

## Introduction

**P**anorama de la santé 2009 permet aux lecteurs de comparer les systèmes de santé et leurs performances dans un certain nombre d'aspects clés, à l'aide d'un ensemble d'indicateurs choisis pour leur pertinence et sur la base de la disponibilité et la comparabilité des données.

Depuis longtemps, l'OCDE est l'un des chefs de file internationaux pour l'élaboration d'outils et la collecte de données visant à évaluer les performances des systèmes de santé. Les travaux de l'OCDE pour améliorer la comparabilité des statistiques de la santé remontent aux années 80, où ont débuté des efforts portant sur les dépenses de santé, à une époque où l'augmentation rapide de ces dépenses et les tensions croissantes concernant leur financement sont devenues un sujet de préoccupation (OCDE, 1985). La publication du manuel *Système de comptes de la santé* en 2000 a fourni une nouvelle impulsion. Il représente pour l'OCDE un outil clé pour améliorer la comparabilité des données sur les dépenses de santé dans un groupe plus large de pays, en travaillant en collaboration étroite avec l'OMS et Eurostat.

S'il est nécessaire de disposer de données comparables sur les dépenses de santé pour évaluer le montant des ressources financières que les pays allouent à la santé, cela ne suffit évidemment pas pour évaluer les performances des systèmes de santé. Les travaux de l'OCDE pour améliorer la comparabilité des statistiques de santé se sont élargis pour couvrir l'offre en travailleurs de santé et leurs activités ainsi que les ressources matérielles dans les systèmes de soins de santé. À la suite de la réunion des ministres de la Santé de l'OCDE en 2004, l'OCDE a étendu encore plus ses travaux visant à assembler des données comparables pour évaluer les performances des systèmes de santé, en élaborant et en collectant un ensemble d'indicateurs destinés à mesurer la qualité des soins et les résultats des interventions de santé. En outre, des travaux initiaux ont été entrepris sur un ensemble d'indicateurs relatifs à l'accès aux soins, autre objectif clé des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. L'OCDE continue de travailler avec les experts de ses pays membres et avec d'autres organisations internationales pour combler les lacunes de l'évaluation et de la comparaison des performances des systèmes de santé.

### Contexte économique et social

À partir du second semestre 2008, l'ensemble des pays de l'OCDE a commencé à subir une récession économique. D'après les projections de l'OCDE de juin 2009, le PIB pourrait baisser d'environ 4 % dans les pays de l'OCDE en 2009 et on prévoit une élévation du taux de chômage à environ 10 % de la population active d'ici la fin de 2010 (OCDE, 2009b).

Les budgets gouvernementaux sont un amortisseur d'une grande importance en période d'activité économique fléchissante, principalement grâce aux stabilisateurs automatiques et aux dépenses ou aux allègements fiscaux discrétionnaires. Toutefois, il en résulte une augmentation sensible des déficits publics. Quand la reprise économique sera suffisamment affermie, il sera nécessaire dans de nombreux pays de réduire substantiellement les déficits budgétaires. L'ampleur des réductions de dépenses publiques et/ou des augmentations d'impôts dépendra de la force de la reprise et du montant du déficit et de la dette cumulée.

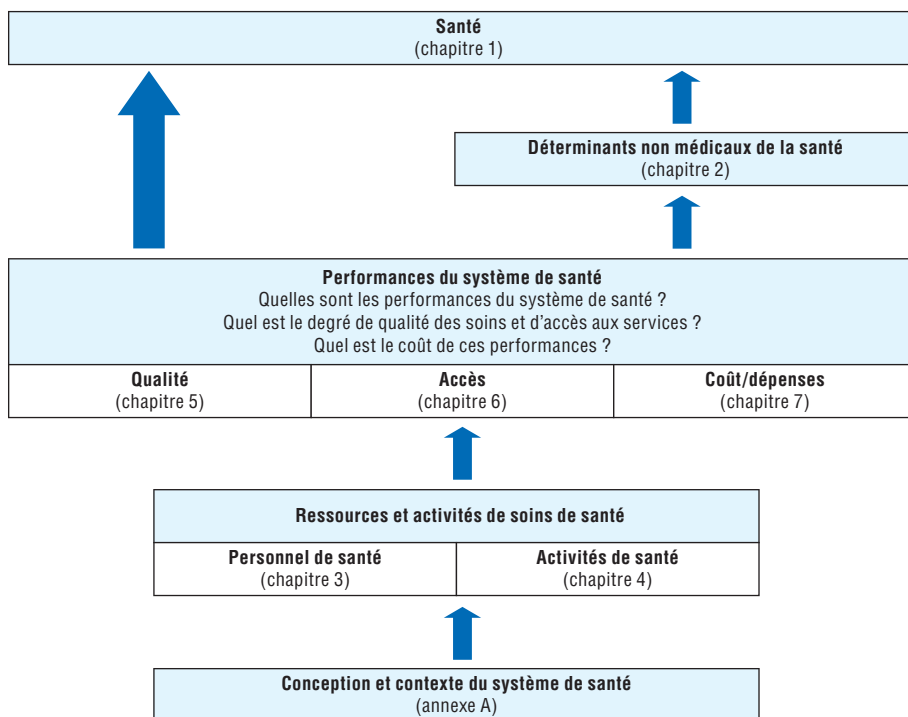
Étant donné que les dépenses de santé représentent une part importante et croissante des budgets publics, il sera difficile de les protéger contre un quelconque effort général visant à maîtriser les dépenses publiques pendant ou après la récession. L'ampleur de l'impact sur les dépenses publiques de santé dépendra de la priorité relative accordée à la santé par rapport aux autres domaines. Cela dépendra aussi dans quelle mesure les dépenses publiques de santé produisent des avantages avérés par de meilleurs résultats de santé pour la population. Dans un contexte de pénurie des ressources publiques, des pressions croissantes s'exerceront sur les ministères de la Santé et sur les fournisseurs de soins de santé pour qu'ils fassent preuve d'efficacité (efficacité/coût) dans l'allocation des ressources. Le chapitre 5 présente quelques-uns des progrès réalisés jusqu'à présent dans la mesure de la qualité des soins et des résultats de santé dans les différents pays, tout en notant que l'ensemble de mesures est encore partiel et que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour améliorer la comparabilité et la couverture des données.

