces zones ne sont pas les mêmes d'un pays à l'autre. La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales est plus uniforme au Japon et en Corée, mais leur nombre est généralement inférieur dans ces deux pays (Graphique 5.14). L'urbanisation croissante accentuera probablement encore les disparités géographiques existantes en matière d'accès aux médecins.

Parmi les régions à prédominance urbaine, les capitales concentrent généralement l'essentiel de l'offre de médecins (Graphique 5.15). C'est particulièrement évident en Autriche, aux États-Unis, en Grèce, au Portugal, en République slovaque et en République tchèque. Les différences entre la région de la capitale et la deuxième région présentant la plus forte densité médicale sont les plus marquées aux États-Unis et en République slovaque, le district de Columbia et la région de Bratislava comptant près de deux fois plus de médecins par habitant que le Massachusetts et l'est de la Slovaquie (qui arrivent en deuxième place en termes de densité médicale). Il en résulte généralement une plus grande dispersion entre les petites régions dans ces pays, les États-Unis affichant ainsi un écart de densité médicale proche de un à cinq, la République slovaque et la Grèce proche de un à trois, tandis qu'en Australie, en Belgique et en Corée, cet écart se situe seulement aux environs de 20 %.

Les médecins sont parfois peu enclins à exercer en milieu rural pour des raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, possibilités d'évolution professionnelle, manque de contact avec leurs confrères) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et perspectives professionnelles pour leur conjoint). Plusieurs instruments d'action peuvent influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment : 1) l'offre d'incitations financières à l'installation dans les zones mal desservies, 2) l'inscription en plus grand nombre, dans les écoles de médecine, d'étudiants originaires de régions ou de milieux sociaux ciblés, ou la délocalisation de ces établissements, 3) l'encadrement de l'installation des médecins (pour tous les nouveaux médecins ou les médecins formés à l'étranger) et 4) la réorganisation des services de santé afin d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, différentes sortes 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. Plusieurs pays ont aussi instauré des mesures visant à encourager les étudiants originaires de régions mal desservies à s'inscrire en faculté de médecine. L'efficacité et le coût des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins peuvent varier sensiblement, les résultats dépendant 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 aux intérêts du groupe cible (Ono, Schoenstein et Buchan, 2014[1]).

Définition et comparabilité

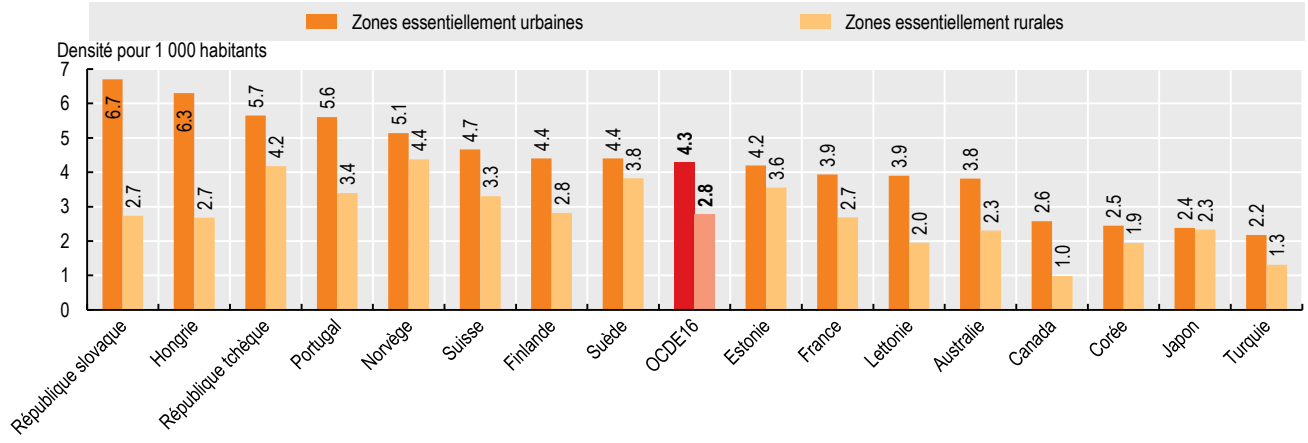
Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent englober des zones urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur est constitué de régions plus petites, classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales, la classification de ces régions variant toutefois selon les pays. Il convient de noter que les territoires d'outre-mer sont généralement exclus des calculs. Toutes les données sur la distribution géographique des médecins proviennent des Statistiques sur les régions de l'OCDE.

Références

[2] OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[1] Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan. (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

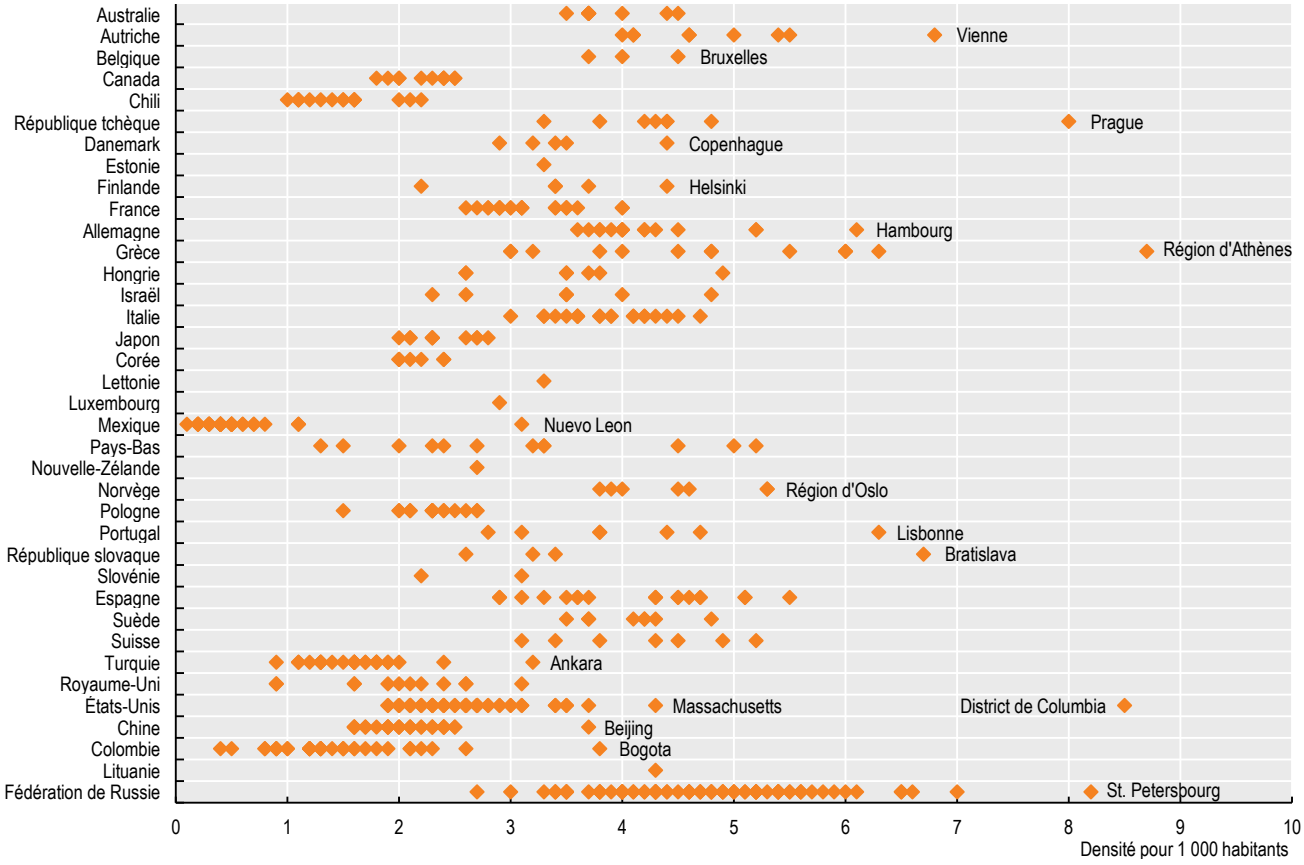
Graphique 5.14. **Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 2016 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068420

Graphique 5.15. **Densité de médecins dans différentes localités, par régions de niveau territorial 2, 2016 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068439

Temps d'attente avant une chirurgie élective

Les longues attentes avant une chirurgie élective (non urgente) suscitent le mécontentement des patients car elles retardent les bienfaits escomptés du traitement tandis que la douleur et les handicaps perdurent. Elles résultent d'une interaction complexe entre la demande et l'offre de services de santé, les médecins jouant un rôle essentiel sur les deux plans. 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 (dont la simplification de nombreuses procédures, comme les opérations de la cataracte), les préférences des patients et la part des frais laissés à la charge de ces derniers. Cela étant, les médecins jouent un rôle central dans la décision d'opérer ou non un patient. Du côté de l'offre, la disponibilité de chirurgiens, d'anesthésistes ou d'autres personnels de santé présents dans les équipes chirurgicales ainsi que l'existence des équipements médicaux nécessaires ont une incidence sur les taux d'activité chirurgicale.

L'indicateur utilisé ici porte sur le temps qui s'écoule entre le moment où un spécialiste ajoute un patient à la liste d'attente en vue d'une intervention et le moment où celle-ci a lieu. Les graphiques présentent les temps d'attente moyens et médians. Comme certains patients attendent très longtemps, le temps d'attente médian est systématiquement et considérablement inférieur au temps d'attente moyen, et constitue peut-être par conséquent une mesure plus fiable de la tendance centrale de l'indicateur. L'écart substantiel entre les deux mesures, surtout dans des pays comme le Chili, l'Estonie et la Pologne, met en lumière l'existence de groupes de patients problématiques qui attendent nettement plus longtemps que d'autres avant leur opération.

En 2017, le temps d'attente médian pour une opération de la cataracte était inférieur à 50 jours en Italie, en Hongrie, au Danemark et en Suède (Graphique 5.16). Les pays où il est le plus long sont l'Estonie et la Pologne, avec 7 mois environ pour l'une et plus d'un an pour l'autre. Si l'on regarde l'évolution sur les dix dernières années, on constate que les temps d'attente se sont allongés dans certains pays, comme le Canada et le Portugal dernièrement, qu'ils ont diminué en Espagne et sont restés relativement stables en Nouvelle-Zélande.

Le temps d'attente médian pour une arthroplastie de la hanche était inférieur à 50 jours au Danemark et en Italie (Graphique 5.17). Il était particulièrement long au contraire, huit mois sinon plus, en Estonie, en Pologne et au Chili. Sur les cinq dernières années, un recul a pu être observé dans quelques pays, comme la Finlande, la Hongrie et le Danemark, contre un net allongement en Estonie.

Les temps d'attente pour une arthroplastie du genou suivent des tendances similaires à celles de l'arthroplastie de la hanche, mais avec une moyenne plus élevée. L'Estonie, la Pologne et le Chili affichent, là encore, et de loin, les délais les plus longs (Graphique 5.18). Le temps d'attente médian dans l'échantillon de pays de l'OCDE est de 114 jours, excédant de plus de 30 jours celui d'une opération de la cataracte et de 20 jours celui d'une arthroplastie de la hanche. En Australie, l'attente médiane a légèrement augmenté au fil du temps pour atteindre 200 jours tandis qu'elle n'a pratiquement pas varié au Portugal depuis 2007. En Hongrie et au Danemark, les délais se sont raccourcis au cours des dix dernières années.

Les garanties de délais sont devenues les mesures les plus fréquemment utilisées pour réduire le temps d'attente dans plusieurs pays, mais elles ne sont efficaces que dans la mesure où elles sont correctement appliquées (Siciliani, Borowitz et Moran, 2013[1]).

Depuis la fin des années 2000, le Danemark a opté pour le plafonnement des délais, conjugué au libre choix de l'établissement de soins, pour réduire le temps d'attente des patients. Le temps d'attente garanti a été abaissé de deux mois à un mois en 2007, et les Danois se sont vu accorder en parallèle la possibilité de choisir eux-mêmes l'établissement qui les prendra en charge. Dans le cadre de ce dispositif, si l'hôpital prévoit qu'il ne pourra pas respecter le délai garanti, le patient peut se tourner vers un autre établissement public ou privé. Si les soins sont prodigués en dehors de la région où vit le patient, celle-ci en prendra le coût à sa charge.

En Hongrie également, les temps d'attente avant une intervention chirurgicale non urgente sont orientés à la baisse depuis plusieurs années pour de nombreux types d'actes. Des objectifs spécifiques ont été définis de manière à faire passer le temps d'attente en-deçà de 60 jours dans le cas d'interventions de petite chirurgie et en-deçà de 180 jours s'il s'agit de chirurgie lourde et ce, pour tous les patients. Pour ce faire, le gouvernement a pris des dispositions législatives et réglementaires relatives à la gestion des listes d'attente, introduit un système de liste d'attente en ligne d'envergure national permettant de connaître la situation en temps réel, mobilisé des moyens financiers supplémentaires pour réduire l'attente dans certaines régions ou certains établissements hospitaliers et encouragé une redistribution des patients depuis les établissements où l'attente est la plus longue vers ceux où elle est moindre.

Définition et comparabilité

Deux façons de mesurer le temps d'attente avant une intervention élective sont couramment utilisées : 1) mesurer le temps d'attente des patients traités au cours d'une période donnée, ou 2) mesurer le temps d'attente des patients figurant encore sur la liste d'attente à un moment donné. Les données présentées ici correspondent à la première méthode (les données obtenues avec la seconde sont disponibles dans la base de données de l'OCDE sur la santé). Elles proviennent de bases de données administratives et non d'enquêtes.

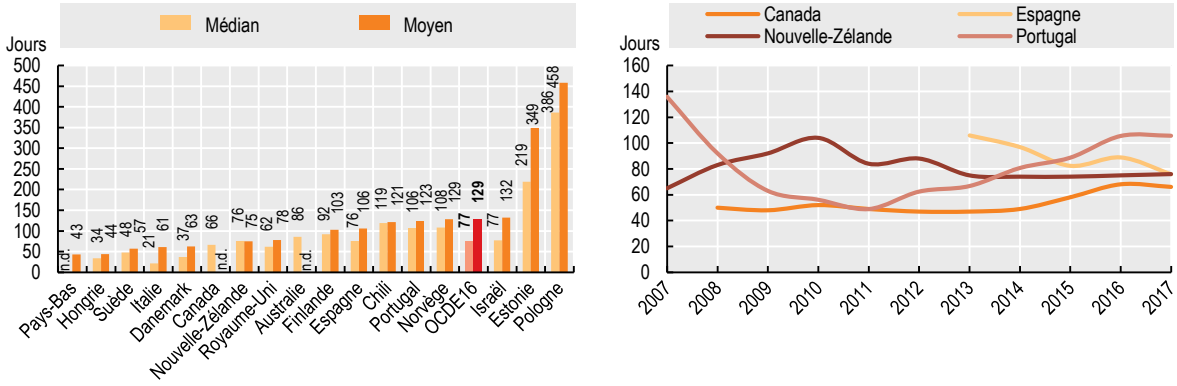
Les durées d'attente sont présentées sous forme de temps d'attente moyens et de temps d'attente médians. La médiane est la valeur qui sépare une distribution en deux parties égales (ce qui signifie que la moitié des patients attendent plus longtemps, et l'autre moitié moins longtemps). Par rapport à la moyenne, la médiane minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des temps d'attente extrêmement longs). Les temps d'attente sont surestimés en Norvège parce qu'ils commencent à partir du moment où un médecin envoie un patient vers un spécialiste pour des examens plus poussés jusqu'au traitement, alors que dans les autres pays ils commencent à partir du moment où un spécialiste a fait des examens plus poussés et décidé d'ajouter le patient sur la liste d'attente jusqu'au traitement.

Références

[2] National Research Council (US) et Institute of Medicine (US) (2013), *U.S. Health in International Perspective*, National Academies Press, Washington, D.C., *http://dx.doi.org/10.17226/13497*.

[1] Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (dir. pub.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

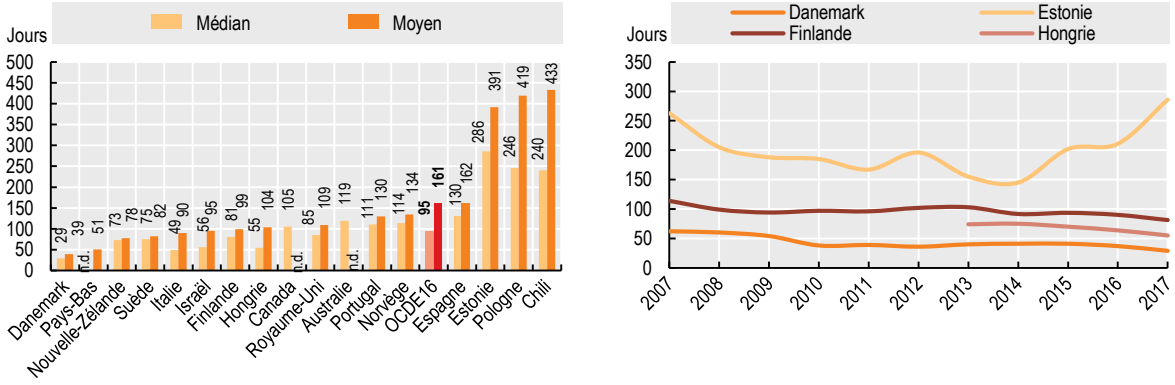
Graphique 5.16. **Chirurgie de la cataracte, temps d'attente moyen et médian et évolution dans certains pays, 2017**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068458

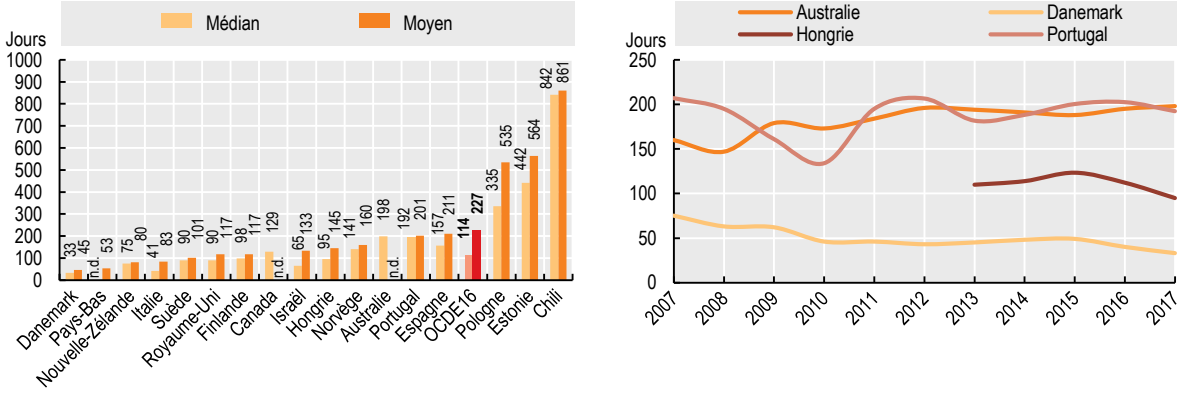
Graphique 5.17. **Arthroplastie de la hanche, temps d'attente moyen et médian et évolution dans certains pays, 2017**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068477

Graphique 5.18. **Arthroplastie du genou, temps d'attente moyen et médian et évolution dans certains pays, 2017**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068496





6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Sécurité des soins primaires – les prescriptions

Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les infections nosocomiales

Sécurité des soins intensifs – les traumatismes obstétricaux

Admissions hospitalières évitables

Traitement du diabète

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Chirurgie de la hanche et du genou

Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Cancer du sein

Cancer colorectal : dépistage et taux de survie

Taux de survie aux autres formes de cancer

Vaccination

Vécu 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.

Sécurité des soins primaires – les prescriptions

Les prescriptions peuvent servir d'indicateur de la qualité des soins, en complément aux informations relatives à la consommation et aux dépenses (chapitre 10). La surconsommation, la sous-consommation ou le mauvais usage des médicaments prescrits peuvent être à l'origine d'importants risques sanitaires et entraîner un gaspillage de dépenses. C'est le cas des opioïdes et des antibiotiques, par exemple.

Les opioïdes sont souvent utilisés pour le traitement de la douleur aiguë et de la douleur associée au cancer ; depuis dix ans, ils sont de plus en plus utilisés pour traiter la douleur chronique, malgré le risque de dépendance, d'augmentation de la dose, de difficulté respiratoire et de décès. L'usage d'opioïdes est aujourd'hui à l'origine d'une épidémie alarmante et croissante de décès par overdose dans certains pays de l'OCDE comme les États-Unis et le Canada (OCDE, 2019[1]) (voir l'indicateur de la « Consommation d'opioïdes » au chapitre 4).

Le Graphique 6.1 montre que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le volume moyen d'opioïdes prescrits dans le cadre des soins primaires en 2017 était supérieur à 16 doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants par jour. L'Islande et le Luxembourg déclarent des volumes environ deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE, tandis que la Turquie et la Corée affichent les volumes les plus faibles. Ces chiffres mesurent les prescriptions dans le cadre des soins primaires, mais peuvent aussi refléter la situation du côté de l'offre, car le taux moyen de disponibilité des opioïdes est également faible en Turquie (voir l'indicateur de la « Consommation d'opioïdes » au chapitre 4). En moyenne, plus de 2 % de la population adulte des pays de l'OCDE consommait de manière chronique des opioïdes en 2017 (Graphique 6.2). La Corée et l'Italie affichent les pourcentages les plus faibles, et l'Islande le plus élevé, et de loin. Ces grandes disparités peuvent s'expliquer en partie par les différences de pratiques cliniques en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, ainsi que par les différences en matière de réglementation, de cadres juridiques applicables aux opioïdes, de politiques en matière de prescription et de directives thérapeutiques.

Les antibiotiques, par exemple, ne doivent être prescrits qu'en cas de besoin clairement étayé par des données probantes, l'objectif étant de diminuer le risque d'apparition de souches résistantes de bactéries (OCDE, 2018[2]). Par exemple, les quinolones et les céphalosporines sont considérées comme des antibiotiques de deuxième intention dans la plupart des directives en matière de prescription, qui ne doivent être utilisées, en règle générale, que si les antibiotiques de première intention sont inefficaces. Le volume total d'antibiotiques prescrits et les antibiotiques de deuxième intention en pourcentage du volume total ont été validés comme indicateurs de la qualité des structures de soins primaires (OCDE, 2017[3]), alors que la consommation globale d'antibiotiques et que la résistance aux antimicrobiens dans les pays de l'OCDE ont augmenté (OCDE, 2018[2]).

Le Graphique 6.3 illustre le volume total d'antibiotiques prescrits dans le cadre des soins primaires en 2017, y compris les antibiotiques de deuxième intention. Les volumes totaux varient du simple à plus du triple selon les pays ; le Royaume-Uni, l'Estonie et la Suède déclarent les volumes les plus faibles, tandis que l'Italie et la Grèce affichent les volumes les plus élevés. Les volumes d'antibiotiques de deuxième intention varient pratiquement de 1 à 24 selon les pays. Ainsi, les pays nordiques et le Royaume-Uni déclarent les volumes les plus faibles, tandis que la Grèce et la Corée affichent les volumes les plus élevés. Ces disparités peuvent s'expliquer, du côté de l'offre, par des différences en ce qui concerne les recommandations et les incitations appliquées aux prescripteurs de soins primaires et, sur le plan de la demande, par les différences d'attitudes et d'attentes vis-à-vis du traitement optimal des maladies infectieuses.

Définition et comparabilité

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

Les données pour l'Autriche, la Lettonie, l'Estonie, le Portugal, l'Espagne et la Suède comprennent les données relatives aux médecins de premier recours uniquement. Les données pour le Canada, la Finlande, l'Italie, la Corée et la Norvège comprennent les soins ambulatoires. Les données pour les Pays-Bas comprennent les ordonnances des médecins de premier recours et des spécialistes qui exercent dans des dispensaires. Les données pour le Danemark, l'Irlande et la Slovénie comprennent les soins primaires, les soins ambulatoires et les établissements d'accueil médicalisé. Les données pour la Belgique et la Turquie comprennent les soins primaires, les soins infirmiers et les établissements de soins avec hébergement. Les données pour l'Islande comprennent les données relatives aux soins primaires, aux soins ambulatoires, aux spécialistes exerçant en cabinet privé et aux dispensaires. Les données concernent les prescriptions de médicaments remboursés, hormis pour l'Islande, la Slovénie et les Pays-Bas (pour les benzodiazépines uniquement), où les médicaments non remboursés sont pris en compte. Les données pour le Danemark, le Canada, la Finlande, le Luxembourg, le Portugal, les Pays-Bas et la Suède concernent les médicaments préparés dans des pharmacies communautaires. Les données pour l'Allemagne reposent sur des données de l'assurance maladie obligatoire relatives aux prescriptions dans les services ambulatoires. Les données pour l'Australie proviennent de l'ensemble de données du Pharmaceutical Benefits Scheme. Les dénominateurs correspondent à la population des bases de données nationales sur les prescriptions, et non à la population générale. De plus amples informations sur les sources et méthodologies sont disponibles dans OECD.Stat. D'autres données sur les antibiotiques figurant dans la base de données des *Statistiques de l'OCDE sur la santé* peuvent différer suite à des différences en matière de sources de données et de couverture.

Pour ce qui concerne les opioïdes, les « usagers chroniques » sont définis comme le nombre d'adultes figurant dans la base de données sur les prescriptions avec deux ou plusieurs prescriptions couvrant au moins 90 jours.

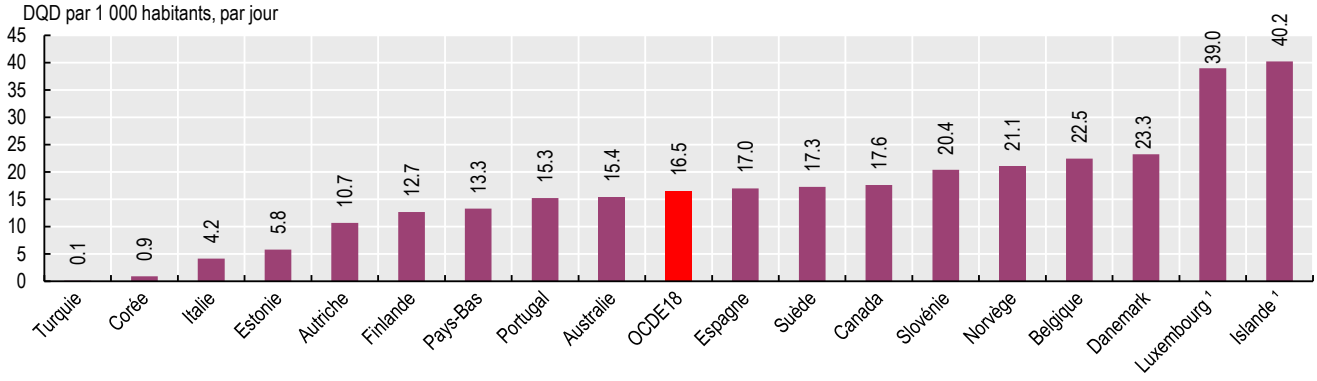
Références

[1] OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en*.

[2] OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en*.

[3] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

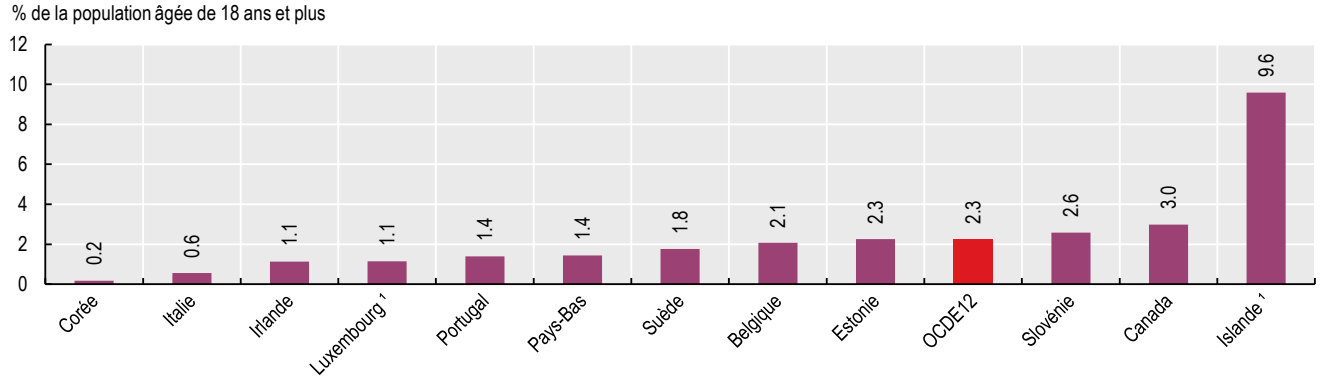
Graphique 6.1. **Volume total d'opioïdes prescrits, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les produits utilisés dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas pris en compte. 1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 et Third Australian Atlas of Healthcare Variation 2018.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068515

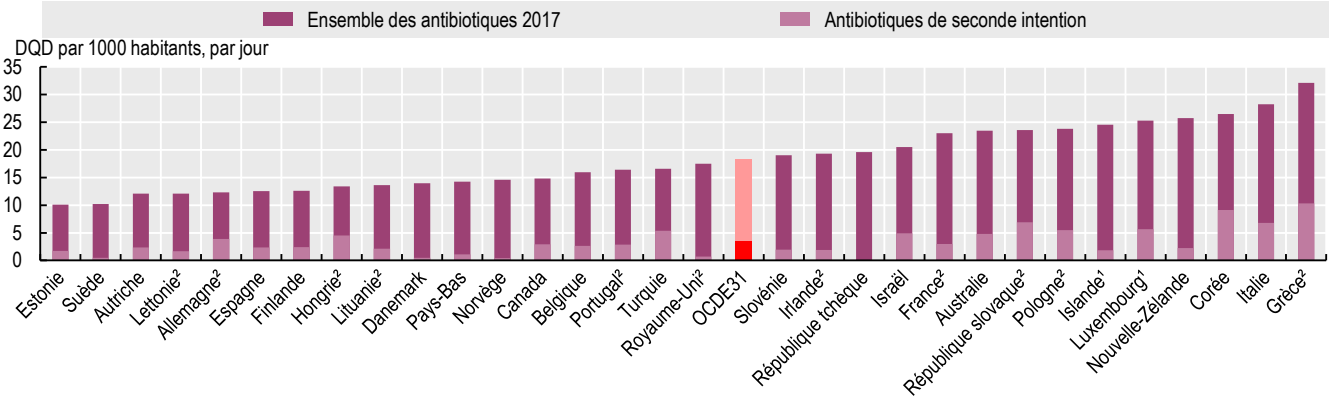
Graphique 6.2. **Pourcentage des usagers chroniques des opioïdes dans la population adulte, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les produits utilisés dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas pris en compte. 1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068534

Graphique 6.3. **Volume total d'antibiotiques prescrits, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données correspondent à une moyenne sur trois ans. 2. Données du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies en raison de la non-disponibilité des données statistiques de l'OCDE sur la santé.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068553

Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les infections nosocomiales

La sécurité des patients demeure l'une des questions de santé les plus pressantes pour l'information du public et la poursuite de l'action des pays membres de l'OCDE. Plus de 15 % des dépenses et de l'activité des hôpitaux des pays de l'OCDE seraient imputables au traitement des patients qui sont victimes d'un événement portant atteinte à leur sécurité, la plupart du temps évitable (Slawomirski, Auraaen et Klazinga, 2018[1]). L'Assemblée mondiale de la santé a récemment approuvé la proposition de créer la Journée mondiale de la sécurité des patients afin de renforcer la sensibilisation et de stimuler une action concertée visant à accroître la sécurité des soins.

Les problèmes de sécurité des patients peuvent être classés en événements « sentinelles » ou « rarissimes » : des événements censés ne jamais se produire ou très rarement se produire ; et en événements « indésirables » : des événements que l'on ne peut pas éviter complètement, mais dont on pourrait réduire considérablement l'incidence.

Le Graphique 6.4 illustre le nombre de fois où un événement rarissime – l'oubli d'un corps étranger dans l'organisme pendant une opération – se produit, au moyen de données couplées et non couplées (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Les facteurs de risque les plus couramment à l'origine de cet événement rarissime sont l'urgence, une modification inopinée de la procédure, l'obésité du patient, et des changements dans l'équipe chirurgicale. Les mesures préventives englobent les listes de points à vérifier, le comptage des instruments, une exploration méthodique de la plaie et une communication efficace entre les membres de l'équipe chirurgicale.

Le Graphique 6.5 illustre le nombre de fois où un événement indésirable se produit – le pourcentage de patients hospitalisés ayant contracté une infection nosocomiale – dans les pays de l'OCDE, ainsi que la proportion des bactéries à l'origine de ces infections qui sont résistantes aux antibiotiques. Les infections nosocomiales sont l'événement indésirable le plus mortel et le plus onéreux, représentant jusqu'à 6 % du budget des hôpitaux publics (Slawomirski, Auraaen et Klazinga, 2018[1]). Les bactéries résistantes aux antibiotiques, qui peuvent rendre le traitement de l'infection nosocomiale difficile, voire impossible, engendrent des effets accrus.

En moyenne, dans les pays de l'OCDE, un peu moins de 4.9 % des patients hospitalisés souffraient d'une infection nosocomiale en 2015-17. Cette proportion s'élevait à 5.2 % en 2011-12. Le pourcentage le plus faible a été observé en Lituanie, en Lettonie et en Allemagne (environ 3 %), et le plus élevé au Portugal, en Grèce et en Islande (plus de 7 %). Les taux de résistance aux antibiotiques vont de 0 % en Islande à près de 70 % en Lettonie, mais ces taux doivent être interprétés avec prudence en raison de la petite taille des échantillons dans certains cas.

Le Graphique 6.6 illustre le nombre de fois où deux événements indésirables apparentés, à savoir l'embolie pulmonaire (EP) et la thrombose veineuse profonde (TVP) après une arthroplastie de la hanche ou du genou, se produisent, au moyen de données couplées et non couplées (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). L'EP et la TVP sont à l'origine de douleurs inutiles voire de décès dans certains cas, mais peuvent être évitées grâce à des anticoagulants ainsi qu'à d'autres mesures. Les fortes variations observées, dont une variation des taux de TVP de 1 à plus de 25, peuvent s'expliquer en partie par les différences de pratiques de diagnostic d'un pays à l'autre.

Définition et comparabilité

Les indicateurs utilisant des données non couplées se fondent sur les admissions de patients à l'hôpital pour chirurgie afin de calculer les taux. Le nombre de sorties d'hôpital assorties d'un code CIM (Classification internationale des maladies) pour la complication correspondante dans un domaine de diagnostic secondaire est divisé par le nombre total de sorties de patients âgés de 15 ans et plus. Les indicateurs utilisant des données couplées ne se limitent pas aux seules admissions pour chirurgie, mais englobent toutes les réadmissions ultérieures qui lui sont liées, indépendamment de l'hôpital, dans un délai de 30 jours après l'opération.

Des différences dans les définitions et les pratiques relatives aux dossiers médicaux entre les pays peuvent influer sur le calcul des taux et limiter la comparabilité des données. Dans certains cas, un taux élevé d'événements indésirables tiendra à un système plus développé de surveillance de la sécurité des patients et à une plus grande culture de la sécurité des patients, et non à une moindre qualité des soins.

Les données sur les infections nosocomiales sont fondées sur les résultats des études de prévalence ponctuelle menées par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) entre 2015 et 2017 (Magill et al., 2018[2] ; Suetens et al., 2018[3]). Les taux d'infections nosocomiales ne sont pas ajustés et peuvent ne pas correspondre aux taux publiés ailleurs en raison de différences au niveau des infections prises en compte. Voir Suetens et al. (2018[3]) et Magill et al. (2018[2]) pour de plus amples informations relatives à certaines inclusions et exclusions. Les estimations par pays peuvent indiquer différents niveaux de variabilité qui résultent de différences au niveau de l'échantillonnage. Le taux d'infections nosocomiales est présenté, ainsi que la proportion de patients recrutés auprès d'unités de soins intensifs (USI). Les patients des USI risquent davantage de contracter une infection nosocomiale. Les données sur la résistance aux antibiotiques sont fondées sur un indicateur composite de résistance aux antibiotiques élaboré par l'ECDC (Suetens et al., 2018[3]).

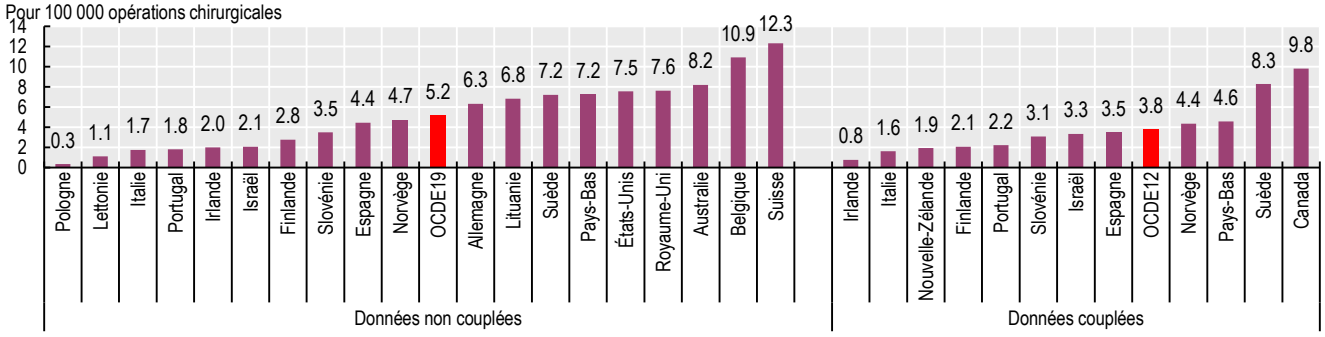
Références

[2] Magill, S.S. et al. (2018), « Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals », *New England Journal of Medicine*, vol. 379, n°18, pp. 1732-1744, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1801550*.

[1] Slawomirski, L., A. Auraaen et N. Klazinga (2018), « The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en*.

[3] Suetens, C. et al. (2018), « Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017 », *Eurosurveillance*, *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.46.1800516*.

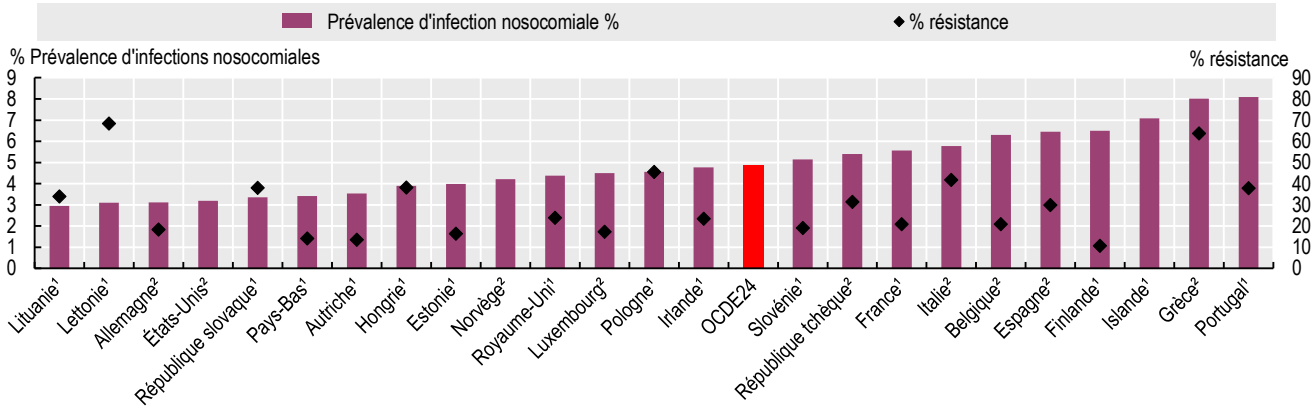
Graphique 6.4. **Corps étrangers laissés dans l'organisme pendant une opération, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068572

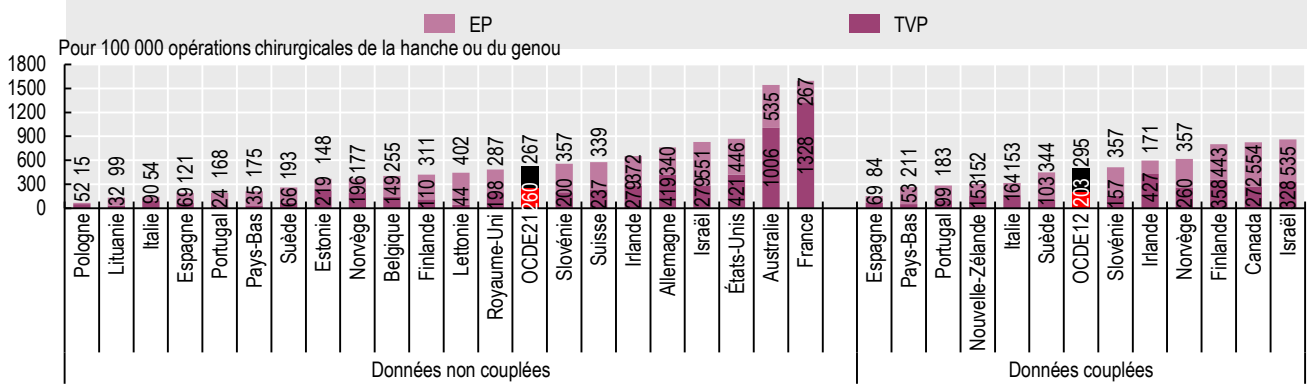
Graphique 6.5. **Pourcentage de patients hospitalisés présentant au moins une infection nosocomiale et proportion des bactéries isolées à partir de ces infections qui sont résistantes aux antibiotiques, 2015-17**



Note : Aucune donnée disponible sur la résistance pour les États-Unis, l'Islande et la Norvège. 1. Les données incluent moins de 5 % de patients venant d'unités de soins intensifs (USI). 2. Les données incluent plus de 5 % de patients venant des USI.
Source : Enquête de prévalence ponctuelle 2016-17 (ECDC). Étude de prévalence ponctuelle 2015 (CDC).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068591

Graphique 6.6. **Événements indésirables lors des arthroplasties de la hanche et du genou : embolie pulmonaire (EP) ou thrombose veineuse profonde (TVP) post-opératoire, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068610

Sécurité des soins intensifs – les traumatismes obstétricaux

La sécurité de la femme lors de l'accouchement peut être évaluée par l'observation des cas potentiellement évitables de déchirures du périnée survenant lors d'un accouchement par voie basse. Les déchirures qui s'étendent aux muscles du périnée et à la paroi intestinale nécessitent une intervention chirurgicale. Parmi les complications possibles figurent les douleurs périnéales persistantes et l'incontinence. Il est impossible de prévenir totalement ces déchirures, mais on peut les atténuer moyennant une gestion appropriée du travail et des soins obstétricaux de qualité.

La proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures sérieuses est considérée comme étant un indicateur de la qualité de ces soins.

Les services d'obstétrique ne déclarent cependant pas toujours ces événements de la même manière, ce qui peut rendre difficiles les comparaisons internationales.

D'autres facteurs, dont le taux national général de naissances par césarienne, les accouchements assistés par voie basse (c'est-à-dire à l'aide de forceps ou d'une ventouse) et l'épisiotomie (une incision chirurgicale du périnée destinée à élargir l'orifice vaginal pour l'accouchement), peuvent influer sur les taux de traumatisme obstétrical ; ces facteurs continuent d'être étudiés. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018[1]) ne recommande pas la pratique systématique ou courante de l'épisiotomie en cas d'accouchement spontané par voie basse, mais le recours sélectif à l'épisiotomie pour réduire les déchirures graves du périnée pendant l'accouchement fait toujours débat.

Le Graphique 6.7 illustre les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse *avec* extraction instrumentale (c'est-à-dire un accouchement avec extraction par forceps ou ventouse), et le Graphique 6.8 les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse *sans* extraction instrumentale. Comme le risque de déchirure du périnée augmente sensiblement avec l'utilisation d'instruments obstétricaux, les taux relatifs à cette population de patientes sont présentés séparément.

On observe une forte variation des taux de traumatisme obstétrical d'un pays à l'autre. Ainsi, les taux déclarés de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale varient de moins de 2 % en Pologne, en Israël, en Italie, en Slovénie et en Lituanie à plus de 10 % au Danemark, en Suède, aux États-Unis et au Canada. Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale varient de moins de 0.5 % des accouchements en Pologne, en Lituanie, au Portugal, en Lettonie et en Israël à plus de 2.5 % au Danemark, au Royaume-Uni et au Canada.

Bien que le taux moyen de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (5.5 % des accouchements par voie basse avec assistance instrumentale) dans les pays de l'OCDE en 2017 représente près de quatre fois le taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale (1.4 % des accouchements par voie basse sans assistance instrumentale), il semble y avoir une relation entre les deux indicateurs, Israël, la Lituanie, le Portugal et la Pologne faisant état des taux les plus faibles, et le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande des taux les plus élevés pour l'un comme pour l'autre.

Les taux des deux indicateurs font apparaître des améliorations perceptibles au Danemark et en Norvège entre 2012 et 2017, mais les taux généraux de traumatisme obstétrical ne marquent aucune évolution manifeste au cours de ces cinq années. La moyenne de l'OCDE est demeurée relativement stable pour les accouchements par voie basse à la fois avec et sans extraction instrumentale. Les taux dans certains pays, dont l'Estonie, l'Italie et la Slovénie, semblent s'être détériorés.

Au Canada, peu de mesures ont été prises pour remédier au taux élevé de traumatisme obstétrical déclaré. Une initiative a été lancée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : Traumatisme obstétrical*, afin de compléter l'indicateur des traumatismes obstétricaux mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé. Elle fait le lien entre l'évaluation et l'amélioration des pratiques en fournissant des informations fondées sur des données probantes qui viennent soutenir les actions menées en vue d'améliorer la sécurité des patients au sein du système de santé.

Définition et comparabilité

Les deux indicateurs de traumatisme obstétrical sont définis comme la proportion d'accouchements par voie basse avec/sans assistance instrumentale assortis d'un code de traumatisme obstétrical du 3e ou du 4e degré (codes CIM-10 : O70.2 ou O70.3) quel que soit le champ du diagnostic et de la procédure.

Plusieurs différences en termes de communication des données des pays peuvent influer sur les taux calculés pour les indicateurs relatifs à la sécurité des patientes. Il s'agit essentiellement de différences concernant les pratiques de codage et les sources de données. Les taux de traumatisme obstétrical reposent pour certains pays sur les données administratives des hôpitaux, pour d'autres sur les registres obstétricaux.

Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement avec assistance instrumentale au fil des ans doivent être interprétés avec prudence, sachant que le nombre très faible de cas de traumatisme observé dans certains pays peut varier de manière significative d'une année à l'autre.

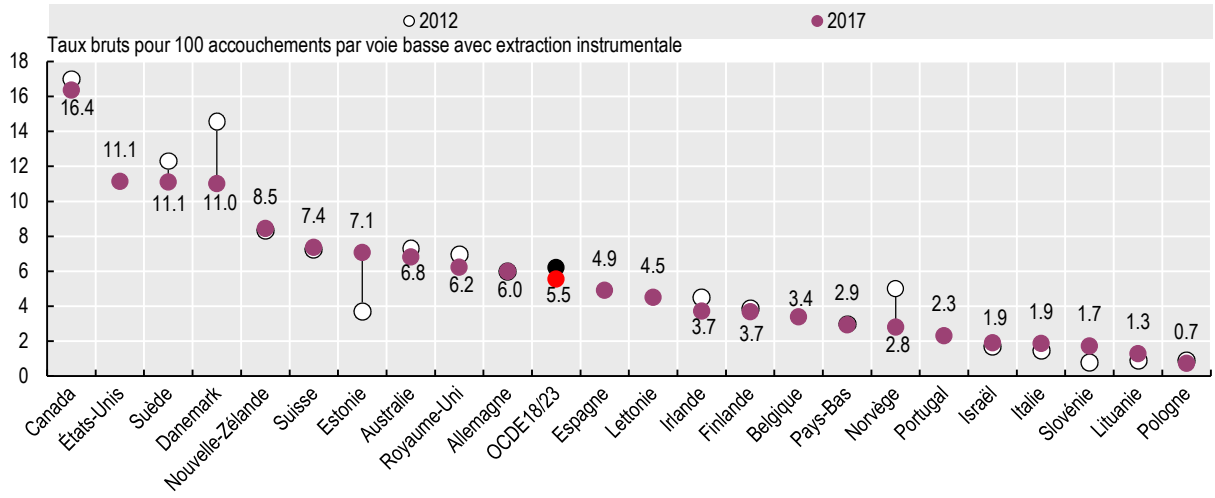
Les données pour 2012 ne sont pas disponibles pour la Lettonie et ne sont pas présentées pour la Belgique, le Portugal, l'Espagne et les États-Unis en raison d'une rupture dans la série. Les taux pour le Danemark, les Pays-Bas et la Norvège se fondent sur des données tirées des registres.

Références

[2] Institut canadien d'information sur la santé (2018), Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : Traumatisme obstétrical.

[1] OMS (2018), Recommandation de l'OMS sur l'épisiotomie.

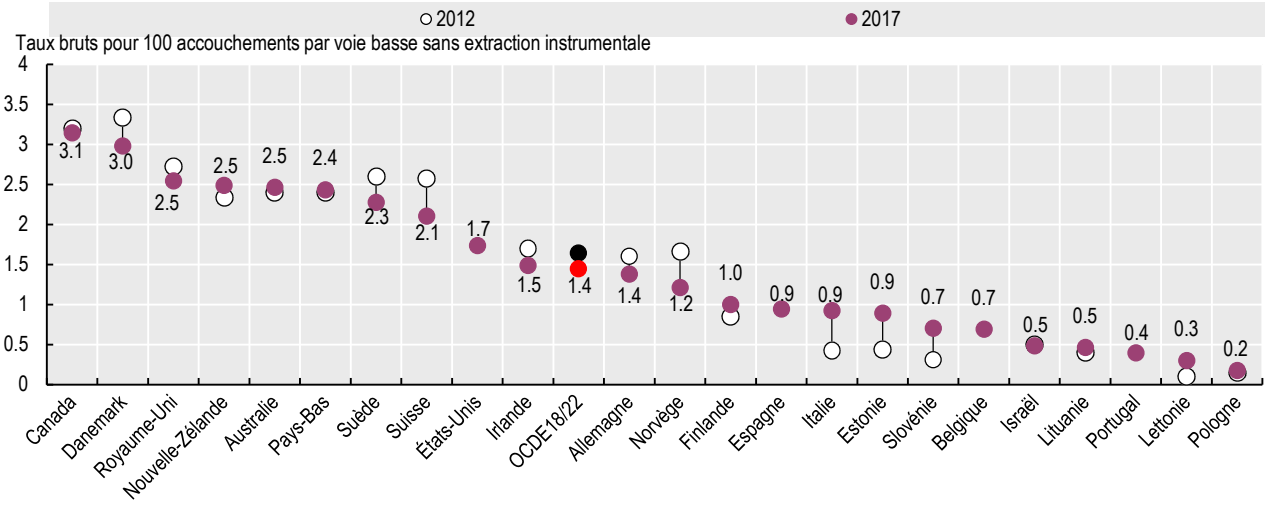
Graphique 6.7. **Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec extraction instrumentale, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068629

Graphique 6.8. **Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse sans extraction instrumentale, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068648

Admissions hospitalières évitables

Les soins de premier recours, qui sont censés servir de premier point de contact avec les systèmes de santé, ont notamment pour mission de promouvoir la santé et de prévenir les maladies, de gérer les nouveaux problèmes de santé, de traiter la majorité des cas sans complications, de gérer les affections de longue durée et d'aiguiller les patients vers des services hospitaliers lorsque cela est nécessaire. L'un des principaux objectifs des soins primaires est de maintenir les personnes en bonne santé en leur fournissant un lieu de soins stable sur le long terme, en prenant en charge la plupart des affections courantes, en adaptant et en coordonnant les soins des personnes dont les besoins sont multiples et en favorisant l'auto-éducation et l'autogestion des patients. Des soins primaires de qualité permettent donc d'améliorer la santé, de réduire les inégalités socioéconomiques sur le plan de la santé et de faire en sorte que les systèmes de soins de santé soient centrés sur la personne, tout en faisant un meilleur usage des ressources de santé (OCDE, à paraître[1]).

L'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) sont trois affections de longue durée très répandues. L'asthme et la MPOC limitent la capacité respiratoire : les symptômes de l'asthme sont le plus souvent intermittents, et les traitements permettent de les éliminer, alors que la MPOC est une maladie évolutive qui touche principalement les fumeurs (actuels ou anciens). L'ICC est une pathologie grave qui survient lorsque le cœur ne parvient pas à pomper un volume de sang suffisant pour répondre aux besoins de l'organisme. Elle est souvent due à l'hypertension, au diabète ou à une maladie coronarienne.

Pour ces trois pathologies, les données factuelles 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, où les patients ont accès à des services de haute qualité, permet d'atténuer la dégradation aiguë de l'état de santé des personnes souffrant d'asthme, de MPOC ou d'ICC. Cela peut éviter des hospitalisations pour la prise en charge de ces pathologies, ce qui est un marqueur de qualité et d'accès aux soins de premier recours.

Le Graphique 6.9 illustre les taux cumulés d'admission à l'hôpital pour asthme et MPOC, compte tenu de la relation physiologique qui existe entre ces deux pathologies. Les taux d'admission spécifiquement pour l'asthme varient dans un rapport de 1 à 12 selon les pays de l'OCDE ; le Mexique, l'Italie et la Colombie enregistrent les taux les plus bas, et la Lettonie, la Turquie et la Pologne des taux deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. En ce qui concerne la MPOC en particulier, les taux d'admission internationaux varient dans un rapport de 1 à 15 selon les pays de l'OCDE : le Japon, l'Italie et le Mexique enregistrent les taux les plus bas ; la Hongrie, la Turquie et l'Australie les plus élevés. On observe une variation moindre pour ces deux pathologies respiratoires conjuguées, de 1 à 7 selon les pays.

Les taux d'admission à l'hôpital pour ICC varient dans un rapport de 1 à 13 (Graphique 6.10). Le Costa Rica, le Mexique et la Colombie enregistrent les taux les plus faibles, alors que la Pologne, la Lituanie et la République slovaque affichent des taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE.

Le Graphique 6.11 montre qu'en Corée, en Lituanie, au Mexique et en Suède, les taux d'admission pour asthme et MPOC conjugués et pour ICC n'ont cessé de diminuer ces dernières années, tandis qu'en République slovaque, les taux d'admission pour asthme et MPOC ont diminué, mais les taux d'admission pour ICC ont augmenté. Il se peut que les progrès observés dans certains pays tiennent à l'amélioration de la qualité des soins primaires, mais des examens réalisés récemment par l'OCDE montrent que l'investissement dans ce domaine n'est peut-être pas assez rapide (OCDE, 2017[2]), entraînant potentiellement des dépenses inutiles en soins hospitaliers (OCDE, 2017[3]).

Définition et comparabilité

Les indicateurs se définissent comme le nombre d'admissions à l'hôpital avec un diagnostic primaire d'asthme, de MPOC ou d'ICC chez les personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux sont standardisés suivant l'âge et le sexe de la population de l'OCDE âgée de 15 ans et plus en 2010. Les admissions à la suite d'un transfert depuis un autre hôpital pendant lesquelles le patient décède ne sont pas prises en compte dans les calculs, car elles sont jugées probablement inévitables.

La prévalence de la maladie et la disponibilité des soins hospitaliers peuvent expliquer en partie, mais pas totalement, les variations des taux d'un pays à l'autre. La diversité des pratiques de codage peut également compromettre la comparabilité des données. Ainsi, l'exclusion des « transferts » ne peut être entièrement respectée dans certains pays. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influer sur les taux.

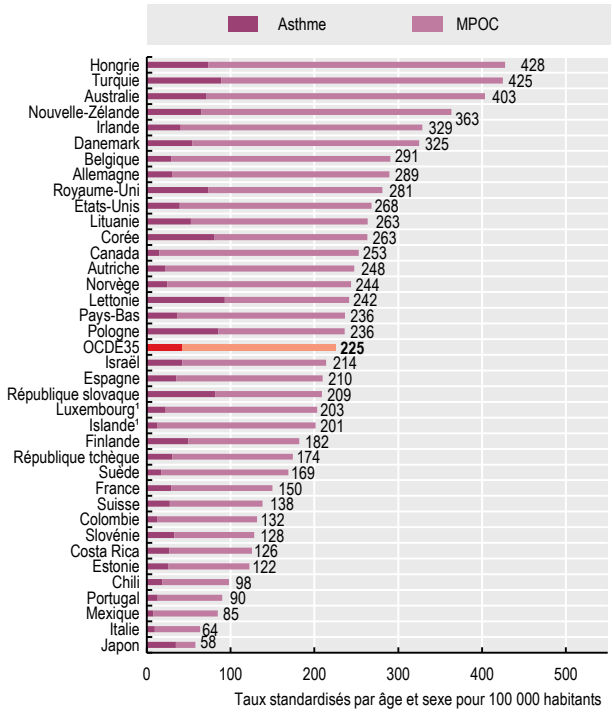
Références

[1] OCDE (à paraître), *The Future of Primary Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

[2] OCDE (2017), *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en*.

[3] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

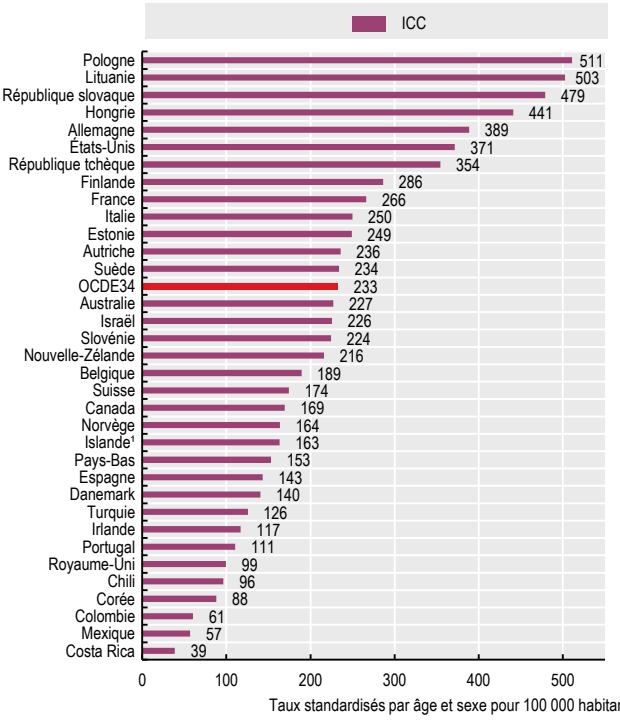
Graphique 6.9. **Admission à l'hôpital pour asthme et MPOC dans la population adulte, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068667

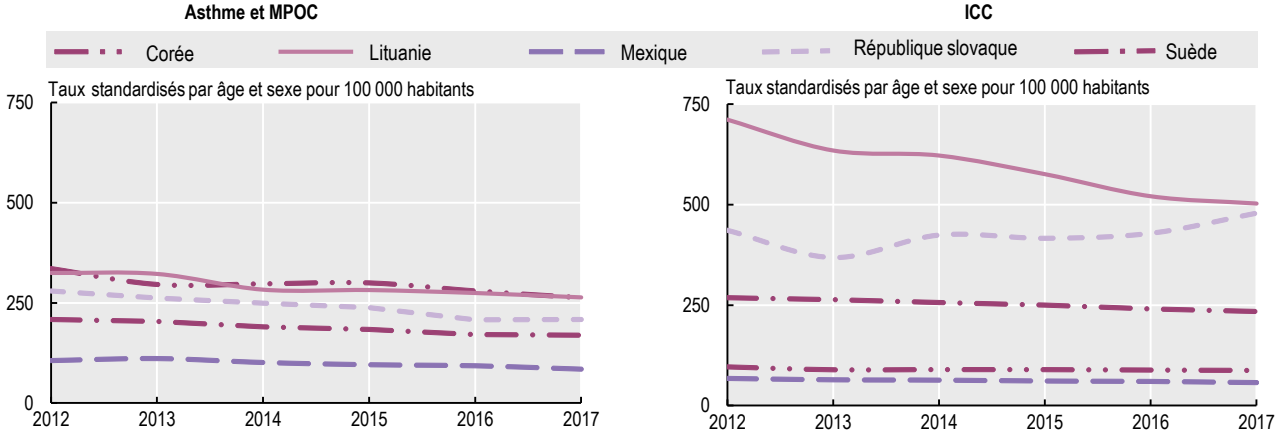
Graphique 6.10. **Admission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive (ICC) dans la population adulte, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068686

Graphique 6.11. **Évolution des admissions à l'hôpital dans la population adulte, pour une sélection de pays, 2007-17 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068705

Traitement du diabète

La gestion efficace du diabète reste une priorité de santé publique, dans la mesure où plus de 425 millions de personnes souffrent de cette maladie dans le monde.

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque que l'organisme n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. Il est une cause majeure de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur. Le diabète a causé 4 millions de décès en 2017, et on prévoit que, d'ici à 2045, plus de 629 millions d'adultes seront diabétiques (FID, = 2017[1]).

La prise en charge du diabète au jour le jour reposant en très grande partie sur le patient, l'accompagnement et la formation des personnes diabétiques revêtent une importance cruciale dans leur traitement primaire (OCDE, 2019[2]). Un contrôle efficace des niveaux de glycémie dans le cadre d'un suivi de routine, une modification du régime alimentaire et une activité physique régulière permettent de diminuer l'apparition de complications graves et la nécessité d'une hospitalisation (Wolters, Braspenning et Wensing, 2017[3]). La gestion d'autres facteurs de risque essentiels, comme le tabagisme, la tension artérielle et les taux de lipides, joue également un rôle majeur dans la lutte contre les complications du diabète.

Le Graphique 6.12 illustre les admissions à l'hôpital pour diabète qui auraient pu être évitées. Bien que leur nombre ait diminué dans la plupart des pays au fil des ans, la variation constatée entre les pays se situe dans un rapport de 1 à plus de 5. L'Islande, l'Italie et l'Espagne déclarent les taux d'admission les plus faibles, tandis que le Mexique et la Corée déclarent des taux près de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. La prévalence du diabète peut expliquer dans une certaine mesure cette disparité. On observe une corrélation positive entre l'ensemble des admissions à l'hôpital et les admissions liées au diabète, ce qui permet de penser que l'accès aux soins hospitaliers expliquerait les variations entre pays (OCDE, 2015[4]).

Chez les personnes diabétiques souffrant d'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 intention pour réduire la tension artérielle. Le Graphique 6.13 montre des pourcentages globalement uniformes de patients diabétiques sous antihypertenseurs selon les recommandations : seules la Finlande, la Belgique et la Corée affichent des pourcentages inférieurs à 80 %.

Les taux d'admission à l'hôpital pour amputation majeure d'un membre inférieur témoignent de la qualité à long terme du traitement du diabète. Le Graphique 6.14 présente les taux d'amputation chez les adultes diabétiques. La disparité entre les pays se situe dans un rapport de 1 à plus de 20, l'Islande, l'Italie, la Corée et le Royaume-Uni déclarant des taux inférieurs à 3 pour 100 000 habitants (population générale), alors que le Costa Rica, Israël, le Mexique et l'Autriche affichent des taux supérieurs à 13 pour 100 000 habitants.

La relation entre, d'une part, la nature, la fréquence et la durée des soins primaires pour le traitement du diabète et, d'autre part, le taux d'admissions à l'hôpital pour des complications liées à cette maladie est complexe et reste difficile à appréhender. Dans le cadre des efforts continus qu'elle déploie pour contribuer à combler ces lacunes, l'OCDE œuvre à l'élaboration d'une enquête internationale auprès des patients atteints de maladies chroniques, dont le diabète, afin de rendre compte des effets sur la santé qu'ils ont déclarés et de mieux comprendre le contexte des soins primaires qui leur sont prodigués. Cette enquête fait partie intégrante des enquêtes PaRIS sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (*https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

Définition et comparabilité

L'indicateur des admissions pour diabète évitables repose sur la somme de trois indicateurs : admissions pour des complications à court terme et à long terme et pour diabète non contrôlé sans complication. L'indicateur est défini comme le nombre d'admissions à l'hôpital de personnes âgées de 15 ans et plus ayant reçu un diagnostic primaire de diabète pour 100 000 habitants.

Le dénominateur des personnes diabétiques auxquelles des médicaments antihypertenseurs sont prescrits se fonde sur les diabétiques (c'est-à-dire les usagers de longue durée de médicaments régulateurs de la glycémie auxquels sont en outre prescrits une ou plusieurs fois par an divers médicaments utilisés dans la gestion de l'hypertension. Le numérateur est le nombre de ces personnes qui ont une ou plusieurs prescriptions d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA-I) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

L'indicateur des amputations majeures d'un membre inférieur chez les adultes diabétiques est défini comme le nombre de sorties de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux des indicateurs sont standardisés suivant l'âge et le sexe de la population de l'OCDE en 2010.

Les différences de définition des données, de pratiques de codage et de méthodes de calcul des indicateurs entre les pays peuvent compromettre la comparabilité des données. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influer sur les taux calculés pour ces indicateurs.

Dans tous les cas, les données nationales sont présentées. Les variations quant à la portée et à la représentativité nationale des indicateurs pour les pays sont documentées dans les sources et les informations méthodologiques de OECD.Stat.

Références

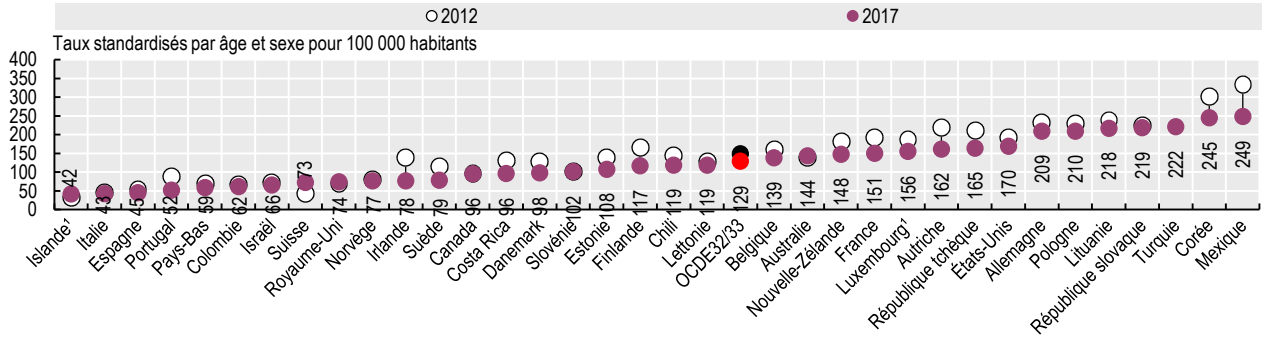
[1] FID (2017), *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*, Fédération internationale du diabète, *http://www.diabetesatlas.org*.

[2] OCDE (2019), « Realising the Full Potential of Primary Health Care », *OECD Policy Brief*, accessible à l'adresse suivante : *http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf*.

[4] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[3] Wolters, R., J. Braspenning et M. Wensing (2017), « Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review », *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 129, pp. 182-196, *http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.05.001*.

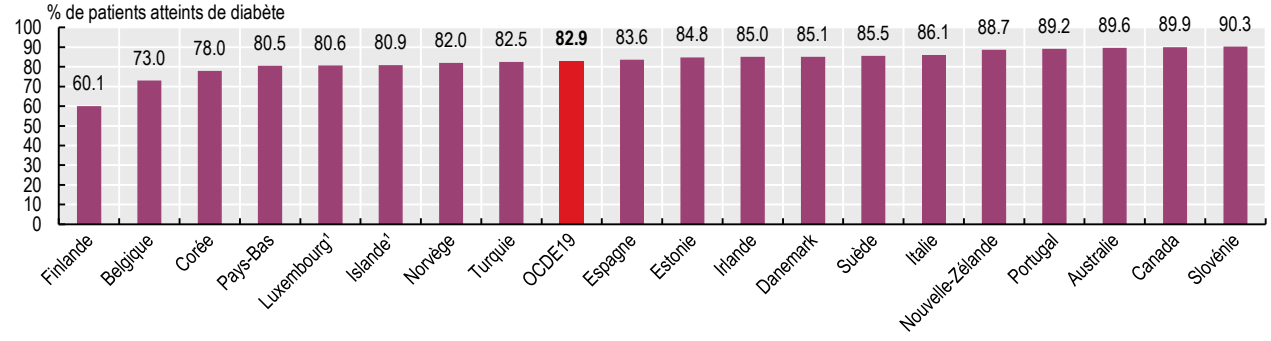
Graphique 6.12. **Admission à l'hôpital pour diabète dans la population adulte, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068724

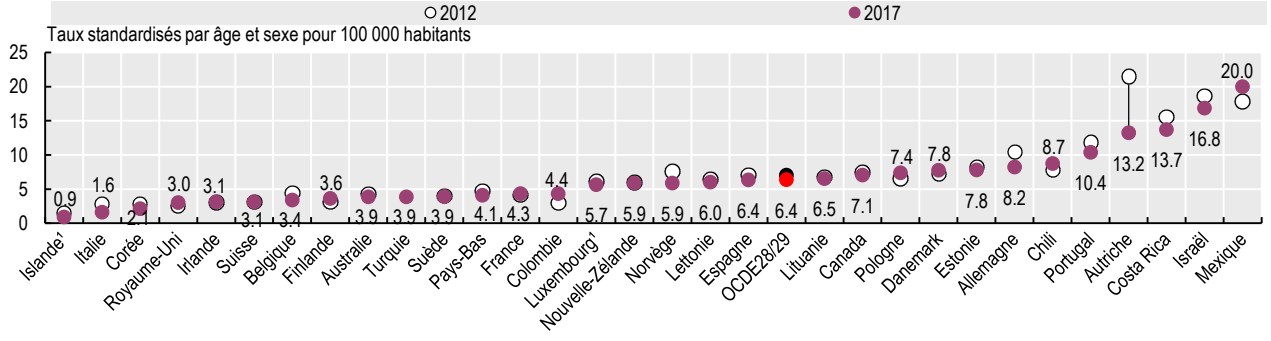
Graphique 6.13. **Personnes diabétiques sous antihypertenseurs au cours de l'année écoulée, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068743

Graphique 6.14. **Amputations majeures d'un membre inférieur chez les adultes diabétiques, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068762

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Les accidents vasculaires cérébraux sont la deuxième cause de décès dans le monde après les maladies cardiaques ; ainsi, ils représentaient plus de 10 % des décès dans le monde en 2013 (*American Heart Association*, 2017[1]). Ils surviennent lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose (mort cellulaire) de la partie atteinte. Parmi les deux types d'AVC, environ 85 % sont ischémiques (causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin) et 15 % sont hémorragiques (causés par la rupture d'un vaisseau sanguin).

Le Graphique 6.15 illustre les taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu (taux basés sur des données non couplées). Le Graphique 6.16 illustre les taux de létalité lorsque les décès sont enregistrés, qu'ils surviennent dans le même hôpital ou dans un autre hôpital que celui où l'AVC a été enregistré initialement (taux basés sur des données couplées). L'indicateur basé sur des données couplées est plus robuste, car il rend compte du nombre de décès de manière plus exhaustive que l'indicateur pour un même hôpital, mais il nécessite un identifiant unique du patient et des données couplées, lesquels ne sont pas disponibles dans tous les pays.

Dans les pays de l'OCDE, 7.7 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour accident cérébral ischémique en 2017 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.15). La Slovénie, la Pologne, la Lituanie et la Lettonie affichent les taux de létalité les plus élevés (>12 %). La Norvège, la Corée, le Japon et le Costa Rica enregistrent des taux inférieurs à 4 %. Les faibles taux observés au Japon s'expliquent en partie par les récents efforts consacrés à l'amélioration du traitement des patients atteints d'AVC dans les hôpitaux, grâce à une surveillance systématique de la tension artérielle, à d'importants investissements matériels dans les hôpitaux et à l'établissement d'unités d'AVC (OCDE, 2015[2]).

