



Panorama de la santé 2017

LES INDICATEURS DE L'OCDE



Panorama de la santé 2017

LES INDICATEURS DE L'OCDE

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

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

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr

ISBN 978-92-64-28383-1 (imprimé)
ISBN 978-92-64-28384-8 (PDF)
ISBN 978-92-64-28386-2 (HTML)
ISBN 978-92-64-28385-5 (e-pub)

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

Version révisée, février 2018

Les détails des révisions sont disponibles à l'adresse :

http://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/Corrigendum_Panorama_de_la_sante_2017.pdf

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

Crédits photo : Couverture © chombosan/Shutterstock.com.

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

© OCDE 2017

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

Avant-propos

L'édition 2017 du Panorama de la santé présente les données et tendances comparables les plus récentes concernant les principaux indicateurs de la santé et des systèmes de santé des 35 pays membres de l'OCDE. Ces indicateurs permettent de mieux comprendre les performances des systèmes de santé, en rendant compte des résultats enregistrés en matière de santé, des déterminants non médicaux de la santé, des variations dans l'accès aux soins, de la qualité des soins fournis, et des ressources financières et matérielles allouées à la santé. Pour un sous-groupe d'indicateurs, le Panorama de la santé 2017 contient aussi des données se rapportant à des pays partenaires dont l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie et la Lituanie.

La réalisation du Panorama de la santé n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants nationaux de la base de données de l'OCDE sur la santé, des spécialistes des comptes de la santé et des experts chargés des indicateurs de la qualité des soins de santé dans les 35 pays membres de l'OCDE. L'OCDE les remercie vivement d'avoir fourni la plupart des données contenues dans cette publication. L'OCDE exprime également sa gratitude à d'autres organisations internationales, en particulier l'Organisation mondiale de la santé et Eurostat, dont certaines données sont reprises ici, et à la Commission européenne, qui a apporté son soutien au travail de développement des données.

Cette publication a été préparée par une équipe de la Division de la santé de l'OCDE sous la coordination de Chris James. Le chapitre 1 a été rédigé par Chris James et Alberto Marino ; le chapitre 2 par Chris James et Marion Devaux ; le chapitre 3 par Eileen Rocard, Chris James, Marie-Clémence Canaud et Emily Hewlett ; le chapitre 4 par Sahara Graf, Marion Devaux et Michele Cecchini ; le chapitre 5 par Alberto Marino, Chris James, Rie Fujisawa, Akiko Maeda, David Morgan et Eileen Rocard ; le chapitre 6 par Ian Brownwood, Frédéric Daniel, Rie Fujisawa, Rabia Khan, Michael Padget et Niek Klazinga ; le chapitre 7 par David Morgan, Michael Mueller et Michael Gmeinder ; le chapitre 8 par Akiko Maeda, Gaëlle Balestat et Michael Gmeinder ; le chapitre 9 par Chris James, Gaëlle Balestat et Alberto Marino ; le chapitre 10 par Rabia Khan, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Michael Mueller, Martin Wenzl, Chris James et Valérie Paris ; et le chapitre 11 par Tim Muir, Eileen Rocard, Michael Mueller et Elina Suzuki. Les bases de données de l'OCDE utilisées dans cette publication sont gérées par Gaëlle Balestat, Ian Brownwood, Marie-Clémence Canaud, Frédéric Daniel, Michael Gmeinder, Gaëtan Lafortune et David Morgan.

Les commentaires détaillés des pays ont permis d'améliorer la qualité de cette publication, de même que les commentaires formulés par Francesca Colombo, Gaëtan Lafortune, Mark Pearson et Stefano Scarpetta. De vifs remerciements sont adressés à Marlène Mohier, Kate Lancaster et Andrew Esson pour le soutien apporté en matière de formatage et d'édition.

Table des matières

Resumé	9
Guide du lecteur	13
Chapitre 1. Indicateurs clés : vues d'ensemble des pays de l'OCDE et tableaux de bord nationaux	17
Vues d'ensemble des pays de l'OCDE et tableaux de bord nationaux.	18
État de santé	20
Facteurs de risque pour la santé.	23
Accès aux soins.	26
Qualité et résultats des soins	29
Ressources de santé	32
Chapitre 2. Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE... ..	35
Introduction.	36
Comprendre les déterminants de la santé	37
L'allongement de l'espérance de vie est lié à la hausse des dépenses de santé, à l'adoption de modes de vie plus sains et à l'amélioration des conditions socio-économiques.	38
Il est essentiel, pour l'action publique, de mettre à jour les mécanismes au travers desquels les facteurs socio-économiques et le cadre de vie d'un individu influent sur la santé	44
Conclusion	47
Notes	48
Références	48
Chapitre 3. État de santé	53
Espérance de vie à la naissance	54
Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation.	56
Principales causes de mortalité	58
Mortalité due aux maladies circulatoires	60
Mortalité due au cancer	62
Santé du nourrisson	64
Santé mentale	66
État de santé général perçu	68
Incidence du cancer	70
Prévalence du diabète	72

Chapitre 4. Facteurs de risque pour la santé	75
Tabagisme chez les adultes	76
Consommation d'alcool chez les adultes	78
Tabagisme et consommation d'alcool chez les enfants	80
Modes de vie sains chez les adultes	82
Modes de vie sains chez les enfants	84
Surpoids et obésité chez les adultes	86
Surpoids et obésité chez les enfants	88
Pollution atmosphérique	90
Chapitre 5. Accès aux soins	93
Couverture des soins de santé	94
Besoins en soins de santé non satisfaits en raison de leur coût	96
Dépenses de santé à la charge des patients	98
Répartition géographique des médecins	100
Délais d'attente pour une chirurgie électorive	102
Chapitre 6. Qualité et résultats des soins	105
Vécu des patients en soins ambulatoires	106
Prescriptions dans le cadre des soins primaires	108
Admissions évitables à l'hôpital	110
Traitement du diabète	112
Mortalité après un accident vasculaire cérébral	114
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)	116
Taux de mortalité hospitalière	118
Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche	120
Complications chirurgicales	122
Traumatismes obstétricaux	124
Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux	126
Cancer du sein : dépistage, survie et mortalité	128
Cancer colorectal : survie et mortalité	130
Leucémie chez les enfants : survie et mortalité	132
Vaccinations	134
Chapitre 7. Dépenses de santé	137
Dépenses de santé par habitant	138
Dépenses de santé en proportion du PIB	140
Financement des dépenses de santé	142
Sources des financements de santé	144
Dépenses de santé par type de service	146
Dépenses de santé par prestataire	148
Dépenses en capital dans le secteur de la santé	150
Chapitre 8. Personnel de santé	153
Personnel médico-social	154
Médecins (nombre total)	156
Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie	158
Médecins nouvellement diplômés	160

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)	162
Personnel infirmier	164
Personnel infirmier nouvellement diplômé	166
Rémunération du personnel infirmier	168
Médecins et personnel infirmier formés à l'étranger	170
Chapitre 9. Services de santé	173
Consultations de médecins	174
Technologies médicales	176
Lits d'hôpital	178
Sorties d'hôpital	180
Durée moyenne de séjour à l'hôpital	182
Remplacements de la hanche ou du genou	184
Césariennes	186
Chirurgie ambulatoire	188
Chapitre 10. Secteur pharmaceutique	191
Dépenses pharmaceutiques	192
Pharmaciens et pharmacies	194
Consommation de produits pharmaceutiques	196
Génériques et biosimilaires	198
Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique	200
Chapitre 11. Vieillesse et soins de longue durée	203
Évolution démographique	204
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans	206
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans	208
Prévalence de la démence	210
Bénéficiaires de soins de longue durée	212
Aidants informels	214
Emploi dans le secteur des soins de longue durée	216
Lits de soins de longue durée	218
Dépenses de soins de longue durée	220

Suivez les publications de l'OCDE sur :



http://twitter.com/OECD_Pubs



<http://www.facebook.com/OECDPublications>



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



<http://www.youtube.com/ocddlibrary>



<http://www.oecd.org/ocddirect/>

Ce livre contient des...

StatLinks 

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

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

Resumé

Le *Panorama de la santé 2017* présente des comparaisons internationales de l'état de santé des populations et des performances des systèmes de santé dans les pays membres et partenaires de l'OCDE. Outre une analyse par indicateur, cette édition contient des vues d'ensemble et des tableaux de bord qui offrent une synthèse des performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux déterminants de l'allongement de l'espérance de vie.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture santé universelle qui favorise un accès équitable aux services de santé. La qualité des soins s'est aussi beaucoup améliorée, mais cela a un coût : aujourd'hui, les dépenses de santé représentent 9 % environ du PIB en moyenne. Pour optimiser les dépenses et réduire les inégalités en matière de santé, il est capital d'investir dans les activités de promotion de la santé qui offrent un bon rapport coût-efficacité.

La population des pays de l'OCDE vit plus longtemps, mais le poids des maladies mentales et chroniques ne cesse d'augmenter

- L'espérance de vie à la naissance s'établit à 80.6 ans en moyenne dans la zone OCDE. Le Japon et l'Espagne sont en tête d'un groupe de 25 pays de l'OCDE où l'espérance de vie est supérieure à 80 ans.
- C'est en Turquie, en Corée et au Chili que l'espérance de vie augmente le plus depuis 1970.
- Les dépenses de santé contribuent à la longévité, mais elles n'expliquent qu'en partie les variations constatées d'un pays à l'autre et l'allongement de l'espérance de vie au fil du temps. De nouvelles estimations par régression suggèrent que l'adoption de modes de vie plus sains et d'autres déterminants sociaux de la santé jouent aussi un rôle clé.
- Les femmes peuvent espérer vivre un peu plus de 5 années de plus que les hommes, tandis que les personnes qui ont suivi des études supérieures vivent environ six ans de plus que celles qui ont le niveau d'études le plus bas.
- Dans l'OCDE, plus d'un décès sur trois est causé par une cardiopathie ischémique, un accident vasculaire cérébral ou une autre maladie circulatoire ; un décès sur quatre est causé par un cancer.
- Les taux de mortalité liés aux maladies circulatoires diminuent rapidement, comme en témoigne la contraction de 50 % des décès liés aux cardiopathies ischémiques, en moyenne, depuis 1990. Les taux de mortalité liés au cancer reculent aussi, mais dans une moindre mesure (-18 % depuis 1990).

Si les taux de tabagisme continuent de diminuer, les progrès sont lents dans la lutte contre l'obésité et la consommation nocive d'alcool, tandis que la question de la pollution atmosphérique est souvent laissée de côté

- Les taux de tabagisme diminuent dans la plupart des pays de l'OCDE, mais 18 % des adultes fument encore quotidiennement. Les taux les plus élevés sont observés en Grèce, en Hongrie, en Turquie, et les plus bas au Mexique.
- Dans la zone OCDE, la consommation d'alcool s'élève à 9 litres d'alcool pur en moyenne par personne et par an, ce qui équivaut à près de 100 bouteilles de vin. Ce chiffre élevé tient à la proportion considérable de gros buveurs : 30 % des hommes et 12 % des femmes se livrent, au moins une fois par mois, à une suralcoolisation épisodique (*binge-drinking*).
- Dans 13 pays de l'OCDE, la consommation d'alcool est en hausse depuis 2000, principalement en Belgique, en Islande, en Lettonie et en Pologne.
- Depuis la fin des années 90, l'obésité augmente rapidement dans de nombreux pays de l'OCDE, et elle a plus que doublé en Corée et en Norvège, même si les taux de départ étaient faibles.
- 54 % des adultes sont en surpoids dans les pays de l'OCDE, dont 19 % sont obèses. Les taux d'obésité sont supérieurs à 30 % en Hongrie, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis.
- 25 % des jeunes de 15 ans sont en surpoids et 15 % seulement pratiquent une activité physique suffisante. Par ailleurs, 12 % fument plusieurs fois par semaine et 22 % ont déjà été ivres à deux reprises au moins dans leur vie.
- Dans 21 pays, plus de 90 % de la population est exposée à des niveaux dangereux de pollution atmosphérique.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture santé universelle (ou quasi-universelle), mais il faut encore améliorer l'accès aux soins

- Le taux de couverture d'assurance maladie de base s'élève à 95 % de la population ou plus dans tous les pays de l'OCDE sauf sept, les taux les plus bas étant observés en Grèce, aux États-Unis et en Pologne.
- Les versements à la charge des patients représentent 20 % des dépenses de santé totales en moyenne dans l'OCDE, et plus de 40 % en Lettonie et au Mexique.
- Par crainte du coût, 10 % environ de la population a déjà renoncé à consulter un médecin, et 7 % à acheter un médicament prescrit. Ce sont les ménages les plus pauvres qui sont les plus touchés.
- Le nombre de médecins pour 1 000 habitants est beaucoup plus élevé dans les capitales et les agglomérations, les variations géographiques les plus importantes étant observées aux États-Unis et aux Pays-Bas.
- Les délais d'attente pour une chirurgie électorale sont longs dans plusieurs pays, dont l'Estonie, la Pologne et le Chili.

L'expérience des patients et les résultats des soins s'améliorent, comme en témoignent la baisse du taux de mortalité après une crise cardiaque ou un AVC et l'amélioration du taux de survie des patients souffrant d'un cancer

- Plus de 80 % des patients font état d'expériences positives s'agissant du temps que leur consacre le médecin, de la facilité de compréhension des explications fournies et de leur implication dans les décisions relatives à leur traitement.
- Les admissions hospitalières évitables en lien avec des maladies chroniques diminuent dans la plupart des pays de l'OCDE, ce qui témoigne de l'amélioration de la qualité des soins primaires.
- Concernant les soins aigus, le nombre de décès consécutifs à une crise cardiaque ou un AVC est en baisse. Les améliorations sont particulièrement notables chez les patients victimes de crise cardiaque en Finlande, et chez les patients victimes d'AVC en Australie.
- La rapidité des opérations chirurgicales après une fracture de la hanche (en tant qu'indicateur de la sécurité des patients) s'est améliorée dans la plupart des pays, puisque plus de 80 % des interventions ont lieu dans un délai de deux jours après l'admission.
- Les taux de traumatisme obstétrical demeurent relativement stables : 5.7 % des accouchements par voie basse avec utilisation d'instrument provoquent une déchirure du périnée.
- Dans la zone OCDE, le taux de survie à cinq ans après un cancer du sein s'élève à 85 %, et à un peu plus de 60 % pour le cancer du côlon et le cancer colorectal ; les taux de survie au cancer s'améliorent dans la plupart des pays.
- Les taux de vaccination des enfants sont proches de 100 % dans la plupart des pays de l'OCDE, même si l'on constate une légère diminution du taux de vaccination contre la rougeole en Australie et en Italie ces dernières années.

Il est indispensable de disposer de ressources financières et matérielles suffisantes pour assurer le fonctionnement des systèmes de santé. Par ailleurs, ces ressources doivent être utilisées à bon escient pour éviter le gaspillage

- En moyenne dans l'OCDE, les dépenses de santé s'élèvent à 4 000 USD par personne (après correction des disparités de pouvoir d'achat). Aux États-Unis, elles avoisinent 10 000 USD par habitant.
- Les dépenses consacrées à la santé correspondent à 9 % du PIB en moyenne dans l'OCDE, dans une fourchette comprise entre 4.3 % en Turquie et 17.2 % aux États-Unis.
- Dans la totalité des pays de l'OCDE sauf les États-Unis, les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire sont les principales sources de financement de la santé.
- Les dépenses hospitalières contribuent à hauteur de près de 40 % aux dépenses de santé totales.
- Depuis 2000, les effectifs de médecins et de personnels infirmiers augmentent dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. On enregistre un ratio d'environ trois infirmiers par médecin, le plus élevé étant au Japon, en Finlande et au Danemark.
- Le nombre de lits par habitant diminue dans tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Corée et de la Turquie, ce qui s'accompagne d'une baisse des taux d'hospitalisation et d'une hausse de la chirurgie ambulatoire.

- Le recours accru aux médicaments génériques dans la plupart des pays de l'OCDE permet de réaliser des économies, mais les génériques représentent encore moins de 25 % du volume des produits pharmaceutiques vendus au Luxembourg, en Italie, en Suisse et en Grèce.
- Avec le vieillissement de la population, la demande de soins de longue durée augmente, ce qui se traduit par une hausse des dépenses supérieure à celles constatées pour tous les autres types de soins.
- En moyenne, 13 % des personnes de 50 ans et plus s'occupent chaque semaine d'un membre de leur famille ou d'un proche dépendant ; 60 % des aidants informels sont des femmes.

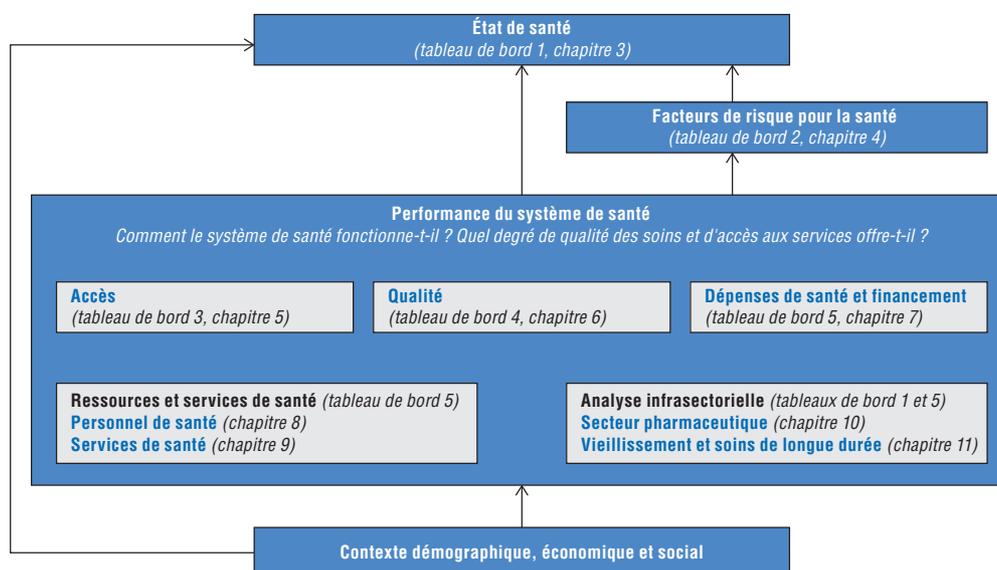
Guide du lecteur

Le *Panorama de la santé 2017* présente des comparaisons des principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les 35 pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles.

Structure de la publication

Le cadre conceptuel général sur lequel s'appuie la présente publication permet d'analyser le fonctionnement des systèmes de santé en se plaçant dans le contexte global de la santé publique (graphique ci-dessous). Il repose sur un modèle qui a été entériné et mis à jour pour le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (voir source du graphique ci-dessous). Ce cadre reconnaît que l'objectif final des systèmes de soins de santé est d'améliorer l'état de santé de la population. Beaucoup de facteurs influent sur celui-ci, dont certains, comme l'environnement physique ou le mode de vie et le comportement des individus, sont extérieurs aux systèmes de santé. Le contexte démographique, économique et social affecte également la demande et l'offre de services de santé, et *in fine* l'état de santé de la population.

Cadre conceptuel de l'évaluation de la performance des systèmes de santé



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

Il va cependant de soi que la performance des systèmes de santé est déterminante. Elle comporte plusieurs dimensions dont les principales sont notamment le degré d'accès aux soins et la qualité des soins dispensés. La mesure de la performance doit prendre en compte les ressources financières requises pour atteindre ces objectifs en matière d'accès et de qualité. La performance des systèmes de santé dépend aussi dans une large mesure du personnel de santé qui fournit les services, et des biens et des services dont il dispose.

Le *Panorama de la santé 2017* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général. Il se structure en onze chapitres, dont les deux premiers dressent un état des lieux succinct de la situation sanitaire et de la performance des systèmes de santé et les neuf suivants établissent des comparaisons détaillées entre pays au regard d'un éventail d'indicateurs de santé avec, lorsque c'est possible, une analyse des tendances temporelles.

Dans le chapitre 1, une série de **tableaux de bord** présente les forces et faiblesses relatives des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Ces tableaux de bord reposent sur un sous-ensemble d'indicateurs présentés plus en détail dans les derniers chapitres de la publication.

Le chapitre 2 propose une **analyse thématique** complémentaire des déterminants de la santé dans les pays de l'OCDE, les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés. Il évalue les contributions relatives des systèmes de santé à l'allongement de l'espérance de vie par rapport à l'action de facteurs sociaux plus généraux.

À la suite de ces chapitres qui offrent une bonne vue d'ensemble, le chapitre 3 sur **l'état de santé** met en évidence des différences entre les pays au niveau de l'espérance de vie, des principales causes de mortalité et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. Ce chapitre inclut également des mesures des inégalités en termes d'état de santé selon le niveau d'éducation et de revenu, pour des indicateurs clés tels que l'espérance de vie et l'état de santé perçu.

Le chapitre 4 examine les **facteurs de risque majeurs pour la santé** et plus particulièrement des modes de vie et comportements ayant une influence sur la santé, et qui pour la plupart peuvent être modifiés à l'aide de politiques de santé publique et de mesures de prévention. On trouve parmi eux les principaux facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité chez les enfants et les adultes. Dans le même temps, l'hygiène de vie est évaluée en termes d'alimentation et d'activité physique. L'exposition de la population à la pollution atmosphérique est également analysée.

Le chapitre 5 sur **l'accès aux soins** présente un ensemble d'indicateurs liés à l'accès financier, l'accès géographique et la possibilité d'obtenir des soins dans des délais satisfaisants (délais d'attente). Il inclut une analyse des besoins de soins médicaux non satisfaits déclarés par les individus. Des mesures globales de la couverture de la population sont également présentées.

Le chapitre 6 évalue la **qualité et les résultats des soins** en termes d'efficacité clinique, de sécurité des patients et de réactivité des soins. Ce chapitre tente de rendre compte du cycle des soins en présentant des indicateurs relatifs aux soins préventifs, primaires, de longue durée et intensifs. Il inclut une analyse du vécu des patients, des pratiques de prescription, de la prise en charge des maladies chroniques, des soins intensifs liés aux crises cardiaques et aux AVC, de la sécurité des patients, de la prise en charge des troubles mentaux et du cancer et de la prévention des maladies transmissibles.

Le chapitre 7 porte sur les **dépenses de santé** et leur **financement**. Il compare les budgets que les différents pays consacrent à la santé, à la fois en termes de dépenses par habitant

et en proportion du PIB. Ce chapitre analyse les modalités de financement des soins de santé, et notamment les parts respectives du financement public, de l'assurance maladie obligatoire et facultative et des paiements directs des ménages. Il examine également la répartition des dépenses par prestataire de santé, et par type de soins.

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

Le chapitre 9 décrit certaines des caractéristiques principales des **prestations de services de santé**. Il commence par le nombre de consultations médicales, qui sont souvent le « point d'entrée » des patients dans les systèmes de santé. Il compare également les sorties d'hôpital et les durées de séjour, les taux d'utilisation de certaines procédures chirurgicales, et le développement de la chirurgie ambulatoire pour les interventions mineures dans les différents pays.

Le chapitre 10 porte sur le **secteur pharmaceutique**. L'analyse des dépenses pharmaceutiques met en évidence la différence d'envergure du marché d'un pays à l'autre. Ce chapitre évalue le nombre de pharmaciens et de pharmacies ; la consommation de certains médicaments d'usage courant ; et le recours aux génériques et biosimilaires. Il s'achève par une évaluation des dépenses de recherche et de développement du secteur pharmaceutique.

Le chapitre 11 est consacré au **vieillessement et aux soins de longue durée**. Il évalue les principaux déterminants de la demande actuelle et future de soins de longue durée, à savoir l'évolution démographique et les indicateurs de l'état de santé des populations âgées, comme l'état de santé et l'incapacité autodéclarés à l'âge de 65 ans. Il procède à une comparaison entre les différents pays au regard de la prévalence – aujourd'hui et demain – de la démence et d'indicateurs de la qualité des soins. Les bénéficiaires des soins de longue durée et les aidants formels et informels sont également pris en considération, ainsi que l'évolution des dépenses au titre des soins de longue durée dans les différents pays.

Présentation des indicateurs

À l'exception des deux premiers chapitres, les indicateurs abordés dans le reste de cette publication font l'objet d'une présentation sur deux pages. Le lecteur trouvera sur la première une définition des indicateurs ainsi qu'un texte succinct résumant les principaux enseignements tirés des données et signalant les éventuels écarts par rapport à la définition susceptibles d'avoir une incidence sur la comparabilité des données. Il trouvera sur la seconde page un ensemble de graphiques présentant généralement les valeurs les plus récentes de l'indicateur considéré et, dans la mesure du possible, leur évolution dans le temps. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, de la moyenne non pondérée des pays de l'OCDE présentés. Le nombre de pays inclus pour le calcul de la moyenne OCDE est indiqué dans les graphiques, et pour les graphiques montrant plus d'une année ce nombre fait référence à la dernière année disponible.

Limites des données

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

Sources des données

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses et des recherches plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, sources et méthodes présentées dans la base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, sur le site OECD.Stat (<http://stats.oecd.org/index.aspx?Lang=fr>, rubrique « Santé »). De plus amples informations sur cette base de données peuvent être consultées à l'adresse www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm.

Les chiffres de population

Les chiffres de population utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés d'Eurostat pour les pays européens et des données de l'OCDE basées sur l'*Annuaire démographique des Nations unies* et les *Perspectives démographiques mondiales des Nations unies* (diverses éditions) ou sur des estimations nationales pour les pays non-européens de l'OCDE (données extraites début juin 2017), et ils correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

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

Codes ISO des pays de l'OCDE

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

Codes ISO des pays partenaires

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

Chapitre 1

Indicateurs clés : vues d'ensemble des pays de l'OCDE et tableaux de bord nationaux*

Ce chapitre présente un ensemble d'indicateurs, portant sur l'état de santé et la performance des systèmes de santé, sélectionnés dans l'objectif d'apporter un éclairage sur les résultats des pays de l'OCDE dans cinq dimensions: l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et les ressources de santé.

Ces indicateurs, tirés des principaux chapitres de la publication, sont présentés sous la forme de vues d'ensemble des pays de l'OCDE et de tableaux de bord nationaux. Les premiers illustrent les évolutions dans le temps pour l'ensemble des pays de l'OCDE, et offrent un aperçu des dernières données disponibles (moyenne de l'OCDE, valeurs maximales et minimales). Les tableaux de bord résument la performance relative d'un pays à la moyenne de l'OCDE pour chaque indicateur.

Les indicateurs présentés dans ce chapitre ont été choisis en fonction des critères de pertinence au regard de l'action publique, de la disponibilité des données et de la facilité d'interprétation.

La sélection et la comparaison des indicateurs visent à saisir les forces et les faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE et ainsi d'aider à identifier les priorités possibles pour l'action publique. L'ambition n'est pas d'identifier quel pays a le meilleur système de santé.

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

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE et tableaux de bord nationaux

Les responsables publics des pays de l'OCDE sont soucieux de mesurer l'efficacité de leurs systèmes de santé. Un examen des indicateurs présentés dans cette publication montre que des progrès substantiels ont déjà été accomplis. La population des pays de l'OCDE vit bien plus longtemps qu'auparavant ; l'espérance de vie à la naissance atteint désormais plus de 80 ans en moyenne, grâce à l'amélioration des conditions de vie et des niveaux d'éducation, mais aussi à des modes de vie plus sains et aux avancées dans le domaine de la santé.

Dans la plupart des pays, une couverture d'assurance maladie universelle fournit une protection financière contre les coûts de la maladie et favorise l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. La qualité des soins s'est aussi beaucoup améliorée, comme le montre la baisse de la mortalité par cardiopathie ischémique ou suite à un AVC, et la détection plus précoce de maladies comme le diabète et le cancer et l'amélioration de leur traitement. Mais ces progrès ont un coût : les dépenses de santé représentent aujourd'hui quelque 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE, et plus de 10 % dans de nombreux pays. La hausse des dépenses de santé ne présente pas forcément de problème lorsque les avantages en sont supérieurs aux coûts, mais l'existence d'inégalités et d'inefficiences dans le domaine de la santé est amplement démontrée. Il convient en outre d'établir un meilleur équilibre entre les dépenses allouées aux soins curatifs et celles affectées à la prévention des maladies.

Malgré ces progrès, des questions importantes subsistent quant à la capacité des pays à obtenir de bons résultats sur d'autres aspects de la performance du système de santé. Par exemple, quels sont les principaux facteurs qui expliquent les disparités d'état de santé et d'espérance de vie entre les pays de l'OCDE ? L'accroissement de certains facteurs de risque pour la santé, comme l'obésité, menace-t-il de neutraliser les gains liés à la réduction d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme ? Dans quelle mesure les citoyens disposent-ils d'un accès égal et rapide aux soins de santé et d'une protection financière satisfaisante pour couvrir leurs coûts ? Que sait-on de la qualité et de la sécurité des soins fournis aux patients dans le traitement d'une série de maladies ordinaires ? Quelles sont les ressources financières, humaines et techniques allouées aux systèmes de santé dans les différents pays ?

Il n'est en rien facile de répondre à ces questions, mais les vues d'ensemble des pays de l'OCDE et les tableaux de bord présentés dans ce chapitre peuvent apporter un éclairage sur la façon dont les pays parviennent à améliorer l'état de santé de leurs populations, et sur divers aspects du fonctionnement des systèmes de santé. Ils n'ont pas pour ambition de déterminer quels pays disposent des meilleurs systèmes de santé, mais plutôt de synthétiser les forces et les faiblesses relatives des pays de l'OCDE à l'aune d'un jeu choisi d'indicateurs de la santé et de résultats des systèmes de santé. Ils peuvent servir à définir les domaines d'action prioritaires, mais doivent être complétés par un examen plus

complet des données et des facteurs qui influencent les variations entre pays, présentés dans les chapitres principaux de cette publication.

Ce chapitre présente cinq jeux d'indicateurs, qui sont discutés en détails dans les chapitres notés entre parenthèses, et mettent en lumière les résultats des pays pour chacune des composantes suivantes :

- État de santé (chapitres 3 et 11)
- Facteurs de risque pour la santé (chapitre 4)
- Accès aux soins (chapitre 5)
- Qualité des soins (chapitre 6)
- Ressources de santé (chapitres 7, 8 et 9)

Un jeu de quatre à cinq indicateurs pertinents est présenté pour chacune de ces composantes, sous la forme de *vues d'ensemble des pays de l'OCDE* et de *tableaux de bord nationaux*. Ces indicateurs sont choisis en fonction de leur utilité pour l'action publique et de leur importance en tant qu'éléments de suivi fondamentaux du système de santé, mais aussi de la disponibilité des données et de leur facilité à être interprétées. Priorité est donc donnée aux indicateurs qui offrent la plus large couverture géographique de manière à améliorer la comparabilité.

Les *vues d'ensemble des pays de l'OCDE*, récemment introduites, présentent des statistiques sommaires pour les principaux indicateurs des cinq domaines énumérés plus haut. Ils complètent les tableaux de bord nationaux en ce qu'ils montrent :

- la dernière moyenne pour l'OCDE (pour permettre une comparaison rapide avec les chiffres nationaux figurant dans les tableaux de bord)
- la distribution des valeurs maximales et minimales (pour donner une idée générale de la dispersion de chaque indicateur)
- l'évolution globale dans l'OCDE depuis 2005 (pour mettre en évidence les changements au fil du temps)

Les *vues d'ensemble des pays de l'OCDE* complètent les tableaux de bord nationaux, ce qui offre au lecteur une première évaluation des résultats d'un pays par rapport à la moyenne et à la fourchette de l'OCDE, avant de se reporter aux chapitres plus détaillés consacrés aux indicateurs.

Les *tableaux de bord*, présentés sous forme de tableaux synthétiques, comparent la performance d'un pays à un autre et à la moyenne OCDE. Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

- Bleu, lorsque les résultats du pays sont proches de la moyenne de l'OCDE
- Vert, lorsque les résultats du pays sont considérablement supérieurs à la moyenne de l'OCDE
- Rouge, lorsque les résultats du pays sont considérablement inférieurs à la moyenne de l'OCDE

La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les ressources de santé (tableau 1.5), où les indicateurs présentés ne peuvent être strictement classés comme des résultats inférieurs ou supérieurs. C'est pourquoi le code par couleur retenu consiste en une nuance plus ou moins prononcée de bleu pour indiquer qu'un pays est considérablement en deçà ou au-dessus de la moyenne de l'OCDE. Les valeurs de chaque indicateur sont également données pour tous les pays et pour l'ensemble des pays de l'OCDE.

Méthodologie, interprétation et utilisation

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

Les valeurs moyenne, supérieure et inférieure de l'OCDE de la dernière année disponible sont fournies pour chaque indicateur ; elles correspondent aux données illustrées dans les chapitres principaux de cette publication. Les courbes de tendance à droite synthétisent les évolutions dans l'OCDE au cours des dernières années. Ces évolutions sont calculées à partir d'une moyenne non pondérée des données disponibles pour chaque année (données calculées par interpolation linéaire lorsque les données ne sont pas disponibles afin de maintenir un nombre uniforme de pays). Les courbes de tendance visent à donner une idée générale des évolutions, étant données les différences potentielles de méthodologie ou de composition géographique dans le temps.

Tableaux de bord nationaux

Le classement des pays (supérieur, inférieur ou proche de la moyenne de l'OCDE) se fonde sur l'écart-type de chaque indicateur. Cette méthode est préférée à celle consistant à utiliser un pourcentage ou un nombre fixes de pays par catégorie car elle rend compte des variations (de l'éloignement d'un pays par rapport à la moyenne) de manière dynamique.

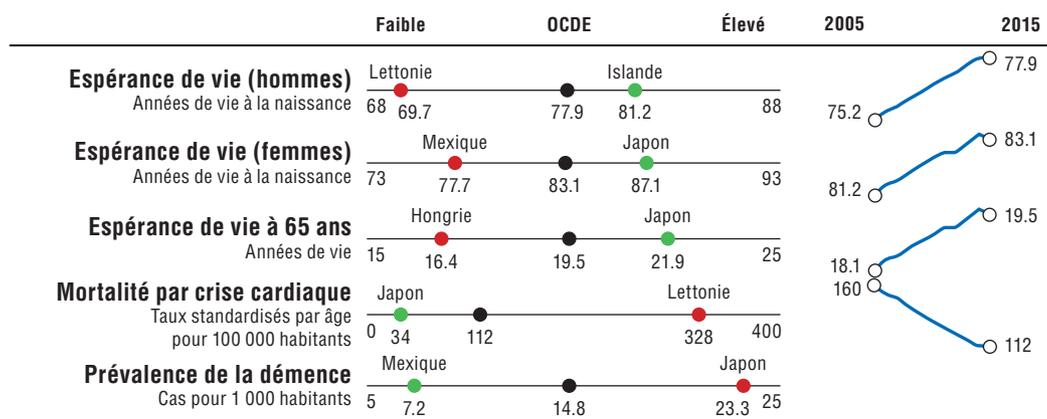
L'écart-type est un indicateur statistique courant des variations au sein d'une distribution ; il mesure l'éloignement des valeurs par rapport à la tendance centrale. Les pays sont rangés dans la catégorie « proche de la moyenne de l'OCDE » (bleue) dès lors que la valeur d'un indicateur se situe dans la limite d'un écart-type par rapport à la moyenne de l'OCDE pour la dernière année. Dans de rares cas, les valeurs particulièrement aberrantes sont exclues du calcul de l'écart-type. Ces exceptions sont signalées dans les tableaux de bord nationaux correspondants.

Pour un indicateur type, 65 % des pays environ (23 pays) seront proches de la moyenne de l'OCDE, les 35 % restant enregistrant des résultats nettement supérieurs (vert) ou inférieurs (rouge). Quand le nombre de pays proches de la moyenne de l'OCDE est supérieur (inférieur) à 23, cela signifie que les variations entre pays sont relativement faibles (élevées) pour l'indicateur considéré. Par exemple, les indicateurs de l'espérance de vie masculine et de la consommation d'alcool indiquent que 28 pays sont proches de la moyenne de l'OCDE, ce qui signifie que les variations entre pays sont relativement moins prononcées que pour d'autres indicateurs.

État de santé

L'espérance de vie est un indicateur fondamental pour appréhender l'état de santé général d'une population. Elle est donc privilégiée dans cette section, avec trois indicateurs qui rendent compte de l'espérance de vie en fonction du sexe et de l'âge. Des indicateurs plus spécifiques portant sur la mortalité par cardiopathie ischémique et la prévalence de la démence sont également présentés, deux causes majeures de mortalité et de morbidité, aujourd'hui et à l'avenir. Le graphique 1.1 offre une vue d'ensemble sur l'état de santé dans les pays de l'OCDE et le tableau de bord 1.1 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

De manière générale, le Japon, la France et l'Espagne affichent les meilleurs résultats globaux en termes d'espérance de vie et de mortalité par cardiopathie ischémique. La Hongrie, la Lettonie, le Mexique et la République slovaque se situent régulièrement en deçà de la moyenne de l'OCDE pour ces indicateurs. L'espérance de vie a régulièrement

Graphique 1.1. **Vue d'ensemble de l'état de santé dans l'OCDE**

Note : L'axe Y des évolutions dans l'OCDE est normalisé pour obtenir une hauteur fixe, fondée sur les valeurs minimum et maximum de l'indicateur. L'axe X (bas-élevé) est normalisé à distance constante de la moyenne de l'OCDE quand l'indicateur n'est pas tronqué à zéro.

augmenté dans l'OCDE au fil des ans, bien que la moitié des pays aient signalé un léger recul de cet indicateur entre 2014 et 2015. En parallèle, certains des pays qui affichent les taux les plus élevés de prévalence de la démence sont ceux où l'espérance de vie est plus longue, comme le Japon et l'Italie. La prévalence de la démence est aussi l'indicateur qui affiche les plus fortes variations d'un pays à l'autre.

Il existe d'amples variations de **l'espérance de vie** selon le sexe et l'âge. Au Japon, en Espagne et en France, les femmes vivent beaucoup plus longtemps que la moyenne de l'OCDE ; l'espérance de vie des hommes est particulièrement élevée en Islande. L'espérance de vie à 65 ans est sensiblement inférieure à la moyenne de l'OCDE dans 12 pays, et sensiblement supérieure au Japon, en France et en Espagne. Elle est influencée par divers facteurs, liés au système de santé et extérieurs à ce dernier. Des dépenses de santé plus élevées par habitant sont positivement corrélées à l'espérance de vie, quoique ce lien soit moins prononcé dans les pays qui consacrent les dépenses les plus élevées à la santé, tels que le Luxembourg, la Norvège, la Suisse et les États-Unis. Les différences relatives aux comportements à risques, comme le tabagisme et l'obésité, qui ont un impact majeur sur la santé, peuvent aussi expliquer une partie des variations et des écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes selon les pays. Les facteurs extérieurs au système de santé sont aussi des déterminants importants de la santé, tels que le revenu, le niveau d'éducation et d'autres caractéristiques socio-économiques.

Les cardiopathies ischémiques demeurent la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE, malgré le recul moyen de plus de 50% observé depuis 1990. Les taux de mortalité sont considérablement supérieurs à la moyenne de l'OCDE dans cinq pays, la Lettonie, la République slovaque et la Hongrie affichant les plus élevés ; ils sont en revanche relativement faibles au Japon, en Corée, en France et aux Pays-Bas.

La prévalence de la **démence**, une catégorie de troubles cérébraux dont la maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante, est un indicateur fondamental pour surveiller la santé des populations vieillissantes. La prévalence de la démence est nettement supérieure à la moyenne de l'OCDE dans sept pays, les taux les plus élevés étant au Japon, en Italie, et en Allemagne. Elle est généralement moindre dans les pays dont la population est plus jeune, le Mexique, la Turquie et la République slovaque enregistrant les taux les plus faibles.

Tableau 1.1. Tableau de bord sur l'état de santé

✔ Mieux que la moyenne OCDE
● Proche de la moyenne OCDE
✘ Moins bien que la moyenne OCDE
– Valeur manquante

	ESPÉRANCE DE VIE (M)		ESPÉRANCE DE VIE (F)		ESPÉRANCE DE VIE (65)		MORTALITÉ PAR CRISE CARDIAQUE		PRÉVALENCE DE LA DÉMENCE	
	Années de vie à la naissance, hommes		Années de vie à la naissance, femmes		Années de vie à 65 ans, total		Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants		Cas pour 1 000 habitants	
OCDE	77.9		83.1		19.5		112		14.8	
Allemagne	78.3	●	83.1	●	19.5	●	106	●	20.2	✘
Australie	80.4	●	84.5	●	20.9	●	85	●	14.2	●
Autriche	78.8	●	83.7	●	19.7	●	131	●	18.0	●
Belgique	78.7	●	83.4	●	19.9	●	54	●	18.0	●
Canada	79.6	●	83.8	●	20.2	●	93	●	13.0	●
Chili	76.5	●	81.7	●	18.5	●	64	●	11.7	●
Corée	79.0	●	85.2	●	20.3	●	38	✔	9.6	✔
Danemark	78.8	●	82.7	●	19.4	●	60	●	16.4	●
Espagne	80.1	●	85.8	✔	21.0	✔	53	●	19.4	✘
Estonie	73.2	✘	82.2	●	18.1	✘	211	✘	14.7	●
États-Unis	76.3	●	81.2	●	19.3	●	113	●	11.6	●
Finlande	78.7	●	84.4	●	20.1	●	147	●	18.5	●
France	79.2	●	85.5	✔	21.5	✔	39	✔	19.7	✘
Grèce	78.5	●	83.7	●	19.9	●	82	●	19.6	✘
Hongrie	72.3	✘	79.0	✘	16.4	✘	288	✘	10.6	●
Irlande	79.6	●	83.4	●	19.7	●	127	●	11.5	●
Islande	81.2	✔	83.8	●	20.4	●	100	●	13.0	●
Israël	80.1	●	84.1	●	20.2	●	64	●	10.5	●
Italie	80.3	●	84.9	●	20.6	●	84	●	22.5	✘
Japon	80.8	●	87.1	✔	21.9	✔	34	✔	23.3	✘
Lettonie	69.7	✘	79.5	✘	16.6	✘	328	✘	14.6	●
Luxembourg	80.0	●	84.7	●	20.4	●	59	●	13.3	●
Mexique	72.3	✘	77.7	✘	17.7	✘	144	●	7.2	✔
Norvège	80.5	●	84.2	●	20.3	●	72	●	15.1	●
Nouvelle-Zélande	79.9	●	83.4	●	20.4	●	129	●	13.5	●
Pays-Bas	79.9	●	83.2	●	19.8	●	46	✔	16.1	●
Pologne	73.5	✘	81.6	●	17.9	✘	98	●	9.9	✔
Portugal	78.1	●	84.3	●	19.9	●	55	●	19.9	✘
République slovaque	73.1	✘	80.2	✘	16.9	✘	291	✘	8.3	✔
République tchèque	75.7	●	81.6	●	17.7	✘	237	✘	10.4	✔
Royaume-Uni	79.2	●	82.8	●	19.7	●	98	●	17.1	●
Slovénie	77.8	●	83.9	●	19.5	●	82	●	11.8	●
Suède	80.4	●	84.1	●	20.2	●	95	●	18.1	●
Suisse	80.8	●	85.1	●	20.9	●	78	●	17.2	●
Turquie	75.3	●	80.7	✘	17.8	✘	146	●	8.0	✔

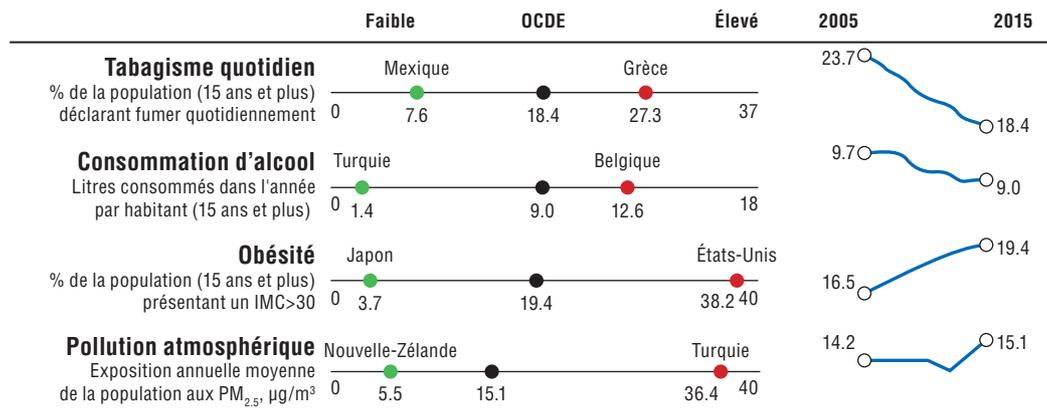
Note : Tous les chiffres se rapportent à l'année 2015 ou à l'année la plus proche, sauf ceux concernant la prévalence de la démence, qui se rapportent à l'année 2017. Les indicateurs sont tirés du chapitre 3 (espérance de vie, masculine et féminine ; mortalité par cardiopathie ischémique) et du chapitre 11 (espérance de vie à 65 ans ; prévalence de la démence).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Analyse de l'OCDE des données du Rapport mondial Alzheimer 2015 et des Nations Unies (pour la prévalence de la démence).

Facteurs de risque pour la santé

Le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité sont trois facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. L'exposition de la population à la pollution atmosphérique est aussi un déterminant non médical crucial de la santé. Le graphique 1.2 offre une vue d'ensemble sur les facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE et le tableau de bord 1.2 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.2. **Vue d'ensemble des facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE**



Note : L'axe Y des évolutions dans l'OCDE est normalisé pour obtenir une hauteur fixe, fondée sur les valeurs minimum et maximum de l'indicateur. L'axe X (bas-élevé) est normalisé à distance constante de la moyenne de l'OCDE quand l'indicateur n'est pas tronqué à zéro. Les données relatives à la pollution atmosphérique sont celles de 2005 et des années 2010 à 2015.

En général, l'Islande, la Norvège et la Suède affichent de bons résultats pour ces indicateurs. Les taux de **tabagisme** sont considérablement inférieurs à la moyenne de l'OCDE au Mexique, en Islande, en Suède, aux États-Unis, en Norvège et en Australie, alors qu'ils sont nettement supérieurs en Grèce, en Turquie, en Hongrie, en Autriche et en Lettonie. La plupart des pays ont réussi à réduire ces taux au cours des dernières décennies, mais des progrès substantiels s'imposent encore. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le tabagisme tueait 7 millions de personnes par an. Or, 18,5 % des adultes en moyenne déclarent encore fumer quotidiennement dans l'OCDE.

La consommation excessive d'**alcool** a aussi un coût sanitaire considérable, puisqu'elle est associée à une augmentation du risque lié à diverses maladies, dont le cancer, les AVC et les maladies hépatiques, ainsi qu'à des problèmes sociaux ; elle provoquerait 2.3 millions de décès par an. En Belgique, en Autriche et en France, le nombre de litres consommés par habitant est considérablement supérieur à la moyenne de l'OCDE, alors qu'il est relativement faible en Turquie, en Israël, au Mexique et en Norvège. La consommation d'alcool fluctue depuis quinze ans, et marque un léger recul dans l'ensemble de l'OCDE en nombre moyen de litres consommés (sur la base des ventes annuelles). La suralcoolisation épisodique (ou *binge drinking*) pose un problème particulier dans certains pays dont l'Allemagne, la Finlande, le Luxembourg et le Danemark, et elle est plus marquée chez les hommes.

L'**obésité** est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Les taux d'obésité progressent depuis quelques décennies dans quasiment tous les pays de l'OCDE : 54 % de la population

de l'OCDE est en surcharge pondérale, dont 19 % d'obèses. Les taux d'obésité sont considérablement supérieurs à la moyenne de l'OCDE dans cinq pays, les plus élevés étant ceux des États-Unis et du Mexique. Les plus faibles sont observés au Japon, en Corée, en Italie et en Suisse. Le taux mentionné ici concerne les adultes obèses et se fonde sur les données mesurées et autodéclarées. Une certaine prudence s'impose lorsque l'on compare des pays ayant des outils de mesure différents, les données mesurées étant généralement bien plus élevées (et plus précises).

La **pollution atmosphérique** est une grave menace pour l'environnement ; sur le plan sanitaire, elle est associée au cancer du poumon, aux maladies respiratoires et cardiovasculaires, au faible poids des nourrissons à la naissance, à la démence et à d'autres problèmes de santé. L'exposition de la population aux particules fines (PM_{2.5}) est particulièrement forte en Turquie, en Corée, en Pologne et en Hongrie. Elle est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Suède, au Canada, en Finlande et en Islande. Si la tendance globale est à la baisse depuis 1990, l'exposition des populations aux particules PM_{2.5} a dans certains cas augmenté ces toutes dernières années.

Tableau 1.2. **Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé**

 **Mieux que la moyenne OCDE**
 **Proche de la moyenne OCDE**
 **Moins bien que la moyenne OCDE**
– Valeur manquante

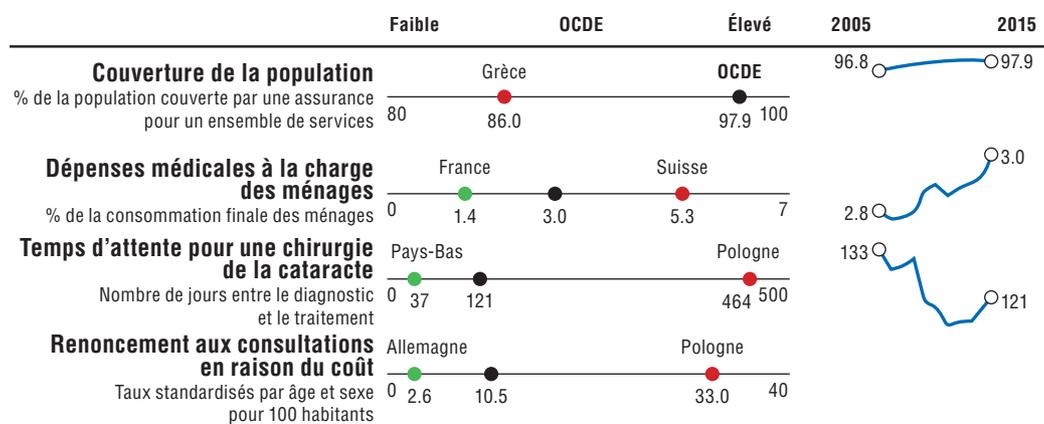
OCDE	TABAGISME		CONSOMMATION D'ALCOOL		OBÉSITÉ		POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE	
	% de la population déclarant fumer quotidiennement		Litres consommés par habitant dans l'année		% de la population présentant un IMC>30		Exposition annuelle moyenne de la population aux PM _{2,5} µg/m ³	
OCDE	18.4		9.0		19.4		15.1	
Allemagne	20.9		11.0		23.6		14.0	
Australie	12.4		9.7		27.9		5.9	
Autriche	24.3		12.3		14.7		17.0	
Belgique	18.9		12.6		18.6		15.6	
Canada	14.0		8.1		25.8		7.2	
Chili	–		7.2		–		20.9	
Corée	17.3		9.1		5.3		28.7	
Danemark	17.0		9.4		14.9		11.0	
Espagne	23.0		9.3		16.7		9.7	
Estonie	21.3		10.3		18.0		9.4	
États-Unis	11.4		8.8		38.2		8.4	
Finlande	17.4		8.5		24.8		7.4	
France	22.4		11.9		17.0		12.4	
Grèce	27.3		7.5		17.0		13.5	
Hongrie	25.8		10.9		30.0		23.1	
Irlande	19.0		10.9		23.0		9.8	
Islande	10.2		7.5		19.0		7.8	
Israël	19.6		2.6		16.6		21.1	
Italie	20.0		7.6		9.8		19.9	
Japon	18.2		7.2		3.7		13.3	
Lettonie	24.1		10.8		23.2		20.4	
Luxembourg	14.9		11.1		22.6		16.6	
Mexique	7.6		5.2		33.3		20.2	
Norvège	12.0		6.0		12.0		9.1	
Nouvelle-Zélande	14.2		8.9		31.6		5.5	
Pays-Bas	19.0		8.0		12.8		14.6	
Pologne	22.7		10.5		16.7		24.3	
Portugal	16.8		9.9		16.6		9.8	
République slovaque	22.9		10.2		16.3		20.5	
République tchèque	18.2		11.5		18.7		21.4	
Royaume-Uni	16.1		9.5		26.9		12.4	
Slovénie	18.9		11.5		19.2		20.3	
Suède	11.2		7.2		12.3		6.2	
Suisse	20.4		9.5		10.3		12.9	
Turquie	27.3		1.4		22.3		36.4	

Note : Toutes les données se rapportent à l'année 2015 ou à l'année la plus proche. Les indicateurs sont tirés du chapitre 4. Les données relatives à l'obésité mêlent des poids mesurés et des poids autodéclarés, les données mesurées étant généralement plus élevées et plus précises que les poids autodéclarés. Le chapitre 4 décrit en détail la couverture géographique de chaque mesure. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Indicateurs du développement dans le monde (pollution atmosphérique).

Accès aux soins

L'accès aux soins est un indicateur essentiel de la performance d'un système de santé. Les indicateurs présentés ici comprennent le taux de couverture, une mesure globale de la couverture des services de santé, ainsi que des indicateurs liés à l'accès financier aux soins et à la possibilité d'y accéder dans des délais satisfaisants. Le chapitre consacré à ce thème comporte également des indicateurs de l'accessibilité géographique aux soins, non présentés ici en raison de la complexité des comparaisons internationales. Le graphique 1.3 offre une vue d'ensemble sur l'accès aux soins dans l'OCDE et le tableau de bord 1.3 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.3. **Vue d'ensemble de l'accès aux soins dans l'OCDE**



Note : L'axe Y des évolutions dans l'OCDE est normalisé pour obtenir une hauteur fixe, fondée sur les valeurs minimum et maximum de l'indicateur. L'axe X (bas-élevé) est normalisé à distance constante de la moyenne de l'OCDE quand l'indicateur n'est pas tronqué à zéro.

S'agissant du **taux de couverture**, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) des soins de santé pour un ensemble de services de base, à l'exception de six pays qui demeurent nettement en deçà de la moyenne de l'OCDE – le Chili, les États-Unis, la Grèce, le Mexique, la Pologne, et la République slovaque.

Cependant, le taux de couverture n'est en soi pas suffisant. Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. **Les dépenses à la charge des patients** et les **consultations manquées en raison de leur coût** sont deux indicateurs de l'accès financier aux soins, question particulièrement préoccupante pour les catégories à faible revenu. Les dépenses à la charge des patients peuvent créer des obstacles financiers aux soins. Dans l'OCDE, leur part dans la consommation des ménages a légèrement augmenté au fil du temps ; elles sont relativement élevées en Corée, en Suisse, en Grèce, en Hongrie, au Mexique, au Portugal et au Chili. Le taux de consultations manquées en raison de leur coût est particulièrement élevé en Pologne, aux États-Unis et en Suisse (pour le sous-ensemble de 17 pays dont les données sont comparables).

Les **délais** sont aussi un obstacle important à l'accès aux soins dans de nombreux pays de l'OCDE. Ils résultent de l'interaction complexe entre l'offre et la demande de services de santé, les médecins jouant un rôle crucial dans les deux cas. Étant donné la longueur des

délais pour la chirurgie élective (non urgente), les patients endurent des souffrances et des handicaps inutiles. Les délais pour les opérations de la cataracte, l'un des indicateurs les plus couramment communiqués, sont particulièrement élevés en Pologne et en Estonie (pour le sous-ensemble de 16 pays dont les données sont comparables), alors qu'ils sont très faibles au Canada, en Italie et aux Pays-Bas.

Tableau 1.3. Tableau de bord sur l'accès aux soins

✔ Mieux que la moyenne OCDE
● Proche de la moyenne OCDE
✘ Moins bien que la moyenne OCDE
– Valeur manquante

	COUVERTURE DES SOINS DE SANTÉ		PART DES DÉPENSES MÉDICALES À LA CHARGE DES MÉNAGES		TEMPS D'ATTENTE POUR UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE **		RENONCEMENT AUX CONSULTATIONS EN RAISON DU COÛT*	
	% de la population couverte par une assurance		% de la consommation finale des ménages		Nombre de jours entre le diagnostic et le traitement		Taux standardisés par âge et sexe pour 100 habitants	
OCDE	97.9		3.0		121		10.5	
Allemagne	100	●	1.8	✔	–		2.6	✔
Australie	100	●	3.1	●	93	✔	16.2	●
Autriche	99.9	●	3.0	●	–		–	
Belgique	99.0	●	3.2	●	–		–	
Canada	100	●	2.2	●	58	✔	6.6	●
Chili	92.1	✘	4.1	✘	103	●	–	
Corée	100	●	5.1	✘	–		–	
Danemark	100	●	2.6	●	87	✔	–	
Espagne	99.8	●	3.7	●	105	●	2.8	✔
Estonie	94.0	●	2.7	●	253	✘	9.7	●
États-Unis	90.9	✘	2.5	●	–		22.3	✘
Finlande	100	●	3.0	●	103	●	–	
France	99.9	●	1.4	✔	–		8.5	●
Grèce	86.0	✘	4.4	✘	–		–	
Hongrie	95.0	●	4.4	✘	88	✔	–	
Irlande	100	●	2.5	●	–		–	
Islande	100	●	3.1	●	–		–	
Israël	100	●	3.4	●	132	●	4.7	●
Italie	100	●	3.1	●	50	✔	4.8	●
Japon	100	●	2.6	●	–		–	
Lettonie	–		3.9	✘	–		–	
Luxembourg	95.2	●	1.4	✔	–		–	
Mexique	92.3	✘	3.6	●	–		–	
Norvège	100	●	2.9	●	117	●	5.9	●
Nouvelle-Zélande	100	●	2.1	●	73	✔	14.5	●
Pays-Bas	99.9	●	2.4	●	37	✔	10.3	●
Pologne	91.0	✘	2.5	●	464	✘	33.0	✘
Portugal	100	●	3.8	✘	104	●	8.3	●
République slovaque	93.8	✘	2.4	●	–		–	
République tchèque	100	●	2.3	●	–		–	
Royaume-Uni	100	●	1.5	✔	72	✔	4.2	✔
Slovénie	100	●	2.0	●	–		–	
Suède	100	●	3.3	●	–		3.9	✔
Suisse	100	●	5.3	✘	–		20.9	✘
Turquie	98.4	●	–		–		–	

* La Pologne est exclue du calcul de l'écart-type.

** L'Estonie et la Pologne sont exclues du calcul de l'écart-type. Les chiffres pour l'Australie et le Canada correspondent au nombre médian de jours, et non au nombre moyen.

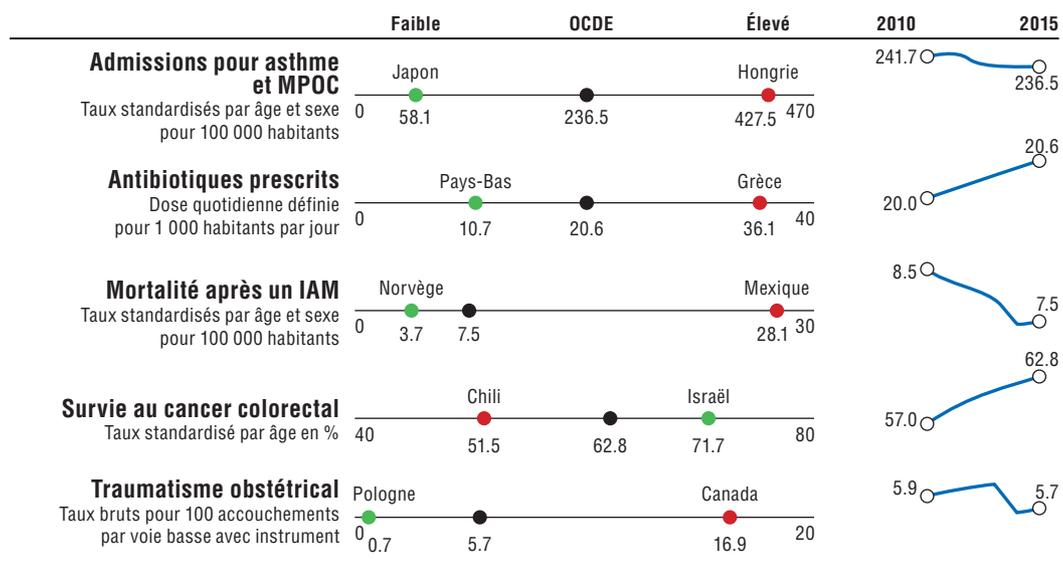
Note : Les données relatives aux taux de couverture, à la part des dépenses à la charge des patients, et aux délais portent sur l'année 2015, celles concernant les consultations manquées en raison de leur coût ont trait à l'année 2016. Les indicateurs sont tirés du chapitre 5.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

Qualité et résultats des soins

Les mesures de la qualité et des résultats des soins doivent rendre compte de la pertinence des soins, de l'efficacité clinique, de la sécurité des patients et de l'adéquation des soins aux besoins de la personne. La pertinence des soins est mesurée par les antibiotiques prescrits et les admissions évitables à l'hôpital pour asthme et MPOC. Le taux de mortalité dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (IAM) et le taux de survie au cancer du côlon sont des indicateurs de l'efficacité clinique, et les traumatismes obstétricaux sont une mesure de la sécurité des patients. Le graphique 1.4 offre une vue d'ensemble sur la qualité et les résultats des soins dans l'OCDE et le tableau de bord 1.4 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.4. **Vue d'ensemble de la qualité et des résultats des soins dans l'OCDE**



Note : L'axe Y des évolutions dans l'OCDE est normalisé pour obtenir une hauteur fixe, fondée sur les valeurs minimum et maximum de l'indicateur. L'axe X (bas-élevé) est normalisé à distance constante de la moyenne de l'OCDE quand l'indicateur n'est pas tronqué à zéro. Pour les admissions pour asthme/MPOC et les antibiotiques prescrits, l'année de base est 2011. Pour les traumatismes obstétricaux, 2010.

Les **admissions à l'hôpital pour asthme et MPOC** concernent des affections pour lesquelles un traitement efficace au niveau des soins primaires est bien établi, mais elles varient sensiblement selon les pays. Elles sont considérablement supérieures à la moyenne de l'OCDE en Hongrie, en Turquie, en Irlande, en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Lettonie, mais nettement inférieures à celle-ci au Japon, en Italie, au Portugal, au Mexique et au Chili. Le nombre d'**antibiotiques prescrits** est supérieur à la moyenne de l'OCDE en Grèce, en France, en Belgique et en Italie. Il est considérablement inférieur à cette moyenne aux Pays-Bas, en Estonie, en Suède, en Lettonie et en Autriche. Il a légèrement augmenté au fil des ans. La surutilisation d'antibiotiques ne constitue pas seulement un gaspillage de ressources ; elle est aussi responsable du renforcement de la résistance antimicrobienne.

Le **taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde** (taux basé sur les admissions) est un indicateur avéré de la qualité des soins intensifs. Depuis les années 70, il diminue régulièrement dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore

entre pays. Le taux de mortalité suite à un IAM est très élevé au Mexique ; il est aussi relativement haut en Lettonie, au Japon, au Chili et en Estonie. Huit pays affichent des taux de mortalité considérablement inférieurs à la moyenne de l'OCDE, les plus faibles étant observés en Norvège, en Australie et au Danemark.

Les **taux de survie au cancer du côlon** varient relativement moins que les taux de survie à un IAM : seuls Israël et la Corée obtiennent des résultats supérieurs à la moyenne, et cinq pays enregistrent des résultats considérablement inférieurs, le Chili et la Slovénie affichant les taux les plus bas.

Les **traumatismes obstétricaux** (avec instrument) est l'indicateur le plus robuste dont on dispose pour mesurer la sécurité des patients. Pour le sous-ensemble de 21 pays dont les données sont comparables, les taux de traumatisme obstétrical les plus élevés sont observés au Canada, suivi de la Suède, du Danemark et des États-Unis. À l'inverse, ils sont considérablement inférieurs à la moyenne de l'OCDE en Pologne, en Israël, en Italie, en Slovénie et au Portugal.

Tableau 1.4. **Tableau de bord sur la qualité et les résultats des soins**

✔ Mieux que la moyenne OCDE
● Proche de la moyenne OCDE
✘ Moins bien que la moyenne OCDE
– Valeur manquante

	ADMISSION À L'HÔPITAL POUR ASTHME ET MPOC	ANTIBIOTIQUES PRESCRITS	MORTALITÉ APRÈS UN IAM*	SURVIE AU CANCER DU COLON	TRAUMATISME OBSTÉTRICAL (AVEC INSTRUMENT)**
	Taux standardisés par âge et sexe pour 100 000 habitants	Dose quotidienne définie pour 1 000 habitants	Taux standardisés par âge et sexe pour 100 000 habitants	Taux standardisé par âge en %	Taux bruts pour 100 accouchements par voie basse avec instrument
OCDE	236	20.6	7.5	62.8	5.7
Allemagne	284 ●	14.4 ✔	7.7 ●	64.8 ●	6.4 ●
Australie	371 ✘	23.4 ●	4.0 ✔	70.6 ✔	7.2 ●
Autriche	330 ●	14.0 ✔	7.4 ●	63.7 ●	–
Belgique	286 ●	29.2 ✘	7.0 ●	67.8 ●	3.4 ●
Canada	247 ●	20.8 ●	5.1 ✔	67.2 ●	16.9 ✘
Chili	99 ✔	–	11.3 ✘	51.5 ✘	–
Corée	309 ●	24.3 ●	8.1 ●	71.6 ✔	–
Danemark	333 ●	16.1 ●	4.0 ✔	61.6 ●	10.9 ✘
Espagne	234 ●	21.6 ●	7.9 ●	63.3 ●	4.8 ●
Estonie	137 ●	12.1 ✔	10.6 ✘	58.4 ●	3.9 ●
États-Unis	262 ●	–	6.5 ●	64.9 ●	9.6 ✘
Finlande	184 ●	17.2 ●	5.6 ●	64.8 ●	3.7 ●
France	150 ●	29.9 ✘	5.6 ●	63.7 ●	–
Grèce	–	36.1 ✘	–	–	–
Hongrie	428 ✘	17.0 ●	–	–	–
Irlande	411 ✘	25.6 ●	6.4 ●	60.5 ●	4.2 ●
Islande	223 ●	19.9 ●	5.9 ●	68.2 ●	–
Israël	259 ●	21.4 ●	6.7 ●	71.7 ✔	1.9 ✔
Italie	64 ✔	27.5 ✘	5.4 ●	64.1 ●	1.9 ✔
Japon	58 ✔	–	11.7 ✘	67.8 ●	–
Lettonie	341 ✘	13.3 ✔	13.4 ✘	56.4 ✘	–
Luxembourg	186 ●	26.3 ●	7.3 ●	–	–
Mexique	96 ✔	–	28.1 ✘	–	–
Norvège	261 ●	15.8 ●	3.7 ✔	66.6 ●	2.5 ●
Nouvelle-Zélande	363 ✘	25.8 ●	4.7 ✔	64.0 ●	8.5 ●
Pays-Bas	202 ●	10.7 ✔	5.4 ●	63.0 ●	3.2 ●
Pologne	234 ●	26.2 ●	4.4 ✔	52.8 ✘	0.7 ✔
Portugal	74 ✔	21.3 ●	7.9 ●	60.9 ●	2.5 ✔
République slovaque	238 ●	24.5 ●	6.4 ●	51.7 ✘	–
République tchèque	193 ●	19.6 ●	6.9 ●	56.1 ✘	–
Royaume-Uni	303 ●	20.1 ●	7.1 ●	60.0 ●	6.8 ●
Slovénie	146 ●	14.5 ●	6.1 ●	61.9 ●	2.1 ✔
Suède	184 ●	12.3 ✔	4.2 ✔	64.9 ●	11.3 ✘
Suisse	138 ●	–	5.1 ✔	67.2 ●	7.4 ●
Turquie	414 ✘	17.3 ●	8.6 ●	54.6 ✘	–

Note : Toutes les données ont trait à l'année 2015 ou à l'année la plus proche. Les indicateurs sont tirés du chapitre 6.

* Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type.

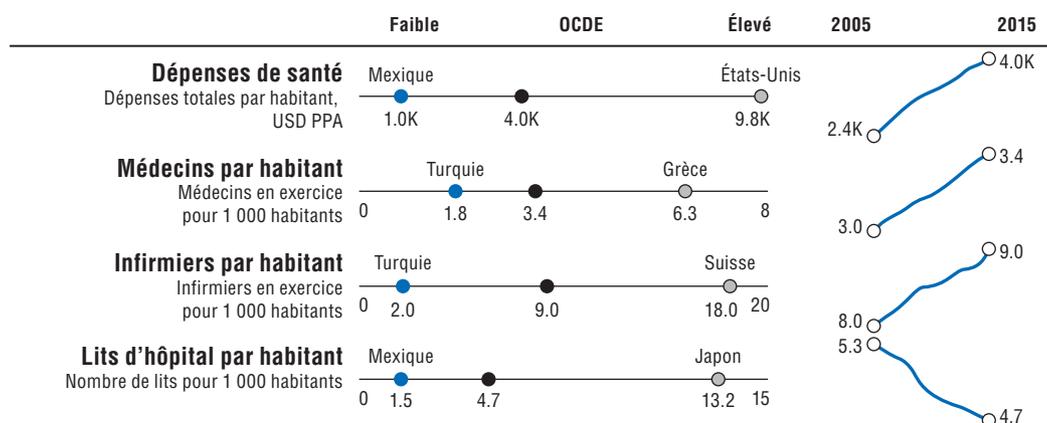
** Le Canada est exclu du calcul de l'écart-type.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Ressources de santé

Il est indispensable de disposer de ressources de santé suffisantes pour assurer le fonctionnement des systèmes de santé. Néanmoins, un accroissement des ressources ne se traduit pas automatiquement par une amélioration des résultats sanitaires – l'efficacité des dépenses joue aussi un rôle important. Les dépenses de santé par habitant sont l'indicateur sommaire des ressources de santé le plus direct. L'offre en personnels de santé (médecins et infirmiers) et le nombre de lits d'hôpital sont également mentionnés, car la hausse des dépenses de santé n'est pas toujours étroitement liée à ces indicateurs. Le graphique 1.5 offre une vue d'ensemble sur les ressources de santé dans l'OCDE et le tableau de bord 1.5 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.5. **Vue d'ensemble des ressources de santé dans l'OCDE**



Note : L'axe Y des évolutions dans l'OCDE est normalisé pour obtenir une hauteur fixe, fondée sur les valeurs minimum et maximum de l'indicateur. L'axe X (bas-élevé) est normalisé à distance constante de la moyenne de l'OCDE quand l'indicateur n'est pas tronqué à zéro.

En général, les pays affichant des dépenses de santé élevées et un plus grand nombre de personnels de santé (ou d'autres ressources) sont les plus performants en termes de résultats de santé, de qualité et d'accès aux soins. Cependant, le nombre absolu de ressources investi dans le système de santé n'est pas automatiquement associé à de meilleurs résultats sanitaires – l'utilisation efficace des ressources joue aussi un rôle important.

S'agissant des **dépenses de santé** globales, les États-Unis enregistrent un niveau de dépenses par personne considérablement supérieur à tous les autres pays. Ces dépenses sont aussi élevées en Suisse, au Luxembourg et en Norvège. Elles sont inférieures à la moyenne de l'OCDE dans neuf pays, les dépenses par habitant les plus faibles étant observées au Mexique, en Turquie et en Lettonie. Les dépenses de santé n'ont cessé de progresser dans tous les pays ces dernières décennies, exception faite d'une décélération au lendemain de la crise financière. L'examen du taux de croissance des dépenses, en pourcentage du PIB, en complément au montant absolu des dépenses, donnerait une meilleure idée du montant des dépenses des pays par rapport à l'économie générale.

Une portion substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers dans un système de santé est donc un instrument utile pour contrôler l'utilisation des ressources. Le nombre de **médecins par habitant** est relativement élevé en Grèce, en Autriche, au Portugal et en

Norvège. Parmi ces pays, la Grèce affiche l'un des nombres les plus faibles d'infirmiers par habitant, ce qui permet de penser qu'une diminution du ratio médecins/infirmiers est possible. Une telle mesure pourrait produire des économies substantielles à long terme. La Norvège enregistre en revanche l'un des nombres d'infirmiers les plus élevés (le nombre d'infirmiers par habitant en Autriche et au Portugal est proche de la moyenne de l'OCDE). Le nombre d'**infirmiers par habitant** est particulièrement élevé en Suisse, en Allemagne, et dans les pays scandinaves. Si le nombre total d'infirmiers a davantage augmenté que celui des médecins en termes absolus, tous deux ont enregistré un taux de progression similaire ces dernières années, autour de 13 %.

Les hôpitaux aussi absorbent une part importante des ressources de santé, le nombre de **lits d'hôpital par habitant** constituant un indicateur des ressources matérielles et techniques dont dispose un système de santé. La réduction du nombre de lits dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années s'inscrit dans le cadre des mesures visant à encourager une réorientation vers la chirurgie ambulatoire et les soins primaires. Le nombre de lits par habitant demeure toutefois particulièrement élevé au Japon et en Corée.

Tableau 1.5. Tableau de bord sur les ressources de santé

	 Au dessus de la moyenne OCDE	 Proche de la moyenne OCDE	 En dessous de la moyenne OCDE	– Valeur manquante				
	DÉPENSES DE SANTÉ PAR HABITANT*		MÉDECINS PAR HABITANT		INFIRMIERS PAR HABITANT		LITS D'HÔPITAL PAR HABITANT**	
	Dépenses totales par habitant, USD PPA		Médecins en exercice pour 1 000 habitants		Infirmiers en exercice pour 1 000 habitants		Nombre de lits pour 1 000 habitants	
OCDE	4 003		3.4		9.0		4.7	
Allemagne	5 551		4.1		13.3		8.1	
Australie	4 708		3.5		11.5		3.8	
Autriche	5 227		5.1		8.1		7.6	
Belgique	4 840		3.0		10.8		6.2	
Canada	4 753		2.7		9.9		2.6	
Chili	1 977		2.1		2.1		2.1	
Corée	2 729		2.2		5.9		11.5	
Danemark	5 199		3.7		16.7		2.5	
Espagne	3 248		3.9		5.3		3.0	
Estonie	1 989		3.4		6.0		5.0	
États-Unis	9 892		2.6		11.3		2.8	
Finlande	4 062		3.2		14.7		4.4	
France	4 600		3.3		9.9		6.1	
Grèce	2 223		6.3		3.2		4.3	
Hongrie	2 101		3.1		6.5		7.0	
Irlande	5 528		2.9		11.9		3.0	
Islande	4 376		3.8		15.5		3.1	
Israël	2 822		3.4		4.9		3.0	
Italie	3 391		3.8		5.4		3.2	
Japon	4 519		2.4		11.0		13.2	
Lettonie	1 466		3.2		4.7		5.7	
Luxembourg	7 463		2.9		11.9		4.8	
Mexique	1 080		2.4		2.8		1.5	
Norvège	6 647		4.4		17.3		3.8	
Nouvelle-Zélande	3 590		3.0		10.3		2.7	
Pays-Bas	5 385		3.5		10.5		4.2	
Pologne	1 798		2.3		5.2		6.6	
Portugal	2 734		4.6		6.3		3.4	
République slovaque	2 150		3.5		5.7		5.8	
République tchèque	2 544		3.7		8.0		6.5	
Royaume-Uni	4 192		2.8		7.9		2.6	
Slovénie	2 835		2.8		8.8		4.5	
Suède	5 488		4.2		11.1		2.4	
Suisse	7 919		4.2		18.0		4.6	
Turquie	1 088		1.8		2.0		2.7	

Note : Toutes les données ont trait à l'année 2015 ou à l'année la plus proche, à l'exception des dépenses de santé, qui se rapportent à l'année 2016. Les indicateurs sont tirés du chapitre 7 (dépenses de santé), du chapitre 8 (nombre de médecins et d'infirmiers par habitant) et du chapitre 9 (nombre de lits par habitant).

* Les États-Unis sont exclus du calcul de l'écart-type.

** Le Japon et la Corée sont exclus du calcul de l'écart-type. Pour l'Irlande, les lits d'hôpitaux privés sont exclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

Chapitre 2

Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE

Plus le revenu national et les dépenses de santé sont élevés dans un pays, plus l'espérance de vie de sa population est longue. Mais ces facteurs ne peuvent expliquer qu'une partie des écarts constatés entre les pays. Ce chapitre examine les déterminants de la santé, internes et externes au système de santé. Il montre qu'en moyenne, une hausse de 10 % des dépenses de santé par habitant est associée à un allongement de 3.5 mois de l'espérance de vie. Une amélioration de 10 % des modes de vie est associée à un gain de 2.6 mois d'espérance de vie. Les déterminants sociaux plus généraux entrent aussi en ligne de compte. Une hausse de 10 % du revenu par habitant se traduit par un allongement de 2.2 mois de l'espérance de vie, tandis qu'une expansion de 10 % de la couverture de l'enseignement primaire est associée à un gain de 3.2 mois. Les niveaux minimum absolus de revenu sont particulièrement essentiels pour la protection de la santé des individus.

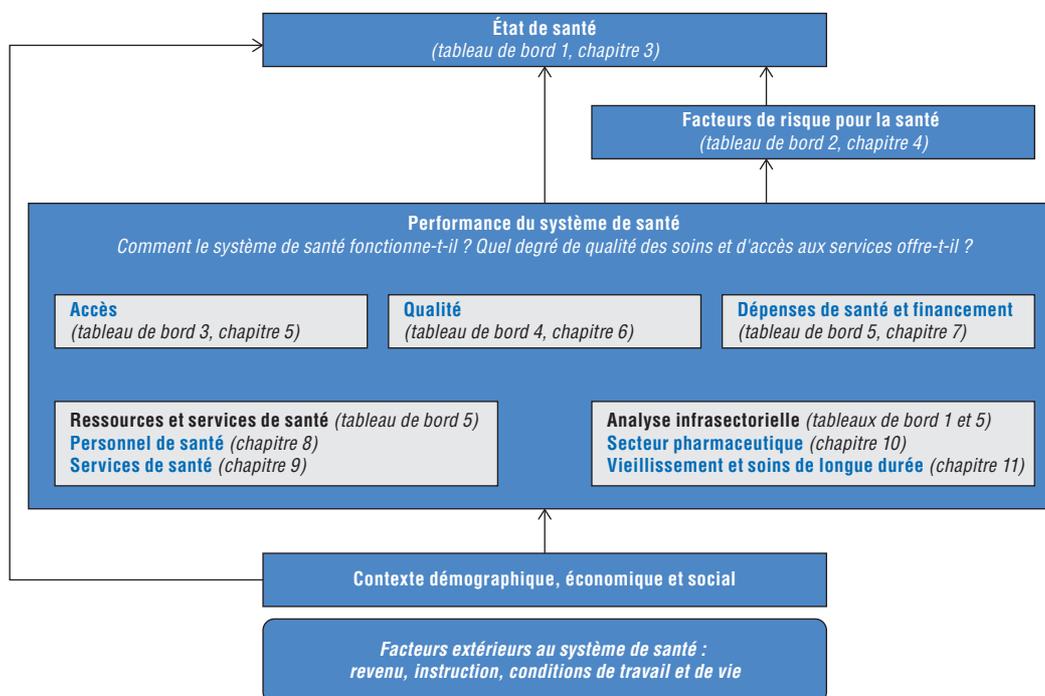
Le principal enseignement à tirer de cette analyse sur le plan des politiques publiques est qu'une action coordonnée des ministères de la santé et de ceux responsables de l'éducation, de l'environnement, du revenu et de la protection sociale offrirait de grandes possibilités d'améliorer la santé. Des mesures intersectorielles portant sur les comportements liés à la santé en feraient partie. La collaboration avec le secteur privé occupera aussi une place importante, en particulier avec les employeurs eu égard aux conditions de travail.

Introduction

L'espérance de vie augmente régulièrement dans la plupart des pays de l'OCDE, et a progressé en moyenne de dix ans depuis 1970. Les taux de mortalité liés aux principales causes de décès, à savoir les maladies cardiovasculaires et le cancer, ont globalement diminué. En règle générale, plus le revenu national et les dépenses de santé sont élevés dans un pays, plus l'espérance de vie de sa population est longue. Ces facteurs ne peuvent toutefois expliquer qu'une partie des écarts constatés entre les pays. En outre, l'espérance de vie varie d'une catégorie de population à l'autre. Ainsi, celle des personnes qui ont un faible niveau d'instruction est plus courte dans tous les pays de l'OCDE (Murtin et al., 2017).

Ce chapitre examine les déterminants des gains d'espérance de vie dans les pays de l'OCDE. Ceux-ci comprennent, outre les facteurs liés au système de santé, les facteurs extérieurs à ce dernier – le contexte démographique, économique et social. Cette analyse complète les chapitres ultérieurs de la présente édition du *Panorama de la Santé*, qui sont essentiellement consacrés à des comparaisons internationales de la performance des systèmes de santé. Le chapitre se réfère au cadre conceptuel qui sous-tend le *Panorama de la Santé* pour analyser les éléments qui influent sur l'état de santé, et examine en profondeur les déterminants de la santé qui ne relèvent pas du système de santé (graphique 2.1).

Graphique 2.1. **Déterminants de la santé et cadre conceptuel du Panorama de la santé**



L'analyse se fonde sur les données nationales portant sur la période comprise entre 2000 et 2015, et couvre les 35 pays membres de l'OCDE. Les observations empiriques sont complétées d'une évaluation des mécanismes au travers desquels les facteurs liés au système de santé et extérieurs à ce dernier influent sur la santé.

Comprendre les déterminants de la santé

Les résultats en matière de santé dépendent des investissements réalisés à l'intérieur du système de santé et en dehors de celui-ci

Le patrimoine biologique et la disponibilité de services de santé ne suffisent pas à expliquer les disparités de santé entre individus. Un corpus croissant de données montre que la santé d'un individu dépend aussi de facteurs autres que les soins médicaux dont il bénéficie (Marmot et Wilkinson, 2006 ; OMS, 2008). Certains de ces facteurs peuvent cependant être directement influencés par les systèmes de santé, au travers des mesures de santé publique et de prévention. Les déterminants non médicaux liés aux modes de vie, en particulier, jouent un rôle important. Ils comprennent les principaux facteurs de risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool et un régime alimentaire néfaste pour la santé et, à l'inverse, les activités favorables à la santé, comme l'activité physique.

Les déterminants sociaux plus généraux de la santé entrent cependant aussi en ligne de compte. Les revenus, le niveau d'instruction, les conditions de travail et de vie jouent tous un rôle majeur. Disposer d'un revenu suffisant permet aux individus d'acheter les biens et services essentiels qui entretiennent ou améliorent la santé – des aliments nutritifs et un logement par exemple ; cela dit, un revenu plus élevé va parfois de pair avec un accroissement du temps de travail et du stress (Fuchs, 2004). Les plus instruits, qui sont aussi souvent les plus riches, sont parfois mieux informés des activités qui favorisent la santé (Mackenbach et al., 2008). Le chômage et les mauvaises conditions de travail ont un effet pernicieux sur la santé mentale, et certaines professions sont plus exposées au risque de blessures (Bassanini et Caroli, 2014). Vivre dans un milieu insalubre, dangereux ou pollué augmente aussi le risque de maladie ou de décès (Gibson et al., 2011 ; Deguen et Zmirou-Navier, 2010).

Les déterminants sociaux de la santé sont étroitement liés, à tel point qu'il est difficile d'isoler, de manière empirique, les effets propres à chacun sur la santé (Fuchs, 2004). Il est en revanche évident que ces facteurs se renforcent généralement les uns les autres. Ainsi, les plus instruits ont aussi toutes les chances d'être plus riches et de vivre dans des milieux plus salubres, et sont moins susceptibles de fumer. Certains chercheurs affirment en outre que les écarts prononcés de revenu ne sont pas seulement à l'origine d'inégalités en matière de santé, mais portent aussi préjudice à la santé de la population en général (Pickett et Wilkinson, 2015). Enfin, les inégalités en matière de santé sont appelées à persister tout au long de la vie et sur plusieurs générations, car les conditions de vie dans l'enfance influent sur la santé et les perspectives économiques futures.

Par ailleurs, bien que la plupart des pays de l'OCDE aient institué une couverture d'assurance maladie universelle, les populations les plus défavorisées ont généralement plus difficilement accès aux services de santé. Certaines personnes ne sont par exemple pas informées de l'éventail complet de services dont elles peuvent bénéficier, ou ne sont pas disposées à y faire appel. La qualité des soins est parfois moindre dans les régions socialement défavorisées ; le système de participation forfaitaire aux coûts et les autres paiements directs réalisés par les usagers pèsent de manière disproportionnée sur les pauvres quand ils ne sont pas assortis de mécanismes d'exemption efficaces (OCDE, 2014, 2015a).

Les études fondées sur des données agrégées mettent en évidence l'influence des facteurs socio-économiques sur la santé

Diverses études ont estimé la « fonction empirique de production de la santé » au moyen de données agrégées. Ces analyses ont servi à évaluer l'influence des dépenses de santé, des facteurs socio-économiques et d'autres éléments sur la santé de la population¹.

De manière générale, les dépenses de santé, les revenus et l'éducation ont des effets bénéfiques sensibles sur la santé de la population (Berger et Messer, 2002 ; OCDE, 2010 ; Heijink et al., 2013, Moreno-Serra et Smith, 2015), tandis que la pollution et les facteurs liés aux modes de vie (en particulier le tabagisme et la consommation d'alcool) ont des effets négatifs notables (Shaw, 2005 ; Blázquez-Fernández et al., 2013). Les études qui intègrent des variables représentant le chômage, la catégorie professionnelle ou les inégalités de revenus sont beaucoup plus rares, et celles qui le font aboutissent à des résultats plus mitigés (Or, 2000 ; Lin, 2009).

On relèvera que les dépenses de santé et le revenu concourent généralement davantage à réduire la mortalité évitable ou la mortalité infantile qu'à augmenter l'espérance de vie (Heijink et al., 2013, Nixon et Ulmann, 2006). Des facteurs dynamiques peuvent aussi entrer en jeu. Ainsi, les ralentissements économiques temporaires semblent avoir des effets plus mitigés sur les résultats en matière de santé : ils aggravent l'état de santé mentale, mais peuvent aussi réduire le taux de mortalité moyennant la diminution du nombre d'accidents mortels de la circulation et, éventuellement, la baisse de la pollution (Ruhm 2012 ; van Gool et Pearson, 2014 ; Lalot et al., 2016). Plus généralement, les disparités entre les pays analysés expliquent l'influence variable des différents facteurs sur les résultats en matière de santé.

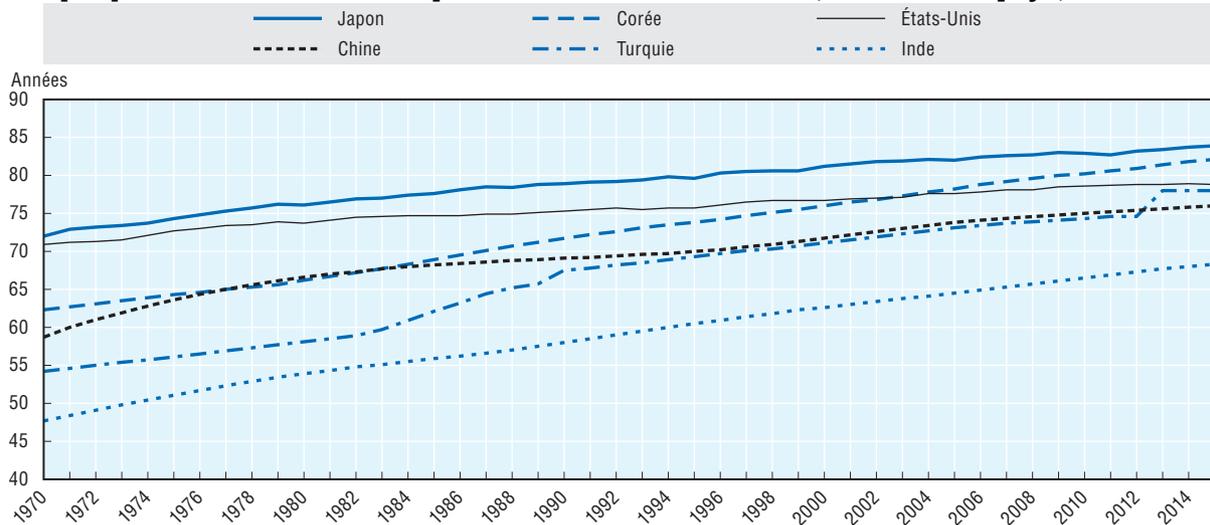
L'allongement de l'espérance de vie est lié à la hausse des dépenses de santé, à l'adoption de modes de vie plus sains et à l'amélioration des conditions socio-économiques

Tous les pays membres et partenaires de l'OCDE enregistrent une progression de l'espérance de vie, à des rythmes toutefois très différents d'un pays à l'autre

L'espérance de vie à la naissance a augmenté dans tous les pays analysés. Les progrès ont été particulièrement rapides en Turquie, en Inde, en Corée et en Chine, des pays qui ont connu des périodes prolongées de croissance économique et qui ont amélioré en parallèle la couverture des soins de santé (graphique 2.2). Aux États-Unis et au Mexique, les progrès ont été plus modérés. Ils ont également été plus lents en Afrique du Sud (essentiellement en raison de l'épidémie de VIH/SIDA), en Lituanie et en Fédération de Russie (principalement du fait de la transition économique des années 90 et de l'augmentation des comportements à risque chez les hommes). C'est au Japon que l'espérance de vie à la naissance est actuellement la plus élevée (83.9 ans).

Si la hausse des dépenses de santé a eu un effet positif sensible sur l'espérance de vie, les déterminants sociaux plus généraux entrent aussi en compte

Une nouvelle analyse fournit des estimations de l'influence relative des systèmes de santé par rapport aux facteurs socio-économiques, environnementaux, et liés aux modes de vie dans les pays de l'OCDE. Elle fait appel aux dernières données internationales et aux meilleures pratiques méthodologiques (encadré 2.1). Elle évalue les gains d'espérance de vie entre 1995 et 2015. Les données relatives aux facteurs explicatifs ont été retardées de cinq ans (c'est-à-dire qu'elles portent sur 1990-2010) pour tenir compte des effets différés sur la santé.

Graphique 2.2. **Évolution de l'espérance de vie à la naissance, sélection de pays, 1970-2015**

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933606604>

Les résultats de cette analyse mettent en évidence une corrélation positive et statistiquement significative entre la hausse des dépenses de santé, l'adoption de modes de vie plus sains, l'accroissement des revenus et l'expansion de la couverture de l'enseignement d'un côté, et les gains d'espérance de vie de l'autre (graphique 2.3). On constate notamment qu'une augmentation de 10 % des dépenses de santé par habitant (en valeur réelle) est associée à une progression de 3.5 mois de l'espérance de vie. Une amélioration de 10 % des modes de vie est associée à un gain de 2.6 mois d'espérance de vie (1.6 mois pour la diminution du tabagisme et 1 mois pour la baisse de la consommation d'alcool). Des déterminants sociaux plus généraux entrent aussi en ligne de compte. Une hausse de 10 % du revenu par habitant (en valeur réelle) est associée à un allongement de 2.2 mois de l'espérance de vie, tandis qu'une expansion de 10 % de la couverture de l'enseignement primaire est associée à un gain de 3.2 mois.

On n'observe pas de relation significative entre la part des dépenses à la charge des patients dans le total des dépenses de santé et les gains d'espérance de vie, principalement parce qu'elle a très peu diminué sur la période considérée. On constate une corrélation positive mais non significative entre une alimentation saine et l'espérance de vie, ce qui peut s'expliquer par l'amélioration très limitée du régime alimentaire de la population au fil du temps, ainsi que par la difficulté à rendre compte des effets de l'alimentation au niveau global. Le lien entre le taux de chômage de longue durée et l'espérance de vie n'est pas significatif non plus². Il est plus surprenant de constater l'absence de corrélation significative entre la pollution atmosphérique et l'espérance de vie, en dépit des autres données probantes qui attestent des effets négatifs de cette pollution sur la santé (OCDE, 2016). Cela tient à l'effet très différé de la pollution atmosphérique sur l'état de santé des individus, ainsi qu'à la baisse relativement limitée de cette pollution dans de nombreux pays de l'OCDE. Ces résultats sont étudiés plus en détail dans un document de travail connexe (James et al., à paraître).

Si l'analyse des effets d'une variation de 10 % des principaux déterminants de la santé sur l'espérance de vie est utile à des fins de comparaison, en pratique des variations plus

Encadré 2.1. Données et méthodes

L'analyse a évalué l'influence relative des facteurs propres au système de santé ou extérieurs à ce dernier sur les progrès de l'espérance de vie entre 1995 et 2015 dans les 35 pays de l'OCDE. Elle a fait appel à des données de panel au niveau global tirées des Statistiques de l'OCDE sur la santé et de la banque de données de la Banque mondiale.

On a défini une fonction empirique de production de la santé qui se présente sous la forme générale suivante :

$$LE_{i,t} = \alpha_i + \beta_1 W_{i,t-5} + \beta_2 X_{i,t-5} + \beta_3 Y_{i,t-5} + \beta_4 Z_{i,t-5} + e_{i,t}$$

où $LE_{i,t}$ est l'espérance de vie à la naissance pour le pays i au cours de l'année t ; α est l'effet propre au pays ; et e le terme d'erreur. Les variables explicatives sont retardées de 5 ans pour tenir compte des effets différés des principaux déterminants de l'espérance de vie, et choisies en fonction des déterminants fondamentaux identifiés dans les ouvrages spécialisés. On a choisi des retards de 5 ans pour concilier la nécessité de tenir compte des effets différés sur la santé et l'obligation de conserver un nombre d'observations suffisant pour l'analyse des séries chronologiques.

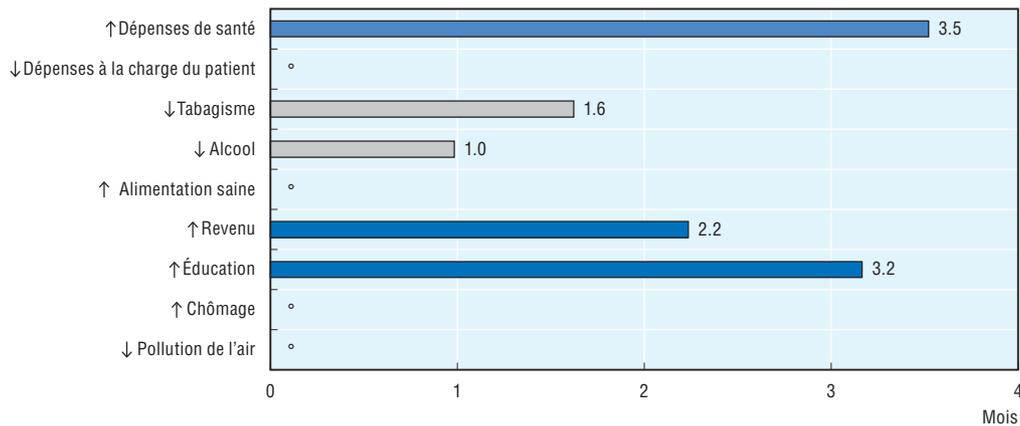
W est un vecteur des variables du système de la santé durant l'année $t-5$ (les dépenses de santé, qui comprennent les soins curatifs et préventifs, mesurées par le total des dépenses de santé exprimées en USD constants à PPA par habitant ; la protection financière, qui prend pour mesure indirecte la part des dépenses à la charge des patients dans le total de dépenses de santé). X est un vecteur des facteurs liés aux modes de vie au cours de l'année $t-5$ (prévalence du tabagisme quotidien, consommation d'alcool en litres par habitant, alimentation saine mesurée par le pourcentage de la population qui mange des légumes quotidiennement). Y est un vecteur du revenu et d'autres variables socio-économiques durant l'année $t-5$ (le revenu, mesuré par le PIB par habitant en USD constants à PPA par habitant, net des dépenses de santé totales ; l'éducation mesurée par le pourcentage de la population ayant un niveau d'instruction supérieur au primaire ; et le taux de chômage de longue durée). Z est une variable environnementale durant l'année $t-5$ (la pollution atmosphérique mesurée par le pourcentage de la population exposée aux particules fines $PM_{2.5}$).

On utilise une fonction de production de Cobb-Douglas, où toutes les variables sont exprimées sous forme logarithmique. La spécification économétrique générale est un modèle GLS avec des effets fixes par pays, des structures d'autocorrélation propres aux pays pour les erreurs, une correction pour tenir compte de l'hétéroscédasticité, et des variables explicatives retardées. Une interpolation linéaire est utilisée pour combler les données manquantes concernant certaines années. D'autres modèles empiriques sont examinés dans un document de travail connexe (James, Devaux et Sassi, à paraître). Bien que l'analyse suive les meilleures pratiques méthodologiques, les associations entre l'espérance de vie et les variables explicatives ne garantissent pas le lien de causalité.

importantes sont possibles, ce qui entraîne des gains plus importants en matière d'espérance de vie. Par exemple, si le taux de tabagisme et la consommation d'alcool pouvaient être divisés par deux, cela déboucherait sur un allongement cumulé de l'espérance de vie de 13 mois. Le graphique 2.4 illustre les conséquences de variations plus importantes sur certains facteurs, notamment une hausse de 100 % des dépenses de santé et des revenus, une expansion de la couverture de l'enseignement primaire jusqu'à 100 % et des améliorations plus marquées dans les modes de vie (taux de tabagisme et de consommation d'alcool divisés par deux).

Graphique 2.3. Allongement de l'espérance de vie associé à une variation de 10 % des principaux déterminants de la santé

Analyse fondée sur 35 pays de l'OCDE pour la période 1995-2015

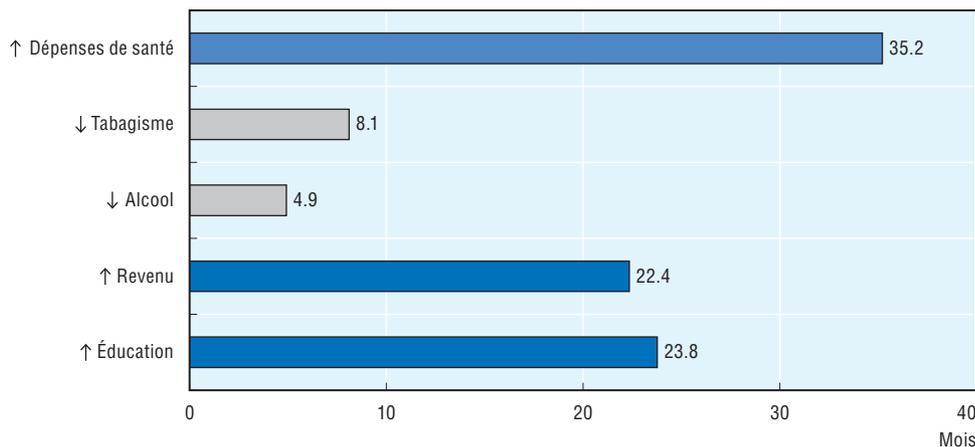


Note : ° correspond à une influence quasi-nulle.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933606623>

Graphique 2.4. Gains d'espérance de vie associés à une variation plus importante des principaux déterminants de la santé

Analyse fondée sur 35 pays de l'OCDE pour la période 1995-2015



Note : Le graphique illustre l'amélioration de l'espérance de vie attendue dans l'hypothèse d'une multiplication par deux des dépenses de santé et des revenus, d'une poursuite des études dans le supérieur pour l'ensemble de la population, et de taux de tabagisme et de consommation d'alcool divisés par deux. Sont exclus le chômage, une alimentation saine, les dépenses à la charge des patients et la pollution atmosphérique, qui ne sont pas des facteurs statistiquement significatifs.

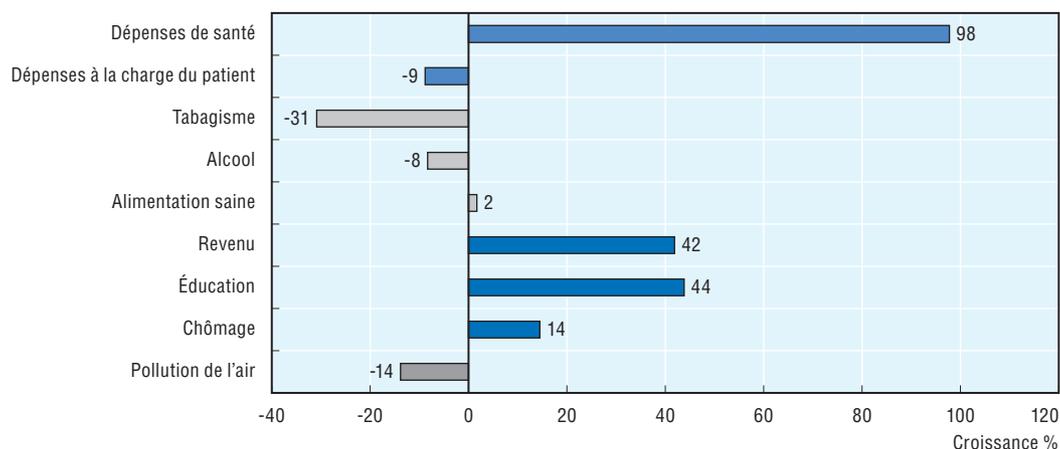
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933606642>

Ces 20 dernières années, l'évolution des principaux déterminants de la santé a souvent été bien plus marquée que la variation de 10 % retenue au graphique 2.3. Du point de vue de l'action publique, il s'agit d'un élément crucial car cela signifie que les effets positifs sur l'espérance de vie peuvent être substantiels, sous réserve d'investissements adaptés à l'intérieur et en dehors du système de santé.

Le graphique 2.5 montre l'évolution, en pourcentage, de ces déterminants entre 1990 et 2010. Ainsi, on sait qu'une hausse de 10 % des dépenses de santé est associée à un gain de 3.5 mois d'espérance de vie : or, les dépenses de santé ont en fait augmenté de 98 % entre 1990 et 2010 (de 1 624 USD à PPA en 1990 à 3 212 USD à PPA en 2010 en termes constants). Le revenu a augmenté de 42 % sur la période, tandis que la couverture de

l'enseignement s'est développée de 44 %. L'amélioration des modes de vie a été moins prononcée : le taux de tabagisme a reculé de 31 % mais la consommation d'alcool n'a diminué que de 8 % et la proportion de personnes consommant des légumes quotidiennement n'a progressé que de 2 % entre 1990 et 2010.

Graphique 2.5. **Évolution des principaux déterminants de l'espérance de vie : OCDE, de 1990 à 2010**



StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933606661>

Au vu de l'évolution de ces déterminants, les dépenses de santé constituent le premier déterminant des gains d'espérance de vie enregistrés ces 20 dernières années, suivies du niveau d'instruction puis des revenus (tableau 2.1). L'influence des facteurs liés aux modes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation saine) est moins importante, notamment du fait de l'amélioration plus limitée observée au niveau de ces facteurs au cours de la période considérée. Le tableau 2.1 présente également les coefficients de régression et les valeurs pour 1990 et 2010, ainsi que l'influence relative de chaque déterminant de l'espérance de vie.

Des analyses complémentaires ont été réalisées pour tester diverses problématiques courantes relatives aux spécifications économétriques, ainsi que d'autres variables explicatives. Ces analyses ont abouti à des résultats comparables (voir James et al., à paraître). Si l'on ajoute les pays partenaires de l'OCDE à l'échantillon, l'analyse met en évidence des écarts entre les pays dans les déterminants de la santé selon leur niveau de développement économique. Dans les pays à revenu élevé, les dépenses de santé sont le premier facteur d'allongement de l'espérance de vie, alors que c'est le revenu qui joue ce rôle dans les pays émergents. L'analyse est toutefois limitée par le fait que les données ne sont disponibles que pour une période plus restreinte.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les dépenses allouées à la santé augmentent régulièrement depuis ces dernières décennies, mais l'allongement corollaire de l'espérance de vie varie sensiblement d'un pays à l'autre

Si l'analyse empirique montre que les dépenses de santé ont fortement concouru à l'allongement de l'espérance de vie dans l'ensemble des pays de l'OCDE, des divergences notables apparaissent d'un pays à l'autre. Elles sont illustrées au graphique 2.6, qui présente l'évolution des gains d'espérance de vie en regard de la hausse des dépenses de santé depuis 1995 pour certains pays à revenu élevé.

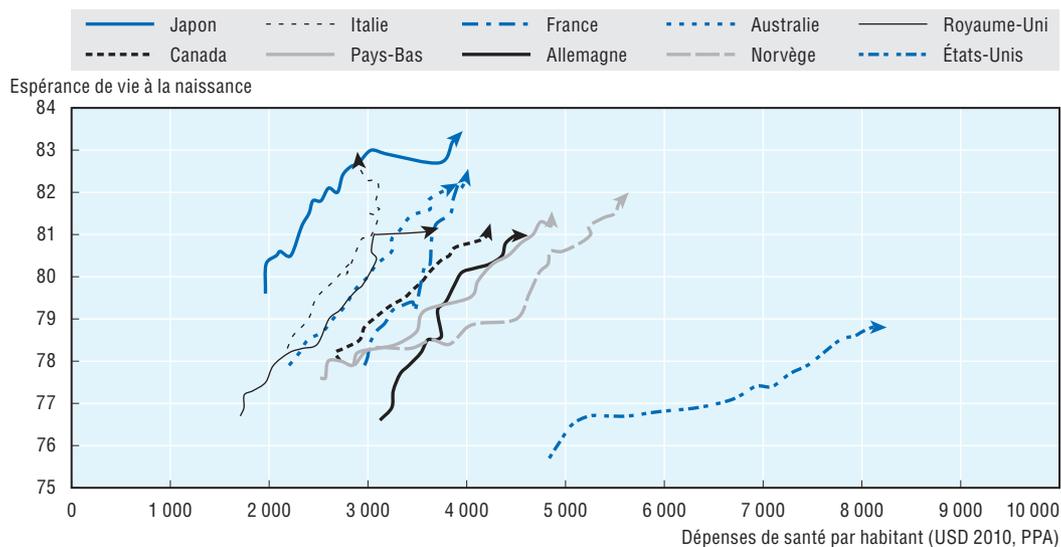
Tableau 2.1. **Déterminants de l'allongement de l'espérance de vie : coefficients de régression, influence relative, en 1990 et en 2010**

Variables explicatives	Coefficient de régression	Contribution à l'espérance de vie (mois)	1990	2010
Facteurs liés au système de santé				
Dépenses de santé (par habitant, en USD constants à PPA)	+ 0.039*	42.4	1 624	3 212
Dépenses à la charge des patients (% des dépenses de santé)	ns	ns	22	20
Facteurs liés au mode de vie				
Tabagisme (% de fumeurs quotidiens)	- 0.018*	5	30.3	21
Alcool (litres d'alcool pur par personne)	- 0.011*	0.4	10.1	9.2
Régime alimentaire sain (% de personnes qui consomment quotidiennement des légumes)	ns	ns	64.2	65.3
Facteurs liés au revenu et autre variables socioéconomiques				
Revenu (PIB par habitant en USD constants à PPA)	+ 0.025*	13.4	22 479	31 900
Niveau d'études (% de la population ayant un niveau supérieur au primaire)	+ 0.035*	15.1	57	82
Chômage (% de chômeurs de longue durée)	ns	ns	3.2	3.6
Facteurs environnementaux				
Pollution atmosphérique (% de la population exposée aux particules fines PM _{2,5})	ns	ns	75.7	65.2

Note : * Statistiquement significatif au niveau de 5 %, « ns » = non significatif. Les régressions sont fondées sur 718 observations dans 35 pays. La somme des contributions et du résidu (non présenté ici) est égale au gain total d'années de vie sur la période considérée.

L'espérance de vie et les dépenses de santé ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE. Mais les taux d'augmentation varient sensiblement de l'un à l'autre. Un cas notablement marginal est celui des États-Unis, où les dépenses de santé ont augmenté nettement plus vite que dans d'autres pays de l'OCDE, mais où les progrès en termes d'espérance de vie sont moindres. À l'inverse, l'espérance de vie à la naissance au Japon a atteint près de 84 ans, alors que les dépenses de santé par habitant sont inférieures de plus de moitié à celles des États-Unis.

Les variations observées entre les pays dans le temps au niveau de l'évolution des dépenses de santé et de l'espérance de vie donnent un aperçu du rôle essentiel joué par l'adoption des modes de vie sains et les déterminants sociaux plus généraux de la santé dans l'allongement de l'espérance de vie. Mais ces variations témoignent aussi de l'importance de l'optimisation des dépenses dans les systèmes de santé. Il s'agit en effet de mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et les autres mesures qui offrent un très bon rapport coût-efficacité, mais aussi d'éliminer les dépenses inutiles et le gaspillage (voir OCDE, 2017 pour un examen approfondi).

Graphique 2.6. **Allongement de l'espérance de vie et hausse des dépenses de santé, sélection de pays à revenu élevé, 1995-2015**

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933606680>

Il est essentiel, pour l'action publique, de mettre à jour les mécanismes au travers desquels les facteurs socio-économiques et le cadre de vie d'un individu influent sur la santé

Les résultats empiriques présentés apportent des éclairages sur le poids et le rôle relatif des différents déterminants de la santé. Cette section complète l'analyse effectuée au niveau global ; elle évalue précisément en quoi les facteurs socio-économiques et le cadre de vie d'un individu influent sur la santé et sur les comportements visant à favoriser la santé, et s'appuie pour cela sur les indications fournies par d'autres données individuelles.

La nature des trajectoires de revenus importe

La corrélation positive entre les revenus et la santé est une constatation générale importante. Toutefois, l'examen de l'influence exercée par les différentes trajectoires de revenu sur l'état de santé fournit d'autres informations aux responsables publics. La première observation a trait à l'importance du niveau minimum absolu de revenu. Alors qu'un faible niveau de revenu et la pauvreté ont un effet préjudiciable manifeste sur la santé, les disparités de santé entre les individus à revenu moyen ou élevé sont beaucoup moins prononcées (Deaton, 2003). En d'autres termes, il existe une relation non linéaire entre le revenu et la santé.

Deuxièmement, si le revenu courant joue un rôle, le revenu à long terme a une incidence beaucoup plus forte sur la santé. Autrement dit, il faut du temps pour qu'un niveau de revenu plus élevé (plus faible) exerce un effet favorable (défavorable) sur la santé. Par exemple, des études conduites au Royaume-Uni ont abouti à la conclusion qu'une pauvreté persistante présente beaucoup plus de risques pour la santé qu'une pauvreté épisodique, et que le niveau de revenu semble jouer un rôle beaucoup plus influent que la variation des revenus (Benzeval et Judge, 2001 ; Contoyannis et al., 2004).

Troisièmement, les baisses de revenu ont généralement un impact plus important sur la santé que les hausses de revenu, qu'elles soient temporaires ou permanentes (O'Donnell et al., 2013). McInerney et al. (2013) ont ainsi constaté que la dévalorisation des patrimoines à la suite de la crise financière mondiale de 2008 a entraîné une augmentation des cas de dépression et du recours aux antidépresseurs aux États-Unis. En revanche, ils n'ont observé dans le même échantillon aucune amélioration de la santé liée à un accroissement du patrimoine. En Suède, l'état de santé autodéclaré marque une réaction plus prononcée aux baisses qu'aux hausses de revenu dans le temps (Miething et Aberg-Yngwe, 2014). De même, la plupart des études (mais pas toutes) portant sur les augmentations soudaines de patrimoine dues à un héritage, aux marchés boursiers et à la loterie n'observent pas, ou peu, d'éléments démontrant une amélioration corollaire de l'état de santé (O'Donnell et al., 2013).

En fait, les aides au revenu peuvent dans certains cas avoir des effets néfastes sur la santé, probablement liés à un accroissement des comportements à risque. Dobkin et Puller (2007) ont ainsi constaté qu'en Californie, les taux d'admission et de mortalité à l'hôpital liés à l'usage de drogues augmentaient pour les bénéficiaires des prestations d'invalidité fédérales dans les jours suivant leur versement. Evans et Moore (2011) ont observé un accroissement des risques d'accidents de la circulation et de crise cardiaque tout de suite après les paiements de la sécurité sociale, le versement des salaires du personnel militaire, les abattements fiscaux et le paiement de dividendes.

Le chômage aggrave les problèmes de santé mentale et physique ; les conditions de travail entrent également en jeu

Comme précédemment analysé, les études globales des retombées du chômage sur la santé aboutissent à des conclusions en demi-teinte. A contrario, les études au niveau individuel constatent plus régulièrement que le chômage a des effets pernicieux sur la santé mentale aussi bien que physique. Ainsi, une méta-analyse des études fondées sur des données individuelles conclut que le chômage est associé à une augmentation de 63 % du risque de mortalité lorsque l'âge et d'autres facteurs de contrôle sont pris en compte (Roelfs et al., 2011), ce qui peut toutefois s'expliquer par des pathologies préexistantes. Le chômage influe également sur la santé mentale. En Australie, au Canada et au Royaume-Uni, les observations recueillies à partir de données de panel montrent que le passage de l'emploi au chômage accroît sensiblement la souffrance psychique (Llena-Nozal, 2009).

Les conditions de travail interviennent également. L'allongement du temps de travail est nocif pour la santé : il accentue le niveau général de tension, et accroît en outre le risque d'AVC et de maladie coronarienne (Kivimaki et al., 2015). Dans des cas extrêmes, il peut augmenter le risque d'accidents majeurs (Harrington, 2001). Il a également été démontré que la possibilité de choisir ses horaires de travail revêt une importance cruciale, indépendamment du nombre d'heures travaillées (Bassanini et Caroli, 2014). D'autres aspects de la qualité de l'emploi sont également déterminants. L'exposition aux substances dangereuses et les risques de blessure se concentrent généralement dans les métiers subalternes peu qualifiés (Clougherty et al., 2013). Des études ont aussi montré que la précarité de l'emploi et l'insatisfaction professionnelle sont préjudiciables à la santé (Caroli et Godard, 2014 ; Datta Gupta et Kristensen, 2008).

L'éducation favorise l'adoption de modes de vie plus sains

Les adultes au niveau d'instruction plus élevé et leurs enfants affichent un meilleur état de santé, indépendamment des effets liés au revenu et à l'emploi. Cette différence

tiendrait pour une bonne part à des modes de vie plus sains. En particulier, *les plus instruits sont généralement mieux informés des risques et des avantages inhérents à différents comportements, mais sont aussi plus susceptibles de traiter ces informations et d'agir en conséquence*. Par exemple, les personnes qui ont un niveau d'instruction inférieur risquent davantage de fumer, d'être obèses, d'avoir une alimentation moins équilibrée ou de faire moins d'exercice physique (Mackenbach et al., 2008 ; Cutler et Lleras-Muney, 2010). Les données relatives à la consommation d'alcool sont toutefois plus mitigées. Un récent rapport de l'OCDE a constaté que les femmes plus instruites sont généralement plus enclines à boire excessivement, alors que c'est l'inverse qui se vérifie pour les hommes (OCDE, 2015b). En parallèle, les dommages causés par l'alcool sont plus importants dans la population ayant un niveau d'études et de revenu inférieur, notamment en raison des comorbidités multiples (facteurs de risques cumulés) et d'un accès plus limité aux soins.

Les personnes plus éduquées sont aussi *mieux informées des services de santé dont elles peuvent bénéficier*, et font donc davantage appel à certains d'entre eux. C'est tout particulièrement le cas des services de prévention et des consultations spécialisées (OCDE, 2006). Par ailleurs, *l'éducation peut améliorer l'autogestion* (et, donc, l'efficacité) des traitements médicaux, dans le cas des maladies chroniques notamment (Goldman et Smith, 2002).

Les catégories de population défavorisées sont plus exposées à des conditions de vie inadéquates et aux effets négatifs de la pollution sur la santé

L'analyse empirique présentée ci-dessus ne montre pas de corrélation significative entre la pollution atmosphérique et l'évolution de l'espérance de vie, ce qui tient principalement à la baisse plutôt limitée de la pollution atmosphérique dans le temps dans de nombreux pays de l'OCDE et aux effets différés de cette pollution sur la santé. Néanmoins, la pollution atmosphérique est un réel problème de santé, associé aux maladies respiratoires, au cancer du poumon et aux maladies cardiovasculaires.

Le degré de pollution varie considérablement d'un quartier à l'autre, avec les conséquences que cela suppose sur la santé. Une étude a constaté que les populations plus pauvres et moins instruites vivent souvent (mais pas toujours) dans des zones où la pollution atmosphérique est plus élevée, et qu'elles risquent bien davantage de souffrir des effets défavorables des polluants atmosphériques sur la santé (Deguen et Zmirou-Navier, 2010). Les auteurs postulent que cela tient à une plus grande vulnérabilité liée à divers facteurs, comme la prévalence plus élevée des maladies chroniques et une plus forte exposition à long terme aux polluants. D'une manière plus générale, les enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables face à la pollution atmosphérique.

Outre la pollution, d'autres caractéristiques du cadre de vie influent sur la santé. Il a été démontré à plusieurs reprises que de *mauvaises conditions de logement* et certaines *caractéristiques du quartier de résidence*, comme le manque de sécurité, ont des effets néfastes sur la santé (Gibson et al., 2011). Les ménages à faible revenu et de nombreuses minorités ethniques sont plus susceptibles de vivre dans des conditions inadéquates. Les politiques qui visent à améliorer les infrastructures de logement (visites à domicile, suppression des dangers) et les mesures d'aide au logement locatif ont une incidence positive sur la santé (Bambra et al., 2010).

Conclusion

Il ressort des résultats empiriques que, si l'espérance de vie dépend de facteurs à la fois internes et externes au système de santé, les dépenses de santé sont l'un des principaux moteurs de l'allongement de l'espérance de vie observé au cours des dernières décennies. Ainsi, une hausse de 10 % des dépenses de santé par habitant (en valeur réelle) est associée à un allongement de 3.5 mois de l'espérance de vie. Etant donné l'évolution notable des dépenses de santé durant les 20 dernières années, la hausse des dépenses de santé a permis d'allonger l'espérance de vie de 42.4 mois sur cette période.

Le niveau d'instruction et les revenus influent aussi de manière significative sur l'allongement de l'espérance de vie. Une progression de 10 % de la couverture de l'enseignement est associée à un gain de 3.2 mois d'espérance de vie, tandis qu'un accroissement de 10 % du revenu par habitant est associé à un gain de 2.2 mois. Une amélioration de 10 % des modes de vie est associée à un gain de 2.6 mois d'espérance de vie (1.6 mois pour la baisse du taux de tabagisme et 1 mois pour la diminution de la consommation d'alcool). D'autres facteurs (dépenses à la charge des patients, alimentation saine, chômage, pollution atmosphérique) ont des effets moins sensibles à l'échelon global. S'agissant de certains de ces facteurs, notamment la pollution atmosphérique et l'alimentation, cela peut s'expliquer par leurs effets différés sur la santé.

Ces résultats empiriques dressent un bilan global utile de l'importance relative des investissements dans le système de santé et en dehors de celui-ci. Par la suite, les analyses qui feront appel à des données au niveau global pourraient intégrer des variables représentant les politiques de santé et les caractéristiques institutionnelles, ainsi que des analyses infranationales.

