



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

# Les indicateurs « Santé 2020 »

Actualisation 2017

Réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec  
l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Neuchâtel, 2017

## **Impressum**

### **Éditeurs**

Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur (SG-DFI) et Office fédéral de la santé publique (OFSP)

### **Responsables de projet**

Observatoire suisse de la santé (Obsan): Nicole Ruch, Monika Diebold  
OFSP: Jeremy Koch, Pinky Girardin, Claude Vuffray

### **Auteurs** (par institution et par ordre alphabétique)

Obsan : Laila Burla, Monika Diebold, Laure Dutoit, Damian Hedinger, Dimitri Kohler, Clémence Merçay, Sacha Roth, Nicole Ruch, Isabelle Sturny, Marcel Widmer

OFSP: Homa Attar Cohen, Martin Gebhardt, Pinky Girardin, Jörg Indermitte, Jeremy Koch, Virginie Masserey Spicher, Hans Matter, Stefan Otto, Jean-Luc Richard, Reto Treier

## Table des matières

L'essentiel en bref .....	5
A) Introduction .....	5
B) Vue d'ensemble des indicateurs liés aux objectifs de «Santé 2020» .....	7
C) Les indicateurs en détail .....	10
1 Espérance de vie à 65 ans .....	11
2 Coûts du système de santé par personne, corrigé de l'inflation .....	13
3 Coût de la santé en pourcent du PIB.....	15
4 Part des personnes décédées à domicile par rapport au total des décès .....	17
5 Taux de recours aux EMS des personnes âgées de 65 ans et plus .....	19
6 Taux de recours aux soins à domicile des 65 ans et plus.....	21
7 Part du personnel infirmier diplômé dans l'ensemble du personnel soignant des EMS .....	23
8 Taux d'hospitalisations évitables pour PBCO.....	25
9 Taux d'hospitalisations évitables pour diabète.....	27
10 Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus .....	29
11 Réduction des symptômes durant un séjour en clinique psychiatrique.....	31
12 Exposition aux rayonnements ionisants d'origine médicale.....	33
13 Résistances aux antibiotiques utilisés contre des germes fréquents dans les hôpitaux .....	35
14 Infections après une opération du côlon .....	37
15 Couverture vaccinale contre la rougeole .....	39
16 Nouveaux diagnostics de VIH.....	41
17 Part des femmes de 50 ans et plus ayant effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage .....	43
18 Part des personnes de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du gros intestin .....	45
19 Part des fumeurs quotidiens .....	47
20 Part des personnes physiquement inactives .....	49
21 Part des personnes souffrant d'obésité .....	51
22 Taux de suicide .....	53
23 Part des personnes au chômage souffrant de dépression .....	55
24 Part des personnes avec une consommation d'alcool chronique à risque.....	57
25 Part des personnes avec consommation d'alcool épisodique à risque .....	59
26 Prévalence à un mois de la consommation de cannabis .....	61
27 Consommation de somnifères et tranquillisants .....	63
28 Etat de santé en fonction du niveau du revenu (peu élevé contre élevé).....	65
29 Part des personnes qui renoncent à une prestation de santé pour des raisons financières.....	67
30 Charge moyenne des primes avant et après la réduction des primes.....	69
31 Réadmissions potentiellement évitables .....	71
32 Coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire, corrigés de l'inflation .....	73
33 Médicaments examinés de la liste des spécialités et proportion des baisses de prix.....	75
34 Part de marché des génériques sur le marché des médicaments ouverts aux génériques.....	77
35 Coûts AOS par personne assurée, corrigés de l'inflation .....	79

36	Prestataires actifs dans la médecine hautement spécialisée avant et après la décision d'attribution MHS .....	81
37	Opinion de la population sur le système de santé.....	83
38	Satisfaction des patients dans les hôpitaux de soins aigus.....	85
39	Satisfaction des patients dans les cliniques de réadaptation .....	87
40	Prévalence d'esquarres contractées à l'hôpital de soins aigus.....	89
41	Prévalence de chutes survenues dans les hôpitaux de soins aigus .....	91
42	Nombre de prestations examinées remboursées selon la LAMal .....	93
43	Taux des donneurs d'organe post mortem par million d'habitants .....	94
44	Part des médecins de premiers recours utilisant la cybermédication.....	96
45	Part des médecins de premiers recours utilisant le dossier médical informatisé .....	98
46	Diplômes en médecine humaine .....	100
47	Diplômes de professionnels des soins .....	102
48	Solde migratoire des médecins étrangers .....	104
49	Solde migratoire des professionnels des soins .....	106
50	Densité de médecins de premier recours dans les régions rurales et urbaines .....	108
51	Primes par rapport aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) .....	110
52	Part des personnes assurées auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant.....	112

## L'essentiel en bref

- Ce **rapport présente 52 indicateurs, couvrant dix des douze buts définis dans le cadre de la stratégie «Santé 2020»**. Les dix objectifs sont illustrés à l'aide de deux indicateurs au minimum et de onze au maximum.
- De nouvelles données permettant une actualisation sont disponibles pour 31 indicateurs.
- Dans la mesure du possible, les données des indicateurs ont été complétées par des comparaisons internationales.
- L'actualisation des indicateurs offre une image globale de stabilité. La plupart des changements sont minimes par rapport à la dernière année de relevé des données. Il est encore trop tôt pour identifier d'éventuels effets de « Santé 2020 » sur les indicateurs.
- La plupart des indicateurs actualisés, plus précisément 18 d'entre eux, sont restés dans la même catégorie que l'année précédente. Par rapport à la situation de départ un an auparavant, cinq indicateurs sont passés dans une catégorie plus élevée et huit dans une catégorie plus basse.
- Le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (objectif 1.3) ne comporte pratiquement pas de nouvelles données, car les grandes enquêtes s'y rapportant sont réalisées à plusieurs années d'intervalle.
- Pour que ce système d'indicateurs remplisse sa fonction, il faudra continuer à en analyser les résultats ces prochaines années, tout en procédant à des ajustements et à des adaptations.
- Le présent document comprend une introduction (A), un tableau de synthèse des indicateurs (B) et 52 doubles-pages d'indicateurs avec description, analyse et informations complémentaires (C).

## A) Introduction

### Genèse et développement

Le Conseil fédéral a adopté en janvier 2013 la stratégie «Santé 2020», qui comprend 36 mesures relevant de tous les domaines de la santé et visant à garantir le maintien de la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à relever la qualité des soins et à améliorer la transparence. Ces mesures seront mises en œuvre par étapes d'ici à 2020 avec le concours des principaux acteurs du domaine, afin de préparer le système de santé suisse à relever les défis à venir tout en maintenant son coût à un niveau acceptable.

Les présents indicateurs ont été compilés sur mandat du Secrétariat général du Département fédéral de l'intérieur (SG-DFI) afin de pouvoir mesurer la réalisation des objectifs stratégiques. Les travaux de conception et les exploitations de base des indicateurs proposés ont été réalisés par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Ce rapport constitue la première actualisation des indicateurs. Etant donné le peu de temps qui s'est écoulé entre la première exploitation et cette actualisation, il n'y a pas de nouvelles données pour tous les indicateurs. C'est notamment le cas pour les indicateurs liés à l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies». Ces données proviennent en grande partie de l'enquête suisse sur la santé (ESS) et de l'enquête «Health Behaviour of School Aged Children» (HBSC). Ces deux grandes enquêtes sont réalisées à plusieurs années d'intervalle, la prochaine fois en 2017 pour l'ESS et en 2018 pour l'HBSC. Au total, 31 des 52 indicateurs ont pu être actualisés.

Le rapport annuel d'évaluation porte chaque fois sur les 52 indicateurs, même ceux qui n'ont pas pu être actualisés. Les indicateurs sont reliés à dix des douze objectifs de «Santé 2020». Pour des raisons pratiques, le nombre d'indicateurs varie selon les objectifs. Dans deux domaines, il a été décidé durant les travaux conceptuels d'opter pour des programmes d'évaluation à la place d'indicateurs.

Certains indicateurs pourront être améliorés, voire remplacés par d'autres plus performants dès que des données correspondantes seront disponibles. Les indicateurs retenus ne permettent en principe pas d'apprécier pleinement les effets de la stratégie «Santé 2020». Des évaluations qualitatives seront nécessaires pour compléter les indicateurs quantitatifs qui ne couvrent pas suffisamment un domaine.

Des comparaisons internationales ont été intégrées dans le rapport lorsque les données étaient disponibles. A noter que les méthodes utilisées dans le contexte international ne sont pas toujours entièrement comparables avec les exploitations suisses, mais il est tout de même possible de procéder à une comparaison de la Suisse avec d'autres pays dans les résultats internationaux présentés.

## Résultats

Comme l'année dernière, les indicateurs ont été attribués à diverses catégories en fonction de la tendance qu'ils présentent par rapport à l'objectif visé. Le vert signifie que la tendance est conforme à l'objectif de la stratégie «Santé 2020» ou que l'objectif a été atteint. Le rouge indique que la tendance est négative et s'éloigne de l'objectif de la stratégie «Santé 2020». Le jaune montre que les valeurs n'ont presque pas bougé.

Parmi les 31 indicateurs pour lesquels on dispose de nouvelles données, 18 se trouvent dans la même catégorie que l'année précédente. Par rapport à la situation de départ un an auparavant, cinq indicateurs sont passés dans une catégorie plus élevée et huit dans une catégorie plus basse. Les changements sont parfois infimes de sorte que des changements de catégorie pourraient encore intervenir dans les années à venir.

Les indicateurs suivants évoluent dans la bonne direction et passent dans une catégorie supérieure:

- Indicateur 2 : Coût du système de santé par personne, corrigé de l'inflation: depuis l'adoption de «Santé 2020», ce coût a progressé entre 2013 et 2014 moins fortement que dans la moyenne des années 2000-2013, atteignant ainsi l'objectif visé. Les valeurs sont cependant fluctuantes au fil des années et le résultat ne peut pour le moment pas être qualifié de stable.
- Indicateur 4 : Part des personnes décédées à domicile: cette part était en baisse depuis le début de la mesure en 2006, pour ensuite rester stable entre 2013 et 2014. C'est pourquoi le résultat passe de la catégorie rouge à la catégorie jaune.
- Indicateur 6 : Taux de recours aux soins à domicile des 65 ans et plus: après une phase de stabilité, le taux a enregistré une légère hausse entre 2014 et 2015, ce qui fait que la tendance est conforme à l'objectif visé et que l'indicateur peut actuellement être attribué dans la catégorie verte.
- Indicateur 7 : Part du personnel infirmier diplômé dans l'ensemble du personnel soignant des EMS: cette part s'est stabilisée ces dernières années, après avoir légèrement reculé les années précédentes. La situation n'a donc pas changé, conformément à l'objectif visé pour «Santé 2020»; l'indicateur passe ainsi de la catégorie rouge à la catégorie jaune.
- Indicateur 49 : Solde migratoire des professionnels de soins: le solde a nettement diminué l'année dernière et il est aussi plus faible qu'en 2013. Autrement dit, l'indicateur correspond désormais à la catégorie verte. La diminution du solde est surtout due à une plus grande émigration, alors que l'on a observé parallèlement une légère hausse de l'immigration.

Les indicateurs suivants tendent à s'éloigner de l'objectif visé, raison pour laquelle ils sont rétrogradés dans une catégorie plus basse:

- Indicateurs 8 et 9: Taux d'hospitalisations évitables pour PBCO et diabète: les taux ont globalement un peu augmenté l'année dernière (PBCO: valeur au même niveau qu'en 2013 chez les hommes). Les indicateurs se retrouvent en conséquence dans la catégorie rouge. Il faut cependant noter que la Suisse présente des valeurs basses pour ces deux indicateurs en comparaison internationale.

- Indicateur 15 : Couverture vaccinale contre la rougeole: la valeur est stable pour cet indicateur ces dernières années, mais elle se situe à un niveau nettement inférieur à la valeur visée. L'indicateur est donc rangé dans la catégorie jaune.
- Indicateur 29 : Part des personnes qui renoncent à une prestation de santé pour des raisons financières : cette part s'est accrue l'année dernière (entre 2013 et 2014). Même s'il faut prendre en compte le fait que le cadre d'échantillonnage a changé et que le résultat n'est pas significatif, l'indicateur passe dans la catégorie rouge.
- Indicateurs 32 et 35: Coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire et coûts AOS par personne assurée, corrigés de l'inflation: l'année dernière (2014-2015), les deux valeurs ont augmenté après n'avoir progressé que de manière infime entre 2013 et 2014. Ces deux indicateurs sont donc maintenant classés dans la catégorie rouge.
- Indicateur 51 : Primes par rapport aux coûts dans l'AOS: par rapport à l'année précédente, les valeurs de la dernière année de mesure sont très légèrement plus proches de l'objectif visé, mais plus éloignées de ce dernier qu'en 2013. L'indicateur passe donc de la catégorie verte à la catégorie jaune.
- Indicateur 52 : Part des personnes assurées auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant: on observe une forte progression de cette part. On s'écarte non seulement de l'objectif par rapport à 2015, mais aussi par rapport à 2014 et à 2013. L'indicateur passe donc dans la catégorie rouge.

### Appréciation

L'actualisation des indicateurs offre une image globale de stabilité. La plupart des changements sont minimes par rapport à la dernière année de relevé des données. La période écoulée depuis le lancement de «Santé 2020» est encore trop courte pour identifier d'éventuels changements de tendance.

On peut ici prendre pour exemple le coût du système de santé par personne: de 2013 à 2014, il a augmenté de 1,8%, soit moins qu'en moyenne depuis 2000. Si l'on considère les changements annuels sur l'ensemble de la période, ils varient entre -0,2% (2006) et +4,6% (2001). Il est impossible de dire si la valeur mesurée pour 2014 traduit une inversion de tendance ou s'il s'agit d'un événement isolé. En considérant les autres indicateurs de coût, on peut douter qu'il y ait une inversion de tendance. La hausse du coût en pourcent du PIB est supérieure à la moyenne des douze années précédentes. D'autres indicateurs de coût dans certains domaines affichent également une hausse: Les coûts des médicaments AOS et les coûts AOS par personne ont aussi augmenté depuis 2013 plus fortement que le renchérissement, ce qui avait déjà été le cas auparavant. Il serait donc malavisé de tirer des conclusions définitives.

Il faut aussi considérer que dans le rapport actuel, le domaine de la promotion de la santé et de la prévention ne présente pratiquement aucune nouvelle donnée. Cela est sensé d'un point de vue scientifique, car le comportement de la population ne peut changer que de façon infime en l'espace d'une année.

Un suivi au cours des années à venir permettra de savoir plus clairement si les tendances esquissées se poursuivront

**B) Vue d'ensemble des indicateurs liés aux objectifs de «Santé 2020»**

	La tendance est négative et s'éloigne de l'objectif de la stratégie «Santé 2020».
	Les valeurs restent inchangées.
	La tendance est conforme à l'objectif de la stratégie «Santé 2020» ou l'objectif est atteint.
	On ne décèle pas encore de tendance (une seule mesure).
2014	L'indicateur a été actualisé avec des données jusqu'en 2014.
2015	L'indicateur comporte des données jusqu'en 2015, mais n'a pas pu être actualisé.

N°	Titre	Tendance <sup>1</sup>
<b>Objectif 1.1: Promouvoir une offre de soins moderne</b>		
1	Espérance de vie à 65 ans	2014
2	Coût du système de santé par tête, corrigé de l'inflation	2014
3	Coût de la santé en pourcent du PIB (indicateur de la législature)	2014
4	Part des personnes décédées à domicile par rapport au total des décès	2014
5	Taux de recours aux EMS des personnes âgées de 65 ans et plus	2015
6	Taux de recours aux soins à domicile des 65 ans et plus	2015
7	Part du personnel infirmier diplômé dans l'ensemble du personnel soignant des EMS	2015
8	Taux d'hospitalisations évitables: PBCO	2015
9	Taux d'hospitalisations évitables: diabète	2015
10	Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus	2015
11	Réduction des symptômes entre le début et la fin d'un séjour en clinique psychiatrique	2014
<b>Objectif 1.2: Compléter la protection de la santé</b>		
12	Exposition aux rayonnements ionisants d'origine médicale	2013
13	Résistances aux antibiotiques utilisés contre des germes fréquents dans les hôpitaux	2016
14	Infections après une opération du colon	2014
15	Couverture vaccinale contre la rougeole	2015
16	Nouveaux diagnostics de VIH	2015
<b>Objectif 1.3: Intensification de la promotion de la santé et de la prévention des maladies</b>		
17	Part des femmes de 50 ans et plus ayant effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage	2012
18	Part des personnes de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du gros intestin	2012
19	Part des fumeurs quotidiens (adultes/mineurs)	2012 2012
20	Part des personnes physiquement inactives (adultes/mineurs)	2012 2012
21	Part des personnes souffrant d'obésité (adultes/mineurs)	2012 2012
22	Taux de suicide	2014
23	Part des personnes au chômage souffrant de dépression	2012
24	Part des personnes avec une consommation d'alcool chronique à risque	2012
25	Part des personnes avec une consommation d'alcool épisodique à risque (adultes/mineurs)	2012 2014

<sup>1</sup> et année de la dernière donnée

N°	Titre	Tendance <sup>1</sup>	
		2012	2014
26	Prévalence à un mois de la consommation de cannabis	2012	2014
27	Usage de somnifères et de tranquillisants	2012	
<b>Objectif 2.1: Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins</b>			
28	Etat de santé en fonction du niveau du revenu (peu élevé contre élevé)	2014	
29	Part des personnes qui renoncent à une prestation de santé pour des raisons financières	2014	
30	Charge moyenne des primes avant et après la réduction des primes	2015	
<b>Objectif 2.2: «Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité</b>			
31	Réadmissions potentiellement évitables	2012	
32	Coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire, corrigés de l'inflation	2015	
33	Médicaments examinés sur la liste des spécialités et proportion des baisses de prix	2014	
34	Part de marché des génériques sur le marché des médicaments ouverts aux génériques	2015	
35	Coûts AOS par personne assurée, corrigés de l'inflation	2015	
36	Prestataires fournissant des prestations de médecine hautement spécialisée après et avant la décision d'attribution MHS	2015	
<b>Objectif 2.3: Renforcer les droits des patients et des assurés</b>			
37	Opinion de la population sur le système de santé	2016	
38	Satisfaction des patients dans l'hôpital de soins aigus	2015	
39	Satisfaction des patients dans les cliniques de réadaptation	2015	
<b>Objectif 3.1: Promouvoir la qualité des prestations et des soins</b>			
40	Prévalence d'esquarres contractées à l'hôpital de soins	2015	
41	Prévalence des chutes à l'hôpital de soins aigus	2015	
42	Nombre de prestations examinées remboursées selon la LAMal	pas encore de données	
43	Taux des donneurs d'organe post mortem par million d'habitants	2015	
<b>Objectif 3.2: Renforcer l'utilisation de la cybersanté</b>			
44	Part des médecins de premier recours utilisant la cybermédication	2015	
45	Part des médecins de premier recours utilisant le dossier médical informatisé	2015	
<b>Objectif 3.3: Disposer de davantage de personnel soignant bien formé</b>			
46	Diplômes en médecine humaine	2015	
47	Diplômes de professionnels de soins	2015	
48	Solde migratoire des médecins étrangers	2015	
49	Solde migratoire des professionnels de soins	2015	
50	Densité de médecins de premier recours dans les régions rurales et les régions urbaines	2014	
<b>Objectif 4.1: Simplifier le système et assurer la transparence</b>			
51	Primes par rapport aux coûts dans l'AOS	2015	
52	Part des personnes assurées auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant	2016	

<sup>1</sup> et année de la dernière mesure

## **C) Les indicateurs en détail**

- La description de chaque indicateur commence par le rappel de l'objectif de «Santé 2020» correspondant.
- La signification de l'indicateur est précisée.
- Un objectif quantifiable est indiqué.
- Le graphique, suivi d'un commentaire, illustre l'évolution des résultats.
- La dernière partie traite des définitions et des méthodes et mentionne des liens et des références.

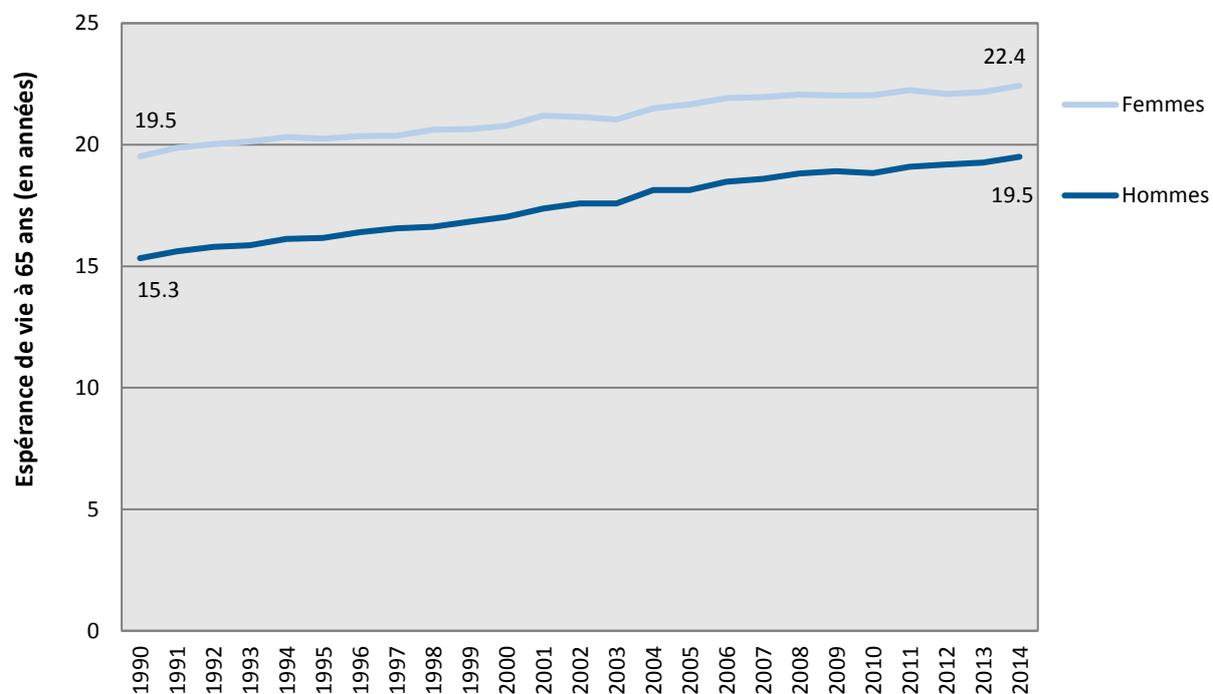
## 1 Espérance de vie à 65 ans

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur renseigne sur la longévité de la population et par conséquent sur sa santé. Parmi les facteurs qui expliquent les gains d'espérance de vie à 65 ans figurent les progrès des soins médicaux, combinés à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'hygiène de vie et aux conditions de vie avant et après 65 ans (OCDE, 2010). L'indicateur montre de manière générale si les services de santé d'un pays évoluent dans la bonne direction. L'espérance de vie à 65 ans est aussi utilisée pour réaliser des projections sur la population âgée, grâce auxquelles on peut planifier l'offre de soins.

**Objectif quantifiable:** L'espérance de vie à 65 ans ne baisse pas.

**Fig. 1** Espérance de vie à 65 ans, par sexe, Suisse, 1990–2014



Sources: OFS – Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) et statistique de la population et des ménages (STATPOP) / exploitation Obsan

© Obsan 2017

L'espérance de vie à 65 a progressé au cours des dernières décennies aussi bien chez les femmes que chez les hommes, en partant cependant d'un niveau plus élevé chez les premières. En 2014, une femme de 65 ans pouvait s'attendre à vivre encore 22,4 ans, soit 2,9 années de plus qu'en 1990. Ces dernières années, les hommes ont quelque peu rattrapé leur retard. Avec une progression de l'espérance de vie de 4,2 ans sur la même période ; celle-ci atteignait 19,5 ans en 2014.

La Suisse figure parmi les pays présentant les valeurs les plus élevées, mais elle n'est plus tout au sommet du classement, notamment pour les femmes. Selon les données de l'OCDE (2016)<sup>2</sup>, elle

<sup>2</sup> La méthode de l'OCDE diffère de la méthode que l'Obsan utilise pour le calcul. Les valeurs internationales ne sont donc pas directement comparables avec les valeurs présentées ici pour la Suisse.

occupait le deuxième rang en 2014 (derrière la France) pour les hommes, avec une espérance de vie de 19,6 ans à 65 ans, et arrivait pour les femmes en sixième position des pays de l'OCDE, derrière le Japon, la France, l'Espagne, la Corée et l'Italie.

## Informations complémentaires

### Définitions

L'espérance de vie correspond à l'âge moyen au décès d'une génération fictive calculé d'après les conditions actuelles. Une génération fictive se compose de personnes présentant à chaque âge le même risque (fictif) de décéder que celui de la population actuelle du même âge.

