

Chapitre 1

Tableaux de bord des indicateurs de la santé

Ce chapitre présente, pour la première fois, des tableaux de bord ayant pour but d'apporter un éclairage sur la performance des pays de l'OCDE dans la promotion de l'état de santé de leurs populations et sur plusieurs aspects de leurs systèmes de santé. Ces tableaux de bord n'ont pas pour ambition d'identifier quel pays a le meilleur système de santé. Ils ont plutôt pour but de résumer les forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE sur la base d'un ensemble d'indicateurs clés relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé et par là d'aider à identifier les priorités possibles pour l'action publique. Ces tableaux de bord présentent les résultats des pays de l'OCDE dans cinq dimensions : 1) état de santé ; 2) facteurs de risque pour la santé ; 3) accès aux soins ; 4) qualité des soins ; et 5) ressources de santé. Pour chacune de ces cinq dimensions, un certain nombre d'indicateurs clés est présenté. Ces indicateurs ont été choisis en fonction de trois critères principaux : 1) la pertinence au regard de l'action publique ; 2) la disponibilité des données ; et 3) la facilité d'interprétation des données (c'est-à-dire, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté qu'une valeur supérieure/inférieure traduit une performance meilleure/moins bonne). Il existe toutefois une exception à l'application de ce troisième critère : dans le cas du cinquième tableau de bord relatif aux ressources de santé, des dépenses de santé plus élevées ou des ressources humaines en santé plus importantes ne sont pas nécessairement synonymes d'une performance supérieure. C'est pourquoi le classement des pays est présenté de manière différente dans ce dernier tableau de bord.

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.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les décideurs politiques s'intéressent à l'état de santé de leurs populations et à la capacité de leurs systèmes de santé de produire de bons résultats. Un regard sur les indicateurs présentés dans cette publication montre qu'il y a eu des progrès considérables. La population dans les pays de l'OCDE vit bien plus longtemps qu'auparavant, et l'espérance de vie à la naissance atteint maintenant plus de 80 ans en moyenne en raison de l'amélioration des conditions de vie et des niveaux d'éducation, ainsi que des progrès dans les soins de santé. Dans la plupart des pays, une couverture d'assurance maladie universelle fournit une protection financière contre les aléas financiers des problèmes de santé et favorise l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. La qualité des soins s'est aussi beaucoup améliorée, tel qu'illustrée par la réduction de la mortalité suite à des crises cardiaques ou des AVC et une détection plus précoce de maladies sérieuses comme le diabète et le cancer et des meilleurs traitements. Mais ces améliorations ont un coût, et les dépenses de santé représentent maintenant environ 9 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE et plus de 10 % dans plusieurs pays. L'augmentation des dépenses de santé n'est pas un problème si les bénéfices sont supérieurs aux coûts, mais il y a beaucoup d'exemples d'iniquité et d'inefficacité dans les systèmes de santé qui doivent être réglés. On doit aussi chercher à atteindre un meilleur équilibre entre les dépenses pour la prévention des maladies et les traitements.

En dépit de toutes ces améliorations, des questions importantes continuent de se poser sur la capacité des pays à atteindre de meilleurs résultats sur les différentes dimensions de la performance des systèmes de santé. Par exemple, quels sont les principaux facteurs qui expliquent les différences d'état de santé des populations et d'espérance de vie parmi les pays de l'OCDE ? Est-ce que l'augmentation de certains facteurs de risque pour la santé comme l'inactivité physique et l'obésité menace de contrebalancer les gains liés à la réduction d'autres facteurs de risque comme le tabagisme ? Dans quelle mesure tous les citoyens ont-ils un accès égal et rapide aux soins de santé et ont-ils une bonne protection financière par rapport aux soins de santé ? Que sait-on de la qualité et de la sécurité des soins fournis aux patients dans le traitement de différentes maladies ? Quelles sont les ressources financières, humaines et techniques allouées aux systèmes de santé dans les différents pays ? Et comment l'utilisation de ces ressources est-elle transformée en activités utiles et des résultats bénéfiques pour les patients ?

Répondre à ces questions n'est pas une mince tâche. Mais les tableaux de bord présentés dans ce chapitre ont pour but d'apporter un éclairage sur la performance des pays dans la promotion de l'état de santé de leurs populations et sur plusieurs aspects de la performance des systèmes de santé. Ces tableaux de bord n'ont pas pour ambition d'identifier quel pays a le meilleur système de santé. Ils ont plutôt pour but de résumer les forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE sur la base d'un ensemble d'indicateurs clés relatifs à la santé et aux performances des systèmes de santé décrits

de manière plus détaillée dans les chapitres suivants, et par là d'aider à identifier les priorités possibles pour l'action publique.