Il importe toutefois de rappeler que les associations observées entre l'espérance de vie et les facteurs explicatifs à ce niveau global ne garantissent pas le lien de causalité. Il convient en effet de tenir compte de la réciprocity de ce lien : le mauvais état de santé diminue la productivité, compromet les perspectives d'emploi, et a des effets négatifs sur le développement du capital humain. C'est pourquoi une revue de la littérature utilisant des données au niveau individuel a également été réalisée. Celles-ci cadrent dans l'ensemble avec l'analyse effectuée au niveau global, et apportent en parallèle d'autres précisions sur les mécanismes au travers desquels différents facteurs socio-économiques et le cadre de vie d'un individu influent sur la santé. Les résultats ont ainsi montré que les revenus présentent une forte corrélation positive avec l'espérance de vie. Les données individuelles corroborent ces résultats en démontrant que la nature des trajectoires de revenu entre en ligne de compte : une pauvreté persistante a des effets particulièrement négatifs sur la santé, et la baisse des revenus a de plus fortes conséquences sur la santé que leur hausse.

Globalement, le principal enseignement à tirer de cette analyse sur le plan des politiques publiques est qu'une action coordonnée des ministères de la santé et de ceux responsables de l'éducation, de l'environnement, du revenu et de la protection sociale offrirait de grandes possibilités d'améliorer la santé. Des mesures intersectorielles portant sur les comportements liés à la santé en feraient partie. À cet égard, le cadre de l'OMS sur l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques publiques permet aux pays de prendre systématiquement en compte les implications, pour la santé, des politiques publiques menées dans tous les secteurs (OMS, 2013). La collaboration avec le secteur privé occupera aussi une place importante, en particulier avec les employeurs eu égard aux

conditions de travail. Il conviendra de prêter une attention particulière à la petite enfance, car les conditions de vie aux premiers stades du développement sont déterminantes pour la santé et les perspectives économiques futures, ainsi que les comportements liés à la santé à des phases ultérieures de la vie. De telles mesures peuvent contribuer à résorber les inégalités en matière de santé et à obtenir de meilleurs résultats pour tous sur le plan de la santé.

Notes

1. Les études auxquelles le texte fait référence se fondent sur un examen systématique des ouvrages spécialisés, basé sur des études réalisées à compter de 1995 portant sur les pays de l'OCDE et/ou les BRIICS. On notera que les analyses économétriques de cette nature se heurtent à des problèmes de méthodologie courants, notamment la réciprocité du lien de causalité et les effets différés de certains facteurs sur les résultats en matière de santé. James, Devaux et Sassi (à paraître) analysent ces problèmes en profondeur.
2. La corrélation positive est compatible avec les résultats d'autres études réalisées à l'échelon national qui ont généralement montré un recul des taux de mortalité (et de morbidité) pendant les périodes de ralentissement économique, lorsque les taux de chômage sont plus élevés (Ruhm, 2012). La corrélation observée entre chômage et espérance de vie dans ces études s'explique cependant davantage par la diminution du nombre d'accidents de la circulation et de la pollution (d'autant que la baisse du nombre de décès se concentre chez les personnes âgées) que par le chômage en soi (Miller et al., 2009 ; van Gool et Pearson, 2014). Par ailleurs, des régressions auxiliaires comportant des termes d'interaction entre le chômage et des variables indicatrices par pays ont montré une forte variabilité du signe et du poids de ce coefficient selon les pays.

Références

- Bambra, C. et al. (2010), « Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, n° 4, pp. 284-291.
- Bassanini, A. et E. Caroli (2014), « Is Work Bad for Health? The Role of Constraint vs Choice », *IZA Discussion Paper Series*, n° 7891.
- Benzeval, M. et K. Judge (2001), « Income and Health: The Time Dimension », *Social Science and Medicine*, vol. 52, n° 9, pp. 1371-1390.
- Berger, M. et J. Messer (2002), « Public Financing of Health Expenditures, Insurance, and Health Outcomes », *Applied Economics*, vol. 34, n° 17, pp. 2105-2113.
- Blázquez-Fernández, C., N. González-Prieto et P. Moreno-Mencía (2013), « Pharmaceutical Expenditure as a Determinant of Health Outcomes in EU Countries », *Estudios de Economía Aplicada*, vol. 31, n° 2, pp. 379-396.
- Caroli, E. et M. Godard (2014), « Does Job Insecurity Deteriorate Health? », *Health Economics*, vol. 25.
- Clougherty, J., K. Souza et M. Cullen (2013), « Work and Its Role in Shaping the Social Gradient in Health », *Annals of New York Academy of Sciences*, vol. 1186, pp. 102-124.
- Contoyannis, P., A.M. Jones et N. Rice (2004), « The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey », *Journal of Applied Econometrics*, vol. 19, n° 4, pp. 473-503.
- Cutler, D. et A. Lleras-Muney (2010), « Understanding Differences in Health Behaviours by Education », *Journal of Health Economics*, vol. 29, n° 1, pp. 1-28.
- Datta Gupta, N. et N. Kristensen (2008), « Work Environment Satisfaction and Employee Health: Panel Evidence from Denmark, France and Spain, 1994-2001 », *European Journal of Health Economics*, vol. 9, n° 1, pp. 51-61.
- Deaton, A. (2003), « Health, Inequality, and Economic Development », *Journal of Economic Literature*, vol. 41, n° 1, pp. 113-158.
- Deguen, S. et D. Zmirou-Navier (2010), « Social Inequalities Resulting from Health Risks Related to Ambient Air Quality – A European Review », *European Journal of Public Health*, vol. 20, n° 1, pp. 27-35.

- Dobkin, C. et S. Puller (2007), « The Effects of Government Transfers on Monthly Cycles in Drug Abuse, Hospitalization and Mortality », *Journal of Public Economics*, vol. 91, pp. 2137-2157.
- Evans, N. et T. Moore (2011), « The Short-term Mortality Consequences of Income Receipt », *Journal of Public Economics*, vol. 95, n° 11-12, pp. 1410-1424.
- Fuchs, V. (2004), « Reflections on the Socio-economic Correlates of Health », *Journal of Health Economics*, vol. 23, pp. 653-661.
- Gibson, M. et al. (2011), « Housing and Health Inequalities: A Synthesis of Systematic Reviews of Interventions Aimed at Different Pathways Linking Housing and Health », *Health and Place*, vol. 17, n° 1, pp. 175-184.
- Goldman, D.P. et J.P. Smith (2002), « Can Patient Self-management Help Explain the SES Health Gradient? », *Proceedings of the National Academy of Science*, vol. 99, n° 16.
- Harrington, J.M. (2001), « Health Effects of Shift Work and Extended Hours of Work », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 58, n° 1, pp. 68-72.
- Heijink, R., X. Koolman et G.P. Westert (2013), « Spending More Money, Saving More Lives? The Relationship between Avoidable Mortality and Healthcare Spending in 14 Countries », *European Journal of Health Economics*, vol. 14, n° 3, pp. 527-538.
- James, C., M. Devaux and F. Sassi (forthcoming), « Inclusive growth and health », OECD Health Division Working Papers, OECD Publishing, Paris
- Kivimaki, M. et al. (2015), « Long Working Hours and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis of Published and Unpublished Data for 603 838 Individuals », *The Lancet*, vol. 386, 1739-1746.
- Laliotis, I., J.P.A. Ioannidis and C. Stavropoulou (2016), « Total and Cause-specific Mortality Before and After the Onset of the Greek Economic Crisis: An Interrupted Time-series Analysis », *The Lancet*, Vol. 12, pp. 56-65.
- Lin, S.-J. (2009), « Economic Fluctuations and Health Outcome: a Panel Analysis of Asia-Pacific Countries », *Applied Economics*, vol. 41, n° 4, pp. 519-530.
- Llena-Nozal, A. (2009), « The Effect of Work Status and Working Conditions on Mental Health in Four OECD Countries », *National Institute Economic Review*, vol. 209, n° 1, pp. 72-87.
- Mackenbach, J.P. et al. (2008), « Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n° 23, pp. 2468-2483.
- Marmot, M. et R. Wilkinson (2006), *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits*, deuxième édition, Oxford University Press.
- McInerney, M., J.M. Mellor et L.H. Nicholas (2013), « Recession Depression: Mental Health Effects of the 2008 Stock Market Crash », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 6, pp. 1090-1104.
- Miething, A. et M. Aberg-Yngwe (2014), « Stability and Variability in Income Position Over Time: Exploring their Role in Self-rated Health in Swedish Survey Data », *BMC Public Health*, vol. 14:1300.
- Miller, D. et al. (2009), « Why Are Recessions Good for Your Health? », *AER Papers and Proceedings*, Vol. 99, No. 2, pp. 122-127.
- Moreno-Serra, R. et P. Smith (2015), « Broader Health Coverage Is Good for the Nation's Health: Evidence from Country Level Panel Data », *Journal of the Royal Statistical Society*, vol. 178, n° 1, pp. 101-124.
- Murtin, F. et al. (2017), « Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries », *OECD Statistics Working Papers*, n° 2017/02.
- Nixon, J. et P. Ulmann (2006), « The Relationship Between Health Care Expenditure and Health Outcomes: Evidence and Caveats for a Causal Link », *European Journal of Health Economics*, vol. 7, pp. 7-18.
- OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OCDE (2016), *The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264257474-en>.
- OCDE (2015a), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

- OCDE (2015b), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool: Politiques économiques et de santé publique*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr>
- OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OCDE (2010), *Systèmes de santé: efficacité et politiques*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264094925-fr>.
- OCDE (2006), "Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium", OECD, Paris, <http://www.oecd.org/edu/innovation-education/measuringtheeffectsofeducationonhealthandcivicengagement.htm>.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer et T. van Ourti (2013), « Health and Inequality », *Netspar Discussion Papers*, No. 10/2013-060.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2013), *Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies*, Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, Matthias Wismar et Sarah Cook, OMS, Genève.
- OMS (2008), *Comblent le fossé en une génération*, Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.
- Or, Z. (2000), « Déterminants de la performance des pays industrialisés en matière de santé : une analyse temporelle transversale », *Revue économique de l'OCDE*, n° 30, pp. 57–83, http://dx.doi.org/10.1787/eco_studies-v2000-1-fr.
- Pickett, K.E. et R.G. Wilkinson (2015), « Income Inequality and Health: A Causal Review », *Social Science and Medicine*, vol.128, pp. 316-326.
- Roelfs, D.J. et al. (2011), « Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality », *Social Science and Medicine*, vol. 72, n° 6, pp. 840-854.
- Ruhm, C. (2012), « Understanding the Relationship Between Macroeconomic Conditions and Health », in A. Jones (dir. pub.), *The Elgar Companion to Health Economics*, pp. 5-14.
- Shaw, J. (2005), « The Determinants of Life Expectancy: An Analysis of the OECD Health Data », *Southern Economic Journal*, vol. 71, pp. 768-783.
- van Gool, K. et M. Pearson (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 76, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.





3. ÉTAT DE SANTÉ

Espérance de vie à la naissance

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

Principales causes de mortalité

Mortalité due aux maladies circulatoires

Mortalité due au cancer

Santé du nourrisson

Santé mentale

État de santé général perçu

Incidence du cancer

Mortalité due aux maladies circulatoires

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

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance s'établissait en moyenne à 80,6 ans dans les pays de l'OCDE en 2015 (graphique 3.1). Elle a substantiellement progressé au fil du temps, puisqu'elle est aujourd'hui supérieure de dix ans en moyenne à ce qu'elle était en 1970. Plusieurs pays ont signalé un léger recul de l'espérance de vie entre 2014 et 2015, bien que les données préliminaires pour 2016 permettent de penser que ces baisses étaient temporaires.

Parmi les pays de l'OCDE, ce sont la Turquie, la Corée et le Chili qui ont enregistré les gains les plus importants depuis 1970, l'espérance de vie y ayant progressé de 24 ans, 20 ans et 17 ans respectivement. Les gains de longévité au fil des ans peuvent être attribués à divers facteurs propres au système de santé et extérieurs à celui-ci, notamment la hausse des revenus, l'amélioration du niveau d'instruction, l'adoption de modes de vie plus sains et les progrès en matière de soins de santé (voir le chapitre 2 pour une analyse approfondie). En effet, chacun de ces pays a connu une croissance économique rapide en parallèle à l'expansion de la couverture des services de santé ces dernières décennies.

Bien que l'espérance de vie dans des pays partenaires comme l'Inde, l'Indonésie, le Brésil et la Chine demeure très inférieure à la moyenne de l'OCDE, ces pays ont également enregistré des gains de longévité considérables au cours des dernières décennies, leur niveau d'espérance de vie convergeant rapidement vers la moyenne de l'OCDE. Les progrès sont moins marqués dans des pays comme l'Afrique du Sud (essentiellement en raison de l'épidémie de VIH/SIDA), la Lituanie et la Fédération de Russie (principalement en raison de l'incidence de la transition économique durant les années 90 et de l'augmentation des comportements en santé à risque chez les hommes).

Le Japon, l'Espagne et la Suisse se classent en tête d'un vaste groupe composé de 25 pays de l'OCDE qui affichent désormais une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis, le Chili et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est la Lettonie et le Mexique qui affichaient l'espérance de vie la plus faible en 2015 (à près de 75 ans). Depuis 2000, celle-ci y augmente plus lentement que dans les autres pays de l'OCDE, avec un gain à peine supérieur à un an contre un gain moyen supérieur à trois ans dans les pays de l'OCDE. La lente progression de l'espérance de vie au Mexique tient à un certain nombre de facteurs, dont des comportements nocifs pour la santé : mauvaise alimentation et taux d'obésité élevés, hausse du taux de mortalité par diabète et absence de progrès dans la réduction de la mortalité par maladies circulatoires, taux de décès élevés dus aux accidents de la route et aux homicides, et obstacles persistants à l'accès à des soins de qualité.

Aux États-Unis, les gains d'espérance de vie ont également été plus modérés que dans la plupart des autres pays de l'OCDE ces dernières décennies. Alors qu'elle était supérieure d'une année à la moyenne de l'OCDE en 1970, elle est aujourd'hui inférieure de près de deux ans à cette moyenne. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation : 1) le caractère très fragmenté du système de santé des États-Unis, où les ressources consacrées à la santé publique et aux soins primaires sont relativement faibles, et où une part importante

de la population n'a pas d'assurance ; 2) les comportements qui ont une incidence sur la santé, notamment des taux d'obésité plus importants, une plus forte consommation de médicaments délivrés sur ordonnance et de substances illicites, le nombre supérieur de victimes d'accidents de la route et d'homicides ; 3) des taux de pauvreté et des inégalités de revenus plus élevés que dans la plupart des pays de l'OCDE (National Research Council and Institute of Medicine, 2013).

Un revenu national (en termes de PIB par habitant) plus élevé va généralement de pair avec une espérance de vie à la naissance plus longue, cette corrélation étant toutefois moins marquée au niveau des revenus nationaux supérieurs (graphique 3.2). Il existe également des écarts d'espérance de vie notables entre des pays qui ont un revenu similaire par habitant. Le Japon et l'Espagne affichent ainsi une espérance de vie plus élevée, et le Luxembourg, les États-Unis, et la Fédération de Russie une espérance de vie plus faible que ne le laisserait supposer le seul PIB par habitant.

Le graphique 3.3 montre le lien entre l'espérance de vie à la naissance et les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE, les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires. À des dépenses de santé par habitant plus élevées correspond généralement une espérance de vie à la naissance plus longue, cette corrélation étant généralement moins forte dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus fortes. Le Japon, l'Espagne et la Corée se distinguent par une espérance de vie relativement longue, et les États-Unis et la Fédération de Russie par une espérance de vie relativement courte en regard de leurs dépenses de santé.

Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble de taux de mortalité par âge. Il est cependant impossible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité par âge d'une cohorte donnée. Si ce taux diminue (comme ce fut le cas ces dernières décennies), la durée de vie effective sera supérieure à l'espérance de vie calculée d'après les taux de mortalité actuels.

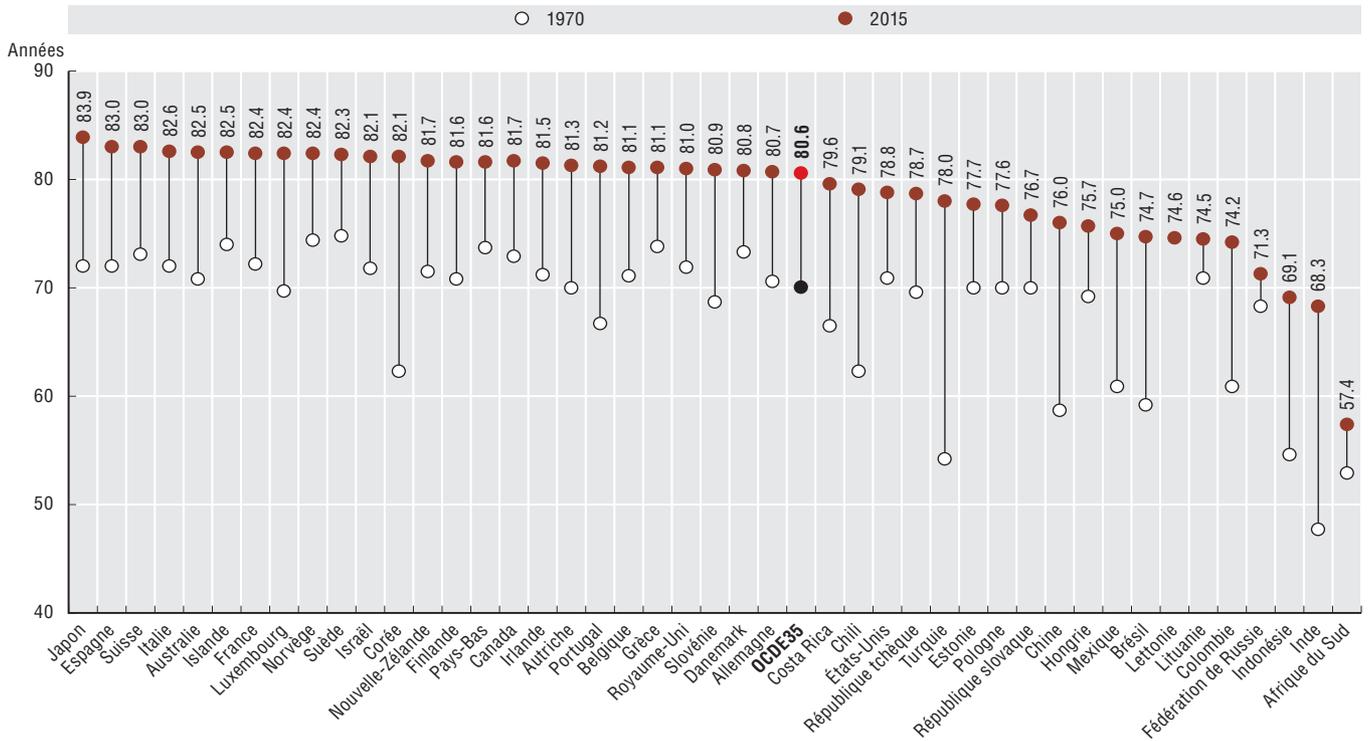
La méthode utilisée pour calculer l'espérance de vie varie parfois légèrement selon les pays, ce qui peut modifier les estimations d'un pays d'une fraction d'année.

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

Références

National Research Council and Institute of Medicine, S. Woolf et L. Aron (dir.pub.) (2013), *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*, National Academies Press, Washington, DC.

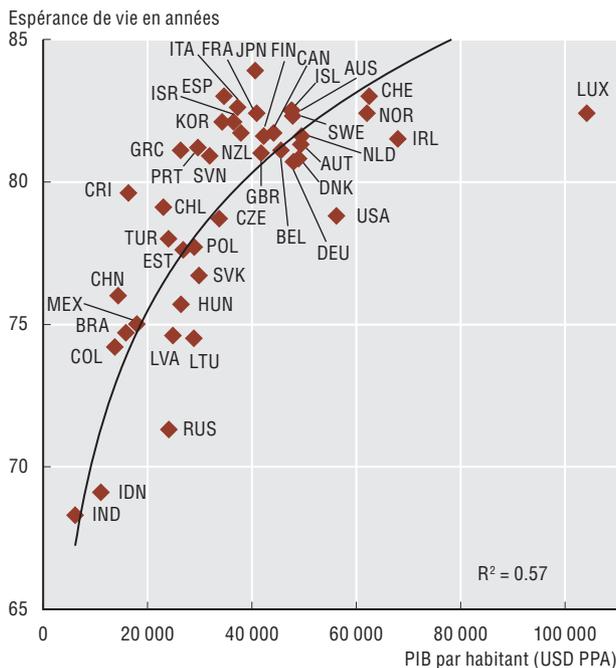
Graphique 3.1. **Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606699>

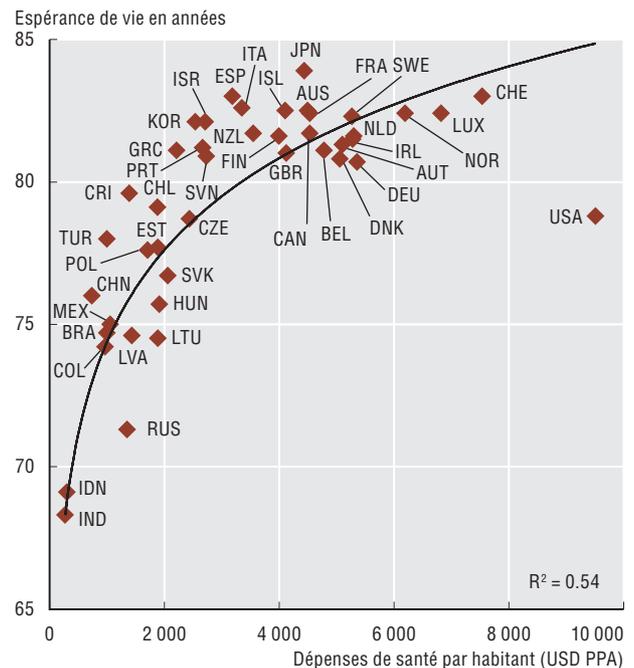
Graphique 3.2. **Espérance de vie à la naissance et PIB par habitant, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606718>

Graphique 3.3. **Espérance de vie à la naissance et dépenses de santé par habitant, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606737>

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

Dans tous les pays de l'OCDE, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes demeure prononcé : en moyenne, l'espérance de vie à la naissance atteignait 83.1 ans pour les femmes et 77.9 ans pour les hommes en 2015, soit une différence de 5.2 ans (graphique 3.4).

Cet écart s'est sensiblement accentué dans de nombreux pays de l'OCDE au cours des années 70 et au début des années 80 ; après avoir atteint un pic de près de sept ans vers le milieu des années 80, il s'est resserré depuis, en raison d'un gain d'espérance de vie plus important chez les hommes. Cette évolution est imputable, en partie au moins, à une résorption de l'écart entre hommes et femmes en termes de comportements à risque, comme le tabagisme, accompagnée d'une forte baisse de la mortalité due aux maladies circulatoires chez les hommes.

En 2015, l'espérance de vie des femmes dans les pays de l'OCDE s'échelonnait de moins de 80 ans en Hongrie, en Lettonie et au Mexique à plus de 85 ans au Japon, en Espagne, en France, en Corée et en Suisse. L'espérance de vie des hommes allait de moins de 75 ans en Lettonie, au Mexique, en Hongrie, en République slovaque, en Estonie et en Pologne à plus de 80 ans en Islande, au Japon, en Suisse, en Norvège, en Australie, en Suède, en Italie, en Israël et en Espagne.

Dans les pays de l'OCDE, la disparité d'espérance de vie entre hommes et femmes est relativement faible en Islande, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, en Norvège, en Suède, en Irlande et au Danemark (moins de quatre ans d'écart), mais bien plus forte en Lettonie (environ dix ans), en Estonie (neuf ans), en Pologne (huit ans), en République slovaque et en Hongrie (sept ans). Dans ce dernier groupe de pays, l'espérance de vie des hommes a nettement moins augmenté ces dernières décennies que dans d'autres pays. S'agissant des pays partenaires, l'écart entre hommes et femmes est également appréciable en Fédération de Russie, en Lituanie et en Colombie (sept ans au moins), et modéré en Chine (à peu près trois ans).

Dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie varie selon le profil socio-économique, mesuré par exemple par le niveau d'éducation (graphique 3.5). Un niveau d'instruction supérieur donne à l'individu les moyens d'améliorer les conditions du milieu socio-économique dans lequel il vit et travaille, et peut en outre favoriser l'adoption d'un mode de vie plus sain et faciliter l'accès à des soins de santé appropriés.

Globalement, dans les 25 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données récentes, l'espérance de vie à 30 ans des personnes qui ont le niveau d'éducation le plus élevé est supérieure d'environ six ans à celle des personnes moins instruites (53.4 contre 47.8). Ces écarts d'espérance de vie en fonction du niveau d'instruction sont particulièrement marqués chez les hommes (sept ans en moyenne). Ils sont extrêmement prononcés dans les pays d'Europe centrale et orientale (République slovaque, Estonie, Pologne, Hongrie, Lettonie et République tchèque), où l'on constate un écart de plus de dix ans entre les hommes au niveau d'éducation élevé et ceux qui sont peu instruits. Cela s'explique en grande partie par le fait que les personnes âgées dans ces pays ont des niveaux d'éducation plus bas, ainsi que la plus forte prévalence des facteurs de risque, comme le tabagisme et l'alcoolisme, chez les hommes. Dans d'autres pays, comme la Turquie, la Suède et le Canada, les inégalités sont moins prononcées. Selon les estimations, les écarts de durée de vie entre les personnes très

instruites et peu instruites représenteraient environ 10 % des différences globales d'âge au décès (Murtin et al., 2017).

Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un taux de mortalité par âge donné (actuel). Toutefois, il n'est pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité par âge pour chaque cohorte de population. Si ce taux diminue (comme ce fut le cas ces dernières décennies), la durée de vie effective sera supérieure à l'espérance de vie calculée avec les taux de mortalité actuels. Les données d'espérance de vie à la naissance proviennent d'Eurostat pour les pays européens, et de sources nationales pour les autres pays.

La méthode utilisée pour calculer l'espérance de vie varie parfois légèrement selon les pays, ce qui peut modifier les estimations d'un pays d'une fraction d'année.

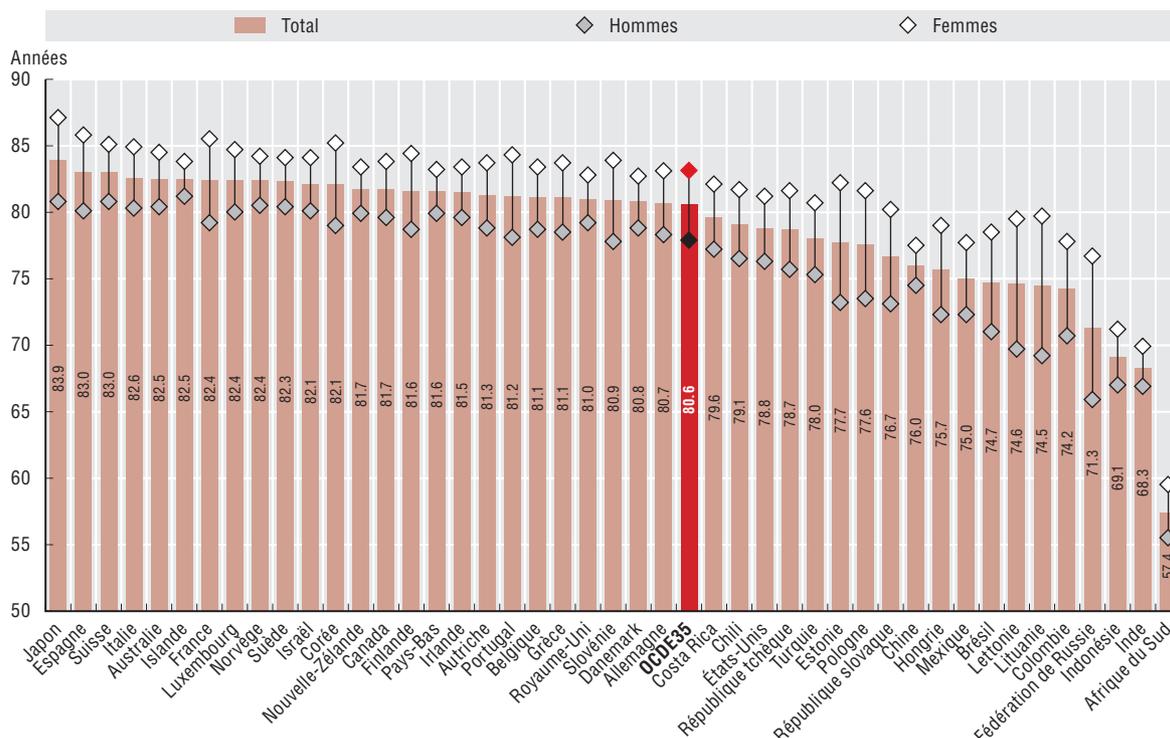
Les données pour l'espérance de vie selon le niveau d'éducation proviennent d'enquêtes nationales fournies pour le questionnaire OECD Health Data pour Israël, le Mexique et les Pays-Bas ; du projet de la Direction des statistiques de l'OCDE (voir Murtin et al. ci-dessous) pour l'Autriche, l'Australie, la Belgique, le Canada, les États-Unis, la France, la Lettonie et le Royaume-Uni ; et d'Eurostat pour les 14 pays européens restants montrés dans le graphique 3.5.

Le calcul de l'espérance de vie selon le niveau d'éducation nécessite des informations détaillées concernant la mortalité en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'éducation. Cependant, les données relatives à la mortalité ne précisent pas toujours le niveau d'instruction. Dans ces cas-là, il conviendra donc éventuellement de les coupler avec une autre source (un recensement, par exemple) comportant des éléments d'information à cet égard (Corsini, 2010). Il faut noter en outre que les données ventilées par éducation ne sont disponibles que pour un sous-ensemble de la population pour la Belgique, la République tchèque et la Norvège, et qu'il y a plus de données manquantes sur l'éducation parmi les défunts que parmi la population en général. Dans ces trois pays, la part importante (supérieure à 40%) de la population décédée avec des informations manquantes sur le niveau d'études peut affecter l'exactitude des résultats.

Références

- Corsini, V. (2010), « Highly Educated Men and Women Likely to Live Longer: Life Expectancy by Educational Attainment », Eurostat, *Statistics in Focus*, n° 24/2010, Commission européenne, Luxembourg.
- Murtin F. et al. (2017), « Inequalities in Longevity by Education in OECD Countries: Insights from New OECD Estimates », *OECD Statistics Working Papers*, n° 2017/02, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>.

Graphique 3.4. **Espérance de vie à la naissance par sexe, 2015 (ou année la plus proche)**

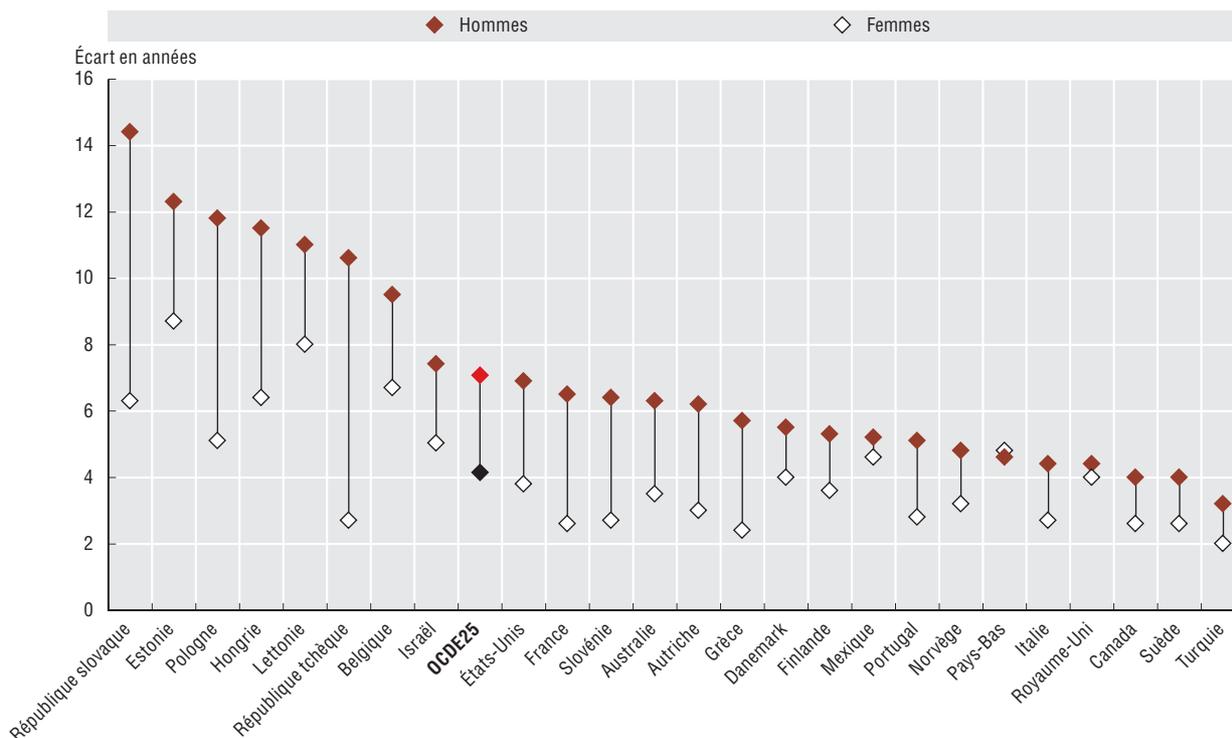


Note : Les pays sont classés par ordre descendant selon l'espérance de vie de la population totale.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606756>

Graphique 3.5. **Écart d'espérance de vie à 30 ans par sexe et niveau d'éducation, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Les données présentent l'écart d'espérance de vie à 30 ans entre le niveau d'éducation le plus élevé (« enseignement tertiaire ») et le plus faible (« enseignement secondaire non complété »).

Source : Base de données d'Eurostat complétée avec des données de la Direction des Statistiques de l'OCDE et des données nationales pour Israël, le Mexique et les Pays-Bas.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606775>

Principales causes de mortalité

Plus de 10 millions de décès ont été enregistrés en 2015 dans les pays de l'OCDE, ce qui correspond à une moyenne de 793 décès pour 100 000 habitants. Les maladies du système circulatoire et le cancer sont les deux causes essentielles de mortalité dans la plupart des pays. Dans l'OCDE, plus d'un décès sur trois est lié à une cardiopathie ischémique, une maladie cérébrovasculaire ou d'autres maladies circulatoires, et un sur quatre au cancer.

Deux éléments peuvent expliquer certains facteurs communs à l'origine de la mortalité dans les pays de l'OCDE et dans les pays partenaires. Le premier est le rôle majeur du vieillissement démographique, dans la mesure où les principales causes de mortalité évoluent avec l'âge. Chez les jeunes adultes, le cancer est plus fréquemment cause de décès que de nombreux autres facteurs. Après 50 ans, le nombre de décès dus aux maladies du système circulatoire augmente régulièrement, ces maladies devenant l'une des principales causes de mortalité après 80 ans, avec la démence. Le second est la transition épidémiologique des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles, qui a déjà eu lieu dans les pays à revenu élevé, et qui se produit rapidement dans de nombreux pays à revenu intermédiaire (GBD, 2013).

Les écarts entre les pays de l'OCDE et les pays partenaires demeurent substantiels. Les taux de mortalité, toutes causes confondues, standardisés selon l'âge, s'inscrivent dans une fourchette allant de 583 décès pour 100 000 habitants au Japon à plus de 1 000 décès pour 100 000 habitants dans la Fédération de Russie, en Hongrie, en Lettonie, en Lituanie et en République slovaque en 2015 (graphique 3.6). S'agissant des causes spécifiques de décès, les maladies du système circulatoire sont la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE. Elles sont à l'origine de plus de 600 décès pour 100 000 habitants en Lettonie et en Lituanie, et de 869 décès pour 100 000 habitants dans la Fédération de Russie. Le Japon et la France affichent les taux les plus faibles, de 152 et 164 décès pour 100 000 habitants respectivement. Le régime alimentaire, le tabagisme et la consommation d'alcool jouent un rôle déterminant dans ces maladies, de même que l'accès aux traitements.

La mortalité par cancer présente des variations moins prononcées, mais néanmoins substantielles puisqu'elle est comprise entre 123 et 286 décès pour 100 000 habitants en 2015. D'autres causes de mortalité occupent une place particulièrement importante dans certains pays. Ainsi, les maladies de l'appareil respiratoire (les bronchopneumopathies chroniques obstructives surtout) provoquent plus de 100 décès pour 100 000 habitants en Irlande, au Royaume-Uni, au Brésil et en Colombie. Les causes extérieures (agressions, accidents et automutilations) ont été à l'origine de plus de 80 décès pour 100 000 habitants au Brésil, en Lettonie, en Lituanie, en Afrique du Sud et dans la Fédération de Russie. Le VIH-SIDA est responsable de plus de 50 décès pour 100 000 habitants en Afrique du Sud.

Les principales causes de mortalité diffèrent également en fonction du sexe (graphique 3.7). La démence est ainsi une cause de décès plus importante chez les femmes que chez les hommes. En revanche, les taux de cancer du poumon et les décès par accident sont plus élevés chez ces derniers. Il ressort d'une série de données que les femmes, outre les différences inhérentes au sexe, sont plus susceptibles d'adopter des comportements sains (Gore et al., 2011).

Il convient par ailleurs de noter que les principales causes de mortalité divergent selon les groupes socio-économiques. Les disparités sociales sont généralement plus accentuées en ce qui concerne les maladies les plus évitables, car les interventions médicales, les changements de comportement et la prévention des blessures permettent d'écarter le risque de décès (Mackenbach et al., 2015).

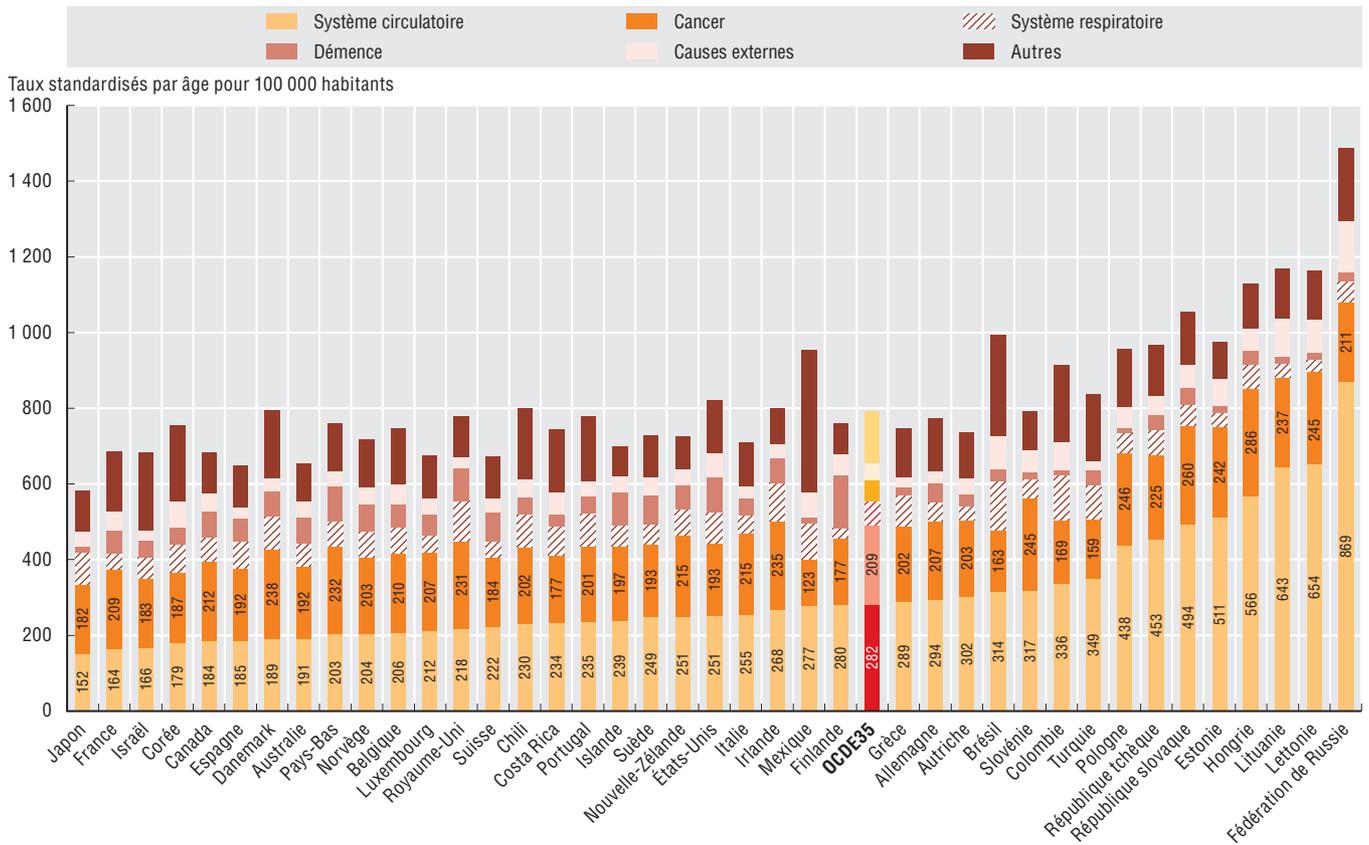
Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée à l'effectif de la population correspondante. Ils ont été standardisés par rapport à l'âge d'après la structure démographique de l'OMS, de manière à éliminer les variations résultant des différences de structures d'âge entre pays et dans le temps. Les décès, toutes causes confondues, sont classés selon les codes A00 à Y89 de la CIM10, en excluant le code S00-T98. La classification des causes de mortalité définit des groupes et des sous-groupes. Les groupes sont des termes génériques qui recouvrent des maladies présentant une relation, les sous-groupes ont trait à des maladies spécifiques. Ainsi, le groupe de maladies de l'appareil respiratoire comporte quatre sous-groupes : grippe, pneumonie, bronchopneumopathies chroniques obstructives et asthme.

Références

- GBD (2013), « Mortality and Causes of Death Collaborators, Global, Regional, and National Age-sex Specific All-cause and Cause-specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet*, Vol. 385, pp. 117-171.
- Gore, F.M. et al. (2011), « Global Burden of Disease in Young People Aged 10-24 Years: A Systematic Analysis », *The Lancet*, vol. 377, n° 9783, pp. 2093-2102.
- Mackenbach, J.P. et al. (2015), « Variations in the Relation between Education and Cause-specific Mortality in 19 European Populations: A Test of the 'Fundamental Causes' Theory of Social Inequalities in Health », *Social Science & Medicine*, vol. 127(2015), pp. 51-62.

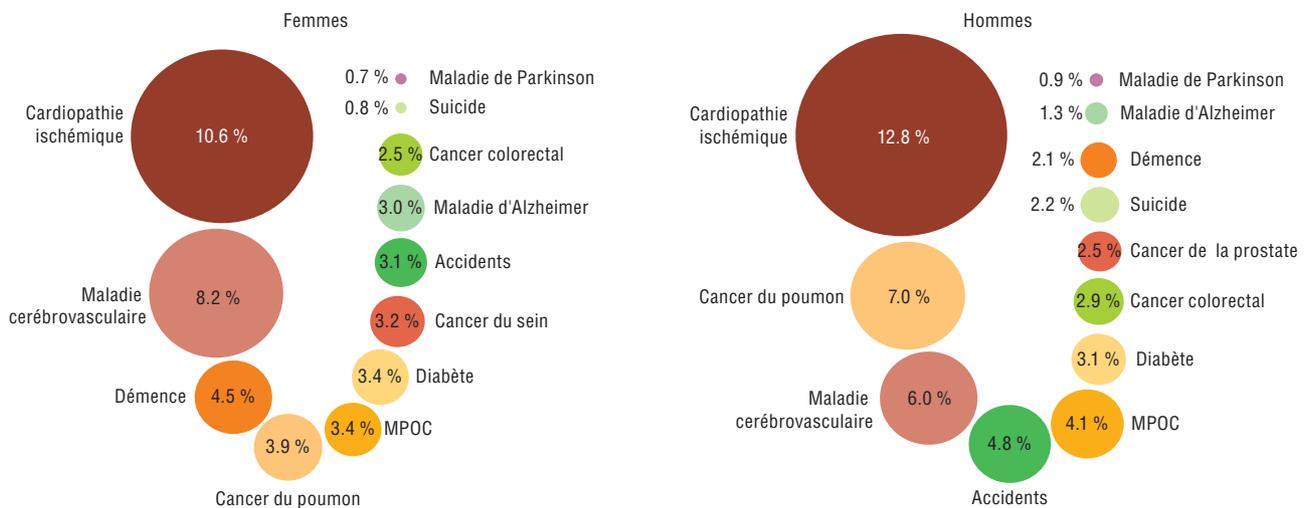
Graphique 3.6. Principales causes de mortalité par pays, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606794>

Graphique 3.7. Principales causes de mortalité par sexe, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Part du total des décès dans les pays de l'OCDE, par sexe.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606813>

Mortalité due aux maladies circulatoires

Malgré un repli considérable ces dernières décennies, les maladies cardiovasculaires demeurent la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE, où elles ont compté pour plus d'un tiers (36 %) des décès en 2015. La progression de certains facteurs négatifs, comme l'obésité et le diabète (OCDE, 2015), risque d'enrayer ce recul. Les maladies circulatoires regroupent diverses maladies touchant l'appareil circulatoire, notamment les cardiopathies ischémiques (incluant les crises cardiaques) et les maladies cérébrovasculaires comme les AVC.

Les cardiopathies ischémiques sont provoquées par l'accumulation de dépôts adipeux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin en direction du cœur. En 2015, elles ont été à l'origine de près de 12 % des décès dans les pays de l'OCDE. La mortalité qui leur est liée varie toutefois considérablement d'un pays à l'autre (graphique 3.8). Parmi les pays de l'OCDE, ce sont les pays d'Europe centrale et orientale qui affichent les taux de mortalité les plus hauts, celui de la Fédération de Russie étant également élevé. Le Japon, la Corée et la France enregistrent les taux les plus bas. En 2015, dans l'OCDE, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique chez les hommes étaient supérieurs de 82 % à ceux des femmes.

Les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont régressé dans presque tous les pays de l'OCDE, leur recul s'établissant en moyenne à plus de 50 % depuis 1990, ce qui a fortement favorisé les progrès de l'espérance de vie, notamment chez les hommes. Ce repli a été particulièrement marqué au Danemark, aux Pays-Bas, en Norvège et en Israël, où les taux ont diminué de plus de 70%. Le recul du tabagisme a amplement contribué à réduire l'incidence des cardiopathies ischémiques (voir l'indicateur tabagisme chez les adultes au chapitre 4) et, par conséquent, les taux de mortalité qui leur sont liés. Les progrès réalisés dans le traitement de ces pathologies ont également participé de la baisse des taux de mortalité (voir les indicateurs « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6 et « Sorties d'hôpital » au chapitre 9).

En Corée, la mortalité due aux cardiopathies ischémiques a substantiellement augmenté depuis 1990, bien qu'elle demeure relativement faible par rapport à quasiment tous les autres pays de l'OCDE, et qu'elle ait amorcé une baisse après avoir culminé en 2006. Dans ce pays, la hausse initiale de la mortalité par cardiopathie ischémique a été imputée à l'évolution des modes de vie et d'alimentation, ainsi qu'à certains facteurs liés à l'environnement au moment de la naissance, les risques relatifs étant plus élevés pour les individus nés entre 1940 et 1950. En 2006, la Corée a mis en place un plan général de lutte contre les maladies circulatoires portant sur la prévention et les soins primaires et l'amélioration des soins intensifs qui a concouru à la réduction de la mortalité au cours des dernières années (OCDE, 2012).

Les maladies cérébrovasculaires ont été à l'origine d'environ 7 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2015. Cette dénomination englobe différentes pathologies affectant les vaisseaux sanguins qui irriguent le cerveau. Les maladies cérébrovasculaires revêtent couramment la forme d'AVC ischémiques, qui interviennent lorsque l'alimentation sanguine du cerveau est bloquée ou interrompue, et d'AVC hémorragiques, causés par la rupture d'un vaisseau sanguin et le saignement qui en résulte à la surface du cerveau. Outre qu'elles constituent une cause importante de mortalité, la charge d'incapacité que représentent les AVC et les autres

maladies cérébrovasculaires est substantielle (Feigi et al., 2016).

Les taux de mortalité par maladies cérébrovasculaires varient fortement selon les pays (graphique 3.9). Dans l'OCDE, la Lettonie, la Hongrie et la République slovaque affichent des taux plus de trois fois supérieurs à ceux de la Suisse, du Canada et de la France, et enregistrent en outre les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires les plus élevés. Ces taux sont également hauts en Afrique du Sud et dans la Fédération de Russie, pays partenaires. La forte prévalence de facteurs de risques communs aux deux pathologies (tabagisme et hypertension, par exemple) explique peut-être cette situation.

Depuis 1990, la mortalité par maladies cérébrovasculaires a reculé dans tous les pays de l'OCDE, quoique dans une moindre mesure en Pologne et en République slovaque. Elle y a en moyenne diminué de moitié. En Estonie, au Luxembourg, au Portugal, en République tchèque et en Autriche, les taux de mortalité ont baissé de plus de 70 %. Comme dans le cas des cardiopathies ischémiques, ce repli peut être attribué, du moins en partie, à la réduction des facteurs de risque et à l'amélioration des traitements médicaux (OCDE, 2015 ; voir l'indicateur « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » au chapitre 6), mais la progression de l'obésité et du diabète menace les progrès accomplis dans le traitement des maladies cérébrovasculaires (OCDE, 2015).

Définition et comparabilité

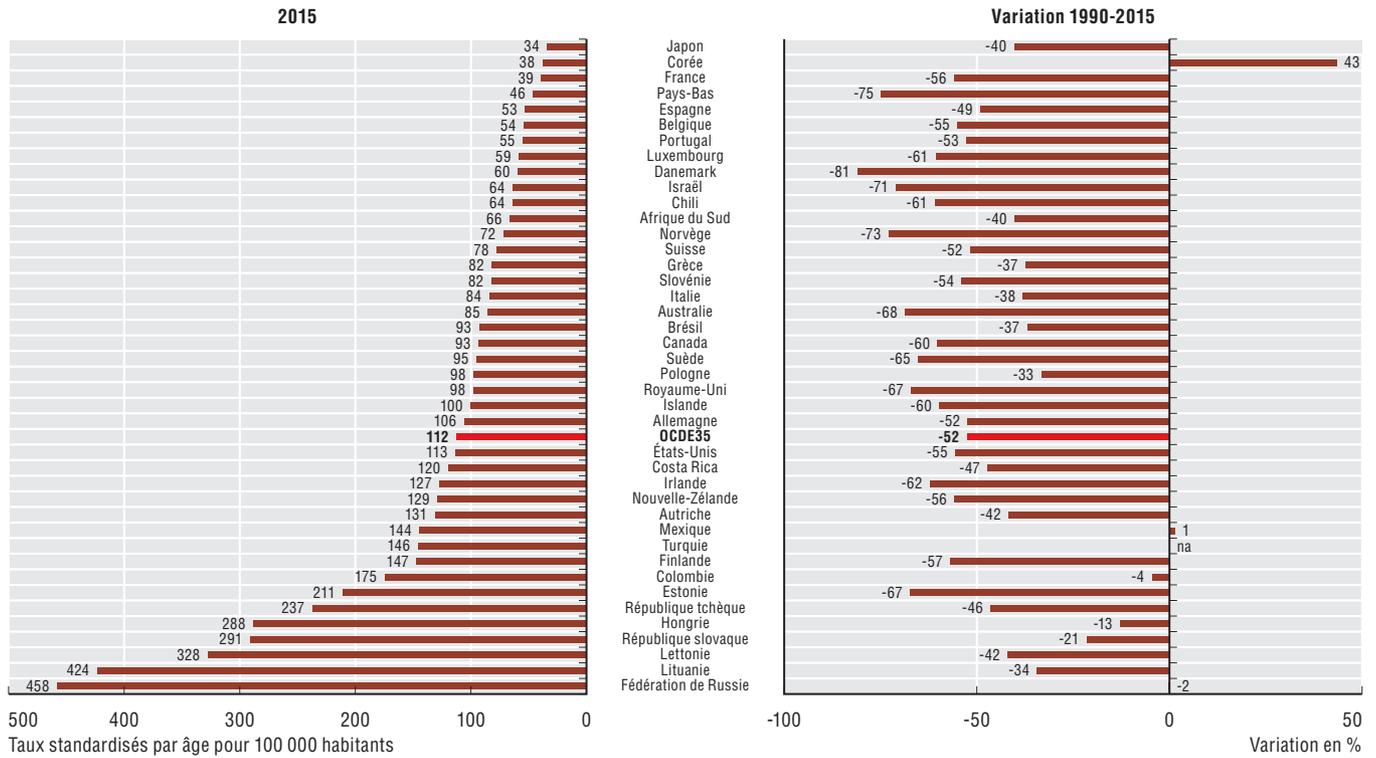
Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été standardisés par rapport à l'âge sur la base de la structure démographique des pays de l'OCDE en 2010 (disponible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

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

Références

- Feigi, V. et al. (2016), "Global Burden of Stroke and Risk Factors in 188 Countries, During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet Neurology*, vol. 15, pp. 913-924.
- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for better health and quality of care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.

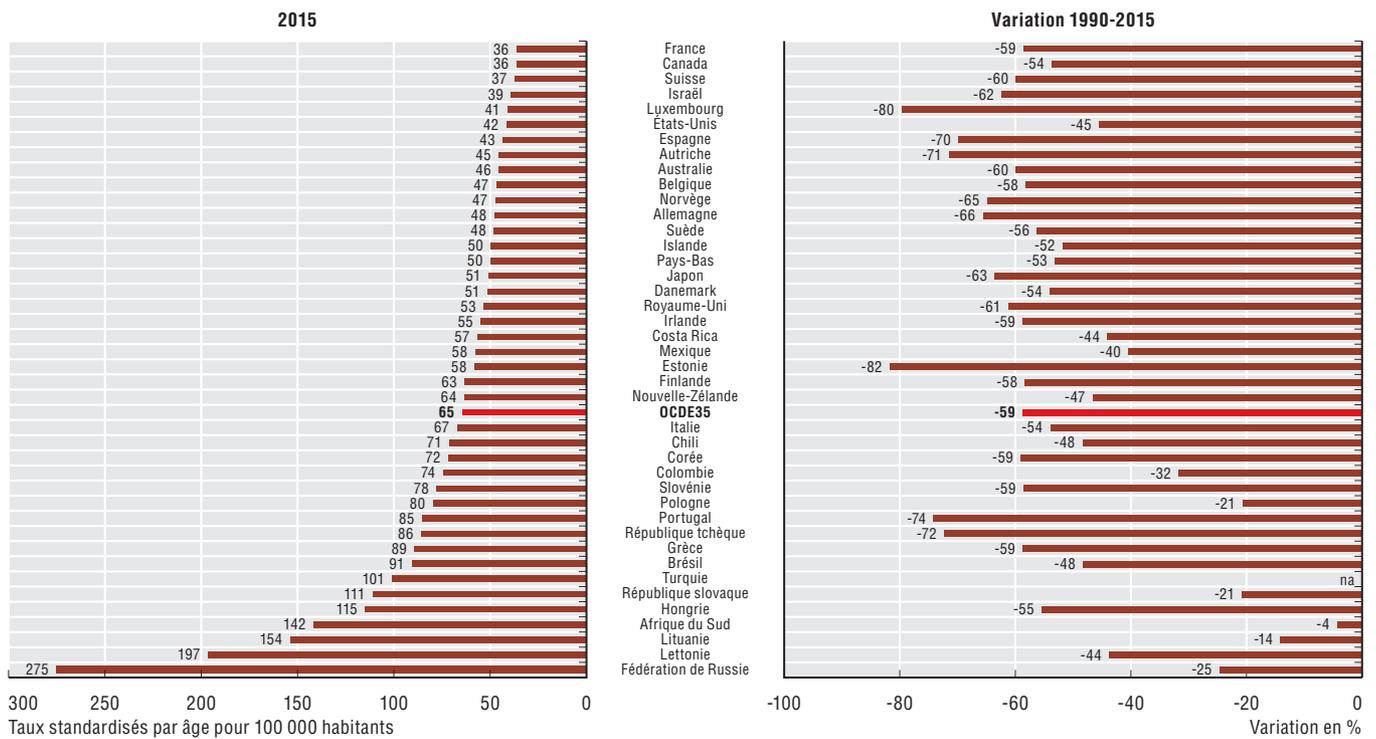
Graphique 3.8. Mortalité par cardiopathie ischémique, 2015 et variation 1990-2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606832>

Graphique 3.9. Mortalité par maladie cérébrovasculaire, 2015, et variation 1990-2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606851>

Mortalité due au cancer

Le cancer est la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE, après les maladies circulatoires ; il a été à l'origine de 25 % des décès en 2015, contre 15% en 1960. Dans plusieurs pays, comme le Danemark, la France, le Japon, les Pays-Bas, le Canada, le Royaume-Uni, l'Espagne, la Belgique et l'Australie, le taux de mortalités par cancer est supérieur à celui des maladies circulatoires. La part croissante des décès par cancer tient au fait que les taux de mortalité dus à d'autres causes, aux maladies circulatoires notamment, reculent plus rapidement que ceux du cancer.

On recense plus de 100 types de cancer. Pour de nombreux cancers, le risque de développer la maladie augmente avec l'âge. Le patrimoine génétique est certes un facteur de risque, mais 5 à 10 % seulement des cancers sont héréditaires. Les facteurs de risque modifiables, comme le tabagisme, l'obésité, le manque d'exercice, et l'exposition excessive au soleil, sont à l'origine de 90 à 95 % de tous les cancers (Anand et al., 2008). La prévention, le dépistage précoce et les traitements demeurent au cœur de la lutte contre le cancer (OCDE, 2013).

En 2015, le taux moyen de mortalité par cancer dans les pays de l'OCDE était légèrement supérieur à 200 pour 100 000 habitants (graphique 3.10). C'est au Mexique, en Turquie, en Finlande, en Suisse, au Japon, en Israël et en Corée qu'il était le plus faible, à moins de 180 pour 100 000 habitants. Dans les pays partenaires, il était également inférieur à 180 pour 100 000 habitants en Colombie, au Brésil, au Costa Rica et en Afrique du Sud. La Hongrie, la République slovaque, la Slovaquie et la Lettonie affichaient les taux les plus élevés, supérieurs à 240 pour 100 000 habitants.

Les taux de mortalité par cancer reculent depuis 1990 dans la plupart des pays de l'OCDE, les baisses les plus fortes étant observées en République tchèque et en Suisse. Globalement, ils ont chuté de 18 % entre 1990 et 2015. Un recul sensible de la mortalité due au cancer de l'estomac, au cancer colorectal et au cancer du poumon chez les hommes, et aux cancers du sein, du col de l'utérus et de l'ovaire chez les femmes a contribué à ce repli. Ces avancées ont toutefois été en partie contrebalancées par la hausse du nombre de décès dus au cancer du foie, de la peau ou du pancréas pour les deux sexes, et de ceux dus au cancer du poumon chez les femmes.

La mortalité par cancer est plus importante chez les hommes dans tous les pays (graphique 3.11). L'écart entre hommes et femmes est particulièrement marqué en Corée, en Turquie, en Lettonie, en Estonie, en Espagne et au Portugal, où le taux de mortalité par cancer des hommes représente plus du double de celui des femmes. Cette différence s'explique en partie par la plus forte prévalence des facteurs de risque chez les hommes, en particulier le tabagisme.

Chez les hommes, c'est le cancer du poumon qui constitue la première cause de mortalité ; il compte pour 22 % des décès par cancer (graphique 3.12). Chez les femmes, il est à l'origine de 16 % des décès par cancer. Dans de nombreux pays, le taux de mortalité par cancer du poumon a reculé chez les hommes au cours des 25 dernières années, en particulier au Mexique, aux Pays-Bas, en République tchèque, en Finlande et au Royaume-Uni où il a baissé d'environ 50 %. En revanche, il a progressé chez les femmes dans plusieurs pays comme les Pays-Bas, la France et l'Espagne, où il a plus que doublé depuis 1990. Cette évolution contrastée tient en grande partie au

grand nombre de femmes qui ont commencé à fumer plusieurs décennies après les hommes.

Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes dans de nombreux pays de l'OCDE. Bien que son incidence ait augmenté au cours de la dernière décennie, la mortalité a diminué dans la plupart des pays grâce aux diagnostics plus précoces et à l'amélioration des traitements. Elle a augmenté en Corée et au Japon, dont les taux restaient toutefois les plus faibles en 2015. C'est en Irlande, en Islande, en Hongrie, au Danemark et aux Pays-Bas que les taux de mortalité par cancer du sein étaient les plus élevés en 2015.

Le cancer colorectal est une cause majeure de mortalité par cancer, chez les hommes comme chez les femmes (deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes et troisième chez les femmes). Au Japon, il est la première cause de mortalité chez les femmes. En 2015, c'est au Mexique et en Turquie que la mortalité par cancer colorectal était la plus faible, et en Hongrie et en République tchèque qu'elle était la plus élevée.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes, en particulier après 65 ans.

Définition et comparabilité

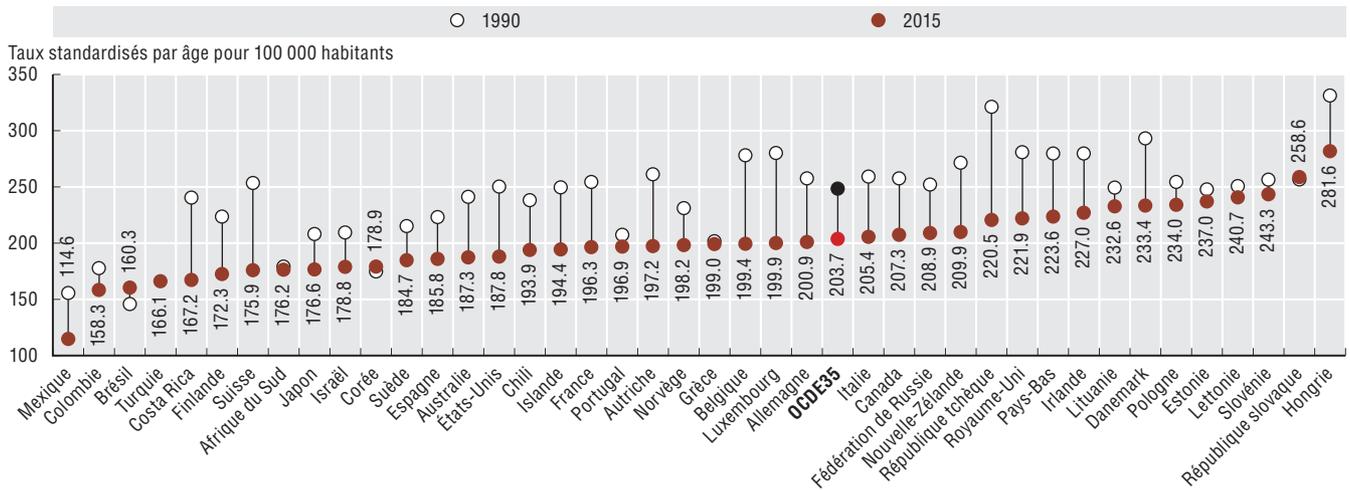
Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par l'effectif de la population correspondante. Les taux obtenus ont été directement standardisés par rapport à l'âge sur la base de la structure démographique des pays de l'OCDE en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

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

Références

- Anand, P. et al. (2008), « Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes », *Pharmaceutical Research*, vol. 25, n° 9, pp. 2097-2116.
- OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- Slawomirski, L., A. Aaraaen et N. Klazinga (2017), « The Economics of Patient Safety: Strengthening a Value-based Approach to Reducing Patient Harm at National Level », *OECD Health Working Papers*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.

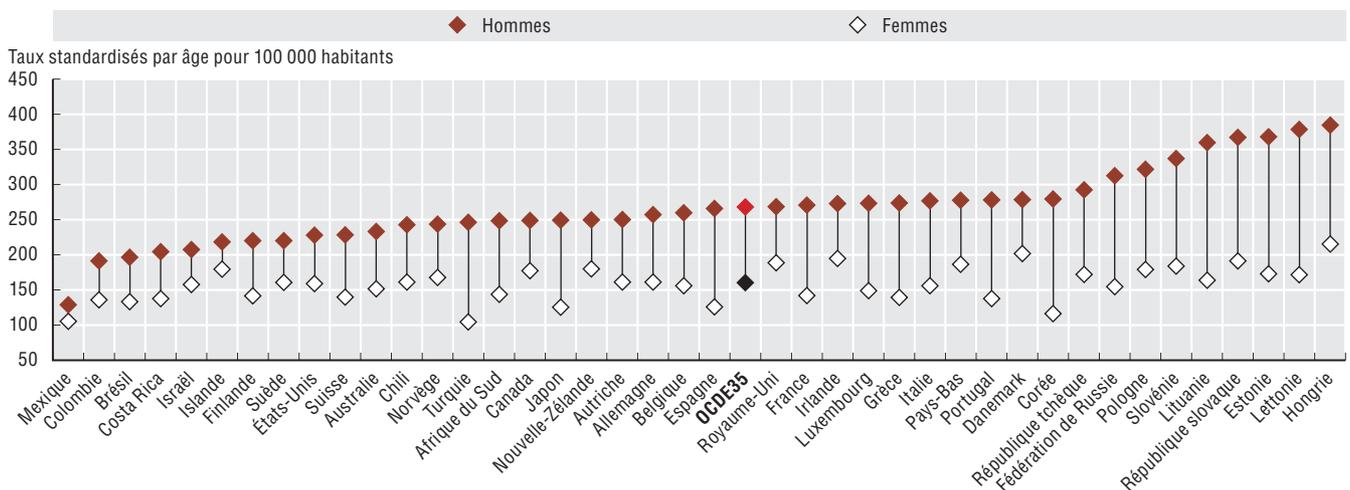
Graphique 3.10. **Mortalité par cancer, 1990 et 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606870>

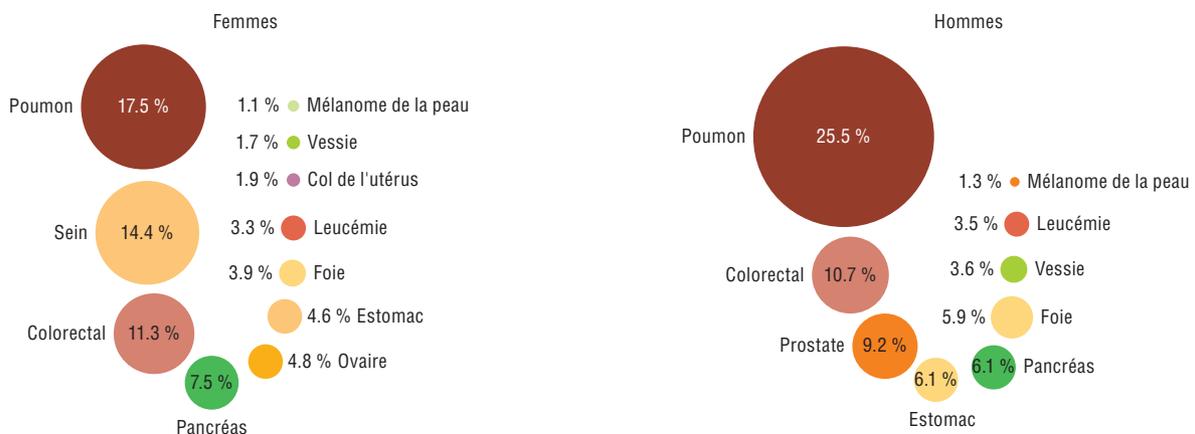
Graphique 3.11. **Mortalité par cancer, par sexe, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606889>

Graphique 3.12. **Principales causes de décès par cancer, par sexe, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Part du total des décès par cancer dans les pays de l'OCDE, par genre.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606908>

Le taux de mortalité infantile, qui mesure la proportion de décès chez les bébés et les enfants de moins d'un an, est la mesure la plus fondamentale de la santé du nourrisson.

Dans les pays de l'OCDE, deux tiers environ des décès qui surviennent durant la première année de vie sont des décès néonataux (quatre premières semaines). Les principales causes de mortalité néonatale dans les pays développés sont les anomalies congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenus pendant la grossesse. S'agissant des décès de nourrissons de plus d'un mois (mortalité post-néonatale), les causes sont généralement plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN), les anomalies congénitales, les infections et les accidents.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la mortalité infantile est faible, et son taux varie peu d'un pays à l'autre (graphique 3.13). En 2015, la moyenne pour les pays de l'OCDE était inférieure à 4 décès pour 1 000 naissances vivantes. La Turquie et le Mexique affichent encore des taux relativement élevés, de plus de dix décès pour 1 000 naissances vivantes.

Dans certains grands pays partenaires (Inde, Afrique du Sud et Indonésie), les taux de mortalité infantile restent supérieurs à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes, bien qu'ils aient considérablement diminué dans ces trois pays ces dernières décennies. De fait, la mortalité infantile a sensiblement fléchi dans tous les pays membres et partenaires de l'OCDE, la baisse enregistrée depuis 1990 étant particulièrement prononcée en Slovaquie, en Estonie, en Pologne, en Corée et en Chine.

Malgré le recul de la mortalité infantile, le nombre croissant de nourrissons de faible poids à la naissance dans certains pays de l'OCDE est un sujet de préoccupation. Dans un certain nombre de pays, ce phénomène a contribué à stabiliser la tendance à la baisse des taux de mortalité infantile ces dernières années. Dans l'OCDE, en 2015, un enfant sur 15 en moyenne (soit 6.5 % des naissances) pesait moins de 2 500 grammes à la naissance (graphique 3.14). Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, le taux de naissances de faible poids a augmenté au cours des 20 dernières années principalement en raison de l'augmentation des naissances prématurées (Euro-Peristat, 2013). Depuis 1990, le nombre de bébés de faible poids à la naissance a sensiblement progressé (de 50 % au moins) en Corée, en Espagne, au Portugal, en Grèce et au Japon, les taux demeurant toutefois inférieurs à la moyenne de l'OCDE en Corée.

Le faible poids à la naissance peut être dû à un retard de croissance intra-utérin ou à une naissance prématurée. Les nouveau-nés de faible poids sont plus exposés au risque de mauvaise santé ou de décès, doivent rester hospitalisés plus longtemps après la naissance, et sont plus susceptibles de souffrir de handicaps importants.

Parmi les facteurs de risque de faible poids à la naissance figurent le tabagisme et la consommation excessive d'alcool de la mère, sa mauvaise nutrition, son faible indice de masse corporelle, un milieu socio-économique défavorisé, un traitement de fécondation in vitro et des grossesses multiples, et un âge plus avancé. Le recours accru à des techniques d'accouchement comme le déclenchement du travail et la césarienne, qui ont augmenté les taux de survie des enfants de faible poids, peut également expliquer la hausse du nombre de nourrissons à faible poids à la naissance.

Malgré l'utilisation répandue du plafond de 2 500 grammes pour définir le faible poids à la naissance, il existe entre les

différents pays et groupes de population des variations physiologiques qu'il convient de prendre en compte pour interpréter les disparités (Euro-Peristat, 2013).

Les comparaisons entre différents groupes de population d'un même pays indiquent que la mortalité infantile et le pourcentage de naissances de faible poids peuvent être influencés par les disparités relatives au niveau d'instruction et de revenu, et aux conditions de vie connexes. Aux États-Unis, par exemple, les femmes noires sont plus susceptibles de donner naissance à des nourrissons de faible poids, et le taux de mortalité infantile est plus de deux fois supérieur à celui des enfants blancs. (NCHS, 2015). Des différences similaires ont été observées entre les populations autochtones et non autochtones en Australie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande, qui tiennent aux conditions de vie défavorisées de nombreuses mères autochtones.

Définition et comparabilité

Le taux de mortalité infantile indique le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. La diversité des pratiques en matière d'enregistrement des naissances prématurées peut en partie expliquer les variations internationales des taux de mortalité infantile. Certains pays enregistrent toutes les naissances vivantes, y compris les bébés de très faible poids présentant peu de chances de survie, mais plusieurs autres n'enregistrent les naissances vivantes qu'à partir de 22 semaines de gestation (ou d'un poids minimum de 500 grammes à la naissance) (Euro-Peristat, 2013). Afin de supprimer cet obstacle à la comparabilité des données, les chiffres présentés ici couvrent uniquement les enfants nés après un minimum de 22 semaines de gestation (ou pesant au moins 500 grammes à la naissance) pour une majorité de pays de l'OCDE ayant communiqué ces informations. Toutefois, les données de certains pays (comme le Canada et l'Australie) sont toujours fondées sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées, d'où une certaine surestimation.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, un nourrisson ayant un faible poids de naissance est un enfant qui pèse moins de 2 500 grammes à la naissance, quel que soit l'âge gestationnel auquel il est né. Cette définition repose sur des observations épidémiologiques concernant le risque accru de décès de l'enfant et sert de point de départ à l'établissement de statistiques internationales comparatives sur la santé. Le nombre de naissances d'enfants de faible poids est exprimé en pourcentage du total des naissances vivantes.

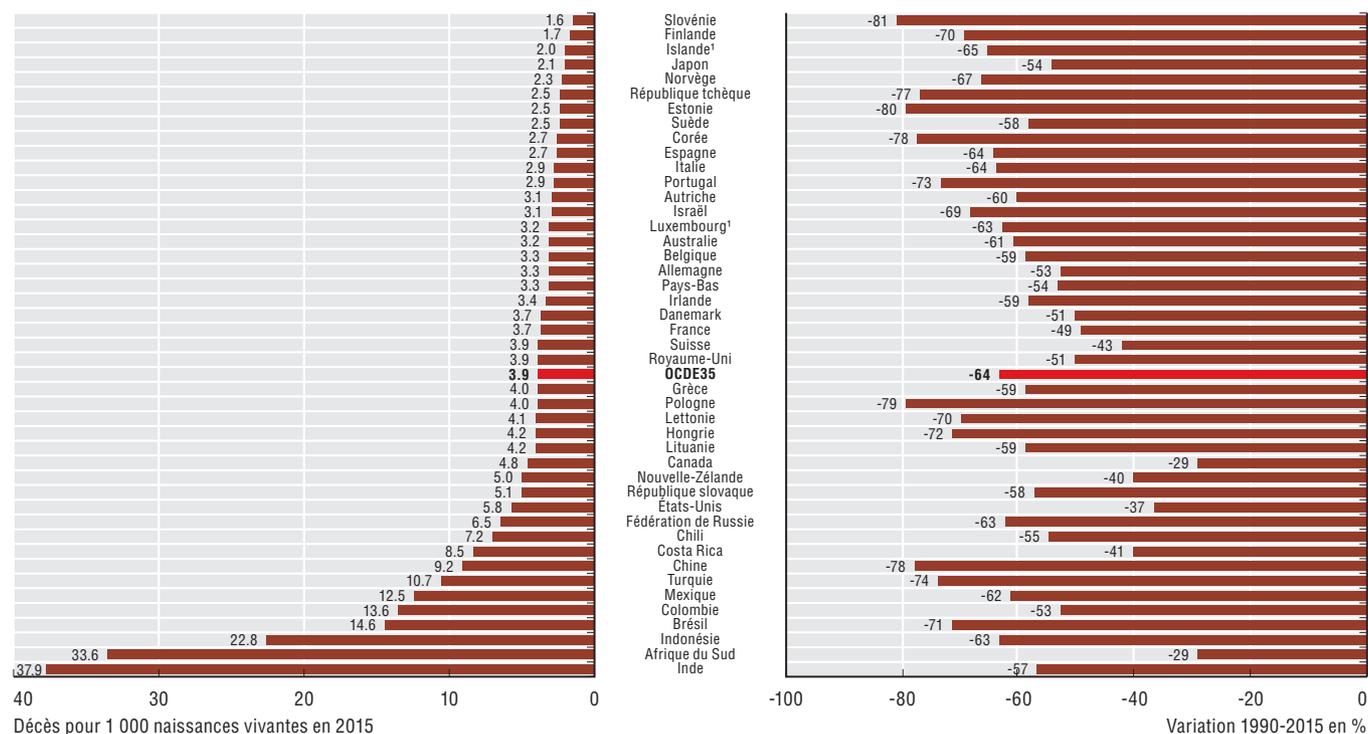
Références

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

NCHS – National Center for Health Statistics (2016), *Health, United States, 2015, with Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities*, NCHS, Hyattsville, États-Unis.

Cette page a fait l'objet d'un corrigendum. Voir : http://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/Corrigendum_Panorama_de_la_sante_2017.pdf

Graphique 3.13. **Mortalité infantile, 2015 et variation 1990-2015 (ou année la plus proche)**

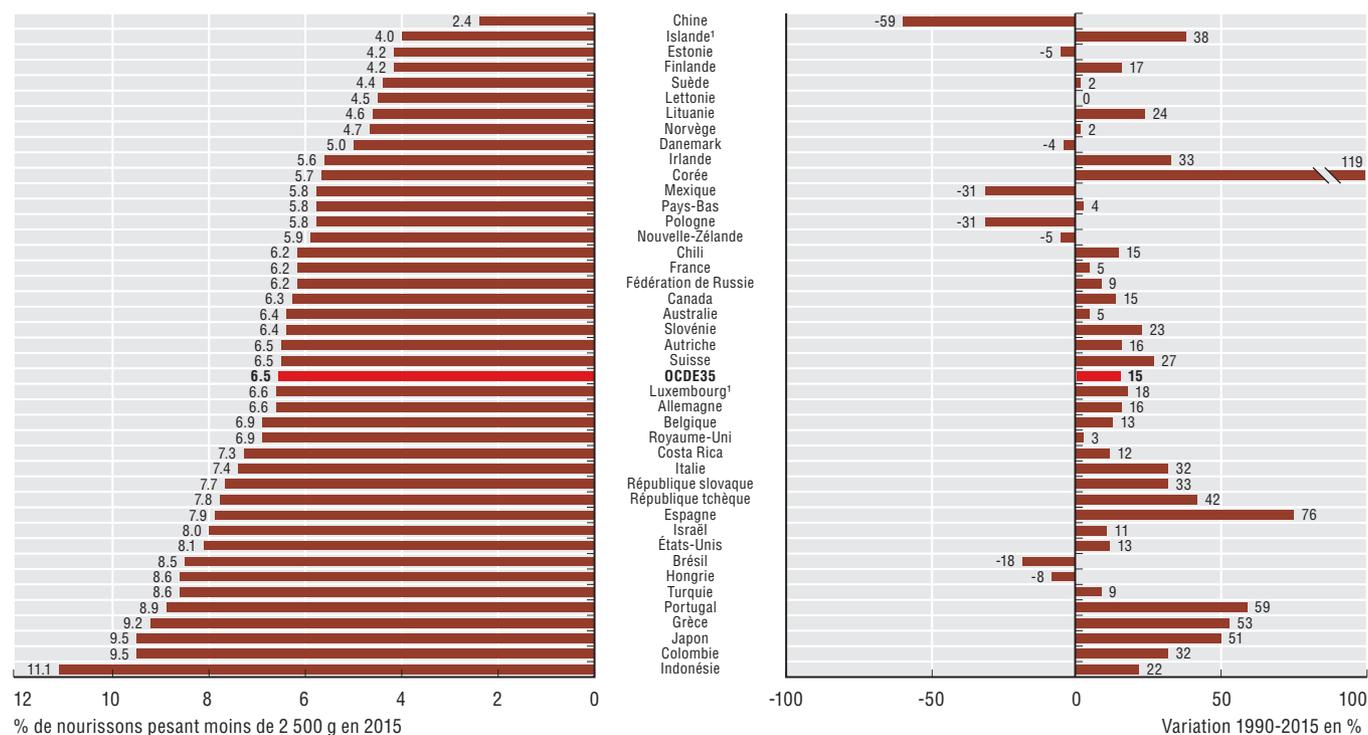


Décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015

1. Moyenne sur 3 ans (1988-90 et 2013-15).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606927>

Graphique 3.14. **Faible poids des nourrissons à la naissance, 2015 et variation 1990-2015 (ou année la plus proche)**



% de nourrissons pesant moins de 2 500 g en 2015

1. Moyenne sur 3 ans (1988-90 et 2013-15).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606946>

Les maladies mentales représentent une proportion considérable – et croissante – de la charge mondiale de morbidité. On estime qu'une personne sur deux sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, et qu'environ un adulte en âge de travailler sur cinq en souffre à tout moment (OCDE, 2012 ; OCDE, 2015). La dépression à elle seule touche des millions d'individus chaque année. Le graphique 3.17 présente la prévalence autodéclarée de la dépression en Europe. Le taux de prévalence de la dépression sur douze mois s'établit en moyenne à 7.9 % de la population. Les femmes ont signalé des taux de dépression plus élevés dans tous les pays ; en Espagne, en Lituanie, en Hongrie et en Pologne, la probabilité que les femmes déclarent avoir souffert de dépression au cours de l'année antérieure est supérieure à 50 %, taux qui atteint 66 % au Portugal. Les Islandais ou les Irlandais sont près de trois fois plus nombreux que les Tchèques à faire état d'une dépression (graphique 3.17). Ces écarts sont en partie liés à des comportements et des appréhensions différentes de la maladie mentale et de la dépression. Une perception moins stigmatisante de la dépression peut expliquer les taux supérieurs de maladie autodéclarée et de diagnostic.

Les troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et se traduisent par des résultats éducatifs médiocres, des taux de chômage plus élevés, et une moins bonne santé physique. Dans les cas graves, la dépression et d'autres maladies mentales, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, peuvent conduire les individus à l'automutilation, voire au suicide (McDaid et al., 2017). D'autres raisons complexes participent du taux de décès par suicide. Le contexte social, la pauvreté, la toxicomanie, et le chômage, notamment, sont tous associés à des taux supérieurs de suicide.

Le suicide demeure une cause substantielle de décès dans de nombreux pays de l'OCDE. Le graphique 3.15 montre que c'est en Afrique du Sud, en Turquie, en Grèce et en Colombie que les taux les plus bas étaient observés en 2015, avec moins de cinq décès par suicide pour 100 000 habitants. La Lituanie enregistrait le taux le plus élevé, avec 29 décès pour 100 000 habitants, suivie de la Corée et de la Fédération de Russie. Une certaine prudence s'impose dans la comparaison des taux de suicide. Il se peut en effet que le nombre de suicides soit sous-déclaré dans certains pays compte tenu des préjugés associés à l'acte ou des difficultés liées à leur enregistrement. Contrairement à la prévalence de la dépression, les taux de mortalité par suicide sont de trois à quatre fois plus élevés chez les hommes. Les études indiquent que l'écart entre hommes et femmes est moins important en ce qui concerne les tentatives de suicide, mais que les hommes utilisent généralement des méthodes plus radicales.

Les taux de suicide ont régulièrement diminué dans l'OCDE ; ils ont reculé de près de 30 % entre 1990 et 2015. Dans certains pays, la baisse a été substantielle, notamment en Estonie, en Finlande et en Hongrie, où ils ont fléchi de 40 % au moins (graphique 3.16). En Finlande, des diminutions importantes du nombre de suicides peuvent être attribuées au moins en partie aux programmes ciblés de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, ainsi qu'à l'amélioration des soins de santé mentale. Dans d'autres pays, le nombre de suicides a

augmenté ces dernières années. Au Mexique, le taux de suicide est passé de 4.8 pour 100 000 habitants en 2010 à 5.5 pour 100 000 habitants en 2015, et de 12.5 pour 100 000 habitants à 13.5 pour 100 000 habitants aux États-Unis. Diverses mesures peuvent à la fois prévenir et traiter la dépression, et prévenir le suicide mais, dans de nombreux pays, les personnes atteintes de maladie mentale éprouvent des difficultés à accéder aux soins appropriés en temps opportun.

Définition et comparabilité

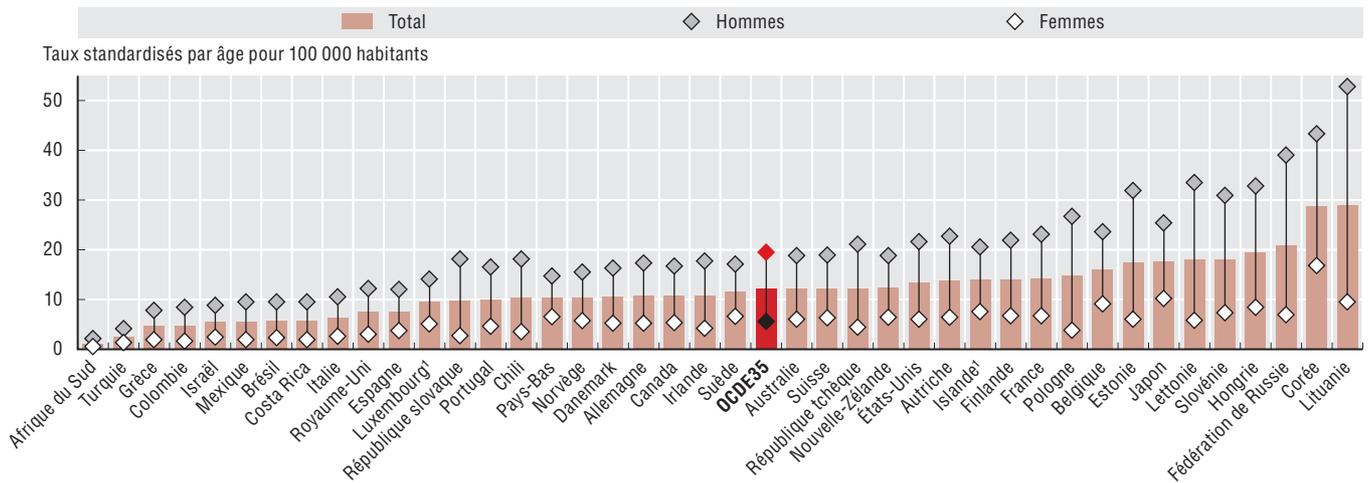
La déclaration d'un suicide est une procédure complexe qui est influencée par divers éléments, notamment comment vérifier l'intention de la personne de passer à l'acte, les personnes responsables de l'établissement du certificat de décès, et les aspects culturels, dont les préjugés entourant le suicide. Les écarts de taux entre pays doivent donc être interprétés avec prudence. Les taux de mortalité sont calculés par le nombre de décès divisé par les effectifs de la population correspondante. Ils ont été standardisés par rapport à l'âge selon la structure de la population de l'OCDE. Les données utilisées sont issues de la *Base de données de l'OMS sur la mortalité* ; les suicides correspondent aux codes X60 à X84 et Y870 de la CIM-10.

Les estimations de la prévalence de la dépression sont établies à partir du deuxième volet de l'Enquête européenne de santé par entretien, qui comportait la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous souffert de l'une des maladies ou affections suivantes ? » et présentait une liste où figurait la dépression. Les données concernant la dépression obtenues sur déclaration des personnes interrogées peuvent être sous-estimées ou erronées. Les études réalisées dans plusieurs pays européens recensent des variations plus importantes entre les pays lorsque les données relatives aux maladies mentales sont recueillies selon cette méthode que par d'autres moyens.

Références

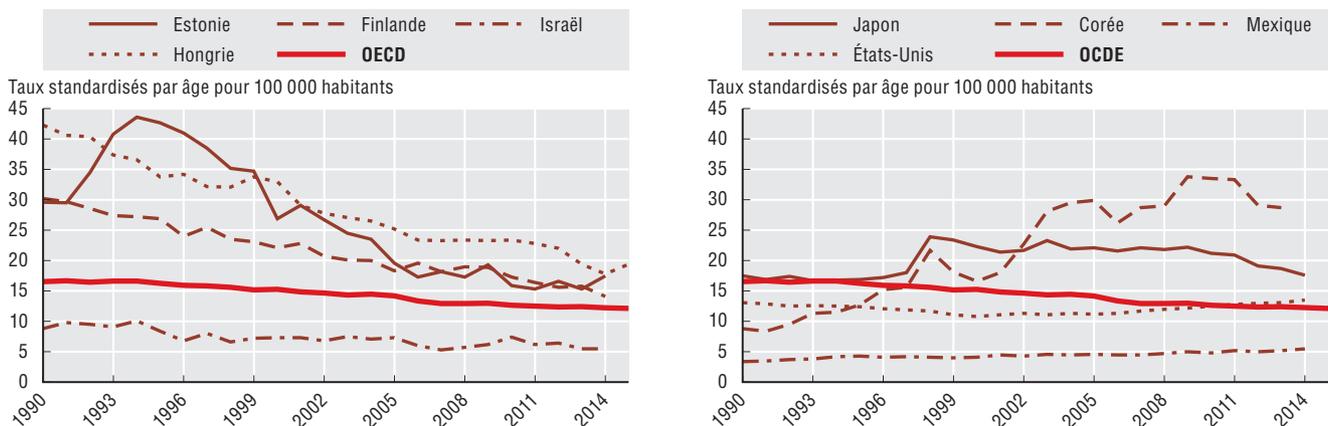
- McDaid, D., E. Hewlett et A. Park (2017), « Understanding Effective Approaches to Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness », *OECD Health Working Papers*, n° 97, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en>.
- OCDE (2015), *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-fr>.
- OCDE (2012), *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124523-en>.

Graphique 3.15. **Mortalité par suicide, 2015 (ou année la plus proche)**



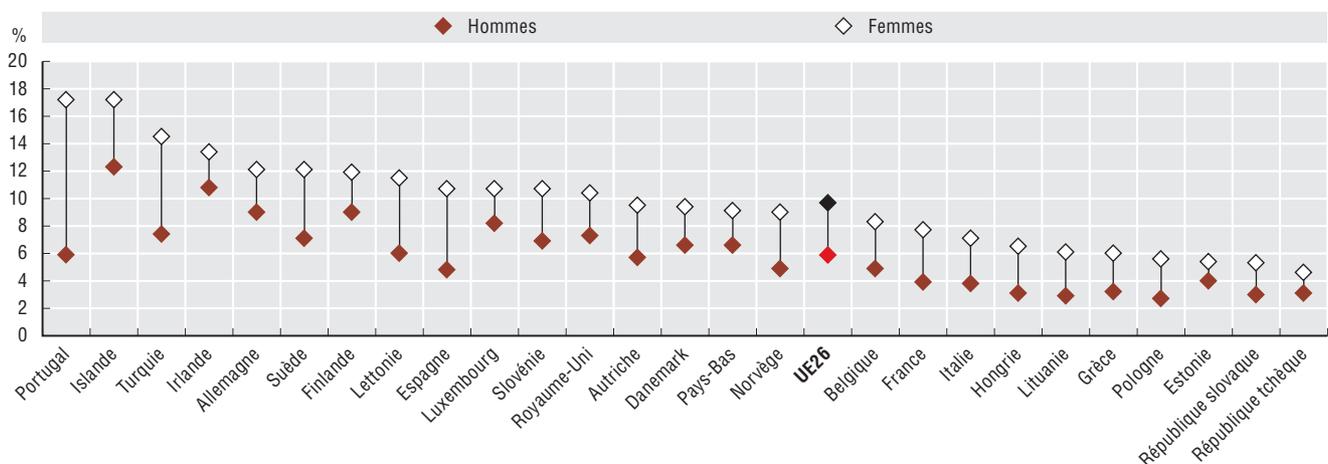
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606965>

Graphique 3.16. **Évolution de la mortalité par suicide dans quelques pays de l'OCDE, 1990-2015**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933606984>

Graphique 3.17. **Prévalence de la dépression chronique, 2014**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607003>

État de santé général perçu

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui permettent aux personnes interrogées de rendre compte de différents aspects de leur santé. Une question classique sera formulée de la manière suivante : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». Malgré le caractère subjectif de la question, les indicateurs de perception de l'état de santé général sont une variable prédictive fiable de la consommation de soins de santé et de la mortalité futures (Palladino et al., 2016).

Dans l'optique de comparaisons internationales, les écarts de perception de l'état de santé général sont difficiles à interpréter, car la formulation des questions et des réponses et les facteurs socioculturels peuvent influencer sur les résultats. Un biais de tendance centrale a ainsi été observé au Japon et en Corée (Lee et al., 2003). En outre, comme les personnes âgées signalent plus souvent un mauvais état de santé que les jeunes, les pays comptant une proportion plus importante de personnes âgées recensent également moins de personnes se déclarant en bonne santé.

Ces réserves étant faites, dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la majorité de la population adulte s'estime en bonne santé (graphique 3.18). La Nouvelle-Zélande, le Canada, les États-Unis et l'Australie arrivent en tête, avec plus de 85 % des personnes se déclarant en bonne santé. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans ces quatre pays diffèrent de celles utilisées dans les pays européens et dans les pays asiatiques de l'OCDE, ce qui introduit un biais par excès (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

À l'inverse, moins de la moitié de la population adulte du Japon, de la Corée, de la Lettonie et du Portugal s'estime en bonne santé. La proportion est aussi relativement faible en Estonie, en Hongrie, en Pologne, et au Chili, où moins de 60 % des adultes se considèrent en bonne santé. Dans bon nombre de ces cas, néanmoins, les adultes jugent leur état de santé moyen. Une distinction éventuellement plus nette a trait aux adultes qui s'estiment en mauvaise santé. Dans l'OCDE, c'est le cas de 9 % des adultes en moyenne. Ce pourcentage est supérieur à 15 % au Portugal, en Corée, en Lettonie, en Israël, en Hongrie et en Estonie.

Dans tous les pays de l'OCDE, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se considérer en bonne santé, sauf en Nouvelle-Zélande, au Canada et en Australie où l'écart est quasiment inexistant. Comme on pouvait s'y attendre, l'état de santé autoévalué tend à diminuer avec l'âge. Dans de nombreux pays, ce déclin est particulièrement marqué après l'âge de 45 ans, un autre intervenant après l'âge de 65 ans.

De fortes disparités sont également observables dans la perception de l'état de santé selon le milieu socio-économique. Le graphique 3.19 montre que, dans tous les pays, les individus à faible revenu ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que ceux dont les revenus sont élevés, même si l'écart varie. Globalement, dans les pays de l'OCDE, près de 80 % des personnes du quintile supérieur de revenu s'estiment en bonne santé, contre un peu moins de 60 % de celles qui ont les revenus les plus bas. Ces disparités peuvent s'expliquer par des différences dans les conditions de vie et de travail, ainsi que par des différences dans les facteurs de risques, comme le tabac. Les personnes vivant dans des ménages à faible revenu ont parfois aussi un accès plus limité à certains services de santé, pour des raisons financières ou autres (voir le chapitre 5 sur l'accès aux soins). Un lien de cause à effet inverse est

également possible, un mauvais état de santé conduisant à une baisse de l'emploi et des revenus.

Il serait possible d'améliorer encore l'état de santé de la population en général et de réduire les inégalités en matière de santé en mettant davantage l'accent sur la santé publique et la prévention des maladies chez les personnes défavorisées, et en développant l'accès aux services de santé.

Définition et comparabilité

L'état de santé perçu reflète la perception générale que les individus ont de leur santé. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ».

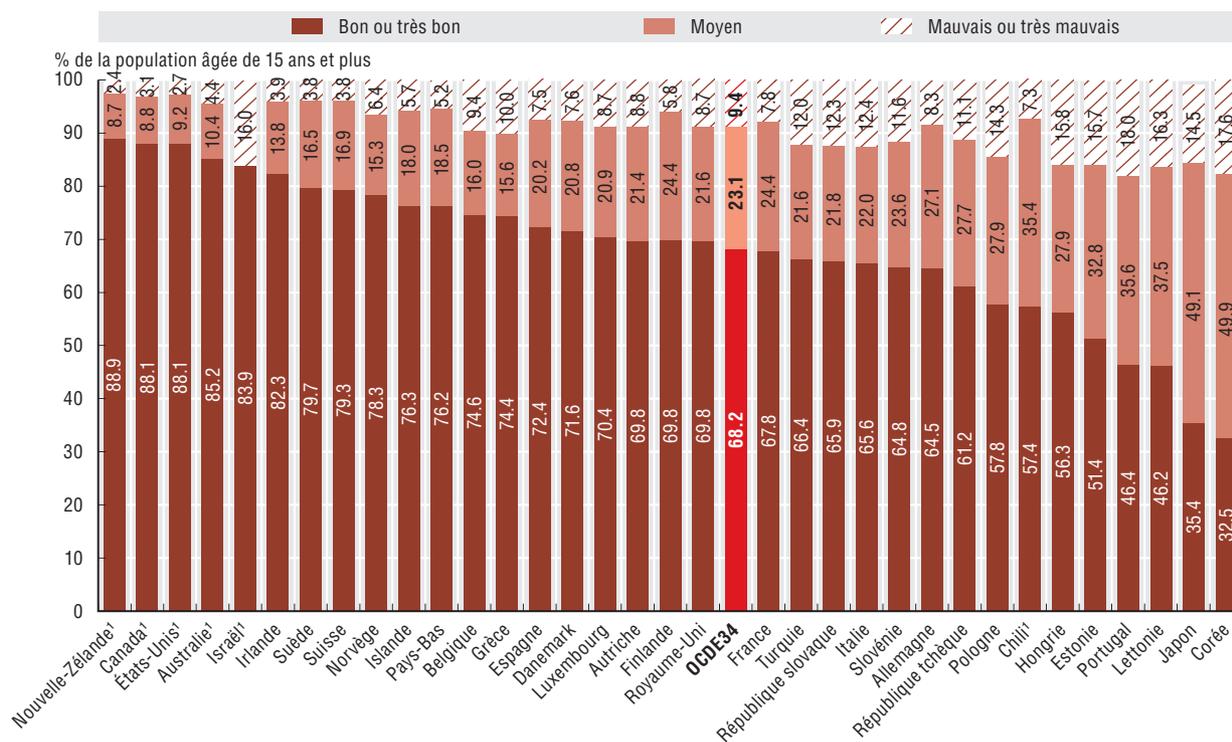
Il convient d'être prudent dans les comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour deux raisons au moins. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par des facteurs culturels. Deuxièmement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. L'échelle de réponse utilisée aux États-Unis, au Canada, en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Chili est *asymétrique* (elle est biaisée vers les réponses positives), et propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est *symétrique*, comportant les catégories : « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». En Israël, l'échelle est *symétrique* mais il n'existe pas de catégorie médiane relative à une santé « moyenne ». Les résultats sont donc biaisés vers le haut dans les pays qui utilisent une échelle *asymétrique* ou *symétrique* ne comportant pas de catégorie intermédiaire.

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

Références

- Lee, Y. et al. (2003), « A Comparison of Correlates of Self-rated Health and Functional Disability of Older Persons in the Far East: Japan and Korea », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 37, pp. 63-76.
- Lumsdaine, R. et A. Exterkate (2013), « How Survey Design Affects Self-assessed Health Responses in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE) », *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307.
- Palladino, R. et al. (2016), « Associations Between Multimorbidity, Healthcare Utilisation and Health Status: Evidence from 16 European Countries », *Age and Ageing*, vol. 45, pp. 431-435, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044>.

Graphique 3.18. Perception de l'état de santé chez la population adulte, 2015 (ou année la plus proche)

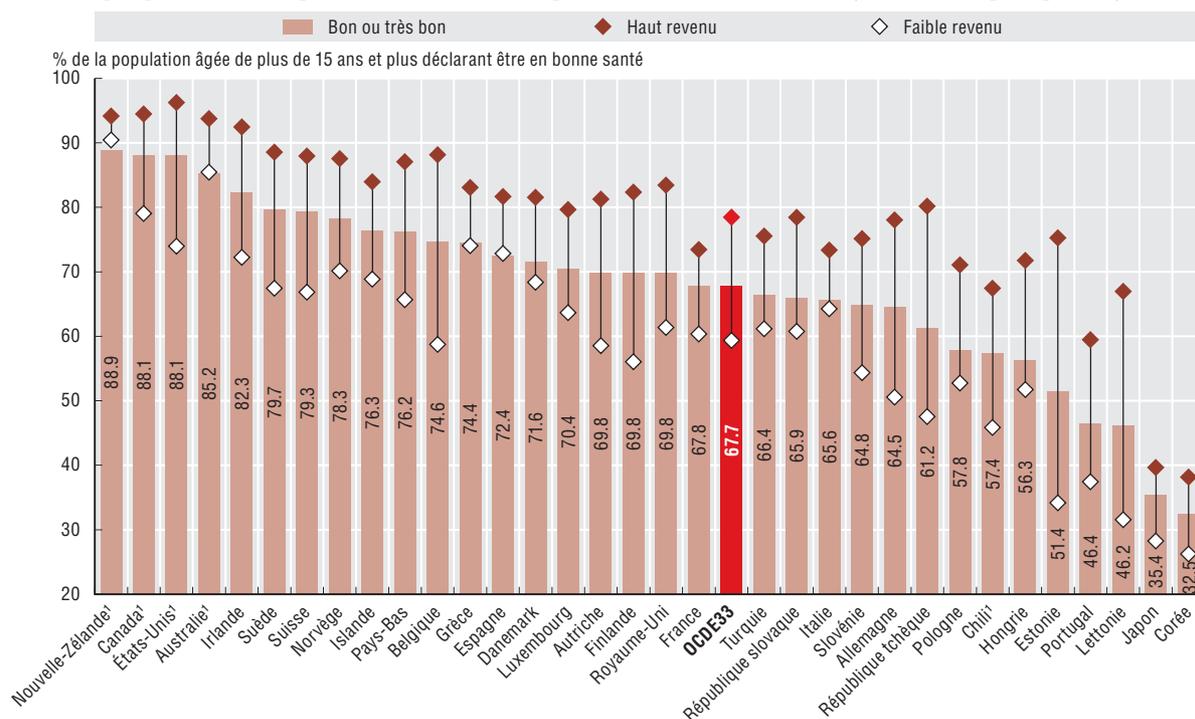


1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais à la hausse). En Israël, il n'existe pas de catégorie reliée à un état de santé « moyen ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607022>

Graphique 3.19. Perception de l'état de santé par niveau de revenu, 2015 (ou année la plus proche)¹¹



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

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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607041>

Incidence du cancer

On estime à 5.8 millions le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2012 dans les pays de l'OCDE, dont 54 % (environ 3.1 millions) concernent les hommes et 46 % (environ 2.7 millions) les femmes. Les plus courants sont le cancer du sein (12.9 % des nouveaux cas de cancer) et de la prostate (12.8 %), suivis du cancer du poumon (12.3 %) et du cancer colorectal (11.9 %). Ces quatre cancers représentent la moitié de la charge de morbidité estimée du cancer dans les pays de l'OCDE (Ferlay et al., 2014).

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

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

Le cancer du sein est de loin le cancer primitif le plus fréquent chez les femmes (28 % en moyenne), suivi du cancer colorectal (12 %), du poumon (10 %), et du col de l'utérus (3 %). Les causes du cancer du sein ne sont pas entièrement connues, mais les facteurs de risque incluent l'âge, les antécédents familiaux, la densité mammaire, l'exposition aux œstrogènes, le surpoids et l'obésité, la consommation d'alcool, la radiothérapie et les traitements hormonaux de substitution. En 2012, les taux d'incidence les plus élevés, supérieurs de 25 % ou plus à la moyenne de l'OCDE, étaient observés en Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas (graphique 3.21). Le Chili et le Mexique affichaient les taux les plus bas, suivis de la Turquie et de la Grèce. La variation de l'incidence du cancer du sein d'un pays de l'OCDE à l'autre serait imputable, en partie tout au moins, à la diversité de la couverture et des méthodes de dépistage. Bien que les taux de mortalité par cancer du sein aient diminué dans la plupart des pays de l'OCDE depuis les années 1990 grâce à des diagnostics plus précoces et à une amélioration des traitements, ce cancer demeure l'une des premières causes de décès par cancer chez les femmes (voir indicateur « Mortalité due au cancer » dans le présent chapitre et « Dépistage, survie et mortalité du cancer du sein » au chapitre 6).

Dans quasiment tous les pays de l'OCDE, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les hommes, sauf en Hongrie, en Pologne, en Turquie et en Grèce, où le cancer du poumon demeure prédominant, et au Japon et en Corée où c'est le cancer colorectal qui touche principalement les hommes. Globalement, dans les pays de l'OCDE, le cancer de la prostate représentait 24 % des nouveaux

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

Définition et comparabilité

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

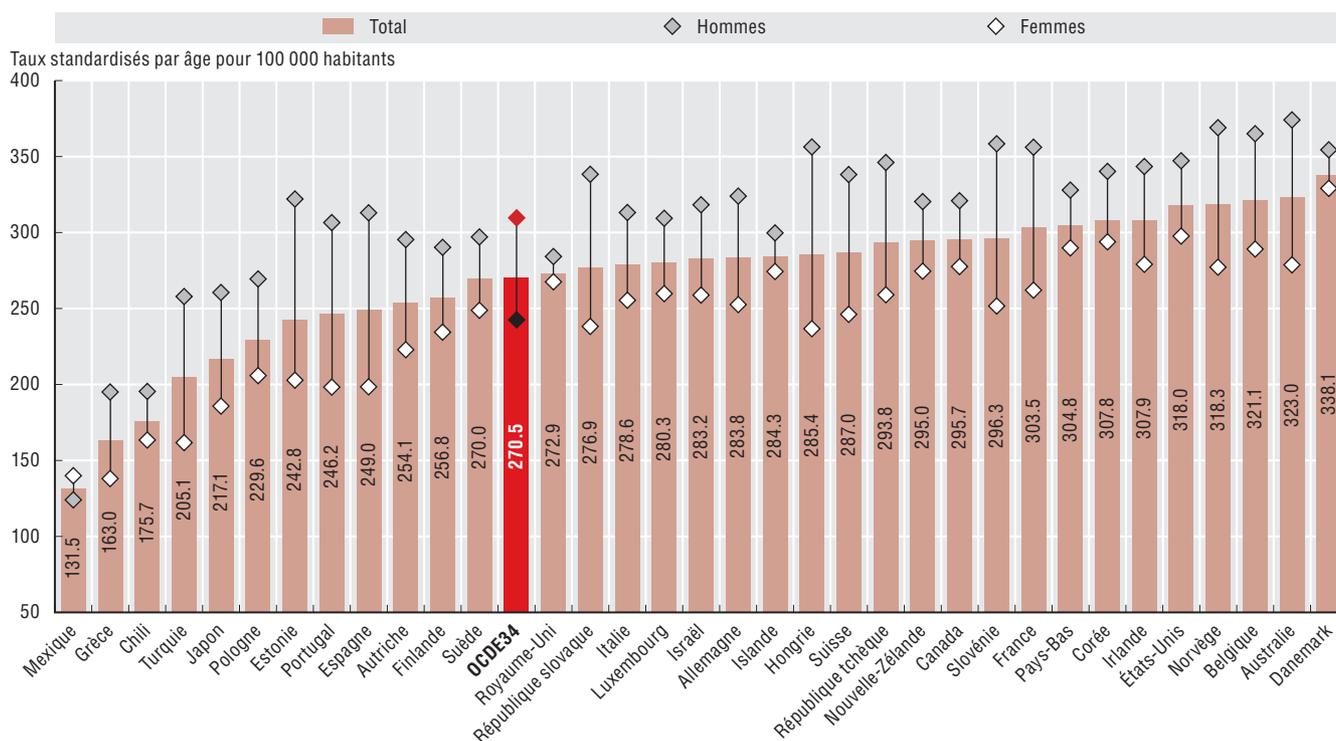
L'enregistrement des cancers est bien établi dans la plupart des pays de l'OCDE, la qualité et l'exhaustivité des données pouvant toutefois varier. Dans certains pays, les registres du cancer sont uniquement régionaux. La comparabilité internationale des données sur l'incidence du cancer peut être altérée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

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

Références

Ferlay, J. et al. (2014), « Cancer Incidence and Mortality Worldwide: Sources, Methods and Major Patterns in GLOBOCAN 2012 », *International Journal of Cancer*, vol. 136, n° 5, pp. E359E386.

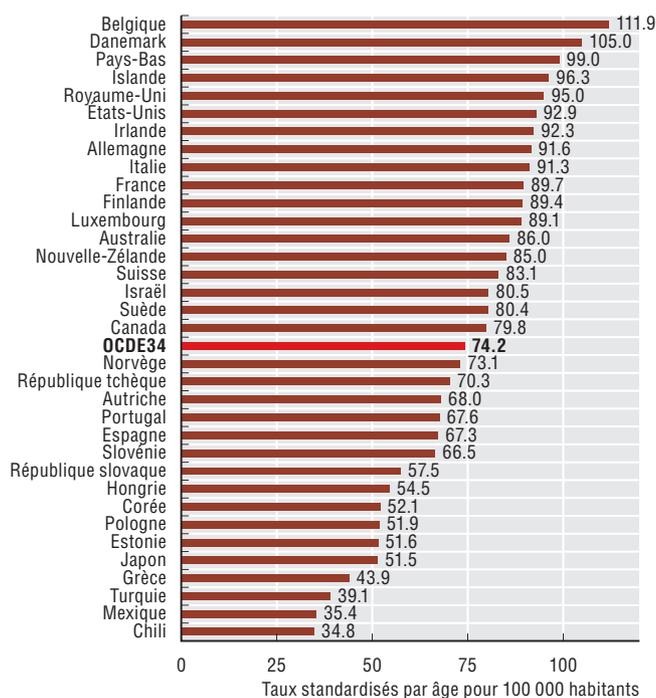
Graphique 3.20. Incidence de tous types de cancer, par sexe, 2012



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607060>

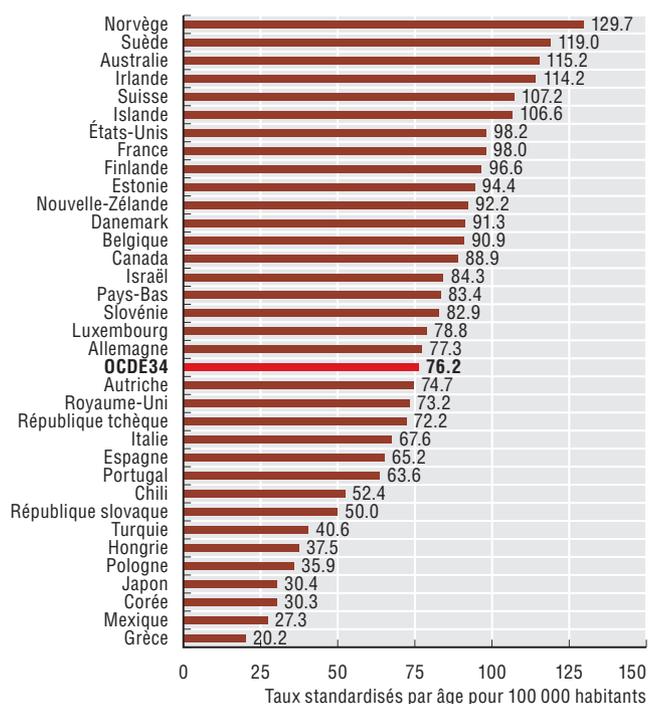
Graphique 3.21. Incidence du cancer du sein, femmes, 2012



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607079>

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



Source : Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607098>

Prévalence du diabète

Le diabète est une maladie chronique, qui se caractérise par un taux élevé de glucose dans le sang. Il est dû soit à un arrêt de la production d'insuline par le pancréas (diabète de type 1), soit au fait que les cellules du corps ne répondent pas correctement à l'insuline produite (diabète de type 2). Les diabétiques sont plus exposés au risque de maladies cardiovasculaires, comme les crises cardiaques ou les accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'aux risques de perte de la vue, d'amputation du pied ou de la jambe, et d'insuffisance rénale.

Dans l'OCDE, plus de 93 millions d'adultes – soit 7 % de la population adulte – étaient diabétiques en 2015 (graphique 3.23). La Fédération internationale du diabète (FID) estime à environ 33 millions le nombre de cas non diagnostiqués dans les pays de l'OCDE. Le plus fort taux de prévalence du diabète est observé au Mexique, où plus de 15 % des adultes en sont atteints. Ce taux est également élevé en Turquie, aux États-Unis et au Chili, où 10 % au moins des adultes sont diabétiques. En Estonie, en Irlande, au Luxembourg, en Suède et au Royaume-Uni, en revanche, moins de 5 % des adultes en souffraient. Parmi les pays partenaires, la prévalence du diabète est relativement élevée au Brésil et en Colombie (10 % de la population environ), et faible en Lituanie.

La prévalence du diabète a progressé lentement ou s'est stabilisée dans la majorité des pays de l'OCDE, en Europe occidentale notamment, mais elle a en revanche sensiblement augmenté en Turquie et dans la plupart des pays partenaires (graphique 3.25). Ces évolutions correspondent en partie au vieillissement démographique, ainsi qu'à l'augmentation de l'obésité et de la sédentarité, et à leurs interactions (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). La proportion d'obèses a fortement progressé partout dans le monde, tout particulièrement dans les BRIICS (voir les indicateurs sur l'obésité au chapitre 4).

Le diabète est légèrement plus répandu chez les hommes que chez les femmes, et sa prévalence augmente sensiblement avec l'âge. Aux États-Unis, par exemple, le pourcentage de diabétiques diagnostiqués est estimé à 3 % chez les personnes âgées de 20 à 44 ans, à 12 % chez celles âgées de 45 à 64 ans, et à 21 % chez ceux âgés de plus de 65 ans (Menke et al., 2015). Le diabète frappe de manière disproportionnée les personnes de catégories socio-économiques défavorisées et celles appartenant à certains groupes ethniques.

La prévalence du diabète chez les enfants est nettement inférieure à celle des adultes (graphique 3.25). Néanmoins, près de 230 000 enfants étaient atteints de diabète de type 1 dans les pays de l'OCDE en 2015. En Finlande, près de 5 enfants sur 1 000 en souffraient. Venaient ensuite la Suède (2.6) et la Norvège (2). La Corée et le Japon affichaient les taux les plus bas des pays de l'OCDE.

Le diabète a des conséquences lourdes pour les collectivités. En 2015, il a été partiellement responsable du décès de plus de

700 000 personnes dans les pays de l'OCDE, qui ont dépensé en moyenne 4 600 USD par adulte diabétique (FID, 2015). Ces chiffres montrent à quel point une gestion efficace du diabète et de ses complications (voir l'indicateur sur le traitement du diabète au chapitre 6) et des mesures de prévention adaptées (chapitre 4) sont nécessaires.

Définition et comparabilité

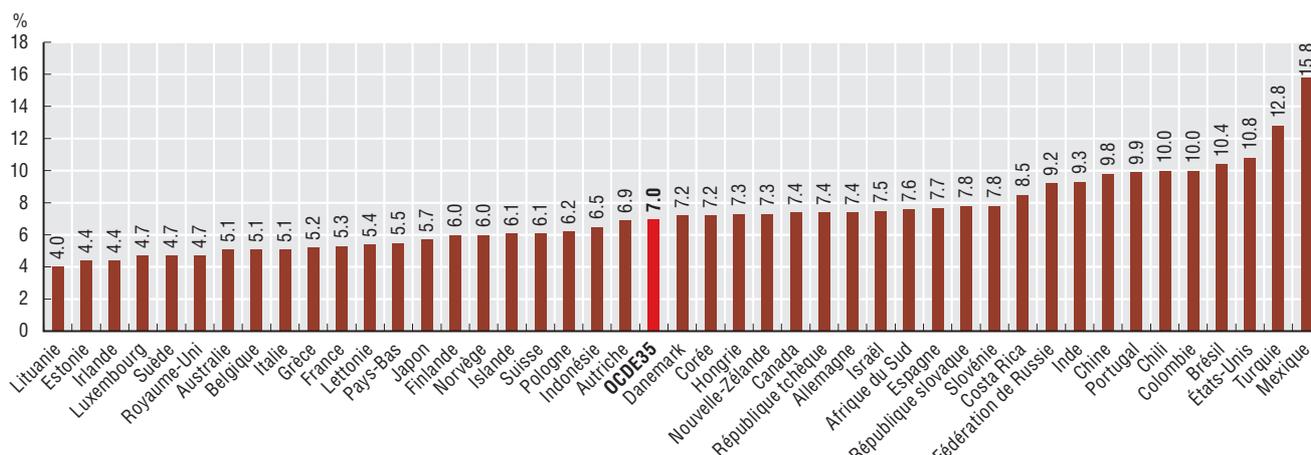
Les sources et méthodes de la NCD Risk Factor Collaboration sont décrites dans l'article du *Lancet* et son appendice (Lancet, 2016). Les sources ont été sélectionnées parmi les études basées sur la population qui avaient recueilli des données sur la mesure des biomarqueurs du diabète pour des diabétiques de type 1 ou 2. La prévalence indiquée dans les sources a été convertie de manière à correspondre à la définition du diabète diagnostiqué du Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles. Des modèles hiérarchiques Bayésiens ont ensuite été appliqués pour estimer l'évolution de la prévalence. La population couverte est celle des adultes âgés de plus de 18 ans.

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète sont exposées dans son Atlas du diabète (*Atlas du diabète*, 7^e édition, FID 2015). Par souci de fiabilité, les sources n'ont été retenues que si elles satisfaisaient à plusieurs critères. Des taux standardisés en fonction de l'âge ont été calculés à partir de la population mondiale, sur la base de la distribution fournie par l'Organisation mondiale de la santé. La population adulte couvre les personnes âgées de 20 à 79 ans diagnostiquées diabétiques de type 1 ou 2.

Références

- FID – Fédération Internationale du Diabète (2015), *Atlas du diabète de la FID*, Septième édition, Bruxelles.
- Menke, A. et al. (2015), « Prevalence of and Trends in Diabetes Among Adults in the United States, 1988-2012 », *Journal of American Medical Association*, vol. 314, n° 10, pp. 1021-1029, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2015.10029>.
- NCD Risk Factor Collaboration (2016), « Worldwide Trends in Diabetes Since 1980: A Pooled Analysis of 751 Population-based Studies with 4.4 Million Participants », *The Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8).

Graphique 3.23. Proportion d'adultes diabétiques, 2015

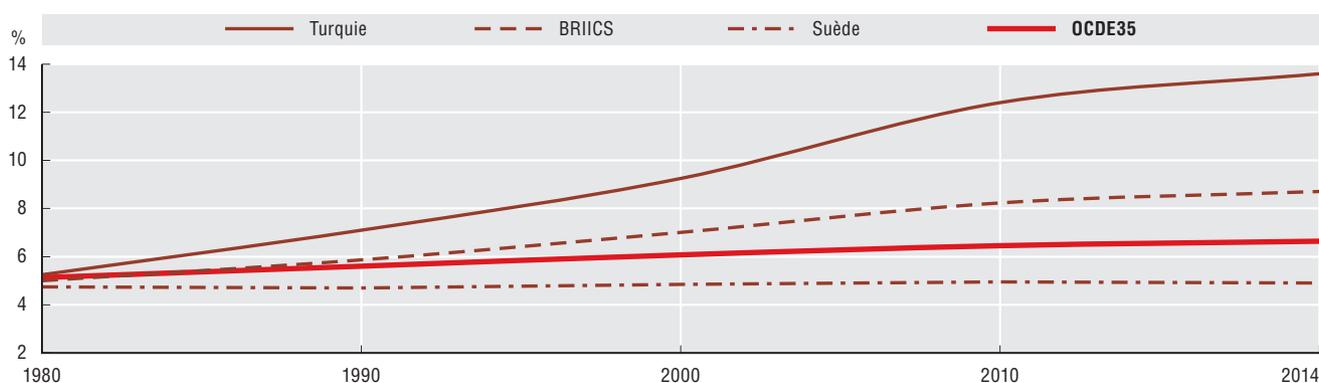


Note : Les données traitent des personnes âgées de 20 à 79 ans diagnostiquées diabétiques de type 1 ou type 2.