*Formule de calcul de l'espérance de vie à 65 ans:*

$$0.5 + \sum_{i=65}^n S(i)$$

$i$  = âge

$S(i)$  = probabilité de survie à l'âge de  $(i - 1)$  x probabilité de survie à l'âge de  $i$

### Liens

[Vers l'indicateur sur le site de l'Obsan](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[Vers l'indicateur sur le site de l'OCDE](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

### Référence

OECD (2016), Life expectancy at 65 (indicator). doi: 10.1787/0e9a3f00-en  
<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> (dernière consultation: 7.12.2016)

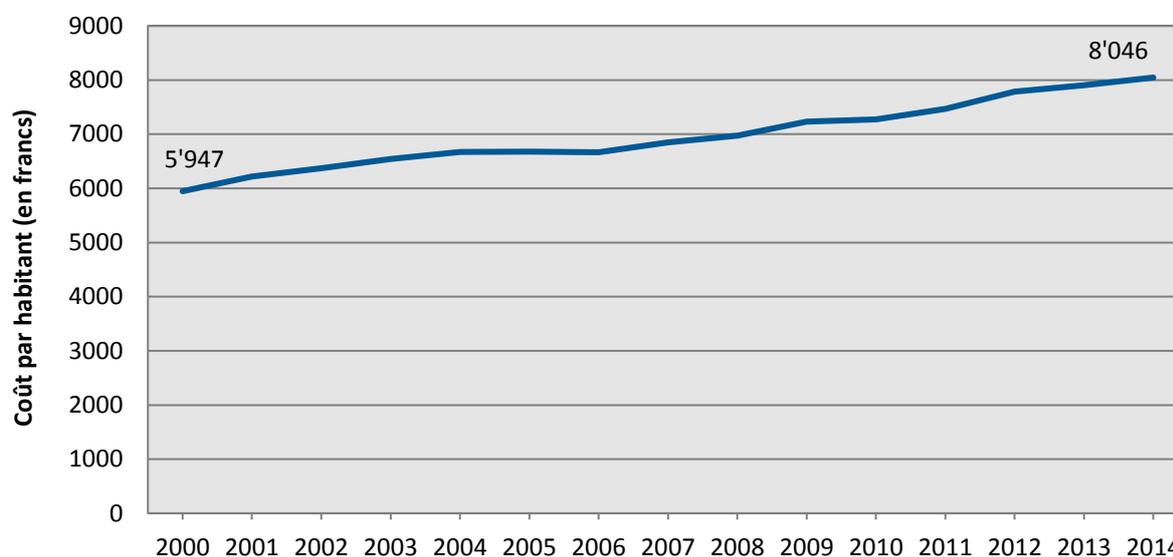
## 2 Coûts du système de santé par personne, corrigé de l'inflation

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Amélioration de la coordination des soins intégrés, du dépistage précoce aux soins palliatifs, afin de renforcer la qualité des soins et d'éviter les dépenses inutiles.

**Signification de l'indicateur:** Le coût du système de santé par tête, corrigé de l'inflation, permet de procéder à des comparaisons entre pays. Dans le rapport Santé2020, des experts ont estimé que le système de santé suisse recelait un potentiel de gain d'efficacité de 20% environ. Il en découle qu'une meilleure coordination permettrait des économies. Attention toutefois à ne pas confondre coûts élevés et coûts inutiles: des coûts élevés peuvent aussi refléter des différences de qualité. Par ailleurs, il faut tenir compte de l'évolution démographique des prochaines années dans l'évaluation des coûts totaux.

**Objectif quantifiable:** Les coûts de la santé, corrigés de l'inflation, augmentent moins fortement qu'avant la mise en œuvre de « Santé2020 ».

**Fig. 2 Coûts du système de santé par habitant, corrigé de l'inflation, Suisse, 2000–2014**



Correction de l'inflation à l'aide de l'indice suisse des prix à la consommation (indice 2000 = 100)

Source: OFS – Coût et financement de la santé; IPC / exploitation Obsan

© Obsan 2017

En Suisse, les dépenses consacrées à la santé se sont élevées à 8046 francs par habitant en 2014 (montant corrigé de l'inflation), contre 5947 francs en 2000. Il en résulte une progression moyenne annuelle de 2,2% de 2000 à 2014. Les hausses les plus fortes ont été enregistrées en 2001, en 2009 et en 2012. La progression a été inférieure à la moyenne en 2005 et en 2010 et a même été légèrement négative en 2006. Depuis le lancement de la stratégie «Santé 2020», les coûts du système de santé par personne ont enregistré des taux annuels de croissance légèrement inférieurs à la moyenne (1,5% en 2013, 1,8 en 2014).

Avec 5972 dollars américains par habitant, la Suisse arrivait en deuxième position des pays de l'OCDE présentant les dépenses de santé les plus élevées, derrière les Etats-Unis (8404 dollars). Les pays voisins de la Suisse affichaient des montants par habitant nettement plus bas, avec 2933 dollars pour l'Italie et 4684 dollars pour l'Allemagne. Ces coûts ont par ailleurs progressé moins fortement de 2000 à 2014 dans ces pays qu'en Suisse.

## Informations complémentaires

### Définitions

L'indicateur reflète les dépenses annuelles en francs corrigées de l'inflation par habitant consacrées à la production et à la consommation de biens et services liés à la santé. Les données suisses proviennent de la statistique «Coût et financement du système de santé» de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et ont été corrigées de l'inflation à l'aide de la valeur annuelle moyenne de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC, OFS) (indice 2000 = 100). Pour la comparaison internationale, on a eu recours aux données corrigées de l'inflation provenant de la statistique des coûts de la santé établie par l'OCDE (en US\$, indice 2010 = 100). Il est à noter que les données suisses de la statistique de l'OCDE ne coïncident pas exactement avec celles de la statistique réalisée par l'OFS en raison de définitions et de méthodes différentes.

### Liens

[Vers la statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS](#) (dernière consultation: 08.12.2016)

[Vers les données sur le site de l'OCDE](#) (dernière consultation: 08.12.2016)

[Indice suisse des prix à la consommation \(IPC\) de l'OFS](#) (dernière consultation : 08.12.2016)

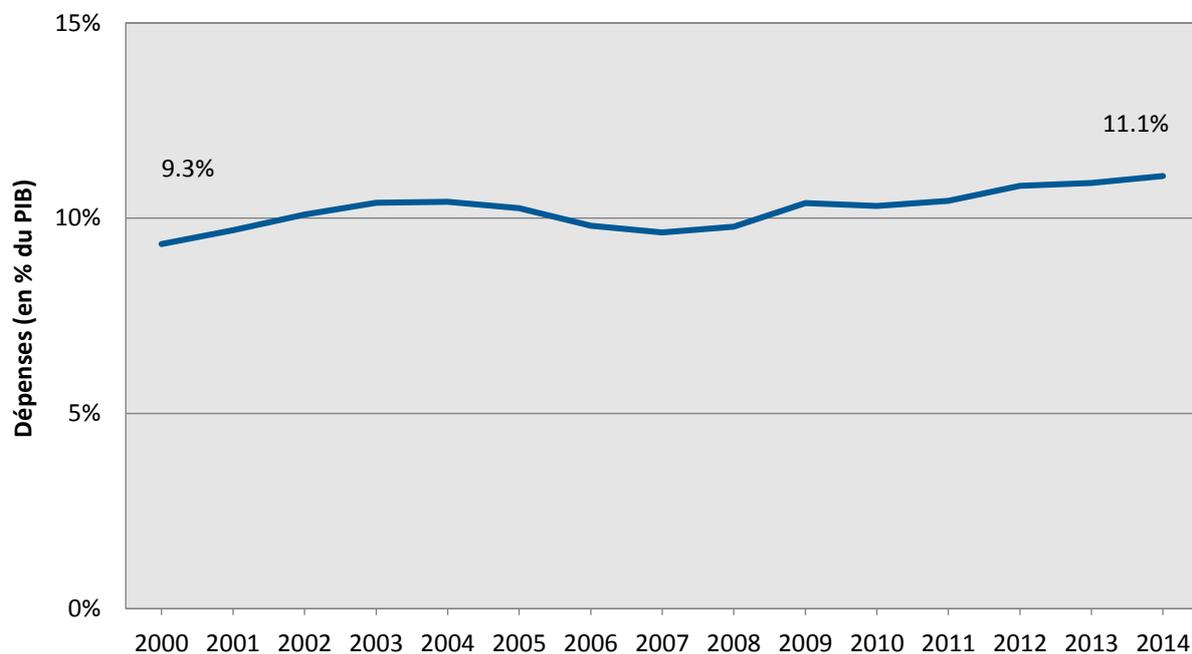
### 3 Coût de la santé en pourcent du PIB

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Amélioration de la coordination des soins intégrés, du dépistage précoce aux soins palliatifs, afin de renforcer la qualité des soins et d'éviter les dépenses inutiles.

**Signification de l'indicateur:** A l'instar des coûts de la santé par personne (indicateur 2), les coûts de la santé en pourcent du PIB permettent des comparaisons internationales. Le présent indicateur montre la part des ressources économiques du pays qui servent à financer les dépenses de santé. Là encore, des dépenses élevées ne traduisent pas forcément un mauvais usage des ressources.

**Objectif quantifiable:** Les coûts de la santé en pourcent du PIB progresse moins vite qu'avant le lancement de « Santé2020 ».

**Fig. 3 Coût du système de santé en pourcent du PIB, Suisse, 2000–2014**



Source: OFS – Coût et financement de la santé / exploitation Obsan

© Obsan 2017

En 2014, les coûts de la santé représentaient 11,1% du PIB suisse. Le système de santé absorbe donc en Suisse un peu plus d'un dixième des ressources économiques. La part du PIB consacrée à la santé a progressé de 9,3% à 10,4% de 2000 à 2004. Elle a légèrement reculé entre 2005 et 2008, en raison du dynamisme de l'économie, avant de repartir à la hausse pour atteindre son plus haut niveau en 2014 (11,1%).

En comparaison internationale, la Suisse se situait en 2014 en deuxième position derrière les Etats-Unis (16,6%). La France (11,1%) et l'Allemagne (11,0%) ont des propositions similaires tandis que les deux autres voisins de la Suisse consacrent une proportion plus faible de leurs ressources économiques à la santé (Autriche: 10,3%, Italie: 9,1%).

#### Informations complémentaires

Cet indicateur fait partie des indicateurs de la législature.

### Définitions

Le produit intérieur brut (PIB) est une mesure de la performance d'une économie nationale. Il correspond à la valeur des biens et services qui sont produits dans le pays. Le pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé indique la part de cette valeur qui sert à financer le système de santé.

Les données du présent indicateur proviennent pour la Suisse de la statistique du coût et du financement du système de santé de l'OFS, celles de la comparaison internationale se fondent sur la statistique des coûts de la santé de l'OCDE. Il est à noter que les données suisses de la statistique de l'OCDE ne correspondent pas à celles de la statistique réalisée par l'OFS.

### Liens

[Vers les données de la statistique de l'OFS sur le coût et le financement du système de santé](#) (dernière consultation: 08.12.2016)

[Vers les données sur le site de l'OCDE](#) (dernière consultation: 08.12.2016)

## 4 Part des personnes décédées à domicile par rapport au total des décès

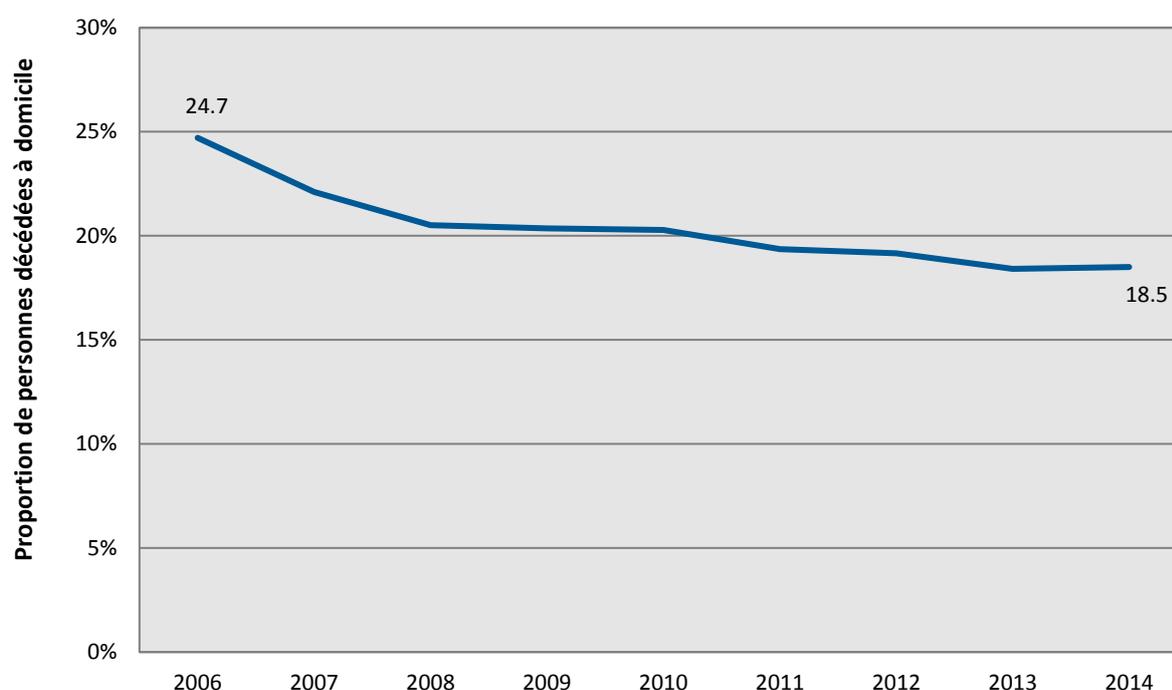
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** La mise en place de modèles de soins intégrés est encouragée dans tous les domaines, qu'il s'agisse des traitements de soins aigus, des soins de longue durée ou des soins palliatifs.

- Amélioration de la coordination des soins intégrés, du dépistage précoce aux soins palliatifs, afin de renforcer la qualité des soins et d'éviter les dépenses inutiles.

**Signification de l'indicateur:** Près de trois quart des gens aimeraient mourir à la maison (OFSP/GfK 2012). La réalité est tout autre: la part des personnes qui décèdent à la maison est plus petite. La mise en place de structures de soins palliatifs intégrés facilite le maintien à domicile jusqu'au décès. La prise en compte des désirs de la population devrait entraîner une hausse de la part des personnes décédant à domicile. L'indicateur montre la part des personnes qui ne sont pas décédées dans un hôpital ou un home; a contrario, cette part rend compte approximativement de celle des décès survenus à domicile.

**Objectif quantifiable:** La part des personnes décédées à domicile par rapport au total des décès augmente.

**Fig. 4** Part des personnes décédées à domicile par rapport au total des décès, Suisse, 2006–2014



2006: n=59958, 2007: n=60796, 2008: n=60925, 2009: n=62139, 2010: n=62342, 2011: n=61786, 2012: n=63877, 2013: n=64641, 2014: n=63607

Source: OFS – Statistique des causes de décès; statistique des institutions médico-sociales; statistique médicale des hôpitaux / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Depuis 2006, on observe une tendance à la baisse de la part des personnes qui décèdent à domicile. Au début de la période considérée, près d'un décès sur quatre (14'800) survenait à domicile, contre 18,5% seulement (11'773) en 2014. Les décès à domicile ont le plus reculé entre 2006 et 2008, année où ils ont représenté 20,5% du total des décès. Le mouvement à la baisse a faibli de 2008 à 2014.

Une étude internationale menée dans 14 pays (Cohen J. et al, 2015) faisait état de parts très variables de décès à domicile, allant de 14% au Canada à 47% au Mexique (propre calcul établi sur la base des données représentées); les causes de décès externes n'étaient pas prises en compte. La part des personnes décédées à domicile dans notre pays est relativement faible en comparaison internationale.

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur présente la part des personnes qui ne sont pas décédées à l'hôpital ou dans un établissement médico-social (EMS) par rapport au total des décès. L'estimation est réalisée à partir de trois statistiques: la statistique des causes de décès, la statistique médicale des hôpitaux et la statistique des institutions médico-sociales.

La statistique des causes de décès indique les décès totaux par année. La statistique médicale des hôpitaux et la statistique des institutions médico-sociales permettent de connaître le nombre de décès survenant dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. L'estimation de la part des décès à domicile s'obtient en retranchant du total des décès ceux survenus dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

### Liens

[OFSP: Statistique des causes de décès](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OFSP: Statistique des institutions médico-sociales](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OFSP: Statistique médicale des hôpitaux](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OFSP: Stratégie soins palliatifs](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OFSP: Données statistiques sur les soins palliatifs](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

### Références

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), 2012 : Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013-2015, éditeurs: OFSP et CDS Berne, octobre 2012.

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html> (dernière consultation: 21.12.2016)

Cohen J, Pivodic L, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD, Naylor WA, Wilson DM, Loucka M, Csikos A, Pardon K, Van den Block L, Ruiz-Ramos M, Cardenas-Turanzas M, Rhee Y, Aubry R, Hunt K, Teno J, Houttekier D, Deliens L, 2015: International study of the place of death of people with cancer: a population-level comparison of 14 countries across 4 continents using death certificate data. Br J Cancer. Nov 3;113(9):1397-404. doi: 10.1038/bjc.2015.312.

## 5 Taux de recours aux EMS des personnes âgées de 65 ans et plus

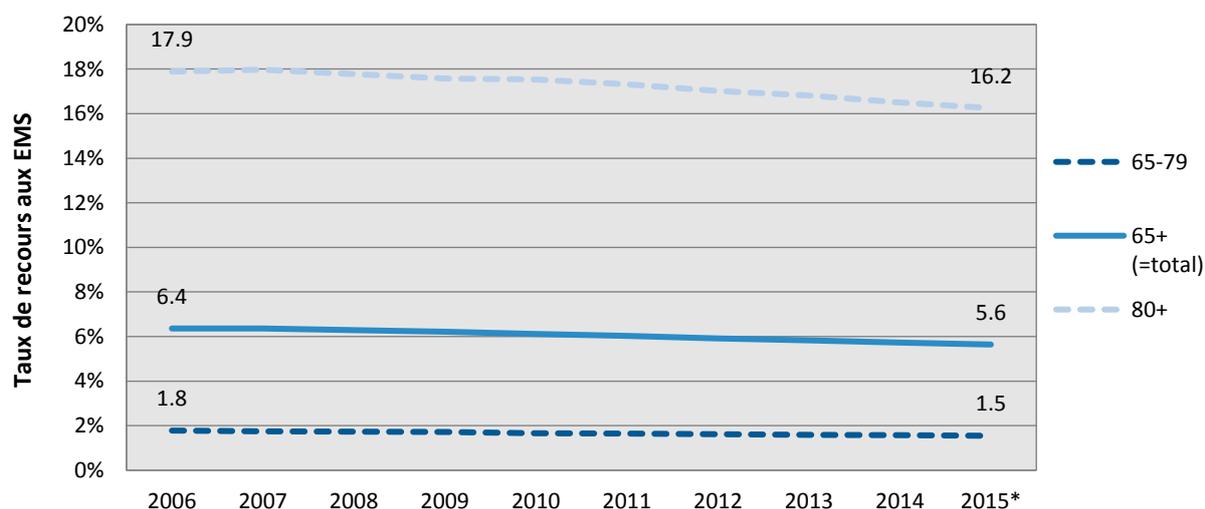
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique.

- Adaptation des soins de longue durée afin que les structures soient adaptées aux besoins et qu'il y ait suffisamment de personnel soignant à disposition.

**Signification de l'indicateur:** Le taux de recours aux EMS chez les personnes âgées de 65 ans ou plus montre comment évolue l'utilisation de l'offre des EMS par la population âgée. Ce taux est principalement influencé par la charge de morbidité, par l'existence d'offres de soins stationnaires et ambulatoires (aux EMS et aux services de soins à domicile s'ajoutent de nouvelles formes de prise en charge, comme les appartements à encadrement médico-social) et par la demande de la population. Le taux de recours aux EMS ne permet pas d'apprécier l'évolution des besoins (comme l'exige l'objectif): ceux-ci résultent principalement d'une combinaison entre la charge de morbidité et la demande spécifique, deux facteurs qui sont eux-mêmes fortement déterminés par le vieillissement de la population. Le taux (graphique) ne rend pas compte directement de l'influence du vieillissement de la population sur les besoins. L'évolution du volume global est cependant décrite dans le commentaire, qui précise également la part des personnes qui cherchent une place en EMS alors qu'elles ne présentent pas un besoin en soins avéré au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

**Objectif quantifiable:** Une part importante de la population souhaite demeurer chez elle le plus longtemps possible, si possible jusqu'à son dernier souffle (voir l'indicateur 4). Par ailleurs, un grand nombre de cantons privilégient un encadrement ambulatoire plutôt qu'un placement. Cette préférence pour une assistance ambulatoire devrait se traduire par une baisse du taux de placement en EMS.

**Fig. 5 Taux de recours aux EMS (longs séjours) des personnes âgées de 65 ans ou plus, par classe d'âges, Suisse, 2006–2015**



\* Données provisoires

Source: OFS – Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) 2006–2015; statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2006–2009; statistique de la population et des ménages (STATPOP) 2010–2015 / exploitation Obsan © Obsan 2017

### Informations complémentaires

Le taux de recours aux EMS (longs séjours) pour des personnes de 65 ans et plus a reculé de 6,4% à 5,6% entre 2006 et 2015. Le nombre des personnes de 65 ans ou plus demeurant dans un EMS a cependant progressé de 9,0% sur la période 2006-2015. Cette hausse est toutefois moins forte que celle de la population de 65 ans ou plus (+22,9%; pour de plus amples informations, voir Füglisterdousse et al. 2015).

Le pourcentage des personnes vivant en EMS est nettement plus élevé chez les 80 ans et plus (16,2% en 2015) que chez les 65 à 79 ans (1,5% en 2015). Parallèlement, la part des résidents en EMS a plus fortement reculé de 2006 à 2015 chez les 65 à 79 ans (-13,2%) que chez les 80 ans ou plus (-9,2%).

Les EMS prennent en charge de plus en plus de personnes âgées qui ont besoin de soins au sens de la LAMal. Le pourcentage des résidents d'EMS qui ne reçoivent pas de soins au sens de la LAMal a diminué de plus de moitié, de 7,0% en 2007 à 3,0% en 2015 (pour de plus amples informations, voir Füglisterdousse et al. 2015).

Le taux est assez élevé dans notre pays en comparaison internationale. Selon les données de l'OCDE, les parts des personnes de 65 ans et plus vivant en EMS variaient en 2014 entre 0,8% en Pologne et 8,8% en Belgique. La Suisse arrive en troisième position.

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes âgées de 65 ans et plus qui résident en long séjour en EMS.

Sont considérées comme résidant en long séjour les personnes qui y demeurent pour une durée illimitée (par opposition à celles qui n'y effectuent qu'un séjour de courte durée).

Formule de calcul du taux de recours aux EMS par groupe d'âges et par an:

$$\text{Taux de recours aux EMS}_{t,a} = \frac{\text{Personnes vivant en EMS (long séjours) au 31.12}_{t,a}}{\text{Population permanente}_{t,a}} \times 100$$

*t = années (2006–2015)*

*a = groupe d'âges (65–79, 80+, 65+)*

### Liens

[Vers l'indicateur sur le site de l'Obsan](#) (dernière consultation: 02.12.2016)

Statistique de l'OCDE: <http://stats.oecd.org/> -> Health -> Long-Term Care Resources and Utilisation -> Long-Term Care Recipients (LTC recipients in institutions; % of total, aged 65 years old and over; 2014) (dernière consultation, 12.12.2016)

### Références

Füglisterdousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

## 6 Taux de recours aux soins à domicile des 65 ans et plus

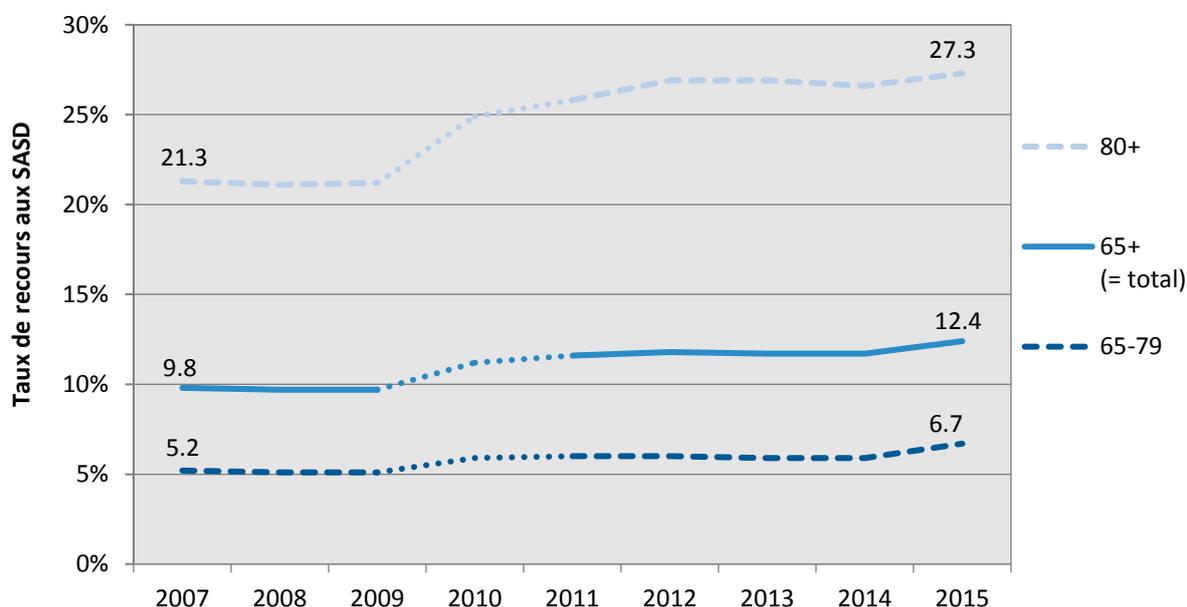
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique.

- Adaptation des soins de longue durée afin que les structures soient adaptées aux besoins et qu'il y ait suffisamment de personnel soignant à disposition.