Ces tableaux de bord, qui prennent la forme de tableaux de synthèse, présentent les résultats des pays de l'OCDE dans cinq dimensions : 1) état de santé ; 2) facteurs de risque pour la santé ; 3) accès aux soins ; 4) qualité des soins ; et 5) ressources de santé. Pour chacune de ces cinq dimensions, un ensemble sélectionné d'indicateurs clés (de 4 à 7) est présenté dans un tableau de synthèse. Ces indicateurs sont choisis en fonction de trois critères principaux : 1) la pertinence au regard de l'action publique ; 2) la disponibilité des données ; et 3) la facilité d'interprétation des données (c'est-à-dire, qu'il n'y ait pas d'ambiguïté qu'une valeur supérieure/inférieure traduit une performance meilleure/moins bonne). Il existe toutefois une exception notable à l'application de ce troisième critère : dans le cas du cinquième tableau de bord relatif aux ressources de santé, un niveau plus élevé des dépenses de santé ou des ressources humaines ou matérielles *n'est pas* nécessairement synonyme d'une performance supérieure. C'est pourquoi le classement des pays est présenté de manière différente dans ce dernier tableau de bord (par l'utilisation de couleurs différentes). L'encadré 1.1 à la fin de ce chapitre résume les principales limitations dans l'interprétation de ces tableaux de bord.

Dans pratiquement tous les tableaux de bord, les pays sont divisés en trois tiers : 1) le premier tiers rassemble les pays les plus performants ; 2) le deuxième tiers rassemble les pays obtenant des résultats moyens ; et 3) le troisième tiers rassemble les pays les moins performants. De plus, le classement spécifique des pays est indiqué dans chaque cellule afin de donner une indication de leur degré d'éloignement par rapport aux autres groupes. Le classement est basé sur le nombre de pays pour lesquels des données sont disponibles pour chacun des indicateurs (le maximum étant 34 dans les cas où tous les pays sont couverts). Pour le premier indicateur lié à l'accès aux soins (à savoir le pourcentage de la population bénéficiant d'une couverture d'assurance maladie), le regroupement des pays est réalisé selon une autre méthode parce que presque tous les pays sont à 100% ou près de 100%: dans ce cas-ci, les pays les plus performants sont définis comme ceux affichant un taux de couverture compris entre 95 et 100 %, le second groupe est constitué des pays affichant un taux de couverture compris entre 90 et 95 %, et le troisième groupe des pays affichant un taux de couverture inférieur à 90 %. La disponibilité des données est aussi plus limitée pour certains autres indicateurs d'accès aux soins, en raison d'un manque d'harmonisation des enquêtes auprès de la population (pour les indicateurs liés aux besoins non satisfaits) ou en raison des limitations dans la couverture de certaines données administratives (dans le cas des indicateurs de temps d'attente).

État de santé

Les mesures générales d'état de santé de la population présentées dans le tableau 1.1, comme l'espérance de vie à différents âges, ne sont pas seulement reliées aux dépenses de santé et à la performance des systèmes de santé, mais aussi à un vaste éventail d'autres facteurs non-médicaux qui affectent la santé et la mortalité (y compris certains facteurs liés aux modes de vie et aux comportements présentés dans le tableau 1.2). Les pays qui obtiennent de bons résultats en matière d'espérance de vie à la naissance chez les hommes comme chez les femmes affichent généralement de bons résultats aussi en ce qui concerne l'espérance de vie à des âges plus avancés, et

ont des taux inférieurs de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires (la principale cause de décès dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE).

Le Japon, l'Espagne, la Suisse, l'Italie et la France font partie des pays qui affichent l'espérance de vie la plus élevée à la naissance et à des âges plus avancés, bien que la France n'affiche pas d'aussi bons résultats en ce qui concerne l'espérance de vie des hommes à la naissance, ce qui traduit un taux de mortalité plus élevé chez les hommes jeunes et d'âge moyen.

Le Mexique, la Hongrie, la République slovaque et la Turquie affichent l'espérance de vie la plus faible à la naissance et ultérieurement, bien que la Turquie ait réalisé d'importants gains de longévité au cours des dernières décennies et se rapproche ainsi rapidement de la moyenne de l'OCDE (voir l'indicateur relatif à l'espérance de vie au chapitre 3).