Dans les 23 pays qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, 12.3 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC (Graphique 6.16). Ce chiffre est supérieur à celui de l'indicateur pour un même hôpital, car il ne compte chaque patient qu'une fois et tient compte du nombre total de décès.

Le traitement des AVC ischémiques a progressé de manière spectaculaire ces dix dernières années, de nombreux pays de l'OCDE disposant désormais de systèmes et procédures permettant, d'une part, d'identifier le plus tôt possible les patients présentant un risque d'AVC ischémique et, d'autre part, de traiter rapidement les patients par reperfusion en phase aiguë. Entre 2007 et 2017, les taux de létalité par AVC ischémique ont fortement diminué dans les pays de l'OCDE : de 10.1 % à 7.7 % pour les taux basés sur des données non couplées et de 14.6 % à 12.6 % pour les taux basés sur des données couplées.

La variation des performances des hôpitaux d'un même pays influe sur les mesures nationales des AVC ischémiques. La réduction de cette variation est primordiale pour la prestation de soins équitables et la diminution globale des taux de mortalité. Le Graphique 6.17 illustre la variation des taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique entre hôpitaux d'un même pays (taux basés sur des données couplées et non couplées).

Pour réduire cette variation, il faut que toutes les personnes victimes d'AVC puissent avoir accès à des soins de qualité, notamment le transport en temps opportun des patients, des interventions médicales fondées sur des données factuelles et des structures spécialisées de qualité telles que les unités d'AVC (OCDE, 2015[3]). Il est indispensable que les soins soient prodigués à temps, et les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de soins permettant de proposer une thérapie de reperfusion d'une manière encore plus rapide et efficace, que ce soit par le triage préhospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance (Chang et Prabhakaran, 2017[4]).

Définition et comparabilité

Les taux de létalité nationaux sont définis dans l'indicateur « mortalité après un infarctus aigu du myocarde ».

Les taux de mortalité par accident cérébral au niveau des hôpitaux sont calculés suivant une méthodologie différente de celle utilisée pour les taux nationaux. Les taux au niveau des hôpitaux sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la comorbidité, de la gravité de l'AVC et de l'existence d'un épisode antérieur d'AVC (exclusivement sur la base des données couplées). La population de référence pour les taux au niveau des hôpitaux est définie à partir des données des pays participants. La définition de l'AVC ischémique au niveau de l'hôpital diffère également de celle de l'indicateur national, qui utilise uniquement le code CIM-10 de la catégorie I63 (infarctus cérébral).

Le Graphique 6.17 représente la dispersion relative des taux. Une limite de ce genre de représentation est l'incapacité à dégager des variations statistiquement significatives. Les pays sont classés par ordre croissant du degré de dispersion, mesuré par l'amplitude interquartile (différence entre le 75e et le 25e centile) des taux. Les hôpitaux ayant moins de 50 admissions pour AVC ischémique ont été exclus des deux graphiques aux fins d'amélioration de la fiabilité des données.

Références

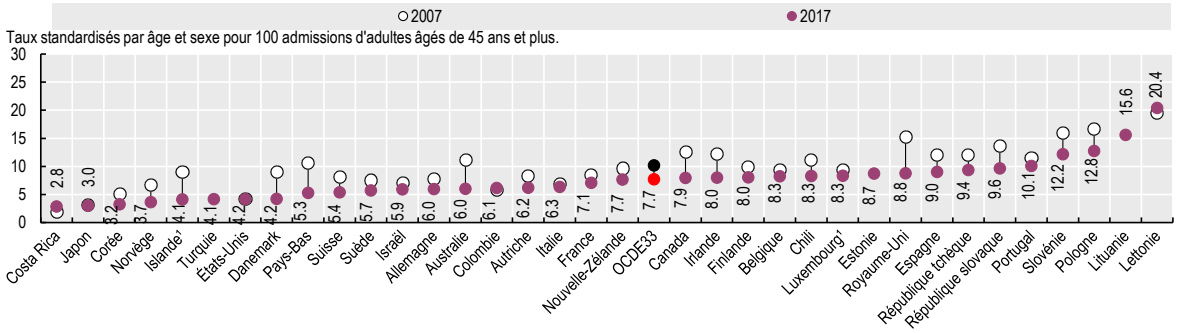
[1] American Heart Association (2017), *Heart Disease and Stroke Statistics 2017 At-a-Glance*,

[4] Chang, P. et S. Prabhakaran (2017), « Recent advances in the management of acute ischemic stroke », *F1000Research*, *http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.9191.1*.

[3] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[2] OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en*.

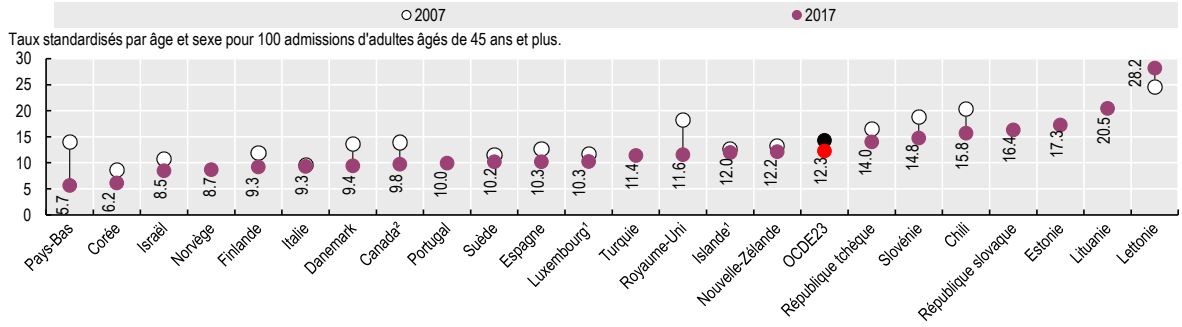
Graphique 6.15. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068781

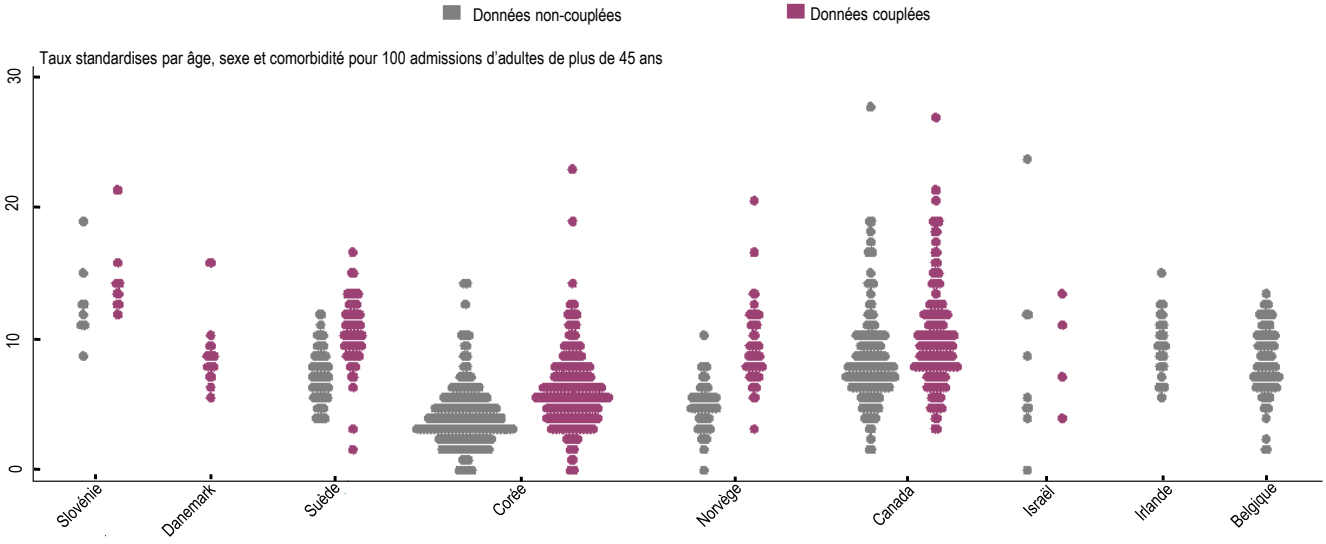
Graphique 6.16. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basés sur des données couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068800

Graphique 6.17. **Variations selon les hôpitaux du taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique, taux basés sur des données couplées et non couplées, 2015-17**



Note : La largeur de chaque ligne représente le nombre d'hôpitaux (fréquence) avec le taux correspondant.
Source : Données de l'OCDE sur les performances hospitalières 2019.

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable aux maladies coronariennes a considérablement diminué depuis les années 70 (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). Les progrès sensibles des politiques de prévention, en ce qui concerne le tabagisme notamment (voir la section sur le « Tabagisme chez les adultes » au chapitre 4), et du traitement des maladies cardiovasculaires ont favorisé ce recul (OCDE, 2015[1]).

Un bon indicateur de la qualité des soins intensifs est le taux de létalité dans les 30 jours suivant un IAM. Ce taux rend compte des procédures de soins (le transport à temps des patients, par exemple) et des interventions médicales efficaces.

Le Graphique 6.18 illustre les taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu. Cette méthode de calcul de l'indicateur est influencée non seulement par la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux, mais aussi par les différences en termes de transferts hospitaliers et de durée moyenne de séjour. L'Islande, le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas, l'Australie et la Suède affichent les taux les plus bas (≤4 %). La Lettonie et le Mexique affichent les taux les plus élevés, ce qui donne à penser que les patients admis pour IAM ne reçoivent pas toujours les soins recommandés dans ces pays. Au Mexique, l'absence d'un système de soins coordonné entre les soins primaires et les hôpitaux peut contribuer aux retards de reperfusion et aux faibles taux d'angioplastie (Martínez-Sánchez et al., 2017[2]).

Le Graphique 6.19 illustre les taux de létalité dans les 30 jours lorsque les décès sont enregistrés indépendamment du lieu où ils surviennent (y compris après transfert dans un autre hôpital ou après sortie d'hôpital). Cet indicateur est plus robuste, car il rend compte du nombre de décès de façon plus exhaustive que l'indicateur basé sur un même hôpital, mais il requiert un identifiant unique pour chaque patient et des données couplées, ce qui n'existe pas dans tous les pays. En 2017, le taux de létalité moyen après un IAM était compris entre 4.0 % aux Pays-Bas et 16.5 % en Lettonie.

Les taux de létalité après un IAM ont sensiblement fléchi entre 2007 et 2017 (Graphique 6.18 et Graphique 6.19). Dans les pays de l'OCDE, ils ont chuté de 9.5 % à 6.9 % si l'on tient compte des décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu, et de 12.5 % à 9.1 % si l'on considère les décès survenus à l'hôpital ou en dehors.

La dispersion des taux entre hôpitaux d'un même pays influe sur les variations des taux nationaux de létalité à 30 jours après un IAM, comme représenté dans le Graphique 6.20. L'amplitude interquartile des taux d'un même pays varie nettement. Les différences entre le taux supérieur et le taux inférieur sont de 1.9 décès pour 100 admissions en Suède et de 4.1 décès pour 100 admissions en Corée (taux basés sur des données couplées).

De multiples facteurs participent aux variations des résultats des soins, notamment la structure hospitalière, les procédures de soins et les pratiques en matière d'organisation. Les études récentes montrent que l'augmentation du nombre total de patients hospitalisés est sensiblement liée à l'amélioration des performances ; cela pourrait soutenir la concentration des services de soins amorcée au niveau des pays (Lalloué et al., 2019[3]).

Définition et comparabilité

Le taux de létalité 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 des données non couplées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu. Les taux basés sur des données couplées tiennent compte des décès survenus n'importe où, y compris à l'hôpital ou en dehors. Bien que la méthode basée sur des données couplées soit considérée comme plus robuste, elle nécessite un identifiant unique pour chaque patient pour coupler les données issues de différentes bases de données, ce qui n'existe pas dans tous les pays.

Les taux nationaux sont standardisés suivant l'âge et le sexe de la population de l'OCDE âgée de 45 ans et plus en 2010 et admise à l'hôpital pour un IAM (codes CIM-10 : I21-I22) et un accident vasculaire cérébral ischémique (codes CIM-10 : I63-I64).

Les taux de mortalité pour IAM au niveau des hôpitaux sont calculés suivant une méthodologie différente de celle utilisée pour les taux nationaux. Les taux au niveau des hôpitaux sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la comorbidité et des antécédents d'IAM (données couplées uniquement). La population de référence pour les taux au niveau des hôpitaux est définie à partir de données provenant des pays participants (Padget, à paraître [4]).

Le Graphique 6.20 représente la dispersion relative des taux. Une limite de ce genre de représentation est l'incapacité à dégager des variations statistiquement significatives. Les pays sont classés par ordre croissant du degré de dispersion, mesuré par l'amplitude interquartile (différence entre le 75e et le 25e centile) des taux. Les hôpitaux ayant moins de 50 admissions pour IAM ont été exclus des deux graphiques aux fins d'amélioration de la fiabilité des données.

Références

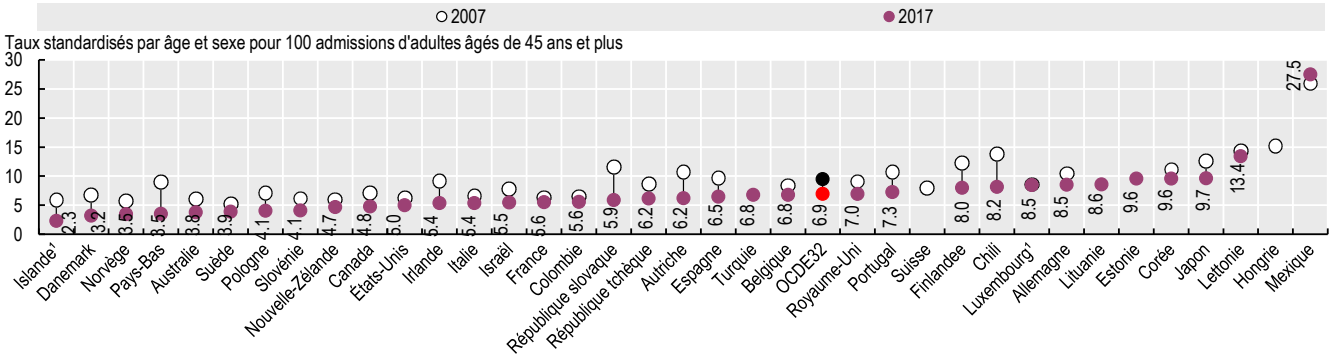
[3] Lalloué, B. et al. (2019), « Does size matter? The impact of caseload and expertise concentration on AMI 30-day mortality-A comparison across 10 OECD countries », *Health policy (Amsterdam, Pays-Bas)*, vol. 123, n° 5, pp. 441-448, *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.007*.

[2] Martínez-Sánchez, C. et al. (sans date), « Reperfusion therapy of myocardial infarction in Mexico: A challenge for modern cardiology », *Archivos de cardiologia de Mexico*, vol. 87, n° 2, pp. 144-150, *http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007*.

[1] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[4] Padget, M. (à paraître), OECD Hospital Performance Project: Methodological Development of International Measurement of Acute Myocardial Infraction 30-Day Mortality Rates at the Hospital Level, *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris,.

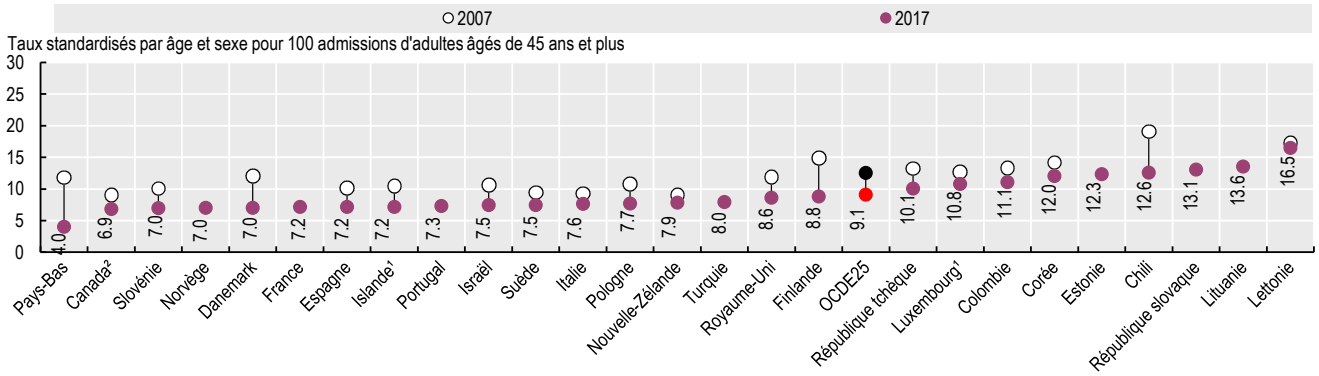
Graphique 6.18. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour IAM, taux basés sur des données non couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068819

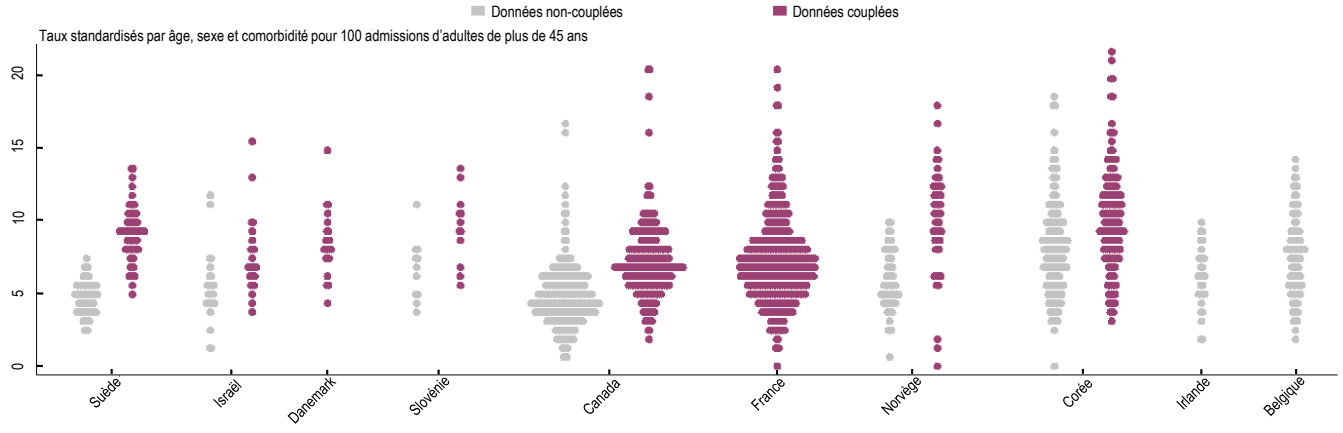
Graphique 6.19. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour IAM, taux basés sur des données couplées, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins intensifs.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068838

Graphique 6.20. **Variations selon les hôpitaux du taux de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM, taux basés sur des données couplées et non couplées, 2015-17**



Note : La largeur de chaque ligne représente le nombre d'hôpitaux (fréquence) avec le taux correspondant.
Source : Données de l'OCDE sur les performances hospitalières 2019.

Chirurgie de la hanche et du genou

L'arthroplastie de la hanche et du genou peut s'avérer efficace pour les patients souffrant d'affections chroniques comme l'arthrose. Les interventions chirurgicales de réparation des fractures de la hanche sont également courantes et efficaces. Le vieillissement et une moindre solidité du squelette due à l'ostéoporose sont les principaux facteurs de risque associés à une fracture de la hanche, généralement consécutive à une chute. Dans la plupart des cas, une intervention chirurgicale est nécessaire pour réparer ou remplacer l'articulation fracturée au niveau de la hanche.

La prise en charge des patients souffrant d'arthrose du genou ou de la hanche vise à réduire la douleur au niveau de l'articulation et à améliorer son fonctionnement, sa mobilité et la qualité de vie du patient. Une intervention chirurgicale est généralement recommandée si les symptômes qui nuisent considérablement à la qualité de vie persistent après épuisement des traitements non chirurgicaux (NICE, 2014 [1]). Les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou standardisés suivant l'âge ont augmenté ces dix dernières années et varient dans un rapport de 1 à 5 au sein des pays et d'un pays à l'autre (OCDE, 2014 [2]).

Le Graphique 6.21 illustre les scores bruts moyens communiqués par les patients avant arthroplastie élective de la hanche pour ostéo-arthrite ainsi que 6 ou 12 mois après l'intervention dans le cadre d'un ensemble de programmes d'arthroplastie nationaux ou infranationaux au moyen des questionnaires OHS et HOOS-PS (qui sont des mesures validées des résultats déclarés par les patients (PROM)) qui ont été élaborés spécifiquement pour les douleurs de la hanche et du genou. Dans tous les programmes, les patients ont déclaré en moyenne un score plus élevé après l'intervention, ce qui tend à montrer un résultat positif en moyenne.

Le Graphique 6.22 illustre les scores bruts moyens communiqués par les patients avant arthroplastie élective du genou pour ostéo-arthrite ainsi que 6 ou 12 mois après l'intervention dans le cadre d'un ensemble de programmes nationaux et infranationaux au moyen des questionnaires OKS et KOOS-PS. En moyenne, les patients ayant subi une arthroplastie du genou ont également fait état d'une amélioration après l'intervention dans tous les programmes. L'amélioration après une arthroplastie du genou a été, en moyenne, plus modeste que celle signalée par les patients ayant subi une arthroplastie de la hanche. Toutefois, les patients en convalescence après une arthroplastie du genou peuvent mettre plus longtemps à se rétablir. D'autres résultats et analyses portant sur ces mesures sont présentés au chapitre 2.

Si l'arthroplastie de la hanche pour arthrose est une intervention non urgente, la réparation d'une fracture de la hanche est généralement une intervention d'urgence. En effet, les données tendent à démontrer qu'une intervention chirurgicale pratiquée à un stade précoce améliore les résultats chez les patients et limite le risque de complications. On s'accorde à considérer que la chirurgie devrait avoir lieu dans les deux jours (48 heures) après l'admission hospitalière (*National Clinical Guideline Centre*, 2011 [3]).

Le délai d'intervention est réputé constituer un indicateur de processus cliniquement significatif en ce qui concerne la qualité des soins intensifs reçus par les patients souffrant d'une fracture de la hanche. Cependant, le délai d'intervention est fonction de plusieurs facteurs, notamment le nombre de blocs opératoires, leur disponibilité et leur accessibilité, et la mise en œuvre d'actions ciblées, dont la communication d'informations et le suivi des performances (Siciliani, Borowitz et Moran, 2013 [4]).

En 2017, plus de 80 % des patients des pays de l'OCDE admis pour une fracture de la hanche ont été opérés dans les deux jours (Graphique 6.23). Cela représente une modeste augmentation de 2.7 points de pourcentage (de 78.2 % à 80.9 %) depuis 2012.

La plus forte amélioration a été observée en Israël (de 68 % à 89 %). Les politiques ciblées qui incitent à opérer les patients peu de temps après leur admission pour fracture de la hanche pourraient expliquer en partie ce résultat. L'Islande, la République tchèque, le Portugal et la Lettonie ont fait état d'une baisse du pourcentage de patients opérés dans les deux jours entre 2007 et 2017, ce qui tend à montrer la nécessité de mettre en place des mesures.

Définition et comparabilité

Les résultats des PROM sont basés sur les informations communiquées par des patients adultes ayant subi une arthroplastie élective de la hanche ou du genou à la suite d'un diagnostic primaire d'ostéo-arthrite et ayant rempli un questionnaire OHS/OKS ou HOOS/KOOS avant et après leur intervention (OCDE, à paraître [5]). Dans les deux évaluations, un score élevé correspond à de meilleurs résultats. Le fait de recueillir des données à 6 mois au lieu de 12 influence les résultats. La taille des programmes participants allait de pays entiers à de seuls hôpitaux. Pour de plus amples informations sur l'approche méthodologique et les questions de comparabilité, voir le chapitre 2.

L'indicateur de la fracture de la hanche 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 et opérés dans les deux jours suivant leur admission. La saisie de l'heure d'admission et d'intervention dans les données administratives des hôpitaux n'est pas systématique dans tous les pays ; c'est pourquoi il est impossible de faire un compte précis des opérations réalisées dans un délai de 48 heures dans certains pays.

S'il convient d'exclure les cas de fractures de la hanche survenues lors de l'admission à l'hôpital, tous les pays ne disposent pas dans leurs bases de données d'un indicateur « fracture présente au moment de l'admission » leur permettant de recenser ces cas de figure avec précision.

Références

[3] National Clinical Guideline Centre (2011), *The management of hip fracture in adults*, National Clinical Guideline Centre, Londres, *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83014/pdf/Bookshelf_NBK83014.pdf*

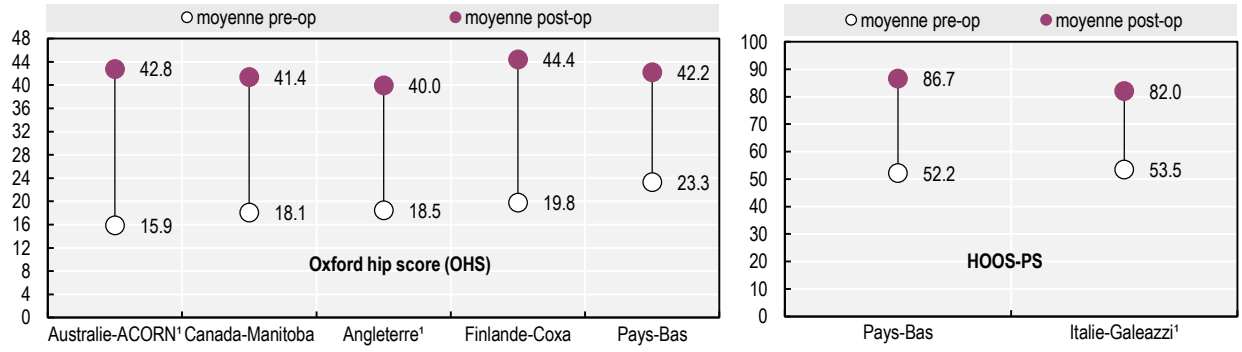
[1] NICE (2014), *Osteoarthritis: care and management*, National Institute for Health and Care Excellence.

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

[5] OCDE (à paraître), « Patient-reported outcome indicators in joint replacement and breast cancer surgery », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[4] Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (dir. pub.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en*.

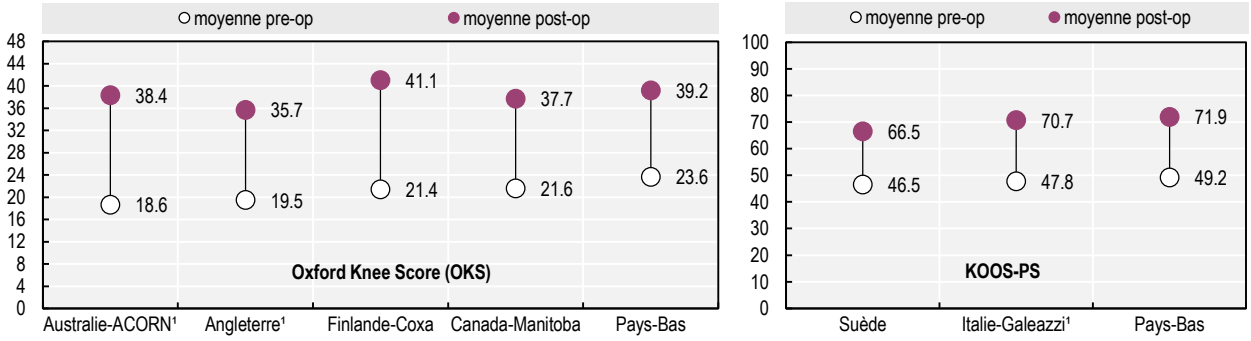
Graphique 6.21. **Scores bruts moyens communiqués avant et après l'intervention au moyen des questionnaires OHS et HOOS-PS, 2013-16 (ou année la plus proche)**



1. Mesures effectuées six mois après l'intervention.
Source : Collecte de données pilote sur les prothèses de la hanche/du genou (PaRIS).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068857

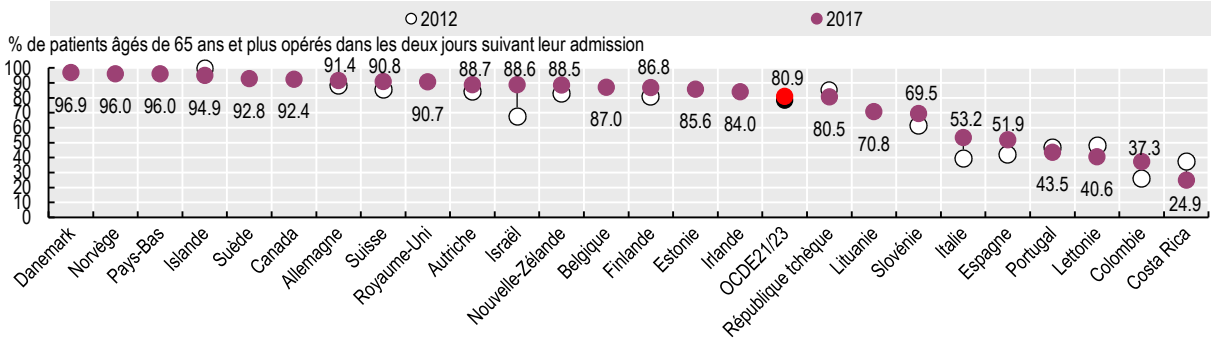
Graphique 6.22. **Scores bruts moyens communiqués avant et après l'intervention au moyen des questionnaires OKS et KOOS-PS, 2013-16 (ou année la plus proche)**



1. Mesures effectuées six mois après l'intervention.
Source : Collecte de données pilote sur les prothèses de la hanche/du genou (PaRIS).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068876

Graphique 6.23. **Opération chirurgicale dans les deux jours suivant l'admission à l'hôpital pour une fracture de la hanche, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068895

Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale représentent une charge substantielle : une personne sur cinq en souffrirait à tout moment dans les pays de l'OCDE, et une personne sur deux au cours de sa vie (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3). Selon les estimations, le coût total des problèmes de santé mentale représenterait entre 3.5 % et 4 % du PIB dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2018[1]). Des soins de qualité prodigués à temps peuvent améliorer les résultats et faire diminuer le nombre de suicides et la surmortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

La qualité des soins revêt une importance cruciale pour les patients hospitalisés en raison de troubles psychiatriques ; les suicides de patients hospitalisés constituent des événements « rarissimes » dont il convient de tenir un compte rigoureux en ce qu'ils révèlent dans quelle mesure les établissements sont à même de protéger ces patients contre eux-mêmes. La plupart des pays déclarent des taux de suicide de patients hospitalisés inférieurs à 10 pour 10 000, mais le Danemark est une exception, avec des taux supérieurs à 10 pour 10 000 (Graphique 6.24). La prévention des suicides chez ces personnes passe par l'identification et la suppression des occasions de passer à l'acte, par l'évaluation du risque suicidaire et par un suivi et un traitement adaptés. Si le suicide de patients hospitalisés doit être considéré comme un événement rarissime, certaines pratiques qui réduisent le risque de suicide chez ces personnes, comme le recours à des mesures de contention, peuvent faire obstacle à la fourniture de soins de qualité.

Les taux de suicide après sortie de l'hôpital peuvent servir d'indicateurs de la qualité des soins dans le secteur extrahospitalier, mais aussi de la coordination entre le milieu hospitalier et non hospitalier. Dans les pays de l'OCDE, les taux de suicide des patients hospitalisés au cours de l'année précédente étaient de seulement 10 pour 10 000 en Islande et au Royaume-Uni, mais supérieurs à 50 pour 10 000 aux Pays-Bas, en Slovénie et en Lituanie (Graphique 6.25). Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont particulièrement à risque juste après leur sortie de l'hôpital, mais l'on sait qu'il est possible d'atténuer le risque, élevé, de suicide dans les jours qui suivent une sortie d'hôpital par une préparation et un accompagnement appropriés, et par un renforcement des soins au cours de la période qui la suit immédiatement.

Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique affichent un taux de mortalité plus élevé que la population globale. Un taux de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Le Graphique 6.26 illustre le taux de surmortalité due à la schizophrénie et aux troubles bipolaires, qui est supérieur à 2 dans la plupart des pays. Pour réduire le taux élevé de mortalité des personnes atteintes de troubles mentaux, une approche multidimensionnelle s'impose, qui conjugue des programmes de prévention primaire des problèmes de santé physique, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et un changement d'attitude du personnel spécialisé (OCDE, 2014[3]).

Les expériences vécues par les patients peuvent aussi faire la lumière sur la qualité des soins prodigués aux personnes chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les patients chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué ont moins tendance à déclarer avoir été traités avec courtoisie et respect par les médecins et le personnel infirmier pendant leur hospitalisation que les patients hospitalisés chez qui aucun problème de santé mentale n'a été diagnostiqué (Graphique 6.27). De plus, dans plusieurs pays, dont l'Australie, la Suède et la France, les personnes chez qui un problème de santé mentale a été diagnostiqué risquent davantage d'avoir reçu des informations contradictoires de la part des différents professionnels de santé (chapitre 2). Cela tend à montrer qu'il existe une marge d'amélioration de la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Définition et comparabilité

L'indicateur du suicide de patients hospitalisés est composé d'un dénominateur représentant les patients sortis de l'hôpital avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), et d'un numérateur représentant ces patients sortis avec un code correspondant au « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Les données doivent être interprétées avec prudence compte tenu du très petit nombre de cas. Les taux communiqués peuvent varier dans le temps. Aussi, lorsque cela était possible, on a calculé une moyenne sur trois ans pour conférer une plus grande stabilité à l'indicateur, hormis pour la Nouvelle-Zélande.

Le taux de suicide dans les 30 jours et dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi par le couplage, d'une part, des sorties après hospitalisation avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99) et, d'autre part, des suicides inscrits dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84).

S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur représente le taux de mortalité global des personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. Le dénominateur représente le taux de mortalité global de la population générale du même groupe d'âge. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires qui décèdent au cours d'une année donnée peut se traduire par des variations sensibles d'une année sur l'autre, c'est pourquoi des moyennes sur trois ans ont été présentées.

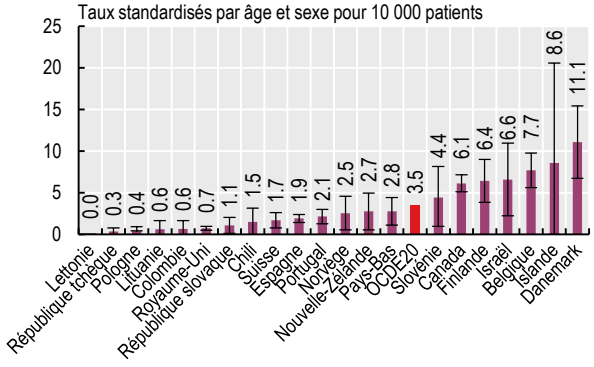
Pour obtenir des informations sur le suivi de l'expérience des patients, voir « l'Enquête internationale 2016 du Fonds du *Commonwealth* sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes ». Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence, compte tenu de l'hétérogénéité des échantillons nationaux tant dans leur nature qu'en termes de taille.

Références

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

[2] OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en*.

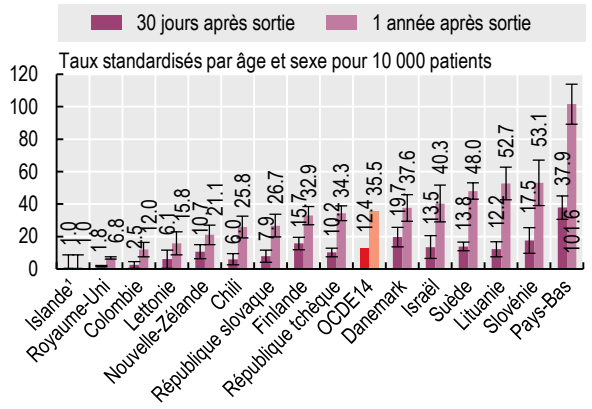
Graphique 6.24. **Suicide chez les patients hospitalisés atteints d'un trouble psychiatrique, 2015-17 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068914

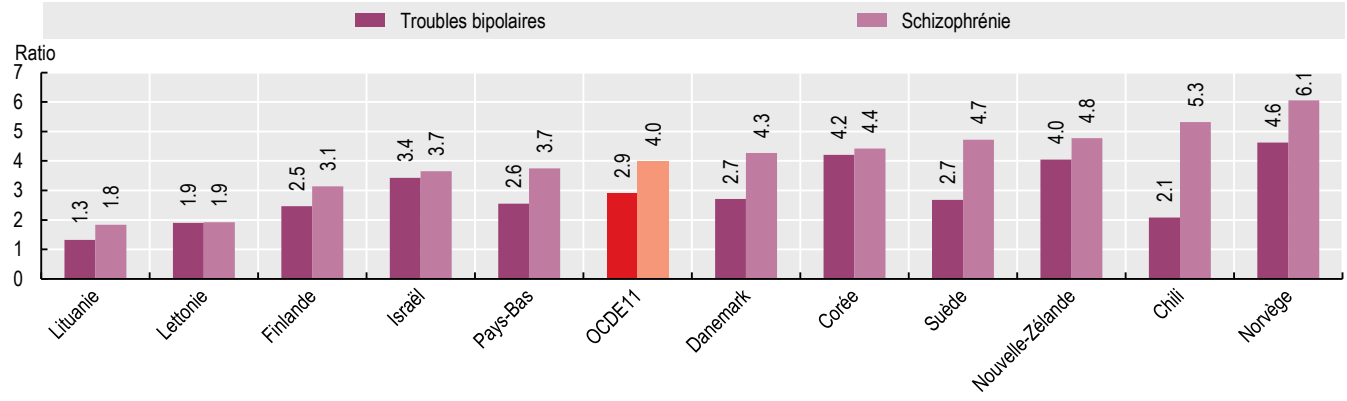
Graphique 6.25. **Suicide après une hospitalisation pour troubles psychiatriques, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie d'hôpital, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Moyenne sur trois ans pour l'Islande.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068933

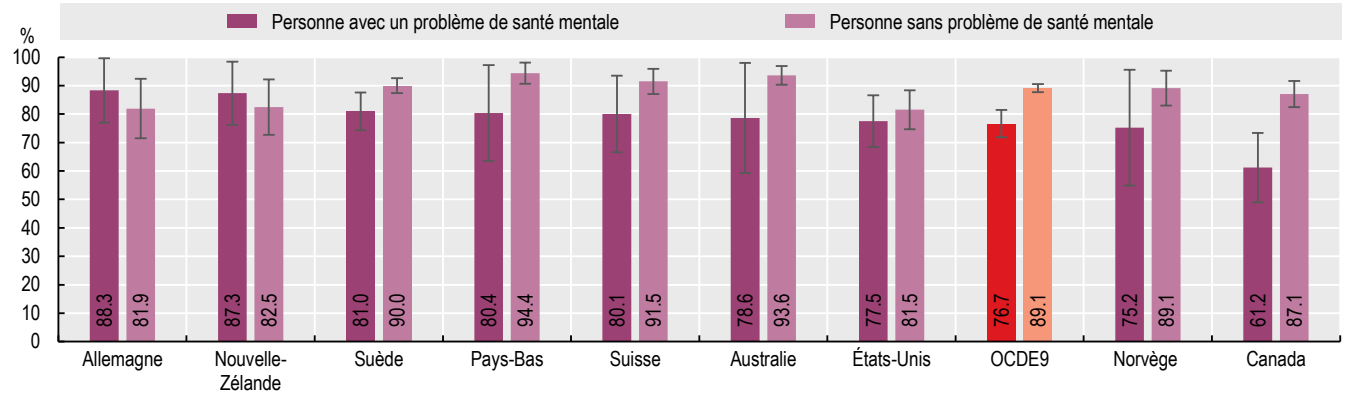
Graphique 6.26. **Surmortalité due aux troubles bipolaires et à la schizophrénie, 2015-17**



Note : Les données représentent une moyenne sur trois ans, hormis pour les Pays-Bas (moyenne sur deux ans).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068952

Graphique 6.27. **Pourcentage de personnes traitées avec courtoisie et respect par les médecins et le personnel infirmier pendant leur hospitalisation, 2016**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source : Fonds du *Commonwealth*, Enquête internationale sur les politiques de santé (2016).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068971

Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer dont l'incidence est la plus élevée chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, et représente la deuxième cause de décès par cancer la plus fréquente chez les femmes (voir l'indicateur « Incidence du cancer et mortalité » au chapitre 3).

Sur la période 2010-14, une moyenne de 51.5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont été diagnostiquées à un stade précoce de la maladie dans les pays de l'OCDE, contre 8.6 % à un stade avancé (Graphique 6.28). Les pays qui enregistrent une forte proportion de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à un stade précoce (les États-Unis et le Japon, par exemple) affichent corrélativement une faible proportion de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein à un stade avancé. Depuis les années 80, la plupart des pays de l'OCDE ont adopté des programmes de dépistage du cancer du sein, qui constituent un moyen efficace de détecter la maladie à un stade précoce (OCDE, 2013[1]). Cette initiative a contribué à accroître les proportions de femmes chez qui un cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le taux net de survie à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer du sein s'est amélioré ces dernières années, ce qui traduit une amélioration générale de la qualité de la prise en charge du cancer (Allemani et al., 2018[2]). Dans tous les pays de l'OCDE, pour les femmes diagnostiquées à un stade précoce ou localisé, la probabilité cumulée de survie à au moins cinq ans est de 90 % et la variation à l'échelle internationale des estimations du taux de survie est faible (Graphique 6.29). Cependant, le taux de survie net des femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade avancé reste faible et varie fortement, d'environ 30 % en Autriche et en Lituanie à plus de 50 % en Israël et en Finlande.

Dans les pays de l'OCDE, les patientes et les prestataires de soins motivés s'aident de plus en plus des mesures des résultats déclarés par les patientes (PROM) atteintes d'un cancer du sein pour prendre des décisions difficiles sur le plan clinique. Le Graphique 6.30 illustre les résultats bruts à 6-12 mois après une chirurgie mammaire (chirurgie conservatrice du sein –CCS– et reconstruction mammaire) pour 11 sites cliniques de huit pays. Les résultats ont été mesurés au moyen des échelles « satisfaction des patientes de leurs seins après l'intervention » du questionnaire BREAST-Q, un instrument validé à l'échelle internationale permettant de mesurer les résultats déclarés par les patientes ayant subi une chirurgie mammaire (Pusic et al., 2009[3]). D'autres résultats et analyses à propos de cette mesure sont présentés au chapitre 2).

Le Graphique 6.31 illustre la proportion de femmes ayant subi une chirurgie de reconstruction mammaire par la pose d'un implant et par lambeau dans l'échantillon de chaque site. Les scores bruts consolidés des sites participants indiquent que les femmes sont environ 6 % (6 points de pourcentage) plus nombreuses à être satisfaites de leurs seins après une reconstruction par lambeau qu'après une reconstruction par la pose d'un implant (graphique 2.9 au chapitre 2). Ce résultat concorde avec les données existantes (Matros et al., 2015[4]) et peut se révéler un facteur important à prendre à compte si le choix de l'intervention chirurgicale est possible.

Les résultats de ces PROM ne sont pas représentatifs pour chaque pays mais montrent la capacité de communication de ce type de mesures sur le plan international. Certains pays de l'OCDE intensifient actuellement leurs efforts pour mesurer les PROM en ce qui concerne le cancer du sein étant donné que leur utilité est désormais appréciée à sa juste valeur. Ainsi, au Pays-Bas, le cancer du sein a été défini comme un domaine prioritaire possible dans le cadre de l'effort actuellement déployé au niveau national pour mesurer systématiquement les PROM.

Définition et comparabilité

Le stade du cancer du sein au moment du diagnostic est établi selon le système de classification des tumeurs, des ganglions et des métastases (TNM). Dans l'analyse, les « stades précoce et localisé » correspondent aux tumeurs sans envahissement des ganglions lymphatiques ni métastases (cotes T1-3, N0, M0), le stade intermédiaire aux tumeurs avec envahissement des ganglions lymphatiques mais sans métastases (cotes T1-3, N1-3, M0), et le stade avancé aux tumeurs importantes avec ulcération ou envahissement de la paroi thoracique, et aux tumeurs ayant métastasé dans d'autres organes (cotes T4, N, M0 ou M1).

Le taux de survie net à cinq ans correspond à la probabilité cumulée que les patientes atteintes de cancer vivent pendant cinq ans après le diagnostic si le cancer est la seule cause possible de décès. L'approche par période permet d'estimer le taux de survie à cinq ans lorsqu'on ne dispose pas de cinq années pour effectuer le suivi. Les estimations du taux de survie net sont standardisées suivant l'âge avec les normes de l'*International Cancer Survival Standard*.

Les données sur les patients atteints d'un cancer proviennent de registres nationaux ou régionaux sur cette maladie. Le contrôle de la qualité et l'analyse de la répartition des stades et du taux de survie net à cinq ans après standardisation par l'âge ont été effectués de façon centralisée dans le cadre de CONCORD, le programme mondial de surveillance du taux de survie au cancer, dirigé par la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Allemani et al., 2018[2]).

Voir l'encadré 2.3 au chapitre 2 pour de plus amples informations sur l'échelle de satisfaction du questionnaire BREAST-Q utilisée pour mesurer les PROM en ce qui concerne le cancer du sein. Les données sont seulement présentées pour une sélection de sites et ne sont pas représentatives pour chaque pays. Les mesures s'étendent au-delà de 12 mois après l'intervention chirurgicale pour les sites implantés en Suède et en Suisse.

Références

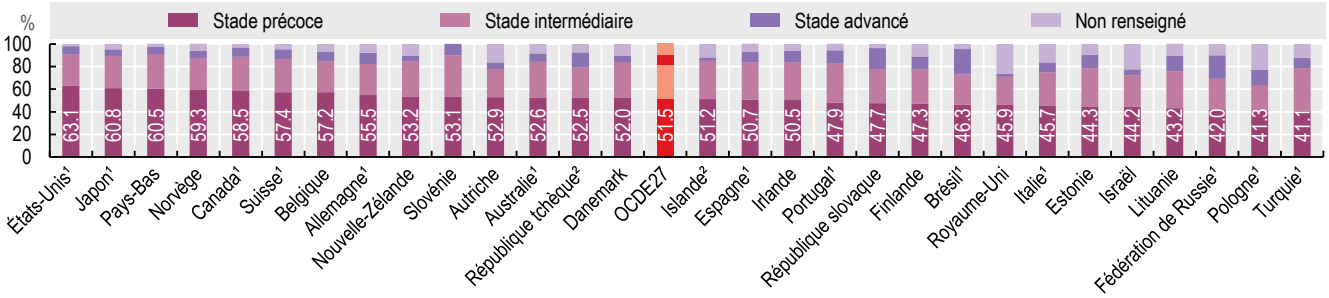
[2] Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

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

[1] OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

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

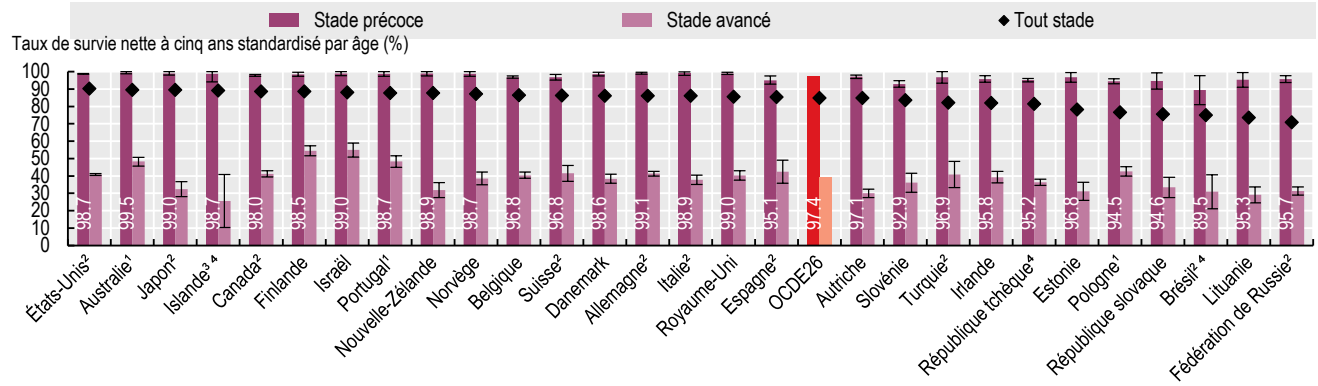
Graphique 6.28. **Répartition des stades de cancer du sein, 2010-14**



1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Données pour 2004-09.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934068990

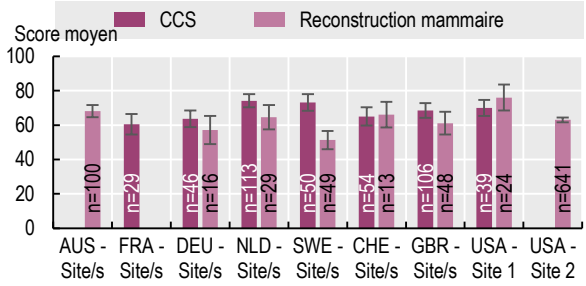
Graphique 6.29. **Cancer du sein : taux de survie net à cinq ans selon le stade d'évolution au moment du diagnostic, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. La couverture est inférieure à 100 % de la population nationale pour les estimations du taux de survie à chaque stade. 2. La couverture est inférieure à 100 % de la population nationale. 3. Les estimations du taux de survie à un stade avancé ne sont pas standardisées par l'âge. 4. Données pour 2004-09.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069009

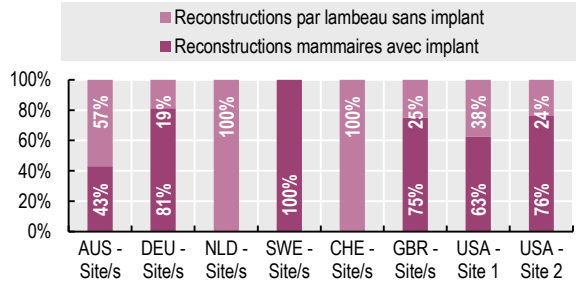
Graphique 6.30. **Satisfaction autodéclarée après une chirurgie mammaire : scores bruts 6 à 12 mois après l'intervention, 2017-18 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les données à la base de l'histogramme désignent la taille de l'échantillon sur chaque site.
Source : Collecte de données pilote PROM sur le cancer du sein (PaRIS, 2019).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069028

Graphique 6.31. **Type de chirurgie de reconstruction mammaire, en proportion du total, 2017-18 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069047

Cancer colorectal : dépistage et taux de survie

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué après le cancer du sein et le cancer de la prostate dans les pays de l'OCDE, et la troisième cause la plus fréquente de décès par cancer (voir l'indicateur « Incidence du cancer et mortalité » au chapitre 3) (GLOBOCAN, 2018[1]). Plusieurs facteurs augmentent le risque de développer un cancer colorectal, notamment l'âge, une colite ulcéreuse, des antécédents de polypes colorectaux ou des antécédents familiaux de cancer colorectal, ainsi que des facteurs liés à l'hygiène de vie comme un régime alimentaire riche en graisses et pauvre en fibres, le manque d'activité physique, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool. Son incidence est sensiblement plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des pays. Le cancer du rectum est souvent plus difficile à traiter que celui du côlon, car il présente davantage de risques de propagation à d'autres tissus, de récidive et de complications post-opératoires.

Un nombre croissant de pays de l'OCDE ont mis en place un dépistage gratuit en population, qui cible les femmes et les hommes âgés de 50 à 74 ans, soit au niveau national, soit au niveau régional (OCDE, 2013[2]). Dans la plupart des pays qui proposent le test de recherche de sang occulte dans les selles, un dépistage est proposé tous les deux ans. Le dépistage et le suivi périodique sont moins fréquents pour la coloscopie et la sigmoïdoscopie flexible, qui sont généralement pratiquées tous les dix ans. Ces différences compliquent les comparaisons internationales de la couverture du dépistage.

En 2014, 40.4 % en moyenne des personnes âgées de 50 à 74 ans dans les pays de l'OCDE avaient passé un test de recherche de sang occulte dans les selles au moins une fois dans leur vie (Graphique 6.32), et 18.4 % des personnes de tous âges avaient passé une coloscopie au moins une fois dans leur vie. Le dépistage du cancer colorectal reste beaucoup moins fréquent que pour le cancer du sein et du col de l'utérus dans de nombreux pays de l'OCDE.

Les progrès en matière de diagnostic et de traitement du cancer colorectal, notamment le perfectionnement des techniques chirurgicales, la radiothérapie et la chimiothérapie combinée, associés à un accès plus large et plus rapide à ces traitements, ont contribué à accroître le taux de survie ces dix dernières années dans les pays de l'OCDE. En moyenne, le taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge pour les patients diagnostiqués sur la période 2010-14 s'élevait à 62.1 % en ce qui concerne le cancer du côlon et à 60.6 % en ce qui concerne le cancer du rectum (Graphique 6.33 et Graphique 6.34). Le taux de survie a considérablement progressé ces dix dernières années dans certains pays, notamment le Danemark, la Corée et la Lituanie en ce qui concerne le cancer du côlon et la République tchèque, le Danemark, la Corée, l'Irlande, la Lettonie, la Lituanie et la Slovénie en ce qui concerne le cancer du rectum.

Le taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge pour les cancers du côlon et du rectum varie considérablement entre les pays de l'OCDE. Par exemple, le taux de survie net à cinq ans est beaucoup plus élevé en Corée qu'au Chili, à la fois pour le cancer du côlon (71.8 % contre 43.9 %) et le cancer du rectum (71.1 % contre 32.7 %). De manière générale, les pays où le taux de survie au cancer du côlon est faible enregistrent également un faible taux de survie au cancer du rectum, notamment le Chili, la République tchèque, la Lettonie, la Pologne, la République slovaque et la Turquie. Ces dernières années, certains de ces pays ont réussi à renforcer leurs systèmes de manière à réduire la charge de morbidité du cancer colorectal. Ainsi, en 2013, le Chili a intégré le traitement du cancer colorectal dans son régime garanti d'assurance maladie (OCDE, 2019[4]).

Face aux mauvais résultats enregistrés pour d'autres cancers (voir l'indicateur « taux de survie aux autres formes de cancer »), plusieurs pays de l'OCDE ont adopté une approche plus globale visant à renforcer leurs systèmes de prise en charge du cancer. En Lettonie, l'administration des traitements anticancéreux a été centralisée et l'expertise concentrée au sein d'institutions spécialisées, l'objectif étant d'améliorer à la fois la qualité et l'efficacité des soins. En 2017, la Lettonie a également adopté un plan national pour améliorer la prise en charge du cancer par la prévention, un meilleur accès au diagnostic précoce et au traitement optimal, ainsi que la réadaptation et les soins palliatifs (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2017[6]).

Définition et comparabilité

Le taux de survie net est défini dans l'indicateur « Cancer du sein ». Les estimations du taux de survie sont basées sur les dossiers médicaux des patients qui sont assortis des codes C18-C19 de la CIM-10 (Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition) en ce qui concerne le cancer du côlon et des codes C20-C21 de la CIM-10 en ce qui concerne le cancer du rectum.

Références

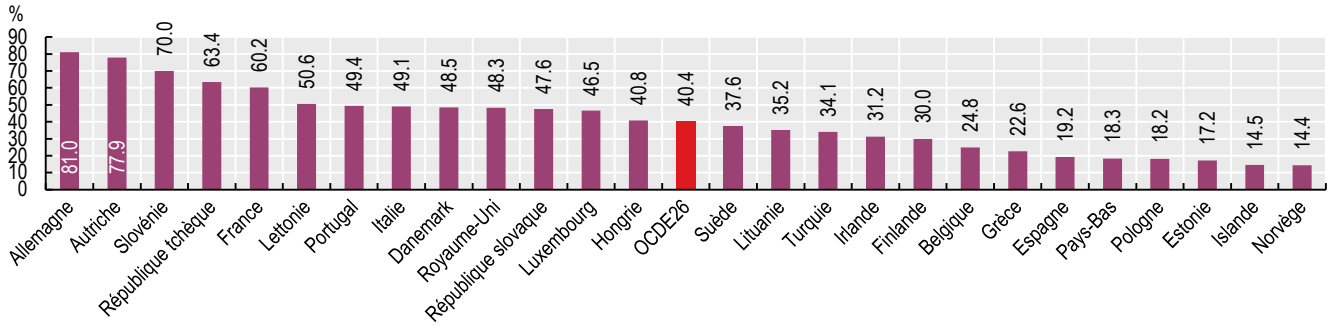
[1] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[3] OCDE (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en*.

[2] OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[4] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2017), *Latvia: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264283466-en*.

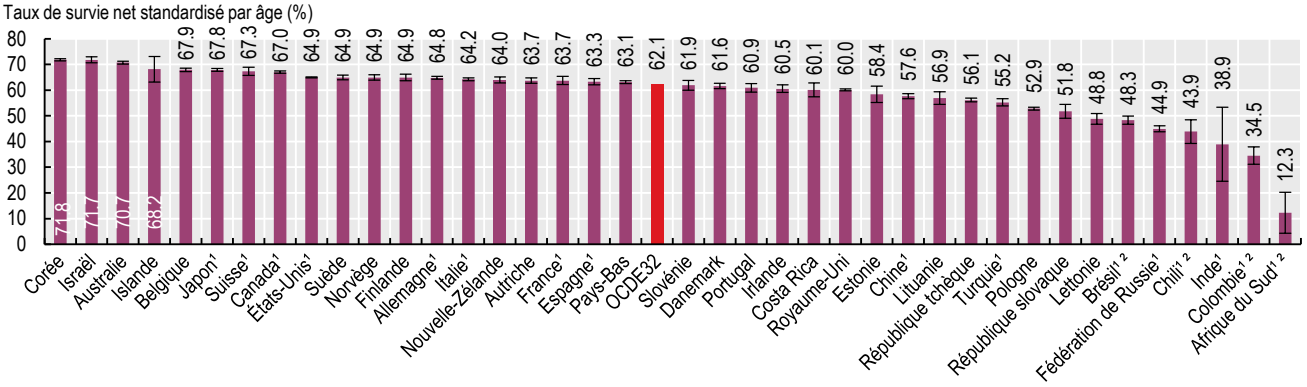
Graphique 6.32. **Individus âgés de 50-74 ans ayant passé un test de recherche de sang occulte dans les selles au moins une fois dans leur vie, 2014**



Source : L'enquête européenne par entretien sur la santé 2014.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069066

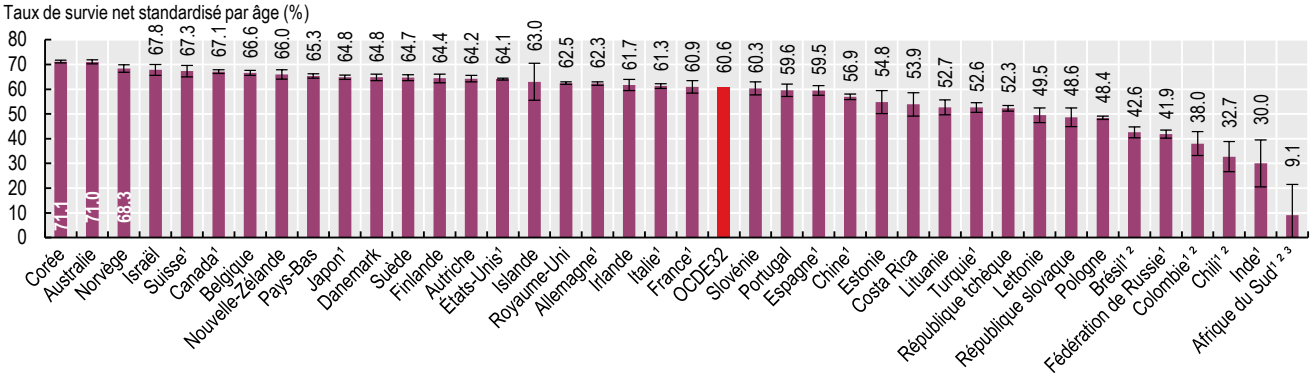
Graphique 6.33. **Cancer du côlon : taux de survie net à cinq ans, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018) pour plus d'informations.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069085

Graphique 6.34. **Cancer du rectum : taux de survie net à cinq ans, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables. 3. Les estimations des taux de survie ne sont pas standardisées en fonction de l'âge.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069104

Taux de survie aux autres formes de cancer

Le cancer du poumon est la principale cause de décès par cancer à la fois chez les hommes et les femmes dans les pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Incidence du cancer et mortalité » au chapitre 3). Les principaux facteurs de risque de cancer du poumon sont le tabagisme, le tabagisme passif, l'exposition au radon et/ou à certains produits chimiques et substances comme l'arsenic, l'amiante, le béryllium, le cadmium, les vapeurs de charbon et de coke, la silice et le nickel, la pollution atmosphérique et des antécédents familiaux de cancer du poumon. Après la tendance à la baisse du tabagisme observée ces dernières décennies (voir l'indicateur « Tabagisme chez les adultes » au chapitre 4), les taux d'incidence du cancer du poumon ont diminué dans les pays de l'OCDE. Toutefois, avec les cardiopathies ischémiques, les accidents de la route et les décès liés à l'alcool, le cancer du poumon reste l'une des principales causes de mortalité évitables dans les pays de l'OCDE.

Par rapport à d'autres cancers comme le cancer du sein et le cancer colorectal (voir les indicateurs « Cancer du sein » et « Cancer colorectal : dépistage et taux de survie »), le cancer du poumon reste associé à un taux de survie très faible. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, pour les patients à qui un cancer du poumon est diagnostiqué, la probabilité cumulée de survivre à leur cancer pendant au moins cinq ans est inférieure à 20 % (Graphique 6.35). Dans les pays de l'OCDE, le taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge s'est établi entre 32.9 % au Japon et 4.6 % au Chili sur la période 2010-14, et il est faible en Lituanie, en République tchèque, en République slovaque, en Finlande et au Royaume-Uni. Ces dernières années, le Danemark, l'Irlande, la Corée et la France ont enregistré une amélioration significative du taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge. Le dépistage du cancer du poumon n'est pas courant dans les pays de l'OCDE, mais au Japon, il est recommandé aux personnes âgées de 40 ans et plus de faire une radiographie pulmonaire annuelle, et la cytologie des expectorations est également recommandée aux fumeurs âgés de 50 ans et plus qui ont fumé plus de 600 cigarettes au cours de leur vie (OCDE, 2019[1]), tandis que le service national de santé britannique (NHS) est en train de lancer son programme ciblé de dépistage du cancer du poumon (Lung Health Checks).

Un autre cancer couramment diagnostiqué est le cancer de l'estomac, qui représente la cinquième cause de décès par cancer dans les pays de l'OCDE (GLOBOCAN, 2018[2]). Les principaux facteurs de risque de cancer de l'estomac sont l'âge, le sexe, le tabagisme, l'infection à *Helicobacter pylori*, l'alimentation, la prédisposition génétique, l'anémie pernicieuse, l'ulcère gastro-duodénal et la chirurgie gastrique. L'OMS recommande aux pays où la charge de morbidité du cancer de l'estomac est élevée d'envisager la mise en place du dépistage et du traitement de *H. pylori* en population générale en fonction des contextes locaux tels que les priorités sanitaires et le rapport coût-efficacité (CIRC, 2014[3]). L'incidence du cancer de l'estomac est élevée dans certains pays de l'OCDE comme le Chili, la Corée et le Japon ; dans ces pays, le dépistage du cancer de l'estomac est accessible aux personnes appartenant à certains groupes d'âge (OCDE, 2019[1] ; OCDE, 2019[4]).

Le taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge pour le cancer de l'estomac est particulièrement élevé en Corée et au Japon (60 % ou plus), alors qu'il se situe entre 20 % et 40 % dans les autres pays de l'OCDE (Graphique 6.36). Le taux de survie net est faible au Chili, ce qui tend à montrer qu'il est possible d'améliorer les stratégies de dépistage du cancer de l'estomac en renforçant la participation des parties prenantes, en élaborant de meilleures stratégies de communication visant à sensibiliser davantage le public et en améliorant l'accès au dépistage du cancer (OCDE, 2019[4]).

La leucémie est le cancer le plus courant chez les enfants de 0 à 14 ans ; elle compte pour plus de 30 % des cancers diagnostiqués chez les enfants dans le monde (GLOBOCAN, 2018[2]). Ses causes sont mal connues, mais figurent parmi les facteurs de risque des facteurs héréditaires comme le syndrome de Down (trisomie 21) et des antécédents familiaux de leucémie, et des facteurs non héréditaires comme l'exposition aux rayonnements ionisants. Il existe différents types de leucémie, mais les trois quarts environ des cas infantiles sont des leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL). Le pronostic pour la leucémie dépend de divers facteurs, dont l'âge, le nombre initial de leucocytes, le sexe, la réaction initiale au traitement d'induction et le type de leucémie. Après cinq ans de rémission complète, les enfants atteints de leucémie aiguë sont considérés comme guéris, car les rechutes sont rares au-delà de ce délai.

Le taux de survie net à cinq ans standardisé par l'âge pour les LAL chez l'enfant était de 83.7 % en moyenne sur 2010-14 dans les pays de l'OCDE (Graphique 6.37), et il a augmenté au cours de la période, essentiellement grâce aux progrès de la chimiothérapie et de la technique de greffe de cellules souches. Tous les pays n'ont cependant pas tiré le même profit de ces avancées médicales. Les estimations du taux de survie sont élevées en Finlande et au Danemark, mais faibles au Chili et au Mexique. Le Chili progresse en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des soins pour le traitement des cancers infantiles, par exemple en intégrant l'accès aux soins pour le traitement des cancers infantiles dans son régime garanti d'assurance maladie (OCDE, 2019[4]).

Définition et comparabilité

Le taux de survie net est défini dans l'indicateur « Cancer du sein ».

Références

[5] Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

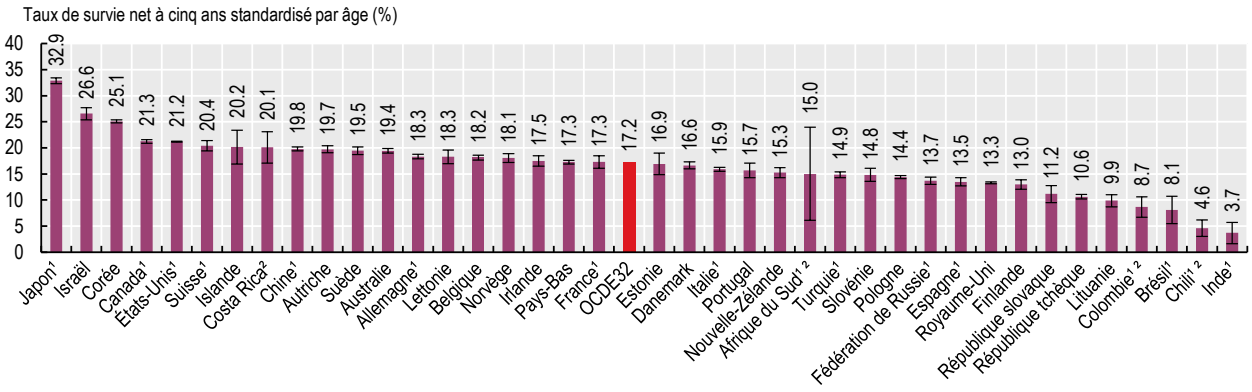
[3] CIRC (2014), *Helicobacter pylori Eradication as a Strategy for Preventing Gastric Cancer*.

[2] GLOBOCAN (2018), Cancer Today, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[4] OCDE (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en*.

[1] OCDE (2019), *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264311602-en*.

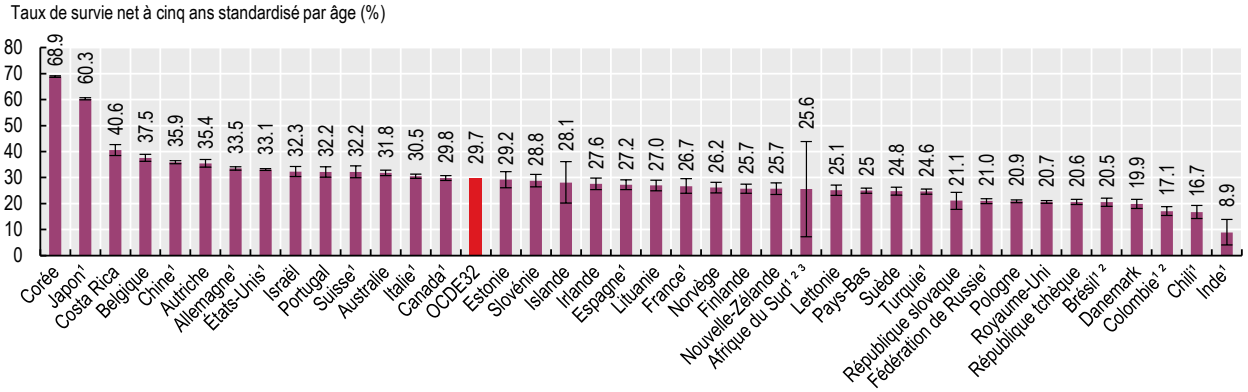
Graphique 6.35. **Cancer du poumon : taux de survie net à cinq ans, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018) pour plus d'informations.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069123

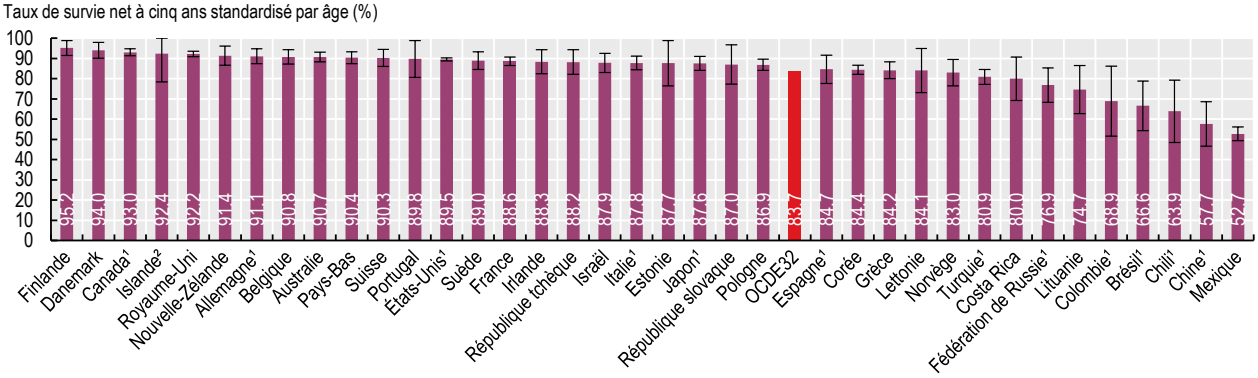
Graphique 6.36. **Cancer de l'estomac : taux de survie net à cinq ans, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables. 3. Les estimations des taux de survie ne sont pas standardisées en fonction de l'âge.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069142

Graphique 6.37. **Leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant : taux de survie net à cinq ans, 2010-14**



Note Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie ne sont pas standardisées en fonction de l'âge.
Source : Programme CONCORD, *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069161

Vaccination

Les vaccins sont un moyen efficace et rentable de se protéger contre les maladies infectieuses. L'OMS estime que les vaccins permettent d'éviter entre 2 et 3 millions de décès chaque année dans le monde grâce à la protection directe des personnes vaccinées et à la prévention de la propagation de la maladie aux personnes non vaccinées.

Le Graphique 6.38 illustre la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B chez les enfants âgés de 1 an. Dans les pays de l'OCDE, les taux de vaccination sont élevés : environ 95 % des enfants sont vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole (vaccin recommandé), et 91 % contre l'hépatite B (vaccin recommandé).