**Signification de l'indicateur:** Le taux de recours aux soins à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus montre comment évolue l'utilisation de l'offre de soins à domicile par la population âgée. Ce taux est principalement influencé par la charge de morbidité, par l'existence d'offres de soins stationnaires et ambulatoires (aux services de soins à domicile et aux EMS s'ajoutent de nouvelles formes de prise en charge, comme les appartements à encadrement médico-social) et par la demande de la population. Le taux de recours aux soins à domicile ne permet pas d'apprécier l'évolution des besoins (comme l'exige l'objectif): ceux-ci résultent d'une combinaison entre la charge de morbidité et la demande spécifique, et sont également fortement influencés par le vieillissement de la population.

**Objectif quantifiable:** Une part importante de la population souhaite demeurer chez elle le plus longtemps possible, si possible jusqu'à son dernier souffle (voir l'indicateur 4). Par ailleurs, un grand nombre de cantons privilégient un encadrement ambulatoire plutôt qu'un placement. Cette préférence pour une assistance ambulatoire devrait se traduire par une hausse du taux de recours aux soins à domicile.

**Fig. 6 Taux de recours aux soins à domicile chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, par classe d'âges, Suisse, 2007–2015**



Source: OFS - SPITEX 2007–2015; ESPOP 2007-2009; STATPOP 2010–2015 / exploitation Obsan © Obsan 2017

### Informations complémentaires

De manière générale, la part des personnes ayant recours aux services de soins à domicile a augmenté de 2007 à 2015. Cette augmentation est particulièrement marquée entre 2014 et 2015 et pour le groupe des 65 à 79 ans.

En raison de la hausse démographique, le volume des prestations et le nombre des clients ont fortement progressé.

Plus précisément, le pourcentage des personnes de 65 ans et plus qui ont sollicité des soins à domicile s'est élevé à 12,4% en 2015, un chiffre stable de 2011 à 2014, puis en hausse depuis 2014 (+6,0%). Sur l'ensemble de la période 2007-2015, ce chiffre a augmenté de plus de 26%. La progression observée de 2009 à 2011 est cependant un effet statistique: alors que seules les organisations à but non lucratif étaient incluses dans la statistique de l'aide et des soins à domicile jusqu'en 2009, on y ajoute les organisations de droit privé à but lucratif et les infirmiers indépendants dès 2010. Si l'on ne tient compte que des organisations à but non lucratif, on observe que le taux de recours aux soins à domicile a légèrement augmenté de 2007 à 2015, passant de 9,8% à 10,2% (+ 4,1 %, résultats non représentés). La proportion de personnes ayant reçu des soins à domicile en 2015 est nettement plus faible dans le groupe des 65 à 79 ans (6,7%) que dans celui des 80 ans et plus (27,3%). C'est cependant parmi les premiers que l'augmentation entre 2011 et 2015 est la plus marquée (+11.7% dans le groupe 65-79 contre +5.8% chez les 80 ans et plus).

L'OCDE indique pour 2014 des taux de recours aux services de soins à domicile des personnes âgées de 65 ans et plus allant de 0,7% (Pologne) à 19,2% (Israël).

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile de la part des organisations d'aide et de soins à domicile pendant l'année considérée. La statistique de l'aide et des soins à domicile ne permet pas de distinguer les soins de longue durée de ceux de courte durée. L'indicateur présenté ici inclut aussi bien des clients recevant des soins tout au long de l'année que ceux qui en ont bénéficié pendant quelques jours seulement, par exemple après un séjour à l'hôpital. Afin de limiter autant que possible l'indicateur aux soins de longue durée, on en exclut les soins aigus et de transition. Pour une définition plus détaillée des services d'aide et de soins à domicile et des prestations délivrées, voir Dutoit et al. (2016).

Formule de calcul du taux de recours aux soins à domicile par groupe d'âges et par année:

$$\begin{aligned} & \text{Taux de recours aux soins à domicile} \\ &= \frac{\text{Nombre de personnes recevant des soins à domicile}_{t,a}}{\text{Population permanente}_{t,a}} \times 100 \end{aligned}$$

*t* = années (2007–2015)

*a* = groupe d'âges (65–79, 80+, 65+)

### Liens

[Vers l'indicateur sur le site de l'Obsan \(concerne toutes les classes d'âges et pas seulement les 65+\)](#)  
(dernière consultation: 02.12.2016)

Statistique de l'OECD: <http://stats.oecd.org/> -> Health -> Long-Term Care Resources and Utilisation -> Long-Term Care Recipients (LTC recipients at home; % of total, aged 65 years old and over; 2014)  
(Dernière consultation: 12.12.2016)

### Références

Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 69). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

## 7 Part du personnel infirmier diplômé dans l'ensemble du personnel soignant des EMS

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique.

- Adaptation des soins de longue durée afin que les structures soient adaptées aux besoins et qu'il y ait suffisamment de personnel soignant à disposition.

**Signification de l'indicateur:** L'interprétation de cet indicateur repose sur l'hypothèse qu'en cas de manque de personnel qualifié ou de mesures d'économies importantes, c'est en premier lieu le personnel infirmier diplômé d'une formation de degré tertiaire qui vient à manquer. Il s'ensuit qu'une réduction de cette catégorie de personnel pourrait être révélatrice d'un manque de personnel ou de mesures d'économies conséquentes. Cet indicateur ne permet pas à lui seul de déterminer si la répartition des différentes catégories de personnel peut être considérée comme adaptée.

**Objectif quantifiable:** La part du personnel infirmier ayant une formation de degré tertiaire (infirmières/infirmiers diplômés/es; segment foncé des barres) dans l'ensemble du personnel de soins ne diminue pas.

**Fig. 7** Personnel de soins des EMS selon le niveau de formation (base: équivalents plein temps), Suisse, de 2010 à 2015



\*Données provisoires

Source: OFS – statistique des institutions médico-sociales 2010-2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

La figure 7 montre la répartition du personnel soignant dans les EMS selon le niveau de formation. Environ un tiers (31,1%) de tout le personnel soignant disposait en 2015 d'un diplôme de degré tertiaire, 41,2% était diplômé du degré secondaire II et 27,7% travaillait sans détenir de titre formel

dans les soins. Le graphique montre que, sur la période 2010 à 2015, la part du personnel soignant diplômé du tertiaire a légèrement reculé.

## Informations complémentaires

### Définitions

La statistique des institutions médico-sociales répartit les niveaux de formation entre les trois catégories suivantes:

Degré tertiaire (infirmiers/infirmières diplômé/es):	infirmière diplômée ou infirmier diplômé, infirmière diplômée ou infirmier diplômé avec formation complémentaire, Infirmière diplômée ou infirmier diplômé de niveau I.
Degré secondaire II:	infirmière assistante ou infirmier assistant CC CRS, assistant/e en soins avec CFC, accompagnatrice ou accompagnateur avec CFC.
Autre personnel de soins:	auxiliaire de santé CRS.

Les parts représentées par les différentes formations ont été calculées sur la base des équivalents plein temps (EPT), et non des personnes. Une valeur d'EPT de 1 représente un poste à plein temps, une valeur inférieure un poste à temps partiel. A titre d'exemple, 0,8 EPT correspond à un poste à 80%.

### Références

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse. Bâle: Université de Bâle

## 8 Taux d'hospitalisations évitables pour PBCO

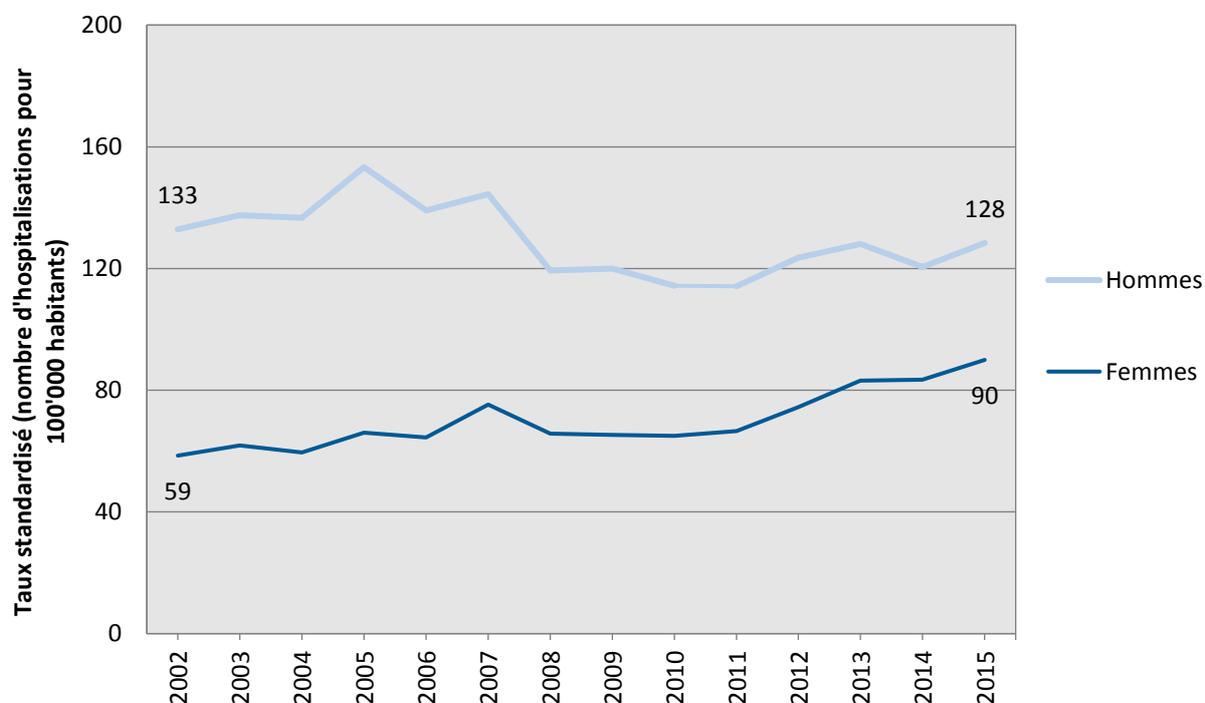
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Il faut exploiter les opportunités que représente le progrès médical et minimiser les risques.

- Création de programmes de recherche relatifs aux soins, amélioration de la recherche clinique et promotion de registres (des cancers et autres), afin d'optimiser encore la qualité et l'efficacité des soins.

**Signification de l'indicateur:** Cet indicateur mesure la qualité des soins ambulatoires. On part de l'hypothèse qu'il est possible d'éviter une hospitalisation pour soigner les bronchopneumopathies pulmonaires chroniques obstructives (PBCO) si elles peuvent être traitées adéquatement par voie ambulatoire. L'objectif d'une amélioration de la qualité des soins ambulatoires est atteint s'il y a une baisse du taux des hospitalisations pour PBCO.

**Objectif quantifiable:** Le taux d'hospitalisation pour PBCO baisse.

**Fig. 8 Taux standardisé d'hospitalisations évitables pour PBCO, selon le sexe, Suisse, 2002–2015**



Basé sur la population européenne standardisée de 2010

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux / exploitation Obsan

© Obsan 2017

De 2002 à 2015, le taux d'hospitalisations évitables pour PBCO a reculé chez les hommes de 133 à 128 cas pour 100'000 habitants mais progressé chez les femmes de 59 à 90 cas pour 100'000 habitantes. Bien que l'indicateur soit destiné à mesurer les hospitalisations évitables, il est très probable que les différences relevées selon le sexe soient imputable à la morbidité des PBCO plutôt qu'à des changements dans les pratiques de traitement. Cette hypothèse s'appuie sur les évolutions observées dans le comportement en matière de tabagisme selon le sexe.

Il n'est pas possible de dire si la hausse des cas est imputable au nouveau système de financement hospitalier, entré en vigueur en 2012, qui devait entraîner un codage exhaustif des maladies.

L'OCDE affiche en comparaison internationale des valeurs en moyenne nettement plus élevées que celles indiquées ici pour la Suisse. En 2013, la valeur moyenne de l'OCDE était de 198 cas pour 100'000 habitant, avec un maximum de 395 cas (Irlande) et un minimum de 24 cas (Japon).

## Informations complémentaires

### Définitions

Le taux standardisé selon l'âge a été calculé comme suit:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

$N_i$ : nombre de personnes du groupe d'âges  $i$  dans la population standard.

$sr_i$ : taux standardisé par âge pour 100'000 habitants

Les résultats reposent sur la population standard européenne en 2010 (Eurostat 2013).

Les hospitalisations sont calculées sur la base de l'ensemble des sorties de patients traités pour PBCO dans les unités hospitalières de soins somatiques aigus (sans les centres de coûts principaux M500, M900 et M950, selon les critères de la statistique médicale de l'OFS), selon la définition de l'OCDE (Australian Institute of Health and Welfare, 2014).

### Liens

[OFS: Variables de la statistique médicale – Spécifications valables à partir du 1.1.2016](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OECD: health-at-a-glance-2015/asthma-and-copd-hospital-admission](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

### Références

Eurostat (2013) Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.

Australian Institute of Health and Welfare 2014. OECD Health Care Quality Indicators for Australia 2011–12. Cat. no. PHE 174. Canberra: AIHW.

OECD (2004) Health Technical Papers No. 16: Selecting Indicators For The Quality Of Health Promotion, Prevention And Primary Care At The Health Systems Level In Oecd Countries, <http://www.oecd.org/els/health-systems/33865865.pdf> (dernière consultation: 21.12.2016)

OECD (2015), "Avoidable hospital admissions", in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-44-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-44-en) (dernière consultation: 21.12.2016)

## 9 Taux d'hospitalisations évitables pour diabète

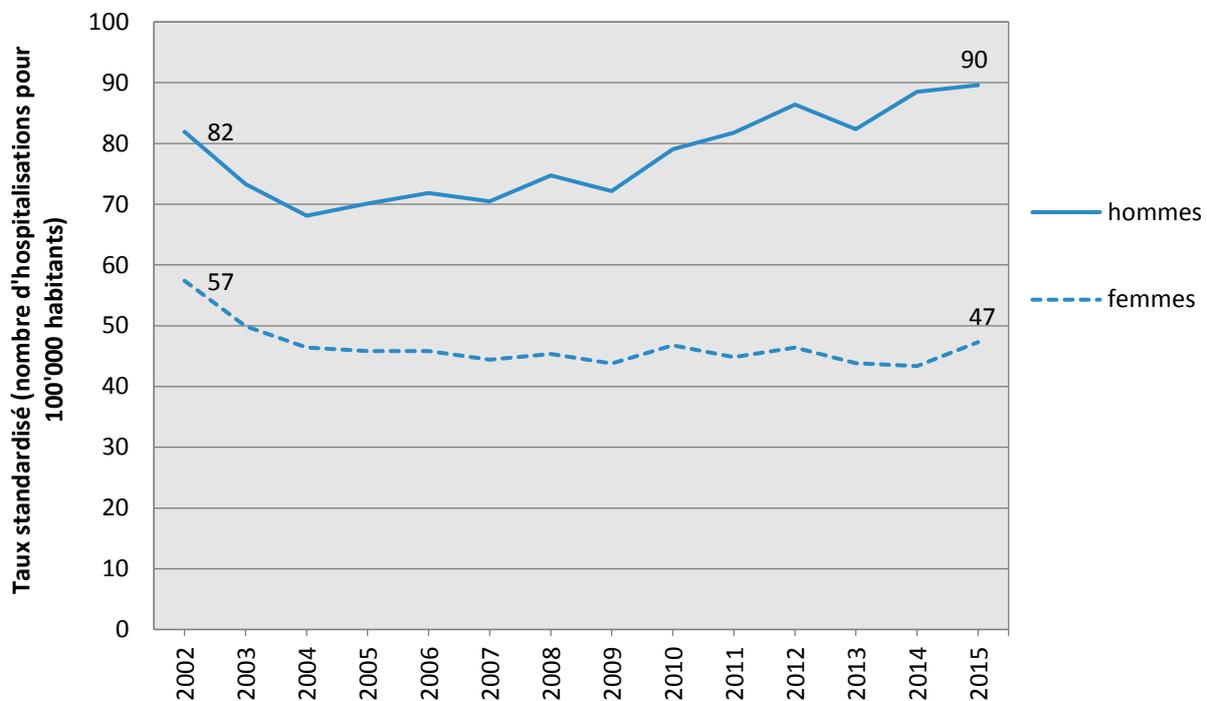
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Il faut exploiter les opportunités que représente le progrès médical et minimiser les risques.

- Création de programmes de recherche relatifs aux soins, amélioration de la recherche clinique et promotion de registres (des cancers et autres), afin d'optimiser encore la qualité et l'efficacité des soins.

**Signification de l'indicateur:** Cet indicateur mesure la qualité des soins ambulatoires. On part de l'hypothèse qu'il est possible d'éviter une hospitalisation pour soigner le diabète si un traitement ambulatoire adéquat est possible. L'objectif d'une amélioration de la qualité des soins ambulatoires est atteint s'il y a une baisse du taux des hospitalisations pour diabète.

**Objectif quantifiable:** Le taux d'hospitalisation pour diabète baisse.

**Fig. 9 Taux standardisé d'hospitalisations évitables pour diabète, selon le sexe, Suisse, 2002–2015**



Basé sur la population européenne standardisée de 2010

Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux / exploitation Obsan

© Obsan 2017

L'évolution du nombre d'hospitalisations évitables pour diabète diffère nettement selon le sexe. Si le taux est constant chez les femmes depuis 2004, il a progressé de plus de 30% chez les hommes au cours des dix dernières années. En 2015, le taux observé pour ces derniers est près de deux fois plus élevé que chez les femmes.

Plus précisément, le taux d'hospitalisations pour diabète est passé chez les hommes de 68 à 90 cas pour 100'000 habitants entre 2004 et 2015 (+30%), alors qu'au cours de cette période, il est resté stable chez les femmes (de 46 à 47 cas pour 100'000 habitantes).

Selon la comparaison internationale établie par l'OCDE, la Suisse affiche en 2013 la deuxième valeur la plus basse des hospitalisations évitables pour diabète (après l'Italie). La valeur moyenne de l'OCDE est trois fois plus élevée, la valeur maximale huit fois plus élevée.

## Informations complémentaires

### Définitions

Le taux standardisé selon l'âge a été calculé comme suit:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

$N_i$ : nombre de personnes du groupe d'âges  $i$  dans la population standard.

$sr_i$ : taux standardisé par âge pour 100'000 habitants

Les résultats reposent sur la population standard européenne en 2010 (Eurostat 2013).

Sont considérés tous les patients ayant quitté un hôpital de soins aigus somatiques pendant l'année sous revue après avoir été hospitalisés pour diabète sucré (diagnostic principal selon la définition de l'OCDE; cf. Australian Institute of Health and Welfare, 2014). Les centres de coûts principaux M500 (psychiatrie), M900 (gériatrie) et M950 (réadaptation) n'ont pas été pris en compte. Leur affectation s'est faite conformément aux spécifications de la statistique médicale.

### Liens

[OFS: Variables de la statistique médicale – Spécifications valables à partir du 1.1.2016](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OECD: Health at a glance 2015-en/diabetes](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

### Références

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.

Australian Institute of Health and Welfare (2014). OECD Health Care Quality Indicators for Australia 2011–12. Cat. no. PHE 174. Canberra: AIHW.

## 10 Durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** *Il faut exploiter les opportunités que représente le progrès médical et minimiser les risques.*

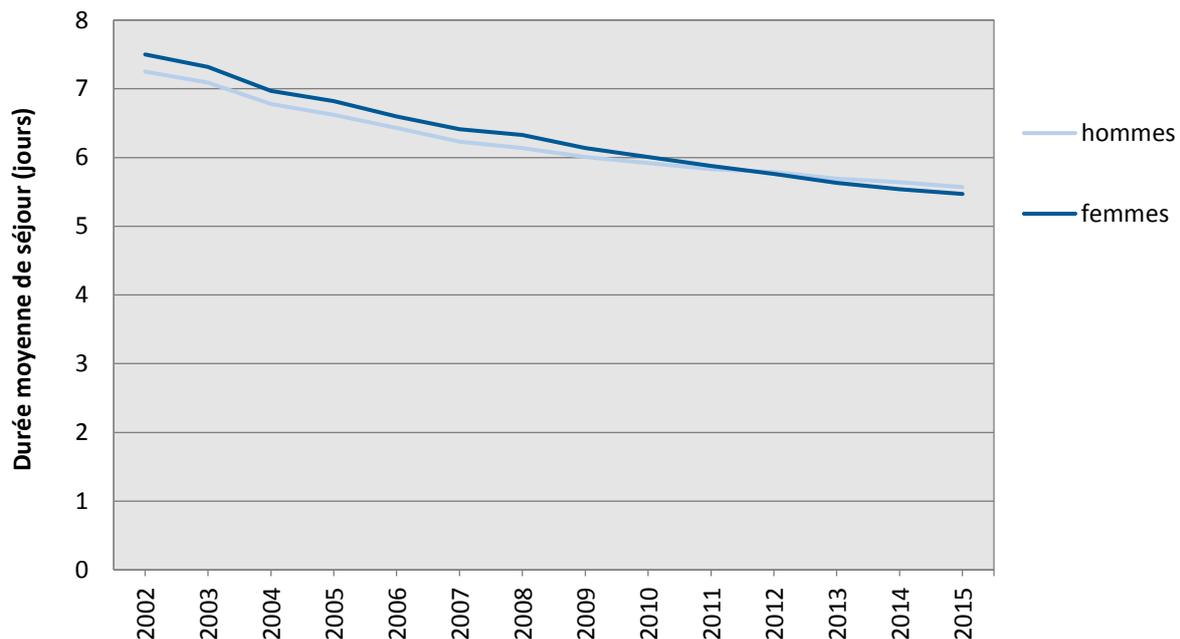
- Création de programmes de recherche relatifs aux soins, amélioration de la recherche clinique et promotion de registres (des cancers et autres), afin d'optimiser encore la qualité et l'efficacité des soins.

**Signification de l'indicateur:** L'indicateur sert à mesurer l'efficacité des hôpitaux de soins aigus. Lors de l'interprétation des données, il faut tenir compte des éléments suivants:

- a) une progression des prises en charge ambulatoires entraîne un allongement de la durée moyenne de séjour hospitalier (suite à la diminution des hospitalisations de courte durée);
- b) les données relatives à la durée moyenne de séjour ne fournissent que des indications approximatives de l'efficacité. Si le séjour hospitalier est précédé et suivi d'un traitement coûteux (réadaptation et/ou soins ambulatoires), son raccourcissement n'est pas forcément synonyme de gains d'efficacité.

**Objectif quantifiable:** La durée moyenne du séjour diminue (sans allongement des prises en charge précédentes et suivantes)

**Fig. 10** Durée de séjour en hôpital de soins aigus, selon le sexe, Suisse, 2002–2015



Source: OFS – statistique médicale des hôpitaux / exploitation Obsan

© Obsan 2017

La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux de soins aigus a constamment diminué depuis 2002. Entre 2002 et 2015, elle est passée de 7,5 à 5,5 jours chez les femmes et de 7,3 à 5,6 jours chez les hommes. En 2014, elle était pour la première fois plus élevée chez les premières que chez les seconds. Les résultats ne tiennent cependant pas compte des différences entre les sexes dans la structure par âge.

Dans la comparaison internationale établie par l'OCDE, la Suisse se situe dans la moyenne des pays. Les calculs ne sont pas directement comparables.

## Informations complémentaires

### Définitions

La durée moyenne de séjour a été calculée selon les règles de SwissDRG:

*Durée moyenne de séjour = date de sortie – date d'entrée – jours de vacances*

Sont considérés comme des hôpitaux de soins aigus les hôpitaux de soins généraux (K1) pour la prise en charge centralisée et les soins de base ainsi que les autres cliniques spécialisées K231, K232, K233, autrement dit, la chirurgie, la gynécologie et la pédiatrie selon la typologie de l'OFS (sans les centres de prise en charge des coûts M500, M900, M950 selon la statistique médicale).

### Liens

[Swiss DRG](#) (dernière consultation: 21.12. 2016)

[OFS: Variables de la statistique médicale – Spécifications valables à partir du 1.1.2016](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OFS: Typologie des hôpitaux](#) (dernière consultation: 21.12.2016)

[OECD: health at a glance 2015 en/average length of stay](#) (dernière consultation: 13.12.2016)

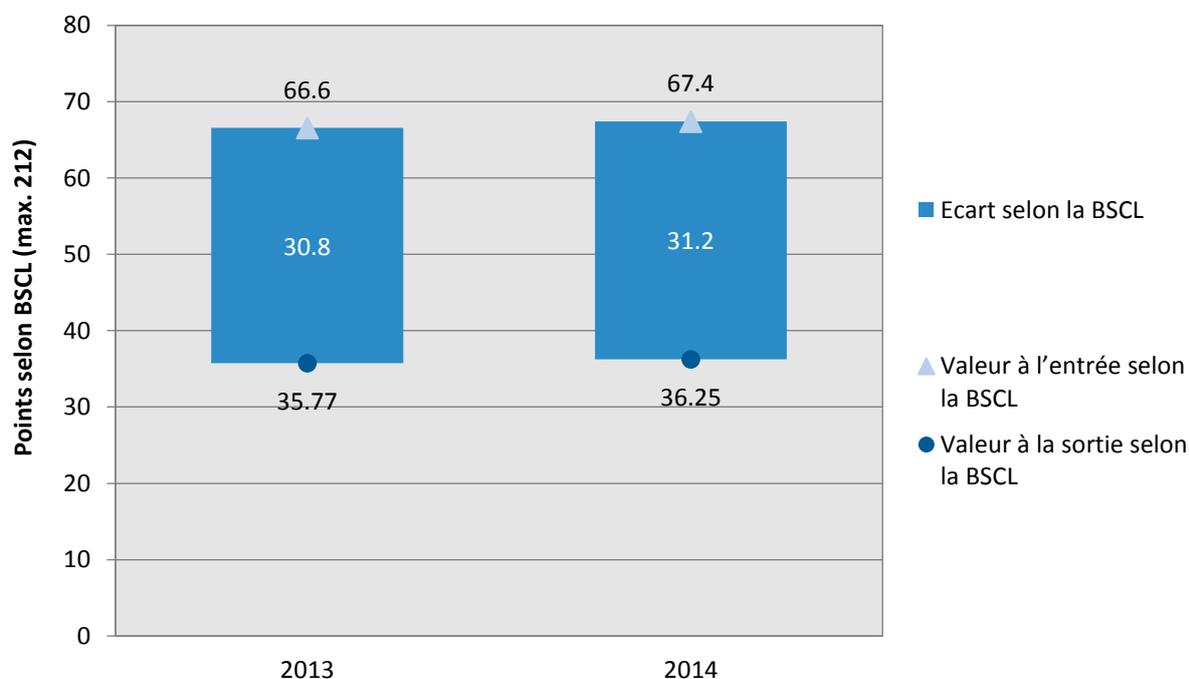
## 11 Réduction des symptômes durant un séjour en clinique psychiatrique

**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** Les structures, les processus et les offres des systèmes ambulatoire et hospitalier doivent être adaptés et modernisés de manière à répondre aux exigences démographiques et épidémiologiques, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques et psychiques, ainsi qu'à l'évolution médicale et technique.