Bien que des dépenses de santé plus élevées soient généralement associées à une espérance de vie plus élevée, cette association est moins forte parmi les pays qui ont les dépenses de santé par habitant les plus élevées. Le Japon, l'Espagne et la Corée se distinguent par une espérance de vie relativement longue, et les États-Unis par une espérance de vie relativement courte, par rapport à leurs dépenses de santé (voir tableau 1.5). L'espérance de vie aux États-Unis est inférieure à la plupart des autres pays de l'OCDE, en raison de taux de mortalité plus élevés liés à des comportements ayant une incidence sur la santé (y compris une consommation de calories et des taux d'obésité plus élevés, une consommation plus forte de médicaments et de drogues illicites, des taux plus élevés de victimes d'accidents de la route et d'homicides), une situation socio-économique difficile pour une forte proportion de la population, et des problèmes d'accès et de coordination des soins pour certains groupes de population.

Facteurs de risque pour la santé

La plupart des pays affichent de mauvais résultats pour au moins un des indicateurs des facteurs de risque pour la santé, qu'il s'agisse de l'ampleur du tabagisme parmi la population, de la consommation d'alcool ou des problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes (tableau 1.2). Cela souligne l'importance pour les pays d'accorder davantage la priorité à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, afin de réduire les facteurs de risque modifiables et la mortalité. Certains pays comme l'Italie et le Portugal ont actuellement des taux relativement faibles d'obésité parmi la population adulte, mais les taux élevés de surpoids et d'obésité chez les enfants aujourd'hui se traduiront vraisemblablement par une augmentation des taux d'obésité chez les adultes dans les années à venir.

Les États-Unis, le Canada, l'Australie et le Mexique ont effectué des progrès remarquables au cours des dernières décennies en ce qui concerne la réduction du tabagisme chez les adultes, et affichent aujourd'hui des taux très bas, mais ils doivent désormais faire face à un autre défi, celui de lutter contre les taux relativement élevés de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes. D'autres pays comme la Turquie, la Grèce et l'Italie affichent des taux relativement bas de consommation d'alcool, mais ont encore des progrès à faire en ce qui concerne la réduction du tabagisme, et dans le cas de la Grèce et de l'Italie à réduire les taux de surpoids et d'obésité chez les enfants. La consommation d'alcool demeure élevée dans un certain nombre de pays, dont l'Autriche, l'Estonie, la République tchèque, la Hongrie, la France et l'Allemagne, bien que la consommation globale ait diminué dans la plupart de ces pays au cours des dernières décennies (voir l'indicateur relatif à la consommation d'alcool au chapitre 4).

Accès aux soins

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) des soins pour un ensemble de services de base, à l'exception de trois d'entre eux – la Grèce, les États-Unis et la Pologne – où une part non négligeable de la population n'est pas couverte. Aux États-Unis, le pourcentage de la population non assurée a commencé à décroître de manière significative en 2014, suite à la mise en œuvre de l'*Affordable Care Act*, qui vise à étendre la couverture de l'assurance maladie. En Grèce, les effets de la crise économique ont réduit la couverture de l'assurance maladie parmi les chômeurs de longue durée et de nombreux travailleurs indépendants ont aussi perdu leur couverture maladie. Néanmoins, depuis juin 2014, des mesures ont été adoptées afin que la population non couverte puisse accéder aux médicaments sur ordonnance et aux services d'urgence dans les hôpitaux publics, de même que pour certains soins hospitaliers non-urgents sous certaines conditions.

La protection financière des gens face aux coûts liés aux problèmes de santé ne dépend pas seulement de leur couverture par une assurance ou non, mais aussi de la gamme des biens et services qui sont couverts et du niveau de couverture de ces biens et services. Dans des pays comme la France et le Royaume-Uni, la somme que les ménages doivent déboursier directement pour régler leurs dépenses médicales en proportion de leurs dépenses de consommation totale est relativement faible, parce que la plupart de ces biens et services sont fournis gratuitement ou sont bien couverts par l'assurance maladie publique ou privée. D'autres pays, comme la Corée et le Mexique, ont atteint une couverture d'assurance maladie universelle (ou quasi-universelle), mais une part relativement faible des biens et services est couverte par l'assurance publique, laissant à la charge des ménages une part relativement élevée. Les paiements laissés directement à la charge des ménages peuvent créer des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé, aux soins dentaires, aux médicaments sur ordonnance ou autres biens ou services de santé, en particulier pour les ménages à faible revenu. C'est en Corée, en Suisse, au Portugal, en Grèce et au Mexique que la part de la consommation des ménages consacrée aux dépenses médicales est la plus élevée, bien que certains de ces pays aient mis en place des dispositifs pour protéger l'accès aux soins des personnes à faibles revenus.

