

Novembre 2011



## Analyse en bref

# Apprendre des meilleurs : analyse comparative du système de santé du Canada

## Messages clés

- En plus d'être des déterminants clés de la santé, les facteurs comportementaux tels que le tabagisme et l'obésité ont une incidence sur la santé actuelle et future d'une personne. Comparativement à d'autres pays, le Canada a fait d'importants progrès au chapitre de la réduction du tabagisme. Il affiche en effet un des taux les plus faibles parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et une des réductions les plus marquées de la prévalence depuis 2000. Par contre, la prévalence de l'obésité et du surpoids au Canada, surtout chez les enfants, est plus élevée que dans bon nombre des pays de l'OCDE. Le Canada est un des rares pays où le taux d'obésité et de surpoids chez les garçons et les filles dépasse 25 %.
- Si les résultats relatifs au cancer sont prometteurs, la réduction de la mortalité due au cancer représente encore un enjeu. Le taux canadien de survie relative sur cinq ans au cancer colorectal et au cancer du sein figure parmi les plus élevés de l'OCDE. Le Canada affiche également d'assez bons résultats quant aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Toutefois, l'incidence globale du cancer y est assez élevée. Cette situation est signe qu'il faut continuer de lutter pour réduire le taux de mortalité due au cancer, et ce, malgré l'efficacité des programmes de dépistage et des traitements. Même s'il est à la baisse, le taux de mortalité due au cancer chez les femmes demeure élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE.

## Rendement du système de santé

### Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

### Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

[www.icis.ca](http://www.icis.ca)



Institut canadien  
d'information sur la santé

Canadian Institute  
for Health Information

- Le Canada se classe dans le quart supérieur, ou très près, des pays de l'OCDE au regard de nombreuses mesures de la qualité des soins. Ces mesures comprennent les admissions à l'hôpital, en raison d'affections comme le diabète et l'asthme, que des soins primaires appropriés dans la collectivité peuvent éviter; les cas de complication postopératoire, comme la sepsie; et la portée du dépistage du cancer et de la vaccination contre la grippe. Les résultats d'un petit nombre de mesures sont toutefois inférieurs à ceux des autres pays de l'OCDE, comme le nombre d'événements indésirables liés à une chirurgie (p. ex. un corps étranger laissé dans une cavité corporelle, une perforation ou déchirure accidentelle) ainsi que les traumatismes obstétricaux. Bien que ces taux supérieurs puissent être en partie attribuables au manque d'uniformité des pratiques et des normes de déclaration, il n'en demeure pas moins que de tels événements constituent des facteurs clés de la sécurité des patients et ne devraient pas se produire. Les mauvais résultats ne doivent pas être considérés comme de simples différences de comparabilité.

## Introduction

Les comparaisons internationales de la performance des systèmes de santé suscitent de plus en plus d'intérêt. L'amélioration de la responsabilisation ainsi que la promotion de l'analyse comparative et de l'apprentissage mutuel font partie des principales raisons qui motivent l'étude des variations de performance parmi les systèmes de santé de divers pays<sup>1</sup>. Même si l'obtention de données uniformes et comparables pose des défis méthodologiques, une meilleure compréhension des résultats du Canada par rapport à ceux d'autres pays semblables quant à la taille économique et aux revenus peut s'avérer fort utile. De telles comparaisons soulèvent des questions pouvant nous aider à comprendre et à déterminer ce qui suit :

- Points de référence et cibles : quels résultats le Canada peut-il atteindre?
- Possibilités d'amélioration de la performance du système de santé : quels pays ont les meilleurs résultats, quelles sont leurs réalisations et existe-t-il des orientations stratégiques dont nous pouvons nous inspirer?

Depuis 2000, l'ICIS diffuse des données sur les résultats des provinces et des régions pour divers indicateurs de santé, à l'aide d'un cadre conceptuel qui englobe l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, les services du système de santé, les caractéristiques de la collectivité et du système de santé, ainsi que l'équité<sup>2</sup>. Les résultats de ces indicateurs font ressortir d'importants écarts entre les provinces et les régions sanitaires et ils illustrent l'utilité des évaluations en vue d'accroître la responsabilisation et d'appuyer les efforts d'amélioration de la performance partout au pays. L'examen des écarts de résultats par rapport à d'autres pays nous offre quant à lui l'occasion de définir des façons d'atteindre de meilleurs résultats à l'échelle internationale.

L'OCDE publie un rapport bisannuel intitulé *Panorama de la santé*<sup>3</sup>, qui résume les résultats de divers indicateurs de la performance du système de santé pour les 34 pays de l'OCDE et quelques autres<sup>i</sup>. Le rapport est structuré selon un cadre qui définit sept dimensions du système de santé, dont les ressources du système de santé (dépenses de santé et ressources humaines de la santé), les caractéristiques des services de santé (volumes, qualité et accès aux services), les déterminants non médicaux de la santé (comportements nuisibles à la santé) et l'état de santé global de la population<sup>ii</sup>.

Quatre des sept dimensions portent sur la performance des systèmes de santé. Les mesures utilisées pour évaluer celles-ci sont directionnelles. Nous pouvons affirmer que des résultats plus élevés (par exemple en ce qui concerne l'espérance de vie) ou des résultats plus faibles (par exemple au chapitre de la prévalence de l'obésité) sont synonymes d'une meilleure performance. Les quatre dimensions sont l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, la qualité des soins et l'accès aux soins. Les trois autres dimensions fournissent un contexte et illustrent les différences entre les pays quant au financement et aux ressources allouées au système de santé ainsi qu'à l'utilisation des services de santé. Dans le cas de ces dimensions, plus (ou moins) n'est pas nécessairement mieux. Par exemple, ce n'est pas parce que certains pays ont plus de médecins par habitant ou plus d'admissions à l'hôpital qu'ils doivent représenter un modèle pour les autres pays.

i. Une liste des 34 pays membres de l'OCDE est fournie dans le rapport *Panorama de la santé* et à l'annexe 2 du présent document. Le rapport *Panorama de la santé* comprend également des résultats de l'Afrique du Sud, du Brésil, de la Chine, de l'Inde, de l'Indonésie et de la Russie.

ii. Pour une description plus détaillée du cadre conceptuel, consulter le rapport *Panorama de la santé*. Voir aussi Arah et coll., « A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project », *International Journal for Quality in Health Care*, n° 18, suppl. 1 (2006).

*Panorama de la santé 2011* résume les résultats et les tendances de l'ensemble des pays de l'OCDE, alors que le présent rapport s'intéresse aux résultats du Canada pour les quatre dimensions relatives à la performance du système de santé. Il offre un bon point de départ pour une comparaison et une évaluation exhaustives de la position du Canada par rapport à d'autres pays relativement à divers indicateurs de la performance du système de santé.

Le rapport révèle que le Canada se classe parmi les meilleurs pays de l'OCDE dans certains domaines, notamment grâce à un faible taux de tabagisme chez les adultes, un taux élevé de survie relative sur cinq ans au cancer du sein et au cancer colorectal, et un faible taux d'admissions à l'hôpital en raison d'affections chroniques souvent gérables en milieux communautaires.

## À qui nous comparons-nous

L'OCDE regroupe 34 pays et les rapports *Panorama de la santé* fournissent les résultats de ces 34 pays, lorsque des données sont disponibles. Si ces pays partagent tous le même désir d'échanger, d'utiliser et d'analyser des données ainsi que de faire partie d'un « forum où ils peuvent conjuguer leurs efforts, partager leurs expériences et chercher des solutions à des problèmes communs<sup>4</sup> », ils forment un groupe diversifié et présentent de grandes différences concernant les aspects suivants :

- taille de la population;
- taille de l'économie;
- niveau de revenu (PIB par habitant) et répartition des revenus;
- géographie, incluant la taille et des caractéristiques comme le climat et le niveau d'urbanisation;
- culture, incluant les comportements courants et acceptés et les valeurs culturelles.

Ces différences ont une incidence sur les ressources disponibles pour les soins de santé et qui, selon les citoyens, devraient être allouées aux soins de santé. Elles illustrent également des écarts notamment en ce qui a trait aux habitudes de vie, au soutien social et à la responsabilisation en matière de santé personnelle. Ces facteurs ont à leur tour une forte incidence sur ce qu'un système national de santé peut accomplir.

Il n'y a pas deux pays pareils, c'est-à-dire qui partagent dans la même mesure tous les aspects mentionnés ci-dessus. Au chapitre des comparaisons, le présent rapport met particulièrement l'accent sur les pays qui ont le plus de caractéristiques communes avec le Canada. Les résultats de l'ensemble des pays de l'OCDE ont été utilisés pour établir les moyennes ainsi que les 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> centiles. Il importe toutefois de noter que dans le présent rapport, les comparaisons concernent principalement les pays de l'OCDE qui font partie du Groupe des sept (G7). Outre le Canada, ce groupe comprend l'Allemagne, les États-Unis, la France, l'Italie, le Japon et le Royaume-Uni. Bien qu'ils soient différents du Canada, ces pays ont eux aussi les économies les plus importantes et développées de l'OCDE, les populations les plus nombreuses et des niveaux comparables de ressources allouées à la santé.

Les résultats des pays du G7 pour les quatre dimensions liées à la performance du système de santé, soit l'état de santé, les déterminants non médicaux de la santé, la qualité des soins et l'accès aux soins, présentés dans le *Panorama de la santé*, sont résumés à l'annexe 1 du présent rapport. Le résumé indique également comment chaque pays se classe par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE et met en évidence les dimensions pour lesquelles les autres pays du G7 affichent des résultats supérieurs ou inférieurs à ceux du Canada.

La comparaison souligne également de nombreux secteurs dans lesquels, selon les résultats des autres pays, le système de santé du Canada pourrait faire mieux. Non seulement le Canada y a obtenu des résultats inférieurs à ceux de la plupart des pays de l'OCDE, mais il se trouve loin derrière les pays du G7 (voir l'encadré intitulé À qui nous comparons-nous?), qui se classent souvent en tête de liste à l'égard de ces mesures. (L'annexe 1 résume la performance du Canada et des pays semblables.) Le taux de surpoids et d'obésité chez les adultes et les enfants, la prévalence du diabète ainsi que l'incidence du cancer et de la mortalité due au cancer sont autant d'aspects de la santé pour lesquels les autres pays ont obtenu des résultats supérieurs dont nous pourrions nous inspirer pour élaborer nos propres stratégies et politiques.

Certains résultats justifient un examen approfondi afin de comprendre dans quelle mesure des différences dans les méthodes de collecte et de déclaration des données peuvent expliquer les importants écarts de performance entre les pays de l'OCDE.

Les résultats du Canada à l'égard des autres dimensions du système de santé (ressources humaines de la santé, activités liées aux soins de santé et dépenses et financement de la santé) sont présentés et brièvement examinés dans la section finale du rapport.

## Méthodes

Le rapport présente un profil de la performance de chacune des quatre dimensions du cadre d'évaluation de la performance du système de santé de l'OCDE. Le profil de la performance illustre graphiquement pour chaque indicateur de la dimension les résultats du Canada par rapport à la moyenne ainsi qu'aux 25<sup>e</sup> et au 75<sup>e</sup> centiles des pays de l'OCDE. Les faits saillants des résultats sont présentés pour chaque section, tout comme les limites de comparabilité. Les dimensions étudiées sont les suivantes :

1. état de santé
2. déterminants non médicaux de la santé
3. qualité des soins
4. accès aux soins

Le profil de la performance illustre un écart normalisé entre les résultats du Canada et la moyenne de tous les autres pays de l'OCDE pour chaque indicateur. Les écarts relatifs aux 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> centiles sont également indiqués à titre de points de référence. (Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans l'encadré accompagnant le premier profil à la section État de santé.)