Malgré des taux globalement élevés, près de la moitié des pays n'atteignent toutefois pas les niveaux minimaux de vaccination recommandés par l'OMS pour prévenir la propagation de la rougeole (95 %), et près de 15 % des pays n'atteignent pas cet objectif pour le DTC (90 %). En outre, le fait que les taux de couverture soient élevés au niveau national peut ne pas être suffisant pour arrêter la propagation de la maladie, car un faible taux de couverture au sein des populations locales peut entraîner des flambées épidémiques.

Aux États-Unis, 1123 cas individuels de rougeole ont été signalés entre le 1er janvier et le 11 juillet 2019, soit le nombre le plus élevé depuis 1992. Entre mars 2018 et février 2019, les pays européens de l'OCDE ont signalé 10 564 cas de rougeole (CDC, 2019[1] ; ECDC, 2019[2]).

Ces dix dernières années, les taux de vaccination dans les pays de l'OCDE ont augmenté de six points de pourcentage pour l'hépatite B et d'un demi-point de pourcentage pour la rougeole, mais ils ont diminué d'un point pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). Certains pays ont toutefois connu de fortes baisses. Ainsi, le taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) a diminué d'au moins quatre points de pourcentage au Mexique, en Islande, en Lituanie, en Pologne, en Slovénie et en Espagne, et celui contre la rougeole d'au moins trois points de pourcentage en Estonie, en Lituanie, en Pologne, au Canada, au Chili, en Islande, aux Pays-Bas, en République slovaque et en Slovénie.

Le Graphique 6.39 illustre les tendances en matière de vaccination sur la période 2008-18 par pays et par type de vaccin. Les pays figurant dans les cases supérieures ont enregistré une augmentation des taux de vaccination au cours de cette période, tandis que les pays figurant dans les cases inférieures ont enregistré des taux en baisse. Environ un tiers des pays ont enregistré une baisse des taux pour chaque vaccin.

L'érosion de la confiance du public en l'innocuité et l'efficacité des vaccins, malgré l'absence de données scientifiques à l'appui, peut jouer un rôle dans la diminution de la couverture vaccinale dans certains pays. En Amérique du Nord, 72 % seulement de la population a estimé que les vaccins étaient sans danger ; en Europe occidentale, 59 % seulement de la population partage cette opinion. En France, une personne sur trois doute de l'innocuité des vaccins (Gallup, 2019[3]).

La grippe est une maladie infectieuse courante dont on recense dans le monde 3-5 millions de cas graves, et qui est responsable de jusqu'à 650 000 décès, dont 72 000 dans la Région européenne de l'OMS (OMS, 2019[4]). L'OMS recommande que 75 % des personnes âgées soient vaccinées contre la grippe saisonnière.

Le Graphique 6.40 illustre le pourcentage d'adultes âgés de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe entre 2007 et 2017. Au cours de cette période, le pourcentage moyen de seniors vaccinés contre la grippe a diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 49 % à 42 %. De fortes baisses sont observées en Allemagne, en Slovénie et en Italie. Il a en revanche augmenté dans d'autres pays, notamment au Mexique, en Israël, aux États-Unis, au Portugal, au Danemark, en Grèce et en Nouvelle-Zélande. Seule la Corée a atteint l'objectif de 75 % avec une couverture vaccinale de 83 %.

Définition et comparabilité

Les taux de vaccination correspondent au pourcentage d'individus auxquels le vaccin considéré a été administré dans le délai recommandé. L'âge de l'immunisation complète varie d'un pays à l'autre en raison de calendriers de vaccination distincts. Dans les pays qui recommandent une première dose de vaccin après l'âge de 1 an, l'indicateur est calculé sur la base de la proportion d'enfants de moins de deux ans qui ont été vaccinés. Ces indicateurs sont donc fondés sur la politique en vigueur dans un pays donné.

Certains pays administrent des vaccins combinés (le DTC, par exemple), d'autres préfèrent les administrer séparément. Certains évaluent si un vaccin a été administré sur la base d'enquêtes, et d'autres d'après les données tirées d'entretiens, ce qui peut influer sur les résultats. Au Canada, seuls quatre provinces et trois territoires incluent le vaccin contre l'hépatite B dans leur programme de vaccination des enfants. D'autres régions canadiennes le font pendant la scolarité.

Les taux de vaccination contre la grippe correspondent au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont fait vacciner contre la grippe 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 tient à l'utilisation de sources de données différentes, qu'il s'agisse d'enquêtes ou de programmes, sujettes à différents types d'erreurs et de biais. Ainsi, les données tirées d'enquêtes de population peuvent faire apparaître des variations dues à des erreurs de mémoire et à un suivi vaccinal irrégulier.

Références

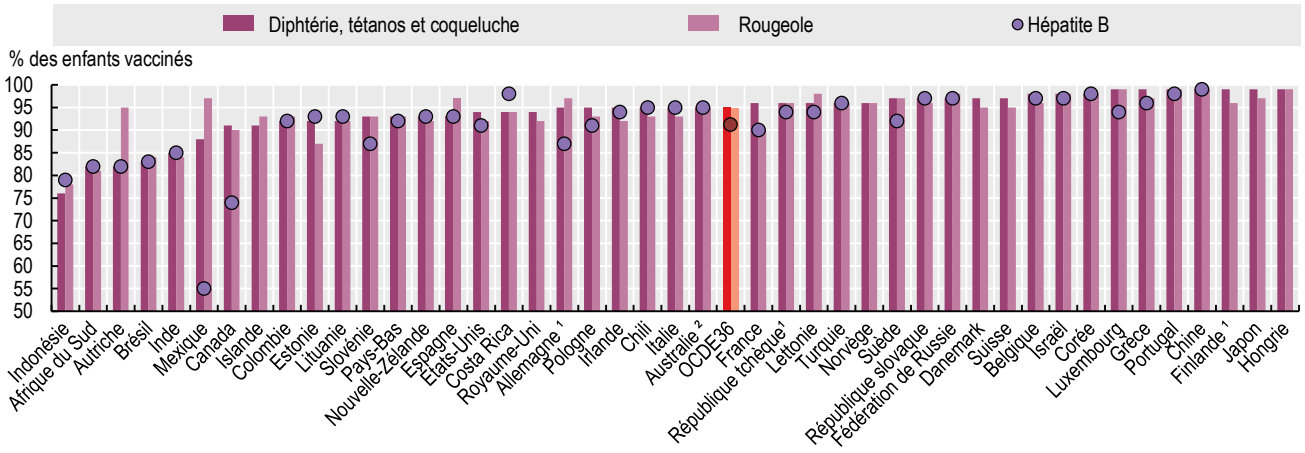
[1] CDC (2019), *Measles Cases and Outbreaks*.

[2] ECDC (2019), *Monthly measles and rubella monitoring report - April*.

[3] Gallup (2019), *Wellcome Global Monitor – First Wave Findings*.

[4] OMS (2019), *Seasonal influenza*.

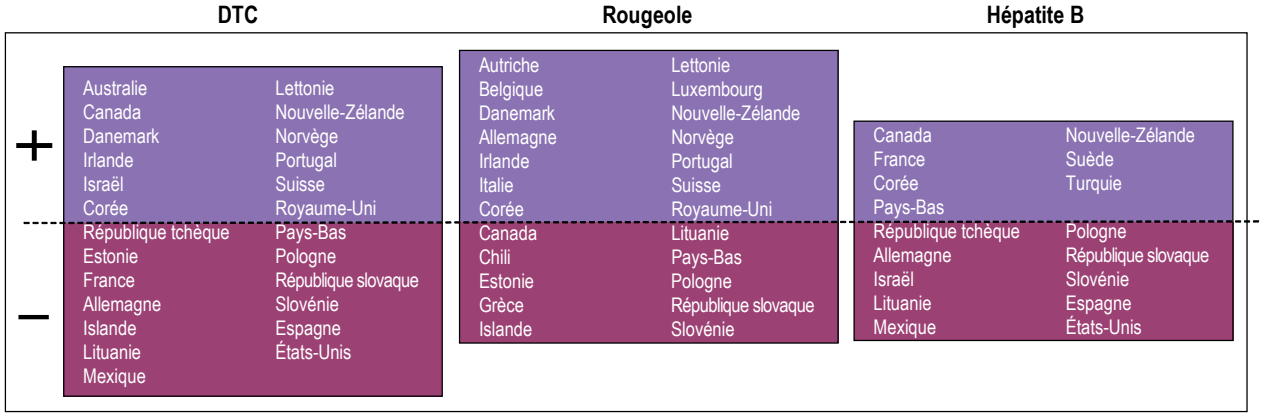
Graphique 6.38. **Pourcentage d'enfants âgés de 1 an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B, 2018 (ou année la plus proche)**



1. Les données sur la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) sont des estimations. 2. Les données sur la rougeole sont des estimations.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069180

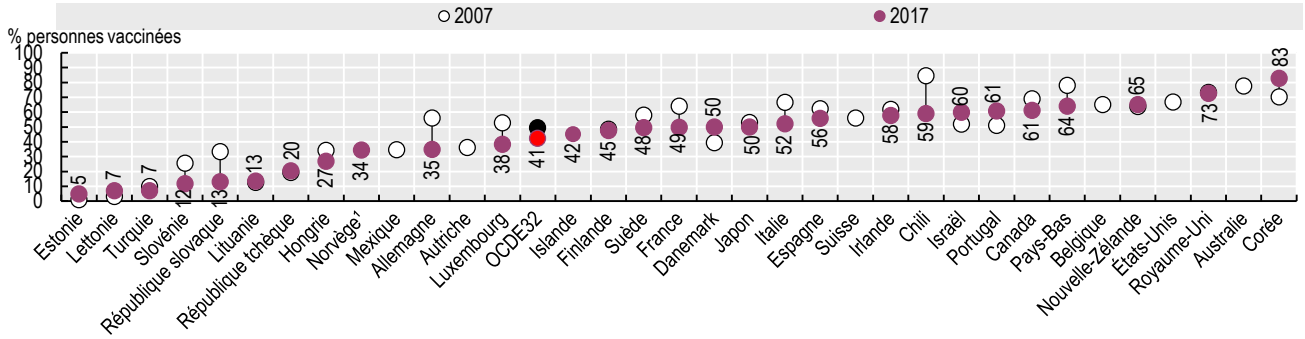
Graphique 6.39. **Tendances en matière de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B, 2008-18 (ou année la plus proche)**



Note : Les pays situés au-dessus de la ligne en pointillés ont augmenté leur couverture vaccinale d'au moins deux points de pourcentage ces dix dernières années, et ceux qui se situent en-dessous de cette ligne l'ont diminuée.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069199

Graphique 6.40. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe, 2007 et 2017**



1. Les données 2017 sont des estimations.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069218

Vécu des patients en soins ambulatoires

Étant donné l'importance de prendre en considération l'avis de la population pour perfectionner les systèmes de santé et améliorer la qualité des soins, les pays ont intensifié leurs efforts d'élaboration d'indicateurs fondés sur les déclarations des patients et de suivi de ces indicateurs ces dernières années (chapitre 2). Dans de nombreux pays, des organismes spécifiques ont été créés ou des institutions existantes ont été chargées de mesurer et de rendre compte du vécu des patients. Ces organismes mettent au point des outils d'enquête afin de recueillir régulièrement des données sur l'expérience des patients, et élaborent des procédures normalisées pour leur analyse et leur communication.

Les pays utilisent différemment les données déclarées par les patients pour améliorer la qualité des systèmes de santé. Pour renforcer la responsabilisation et la transparence des prestataires, et ainsi rehausser la qualité des soins de santé, de nombreux pays publient les données relatives au vécu des patients dans des rapports périodiques sur le système de santé national et/ou sur des sites Internet publics, en indiquant les différences entre prestataires et entre régions, et leur évolution dans le temps. Le Canada, la République tchèque, le Danemark, la France et le Royaume-Uni se servent des mesures du vécu des patients pour informer les autorités de réglementation de la santé à des fins d'inspection, de réglementation et/ou d'agrément. Les indicateurs fondés sur les déclarations des patients sont également utilisés dans certaines régions du Canada, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni pour faire remonter des informations précises aux prestataires en vue de l'amélioration de la qualité des soins (Fujisawa et Klazinga, 2017[1] ; Desomer et al., 2018[2]). L'Allemagne prévoit de recourir à des enquêtes auprès des patients dans le cadre d'une démarche d'assurance de la qualité externe dans le secteur hospitalier.

Dans tous les pays de l'OCDE, la majorité des patients se disent en majorité satisfaits de la durée de leur consultation avec le médecin (Graphique 6.41), de la clarté des explications fournies par le médecin (Graphique 6.42) et de leur participation aux décisions relatives aux soins et au traitement (Graphique 6.43). Sur ces trois points, la Belgique et le Luxembourg sont très bien notés, plus de 95 % des patients faisant part d'expériences positives ; la Pologne obtient des notes moins bonnes, mais le vécu des patients s'est sensiblement amélioré ces dix dernières années. Le vécu des patients s'est également amélioré en Estonie ces dernières années.

Le Japon affiche un faible taux de satisfaction des patients quant au temps passé avec le médecin, ce qui est probablement associé à un nombre élevé de consultations par médecin (voir l'indicateur « Consultations de médecins » au chapitre 9). Cependant, en Corée, où le nombre de consultations par médecin est de loin le plus élevé des pays de l'OCDE, les patients sont plus nombreux à déclarer que la consultation avec leur médecin a duré suffisamment de temps.

Le niveau de revenu des patients est associé non seulement à leur accès aux soins (voir l'indicateur « Besoins en soins de santé non satisfaits » au chapitre 5) mais aussi à leur vécu en matière de soins de santé. En moyenne, dans 11 pays de l'OCDE, les patients dont le revenu est supérieur à la moyenne déclarent avoir vécu une meilleure expérience en matière de soins de santé que les patients dont le revenu est inférieur à la moyenne. Le vécu des patients varie également en fonction de leur état de santé (voir l'indicateur « Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux »).

Afin de s'assurer que les soins de santé qu'ils prodiguent sont centrés sur les patients dans tous les groupes de population, les professionnels de santé des pays de l'OCDE subissent des pressions croissantes pour répondre aux besoins des patients, mais le vécu et les résultats déclarés par les patients en matière de santé sont encore limités dans les pays. L'initiative PaRIS de l'OCDE vise à recueillir les principaux résultats et expériences déclarés par les personnes afin d'améliorer les performances des prestataires de soins et de susciter des changements au sein des systèmes de santé en fonction de l'avis de la population (OCDE, 2018[3]) (voir *https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

Définition et comparabilité

Pour suivre l'expérience globale des patients dans le système de santé, l'OCDE recommande de recueillir les informations sur le vécu des patients auprès d'un médecin d'un service ambulatoire. Un nombre croissant de pays recueillent les données sur le vécu des patients 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 sondage auprès des utilisateurs de services représentatifs au niveau national. La moitié environ des pays présentés, dont la Pologne, recueillent toutefois les données relatives au vécu des patients auprès d'un médecin traitant ou d'un cabinet habituel, et non les données relatives au vécu des patients auprès d'un médecin quelconque en ambulatoire. Les données nationales portent sur les années jusqu'à 2018.

Au total, 11 pays ont pris pour source les enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2016 du Fonds du *Commonwealth*, malgré les limites posées par la petite taille de l'échantillon et le faible taux de réponse. Les données tirées de cette enquête font référence au vécu des patients avec leur médecin habituel et non avec un médecin lambda, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

Les indicateurs du vécu des patients ne sont pas standardisés par l'âge d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE en 2010 parce que des soins de santé de qualité doivent être prodigués à tous les patients quel que soit leur âge et que le vécu des patients n'est pas systématiquement corrélé de façon positive à l'âge dans l'ensemble des pays.

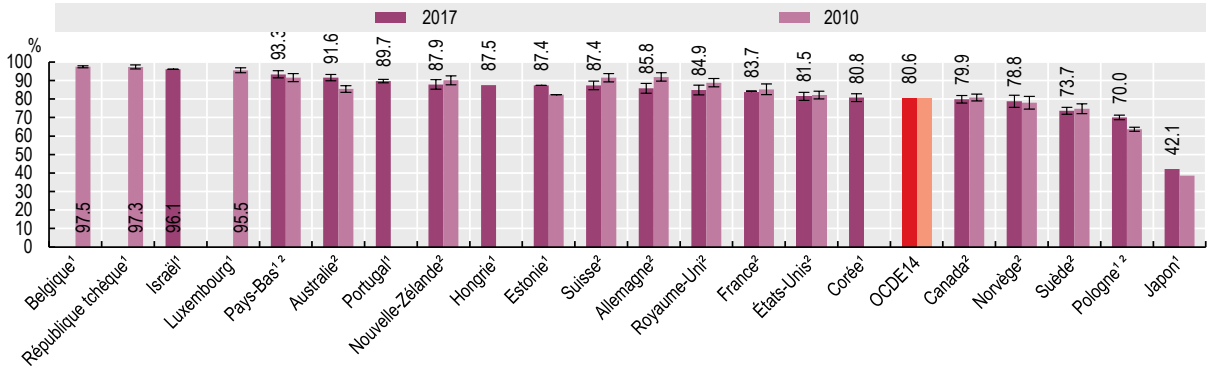
Références

[2] Desomer, A. et al. (2018), L'utilisation des résultats et expériences rapportés par les patients (PROM/PREM) à des fins cliniques et de gestion – Synthèse, *https://kce.fgov.be*.

[1] Fujisawa, R. et N. Klazinga (2017), « Measuring patient experiences (PREMS) : Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 102, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/893a07d2-en*.

[3] OCDE (2018), Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS), *http://www.oecd.org/health/paris.htm*.

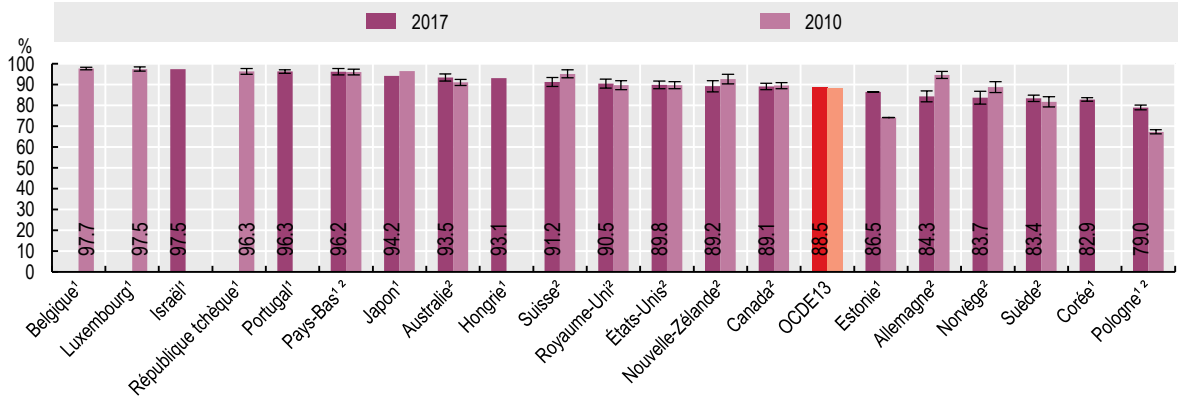
Graphique 6.41. **Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue, 2010 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Sources nationales. 2. Les données font référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du *Commonwealth*, Enquête internationale sur les politiques de santé (2016) et autres sources nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069237

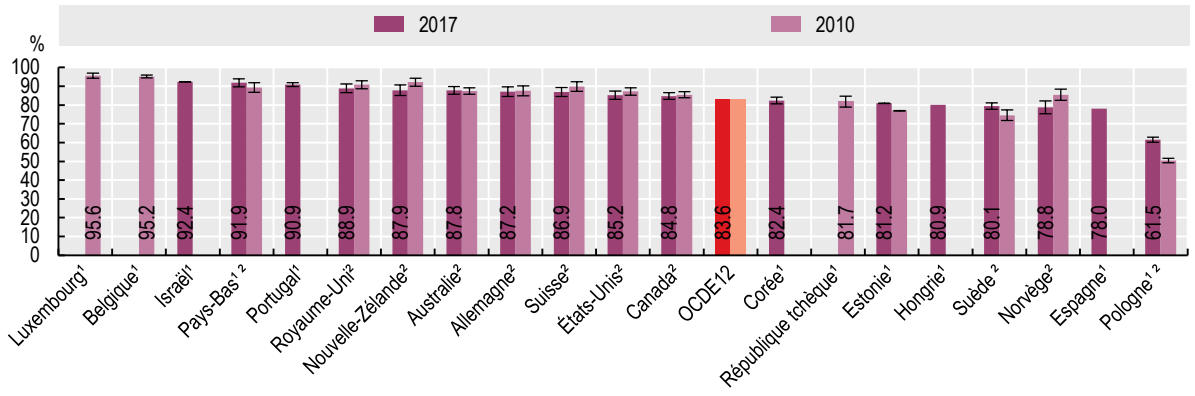
Graphique 6.42. **Clarté des explications fournies par le médecin, 2010 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Sources nationales. 2. Les données font référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du *Commonwealth*, Enquête internationale sur les politiques de santé (2016) et autres sources nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069256

Graphique 6.43. **Implication du patient dans les décisions portant sur les soins et le traitement, 2010 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Sources nationales. 2. Les données font référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du *Commonwealth*, Enquête internationale sur les politiques de santé (2016) et autres sources nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069275





7. DÉPENSES DE SANTÉ

Dépenses de santé par habitant

Dépenses de santé en proportion du PIB

Prix dans le secteur de la santé

Dépenses de santé par dispositif de financement

Financement public des dépenses de santé

Dépenses de santé par type de service

Dépenses de santé par prestataire

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Projections des dépenses de santé

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

Dépenses de santé par habitant

Les ressources financières que consacre un pays à la santé, celle à la fois des individus et de la population dans son ensemble, ainsi que leur évolution au cours du temps, dépendent de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé.

En 2018, on estime que les États-Unis ont dépensé pour la santé l'équivalent de plus de 10 000 USD par résident. Ce niveau de dépenses (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat entre les pays) dépasse nettement ceux de tous les autres pays de l'OCDE. La Suisse, en deuxième position dans l'OCDE, dépense moins de 70 % de ce montant, tandis que la moyenne globale de tous les pays de l'OCDE n'atteint pas 40 % du chiffre des États-Unis (3 994 USD) (Graphique 7.1). Bon nombre de pays de l'OCDE à revenu élevé, dont l'Allemagne, le Canada, la France et le Japon, dépensent au moins deux fois moins que les États-Unis en soins de santé par habitant, tandis que le Royaume-Uni et l'Italie se situent autour de la moyenne de l'OCDE. Le Mexique et la Turquie enregistrent les dépenses de santé par habitant les plus faibles, avec des niveaux équivalents à environ un quart de la moyenne de l'OCDE, et similaires aux niveaux de dépenses de grandes économies émergentes comme l'Afrique du Sud, le Brésil et la Fédération de Russie. D'après les derniers chiffres disponibles, les dépenses de santé par habitant de la Chine s'établissent à environ 20 % de la moyenne de l'OCDE par habitant, et à moins de 10 % pour l'Inde et l'Indonésie.

Le Graphique 7.1 présente également la répartition des dépenses de santé selon qu'elles sont financées par des sources publiques, une forme quelconque d'assurance obligatoire ou encore par le biais de l'assurance privée ou des paiements directs des ménages (voir également l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement »). Les régimes publics et l'assurance obligatoire financent 76 % de toutes les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE (dans une fourchette comprise entre 51 % et 85 % selon les pays). Aux États-Unis, depuis l'introduction de l'« Affordable Care Act » en 2014, cette proportion s'établit à 85 % en raison de l'existence d'une obligation individuelle de s'assurer. Les programmes fédéraux et régionaux (Medicaid et Medicare) continuent de jouer un rôle important dans les dépenses publiques de santé.

En 2017, les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE ont augmenté de 2.0 % en moyenne. Ce chiffre représente un ralentissement prononcé par rapport à la croissance de 3.3 % observée en 2015 et 2016 et demeure largement inférieur aux taux de croissance enregistrés avant le déclenchement de la crise économique et financière mondiale. Les estimations préliminaires pour 2018 indiquent une croissance renforcée. En moyenne, depuis 2013, les dépenses de santé par habitant augmentent de 2.4 % chaque année dans la totalité des pays de l'OCDE, contre 1 % pour les cinq années précédentes, c'est-à-dire celles qui ont suivi la crise (Graphique 7.2).

On observe un retournement de tendance des dépenses de santé dans plusieurs pays européens. En Grèce, les fortes réductions des dépenses de santé cessent après 2013, même si la croissance des dépenses de santé demeure proche de zéro dans l'ensemble depuis 2013 (-9.4 % pour la période 2008-13, contre 0.2 % pour la période 2013-18) et si les dépenses réelles par habitant en 2018 restent un tiers inférieures à leur niveau de 2009. La situation est similaire, bien que moins spectaculaire, en Islande (-3 % contre 4 %). Dans d'autres pays d'Europe, comme l'Allemagne et la Norvège, les dépenses de santé demeurent relativement stables pendant la période de dix ans, pour une croissance annuelle comprise entre 2.0 et 2.5 % En règle générale, les dépenses de santé sont reparties à la hausse dans la majorité des pays d'Europe depuis quelques années.

En dehors de l'Europe, le Chili et la Corée continuent d'afficher une hausse des dépenses de santé supérieure à 5 % par an en valeur réelle depuis 2008. D'après les premières estimations pour 2018, la croissance des dépenses de santé restera soutenue en Corée, à 9 %. Aux États-Unis, on estime que les dépenses de santé ont augmenté de 1.4 % en valeur réelle en 2018, ce qui indique, compte tenu de la croissance comparable enregistrée en 2017, que les dépenses de santé progressent plus lentement aux États-Unis que l'économie en général.

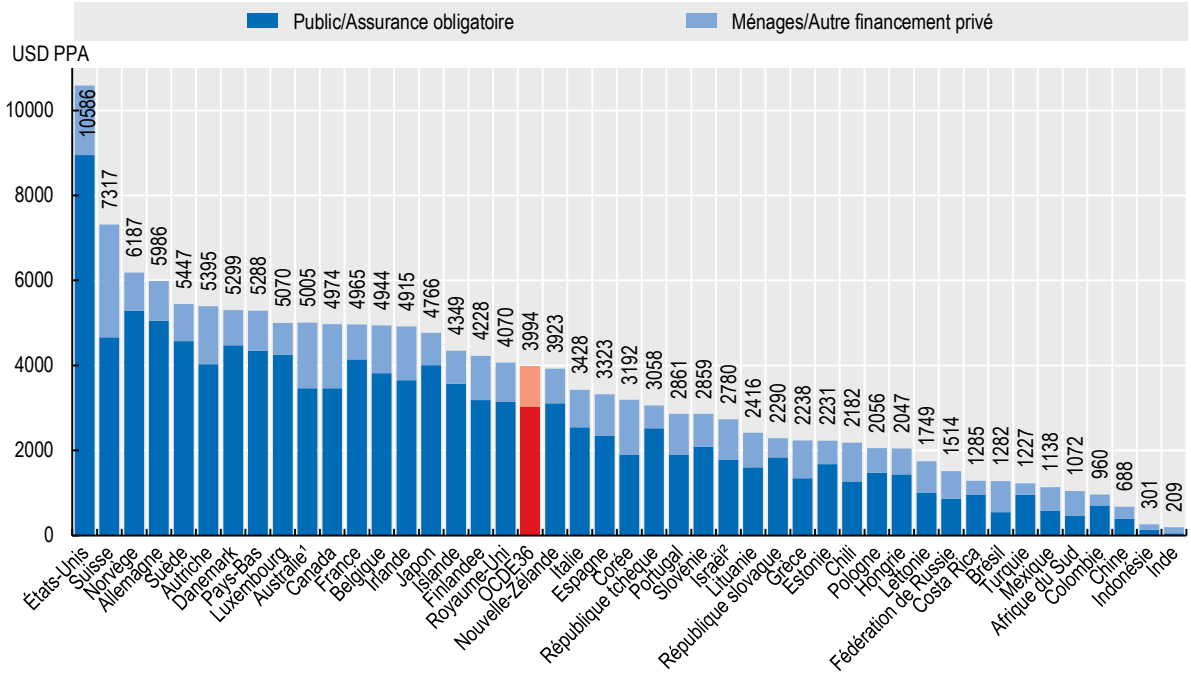
Définition et comparabilité

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 produits et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention, ainsi qu'à l'administration. La répartition des dépenses regroupe les régimes de financement public et obligatoire (ces derniers comprennent l'assurance privée obligatoire, par exemple en Suisse et aux Pays-Bas). Les données disponibles étant limitées, l'assurance privée volontaire aux États-Unis est regroupée avec l'assurance santé obligatoire en vertu de l'« Affordable Care Act ».

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé par habitant sont converties en une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. On utilise les PPA de la consommation individuelle effective (CIE), considérées comme étant les taux de conversion les plus largement disponibles et les plus fiables. On emploie par ailleurs des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle de tous les pays.

À noter que les données pour 2018 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations par le Secrétariat de l'OCDE.

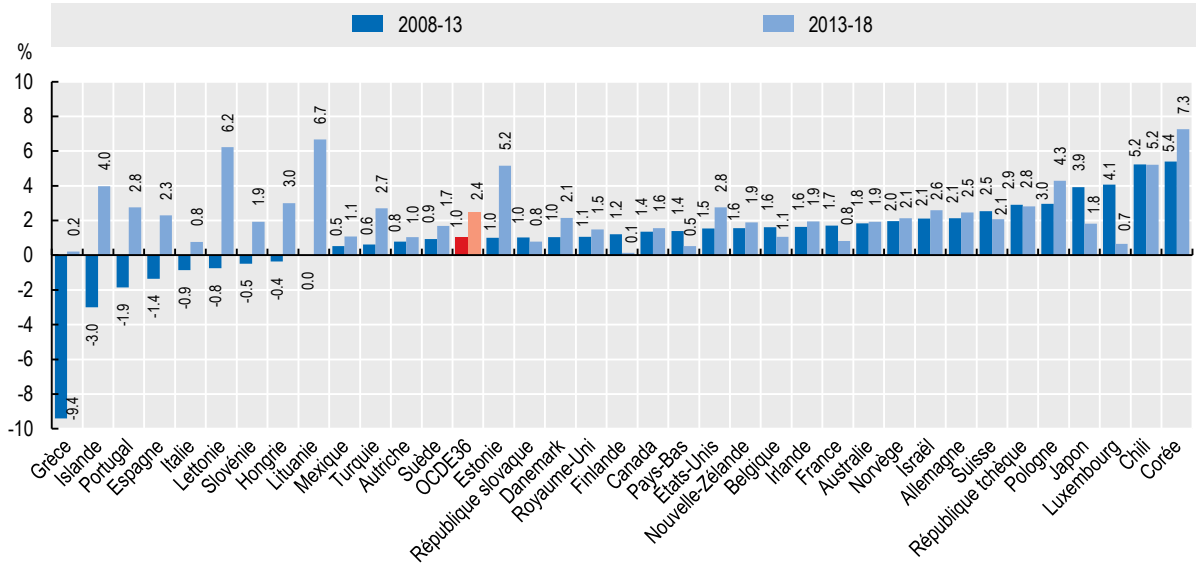
Graphique 7.1. **Dépenses de santé par habitant, 2018 (ou année la plus proche)**



Note : les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.
1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.
2. Inclut les investissements.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069294

Graphique 7.2. **Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant, en valeur réelle, de 2008 à 2018 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069313

Dépenses de santé en proportion du PIB

La proportion de dépenses d'un pays en biens et services de santé par rapport aux dépenses totales dans l'économie peut varier dans le temps, en fonction des différences de croissance des dépenses de santé par rapport à la croissance économique globale. Tout au long des années 90 et au début des années 2000, les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE ont généralement augmenté plus rapidement que le reste de l'économie, ce qui a abouti à une hausse presque continue des dépenses de santé rapportées au PIB. Après une période d'instabilité pendant la crise économique, la proportion moyenne est demeurée relativement stable ces quelques dernières années, avec l'alignement de la croissance de ces dépenses sur celle de l'économie dans tous les pays de l'OCDE.

On estime que les pays de l'OCDE ont dépensé, en moyenne, 8.8 % du PIB en soins de santé en 2018, chiffre plus ou moins stable depuis 2013 (Graphique 7.3). Les États-Unis enregistrent de loin les dépenses les plus élevées en soins de santé, qui correspondent à 16.9 % du PIB, et devancent largement la Suisse, qui occupe la deuxième place avec 12.2 % (Graphique 7.3). Vient ensuite un groupe de pays à revenu élevé, comprenant l'Allemagne, la France, le Japon et la Suède, qui ont consacré environ 11 % de leur PIB aux soins de santé. Un autre grand groupe de pays de l'OCDE, composé de nations européennes, ainsi que de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Chili et de la Corée, s'inscrit dans une fourchette de dépenses de santé comprise entre 8 et 10 % du PIB. Bon nombre de pays d'Europe centrale et orientale membres de l'OCDE, comme la Lituanie et la Pologne, ainsi que d'importants pays partenaires, ont consacré entre 6 et 8 % de leur PIB aux soins de santé. Enfin, quelques pays de l'OCDE dépensent moins de 6 % de leur PIB en soins de santé, dont le Mexique, la Lettonie, le Luxembourg et notamment la Turquie, dont les dépenses de santé ne dépassent pas 4.2 %. Les dépenses de santé de la Turquie en proportion du PIB sont comprises entre celles de la Chine et celles de l'Inde.

Si l'on s'intéresse à son évolution dans le temps, le ratio moyen des dépenses de santé rapportées au PIB a fortement augmenté en 2009, du fait de la dégradation rapide de la situation économique générale dans de nombreux pays, alors que les dépenses de santé se sont généralement maintenues (Graphique 7.4). Par conséquent, la croissance des dépenses de santé a elle aussi considérablement ralenti – approchant zéro en moyenne en 2009 et 2011 – sous l'effet des différentes mesures prises pour freiner les dépenses publiques de santé. Depuis 2011, le taux moyen de croissance des dépenses de santé suit généralement de près la croissance économique globale, stabilisant le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB autour de 8.8 %.

Différentes tendances se sont toutefois dessinées d'un pays à l'autre en quelques années. Aux États-Unis, après une période (2009-2014) de stabilisation autour de 16.4 %, le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB est vite reparti à la hausse pour s'établir à 17.1 % sous l'effet de changements de couverture. Il est ensuite retombé à 16.9 % en 2018, la croissance économique globale aux États-Unis ayant alors devancé la croissance des dépenses de santé (Graphique 7.5). C'est en Corée que la part des ressources économiques allouées à la santé enregistre la hausse la plus notable, dans un contexte d'accroissement des richesses et d'amélioration de la couverture santé de la population. En 2003, les dépenses de santé de la Corée ne représentent que 4.6 % de son PIB, contre 8.1 % en 2018 selon les estimations. Le Chili affiche lui aussi une hausse des dépenses de santé rapportées au PIB, de 7.3 % à 9 % pendant la même période, qui s'explique par l'élargissement de la couverture santé de la population.

En Europe, la France voit fluctuer le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB, qui augmente pendant la crise financière, plafonne à 11.6 % en 2014, puis diminue progressivement jusqu'à 11.2 % en 2018. Les dépenses de santé en France continuent de devancer la croissance économique jusqu'en 2016, puis stagnent sous l'effet de mesures de contention des coûts, dont, par exemple, les négociations sur le prix des produits pharmaceutiques. Les Pays-Bas enregistrent une baisse des dépenses de santé rapportées au PIB, de 10.6 % en 2014 à 9.9 % en 2018, selon les estimations, qui s'explique par des réformes de l'assurance santé et soins de longue durée visant à contenir la croissance des dépenses.

Définition et comparabilité

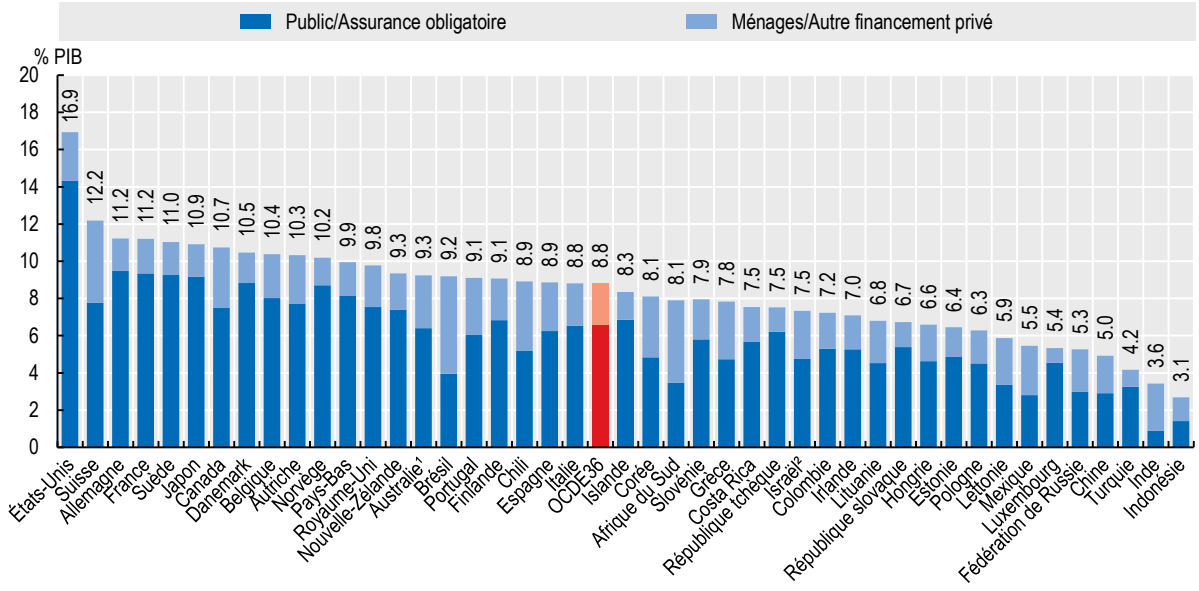
Voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses de santé.

Le produit intérieur brut (PIB) est la somme de la consommation finale, de la formation brute de capital et des exportations nettes. La consommation finale 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.

Pour des pays comme l'Irlande et le Luxembourg, où une part significative du PIB inclut des bénéfices rapatriés et non disponibles pour la consommation nationale, le revenu national brut (RNB) peut être une mesure plus appropriée que le PIB. Cependant, par souci de cohérence, le PIB demeure le dénominateur commun pour tous les pays.

À noter que les données pour 2018 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations préliminaires par le Secrétariat de l'OCDE.

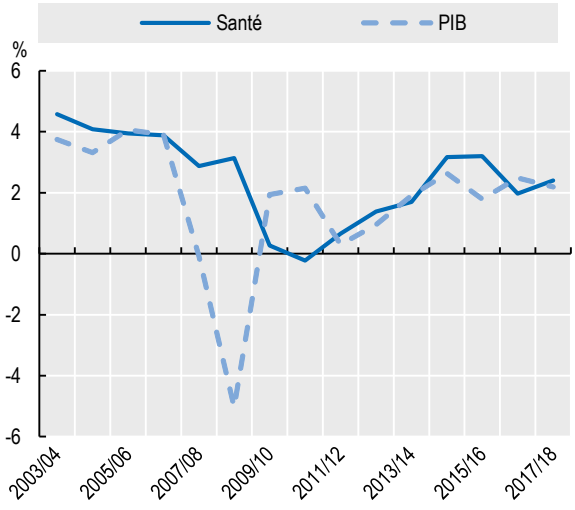
Graphique 7.3. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2018 (ou année la plus proche)**



Note : les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.
1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.
2. Inclut les investissements.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069332

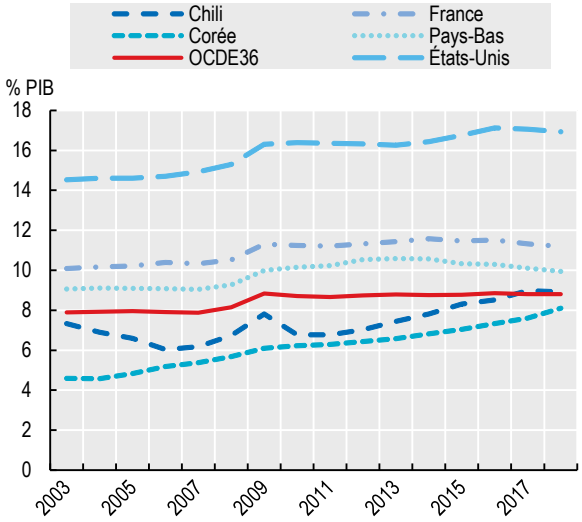
Graphique 7.4. **Croissance annuelle des dépenses de santé et du PIB par habitant, 2003-18 (moyenne de l'OCDE)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069351

Graphique 7.5. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003-18**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069370

Prix dans le secteur de la santé

Les variations des dépenses de santé par habitant peuvent être dues à des différences de prix des produits et des services de santé, ainsi qu'à des différences de « volume », c'est-à-dire de la quantité de soins utilisés par les individus. En éclairant les responsables sur les raisons de ces écarts, la décomposition des dépenses de santé en prix et volume les oriente dans leur choix de mesures à mettre en place pour améliorer le rapport qualité-prix. Les options ne seront pas forcément les mêmes selon les facteurs à l'origine du niveau élevé de dépenses.

La comparaison des données sur les dépenses des différents pays nécessite qu'elles soient exprimées dans une monnaie commune. Le choix de méthode de conversion des monnaies peut toutefois fortement influencer les résultats et l'interprétation. Les taux de change du marché, bien que souvent utilisés, ne sont pas idéaux pour certains secteurs, dont celui de la santé. Premièrement, les taux de change sont déterminés par l'offre et la demande de devises, qui peut être influencée, entre autres facteurs, par la spéculation et les taux d'intérêt. Deuxièmement, pour les secteurs principalement non exportateurs, comme la santé, il est peu probable que les taux de change soient indicatifs du pouvoir d'achat relatif des monnaies dans leurs marchés nationaux (Eurostat et OCDE, 2012[1]).

Les parités de pouvoir d'achat (PPA), en revanche, sont des taux de conversion qui reflètent le ratio des prix en monnaies nationales au dollar US d'un même panier de produits et services. Les PPA permettent d'ajuster les dépenses par les prix, pour apprécier les différences de volume des produits et services consommés. Les dépenses de santé ont traditionnellement été comparées en utilisant les PPA pour l'ensemble de l'économie (voir indicateur « Dépenses de santé par habitant »), qui indiquent le niveau de dépenses de santé corrigé des différences de prix globales entre les pays. Dans le cas du secteur de la santé, l'évaluation des volumes seuls suppose l'emploi de PPA propres à la santé. Les PPA élaborées pour la santé et les hôpitaux peuvent servir au calcul des indices de niveau de prix (INP, ratio des PPA aux taux de change) pour la santé, qui indiquent le nombre requis d'unités d'une monnaie commune pour l'achat du même volume de soins de santé.

Le Graphique 7.6 présente une comparaison des prix d'un panier de produits et services de santé et des prix aux États-Unis. On observe que les prix du même assortiment de produits et services dans le secteur de la santé sont, selon les estimations, 10 % supérieurs en Suède, 20 % en Norvège et jusqu'à 39 % en Suisse. Dans tous les pays de l'OCDE, les prix sont en moyenne inférieurs de 28 % à ceux pratiqués aux États-Unis. Les prix des soins de santé en France et en Allemagne sont inférieurs d'environ 33 % par rapport aux États-Unis, et de 50 % par rapport à la Suisse voisine. C'est en Turquie que les prix sont les plus bas, à 17 % de ceux des États-Unis et moins d'un quart de la moyenne de l'OCDE.

En règle générale, plus le pays est riche, plus les prix pratiqués sont élevés. Les prix des biens durables (p. ex. les voitures) varient moins que les prix des services (p. ex. l'éducation et la santé). Le fait que les biens durables sont souvent soumis à la concurrence internationale dans différents pays a tendance à égaliser les prix ; les services, en revanche, sont généralement achetés localement. Les niveaux de salaire étant supérieurs dans les pays avancés, les prix des services sont eux aussi plus élevés. Les différences de prix dans le secteur de la santé, à relativement forte intensité de main-d'œuvre, ont donc tendance à être plus prononcées que les différences par rapport à l'économie dans son ensemble. Les pays à revenu élevé pratiquent des prix encore plus élevés pour les soins de santé comparativement aux pays à faible revenu.

En faisant abstraction des différences de prix des produits et services de santé entre les pays, on obtient une indication du volume de services de santé consommés (Graphique 7.7). On réduit ainsi les différences entre les pays pratiquant des prix relativement élevés et ceux dont les prix se situent au bas de l'échelle. Par exemple, la prise en compte des prix relativement élevés pratiqués aux États-Unis réduit la différence avec la moyenne OCDE même s'ils restent les plus grands consommateurs de services de santé. Elle indique aussi que la différence de volume de soins de santé consommés aux États-Unis par rapport aux pays pratiquant des prix inférieurs, comme l'Australie et la France, se réduit. Les très bas prix pratiqués dans le secteur de la santé turc révèlent que, en moyenne, la population consomme toujours environ 54 % de la moyenne de l'OCDE en soins de santé, mais ne dépense que 30 % de la moyenne.

Définition et comparabilité

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux de conversion qui indiquent le ratio des prix en monnaies nationales du même panier de produits et services dans différents pays. Elles peuvent ainsi être utilisées à la fois pour convertir les monnaies et déflater les prix. Quand les PPA sont employées pour convertir les dépenses en une unité commune, les résultats sont évalués à un niveau de prix uniforme et devraient représenter uniquement les différences de volume de produits et services consommés.

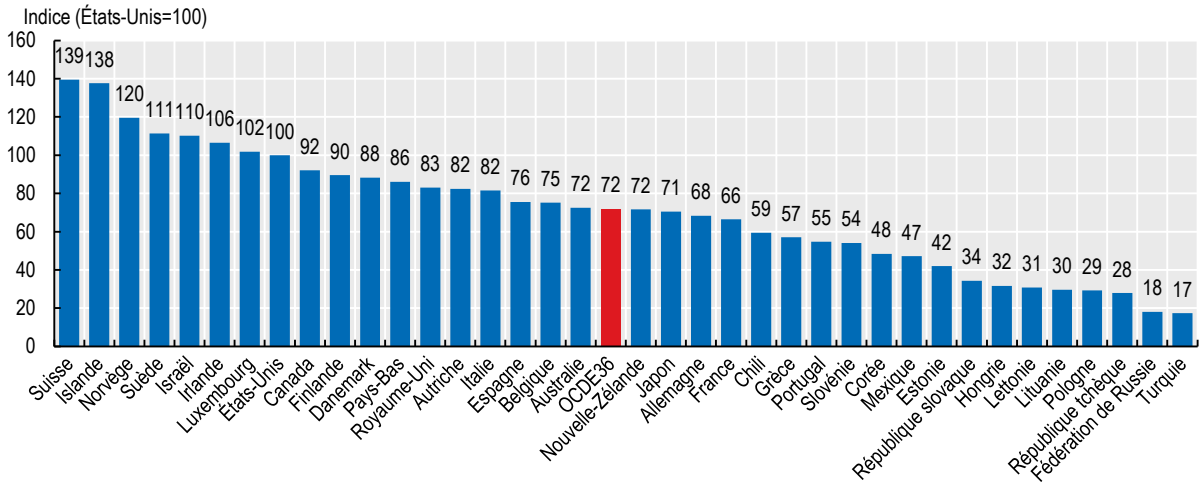
L'analyse des différences de volumes dans le secteur de la santé suppose des PPA propres à la santé. Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour le PNB et environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. Cette méthodologie a été employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Ces PPA peuvent servir au calcul des indices de niveau de prix (INP) pour comparer les niveaux de prix et les volumes des différents pays. Calculés sous forme de ratios entre les PPA de la santé et les taux de change, ils indiquent le nombre requis d'unités d'une monnaie commune pour l'achat du même volume de soins de santé.

Références

[2] Eurostat (2001), *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*, Union européenne, Luxembourg

[1] Eurostat et OCDE (2012), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities* (édition 2012), Union européenne, Luxembourg.

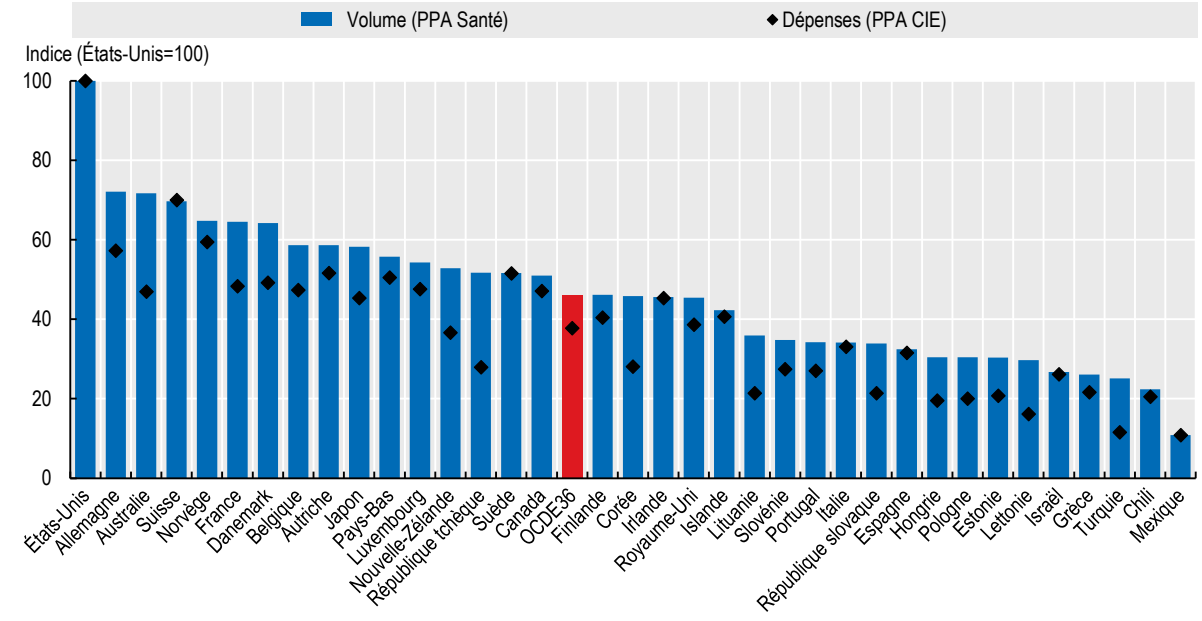
Graphique 7.6. **Comparaison des niveaux de prix dans la santé, 2017, États-Unis=100**



Source : Estimations de l'OCDE (inédites).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069389

Graphique 7.7. **Indices des dépenses et des volumes en matière de soins de santé par habitant, 2017, États-Unis=100**



Note : CIE signifie consommation individuelle effective.
Source : Estimations de l'OCDE (inédites).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069408

Dépenses de santé par dispositif de financement

Divers régimes, obligatoires ou volontaires, assurent la couverture du coût des soins de santé. Les régimes publics, organisés au niveau national, au niveau régional ou pour des catégories de population particulières, donnent automatiquement droit aux soins aux individus en fonction de leur lieu de résidence. Ils constituent la principale source de financement des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'OCDE. L'autre mécanisme le plus répandu est celui des régimes d'assurance maladie obligatoire (publics ou privés) qui couvrent la majeure partie des dépenses de santé des assurés. Malgré une couverture de santé quasi universelle dans bon nombre de pays de l'OCDE, une part importante, mais très variable, des dépenses de santé est supportée par les paiements directs des ménages, sous forme de paiements indépendants ou de participation aux coûts. Enfin, parmi les autres types de financement discrétionnaire de la santé, l'assurance maladie volontaire, sous ses diverses formes, peut apporter une contribution de taille au financement des soins de santé dans certains pays.

Ensemble, les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire sont les principales sources de financement de la santé dans tous les pays de l'OCDE (Graphique 7.8). En moyenne, ils couvrent actuellement trois quarts environ du total des dépenses de santé de l'OCDE. Au Danemark, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède, les administrations centrales, régionales ou locales financent environ 80 % ou plus de toutes ces dépenses, le reste étant en grande partie couvert par les paiements directs. L'assurance maladie obligatoire est la principale la source de financement de la santé en Allemagne, en France, au Japon, au Luxembourg et aux Pays-Bas, où elle couvre généralement trois quarts de l'ensemble des dépenses de santé. Alors que l'Allemagne et le Japon s'appuient sur un régime d'assurance maladie publique, la France complète cette couverture par un système de dispositifs d'assurance maladie privés (p. ex. les mutuelles), devenus obligatoires dans certaines conditions d'emploi en 2016.

Aux États-Unis, les régimes fédéraux et régionaux, comme Medicaid, représentent environ un quart de toutes les dépenses de santé du pays. Les régimes d'assurance maladie publics (p. ex. Medicare) couvrent 22 % des dépenses. La majorité de l'assurance maladie privée, considérée comme étant obligatoire depuis l'introduction de l'« Affordable Care Act (ACA) » en 2014 en raison de l'obligation individuelle de s'assurer sous peine de payer une amende, couvre plus d'un tiers du total des dépenses de santé.

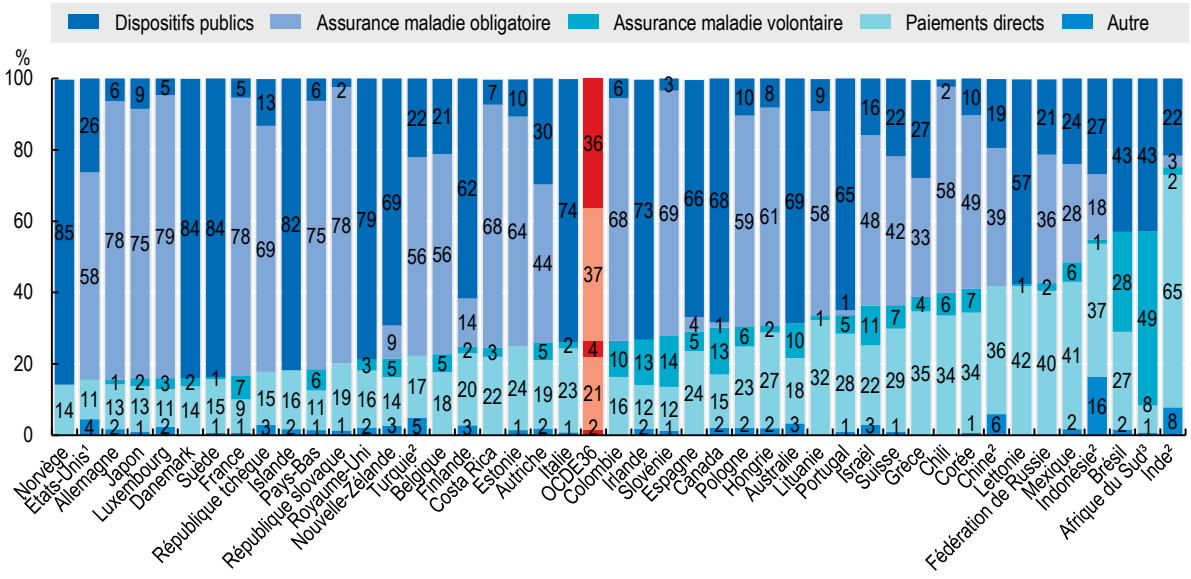
Les paiements directs sont généralement la troisième grande source de financement, après les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. En moyenne, les ménages ont financé directement plus d'un cinquième de toutes les dépenses en 2017. On observe toutefois d'importantes différences entre les pays de l'OCDE. Cette part est supérieure à 30 % en Lettonie (42 %), au Mexique (41 %), en Grèce (35 %), en Corée (34 %) et au Chili (34 %), tandis qu'elle est inférieure à 10 % en France. La part de paiements directs est supérieure à 30 % en Chine, en Inde et dans la Fédération de Russie.

Dans l'objectif de passer à une couverture maladie universelle, un certain nombre de pays de l'OCDE ont augmenté les dépenses des régimes d'assurance obligatoire ou publique au cours des précédentes décennies. Par conséquent, la part des coûts de santé qui était à la charge des ménages et des régimes d'assurance volontaire a largement diminué dans certains pays. Pourtant, si le pourcentage des dépenses de santé couvert par ces deux régimes dans les pays de l'OCDE s'est légèrement réduit, passant de 28 % en 2003 à 26 % en 2017, on observe des différences notables entre pays. Parmi les pays où l'assurance maladie volontaire occupe une place plus importante, cette part a progressé en Corée et en Australie ces dernières années tandis qu'elle est restée plus ou moins stable en Slovénie et au Canada (Graphique 7.9). La part des dépenses couvertes par les paiements directs a considérablement augmenté entre 2009 et 2017 dans plusieurs pays européens, comme la Grèce (5 %), l'Espagne (5 %) et le Portugal (3 %), avant de se stabiliser ces dernières années (Graphique 7.10). Ce phénomène est le fruit des mesures qui ont été mises en œuvre dans plusieurs pays pour équilibrer les budgets publics au lendemain de la crise financière et économique mondiale : introduction ou relèvement de la participation aux coûts pour les soins primaires et hospitaliers, relèvement des seuils de remboursement ou réduction des allocations pharmaceutiques et dentaires, et suppression de la couverture publique pour certaines catégories de population.

Définition et comparabilité

Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des *dispositifs de financement* (les mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus, p. ex. l'assurance maladie sociale), des *agents de financement* (les organismes gérant les dispositifs de financement, p. ex. les caisses d'assurance sociale) et des *types de recettes* (p. ex. les cotisations d'assurance sociale). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2011) ; il englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire ainsi que l'assurance maladie volontaire et les fonds privés (paiements directs des ménages, ONG et entreprises privées). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement : participation aux coûts et, dans certains pays, estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de soins.

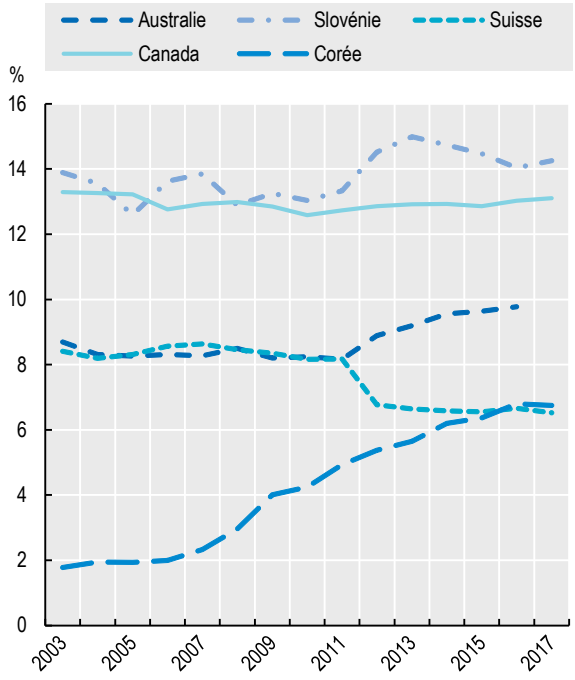
Graphique 7.8. **Dépenses de santé par type de financement, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées aux États-Unis relèvent de l'assurance maladie obligatoire. 2. Les régimes de paiement ne pouvant pas être décomposés en « Assurance maladie volontaire », ISBLSM et entreprises relèvent de la catégorie « Autre ». 3. Les régimes de paiement volontaire ne pouvant pas être décomposés relèvent de la catégorie « assurance maladie volontaire ».
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069427

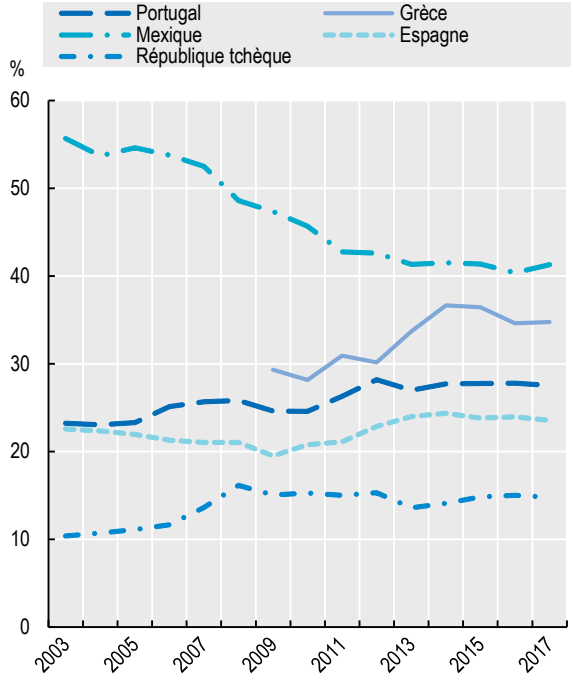
Graphique 7.9. **Dépenses de santé de l'assurance maladie volontaire en pourcentage des dépenses totales, dans une sélection de pays, 2003-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069446

Graphique 7.10. **Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, dans une sélection de pays, 2003-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069465

Financement public des dépenses de santé

Les différents régimes de financement utilisés pour acheter les biens et services de santé (voir indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement ») doivent collecter des recettes. Ils s'appuient pour cela sur différentes sources. L'analyse des flux financiers allant des sources jusqu'aux régimes permet de mieux comprendre les mécanismes fondamentaux du financement des services de santé et la charge globale qui pèse sur les différents secteurs de l'économie.

Les régimes publics sont généralement financés par les recettes publiques, principalement par les recettes fiscales, qui sont ensuite allouées selon un processus budgétaire aux différents échelons de l'administration. L'État contribue aussi parfois à d'autres régimes, comme l'assurance maladie sociale, en prenant à sa charge les cotisations de catégories de population particulières ou en allouant une part du budget général à la caisse d'assurance concernée. Les individus peuvent souscrire une assurance maladie privée et verser des primes régulières à une caisse, qui couvre ensuite leurs dépenses de santé. Une proportion de la prime peut être à la charge de l'employeur ou subventionnée par l'État. Les individus financent aussi leurs soins directement, intégralement ou à titre participatif, à partir des revenus des ménages. D'autres dispositifs de financement de la santé (p. ex. dispositifs à but non lucratif ou d'entreprise) peuvent recevoir des dons ou des revenus supplémentaires tirés d'investissements ou autres opérations commerciales. Enfin, des fonds internationaux peuvent être reçus dans le cadre de conventions bilatérales entre des gouvernements étrangers ou des partenaires au développement. Ces transferts jouent toutefois un rôle limité dans la grande majorité des pays de l'OCDE.

Les recettes publiques sont composées des transferts publics et des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés, etc. Les sources privées comprennent, quant à elles, les primes d'assurance volontaire et obligatoire, ainsi que tous les financements directs des ménages ou des entreprises. En moyenne, les sources publiques financent environ 71 % des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE (Graphique 7.11). Dans ceux où les régimes publics constituent le principal mécanisme de financement, comme le Danemark, les dépenses de santé proviennent en grande partie (84 %) de fonds publics. Dans d'autres pays, l'État ne paie pas directement la majorité des services de santé, mais finance d'autres dispositifs par le biais de transferts et de subventions (Mueller et Morgan, 2017[1]). Au Japon, même si environ 9 % seulement des dépenses de santé proviennent directement de l'État, une grande proportion de ces dépenses est financée par des fonds publics (84 % du total) par le biais de transferts et de cotisations d'assurance sociale.

L'État est en charge du financement de tout un éventail de services publics, comme la santé, mais aussi l'éducation, la défense et le logement, entre autres secteurs. Le niveau de financement de la santé dépend de plusieurs facteurs : le type de système de santé en place, la composition démographique de la population et la politique nationale. Les priorités budgétaires ne sont pas non plus identiques d'une année à l'autre, en fonction des décisions politiques et des effets économiques. Le financement public des dépenses de santé (transferts publics et cotisations d'assurance sociale) représente en moyenne 15 % du total des dépenses publiques dans la zone OCDE (Graphique 7.12). Environ 20 % ou plus des dépenses publiques sont liées à la santé en Allemagne, aux États-Unis, en Irlande, au Japon et en Nouvelle-Zélande. La Grèce et la Hongrie, en revanche, allouent environ 10 % des dépenses publiques à la santé. Elles se rapprochent sur ce plan de la Fédération de Russie et du Brésil.

Nombre de pays ont un régime d'assurance maladie obligatoire, public ou privé, dont les recettes proviennent de sources plus variées (Graphique 7.13). L'importance des transferts publics en tant que source de recettes peut varier considérablement. En moyenne, environ trois quarts du financement proviennent de cotisations sociales (ou primes), réparties principalement entre les salariés et leurs employeurs. Environ un quart provient cependant encore de transferts publics, au nom de certaines catégories de population (p. ex. les pauvres ou les chômeurs) ou à titre de contribution générale. En Hongrie, les transferts publics financent 68 % des dépenses de santé de l'assurance maladie sociale. En Estonie, en Pologne et en Slovénie, cette proportion n'atteint pas 5 % et les cotisations d'assurance sociale constituent la principale source de financement.

Définition et comparabilité

Les dispositifs de financement doivent mobiliser des recettes pour payer les biens et services de santé dont bénéficie la population. En général, les dispositifs de financement peuvent percevoir des transferts publics, des cotisations d'assurance sociale, des prépaiements volontaires ou obligatoires (p. ex. primes d'assurance), d'autres ressources nationales et des revenus de l'étranger, par exemple dans le cadre de l'aide au développement.

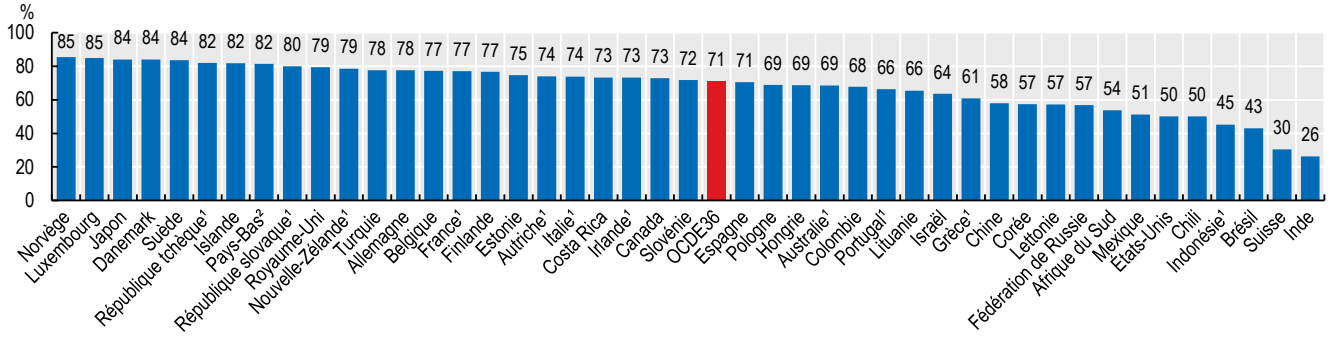
En réalité, les recettes d'un dispositif de financement de la santé ne sont généralement pas égales aux dépenses au cours d'une année donnée, causant ainsi un excédent ou un déficit. Dans la pratique, la plupart des pays se contentent d'analyser la composition des recettes de chaque dispositif et d'appliquer la même répartition à ses dépenses pour donner une idée du financement des dépenses pendant la période comptable.

Les dépenses totales des administrations publiques sont définies de la même manière que dans le Système des comptes nationaux. Les dépenses publiques de santé du Système de comptes de la santé correspondent à la somme de FS.1 Transferts de fonds publics (nationaux), FS.2 Transferts de fonds publics (internationaux) et FS.3 Cotisations d'assurance sociale. En l'absence d'informations sur les recettes, on a recours à la somme de HF.1.1 Régimes publics et HF1.2.1 Régimes d'assurance maladie sociale.

Références

[1] Mueller, M. et D. Morgan (2017), « New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework », *Health Policy*, Vol. 121/7, pp. 764-769, *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008*.

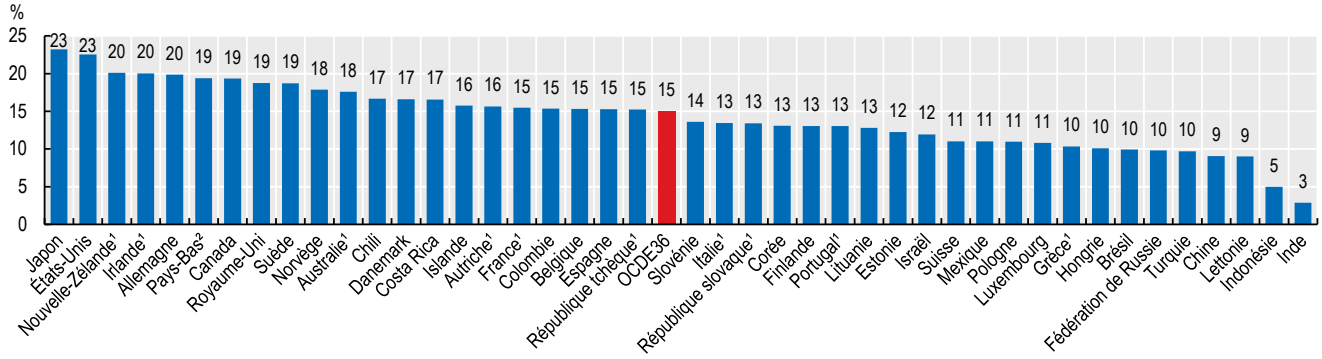
Graphique 7.11. **Dépenses de santé financées par des fonds publics en proportion des dépenses totales, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Le total des dépenses financées par des fonds publics est calculé à partir des dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
2. Le total des dépenses financées par des fonds publics est calculé à partir des dépenses des régimes publics, des régimes d'assurance maladie sociale et des régimes d'assurance privée obligatoire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069484

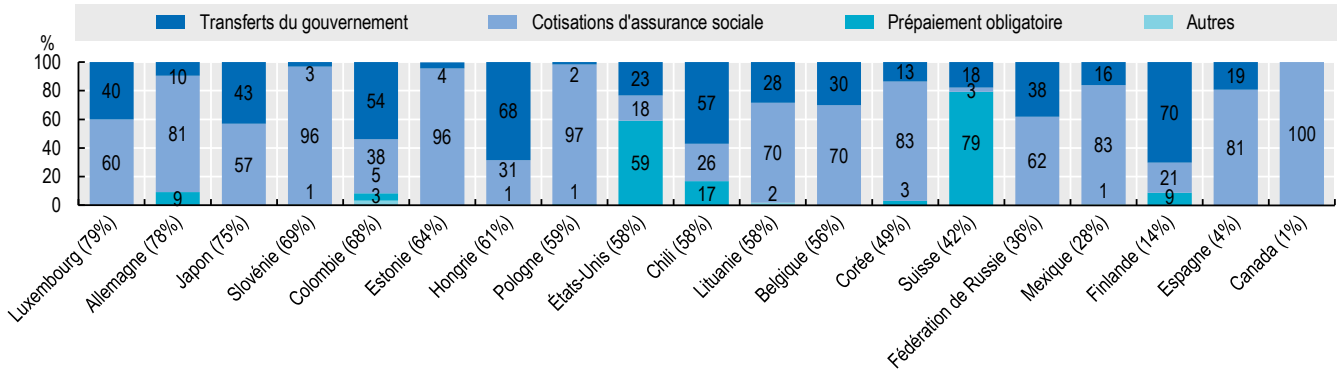
Graphique 7.12. **Dépenses de santé financées par des fonds publics en proportion des dépenses publiques totales, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Sont incluses dans les dépenses publiques celles des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale. 2. Sont incluses dans les dépenses publiques celles des régimes publics, des régimes d'assurance maladie sociale et des régimes d'assurance maladie privée.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069503

Graphique 7.13. **Sources de financement de l'assurance maladie obligatoire, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent la contribution aux dépenses totales de l'assurance maladie obligatoire. Sont inclus sous « Autres » les prépaiements volontaires et autres recettes nationales.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069522

Dépenses de santé par type de service

Le niveau de dépenses des différents services de santé dépend de plusieurs facteurs, dont la répartition des soins entre les prestataires et les priorités établies, les besoins de la population et les coûts des intrants. Les soins hospitaliers et ambulatoires représentent la majeure partie de ces dépenses, soit en moyenne environ 60 % de l'ensemble des dépenses de santé des pays de l'OCDE (Graphique 7.14). Une autre part représentant 20 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), tandis qu'une part croissante se rapporte aux soins de longue durée (environ 14 % en 2017). Le reste est alloué à l'administration et à la gouvernance générale du système de santé, ainsi qu'à la prévention.

