Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé

UN CADRE RENOUVELÉ



OCDE

Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé

UN CADRE RENOUVELÉ

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES POUR UNE VIE MEILLEURE

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.

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.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr.

ISBN 978-92-64-64405-2 (imprimé)
ISBN 978-92-64-94007-9 (pdf)
ISBN 978-92-64-40290-4 (HTML)
ISBN 978-92-64-79342-2 (epub)

Études de l'OCDE sur les politiques de santé
ISSN 2074-3203 (imprimé)
ISSN 2074-3211 (en ligne)

Crédits photo : Couverture © REDPIXEL.PL/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications sont disponibles sur : www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/corrigendadepublicationsdelocde.htm.

© OCDE 2024

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

Avant-propos

L'évaluation des performances des systèmes de santé est indispensable pour s'assurer que ces derniers répondent aux besoins et préférences des personnes en matière de santé, et proposent des soins de qualité et accessibles à tous. Une évaluation cohérente et systématique des systèmes de santé aide les responsables publics à recenser les domaines devant être améliorés, à optimiser la répartition des ressources et à juger de l'état d'avancement des principaux objectifs de l'action publique. Au cours des trois dernières décennies, l'OCDE a créé des cadres conceptuels complets afin d'évaluer divers aspects des performances des systèmes de santé, permettant ainsi des comparaisons et des analyses de l'action publique efficaces. Mais avec l'évolution rapide du contexte dans lequel s'inscrivent les systèmes de santé, les stratégies d'évaluation de leurs performances doivent également évoluer.

Il est de plus en plus admis que les besoins et les préférences des individus doivent être placés au cœur des systèmes de santé. En outre, la résilience des systèmes de santé face aux chocs majeurs apparaît désormais d'une importance cruciale. La pandémie de COVID-19 a montré que même les systèmes de santé les mieux dotés étaient insuffisamment préparés et résilients face à des chocs majeurs. Ses conséquences continuent de se faire sentir, en plus des crises déjà présentes et nouvelles. Par ailleurs, le vieillissement des populations et la transformation numérique croissante des systèmes de santé auront nécessairement à l'avenir de profondes répercussions sur la santé et les services de santé.

La nécessité de s'attaquer à ces problèmes peut servir de catalyseur pour inciter les pays à travailler ensemble à la mise en place de systèmes de santé davantage centrés sur la personne, durables et résilients. Le cadre conceptuel qui sous-tend l'évaluation des performances des systèmes de santé et les travaux de l'OCDE dans ce domaine doivent prendre en compte les défis auxquels les systèmes de santé doivent faire face aujourd'hui et devront affronter demain.

Le présent rapport décrit le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé, tel qu'approuvé par le Comité de la santé selon la procédure écrite le 6 décembre 2023 et préparé pour publication par le Secrétariat de l'OCDE. Il met l'accent sur l'humain, en plaçant les besoins et les préférences des individus au cœur des systèmes de santé, ainsi qu'il a été demandé à la Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE en 2017. Il intègre également d'autres dimensions des performances – notamment la résilience et la durabilité environnementale – mais donne aussi plus de poids aux inégalités, y compris entre les genres. Les principaux éléments du Cadre sont présentés les uns par rapport aux autres à un niveau élevé, sans détailler tous les liens conceptuels possibles. Cette approche peut ainsi s'appliquer à des pays dont les caractéristiques géographiques, l'économie et le système de santé sont très différents. Le nouveau Cadre propose une vision globale, tandis que des mesures, indicateurs et programmes de travail plus détaillés faciliteront les travaux visant à donner corps à cette vision.

Un cadre adapté permet de renforcer une compréhension collective des principaux objectifs des systèmes de santé. Son objectif n'est pas de remplacer les cadres nationaux d'évaluation des performances des systèmes de santé, mais de faciliter les analyses comparatives à l'échelle internationale ou régionale et l'apprentissage mutuel. Il propose une vision commune des principaux éléments des systèmes de santé qui méritent l'attention des pouvoirs publics, avec l'ambition d'aider à orienter les systèmes de santé vers des performances toujours plus solides.

Ce nouveau Cadre est l'aboutissement d'un processus de discussion et de collaboration active avec les pays membres de l'OCDE afin de s'assurer de sa pertinence et de son utilité face aux impératifs de l'action publique. Il a été accueilli favorablement par les ministres à l'occasion de la Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE du 23 janvier 2024.

Remerciements

Le présent rapport a été rédigé conjointement par une équipe d'auteurs de l'OCDE : Francesca Colombo, Guillaume Dedet, Frederico Guanais et Michael van den Berg.

Il a bénéficié, en 2022 et 2023, des nombreux commentaires et suggestions des délégués du Comité de la santé, ainsi que des groupes d'experts et de travail relevant du Comité de la santé de l'OCDE, tels que le Groupe d'experts sur la qualité et les résultats, le Groupe de travail sur les statistiques de la santé, le Groupe d'experts sur l'économie de la santé publique, le Bureau du Comité de la santé et le Bureau de la Réunion des ministres de la santé.

Les préparatifs de ce nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé ont bénéficié de discussions et d'échanges approfondis avec d'autres organisations internationales, notamment le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, afin d'en assurer la cohérence et l'harmonisation.

Au sein de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales (ELS) de l'OCDE, les auteurs souhaitent remercier Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Lucie Bryndova, Katherine de Bienassis, Michele Cecchini, Niek Klazinga, Gaetan Lafortune, Rushay Naik et José Ramalho. Nous sommes également très reconnaissants à Lucy Hulett et Natalie Corry, de l'équipe de communication d'ELS, pour leur concours à la rédaction et leur aide à la conception et à la production du rapport, ainsi qu'à Isabelle Vallard pour l'appui administratif qu'elle a fourni tout au long du projet.

Table des matières

Avant-propos 3

Remerciements 4

Résumé 7

1 Réviser le Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 9
1.1. Cadres récents de l'OCDE sur la santé 10
1.2. Vers un cadre intégré et actualisé d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 13

2 Structure générale du nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 15
2.1. Structure générale du nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé 15
2.2. Situation socioéconomique, démographique et environnementale 17
2.3. Santé des individus et de la population 17
2.4. Placer les besoins et les préférences des individus au centre des ressources et des interventions des systèmes de santé 17
2.5. Quatre dimensions transversales irriguent le Cadre 18
2.6. Liens entre les dimensions 19

3 Compléter chaque dimension du Cadre avec des indicateurs 20
3.1. Résultats des systèmes de santé 21
3.2. Contexte des systèmes de santé 23
3.3. Mesurer les services de santé et les interventions de santé publique 29
3.4. Mesurer les ressources, les caractéristiques et les politiques des systèmes de santé 35
3.5. Mesurer les dimensions transversales du Cadre 40

Bibliographie 48

Annexe A. Trois décennies d'évaluation des performances des systèmes de santé 54

Notes 64

GRAPHIQUES

Graphique 1.1. Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 2015 11
Graphique 2.1. Nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 16
Graphique 3.1. Indicateurs de l'état de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche) 22
Graphique 3.2. Facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche) 28
Graphique 3.3. Indicateurs de l'accès aux soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche) 32
Graphique 3.4. Indicateurs de la qualité des soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche) 34
Graphique 3.5. Indicateurs des capacités et ressources des systèmes de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche) 35

Graphique A A.1. Proposition de cadre conceptuel pour le projet HCQI de l'OCDE (2001) 59
Graphique A A.2. Cadre révisé de l'OCDE sur la mesure de la performance 61

TABLEAUX

Tableau 3.1. Exemples d'indicateurs de l'état de santé actuellement recueillis par l'OCDE 22
Tableau 3.2. Exemples d'indicateurs sur l'environnement et la santé actuellement recueillis par l'OCDE 24
Tableau 3.3. Nouveaux indicateurs éventuels pour mieux évaluer les interactions entre la santé et les menaces environnementales 24
Tableau 3.4. Exemples d'indicateurs décrivant les impacts socioéconomiques de la santé et des systèmes de santé recueillis par l'OCDE et d'autres institutions 27
Tableau 3.5. Exemples d'indicateurs de facteurs de risque actuellement recueillis par l'OCDE 28
Tableau 3.6. Tableau de bord des systèmes de santé centrés sur la personne 29
Tableau 3.7. Exemples d'indicateurs de l'approche centrée sur la personne rapportés par l'OCDE 30
Tableau 3.8. Exemples d'indicateurs de l'accès et de la couverture recueillis par l'OCDE 31
Tableau 3.9. Exemples d'indicateurs de la qualité recueillis par l'OCDE 33
Tableau 3.10. Exemples d'indicateurs décrivant les ressources, caractéristiques et politiques des systèmes de santé 39
Tableau 3.11. Exemples d'indicateurs de l'efficience des systèmes de santé consignés par l'OCDE 42
Tableau 3.12. Exemples d'indicateurs de la dimension de l'équité dans les systèmes de santé 43
Tableau 3.13. Exemples d'indicateurs de l'égalité des genres en matière de santé et dans les systèmes de santé 45
Tableau 3.14. Exemples d'indicateurs de la résilience des systèmes de santé 47

Suivez les publications de l'OCDE sur :

https://twitter.com/OECD
https://www.facebook.com/theOECD
https://www.linkedin.com/company/organisation-eco-cooperation-development-organisation-cooperation-developpement-eco/
https://www.youtube.com/user/OECDiLibrary
https://www.oecd.org/newsletters/

Résumé

Vers un Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE à l'épreuve du temps

Les systèmes de santé sont soumis à d'intenses pressions pour s'adapter à l'évolution des besoins et aux profondes évolutions induites par le vieillissement des populations, la transformation numérique et le changement climatique, ainsi que pour être mieux préparés à résister à des chocs d'origine naturelle ou humaine soudains et de grande ampleur, tels que les pandémies, les catastrophes naturelles et environnementales, les menaces biologiques ou chimiques, les cyberattaques, les crises financières, les menaces nucléaires ou les conflits sociaux. Nous avons besoin d'une nouvelle vision de l'évaluation des performances des systèmes de santé qui en intègre les dimensions essentielles, comme la résilience, l'approche centrée sur la personne et la durabilité environnementale.

L'évaluation des performances des systèmes de santé est indispensable pour s'assurer que ces derniers répondent aux besoins et préférences des individus en matière de santé, et proposent des soins de qualité pour tous. En évaluant les systèmes de santé de manière cohérente et systématique, elle aide les responsables publics à recenser les domaines devant être améliorés, à optimiser la répartition des ressources et à juger de l'état d'avancement des principaux objectifs de l'action publique.

Le nouveau Cadre s'appuie sur les cadres qui guident déjà les travaux de l'OCDE dans le domaine de la santé, notamment la révision en 2015 (https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004) du Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé (https://doi.org/10.1787/440134737301), le Cadre pour des systèmes de santé centrés sur la personne (https://doi.org/10.1787/c259e79a-en) et le Cadre sur la résilience face aux chocs (https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en). Il place la personne au cœur du système de santé, il intègre de nouveaux objectifs essentiels pour ce dernier (comme la durabilité, tant du point de vue économique qu'environnemental) et met plus clairement en évidence l'interdépendance et les éventuels arbitrages à opérer entre les différentes dimensions des systèmes de santé (comme l'équilibre entre efficacité et équité, efficacité et approche centrée sur la personne, ou encore durabilité et résilience).

Le nouveau Cadre facilitera la collaboration internationale en proposant un langage commun ainsi que des définitions et une compréhension partagées entre les responsables publics, les parties prenantes et les organisations. Il constitue une base pour l'élaboration de futurs indicateurs, la collecte de données, l'analyse des politiques et l'intégration des connaissances. Son objectif n'est pas de remplacer les cadres nationaux d'évaluation des performances des systèmes de santé, mais de permettre l'analyse comparative et l'apprentissage mutuel à l'échelle internationale.

Le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

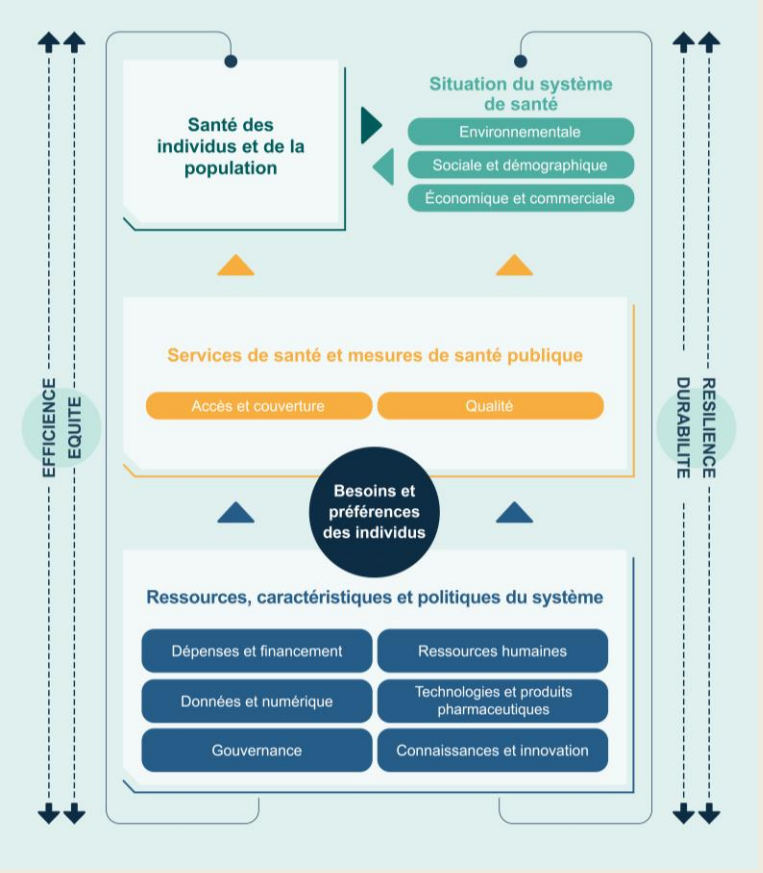
Le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

Ce nouveau Cadre sert de référence pour faciliter l'élaboration d'une vision collective des performances des systèmes de santé.

Les résultats du système de santé sont pris en compte à la fois au niveau individuel et au niveau de la population, et se rapportent à l'impact des activités, politiques et interventions du système de santé sur la santé de la population. Les **dimensions sociale, démographique, économique et environnementale** influent sur la santé des individus et de la population ainsi que sur les systèmes de santé, et en subissent également l'influence, c'est pourquoi ils constituent l'arrière-plan du Cadre.

Les besoins et préférences des personnes en matière de santé sont au cœur du Cadre, et sont à la fois considérés comme un objectif des systèmes de santé, et comme un moyen d'atteindre d'autres objectifs de l'action publique. Les systèmes de santé visent à assurer l'accès à **des services de santé et à des interventions de santé publique de haute qualité.** Il s'agit notamment de toutes les activités relevant des systèmes de santé, y compris les soins curatifs, les soins de longue durée et la santé mentale, mais aussi la prévention et la promotion de la santé. Le nouveau Cadre attire également l'attention sur quatre dimensions « transversales » des performances des systèmes de santé, **l'efficacité et l'équité** d'une part, **la durabilité et la résilience**, d'autre part.

Les ressources et caractéristiques des systèmes de santé représentent les éléments « structurels » des systèmes de santé, c'est-à-dire les intrants nécessaires à leur fonctionnement.



1 Réviser le Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

Depuis des décennies, les responsables des politiques de santé s'efforcent de mettre en place des systèmes de santé performants, qui permettent aux populations d'obtenir de bons résultats en matière de santé, de prévenir les maladies et de fournir des soins de haute qualité accessibles à tous, à un coût abordable pour les contribuables et les patients.

Ces questions sont devenues encore plus pressantes aujourd'hui. Les systèmes de santé sont soumis à une pression accrue pour obtenir de bons résultats dans de nouvelles conditions. La crise du COVID-19 a bouleversé les sociétés et les économies. Elle a mis en évidence la nécessité pour les systèmes de santé d'être correctement équipés pour faire face aux chocs majeurs et s'en remettre rapidement. Dans ce contexte, il est devenu essentiel pour les systèmes de santé de développer des moyens d'évaluer leur résilience aux perturbations. Cette notion de résilience des systèmes de santé est essentielle, que le choc soit le fait d'une cause externe, comme un agent pathogène susceptible de provoquer une pandémie, d'autres menaces biologiques, d'une guerre ou de défis plus persistants tels que le vieillissement de la population ou les menaces environnementales.

Les systèmes de santé se sont trop souvent concentrés sur ce qu'ils pouvaient fournir, plutôt que sur les besoins et les préférences des personnes. Les gens réclament des soins davantage centrés sur ce qui compte le plus pour eux, et les systèmes de santé doivent pouvoir mesurer et évaluer leur capacité à répondre aux besoins et aux attentes des patients. Les systèmes de santé doivent également améliorer les résultats et l'expérience des soins, notamment tels qu'ils sont évalués et rapportés par les patients eux-mêmes. En outre, avec le vieillissement des populations, l'évolution des besoins de santé exige une plus grande continuité des soins, l'intégration des services et des données, et des populations compétentes en matière de santé. Il s'agit là d'éléments essentiels pour des systèmes de santé performants et centrés sur la personne.

Le changement climatique est un défi permanent qui accentue la pression sur les systèmes de santé. Il requiert une action immédiate pour répondre de manière adéquate aux besoins sanitaires nouveaux et croissants causés par les vagues de chaleur et d'autres menaces liées au climat. L'impact environnemental et l'empreinte carbone des systèmes de santé eux-mêmes doivent également être réduits. Pourtant, aujourd'hui, nous n'évaluons toujours pas de manière adéquate la capacité des systèmes de santé à répondre à la pression exercée par le réchauffement climatique sur la santé et le bien-être des populations, ni leur capacité à contribuer à la durabilité de l'environnement et à réduire leur empreinte carbone.

La transformation numérique et l'intelligence artificielle offrent de nouvelles opportunités pour repenser la façon dont les systèmes de santé peuvent proposer des soins de grande qualité accessibles à tous. La télémédecine permet de rapprocher les services de la population. L'intelligence artificielle présente un fort potentiel d'amélioration des soins cliniques, de la recherche et de la gouvernance des systèmes. Ces

technologies pourraient améliorer les performances des systèmes de santé, mais il faut pour cela relever les défis éthiques qui y sont liés – et les systèmes de santé doivent être en mesure d'évaluer leur impact de manière plus efficace.

Enfin, la nécessité pour les systèmes de santé de fournir des soins de qualité et sûrs dans un contexte de pression croissante sur les budgets signifie qu'il leur est de plus en plus demandé de fournir, de récompenser et de mesurer la valeur plutôt que le simple volume de soins. Les efforts d'optimisation des ressources doivent s'accompagner d'une meilleure capacité à évaluer les effets sur différents groupes de population, indépendamment de l'âge, du revenu ou du genre, en accordant une attention particulière aux plus vulnérables.

Cette évolution du contexte d'action requiert **une nouvelle vision de l'évaluation des performances des systèmes de santé**, qui intègre de nouvelles dimensions de la performance telles que la résilience, l'approche centrée sur la personne et la durabilité environnementale.

L'évaluation des performances des systèmes de santé est devenue un élément crucial pour s'assurer que les systèmes de santé proposent des soins de qualité et répondent aux besoins des individus. En évaluant les systèmes de santé de manière cohérente et systématique, cette évaluation constitue un élément précieux pour aider les responsables publics à identifier les domaines qui nécessitent une amélioration, à favoriser une meilleure affectation des ressources, et à évaluer la réalisation des principaux objectifs de l'action publique.

Au cours des trois dernières décennies, l'évaluation des performances des systèmes de santé a constitué un élément clé des efforts de l'OCDE pour favoriser une qualité élevée des soins dans un contexte d'augmentation des dépenses et d'évolution des tendances démographiques. Les mesures de la performance des systèmes de santé ont évolué au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles données sur les politiques et les expériences du secteur de la santé, depuis la première publication par l'OCDE d'examens comparatifs des réformes des systèmes de santé en 1992 (voir à l'Annexe A une description plus détaillée de l'histoire de l'évaluation des performances des systèmes de santé). **Le nouveau Cadre élaboré par le Secrétariat reflète l'évolution du paysage actuel des systèmes de santé et conjugue plusieurs composantes d'autres cadres actuellement utilisés.**

1.1. Cadres récents de l'OCDE sur la santé

Les cadres conceptuels offrent un moyen structuré pour organiser et comprendre des idées ou des relations complexes en matière de politiques publiques. Leur objectif est d'aider les responsables et analystes des politiques, les professionnels et les autres parties prenantes à appréhender un sujet ou un domaine politique particulier. Ils ont des applications pratiques diverses, et peuvent notamment contribuer à l'élaboration d'indicateurs, à l'analyse des politiques plusieurs mesures pertinentes, et à poser les bases de la recherche. Ils facilitent en outre l'intégration des connaissances en classant les informations provenant de différentes sources, ce qui permet d'acquérir une compréhension globale d'un sujet.

Ces cadres permettent une analyse comparative internationale et une évaluation des politiques à l'aide d'ensembles d'indicateurs et d'outils visuels approuvés. Ils favorisent également l'efficacité de la communication, de la collaboration et de l'échange de connaissances en fournissant un langage commun et une compréhension partagée. En outre, ils contribuent à la prise de décision en proposant une approche d'évaluation systématique qui permet d'estimer les impacts potentiels et d'orienter les décisions en connaissance de cause.

Bien que les pays possèdent leurs propres cadres nationaux, il est essentiel de disposer de statistiques sur les systèmes de santé et d'analyses comparables au niveau international entre les pays de l'OCDE pour effectuer des analyses comparatives et faciliter l'apprentissage au niveau international.

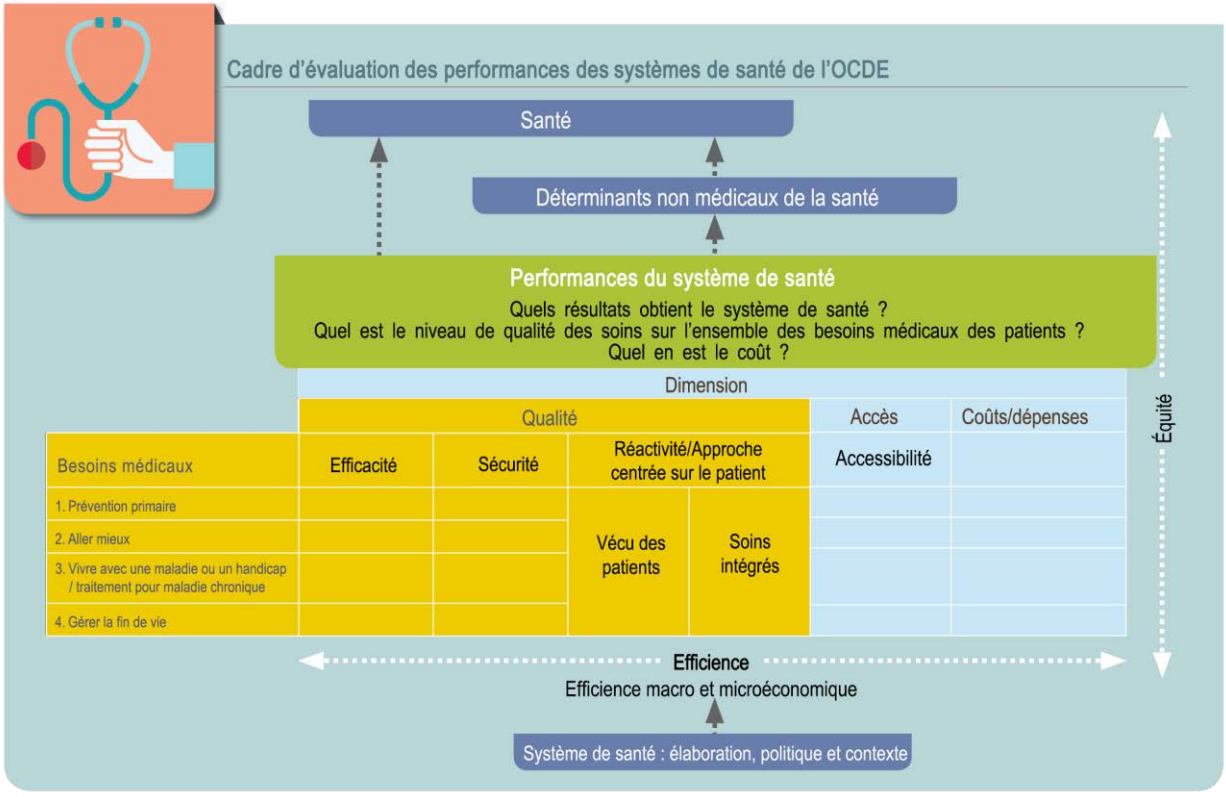
Depuis des décennies, l'OCDE aide les pays à identifier les principales caractéristiques des systèmes de santé performants et à évaluer les performances des systèmes de santé sur la base d'indicateurs de santé comparables au niveau international (voir l'Annexe A). Ces travaux ont contribué à l'élaboration de cadres conceptuels sur les performances des systèmes de santé développés par l'OCDE au fil du temps, et ont été guidés par ceux-ci (Hurst et Jee-Hughes, 2001[1] ; Kelley et Hurst, 2006[2] ; Carinci et al., 2015[3]) ainsi que par des travaux plus récents et plus ciblés qui mettent l'accent sur deux aspects particuliers : l'approche centrée sur la personne (OCDE, 2021[4]) et la résilience (OCDE, 2023[5]).