Source : IDF Atlas, 7e édition, 2015.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607117>

Graphique 3.24. Évolution de la proportion d'adultes diabétiques, 1980-2014

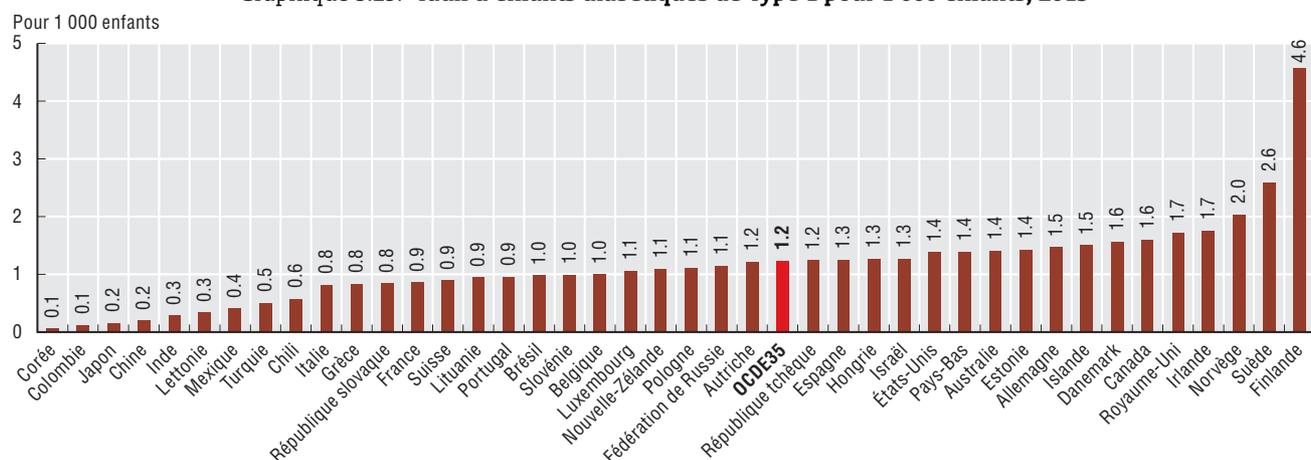


Note : Les données traitent des personnes âgées de 18 ans ou plus diagnostiquées diabétiques de Type 1 ou Type 2.

Source : NCD Risk Factor Collaboration (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607136>

Graphique 3.25. Taux d'enfants diabétiques de Type 1 pour 1 000 enfants, 2015



Note : Les données traitent des enfants âgés de moins de 14 ans.

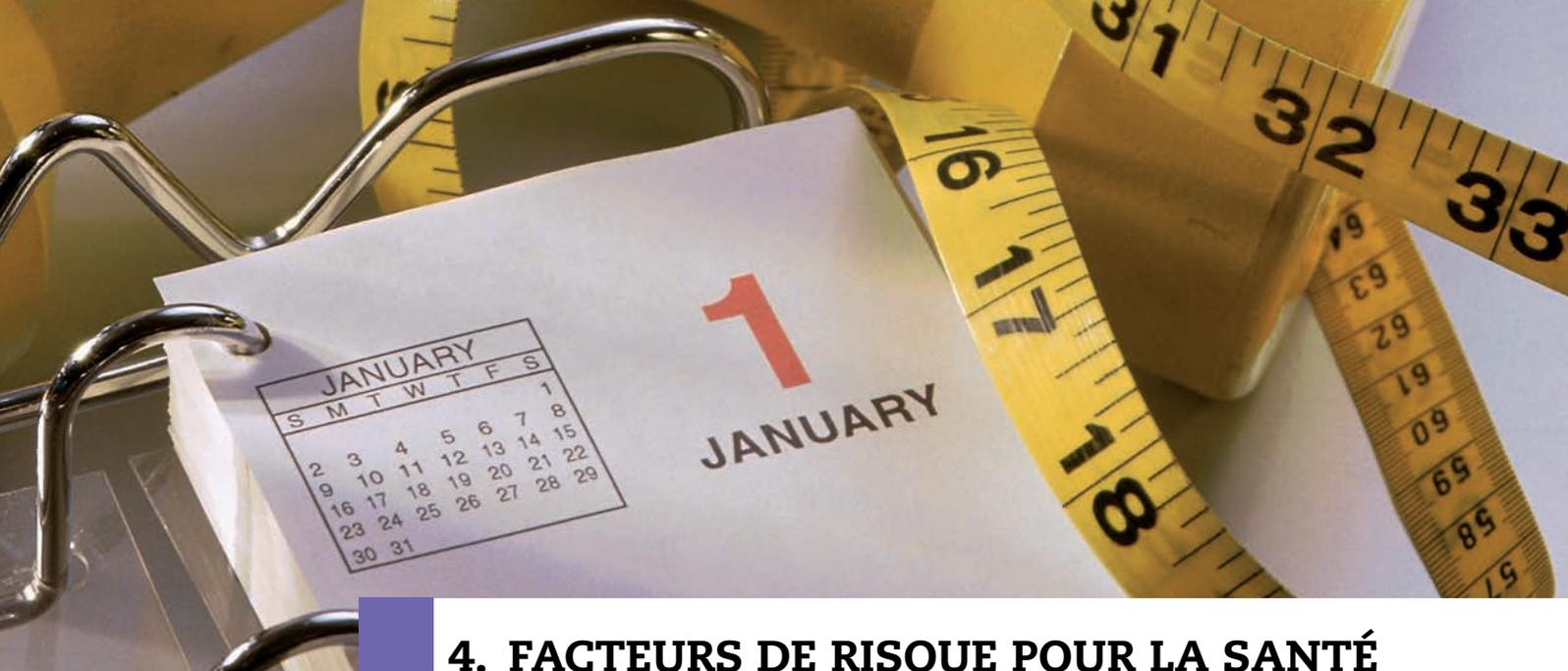
Source : Estimations de l'OCDE calculées à partir de l'IDF Atlas, Édition 7, 2015 et des statistiques démographiques des Nations unies.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607155>



JANUARY						
S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

1
JANUARY



4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Tabagisme chez les adultes

Consommation d'alcool chez les adultes

Tabagisme et consommation d'alcool chez les enfants

Modes de vie sains chez les adultes

Modes de vie sains chez les enfants

Surpoids et obésité chez les adultes

Surpoids et obésité chez les enfants

Pollution atmosphérique

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.

Tabagisme chez les adultes

Le tabagisme a de nombreuses conséquences sur la santé ; il est notamment à l'origine de cancers, d'AVC et de maladies coronariennes. Il contribue aussi fortement aux maladies respiratoires comme les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). Fumer pendant la grossesse peut en outre entraîner un poids faible à la naissance et des maladies chez les nourrissons. Le tabagisme est responsable de la plus forte proportion d'années de vie en bonne santé perdues dans 15 pays de l'OCDE, et se classe au deuxième rang dans 16 autres (Forouzanfar et al., 2016). Selon les estimations de l'OMS, il tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde, dont 890 000 sont des non-fumeurs exposés au tabagisme passif. Il est la première cause de décès, de maladie et d'appauvrissement.

Dans l'OCDE, un peu plus de 18% des adultes fument quotidiennement (14 % des femmes et 23 % des hommes) (graphique 4.1). Les taux les plus élevés sont observés en Grèce, en Hongrie, en Turquie ainsi qu'en Indonésie (plus de 25 %), et les plus faibles au Mexique ainsi qu'au Brésil (moins de 10 %). L'Autriche, la Grèce et la Hongrie affichent les taux de tabagisme des femmes les plus élevés (supérieurs à 20 %), les plus faibles étant ceux de la Corée et du Mexique, ainsi que de la Chine, de l'Inde, et de l'Indonésie, où ils sont inférieurs à 5 %. S'agissant des hommes, ce sont la Turquie ainsi que la Chine, la Fédération de Russie et l'Indonésie qui enregistrent les taux les plus forts (supérieurs à 40 %), alors qu'ils sont inférieurs à 10 % en Islande ainsi qu'au Brésil. Les hommes fument davantage que les femmes dans tous les pays sauf au Danemark et en Islande, où l'écart entre les sexes est d'environ un point de pourcentage. Dans d'autres pays, cet écart se situe dans une fourchette comprise entre moins de deux points en Suède et aux États-Unis à plus de 30 points en Chine (46 points), en Indonésie (73 points) et en Fédération de Russie (34 points).

Le tabagisme quotidien a reculé dans la plupart des pays de l'OCDE depuis 2000, bien que son taux ait légèrement augmenté en République slovaque (+0.8 point), fortement progressé en Indonésie (+8.8 points), et soit resté stable en Autriche (graphique 4.2). En 2015, 18 % des adultes en moyenne fumaient tous les jours dans l'OCDE, contre 26 % en 2000, ce qui correspond à un recul de 28 %. Les baisses les plus prononcées sont intervenues au Danemark, en Islande, au Luxembourg, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, ainsi qu'au Brésil, en Fédération de Russie, en Inde et en Lituanie, où elles ont été supérieures à 10 points, et en Norvège (20 points). En 2015, les taux les plus élevés étaient ceux de la Grèce, de la Hongrie, de la Turquie et de l'Indonésie (plus de 25 %), et les plus bas ceux du Mexique et du Brésil (moins de 10 %).

L'augmentation des taxes sur le tabac est le moyen le plus efficace pour réduire le tabagisme (OMS, 2015). Le montant

élevé des taxes et des mesures rigoureuses ont entraîné une forte diminution du taux de tabagisme entre 1996 and 2011 dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE, 2015). En 2014, 29 pays de l'OCDE interdisaient la publicité pour le tabac sur les chaînes de télévision nationales, dans la presse et à la radio, et 26 appliquaient des taux de taxation d'au moins 70 % sur le tabac (OMS, 2015). Dans tous les pays de l'OCDE, un avertissement de taille moyenne au moins figure sur les emballages. Chaque année, le 31 mai, la « journée mondiale sans tabac » préconise des mesures efficaces pour réduire la consommation de tabac et attire l'attention sur les risques du tabagisme pour la santé et à d'autres égards. En 2017, la campagne a choisi pour thème « Le tabac – une menace pour le développement », et mis en évidence la menace que représente l'industrie du tabac pour le développement durable des pays.

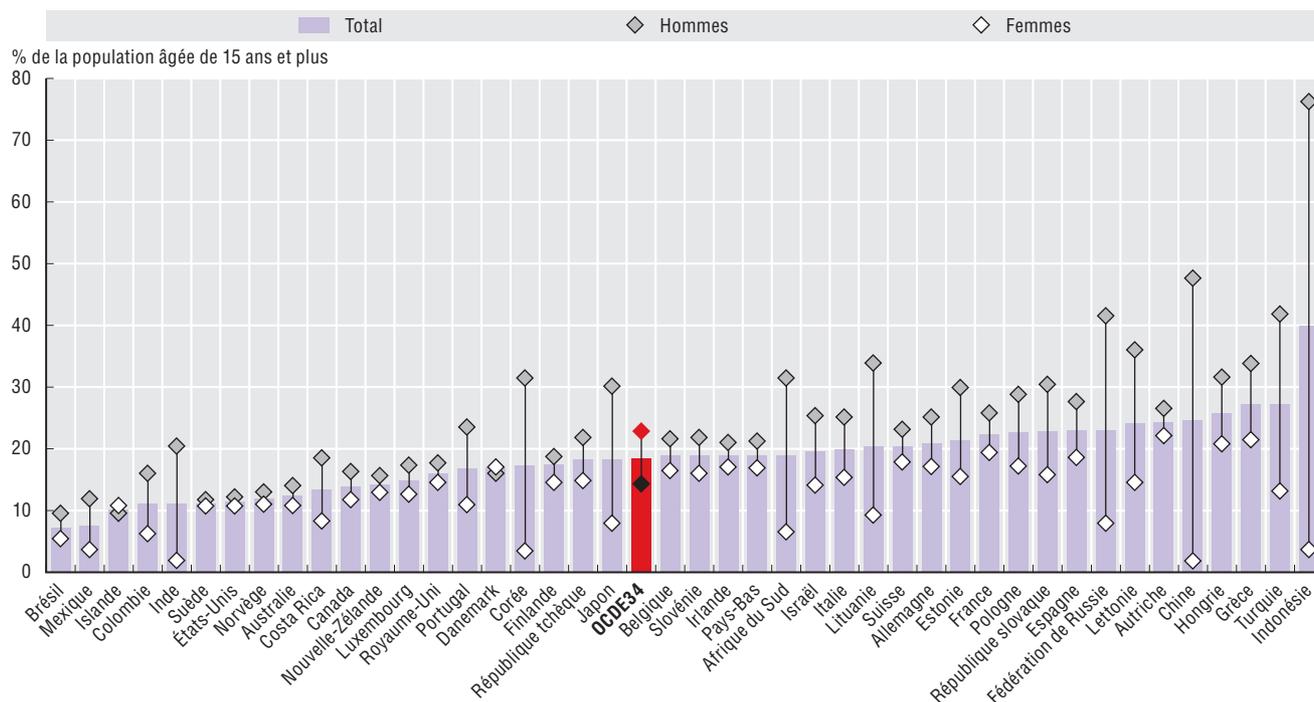
Définition et comparabilité

La proportion de fumeurs quotidiens est égale au pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant fumer tous les jours. Les autres formes de tabagisme sans fumée (comme le tabac à priser en Suède) ne sont pas prises en compte. Cet indicateur est plus représentatif de la population de fumeurs que le nombre moyen de cigarettes fumées par jour, car l'acte de fumer est plus déterminant que la quantité. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, mais il y a des exceptions comme le souligne la source des données de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Références

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), « Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2015), *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme – Augmenter les taxes du tabac*, OMS, Genève.

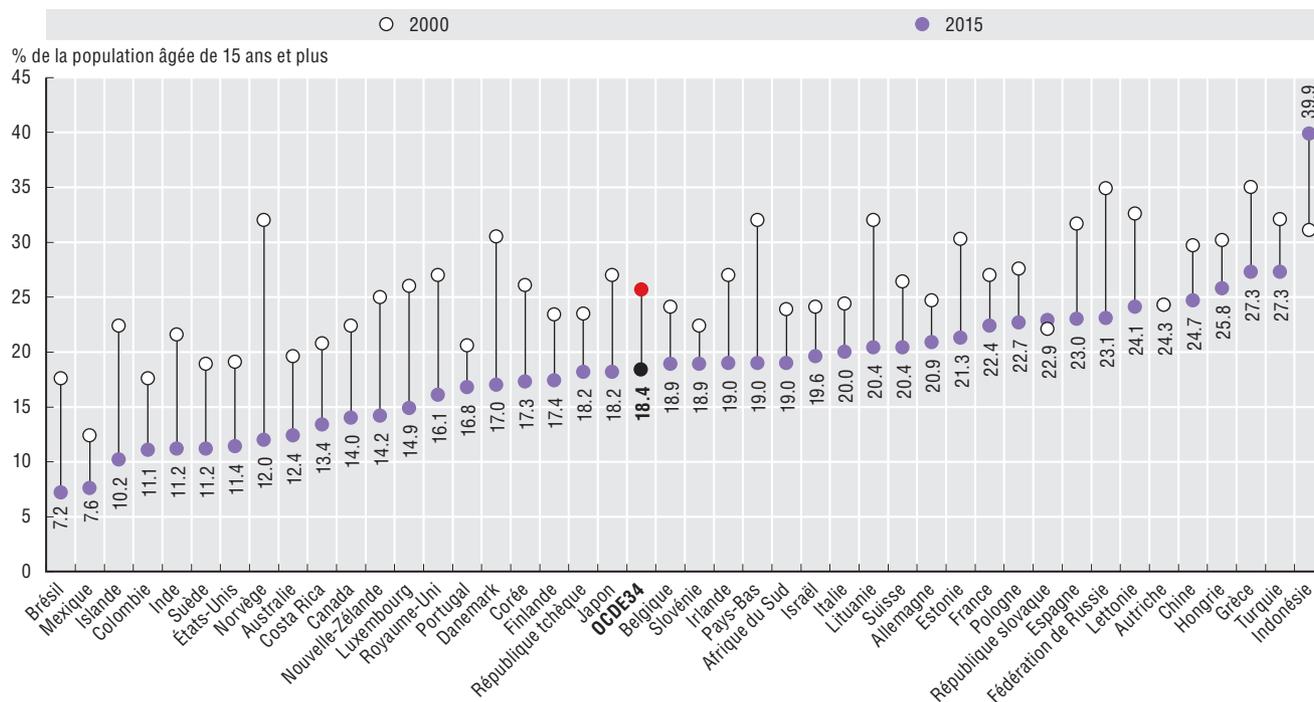
Graphique 4.1. Population adulte déclarant fumer quotidiennement, par sexe, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607174>

Graphique 4.2. Population adulte déclarant fumer quotidiennement, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607193>

4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation nocive d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde, surtout dans la population d'âge actif (OCDE, 2015). La consommation d'alcool compte parmi les dix principaux facteurs de risque en termes de nombre d'années en bonne santé perdues dans 32 pays de l'OCDE (Forouzanfar et al., 2016), et demeure nettement supérieure à la moyenne mondiale dans l'OCDE. En 2015, l'alcool a été à l'origine de 2.3 millions de décès dus à des cancers et des maladies cardiaques et hépatiques notamment. L'alcool est majoritairement consommé par les 20 % de la population qui boivent le plus. La consommation excessive d'alcool est associée à une probabilité d'emploi plus faible, un absentéisme accru au travail, et une productivité et une rémunération moindres.

Globalement, la consommation d'alcool recensée a reculé dans l'OCDE depuis 2000 (graphique 4.3), passant de 9.5 litres par habitant et par année à 9 litres d'alcool pur par habitant par année, l'équivalent de 96 bouteilles de vin. L'ampleur de la baisse varie considérablement d'un pays à l'autre ; en fait, la consommation a augmenté dans treize pays de l'OCDE, ainsi qu'en Afrique du Sud, en Chine, en Inde et en Lituanie. Elle a progressé dans une fourchette comprise entre 0.1 et 1 litre au Canada, au Chili, en Corée, aux États-Unis, en Israël, au Mexique, en Norvège, en Slovénie et en Suède, de même qu'en Afrique du Sud. Sa hausse a été plus forte en Belgique, en Islande, en Lettonie et en Pologne, ainsi qu'en Chine, en Inde et en Lituanie (entre 1.1 et 5.3 litres par habitant). Dans tous les autres pays, elle a diminué entre 2000 et 2015. Les baisses les plus fortes sont intervenues au Danemark, en Irlande, en Italie et aux Pays-Bas (plus de 2 litres par habitant).

Bien que la consommation d'alcool par habitant au sein de la population adulte soit un indicateur utile des tendances à long terme, elle ne permet pas d'identifier les sous-groupes exposés à des risques en raison d'habitudes de consommation nocives pour la santé. La consommation excessive et la dépendance à l'alcool comptent pour une proportion importante de la charge de morbidité liée à l'alcool. Dans l'OCDE, 12 % des femmes et 30 % des hommes en moyenne s'adonnent régulièrement (au moins une fois par mois) à *binge drinking*, ou suralcoolisation épisodique (graphique 4.4). Les taux sont compris entre 8 % en Hongrie et 37 % au Danemark, et présentent de vastes écarts entre les sexes, les hommes affichant des taux plus élevés pratiquement partout. Les écarts les plus faibles sont observés en Espagne et en Grèce (8 à 10 points), et les plus élevés en Estonie, en Finlande et en Lettonie (plus de 25 points).

De nombreuses mesures sont déjà en place pour lutter contre la consommation nocive d'alcool ; certaines ne visent que les gros buveurs, d'autres sont plus générales. Tous les pays de l'OCDE appliquent des taxes aux boissons alcoolisées, mais leur montant varie sensiblement d'un pays à l'autre. Des mesures fiscales d'un type nouveau ont été mises en œuvre, comme le prix minimum de vente par unité d'alcool en Écosse. De nombreux pays de l'OCDE ont établi des règlements portant sur la publicité des produits alcoolisés, mais les médias concernés (presse, panneaux d'affichage, internet) et l'application de la loi sont très variables selon les pays. Tous les pays de l'OCDE ont fixé un taux maximum de concentration d'alcool dans le sang pour les conducteurs, mais l'application du règlement est parfois aléatoire et varie considérablement

d'un pays à l'autre et au sein des pays. Les mesures moins rigoureuses consistent en messages de promotion de la santé et en interventions en milieu scolaire et professionnel, et dans les établissements de soins de santé primaires. Il apparaît que les programmes d'action complets comportant des mesures fiscales, des règlements et des mesures moins contraignantes sont les plus efficaces dans la lutte contre la consommation nocive d'alcool (OCDE, 2015).

Définition et comparabilité

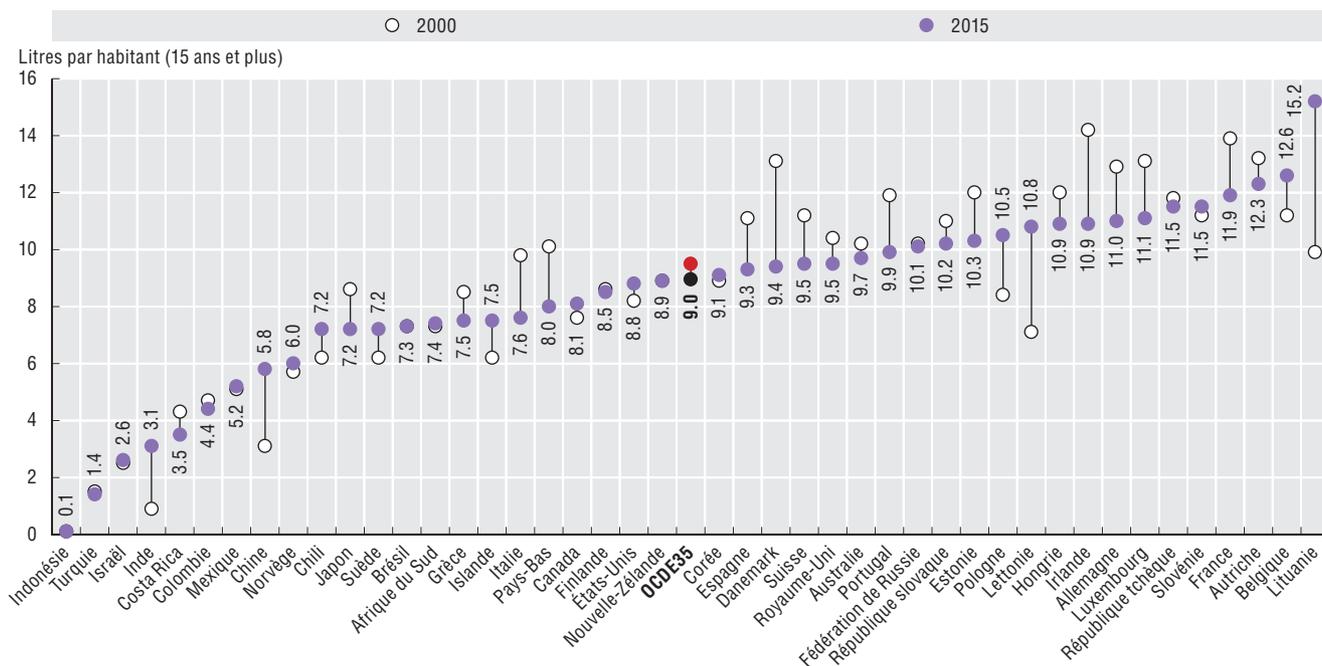
La consommation d'alcool recensée est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres, par personne âgée de 15 ans et plus. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, mais il y a des exceptions comme le souligne la source des données de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé. La méthode utilisée pour convertir les boissons alcoolisées en alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les statistiques officielles ne rendent pas compte de la consommation d'alcool non recensée, comme celle liée à la production domestique. La consommation d'alcool non recensée et la faible qualité de l'alcool consommé (boissons produites de manière informelle ou illégale) continuent de poser problème, surtout pour estimer la charge de morbidité liée à l'alcool dans les catégories à faible revenu. L'OMS fournit des données sur la consommation non recensée dans leur base de données Observatoire de la santé mondiale. Dans certains pays (comme le Luxembourg), le volume des ventes nationales ne reflète pas précisément la consommation réelle des résidents car les achats des non-résidents peuvent créer un décalage important entre ces ventes et la consommation. La consommation d'alcool au Luxembourg est donc la moyenne de la consommation en France et en Allemagne telles qu'elles sont enregistrées dans la base de données OMS-GISAH.

Les données relatives à la suralcoolisation épisodique sont tirées des déclarations des répondants à l'enquête européenne par entretien sur la santé 2014. On définit ce phénomène comme la consommation d'au moins six boissons alcoolisées en une seule occasion, une fois par mois au moins au cours des 12 derniers mois.

Références

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), « Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OCDE (2015), *Lutter contre la consommation nocive d'alcool : Politiques économiques et de santé publique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244580-fr>.

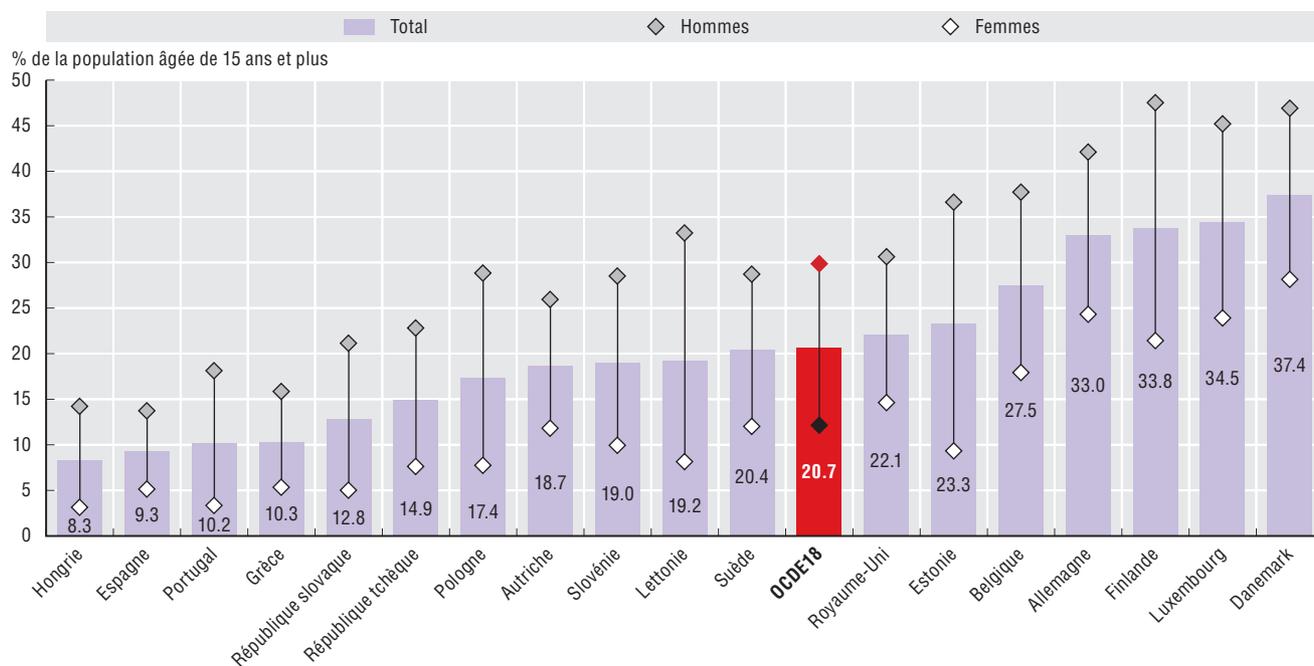
Graphique 4.3. Consommation d'alcool recensée chez les adultes, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607212>

Graphique 4.4. Suralcoolisation épisodique régulière (au moins une fois par mois), par sexe, 2014



Source : Eurostat EHS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607231>

Tabagisme et consommation d'alcool chez les enfants

Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool pendant l'adolescence peuvent avoir des répercussions immédiates et à long terme sur la santé. L'adoption d'un comportement de fumeur à ce stade de la vie accroît le risque d'accidents cardiovasculaires, de maladies respiratoires et de cancer (Currie et al., 2012). Le tabagisme à l'adolescence a des conséquences néfastes immédiates sur la santé, dont l'addiction, une réduction de la fonction pulmonaire et une croissance pulmonaire déficiente, ainsi que l'asthme (Inchley et al., 2016). Il est également associé à une plus forte probabilité de consommation expérimentale d'autres substances addictives et d'adoption d'autres comportements à risque (O'Cathail et al., 2011). La consommation fréquente d'alcool et l'ivresse chez les adolescents sont associées à des effets psychologiques, sociaux et physiques nocifs, comme l'abandon des études secondaires sans diplôme (Chatterji et DeSimone, 2005).

Les résultats des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) – série d'études collaborative – permettent de suivre les comportements des adolescents en matière de consommation de tabac et d'alcool. D'autres enquêtes nationales, comme l'enquête Youth Risk Behavior Surveillance System aux États-Unis, ou l'enquête Escapad en France, surveillent également les comportements à risque.

Plus de 15 % des jeunes âgés de 15 ans fument au moins une fois par semaine en France, en Hongrie, en Italie, au Luxembourg et en République slovaque, ainsi qu'en Lituanie (graphique 4.5). À l'autre extrémité de l'échelle, moins de 5 % d'entre eux déclarent le faire en Islande et en Norvège. La moyenne pour l'OCDE s'établit à 12 %. Les garçons fument légèrement plus que les filles en moyenne, mais elles fument davantage que les garçons dans douze pays (Allemagne, Australie, Danemark, Espagne, France, Hongrie, Italie, Luxembourg, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni et Suède). L'écart entre les sexes est particulièrement élevé en Israël ainsi qu'en Fédération de Russie et en Lituanie.

Plus de 30 % des jeunes de 15 ans ont été ivres à deux reprises au moins au Danemark, en Hongrie, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Slovaquie, ainsi qu'en Lituanie (graphique 4.6). En Islande, en Israël, au Luxembourg, en Suisse ainsi qu'en Fédération de Russie, les taux chutent à moins de 15 %. La moyenne pour l'OCDE est de 22,3 %, un léger écart étant observable entre les garçons (23,5 %) et les filles (21,2 %). Les disparités entre les sexes, les garçons étant plus enclins à boire que les filles, sont particulièrement prononcées en Autriche, en Hongrie, en Israël, ainsi qu'en Fédération de Russie et en Lituanie (plus de 5 points). C'est seulement au Canada, au Royaume-Uni et en Suède que les filles déclarant avoir été ivres à plusieurs reprises sont plus nombreuses que les garçons.

Les courbes de l'ivresse récurrente et du tabagisme régulier chez les jeunes de 15 ans suivent une évolution analogue (graphique 4.7). Les deux comportements sont aujourd'hui à leur niveau le plus bas depuis 1993-94. Le recul le plus prononcé est celui du tabagisme régulier, les taux ayant diminué de plus de moitié entre 1997-98 et 2013-14, chez les garçons comme chez les filles. S'agissant de l'ivresse, l'écart entre les sexes s'est également résorbé depuis les années 90. Le tabagisme régulier recule dans tous les pays depuis 1997-98, la baisse dépassant 60 %, pour les garçons comme pour les filles, en Belgique, au Canada, au Danemark, en Irlande, en

Norvège, au Royaume-Uni et en Suède, et pour les filles seulement en Autriche, en Finlande et en Suisse. L'ivresse récurrente enregistre une baisse plus modérée, qui atteint 60 % uniquement pour les garçons en Irlande et en Suède. Depuis 1997-98, les taux ont augmenté pour les filles en Estonie, en Hongrie, en Lettonie, en Pologne et en République tchèque.

Un tiers des jeunes dans le monde expérimente le tabac par suite d'une exposition à la publicité, à la promotion et au parrainage (OMS, 2013). La diminution de la consommation de tabac chez les jeunes passe par sa dénormalisation dans l'ensemble de la population. Les jeunes fumeurs sont sensibles aux mesures destinées à réduire la consommation de tabac, notamment les droits d'accise visant à en relever le prix, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, les restrictions sur l'accès des jeunes au tabac, et une plus forte sensibilisation aux effets du tabac (Forster et al., 2007).

Définition et comparabilité

Les estimations relatives à la consommation de tabac se rapportent à la proportion de jeunes de quinze ans déclarant fumer au moins une fois par semaine.

Les estimations relatives à l'ivresse se rapportent à la proportion des jeunes de 15 ans qui déclarent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie.

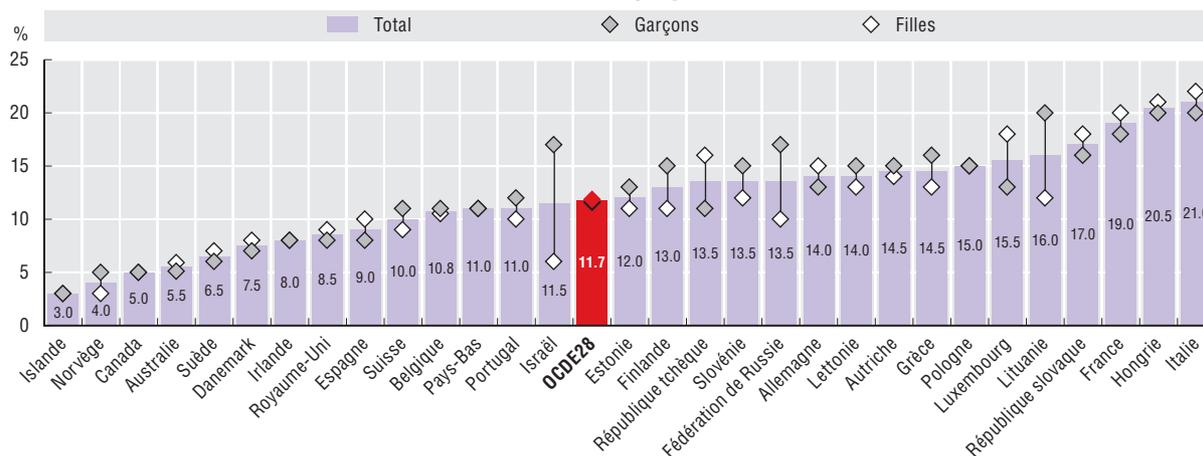
Les enquêtes HBSC, effectuées tous les quatre ans entre 1993-94 et 2013-14, englobent jusqu'à 29 pays de l'OCDE, ainsi que la Fédération de Russie et la Lituanie. Les données proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés de chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays.

Références

- Chatterji, P. et J. DeSimone (2005), « Adolescent Drinking and High School Dropout », *Document de travail du NBER*, n° 11337, Cambridge, États-Unis.
- Currie, C. et al. (dir.pub.) (2012), *Social Determinants of Health and Well-being Among Young People. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2009/2010 Survey*, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- Forster, J. et al. (2007), « Policy Interventions and Surveillance as Strategies to Prevent Tobacco Use in Adolescents and Young Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 6 (Suppl.), pp. S335-S339.
- Inchley, J. et al. (dir.pub.) (2016), « Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey », Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- O'Cathail, S.M. et al. (2011), « Association of Cigarette Smoking with Drug Use and Risk Taking Behaviour in Irish Teenagers », *Addictive Behaviors*, vol. 36, n° 5, pp. 547-550.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2013), *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme*, OMS, Genève.

Graphique 4.5. **Tabagisme chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14**

Fumant au moins une fois par semaine

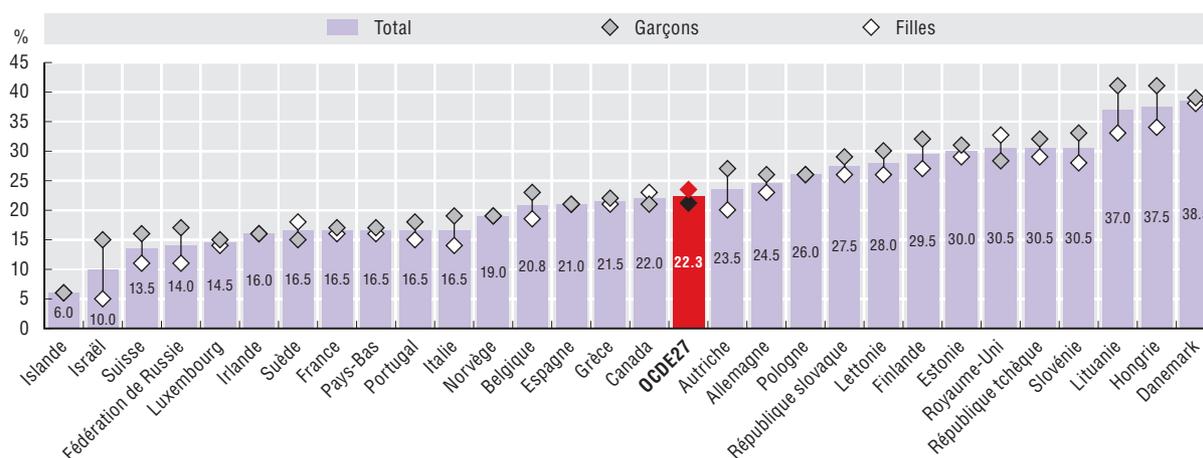


Source : Inchley et al. (2016) ; Cancer Council Victoria (2016) pour l'Australie.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607250>

Graphique 4.6. **Ivresse chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14**

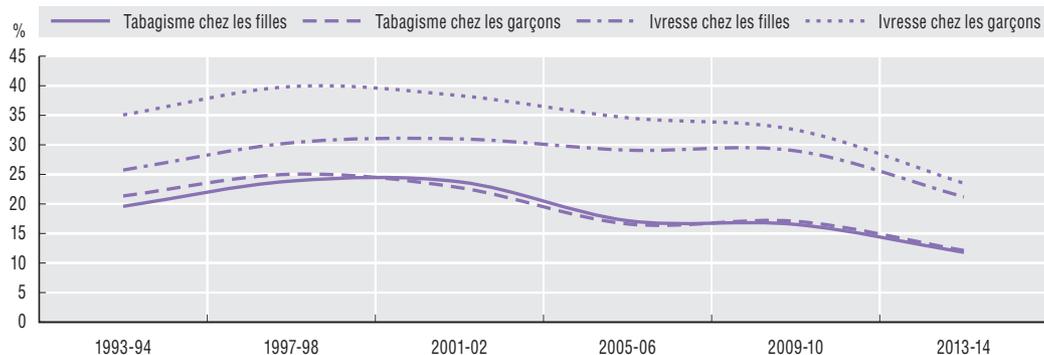
En état d'ébriété au moins deux fois dans leur vie



Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607269>

Graphique 4.7. **Evolution du tabagisme régulier et de l'ivresse récurrente chez les jeunes âgés de 15 ans dans une sélection de pays de l'OCDE, 1994 à 2014**



Note : La moyenne pour 1993-94 inclut 19 pays ; la moyenne pour 1997-98 inclut 22 pays ; la moyenne pour 2001-02 inclut 25 pays ; la moyenne pour 2005-06 inclut 28 pays ; les moyennes pour 2009-10 et 2013-14 incluent 27 pays.

Source : OMS (1996) ; Currie et al. (2000, 2004, 2008, 2012) ; Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607288>

Modes de vie sains chez les adultes

Une faible consommation de fruits, une faible consommation de légumes et de faibles niveaux d'activité physique comptent parmi les dix principaux facteurs de risque en termes de nombre d'années en bonne santé perdues dans 24, 6 et 16 pays de l'OCDE respectivement (Forouzanfar et al., 2016). À l'échelle mondiale, les régimes alimentaires faibles en fruits ont été à l'origine de près de 3 millions de décès en 2015 ; la consommation faible de légumes en a provoqué près de 2 millions, et le manque d'activité physique, 1.6 million. L'intégration de fruits et de légumes dans l'alimentation quotidienne réduit le risque de maladie coronarienne, d'AVC et de certains types de cancer (OMS, 2014). Ces aliments contiennent des fibres qui diminuent la tension artérielle et régulent l'insuline, ce qui peut influencer sur le risque de diabète de type 2 (InterAct Consortium, 2015). Une activité physique régulière améliore le tonus musculaire et la capacité cardiorespiratoire, et réduit le risque d'hypertension, de maladie coronarienne, d'AVC, de diabète et celui lié à différents cancers (OMS, 2017). Son influence favorable sur la santé mentale a également été prouvée (Lindwall et al., 2012). L'OMS recommande pour les adultes au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, 75 minutes d'activité physique d'intensité soutenue par semaine, ou encore une combinaison équivalente des deux (OMS, 2017).

Dans l'OCDE, 57 % des adultes consomment quotidiennement des fruits, les pourcentages s'inscrivant dans une fourchette comprise entre 30-35 % en Finlande et en Lettonie à plus de 70 % en Australie, en Italie, en Nouvelle-Zélande et au Portugal (graphique 4.8). Les femmes en consomment plus que les hommes dans tous les pays, les taux de consommation les plus élevés étant observés en Australie, au Canada, en Italie et en Nouvelle-Zélande (plus de 75 %). La Finlande, la Lettonie, le Mexique, les Pays-Bas et la Turquie affichent en revanche les taux les plus bas (moins de 50 %). Les hommes enregistrent les taux de consommation les plus forts en Australie, au Canada, en Corée, en Espagne, en Italie, en Nouvelle-Zélande et au Portugal (plus de 60 %) et les plus bas en Finlande et en Lettonie (moins de 30 %). Les écarts les plus prononcés entre hommes et femmes sont constatés en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Finlande, en Islande, en Lettonie, en Norvège, en République tchèque, en Slovaquie, en Suède et en Suisse (15 à 20 points) et les plus faibles en Australie, au Mexique et en Turquie (moins de 5 points). Globalement, 63 % des femmes consomment quotidiennement des fruits dans l'OCDE, ce qui est le cas de 50 % des hommes.

La consommation de légumes est supérieure à celle des fruits (graphique 4.9). Globalement, 60 % de la population de l'OCDE consomme des légumes chaque jour (65 % des femmes et 55 % des hommes). L'Australie, la Corée, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande affichent les taux les plus élevés, plus de 90 % des personnes indiquant en manger tous les jours, mais la méthode d'enquête diffère d'un pays à l'autre (voir Définition et comparabilité). À l'autre extrémité du spectre, c'est le cas de moins de 40 % de la population en Allemagne, en Finlande et aux Pays-Bas. Aux États-Unis, les hommes en consomment un peu plus que les femmes ; en Corée et au Mexique, hommes et femmes en consomment des quantités identiques ; partout ailleurs, les femmes en consomment plus que les hommes. Les écarts sont prononcés en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Finlande, au Luxembourg, en Norvège, en Suède et en Suisse (de 15 à 19 points).

Plus de 70 % des adultes pratiquent au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine en Autriche, au Danemark, en Finlande, en France, en Irlande, en Islande, en Norvège, en Slovaquie et en Suède (graphique 4.10). En Espagne, en Italie et au Portugal, moins de 60 % d'entre eux respectent la recommandation de l'OMS. Dans l'OCDE, 67 % de la population en moyenne réalise 150 minutes d'activité physique modérée par semaine, dont 71 % des hommes et 63 % des femmes. Les hommes sont plus actifs sur ce plan dans tous les pays à l'exception du Danemark. L'écart est particulièrement prononcé (supérieur à 15 points) en Espagne, en Lettonie, en République tchèque et en Turquie.

Définition et comparabilité

La consommation de fruits et de légumes correspond à la proportion d'individus qui consomment au moins un fruit ou un légume par jour. Comme les données reposent sur les réponses des participants, des erreurs de mémoire sont possibles.

Les données relatives à l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande résultent de questions portant sur les quantités. Celles des États-Unis comprennent les jus de fruits à base de concentré. Il se peut que, dans ces pays, les chiffres soient surestimés par rapport aux autres. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, mais il y a des exceptions comme le souligne la source des données de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé.

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

Références

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), « Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- Lindwall, M. et al. (2012), « Self-Reported Physical Activity and Aerobic Fitness are Differently Related to Mental Health », *Mental Health and Physical Activity*, vol. 5, n° 1, pp. 28-34.
- OMS (2017), *Activité physique*, Aide-mémoire n° 384.
- OMS (2014), « Increasing Fruit and Vegetable Consumption to Reduce the Risk of Noncommunicable Diseases ».
- TheInterAct Consortium (2015), « Dietary Fibre and Incidence of Type 2 Diabetes in Eight European Countries: The EPIC-InterAct Study and a Meta-analysis of Prospective Studies » *Diabetologia*, vol. 58, pp. 1394-1408.

Graphique 4.8. Consommation quotidienne de fruits chez les adultes, 2015 (ou année la plus récente)

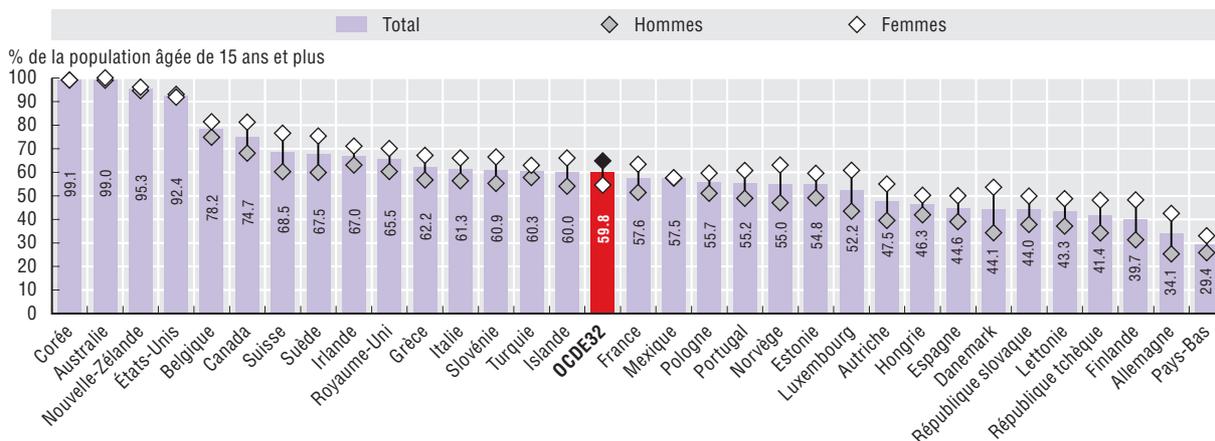


Note : Les données pour l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande sont établies à partir de questions relatives aux quantités. Celles des États-Unis comprennent les jus à base de concentré.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607307>

Graphique 4.9. Consommation quotidienne de légumes chez les adultes, 2015 (ou année la plus récente)

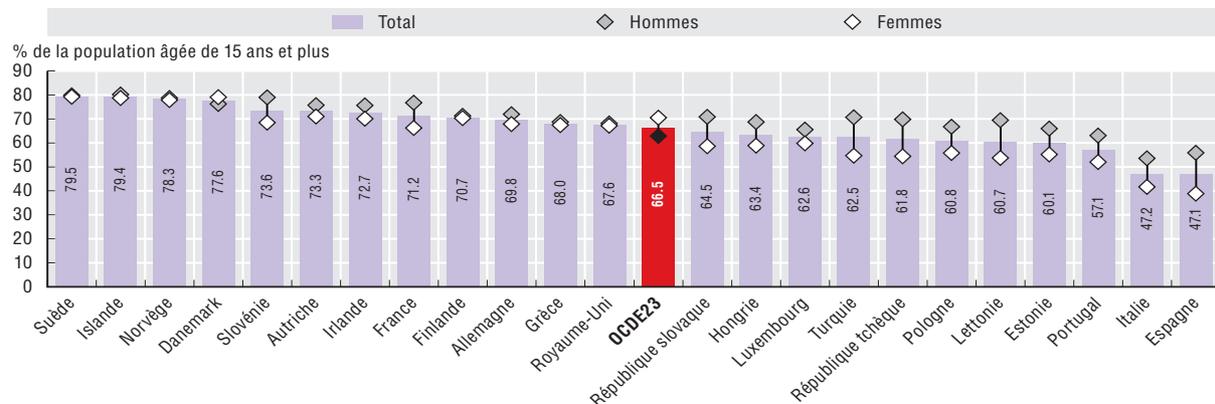


Note : Les données pour l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande sont établies à partir de questions relatives aux quantités. Celles des États-Unis comprennent les jus à base de concentré.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607326>

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



Source : Eurostat EHS 2014.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607345>

4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Modes de vie sains chez les enfants

Un régime alimentaire équilibré et la pratique régulière d'une activité physique dans l'enfance peuvent créer de bonnes habitudes et favoriser un mode de vie sain chez l'adulte. La consommation quotidienne de fruits et de légumes peut réduire le risque de maladies coronariennes, d'AVC et les risques liés à certains types de cancer (Hartley et al., 2013 ; World Cancer Research Fund, 2007). Les directives les plus courantes recommandent la consommation de cinq portions de fruits et légumes par jour au moins. Une activité physique modérée à intense est bénéfique pour la santé physique, mentale et psychosociale de l'adolescent car elle favorise le développement et la solidité du squelette et des muscles, réduit les états de dépression et d'anxiété, et améliore les résultats scolaires (Janssen et LeBlanc, 2010 ; Singh et al., 2012). L'OMS recommande 60 minutes d'activité physique modérée à intense chaque jour pour les enfants âgés de 5 à 17 ans.

Plus de 40 % des jeunes de 15 ans consomment quotidiennement des fruits au Canada, au Danemark, en Islande et en Suisse, ce qui est le cas de moins de 25 % d'entre eux en Finlande, en Grèce, en Lettonie et en Suède (graphique 4.11). Ce taux est supérieur à 50 % chez les filles au Danemark et en Suisse, tandis que celui des garçons n'atteint 40 % qu'au Canada. En Grèce, en Hongrie, en Lettonie, en Pologne et en Suède, il est inférieur à 30 % pour les filles, et à 20 % pour les garçons en Finlande, en Lettonie et en Suède. Dans l'ensemble de l'OCDE, près d'un adolescent de 15 ans sur trois consomme chaque jour des fruits, le taux s'établissant à 37 % chez les filles et à 28 % chez les garçons. Les filles consomment plus de fruits que les garçons dans tous les pays. C'est au Danemark, en Finlande et en Suisse que les écarts entre filles et garçons sont les plus prononcés (de 17 à 18 points).

Le pourcentage de jeunes de 15 ans qui consomment quotidiennement des légumes dépasse 50 % en Belgique, et 40 % au Canada, au Danemark, en Irlande, en Israël, aux Pays-Bas et en Suisse (graphique 4.12). Il est inférieur à 25 % en Allemagne, en Espagne, en Estonie, au Portugal, en République slovaque, en République tchèque et en Slovénie. Il s'établit à 32 % pour l'ensemble de l'OCDE, soit un niveau quasiment identique au taux moyen de consommation de fruits. Les taux les plus élevés pour les filles sont observés en Belgique (plus de 60 %), ainsi qu'en Israël et en Suisse (plus de 50 %) et, pour les garçons, en Belgique (plus de 50 %) et en Irlande (plus de 40 %). La consommation quotidienne de légumes affiche les taux les plus bas en Espagne, en Estonie et au Portugal pour les filles et, pour les garçons, en Allemagne, en Finlande et en Espagne. Dans tous les pays, les filles consomment plus de légumes que les garçons. Les écarts les plus marqués sont observés en Allemagne, en Finlande, en Italie et en Suisse (15 points au moins).

Les taux d'activité physique conformes aux directives de l'OMS atteignent 20 % au Canada et en Espagne, et sont inférieurs à 10 % en Israël, en Italie et en Suisse (graphique 4.13). Ils sont systématiquement supérieurs chez les garçons, et de loin, l'écart entre filles et garçons étant compris entre 5 points (Israël, Suède et Suisse) et 17 points (Luxembourg). L'Autriche, Israël, l'Italie et le Portugal enregistrent les taux d'activité physique les plus bas pour les filles (5 %) ; pour les garçons, ce sont la France, Israël, l'Italie et la Suisse (moins de 15 %). La prévalence d'une activité physique suffisante atteint ses taux les plus élevés pour les filles au Canada, en Islande et en Lettonie (14-15 %), et, pour les garçons, au Canada et en Espagne (près de 30 %). La moyenne de l'OCDE est légèrement inférieure à 15 % ; elle se situe à près de 20 % pour les garçons, et à 10 % pour les filles, soit un écart moyen de 10 points.

Quasiment tous les pays de l'OCDE encouragent la consommation de fruits et de légumes ; la mesure la plus répandue est la campagne « Cinq par jour » (OCDE, 2017). Ces dernières années, les habitudes quotidiennes des jeunes ont évolué sous l'effet des nouveaux modes de loisirs (télévision, internet, smartphones) qui ont entraîné une baisse de l'activité physique (Inchley et al., 2016). Les mesures qui leur sont destinées devraient les encourager à diminuer le temps passé devant un écran et à augmenter leur niveau d'activité physique. Par ailleurs, l'écart entre garçons et filles ne s'est pas résorbé avec le temps, ce qui laisse penser que les filles devraient faire l'objet d'approches et d'interventions tenant compte de leurs spécificités.

Définition et comparabilité

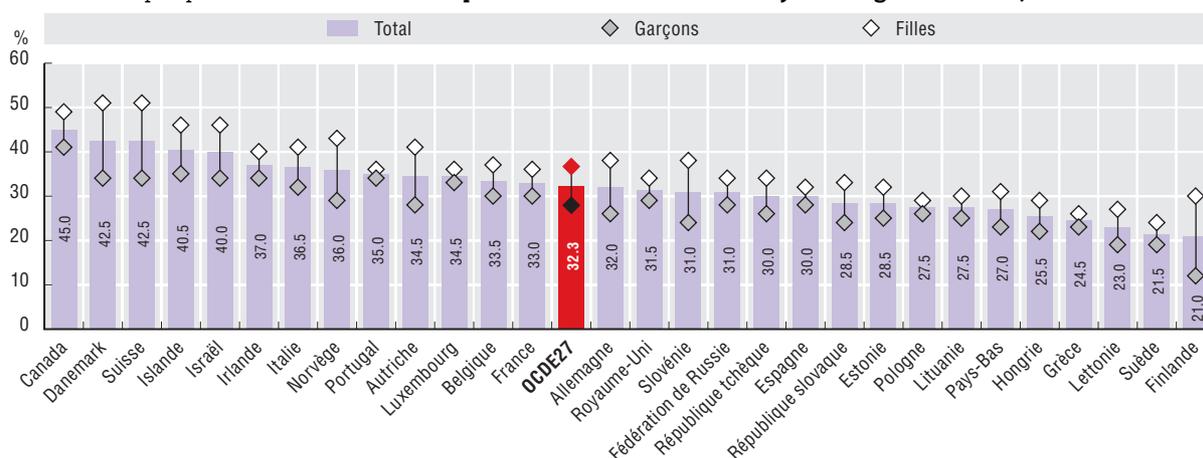
Les habitudes alimentaires sont mesurées d'après la proportion d'enfants déclarant consommer des fruits et des légumes au moins tous les jours, ou plus d'une fois par jour, quelle qu'en soit la quantité. Les questions de l'enquête ne demandaient pas d'exclure les jus de fruits, les soupes ou les pommes de terre. Outre les fruits et les légumes, une nutrition saine suppose la consommation d'autres types d'aliments.

Les données relatives à l'activité physique tiennent compte de la régularité de l'activité physique modérée à intense de 60 minutes au moins que les jeunes ont déclaré pratiquer. Pour être considérée comme modérée à intense, l'activité physique doit être pratiquée au moins une heure par jour, accroître le rythme cardiaque et provoquer parfois l'essoufflement.

Références

- Hartley, L. et al. (2013), « Increased Consumption of Fruit and Vegetables for the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, n° 6, CD009874.
- Inchley, J. et al. (dir.pub) (2016), « Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
- Janssen, I. et A.G. LeBlanc (2010), « Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity and Fitness in School-Aged Children and Youth », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, n° 40.
- OCDE (2017), « Obesity Update », Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/health/health-systems/obesity-update.htm.
- Singh, A. et al. (2012), « Physical Activity and Performance at School: A Systematic Review of the Literature Including Methodological Quality Assessment », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, n° 1, pp. 49-55.
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2007), « Food, Nutrition and Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective », AICR, Washington, DC.

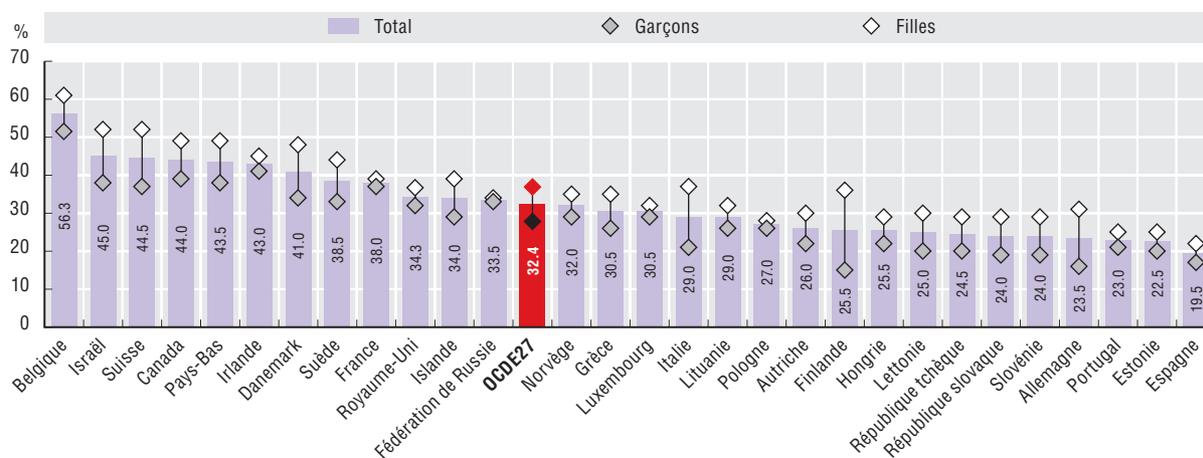
Graphique 4.11. Consommation quotidienne de fruits chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14



Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607364>

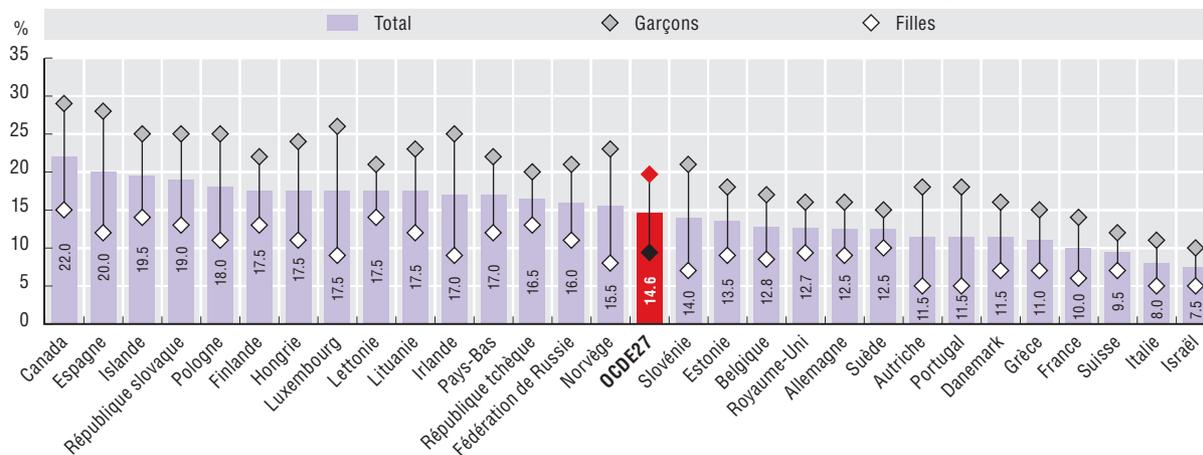
Graphique 4.12. Consommation quotidienne de légumes chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14



Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607383>

Graphique 4.13. Activité physique quotidienne modérée à intense chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14



Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607402>

Surpoids et obésité chez les adultes

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. En 2015, près de 4 millions de décès ont été liés à un indice de masse corporelle (IMC) élevé, chiffre en hausse de 19,5 % par rapport à 2005 au niveau mondial. L'IMC élevé représente le premier facteur de risque en termes d'années de vie en bonne santé perdues en Turquie, le deuxième dans six autres pays de l'OCDE, et le troisième dans 24 autres pays membres (Forouzanfar et al., 2016). L'obésité a rapidement augmenté dans l'OCDE ces dernières décennies, et les projections indiquent que cette évolution va se poursuivre (OCDE, 2017). Elle touche toutes les catégories de la population, indépendamment du sexe, de l'âge, de l'origine ethnique, du revenu ou du niveau d'instruction, quoique à des degrés divers (Sassi, 2010).

Dans l'OCDE, 54 % de la population est en surcharge pondérale, dont 19 % souffre d'obésité (graphique 4.14). Le taux de surpoids (IMC \geq 25) est compris entre 24 % au Japon et 33 % en Corée à un peu plus de 70 % aux États-Unis et au Mexique. L'obésité (IMC \geq 30) enregistre ses taux les plus bas en Corée, en Italie et au Japon (moins de 10 %), et les plus élevés aux États-Unis, en Hongrie, au Mexique et en Nouvelle-Zélande (30 % au moins). Dans la plupart des pays, la pré-obésité ($25 \leq$ IMC \leq 30) représente la part la plus importante des personnes en surcharge pondérale.

Globalement, 20 % des femmes et 19 % des hommes sont atteints d'obésité (graphique 4.15). L'écart entre les sexes est inférieur à un point en Allemagne, au Canada, en Espagne, en France, en Islande, en République slovaque, au Royaume-Uni et en Suède. Les femmes souffrent davantage d'obésité que les hommes dans la majorité des pays, les disparités s'établissant à 10 points et plus au Mexique, en Turquie ainsi qu'en Colombie, et 22 points en Afrique du Sud. Dans les pays où les hommes souffrent davantage d'obésité que les femmes (Australie, Corée, Irlande, Japon, République tchèque et Slovaquie), les écarts sont nettement inférieurs.

L'obésité a considérablement progressé au cours des 20 dernières années, même dans les pays où elle avait toujours enregistré de faibles taux (graphique 4.16). Elle a plus que doublé depuis la fin des années 90 en Corée et en Norvège. Les taux semblent s'être stabilisés ces dernières années en Italie et au Japon. Les pays de l'OCDE où les taux d'obésité sont depuis longtemps élevés sont le Canada, le Chili, les États-Unis, le Mexique et le Royaume-Uni. Ils ont eux aussi enregistré une forte augmentation de l'obésité depuis les années 1990 : +92 % au Royaume-Uni, et +65 % aux États-Unis. La hausse est moins prononcée au Canada, ainsi qu'au Mexique depuis 2006, et au Chili, elle est quasiment imperceptible.

Les pays de l'OCDE ont multiplié les différentes politiques publiques de santé afin d'essayer de freiner l'épidémie d'obésité (OCDE, 2017). Des dispositifs d'étiquetage des aliments, comme les listes de nutriments, les logos d'information nutritionnelle ou les systèmes des feux tricolores ont été mis en place en Angleterre, en Australie, en France et en Nouvelle-Zélande, entre autres. Les médias sociaux et les nouvelles technologies sont devenus des outils de promotion de la santé publique, et font appel à des campagnes médiatiques destinées à sensibiliser le public à des modes de vie plus sains (Goryakin et al., à paraître). Les mesures fiscales gagnent également du terrain, pour augmenter le prix des produits potentiellement nocifs pour la santé comme les aliments à forte teneur en sel, en graisses ou

en sucre. Les taxes sur les boissons sucrées comptent parmi les plus courantes et les données dont on dispose permettent de penser que des taxes correctement conçues entraîneraient une réduction proportionnelle de la consommation, surtout si elles sont fixées à 20 % au moins du prix de vente au détail (OMS, 2016). Des programmes d'action complets comportant des mesures de promotion de la santé, des mesures de sensibilisation, des interventions dans les centres de soins primaires, et des mesures réglementaires et fiscales plus générales offrent des solutions abordables et économiques pour lutter contre l'obésité (Sassi, 2010).

Définition et comparabilité

Le surpoids et l'obésité désignent un poids excessif présentant des risques pour la santé en raison d'une proportion élevée de tissu adipeux. L'outil de mesure le plus fréquemment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), qui évalue le poids d'un individu par rapport à sa taille (poids/taille², le poids étant exprimé en kilogrammes et la taille en mètres). Selon la classification de l'OMS, les adultes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur ou égal à 25 sont en surpoids, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal 30 sont obèses. La pré-obésité correspond à un IMC supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, mais il y a des exceptions comme le souligne la source des données de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé.

On peut estimer les taux de surpoids et d'obésité à partir de la taille et du poids autodéclarés par les personnes interrogées dans le cadre d'enquêtes de population par entretiens, ou d'estimations établies sur la base d'examen médicaux. Les estimations obtenues à partir d'examen médicaux sont généralement plus élevées et plus fiables que celles provenant des enquêtes par entretiens.

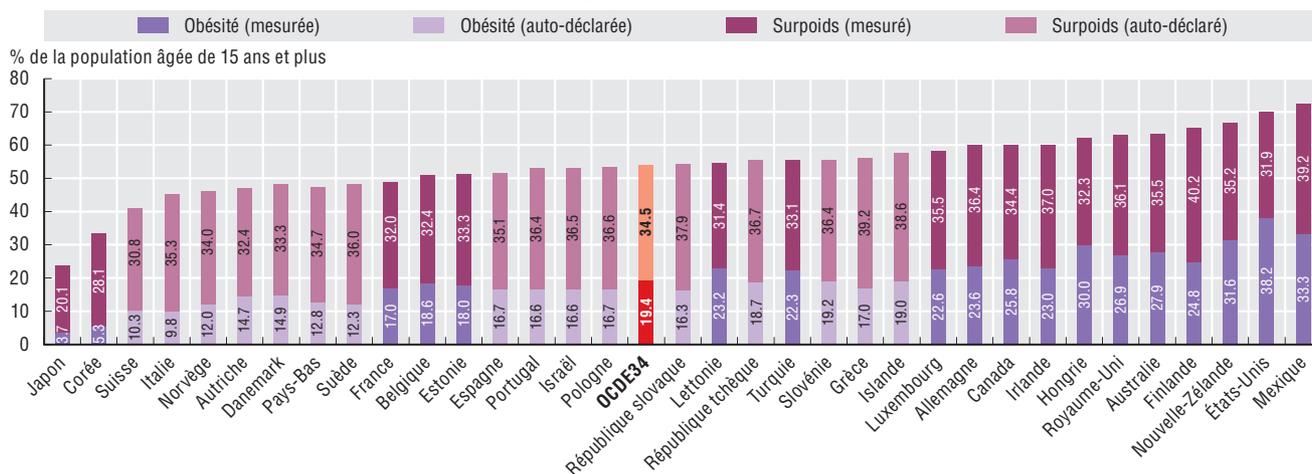
Références

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), « Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- Goryakin, Y. et al. (à paraître), « The Role of Communication in Public Health Policies – The Case of Obesity Prevention in Italy », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*.
- OCDE (2017), « Obesity Update », Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/health/health-systems/obesity-update.htm.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2016), « Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases », OMS, Genève.
- Sassi, F. (2010), *L'obésité et l'économie de la prévention : Objectif santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084889-fr>.

4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Surpoids et obésité chez les adultes

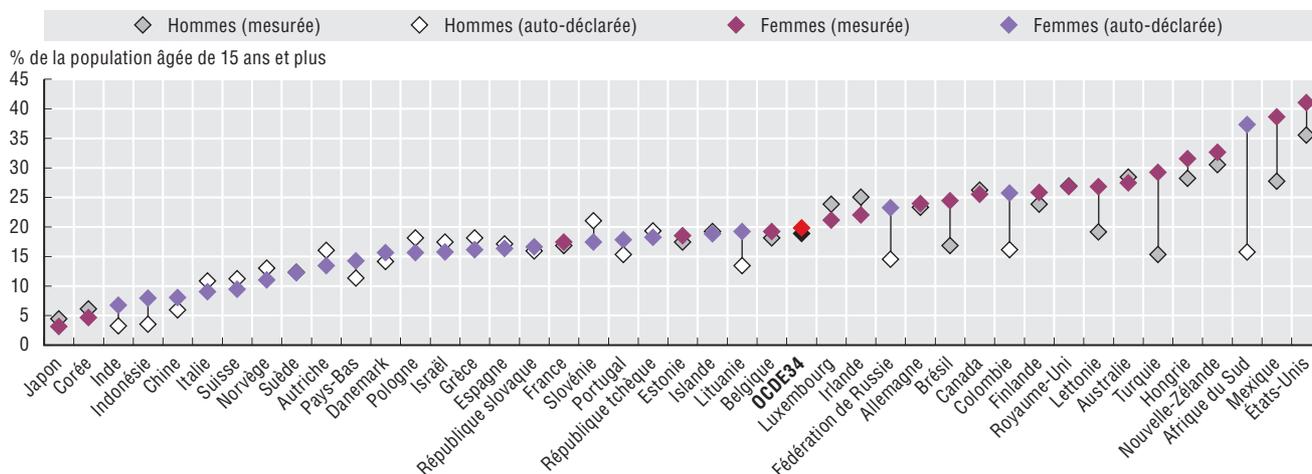
Graphique 4.14. **Surpoids, obésité comprise, chez les adultes, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607421>

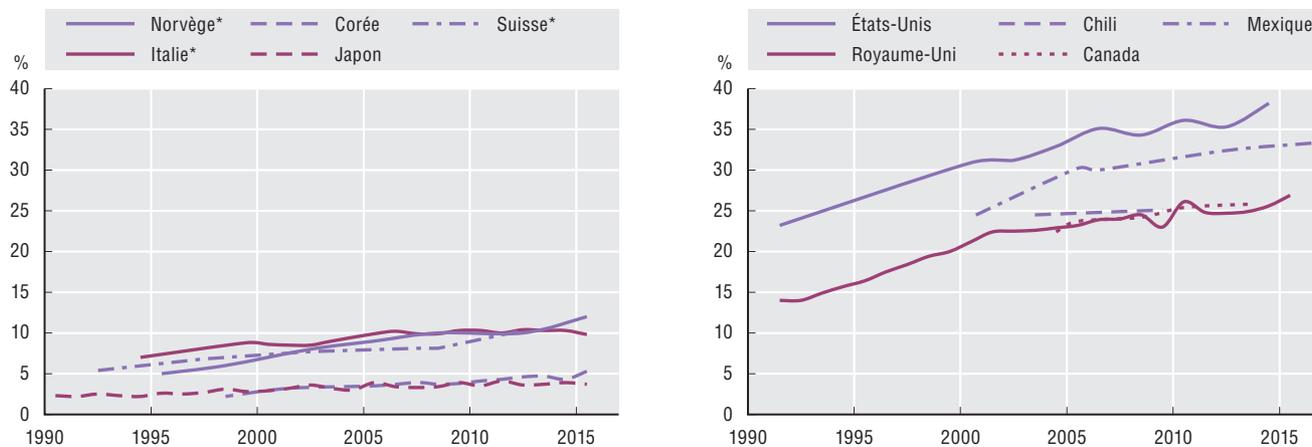
Graphique 4.15. **Obésité chez les adultes, par sexe, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607440>

Graphique 4.16. **Evolution de l'obésité dans une sélection de pays de l'OCDE, 1990 à 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Les données des pays marqués d'un astérisque * reposent sur des déclarations et non sur des mesures.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607459>

Surpoids et obésité chez les enfants

L'obésité infantile est devenue l'un des plus graves enjeux de santé publique du XXI^e siècle. L'obésité peut porter atteinte à la santé physique de l'enfant, sous la forme de maladies cardiovasculaires, endocriniennes ou pulmonaires, et à sa santé psychosociale, en favorisant le développement d'une mauvaise image de soi, de troubles alimentaires et d'états dépressifs (Inchley et al., 2016). Elle peut également compromettre la réussite scolaire (Cohen et al., 2013). De surcroît, l'obésité de l'enfant est une variable prédictive fiable de l'obésité chez l'adulte, qui a des conséquences sanitaires et économiques (OMS, 2016).

Les taux de surpoids (obésité comprise) obtenus à partir d'études mesurant la taille et le poids (plutôt qu'à partir de la taille et du poids auto-déclarés) vont de 15 % en Norvège à 45 % au Chili (graphique 4.17). La moyenne de l'OCDE s'établit à 25 %, à savoir 26 % pour les garçons et 24 % pour les filles, les tranches d'âge considérées variant toutefois selon les pays. La prévalence du surpoids est plus forte chez les filles en Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal, au Royaume-Uni (Angleterre), en Suède, en Suisse et en Turquie, ainsi qu'en Afrique du Sud. C'est en Corée, au Danemark, en Grèce, en Pologne, en Suède, ainsi qu'en Afrique du Sud que les écarts entre filles et garçons sont les plus prononcés (supérieurs à 8 points).

Plus de 20 % des jeunes de 15 ans se déclarent en surpoids au Canada, aux États-Unis et en Grèce, taux qui descend à moins de 10 % au Danemark (graphique 4.18). Pour les filles, c'est au Canada, aux États-Unis, en Grèce et en Islande que l'on recense les taux les plus élevés (15 % au moins) et, pour les garçons, au Canada, aux États-Unis, en Grèce, en Israël, en Italie et en Slovénie (plus de 20 %). Les taux les plus bas pour les filles sont observés en Norvège et en Pologne, de même qu'en Fédération de Russie et en Lituanie (de 6 à 7 %), et au Danemark, en France, aux Pays-Bas, et en Lituanie pour les garçons (de 10 à 14 %). Le taux de surpoids auto-déclaré est plus élevé chez les garçons que chez les filles dans tous les pays ; la moyenne globale pour l'OCDE est de 16 % (19 % pour les garçons, 12 % pour les filles). Les écarts entre filles et garçons sont dans l'ensemble importants, mais on recense les plus forts au Canada, en Estonie, en Grèce, en Italie, en Norvège, en Pologne et en Fédération de Russie (de 10 à 15 points). Ils demeurent très faibles au Danemark, aux Pays-Bas, et au Portugal (de 1 à 3 points).

Le surpoids auto-déclaré chez les jeunes de 15 ans a progressé dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée (graphique 4.19). Globalement, dans l'OCDE, le taux de surpoids a augmenté de 28 %, passant de 12 % en 2001-02 à 16 % en 2013-14. Les hausses les plus prononcées sont intervenues en Israël, en Lettonie, en Pologne, en République slovaque, en République tchèque et en Suède, où il a augmenté de plus de 50 %, ainsi qu'en Estonie, en Fédération de Russie et en Lituanie, où il a plus que doublé. Il a en revanche reculé depuis 2001-02 au Danemark, ainsi qu'en Espagne et en Islande pour les garçons, et en Norvège et au Royaume-Uni (Angleterre) pour les filles.

Des environnements de plus en plus obésogènes ont favorisé la progression de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants. Plusieurs pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques destinées à durcir la réglementation de la publicité portant sur les aliments et boissons nocifs pour la santé qui ciblent plus particulièrement les enfants et les jeunes adultes afin de prévenir l'obésité (OCDE, 2017). On a constaté que les enfants se montrent sensibles aux programmes scolaires (Veugeliers et Fitzgerald, 2005), mais une approche systémique

couvrant un large éventail de facteurs propices à l'obésité et mobilisant la participation des collectivités, des familles et des individus s'impose pour mettre effectivement un terme à l'épidémie et diminuer la prévalence de l'obésité (Inchley et al., 2016).

Définition et comparabilité

Les estimations du surpoids et de l'obésité reposent sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) à partir du poids et de la taille (mesurés ou déclarés) des enfants, le poids et la taille déclarés étant éventuellement associés à un risque de sous-estimation. On considère qu'un enfant est en surpoids ou obèse si son IMC dépasse les seuils définis selon l'âge et le sexe (Cole et al., 2000).

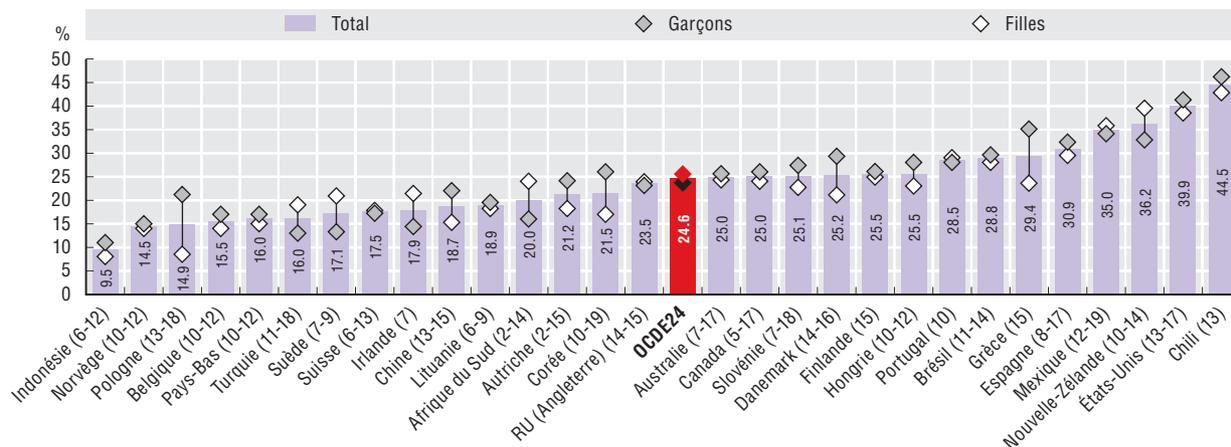
Les données mesurées sont collectées par la *World Obesity Federation* (WOF, anciennement IASO) à partir de différentes études nationales. Les estimations se fondent sur des enquêtes nationales qui collectent le poids et la taille des enfants mesurés à des âges différents. La comparaison des taux entre pays appelle donc à une certaine prudence. Les définitions du surpoids et de l'obésité chez les enfants peuvent différer d'un pays à l'autre, mais sont basées dans la mesure du possible sur les seuils définis par l'IOTF.

Les données obtenues à partir des déclarations des répondants sont issues des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menées entre 2001-02 et 2013-14. Les données de la plupart des pays proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de trois groupes d'âge (11, 13 et 15 ans). Les données auto-déclarées concernant la taille et le poids pouvant être sous-estimées, incomplètes ou erronées, il y a lieu de les interpréter avec prudence.

Références

- Cohen, A.K. et al. (2013), « Educational Attainment and Obesity: A Systematic Review », *Obesity Reviews*, vol. 14, n° 12, pp. 989-1005.
- Cole, T.J. et al. (2000), « Establishing a Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey », *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1-6.
- Inchley, J. et al. (dir.pub) (2016), « Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People's Health and Well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2013/2014 Survey », Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
- OCDE (2017), « Obesity Update », Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/health/health-systems/obesity-update.htm.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2016), « Rapport de la Commission sur les moyens de mettre fin à l'obésité de l'enfant », OMS, Genève.
- Veugeliers, P. et A. Fitzgerald (2005), « Effectiveness of School Programs in Preventing Childhood Obesity: A Multilevel Comparison », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 3, pp. 432-435.

Graphique 4.17. Surpoids mesuré (obésité comprise) chez les enfants d'âges divers, 2010 (ou année la plus proche)

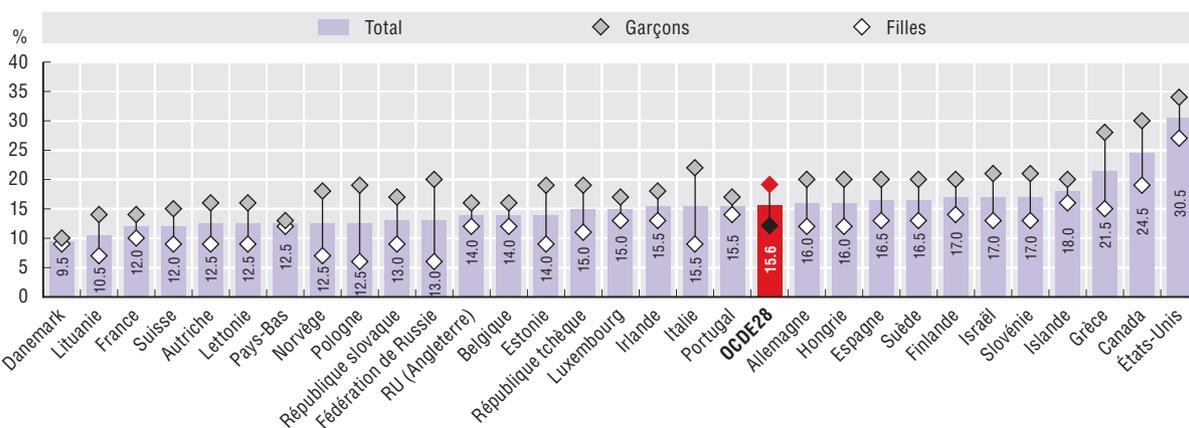


Note : Les chiffres entre parenthèses ont trait à l'âge des enfants enquêtés dans chaque pays.

Source : International Association for the Study of Obesity (2016, 2017) ; JUNAEB (2016) pour le Chili ; THL National Institute for Health and Welfare pour la Finlande.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607478>

Graphique 4.18. Surpoids auto-déclaré (obésité comprise) chez les jeunes âgés de 15 ans, 2013-14

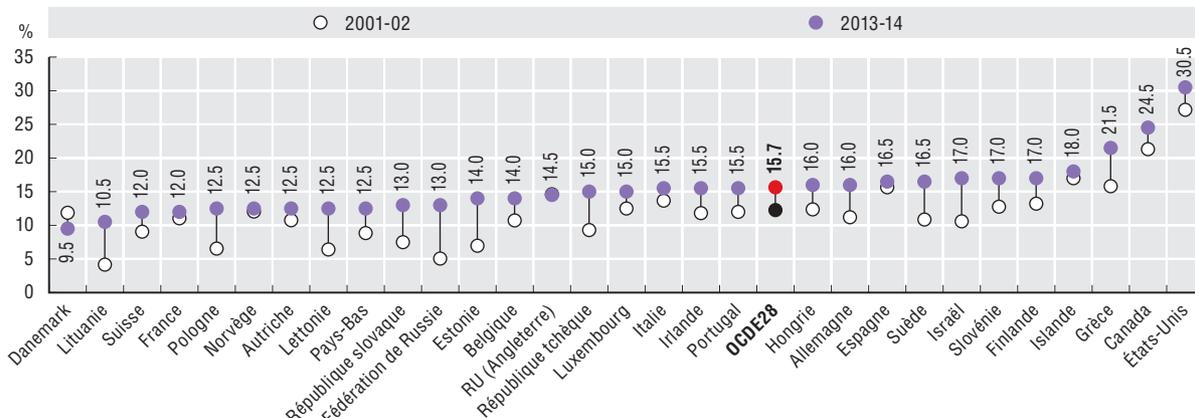


Note : Seuils de l'International Obesity Task Force. Les taux pour les États-Unis portent sur l'année d'enquête 2009-10 et non 2013-14.

Source : Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607497>

Graphique 4.19. Variation des taux de surpoids auto-déclarés (incluant l'obésité) des jeunes âgés de 15 ans, 2001-02 et 2013-14



Note : Seuils de l'International Obesity Task Force. Les taux de 2013-14 pour les États-Unis portent sur l'année d'enquête 2009-10. Les taux de 2001-02 pour l'Islande, le Luxembourg et la République slovaque portent sur l'année d'enquête 2005-06.

Source : Currie et al. (2004) ; Inchley et al. (2016).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607516>

Pollution atmosphérique

La pollution atmosphérique est un risque environnemental majeur pour la santé, en particulier pour les enfants et les personnes âgées, car elle peut provoquer des maladies respiratoires et cardiovasculaires, et le cancer du poumon. Un lien a également été établi avec le faible poids des bébés à la naissance, la démence et certaines lésions de l'ADN et du système immunitaire (OMS, 2017). La pollution de l'air extérieur en milieu urbain et rural aurait été à l'origine de 3 millions de décès prématurés dans le monde en 2012 (OMS, 2016). Elle peut en outre avoir des conséquences économiques et sociales substantielles, qui vont des coûts sanitaires à la nécessité de restaurer le cadre bâti et à la production agricole (OCDE, 2015). Les émissions les plus redoutables pour la pollution de l'air sont celles de monoxyde de carbone, d'oxyde d'azote et d'ozone, mais aussi celles de particules fines, ou $PM_{2,5}$, dont le diamètre est inférieur ou égal à $2.5 \mu m$. Ces dernières sont potentiellement plus dangereuses que les particules de taille supérieure (PM_{10}) car elles peuvent pénétrer dans le système respiratoire et avoir une grave incidence sur la santé. En 2015, la pollution de l'air par les particules a été à l'origine de 4.2 millions de décès dans le monde (Forouzanfar et al., 2016). Selon l'OMS, la pollution est l'une des menaces les plus pernicieuses pour la santé publique mondiale aujourd'hui, et intervient à plus grande échelle que le VIH ou que le virus Ébola (OMS, 2017).

En 2015, les niveaux d'exposition aux $PM_{2,5}$ dépassant le niveau préconisé par l'OMS étaient supérieurs à 90 % dans 21 pays de l'OCDE (graphique 4.20). Dans 19 de ces pays, la totalité de la population y était exposée. L'Australie, le Canada, la Finlande, l'Islande, la Nouvelle-Zélande et la Suède affichent des taux proches de 0 %, suivis des États-Unis et de la Norvège avec des taux inférieurs à 10 %. La moyenne de l'OCDE est de 68 %.

L'exposition annuelle moyenne de la population aux $PM_{2,5}$ a globalement baissé dans l'OCDE, passant de $18.2 \text{ microgrammes/m}^3$ en 1990 à $15.1 \text{ microgrammes/m}^3$ en 2015 (graphique 4.21). Si elle a dans l'ensemble diminué depuis 1990, certaines hausses ont été enregistrées ces dernières années. Cela tient en grande partie à la concentration des sources de pollution en milieu urbain et à l'utilisation grandissante de la voiture particulière pour les déplacements urbains (OCDE, 2015).

En 2015, les taux d'exposition les plus bas étaient observés en Australie, au Canada, en Finlande, en Islande, en Nouvelle-Zélande et en Suède, et les plus élevés en Corée et en Turquie, ainsi qu'en Afrique du Sud, en Chine et en Inde. Ils ont reculé dans la plupart des pays depuis 1990, sauf en Corée, en Israël, en Italie, au Japon, en Turquie, ainsi qu'en Chine et en Inde où ils augmenté dans une fourchette allant de 5 % au Japon à 24 % en Inde. Dans les pays où ils ont fléchi, les baisses vont de 3 % à 8 % en Espagne, en Finlande, en Islande, en Suède, en Suisse de même qu'au Costa Rica et en Indonésie, à 30-40 % en Hongrie, en Lettonie, en Pologne, en République slovaque, en République tchèque et en Lituanie.

L'OMS estime que 92 % de la population mondiale vit dans des endroits où les niveaux de qualité de l'air ne correspondent pas aux niveaux qu'elle préconise pour les $PM_{2,5}$ (OMS, 2017), et la pollution de l'air intérieur et extérieur provoque environ 7 millions de décès prématurés par an (OMS, 2014). Selon les projections de l'OCDE, la pollution atmosphérique va provoquer de 6 à 9 millions de décès prématurés d'ici à 2060, et

une perte de 1 % du PIB mondial (OCDE, 2016). Les politiques visant à limiter la pollution atmosphérique font appel à des approches réglementaires, comme les normes de qualité de l'air ambiant et des carburants ou des plafonds d'émission, et à des instruments économiques, dont les taxes sur les carburants, la tarification routière ou les taxes sur les émissions.

Définition et comparabilité

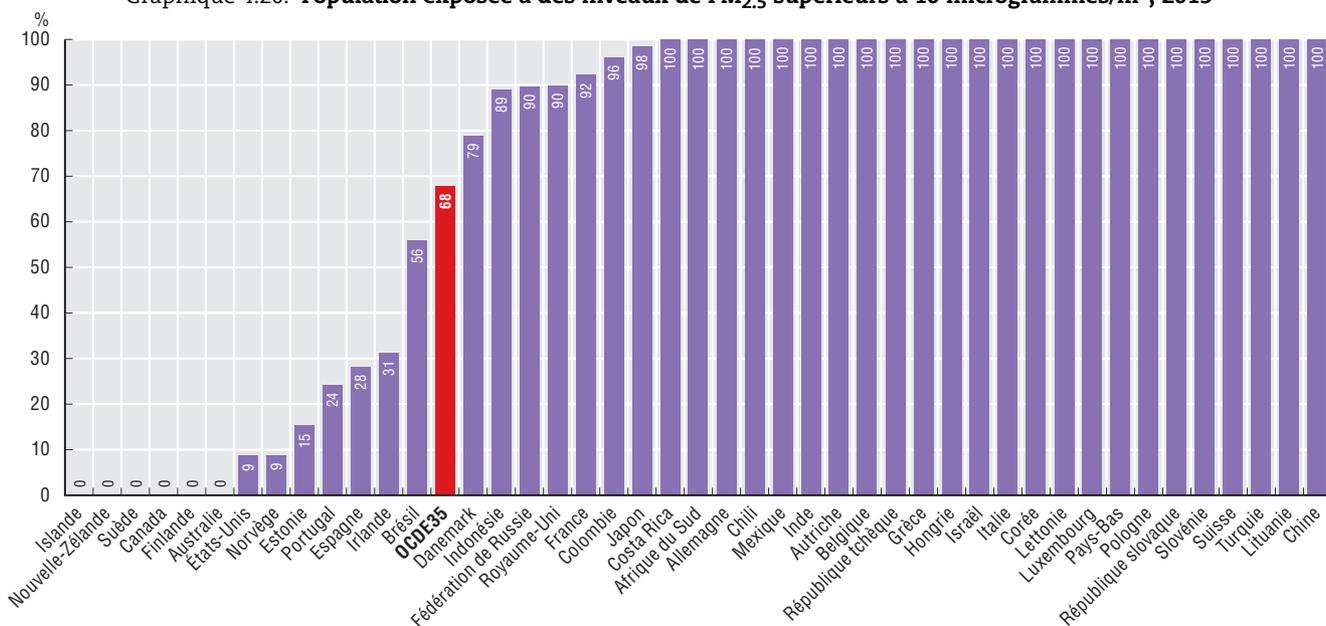
L'OMS a établi des directives relatives à la pollution atmosphérique, exprimées sous forme de niveau moyen d'exposition de la population (urbaine et rurale) d'un pays aux concentrations de particules en suspension à ne pas dépasser. Les indicateurs présentés ici rendent compte du niveau moyen d'exposition estimé aux concentrations de particules fines, qui mesurent moins de 2.5 microns de diamètre. L'OMS préconise pour les $PM_{2,5}$ une moyenne annuelle de $10 \text{ microgrammes/m}^3$, niveau le plus faible au-delà duquel des effets nocifs à la santé ont été observés.

Les données relatives aux $PM_{2,5}$ sont communiquées par la Banque mondiale, dans le cadre de l'étude *Global Burden of Disease Study*. Elles résultent de la combinaison de données de différentes sources, dont les observations par satellite des aérosols présents dans l'atmosphère et la surveillance des particules au niveau troposphérique. Néanmoins, les concentrations de polluants sont sensibles aux conditions locales, et les protocoles de mesure peuvent différer d'un pays à l'autre. Les données doivent donc servir d'indicateur général de la qualité de l'air, essentiellement pour permettre des comparaisons internationales.

Références

- Forouzanfar, M.H. et al. (2016), « Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 388, pp. 1659-1724.
- OCDE (2016), *Les conséquences économiques de la pollution de l'air extérieur*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264262294-fr>.
- OCDE (2015), *Panorama de l'environnement 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264255531-fr>.
- OMS (2017), « Healthier, Fairer, Safer: The Global Health Journey », OMS, Genève.
- OMS (2016), « Qualité de l'air ambiant et santé », Aide-mémoire n° 313.
- OMS (2014), « 7 millions de décès prématurés sont liés à la pollution de l'air chaque année », communiqué de presse.

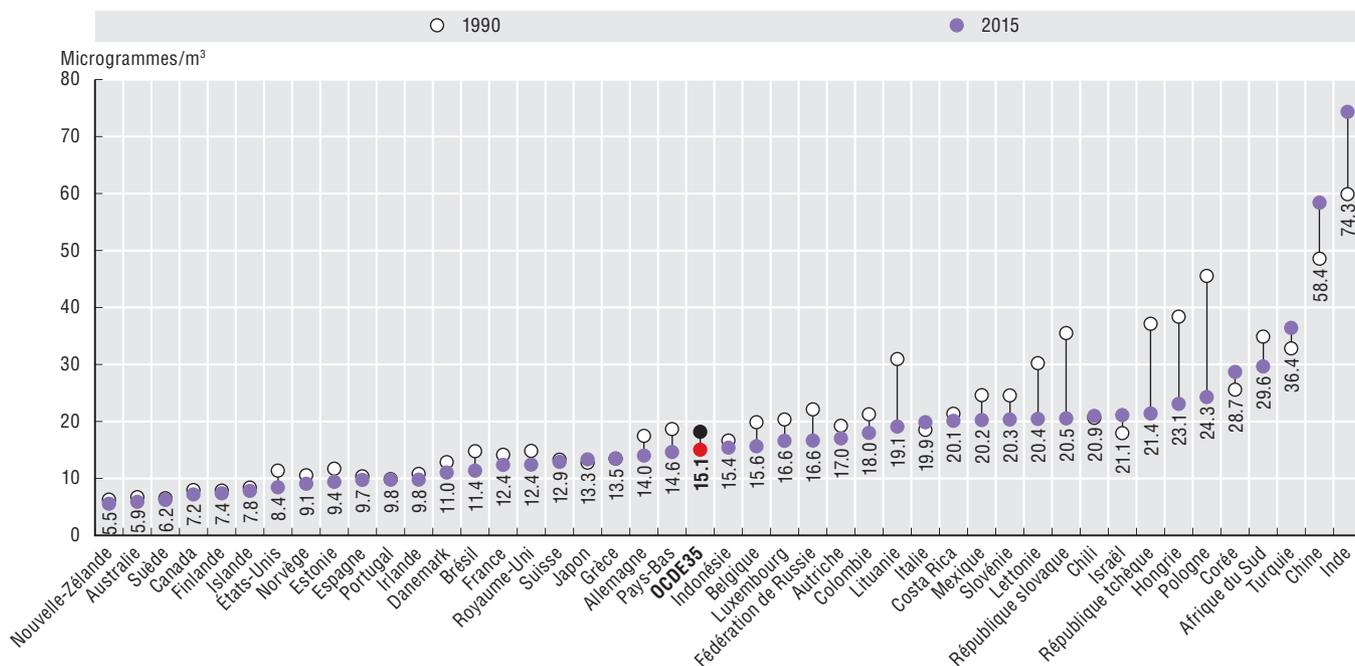
Graphique 4.20. Population exposée à des niveaux de PM_{2,5} supérieurs à 10 microgrammes/m³, 2015



Source : Banque mondiale (2017), World Development Indicators (base de données).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607535>

Graphique 4.21. Exposition annuelle moyenne de la population aux PM_{2,5}, 1990 et 2015



Source : Banque mondiale (2017), World Development Indicators (base de données).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607554>





5. ACCÈS AUX SOINS

Couverture des soins de santé

Besoins en soins de santé non satisfaits en raison de leur coût

Dépenses de santé à la charge des patients

Répartition géographique des médecins

Délais d'attente pour une chirurgie élektive

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.

La couverture des soins de santé, par les régimes d'assurance publics et privés, permet de se prémunir contre les aléas financiers d'un accident ou d'une maladie grave. Toutefois, le pourcentage de la population couverte par de tels dispositifs ne constitue pas un indicateur complet de l'accessibilité, car la gamme des services couverts et le degré de participation des patients à leur coût affectent également l'accès aux soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) des soins pour un éventail de services de base qui comprennent d'ordinaire les consultations médicales et spécialisées, les tests et examens, et les interventions chirurgicales et thérapeutiques (graphique 5.1). En règle générale, les soins dentaires et les médicaments sont partiellement couverts, même si dans un certain nombre de pays ces services doivent être achetés séparément (OCDE, 2015). La couverture universelle a généralement été mise en place dans le cadre de dispositifs publics (systèmes nationaux de santé ou assurance maladie sociale), bien qu'un petit nombre de pays (les Pays-Bas et la Suisse) ont recours à des régimes d'assurance maladie privés obligatoires pour couvrir une partie ou la totalité de leur population.

Le taux de couverture d'assurance maladie de base est inférieur à 95 % de la population dans sept pays de l'OCDE, les taux les plus bas étant observés en Grèce, aux États-Unis et en Pologne. En Grèce, les effets de la crise économique demeurent importants. La couverture d'assurance maladie des chômeurs de longue durée a été diminuée et de nombreux travailleurs indépendants ont décidé de ne pas renouveler leur contrat d'assurance en raison de la baisse de leur revenu disponible. Toutefois, les personnes non assurées bénéficient depuis 2014 d'une couverture pour les produits pharmaceutiques prescrits, les services d'urgence dans les hôpitaux publics, et les soins hospitaliers non urgents sous certaines conditions (Eurofound, 2014). De plus, depuis 2016, une nouvelle loi a tenté de réduire les écarts persistants de couverture. Aux États-Unis, la couverture maladie est principalement fournie par les régimes d'assurance privés. Les régimes financés sur fonds publics couvrent les personnes âgées et les personnes à faible revenu ou handicapées. Le pourcentage de la population non assurée a diminué ; il est passé de 14.4 % en 2013 à 9.1 % en 2015, suite à la mise en place de l'*Affordable Care Act*, qui visait à étendre la couverture de l'assurance maladie (Cohen et Martinez, 2015). Le gouvernement actuel a toutefois entrepris de réexaminer cette loi. En Pologne, la loi est devenue plus restrictive en 2012 : les personnes ne payant pas leurs cotisations n'ont plus droit à la couverture sociale de l'assurance maladie. Néanmoins, les personnes non assurées nécessitant des soins médicaux se rendent dans les services d'urgence des hôpitaux, où elles sont encouragées à souscrire une assurance. En Irlande, bien que la couverture maladie soit universelle, la majorité de la population doit s'acquitter d'une part non négligeable des frais (jusqu'à 50 EUR) pour avoir accès aux soins primaires (Burke et al., 2016).

L'assurance maladie primaire de base, qu'elle soit fournie dans le cadre de régimes d'assurance publics ou privés, couvre généralement un « panier » de prestations préalablement défini et prévoit souvent une participation du patient aux coûts. Dans certains pays, il est possible de souscrire une assurance maladie additionnelle dans le cadre de régimes privés volontaires pour couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), d'ajouter des services (assurance supplémentaire) ou d'obtenir un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de

prestataires (assurance duplicative). Neuf des pays de l'OCDE font état d'une couverture maladie privée pour plus de la moitié de leur population (graphique 5.2).

En France, l'assurance maladie privée fournit à 96 % de la population une assurance *complémentaire* qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients dans le système de sécurité sociale. Les Pays-Bas ont le plus vaste marché de l'assurance *supplémentaire* (84 % de la population), suivis par Israël (83 %) où l'assurance privée prend en charge le coût des médicaments délivrés sur ordonnance et des soins dentaires qui ne sont pas remboursés par le régime public. C'est en Irlande (45 %) et en Australie (56 %) que l'assurance maladie *parallèle* (ou *duplicative*), offrant un accès plus rapide aux services médicaux privés en cas de délais d'attente dans le secteur public, est le plus développée.

Le pourcentage de la population couverte par l'assurance maladie privée a augmenté dans certains pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée, en particulier au Danemark, en Corée, en Slovénie et en Belgique. En revanche, il a décliné dans d'autres, notamment en Grèce, en Irlande, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis (graphique 5.3). La place importante occupée par l'assurance maladie privée est liée à plusieurs facteurs, notamment le déficit d'accès aux services financés sur fonds publics, les interventions des pouvoirs publics visant les marchés de l'assurance maladie privée et les évolutions historiques.

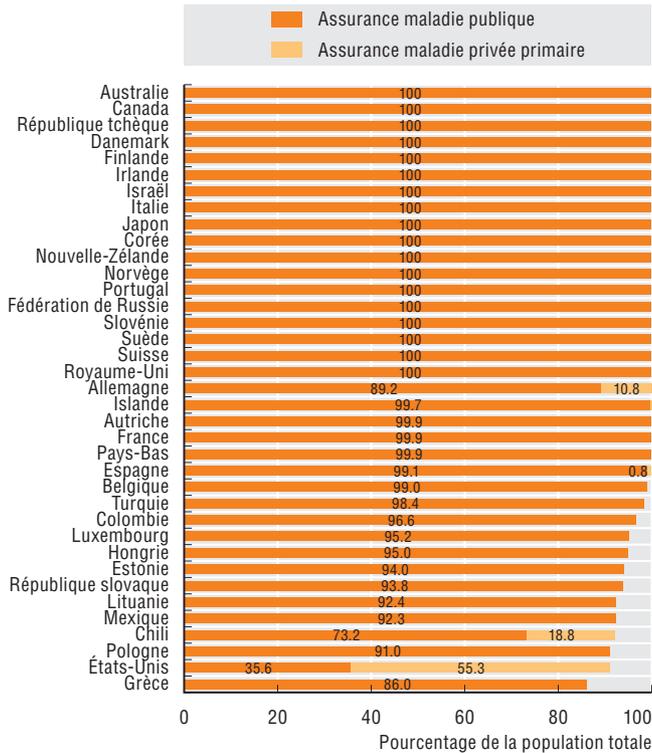
Définition et comparabilité

La couverture des soins de santé correspond ici à la part de la population qui bénéficie d'un éventail précis de produits et de services de santé de base dans le cadre de régimes publics et privés d'assurance maladie. Elle englobe les personnes couvertes en leur nom propre et les personnes à leur charge. On entend par couverture publique les systèmes de santé nationaux ou les régimes sociaux d'assurance maladie. La souscription d'une assurance privée est souvent facultative, mais peut aussi être imposée par la loi ou obligatoire pour les salariés dans le cadre de leur contrat de travail. Le montant des primes n'est généralement pas lié aux revenus, la souscription d'une couverture privée pouvant toutefois être subventionnée par les pouvoirs publics.

Références

- Burke, S. et al. (2016), « From Universal Health Insurance to Universal Healthcare? The Shifting Health Policy Landscape in Ireland since the Economic Crisis », *Health Policy*, vol. 120, n° 3, pp. 235-240.
- Cohen, R.A. et M.E. Martinez (2015), « Health Insurance Coverage : Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey », National Center for Health Statistics, juin.
- Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin.
- OCDE (2015), « Measuring Health Coverage », disponible à l'adresse suivante : www.oecd.org/els/health-systems/measuring-health-coverage.htm.

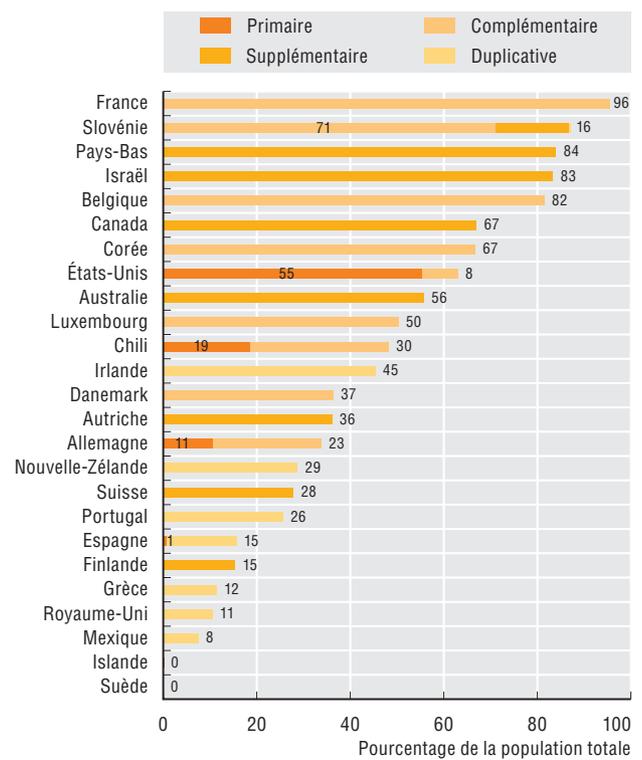
Graphique 5.1. Couverture de l'assurance maladie pour un ensemble de services, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607573>

Graphique 5.2. Population couverte par une assurance maladie privée selon le type d'assurance, 2015 (ou année la plus proche)

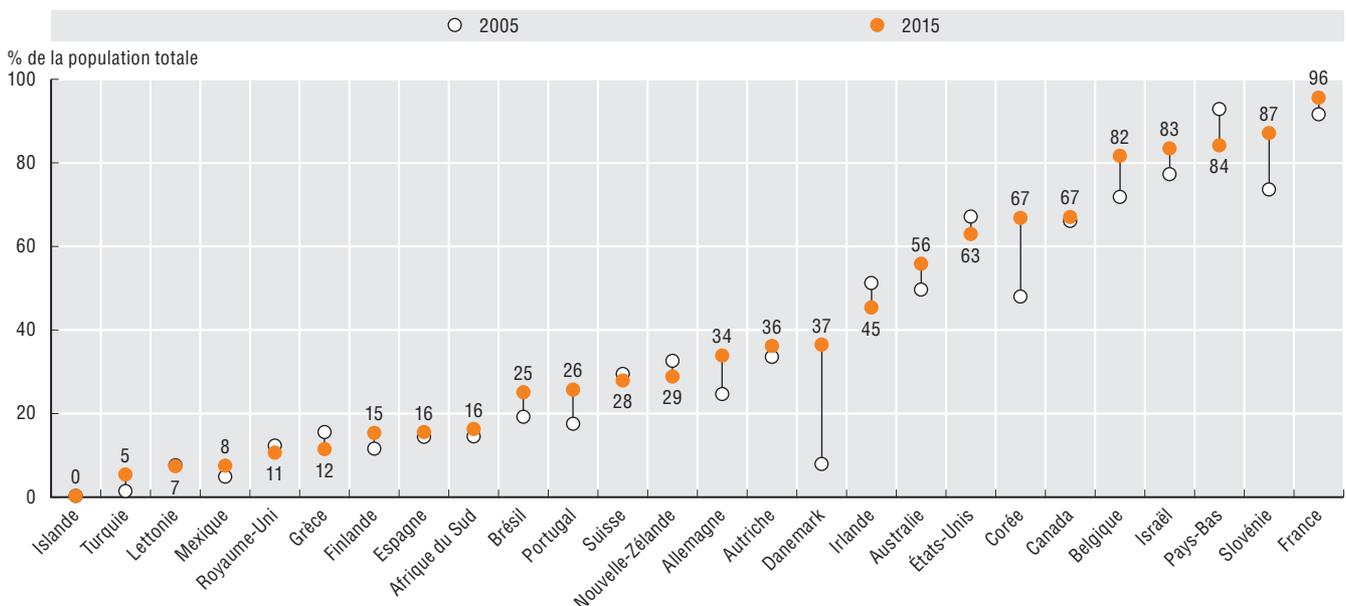


Note : L'assurance maladie privée peut être à la fois duplicative et supplémentaire en Australie ; à la fois complémentaire et supplémentaire au Danemark et en Corée ; et duplicative, complémentaire et supplémentaire en Israël et en Slovénie.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607592>

Graphique 5.3. Évolution de la couverture d'assurance maladie privée, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607611>

L'accès aux soins de santé est parfois contrarié pour diverses raisons liées au fonctionnement du système de santé (le coût d'un soin médical, l'éloignement du centre de soins le plus proche ou les listes d'attente, par exemple) ou d'ordre personnel (notamment la crainte de ne pas être compris par le médecin ou de manquer de temps pour se soigner). Les personnes qui renoncent aux soins dont elles ont besoin mettent parfois leur santé en danger.

Les besoins en soins non satisfaits en raison de leur coût représentent un problème critique, en particulier chez les personnes à faible revenu. C'est pourquoi de plus en plus de pays recueillent des données pour évaluer le taux de renonciation aux soins pour des raisons financières (Fujisawa et Klazinga, 2017), et pour déterminer notamment si des consultations ont été manquées ou si des médicaments prescrits n'ont pas été achetés en raison de leur coût.

Globalement, dans les pays de l'OCDE, un peu plus d'une personne sur dix a signalé ne pas s'être rendue à une consultation pour des raisons financières en 2016, valeur établie avec les données de 17 pays de l'OCDE (graphique 5.4). Le nombre relativement élevé de personnes déclarant avoir renoncé à des consultations est quelque peu surprenant dans la mesure où, dans la plupart des pays de l'OCDE, celles-ci sont gratuites ou requièrent une participation financière modique (Paris et al., 2016). La proportion de la population ayant renoncé à des consultations est élevée en Pologne (33%) ainsi qu'aux États-Unis (22.3 %) et en Suisse (20.9 %). En Allemagne, en Espagne, en Suède, au Royaume-Uni, en Israël et en Italie, moins de 5 % de la population ont indiqué avoir renoncé à une consultation pour des raisons financières.

Dans la plupart des pays, la proportion de la population ayant manqué une consultation pour des raisons financières n'a pas beaucoup varié ces dernières années, à quelques exceptions près. Une forte augmentation est observable en Suisse, le problème concernant principalement les personnes de moins de 50 ans ou celles dont le revenu est modeste (OFSP, 2016). En Allemagne et en Estonie, cette proportion a diminué.

S'agissant des médicaments prescrits, 7.1 % des personnes en moyenne ont signalé y avoir renoncé en raison de leur coût, chiffre fondé sur les données de 15 pays de l'OCDE (graphique 5.5). La plupart des pays de l'OCDE imposent une participation des patients aux frais de médicaments, mais prévoient souvent des exemptions pour certaines catégories de la population (Paris et al., 2016). Les plus forts pourcentages de la population ayant renoncé à des médicaments prescrits sont observés aux États-Unis (18 %) et en Suisse (11.6 %), les plus bas en Allemagne (3.2 %) et au Royaume-Uni (2.3 %). Dans la plupart des pays, cette proportion a légèrement diminué ces dernières années. De nettes améliorations sont signalées en Israël, en Estonie et en Australie. En Israël, ce progrès est peut-être en partie lié à des mesures visant à rendre les médicaments plus accessibles et abordables aux patients atteints de maladies chroniques et aux personnes âgées.

Dans les pays de l'OCDE, les besoins non satisfaits en raison de leur coût concernent systématiquement davantage d'individus parmi les catégories à faible revenu que parmi les catégories à revenu élevé (graphique 5.6), sauf au Royaume-Uni, où ils sont identiques chez ces deux groupes et dans le reste de la population. Ils sont particulièrement importants parmi les tranches de revenu inférieures aux États-Unis, où 43 % des adultes relevant de ces catégories indiquaient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en 2016. Des disparités

importantes de besoins non satisfaits étaient également observées entre les personnes à revenu élevé et ceux à faible revenu en France et au Canada.

Les besoins en soins de santé non satisfaits déclarés par les individus doivent être examinés en parallèle à d'autres indicateurs d'obstacles potentiels à l'accès aux soins, comme l'étendue de la couverture d'assurance maladie et le montant des dépenses à la charge des patients. Les stratégies visant à améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées ou mal desservies doivent s'attaquer à la fois aux obstacles financiers et non financiers, et favoriser une offre et une répartition adaptées du personnel de santé.

Définition et comparabilité

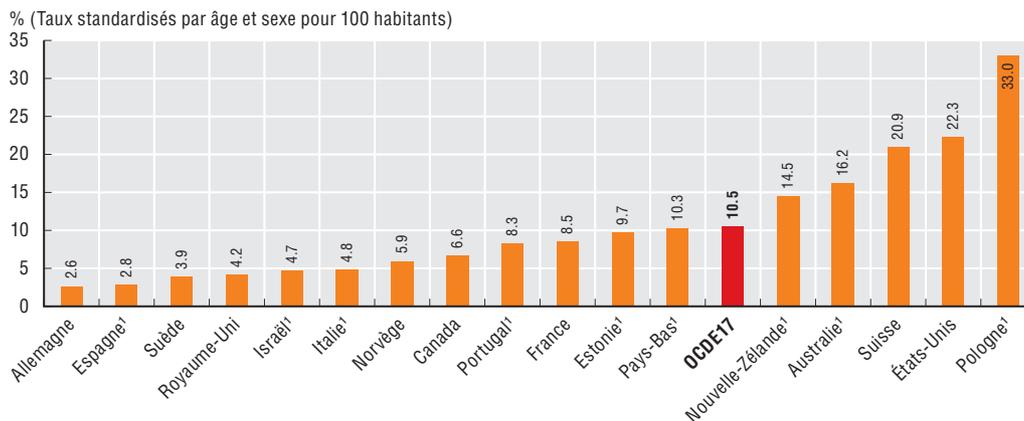
L'OCDE recueille, auprès de sources nationales et internationales, des données relatives aux soins de santé auxquels les populations déclarent renoncer en raison de leur coût, et le nombre de pays qui communiquent ces indicateurs augmente avec le temps. Ceux-ci font appel à des questions similaires à celles posées dans le cadre de l'Enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund*. Les données des graphiques 5.4 et 5.5 concernent les soins primaires et secondaires et ont été standardisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure démographique de l'OCDE en 2010 pour neutraliser l'incidence des différences de structure de population d'un pays à l'autre. En raison du changement de source pour cet indicateur, les données ne sont pas directement comparables avec celles présentées dans les éditions précédentes du *Panorama de la santé*.

L'Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 du *Commonwealth Fund* demande aux personnes si elles ont omis de consulter un médecin alors qu'elles avaient un problème de santé, si elles ont manqué un examen médical, un traitement ou un suivi recommandé par un médecin, ou si elles n'ont pas pris les médicaments prescrits ou omis des doses pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois écoulés. Comme l'enquête recueille également des données relatives au milieu socio-économique, notamment le niveau de revenu, elle permet d'analyser les besoins en soins non satisfaits par catégorie de revenu. Cette enquête a été réalisée dans 11 pays.

Références

- Fujisawa, R. et N. Klazinga (2017), « Measuring Patient Experiences (PREMs) : Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-15 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- OFSP – L'Office fédéral de la santé publique (2016), "Prise en charge médicale : la population suisse est satisfaite", Communiqué de presse, Berne, www.bag.admin.ch/bag/fr/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-64545.html.
- Paris, V. et al. (2016), « Health Care Coverage in OECD countries in 2012 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlz3kbf7pzu-en>.

Graphique 5.4. **Renoncement aux consultations en raison du coût, 2016 (ou année la plus proche)**

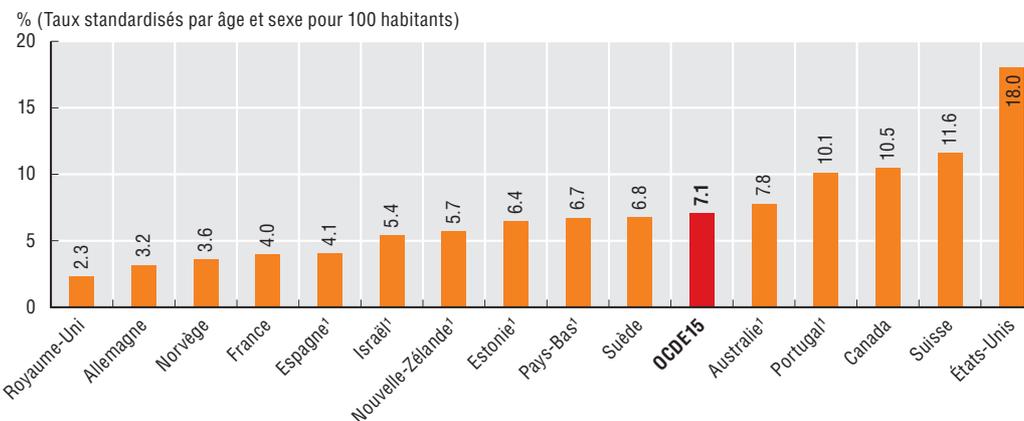


Note : Sources nationales.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607630>

Graphique 5.5. **Renoncement aux médicaments prescrits en raison du coût, 2016 (ou année la plus proche)**

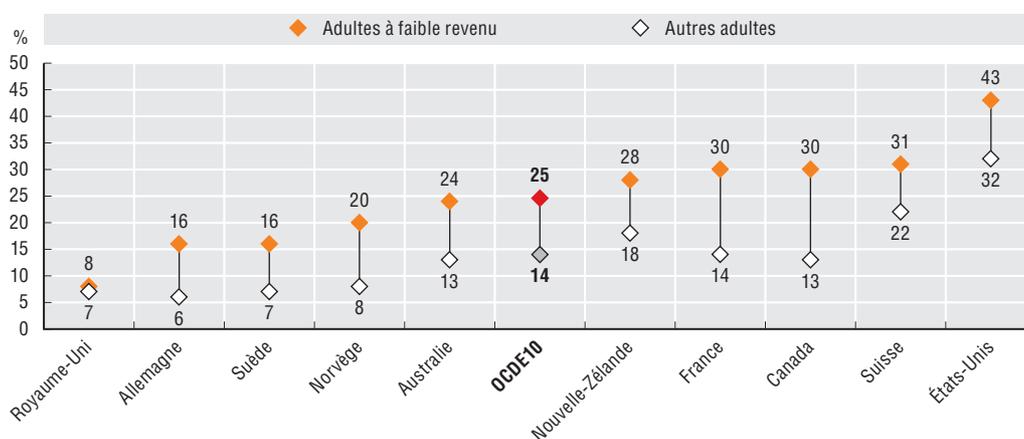


1. Sources nationales.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607649>

Graphique 5.6. **Besoins en soins non satisfaits en raison du coût, par niveau de revenu, 2016**



Note : N'a pas consulté de médecin lors d'un problème médical, n'a pas reçu les soins recommandés ou n'a pas suivi une prescription. Les ménages sont considérés à "faible revenu" lorsque leur revenu est inférieur à 50% du revenu médian national. La taille des échantillons est faible (n < 100) aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607668>

Dépenses de santé à la charge des patients

La protection financière apportée par les régimes d'assurance maladie obligatoires ou volontaires peut sensiblement réduire les dépenses médicales à la charge directe des patients. Toutefois, dans certains pays, cette charge financière peut créer des barrières à l'accès aux soins de santé et à leur utilisation. Les ménages qui ont des difficultés à payer les frais médicaux risquent de reporter les soins de santé dont ils ont besoin, voire d'y renoncer. Globalement, dans les pays de l'OCDE, un cinquième des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur sur les « Financement des dépenses de santé »).

Les soins à la charge des patients reposent sur la capacité de ces derniers à payer. Si le financement des soins repose davantage sur les paiements directs, sa charge se reporte, en théorie, sur ceux qui utilisent le plus ces services et, éventuellement, des hauts salaires vers les bas salaires, dont les besoins en soins sont généralement plus importants. Dans la pratique, de nombreux pays ont mis en place des filets de protection sociale pour éviter que les catégories vulnérables de la population (les pauvres, les personnes âgées, ou les personnes souffrant de maladie chronique ou de handicap) aient des dépenses directes trop importantes. Il peut s'agir d'exemptions partielles ou totales, ou d'un plafonnement des paiements directs, définis en termes absolus ou en fonction des revenus (Paris et al., 2016).

On peut mesurer la charge des dépenses directes de santé (hors services de soins de longue durée) soit en proportion du revenu total des ménages, soit en proportion de leur consommation totale. La part de la consommation des ménages allouée aux soins médicaux variait considérablement selon les pays de l'OCDE en 2015 ; elle allait de 1.5 % de leur consommation totale en France, au Luxembourg et au Royaume-Uni à plus de 5 % en Corée, et en Suisse (graphique 5.7). Dans les pays de l'OCDE, les ménages consacrent en moyenne 3 % de leurs dépenses aux biens et services médicaux.

Le degré de couverture des différents services et biens de santé varie selon les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Dans la plupart des pays, la part des dépenses à la charge directe des patients est plus élevée pour les produits pharmaceutiques et les soins dentaires et ophtalmologiques que pour les soins hospitaliers et les consultations médicales (Paris et al., 2016). Compte tenu de ces disparités, et de l'importance relative de ces catégories de dépenses, il n'est pas surprenant de constater d'importantes variations de la participation directe des ménages au coût des soins médicaux entre les pays de l'OCDE.