La structure des dépenses consacrées aux divers types de soins peut varier considérablement d'un pays à un autre. Environ 42 % des dépenses de santé de la Grèce se rapportent aux soins hospitaliers (curatifs et de réadaptation), soit la proportion la plus élevée, supérieure de 14 points de pourcentage à la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité, dans un grand nombre des pays nordiques, mais aussi au Canada et aux Pays-Bas, les services hospitaliers représentent un quart ou moins de l'ensemble des dépenses. Les dépenses consacrées aux soins ambulatoires, qui comprennent les consultations de médecins généralistes et de spécialistes, sont particulièrement élevées au Portugal (49 %) et en Israël (46 %) par rapport à la moyenne de l'OCDE (32 %). La Grèce (22 %) et la Belgique (25 %) sont les pays qui dépensent le moins en services ambulatoires.

Les biens médicaux sont la troisième grande catégorie de dépenses de santé. Les prix pratiqués dans les différents pays étant généralement moins variables que les prix des services (voir indicateur « Prix dans le secteur de la santé »), les produits pharmaceutiques et appareils médicaux représentent souvent une plus forte proportion des dépenses de santé dans les pays à faible revenu. En République slovaque, par exemple, les biens médicaux représentent un tiers du total des dépenses de santé, contre seulement entre 10 et 12 % au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas.

Dans les pays où des dispositifs structurés sont en place pour la prise en charge des personnes âgées et de la population dépendante, comme c'est le cas en Norvège, en Suède et aux Pays-Bas, un quart ou plus du total des dépenses de santé peut être alloué aux soins de longue durée. Dans ceux où la prise en charge de longue durée est moins structurée, notamment dans nombre de pays d'Europe méridionale, centrale et orientale, les dépenses dans ce domaine sont nettement inférieures, soit environ 5 % ou moins en Grèce, en Hongrie, en Lettonie et au Portugal.

Élément fondamental de tout système de santé, les soins primaires englobent tous les types de services dont il est question plus haut. Ce concept complexe est ici défini comme l'ensemble des différents services (soins ambulatoires généraux, prévention, soins dentaires et soins curatifs à domicile, etc.) fournis par des prestataires de soins ambulatoires. Si l'on utilise cette variable supplétive, les soins primaires représentent environ 13 % des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, la fourchette étant comprise entre environ 10 % (Autriche, Pologne, République slovaque et Suisse) et 18 % (Australie et Estonie) (Graphique 7.15).

Les dépenses de santé sont reparties à la hausse dans tous les domaines suite au ralentissement général après la crise économique (Graphique 7.16). Pendant les années où la crise économique a sévi, certains gouvernements ont décidé de préserver les dépenses au titre des soins primaires et des services de première ligne tout en cherchant à réduire les coûts dans d'autres parties du système de santé. 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, différer le remplacement des personnels et retarder les investissements dans les infrastructures hospitalières. Les dépenses en soins de longue durée et ambulatoires ont continué d'augmenter chaque année sur la période 2009-13, mais les dépenses en soins hospitaliers et les dépenses d'administration sont restées stables dans un grand nombre de pays, tandis que les dépenses en produits pharmaceutiques et en services de prévention ont diminué de 1.5 % et 2.1 % respectivement.

Ces coupes budgétaires ayant par la suite été inversées, c'est la prévention qui enregistre la plus forte augmentation des dépenses entre 2013 et 2017, à 3.2 % en moyenne chaque année. Le taux de croissance des dépenses au titre des soins ambulatoires a plus que doublé (2.8 % contre 1.1 %), tandis que les dépenses au titre des soins hospitaliers ont augmenté de 2.4 %. Le taux de croissance des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et à l'administration est quant à lui plus modeste, à 1.6 et 2.0 % par an, respectivement. Enfin, les dépenses au titre des soins de longue durée enregistrent quant à elles un taux de croissance constant depuis 2003.

Définition et comparabilité

Le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2017) définit les frontières du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions des soins faisant référence aux différents types de services et biens 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 – faisant référence à la gouvernance et à l'administration du système de santé dans sa globalité plutôt qu'au niveau des prestataires de santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de prestation (patients hospitalisés, services de jour, soins ambulatoires ou à domicile).

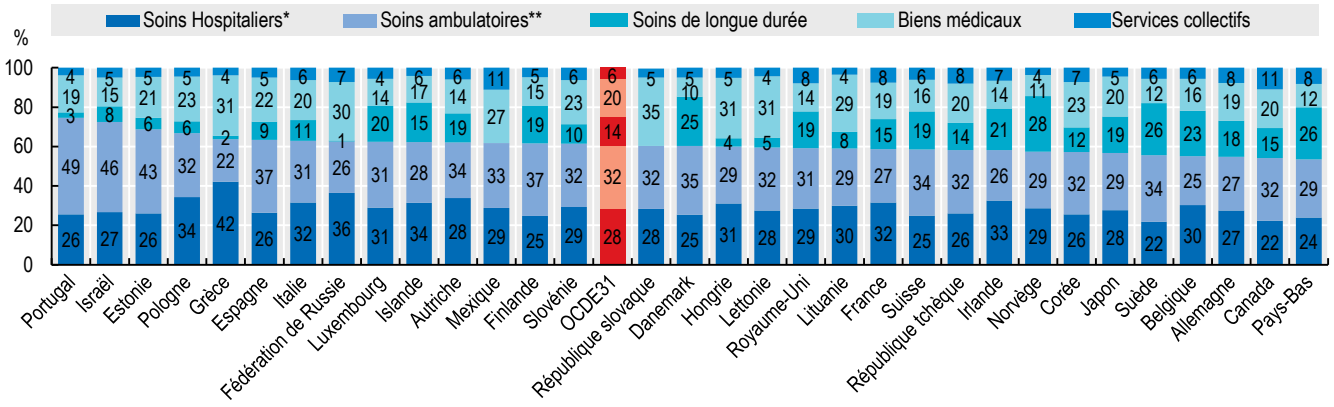
Les soins primaires, bien qu'indispensables, sont remarquablement absents du cadre du Système de comptes de la santé. On s'attache, depuis quelques années, à mettre au point une méthodologie utilisant le cadre du Système de comptes de la santé pour élaborer un indice supplétif pour les dépenses au titre des soins primaires (Mueller et Morgan, 2018[1]). La comparabilité des chiffres relatifs aux soins primaires dépend largement de la capacité des pays à distinguer les services fournis par les généralistes et les spécialistes et les méthodes utilisées pour opérer cette distinction.

On utilise des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle.

Références

[1] Mueller, M. et D. Morgan (2018), « Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework »; *http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf*.

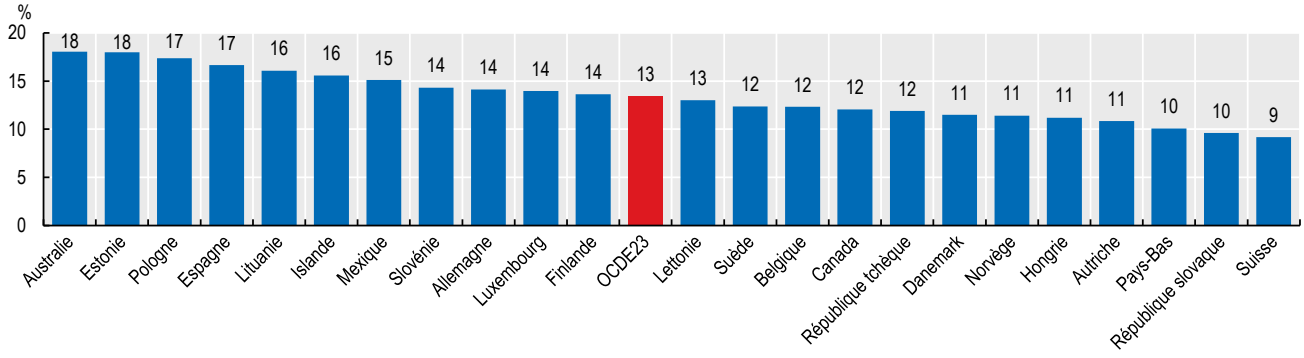
Graphique 7.14. **Dépenses de santé par type de service, 2017 (ou année la plus proche)**



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 les services de jour. ** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069541

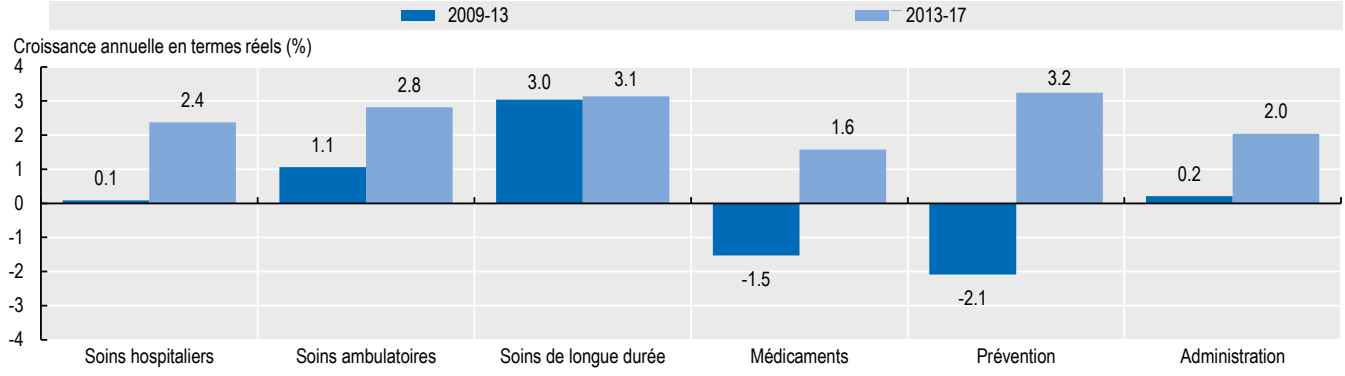
Graphique 7.15. **Part des soins primaires dans le total des dépenses de santé courantes, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069560

Graphique 7.16. **Croissance annuelle des dépenses de santé consacrées à un éventail de services (en valeur réelle), 2009-2013 et 2013-2017**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069579

Dépenses de santé par prestataire

Les modalités de l'offre de soins ont une forte incidence sur les dépenses consacrées aux différents biens et services. Les biens et services de santé sont fournis par un large éventail d'établissements, des hôpitaux et des cabinets médicaux aux pharmacies, voire aux ménages qui prennent soin de membres de la famille. L'analyse des dépenses de santé par prestataire, en parallèle avec leur répartition par fonction, peut être particulièrement utile pour obtenir une vue plus détaillée de l'organisation des systèmes de santé (voir indicateur « Dépenses de santé par type de service »).

Les activités hospitalières représentent la plus forte proportion de dépenses de santé dans presque tous les pays de l'OCDE, même si chaque pays organise différemment son système de financement et de prise en charge. En moyenne, les hôpitaux reçoivent 38 % du financement du système de santé, mais plus de la moitié de toutes les ressources financières en Turquie (Graphique 7.17). Le secteur hospitalier est également important en Corée, en Estonie et en Italie, où les dépenses qui lui sont consacrées sont de l'ordre de 45 %. L'Allemagne et le Mexique sont les seuls pays où les dépenses hospitalières représentent moins de 30 % des dépenses de santé.

Les prestataires ambulatoires constituent la deuxième catégorie de prestataires de soins, après les hôpitaux. Cette catégorie comprend un large éventail de services et, selon l'organisation de la fourniture des services de santé dans chaque pays, la plupart des dépenses se rapportent soit aux cabinets médicaux, comme les cabinets des médecins généralistes et spécialistes (p. ex. Allemagne, Autriche et France), soit aux centres de soins ambulatoires (p. ex. Finlande, Irlande et Suède). Tous les pays de l'OCDE confondus, les soins dispensés par les prestataires ambulatoires représentent environ un quart de l'ensemble des dépenses de santé. Cette part est supérieure à 30 % en Allemagne, en Belgique, aux États-Unis, en Israël, au Luxembourg et au Mexique, mais inférieure à 20 % en Grèce, aux Pays-Bas, en République slovaque et en Turquie. Les cabinets de médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les centres de soins ambulatoires, comptent pour environ deux tiers des dépenses au titre des prestataires ambulatoires, et les cabinets dentaires pour environ un cinquième de ces dépenses.

Les autres grandes catégories de prestataires incluent les détaillants (principalement les pharmacies vendant des médicaments sur ordonnance et en vente libre), qui représentent 18 % de l'ensemble des dépenses de santé, et les établissements de soins de longue durée (qui fournissent principalement des soins hospitaliers aux personnes dépendantes), auxquels sont imputables 9 % du total des dépenses de santé.

Les activités des prestataires d'une même catégorie peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre en fonction de la structure et de l'organisation du système de santé, en particulier dans les hôpitaux (Graphique 7.18). Bien que les soins curatifs et de réadaptation forment la grande majorité des dépenses hospitalières dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les hôpitaux sont également d'importants prestataires de soins ambulatoires dans de nombreux pays, par exemple par le biais des services d'urgences, des unités ambulatoires spécialisées et des services de laboratoires et d'imagerie destinés aux patients ambulatoires. Les hôpitaux étant généralement monofonctionnels en Allemagne et en Grèce, la plus grande proportion (93 %) des dépenses est consacrée aux services hospitaliers plutôt qu'aux services ambulatoires et aux services de jour. En revanche, les services ambulatoires représentent plus de 40 % des dépenses hospitalières au Danemark, en Estonie, en Finlande, au Portugal et en Suède, où les spécialistes voient généralement leurs patients dans les unités ambulatoires des hôpitaux.

Depuis quelques années, un grand nombre de pays transfèrent certains services médicaux de l'hôpital aux services de jour (voir l'indicateur « Chirurgie ambulatoire » au chapitre 9). Ces transferts sont principalement motivés par l'amélioration de l'efficience et la réduction des délais d'attente. En outre, pour certaines interventions, l'accueil de jour est désormais la méthode de traitement la plus appropriée. Ainsi, dans un certain nombre de pays, les soins de jour représentent désormais plus de 10 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. En outre, les soins de longue durée dans les hôpitaux représentent une part considérable des dépenses hospitalières dans certains pays (p. ex. Corée, Islande et Japon).

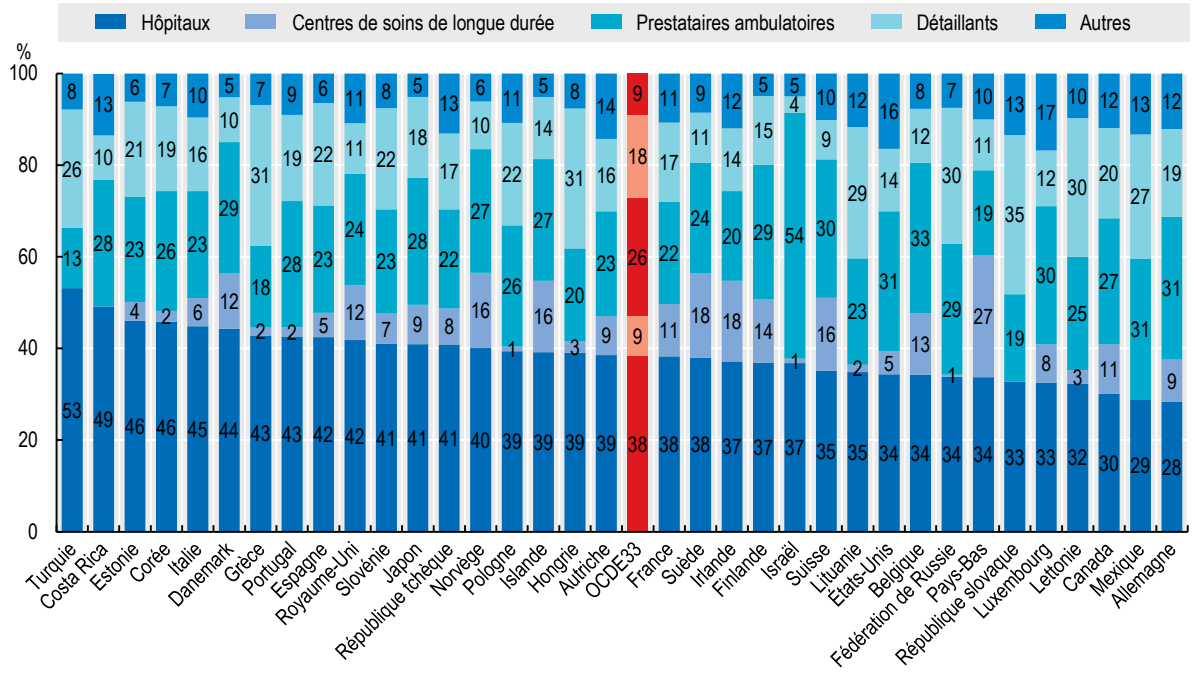
Définition et comparabilité

L'univers des prestataires de santé est défini dans le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2017) et englobe les prestataires primaires, à savoir les organisations et acteurs dont l'activité principale est l'offre de biens et de services médicaux, ainsi que les prestataires secondaires pour lesquels la prestation de soins de santé n'est qu'une activité parmi tant d'autres.

Les principales catégories de prestataires primaires sont les hôpitaux (de court séjour et psychiatriques), les établissements de soins de longue durée, les prestataires ambulatoires (cabinets de médecins généralistes et spécialistes, cabinets dentaires, centres de santé ambulatoires, prestataires de services de soins à domicile), les prestataires de services annexes (p. ex. services d'ambulance, laboratoires), les détaillants (p. ex. pharmacies), et les prestataires de soins préventifs (p. ex. établissements de santé publique).

Les prestataires secondaires incluent les établissements de soins résidentiels, dont la principale activité peut être l'hébergement, mais qui peuvent proposer une surveillance infirmière comme activité secondaire ; les supermarchés qui commercialisent des médicaments en vente libre ; ou des établissements qui fournissent des services de santé à un groupe restreint de la population, comme les services de santé carcéraux. Les prestataires secondaires incluent également les organismes qui gèrent et financent le système de santé (p. ex. organismes publics, caisses d'assurance maladie) et les ménages en tant que prestataires de soins à domicile.

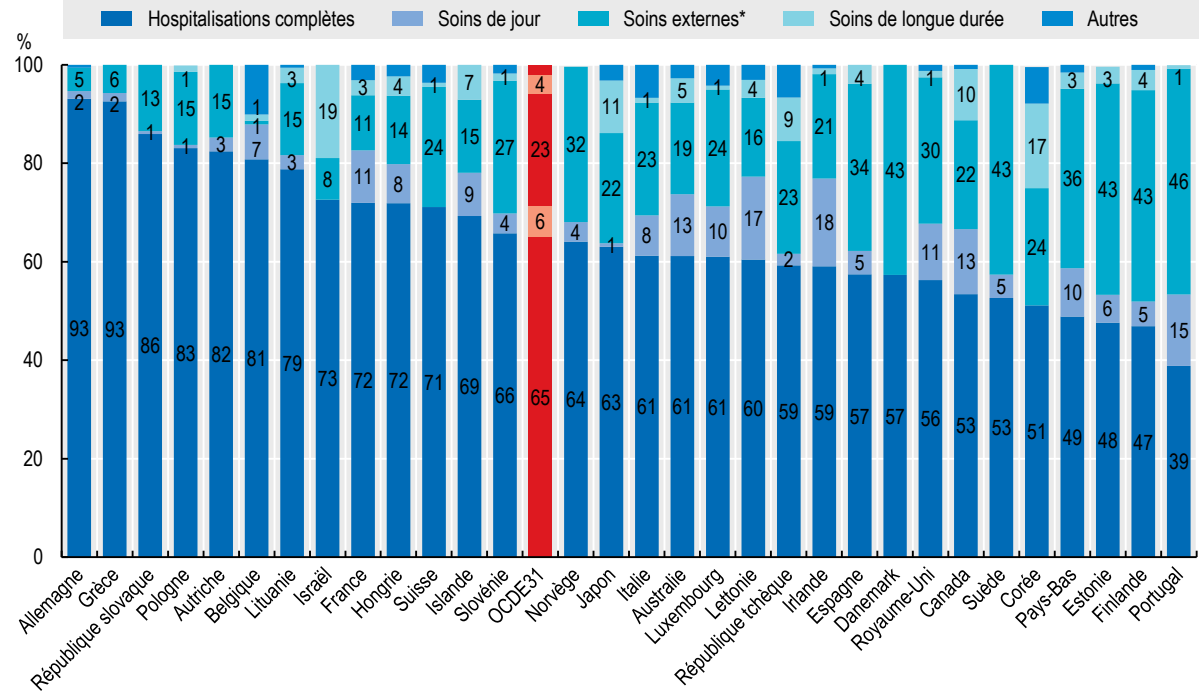
Graphique 7.17. **Dépenses de santé par prestataire, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les pays sont classés selon la part des hôpitaux dans les dépenses courantes de santé. * Correspond aux établissements de soins de longue durée.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069598

Graphique 7.18. **Dépenses hospitalières par type de service, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation en hospitalisation complète dans les dépenses hospitalières. * Inclut les services auxiliaires.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069617

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Les secteurs de la santé et des soins de longue durée demeurent certes très dépendants de la main-d'œuvre, mais le capital est lui aussi un important facteur de production des services de santé. Le niveau d'investissement d'un pays dans de nouveaux dispositifs de santé, dans les derniers équipements diagnostiques et thérapeutiques et dans les technologies de l'information et de la communication (TIC) peut avoir une incidence déterminante sur la capacité d'un système de santé à satisfaire les besoins de la population et à contribuer ainsi à l'amélioration des résultats. Par exemple, le manque d'équipement IRM et de scanners (voir indicateur « Technologies médicales ») peut se répercuter sur les capacités de dépistage précoce de certaines maladies. Le niveau de dépenses en capital a toutefois tendance à davantage fluctuer d'une année à l'autre que les dépenses courantes au titre des services de santé. Les décisions d'investissement dépendent en effet beaucoup plus de la conjoncture et des choix politiques ou commerciaux, mais aussi des besoins futurs et des niveaux d'investissement précédents. Lorsqu'ils décident d'investir dans les infrastructures, les responsables publics doivent non seulement évaluer soigneusement les coûts à court terme, mais aussi les avantages potentiels à court, moyen et long termes. À l'instar des autres secteurs d'activité, un manque d'investissement dans le présent peut entraîner une accumulation de problèmes et de coûts futurs au fur et à mesure de la détérioration des équipements et des dispositifs.

Pour la dernière année disponible, les dépenses en *capital* moyennes des pays de l'OCDE s'établissent à environ 5.6 % des dépenses de santé *courantes* (soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc.) et à environ 0.5 % du PIB contre 8.8 % du PIB pour les dépenses de santé courantes (voir indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB ») (Graphique 7.19). Comme pour les dépenses courantes, on observe des différences importantes entre les pays du point de vue des niveaux d'investissement et dans le temps, en particulier en conséquence de la crise économique.

Proportionnellement aux dépenses courantes, ce sont le Luxembourg et le Japon qui dépensent le plus en 2017, soit plus de 10 % affectés à la construction, aux équipements et aux technologies dans les secteurs de la santé et du social. En pourcentage du PIB, cependant, le Luxembourg se rapproche davantage de la moyenne. Le niveau des dépenses en capital d'un certain nombre de pays européens (Allemagne, Belgique et Pays-Bas) est lui aussi relativement élevé, à environ 9 % des dépenses courantes de santé. Le Japon et l'Allemagne ont tous les deux consacré plus de 1 % de leur PIB aux dépenses d'investissement dans le secteur de la santé en 2017. Les États-Unis et le Royaume-Uni ont dépensé moins que la moyenne OCDE, avec des dépenses en capital s'élevant à 3.5 et 3.2 % des dépenses courantes respectivement. Cependant, en raison du très haut niveau de dépenses au titre des soins de santé, ces chiffres se traduisent en une proportion relativement forte du PIB dans le cas des États-Unis. La Turquie, en revanche, n'a alloué que 0.3 % de son PIB aux dépenses en capital en 2017, une proportion qui paraît toutefois relativement élevée comparée à son faible niveau de dépenses courantes de santé.

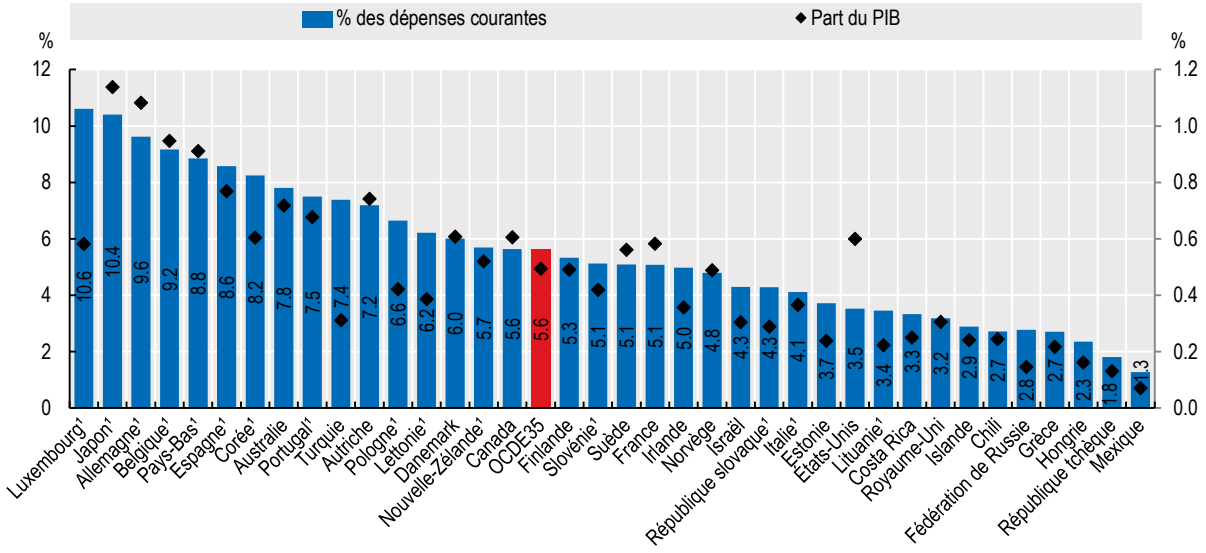
Les dépenses en capital varient davantage d'une année sur l'autre que les dépenses courantes, du fait de la mise en œuvre de grands projets de construction (construction d'hôpitaux et autres établissements de santé) et de programmes d'investissement dans de nouveaux équipements (équipements médicaux et informatiques). De même, les décisions d'investissement sont généralement plus affectées par les cycles économiques, les dépenses d'investissement dans les infrastructures et équipements de santé étant souvent la première cible des réductions ou des reports en période de ralentissement économique. Le Graphique 7.20 donne un indice des dépenses d'investissement en valeur réelle sur une période de dix ans pour une sélection de pays d'Europe et d'Amérique du Nord. La France a maintenu un niveau de dépenses en capital constant pendant cette période, mais le Royaume-Uni, et plus particulièrement la Grèce, enregistrent une chute abrupte de ces dépenses au lendemain de la crise économique et financière mondiale. Les niveaux de dépenses demeurent à des niveaux nettement inférieurs à ceux de 2007. Les États-Unis et le Canada affichent tous les deux un niveau de dépenses courantes proche du niveau (en valeur réelle) d'avant la crise. On observe une augmentation prononcée des dépenses en capital au Canada en 2010/11, sous l'effet de mesures anticycliques, encore plus marquée au Mexique entre 2008 et 2012 sous l'effet d'un élargissement à grande échelle de l'assurance maladie publique (*Seguro Popular*).

Définition et comparabilité

La formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé se mesure par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de soins ont acquis durant la période comptable (moins la valeur des cessions 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 (appareils chirurgicaux et diagnostiques, ambulances, équipements informatiques et de communications) ainsi que les logiciels et les bases de données.

De nombreux pays comptabilisent la formation brute de capital fixe conformément au cadre du Système de 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.

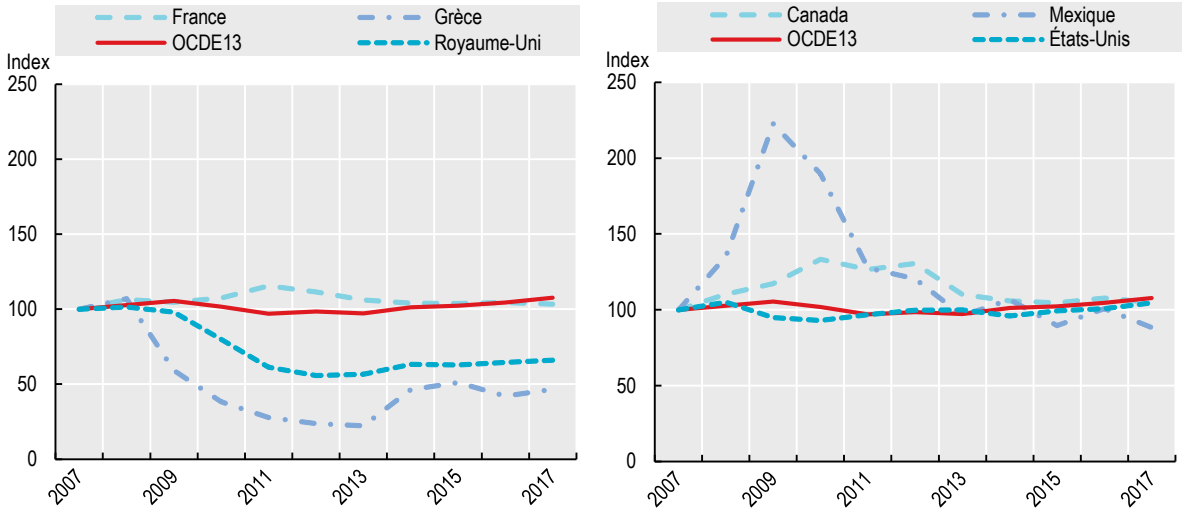
Graphique 7.19. **Part des dépenses en capital dans les dépenses de santé courantes, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Fait référence à la formation brute de capital fixe définie dans CITI Q : Activités relatives à la santé (CITI Rév. 4).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Comptes nationaux de l'OCDE.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069636

Graphique 7.20. **Évolution des dépenses en capital (à prix constants), dans une sélection de pays, 2007-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069655

Projections des dépenses de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de santé augmentent plus rapidement que la croissance économique depuis plusieurs décennies. Ces dépenses supplémentaires ont contribué à améliorer les résultats sur le plan de la santé et constituent une source importance de croissance économique et d'emplois. Cependant, la viabilité financière est de plus en plus préoccupante, étant donné que ces dépenses sont financées par des fonds publics dans la majorité des pays (OCDE, 2015[1]). Les projections de croissance des dépenses de santé peuvent donner aux pays une indication de la rapidité et de l'ampleur possibles de l'augmentation de ces dépenses par rapport à la croissance économique générale, ou par rapport à la population du pays (Lorenzoni et al., 2019[2]).

Pendant longtemps, les dépenses de santé ont enregistré une progression beaucoup plus rapide que celle du PIB dans tous les pays de l'OCDE, même si l'on tient compte de la période d'instabilité qui a suivi la crise financière de 2007/08 (Graphique 7.21). Pendant la période 2000-15, la croissance annuelle des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE s'établissait à 3 %, contre 2.3 % pour le PIB. En revanche, pour la période 2015-30, la croissance des dépenses de santé par habitant devrait se situer à un taux annuel moyen de 2.7 % dans tous les pays de l'OCDE selon un scénario de base (avec une croissance du PIB s'établissant en moyenne à 2.1 %). La croissance moyenne devrait descendre jusqu'à 2.2 % selon une projection de maîtrise des coûts, mais atteindre 3.1 % selon un scénario de pression des coûts. Ces scénarios traduisent des hypothèses divergentes sur la croissance économique des pays, leur productivité et le vieillissement en bonne santé. Dans tous les pays de l'OCDE, l'augmentation des dépenses de santé devrait surpasser la croissance du PIB dans les 15 prochaines années, quel que soit le scénario.

Si l'on s'intéresse aux projections par pays, les dépenses de santé par habitant en 2015-30 en Corée, en République slovaque et en Turquie devraient augmenter de plus de 4 % par an, tandis que la croissance annuelle ne devrait pas atteindre 2 % en Allemagne, en Belgique, en Italie, au Japon, en Lituanie, et au Portugal (Graphique 7.22). Dans 20 des 36 Pays de l'OCDE, la croissance devrait se situer à plus ou moins 1 point de pourcentage des chiffres pour 2000-15. La majorité des six pays (Hongrie, Islande, Israël, Mexique, Portugal et Turquie) pour lesquels les projections indiquent une croissance par habitant de plus d'un point de pourcentage par rapport aux taux enregistrés en 2000-15, ont accusé un ralentissement des dépenses de santé au lendemain de la crise économique et financière mondiale. En revanche, en Corée, au Chili, en Estonie, en Lettonie et en Lituanie, les taux de croissance devraient être inférieurs de plus de deux points de pourcentage aux taux historiques. Ces pays enregistrent également les plus forts taux de croissance des dépenses de santé par habitant entre 2000 et 2015.

Dans l'ensemble de l'OCDE, selon le scénario de base, les dépenses de santé en proportion du PIB devraient augmenter et atteindre 10.2 % en 2030, par rapport à 8.8 % en 2015 (Graphique 7.23). Les seuls pays pour lesquels une légère augmentation de ce ratio est prévue sont la Lettonie, la Hongrie et la Lituanie, en raison principalement de la diminution prévue de la taille de la population dans les décennies à venir. La plupart des pays devraient enregistrer une hausse modérée des dépenses de santé en pourcentage du PIB, les États-Unis étant le seul à anticiper une croissance de plus de trois points de pourcentage.

Définition et comparabilité

Le modèle retenu pour la projection des dépenses de santé futures comporte plusieurs déterminants propres aux pays. Il s'appuie sur les courbes de dépenses de santé par âge pour les dépenses de santé totales (en valeur réelle), dont les projections sont établies à partir des changements démographiques, des taux de mortalité, des coûts prévus liés à la mort, et de la proportion de survivants et de non-survivants pour une année déterminée. Ces valeurs sont ensuite corrigées de la croissance du PIB, de la croissance de la productivité et des salaires, des effets du temps, des proportions individuelles et collectives des dépenses et des évolutions technologiques. Cette modélisation est appliquée aux dépenses de santé totales et aux dépenses publiques courantes (dépenses d'investissement exclues) et divers scénarios sont élaborés à partir de paramètres recueillis dans les publications, de l'analyse de sensibilité par régression et d'hypothèses cadrant avec des théories particulières dans la documentation publiée (p. ex. temps de survie, vieillissement en bonne santé). On trouvera une décomposition détaillée du cadre théorique et des hypothèses méthodologiques qui étayent les projections présentées dans cette colonne à la section « Références ».

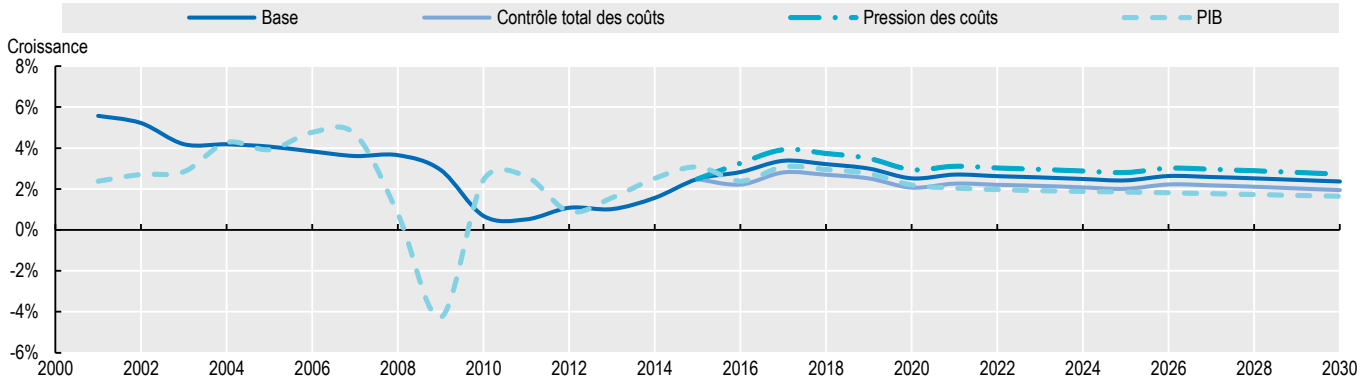
Références

[2] Lorenzoni, L. et al. (2019), « Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology°», OCDE, *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n°110, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

[3] Marino, A. et al. (2017), «Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts », OCDE, *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n °95, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/247995bb-en*.

[1] OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264233386-en*.

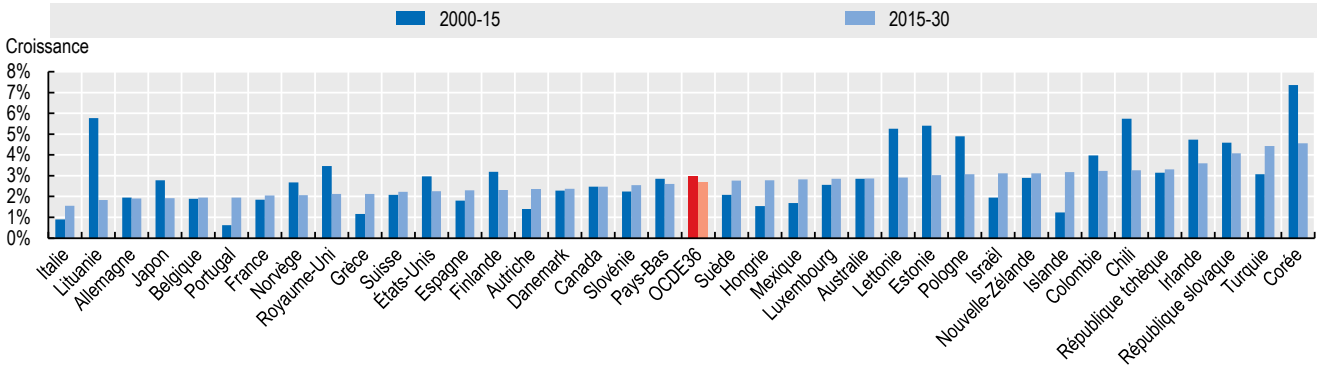
Graphique 7.21. **Évolution des dépenses de santé par habitant et de la croissance du PIB, observée et projetée, 2000-30**



Source : Projections de la Division santé de l'OCDE, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069674

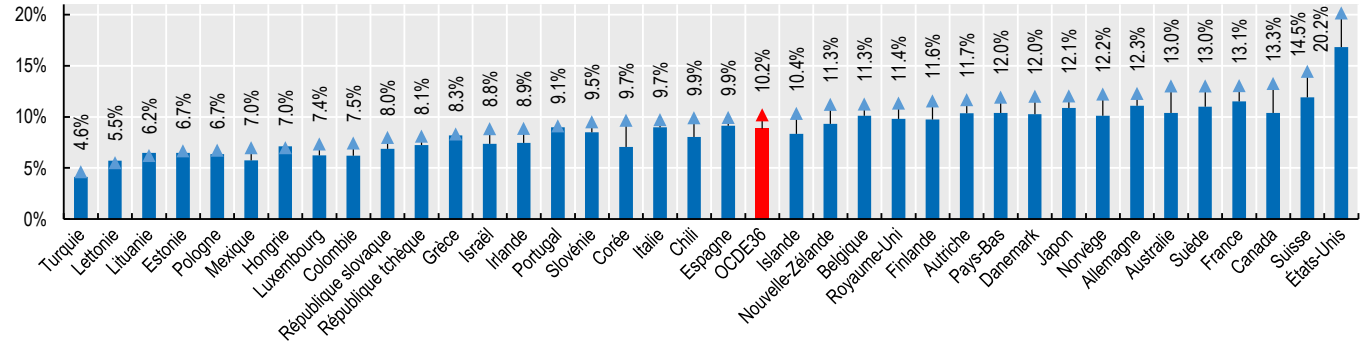
Graphique 7.22. **Croissance moyenne des dépenses de santé par habitant, 2015 et 2030**



Source : Projections de la Division santé de l'OCDE, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069693

Graphique 7.23. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, projection à l'horizon 2030**



Source : Projections de la Division santé de l'OCDE, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069712





8. PERSONNEL DE SANTÉ

Personnel médico-social

Médecins (nombre total)

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Personnel infirmier

Rémunération du personnel infirmier

Médecins nouvellement diplômés

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Migrations internationales de médecins et de 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.

Personnel médico-social

Dans les pays de l'OCDE, les systèmes de santé et les services sociaux emploient aujourd'hui plus de personnel que jamais auparavant. En 2017, ils représentaient 10 % des emplois environ (Graphique 8.1), chiffre qui marque une hausse de près de deux points de pourcentage par rapport à 2000. Dans les pays nordiques et aux Pays-Bas, ils représentent plus de 15 % des emplois. Entre 2000 et 2017, la proportion de personnel médico-social est restée stable ou a augmenté dans tous les pays à l'exception de la République slovaque (où elle a diminué dans les années 2000 et reste stable depuis 2010). Dans certains pays, notamment le Japon, l'Irlande et le Luxembourg, elle a considérablement augmenté.

Le secteur médico-social est un rouage essentiel au bon fonctionnement des sociétés et des économies de l'OCDE ; de ce fait, l'évolution de ses effectifs n'est pas directement liée aux tendances générales de l'emploi. Dans les pays de l'OCDE, l'emploi a progressé de 42 % en moyenne entre 2000 et 2017 (avec une hausse médiane de 38 %) dans le secteur médico-social, soit un taux plus élevé que celui du secteur des services et de l'emploi total, alors qu'il enregistrait un recul prononcé dans les secteurs agricole et industriel au cours de la même période (Graphique 8.2). Par ailleurs, le secteur de la santé et des services sociaux résiste généralement mieux aux fluctuations cycliques de l'emploi. Ainsi, alors que l'emploi total a reculé aux États-Unis et dans d'autres pays de l'OCDE durant les récessions économiques du début des années 90 et, surtout, en 2008-09, les effectifs du secteur médico-social n'ont cessé de croître régulièrement.

Cette hausse va vraisemblablement se poursuivre. L'investissement dans les systèmes de santé, notamment dans le perfectionnement du personnel, peut favoriser la croissance économique en assurant le bon état de santé des populations, mais aussi par d'autres biais, comme l'innovation et la sécurité sanitaire (Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi en santé et la croissance économique, 2016[1]). La répartition des compétences et des fonctions du personnel médico-social devrait toutefois évoluer, en grande partie sous l'effet du vieillissement démographique. L'augmentation du nombre de personnes plus âgées va restructurer la demande de services médico-sociaux en faveur des soins de longue durée et des services sociaux connexes, qui mobilisent des effectifs particulièrement nombreux (OCDE, à paraître [2]). Afin de faire face à cette évolution démographique, ou de s'y préparer, de nombreux pays ont commencé à mettre en place de nouveaux modèles de prestation de soins qui intègrent les services de santé et les services sociaux. Des mesures consistant par exemple à élargir les fonctions des prestataires autres que les médecins (infirmiers praticiens, pharmaciens et agents de santé communautaires) ou à créer davantage d'équipes multidisciplinaires et de structures de prise en charge peuvent accroître la productivité du personnel de santé, mais aussi améliorer la continuité et la qualité des soins prodigués aux patients.

Les nouvelles technologies sont un autre facteur qui accélère le changement dans le secteur médico-social ; leur développement et leurs retombées sont parfois difficiles à prévoir. Des basculements technologiques sont attendus dans les domaines de l'informatique et du Big Data, de l'automatisation et de l'intelligence artificielle ; ces évolutions pourraient induire une demande pour de nouvelles spécialités ou compétences chez le personnel médico-social, et réduire dans le même temps l'importance d'autres fonctions professionnelles (OCDE, 2019[3]).

Définition et comparabilité

Le secteur de la santé et de l'action sociale est l'une des activités économiques définies suivant les grandes catégories de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI). Composante du secteur des services, il recouvre les activités relatives à la santé, les activités de soins dispensés en établissement (soins de longue durée compris) et les activités d'action sociale sans hébergement. Les données sur l'emploi sont issues de la base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux pour les 36 pays membres de l'OCDE, à l'exception de la Turquie pour laquelle les données sont tirées de la base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active.

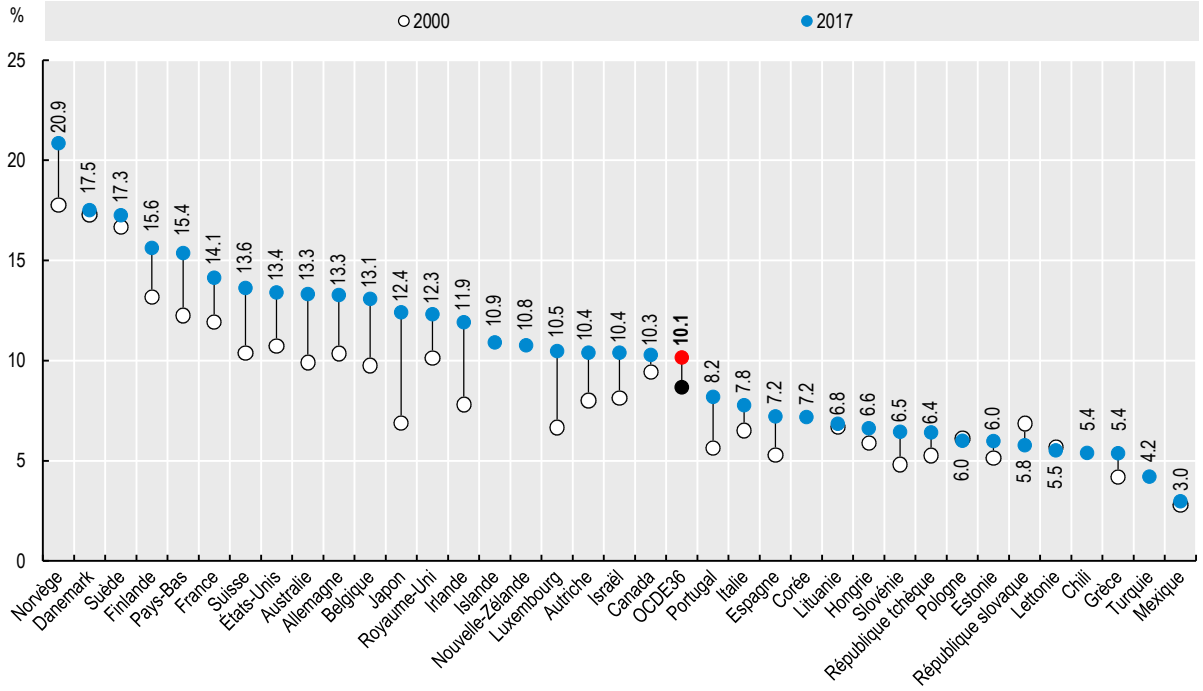
Références

[2] OCDE (à paraître), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[3] OCDE (2019), « Engaging andTransforming the health workforce », in *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en*.

[1] Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (2016), S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé, Organisation mondiale de la santé, Genève, *http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports*.

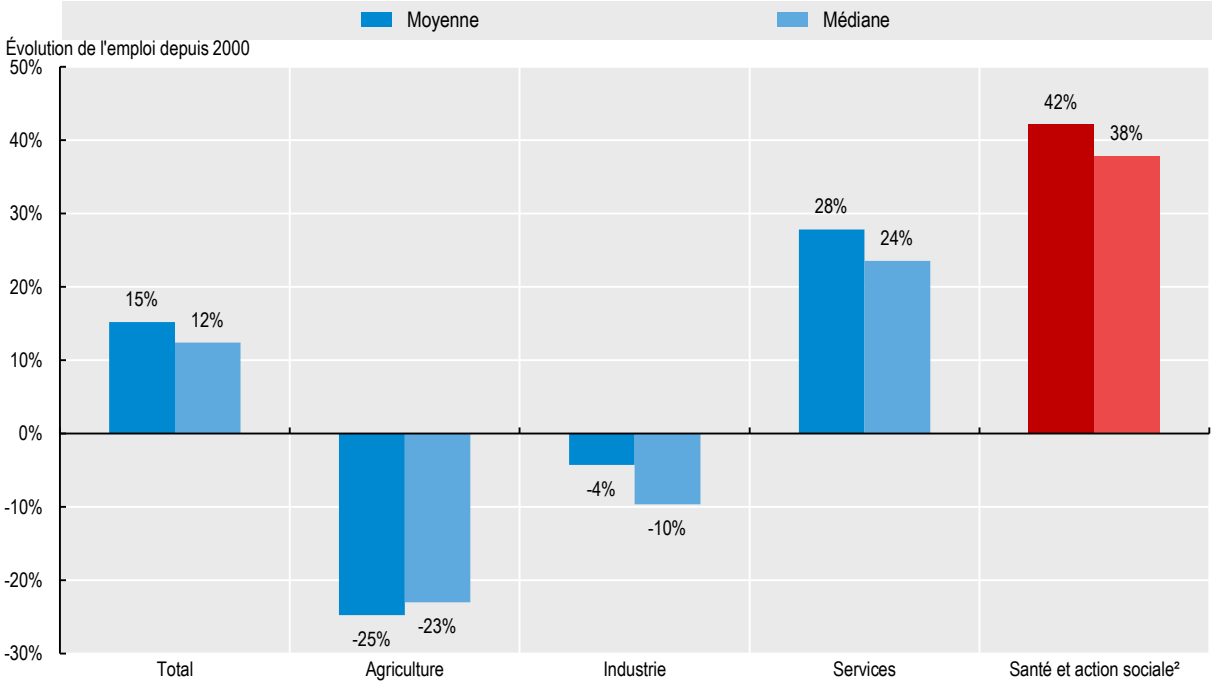
Graphique 8.1. **Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale en proportion de l'emploi total, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux ; Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active pour la Turquie.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069731

Graphique 8.2. **Croissance de l'emploi par secteur, moyenne de l'OCDE[1], 2000-17 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne calculée pour 30 pays de l'OCDE (le Chili, la Corée, l'Islande, la Nouvelle-Zélande, la Suisse et la Turquie étant exclus).
2. Le secteur de la santé et de l'action sociale est considéré comme une composante du secteur des services.
Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069750

Médecins (nombre total)

En 2017, dans les pays de l'OCDE, le nombre de médecins s'inscrivait dans une fourchette allant de 2.5 ou moins pour 1 000 habitants en Turquie, en Corée, en Pologne, au Mexique, au Japon et au Chili, à cinq ou plus au Portugal, en Autriche, et en Grèce. Toutefois, les chiffres au Portugal et en Grèce sont surestimés parce qu'ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer. On recensait en moyenne 3.5 médecins pour 1 000 habitants (Graphique 8.3). En Indonésie, en Inde et en Afrique du Sud, cette proportion était sensiblement inférieure – moins d'un médecin pour 1 000 habitants ; en Chine, en revanche, le nombre de médecins a rapidement augmenté, passant de 1.25 pour 1 000 habitants en 2000 à 2 pour 1 000 habitants en 2017.

Sous l'effet de politiques d'éducation et de formation ciblées, ainsi que de la hausse des taux de rétention et, dans certains pays, de l'immigration de médecins, le nombre de médecins, en chiffres absolus et par habitant, a progressé dans quasiment tous les pays de l'OCDE depuis 2000. L'unique exception est Israël, où leur nombre absolu, bien qu'il ait progressé de 25 %, n'a pu croître au même rythme que la population (environ 40 %) entre 2000 et 2017. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la hausse du nombre de médecins a été régulière au cours de cette même période, et ne semble pas avoir été sensible aux chocs extérieurs. La récession de 2008-09 a toutefois eu une incidence profonde en Grèce, où leurs effectifs ont progressé jusqu'en 2008, avant de se stabiliser à compter de 2012.

Dans certains pays, l'augmentation des effectifs de médecins a été particulièrement rapide entre 2000 et 2017 (Graphique 8.4). C'est le cas de la Corée, du Mexique et du Royaume-Uni où, malgré un taux de croissance par habitant supérieur à la moyenne, le nombre de médecins pour 1 000 habitants était encore inférieur à la moyenne de l'OCDE en 2017. D'autres pays, comme l'Australie, le Danemark et l'Autriche, ont aussi vu le nombre de médecins progresser plus rapidement que la moyenne de l'OCDE, et comptent désormais un nombre de médecins par habitant supérieur à la moyenne de l'OCDE. En Australie, où ce chiffre est passé d'un niveau inférieur à la moyenne de l'OCDE en 2000 à un chiffre supérieur à celle-ci en 2017, la hausse résulte d'une progression considérable du nombre de diplômés des écoles nationales de médecine (voir l'indicateur sur les « Médecins nouvellement diplômés »).

À l'autre extrémité du spectre, le nombre de médecins par habitant a progressé beaucoup plus lentement ou est resté stable en Belgique, en France, en Pologne, et en République slovaque depuis 2000. Dans ces quatre pays, le nombre d'étudiants nationaux admis dans les écoles de médecine a augmenté ces dernières années. Ce phénomène devrait assurer la relève des médecins qui partiront à la retraite dans les prochaines années, sous réserve que les nouveaux diplômés restent travailler dans le pays qui les a formés (OCDE, 2019[1]).

Les inquiétudes entourant la pénurie de personnel de santé ne sont pas nouvelles dans les pays de l'OCDE, mais elles se sont accentuées dans bon nombre d'entre eux, d'autant que les médecins et infirmiers de la génération du « baby-boom » commencent à partir à la retraite. C'est ce qui a incité de nombreux pays de l'OCDE à augmenter le nombre d'admissions en école de médecine au cours de la dernière décennie (OCDE, 2016[2]). Si certains pays, comme l'Australie, ont déjà commencé à récolter les fruits de cette décision, il faut compter, étant donné la durée des études, dix ans ou plus avant que les effets de la hausse des effectifs étudiants ne se ressentent.

La plupart des pays de l'OCDE sont préoccupés par la pénurie de généralistes (voir l'indicateur « Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie ») et le manque de médecins dans les zones rurales ou reculées (voir l'indicateur « Répartition géographique des médecins » au chapitre 5). Ces problèmes ont été provoqués ou accentués par le vieillissement des médecins généralistes et de la population en général.

Définition et comparabilité

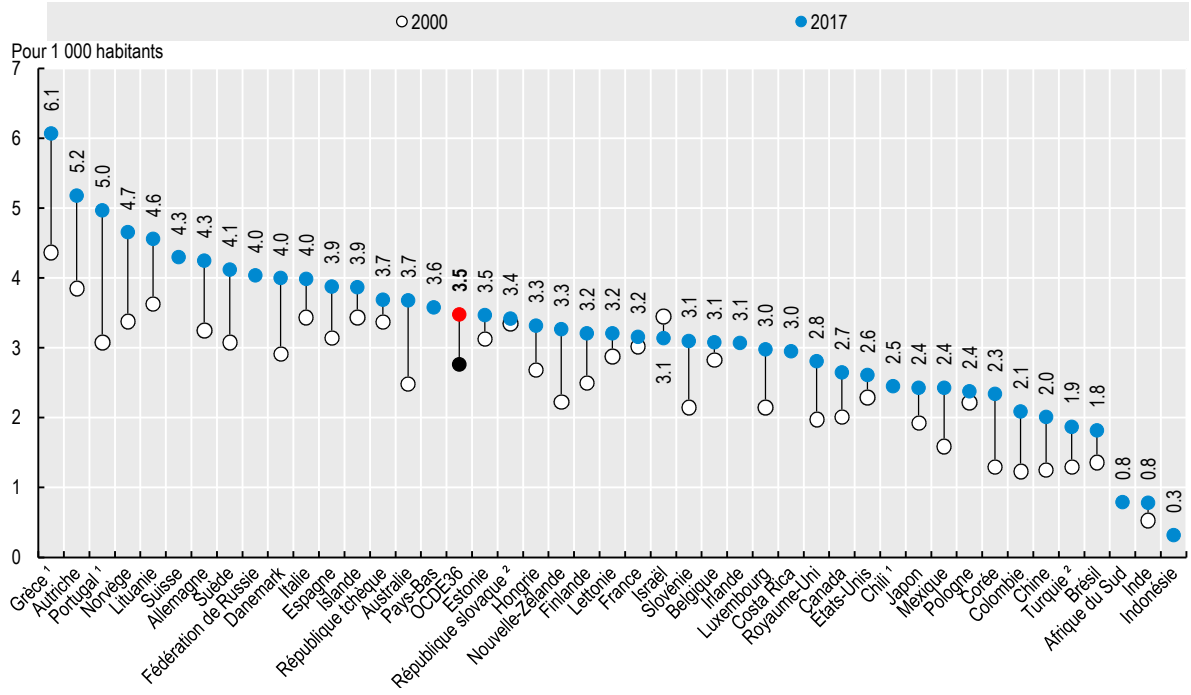
Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Ce chiffre recouvre souvent les internes et les médecins résidents (médecins en formation) et correspond au nombre de personnes physiques (effectifs). Les données de la République slovaque et de la Turquie englobent également 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 Chili, la Grèce et le Portugal comptabilisent les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de praticiens en activité. La Belgique fixe un seuil minimum d'activité pour qu'un médecin généraliste soit considéré en exercice (500 consultations par an), d'où une sous-estimation par rapport à d'autres pays qui ne le font pas. Il se peut que les données pour l'Inde soient surestimées, car elles sont issues de registres médicaux qui ne tiennent pas compte des migrations, des départs à la retraite ou des décès, ni des médecins enregistrés dans plusieurs États.

Références

[1] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OCDE (2016), « Education and training for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies? », in *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-6-en*.

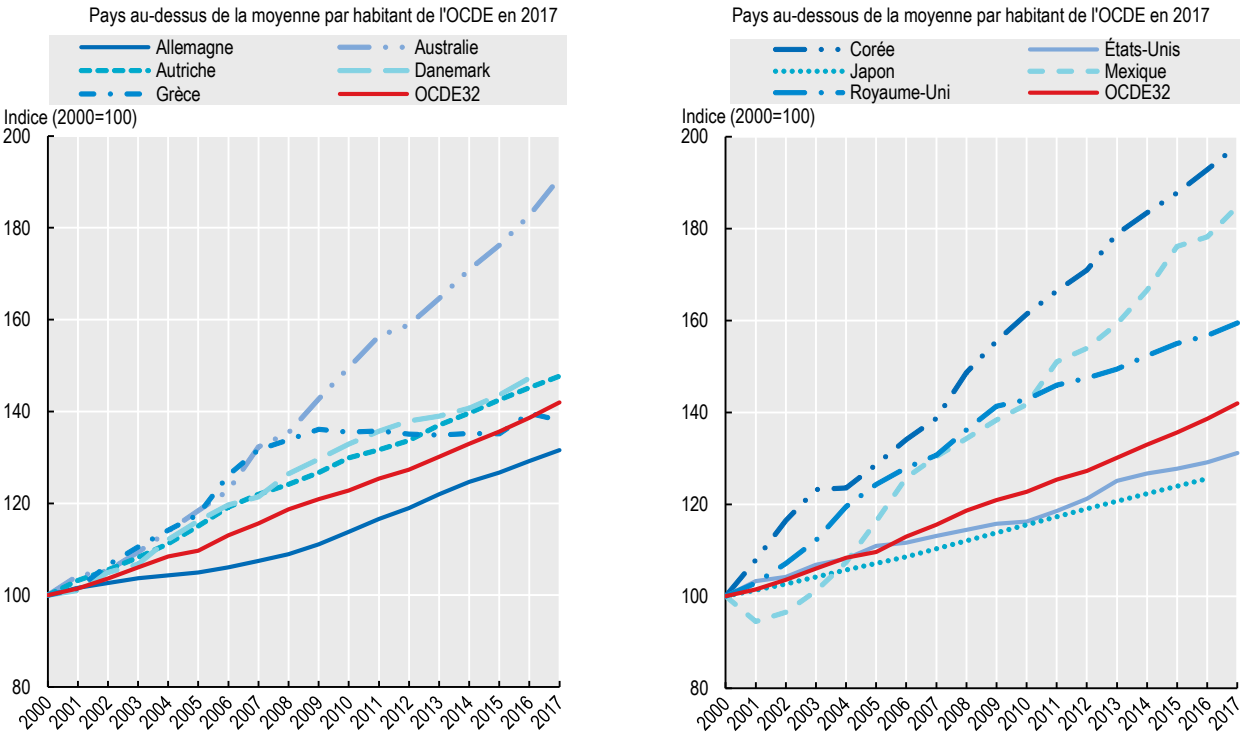
Graphique 8.3. **Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer, d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal). 2. 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).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069769

Graphique 8.4. **Évolution du nombre de médecins, dans une sélection de pays, 2000-17 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069788

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

En 2017, plus d'un tiers des médecins étaient âgés de plus de 55 ans dans les pays de l'OCDE, contre un sur cinq en 2000 (Graphique 8.5). Cette proportion a augmenté partout entre 2000 et 2017.

Si certains pays n'ont enregistré qu'une faible hausse, comme la Norvège (+2 points de pourcentage), l'Australie (+3 points de pourcentage), et le Royaume-Uni (+4 points de pourcentage), d'autres ont connu un vieillissement marqué de leurs effectifs de médecins. En Italie, le pourcentage de médecins âgés a augmenté de 36 %, et le pays recensait 55 % de médecins âgés de 55 ans ou plus en 2017. En France, la population de médecins vieillit presque aussi rapidement, le nombre de médecins âgés ayant crû de 30 % entre 2000 et 2017 ; d'autres pays, comme Israël, l'Espagne, et l'Autriche, ne se situent pas loin derrière (Graphique 8.5).

Le vieillissement de la population de médecins est préoccupant car les médecins âgés de 55 ans et plus devraient normalement partir à la retraite dans les dix prochaines années, et leur relève doit être assurée pour éviter une baisse des effectifs globaux. De nombreux médecins restent en activité au-delà de 65 ans, et plusieurs pays de l'OCDE ont réformé leurs régimes de retraite et relevé l'âge de la retraite pour tenir compte de l'augmentation de l'espérance de vie moyenne (OCDE, 2016[1]). Bien que peu d'études aient été consacrées aux retombées de ces réformes sur les médecins en particulier, il n'est pas exclu qu'elles les amènent à prolonger leur activité, ce qui pourrait avoir une incidence non négligeable sur les besoins de remplacement futurs.

En 2017, près de la moitié des médecins dans les pays de l'OCDE étaient des femmes, celles-ci représentant entre un et deux tiers des effectifs dans la plupart des pays. Dans certains pays, l'asymétrie était plus prononcée : au Japon et en Corée, un cinquième seulement des médecins étaient des femmes en 2017, alors qu'en Lettonie et en Estonie, elles représentaient trois quarts des effectifs (Graphique 8.6). La proportion de femmes médecins a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2000 et 2017 ; elle est en revanche restée stable dans des pays comme la Lituanie, l'Estonie et la Lettonie, où le nombre de femmes exerçant cette profession a toujours été nettement supérieur à celui des hommes. Les hausses les plus prononcées sont observées aux Pays-Bas (+19 points) et en Espagne (+18). Dans les pays où cette augmentation est intervenue, elle s'explique sans doute par l'accroissement du taux d'activité des femmes et du nombre de jeunes femmes inscrites en médecine, mais elle pourrait aussi être influencée par le départ à la retraite des générations plus âgées, et généralement plus masculines, de médecins.

Jusqu'à l'édition 2015 du *Panorama de la santé* incluse, la catégorie « généralistes » ne faisait pas la distinction entre les médecins généralistes et les médecins de famille d'une part, et les médecins non spécialisés d'autre part, qui travaillent dans des hôpitaux et d'autres structures. Il est désormais possible d'établir cette distinction : en 2017, les médecins généralistes/médecins de famille représentaient 23 % des médecins. Ils constituaient la moitié environ des effectifs de médecins au Chili, au Canada, et au Portugal, mais 5 % à peine en Grèce et en Corée (Graphique 8.7). La comparaison entre les effectifs de généralistes demeure toutefois difficile compte tenu des différents modes de catégorisation des médecins selon les pays. Aux États-Unis par exemple, les docteurs en médecine interne générale remplissent souvent des fonctions similaires à celles des médecins généralistes/médecins de famille dans d'autres pays, et pourtant ils sont classés dans la catégorie des spécialistes. Ailleurs, au Japon par exemple, les généralistes sont très rares, et la majorité des consultations médicales ont lieu chez des spécialistes.

Dans de nombreux pays, les médecins généralistes/médecins de famille jouent un rôle essentiel : ils garantissent un accès satisfaisant aux services de santé, prennent en charge les maladies chroniques, et évitent des hospitalisations (voir l'indicateur « Admissions évitables à l'hôpital » au chapitre 6). C'est pourquoi, pour parer aux craintes d'une pénurie de médecins généralistes, bon nombre de pays ont décidé d'augmenter le quota de places dans cette formation. Toutefois, dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération des spécialistes est plus élevée que celle des généralistes, ce qui incite les médecins à se spécialiser (voir l'indicateur sur la « Rémunération des médecins »).

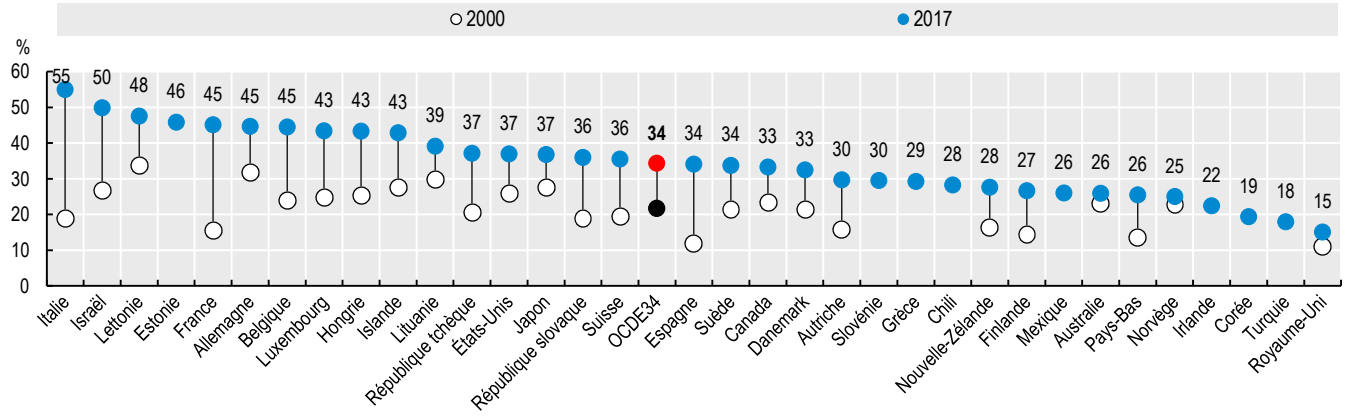
Définition et comparabilité

La définition des médecins est donnée dans la section précédente consacrée à l'indicateur sur le nombre total de médecins. Dans certains pays (Chili, Grèce et Portugal ; et aussi Israël et Nouvelle-Zélande pour les médecins par âge et par sexe), les données ne couvrent pas uniquement les médecins en exercice, mais tous ceux qui sont autorisés à exercer. Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser l'ensemble des médecins selon les deux grandes catégories (spécialistes et généralistes), ce qui tient parfois à l'absence de données par spécialité pour les médecins en cours de formation ou libéraux. Une distinction est établie dans la catégorie des généralistes entre les médecins généralistes/médecins de famille et les médecins non spécialisés exerçant dans les hôpitaux et autres structures. En Suisse, les docteurs en médecine interne générale et les autres généralistes sont inclus dans la catégorie des médecins généralistes.

Références

[1] OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

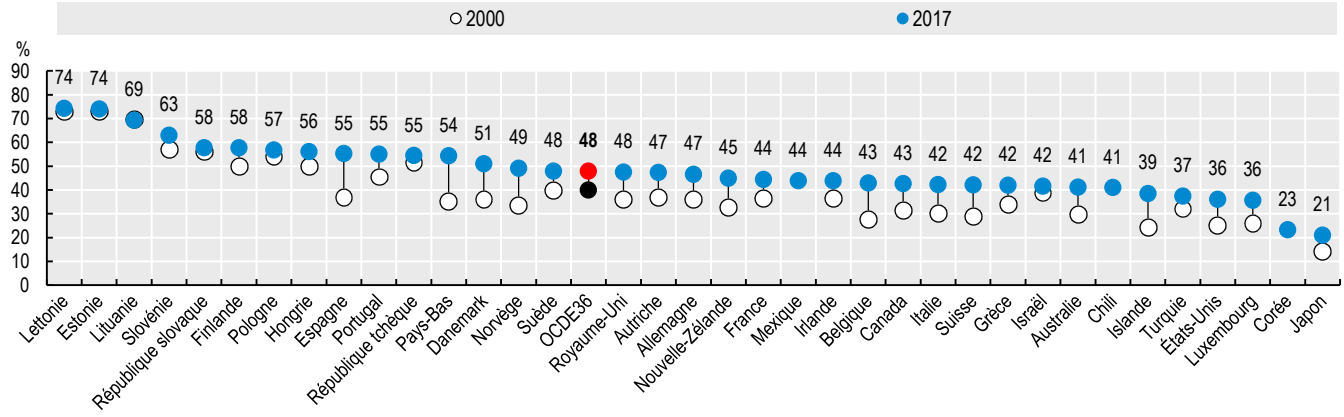
Graphique 8.5. **Pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069807

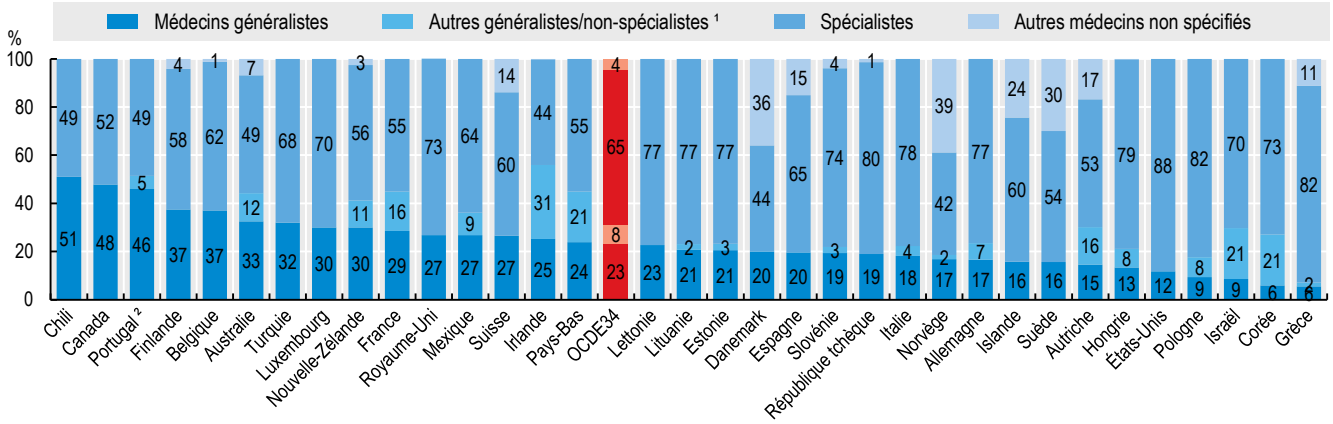
Graphique 8.6. **Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069826

Graphique 8.7. **Proportion des différentes catégories de médecins, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Inclut les médecins hospitaliers non spécialisés et les nouveaux diplômés qui n'ont pas encore entamé leur formation spécialisée.
2. Au Portugal, seuls 30 % des médecins employés par le secteur public exercent comme généralistes dans le secteur des soins primaires, les 70 % restants exercent à l'hôpital.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069845

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Le niveau et la structure de rémunération des médecins influent sur l'attrait financier des différentes spécialités. Dans de nombreux pays, l'État peut déterminer ou agir sur ces deux composantes de la rémunération moyennant la réglementation des honoraires ou la fixation des salaires lorsque les médecins sont employés dans le secteur public. Comme pour toute autre catégorie de travailleurs, les écarts de niveau de rémunération des médecins entre les pays peut être un facteur d'incitation ou de dissuasion en ce qui concerne les migrations de médecins (OECD, 2019[1]).