1.1.1. Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 2015

Bien que la Cadre de 2015 (Graphique 1.1) se concentre sur la **dimension de la qualité** (surlignée en jaune), il reconnaît d'autres éléments tels que l'accès, le financement et les intrants du système de santé, et a d'ailleurs été utilisé comme cadre conceptuel pour étayer des travaux analytiques et des indicateurs plus généraux de l'OCDE.

L'origine du Cadre remonte à l'année 2000 (Hurst et Jee-Hughes, 2001[1]), et il a ensuite été développé plus tard dans le cadre des activités du Groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (prédécesseur de l'actuel Groupe de travail sur la qualité et les résultats des soins de santé) entre 2004 et 2006 (Arah et al., 2006[6] ; Kelley et Hurst, 2006[2]) (voir plus de détails à l'Annexe A). **Depuis son adoption, ce Cadre a servi de base pour élaborer des indicateurs permettant de comparer les performances des systèmes de santé entre les pays de l'OCDE, et pour évaluer les lacunes dans les ensembles d'indicateurs**.

Graphique 1.1. Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE 2015



Source : d'après Carinci et al. (2015[3]), Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators, http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv004.

1.1.2. Cadre pour des systèmes de santé centrés sur la personne

Le **cadre pour des systèmes de santé centrés sur la personne (PCHS)** constituait une réponse à la Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE de 2017. À l'époque, les ministres de l'OCDE avaient convenu que les systèmes de santé devaient optimiser leur efficacité et leur efficience, assurer la continuité des soins entre les services et les prestataires, et apporter des améliorations adaptées aux personnes et à l'évolution de leurs besoins en matière de soins. Ils se sont accordés sur la nécessité de doter les professionnels de la santé des compétences adéquates, et d'adapter les modèles de formation et de travail afin de fournir des soins qui optimisent les résultats pour les patients. Les ministres ont également demandé à l'OCDE de mettre au point l'enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (PaRIS) afin de fournir des indicateurs comparables entre pays sur la façon dont les patients ont vécu les soins médicaux et les résultats qu'ils en ont obtenus. Ils ont également chargé l'OCDE de mettre en place un cadre et un outil d'évaluation afin de les aider à identifier les actions appropriées pour adapter leur système à des soins centrés sur la personne.

L'élaboration du Cadre PCHS s'est appuyée sur le Cadre de 2015 lui-même, en se concentrant sur les caractéristiques pertinentes pour une approche centrée sur la personne. Elle s'est également fondée sur les multiples efforts déployés par d'autres organisations pour identifier et classer les principaux éléments d'une approche centrée sur la personne (Nolte, Merkur et Anell, 2020[7] ; Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2016[8]) .

Le Cadre PCHS de l'OCDE, achevé en 2021, couvre cinq dimensions pour l'évaluation de l'approche centrée sur la personne au sein des systèmes de santé : **voix, choix, coproduction, intégration et respect** (OCDE, 2021[4]). Ce Cadre aide à analyser méthodiquement l'approche centrée sur la personne des systèmes de santé en fonction de ces dimensions. Pour aider les pays à évaluer leurs progrès en matière de soins centrés sur la personne et à déterminer si certaines dimensions ou certains domaines d'action devraient bénéficier d'une attention particulière, une fiche d'évaluation a été élaborée, qui identifie des points de référence pour les cinq dimensions du Cadre de l'OCDE pour les systèmes de santé centrés sur la personne.

Les indicateurs inclus dans la fiche d'évaluation s'appuient sur une variété de sources de données, notamment les Statistiques de l'OCDE sur la santé, les Enquêtes européennes sur la qualité de vie et les Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth. La collecte complète des données de l'enquête PaRIS auprès de personnes souffrant de maladies chroniques, qui comprend 20 pays et est en cours en 2023, améliorera considérablement la disponibilité des indicateurs concernant l'approche centrée sur la personne pour les pays participants, ce qui permettra de publier une nouvelle édition plus complète de la fiche d'évaluation PCHS.

1.1.3. Le cadre sur la résilience face aux chocs

La **résilience** est entendue comme la capacité des systèmes à anticiper et absorber les chocs majeurs, comme celui du COVID-19, ainsi qu'à s'y adapter et à s'en remettre (OCDE, 2020[9]). La pandémie de COVID-19 a révélé des faiblesses dans les systèmes de santé et dans la manière dont ils réagissent aux chocs, soulignant la nécessité d'améliorer leur résilience.

Plutôt que de s'appuyer uniquement sur la planification, l'évitement et l'absorption des chocs, une approche de résilience reconnaît que certains chocs seront d'une taille et d'une ampleur telles qu'ils perturberont l'ensemble du système de santé. Dans ce scénario, il est important que le système de santé soit capable de se rétablir et de s'adapter pour l'avenir. Dans ce contexte, en s'appuyant sur les leçons tirées de la pandémie et en envisageant d'autres chocs, **le Cadre de l'OCDE sur la résilience face aux chocs a servi de base à l'analyse de la résilience des systèmes de santé par l'OCDE** (OCDE, 2023[5]).

Selon le Cadre, le cycle de perturbation comprend quatre étapes :

- **Préparer** : inclut les mesures prises par le système de santé et les institutions connexes pour planifier et préparer les fonctions et caractéristiques essentielles afin d'éviter et d'atténuer un ensemble de chocs potentiels.
- **Absorber** : comprend la capacité du système de santé à maintenir ses fonctions essentielles et à absorber les conséquences d'un choc aigu ou d'un stress prolongé sans s'effondrer. Cela implique de limiter l'ampleur de la perturbation et de réduire ses effets sur la morbidité et la mortalité.
- **Se rétablir** : implique que le système de santé tente de rétablir les fonctions perdues aussi rapidement et efficacement que possible. Le rétablissement fait aussi référence au temps et aux ressources nécessaires pour que le système revienne à un fonctionnement normal après un choc.
- **S'adapter** : concerne la capacité du système de santé à « apprendre » et à améliorer sa capacité à absorber les chocs puis à se rétablir, en s'appuyant sur l'expérience passée, afin de réduire les effets des menaces comparables à l'avenir. Cette étape étaye la planification et la préparation des prochains cycles.

Ces étapes sont présentées dans l'ordre, mais dans la pratique, elles sont dynamiques et intégrées. Le contexte de la pandémie de COVID-19 en présente une illustration. Par exemple, une nouvelle variante du SARS-CoV-2 qui échappe à la protection immunitaire conférée par la vaccination pourrait entraîner un recul du stade du rétablissement à celui de l'absorption. En outre, les décisions prises à un stade du cycle de perturbation peuvent avoir un impact sur les stades suivants – par exemple, l'arrêt des interventions chirurgicales électives pendant la phase d'absorption de la pandémie peut avoir une incidence sur la phase de rétablissement.

1.2. Vers un cadre intégré et actualisé d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

1.2.1. Nécessité d'adapter le Cadre au monde actuel

Le Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE a été mis à jour pour la dernière fois en 2015, en mettant l'accent sur la qualité et les résultats (Carinci et al., 2015[3]). Depuis lors, les systèmes de santé se doivent d'être davantage centrés sur les besoins et les attentes des personnes, alors que de nombreux événements perturbateurs se sont produits, dont la plus grande urgence sanitaire du siècle, et que des défis persistants pèsent sur les systèmes de santé au quotidien. **Ces évolutions ont favorisé un changement majeur dans le contexte général de la politique de santé, et les attentes quant à ce qu'un cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé devrait mesurer ont considérablement évolué.**

Le monde change, et l'approche de l'évaluation des performances des systèmes de santé doit elle aussi évoluer. La pandémie de COVID-19 a révélé que les systèmes de santé n'étaient pas assez préparés, et n'étaient donc pas aussi résilients qu'ils auraient dû l'être ou qu'on le pensait. Alors que l'héritage de ces crises continue de se faire ressentir, un ensemble interdépendant de crises durables et émergentes – coût de la vie, changement climatique et guerre – plaide pour une action urgente afin de s'assurer que les systèmes de santé soient plus résilients face aux chocs futurs. Par ailleurs, des tendances lourdes telles que le vieillissement des populations et la généralisation de la transformation numérique sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et les services de santé dans les années à venir.

Ces bouleversements représentent non seulement un immense défi, mais aussi une occasion de progresser collectivement vers la mise en place de systèmes de santé plus écologiques, plus durables et plus résilients, qui produisent des bénéfices pour les populations, les sociétés et les économies. Le cadre conceptuel qui étaye l'évaluation des performances des systèmes de santé et les travaux de l'OCDE dans ce domaine devrait refléter les défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés aujourd'hui ou ceux auxquels on peut s'attendre à l'avenir.

1.2.2. Utilisation d'un nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé

Un cadre adapté permet de renforcer la compréhension collective des grands objectifs de l'action publique concernant les systèmes de santé, de définir la portée des travaux de l'OCDE dans ce domaine et de s'accorder sur une terminologie et un langage communs. Son objectif n'est pas de remplacer les cadres nationaux d'évaluation des performances des systèmes de santé, mais de permettre l'analyse comparative et l'apprentissage mutuel.

Le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE contribue également à l'élaboration d'indicateurs, à l'intégration des connaissances, à l'analyse comparative et à l'évaluation, à la collaboration internationale et à la prise de décision. Il présente une vision commune des principaux éléments des systèmes de santé qui méritent l'attention des pouvoirs publics, et répondra aux besoins des différents axes de travail de l'OCDE dans le domaine de la santé. L'Encadré 1.1 présente les principales applications pratiques du cadre.

Encadré 1.1. Utilisations pratiques du Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

- Constituer une **base pour l'élaboration d'indicateurs, la collecte de données et l'analyse des politiques** ;
- **Contribuer à l'intégration des connaissances** en organisant et en intégrant des connaissances provenant de différentes sources et de différents volets de travail ;
- Faciliter **l'évaluation comparative et l'apprentissage au niveau international** grâce à des séries d'indicateurs, de tableaux de bord et de visualisations de données approuvés ;
- Faciliter la collaboration internationale en **proposant un langage commun, des définitions et une compréhension partagées** entre les fonctionnaires nationaux, les responsables publics, les parties prenantes et les organisations ;
- Contribuer à orienter les décideurs vers des décisions éclairées et bien fondées en **fournissant une base pour l'évaluation des performances des systèmes de santé** ;
- **Stimuler des analyses innovantes** telles que les tests de résistance des systèmes de santé et l'évaluation de l'impact des systèmes de santé sur l'environnement.

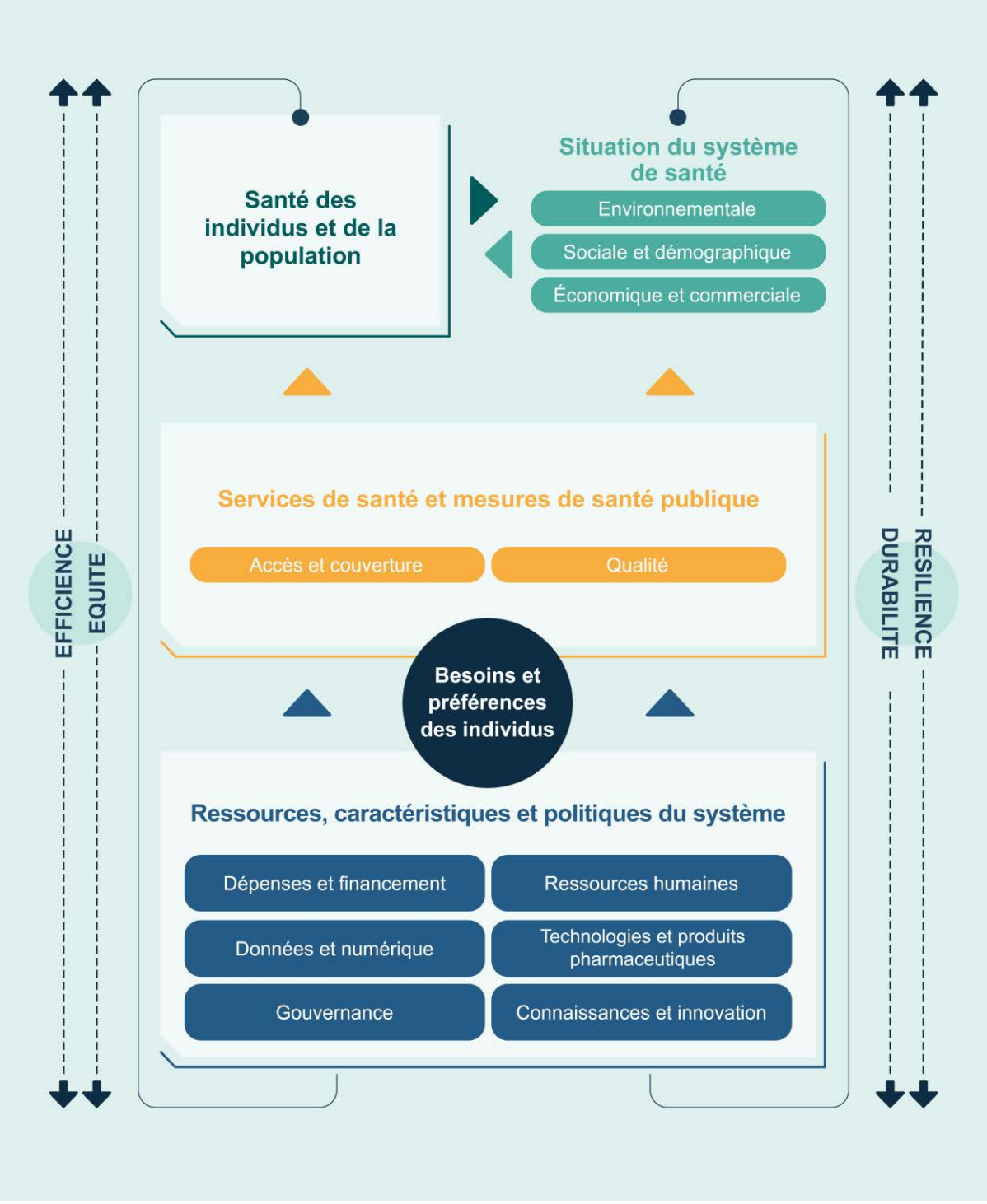
2 Structure générale du nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE

Le but d'un cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé est de proposer une vision commune des principaux éléments des systèmes de santé qui nécessitent une attention ciblée des pouvoirs publics. En intégrant formellement des dimensions supplémentaires de la performance – telles que l'approche centrée sur la personne et la résilience – qui, ces dernières années, ont été au centre de l'attention des responsables publics et sont essentielles pour l'évolution de la politique de santé, le nouveau Cadre permet une évaluation plus complète des performances, et oriente ainsi les futurs travaux d'analyse et d'élaboration d'indicateurs de l'OCDE. Le présent chapitre décrit ce nouveau Cadre, ses composantes et les liens qui les unissent.

2.1. Structure générale du nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé

Le Graphique 2.1 présente le Cadre général. Le « trio classique » qui sous-tend la plupart des cadres d'évaluation des performances des systèmes de santé – intrants, processus et résultats – est visible dans le Cadre (Donabedian, 2005[10]). Le graphique montre que les ressources et les politiques alimentent les services et les interventions de santé, qui, à leur tour, produisent des effets sur les résultats.

Graphique 2.1. Nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE



2.2. Situation socioéconomique, démographique et environnementale

Le contexte socioéconomique, démographique et environnemental fait référence aux conditions générales qui influencent le système de santé et interagissent avec lui. Le Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE se concentre sur le système de santé et ne sert pas de modèle conceptuel pour les déterminants de la santé. Toutefois, comme l'illustre efficacement le modèle de Dahlgren et Whitehead (voir l'Annexe A), cette catégorie comprend un large éventail de déterminants dont les effets combinés dépassent ceux du système de santé dans son ensemble (Dahlgren et Whitehead, 2021[11]).

Le contexte général joue un rôle important dans l'élaboration des fonctions de tous les systèmes de santé, que ce soit en favorisant ou en limitant leurs performances. Par exemple, les discussions sur l'accès ou le financement sont liées à la situation macroéconomique et à la marge de manœuvre budgétaire dans lesquelles elles s'inscrivent. De même, les politiques en matière de personnel de santé peuvent différer en fonction de la structure par âge d'un pays donné, les sociétés plus vieillissantes nécessitant une plus grande proportion de travailleurs sociaux/personnels de santé. En résumé, cette dimension vise à comprendre comment ces influences et facteurs externes impactant à la fois la santé des personnes et les performances des systèmes de santé, tout en reconnaissant que les actions des systèmes de santé (et, par conséquent, la santé des personnes) affectent de manière significative les contextes environnemental, économique, commercial et social. Le Cadre illustre le fait que cette relation est circulaire plutôt que linéaire.

2.3. Santé des individus et de la population

Les résultats des systèmes de santé représentent un élément essentiel des cadres d'évaluation des performances des systèmes de santé. Ces résultats se rapportent aux conséquences des activités, des politiques et des interventions d'un système de santé sur la santé et le bien-être de la population. Pratiquement tous les cadres existants identifient la santé, que ce soit la santé de la population, la santé individuelle ou l'amélioration de la santé, comme but essentiel des systèmes de santé (Papanicolas et al., 2022[12] ; Perić, Hofmarcher et Simon, 2018[13]) .

2.4. Placer les besoins et les préférences des individus au centre des ressources et des interventions des systèmes de santé

Le Cadre proposé place les besoins et les préférences des personnes en matière de santé au cœur du système de santé, reflétant ainsi les orientations issues de la Réunion des ministres de la Santé de l'OCDE de 2017, qui visait à mettre l'usager au premier plan des systèmes de santé (OCDE, 2017[14]). À ce titre, l'approche centrée sur la personne est considérée à la fois comme un objectif des systèmes de santé et comme un moyen d'atteindre d'autres objectifs stratégiques. En intégrant les éléments du Cadre pour des systèmes de santé centrés sur la personne, l'approche centrée sur la personne peut être exprimée à travers ses cinq sous-domaines : voix, choix, coproduction, respect et intégration.

La section sur les **ressources et caractéristiques des systèmes de santé** couvre les éléments « structurels » des systèmes de santé, c'est-à-dire les intrants nécessaires pour permettre au système de santé de fonctionner, et le contexte dans lequel il fonctionne. Ils comprennent les six piliers suivants :

- Dépenses et financement
- Ressources humaines
- Données et numérique
- Technologies et produits pharmaceutiques
- Gouvernance
- Connaissances et innovation.

Plutôt que d'introduire de nouveaux sujets, le nouveau Cadre présente ceux qui sont déjà largement couverts par les travaux en cours de l'OCDE, tels que les données rapportées dans le *Panorama de la santé* (OCDE, s.d.[15]) et les données collectées dans l'enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé (OCDE, s.d.[16]) (voir chapitre suivant).

Services de santé et interventions de santé publique : cette partie comprend toutes les activités qui relèvent des soins, comme les soins curatifs, les soins de longue durée, les soins psychiatriques, les soins palliatifs, etc., mais aussi les actions de prévention et de promotion de la santé, comme le dépistage, la vaccination ou les campagnes de santé publique. En conservant l'essence du Cadre de 2015, « **l'accès et la couverture** » et « **la qualité** » sont des objectifs importants du système ainsi que des domaines d'indicateurs. Ensemble, ils déterminent l'efficacité et l'équité de l'offre de santé. « L'accès et la couverture » garantissent que les individus peuvent facilement obtenir les services de santé dont ils ont besoin, indépendamment de leur situation géographique, financière ou sociale/culturelle, ce qui favorise donc l'égalité des chances en matière de santé. La « qualité », quant à elle, se concentre sur les normes et l'efficacité des services de santé, en assurant la sécurité des patients et en garantissant que les soins sont fondés sur des données probantes et qu'ils répondent à des pratiques établies et validées. Le suivi et l'optimisation de ces dimensions sont essentiels pour lutter contre les disparités en matière de soins, et atteindre les objectifs des systèmes de santé.

2.5. Quatre dimensions transversales irriguent le Cadre

Le nouveau Cadre comprend désormais **quatre dimensions « transversales »** des performances des systèmes de santé, **l'efficacité et l'équité** d'une part, **la durabilité et la résilience**, d'autre part. La raison pour laquelle ces dimensions sont transversales est qu'elles n'appartiennent pas à un bloc particulier du Cadre, mais qu'elles les concernent tous.

Par exemple, l'équité fait référence aux manières dont les ressources sont réparties pour servir les différents groupes socioéconomiques de la population, dont la qualité des soins ou l'accès aux soins varie entre ces groupes et, enfin, dont la santé varie entre ces groupes. Un indicateur de la qualité des soins, tel que le taux d'admission à l'hôpital pour diabète, pourrait aussi constituer un indicateur d'équité lorsqu'il est ventilé par groupes socioéconomiques.

La mesure de l'efficacité des systèmes de santé consiste à comparer les intrants et les résultats du système de santé, afin d'évaluer la mesure dans laquelle les objectifs sont atteints tout en limitant au maximum l'utilisation des ressources. L'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé est un objectif essentiel pour concilier les demandes croissantes de soins avec des budgets limités.

La résilience implique de s'assurer que les performances du système de santé se maintiennent dans des conditions extrêmes, et ce dans tous les domaines qui déterminent ces performances. Il s'agit de facteurs internes aux systèmes de santé (notamment la capacité, les ressources physiques, le personnel et les systèmes d'information) et externes (notamment une vision des déterminants socioéconomiques de la santé).

Enfin, le Cadre comprend également la dimension de la durabilité. La durabilité dans le contexte des performances des systèmes de santé fait le plus couramment référence à un aspect de viabilité budgétaire, c'est-à-dire à la capacité d'un gouvernement à maintenir les finances publiques dans une position crédible et viable à long terme (OCDE, 2015[17]). Cependant, la durabilité renvoie également à l'idée plus large d'un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre à leurs propres besoins (Brundtland Commission, 1987[18]), un concept qui a étayé les discussions sur la durabilité environnementale et qui présente un grand intérêt pour la politique de santé, en particulier dans le contexte du changement climatique. Les deux interprétations sont des dimensions transversales pertinentes dans l'évaluation des performances des systèmes de santé.

2.6. Liens entre les dimensions

Les concepts utilisés dans le Cadre ne s'excluent pas nécessairement l'un l'autre, et peuvent donc se chevaucher. Certains liens entre les concepts sont pris en compte dans le Cadre. Par exemple, bien qu'une terminologie différente soit utilisée, **le modèle de structure, de processus et de résultats de Donabedian** (Donabedian, 2005[10]) **reste visible dans le Cadre** à travers les liens entre les ressources, les caractéristiques et la politique du système de santé (structure) ; les services de santé et les interventions de santé publique (processus) ; et la santé des individus et de la population (résultats).

Pourtant, le Cadre reste de haut niveau. Il présente les principaux éléments en relation les uns avec les autres à un niveau supérieur, et n'est pas destiné à détailler tous les liens conceptuels possibles. L'approche de haut niveau permet de l'appliquer à une série de pays dont la taille géographique, l'économie et le système de santé sont très différents. Les différents impacts du système de santé sont également interdépendants : la santé individuelle et publique peut affecter la richesse des individus et vice versa ; les inégalités en matière de santé peuvent favoriser d'autres inégalités socioéconomiques ; les systèmes de santé ont un impact sur l'environnement, par exemple par le biais des émissions et des déchets, tandis que l'environnement affecte également la santé des individus.

L'adoption d'un Cadre de haut niveau permet de « zoomer », de détailler et d'approfondir les dimensions du Cadre, par exemple par le biais de sous-dimensions, complétées par une série de mesures d'accompagnement et d'indicateurs liés au niveau opérationnel, qui peuvent être utilisés pour faciliter l'analyse et les comparaisons entre les pays. En bref, ce Cadre de haut niveau définira une vision ; des mesures, des indicateurs et des programmes de travail plus détaillés – actuels et futurs – permettront de concrétiser cette vision. Le chapitre 3 développera les différents concepts et composantes du Cadre, et les complètera avec des indicateurs, existants ou à envisager.

3 Compléter chaque dimension du Cadre avec des indicateurs

Pour mettre le Cadre en pratique, les différents concepts qu'il contient doivent être décomposés en éléments plus spécifiques et mesurables, puis assortis d'indicateurs. **Étant donné que plusieurs composantes du Cadre s'inspirent de cadres existants, l'OCDE a déjà développé un grand nombre de ces indicateurs**. Par conséquent, plusieurs dimensions du nouveau Cadre peuvent déjà se prévaloir d'un solide ensemble d'indicateurs. Néanmoins, la révision du Cadre offre également la possibilité d'introduire de nouveaux indicateurs et d'améliorer la qualité des indicateurs existants.