Dans la majorité des pays de l'OCDE, les dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux soins ambulatoires (dont les soins dentaires) sont les deux principaux postes de dépenses à la charge des ménages (graphique 5.8), et représentent généralement près des quatre cinquièmes de leurs dépenses de santé. La participation aux coûts et des services supplémentaires peuvent augmenter la part des frais hospitaliers à la charge directe des ménages – en Grèce, en Belgique et aux Pays-Bas, les soins hospitaliers représentent

une fraction plus importante des dépenses des ménages (de 20 % à 32 %) qu'en moyenne dans l'OCDE (moins de 10 %).

Dans quelques pays d'Europe centrale et orientale, comme la Pologne, la République tchèque et la Hongrie, ainsi qu'au Canada et au Mexique, les médicaments représentent 50 % ou plus des dépenses à la charge des ménages. Cela peut-être lié non seulement à la participation au coût des médicaments prescrits mais aussi à des dépenses élevées de médicaments en vente libre destinés à l'automédication. Les appareils thérapeutiques, qui comprennent les produits ophtalmologiques et les appareils auditifs, peuvent aussi représenter une part sensible des dépenses d'un ménage. La couverture par les régimes obligatoires des lunettes se limite souvent à une participation aux coûts des verres correcteurs, ce qui oblige les ménages à en supporter le coût s'ils n'ont pas souscrit une assurance privée complémentaire. La dépense en appareils thérapeutiques représente plus de 20 % des dépenses des ménages aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Slovaquie, en Allemagne et en République slovaque.

La couverture des traitements dentaires est généralement faible ; de ce fait, les soins dentaires occupent une place substantielle dans les dépenses en soins ambulatoires et dans les dépenses totales des ménages, puisqu'ils représentent 20 % de l'ensemble des dépenses à la charge des patients dans les pays de l'OCDE. En Espagne, en Norvège et en Estonie, ce chiffre atteint 30 % ou plus. Cette situation tient, en partie au moins, à la prise en charge limitée des soins dentaires par les régimes obligatoires de ces pays en comparaison à celle, plus complète, d'autres catégories de soins.

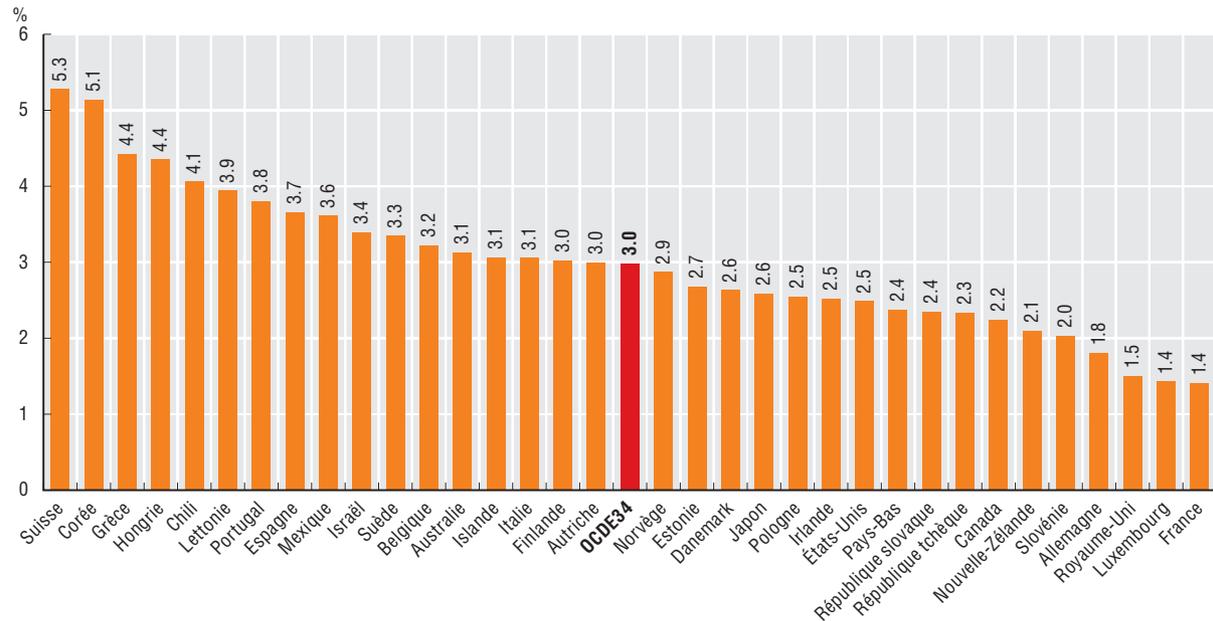
Définition et comparabilité

Les dépenses directes sont celles supportées directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance obligatoires et volontaires ne couvrent pas en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Cela inclut la participation des patients aux coûts et d'autres dépenses payées directement par les ménages, et devrait également comprendre les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins. Seules les dépenses médicales (à savoir les dépenses en soins de santé moins les dépenses pour le volet sanitaire des soins de longue durée) sont présentées ici, car la capacité des pays à évaluer les dépenses privées liées aux soins de longue durée varie considérablement.

Références

Paris, V. et al. (2016), « Health Care Coverage in OECD Countries in 2012 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jlz3kbf7pzu-en>.

Graphique 5.7. Dépenses de santé à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2015 (ou année la plus proche)

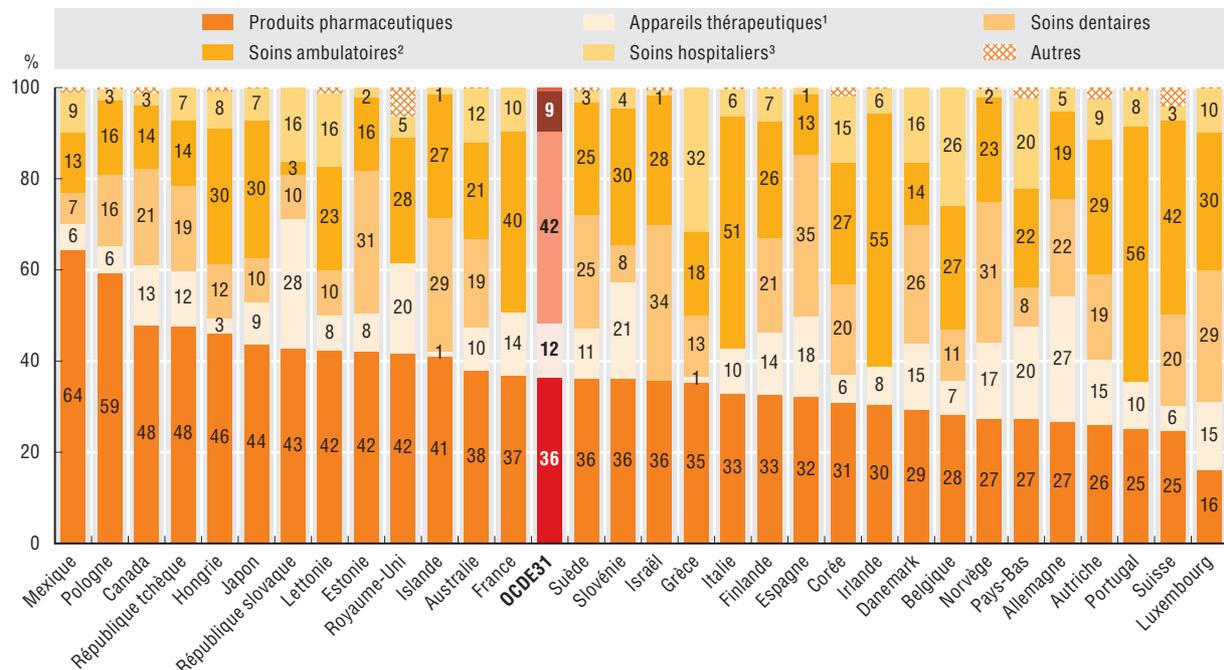


Note : Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607687>

Graphique 5.8. Dépenses de santé à la charge des patients par type de biens et services médicaux, 2015 (ou année la plus proche)



Cet indicateur correspond aux dépenses de santé courantes à l'exception des dépenses de soins de longue durée.

1. Inclut les produits ophtalmologiques, les appareils auditifs, les fauteuils roulants, etc.
2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires (et les soins dentaires s'ils ne sont pas montrés séparément).
3. Inclut les soins de jour.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607706>

Répartition géographique des médecins

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

Le nombre moyen de médecins par habitant varie d'un pays de l'OCDE à l'autre, allant de deux pour 1 000 habitants en Turquie, au Chili et en Corée, à plus de cinq pour 1 000 habitants en Grèce et en Autriche (voir les indicateurs sur les médecins au chapitre 8). Il varie aussi considérablement selon les régions d'un même pays (graphique 5.9). Dans de nombreux pays, on observe une forte densité de médecins dans les capitales ; c'est tout particulièrement le cas en Autriche, aux États-Unis, en Grèce, au Mexique, au Portugal, en République slovaque et en République tchèque. Les États-Unis affichent l'écart de densité médicale entre régions le plus prononcé, avec un rapport proche de un à cinq ; tandis qu'en Australie, en Belgique et en Corée il se situe seulement aux environs de 20 %.

La densité médicale est aussi systématiquement plus élevée dans les régions urbaines parce que c'est là que se concentrent les services spécialisés, comme la chirurgie, et que les médecins préfèrent exercer en ville. Il existe des disparités de densité médicale considérables entre les régions principalement urbaines et les régions rurales au Canada, en République slovaque et en Hongrie, bien que la définition des zones urbaines et rurales varie selon les pays. La répartition des médecins entre régions urbaines et rurales est plus uniforme au Japon et en Corée, mais le nombre de médecins est généralement inférieur dans ces deux pays (graphique 5.10).

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

Dans de nombreux pays de l'OCDE, différentes sortes d'incitations financières ont été proposées aux médecins afin

de les attirer et de les retenir dans les zones mal desservies, notamment des subventions à versement unique pour les aider à s'installer et des versements réguliers comme des garanties de revenu ou des primes (Ono et al., 2014). Plusieurs pays ont aussi instauré des mesures visant à encourager les étudiants originaires de régions mal desservies à s'inscrire en faculté de médecine. Le Japon a créé en 1973 l'Université de médecine Jichi dans l'objectif spécifique de former des médecins destinés à exercer dans les collectivités rurales, ce qui a concouru à améliorer l'accès aux soins dans les régions rurales mal desservies (Ikegami, 2014).

L'efficacité et le coût des différentes stratégies visant à promouvoir une meilleure répartition des médecins peuvent varier sensiblement, les résultats dépendant des spécificités de chaque système de santé, des caractéristiques géographiques de chaque pays, des comportements des médecins et de la conception des politiques et des programmes. Pour obtenir des résultats significatifs et durables, les mesures doivent être bien adaptées aux intérêts du groupe cible (Ono et al., 2014).

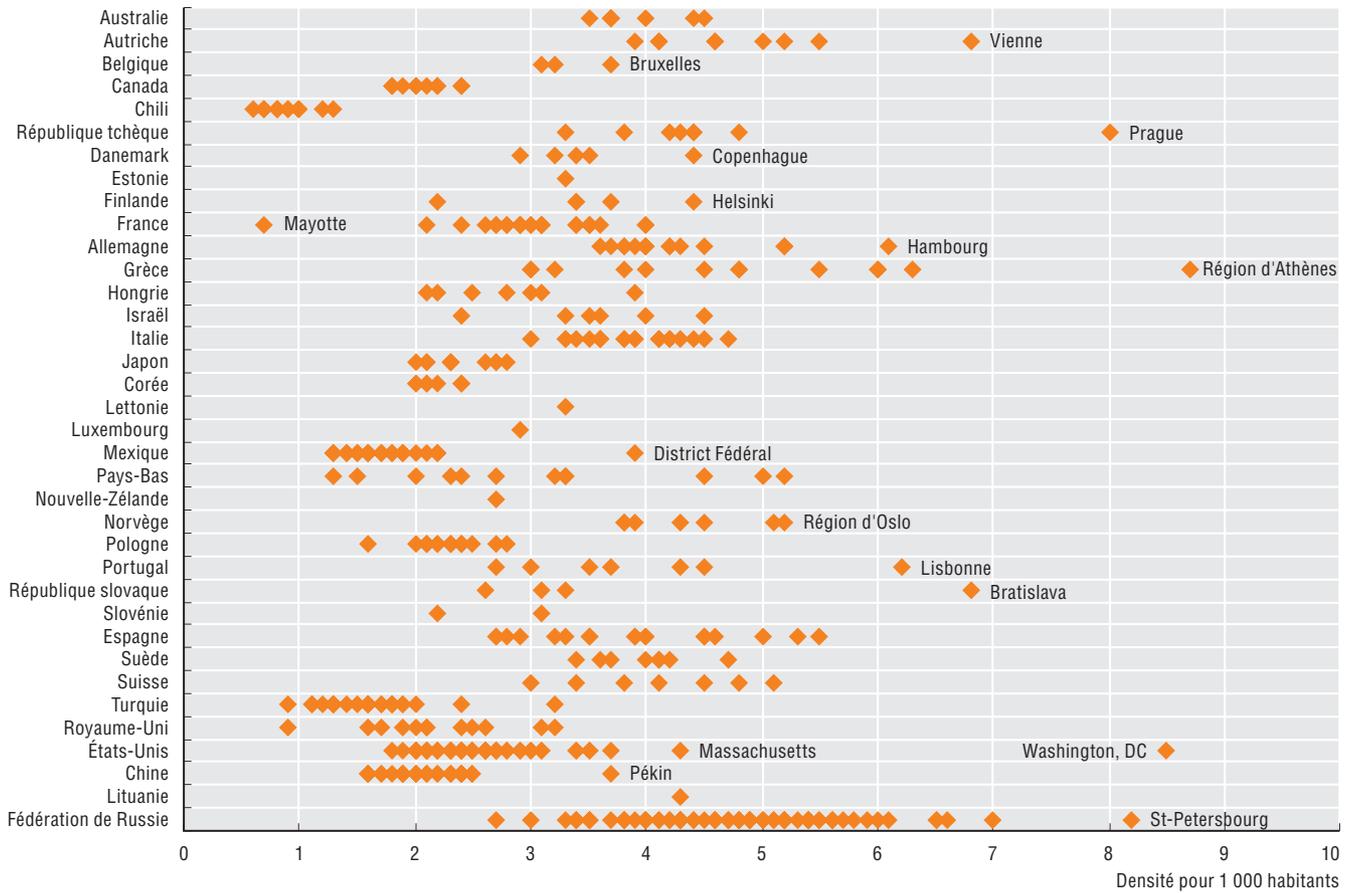
Définition et comparabilité

Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent être composées de populations urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur est constitué de régions plus petites, classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales, la classification des régions variant toutefois selon les pays. Les données portant sur la distribution géographique des médecins proviennent des Statistiques sur les régions de l'OCDE.

Références

- Ikegami, N. (2014), « Factors Determining the Distribution of Physicians in Japan », *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development : Lessons from Japan*, Banque mondiale, Washington, DC, <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0408-3>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

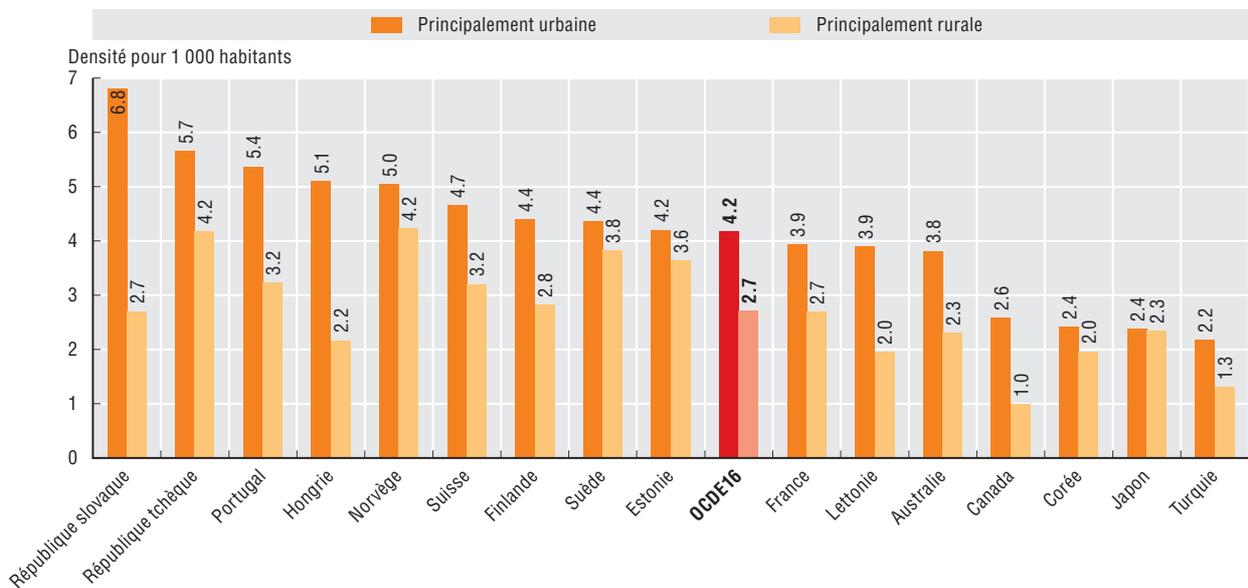
Graphique 5.9. Densité de médecins, par région de niveau territorial 2, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607725>

Graphique 5.10. Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607744>

Délais d'attente pour une chirurgie électorive

Les longs délais d'attente pour bénéficier de soins médicaux est un enjeu majeur des politiques de santé pour de nombreux pays de l'OCDE (Siciliani et al., 2013), mais moins important dans d'autres (Allemagne, Belgique, Corée, États-Unis, France, Japon, Luxembourg, Suisse). Les longs délais pour une chirurgie électorive (non urgente), comme une opération de la cataracte, une arthroplastie de la hanche ou du genou, suscitent le mécontentement des patients car les bienfaits escomptés du traitement sont reportés, et la douleur et les handicaps perdurent.

Ces délais résultent d'une interaction complexe entre la demande et l'offre de services de santé, les médecins jouant un rôle essentiel sur les deux plans. La demande de services de santé et de chirurgie électorive est déterminée par l'état de santé de la population, l'évolution des technologies médicales (dont la simplification de nombreuses procédures, comme les opérations de la cataracte), les préférences des patients et la part des frais laissés à la charge des patients. Les médecins jouent un rôle central dans la mesure où ils traduisent le souhait des patients d'améliorer leur santé en une demande de soins médicaux. Du côté de l'offre, la disponibilité de différentes catégories de chirurgiens, d'anesthésistes ou d'autres personnels de santé intervenant dans les procédures chirurgicales, ainsi que l'existence des équipements médicaux nécessaires influent sur les taux d'activité chirurgicale.

L'indicateur utilisé ici porte sur les délais entre le moment où un spécialiste ajoute un patient à la liste d'attente d'une intervention et le moment où celle-ci a lieu. Les graphiques présentent les délais moyens et médians. Comme certains patients attendent très longtemps, le délai médian est systématiquement et considérablement inférieur au délai moyen, et constitue peut-être une mesure plus fiable de la tendance centrale de l'indicateur. L'écart substantiel entre les deux mesures, surtout dans des pays comme le Chili, l'Estonie et la Pologne, met en lumière l'existence de groupes de patients problématiques qui attendent nettement plus longtemps que d'autres pour recevoir un traitement.

En 2015, le délai moyen pour une opération de la cataracte était légèrement supérieur à 37 jours aux Pays-Bas, mais beaucoup plus long en Estonie et en Pologne (graphique 5.11) – 253 et 464 jours respectivement. Dans de nombreux pays, comme le Royaume-Uni, le Danemark, l'Espagne et le Chili, les temps d'attente sont restés relativement stables ces dernières années. Dans d'autres, comme le montre le graphique, les délais se sont généralement raccourcis au cours de la décennie écoulée, mais tendent à s'allonger depuis 2013.

Le délai moyen pour une arthroplastie de la hanche était d'environ 42 jours aux Pays-Bas, contre 289 jours en Estonie et plus de 400 jours au Chili et en Pologne (graphique 5.12). Le délai médian était d'environ 41 jours au Danemark, de 49 jours en Italie et de 54 jours en Israël. Il atteignait entre 100 à 150 jours en Espagne, en Norvège, au Portugal et en Australie, et plus de 200 jours en Estonie, en Pologne et au Chili.

Les délais d'attente pour une arthroplastie du genou sont similaires à ceux de l'arthroplastie de la hanche, si ce n'est les cas particuliers de l'Estonie et la Pologne qui affichent des chiffres encore plus élevés, le délai médian atteignant plus de 350 jours en Pologne (graphique 5.13).

Les garanties de délais sont devenues les mesures les plus fréquemment utilisées pour réduire les temps d'attente dans de nombreux pays. C'est le cas en Finlande, où la mise en place, en 2005, d'un système national de garantie de soin s'est traduite par une réduction des temps d'attente pour la chirurgie électorive (Jonsson et al., 2013). En Angleterre, les statuts du NHS prévoient depuis avril 2010 un droit d'accès à certains services dans des délais maximum précis, ou autorisent le NHS à prendre toutes les dispositions nécessaires pour proposer une liste de prestataires de remplacement si cela n'est pas possible (Smith et Sutton, 2013). Ces garanties ne sont efficaces que si elles sont appliquées. Leur mise en œuvre peut s'effectuer selon deux approches : fixer des objectifs en matière de délais et tenir les prestataires de santé responsables de leur réalisation, ou bien, permettre aux patients de choisir d'autres prestataires de santé, y compris du secteur privé, s'ils doivent attendre au-delà d'un délai maximum (Siciliani et al., 2013).

Définition et comparabilité

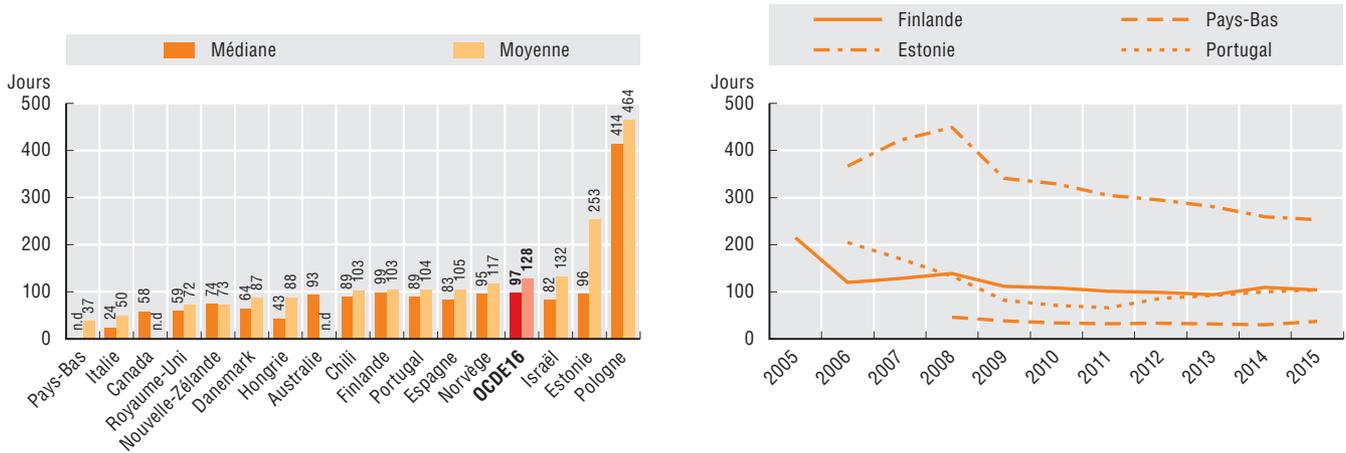
Il existe au moins deux façons de mesurer les délais pour une intervention électorive : 1) mesurer le temps d'attente des patients traités au cours d'une période donnée, ou 2) mesurer le temps d'attente des patients figurant encore sur la liste d'attente à un moment donné. Les données présentées ici concernent la première catégorie de mesure (les données obtenues avec la seconde sont disponibles dans la base de données de l'OCDE sur la santé). Elles proviennent de bases de données administratives, et non d'enquêtes.

Les délais d'attente sont présentés sous forme de délais moyens et de délais médians. La médiane est la valeur qui sépare une distribution en deux parties égales (ce qui signifie que la moitié des patients attendent plus longtemps, et l'autre moitié moins longtemps). Par rapport à la moyenne, la médiane minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des délais d'attente extrêmement longs).

Références

- Jonsson, P.M. et al. (2013), « Finland », *Waiting Time Policies in the Health Sector : What Works?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-10-en>.
- Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector : What Works?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.
- Smith, P. et M. Sutton (2013), « United Kingdom », Part II, Chapter 16 in *Waiting Time Policies in the Health Sector : What Works?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-19-en>.

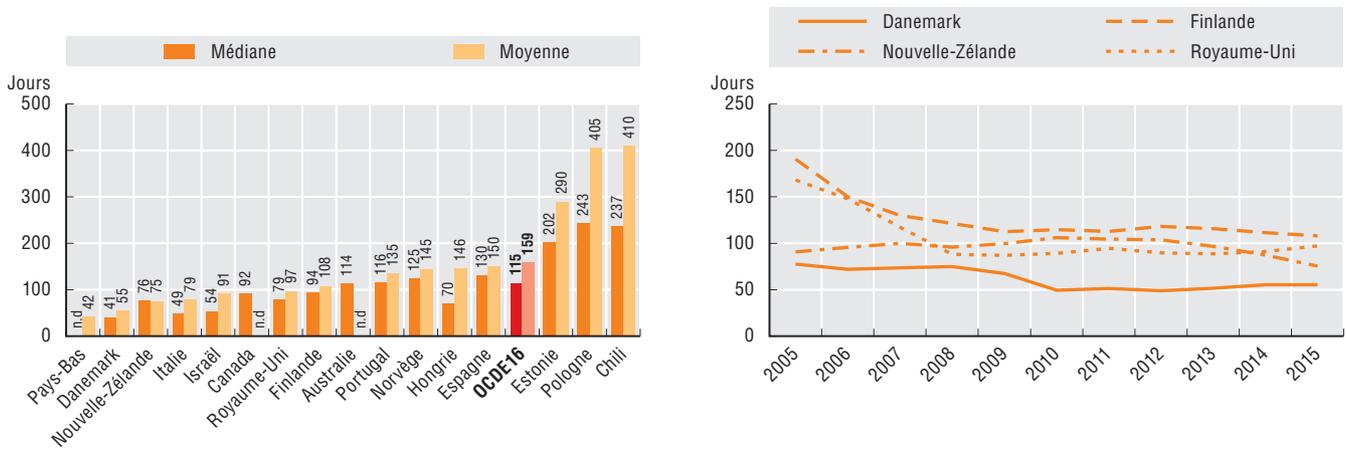
Graphique 5.11. Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, moyennes et évolution, 2015



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607763>

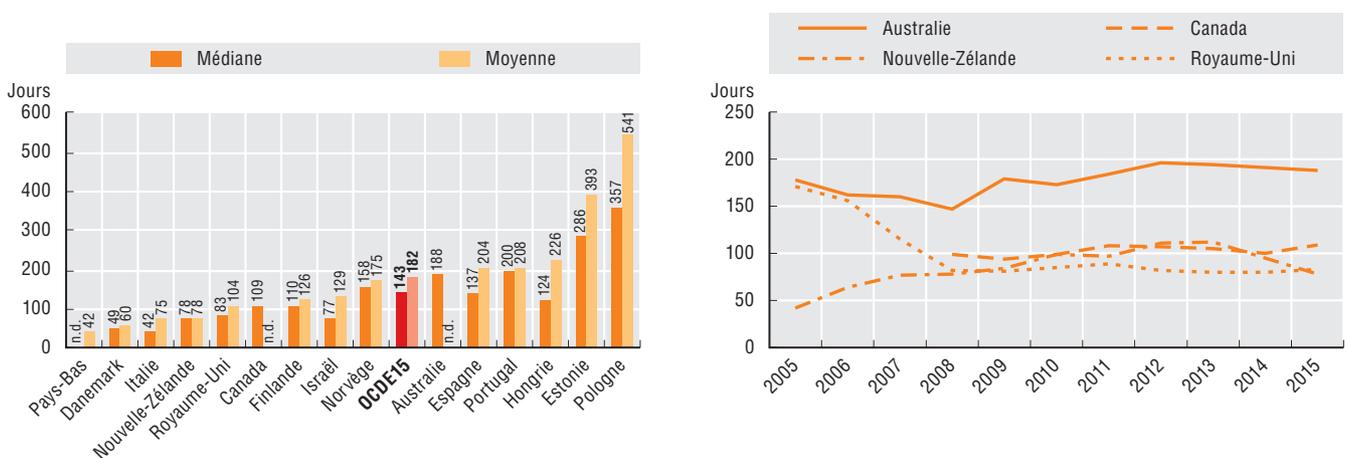
Graphique 5.12. Temps d'attente pour un remplacement de la hanche, moyennes et évolution, 2015



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607782>

Graphique 5.13. Temps d'attente pour un remplacement du genou, moyennes et évolution, 2015



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607801>





6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Vécu des patients en soins ambulatoires

Prescriptions dans le cadre des soins primaires

Admissions évitables à l'hôpital

Traitement du diabète

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Taux de mortalité hospitalière

Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche

Complications chirurgicales

Traumatismes obstétricaux

Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux

Cancer du sein : dépistage, survie et mortalité

Cancer colorectal : survie et mortalité

Leucémie chez les enfants : survie et mortalité

Vaccinations

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

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Vécu des patients en soins ambulatoires

La prestation de services de santé adaptés et centrés sur le patient occupe une place grandissante dans les politiques de santé des pays de l'OCDE. Partout, le recours à l'usager des services de santé comme source d'information directe se développe.

Depuis le milieu des années 90, les pouvoirs publics s'emploient à institutionnaliser l'évaluation et le suivi du vécu des patients. L'évaluation et le suivi de leur parcours responsabilisent les patients et les citoyens, les associent aux décisions relatives à la prestation et à la gouvernance des services de santé, et indiquent dans quelle mesure ils maîtrisent leurs problèmes de santé et les traitements qu'ils reçoivent.

Dans de nombreux pays, des organismes ont été créés, ou des institutions existantes ont été désignées, pour prendre en charge l'évaluation et la notification de leur parcours. Ceux-ci mettent au point des outils d'enquête afin de recueillir régulièrement des données sur le vécu des patients, et élaborent des procédures normalisées pour leur analyse et leur communication. Un nombre croissant de pays collectent des mesures du vécu déclaré par les patients (*Patient-reported Experience Measures*, ou PREM), mais aussi des mesures des résultats déclarés par les patients (*Patient-reported Outcome Measures*, ou PROM) qui rassemblent des informations sur la perception qu'ont les patients de leur état pathologique particulier et de leur santé en général, notamment du point de vue de la mobilité, de la douleur/inconfort et de l'anxiété/dépression, avant et après une intervention médicale donnée – cancer et arthroplastie de la hanche et du genou, par exemple. Étant donné l'importance que revêt l'avis de la population pour perfectionner les systèmes de santé et améliorer la qualité des soins, les travaux internationaux visant à établir des mesures reposant sur les déclarations des patients et à en assurer le suivi se sont intensifiés ces dernières années (OCDE, 2017a; OCDE, 2017b).

Les pays utilisent différemment les données déclarées par les patients pour améliorer la qualité des systèmes de santé. Pour renforcer la responsabilisation et la transparence des prestataires, et ainsi rehausser la qualité des services de santé, de nombreux pays publient les données relatives au parcours des patients dans des rapports périodiques sur le système de santé national ou sur des sites web publics, en indiquant les différences entre prestataires, entre régions, et leur évolution dans le temps. La Norvège utilise les indicateurs du vécu des patients dans le cadre de leurs mécanismes de paiement ou pour financer les allocations destinées à encourager l'amélioration de la qualité et les soins centrés sur les patients. L'Australie, le Canada, le Danemark, la France, le Royaume-Uni et la République tchèque s'en servent pour informer les autorités de réglementation de la santé à des fins d'inspection, de réglementation et/ou d'accréditation. Les indicateurs fondés sur les déclarations des patients sont également utilisés dans certaines régions du Canada, au Danemark, en France et aux Pays-Bas pour faire remonter des informations précises en vue d'améliorer la qualité des prestataires (Fujisawa et Klazinga, 2017).

Les patients se déclarent généralement satisfaits de la communication et de l'autonomie dans le système de soins ambulatoires. Dans tous les pays, ils se disent en majorité satisfaits du temps passé avec le médecin (graphique 6.1), de la clarté des explications fournies (graphique 6.2), et de leur participation aux décisions relatives aux soins et au traitement (graphique 6.3). Sur ces trois points, la Belgique et le Luxembourg sont bien notés, plus de 95 % des patients faisant

part d'une expérience positive, la Pologne obtenant par contre des notes inférieures : par exemple, un patient sur deux seulement déclare avoir été informé des soins et du traitement durant la consultation. Le Japon aussi est mal noté en ce qui concerne la perception par le patient du temps passé avec le médecin, qui est au moins partiellement du fait du nombre élevé de consultations, par habitant et par médecin (voir l'indicateur « Consultations de médecins » au chapitre 9).

Dans plusieurs pays, la proportion de patients portant un jugement favorable sur leur expérience a diminué ces dernières années. En Pologne, par exemple, le pourcentage de patients satisfaits du temps passé avec le médecin a baissé entre 2010 et 2016. D'autres pays, comme l'Australie, l'Estonie et la Suède, ont en revanche amélioré certains aspects du vécu des patients dernièrement.

Définition et comparabilité

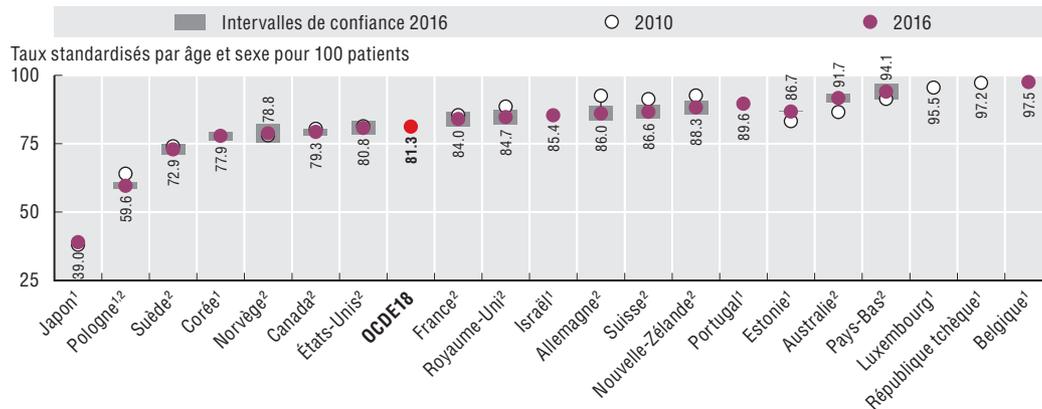
Pour mesurer et suivre le vécu global des patients dans le système de santé, l'OCDE recommande de recueillir des informations sur l'expérience des patients dans le cadre de soins dispensés par un médecin d'un service ambulatoire. Un nombre croissant de pays recueillent des données sur la base de cette recommandation dans le cadre d'enquêtes représentatives de la population à l'échelle nationale, alors que le Japon et le Portugal les collectent par sondage auprès des utilisateurs de services représentatifs au niveau national. La moitié environ des pays présentés recueillent toutefois les données relatives au vécu des patients avec leur médecin traitant. Onze pays ont pris pour source les enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2016 du *Commonwealth Fund*, malgré les critiques concernant la taille de l'échantillon et le taux de réponse. Les données de ces enquêtes portent sur l'expérience des patients avec leur médecin traitant plutôt qu'un autre médecin. En 2016, les Pays-Bas, qui participent à cette enquête, ont mis au point une enquête nationale auprès de la population qui a donné lieu à une amélioration des taux de réponse et de la qualité des données.

Les données ont été standardisées selon l'âge et le sexe sur la base de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence des différentes structures de population d'un pays à l'autre.

Références

- Fujisawa, R. et N. Klazinga (à paraître), « Measuring Patient Experiences (PREMs): Progress Made by the OECD and its Member Countries 2006-15 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2017a), « Déclaration ministérielle: La prochaine génération des réformes de la santé », Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, OCDE, Paris, www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.eps.
- OCDE (2017b), « Patient-reported Indicators Survey (PaRIS) », OCDE, Paris, www.oecd.org/health/paris.htm.

Graphique 6.1. **Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue, 2010 et 2016 (ou année la plus proche)**



Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

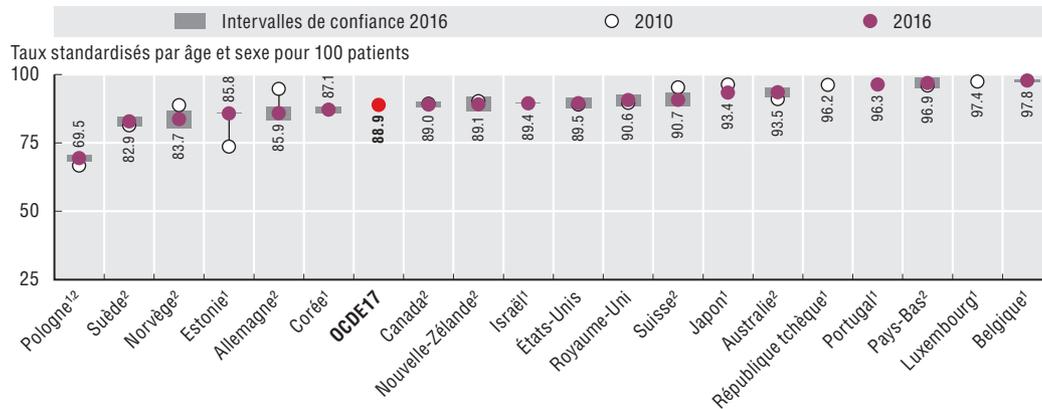
1. Sources nationales.

2. Les données se rapportent au vécu des patients avec leur médecin traitant.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607820>

Graphique 6.2. **Clarté des explications fournies par le médecin, 2010 et 2016 (ou année la plus proche)**



Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

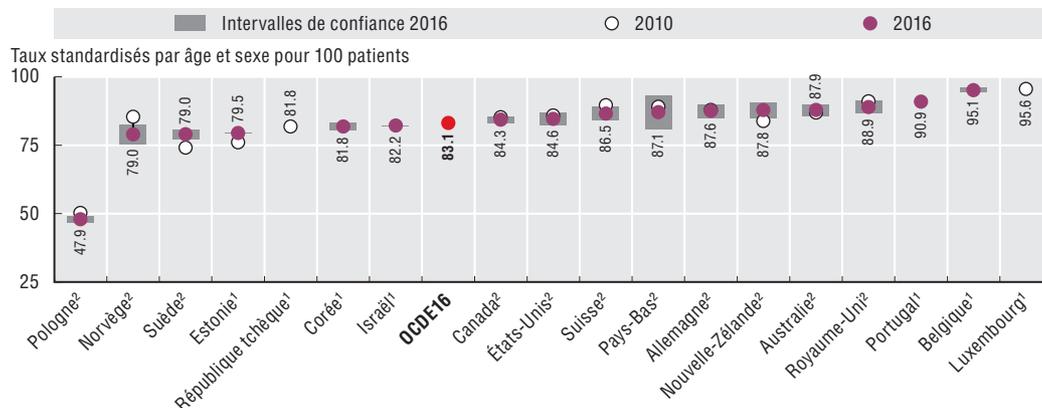
1. Sources nationales.

2. Les données se rapportent au vécu des patients avec leur médecin traitant.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607839>

Graphique 6.3. **Participation aux décisions portant sur les soins et le traitement, 2010 et 2016 (ou année la plus proche)**



Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

1. Sources nationales.

2. Les données se rapportent au vécu des patients avec leur médecin traitant.

Source : Commonwealth Fund, Enquête internationale sur les politiques de santé 2016 et autres sources nationales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607858>

Les prescriptions peuvent servir d'indicateur de la qualité des soins, en complément aux informations relatives à la consommation et aux dépenses (chapitre 10). Les antibiotiques ne doivent par exemple être prescrits que lorsque le besoin en est avéré afin de diminuer le risque d'apparition de souches résistantes. De même, les quinolones et les céphalosporines sont considérées comme des antibiotiques de seconde ligne dans la plupart des instructions posologiques. Elles ne doivent généralement être utilisées que si les antibiotiques de première ligne sont inefficaces. Le volume total des antibiotiques prescrits, et celui des antibiotiques de seconde ligne en pourcentage du volume total, ont été validés comme marqueurs de la qualité des structures de soins primaires.

Le graphique 6.4 présente le volume total d'antibiotiques (antibiotiques de seconde ligne compris) prescrits dans le cadre de soins primaires en 2015. Les volumes totaux varient du simple à plus du triple selon les pays ; les Pays-Bas, l'Estonie et la Suède déclarent les volumes les plus faibles ; la Grèce et la France affichent en revanche des volumes nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Les volumes d'antibiotiques de seconde ligne varient pratiquement de 1 à 16 selon les pays. Les pays scandinaves et les Pays-Bas en déclarent les volumes les plus faibles, la Corée, l'Italie et la Turquie les plus élevés. Les disparités peuvent s'expliquer, du côté de l'offre, par la diversité des réglementations, recommandations et incitations appliquées aux prescripteurs de soins et, sur le plan de la demande, par les différences culturelles qui influent sur les comportements et les attentes ayant trait à l'histoire naturelle et au traitement optimal des maladies infectieuses. Le volume global d'antibiotiques a légèrement progressé entre 2010 et 2015. L'augmentation la plus forte a été observée en Irlande et en Pologne, le recul le plus prononcé en Suède et en Islande.

La consommation d'antibiotiques est uniformément supérieure chez les enfants, les jeunes adultes et les personnes âgées. Le volume d'antibiotiques dispensés aux enfants âgés de 0 à 9 ans varie de 1 à 50 selon les pays, mais de 1 à 5 seulement chez les jeunes âgés de 10 à 19 ans (graphique 6.5). Les données relatives à la consommation, réparties selon les tranches d'âge, permettent de repérer les groupes qui se voient prescrire une proportion élevée de certains antibiotiques, et fournissent des informations détaillées à l'appui de campagnes ou d'interventions visant à encourager un usage plus prudent des antibiotiques dans ces catégories de la population.

Les benzodiazépines sont souvent prescrites aux adultes plus âgés pour lutter contre l'anxiété et les troubles du sommeil, malgré le risque d'effets secondaires indésirables comme la fatigue, les vertiges et la confusion. L'utilisation à long terme des benzodiazépines peut conduire à des effets indésirables (chutes, accidents de la route et surdosage), tolérance, dépendance et augmentation de la dose. En plus de la période d'utilisation, on s'inquiète du type de benzodiazépine prescrit, notamment les types à longue durée d'action, ceux-ci ne sont pas recommandés pour les personnes âgées parce qu'ils prennent plus de temps à être éliminés par le corps. Les graphiques 6.6 et 6.7 indiquent que, dans l'OCDE, 25 personnes âgées sur 1 000 en moyenne sont des consommateurs chroniques de benzodiazépine (> 365 doses journalières définies en un an), et 64 sur 1 000 se sont vu prescrire au moins

une fois des benzodiazépines ou des médicaments apparentés à longue durée d'action pendant l'année. Les politiques de remboursement et de prescription des benzodiazépines peuvent expliquer les fortes variations observées ainsi que les différences dans la prévalence de maladies et les directives de traitement.

Définition et comparabilité

La dose journalière définie (DJD) correspond à la dose supposée moyenne de traitement par jour du médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Une DJD est attribuée, par décision consensuelle d'experts internationaux, à chaque principe actif dans une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DJD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DJD ne reflètent pas nécessairement la dose journalière moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Plus d'informations à l'adresse : <http://www.whocc.no/atcddd>.

Les données pour l'Espagne, l'Estonie, le Royaume-Uni, le Portugal et la Suède couvrent uniquement les médecins de premier recours. Celles concernant le Canada, l'Irlande, la Slovénie et la Nouvelle-Zélande ne couvrent que les médicaments vendus dans les pharmacies de ville. Les données relatives à la Finlande, à l'Italie et à la Corée englobent les patients en soins ambulatoires uniquement. Celles portant sur la Belgique, le Danemark et les Pays-Bas comprennent les patients en soins ambulatoires et en établissements médicalisés de long séjour. Les données pour la Turquie comprennent les soins primaires, les soins infirmiers et les installations résidentielles. Les données pour l'Australie incluent les prescriptions dispensées dans les pharmacies communautaires, les pharmacies privées d'hôpitaux et les patients externes hospitalisés et les patients de jour admis. Les résultats pour le Canada ne comprennent que les données des provinces de la Colombie-Britannique, du Manitoba et du Saskatchewan.

Les dénominateurs correspondent à la population des bases de données nationales de prescriptions, et non à la population générale.

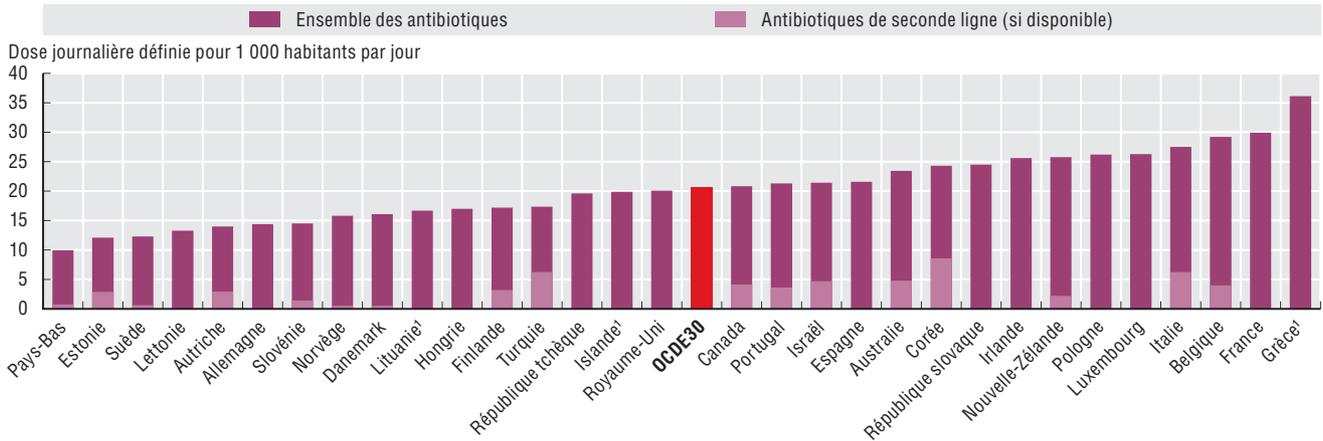
Références

- Cecchini, M. (2016), « Tackling Antimicrobial Resistance », on OECD Insights blog, juin, <http://oe.cd/1JI>.
- OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OCDE (2015), « Antimicrobial Resistance in G7 Countries », *OECD Policy Brief*, octobre, www.oecd.org/els/health-systems/Antimicrobial-Resistance-in-G7-Countries-and-Beyond-Policy-Brief.eps.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Prescriptions dans le cadre des soins primaires

Graphique 6.4. Volume total d'antibiotiques prescrits, 2015 (ou année la plus proche)

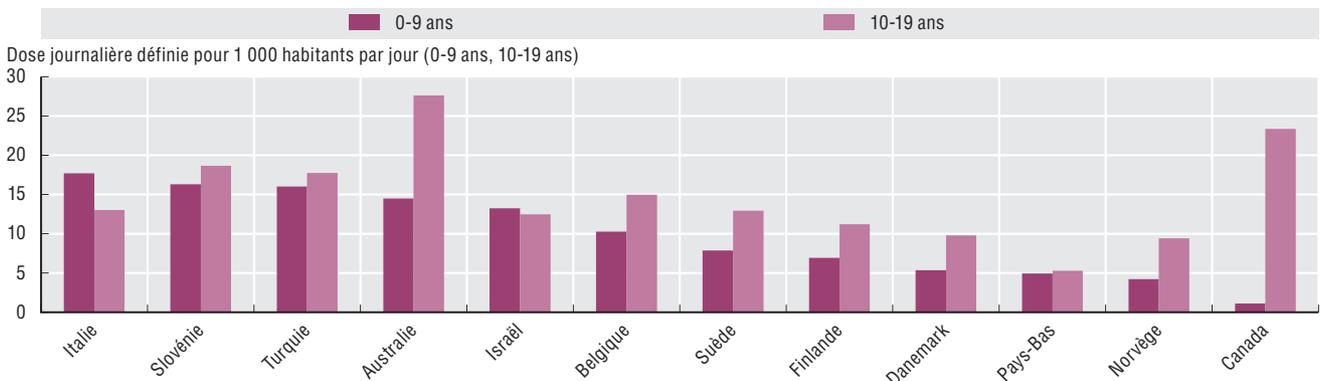


1. Les données portent sur tous les secteurs (et pas seulement sur les soins primaires).

Source : European Centre for Disease Prevention and Control et Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607877>

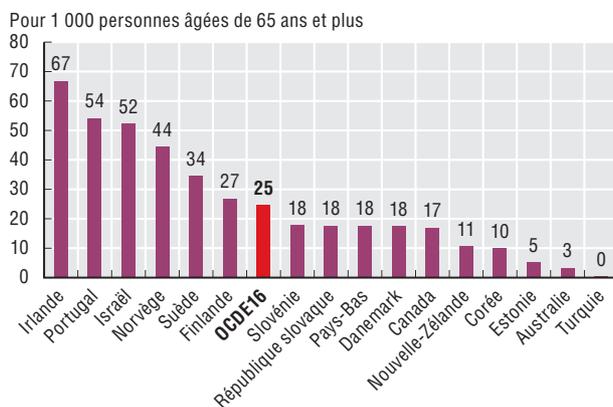
Graphique 6.5. Volume d'antibiotiques dispensés aux jeunes, 2015 (ou année la plus proche)



Source : European Centre for Disease Prevention and Control et Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607896>

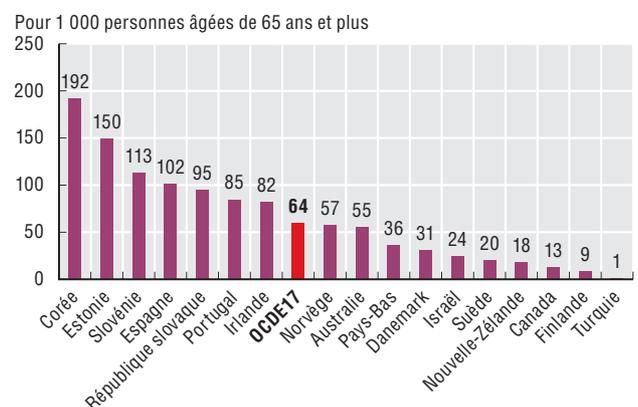
Graphique 6.6. Usage prolongé de benzodiazépine chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607915>

Graphique 6.7. Patients âgés de 65 ans et plus avec prescription de benzodiazépines ou médicaments apparentés à longue durée d'action, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607934>

Admissions évitables à l'hôpital

La plupart des systèmes de santé ont mis en place un « niveau de soins primaires » dont les fonctions consistent notamment à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, à gérer les nouveaux problèmes de santé et les affections de longue durée, et à assurer le transfert des patients vers des services hospitaliers lorsque cela est nécessaire. Il s'agit avant tout de préserver la santé des individus en mettant à leur disposition un même centre de soins sur le long terme, en adaptant et en coordonnant les soins pour ceux dont les besoins sont multiples et en favorisant l'autoformation et l'autogestion des patients.

L'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) sont trois affections de longue durée largement répandues. L'asthme et la MPOC limitent la capacité à respirer : les symptômes de l'asthme sont le plus souvent intermittents et réversibles sous traitement, alors que la MPOC est une maladie progressive qui touche presque exclusivement les fumeurs ou ex-fumeurs. Pas moins de 334 millions de personnes souffriraient d'asthme à travers le monde (Global Asthma Network, 2014). La MPOC aurait été responsable de quelque 3 millions de décès en 2015, soit 5 % des décès enregistrés dans le monde cette année-là (OMS, 2016). L'ICC est une pathologie grave qui survient lorsque le cœur ne parvient pas à pomper un volume de sang suffisant pour répondre aux besoins du corps. Elle est souvent due à l'hypertension, au diabète ou à une maladie coronarienne. L'insuffisance cardiaque toucherait plus de 26 millions de personnes dans le monde, et entraînerait plus d'un million d'hospitalisations chaque année aux États-Unis et en Europe (Ponikowski et al., 2014).

Pour ces trois pathologies, les données factuelles établissent clairement que les traitements sont efficaces et qu'ils peuvent être en grande partie administrés dans le cadre des soins primaires. Un système de soins primaires très performant, où un service accessible de haute qualité est fourni, peut atténuer la dégradation aiguë de l'état de santé des personnes souffrant d'asthme, de MPOC ou d'ICC, et réduire les admissions pas nécessaires à l'hôpital.

Le graphique 6.8 présente les taux cumulés d'admission à l'hôpital pour asthme et MPOC, compte tenu de la relation physiologique entre les deux pathologies. Les taux d'admission pour l'asthme varient de 1 à 15 selon les pays ; l'Italie, le Mexique et la Colombie affichent les taux les plus faibles ; la Lettonie, la Turquie et la Corée déclarent des taux deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. En ce qui concerne la MPOC, les taux d'admission varient dans un rapport de 1 à 25 dans les pays de l'OCDE ; le Japon et l'Italie enregistrent les taux les plus bas, la Hongrie et l'Irlande les plus hauts. La variation pour ces deux pathologies respiratoires conjuguées est moindre – de 1 à 7 selon les pays.

Les taux d'admission à l'hôpital pour ICC varient de 1 à 12, comme le montre le graphique 6.9. Les taux les plus bas sont observés en Colombie, au Costa Rica et au Mexique, alors que la Hongrie, la Pologne et la Lituanie affichent des taux environ

2 fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Le graphique 6.10 fait apparaître une baisse des taux d'admission pour ICC en Autriche, en Israël et en Irlande ces dernières années, alors qu'ils ont augmenté en Espagne et sont restés relativement stables en Belgique. Il se peut que les progrès observés tiennent à l'amélioration de la qualité des soins primaires dans ces pays, mais des examens réalisés par l'OCDE montre que l'investissement dans ce domaine n'est peut-être pas assez rapide (OCDE, 2017b), entraînant potentiellement des dépenses inutiles en soins de santé (OCDE, 2017a).

Définition et comparabilité

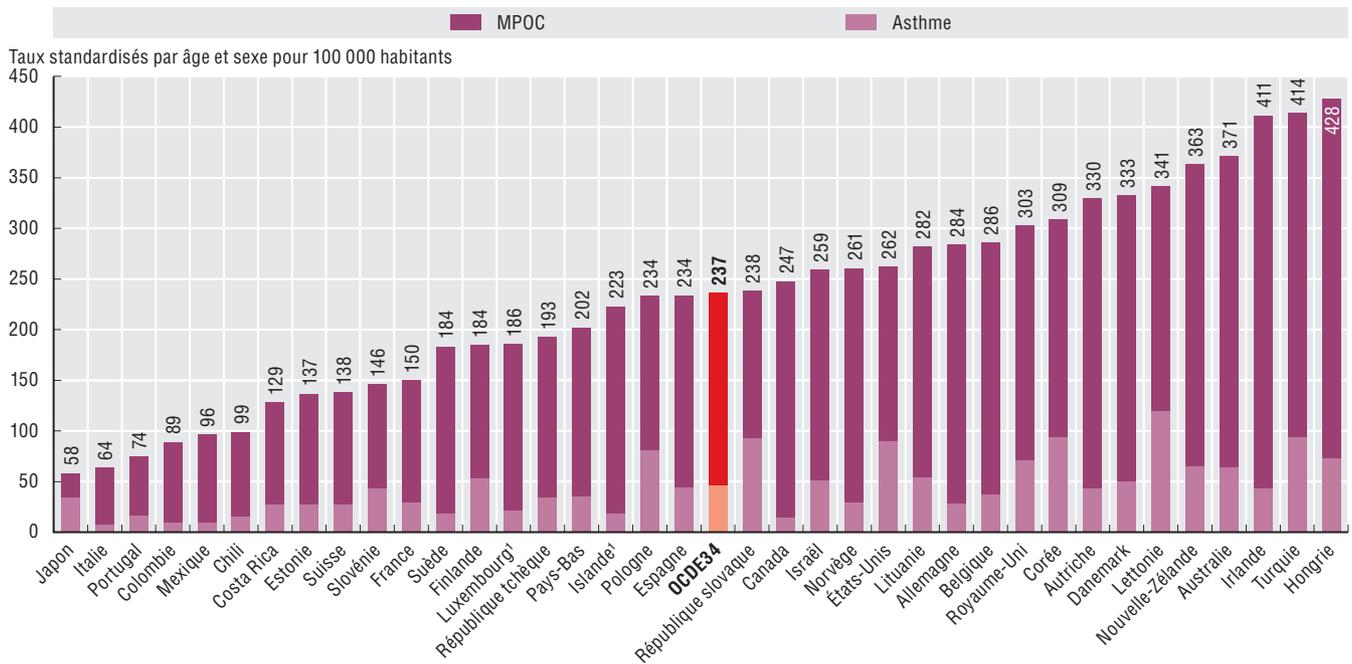
Les indicateurs se définissent comme le nombre d'admissions hospitalières avec un diagnostic primaire d'asthme, MPOC ou ICC de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux sont standardisés par âge et par sexe selon la population de l'OCDE de 2010 âgée de 15 ans et plus. Les admissions faisant suite à un transfert depuis un autre hôpital pendant lesquelles le patient décède ne sont pas prises en compte dans les calculs car elles sont jugées probablement inévitables.

La prévalence de la maladie et l'accès à des soins hospitaliers peuvent expliquer en partie, mais pas totalement, les variations des taux d'un pays à l'autre. La diversité des pratiques de codage peut également compromettre la comparabilité des données. Ainsi, l'exclusion des « transferts » ne peut être entièrement respectée dans certains pays, les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influencer les taux d'indicateurs.

Références

- Global Asthma Network (2014), *The Global Asthma Report 2014*, Auckland, New Zealand, www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.eps.
- OCDE (2017a), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- OCDE (2017b), *Caring for Quality in Health, Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.eps.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2016), « Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) », novembre, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/.
- Ponikowski, P. et al. (2014), « Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide », *ESC Heart Failure*, vol. 1, pp. 4-25, <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.12005>.

Graphique 6.8. Admission à l'hôpital pour asthme et MPOC parmi la population adulte, 2015 (ou année la plus proche)

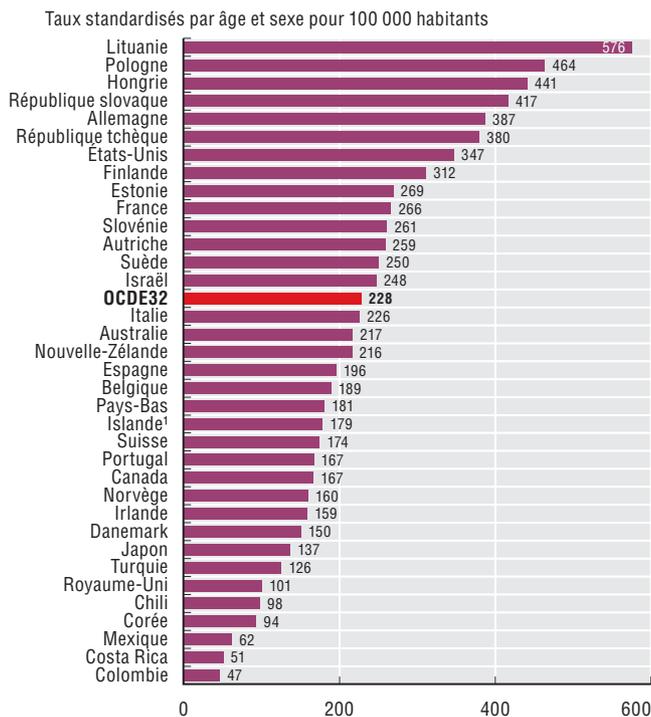


1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607953>

Graphique 6.9. Admission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive parmi la population adulte, 2015 (ou année la plus proche)

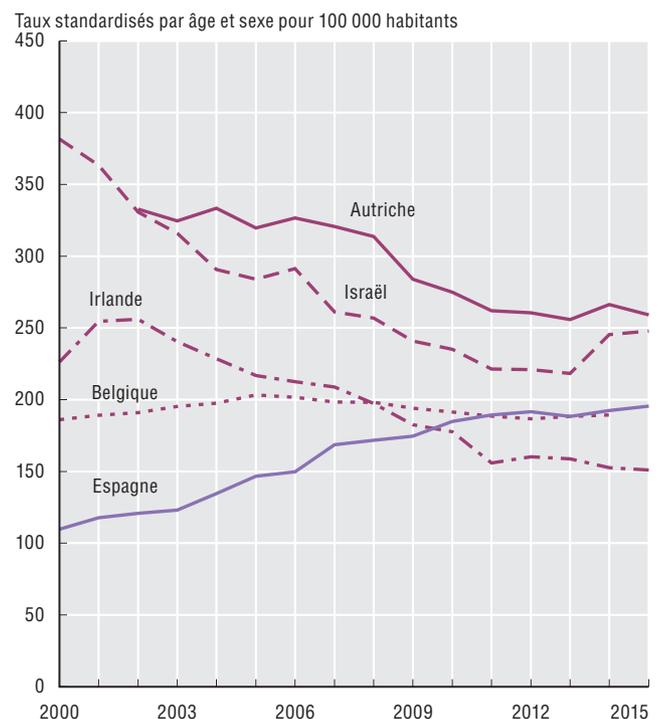


1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607972>

Graphique 6.10. Evolution des admissions à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive parmi la population adulte, pays sélectionnés



1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933607991>

Traitement du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque que le corps n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. Dans les pays de l'OCDE, il est une cause majeure de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur. En 2015, on estimait à plus de 400 millions le nombre d'adultes atteints de diabète dans le monde, chiffre qui devrait dépasser 640 millions à l'horizon 2040. Le diabète a été à l'origine de 5 millions de décès en 2015 (FID, 2015).

La prise en charge du diabète au jour le jour reposant en très grande partie sur le patient, l'accompagnement et la formation des personnes atteintes de diabète revêtent une importance cruciale dans leur traitement primaire. Un contrôle efficace des niveaux de glycémie dans le cadre d'un suivi de routine, une modification du régime alimentaire et une activité physique régulière permettent de diminuer l'apparition de complications graves et la nécessité d'une hospitalisation. La gestion d'autres facteurs de risque essentiels, comme le tabagisme, la tension artérielle et les niveaux de lipides, joue également un rôle majeur dans la lutte contre les complications du diabète.

Chez les personnes atteintes de diabète souffrant d'hypertension, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA-I) ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) sont recommandés par la plupart des directives nationales comme médicaments de première ligne pour réduire la tension artérielle. Le graphique 6.12 montre des pourcentages globalement uniformes de patients diabétiques sous antihypertenseurs ; seules la Corée, l'Italie, la Finlande, la Belgique et la République slovaque affichent des taux inférieurs à 80 %.

Le graphique 6.11 présente les admissions hospitalières pour diabète qui auraient pu être évitées. Bien que leur nombre ait diminué dans la plupart des pays au fil des ans, un rapport de 1 à 7 est observé au sein des pays. L'Italie, l'Islande et l'Espagne déclarent les taux les plus faibles, alors que ceux de l'Autriche, de la Corée et du Mexique sont au moins deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. La prévalence du diabète peut expliquer dans une certaine mesure la disparité des taux. On observe une corrélation positive entre l'ensemble des admissions à l'hôpital liées au diabète, ce qui permet de penser que l'accès aux soins hospitaliers expliquerait les variations internationales (OCDE, 2015).

Les admissions pour amputation majeure des membres inférieurs témoignent de la qualité à long terme du traitement du diabète. Le graphique 6.13 présente les taux d'amputation chez les adultes atteints de diabète. La partie gauche présente les taux fondés sur la population générale. La disparité internationale des taux se situe dans un rapport de 1 à plus de 14, la Colombie, la Corée, l'Italie, la Finlande et le Royaume-Uni déclarant des taux inférieurs à trois pour 100 000 habitants (population globale) alors que l'Autriche, Israël et le Mexique affichent des taux supérieurs à 14. Les taux basés sur la population estimée de personnes atteintes de diabète sont présentés dans la partie droite. Ils sont neuf fois supérieurs à ceux de la population globale et aboutissent à un classement différent des pays ; il semble donc que les disparités entre pays en termes de prévalence de la maladie expliquent en partie, mais pas en totalité, les variations internationales. Dans les pays de l'OCDE, les taux d'amputation ont sensiblement baissé depuis 2000 (Carinci et al., 2016).

Définition et comparabilité

Les personnes atteintes de diabète auxquelles des médicaments antihypertenseurs de première intention sont prescrits est défini comme le nombre d'usagers de longue durée de médicaments régulateurs de la glycémie (diabète) auxquels sont en outre prescrits une ou plusieurs fois par an divers médicaments utilisés dans la gestion de l'hypertension, notamment des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA-I) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

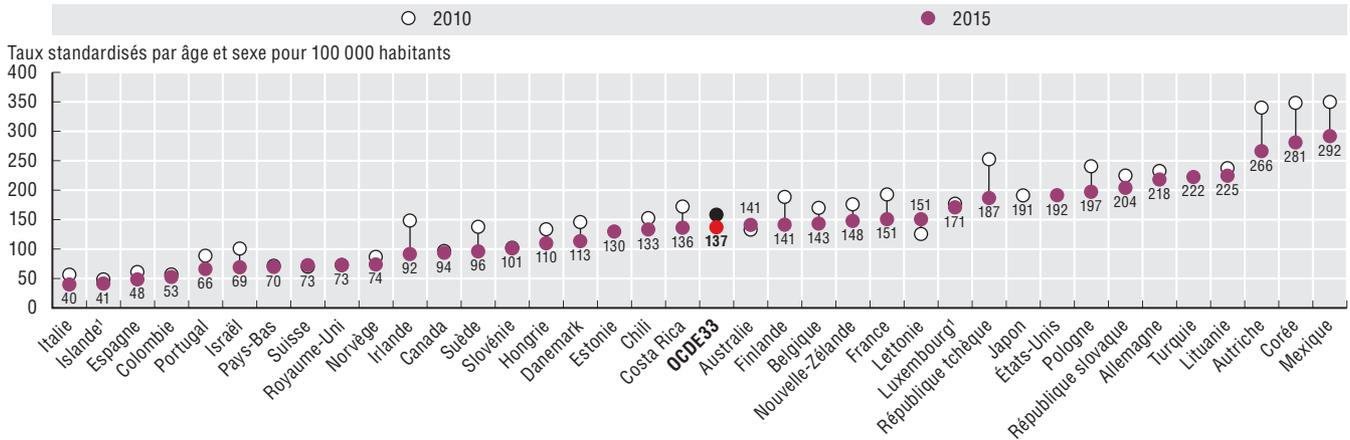
L'indicateur des admissions évitables pour diabète repose sur la somme de trois indicateurs : admissions pour des complications à court terme et à long terme et pour diabète non contrôlé sans complication. L'indicateur est défini comme le nombre d'admissions hospitalières de personnes âgées de 15 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal de diabète pour 100 000 habitants. Les amputations majeures des membres inférieurs chez les adultes atteints de diabète est défini comme le nombre de sorties d'hôpital de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants, pour la population en général et la population estimée de diabétiques. Les taux ont été standardisés selon l'âge par la population de référence de l'OCDE en 2010.

La comparabilité des données peut être compromise par des différences de définition des données et des pratiques de codage entre les pays. Ainsi, le codage du diabète en tant que diagnostic principal ou diagnostic secondaire varie d'un pays à l'autre. Ce phénomène est plus prononcé pour le diabète que pour les autres maladies, car dans de nombreux cas l'admission intervient en raison de complications secondaires du diabète et non pour le diabète lui-même. Les pays ont communiqué eux-mêmes les estimations de la population de diabétiques utilisées pour calculer les indicateurs d'amputation. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influencer les taux d'indicateurs.

Références

- Carinci, F. et al. (2016), « Lower Extremity Amputation Rates in People with Diabetes as an Indicator of Health Systems Performance. A Critical Appraisal of the Data Collection 20002011 by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) », *Acta Diabetologica*, vol. 53, pp. 825-832.
- FID – Fédération internationale du diabète (2015), *Atlas du diabète de la FID : Septième édition 2015*, www.diabetesatlas.org.
- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

Graphique 6.11. Admissions à l'hôpital pour diabète parmi la population adulte, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)

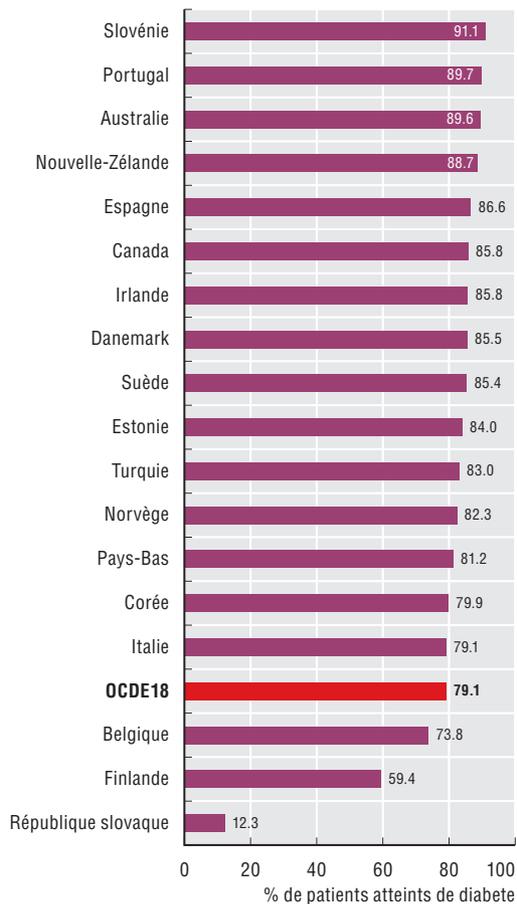


1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608010>

Graphique 6.12. Personnes atteintes de diabète auxquelles un antihypertenseur recommandé a été prescrit au cours de l'année précédente, 2015 (ou année la plus proche)

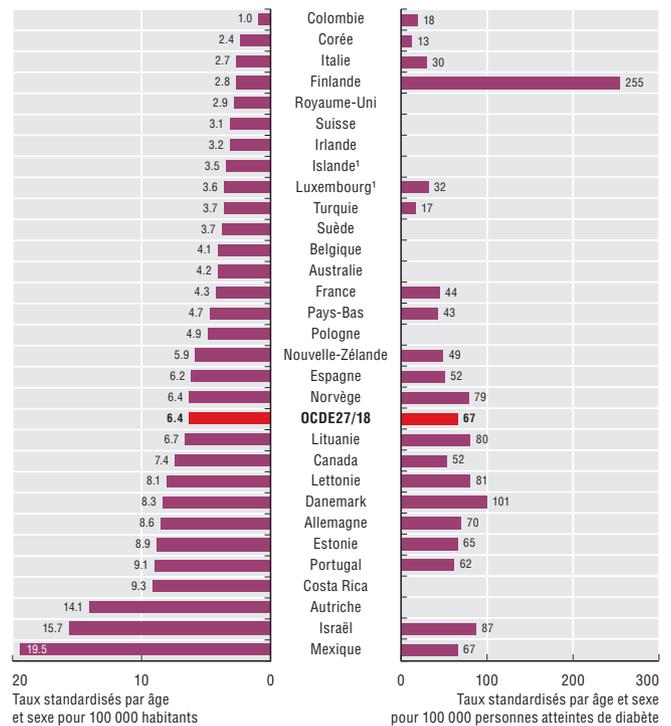


Note : Les données du Canada incluent uniquement les provinces de Colombie britannique, du Manitoba et du Saskatchewan.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608029>

Graphique 6.13. Amputation majeure des membres inférieures parmi les adultes atteints de diabète, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608048>

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

À travers le monde, on estime que près de 26 millions de personnes ont subi un AVC, dont plus de 10 millions de personnes ayant un premier AVC chaque année. L'accident vasculaire cérébral est la deuxième cause mondiale de décès après les maladies cardiaques et représentait à peine moins de 12 % des décès dans le monde en 2013 (American Heart Association, 2017). Les AVC sont la deuxième cause d'invalidité. Ils surviennent lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose (mort cellulaire) de la partie atteinte.

Parmi les deux types d'AVC qui existent, environ 85 % sont ischémiques (causés par la coagulation) et 15 % sont hémorragiques (causés par des saignements). Le traitement des AVC ischémiques a spectaculairement progressé au cours de la dernière décennie ainsi que les systèmes et les processus actuellement en place dans de nombreux pays de l'OCDE pour identifier les patients susceptibles d'AVC ischémiques le plus tôt possible et pour délivrer rapidement une thérapie de reperfusion aiguë.

Le graphique 6.14 présente les taux de mortalité clinique dans les 30 jours suivant une admission pour AVC ischémique lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu. Le graphique 6.15 présente le taux de mortalité clinique quel que soit le lieu du décès (après transfert dans un autre hôpital ou après sortie d'hôpital). Cet indicateur est plus fiable car il rend compte du nombre de décès de manière plus exhaustive. Même si la majorité des pays reportent les mesures fondées sur un même hôpital utilisant les données non couplées, ils sont de plus en plus nombreux à investir dans leur infrastructure de données et sont désormais en mesure de fournir des indicateurs plus détaillés basés sur des données couplées.

Dans les pays de l'OCDE, en 2015, 8,2 % des patients sont décédés dans les 30 jours dans l'hôpital où ils avaient été initialement admis pour un AVC ischémique (graphique 6.14). Les taux de létalité les plus élevés étaient recensés en Lettonie (18,3 %) et au Mexique (19,2 %). Ils étaient inférieurs à 4 % au Costa Rica, en Corée et au Japon. Au Japon, de nombreux efforts ont été consacrés à l'amélioration du traitement des patients atteints d'AVC dans les hôpitaux, grâce à une surveillance systématique de la tension artérielle, des investissements majeurs dans les hôpitaux et à l'établissement d'unités d'AVC (OCDE, 2015a). À l'exception du Japon, de la Corée et de l'Allemagne, les pays qui obtiennent les meilleurs résultats en matière d'AVC ischémiques déclarent aussi généralement des taux de mortalité satisfaisants pour les infarctus aigus du myocarde (IAM). Il semblerait donc que les soins intensifs influent par certains aspects à la fois sur les résultats des patients frappés par un AVC et sur ceux des victimes d'un IAM.

Dans les 22 pays qui ont fourni des taux de létalité à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital, 11,6 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC (graphique 6.15). Ce chiffre est supérieur à celui de l'indicateur basé sur un même hôpital car il ne compte chaque patient qu'une fois et ne couvre pas seulement les décès qui surviennent dans le même hôpital, mais aussi ceux qui surviennent dans d'autres hôpitaux et en dehors de l'hôpital.

Entre 2010 et 2015, les taux de létalité des AVC ischémiques ont fortement diminué, tandis qu'au Costa Rica et en Lettonie, ces

taux ont augmenté d'1 point sur cette période (graphiques 6.14 et 6.15). Dans l'OCDE, les taux pour un même hôpital ont reculé de 9,2 % à 8,2 %, et les taux à l'hôpital et en dehors de l'hôpital de 12,4 % à 11,6 %. Le graphique 6.16 illustre l'évolution des taux d'AVC de certains pays au cours de cette même période, et montre que le Royaume-Uni a réussi à réduire son taux annuel moyen de plus de 5 %, alors que la moyenne de l'OCDE s'établit à 0,8 %. L'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour la prise en charge des AVC, notamment le transport en temps voulu des patients, des interventions médicales fondées sur des données factuelles et des installations spécialisées de qualité élevée telles que les unités neurovasculaires, ont permis de réduire les taux de mortalité clinique à 30 jours (OCDE, 2015b).

Malgré les progrès accomplis jusqu'à présent, il est encore possible d'améliorer la mise en œuvre de pratiques exemplaires en matière de soins intensifs pour les maladies cardiovasculaires, notamment les AVC, dans les différents pays. Pour réduire le temps de traitement en soins intensifs, des stratégies ciblées peuvent s'avérer extrêmement efficaces. Les progrès de la technologie conduisent maintenant à des modèles de soins pour offrir une thérapie de reperfusion d'une manière encore plus rapide et efficace, que ce soit par le triage préhospitalier par téléphone, l'administration par télé-médecine ou l'administration de la thérapie dans l'ambulance (Chang et Prabhakaran, 2017). Pour promouvoir l'utilisation de technologies de pointe fondées sur des données probantes, des approches plus générales s'imposent. Cela suppose la mise à disposition de financements suffisants et de professionnels qualifiés, et l'adaptation des systèmes de prestation de soins pour faciliter l'accès (OCDE, 2015b).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont définis dans l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6.

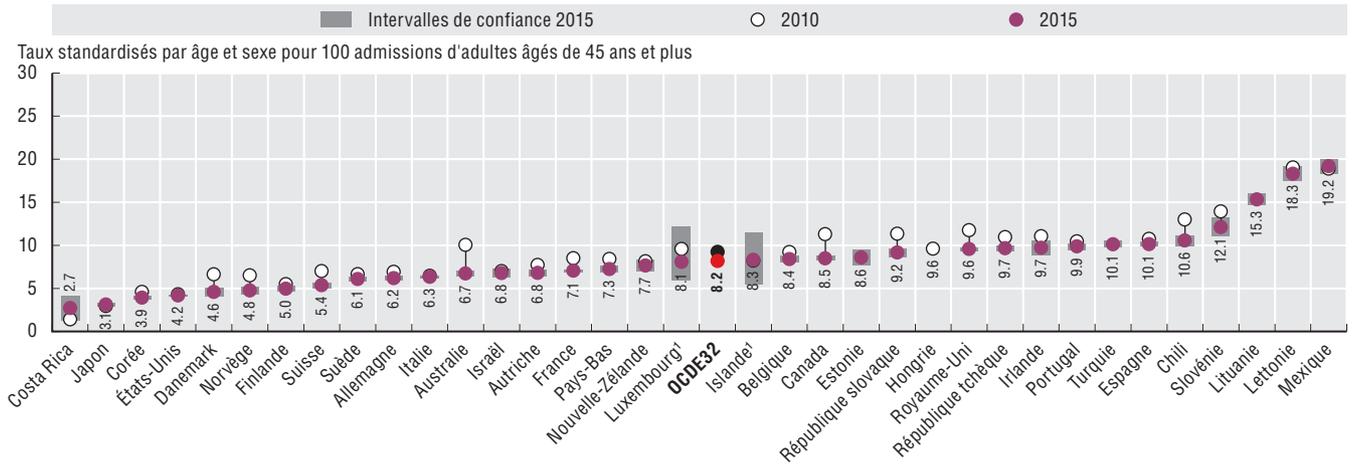
Références

- American Heart Association (2017), « Heart Disease and Stroke Statistics 2017 At-a-Glance », www.heart.org/idc/groups/ahamah-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_491265.eps (consulté le 01/09/2017).
- Chang, P. et S. Prabhakaran (2017), « Recent Advances in the Management of Acute Ischaemic Stroke », *F1000Research*, 6, F1000 Faculty Rev-484, <http://doi.org/10.12688/f1000research.9191.1>.
- OCDE (2015a), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OCDE (2015b), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

Graphique 6.14. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basé sur les données non couplées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



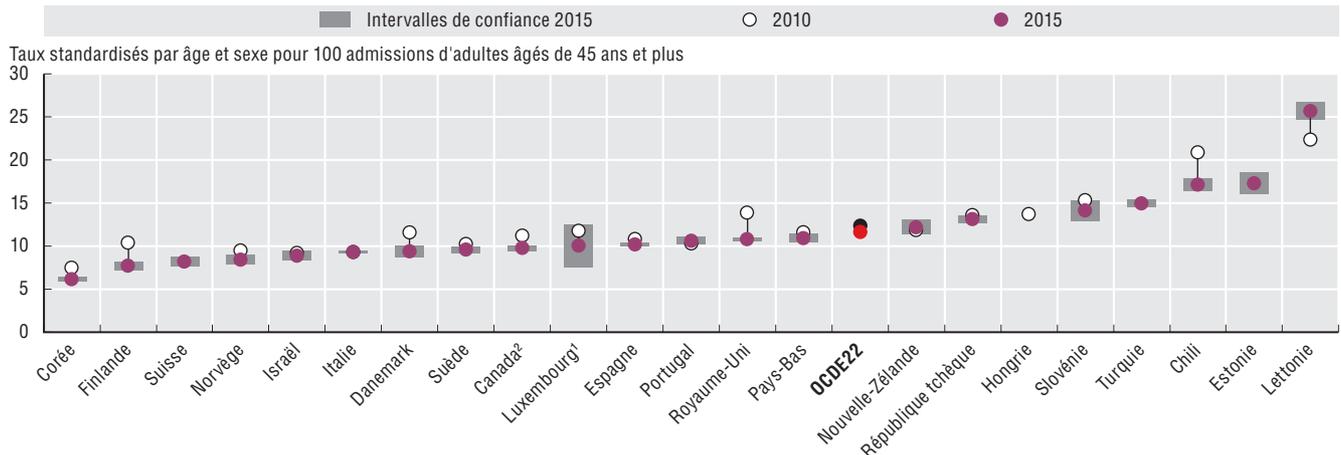
Note : Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608067>

Graphique 6.15. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basé sur les données couplées 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

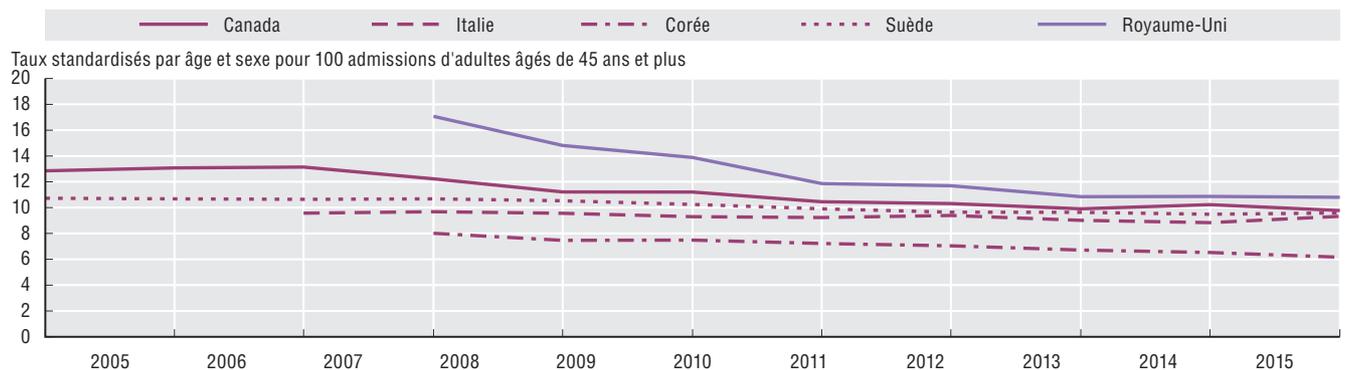
1. Moyenne sur trois ans.

2. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins actifs.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608086>

Graphique 6.16. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique, taux basé sur les données couplées dans une sélection de pays**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608105>

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable aux maladies coronariennes a considérablement diminué depuis les années 70 (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). Les progrès sensibles des politiques de prévention, en ce qui concerne le tabagisme notamment (voir l'indicateur « Tabagisme chez les adultes » au chapitre 4), et du traitement des maladies cardiovasculaires ont favorisé ce recul (OCDE, 2015a).

Un bon indicateur de la qualité des soins intensifs est le taux de létalité à 30 jours suite à un IAM. Il rend compte des procédures de soins, comme le transport en temps voulu des patients et les interventions médicales concrètes. Il est influencé par la qualité des soins fournis dans les hôpitaux, mais aussi par les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour et de gravité des IAM.

Le graphique 6.17 présente les taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission pour IAM lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale est intervenue. Les taux les plus bas sont observés en Australie, au Danemark et en Norvège (4 % ou moins). La Lettonie, la Hongrie et le Mexique affichent les plus élevés, ce qui donne à penser que les patients admis pour IAM ne reçoivent pas toujours les soins recommandés. Au Mexique, l'absence d'un système coordonné de soins entre les soins primaires et les hôpitaux peut avoir contribué aux retards dans la reperfusion et aux faibles taux d'angioplastie (Martínez-Sánchez, 2017). Le taux élevé de diabète non contrôlé peut aussi expliquer en partie la forte létalité suite à un IAM (voir l'indicateur « Traitement du diabète » au chapitre 6) car le pronostic des patients diabétiques après un IAM est moins bon que celui des autres, surtout si le diabète est mal contrôlé. Au Japon, les individus sont moins susceptibles de mourir d'une maladie cardiovasculaire, mais plus exposés au risque de décès après admission à l'hôpital pour IAM que dans de nombreux autres pays de l'OCDE. Cela pourrait tenir à ce que l'état des patients admis suite à un IAM est plus grave pour un groupe restreint de la population, mais aussi à des disparités sous-jacentes en matière de soins d'urgence, de diagnostic et de prise en charge (OCDE, 2015b).

Le graphique 6.18 présente les taux de létalité dans les 30 jours lorsque les décès sont enregistrés indépendamment du lieu où ils surviennent (après transfert dans un autre hôpital ou après sortie d'hôpital). Cet indicateur est plus rigoureux en ce qu'il enregistre de façon plus exhaustive les décès que l'indicateur des décès pour un même hôpital ; il nécessite cependant un identifiant de patient unique et des données couplées qui ne sont pas disponibles dans tous les pays. Le taux de létalité de l'IAM en 2015 varie dans une fourchette comprise entre 7.1 % au Canada et 18 % en Lettonie.

Les taux de létalité de l'IAM ont sensiblement fléchi entre 2005 et 2015 (graphiques 6.17 et 6.18). Dans l'OCDE, ils ont chuté de 8.5 % à 7.5 % si l'on tient compte des décès survenus dans le même hôpital et de 11.3 % à 9.9 % si l'on considère ceux intervenus à l'hôpital et en dehors.

Cette baisse est particulièrement remarquable en Finlande, aux Pays-Bas et au Danemark, le nombre de décès intervenus à l'hôpital et hors milieu hospitalier enregistrant une diminution annuelle moyenne de plus de 4 %, alors que la moyenne de l'OCDE est de 2.5 %. Le graphique 6.19 illustre l'évolution du recul des taux de létalité suite à un IAM dans certains pays.

L'amélioration de l'accès à des soins intensifs de qualité pour les crises cardiaques, notamment le transport en temps voulu des patients, des interventions médicales fondées sur des données factuelles et des installations sanitaires spécialisées (comme les centres en mesure de réaliser des interventions par cathéter percutané) ont contribué à réduire les taux de létalité dans les 30 jours (OCDE, 2015a). La Corée, par exemple, affichait des taux de létalité plus élevés pour l'IAM mais, en 2006, le pays a mis en œuvre un plan global contre les maladies cardiovasculaires recouvrant la prévention, les soins primaires et les soins intensifs qui leur sont rattachés (OCDE, 2012). Dans ce cadre, des centres régionaux cardio et cérébrovasculaires ont été créés dans tout le pays pour renforcer les services spécialisés, et le temps d'attente moyen entre l'arrivée aux urgences et le début de la cathétérisation a été ramené de 72.3 minutes en 2010 à 65.8 minutes en 2011, ce qui s'est traduit par une baisse de la létalité (OCDE, 2015a).

Définition et comparabilité

Le taux de létalité mesure le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les taux fondés sur les données non couplées concernent les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été initialement admis. Les taux basés sur les données couplées ont trait aux décès survenus dans le même hôpital, dans un autre hôpital ou en dehors de l'hôpital.

Bien que la méthode basée sur les données couplées soit considérée comme plus robuste, elle nécessite un identificateur de patient unique pour coupler les données concernées, qui n'est pas disponible dans tous les pays.

Les taux sont standardisés selon l'âge et le sexe par la population de l'OCDE âgée de 45 ans et plus en 2010 et admise à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique, comme un IAM (ICD-10 I21, I22) et un accident vasculaire cérébral ischémique (ICD-10 I63-I64).

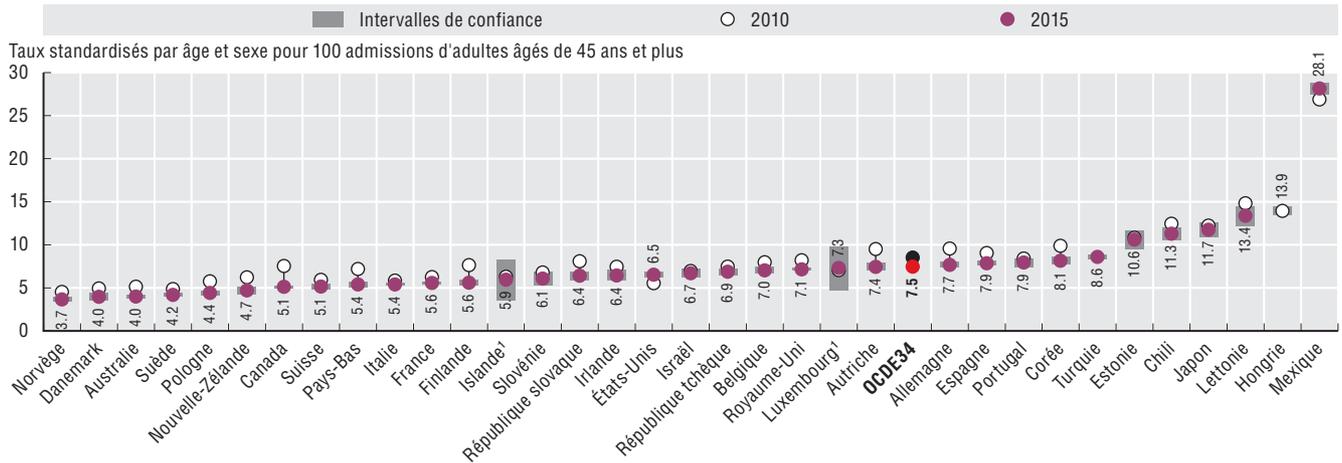
Références

- Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), « Reperfusion Therapy of Myocardial Infarction in Mexico: A Challenge for Modern Cardiology », *Archivos de cardiología de México*, vol. 87, n° 2, pp. 144-150, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007>.
- OCDE (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- OCDE (2015b), *OECD Reviews of Health Care quality: Japan 2015 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- OCDE (2012), *OECD Reviews of Health Care quality: Korea 2012 – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Graphique 6.17. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les données non couplées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



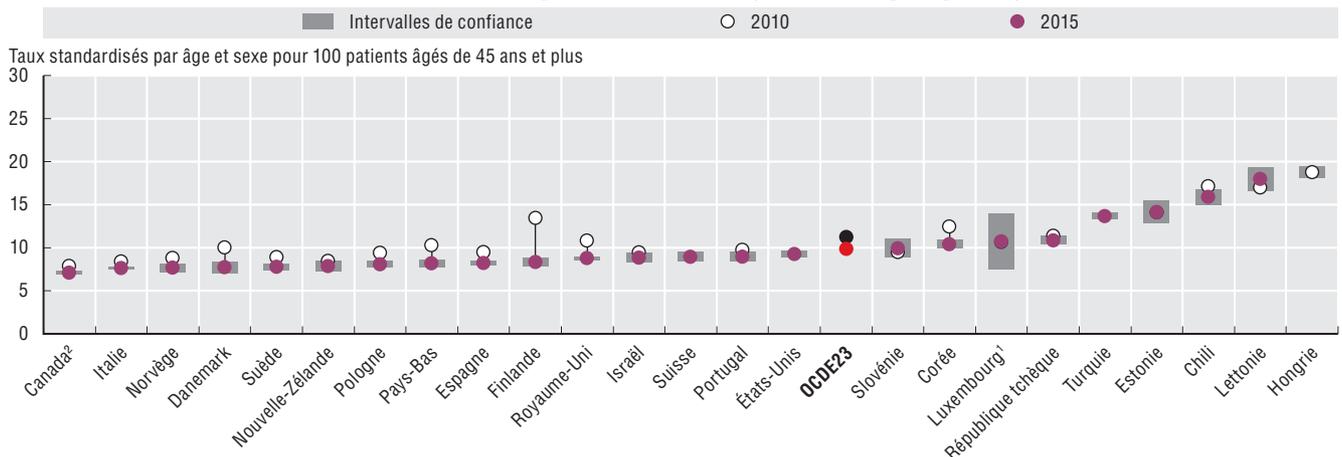
Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608124>

Graphique 6.18. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les données couplées, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

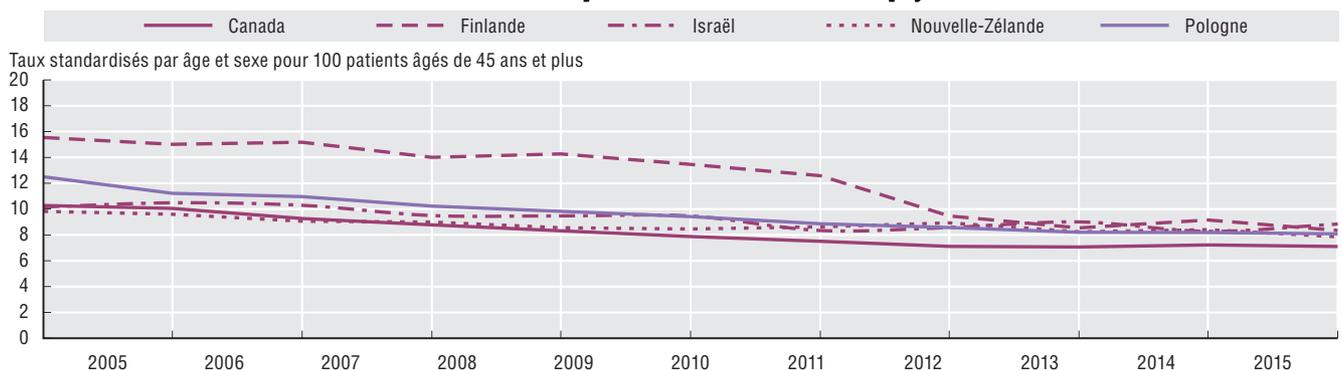
1. Moyenne sur trois ans.

2. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins actifs.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608143>

Graphique 6.19. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les données couplées dans une sélection de pays**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608162>

Taux de mortalité hospitalière

L'écart des taux entre hôpitaux d'un même pays influe sur les variations des taux nationaux de létalité à 30 jours suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM). La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des indicateurs nationaux de la performance hospitalière et des programmes de publication d'informations pour vérifier l'incidence des mesures visant à améliorer les coûts, la qualité de la prise en charge et l'accès aux soins hospitalier.

Le graphique 6.20 présente les taux de létalité à 30 jours suite à un IAM (où le décès survient dans le même hôpital que l'admission initiale de l'IAM). Les taux sont présentés en fonction du volume de travail de chaque hôpital, et indique les endroits où les taux sont supérieurs ou inférieurs aux prévisions. Si la plupart des hôpitaux affichent des taux conformes aux attentes, tous les pays (hormis la Norvège) comptent au moins un hôpital qui fait exception.

Le nombre total d'hôpitaux et la proportion d'hôpitaux par nombre d'entrées d'IAM varient selon les pays (tableau 6.1). Les pays avec un grand nombre d'hôpitaux sont susceptibles d'avoir plus d'hôpitaux faisant office d'exception que les pays ayant moins d'hôpitaux.

Le graphique 6.21 illustre les écarts de dispersion des taux de létalité à 30 jours suite à un IAM entre les hôpitaux des pays. L'intervalle interquartile des taux dans les pays varie nettement. Par exemple, la différence entre les taux supérieurs et inférieurs pour Israël est de 1.8 décès pour 100 admissions et de 4.9 décès pour 100 admissions en Lettonie (basé sur des données non couplées). En utilisant des données couplées, les résultats sont légèrement différents, la Suède – et non Israël – a la variation la plus faible.

De multiples facteurs participent aux variations des résultats sanitaires, notamment la structure hospitalière, les procédures de soins et la culture d'organisation. La conformité aux recommandations thérapeutiques relatives aux soins cardiaques varie sensiblement sur le plan international et national (OCDE, 2015, p. 174). En Suède, un programme national complet d'amélioration de la qualité comprenant la publication d'informations, le déploiement rapide des technologies, le recours à des pratiques fondées sur des observations factuelles et un système d'évaluation et de notification de la qualité et des résultats des soins a vraisemblablement contribué à réduire la disparité des soins hospitaliers administrés aux patients suite à un IAM (Chung et al., 2015, p. 7).

Définition et comparabilité

Le taux de létalité mesure le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les taux fondés sur les données non couplées concernent les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été initialement admis. Les taux basés sur les données couplées ont trait à tous les décès indépendamment du lieu où ils surviennent. Bien que la méthode basée sur les données couplées soit considérée comme plus robuste, elle nécessite un identificateur de patient unique pour coupler les données concernées, qui n'est pas disponible dans tous les pays.

Le taux de létalité mesure le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. La méthode utilisée pour calculer le taux de létalité présenté ici diffère de celle employée pour les indicateurs de « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde », et s'écarte probablement des méthodes appliquées par les pouvoirs publics à des fins de suivi et de notification sur le plan national. Les principaux choix méthodologiques sont les suivants : unité de mesure ; type d'hôpital ; variables d'ajustement des risques pour les patients ; sélection de la population de référence ; et méthode de standardisation et fiabilité des données.

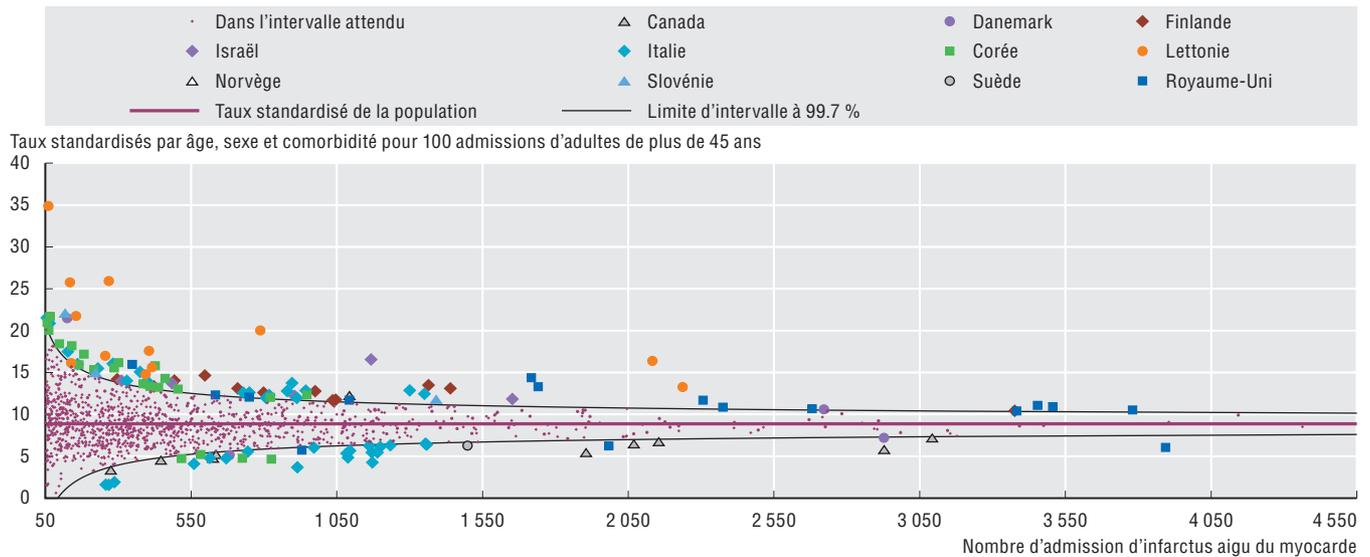
Différentes méthodes d'analyse se traduisent par des résultats très différents au niveau des classements d'organisations et de pays, ce qui rend la comparaison directe des taux délicate. La méthode analytique spécifique utilisée ici est l'une des principales options validées lors des travaux de développement de l'OCDE. Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée pour calculer ces indicateurs, voir Brownwood et al. (à paraître).

Le graphique 6.20 est un graphique en entonnoir. Il montre que la précision des taux de l'indicateur augmente avec le nombre de patients traités. Tous les taux s'inscrivant dans les limites de confiance à 99.7 % sont considérés ne pas s'écarter des prévisions, ceux qui se situent en dehors des limites de confiance à 99.7 % sont considérés supérieurs ou inférieurs aux prévisions. Le taux de population de référence a été calculé à partir des données regroupées provenant de pays sélectionnés et utilisé pour calculer les taux standardisés. Le graphique 6.21 représente la dispersion relative des taux mais ne donne pas d'indication quant à la signification statistique de leurs variations. Les pays sont classés par ordre croissant du degré de dispersion mesuré par l'intervalle interquartile (entre les 25^e et 75^e percentiles) ou « intervalle moyen » des taux. Les hôpitaux ayant moins de 50 admissions IAM ont été exclus des deux graphiques pour améliorer la fiabilité des données.

Références

- Brownwood, I. et al. (à paraître), « OECD Hospital Performance Project: Methodological Development of International Measurement of Acute Myocardial Infarction 30-Day Mortality Rates at the Hospital Level », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- Chung, S.C. et al. (2015), « Comparison of Hospital Variation in Acute Myocardial Infarction Care and Outcome between Sweden and United Kingdom: Population Based Cohort Study Using Nationwide Clinical Registries », *British Medical Journal*, vol. 351, <http://doi.org/10.1136/bmj.h3913>.
- OCDE (2015a), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

Graphique 6.20. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les données couplées, 2013-2015 (ou année la plus proche)**



Note : Chaque point représente un hôpital, sauf indication contraire. Les résultats pour le Canada n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins actifs. Les résultats du Royaume-Uni sont restreints à l'Angleterre et sont présentés au niveau de confiance (i.e. plusieurs hôpitaux).
Source : Données de l'OCDE sur les performances hospitalières 2017.

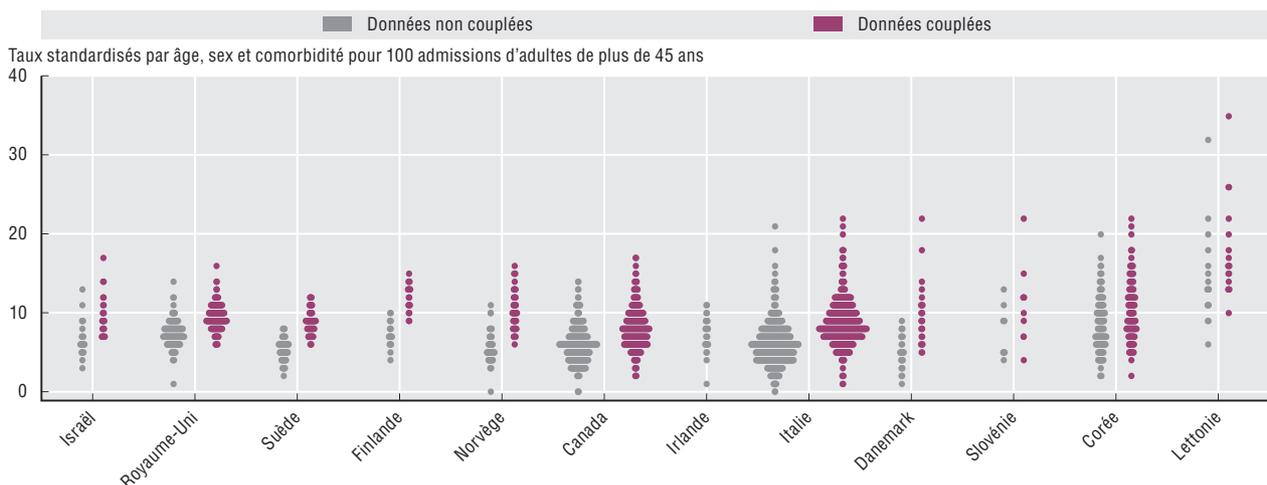
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608181>

Tableau 6.1. **Nombre d'hôpitaux par admission pour infarctus aigu du myocarde, basé sur les données non couplées, 2013-15 (ou année la plus proche)**

Admissions pour IAM	Canada	Danemark	Finlande	Israël	Irlande	Italie	Corée	Lettonie	Norvège	Slovénie	Suède	Royaume-Uni
> 300	151	21	21	21	20	336	67	6	35	3	62	142
50-300	158	7	0	5	8	160	83	11	17	7	4	8
< 50	261	1	0	0	6	328	155	5	2	4	0	59

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608200>

Graphique 6.21. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur les données couplées et non couplées, 2013-15 (ou année la plus proche)**



Note : La largeur de chaque ligne représente le nombre d'hôpitaux (fréquence) avec le taux correspondant. Les données pour le Canada ne sont pas liées aux statistiques sur les décès. Les résultats du Royaume-Uni sont restreints à l'Angleterre et sont présentés au niveau de confiance (i.e. plusieurs hôpitaux). Tri fait par l'intervalle interquartile des données non couplées, les taux basés sur les données couplées sont également standardisés.
Source : Données de l'OCDE sur les performances hospitalières 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608219>

Délais d'attente pour une opération après une fracture de la hanche

Les principaux facteurs de risque d'une fracture de la hanche sont associés au vieillissement, notamment à l'augmentation du risque de chute et à la fragilisation du squelette due à l'ostéoporose. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie dans la plupart des pays de l'OCDE, le problème de santé publique que représente ce type de fracture devrait gagner en importance dans les prochaines années.

Dans la plupart des cas de fracture de la hanche, une intervention chirurgicale s'impose pour réparer ou remplacer l'articulation. Il est généralement admis qu'une intervention chirurgicale rapide optimise les résultats pour le patient et minimise les risques de complications. De l'avis général, l'opération doit être pratiquée dans les deux jours (48 heures) suivant l'hospitalisation. Dans certains pays, les directives prévoient même un délai plus court. Les directives cliniques du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recommandent par exemple que ces interventions soient pratiquées le jour de l'admission à l'hôpital ou le lendemain (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Le délai entre l'admission à l'hôpital et l'intervention est généralement réputé constituer un indicateur de processus cliniquement significatif en ce qui concerne la qualité des soins intensifs reçus par les patients souffrant d'une fracture de la hanche. Globalement, dans les pays de l'OCDE, plus de 80 % des patients admis pour un tel traumatisme ont été opérés dans les deux jours en 2015 (graphique 6.22). En Norvège, au Danemark et aux Pays-Bas, ce pourcentage a été supérieur à 95 %. Les pays affichant le plus faible pourcentage d'opérations dans les deux jours suivant l'admission étaient l'Italie (53.2%), l'Espagne (48.4%), le Portugal (46.5 %), la Lettonie (46 %) et le Costa Rica (24.9 %).

Dans l'OCDE, de nombreux patients ont été traités moins de deux jours après leur admission, un quart d'entre eux l'étant le jour même et les deux tiers environ dans la journée du lendemain. Plus de 40 % des interventions ont été réalisées le jour même aux Pays-Bas, et 80 % avant la fin du jour suivant au Danemark.

Le graphique 6.23 présente le pourcentage d'opérations d'une fracture de la hanche pratiquées dans les deux jours suivant l'admission à l'hôpital dans les pays de l'OCDE entre 2005 et 2015. La moyenne de l'OCDE a augmenté, passant de 72 % à 81 % au cours de cette période. C'est en Suisse que la plus forte amélioration est observée, le pourcentage étant passé de 46 % à 91 %, ainsi qu'en Italie où il a progressé de 28 % en 2007 à 53 % en 2015. Il se peut que la politique de publication de rapports comparant les indicateurs hospitaliers, notamment le délai d'intervention à la suite d'une fracture de la hanche, appliquée par les autorités italiennes explique en partie les progrès constatés dans ce pays. Au Canada, le pourcentage de patients opérés dans les deux jours a augmenté sur la période, mais cet indicateur varie considérablement selon les provinces et les hôpitaux (ICIS, 2015). Seul le Portugal a vu son pourcentage d'opérations de la hanche dans les deux jours suivant l'admission reculer, de 57 % en 2008 à 47 % en 2015.

Le délai d'attente des patients souffrant d'une fracture de la hanche est fonction de plusieurs facteurs, notamment le nombre, la disponibilité et l'accessibilité des blocs opératoires ; des interventions de politiques ciblées, y compris les rapports publics et le suivi du rendement (Siciliani et al., 2013). Les patients souffrant d'une blessure particulière (fracture de la hanche, par exemple) ou ayant reçu un diagnostic précis pourraient être opérés plus rapidement, mais ce serait au détriment d'autres interventions (par exemple des arthroplasties de la hanche ou du genou).

Définition et comparabilité

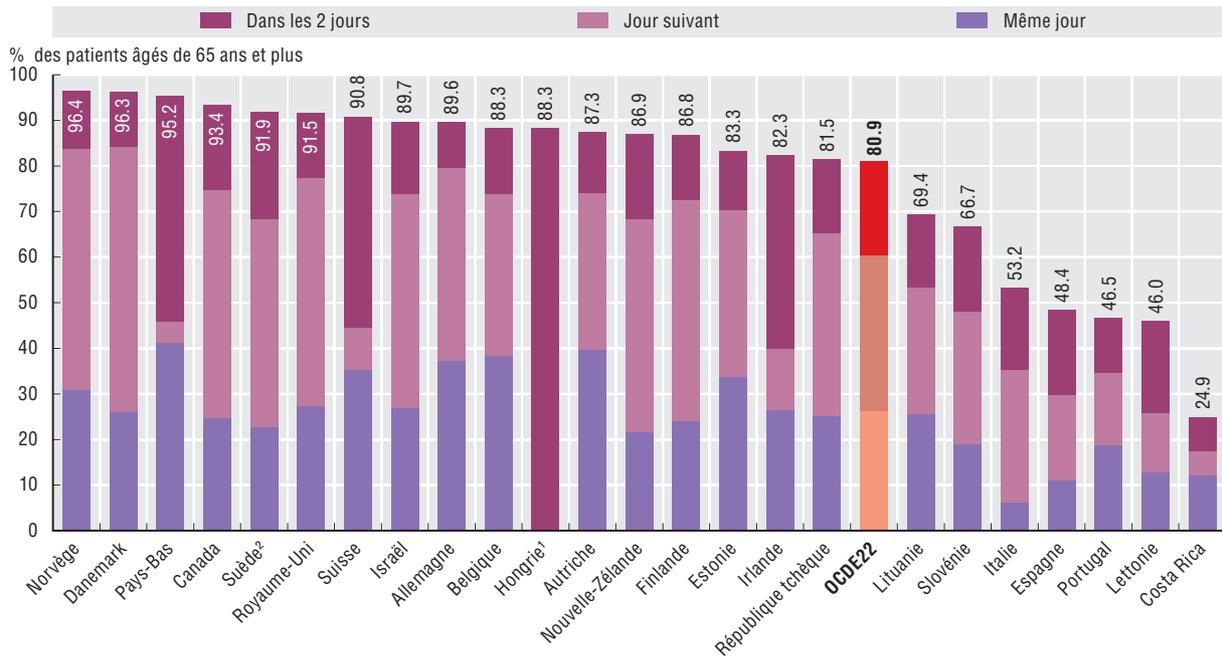
Cet indicateur est défini comme le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus admis à l'hôpital au cours d'une année donnée avec un diagnostic de fracture du col du fémur qui ont été opérés dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital. Des données sont également fournies concernant le pourcentage de patients opérés le lendemain de leur admission à l'hôpital, et de ceux qui l'ont été le jour même. Certains pays ont uniquement communiqué les données relatives aux opérations effectuées dans les deux jours.

La saisie de l'heure d'admission et d'opération dans les données administratives des hôpitaux n'est pas systématique dans tous les pays ; c'est pourquoi il est impossible de faire un compte précis des opérations réalisées dans un délai de 48 heures. Selon des données issues de travaux de recherche et développement, la mesure des jours plutôt que des heures résulterait d'une hausse marginale sur les taux, mais son influence sur la performance relative selon les pays peut être perceptible compte tenu de la similarité des taux observés dans de nombreux pays.

Références

- ICIS – Institute canadien d'information sur la santé (2015), « Your Health System: In Depth », [web tool], consulté le 01/09/2017.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014), « Hip Fracture: The Management of Hip Fracture in Adults », NICE Clinical Guideline No. 124, juin, modifié en mars 2014.
- Siciliani, L., M. Borowitz et V. Moran (dir.pub.) (2013), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>.

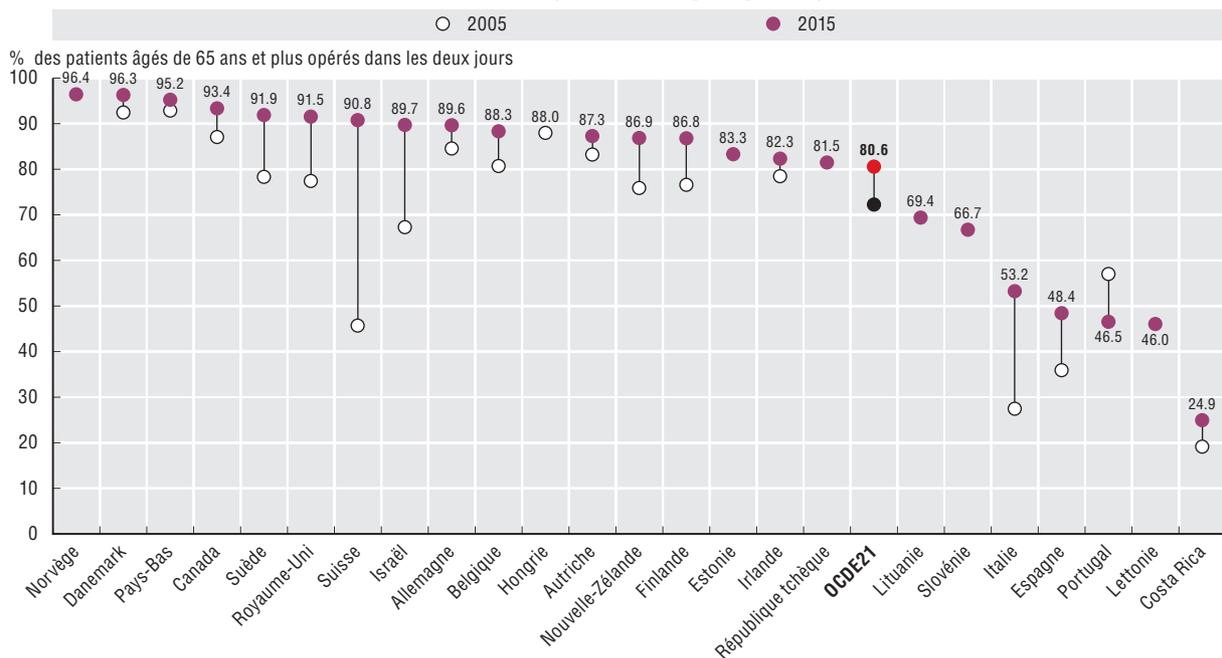
Graphique 6.22. Opération chirurgicale après admission à l'hôpital pour une fracture de la hanche, 2015 (ou année la plus proche)



1. La Hongrie a fourni des données dans les deux jours.
 2. La Suède a fourni des données dans les 12, 24 et 48 heures.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608238>

Graphique 6.23. Opération chirurgicale après admission à l'hôpital pour une fracture de la hanche, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608257>

Complications chirurgicales

Le problème de la sécurité des patients continue d'occuper une place centrale dans les politiques de santé et le débat public. Selon les données dont on dispose, plus de 15 % des dépenses et de l'activité hospitalières dans les pays de l'OCDE seraient imputables au traitement des failles de sécurité, dont beaucoup sont évitables (OCDE, 2017a et OCDE, 2017b). Aux États-Unis, l'amélioration systématique de la sécurité des soins aurait permis d'économiser 28 milliards USD entre 2010 et 2015 (AHRQ, 2016).

Une comparaison rigoureuse des performances entre pairs est indispensable pour améliorer la situation. Pour ce faire, on peut distinguer deux types d'incidents en lien avec la sécurité des patients : les événements *sentinelles* qui ne devraient jamais se produire, comme l'oubli d'un corps étranger à la fin d'une intervention chirurgicale ; et les événements *indésirables*, comme la septicémie postopératoire, qui ne peut jamais être totalement évitée compte tenu du caractère risqué de certaines interventions, une hausse du taux global de complications pouvant toutefois être le signe d'une défaillance systémique.

Le graphique 6.24 présente un « événement sentinelle » : le taux de corps étrangers laissés dans l'organisme pendant l'intervention. Les facteurs de risque les plus courants à cet égard sont les interventions d'urgence, les modifications imprévues des procédures, l'obésité des patients et des changements dans l'équipe chirurgicale. Les mesures préventives consistent à compter les instruments, à procéder à une exploration méthodique de la plaie et à assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe chirurgicale.

Le graphique 6.25 présente les taux pour deux événements indésirables apparentés : l'embolie pulmonaire (EP) et la thrombose veineuse profonde (TVP) suite à une arthroplastie de la hanche ou du genou. L'EP et la TVP sont à l'origine de douleurs inutiles et, dans certain cas, de décès, mais peuvent être prévenues par des anticoagulants et d'autres mesures prises avant, pendant et après l'opération. De fortes variations de taux sont observées, avec une variation de de 1 à 20 en TVP. Les variations des taux de TVP peuvent être influencées par les différences dans les pratiques de diagnostic dans les pays, mettant en évidence que le dépistage systématique des ultrasons peut augmenter de façon significative la détection de la TVP (Kodadek, 2016).

Le graphique 6.26 présente les taux d'un autre événement indésirable, la septicémie après une opération de l'abdomen. De même, les septicémies consécutives à des actes chirurgicaux, qui peuvent entraîner des dysfonctionnements organiques et la mort, peuvent dans de nombreux cas être évitées par l'antibiothérapie prophylactique, les techniques chirurgicales stériles et des soins postopératoires de qualité.

La partie gauche des graphiques 6.24, 6.25 et 6.26 présente les taux des trois complications postopératoires respectives établis sur la base de l'« admission pour chirurgie », soit l'admission à l'hôpital pour intervention. La partie droite présente les taux basés sur l'« admission pour chirurgie » ainsi que toutes les réadmissions ultérieures à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'intervention, que ce soit dans le même hôpital ou dans un autre.

La prudence s'impose lorsqu'il s'agit d'évaluer dans quelle mesure ces indicateurs reflètent fidèlement les disparités entre pays en matière de sécurité des patients et non les différences dans la façon dont les pays enregistrent, codent et calculent les taux d'incidents indésirables (voir l'encadré Définition et comparabilité).