**Signification de l'indicateur:** L'indicateur mesure la différence entre l'intensité des symptômes ressentis par les patients des cliniques psychiatriques au début et à la fin du séjour. Une réduction plus marquée de ces symptômes traduit une efficacité accrue du traitement stationnaire. Lors de l'interprétation des résultats, il convient de tenir compte du fait qu'il peut être souhaitable d'autoriser la sortie d'une personne présentant encore de légers symptômes pour ne pas prolonger inutilement un séjour stationnaire.

**Objectif quantifiable:** Accroissement de l'écart entre l'intensité des symptômes à l'entrée et à la sortie du patient.

**Fig. 11 Réduction des symptômes durant un séjour en clinique psychiatrique, mesure fondée sur les déclarations des patients (Brief Symptom Checklist BSCL), Suisse, 2013–2014**



Patients: 2013: n=18'347; 2014: n=19'610

Source: ANQ<sup>3</sup> – Rapport comparatif national Outcome psychiatrie stationnaire pour adultes, 2014 © Obsan 2016

Un traitement adéquat devrait permettre de réduire les symptômes dont souffre une personne entre son entrée en clinique psychiatrique et sa sortie. L'intensité moyenne des symptômes mesurée subjectivement est passée de 66,6 points à l'entrée à 35,8 points à la sortie, soit une diminution de 30,8 points ou 46% en 2013. En 2014, le recul s'est établi à 31,2 points (-46%), passant d'une valeur moyenne de 67,4 points à l'entrée à une valeur moyenne de 36,3 points à la sortie.

<sup>3</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

## Informations complémentaires

### Définitions

Plus de 95% des cliniques psychiatriques ont participé en 2013 et en 2014 aux mesures annuelles effectuées par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Les questions portaient entre autres sur l'intensité des symptômes ressentis par les patients à l'entrée et à la sortie.

L'instrument utilisé (Brief Symptom Checklist) - BSCL) est la version abrégée (53 items) de la SCL-90 (visant à mesurer, sur une période de 7 jours et à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points, la détresse psychologique causée par des symptômes physiques et psychiques). La version française est dérivée de la version américaine «Brief Symptom Inventory» (BSI) de L. R. Derogatis (1975). Le degré de gravité total de la BSCL résulte de l'addition des valeurs indiquées pour les 53 items et se situe dans une fourchette allant de 0 à 212.

Les séjours en clinique inférieurs à huit jours sont aussi l'objet des mesures de l'ANQ fondées sur la BSCL; ils ne livrent cependant pas de résultats pertinents et ont donc été exclus des calculs finaux.

### Références

ANQ (2014), Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques - Rapport comparatif national Outcome psychiatrie stationnaire pour adultes, p. 20 [http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ\\_EP\\_Nationaler\\_Vergleichsbericht\\_2014\\_DE\\_v1\\_1.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2014_DE_v1_1.pdf) (dernière consultation: 23.12.2016)

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psycho-logical Medicine*, 13(03), 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017 dans le rapport comparatif national de l'ANQ.

## 12 Exposition aux rayonnements ionisants d'origine médicale

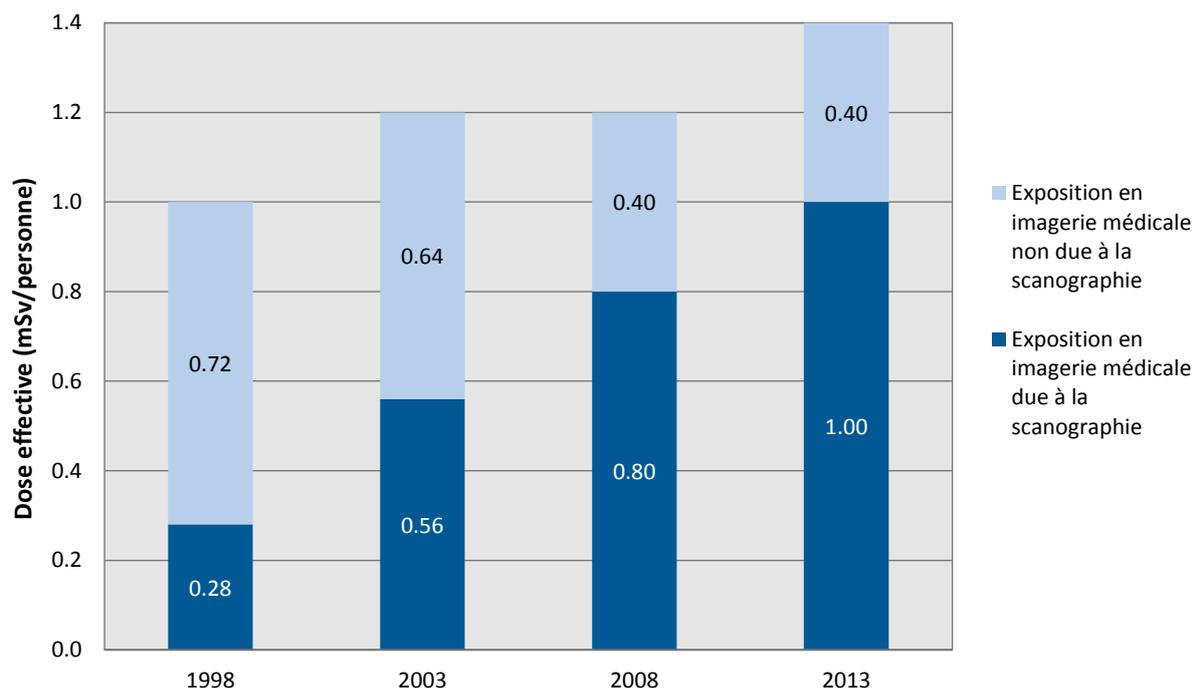
**Extrait de l'objectif 1.1 «Promouvoir une offre de soins moderne»:** La protection de la santé (sécurité alimentaire, radioprotection, protection contre les produits chimiques) est un volet traditionnel de la politique de la santé. Dans ce domaine, il s'agit de maintenir les acquis élevés et de maîtriser les nouveaux risques, mais aussi de déterminer et de supprimer les lacunes.

- Amélioration de la protection de la santé en évitant que les patients et le personnel soignant ne reçoivent des doses de rayons inutiles [...].

**Signification de l'indicateur:** Les rayonnements ionisants peuvent être néfastes pour la santé. Selon l'art. 8 de la loi du 22 mars 1991 sur la radioprotection, une activité par laquelle l'homme ou l'environnement sont exposés à des rayonnements ionisants ne doit être exercée que si elle se justifie. Pour réduire l'exposition aux radiations de chaque individu ainsi que de l'ensemble des personnes concernées, il y a lieu de prendre toutes les mesures commandées par l'expérience et par l'état de la science et de la technique. Cet indicateur estime l'exposition moyenne d'une personne aux rayonnements ionisants d'origine médicale en Suisse.

**Objectif quantifiable:** L'augmentation de l'exposition aux rayonnements ionisants d'origine médicale se réduit en Suisse.

**Fig. 12 Exposition aux rayonnements ionisants d'origine médicale par personne, Suisse, 1998–2013**



Source: Institut de Radiophysique – exposition de la population suisse aux rayonnements ionisants d'origine médicale, 1998–2013 / exploitation OFSP © OFSP 2016

En quinze ans (de 1998 à 2013), l'exposition moyenne de la population suisse aux rayonnements ionisants produits par l'imagerie médicale a passé de 1.0 à 1.4 mSv (milisievert) Cette forte progression s'explique par un recours accru à la tomographie par ordinateur. L'exposition moyenne par personne aux rayonnements ionisants a progressé de 0.28 à 1.0 mSv pour cette technique, tandis qu'elle a reculé de 0.72 à 0.40 mSv pour les autres méthodes. Cette dernière baisse n'a cependant pas suffi à

compenser la forte hausse enregistrée pour la tomographie par ordinateur. En 2013, cette dernière a été à l'origine de plus de 70% des rayonnements ionisants d'origine médicale.

La Suisse figure vers le milieu du classement en comparaison internationale. Selon le rapport de 2008 du Comité scientifique des Nations Unies pour l'étude des effets des rayonnements ionisants (UNSCEAR), l'exposition moyenne aux rayonnements ionisants d'origine médicale dans une sélection de pays disposant de systèmes de santé similaires s'établissait à l'époque à 1.9 mSv, dont 0.9 mSv étaient imputable à la tomographie par ordinateur.

## Informations complémentaires

### Définitions

Calcul de l'exposition individuelle aux rayonnements ionisants d'origine médicale: pour chaque modalité radiologique (type d'examen), on a calculé la dose effective cumulée en multipliant le nombre d'examens effectués (selon le relevé de l'Institut de radiophysique) par le vecteur de dose (dose effective moyenne correspondant à cette modalité). Les doses effectives cumulées des différentes modalités radiologiques sont ensuite additionnées et divisées par la population suisse (selon les chiffres de l'OFS).

### Liens

[Plateforme RADdose de relevé de l'exposition de la population aux rayons X en radiodiagnostic](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[UNSCEAR: Rapports de relevé des rayonnements globaux d'origine médicale](#) (dernière consultation: 7.02.2017)

### Références

United Nations Scientific Committee on the effects of atomic radiation (UNSCEAR). 2008 report to the general assembly with scientific annexes. Sources and effects of ionizing radiation. [http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753\\_Report\\_2008\\_Annex\\_A.pdf](http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753_Report_2008_Annex_A.pdf) (dernière consultation: 7.02.2017)

## 13 Résistances aux antibiotiques utilisés contre des germes fréquents dans les hôpitaux

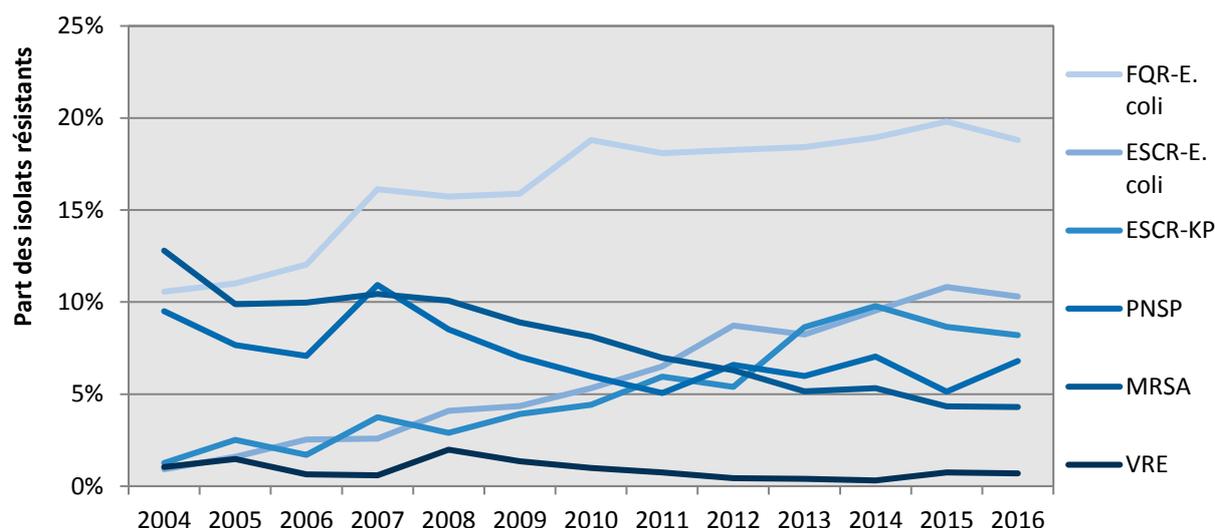
**Extrait de l'objectif 1.2 «Compléter la protection de la santé»:** La protection de la santé (sécurité alimentaire, radioprotection, protection contre les produits chimiques) est un volet traditionnel de la politique de la santé. Dans ce domaine, il s'agit de maintenir les acquis élevés et de maîtriser les nouveaux risques, mais aussi de déterminer et de supprimer les lacunes.

- Surveillance et lutte contre la résistance aux antibiotiques afin de protéger la santé des personnes et des animaux.

**Signification de l'indicateur:** Cet indicateur mesure la proportion annuelle de résistances problématiques dans les infections invasives à *E. Coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pneumoniae* et entérocoques. Ces microorganismes sont importants parce qu'ils sont fréquemment la cause d'infections qui peuvent être graves. Lorsqu'ils sont résistants à de multiples antibiotiques, ils posent des problèmes thérapeutiques sérieux. Leur fréquence peut être le reflet d'un usage inapproprié d'antibiotiques.

**Objectif quantifiable:** Les résistances cessent de croître.

**Fig. 13 Evolution de la part de bactéries multirésistantes dans des isolats invasifs (sang ou liquide cérébro-spinal), Suisse, 2004–2016**



*FQR-E. coli*: *E. coli* résistante à la fluoroquinolone

*MRSA*: *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline

*ESCR-E. coli*: *E. coli* résistante à la céphalosporine à large spectre

*PNSP*: *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline

*ESCR-KP*: *Klebsiella pneumoniae* résistante à la céphalosporine à large spectre

*VRE*: *Enterococcus* résistante à la vancomycine

Source: anresis.ch (Données : jusqu'à 15.11.2016)/ exploitation OFSP, voir les définitions ci-après © OFSP 2017

La résistance d'*E. coli* aux fluoroquinolones a progressé de 10,6% à 18,8% ces douze dernières années, se rapprochant en 2013 du niveau moyen (22,5%) relevé dans l'Union européenne et l'Espace économique européen (UE/AELE). La résistance d'*E. coli* contre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations de céphalosporine a passé de 0,9% en 2004 à 10,3% en 2016. Dans l'UE et l'AELE, la résistance moyenne était de 12,6% en 2013. 17 des 29 pays de l'UE/AELE ont vu cette résistance s'accroître ces trois dernières années. Pour *K. pneumoniae*, la résistance aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> générations de céphalosporines a passé de 1,3% en 2004 à 8,2% en 2016, une valeur qui reste nettement inférieure aux 30% atteints en 2013 en moyenne dans l'UE et l'AELE. La situation est cependant meilleure dans les pays scandinaves, qui affichent un taux de résistance inférieur à 4,3%. La résistance de *Staphylococcus aureus* à la méthicilline a reculé en Suisse de manière significative de 2004 à 2016, de 12,7% à 5%; on relève des

baisses dans d'autres pays européens pour la période 2010 à 2013. La résistance de *S. pneumoniae* à la pénicilline, au triméthoprim-sulfaméthoxazole et à l'érythromycine (PNSP) s'est également légèrement amoindrie ces dernières années. Le taux de PNSP s'élevait en 2016 à 6,8% des isolats invasifs. A titre de comparaison, les taux de PNSP se situaient la même année dans l'UE/AELE dans une fourchette de 1,1% à 40,0%. Par rapport aux Etats-Unis, la résistance des Entérocoques à la vancomycine est encore relativement rare en Suisse et présentait en 2013 un taux nettement inférieur aux 8,9% relevés en moyenne dans l'UE/AELE.

### Informations complémentaires

Le Centre suisse pour le contrôle de l'Antibiorésistance (anresis.ch) s'appuie dans son travail sur les données que lui envoient vingt laboratoires de microbiologie. La participation au monitoring est facultative. Les laboratoires participants envoient à anresis.ch les résultats des tests de résistances qu'ils effectuent de manière routinière. Seuls sont pris en considération les isolats provenant d'hémocultures ou de liquide cérébro-spinal, afin de permettre une meilleure comparabilité avec le système de surveillance européen EARS-Net (European Centre for Disease Prevention and Control), 2014). Le relevé porte sur l'ensemble des isolats invasifs (hémocultures et liquide cérébro-spinal) contenus dans la banque de données et dont la résistance aux substances mentionnées a été testée. Il n'y a pas de validation par anresis.ch des résultats obtenus par les laboratoires. Le volume des données livrées est relativement constant depuis 2009. Des biais minimes ne sont pas à exclure, notamment pour les données les plus récentes. En raison de la possibilité de ces biais, on interprétera avec prudence les chiffres absolus.

### Définitions

Par résistance, on entend une sensibilité limitée voire une résistance de la bactérie aux substances indiquées:

**FQR-E. coli:** Escherichia coli résistante aux fluoroquinolones: résistance à la norfloxacine et/ou à la ciprofloxacine; **ESCR-E. coli:** Escherichia coli résistante céphalosporines à large spectre: résistance à au moins une des céphalosporines de 3<sup>e</sup> ou de 4<sup>e</sup> génération testées; **ESCR-KP:** Klebsiella pneumoniae résistante aux céphalosporines à large spectre: résistance à au moins une des céphalosporines de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération testées; **MRSA:** Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline: résistance à au moins un des antibiotiques que sont la céfoxitine, la flucloxacilline, la méthicilline, l'oxacilline; **PNSP:** Streptococcus pneumoniae résistante à la pénicilline; **VRE:** Entérocoques résistants à la vancomycine (en raison de la résistance intrinsèque des *E. gallinarum*, *E. flavescens* et *E. casseliflavus* à la vancomycine, seuls les *E. faecalis* et *E. faecium* ont été pris en considération. Les entérocoques non spécifiés ont été exclus de l'analyse).

### Liens et références

[OFSP: Stratégie Antibiorésistance](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[Centre suisse pour le contrôle de l'Antibiorésistance](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

Federal Office of Public Health and Federal Food Safety and Veterinary Office. **Swiss Antibiotic Resistance Report 2016.** Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Bacteria from Humans and Animals in Switzerland. Disponible sur [www.star.admin.ch](http://www.star.admin.ch) (dernière consultation: 30.12.2016).

Federal Office of Public Health and Federal Food Safety and Veterinary Office. **Joint Report 2013.** Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Bacteria from Humans and Animals in Switzerland. Disponible sur [www.star.admin.ch](http://www.star.admin.ch) (dernière consultation: 30.12.2016).

European Centre for Disease Prevention and Control (2014). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC.

## 14 Infections après une opération du côlon

**Extrait de l'objectif 1.2 «Compléter la protection de la santé»:** La protection doit être renforcée [...] pour les patients [...].

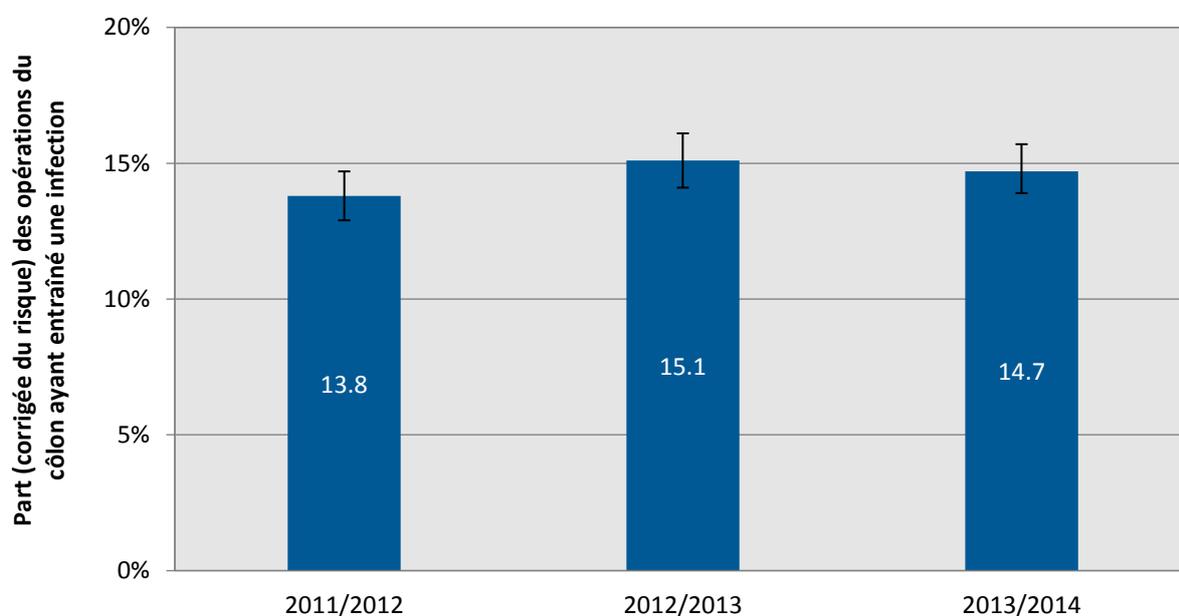
Les mesures supplémentaires suivantes doivent permettre d'atteindre l'objectif en question: [...]

- Réduction des infections évitables (dites nosocomiales) dans les établissements hospitaliers.

**Signification de l'indicateur:** L'infection des plaies après une opération fait partie des infections nosocomiales, à savoir des infections contractées dans le cadre d'un traitement médical. Des mesures appropriées permettent d'éviter en partie ce genre d'infections. L'indicateur mesure le taux annuel d'infections consécutives à une opération du côlon, compte tenu du degré de risque présenté par le patient ; il rend compte de la qualité d'un traitement. Il est établi par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), en coopération avec Swissnoso.

**Objectif quantifiable:** Le taux d'infections ne progresse pas.

**Fig. 14 Infection des plaies consécutive à une opération du côlon, en Suisse, 2011/12–2013/14**



2011/2012: n=5226, 2012/ 2013: n=5319, 2013/2014: n=6097

Les mesures sont effectuées sur une période allant du 1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre.

Corrigé du risque: cf. définition.

Source: ANQ Rapports comparatifs nationaux Infection des plaies / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Les mesures utilisées pour cet indicateur ont été collectées en 2011/12, 2012/13 et 2013/2014 auprès d'une centaine d'hôpitaux suisses. La part des infections consécutives à une opération du côlon s'élève à 13,8% pour la première période à 15,1% pour la deuxième et à 14,7% pour la troisième période. La différence n'est pas statistiquement significative, comme l'indiquent les intervalles de confiance de 95%.

Selon le rapport de l'ANQ, on a observé dans la dernière période une hausse du nombre d'infections superficielles et simultanément une baisse du nombre d'infections profondes.

## Informations complémentaires

L'indicateur ne livre pas encore d'informations pour l'ensemble des hôpitaux de Suisse. Il entre toutefois dans la stratégie nationale NOSO contre les infections dans les hôpitaux et les EMS, dont l'élaboration au niveau national a bénéficié du concours de plusieurs acteurs importants et sur laquelle le Conseil fédéral doit encore se prononcer.

Les taux en Suisse sont plus élevés que dans d'autres pays. Selon l'ANQ, les comparaisons doivent être interprétées avec prudence en raison de différences dues au hasard, de différences dans la méthode de saisie, du soin prêté au suivi après la sortie de l'hôpital et de la validité des données relevées. Ainsi, les taux observés aux Etats-Unis (2,8%) et en Allemagne (7,7%) n'incluent aucun suivi complet après la sortie de l'hôpital. Autres résultats: France (2013; 7,7%), EU (2011; 9,5%), Grande-Bretagne (2011; 10,4%), Pays-Bas (2011; 15,8%).

## Définitions

Le relevé porte sur les infections de plaies contractées, à l'hôpital ou non, dans les 30 jours suivant l'intervention. La méthode de mesure utilisée en Suisse se fonde sur les prescriptions du Center for Disease Control and Prevention (CDC, Etats-Unis). A la différence de la plupart des autres pays, la Suisse recense en outre les infections apparues après la fin de l'hospitalisation. Les taux d'infection des différents hôpitaux et cliniques sont corrigés au moyen de l'indice de risque NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance). Cet indice permet de calculer les taux d'infections des plaies en tenant compte des facteurs de risque spécifiques des patients et des types d'interventions, ce qui facilite la comparaison directe entre les établissements. L'indice de risque NNIS répartit les patients en quatre catégories (0, 1, 2, 3), en fonction du risque qu'ils contractent une infection des plaies postopératoires. Pour calculer l'indice, on attribue à chacun des paramètres suivants un 0 ou un 1:

ASA-Score (American Society of Anesthesiologists Score: <3 = 0; sinon 1): le score de l'ASA est utilisé pour évaluer l'état du patient avant l'opération, du point de vue des possibles complications anesthésiologiques. Il va de 1 (patient en bonne santé) à 5 (patient moribond, qui décéderait s'il n'était pas opéré).