## Structure de la publication

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie la présente publication permet d'examiner les performances des systèmes de soins de santé dans le contexte d'une vision globale de santé publique (graphique 0.1). Ce cadre a pour base un schéma adopté dans le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (Kelley et Hurst, 2006; Arah et al., 2006).

Ce cadre souligne que le but final des systèmes (de soins) de santé est d'améliorer l'état de santé de la population. Un grand nombre de facteurs influent sur l'état de santé de la population, y compris des facteurs extérieurs aux systèmes de soins de santé tels que l'environnement social, économique et physique des individus ainsi que les facteurs individuels liés au style de vie et aux comportements. Les performances des systèmes de

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



Source : Adaptation de OCDE (2006), « Cadre conceptuel pour le Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 23, Éditions de l'OCDE, Paris.

soins de santé influent aussi sur l'état de santé de la population. Ces performances comportent plusieurs dimensions, notamment le degré d'accès aux soins et la qualité des soins fournis. La mesure des performances doit aussi prendre en compte les ressources financières requises pour atteindre ces objectifs en matière d'accès et de qualité. Les performances des systèmes de santé dépendent des personnes qui fournissent les services, et de la formation, des technologies et des équipements dont elles disposent. Enfin, un certain nombre de facteurs influent sur les performances des systèmes de soins de santé, comme le contexte démographique, économique et social et la conception des systèmes de santé.

Le *Panorama de la santé 2009* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre d'analyse. Il est organisé comme suit :

- Le chapitre 1, *État de santé*, met en évidence les grandes disparités entre les pays en termes d'espérance de vie, de mortalité et autres mesures de l'état de santé de la population.
- Dans le chapitre 2, *Déterminants non médicaux de la santé*, on examine quelques déterminants en rapport avec des modes de vie et des comportements modifiables. Ce chapitre a été étendu cette année à des facteurs de risque ou de protection concernant les enfants, comme les habitudes nutritionnelles, l'activité physique et la consommation de tabac ou d'alcool. Ceux-ci complètent l'ensemble des indicateurs des facteurs de risque des adultes.
- Le chapitre 3 porte sur le *Personnel de santé*, les acteurs clés de tout système de santé. Ce nouveau chapitre donne des informations sur l'offre en médecins et infirmières et leurs rémunérations, ainsi que sur les tendances récentes des migrations internationales de médecins dans les pays de l'OCDE.
- Dans le chapitre 4, on considère un ensemble clé de *Services de santé*, intra ou extra-hospitaliers. On examine les différences entre les pays concernant l'offre en technologies médicales et leur utilisation, telles que les unités d'imagerie par résonance magnétique et les tomodensitomètres. On considère aussi les différences dans le recours aux interventions fréquentes ou coûteuses, telles que le pontage coronarien et l'angioplastie coronaire, les césariennes et les opérations de la cataracte.
- Le chapitre 5 sur la *Qualité des soins* présente des comparaisons pour un ensemble d'indicateurs de qualité concernant le traitement des affections chroniques, des troubles mentaux et du cancer, et les services liés aux maladies transmissibles. Cela comprend des indicateurs sur les *processus* de soins recommandés pour certaines catégories de population ou de patients afin de maximiser les résultats souhaités, et des indicateurs sur les *résultats* comme les taux de survie à la suite de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer.
- Le chapitre 6 est un nouveau chapitre sur l'*Accès aux soins*, qui vise à combler un manque concernant la mesure de cet aspect important des performances des systèmes de santé. Ce nouveau chapitre comprend un nombre limité d'indicateurs relatifs à l'accessibilité financière ou géographique. On espère présenter un ensemble plus large d'indicateurs dans les éditions futures, quand des progrès auront été réalisés dans la collecte des données.
- Dans le chapitre 7, *Dépenses de santé et financement*, on compare les montants dépensés par les pays de l'OCDE au titre de la santé, globalement et pour les différents types de biens et services. On considère aussi les sources de financement de ces biens et services de santé dans les différents pays (la combinaison de financement public, d'assurance maladie privée et de paiements directs des patients).
- L'annexe A donne des informations additionnelles sur le contexte démographique et économique dans lequel opèrent les systèmes de santé, ainsi que certaines caractéristiques clés du financement du système de santé et de la livraison des services. Cela peut aider les lecteurs à interpréter les indicateurs présentés dans cette publication.