Définition et comparabilité

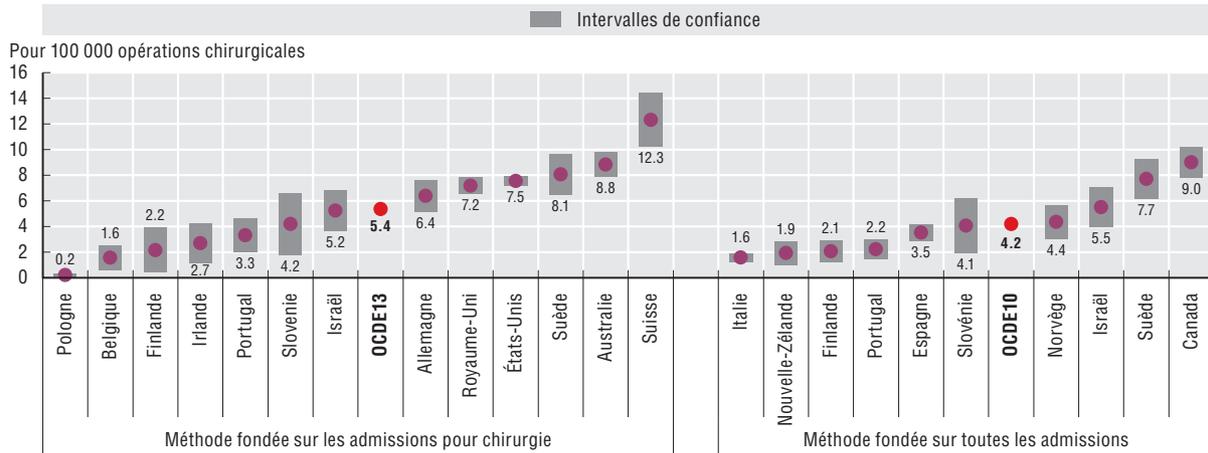
Deux méthodes de calcul des complications chirurgicales sont présentées. La méthode fondée sur les admissions pour chirurgie utilise des données non couplées pour calculer le nombre de sorties d'hôpital assorties d'un code CIM de complication dans un champ de diagnostic secondaire, divisé par le nombre total de sorties de patients de 15 ans et plus. La méthode fondée sur l'ensemble des admissions ne se limite pas aux seules admissions pour chirurgie, mais englobe toutes les réadmissions ultérieures qui lui sont liées, indépendamment de l'hôpital concerné, dans un délai de 30 jours. La seconde méthode est réputée plus rigoureuse et est moins affectée par les variations de durée du séjour et des pratiques de transfert hospitalier, mais elle requiert un identifiant de patient unique et des données couplées qui ne sont pas disponibles dans tous les pays. Bien que la méthode basée sur l'admission utilisant toutes les données non couplées renforce l'identification des complications valides, l'impact sur les taux d'indicateur n'est pas clair étant donné qu'une seule admission par patient est comptée lorsque plusieurs entrées admissibles sont identifiées.

Un défi de taille en matière de comparaison internationale des indicateurs de sécurité pour les patients concerne la qualité des données sous-jacentes. Des différences dans la façon dont les pays enregistrent les diagnostics et les procédures et définissent les admissions à l'hôpital peuvent influencer sur le calcul des taux. Dans certains cas, un taux élevé d'événements indésirables tiendra à un système d'enregistrement de sécurité des patients et à une culture de la sécurité du patient plus développés, et non à une moindre qualité des soins. L'harmonisation des déclarations d'événements liés à la sécurité des patients dans les différents pays s'impose ; il existe en outre de nombreuses possibilités d'améliorer les données au sein des programmes nationaux axés sur la sécurité des patients.

Références

- AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (2016), « National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: Interim Data from National Efforts to Make Health Care Safer », www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/pfp/2015-natlscorecard-hac-rates.eps (consulté le 26/01/2017).
- Kodadek, L.M. et E.R. Haut (2016), « Screening and Diagnosis of VTE: The More You Look, The More You Find? », *Current Trauma Reports*, vol. 2, n° 1, pp. 29-34.
- OCDE (2017a), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OCDE (2017b), *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*, OCDE, Paris, www.OECD.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.eps.

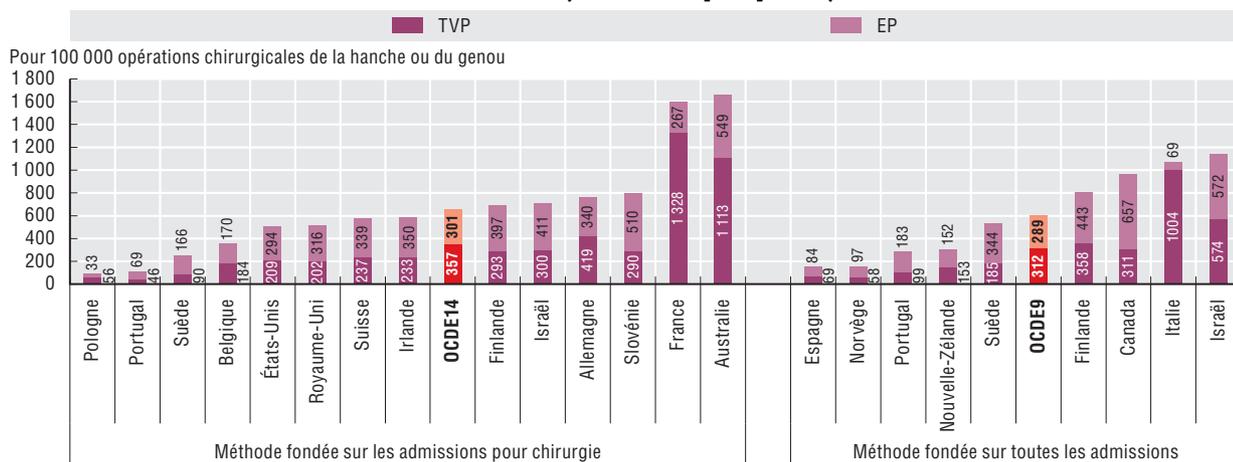
Graphique 6.24. **Corps étrangers laissés dans l'organisme pendant une opération, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Étant donné les faibles occurrences, les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608276>

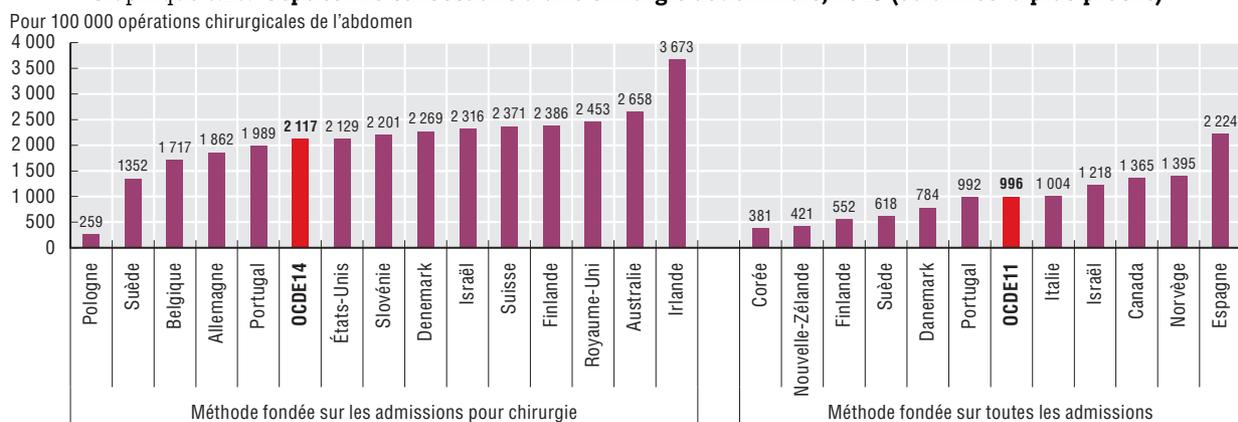
Graphique 6.25. **Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde après une arthroplastie de la hanche ou du genou, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608295>

Graphique 6.26. **Septicémie consécutive à une chirurgie abdominale, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608314>

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Traumatismes obstétricaux

La sécurité des patientes lors de l'accouchement peut être évaluée en examinant les cas potentiellement évitables de déchirures du périnée durant un accouchement par voie basse (Harvey, 2015). Ces déchirures s'étendent aux muscles du périnée et à la paroi intestinale et nécessitent une intervention chirurgicale. Elles se produisent le plus souvent dans le cas d'un premier accouchement par voie basse, d'un poids de naissance élevé du bébé, de déclenchement du travail, de position occipitale postérieure, de prolongation de la deuxième phase du travail et d'accouchement avec extraction instrumentale. Figurent parmi les complications possibles les douleurs périnéales persistantes et l'incontinence.

Il est impossible de prévenir totalement ces déchirures, mais on peut les atténuer moyennant une gestion appropriée du travail et des soins obstétricaux de qualité. C'est pourquoi la proportion d'accouchements s'accompagnant de déchirures sérieuses est un indicateur de la qualité de ces soins.

Les indicateurs de traumatismes obstétricaux sont considérés relativement fiables et comparables entre pays, d'autant qu'ils sont moins sensibles aux variations des pratiques de codage du diagnostic secondaire. Les unités d'obstétrique ne déclarent cependant pas toujours ces événements de manière uniforme, ce qui peut compliquer les comparaisons internationales. La crainte des contentieux, par exemple, peut entraîner un phénomène de sous-déclaration ; en revanche, les systèmes qui font appel à du personnel administratif spécialement formé pour identifier et coder les incidents indésirables à partir des données cliniques des patients produisent des données plus fiables.

Alors que les taux de traumatismes obstétricaux peuvent être influencés par le taux national général de césariennes, par l'accouchement vaginal assisté et l'épisiotomie, ces problématiques sont toujours sujet de recherche. Par exemple, l'épisiotomie est une incision chirurgicale du périnée destinée à élargir l'orifice vaginal pour l'accouchement. Il existe d'importantes disparités en Europe dans le recours à l'épisiotomie lors d'accouchements par voie basse, puisque celui-ci allait d'environ 70 % des naissances au Portugal et en Pologne en 2010 à moins de 10 % en Suède, au Danemark et en Islande (Euro-Peristat, 2013). Le recours sélectif à l'épisiotomie pour réduire les déchirures graves du périnée pendant l'accouchement est controversé.

Le graphique 6.27 montre les traumatismes obstétricaux, accouchement par voie basse avec extraction instrumentale et le graphique 6.28 les traumatismes obstétricaux, accouchement par voie basse sans extraction instrumentale. Le traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement avec extraction instrumentale fait référence à l'emploi de forceps ou de ventouses. Comme le risque de déchirure du périnée augmente sensiblement avec l'utilisation d'instruments obstétricaux, les taux relatifs à cette population de patientes sont présentés séparément.

Une forte variation des taux de traumatismes obstétricaux est observée dans tous les pays. Les taux déclarés de traumatismes obstétricaux avec instrument varient de moins de 2 % en Israël, en Italie et en Pologne à plus de 10 % au Danemark, en Suède et au Canada. Les taux de traumatismes obstétricaux après accouchement par voie basse sans instrument varient d'en-dessous de 0.5 pour 100 accouchements en Pologne et en Israël à plus de 2.5 par 100 accouchements au Danemark, au Royaume-Uni et au Canada.

En 2015, le taux moyen de traumatismes obstétricaux dans le cas d'accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (5.7 %) dans 21 pays de l'OCDE représentait près de quatre fois celui mesuré pour les accouchements sans

extraction instrumentale (1.5 %) et varie fortement d'un pays à l'autre (graphique 6.27). Les taux déclarés vont de moins de 2 % en Israël, en Italie et en Pologne à plus de 10 % au Danemark, en Suède et au Canada.

Bien que le taux moyen de traumatismes obstétricaux avec instrument (5.7 par 100 accouchements avec extraction instrumentale) dans les pays de l'OCDE en 2015 soit près de quatre fois le taux sans instrument (1.5 pour 100 accouchements sans extraction instrumentale), Les deux indicateurs sont étroitement corrélés : l'Italie, Israël et la Pologne font état des taux les plus faibles, et le Canada, le Danemark et la Nouvelle-Zélande des plus élevés pour l'un comme pour l'autre.

Les taux de traumatismes obstétricaux ne marquent aucune évolution manifeste au cours de la période 2010-15, la moyenne de l'OCDE demeurant relativement stable pour les accouchements par voie basse avec et sans extraction instrumentale. Si les taux des deux indicateurs font apparaître des améliorations perceptibles au Danemark et en Norvège au cours de ces cinq années, ceux de la Slovaquie et de l'Espagne semblent marquer une dégradation.

Définition et comparabilité

Les deux indicateurs de traumatismes obstétricaux sont définis comme la proportion d'accouchements par voie basse avec et sans assistance instrumentale assortis d'un code de traumatisme obstétrical de 3^e ou de 4^e degré (ICD-10 O70.2, O70.3).

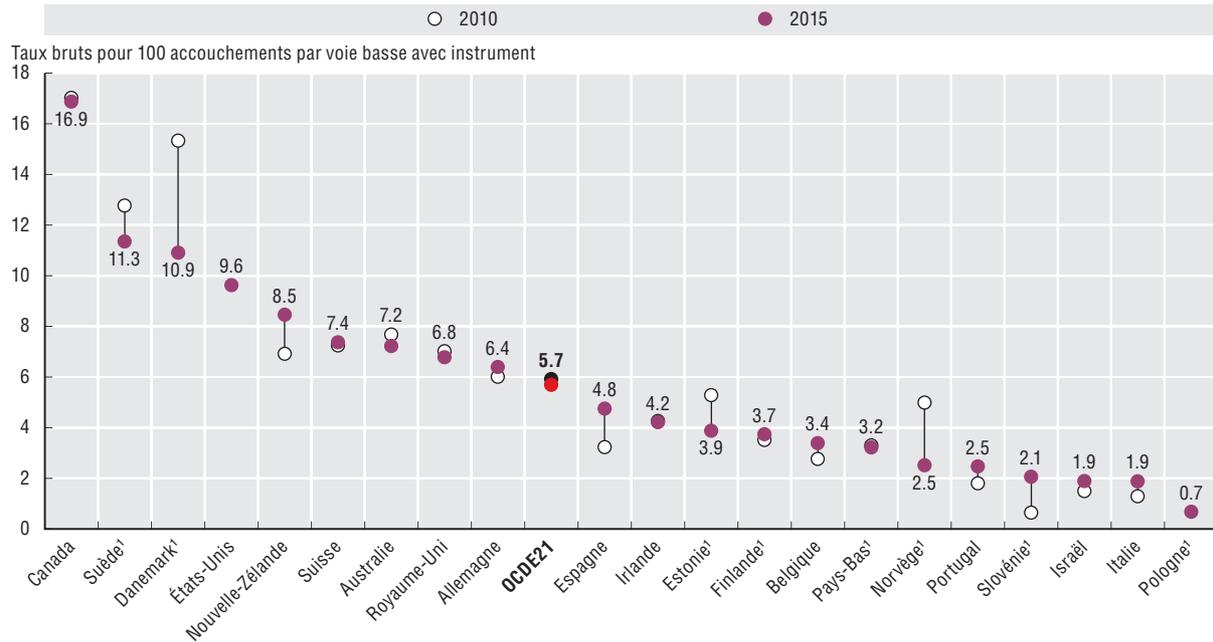
Plusieurs différences en termes de notification des données des pays peuvent influencer sur les taux calculés pour les indicateurs relatifs à la sécurité des patientes. Il s'agit essentiellement de différences concernant les pratiques de codage et les sources de données. Les taux de traumatismes obstétricaux reposent pour certains pays sur les données administratives des hôpitaux, pour d'autres sur les registres obstétricaux. Il semblerait que les registres fournissent des données de meilleure qualité et gardent trace d'un plus grand nombre de traumatismes obstétricaux que les bases de données administratives (Baghestan et al., 2007).

L'interprétation des indicateurs de traumatismes obstétricaux par accouchement avec ou sans instruments au fil du temps doit être prudente, étant donné le nombre très faible de cas de traumatisme dans certains pays est susceptible de donner lieu à une variation significative d'une année à l'autre.

Références

- Baghestan, E. et al. (2007), « A Validation of the Diagnosis of Obstetric Sphincter Tears in Two Norwegian Databases, the Medical Birth Registry and the Patient Administration System », *Acta Obstetrica et Gynecologica*, vol. 86, pp. 205-209.
- Euro Peristat (2013), « European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 », INSERM, Paris.
- Harvey, M.A. et al. (2015), « Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 37, n° 12, pp. 1131-1148.

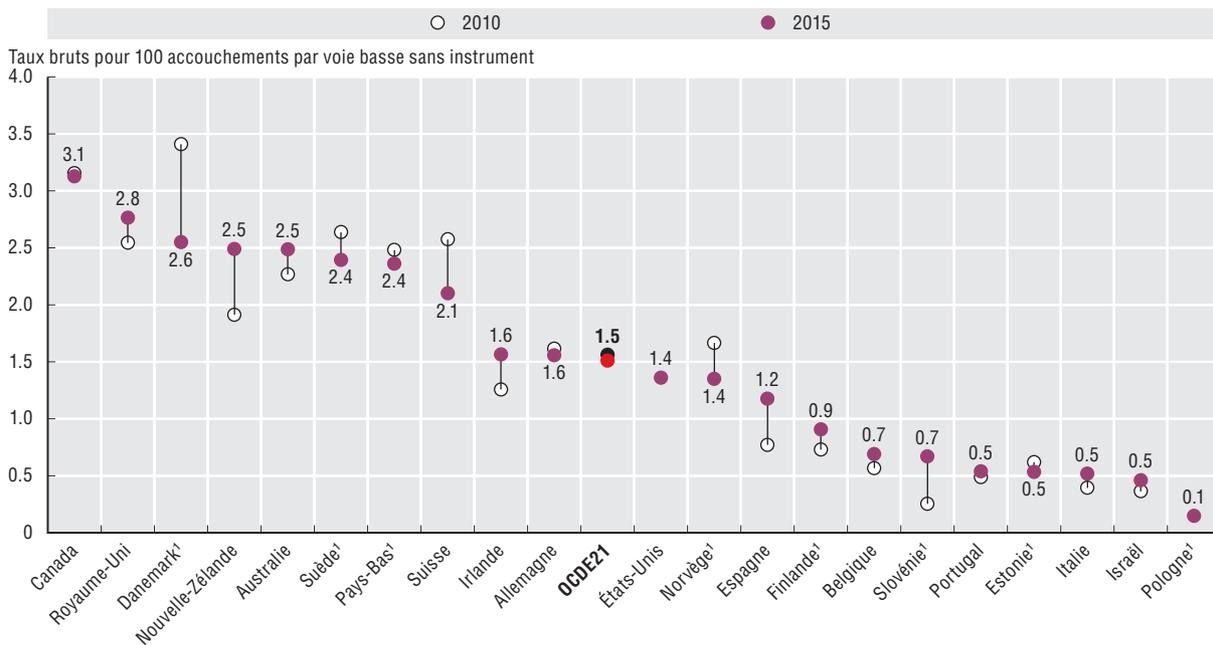
Graphique 6.27. **Traumatismes obstétricaux, accouchement par voie basse avec extraction instrumentale, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



1. Taux basés sur des données de registre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608333>

Graphique 6.28. **Traumatismes obstétricaux, accouchement par voie basse sans extraction instrumentale, 2010 et 2015 (ou année la plus proche)**



1. Taux basés sur des données de registre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608352>

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale représentent une charge substantielle : une personne sur quatre en souffrirait à tout moment dans les pays de l'OCDE, et une personne sur deux au cours de sa vie (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3 ; OCDE, 2014a). Des soins de qualité prodigués en temps opportun peuvent améliorer les résultats et faire diminuer le nombre de suicides et la surmortalité chez les individus atteints de troubles psychiatriques.

La qualité des soins revêt une importance cruciale pour les patients hospitalisés en raison de troubles psychiatriques ; les suicides constituent des événements sentinelles dont il convient de tenir un compte rigoureux en ce qu'ils révèlent dans quelle mesure les établissements sont à même de protéger ces patients contre eux-mêmes. Le graphique 6.29 présente les taux de suicide de patients rapportés à l'ensemble des admissions en hôpital psychiatrique. Tous les pays déclarent des taux inférieurs à 1 pour 1 000 à l'exception du Costa Rica, des Pays-Bas, du Danemark et d'Israël. La prévention des suicides chez ces personnes passe par l'identification et la suppression des occasions de passer à l'acte, par l'évaluation du risque suicidaire et par un suivi et un traitement adaptés.

Le taux de suicide après sortie de l'hôpital peut servir d'indicateur de la qualité des soins dans la collectivité et de la coordination entre les milieux hospitaliers et communautaires. Le taux de suicide des patients hospitalisés au cours de l'année précédente atteint à peine 1 pour 1 000 au Royaume-Uni, mais pas moins de 5 pour 1 000 aux Pays-Bas et en Lituanie (graphique 6.30). Le Danemark a également des taux de suicide élevés, mais cela peut penser que les patients hospitalisés ont des troubles psychiatriques plus sévères que les autres pays. Les patients atteints de troubles psychiatriques plus légers sont habituellement traités dans des milieux ambulatoires.

Les patients atteints d'une maladie psychiatrique sont exposés à un risque particulièrement élevé juste après leur sortie de l'hôpital. Dans la plupart des pays, plus d'un quart des suicides enregistrés dans l'année suivant la sortie de l'hôpital interviennent au cours du premier mois, et pas moins de la moitié en Nouvelle-Zélande et en Suède. On sait qu'il est possible d'atténuer le risque, élevé, de suicide dans les jours qui suivent une sortie d'hôpital par une préparation et un accompagnement appropriés, et par un renforcement des soins au cours de la période qui la suit immédiatement (OCDE, 2014a).

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques affichent un taux de mortalité plus élevé que la population globale. Un chiffre de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Les graphiques 6.31 et 6.32 présentent la surmortalité pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, qui est supérieure à 2 dans la plupart des pays. Pour réduire le taux élevé de mortalité des personnes atteintes de troubles mentaux, une approche multidimensionnelle s'impose, qui conjugue des programmes de prévention primaire, une meilleure intégration des soins de santé physique et mentale, des interventions comportementales et un changement d'attitude du personnel spécialisé. Pour améliorer la qualité des soins dispensés à ces personnes, ces mesures peuvent être évaluées à intervalles réguliers. La

Suède, par exemple, tient le compte des soins curatifs en milieu hospitalier dispensés à des patients atteints de troubles psychiques et dont on aurait pu faire l'économie si les soins primaires et/ou la prévention primaire ou secondaire avaient été suffisants (OCDE, 2014a ; OCDE, 2014b).

Définition et comparabilité

L'indicateur du suicide de patients hospitalisés est composé d'un dénominateur représentant les patients sortis de l'hôpital avec un diagnostic principal ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), et d'un numérateur représentant ces patients sortis avec un code correspondant au « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Les données doivent être interprétées avec précaution compte tenu du très petit nombre de cas. Les taux communiqués peuvent varier dans le temps. Aussi, lorsque cela a été possible, une moyenne sur trois ans a été calculée pour conférer une plus grande stabilité à l'indicateur.

Le taux de suicide dans les 30 jours et dans l'année suivant la sortie de l'hôpital est établi en mettant en relation d'une part, les sorties après hospitalisation avec un diagnostic principal ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire de troubles mentaux et comportementaux (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), d'autre part les suicides inscrits dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84). En cas d'admissions multiples pendant l'année de référence, la période de suivi débute à partir de la dernière sortie.

S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur est le taux de mortalité global pour les personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. La plupart des pays utilisent des données de registre. Le dénominateur est le taux de mortalité global de la population du même groupe d'âge. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires qui décèdent au cours d'une année donnée peut se traduire par des variations sensibles d'une année sur l'autre, c'est pourquoi des moyennes sur deux ou trois ans ont été présentées.

Les données ont été standardisées selon l'âge et le sexe sur la base de la structure de la population de l'OCDE en 2010, afin de neutraliser l'incidence de structures de population différentes d'un pays à l'autre.

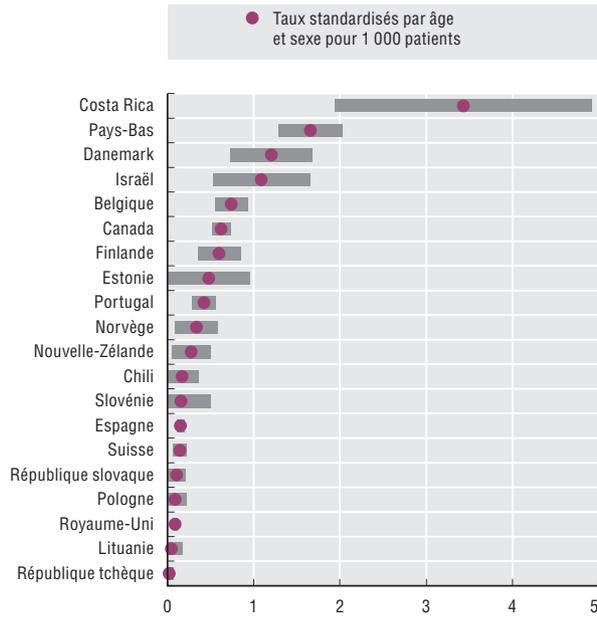
Références

- OCDE (2014a), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OCDE (2014b), *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208469-en>.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Soins aux personnes atteintes de troubles mentaux

Graphique 6.29. **Suicide parmi les patients hospitalisés avec un trouble psychiatrique, 2014 (ou année la plus proche)**

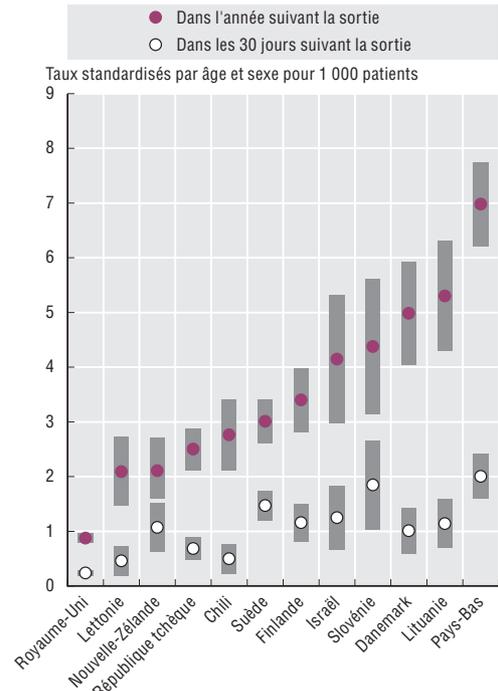


Note : Moyenne sur plusieurs années selon disponibilité des données. Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608371>

Graphique 6.30. **Suicide après une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans les 30 jours et l'année suivant la sortie, 2015 (ou année la plus proche)**

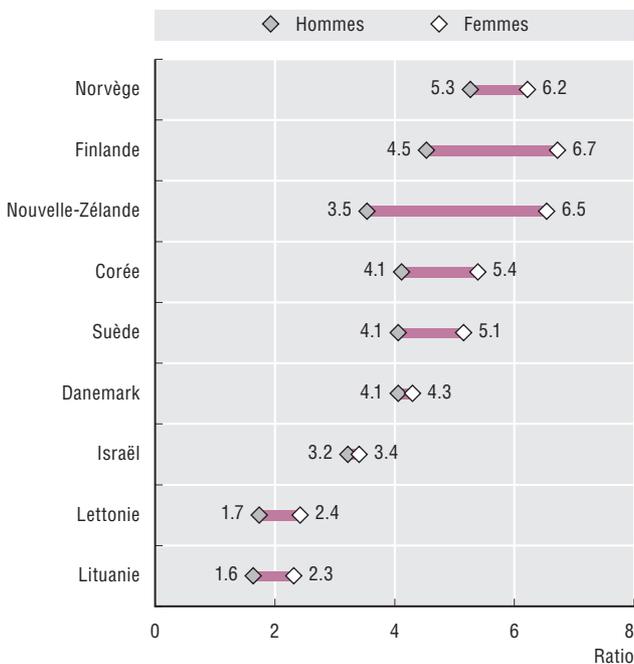


Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608390>

Graphique 6.31. **Surmortalité due à la schizophrénie, 2014**

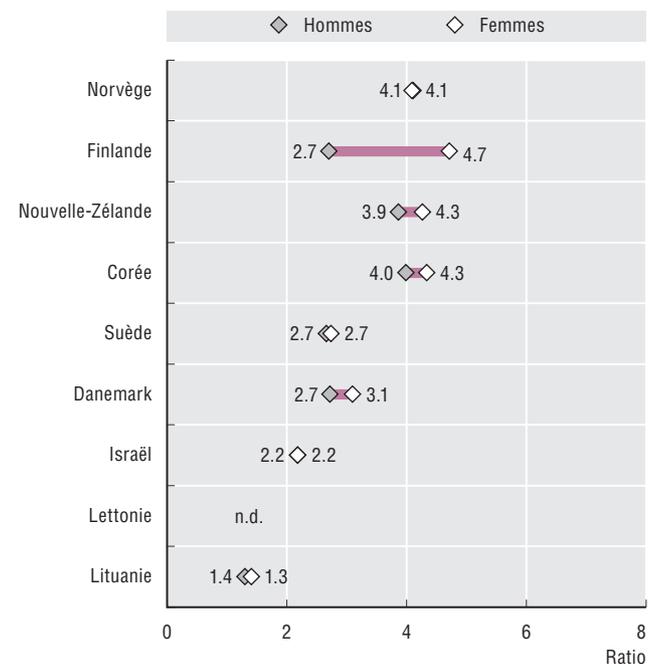


Note : Moyenne sur trois ans pour tous les pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608409>

Graphique 6.32. **Surmortalité due au trouble bipolaire, 2014**



Note : Moyenne sur trois ans pour tous les pays.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608428>

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes dans les pays de l'OCDE, à la fois en terme d'incidence et de prévalence. Une femme sur neuf souffrira d'un cancer du sein à un moment ou à un autre de sa vie. Les facteurs qui augmentent les risques de développer cette maladie sont l'âge, les antécédents familiaux de cancer du sein, la prédisposition génétique, les facteurs de reproduction, une œstrogénothérapie substitutive et l'hygiène de vie, y compris l'obésité, le manque d'activité physique, le régime alimentaire et la consommation d'alcool.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du sein qu'ils considèrent efficaces pour détecter la maladie à un stade précoce (OCDE, 2013). Or, en raison de l'amélioration récente des résultats des traitements et des inquiétudes relatives aux résultats faux positifs, au surdiagnostic et aux traitements excessifs, les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein ont été réévaluées ces dernières années. Au vu des conclusions d'études récentes, l'OMS préconise l'organisation d'un dépistage par mammographie parmi la population concernée si les femmes sont en mesure de prendre une décision éclairée après avoir pesé les avantages et les risques associés à cet examen (OMS, 2014).

En 2013, les taux de dépistage allaient de moins de 20 % au Mexique à plus de 80 % dans un petit nombre de pays dont le Portugal, le Danemark, la Finlande et la Slovénie (graphique 6.33). La couverture du dépistage a considérablement augmenté dans les pays où elle était faible une décennie plus tôt. Elle a été multipliée par plus de dix au Mexique, et par près de quatre en Lituanie. Elle a par contre diminué dans plusieurs pays qui affichaient les taux de dépistage les plus élevés au milieu des années 2000, notamment les États-Unis, la Finlande, les Pays-Bas et la Slovénie.

Le taux de survie au cancer du sein est signe d'un diagnostic précoce et de traitements améliorés. Tous les pays de l'OCDE ont atteint un taux de survie net à cinq ans de 80 % à l'exception du Chili, de la République slovaque, de la Pologne et de l'Estonie (graphique 6.34). Dans ces pays, des faibles taux de survie nets des personnes atteintes d'un cancer colorectal y sont également observés (voir les indicateurs « Cancer colorectal : survie et mortalité »).

Au cours des 10 dernières années, le taux de survie net à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer du sein a augmenté dans les pays de l'OCDE. Il a considérablement progressé dans certains pays d'Europe centrale et orientale, comme l'Estonie et la République tchèque, la survie après un diagnostic de cancer du sein y demeurant toutefois inférieure à la moyenne de l'OCDE. Il est possible que ces progrès soient liés au renforcement de la gouvernance des soins d'oncologie dans ces pays. La République tchèque a par exemple intensifié ses efforts en vue de s'attaquer au fléau du cancer du sein par la mise en place d'un programme de dépistage et un programme national de lutte contre le cancer au début des années 2000 (OCDE, 2014).

Les taux de mortalité, pour leur part, ont reculé dans la plupart des pays de l'OCDE au cours de la décennie écoulée (graphique 6.35). Ce repli tient aux progrès en matière de dépistage et de traitement précoces du cancer du sein. Des avancées substantielles sont observées en République tchèque et au Danemark, où la mortalité a reculé de plus de 20 % en 10 ans, le Danemark continuant toutefois d'afficher l'un des taux les plus élevés. Par contre, le taux de mortalité du cancer du sein a augmenté de plus de 10 % en Islande et en Corée au cours de la dernière décennie. L'Islande enregistre le taux le

plus haut de l'OCDE, alors que celui de la Corée reste le plus bas.

Définition et comparabilité

Les taux de dépistage sont basés sur des données d'enquêtes ou de consultations, ce qui peut influencer sur les résultats. Les résultats fondés sur les enquêtes peuvent être entachés de biais de mémoire. Les données de programme sont souvent établies dans le cadre de programmes nationaux de dépistage ; des populations cibles et des fréquences de dépistage différentes peuvent donc se traduire par des variations dans les données de couverture du dépistage d'un pays à l'autre.

La survie nette à cinq ans est la probabilité cumulée que les patients atteints de cancer survivent à leur cancer pendant au moins cinq ans, après avoir contrôlé les risques de décès dus à d'autres causes. La survie nette est exprimée en pourcentage. La survie nette pour les patients diagnostiqués au cours de la période 2000-04 repose sur une approche de cohorte, car tous les patients ont été suivis pendant au moins cinq ans d'ici la fin de 2014. Pour les patients diagnostiqués au cours de la période 2010-14, on utilise l'approche de la période, ce qui permet estimation de la survie à cinq ans, bien que cinq ans de suivi ne soient pas disponibles pour tous les patients. Les estimations de la survie du cancer sont standardisées selon l'âge avec les normes de l'International Cancer Survival Standard (ICSS).

La collecte de données, le contrôle de la qualité et l'analyse ont été effectués au centre dans le cadre du programme CONCORD, programme mondial de surveillance de la survie du cancer, dirigé par la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (Allemani et al., 2014). Dans certains pays, tous les registres régionaux n'y ont pas participé, mais les estimations des taux de survie calculés par le programme sont jugées comme les meilleures données disponibles pour ces pays pour procéder à des comparaisons internationales.

Voir l'indicateur « Mortalité due au cancer » au chapitre 3 pour la définition du taux de mortalité due au cancer, l'origine des données sous-jacentes et la méthodologie utilisée.

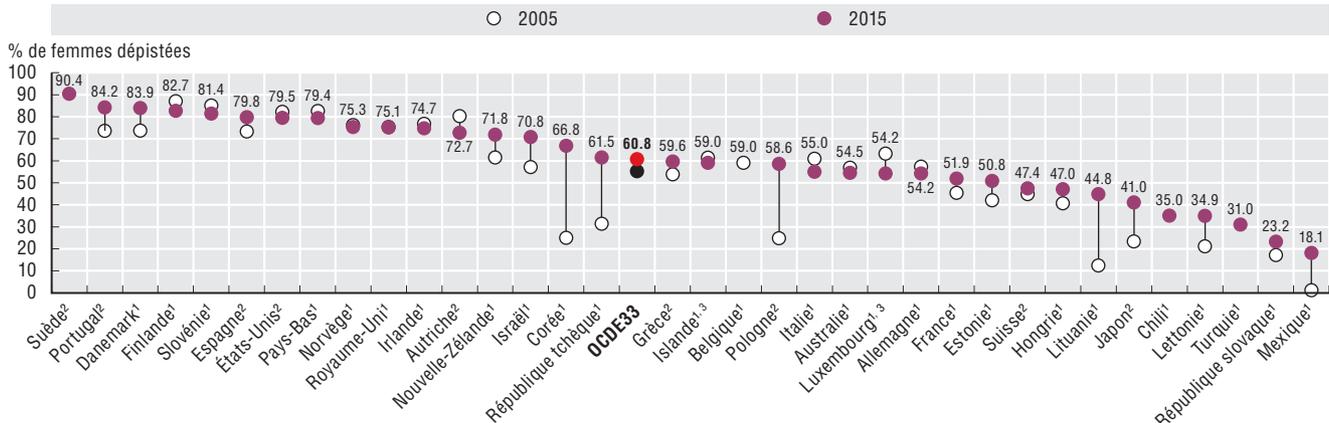
Références

- Allemani, C. et al. (2015), « Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25,676,887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2) », *The Lancet*, vol. 385, pp. 977-1010, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9).
- OCDE (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>.
- OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), « WHO Position Paper on Mammography Screening », OMS, Genève.

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Cancer du sein : dépistage, survie et mortalité

Graphique 6.33. Dépistage par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)

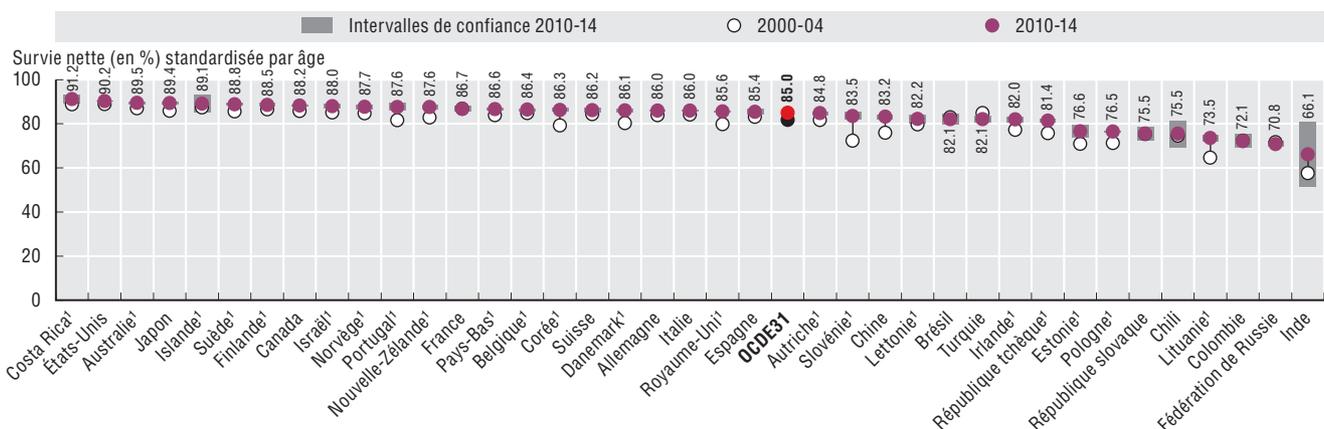


1. Programme.
2. Enquête.
3. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 et EHS Base de données d'Eurostat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608447>

Graphique 6.34. Cancer du sein : taux de survie net à cinq ans, 2000-04 et 2010-14



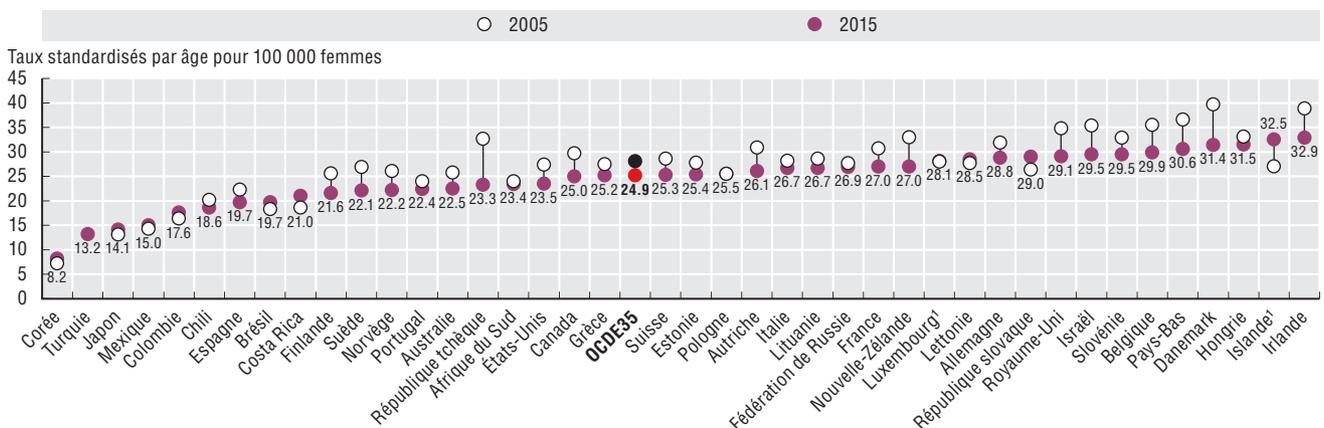
Note : Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises. Des mises à jour attendues sur les données peuvent réduire les estimations du taux de survie pour le Costa Rica.

1. Données de couverture nationale à 100 %.

Source : CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608466>

Graphique 6.35. Cancer du sein : taux de mortalité chez les femmes, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)



1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608485>

Dans les pays de l'OCDE, le cancer colorectal est la troisième forme de cancer le plus couramment diagnostiquée, après les cancers de la prostate et du poumon, chez les hommes, et la deuxième, après le cancer du sein, chez les femmes (voir l'indicateur « Mortalité due au cancer » au chapitre 3). Plusieurs facteurs augmentent le risque chez certains individus le risque de développer la maladie, notamment l'âge, une colite ulcéreuse, des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de polypes, et des facteurs liés à l'hygiène de vie comme un régime alimentaire riche en graisses et pauvre en fibres, le manque d'activité physique, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool. Partout, son incidence est sensiblement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En général, le cancer du rectum est plus difficile à soigner que celui du côlon car il présente plus de risques de propagation à d'autres tissus, de récurrence et de complications post-opératoires.

Après le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, le dépistage du cancer colorectal a été mis au point, et un nombre croissant de pays ont organisé un dépistage systématique gratuit ciblant la population entre 50 et 70 ans (OCDE, 2013). En raison notamment d'incertitudes quant au rapport coût-efficacité de ces procédures (Lansdorp-Vogelaar et al., 2010), les pays ont recours à des méthodes différentes. Dans la plupart de ceux qui pratiquent le test de recherche de sang occulte dans les selles, le dépistage est proposé tous les deux ans. Pour le dépistage par coloscopie et sigmoïdoscopie flexible, la périodicité est moins élevée, en général de dix ans. Ces disparités compliquent la comparaison de la couverture entre pays.

Les progrès en matière de diagnostic et de traitement du cancer colorectal, notamment le perfectionnement des techniques chirurgicales, la radiothérapie et la chimiothérapie combinée, et l'accès plus large et plus rapide à ces dernières ont contribué à la hausse des taux de survie au cours de la dernière décennie. Tous les pays de l'OCDE ont enregistré une amélioration du taux de survie net à cinq ans des personnes atteintes de cancers du côlon et du rectum. Dans les pays de l'OCDE, ce taux est en moyenne passé de 57.04 % en 2000-04 à 62.84 % en 2010-14 pour les patients atteints d'un cancer du côlon et, au cours de la même période, de 55.1% à 61.0% pour le cancer du rectum (graphiques 6.36 et 6.37). Les progrès sont considérables dans certains pays, notamment le Chili, la Lituanie, la Corée, le Danemark et l'Estonie pour le cancer du côlon, et la Lettonie, la Lituanie, la Slovaquie, le Danemark, l'Irlande et la Corée pour le cancer du rectum. De manière générale, les pays où les estimations de survie pour le cancer du côlon sont basses affichent également des taux estimés de survie faibles pour le cancer du rectum. Dans l'OCDE, les taux de survie nets estimés sont bas pour les deux cancers dans des pays comme le Chili, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Turquie.

Quant à la mortalité, elle a diminué dans la plupart des pays ces dernières années, le taux moyen de l'OCDE ayant reculé de 26.8 à 23.9 décès pour 100 000 habitants entre 2005 et 2015

(graphique 6.38). La chute a été particulièrement sensible en Autriche, en République tchèque, au Danemark et en Israël, puisqu'elle a été de plus de 30 %. Malgré quelques progrès, les pays d'Europe centrale et orientale, en particulier la République tchèque, la Slovaquie et la République slovaque, continuent d'afficher des taux de mortalité plus élevés que les autres pays de l'OCDE.

A contrario, le taux de mortalité lié au cancer colorectal a progressé dans certains pays de l'OCDE au cours de la même période. C'est le cas, par exemple, de la Hongrie qui enregistrait déjà le plus fort taux de mortalité une décennie plus tôt. Dans les pays latino-américains, dont le Chili et le Mexique, la hausse a été particulièrement prononcée, de plus de 10 %, au cours des dix dernières années, leur taux demeurant toutefois nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE. Malgré tout, certains de ces pays ont réussi à renforcer leurs systèmes de manière à réduire la charge du cancer colorectal. En 2013, par exemple, le Chili a intégré le traitement du cancer colorectal dans son régime garanti d'assurance maladie – synonyme de soins plus accessibles, de meilleure qualité, mieux pris en charge financièrement et plus rapides pour les maladies prioritaires – ce qui pourrait à terme améliorer les résultats des traitements (OCDE, 2018).

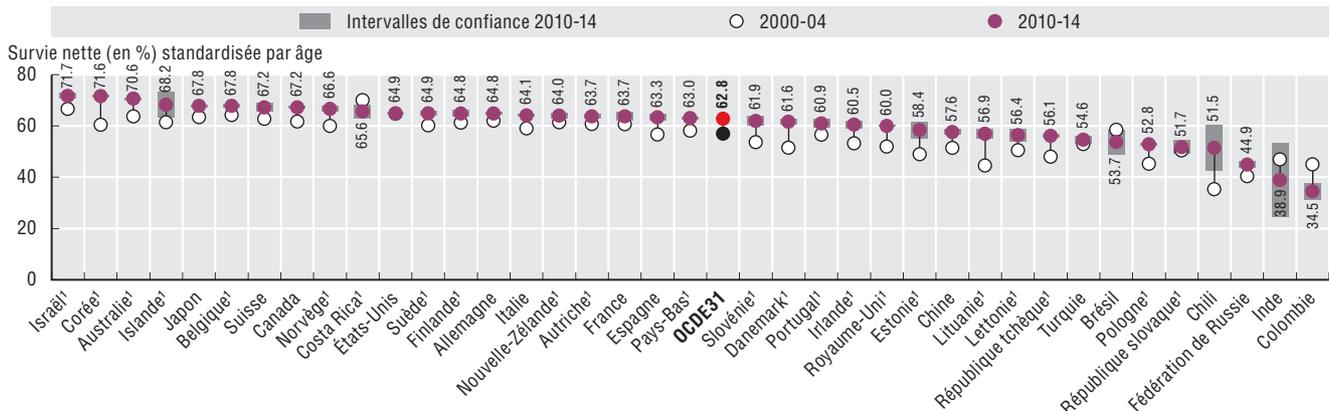
Définition et comparabilité

Les taux nets de survie et de mortalité sont définis dans l'indicateur « Cancer du sein : dépistage, survie et mortalité » au chapitre 6. Voir l'indicateur « Mortalité due au cancer » au chapitre 3 pour la définition du taux de mortalité due au cancer, l'origine des données sous-jacentes et la méthodologie utilisée. Les taux de mortalité due au cancer colorectal sont basés sur les codes C18-C21 de la CIM-10 (côlon, jonction rectosigmoïde, rectum et anus), et les estimations des taux de survie sur les codes C18-C19 pour le cancer du côlon, et C20-C21 pour le cancer du rectum.

Références

- Lansdorp-Vogelaar, I., A.B. Knudsen et H. Brenner (2010), « Cost-effectiveness of Colorectal Cancer Screening – An Overview », *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 24, pp. 439-449.
- OCDE (2018, à paraître), *OECD Reviews of Public Health: Chile*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2013), *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.

Graphique 6.36. **Cancer du côlon : taux de survie net à cinq ans, 2000-04 et 2010-14**



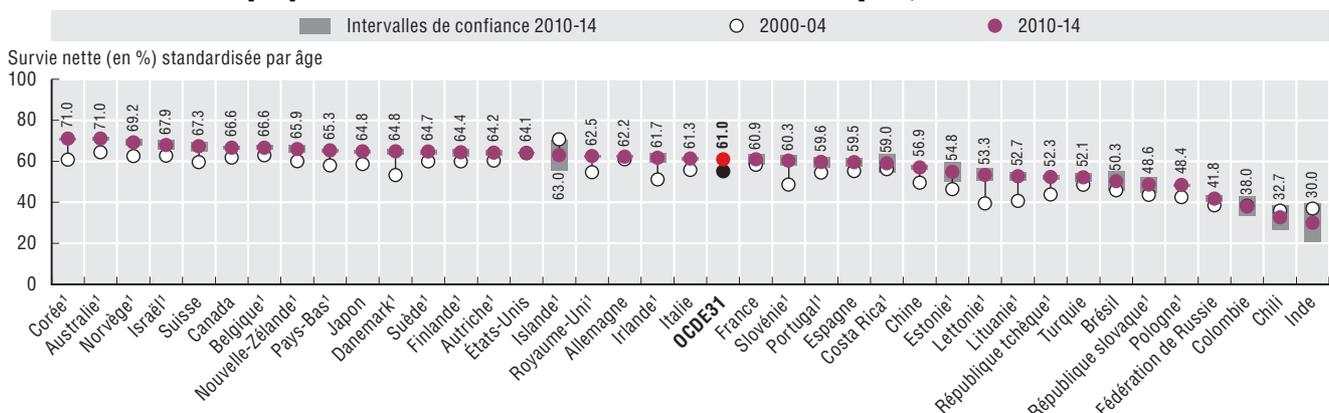
Note : Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises. Des mises à jour attendues sur les données peuvent réduire les estimations du taux de survie pour le Chili à 43.9. Ces mises à jour peuvent amener à des légers changements sur les estimations des taux de survie pour le Canada, le Costa Rica ainsi que la moyenne OCDE.

1. Données de couverture nationale à 100 %.

Source : CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608504>

Graphique 6.37. **Cancer du rectum : taux de survie net à cinq ans, 2000-04 et 2010-14**



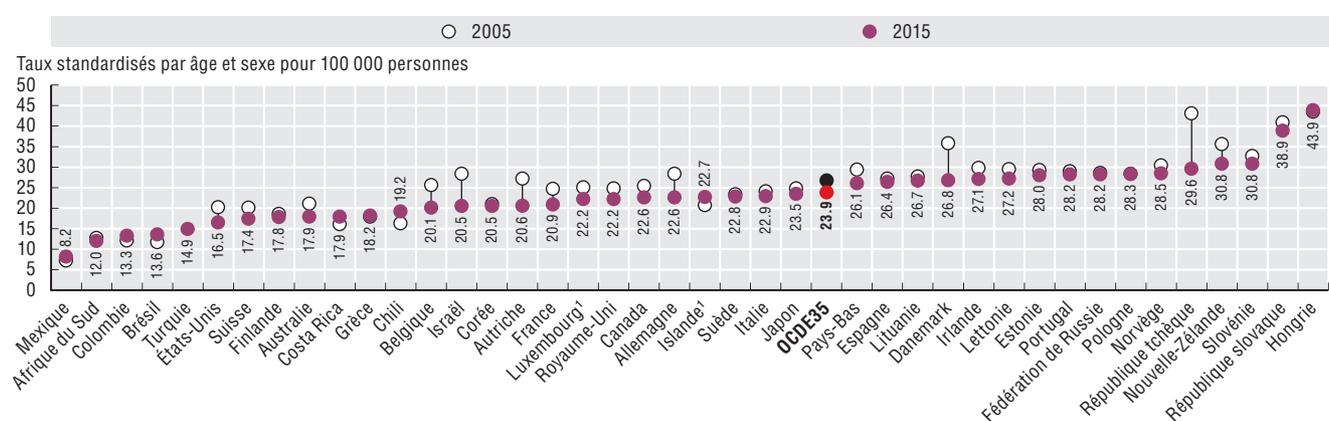
Note : Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises. Des mises à jour attendues sur les données peuvent réduire les estimations du taux de survie pour le Costa Rica.

1. Données de couverture nationale à 100 %.

Source : CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608523>

Graphique 6.38. **Cancer colorectal : taux de mortalité, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)**



1. Moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608542>

La leucémie est le cancer le plus courant chez les enfants : elle compte pour plus de 30 % des cancers diagnostiqués chez les jeunes de moins de 15 ans dans le monde (CIRC, 2012). Ses causes sont mal connues, mais figurent parmi les facteurs de risque des facteurs héréditaires comme le syndrome de Down (trisomie 21) et des antécédents familiaux de leucémie, et des facteurs non héréditaires comme l'exposition aux rayonnements ionisants. Il existe différents types de leucémie, mais trois quarts environ des cas infantiles sont des leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL). La leucémie myéloïde aiguë vient en deuxième position. Le pronostic diffère en fonction de divers facteurs, dont l'âge, le nombre initial de leucocytes, le sexe, la réaction initiale au traitement d'induction et le type de leucémie. Après cinq ans de rémission complète, les enfants atteints de leucémie aiguë sont considérés guéris car les rechutes sont rares au-delà de ce délai.

En 2012, 4,7 nouveaux cas de leucémie pour 100 000 enfants âgés de 0 à 14 ans ont été recensés, en moyenne, dans les pays de l'OCDE. Les écarts entre pays sont appréciables : les taux d'incidence en Allemagne et en Finlande sont élevés, d'environ 7 pour 100 000 enfants, alors qu'ils se situent aux alentours de 3 pour 100 000 en Islande et en Grèce. L'Afrique du Sud, l'Inde et la Chine affichent aussi des taux d'incidence faibles, inférieurs à 3 pour 100 000 enfants (graphique 6.39).

Le taux net de survie à cinq ans dans le cas d'une leucémie aiguë lymphoblastique chez l'enfant a été en moyenne de 86,7 % durant la période 2010-14 dans les pays de l'OCDE. Bien que le pronostic de la LAL soit considéré plus favorable chez les filles que chez les garçons, l'écart des taux nets de survie n'est pas statistiquement significatif dans la majorité des pays, à l'exception de l'Estonie, où le taux de survie des filles est légèrement supérieur.

Au fil des ans, le taux net de survie à cinq ans des enfants atteints de LAL a augmenté dans les pays de l'OCDE (Allemani et al., 2015). Cette amélioration tient essentiellement aux progrès de la chimiothérapie et de la technique de greffe de cellules souches. Tous les pays n'ont cependant pas tiré le même profit de ces avancées médicales. Les taux de survie sont élevés en Finlande (95,2 %), au Danemark (94,0 %), mais faibles au Mexique (52,7 %) et au Chili (63,9 %). Ils sont également bas en Chine (57,7 %), au Brésil (66,0 %) et en Colombie (68,9 %) (graphique 6.40). Ces pays pourraient augmenter les perspectives de survie des enfants atteints de LAL en améliorant l'accès à des traitements efficaces, à savoir en élargissant la couverture de santé et la prestation de soins de qualité, par des professionnels agréés, dans des centres spécialisés. Certains de ces pays progressent et ont amélioré l'accès aux soins des enfants atteints de cancer et la qualité de leur prise en charge. Le Chili a ainsi intégré l'accès aux soins de ces enfants à son régime d'assurance maladie garanti et, malgré la pénurie persistante de professionnels qualifiés dans

les centres spécialisés, la qualité des soins dispensés par les différents prestataires s'est uniformisée (OCDE, 2018).

Une amélioration progressive du taux de mortalité de la leucémie infantile est également observable dans les pays de l'OCDE (La Vecchia et al., 2009; Malvezzi et al., 2013), celui-ci étant inférieur à 1 pour 100 000 enfants dans la plupart de ces pays en 2012 (graphique 6.41). Il est particulièrement bas (moins de 0,3) en Australie et en Autriche. Il est toutefois élevé en Turquie (3 pour 100 000 enfants) et au Mexique (2,6).

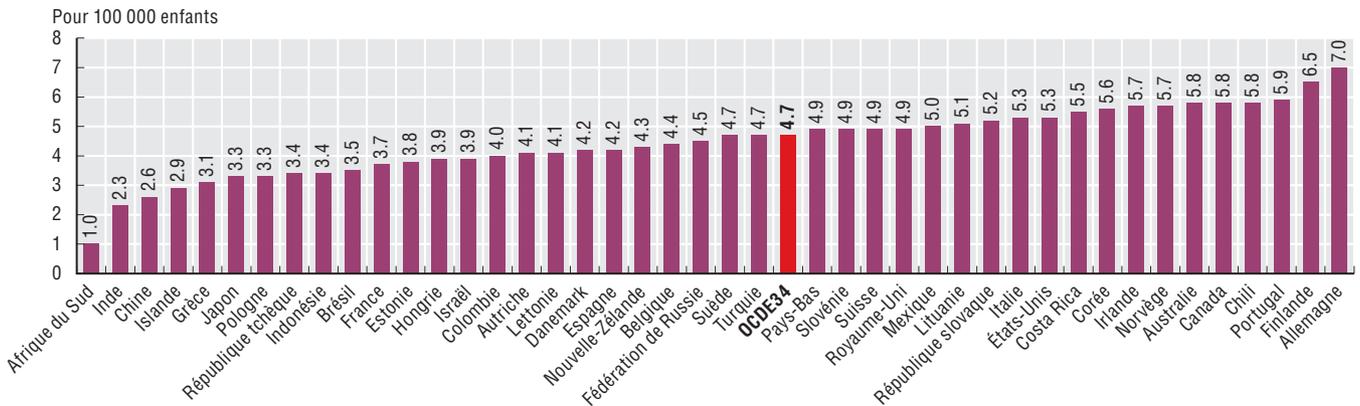
Définition et comparabilité

Les taux d'incidence et de mortalité proviennent de la base GLOBOCAN 2012 du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.globocan.iarc.fr Il s'agit de taux bruts, non standardisés selon l'âge. Les estimations de GLOBOCAN pour l'année 2012 pourraient différer des estimations nationales en raison des différences de méthode. Par exemple, l'incidence signalée par le Centre allemand pour les données du registre du cancer (ZfKD) et le Registre allemand du cancer de l'enfant est d'environ 5 pour 100 000. Le taux de survie net est défini à l'indicateur « Cancer du sein : dépistage, survie et mortalité » au chapitre 6.

Références

- Allemani, C. et al. (2015), « Global Surveillance of Cancer Survival 1995-2009: Analysis of Individual Data for 25,676,887 Patients from 279 Population-based Registries in 67 Countries (CONCORD-2) », *The Lancet*, vol. 385, pp. 977-1010, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62038-9).
- IARC – International Agency for Research on Cancer (2012), « GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 », <http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx>.
- La Vecchia, C. et al. (2009), « Cancer Mortality in Europe, 2000-2004, and an Overview of Trends since 1975 », *Annals of Oncology*, vol. 21, n°6, pp. 1323-1360, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp530>.
- Malvezzi, M. et al. (2013), « European Cancer Mortality Predictions for the Year 2013 », *Annals of Oncology*, vol. 24, n° 3, pp. 792-800, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt010>.
- OCDE (2018, à paraître), *OECD Reviews of Public Health: Chile*, Éditions OCDE, Paris.

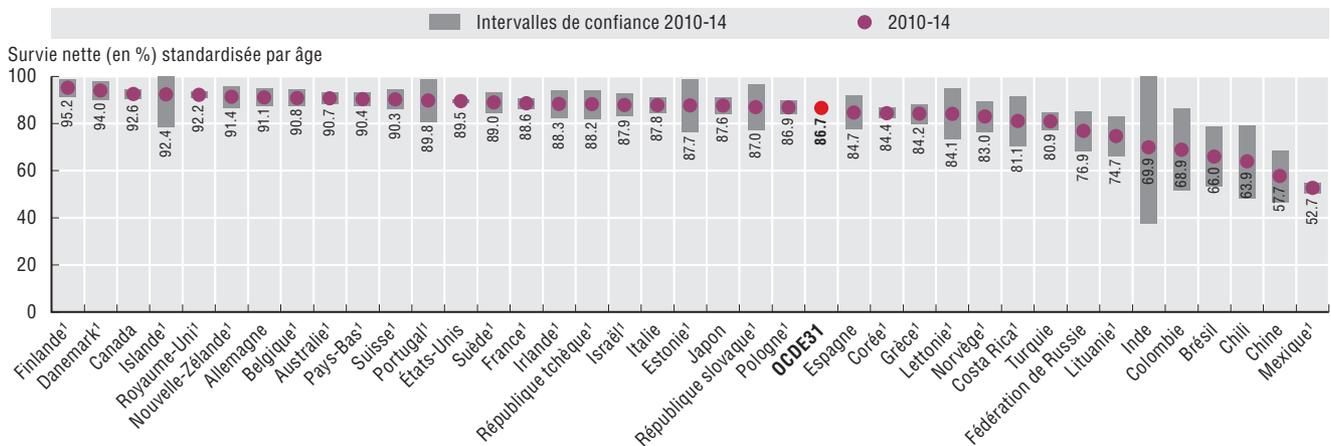
Graphique 6.39. Incidence de la leucémie sur les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2012



Source : International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608561>

Graphique 6.40. Leucémie aiguë lymphoblastique : taux de survie net à cinq ans, 2010-14



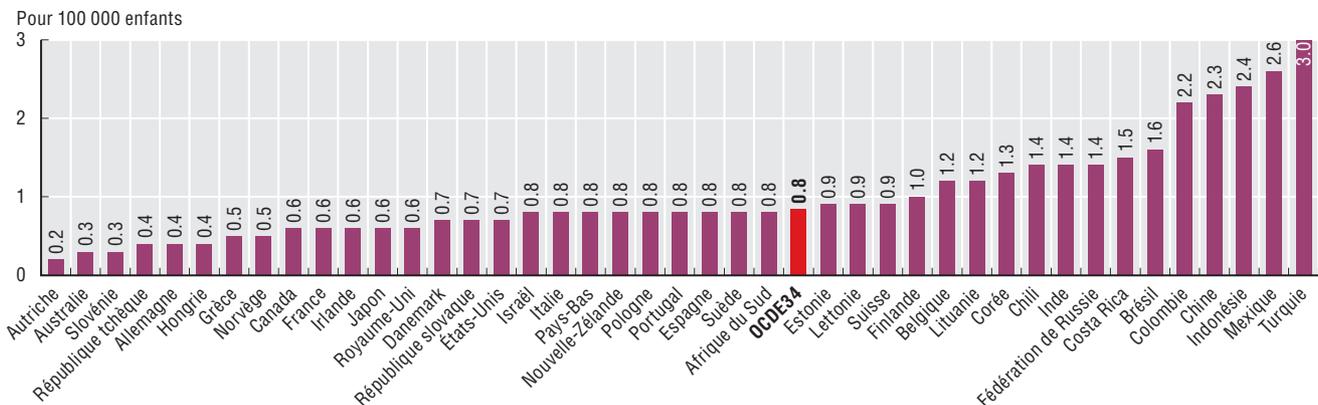
Note : Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour tous les pays, représentés par les surfaces grises. Des mises à jour attendues sur les données peuvent réduire les estimations du taux de survie pour le Costa Rica.

1. Données de couverture nationale à 100 %.

Source : CONCORD programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608580>

Graphique 6.41. Mortalité due à la leucémie chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, 2012



Source : International Agency for Research on Cancer (IARC), GLOBOCAN 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608599>

6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Vaccinations

Tous les pays de l'OCDE ont mis en place des programmes de vaccination fondés sur leur interprétation des risques et des avantages de chaque vaccin. Les taux de vaccination des enfants âgés d'un an contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B sont élevés dans les pays de l'OCDE (graphiques 6.42 et 6.43). Dans l'ensemble, plus de 95 % des enfants reçoivent le vaccin DTC recommandé et celui contre la rougeole, et près de 94 % se voient administrer un vaccin recommandé contre l'hépatite B. Les taux de vaccination DTC sont inférieurs à 90 % en Indonésie, au Mexique et en Inde. Les taux de vaccination contre la rougeole sont inférieurs à 90 % en Italie, en Indonésie, et en Inde, et ceux contre l'hépatite B inférieurs à 90 % au Mexique, en France, en Indonésie, en Inde et en Allemagne.

Les taux globaux de vaccination chez les enfants sont en hausse. Entre 2005 et 2015, ils ont augmenté d'un point de pourcentage pour le vaccin DTC, de plus de deux points pour le vaccin contre la rougeole, et de près de 12 points pour l'hépatite B dans les pays de l'OCDE. La vaccination contre l'hépatite B a fortement progressé dans plusieurs pays de l'OCDE dont la France et les Pays-Bas, ce qui tient à l'instauration de programmes nationaux. Cependant, les taux de vaccination ont chuté ces dernières années dans certains pays, en particulier pour la couverture de la rougeole en Australie et en Italie. Même de petites diminutions de la vaccination peuvent entraîner de fortes augmentations des cas de maladie (Lo et al., 2017). Si les taux de couverture vaccinale nationaux sont élevés, certaines populations demeurent insuffisamment couvertes. En 2015, une épidémie de rougeole aux États-Unis a été provoquée par plusieurs personnes non vaccinées ; en Europe, 1020 cas de rougeole ont été signalés entre février 2016 et janvier 2017 rien qu'en Italie (CDC, 2017 ; ECDC, 2017).

Tous les pays ne suivent pas la recommandation de l'OMS d'intégrer le vaccin contre l'hépatite B aux programmes d'immunisation nationaux, ainsi le Danemark, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni, où il n'est pas inscrit au calendrier vaccinal de l'enfant, mais est administré aux catégories à risque. Les autres pays de l'OCDE qui n'intègrent pas le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes de vaccination infantile sont l'Islande, la Hongrie, le Japon, la Slovaquie et la Suisse. Au Canada, le calendrier de vaccination contre l'hépatite B varie selon la juridiction.

La grippe est une maladie infectieuse courante dont on recense chaque année dans le monde entre 3 et 5 millions de cas graves, causant la mort de 250 000 à 500 000 personnes. L'hospitalisation et les décès concernent essentiellement les groupes à risque élevé ; dans les pays industrialisés, la plupart des sujets qui succombent à la maladie sont âgés de 65 ans et plus (OMS, 2016). Il existe des vaccins sûrs et efficaces, et une majorité de pays recommandent aux seniors de se faire vacciner tous les ans.

En 2003, les pays participant à l'assemblée mondiale de la santé se sont engagés à atteindre l'objectif d'une couverture vaccinale contre la grippe de 75 % au moins de la population âgée à l'horizon 2010. Le graphique 6.44 présente les taux de vaccination chez les adultes de plus de 65 ans en 2005 et en 2015. Au cours de cette période, le taux de vaccination moyen de la population âgée contre la grippe a diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 49 % à 43 %. De fortes baisses sont

observées en Allemagne, en Slovaquie et en Italie. Il a en revanche augmenté dans d'autres, notamment au Mexique, en Israël, aux États-Unis, au Portugal, au Danemark, en Grèce et en Nouvelle-Zélande. Seuls deux pays, le Mexique et la Corée, ont atteint l'objectif d'un taux de vaccination de 75 %, tandis que le Royaume-Uni s'en approche de près.

Définition et comparabilité

Les taux de vaccination correspondent au pourcentage d'enfants qui reçoivent la vaccination considérée dans le délai recommandé. L'âge de l'immunisation complète varie d'un pays à l'autre en raison de calendriers de vaccination distincts. Dans les pays qui recommandent une première dose de vaccin après l'âge d'un an, l'indicateur est calculé comme la proportion d'enfants de moins de deux ans qui ont été vaccinés. Ces indicateurs sont donc fondés sur les politiques réellement en place dans un pays donné.

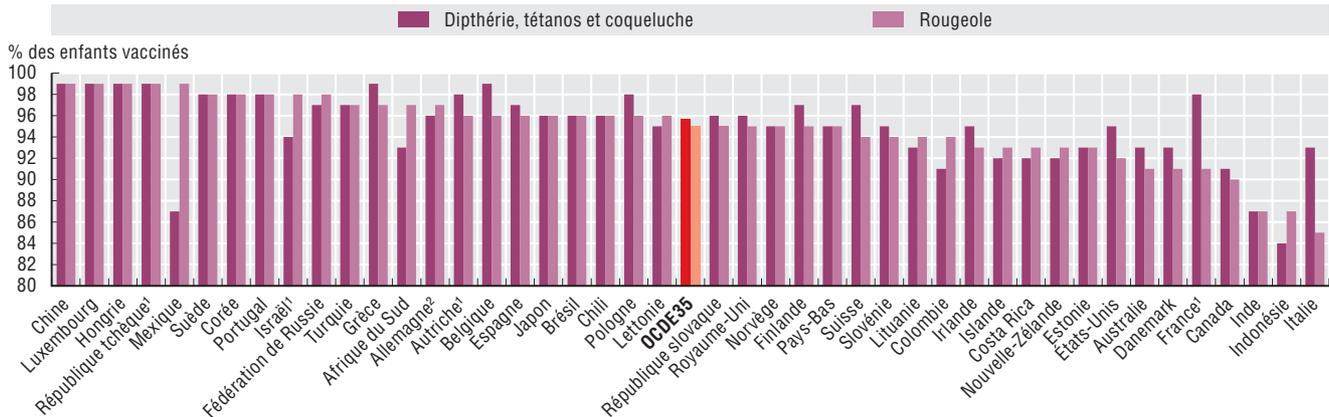
Certains pays administrent des vaccins combinés (par exemple le DTC contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche), d'autres préfèrent les administrer séparément. Certains évaluent les taux de vaccination sur la base d'enquêtes, d'autres d'après des données sur les consultations, ce qui peut influencer sur les résultats.

Le taux de vaccination contre la grippe correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus auxquelles le vaccin contre la grippe a été administré dans l'année, divisé par le nombre total de personnes de cette tranche d'âge. Dans certains pays, les données concernent les personnes âgées de plus de 60 ans. La principale limite en termes de comparabilité des données tient à l'utilisation de sources de données différentes, enquêtes ou programmes, sujettes à différents types d'erreurs et de biais. Ainsi, les données tirées d'enquêtes de population peuvent faire apparaître des variations dues à des erreurs de mémoire et à un suivi vaccinal irrégulier.

Références

- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2017), « Measles Cases and Outbreaks », www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html (consulté le 24/06/2017).
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2017), « Surveillance Report: Measles and Rubella Monitoring », avril 2015.
- Lo, N.C. et P.J. Hotez (2017), « Public Health and Economic Consequences of Vaccine Hesitancy for Measles in the United States », *JAMA Pediatrics*, 7 juillet, <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1695>.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2016), « Influenza (Seasonal) », *Fact Sheet n° 211*, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/ (consulté le 24/06/2017).

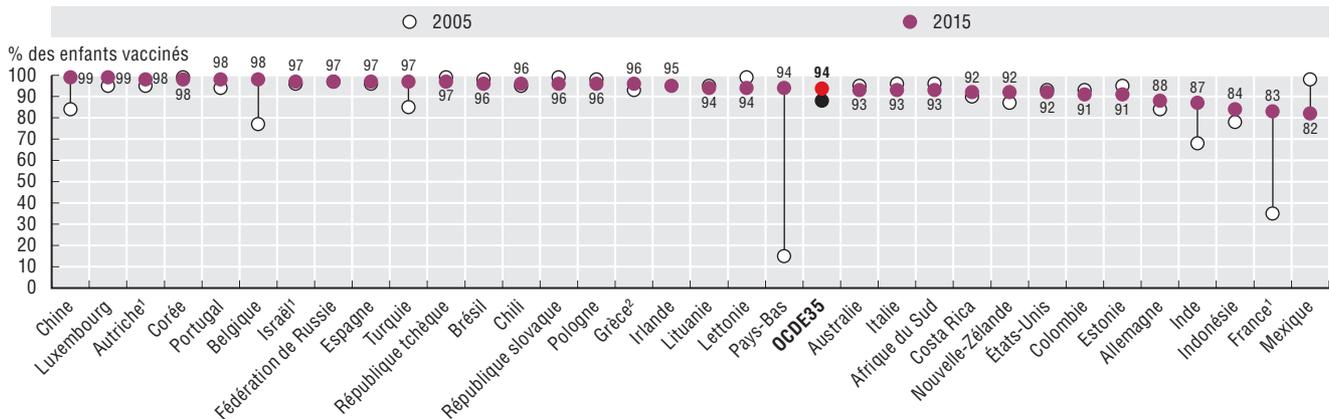
Graphique 6.42. **Pourcentage d'enfants âgés de 1 an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole, 2015 (ou année la plus proche)**



1. Ensemble des données estimées.
 2. Les données sur la rougeole sont estimées.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608618>

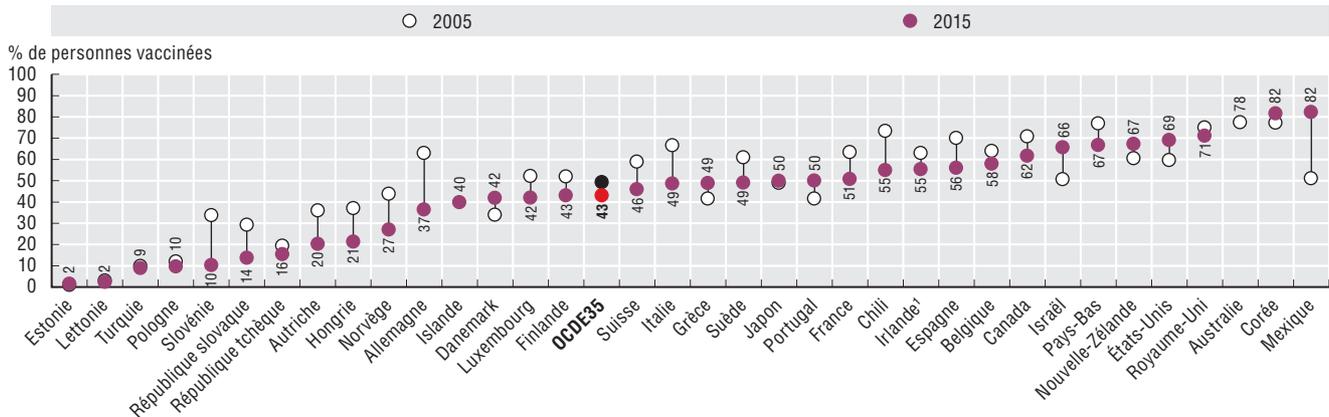
Graphique 6.43. **Pourcentage d'enfants âgés de 1 an vaccinés contre l'hépatite B, 2005 et 2015**



1. Données 2015 estimées.
 2. Données 2005 estimées.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608637>

Graphique 6.44. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe, 2005 et 2015**



1. Données 2015 estimées.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608656>





7. DÉPENSES DE SANTÉ

Dépenses de santé par habitant

Dépenses de santé en proportion du PIB

Financement des dépenses de santé

Sources des financements de santé

Dépenses de santé par type de service

Dépenses de santé par prestataire

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

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

Dépenses de santé par habitant

Les ressources financières que consacre un pays à la santé, à la fois celle des individus et de la population dans son ensemble, et leur évolution au cours du temps sont le résultat d'un large ensemble de facteurs économiques et sociaux, ainsi que des structures de financement et d'organisation du système de santé national.

En 2016, on estime que les États-Unis ont dépensé pour la santé nettement plus que tous les autres pays de l'OCDE, avec des dépenses s'élevant à 9 892 USD par résident (graphique 7.1). Ce niveau de dépenses est deux fois et demi plus élevé que la moyenne des 35 pays de l'OCDE (4 003 USD) et 25 % supérieur à celui de la Suisse, qui se classe en deuxième position (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat – voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Par rapport aux autres pays du G7, les États-Unis dépensent en soins de santé par personne près de 80 % de plus que l'Allemagne, et environ deux fois plus que le Canada, la France ou le Japon. Parmi les pays qui dépensent moins que la moitié de la moyenne de l'OCDE figurent beaucoup de pays d'Europe centrale et orientale, comme l'Estonie et la Pologne, ainsi que le Chili. Le Mexique et la Turquie enregistrent les dépenses de santé par personne les plus faibles parmi les pays de l'OCDE, avec des niveaux équivalents à environ un quart de la moyenne, et similaires aux niveaux de dépenses de grandes économies émergentes comme l'Afrique du Sud, le Brésil et la Fédération de Russie. La Chine a consacré à la santé un montant par habitant équivalent à environ 20 % de la moyenne de l'OCDE, tandis que l'Inde et l'Indonésie y ont consacré un montant équivalent à moins de 10 % de la moyenne de l'OCDE, d'après les derniers chiffres disponibles.

Le graphique 7.1 présente également la répartition des dépenses de santé selon qu'elles sont financées par des sources publiques ou une forme quelconque d'assurance obligatoire, ou sur une base volontaire par le biais de l'assurance privée ou des paiements directs (voir l'indicateur « Financement des dépenses de santé »). En règle générale, le classement du montant des dépenses des dispositifs publics et des assurances maladies obligatoires par habitant est similaire à celui des dépenses totales. Même si aux États-Unis le secteur privé continue de jouer un rôle dominant dans le financement des services de santé, les dépenses publiques de santé par habitant des programmes fédéraux et régionaux (comme Medicaid) et Medicare restent supérieures à celles de la plupart des autres pays de l'OCDE, à l'exception du Luxembourg, de la Norvège et de la Suisse.

Les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE ont continué d'augmenter en 2016, suivant la tendance des dernières années. Cela succède à une période de ralentissement brutal des dépenses entre 2009 et 2011, à la suite de la crise financière et économique mondiale. En moyenne, la croissance annuelle des dépenses de santé dans l'OCDE atteint 1.4 % depuis 2009, contre 3.6 % au cours des six années précédant 2009 (graphique 7.2).

Dans plusieurs pays, on observe des variations significatives des taux de croissance annuels des dépenses de santé entre la période qui a précédé la crise financière et celle qui a suivi. La forte croissance annuelle s'est inversée en Grèce après 2009 (-5.0 % contre 5.4 %). La situation est similaire, bien que moins spectaculaire, au Portugal (-1.3 % contre 2.2 %). En règle générale, la croissance a ralenti dans la grande majorité des pays de l'OCDE, et les chiffres préliminaires ou estimations

pour 2016 pointent toujours vers une croissance négative ou proche de zéro dans plusieurs d'entre eux. Seuls quatre pays – Chili, Hongrie, Islande et Suisse – ont enregistré une croissance moyenne plus forte après 2009 qu'avant. De fait, les dépenses de santé en Hongrie, ainsi qu'en Pologne et en Estonie, sont restées relativement stables depuis 2009, avec une progression annuelle comprise entre 2.7 et 3.6 %.

En dehors de l'Europe, le Chili et la Corée ont continué d'afficher une hausse des dépenses de santé annuelles supérieure à 5 % en termes réels depuis 2009. D'après les premières estimations par pays pour l'année 2016, la croissance annuelle des dépenses reste forte, de 4.5 % au Chili et 6.3 % en Corée. Aux États-Unis, les dépenses de santé ont augmenté de 4.1 % en termes réels en 2015. Il s'agit du rythme de progression le plus rapide enregistré depuis dix ans, une estimation préliminaire de l'OCDE tablant sur une nouvelle hausse de 2.7 % en 2016. À moyen terme, les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) prévoient une croissance des dépenses de santé supérieure à celle du PIB des États-Unis, sous l'effet de l'accélération de la hausse des tarifs médicaux (Keehan et al., 2017).

Définition et comparabilité

Les dépenses de santé correspondent à la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé). Ce chiffre englobe les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux et les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention, ainsi qu'à l'administration.

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. On utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) pour l'ensemble de l'économie (PIB) qui sont les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables. Pour le calcul des taux de croissance en termes réels, des déflateurs de PIB couvrant l'ensemble de l'économie sont utilisés pour chaque pays. Dans certains pays (p. ex. la France et la Norvège), il existe des déflateurs spécifiques pour la santé basés sur des méthodologies nationales. Ils ne sont pas utilisés dans cette publication en raison de la faible comparabilité.

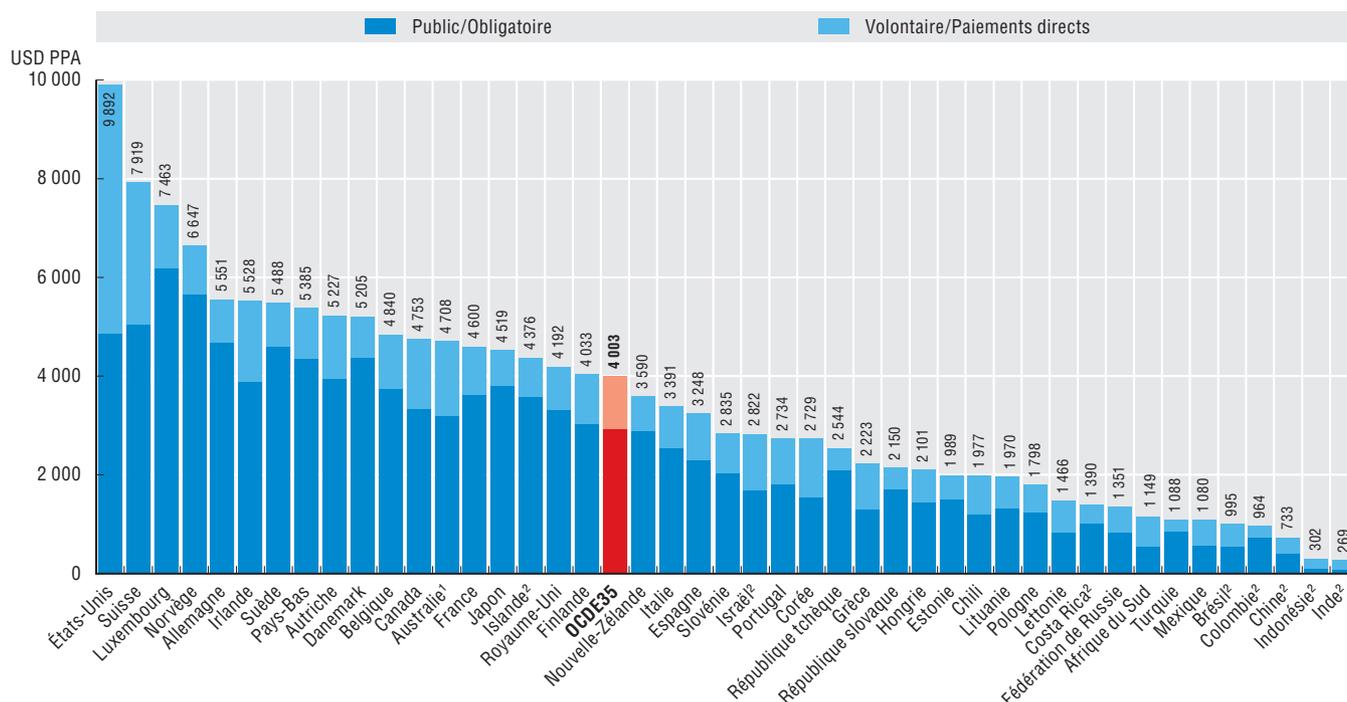
À noter que les données pour 2016 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

Morgan, D., M. Gmeinder et J. Wilkens (2017), « An OECD Analysis of Health Spending in Norway », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 91, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/63302bbf-en>.

OCDE, Eurostat et OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Graphique 7.1. Dépenses de santé par habitant, 2016 (ou année la plus proche)



Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

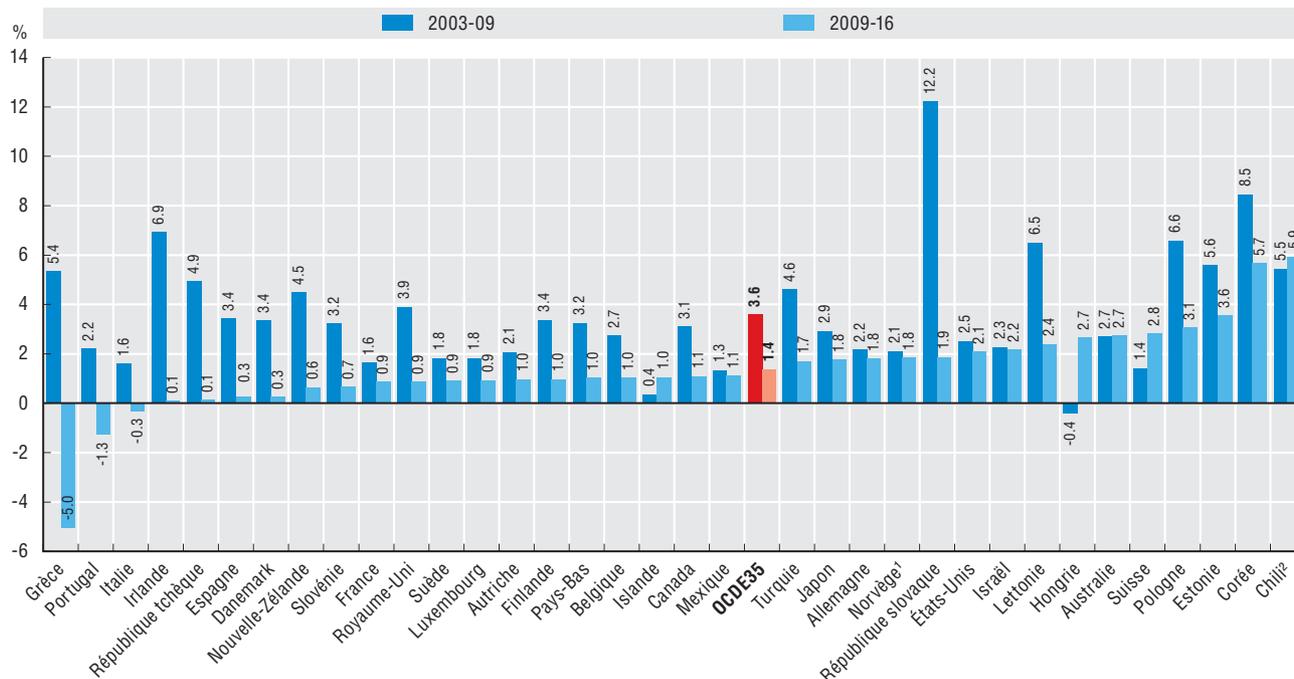
1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.

2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608675>

Graphique 7.2. Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2003 à 2016 (ou année la plus proche)



1. Indice des prix du PIB pour la Norvège continentale utilisé comme déflateur. 2. Indice des prix à la consommation utilisé comme déflateur.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608694>

Dépenses de santé en proportion du PIB

L'évolution des dépenses d'un pays au titre des soins de santé par rapport aux dépenses consacrées à l'ensemble des biens et services dans l'économie peut dépendre aussi bien de la croissance des dépenses de santé que des performances de l'ensemble de l'économie. En 2016, on estime que les dépenses de santé représentaient en moyenne 9.0 % du PIB dans les pays de l'OCDE, un pourcentage globalement stable depuis quelques années. Cela fait suite à une période de croissance des dépenses de santé supérieure à celle de l'ensemble de l'économie dans les années 90 et 2000, pendant lesquelles les dépenses de santé rapportées au PIB ont considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE.

En 2016, les États-Unis ont consacré 17.2 % de leur PIB à la santé, soit près de 5 points de plus que la Suisse, qui arrive en deuxième position dans le classement, et plus de huit points de plus que la moyenne de l'OCDE (graphique 7.3). Vient ensuite un groupe de dix pays à haut revenu de l'OCDE, comprenant l'Allemagne, le Canada, la France et le Japon, qui consacrent environ 11 % de leur PIB aux services de santé. Un autre grand groupe de pays, composé de pays européens, ainsi que de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (et de l'Afrique du Sud), s'inscrit dans une fourchette comprise approximativement entre 8 et 10 % du PIB. Un groupe de même envergure, composé principalement de pays d'Europe centrale et orientale, comme la Hongrie, la République tchèque et la Pologne, consacre entre 6 et 8 % de son PIB à la santé. Seuls le Mexique, la Lettonie, et notamment la Turquie à 4.3 %, dépensent moins de 6 % de leur PIB en services de santé. Les dépenses de la Turquie en pourcentage du PIB sont similaires à celles de l'Inde.

Si l'on s'intéresse à son évolution dans le temps, le ratio moyen des dépenses de santé rapportées au PIB a fortement augmenté en 2009, du fait de la dégradation rapide de la situation économique en général, alors que les dépenses de santé se sont maintenues autour de 3 % en moyenne en 2008 et 2009 (graphique 7.4). Bien que la progression des dépenses de santé ait considérablement ralenti par la suite – approchant zéro en moyenne en 2010/11 – cette hausse du ratio des dépenses de santé rapportées au PIB s'est largement maintenue, ce ratio ayant généralement suivi de près la croissance de l'économie mondiale depuis 2012.

Toutefois, abstraction faite de la moyenne globale de l'OCDE, différentes tendances se dessinent d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, après une période (2009-2014) pendant laquelle le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB s'est stabilisé autour de 16.4 %, ce ratio est reparti à la hausse en 2015 et 2016 pour s'établir à 17.2 % en 2016 (graphique 7.5). Il avait enregistré une augmentation similaire avant la crise économique, lorsque les dépenses de santé avaient gagné près d'un point de pourcentage entre 2003 et 2008. C'est en Corée que la part des ressources économiques allouées à la santé a

enregistré la hausse la plus notable, avec une progression significative du ratio au fil des ans, dans un contexte d'accroissement des richesses et d'amélioration de la couverture santé de la population. En 2003, les dépenses de santé de la Corée ne représentaient que 4.3 % de son PIB, alors qu'elles ont atteint 7.2 % en 2016 selon les estimations. À l'autre extrémité de l'échelle, aucun effet notable n'a été constaté au Mexique, dont le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB est resté relativement constant au cours de cette période, autour de 6 % du PIB.

En Europe, le ratio des dépenses de santé rapportées au PIB de l'Allemagne s'est stabilisé depuis 2009, avec l'alignement de la croissance de ces dépenses sur celle de l'économie. Il a connu une progression lente mais régulière, avant de s'établir à 11.3 % en 2016, soit près d'un point de plus qu'en 2003. La Grèce, dont les dépenses de santé ont considérablement diminué depuis 2009, a vu le ratio de ces dernières au PIB fluctuer – avoisinant 10 % en 2010 – avant de revenir à un niveau similaire à celui du début des années 2000, à environ 8 % du PIB.

Définition et comparabilité

Voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses de santé.

Produit intérieur brut (PIB) = consommation finale + formation brute de capital + exportations nettes. La consommation finale des ménages inclut les biens et services utilisés par les ménages ou la communauté pour répondre à leurs besoins individuels. Elle comprend les dépenses de consommation finale des ménages, administrations publiques et institutions à but non lucratif au service des ménages.

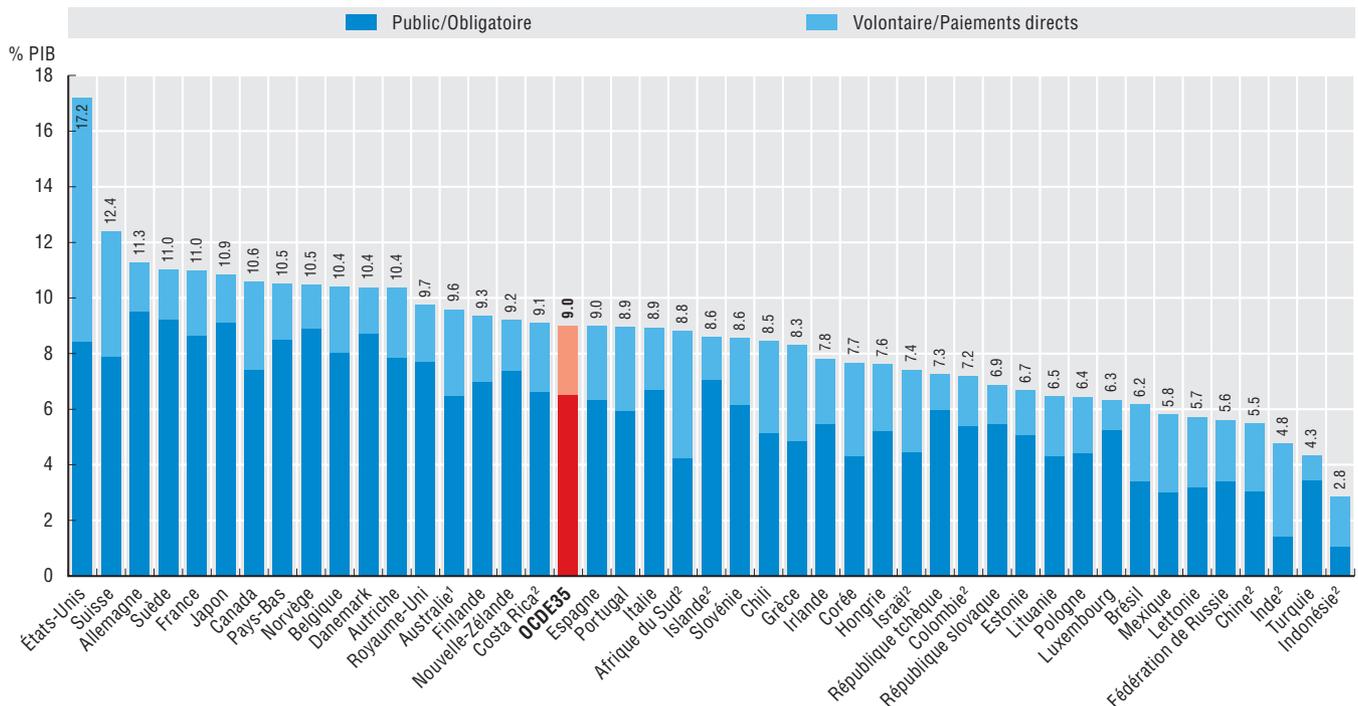
Pour des pays tels que l'Irlande et le Luxembourg, où une part significative du PIB inclut des profits exportés et non disponibles pour la consommation nationale, le PNB peut être une mesure plus appropriée que le PIB.

À noter que les données pour 2016 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

OCDE, Eurostat et OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2016 (ou année la plus proche)



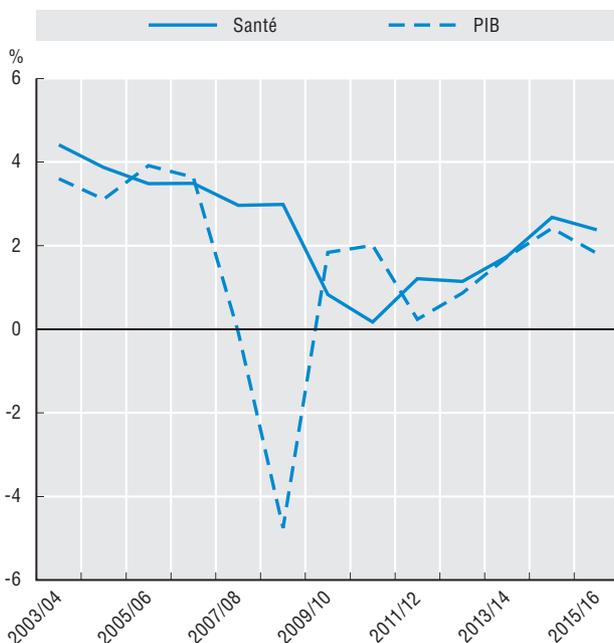
Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.
2. Inclut les investissements.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608713>

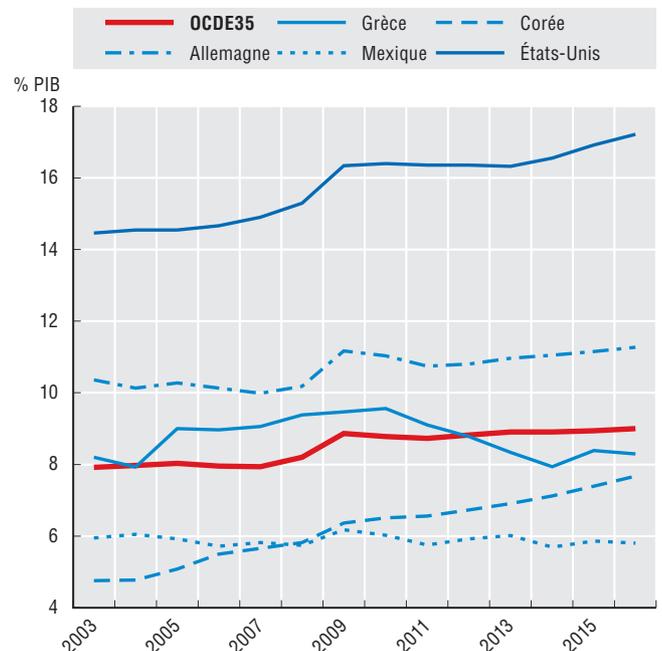
Graphique 7.4. Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant et du PIB, 2003-16 (moyenne de l'OCDE)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608732>

Graphique 7.5. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, pour une sélection de pays de l'OCDE, 2003-16



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608751>

Financement des dépenses de santé

Les soins de santé peuvent être financés par divers mécanismes. Dans certains pays, ils peuvent être majoritairement financés par des régimes publics qui prennent automatiquement en charge les individus sur la base de leur lieu de résidence. Dans d'autres cas, les régimes d'assurance maladie obligatoire (publics ou privés) couvrent la majeure partie des dépenses de santé. Outre ces mécanismes, une part variable des dépenses de santé est supportée par les paiements directs des ménages (paiements indépendants ou dispositifs de participation aux coûts), ainsi que différentes formes d'assurance maladie volontaire visant à remplacer, compléter ou renforcer l'assurance automatique ou obligatoire.

Dans la totalité des pays de l'OCDE sauf un, les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire sont les principales sources de financement de la santé. Ensemble, ils couvraient en moyenne près des trois quarts du total des dépenses de santé de l'OCDE en 2015 (graphique 7.6). Au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni, les administrations centrales, régionales ou locales finançaient 80 % de ces dépenses, voire plus. En Allemagne, au Japon, en France et en République slovaque, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé ont été couvertes par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Il n'y a qu'aux États-Unis que la part du financement public ou de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé était inférieure à 50 %. En revanche, une part importante des dépenses de santé (35 %) était payée par le biais d'assurances maladie volontaires.

Les pouvoirs publics financent une large gamme de services publics, puisant dans leur budget total. Aussi, la santé est en concurrence avec d'autres secteurs comme l'éducation, la défense ou le logement. Le montant du budget public alloué à la santé est déterminé par un certain nombre de facteurs tels que le type de système en place et la composition démographique de la population. Les priorités budgétaires relatives peuvent également varier d'une année à l'autre, en fonction des décisions politiques et de l'impact économique. En 2015, les dépenses de santé des régimes publics et de l'assurance obligatoire représentaient environ 15 % du total des dépenses publiques dans les pays de l'OCDE (graphique 7.7). Au Japon, en Suisse, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et en Allemagne, plus de 20 % des dépenses publiques étaient alloués à la santé. À l'inverse, moins d'un euro sur dix dépensé par les pouvoirs publics ou l'assurance maladie obligatoire était alloué à la santé en Lettonie et en Grèce.

Après les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire, la principale source de financement est généralement celle des paiements directs à la charge des patients. En moyenne dans l'OCDE, les ménages ont financé directement environ un cinquième de toutes les dépenses de santé en 2015. Cette part est supérieure à 30 % en Grèce (35 %), en Corée (37 %), au Mexique (41 %), et en Lettonie (42 %), tandis qu'en France elle est inférieure à 10 %. Avec la mise en place de l'assurance maladie universelle dans certains pays de l'OCDE au cours des précédentes décennies, la part des coûts de santé qui était à la charge des ménages par le passé a considérablement diminué. Plus récemment, le pourcentage des paiements directs est resté globalement stable, malgré quelques hausses notables dans certains pays européens (graphique 7.8). En Grèce (+6.2 points de pourcentage) et en Espagne (+4.7 points de pourcentage), la part des dépenses de santé à la charge des ménages a augmenté depuis 2009, suite à la mise en œuvre de réformes visant à équilibrer les budgets publics, qui ont

transféré une partie de la responsabilité du financement aux patients. À l'inverse, cette part a diminué au Mexique (-6.0 points de pourcentage) et au Chili (-2.3 points de pourcentage) au cours de la même période.

Définition et comparabilité

Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des *dispositifs de financement* (mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par des individus, p. ex. assurance maladie sociale), des *agents de financement* (organismes gérant les dispositifs de financement, p. ex. caisse d'assurance sociale), et des *types de recettes* (p. ex. cotisations d'assurance sociale). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2011) ; il englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire ainsi que l'assurance maladie volontaire et les fonds privés comme les paiements directs des ménages, les ONG et les entreprises privées. L'assurance maladie obligatoire peut être proposée par des prestataires privés (par exemple, au Chili ou en Allemagne). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement : participation aux coûts et toute rémunération informelle des fournisseurs de soins.

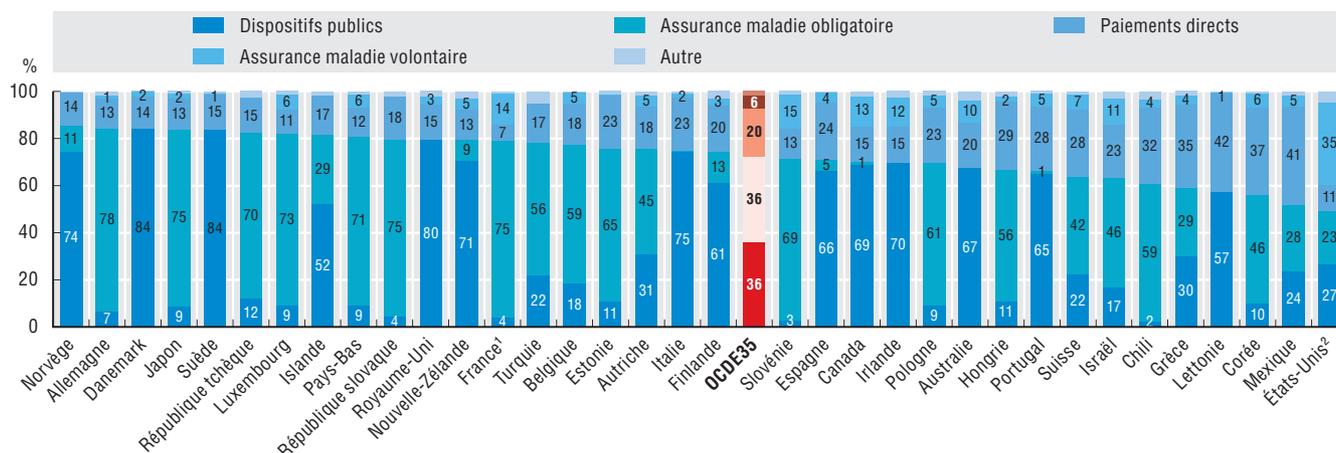
Les dépenses totales des administrations publiques sont définies comme dans le Système des comptes nationaux ; elles incluent la consommation intermédiaire, la rémunération des salariés, les intérêts, les prestations sociales, les transferts sociaux en nature, les subventions, les autres dépenses courantes et les dépenses en capital payables par les administrations centrales, régionales ou locales ainsi que par les caisses de sécurité sociale. Les dépenses publiques de santé et celles de l'assurance santé obligatoire en proportion de la dépense publique totale peuvent être surestimées, dans une certaine mesure, pour les pays où l'assurance maladie obligatoire est fournie par des prestataires privés.

Les dépenses des sociétés d'assurance maladie privée aux États-Unis se rattachent à l'assurance maladie volontaire, bien que depuis 2014, l'Affordable Care Act (ACA) oblige les individus à souscrire une assurance maladie ou à payer des pénalités.

Références

- Mueller, M. et D. Morgan (2017), « New Insights into Health Financing: First Results of the International Data Collection under the System of Health Accounts 2011 Framework », *Health Policy*, vol. 121, n° 7, pp. 764-769, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008>.
- OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts: 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

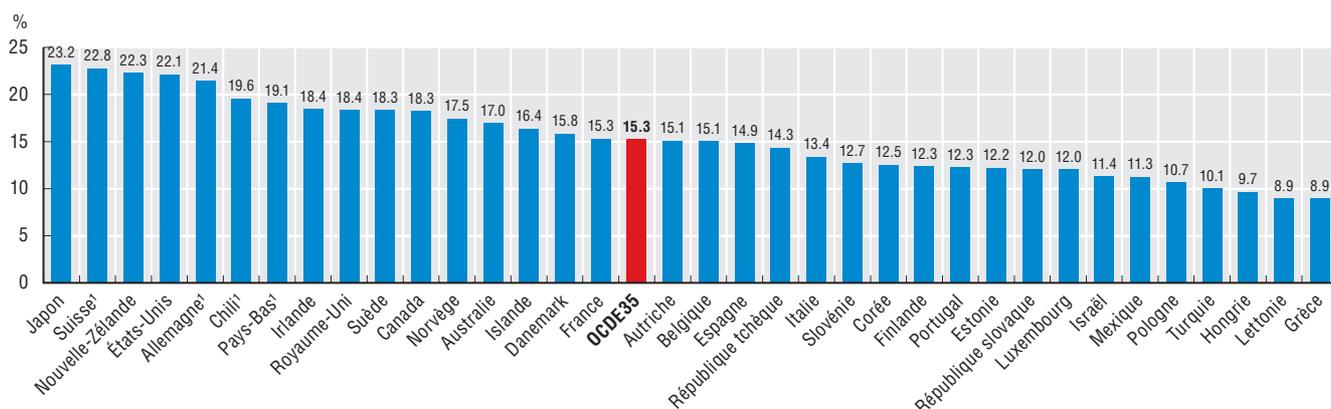
Graphique 7.6. Dépenses de santé par type de financement, 2015 (ou année la plus proche)



1. La France n'inclut pas les paiements directs des soins hospitaliers de longue durée, d'où une sous-estimation de la part des paiements directs.
 2. Les dépenses des sociétés d'assurance maladie privées aux États-Unis relèvent de l'assurance santé volontaire (Voluntary Health Insurance).
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608770>

Graphique 7.7. Dépenses de santé des régimes publics et de l'assurance maladie obligatoire en pourcentage des dépenses publiques totales, 2015 (ou année la plus proche)



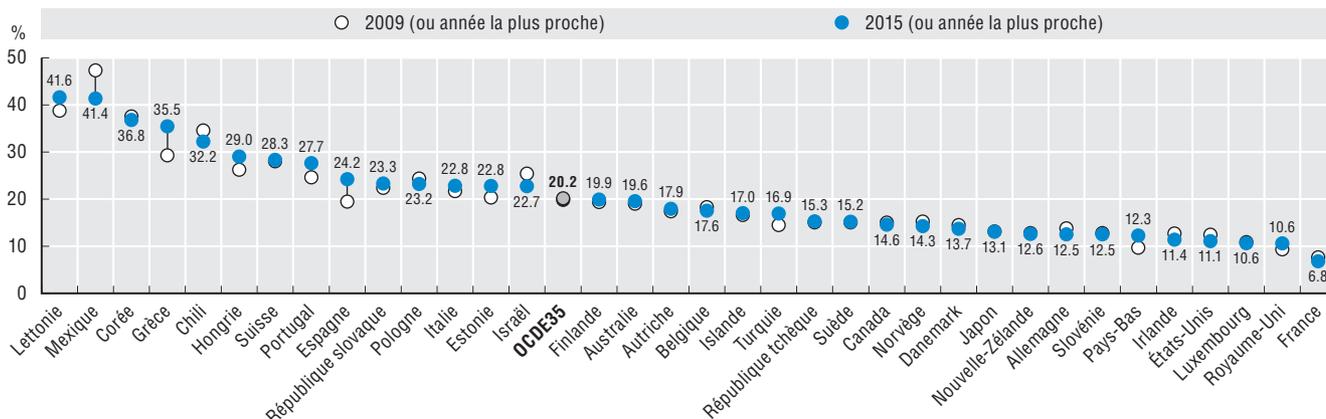
Note : Relier les dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie obligatoire aux dépenses publiques totales peut conduire à une surestimation dans les pays où l'assurance maladie obligatoire est fournie par des assureurs privés.

1. Les dépenses des assureurs privés sont incluses dans les dépenses d'assurance maladie obligatoire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608789>

Graphique 7.8. Évolution de la part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, 2009 à 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608808>

Sources des financements de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, les différents régimes de financement des biens et services de santé dépendent de diverses sources de recettes. Les dispositifs publics, par exemple, se voient généralement allouer une part des recettes publiques (p. ex. impôts sur le revenu et sur les sociétés, taxe sur la valeur ajoutée, etc.). L'assurance maladie sociale est le plus souvent financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés. Toutefois, une part variable des recettes de ces dispositifs peut également provenir des transferts publics. Les principales sources de recettes des régimes d'assurance maladie privée sont les prépaiements obligatoires ou volontaires, qui prennent habituellement la forme de primes régulières versées dans le cadre d'un contrat d'assurance. Les paiements directs proviennent exclusivement des revenus des ménages. Certains dispositifs de financement de la santé (p. ex. dispositifs à but non lucratif ou d'entreprise) peuvent également percevoir des dons ou des revenus supplémentaires tirés d'investissements ou de biens loués. Les dispositifs résidents de financement peuvent également percevoir des transferts de l'étranger dans le cadre d'une coopération bilatérale avec des gouvernements étrangers ou d'autres partenaires de développement. Toutefois, ces transferts ne jouent aucun rôle dans la grande majorité des pays de l'OCDE.

La composition des recettes est fortement corrélée au financement du système de santé d'un pays. Ainsi, lorsque l'on analyse la structure globale des recettes, disons, au Danemark – où les activités de santé sont principalement financées par des dispositifs publics locaux (voir l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement ») – les transferts publics constituent la source de recettes la plus importante (graphique 7.9). La mise en parallèle de la structure des dispositifs de financement et des recettes qu'ils perçoivent peut donner de précieuses indications sur le fonctionnement du financement dans différents systèmes de santé : dans de nombreux pays, le rôle joué par l'État va généralement au-delà du seul acquéreur des services de santé (Mueller et Morgan, 2017). Au Japon, par exemple, les dispositifs de financement représentent directement seulement 9 % du total des dépenses de santé, mais les transferts publics aux différents dispositifs existant dans le pays procurent 42 % des recettes du financement de santé.

Le rôle que les gouvernements jouent en tant que source de financement ressort plus clairement lorsqu'on analyse uniquement la composition des recettes des assurances maladie obligatoires, qui dans la plupart des pays de l'OCDE sont des régimes d'assurance maladie sociale (graphique 7.10). Les transferts publics constituent une source de recettes dans tous les pays analysés, mais leur importance varie considérablement. Au Japon, plus de 40 % des recettes de l'assurance maladie sociale proviennent des transferts publics. Cette part est similaire au Chili et en Finlande, mais est inférieure à 5 % en Estonie, Pologne et Slovaquie. Dans ces pays, les caisses d'assurance maladie sociale financent leurs dépenses presque exclusivement par le biais des cotisations sociales. Toutefois, même dans ce cas, on constate des variations considérables lorsque l'on analyse ce flux de recettes de manière plus détaillée. En Pologne, les salariés

paient le gros des cotisations sociales, alors qu'en Estonie cette responsabilité incombe aux employeurs.

Du fait de la contraction des marchés du travail et des chocs financiers, certains pays prévoient de réduire leur dépendance aux cotisations salariales, et cherchent de plus en plus des moyens de diversifier leur assiette de recettes (OCDE, 2015). Bien que la structure du financement de la santé et la composition des recettes évoluent peu d'une année à l'autre, certaines tendances se dessinent à plus long terme (graphique 7.11). En Belgique, par exemple, la part des cotisations sociales dans le total des recettes est passée de plus de 50 % à environ 43 % au cours de la dernière décennie. Dans le même temps, les transferts publics ont gagné en importance. Il en va de même aux États-Unis où la part provenant des transferts publics est passée de 34 % à 41 % au cours de la même période. En Corée, en revanche, les transferts publics ont stagné, tandis que la part au provenant des cotisations sociales a augmenté.

Définition et comparabilité

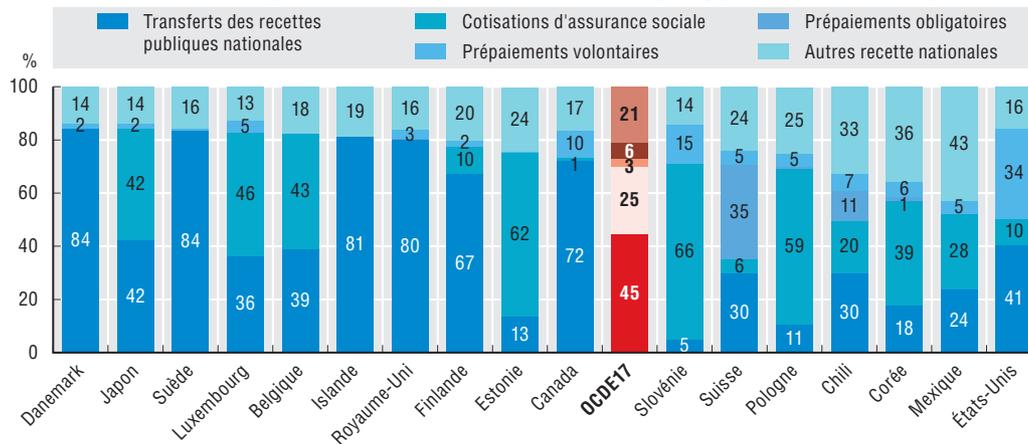
Les dispositifs de financement de la santé doivent mobiliser des recettes pour payer les biens et services de santé dont bénéficie la population couverte. Il existe différents types de recettes qui peuvent toutefois être étroitement corrélés au dispositif de financement. En général, les dispositifs de financement perçoivent des transferts publics, des cotisations d'assurance sociale, des prépaiements volontaires ou obligatoires (p. ex. primes d'assurance), d'autres ressources nationales et des revenus de l'étranger dans le cadre de l'aide au développement.

En réalité, les recettes d'un dispositif de financement de la santé ne sont généralement pas identiques à ses dépenses au cours d'une année donnée, d'où un excédent ou un déficit. Dans la pratique, la plupart des pays se contentent d'analyser la composition des recettes de chaque dispositif et d'appliquer la même répartition à ses dépenses, équilibrant ainsi les premières et les secondes.

Références

- Mueller, M. et D. Morgan (2017), « New Insights into Health Financing: First Results of the International Data Collection under the System of Health Accounts 2011 Framework », *Health Policy*, vol. 121, n° 7, pp. 764-769, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008>.
- OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

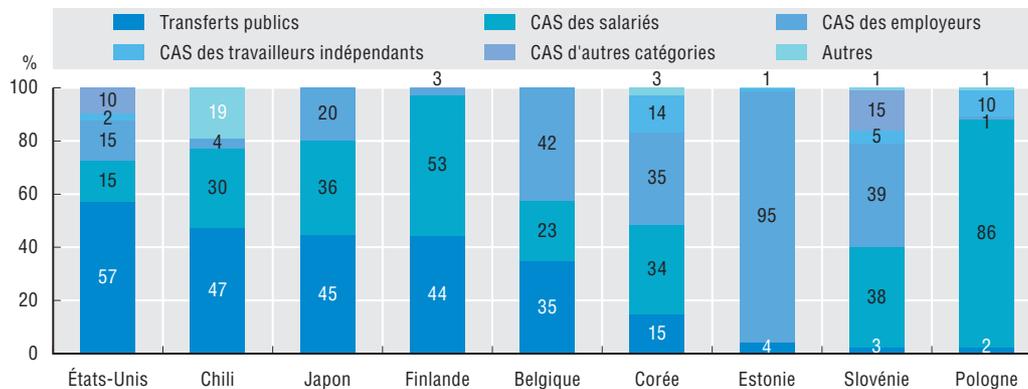
Graphique 7.9. Recettes de tous les dispositifs de financement de la santé par type de recette, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608827>

Graphique 7.10. Recettes de tous les régimes d'assurance obligatoires par type de recette, sélection de pays, 2015 (ou année la plus proche)

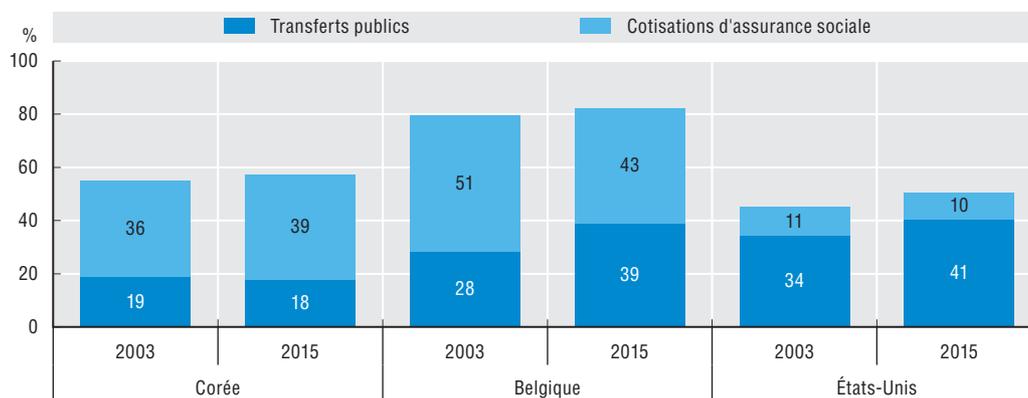


Note : CAS signifie cotisation d'assurance sociale. « Autres » inclut les prépaiements obligatoires et d'autres ressources nationales.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608846>

Graphique 7.11. Part des transferts publics et des cotisations d'assurance sociale dans l'ensemble des recettes des dispositifs de financement, sélection de pays, 2003-15



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608865>

La répartition des dépenses de santé entre les différents services et biens met en évidence divers facteurs, de la charge de morbidité et des priorités du système jusqu'aux aspects et coûts organisationnels. Les dépenses au titre des soins hospitaliers et ambulatoires constituent la majeure partie des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : en moyenne presque deux tiers des dépenses de santé en 2015 (graphique 7.12). Une autre part représentant 19 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), tandis que 14 % se rapportent aux services de soins de longue durée. Les 6 % restants ont été alloués aux programmes de santé publique, à la prévention ainsi qu'à la gouvernance et administration globale du système de santé.

La Grèce enregistre une part de dépenses en soins hospitaliers (y compris les soins de jour dans les hôpitaux) particulièrement élevée, correspondant à 40 % de ses dépenses de santé en 2015. Le secteur des hôpitaux joue aussi un rôle important en Autriche, en France et en Pologne, retenant plus d'un tiers des coûts totaux. Le Portugal et Israël font partie des pays où la part de dépenses en soins ambulatoires est importante (48 % et 47 % respectivement). Les États-Unis rapportent également systématiquement une des parts les plus élevées pour les soins ambulatoires. Toutefois, elle inclut les frais des médecins dans les cas où ceux-ci facturent indépendamment les patients pour les soins hospitaliers.

Les biens médicaux sont la troisième catégorie importante de dépenses de santé. Les circuits de distribution mis en place, l'ampleur du recours aux génériques et les prix relatifs des produits pharmaceutiques sont quelques-uns des principaux facteurs expliquant les variations. En République slovaque (35%) et en Hongrie (32%), les biens médicaux constituent la composante des dépenses de santé la plus importante. Cette part est également élevée en Lettonie, au Mexique et en Grèce, aux environs de 30%. En revanche, elle ne représente que 10 à 11 % des dépenses de santé totales au Danemark, au Luxembourg et en Norvège.

Il existe aussi des différences entre les pays en ce qui concerne la quantité de dépenses consacrées aux services de soins de longue durée (voir le chapitre 11). La Norvège, la Suède et les Pays-Bas, qui ont des dispositifs structurés pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes bien établis, allouent aux soins de longue durée plus d'un quart du total de leurs dépenses de santé. Alors que dans de nombreux pays d'Europe du Sud et d'Europe centrale et orientale où le secteur des soins de longue durée est plus informel, les dépenses en services dans ce domaine représentent une part beaucoup plus faible.

Le ralentissement des dépenses de santé constaté dans de nombreux pays de l'OCDE après la crise économique a touché l'ensemble des catégories du secteur de santé, bien qu'à des degrés divers (graphique 7.13). Les dépenses en produits pharmaceutiques ont été réduites de 0.5 % par an alors qu'elles augmentaient au rythme de 2.3 % par an dans la période qui a précédé la crise, et encore plus fortement dans les années 90 et au début de la décennie 2000. Malgré la protection initiale des budgets de santé publique, les dépenses de prévention ont également commencé à baisser dans environ la moitié des pays de l'OCDE à partir de 2009. En moyenne, les dépenses en soins préventifs ont diminué de 0.2 % par an, après avoir connu des taux de croissance très élevés durant la période 2003-09 (4.6 %). Une partie de cette inversion de la courbe peut s'expliquer par l'épidémie de grippe H1N1, qui a entraîné une

importante dépense exceptionnelle pour la vaccination dans de nombreux pays aux alentours de 2009 (Gmeinder et al., à paraître).