La communication d'indicateurs afin d'établir des comparaisons internationales et des tendances dans le temps est au cœur des activités de l'OCDE. Au cours des années, l'OCDE a constitué un vaste ensemble d'indicateurs sur la santé et les performances des systèmes de santé, disponible sur le portail des Statistiques de l'OCDE sur la santé (OCDE, 2023[19]). Les Statistiques de l'OCDE sur la santé (publiées chaque année en juin/juillet) couvrent un large éventail de statistiques et d'indicateurs de la santé pour les pays de l'OCDE et ses principaux partenaires. Elles existent depuis plus de 20 ans, et se composent de 12 ensembles détaillés de données, qui explorent chacun un aspect des systèmes et des services de santé. La base de données en ligne est mise à jour chaque année, à partir d'informations provenant de quatre ensembles de données distincts, administrés par la Division de la santé de l'OCDE. Deux de ces ensembles de données sont gérés conjointement avec d'autres organisations internationales.

Le *Panorama de la santé* (OCDE, s.d.[15]), rapport phare de l'OCDE publié tous les deux ans depuis 2001, est un autre résultat clé des travaux de l'OCDE sur la santé. S'il s'agissait au départ d'un moyen original d'explorer et de présenter les Statistiques de l'OCDE sur la santé, en montrant les variations et tendances des principaux indicateurs de la santé dans les pays membres et partenaires, c'est devenu un rapport attendu à l'échelle mondiale. Le *Panorama de la santé* présente un ensemble complet d'indicateurs relatifs à l'état de santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et dans des économies émergentes clés. Les analyses s'appuient sur les statistiques nationales officielles comparables les plus récentes et sur d'autres sources, et sont présentées selon un double format : vue d'ensemble des performances relatives des pays et des grandes tendances, et indicateur par indicateur.

Les preuves scientifiques, les données disponibles et la pertinence pour l'action publique ont conduit à l'ajout d'un nombre croissant d'indicateurs couvrant différents aspects et domaines de performance des systèmes de santé. Dans l'édition 2023, le *Panorama de la santé* (OCDE, 2023[20]), en plus des tableaux de bord présentant les performances comparées des systèmes de santé, des chapitres ont été consacrés à l'état de santé, aux facteurs de risque pour la santé, à l'accès aux soins, à la qualité et aux résultats des soins, aux dépenses de santé et au financement, aux personnels de santé, au secteur pharmaceutique, ainsi qu'au vieillissement et aux soins de longue durée.

Compte tenu de sa pertinence et de son succès auprès des responsables publics, plusieurs éditions régionales ont été créées depuis le lancement de cette série en 2001 (voir l'Encadré 3.1).

Encadré 3.1. Éditions régionales du *Panorama de la santé*

Panorama de la santé : Europe

Le *Panorama de la santé : Europe* (OCDE, s.d.[21]) est un apport biennal lancé en 2010 pour rendre compte des résultats des 27 États membres de l'Union européenne, de 5 pays candidats et de 3 pays de l'Association européenne de libre-échange (AELE). Il présente plusieurs indicateurs fondés, pour l'essentiel, sur la liste restreinte des indicateurs de santé européens de base (ISEB) établie pour faciliter la notification des statistiques de la santé dans l'Union européenne.

Panorama de la santé : Asie/Pacifique

Le *Panorama de la santé : Asie/Pacifique* (OCDE, s.d.[22]), rapport publié tous les deux ans depuis 2010, présente un ensemble d'indicateurs clés dans 27 pays et territoires d'Asie-Pacifique, dont 4 pays membres de l'OCDE (Australie, Corée, Japon et Nouvelle-Zélande) et est coécrit par le Centre de politique OCDE-Corée, le Bureau régional OMS du Pacifique occidental (OMS/WPRO) et le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (OMS/SEARO).

Panorama de la santé : Amérique latine et Caraïbes

Le *Panorama de la santé : Amérique latine et Caraïbes* (OCDE/La Banque mondiale, 2023[23] ; 2020[24]), fruit d'une collaboration entre la Division de la santé de l'OCDE et la Banque mondiale, fournit depuis 2020 des analyses fondées sur des données comparables sur une centaine d'indicateurs dans 33 pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

L'approche du *Panorama de la santé* repose depuis longtemps sur les Cadres d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE. La mise en œuvre de ces cadres par l'OCDE remonte aux travaux menés par le groupe d'experts sur les indicateurs de qualité des soins de santé entre 2004 et 2006, à partir d'un cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé (Arah et al., 2006[6]) . En 2017, le modèle conceptuel fondamental – qui va bien au-delà de la qualité des soins – a été mis à jour sur la base de la révision de 2015 du Cadre d'évaluation des systèmes de santé (Carinci et al., 2015[3]), tout en élargissant la portée et le détail de ses analyses.

Sans être exhaustive, cette section explique les autres déclinaisons opérationnelles des différents domaines du nouveau Cadre, et décrit des exemples d'indicateurs qui pourraient être utilisés ou sont déjà employés pour mesurer chacun de ces domaines.

3.1. Résultats des systèmes de santé

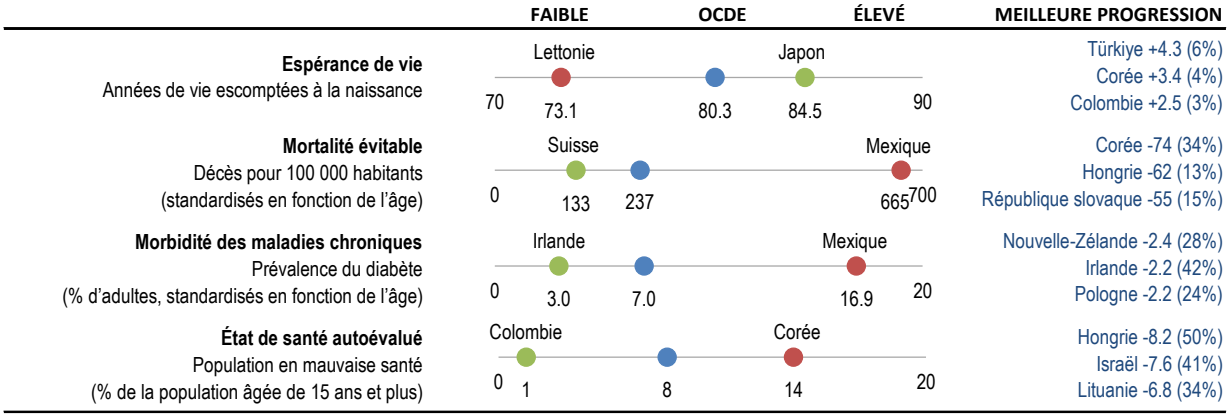
L'objectif principal de tout système de santé est d'améliorer la santé de la population qu'il dessert. Par conséquent, **la santé de la population est souvent le premier domaine pris en compte lors de l'évaluation des performances des systèmes de santé**. Les indicateurs dans ce domaine comprennent des mesures telles que l'espérance de vie, la mortalité standardisée selon l'âge, les années de vie perdues, etc. Toutefois, il s'agit d'informations plutôt génériques sur la santé de la population, qui mesurent à la fois l'effet sur la santé de la population de nombreux facteurs de risque ou conditions environnementales, et l'offre de soins. Une telle approche pose des défis méthodologiques considérables lorsqu'il s'agit d'attribuer les changements en matière de santé à une intervention politique particulière. C'est la raison pour laquelle des indicateurs plus spécifiques ont été envisagés pour mesurer avec plus de précision la contribution des soins à l'amélioration de la santé. Cela a conduit au développement de concepts tels que la mortalité évitable, et à l'utilisation de maladies traceuses.

L'OCDE rend compte d'une série d'indicateurs concernant son élément le plus central, à savoir l'état de santé. Le Tableau 3.1 présente ces indicateurs, et le Graphique 3.1 montre une comparaison internationale pour certains indicateurs de la santé tels qu'ils figurent dans le *Panorama de la santé 2023* (OCDE, 2023[20]).

Tableau 3.1. Exemples d'indicateurs de l'état de santé actuellement recueillis par l'OCDE

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Espérance de vie à la naissance	Indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble donné de taux de mortalité par âge.- Cet indicateur est également présenté par genre et par niveau d'éducation.
Taux de mortalité	Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux sont directement standardisés par âge pour la population de l'OCDE, afin d'éliminer les variations dues aux différences de structures d'âge entre les pays et dans le temps.-
Surmortalité	Nombre total de décès toutes causes confondues au cours d'une année donnée, par rapport au nombre annuel moyen de décès au cours des cinq années précédentes. Les chiffres sont ajustés pour tenir compte de la croissance démographique des différents groupes d'âge au cours du temps. La surmortalité est indiquée en pourcentage, à la hausse ou à la baisse.
Mortalité évitable (par prévention et par traitement)	La mortalité évitable est définie comme les décès, parmi la population de moins de 75 ans, qui peuvent être principalement évités par des interventions efficaces de santé publique et de prévention primaire. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être principalement évitées grâce à des soins efficaces prodigués à temps, notamment la prévention secondaire et le traitement. Un seuil de 74 ans a été retenu pour toutes les causes de mortalité prématurée.
Mortalité spécifique à une maladie ou à une affection	Taux de mortalité basés sur le nombre de décès enregistrés dans un pays pour un groupe donné de pathologies ou d'affections au cours d'une année, par exemple la mortalité due aux maladies circulatoires, au cancer, etc.
Espérance de vie en bonne santé à la naissance et à 65 ans	Les années de vie en bonne santé sont définies comme le nombre d'années passées sans limitation d'activité à long terme (c'est-à-dire l'espérance de vie sans invalidité).
Maladies chroniques	Comprend des indicateurs tels que la prévalence du diabète, la prévalence de l'asthme, la santé mentale des adultes, les maladies chroniques et les invalidités chez les personnes âgées (personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'au moins deux maladies chroniques).
État de santé perçu	L'état de santé perçu reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé.

Graphique 3.1. Indicateurs de l'état de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

Source : OCDE (2023[19]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », https://doi.org/10.1787/health-data-fr; IDF (2021[25]), IDF Diabetes Atlas, www.diabetesatlas.org.

3.2. Contexte des systèmes de santé

3.2.1. Santé et impact sur l'environnement

Les effets potentiels du changement climatique sur la santé humaine ont été bien documentés : l'élévation du niveau des mers, l'augmentation des niveaux de CO2, la hausse des températures sont des menaces pour la qualité de l'air, la salubrité de l'eau potable, l'approvisionnement en aliments nutritifs et la sécurité des abris, qui deviennent des déterminants essentiels de la santé. Les phénomènes météorologiques extrêmes devenant de plus en plus fréquents, les vagues de chaleur entraîneront une augmentation des affections liées à la chaleur, telles que les coups de chaleur ou d'autres maladies cardiovasculaires ou respiratoires. Ils peuvent également avoir un impact plus général sur le bien-être, notamment sur la santé mentale. Les événements météorologiques extrêmes sont également liés à une augmentation du nombre d'incendies de forêt et d'inondations – qui constituent une menace immédiate pour la santé de la population, avec un risque accru de blessures et de décès – et peuvent aussi entraîner des déplacements à grande échelle de personnes, influant sur la santé mentale et le bien-être de celles-ci. Les changements climatiques entraînent également des modifications de la biodiversité dans les pays, ce qui peut modifier les schémas épidémiologiques des maladies infectieuses. Par exemple, des hivers plus chauds et des étés plus longs peuvent amener les moustiques et d'autres arthropodes à changer d'habitat et à introduire des maladies, telles que la dengue, dans des régions qui n'étaient pas touchées auparavant.

Les travaux de l'OCDE sur l'impact des conditions environnementales sur la santé sont relativement récents. Le Comité de la santé a déjà mené des travaux sur les effets de la pollution environnementale sur la santé, comme le chapitre sur la pollution de l'air et son impact sur la santé en Europe dans le *Panorama de la santé : Europe 2020* (OCDE/Union européenne, 2020[26]), et le dossier *Healthy People, Healthy Planet* en 2017 (OCDE, 2017[27]), qui examinait le rôle des systèmes de santé dans la promotion de modes de vie plus sains et d'un avenir plus écologique. D'autres départements de l'OCDE ont également travaillé sur l'intersection de l'environnement, du changement climatique et de la santé. Le Comité des politiques d'environnement de l'OCDE recueille et communique régulièrement des données sur les émissions et les intensités de polluants, ainsi que sur la qualité de l'air et la santé (OCDE, 2023[28]), tandis que le Centre de l'OCDE pour le bien-être, l'inclusion, la soutenabilité et l'égalité des chances (WISE) travaille également sur cette question, par exemple dans une publication de 2021 qui étudiait les impacts de la pollution atmosphérique et du changement climatique sur la santé (OCDE, 2021[29]).

Le Secrétariat recueille déjà certains indicateurs liés au climat et à l'environnement. L'Tableau 3.2 présente certains de ces indicateurs. Ceux-ci peuvent être développés et adaptés pour améliorer la mesure des effets des menaces environnementales sur la santé. Dans un premier temps, un nouvel ensemble d'indicateurs de l'OCDE (voir le Tableau 3.3) pourrait se concentrer sur la mortalité, les hospitalisations et les visites aux services d'urgence liées à la chaleur, ainsi que sur la surmortalité pendant les vagues de chaleur, mais aussi sur l'incidence des maladies à transmission vectorielle. L'exposition à des facteurs de risque tels que la pollution atmosphérique pourrait également être prise en compte. En ce qui concerne les taux de surmortalité, de mortalité et d'hospitalisation, l'OCDE pourrait tirer parti de ses ensembles de données existants sur la santé. Outre la pollution atmosphérique, l'exposition à d'autres facteurs de risque, tels que les phénomènes météorologiques extrêmes, pourrait constituer un indicateur supplémentaire. En ce qui concerne le choix des domaines d'indicateurs, il est nécessaire de discuter de ceux qui pourraient être obtenus à partir de sources de données existantes, et de ceux qui devraient faire l'objet d'une nouvelle collecte de données à l'intention des experts en données sanitaires de l'OCDE.

Tableau 3.2. Exemples d'indicateurs sur l'environnement et la santé actuellement recueillis par l'OCDE

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Environnement et qualité de l'air	La base de données environnementales de l'OCDE contient une longue série chronologique sur l'exposition moyenne de la population aux particules fines pour tous les pays de l'OCDE et au-delà.
Taux de mortalité	Des données sur la mortalité due à plusieurs causes associées à des facteurs de risque potentiellement liés à l'environnement sont actuellement recueillies, notamment les décès dus à des maladies cardiovasculaires, à des maladies rénales aiguës et à des affections respiratoires, la santé maternelle et infantile, les comportements violents et le suicide.
Surmortalité	Introduites pour la première fois dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les données hebdomadaires sur la surmortalité peuvent également être utilisées pour suivre l'impact des événements climatiques extrêmes, par exemple les vagues de chaleur.

Tableau 3.3. Nouveaux indicateurs éventuels pour mieux évaluer les interactions entre la santé et les menaces environnementales

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Taux d'hospitalisation ou de visites aux urgences pour des maladies « liées à la chaleur »	Les taux d'hospitalisation ou de visites aux urgences pour des affections telles que l'épuisement par la chaleur, les crampes de chaleur, l'œdème thermique léger, la syncope due à la chaleur et le coup de chaleur pourraient être utilisés pour mesurer les effets des vagues de chaleur sur la santé.
Taux d'hospitalisation ou de visites aux urgences pour des maladies « liées à la qualité de l'air »	Les maladies peuvent inclure l'asthme ou la bronchopneumopathie chronique obstructive.
Mortalité liée à la chaleur	Taux annuels de décès par million d'habitants qui correspondent aux codes de la Classification internationale des maladies liés à l'exposition à des sources naturelles de chaleur ou pour lesquels elle représente un facteur contributif (par exemple, décès par insuffisance cardiovasculaire ou rénale).
Autres maladies induites par le climat par exemple.	Le changement climatique peut entraîner une augmentation des taux d'incidence des maladies tropicales/infectieuses, notamment des maladies à transmission vectorielle (dengue, maladie de Lyme, etc.), des infections entériques et des diarrhées dans des régions où ces affections n'étaient pas endémiques auparavant.

D'autres indicateurs allant au-delà de l'impact du changement climatique sur la santé de la population et de l'exposition aux facteurs de risque associés à l'environnement pourraient également être intéressants. Ceux-ci pourraient en particulier se rapporter à **l'impact du changement climatique sur les systèmes de santé de manière plus générale**. Si les pays ne semblent pas pour l'instant s'intéresser spécifiquement à cette question, la plupart se sont engagés à la COP 26 à mettre en place des systèmes de santé bas carbone, résilients au changement climatique et durables. Plusieurs indicateurs peuvent se révéler utiles pour évaluer le suivi, la préparation et la gestion des risques et dangers climatiques présents et futurs pour les systèmes de santé (Organisation mondiale de la santé, 2023[30]). Ces indicateurs pourraient, par exemple, inclure la proportion d'établissements de santé construits dans des zones sujettes aux inondations, la consommation d'énergie et le mix énergétique des établissements de santé, l'excédent de consommation des établissements de santé pendant les vagues de chaleur ou de froid, la proportion de travailleurs de la santé qui tombent malades pendant les vagues de chaleur ou de froid, et d'autres données encore. Il est entendu qu'un travail de développement substantiel devra être réalisé avant que l'un de ces indicateurs puisse être inclus dans une quelconque collecte de données.

En plus du suivi des effets des facteurs environnementaux sur la santé, **le suivi des impacts des activités des systèmes de santé sur l'environnement est également pertinent**, et lié à la dimension transversale de la durabilité (voir ci-dessous). Les arguments en faveur d'efforts visant à réduire l'empreinte carbone de l'offre de soins sont considérables. Non seulement le secteur lui-même représente environ 5 % des émissions totales, selon les mesures préliminaires, mais le réchauffement climatique compromettra les progrès vers son objectif même, qui est de promouvoir, rétablir ou maintenir la santé. L'un des domaines

de travail en cours sur la santé et le changement climatique porte sur l'amélioration des mesures existantes des émissions de carbone du secteur de la santé des pays de l'OCDE. Si certaines mesures préliminaires existent déjà, la méthodologie est en train d'être affinée et améliorée. La plupart des données utilisées pour les méthodes actuelles d'estimation des émissions du secteur de la santé proviennent de l'OCDE ou sont régulièrement communiquées par l'OCDE, comme les données du système de comptes de la santé, les matrices entrées-sorties ou les émissions par pays.

Des études internationales visant à comparer les émissions de gaz à effet de serre (GES) dans les pays de l'OCDE existent déjà. Cependant, elles ne sont pas nécessairement réalisées de manière régulière (et sont en partie assez anciennes) et ne semblent pas utiliser les informations détaillées sur les dépenses de santé par prestataire ou par catégorie de services disponibles pour les pays de l'OCDE. Ces données sont collectées chaque année dans le cadre du Questionnaire conjoint sur les comptes de la santé (JHAQ) (qui est basé sur le Système des comptes de la santé 2011), et validées conjointement par l'OCDE, l'OMS et Eurostat. Elles peuvent donc être considérées en grande partie comme comparables au niveau international. Utiliser cette collecte de données pour chaque pays – en multipliant les dépenses pour chaque catégorie avec l'intensité d'émission correspondante – pourrait théoriquement permettre une analyse très détaillée des émissions de GES du secteur de la santé pour chaque pays (par exemple, pour les hôpitaux, les cabinets médicaux, les pharmacies, les maisons de repos). De plus, la disponibilité en temps opportun de ces données pourrait être un atout. Pour la plupart des pays de l'OCDE, une ventilation détaillée des dépenses par fournisseur, type de service et système de financement est disponible avec un décalage de deux ans seulement. Pour certains pays, des données préliminaires très détaillées peuvent être disponibles encore plus rapidement.

Outre les données sur les dépenses de santé, l'OCDE héberge et gère sa propre base de données entrées-sorties multirégionale qui pourrait être utilisée pour estimer les émissions de dioxyde de carbone basées sur la demande : les tableaux internationaux des entrées-sorties (TIES) (émissions de dioxyde de carbone contenues dans les échanges internationaux). Actuellement, la base de données TIES couvre 45 secteurs dans 66 pays pour les années 1995 à 2018. La prochaine version allant jusqu'en 2020 étendra la couverture des pays à 76. Ce Cadre pourrait éventuellement être utilisé pour mesurer l'empreinte carbone des systèmes de santé, mais il convient d'examiner plus avant si le niveau de détail est suffisant pour fournir des informations à un niveau plus fin que celui du secteur de la santé dans son ensemble.

3.2.2. Déterminants commerciaux de la santé

Les déterminants commerciaux de la santé décrivent les effets sur la santé associés à certaines des actions du secteur privé à but lucratif. **L'impact des activités commerciales sur la santé et le bien-être des personnes peut être positif ou négatif**. Les effets négatifs comprennent la production et la commercialisation de produits tels que la nourriture malsaine, le tabac et l'alcool, qui entraînent des pathologies comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité. La publicité et la promotion par des célébrités peuvent influencer des comportements néfastes pour la santé, en particulier lorsqu'elles ciblent les jeunes. Les changements environnementaux dus aux activités commerciales, comme la déforestation, créent des conditions propices aux épidémies. Les usines situées dans les collectivités défavorisées contribuent à la pollution de l'air et aux maladies respiratoires. Les environnements de travail dangereux, comme dans certaines parties du secteur de l'habillement, peuvent nuire à la santé psychique des salariés. Les lois sur la propriété intellectuelle peuvent limiter l'accès à des médicaments abordables. Du côté positif, certaines entreprises contribuent à la santé publique en améliorant l'accès aux médicaments essentiels, en reformulant les produits pour en réduire la nocivité, en garantissant des salaires et des avantages équitables et en abandonnant les produits nocifs. Les lieux de travail offrent également un cadre pour la promotion et la protection de la santé, notamment par des efforts visant à promouvoir la sécurité, et à encourager des comportements sains et une sensibilisation à l'égard de la santé. (Lee et al., 2022[31])

Les déterminants commerciaux contribuent également à d'autres facteurs qui déterminent la santé et l'équité en matière de santé par le biais de systèmes économiques et de déterminants économiques plus larges (voir la section suivante). Ceux-ci comprennent le développement économique ou les politiques commerciales, les systèmes sociaux, économiques et politiques en général, et les flux financiers ou d'investissement. Au cours des dernières décennies, il y a eu un transfert important de ressources vers les entreprises privées, qui exercent maintenant une influence croissante sur les politiques, les réglementations et les résultats en matière de santé publique. Les acteurs commerciaux utilisent différents moyens pour influencer la politique de la santé. Cela inclut le lobbying et les dons politiques. En outre, le secteur privé peut subtilement influencer les orientations et les résultats de la recherche en finançant l'enseignement médical et la recherche, ce qui peut fausser certaines conclusions. Par ailleurs, les entreprises peuvent exercer une influence sur la société civile en créant ou en finançant des sociétés écrans, des associations de consommateurs et des groupes de réflexion.

Les déterminants commerciaux de la santé constituent donc une dimension importante dans l'analyse des performances des systèmes de santé, mais la définition et la collecte d'indicateurs significatifs dans ce domaine sont particulièrement complexes. Dans les revues scientifiques (Lee et al., 2022[31]), certaines options préliminaires ont été identifiées, telles que les dépenses par habitant consacrées à la publicité pour les produits nocifs pour la santé, le nombre de lobbyistes enregistrés et les lacunes dans les restrictions publicitaires sur l'alcool. Mais il reste particulièrement difficile de trouver et de comparer ces informations.

3.2.3. Impact économique et social

Un système de santé performant est essentiel au bon fonctionnement de l'économie. La mission principale des systèmes de santé est d'assurer des services de santé de haute qualité et universellement accessibles. Dans le même temps, leurs engagements financiers et leurs investissements exercent une influence considérable sur le fonctionnement et la stabilité des économies nationales et régionales. Les systèmes de santé jouent également un rôle toujours plus important dans la promotion d'un développement inclusif et durable grâce à des pratiques responsables en matière d'emploi et d'achat de biens et de services (Cylus, Permanand et Smith, 2018[32]).

Si l'impact positif du système de santé sur la santé publique est largement reconnu, son influence sur l'économie au sens large, à la fois directe (en tant qu'employeur important) et indirecte (par le biais de ses effets sur la santé publique), a fait l'objet de moins d'attention. Plusieurs initiatives internationales ont mis en lumière les liens entre le système de santé et l'économie globale. Par exemple, la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique de 2016 (OCDE, BIT et OMS, 2016[33]) a souligné le rôle central que joue l'emploi dans le secteur de la santé sur la croissance économique. De même, en 2001, la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS (OMS, 2001[34]) a affirmé que l'amélioration des résultats en matière de santé peut agir comme moteur de la croissance économique, et préserver celle-ci.

Le système de santé représente une part importante de la plupart des économies, en particulier dans les pays à revenu élevé, où il constitue une source cruciale d'emplois à différents niveaux de qualification. Selon les données de l'Organisation internationale du travail, la proportion d'emplois dans le secteur de la santé et du travail social en Europe et en Asie centrale est passée de 7.4 % de l'emploi total en 2000 à 9 % en 2017. En Europe du Nord, du Sud et de l'Ouest, l'emploi dans les secteurs de la santé et des services sociaux représentait plus de 12 % du total des emplois en 2017. Par conséquent, la taille et la nature du système de santé sont susceptibles d'avoir de profondes répercussions directes sur les performances économiques globales, indépendamment de leur impact sur la santé publique.