Un nombre croissant de pays de l'OCDE publient régulièrement des rapports sur différents aspects de la santé et sur les performances de leurs systèmes de soins de santé. Parmi ces rapports nationaux, on peut mentionner, par exemple : *A Set of Performance Indicators across the Health and Aged Care System* en Australie (AIHW, 2008e), *Dutch Health Care Performance Report* aux Pays-Bas (RIVM, 2008), *Quality and Efficiency in Swedish Health Care* en Suède (Swedish Association of Local Authorities and Regions and National Board of Health and Welfare, 2008), et le *National Healthcare Quality Report* ainsi que le *National Healthcare Disparities Report* aux États-Unis (AHRQ, 2008a et 2008b). Ces rapports nationaux examinent souvent les différences entre les régions du pays considéré. Le rapport néerlandais offre un bon exemple de la façon dont ces rapports nationaux peuvent aussi s'enrichir de comparaisons internationales, pour élargir la perspective sur les points forts et les points faibles du système de santé national et mettre en lumière les domaines où des améliorations sont possibles.

## Présentation des indicateurs

Chacun des sujets abordés dans les différents chapitres de cette publication fait l'objet d'une présentation sur deux pages. Sur la première page, le lecteur trouvera un texte succinct qui résume les principales observations tirées des données, définit les indicateurs et indique les principales divergences nationales par rapport à cette définition susceptibles d'altérer la comparabilité des données. La seconde page présente un ensemble de graphiques qui montrent généralement les valeurs les plus récentes de l'indicateur et, dans la mesure du possible, ses évolutions dans le temps. Dans certains cas, un graphique supplémentaire présente la relation existant entre l'indicateur concerné et une autre variable. Lorsqu'un graphique contient une moyenne de l'OCDE, il s'agit d'une moyenne non pondérée des pays présentés, sauf indication contraire des notes accompagnant le graphique.

## Limites des données

Les limites de comparabilité des données sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et écarts ») ainsi que dans les notes adjointes aux graphiques. Il convient de noter que l'évolution dans le temps des données concernant l'Allemagne doit être interprétée avec une prudence particulière. En effet, les données recueillies pour ce pays se rapportent de manière générale à l'Allemagne de l'Ouest jusqu'en 1990 et à l'Allemagne réunifiée à partir de 1991.

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication pour des analyses et des recherches plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, les sources et les méthodes, contenue dans *Eco-Santé OCDE 2009*. Ces informations sont disponibles gratuitement à [www.oecd.org/sante/ecosante](http://www.oecd.org/sante/ecosante). *Eco-Santé OCDE 2009* peut aussi être commandé en ligne à SourceOCDE ([www.sourceOECD.org](http://www.sourceOECD.org)) ou à la librairie en ligne de l'OCDE ([www.oecdbookshop.org](http://www.oecdbookshop.org)). En ce qui concerne le chapitre 7 sur la *Qualité des soins*, on trouvera plus d'informations sur les définitions, sources et méthodes sous-jacentes aux données à [www.oecd.org/health/hcqi](http://www.oecd.org/health/hcqi).

## Les chiffres de population

Les chiffres de population présentés dans l'annexe A et utilisés pour calculer les taux par habitant dans l'ensemble de la publication sont tirés de la *Base de données de l'OCDE sur la population active* (en date d'avril 2009). Ce sont des estimations de la population en milieu d'année. Ces estimations de la population sont révisables, si bien qu'elles peuvent différer des chiffres les plus récents publiés par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE.

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

## Abréviations des pays (codes ISO)

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

## Liste des acronymes

<b>APVP</b>	Années potentielles de vie perdues
<b>AVC</b>	Accidents vasculaires cérébraux
<b>CT Scans</b>	Tomodensitomètres
<b>CITI</b>	Classification internationale type par industrie
<b>DCAO</b>	Dent permanente cariée, absente ou obturée
<b>DQD</b>	Dose quotidienne définie
<b>EU-SILC</b>	Enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie
<b>HBSC</b>	Enquête Health Behavior in School-aged Children
<b>HCQI</b>	Health Care Quality Indicators (Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé)
<b>ICSS</b>	International Cancer Survival Standard
<b>IAM</b>	Infarctus aigu du myocarde
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>MPOC</b>	Maladie pulmonaire obstructive chronique
<b>PPA</b>	Parités de pouvoir d'achat
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>SCS</b>	Système de comptes de la santé
<b>SIDA</b>	Syndrome immunodéficient acquis
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine



Extrait de :  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2009), « Introduction », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-2-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-2-fr)

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

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

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).