L'accès aux soins de santé peut être limité non seulement pour des raisons financières, mais aussi en raison de barrières géographiques, de temps d'attente et d'autres raisons. En Europe, environ 3% de la population dans les pays qui sont membres de l'OCDE ont déclaré en 2013 avoir des besoins non satisfaits de soins médicaux en raison des coûts, de la distance géographique pour obtenir ces soins ou des temps d'attente, selon l'enquête EU-SILC. La proportion de la population déclarant avoir de tels besoins non satisfaits était la plus élevée en Grèce (où la proportion de besoins non satisfaits pour les soins dentaires est aussi élevée) et en Pologne, et la plus faible aux Pays-Bas et en Autriche. Dans pratiquement tous les pays, un pourcentage plus élevé de la population déclare des besoins non satisfaits pour les soins dentaires, reflétant le fait que la couverture publique pour les soins dentaires est généralement plus limitée. C'est au Portugal, en Islande, en Italie et en Grèce que le pourcentage de la population rapportant des besoins non satisfaits pour les soins dentaires était le plus élevé en 2013.

Les temps d'attente pour différents services de santé, comme les chirurgies programmées, indiquent dans quelle mesure la population a la possibilité d'accéder aux soins dans des délais satisfaisants. Le Danemark, le Canada et Israël affichent des

délais d'attente relativement courts pour des interventions chirurgicales comme la cataracte et les prothèses du genou parmi le nombre de pays restreint ayant communiqué ces données, tandis que la Pologne, l'Estonie et la Norvège affichent des délais d'attente relativement longs.

Qualité des soins

Améliorer la qualité des soins est une grande priorité dans la plupart des pays de l'OCDE. Selon les données disponibles, aucun pays n'est dans le groupe des plus performants pour l'ensemble des indicateurs de qualité des soins (tableau 1.4), même ceux qui dépensent le plus pour la santé. Cela suggère que dans tous les pays, il y a une marge d'amélioration en matière de gouvernance de la qualité des soins de santé, ainsi qu'en terme de prévention, de diagnostic précoce et de traitement des différents problèmes de santé.

Les États-Unis obtiennent de bons résultats en ce qui concerne les soins aigus pour les victimes d'une crise cardiaque ou d'un AVC et la prévention de leur décès, mais n'obtiennent pas d'aussi bons résultats dans la prévention de l'hospitalisation des personnes atteintes de maladies chroniques comme l'asthme et le diabète. L'inverse est vrai dans des pays comme le Portugal, l'Espagne et la Suisse, qui affichent des taux d'hospitalisation relativement bas pour certaines maladies chroniques, mais des taux de mortalité relativement élevés des patients hospitalisés après une crise cardiaque ou un AVC.

La Finlande et la Suède affichent des taux de survie relativement élevés des personnes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, du sein, ou colorectal, alors que les taux de survie demeurent inférieurs au Chili, en Pologne, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Irlande. L'établissement d'un plan de contrôle du cancer au niveau national constitue bien souvent un instrument clé pour réaliser des progrès dans la lutte contre le cancer, dans la mesure où il permet d'accroître l'attention politique et publique sur la performance en termes de prévention, diagnostic précoce et traitements contre différents types de cancer.

Ressources de santé

Des dépenses de santé plus élevées ne sont pas toujours associées à une plus grande disponibilité de ressources humaines en santé ou d'équipements physiques et techniques dans les systèmes de santé (tableau 1.5).

Les dépenses de santé par habitant aux États-Unis demeurent toujours bien plus élevées que dans tous les autres pays de l'OCDE, mais les États-Unis ne sont pas dans le groupe de tête en ce qui concerne le nombre de médecins ou d'infirmiers par habitant. Les pays les plus dépensiers après les États-Unis sont la Suisse, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède, alors que les moins dépensiers par habitant sont le Mexique et la Turquie. Les dépenses de santé par habitant sont également relativement faibles au Chili, en Pologne et en Corée, bien qu'elles aient augmenté relativement rapidement au cours de la dernière décennie.