En outre, de nombreux résultats de recherche démontrent que les individus en meilleure santé bénéficient de meilleures opportunités de participation économique et de revenus plus élevés que leurs homologues en moins bonne santé (voir la dimension transversale de l'équité pour des informations complémentaires).

Une bonne santé est associée à un taux d'activité plus élevé et à une vie professionnelle plus longue, et donc à une productivité économique globale plus élevée. À l'inverse, une mauvaise santé peut avoir des conséquences directes, telles que des frais de santé et la nécessité de recourir à des soignants, et des conséquences indirectes, telles qu'une capacité réduite à travailler. De plus, certaines recherches ont examiné l'impact des maladies chroniques et des facteurs liés au mode de vie sur l'emploi, la productivité et le revenu (OCDE, 2019[35]). Les preuves suggèrent fortement que des affections telles que l'obésité et le tabagisme ont des effets néfastes sur les perspectives d'emploi, les salaires et la productivité au travail. En outre, l'influence des systèmes de santé sur le développement du capital humain se fait sentir tout au long de la vie. Par exemple, les enfants souffrant de problèmes de santé peuvent rencontrer des difficultés pour aller régulièrement à l'école et à développer les compétences cognitives nécessaires à l'exercice de nombreuses professions. Une mauvaise santé peut également diminuer la capacité ou la motivation d'une personne à investir dans les études et la formation. En outre, les personnes âgées en mauvaise santé peuvent être réticentes ou incapables d'investir dans leur capital humain si elles pensent que leur espérance de vie productive risque d'être réduite pour cause de maladie ou de décès, ce qui rend ces investissements moins intéressants. En revanche, à mesure que la santé et l'espérance de vie s'améliorent, il devient de plus en plus intéressant pour les individus et leurs familles d'investir dans des compétences qui promettent un meilleur rendement sur une durée de vie plus longue et plus productive. Par conséquent, en réduisant les coûts, en améliorant la productivité et en renforçant le capital humain, les investissements visant à réduire les principaux déterminants de la charge de morbidité peuvent stimuler durablement la boucle de la santé et de la croissance économique.

Dans l'ensemble, quantifier les liens entre la santé, les systèmes de santé et les indicateurs socioéconomiques donne un aperçu des retombées plus vastes des politiques de santé, comme leur importance macroéconomique, et aide à orienter les investissements vers les domaines où les résultats sanitaires et socioéconomiques sont les plus importants. Le Tableau 3.4 présente certains indicateurs décrivant des aspects des impacts socioéconomiques de la santé et des systèmes de santé actuellement recueillis par l'OCDE et d'autres partenaires.

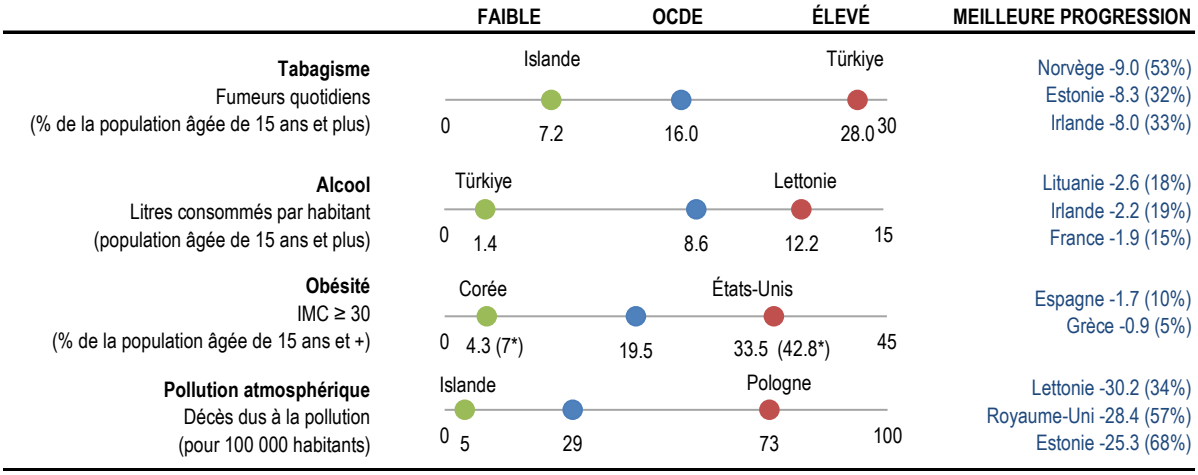
Tableau 3.4. Exemples d'indicateurs décrivant les impacts socioéconomiques de la santé et des systèmes de santé recueillis par l'OCDE et d'autres institutions

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) affectées aux produits pharmaceutiques et crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) dans le domaine de la santé	Les dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) couvrent les activités de R-D menées par les sociétés, quelle que soit l'origine du financement, qui peut inclure des subventions publiques. Les crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) comprennent la R-D menée directement par les administrations publiques et les sommes versées à d'autres institutions pour financer la R-D.
Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale en proportion de l'emploi total	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.
Taux d'emploi des 50-59 ans, avec et sans maladie chronique ou par facteur de risque	Données recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).
Nombre (médian) de jours de congé maladie au cours des 12 derniers mois chez les salariés âgés de 50 à 59 ans, par maladie chronique	
Jours supplémentaires d'absence annuelle pour cause de maladie chez les travailleurs âgés de 50 à 59 ans en raison de symptômes de dépression	
Taux de retraite anticipée et de chômage chez les 50-59 ans, par maladie chronique	

3.2.4. Facteurs de risque

Des indicateurs tels que le tabagisme, les régimes alimentaires malsains, la sédentarité et l'exposition aux risques environnementaux sont des déterminants majeurs de la santé. La mesure des facteurs de risque est donc une dimension importante de l'évaluation des performances des systèmes de santé, car elle fournit des informations essentielles sur l'efficacité des interventions de santé publique. La compréhension de la manière dont les facteurs de risque sont répartis dans la population aide à développer des stratégies et des actions de prévention ciblées pour atténuer leurs conséquences, réduit la charge des maladies évitables et contribue à une affectation plus efficace des ressources. L'évaluation des facteurs de risque peut également mettre en évidence les disparités dans l'exposition au risque entre différents groupes de population, et constitue une information cruciale pour lutter contre les inégalités de santé. Le Tableau 3.5 détaille certains indicateurs relatifs aux facteurs de risque actuellement recueillis par l'OCDE, et le Graphique 3.2 présente une comparaison internationale de certains indicateurs des facteurs de risque tels qu'ils figurent dans le *Panorama de la santé 2023* (OCDE, 2023[20]). De nouveaux indicateurs de facteurs de risque ont également été ajoutés récemment à la base de données de l'OCDE, tels que la proportion d'utilisateurs réguliers de produits de vapotage (définie comme le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare utiliser des appareils de vapotage au moins une fois par mois, avec ou sans nicotine).

Graphique 3.2. Facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : données préliminaires, non destinées à être diffusées ; l'amélioration la plus importante concerne les pays qui ont connu les changements les plus importants en valeur absolue au cours du temps (variation en % entre parenthèses).
Source : OCDE (2023[19]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », https://doi.org/10.1787/health-data-fr; (OCDE, 2021[36]), « Statistiques de l'OCDE sur l'environnement », https://doi.org/10.1787/env-data-fr.

Tableau 3.5. Exemples d'indicateurs de facteurs de risque actuellement recueillis par l'OCDE

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Fumeurs quotidiens	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus déclarant fumer du tabac tous les jours.
Tabagisme chez les individus âgés de 15 ans--	Pourcentage d'adolescents déclarant avoir fumé au moins une fois au cours des 30 derniers jours.
Consommation d'alcool	Litres consommés par habitant, d'après les données sur les ventes d'alcool pur.
Ivresse chez les individus âgés de 15 ans--	Pourcentage d'adolescents ayant déclaré avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie.
Consommation quotidienne de boissons sucrées parmi la population âgée de 15 ans et plus	Rend compte de la fréquence de la consommation de boissons sans alcool ordinaires, gazéifiées ou non, de thé glacé en bouteille, de boissons énergétiques, de boissons à base de sirop et de toute autre boisson non alcoolisée contenant beaucoup de sucre.

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Manque d'activité physique chez les adultes	Défini comme moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité soutenue par semaine.
Consommation quotidienne de légumes parmi la population âgée de 15 ans et plus	Définie comme la proportion d'adultes qui consomment au moins un légume par jour, à l'exclusion des jus et des pommes de terre.
Surpoids/Obésité	Le surpoids regroupe la pré-obésité et l'obésité.-
Décès dus aux particules en suspension dans l'air, en particulier les PM 2.5[1]	La pollution par les particules en suspension dans l'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.

3.3. Mesurer les services de santé et les interventions de santé publique

3.3.1. Besoins et préférences des personnes

Ces dernières années, alors que les pays ont commencé à s'orienter vers la mise en place de systèmes et de services de santé davantage centrés sur la personne, une série de cadres et de définitions ont tenté d'identifier les éléments les plus nécessaires à la transformation des systèmes existants. Si des efforts croissants ont été déployés pour recueillir l'avis des patients grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures déclarées par les patients, il n'y a pas eu d'efforts similaires pour évaluer la mesure dans laquelle les systèmes de santé dans leur ensemble fournissent des soins centrés sur la personne.

Une compilation complète des indicateurs relatifs à l'approche centrée sur la personne a été présentée pour la première fois dans le rapport *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems* (OCDE, 2021[4]), sous la forme d'une fiche d'évaluation accompagnant le cadre PCHS (plus de détails au chapitre 1 et à l'Annexe A). Une description complète des indicateurs classés par dimension de l'approche centrée sur la personne et inclus dans la fiche d'évaluation est présentée dans le Tableau 3.6 ci-dessous.

Tableau 3.6. Tableau de bord des systèmes de santé centrés sur la personne

Dimensions	Indicateurs de la fiche d'évaluation
Voix	• Participation aux organes de décision : patients ayant un rôle formel de participation à la politique de santé
Choix	• Choix des prestataires de santé : choix du patient concernant les soins primaires, spécialisés et hospitaliers • Accès aux soins : besoins non satisfaits en raison de l'accessibilité financière
Coproduction	• Patients recevant des informations accessibles : proportion de patients recevant des explications faciles à comprendre de la part de leur médecin • Les patients sont consultés au sujet de leurs soins : proportion de patients informés ou consultés au sujet de leurs soins • Proportion d'individus utilisant des outils numériques de santé : proportion de patients utilisant des portails et des applications destinés aux patients • Les patients sont impliqués dans leurs soins : proportion des individus ayant utilisé internet pour rechercher des informations sur la santé au cours des trois derniers mois
Intégration	• Utilisation de la technologie numérique pour l'intégration des soins : ordinateurs utilisés par le médecin traitant pour des tâches courantes • Utilisation des dossiers médicaux électroniques : proportion des médecins traitants utilisant les dossiers médicaux électroniques • Coordination des soins : proportion de patients ne rencontrant pas de problème de coordination des soins
Respect	• Grande attention personnelle : proportion de patients ayant passé suffisamment de temps avec leur médecin traitant ou tout autre médecin au cours de la consultation. • Traitement équitable : proportion de personnes estimant que les personnes sont traitées de manière égale dans leur région • Traitement respectueux : proportion de patients hospitalisés traités avec respect par le personnel médical et infirmier

Source : OCDE (2021[4]), *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en.

Dans le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE, les indicateurs reflétant l'approche centrée sur la personne des systèmes de santé se trouvent au centre du schéma, chevauchant les sections relatives aux ressources et aux services. Cela a des implications importantes pour la révision du Cadre, car des efforts supplémentaires de collecte et d'analyse de données sont nécessaires. Bien que certains indicateurs de l'approche centrée sur la personne soient inclus dans la collecte de données régulière HCQO et qu'ils figurent également dans le *Panorama de la santé* (voir le Tableau 3.7), par exemple le temps passé par les médecins avec les patients, les explications faciles à comprendre et la participation des patients aux décisions concernant les soins et les traitements, de bonnes données permettant d'évaluer les systèmes de santé centrés sur la personne restent l'exception plutôt que la règle, et des efforts supplémentaires sont nécessaires pour collecter et communiquer les indicateurs liés à l'approche centrée sur la personne (OCDE, 2021[4]).

Tableau 3.7. Exemples d'indicateurs de l'approche centrée sur la personne rapportés par l'OCDE

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Médecin impliquant le patient dans les décisions portant sur les soins et le traitement	Les données se rapportent aux expériences des patients avec n'importe quel médecin en milieu ambulatoire dans certains pays, mais aux expériences des patients avec leur médecin ou leur cabinet habituel dans d'autres pays.
Pourcentage de personnes qui ont pris rendez-vous avec un professionnel de la santé en ligne	Données précédemment collectées par le Fonds du Commonwealth et l'OCDE
Pourcentage de personnes ayant cherché des informations sur la santé en ligne	
Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue	
Médecin donnant des explications faciles à comprendre	
Médecin impliquant le patient dans les décisions portant sur les soins et le traitement	

Par ailleurs, l'initiative (PaRIS) de l'OCDE concernant **des enquêtes sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients** (www.oecd.org/health/paris/)[2] permettra d'affiner et d'améliorer davantage les indicateurs relatifs à l'approche centrée sur la personne, ainsi que de renforcer leur disponibilité dans les pays participant à l'enquête. Les éléments de l'enquête PaRIS portant sur la coproduction des soins, actuellement mesurés dans 20 pays, en sont un exemple :

- J'ai du mal à comprendre un grand nombre d'informations sur la santé que je lis ;
- Les professionnels de santé et moi travaillons ensemble pour gérer ma santé ;
- Je laisse aux professionnels de santé le soin de prendre les bonnes décisions concernant ma santé ;
- Êtes-vous impliqué autant que vous le souhaitez dans les décisions concernant vos soins ?
- Discutez-vous avec les professionnels de santé qui s'occupent de vous de ce qui est le plus important pour vous dans la gestion de votre santé et de votre bien-être ?
- Recevez-vous suffisamment de soutien de la part des professionnels de santé pour vous aider à gérer votre propre santé et votre bien-être ?

La culture sanitaire est une autre dimension majeure de l'approche centrée sur la personne qui nécessite une plus grande attention. La culture sanitaire englobe les connaissances, la motivation et les compétences nécessaires pour accéder à l'information, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer afin de prendre des décisions éclairées en matière de santé, de prévention des maladies et d'amélioration du bien-être général tout au long de la vie. Elle a des conséquences considérables sur la capacité des individus à gérer leur santé, à utiliser des services de prévention et à participer à la prise de décision concernant leur santé et leur bien-être. À l'échelle de la société, la culture sanitaire influe sur le recours aux soins, les programmes de prévention et de promotion de la santé, l'équité et la justice sociale, ainsi

que sur la productivité. Lors de la Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé 2017, les ministres ont convenu que, pour favoriser des systèmes de santé davantage centrés sur la personne, « des efforts doivent être faits pour supprimer les obstacles à la culture sanitaire de la population ».

Plusieurs indicateurs pourraient également être envisagés pour évaluer la culture sanitaire au niveau de l'individu et du système, par exemple :

- Proportion d'établissements de santé proposant un coaching en santé ;
- Existence de formations à la prévention et au conseil destinées aux professionnels de santé ;
- Pourcentage de personnes dont le prestataire de santé donne des instructions faciles à comprendre ;
- Pourcentage de personnes dont le prestataire de santé demande comment les instructions seront suivies ;
- Pourcentage de personnes dont le prestataire de santé propose son aide pour remplir les formulaires.

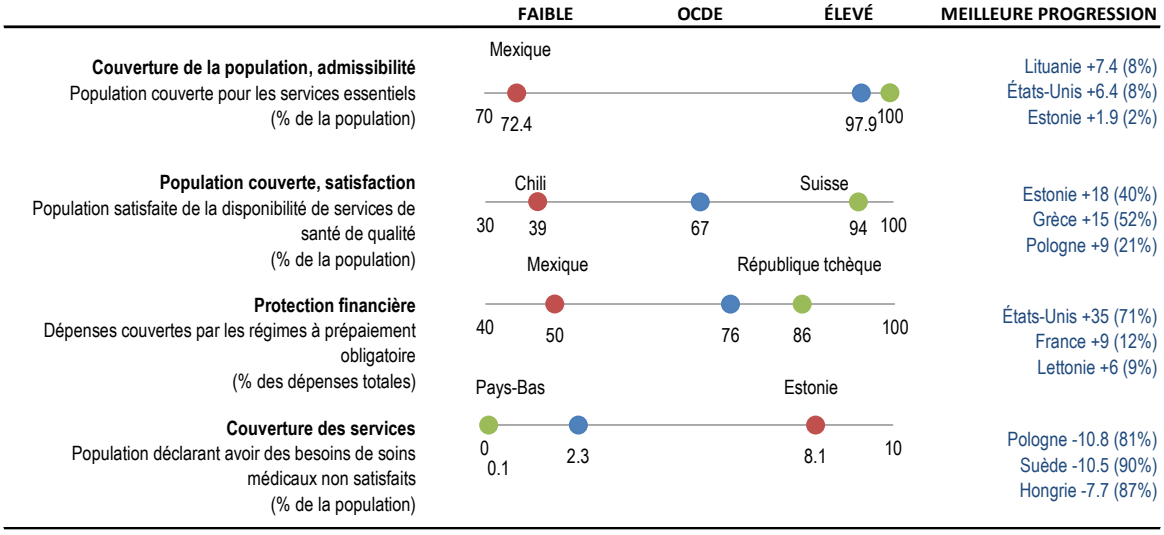
3.3.2. Accès et couverture

L'accès concerne l'accessibilité des services de santé. Par exemple, la facilité d'accès à un établissement de soins primaires ou à un hôpital. La couverture désigne la mesure dans laquelle les interventions de santé publique atteignent la population cible. Ces deux concepts sont liés, mais non interchangeables. La couverture fait également référence à la proportion de la population qui peut bénéficier de certains services de santé, ce qui influe sur l'accessibilité (financière) de ces services. Le Tableau 3.8 présente une série d'indicateurs d'accès et de couverture publiés par l'OCDE dans les dernières années. Le Graphique 3.3 présente une comparaison internationale pour certains indicateurs liés à la couverture et à l'accès.

Tableau 3.8. Exemples d'indicateurs de l'accès et de la couverture recueillis par l'OCDE

Indicateurs	Description/difficultés méthodologiques
Couverture de la population	La population bénéficiant d'une couverture des soins de santé correspond 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.
Population déclarant avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits	Question visant à déterminer si les personnes ont eu le sentiment, à un moment donné au cours des 12 derniers mois, de ne pas avoir bénéficié des soins médicaux dont elles avaient besoin.
Étendue de la couverture	Dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance obligatoire en proportion des dépenses de santé totales, par type de soins.
Proportion des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques	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 paiements directs qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer à la santé.
Besoins médicaux non satisfaits	Besoins d'examens médicaux ou dentaires non satisfaits pour des raisons financières, géographiques ou de délais d'attente.
Délais d'attente avant une chirurgie élective	Délais d'attente entre le diagnostic du spécialiste et l'opération (moyenne du nombre de jours)
Nombre de consultations de médecins par personne	Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts directs (en présentiel) avec des médecins généralistes ou spécialistes.
Densité de médecins dans différentes régions, par niveau territorial	Les régions sont classées dans deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. 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.

Graphique 3.3. Indicateurs de l'accès aux soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses). Les valeurs pour la couverture de la population et le degré de satisfaction se fondent sur les données de 2022.
Source : OCDE (2023[19]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », https://doi.org/10.1787/health-data-fr; Gallup World Poll 2023, Eurostat basé sur EU-SILC.

L'**Accès numérique** est une autre dimension de l'accès aux soins. L'accès numérique signifie que les patients et les prestataires de santé peuvent disposer en temps voulu de données et d'informations précises sur la santé (OCDE, 2019[37]). Lorsque les données et les informations sur la santé sont compréhensibles et valables pour toute une série d'utilisations et d'utilisateurs, de nouveaux services et applications numériques de santé deviennent possibles. De la télémédecine à l'intelligence artificielle, les nouveaux services de santé numériques peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins et l'expérience des patients, notamment de ceux qui ont le plus de difficultés à accéder aux services de soins classiques en présentiel. Dans un nombre croissant de pays, il est désormais possible pour les patients de consulter leurs propres dossiers médicaux électroniques et d'y interagir. Il peut s'agir d'informations sur leur état ou leurs résultats de santé, ou d'expériences ou d'incidents liés à leurs soins (Oderkirk, 2017[38]). Enfin, il importe de soutenir les connaissances individuelles (voir l'approche centrée sur la personne) ; l'acquisition de compétences en matière de santé est ainsi favorisée par une communication claire et aisée avec les professionnels, mais aussi par des informations accessibles sur les sites web, les campagnes médiatiques et les portails destinés aux patients. Ces informations doivent être structurées, compréhensibles, adaptées à des populations spécifiques, et reposer sur des éléments factuels. Elles contribuent à améliorer l'accès aux soins (Moreira, 2018[39]). L'OCDE publie depuis peu de nouveaux indicateurs permettant de décrire l'accès numérique. L'édition 2023 du *Panorama de la santé* (OCDE, 2023[20])présente les tarifs des téléconsultations. Ces dernières couvrent les consultations à distance avec des médecins généralistes ou spécialistes, ainsi que toutes les technologies utilisées (notamment les appels téléphoniques et à distance).

3.3.3. Qualité

L'OCDE publie depuis longtemps une série d'indicateurs de la qualité des soins dans le *Panorama de la santé*. L'ensemble d'indicateurs actuel, intitulé « Qualité et résultats des soins de santé (*Health Care Quality and Outcomes* – HCQO), comprend 64 indicateurs.

L'une des principales sous-dimensions de la qualité est l'**efficacité**, c'est-à-dire le degré de réalisation des résultats souhaités, compte tenu de la prestation correcte de services de santé fondés sur des données factuelles à tous ceux qui pourraient en bénéficier, mais pas à ceux pour lesquels ces soins ne constitueraient pas un bénéfice (Kelley et Hurst, 2006[2]). Les indicateurs d'efficacité couvrent les dimensions suivantes (voir le Tableau 3.9 pour plus d'indicateurs et le Graphique 3.4 pour consulter certains indicateurs de qualité et les comparaisons internationales connexes) :

- Mortalité évitable, indicateur général de la qualité des soins qui peut se décomposer en :
  - Mortalité évitable par prévention : couvre les causes de décès que des interventions efficaces de santé publique et de prévention primaire (c'est-à-dire avant l'apparition des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence) permettraient essentiellement d'éviter.
  - Mortalité évitable par traitement : couvre les causes de décès pouvant être évitées grâce à des soins efficaces et prodigués à temps, y compris des actions de prévention secondaire et des traitements (après l'apparition des maladies, pour en réduire la létalité).
- Efficacité des soins primaires : hospitalisations évitables, par exemple pour diabète ou BPCO ;
- Efficacité des soins intensifs : taux de mortalité à 30 jours après un AVC ou un infarctus aigu du myocarde ;
- Efficacité des traitements contre le cancer : taux de survie à cinq ans pour différents types de cancer.

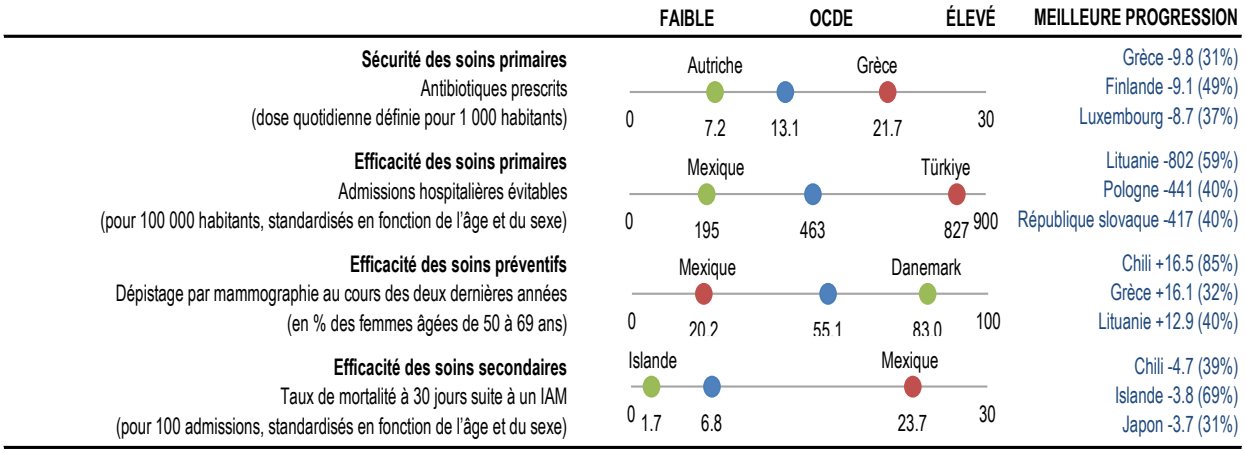
La deuxième sous-dimension de la qualité est la **Sécurité**. La sécurité des patients concerne la réduction du risque de dommages inutiles associés aux soins à un minimum acceptable, ce minimum acceptable renvoyant aux notions collectives des connaissances actuelles, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins ont été prodigués, et étant comparé au risque lié à l'absence de traitement ou à un traitement alternatif (Slawomirski et Klazinga, 2022[40]). Le Tableau 3.9présente des exemples d'indicateurs de la sécurité des patients rapportés par l'OCDE ; le Graphique 3.4 présente certains indicateurs de la qualité et les comparaisons internationales correspondantes.