Les indicateurs des quatre dimensions de la performance mentionnées ci-dessus sont directionnels : selon l'aspect mesuré, un résultat faible (ou élevé) peut être associé à une meilleure performance. Les résultats illustrés sur les graphiques ont été rajustés afin qu'un résultat négatif désigne toujours un résultat inférieur à la moyenne de l'OCDE (moins bonne performance) et qu'un résultat positif désigne toujours un résultat supérieur à la moyenne.

### ***Dans quelle mesure les résultats des différents pays sont-ils comparables?***

Les rapports *Panorama de la santé* de l'OCDE utilisent les meilleures données internationales comparables disponibles. S'il y a lieu, les résultats sont normalisés en fonction de l'âge afin d'améliorer la comparabilité. Les pays respectent habituellement, dans la mesure du possible, les normes de l'OCDE en matière de déclaration des données sur la santé de leurs systèmes nationaux d'information sur la santé. Cela dit, certaines particularités doivent être prises en compte lorsqu'on examine les différences de performance des systèmes nationaux de santé.

- Un certain nombre de mesures sont dérivées d'enquêtes menées auprès de la population ou des patients. Les questions posées dans le cadre des enquêtes réalisées dans différents pays peuvent être formulées ou interprétées différemment en raison des différences culturelles (p. ex. comment les notions de « bonne santé » et « besoins non satisfaits en matière de soins de santé » sont comprises par différentes cultures) ou peuvent comprendre différentes catégories de réponses. Les taux de réponse peuvent varier de même que la représentativité des échantillons. Les enquêtes sont également sujettes au biais de rappel — les répondantes peuvent par exemple avoir oublié si elles ont passé une mammographie au cours de la dernière année ou il y a trois ans.

*suite à la page suivante*

## Dans quelle mesure les résultats des différents pays sont-ils comparables? (suite)

- Pour une même mesure (p. ex. le dépistage du cancer), certains pays déclarent des résultats provenant d'enquêtes, alors que d'autres utilisent les données des programmes nationaux de dépistage.
- Les mesures de la mortalité selon la cause (cancer, cardiopathie ou accident vasculaire cérébral, par exemple) dépendent de l'exactitude de la saisie et de la codification de la cause de décès. Certains pays disposent de systèmes perfectionnés et de règles uniformes de saisie des causes précises, alors que dans d'autres pays plusieurs causes peuvent être enregistrées sous « non précisé ».
- Les complications et les événements indésirables liés aux soins hospitaliers (p. ex. les perforations ou lacérations accidentelles) peuvent être dénombrés uniquement s'ils sont consignés dans l'abrégé de sortie de l'hôpital. Nous connaissons les normes de saisie et de déclaration des complications liées à des séjours à l'hôpital que les hôpitaux canadiens doivent respecter. De plus, l'ICIS examine régulièrement la qualité de la codification des abrégés<sup>5</sup>. Nous ne disposons toutefois pas des mêmes renseignements pour évaluer la qualité de saisie et de déclaration des données des hôpitaux des autres pays.
- Les éléments inclus ou exclus des mesures des activités liées aux soins de santé et aux ressources dépendent souvent de l'organisation de la prestation des soins de santé. Certains pays dénombrent l'ensemble des interventions, des ressources et des activités, qu'elles soient dispensées par les secteurs public ou privé, dans un établissement hospitalier ou hors hôpital. D'autres pays sont plus restrictifs et peuvent exclure les activités financées par le secteur privé. Quant au dénombrement des ressources humaines de la santé, certains pays incluent les médecins ou infirmières qui occupent des fonctions de gestionnaire, de chercheur ou de formateur, alors que d'autres pays ne dénombrent que ceux qui exercent à temps plein. Certains pays incluent les naissances en milieu hospitalier dans le dénombrement des hospitalisations, alors que d'autres excluent les nouveau-nés.

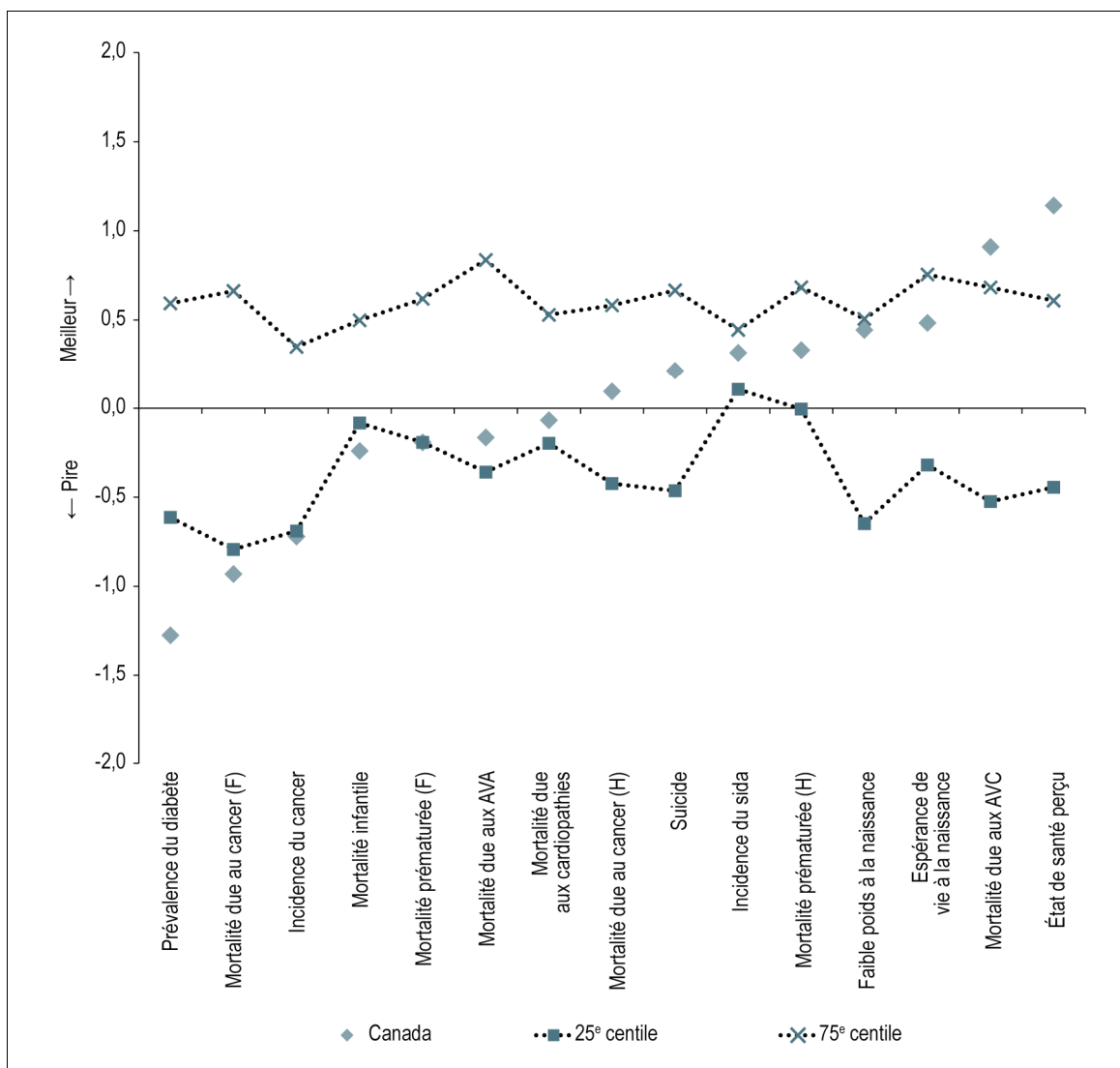
Tous les facteurs mentionnés ci-dessus ont une incidence sur la comparabilité des résultats entre les pays. L'OCDE a fait preuve de rigueur dans son approche visant à comprendre et à documenter les différences entre les méthodes des divers pays. Les contraintes susceptibles d'influer sur l'interprétation des résultats du Canada sont indiquées dans les remarques de chaque profil de la performance. Nous devons toutefois prendre garde de ne pas rejeter des résultats uniquement parce que nous pensons qu'ils ne sont pas comparables. Les comparaisons peuvent mettre en évidence des résultats qui exigent des mesures particulières, que ce soit pour favoriser une déclaration plus uniforme ou mieux comprendre les facteurs menant à de faibles résultats.

## État de santé

Les mesures de l'état de santé, telles que l'espérance de vie, la mortalité infantile, la prévalence du diabète et la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, fournissent une indication globale de la santé de la population d'un pays. Si bon nombre des facteurs qui influent sur l'état de santé (p. ex. l'éducation, l'environnement et les conditions de vie) ne relèvent pas du système de santé, les mesures ci-dessous permettent néanmoins de dresser un portrait général de la santé d'une population.

Ces mesures de l'état de santé sont directionnelles : un résultat élevé pour l'espérance de vie et l'état de santé perçu, ou un faible taux de mortalité et de prévalence du diabète, par exemple, indiquent une meilleure performance relative à l'état de santé. Dans le profil de la performance ci-dessous, une note positive supérieure à la moyenne de l'OCDE correspond à un bon résultat, alors qu'une note négative inférieure à la moyenne de l'OCDE correspond à un mauvais résultat.

Figure 1 : Profil de la performance relative à l'état de santé



**Remarques**

État de santé perçu : Le Canada est un des quatre pays de l'OCDE qui utilisent cinq qualificatifs (excellent, très bon, bon, passable ou mauvais) pour les questions portant sur l'évaluation de la santé. Le résultat correspond au pourcentage de réponses « excellent », « très bon » et « bon ». Les autres pays utilisent quatre qualificatifs (très bon, bon, passable et mauvais) et le résultat correspond au pourcentage de réponses « très bon » et « bon ». La différence d'échelle influe à la hausse sur les résultats : les quatre pays qui utilisent cinq qualificatifs figurent parmi les cinq pays membres de l'OCDE affichant les meilleurs résultats.

Résultats sur la mortalité : Les plus récents résultats du Canada datent de 2004 ou 2005, alors que ceux de la plupart des autres pays datent de 2007 ou après, ce qui peut fausser les résultats du Canada à la hausse par rapport aux autres pays, notamment en ce qui a trait à la mortalité due au cancer. Ce taux a en effet considérablement diminué depuis 1990 et tout porte à croire que la tendance s'est maintenue après 2004.

Prévalence du diabète : Les taux ont été estimés par la Fédération internationale du diabète et dérivés d'études publiées répondant à divers critères de fiabilité. Les résultats de plusieurs pays étaient toutefois basés sur des données autodéclarées, alors que ceux d'autres pays (dont le Canada) ont été rajustés afin de tenir compte des diabètes non diagnostiqués.

F : femmes.

H : hommes.

AVA : accident de véhicule automobile.

**Sources**

Organisation de coopération et de développement économiques, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Paris (France), OCDE, 2011; Fédération internationale du diabète, *IDF Diabetes Atlas 2009*, Bruxelles (Belgique), FID, 2009.

Au chapitre de l'état de santé, les résultats relatifs du Canada varient, allant d'inférieurs au 25<sup>e</sup> centile pour la prévalence du diabète, la mortalité due au cancer chez les femmes, l'incidence du cancer et la mortalité infantile, à parmi les meilleurs pour la mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et à l'état de santé perçu. Le Canada se classe toutefois près de la moyenne de l'OCDE pour bon nombre de mesures, avec des résultats entre le 25<sup>e</sup> et le 75<sup>e</sup> centile.