La Grèce, l'Autriche et la Norvège affichent le plus grand nombre de médecins par habitant, tandis que la Suisse, la Norvège et le Danemark ont le plus grand nombre d'infirmiers. La composition de la main-d'œuvre en santé varie aussi beaucoup : alors que certains pays ont beaucoup de médecins par rapport au nombre d'infirmiers (comme la Grèce et l'Autriche), d'autres ont choisi d'avoir relativement plus d'infirmiers ou d'autres personnels de santé (comme la Finlande et les États-Unis).

Certains pays d'Europe centrale et orientale, comme la Hongrie, la Pologne et la République slovaque, continuent d'afficher un nombre relativement élevé de lits d'hôpital, ce qui reflète une concentration excessive des activités à l'hôpital. C'est au Mexique, au Chili, en Suède, en Turquie, au Canada et au Royaume-Uni que l'on compte le moins de lits d'hôpital par habitant. Un nombre relativement restreint de lits d'hôpital n'entraîne pas nécessairement de problèmes de capacité, tant que les systèmes de soins primaires sont suffisamment développés pour réduire le nombre d'hospitalisations.

La disponibilité d'équipements technologiques coûteux, comme les appareils d'IRM et les scanners, est la plus élevée au Japon et aux États-Unis, alors qu'elle est beaucoup plus réduite au Mexique, en Hongrie, en Israël et au Royaume-Uni. Il n'existe toutefois pas un nombre idéal d'appareils d'IRM ou de scanner par habitant. Dans plusieurs pays, on trouve bon nombre d'exemples d'utilisation inappropriée et excessive de ces technologies de diagnostic qui sont coûteuses.

Des dépenses de santé plus élevées ou un plus grand nombre de personnels en santé ou d'équipements médicaux ne sont pas nécessairement associés à un plus grand accès aux soins ni à une meilleure qualité des soins, tel qu'illustrés par l'absence de corrélations systématiques entre la position des pays en matière de dépenses de santé et les différents indicateurs d'accès et de qualité des soins. Par exemple, un pays comme la Norvège a des dépenses de santé élevées, et un nombre élevé de médecins et d'infirmiers, et obtient de bons résultats pour la plupart des indicateurs de qualité de soins, mais a encore un certain nombre de défis à relever en matière d'accès aux soins (notamment concernant les temps d'attente pour les chirurgies programmées). La République tchèque, quant à elle, dépense beaucoup moins pour la santé, mais obtient tout de même des bons résultats sur plusieurs indicateurs d'accès aux soins ; elle a toutefois encore des progrès à faire dans le domaine de la santé publique et la prévention des maladies et dans l'amélioration de la qualité des soins, par exemple pour les personnes qui souffrent du diabète. L'amélioration de la performance des systèmes de santé en terme d'accès aux soins et de qualité ne dépend pas seulement de la croissance des dépenses, mais aussi de l'utilisation plus rationnelle des ressources et de bons incitatifs pour promouvoir les meilleurs résultats.

Tableau 1.1. **Etat de santé**

■	Tiers des pays les plus performants
■	Tiers des pays moyennement performants
■	Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour l'indicateur sur la mortalité, les pays les plus performants sont ceux avec les taux les plus faibles.

Indicateur	Espérance de vie à la naissance - Hommes	Espérance de vie à la naissance - Femmes	Espérance de vie à 65 ans - Hommes*	Espérance de vie à 65 ans - Femmes*	Mortalité liée aux maladies cardiovasculaires**
Allemagne	18	19	16	22	25
Australie	8	7	3	7	7
Autriche	18	13	16	13	26
Belgique	22	19	23	14	15
Canada	13	17	10	10	5
Chili	27	27	27	28	16
Corée	20	5	20	5	4
Danemark	21	25	25	26	10
Espagne	5	2	3	3	6
Estonie	32	26	31	27	32
États-Unis	26	29	22	25	20
Finlande	23	8	20	9	24
France	15	3	2	2	2
Grèce	17	9	13	11	27
Hongrie	33	33	34	34	33
Irlande	15	23	19	24	21
Islande	2	16	10	20	23
Israël	3	11	3	17	3
Italie	3	4	8	4	17
Japon	5	1	6	1	1
Luxembourg	9	11	6	8	12
Mexique	34	34	28	32	22
Norvège	9	13	15	14	11
Nouvelle-Zélande	11	19	8	17	18
Pays-Bas	11	19	16	20	8
Pologne	30	29	30	28	30
Portugal	24	9	23	11	14
Rép. slovaque	31	31	33	31	34
Rép. tchèque	28	28	29	30	31
Royaume-Uni	14	24	14	23	9
Slovénie	25	17	26	14	28
Suède	5	13	10	17	19
Suisse	1	6	1	5	13
Turquie	29	32	32	33	29

* L'espérance de vie à 65 ans n'est pas présentée dans le chapitre 3 sur l'état de santé, mais dans le chapitre 11 sur le vieillissement et les soins de longue durée.