Les dépenses en soins de longue durée, ambulatoires et hospitaliers ont continué à augmenter, mais à un rythme nettement réduit depuis 2009. Globalement, le taux de croissance des dépenses en soins ambulatoires a été divisé quasiment de moitié (2.3 % contre 4 %), tout en restant positif dans la majorité des pays de l'OCDE. Certains gouvernements ont décidé de protéger les dépenses au titre des soins primaires et des services de première ligne tout en cherchant des possibilités de réduction dans d'autres parties du système de santé. Le taux de croissance moyen annuel pour les soins hospitaliers, qui s'élevait auparavant à 2 %, a été divisé de près de moitié et, dans environ un quart des pays de l'OCDE, est devenu négatif entre 2009 et 2015. Les mesures les plus fréquentes prises dans les pays de l'OCDE pour équilibrer les budgets de la santé ont notamment consisté à réduire les salaires dans les hôpitaux publics, ajourner le remplacement des personnels et retarder les investissements dans l'infrastructure hospitalière.

Définition et comparabilité

Le *Système de comptes de la santé* (OCDE, Eurostat et OMS, 2017) définit les frontières du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions des soins faisant référence aux différents types de services et biens de santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, programmes de santé publique et administration – faisant référence à la gouvernance et l'administration du système de santé global plutôt qu'au niveau des prestataires de santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de prestation (patients hospitalisés, soins de jour, soins ambulatoires ou à domicile).

S'agissant des soins de longue durée, seuls les aspects médicaux sont pris en compte dans les dépenses de santé, bien qu'il soit difficile dans certains pays de distinguer clairement le volet sanitaire et le volet social. De ce fait, l'estimation des dépenses en soins de longue durée reste un des principaux facteurs qui limitent la comparabilité des données entre les pays.

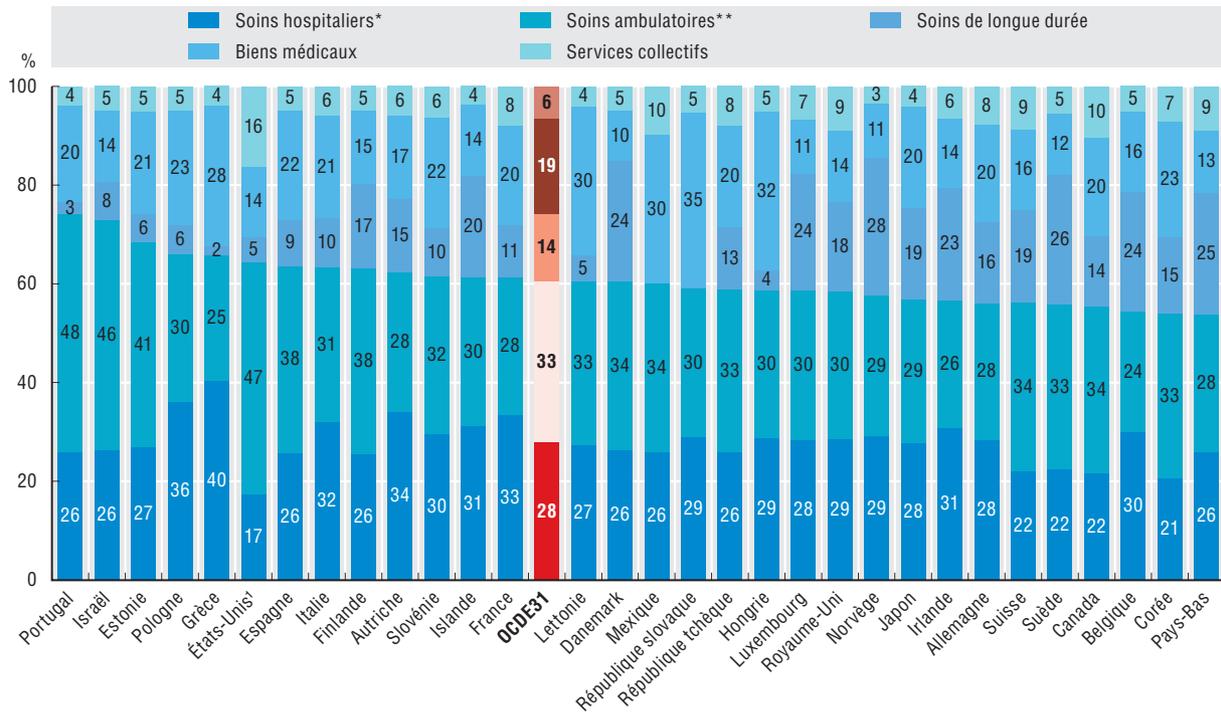
Pour le calcul des taux de croissance en termes réels, des déflateurs couvrant l'ensemble de l'économie ont été utilisés.

Références

Gmeinder, M., D. Morgan et M. Mueller (à paraître), « How Much Do OECD Countries Spend on Prevention? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE, Eurostat et OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Graphique 7.12. Dépenses de santé par type de service, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation dans les dépenses courantes de santé.

* Se réfère aux soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour.

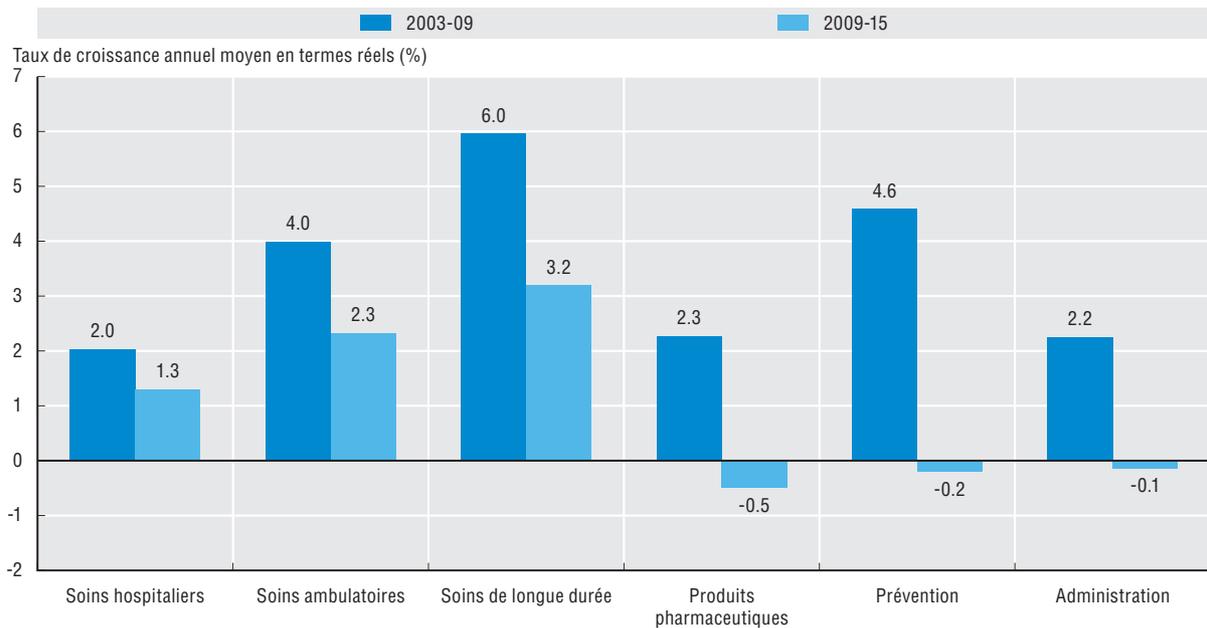
** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

1. Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608884>

Graphique 7.13. Variations des dépenses de santé par habitant pour une sélection de services, moyenne de l'OCDE, 2003-15



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608903>

Dépenses de santé par prestataire

Dans les pays de l'OCDE, les biens et services médicaux sont fournis par un large éventail d'établissements, des hôpitaux et des cabinets médicaux aux pharmacies, voire aux ménages privés prenant soin de membres de leur famille. Une répartition par prestataire permet de suivre les dépenses de santé du point de vue des établissements, ce qui complète utilement la répartition des dépenses de santé par fonction (voir indicateur « Dépenses de santé par type de service »).

Bien que les modalités d'organisation de l'offre de soins varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre, les hôpitaux sont le principal prestataire de soins en termes de dépenses de santé (graphique 7.14). Ils représentent en moyenne près de 40 % du total des dépenses de santé et la principale catégorie de dépenses pour l'ensemble des pays, à l'exception de quelques-uns. En Turquie, en Estonie et en Italie, les activités hospitalières génèrent environ la moitié de l'ensemble des dépenses de santé. À l'inverse, les dépenses hospitalières représentent moins de 30 % des dépenses de santé en Allemagne, au Canada et au Mexique.

Les prestataires de soins ambulatoires constituent la deuxième grande catégorie de dépenses de santé. Globalement, environ un quart des dépenses de santé sont imputables aux prestataires de soins ambulatoires, de plus de 50 % en Israël à 20 % ou moins en Irlande, en République slovaque, aux Pays-Bas et en Turquie. Cette catégorie englobe un large éventail de prestataires, et selon la structure organisationnelle du pays, la plupart des dépenses se rapportent soit aux cabinets médicaux, comme les cabinets des médecins généralistes et spécialistes (p. ex. Allemagne, Autriche et France), soit aux centres de soins ambulatoires (p. ex. Finlande, Irlande et Suède). En moyenne, les cabinets de médecins généralistes et de spécialistes ainsi que les centres de soins ambulatoires représentent environ deux tiers de l'ensemble des dépenses au titre des prestataires ambulatoires. Environ un cinquième de ces dépenses se rapportent aux cabinets dentaires, et environ 10 % aux prestataires de services de soins à domicile. Les autres catégories principales incluent les détaillants (principalement les pharmacies commercialisant des médicaments sur ordonnance et en vente libre) et les établissements de soins de longue durée (qui fournissent principalement des soins hospitaliers aux personnes dépendantes).

Les activités des prestataires d'une même catégorie peuvent considérablement varier d'un pays à l'autre. Ces différences sont particulièrement marquées dans les hôpitaux (graphique 7.15). Bien que les soins curatifs et de réadaptation forment la grande majorité des dépenses hospitalières dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les hôpitaux sont également d'importants prestataires de soins ambulatoires dans la plupart des pays, par exemple par le biais des services d'urgences, des unités hospitalières ambulatoires spécialisées et des services de laboratoires et d'imagerie destinés aux patients ambulatoires. En Suède, en Estonie, en Finlande et au Portugal, les soins ambulatoires représentent plus de 40 % des dépenses hospitalières. À l'inverse, en Grèce, en Allemagne et en Belgique, moins de 10% des dépenses hospitalières sont consacrés aux soins ambulatoires.

Dans de nombreux pays, une part croissante des dépenses de santé a été allouée aux hôpitaux ces dernières années, bien qu'on observe une tendance au transfert des services médicaux des unités hospitalières aux unités ambulatoires (voir l'indicateur sur la « Chirurgie ambulatoire » dans le chapitre 9). Ces transferts sont principalement motivés par l'amélioration de l'efficacité et la réduction des délais d'attente. En outre, pour certaines interventions, les procédures de soins de jour sont désormais la méthode de traitement la plus appropriée. Ainsi, dans un certain nombre de pays, les soins de jour génèrent désormais plus de 10 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. En outre, les soins de longue durée dans les hôpitaux représentent une part considérable des dépenses hospitalières dans certains pays (p. ex. Corée, Islande et Japon).

Définition et comparabilité

L'univers des prestataires de santé est défini dans le Système de comptes de la santé (OCDE, Eurostat et OMS, 2017) et englobe les *prestataires primaires*, à savoir les organisations et acteurs dont l'activité principale est l'offre de biens et de services médicaux, ainsi que les *prestataires secondaires* pour lesquels la prestation de soins de santé n'est qu'une activité parmi de nombreuses autres.

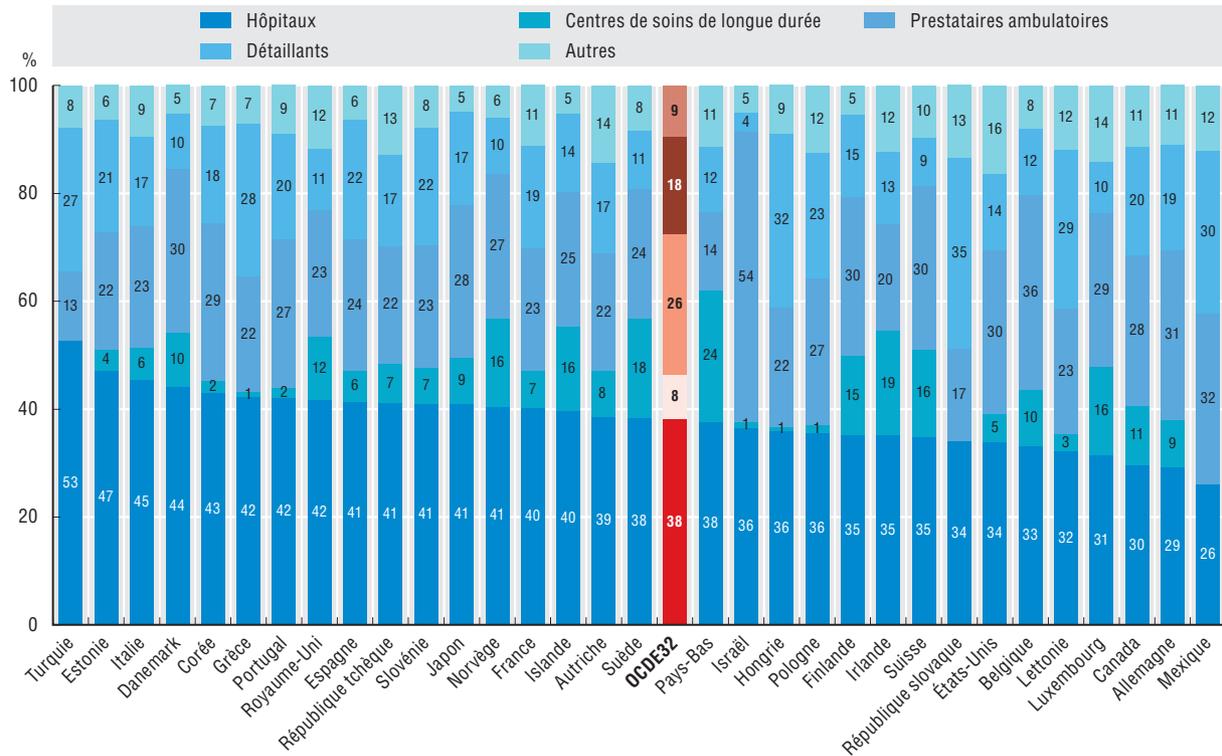
Les principales catégories de prestataires primaires sont les hôpitaux (de court séjour et psychiatriques), les établissements de soins de longue durée, les prestataires ambulatoires (cabinets de médecins généralistes et spécialistes, cabinets dentaires, centres de santé ambulatoires, prestataires de services de soins à domicile), les prestataires de services annexes (p. ex. services d'ambulance, laboratoires), les détaillants (p. ex. pharmacies), et les prestataires de soins préventifs (p. ex. établissements de santé publique).

Les prestataires secondaires incluent les établissements de soins résidentiels, dont la principale activité peut être l'hébergement mais qui peuvent proposer une surveillance infirmière comme activité secondaire, des supermarchés qui commercialisent des médicaments en vente libre, ou des établissements qui fournissent des services de santé à un groupe restreint de la population, comme les services de santé carcéraux. Les prestataires secondaires incluent également les prestataires d'administration et de financement du système de santé (p. ex. organismes publics, caisses d'assurance maladie) et les ménages en tant que prestataires de soins à domicile.

Références

OCDE, Eurostat et OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Graphique 7.14. Dépenses de santé par prestataire, 2015 (ou année la plus proche)

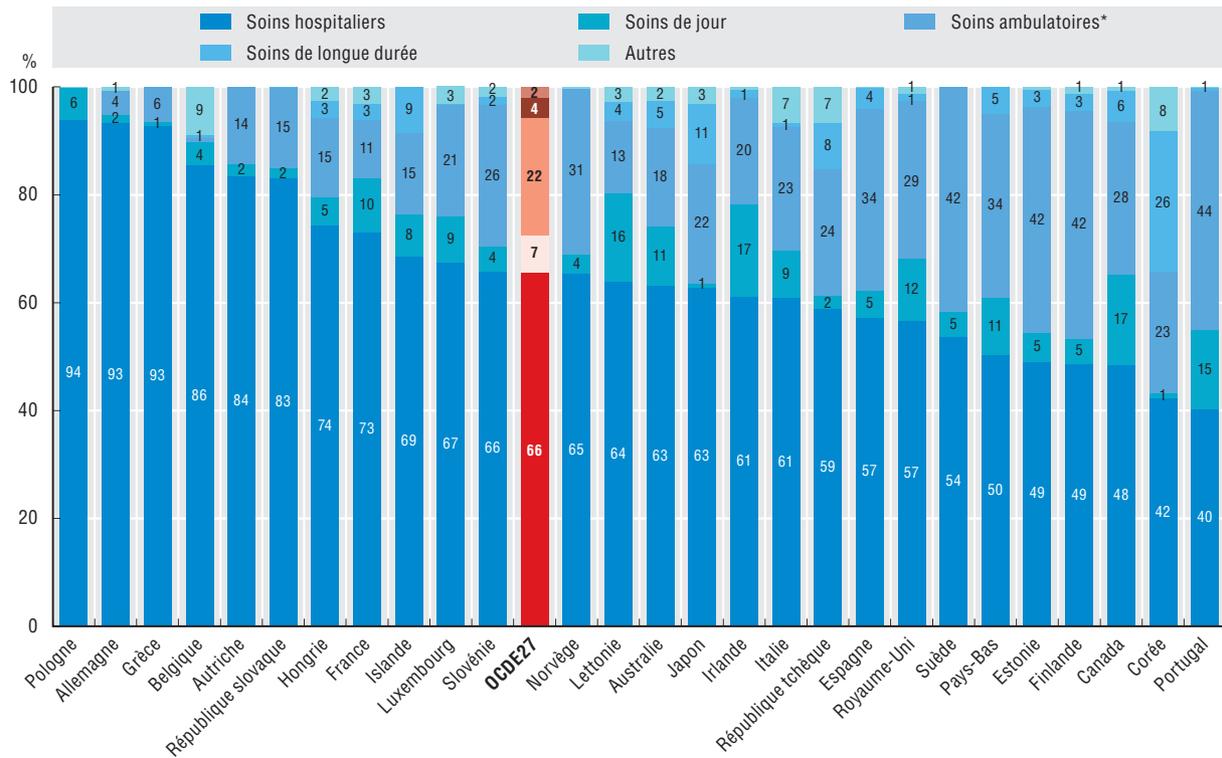


Note : Les pays sont classés selon la part des hôpitaux dans les dépenses courantes de santé.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608922>

Graphique 7.15. Dépenses hospitalières par type de service, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation dans les dépenses hospitalières.

* Inclut les services auxiliaires.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608941>

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Même si les systèmes de santé restent un secteur à forte intensité de main-d'œuvre, le capital a vu son importance s'accroître au cours des dernières décennies en tant que facteur de production des services de santé. Cela s'illustre, par exemple, par l'importance croissante des équipements diagnostiques et thérapeutiques ou par l'expansion des technologies de l'information et des communications (TIC) dans le domaine de la santé (voir le précédent indicateur sur l'adoption des services de santé en ligne dans les cabinets des généralistes et les hôpitaux). Toutefois, le niveau de ressources investi dans les infrastructures, les équipements et les TIC a tendance à varier davantage en fonction des cycles économiques que les dépenses courantes au titre des services de santé, les décisions d'investissement étant souvent plus ponctuelles et pouvant être facilement reportées ou avancées en fonction de la situation économique. Lorsqu'ils décident d'investir dans les infrastructures, les responsables publics doivent non seulement évaluer soigneusement les coûts à court terme, mais aussi les avantages potentiels à court, moyen et long termes. Le ralentissement des investissements dans les infrastructures et les équipements de santé peut également réduire la capacité à traiter les patients et contribuer à allonger les délais d'attente pour différents types de services.

En 2016, les pays de l'OCDE ont alloué en moyenne environ 0,5 % de leur PIB aux dépenses en capital dans le secteur de la santé (graphique 7.16). Par comparaison, les dépenses courantes en soins médicaux, produits pharmaceutiques, etc. représentaient 9 % du PIB (voir l'indicateur « Dépenses de santé en part du PIB »). Comme pour les dépenses courantes, on observe des différences importantes entre les pays du point de vue des niveaux actuels d'investissement ainsi que des tendances récentes observées après la crise économique.

En part du PIB, c'est le Japon qui a engagé les dépenses en capital les plus importantes en 2015, plus de 1 % de son PIB étant affecté à la construction, aux équipements et aux technologies dans les secteurs de la santé et du social. Le niveau des dépenses en capital d'un certain nombre de pays européens – Allemagne, Autriche et Belgique – était lui aussi relativement élevé en 2015, variant entre 0,7 et 0,8 % de leur PIB. La plupart des pays de l'OCDE s'inscrivent dans une fourchette relativement étroite comprise entre 0,4 et 0,6 % du PIB par an. Toutefois, du fait de la situation économique ou des particularités des petites économies (Luxembourg et Islande), les dépenses en capital peuvent être beaucoup plus faibles. La Grèce, par exemple, a consacré un peu moins de 0,15 % de son PIB aux dépenses d'investissement dans le secteur de la santé en 2015.

Par leur nature même, les dépenses en capital varient davantage d'une année sur l'autre que les dépenses courantes, du fait de la mise en œuvre de grands projets de construction (construction d'hôpitaux et d'autres établissements de santé)

et de programmes d'investissement dans de nouveaux équipements (p. ex. équipements médicaux et informatiques). De même, les décisions d'investissement sont généralement plus affectées par les cycles économiques, les dépenses d'investissement dans les infrastructures et équipements de santé étant souvent la première cible des réductions ou reports en période de récession. Le graphique 7.17 montre qu'un certain nombre de pays européens durement touchés par la crise ont vu leurs investissements annuels dans le secteur de la santé chuter en termes réels après la crise. En Grèce, en particulier, les dépenses en capital déclarées dans le secteur de la santé représentent environ un tiers de celles déclarées dix ans auparavant. Le Portugal et l'Italie ont tous deux vu leurs investissements chuter de 30 % ou plus par rapport au pic de 2010. À noter également le cas du Royaume-Uni, dont les investissements ont considérablement diminué : jusqu'en 2009, les dépenses en capital augmentaient rapidement d'une année à l'autre, alors qu'entre 2011 et 2014, elles sont revenues à leurs niveaux de 2003.

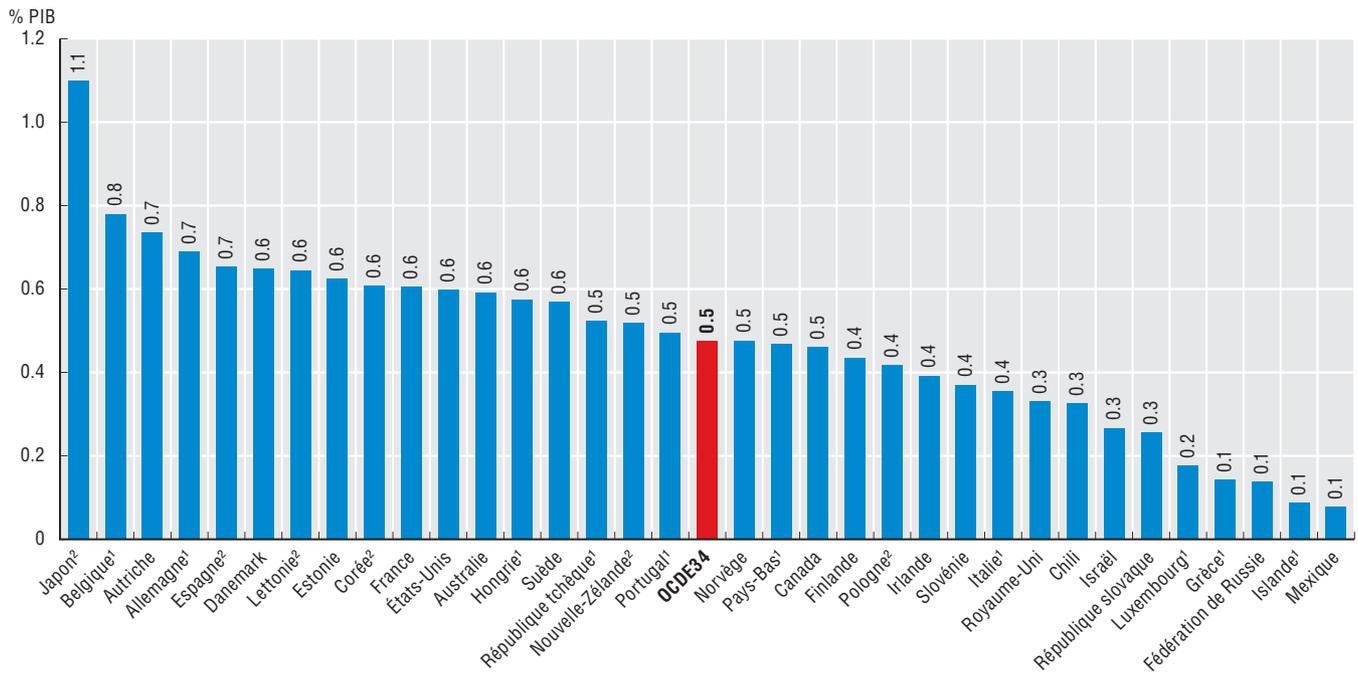
En dehors de l'Europe, un certain nombre de pays ont signalé une hausse continue de leurs dépenses en capital. Les investissements récents de la Corée et du Japon dans le secteur de la santé ont été observés à des niveaux, en termes réels, supérieurs à 50 % par rapport à ceux d'il y a dix ans (graphique 7.18).

Définition et comparabilité

La formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé se mesure par la valeur totale des actifs fixes que les fournisseurs de soins ont acquis durant la période comptable (moins la valeur des aliénations d'actifs) et qui sont utilisés de manière répétée ou continue pendant plus d'une année dans la production des services de santé. Les catégories d'actifs sont l'infrastructure (hôpitaux, cliniques, etc.), les machines et équipements (machines chirurgicales et de diagnostic, ambulances, équipements informatiques et de communications) ainsi que les logiciels et les bases de données.

De nombreux pays enregistrent la formation brute de capital fixe dans le cadre du Système de comptes de la santé. Elle est aussi comptabilisée par secteur d'industrie dans le cadre des Comptes nationaux conformément à la Classification internationale type par industrie (CITI) Rév. 4 au titre de la Section Q : Santé et activités d'action sociale ou de la Division 86 : Activités relatives à la santé. La première est normalement plus large que la catégorie définie par le Système de comptes de la santé tandis que la seconde est plus étroite.

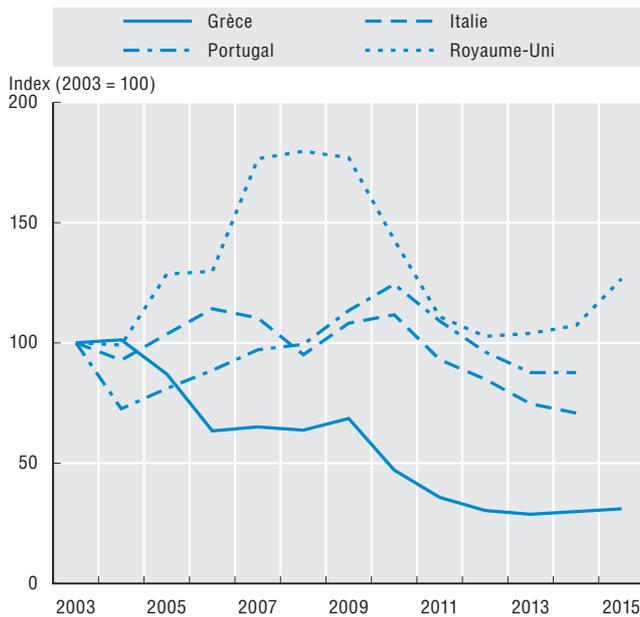
Graphique 7.16. **Formation brute de capital fixe dans le secteur de la santé en pourcentage du PIB, 2015 (ou année la plus proche)**



1. Fait référence à la formation brute de capital fixe définie dans CITI 86 : Activités relatives à la santé (CITI Rév. 4).
 2. Fait référence à la formation brute de capital fixe définie dans CITI Q : Santé et activités d'action sociale (CITI Rév. 4).
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Comptes nationaux de l'OCDE.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608960>

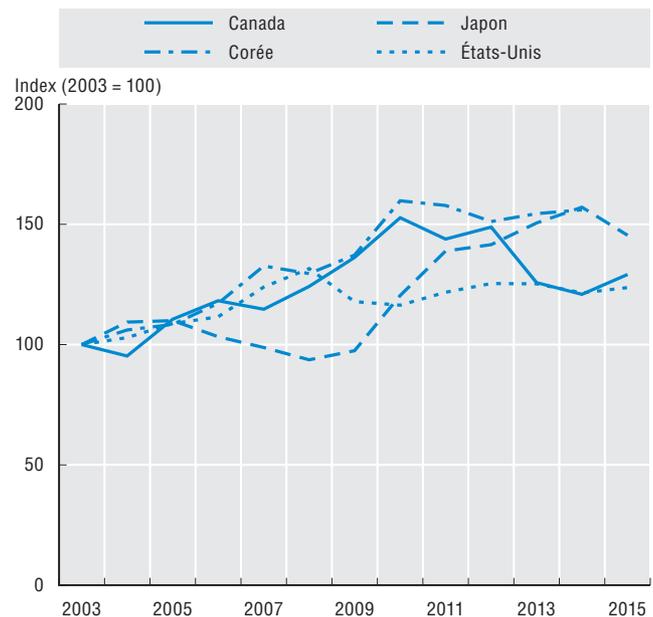
Graphique 7.17. **Formation brute de capital fixe, prix constants, pour une sélection de pays européens de l'OCDE, 2003-15**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Comptes nationaux de l'OCDE.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608979>

Graphique 7.18. **Formation brute de capital fixe, prix constants, pour une sélection de pays non-européens de l'OCDE, 2003**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Comptes nationaux de l'OCDE.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608998>





8. PERSONNEL DE SANTÉ

Personnel médico-social

Médecins (nombre total)

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

Médecins nouvellement diplômés

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Personnel infirmier

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Rémunération du personnel infirmier

Médecins et personnel infirmier formés à l'étranger

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.

Le secteur médico-social occupe une part toujours plus importante de la population active dans de nombreux pays du monde (Commission de haut niveau des Nations unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique, 2016). En moyenne dans la zone OCDE, les activités médico-sociales comptaient pour 10 % environ de l'emploi total en 2015 (graphique 8.1). Le secteur a un poids particulièrement prononcé dans les pays scandinaves, en Finlande et aux Pays-Bas, où il représente 15 à 20 % des emplois.

De plus, le pourcentage de travailleurs employés dans le secteur médico-social n'a cessé d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2000 et 2015. Ainsi, dans l'ensemble de la zone OCDE, une augmentation de 1.7 point de pourcentage en moyenne a été observée entre 2000 et 2015. Les plus fortes hausses ont été constatées notamment au Japon, en Irlande, en Corée, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Quatre pays ont enregistré une diminution de la part des emplois dans le secteur médico-social : la Lettonie, le Mexique, la Pologne et la République slovaque.

La croissance rapide de l'emploi dans le secteur médico-social contraste fortement avec l'évolution constatée dans les autres secteurs (graphique 8.2). En effet, l'emploi dans le secteur médico-social a augmenté de 42 % en moyenne dans la zone OCDE (avec une valeur médiane de 34 %) entre 2000 et 2015 tandis que le nombre d'emplois dans l'agriculture et l'industrie affichait une tendance générale à la baisse. La croissance de l'emploi dans le secteur médico-social a également été nettement supérieure à celle observée dans le secteur des services comme à celle de l'emploi total.

Au regard des évolutions passées et de la situation actuelle, l'emploi paraît moins sensible aux fluctuations cycliques dans le secteur médico-social qu'il ne l'est dans les autres secteurs de l'économie. Alors que l'emploi total a diminué légèrement aux États-Unis durant les récessions économiques du début des années 1990, puis nettement en 2008-09, l'emploi dans le secteur médico-social n'a, lui, jamais cessé de croître. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de médecins et d'infirmiers a continué de progresser pendant la période de récession (voir les indicateurs sur les médecins et le personnel infirmier).

Quant à l'avenir, l'emploi dans le secteur médico-social devrait croître, mais le type de compétences et de fonctions devrait également évoluer. Cela s'explique par un certain nombre de facteurs. Le vieillissement de la population va modifier la structure de la demande de services médico-sociaux. Ainsi, il pourrait y avoir une demande accrue de soins de longue durée et de services sociaux connexes, lesquels sont à forte intensité de main-d'œuvre (OCDE, 2011). Au fil du temps, la hausse des revenus et la disponibilité des nouvelles technologies susciteront de nouvelles attentes concernant la qualité des soins et l'étendue de l'offre proposée (OCDE, 2015).

De nombreux pays ont également commencé à mettre en place de nouveaux modèles de prestation de soins qui impliqueront une plus grande intégration des soins médicaux et des services sociaux afin de répondre aux besoins des sociétés vieillissantes. Ces changements élargissent le rôle des prestataires autres que les médecins (tels que les infirmiers praticiens, les pharmaciens et les agents de santé communautaires), l'objectif étant non seulement de maintenir l'accès aux services et d'accroître la productivité du personnel de santé, mais aussi d'améliorer la continuité et la qualité des soins prodigués aux patients. Ces changements devraient donner lieu à des transformations non négligeables quant à la structure des effectifs et aux compétences exigées dans le secteur médico-social.

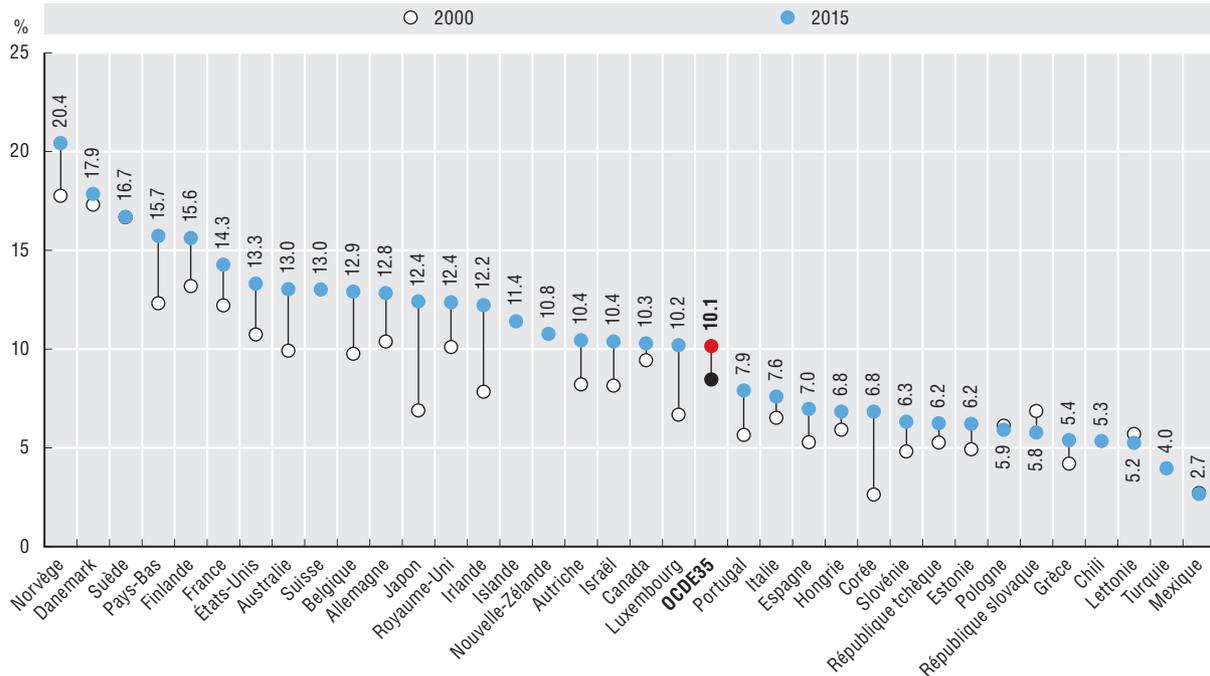
Définition et comparabilité

La santé et l'action sociale forme l'une des activités économiques définies suivant les grandes catégories de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI). Composante du secteur des services, elle recouvre les activités relatives à la santé, les activités de soins dispensés en établissement (soins de longue durée compris) et les activités d'action sociale sans hébergement. Les données sur l'emploi sont issues de la base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux en ce qui concerne les 35 pays membres de l'OCDE, hormis l'Islande et la Turquie, pour lesquelles les données sont tirées de la base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active.

Références

- Commission de haut niveau des Nations unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (2016), *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*, OMS, Genève, www.who.int/hrh/com-heeg/reports.
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OCDE (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>

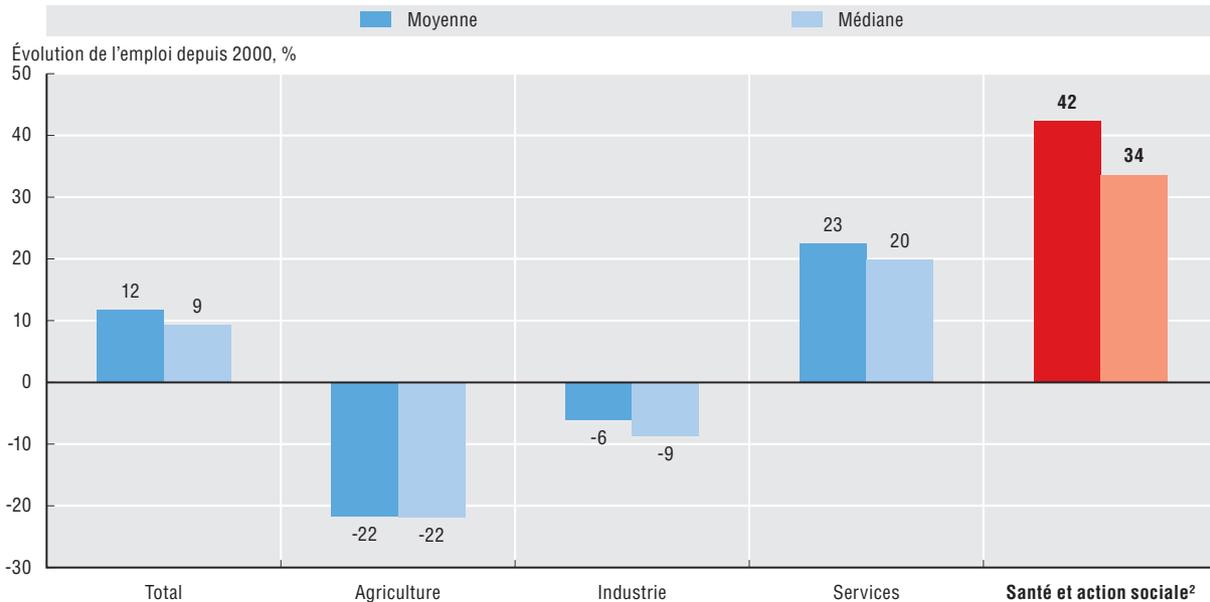
Graphique 8.1. **Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale en proportion de l'emploi total, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux ; Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active pour l'Islande et la Turquie.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609017>

Graphique 8.2. **Croissance de l'emploi par secteur entre 2000 et 2015 (ou année la plus proche), moyenne OCDE¹**



1. Moyenne calculée pour 30 pays de l'OCDE (le Chili, l'Islande, la Nouvelle-Zélande et la Turquie étant exclus).

2. La Santé et l'action sociale est considérée comme une composante du secteur des services.

Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609036>

8. PERSONNEL DE SANTÉ

Médecins (nombre total)

Le nombre de médecins par habitant varie considérablement d'un pays à l'autre au sein de la zone OCDE. En 2015, la Grèce affichait la plus forte densité, avec 6.3 médecins pour 1 000 habitants, mais celle-ci est surestimée car calculée à partir de l'ensemble des médecins autorisés à exercer, quand bien même certains ont abandonné la pratique pour diverses raisons. L'Autriche arrivait en deuxième position avec 5.1 médecins pour 1 000 habitants. La Turquie, le Chili et la Corée enregistraient les chiffres les plus bas parmi les pays de l'OCDE, avec deux médecins environ pour 1 000 habitants. La moyenne de l'OCDE était de 3.4 médecins pour 1 000 habitants. Dans les pays partenaires, le nombre de médecins par habitant était nettement plus faible : il y en avait moins d'un pour 1 000 habitants en Indonésie, en Inde et en Afrique du Sud. En Chine, le nombre de médecins par habitant se situait encore à environ la moitié de la moyenne OCDE, mais avait augmenté de 44 % depuis 2000 (graphique 8.3).

Depuis 2000, le nombre de médecins a progressé dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, à la fois en nombre absolu et par habitant. La croissance a été particulièrement rapide dans certains pays où la densité médicale était plutôt faible en 2000 (Corée, Mexique et Royaume-Uni), avec un rythme nettement supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 8.4).

Au cours de la période 2000-15, la croissance a été rapide également dans des pays où la densité de médecins était déjà forte (Australie et Autriche, par exemple). La hausse importante du nombre de médecins s'est poursuivie en Australie, du fait notamment de la forte progression du nombre de nouveaux diplômés des écoles nationales de médecine (voir l'indicateur sur les « Médecins nouvellement diplômés »).

Au Royaume-Uni, des craintes apparues au début des années 2000 concernant de possibles sureffectifs dans certaines catégories de médecins ont abouti à des politiques visant à réduire le nombre d'étudiants admis et à limiter la croissance du nombre de médecins. Plus récemment cependant, le financement de places supplémentaires pour les étudiants dans les écoles de médecine a été annoncé pour répondre à la demande croissante de soins (ministère de la Santé, 2016). La densité médicale est restée relativement stable entre 2000 et 2015 en France, en Israël, en Pologne et en République slovaque. En Israël, le nombre de médecins a augmenté pratiquement au même rythme que la population.

La récession mondiale n'a pas eu beaucoup d'effet sur le nombre de médecins, qui a continué de croître dans la plupart des pays de l'OCDE. Ainsi, l'Australie a enregistré une hausse du nombre de médecins en exercice de 30 % environ en 2015 par rapport à 2008. On note cependant quelques exceptions : la récession de 2008-09 a eu un impact en Grèce, où le nombre de médecins a augmenté entre 2000 et 2008, mais a cessé de croître par la suite et a même ralenti à partir de 2012.

Il est difficile d'établir des projections concernant l'offre et la demande futures de médecins étant donné les incertitudes concernant les départs à la retraite et les migrations ainsi que les incertitudes concernant l'évolution de la demande (Ono et al., 2013). Beaucoup de pays de l'OCDE ont anticipé le

prochain départ à la retraite d'un grand nombre de médecins en augmentant leurs efforts de formation au cours de la dernière décennie, afin qu'un nombre suffisant de nouveaux médecins prennent la relève de ceux qui partiront. Néanmoins, il faudra attendre plusieurs années avant que ces efforts de formation portent leurs fruits. Les difficultés à anticiper le nombre réel de praticiens poussent les pays à devoir en permanence revoir et adapter leur politique. Cependant, la plupart des pays de l'OCDE sont préoccupés par la pénurie de généralistes (voir l'indicateur sur la « Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie ») et le manque de médecins dans les zones rurales ou isolées (voir l'indicateur sur la « Répartition géographique des médecins » au chapitre 5).

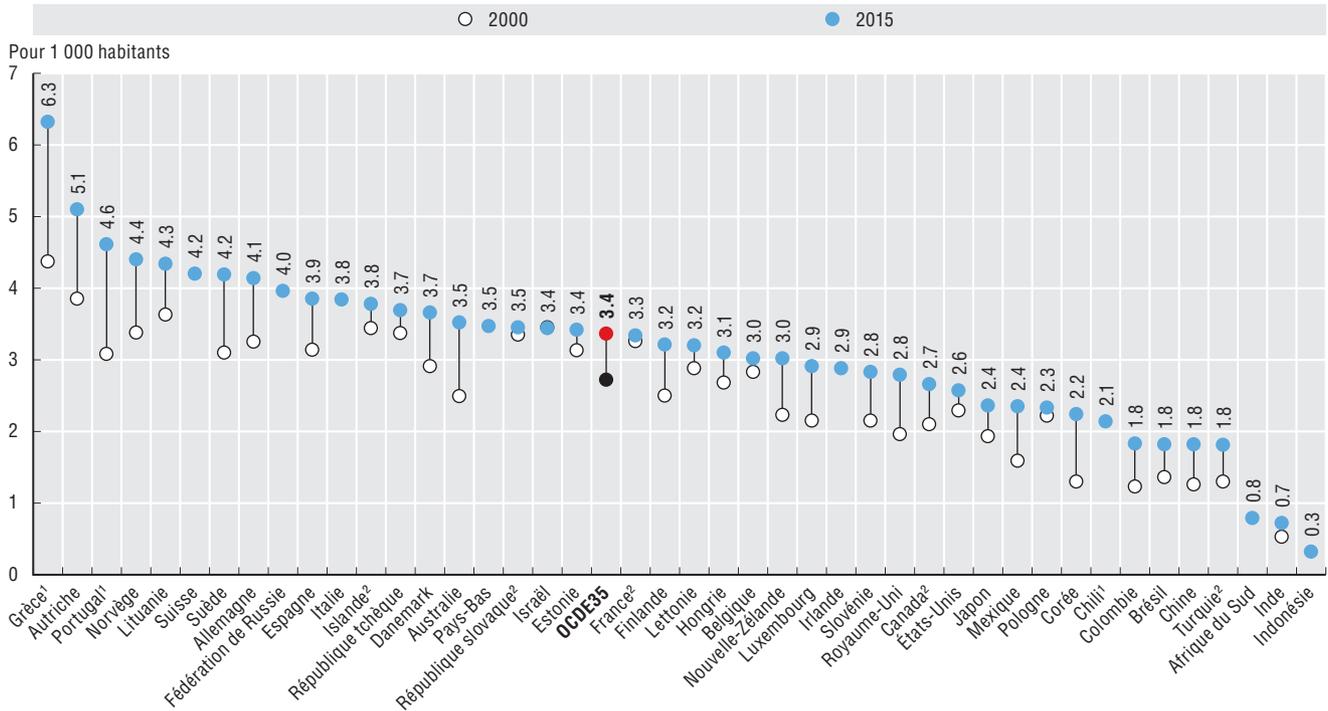
Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Ce chiffre inclut souvent les internes et les médecins résidents (médecins en formation) et correspond au nombre de personnes physiques. Dans quelques pays, les données couvrent plus généralement tous les médecins en activité dans le secteur de la santé, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients, ce qui augmente leur nombre de 5 à 10 %. La Grèce et le Portugal comptabilisent les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de praticiens en activité. La Belgique fixe un seuil minimum d'activité pour qu'un médecin soit considéré comme étant en exercice, d'où une sous-estimation par rapport aux autres pays qui ne le font pas. Il se peut que les données pour l'Inde soient surestimées, car elles sont issues de registres médicaux qui ne tiennent pas compte des migrations, des départs à la retraite ou des décès, ni des médecins enregistrés dans plusieurs États.

Références

- Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2016), "Up to 1 500 Extra Medical Training Places Announced", Londres, www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced.
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., G. Lafortune et M. Schoenstein (2013), "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 62, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcuw-en>.

Graphique 8.3. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)

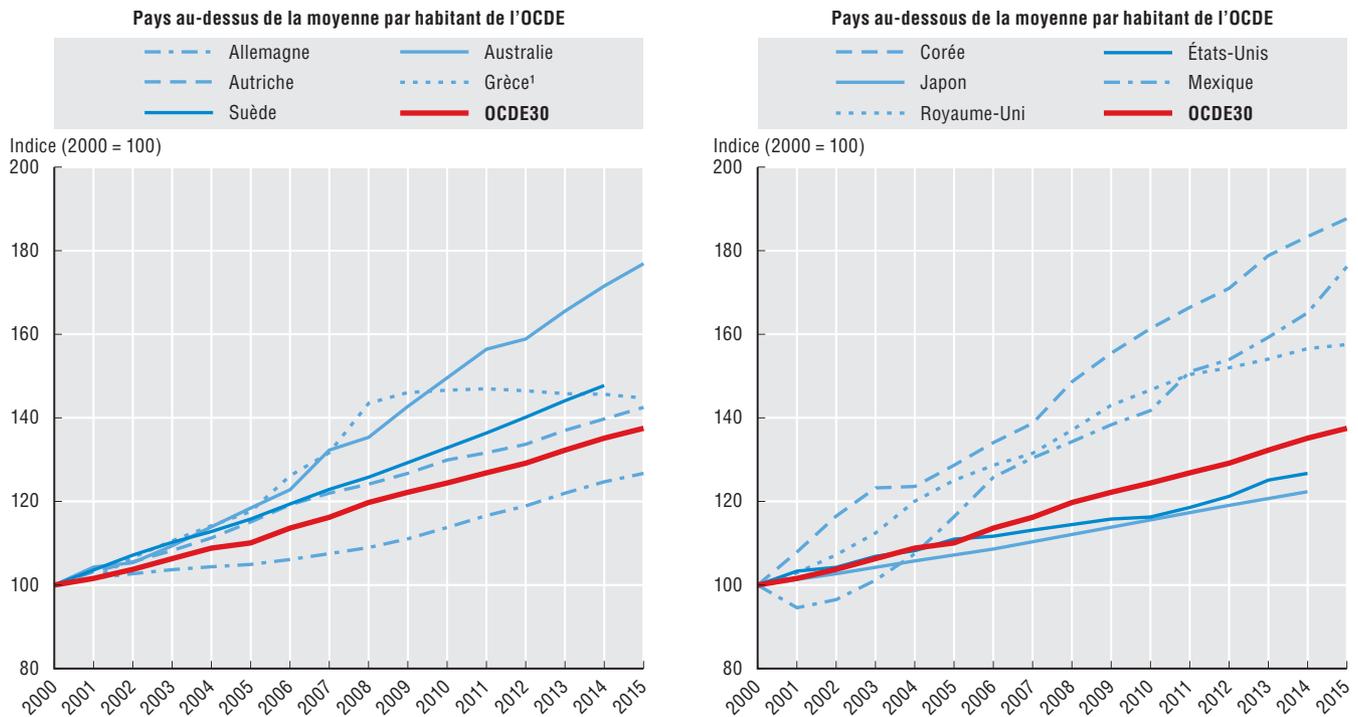


1. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer, d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal).
2. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609055>

Graphique 8.4. Évolution du nombre de médecins dans divers pays de l'OCDE, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)



1. Les données concernant la Grèce portent sur l'ensemble des médecins habilités à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609074>

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

La structure du personnel médical par âge et par sexe, ainsi que la répartition entre les différentes catégories de médecins jouent un rôle important dans l'offre de services médicaux. Depuis de nombreuses années, le vieillissement de la population des médecins dans les pays de l'OCDE fait craindre une insuffisance de la relève, bien que les départs à la retraite s'avèrent souvent progressifs et de plus en plus tardifs (OCDE, 2016). D'autre part, le déséquilibre croissant en faveur de différentes spécialisations au détriment de la médecine générale soulève des préoccupations dans de nombreux pays sur l'accès aux soins primaires pour toute la population.

En moyenne, un tiers des médecins dans les pays de l'OCDE étaient âgés de plus de 55 ans en 2015, contre un sur cinq en 2000 (graphique 8.5). Entre 2000 et 2015, la proportion de médecins âgés de plus de 55 ans a plus que doublé en France, en Italie, en Espagne et en Autriche. Si l'on peut s'attendre à ce que ces médecins prennent leur retraite dans les 10 ans à venir, un nombre croissant d'entre eux continuera vraisemblablement d'exercer au-delà de 65 ans. En Israël et en Italie, la moitié (ou plus) des médecins étaient âgés de plus de 55 ans en 2015. Il convient de noter que la forte proportion de médecins de plus de 55 ans observée en Israël tient peut-être en partie au fait que la source de données couvre tous les médecins autorisés à exercer, alors que certains n'exercent peut-être plus. À l'inverse, 13 à 17 % seulement des médecins au Royaume-Uni et en Corée étaient âgés de plus de 55 ans, du fait de l'arrivée de nombreux nouveaux diplômés au cours des dix dernières années (voir l'indicateur sur les « Médecins nouvellement diplômés »).

Un certain nombre de pays de l'OCDE ont réformé leurs systèmes de pensions et reculé l'âge de départ à la retraite en conséquence de l'allongement de l'espérance de vie. Bien que peu d'études aient été consacrées aux répercussions de ces réformes dans le cas spécifique des médecins, il n'est pas exclu qu'elles les amènent à poursuivre leur activité au-delà de 65 ans, ce qui pourrait avoir une incidence non négligeable sur les besoins de remplacement futurs.

En 2015, en moyenne dans les pays de l'OCDE, 46 % des médecins étaient des femmes, contre 39 % en 2000 (graphique 8.6). Dans 11 pays, les femmes comptent maintenant pour la moitié au moins des médecins, voire pour plus de 70 % en Lettonie et en Estonie. Entre 2000 et 2015, c'est aux Pays-Bas et en Belgique que leurs effectifs parmi les médecins ont connu la plus forte croissance en proportion (49 et 47 %, respectivement). À l'inverse, au Japon et en Corée, seul un médecin sur cinq était une femme en 2015, bien que le Japon ait enregistré une hausse significative de 42 % par rapport à 2000.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les généralistes représentaient environ 30 % de l'ensemble des médecins en 2015 (graphique 8.7), une part similaire à celle de 2005. La Grèce, la Hongrie et les États-Unis affichaient la plus faible

proportion de généralistes, tandis que des pays comme la France, le Canada et l'Australie étaient parvenus à préserver un meilleur équilibre entre généralistes et spécialistes. Il convient de noter qu'en Irlande et au Portugal, la plupart des généralistes ne sont pas des médecins de famille mais des médecins non spécialistes travaillant à l'hôpital ou dans d'autres structures. Aux États-Unis, les médecins qui exercent en médecine interne générale sont classés parmi les spécialistes, alors que leur activité est souvent très proche de celle des médecins généralistes. De ce fait, la capacité de ce pays à fournir des soins de médecine générale est sous-estimée dans une certaine mesure.

En réponse aux inquiétudes quant aux risques de pénurie de médecins généralistes, beaucoup de pays ont entrepris d'augmenter l'offre de formation dans ce domaine. Au Canada, le nombre de places de formation postdoctorale en médecine de famille a plus que doublé entre 2000 et 2013, dans le cadre d'un effort national destiné à améliorer l'accès aux soins primaires (RCEP, 2015). Toutefois, dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération des spécialistes, plus élevée que celle des généralistes, constitue pour les médecins une incitation financière à la spécialisation (voir l'indicateur sur la « Rémunération des médecins »).

Définition et comparabilité

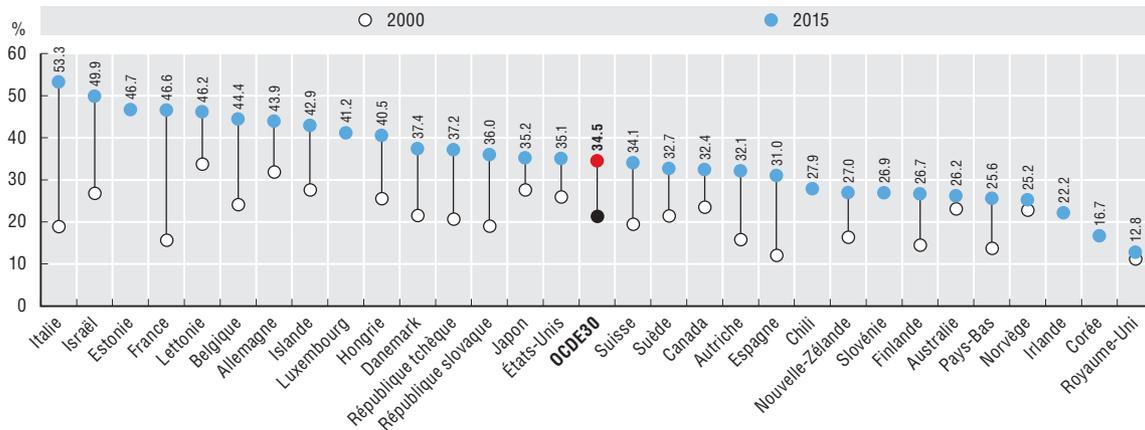
La définition des médecins est donnée dans la section précédente consacrée à l'indicateur sur les médecins. Les chiffres pour certains pays (par exemple, Grèce et Portugal) couvrent, au-delà des médecins en exercice, tous ceux autorisés à exercer. Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser la totalité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

Références

OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

RCEP – Répertoire canadien sur l'éducation post MD (2015), « Domaine de formation médicale postdoctorale de la faculté de médecine proposant une formation postdoctorale 2013-2014 », Base de données disponible sur : <https://caper.ca/fr/>.

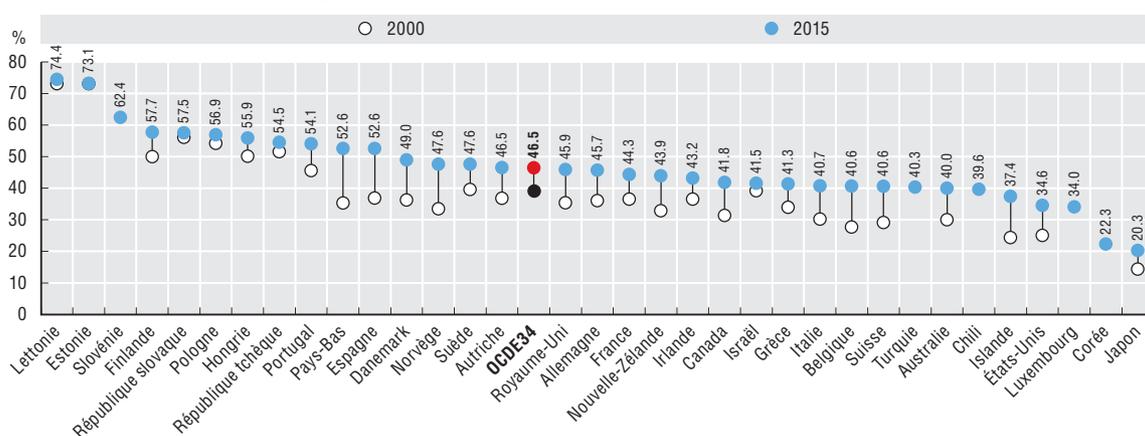
Graphique 8.5. Pourcentage des médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609093>

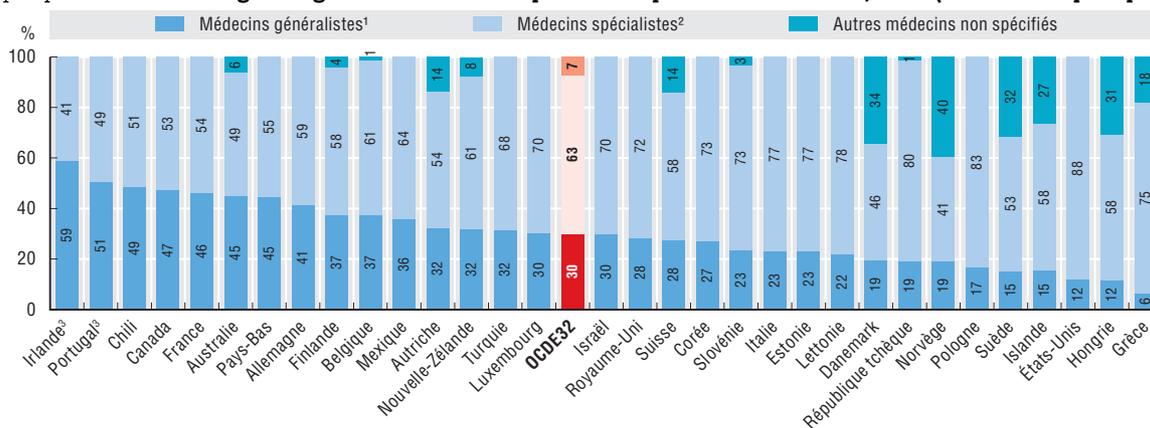
Graphique 8.6. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609112>

Graphique 8.7. Pourcentage des généralistes et des spécialistes parmi les médecins, 2015 (ou année la plus proche)



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609131>

Médecins nouvellement diplômés

Le nombre de médecins nouvellement diplômés reflète dans une large mesure les décisions prises quelques années plus tôt concernant le nombre d'étudiants admis dans les écoles de médecine (décisions concernant le *numerus clausus*). Depuis 2000, la plupart des pays de l'OCDE ont relevé ce quota en réponse aux préoccupations suscitées par les pénuries, effectives ou potentielles, de médecins (OCDE, 2016), mais les chiffres restent variables d'un pays à l'autre.

En 2015, on comptait en moyenne environ 12 médecins nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE (graphique 8.8). Cette proportion atteignait son maximum en Irlande, avec 24 nouveaux médecins pour 100 000 habitants, et son minimum en Israël et au Japon. En Irlande, le nombre de médecins nouvellement diplômés a fortement augmenté en 2013, pour une part en raison de l'ouverture, quelques années plus tôt, des nouveaux *Graduate Entry Programmes* qui permettent aux étudiants en licence dans une autre discipline d'obtenir un diplôme de médecine en quatre ans.

En Israël, le faible nombre de nouveaux diplômés des formations nationales est compensé par le nombre élevé de médecins formés à l'étranger. Environ un tiers des médecins formés à l'étranger sont nés dans le pays mais sont partis faire leurs études ailleurs avant de revenir. La situation est différente au Japon, qui compte très peu de médecins formés à l'étranger. En 2008, le gouvernement japonais a décidé d'accroître le nombre des admissions dans les études de médecine en réponse au manque effectif ou annoncé de médecins ; toutefois, cette politique ne s'est pas encore traduite par une hausse du nombre de nouveaux diplômés en médecine.

À la suite du relèvement du *numerus clausus* dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des quinze dernières années, le nombre des médecins nouvellement diplômés a augmenté, mais à un rythme différent d'un pays à l'autre (graphique 8.9). L'Australie arrive en tête, avec un nombre de médecins nouvellement diplômés multiplié par 2.7 entre 2000 et 2015. Cette croissance s'explique en grande partie par la hausse du nombre d'étudiants australiens, mais les écoles de médecine du pays ont aussi accueilli des effectifs croissants d'étudiants internationaux.

Au Royaume-Uni, le nombre des médecins nouvellement diplômés a doublé entre 2000 et 2015, reflétant les efforts menés pour accroître l'offre intérieure et moins recourir aux médecins formés à l'étranger. Bien qu'il y ait eu une légère diminution du nombre de diplômés à partir de 2013, le gouvernement a annoncé en 2016 l'intention de financer les études pour 1 500 étudiants supplémentaires afin de répondre à la demande croissante de soins (ministère de la Santé, 2016). Aux Pays-Bas, le ralentissement de la croissance du nombre de diplômés en médecine a continué (ACMMP 2014).

En France, le nombre de médecins nouvellement diplômés a régulièrement augmenté à partir de 2006 à la suite d'un fort relèvement du *numerus clausus* entre 2000 et 2006. Il devrait toutefois se stabiliser dans les années à venir, car les quotas d'admission ont relativement peu évolué ces dernières années. En Espagne, le nombre d'étudiants en médecine a diminué légèrement jusqu'en 2012, puis a recommencé à augmenter rapidement (+36 % entre 2012 et 2015).

Aux États-Unis, le nombre d'admissions dans les écoles de médecine a également augmenté après 2005, et le nombre de médecins nouvellement diplômés a crû progressivement au cours des dix dernières années ; les chiffres incluent le nombre croissant d'étudiants américains qui sont partis faire leurs études à l'étranger (notamment dans les pays des Caraïbes), avec l'intention de revenir aux États-Unis pour y effectuer leur troisième cycle de formation et s'y installer. Cela devrait créer des pressions supplémentaires à l'augmentation du nombre de postes de médecin-résident pour permettre à la fois aux nouveaux médecins issus des universités du pays et aux Américains formés à l'étranger de suivre leur formation de troisième cycle.

Le nombre des médecins nouvellement diplômés a aussi fortement augmenté en République tchèque et en Pologne à partir de 2009. Cette augmentation peut s'expliquer en partie par le nombre croissant d'étudiants internationaux qui choisissent ces pays pour faire leurs études de médecine. En République tchèque, les étudiants internationaux représentaient, ces dernières années, environ 30 % du total des médecins nouvellement diplômés. L'internationalisation croissante des études de médecine, à laquelle s'ajoutent les migrations, complique la tâche des gouvernements dans l'établissement de leurs propres politiques nationales (OCDE, 2016).

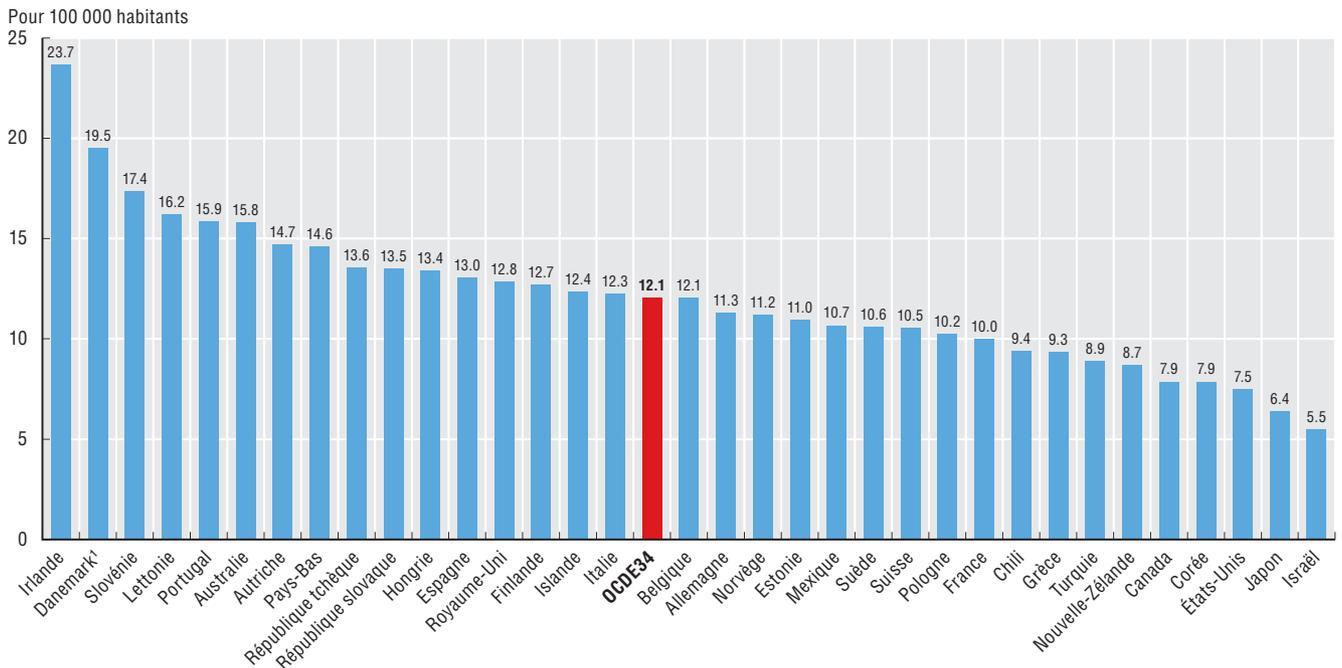
Définition et comparabilité

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

Références

- ACMMP – Advisory Committee on Medical Manpower Planning (2014), *The 2013 Recommendations for Medical Specialist Training*, Utrecht.
- Commission de haut niveau des Nations unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (2016), *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*, OMS, Genève, www.who.int/hrh/com-heeg/reports.
- Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2016), « Up to 1 500 Extra Medical Training Places Announced », Londres, www.gov.uk/government/news/up-to-1500-extra-medical-training-places-announced.
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

Graphique 8.8. Nombre de diplômés en médecine, 2015 (ou année la plus proche)



1. Au Danemark, le chiffre se réfère aux nouveaux docteurs recevant une habilitation à exercer, ce qui peut entraîner une surestimation si une partie d'entre eux ont été formés à l'étranger.

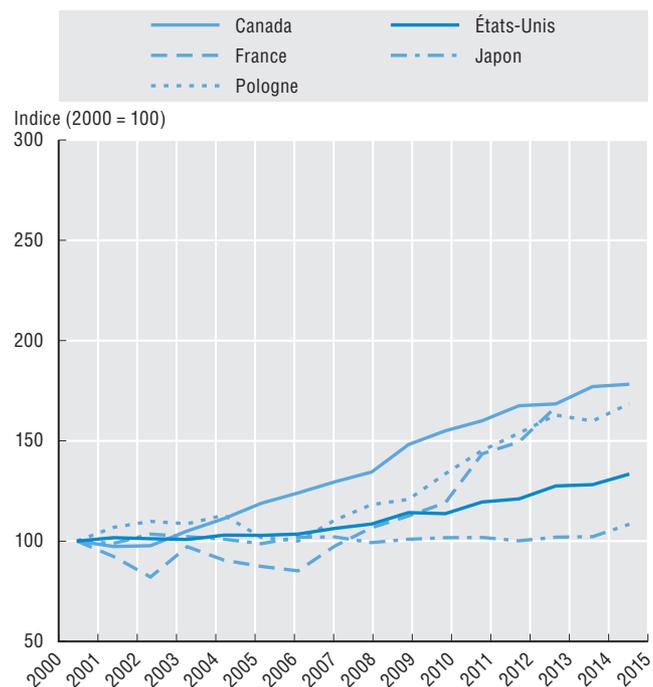
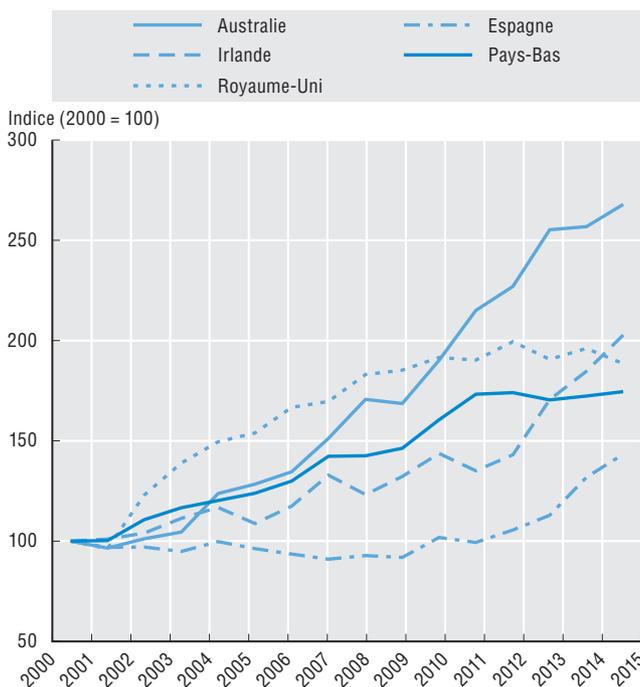
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609150>

Graphique 8.9. Évolution du nombre de diplômés en médecine, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)

Pays au-dessus de la moyenne par habitant de l'OCDE

Pays au-dessous de la moyenne par habitant de l'OCDE



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609169>

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

La rémunération selon les catégories de médecins a un impact sur l'attrait financier des différentes spécialités. Dans de nombreux pays, l'État influe sur le niveau et la structure de la rémunération, soit en tant que principal employeur de médecins, soit en tant que client de leurs services, ou encore par la réglementation des honoraires. Du fait de la mobilité internationale croissante des médecins (voir l'indicateur sur la migration des médecins et du personnel infirmier), les niveaux relatifs de rémunération proposés par les différents pays peuvent jouer un rôle non négligeable en matière d'attractivité.

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

Dans les pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est nettement supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs (graphique 8.10). En 2015, le revenu des généralistes libéraux en Autriche, au Canada, en France et au Royaume-Uni était environ le triple du salaire moyen du pays tandis qu'en Allemagne, il était quatre fois plus élevé. En Australie, les généralistes libéraux gagnaient environ le double du salaire moyen en 2015, mais il convient de noter que ce revenu est sous-estimé car il inclut la rémunération des médecins en cours de formation.

Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes est nettement supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, et supérieure à celle des généralistes. En 2015, l'écart de revenu entre spécialistes et généralistes était particulièrement prononcé en Australie, en Belgique et au Luxembourg, où les spécialistes libéraux gagnaient plus du double que les généralistes. En Belgique et au Luxembourg, la rémunération des spécialistes libéraux était six fois supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, et en France et en Allemagne, elle était cinq fois supérieure. Il convient de noter qu'en Belgique, la rémunération inclut les frais professionnels, d'où une surestimation.

Dans beaucoup de pays de l'OCDE, l'écart de revenu entre généralistes et spécialistes a continué de se creuser au cours des dix dernières années, réduisant l'attrait financier de la médecine générale (graphique 8.11). Depuis 2005, la rémunération des spécialistes a augmenté plus rapidement que celle des généralistes au Canada, en Finlande, en France, en Hongrie, en Israël, au Luxembourg et au Mexique. Au contraire, en Autriche, en Belgique, en Estonie et aux Pays-Bas, l'écart s'est légèrement réduit, le revenu des généralistes ayant progressé plus rapidement que celui des spécialistes.

Dans certains pays de l'OCDE, la crise économique de 2008-09 a eu un impact sur la rémunération des médecins et autres personnels de santé. Plusieurs pays d'Europe durement touchés par la récession ont gelé, sinon revu à la baisse, les

salaires ou les honoraires des médecins afin de réduire les coûts tout en continuant de garantir l'accès aux soins à la population. Ainsi, dans des pays comme l'Estonie, l'Irlande, l'Italie et la Slovénie, la rémunération des médecins a diminué pendant les années qui ont suivi la crise. Toutefois, plus récemment, la rémunération des médecins et autres personnels de santé a recommencé à croître (OCDE, 2016).

Définition et comparabilité

La rémunération des médecins correspond au revenu annuel brut moyen, qui inclut les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Elle ne doit pas inclure les frais professionnels dans le cas des médecins libéraux.

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

Dans certains cas, les données incluent les professionnels à temps partiel, tandis que dans d'autres, elles se rapportent uniquement aux médecins qui exercent à temps plein.

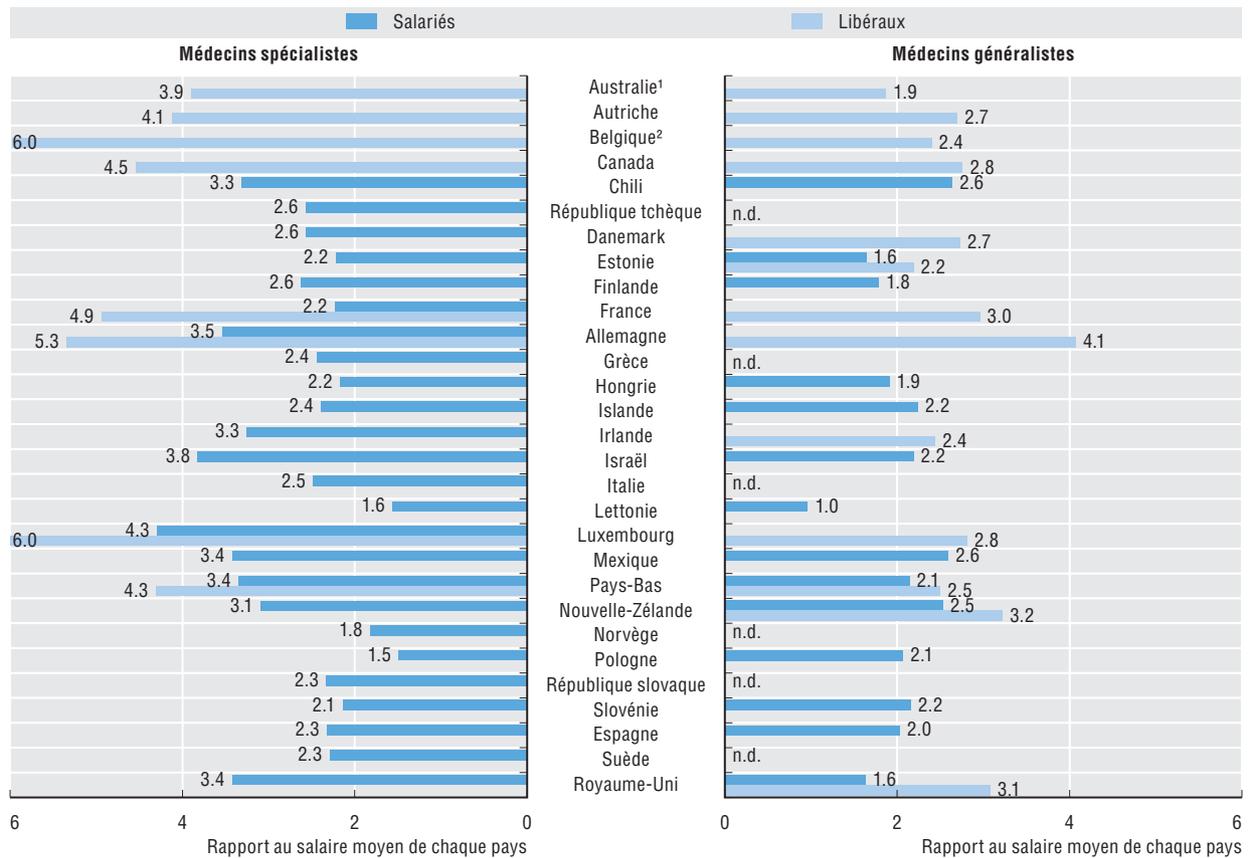
En Belgique, les données pour les médecins libéraux incluent les frais professionnels, ce qui entraîne une surestimation.

Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur l'emploi. Pour le calcul des taux de croissance en termes réels, les déflateurs du PIB pour l'ensemble de l'économie sont utilisés.

Références

OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

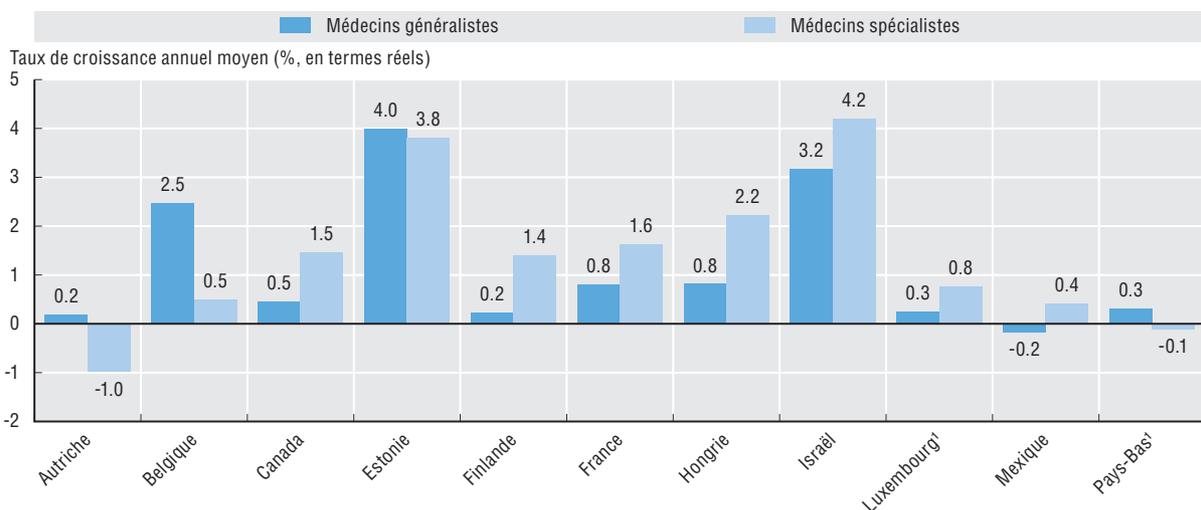
Graphique 8.10. Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2015 (ou année la plus proche)



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation)
 2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609188>

Graphique 8.11. Évolution de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes, 2005-15 (ou année la plus proche)



1. Pour les Pays-Bas et le Luxembourg, le taux de croissance concerne la rémunération des médecins généralistes et spécialistes en exercice libéral.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609207>

Les infirmiers sont beaucoup plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE et jouent un rôle essentiel dans l'offre de soins, non seulement dans les structures traditionnelles, comme les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, mais aussi, et de plus en plus, dans les soins primaires (notamment pour prodiguer des soins aux personnes souffrant de maladies chroniques) et à domicile.

Beaucoup de pays redoutent une pénurie de personnel infirmier et cette inquiétude pourrait fort bien s'intensifier dans les années à venir du fait que la demande va continuer de s'accroître cependant que le vieillissement de la génération actuelle du « baby-boom » va entraîner une vague de départs à la retraite. Ces préoccupations ont conduit de nombreux pays à prendre des mesures pour former plus d'infirmiers (voir l'indicateur sur les infirmiers nouvellement diplômés) et pour inciter le personnel à rester dans la profession. Le taux de rétention du personnel infirmier a augmenté ces dernières années dans de nombreux pays, soit en raison de la crise économique qui a poussé un plus grand nombre d'infirmiers à rester ou à revenir dans la profession, soit à la suite d'efforts délibérés qui ont été menés pour améliorer leurs conditions de travail (OCDE, 2016).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, le nombre d'infirmiers est passé de 7.3 pour 1 000 habitants en 2000 à 9 pour 1 000 habitants en 2015 (graphique 8.12). En 2015, la Suisse, la Norvège, le Danemark, l'Islande et la Finlande enregistraient les valeurs les plus élevées, avec plus de 14 infirmiers pour 1 000 habitants. Les pays de l'OCDE montrant la densité la plus faible étaient la Turquie, le Chili et le Mexique (avec moins de trois infirmiers pour 1 000 habitants). En ce qui concerne les pays partenaires de l'OCDE, la densité de personnel infirmier était généralement faible par rapport à la moyenne de l'OCDE. En 2015, la Colombie, l'Indonésie, l'Afrique du Sud, l'Inde et le Brésil comptaient moins de 1.5 infirmiers pour 1 000 habitants, bien que les effectifs aient assez fortement augmenté au Brésil ces dernières années.

Le nombre d'infirmiers rapporté à la population a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE depuis 2000. Ainsi, la Corée et le Portugal avaient une densité d'infirmiers relativement faible, mais se sont rapprochés de la moyenne de l'OCDE. La France, qui avait également une densité relativement faible, a quant à elle dépassé cette moyenne. Une hausse significative a été enregistrée dans des pays comme la Suisse, la Finlande et le Danemark, qui avaient déjà une forte densité d'infirmiers en 2000. Entre 2000 et 2015, cette densité a diminué en Irlande et en Israël du fait d'une croissance de la population plus rapide que celle du nombre d'infirmiers. En République slovaque, le nombre d'infirmiers a baissé, à la fois en nombre absolu et en proportion de la population.

En 2015, on comptait environ trois infirmiers par médecin en moyenne dans les pays de l'OCDE, avec à peu près la moitié des pays enregistrant un chiffre compris entre deux et quatre (graphique 8.13). Le ratio infirmiers-médecins était le plus élevé au Japon, en Finlande et au Danemark (4.6 infirmiers par médecin). Il était le plus faible au Chili, en Turquie et au Mexique (moins de 1.2 infirmiers par médecin).

Pour faire face aux pénuries de médecins et garantir un accès satisfaisant aux soins, certains pays ont attribué des fonctions plus complexes au personnel infirmier. Les évaluations

relatives aux infirmiers praticiens réalisées aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni montrent que, s'agissant de certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, ce personnel infirmier de pratique avancée peut permettre d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente, tout en fournissant des soins de même qualité que les médecins. Les évaluations existantes montrent un taux élevé de satisfaction des patients, ainsi qu'un effet neutre ou même de réduction sur les coûts. La mise en place de nouvelles pratiques avancées pour le personnel infirmier peut nécessiter des changements dans la législation et la réglementation afin de lever les barrières à son développement (Delamaire et Lafortune, 2010).

Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers couvre l'ensemble du personnel infirmier employé dans des structures publiques ou privées, fournissant des soins directement aux patients ; sont également inclus, dans certains cas, les infirmiers qui exercent une fonction d'encadrement, de formation ou de recherche.

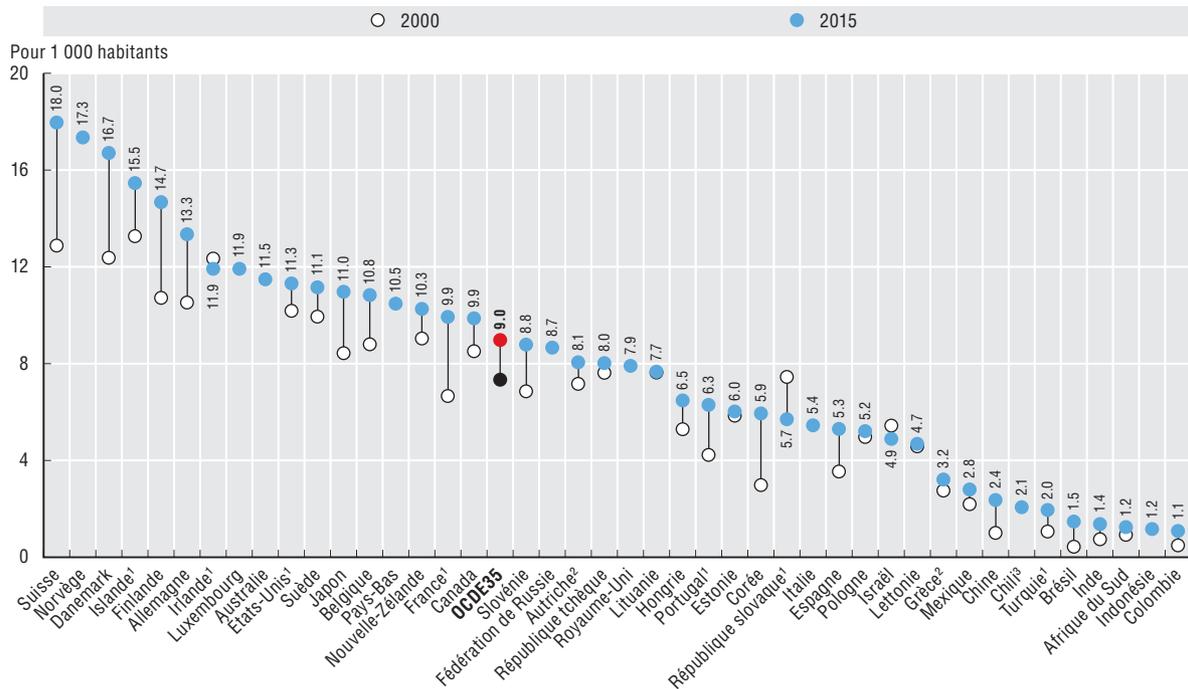
Dans les pays où il existe différents niveaux professionnels, les données couvrent à la fois les « infirmiers de niveau supérieur », qui ont suivi une formation plus poussée et assument des tâches de plus haut niveau, et les « infirmiers de niveau intermédiaire », qui ont suivi une formation moins poussée mais sont néanmoins reconnus et enregistrés comme infirmiers. Les données ne couvrent pas les aides-soignants qui ne sont pas reconnus comme infirmiers. Elles ne couvrent pas non plus les sages-femmes, hormis dans certains pays où elles sont au moins partiellement prises en compte car elles sont considérées comme des membres du personnel infirmier spécialisé ou pour d'autres raisons (Australie, Espagne et Irlande).

L'Autriche et la Grèce ne prennent en compte que les infirmiers travaillant en milieu hospitalier, d'où une sous-estimation.

Références

- Commission de haut niveau des Nations unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (2016), *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*, OMS, Genève, www.who.int/hrh/com-heeg/reports.
- Delamaire, M. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hu77vw47-fr>.
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

Graphique 8.12. **Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)**

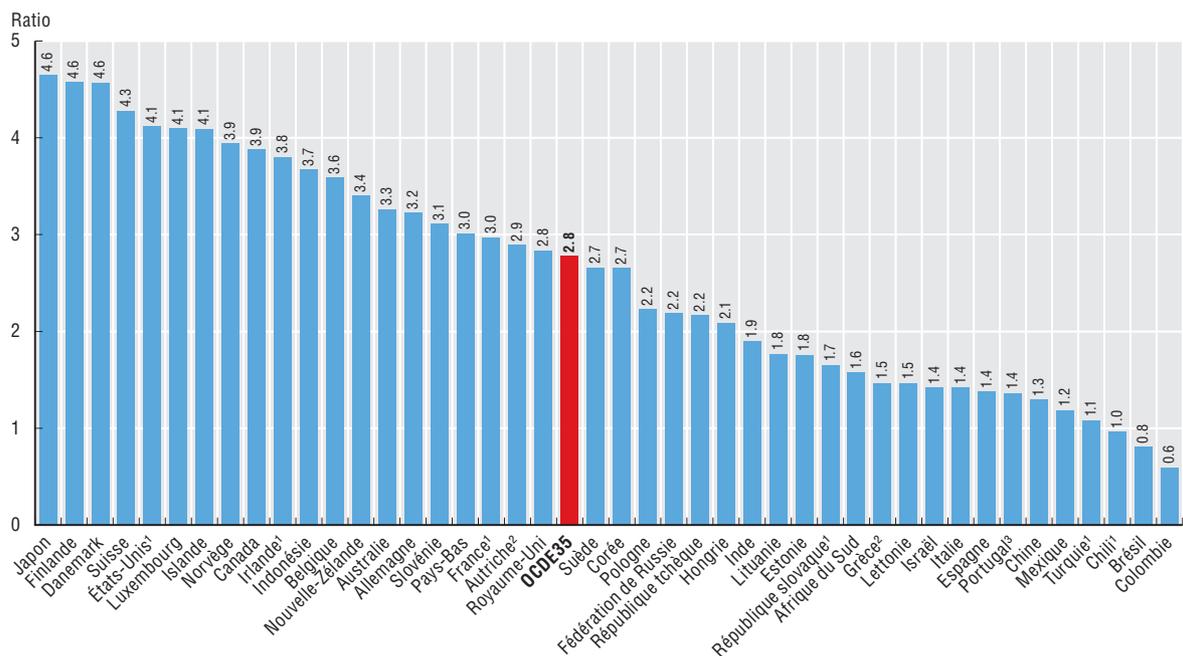


1. Les données incluent non seulement les infirmiers dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc.
2. L'Autriche et la Grèce comptabilisent uniquement le personnel infirmier employé dans les hôpitaux.
3.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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609226>

Graphique 8.13. **Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2015 (ou année la plus proche)**



1. Pour les pays n'ayant pas fourni de données sur le personnel infirmier en exercice et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent dans un cas comme dans l'autre aux individus « professionnellement actifs » (à l'exception du Chili, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer).
2. Les données pour l'Autriche et la Grèce incluent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux.
3. Le ratio du Portugal est sous-estimé car il correspond au nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609245>

Beaucoup de pays de l'OCDE ont pris des mesures, depuis environ dix ans, pour accroître le nombre d'étudiants admis dans les écoles d'infirmiers en réponse aux préoccupations concernant les pénuries, ressenties ou pressenties, de personnel (OCDE, 2016). Néanmoins, les efforts consacrés à la formation de nouveaux infirmiers sont très variables d'un pays à l'autre, ce qui peut s'expliquer par les différences dans le nombre et la structure d'âge des effectifs actuels de la profession (d'où des besoins différents en termes de remplacement), par la capacité d'accueil des écoles d'infirmiers, ainsi que par les perspectives d'emploi futures.

En 2015, on dénombrait en moyenne près de 46 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, contre moins de 40 en 2003. La Corée, la Suisse et le Danemark enregistraient le nombre le plus élevé par rapport à la population, avec plus de 90 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en 2015. Le Mexique, le Luxembourg et la République tchèque enregistraient les chiffres les plus bas, avec moins de 16 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants (graphique 8.14).

Au cours de la dernière décennie, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, mais à des rythmes différents (graphique 8.15), progressant fortement dans bien des pays où il était relativement faible. Ainsi au Mexique, où il est particulièrement peu élevé, il a été multiplié par huit en proportion de la population, entre 2000 et 2015, tandis qu'il quadruplait en Italie.

La progression a été plus modérée en ce qui concerne les pays où le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés par habitant était déjà supérieur à la moyenne. L'Allemagne a connu une hausse du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés, à partir de 2012, qui tient au moins en partie à l'ouverture, dans un certain nombre d'universités, de nouvelles filières de niveau supérieur venant s'ajouter aux formations classiques dispensées dans les écoles d'infirmiers de l'enseignement professionnel (Cassier-Woidasky, 2013). La Norvège a également enregistré une croissance modeste ces dernières années. Au Japon et en Finlande, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a régressé au début de la décennie avant de repartir en légère hausse plus récemment.

En France, le nombre de nouveaux diplômés des écoles d'infirmiers a augmenté de 87 % entre 2000 et 2015. Le *numerus clausus* fixé par le ministère de la Santé pour gérer l'entrée dans la formation à cette profession a été sensiblement relevé à partir de 1999. La plus grande partie de cette augmentation a eu lieu lors de l'année scolaire 2000/01 pour laquelle le quota annuel avait été relevé de 43 %, dans la perspective d'une baisse de l'offre de personnel infirmier résultant de la réduction du temps de travail à 35 heures par semaine et, de façon plus générale, en raison des nombreux départs à la retraite auxquels il fallait se préparer.

Définition et comparabilité

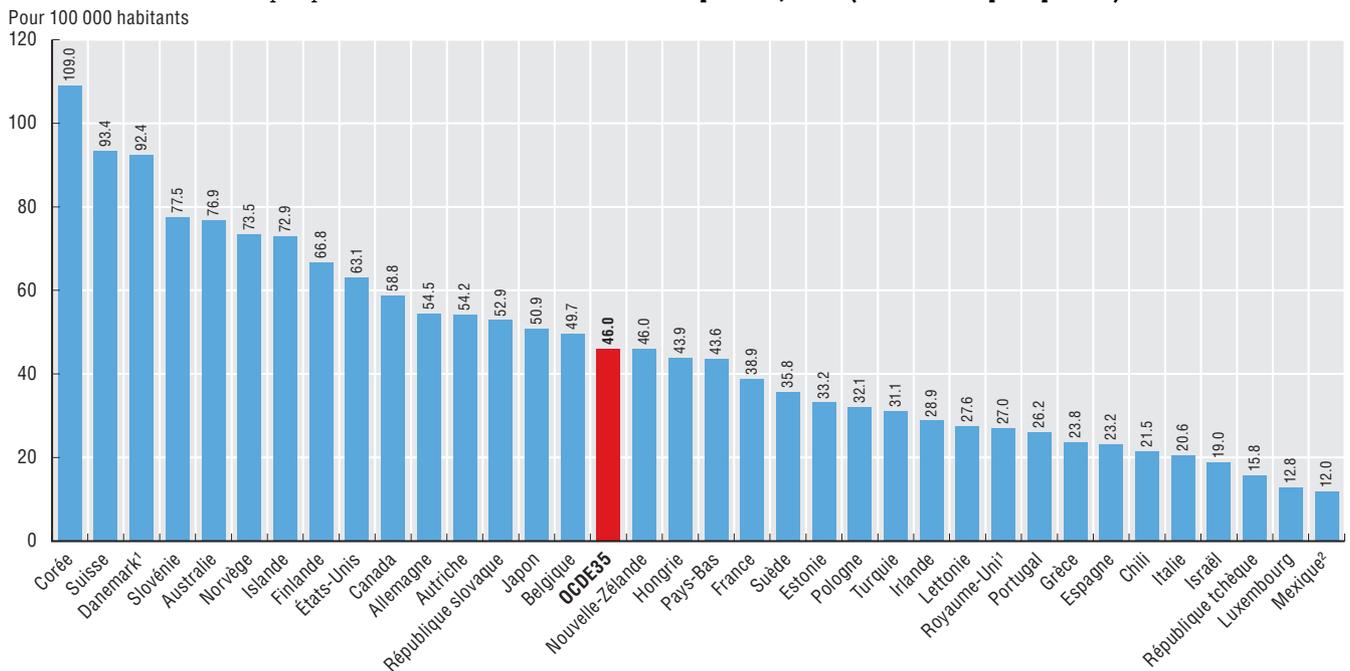
Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés correspond au nombre d'étudiants qui ont obtenu une qualification reconnue, nécessaire pour devenir infirmier enregistré ou agréé. Il comprend les diplômés sortant de filières de formation de personnel infirmier à des niveaux plus ou moins élevés. Il ne tient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

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

Références

- Cassier-Woidasky, A.K. (2013), « Nursing Education in Germany – Challenges and Obstacles in Professionalisation », DHBW, Stuttgart.
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

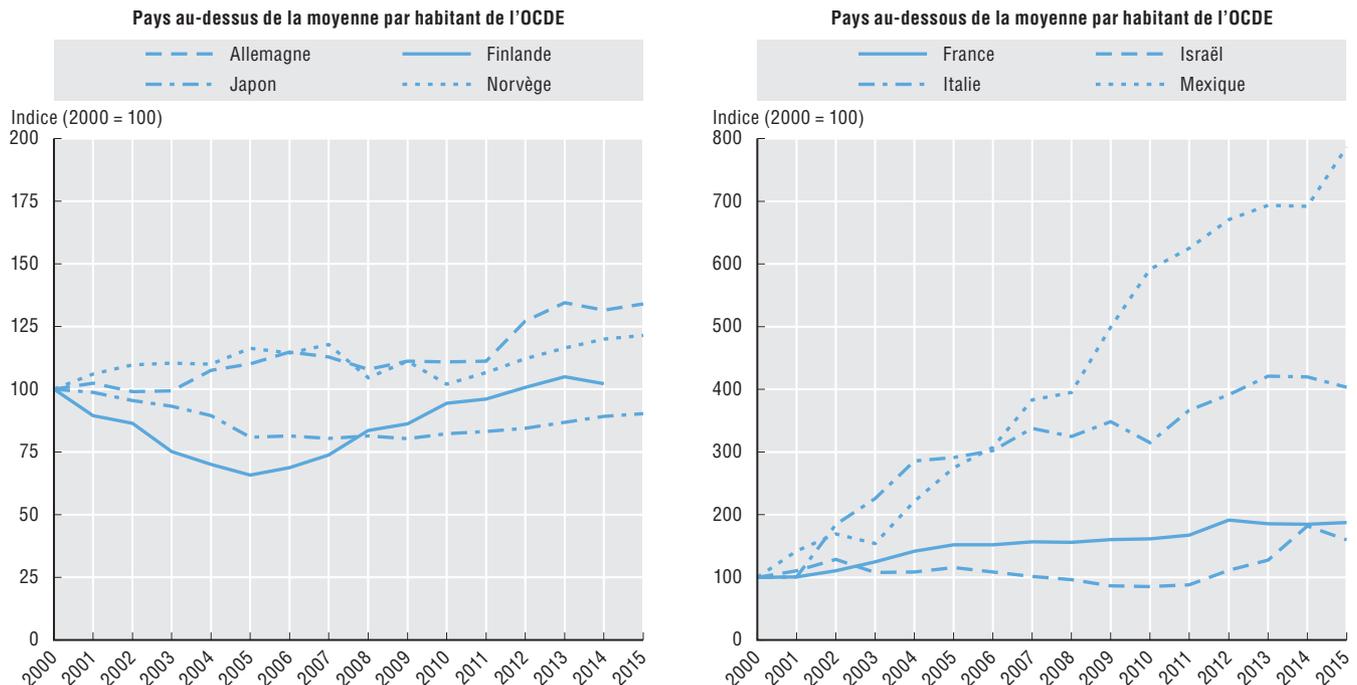
Graphique 8.14. **Infirmiers nouvellement diplômés, 2015 (ou année la plus proche)**



1. Pour le Danemark et le Royaume-Uni, les données concernent les nouveaux infirmiers recevant une habilitation à exercer, ce qui peut impliquer une surestimation en cas d'inclusion d'infirmiers formés à l'étranger.
 2. Pour le Mexique, les données ne concernent que le personnel infirmier issu d'une filière de niveau supérieur.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609264>

Graphique 8.15. **Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans divers pays de l'OCDE, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609283>

Rémunération du personnel infirmier

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

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

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

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier était, au minimum, légèrement au-dessus du salaire moyen de l'ensemble des travailleurs en 2015 (graphique 8.16). Au Mexique et au Chili, elle était presque deux fois plus élevée que le salaire moyen, tandis qu'en Israël, au Luxembourg et en Espagne, elle lui était supérieure, respectivement, de 49, 38 et 28 %. En Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, en Grèce et en Australie, elle était environ 20 % au-dessus du salaire moyen. Dans la plupart des autres pays, le salaire du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier était à peu près équivalent au salaire moyen, mais en Hongrie et en Lettonie, il lui était inférieur d'environ 10 et 20 % respectivement.

Convertie dans une monnaie commune (et corrigée des parités de pouvoir d'achat), la rémunération du personnel infirmier était approximativement cinq fois plus élevée au Luxembourg qu'en Hongrie et en Lettonie (graphique 8.17). Les infirmiers aux États-Unis avaient eux aussi un revenu relativement élevé par rapport à celui de leurs homologues des autres pays, ce qui explique, au moins en partie, pourquoi les États-Unis attirent de nombreux infirmiers étrangers.

La crise économique de 2008 n'a pas eu le même impact sur la rémunération des infirmiers dans tous les pays (graphique 8.18). Ainsi, la rémunération des infirmiers a connu une progression régulière aux Pays-Bas. Certains pays d'Europe centrale et orientale ont pris une série de mesures ces dernières années pour mieux retenir le personnel infirmier et autres professionnels de santé, y compris en augmentant les salaires malgré des budgets serrés. En Hongrie, une augmentation graduelle de 20 % des salaires des infirmiers et des médecins, étalée sur une période de trois ans, a été accordée en 2012. En République tchèque également, les infirmiers ont bénéficié d'une hausse de salaire à la suite d'actions de protestation des personnels hospitaliers en 2011 (toutefois, cette augmentation a été moindre que pour les médecins), qui s'est accompagnée d'une certaine amélioration de leurs conditions de travail à d'autres égards (OCDE, 2016).

Au lendemain de la récession, la rémunération du personnel infirmier a été réduite dans certains pays comme l'Italie, où les salaires ont été gelés ces dernières années. En Grèce, la rémunération du personnel infirmier s'est amenuisée de façon substantielle (-25 % en valeur réelle entre 2009 et 2015).

Définition et comparabilité

La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, qui comprend les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Elle inclut normalement tous les gains additionnels légaux tels que les primes et le paiement des gardes de nuit et des heures supplémentaires. Dans la plupart des pays, les données se rapportent spécifiquement au personnel infirmier qui travaille dans les hôpitaux ; toutefois, au Canada, elles couvrent aussi les infirmiers travaillant dans d'autres structures. Dans certains États fédéraux comme l'Australie, le Canada et les États-Unis, le niveau et la structure de la rémunération sont fixés à un échelon infranational, ce qui peut entraîner des différences entre les unités territoriales.

Les données concernent uniquement le personnel infirmier « de niveau supérieur » au Chili, en Irlande et aux États-Unis, d'où une surestimation comparativement aux pays où les infirmiers « de niveau intermédiaire » sont également pris en compte. Les données pour le Canada tiennent compte du personnel infirmier « de niveau supérieur » et des infirmiers nouvellement diplômés pas encore inscrits. Les données pour la Nouvelle-Zélande comprennent tous les infirmiers employés par les conseils régionaux de santé à financement public, qu'il s'agisse des infirmiers en titre (*registered nurses*) ou des autres, et incluent les aides-soignants (*health assistants*) qui ont un niveau de salaire sensiblement moindre et différemment structuré.

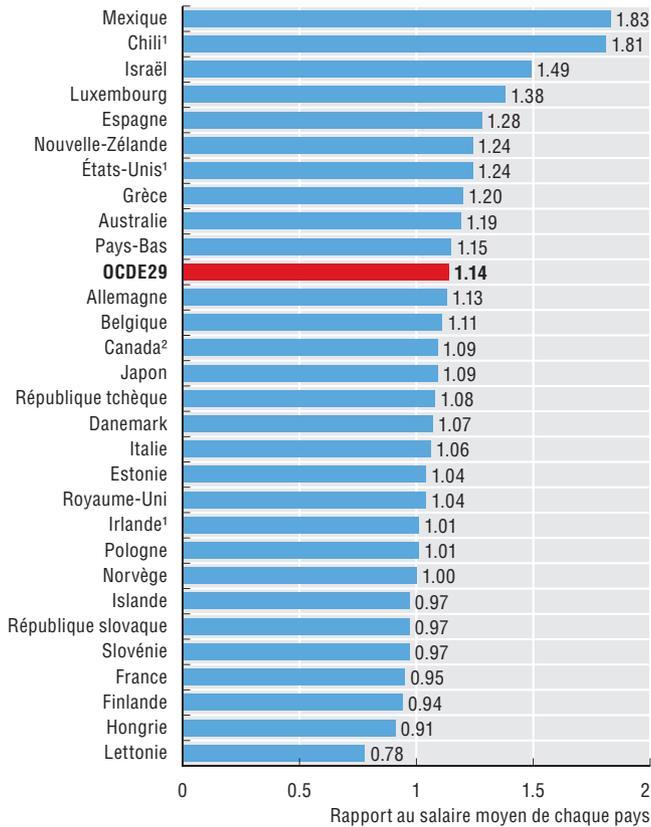
Les données ne portent que sur le personnel infirmier travaillant à temps plein, à l'exception de la Belgique, où les infirmiers à temps partiel sont aussi pris en compte (ce qui donne lieu à une sous-estimation). Pour certains pays (par exemple, l'Italie ou la Slovénie), elles n'incluent pas les revenus additionnels tels que le paiement des heures supplémentaires ou les primes. Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels qui, dans certains cas, peuvent représenter une part non négligeable du revenu total.

Le revenu du personnel infirmier est rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur l'emploi. Pour le calcul des tendances de la rémunération en termes réels, les déflateurs du PIB pour l'ensemble de l'économie sont utilisés.

Références

- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

Graphique 8.16. Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2015 (ou année la plus proche)

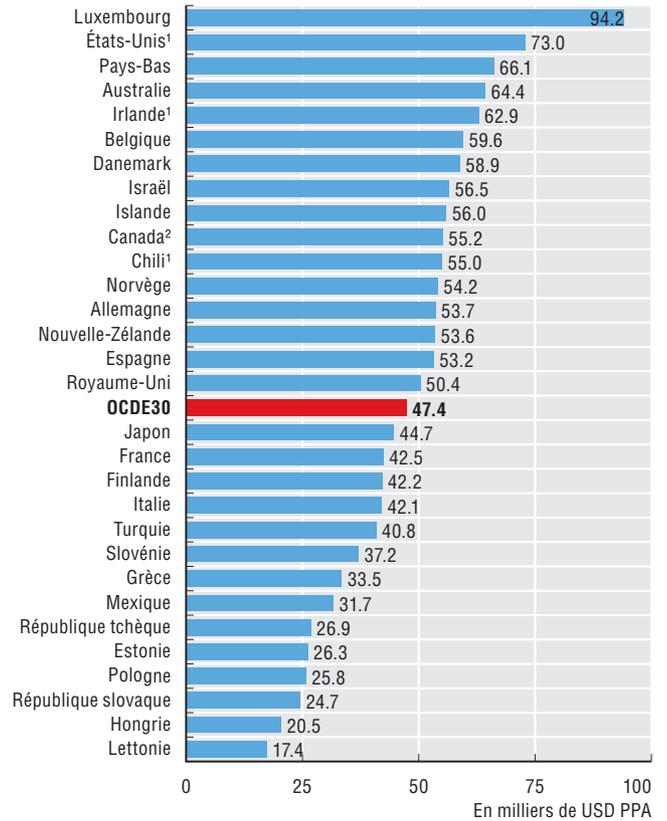


1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
2. Les données comprennent le personnel infirmier de niveau supérieur et les infirmiers nouvellement diplômés pas encore inscrits.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609302>

Graphique 8.17. Rémunération des infirmiers à l'hôpital en USD PPA, 2015 (ou année la plus proche)

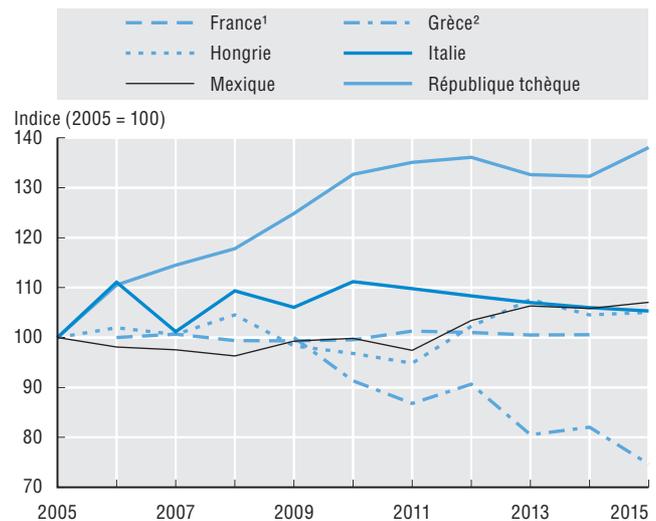
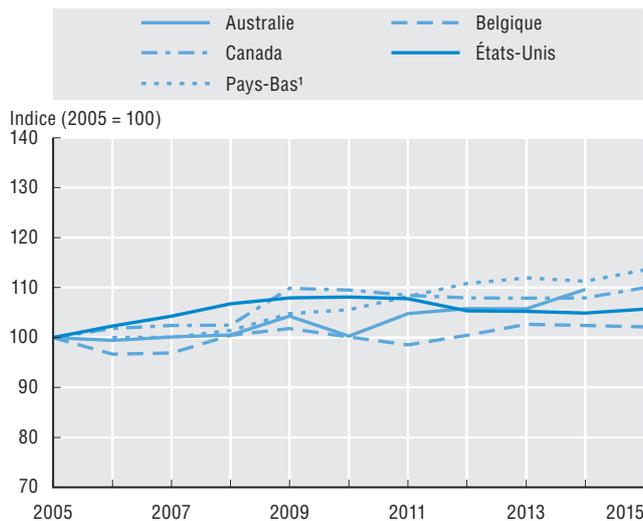


1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation).
2. Les données comprennent le personnel infirmier de niveau supérieur et les infirmiers nouvellement diplômés pas encore inscrits.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609321>

Graphique 8.18. Évolution de la rémunération des infirmiers à l'hôpital en termes réels, divers pays de l'OCDE, 2005-15



1. Indice pour la France et les Pays-Bas, 2006 = 100.
2. Indice pour la Grèce, 2009 = 100.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609340>

Médecins et personnel infirmier formés à l'étranger

La migration internationale des médecins et de personnel infirmier n'est pas un phénomène nouveau, mais elle attire fortement l'attention depuis quelques années car on craint qu'elle n'aggrave la pénurie de personnel de santé qualifié dans certains pays. Le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2010, a été conçu pour répondre à ces préoccupations. Il fournit aux pays un instrument pour promouvoir un recrutement plus éthique des personnels de santé, en les encourageant à tendre vers « l'autosuffisance » dans la formation des personnels de santé, tout en reconnaissant à toute personne le droit fondamental de migrer.

En 2015, la proportion des médecins formés à l'étranger était comprise entre 3 % ou moins en Estonie, en République slovaque, aux Pays-Bas, en Pologne, en Italie et en Turquie et plus de 30 % en Israël, en Nouvelle-Zélande, en Irlande, en Norvège et en Australie (graphique 8.19). En Israël, la très forte proportion des médecins formés à l'étranger reflète non seulement l'importance de l'immigration dans ce pays, mais aussi le fait qu'un tiers environ des nouvelles autorisations d'exercer sont délivrées à des personnes nées en Israël et formées à l'étranger. En Norvège, environ la moitié des médecins formés à l'étranger sont nés en Norvège mais ont quitté le pays pour suivre leurs études de médecine. Tous les médecins du Luxembourg sont formés à l'étranger, en l'absence d'une école de médecine dans ce pays.

Depuis 2000, le nombre et la proportion des médecins formés à l'étranger ont augmenté dans de nombreux pays de l'OCDE (graphique 8.21). Aux États-Unis, la proportion des médecins formés à l'étranger est restée relativement stable au fil du temps, mais le nombre de médecins formés à l'étranger a continué d'augmenter en valeur absolue (OCDE, 2016). La Suède a enregistré une forte progression du nombre et de la proportion des médecins formés à l'étranger, la plupart venant d'Allemagne, de Pologne et d'Irak. Ils ont aussi augmenté en nombre et en proportion en France et en Allemagne, quoique dans une moindre mesure. En France, cette hausse est due en partie à une reconnaissance plus complète des qualifications de médecins formés à l'étranger qui travaillaient déjà dans le pays, ainsi qu'à l'afflux de médecins provenant des nouveaux États membres de l'UE.

Dans presque tous les pays de l'OCDE, la proportion de personnel infirmier formé à l'étranger est beaucoup plus faible que celle des médecins formés à l'étranger. Toutefois, étant donné que le nombre total d'infirmiers est habituellement beaucoup plus élevé que celui des médecins, le nombre absolu des infirmiers formés à l'étranger est généralement supérieur à celui des médecins formés à l'étranger (OCDE, 2016). Le nombre et la proportion des infirmiers formés à l'étranger travaillant dans le système de santé d'un pays donné varient fortement d'un membre de l'OCDE à l'autre (graphique 8.20). Alors que la Slovénie, la Turquie, les Pays-Bas et l'Estonie ne comptaient pratiquement aucun infirmier formé à l'étranger en 2015, les infirmiers formés à l'étranger représentaient plus de 25 % du personnel infirmier en Nouvelle-Zélande, et entre 10 % et 20 % en Suisse, en Australie et au Royaume-Uni.

Le nombre et la proportion des infirmiers formés à l'étranger ont augmenté au cours des dix dernières années dans quelques pays de l'OCDE, dont la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Canada (graphique 8.22). L'accroissement de l'immigration d'infirmiers formés à l'étranger en Italie

entre 2000 et 2008 s'explique essentiellement par l'arrivée massive d'infirmiers formés en Roumanie, lesquels représentent désormais près de la moitié du personnel infirmier ayant suivi sa formation hors du pays. En France, le nombre d'infirmiers formés à l'étranger a augmenté, mais leur proportion reste faible, et il s'agit souvent de citoyens français ayant obtenu leur diplôme en Belgique. En Israël, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger n'a cessé de diminuer tandis que le nombre d'infirmiers ayant obtenu leur diplôme dans le pays a augmenté (voir l'indicateur sur le « Personnel infirmier nouvellement diplômé »).

Définition et comparabilité

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

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

Dans certains pays, la source des données couvre aussi les internes et résidents, tandis que, dans d'autres pays, ces médecins en cours de formation ne sont pas inclus. Du fait que les médecins formés à l'étranger sont souvent surreprésentés dans ces deux catégories, il est possible que leurs effectifs soient sous-estimés dans les pays où celles-ci ne sont pas prises en considération (par exemple, en Autriche, en France et en Suisse).

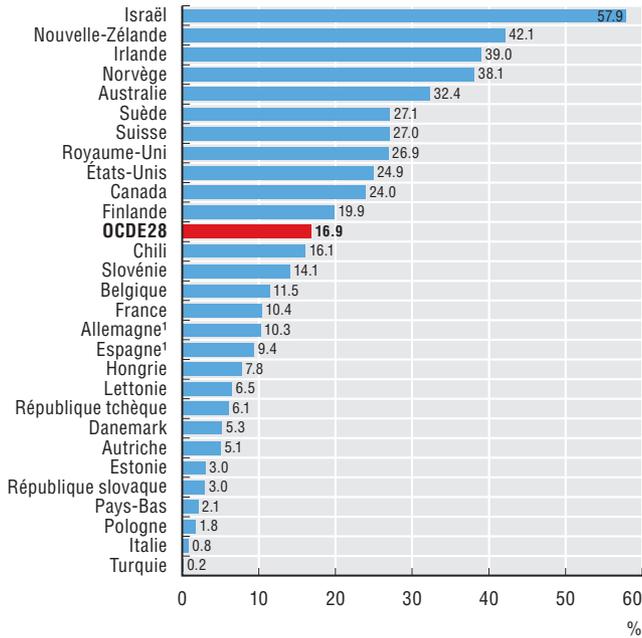
Les données pour l'Allemagne (sur les médecins formés à l'étranger) et pour certaines régions d'Espagne sont basées sur la nationalité (ou le lieu de naissance dans le cas de l'Espagne), et non sur le lieu de formation.

Références

Commission de haut niveau des Nations unies sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique (2016), *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*, OMS, Genève, www.who.int/hrh/com-heeg/reports.

OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.

Graphique 8.19. **Pourcentage des médecins formés à l'étranger, 2015 (ou année la plus proche)**

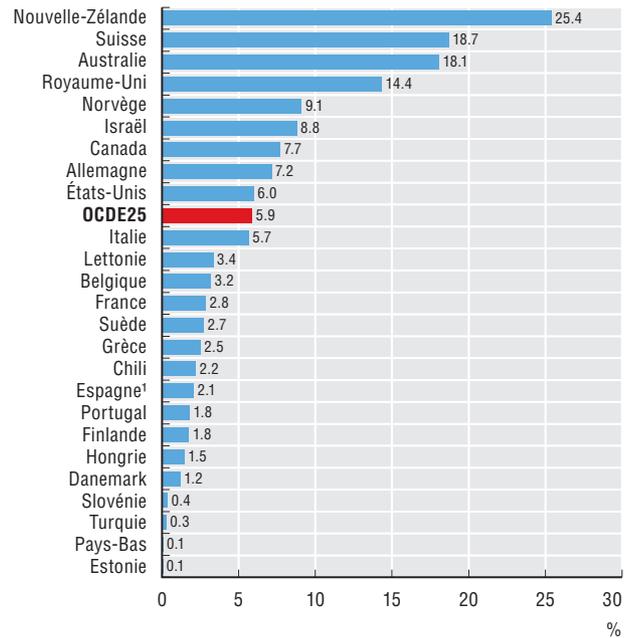


1. En Allemagne et dans certaines régions d'Espagne, les données sont basées sur la nationalité (ou sur le lieu de naissance dans le cas de l'Espagne), et non sur le lieu de formation.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609359>

Graphique 8.20. **Pourcentage du personnel infirmier formé à l'étranger, 2015 (ou année la plus proche)**

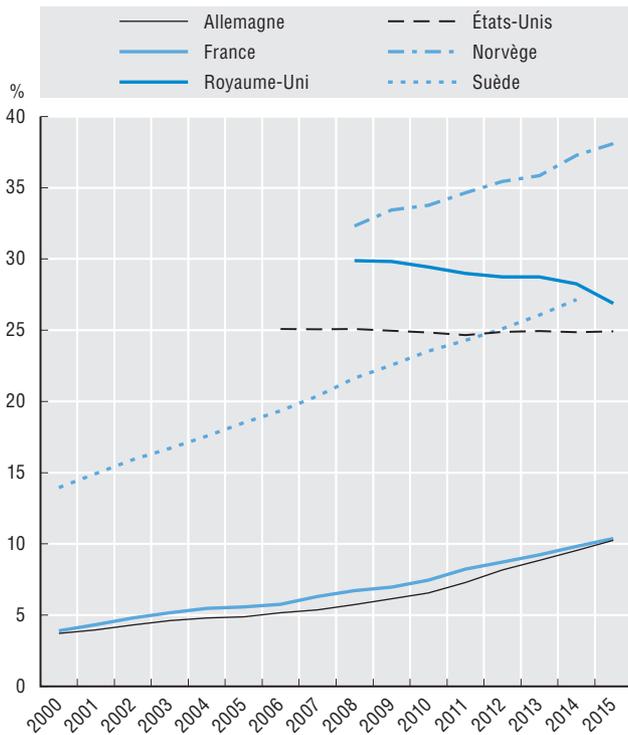


1. Dans certaines régions d'Espagne, les données sont basées sur la nationalité ou le lieu de naissance, et non sur le lieu de formation

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609378>

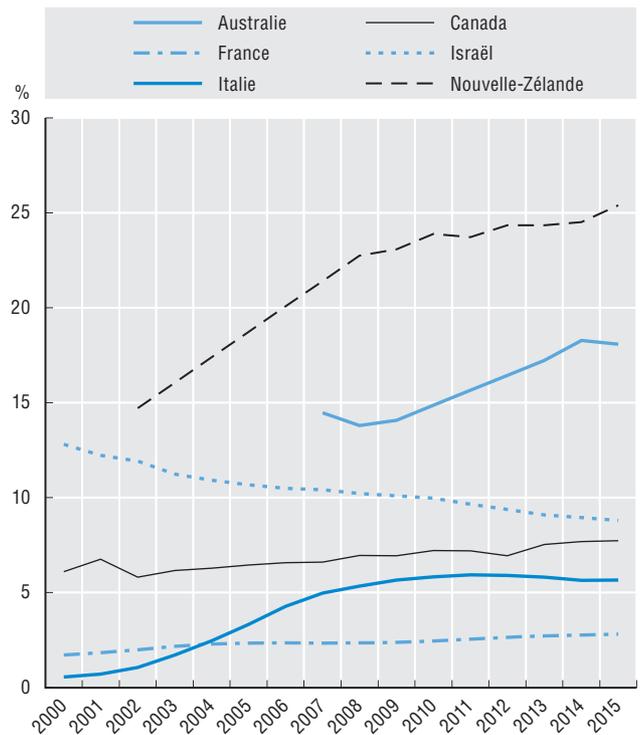
Graphique 8.21. **Évolution du pourcentage de médecins formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2000 à 2015**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609397>

Graphique 8.22. **Évolution du pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2000 à 2015**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609416>





9. SERVICES DE SANTÉ

Consultations de médecins

Technologies médicales

Lits d'hôpital

Sorties d'hôpital

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

Remplacements de la hanche ou du genou

Césariennes

Chirurgie ambulatoire

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

Consultations de médecins

Les consultations de médecins peuvent avoir lieu dans le cabinet ou la clinique du médecin, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. Dans de nombreux pays d'Europe (Danemark, Espagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République slovaque et Royaume-Uni par exemple), les patients sont obligés ou incités à consulter un médecin généraliste pour tout nouvel épisode de maladie. Le généraliste peut alors les envoyer consulter un spécialiste, s'il le juge utile. Dans d'autres pays, les patients peuvent consulter directement les spécialistes.