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la rémunération des médecins (à la fois généralistes et spécialistes) est largement supérieure aux salaires moyens (Graphique 8.8). Dans la plupart des pays, les généralistes gagnent entre deux et quatre fois plus que le salaire moyen dans chaque pays, tandis que les spécialistes gagnent entre deux et six fois plus.

Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes est supérieure à celle des généralistes (Graphique 8.8). En 2017, dans le secteur libéral, les revenus des spécialistes étaient au moins deux fois supérieurs à ceux des généralistes en Australie, en Belgique et au Luxembourg. En Allemagne, l'écart entre les deux catégories était nettement moindre (20 % seulement). Parmi les médecins salariés, la rémunération des spécialistes en Israël et au Royaume-Uni représentait le double de celle des généralistes en 2017. En Pologne, en revanche, elle lui était inférieure de 40 %.

La rémunération des médecins a généralement progressé depuis 2010, mais à des rythmes différents selon les pays et entre médecins généralistes et spécialistes (Graphique 8.9). En Hongrie et en Estonie, à la fois les généralistes et les spécialistes ont obtenu une hausse non négligeable de leur rémunération ces dernières années. Pour remédier à la pénurie et à l'émigration de médecins, le gouvernement hongrois a considérablement revu leur rémunération à la hausse depuis 2010, le revenu des généralistes ayant augmenté d'environ 80 % entre 2010 et 2017 et celui des spécialistes ayant presque doublé. Ces hausses ont commencé à avoir un impact mesurable sur l'intention des médecins hongrois de quitter le pays : entre 2017 et 2018, le nombre de médecins ayant déposé une demande d'autorisation d'exercer à l'étranger a baissé de plus de 10 %.

Dans plusieurs pays, la rémunération des spécialistes a augmenté plus vite que celle des généralistes depuis 2010, creusant ainsi l'écart de rémunération entre les deux catégories. En Autriche et en Belgique, toutefois, l'écart s'est légèrement réduit, la rémunération des généralistes ayant un peu plus augmenté que celle des spécialistes (Graphique 8.9).

Définition et comparabilité

La rémunération des médecins correspond au revenu annuel brut moyen, qui comprend les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Dans le cas des médecins libéraux, elle ne doit normalement pas comprendre les frais professionnels (c'est cependant le cas en Belgique). Les données de l'OCDE sur la rémunération des médecins distinguent la rémunération des médecins salariés de celle des médecins libéraux. Dans certains pays, cette distinction est floue du fait que certains médecins salariés sont autorisés à exercer en clientèle privée et que des médecins libéraux reçoivent une partie de leur rémunération sous forme de salaires. Les données de l'OCDE établissent également une distinction entre les généralistes et les spécialistes (toutes spécialités confondues), bien que ces deux groupes, le second notamment, présentent parfois une grande hétérogénéité.

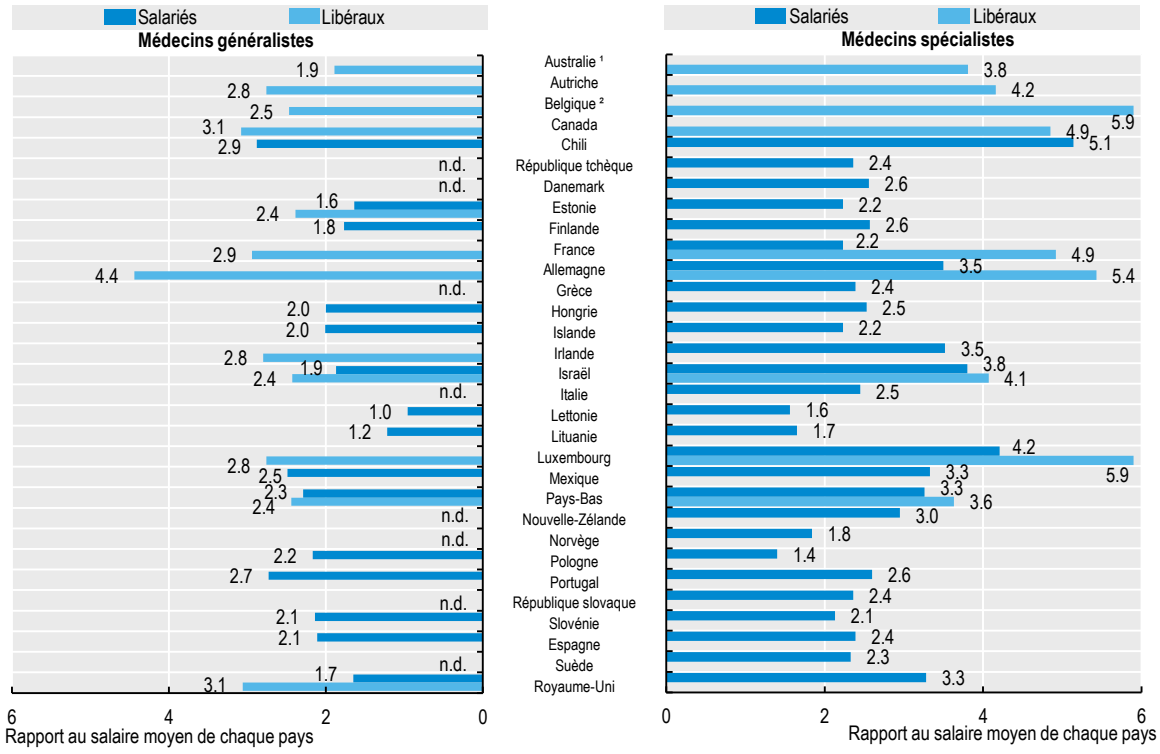
Les données présentent certaines insuffisances qui se traduisent par une sous-estimation du montant des rémunérations : 1) la rémunération des heures supplémentaires, les primes et autres revenus additionnels ou les cotisations sociales ne sont pas pris en compte dans certains pays (en Autriche pour les généralistes, en Irlande pour les spécialistes salariés et en Italie) ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés ne sont pas pris en considération dans des pays comme la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, la République tchèque et la Slovénie ; 3) les paiements informels, parfois courants dans certains pays (Grèce ou Hongrie par exemple,) ne sont pas inclus ; 4) au Chili, au Danemark, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Islande, en Norvège, en République slovaque et au Royaume-Uni, les données couvrent uniquement les salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle des praticiens exerçant dans le secteur privé ; 5) les données couvrent les médecins en cours de formation en Australie.

Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen des employés à temps plein dans tous les secteurs du pays. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur l'emploi.

Références

[1] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

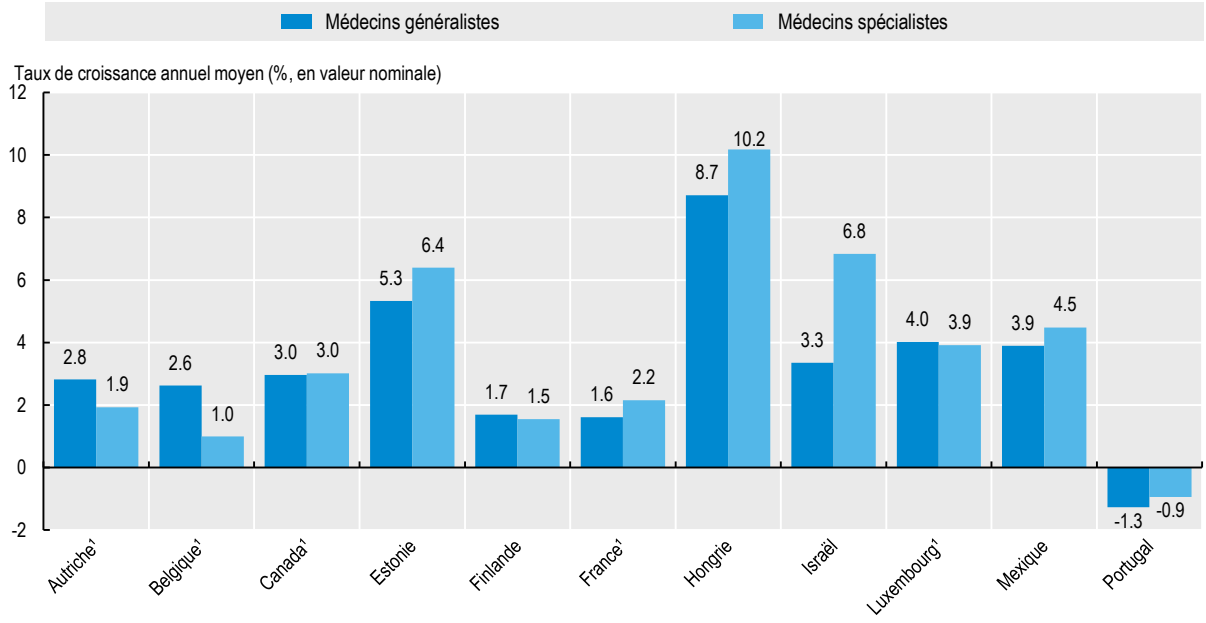
Graphique 8.8. **Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation). 2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019, et Base de données de l'OCDE sur l'emploi 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069864

Graphique 8.9. **Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, 2010-17 (ou année la plus proche)**



1. Le taux de croissance concerne la rémunération des médecins généralistes et spécialistes libéraux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069883

Personnel infirmier

On recensait un peu moins de neuf infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2017, ce chiffre étant compris entre deux pour 1 000 en Turquie et plus de 17 en Norvège et en Suisse. Entre 2000 et 2017, les effectifs par habitant ont progressé dans quasiment tous les pays de l'OCDE, passant en moyenne de 7.4 pour 1 000 habitants en 2000 à 8.8 pour 1 000 habitants en 2017. En République slovaque, en Israël, au Royaume-Uni et en Irlande, ils ont en revanche diminué au cours de cette période (Graphique 8.10).

Les baisses en Israël et en Irlande sont dues à la croissance rapide de la population, la progression des effectifs infirmiers n'ayant pas suivi. En Irlande, le nombre d'infirmiers a progressé plus rapidement que la population jusqu'en 2008, année où on en a recensé 13.6 pour 1 000 habitants, mais la situation s'est inversée depuis. En République slovaque, leurs effectifs ont diminué, tant en termes absolus que par habitant, essentiellement dans les années 2000, tandis qu'au Royaume-Uni, leur nombre par habitant a rapidement augmenté entre 2000 et 2006 avant de reculer jusqu'en 2017.

Aucune tendance précise ne se dégage concernant les taux d'augmentation des effectifs infirmiers : on observe des hausses substantielles aussi bien dans les pays où leur nombre par habitant est déjà élevé, comme la Suisse, que dans ceux où ils sont moins nombreux, comme la France, la Slovénie et la Corée. Dans la plupart des pays, la croissance des effectifs de médecins et d'infirmiers s'explique par le nombre grandissant de diplômés nationaux, bien que l'immigration de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger ait aussi joué un rôle important dans certains pays (voir l'indicateur « Migrations internationales des médecins et infirmiers »).

Les infirmiers sont plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE, où l'on compte en moyenne trois infirmiers par médecin. Ce ratio varie dans une fourchette comprise entre un infirmier par médecin au Chili, en Turquie et en Grèce, à plus de quatre au Japon, en Irlande, en Finlande et aux États-Unis (Graphique 8.11).

Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès satisfaisant aux soins, certains pays ont attribué des fonctions plus avancées au personnel infirmier, notamment des fonctions d'« infirmiers praticiens ». Les évaluations des infirmiers praticiens réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni montrent que ce personnel infirmier en pratique avancée permet d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente pour certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, et peut assurer dans le même temps des soins de qualité équivalente à ceux dispensés par les médecins. Les évaluations font apparaître un taux élevé de satisfaction des patients, ainsi qu'un effet neutre ou à la baisse sur les coûts. La mise en place de nouvelles pratiques avancées pour le personnel infirmier peut appeler des réformes législatives ou réglementaires (Maier, Aiken et Busse, 2017[1]).

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. Les chiffres sont basés sur les effectifs.

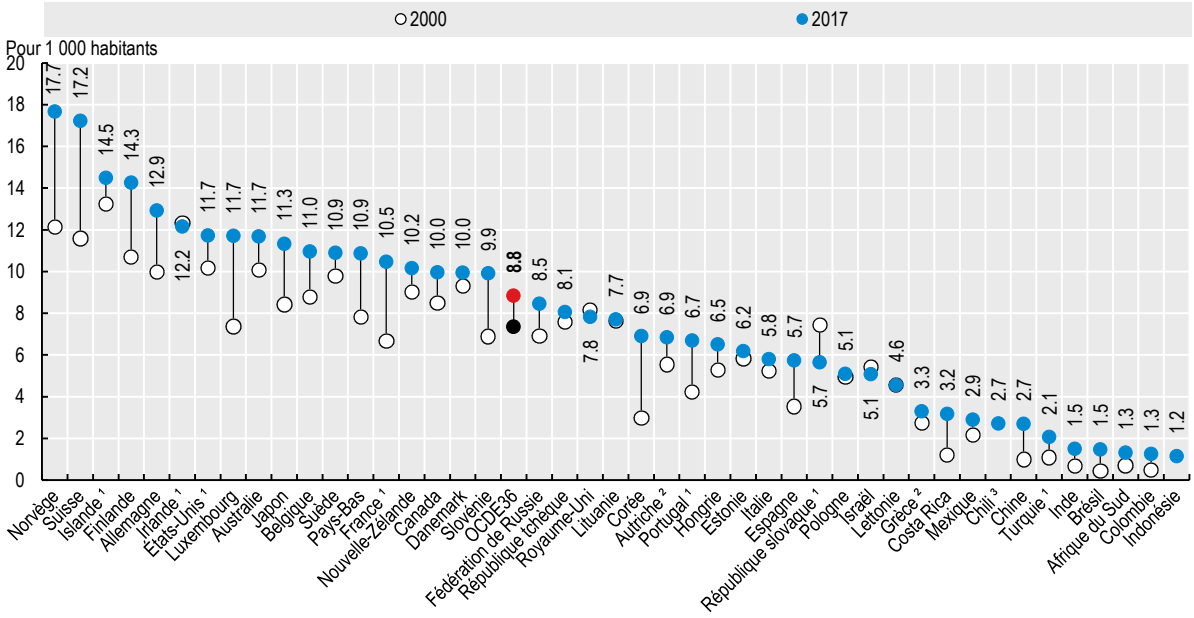
Dans les pays où les niveaux de qualification ou les fonctions des infirmiers diffèrent, les données couvrent à la fois les « infirmiers de niveau supérieur », qui ont suivi une formation plus approfondie et assument des tâches plus complexes ou qualifiées, et les « infirmiers de niveau intermédiaire », qui ont suivi une formation moins poussée mais sont néanmoins reconnus et enregistrés comme infirmiers. Les auxiliaires de soins (ou aides-soignants), qui ne sont pas considérés comme des infirmiers, ne sont pas pris en compte. Le nombre d'infirmiers au Danemark et en Autriche est plus faible que celui indiqué dans des éditions précédentes parce que les aides-soignants étaient auparavant pris en compte pour ces deux pays. Les données ne couvrent pas les sages-femmes, sauf dans certains pays où celles-ci sont en partie prises en compte car considérées comme faisant partie du personnel infirmier spécialisé ou pour d'autres raisons de catégorisation (Australie, Espagne et Irlande).

L'Autriche et la Grèce ne prennent en compte que les infirmiers exerçant en milieu hospitalier, d'où une sous-estimation de leurs effectifs.

Références

[1] Maier, C., L. Aiken et R. Busse (2017), « Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 98, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

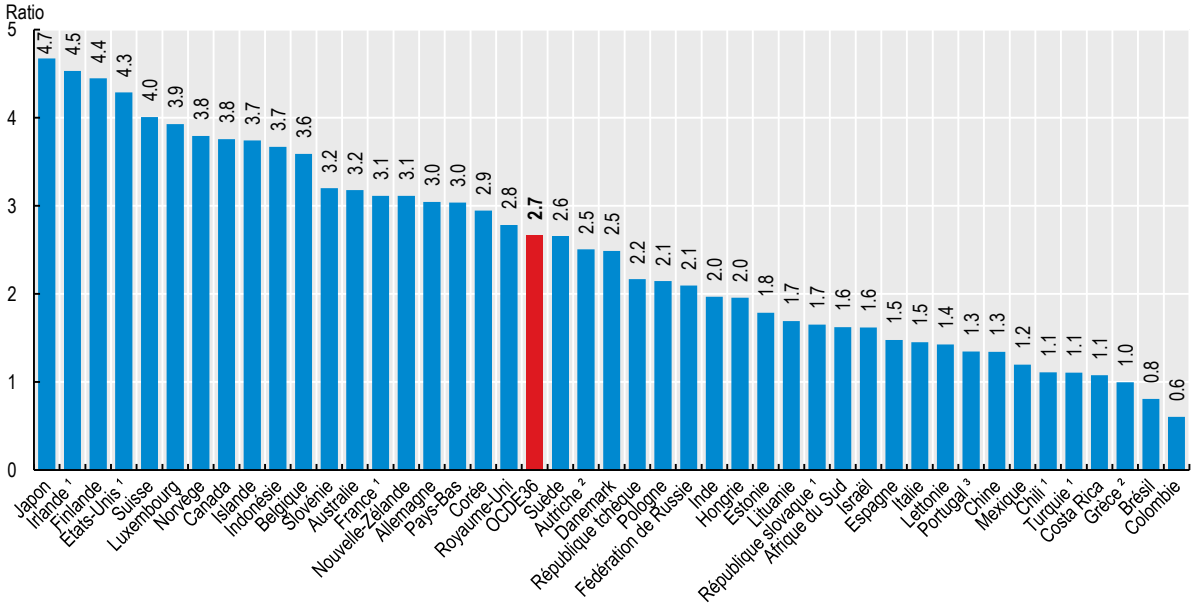
Graphique 8.10. **Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données couvrent non seulement les infirmiers qui dispensent des soins aux patients, mais aussi ceux qui exercent dans le secteur de la santé en tant qu'administrateurs, professeurs, chercheurs, etc. 2. L'Autriche et la Grèce comptabilisent uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux. 3. Les données du Chili correspondent à l'ensemble du personnel infirmier habilité à exercer.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069902

Graphique 8.11. **Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Pour les pays n'ayant pas communiqué de données sur le personnel infirmier et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent dans un cas comme dans l'autre aux individus « professionnellement actifs » (à l'exception du Chili, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer). 2. Les données pour l'Autriche et la Grèce couvrent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux. 3. Le ratio du Portugal est sous-estimé car il correspond au nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069921

Rémunération du personnel infirmier

Dans les pays de l'OCDE, en moyenne, la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier était dans l'ensemble un peu plus élevée que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs en 2017. Dans la plupart des pays, leur rémunération se situait dans une fourchette allant d'environ 10 % de moins que le salaire moyen à 20 % de plus. Pourtant, dans certains pays comme la Lituanie et la Lettonie, le personnel infirmier gagnait beaucoup moins que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, tandis que dans d'autres, comme le Chili, le Mexique, Israël et le Luxembourg, il gagnait beaucoup plus (Graphique 8.12).

La conversion de la rémunération des infirmiers hospitaliers dans une monnaie commune (ici, l'USD) corrigée des parités de pouvoir d'achat (PPA) fait apparaître des variations substantielles dans le revenu de ces travailleurs entre les pays. En 2017, le niveau de rémunération des infirmiers au Luxembourg était six fois supérieur à celui observé en Lettonie et en Lituanie (Graphique 8.13). En général, les infirmiers exerçant dans les pays d'Europe centrale et orientale affichent les plus faibles niveaux de rémunération, ce qui explique au moins en partie qu'ils soient nombreux à émigrer dans d'autres pays de l'UE (OCDE, 2019[1]).

La rémunération des infirmiers aux États-Unis est plus élevée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, ce qui explique pourquoi les États-Unis sont en mesure d'attirer chaque année plusieurs milliers d'infirmiers venant d'autres pays.

Dans la plupart des pays, la rémunération des infirmiers a augmenté depuis 2010, quoiqu'à des rythmes différents (Graphique 8.14). Dans certains pays, comme en République tchèque et en République slovaque, les infirmiers ont obtenu des hausses salariales non négligeables ces dernières années. Dans la République tchèque, les infirmiers ont bénéficié d'une hausse salariale à la suite de manifestations des personnels hospitaliers en 2011 (cette augmentation ayant toutefois été inférieure à celle consentie aux médecins), accompagnée d'améliorations portant sur d'autres aspects de leurs conditions de travail (OCDE, 2016[2]). La rémunération du personnel infirmier dans la République slovaque a progressé d'environ 40 % entre 2010 et 2017, et en 2018 le gouvernement slovaque a aussi annoncé une hausse supplémentaire d'au moins 10 % du salaire des infirmiers et des autres professionnels de santé non médicaux.

Dans d'autres pays, comme le Portugal et l'Espagne, la rémunération des infirmiers a diminué après la crise économique de 2008-09, en raison de la baisse des salaires dans le secteur public, et ne s'est redressée que lentement ces dernières années. Ce fut également le cas en Grèce, où les salaires des infirmiers ont baissé d'environ 25 % entre 2009 et 2015.

Définition et comparabilité

La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, y compris les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Elle comprend normalement tous les gains additionnels légaux, comme 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 exerçant dans les hôpitaux ; au Canada, toutefois, elles couvrent également les infirmiers exerçant 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 portent uniquement sur le personnel infirmier « de niveau supérieur » au Canada, au Chili, en Irlande et aux États-Unis, d'où une surestimation par rapport aux pays où les infirmiers « de niveau intermédiaire » sont également pris en compte. Les données concernant la Nouvelle-Zélande recouvrent tous les infirmiers, certifiés ou pas, employés par les conseils régionaux de santé financés sur fonds publics, et comprennent les aides-soignants dont la rémunération, sensiblement inférieure, est structurée différemment.

Les données ne portent que sur le personnel infirmier travaillant à temps plein, à l'exception de la Belgique, où les données fournies prennent aussi en compte les infirmiers à temps partiel (ce qui donne lieu à une sous-estimation). Pour certains pays (comme l'Italie ou la Slovénie), elles ne tiennent pas compte des revenus additionnels – paiement des heures supplémentaires ou primes par exemple. Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels qui, dans certains cas, peuvent représenter une part non négligeable du revenu total.

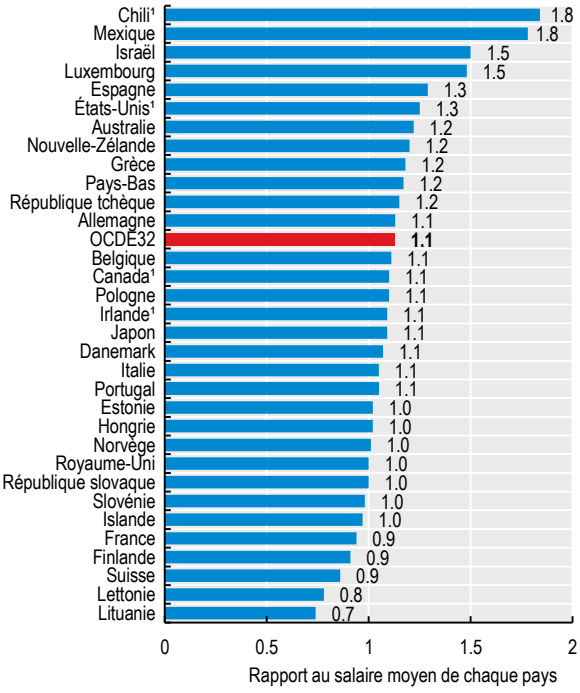
Le revenu du personnel infirmier est rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur l'emploi.

Références

[1] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

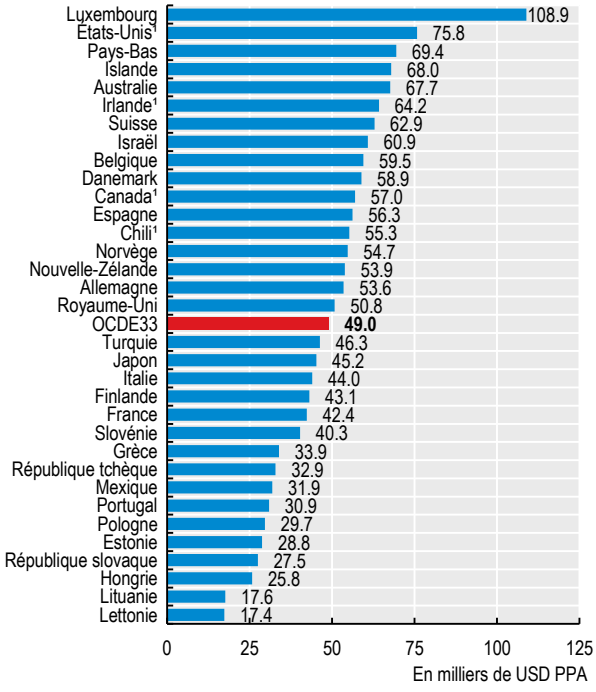
Graphique 8.12. **Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Canada, au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069940

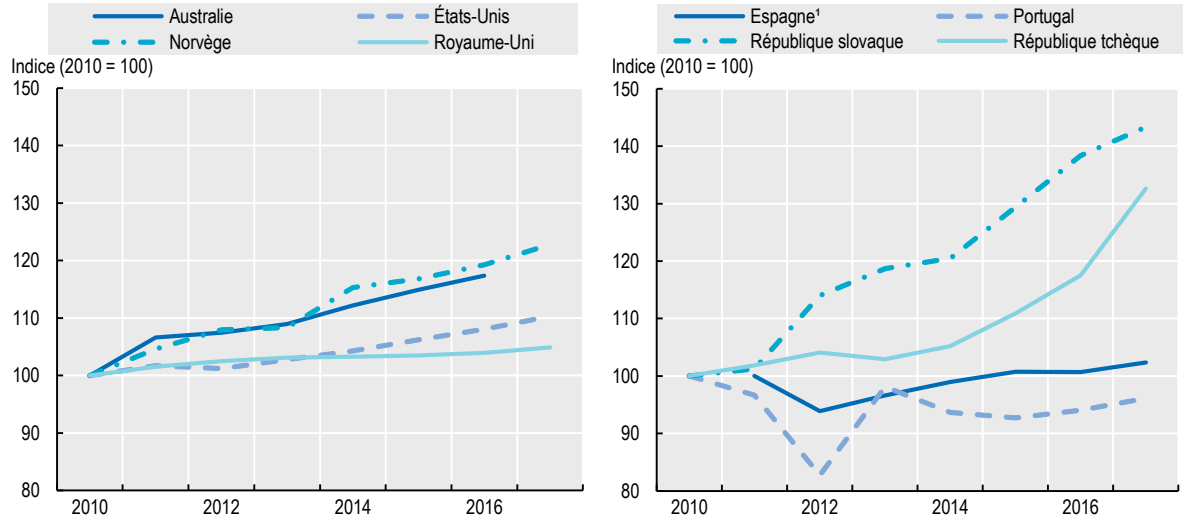
Graphique 8.13. **Rémunération des infirmiers à l'hôpital, en USD PPA, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Canada, au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069959

Graphique 8.14. **Évolution de la rémunération des infirmiers à l'hôpital en valeur nominale, divers pays de l'OCDE, 2010-17**



1. Indice pour l'Espagne, 2011 = 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069978

Médecins nouvellement diplômés

En 2017, on comptait en moyenne 13 médecins nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE (contre 12 en 2015). Leur nombre était compris entre sept environ dans des pays comme le Japon et Israël et plus de 20 en Irlande et au Danemark (Graphique 8.15).

En Israël, le faible effectif de nouveaux diplômés nationaux est compensé par le nombre élevé (60 % environ) de médecins formés à l'étranger. De plus en plus souvent, ces derniers sont nés en Israël et reviennent exercer dans leur pays après des études à l'étranger. Le Japon, en revanche, ne fait pas actuellement appel à des médecins formés à l'étranger. Les autorités ont récemment pris des mesures visant à augmenter le *numerus clausus* mais, compte tenu des délais de formation, cette politique ne s'est pas encore traduite par une hausse du nombre de nouveaux diplômés. En Irlande, le nombre élevé de nouveaux diplômés s'explique par la forte proportion d'étudiants internationaux. Ceux-ci représentaient la moitié des effectifs d'étudiants en médecine pendant l'année universitaire 2017-18, et étaient en majorité originaires de pays hors OCDE. Néanmoins, en raison des difficultés qu'ils éprouvent à trouver une place en internat, dernière étape des études médicales avant la formation post-universitaire, ils quittent souvent l'Irlande après avoir obtenu leur premier diplôme de médecine. En même temps, l'Irlande pallie la pénurie de médecins en faisant venir des praticiens formés dans d'autres pays (OECD, 2019[1]).

Le nombre de nouveaux diplômés par habitant a progressé dans tous les pays de l'OCDE, hormis la Grèce, depuis 2000. Cette hausse n'a cependant pas été homogène, les effectifs ayant reculé à un niveau représentant moins de 90 % de ceux enregistrés en 2000 (essentiellement durant les années 2000) en Belgique, en République slovaque et en Suisse (pays proches de la moyenne de l'OCDE), ainsi qu'en Turquie, en France, et en Israël, où ils sont nettement inférieurs à cette moyenne (OCDE, 2019[1]).

En Lettonie, en Slovénie, au Portugal et en Australie, où le nombre annuel de nouveaux diplômés par habitant est supérieur à la moyenne de l'OCDE, les chiffres ont quadruplé entre 2007 et 2017. Des augmentations du double sont couramment observées, et ce dans des pays qui affichent un nombre élevé, moyen et faible de nouveaux diplômés par habitant (Graphique 8.16). Au total, les effectifs de nouveaux diplômés en médecine dans les pays de l'OCDE sont passés de moins de 100 000 en 2006 à près de 120 000 en 2017.

L'augmentation du nombre de médecins dans la majorité des pays de l'OCDE depuis 2000 a été essentiellement alimentée par la hausse du nombre de diplômés nationaux. Dans la plupart des cas, celle-ci s'explique par la décision stratégique prise quelques années auparavant de relever le *numerus clausus*, les autorités craignant de futures pénuries, réelles ou potentielles, de médecins. Dans certains pays, comme la Pologne, ainsi que dans d'autres pays d'Europe centrale et orientale, la forte progression observée ces dernières années tient également au nombre croissant d'étudiants et diplômés étrangers. Les écoles de médecine polonaises, par exemple, assurent un enseignement en anglais, et 25 % de leurs étudiants sont étrangers (OECD, 2019[1]).

Dans les réponses à l'Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé conduite par l'OCDE en 2016, aucun des pays participants, à l'exception de l'Italie et de l'Espagne, n'a signalé avoir diminué le nombre d'admissions en médecine, la plupart des pays déclarant au contraire l'avoir relevé (OECD, 2016[2]). Le nombre de nouveaux diplômés devrait donc continuer d'augmenter dans la plupart des pays au cours des prochaines années.

Définition et comparabilité

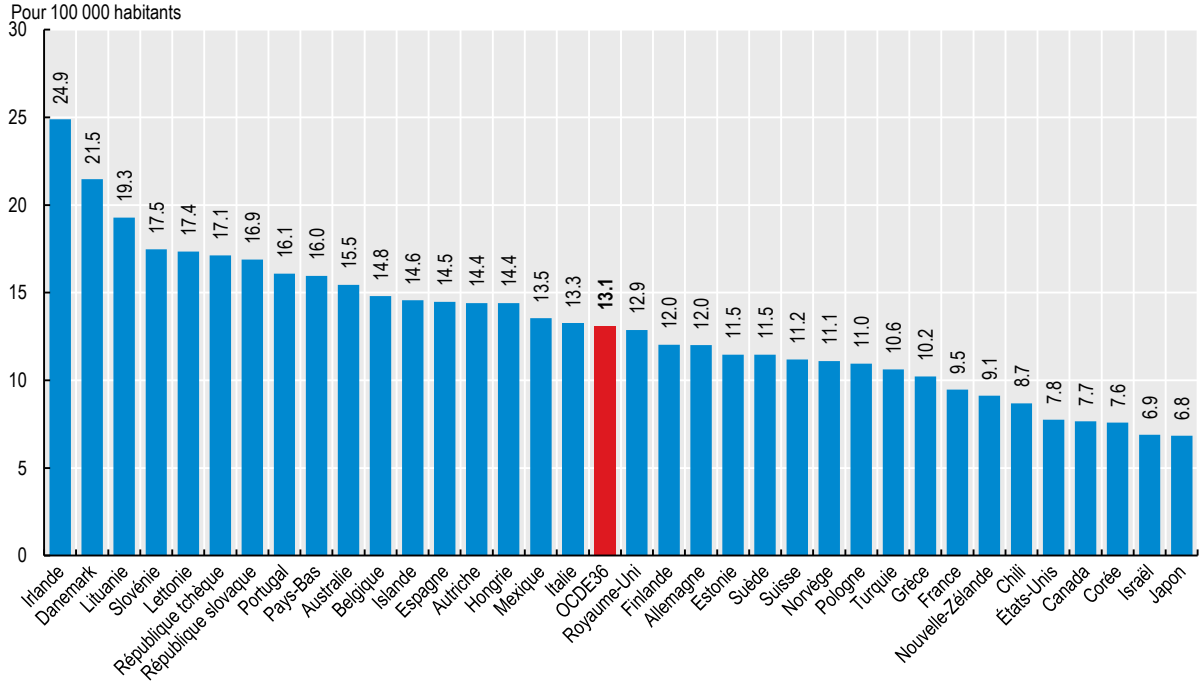
Le nombre de médecins nouvellement diplômés est défini comme le nombre d'étudiants diplômés des écoles de médecine au cours d'une année donnée. L'Australie, l'Autriche et la République tchèque prennent en compte les diplômés de nationalité étrangère, quand d'autres pays peuvent les exclure.

Références

[1] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[2] OCDE (2016), *OECD Health System Characteristics Survey 2016*, *http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm*.

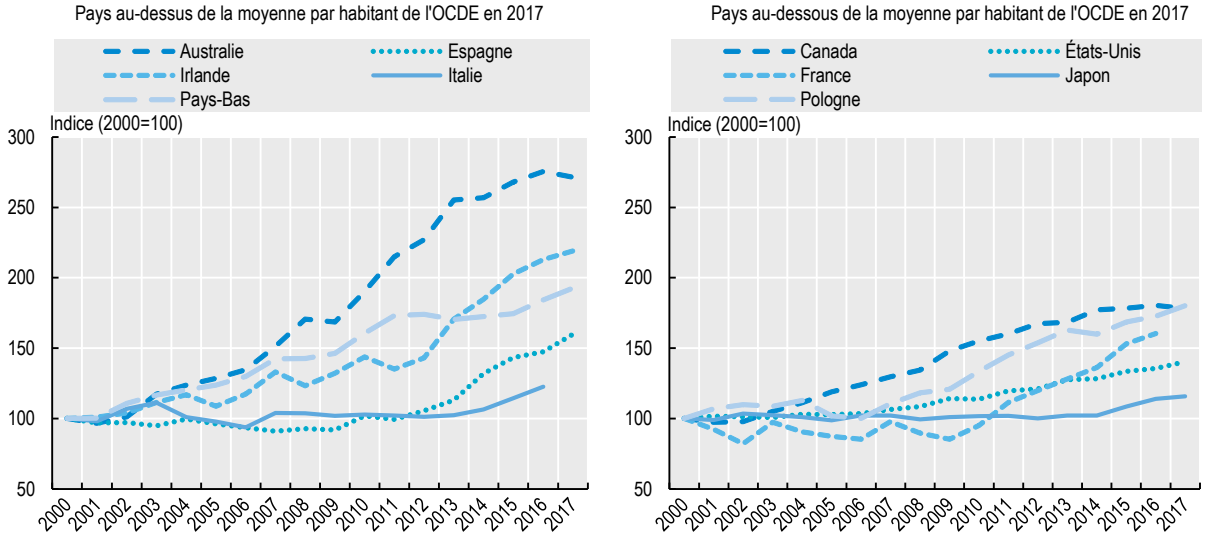
Graphique 8.15. **Nombre de diplômés en médecine, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934069997

Graphique 8.16. **Évolution du nombre de diplômés en médecine dans divers pays de l'OCDE, 2000-17 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070016

Personnel infirmier nouvellement diplômé

En 2017, on dénombrait en moyenne 44 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, ce chiffre s'inscrivant dans une fourchette comprise entre 14 en République tchèque et au Mexique et 100 en Suisse et en Corée (Graphique 8.17). Ce vaste écart peut s'expliquer par les différences dans les effectifs et la pyramide des âges du personnel infirmier en exercice, dans la capacité d'accueil des écoles spécialisées, et dans les perspectives d'emploi.

Depuis 2000, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Luxembourg, du Japon, de la République tchèque, de la Lituanie et de l'Irlande. Parmi ces derniers, seul le Japon a maintenu un nombre de nouveaux diplômés supérieur à la moyenne de l'OCDE. En Finlande, en Hongrie, et en Belgique, le nombre de nouveaux diplômés est récemment remonté à un niveau supérieur à celui observé en 2000 et, après avoir connu des baisses intermittentes, se situe aujourd'hui nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE.

En Pologne, en Turquie et au Mexique, le nombre annuel de nouveaux infirmiers diplômés, bien qu'il ait plus que décuplé depuis 2000, demeure nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE. Les augmentations d'au moins 50 % entre 2000 et 2017 sont fréquentes et observées dans des pays qui affichent un nombre élevé, moyen et faible de nouveaux diplômés par habitant (Graphique 8.18). Au total, le nombre de nouveaux diplômés dans l'OCDE est passé d'environ 450 000 en 2006 à plus de 550 000 en 2017.

La progression des effectifs d'infirmiers nouvellement diplômés s'explique, dans la plupart des cas, par la politique volontariste mise en place quelques années auparavant pour relever le nombre d'étudiants admis dans les écoles d'infirmiers en réponse aux préoccupations concernant les pénuries, ressenties ou pressenties (OCDE, 2016[1]). Dans les réponses à l'Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé conduite par l'OCDE en 2016, aucun des pays participants n'a indiqué avoir diminué le nombre d'admissions, de nombreux pays déclarant au contraire l'avoir relevé (OECD, 2016[2]). Le nombre de nouveaux diplômés devrait donc continuer d'augmenter dans la plupart des pays au cours des prochaines années.

En Norvège, le nombre d'étudiants qui sont admis dans des programmes de formation en soins infirmiers et diplômés à l'issue de ce cursus progresse, en particulier depuis 2010, et le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés en 2017 était supérieur d'un tiers à celui enregistré en 2000, ce qui devrait contribuer à renforcer l'offre de personnel infirmier. Toutefois, jusqu'à un infirmier nouvellement diplômé sur cinq exerce en dehors du secteur de la santé. Ce constat a donné lieu à la mise en place d'une série de mesures ces dernières années pour améliorer les conditions de travail des infirmiers et ainsi accroître les taux de rétention, notamment avec des hausses de salaire.

En Italie, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté assez rapidement dans les années 2000 mais s'est stabilisé et a même légèrement reculé ces dernières années. Tandis que le nombre d'étudiants admis dans les programmes de formation infirmière est resté plus ou moins stable au cours de la décennie, on a observé une chute sensible du nombre de candidatures (réduction de moitié), ce qui dénote une perte d'intérêt pour la profession.

Définition et comparabilité

Les infirmiers nouvellement diplômés sont les étudiants qui ont obtenu un diplôme reconnu, nécessaire pour devenir infirmier certifié ou agréé. Il comprend les diplômés issus de filières de formation d'infirmiers de niveaux divers. Il ne tient pas compte des étudiants titulaires de masters ou de doctorats, pour éviter de comptabiliser deux fois les personnes qui obtiennent des diplômes supplémentaires.

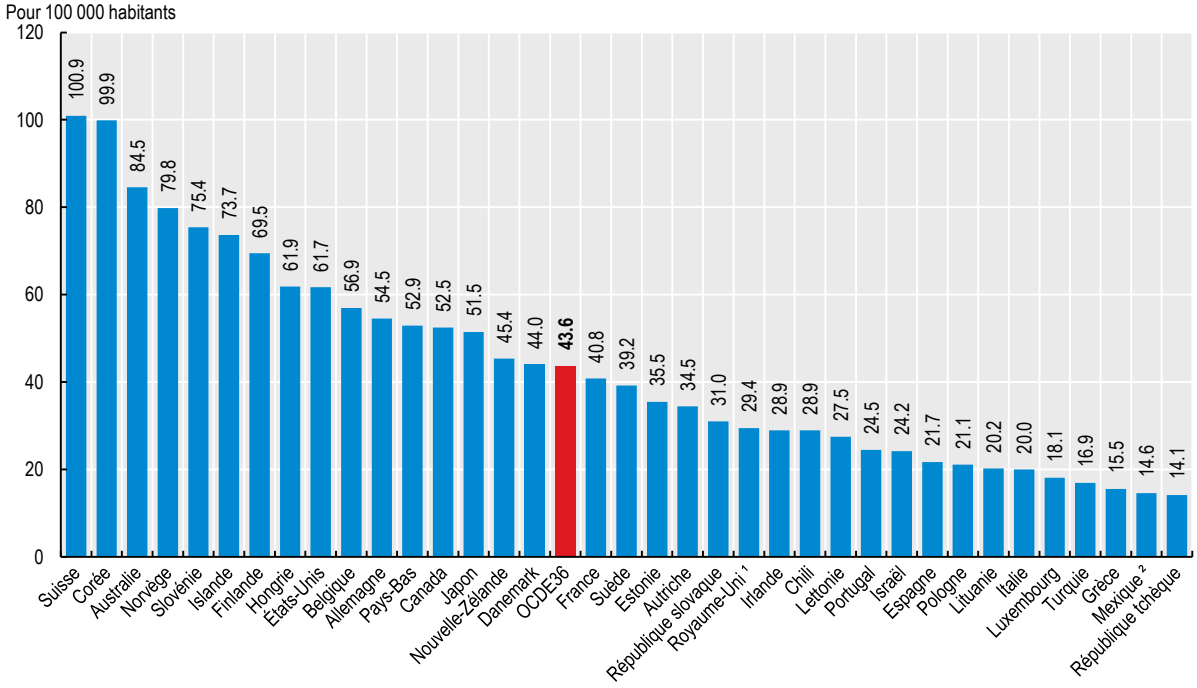
Dans le cas du Royaume-Uni, les données correspondent au nombre de nouveaux infirmiers qui reçoivent l'autorisation d'exercer.

Références

[1] OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[2] OCDE (2016), *OECD Health System Characteristics Survey 2016*, *http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm*.

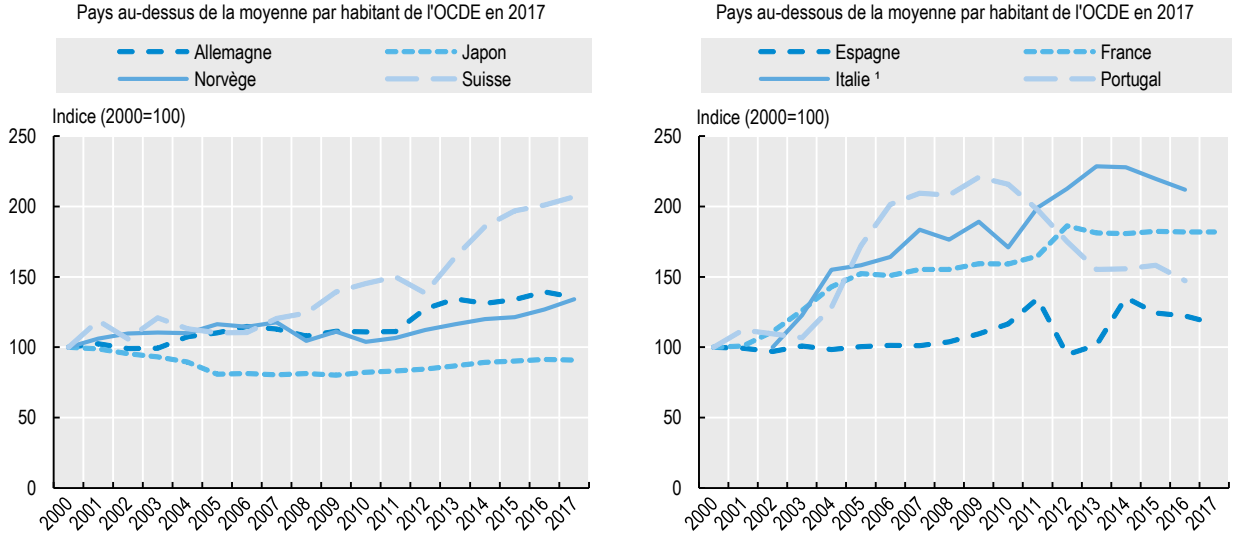
Graphique 8.17. **Infirmiers nouvellement diplômés, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Pour le Royaume-Uni, les données se rapportent aux nouveaux infirmiers recevant une autorisation d'exercer, ce qui peut impliquer une surestimation si certains sont formés à l'étranger. 2. Pour le Mexique, les données portent uniquement sur le personnel infirmier issu d'une filière de niveau supérieur.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070035

Graphique 8.18. **Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans divers pays de l'OCDE, 2000-17**



1. Indice pour l'Italie, 2002 = 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070054

Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier

Le nombre et la proportion de médecins – et, dans certains pays, d'infirmiers – formés à l'étranger et exerçant dans les pays de l'OCDE ont continué d'augmenter ces dix dernières années (OCDE, 2019[1]). En 2017, plus d'un sixième des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE ont obtenu leur premier diplôme au moins à l'étranger (Graphique 8.19), contre un septième dix ans plus tôt. S'agissant des infirmiers, un sur dix-sept en moyenne avait obtenu son diplôme dans un autre pays en 2017 (Graphique 8.20). Ces évolutions sont intervenues en parallèle à une hausse sensible du nombre de médecins et d'infirmiers diplômés formés localement dans presque tous les pays de l'OCDE (voir également les indicateurs « Médecins nouvellement diplômés » et « Personnel infirmier nouvellement diplômé »), signe d'une forte demande dans ces professions.

En 2017, la proportion de médecins formés à l'étranger était inférieure à 3 % en Turquie, en Lituanie, en Italie, en Pologne, et aux Pays-Bas ; elle était de 40 % environ en Norvège, en Irlande, et en Nouvelle-Zélande, et de près de 60 % en Israël. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger était inférieur à 5 %, mais se situait aux environs de 20 % ou plus en Australie, en Suisse et en Nouvelle-Zélande. Dans certains cas toutefois, il s'agit de médecins et d'infirmiers revenus dans leur pays de naissance après avoir effectué leurs études à l'étranger. Dans certains pays (notamment, États-Unis, Israël, Norvège et Suède), ils représentent un pourcentage élevé et croissant des effectifs. Souvent, ils ont totalement pris en charge le coût de leurs études à l'étranger. En 2017, par exemple, 40 % environ des médecins et infirmiers formés à l'étranger exerçant en Israël étaient nés dans ce pays.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, le pourcentage de médecins formés à l'étranger a évolué entre 2000 et 2017 (Graphique 8.21). Il est resté relativement stable aux États-Unis, où le nombre de médecins formés à l'étranger et localement a progressé au même rythme. Cela dit, parmi les médecins ayant obtenu un diplôme étranger et une autorisation d'exercice aux États-Unis en 2017, un tiers étaient des citoyens américains, contre 17 % en 2007 (OCDE, 2019[1]). En Europe, la proportion de médecins formés à l'étranger a rapidement augmenté en Norvège et Suède. Dans le cas de la Norvège, toutefois, plus de la moitié d'entre eux sont nés dans le pays et revenus après des études à l'étranger. Dans celui de la Suède, le nombre de médecins formés à l'étranger mais nés dans le pays a quadruplé depuis 2006, et représentait près d'un cinquième des médecins formés à l'étranger en 2015. En France et en Allemagne, le nombre et la proportion de médecins formés à l'étranger ont aussi régulièrement progressé au cours de la décennie écoulée, cette dernière étant passée de 5-6 % des médecins en 2007 à 11-12 % en 2017. À l'inverse, au Royaume-Uni, ce pourcentage a légèrement reculé du fait que le nombre de médecins formés dans le pays a augmenté plus rapidement.

La proportion d'infirmiers formés à l'étranger a régulièrement progressé au cours de la dernière décennie en Australie, au Canada, et en Nouvelle-Zélande, bien qu'elle ait marqué un léger recul dans ce dernier pays entre 2016 et 2017 (Graphique 8.22). En Israël, elle a diminué au fil du temps, mais s'est stabilisée aux environs de 9 % depuis 2015. En France, le pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger est relativement faible, mais leur nombre a quasiment doublé ces dix dernières années. En Italie, leur nombre a fortement progressé entre 2007 et 2015 (essentiellement suite à l'arrivée d'infirmiers formés en Roumanie après l'accession de ce pays à l'Union européenne en 2007), mais leur nombre et leur pourcentage ont commencé à décliner ces dernières années.

Définition et comparabilité

Les données correspondent aux effectifs totaux de médecins et de personnel infirmier formés à l'étranger qui exercent dans les pays de l'OCDE. 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. Dans la plupart des pays, les sources des données sont les registres professionnels ou d'autres sources administratives.

Le principal frein à la comparabilité tient aux différences concernant la situation des médecins et du personnel infirmier au regard de l'activité. Certains registres sont régulièrement mis à jour, ce qui permet de distinguer les médecins et les infirmiers qui sont encore en activité dans les systèmes de santé, alors que d'autres sources couvrent tous les médecins et infirmiers autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité. Ces dernières ont tendance à surestimer non seulement le nombre de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger, mais encore l'effectif total des uns et des autres (y compris ceux qui ont été formés dans le pays), ce qui ne permet pas d'en définir le pourcentage précis.

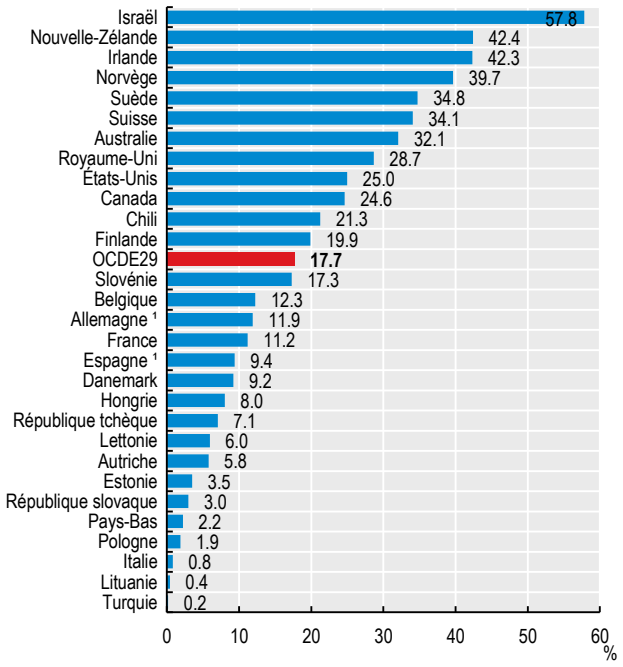
Dans certains pays, la source des données couvre aussi les médecins internes et résidents, tandis que dans d'autres, ces médecins en cours de formation ne sont pas pris en compte. Du fait que les médecins formés à l'étranger sont souvent surreprésentés dans ces deux catégories, il est possible que leurs effectifs soient sous-estimés dans les pays où celles-ci ne sont pas prises en considération (en Autriche, en France et en Suisse par exemple).

Les données pour l'Allemagne (sur les médecins formés à l'étranger) et pour certaines régions d'Espagne sont basées sur la nationalité (ou le lieu de naissance dans le cas de l'Espagne), et non sur le lieu de formation.

Références

[1] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

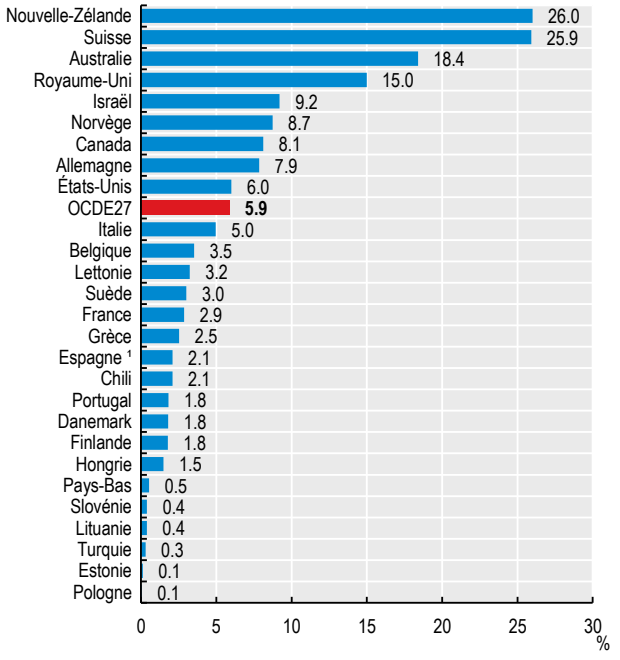
Graphique 8.19. **Pourcentage des médecins formés à l'étranger, 2017 (ou année la plus proche)**



1. En Allemagne et dans certaines régions d'Espagne, les données sont basées sur la nationalité (ou sur le lieu de naissance dans le cas de l'Espagne), et non sur le lieu de formation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070073

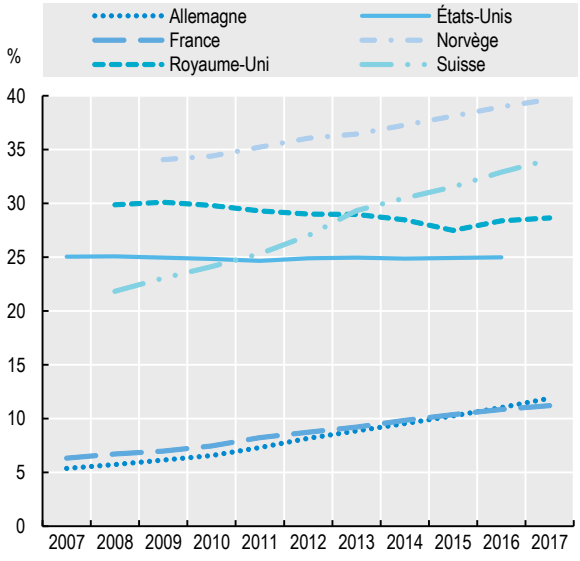
Graphique 8.20. **Pourcentage du personnel infirmier formé à l'étranger, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Dans certaines régions d'Espagne, les données sont basées sur la nationalité ou le lieu de naissance, et non sur le lieu de formation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070092

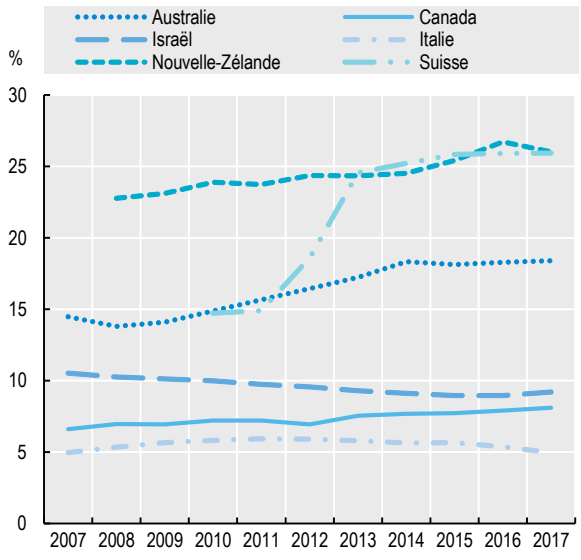
Graphique 8.21. **Évolution du pourcentage de médecins formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2000-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070111

Graphique 8.22. **Évolution du pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2000-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070130





9. SERVICES DE SANTÉ

Consultations médicales

Technologies médicales

Lits d'hôpital et taux de sortie d'hôpital

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

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 médicales

Pour une grande partie de la population, les contacts avec les services de santé revêtent le plus souvent la forme de consultations chez le médecin, qui débouchent souvent sur une prise en charge médicale. Les consultations peuvent avoir lieu au cabinet médical, dans les services de consultation externe des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. Les consultations en ligne ou par visioconférence se développent, ce qui améliore l'accès pour les populations reculées et permet aussi de consulter en dehors des heures normales.

En 2017, le nombre de consultations médicales par personne et par an était compris entre moins de 3 au Mexique et en Suède et près de 17 en Corée (Graphique 9.1). La moyenne de l'OCDE était de 6.8 consultations par personne et par an, la plupart des pays en déclarant entre quatre et dix. Dans les principaux pays partenaires, ce chiffre était également inférieur à trois en Colombie, au Costa Rica, en Afrique du Sud et au Brésil.

Les facteurs culturels expliquent en partie les écarts entre pays, mais les dispositifs incitatifs entrent également en ligne de compte. À cet égard, les méthodes de paiement des prestataires et les montants du ticket modérateur sont particulièrement importants. En Corée et au Japon, par exemple, le paiement des prestataires s'effectue selon le paiement à l'acte, ce qui encourage une fourniture excessive de services, tandis que les pays où les médecins sont majoritairement salariés affichent généralement des taux de consultation inférieurs à la moyenne (Mexique, Finlande et Suède par exemple). Pour autant, en Suisse et aux États-Unis, où les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, ces taux sont également inférieurs à la moyenne. Le montant du ticket modérateur y étant parfois élevé, il se peut que le coût des soins dissuade les patients de consulter (voir les indicateurs sur l'accès aux soins au chapitre 5).

Les réformes récemment mises en œuvre dans plusieurs pays de l'OCDE en vue d'élargir le rôle des infirmiers peuvent aussi partiellement expliquer les faibles taux de consultation de médecins, les infirmiers épaulant parfois les généralistes par des actions de promotion de la santé, ou exerçant en tant que spécialistes d'une seule maladie. Dans de nombreux cas, les infirmiers sont également habilités à prescrire des médicaments et des examens médicaux. Au Canada, aux États-Unis, en Finlande, en Irlande, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et en Suède, ils sont autorisés à exercer à des niveaux élevés de pratique avancée dans le cadre des soins de santé primaires – tous ces pays affichent des taux de consultation de médecins inférieurs à la moyenne de l'OCDE (Maier, Aiken et Busse, 2017[1]).

Depuis 2000, le nombre moyen de consultations de médecins par personne est resté relativement stable dans les pays de l'OCDE (entre 6.5 et 6.8). Toutefois, certains pays ont enregistré de fortes hausses au fil du temps (Allemagne, Corée, Lituanie et Turquie) alors que, dans d'autres, les nombres ont diminué. C'est le cas du Japon et de l'Espagne, bien que les consultations y demeurent supérieures à la moyenne de l'OCDE.

Les informations relatives au nombre de consultations de médecins par personne peuvent servir à estimer le nombre annuel de consultations par médecin. Cet indicateur ne doit pas être considéré comme une mesure de la productivité des médecins, d'une part parce que la durée et l'efficacité des consultations varient, d'autre part parce qu'il ne prend en compte ni les services que les médecins fournissent aux patients hospitalisés, ni le temps consacré aux tâches administratives et aux travaux de recherche. En gardant à l'esprit ces problèmes de comparabilité, c'est en Corée, au Japon et en Turquie que le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé (Graphique 9.2). C'est en Suède et en Norvège qu'il est le plus faible, deux pays où les consultations médicales, aussi bien dans les hôpitaux que dans le cadre de soins primaires, sont généralement limitées aux patients dont le cas est relativement grave ou complexe.

Le nombre et le type de consultations peuvent varier selon le groupe socioéconomique. À niveau de besoin égal, les personnes aisées sont plus susceptibles de consulter un médecin que celles se situant dans le quintile inférieur de revenu (voir l'indicateur « Recours aux services de soins primaires » dans le chapitre 5). Ces inégalités sont beaucoup plus marquées pour les consultations de spécialistes que pour les consultations de généralistes (OCDE, 2019[2]).

Définition et comparabilité

Les consultations médicales se rapportent au nombre de contacts avec des généralistes ou des spécialistes. On observe des différences entre les pays eu égard aux médecins comptabilisés (par exemple les médecins en congé parental ou en congé maladie) et à l'étendue de ces consultations, notamment dans les services de consultation externe des hôpitaux. Les données proviennent principalement de sources administratives ; néanmoins, dans certains pays (Espagne, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Suisse), elles sont tirées d'enquêtes à partir d'entretiens auprès de patients. Les estimations provenant de sources administratives sont généralement plus élevées que celles tirées des enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

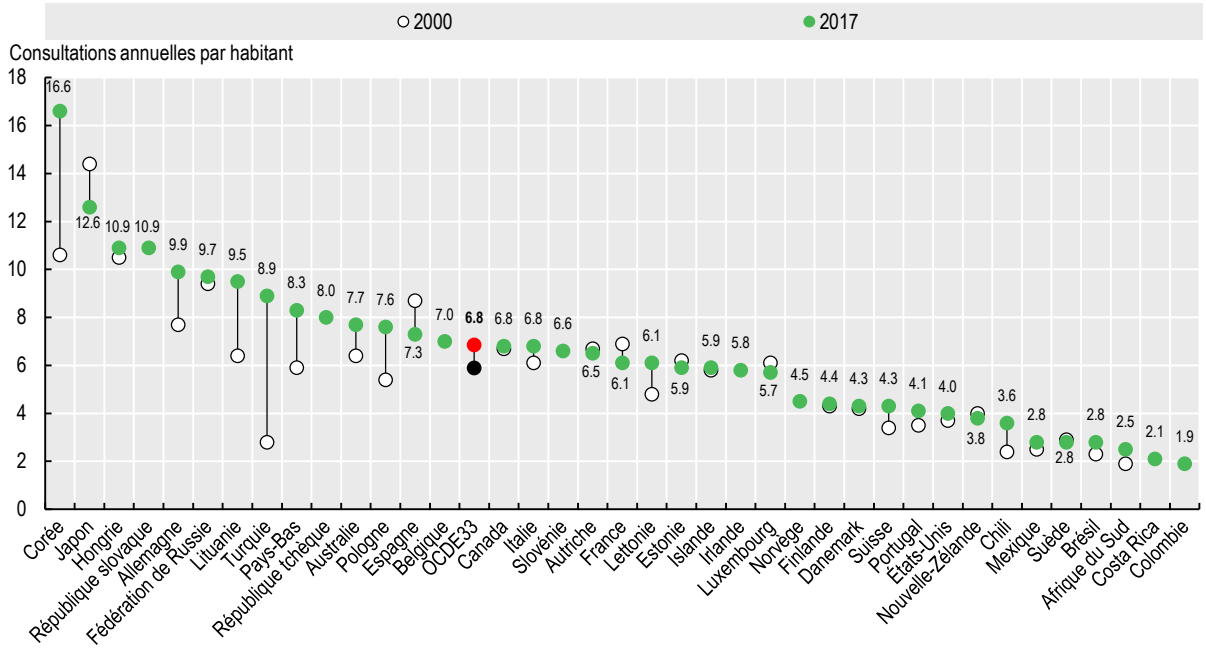
En Hongrie, les chiffres prennent en compte les consultations pour examens diagnostiques comme les tomodensitométries (CT scans) et les IRM (d'où une surestimation). Aux Pays-Bas, ils ne comptabilisent pas les consultations pour soins maternels et infantiles. Les données pour le Portugal ne tiennent pas compte des consultations de praticiens libéraux (d'où une sous-estimation). En Allemagne, les données rendent seulement compte du nombre de cas traités par un médecin suivant les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie. Cela peut aboutir à la fois à une sous-estimation (seul le premier contact du patient avec le médecin est pris en compte sur une période de trois mois, même s'il le consulte plus souvent), et à une surestimation (les contacts non directs, comme les analyses en laboratoire, sont comptabilisés). Les données couvrent les consultations par téléphone dans certains pays (comme l'Espagne). En Turquie, la plupart des consultations de médecins ont lieu dans les services de consultation externe des hôpitaux.

Références

[1] Maier, C., L. Aiken et R. Busse (2017), « Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 98, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

[2] OCDE (2019), *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

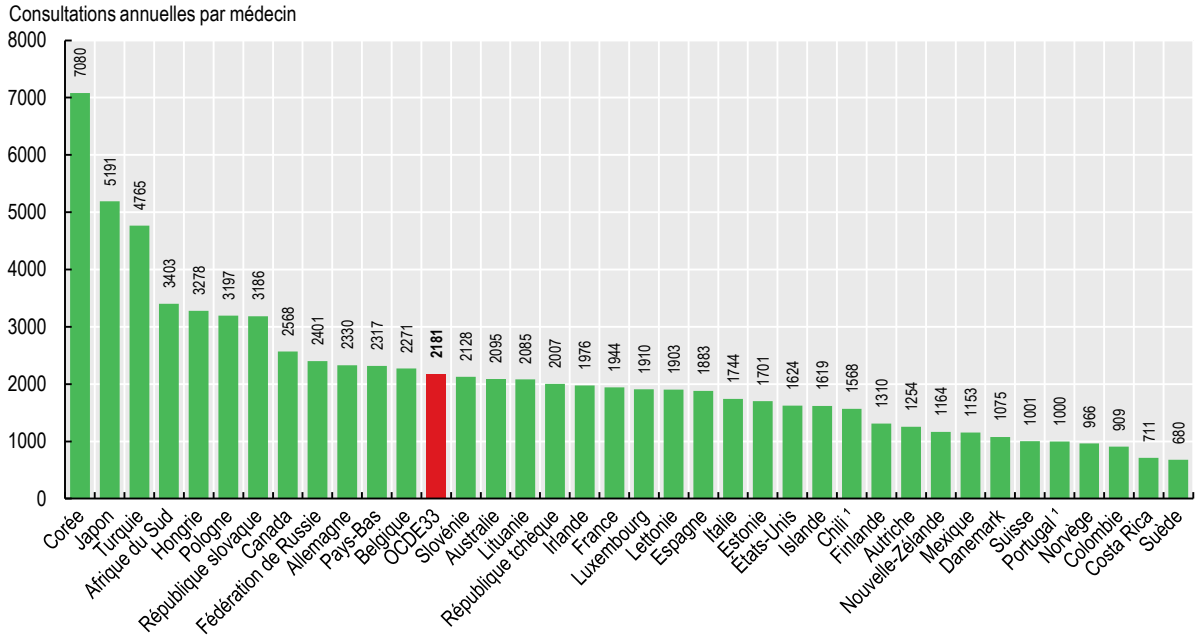
Graphique 9.1. **Consultations médicales par habitant, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070149

Graphique 9.2. **Estimation du nombre de consultations par médecin, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Au Chili et au Portugal, le dénominateur inclut tous les médecins habilités à exercer.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070168

Technologies médicales

La technologie joue un rôle de premier plan dans le système de santé car elle permet aux médecins de mieux diagnostiquer et soigner les patients. Néanmoins, les nouvelles technologies peuvent aussi accroître les coûts, et il est couramment admis qu'elles sont l'un des principaux facteurs d'augmentation des dépenses de santé (Lorenzoni et al 2019[1]). Cette section présente des données relatives à la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic par imagerie : la tomodensitométrie (CT scan) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les CT scans et les IRM facilitent le diagnostic de diverses pathologies.

Ces 20 dernières années, le nombre de CT scanners et d'appareils d'IRM a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon est, de loin, le pays qui en compte le plus grand nombre par habitant, suivi des États-Unis pour les appareils d'IRM et de l'Australie pour les CT scanners (Graphique 9.3). L'Allemagne, l'Autriche, la Corée, la Grèce, l'Islande, l'Italie et la Suisse sont également bien mieux équipées que la moyenne de l'OCDE. Les chiffres les plus faibles, en nombre d'appareils par habitant, sont observés au Mexique, en Hongrie, en Israël et au Royaume-Uni. Ils sont aussi comparativement bas en Colombie, au Costa Rica et en Fédération de Russie.

Il n'existe pas de lignes directrices ou de références internationales quant au nombre idéal de CT scanners ou d'appareils d'IRM par million d'habitants. Cela étant, un sous-équipement risque de créer des problèmes d'accès en raison de l'éloignement géographique ou des délais d'attente. Un suréquipement risque d'entraîner un usage abusif de ces actes diagnostiques coûteux, sans grand bénéfice pour les patients.

La plupart des pays de l'OCDE disposent de données sur l'utilisation de ces appareils de diagnostic. C'est en Allemagne, en France, au Japon et aux États-Unis, que le nombre d'examens IRM par habitant est le plus élevé (plus de 100 pour 1 000 habitants) (Graphique 9.4). En France, le nombre (absolu) d'examens par IRM a plus que doublé entre 2007 et 2017. Ce sont les États-Unis, suivis du Japon et de l'Islande, qui affichent le plus grand nombre de CT scans par habitant (Graphique 9.5). Le recours à ces deux types d'examens varie considérablement d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur de chaque pays. Par exemple, en Belgique, une analyse récente montre en 2017 une variation de 50 % du recours aux examens diagnostiques de la colonne vertébrale au niveau des provinces, et cet écart est même plus prononcé entre certaines zones plus petites (INAMI/RIVIZ, 2019[2]).

Il existe dans plusieurs pays de l'OCDE des recommandations cliniques visant à promouvoir un usage plus rationnel des examens par tomodensitométrie et IRM. Dans le cadre de la campagne Choosing Wisely, lancée aux États-Unis en 2012 et reprise depuis dans un nombre grandissant de pays, des sociétés médicales ont défini les cas dans lesquels ce type d'examen ne s'imposait pas. Ainsi, au Royaume-Uni, le *Royal College of Physicians* recommande, sur la base de données probantes du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que les patients souffrant de douleurs lombaires ou de migraine présumée ne soient pas systématiquement soumis à un examen par imagerie (Choosing Wisely UK, 2018[3]).

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données recensent les appareils d'IRM et les CT scanners installés dans les hôpitaux et dans les services ambulatoires, la couverture des données étant toutefois plus limitée dans quelques autres. Les appareils d'IRM et les CT scanners installés ailleurs que dans les hôpitaux ne sont pas comptabilisés en Belgique, au Portugal, en Suède et en Suisse (pour les appareils d'IRM). Au Royaume-Uni, les données ne concernent que les équipements du secteur public. En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils admis au 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, au Portugal, au Royaume-Uni et en Suisse. En Australie, les données couvrent seulement les examens des patients privés (en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier) ; en Corée et aux Pays-Bas, elles ne couvrent au contraire que les examens financés par des sources publiques.

Références

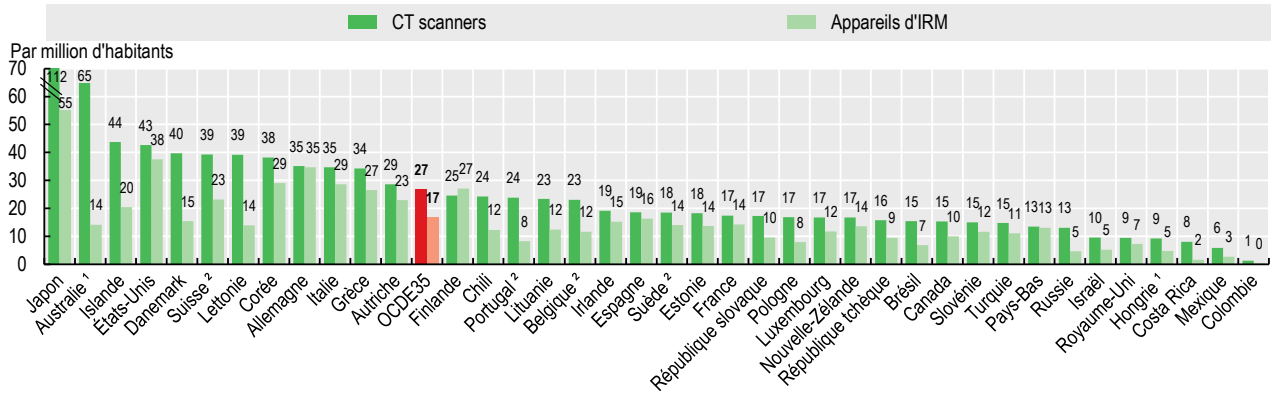
[3] Choosing Wisely UK (2018), « Clinical Recommendations: Royal College of Physicians », *www.choosingwisely.co.uk*.