Les meilleurs résultats du Canada concernent la mortalité due aux AVC et l'état de santé perçu. Comme l'indique le rapport *Panorama de la santé*, presque tous les pays de l'OCDE affichent des progrès notables en matière de mortalité due aux AVC. Le taux de mortalité du Canada a baissé de 34 % de 1990 à 2004<sup>iii</sup> et, selon les données les plus récentes, il figurait dans le quart supérieur de l'OCDE (mais derrière la France et les États-Unis au sein du G7). Le taux relativement bas de tabagisme chez les adultes du Canada (consulter la section Déterminants non médicaux de la santé) est un des facteurs qui contribuent au faible taux de mortalité due aux AVC.

Les résultats élevés concernant l'état de santé perçu sont en partie attribuables aux différentes échelles utilisées par les pays ainsi qu'aux attentes culturelles en matière de bonne santé. Cela dit, près de 90 % des Canadiens interrogés ont affirmé être en bonne, très bonne ou excellente santé, alors que 76 % des adultes du Royaume-Uni ont affirmé être en bonne ou très bonne santé.

Les résultats relatifs à la prévalence du diabète, à l'incidence du cancer et à la mortalité due au cancer sont toutefois moins bons que ceux d'autres pays de l'OCDE. Nonobstant le fait que les estimations de la prévalence du diabète sont fondées sur différentes enquêtes nationales, parmi les 27 pays ayant déclaré des résultats, seuls les États-Unis, le Portugal et le Mexique ont enregistré une prévalence estimée du diabète supérieure à celle du Canada. Parmi les pays du G7, la France, le Japon, l'Italie et le Royaume-Uni affichent un plus faible taux de prévalence, alors que celui de l'Allemagne est près de celui du Canada, mais néanmoins inférieur (8,9 % et 9,2 % respectivement)<sup>6</sup>.

## Guide d'interprétation des profils de la performance

Le profil de la performance relative à chaque dimension indique comment le Canada se compare à la moyenne et aux 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> centiles des pays de l'OCDE pour chaque indicateur. L'échelle verticale présente un résultat normalisé illustrant l'écart relatif par rapport à la moyenne de l'OCDE pour chaque indicateur. Par exemple, une note normalisée de 1,5 est trois fois plus éloignée de la moyenne de l'OCDE qu'une note de 0,5. L'écart peut être positif (au-dessus de la moyenne de l'OCDE) ou négatif (sous la moyenne de l'OCDE). Des notes normalisées ont été utilisées afin d'illustrer dans un même graphique les résultats d'indicateurs calculés à l'aide d'échelles différentes.

Les indicateurs sont classés du plus faible résultat relatif au plus élevé pour le Canada. Le résultat relatif du Canada par rapport aux autres pays de l'OCDE est moins bon pour les indicateurs de l'état de santé à la gauche du graphique et meilleur pour ceux à la droite. Par exemple, le résultat du Canada relatif à la prévalence du diabète est le plus éloigné de la moyenne (voir la figure 1) et sous le 25<sup>e</sup> centile de l'OCDE. Le deuxième résultat relatif le plus bas est celui de la mortalité due au cancer chez les femmes, pour lequel le taux du Canada est aussi inférieur au 25<sup>e</sup> centile de l'OCDE. Le meilleur résultat relatif du Canada concerne l'état de santé perçu, qui est nettement supérieur au 75<sup>e</sup> centile de l'OCDE. Le profil de la performance révèle que le Canada se situe non loin de la moyenne de l'OCDE pour bon nombre d'indicateurs (p. ex. la mortalité due aux cardiopathies et l'incidence du sida).

Une description détaillée des indicateurs de chaque dimension est fournie à l'annexe 1.

iii. À moins d'indication contraire, tous les résultats présentés sont extraits de la *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, qui est également la principale source de données du rapport *Panorama de la santé 2011*.

Le taux de mortalité due au cancer chez les femmes au Canada est un des plus élevés de l'OCDE et tous les autres pays du G7 ont déclaré des taux inférieurs. Comme le montre la figure 1, le taux de mortalité du Canada est toutefois fondé sur des données de 2004, alors que celui de la plupart des autres pays repose sur des données allant de 2007 à 2009. GLOBOCAN a préparé des projections internationales de mortalité due au cancer pour 2008. Bien que le Canada demeure toujours sous la moyenne des pays de l'OCDE concernant la mortalité due au cancer chez les femmes, l'estimation de 2008 montre une certaine amélioration par rapport aux autres pays du G7<sup>7</sup>. De 1990 à 2004, le taux global de mortalité due au cancer a chuté de près de 12 % au Canada. D'autres pays du G7 (les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne) ont toutefois réussi à réduire leur taux de plus de 14 % au cours de la même période. Comme mentionné à la section Qualité des soins, le taux canadien de survie relative sur cinq ans au cancer du sein et au cancer colorectal est relativement élevé, tout comme celui du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Même si le Canada enregistre de bons résultats en matière de diagnostic et de traitement précoces du cancer, le taux relativement élevé d'incidence du cancer semble contribuer à un taux de mortalité plus élevé, surtout chez les femmes. En 2008, le Canada présentait la troisième incidence la plus élevée de cancer du poumon chez les femmes parmi les 34 pays de l'OCDE. Bien que les habitudes de vie et l'amélioration des méthodes de diagnostic dans les pays à revenu élevé puissent entraîner une hausse du taux d'incidence du cancer déclaré, il reste que le taux général d'incidence du Canada est supérieur à celui de l'Allemagne, de l'Italie, du Japon et du Royaume-Uni au sein du G7.

Les résultats du Canada en ce qui concerne la mortalité infantile sont également sous le 25<sup>e</sup> centile. Ce taux varie toutefois peu d'un pays de l'OCDE à l'autre. Plus courants dans les pays à revenu élevé, l'âge maternel avancé et les naissances multiples sont certains des facteurs responsables des bébés prématurés et de faible poids à la naissance<sup>8-10</sup>. En 1990, le Canada affichait le deuxième taux le plus bas de mortalité infantile parmi les pays du G7. En 2007, il était le deuxième plus élevé, après les États-Unis.

En 1961, le Canada présentait le niveau le plus élevé d'espérance de vie à la naissance parmi les pays formant actuellement le G7. L'espérance de vie des Canadiens a augmenté depuis 1961, mais pas au même rythme que celle des autres populations du G7. De plus, le Canada a chuté en quatrième place pour la dernière année dont les données sont disponibles. Il en est de même pour la mortalité prématurée, dont les taux du Canada ont connu une grande amélioration depuis 1970, mais pas aussi importante que celle de quatre des autres pays du G7 ou que la moyenne de l'OCDE.

Étant donné l'incidence cumulée de nombreuses années de comportements reconnus comme nuisibles à la santé (y compris le tabagisme et les mauvaises habitudes alimentaires), il peut être difficile d'améliorer la performance relative à l'état de santé. Pris dans leur ensemble, les résultats de cette dimension suggèrent toutefois que des stratégies à long terme concernant l'incidence du cancer (surtout chez les femmes) et la prévalence du diabète peuvent favoriser une amélioration de l'état de santé général. Plus particulièrement, même si le taux de tabagisme a chuté considérablement au cours de la dernière décennie, le taux de cancer du poumon chez les femmes est un facteur significatif de l'incidence relativement élevée du cancer chez les femmes.

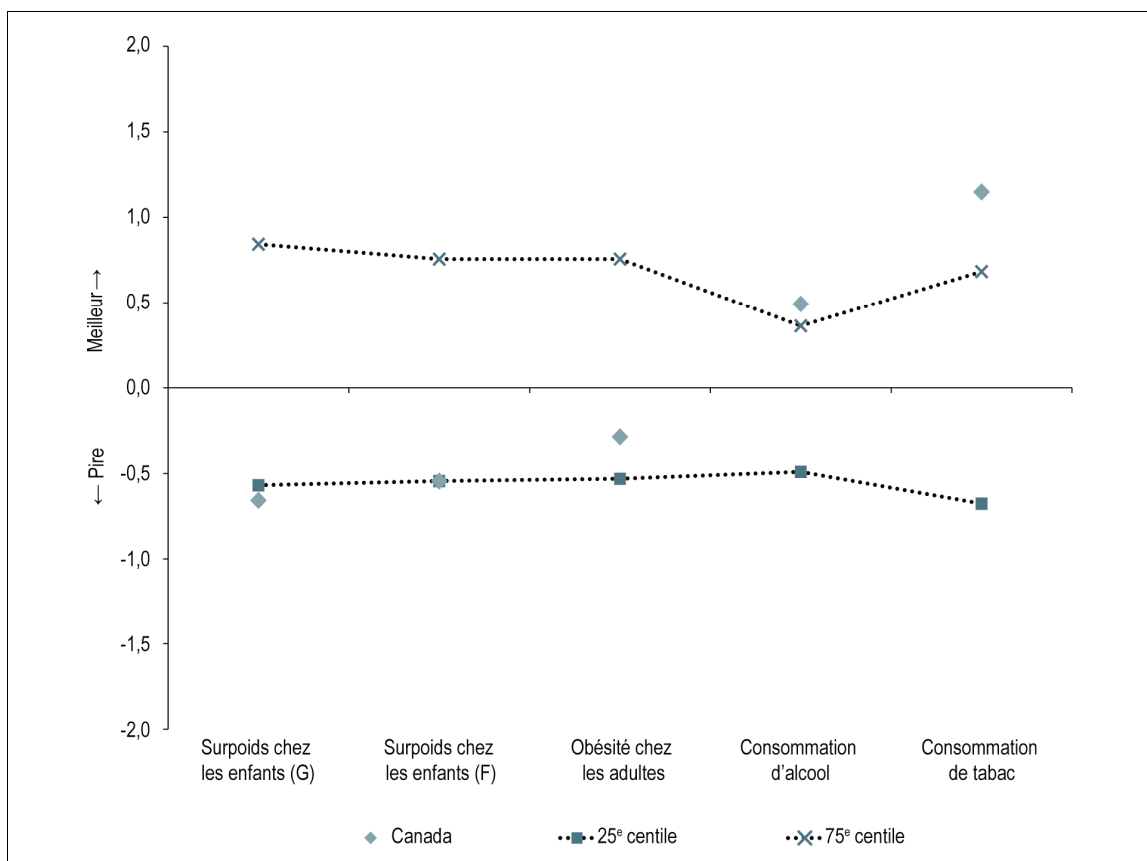
Certains systèmes permettent d'évaluer les progrès réalisés en matière d'amélioration de l'état de santé sur une plus courte période de temps. Le ministère de la Santé du Royaume-Uni, par exemple, a récemment proposé un cadre national de santé publique qui définit un système d'indicateurs locaux et nationaux d'évaluation des progrès et établit des objectifs d'amélioration de l'état de santé des citoyens<sup>11</sup>. Ce système vise à mettre au point les outils et les indicateurs nécessaires pour évaluer les progrès réalisés en matière d'amélioration de l'état de santé. Pour ce faire, il prévoit mesurer et gérer, à l'échelle locale et nationale, un ensemble de facteurs qui contribuent à l'état de santé sans être directement liés au système de santé.



## Déterminants non médicaux de la santé

Les déterminants non médicaux de la santé sont des facteurs comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux ainsi que liés aux habitudes de vie, qui sont indépendants du système de santé, mais influent grandement sur la santé des personnes. Les facteurs comportementaux comprennent le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique; les facteurs environnementaux comprennent la pollution atmosphérique, l'hygiène et la qualité de l'eau. Les rapports *Panorama de la santé* mesurent certains de ces facteurs comportementaux, soit le taux de tabagisme, de consommation d'alcool, d'obésité et de surpoids. Il s'agit là de déterminants connus de certaines maladies et affections chroniques comme le diabète, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Une meilleure compréhension de la performance relative du Canada à ce chapitre nous aiderait à déterminer les retombées possibles d'une amélioration des comportements sains et à cibler nos stratégies de changement.