Tableau 3.9. Exemples d'indicateurs de la qualité recueillis par l'OCDE

Dimensions	Indicateurs possibles
Indicateurs généraux de la qualité des soins	• Mortalité évitable (par prévention et traitement) • Vaccinations de routine (par exemple, vaccination contre la grippe)
Efficacité des soins primaires	• Admissions évitables pour BPCO chez les adultes • Admissions évitables pour diabète chez les adultes • Personnes diabétiques qui se sont vu prescrire des antihypertenseurs au cours de l'année écoulée dans le cadre de soins primaires
Efficacité des soins secondaires	• Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde • Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique
Efficacité de la prise en charge du cancer	• Taux de survie net à cinq ans par localisation du cancer
Efficacité des soins de santé mentale	• Taux de suicide des patients hospitalisés pour troubles psychiatriques • Taux de suicide à la suite d'une hospitalisation pour trouble psychiatrique, dans l'année suivant la sortie du patient
Soins intégrés	• Résultats des patients victimes d'AVC ou d'insuffisance cardiaque dans l'année suivant leur sortie d'hôpital

Dimensions	Indicateurs possibles
Sécurité des soins primaires	• Volume total d'antibiotiques prescrits • Pourcentage des usagers chroniques des opioïdes dans la population adulte • Patients âgés qui se sont vu prescrire des benzodiazépines ou des médicaments liés
Sécurité des soins intensifs	• Perception des domaines de la culture de la sécurité des patients, des transferts et des transitions et perception globale de la sécurité de la part des soignants • Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec ou sans extraction instrumentale • Septicémie postopératoire pour 100 000 sorties d'hôpital • Oubli d'un corps étranger au cours d'une opération
Efficacité des soins préventifs	• Dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années • Dépistage du cancer du col de l'utérus • Dépistage du cancer colorectal

Graphique 3.4. Indicateurs de la qualité des soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

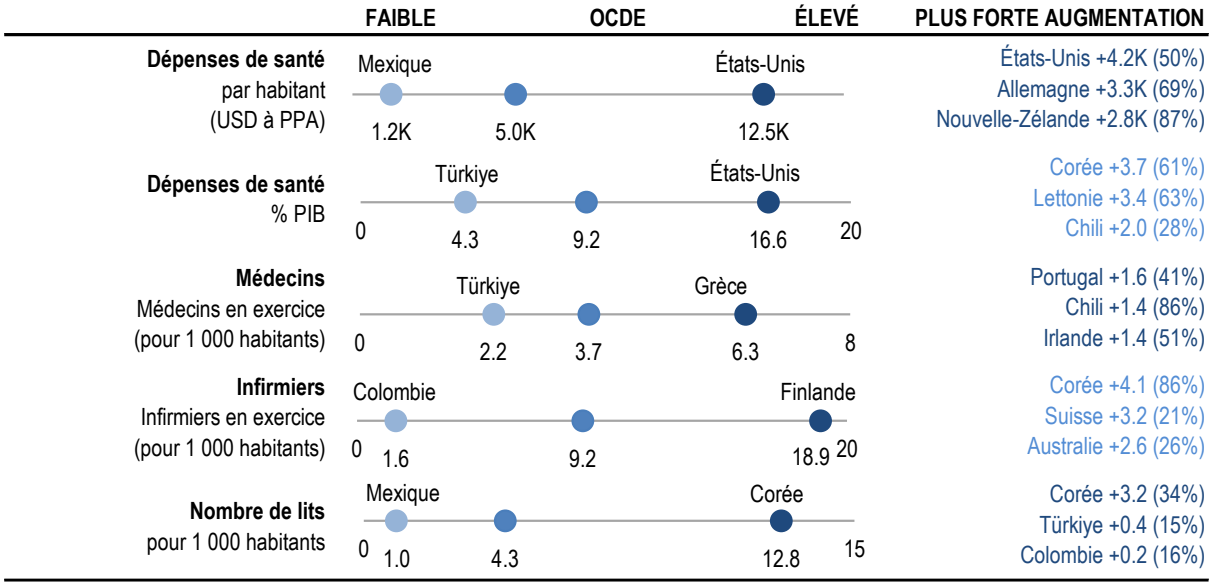
Source : OCDE, (2023[19]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », https://doi.org/10.1787/health-data-fr; ECDC (2023[41]), Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, www.ecdc.europa.eu/en/data (pour les pays de l'UE/EEE sur les antibiotiques prescrits).

Plus récemment, dans le cadre de l'enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients (enquête PaRIS), l'OCDE a entrepris de recueillir des mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) et des mesures de l'expérience déclarée par les patients (PREM) élaborées pour des maladies spécifiques. Il s'agit de PROM relevées avant et après des interventions chirurgicales pour des pathologies telles que le cancer du sein et les arthroplasties de la hanche ou du genou, ainsi que de PREM relatives à la santé mentale. De plus, l'OCDE recueille activement des données sur les aspects liés à la sécurité, en tenant compte des points de vue des professionnels de santé (notamment sur la culture de la sécurité) et des patients (notamment sur la survenue et la nature des incidents). Elle publie en outre des indicateurs concernant la qualité des soins de fin de vie, notamment des mesures telles que les admissions hospitalières non planifiées.

3.4. Mesurer les ressources, les caractéristiques et les politiques des systèmes de santé

Les ressources, les caractéristiques et les politiques des systèmes de santé couvrent une large variété de sujets. Graphique 3.5 présente des exemples d'indicateurs mentionnés dans le *Panorama de la santé 2021* (OCDE, 2021[42]), qui ont trait aux établissements, au personnel et au financement des soins de santé. La plupart des indicateurs actuellement consignés figurent dans OECD.Stat (https://stats.oecd.org/?lang=fr) sous les catégories « Ressources en santé » (comprenant la disponibilité du personnel et les établissements de soins de santé) et « Dépenses de santé et financement ». Tableau 3.10 Indique les indicateurs les plus fréquemment utilisés.

Graphique 3.5. Indicateurs des capacités et ressources des systèmes de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue au fil du temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : OCDE, (2023[19]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », https://doi.org/10.1787/health-data-fr;

3.4.1. Dépenses et financement

Concernant les **dépenses de santé et le financement de la santé**, le Système des comptes de la santé (SCS) fournit un cadre normalisé pour la production d'un ensemble de comptes complets, cohérents et comparables au niveau international, afin de répondre aux besoins des analystes de la santé et des décideurs dans les secteurs public et privé. Le SCS est devenu une norme internationale pour comparer les dépenses. Les dépenses sont présentées par habitant, en pourcentage du PIB et en pourcentage des dépenses publiques, et peuvent être ventilées par financement, type de soins, maladie et produits médicaux par maladie (voir Tableau 3.10). (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[43])

3.4.2. Ressources humaines

Au cours des deux dernières décennies, le **personnel de santé** a été soumis à des pressions considérables, tant en termes d'effectifs que de compétences nécessaires pour travailler avec les nouvelles technologies et s'adapter à de nouveaux rôles. L'évolution du profil démographique,

épidémiologique et socioéconomique des populations continuera à influencer la demande de services de santé à l'avenir, et pourrait exercer une pression supplémentaire sur la demande de personnel de santé. Par exemple, le vieillissement de la population s'accompagne d'une demande croissante de soins de santé, tout en modifiant le type de soins demandés. Dans le même temps, ce phénomène pourrait peser sur l'offre de soignants, étant donné que la taille de la population en âge de travailler diminue (Organisation internationale du Travail, 2019[44]). Les pénuries de personnel de santé sont un problème mondial. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces pénuries, et a souligné l'importance d'un personnel de santé résilient et bien formé. Il est essentiel de doter le personnel de santé des compétences adéquates pour répondre aux crises sanitaires futures et se préparer à l'utilisation croissante des technologies numériques ainsi qu'à l'évolution démographique, entre autres tendances. L'insatisfaction et l'épuisement professionnel sont très répandus parmi les professionnels de la santé, et sont associés à de moins bons résultats pour les patients (Bodenheimer et Sinsky, 2014[45]).

Dans ce nouveau Cadre, le domaine relatif à la main-d'œuvre s'articule autour de trois dimensions :

- la disponibilité et les effectifs des professionnels de santé ;
- les compétences des professionnels de santé ;
- la sécurité et le bien-être des professionnels de santé.

La disponibilité et les effectifs des professionnels de santé correspondent à une catégorie « classique » pour laquelle l'OCDE recueille des données de tendances depuis longtemps. Les indicateurs types sont les effectifs de médecins et de personnels infirmiers, mais les prochains cycles de collecte devraient s'intéresser à des données plus détaillées (c'est-à-dire au niveau des spécialités).

L'attention accordée aux compétences est plus récente. Cependant, les pénuries de compétences sont un problème mondial. La pandémie de COVID-19 a encore aggravé ces pénuries, et a souligné l'importance de la résilience et des qualifications chez les professionnels de santé. Doter le personnel de santé des compétences adéquates est essentiel pour répondre aux crises sanitaires futures et se préparer à l'utilisation croissante des technologies numériques ainsi qu'à l'évolution démographique, entre autres tendances. (OCDE/OIT, 2022[46]) La sécurité et le bien-être des travailleurs de la santé sont une composante utile du domaine relatif à la main-d'œuvre, et l'OCDE a récemment lancé des travaux sur ce sujet. Cette question a été mise en évidence par la pandémie de COVID-19. Il est évident que les pénuries, les compétences et le bien-être du personnel sont liés, particulièrement en période de crise. Pour remédier aux pénuries de soignants, il faut investir davantage dans l'éducation et la formation, accroître les recrutements pour réduire la charge de travail et la pression sur le personnel en activité, et favoriser le maintien dans la profession en améliorant les conditions de travail et les taux de rémunération des catégories de travailleurs traditionnellement dévalorisées. (OCDE, 2023[5])

Le nouveau Cadre accordera une grande attention à d'éventuels nouveaux indicateurs sur le maintien du personnel de santé en fonction. Une enquête menée auprès de 23 000 infirmiers et infirmières travaillant dans des services hospitaliers de médecine et de chirurgie dans 10 pays (Allemagne, Belgique, Espagne, Finlande, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni et Suisse) a révélé que, dans l'ensemble, 33 % avaient l'intention de changer d'emploi l'année suivante, tandis que 9 % avaient l'intention de quitter la profession. Dans ces 10 pays, le taux de rotation au sein de la profession varie de 5 à 17 % (Heinen et al., 2013[47]). En Suède, l'association nationale des infirmiers et des infirmières a dévoilé les résultats d'une enquête indiquant que 7 % du personnel infirmier (soit 5 700 personnes) envisageaient de démissionner en raison de l'augmentation de la pression et de la charge de travail lors de la pandémie. Au Danemark, une enquête menée en 2020 par l'organisation nationale des infirmiers et des infirmières a montré qu'ils étaient neuf sur dix dans les villes et les régions à envisager de quitter leur emploi. Parmi ces derniers, plus d'un tiers envisageaient tout bonnement de quitter la profession (Conseil international des infirmières, 2022[48]). Des taux de rotation élevés peuvent entraîner une perte de savoir institutionnel précieux et compromettre la continuité des soins. En donnant la priorité au maintien du personnel en fonction, les systèmes de santé peuvent garantir une plus grande stabilité du personnel, améliorer les

résultats pour les patients et instaurer un environnement de travail positif, dans lequel les agents se sentent valorisés et soutenus. De nouveaux indicateurs sur le maintien dans la profession pourraient inclure des dimensions sur les taux de rotation (nombre de départs divisé par le nombre moyen d'agents en poste sur l'année), les taux d'absentéisme, le nombre de candidats pour certains postes, ou encore le nombre de postes vacants (financés et non pourvus) (International Center on Nurse Migration, 2018[49]).

3.4.3. Données et numérique

La dimension **Données et numérique** se rapporte à l'infrastructure, la sécurité et la gestion des données de santé. Comme le montrent les autres dimensions du Cadre, l'OCDE recueille des données pour plusieurs indicateurs relatifs à la transformation numérique dans le secteur de la santé. La mise en place des dossiers médicaux électroniques et le recours à la télémédecine et aux téléconsultations en sont quelques exemples, mais la collecte de données la plus structurée dans le cadre de la transformation numérique des données de santé est peut-être celle qui repose sur le suivi de la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé, qui a été adoptée en 2016 pour répondre au besoin croissant de définir une norme internationale pour harmoniser les approches en matière de gouvernance des données de santé. Voici quelques-uns des indicateurs de la gouvernance des données de santé :

- l'actualité des principaux ensembles de données nationales sur la santé ;
- le recoupement régulier des principaux ensembles de données ;
- les projets de recoupement de données utilisés pour contrôler la qualité des soins de santé ou les performances des systèmes de santé de manière régulière.

L'OCDE réfléchit, depuis peu, au concept de **préparation à la santé numérique** (OCDE, 2023[20]), qui est un indicateur global de la capacité d'un système de santé à utiliser efficacement les outils analytiques, les données et les technologies pour améliorer les résultats en matière de santé chez les individus et les populations, mais aussi en matière de santé publique. Ce concept englobe divers éléments (voir ci-dessous), qui sont tous essentiels au bon fonctionnement de l'écosystème de la santé numérique et qui pourraient tous être complétés par de nouveaux indicateurs :

- L'état de préparation aux outils analytiques évalue la capacité d'un système à créer et à utiliser ces outils pour obtenir des informations responsables et fiables, et à favoriser ainsi des résultats équitables en matière de santé.
- L'état de préparation en matière de données évalue la capacité d'un système de santé à recueillir les données de santé, à y accéder et à les exploiter efficacement. Le but est de disposer de données de santé intégrées et de haute qualité, capables d'étayer la prestation des soins de santé, les mesures de santé publique, l'amélioration du système, la recherche et l'innovation.
- L'état de préparation technologique désigne la capacité d'un système à gérer en toute sécurité la saisie, le stockage et le transfert des données. Le but est de conserver une technologie robuste, capable de faire face aux risques et aux pannes de sécurité numérique tout en préservant l'intégrité des données.
- L'état de préparation en matière de facteurs humains évalue les capacités globales de l'écosystème numérique de la santé, y compris la culture et la technologie. Le but est de garantir la disponibilité de ressources suffisantes, la confiance des parties prenantes dans le système, la promotion de la coopération et l'adaptation aux nouveaux enjeux.

3.4.4. Technologies et produits pharmaceutiques

Malgré des progrès remarquables dans le secteur des **technologies et des produits pharmaceutiques**, les tendances récentes soulèvent plusieurs inquiétudes. Les prix de lancement des nouveaux médicaments ont augmenté dans certaines catégories thérapeutiques, parfois sans que les bénéfices pour

la santé soient proportionnels. Par ailleurs, les nouveaux médicaments efficaces ne sont pas toujours abordables pour tous les patients qui en ont besoin, ce qui exerce une pression sur les budgets de santé. Il existe également un déséquilibre en matière d'innovation et de développement de nouveaux produits. Par exemple, les progrès dans des domaines importants tels que les maladies infectieuses et chroniques ne sont pas aussi rapides que les progrès dans le domaine du cancer. Ces tendances soulèvent des questions sur les incitations à l'œuvre dans le secteur pharmaceutique et sur la viabilité des modèles de tarification actuels. Garantir l'accès aux médicaments dépend d'un ensemble complexe de facteurs, notamment la disponibilité, le coût, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité. Chacune de ces dimensions intègre divers éléments relatifs aux différentes étapes du cycle de vie du médicament. Il s'agit notamment de l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, de la réalisation d'évaluations des technologies dans le domaine de la santé, des décisions relatives aux bénéficiaires et à la tarification, des décisions relatives au calendrier de lancement des produits, de l'élaboration de recommandations cliniques, des pratiques de prescription et de délivrance des médicaments et, pour finir, de l'utilisation que les patients font de ces médicaments. L'OCDE a récemment publié un document de travail qui approfondit les stratégies potentielles de suivi de l'accès aux médicaments innovants dans le cadre de ces multiples dimensions à l'échelle mondiale. Ce document pourrait servir de base à la définition de nouveaux indicateurs dans ce domaine (Chapman, Szklanowska et Lopert, 2023[50]).

L'établissement de rapports sur les infrastructures, les installations et les autres technologies est également un aspect crucial de l'évaluation des performances des systèmes de santé. L'évaluation de ces éléments permet de mesurer les capacités du système, son accessibilité et la qualité des soins dispensés. Par exemple, étudier la répartition et l'accessibilité géographique des établissements de santé, notamment les hôpitaux, les cliniques, les centres de soins primaires et les centres de traitement spécialisés permet de déterminer si ces établissements sont suffisamment nombreux pour répondre aux besoins de soins de santé de la population, en particulier dans les territoires mal desservis ou éloignés. En outre, évaluer si les établissements fonctionnent à plein régime ou presque et s'il existe des écarts de taux d'utilisation entre les régions ou les groupes de population permet de mieux cerner les inégalités en termes d'accès et de services offerts.

3.4.5. Connaissances et innovation

La dimension **Connaissances et innovation** joue un rôle essentiel dans le déploiement et l'amélioration des systèmes de santé. La connaissance et l'innovation favorisent les progrès dans la prestation des soins de santé, les traitements médicaux, les stratégies de santé publique et l'efficacité globale des systèmes de santé. L'innovation technologique, tel le recours accru à la télémédecine et aux outils de diagnostic avancés, a transformé la prestation des soins de santé en élargissant l'accès aux soins, en améliorant le diagnostic et en renforçant les résultats de santé et la sécurité des patients. L'innovation fait également référence à des approches innovantes de la conception, de la prestation et de la gestion des services de santé, telles que les organisations de soins responsables ou les modèles de soins fondés sur la valeur. Cette dimension est également liée à la dimension Technologies de la santé et produits pharmaceutiques. En effet, les progrès pharmaceutiques, qui comprennent le développement de nouveaux médicaments, thérapies et traitements, ont sensiblement amélioré la qualité des soins de santé en apportant des solutions nouvelles ou plus efficaces à diverses pathologies. Ces innovations se traduisent souvent par de meilleurs résultats de santé, une réduction du nombre d'hospitalisations et une amélioration de l'état de santé global des populations, ce qui renforce la viabilité des systèmes de santé. Le nombre d'essais cliniques menés au sein d'un système de santé et l'activité en matière de brevets font office de marqueurs de la dimension Connaissances et innovation. Un volume élevé d'essais cliniques reflète la volonté d'un système de santé de faire progresser les connaissances médicales, d'améliorer les soins prodigués aux patients et de rester à la pointe de la recherche médicale. Cela témoigne d'une volonté d'explorer les traitements, les thérapies et les interventions d'avant-garde, ce qui peut mener à la découverte de traitements plus efficaces. En outre, un écosystème d'essais cliniques robuste attire souvent des

chercheurs, des laboratoires pharmaceutiques et des professionnels de santé de premier ordre, ce qui favorise la collaboration, la production de connaissances et le courtage.

3.4.6. Gouvernance

Enfin, l'un des principaux domaines relatifs aux capacités et aux ressources des système de santé renvoie à un vaste ensemble d'éléments de **gouvernance**, parmi lesquels l'architecture institutionnelle de la politique de santé, le leadership et la structure organisationnelle, les modalités de financement et même les mécanismes d'expression et de participation des patients. L'OCDE a mené plusieurs cycles de collecte de données comprenant ces indicateurs, via l'Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé (OCDE, s.d.[16]), pour laquelle une nouvelle collecte est en cours. Cette enquête décrit les modalités propres à chaque pays pour organiser la couverture de la population contre les risques sanitaires et le financement des dépenses de santé. Elle présente l'organisation de la prestation des soins de santé, en mettant l'accent sur la répartition public/privé de la prestation des soins, les systèmes de paiement des prestataires, le choix des patients et la concurrence entre les prestataires, ainsi que la réglementation de l'offre et des prix des soins de santé. Elle comprend également des informations sur la gouvernance et l'affectation des ressources dans les systèmes de santé, notamment sur la décentralisation de la prise de décision, la nature des contraintes budgétaires, la définition des priorités et les domaines qui prévoient la participation des patients (Paris, Devaux et Wei, 2010[51]).

Tableau 3.10. Exemples d'indicateurs décrivant les ressources, caractéristiques et politiques des systèmes de santé

Dimensions	Indicateurs possibles
Dépenses de santé et financement	• Dépenses de santé en pourcentage du PIB • Dépenses de santé par habitant • Volumes de soins de santé par habitant comparés aux dépenses de santé par habitant • Dépenses de santé par type de financement • Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion des dépenses publiques totales • Dépenses de santé par type de service • Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires • Dépenses de santé par prestataire • Dépenses annuelles en capital consacrées à la santé, en pourcentage du PIB
Ressources humaines	• Médecins en exercice pour 1 000 habitants • Proportion de médecins âgés de 55 ans et plus • Proportion de femmes médecins • Proportion des différentes catégories de médecins • Rémunération des médecins • Infirmiers en exercice pour 1 000 habitants • Rémunération du personnel infirmier hospitalier • Composition du personnel hospitalier • Médecins et infirmiers nouvellement diplômés • Proportion des médecins et infirmiers formés à l'étranger • Pharmaciens en exercice
Technologies de la santé et produits pharmaceutiques	• Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement • Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant • Croissance annuelle moyenne des dépenses en produits pharmaceutiques au détail et hospitaliers • Consommation de médicaments pour certaines affections chroniques • Part des génériques sur le marché pharmaceutique total • Disponibilité et utilisation de technologies de diagnostic (CT scans, IRM et PET-scan) • Nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants • Nombre de sorties d'hôpital pour 1 000 habitants • Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus)

Dimensions	Indicateurs possibles
Données et numérique	• Consultations de médecins en présentiel et téléconsultations • Proportion d'adultes ayant bénéficié des services d'un médecin par télémédecine • Proportion de cabinets de soins primaires ayant recours aux dossiers médicaux électroniques • Disponibilité, maturité et utilisation des ensembles de données nationales sur la santé • Pourcentage des grands ensembles de données nationales sur la santé disponibles et régulièrement couplés à des fins de suivi et de recherche • Proportion de la population nationale couverte par les ensembles de données nationales sur la santé • Pourcentage d'ensembles de données nationales sur les soins de santé disponibles et codés à l'aide d'une terminologie normalisée
Connaissances et innovation	• Dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) affectées aux produits pharmaceutiques et crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) dans le domaine de la santé • Nombre d'essais cliniques pour 100 000 habitants • Activité en matière de brevets (nombre de demandes de brevets déposées par des établissements ou des professionnels de santé) • Publications (indexées dans Medline, entre autres) • Montant du financement de la recherche médicale (par habitant)
Gouvernance	• Caractéristiques de la couverture des soins de santé de base • Réglementation des marchés de l'assurance maladie pour la couverture de base • Concurrence entre organismes d'assurance maladie proposant une couverture de base et choix du consommateur • Prestation des soins de santé et paiement des services de santé • Situation professionnelle et rémunération des professionnels de santé • Rémunération aux résultats et autres incitations financières pour les prestataires • Choix du patient et concurrence entre prestataires • Section de la planification de l'infrastructure et de la prestation de services • Régulation des prix des services de santé • Coordination et continuité des soins • Mise à profit de l'évaluation des technologies médicales (ETM) afin de prendre des décisions en matière de couverture ou de déterminer les remboursements • Pratiques budgétaires du secteur de la santé

3.5. Mesurer les dimensions transversales du Cadre

3.5.1. Efficience et équité

Améliorer l'efficience des systèmes de santé est un objectif stratégique clé dans la plupart des pays en vue de trouver un équilibre entre l'augmentation de la demande en matière de soins de santé et les budgets limités. Selon la théorie économique classique, l'« efficience » désigne la relation entre une ou plusieurs ressources et un ou plusieurs produits. On peut distinguer les deux types d'indicateurs d'efficience suivants :

- D'une part, l'efficience technique, qui consiste à produire des résultats aussi élevés que possible pour un niveau donné de moyens (ressources financières, main-d'œuvre ou ressources physiques/capital) ou à produire les mêmes produits ou résultats à moindre coût. Le nombre de consultations par médecin ou le nombre d'opérations par chirurgien (ou unité de chirurgie) au cours d'une année donnée sont des exemples d'indicateurs d'efficience technique.
- D'autre part, l'efficience allocative, soit l'affectation des ressources en vue d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles pour un coût minimal. Parmi les exemples d'indicateurs d'efficience allocative figurent les hospitalisations évitables (qui indiquent que la réaffectation de ressources de l'hôpital au secteur des soins primaires peut se révéler bénéfique), susceptibles de produire de meilleurs résultats de santé à un moindre coût, et les avantages possibles de la réaffectation des ressources des soins vers la prévention.