[2] INAMI/RIVIZ (2019), « Variations de pratiques médicales », *https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales*.

[1] Lorenzoni, L. et al. (2019), « Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 110, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

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

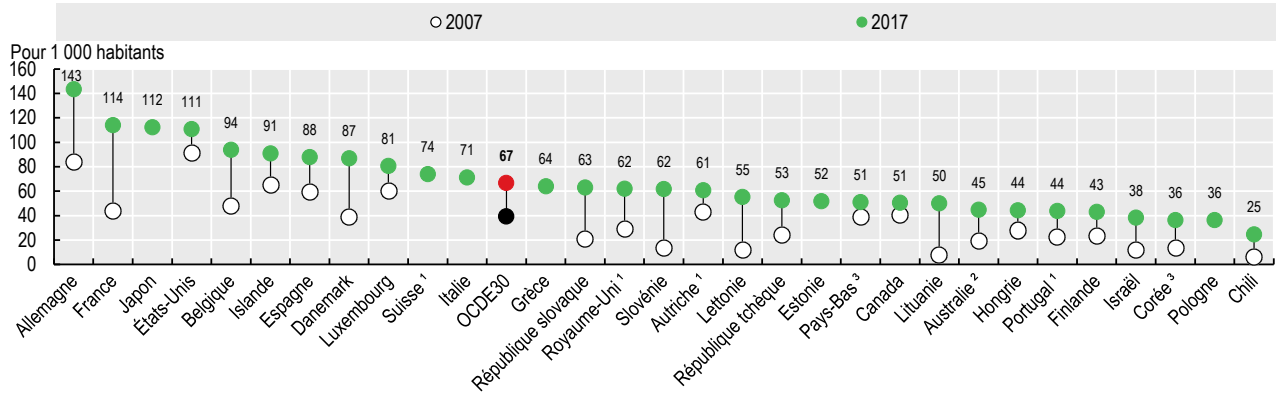
Graphique 9.3. **Tomodensitomètres (CT scanners) et appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), 2017 (ou année la plus proche)**



1. Appareils couverts par les remboursements publics seulement. 2. Équipement hors hôpital non compris. Pour la Suisse, cette restriction ne s'applique qu'aux appareils d'IRM.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070187

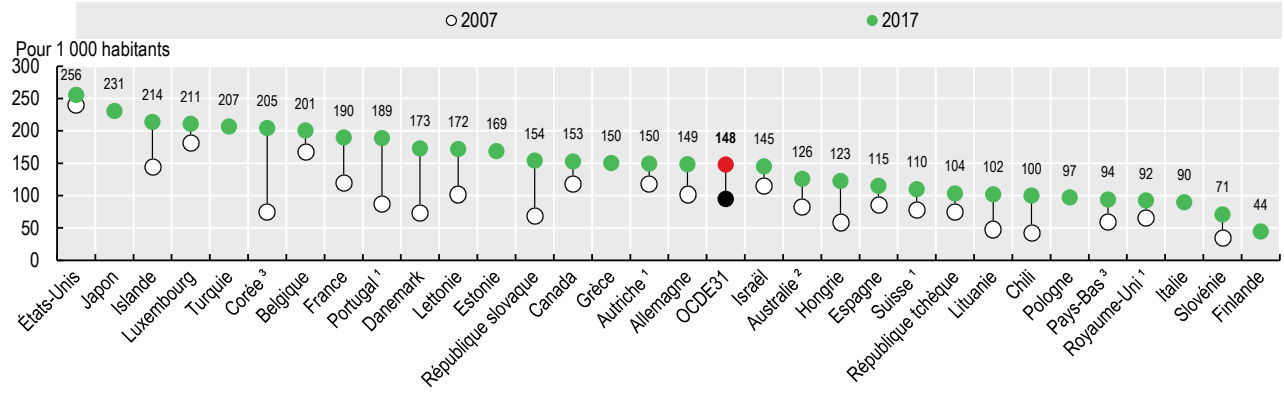
Graphique 9.4. **Examens par IRM, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Examens hors hôpital non compris. 2. Examens remboursés par des fonds publics non compris. 3. Examens remboursés par des fonds privés non compris.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070206

Graphique 9.5. **Tomodensitométries (CT scans), 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Examens hors hôpital non compris. 2. Examens remboursés par des fonds publics non compris. 3. Examens remboursés par des fonds privés non compris.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070225

Lits d'hôpital et taux de sortie d'hôpital

Le nombre de lits d'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. L'influence qu'a l'offre de lits sur les taux d'hospitalisation a été amplement documentée, et il est confirmé que plus il y a de lits, plus le nombre d'hospitalisations est élevé (loi de Rohmer, selon laquelle « un lit créé est un lit occupé »). Les responsables publics sont donc conscients que la seule augmentation du nombre de lits ne résoudra pas les problèmes de surcharge ou de temps d'attente dans les hôpitaux.

En 2017, on recensait en moyenne 4.7 lits d'hôpital pour 1 000 personnes dans les pays de l'OCDE. Au Japon et en Corée, ce chiffre était nettement supérieur (13.1 et 12.3 respectivement). Deux tiers des pays de l'OCDE déclaraient entre trois et huit lits pour 1 000 personnes, les taux les plus bas étant observés au Mexique, au Chili et en Suède.

Depuis 2000, le nombre de lits par habitant a diminué dans quasiment tous les pays de l'OCDE. La baisse la plus importante est intervenue en Finlande, où leur nombre a été réduit de plus de 50 % (de 7.5 lits pour 1000 habitants en 2000 à 3.3 en 2017), concernant pour l'essentiel les lits de soins de longue durée et les lits de soins psychiatriques. Plusieurs pays ont réduit leur capacité de deux lits ou plus pour 1000 habitants (Estonie, France, Lettonie, Lituanie et République slovaque). Cette diminution est en partie imputable aux progrès des technologies médicales, qui ont permis d'accroître le nombre de chirurgies ambulatoires, mais elle s'inscrit aussi dans une stratégie plus vaste de réduction du nombre d'hospitalisations. En revanche, le nombre de lits a fortement augmenté en Corée (+164 %), où ils sont pour une part substantielle affectés aux soins de longue durée.

Les sorties mesurent le nombre de patients qui quittent l'hôpital après y être restés au minimum une nuit. Améliorer la sortie des patients en temps voulu fluidifie leur parcours à l'hôpital, et permet ainsi aux hôpitaux de réduire progressivement le nombre de lits. Les sorties prématurées et retardées aggravent l'état des patients, mais augmentent aussi les coûts : les premières peuvent donner lieu à des ré-hospitalisations coûteuses ; les secondes consomment des ressources limitées.

En 2017, le taux de sortie d'hôpital s'est établi en moyenne à 154 pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Allemagne, en Autriche et en Lituanie (plus de 200 pour 1 000 habitants), les plus faibles au Mexique, au Canada, au Chili et aux Pays-Bas (moins de 100). Le nombre de sorties a reculé dans la majorité des pays de l'OCDE, certaines des baisses les plus prononcées ayant été observées dans ceux où le nombre de lits d'hôpitaux a aussi fortement diminué (Italie, Finlande, Estonie, Suède, et Lettonie par exemple). Il a en revanche doublé en Corée, en Turquie, et en Chine.

Les taux d'occupation élevés des lits de soins curatifs (intensifs) peuvent être symptomatiques d'un système de santé sous pression, et se traduire par une pénurie de lits et une hausse des taux d'infection. S'ils sont excessivement faibles, ils peuvent être le signe d'une sous-utilisation des ressources. Au Royaume-Uni, le National Institute of Health and Care Excellence (NICE) a recommandé aux prestataires de soins de planifier les capacités d'accueil de manière à limiter les risques associés à un taux d'occupation supérieur à 90 % (NICE, 2018[1]). Celui-ci était supérieur à 90 % en Irlande, en Israël et au Canada en 2017. En Irlande, ce chiffre marque une progression de dix points de pourcentage par rapport à 2000 (de 85 % à 95 %). Le taux d'occupation était comparativement bas en Grèce, aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Hongrie (65 % ou moins). Il s'élève à 70-80 % dans la moitié des pays de l'OCDE environ, et la moyenne de l'OCDE est de 75 %.

Définition et comparabilité

Les lits d'hôpital sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée. Les données du Royaume-Uni concernent uniquement les hôpitaux publics. Celles de la Suède ne couvrent pas les lits privés financés sur fonds privés. Les lits qui sont utilisés par les patients en ambulatoire et libérés le jour-même peuvent être pris en compte dans certains pays, lorsqu'ils ne peuvent être distingués des lits d'hospitalisation complète (Autriche, Luxembourg et Pays-Bas par exemple). Un petit nombre de pays prend en compte les berceaux pour bébés en bonne santé (Canada, Pays-Bas et Pologne par exemple).

On entend par sortie d'hôpital la sortie d'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 ambulatoires ne sont généralement pas comptabilisées, sauf au Chili, aux États-Unis, au Japon et en Norvège, qui les prennent au moins partiellement en compte. Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus des taux de sortie dans plusieurs pays (Australie, Autriche, Canada, Chili, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège et Pays-Bas). Ils représentent environ 3-10 % des sorties. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données du Mexique, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur fonds publics. Les données pour l'Irlande couvrent les hôpitaux publics de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques (publics et privés). Les données pour le Canada, les Pays-Bas et les États-Unis ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus/de court séjour.

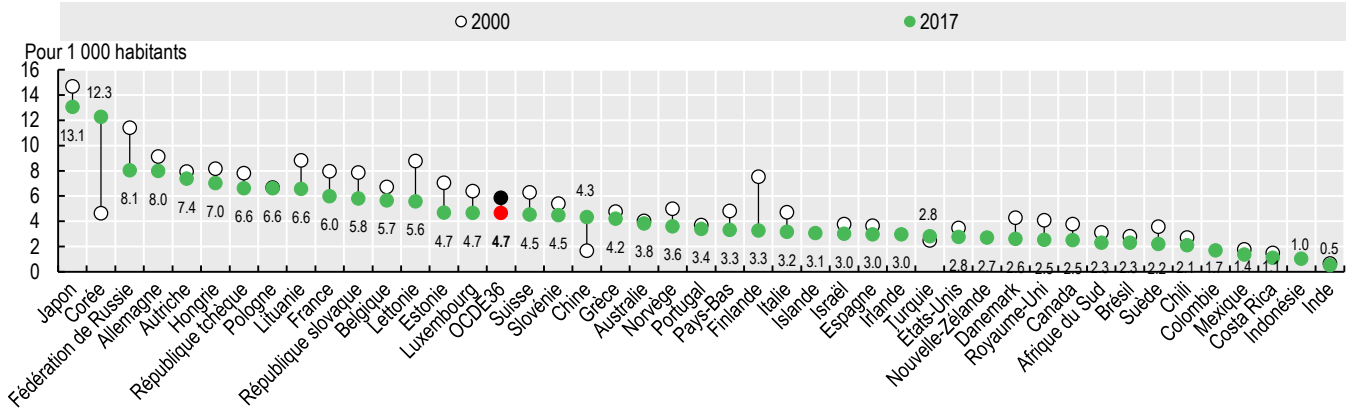
Le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) est obtenu en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre des lits de soins curatifs disponibles (multiplié par 365).

Références

[1] NICE (2018), « Bed occupancy », *https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704*.

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

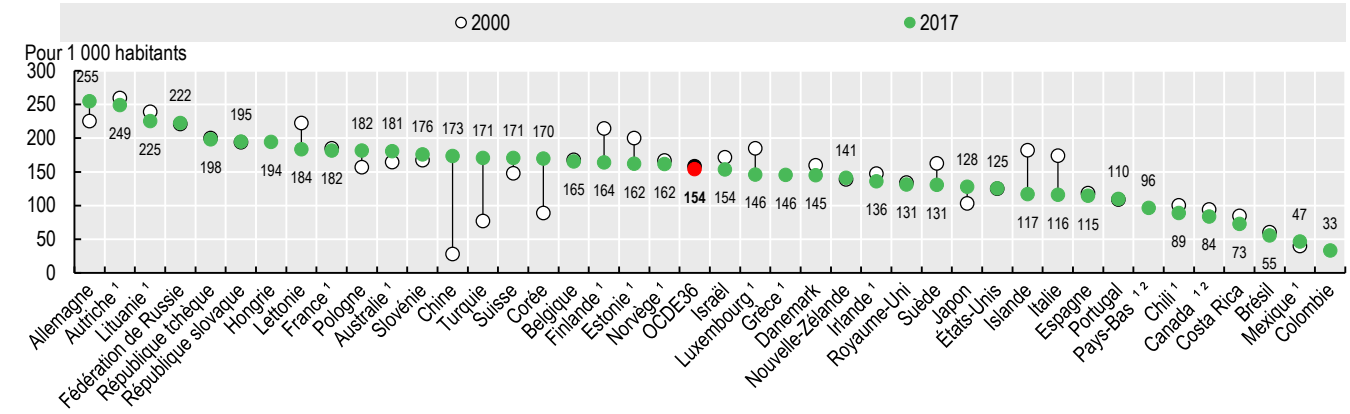
Graphique 9.6. **Lits d'hôpital, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070244

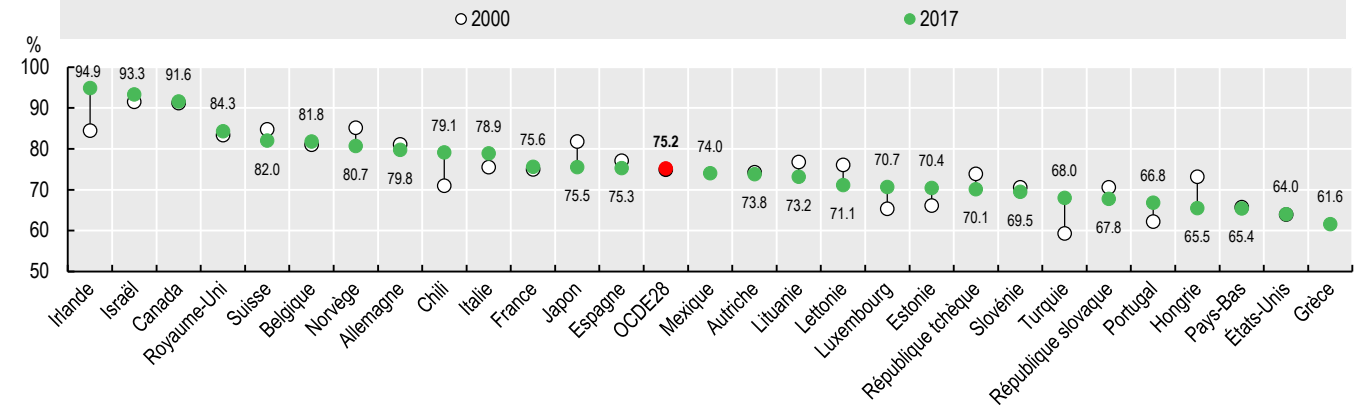
Graphique 9.7. **Taux de sortie d'hôpital, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données excluent les sorties d'hôpital des nouveau-nés en bonne santé (3-10 % de l'ensemble des sorties).
2. Les données couvrent uniquement les sorties de soins curatifs (aigus).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070263

Graphique 9.8. **Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070282

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est souvent considérée comme un indicateur d'efficience de la prestation des services de santé. Toutes choses égales par ailleurs, une hospitalisation de plus courte durée diminuera le coût par sortie et transfèrera la prise en charge des patients à des structures moins onéreuses. Les séjours de longue durée peuvent être le signe d'une mauvaise coordination des soins, ce qui a pour effet de laisser certains patients attendre inutilement à l'hôpital que des soins de rééducation ou de longue durée soient organisés. Dans le même temps, il arrive que certains patients sortent trop tôt, alors qu'un séjour plus long aurait pu améliorer leur état de santé ou réduire le risque de ré-hospitalisation.

En 2017, la durée moyenne d'hospitalisation était légèrement inférieure à huit jours dans les pays de l'OCDE (Graphique 9.9). Les hospitalisations les plus courtes ont été observées en Turquie et au Mexique, où le séjour était de quatre jours en moyenne, les plus longues en Corée et au Japon (plus de 16 jours). Depuis 2000, la durée d'hospitalisation moyenne a diminué dans la plupart des pays ; les reculs les plus marqués ont été constatés au Japon, en Finlande, en Suisse, au Royaume-Uni, en Israël et aux Pays-Bas. Le seul pays où elle a fortement augmenté est la Corée (passant de 15 jours environ en 2002 à 18.5 jours en 2017), mais ceci reflète en partie une hausse du rôle des hôpitaux de « soins de longue durée », dont la fonction est similaire à des établissements de long séjour ou des établissements de soins de longue durée.

Si l'on s'intéresse à la durée moyenne d'hospitalisation pour des maladies ou des affections spécifiques, on peut dans une certaine mesure atténuer les effets des différences de gravité ou de nature des cas. Dans les pays de l'OCDE, la durée d'hospitalisation moyenne pour un accouchement normal était de 2.9 jours en 2017 (Graphique 9.10). Elle atteignait plus de 4 jours en Hongrie, en République slovaque et en République tchèque, et était inférieure à deux au Mexique, au Royaume-Uni, au Canada, en Islande et aux Pays-Bas. La durée d'hospitalisation pour un accouchement normal a diminué dans la plupart des pays depuis 2000, en premier lieu dans ceux où elle était longue, comme la République slovaque et la République tchèque.

La durée d'hospitalisation moyenne pour un infarctus aigu du myocarde (IAM) était comprise entre 11 jours ou plus au Chili et en Corée et quatre ou moins en Norvège, au Danemark et en Suède (Graphique 9.11). Elle était en moyenne de 6.6 jours dans l'OCDE, soit trois jours de moins qu'en 2000. Elle a diminué partout, sauf au Chili (où elle a augmenté de plus de trois jours).

Outre les disparités dans la durée d'hospitalisation moyenne dues aux différents types de pathologies traités, d'autres facteurs, dont les structures de paiement, peuvent expliquer les écarts entre pays. Le raccourcissement du séjour moyen a été attribué à la mise en place de systèmes de paiement prospectif qui encouragent les prestataires à réduire le coût des épisodes de soins, comme les groupes homogènes de malades (GHM). La France, l'Autriche et la Suède comptent parmi les pays qui ont adopté des mécanismes de cette nature et qui ont enregistré, dans le cadre de ce processus, une diminution de la durée moyenne des hospitalisations.

Les résultats d'une étude récente de l'OCDE mettent en relief l'impact de certaines caractéristiques des hôpitaux sur la durée moyenne du séjour à l'hôpital. En particulier, les établissements disposant d'un grand nombre de lits (plus de 200) sont associés à des séjours de plus longue durée, alors qu'un taux d'occupation de 70 % ou plus est corrélé à une hospitalisation plus courte (Lorenzoni et Marino, 2017[1]).

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 d'hospitalisation de l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre d'admissions ou de sorties. Les hospitalisations ambulatoires ne sont pas prises en compte.

Dans la plupart des pays, les données couvrent toutes les hospitalisations (sans se limiter aux soins curatifs/aigus), à l'exception du Canada, du Japon et des Pays-Bas, dont les données correspondent à la durée moyenne d'hospitalisation en soins curatifs/aigus ou dans les établissements de soins curatifs uniquement (d'où une sous-estimation).

Les bébés en bonne santé nés à l'hôpital sont exclus des sorties d'hôpital dans plusieurs pays (Australie, Autriche, Canada, Chili, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Mexique et Norvège par exemple), d'où une légère surestimation de la durée d'hospitalisation (leur prise en compte réduirait par exemple la durée moyenne de séjour de 0.5 jour au Canada). Ils représentent 3-10 % des sorties.

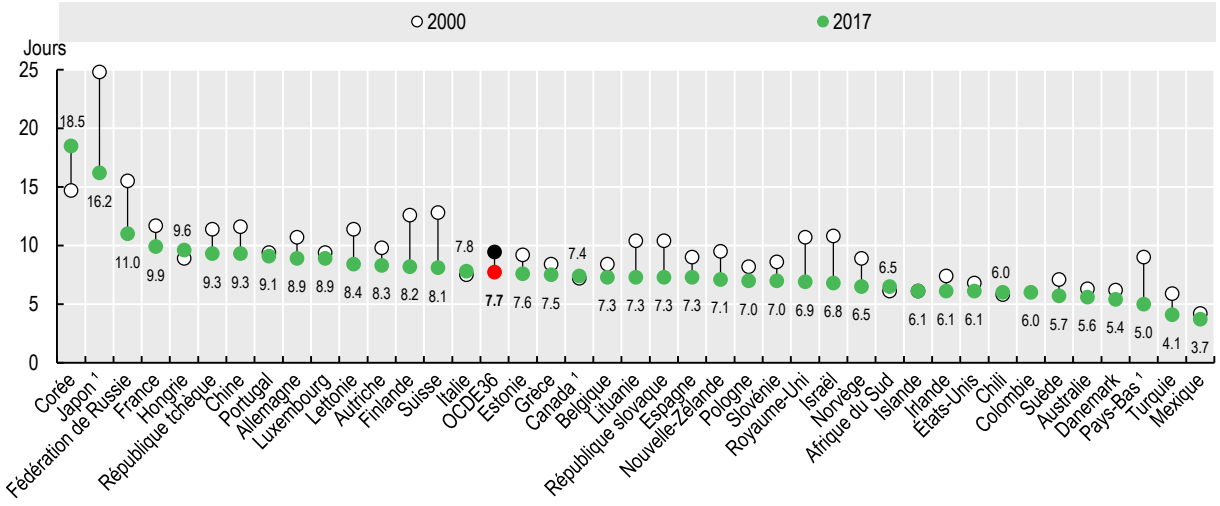
Les données portant sur l'accouchement normal correspondent au code O80 de la CIM-10 ; pour l'IAM, elles correspondent aux codes I21-I22 de la CIM-10.

Références

[1] Lorenzoni, L. et A. Marino (2017), « Understanding variations in hospital length of stay and cost: Results of a pilot project », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 94, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en*.

[2] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending in Health*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

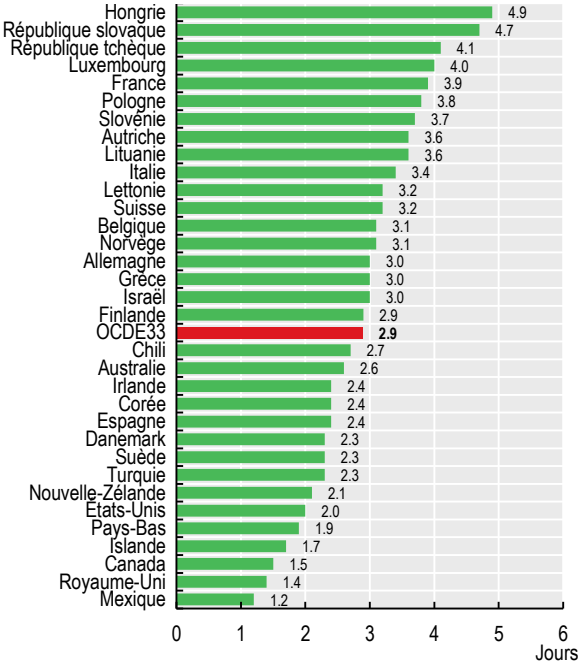
Graphique 9.9. **Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation). Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 28 jours en 2017 (contre 39 en 2000).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070301

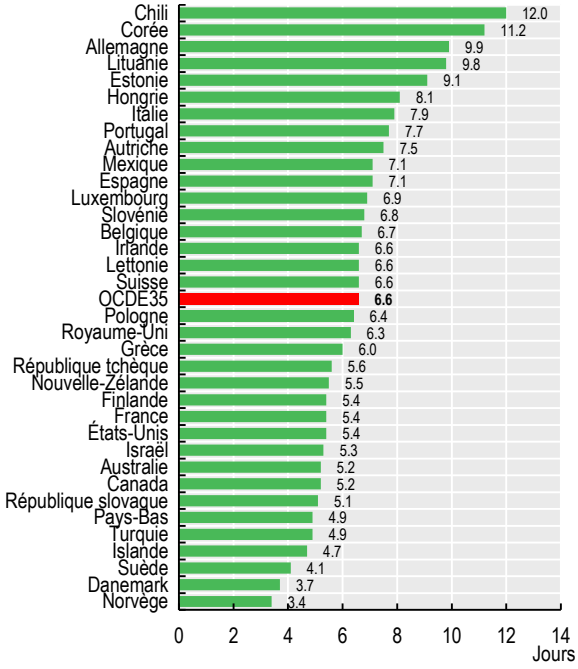
Graphique 9.10. **Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070320

Graphique 9.11. **Durée moyenne de séjour pour un infarctus aigu du myocarde, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070339

Remplacements de la hanche ou du genou

Les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou comptent parmi les interventions les plus couramment réalisées et les plus efficaces dans le monde. L'indication la plus fréquente de remplacement de la hanche et du genou (chirurgie de remplacement de l'articulation) est l'arthrose, qui diminue les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

L'arthrose est une forme d'arthrite dégénérative caractérisée par l'usure du cartilage qui amortit et fluidifie le mouvement des articulations – le plus souvent du genou et de la hanche. Elle se traduit par des douleurs, des enflures et une raideur qui résultent en une perte de mobilité et de capacité fonctionnelle. Elle est l'une des dix maladies les plus invalidantes dans les pays développés. Selon les estimations, 10 % des hommes et 18 % des femmes de plus de 60 ans souffriraient d'arthrose symptomatique, sous une forme modérée ou sévère, dans le monde (OMS, 2014[1]).

L'âge est le principal déterminant de l'apparition et de l'évolution de l'arthrose. Cette pathologie est plus répandue chez les femmes, et progresse au-delà de 50 ans, affectant notamment la main et le genou. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, le manque d'activité physique, le tabac, la consommation excessive 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 2017, l'Allemagne, la Suisse, l'Autriche, la Finlande, le Luxembourg et la Belgique comptaient parmi les pays qui affichaient les taux les plus élevés de remplacement de la hanche et du genou (Graphique 9.12 et Graphique 9.13). Les moyennes de l'OCDE sont de 182 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les remplacements de la hanche, et de 135 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les remplacements du genou. De faibles taux sont observés pour ces deux procédures au Mexique, au Portugal, en Israël, en Irlande et en Corée. Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer ces variations entre pays, et une standardisation par l'âge les réduit dans une certaine mesure. Néanmoins, des écarts prononcés subsistent, et le classement des pays n'est pas bouleversé une fois effectuée la standardisation par l'âge (McPherson, Gon et Scott, 2013[2]).

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[3]). Outre le nombre d'interventions, la qualité de la chirurgie (voir l'indicateur « Chirurgie de la hanche et du genou » au chapitre 6) et les délais d'attente (voir l'indicateur « Temps d'attente avant une chirurgie élective » dans le chapitre 5) revêtent une importance cruciale pour les patients.

Le nombre de chirurgies de remplacement de la hanche et du genou a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 2000 (Graphique 9.14 et Graphique 9.15). Entre 2007 et 2017, le taux de remplacement a progressé de 30 % en moyenne pour la hanche, et de 40 % pour le genou. Cette hausse correspond à l'incidence et à la prévalence croissantes de l'arthrose, en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation des taux d'obésité dans les pays de l'OCDE. Aux États-Unis par exemple, la prévalence de l'arthrose du genou a plus que doublé depuis le milieu du XX^{e} siècle (Wallace et al., 2017[4]).

La plupart des pays de l'OCDE connaissent une évolution à la hausse, mais dans des proportions variables ; cette progression est toutefois inférieure à la moyenne en Irlande et au Luxembourg, qui sont également les seuls pays de l'OCDE à enregistrer une baisse des taux de remplacement de la hanche depuis 2007.

Définition et comparabilité

Le 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.

Le 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'arthrose. Elle peut être pratiquée pour traiter d'autres pathologies du genou telles que l'arthrose rhumatoïde.

Les systèmes de classification et les pratiques de comptabilisation varient d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données. Alors que la plupart des pays prennent en compte à la fois le remplacement total et le remplacement partiel de la hanche, certains ne comptabilisent que le remplacement total. En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur fonds publics, d'où une sous-estimation du nombre d'interventions présenté ici (en Irlande, par exemple, l'activité des hôpitaux privés représenterait 15 % environ de l'activité hospitalière). Les données pour le Portugal couvrent uniquement les hôpitaux publics sur le territoire continental. Celles concernant l'Espagne n'incluent qu'en partie les activités des hôpitaux privés.

Références

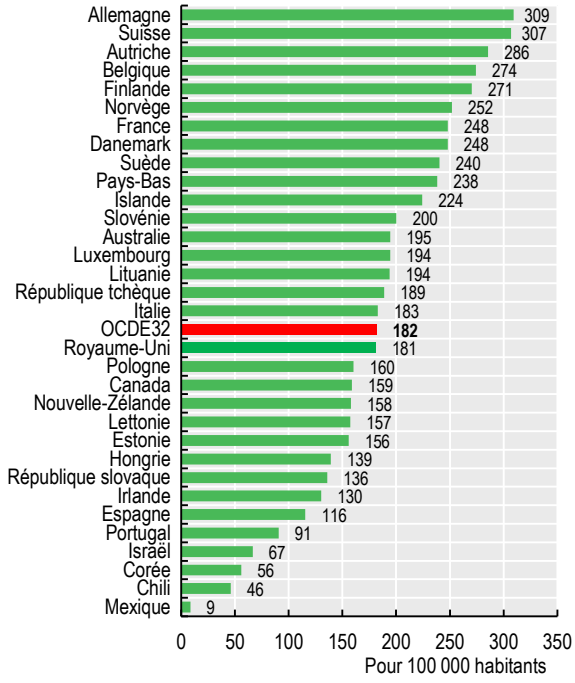
[2] McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

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

[1] OMS (2014), « Chronic Rheumatic Conditions », *Fact Sheet*, *http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

[4] Wallace, I. et al. (2017), « Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114, n° 35, pp. 9332-9336, *http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1703856114*.

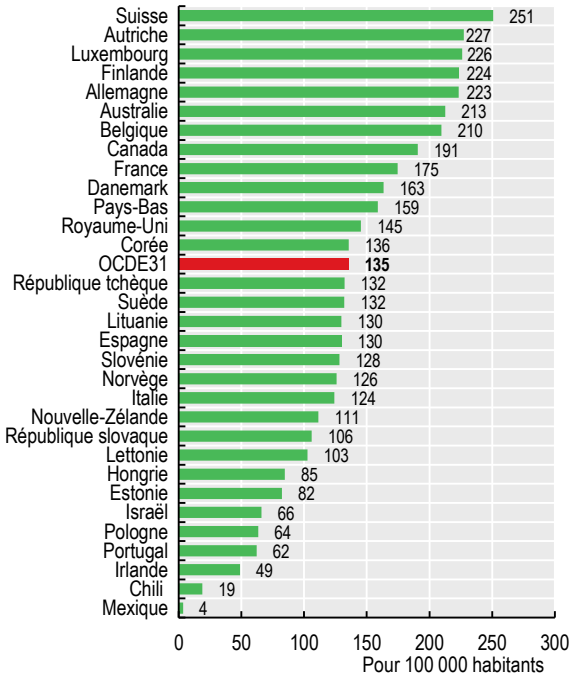
Graphique 9.12. **Chirurgies de remplacement de la hanche, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070358

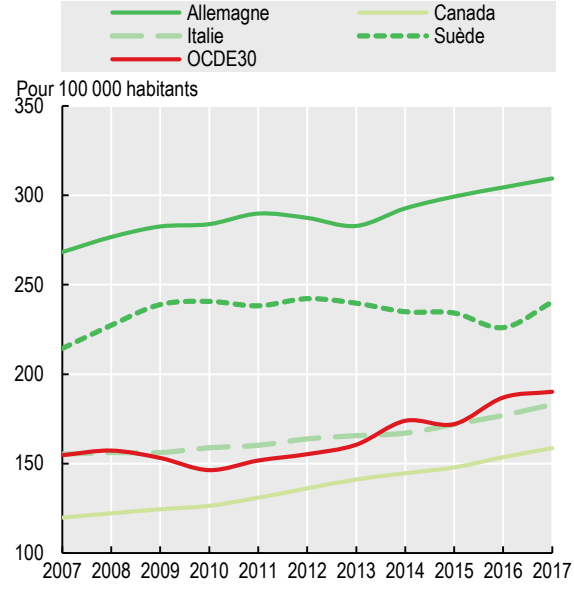
Graphique 9.13. **Chirurgies de remplacement du genou, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070377

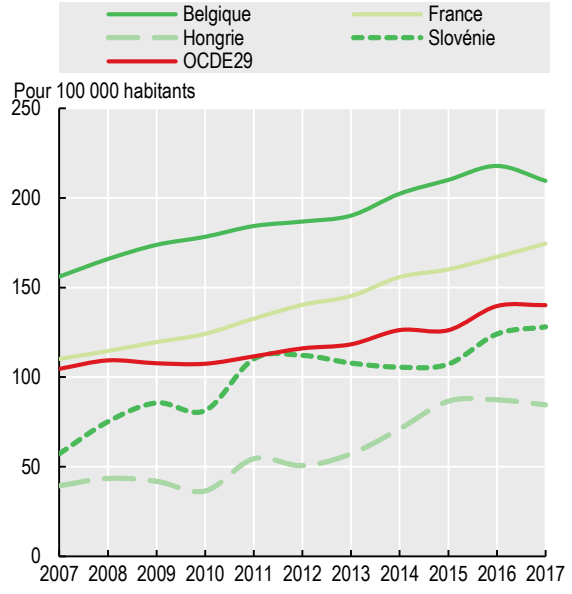
Graphique 9.14. **Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche dans une sélection de pays de l'OCDE, 2007-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070396

Graphique 9.15. **Évolution des chirurgies de remplacement du genou dans une sélection de pays de l'OCDE, 2007-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070415

Césariennes

La césarienne est une intervention parfois nécessaire qui peut sauver la vie. Il n'en demeure pas moins que l'accouchement par césarienne a encore pour conséquences une mortalité maternelle plus élevée, une plus forte morbidité maternelle et infantile et un nombre accru de complications lors des accouchements ultérieurs, ce qui amène à s'interroger sur le taux croissant d'interventions effectuées dans les pays de l'OCDE depuis 2000, notamment chez des femmes qui présentent de faibles risques de complication et qui accouchent de leur premier enfant par césarienne pour des raisons non médicales. L'Organisation mondiale de la santé conclut que la césarienne est efficace pour sauver la vie de la mère et de l'enfant, mais que les taux supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et infantile au niveau de la population. Néanmoins, la césarienne devrait être pratiquée en fonction des besoins, plutôt que de chercher à atteindre un certain taux.

En 2017, les taux de césarienne les plus faibles ont été observés dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège), en Israël et aux Pays-Bas, avec des valeurs comprises entre 15 % et 17 % des naissances vivantes (Graphique 9.16), et les taux les plus élevés en Corée, au Chili, au Mexique et en Turquie (entre 45 % et 53 % des naissances). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 28 % des naissances vivantes ont eu lieu par césarienne.

Les taux de césarienne augmentent depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE : le taux moyen y est passé de 20 % en 2000 à 28 % en 2017, bien que cette croissance ait ralenti ces cinq dernières années (Graphique 9.17). Cette progression a été particulièrement rapide en République slovaque, en République tchèque, en Slovénie et en Autriche, où les taux étaient relativement bas. Les taux de césarienne ont également beaucoup augmenté ces dix dernières années au Chili, en Corée, au Mexique et en Turquie, des pays où ils étaient déjà élevés. En Italie, le taux de césarienne a enregistré une baisse significative ces dernières années, tout en restant parmi les plus élevés d'Europe.

Les écarts entre les pays ont été imputés à divers facteurs, notamment les incitations financières, la question de la responsabilité pour faute médicale, les différences en termes d'effectifs et de formation des sages-femmes et infirmiers, et le pourcentage de femmes ayant accès à des maternités privées. Il apparaît ainsi que les hôpitaux privés pratiquent généralement plus de césariennes que les hôpitaux publics. En Suisse, on a constaté que le nombre d'accouchements par césarienne était sensiblement plus élevé dans les cliniques privées (41 %) que dans les hôpitaux publics (30.5 %) (OFSP, 2013[1]).

Par ailleurs, la préférence des femmes pour la césarienne pour une naissance en bonne santé varie selon les pays, ce qui peut tenir aux dispositifs institutionnels du système de santé maternelle et aux attitudes culturelles envers le travail et l'accouchement. En Islande, par exemple, 9.2 % des femmes optent pour une césarienne dans le contexte d'une naissance en bonne santé, contre 16 % en Australie. Chez les jeunes femmes, ce choix peut aussi tenir à des raisons psychologiques, notamment la crainte de douleurs incontrôlables et de lésions physiques liées à l'accouchement (Stoll et al., 2017[2]).

La publication de données, la communication des prestataires de soins, l'élaboration de recommandations cliniques plus claires et la modification des incitations financières figurent 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, plusieurs états ont formulé des recommandations cliniques et ont rendu obligatoire la déclaration par les hôpitaux de leurs taux de césarienne, y compris un examen des résultats à l'aune des recommandations. Ces mesures découragent les écarts de pratique et contribuent à freiner l'augmentation du nombre de césariennes. D'autres pays ont réduit l'écart de rémunération des hôpitaux entre les césariennes et les accouchements normaux afin de décourager le recours inutile à ces interventions (OCDE, 2014[3]).

Définition et comparabilité

Le taux de césarienne est le nombre d'accouchements par césarienne pour 100 naissances vivantes.

En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur fonds publics (toutefois, en Irlande, tous les services de maternité sont situés dans des hôpitaux financés sur fonds publics et, en Nouvelle-Zélande, le nombre de naissances financées par des fonds privés est négligeable). Cela peut donner lieu à une sous-estimation des taux d'accouchement par césarienne dans ces pays, sachant que les hôpitaux privés ont généralement davantage recours à cette pratique que les hôpitaux publics.

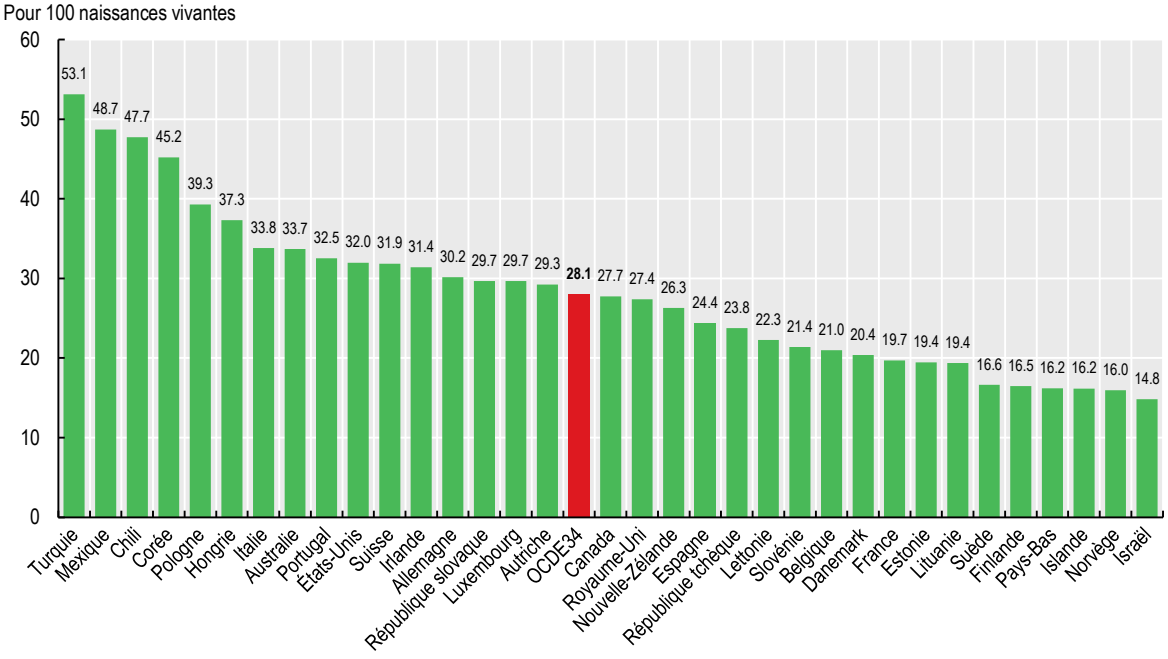
Références

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

[1] OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), *Accouchements par césariennes en Suisse*, Berne.

[2] Stoll, K. et al. (2017), « International Childbirth Attitudes-Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team - Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education », *Reproductive Health*, vol. 14, n° 1, *http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0354-x*.

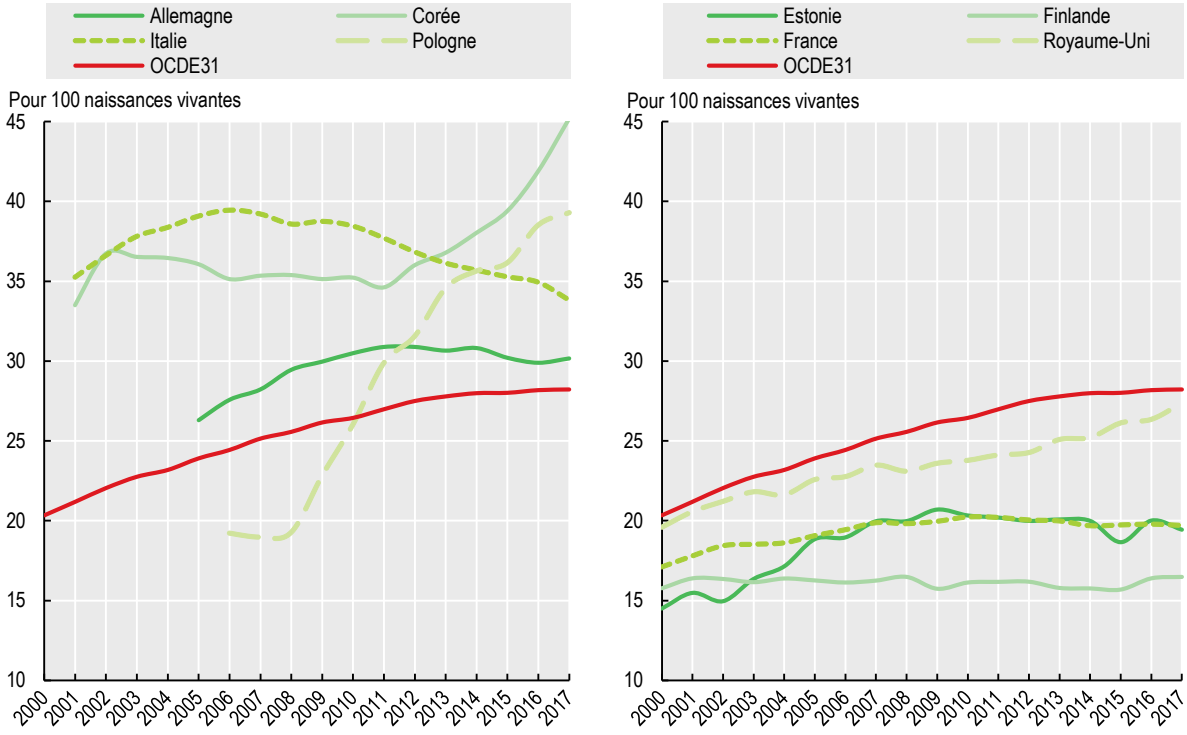
Graphique 9.16. **Taux d'accouchement par césarienne, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070434

Graphique 9.17. **Évolution du taux d'accouchement par césarienne dans une sélection de pays de l'OCDE, 2000-17**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070453

Chirurgie ambulatoire

Ces dernières décennies, le nombre d'actes réalisés en chirurgie ambulatoire a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, une évolution rendue possible par les progrès des technologies médicales, en particulier la diffusion d'interventions moins invasives, et de l'anesthésie. Ces innovations ont amélioré la sécurité des patients et les résultats de santé. De plus, en raccourcissant la durée d'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire permet d'économiser d'importantes ressources sans que la qualité des soins s'en ressente. Elle libère aussi des moyens, ce qui permet aux hôpitaux de se concentrer sur les cas plus complexes ou de diminuer les listes d'attente. L'impact de l'augmentation du nombre d'interventions ambulatoires sur les dépenses totales de santé n'est cependant pas toujours évident car la réduction des coûts unitaires (par rapport à la chirurgie avec hospitalisation) est parfois neutralisée par la hausse globale du volume des interventions. Il convient en outre de prendre en compte les coûts supplémentaires associés aux soins de suite et de réadaptation et aux services de soins à domicile après une intervention.

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 qui sont effectués en grand nombre et qui se pratiquent désormais essentiellement en chirurgie ambulatoire dans de nombreux pays de l'OCDE.

La chirurgie ambulatoire représente 90 % ou plus des opérations de la cataracte dans la majorité des pays de l'OCDE (Graphique 9.18). Dans plusieurs pays, cette proportion est proche de 100 %. Toutefois, le recours à ce mode de chirurgie est modéré en Pologne, en Lituanie, en Turquie et en Hongrie, où moins de 60 % des interventions sont réalisées en ambulatoire. Il se peut que ce faible taux tienne en partie à la couverture limitée des données sur les activités externes en milieu hospitalier et hors milieu hospitalier, mais il peut aussi s'expliquer par des remboursements plus élevés pour les hospitalisations, ou par des difficultés de développement de la chirurgie ambulatoire.

Depuis 2007, le nombre d'opérations de la cataracte effectuées en chirurgie ambulatoire a sensiblement progressé dans un grand nombre de pays, notamment en Autriche, en France, en Hongrie, en Irlande, en Pologne, au Portugal et en Slovénie (Graphique 9.18). En Autriche, la proportion est passée de seulement 10 % en 2007 à presque 85 % en 2017.

L'amygdalectomie est l'un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, habituellement chez ceux qui souffrent 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 aujourd'hui principalement en ambulatoire dans 10 des 29 pays de l'OCDE présentant des données comparables, les enfants retournant chez eux le jour même (Graphique 9.19). La proportion de cas en ambulatoire n'est cependant pas aussi élevée que pour les opérations de la cataracte, s'élevant à 34 % des amygdalectomies en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Les taux sont relativement élevés en Islande, en Finlande et en Suède (75 % des cas ou plus), mais demeurent inférieurs à 10 % dans dix pays de l'OCDE. En Slovénie, en Hongrie, en République tchèque et en Autriche, ce taux est pour ainsi dire nul. Cet écart marqué peut s'expliquer par une perception différente des risques de complications postopératoires, ou simplement par une tradition clinique consistant à garder les enfants au moins une nuit à l'hôpital après l'opération.

Les incitations financières peuvent aussi influencer le nombre d'interventions chirurgicales mineures effectuées en chirurgie ambulatoire. Au Danemark et en France, les groupes homogènes de malades (GHM) ont été adaptés de manière à encourager la chirurgie ambulatoire. Au Royaume-Uni, une incitation financière d'environ 300 GBP par opération est attribuée pour certaines interventions si le patient est pris en charge dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (OCDE, 2017[1]).

Définition et comparabilité

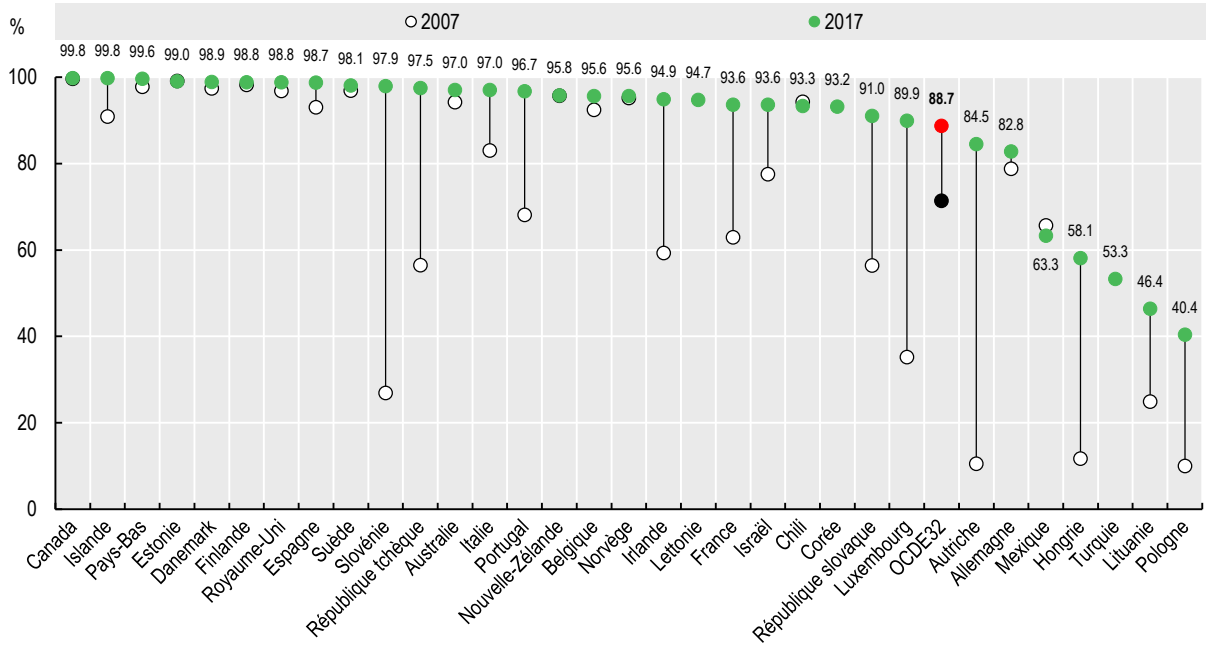
L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle se pratique essentiellement sur les enfants.

Les données de plusieurs pays ne comptabilisent pas les cas externes en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (c'est-à-dire les patients non officiellement admis puis sortis), ce qui donne lieu à une sous-estimation. En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, elles ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financés sur fonds publics (on estime que les hôpitaux privés contribuent à hauteur de 15 % environ à l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le territoire continental. Celles pour l'Espagne ne couvrent qu'en partie les activités des hôpitaux privés.

Références

[1] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending in Health*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

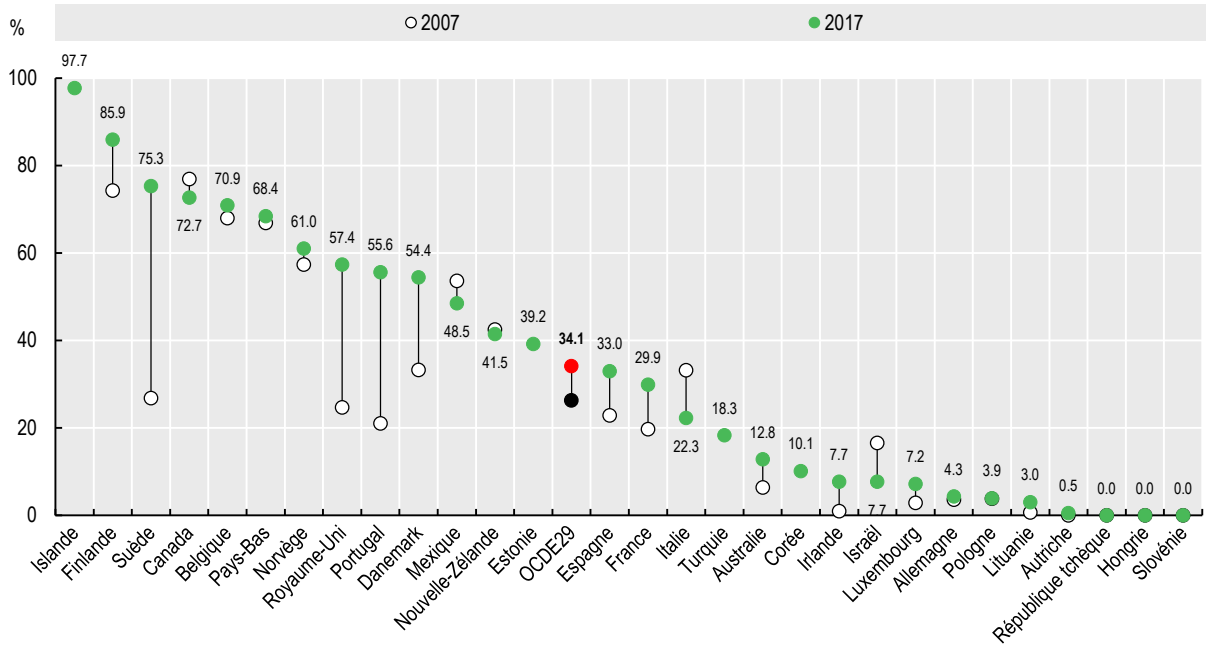
Graphique 9.18. **Opérations de la cataracte effectuées en chirurgie ambulatoire, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070472

Graphique 9.19. **Amygdalectomies effectuées en chirurgie ambulatoire, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070491





10. SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dépenses pharmaceutiques

Pharmaciens et pharmacies

Consommation de produits pharmaceutiques

Génériques et biosimilaires

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 soins pharmaceutiques sont en constante évolution, avec l'arrivée sur le marché de nombreux médicaments nouveaux. Ces derniers offrent des solutions de remplacement aux traitements existants et, dans certains cas, la possibilité de soigner des pathologies qui étaient auparavant considérées comme incurables. Toutefois, les coûts des nouveaux médicaments peuvent être très élevés, ce qui a d'importantes répercussions sur les budgets de santé. En 2017, les produits pharmaceutiques au détail représentaient près d'un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé, et ils constituaient le troisième poste de dépenses dans les pays de l'OCDE après les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Dans les pays de l'OCDE, le financement public et les régimes d'assurance obligatoires ont joué le rôle principal en matière d'achat de produits pharmaceutiques (Graphique 10.1). Ces régimes couvrent en moyenne 58 % des dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques vendus au détail, le reste étant en majeure partie financé par les patients, et 3 % seulement par les assurances souscrites à titre volontaire. En Allemagne et en France, l'État et les régimes d'assurance obligatoires prennent en charge 80 % ou plus des dépenses pharmaceutiques. En revanche, en Lettonie, en Pologne et en Lituanie, près des deux tiers des dépenses pharmaceutiques sont à la charge des patients.

Les dépenses de produits pharmaceutiques au détail s'établissaient en moyenne à 564 USD par personne, ajustés des différences de pouvoir d'achat, dans les pays de l'OCDE en 2017 (Graphique 10.2). Les différences entre pays sont marquées : les dépenses sont plus de deux fois plus élevées que la moyenne aux États-Unis, qui devancent à cet égard la Suisse et le Japon. Les dépenses par habitant étaient les plus faibles au Mexique et au Danemark, étant égales à environ la moitié ou moins de la moyenne de l'OCDE. Les différences entre pays en termes de dépenses par habitant traduisent les différences de tendances en matière de répartition et de délivrance des produits et de consommation des médicaments à la fois génériques et nouveaux, ainsi qu'en matière de politiques de prix et d'approvisionnement.

La majeure partie des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques au détail concerne les médicaments sur ordonnance (75 %), le reste les médicaments en vente libre (19 %) et les produits médicaux non durables (5 %). Le coût des médicaments en vente libre est habituellement à la charge des patients, mais il arrive que des organismes payeurs publics ou des régimes d'assurance obligatoires prennent en charge une partie. En fonction de la législation nationale, il se peut que certains médicaments en vente libre ne soient pas exclusivement vendus en pharmacie mais par exemple aussi en supermarché, en magasin ou sur internet. Les dépenses consacrées aux médicaments en vente libre sont en Pologne pratiquement équivalentes à celles qui sont consacrées aux médicaments sur ordonnance et elles représentent près d'un tiers du total en Espagne, en Lettonie et en Australie.

La croissance des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques au détail a fluctué ces dix dernières années dans la zone OCDE : elle a reculé pendant la crise financière et les années suivantes mais elle a de nouveau augmenté récemment (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7). C'est la conséquence des initiatives de nombreux gouvernements visant à mettre en place des mesures de maîtrise des coûts, comme le déremboursement de certains produits, la réduction des prix des fabricants et de la marge des pharmaciens et grossistes, et l'introduction ou l'augmentation de la participation financière demandée aux patients pour les médicaments sur ordonnance vendus en pharmacie (Belloni et al., 2016[1]).

Le Graphique 10.3 compare les taux de croissance des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques au détail et dans les hôpitaux pour une sélection de pays de l'OCDE. En Grèce, où des mesures de lutte contre le gaspillage de médicaments ont été adoptées, les dépenses liées aux produits pharmaceutiques vendus au détail ont considérablement diminué. Au cours des dix dernières années, la croissance a été positive dans certains pays, par exemple en Allemagne et au Canada, en partie à cause de l'introduction de nouveaux traitements très coûteux, notamment les traitements oncologiques et les médicaments contre l'hépatite C. L'analyse des produits pharmaceutiques au détail ne donne cependant qu'une image partielle des dépenses : le coût des produits pharmaceutiques consommés lors de soins hospitaliers peut aussi être élevé, représentant en moyenne 20 % de dépenses en plus. La croissance des dépenses en produits pharmaceutiques hospitaliers a dans l'ensemble été supérieure à celle des dépenses en médicaments vendus au détail, les taux les plus élevés ayant été observés en Corée et en Islande. Plusieurs pays, comme le Danemark, la Finlande et le Portugal, ont enregistré une croissance des dépenses en produits pharmaceutiques hospitaliers parallèlement à une réduction des dépenses en médicaments vendus au détail.

Définition et comparabilité

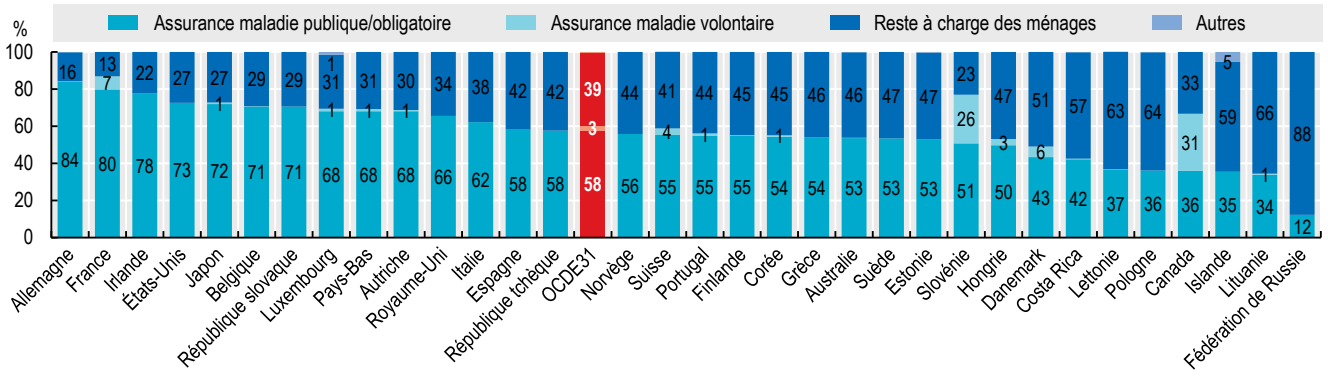
Les dépenses pharmaceutiques sont celles qui sont consacrées aux médicaments sur ordonnance et à l'automédication. D'autres biens médicaux non durables (comme les kits de premier secours et les seringues hypodermiques) en font aussi partie. Ces dépenses couvrent en outre la rémunération des pharmaciens lorsque celle-ci est distincte du prix des médicaments. Les produits pharmaceutiques au détail sont fournis en dehors des soins hospitaliers, comme ceux délivrés dans les pharmacies ou achetés au supermarché. Les produits pharmaceutiques hospitaliers comprennent les médicaments administrés ou délivrés pendant une hospitalisation.

Les dépenses au titre des produits pharmaceutiques au détail incluent les marges des grossistes et des détaillants et la taxe sur la valeur ajoutée. Dans la plupart des pays, les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes », c'est-à-dire qu'elles prennent en compte les ristournes éventuelles que les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies peuvent avoir à consentir. Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et d'autres structures de soins dans le cadre de traitements avec hospitalisation ou en ambulatoire sont exclus (les données disponibles semblent indiquer que leur inclusion renchérirait les dépenses pharmaceutiques au détail de 10 à 20 %). On observe des problèmes de comparabilité en matière d'administration et de délivrance de produits pharmaceutiques aux patients ambulatoires dans les hôpitaux. Dans certains pays, les coûts sont inclus dans la catégorie des soins curatifs ; dans d'autres, ils figurent dans celle des produits pharmaceutiques.

References

[1] Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (2016), « Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, N° 87, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en*.

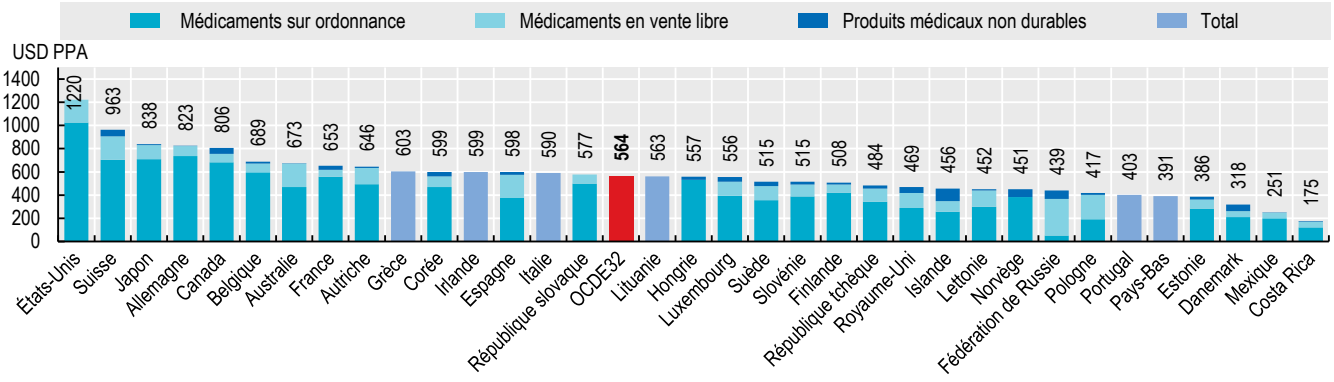
Graphique 10.1. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail[1] par type de financement, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : La catégorie « Autres » comprend les financements assurés par les régimes à but non lucratif, les entreprises et le reste du monde.
1. Produits médicaux non durables inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070510

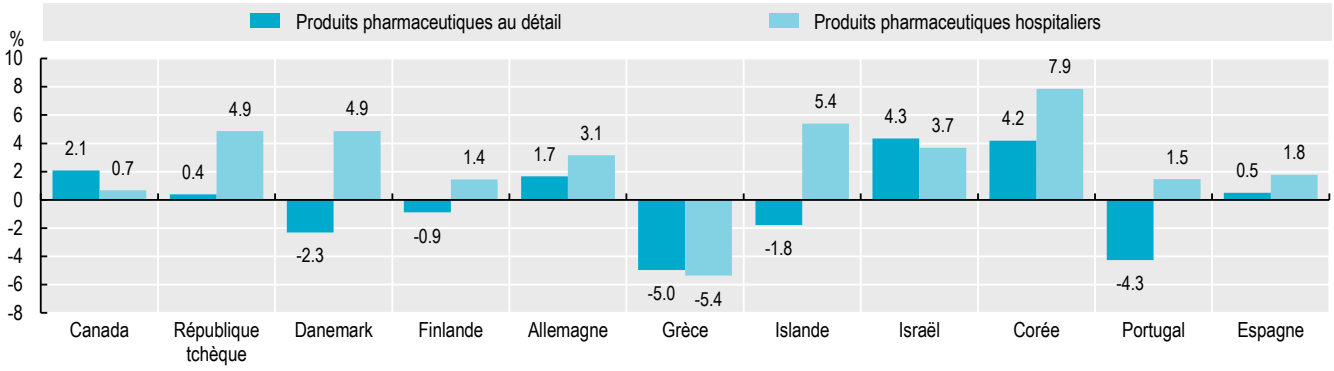
Graphique 10.2. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant, 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070529

Graphique 10.3. **Croissance annuelle moyenne des dépenses en produits pharmaceutiques au détail et hospitaliers, en termes réels, 2008-18 (ou année la plus proche)**



Note : L'estimation de l'OCDE pour le Portugal exclut des dépenses en produits au détail les dépenses relatives aux autres produits médicaux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070548

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens sont des professionnels de santé formés qui gèrent la distribution des médicaments aux consommateurs/patients et qui contribuent à garantir une utilisation sûre et efficace de ces produits. Entre 2000 et 2017, la densité des pharmaciens en exercice a crû de 33 % en moyenne dans les pays de l'OCDE pour s'établir à 83 pharmaciens pour 100 000 habitants (Graphique 10.4). C'est au Japon qu'elle est la plus élevée (181 pour 100 000 habitants) et aux Pays-Bas qu'elle est la plus faible (21 pour 100 000 habitants).

Le nombre de pharmaciens par habitant a augmenté dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des séries chronologiques sont disponibles. La hausse de la densité de pharmaciens a été la plus rapide au Japon, au Portugal et en Slovénie. Au Japon, la croissance du nombre de pharmaciens est dans une large mesure attribuable aux efforts menés par le gouvernement pour séparer plus clairement la prescription de médicaments par les médecins et leur délivrance par les pharmaciens (système Bungyo).

Dans la zone OCDE, la plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville, mais certains sont aussi employés dans les hôpitaux, l'industrie, la recherche et la sphère universitaire. Au Canada, par exemple, en 2016, plus des trois quarts des pharmaciens en exercice travaillaient dans une pharmacie de ville, tandis que 20 % étaient employés dans des hôpitaux ou d'autres établissements de soins (ICIS, 2017[1]). Au Japon, environ 57 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2016, quelque 19 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et les 24 % restants dans d'autres structures (Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale, 2017[2]).

Le nombre de pharmacies de ville pour 100 000 personnes va de 7 au Danemark à 88 en Grèce ; avec une moyenne de 29 à l'échelle de l'OCDE (Graphique 10.5). Ces divergences peuvent en partie s'expliquer par les différences dans les canaux de distribution habituels. Dans certains pays, ce sont davantage les pharmacies des hôpitaux qui délivrent les médicaments aux patients ambulatoires ; dans d'autres, les médecins continuent d'en dispenser à leurs patients (par exemple aux Pays-Bas). Au Danemark, les pharmacies de ville sont moins nombreuses mais elles sont souvent de grande taille, avec des succursales et des filiales rattachées à la pharmacie principale. La gamme des produits et services fournis par les pharmacies varie également d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays d'Europe, par exemple, les pharmacies vendent aussi des cosmétiques, des compléments alimentaires, des appareils médicaux et des produits homéopathiques.

Ces dernières années, le rôle des pharmaciens de ville a changé. Si leur fonction principale reste de délivrer des médicaments, ils fournissent de plus en plus des soins directs aux patients (par exemple, des vaccinations contre la grippe en Australie, en Irlande et en Nouvelle-Zélande, et une aide à l'observance des traitements médicamenteux en Australie, au Japon, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni), aussi bien en officine que dans le cadre d'équipes intégrées de prestataires de soins.

Définition et comparabilité

Les pharmaciens en exercice sont ceux 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 cadres. Les aides-pharmaciens et autres employés des pharmacies sont normalement exclus de cette catégorie.

En Irlande, les chiffres comprennent tous les pharmaciens inscrits à la *Pharmaceutical Society of Ireland*, et peuvent inclure des pharmaciens qui ne sont pas en activité. Les aides-pharmaciens sont inclus en Islande.

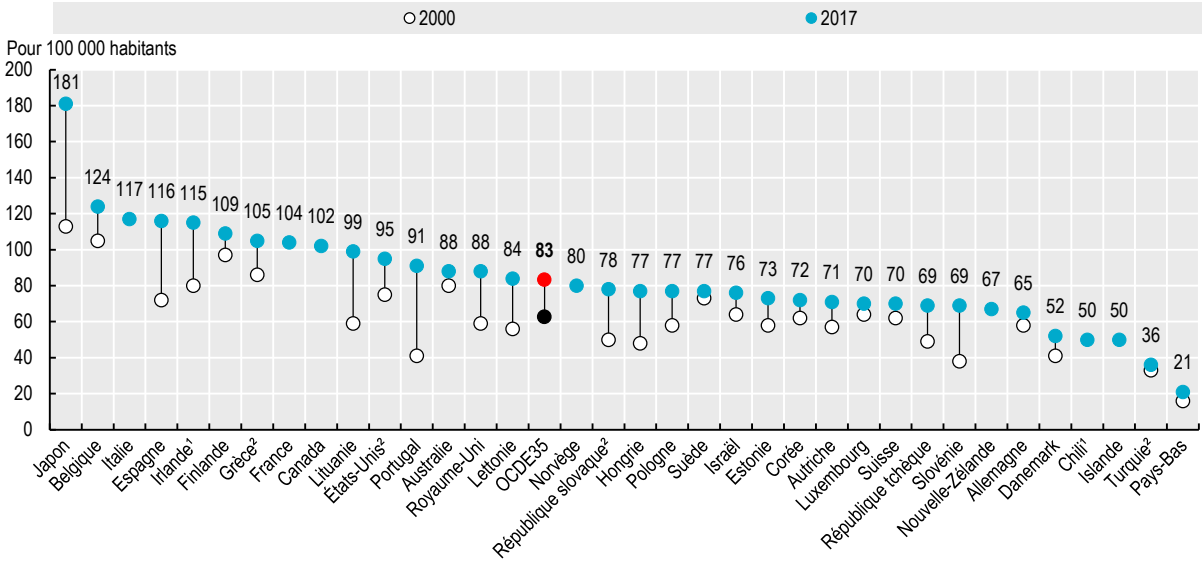
Les pharmacies de ville sont les établissements qui, conformément aux dispositions et définitions légales du pays, sont autorisés à fournir des services de pharmacie à l'échelon local. Le nombre indiqué de pharmacies de ville correspond aux établissements où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

Références

[1] ICIS (2017), « Pharmaciennes et pharmaciens », *https://www.cihi.ca/fr/pharmaciennes-et-pharmaciens* (consulté le 19 juillet 2019).

[2] Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale du Japon (2017), *Summary of Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists*, Health Statistics Office, Director-General for Statistics and Information Policy, Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale, Tokyo.

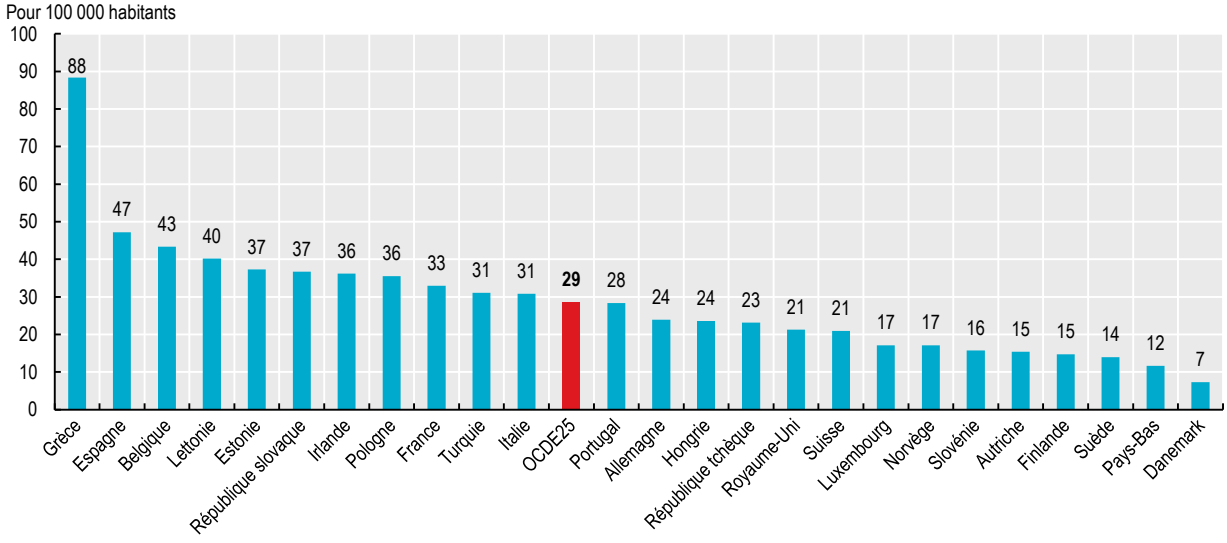
Graphique 10.4. **Pharmaciens en exercice, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données font référence à tous les pharmaciens habilités à exercer. 2. Les données concernent non seulement les pharmaciens qui fournissent des services directs aux patients, mais aussi ceux qui travaillent dans le secteur de la santé en tant que chercheurs, pour des entreprises pharmaceutiques, etc.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070567

Graphique 10.5. **Pharmacies de ville, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données 2017 du Groupement pharmaceutique de l'Union européenne ou sources nationales.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070586

Consommation de produits pharmaceutiques

La consommation de produits pharmaceutiques augmente depuis plusieurs décennies, 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, et sous celui de l'évolution de la pratique clinique. La présente section examine la consommation de quatre catégories de produits pharmaceutiques : les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants, les antidiabétiques et les antidépresseurs. Ces médicaments soignent des pathologies dont la prévalence a sensiblement augmenté dans les pays de l'OCDE ces dernières décennies.