Figure 2 : Profil de la performance relative aux déterminants non médicaux de la santé



### Remarques

**Obésité chez les adultes :** Les méthodes de déclaration du taux d'obésité chez les adultes varient. Les taux mesurés (taille et poids réels mesurés auprès d'un échantillon d'adultes) donnent généralement des taux estimés d'obésité plus élevés que ceux établis à l'aide de la taille et du poids autodéclarés<sup>12</sup>. Les taux mesurés ne sont pas disponibles pour tous les pays. Pour augmenter le nombre de pays auxquels le Canada peut se comparer, le taux autodéclaré de 16,5 % du Canada est utilisé ici.

**Obésité et surpoids chez les enfants :** Le taux d'obésité et de surpoids chez les enfants a été établi par l'Association internationale pour l'étude de l'obésité à l'aide des dernières enquêtes nationales sur le poids et la taille (révisées par l'Association). Les enquêtes de certains pays sont désuètes (années 1990). Même si des limites d'inclusion selon l'âge et le sexe sont utilisées pour déterminer le surpoids et l'obésité chez les enfants, la façon de procéder varie pour divers groupes de pays.

G : garçons.

F : filles.

### Sources

Organisation de coopération et de développement économiques, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Paris (France), OCDE, 2011; Association internationale pour l'étude de l'obésité, *IASO Prevalence Data*, dernière modification en 2011, accessible au <<http://www.iaso.org/publications/trackingobesity/>> (en anglais seulement).

Les résultats du Canada pour cette dimension sont aux deux extrêmes : d'une part l'un des taux les plus élevés pour la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et les enfants, et de l'autre, l'un des taux les plus bas pour le tabagisme.

En ce qui concerne la prévalence du tabagisme chez les adultes, le Canada se classe dans le quart supérieur de l'OCDE grâce à son taux relativement faible, et presque à égalité avec les États-Unis pour le taux le plus bas du G7 (16,2 % au Canada et 16,1 % aux États-Unis). Le Canada est également un des cinq pays de l'OCDE à présenter une réduction du taux de tabagisme supérieure à 30 % depuis 1999. Le rapport de 2006 de Santé Canada sur la mise en œuvre et les succès de la stratégie nationale de lutte antitabac énumère les initiatives et stratégies provinciales et territoriales visant à instaurer des politiques, lois et programmes d'éducation publics (p. ex. les endroits sans fumée, le recouvrement des coûts des soins de santé et l'augmentation des taxes sur les produits du tabac) qui ont favorisé la réduction du tabagisme<sup>13</sup>.

Il est difficile de situer adéquatement le Canada au chapitre du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes en raison de la disparité des méthodes d'évaluation et de déclaration. Les taux déclarés fondés sur les meilleures sources disponibles suggèrent toutefois que le Canada se classe parmi les pays qui affichent les taux les plus élevés. Si les taux autodéclarés (qui tendent à sous-estimer l'indice de masse corporelle par rapport aux valeurs réelles) d'obésité chez les adultes sont utilisés, le Canada se placerait alors en deuxième position parmi les pays du G7, avec un taux de 16,5 %. Si la prévalence est estimée à l'aide de mesures réelles du poids et de la taille, le taux du Canada serait alors de 24,2 %, soit inférieur à celui des États-Unis (33,8 %), mais semblable à celui du Royaume-Uni (23,0 %). Le taux autodéclaré d'obésité a augmenté de 15 % de 2003 à 2009 au Canada, soit à un rythme semblable à celui des autres pays du G7. Selon un rapport sur l'obésité au Canada, l'inactivité physique (surtout le temps passé devant un écran), l'alimentation, le statut socioéconomique et la collectivité contribuent à une hausse du taux<sup>12</sup>.

Malgré les limites de comparabilité dues aux différences quant aux méthodes, aux groupes d'âge et au moment du déroulement des enquêtes sur le surpoids chez les enfants, le Canada se situe dans le quartile supérieur (pire) en matière de prévalence du surpoids chez les garçons et les filles, le taux estimé pour ces deux groupes dépassant 25 %<sup>14</sup>. Au sein du G7, seuls l'Italie et les États-Unis affichent des taux supérieurs à 25 %, alors que l'Allemagne, la France et le Japon se placent sous la barre des 25 % pour les enfants des deux sexes. Ces résultats montrent le besoin de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité dans tous les groupes d'âge ainsi que l'importance d'acquiescer des comportements sains pendant l'enfance.

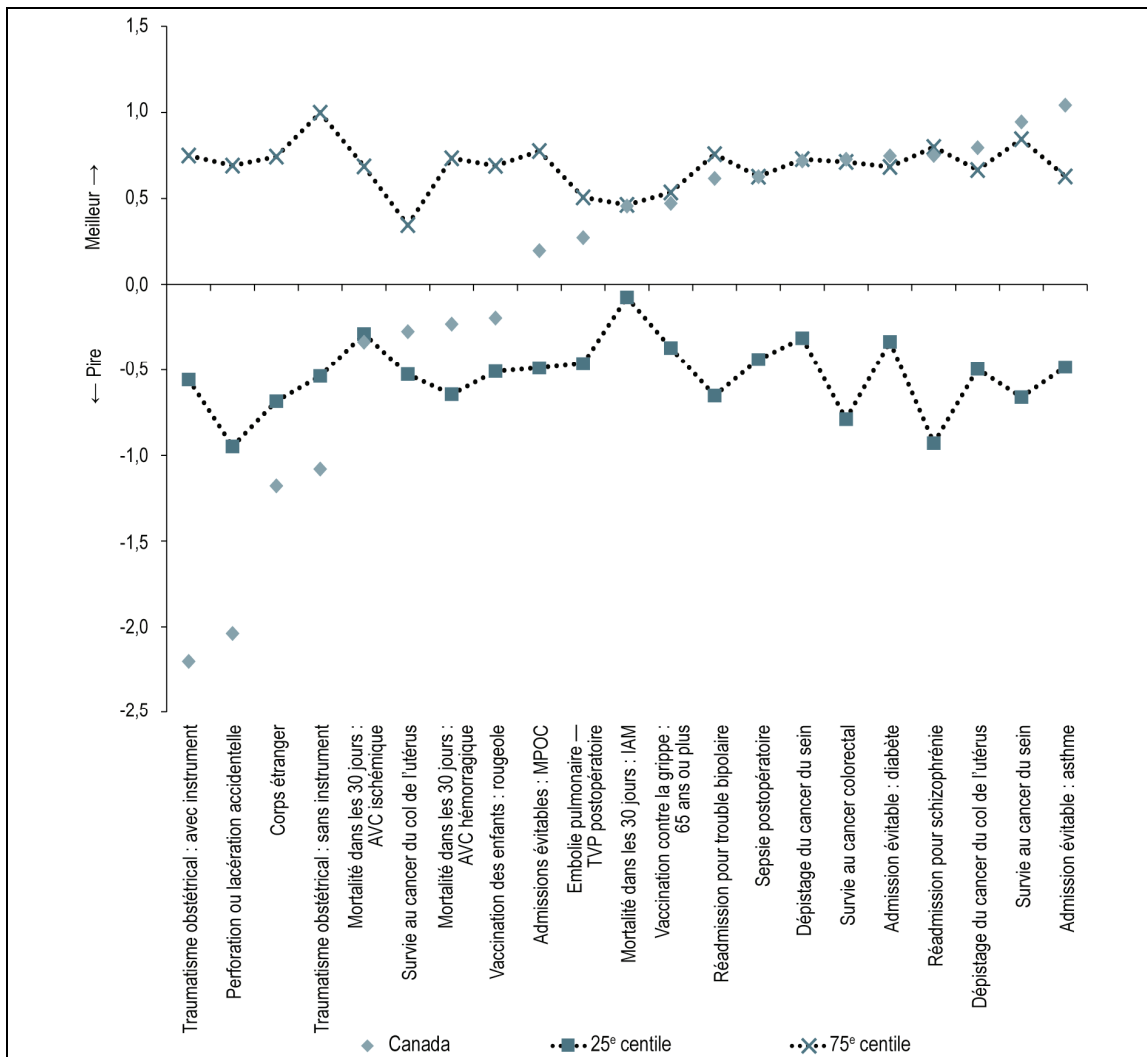
## Qualité des soins

L'OCDE a lancé en 2001 un projet visant à élaborer un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer de façon fiable la qualité des soins de santé pour l'ensemble des pays membres. Ce projet de collaboration continue regroupe actuellement 23 pays, dont le Canada. Il comprend l'élaboration d'un cadre conceptuel visant à orienter les dimensions mesurables de la qualité et la méthode d'évaluation<sup>15</sup>. Ce cadre conceptuel s'inscrit dans celui, plus large, des indicateurs de santé de l'OCDE et s'intéresse plus particulièrement aux attributs de la qualité des soins, à savoir l'efficacité, la sécurité et la réactivité aux besoins des patients. Les indicateurs de la qualité des soins ont été présentés pour la première fois dans le rapport *Panorama de la santé 2007*. À mesure que de nouveaux indicateurs ont été introduits et que la comparabilité des données a été améliorée, les résultats d'autres indicateurs ont été présentés; la version 2011 du rapport comprend 26 indicateurs de la qualité des soins, dont 21 pour le Canada. Les facteurs influant sur la comparabilité des mesures entre les pays sont expliqués dans le rapport *Panorama de la santé* ainsi que dans divers documents de travail de l'OCDE<sup>15, 16</sup>.

Les mesures de la qualité des soins portent sur l'efficacité, la sécurité et la réactivité. Elles comprennent notamment le taux d'admission à l'hôpital pour des affections chroniques sélectionnées, telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme et le diabète, ainsi que des mesures relatives à la portée de programmes efficaces et bénéfiques comme le dépistage de certains cancers et la vaccination. Ces mesures sont directionnelles : par exemple, des taux élevés pour la portée des programmes de vaccination et de dépistage sont

synonymes de meilleurs résultats, alors que de faibles taux d'admission à l'hôpital pour des affections chroniques sont synonymes de meilleurs résultats. La direction de l'indicateur est illustrée dans le profil de la performance, où une note négative signifie que le résultat est sous la moyenne de l'OCDE et une note positive, qu'il est au-dessus de la moyenne.

Figure 3 : Profil de la performance relative à la qualité des soins



### Remarques

Les mesures de la qualité des soins ont été introduites initialement dans le rapport *Panorama de la santé 2007*. D'autres mesures de la qualité des soins ont été ajoutées aux rapports de 2009 et 2011. Étant donné que nombreuses de ces mesures sont relativement nouvelles, il peut y avoir davantage de divergences dans la façon dont chaque pays déclare ses résultats comparativement à d'autres dimensions. Bon nombre des indicateurs utilisés pour évaluer la qualité des soins dépendent de l'exactitude et de l'exhaustivité de la déclaration des diagnostics, des interventions et des événements indésirables en milieu hospitalier. Les pratiques de déclaration des hôpitaux et l'exhaustivité des données varient d'un pays à l'autre, ce qui influe sur la comparabilité des résultats de bon nombre de ces indicateurs. Le rapport *Panorama de la santé* précise certains aspects susceptibles d'influer sur les résultats de chaque pays.

Qui plus est, le nombre de pays comparables est limité pour certains indicateurs — il peut arriver que les données clés nécessaires pour calculer un résultat n'aient pas été saisies ou qu'elles posent un problème d'exactitude; le cas échéant, les résultats de ces pays sont exclus du *Panorama de la santé*.

