

Efficiences du secteur public

En cette période de restrictions budgétaires, les administrations et entités publiques sont soumises à des contraintes accrues de gains d'efficacité. La théorie économique conventionnelle définit l'efficacité comme le rapport entre un ou plusieurs intrants (ou facteurs de production) et un ou plusieurs extrants (ou produits).

La notion d'efficacité et des concepts apparentés tel que le rapport coût-efficacité sont parmi les sujets les plus discutés dans le domaine de la santé. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, le vieillissement de la population et l'augmentation du coût des technologies médicales conduisent à une forte augmentation des dépenses de santé. Par conséquent, certains pays sont en train de mettre en œuvre un éventail de politiques visant à mieux coordonner les soins afin de contenir l'augmentation des coûts tout en assurant la meilleure qualité de service.

Un certain nombre de problèmes de santé chroniques tels que le diabète, l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) peuvent, par exemple, être pris en charge dans le cadre du système de soins primaires, afin d'éviter de solliciter inutilement le système hospitalier, qui est coûteux. Le taux d'admissions hospitalières évitables (patients admis à l'hôpital pour des maladies chroniques qui devraient habituellement être traitées en dehors du milieu hospitalier) est donc un bon indicateur de l'efficacité du système de soins primaires. En 2013, le taux d'admissions hospitalières évitables était particulièrement élevé en Autriche, en Corée et en Nouvelle-Zélande ; c'est en Italie, au Portugal et en Suisse qu'il était le plus faible. Fournir un lieu de prise en charge stable sur le long terme, adapter et coordonner les soins pour les patients dont les besoins sont multiples et favoriser l'auto-éducation et l'auto-gestion des patients figurent parmi les différentes solutions mises en œuvre par les pays de l'OCDE pour réduire le taux d'admissions hospitalières évitables et gagner en efficacité dans la gestion du traitement des patients. De faibles taux d'admission à l'hôpital pour ces maladies chroniques ne garantissent pas nécessairement que les patients reçoivent des soins de qualité à l'extérieur des hôpitaux.

Dans les cas où une admission hospitalière s'avère nécessaire, il est devenu important, pour un certain nombre de pays de l'OCDE, de limiter la durée moyenne de séjour (DMS) afin de maîtriser les coûts. Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court réduit les ressources nécessaires et le coût par sortie, ce qui permet de traiter un plus grand nombre de patients avec des ressources données. Toutefois, des séjours plus courts exigent généralement une intensité de services plus élevée et coûtent plus cher par journée d'hospitalisation. Des séjours trop courts peuvent aussi compromettre les résultats obtenus sur le plan de la santé ou s'avérer préjudiciables au confort du patient ou à son rétablissement.

Dans la plupart des pays, la DMS a chuté au cours des dix dernières années, passant d'une moyenne légèrement

supérieure à huit jours en 2004 à une moyenne légèrement supérieure à sept jours en 2014. Les pays ont appliqué différentes stratégies pour réduire la DMS tout en préservant ou en améliorant la qualité des soins. Ils ont notamment diminué le nombre de lits d'hôpitaux, développé des programmes de sortie précoce permettant aux patients de recevoir la suite de leurs soins à domicile et favorisé des procédures chirurgicales moins invasives (OCDE, 2013).

Méthodologie et définitions

Les indicateurs sont définis comme le nombre d'admissions hospitalières avec un diagnostic principal d'asthme, de MPOC ou de diabète de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux ont été standardisés par rapport à l'âge et au sexe en fonction de la population 2010 de la zone OCDE âgée de 15 ans et plus.

« La durée moyenne de séjour (DMS) » fait référence au nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de jours passés par l'ensemble des patients hospitalisés au cours d'une année par le nombre de sorties (toutes causes confondues). Les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte.