La consommation d'antihypertenseurs dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne de 70 % entre 2000 et 2017, et presque quadruplé au Luxembourg et en Estonie (Graphique 10.6). Elle reste la plus élevée en Allemagne et en Hongrie, où elle est presque cinq fois plus forte qu'en Corée ou en Turquie. Ces variations reflètent vraisemblablement les différences à la fois dans la prévalence de l'hypertension et dans les pratiques cliniques.

L'utilisation d'hypocholestérolémiants a encore plus augmenté dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2017, où elle a triplé (Graphique 10.7). Le Royaume-Uni, le Danemark et la Belgique ont fait état des plus hauts niveaux de consommation par habitant en 2017, niveaux qui varient d'un à sept entre les pays de la zone OCDE.

L'utilisation de médicaments antidiabétiques a également considérablement augmenté, presque doublé, au cours de la même période dans la zone OCDE (Graphique 10.8). Cette hausse peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, qui est liée dans une large mesure à l'augmentation de celle de l'obésité (voir l'indicateur « Surcharge pondérale et obésité » au chapitre 4), qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2. En 2017, la consommation de médicaments antidiabétiques allait du simple au double entre la Lettonie, où elle était la plus basse, et la Finlande, où elle était la plus élevée.

La consommation d'antidépresseurs a doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2017 (Graphique 10.9). Cela peut indiquer une meilleure reconnaissance de la dépression, la disponibilité de thérapies, l'évolution des recommandations pour la pratique clinique et un changement d'attitude des patients et des professionnels (Mars et al., 2017[2]). Toutefois, les variations entre pays sont très nettes, l'Islande faisant état du plus haut niveau de consommation en 2018, lequel est dix fois plus élevé qu'en Lettonie.

Définition et comparabilité

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose moyenne d'entretien supposée, par jour, pour 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 g, ce qui est la dose moyenne d'entretien supposée, par jour, pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Elles peuvent être cumulées au sein des catégories thérapeutiques de la Classification thérapeutique anatomique (ATC) et entre celles-ci. Pour de plus amples informations : *http://www.whocc.no/atcddd*.

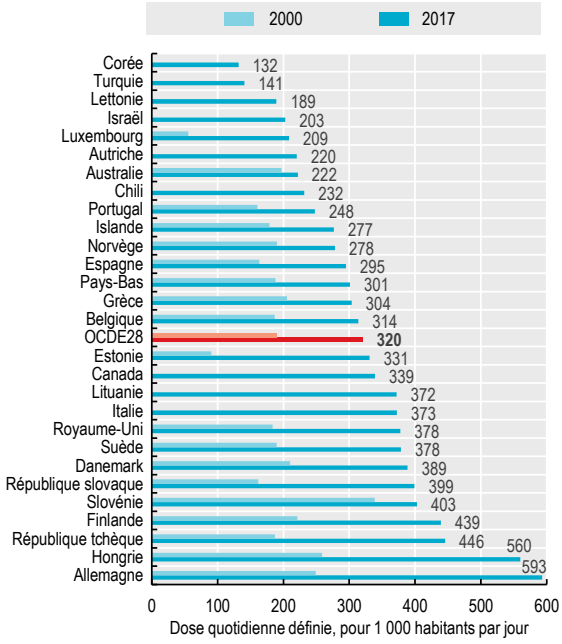
Le volume de la consommation de médicaments contre l'hypertension présenté dans le Graphique 10.6 correspond à la somme de cinq catégories de l'ATC2 qui peuvent toutes être prescrites à cet effet (C02-antihypertenseurs, C03-diurétiques, C07-bêtabloquants, C08-inhibiteurs des canaux calciques et C09-agents agissant sur le système rénine-angiotensine). Les codes de l'ATC pour les autres classes sont : C10 pour les médicaments réduisant le cholestérol ; A10 pour les antidiabétiques ; et N06A pour les antidépresseurs.

En règle générale, les données concernent uniquement la consommation ambulatoire, à l'exception du Chili, de la Corée, de l'Estonie, de la Finlande, de l'Islande, de l'Italie, de la Norvège, de la République slovaque, de la République tchèque 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 et le Luxembourg concernent la consommation ambulatoire pour les médicaments sur ordonnance couverts par le système national de santé (assurance publique). Les données du Luxembourg sont sous-estimées en raison de la prise en compte incomplète des produits contenant de multiples principes actifs.

Références

[1] Mars, B. et al. (2017), « Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995–2011 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, n° 2, pp. 193-200, *http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1306-4*.

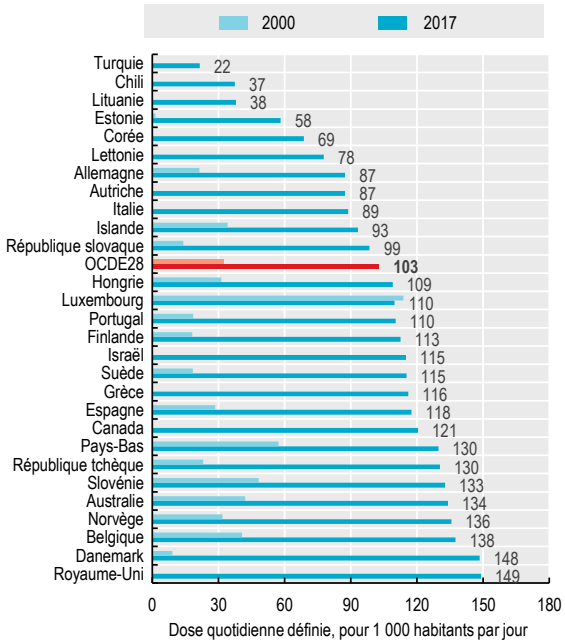
Graphique 10.6. **Consommation d'antihypertenseurs, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les données correspondent à la somme des catégories suivantes : C02-antihypertenseurs, C03-diurétiques, C07-bêtabloquants, C08-inhibiteurs des canaux calciques, C09-agents agissant sur le système rénine-angiotensine.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070605

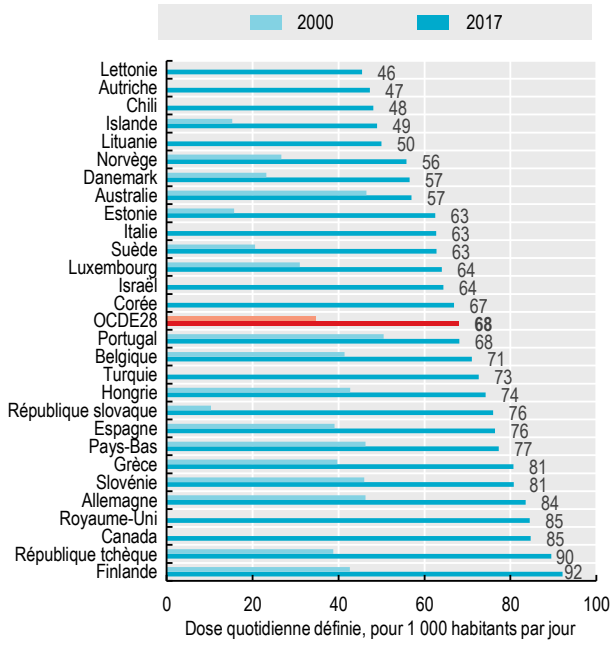
Graphique 10.7. **Consommation d'hypocholestérolémiants, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les données correspondent à la catégorie C10-agents modifiant les lipides.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070624

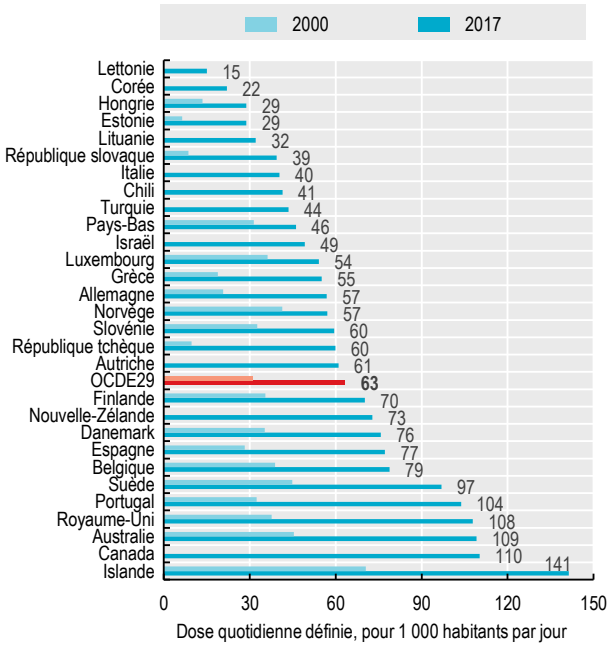
Graphique 10.8. **Consommation d'antidiabétiques, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les données correspondent à la catégorie A-10-antidiabétiques.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070643

Graphique 10.9. **Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les données correspondent à la catégorie N06A-antidépresseurs.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070662

Génériques et biosimilaires

Tous les pays de l'OCDE voient dans le marché des génériques et des biosimilaires l'occasion de renforcer l'efficience des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti des possibilités offertes par ce marché. Les génériques ont représenté en 2017 plus des trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus au Royaume-Uni, au Chili, en Allemagne et en Nouvelle-Zélande, mais moins d'un quart au Luxembourg et en Suisse (Graphique 10.10). Les différences de structure des marchés (notamment le nombre de médicaments tombés dans le domaine public) et de pratique de prescription expliquent certaines divergences entre pays, mais la consommation de génériques est aussi liée aux politiques en vigueur (OCDE, 2018[1] ; Socha-Dietrich, James et Couffinhal, 2017[2]). En Autriche, par exemple, les pharmaciens ne sont toujours pas autorisés à remplacer un médicament par son générique. Au Luxembourg, le remplacement par un générique par les pharmaciens est régi par la loi mais limité à certains médicaments.

De nombreux pays ont adopté des incitations financières à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients pour stimuler le marché des génériques. Ces dix dernières années, la France et la Hongrie, par exemple, ont adopté des mesures destinées, grâce à un système de rémunération basée sur la performance, à inciter les généralistes à prescrire des génériques. En Suisse, les pharmaciens reçoivent une rémunération lorsqu'ils remplacent un médicament par son générique ; en France, les pharmacies reçoivent un bonus si elles affichent un taux de substitution élevé. Dans de nombreux pays, les tiers payeurs remboursent un montant fixe pour un médicament donné, ce qui permet au patient de choisir entre le princeps et son générique, la différence étant à sa charge. C'est le cas en Grèce, où les patients qui choisissent le princeps plutôt que le générique sont également tenus de régler directement la différence de prix.

Les médicaments biologiques contiennent des substances actives de source biologique, telles que des cellules ou des organismes vivants. Lorsque ces médicaments ne bénéficient plus d'une protection monopolistique, des 'copies' («biosimilaires») de ces produits peuvent être approuvées. Les biosimilaires ont accru la concurrence par les prix et amélioré l'accessibilité économique.

En 2017, les biosimilaires représentaient plus de 70 % du volume du « marché accessible » pour l'érythropoïétine (utilisée pour traiter l'anémie) en Finlande, en Allemagne, en République slovaque et en Grèce (Graphique 10.11). Dans la plupart des pays européens, les prix de l'érythropoïétine ont chuté de 30 à 80 % après l'entrée des biosimilaires sur le marché. En Norvège et au Danemark, connus pour leurs politiques efficaces en matière d'approvisionnement, les données pour 2017 montrent une consommation nulle ou faible des biosimilaires et aucune baisse des prix. Au Danemark, le processus d'appel d'offres a enclenché une concurrence entre les princeps, qui s'est soldée par des baisses de prix que les biosimilaires ne pouvaient pas suivre. En Norvège, le princeps a remporté le marché national en 2017, avec des remises confidentielles qui ont influé sur les prix de référence. Ces exemples mettent en exergue les problèmes inhérents au manque de transparence des prix.

Pour les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF, utilisés dans le traitement des maladies auto-immunes et à médiation immunitaire), les biosimilaires occupent plus de 90 % du marché accessible au Danemark et en Norvège, mais moins de 10 % en Suisse, en Irlande et en Grèce (Graphique 10.11). La baisse des prix depuis l'entrée des biosimilaires sur le marché est plus modeste que pour l'érythropoïétine : elle va de 4 % en Suisse à 45 % en Pologne. Pour ces deux biosimilaires, la baisse réelle des prix peut être supérieure à ce que montrent les chiffres, qui ne portent que sur les prix de référence.

Définition et comparabilité

Un médicament 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 de marque (portant un nom commercial spécifique) et les génériques sans marque (désignés par la dénomination commune internationale et le nom du laboratoire).

Les pays ont été invités à fournir des données pour tous les marchés concernés. Toutefois de nombreux pays ont fourni des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou le marché des médicaments remboursables (voir les notes du graphique). 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.

Un produit médical biosimilaire (un biosimilaire) est un produit qui a obtenu l'homologation réglementaire, qui présente des similitudes suffisantes avec le produit médical de référence (biologique) en termes de caractéristiques qualitatives, d'activité biologique, de sécurité et d'efficacité.

La part de marché des biosimilaires et l'évolution des prix sont mesurées pour le « marché accessible », c'est-à-dire le marché des princeps, qui ne sont plus protégés, et de leurs biosimilaires. La part de marché correspond aux jours de traitement avec des biosimilaires en proportion du volume total du/des biosimilaires et du/des produit(s) référencés. L'évolution des prix correspond à la différence entre les prix pratiqués en 2017 et ceux pratiqués l'année précédant l'entrée du premier biosimilaire sur le marché.

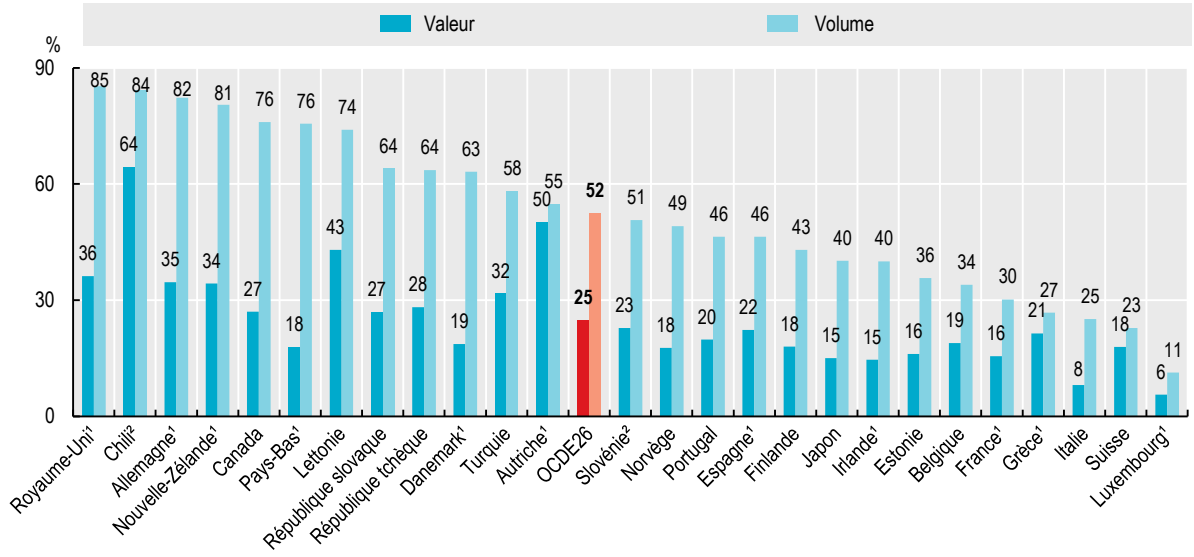
Références

[1] OCDE (2018), « Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals », in *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-5-en*.

[3] QuintilesIMS (2017), *The Impact of Biosimilar Competition in Europe*, QuintilesIMS Institute, Parsippany, *http://www.quintilesims.com*.

[2] Socha-Dietrich, K., C. James et A. Couffinhal (2017), « Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals », in *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-7-en*.

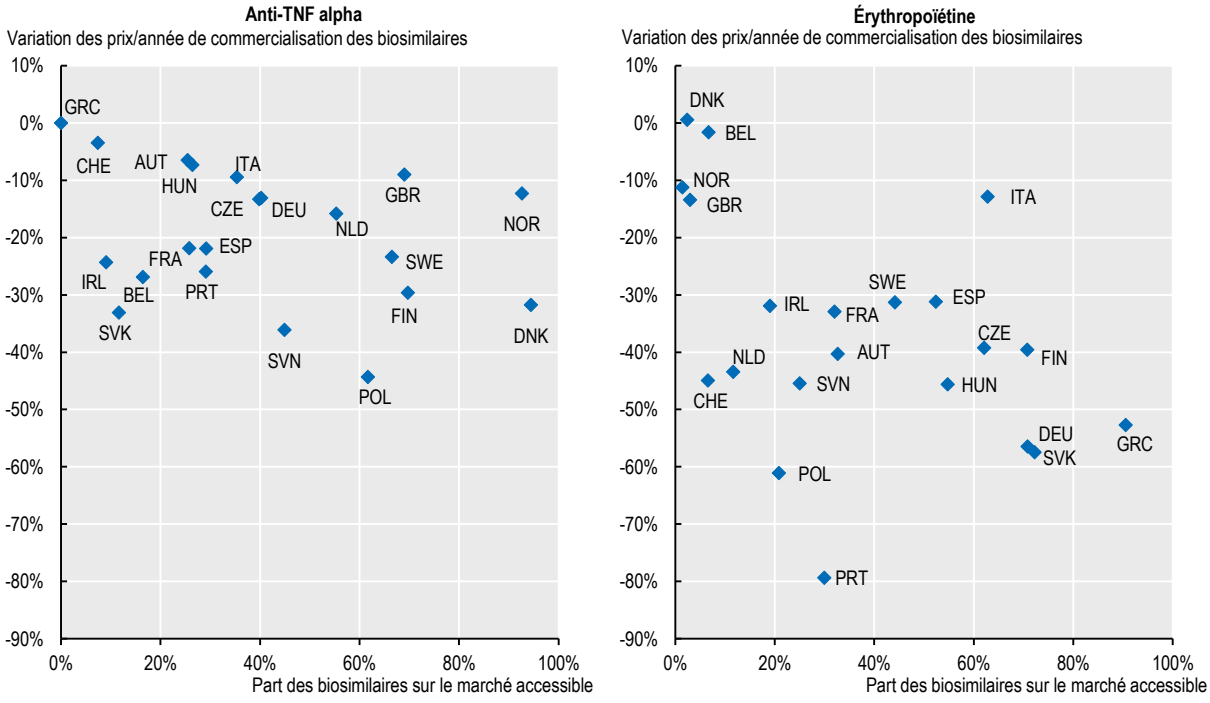
Graphique 10.10. **Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Marché des médicaments remboursés. 2. Marché des pharmacies de ville.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070681

Graphique 10.11. **Anticorps anti-TNF alpha et érythropoïétine, part de marché des biosimilaires, en nombre de jours de traitement, par rapport au marché accessible, 2017 (ou année la plus proche), dans les pays européens**



Note : Le « marché accessible » comprend les princeps tombés dans le domaine public et leurs biosimilaires. Les données sur les anticorps anti-TNF alpha portent sur l'infliximab et l'étanercept.
Source : IQVIA MIDAS MAT, décembre 2017.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070700

Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique

Le financement de la R-D (recherche-développement) pharmaceutique résulte d'une combinaison complexe de sources publiques et privées. Les pouvoirs publics soutiennent principalement la recherche fondamentale et les travaux de recherche préliminaires moyennant des dotations budgétaires directes, des subventions de recherche et le financement d'établissements de recherche publics et d'établissements d'enseignement supérieur. L'industrie pharmaceutique participe activement à toutes les phases de R-D mais sa plus grande contribution consiste à traduire et appliquer les connaissances pour développer des produits. Les essais cliniques nécessaires à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont en grande partie financés par le secteur privé. Toutefois, celui-ci reçoit également des subventions directes de R-D ou bénéficie de crédits d'impôt dans de nombreux pays.

En 2016, les gouvernements de 31 pays de l'OCDE pour lesquels il existe des données ont alloué ensemble environ 53 milliards USD à la R-D dans le domaine de la santé (un domaine plus large que les produits pharmaceutiques). Ce chiffre est une sous-estimation du soutien total des pouvoirs publics car il exclut la plupart des incitations fiscales de même que les fonds alloués à l'enseignement supérieur et aux entreprises publiques. En parallèle, l'industrie pharmaceutique a consacré quelque 101 milliards USD à la R-D dans les différents pays de l'OCDE.

La majeure partie des dépenses de R-D de l'industrie pharmaceutique vient des pays de l'OCDE mais la part des pays non membres augmente (EFPIA, 2018[1]). La croissance a été particulièrement rapide en Chine, où le secteur privé a consacré à la R-D 14 milliards USD en 2016 (0.07 % du PIB), soit 2.5 fois plus qu'en 2010 (en termes réels) (OCDE, 2019[2]). Près des deux tiers des dépenses effectuées dans les pays de l'OCDE (Graphique 10.12) interviennent aux États-Unis, où l'industrie pharmaceutique a dépensé environ 65 milliards USD (0.35 % du PIB), et où les budgets publics de R-D dans le domaine de la santé étaient de 36 milliards USD (0.19 % du PIB). En Europe, l'industrie a dépensé 20 milliards USD (0.1 % du PIB) et les gouvernements ont alloué 11 milliards USD (0.06 % du PIB) à la R-D ; au Japon, les chiffres s'élevaient respectivement à 13 milliards USD (0.25 % du PIB) et à 1.4 milliard USD (0.03 % du PIB). En proportion du PIB, les dépenses de l'industrie sont les plus élevées en Suisse (0.85 %), au Danemark (0.46 %) et en Slovénie (0.45 %), qui sont des pays plus petits dotés de secteurs pharmaceutiques relativement importants.

L'industrie pharmaceutique affiche une forte intensité de R-D. En moyenne dans les pays de l'OCDE, elle a dépensé près de 12 % de sa valeur ajoutée brute en R-D, une part presque aussi élevée que dans le secteur des produits électroniques et optiques et dans l'industrie aéronautique et spatiale, et considérablement supérieure à la moyenne de l'ensemble du secteur manufacturier (Graphique 10.13).

Les dépenses de R-D dans l'industrie pharmaceutique ont progressé de plus de 14 % en termes réels dans les pays de l'OCDE entre 2010 et 2016. En outre, le nombre d'autorisations de mise sur le marché a augmenté depuis 2010 alors qu'il avait reculé après les années 1980. Aux États-Unis, par exemple, le nombre annuel d'autorisations est revenu à un niveau similaire à celui observé dans les années 1980 (Graphique 10.14). Toutefois, vu l'augmentation des dépenses de R-D, le nombre d'autorisations par milliard USD de R-D corrigé de l'inflation n'a pas cessé de baisser.

Ce schéma de diminution de la productivité malgré les avancées technologiques est dû à une combinaison complexe de facteurs, parmi lesquels la multiplication des conditions à observer pour obtenir une autorisation de mise sur le marché, ce qui a entraîné une hausse du coût des essais cliniques, et un catalogue de médicaments efficaces toujours plus fourni, de sorte que les efforts de recherche se réorientent vers des médicaments pour traiter des pathologies plus complexes. La hausse des coûts de R-D peut être à la fois une cause et un résultat de la hausse des prix des médicaments, car l'acceptation de prix plus élevés par les assureurs peut rendre financièrement viable une R-D de plus en plus coûteuse et l'acquisition de projets de R-D. L'augmentation des coûts de R-D et d'acquisition de projets peut alors également entraîner une hausse des prix.

Définition et comparabilité

Les dépenses intérieures de R-D du secteur des entreprises (DIRDE) couvrent la R-D réalisée par les entreprises, quelle que soit l'origine des fonds, qui peuvent être des subventions publiques. Les DIRDE sont enregistrées dans le pays où a lieu l'activité de R-D et non dans le pays d'origine du financement. Les agences statistiques nationales recueillent ces données principalement par des enquêtes et selon le *Manuel de Frascati* mais les pratiques nationales varient dans une certaine mesure. La « R-D pharmaceutique » désigne les DIRDE des entreprises classées dans l'industrie pharmaceutique. L'Europe inclut les 21 membres de l'UE qui sont aussi membres de l'OCDE ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse (données non disponibles pour le Luxembourg et la Lituanie).

Les crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) englobent la R-D menée directement par les administrations publiques et les sommes versées à d'autres institutions pour financer la R-D. « La R-D dans le domaine de la santé » désigne les CBPRD employés dans le but de protéger, promouvoir et restaurer la santé humaine, ce qui recouvre notamment tous les aspects des soins médicaux et sociaux. En sont exclus les dépenses des entreprises publiques et les fonds universitaires généraux qui sont ensuite affectés à la santé.

La valeur ajoutée brute (VAB) d'un secteur correspond à la production brute moins la consommation intermédiaire. Elle inclut le coût des salaires, la consommation de capital fixe et les impôts sur la production. Dans la mesure où la VAB n'inclut pas la consommation intermédiaire, elle est moins sensible que la production brute à la dépendance sectorielle envers l'apport de matières premières. La moyenne OCDE du Graphique 10.13 correspond à la moyenne non pondérée de l'intensité de R-D dans 18 pays pour lesquels des données sont disponibles en ce qui concerne les industries aéronautique et spatiale et dans 29 à 33 pays pour tous les autres secteurs.

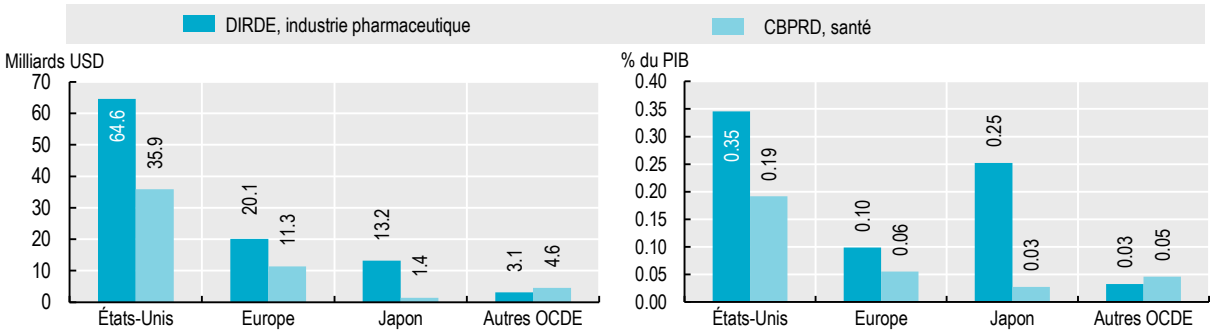
Les données du Graphique 10.14 comprennent les autorisations de nouvelles entités moléculaires (NEM), les demandes d'enregistrement de nouveau médicament (NDA), les nouvelles demandes de licence de produits biologiques (BLA) et les autres BLA.

Références

[1] EFPIA (2018), *The Pharmaceutical Industry in Figures*, *https://www.efpia.eu/media/361960/efpia-pharmafigures2018_v07-hq.pdf*.

[2] OCDE (2019), *Base de données analytique sur les dépenses de recherche-développement dans le secteur des entreprises (ANBERD)*, *http://oe.cd/anberd*.

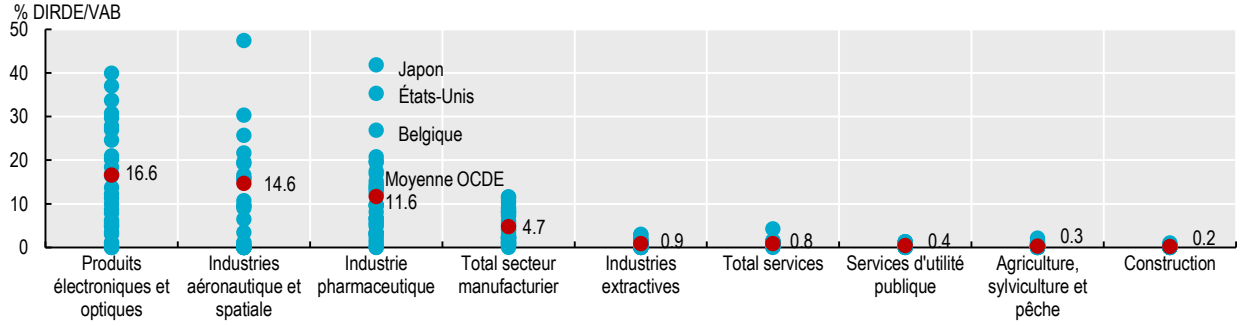
Graphique 10.12. **Dépenses intérieures de R-D des entreprises pharmaceutiques (DIRDE) et crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) dans le domaine de la santé, 2016 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données de l'OCDE sur les principaux indicateurs de la science et de la technologie et Base de données de l'OCDE sur les statistiques de R-D.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070719

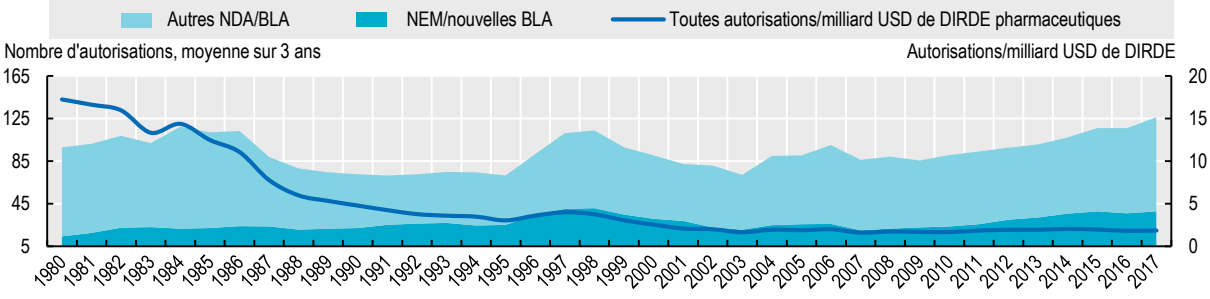
Graphique 10.13. **Intensité de R-D par secteur : dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) en proportion de la valeur ajoutée brute (VAB), 2016 (ou année la plus proche)**



Source : OCDE, Base de données analytique sur les dépenses de R-D dans le secteur des entreprises, Base de données pour l'analyse structurelle et Base de données sur les comptes nationaux des pays de l'OCDE.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070738

Graphique 10.14. **Nombre annuel d'autorisations de nouveaux médicaments par milliard USD dépensé en R-D par les entreprises pharmaceutiques aux États-Unis (montants corrigés de l'inflation), 1980-2017**



Note : NEM = nouvelles entités moléculaires ; NDA = demandes d'enregistrement de nouveau médicament ; BLA = licence de produits biologiques.
Sources : United States Food and Drug Administration ; Pharmaceutical Research and Manufacturers of America.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070757





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

Démence

Sécurité des prescriptions pour les populations âgées

Sécurité des soins de longue durée

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 et coûts unitaires

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

En moyenne, la part de la population âgée de 65 ans et plus a presque doublé au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, passant de moins de 9 % en 1960 à plus de 17 % en 2017. Compte tenu de la baisse des taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie (voir l'indicateur relatif à l'espérance de vie au chapitre 3), les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante de la population dans les pays de l'OCDE.

Cette proportion devrait continuer d'augmenter dans les prochaines décennies, pour passer de 17.4 % en 2017 à 27.1 % en 2050 (Graphique 11.1). Dans cinq pays de l'OCDE (Italie, Portugal, Grèce, Japon et Corée), plus d'un tiers de la population sera âgée de plus de 65 ans en 2050. En revanche, en Israël, au Mexique et en Australie, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront moins de 20 % de la population, en raison de taux de fécondité et d'immigration plus importants.

L'augmentation de la population âgée de 65 ans et plus a été marquée dans toute la zone OCDE, avec une hausse particulièrement rapide pour les « plus âgés » (les personnes de 80 ans et plus). En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part de la population âgée de 80 ans et plus devrait plus que doubler entre 2017 et 2050, passant de 4.6 % à 10.1 %. Au moins une personne sur 10 aura 80 ans ou plus dans près de la moitié (17) des pays de l'OCDE d'ici à 2050, tandis qu'elles seront plus d'une sur huit dans six pays (Lituanie, Portugal, Italie, Grèce, Corée et Japon).

La plupart des pays partenaires de l'OCDE présentent une pyramide des âges plus jeune que de nombreux pays membres, mais le vieillissement de la population les touchera néanmoins dans les années à venir, et parfois à un rythme plus rapide que celui que connaissent les pays de l'OCDE. En Chine, la proportion de la population de plus de 65 ans augmentera beaucoup plus rapidement que dans les pays de l'OCDE, passant de 10.6 % en 2017 à 26.3 % en 2050. La proportion des plus de 80 ans y augmentera encore plus brusquement, et sera multipliée par plus de trois (1.8 % en 2017 contre 8.1 % en 2050). Le Brésil – dont la part de la population âgée de 65 ans et plus correspondait à peine à la moitié de la moyenne de l'OCDE en 2017 – connaîtra une hausse identique : près de 22 % de sa population devrait avoir plus de 65 ans en 2050.

La vitesse du vieillissement démographique varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, le Japon en particulier ayant connu un vieillissement rapide au cours des trente dernières années (Graphique 11.2). Dans les prochaines années, c'est la Corée qui devrait subir le vieillissement démographique le plus rapide de la zone OCDE : la proportion des plus de 80 ans devrait quintupler pour passer de 3 % en 2017 (bien en-deçà de la moyenne de l'OCDE de 4.6 %) à 15.1 % (bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 10.1 %) en 2050. Dans les pays partenaires de l'OCDE, la rapidité du vieillissement démographique est moins importante, même s'il va s'accélérer dans certains grands pays comme le Brésil et la Chine au cours des prochaines décennies.

Une des implications majeures de ce vieillissement démographique rapide est la contraction de l'offre potentielle de main-d'œuvre dans l'économie, et ce malgré les récents efforts déployés par les pays en faveur de l'allongement de la vie professionnelle. En outre, malgré l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé observée ces dernières années (voir l'indicateur « Espérance de vie en bonne santé »), le vieillissement de la population conduira certainement à un accroissement de la demande de soins de longue durée à forte intensité de main-d'œuvre. Entre 2015 et 2030, le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins dans le monde devrait augmenter de 100 millions (OIT et OCDE, 2019[1]). Des pays comme les États-Unis sont déjà confrontés à des pénuries de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée, et dans les années à venir, d'autres pays rencontreront des difficultés à recruter et à conserver du personnel qualifié dans ce secteur (voir l'indicateur « Emploi dans le secteur des soins de longue durée »).

Définition et comparabilité

Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE de 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 2019).

Références

[2] Muir, T. (2017), « Measuring social protection for long-term care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

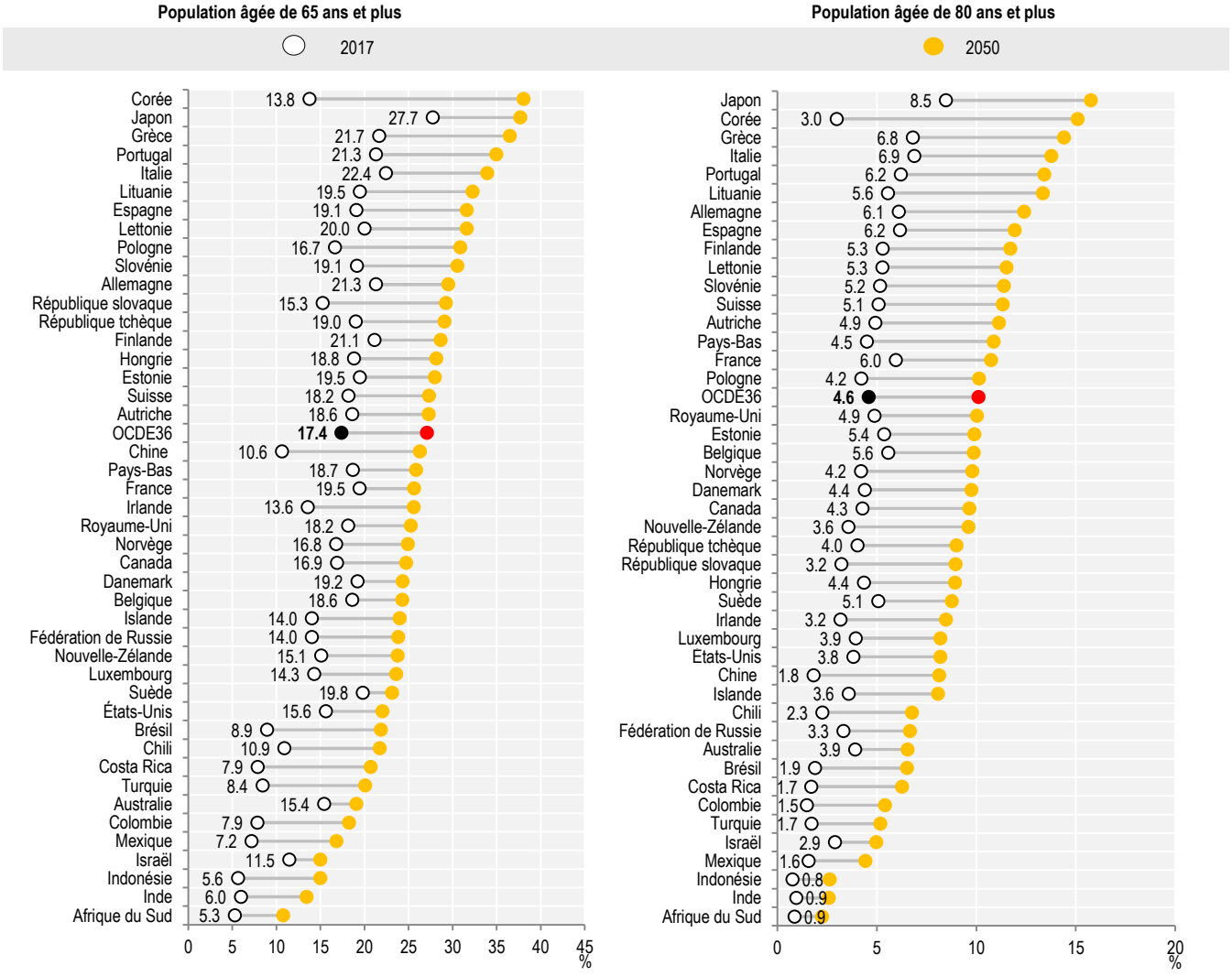
[4] OCDE (2018), *Panorama des pensions 2017 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/pension_glance-2017-fr*.

[3] OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en*.

[1] OCDE et OIT (2019), *New job opportunities in an ageing society*, *https://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf*.

[5] Organisation des Nations Unies (2019), *2019 Revision of World Population Prospects*, Nations Unies, *https://esa.un.org/unpd/wpp/*.

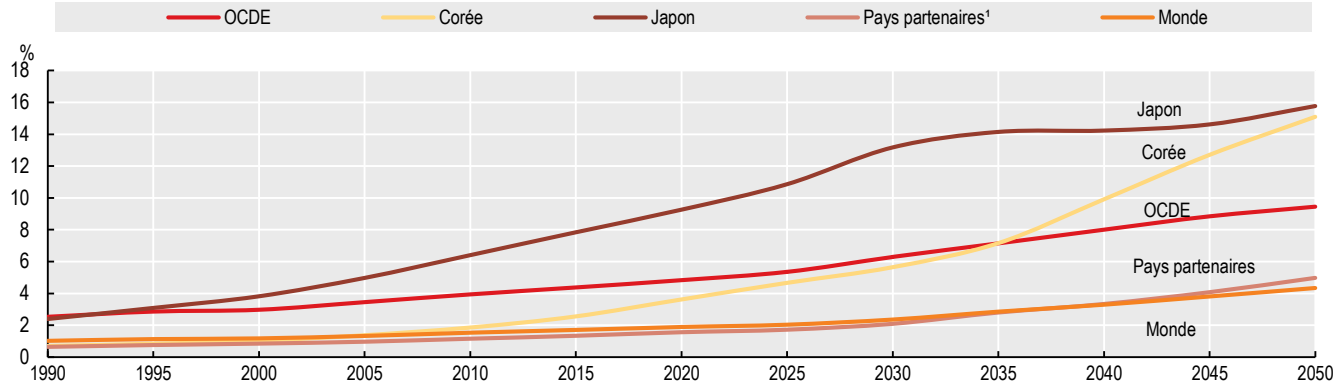
Graphique 11.1. **Part de la population âgée de plus de 65 et 80 ans, 2017 et 2050**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070776

Graphique 11.2. **Évolution de la part de la population âgée de plus de 80 ans, 1990-2050**



1. Les pays partenaires incluent l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie.
Source : Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070795

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

Tous les pays de l'OCDE ont connu une augmentation considérable de l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes au cours des dernières décennies : elle a ainsi augmenté en moyenne de 5.5 ans dans ces pays entre 1970 et 2017 (Graphique 11.3). Sur cette même période, quatre pays (Australie, Finlande, Corée et Japon) ont enregistré une progression de plus de sept ans, tandis qu'un seul pays (la Lituanie) a connu une augmentation de moins de deux ans.

En moyenne dans l'OCDE, les personnes âgées de 65 ans peuvent espérer vivre 19.7 années supplémentaires. Les femmes ont une espérance de vie à 65 ans supérieure de 2.5 années à celle des hommes, un écart qui n'a pas évolué sensiblement depuis 1970 (l'espérance de vie à 65 ans était alors supérieure de 2.9 années pour les femmes). En 2017, c'était au Japon que l'espérance de vie à 65 ans était la plus élevée pour les femmes (24.4 ans) et en Suisse pour les hommes (20 ans). Parmi les pays de l'OCDE, elle était la plus basse en Hongrie pour les femmes (18.4 ans) et en Lettonie pour les hommes (14.1 ans).

Entre 1970 et 2017, tous les pays de l'OCDE ont connu une amélioration de l'espérance de vie à 65 ans, mais toutes ces années supplémentaires ne sont pas vécues en bonne santé. Le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre (Graphique 11.4). 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 EU-SILC (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie). En moyenne dans les pays de l'OCDE participant à l'enquête, le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans était de 9.6 ans pour les femmes et de 9.4 ans pour les hommes, une différence bien moins importante que celle observée pour l'espérance de vie à 65 ans en général. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était supérieure à 15 ans pour les hommes et les femmes en Norvège, en Suède et en Islande ; pour les hommes, cela fait presque trois ans de plus que dans les pays qui viennent ensuite (l'Irlande et l'Espagne). L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était inférieure à 5 années tant pour les hommes que pour les femmes en République slovaque et en Lettonie. Dans ces pays, les femmes passent près de 80 % des années de vie supplémentaires en mauvaise santé, contre moins de 30 % en Norvège, en Suède et en Islande.

La progression de l'espérance de vie à 65 ans s'est ralentie ces dernières années (Graphique 11.5). Elle a augmenté de 11 mois en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 2002 et 2007, mais entre 2012 et 2017 elle n'a progressé que d'un peu plus de sept mois. La progression s'est accélérée uniquement dans huit pays de l'OCDE (Chili, Grèce, Israël, Japon, Lettonie, Lituanie, République slovaque et Turquie) entre 2012 et 2017 par rapport à la période 2002-07 ; en Islande, l'espérance de vie à 65 ans a régressé entre 2012 et 2017. Ce ralentissement en 2012-17 par rapport à 2002-07 s'explique en partie par la forte épidémie de grippe de 2014-15, qui a particulièrement touché les personnes âgées et les plus fragiles. Avec le vieillissement de la population, les pays de l'OCDE vont devoir anticiper certains problèmes sanitaires, comme des épidémies de grippe, susceptibles de toucher plus particulièrement les plus âgés, et se préparer à y faire face, y compris en veillant à obtenir des taux de vaccination élevés contre la grippe.

Définition et comparabilité

L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles un individu peut espérer vivre, dans l'hypothèse de taux de mortalité stables. 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 écarts qui restent inférieurs à un an. L'espérance de vie à 65 ans est la moyenne non pondérée des espérances de vie des hommes et des femmes. Les gains d'espérance de vie ont été calculés comme étant la différence de nombre d'années gagnées entre les périodes 2002-07 et 2012-17.

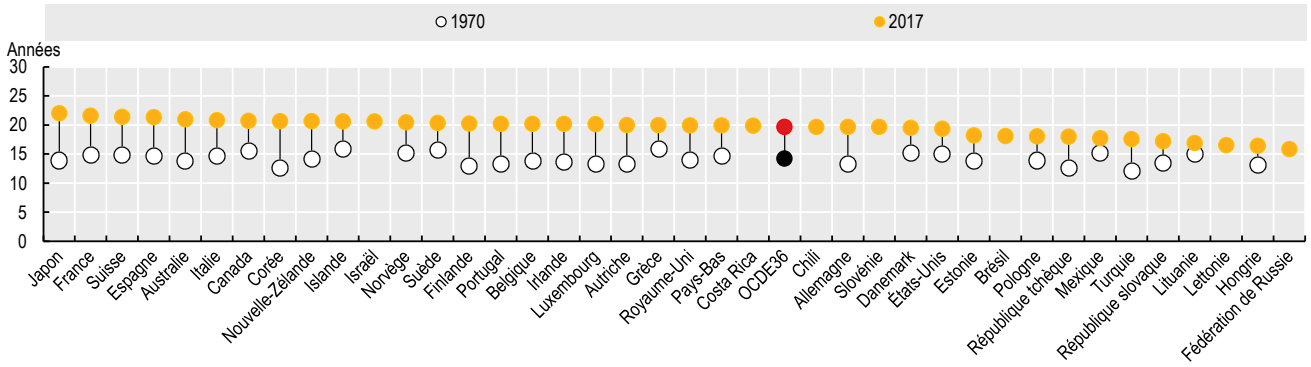
L'espérance de vie sans incapacité, ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité. En Europe, les années de vie en bonne santé sont calculées chaque année par Eurostat pour les pays de l'Union européenne et certains pays de l'AELE. L'incapacité est mesurée par l'indicateur général de limitation de l'activité (GALI), qui est issu des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). La question est : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? Les possibilités de réponse sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Bien que les années de vie en bonne santé fournissent aujourd'hui les données les plus comparables, 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[1]). Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE de 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 2019).

Références

[1] 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. 892-899.

[2] Mäki, N. et al. (2013), « Educational Differences in Disability-free Life Expectancy: A Comparative study of Long-standing Activity Limitation in Eight European Countries », *Social Science & Medicine*, vol. 94, pp. 1-8.

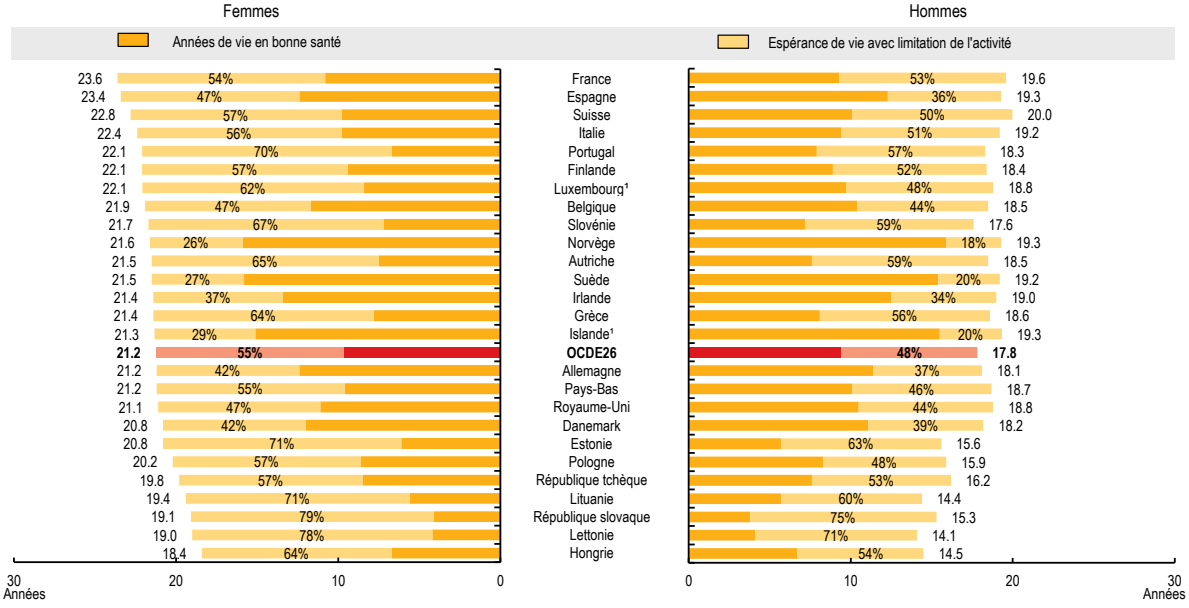
Graphique 11.3. **Espérance de vie à 65 ans, 1970 et 2017 (ou année la plus proche)**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070814

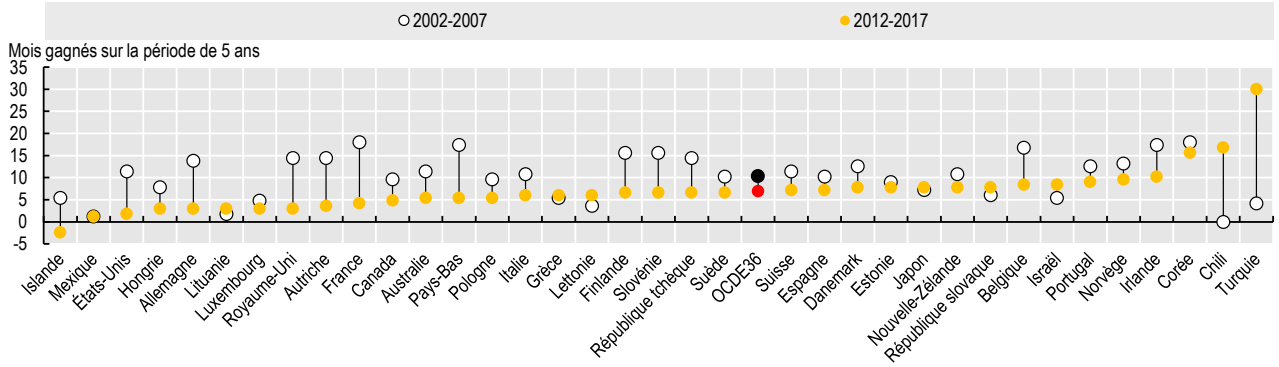
Graphique 11.4. **Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : La comparabilité des données est limitée en raison de facteurs culturels et de la formulation différente des questions dans l'enquête EU-SILC.
1. Moyenne sur trois ans (2015-17).
Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070833

Graphique 11.5. **Ralentissement de l'allongement de l'espérance de vie**



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

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070852

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Alors même que l'espérance de vie à 65 ans a augmenté dans les pays de l'OCDE, de nombreux individus passent une grande partie de leur vie âgée dans un état de santé moyen à mauvais (voir la section « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé ». En 2017, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans dans 35 pays de l'OCDE faisaient mention d'un état de santé moyen ou mauvais (Graphique 11.6). Les personnes âgées des pays de l'OCDE d'Europe orientale déclarent des taux de santé moyenne ou mauvaise parmi les plus élevés, avec plus de trois quart de la population âgée de 65 ans ou plus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais en Lituanie, en Lettonie, en Estonie, en Hongrie, en Pologne et en République slovaque. Des taux élevés de mauvaise santé sont également déclarés au Portugal et en Corée. Les femmes sont légèrement plus nombreuses à faire mention d'un état de santé moyen ou mauvais ; elles sont ainsi 59 % en moyenne dans l'OCDE à déclarer que leur santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise, contre 54 % pour les hommes. Moins de 40 % de la population totale âgée de 65 ans et plus déclarait un état de santé moyen ou mauvais dans cinq pays européens (Norvège, Irlande, Suisse, Suède et Pays-Bas). C'est en Irlande que le taux de santé moyenne ou mauvaise déclaré par les femmes est le plus bas (31 %), et en Norvège pour les hommes (31 % également).

Dans pratiquement tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, les personnes âgées situées dans le quintile de revenu le plus bas sont plus susceptibles de se déclarer dans un état de santé moyen ou mauvais (deux personnes sur trois) que celles qui se situent dans le quintile le plus élevé (moins d'une sur deux) (Graphique 11.7). Dans tous les pays à l'exception du Luxembourg, l'écart entre les déclarations de santé moyenne ou mauvaise chez les personnes du quintile de revenu le plus bas et le quintile le plus élevé est supérieur à 14 points de pourcentage. Dans cinq pays (Islande, Norvège, Finlande, Suède et Irlande) les personnes de 65 ans et plus appartenant au quintile de revenu le plus bas sont deux fois plus susceptibles de déclarer un état de santé moyen ou mauvais que celles appartenant au quintile le plus élevé.

Dans 26 pays de l'OCDE, 50 % des personnes de 65 ans et plus déclarent au moins certaines limitations dans leurs activités quotidiennes : 33 % déclarent être modérément limitées, et 17 % être fortement limitées (Graphique 11.8). Dans la plupart des pays où les taux de mauvaise santé les plus élevés sont déclarés, on observe également des taux élevés de limitation des activités quotidiennes chez les 65 ans et plus. Trois individus de plus de 65 ans sur quatre en République slovaque et en Lettonie déclarent au moins un certain niveau de limitation, et un sur quatre déclare être fortement limité en Lettonie, en République slovaque et en Estonie. En revanche, environ une personne de plus de 65 ans sur cinq en Suède (21 %) et en Norvège (22 %) déclare être limitée dans ses activités quotidiennes (moins d'une sur douze déclare être fortement limitée dans les deux pays).

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 fournit des chiffres sur la proportion de la population qui évalue son état de santé combiné comme « moyen/mauvais/très mauvais ».

La prudence s'impose quant aux 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 orientée en faveur des réponses positives) car elle propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés dans les Statistiques de l'OCDE sur la santé renvoient à l'une des deux réponses négatives (moyenne, mauvaise). 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 renvoient aux trois dernières catégories (« moyenne, mauvaise, très mauvaise »). Les résultats peuvent donc être biaisés vers le bas dans les pays utilisant une échelle asymétrique par rapport à ceux qui utilisent une échelle symétrique.

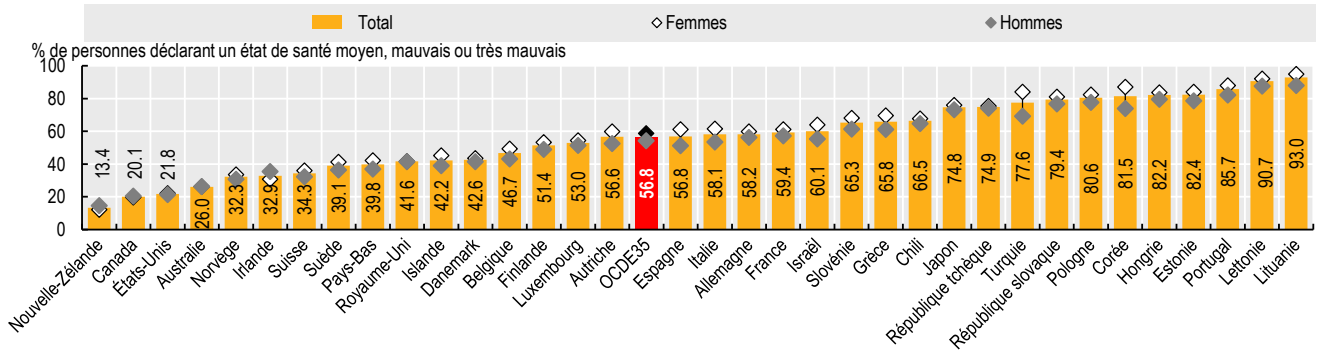
La limitation des activités quotidiennes est mesurée par l'indicateur général de limitation de l'activité (GALI), qui est issu des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). La question est : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les possibilités de réponse sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Les personnes résidant en 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

[1] Hirosaki, M. et al. (2017), « Self-rated Health Is Associated with Subsequent Functional Decline Among Older Adults in Japan », *International Psychogeriatrics*, vol. 29, n° 9, pp. 1475 1483, *http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217000692*.

[2] Schnittker, J. et V. Bacak (2014), « The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health », PLoS ONE, vol. 9, n° 1, e84933, *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933*.

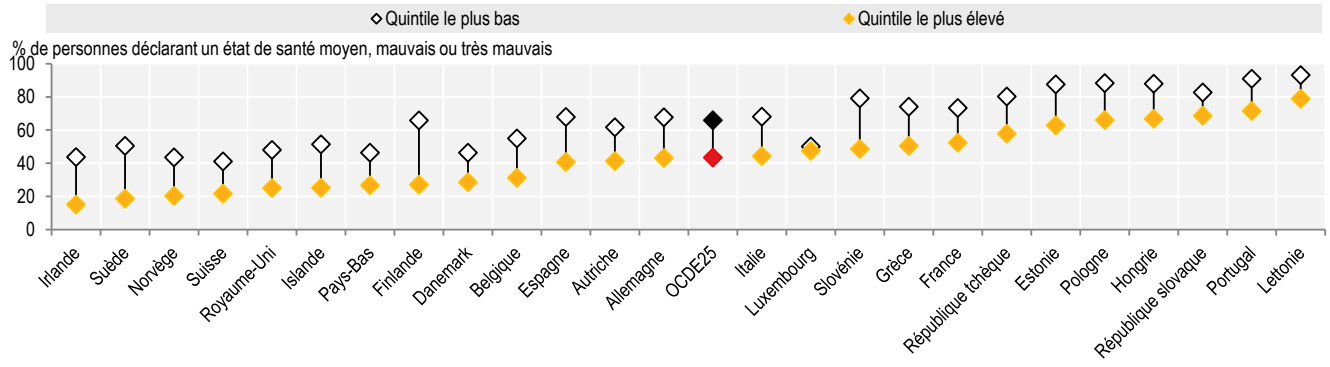
Graphique 11.6. **Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres pour les hommes et les femmes sont très proches au Canada, aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et en République tchèque. Les données concernant la Nouvelle-Zélande, le Canada, les États-Unis et l'Australie ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de biais entraînant une sous-estimation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070871

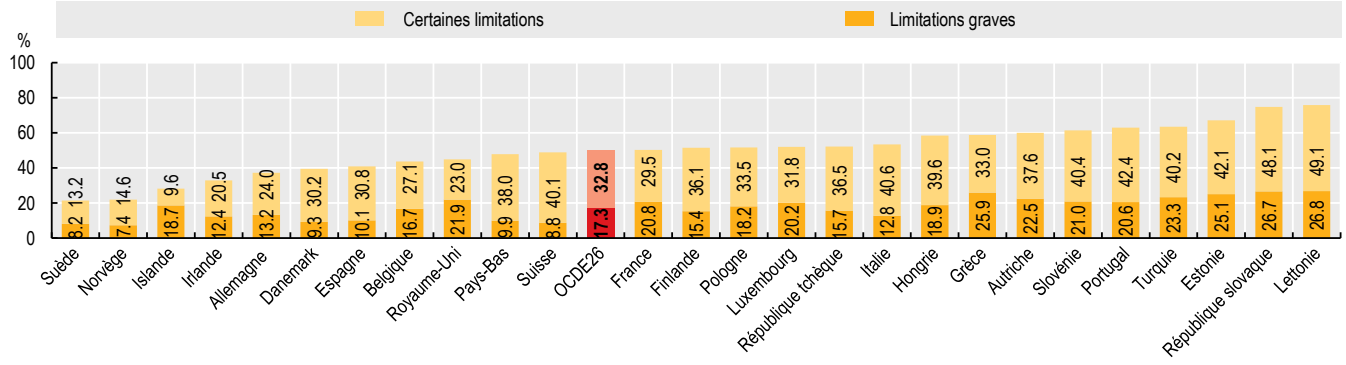
Graphique 11.7. **Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, par niveau de revenu, pays européens, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070890

Graphique 11.8. **Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de 65 ans et plus, pays européens, 2017 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070909

Démence

La démence représente l'un des plus grands défis liés au vieillissement de la population. Elle désigne une catégorie de troubles du cerveau, dont la maladie d'Alzheimer, qui entraînent des lésions cérébrales provoquant une détérioration progressive des capacités fonctionnelles et des relations sociales de l'individu. Malgré les milliards de dollars investis dans la recherche sur les troubles liés à la démence, il n'existe à ce jour aucun remède ni même de traitement modifiant sensiblement l'évolution de la maladie.

On estime que près de 20 millions de personnes souffrent de démence dans les pays de l'OCDE en 2019. Si les tendances actuelles persistent, sa prévalence devrait plus que doubler d'ici 2050, pour atteindre près de 41 millions d'individus dans l'OCDE. L'âge reste le premier facteur de risque de la démence : dans les 36 pays de l'OCDE, la prévalence de la démence est de 2.3 % chez les individus âgés de 65 à 69 ans, et atteint 42 % chez les plus de 90 ans. Cela signifie qu'avec le vieillissement des pays, le nombre de personnes souffrant de démence augmentera aussi – en particulier avec l'augmentation de la part des plus de 80 ans. Les pays dont les populations sont les plus âgées dans l'OCDE (notamment le Japon, l'Italie et l'Allemagne) affichent déjà les plus forts de taux de prévalence de la démence. En moyenne dans l'OCDE, on estime que 15 personnes sur 1 000 souffrent de démence (Graphique 11.9). Dans sept pays, plus de 20 personnes sur 1 000 sont atteintes de démence. En 2050, dans tous les pays de l'OCDE sauf trois (République slovaque, Israël et Hongrie) la prévalence de la démence dépassera 20 personnes sur 1 000, et dans quatre pays (Japon, Italie, Portugal et Espagne), plus d'une personne sur 25 souffrira de démence.

Malgré l'absence de traitement, les systèmes de santé et de protection sociale peuvent contribuer à améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes de démence et de leur famille. Au moins 25 pays de l'OCDE ont récemment mis en place ou annoncé des stratégies ou des plans nationaux pour la prise en charge de la démence ; par ailleurs la lutte contre la stigmatisation liée à la maladie, et l'adaptation des structures de proximité et des établissements de soins aux besoins des personnes atteintes de démence font l'objet d'une attention croissante (OCDE, 2018[1]).

Les neuroleptiques peuvent réduire les symptômes comportementaux et psychologiques dont souffrent de nombreuses personnes atteintes de démence, mais compte tenu de la disponibilité d'une gamme d'interventions non pharmacologiques efficaces, ainsi que des risques associés et des questions éthiques que pose leur prescription, ils ne sont recommandés qu'en dernier ressort. Toutefois, l'utilisation inappropriée de ces médicaments reste répandue et la réduction de leur surconsommation est une priorité des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE. En 2017 dans 16 pays de l'OCDE, plus de 5 % des plus de 65 ans se sont vus prescrire des neuroleptiques. Ce chiffre masque de grandes disparités entre les pays : hors Lettonie, les prescriptions de neuroleptiques peuvent varier de 1 à 3.5, de 29 prescriptions pour 1 000 personnes de 65 ans et plus aux Pays-Bas, à plus de 99 en Irlande. En outre, les taux standardisés suivant l'âge de prescription de neuroleptiques étaient plus élevés pour les femmes que pour les hommes dans tous les pays de l'OCDE. En moyenne dans 16 pays de l'OCDE, les femmes étaient 23 % plus susceptibles de se voir prescrire des neuroleptiques que les hommes (Graphique 11.10).

Définition et comparabilité

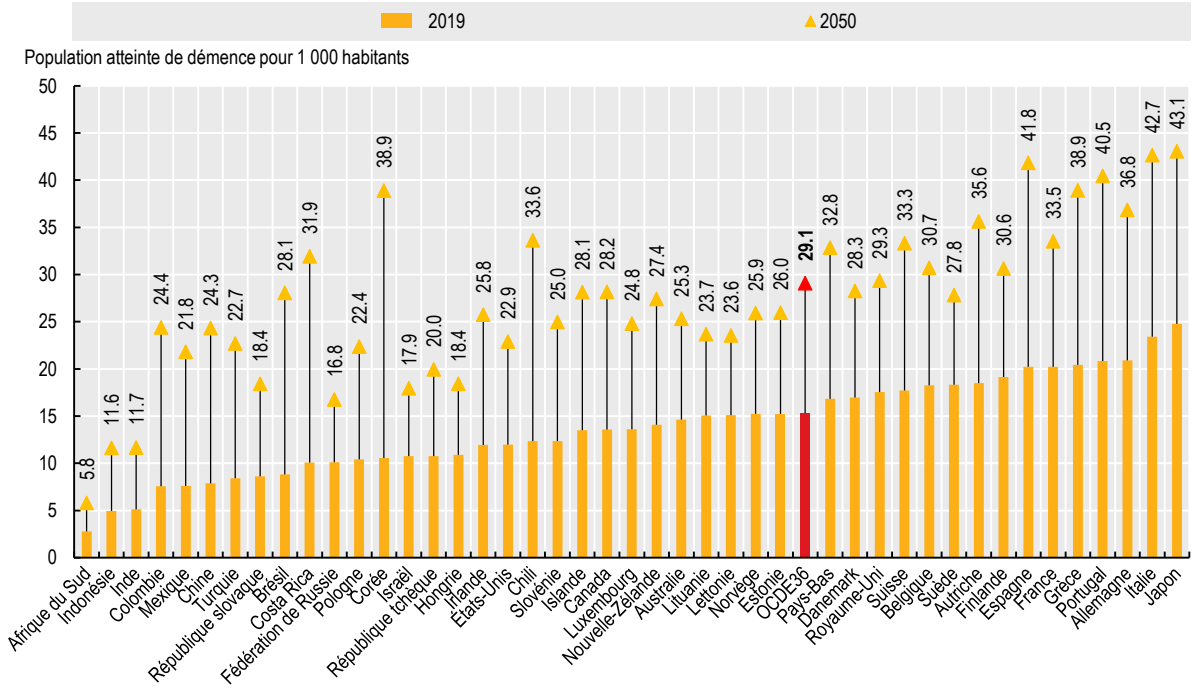
Les estimations de la prévalence du Graphique 11.9 sont tirées du World Alzheimer Report 2015, qui inclut un examen systématique des études sur la prévalence de la démence à travers le monde. La prévalence par pays a été estimée en appliquant ces taux de prévalence par âge pour la région du monde concernée aux estimations démographiques de l'Organisation des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2017). Les différences entre les pays sont donc influencées par les structures démographiques – à savoir, les pays plus âgés ont plus de personnes atteintes de démence. L'analyse du World Alzheimer Report 2015 comprend des études réalisées depuis 1980, et suppose que la prévalence par âge est constante dans le temps. Cette hypothèse a été conservée lors de la construction de cet indicateur, de sorte que les mêmes taux de prévalence spécifiques par groupe d'âge sont appliqués pour 2017 et 2050. Si des taux de prévalence par sexe existaient pour certaines régions, ce sont les taux globaux qui ont été utilisés dans cette analyse.

Les neuroleptiques sont définis de manière identique dans tous les pays, en utilisant les codes de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC). Le numérateur comprend tous les patients sur le registre des médicaments ayant une prescription pour un médicament du sous-groupe ATC N05A. Le dénominateur est le nombre total de personnes inscrites au registre. La plupart des pays ne sont pas en mesure de recenser les prescriptions qui concernent des personnes atteintes de démence, c'est pourquoi l'indicateur sur les neuroleptiques inclut toutes les personnes âgées de plus de 65 ans. Pour les Pays-Bas et la Suède, le dénominateur englobe toutes les personnes de plus de 65 ans qui ont reçu au moins une prescription de quelque type que ce soit, ce qui peut aboutir à une légère surestimation du taux de prescription de neuroleptiques par rapport aux autres pays. En Lettonie, le numérateur inclut uniquement les prescriptions réalisées dans le secteur des soins primaires. Or de nombreuses prescriptions de neuroleptiques sont réalisées par des spécialistes, ce qui sous-estime probablement la proportion de personnes ayant reçu une prescription. Une certaine prudence s'impose au moment de tirer des conclusions sur la population atteinte de démence, car rien ne dit qu'un taux supérieur de prescription chez les plus de 65 ans se traduit par davantage de prescriptions destinées aux personnes atteintes de démence. Néanmoins, évaluer cet indicateur, déterminer les éléments expliquant les écarts de résultats et réduire la consommation inappropriée de neuroleptiques sont autant de stratégies qui permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge de la démence.

Références

[1] OCDE (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

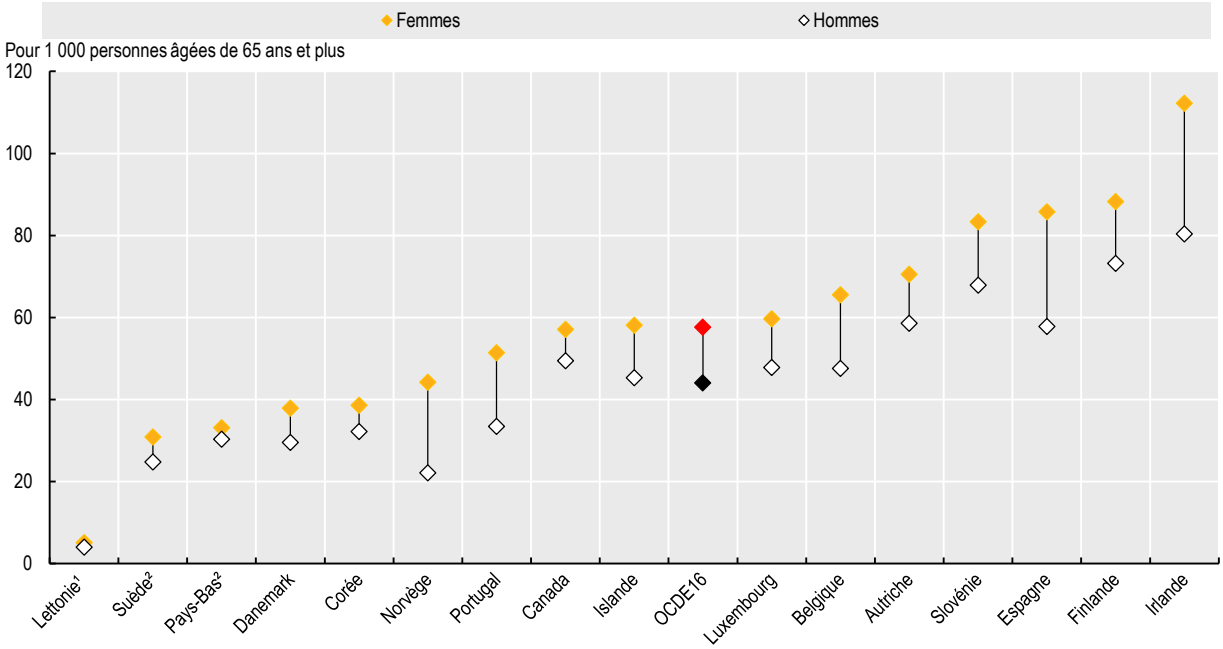
Graphique 11.9. **Estimations de la prévalence de la démence, 2019 et 2050**



Source : Analyse de l'OCDE à partir de données du World Alzheimer Report 2015 et des Nations Unies.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070928

Graphique 11.10. **Taux de prescription de neuroleptiques par sexe, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données de la Lettonie n'englobent que les patients ayant reçu une prescription dans le secteur des soins primaires. 2. Les données relatives aux Pays-Bas et à la Suède se rapportent à toutes les personnes ayant reçu au moins une prescription, de quelque type que ce soit.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070947

Sécurité des prescriptions pour les populations âgées

La prescription est une composante clé de la prise en charge des personnes âgées. Le vieillissement et la multimorbidité exigent souvent des patients plus âgés qu'ils prennent de nombreux médicaments (polymédication) pendant de longues périodes. Cette polymédication est dans de nombreux cas justifiée par la gestion de différents troubles, mais la polymédication inadaptée augmente le risque d'événements iatrogènes médicamenteux (EIM), d'erreurs médicamenteuses et d'effets nocifs entraînant des chutes et des épisodes de confusion et de délire. Diverses initiatives visant à améliorer la sécurité médicamenteuse et à prévenir les effets nocifs impliquent des examens réguliers des médicaments et une meilleure coordination entre les réseaux de médecins et de pharmaciens tout au long du parcours de soins du patient. Chaque année les EIM sont à l'origine de 8.6 millions d'hospitalisations non prévues en Europe (Mair et al., 2017[1]). La polymédication est l'un des trois principaux domaines d'action du troisième Défi mondial pour la sécurité des patients (OMS, 2019[2]).