Vaccination et dépistage : Les données utilisées par certains pays pour déclarer ces indicateurs proviennent de programmes précis (p. ex. un programme de dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal). D'autres pays utilisent les résultats d'enquêtes menées auprès des citoyens. Les résultats de ces enquêtes laissent supposer des différences en raison des biais de rappel.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

TVP : thrombose veineuse profonde.

IAM : infarctus aigu du myocarde.

### Source

Organisation de coopération et de développement économiques, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Paris (France), OCDE, 2011.

Le Canada a obtenu d'assez bons résultats à l'égard de plusieurs indicateurs de qualité des soins, notamment au chapitre des affections chroniques pour lesquelles le taux d'admission à l'hôpital peut être réduit grâce à la prestation de soins primaires de qualité dans la collectivité. Le Canada enregistre le deuxième taux le plus bas des pays de l'OCDE et le taux le plus bas des pays du G7 pour les admissions en raison d'une crise d'asthme. Les résultats concernant les admissions pour une MPOC ne sont pas aussi frappants, mais le Canada se place toujours sous la moyenne de l'OCDE et devance l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis. Le Canada enregistre également le meilleur résultat parmi les pays du G7 au chapitre des admissions à l'hôpital en raison du diabète non contrôlé, et ce, malgré un des taux de prévalence du diabète les plus élevés chez les adultes.

Bien qu'il ne figure pas au premier rang, le Canada fait partie des pays qui affichent les taux les plus élevés de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Le taux de survie relative sur cinq ans<sup>iv</sup> au cancer témoigne de l'effet des diagnostics précoces et de la qualité du traitement. Les résultats du Canada sont généralement bons, avec un taux de survie relative sur cinq ans près de la moyenne de l'OCDE pour le cancer du col de l'utérus, au-dessus de la moyenne pour le cancer colorectal, et seulement derrière les États-Unis et le Japon pour le cancer du sein. Malgré les réussites dans ce domaine, comme nous l'avons vu à la section État de santé, la mortalité due au cancer est relativement haute au Canada, en raison de l'incidence élevée du cancer, et plus particulièrement des formes de cancer difficiles à dépister et à traiter comme celui du poumon. Ensemble, ces résultats suggèrent qu'une meilleure prévention primaire contribuerait à réduire l'incidence et ainsi la mortalité due au cancer, tout en continuant de favoriser une solide performance des programmes de diagnostic et de traitement du cancer<sup>17, 18</sup>.

Les résultats relatifs au taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un infarctus aigu du myocarde (IAM) sont mitigés. Parmi les pays du G7, le Canada se classe deuxième derrière l'Italie quant au taux de mortalité suivant un IAM et au-dessus de la moyenne de l'OCDE. Malgré un faible taux général de mortalité due à un AVC (voir la section État de santé), le taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un AVC ischémique est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE, et plusieurs pays du G7, soit l'Allemagne, l'Italie, les États-Unis et le Japon, enregistrent des résultats nettement meilleurs. Les résultats du Canada relatifs au taux de mortalité due à un AVC hémorragique s'approchent de la moyenne de l'OCDE et sont comparables à ceux des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Italie. Le taux de mortalité dans les 30 jours enregistré au Canada pour un IAM ou un AVC ischémique s'est nettement amélioré depuis 2000, mais la plupart des autres pays connaissent des progrès semblables.

Les événements indésirables en milieu hospitalier sont un des sujets préoccupants. Les mesures utilisées pour ces événements comprennent les traumatismes obstétricaux, les cas de corps étrangers laissés dans une cavité corporelle pendant une intervention, les perforations ou lacérations accidentelles, les embolies pulmonaires ou thromboses veineuses profondes postopératoires et les sepsies postopératoires. Il importe toutefois de noter que ces mesures dépendent de l'exactitude de la consignation des diagnostics et des interventions dans les dossiers hospitaliers. Les normes de codification mises au point par l'ICIS et exigées par les ministères provinciaux de la Santé ainsi que les pratiques en vigueur dans la plupart des hôpitaux canadiens peuvent favoriser, pour certains de ces événements, une saisie et une déclaration plus efficaces au Canada que dans les autres pays. En outre, certains pays de l'OCDE ne disposent pas des renseignements nécessaires pour déclarer les résultats relatifs à ces mesures. Le Canada affiche un taux relativement bas (meilleur) de sepsie ainsi que d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde par rapport aux autres pays de l'OCDE. Par contre, il a déclaré le taux de perforations et de lacérations accidentelles le plus élevé des 17 pays pour lesquels des résultats ont été fournis. À 525 par 100 000 hospitalisations, ce taux est plus de deux fois plus élevé que celui du Royaume-Uni (174) et des États-Unis (166), soit les pays du G7 qui le suivent au classement. Le taux relatif aux corps étrangers laissés dans une cavité corporelle pendant une intervention est le troisième plus élevé des pays de l'OCDE (9,7 par 100 000 hospitalisations) et il est nettement supérieur à celui du pays qui le suit au classement, soit le Royaume-Uni à 5,7.

---

iv. Un taux de survie relative sur cinq ans correspond au rapport entre le taux de survie observée pour un groupe de personnes cinq ans après un diagnostic de cancer et le taux de survie attendu pour les personnes appartenant à la même population générale.

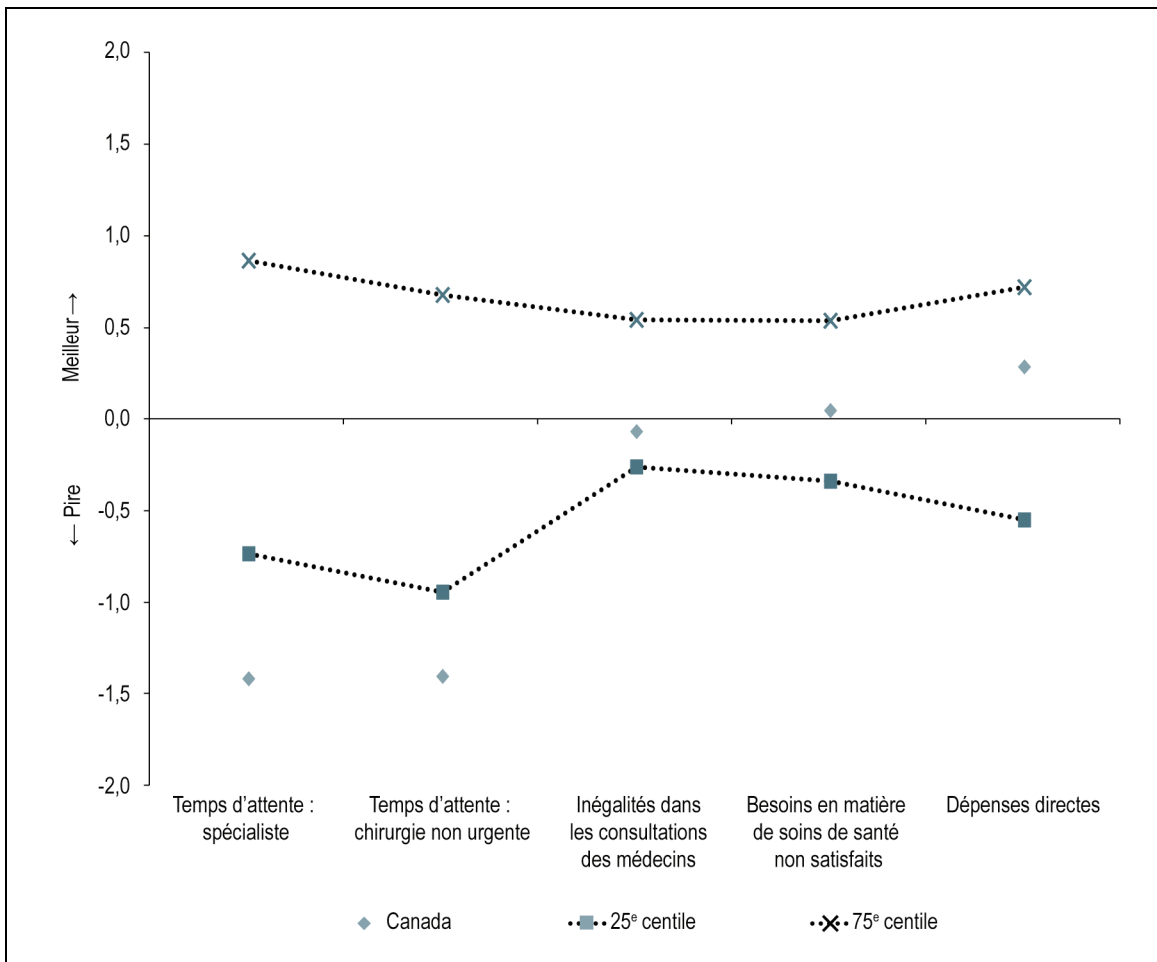
Il importe de mieux comprendre dans quelle mesure les disparités entre les pratiques de codification et les normes du Canada et celles des autres pays contribuent aux taux en apparence élevés du Canada par rapport aux autres pays. Peu importe la raison, les différences soulignées dans le rapport *Panorama de la santé* devraient être étudiées plus en détail de même que les stratégies ou initiatives de réduction des événements indésirables susceptibles d'aider le Canada à améliorer ses résultats.

## Accès aux soins

Les mesures de l'accès aux soins présentées dans le *Panorama de la santé* portent sur l'équité d'accès. Le rapport comprend des indicateurs relatifs à l'inégalité d'accès aux services de santé ainsi qu'aux différences quant à l'utilisation de ces services en fonction de facteurs géographiques et socioéconomiques (c.-à-d. le niveau de revenu). Les mesures d'accès aux soins évaluent également l'incidence des dépenses directes (coûts payés par les patients aux points de service, tels que les copaiements et les frais d'analyse en laboratoire ou de médicaments prescrits) et la proportion de la population couverte par divers régimes d'assurance-maladie.

L'accès équitable aux soins ne signifie pas que tous les citoyens doivent recourir aux services de santé dans une même mesure. La plupart des pays visent à se doter d'un système de santé qui offre un accès égal aux personnes ayant des besoins semblables en matière de soins de santé (équité horizontale), et prévoit une utilisation accrue des services par les personnes ayant des besoins supérieurs (équité verticale). À la lumière de cette définition d'équité d'accès aux services de santé, il importe donc de comprendre les postulats relatifs aux besoins en matière de soins de santé lors de l'interprétation des résultats. Une direction peut toutefois être attribuée aux mesures relatives à cette dimension, comme l'illustre le profil de la performance. Le temps d'attente pour les services de santé est un autre facteur important de l'accès aux soins. Dans le présent rapport, de courts temps d'attente sont synonymes de meilleurs résultats.

Figure 4 : Profil de la performance relative à l'accès aux soins



#### Remarques

Un certain nombre de mesures portent sur l'utilisation ou non des services en fonction du niveau de revenu (comme point de repère du statut socioéconomique). Cependant, ces données proviennent en général uniquement d'enquêtes auprès de la population comprenant des questions sur l'utilisation des services de santé et sur les facteurs socioéconomiques. Les pays de l'OCDE ne réalisent pas tous ce genre d'enquêtes sur une base régulière. De plus, la façon dont les questions sont posées et la plus récente année d'enquête varient d'un pays à l'autre, ce qui limite les résultats pouvant être présentés pour le Canada et bien d'autres pays de l'OCDE.

Même si la couverture d'assurance-maladie est une des mesures incluses dans le rapport *Panorama de la santé*, les résultats sont exclus du profil de la performance parce que les différences marquées entre les régimes privés et publics limitent le nombre de pays avec lesquels le Canada peut se comparer.