Pour en savoir plus

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

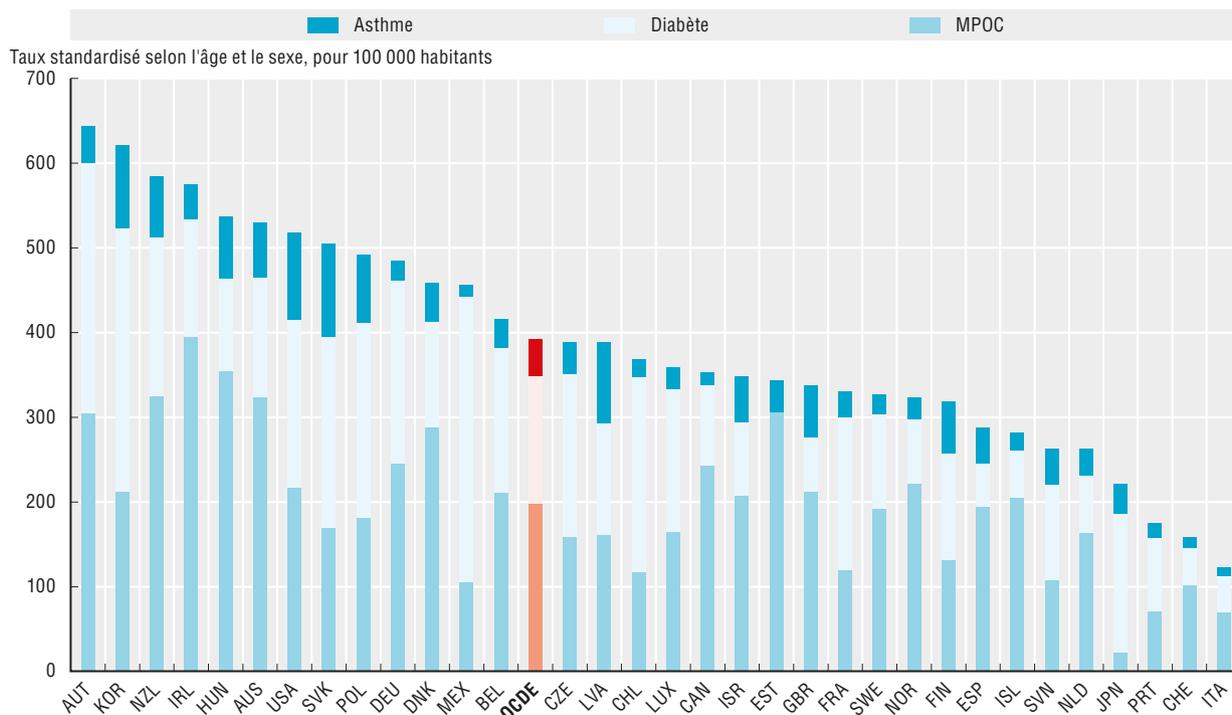
Notes relatives aux graphiques

13.8 : Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg.

13.9 : Les données relatives à la Corée et la Pologne portent sur 2005, et non 2004. Les données relatives à la Chine portent sur 2000, et non 2004. Les données relatives à la Colombie portent sur 2009, et non 2004. Les données relatives à l'Australie, la Belgique, le Canada, le Chili, le Danemark, les États-Unis, la France, la Nouvelle-Zélande et la Colombie portent sur 2013, et non 2014. Les données relatives au Japon portent sur 2012, et non 2014. Les données relatives à la Grèce portent sur 2011, et non 2014. Canada, Japon et Pays-Bas : les données portent uniquement sur les soins curatifs (à l'exclusion des soins hospitaliers de longue durée).

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

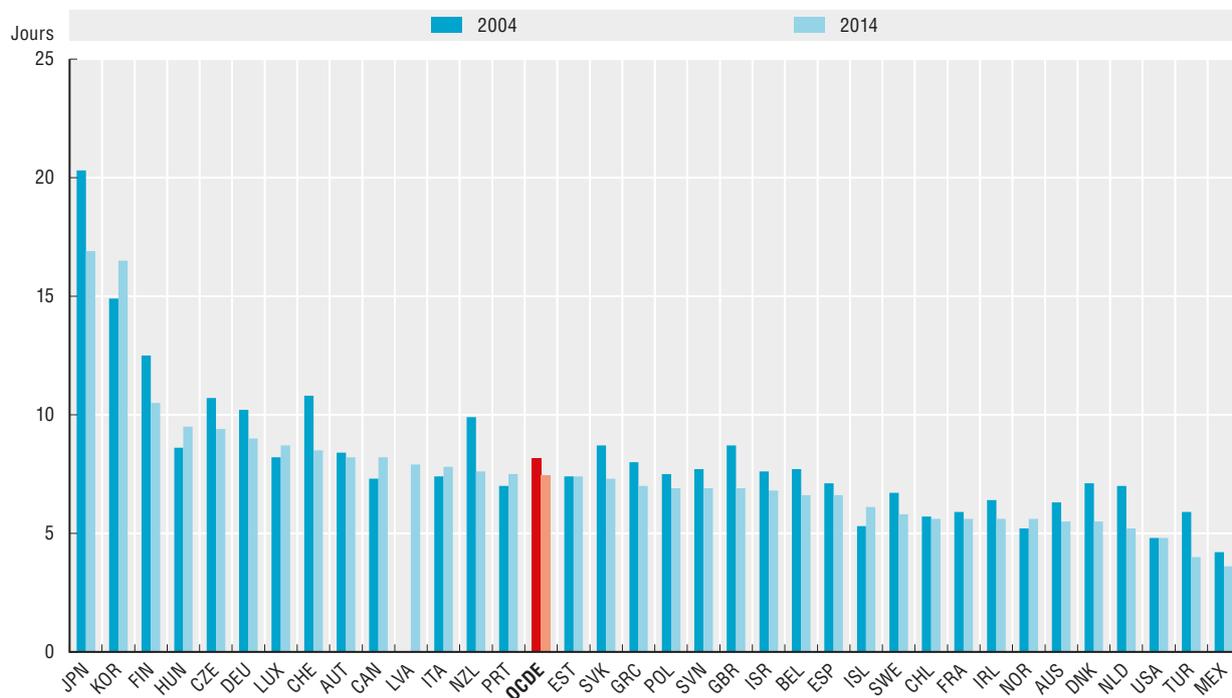
13.8. Admissions hospitalières d'adultes pour asthme, diabète et MPOC (2013 ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933540218>

13.9. Durée moyenne du séjour hospitalier, toutes causes confondues (2004 et 2014)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933540237>