Dans une sélection de 14 pays pour lesquels la couverture des données est plus large, les taux de polymédication parmi les personnes âgées varient de 1 à 11, la Turquie déclarant les taux les plus faibles, et le Luxembourg les plus élevés. Dans les pays disposant de données qui concernent uniquement les soins de santé primaires, les taux de polymédication varient de 1 à 3 – la Finlande affiche le taux le plus faible, et la Corée le plus élevé (Graphique 11.11). Ces fortes variations s'expliquent en partie par la mise en œuvre d'initiatives ciblant la polymédication dans certains pays, notamment des mesures ciblées sur le remboursement et la prescription. Les pays dans l'incapacité de dissocier les soins de santé primaires et les soins de longue durée dans les données sur les prescriptions affichent des moyennes plus élevées et des écarts plus importants pour les taux de polymédication que les pays disposant de données uniquement sur les soins de santé primaires.

Les opioïdes sont souvent utilisés pour soulager la douleur (voir les indicateurs « Consommation d'opioïdes » dans le chapitre 4 et « Sécurité des soins primaires – les prescriptions » dans le chapitre 6) et sont associés à des taux élevés d'admissions aux urgences provoquées par des EIM chez les adultes plus âgés (Lown Institute, 2019[3]). Le graphique 11.12 indique que dans tous les pays, à l'exception du Canada, ce sont les personnes âgées qui consomment le plus d'opioïdes. Dans les pays de l'OCDE, les personnes âgées en consomment en moyenne 1.5 fois plus que les 50-69 ans, et près de cinq fois plus que les 18-49 ans. C'est au Luxembourg que la consommation d'opioïdes chez les personnes âgées est la plus élevée, et en Turquie qu'elle est la plus faible. Ces variations s'expliquent en partie par des différences dans les pratiques cliniques en matière de gestion de la douleur, ainsi que par des disparités au regard de la réglementation, des cadres juridiques relatifs aux opioïdes, des politiques de prescription et des directives thérapeutiques.

Malgré le risque d'effets secondaires indésirables comme la fatigue, les vertiges et la confusion, les benzodiazépines sont souvent prescrites aux personnes âgées pour lutter contre l'angoisse et les troubles du sommeil. La consommation à long terme de benzodiazépines peut conduire à des effets indésirables (chutes, accidents de la route et surdosage), ainsi qu'à la tolérance, la dépendance et l'augmentation de la dose. Outre la période d'utilisation, le type de benzodiazépine prescrit est problématique, notamment les types à longue durée d'action qui ne sont pas recommandés pour les personnes âgées parce qu'ils prennent plus de temps à être éliminés par le corps (OCDE, 2017[4]). La campagne « Choosing Wisely » a fait des prescriptions inappropriées de benzodiazépines une priorité afin d'améliorer l'usage rationnel des médicaments chez les personnes âgées (2019[5]).

On observe une baisse de la consommation de benzodiazépines entre 2012 et 2017 en moyenne dans la zone OCDE (Graphique 11.13). La baisse la plus importante de consommation chronique a eu lieu en Islande et en Finlande, tandis que la Corée et la Norvège ont enregistré la plus forte contraction de la consommation de benzodiazépines à longue durée d'action. Les politiques de remboursement et de prescription des benzodiazépines, ainsi que les différences dans la prévalence des maladies et les directives de traitement, peuvent expliquer les fortes variations observées.

Définition et comparabilité

Voir la section Définition et comparabilité de l'indicateur « Sécurité des soins primaires – les prescriptions » au chapitre 6 pour plus de détails concernant la définition et la comparabilité des données sur les prescriptions entre les différents pays.

Références

[5] Choosing Wisely (2019), *Choosing Wisely*, *https://www.choosingwisely.org/*.

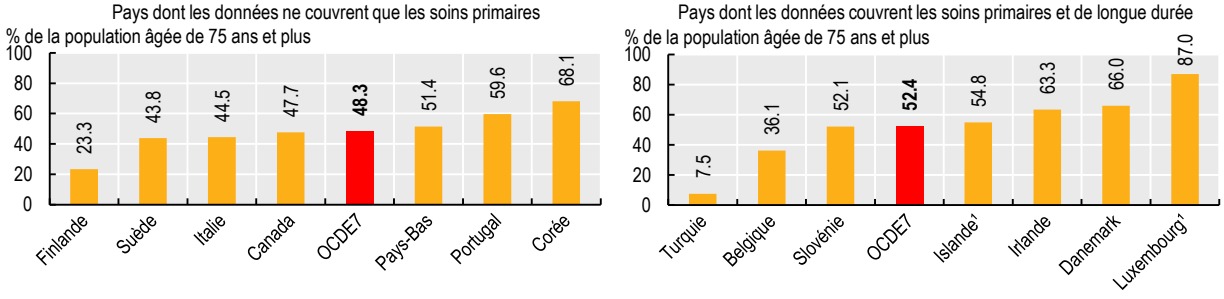
[3] Lown Institute (2019), *Medication Overload: America's Other Drug Problem*, *https://lowninstitute.org/wp-content/uploads/2019/04/medication-overload-lown-web.pdf*.

[1] Mair A, Fernandez-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, Kinnear M, Michael N, McIntosh J, Wilson M, (2017), *The Simpathy consortium. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*, SIMPATHY Consortium, Coimbra, *http://www.simpathy.eu/*.

[4] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *ttps://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[2] OMS (2012), *The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*, *https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/*.

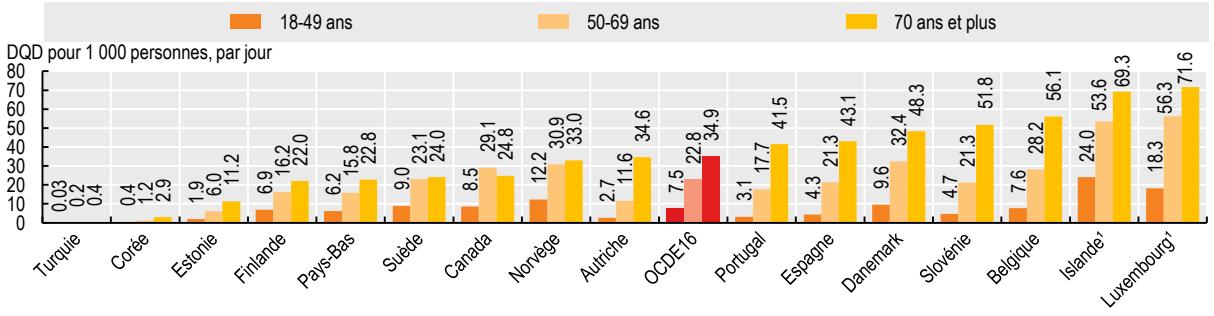
Graphique 11.11. **Polymédication chez les 75 ans et plus : soins primaires et de longue durée, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : Chronicité définie sur la base d'une utilisation au-delà de 90 DQD/jours dans une année donnée, à l'exception des résultats pour la Turquie, l'Irlande, le Danemark, la Finlande et le Portugal qui utilisent le critère d'au moins quatre prescriptions dans une année donnée. Les produits dermatologiques destinés à un usage local ne sont pas pris en compte. 1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070966

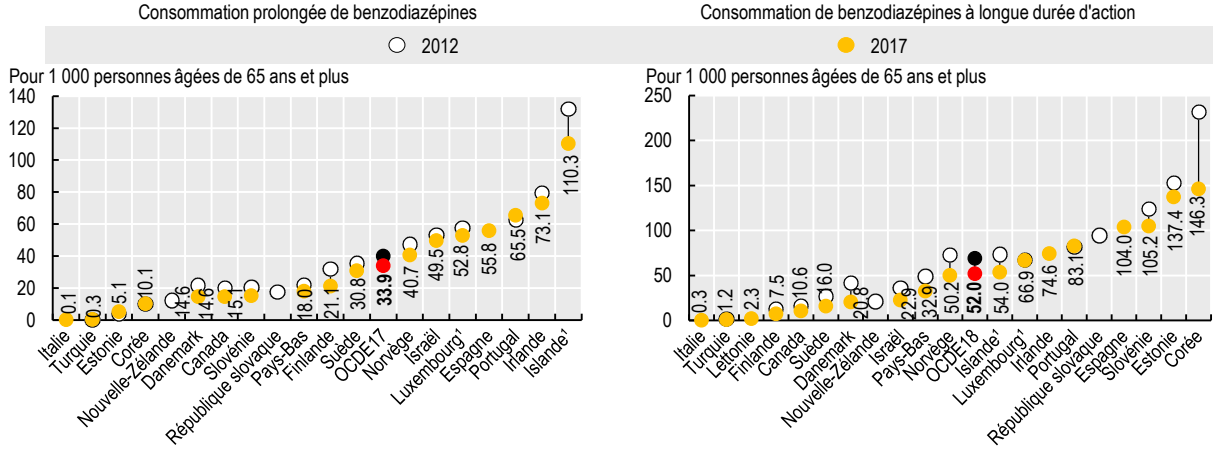
Graphique 11.12. **Prescriptions d'opioïdes par groupe d'âge, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : À l'exception des produits utilisés dans le traitement des addictions. 1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934070985

Graphique 11.13. **Évolution de la consommation de benzodiazépines chez les 65 ans et plus, 2012 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071004

Sécurité des soins de longue durée

Avec le vieillissement de la population, un nombre croissant d'individus devront faire appel à des services de soins de longue durée, notamment des établissements médicalisés de long séjour et des centres de soins de longue durée (voir section « Bénéficiaires de soins de longue durée »). La sécurité des soins dispensés à ces patients constitue un enjeu de taille pour les systèmes de santé de l'OCDE car les résidents des établissements de soins de longue durée sont plus fragiles et malades, et sont exposés à d'autres facteurs de risque de connaître des incidents en matière de sécurité, y compris des infections nosocomiales ou des escarres (OCDE/Commission européenne, 2017[1]).

Les infections nosocomiales entraînent une forte augmentation de la morbidité des patients, de la mortalité et des coûts pour le système de santé. Dans le secteur des soins aigus, on estime que ces infections représentent entre 3 et 6 % des budgets des hôpitaux (Slawomirski et al., 2017[2]). Elles sont de plus généralement considérées comme évitables grâce aux mesures standard de prévention et d'hygiène. Les infections nosocomiales les plus communes dans les établissements de soins de longue durée sont notamment les infections urinaires, les infections des voies respiratoires inférieures, et les infections de la peau et des tissus mous (Suetens et al., 2018[3]).

En 2016-17, la prévalence moyenne des infections nosocomiales chez les résidents des établissements de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE s'élevait à 3.8 % (Graphique 11.14). La proportion était la plus faible en Lituanie, en Hongrie, en Suède, en Allemagne et au Luxembourg (moins de 2 %) et la plus élevée en Autriche, au Danemark, au Portugal, en Grèce et en Espagne (plus de 5 %).

L'impact des infections nosocomiales est accru par le développement de bactéries résistantes aux antibiotiques qui peuvent donner lieu à des infections difficiles, voire impossibles à traiter. Le Graphique 11.15 présente les proportions de bactéries isolées chez les résidents d'établissements de soins de longue durée qui sont résistantes aux antibiotiques. En moyenne, plus d'un quart des isolats présentent une résistance aux antibiotiques. Ce résultat est pratiquement équivalent à celui observé dans les établissements de soins aigus, où la résistance aux antibiotiques est considérée comme une menace importante.

Les escarres constituent un autre problème de sécurité des patients dans les établissements de soins de longue durée. Il s'agit de lésions de la peau ou des tissus sous-jacents dues à une pression continue, et qui touchent fréquemment les patients à mobilité réduite. Les escarres peuvent entraîner des complications, notamment des infections, et coûtent jusqu'à 170 EUR par patient et par jour dans les établissements de soins de longue durée (Demarre et al., 2015[4]).

En moyenne dans la zone OCDE, le taux de prévalence des escarres dans certains établissements de soins de longue durée s'élevait à 5.35 (Graphique 11.16). Les taux de prévalence les plus élevés sont observés en Espagne, en Italie et au Portugal (près du double de la moyenne de l'OCDE), et les taux les plus faibles (moins de 3 %) sont relevés en Lituanie, en Hongrie et au Luxembourg.

Définition et comparabilité

Les données proviennent d'études ponctuelles de prévalence conduites entre 2016 et 2017 par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et le Center for Disease Control and Prevention (CDC) auprès d'établissements de soins de longue durée participants. Ces établissements sont notamment des établissements médicalisés de long séjour, des centres de soins de longue durée mixtes et des foyers résidentiels, à l'exception des établissements de soins de longue durée spécialisés (tels que définis par l'ECDC). Les données du CDC ne couvrent que les établissements médicalisés de long séjour. Les études de prévalence ponctuelle sont actuellement considérées comme le meilleur outil pour collecter des données comparables au niveau international, mais elles peuvent être sujettes à des biais liés à la sélection des établissements, aux pratiques locales en matière de comptabilisation et à la formation des observateurs.

Les pays affichant une faible représentativité ont peu participé à ces études, ce qui peut conduire à des écarts importants ou à des estimations faussées.

Les escarres dans les estimations de prévalence incluent toutes les catégories et tous les grades, y compris le grade I. Comme les escarres ne représentaient pas le point central de la collecte de données, la précision de leur prise en compte peut fortement varier.

Les données sur les infections nosocomiales incluent les pneumonies, les infections urinaires, les infections du site opératoire, les infections à Clostridium difficile, et les bactériémies primaires.

Les données relatives à la résistance sont basées sur un indicateur composite de la résistance aux antibiotiques élaboré par l'ECDC (Suetens et al., 2018).

Les données relatives à la prévalence des infections nosocomiales et des escarres ne sont pas corrigées. De nombreux facteurs, parmi lesquels l'âge avancé des patients, une mobilité limitée ou l'utilisation d'appareils médicaux invasifs, peuvent accroître le risque de contracter une infection nosocomiale ou des escarres et influent à ce titre sur la variabilité des taux entre les pays. L'un de ces facteurs, la proportion de résidents ayant une mobilité limitée, est prise en compte par pays dans les graphiques correspondants.

Références

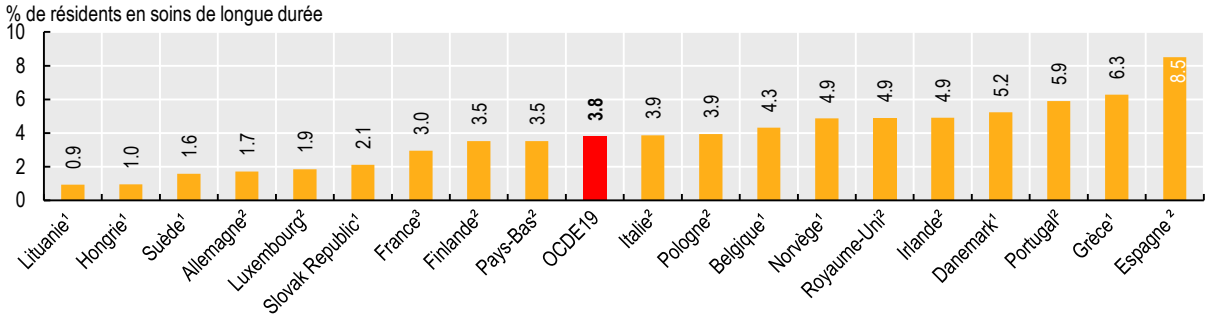
[4] Demarré, L., et al. (2015). « The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review », *International Journal of Nursing Studies*, n° 52(11), pp. 1754-1774.

[1] OCDE/Commission européenne (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264194564-en*.

[3] Seutens, C. et al. (2018), « Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017 », *Eurosurveillance,* vol. 23, n° 15, novembre, *https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516*.

[2] Slawomirski, L., A. Auraaen et N. Klazinga (2017), « The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en*.

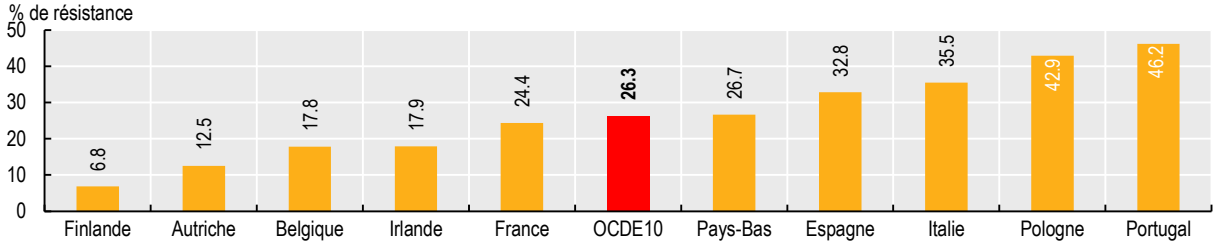
Graphique 11.14. **Pourcentage de résidents d'établissements de soins de longue durée souffrant d'au moins une infection nosocomiale, 2016-17**



1. Faible représentativité des pays. 2. Moins de 40 % des résidents inclus dans l'échantillon étaient en fauteuil roulant ou alités. 3. Entre 40 et 50 % des résidents inclus dans l'échantillon étaient en fauteuil roulant ou alités.
Source : ECDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071023

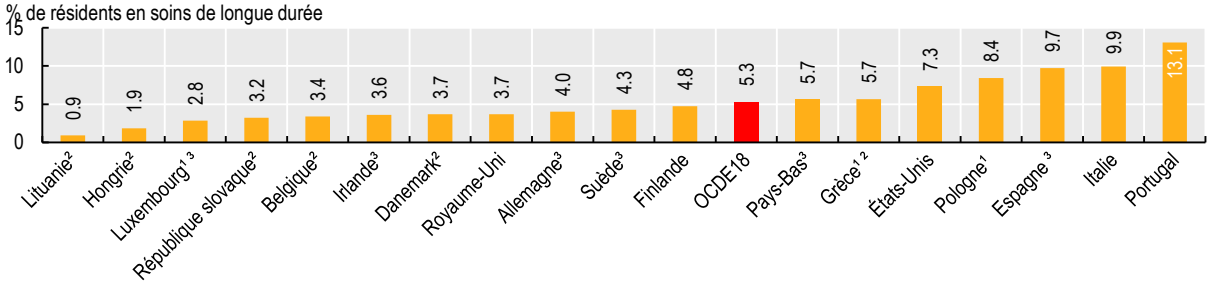
Graphique 11.15. **Proportion d'isolats bactériens associés aux infections nosocomiales résistant aux antimicrobiens dans les soins de longue durée, 2016-17**



Note : D'après l'indicateur composite de la résistance aux antibiotiques élaboré par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Seuls les pays rassemblant plus de 15 isolats bactériens sont inclus.
Source : ECDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071042

Graphique 11.16. **Pourcentage de résidents d'établissements de soins de longue durée souffrant d'au moins une escarre, 2016-17**



1. Moins de 45 % des résidents inclus dans l'échantillon étaient en fauteuil roulant ou alités. 2. Plus de 45 % des résidents inclus dans l'échantillon étaient en fauteuil roulant ou alités. 3. Aucune donnée disponible sur la proportion de résidents en fauteuil roulant ou alités.
Source : ECDC, CDC.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071061

Bénéficiaires de soins de longue durée

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 10.8 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des soins de longue durée en 2017, soit une hausse de 5 % par rapport à 2007 (Graphique 11.17). Plus d'une personne de 65 ans et plus sur cinq bénéficie de soins de longue durée en Suisse (22 %) et en Israël (20 %), contre moins de 5 % en République slovaque (4 %), au Canada (4 %), en Irlande (3 %), au Portugal (2 %) et en Pologne (1 %).

La majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes âgées (Graphique 11.18). Si les services de soins de longue durée sont dispensés aussi à des personnes plus jeunes souffrant d'un handicap, c'est à mesure qu'ils vieillissent que les individus sont susceptibles de développer des handicaps et d'avoir besoin de soins de longue durée. En 2017, 21 % seulement des bénéficiaires de soins de longue durée avaient moins de 65 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE, tandis que 27 % étaient âgés de 65 à 79 ans. Les personnes âgées de 80 ans et plus représentent la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée. En moyenne dans l'ensemble de l'OCDE, 51 % des bénéficiaires étaient âgés de plus de 80 ans en 2017. Au Japon, deux tiers des bénéficiaires ont 80 ans et plus, alors que les personnes âgées de 0 à 64 ans ne représentent que 3 % de ces derniers.

Bien que le vieillissement démographique soit un facteur important de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée dans le temps, les différences entre les pays en ce qui concerne la proportion de bénéficiaires âgés laissent penser que d'autres facteurs déterminent le recours aux soins de longue durée, notamment l'existence de services financés par des fonds publics. Par exemple, 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. Comme les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics sont plus difficiles à obtenir et peuvent être sous-estimées, les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas. Les normes culturelles qui définissent dans quelle mesure les familles s'occupent des personnes âgées peuvent également être un moteur important du recours aux services formels (voir l'indicateur sur les aidants informels).

De nombreuses personnes ayant besoin de soins de longue durée souhaitent rester à leur domicile aussi longtemps que possible. Compte tenu de ces préférences, et du coût élevé des soins dispensés en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des services à destination des personnes âgées afin de faciliter leur prise en charge à domicile. Entre 2007 et 2017, la proportion de personnes qui bénéficiaient de soins de longue durée à domicile a augmenté de 4 %, passant de 64 % à 68 % (Graphique 11.19). Les augmentations ont été particulièrement marquées au Portugal, en Australie, en Suède, en Allemagne et aux États-Unis. En Allemagne, l'augmentation est en partie liée aux réformes qui ont élargi la définition des soins de longue durée, ce qui s'est traduit par une hausse du nombre de bénéficiaires. Si la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile a augmenté ces dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, elle a sensiblement diminué en Estonie. On a observé une forte hausse de la prise en charge en établissement dans ce pays, et une diminution encore plus importante du nombre de « curateurs » nommés par les autorités locales pour s'occuper de personnes à domicile.

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 des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. La prise en charge à domicile signifie que les personnes reçoivent la plupart de leurs soins chez elles. Elle peut également inclure le recours temporaire à des soins en établissement, ainsi qu'à des structures de proximité et des centres d'accueil de jour et à des formules d'hébergement spécialement conçues. Les données pour la Pologne, l'Irlande, le Canada, la République slovaque, l'Islande et la Belgique ne sont disponibles que pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en établissement, le nombre total de bénéficiaires est donc sous-estimé. En Estonie, les données sur les bénéficiaires des soins de longue durée dispensés à domicile se rapportent uniquement à ceux qui ont un « curateur » nommé par les autorités locales. D'autres services sociaux, hors soins à la personne, ne sont pas inclus dans ces données. Il est possible qu'une partie de la diminution des bénéficiaires reflète la substitution des « curateurs » par ces autres services.

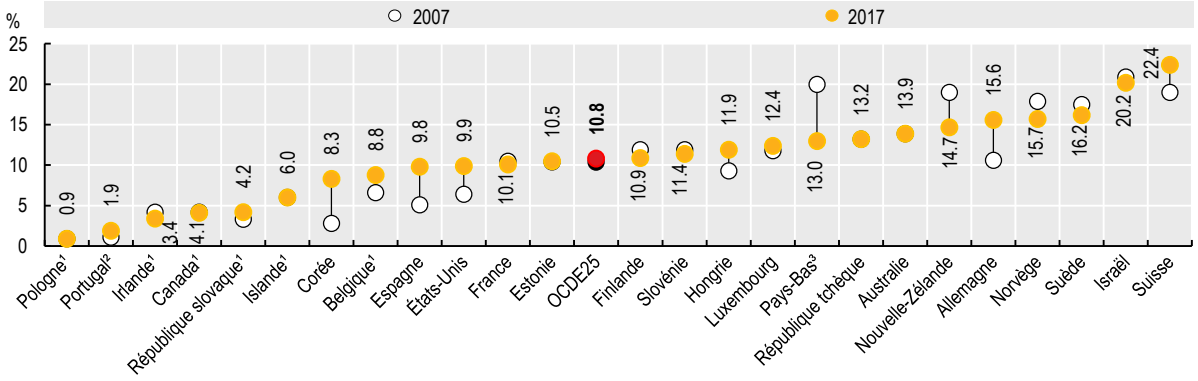
Les données sur les soins de longue durée sont difficiles à recueillir dans de nombreux pays et les chiffres présentent des limites. Pour certains pays, les données concernent uniquement les personnes recevant des soins financés par des fonds publics, tandis que d'autres pays incluent les personnes finançant elles-mêmes leurs soins.

Références

[1] Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? : La prestation de services et le financement de la dépendance*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

[2] Muir, T. (2017), « Measuring social protection for long-term care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

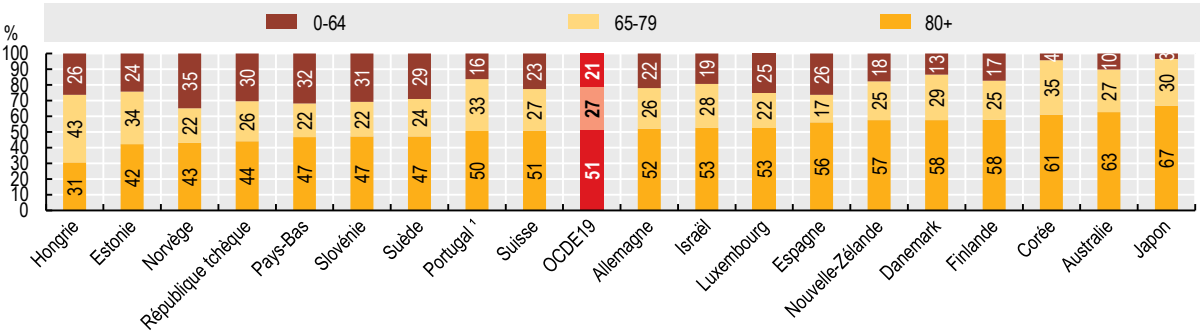
Graphique 11.17. **Proportion des 65 ans et plus recevant des soins de longue durée, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Ces valeurs n'incluent que les bénéficiaires de soins de longue durée en institution. 2. Les données portent sur les personnes qui sont prises en charge dans le cadre du National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI). 3. Les données font uniquement référence aux soins de longue durée financés par l'assurance sociale : la baisse de ces dernières années reflète en grande partie le transfert de nombreux services de soins de longue durée aux municipalités en 2015.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071080

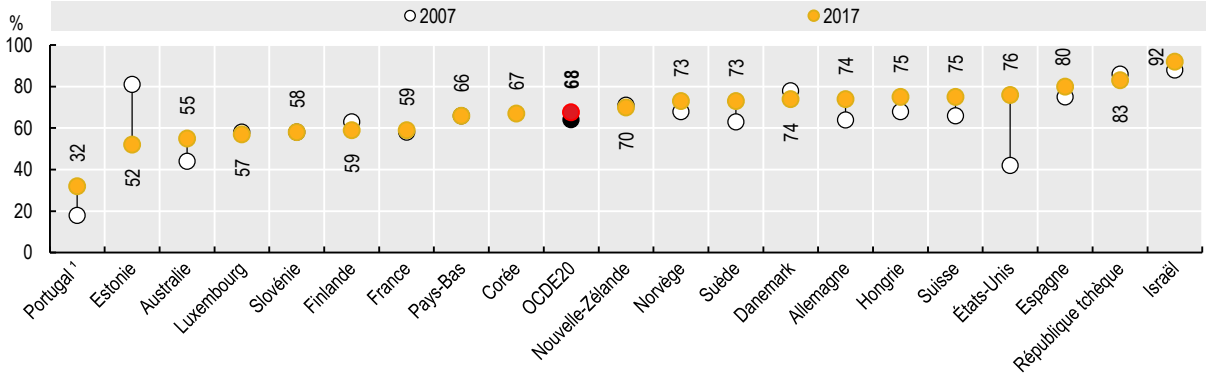
Graphique 11.18. **Bénéficiaires de soins de longue durée par âge, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données portent sur les personnes qui sont prises en charge dans le cadre du National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071099

Graphique 11.19. **Bénéficiaires de soins de longue durée de 65 ans et plus recevant des soins à domicile, 2007 et 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données portent sur les personnes qui sont prises en charge dans le cadre du National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071118

Aidants informels

Dans les pays de l'OCDE, ce sont la famille et les amis qui assurent en majorité la prise en charge des 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 de ces aidants dans chacun des pays, ainsi que 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).

En moyenne dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, environ 13 % des personnes âgées de 50 ans et plus déclarent prodiguer des soins informels au moins une fois par semaine. Cette proportion est proche de 20 % en République tchèque, en Autriche, en Belgique, au Royaume-Uni, en France, et en Allemagne, tandis qu'elle est inférieure à 10 % au Portugal, en Suède, en Pologne, aux États-Unis, en Irlande, et en Grèce (Graphique 11.20). On observe également des écarts quant à l'intensité des soins dispensés. C'est en Suède, en Grèce, en Suisse, au Danemark et aux Pays-Bas que les taux de prestation quotidienne de soins sont les plus bas, autant de pays où le secteur formel des soins de longue durée est bien développé et où la couverture publique est très complète.

La prise en charge intensive de nature informelle est associée à une réduction de la participation des aidants d'âge actif au marché du travail, ainsi qu'à des taux accrus de pauvreté et à 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 (par exemple en Belgique et en France), aménagement du temps de travail (par exemple en Australie et aux États-Unis), placement temporaire (par exemple en Autriche, au Danemark, en France, et en Allemagne) et services de conseil/formation (par exemple en 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, ou octroient des congés rémunérés aux aidants informels (OCDE, 2018[1]). En France, des données indiquent que des services de relève (même de courte durée) pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer peuvent sensiblement réduire la charge psychologique des aidants informels (Rapp, Apouey et Senik, 2018[2]).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 61 % des personnes qui prodiguent des soins informels au quotidien sont des femmes (Graphique 11.21). C'est en Grèce et au Portugal que le déséquilibre est le plus important, plus de 70 % des aidants informels étant des femmes. Environ deux tiers des aidants s'occupent d'un parent ou de leur conjoint, mais les formes de prise en charge sont variables selon les groupes d'âge. Les aidants les plus jeunes (âgés de 50 à 65 ans) s'occupent beaucoup plus fréquemment d'un parent (Graphique 11.22). Il s'agit le plus souvent de femmes dont l'intervention n'est pas nécessairement quotidienne. Les aidants âgés de plus de 65 ans s'occupent le plus souvent de leur conjoint. La prise en charge du conjoint est généralement plus intensive, exigeant des soins quotidiens, et les hommes et les femmes assument ce rôle à égalité.

Le fait que les aidants soient moins nombreux à intervenir quotidiennement dans les pays où les systèmes formels de soins de longue durée sont plus solides semble indiquer une corrélation négative entre les soins informels et les soins formels. Avec des familles de moins en moins nombreuses, une mobilité géographique accrue et la hausse des taux d'activité des femmes, il est possible que moins de personnes soient capables et désireuses d'assurer des soins informels à l'avenir. Associée aux effets du vieillissement de la population, cette tendance pourrait entraîner une demande accrue de services professionnels dans le domaine des soins de longue durée. Les systèmes publics de soins de longue durée devront donc disposer de ressources adéquates pour répondre à l'accroissement de la demande tout en préservant l'accès aux soins et leur qualité.

Définition et comparabilité

Les aidants informels sont définis comme les individus qui dispensent une aide à des parents, des amis ou des proches plus âgés, résidant ou non au domicile de l'aidant et ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Les données n'englobent que les personnes de 50 ans et plus et sont issues d'enquêtes nationales pour l'Australie (Survey of Disability, Ageing and Carers, SDAC), le Royaume-Uni (English Longitudinal Study of Ageing, ELSA), les États-Unis (Health and Retirement Survey, HRS) et une enquête internationale sur la santé, le vieillissement et la retraite pour les autres pays européens (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE). Les données relatives à l'Irlande sont extraites du recensement 2016.

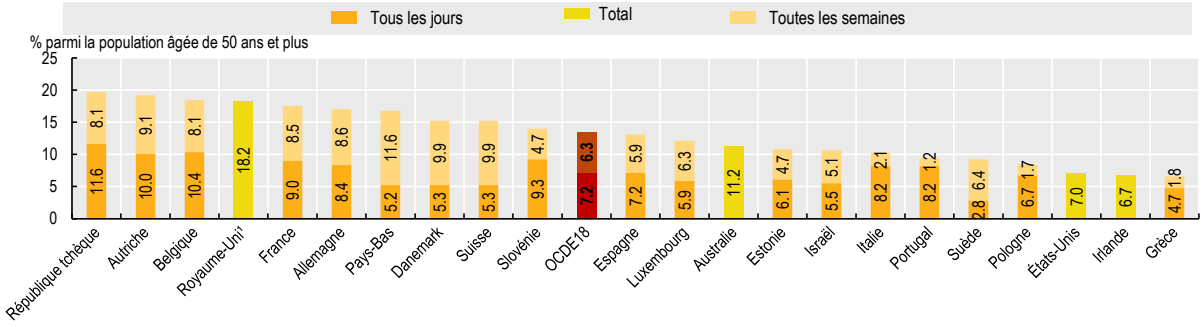
Les questions sur l'intensité des soins varient d'une enquête à l'autre. Dans l'enquête SHARE, il est demandé aux aidants à quelle fréquence ils prodiguent des soins et cet indicateur inclut les personnes assurant une prise en charge au moins une fois par semaine. Il convient de souligner le changement de méthode opéré dans la septième vague de SHARE : plus de quatre cinquièmes des participants ont uniquement répondu à la partie SHARELIFE du questionnaire et n'ont pas eu d'entretien. Dans l'enquête ELSA, il est demandé aux répondants s'ils ont dispensé des soins au cours de la semaine précédente, ce qui est à peu près comparable à « au moins une fois par semaine ». Les questions figurant dans les enquêtes HRS et SDAC sont moins comparables avec celles de SHARE. Dans l'enquête HRS, les aidants sont inclus s'ils ont assuré plus de 200 heures de soins au cours de l'année précédente. Dans l'enquête SDAC un aidant est défini comme quelqu'un qui dispense une assistance informelle continue pendant au moins six mois. Les personnes qui s'occupent d'enfants handicapés ne sont pas prises en compte dans les pays européens mais le sont aux États-Unis et en Australie. Cependant, les données des États-Unis incluent uniquement celles qui s'occupent de quelqu'un en dehors de leur ménage. L'Australie et l'Irlande tiennent compte de l'ensemble des aidants informels. De ce fait, il est possible que les données relatives à l'Australie, à l'Irlande et aux États-Unis ne soient pas comparables avec celles des autres pays.

Références

[1] OCDE (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

[2] Rapp, T., B. Apouey et C. Senik (2018), « The impact of institution use on the wellbeing of Alzheimer's disease patients and their caregivers », *Social Science and Medicine*, *http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.04.014*.

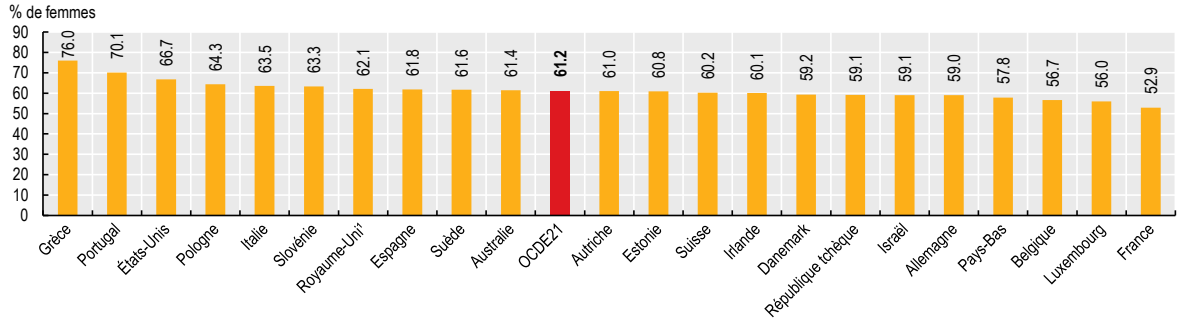
Graphique 11.20. **Proportion d'aidants informels parmi la population âgée de 50 ans et plus, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données relatives au Royaume-Uni font référence à l'Angleterre.
Note : La définition des aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité). Le Royaume-Uni et les États-Unis prennent en compte les aidants informels qui fournissent des soins hebdomadaires. L'Australie et l'Irlande prennent en compte tous les aidants informels.
Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), 7e vague (2017) ; Survey of Disability, Ageing and Carers (2015) pour l'Australie ; English Longitudinal Study of Ageing (2017), 8e vague ; Health and Retirement Survey (2016) pour les États-Unis, 13e vague ; recensement 2016 pour l'Irlande.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071137

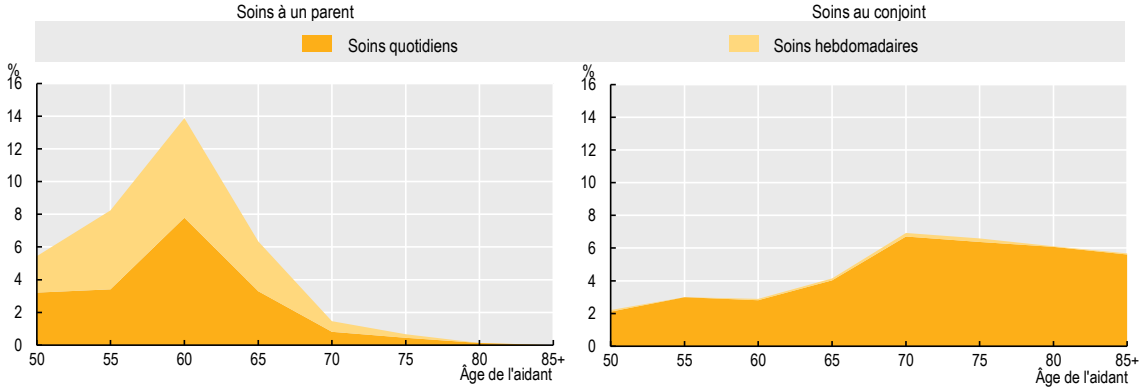
Graphique 11.21. **Proportion de femmes parmi les aidants informels âgés de 50 ans et plus intervenant quotidiennement, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Les données relatives au Royaume-Uni font référence à l'Angleterre.
Note : La définition des aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).
Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), 7e vague (2017) ; Survey of Disability, Ageing and Carers (2015) pour l'Australie ; English Longitudinal Study of Ageing (2017), 8e vague ; Health and Retirement Survey (2016) pour les États-Unis, 13e vague ; recensement 2016 pour l'Irlande.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071156

Graphique 11.22. **Proportion d'aidants informels âgés de 50 ans et plus en Europe, selon le bénéficiaire et l'âge, soins quotidiens et hebdomadaires, 2017**



Note : Les données font référence à la population âgée de 50 ans et plus pour les pays inclus dans la 7e vague de SHARE.
Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), 7e vague (2017).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071175

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont un service à forte intensité de main-d'œuvre, et les soins formels doivent souvent venir compléter le soutien informel et non rémunéré apporté aux personnes ayant besoin de soins de longue durée (voir l'indicateur « Aidants informels »). Les travailleurs du secteur formel 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 (non hospitaliers). On compte en moyenne 5 travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus dans 28 pays de l'OCDE, dans une fourchette comprise entre 13 en Norvège et moins de 1 en Grèce, en Pologne et au Portugal (Graphique 11.25).

Dans plus de la moitié des pays, le vieillissement de la population prend le pas sur la croissance de l'offre de soins de longue durée. Dans ce secteur, la main-d'œuvre stagne ou baisse, même dans des pays où l'offre de soins est bien supérieure à la moyenne OCDE (comme le Danemark, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède). Neuf pays ont connu une hausse globale de leur offre de soins de longue durée entre 2011 et 2016. Avec le vieillissement de la population, la demande de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée devrait augmenter. Il faudra, pour répondre à cette demande croissante, mettre en place des politiques visant à améliorer le recrutement, à fidéliser la main-d'œuvre et à accroître la productivité.

Dans l'ensemble de l'OCDE, moins d'un quart des travailleurs du secteur sont diplômés de l'enseignement supérieur (voir le Graphique 11.23). Cette situation s'explique par le fait que les auxiliaires de vie représentent 70 % des travailleurs du secteur des soins de longue durée en moyenne dans les pays de l'OCDE, et jusqu'à 90 % dans quelques pays (Estonie, Suisse, Corée, Israël et Suède). L'effectif de personnel infirmier n'est supérieur à celui des auxiliaires de vie que dans trois pays (Allemagne, Hongrie et Suisse). À ce jour, très peu de pays exigent des auxiliaires de vie un niveau minimum de formation, un diplôme et/ou une certification. Les travailleurs du secteur des soins de longue durée sont généralement peu qualifiés, bien qu'ils exécutent fréquemment des tâches complexes qui vont au-delà des soins de base. Les auxiliaires de vie ne disposent pas toujours d'une formation et des connaissances adaptées, ce qui peut affecter la qualité des soins prodigués.

Les conditions de travail dans ce secteur ne sont généralement pas très bonnes. Une situation qui touche en majorité les femmes car elles constituent en moyenne 90 % de la main-d'œuvre dans ce secteur. Ainsi, 45.5 % des travailleurs de ce secteur travaillent à temps partiel dans les pays de l'OCDE (Graphique 11.24). Dans les pays d'Europe centrale et septentrionale, plus de la moitié des travailleurs sont employés à temps partiel. Le travail à temps partiel est particulièrement répandu chez les auxiliaires de vie et les travailleurs à domicile. Ces taux élevés de travail à temps partiel peuvent s'expliquer par le fait que les services de base ne nécessitent que quelques heures à des moments précis de la journée. En outre, la moitié des travailleurs du secteur travaillent par roulement et près d'un quart ont un contrat temporaire. Même si les soins de longue durée sont souvent exigeants, tant physiquement que mentalement, la rémunération est généralement faible.

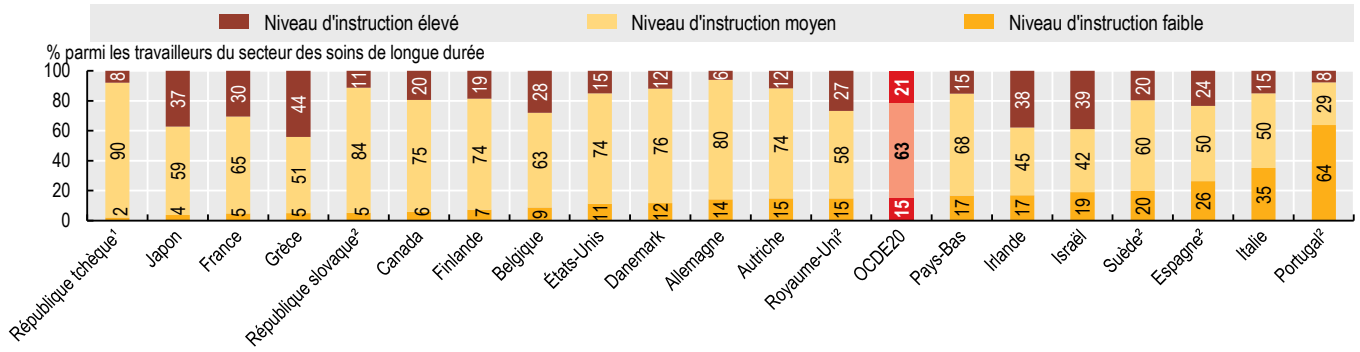
Définition et comparabilité

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. 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 formel soit par le bénéficiaire des soins, soit par une agence, soit par un prestataire de services public ou privé. Le personnel infirmier travaillant dans l'administration n'est pas pris en compte. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps-plein. Dans certains pays, les données se réfèrent uniquement aux employés du secteur public, tandis que dans d'autres elles incluent les secteurs privé et associatif. Les données relatives à la République tchèque et au Japon reposent sur des enquêtes réalisées auprès des établissements, ce qui signifie que les personnes qui travaillent dans plus d'un établissement sont comptabilisées plusieurs fois.

Références

[1] OCDE (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

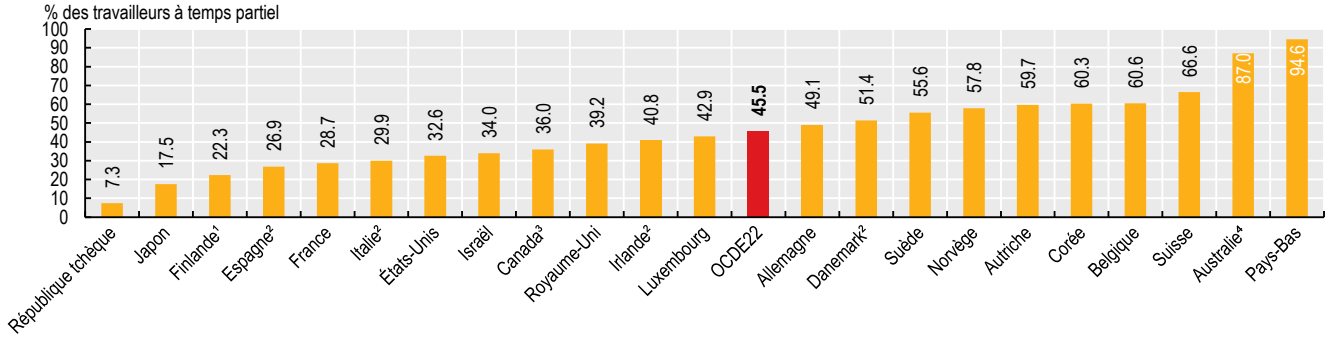
Graphique 11.23. **Travailleurs du secteur des soins de longue durée par niveau d'instruction, 2016**



Note : Les données de l'Enquête sur les forces de travail (EFT) de l'UE se basent sur les chiffres de la CITP 4 et de la NACE 2. 1. À interpréter avec prudence car les échantillons sont de petite taille. 2. Sur la base des chiffres de la CITP 3 et de la NACE 2.
Source : EFT-UE ; ASEC-CPS pour les États-Unis ; Recensement de 2016 pour le Canada ; EFT pour Israël ; Survey on Long-term Care Workers FY pour le Japon.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071194

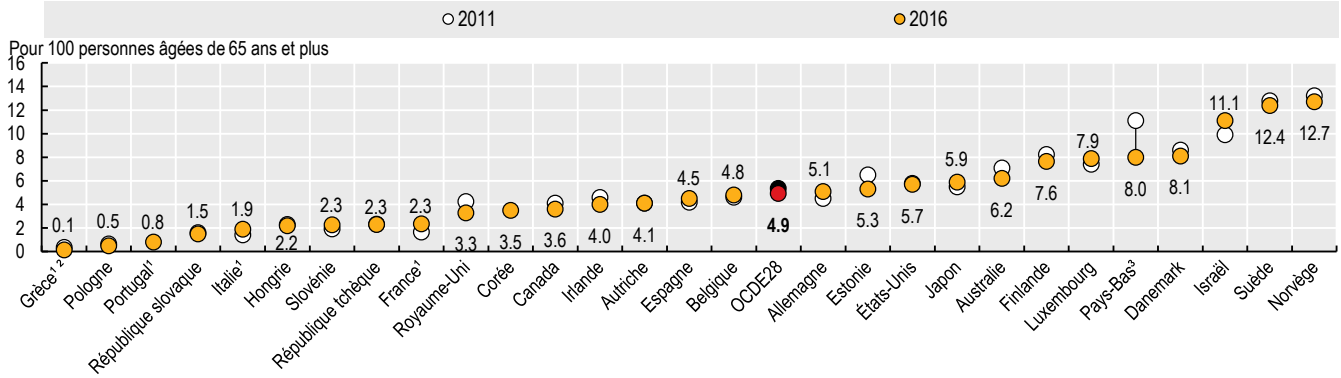
Graphique 11.24. **Proportion des travailleurs du secteur des soins de longue durée qui travaillent à temps partiel, 2016**



Note : Les données de l'Enquête sur les forces de travail (EFT) de l'UE se basent sur les chiffres de la CITP 4 et de la NACE 2. 1. À interpréter avec prudence car les échantillons sont de petite taille. 2. Sur la base des chiffres de la CITP 3 et de la NACE 2. 3. Les données ne couvrent que les individus qui travaillent principalement à temps plein ou à temps partiel. 4. Les données ne couvrent que les individus ayant un emploi permanent.
Source : EFT-UE ; ASEC-CPS pour les États-Unis ; Recensement de 2016 pour le Canada ; EFT pour Israël ; Survey on Long-term Care Workers FY pour le Japon ; National Health Insurance System pour la Corée ; Estimations de l'OCDE basées sur des sources nationales pour l'Australie.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071213

Graphique 11.25. **Travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 2011 et 2016 (ou année la plus proche)**



Note : Données de l'Enquête sur les forces de travail (EFT) de l'UE basées sur les chiffres de la CITP 4 et de la NACE 2. 1. Sur la base des chiffres de la CITP 3 et de la NACE 2. 2. À interpréter avec prudence car la taille des échantillons est faible. 3. La diminution aux Pays-Bas est en partie due à une rupture méthodologique en 2012, ainsi qu'à des réformes.
Source : EFT-UE et Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018, à l'exception des enquêtes Quarterly Labour Force Survey pour le Royaume-Uni et Current Population Survey (ASEC-CPS) pour les États-Unis ; Base de données d'Eurostat pour les données démographiques.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071232

Lits de soins de longue durée

Même si les pays ont pris de nombreuses mesures pour permettre aux personnes ayant besoin de services de soins de longue durée de rester à leur domicile aussi longtemps que possible si elles le souhaitent, nombreuses sont celles qui à un certain moment auront besoin de services qui ne peuvent pas être fournis à domicile. 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 2017, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 47 lits de soins de longue durée pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus (Graphique 11.26). La grande majorité (44) se trouvaient dans des établissements de long séjour, et les autres (3) dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital. Le nombre de lits de soins de longue durée par personne varie énormément entre les pays de l'OCDE. En 2017, on dénombrait dix-huit fois plus de lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus dans le pays qui en comptait le plus grand nombre (le Luxembourg avec 82.8 lits) que dans celui qui en comptait le moins (la Grèce avec 4.5 lits). Cinq pays – Italie, Lettonie, Pologne, Turquie et Grèce – comptaient moins de 20 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus. Quatre pays – Luxembourg, Pays-Bas, Belgique et Suède – comptaient plus de 70 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus.

Entre 2007 et 2017, les pays de l'OCDE ont réduit le nombre de lits de soins de longue durée dans les établissements en moyenne de 3.4 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus (Graphique 11.27). Toutefois, cette évolution du nombre de lits varie fortement selon les pays. Au cours des dix dernières années, la Suède, l'Islande et la Finlande ont réduit le nombre de lits en établissement d'au moins 15 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus. À l'opposé, la Corée a augmenté le nombre de lits de soins de longue durée de 36 lits pour 1 000 personnes de 65 et plus au cours de la même période. Ces évolutions significatives sont largement dues à des choix stratégiques. Les réductions du nombre de lits en établissement en Suède découlent d'une transition vers la fourniture de services à domicile, tandis qu'en Corée, la forte hausse de capacité a suivi la mise en place d'un régime public d'assurance-dépendance en 2008.

Les soins de longue durée prodigués en établissement peuvent être plus efficaces que les soins à domicile pour les malades qui nécessitent une prise en charge intensive, en raison des économies d'échelle et du fait que les aidants professionnels ne doivent pas se rendre au domicile de chaque personne individuellement. Mais leur coût est souvent plus élevé pour les budgets publics, dès lors que les aidants informels apportent une contribution moindre et que les systèmes de soins de longue durée prennent souvent à leur charge l'hébergement, les repas et les soins. Les soins de longue durée en établissement ne sont toutefois pas le premier choix des bénéficiaires des soins qui préfèrent souvent rester chez eux le plus longtemps possible. Ces dernières années, la plupart des pays ont pris des mesures visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir le maintien à domicile. Toutefois, la situation personnelle peut justifier un placement en centre de soins de longue durée, par exemple pour les personnes qui vivent seules et qui ont besoin d'une assistance et d'une surveillance 24 heures sur 24 (Wiener et al., 2009[1]) ou pour celles qui vivent dans des régions isolées où l'offre de soins à domicile est limitée. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités en établissement pour les soins de longue durée, et que les établissements spécialisés élaborent et appliquent des modèles de soins qui respectent la dignité des patients et favorisent leur autonomie. Cela implique que le personnel de ces établissements soit correctement formé et suffisamment soutenu afin d'enrayer le fort taux de rotation et de faciliter le recrutement et la fidélisation de travailleurs de grande qualité (voir la section sur les travailleurs du secteur des soins de longue durée).

Définition et comparabilité

Les établissements de soins de longue durée sont des structures fournissant hébergement et soins à des personnes ayant besoin de soins de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés ou des structures de type hospitalier dont la mission principale consiste à prendre en charge sur le long terme des patients ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Ils n'incluent pas les lits disponibles dans les formules d'hébergement adaptées aux personnes ayant besoin d'une assistance mais qui conservent 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 structures privées (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.

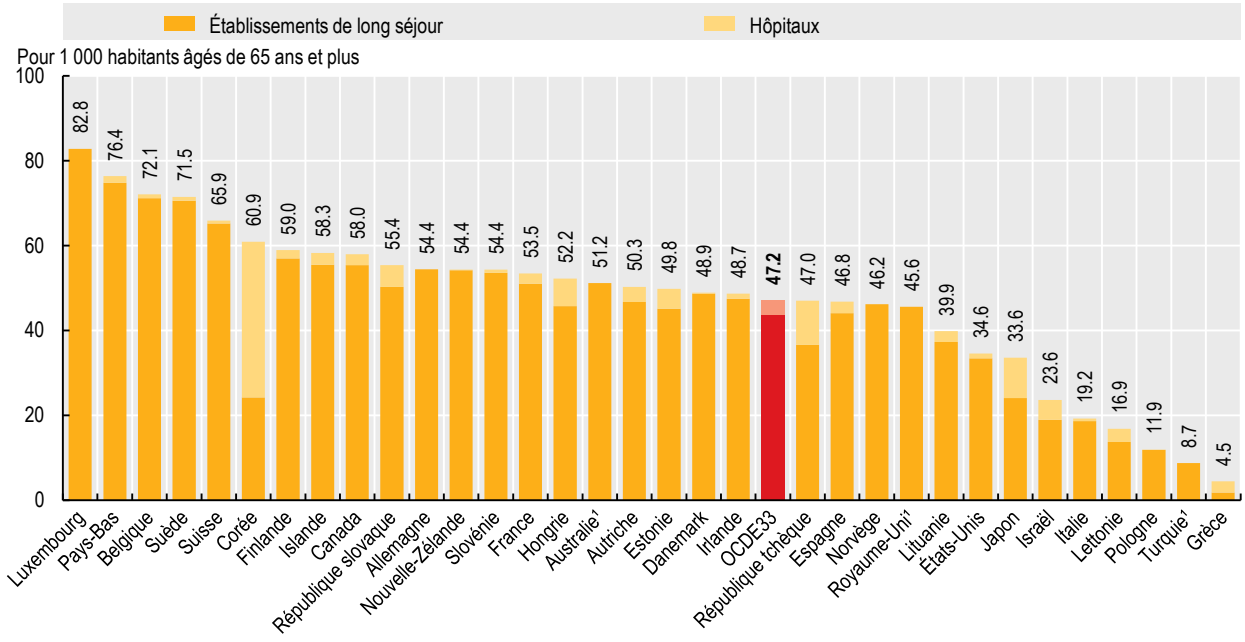
Références

[2] Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? : La prestation de services et le financement de la dépendance*, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264097766-fr*.

[3] Muir, T. (2017), « Measuring social protection for long-term care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

[1] Wiener, J. et al. (2009), « Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining », *Real Choice Systems Change Grant Program*, US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

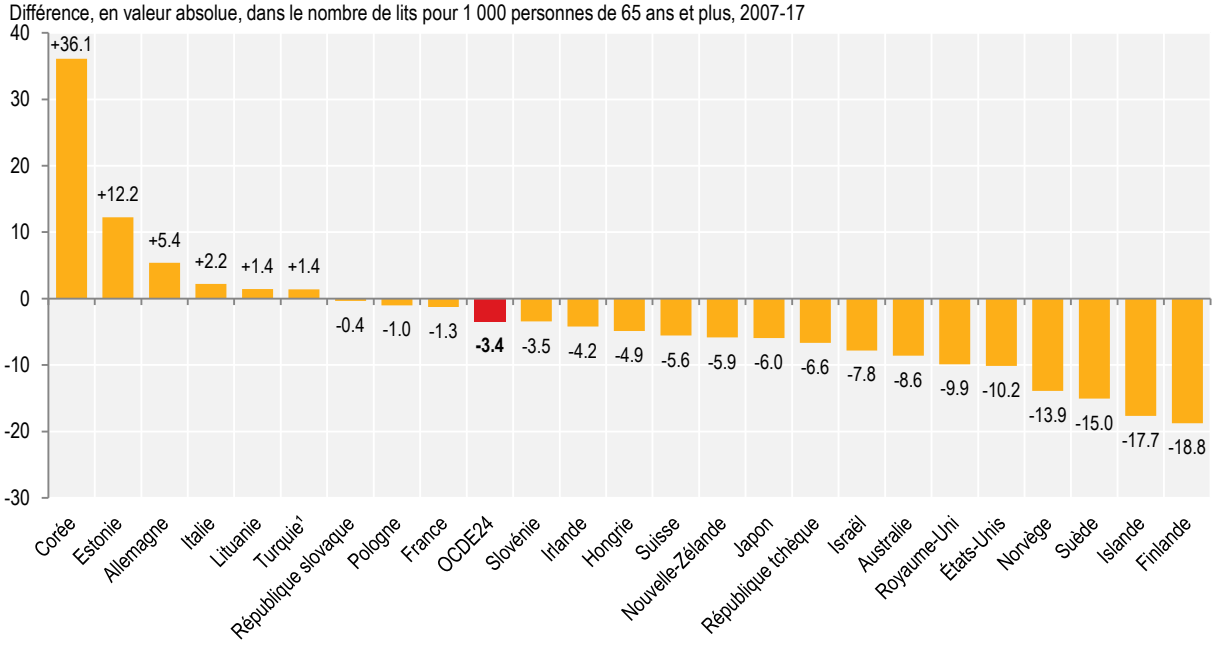
Graphique 11.26. **Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2017 (ou année la plus proche)**



1. Le nombre de lits pour soins de longue durée à l'hôpital en Australie, au Royaume-Uni et en Turquie n'est pas connu.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071251

Graphique 11.27. **Évolution du nombre de lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2007-17 (ou année la plus proche)**



1. Les données de 2007 portent sur 2011.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071270

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Par comparaison avec d'autres domaines du secteur de la santé, les dépenses consacrées aux soins de longue durée ont connu la plus forte hausse au cours des dernières années (voir l'indicateur « Dépenses de santé par fonction »). Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente ; la hausse des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse ; l'offre de soins informels risque de diminuer et les gains de productivité sont difficiles à réaliser dans ce secteur à forte intensité de main-d'œuvre. Tous ces facteurs exercent une pression à la hausse sur les coûts, et devraient donner lieu à d'autres augmentations importantes des dépenses consacrées aux soins de longue durée dans les pays de l'OCDE au cours des prochaines années.

Une part significative des dépenses allouées aux soins de longue durée est couverte par les régimes d'assurance publics et obligatoires. En 2017, le total des dépenses publiques/obligatoires au titre des 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 11.28). Les Pays-Bas sont le pays qui a consacré le plus de moyens à ce secteur (3.7 % du PIB), devant la Norvège (3.3 %) et la Suède (3.2 %). Dans ces pays, les dépenses publiques au titre des soins de longue durée sont environ deux fois supérieures à la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité, la Hongrie, l'Estonie, la Pologne et la Lettonie ont consacré moins de 0.5 % de leur PIB à la fourniture de services de soins de longue durée. Cet écart s'explique en partie par des différences de structure démographique, mais surtout par l'état de développement des systèmes formels de prise en charge de la dépendance par opposition à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. De manière générale, le volet sanitaire des soins de longue durée représente la majeure partie des dépenses, mais il reste compliqué de bien faire la distinction entre le volet sanitaire et le volet social dans certains pays.

L'organisation des soins de longue durée dans les pays influence la composition des dépenses dans ce domaine, mais peut également avoir un impact sur le montant global de ces dépenses. Dans l'OCDE en 2017, environ deux tiers des dépenses des régimes publics et obligatoires au titre des soins de longue durée (volet santé) concernaient les soins hospitaliers, lesquels sont principalement prodigués dans des structures d'hébergement et de soins de longue durée (Graphique 11.29). Mais en Pologne, en Finlande, au Danemark, en Lituanie, en Autriche et en Allemagne, les dépenses de soins de longue durée à domicile représentent plus de 50 % de l'ensemble des dépenses de soins de longue durée. Les dépenses au titre des soins de longue durée dispensés à domicile sont imputables aux services assurés soit par des professionnels du secteur des soins de longue durée, soit par des aidants informels lorsqu'il existe une allocation-dépendance qui rémunère les aidants pour les services fournis.

Le rôle majeur que jouent les régimes publics dans le financement des soins de longue durée s'explique par les coûts importants auxquels doivent faire face les personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée. Ces coûts varient fortement d'un pays à l'autre mais sont toujours élevés par rapport au revenu médian des personnes âgées. Pour les soins en établissement, par exemple, les coûts de prise en charge des personnes fortement dépendantes sont compris entre un peu moins d'une fois et quatre fois le revenu disponible médian des individus ayant atteint l'âge de la retraite (Graphique 11.30), en fonction du pays ou de la région. Par comparaison avec le revenu moyen, les coûts sont plus élevés en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas, et plus faibles en Hongrie, en Slovénie et en Croatie. Il n'y a qu'en Slovénie et en Croatie qu'une personne âgée au revenu médian serait capable de prendre en charge, sur ses seuls revenus, les coûts des soins en établissement. Tous les pays de l'OCDE ont mis en place un système de protection sociale contre ces risques financiers élevés, et les frais restant à la charge des personnes âgées ont tendance à être moins élevés dans les pays où les dépenses publiques au titre des soins de longue durée sont plus élevées, comme les Pays-Bas et la Finlande (Muir, 2017[1]).

Définition et comparabilité

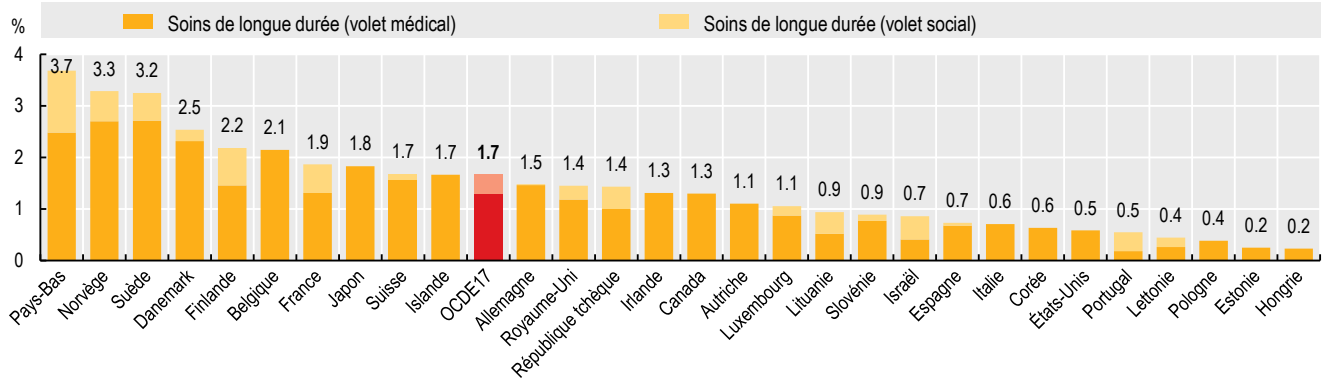
Les dépenses de soins de longue durée englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu. Conformément au Système des comptes de la santé, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (c'est-à-dire l'aide aux activités de la vie quotidienne ou AVQ). Il englobe également les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour (notamment les frais de logement et de repas) 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). Malgré les progrès réalisés ces dernières années concernant la comparabilité générale des dépenses de soins de longue durée, des différences demeurent entre les pays au niveau des pratiques de comptabilisation des dépenses entre le volet sanitaire et le volet social pour certaines activités de soins de longue durée. En l'état des choses, les dépenses de soins de longue durée financées par les régimes d'assurance publics et obligatoires se prêtent davantage à des comparaisons internationales compte tenu des écarts plus importants qui existent entre les pays de l'OCDE quant à la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée. Enfin, certains pays (Israël et les États-Unis par exemple) peuvent uniquement fournir des données sur les dépenses liées aux soins en établissement, ce qui se traduit par une sous-estimation du montant total des dépenses des régimes d'assurance publics et obligatoires au titre des services de soins de longue durée.

Les établissements de long séjour sont des structures d'hébergement et de soins qui accueillent les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés dont la mission principale consiste à prodiguer des soins de longue durée à des personnes dépendantes ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Une personne âgée très dépendante est définie comme quelqu'un qui a besoin de 41.25 heures de soins par semaine. Une description détaillée de leurs besoins est disponible dans Muir (2017[1]).

Références

[1] Muir, T. (2017), « Measuring social protection for long-term care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

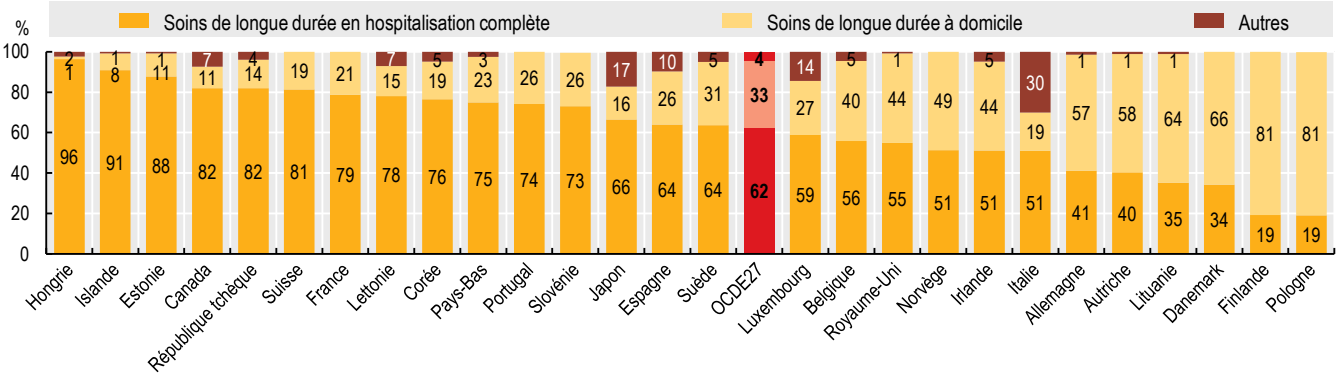
Graphique 11.28. **Dépenses de soins de longue durée (volets médical et social) des régimes d'assurance publics et obligatoires, en pourcentage du PIB, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : La moyenne de l'OCDE inclut seulement les 17 pays qui fournissent des données sur les volets médical et social.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071289

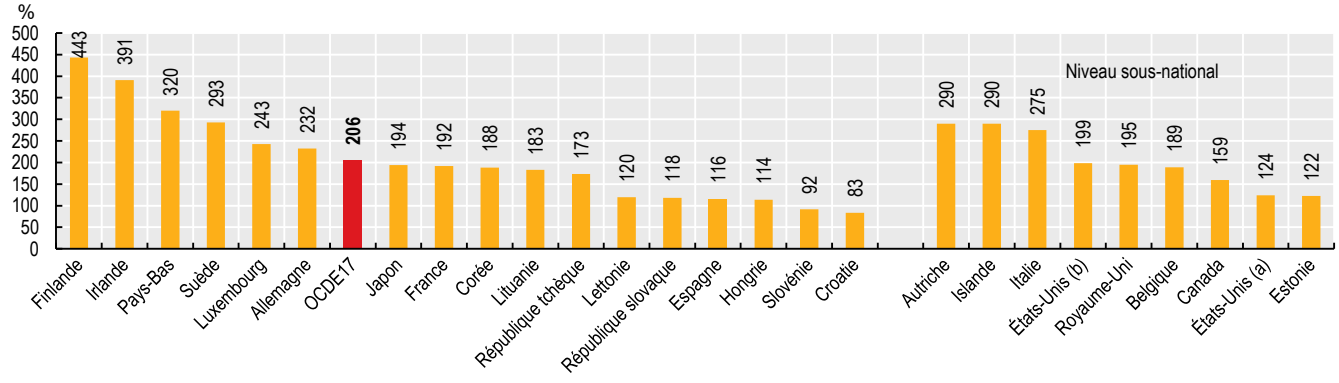
Graphique 11.29. **Dépenses de soins de longue durée (volet médical) des régimes d'assurance publics et obligatoires, selon les modalités de prestation des soins, 2017 (ou année la plus proche)**



Note : « Autres » renvoie aux soins de longue durée de jour et en ambulatoire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071308

Graphique 11.30. **Coûts des soins de longue durée en établissement pour une personne âgée fortement dépendante, en part du revenu médian des individus ayant atteint l'âge de la retraite et plus âgés, 2018 (ou année la plus proche)**



Note : Les données de la Belgique concernent uniquement la Flandre, celles de l'Islande concernent Reykjavik, celles du Canada concernent l'Ontario, celles de l'Estonie concernent Tallinn, celles de l'Autriche concernent Vienne, celles des États-Unis concernent (a) la Californie et (b) l'Illinois, celles de l'Italie concernent le Tyrol du Sud, et celles du Royaume-Uni concernent l'Angleterre.
Source : Questionnaire sur la protection sociale des soins de longue durée de l'OCDE (2018) et Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus (2018).

StatLink https://doi.org/10.1787/888934071327

Panorama de la santé 2019

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Le *Panorama de la santé* compare les indicateurs clés relatifs à la santé de la population et à la performance du système de santé dans les pays membres, les pays candidats et les pays partenaires de l'OCDE. Il met en évidence les différences entre les pays en ce qui concerne l'état de santé et le comportement de leurs citoyens en matière de santé ; l'accès et la qualité des soins de santé ; ainsi que les ressources disponibles pour la santé. L'analyse est basée sur les dernières données comparables à travers 80 indicateurs, les données provenant des statistiques nationales officielles, sauf indication contraire.

Outre une analyse par indicateur, un chapitre de synthèse fait le point sur les performances comparatives des pays et les grandes tendances, en mettant notamment l'accent sur les liens entre les dépenses de santé et le personnel de santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Cette édition propose par ailleurs un chapitre spécial consacré aux résultats déclarés par les patients et à leur vécu, qui offre une vue plus précise de ce qui compte pour les patients.

Veuillez consulter cet ouvrage en ligne : ***https://doi.org/10.1787/5f5b6833-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 978-92-64-87047-5