Temps d'attente : Bien que bon nombre de pays collectent et déclarent le temps d'attente pour diverses interventions, les définitions de temps d'attente et les interventions pour lesquelles ils sont mesurés varient. Pour optimiser la comparabilité, les temps d'attente autodéclarés dans l'enquête internationale menée par des pays sélectionnés ont été utilisés dans le rapport *Panorama de la santé*; ces résultats sont indiqués dans le profil de la performance.

#### Sources

Organisation de coopération et de développement économiques, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Paris (France), OCDE, 2011; C. Schoen et R. Osborn, *The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, New York (New York), Fonds du Commonwealth, 2010.

Même si le nombre de pays comparables est limité à ceux participant à l'enquête du Fonds du Commonwealth<sup>v</sup>, les résultats révèlent que les temps d'attente pour consulter un spécialiste et pour une intervention non urgente indiqués par les patients canadiens sont les plus élevés des 11 pays de l'OCDE qui ont pris part à l'enquête. Ainsi, 59 % des répondants canadiens ont indiqué avoir attendu quatre semaines ou plus pour consulter un spécialiste, par rapport à moins de 50 % des répondants dans 8 des 10 autres pays<sup>19</sup>. Le quart (25 %) des répondants canadiens ont indiqué avoir attendu quatre mois ou plus pour une chirurgie non urgente, par rapport à moins de 20 % des répondants dans 7 des 10 autres pays. Il importe également de noter que, dans des enquêtes antérieures, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande présentaient des taux de temps d'attente semblables à ceux du Canada pour les chirurgies non urgentes. Depuis 2005 toutefois, les résultats du Canada ne se sont que légèrement améliorés, alors que ces deux pays ont affiché une amélioration plus notable pour les longs temps d'attente.

Le Canada a enregistré le cinquième taux le plus élevé (pire) des 15 pays ayant déclaré des résultats, sur un indice d'inégalité horizontale concernant la probabilité de consulter un médecin. Cela signifie que les personnes à faible revenu sont moins susceptibles d'avoir consulté un médecin au cours de la dernière année que les personnes à revenu élevé présentant les mêmes besoins en soins de santé. L'indice du Canada était de 0,019 (un indice de zéro signifie aucune différence en fonction du revenu) et, bien que près du zéro, il se révélait supérieur aux indices enregistrés par la l'Allemagne, France et le Royaume-Uni; le résultat de ces trois pays est par conséquent significativement meilleur<sup>vi</sup> que celui du Canada d'un point de vue statistique.

Le système de santé universel et public du Canada a contribué à éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. Le Canada enregistre en effet de bons résultats quant à la proportion du revenu familial alloué aux dépenses directes de santé et se situe dans la moyenne quant à la proportion de personnes à faible revenu ayant déclaré que leurs besoins en soins de santé n'étaient pas satisfaits. Les mesures d'inégalité horizontale concernant la probabilité de consulter un médecin suggèrent l'existence d'un plus grand nombre d'obstacles en matière d'accès (financiers et non financiers) pour les citoyens à faible revenu au Canada que dans les autres pays dont les résultats sont présentés. Le Canada a établi des points de référence factuels et des normes pour les temps d'attente, qui accordent la priorité d'accès à des services clés en fonction de l'évaluation des besoins liés à des interventions prioritaires. Environ 8 Canadiens sur 10 subissent une chirurgie dans le délai de référence prescrit<sup>20</sup>. Les Canadiens ont toutefois déclaré avoir attendu dans l'ensemble plus longtemps pour avoir accès aux services, surtout par rapport à des pays qui ont réussi à réduire efficacement les temps d'attente ces dernières années.

## Mesures de la structure et de l'organisation du système de santé

Le cadre conceptuel du système de santé utilisé dans le rapport *Panorama de la santé* comprend trois dimensions regroupant des renseignements contextuels importants sur les divergences en matière de structure et d'organisation des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Les mesures de ces dimensions ne reflètent pas la performance des systèmes de santé. Elles fournissent plutôt des renseignements sur les différences de contexte entre les pays (les niveaux et sources de dépenses de santé, les niveaux de ressources humaines de la santé et leur utilisation, et les volumes de services de santé dispensés). Les trois dimensions du cadre conceptuel sont les suivantes :

- **Main-d'œuvre de la santé** : Comprend des mesures qui nous aident à mieux comprendre la taille et la composition des ressources humaines de la santé d'un pays ainsi que les ressources humaines relatives allouées à la prestation de services de santé. Le nombre de médecins ou d'infirmières par habitant et les indicateurs relatifs à la rémunération sont quelques-unes de ces mesures.
- **Activités liées aux soins de santé** : Mesures des activités liées aux soins de santé qui nous aident à mieux comprendre les divergences quant à l'utilisation de divers services de santé. Ces mesures de l'utilisation comprennent notamment le nombre d'hospitalisations (sorties), d'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM), d'interventions cardiaques ainsi que d'arthroplasties de la hanche et du genou.

v. Le Fonds du Commonwealth et les pays participants réalisent chaque année une enquête internationale sur les politiques en matière de santé. Les résultats utilisés sont extraits de l'enquête menée en 2010 auprès d'adultes de 11 pays, à savoir l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni. La comparaison est limitée à ces pays.

vi.  $P < 0,05$ .

- **Dépenses de santé et financement** : Mesures relatives aux dépenses de santé qui fournissent des renseignements sur l'ampleur des ressources financières allouées aux services de santé dans les pays de l'OCDE et sur la façon dont les ressources sont utilisées. Les mesures de dépenses de santé par source de financement répartissent ces dernières selon divers facteurs : la part du total qui provient de sources publiques et celle qui provient de sources privées, y compris les paiements directs (paiements au point de service pour les médicaments, analyses en laboratoire, copaiements, etc.), par personne et par ménage.

Ici, un résultat élevé ou faible n'est pas synonyme de meilleure performance. Les mesures décrivent simplement comment les systèmes de santé et la prestation des services sont structurés dans les différents pays de l'OCDE. Le tableau 1 ci-dessous décrit les mesures présentées dans le rapport *Panorama de la santé*, le résultat du Canada et la moyenne de l'OCDE. Il indique également si le résultat du Canada est supérieur ou inférieur à la moyenne.

**Tableau 1 : Sommaire des résultats relatifs aux mesures de la structure et de l'organisation du système de santé**

Mesure	Résultat du Canada	Moyenne de l'OCDE	Position par rapport à la moyenne
<b>Main-d'œuvre de la santé</b>			
Pourcentage des emplois civils se trouvant dans les secteurs des services de santé et sociaux	11,6	10,1	Supérieur
Médecins en exercice par 1 000 habitants	2,4	3,1	Inférieur
Diplômés en médecine par 1 000 médecins	29,7	32,5	Inférieur
Gynécologues et obstétriciens par 100 000 femmes	14,3	26,8	Inférieur
Sages-femmes autorisées par 100 000 femmes	4,5	69,8	Inférieur
Psychiatres par 100 000 habitants	15,4	15,4	Identique
Infirmières praticiennes par 1 000 habitants	9,4	8,4	Supérieur
Diplômées en soins infirmiers par 1 000 infirmières	40,5	58,1	Inférieur
Rémunération des infirmières en milieu hospitalier — ratio par rapport au salaire moyen	1,2	1,2	Identique
<b>Activités liées aux soins de santé</b>			
Consultations de médecins par habitant	5,5	6,5	Inférieur
Examens d'imagerie par résonance magnétique par 1 000 habitants	43,0	46,6	Inférieur
Examens de tomodensitométrie par 1 000 habitants	125,4	131,8	Inférieur
Lits d'hôpitaux par 1 000 habitants	3,3	4,9	Inférieur
Sorties des hôpitaux (hospitalisations) par 1 000 habitants	84	158	Inférieur
Durée moyenne du séjour (jours par admission) à l'hôpital, toutes causes confondues	7,7	7,2	Supérieur
Angioplasties coronaires (patients hospitalisés seulement) par 100 000 habitants	105	188	Inférieur
Arthroplasties de la hanche par 100 000 habitants	123	154	Inférieur
Arthroplasties du genou par 100 000 habitants	143	118	Supérieur
Prévalence de patients traités au stade terminal de l'insuffisance rénale par 100 000 habitants	113,1	101,7	Supérieur
Césariennes par 100 naissances vivantes	26,6	25,8	Supérieur
Chirurgies de la cataracte exécutées en tant que chirurgies d'un jour, exprimées en pourcentage de toutes les chirurgies de la cataracte	99,6	85,3	Supérieur

*suite à la page suivante*



**Tableau 1 : Sommaire des résultats relatifs aux mesures de la structure et de l'organisation du système de santé (suite)**

Mesure	Résultat du Canada	Moyenne de l'OCDE	Position par rapport à la moyenne
<b>Dépenses de santé et financement</b>			
Dépenses totales de santé par habitant (PPA aux États-Unis)	4 363	3 224	Supérieur
Taux de croissance annuelle moyen (pourcentage d'augmentation) des dépenses de santé par habitant en chiffres réels, de 2000 à 2009	3,7	4,0	Inférieur
Part du PIB consacrée aux dépenses totales de santé	11,4	9,6	Supérieur
Dépenses d'administration et d'assurance exprimées en pourcentage des dépenses de santé actuelles	3,7	3,0	Supérieur
Dépenses liées aux produits pharmaceutiques par habitant (PPA aux États-Unis)	692	487	Supérieur
Pourcentage des dépenses totales de santé consacrées aux dépenses publiques de santé	71	72	Inférieur

#### Remarques

Main-d'œuvre de la santé : Le nombre de médecins et d'infirmières utilisé pour calculer les indicateurs correspond au dénombrement des effectifs et ne tient pas compte de la mesure dans laquelle ces personnes travaillent à temps partiel ni de l'intensité de leurs activités, qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Les divergences entre les pays concernant l'inclusion des médecins et des infirmières qui occupent une fonction de gestionnaire, de formateur ou de chercheur se traduisent par une surévaluation par rapport aux pays qui ne comptent pas ces travailleurs. Il existe également des différences entre les pays quant à l'inclusion ou à l'exclusion des infirmières titulaires d'un diplôme de niveau inférieur dans le nombre de diplômées en soins infirmiers et le calcul de la rémunération des infirmières.

Le rapport *Panorama de la santé 2011* comprend un indicateur relatif à la rémunération des médecins par rapport au salaire national moyen. Même si des résultats sont présentés pour le Canada, cette mesure ne fait pas partie du profil de la performance en raison du nombre limité de pays ayant déclaré des résultats et de grandes différences quant aux modes de rémunération des médecins et aux méthodes de calcul de la rémunération moyenne des médecins entre les pays.

Activités liées aux soins de santé : Les méthodes utilisées pour calculer le nombre de services varient également d'un pays à l'autre. Ces divergences comprennent par exemple l'inclusion ou l'exclusion des services fournis dans le cadre de la consultation externe ainsi que l'inclusion des services privés pour les pays disposant d'une combinaison de services privés et publics. Pour ce qui est des consultations de médecins, si les résultats de la plupart des pays sont fondés sur des données administratives, certains pays ont utilisé des enquêtes par entrevue pour estimer l'utilisation des services, les biais de rappel et les taux de réponse pouvant entraîner des estimations plus faibles.

Le rapport *Panorama de la santé 2011* comprend une mesure de la consommation de produits pharmaceutiques par habitant. Les résultats de cette mesure ne sont toutefois pas disponibles pour le Canada.

Les méthodes d'estimation des dépenses liées aux soins de longue durée et de la répartition des dépenses entre les services de santé et les services sociaux varient d'un pays à l'autre.

PPA : parité des pouvoirs d'achat.