** La mortalité liée aux maladies cardiovasculaires inclut les décès dûs aux crises cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux présentés dans le chapitre 3, ainsi que d'autres maladies cardiovasculaires.

Source : *Panorama de la santé* 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933282395>

Tableau 1.2. **Facteurs de risque pour la santé**

■	Tiers des pays les plus performants
■	Tiers des pays moyennement performants
■	Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Indicateur	Tabagisme chez les adultes	Consommation d'alcool	Obésité chez les adultes*	Surpoids et obésité chez les enfants**
Allemagne	23	28	25*	3
Australie	4	22	30*	20
Autriche	26	34	8	14
Belgique	15	20	9	5
Canada	6	11	29*	21
Chili	33	10	28*	28
Corée	19	12	2*	16
Danemark	12	17	10	23
Espagne	29	20	15	26
Estonie	31	33	18	7
États-Unis	5	13	34*	29
Finlande	10	14	26	17
France	30	30	11	13
Grèce	34	7	19	33
Hongrie	32	30	31*	24
Irlande	16	26	24*	11
Islande	2	6	21	9
Israël	11	2	13	18
Italie	24	4	4	31
Japon	17	7	1*	15
Luxembourg	9	29	23*	19
Mexique	3	3	33*	30
Norvège	7	5	3	1
Nouvelle-Zélande	8	16	32*	27
Pays-Bas	13	14	6	7
Pologne	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Rép. slovaque	18	22	16*	3
Rép. tchèque	25	32	20*	5
Royaume-Uni	20	19	27*	32
Slovénie	22	17	17	22
Suède	1	7	7	9
Suisse	21	22	4	11
Turquie	27	1	22*	n.d.

* Les données sur l'obésité chez les adultes sont basées sur des mesures de taille et de poids pour tous les pays marqués avec une *. Il en résulte des données plus précises et des taux d'obésité plus élevés que dans les autres pays où les données sont calculées à partir de la taille et du poids autodéclarés.

** Les données sur le surpoids et l'obésité des enfants sont basées sur des données mesurées, mais elles se rapportent à différents groupes d'âge selon les pays.

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933282400>

Tableau 1.3. Accès aux soins

- Tiers des pays les plus performants (ou entre 95 et 100% pour la couverture des soins de santé)
- Tiers des pays les moins performants (ou moins de 90% pour la couverture des soins de santé)
- Tiers des pays les moins performants (ou moins de 90% pour la couverture des soins de santé)

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour les indicateurs sur les dépenses médicales à la charge des ménages, les besoins non satisfaits de soins et les temps d'attente, les pays les plus performants en termes d'accès sont ceux avec les plus faibles dépenses en pourcentage de la consommation des ménages, les plus faibles taux de besoins non satisfaits de soins et les plus courts délais d'attente.

Indicateur	Couverture des soins de santé	Part des dépenses médicales à la charge des ménages dans leur consommation	Besoins en soins médicaux non satisfaits*	Besoins en soins dentaires non satisfaits*	Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte - médiane	Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte - médiane
Allemagne	1	5	9	5	n.d.	n.d.
Australie	1	22	n.d.	n.d.	8	12
Autriche	1	18	1	2	n.d.	n.d.
Belgique	1	20	11	8	n.d.	n.d.
Canada	1	11	n.d.	n.d.	2	4
Chili	1	28	n.d.	n.d.	13	8
Corée	1	34	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	1	14	7	10	4	1
Espagne	1	26	3	18	11	9
Estonie	2	12	21	19	9	13
États-Unis	3	14	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	1	18	19	11	10	7
France	1	3	15	15	n.d.	n.d.
Grèce	3	32	23	20	n.d.	n.d.
Hongrie	1	30	14	9	1	6
Irlande	1	22	17	17	n.d.	n.d.
Islande	1	21	18	22	n.d.	n.d.
Israël	1	16	n.d.	n.d.	3	3
Italie	1	22	20	21	n.d.	n.d.
Japon	1	9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Luxembourg	1	5	4	3	n.d.	n.d.
Mexique	1	30	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	1	16	8	15	12	10
Nouvelle-Zélande	1	9	n.d.	n.d.	7	5
Pays-Bas	1	2**	1	1	n.d.	n.d.
Pologne	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Rép. slovaque	2	22	11	6	n.d.	n.d.
Rép. tchèque	1	7	5	4	n.d.	n.d.
Royaume-Uni	1	3	9	7	4	2
Slovénie	1	7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Suède	1	26	11	14	n.d.	n.d.
Suisse	1	33	6	12	n.d.	n.d.
Turquie	1	1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