L'efficience du secteur de la santé peut être mesurée à trois niveaux : au niveau du système, au niveau des sous-secteurs et au niveau des pathologies. Chacun de ces niveaux d'analyse présente des avantages et des inconvénients et nécessite des données plus ou moins agrégées sur les différents moyens mis en œuvre, produits et/ou résultats. Tableau 3.11 répertorie certains de ces indicateurs pour chaque échelle d'analyse (OCDE, 2016[52]).

Le principal avantage de la mesure de l'efficience des soins à l'échelle d'un système tient à la possibilité d'accéder à des données agrégées sur des indicateurs clés, tels que les dépenses de santé, les ressources humaines et les mesures de la santé de la population. Cependant, il existe deux inconvénients majeurs. Tout d'abord, comme il a été fait mention aux paragraphes précédents, les mesures relatives à la santé de la population sont influencées par des facteurs qui dépassent les soins de santé. Il est donc difficile d'isoler les effets des moyens mis en œuvre sur les résultats en matière de santé. Deuxièmement, l'analyse à l'échelle du système ne permet souvent pas aux décideurs d'obtenir des informations exploitables sur certains domaines d'inefficience. Pour surmonter ces limitations, le recours à des indicateurs de mortalité évitable, qui portent sur les décès évitables par traitement et qui peuvent être ventilés par cause, constitue une approche plus ciblée de l'évaluation de l'efficience des soins de santé.

L'analyse à l'échelle des sous-secteurs présente l'avantage de se concentrer sur des activités plus concrètes et plus précises des systèmes de santé et pourrait donc plus facilement déboucher sur des recommandations et des mesures sectorielles. De nombreuses analyses de l'efficience ont porté sur le secteur hospitalier, car ce dernier représente encore une grande partie des dépenses totales de santé. De plus, les données sur les ressources humaines mobilisées et sur les résultats sont, en règle générale, plus largement accessibles. Parmi les mesures fréquemment utilisées afin d'accroître l'efficience des hôpitaux figurent la réduction de la durée moyenne du séjour pour différents motifs d'hospitalisation et l'augmentation de la part des soins ambulatoires pour différentes interventions chirurgicales. L'efficience du secteur des soins primaires peut être mesurée en établissant le rapport entre certains indicateurs des moyens mis en œuvre (soit en termes de disponibilité des ressources humaines tels les médecins généralistes, soit en termes de dépenses) et les produits (comme le nombre de consultations par médecin) ou résultats obtenus (mesurés soit directement par des évaluations de l'efficacité de la lutte contre les maladies chroniques, par exemple, soit indirectement, en procédant au décompte des hospitalisations évitables pour des affections qui devraient normalement être prises en charge hors du milieu hospitalier). Les dépenses pharmaceutiques constituent également une dimension de l'efficience fréquemment analysée. La part du marché des médicaments génériques sert souvent d'indicateur de l'efficience des dépenses pharmaceutiques, car les génériques sont moins coûteux que les princeps et produisent les mêmes résultats. La qualité et l'adéquation des prescriptions pharmaceutiques sont également des domaines de l'analyse de l'efficience.

La mesure de l'efficience au niveau des pathologies présente l'avantage de pouvoir s'appuyer sur des informations plus précises sur les résultats de santé relatifs à des pathologies ou à des traitements donnés (le plus souvent exprimés par le taux de survie, et parfois par la qualité de vie liée à la santé, qui peut être mesurée grâce aux résultats déclarés par les patients). Cependant, cette approche se heurte souvent à des obstacles au moment de faire le lien entre ces indicateurs des résultats de santé (lorsqu'ils existent) et des informations précises sur les moyens mis en œuvre (par exemple, les dépenses par pathologie ou par traitement). Le rapport de l'OCDE sur la prise en charge du cancer, publié en 2013, constitue un exemple récent de mesure de l'efficience au niveau d'une pathologie (OCDE, 2013[53]). L'analyse exploratoire de l'efficience dans le champ de la prise en charge du cancer qu'expose ce rapport décrit la relation entre un certain nombre d'intrants (dépenses, mais aussi ressources humaines et techniques) et d'autres caractéristiques du système de prise en charge, et la mesure du résultat définie comme le taux de survie au cancer après le diagnostic. L'analyse de l'efficience au niveau des pathologies présente toutefois deux limites majeures. D'une part, la plupart des pays (à l'exception des rares pays qui réalisent des études régulières sur le coût de la maladie) ne disposent pas d'informations complètes et fiables sur les moyens mis en œuvre par pathologie (notamment sur les coûts). D'autre part, on ne dispose pas non

plus de données fiables sur les résultats de santé pour la plupart des pathologies ou des traitements, à l'exception notable du cancer.

Une dernière dimension de l'efficience qui est intéressante dans le cadre de l'analyse des performances des systèmes de santé tient à l'efficience de l'administration. **Les administrations jouent un rôle crucial dans les systèmes de santé modernes, tant à l'échelle macroéconomique qu'à celle des prestataires de soins.** Si la réduction des coûts administratifs est souvent perçue comme un moyen de maîtriser les dépenses de santé, il importe de reconnaître que les administrations remplissent des missions essentielles de santé publique ; elles garantissent notamment la sécurité des patients. L'éventail des tâches administratives s'est agrandi au fil du temps pour répondre à des objectifs clés, comme l'équité ou l'accès, et des mécanismes sont mis en place pour tenir compte de tendances telles que l'autonomie accrue des prestataires ou d'innovations telles que la rémunération aux résultats. Une bonne administration peut renforcer l'efficience et la réactivité de la prestation des soins, ainsi que la sécurité des patients, ce qui peut conduire à des économies à long terme. Cependant, l'un des principaux obstacles à la mesure de l'efficience administrative réside dans l'absence de définitions et de critères normalisés des coûts et activités des services administratifs eu égard aux différents systèmes de santé et prestataires de soins. En effet, les missions des administrations du secteur de la santé sont très hétérogènes : elles s'étendent de la facturation et du traitement des demandes de remboursement au respect de la réglementation et à l'établissement de rapports sur la qualité, et se recoupent souvent avec les tâches cliniques. En outre, la collecte et la communication de données peuvent poser problème, car les coûts sont répartis sur différents postes, ce qui ne facilite pas l'obtention de données précises et exhaustives. La complexité des systèmes de santé, qui font intervenir les secteurs public et privé ainsi que les organismes d'assurance et les organes de contrôle, est une autre entrave aux efforts de mesure.

Tableau 3.11. Exemples d'indicateurs de l'efficience des systèmes de santé consignés par l'OCDE

Dimensions	Indicateurs possibles
Efficacité à l'échelle du système	• Espérance de vie et dépenses de santé • Mortalité évitable par traitement et dépenses de santé • Espérance de vie et personnel de santé • Mortalité évitable par traitement et personnel de santé
Efficience des soins hospitaliers	• Durée de séjour à l'hôpital • Chirurgie ambulatoire • Indicateurs de résultats (par exemple taux de létalité à 30 jours pour des pathologies aiguës) et données d'entrée (dépenses, main-d'œuvre, etc.)
Efficience des soins primaires	• Nombre de consultations par médecin • Proportion de patients qui se sont rendus aux urgences en raison d'une indisponibilité de leur médecin traitant • Hospitalisations évitables pour des affections propices aux soins ambulatoires et données d'entrée (dépenses, main-d'œuvre, etc.)
Efficience du secteur pharmaceutique	• Part des génériques sur le marché pharmaceutique total • Comparaison des prix des médicaments • Consommation d'antibiotiques • Observance (par exemple, taux de suivi, dans le temps, de prescriptions pour l'hypertension artérielle ou le diabète) • Proportion de médecins utilisant un logiciel de prescription électronique

Comme mentionné précédemment, la santé est influencée par un ensemble de déterminants sociaux, économiques et environnementaux. Mais, en garantissant l'accès à des soins de qualité et en mettant en œuvre des mesures de prévention et de santé publique, les systèmes de santé jouent un rôle clé dans l'amélioration des résultats de santé. **Les systèmes de santé peuvent aussi contribuer à réduire les inégalités en permettant aux patients de bénéficier de services en fonction de leurs besoins, et non en fonction de leur capacité** (financière, géographique, etc.) **à y accéder.** Dans la plupart des pays de l'OCDE, les stratégies et mesures nationales en matière de santé soulignent l'importance de garantir

l'accès à des soins de qualité pour tous et d'éviter à l'ensemble de la population de faire face au coût de la maladie.

De manière générale, un mauvais état de santé, une forte exposition à des facteurs de risque et des problèmes d'accès au système de santé tendent à se conjuguer et à toucher plus fréquemment les groupes les moins aisés et les plus défavorisés. Par ailleurs, les personnes au statut socioéconomique plus élevé adoptent généralement des modes de vie plus sains, ont plus facilement accès aux soins et sont, dans l'ensemble, en meilleure santé. Ces effets peuvent en outre se renforcer mutuellement et influencer aussi les résultats scolaires et professionnels (voir la section 3.2). Il existe divers leviers stratégiques dans le secteur de la santé pour remédier à ces inégalités. Il s'agit par exemple d'interventions de santé publique visant à réduire l'exposition élevée des groupes de population défavorisés à des facteurs de risque pour la santé, à veiller à ce que des effectifs suffisants de prestataires de soins de santé soient disponibles dans les zones moins favorisées et à garantir que l'ensemble de la population soit couverte face au coût des soins de santé.

Il convient de souligner que les enjeux liés aux inégalités en matière de santé doivent aussi être considérés dans le contexte propre à chaque pays. Dans de nombreux pays de l'OCDE, certains groupes de population, tels que les peuples autochtones, les premières nations et les minorités ethniques et linguistiques, accumulent les handicaps socioéconomiques et peuvent également être confrontés à d'autres obstacles pour accéder aux soins. Dans d'autres pays, il se peut que l'accès aux soins soit particulièrement difficile dans certaines régions qui sont économiquement défavorisées ou faiblement peuplées.

Garantir un accès équitable et inclusif à des soins de santé efficaces pour un coût raisonnable est un objectif fondamental au titre du Cadre de la politique sociale des pays de l'OCDE. Ces objectifs sont approuvés dans les documents d'orientation nationaux et internationaux. Plusieurs initiatives notables, y compris la Communication de 2009 de la Commission européenne intitulée *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne*, la conférence de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé en 2011, l'adoption par l'OMS de la stratégie Santé 2020 en 2012 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en 2015, ainsi que la mise en place du plan d'action commun de l'UE sur les inégalités de santé en 2018, témoignent de l'inébranlable engagement des chefs de gouvernement envers l'équité en matière de santé.

En conclusion, la dimension de l'équité revêt une grande importance dans l'élaboration des politiques de santé. Concevoir des politiques dans un souci d'équité consiste à faire en sorte que les services de santé et les ressources du secteur soient répartis en fonction des besoins et non en fonction des privilèges, et à accorder une attention particulière aux groupes de population vulnérables et marginalisés. En œuvrant à réduire les disparités en termes d'accès aux soins et de résultats de santé, les stratégies de santé s'inscrivent dans une démarche de justice sociale et d'inclusion, et peuvent donner naissance à des sociétés plus saines, plus solidaires et plus robustes sur le plan économique. Tableau 3.12 présente des indicateurs de l'équité des systèmes de santé qui ont été exposés dans de récentes publications de l'OCDE (OCDE, 2019[35]).

Tableau 3.12. Exemples d'indicateurs de la dimension de l'équité dans les systèmes de santé

Dimensions	Indicateurs possibles
Équité en matière de santé	• Probabilité normalisée de se déclarer en mauvaise santé, par niveau d'instruction • Probabilité normalisée de déclarer des limitations dans les activités, par niveau d'instruction • Probabilité normalisée de déclarer plusieurs affections chroniques, par niveau d'instruction
Équité en matière de déterminants de la santé	• Probabilité normalisée de fumer, par niveau d'instruction • Probabilité normalisée de présenter un surpoids, par niveau d'instruction • Probabilité normalisée de consommer beaucoup d'alcool, par niveau d'instruction

Dimensions	Indicateurs possibles
Équité en matière de recours aux services	• Probabilité normalisée en fonction des besoins d'avoir consulté un médecin au cours des 12 derniers mois, par quintile de revenu • Niveaux d'inégalité de la probabilité d'avoir consulté un médecin • Probabilité et fréquence normalisées en fonction des besoins d'avoir consulté un médecin généraliste, par quintile de revenu. • Probabilité normalisée en fonction des besoins d'avoir subi une hospitalisation au cours des 12 derniers mois, par quintile de revenu. • Prévalence du dépistage du cancer, par quintile de revenu ou niveau d'instruction • Probabilité d'avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois, par quintile de revenu • Probabilité d'avoir reçu le vaccin contre la grippe, par quintile de revenu.
Équité et besoins non satisfaits	• Proportion de la population renonçant à des soins en raison de leur coût, par quintile de revenu
Équité et protection financière	• Proportion des ménages qui éprouvent des difficultés à assumer le coût des soins de santé • Proportion des ménages ayant des dépenses de santé trop élevées à leur charge, par quintile de consommation

L'égalité entre les genres est un volet de l'équité en matière de santé qui mérite une attention particulière en tant que valeur fondamentale et priorité stratégique de l'OCDE. L'Organisation s'engage à accélérer l'élaboration de mesures envisageables par les pouvoirs publics pour lutter contre les inégalités entre les genres et à s'assurer que toutes ses analyses, recherches et aides à la formulation des politiques intègrent la dimension de la représentation équilibrée des genres (OCDE, 2023[54]). Parmi les principales mesures prises pour atteindre cet objectif figurent l'intensification des efforts visant à mesurer les inégalités entre les genres et l'intégration de la dimension de genre dans tous les travaux politiques pertinents. Il est important de mieux intégrer la dimension de l'égalité entre les genres dans la révision du Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE, ainsi que dans les travaux d'analyses et les indicateurs qui en découlent. Par exemple, des efforts supplémentaires peuvent être déployés pour s'assurer que les indicateurs sont ventilés par genre (c'est-à-dire que les données sont ventilées par genre), importants du point de vue de la problématique du genre (c'est-à-dire que les indicateurs sont spécifiquement conçus pour rendre compte de l'évolution au fil du temps en termes d'égalité ou d'inégalité entre les genres) (OCDE, 2021[55]), et intersectoriels (c'est-à-dire que les indicateurs visent à tenir compte de l'intersectionnalité entre le genre et les facteurs de stratification sociale tels que l'origine raciale/ethnique, l'origine autochtone, la géographie, l'âge, le handicap/le non-handicap, l'origine immigrée) (Larson et al., 2016[56]).

Si le Tableau 3.13 comprend une sélection d'indicateurs de santé ventilés par genre, importants du point de vue de la problématique du genre, régulièrement recueillis et consignés par l'OCDE, il est possible de faire davantage pour élargir la perspective de l'égalité entre les genres, en étendant la collecte et la communication de données à d'autres indicateurs de santé, et en incluant des indicateurs intersectionnels. Parmi les indicateurs pour lesquels aucune donnée ventilée par genre n'est recueillie figurent, par exemple, les dépenses de santé par habitant, les consultations médicales et la rémunération des médecins et du personnel infirmier. Des données ventilées par genre sont déjà recueillies pour d'autres indicateurs, mais ne sont pas régulièrement communiquées. Il s'agit par exemple des hospitalisations, de leur durée et de la catégorie de diagnostic à la sortie de l'hôpital. Certaines ventilations de données nécessiteront des efforts supplémentaires et un travail avec les pays pour s'assurer que la perspective de l'égalité des genres est incluse dans toutes les collectes de données. En outre, il existe d'importantes possibilités de développement à venir. Les données de l'enquête PaRIS, par exemple, permettront de ventiler certaines dimensions clés de l'expérience du patient par genre, notamment : le médecin a passé suffisamment de temps avec le patient ; le médecin a impliqué le patient dans les décisions relatives au traitement ; et le médecin a expliqué les choses d'une manière compréhensible pour le patient. Les délégués sont également invités à faire part de leurs commentaires sur la manière dont la dimension de l'égalité des genres peut être mieux intégrée dans le Cadre.

Tableau 3.13. Exemples d'indicateurs de l'égalité des genres en matière de santé et dans les systèmes de santé

Dimensions		Indicateurs possibles
Égalité entre les genres	Indicateurs ventilés par sexe	• Espérance de vie, par genre • Causes de mortalité, par genre • Années potentielles de vie perdues, par genre • Perception de l'état de santé, par genre • Cancers, nombre et incidence, par genre • Tabagisme quotidien, par genre • Surpoids et/ou obésité, par genre
	Indicateurs tenant compte de la problématique du genre	• Proportion de femmes médecins • Emploi formel dans le secteur des soins de longue durée, par genre (nombre/proportion) • Bénéficiaires de soins de longue durée, par genre (nombre/proportion)

3.5.2. Viabilité et résilience

La viabilité et la résilience sont des objectifs essentiels des systèmes de santé hautement performants. La **viabilité** s'articule autour d'une gestion responsable des ressources (financières et autres) et veille à ce que les soins de santé puissent être systématiquement dispensés à long terme, sans épuiser les ressources essentielles ni pénaliser les générations suivantes. La **résilience**, quant à elle, désigne la capacité d'un système à supporter des perturbations et à s'en remettre. En renforçant sa résilience, un système de santé préserve la viabilité de ses activités et améliore sa capacité d'adaptation et son aptitude à maintenir des soins de qualité face à des défis inattendus. Ensemble, ces deux principes créent un équilibre dynamique qui sous-tend la capacité d'un système de santé à garantir la santé et le bien-être de sa population en temps ordinaire ainsi que dans des circonstances exceptionnelles.

Ces deux dernières décennies, les dépenses de santé publique ont systématiquement augmenté plus rapidement que le PIB dans tous les pays de l'OCDE. Bien que cette augmentation ait permis d'améliorer les résultats de santé, cette évolution suscite des inquiétudes quant à sa viabilité. En l'absence de mesures efficaces de maîtrise des coûts, l'OCDE prévoit que les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et aux soins de longue durée devraient approcher 9 % du PIB d'ici 2030 et pourraient même atteindre 14 % d'ici 2060.

L'OCDE définit la viabilité budgétaire comme l'aptitude d'un pays à stabiliser ses finances publiques à un niveau crédible et viable à long terme (OCDE, 2015[17]). La viabilité budgétaire implique que les pouvoirs publics puissent poursuivre leurs politiques et leurs dépenses à l'avenir, sans devoir procéder à des ajustements majeurs ni alourdir excessivement la dette des générations futures. Cette expression fait référence à l'ensemble des dépenses, des recettes, de l'actif et du passif des administrations nationales, qui reflètent les engagements passés et s'adaptent aux tendances à venir, telles que les évolutions socioéconomiques et les facteurs environnementaux. Dans le secteur des soins de santé, la viabilité budgétaire doit être appréhendée comme une contrainte globale et non comme un objectif en tant que tel. Ce paramètre indique que les méthodes employées par les pouvoirs publics pour atteindre la viabilité budgétaire sont déterminantes et ne doivent pas se réduire à des mesures de réduction des coûts hasardeuses. Par exemple, augmenter les tarifs des services de santé peut sembler un moyen simple de réduire les déficits budgétaires, mais une telle mesure risque de compromettre les objectifs des systèmes pour ce qui est de la protection financière ou de l'amélioration des résultats de santé. Une approche plus efficace consisterait, par exemple, à mettre fin aux interventions qui ne sont pas rentables.

Les indicateurs possibles de la viabilité financière comprennent :

- le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques réelles de santé et du PIB par habitant ;
- les dépenses publiques de santé en part du PIB ;
- les prévisions de dépenses publiques dans le domaine de la santé et des soins de longue durée, en pourcentage du PIB ;
- les dépenses de santé en part des dépenses publiques totales ;
- les sources de revenus qui financent les dépenses publiques de santé ;
- la part relative des dépenses publiques et privées.

Cependant, le concept de viabilité des systèmes de santé ne se limite pas aux questions budgétaires ; il recouvre plusieurs autres dimensions. La nécessité de disposer d'une perspective stratégique et d'un esprit d'innovation à long terme est un aspect important, en lien avec la dimension de la gouvernance (Fischer, 2014[57]). Pour assurer la viabilité des systèmes de santé, la prise de décisions par étapes doit laisser place à une planification à long terme fondée sur une analyse stratégique. Il faut pour ce faire établir des objectifs à long terme clairs et mettre en œuvre des réformes durables, qui permettent de concilier les impératifs sociaux et financiers tout en encourageant des discussions ouvertes sur les arbitrages au sein de la société. Une autre dimension tient à l'institutionnalisation des préoccupations environnementales dans les systèmes de santé. En vertu du concept de viabilité des soins de santé, l'environnement est un facteur décisif et il est nécessaire de réduire au minimum les effets négatifs de la consommation des ressources (voir le paragraphe sur la dimension Environnement et santé).

La résilience est entendue comme la capacité des systèmes à anticiper et à absorber les chocs majeurs, ainsi qu'à s'y adapter et à s'en remettre (OCDE, 2020[9]). Il ne s'agit pas seulement de réduire les risques au minimum et d'éviter les chocs : la résilience consiste également à reconnaître que les chocs *se produiront*. On entend par chocs des événements aux conséquences de portée considérable, qui perturbent profondément le fonctionnement de la société. Ce concept concerne presque tous les éléments des systèmes de santé : conception, politique, processus, résultats et impacts. La pandémie de COVID-19 a révélé des faiblesses dans les systèmes de santé et dans la manière dont ils réagissent aux chocs, soulignant la nécessité d'améliorer leur résilience. Les systèmes de santé doivent mieux se préparer aux chocs – non seulement aux pandémies, mais aussi à la résistance aux antimicrobiens ; aux conflits armés ; au changement climatique ; aux menaces biologiques, chimiques, informatiques, financières et nucléaires ; aux catastrophes naturelles et environnementales ; et aux troubles sociaux. Les systèmes de santé doivent également être en mesure d'absorber ces perturbations, de se rétablir aussi rapidement que possible et à moindre coût, et de s'adapter en tirant des enseignements pour améliorer leurs performances et gérer les risques futurs. Plutôt que de s'appuyer uniquement sur la planification, l'évitement et l'absorption des chocs, une approche de résilience reconnaît que certains chocs seront d'une taille et d'une ampleur telles qu'ils perturberont l'ensemble du système de santé. Dans ce scénario, il est important que le système de santé soit capable de se rétablir et de s'adapter pour l'avenir.

Pour évaluer le domaine de la résilience, il est nécessaire de disposer d'indicateurs qui couvrent l'ensemble du cycle des chocs et appréhendent la nature dynamique de la résilience – soit la manière dont un système de santé se comporte avant, pendant et après un choc. Cela ressort clairement des applications d'évaluation et de tests de résilience réalisés dans d'autres secteurs, tels que les services financiers et bancaires (Baudino et al., 2018[58]), ou les services collectifs d'électricité (DeMenno, Broderick et Jeffers, 2022[59]). Ces méthodes ont en commun de considérer la résilience des systèmes comme une caractéristique dynamique basée sur la réponse à un stress simulé. Cette évaluation est difficile à réaliser car les performances en cas de choc dépendent non seulement des ressources disponibles, mais aussi d'une réponse rapide et coordonnée qui peut dépasser le cadre du système de santé (Fleming et al., 2022[60]).

L'inclusion de la résilience en tant que dimension transversale dans la proposition de révision du Cadre de l'OCDE pour l'évaluation des performances des systèmes de santé reflète la nécessité de veiller à ce que celui-ci conserve sa pertinence politique dans le contexte actuel. Il s'agit non seulement de tirer les leçons du choc majeur qu'a constitué la pandémie de COVID-19, mais aussi de prendre en compte d'autres menaces actuelles, telles que l'aggravation rapide des effets du changement climatique et de ses conséquences sur les sociétés et les systèmes de santé.

Le Tableau 3.14 présente un échantillon d'indicateurs utilisés pour évaluer la résilience des systèmes de santé dans plusieurs domaines du Cadre de l'OCDE pour l'évaluation des performances des systèmes de santé. Pour une évaluation plus approfondie de la résilience, il serait nécessaire d'affiner et d'élargir ces indicateurs pour mieux rendre compte des aspects dynamiques des systèmes de santé (par exemple, la capacité de renforcer rapidement les effectifs de santé, de redéployer les soignants sur le territoire ou même de recycler leurs compétences pour faire face à de nouveaux défis).

L'intégration de la résilience en tant qu'analyse transversale dans le Cadre souligne aussi l'importance des questions de l'actualité et de la ventilation des données. La pandémie a clairement donné un exemple de la nécessité de disposer de données en temps réel, mais l'actualité des indicateurs reste un frein, la plupart des indicateurs étant disponibles pour l'année *t-2* et seuls quelques-uns étant disponibles pour l'année *t-1*. La ventilation régionale des indicateurs au sein des pays, ainsi que la ventilation des données par genre (la dimension d'égalité des genres évoquée plus haut), par revenu, par niveau d'études ou selon d'autres aspects de la situation socioéconomique, ainsi que par origine ethnique ou immigrée, est l'exception plutôt que la norme pour la plupart des indicateurs, et pourtant ces ventilations sont également essentielles pour l'analyse de la résilience.