En 2015, le nombre de consultations de médecins par personne et par an s'échelonnait entre moins de 3 au Mexique et en Suède jusqu'à presque 13 et 16 au Japon et en Corée, respectivement (graphique 9.1). La moyenne de l'OCDE était de 6.9 consultations par personne et par an, la plupart des pays en déclarant entre 4 et 8. Des facteurs culturels peuvent expliquer en partie certaines variations d'un pays à l'autre. Toutefois, certaines caractéristiques des systèmes de santé peuvent avoir leur importance. Les méthodes de paiement des prestataires et le montant du ticket modérateur sont particulièrement pertinents. Ainsi, certains pays où les médecins sont payés à l'acte tendent à avoir des taux de consultations supérieurs à la moyenne (par exemple, le Japon ou la Corée), alors que les pays où les médecins sont majoritairement salariés ont généralement des taux inférieurs à la moyenne (par exemple, le Mexique, la Finlande et la Suède). Toutefois, il existe des exemples de pays, comme la Suisse et les États-Unis, où les médecins sont principalement rémunérés à l'acte mais où les taux de consultation sont inférieurs à la moyenne. Dans ces pays, le montant du ticket modérateur peut être élevé, ce qui peut avoir une incidence sur le coût des soins de santé et donc dissuader les patients de consulter un médecin (voir l'indicateur « Besoins en soins médicaux non satisfaits en raison de leur coût » dans le chapitre 5).

En Suède et en Finlande, le faible nombre de consultations de médecins peut aussi s'expliquer en partie par le fait que les personnels infirmiers et les autres professionnels de santé jouent un rôle plus important dans l'offre de soins primaires aux patients dans les centres de santé, réduisant le besoin de recourir à un médecin (Delamaire et Lafortune, 2010).

Depuis 2000, le nombre moyen de consultations de médecins par personne reste relativement stable dans la zone OCDE (passant de 6.5 à 6.9). Toutefois, il a fortement augmenté au fil du temps dans certains pays (Corée et Turquie). Dans d'autres pays, le nombre de consultations par personne a baissé. C'est le cas au Japon, en République tchèque et en République slovaque, bien que ce chiffre reste très supérieur à la moyenne dans ces trois pays.

On peut utiliser les informations sur le nombre de consultations de médecins par personne pour estimer le nombre annuel de consultations par médecin. Cet indicateur ne doit pas être pris comme une mesure de la productivité des médecins, d'une part parce que la durée et l'efficacité des consultations peuvent varier et d'autre part parce qu'il ne prend pas en compte les services que les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés, les tâches administratives et les travaux de recherche. En gardant ces réserves à l'esprit, c'est en Corée et au Japon que le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé, suivis par la Turquie et la Hongrie (graphique 9.2). À l'inverse, c'est en Suède et en Norvège qu'il est le plus faible, deux pays où les

consultations de médecins, aussi bien dans les hôpitaux que dans un contexte de soins primaires, tendent à s'adresser en priorité aux patients dont le cas est relativement grave ou complexe.

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

Définition et comparabilité

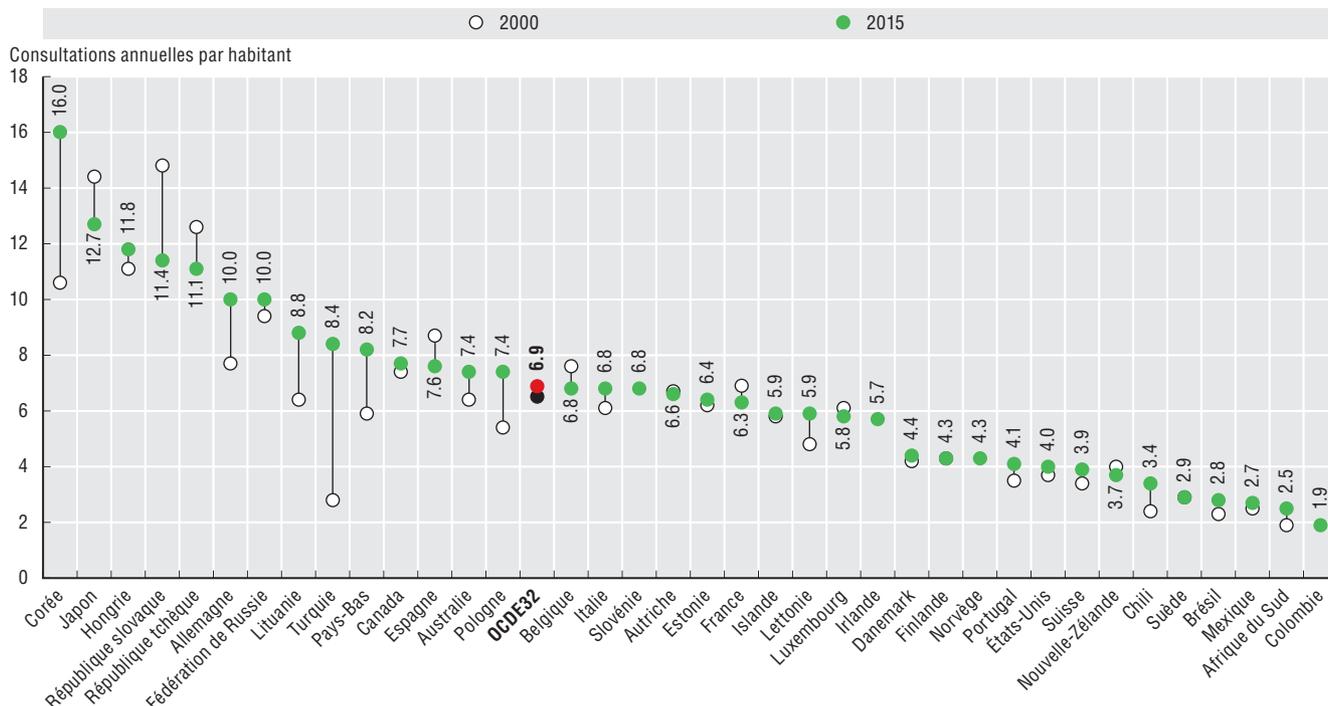
Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts avec des généralistes ou des spécialistes. On observe des variations entre les pays dans la couverture des consultations, concernant notamment les services de consultations externes des hôpitaux. Les données proviennent principalement de sources administratives, bien que dans certains pays (Espagne, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas et Suisse), elles soient tirées d'enquêtes de santé par entretien. Les estimations provenant de sources administratives tendent à être plus élevées que celles issues d'enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

En Hongrie, les chiffres incluent les consultations pour des examens diagnostiques comme les CT scanners et IRM (d'où une surestimation). Les chiffres des Pays-Bas ne prennent pas en compte les consultations pour les soins maternels et infantiles. Les données pour le Portugal n'englobent pas les consultations de praticiens privés (d'où une sous-estimation). En Allemagne, les consultations de médecins ne représentent que le nombre de cas de traitement médical suivant les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie (un cas ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte un médecin plus souvent, d'où une sous-estimation). Les consultations par téléphone sont prises en compte dans certains pays (comme l'Espagne). En Turquie, la majorité des consultations de médecins ont lieu dans les services de consultations externes des hôpitaux.

Références

- Delamaire, M.-L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », *Document de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 54, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hu77vw47-fr>.
- Devaux, M. et M. de Looper (2012), « Income-related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 58, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.

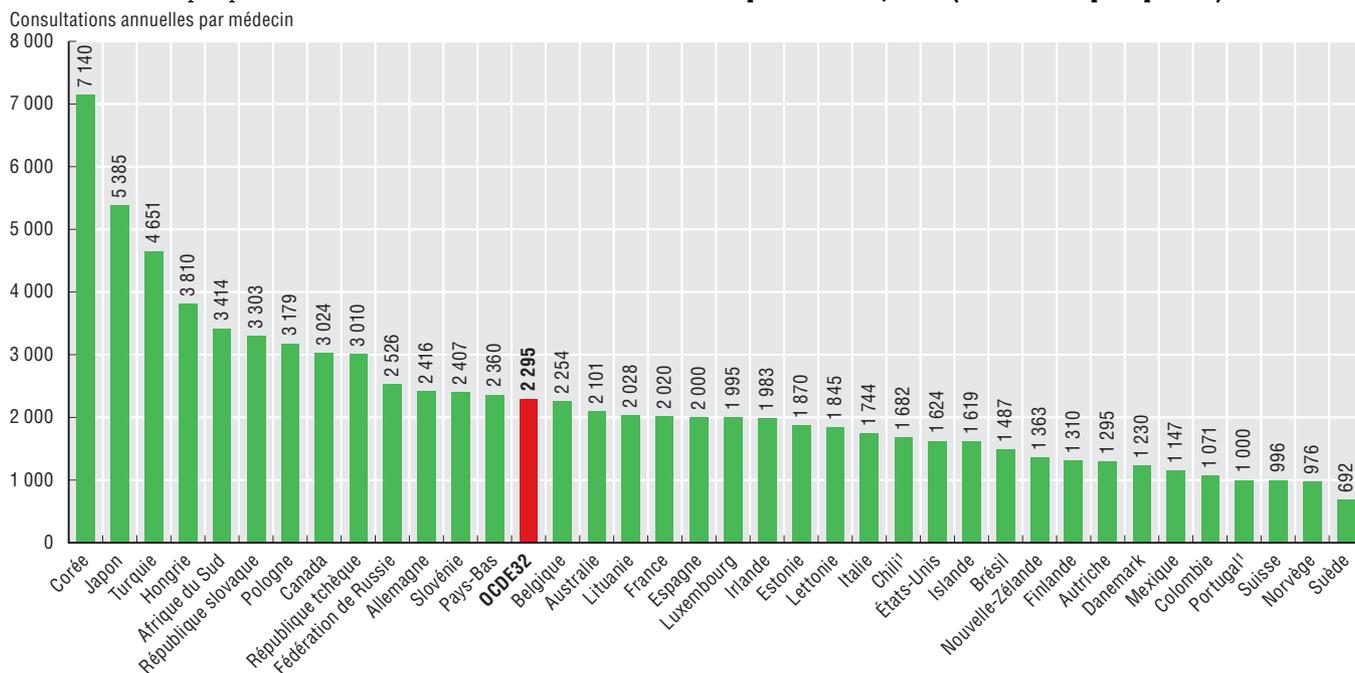
Graphique 9.1. Consultations de médecins par habitant, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609435>

Graphique 9.2. Estimation du nombre de consultations par médecin, 2015 (ou année la plus proche)



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609454>

Les nouvelles technologies médicales permettent d'améliorer les diagnostics et les traitements, mais elles contribuent également à l'augmentation des dépenses de santé. Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic par imagerie : la tomodensitométrie (CT scanner) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Les examens de CT et d'IRM aident les médecins à diagnostiquer plus facilement diverses pathologies. Contrairement aux techniques traditionnelles de radiographie et de scanner, les examens par IRM n'exposent pas les patients à un rayonnement ionisant.

Ces 20 dernières années, le nombre des CT scanners et des appareils d'IRM a augmenté rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon est, de loin, le pays qui a le plus grand nombre de scanners et d'appareils d'IRM par habitant, suivi par les États-Unis pour les appareils d'IRM et par l'Australie pour les scanners (graphiques 9.3 et 9.4). L'Allemagne, la Corée, la Grèce, l'Islande, l'Italie et la Suisse sont également bien mieux équipées que la moyenne de l'OCDE. On observe les chiffres les plus bas pour le nombre d'appareils d'IRM et de CT scanners par habitant au Mexique, en Hongrie, en Israël et au Royaume-Uni.

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

On dispose de données sur l'utilisation de ces appareils de diagnostic pour un certain nombre de pays. Dans ce groupe plus limité, le nombre d'examen d'IRM par habitant est maximum en Turquie, en Allemagne, aux États-Unis, au Japon et en France, où le nombre d'IRM est supérieur à 100 pour 1 000 habitants (graphique 9.5). Aux États-Unis, le nombre (absolu) d'examen d'IRM a plus que doublé entre 2000 et 2015. En Turquie, l'augmentation a été encore plus forte, avec un chiffre multiplié par trois entre 2008 et 2015. Dans ce pays, on observe de plus en plus clairement que les examens d'IRM sont prescrits systématiquement à des patients présentant des problèmes de santé variés, d'où une surutilisation. Le nombre d'examen de CT par habitant est maximum aux États-Unis, suivis par le Japon et le Luxembourg (graphique 9.6).

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

Des recommandations cliniques ont été publiées dans plusieurs pays de l'OCDE afin de promouvoir un usage plus

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

Définition et comparabilité

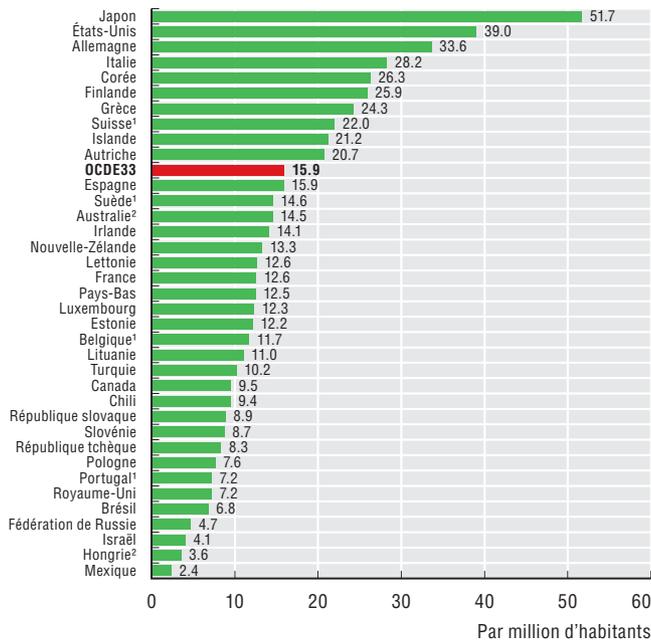
Dans la plupart des pays, les données couvrent les appareils d'IRM et les CT scanners installés dans les hôpitaux et dans le secteur ambulatoire ; toutefois, dans quelques pays, la couverture est plus limitée. Les appareils d'IRM et les CT scanners installés en dehors des hôpitaux ne sont pas comptabilisés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

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

Références

- Choosing Wisely (2015), « Recommendations from the American Society of Anesthesiologists », disponible à l'adresse suivante : www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-anesthesiologists-imaging-studies-for-acute-low-back-pain/.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2012), *Published Diagnostics Guidance*, disponible à l'adresse suivante : www.nice.org.uk/guidance/published.
- OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

Graphique 9.3. Appareils d'IRM, 2015 (ou année la plus proche)

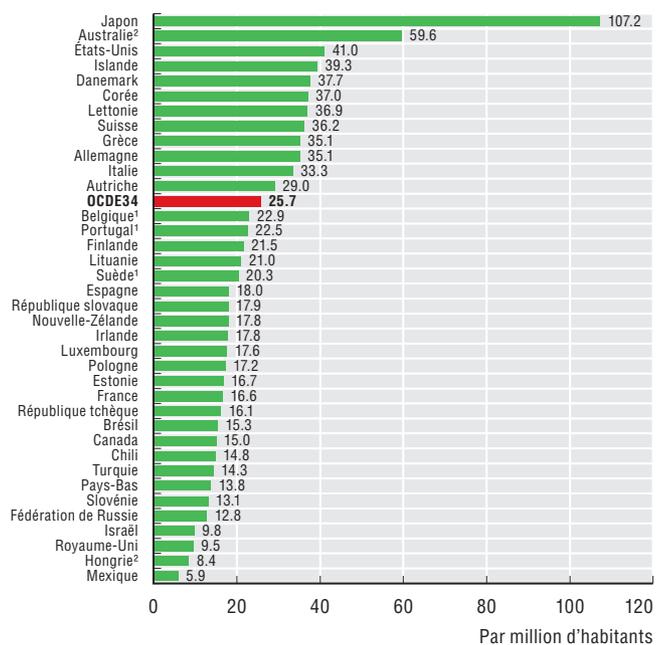


1. Équipement hors hôpital non inclus.
2. Appareils couverts par les remboursements publics seuls.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609473>

Graphique 9.4. CT scanners, 2015 (ou année la plus proche)

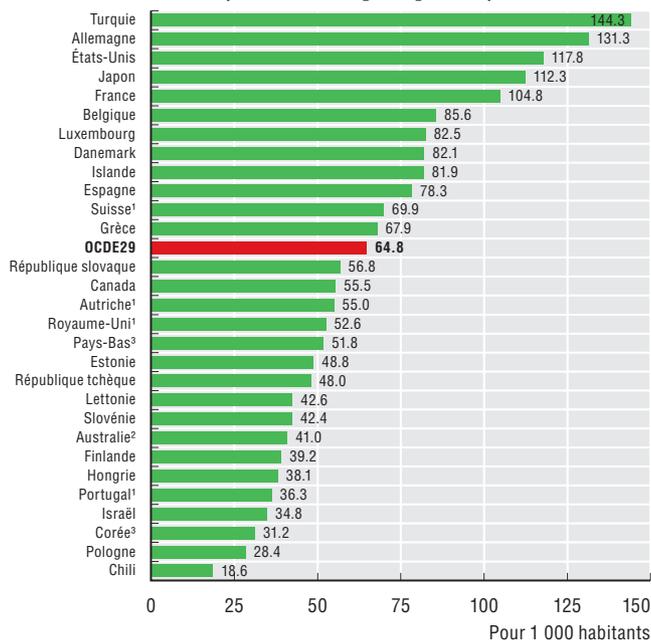


1. Équipement hors hôpital non inclus.
2. Appareils couverts par les remboursements publics seuls.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609492>

Graphique 9.5. Examens d'IRM, 2015 (ou année la plus proche)

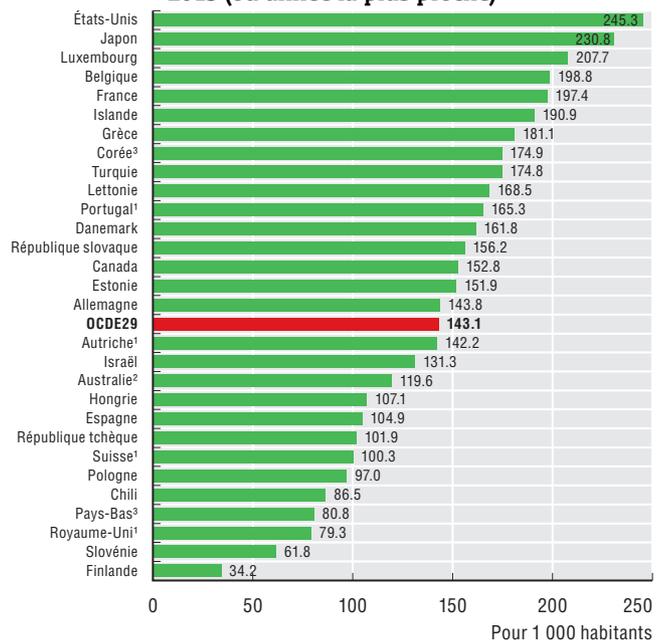


1. Examens hors hôpital non inclus.
2. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609511>

Graphique 9.6. Examens de CT scanners, 2015 (ou année la plus proche)



1. Examens hors hôpital non inclus.
2. Examens remboursés par des fonds publics non inclus.
3. Examens remboursés par des fonds privés non inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609530>

Lits d'hôpital

Le nombre de lits d'hôpital fournit une indication sur les ressources disponibles pour l'offre de services aux patients hospitalisés. La présente section fournit des données sur le nombre de lits d'hôpital de façon globale en 2000 et en 2015 et pour différents types de soins (curatifs, de réadaptation, de longue durée et autres fonctions). Elle fournit également un indicateur du taux d'occupation dans le temps des lits affectés aux soins curatifs.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est au Japon et en Corée que le nombre de lits d'hôpital par habitant demeure le plus élevé, avec respectivement 13.2 et 11.5 lits pour 1 000 habitants en 2015 (graphique 9.7). Dans ces deux pays, il existe des « admissions sociales » à l'hôpital, ce qui signifie qu'une proportion importante de lits est affectée aux soins de longue durée pour faire face au vieillissement de la population. Le nombre de lits d'hôpital est également bien supérieur à la moyenne de l'OCDE dans la Fédération de Russie, en Allemagne et en Autriche. En revanche, certains des principaux pays partenaires en Asie (Inde et Indonésie) disposent de très peu de lits d'hôpital par rapport à la moyenne de l'OCDE. Il en est de même pour les pays d'Amérique latine (Mexique, Colombie, Chili et Brésil).

Le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué au cours des dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, passant en moyenne de 5.6 pour 1 000 habitants en 2000 à 4.7 en 2015. Cette diminution résulte en partie de l'effort consenti par la plupart des pays, en raison notamment des progrès des technologies médicales, qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire pour un certain nombre d'actes et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation. Dans de nombreux pays d'Europe, la crise financière et économique qui a débuté en 2008 a aussi apporté une impulsion supplémentaire à la diminution de la capacité des hôpitaux conformément aux mesures de réduction des dépenses publiques de santé. Seules la Corée, la Chine et la Turquie ont vu leur nombre de lits d'hôpital par habitant augmenter depuis 2000. De manière générale, les plus fortes diminutions du nombre de lits ont été observées dans les pays qui disposaient d'un nombre élevé de lits en 2000.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, environ trois quarts (77 %) des lits d'hôpital sont affectés aux soins curatifs (graphique 9.8). Le quart restant est affecté aux soins de longue durée (12 %), à la réadaptation (9 %), et aux autres types de soins (2 %). Dans certains pays, la proportion des lits affectés à la réadaptation et aux soins de longue durée est toutefois bien supérieure à cette moyenne. En Corée et au Japon, pour les raisons évoquées ci-dessus, respectivement 37 % et 20 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins de longue durée. En Finlande, cette part est aussi relativement élevée (28 %) du fait que les collectivités locales (municipalités) utilisent des lits dans des « centres de soins » (en fait définis comme des hôpitaux) pour certains soins de longue durée normalement dispensés en institution. En Allemagne, en France et en Pologne, environ un quart des lits d'hôpital sont affectés aux soins de réadaptation.

Dans un certain nombre de pays, la réduction du nombre de lits d'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation. En 2015, le taux d'occupation des lits de

soins curatifs s'établissait à 76 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit un taux à peine supérieur au niveau de 2000 (graphique 9.9). Cela s'explique par le fait que l'augmentation générale du taux d'occupation (due à la réduction du nombre de lits) est compensée par les quelques baisses importantes du taux d'occupation observées en Norvège, au Japon et en Lettonie, ainsi que par les baisses plus modérées constatées dans certains pays tels que la Suisse, l'Allemagne, la République slovaque et la Corée. L'Irlande et Israël enregistraient le taux le plus élevé avec approximativement 94 %, suivis par le Canada (92 %) et le Royaume-Uni (84 %).

Définition et comparabilité

On entend par lits d'hôpital tous les lits régulièrement ouverts et dotés en personnel qui sont immédiatement disponibles dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et autres hôpitaux spécialisés. Ils ne prennent pas en compte les lits dans les établissements de soins de longue durée (OCDE, 2017).

Les lits de soins curatifs permettent d'accueillir des patients lorsque l'intention principale est de réaliser une ou plusieurs des tâches suivantes : soigner des maladies ou traiter des blessures, effectuer des actes chirurgicaux, soulager les symptômes de blessures ou de maladies (à l'exclusion des soins palliatifs), réduire la gravité de blessures ou de maladies, éviter l'aggravation de blessures ou de maladies ainsi que les complications de blessures ou de maladies qui pourraient menacer la vie ou les fonctions normales, effectuer des actes de diagnostic ou thérapeutiques, aider les femmes qui accouchent (obstétrique). Dans certains pays, ces lits comprennent tous les lits de soins psychiatriques (curatifs ou non).

Les lits de soins de réadaptation permettent d'accueillir des patients lorsque l'intention principale est de stabiliser, d'améliorer ou de restaurer les fonctions corporelles altérées.

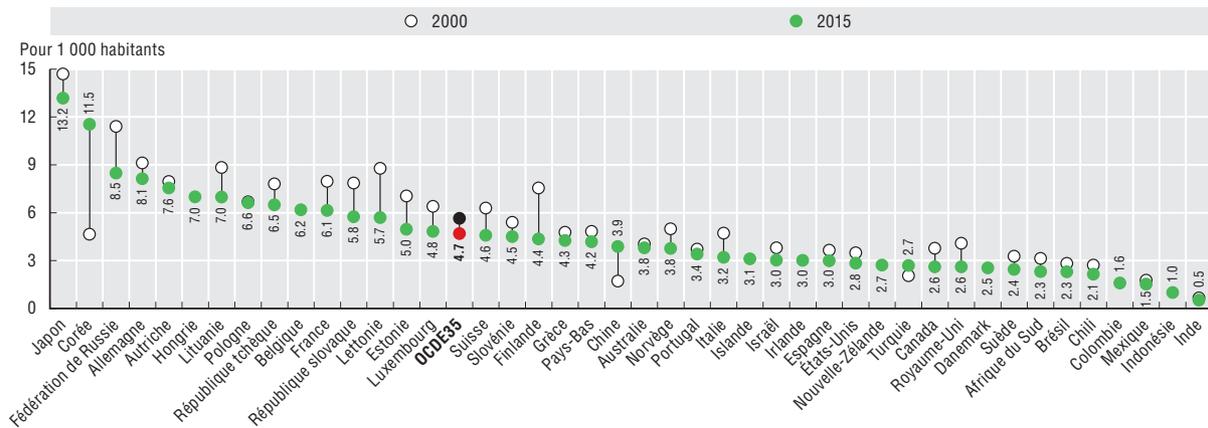
Les lits de soins de longue durée sont les lits d'hôpital accueillant des patients qui ont besoin de soins de longue durée du fait de déficiences chroniques et d'une autonomie réduite dans les activités de la vie quotidienne. Ils comprennent les lits des services de soins de longue durée des hôpitaux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

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

Références

OCDE (2017), *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

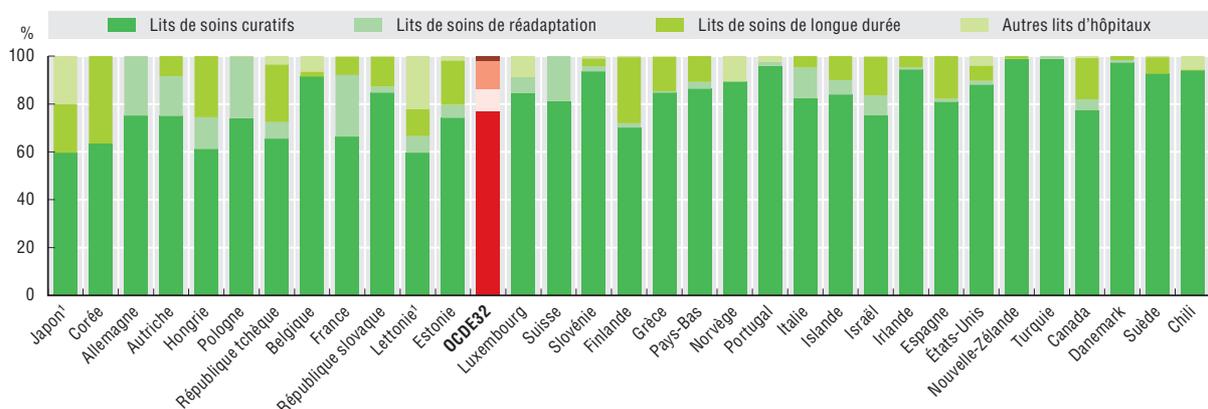
Graphique 9.7. Lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609549>

Graphique 9.8. Lits d'hôpitaux par type de soins, 2015 (ou année la plus proche)



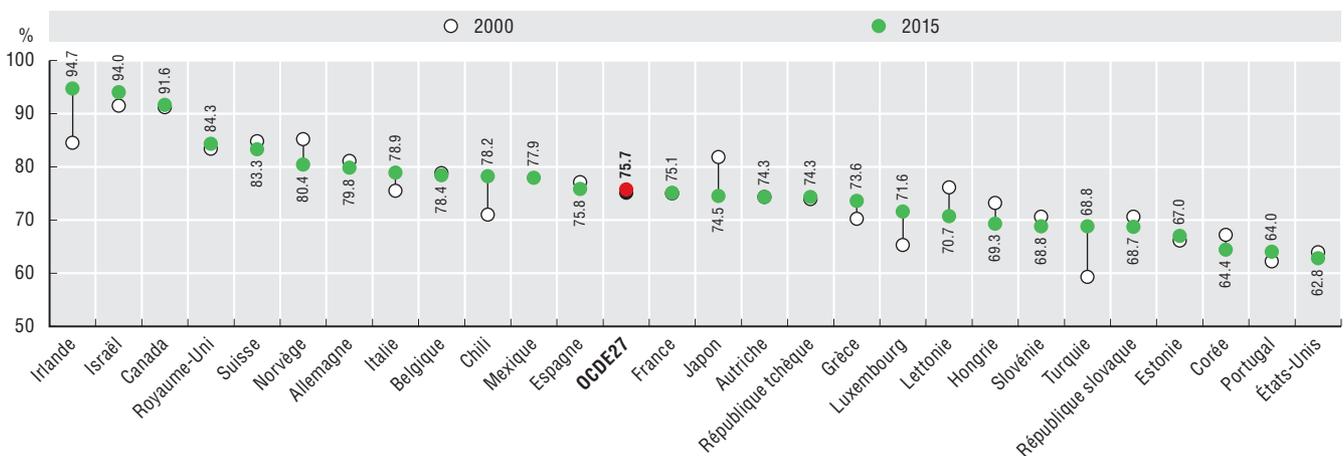
Note : Pays classés du plus grand au plus petit nombre total de lits d'hôpitaux par habitant.

1. Au Japon et en Lettonie, les lits pour soins psychiatriques sont comptabilisés dans la catégorie des « autres lits ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609568>

Graphique 9.9. Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609587>

Sorties d'hôpital

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

En 2015, les taux de sorties d'hôpital les plus élevés étaient enregistrés en Autriche et en Allemagne, suivies de la Lituanie et de la Fédération de Russie (graphique 9.10). Les taux les plus bas étaient enregistrés en Colombie, au Mexique, au Brésil et au Canada. En général, les pays qui ont un nombre relativement élevé de lits d'hôpital ont aussi un taux de sorties élevé. Ainsi, le nombre de lits d'hôpital par habitant en Autriche et en Allemagne est plus de deux fois supérieur à celui du Canada et de l'Espagne, et les taux de sorties sont également deux fois plus élevés (voir l'indicateur « Lits d'hôpital »).

Dans les pays de l'OCDE, les principales causes d'hospitalisation en 2015 étaient les maladies circulatoires, la grossesse et l'accouchement, les blessures et autres causes externes, les maladies du système digestif, les cancers et les maladies respiratoires.

L'Allemagne, l'Autriche, la Hongrie et la Lettonie ont les taux de sortie les plus élevés pour les maladies circulatoires ; l'Autriche, la Grèce, l'Allemagne et la Hongrie ont les taux de sortie les plus élevés pour les cancers (graphiques 9.11 et 9.12). Les taux de sorties élevés pour les maladies circulatoires en Hongrie vont de pair avec un grand nombre de personnes souffrant de pathologies cardiaques et circulatoires (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies circulatoires » dans le chapitre 3), mais ce n'est pas le cas pour l'Allemagne et l'Autriche. De même, l'incidence du cancer n'est pas plus élevée en Autriche, en Allemagne ou en Grèce que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Incidence du cancer » dans le chapitre 3). En Autriche, le taux élevé de sorties est associé à un taux élevé de réadmissions à l'hôpital pour des examens complémentaires et le traitement des patients du cancer (Commission européenne, 2008).

Les tendances des taux de sorties d'hôpital sont très variables d'un pays de l'OCDE à l'autre. Depuis 2000, les taux de sorties ont augmenté dans certains pays où ils étaient bas au début de la période et ont connu ensuite une forte hausse (par exemple, Corée, Turquie et Chine) ainsi que dans d'autres pays comme l'Allemagne où ils étaient déjà au-dessus de la moyenne. Dans d'autres pays (par exemple, France, Portugal et États-Unis), ils sont restés relativement stables, alors que dans d'autres pays encore (par exemple, Finlande, Hongrie, Islande, Italie et Lettonie), les taux de sorties ont chuté entre 2000 et 2015.

L'évolution des sorties d'hôpital résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. La demande d'hospitalisation peut augmenter avec le vieillissement de la population, étant donné que les personnes âgées représentent un pourcentage très élevé des sorties d'hôpital. Toutefois, le vieillissement démographique peut être en lui-même un facteur moins important pour expliquer l'évolution des taux d'hospitalisation

que les changements des technologies médicales et des pratiques cliniques. Souvent, la diffusion des nouvelles interventions médicales s'étend progressivement aux groupes de population plus âgés, à mesure qu'elles deviennent plus sûres et plus efficaces pour ces catégories. Cependant, cette diffusion de nouvelles technologies médicales peut aussi entraîner une réduction des hospitalisations si elle remplace des actes nécessitant une nuit d'hospitalisation par d'autres avec sortie le jour même. Dans le groupe de pays où les taux de sorties ont diminué depuis 2000, on observe une forte augmentation du nombre d'interventions en chirurgie de jour (voir l'indicateur « Chirurgie ambulatoire »).

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

Définition et comparabilité

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

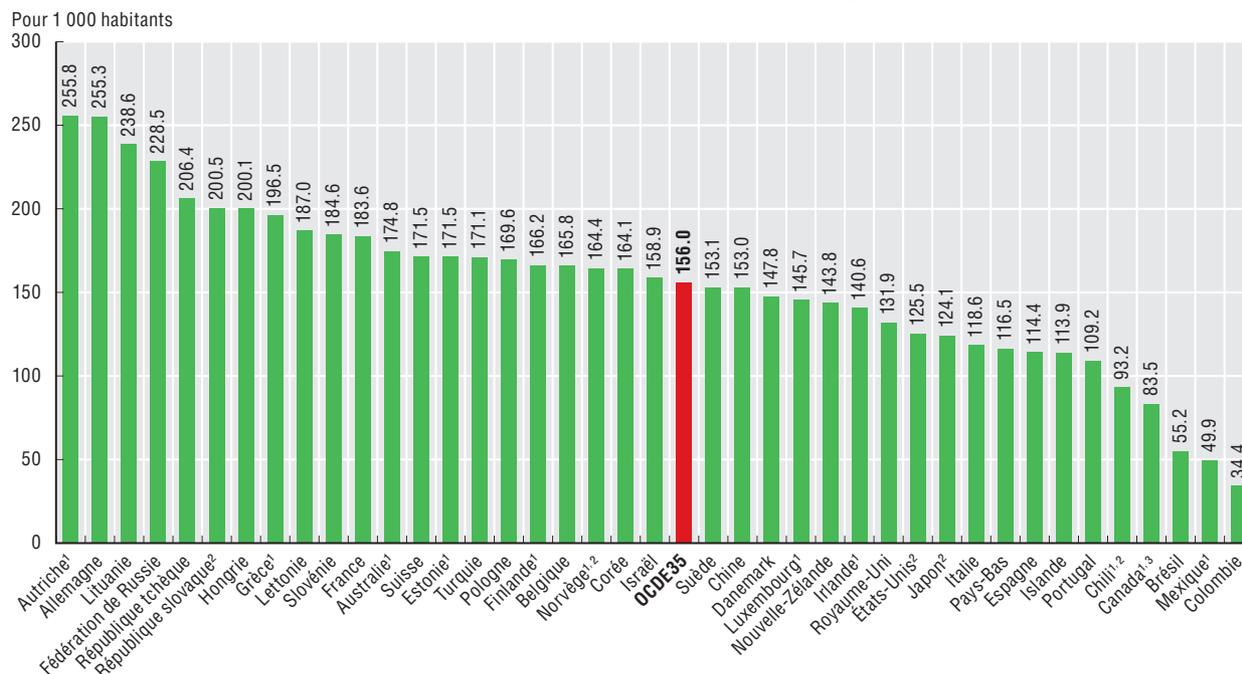
Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus des taux de sorties dans un certain nombre de pays (Australie, Autriche, Canada, Chili, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Luxembourg, Mexique, Norvège). Ils représentent environ 3 à 10 % de toutes les sorties.

Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données du Mexique, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics. Les données pour l'Irlande couvrent les hôpitaux publics de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques (publics et privés). Les données pour le Canada et les États-Unis ne prennent en compte que les hôpitaux de soins aigus/court séjour.

Références

- Commission européenne (2008), *Hospital Data Project Phase 2, Final Report*, Commission européenne, Luxembourg.
- OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.

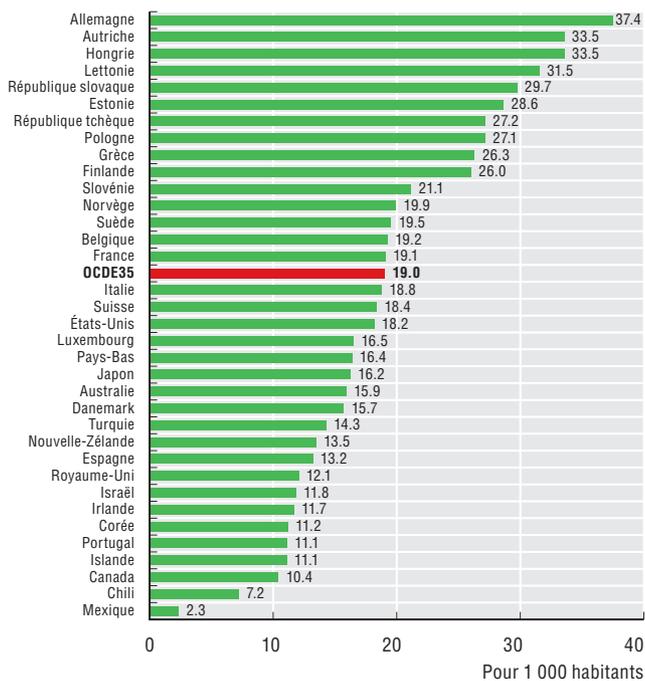
Graphique 9.10. Sorties d'hôpital, 2015 (ou année la plus proche)



1. Exclut les sorties d'hôpitaux des nouveaux-nés en bonne santé (entre 3 à 10% de l'ensemble des sorties).
 2. Inclut les sorties le jour même de l'admission.
 3. Les données du Canada incluent uniquement les sorties des hôpitaux de soins curatifs (aigus).
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

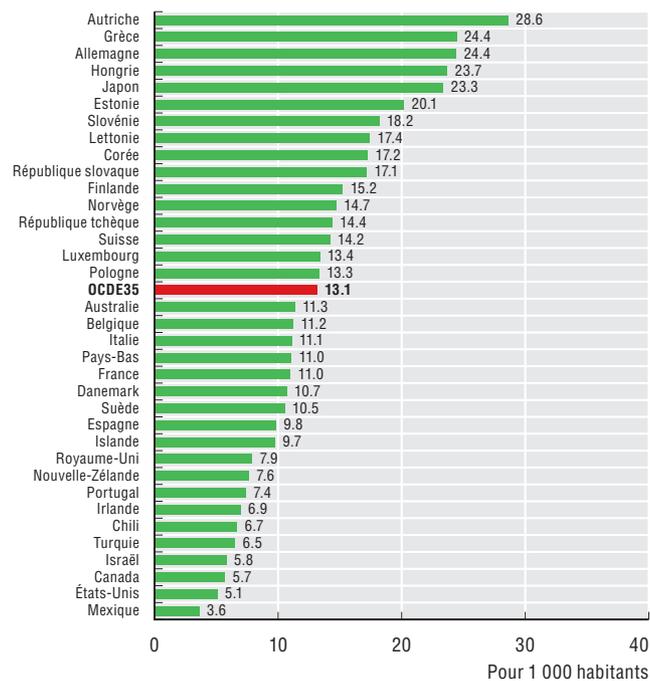
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609606>

Graphique 9.11. Sorties d'hôpital pour une maladie circulaire, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609625>

Graphique 9.12. Sorties d'hôpital pour un cancer, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609644>

Durée moyenne de séjour à l'hôpital

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est souvent considérée comme un indicateur d'efficacité. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins vers le cadre moins onéreux des soins de suite. Les séjours plus longs peuvent être un indicateur de soins de mauvaise qualité : l'inefficacité des processus hospitaliers peut entraîner des retards en matière de traitement des patients ; à la suite d'erreurs et de soins de mauvaise qualité, les patients peuvent avoir besoin d'un traitement complémentaire ou d'un temps de récupération plus long ; en raison d'une mauvaise coordination entre les différentes parties du système de santé, les personnes peuvent devoir rester à l'hôpital en attendant que les soins courants leur soient prodigués. Dans le même temps, certaines personnes peuvent sortir trop tôt, alors qu'un séjour hospitalier plus long aurait pu améliorer leurs résultats ou réduire le risque de réadmission.

En 2015, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, toutes causes confondues, dans les pays de l'OCDE était d'environ huit jours (graphique 9.13). C'est en Turquie et au Mexique que la durée d'hospitalisation était la plus courte, avec environ quatre jours, tandis qu'elle était la plus longue au Japon et en Corée, avec plus de 16 jours. Dans la plupart des pays, la durée moyenne de séjour a diminué depuis 2000, notamment au Japon, en Suisse, au Royaume-Uni et en Israël. On note cependant une augmentation de la durée moyenne en Corée et en Hongrie (et très légèrement en Italie, au Canada et en Afrique du Sud).

Si l'on considère la durée moyenne de séjour pour des maladies ou états spécifiques, on peut neutraliser dans une certaine mesure l'effet des différences de gravité ou de nature des cas. La durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement normal en 2015 était légèrement inférieure à trois jours en moyenne (graphique 9.14), dans une fourchette comprise entre moins de deux jours au Mexique, en Turquie, au Royaume-Uni, au Canada, en Islande et aux Pays-Bas, et environ cinq jours en République slovaque et en Hongrie. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement a diminué depuis 2000.

La durée moyenne d'hospitalisation après un infarctus aigu du myocarde était de 6.5 jours en moyenne en 2015. On observait les séjours les plus courts dans les pays scandinaves (Norvège, Danemark et Suède), en Turquie et en République slovaque, avec moins de cinq jours, et les plus longs au Chili et en Allemagne, avec plus de dix jours (graphique 9.15). Depuis 2000, la durée moyenne de séjour après un infarctus aigu du myocarde a chuté dans tous les pays de l'OCDE, notamment en Autriche, en Finlande et en République slovaque.

Au-delà des différences en besoins cliniques, plusieurs facteurs peuvent expliquer ces variations entre les pays. Une offre abondante de lits et la structure de paiement des hôpitaux sont deux facteurs conjoints susceptibles d'inciter les hôpitaux à garder les patients plus longtemps. De plus en plus de pays (comme l'Allemagne, la France et la Pologne) adoptent des dispositifs de paiement prospectif souvent fondés sur les GHM (groupes homogènes de malades) pour fixer, avant la fourniture des prestations, les rémunérations en fonction du coût estimé des soins hospitaliers. Ces systèmes de paiement encouragent les prestataires à réduire le coût de chaque épisode de soins. En Suisse, les cantons qui ont adopté le paiement sur la base des GHM à la place du prix à la journée ont enregistré une baisse de la durée de séjour (OCDE et OMS, 2011).

Des réductions stratégiques du nombre de lits d'hôpital, accompagnées d'un développement des services de soins de proximité, peuvent également raccourcir la durée de séjour, comme l'ont montré les réformes du secteur hospitalier axées

sur la qualité menées au Danemark (OCDE, 2013). D'autres options peuvent consister à promouvoir l'adoption d'actes chirurgicaux moins invasifs, développer les programmes de sorties précoces qui permettent aux patients de retourner chez eux et d'y recevoir des soins de suite, ou aider les hôpitaux à améliorer la coordination des soins.

Quelques pays recueillent également des données sur les sorties retardées, à savoir le nombre de jours qu'une personne passe à l'hôpital après qu'un médecin l'a déclarée apte à sortir ou à être transférée. Ces données permettent de mesurer plus précisément si un séjour hospitalier est inutilement long. Le Danemark faisait état d'un peu moins de 10 journées d'hospitalisation supplémentaires pour 1 000 habitants en 2014, et ce chiffre est resté relativement stable au fil du temps. La Norvège a enregistré une chute des sorties retardées, le nombre de journées d'hospitalisation supplémentaires passant de 28 pour 1 000 habitants en 2011 à 12 environ en 2015. Au Royaume-Uni, l'Angleterre enregistre une hausse significative depuis 2013, avec plus de 30 journées d'hospitalisation supplémentaires pour 1 000 habitants en 2015, ce qui tient en grande partie au fait que les services de santé et les services sociaux ne sont pas prêts à accueillir des patients (OCDE, 2017).

Définition et comparabilité

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

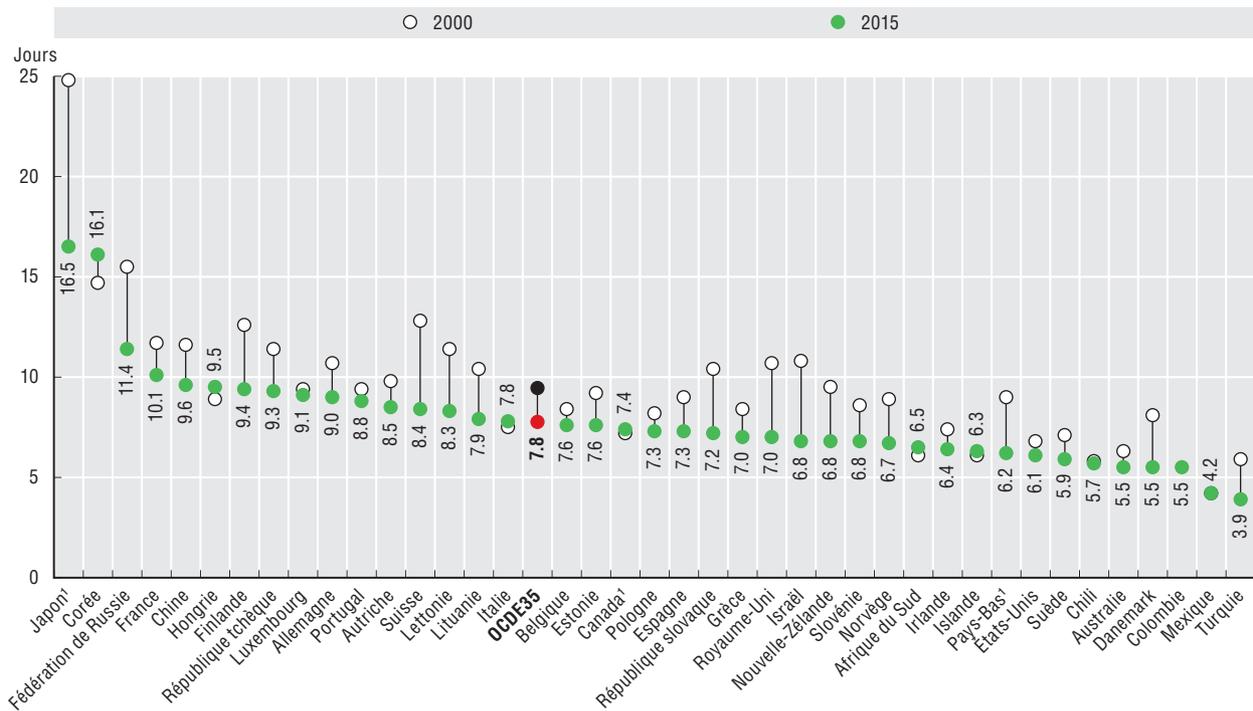
Les bébés en bonne santé nés à l'hôpital sont exclus des sorties d'hôpital dans un certain nombre de pays (Australie, Autriche, Canada, Chili, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Luxembourg, Norvège, Mexique), d'où une légère surestimation de la durée de séjour (la prise en compte des bébés en bonne santé nés à l'hôpital réduirait par exemple la durée moyenne de séjour de 0.5 jour au Canada). Ils représentent environ 3 à 10 % de toutes les sorties.

Les données pour l'accouchement normal correspondent au code O80 de la CIM-10; pour l'infarctus aigu du myocarde, elles correspondent aux codes I21-I22 de la CIM-10.

Références

- OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OCDE (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark – Raising Standards*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OCDE/OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr>.

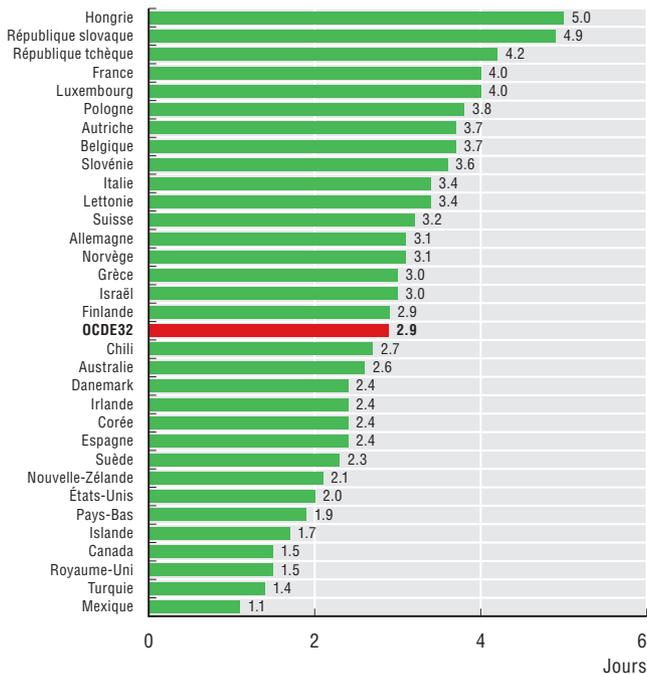
Graphique 9.13. Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation). Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 29 jours en 2015 (contre 39 jours en 2000).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609663>

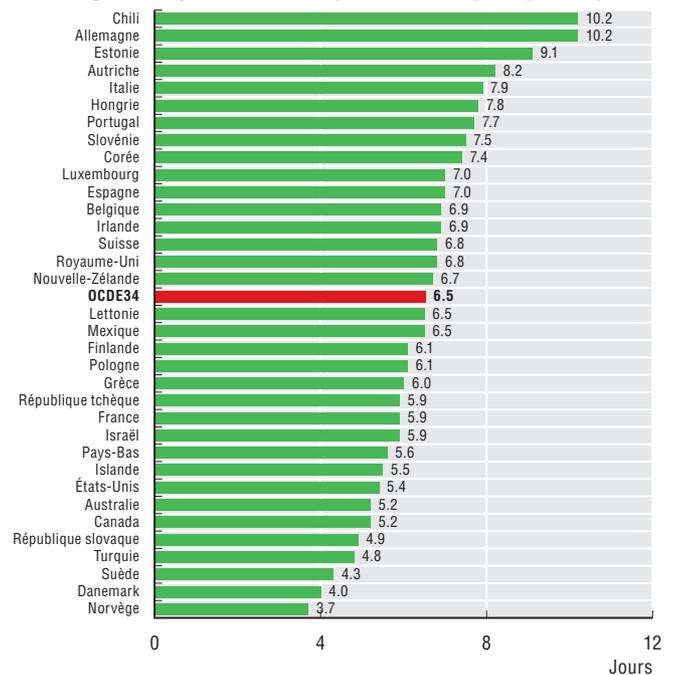
Graphique 9.14. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609682>

Graphique 9.15. Durée moyenne de séjour pour un infarctus aigu du myocarde, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609701>

Remplacements de la hanche ou du genou

Les progrès considérables des interventions chirurgicales offrent des options efficaces pour soulager la douleur et le handicap associés à certains troubles musculo-squelettiques. La chirurgie de remplacement de la hanche et du genou est considérée être l'intervention la plus efficace pour le traitement de l'ostéo-arthrite sévère et les fractures de hanche, car elle soulage la douleur, réduit le handicap et permet à certains patients de récupérer une fonction quasi normale.

Dans les pays développés, l'ostéo-arthrite est l'une des dix maladies les plus invalidantes. On estime que dans le monde 10 % des hommes et 18 % des femmes de plus de 60 ans souffrent d'ostéo-arthrite symptomatique, englobant les formes modérées et sévères de la maladie (OMS, 2014). L'âge est le principal déterminant du développement initial et de l'évolution de l'ostéo-arthrite. Cette pathologie est plus répandue chez les femmes et s'accroît au-delà de 50 ans, en particulier pour la main et le genou. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, l'absence d'activité physique, le tabac, l'abus d'alcool et les blessures. La chirurgie de remplacement se pratique principalement sur des personnes de 60 ans et plus mais elle peut également s'effectuer sur des personnes plus jeunes.

En 2015, la Suisse, l'Allemagne, l'Autriche et la Belgique enregistraient les taux de remplacement de la hanche et du genou les plus élevés (graphiques 9.16 et 9.17). Au Mexique et au Chili, les taux de remplacement de la hanche et du genou sont particulièrement faibles, avec moins de 40 remplacements de la hanche et moins de 10 remplacements du genou pour 100 000 habitants. Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer cette variation entre les pays. Une standardisation par l'âge la réduit dans une certaine mesure, mais il subsiste néanmoins de forts écarts et cela ne modifie pas beaucoup le classement des pays (McPherson et al., 2013 ; OCDE, 2014).

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

Le nombre d'interventions de remplacement de la hanche et du genou s'est fortement accru depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE (graphiques 9.18 et 9.19). En moyenne, le taux de remplacement de la hanche a augmenté de 30 % entre 2000 et 2015 et le taux de remplacement du genou a presque doublé. Concernant le remplacement de la hanche, la plupart des pays de l'OCDE affichent des tendances à la hausse qui sont variables, mais certains pays comme l'Irlande et le Portugal enregistrent une croissance beaucoup plus lente que la moyenne, l'Irlande étant le seul pays de l'OCDE à enregistrer une diminution des taux de remplacement de la hanche à partir de 2000. De manière similaire, les chirurgies du genou ont connu une forte hausse au cours des dernières décennies

dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception du Chili et de l'Estonie, qui ont enregistré des baisses modérées ces dernières années.

Définition et comparabilité

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

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

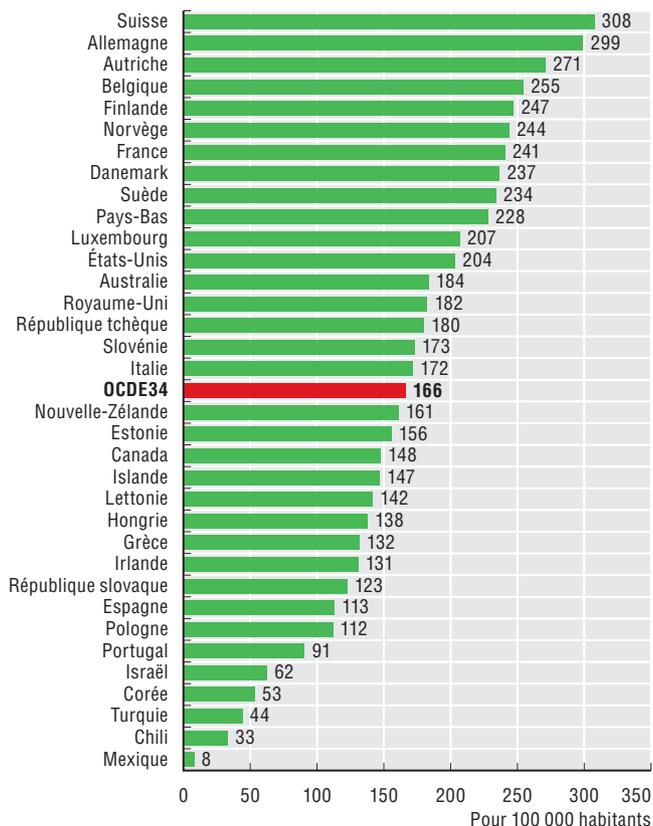
Les systèmes de classification et les pratiques de comptabilisation varient d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données. Alors que la plupart des pays prennent en compte à la fois le remplacement total et le remplacement partiel, certains ne prennent en compte que le remplacement total de la hanche. En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur des fonds publics, d'où une sous-estimation des nombres d'interventions présentés ici (par exemple, on estime à environ 15 % la part des hôpitaux privés dans le total de l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent. Celles pour l'Espagne n'incluent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

Références

- McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>.
- OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OMS – Organisation mondiale de la santé (2014), « Chronic Rheumatic Conditions », Fact Sheet, Genève, disponible à l'adresse suivante : www.who.int/chp/topics/rheumatic/en.

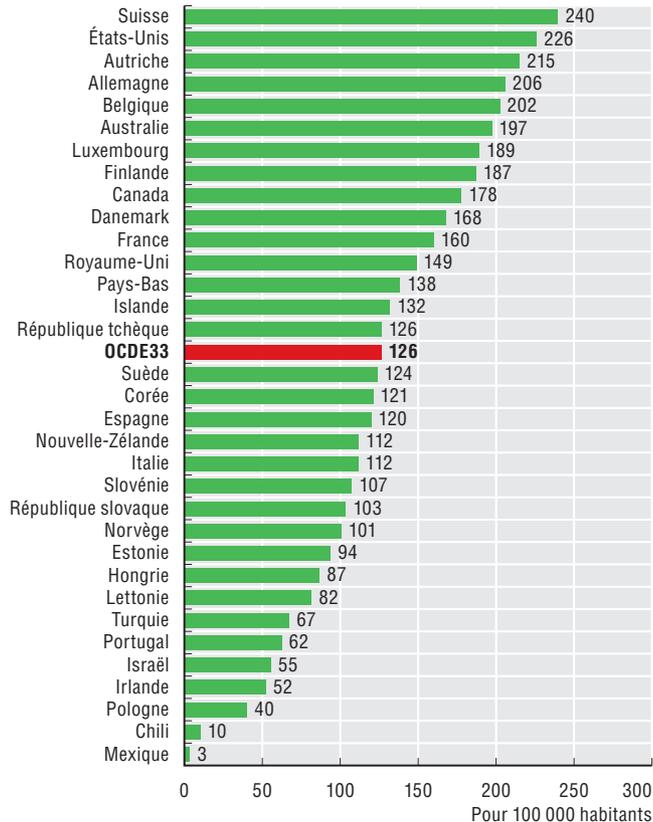
Remplacements de la hanche ou du genou

Graphique 9.16. **Chirurgies de remplacement de la hanche, 2015 (ou année la plus proche)**



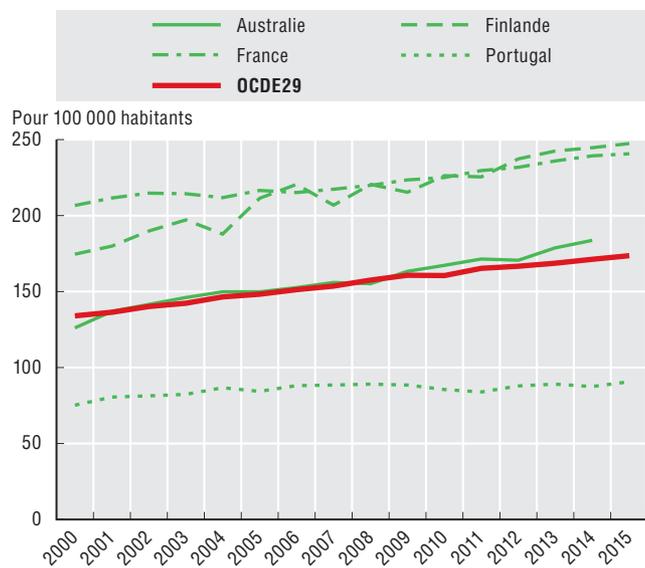
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609720>

Graphique 9.17. **Chirurgies de remplacement du genou, 2015 (ou année la plus proche)**



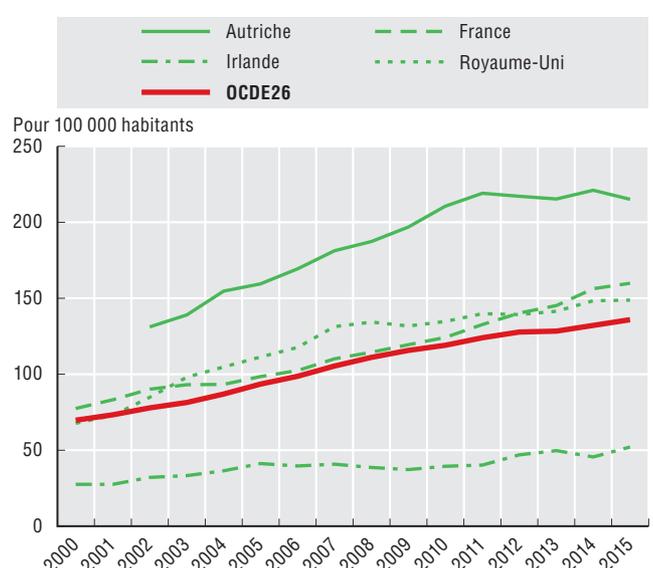
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609739>

Graphique 9.18. **Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609758>

Graphique 9.19. **Évolution des chirurgies de remplacement du genou, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609777>

Césariennes

Les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté au fil du temps dans presque tous les pays de l'OCDE, bien que cette tendance se soit inversée, au moins légèrement, dans quelques pays ces dernières années. Les raisons de cette hausse sont notamment l'augmentation du nombre des premières naissances chez des femmes à un âge plus tardif ainsi que des naissances multiples résultant de la procréation médicalement assistée, les préoccupations relatives à la responsabilité pour faute médicale, la commodité de la programmation pour les médecins et pour les patientes et la préférence croissante de certaines femmes pour ce mode d'accouchement. Néanmoins, l'accouchement par césarienne continue d'entraîner une mortalité maternelle plus élevée, une plus forte morbidité maternelle et infantile et plus de complications lors des accouchements ultérieurs, ce qui soulève des questions sur le bien-fondé de césariennes qui ne sont pas toujours médicalement nécessaires.

En 2015, comme les années précédentes, on observait les taux d'accouchement par césarienne les plus faibles dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège), en Israël et aux Pays-Bas, avec des valeurs comprises entre 15 % et 17 % des naissances vivantes (graphique 9.20). La Turquie, le Mexique et le Chili enregistraient les taux les plus hauts, soit environ une naissance vivante sur deux par césarienne.

Les taux de césariennes augmentent depuis 2000 dans la plupart des pays de l'OCDE, avec un taux moyen qui est passé de 20 % en 2000 à 28 % en 2015, bien que cette croissance semble avoir ralenti au cours des cinq dernières années (graphique 9.21). La croissance a été particulièrement rapide en Pologne, en République slovaque et en République tchèque, qui avaient auparavant des taux relativement bas, ainsi que dans certains des pays qui se placent en tête aujourd'hui (Turquie, Corée). Dans d'autres pays, on observe une nette décélération depuis le milieu des années 2000 (par exemple, Israël, Finlande et Suède). En Italie, les taux de césariennes ont connu une baisse significative ces dernières années, tout en restant parmi les plus élevés d'Europe.

Les taux de césariennes peuvent varier sensiblement d'une région à l'autre ou d'un hôpital à l'autre à l'intérieur d'un même pays. D'énormes écarts persistent en Italie, notamment dans les régions du Sud. L'Espagne affiche également des écarts importants d'une région à l'autre (OCDE, 2014).

Dans un certain nombre de pays, on observe que les hôpitaux privés ont tendance à pratiquer plus de césariennes que les hôpitaux publics. En France, les maternités privées commerciales autorisées à prendre en charge les grossesses sans complications ont des taux de césariennes aussi élevés que les hôpitaux publics qui doivent traiter des cas plus compliqués (FHF, 2008). En Suisse, on a constaté que les accouchements par césarienne étaient sensiblement plus

fréquents dans les cliniques privées (41 %) que dans les hôpitaux publics (30.5 %) (OFSP, 2013).

Un certain nombre de pays ont pris diverses mesures contre la pratique de césariennes inutiles. La publication de données, le retour d'information vers les prestataires de soins, l'élaboration de recommandations cliniques plus claires et l'adaptation des incitations financières sont parmi les moyens utilisés pour réduire le recours inapproprié aux césariennes. En Australie, où les taux de césariennes sont élevés par rapport à la plupart des pays de l'OCDE, un certain nombre d'États ont établi des recommandations cliniques et imposé une déclaration obligatoire des taux de césariennes des hôpitaux, avec un examen de ces résultats en regard des recommandations. Ces mesures découragent les écarts de pratique et contribuent à ralentir la croissance des taux de césariennes. D'autres pays ont réduit la différence de paiement des hôpitaux entre les césariennes et les accouchements normaux, afin de décourager le recours inutile à ces interventions (OCDE, 2014).

Définition et comparabilité

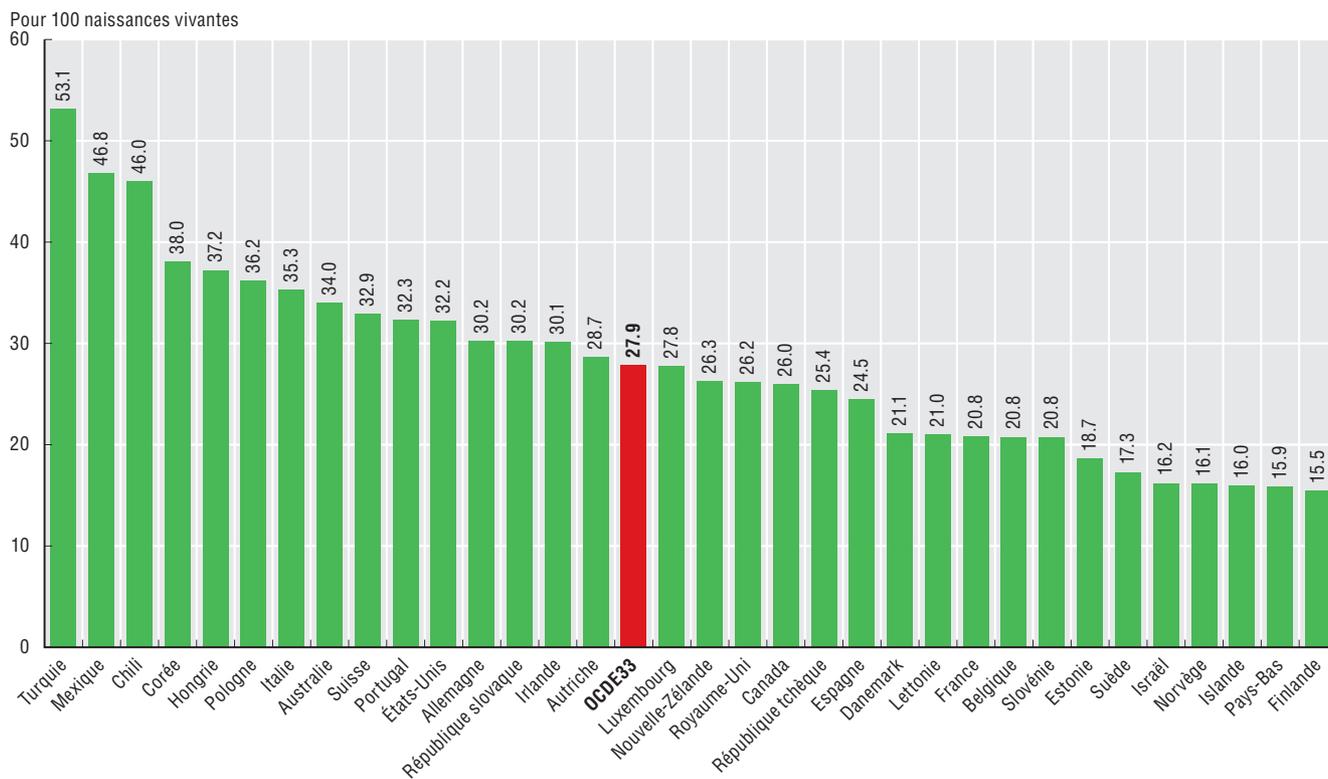
Le taux de césariennes est le nombre total d'accouchements par césarienne pour 100 naissances vivantes.

En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur des fonds publics (en Irlande néanmoins, toutes les unités de maternité sont situées dans des hôpitaux financés sur des fonds publics). Cela peut entraîner une sous-estimation des taux d'accouchement par césarienne dans ces pays, sachant que les hôpitaux privés tendent à pratiquer plus de césariennes que les hôpitaux publics.

Références

- FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, Paris.
- OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OFSP – Office fédéral de la santé publique (2013), « Accouchements par césarienne en Suisse », Berne.

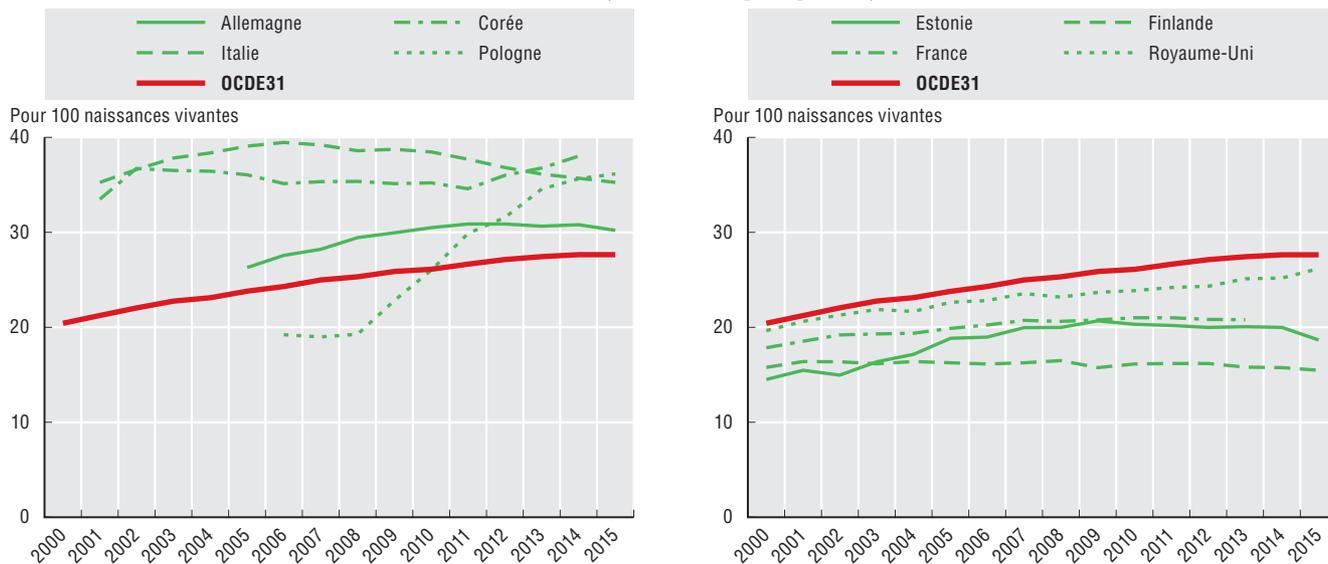
Graphique 9.20. Taux d'accouchement par césarienne, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609796>

Graphique 9.21. Evolution des taux d'accouchement par césarienne dans certains pays de l'OCDE, 2000 à 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609815>

Au cours des dernières décennies, le nombre d'actes réalisés en chirurgie de jour a considérablement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE grâce aux progrès des technologies médicales, en particulier à la diffusion des interventions peu invasives, et de l'anesthésie. Ces innovations ont également accru la sécurité des patients et les résultats de santé, et contribué, dans bien des cas, à réduire le coût unitaire des interventions en raccourcissant la durée de séjour à l'hôpital. Toutefois, l'impact de l'essor des actes de chirurgie de jour sur les dépenses totales de santé n'est pas forcément évident sachant que la réduction du coût unitaire (par rapport à la chirurgie avec hospitalisation) peut être compensée par l'augmentation globale du nombre total d'interventions pratiquées et doit également prendre en compte les coûts supplémentaires associés aux soins de suite et aux services de santé de proximité après les interventions.

L'opération de la cataracte et l'amygdalectomie sont de bons exemples d'actes chirurgicaux à hauts volumes qui se pratiquent maintenant principalement en chirurgie de jour dans de nombreux pays de l'OCDE.

La chirurgie de jour représente désormais 90 % au moins des opérations de la cataracte dans une majorité des pays de l'OCDE (graphique 9.22). Dans plusieurs pays, cette proportion est proche de 100 %. Toutefois, le recours à la chirurgie de jour est encore relativement faible en Pologne, en Turquie, en Hongrie, en République slovaque et au Mexique, avec une part qui reste inférieure à deux tiers du total des opérations de la cataracte. Cela peut être expliqué en partie par la couverture limitée des données sur les activités externes en milieu hospitalier et hors du milieu hospitalier, mais cela peut aussi refléter un paiement plus avantageux des hospitalisations, ou révéler des contraintes quant au développement de la chirurgie de jour.

Le nombre des opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour a progressé très rapidement depuis 2000 dans un grand nombre de pays, notamment le Portugal et l'Autriche (graphique 9.22). Alors qu'en 2000 moins de 10 % des opérations de la cataracte au Portugal s'effectuaient en chirurgie de jour, cette proportion est passée à 97 % en 2015. En Autriche, la proportion est passée de 1 % en 2000 à 75 % en 2015. Elle a également augmenté rapidement dans de nombreux autres pays, dont beaucoup effectuaient 90 % au moins des opérations en ambulatoire en 2015.

L'amygdalectomie est un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, habituellement pour ceux souffrant d'infections répétées ou chroniques des amygdales, ou de difficultés respiratoires ou d'apnée obstructive du sommeil dues à la grosseur de ces glandes. Bien que cette opération s'effectue sous anesthésie générale, elle se pratique maintenant principalement en chirurgie de jour dans plusieurs pays, les enfants retournant chez eux le jour même (graphique 9.23). Cependant, le pourcentage d'opérations en ambulatoire n'est pas encore aussi élevé que pour la cataracte,

avec une moyenne de 34 % dans la zone OCDE et un maximum de 86 % en Finlande. De nombreux pays sont toujours en retard, mais montrent des signes de rattrapage. Cette forte variabilité de la proportion de la chirurgie de jour peut refléter une perception différente des risques de complications postopératoires, ou simplement une tradition clinique consistant à garder les enfants au moins une nuit à l'hôpital après l'opération.

Les incitations financières peuvent avoir une incidence sur le nombre de chirurgies mineures effectuées en chirurgie de jour. En Hongrie, les plafonds budgétaires pour la chirurgie de jour ont découragé financièrement cette pratique. Une mesure récente visant à supprimer ce plafond budgétaire devrait augmenter les taux de chirurgies de jour en ce qui concerne les opérations de la cataracte et autres chirurgies mineures. Au Danemark et en France, les groupes homogènes de malades (GHM) ont été adaptés en vue d'inciter à la chirurgie de jour. Au Royaume-Uni, une incitation financière d'environ 300 GBP par opération est attribuée pour certaines interventions chirurgicales si le patient est pris en charge dans le cadre d'une chirurgie de jour (OCDE, 2017).

Définition et comparabilité

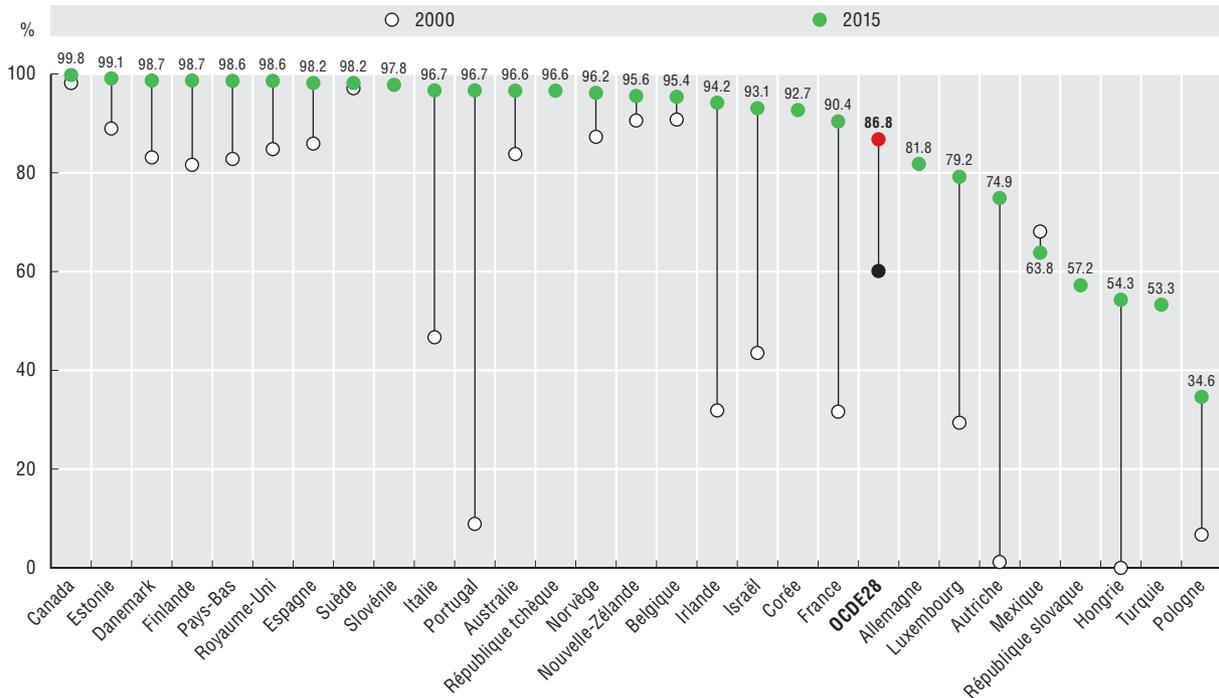
L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle s'effectue principalement chez les enfants.

Pour plusieurs pays, les données n'incluent pas les patients ambulatoires en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (c'est-à-dire les patients non officiellement admis puis sortis), d'où une sous-estimation. En Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financés sur des fonds publics (on estime que les hôpitaux privés contribuent à hauteur de 15 % environ à l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le continent. Celles pour l'Espagne n'incluent que partiellement les activités des hôpitaux privés.

Références

OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

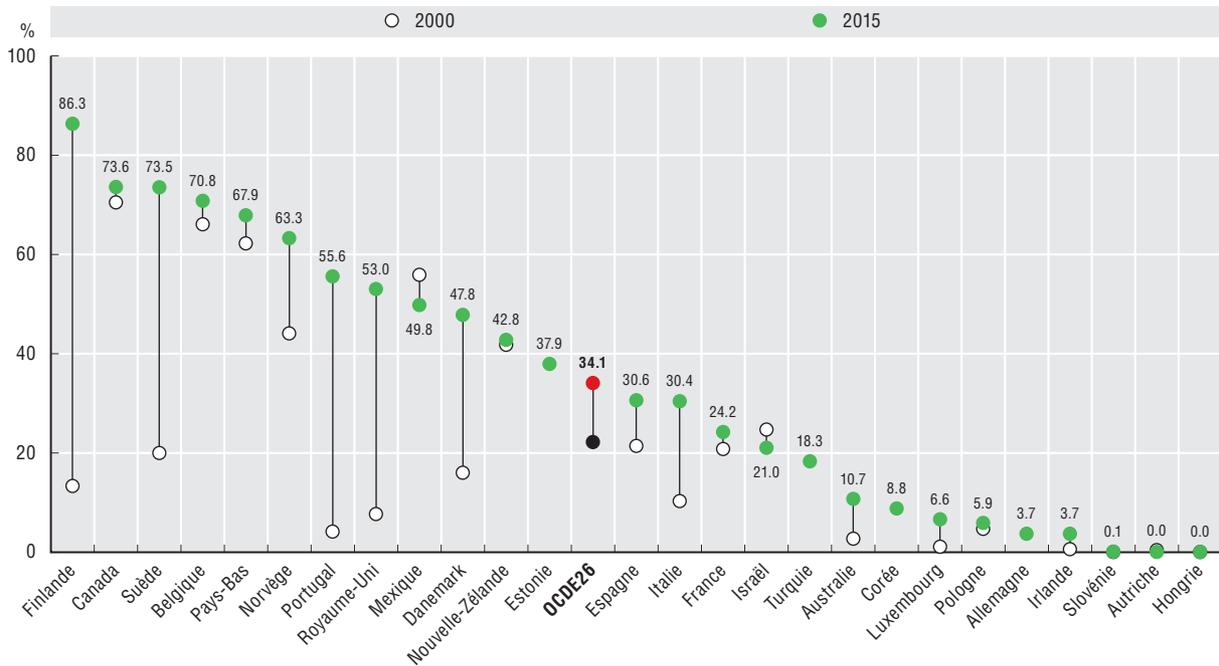
Graphique 9.22. Opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

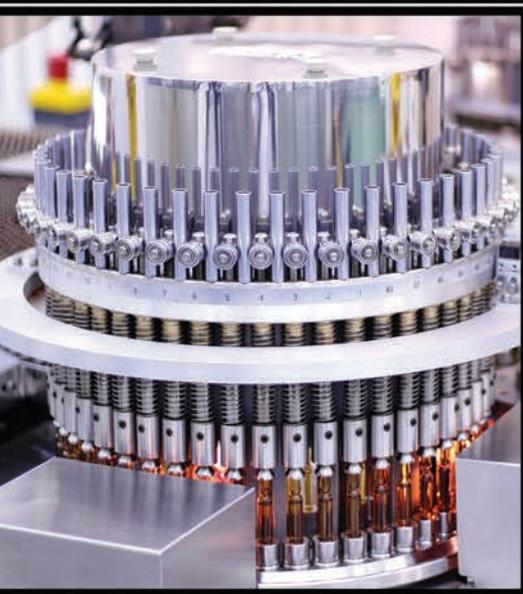
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609834>

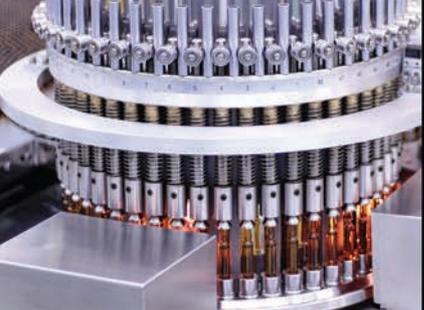
Graphique 9.23. Amygdalectomies effectuées en chirurgie de jour, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609853>





10. SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dépenses pharmaceutiques

Pharmaciens et pharmacies

Consommation de produits pharmaceutiques

Part du marché des génériques

Recherche et développement dans le secteur pharmaceutique

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

Dépenses pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle essentiel dans le système de santé. Les responsables publics doivent établir un juste équilibre entre l'accès aux nouveaux médicaments et les incitations proposées aux professionnels du secteur, tout en reconnaissant les limites des budgets de santé. Après les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, les produits pharmaceutiques représentent le troisième poste de dépenses de santé le plus important : ils constituaient en moyenne plus d'un sixième (16 %) du total de ces dépenses en 2015 dans les pays de l'OCDE (sans compter les dépenses en produits pharmaceutiques dans les hôpitaux).

Tout comme les autres postes de soins de santé, les dépenses en produits pharmaceutiques sont largement financées par l'État ou par les régimes d'assurance obligatoires (graphique 10.1). Dans les pays de l'OCDE, ces régimes couvrent en moyenne environ 57 % de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques de détail, les patients eux-mêmes (39 %) et les assurances privées souscrites à titre volontaire (4 %) finançant le reste. C'est en Allemagne et au Luxembourg que la couverture est la plus généreuse puisque l'État et les régimes d'assurance obligatoires prennent en charge 80 % ou plus de l'ensemble des frais pharmaceutiques. Dans huit pays de l'OCDE, les régimes publics ou obligatoires couvrent moins de la moitié des sommes dépensées en médicaments. C'est le cas en Pologne (34 %), en Lettonie (35 %), au Canada et aux États-Unis (36 % dans les deux cas). Dans ces pays, l'assurance privée volontaire ou les dépenses à la charge du patient jouent un rôle beaucoup plus important dans le financement des produits pharmaceutiques.

Le total de la facture pharmaceutique de détail dans les pays de l'OCDE s'est élevé à plus de 800 milliards USD en 2015. Toutefois, les dépenses en produits pharmaceutiques par habitant varient fortement entre les pays, du fait des différences de volume, d'habitudes de consommation et de prix de ces produits, ainsi que de l'utilisation des médicaments génériques (graphique 10.2). Par habitant, les États-Unis dépensent beaucoup plus en produits pharmaceutiques que tout autre pays de l'OCDE (1 162 USD), et plus du double de la moyenne de l'OCDE. La Suisse (982 USD) et le Japon (798 USD) dépensent aussi considérablement plus en médicaments par habitant que les autres pays de l'OCDE. À l'opposé, le Danemark (240 USD), Israël (313 USD) et l'Estonie (326 USD) affichent des niveaux de dépense relativement bas.

Environ 80 % du total des dépenses pharmaceutiques de détail concernent les médicaments sur ordonnance, le reste correspondant aux médicaments en vente libre. Les médicaments en vente libre s'achètent sans ordonnance et les patients en paient en général intégralement le coût. La part des médicaments en vente libre est particulièrement élevée en Pologne, représentant la moitié des dépenses en produits pharmaceutiques, mais aussi en Espagne (34 %) et en Australie (31 %).

La croissance annuelle moyenne des dépenses pharmaceutiques au cours de la période 2009-15 a été bien inférieure à celle des années ayant précédé la crise (graphique 10.3). Entre 2009 et 2015, les dépenses en produits pharmaceutiques ont reculé de 0,5 % par an en moyenne dans l'OCDE, principalement du fait de réductions des dépenses de l'État ou des régimes obligatoires et des expirations de brevet de certains produits dits « blockbusters », tandis qu'elles ont augmenté de 2,3 % par an sur la période 2003-09.

La réduction a été particulièrement marquée dans les pays européens qui ont été frappés par la crise économique et financière, comme la Grèce (-6,5 %), le Portugal (-5,9 %) et l'Irlande (-4,4 %). Face à des budgets publics de plus en plus tendus, de nombreux gouvernements ont fait de la réduction des dépenses en produits pharmaceutiques une priorité pour contenir les dépenses publiques. Parmi ces mesures figurent le déremboursement de certains produits et l'introduction ou l'augmentation de la redevance payée par les patients pour les médicaments sur ordonnance vendus en pharmacie (Belloni et al., 2016).

Plus récemment, plusieurs pays, dont l'Allemagne, la Suisse, la Belgique et les États-Unis ont vu les dépenses en produits pharmaceutiques repartir à la hausse, en partie en raison de fortes augmentations des dépenses pour certains médicaments coûteux tels que les traitements contre l'hépatite C ou le cancer.

Définition et comparabilité

Les dépenses pharmaceutiques sont celles consacrées aux médicaments sur ordonnance et à l'automédication (produits en vente libre). Dans certains pays, d'autres biens médicaux non durables y sont aussi inclus. Ces dépenses couvrent aussi la rémunération des pharmaciens quand celle-ci est séparée du prix des médicaments. La dépense finale au titre des produits pharmaceutiques inclut les marges des grossistes et des détaillants et la taxe sur la valeur ajoutée. Dans la plupart des pays, les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes », c'est-à-dire qu'elles prennent en compte les ristournes éventuelles que les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies peuvent avoir à consentir.

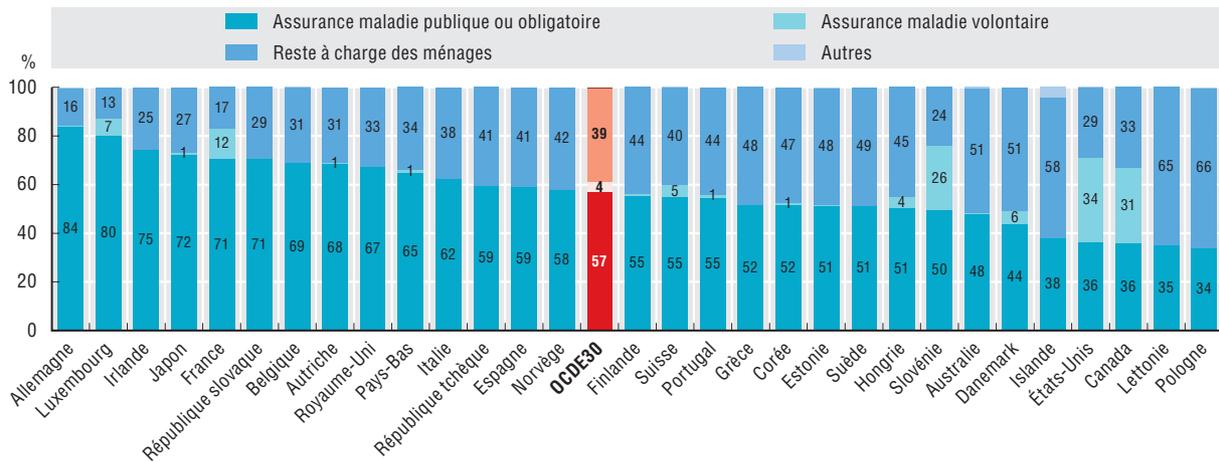
Les produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et d'autres structures de soins de santé dans le cadre de traitements avec hospitalisation ou en ambulatoire sont exclus (les données disponibles semblent indiquer que leur inclusion renchérirait les dépenses pharmaceutiques de 10-20 %). On observe des problèmes de comparabilité en matière d'administration et de mise à disposition des produits pharmaceutiques aux patients ambulatoires dans les hôpitaux. Dans certains pays, les coûts sont inclus dans la catégorie des soins curatifs tandis que dans d'autres ils figurent dans celle des produits pharmaceutiques.

Les dépenses pharmaceutiques par habitant sont ajustées pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat.

Références

Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (2016), « Pharmaceutical expenditure and policies: Past trends and future challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 87, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.

Graphique 10.1. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail¹ par type de financement, 2015 (ou année la plus proche)**



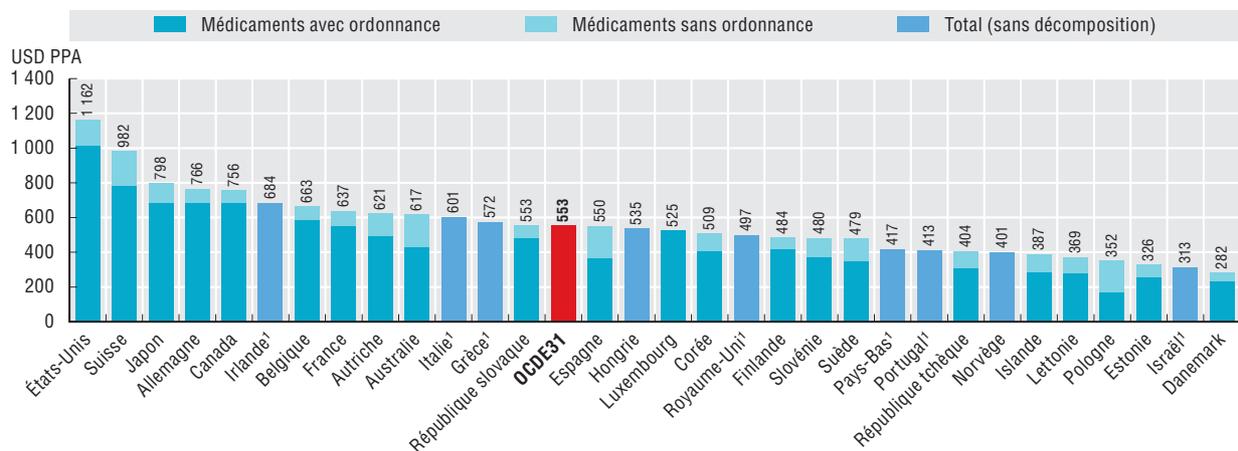
Note : La catégorie « Autres » comprend les financements assurés par les régimes à but non lucratif, les entreprises et le reste du monde.

1. Produits médicaux non-durables inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609872>

Graphique 10.2. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant, 2015 (ou année la plus proche)**

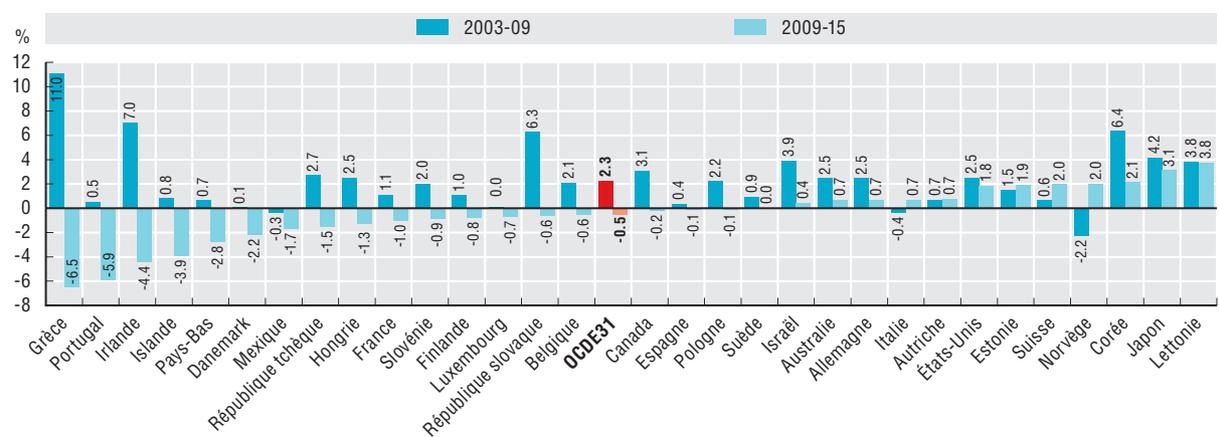


1. Produits médicaux non-durables inclus (d'où une surestimation d'environ 5-10 %).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609891>

Graphique 10.3. **Croissance annuelle moyenne des dépenses en produits pharmaceutiques¹ par habitant, en termes réels, 2003-09 et 2009-15 (ou période la plus proche)**



1. Produits médicaux non-durables inclus.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609910>

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens sont des professionnels de la santé formés qui gèrent la distribution des médicaments aux consommateurs/patients et qui contribuent à s'assurer de leur utilisation sûre et efficace. Ces dernières années, le rôle des pharmaciens a changé. Si leur fonction principale reste de dispenser des médicaments dans des pharmacies de détail, ils fournissent de plus en plus des soins directs aux patients (par exemple, des vaccinations contre la grippe en Irlande et en Nouvelle-Zélande, et une aide à l'observance des traitements médicamenteux en Australie, au Japon, en Angleterre et en Nouvelle-Zélande), aussi bien dans les pharmacies de ville que dans le cadre d'équipes intégrées de prestataires de soins.

Entre 2000 et 2015, le nombre de pharmaciens a augmenté de 30 % dans les pays de l'OCDE. Le Japon a de loin la plus forte densité de pharmaciens (le double de la moyenne de l'OCDE) tandis que celle-ci est faible en Turquie, au Chili et aux Pays-Bas (graphique 10.4). Entre 2000 et 2015, le nombre de pharmaciens par habitant a augmenté dans presque tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Suisse. Le Portugal, l'Espagne, la Slovaquie et la République tchèque ont enregistré la hausse la plus rapide.

Au Japon, la croissance du nombre de pharmaciens est dans une grande mesure attribuable aux efforts menés par le gouvernement pour séparer plus clairement la prescription de médicaments par les médecins et leur distribution par les pharmaciens (système Bungyo). Traditionnellement, au Japon, la grande majorité des médicaments sur ordonnance étaient dispensés directement par les médecins. Toutefois, ces dernières décennies, le gouvernement japonais a pris différentes mesures pour encourager la séparation entre la prescription et la distribution.

La plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville, mais certains sont aussi employés dans les hôpitaux, l'industrie, la recherche et le monde universitaire (FIP, 2015). Au Canada, par exemple, plus des trois quarts des pharmaciens en exercice travaillaient dans une pharmacie de ville, tandis que 20 % étaient employés dans des hôpitaux ou d'autres établissements de soins en 2012 (ICIS, 2015). Au Japon, environ 55 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2012, et environ 20 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et dans d'autres environnements pour les 25 % restants (Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists 2014).

La variation du nombre de pharmacies de ville selon les pays de l'OCDE (graphique 10.5) peut s'expliquer par les différents canaux de délivrance des médicaments. Outre les pharmacies de ville, les médicaments peuvent être distribués par les pharmacies des hôpitaux (à la fois aux patients hospitalisés et ambulatoires) ou fournis directement par les médecins dans quelques pays. Par exemple, le nombre relativement faible de pharmacies de ville aux Pays-Bas peut s'expliquer en partie par le fait que les patients peuvent aussi acheter directement leurs médicaments sur ordonnance auprès de certains médecins

(Vogler et al., 2012). Au Danemark, les pharmacies de ville sont moins nombreuses mais elles sont souvent de grande taille, avec des succursales et des unités complémentaires rattachées à la pharmacie principale (Vogler et al., 2012).

La gamme des produits et services fournis par les pharmacies varie d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays d'Europe, par exemple, les pharmacies peuvent aussi vendre des cosmétiques, des compléments alimentaires, des appareils médicaux et des produits homéopathiques. Dans quelques pays, les pharmacies peuvent aussi vendre des lunettes de lecture ou des jouets didactiques (Martins et al., 2015).

Définition et comparabilité

Les *pharmaciens en exercice* sont ceux qui sont autorisés à exercer et qui fournissent des services directs aux clients ou patients. Ils peuvent être salariés ou libéraux et travailler dans des pharmacies de ville, des hôpitaux ou d'autres cadres. Les aides-pharmaciens et autres employés des pharmacies sont normalement exclus de cette catégorie.

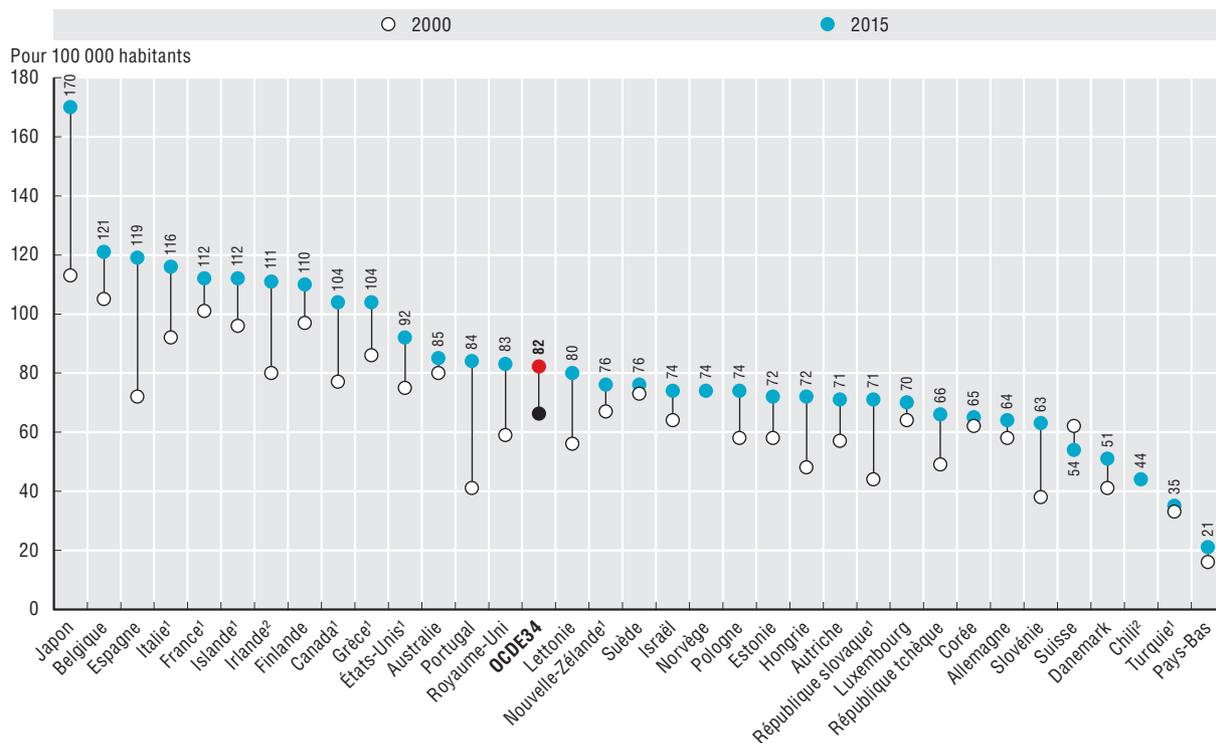
En Irlande, les chiffres comprennent tous les pharmaciens inscrits à la *Pharmaceutical Society of Ireland*, et peuvent inclure des pharmaciens qui ne sont pas en activité. Les aides-pharmaciens sont inclus en Irlande.

Les *pharmacies de ville* sont les établissements qui, conformément aux dispositions et définitions légales du pays, sont autorisés à fournir des services de pharmacie à l'échelon local. Le nombre indiqué de pharmacies de ville correspond aux établissements où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

Références

- ICIS – Institut canadien d'information sur la santé (2015), « Les pharmaciennes et pharmaciens 2012 – Faits saillants provinciaux et territoriaux », Ottawa, Canada.
- FIP – Fédération internationale pharmaceutique (2015), « Global Trends Shaping Pharmacy Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services. 2013-2015 ».
- Martins, S.F. et al. (2015), « The Organizational Framework of Community Pharmacies in Europe », *International Journal of Clinical Pharmacy*, 28 mai.
- Vogler, S. et al. (2012), « Impact of Pharmacy Deregulation and Regulation in European Countries », Vienne.

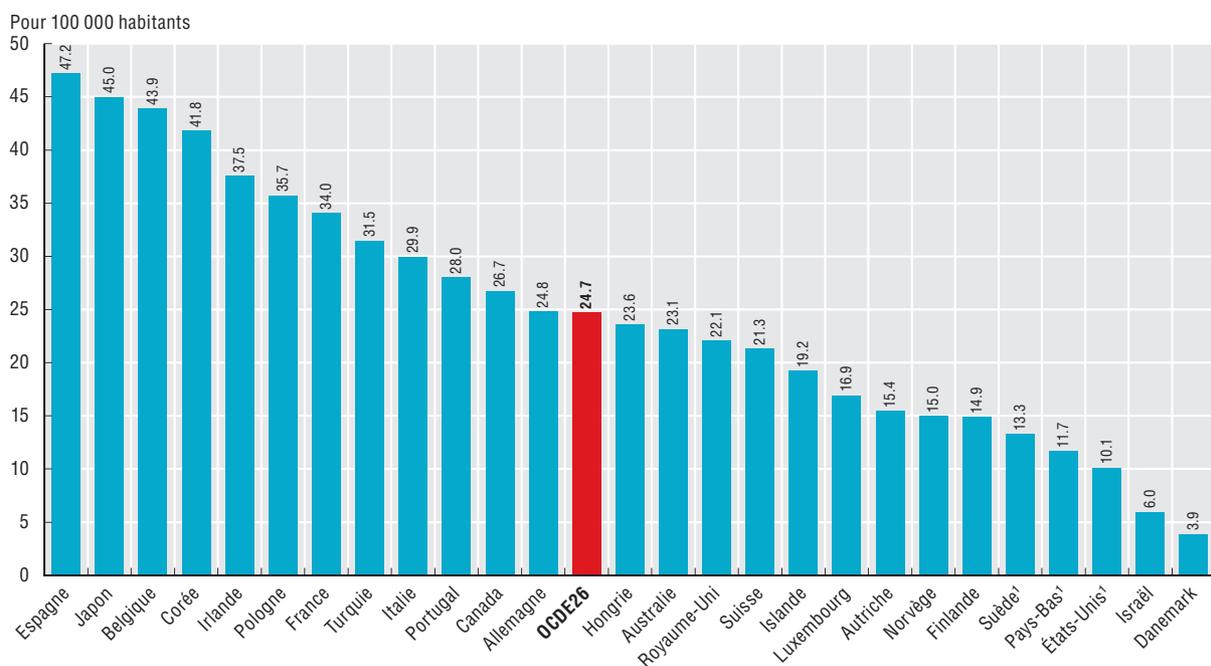
Graphique 10.4. Pharmaciens en exercice, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



1. Les données concernent non seulement les pharmaciens qui fournissent des services directs aux patients, mais aussi ceux travaillant dans le secteur de la santé en tant que chercheurs, pour des entreprises pharmaceutiques, etc.
 2. Les données font référence à tous les pharmaciens habilités à exercer.
- Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609929>

Graphique 10.5. Pharmacies de ville, 2015 (ou année la plus proche)



1. Estimations.

Source : FIP (2015), « Global Trends Shaping Pharmacy Regulatory Frameworks, Distribution of Medicines and Professional Services. 2013-2015 ».

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609948>

Consommation de produits pharmaceutiques

De façon générale, la consommation de produits pharmaceutiques continue d'augmenter, à la fois sous l'effet de la demande croissante de médicaments destinés à traiter les maladies liées à l'âge et les affections chroniques, et de l'évolution de la pratique clinique. La présente section examine la consommation de quatre catégories de produits pharmaceutiques : les antihypertenseurs, les hypocholestérolémiants, les antidiabétiques et les antidépresseurs.

La consommation d'antihypertenseurs a presque doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2015. Elle a pratiquement quadruplé au Luxembourg et en Estonie (graphique 10.6). Elle atteint un maximum en Allemagne et en Hongrie, où elle est presque cinq fois plus forte qu'en Corée ou en Turquie. Ces variations reflètent des différences à la fois dans la prévalence de l'hypertension et dans les pratiques cliniques.

L'utilisation d'hypocholestérolémiants a presque quadruplé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2015 (graphique 10.7). La République slovaque, le Danemark et le Royaume-Uni affichaient la plus forte consommation par personne en 2015. Les niveaux de consommation de médicaments destinés à faire baisser le cholestérol peuvent varier de un à huit d'un pays de l'OCDE à l'autre.

L'utilisation d'antidiabétiques a presque doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2015 (graphique 10.8). Cette hausse peut s'expliquer par la prévalence croissante du diabète, liée en grande partie à l'augmentation de celle de l'obésité (voir les indicateurs sur la surcharge pondérale et l'obésité dans le chapitre 4), qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2. En 2015, la Finlande, la République tchèque et la Grèce enregistraient les taux de consommation d'antidiabétiques les plus élevés.

La consommation d'antidépresseurs a doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2015 (graphique 10.9). Cela pourrait indiquer une meilleure reconnaissance de la dépression, une disponibilité des thérapies, des recommandations pour la pratique clinique et des changements dans les attitudes des patients et des professionnels (Mars et al., 2017). Toutefois, la consommation d'antidépresseurs est très variable d'un pays à l'autre. En 2015, l'Islande enregistrait le niveau de consommation le plus élevé (le double de la moyenne de l'OCDE), suivie par l'Australie, le Portugal et le Royaume-Uni. La Lettonie, la Corée et l'Estonie affichent un faible niveau de consommation d'antidépresseurs.

Définition et comparabilité

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose supposée moyenne de traitement par jour du médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Les DQD sont attribuées par un consensus d'experts international à chaque principe actif dans une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Les DQD peuvent être cumulées au sein et entre les catégories thérapeutiques de la Classification thérapeutique anatomique (ATC). Plus d'informations à l'adresse : www.whooc.no/atcddd.

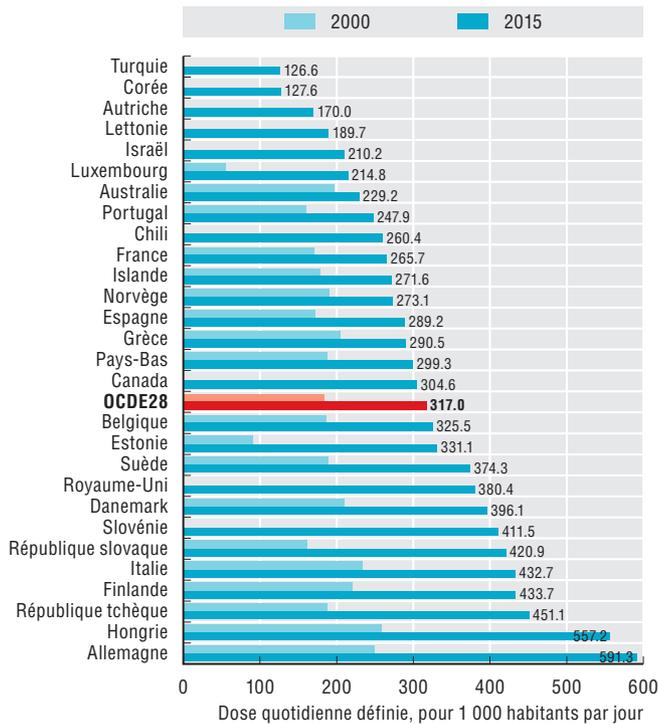
Le volume de la consommation de médicaments contre l'hypertension présenté dans le graphique 10.6 correspond à la somme de cinq catégories de l'ATC2 qui peuvent toutes être prescrites à cet effet (antihypertenseurs, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs des canaux calciques et agents agissant sur le système rénine-angiotensine).

Les données concernent généralement la consommation uniquement en dehors de l'hôpital, à l'exception du Chili, de la République tchèque, de l'Estonie, de la Finlande, de la France, de l'Islande, de l'Italie, de la Corée, de la Norvège, de la République slovaque et de la Suède, où les chiffres couvrent aussi la consommation hospitalière. Les données du Canada ne couvrent que trois provinces (Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan). Les données pour le Luxembourg et l'Espagne concernent la consommation en dehors de l'hôpital pour les médicaments sur ordonnance couverts par le système national de santé (assurance publique). Les données du Luxembourg sont sous-estimées en raison de la prise en compte incomplète des produits contenant de multiples ingrédients actifs.

Références

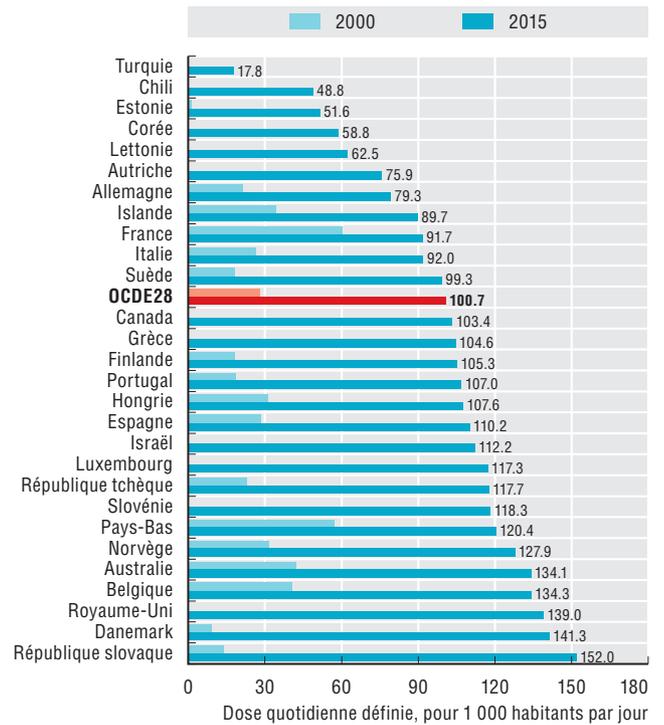
- Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (2016), « Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 87, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.
- Grandfils, N. et C. Sermet (2009), « Evolution 1998-2002 of the Antidepressant Consumption in France, Germany and the United Kingdom », *Document de travail IRDES*, n° 21, Paris.
- Mars, B. et al. (2017), « Influences on Antidepressant Prescribing Trends in the UK: 1995-2011 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52, n° 2, pp. 193-200.
- OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.

Graphique 10.6. Consommation d'antihypertenseurs, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



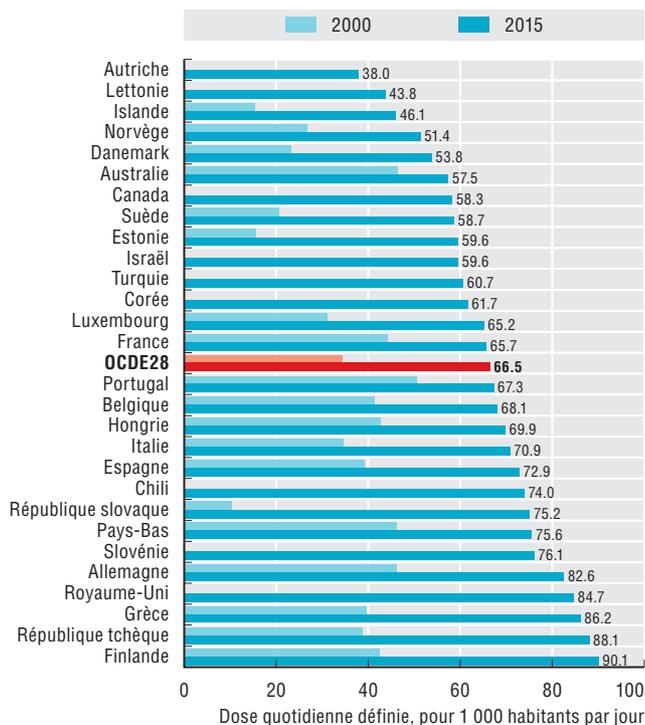
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609967>

Graphique 10.7. Consommation d'hypocholestérolémiants, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



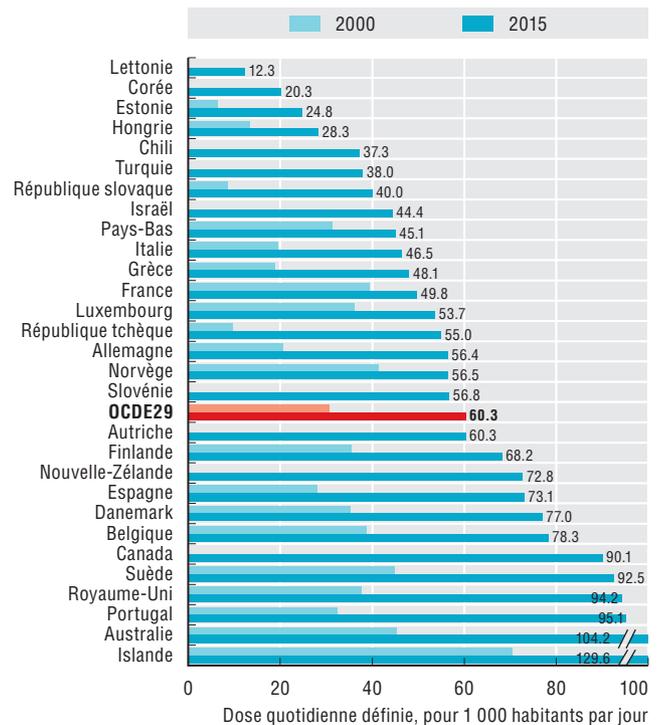
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933609986>

Graphique 10.8. Consommation d'antidiabétiques, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610005>

Graphique 10.9. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610024>

Génériques et biosimilaires

Tous les pays de l'OCDE voient dans le développement du marché des génériques une bonne occasion de renforcer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti des possibilités offertes par les génériques (graphique 10.10). Ces derniers ont représenté en 2015 plus des trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus aux États-Unis, au Chili, en Allemagne, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, mais moins d'un quart du marché au Luxembourg, en Italie, en Suisse et en Grèce.

Les différences de consommation des génériques s'expliquent en partie par la structure du marché, notamment par le nombre de médicaments tombés dans le domaine public, et par les pratiques de prescription, mais la consommation de génériques dépend aussi des politiques nationales (EGA, 2011 ; Vogler, 2012). Depuis le début de la crise économique en 2008, plusieurs pays ont intensifié leur action en faveur de l'utilisation des génériques.

Des incitations financières ont été mises en place à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients pour stimuler le développement du marché des génériques. La France a par exemple pris des mesures (en 2009 et 2012) pour inciter les médecins généralistes à prescrire des génériques par le biais d'un dispositif de rémunération fondée sur la performance, tandis qu'au Japon (en 2012) le versement de primes a également contribué à une hausse de la part des génériques dans les prescriptions totales. Les pharmacies sont souvent rémunérées par des marges basées sur le prix des médicaments. Certains pays se sont attaqués à cette mesure qui dissuade de substituer par un générique un médicament plus coûteux. En France, par exemple, une marge équivalente est garantie aux pharmaciens, tandis qu'en Suisse le pharmacien reçoit, en cas de substitution par un générique, une rémunération. Les patients ont un intérêt financier à choisir des médicaments moins chers quand la part restant à leur charge est plus faible pour les génériques que pour leurs princeps. C'est généralement le cas dans tous les systèmes qui appliquent des prix de référence (ou un montant de remboursement fixe) pour les groupes de produits. En Grèce, les patients qui choisissent le princeps de préférence aux génériques doivent désormais s'acquitter de la différence de prix.

Un biosimilaire est un médicament biologique extrêmement proche d'un autre médicament biologique déjà autorisé (le « médicament de référence »). Les médicaments biologiques contiennent des substances actives provenant d'une source biologique, comme des cellules vivantes ou des organismes. Le but de l'introduction de biosimilaires est d'accroître la concurrence sur les prix et ainsi de favoriser une baisse des prix. L'adoption de deux biosimilaires – l'époétine et l'anticorps anti-facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) – est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 10.11). Les biosimilaires représentent 100 % de la part de marché de l'époétine en Finlande, en Hongrie, en Pologne, en République slovaque et en République tchèque, contre 2 % en Belgique et 6 % au Royaume-Uni. En ce qui concerne les anti-TNF, les biosimilaires représentent respectivement 90 % et 82 % de la part de marché au Danemark et en Norvège, contre 2 % en Suisse et 5 % en Belgique et en Irlande.