Contamination selon la classification d'Altemeier (I et II = 0, sinon 1): décrit l'ampleur de la contamination microbiologique du site opératoire au moment de l'incision. Va de I (propre; par ex. implantation d'une prothèse totale de hanche) à IV (sale ou infecté; par ex. péritonite lors d'un appendice perforé). Durée de l'opération (<percentile 75 = 0, sinon 1) T-temps.

## Liens et références

Office fédéral de la santé publique 2016 : Stratégie nationale de surveillance, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (stratégie NOSO). [www.bag.admin.ch/noso](http://www.bag.admin.ch/noso) (dernière consultation: 08.02.2017)

Swissnoso: Surgical Site Infection (SSI) Surveillance. <https://www.swissnoso.ch/fr/modules/ssi-surveillance/au-sujet-de-la-surveillance-des-ssi/le-module/> (dernière consultation: 08.02.2017)

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Rapport récapitulatif national Programme de surveillance des infections du site chirurgical (ISC) Swissnoso. Rapports comparatifs 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014:  
[http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ang/11/20160408\\_SSI\\_Nationaler\\_Vergleichsbericht\\_2013\\_2014\\_V1.1\\_Swissnoso\\_fr\\_final.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ang/11/20160408_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2013_2014_V1.1_Swissnoso_fr_final.pdf) (dernière consultation, 25.01.2017)  
[http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20151030\\_SSI\\_Nationaler\\_Vergleichsbericht\\_2012\\_2013\\_Swissnoso\\_de\\_V\\_1.1.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20151030_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2012_2013_Swissnoso_de_V_1.1.pdf) (dernière consultation: 25.01.2017)  
[http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20140520\\_SSI\\_Nationaler\\_Vergleichsbericht\\_2011\\_2012\\_Swissnoso\\_fr\\_final.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20140520_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2011_2012_Swissnoso_fr_final.pdf) (dernière consultation: 25.01.2017)

## 15 Couverture vaccinale contre la rougeole

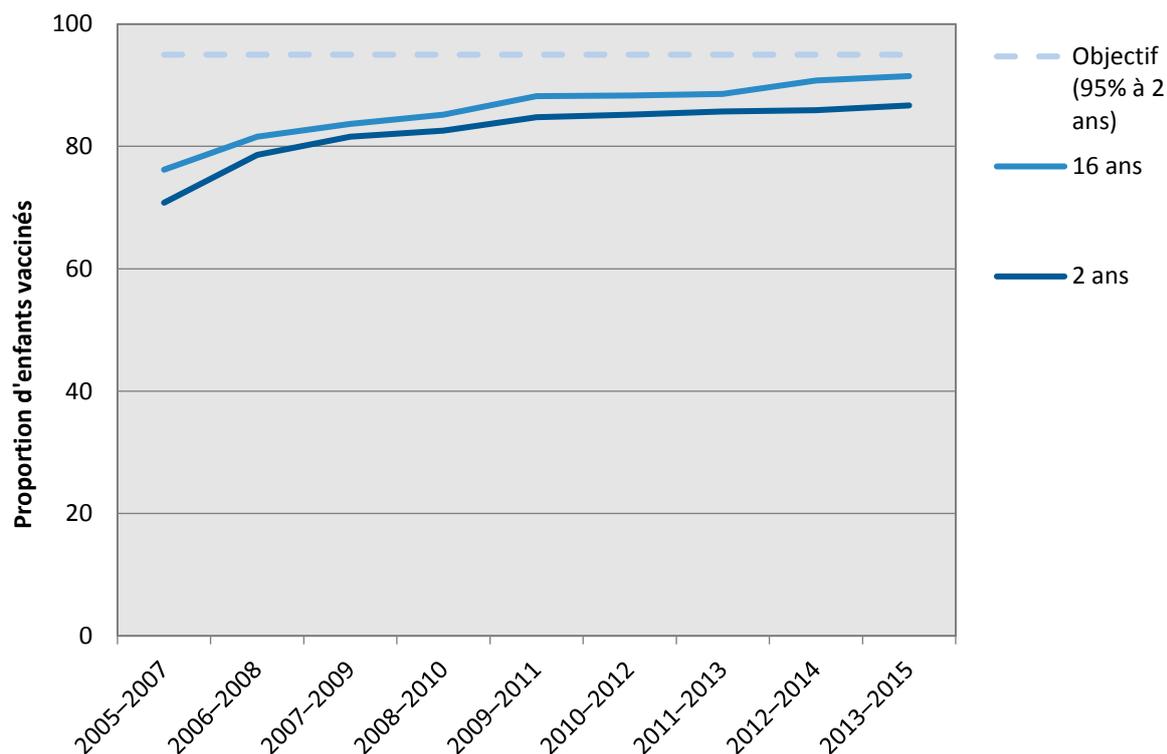
**Extrait de l'objectif 1.2 «Compléter la protection de la santé»:** Améliorer la lutte contre les maladies transmissibles fait également partie de la protection de la santé de l'avenir.

**Extrait de l'objectif 1.3:** Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation exagérée d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

**Signification de l'indicateur:** La rougeole est une maladie infectieuse redoutée notamment pour les complications qu'elle peut entraîner. Une couverture vaccinale de 95%, obtenue par la dispensation de deux doses de vaccins à chaque individu en bas âge, permet d'atteindre une immunité collective qui va endiguer la diffusion du virus et entraîner son élimination complète (Stratégie nationale d'élimination de la rougeole). Cet indicateur rend compte de la couverture vaccinale avec au moins deux doses chez les enfants de deux ans. La couverture vaccinale des jeunes de 16 ans est indiquée à titre de comparaison.

**Objectif quantifiable:** Au moins 95% des enfants âgés de deux ans ont reçu au moins deux doses de vaccins contre la rougeole.

**Fig. 15 Evolution de la couverture vaccinale avec deux doses de vaccin contre la rougeole, par période de relevé et par âge, Suisse, de 2005–2007 à 2013–2015**



2005–2007: n=9301, 2006–2008: n=9191, 2007–2009: n=7495, 2008-2010: n=8311, 2009–2011: n=7973, 2010–2012: n=7470, 2011–2013: n=8260, 2012–2014: n=7786, 2013–2015: n= 6944.

Source: OFSP et Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich – Swiss National Vaccination Coverage Survey 1999–2015 / exploitation OFSP © OFSP 2017

La couverture vaccinale à 2 ans, avec deux doses de vaccin contre la rougeole, est passée de 71% en 2005–2007 à 87% en 2013–2015. Depuis la première enquête nationale de couverture vaccinale, qui s'est déroulée de 1999 à 2003 selon le canton, la couverture contre la rougeole à 2 ans et à 16 ans a continuellement progressé, aussi bien pour la première dose (pas représentée) que pour la seconde, de manière plus marquée encore. *L'objectif d'une couverture vaccinale de 95% avec deux doses à 2 ans n'est toutefois pas atteint.* Le rythme de progression a ralenti depuis que les couvertures ont atteint des niveaux relativement élevés. Pour chacune des doses, la couverture à 16 ans est toujours légèrement supérieure à celle relevée à 2 ans, à cause des rappels de vaccination durant l'enfance et l'adolescence. La couverture vaccinale à 16 ans a atteint 96% pour la première dose et 92% pour la seconde. La couverture vaccinale actuelle contre la rougeole chez les jeunes enfants en Suisse (94% pour la première et 87% pour la seconde dose) est dans la moyenne européenne (respectivement 94% et 89%), mais elle est plus élevée que la couverture mondiale (respectivement 85% et 61%).

## Informations complémentaires

### Définitions

Sur mandat de l'OFSP et avec la collaboration des cantons, l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention de l'Université de Zurich effectue chaque année une enquête de couverture vaccinale dans environ un tiers des cantons. Toutes les vaccinations recommandées par l'OFSP sont relevées, dont celles contre la rougeole. Pour chaque vaccination, âge et nombre de doses, il est possible de calculer des moyennes nationales pondérées, au terme d'un cycle triennal. Pour le présent indicateur sur la rougeole, nous avons calculé chaque année une nouvelle moyenne nationale basée sur les données d'un cycle triennal glissant. Ainsi, seules les données d'environ un tiers des cantons sont renouvelées entre deux périodes successives.

Les groupes cibles de ces enquêtes facultatives sont les enfants de 2, 8 et 16 ans. Dans les cantons qui possèdent un registre central des habitants, les enfants sont choisis par hasard. Dans les cantons qui ne disposent pas d'un tel registre ou lorsque les données ne sont pas accessibles, on procède en deux temps, en sélectionnant aléatoirement d'abord les communes de relevé, puis les enfants. Dans les petits cantons, on dresse la liste de tous les enfants des âges concernés, puis on constitue des échantillons par tirage au sort. Les familles des enfants sélectionnés sont invitées à envoyer l'original ou une photocopie du carnet de vaccination. Au besoin une lettre de rappel puis un appel téléphonique suivent en cas de non réponse.

### Liens

[OFSP: Couverture vaccinale](#) (dernière consultation: 19.01.2017)

[OMS: Global health Observatory \(GHO\) data: Measles](#) (dernière consultation: 01.11.2016)

### Références

WHO. Progrès accomplis dans le monde en vue de l'élimination régionale de la rougeole, 2000–2015. *Wkly Epidemiol Rec.* 2016 Nov 11;91(45):525-36.  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251002/1/WER9145.pdf?ua=1> (dernière consultation: 14.11.2016)

## 16 Nouveaux diagnostics de VIH

**Extrait de l'objectif 1.2 «Compléter la protection de la santé»:** Améliorer la lutte contre les maladies transmissibles fait également partie de la protection de la santé de l'avenir.

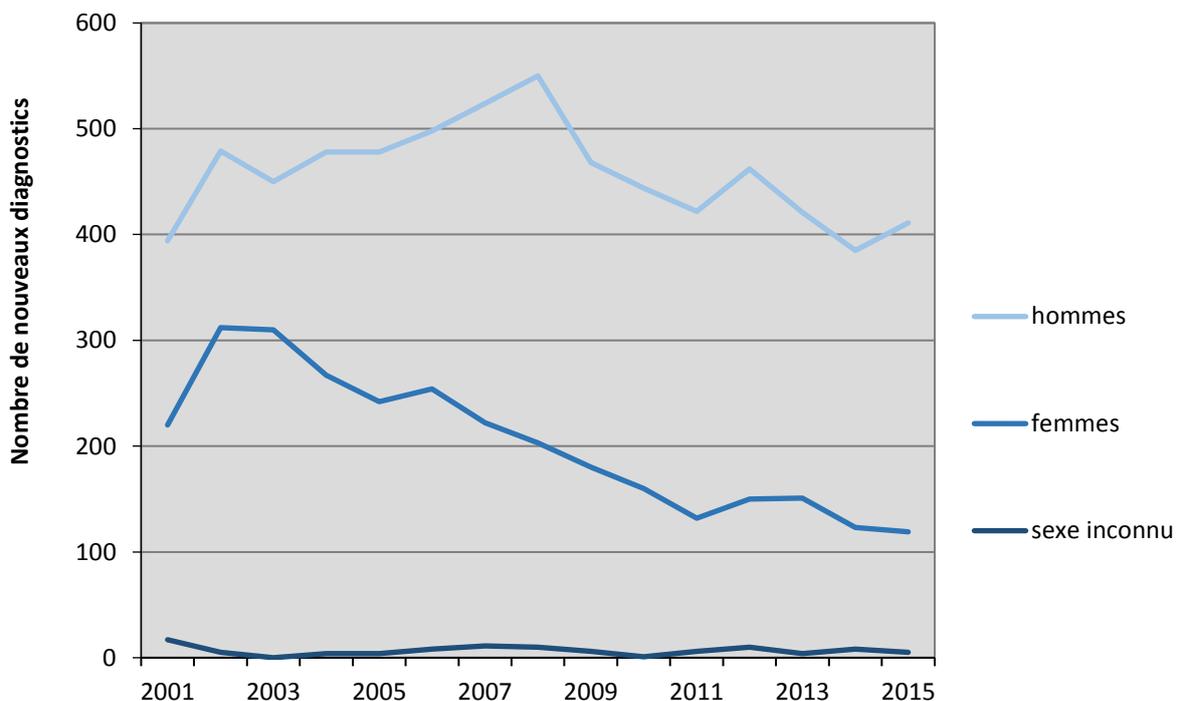
**Extrait de l'objectif 1.3:** Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la *consommation* excessive d'alcool, de tabac ou de *drogue*, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

**Signification de l'indicateur:** Le programme national «VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011–2017» a pour principal but d'abaisser considérablement le nombre de nouveaux diagnostics de VIH et d'autres MST (maladies sexuellement transmissibles) et de prévenir les atteintes ultérieures pour la santé.

Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH sert à évaluer l'efficacité des mesures prises dans un certain domaine du programme.

**Objectif quantifiable:** Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH recule.

**Fig. 16 Nouveaux diagnostics de VIH, 2001–2015**



Source: Annonces des laboratoires déclarant les cas de VIH, état le 31.12.2016/exploitation OFSP

© OFSP 2016

Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH a reculé globalement de 2002 à 2015, de manière quasi constante sur toute la période chez les femmes. Chez les hommes, on enregistre initialement un pic, suivi d'une baisse. Tout au long de la période considérée, soit de 2001 à 2015, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH annoncés a été plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ces dernières représentent environ un tiers des nouveaux cas annoncés.

Les informations complémentaires obtenues des médecins pour une partie des annonces faites par les laboratoires indiquent que les augmentations relevées de 2002 à 2008 ainsi que la brève progression

enregistrée en 2012 sont pour l'essentiel le fait d'hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. On ne dispose pas pour l'instant d'assez d'informations émanant des médecins pour interpréter la progression constatée chez les hommes en 2015.

Les nouveaux diagnostics de VIH ne reflètent qu'approximativement le taux d'infections par le VIH, puisque le moment de l'infection n'est pas connu dans la plupart des cas (il peut se situer plusieurs années avant l'établissement du diagnostic).

### **Informations complémentaires**

Les laboratoires et les médecins ont l'obligation d'annoncer les diagnostics de VIH (ordonnance sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme, RS 818.101.126). Les observations sont envoyées à l'OFSP, qui les saisit et qui épure et analyse les données.

### **Définitions**

Un diagnostic de VIH est considéré comme avéré s'il a été confirmé en application du concept suisse de test VIH.

### **Liens**

[OFSP: Directives et recommandations](#) (dernière consultation: 31.01.2017)

## 17 Part des femmes de 50 ans et plus ayant effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage

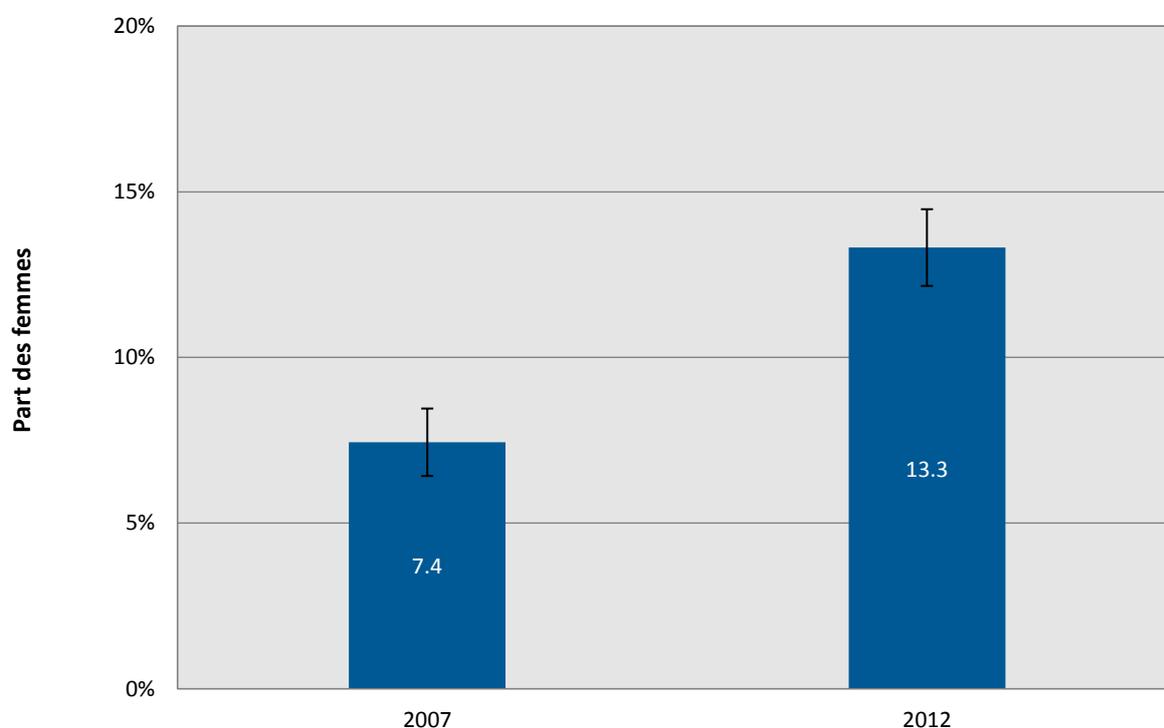
**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies. Le but est d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

- Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

**Signification de l'indicateur:** Il est recommandé aux femmes de 50 ans et plus d'effectuer une mammographie tous les deux ans, si possible dans le cadre du programme de dépistage mis en place par l'OFSP et la ligue suisse contre le cancer. Ce programme est soutenu par la stratégie 2014–2017 de lutte contre le cancer élaborée par le Dialogue Politique nationale suisse de la santé. L'indicateur montre la part des femmes de 50 à 74 ans qui se sont soumises à une mammographie dans le cadre du programme.

**Objectif quantifiable:** La participation augmente.

**Fig. 17** Part des femmes de 50 à 74 qui ont effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage, Suisse, 2007–2012



2007: n=3845, 2012: n=4139

Source: OFS – ESS 2007–2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

De 2007 à 2012, la part des femmes de 50 à 74 ans qui ont effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage a presque doublé en Suisse pour s'établir à 13,3% en 2012. En termes absolus, le nombre de femmes concernées est passé d'environ 73'000 en 2007 à près de 150'000 en 2012. Relevons cependant qu'il existe certaines controverses sur l'utilité du dépistage par mammographie.

## **Informations complémentaires**

### **Définitions**

Cet indicateur montre la part des femmes de 50 à 74 ans qui ont effectué une mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage dans les 2 ans précédant l'interview. Il se base sur les questions 48.10, 48.11, 48.12 et 48.13 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête).

### **Liens**

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

## 18 Part des personnes de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du gros intestin

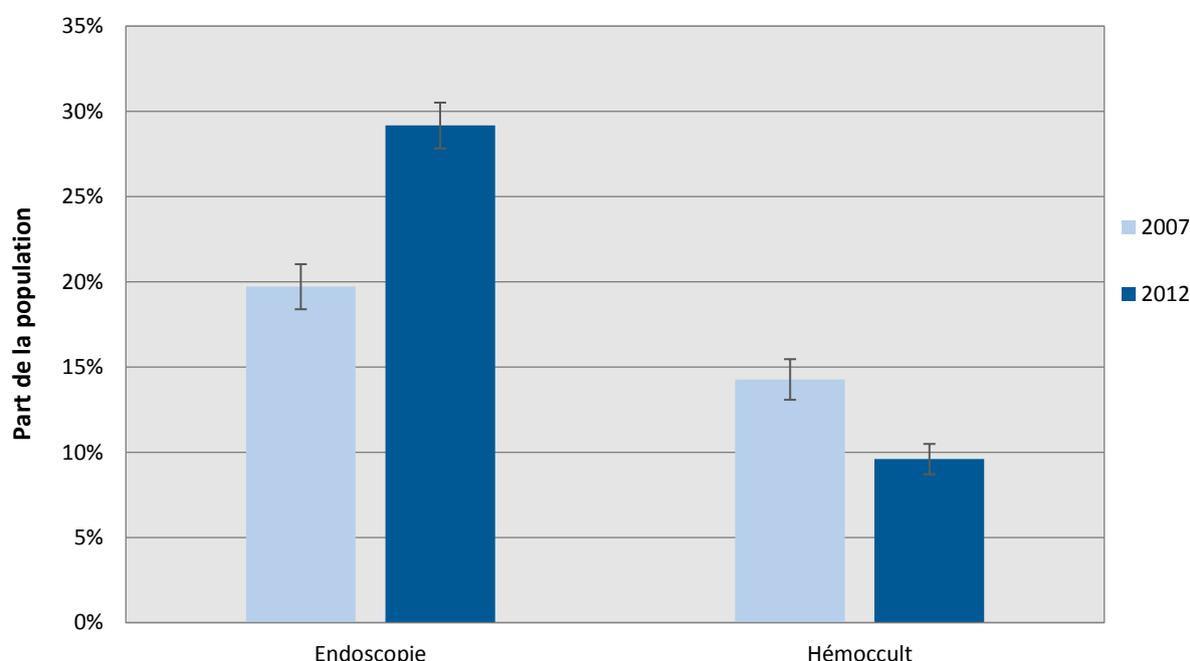
**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies. Le but est d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

- Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

**Signification de l'indicateur:** Depuis le milieu de l'année 2013, l'assurance obligatoire des soins rembourse les examens de dépistage du cancer du gros intestin, même en l'absence d'un cas avéré de cette maladie dans l'entourage familial du patient. Mené chez les femmes et les hommes de 50 à 69 ans, cet examen comprend un test hémocult (détection de traces de sang dans les selles, tous les 2 ans) ou une endoscopie (tous les 10 ans). L'indicateur combine les résultats des deux formes de dépistage.

**Objectif quantifiable:** La participation augmente.

**Fig. 18** Part des personnes de 50 à 69 ans qui ont subi un dépistage du cancer du gros intestin par un test hémocult (au cours des deux dernières années) ou par une endoscopie (au cours des 10 dernières années), Suisse, 2007–2012



2007: n=2442, 2012: n=3155

Source: OFS – ESS 2007–2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

De 2007 à 2012, la part des personnes qui ont effectué un dépistage du cancer du gros intestin par un test hémocult au cours des deux années précédentes a reculé de manière significative. En revanche,

la fréquence des tests par endoscopie (au cours des dix années précédentes) a sensiblement augmenté, pour atteindre 29,2% des 50 à 69 ans (environ 554'000 personnes) en 2012. Dans ce groupe d'âges, la part des personnes qui se sont soumises à un test hemocult s'élevait à 9,6% (180'000 personnes).

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes de 50 à 69 ans qui ont effectué un dépistage du cancer du gros intestin soit par hemocult (au cours des deux précédentes années), soit par endoscopie (au cours des dix précédentes années). Il se base sur les questions 49.00, 49.01, 49.02, 49.03, 49.10, 49.11 et 49.12 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

## 19 Part des fumeurs quotidiens

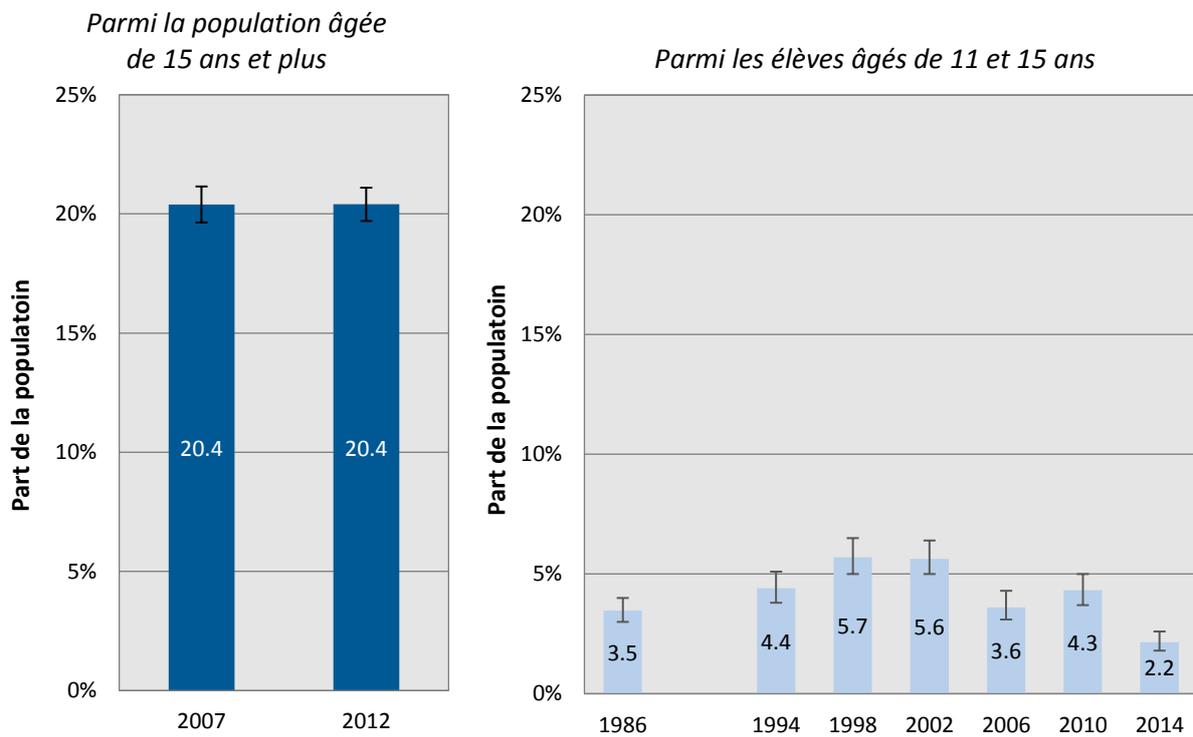
**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies. Le but est d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

- Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.
- Amélioration du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance, y compris contre ses nouvelles formes comme la dépendance à Internet, afin de pouvoir en limiter les conséquences négatives pour les personnes concernées, leurs familles, la collectivité et les entreprises.