Tableau 3.14. Exemples d'indicateurs de la résilience des systèmes de santé

Dimensions	Indicateurs possibles
État de préparation/capacités des systèmes de santé	• Vulnérabilité générale de la population : proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, taux de pauvreté, prévalence des maladies chroniques et des facteurs de risque, etc. [données actuellement recueillies] • Dépenses en capital consacrées à la santé en pourcentage du PIB [données actuellement recueillies] • Capacités des laboratoires [données actuellement recueillies] • Capacité d'accueil et taux d'occupation des lits d'hôpitaux (soins curatifs et intensifs) [données actuellement recueillies] • Effectifs et stratégies pour les renforcer (embauches rapides, mobilisation des professionnels de santé retraités, etc.) [pas de collecte systématique] • Plans de préparation : entraînement à des scénarios catastrophe, définition des protocoles de communication en temps de crise, etc. [pas de collecte systématique] • Systèmes avancés de surveillance et de détection précoce [pas de collecte systématique]
Performance sous pression des systèmes de santé	• Surmortalité [collecte de données en cours] • Motivation et bien-être du personnel de santé, soutien au personnel (services de garde d'enfants et de soutien psychologique), protection du personnel (taux de vaccination, surveillance renforcée de la santé) [pas de collecte systématique]. • Recours accru à la télémédecine [données actuellement recueillies] • Ralentissement des activités des services essentiels : soins diagnostiques et chirurgicaux non urgents annulés ou différés, retard des soins non urgents, perturbation des campagnes de dépistage, etc. [pas de collecte systématique] • Participation du secteur privé aux interventions en cas de crise [pas de collecte systématique] • Répercussions sur la fourniture des soins en temps voulu : augmentation des délais d'attente, etc. [pas de collecte systématique]

Bibliographie

Arah, O. et al. (2006), « A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18/suppl_1, pp. 5-13, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024. [6]

Baudino, P. et al. (2018), « Stress-testing banks – a comparative analysis »*, FSI Insights on policy implementation No 12*, Banque des règlements internationaux, Bâle, http://www.bis.org/emailalerts.htm. [58]

Bodenheimer, T. et C. Sinsky (2014), « From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider », *The Annals of Family Medicine*, vol. 12/7, pp. 573-576, https://doi.org/10.1370/afm.1713. [45]

Brundtland Commission (1987), *Notre avenir à tous : Rapport de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement*, Nations Unies, https://www.are.admin.ch/are/fr/home/media-et-publications/publications/developpement-durable/brundtland-report.html. [18]

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/avril, pp. 137-146, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004. [3]

Chapman, S., A. Szklanowska et R. Lopert (2023), « Exploring the feasibility of monitoring access to novel medicines : A pilot study in EU Member States »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 151, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/8c1d16c4-en. [50]

Conseil international des infirmières (2022), *The global nursing shortage and nurse retention*, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf. [48]

Cylus, J., G. Permanand et P. Smith (2018), *Making the economic case for investing in health systems What is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives?*. [32]

Dahlgren, G. et M. Whitehead (2021), « The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows », *Public Health*, vol. 199, pp. 20-24, https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009. [11]

DeMenno, M., R. Broderick et R. Jeffers (2022), « From systemic financial risk to grid resilience: Embedding stress testing in electric utility investment strategies and regulatory processes », *Sustainable and Resilient Infrastructure*, vol. 7/7, pp. 673-694, https://doi.org/10.1080/23789689.2021.2015833. [59]

Donabedian, A. (2005), « Evaluating the Quality of Medical Care », *The Milbank Quarterly*, vol. 83/4, p. 691, https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00397.X. [10]

Donabedian, A. (1972), *Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them*, The Milbank Memorial Fund Quarterly, https://www.jstor.org/stable/3349436 (consulté le 28 août 2023). [61]

ECDC (2023), *European Centre for Disease Prevention and Control*, http://www.ecdc.europa.eu/en/data. [41]

Evans, R. (1983), « Incomplete vertical integration in the health care industry: pseudomarkets and pseudopolicies », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 468/468, pp. 60-87, https://doi.org/10,1177/0002716283468001005. [63]

Fischer, M. (2014), « Fit for the Future? A New Approach in the Debate about What Makes Healthcare Systems Really Sustainable », *Sustainability 2015, vol. 7, Pages 294-312*, vol. 7/1, pp. 294-312, https://doi.org/10.3390/SU7010294. [57]

Fleming, P. et al. (2022), « Metrics and indicators used to assess health system resilience in response to shocks to health systems in high income countries—A systematic review », *Health Policy*, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.001. [60]

Heinen, M. et al. (2013), « Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50/2, pp. 174-184, https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.09.019. [47]

Hurst, J. et M. Jee-Hughes (2001), « Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems »*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n° 47, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10,1787/788224073713. [1]

IDF (2021), *IDF Diabetes Atlas*, International Diabetes Federation, http://www.diabetesatlas.org. [25]

International Center on Nurse Migration (2018), *Nurse retention*, https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf. [49]

Kelley, E. et J. Hurst (2006), « Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 23, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10,1787/440134737301. [2]

Kleczkowski, B., M. Roemer et A. Van Der Werff (1984), *Les systèmes de santé nationaux : réorientation sur la voie de la santé pour tous*, Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41638/WHO_PHP_77.pdf (consulté le 28 août 2023). [64]

Larson, E. et al. (2016), « 10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries », *Health Policy and Planning*, vol. 36/8, pp. 964-969, https://doi.org/10.1093/heapol/czw020. [56]

Lee, K. et al. (2022), « Measuring the Commercial Determinants of Health and Disease: A Proposed Framework », *International Journal of Health Services*, vol. 52/1, p. 115, https://doi.org/10,1177/00207314211044992. [31]

McKee, M. (2010), *The World Health Report 2000: 10 years on*, https://doi.org/10.1093/heapol/czq032. [68]

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. [39]

Murray, C. et A. Frenk (2000), « A Framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78/7, pp. 717-731, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/268164/PMC2560787.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [70]

Newton-Lewis, T., W. Munar et T. Chanturidze (2021), « Performance management in complex adaptive systems: A conceptual framework for health systems », *BMJ Global Health*, vol. 7/7, https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005582. [72]

Nolte, E., S. Merkur et A. Anell (2020), *Achieving Person-Centred Health Systems. Evidence, Strategies and Challenges*, Cambridge University Press. [7]

OCDE (2023), *Contribution de l'OCDE à la promotion de l'égalité des genres*, https://www.oecd.org/mcm/documents/Contribution-OCDE-a-la-promotion-de-l-egalite-des-genres.pdf. [54]

OCDE (2023), *Environment at a Glance Indicators*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ac4b8b89-en. [28]

OCDE (2023), *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr. [20]

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [5]

OCDE (2023), *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/health-data-fr. [19]

OCDE (2021), « Gender-relevance of policies in the OECD Green recovery Database », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/e6a03378-en. [55]

OCDE (2021), *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en. [4]

OCDE (2021), *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/fea50730-fr. [42]

OCDE (2021), *Statistiques de l'OCDE sur l'environnement*, https://doi.org/10.1787/env-data-fr. [36]

OCDE (2021), « The inequalities-environment nexus: Towards a people-centred green transition », *OECD Green Growth Papers*, n° 2021/01, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ca9d8479-en. [29]

OCDE (2020), « A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/36a5bdfb-en. [9]

OCDE (2019), *Health for Everyone?: Lessons learned from past green stimulus measures and implications for the Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en. [35]

OCDE (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en. [37]

OCDE (2019), *PaRIS survey of Patients with Chronic Conditions: Putting people at the centre of health care*, Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-survey-Patients-with-Chronic-Conditions-June-2019.pdf (consulté le 1 septembre 2023). [73]

OCDE (2017), « Conclusions politiques de la RCM The Next Generation of Health Reforms, OECD Health Ministerial Meeting », https://www.oecd.org/fr/sante/declaration-ministerielle-2017.pdf (consulté le 18 août 2022). [14]

OCDE (2017), *Healthy people, healthy planet: The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future*, https://www.oecd.org/health/health-systems/Healthy-people-healthy-planet.pdf. [27]

OCDE (2016), *Scoping paper on health system efficiency measurement*. [52]

OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233386-en. [17]

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. [53]

OCDE (2002), *Etre à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264295957-fr. [69]

OCDE (1994), *La réforme des systèmes de santé : Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. [66]

OCDE (1992), *La reforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. [65]

OCDE (s.d.), *Health Systems Characteristics Survey*, https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc (consulté le 15 January 2024). [16]

OCDE (s.d.), *Panorama de la santé*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10,1787/19991320. [15]

OCDE (s.d.), *Panorama de la santé Asia/Pacific*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10,1787/23054964. [22]

OCDE (s.d.), *Panorama de la santé Europe*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10,1787/23056088. [21]

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [43]

OCDE/La Banque mondiale (2023), *Panorama de la santé Latin America and the Caribbean 2023*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en. [23]

OCDE/La Banque mondiale (2020), *Panorama de la santé Latin America and the Caribbean 2020*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/6089164f-en. [24]

OCDE/OIT (2022), *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce*, Getting Skills Right, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9b83282e-en. [46]

OCDE/Union européenne (2020), « Air pollution and its impact on health in Europe: Why it matters and how the health sector can reduce its burden », dans *Panorama de la santé Europe, 2020 State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5286cd4d-en. [26]

OCDE, BIT et OMS (2016), *Working for health and growth: Investing in the health workforce, High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*, https://www.who.int/publications/i/item/9789241511308. [33]

Oderkirk, J. (2017), « Readiness of electronic health record systems to contribute to national health information and research »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 99, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9e296bf3-en. [38]

OMS (2001), *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development / report of the Commission on Macroeconomics and Health*, https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/cmh_french.pdf (consulté le 26 septembre 2023). [34]

Organisation internationale du Travail (2019), « The future of work in the health sector », *BIT* Working Paper n° 325, https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_749888/lang--fr/index.htm (consulté le 26 avril 2023). [44]

Organisation mondiale de la santé (2023), *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*, Organisation mondiale de la santé, Genève, https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888. [30]

Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la santé. [67]

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe (2016), *Integrated care models: an overview Working document*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf. [8]

Papanicolas, I. et al. (2022), « Health system performance assessment », *A framework for policy analysis*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/ (consulté le 1 septembre 2023). [12]

Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics : A Survey of 29 OECD Countries »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 50, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en. [51]

Perić, N., M. Hofmarcher et J. Simon (2018), « Headline indicators for monitoring the performance of health systems: Findings from the european Health Systems_Indicator (euHS_I) survey », *Archives of Public Health*, vol. 76/1, https://doi.org/10.1186/S13690-018-0278-0. [13]

Slawomirski, L. et N. Klazinga (2022), « The economics of patient safety : From analysis to action »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 145, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/761f2da8-en. [40]

Van Olmen, J. et al. (2012), « Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas », *BMC Public Health*, vol. 12/1, https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774. [62]

Veillard, J. et al. (2005), « A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17/7, pp. 487-496, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi072. [71]

Annexe A. Trois décennies d'évaluation des performances des systèmes de santé

Premier aperçu des performances : comparaisons des objectifs des réformes des systèmes de santé dans l'OCDE (1992-94)

Les années 1980 ont été marquées par des mutations macroéconomiques mondiales, principalement provoquées par les crises de la dette souveraine, la hausse des taux d'intérêt et la baisse des budgets des États. Cette décennie s'est avéré difficile pour le financement public des systèmes de santé. Alors que l'élaboration de politiques publiques s'oriente vers des valeurs d'efficience, de désengagement de l'État, de déréglementation et de privatisation, le modèle de Donabedian (approche de la qualité des soins de santé développée dans les années 1970, qui se concentre sur trois composantes : la structure, le processus et les résultats (Donabedian, 1972[61])) offre aux pouvoirs publics la possibilité de conceptualiser leurs systèmes de santé à l'aide de cadres similaires (Van Olmen et al., 2012[62]). Tandis que les efforts nationaux pour délimiter les systèmes de santé se sont poursuivis, d'autres modèles ont été élaborés, notamment le cadre d'Evans, qui vise à décrire l'organisation structurelle des acteurs au sein d'un système de santé, notamment les prestataires, les patients, les payeurs et les régulateurs publics (Evans, 1983[63]), et celui de Kleczkowski et al., qui entend éclaircir le rôle du financement et d'autres ressources du système de santé dans le maintien de ces relations (Kleczkowski, Roemer et Van Der Werff, 1984[64]).

Dans ce contexte de développement des connaissances sur les modèles de systèmes de santé, **les comparaisons relativement stables entre les systèmes de santé font leurs preuves.** Les gouvernements qui souhaitent trouver des solutions aux enjeux macroéconomiques du système de santé cherchent pour ce faire à mettre au point une série d'outils stratégiques fondés sur des données empiriques. En tant que forum technique de partage des connaissances, l'OCDE s'avère une enceinte privilégiée pour l'analyse comparative de la gouvernance publique et de la prestation de services, y compris dans le secteur de la santé.

En 1992, l'OCDE publie un premier rapport comparant les systèmes de santé de ses pays membres. Ce document s'intitule *La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE.* En interrogeant sept pays membres sur les réformes menées de 1989 à 1992 dans leur pays, l'OCDE y met en évidence les principales différences macroscopiques entre les structures des systèmes de santé, tout en repérant des similitudes entre un ensemble de « sous-systèmes », ou structures de tiers payant et de prestations. L'OCDE relève plusieurs problèmes auxquels les sept pays sont confrontés au moment de la publication, notamment les écarts qui subsistent en matière d'accès aux services et de protection des revenus lorsque des soins médicaux sont nécessaires. (OCDE, 1992[65])

Un deuxième rapport s'ensuit en 1994, dans lequel l'OCDE examine un total de 17 pays membres. S'appuyant sur le document de 1992, l'OCDE y définit une série de sept modèles de systèmes de santé distincts et y décrit les relations spécifiques entre les contribuables, les prestataires, les patients et les pouvoirs publics. Les modèles sont les suivants :

- le modèle facultatif de dépenses à la charge des patients ;
- le modèle facultatif de remboursement des patients ;
- le modèle public de remboursement des patients ;
- le modèle contractuel facultatif ;
- le modèle contractuel public ;
- le modèle intégré facultatif ;
- le modèle intégré public.

À mesure que les possibilités de comparaisons des pays se sont multipliées, grâce à l'étude de systèmes de santé plus divers, l'OCDE a regroupé les réformes des systèmes en thèmes spécifiques : équité, maîtrise des dépenses/efficience au niveau microéconomique et choix (OCDE, 1994[66]). Cette synthèse des réformes a servi de boîte à outils initiale pour les administrations nationales qui ont pu effectuer les ajustements nécessaires en temps d'incertitude et de contraintes budgétaires à l'échelle macroéconomique. De plus, au niveau international, la transposition des valeurs fondamentales de la gouvernance des systèmes en modèles d'évaluation des systèmes esquisse les grandes lignes de l'élaboration de nouveaux indicateurs visant à évaluer la valeur effective de ces réformes.

Mesurer les « performances » des systèmes de santé : une demande croissante de données plus nombreuses et de meilleure qualité (2000-02)

Les avantages que présente la comparaison des expériences des systèmes de santé nationaux gagnent en reconnaissance, ce qui conduit à l'élaboration de programmes d'évaluation aux échelles nationale et internationale. Cette évolution est centrée sur la « mesure » de la santé, qui noue un lien théorique entre les processus des systèmes et l'évaluation de la qualité des soins et des résultats en termes de santé.

Au tournant du siècle, dans la lignée des objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par l'Organisation des Nations unies, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie son *Rapport sur la santé dans le monde 2000*. Ce dernier, qui fait date, constitue la **première synthèse par l'OMS des données sur la mesure des indicateurs des systèmes de santé**. L'OMS, lorsqu'elle présente son premier Cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé, entend approfondir l'analyse comparative des objectifs et des fonctions des systèmes de santé afin d'extraire des mécanismes d'« amélioration des performances » dans ses États membres. Il convient de noter que les auteurs du rapport cherchent à « innove[r] » en proposant pour la première fois un indice de la performance globale des systèmes de santé nationaux, présentée sous forme de tableau classant les systèmes en fonction de trois grands objectifs, qui sont de « mettre en place des systèmes de santé qui favorisent une amélioration équitable des prestations de santé, répondent aux attentes légitimes des individus et soient financièrement justes » (Organisation mondiale de la santé, 2000[67]). Ces objectifs ont été mis en œuvre grâce à des indicateurs numériques contribuant au calcul de l'indice de la performance globale des systèmes de santé. Ces indicateurs comprennent, entre autres, l'espérance de vie corrigée de l'*incapacité*, l'égalité dans le domaine de la santé pour ce qui est de la survie des enfants, le niveau d'adéquation aux besoins et la répartition de leur prise en compte (évaluée au moyen d'une enquête, menée auprès d'informateurs clés, sur la dignité, l'autonomie, la confidentialité, la rapidité de la prise en charge, l'accès à des réseaux de soutien social pendant les soins et le choix du prestataire de soins), la répartition équitable de la contribution financière et les résultats en termes d'état de santé.

Si le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* présente également des synthèses de données sur les fonctions vitales des systèmes de santé et sur les défis complexes de la gouvernance des acteurs et du financement, la transposition des objectifs dans un classement a suscité une grande attention ainsi que des controverses. Certaines critiques pointent le manque de validité apparente des classements ou

s'attardent sur des aspects techniques tels que le recours à une modélisation complexe pour pallier l'absence de certaines données (McKee, 2010[68]).

Les pouvoirs publics et leurs partenaires multilatéraux ont cessé de penser les performances des systèmes de santé comme un processus unique de comparaison internationale pour produire et obtenir plutôt des données plus diversifiées, destinées à alimenter les processus nationaux d'évaluation. Une **collaboration entre l'OCDE et Santé Canada, le ministère fédéral canadien de la Santé, a abouti au rapport *Être à la hauteur* en 2002**, qui rend compte de la grande diversité des structures des systèmes de santé. Cette publication vise à normaliser la collecte et l'utilisation d'indicateurs à tous les niveaux d'organisation et de prestation des services de santé (2002[69]).

> *« Ensemble, nous pouvons nous montrer très fiers des réussites de nos divers systèmes de santé. Mais, pour toutes les raisons mentionnées précédemment, chaque nation doit maintenant redoubler d'efforts pour évaluer la performance du système à plusieurs égards. L'évaluation doit porter aussi bien sur l'utilisation appropriée de la médication dans une clinique spécifique, sur les coûts par journée d'hospitalisation dans un ensemble d'hôpitaux dans une région donnée que sur les grands indicateurs de la santé de la population ainsi que sur l'efficacité et l'équité du système dans son entier. Sans cette information et ces indicateurs, les systèmes de santé à travers l'OCDE continueront de présenter des différences qui ont trait davantage à la culture des établissements, à la géographie politique et aux aléas de l'histoire qu'à une conception explicite fondée sur des faits. » (OCDE, 2002, p. 16[69])*

Le rapport s'appuie sur la mise en place des cadres internationaux de l'OMS et de l'OCDE, ainsi que sur les cadres nationaux d'évaluation des performances des systèmes de santé en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Il distingue quatre dimensions de la performance des systèmes de santé. Ces dimensions sont les suivantes :

- l'amélioration de la santé/les résultats en termes de santé ;
- l'adéquation aux besoins ;
- l'équité ;
- l'efficience.

Le rapport *Être à la hauteur* marque le passage de la conceptualisation des modèles des systèmes de santé à une comparaison des activités d'évaluation communes aux cadres nationaux et internationaux. Il fait ainsi de l'évaluation des performances un processus qui doit tenir compte de la diversité des sous-systèmes (ce que mentionnaient déjà les rapports de l'OCDE de 1992 et 1994), sans perdre de vue les objectifs communs des systèmes de santé, qui se manifestent dans ces différents sous-systèmes. Cette évolution marque un tournant important : la comparaison des modèles laisse place à celle des indicateurs. Les résultats de santé ne sont plus appréhendés au moyen d'indicateurs fondamentaux, tels que l'espérance de vie, mais au moyen d'indicateurs cliniques propres à telle ou telle pathologie, qui visent à déterminer l'efficience des processus de soins cliniques.

Les progrès réalisés en vue d'améliorer la mesure des ressources, des processus, des produits et des résultats des systèmes de santé coïncident avec le nouvel enjeu de la conceptualisation de la performance des systèmes de santé. Au vu de l'importance croissante de l'élaboration d'indicateurs et d'une plus large disponibilité des données pour les acteurs du système de santé, il convient d'étudier de nouveaux mécanismes d'organisation de ces données.

Définir la « performance » : approfondir le concept de performance des systèmes de santé grâce au programme d'amélioration de la qualité des soins (2000-06)

Dans les années 1990, la comparaison de l'organisation des systèmes de santé suscite des interrogations sur les liens entre les objectifs des systèmes et les mécanismes d'évaluation des résultats à la lumière de ces objectifs. Comme le soulignent Murray et Frenk (2000[70]) dans un article du *Bulletin de l'OMS* intitulé « Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé » (2000), évaluer les différences de performance des systèmes implique de comprendre les différences dans les résultats de santé socialement valorisés qui dérivent de l'organisation des systèmes. Il s'agit notamment de l'amélioration des prestations de santé, de la prise en compte des attentes des individus et de l'équité de la contribution financière.

Après avoir compris comment atteindre ces objectifs, les administrations nationales, les institutions de développement et les institutions multilatérales doivent les traduire en un cadre opérationnel convaincant pour évaluer les performances du système de santé (Murray et Frenk, 2000[70]). Le cadre de Murray et Frenk, qui n'est autre que le cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OMS mentionné plus haut, est le premier à dresser la synthèse des missions et des mesures que doivent mener les systèmes de santé afin d'atteindre leurs objectifs communs. Par exemple, le cadre définit les systèmes de santé en délimitant leur contour par rapport au mesures sanitaires qu'ils appliquent (Murray et Frenk, 2000[70]). Il s'agit des services de santé primaires et cliniques, ainsi que des mesures de santé publique dont l'« intention première » est d'améliorer l'état de santé. D'autres services à caractère social comme l'éducation sont ainsi exclues de la définition, malgré leur profonde incidence sur les résultats de santé.

Partant de ce cadre général, le cadre de l'OMS définit la mesure de la performance comme un procédé d'évaluation de quatre grandes fonctions des systèmes de santé :

- le financement (y compris la perception des recettes, la mise en commun des fonds et les achats) ;
- la prestation de services (de santé, individuels et collectifs) ;
- l'organisation générale
- la création de ressources.

Le cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE et le cadre de l'OMS proposent des approches différentes, mais complémentaires, de la composition des systèmes de santé. En 2001, l'OCDE publie un document de travail rédigé par Hurst et Jee-Hughes (2001[1]), qui définit l'évaluation de la performance et sa conceptualisation unique dans le cadre des systèmes de santé. La performance, telle que définie pour la première fois par Hurst et Jee-Hughes, est la mesure dans laquelle le système atteint un ensemble d'objectifs dans le cadre du processus d'évaluation (Hurst et Jee-Hughes, 2001, p. 8[1]). Le cadre proposé par l'OCDE, centré sur ces objectifs, s'appuie sur les idées précédemment développées par Murray et Frenk. Il se rapproche du cadre de l'OMS en ce qu'il transpose les objectifs du système de santé dans des composantes régissant l'évaluation.