* Les besoins en soins médicaux et dentaires peuvent être non satisfaits en raison des coûts, des délais d'attente ou de la distance géographique pour accéder aux services. Les données couvrent seulement les pays européens car elles sont basées sur l'enquête EU-SILC.

** Le classement des Pays-Bas est surestimé car la participation minimale obligatoire des patients aux coûts est exclue (si elle était incluse, les Pays-Bas se classeraient dans la catégorie du milieu).

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933282416>

Tableau 1.4. Qualité des soins

- Tiers des pays les plus performants
- Tiers des pays moyennement performants
- Tiers des pays les moins performants

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Pour les indicateurs sur les admissions évitables à l'hôpital et les taux de mortalité, les pays les plus performants sont ceux avec les taux les plus faibles.

Indicateur	Admission à l'hôpital pour asthme et MPOC	Admission à l'hôpital pour diabète	Mortalité après un IAM (données basées sur les admissions)	Mortalité après un AVC (données basées sur les admissions)	Survie au cancer du col de l'utérus	Survie au cancer du sein	Survie au cancer colorectal
Allemagne	21	25	25	8	15	15	10
Australie	29	17	1	20	11	5	3
Autriche	28	29	27	8	19	19	7
Belgique	16	20	19	20	16	12	4
Canada	18	10	11	26	12	8	13
Chili	6	27	31	16	25	23	n.d.
Corée	24	30	24	2	2	14	1
Danemark	26	14	7	17	5	11	18
Espagne	15	3	23	24	n.d.	n.d.	n.d.
Estonie	27	n.d.	28	29	8	25	22
États-Unis	25	24	5	3	21	2	9
Finlande	10	15	9	4	6	4	7
France	7	21	17	13	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	31	11	30	22	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	32	16	8	24	20	20	19
Islande	14	4	15	14	7	10	n.d.
Israël	19	9	11	6	10	7	2
Italie	2	1	5	7	3	15	12
Japon	1	18	29	1	4	9	4
Luxembourg	9	19	16	17	n.d.	n.d.	n.d.
Mexique	5	31	32	31	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	17	7	11	5	1	2	13
Nouvelle-Zélande	30	22	10	14	14	11	15
Pays-Bas	11	6	20	12	16	16	11
Pologne	20	28	3	n.d.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Rép. slovaque	23	26	17	28	n.d.	n.d.	n.d.
Rép. tchèque	12	23	11	22	13	22	21
Royaume-Uni	22	5	20	19	22	21	20
Slovénie	8	13	4	30	23	18	17
Suède	13	12	2	8	9	1	6
Suisse	4	2	22	11	n.d.	n.d.	n.d.
Turquie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Source : Panorama de la santé 2015.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933282428>

Tableau 1.5. Dépenses de santé et ressources

■ Premier tiers en termes de dépenses de santé ou de ressources
■ Tiers moyen en termes de dépenses de santé ou de ressources
■ Dernier tiers en termes de dépenses de santé ou de ressources

Note : Les pays sont présentés par ordre alphabétique. Le chiffre dans les cellules indique la position de chaque pays parmi l'ensemble des pays pour lesquels les données sont disponibles. Bien que les pays soient classés des plus hautes dépenses de santé ou des disponibilités de ressources aux plus faibles, cela ne reflète pas forcément une meilleure performance.