**Signification de l'indicateur:** La part des fumeurs quotidiens dans la population constitue un possible indicateur de l'exposition de cette dernière aux dangers du tabac. D'autres éléments qui rendent compte de cette exposition sont la durée et l'intensité de la consommation de tabac. Les mesures de prévention destinées aux jeunes sont essentielles.

**Objectif quantifiable:** La part des fumeurs quotidiens recule.

**Fig. 19** Part des fumeurs quotidiens, Suisse, 2007–2012/1986–2014



2007: n=18'757, 2012: n=21'594

Source: OFS – ESS 2007–2012 /

Exploitation Obsan

© Obsan 2016

1986: n=5286, 1994: n=14'810, 1998: n=8650, 2002: n=9353,

2006: n=9736, 2010: n=10'064, 2014: n=9771

Source: Addiction Suisse - HBSC 1986-2014 /

Exploitation de l'Obsan

© Obsan 2016

Les graphiques montrent que la part des fumeurs quotidiens dans la population suisse de 15 ans et plus est restée stable de 2007 à 2012. On estime le nombre de fumeurs quotidiens dans la population de 15 ans et plus en 2012 à environ 1'400'000 personnes, soit 20,4% de la population (hommes et femmes).

Chez les 11 à 15 ans en revanche, la part des fumeurs quotidiens, qui avait atteint un niveau record à la fin des années 1990, a notablement reculé par la suite, pour tomber à 2,2% en 2014.

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur montre d'une part la proportion de fumeurs quotidiens parmi la population suisse de 15 ans et plus. Il se base sur les questions 39.00 et 39.01 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête).

Il présente d'autre part les résultats concernant les élèves de 11 à 15 ans, qui reposent sur l'étude «Health behaviour in school-aged children» (HBSC). La question posée était la suivante:

Fumes-tu actuellement? (chaque jour / au moins une fois par semaine mais pas chaque jour / moins d'une fois par semaine / je ne fume pas).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[Description du projet HBSC](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

## 20 Part des personnes physiquement inactives

**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies. Le but est d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

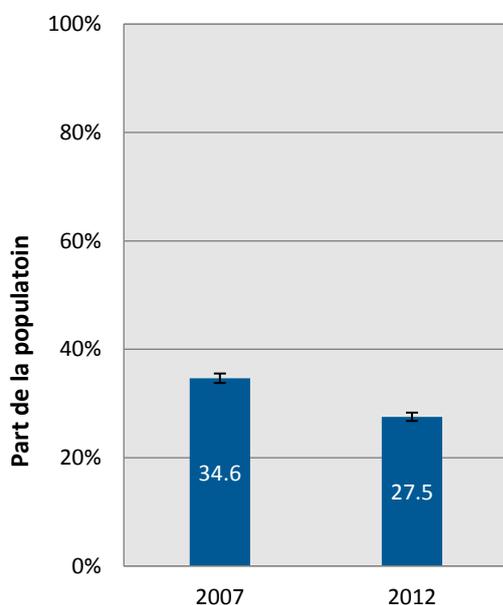
- Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

**Signification de l'indicateur:** Une activité physique régulière et la pratique d'un sport sont essentielles pour être en forme et en bonne santé, quel que soit son âge. Selon les recommandations nationales, sont considérés comme physiquement inactifs les adultes qui pratiquent une activité physique modérée pendant moins de 150 minutes par semaine ou une activité physique intense pendant moins de 75 minutes par semaine. Les enfants et adolescents sont considérés comme physiquement inactifs en dessous d'une heure d'activité physique par jour en moyenne.

**Objectif quantifiable:** La part des personnes physiquement inactives recule.

**Fig. 20 Part des personnes physiquement inactives, Suisse, 2007–2012/ 2002–2014**

*Parmi la population âgée de 15 ans et plus (par semaine, moins de 150 minutes d'activité physique modérée ou moins de deux fois une activité physique intense)*



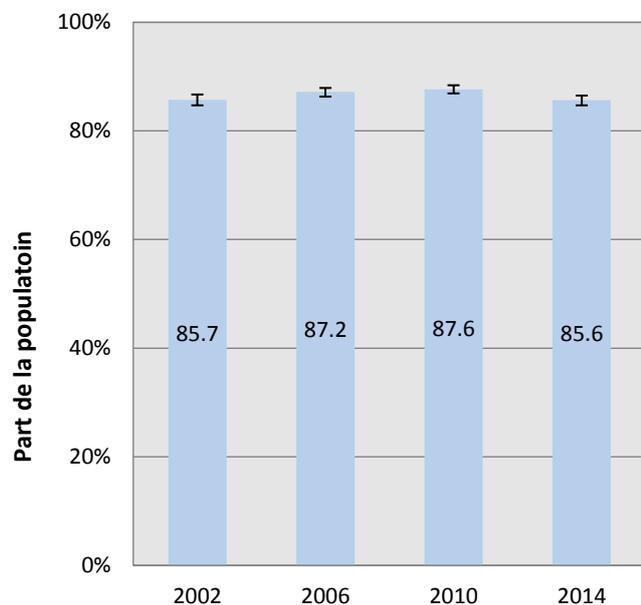
2007: n=17'907, 2012: n=20'625

Source: OFS – ESS 2007–2012 /

Exploitation Obsan

© Obsan 2016

*Parmi les élèves âgés de 11 à 15 ans (moins de 60 minutes d'activité physique dans la journée au cours des 7 derniers jours)*



2002: n=9281, 2006: n=9575, 2010: n=10'029, 2014: n=9726

Source: Addiction Suisse - HBSC 2002-2014 /

Exploitation Obsan

© Obsan 2016

De 2007 à 2012, la part des personnes de 15 ans et plus qui ne suivent pas les recommandations en matière d'activité physique a diminué de manière significative, passant de 34,6 % (2'010'000 personnes) à 27,5% (1'780'000 personnes).

Chez les élèves âgés de 11 à 15 ans, la part de ceux qui n'avaient pas pratiqué au moins 60 minutes d'activité physique dans la journée au cours des 7 derniers jours est restée stable (elle se situait à 86,6% en 2014).

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes qui pratiquent par semaine moins de 150 minutes d'activité physique modérée ou moins de deux fois une activité physique intense de plus de 70 minutes. Il se fonde sur les réponses aux questions 36.00, 36.01, 36.10, 36.11 relatives à la durée, la fréquence et l'intensité de la pratique physique posées par téléphone dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête).

Les résultats concernant les élèves de 11 à 15 ans reposent sur l'étude «Health behaviour in school-aged children» (HBSC). L'indicateur montre la part de ceux qui avaient pratiqué moins de 60 minutes d'activité physique par jour pendant les 7 jours ayant précédé l'enquête. La question posée était la suivante:

Au cours des 7 derniers jours, combien de jours as-tu fait de l'activité physique pendant au moins 60 minutes? (0 jour/ 1 jour / 2 jours /3 jours / 4 jours / 5 jours/ 6 jours / 7 jours).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[Description du projet HBSC](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

## 21 Part des personnes souffrant d'obésité

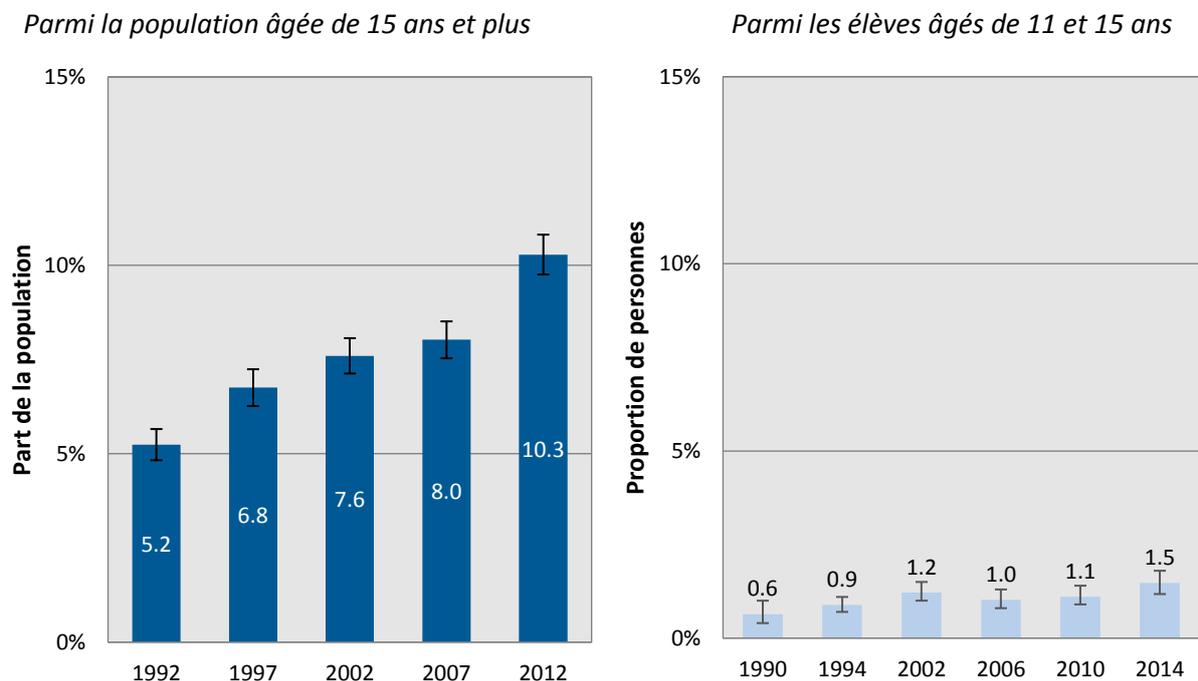
**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies. Le but est d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

- Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

**Signification de l'indicateur:** Selon la définition de l'OMS, sont considérées comme obèses les personnes dont l'indice de masse corporelle (IMC) atteint ou dépasse 30. Ces personnes courent bien plus de risques de contracter certaines maladies que celles affichant un poids normal ou un surpoids, principalement des maladies non transmissibles. L'IMC se définit par le poids (kg) divisé par la taille au carré (m<sup>2</sup>). Il est un indicateur grossier du profil corporel d'une population. Pour les 15 à 18 ans, les limites sont fixées en fonction du sexe et de l'âge. Les limites applicables aux mineurs (moins de 18 ans) sont tirées de Cole et al. (2000).

**Objectif quantifiable:** La part de personnes obèses recule.

**Fig. 21 Part des personnes obèses, Suisse, 1992–2012/1990–2014**



1992: n=15288, 1997: n=13004, 2002: n=19706,  
2007: n=18760, 2012: n=21382  
Source: OFS – ESS 1992–2012 /  
exploitation Obsan

© Obsan 2016

1990: n=4260, 1994: n=11'636, 2002: n=8664,  
2006: n=8996, 2010: n=9335, 2014: n=8730  
Source: Addiction Suisse – HBSC 1986–2014 /  
exploitation Obsan

© Obsan 2016

La part des personnes âgées de 15 ans et plus qui souffrent d'obésité a constamment augmenté depuis les premiers relevés. Elle est passée de 5,2% en 1992 (298'000 personnes) à 10,3% en 2012 (695'000 personnes), ce qui représente presque un doublement en 20 ans.

La tendance est à la hausse depuis 1990 chez les élèves de 11 à 15 ans. En 1990, lors de la première enquête, seuls 0,6% des élèves interrogés souffraient d'obésité. Cette part a été estimée à 1,5% en 2014.

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes de 15 ans et plus qui souffrent d'obésité en Suisse. Il se base sur les questions 23.00 et 23.10 liées à la taille et au poids tirées du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête). Chez les 18 ans et plus, sont considérées comme obèses les personnes dont l'IMC dépasse la valeur fixée pour les adultes ( $IMC \geq 30$ ). Pour les jeunes de 15 à 17 ans interrogés, les limites fixées entre le surpoids et l'obésité ont été reprises de Cole et al. (2000).

Les résultats concernant les élèves de 11 à 15 ans s'appuient sur les données de la «Health behaviour in school-aged children» (HBSC) et se fondent sur deux questions relatives à la taille et au poids des enfants. Le lien entre ces mesures et la définition de l'obésité s'appuie sur les normes de la «International Obesity Task Force» (IOTF) (Cole et al. 2000).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[Description du projet HBSC](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

### Références

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) : Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey, BMJ 320 : p. 1-6

## 22 Taux de suicide

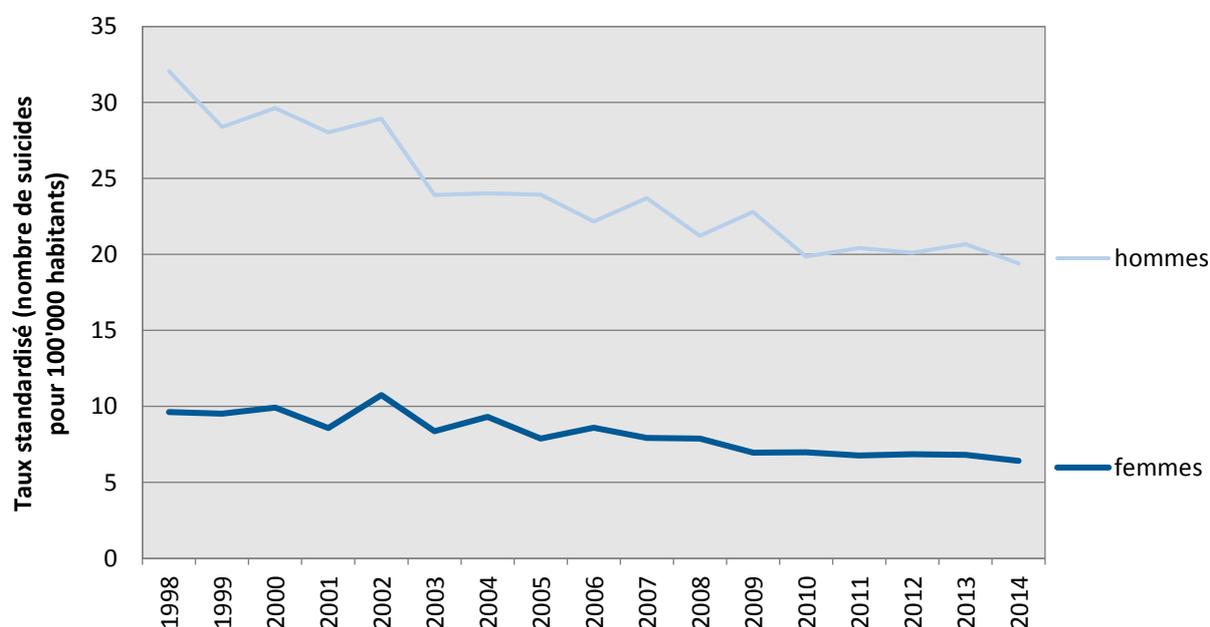
### Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:

Promotion de la santé psychique et amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies psychiques, afin d'en réduire l'incidence.

**Signification de l'indicateur:** la prévention du suicide est un pilier central de la politique en matière de santé psychique. Le «plan d'action pour la prévention du suicide» a été lancé en 2014 sur mandat du Dialogue Politique nationale suisse de la santé. Le taux de suicide a fortement baissé ces 20 dernières années (et au-delà), mais il stagne depuis 2010. Les raisons de cette évolution sont à la fois obscures et complexes; elle ne saurait s'expliquer que par les interventions menées dans le domaine de la santé psychique au titre de la «promotion de la santé et de la prévention des maladies».

**Objectif quantifiable:** Les taux de suicide reculent.

Fig. 22 Taux de suicide standardisé (sans le suicide assisté), Suisse, 1998–2014



Basé sur la population européenne standardisée de 2010

Source: OFS – Statistique des causes de décès / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Par rapport à 1998, le taux de suicide standardisé (sans l'assistance au suicide) a baissé chez les hommes de plus de 10 cas pour 100'000 habitants (32,1 en 1998; 19,4 en 2014). Il a également quelque peu reculé chez les femmes, de 9,6 suicides pour 100'000 habitantes en 1998 à 6,4 en 2014.

En 2014, le taux de suicide était trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cet écart s'observe tout au long de la période considérée.

En comparaison avec les autres pays européens, les taux de suicide en Suisse se situent en milieu de classement (OCDE).

## Informations complémentaires

### Définitions

Le taux de suicide standardisé est calculé sur la base de la statistique des causes de décès de l'OFS. Il inclut les cas correspondant aux codes CIM-10 X60 à X84.

Le taux de suicide standardisé est calculé comme suit:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

$N_i$ : nombre de personnes du groupe d'âges  $i$  dans la population standard.

$sr_i$ : taux de suicide standardisé par âge pour 100'000 habitants

Les résultats reposent sur la population standard européenne en 2010 (Eurostat 2013).

### Références

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, Eurostat 2013, p.121.

OECD: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm> (Données 2012, dernière consultation: 14.12.2016)

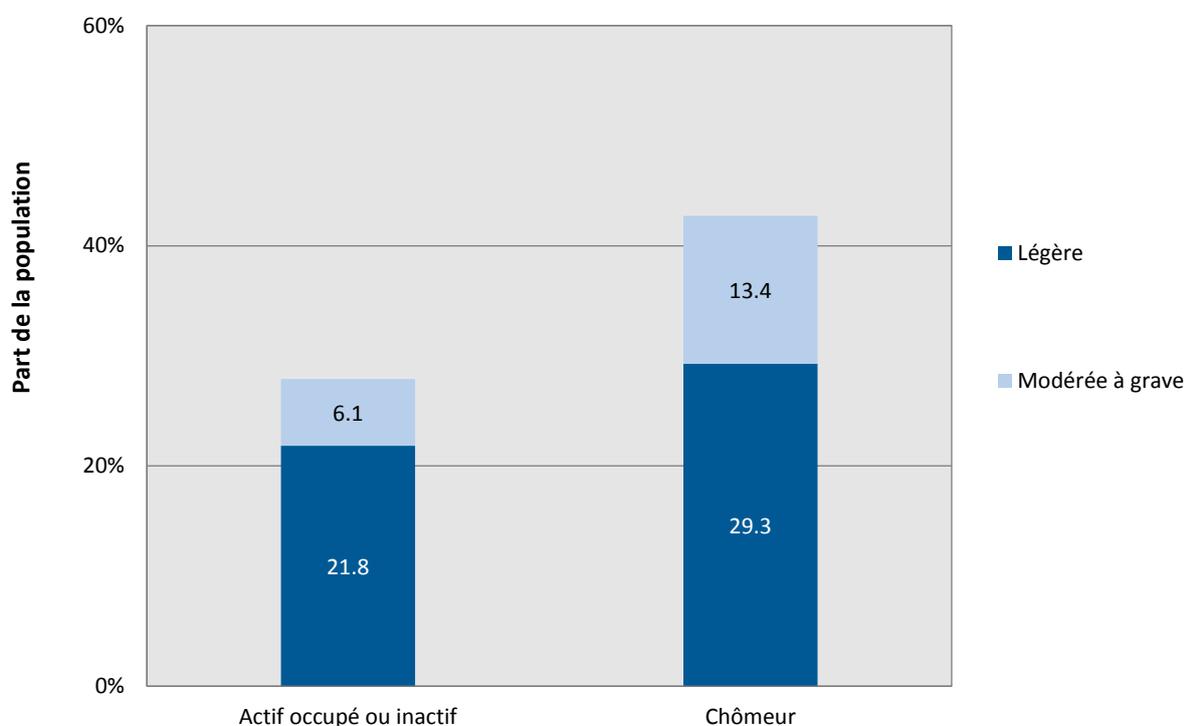
## 23 Part des personnes au chômage souffrant de dépression

**Extrait de l'objectif 1.3 « Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies »:** Promotion de la santé psychique et amélioration de la prévention et du dépistage précoce de maladies psychiques, afin d'en réduire l'incidence ; il s'agit en particulier d'éviter l'exclusion du monde du travail des personnes atteintes d'une maladie psychique.

**Signification de l'indicateur:** Le chômage et les problèmes psychiques, dont les dépressions, sont fortement corrélés. Les problèmes psychiques provoqués par le chômage sont bien connus. L'indicateur compare la proportion de personnes dépressives parmi les chômeurs par rapport aux personnes actives occupées et non-actives. Aucune relation de causalité ne peut être mise en lumière à l'aide de cet indicateur.

**Objectif quantifiable:** La proportion de chômeurs souffrant de dépression n'augmente pas.

**Fig. 23** Part des personnes souffrant de dépression légère et modérée à grave selon le statut sur le marché du travail, Suisse, 2012



n=16'979

Source: OFS – ESS 1992–2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

### Informations complémentaires

En 2012, plus de 40% des individus au chômage présentaient des troubles dépressifs légers à graves (environ 45'000 personnes). Parmi les actifs occupés, on compte un peu plus d'un quart de personnes qui souffrent de troubles dépressifs légers à graves (1'439'000 personnes). On peut donc en conclure qu'il existe une surreprésentation de troubles dépressifs au sein des personnes au chômage. L'Enquête suisse sur la santé 2017 permettra de connaître l'évolution de ces deux paramètres.

### Définitions

Cet indicateur montre la part des personnes âgées de 15 ans ou plus qui souffrent de dépression légère et de dépression modérée à grave selon le statut sur le marché du travail. Le statut sur le marché du travail est défini sur la base des questions 52.00, 52.01, 52.02 et 52.41 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête). Une personne est considérée comme active occupée si elle a une activité lucrative rémunérée ou non rémunérée de même que si elle travaille dans l'entreprise familiale.

L'indicateur de dépression repose sur les neuf questions de l'instrument PHQ-9 («Patient Health Questionnaire»), soit la question 51.00 (questionnaire écrit).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 07.02.2017)

## 24 Part des personnes avec une consommation d'alcool chronique à risque

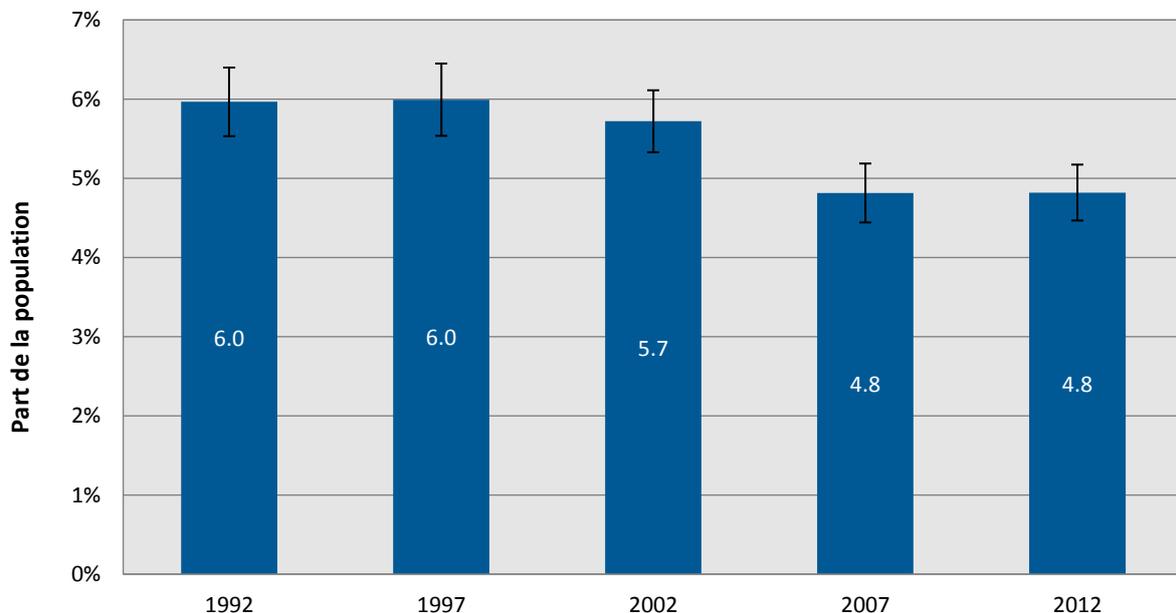
**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d'empêcher l'apparition de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

Amélioration du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance, y compris contre ses nouvelles formes comme la dépendance à Internet, afin de pouvoir en limiter les conséquences négatives pour les personnes concernées, leurs familles, la collectivité et les entreprises.

**Signification de l'indicateur:** Dans les pays occidentaux industrialisés, la consommation d'alcool est le troisième facteur déterminant les dépenses sociales liées aux maladies. On distingue différentes formes de consommation d'alcool problématique: consommation chronique à risque, ivresse ponctuelle (ou abus épisodique) et consommation d'alcool inadaptée à la situation (consommation au volant). En ce qui concerne la consommation chronique à risque, les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) établissent qu'une consommation journalière moyenne de plus de 20 grammes d'alcool pour les femmes et de plus de 40 grammes pour les hommes présente un risque moyen à élevé pour la santé.

**Objectif quantifiable:** Recul de la proportion de personnes ayant une consommation d'alcool chronique à risque.

**Fig. 24** Part des personnes avec une consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, Suisse, 1992–2012



1992: n=15'288, 1997: n=13'004, 2002: n=19'638, 2007: n=18'717, 2012: n=20'848

Source: OFS – ESS 1992–2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

Depuis 1992, on constate une diminution de la proportion de personnes qui présentent une consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé. Cette baisse de 6% (339'000 personnes) à 4,8% (315'000 personnes) entre 1992 et 2012 est statistiquement significative.