Définition et comparabilité

Un générique est un produit pharmaceutique qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le produit de référence et dont la bioéquivalence avec ce dernier a été prouvée. On peut distinguer les génériques portant un nom commercial spécifique et les génériques sans marque (qui mentionnent seulement la dénomination commune internationale et le nom du laboratoire).

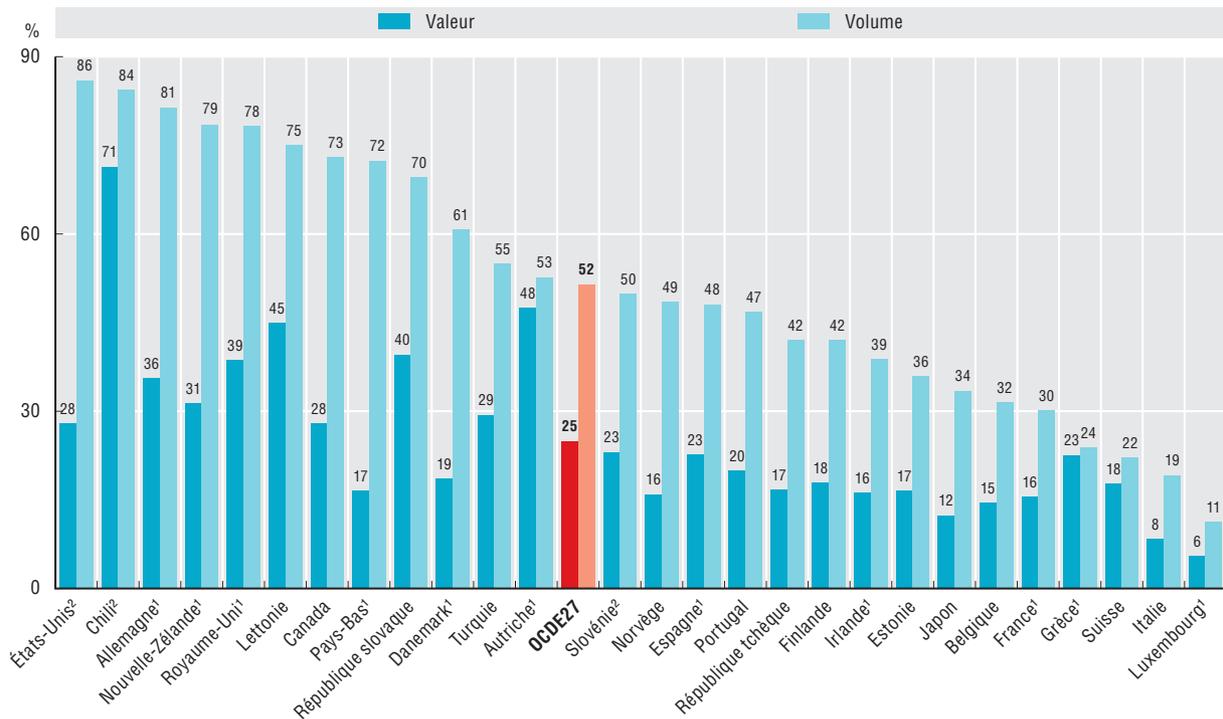
Il a été demandé aux pays de fournir des données pour l'ensemble du marché. Toutefois de nombreux pays ont fourni des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou le marché des médicaments remboursables (voir les notes du graphique). La part du marché des génériques exprimée en valeur peut représenter le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, le montant payé par des tiers-payeurs pour des médicaments, ou le montant payé par tous les payeurs (tiers-payeurs ou consommateurs). La part du marché des génériques en volume peut être exprimée en DQD ou en nombre de boîtes ou unités standard.

Un produit médical biosimilaire est un produit qui a obtenu l'homologation réglementaire, qui présente des similitudes avec le produit médical de référence en termes de caractéristiques qualitatives, d'activité biologique, de sécurité et d'efficacité. Le produit médical référencé est le produit original, qui a obtenu l'exclusivité sur le marché au début de sa vie, mais qui, après expiration de l'exclusivité, a été classé comme *référéncé*. La part de marché des biosimilaires correspond au nombre de jours de traitement avec des biosimilaires en proportion du volume du/des biosimilaires et du/des produit(s) référencés. Le volume est mesuré en dose quotidienne définie, qui est une mesure de la dose moyenne prescrite définie par l'OMS.

Références

- EGA – European Generic Medicines (2011), « Market Review – The European Generic Medicines Markets », European Generic Medicines.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- Quintiles IMS (2017), « The Impact of Biosimilar Competition in Europe », Londres.
- Vogler, S. (2012), « The Impact of Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies on Generic Uptake: Implementation of Policy Options on Generics in 29 European Countries – An Overview », *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, vol. 1, n° 2, pp. 44-51.

Graphique 10.10. Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2015 (ou année la plus proche)

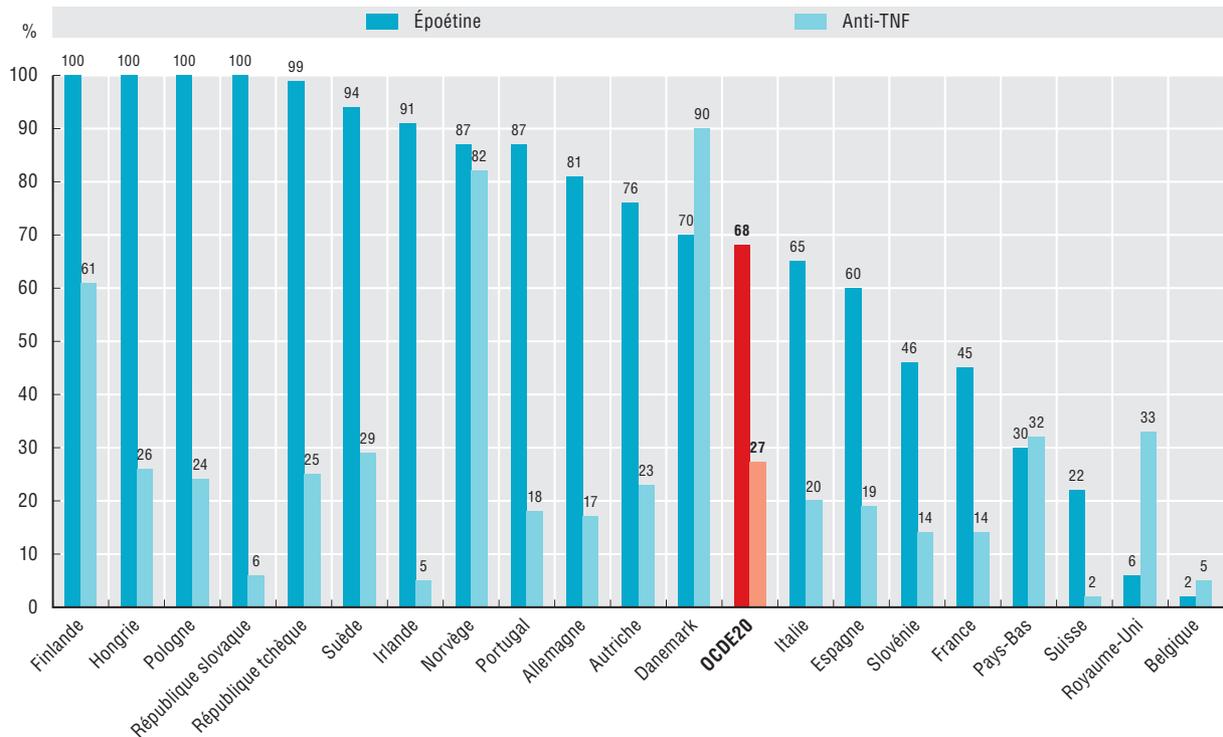


- 1. Marché des médicaments remboursés.
- 2. Marché des pharmacies de ville.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610043>

Graphique 10.11. Époétine et anticorps anti-facteur de nécrose tumorale (anti-TNF), parts de marché des biosimilaires par rapport aux médicaments de référence, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Quintiles IMS (2017), « The Impact of Biosimilar Competition in Europe », Londres.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610062>

Le financement de la R-D (recherche-développement) pharmaceutique résulte d'une combinaison complexe de sources publiques et privées. Les gouvernements soutiennent principalement la recherche fondamentale et les travaux de recherche préliminaires. Ce financement se fait au moyen de dotations budgétaires directes, de subventions de recherche, au travers d'établissements de recherche publics et en finançant des établissements d'enseignement supérieur. L'industrie pharmaceutique traduit et applique les connaissances générées par la recherche fondamentale pour développer des produits, et investit dans les vastes essais cliniques nécessaires à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché. Le secteur reçoit également des subventions directes de R-D ou bénéficie de crédits d'impôt dans de nombreux pays.

En 2014, les gouvernements des pays de l'OCDE ont alloués des budgets d'environ 51 milliards USD à la R-D dans le domaine de la santé (un domaine plus large que les produits pharmaceutiques). Ce chiffre sous-estime le total du soutien public, puisqu'il exclut la plupart des régimes d'incitation fiscale, les financements de l'enseignement supérieur ou les entreprises publiques. En parallèle, l'industrie pharmaceutique a consacré environ 100 milliards USD à la R-D dans les différents pays de l'OCDE. Dans les pays à revenu élevé, on estime que les entreprises financent à hauteur de 60 % l'ensemble de la R-D dans le domaine de la santé, tandis que 30 % des financements proviennent des gouvernements et 10 % d'autres sources, y compris des organisations privées sans but lucratif et des fonds propres des universités (Røttingen et al., 2013).

La plupart de la R-D pharmaceutique se déroule dans des pays de l'OCDE. Toutefois, la part des pays non membres de l'OCDE dans les dépenses mondiales de R-D du secteur est en hausse (Chakma et al., 2014), en particulier en Chine, où environ 11 milliards USD ont été consacrés à la RD en 2014 (0.05 % du PIB). Plus de la moitié des dépenses effectuées dans les pays de l'OCDE (graphique 10.12) interviennent aux États-Unis, où l'industrie pharmaceutique a dépensé environ 56 milliards USD (0.3 % du PIB), et où les budgets gouvernementaux directs en R-D dans le domaine de la santé se sont élevés à 33 milliards USD (0.2 % du PIB). En Europe, l'industrie a dépensé 26 milliards USD (0.1 % du PIB) et les gouvernements ont alloués 11 milliards USD (0.05 % du PIB) à la R-D, et au Japon, respectivement 15 milliards USD (0.3 % du PIB) et 1.6 milliards USD (0.03 % du PIB). En proportion du PIB, les dépenses de l'industrie sont les plus élevées en Suisse (0.6 %), en Belgique (0.6 %) et en Slovaquie (0.4 %), qui sont des pays plus petits dotés de secteurs pharmaceutiques relativement importants.

L'industrie pharmaceutique affiche une intensité de R-D forte. En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'industrie a dépensé quelque 14 % de sa valeur ajoutée brute en R-D, une part presque aussi élevée que dans les industries aéronautique et spatiale (18 %) et le secteur des produits électroniques et optiques (17 %), et considérablement supérieure à la moyenne de l'ensemble du secteur manufacturier (6 %) (graphique 10.13).

Les dépenses de R-D dans l'industrie pharmaceutique dans les pays de l'OCDE ont augmenté de plus de 50 % en termes réels entre 2004 et 2014, dans les pays de l'OCDE. Toutefois, cette hausse n'est pas associée à davantage de résultats en terme du nombre de nouveaux produits dont la mise sur le marché a été autorisée. Aux États-Unis, le nombre annuel de nouvelles autorisations est resté relativement stable depuis les années 80 (graphique 10.14) tandis que le nombre d'autorisations par milliard USD dépensé en R-D (corrégés de l'inflation) a constamment diminué, sauf à la fin des années 90, lorsqu'un arriéré de demandes d'autorisation a été traité, ainsi qu'après 2010.

Ce schéma de résultats constants à prix croissants malgré les avancées technologiques (la « loi d'Eroom ») serait dû à une

combinaison complexe de facteurs, parmi lesquels de nouvelles conditions à observer pour obtenir une autorisation de mise sur le marché, qui ont entraîné une hausse du coût des essais cliniques, et un « fond de catalogue » toujours croissant de médicaments efficaces qui a réorienté les efforts de recherche vers des pathologies plus complexes (Scannell et al., 2012). La hausse des coûts de la R-D peut être à la fois une cause et un résultat de la hausse des prix des médicaments, car l'acceptation de prix plus élevés par les assureurs peut rendre financièrement viable la R-D de plus en plus coûteuse. L'augmentation des coûts de R-D peut alors également entraîner des prix plus élevés.

Définition et comparabilité

Les dépenses intérieures de R-D du secteur des entreprises (DIRDE) couvrent la R-D réalisée par les entreprises, quelle que soit l'origine des fonds, et elles peuvent inclure des subventions publiques. Les DIRDE s'enregistrent dans le pays où a lieu l'activité de R-D et non dans le pays d'origine du financement. Les agences statistiques nationales recueillent ces données principalement par des enquêtes et suivant le *Manuel de Frascati* de l'OCDE (2015), mais les pratiques nationales varient dans une certaine mesure. La « R-D pharmaceutique » désigne les DIRDE par des entreprises classées dans l'industrie pharmaceutique.

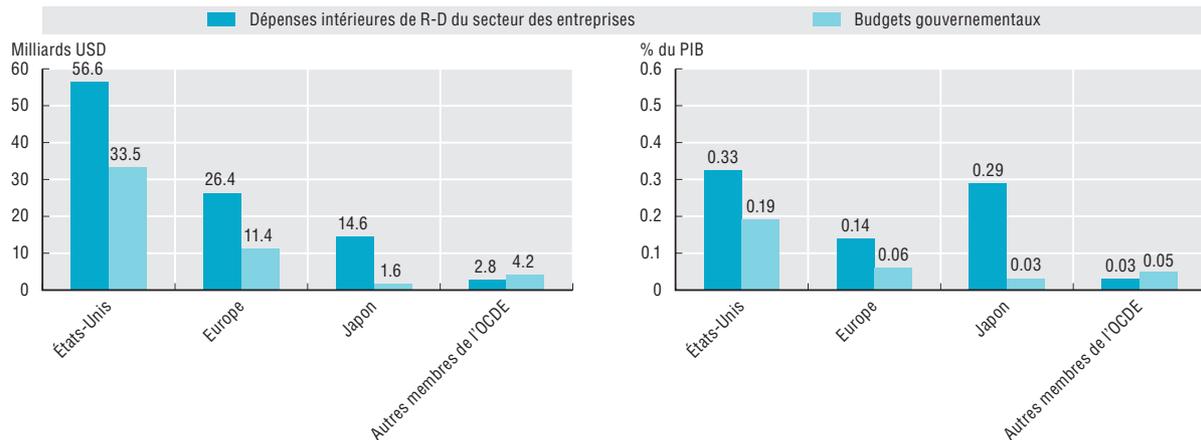
Les budgets gouvernementaux englobent à la fois la R-D menée directement par les gouvernements et les sommes versées à d'autres institutions. « La R-D dans le domaine de la santé » désigne les budgets visant à protéger, promouvoir et restaurer la santé humaine, y compris tous les domaines des soins médicaux et sociaux. Elles ne couvrent pas les dépenses des entreprises publiques ni les fonds universitaires généraux qui sont ensuite affectés à la santé.

La valeur ajoutée brute d'un secteur correspond à la production brute moins la consommation intermédiaire. Elle inclut le coût des salaires, la consommation de capital fixe et les impôts sur la production. Dans la mesure où la valeur ajoutée brute n'inclut pas la consommation intermédiaire, elle est moins sensible que la production brute à la dépendance sectorielle à l'apport de matières premières. Les moyennes OCDE du graphique 10.13 sont basées sur 15 pays pour les industries aéronautique et spatiale, et sur 25-29 pays pour tous les autres secteurs.

Références

- Chakma, J. et al., 2014. « Asia's Ascent – Global Trends in Biomedical R&D Expenditures », *New England Journal of Medicine*, vol. 370, n° 1, pp. 3-6.
- OCDE (2015), *Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en>.
- Røttingen, J.A. et al. (2013), « Mapping of Available Health Research and Development Data: What's There, What's Missing, and What Role Is There for a Global Observatory? », *The Lancet*, vol. 382, n° 9900, pp. 1286-1307.
- Scannell, J.W. et al. (2012), « Diagnosing the Decline in Pharmaceutical R&D Efficiency », *Nature Reviews Drug Discovery*, vol. 11, n° 3, pp. 191-200.

Graphique 10.12. **Dépenses intérieures de R-D du secteur des entreprises pharmaceutiques (DIRDE) et budgets gouvernementaux de R-D en santé, 2014 (ou année la plus proche)**

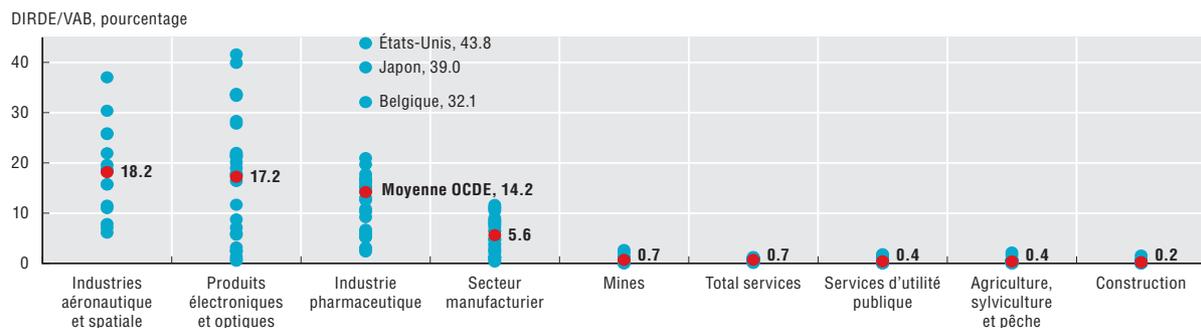


Note : 2011 pour les DIRDE en Suisse, 2012 pour celles sur les budgets gouvernementaux de R-D du Mexique ; 2014 ou 2013 pour tous les autres pays. Données non disponibles pour les DIRDE au Luxembourg et pour les budgets gouvernementaux en Lettonie.

Source : Base de données de l'OCDE sur les principaux indicateurs de la science et de la technologie et Base de données de l'OCDE sur les statistiques de R-D.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610081>

Graphique 10.13. **Intensité de R-D par secteur : dépenses intérieures de R-D du secteur des entreprises (DIRDE) en proportion de la valeur ajoutée brute (VAB), 2014 (ou année la plus proche)**

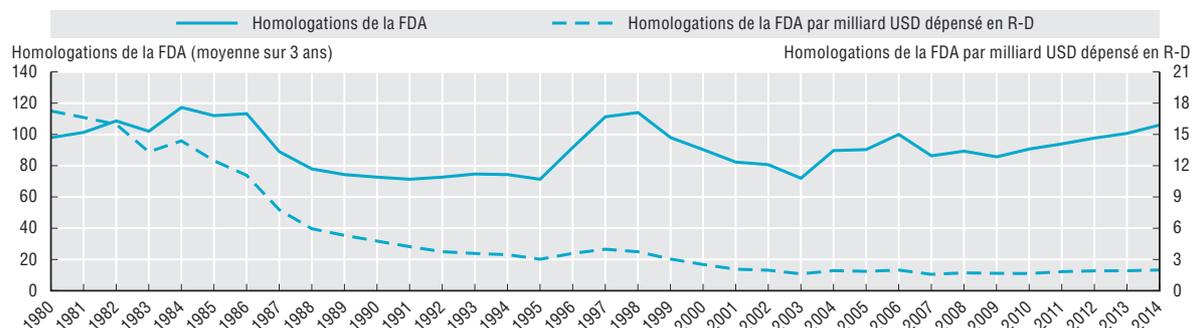


Note : Les industries aéronautique et spatiale, le secteur des produits électroniques et optiques et l'industrie pharmaceutique sont des branches du secteur manufacturier. Tous les autres secteurs présentent les totaux obtenus au même niveau d'agrégation que ce dernier.

Source : OCDE, Base de données analytique sur les dépenses de recherche-développement dans le secteur des entreprises (ANBERD), Base de données pour l'analyse structurelle (STAN), Base de données sur les comptes nationaux des pays de l'OCDE ; Bureaux de statistique nationale pour la VAB de l'industrie pharmaceutique en Australie et les industries aéronautique et spatiale au Canada.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610100>

Graphique 10.14. **Nombre annuel d'autorisations de nouveaux médicaments par la FDA par milliard USD dépensé en R-D par les entreprises pharmaceutiques (montants corrigés de l'inflation)**



Source : United States Food and Drug Administration (FDA); Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610119>





11. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Évolution démographique

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Prévalence de la démence

Bénéficiaires de soins de longue durée

Aidants informels

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Lits de soins de longue durée

Dépenses de soins de longue durée

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

Évolution démographique

L'allongement de l'espérance de vie (voir les indicateurs sur l'espérance de vie au chapitre 3) et la baisse des taux de fécondité signifient que les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante des populations des pays de l'OCDE.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans est passée de moins de 9 % en 1960 à 17 % en 2015, et devrait continuer d'augmenter, pour atteindre 28 % en 2050 (graphique 11.1, diagramme de gauche). Dans plus de deux tiers des pays de l'OCDE, 25 % au moins de la population sera âgée de plus de 65 ans d'ici 2050. Cette proportion devrait être importante plus particulièrement au Japon, en Espagne, au Portugal, en Grèce et en Corée, où elle pourrait atteindre près de 40 % d'ici 2050. Le vieillissement de la population devrait également toucher rapidement la Chine, où la proportion de la population de plus de 65 ans devrait presque tripler entre 2010 et 2050, pour s'établir juste en-dessous de la moyenne de l'OCDE. À l'inverse, Israël, les États-Unis et le Mexique verront la proportion de la population âgée augmenter plus progressivement, en raison de l'afflux massif d'immigrés ou de taux de fécondité supérieurs.

L'augmentation de la part de la population âgée de 80 ans et plus sera encore plus spectaculaire (graphique 11.1, diagramme de droite). En moyenne dans les pays de l'OCDE, près de 5 % de la population était âgée de 80 ans et plus en 2015. D'ici 2050, ce pourcentage augmentera pour passer à plus de 10 %. En Italie, en Espagne, au Portugal et en Allemagne, la proportion de la population âgée de plus de 80 ans devrait plus que doubler entre 2015 et 2050. L'augmentation sera encore plus rapide en Corée, où la proportion des plus de 80 ans progressera de 3 % à 14 % au cours des 40 prochaines années.

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays du monde, sa rapidité est variable (graphique 11.2). Le rythme du vieillissement de la population a été particulièrement soutenu au Japon, où la part de la population de 80 ans et plus est passée de 2 % en 1990 à près de 8 % en 2015 et devrait atteindre 15 % d'ici 2050. La population de la Corée reste relativement jeune, mais elle devrait connaître un vieillissement rapide au cours des prochaines décennies, au point que d'ici 2050 la proportion des plus de 80 ans sera pratiquement égale à celle du Japon. Le rythme du vieillissement de la population est plus modéré dans les pays non membres de l'OCDE, même si une accélération est prévue. Dans de grands pays partenaires comme le Brésil et la Chine, moins de 2 % de la population était âgée de 80 ans et plus en 2015, mais cette proportion devrait atteindre près de 7 % au Brésil et plus de 8 % en Chine d'ici 2050.

Bien que la pression induite par l'accroissement de la proportion de personnes âgées de 65 et 80 ans et plus sur les

systèmes de soins de longue durée dépendra de leur état de santé, le vieillissement de la population devrait entraîner une hausse de la demande de la prise en charge des personnes âgées et contribuer à l'augmentation des dépenses de santé. La plupart des études montrent toutefois que les nouvelles technologies et la progression des revenus sont des facteurs plus importants de l'augmentation des dépenses de santé que le vieillissement de la population (OCDE, 2015).

Le vieillissement des populations devrait entraîner une baisse de l'offre potentielle de main-d'œuvre dans l'économie. En moyenne dans les pays de l'OCDE, on comptait en 2012 un peu plus de quatre personnes d'âge actif (15-64 ans) pour chaque personne âgée de 65 ans et plus. Cette proportion devrait être divisée par deux, passant de 4.2 en 2012 à 2.1 en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours des 40 prochaines années (OCDE, 2013). De plus, le vieillissement pourrait se traduire par une baisse des recettes pour certains dispositifs, en particulier l'impôt sur les salaires, de sorte que les pays auront plus de difficultés à maintenir ou accroître les dépenses publiques dans le domaine de la santé.

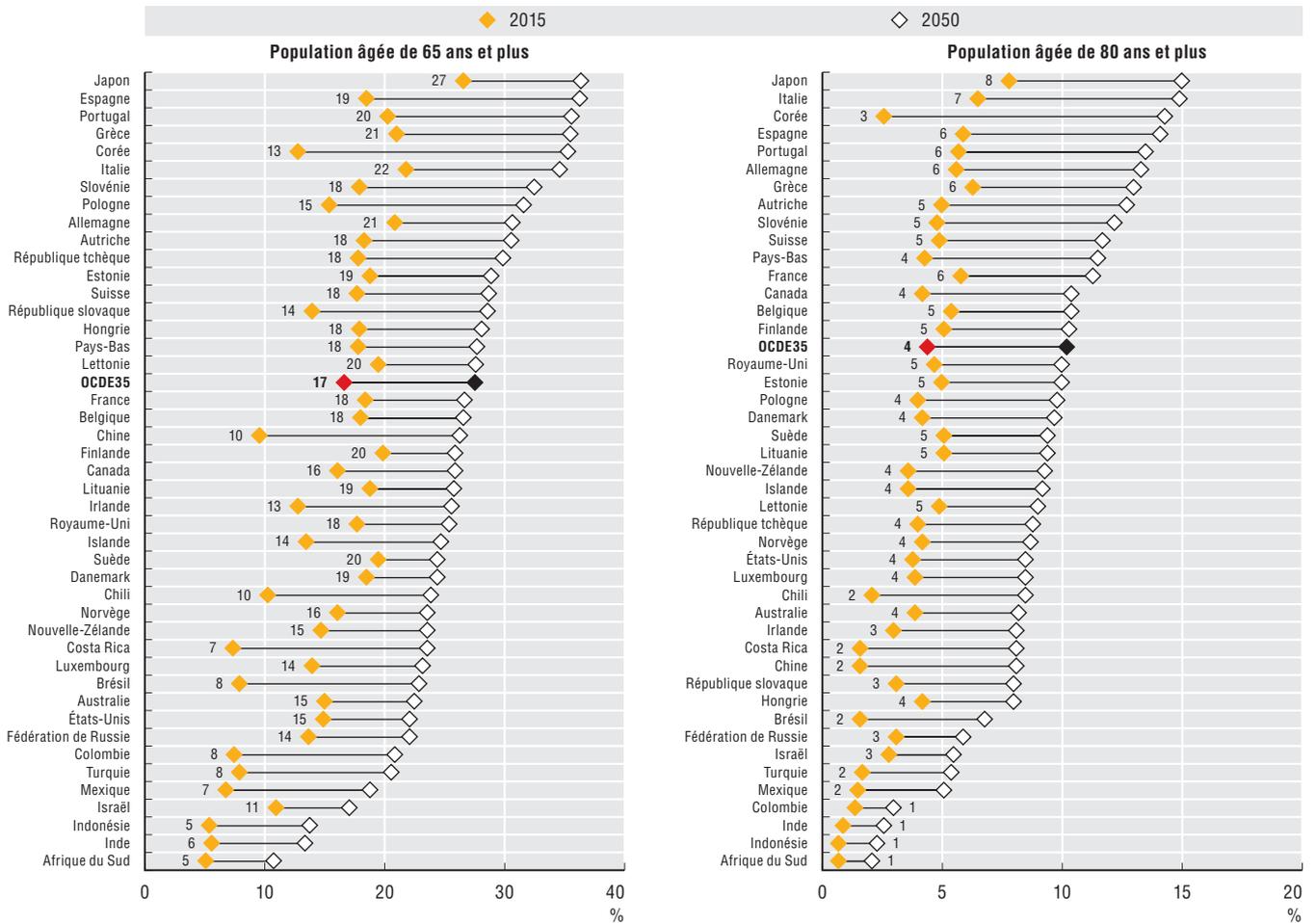
Définition et comparabilité

Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE sur la population (1950-2050). Les projections retenues correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2017).

Références

- Muir, T. (2017), « Measuring Social Protection for Long-term Care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- OCDE (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems : Bridging Health and Finance Perspectives*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OCDE (2013), *Panorama des pensions 2013 : Les indicateurs de l'OCDE et du G20*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2013-fr.
- United Nations (2017), *2017 Revision of World Population Prospects*, United Nations, <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.

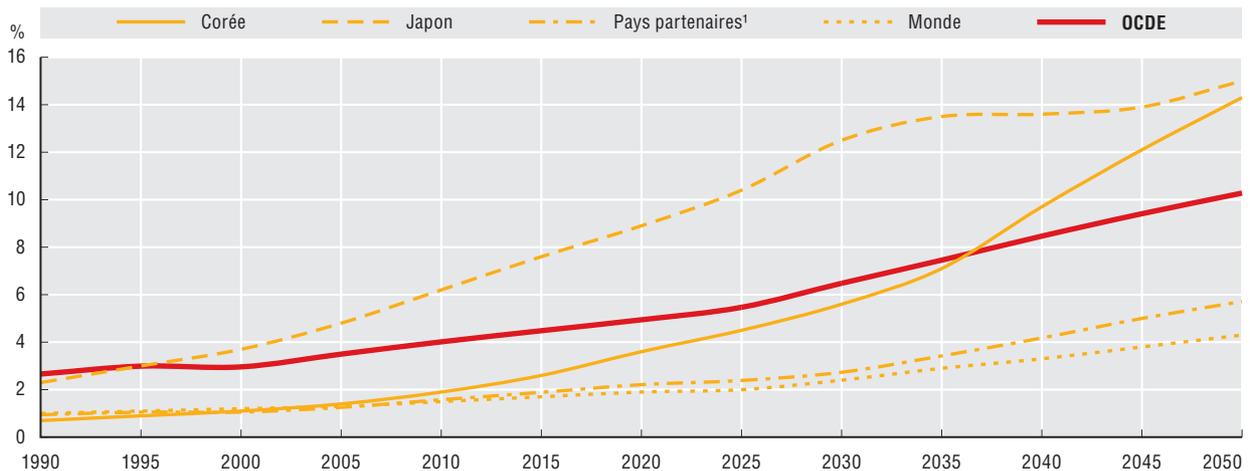
Graphique 11.1. Part de la population âgée de plus de 65 et 80 ans, 2015 et 2050



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017 ; Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610138>

Graphique 11.2. Évolution de la part de la population âgée de plus de 80 ans, 1990-2050



1. Les pays partenaires incluent l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Colombie, le Costa Rica, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Indonésie et la Lituanie.

Source : Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610157>

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie à 65 ans a fortement augmenté pour les hommes comme pour les femmes dans les pays de l'OCDE, avec une augmentation de 5.4 années en moyenne depuis 1970 (graphique 11.3). Plusieurs facteurs ont contribué à cette progression, notamment les progrès réalisés en matière de soins médicaux et un meilleur accès aux soins, mais aussi des modes de vie plus sains et une amélioration des conditions de vie aussi bien avant qu'après 65 ans.

Le Japon et la Corée ont enregistré la plus forte progression de l'espérance de vie à 65 ans depuis 1970, avec un gain d'environ huit ans. Les gains ont été beaucoup plus faibles en Hongrie, en République slovaque et au Mexique, avec une progression d'environ trois années seulement.

En 2015, les personnes âgées de 65 ans dans les pays de l'OCDE pouvaient espérer vivre 19.5 années supplémentaires : 21 années pour les femmes et 18 années pour les hommes (graphique 11.4). Cette différence de trois années en moyenne entre femmes et hommes dans les pays de l'OCDE a été relativement stable dans le temps. En 2015, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans était la plus élevée au Japon chez les femmes (24 années) et au Japon, en Australie et en Islande chez les hommes (près de 20 années). Parmi les pays de l'OCDE, elle était la plus faible en Hongrie chez les femmes (18 ans) et en Lettonie chez les hommes (14 ans).

La position relative des pays en ce qui concerne l'espérance de vie à 65 ans est étroitement corrélée à celle qu'ils occupent par rapport à l'espérance de vie à 80 ans. En 2015, l'espérance de vie à l'âge de 80 ans était la plus élevée au Japon chez les femmes (qui pouvaient espérer vivre encore 12 années) et la plus élevée en France chez les hommes (qui pouvaient espérer vivre 9 années de plus).

L'allongement de l'espérance de vie à l'âge de 65 ans ne signifie pas nécessairement que les années supplémentaires seront vécues en bonne santé. En Europe, un indicateur de l'espérance de vie sans incapacité ou « années de vie en bonne santé » est calculé régulièrement, à partir d'une question générale sur l'incapacité posée dans l'enquête EU-SILC (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie). En 2015, parmi les pays européens prenant part à cette enquête, le nombre moyen d'années de vie en bonne santé à 65 ans était quasiment identique chez les femmes et les hommes, s'élevant respectivement à 9.3 ans et 9.4 ans (graphique 11.5). L'absence de tout écart significatif femmes-hommes indique que bon nombre des années de vie supplémentaires dont jouissent les femmes sont vécues avec une certaine limitation de l'activité. En 2015, les pays nordiques (à l'exception de la Finlande) affichaient le nombre le plus élevé d'années de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans. En Suède, les femmes pouvaient espérer vivre en moyenne 17 années de plus sans incapacité, contre 16 chez les hommes.

L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé varient en fonction du niveau d'instruction. Tant pour les hommes que pour les femmes, les individus très instruits sont susceptibles de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les écarts de longévité en fonction du niveau d'instruction sont particulièrement marqués dans les pays d'Europe centrale et orientale, surtout chez les hommes. En République slovaque, les hommes âgés de 65 ans au niveau d'instruction élevé

pouvaient, en 2015, espérer vivre cinq années de plus que leurs pairs peu instruits. En revanche, les écarts de longévité en fonction du niveau d'instruction sont beaucoup plus faibles (moins de deux ans) dans les pays nordiques (Danemark, Finlande, Norvège et Suède) et au Portugal (voir la base de données Eurostat 2017).

Définition et comparabilité

L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles un individu peut espérer vivre en l'absence de changement des taux actuels de mortalité. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité d'une cohorte. Si les taux baissent (comme ce fut le cas ces dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective des individus sera supérieure à l'espérance de vie calculée sur la base des taux de mortalité actuels. La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut légèrement varier d'un pays à l'autre, ces différences pouvant induire des écarts qui restent inférieurs à un an. L'espérance de vie à 65 ans est la moyenne non pondérée des espérances de vie des hommes et des femmes.

L'espérance de vie sans incapacité, ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité. En Europe, les années de vie en bonne santé sont calculées chaque année par Eurostat pour les pays de l'Union européenne et certains pays de l'AELE. L'incapacité est mesurée par l'indicateur général de limitation de l'activité (GALI), qui est issu des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). La question est : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les possibilités de réponse sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Bien que les années de vie en bonne santé fournissent aujourd'hui les données les plus comparables, des problèmes subsistent quant à la manière d'interpréter l'indicateur de limitation globale de l'activité, bien qu'il semble refléter de façon satisfaisante d'autres mesures de la santé et de l'incapacité (Jagger et al., 2010).

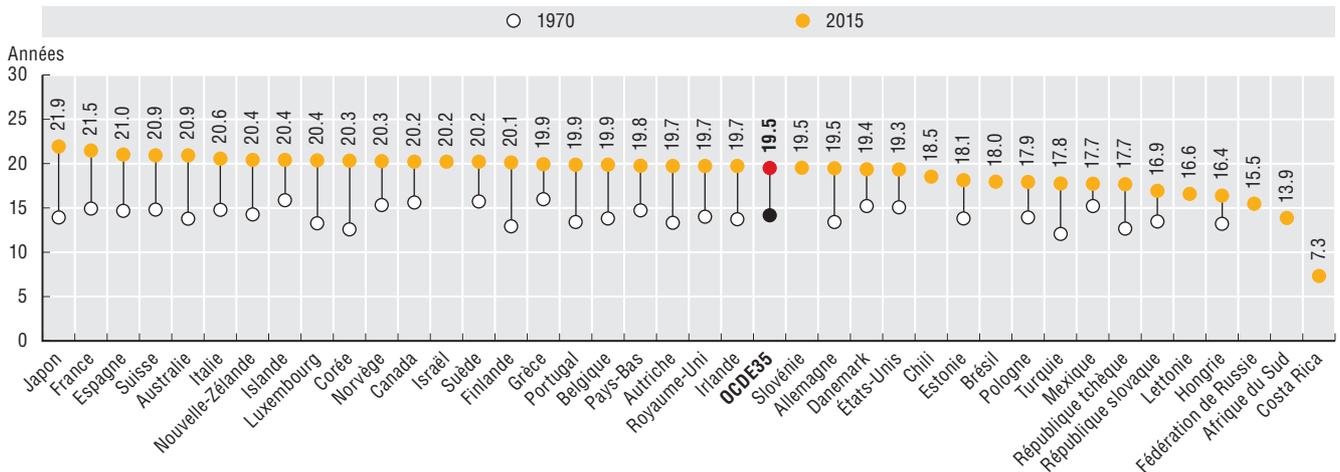
Références

- Jagger, C. et al. (2010), « The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly across European Countries », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 63, pp. 892-899.
- Mäki, N. et al. (2013), « Educational Differences in Disability-free Life Expectancy: A Comparative Study of Long-standing Activity Limitation in Eight European Countries », *Social Science & Médecine*, vol. 94, pp. 1-8.

11. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

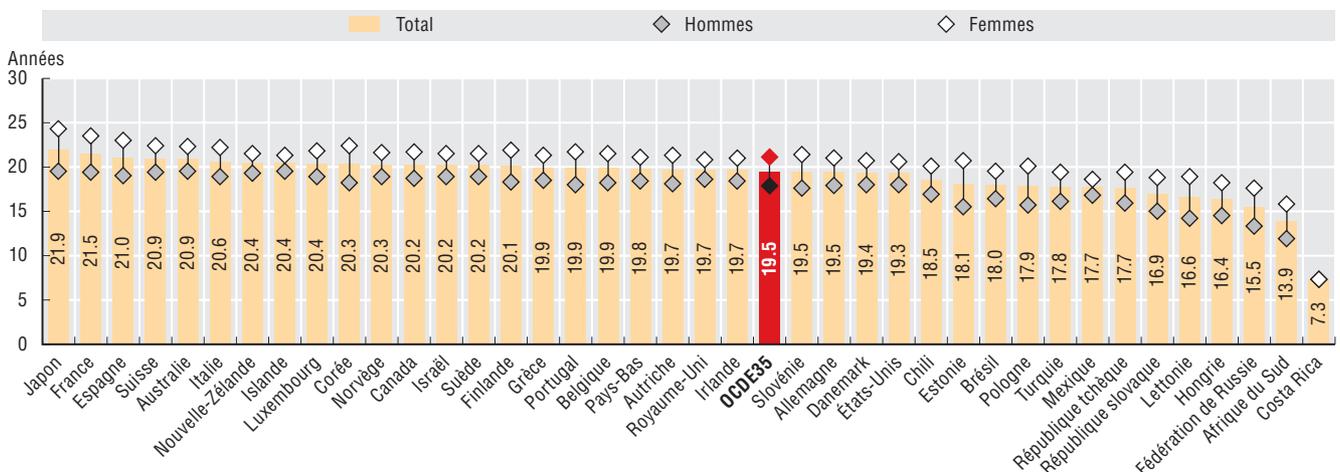
Graphique 11.3. **Espérance de vie à 65 ans, 1970 et 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610176>

Graphique 11.4. **Espérance de vie à 65 ans selon le sexe, 2015 (ou année la plus proche)**

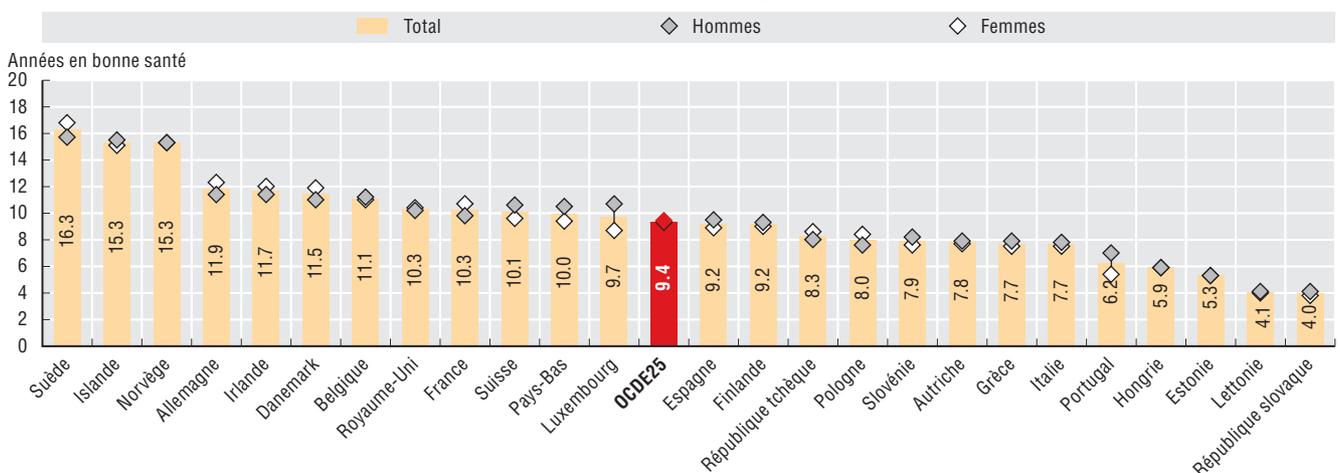


Note : Les pays sont classés par ordre décroissant de l'espérance de vie pour l'ensemble de leur population.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610195>

Graphique 11.5. **Espérance de vie en bonne santé à 65 ans, pays européens, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant de l'espérance de vie en bonne santé pour l'ensemble de leur population.

Source : Base de données d'Eurostat 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610214>

La plupart des pays de l'OCDE mènent régulièrement des enquêtes qui permettent aux personnes interrogées de détailler différents aspects de leur santé. On trouve fréquemment dans ces enquêtes une question concernant l'état de santé tel que perçu par les personnes interrogées, laquelle est formulée comme suit : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». En dépit du caractère subjectif de ces questions, les indicateurs de perception de l'état de santé général fournissent des indications quant à l'évolution de la consommation de soins de santé et de la mortalité (Hirosaki et al., 2017; Schnittker and Bacak, 2014). Il peut toutefois se révéler difficile d'interpréter les écarts que l'on observe d'un pays à l'autre, dans la mesure où les questions des enquêtes peuvent être légèrement différentes et où des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

Plus de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus se déclare en bonne santé dans 14 des 34 pays de l'OCDE considérés (graphique 11.6). En Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis, plus des trois quarts de la population âgée estime être en bonne santé, mais les catégories de réponse qui sont proposées aux personnes interrogées dans ces trois pays diffèrent de celles utilisées dans la plupart des autres pays de l'OCDE (voir la section « Définition et comparabilité »). Parmi les pays européens, c'est en Norvège, en Suède, en Irlande, en Suisse et aux Pays-Bas que les personnes âgées signalent le meilleur état de santé, plus de 60 % d'entre elles s'estimant en bonne santé. À l'opposé, moins de 15 % des plus de 65 ans estiment être en bonne santé en Lettonie et au Portugal. Dans presque tous les pays, les hommes de plus de 65 ans sont plus nombreux que les femmes à se déclarer en bonne santé. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 47 % des hommes de plus de 65 ans jugent leur état de santé satisfaisant ou très satisfaisant, contre 41 % des femmes.

L'état de santé autodéclaré varie considérablement en fonction du revenu. Dans les pays de l'OCDE en moyenne, moins d'un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus dans le quintile de revenu le plus bas estiment être en bonne santé, contre près de 60 % de celles qui se situent dans le quintile de revenu le plus élevé (graphique 11.7). En Suède, plus des quatre cinquièmes des 65 ans et plus dans le quintile de revenu le plus élevé jugent que leur état de santé est bon, tandis que moins de la moitié des personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont de cet avis.

Bien que les mesures de l'incapacité ne soient pas totalement standardisées dans les différents pays, l'enquête EU-SILC (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie) recueille des données sur les limitations que connaissent les personnes dans leurs activités quotidiennes (graphique 11.8). Ces limitations correspondent souvent à un besoin de soins de longue durée. En moyenne dans 26 pays européens, 51 % des plus de 65 ans déclarent être modérément ou considérablement limités dans leurs activités quotidiennes en raison d'un problème de santé (graphique 11.8). C'est dans les pays nordiques que les taux d'incapacité sont les plus faibles, environ une personne de plus de 65 ans sur cinq faisant au moins état d'une certaine limitation au quotidien en Suède et en Norvège. Les taux les plus élevés sont observés dans les pays d'Europe orientale tels que la Lettonie et la République slovaque, où les trois quarts des plus de 65 ans déclarent au moins un certain niveau de limitation.

Définition et comparabilité

L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé, tant du point de vue physique que psychologique. La question est habituellement posée en ces termes : « Comment estimez-vous votre santé en général ? Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les *Statistiques de l'OCDE sur la santé* fournissent des chiffres sur la proportion de la population qui évalue son état de santé comme bon ou très bon.

Il convient d'être prudent au moment d'établir des comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par des facteurs culturels. Deuxièmement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. En particulier, l'échelle de réponses utilisée en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis est asymétrique (elle est orientée en faveur des réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ». Les résultats présentés dans les *Statistiques de l'OCDE sur la santé* renvoient à l'une des trois réponses positives (« excellente, très bonne ou bonne »). Au contraire, dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique, comportant les catégories : « très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les données relatives à ces pays ne renvoient qu'aux deux premières catégories (« très bonne, bonne »). Les résultats peuvent donc être biaisés vers le haut dans les pays utilisant une échelle asymétrique par rapport à ceux qui utilisent une échelle symétrique.

L'incapacité générale perçue est mesurée par l'indicateur général de limitation d'activité (GALI) qui est issu des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). La question est : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les possibilités de réponse sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Les personnes placées en institution ne sont pas couvertes par l'enquête, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence de l'incapacité. La mesure est là aussi subjective, et des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

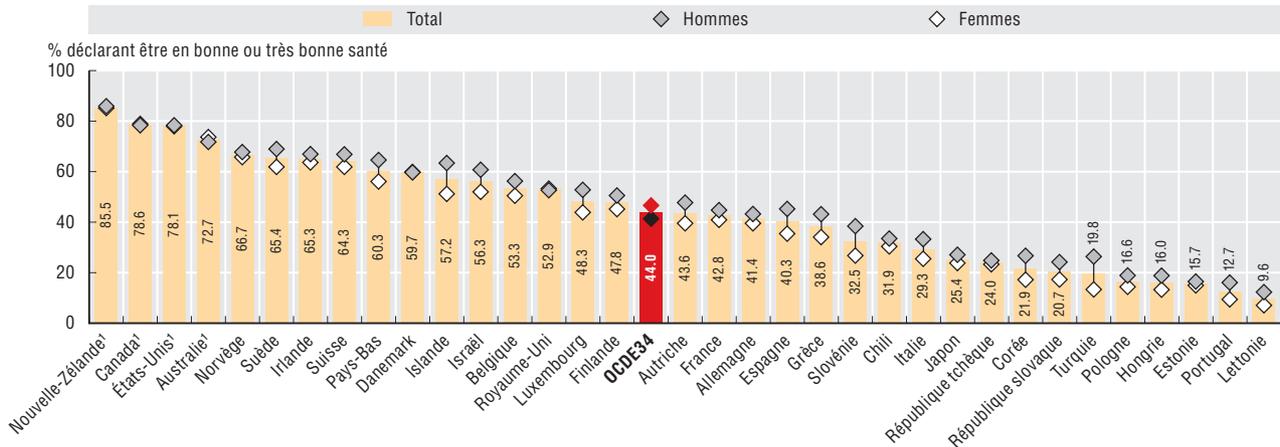
Références

- Hirosaki, M. et al. (2017), « Self-rated Health Is Associated with Subsequent Functional Decline Among Older Adults in Japan », *International Psychogeriatrics*, vol. 29, n° 9, pp. 1475-1483, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610217000692>.
- Schnittker, J. et V. Bacak (2014), « The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health », *PLoS ONE*, vol. 9, n° 1, e84933, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>.

11. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

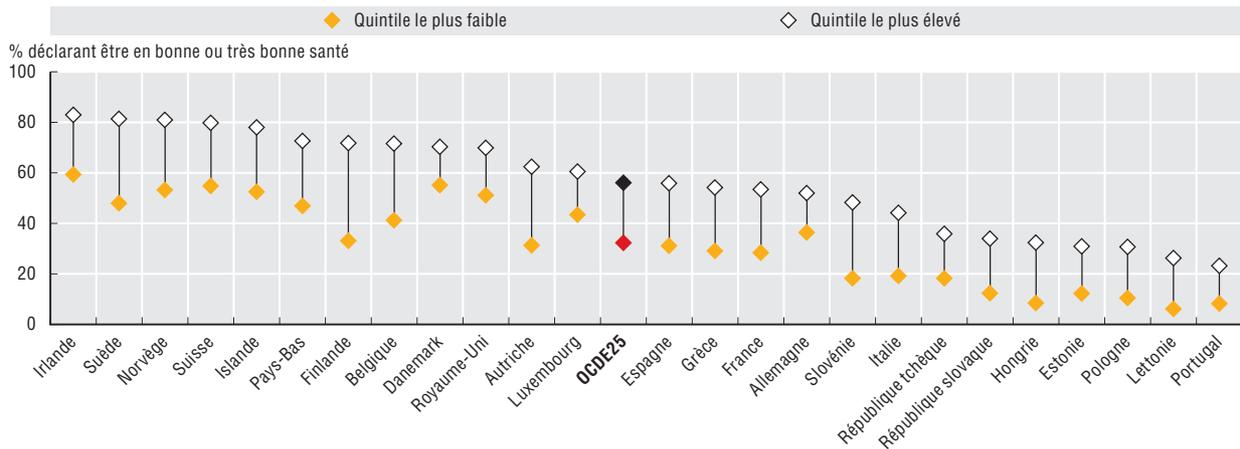
Graphique 11.6. Population âgée de 65 ans et plus se déclarant en bonne santé, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Les chiffres pour les hommes et les femmes sont très proches en Nouvelle-Zélande, au Canada, aux États-Unis, au Danemark et au Royaume-Uni.
 1. Les données concernant la Nouvelle-Zélande, le Canada, les États-Unis et l'Australie ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de biais entraînant une surestimation.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610233>

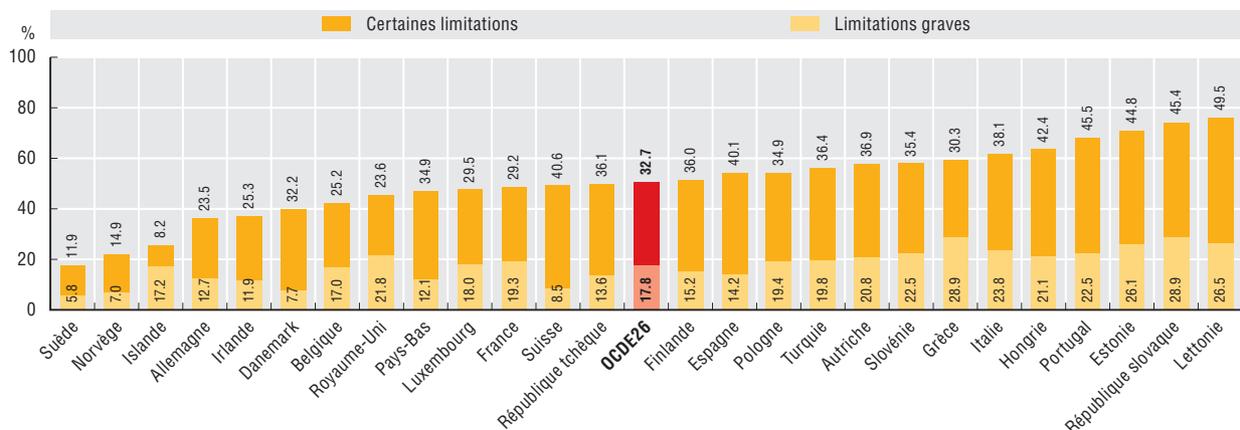
Graphique 11.7. Population âgée de 65 ans et plus se déclarant en bonne santé, par quintile de revenu, pays européens, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610252>

Graphique 11.8. Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610271>

Prévalence de la démence

La démence correspond à une catégorie de troubles du cerveau qui entraînent des lésions cérébrales provoquant une détérioration progressive des capacités fonctionnelles et des relations sociales de l'individu. La maladie d'Alzheimer est la forme la plus courante de démence ; elle représente de 60 à 80 % des cas. Il n'existe aujourd'hui aucun remède ou traitement modifiant le cours de la maladie, mais des politiques meilleures peuvent améliorer la vie des personnes atteintes de démence en les aidant, ainsi que leur famille, à vivre avec la maladie et en veillant à ce qu'elles aient accès à des soins de santé et des prestations à caractère social de haute qualité.

En 2017, on estimait à 18.7 millions le nombre de personnes souffrant de démence dans les pays de l'OCDE, ce qui équivaut à environ une personne pour 69 dans la population dans son ensemble, mais la prévalence de la démence augmente rapidement avec l'âge. Dans tous les pays de l'OCDE, environ 2 % des personnes âgées de 65 à 69 ans sont atteintes de démence, contre plus de 40 % des personnes âgées de plus de 90 ans (graphique 11.10). De ce fait, les pays dont la population est plus âgée comptent plus de personnes souffrant de démence : on estime qu'au Japon, en Italie et en Allemagne plus de 20 personnes sur 1 000 sont atteintes de démence, tandis qu'en République slovaque, en Turquie et au Mexique elles sont moins de neuf (graphique 11.9).

En raison du vieillissement de la population, la démence deviendra plus fréquente à l'avenir, et les pays dans lesquels la population vieillit le plus rapidement verront sa prévalence plus que doubler au cours des 20 prochaines années. Il s'agit notamment de pays de l'OCDE comme la Corée et le Chili et de pays partenaires tels que le Brésil, la Chine, la Colombie et le Costa Rica. Pour autant, il semblerait bien que la prévalence de la démence par âge recule dans certains pays (Matthews et al., 2013) et il est possible de réduire le risque de démence en adoptant des styles de vie plus sains et en menant des interventions préventives. Si ces initiatives portent leurs fruits, l'augmentation de la prévalence pourrait être moins spectaculaire que le font craindre ces chiffres.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence touchent de nombreuses personnes atteintes de cette maladie et peuvent rendre leur prise en charge difficile. Les neuroleptiques peuvent réduire ces symptômes, mais compte tenu des risques associés et des questions éthiques – et de la disponibilité d'une gamme d'interventions efficaces non pharmacologiques, ils ne sont recommandés qu'en dernier ressort. Toutefois, l'utilisation inappropriée de ces médicaments reste répandue et réduire leur surconsommation est une priorité pour les pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE.

De nouvelles données recueillies par l'OCDE montrent que les taux de prescription de neuroleptiques aux personnes âgées vont du simple au double, voire davantage, d'un pays de l'OCDE à l'autre (graphique 11.12). En 2015, la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, la France, l'Australie et le Danemark ont prescrit des neuroleptiques à moins de 35 pour 1 000 personnes de plus de 65 ans, les taux étant en baisse ou constants. À l'opposé, plus de 70 pour 1 000 personnes âgées de plus de 65 ans en Slovaquie se sont vu prescrire des neuroleptiques, une hausse de 14 % par rapport à 2011.

Les taux de prescription de neuroleptiques augmentent avec l'âge (graphique 11.11). En moyenne dans 13 pays de l'OCDE, 3 % des 65-69 ans se sont vu prescrire des neuroleptiques en 2015, contre 12 % des plus de 90 ans, ce qui s'expliquerait en partie par des taux supérieurs de démence à des âges plus avancés. Toutefois, la consommation de neuroleptiques

augmente moins fortement que la prévalence de la démence (graphique 11.10).

Définition et comparabilité

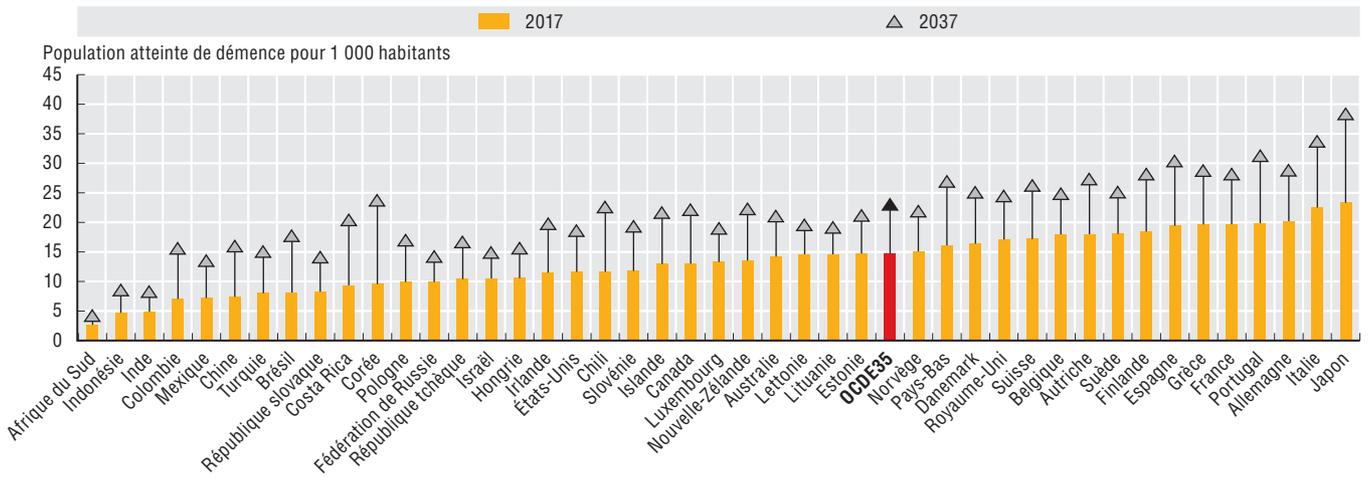
Les estimations de la prévalence du graphique 11.9 sont tirées du *World Alzheimer Report 2015*, qui inclut un examen systématique des études sur la prévalence de la démence à travers le monde. La prévalence par pays a été estimée en appliquant les taux de prévalence par âge correspondant à la région du monde concernée aux estimations démographiques par pays de l'ONU (*Perspectives de la population mondiale : révision de 2017*). Les différences entre les pays sont donc influencées par les structures démographiques – à savoir, les pays plus âgés ont plus de personnes atteintes de démence. L'analyse du *World Alzheimer Report 2015* comprend des études réalisées depuis 1980, et suppose que la prévalence par âge est constante dans le temps. Cette hypothèse a été conservée lors de la construction de cet indicateur, de sorte que les mêmes taux de prévalence spécifiques par groupe d'âge sont appliqués pour 2017 et 2037. Si des taux de prévalence par sexe existaient pour certaines régions, ce sont les taux globaux qui ont été utilisés dans cette analyse.

Les neuroleptiques sont définis de manière identique dans tous les pays, en utilisant les codes de classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC). Le numérateur comprend tous les patients sur le registre des médicaments ayant une prescription pour un médicament du sous-groupe ATC N05A. Le dénominateur est le nombre total de personnes inscrites au registre. La plupart des pays ne sont pas en mesure de recenser les prescriptions qui concernent des personnes atteintes de démence, c'est pourquoi l'indicateur sur les neuroleptiques inclut toutes les personnes âgées de plus de 65 ans. Une certaine prudence s'impose au moment de tirer des conclusions sur la population atteinte de démence, car rien ne dit qu'un taux supérieur de prescription chez les plus de 65 ans se traduit par davantage de prescriptions destinées aux personnes atteintes de démence. Néanmoins, évaluer cet indicateur, déterminer les éléments expliquant les écarts de résultats et réduire la consommation inappropriée des neuroleptiques sont autant de stratégies qui permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge de la démence dans les pays de l'OCDE.

Références

- Matthews, F.E. et al. (2013), « A Two-decade Comparison of Prevalence of Dementia in Individuals Aged 65 Years and Older from Three Geographical Areas of England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II », *The Lancet*, vol. 382, n° 9902.
- OCDE (2015), *Addressing Dementia: The OECD Response*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>.
- Prince, M. et al. (2015), *Rapport mondial Alzheimer 2015 : L'impact global des démences*, Alzheimer's Disease International.

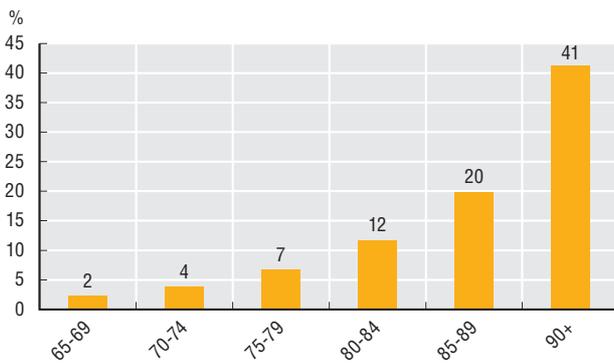
Graphique 11.9. Prévalence estimée de la démence, 2017 et 2037



Source : Analyse de l'OCDE à partir de données du World Alzheimer Report 2015 et des Nations unies.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610290>

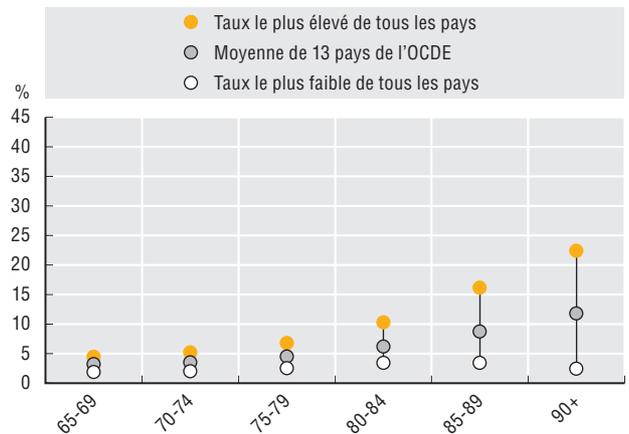
Graphique 11.10. Prévalence de la démence dans l'OCDE, par tranche d'âge, 2017



Source : Analyse de l'OCDE à partir de données du World Alzheimer Report 2015 et des Nations unies.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610309>

Graphique 11.11. Part de la population sous neuroleptiques, par tranche d'âge, 2015 (ou année la plus proche)



Note : Le Danemark et l'Estonie sont exclus des moyennes car les données font référence à des groupes d'âge différents.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610328>

Bénéficiaires de soins de longue durée

Avec l'âge, les individus sont plus susceptibles de développer des incapacités et d'avoir besoin du soutien de leur famille, de leurs amis et des services de soins de longue durée. Par conséquent, si des services de soins de longue durée sont fournis à des groupes d'invalides plus jeunes, la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes âgées. En moyenne, dans l'ensemble de l'OCDE, 13 % des personnes de plus de 65 ans reçoivent des soins de longue durée (graphique 11.13). Leur proportion varie de 2 % au Portugal à 6 % en Estonie et à plus de 20 % en Israël et en Suisse.

Les personnes de plus de 80 ans représentent en moyenne plus de la moitié de l'ensemble des bénéficiaires de soins de longue durée, et près des deux tiers au Japon, au Danemark et en Australie (graphique 11.14). Avec le vieillissement de la population, la demande de services de soins de longue durée va probablement augmenter – bien que cet effet puisse être compensé en partie par l'amélioration de l'état de santé à un âge avancé. Néanmoins, un nombre significatif de jeunes personnes handicapées ont besoin de soins de longue durée, représentant jusqu'à un tiers de l'ensemble des bénéficiaires en Norvège, en Slovaquie et aux Pays-Bas.

Bien qu'il soit un facteur important de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée dans le temps, le vieillissement de la population n'explique pas véritablement les différences existant entre les pays. Par exemple, Israël a l'une des populations les plus jeunes de l'OCDE, mais la proportion de la population qui bénéficie de soins de longue durée est plus élevée que la moyenne. Un déterminant plus important est l'existence de services de soins de longue durée financés par des fonds publics. Cependant, les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics sont plus difficiles à obtenir et peuvent être sous-estimées, ce qui implique que les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas. Les normes culturelles qui définissent dans quelle mesure les familles s'occupent des personnes âgées peuvent également être un moteur important de l'utilisation des services formels (voir l'indicateur sur les aidants informels).

Dans la mesure où la prise en charge à domicile est généralement préférée aux soins en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des programmes et des prestations en faveur des soins de longue durée dispensés à domicile, en particulier pour les personnes âgées. Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficient de soins de longue durée à domicile a progressé ces dix dernières années (graphique 11.15), avec des hausses particulièrement marquées au Portugal et en Suède. Au Portugal, cette situation s'explique par le développement des services de prise en charge à domicile, qui étaient très limités en 2005. En Suède, elle découle d'une politique délibérée de réduction des capacités de soins en établissement et de soutien à la prise en charge à domicile (Colombo et al., 2011).

Si la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile a augmenté ces dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, elle a considérablement diminué en Finlande et en Estonie. En Finlande, cela ne correspond pas à une hausse des soins en établissement traditionnel. De fait, de plus en plus de personnes ont recours aux « résidences avec services », dans lesquelles les personnes âgées emménagent dans des logements spécialement adaptés qui proposent une prise en charge 24 heures sur 24. Ce modèle de soins est classé parmi les soins en établissements, mais il permet aux personnes d'être plus indépendantes et autonomes que dans des établissements de soins traditionnels. En Estonie, le nombre de soins en établissement a augmenté sensiblement,

mais le nombre de « curateurs » nommés par les autorités locales pour s'occuper de personnes à domicile a considérablement baissé.

Définition et comparabilité

Les bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes qui reçoivent des soins prodigués sur le long terme par des prestataires rémunérés, y compris du personnel non professionnel percevant des paiements en espèces dans le cadre d'un programme d'aide. Ils comprennent également les personnes qui reçoivent des prestations en espèces au titre de programmes laissant libre choix à l'utilisateur d'acheter les services qu'il souhaite pour répondre à ses besoins, ainsi que des allocations-dépendance ou d'autres prestations sociales principalement destinées à venir en aide aux personnes dépendantes. Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. La prise en charge à domicile signifie que les personnes reçoivent la plupart de leurs soins chez elles. Elle peut également inclure le recours temporaire à des soins en établissement, ainsi qu'à des structures de proximité et des centres d'accueil de jour et à des formules d'hébergement spécialement conçues. Les données pour la Pologne, les États-Unis, l'Irlande, le Canada, la République slovaque, l'Islande et la Belgique étant disponibles uniquement pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en établissement, le nombre total de bénéficiaires est donc sous-estimé. En Estonie, les données sur les bénéficiaires des soins de longue durée dispensés à domicile se rapportent uniquement à ceux qui ont un « curateur » nommé par le gouvernement local. D'autres services sociaux, sans composante de soins personnels, ne sont pas inclus dans ces données. Il est possible qu'une partie de la diminution des bénéficiaires reflète la substitution des « curateurs » par ces autres services.

Les données sur les soins de longue durée sont difficiles à recueillir dans de nombreux pays et les chiffres présentent des limites. Pour certains pays, les données concernent uniquement les personnes recevant des soins financés par des fonds publics, tandis que d'autres pays incluent les personnes finançant elles-mêmes leurs soins. Les données de la France et de la République tchèque correspondent au nombre de personnes ayant demandé à bénéficier de prestations de santé, ce qui peut ne pas correspondre directement au nombre de bénéficiaires des services. Certains pays utilisent des catégories d'âge différentes : au lieu de prendre en compte les personnes âgées de 65 ans et plus, la Belgique se réfère aux personnes de 60 ans et plus et l'Islande à celles de 66 ans et plus.

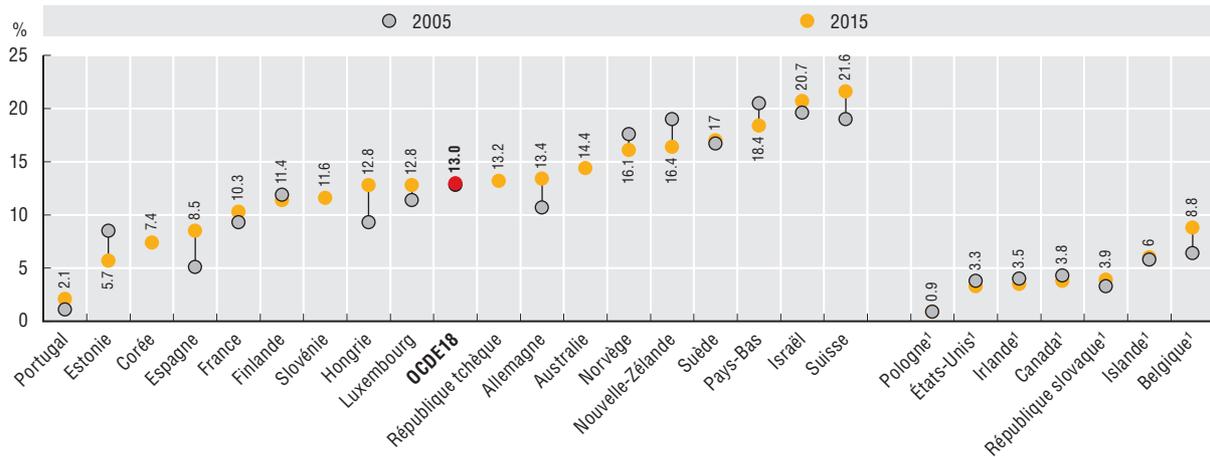
Références

- Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.
- Muir, T. (2017), « Measuring Social Protection for Long-term Care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

11. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Bénéficiaires de soins de longue durée

Graphique 11.13. Bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)

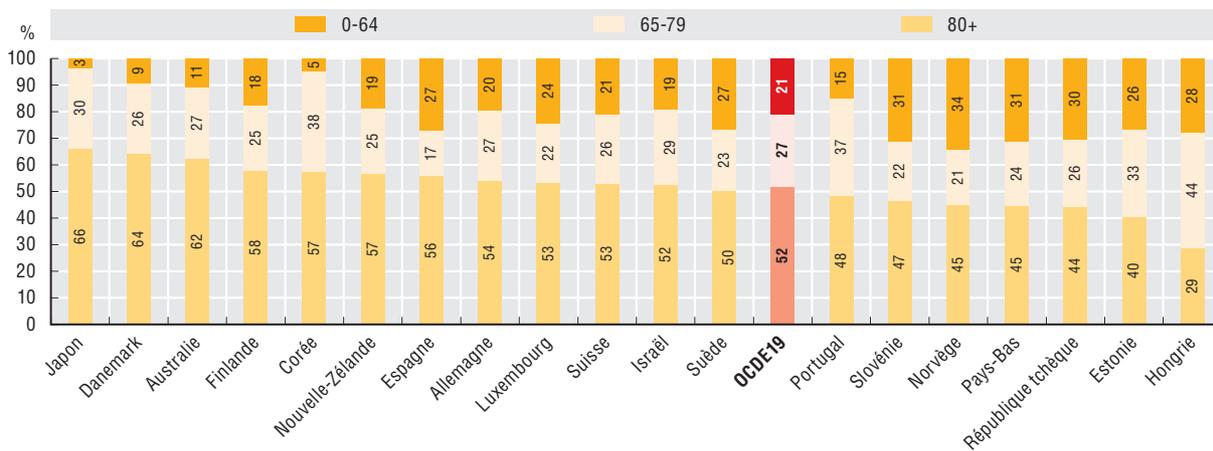


1. Ne concerne que les individus en établissement de long séjour.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610366>

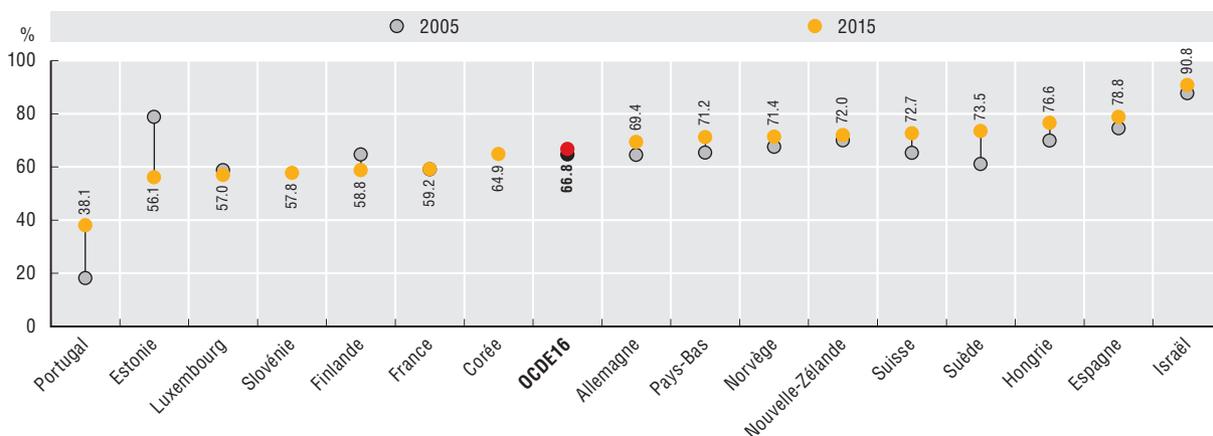
Graphique 11.14. Proportion de la population bénéficiant de soins de longue durée, par âge, 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610385>

Graphique 11.15. Part des bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus recevant des soins à domicile, 2005 et 2015 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610404>

Aidants informels

Dans les pays de l'OCDE, la famille et les amis fournissent la plus grande part des soins aux personnes qui nécessitent des soins de longue durée. Compte tenu du caractère informel des soins prodigués par les proches, il est difficile d'obtenir des données comparables sur le nombre d'aidants familiaux dans chacun des pays, ainsi que sur le temps qu'ils consacrent à ces activités. Les données présentées dans cette section proviennent d'enquêtes nationales et internationales sur la santé, et se réfèrent aux individus âgés de 50 ans et plus qui déclarent fournir des soins et une aide à un proche (membre de la famille ou ami).

En moyenne dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, environ 13 % des personnes âgées de 50 ans et plus déclarent prodiguer des soins informels au moins une fois par semaine – mais ce chiffre est supérieur à 20 % en République tchèque et en Belgique et inférieur à 10 % en Pologne et au Portugal (graphique 11.16). On observe également des écarts quant à l'intensité des soins dispensés. Les taux de prestation quotidienne de soins sont les plus bas en Suède, en Suisse, au Danemark et aux Pays-Bas, des pays où le secteur des soins formels de longue durée est bien développé et où la couverture publique est très complète.

La prise en charge intensive de nature non professionnelle est associée à une réduction de la participation des aidants d'âge actif au marché du travail, ainsi qu'à des taux accrus de pauvreté et à une plus forte prévalence des problèmes de santé mentale. C'est pour atténuer ces effets négatifs que de nombreux pays de l'OCDE ont pris des mesures en faveur des aidants familiaux : congé rémunéré pour la prise en charge d'une personne dépendante (en Belgique par exemple), aménagement du temps de travail (Australie et États-Unis), placement temporaire (Autriche, Danemark et Allemagne) et services de conseil/formation (Suède). Par ailleurs, plusieurs pays de l'OCDE versent des prestations en espèces aux aidants familiaux ou des aides financières aux personnes dépendantes afin qu'elles puissent rétribuer les aidants informels (Colombo et al., 2011).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 60 % des personnes qui prodiguent des soins informels au quotidien sont des femmes (graphique 11.17). C'est en Pologne et au Portugal que l'écart entre les femmes et les hommes est le plus important, 70 % des aidants informels étant des femmes. La Suède est le seul pays où les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer dispenser au moins une fois par semaine des soins informels.

Environ deux tiers des aidants s'occupent d'un parent ou de leur conjoint, mais les formes de prise en charge sont variables selon les groupes d'âge. Les aidants les plus jeunes (âgés de 50 à 65 ans) s'occupent beaucoup plus fréquemment d'un parent (graphique 11.18). Il s'agit le plus souvent de femmes – les filles s'occupent beaucoup plus de leurs parents que les fils – dont l'intervention n'est pas nécessairement quotidienne. Les aidants âgés de plus de 65 ans s'occupent le plus souvent de leur conjoint. La prise en charge du conjoint est généralement plus intensive, exigeant des soins quotidiens, et les hommes et les femmes assument ce rôle à égalité.

Le fait que les aidants soient moins nombreux à intervenir quotidiennement dans les pays où les systèmes formels de soins de longue durée sont plus solides semble indiquer une corrélation négative entre les soins informels et les soins formels. Avec des familles de moins en moins nombreuses,

une mobilité géographique accrue et la hausse des taux d'activité des femmes, il est possible que moins de personnes soient capables et désireuses d'assurer des soins informels à l'avenir. Associée aux effets du vieillissement de la population, cette situation pourrait entraîner une demande accrue de services professionnels de soins de longue durée. Les systèmes publics de soins de longue durée devront donc disposer de ressources adéquates pour répondre à l'accroissement de la demande tout en préservant l'accès aux soins et leur qualité.

Définition et comparabilité

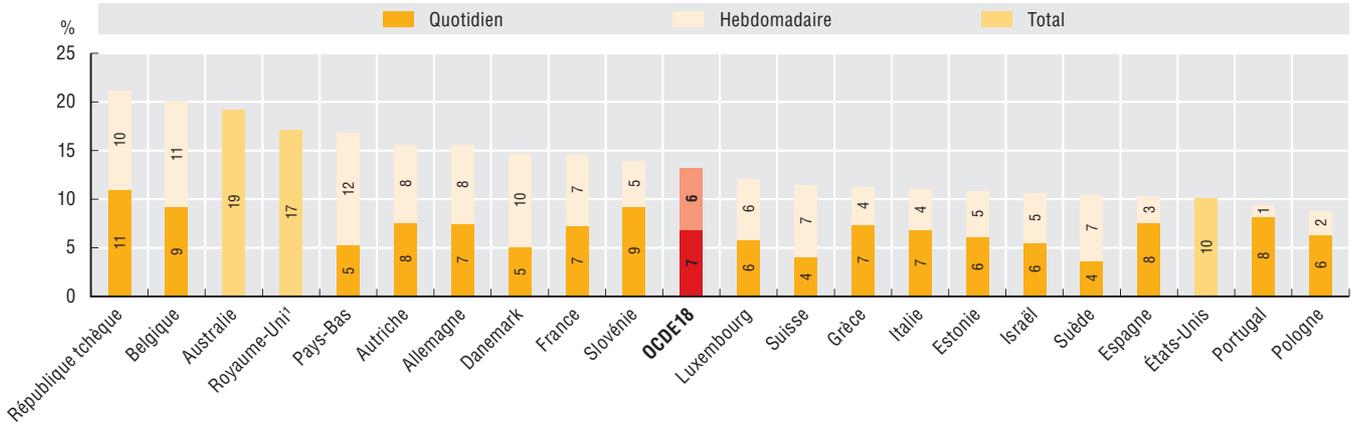
Les aidants informels sont définis comme les individus qui dispensent une aide à des parents, des amis ou des proches plus âgés résidant ou non au domicile de l'aidant et ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Les données n'englobent que les personnes de 50 ans et plus et sont issues d'enquêtes nationales pour l'Australie (*Survey of Disability, Ageing and Carers*, SDAC), le Royaume-Uni (*English Longitudinal Study of Ageing*, ELSA), les États-Unis (*Health and Retirement Survey*, HRS) et une enquête internationale pour les autres pays européens (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, SHARE).

Les questions sur l'intensité des soins varient d'une enquête à l'autre. Dans l'enquête SHARE, il est demandé aux aidants à quelle fréquence ils prodiguent des soins et cet indicateur inclut les personnes assurant une prise en charge au moins une fois par semaine. Dans l'enquête ELSA, il est demandé aux sondés s'ils ont dispensé des soins au cours de la semaine précédente, ce qui est à peu près comparable à « au moins une fois par semaine ». Les questions figurant dans les enquêtes HRS et SDAC sont moins comparables avec celles de SHARE. Dans l'enquête HRS, les aidants sont inclus s'ils ont assuré plus de 200 heures de soins au cours de l'année précédente. Dans l'enquête SDAC un aidant est défini comme quelqu'un qui dispense une assistance informelle continue pendant au moins six mois. Les personnes qui s'occupent d'enfants handicapés ont été exclues pour les pays européens mais sont inclus pour les États-Unis et l'Australie. Cependant, les données des États-Unis incluent uniquement ceux qui s'occupent de quelqu'un en dehors de leur ménage. De ce fait, il est possible que les données relatives à l'Australie et aux États-Unis ne soient pas comparables avec celles des autres pays.

Références

- Bauer, J.M. et A. Sousa-Poza (2015), « Impacts of Informal Caregiving on Caregiver: Employment, Health, and Family », *Journal of Population Ageing*, vol. 8, n° 3, pp. 113-145.
- Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.

Graphique 11.16. Proportion d'aidants informels parmi la population âgée de 50 ans et plus, 2015 (ou année la plus proche)



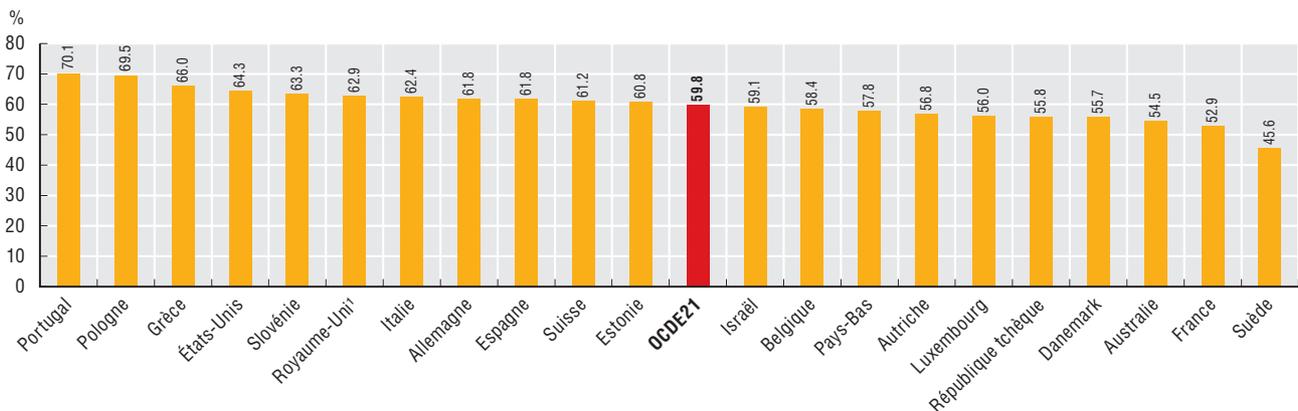
Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).

1. Le Royaume-Uni fait référence à l'Angleterre.

Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE, 2015) ; Survey of Disability, Ageing and Carers (2015) pour l'Australie ; English Longitudinal Study of Ageing (2015) ; Health and Retirement Survey (2014) pour les États-Unis.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610423>

Graphique 11.17. Proportion de femmes parmi les aidants informels âgés de 50 ans et plus intervenant quotidiennement, 2015 (ou année la plus proche)



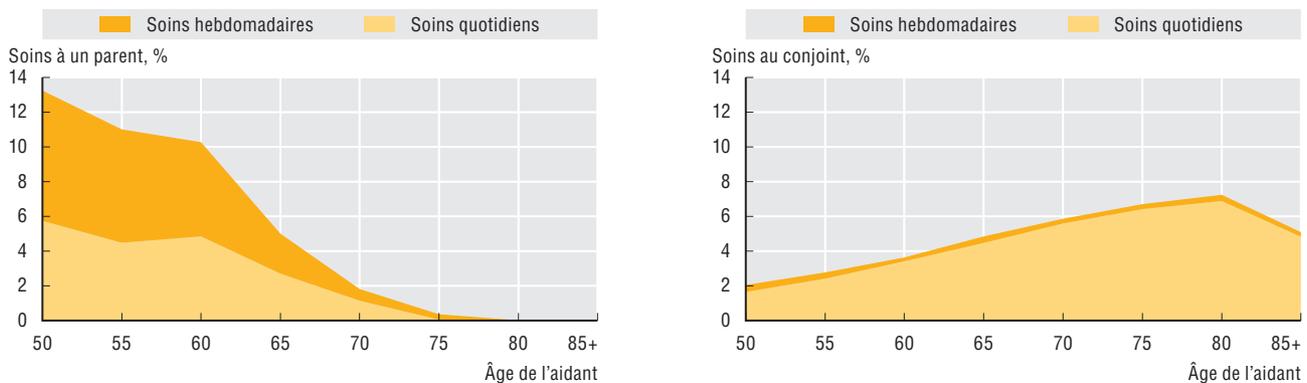
Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).

1. Le Royaume-Uni fait référence à l'Angleterre.

Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE, 2015) ; Survey of Disability, Ageing and Carers (2015) pour l'Australie ; English Longitudinal Study of Ageing (2015) ; Health and Retirement Survey (2014) pour les États-Unis.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610442>

Graphique 11.18. Proportion d'aidants informels en Europe¹ âgés de 50 ans et plus, selon le bénéficiaire et l'âge, soins quotidiens et hebdomadaires, 2015



1. Les données font référence à la population âgée de 50 ans et plus pour les pays inclus dans la 6^e vague de SHARE.

Source : Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), 6^e vague (2015).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610461>

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont un service à forte intensité de main-d'œuvre. Les travailleurs du secteur formel des soins de longue durée sont définis comme le personnel rémunéré, généralement du personnel infirmier et des auxiliaires de vie, qui dispense des soins et/ou une aide aux personnes qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes, à domicile ou dans des établissements médicalisés non hospitaliers. Les soins formels sont complétés par le soutien informel, généralement non rémunéré, prodigué par les proches, qui représente une grande partie de la prise en charge des personnes âgées dans tous les pays de l'OCDE (voir l'indicateur sur les aidants informels).

Rapporté à la population âgée de 65 ans et plus, le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée est le plus élevé aux États-Unis, en Norvège et en Suède et le plus faible en République slovaque et au Portugal (graphique 11.19). Dans tous les pays à l'exception d'Israël, du Japon, de l'Estonie et de la Corée, la majorité d'entre eux travaillent en établissement, même si la majorité des bénéficiaires de ces soins les reçoivent habituellement à domicile (voir l'indicateur sur les bénéficiaires de soins). Ceci s'explique par le fait que les personnes en établissement ont souvent des besoins plus importants et nécessitent des soins plus intensifs.

La plupart des travailleurs du secteur des soins de longue durée sont des femmes employées à temps partiel. En Corée, au Danemark, en République slovaque, aux Pays-Bas et en Norvège, les femmes représentent au moins 90 % des effectifs (graphique 11.20). Les travailleurs étrangers occupent également une place importante dans le secteur des soins de longue durée, même si leur présence est inégale dans les différents pays de l'OCDE : très peu nombreux en Allemagne, ils représentent près d'un travailleur sur quatre dans ce domaine aux États-Unis (Colombo et al., 2011).

Le secteur des soins de longue durée représente une faible part de l'emploi total dans les pays de l'OCDE (un peu plus de 2 % en moyenne), mais cette part est en train de croître. Le nombre de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée a augmenté de plus de 50 % au Japon, en Corée et en Israël entre 2005 et 2015 (graphique 11.21), ce qui s'explique, au Japon et en Corée, par la mise en place d'un programme universel d'assurance-dépendance et par la professionnalisation croissante du travail dans le secteur des soins de longue durée. Toutefois, les populations japonaise et coréenne vieillissent rapidement et même avec ces changements, l'augmentation de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée arrive à peine à suivre le rythme de croissance de la population âgée de plus de 80 ans – les personnes les plus susceptibles d'avoir besoin de soins de longue durée. En revanche, le nombre de travailleurs dans ce secteur a diminué en Estonie, en République slovaque et aux Pays-Bas, malgré un accroissement important de la population âgée de 80 ans et plus sur la même période (graphique 11.21).

En moyenne, le personnel infirmier représente près d'un tiers du personnel de soins de longue durée, les deux tiers restants étant des auxiliaires de vie (également appelés aides-soignants, assistants de santé en établissement ou assistants de soins à domicile), qui ont un moindre niveau de formation. De nombreux pays de l'OCDE ont défini les niveaux de formation requis pour les auxiliaires de vie, bien qu'ils varient considérablement, notamment dans le secteur des services à domicile (OCDE/Commission européenne, 2013).

Avec le vieillissement de la population, la demande de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée devrait augmenter. Il faudra, pour répondre à cette demande

croissante, mettre en place des politiques, notamment améliorer le recrutement (par exemple, inciter davantage de chômeurs à envisager la possibilité de suivre une formation et travailler dans ce secteur), fidéliser la main-d'œuvre (par exemple en améliorant les rémunérations et les conditions de travail) et accroître la productivité (par exemple en réorganisant le travail et en utilisant les nouvelles technologies de manière plus efficace) (Colombo et al., 2011 ; Commission européenne, 2013).

Définition et comparabilité

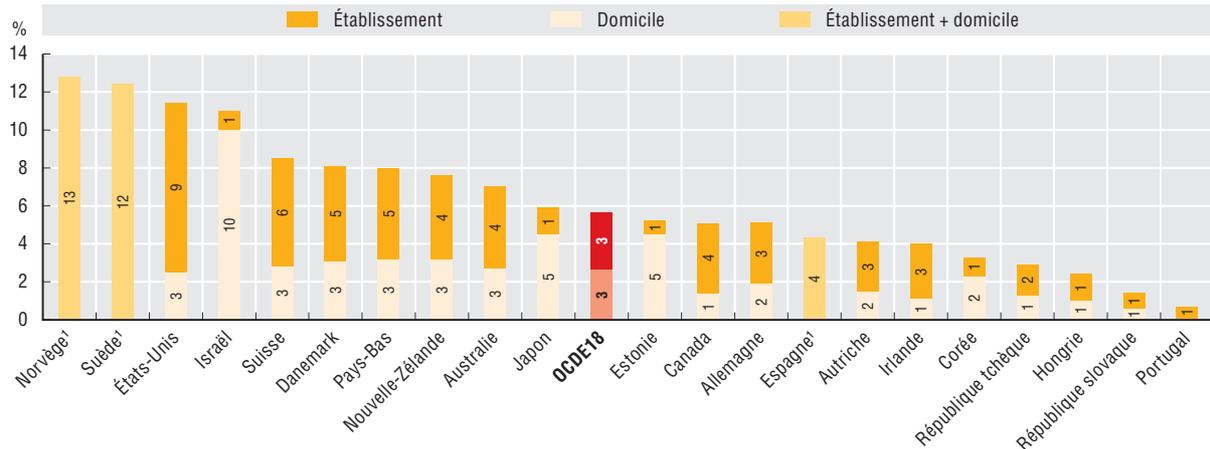
Les travailleurs du secteur des soins de longue durée sont des travailleurs rémunérés qui prodiguent des soins à domicile ou en établissement (non hospitalier). Cette définition englobe le personnel infirmier diplômé et les auxiliaires de vie qui fournissent une aide dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et assurent d'autres services d'aide à la personne. Les auxiliaires de vie regroupent différentes catégories de personnel susceptibles d'être dénommées différemment selon le pays. Ils peuvent avoir des qualifications reconnues ou non. Dans la mesure où ils peuvent ne pas occuper d'emplois reconnus, il est plus difficile de recueillir des données comparables pour cette catégorie de travailleurs à l'échelle internationale. Les travailleurs du secteur des soins de longue durée englobent également les membres de la famille ou les amis employés au moyen d'un contrat formel soit par le bénéficiaire des soins, soit par une agence, soit par un prestataire de services public ou privé. Ils excluent les infirmières/infirmiers qui travaillent dans l'administration. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps-plein.

Les méthodologies que les pays utilisent pour calculer les données présentent des différences, ce qui peut biaiser les résultats. Dans certains pays, les données se réfèrent uniquement aux employés du secteur public, tandis que dans d'autres elles incluent les secteurs privé et associatif. Les données relatives à la République tchèque et au Japon reposent sur des enquêtes réalisées auprès des établissements, ce qui signifie que les personnes qui travaillent dans plus d'un établissement sont comptabilisées deux fois.

Références

- Colombo et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.
- OCDE et Commission européenne (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Nations unies (2016), « The Growing Need for Long-term Care, Assumptions and Realities », Briefing series.
- Scheil-Adlung, X. (2015), « Long-term Care (LTC) Protection for Older Persons: A Review of Coverage Deficits in 46 Countries », *ESS Working Paper*, n° 50, Bureau international du travail, Genève.

Graphique 11.19. **Nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 2015 (ou année la plus proche)**

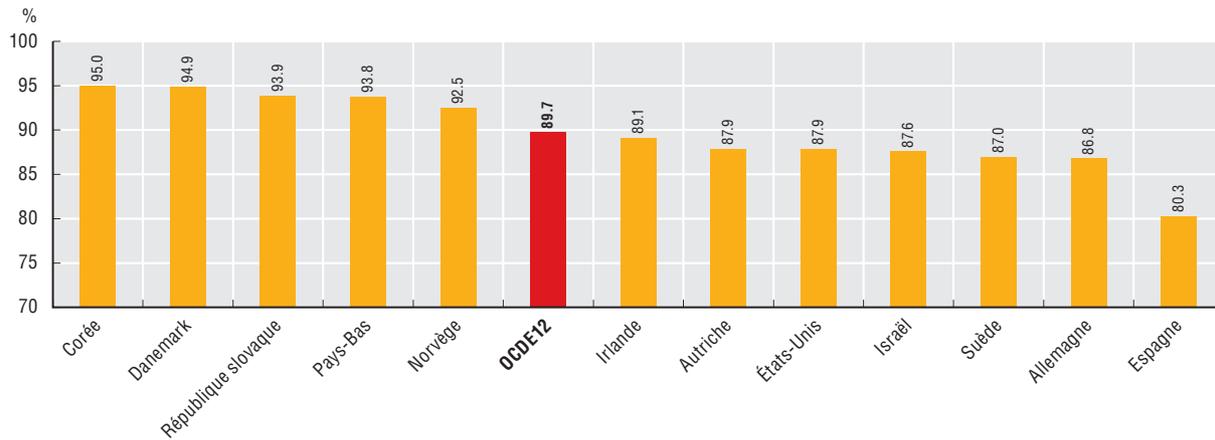


1. Dans le cas de la Norvège, de la Suède et de l'Espagne, il n'est pas possible de distinguer les travailleurs prodiguant des soins en établissements de long séjour de ceux qui interviennent à domicile. Ces pays ne sont pas inclus dans la moyenne de l'OCDE.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610480>

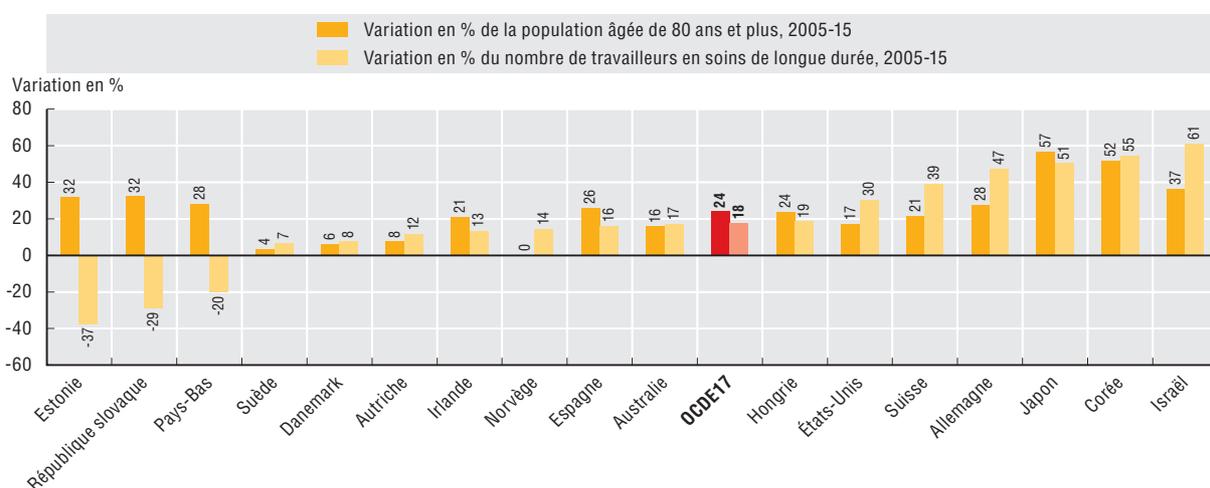
Graphique 11.20. **Proportion de femmes parmi les travailleurs du secteur des soins de longue durée, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610499>

Graphique 11.21. **Travailleurs du secteur des soins de longue durée et population âgée de 80 ans et plus, 2005-15 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610518>

Lits de soins de longue durée

Le nombre de lits dans les établissements de long séjour et dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour assurer une prise en charge de longue durée ailleurs qu'au domicile des patients.

En 2015, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 50 lits de soins de longue durée pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus – 46 dans des établissements de long séjour et quatre lits dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital (graphique 11.22). Les Pays-Bas comptaient le plus grand nombre de lits de soins de longue durée en 2015, avec près de 87 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus, la grande majorité d'entre eux se trouvant dans des établissements de long séjour. En Italie, en Lettonie, en Pologne et en Turquie, on dénombrait en revanche moins de 20 lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

En moyenne, le nombre de lits de soins de longue durée pour 1 000 personnes de plus de 65 ans n'a quasiment pas évolué depuis 2005, une réalité qui masque toutefois des écarts importants entre les pays (graphique 11.23). À une extrémité, certains pays dotés de vastes systèmes bien établis de soins de longue durée ont réduit leurs capacités de prise en charge de longue durée en établissement. Entre 2005 et 2015, la Suède a réduit le nombre de lits de soins de longue durée en établissement de 23.5 lits pour 1 000 personnes de plus de 65 ans. Ces réductions s'expliquent par une volonté de déplacer les soins de longue durée depuis les établissements vers le domicile (Colombo et al., 2011). L'Islande, le Canada et la Norvège ont également réduit sensiblement le nombre de lits disponibles. En revanche, la Corée a massivement augmenté ses capacités, portant le nombre de lits de 13 à 58 pour 1 000 personnes de plus de 65 ans entre 2005 et 2015, avec une augmentation particulièrement marquée à la suite de la mise en œuvre d'un programme public d'assurance-dépendance pour les personnes âgées en 2008.

Si la plupart des pays attribuent un nombre très faible de lits aux soins de longue durée à l'hôpital, certains ont encore massivement recours aux lits d'hôpital pour les longs séjours. Malgré les augmentations récentes du nombre de lits dans les établissements de soins de longue durée en Corée, la majorité des lits reste disponible dans les hôpitaux – mais cette réalité s'explique peut-être en partie par les règles de remboursement de l'assurance-dépendance coréenne, laquelle exige que certains établissements soient répertoriés en tant qu'hôpitaux. Au Japon, un grand nombre de lits hospitaliers sont utilisés pour les soins de longue durée, mais leur nombre a diminué ces dernières années. Certains pays européens, comme la Finlande, la Hongrie et la République tchèque, comptent toujours un nombre élevé de lits de soins de longue durée dans les hôpitaux, mais la tendance générale est au remplacement des lits d'hôpitaux par des structures dédiées, lesquelles sont souvent moins onéreuses et offrent un meilleur cadre de vie aux personnes ayant besoin de soins de longue durée.

Les soins de longue durée en établissement peuvent être plus efficaces que le traitement à domicile pour les malades qui nécessitent une prise en charge intensive, en raison des économies d'échelle et du fait que les aidants professionnels ne doivent pas se rendre au domicile de chaque personne individuellement. Mais leur coût est souvent plus élevé pour

les budgets publics, dès lors que les aidants informels apportent une contribution moindre et que les systèmes de soins de longue durée prennent souvent à leur charge l'hébergement, les repas et les soins. Qui plus est, les personnes dépendantes préfèrent en général rester chez elles. Ces dernières années, la plupart des pays ont pris des mesures visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir le maintien à domicile. Toutefois, la situation personnelle peut justifier un placement en établissement de long séjour, par exemple pour les personnes qui vivent seules et qui ont besoin d'une assistance et d'une surveillance 24 heures sur 24 (Wiener et al., 2009), ou pour celles qui vivent dans des régions reculées où l'offre de soins à domicile est limitée. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités en établissement pour les soins de longue durée, et que les établissements de soins élaborent et appliquent des modèles de soins qui respectent la dignité des patients et favorisent leur autonomie.

Définition et comparabilité

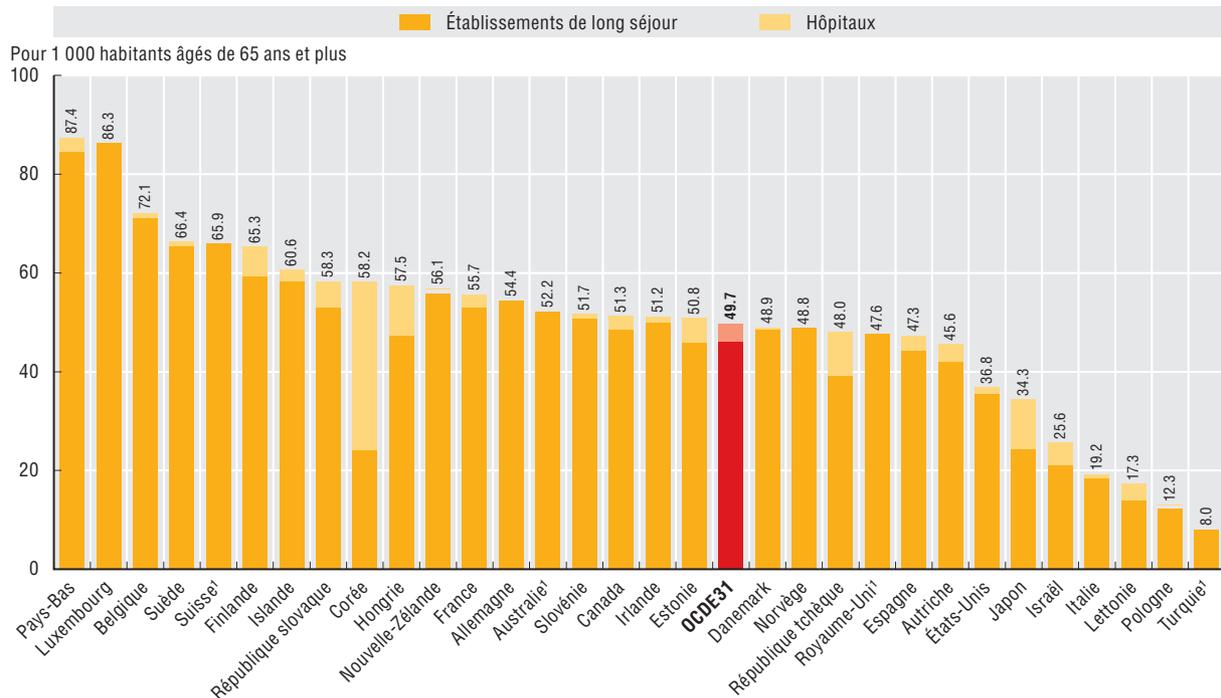
Les établissements de long séjour sont des structures d'hébergement et de soins qui accueillent les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés ou des installations de type hospitalier dont la mission principale consiste à prendre en charge sur le long terme des patients ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Ils n'incluent pas les lits disponibles dans les formules d'hébergement adaptées aux personnes ayant besoin d'une assistance, qui leur garantissent une grande autonomie. À des fins de comparaison internationale, les lits des centres de réadaptation ne devraient pas être inclus.

La couverture des données varie toutefois d'un pays à l'autre. Plusieurs pays ne prennent en compte que les lits des établissements publics de long séjour, tandis que d'autres englobent ceux des établissements privés (à but lucratif et sans but lucratif). Certains comptabilisent également les lits des centres de désintoxication, des unités psychiatriques d'hôpitaux spécialisés ou de médecine générale, et des centres de réadaptation.

Références

- Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.
- Muir, T. (2017), "Measuring Social Protection for Long-term Care", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n°93, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
- Wiener, J. et al. (2009), « Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining? », *Real Choice System Change Grant Program*, U.S. Department of Health and Human Services, *Centres for Medicare and Medicaid Services*.

Graphique 11.22. Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2015 (ou année la plus proche)

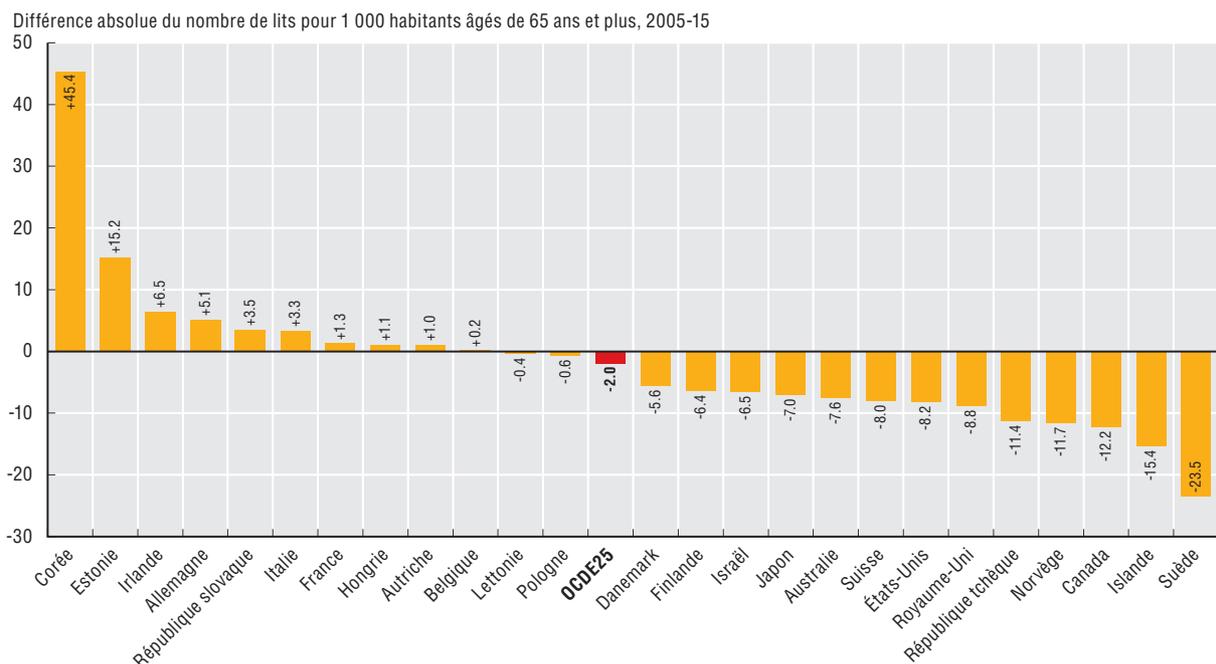


1. Le nombre de lits pour soins de longue durée à l'hôpital en Australie, au Royaume-Uni, en Suisse et en Turquie n'est pas connu.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610537>

Graphique 11.23. Évolution du nombre de lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2005-15 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610556>

Dépenses de soins de longue durée

Les dépenses de soins de longue durée ont connu leur plus forte hausse, toutes fonctions confondues (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service »), et cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente ; l'augmentation des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse ; l'offre de soins informels risque de diminuer et les gains de productivité sont difficiles à réaliser dans ce secteur à forte intensité de main-d'œuvre. Tous ces facteurs exercent une pression à la hausse sur les dépenses.

Une part significative des services de soins de longue durée est financée par les régimes d'assurance publics et obligatoires. En 2015, le total des dépenses publiques/obligatoires au titre des soins de longue durée (englobant à la fois le volet santé et le volet aide sociale) s'est élevé à 1.7 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 11.24). En consacrant 3.7 % de leur PIB aux soins de longue durée, soit près du double de la moyenne de l'OCDE, les Pays-Bas ont déployé plus de moyens que les autres pays au titre des dépenses publiques dans ce domaine. À l'autre extrémité, la Hongrie, l'Estonie, la Pologne, Israël et la Lettonie ont consacré moins de 0.5 % de leur PIB aux services publics de soins de longue durée. Cet écart peut en partie s'expliquer par des différences de structure démographique, mais surtout par la mise en place de systèmes formels de prise en charge de la dépendance par opposition à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. En dépit des problèmes de sous-déclaration qui limitent la comparabilité des enquêtes, il ressort des données disponibles que les dépenses privées de soins de longue durée sont parfois considérables, notamment en Suisse (0.7 % du PIB), en Allemagne et au Royaume-Uni (0.6 % dans les deux cas). Par conséquent, la part des dépenses privées – principalement à la charge du patient – dans les dépenses totales de soins de longue durée s'élève à plus de 30 % dans ces pays.

La limite entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée n'est toujours pas la même d'un pays à l'autre : si certains incluent telle ou telle composante des soins de longue durée dans le volet santé, d'autres considèrent en revanche qu'elles relèvent du volet social. La Suède et la Norvège consacrent 2.5 % ou plus de leur PIB au volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée, à partir des régimes publics/obligatoires, soit environ le double de la moyenne de l'OCDE (1.3 %). Avec plus de 1.3 % du PIB, les Pays-Bas affichent le niveau le plus élevé de dépenses publiques au titre de la prise en charge sociale de longue durée, lequel est largement supérieur à la moyenne OCDE de 0.4 %.

L'organisation des soins de longue durée dans les pays influence la composition des dépenses dans ce domaine, mais peut également avoir un impact sur le montant global de ces dépenses. Dans l'OCDE en 2015, les deux tiers des dépenses des régimes publics et obligatoires au titre des soins de longue durée (volet santé) concernaient les soins hospitaliers, lesquels sont principalement prodigués dans des structures d'hébergement et de soins de longue durée (graphique 11.25). Mais en Pologne, en Finlande, au Danemark, en Autriche et en Allemagne, les dépenses de soins de longue durée à domicile représentent plus de 50 % de l'ensemble des dépenses de soins de longue durée (volet santé). Les dépenses au titre des soins de longue durée dispensés à domicile sont imputables aux services assurés soit par des professionnels du secteur des soins de longue durée, soit par des aidants informels lorsqu'il existe une allocation-dépendance qui rémunère les aidants pour les services fournis.

Les dépenses des régimes d'assurance publics et obligatoires au titre des soins de longue durée ont augmenté plus rapidement

que les dépenses de soins de santé au cours des dix dernières années. Le taux de croissance annuel s'est élevé à 4.6 % entre 2005 et 2015 dans les pays de l'OCDE (graphique 11.26). L'augmentation des dépenses est particulièrement marquée en Corée, qui a mis en œuvre différentes mesures pour étendre la couverture des systèmes de soins de longue durée ces dernières années, même si le total des dépenses dans ce domaine reste inférieur à la moyenne de l'OCDE, en part du PIB.

Les projections donnent à penser que les ressources publiques allouées aux soins de longue durée en proportion du PIB pourraient doubler, voire plus, d'ici 2060 (De La Maisonnette et Oliveira Martins, 2013). L'un des plus grands défis à l'avenir consistera à trouver le juste équilibre entre une protection sociale adaptée aux besoins des personnes dépendantes et la viabilité budgétaire de cette protection.

Définition et comparabilité

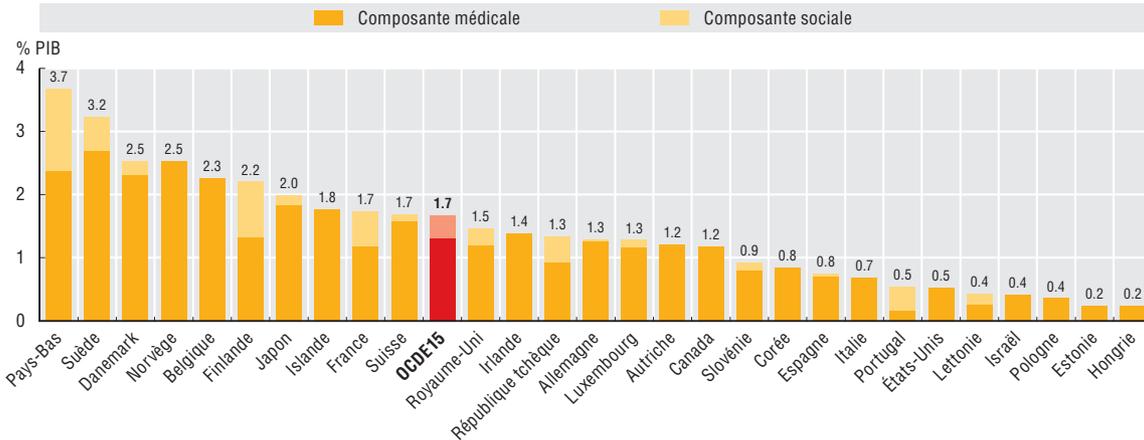
Les dépenses de soins de longue durée englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu. Conformément au Système des comptes de la santé, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (c'est-à-dire l'aide aux activités de la vie quotidienne – AVQ). Il englobe les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Malgré les progrès réalisés ces dernières années concernant la comparabilité générale des dépenses de soins de longue durée, des différences demeurent entre les pays au niveau des pratiques de comptabilisation des dépenses entre le volet sanitaire et le volet social pour certaines activités de soins de longue durée. De plus, les dépenses de soins de longue durée financées par les régimes d'assurance publics et obligatoires se prêtent davantage à des comparaisons internationales compte tenu des écarts plus importants qui existent entre les pays de l'OCDE quant à la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée.

Enfin, certains pays (comme l'Estonie, Israël et les États-Unis) peuvent uniquement fournir des données sur les dépenses liées aux soins en établissement, ce qui se traduit par une sous-estimation du montant total des dépenses des régimes d'assurance publics et obligatoires au titre des services de soins de longue durée.

Références

- de la Maisonnette, C. et J.O. Martins (2013), « Dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée : Une nouvelle série de projections », *Études de politique économique de l'OCDE*, n° 6, Éditions OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jrhrls-fr>.
- Muir, T. (2017), « Measuring Social Protection for Long-term Care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>
- OECD, Eurostat et WHO (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1877/9789264270985-en>.

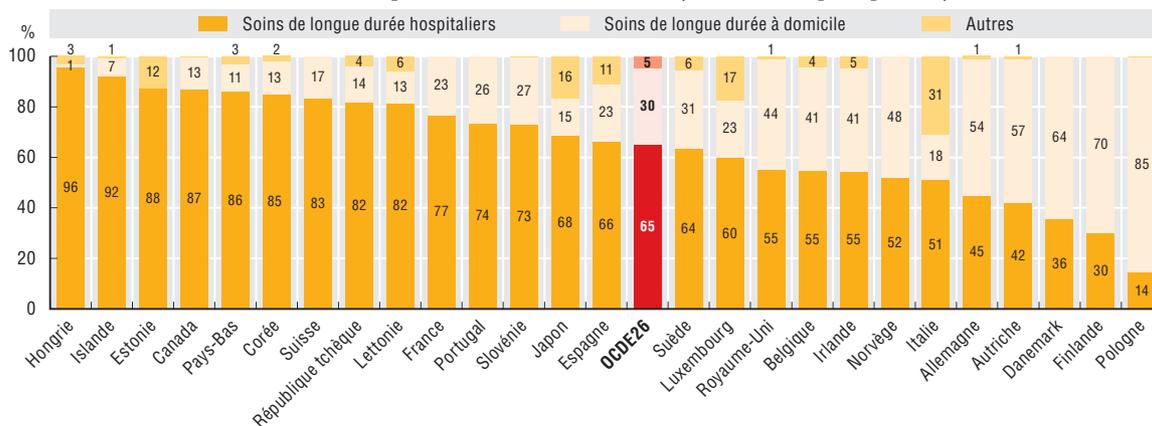
Graphique 11.24. **Dépenses de soins de longue durée (composantes médicale et sociale) des régimes d'assurance publics et obligatoires, en pourcentage du PIB, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : La moyenne de l'OCDE inclut seulement les 15 pays qui fournissent des données sur les composantes médicale et sociale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610575>

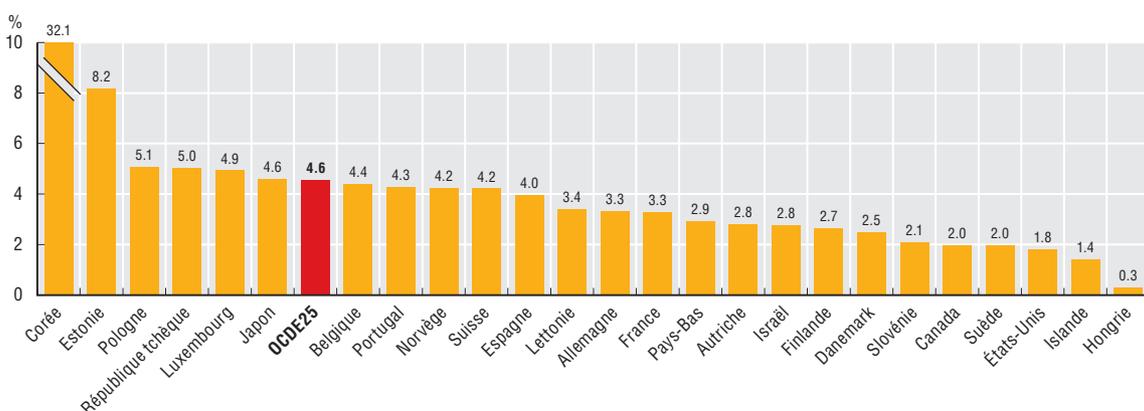
Graphique 11.25. **Dépenses de soins de longue durée (composante médicale) des régimes d'assurance publics et obligatoires, selon le lieu de prestation des soins, 2015 (ou année la plus proche)**



Note : La catégorie « Autres » comprend les admissions avec sortie le jour même et les soins de longue durée prodigués dans une structure d'accueil de jour.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610594>

Graphique 11.26. **Taux de croissance annuel des dépenses de soins de longue durée (composantes médicale et sociale) des régimes d'assurance publics et obligatoires, en termes réels, 2005-15 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933610613>

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux liés à la mondialisation. À l'avant-garde des efforts engagés pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles suscitent, l'OCDE aide les gouvernements à y faire face en menant une réflexion sur des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et la problématique du vieillissement démographique. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de confronter leurs expériences en matière d'action publique, de chercher des réponses à des problèmes communs, de recenser les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, la Lettonie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Panorama de la santé 2017

LES INDICATEURS DE L'OCDE

La publication *Panorama de la santé* dévoile les données les plus récentes et les tendances de différents aspects des performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé.

Cette nouvelle édition du *Panorama de la santé* présente les données comparables les plus récentes pour les principaux indicateurs relatifs à la santé et à la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Les pays candidats et les principaux pays partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Colombie, Costa Rica, Fédération de Russie, Inde, Indonésie et Lituanie) ont également été inclus dans la mesure du possible. Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles.

Cette édition contient des nouveaux indicateurs, particulièrement dans le domaine des facteurs de risque pour la santé. Elle place aussi une plus grande emphase sur l'analyse des tendances temporelles. Parallèlement à l'analyse par indicateur, cette édition propose des instantanés et une série de tableaux de bord qui résument les performances comparatives des pays, ainsi qu'un chapitre spécial sur les principaux facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie.

Veillez consulter cet ouvrage en ligne : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-fr.

Cet ouvrage est publié sur OECD iLibrary, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation.

Rendez-vous sur le site www.oecd-ilibrary.org pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions



ISBN 978-92-64-28383-1
81 2017 30 2 P



9 789264 283831