Indicateur	Dépenses de santé par habitant	Médecins par habitant (actifs)	Infirmiers par habitant (actifs)	Lits d'hôpital par habitant	Unités d'IRM par habitant*	CT scanners par habitant*
Allemagne	6	5	6	3	15*	16*
Australie	13	14	10	18	12*	2*
Autriche	8	2	21	4	9	10
Belgique	11	21	15	9	19*	11*
Canada	10	28	16	29	22	23
Chili	30	33	27	32	26	26
Corée	26	31	29	2	4	6
Danemark	7	11	3	23	10	5
Espagne	21	9	30	24	11	18
Estonie	31	18	23	12	17	15
États-Unis	1	27	12	25	2	3
Finlande	17	20	5	13	6	13
France	12	16	17	8	21	24
Grèce	25	1	32	14	5	8
Hongrie	29	19	22	5	31*	31*
Irlande	16	25	7	26	13	17
Islande	15	11	4	21	7	4
Israël	24	13	31	22	30	29
Italie	20	8	24	19	3	9
Japon	14	29	13	1	1	1
Luxembourg	9	22	9	11	14	12
Mexique	33	32	33	33	32	32
Norvège	3	3	2	17	n.d.	n.d.
Nouvelle-Zélande	18	22	14	26	18	20
Pays-Bas	4	17	8	n.d.	16	28
Pologne	32	30	28	6	28	19
Portugal	22	4	25	20	27*	14*
Rép. slovaque	28	14	26	10	25	21
Rép. tchèque	27	10	20	7	24	22
Royaume-Uni	19	24	19	26	29	30
Slovénie	23	26	18	16	23	27
Suède	5	7	11	31	n.d.	n.d.
Suisse	2	6	1	15	8*	7
Turquie	34	34	34	30	20	25

* Les données pour la plupart des pays marqués avec une * n'incluent pas les unités d'IRM et les scanners installés en dehors de l'hôpital, ce qui entraîne une sous-estimation. En Australie et en Hongrie, les données comprennent les appareils couverts par les remboursements publics seulement, ce qui conduit également à une sous-estimation.

Source : Panorama de la santé 2015.

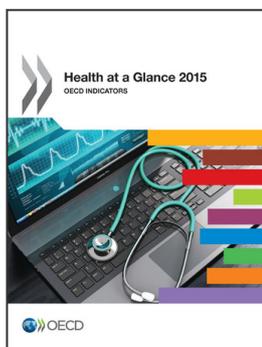
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933282431>

Encadré 1.1. Limitations dans l'interprétation et l'utilisation des tableaux de bord

Les tableaux de bord précédents doivent être interprétés avec prudence pour un certain nombre de raisons :

- Du fait de la disponibilité limitée des données, les indicateurs choisis dans chaque dimension ne couvrent généralement pas entièrement tous les aspects importants de cette dimension. Par exemple, les indicateurs relatifs à l'état de santé se réfèrent uniquement à la mortalité, parce que les données sur la mortalité sont plus disponibles et comparables d'un pays à l'autre que les données sur la morbidité. Bien que l'espérance de vie demeure sans aucun doute un indicateur clé de l'état de santé, le manque d'indicateurs relatifs à la santé physique et mentale des personnes encore en vie est une limite importante. Le même type de limitations s'applique également aux tableaux de bord sur les facteurs de risque (qui inclut seulement un nombre limité de facteurs de risque), l'accès aux soins et la qualité des soins.
- La comparabilité des données est limitée pour certains indicateurs, ce qui affecte le classement des pays. Un des exemples les plus notables est que, dans plusieurs pays, les données relatives au taux d'obésité chez les adultes sont fondées sur la taille et le poids auto-déclarés, et non pas sur des mesures objectives, ce qui entraîne une sous-estimation du taux d'obésité dans le cas des données auto-déclarées.
- Le regroupement des pays en trois groupes (tertiles) est basé sur une méthode simple qui sépare les pays en trois groupes égaux, sans tenir compte de la distribution des données autour de la moyenne OCDE ni des intervalles de confiance pour les indicateurs pour lesquels ces intervalles ont été calculés (notamment pour plusieurs indicateurs de qualité des soins).
- Ces tableaux de bord présentent seulement la situation actuelle et, de ce fait, ne présentent pas la progression des pays de l'OCDE au fil du temps ; ils n'indiquent donc pas que certains pays sont peut-être en train de rapidement rattraper la moyenne de l'OCDE.

Du fait de ces limites en ce qui concerne la disponibilité et la comparabilité des données et les écarts qui ne sont pas toujours statistiquement significatifs, il n'y a aucune tentative de calculer un score global pour chacune des dimensions ou pour l'ensemble des dimensions. Ces tableaux de bord devraient être utilisés pour obtenir une première impression des forces et faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE concernant la série d'indicateurs sélectionnés. Cette première lecture devrait être complétée par une revue plus complète des données et des facteurs qui peuvent affecter les variations entre pays qui sont présentées dans les chapitres suivants de cette publication.



Extrait de :
Health at a Glance 2015
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Tableaux de bord des indicateurs de la santé », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-4-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. 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 ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.