## Informations complémentaires

### Définitions

Pour les hommes, une consommation chronique est dite à risque moyen à élevé dès qu'elle est supérieure à 40 grammes d'alcool pur par jour au cours des 12 derniers mois. Cette limite est fixée à 20 grammes pour les femmes. On estime que 3 dl de bière, 1 dl de vin ou 25 cl de spiritueux correspondent à 10-12 grammes d'alcool pur. L'indicateur se base sur les questions 38.20–38.25, 38.30–38.35, 38.40–38.45, 38.50–38.55 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à l'édition 2012 de l'enquête).

### Liens

[OFS: Fiche signalétique Enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

## 25 Part des personnes avec consommation d'alcool épisodique à risque

**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d'empêcher l'apparition d'autant de maladies ou au moins d'en diminuer l'impact. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation excessive d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

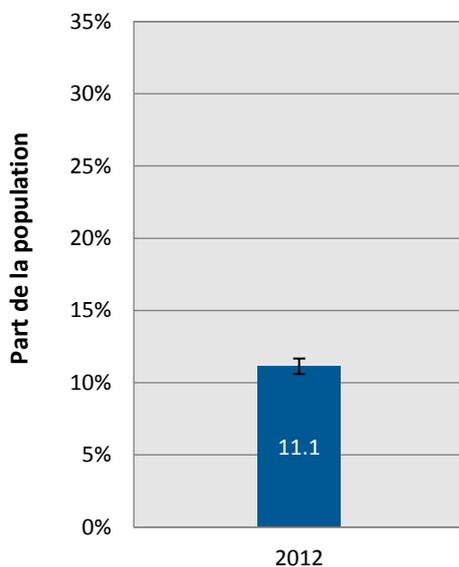
Amélioration du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance, y compris contre ses nouvelles formes comme la dépendance à Internet, afin de pouvoir en limiter les conséquences négatives pour les personnes concernées, leurs familles, la collectivité et les entreprises.

**Signification de l'indicateur:** Dans les pays occidentaux industrialisés, la consommation d'alcool est le troisième facteur déterminant les dépenses sociales liées aux maladies. On distingue différentes formes de consommation d'alcool problématique: consommation chronique à risque, ivresse ponctuelle (ou abus épisodique) et consommation d'alcool inadaptée à la situation. Cet indicateur présente la consommation épisodique à risque ou abus épisodique (binge drinking). Comme ce dernier est aussi très répandu chez les adolescents, l'indicateur est calculé également pour les 14 à 15 ans.

**Objectif quantifiable:** La part des personnes ayant une consommation d'alcool épisodique à risque recule.

**Fig. 25** Part des personnes ayant une ivresse ponctuelle au moins une fois par mois, Suisse, 2012 / 2010–2014

*Parmi la population âgée de 15 ans et plus*

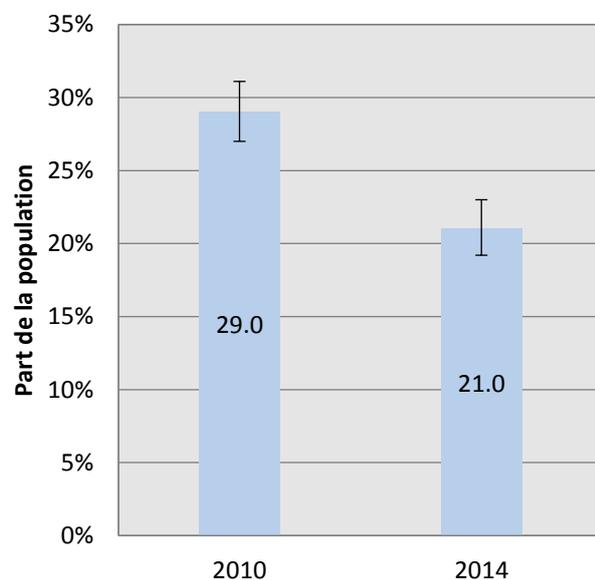


n=20'805

Source: OFS – ESS 2012 /  
exploitation Obsan

© Obsan 2016

*Parmi les élèves âgés de 14 et 15 ans*



2010: n=3620, 2014: n=3722

Source: Addiction Suisse – HBSC 2010–2014 /  
Exploitation Obsan

© Obsan 2016

En 2012, on estime que 11,1% (726'000 personnes) de la population âgée de 15 ans ou plus a eu une ivresse ponctuelle au moins une fois par mois. Aucune comparaison temporelle n'est possible pour le moment sur la base de l'Enquête suisse sur la santé.

La proportion d'élèves âgés de 14 et 15 ans qui ont eu une ivresse ponctuelle au cours d'une même occasion a diminué significativement, passant de 29,0% en 2010 à 21,0% en 2014.

## Informations complémentaires

### Définitions

Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, la limite qui définit une ivresse ponctuelle est de 6 verres et plus en une seule occasion. L'indicateur se base sur la question suivante issue de l'Enquête suisse sur la santé (questionnaire téléphonique).

- Au cours de 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres ou plus de boissons alcoolisées, en une même occasion? (Tous les jours ou presque / 5-6 jours par semaine / 3-4 jours par semaine / 1-2 jours par semaine / 2-3 fois par mois / 1 fois par mois / moins d'une fois par mois / pas durant les 12 derniers mois / durant la vie encore jamais).

Chez les adolescents de 14 et 15 ans, cette limite est de 5 verres. Cet indicateur se base sur la question suivante, issue de l'enquête HBSC:

- Au cours de 30 derniers jours, combien de fois as-tu bu 5 boissons alcoolisées ou plus lors d'une même occasion (à la suite, dans un bref laps de temps? (jamais / 1 fois / 2 fois / 3-5 fois / 6-9 fois / 10 fois ou plus)

### Liens

[OFS: Fiche signalétique Enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[Description du projet HBSC](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

## 26 Prévalence à un mois de la consommation de cannabis

**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d'empêcher l'apparition d'autant de maladies que possible ou d'atténuer leurs effets. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation exagérée d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

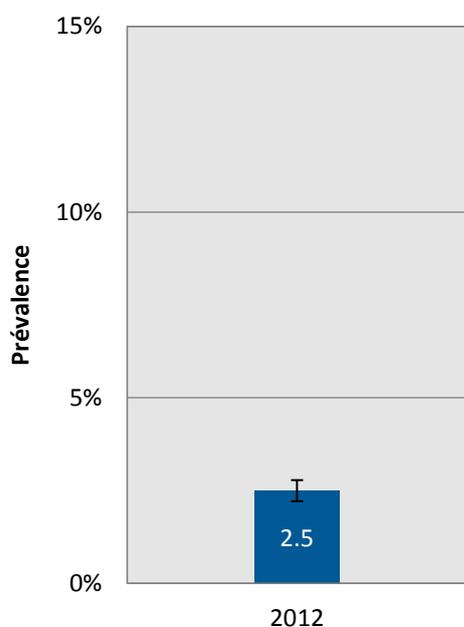
Amélioration du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance, y compris contre ses nouvelles formes comme la dépendance à Internet, afin de pouvoir en limiter les conséquences négatives pour les personnes concernées, leurs familles, la collectivité et les entreprises.

**Signification de l'indicateur:** La demande de prise en charge psychosociale pour des problèmes liés principalement à la consommation de cannabis s'accroît depuis 2006. Depuis 2010, le nombre de demandes se situe en première position des problèmes liés aux substances illégales et a dépassé celui des demandes liées à l'usage d'opioïdes, qui sont en recul depuis 2009. L'indicateur rend compte de l'importance de la proportion des consommateurs réguliers.

**Objectif quantifiable:** La part des consommateurs réguliers de cannabis dans la population recule.

**Fig. 26 Part des personnes consommant au moins une fois par mois du cannabis, Suisse, 2012 /2006–2014**

*Parmi la population âgée de 15 ans et plus*

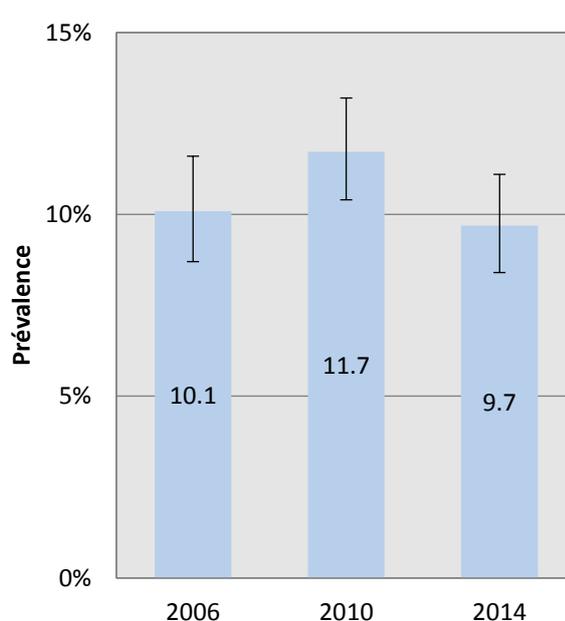


n=19'037

Source: OFS – ESS 2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

*Parmi les élèves âgés de 14 et 15 ans*



Source: Addiction Suisse - HBSC 2006-2014 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

En 2012, 2,5% de la population âgée de 15 ans ou plus vivant dans un ménage privé consommait du cannabis au moins une fois par mois (148'000 personnes). La structure de l'Enquête suisse sur la santé ne permet pas de remonter à des années antérieures.

Chez les élèves de 14 et 15 ans, ce chiffre est significativement plus élevé et se situe à quelque 10%. Dans ce groupe de population, on ne peut conclure à une différence significative entre 2006 et 2014.

## **Informations complémentaires**

### **Définitions**

Dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, la prévalence à un mois est estimée d'après la consommation sur les 12 mois derniers mois. L'indicateur se base sur les questions 40.10, 40.11, 40.13 et 40.15 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à la version 2012 de l'enquête).

Pour les élèves de 14 et 15 ans, la question porte sur la consommation le mois précédent. La question, issue de l'enquête HBSC, était la suivante :

- As-tu déjà pris du cannabis (joint, shit, herbe, marijuana, haschisch) au cours des 30 derniers jours ? (jamais / 1-2 jours / 3-5 jours / 6-9 jours / 10-19 jours / 20-29 jours / 30 jours ou plus)

### **Liens**

[OFS: Fiche signalétique Enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation : 23.12.2016)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation : 23.12.2016)

[Description du projet HBSC](#) (dernière consultation : 23.12.2016)

## 27 Consommation de somnifères et tranquillisants

**Extrait de l'objectif 1.3 «Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies»:** Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d'empêcher l'apparition d'autant de maladies que possible ou d'atténuer leurs effets. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la *consommation* exagérée d'alcool, de tabac ou de *drogue*, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.).

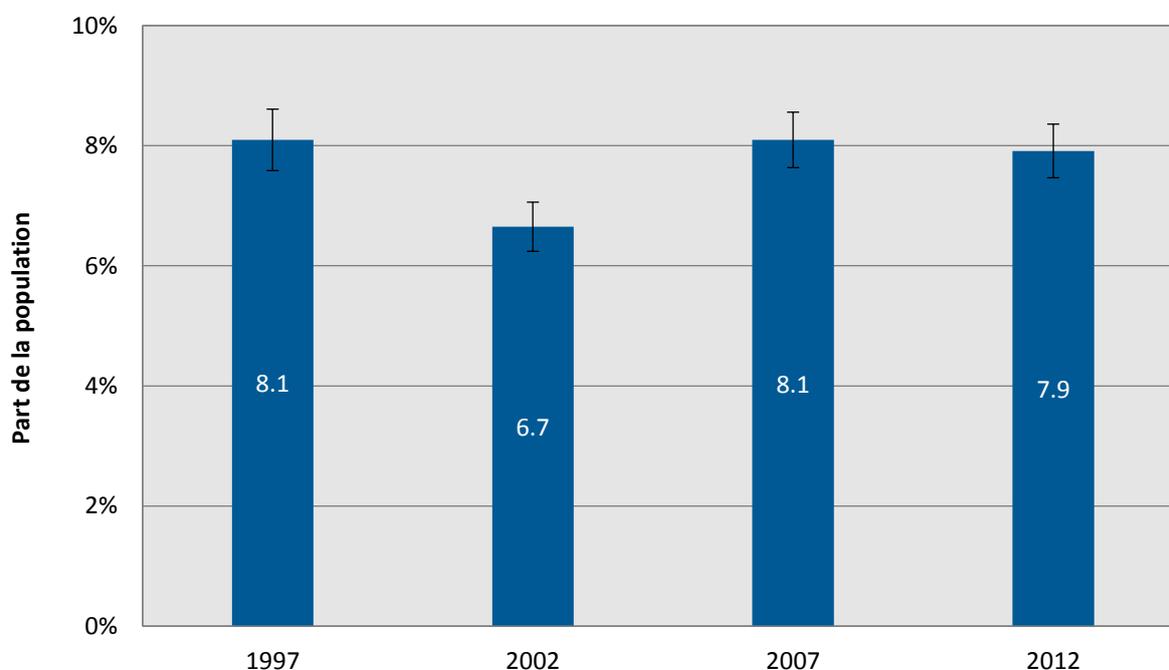
Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles, afin d'en réduire l'incidence et l'impact sur les personnes concernées et sur l'économie.

Amélioration du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance, y compris contre ses nouvelles formes comme la dépendance à Internet, afin de pouvoir en limiter les conséquences négatives pour les personnes concernées, leurs familles, la collectivité et les entreprises.

**Signification de l'indicateur:** La consommation de somnifères et tranquillisants de type benzodiazépinique peut être considérée comme problématique dans le cadre d'une consommation quotidienne et de longue durée. L'indicateur présente le pourcentage de personnes ayant pris un somnifère ou un calmant au cours de la semaine précédente. Il fournit ainsi des indications sur un usage problématique possible. Les données disponibles ne permettent pas de montrer la consommation de longue durée de ces médicaments.

**Objectif quantifiable:** La part de la population présentant une consommation de somnifères ou de tranquillisants recule.

**Fig. 27** Part des personnes ayant pris un somnifère ou un tranquillisant au cours de 7 derniers jours, Suisse, 1997–2012



1997: n=12'994, 2002: n=19689, 2007: n=18'733; 2012; n=21'579

Source: OFS – ESS 1997 – 2012 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

Depuis 1997, la proportion de personnes ayant pris un somnifère ou un tranquillisant au cours des sept derniers jours est restée très stable et se situe autour de 8,0%, même si on a pu observer une diminution significative en 2002. En 2012, on comptait 541'000 personnes qui avaient consommé des somnifères ou des tranquillisants au cours des sept derniers jours.

### **Informations complémentaires**

#### **Définitions**

Cet indicateur montre le pourcentage de personnes ayant pris un tranquillisant ou un somnifère au cours des sept derniers jours. Il se base sur les questions 28.40; 28.50; 28.60 du questionnaire téléphonique de l'Enquête suisse sur la santé (les numéros correspondent à la version 2012 de l'enquête).

#### **Liens**

[OFS: Fiche signalétique Enquête suisse sur la santé](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

[OFS: Questionnaire de l'Enquête suisse sur la santé 2012](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

## 28 Etat de santé en fonction du niveau du revenu (peu élevé contre élevé)

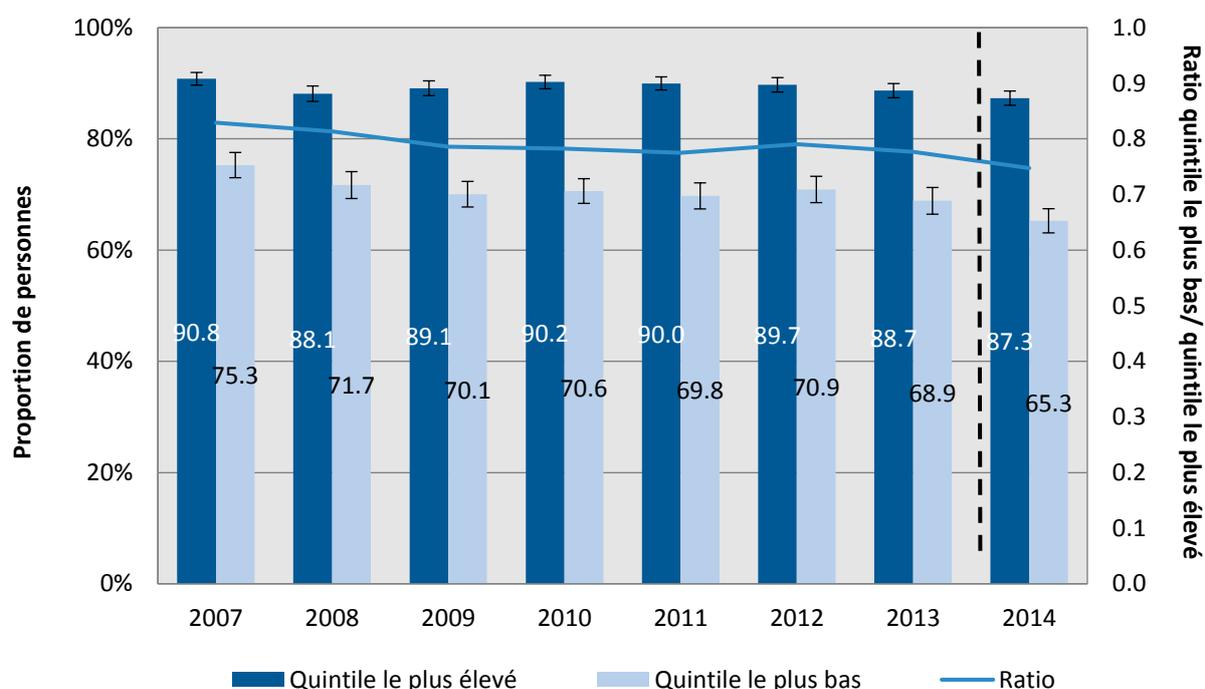
**Extrait de l'objectif 2.1 «Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins» :**

Chaque groupe de population doit avoir les mêmes chances de vivre en bonne santé et d'avoir une espérance de vie optimale. Sont notamment visés les enfants et les jeunes, les *personnes ayant des revenus* ou un niveau de formation *peu élevés*, les personnes âgées, mais aussi les migrants.

**Signification de l'indicateur :** Les déterminants socio-économiques ont une importance décisive pour l'état de santé. Parmi différents groupes de personnes vulnérables, les personnes aux revenus les plus faibles (quintile le plus bas du revenu d'équivalence du ménage) sont considérées de plus près quant à leur état de santé autoévalué. Ces personnes sont comparées sur ce plan avec le groupe de personnes aux revenus les plus élevés (quintile le plus élevé).

**Objectif quantifiable :** Le taux calculé augmente et tend vers 1: une valeur de 1 signifie que les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles ont une santé autoévaluée aussi bonne que celle du quintile des personnes aux revenus les plus élevés.

**Fig. 28 Part des personnes déclarant leur santé comme bonne à très bonne selon le revenu d'équivalence du ménage, Suisse, 2007–2014**



Source : OFS – SILC 2007-2014 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

La présente analyse se base sur l'enquête sur les revenus et les conditions de vie SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Suite à des adaptations méthodologiques à partir de SILC 2014, tous les indicateurs ne sont plus directement comparables avec les années précédentes. À partir de 2014, l'échantillon de SILC est tiré dans le nouveau cadre de sondage pour les enquêtes auprès de la population (SRPH). Cela permet d'inclure dans l'enquête des personnes sans raccordement téléphonique fixe. Le modèle de pondération a ensuite été révisé et amélioré en tenant compte de nouvelles données issues des registres administratifs. Plus d'informations sur l'enquête SILC sous: [www.silc.bfs.admin.ch](http://www.silc.bfs.admin.ch).

Le ratio des proportions du quintile le plus bas par rapport au quintile le plus élevé était de 0.83 en 2007 et de 0.75 en 2014. Entre 2007 et 2014, il semble que la proportion de personnes déclarant leur santé comme bonne à très bonne a globalement un peu reculé pour ces deux catégories de revenus.

## Informations complémentaires

### Définitions

Cet indicateur présente l'évolution du rapport entre l'état de santé autoévalué du quintile <sup>4</sup> le plus bas et le quintile le plus élevé du revenu d'équivalence du ménage ([définition de l'OFS](#)).

La santé autoévaluée s'appuie sur la question suivante issue de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse (SILC) :

Comment est votre état de santé en général ? (très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais)

### Liens

[OFS: Fiche signalétique de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse \(SILC\)](#) (dernière consultation : 22.12.2016)

[OFS: Questionnaire personnel de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse \(SILC\)](#) (dernière consultation : 22.12.2016)

---

<sup>4</sup> Les quintiles de revenus partagent la distribution ordonnée des revenus en cinq parties égales.

## 29 Part des personnes qui renoncent à une prestation de santé pour des raisons financières

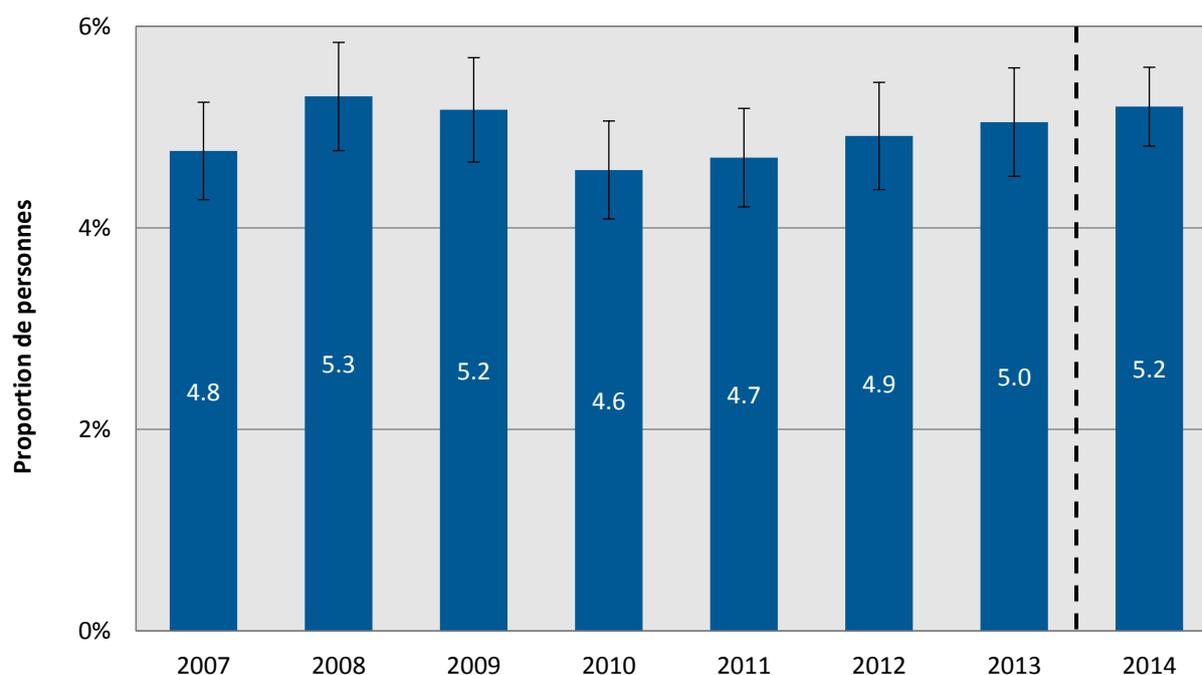
**Extrait de l'objectif 2.1 «Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins» :**

Chaque groupe de population doit avoir les mêmes chances de vivre en bonne santé et d'avoir une espérance de vie optimale. Sont notamment visés les enfants et les jeunes, les personnes ayant des revenus ou un niveau de formation peu élevés, les personnes âgées, mais aussi les migrants. [...] Force est toutefois de constater que les groupes les plus vulnérables n'ont pas suffisamment un recours aux prestations de soins en question. Celles-ci doivent être *accessibles* aux personnes malades, handicapées et socialement fragiles, lesquelles doivent aussi *pouvoir les payer*.

**Signification de l'indicateur :** Cet indicateur mesure l'importance du groupe de personnes (dès 16 ans) qui renoncent, pour des raisons financières, à consulter un médecin ou un dentiste en cas de besoin. Cet indicateur représente la part de ces personnes dans l'ensemble de la population.

**Objectif quantifiable :** La part des personnes qui renoncent, pour des raisons financières, à des prestations de santé en cas de besoin recule.

**Fig. 29. Part des personnes ayant renoncé, pour des raisons financières, à consulter un médecin ou un dentiste en cas de besoin, Suisse, 2007–2014**



Source: OFS – SILC 2007-2014 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

La présente analyse se base sur l'enquête sur les revenus et les conditions de vie SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Suite à des adaptations méthodologiques, tous les indicateurs à partir de SILC 2014 ne sont plus directement comparables avec les années précédentes. À partir de 2014, l'échantillon de SILC est tiré dans le nouveau cadre de sondage pour les enquêtes auprès de la population (SRPH). Cela permet d'inclure dans l'enquête des personnes sans raccordement téléphonique fixe. Le modèle de pondération a ensuite été révisé et amélioré en tenant compte de nouvelles données issues des registres administratifs. Plus d'informations sur l'enquête SILC sous: [www.silc.bfs.admin.ch](http://www.silc.bfs.admin.ch).

Depuis 2007, la proportion de personnes qui ont renoncé, pour des raisons financières, à consulter un médecin ou un dentiste en cas de besoin est restée stable. En 2014, environ 5,2% de la population (415'000 personnes) est concernée par ce problème.

La comparaison avec des données européennes (Euro-Silc) montre que la Suisse se situe sur ce plan dans le milieu du classement.