#### Source

Organisation de coopération et de développement économiques, *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, Paris (France), OCDE, 2011.

## Main-d'œuvre de la santé

- Le Canada affiche un nombre de médecins par 1 000 habitants sous la moyenne de l'OCDE, surtout en ce qui concerne les médecins spécialisés en obstétrique et en gynécologie. Le résultat du Canada comprend les médecins qui occupent des fonctions de gestionnaire, de formateur et de chercheur; certains pays membres de l'OCDE excluent ces médecins du dénombrement.
- Le nombre d'infirmières du Canada par 1 000 habitants est très légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE.

## Activités liées aux soins de santé

- L'utilisation des services de santé doit être liée aux besoins en matière de services. Toutes choses étant égales par ailleurs, les besoins d'une population en meilleure santé seraient moindres que ceux d'une population en mauvaise santé. Une prestation de services de santé mal adaptés aux besoins peut toutefois restreindre l'utilisation.

- La capacité d'hospitalisation en soins de courte durée du Canada et l'utilisation de ces soins diffèrent beaucoup de la moyenne de l'OCDE. Le Canada possède un nombre relativement bas de lits d'hôpitaux et affiche un faible taux d'hospitalisation (le résultat du Canada exclut les sorties de bébés en bonne et en mauvaise santé, qui représentent environ 12 % de toutes les sorties)<sup>21</sup>. D'autre part, la durée moyenne du séjour à l'hôpital est relativement élevée au Canada.
- Le nombre d'angioplasties<sup>vii</sup> par habitant se situe sous la moyenne, mais il faut préciser que le nombre indiqué dans le rapport *Panorama de la santé* ne comprend que les interventions effectuées sur des patients hospitalisés. Un grand nombre d'angioplasties sont en effet réalisées en chirurgie d'un jour dans les hôpitaux canadiens, sans séjour de nuit à l'hôpital.
- Le Canada enregistre une prévalence supérieure à la moyenne de patients traités au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR)<sup>viii</sup>. Comme il est mentionné à la section État de santé, le taux de prévalence du diabète du Canada est un des plus élevés des pays de l'OCDE; le diabète contribue au STIR<sup>22</sup>. La prévalence de personnes vivant avec un rein transplanté est également au-dessus de la moyenne de l'OCDE.
- La presque totalité des chirurgies de la cataracte sont maintenant effectuées en chirurgie d'un jour au Canada. Onze des pays de l'OCDE affichaient un taux supérieur à 95 %.

## Dépenses de santé et financement

- Selon le rapport *Panorama de la santé* : « Le volume et le rythme de progression des dépenses de santé sont très variables d'un pays de l'OCDE à l'autre. Ces différences reflètent un large éventail de facteurs sociaux et relatifs aux marchés, mais aussi la diversité des structures de financement et d'organisation du système de santé dans chaque pays. » Il existe également une corrélation significative entre le revenu (PIB par habitant) et les dépenses de santé exprimés en pourcentage du PIB parmi les 34 pays de l'OCDE<sup>ix</sup>.
- Les dépenses de santé du Canada, par habitant et comme pourcentage du PIB, dépassent la moyenne de l'OCDE. La croissance annuelle moyenne des dépenses de santé de 2000 à 2009 est très légèrement sous la moyenne de l'OCDE.
- À peine plus de 70 % des dépenses de santé du Canada proviennent de sources publiques (gouvernement), la moyenne de l'OCDE étant de 72 %.
- Une section du rapport *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*<sup>23</sup> de l'ICIS examine les résultats du Canada par rapport aux pays comparables de l'OCDE. Elle fournit de plus amples renseignements sur la façon dont le Canada se situe par rapport aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé et de financement des services de santé.

## Conclusion

Les résultats des mesures de la performance du système de santé varient considérablement entre les pays de l'OCDE. Le Canada enregistre d'assez bons résultats pour certaines mesures de certaines dimensions de la performance, alors que pour d'autres, il fait mauvaise figure par rapport aux autres pays. Le Canada présente une prévalence du tabagisme relativement basse, mais un taux très élevé de surpoids et d'obésité. Le taux canadien de survie au cancer colorectal et au cancer du sein est assez bon de même que la portée des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Par contre, la mortalité due au cancer est plus élevée au Canada que dans plusieurs pays de l'OCDE, à cause notamment du taux élevé d'incidence du cancer qu'il

vii. L'angioplastie est une intervention de revascularisation utilisée pour débloquer des artères coronaires obstruées. Le pontage aortocoronarien constitue l'autre type principal d'intervention de revascularisation, dans le cadre de laquelle une veine de la jambe du patient est chirurgicalement greffée à une artère coronaire afin de remplacer un vaisseau obstrué.

viii. Les reins des patients au STIR ne peuvent plus fonctionner. Les patients ont alors besoin d'un traitement par dialyse ou d'une transplantation rénale. La transplantation rénale est la méthode de traitement généralement privilégiée, car la dialyse entraîne habituellement une faible qualité de vie. Le nombre de donneurs de reins limite habituellement la capacité de transplantation rénale.

ix.  $P < 0,05$ .

présente. Le Canada se classe souvent au-dessus de la moyenne de l'OCDE et au 75<sup>e</sup> centile ou au-dessus en ce qui concerne nombreuses autres mesures de la qualité des soins comme les admissions à l'hôpital pour des affections chroniques que des soins primaires et communautaires peuvent souvent éviter. Les résultats relatifs à d'autres aspects de la qualité des soins, dont certains sont liés à la sécurité des patients (p. ex. les cas de corps étrangers laissés dans une cavité corporelle après une intervention, les traumatismes obstétricaux et les perforations ou lacérations accidentelles) se situent toutefois sous la moyenne et le 25<sup>e</sup> centile.

Ces variations soulignent la nécessité de bien comprendre les différences et d'en tirer les leçons permettant d'élaborer des stratégies qui permettront au Canada d'améliorer les aspects de son système de santé qui laissent à désirer comparativement à d'autres pays. Les Canadiens accordent beaucoup d'importance à la santé et au système de santé. Les comparaisons internationales offrent donc aux décideurs et aux gestionnaires du système de santé du Canada l'occasion d'apprendre des meilleurs et de rejoindre le peloton de tête dans tous les secteurs.

## Remerciements

L'ICIS aimerait remercier les personnes et les organismes qui ont contribué à la réalisation du présent rapport, en particulier le personnel de la Division de la santé de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE, qui nous a fourni des renseignements utiles ainsi que des commentaires et des conseils pour la rédaction du rapport et de l'analyse. Il importe de souligner que les analyses et les conclusions présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement les opinions de l'OCDE ni du personnel qui a contribué au rapport.

L'équipe responsable du projet tient à exprimer sa reconnaissance envers les membres de l'équipe Dépenses nationales de santé de l'ICIS pour leurs conseils sur l'utilisation des données et des commentaires de l'OCDE. Nous souhaitons également remercier les équipes Indicateurs de santé et Ressources humaines de la santé de l'ICIS pour leur rétroaction tout au long de la production du rapport.

Les membres de l'ICIS responsables de la rédaction du rapport sont Ali Moses McKeag, Ben Reason et Brenda Tipper.

## Annexe 1 : Performance des systèmes de santé du G7

### Résultats des pays du G7 tirés du rapport *Panorama de la santé*

Indicateur	Description	Canada	France	Allemagne	Italie	Japon	Royaume-Uni	États-Unis
<b>Performance relative à l'état de santé</b>								
<b>Espérance de vie à la naissance</b>	Espérance de vie à la naissance	80,7	81,5	80,3	81,8	83,0	80,4	78,2
<b>Mortalité prématurée (H)</b>	Nombre d'années potentielles de vie perdues avant l'âge de 70 ans par 100 000 habitants, indiqué séparément pour les hommes et les femmes	4 168	4 459	4 044	3 518	3 287	3 988	6 133
<b>Mortalité prématurée (F)</b>		2 554	2 202	2 212	1 882	1 763	2 479	3 555
<b>Mortalité due aux cardiopathies</b>	Mortalité due aux cardiopathies ischémiques par 100 000 habitants	88	32	93	58	26	77	95
<b>Mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux</b>	Mortalité due aux accidents vasculaires cérébraux par 100 000 habitants	31	26	40	44	40	41	31
<b>Mortalité due au cancer (H)</b>	Mortalité due au cancer par 100 000 habitants, indiquée séparément pour les hommes et les femmes	205	221	202	212	189	199	185
<b>Mortalité due au cancer (F)</b>		143	111	124	117	93	141	130
<b>Mortalité due aux accidents de véhicule automobile</b>	Mortalité due aux accidents de véhicule automobile par 100 000 habitants	8,8	6,8	6,1	9,3	4,1	4,0	14,6
<b>Suicide</b>	Mortalité due aux suicides par 100 000 habitants	10,2	13,8	9,1	4,9	19,7	6,2	10,5
<b>Mortalité infantile</b>	Décès d'enfants de moins d'un an par 1 000 naissances vivantes	5,1	3,7	3,5	3,7	2,4	4,6	6,5
<b>Faible poids à la naissance</b>	Pourcentage de bébés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance parmi les naissances vivantes	6,0	6,6	6,9	7,0	9,6	7,4	8,2
<b>État de santé perçu</b>	Pourcentage de la population évaluant sa santé comme très bonne ou bonne	88,5	72,4	64,7	63,6	32,7	76,0	90,0
<b>Prévalence du diabète</b>	Nombre estimé de diabétiques exprimé en pourcentage de la population adulte de 20 à 79 ans	9,2	6,7	8,9	5,9	5,0	3,6	10,3
<b>Incidence du cancer</b>	Nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en un an par 100 000 habitants	296,6	300,4	282,1	274,3	201,1	269,4	300,2
<b>Incidence du sida</b>	Nombre de nouveaux cas de sida par million d'habitants	6,6	11,4	2,8	14,3	3,4	8,9	122,2

suite à la page suivante

#### Légende

	Résultat du pays sous le 25 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays entre le 25 <sup>e</sup> centile et la médiane de l'OCDE
	Résultat du pays entre la médiane et le 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays au-dessus du 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat non présenté