Cependant, plusieurs différences sont également notées. Les déterminants sociaux de la santé, comme l'éducation, ne sont pas exclus du cadre de l'OCDE, mais envisagés plutôt comme des facteurs des analyses de frontière. Ils ne sont pas pris en compte dans la comptabilité des dépenses de santé. De plus, le cadre de l'OCDE intègre plusieurs éléments additionnels :

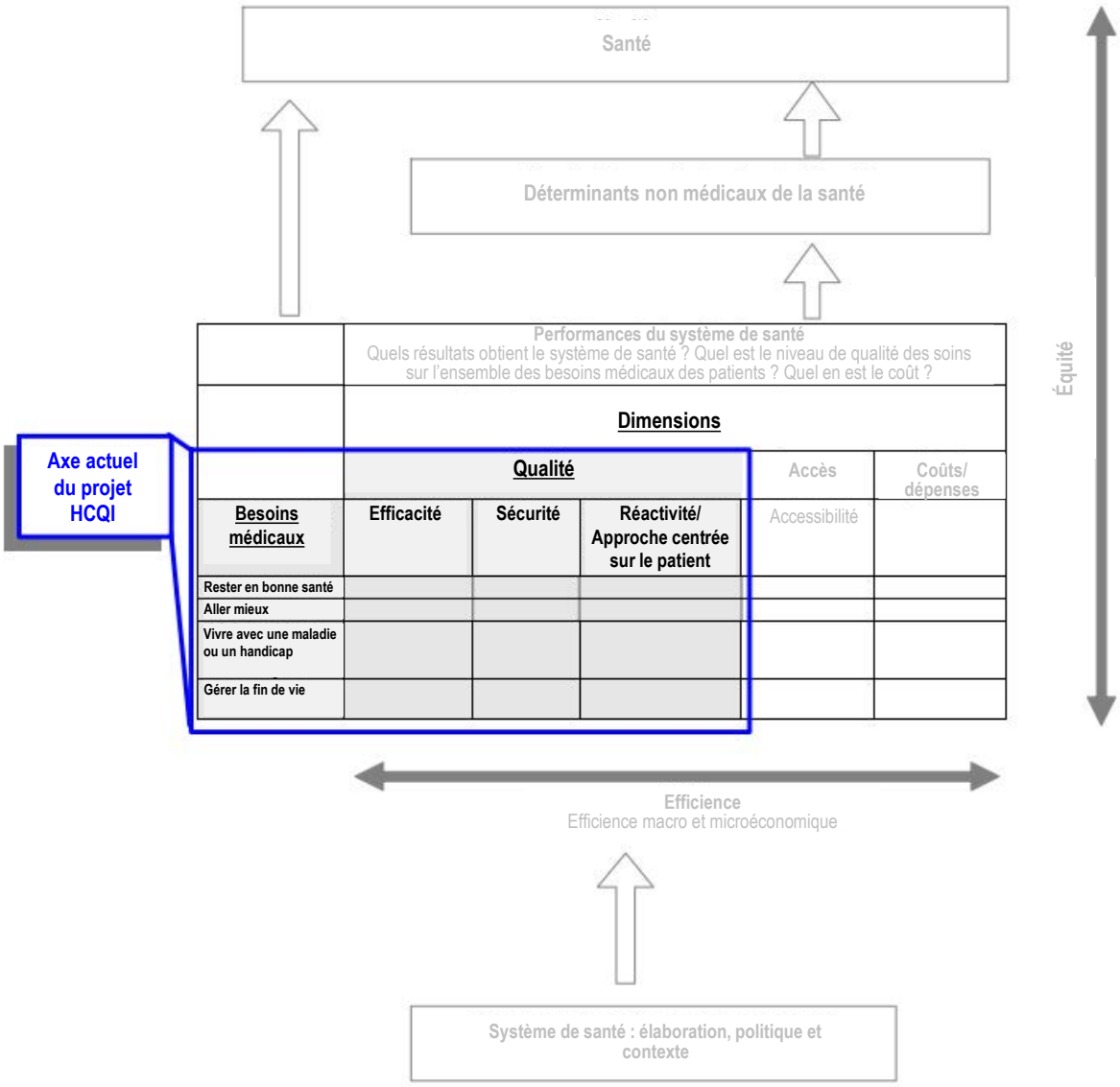
- l'accès en tant que composante de la prise en compte des besoins, et l'équité de l'accès aux services de santé ;
- la transformation des dépenses de santé en objectif intégré de répartition équitable de la contribution financière, et la mention d'un niveau souhaitable de dépenses de santé (fondé sur la valeur de l'efficience macroéconomique soulevée dans le rapport de l'OCDE de 1992) ;

- la décision de ne pas pondérer les objectifs au sein d'un indice, mais de présenter les performances des systèmes de santé au regard de plusieurs dimensions distinctes ;
- les performances du système de santé, à l'exclusion des activités de santé publique et d'autres activités plus vastes de promotion de la santé.

L'élaboration de cadres d'évaluation des performances des systèmes de santé par l'OMS et l'OCDE a jeté les bases des travaux d'évaluation des performances aux échelles nationale et internationale et ouvert la voie à des avancées ultérieures pour ce qui est de l'évaluation des performances au niveau des sous-systèmes. Ainsi, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe), dans le cadre de son projet d'outil d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité des hôpitaux (*Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) de 2005, a élaboré un cadre propre aux hôpitaux et aux traitements cliniques dispensés dans les établissements de soins tertiaires. Dans le cadre de son modèle théorique, les orientations stratégiques de l'OMS – les anciens objectifs des systèmes de santé – s'articulent autour de quatre « dimensions » de la performance à l'échelle du sous-système hospitalier : l'efficacité clinique, l'efficience, l'orientation du personnel et la gouvernance participative (Veillard et al., 2005[71]). Ces dimensions sont complétées par deux perspectives transversales : la sécurité et « le patient au centre des soins ».

Les dernières années de cette phase sont caractérisées par une plus grande attention portée au programme d'amélioration de la qualité des soins de santé. Étant donné qu'un plus grand nombre d'acteurs de la santé et de structures de soins sont associés à l'évaluation des performances dans le contexte de l'amélioration interne de la qualité, les administrations nationales et les institutions multilatérales disposent d'un plus grand nombre de sources de données. Compte tenu de la variété des nouvelles idées qui apparaissent dans les différents systèmes de santé concernant l'élaboration d'indicateurs, les efforts déployés au niveau international pour organiser cette évolution commencent à prendre forme dans les années suivant la publication des cadres internationaux d'évaluation de la performance. À l'OCDE, le projet d'indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI) intègre un groupe d'experts représentant 23 États membres soutenu par le Fonds du Commonwealth. L'objectif de ce projet consiste alors à définir un cadre conceptuel aux dimensions de la qualité des soins de santé que les administrations nationales doivent mesurer. Le projet, lancé en 2001, vise à tirer parti des progrès réalisés depuis la première proposition de cadre plus général d'évaluation des performances des systèmes de santé formulée par l'OCDE. Kelley et Hurst (2006[2]), présentent, pour le compte de l'OCDE, le sous-cadre applicable à la dimension « Qualité » du Cadre de performance des systèmes de santé auquel s'intéresse le projet HCQI (voir Graphique A A.1).

Graphique A A.1. Proposition de cadre conceptuel pour le projet HCQI de l'OCDE (2001)



Source : Kelley et Hurst (2006[2]) "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper", https://doi.org/10.1787/440134737301.

Il convient de noter que le Projet présente la notion de « besoins de soins de santé ». À l'intersection des programmes de gestion des performances et d'amélioration de la qualité, la proposition d'indicateurs portant à la fois sur les objectifs du système de santé (notamment l'efficience, la sécurité et la prise en compte des besoins/l'approche centrée sur la personne) et sur les besoins des patients tout au long de leur vie (comme la volonté de rester en bonne santé, d'aller mieux, de vivre avec la maladie/le handicap ou de se préparer à la fin de vie) permet d'intégrer, pour la première fois, le point de vue du patient à la planification du système de santé.

En outre, le cadre conceptuel du projet HCQI expose sa conception du cycle de vie de l'évaluation et de l'amélioration des performances des systèmes de santé. Au fondement d'un système de santé figurent la conception, la stratégie et le contexte qui le sous-tendent. La performance intervient ainsi à un niveau ultérieur ; elle permet d'évaluer la conception du système de santé en cherchant un équilibre entre la qualité des soins, l'accès aux services de santé et les coûts liés aux dépenses de santé. De par ses effets

directs sur la santé des patients et sa contribution indirecte à l'amélioration des déterminants de la santé en dehors du système de soins, la performance du système de santé prend tout son sens dans le cadre conceptuel du projet HCQI en tant qu'élément jouant un rôle d'intermédiaire entre la conception du système et les résultats en termes de santé.

En 2006, l'OCDE détaille le cadre conceptuel du projet HCQI et propose divers sous-domaines susceptibles d'être pris en compte à d'autres étapes de la prestation de services de santé. Dans une publication pour l'*International Journal for Quality in Health Care*, Arah et al., (2006[6]) qui représentent l'OCDE et les partenaires universitaires, ajoutent des questions d'orientation relatives à chaque domaine du cadre conceptuel du projet HCQI. Ils mentionnent d'autres dimensions concernant la conception et le contexte du système de santé, les déterminants de la santé non liés aux soins et l'état de santé.

Parmi les nombreuses dimensions explorées dans les cadres nationaux d'évaluation des performances, l'OCDE n'inclut au sien qu'un ensemble choisi de dimensions. Cependant, le cadre conceptuel du projet HCQI et le programme d'amélioration de la qualité des soins, plus vaste, brossent un portrait plus fidèle du rôle de la performance, à mi-chemin entre le processus de conception d'un système et les résultats de santé.

Mettre en pratique l'évaluation de la « performance » : renforcer le lien entre les indicateurs et les actions mises en œuvre dans les systèmes de santé (2015-16)

Près d'une décennie après l'élaboration d'indicateurs de la qualité des soins de santé par les acteurs multilatéraux, les administrations nationales et le monde scientifique, **le cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE, élaboré dans le cadre du projet HCQI, a porté son attention à l'exploitabilité des comparaisons internationales de la qualité des soins de santé.** En 2015, le Groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé, dirigé par Carinci et al. (2015[3]) a cherché à modifier les éléments HCQI du cadre général de l'OCDE afin de répondre à l'évolution des besoins en matière de politiques publiques et de vérifier que les indicateurs sont des outils suffisamment fiables pour contribuer à la prise de décisions.

Par le biais d'une méthode Delphi modifiée et d'une réunion de consensus, Carinci et al. (2015[3]) ont appliqué un ensemble de critères visant à évaluer l'efficacité des indicateurs HCQI dans le cadre des collectes de données sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, ainsi qu'à cerner les lacunes pour approfondir la recherche et le développement.

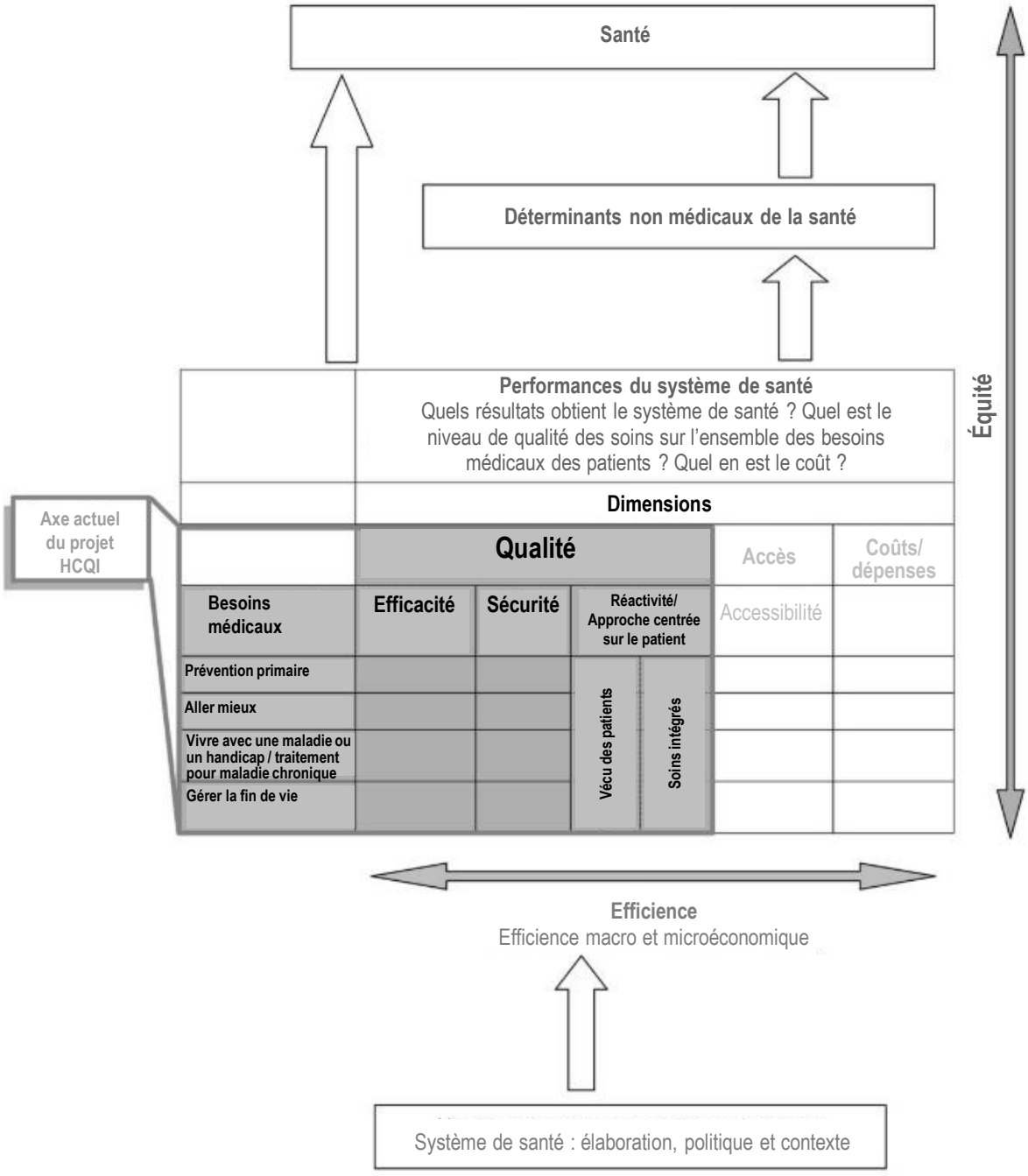
Les recommandations issues du panel Delphi et de la réunion de consensus ont mis en évidence les modifications à apporter au cadre conceptuel plus général de l'OCDE, ainsi qu'une redéfinition des indicateurs actuels du projet HCQI au regard de nouvelles dimensions. Carinci et al. ont décrit comme suit la structure révisée du cadre dans un article publié dans l'*International Journal for Quality in Health Care* :

> *« Il a été convenu d'apporter des modifications mineures à la structure initiale : la formulation "rester en bonne santé" a laissé place à la "prévention primaire/secondaire" afin de mieux faire la distinction avec la catégorie "vivre avec la maladie ou le handicap – soins de longue durée", [et] les catégories "expériences individuelles des patients" et "soins intégrés" ont été incluses dans le thème "adéquation aux besoins", afin d'ouvrir la voie à l'élaboration de futurs indicateurs. » (Carinci et al., 2015[3])*

Le graphique A.2 présente le cadre révisé. Les résultats de l'exercice de redéfinition prévoient une réduction sensible du nombre d'indicateurs HCQI à intégrer à la collecte des données du projet HCQI à partir de 2015. Si les indicateurs relatifs aux soins primaires, aux soins cardiaques aigus et à la santé mentale apparaissai ent en tête des priorités de l'OCDE dans les documents du HCQI datés de 2005-06, plusieurs de ces indicateurs ont été supprimés de la collecte de données ultérieure dans le cadre de l'exercice. En outre, le processus habituel de collecte de données du projet HCQI n'intègre pas les indicateurs portant sur les maladies transmissibles (tels que les indicateurs des bénéficiaires des

vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, la rougeole, l'hépatite B et la grippe pour les populations pour lesquelles le vaccin est recommandé) ou sur la prise en charge des cancers (comme les indicateurs relatifs à la mortalité due au cancer du sein, au cancer du col de l'utérus ou au cancer colorectal).

Graphique A A.2. Cadre révisé de l'OCDE sur la mesure de la performance



Source : d'après Carinci et al. (2015[3]), Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators, http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv004.

Malgré la baisse du nombre d'indicateurs, l'exercice permet d'évaluer clairement les indicateurs en tant qu'outils d'appréciation des systèmes de santé, dans le cadre d'efforts nationaux plus vastes visant à lutter contre les principaux frais de santé publique relatifs à certaines affections. L'intégration de ces indicateurs validés au projet HCQI de l'OCDE rend possibles les collaborations entre les organisations multilatérales, les administrations nationales, le monde universitaire et les acteurs de la société civile. De tels partenariats permettent de consolider les efforts de collecte de données et de traduire ces données par des mesures concrètes.

Repenser la « performance » : approche centrée sur le patient, chocs et mégatendances (2017-22)

Les défis auxquels font face les systèmes de santé poursuivent leur mutation. Alors que les gouvernements des États membres sont confrontés à l'évolution du poids de la santé au regard des changements démographiques, de l'évolution des intérêts politiques et des préoccupations socioéconomiques et environnementales, la conceptualisation, la mesure et la capacité à mettre en œuvre l'évaluation des performances des systèmes de santé continuent d'être examinées.

L'intégration des populations bénéficiant des systèmes de santé à l'évaluation des performances est un élément clé de cette évolution. Un cadre entièrement nouveau, présenté par Newton-Lewis et al. (2021[72])a cherché à caractériser les systèmes de santé en tant que systèmes adaptatifs complexes, c'est-à-dire des systèmes dont les multiples acteurs sont organisés de manière indépendante tout en collaborant en vue de produire de bons résultats de santé aux échelles individuelle et collective. Alors que l'évaluation traditionnelle des performances des systèmes de santé accorde une grande importance à ce dernier élément et voit dans le processus de mesure un outil isolé permettant d'amorcer une action, le cadre conceptuel des systèmes adaptatifs complexes favorise a contrario les liens entre la mesure et les directives « de mise en œuvre » telles que les incitations et le soutien stratégique visant à donner aux individus et aux organisations les moyens d'agir sur les systèmes de santé. L'approche directive de la gouvernance des systèmes de santé étant délaissée, l'évaluation des performances est davantage perçue comme un outil permettant de soutenir des mesures judicieusement ciblées au sein des systèmes de santé. Ces dernières visent à améliorer la qualité des soins à l'initiative de la population.

Au niveau de l'action publique internationale, l'évaluation des performances s'adapte également pour refléter les besoins des personnes qui composent les systèmes de santé et y contribuent. Lors de la Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé de 2017, les ministres de la Santé des pays membres ont confié à l'OCDE un mandat précis afin que l'Organisation soutienne le développement de systèmes de santé centrés sur le patient dans l'ensemble de l'Organisation. Malgré les efforts déployés par les systèmes de santé en vue d'accroître la qualité des soins et d'améliorer les résultats de santé, les ministres ont relevé des inégalités persistantes, une augmentation des affections chroniques et une progression des facteurs de risque socioéconomiques et environnementaux pour la santé (OCDE, 2017[14]). La Réunion ministérielle a abouti à une Déclaration commune contenant trois appels à l'action : promouvoir des systèmes de santé de qualité pour tous, adapter les systèmes de santé aux nouvelles technologies et à l'innovation et recentrer les systèmes de santé sur la personne tout en encourageant le dialogue et la coopération internationale. **En réponse au troisième point d'action à mener, l'OCDE propose un cadre pour des systèmes de santé centrés sur la personne dans sa publication *Health for the People, by the People : Building People-Centred Health Systems* (2021).** Dans le cadre de l'OCDE et dans le tableau de bord qui en résulte, les indicateurs générés à partir des Statistiques de l'OCDE sur la santé, des Enquêtes européennes sur la qualité de vie et des Enquêtes internationales sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth ont été regroupés sous les cinq dimensions de l'approche centrée sur le patient : la « possibilité de s'exprimer », le « choix », la « coproduction », l'« intégration » et le « respect »(OCDE, 2021[4]).

Dans l'objectif de traduire ce cadre en indicateurs de comparaison entre pays, l'OCDE a lancé l'enquête PaRIS (enquête sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients), une initiative internationale innovante qui s'appuie sur les expériences déclarée par les patients (PROM) et les mesures de l'expérience déclarée par les patients (PREM) et qui cherche à évaluer la façon dont les systèmes de santé répondent aux besoins des patients (OCDE, 2019[73]). Bien que plusieurs instruments d'enquête PROM et PREM aient, par le passé, été élaborés et validés dans le contexte de la recherche clinique et exploités par des administrations nationales, l'objectif de renforcer les capacités dans le champ des mesures centrées sur la personne au sein des 20 pays participants constitue une étape décisive. En vertu de cette évolution, la performance est conditionnée par l'expérience du patient, ce qui promet d'engendrer de nouvelles connaissances sur la pratique des soins, en parallèle des indicateurs macroéconomiques et microéconomiques déjà existants.

Ces dernières années, les systèmes de santé ont également été confrontés à des chocs importants. Alors qu'ils devaient faire face à des vagues rapides et successives d'infections au COVID-19 entre 2020 et 2022, la très forte perturbation des chaînes d'approvisionnement et la réorientation des ressources humaines et financières vers les interventions d'urgence ont, dans de nombreux pays, pesé sur les parcours de soins des personnes atteintes d'affections chroniques. **Au cours de cette période, l'OCDE a élaboré un programme de résilience des systèmes de santé, dont les grandes lignes ont été présentées en 2023 dans une publication intitulée *Prêts pour la prochaine crise ? Investissements à l'appui de la résilience des systèmes de santé.*** Après avoir relevé de grandes vulnérabilités au niveau des systèmes de santé des pays membres (manque de préparation, pénurie de personnel ou manque de moyens), l'OCDE a recommandé des mesures d'ampleur visant à promouvoir la santé de la population, le maintien en fonction et le recrutement du personnel, la collecte et l'utilisation des données, la coopération internationale, la résilience des chaînes d'approvisionnement, ainsi que la gouvernance et la confiance (OCDE, 2023[5]). Pour compléter les stratégies d'évaluation des performances, l'OCDE a souligné l'importance de la préparation. Celle-ci passe par le recours à des cadres en vue de prendre des décisions fondées sur des données et par la coordination de l'action pour répondre efficacement aux perturbations des systèmes de santé. Dans ce contexte, en s'appuyant sur les leçons tirées de la pandémie et en envisageant d'autres chocs, le Cadre de l'OCDE sur la résilience face aux chocs a servi de base à l'analyse de l'OCDE de la résilience des systèmes de santé (OCDE, 2023[5]).

Alors que de multiples crises sollicitent de plus en plus l'attention des acteurs des systèmes de santé, plusieurs « mégatendances » font aussi évoluer l'architecture de l'évaluation des performances. Les efforts de l'OCDE et de ses partenaires nationaux et multilatéraux se concentrent sur l'élaboration d'indicateurs concernant les stratégies d'atténuation et d'adaptation. Dans un contexte de changement climatique et de transformation numérique des systèmes de santé, la mise en place de nouvelles structures de gouvernance des données et de coopération, l'amélioration des soins de longue durée afin de faire face au vieillissement de la population et la promotion de soins tenant compte de la dimension de genre revêtent une grande importance afin de réduire les inégalités de genre dans le domaine de la santé.

À cet égard, le dernier cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé de l'OMS, publié en 2022, démontre le rôle croissant des approches à l'échelle de l'ensemble de l'administration et de l'ensemble de la société dans l'évaluation des performances internationales, et met en lumière le lien entre les acteurs intersectoriels des différentes fonctions du système de santé, les objectifs intermédiaires et les objectifs finaux (Papanicolas et al., 2022[12]).

Le modèle Dahlgren-Whitehead, également connu sous le nom de « modèle arc-en-ciel », est un autre cadre largement utilisé dans le domaine de la santé publique (Dahlgren et Whitehead, 2021[11]). Ce cadre se distingue des autres modèles présentés ci-dessus par le fait qu'il ne s'agit pas d'un cadre sur les systèmes de santé, mais sur les déterminants de la santé. Ce modèle offre une vision plus large et nous rappelle que, bien que la santé soit le principal objectif de la plupart des cadres de systèmes de santé, les systèmes de santé dans leur ensemble font partie d'une série d'autres facteurs qui influent sur la santé des personnes.

Notes

[1] Cet indicateur pourrait également être envisagé parmi les indicateurs environnementaux et sanitaires actuellement collectés par l'OCDE, dont certains sont présentés dans le Tableau 3.2. Nous nous en abstenons dans le cas présent compte tenu de l'accent particulier mis sur les particules fines (PM 2.5), risque sanitaire majeur lié au concept plus large de pollution atmosphérique.

[2] L'enquête PaRIS auprès de personnes souffrant de maladies chroniques est la première enquête internationale sur les résultats de santé et les expériences des adultes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques qui sont prises en charge dans le cadre de soins primaires ou d'autres soins ambulatoires, tels que rapportés par les patients. Il s'agit de la première étude de ce type à évaluer les résultats et les expériences des patients pris en charge dans le cadre des soins primaires dans différents pays.

Études de l'OCDE sur les politiques de santé

Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé

UN CADRE RENOUVELÉ

Les systèmes de santé sont soumis à de fortes pressions pour s'adapter à l'évolution des besoins ainsi qu'aux grandes tendances induites par le vieillissement de la population, la transition numérique et le changement climatique. Ils doivent également être mieux préparés à répondre aux chocs soudains et de grande ampleur tels que ceux générés par les pandémies, les crises financières, les catastrophes naturelles ou les cyberattaques. Cette évolution du contexte politique et ces défis nouveaux appellent à revoir la manière dont les pays de l'OCDE évaluent la performance des systèmes de santé afin de leur permettre de répondre aux besoins et aux préférences des citoyens en matière de santé, tout en fournissant des soins de qualité pour tous. Ce document présente le nouveau cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé de l'OCDE. Il intègre de nouvelles dimensions de la performance, notamment la question des soins centrés sur la personne, la résilience et le développement durable, et met davantage l'accent sur la lutte contre les inégalités, y compris celles liées au genre. Ce cadre s'appuie sur les efforts déjà déployés par l'OCDE dans ces domaines et intègre les avancées les plus récentes en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé. En proposant des définitions communes et en favorisant une compréhension partagée entre décideurs, parties prenantes et organisations, le cadre renouvelé facilitera la collaboration internationale. En outre, il permettra l'élaboration de futurs indicateurs, facilitera la collecte de données, l'analyse des politiques et l'intégration des savoirs.

IMPRIMÉ ISBN 978-92-64-64405-2
PDF ISBN 978-92-64-94007-9