## Résultats des pays du G7 tirés du rapport *Panorama de la santé* (suite)

Indicateur	Description	Canada	France	Allemagne	Italie	Japon	Royaume-Uni	États-Unis
<b>Performance relative aux déterminants non médicaux de la santé</b>								
<b>Consommation de tabac</b>	Pourcentage de la population consommant du tabac chaque jour	16,2	26,2	21,9	23,1	23,9	21,5	16,1
<b>Consommation d'alcool</b>	Consommation annuelle moyenne d'alcool en litres par habitant (15 ans et plus)	8,2	12,3	9,7		7,4	10,2	8,8
<b>Obésité chez les adultes</b>	Pourcentage d'adultes obèses (indice de masse corporelle supérieur à 30), autodéclaré	16,5	11,2	14,7	10,3			27,7
<b>Surpoids chez les enfants (G)</b>	Pourcentage des enfants de 5 à 17 ans considérés comme en surpoids (incluant les obèses), indiqué séparément pour les garçons et les filles	28,9	13,1	22,6	32,4		22,7	35,0
<b>Surpoids chez les enfants (F)</b>		26,1	14,9	17,6	30,9		26,6	35,9
<b>Performance relative à la qualité des soins</b>								
<b>Admission évitable : asthme</b>	Nombre de sorties des hôpitaux liées à l'asthme pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants	15,7	43,4	20,8	19,2		73,7	120,6
<b>Admission évitable : MPOC</b>	Nombre de sorties des hôpitaux liées aux MPOC pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants	183,3	79,1	200,6	126,2		213,4	229,8
<b>Admission évitable : diabète</b>	Nombre de sorties des hôpitaux liées au diabète pour les 15 ans et plus par 100 000 habitants	15,2		50,3	33,1		23,9	21,2
<b>Mortalité dans les 30 jours : IAM</b>	Pourcentage de patients décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission pour un IAM	3,8		6,8	3,7	9,7	5,2	4,3
<b>Mortalité dans les 30 jours : AVC ischémique</b>	Pourcentage de patients décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission pour un AVC ischémique	6,3		4,0	3,4	1,8	6,7	3,0
<b>Mortalité dans les 30 jours : AVC hémorragique</b>	Pourcentage de patients décédés à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur admission pour un AVC hémorragique	20,6		13,8	17,6	9,7	19,3	21,0
<b>Traumatisme obstétrical : avec instrument</b>	Pourcentage d'accouchements vaginaux avec traumatisme obstétrical, avec et sans instrument indiqués séparément	13,67	2,05	7,53	2,78		6,32	12,46
<b>Traumatisme obstétrical : sans instrument</b>		2,67	0,37	2,13	0,74		2,15	2,05
<b>Corps étranger</b>	Nombre de cas de corps étranger laissé dans une cavité corporelle pendant une intervention par 100 000 sorties	9,7	5,5	3,4	3,3		5,7	4,9

suite à la page suivante

### Légende

	Résultat du pays sous le 25 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays entre le 25 <sup>e</sup> centile et la médiane de l'OCDE
	Résultat du pays entre la médiane et le 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays au-dessus du 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat non présenté

## Résultats des pays du G7 tirés du rapport *Panorama de la santé* (suite)

Indicateur	Description	Canada	France	Allemagne	Italie	Japon	Royaume-Uni	États-Unis
<b>Perforation ou lacération accidentelle</b>	Nombre de cas de perforation ou lacération accidentelle par 100 000 sorties	525	155	73	114		174	166
<b>Embolie pulmonaire ou TVP postopératoire</b>	Nombre de cas d'embolie pulmonaire ou de TVP postopératoire par 100 000 sorties	566	902	378	536		812	1 019
<b>Septicémie postopératoire</b>	Nombre de cas de sepsie postopératoire par 100 000 sorties	769	858	541				1 077
<b>Réadmission pour trouble bipolaire</b>	Réadmissions dans les 30 jours suivant l'admission initiale exprimées en pourcentage du total des admissions, indiqué séparément pour les cas de schizophrénie et de trouble bipolaire	10,5			9,5		10,3	
<b>Réadmission pour schizophrénie</b>		11,1			14,0		8,1	
<b>Dépistage du cancer du col de l'utérus</b>	Pourcentage de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant passé un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap)	75,3	72,4		39,0	24,5	78,7	85,9
<b>Survie au cancer du col de l'utérus</b>	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer du col de l'utérus	64,9		62,9		70,2	58,6	64,4
<b>Dépistage du cancer du sein</b>	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé un examen de dépistage du cancer du sein (mammographie)	72,5	54,5	53,6	60,0	23,8	74,0	81,1
<b>Survie au cancer du sein</b>	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer du sein	86,6		83,3			81,1	89,3
<b>Survie au cancer colorectal</b>	Taux de survie relative sur cinq ans au cancer colorectal	63,4		60,4			53,2	64,5
<b>Vaccination des enfants : rougeole</b>	Pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole avant l'âge de 2 ans	92,7	90,0	95,9	89,9	93,0	87,0	90,0
<b>Vaccin contre la grippe : 65 ans ou plus</b>	Pourcentage d'adultes de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe	66,5	71,0	61,1	66,3	50,0	73,3	66,7

suite à la page suivante






### Légende

	Résultat du pays sous le 25 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays entre le 25 <sup>e</sup> centile et la médiane de l'OCDE
	Résultat du pays entre la médiane et le 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays au-dessus du 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat non présenté

## Résultats des pays du G7 tirés du rapport *Panorama de la santé* (suite)

Indicateur	Description	Canada	France	Allemagne	Italie	Japon	Royaume-Uni	États-Unis
<b>Performance relative à l'accès aux soins</b>								
<b>Besoins en matière de soins de santé non satisfaits</b>	Pourcentage de personnes à faible revenu déclarant que leurs besoins ne sont pas satisfaits en raison des coûts	18	17	27			4	39
<b>Dépenses directes</b>	Pourcentage des dépenses totales du ménage correspondant aux dépenses directes liées aux soins de santé	2,9	1,6	2,4	3,1	2,4	1,6	3,1
<b>Inégalités dans les consultations des médecins</b>	Indice d'inégalités relatives aux probabilités de consultation (0 = même probabilité en fonction du revenu)	0,019	0,013	0,010			0,004	0,060
<b>Temps d'attente : spécialiste</b>	Pourcentage de la population déclarant un temps d'attente de quatre semaines ou plus pour les consultations de spécialistes	59	47	17			28	20
<b>Temps d'attente : chirurgie non urgente</b>	Pourcentage de la population déclarant un temps d'attente de quatre mois ou plus pour une chirurgie non urgente	25	7	0			21	7

### Légende

	Résultat du pays sous le 25 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays entre le 25 <sup>e</sup> centile et la médiane de l'OCDE
	Résultat du pays entre la médiane et le 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat du pays au-dessus du 75 <sup>e</sup> centile de l'OCDE
	Résultat non présenté

### Remarques

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique.

IAM : infarctus aigu du myocarde.

TVP : thrombose veineuse profonde.

## Annexe 2 : Notes méthodologiques

### Figures

#### Sources des données

Nous avons utilisé les tableaux téléchargés du site StatExtracts de l'OCDE pour les variables mentionnées dans le rapport *Panorama de la santé* et extraites de la *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*<sup>x</sup>. Dans le cas des mesures pour lesquelles les données n'étaient pas accessibles en ligne, nous avons utilisé les tableaux que l'OCDE nous a fait parvenir par courriel. Les données relatives aux variables indiquées comme extraites des *Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE* proviennent des tableaux fournis par l'OCDE. Les données relatives au Fonds du Commonwealth, à l'Association internationale pour l'étude de l'obésité et à la Fédération internationale du diabète proviennent directement du rapport *Panorama de la santé*.

#### Calculs

Nous avons utilisé, pour chaque indicateur, les données les plus récentes de chaque pays de 2007 à 2010. Les pays qui n'ont pas déclaré de données pendant cette période ont été exclus des calculs. Si la valeur du Canada datait d'une année antérieure à 2007, nous avons utilisé les données à partir de cette année. La moyenne et l'écart type de tous les pays inclus a été calculé afin de présenter les résultats normalisés du Canada ainsi que les 25<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> centiles de l'OCDE.

#### Tableau 1

Ce tableau des indicateurs non liés à la performance (non directionnels) présente les résultats du Canada et les moyennes de l'OCDE indiqués dans le rapport *Panorama de la santé*, sans tenir compte de l'année des données.

### Annexe 1

Les 25<sup>e</sup>, 50<sup>e</sup> et 75<sup>e</sup> centiles ont été calculés à l'aide des sources de données et des critères d'inclusion utilisés pour les figures.

#### Pays membres de l'OCDE

- Allemagne
- Australie
- Autriche
- Belgique
- Canada
- Chili
- Corée
- Danemark
- Espagne
- Estonie
- États-Unis
- Finlande
- France
- Grèce
- Hongrie
- Irlande
- Islande
- Israël
- Italie
- Japon
- Luxembourg
- Mexique
- Norvège
- Nouvelle-Zélande
- Pays-Bas
- Pologne
- Portugal
- République tchèque
- Royaume-Uni
- Slovaquie
- Slovénie
- Suède
- Suisse
- Turquie

x. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT).



## Références

1. P. C. Smith et coll., *Performance Measurement for Health System Improvement*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2010.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Indicators 2011 [Indicateurs de santé 2011]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, *Health at a Glance 2011—OECD Indicators [Panorama de la santé 2011 — les indicateurs de l'OCDE]*, Paris (France), OCDE, 2011.
4. Organisation de coopération et de développement économiques, *About the Organisation for Economic Co-operation and Development [À propos de l'Organisation de coopération et de développement économiques]*, dernière modification en 2011. Internet : <[http://www.oecd.org/pages/0,3417,en\\_36734052\\_36734103\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,en_36734052_36734103_1_1_1_1_1,00.html)>.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *CIHI Data Quality Study of the 2008–2009 Discharge Abstract Database [Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.
6. Fédération internationale du diabète, *IDF Diabetes Atlas 2009*, Bruxelles (Belgique), FID, 2009.
7. Centre international de recherche sur le cancer, *GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008*, dernière modification en 2010. Internet : <<http://globocan.iarc.fr/>>.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *In Due Time: Why Maternal Age Matters [Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
9. B. B. Cohen et coll., « Impact of Multiple Births on Low Birthweight—Massachusetts, 1989–1996 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 48, n° 14 (1999), p. 289-292.
10. M. O. Gardner et coll., « The Origin and Outcome of Preterm Twin Pregnancies », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 85, n° 4 (1995), p. 553-557.
11. Ministère de la Santé du Royaume-Uni, *Healthy Lives, Healthy People: Our Strategy for Public Health in England*, Londres (Royaume-Uni), le ministère, 2010.
12. Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé, *Obesity in Canada [L'obésité au Canada]*, Ottawa (Ont.), ASPC, 2011.
13. Santé Canada, *The National Strategy: Moving Forward—The 2006 Progress Report on Tobacco Control [La stratégie nationale : aller vers l'avant — rapport d'étape 2006 sur la lutte contre le tabagisme]*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2006.
14. Association internationale pour l'étude de l'obésité, *IASO Prevalence Data*, dernière modification en 2011. Internet : <<http://www.iaso.org/publications/trackingobesity/>>.
15. E. Kelley et J. Hurst, « Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper », *OECD Health Working Papers*, vol. 23 (2006). Internet : <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>>.
16. S. Mattke et coll., *Health Care Quality Indicators Project: Initial Indicators Report*, Paris (France), OCDE, 2006.
17. M. P. Coleman et coll., « Cancer Survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): An Analysis of Population-Based Cancer Registry Data », *The Lancet*, vol. 377, n° 9760 (2011), p. 127-138.
18. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer, *Canadian Cancer Statistics 2011 [Statistiques canadiennes sur le cancer 2011]*, Toronto (Ont.), Société canadienne du cancer, 2011.
19. C. Schoen et R. Osborn, *The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, New York (New York), Fonds du Commonwealth, 2010.

20. Institut canadien d'information sur la santé, *Wait Times in Canada—A Comparison by Province, 2011* [*Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2011*], Ottawa, (Ont.), ICIS, 2011.
21. Institut canadien d'information sur la santé, *Quick Stats* [*Statistiques éclair*], dernière mise à jour en 2011. Internet : <[http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Quick\\_Stats/quick+stats/quick\\_stats\\_main?xQSType=Interactive+Data&xTopic=Hospital+Care&pageNumber=1&resultCount=10&filterTypeBy=2&filterTopicBy=5&autorefresh=1#](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/Quick_Stats/quick+stats/quick_stats_main?xQSType=Interactive+Data&xTopic=Hospital+Care&pageNumber=1&resultCount=10&filterTypeBy=2&filterTopicBy=5&autorefresh=1#)>.
22. Institut canadien d'information sur la santé, *Canadian Organ Replacement Register Annual Report: Treatment of End-Stage Organ Failure in Canada, 2000 to 2009* [*Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada, de 2000 à 2009 — rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
23. Institut canadien d'information sur la santé, *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010* [*Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010*], Ottawa (Ont.), ICIS, 2010.