## **Informations complémentaires**

### **Définitions**

Cet indicateur montre la proportion de personnes ayant renoncé à consulter un médecin ou un dentiste pour des raisons financières. Il s'appuie sur la question 62 de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse (SILC) :

### **Liens**

[OFS: Fiche signalétique de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse \(SILC\)](#) (dernière consultation: 22.12.2016)

[OFS: Questionnaire personnel de l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie en Suisse \(SILC\)](#) (dernière consultation: 22.12.2016)

Euro-Silc: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/main-tables> (dernière consultation: 14.12.2016)

### 30 Charge moyenne des primes avant et après la réduction des primes

Extrait de l'objectif 2.1 « Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins » :

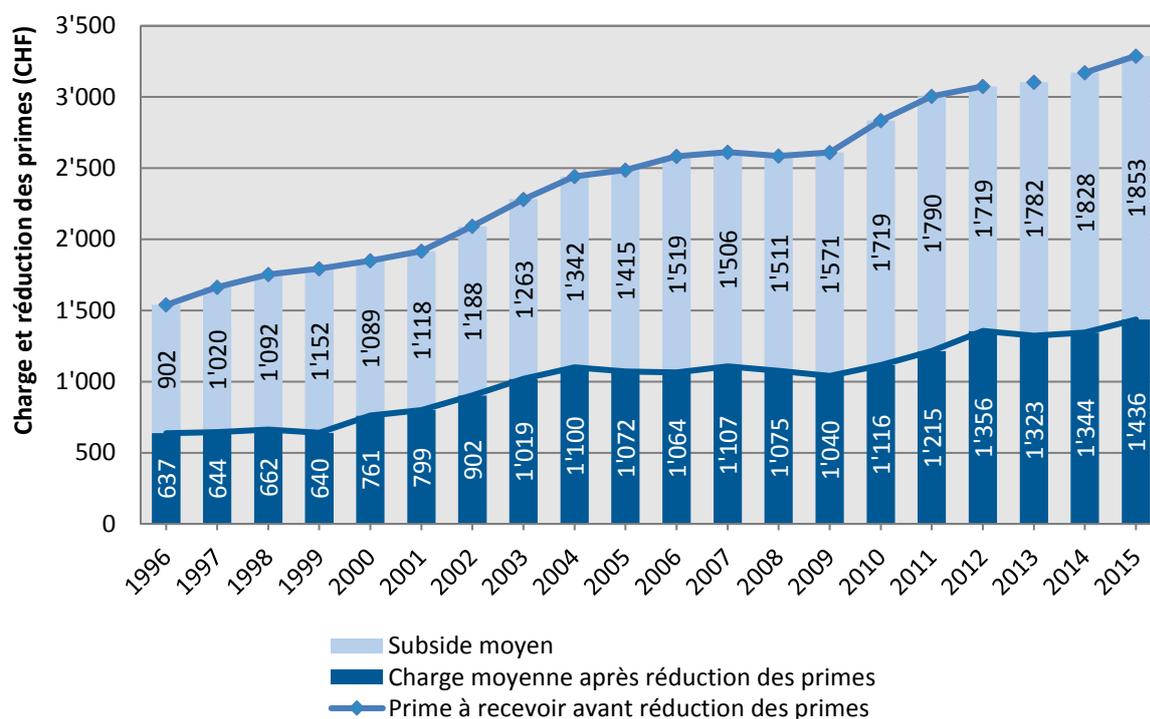
Celles-ci doivent être accessibles aux personnes malades, handicapées et socialement fragiles, lesquelles doivent aussi pouvoir les payer. Pour ce faire, il faut renforcer et développer la solidarité existant actuellement au sein de l'assurance-maladie entre les personnes en bonne santé et les personnes malades (par le biais des primes par tête) mais aussi entre les personnes aisées et les personnes plus pauvres.

- *Prise en compte de la performance économique pour la participation aux coûts de santé occasionnés* pour les adultes et exonération des primes pour les enfants des ménages à faibles revenus et de la classe moyenne.

**Signification de l'indicateur :** Comme correctif social à la prime par tête, la loi sur l'assurance-maladie LAMal prévoit que les primes des assurés de condition économique modeste soient réduites par des contributions de la Confédération et des cantons. De plus, les cantons sont tenus de réduire d'au moins 50% les primes des enfants et des jeunes adultes en formation chez les familles à faibles revenus et à revenus moyens. L'ampleur de la réduction des primes peut être mesurée à l'aide de la charge moyenne des primes avant et après la réduction des primes.

**Objectif quantifiable :** La réduction en termes relatifs ne diminue pas pendant les prochaines années.

Fig. 30 Charge moyenne des primes avant et après la réduction des primes, Suisse, 1996–2015



Source : OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015 / exploitation OFSP

© OFSP 2017

La prime à recevoir par assuré a presque doublé depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, passant de 1'539 CHF en 1996 à 3'289 CHF en 2015, soit une croissance annuelle moyenne d'un peu plus de 4%. Le subsidat moyen par bénéficiaire a augmenté au même rythme que la prime à recevoir par assuré, soit à peu près 4%, on observe donc la même tendance au niveau de la charge moyenne de l'assuré après réduction de prime.

Au niveau suisse, le subside moyen atteignait 902 CHF par bénéficiaire en 1996, contre 1853 CHF en 2015. Il faut cependant préciser que la part des bénéficiaires, qui se situait en moyenne à 26.9% en 2015, tend à diminuer depuis 2002, avec un recul marqué jusqu'en 2006. L'Etat a ainsi subventionné entre 55% (2004) et 64% (1999) de la prime à recevoir par bénéficiaire, mais le nombre des personnes soutenues a diminué encore plus fortement (données non présentées ici).

A partir de 2012, les chiffres pour la Suisse ne sont plus entièrement comparables avec ceux des années précédentes. En effet, depuis 2012, la contribution aux primes d'assurance-maladie des bénéficiaires de prestations complémentaires et de l'aide sociale, dans le canton de Berne, n'est plus considérée entièrement comme réduction de primes. Elle n'apparaît ainsi pas entièrement dans la statistique de la réduction de primes. Les montants de la réduction des primes ont dès lors nettement reculé dans le canton de Berne par rapport aux années précédentes et ne sont plus comparables avec les chiffres des autres cantons.<sup>5</sup> De ce fait, les chiffres pour la Suisse ne sont pas non plus comparables avec les années antérieures à 2012.

Une comparaison internationale des chiffres de cet indicateur n'est pas disponible.

## Informations complémentaires

### Définitions

Charge moyenne des primes : la charge moyenne de l'assuré en termes de prime à payer est obtenue en soustrayant le subside moyen par bénéficiaire de la prime moyenne à recevoir par assuré.

$$\begin{aligned} \text{Charge moyenne de l'assuré} \\ = \text{Prime moyenne à recevoir par assuré} - \text{Subside moyen par assuré} \end{aligned}$$

### Liens

[OFSP: Statistiques de l'assurance-maladie](#) (dernière consultation: 25.01.2017)

[Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015](#) (dernière consultation: 25.01.2017) → Tableau T 3.01 (prime à recevoir en CHF par assuré selon le canton depuis 2001); T 4.01 (subside moyen par bénéficiaire, entre autres)

---

<sup>5</sup> La charge effective est fonction des législations cantonales, lesquelles prennent en compte, entre autres, le revenu et la fortune de l'assuré.

## 31 Réadmissions potentiellement évitables

**Extrait de l'objectif 2.2 « Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité » :** Promouvoir la qualité doit permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de traitement et de *réduire au minimum les prestations de suivi qui ne sont pas indispensables*. L'amélioration de la qualité peut permettre d'éviter des coûts superflus.

Les mesures supplémentaires suivantes doivent être prises :

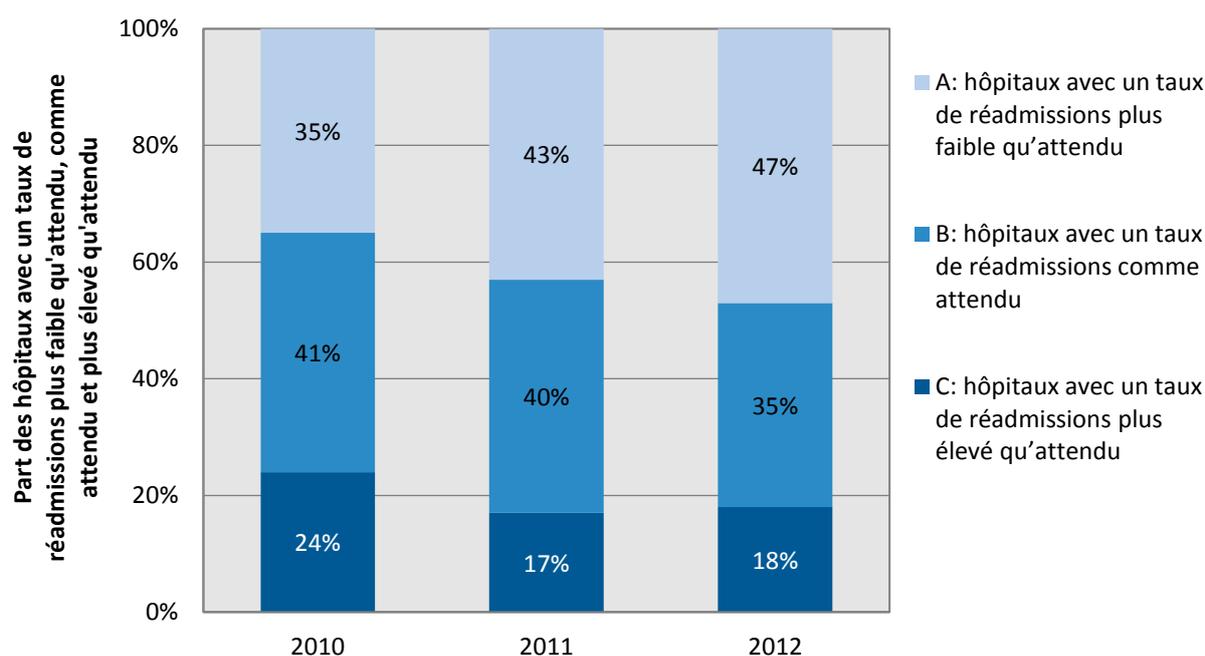
Mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité afin de renforcer la transparence et d'améliorer la qualité dans des domaines sélectionnés.

**Signification de l'indicateur :** Cet indicateur mesure la qualité de la préparation d'une sortie. Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable lorsqu'elle

- est liée à un diagnostic déjà présent lors de l'hospitalisation précédente ;
- n'était pas prévisible lors de l'hospitalisation précédente et survient dans les 30 jours suivant la sortie de l'hospitalisation précédente.

**Objectif quantifiable :** Réduction de la part des hôpitaux avec un taux de réadmissions potentiellement évitables supérieur au taux attendu (groupe C dans la figure).

**Fig. 31 Hôpitaux avec réadmissions potentiellement évitables, Suisse, 2010–2012**



Nombre d'hôpitaux 2010 : n=120, 2011 : n=149, 2012 : n=215

Au 24.02.2016 uniquement disponible jusqu'en 2012.

Source : ANQ<sup>6</sup> – Rapport SQLape (Eggl, 2013) / exploitation Obsan

© Obsan 2016

Pour l'appréciation des taux de réadmissions, les hôpitaux ont été répartis dans trois groupes : le groupe A réunit les hôpitaux ayant un taux de réadmissions plus faible qu'attendu, le groupe B les hôpitaux avec un taux comme attendu et le groupe C les hôpitaux avec un taux plus élevé qu'attendu (voir définition). En 2010, 35% des hôpitaux faisaient partie du groupe A, 41% du groupe B et 24% du

<sup>6</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

groupe C. De 2010 à 2011, on a observé une baisse de la part des hôpitaux du groupe C. Celle-ci est restée pratiquement constante de 2011 à 2012, alors que la part des hôpitaux présentant un taux de réadmissions plus faible qu'attendu (groupe A) a augmenté.

### Informations complémentaires

L'association ANQ, qui procède à des mesures de la qualité dans les hôpitaux à l'échelle du pays, a utilisé l'instrument SQLape® pour mesurer les réadmissions potentiellement évitables. L'algorithme utilisé pour ce faire est mis à jour chaque année. Après 2012, les définitions des données de la statistique médicale ont fortement changé lors de l'introduction de SwissDRG, ce qui a entraîné un ajustement de l'instrument. Des exploitations des données de la statistique médicale de l'OFS peuvent être montrées pour les années 2010 à 2012.

### Définitions

Sur mandat de l'ANQ, des calculs annuels sont effectués sur la base des données de la statistique médicale de l'OFS. Les définitions suivantes figurent dans la description de l'indicateur :

Le taux observé est calculé sur la base de la proportion de séjours exploitables suivis d'une réadmission potentiellement évitable. Sont exclus du calcul : les patients décédés ou transportés dans un autre hôpital, les nouveau-nés sains, les patients candidats à la chirurgie d'un jour et les patients résidant à l'étranger. Les réadmissions suivantes sont considérées comme prévues et donc inévitables : transplantation d'organe, délivrance, chimio- ou radiothérapie, interventions chirurgicales spécifiques, réadmissions pour de nouvelles affections inconnues lors du séjour précédent.

L'algorithme identifie les réadmissions potentiellement évitables, en comparant les diagnostics et opérations de l'index d'hospitalisation avec ceux de la réadmission. L'algorithme dépistant les réadmissions potentiellement évitables est décrit en détail dans l'article scientifique de Halfon et al. (2002).

Le taux attendu est calculé en tenant compte du profil des patients : diagnostics, opérations, âge et sexe, type d'admission (urgence ou non), hospitalisations dans les six mois précédents. Le modèle d'ajustement a été calculé sur la base de plus de 3,2 millions de séjours de 262 hôpitaux suisses ayant livré une statistique médicale d'une qualité suffisante entre 2003 et 2007. L'application de ce modèle fournit une valeur attendue, avec des valeurs attendues minimale et maximale, se situant dans l'intervalle de confiance de 95%.

### Liens

[ANQ Définition et calcul de l'indicateur](#) (dernière consultation : 23.12.2016)

### Références

Eggl Y (2013), Présentation des résultats dans les indicateurs SQLape– rapport 2013 / analyse des données OFS 2012, p. 6

[http://www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/anq/Resources/Public/upload/20140625\\_Rapport\\_SQLape\\_2013\\_BFS2012\\_ohne\\_Reop\\_Eggl\\_fr\\_final.pdf](http://www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/anq/Resources/Public/upload/20140625_Rapport_SQLape_2013_BFS2012_ohne_Reop_Eggl_fr_final.pdf) (dernière consultation : 23.02.2016 ; le document est actuellement introuvable, le 17.01.2017).

Halfon P, Eggl Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B (2002), *Measuring potentially avoidable hospital readmissions*. J Clin Epidemiol. Jun; 55(6):573-87.

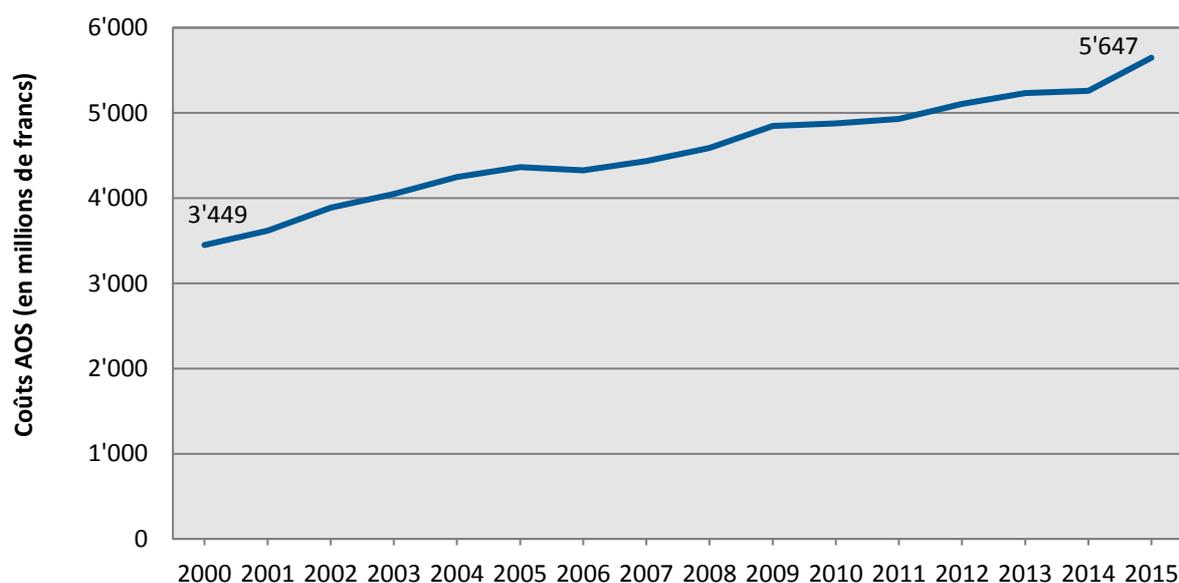
## 32 Coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire, corrigés de l'inflation

**Extrait de l'objectif 2.2 «Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité»:** Ajustement du système de fixation des prix des médicaments, renforcement de la promotion des génériques et *suppression des effets pervers dans le cadre de la remise des médicaments afin de stabiliser la hausse des coûts dans ce domaine*, sans toutefois faire obstacle à la recherche ou affaiblir la place économique suisse.

**Signification de l'indicateur:** Cet indicateur se réfère aux médicaments qui sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS), autrement dit aux coûts des tous les médicaments qui sont remboursés comme prestation individuelle par les assureurs. Cet indicateur se limite aux médicaments du secteur ambulatoire. Il ne considère pas les médicaments utilisés dans le domaine stationnaire. L'AOS ne couvre qu'une partie des coûts totaux des médicaments. Les coûts des médicaments AOS du secteur ambulatoire dépendent du prix des médicaments et des quantités prescrites. Ils dépendent également du rapport entre les prestations ambulatoires et les prestations stationnaires et du rapport entre les prestations remboursées par les caisses-maladie et les prestations payées par les patients.

**Objectif quantifiable:** Les coûts des médicaments AOS du secteur ambulatoire augmentent plus lentement que le renchérissement général.

**Fig. 32 Coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire, corrigés de l'inflation, Suisse, 2000–2015**



Correction de l'inflation à l'aide de l'indice suisse des prix à la consommation (indice 2000 = 100)

Source : SASIS SA – Pool de données; OFS – IPC / exploitation Obsan

© Obsan 2017

En 2015, les coûts AOS des médicaments dans le secteur ambulatoire corrigés de l'inflation se montaient à 5,6 milliards de francs. 56,2% de ces coûts sont occasionnés dans les pharmacies, 30,2% dans les cabinets médicaux et 13,2% dans le secteur hospitalier ambulatoire. Entre 2000 et 2015, les coûts des médicaments dans le secteur ambulatoire ont connu une progression annuelle moyenne de 3,3%. Les hausses les plus fortes ont été enregistrées dans les années 2001 à 2004 ainsi qu'en 2009 et 2015 (+7,4%). Les augmentations ont été inférieures à la moyenne en 2006, 2010, 2011 et 2014.

## Informations complémentaires

### Définitions

Les données proviennent du pool de données de SASIS SA et représentent les coûts bruts des médicaments dans le secteur ambulatoire. Les coûts bruts comprennent tous les factures qui sont remboursées dans le cadre de l'AOS, y compris la participation des assurés aux coûts (franchise, quote-part et participation aux coûts des séjours hospitaliers). Les médicaments qui sont remis dans le secteur stationnaire (hôpitaux, établissements médico-sociaux) ne peuvent pas être analysés avec le pool de données.

Les données du pool de données sont relevées sur une base volontaire et couvraient en 2000 92,2% des personnes assurées en Suisse, contre près de 100% en 2015. Pour évaluer les coûts totaux dans l'AOS et pouvoir comparer les données annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à l'aide de l'effectif des assurés provenant de la compensation des risques de l'institution commune de la LAMal ainsi que celui des personnes qui se trouvent dans le processus d'asile. La correction de l'inflation a été définie à l'aide des valeurs annuelles moyennes de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) établi par l'OFS (indice 2000 = 100).

### Liens

[Informations sur le pool de données de SASIS SA](#) (consultées le 08.12.2016)

[Indice suisse des prix à la consommation \(IPC\) de l'OFS](#) (consulté le 08.12.2016)

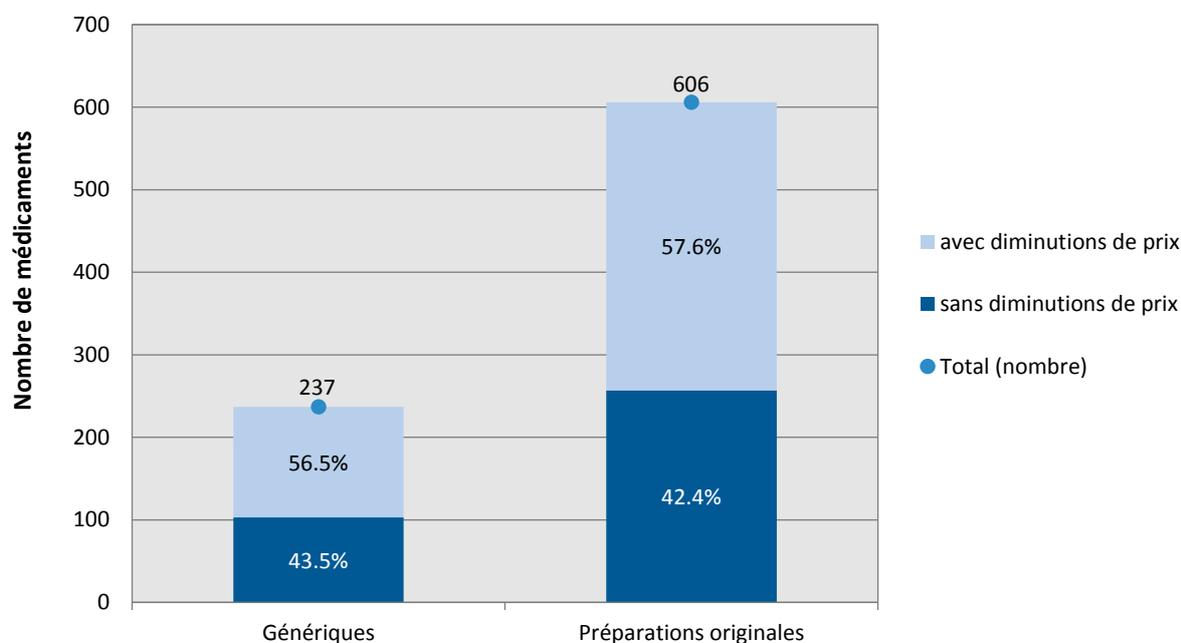
### 33 Médicaments examinés de la liste des spécialités et proportion des baisses de prix

**Extrait de l'objectif 3.1 : « Promouvoir la qualité des prestations et des soins » :** Diminution des prestations, des médicaments et des processus inefficients et inefficaces afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts.

**Signification de l'indicateur :** Un médicament est admis dans la Liste des spécialités (LS) et ainsi remboursé par l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'il satisfait aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité (critères EAE) (art. 32 de la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, LAMal ; RS 832.10). Ces critères sont réexaminés tous les 3 ans. Si un médicament n'est plus économique, son prix est diminué. Si un médicament ne remplit plus les critères de l'efficacité et de l'adéquation, son remboursement peut être limité ou même complètement supprimé.

**Objectif quantifiable :** Un tiers des médicaments sont examinés chaque année quant à leur economicité et les diminutions de prix résultant de cet examen sont mises en œuvre.

**Fig. 33** Nombre de médicaments examinés avec ou sans diminutions de prix, Suisse, 2014



Source : OFSP– Liste des spécialités / exploitation OFSP

© OFSP 2016

En 2014, 843 médicaments au total, soit un tiers des médicaments figurant dans la LS, ont été examinés, plus précisément 606 préparations originales et 237 génériques. Le prix de quelque 60% des génériques et préparations originales examinés a été baissé. La diminution moyenne de prix atteint 21,2% pour les génériques et 16,4% pour les préparations originales (résultats non représentés). En 2014, la diminution moyenne de prix de tous les médicaments se situe à 17,7% (fourchette : de 0,1% à 62,2%).

#### Informations complémentaires

Comme le nombre de médicaments de la LS change chaque mois en raison des nouvelles admissions et des radiations, on ne peut établir une proportion précise des médicaments qui sont examinés. Dans les années 2012 à 2014, un tiers des médicaments ont été examinés annuellement, le choix de ces

derniers étant effectué en fonction de l'année d'admission dans la LS. En 2014 par exemple, ce sont des préparations originales et génériques admis dans la LS en 2011, 2008, 2005 et 2002 qui ont été examinés.

Il est prévu que l'examen soit reprise en 2017 sur la base de l'adaptation des [dispositions de l'ordonnance](#).

### Définitions

Le nombre de médicaments se réfère aux gammes. La répartition en gammes tient compte des différentes formes commerciales d'un médicament. Les différentes formes commerciales d'un médicament sont réparties entre 17 gammes différentes (OFSP 2011). Une comparaison de prix avec l'étranger a lieu séparément pour chaque gamme à l'aide de l'emballage ayant généré le plus gros chiffre d'affaires (par ex. Dafalgan tablette [gamme oral], Dafalgan sirop [gamme orale liquide] et Dafalgan suppositoires [gamme rectale]).

Pour les préparations originales, les prix sont examinés à l'aide d'une comparaison de prix avec l'étranger plus une marge de tolérance de 5%. Pour les préparations originales qui ne sont pas commercialisées à l'étranger, on procède à une comparaison thérapeutique avec des médicaments d'indication identique ou d'effet similaire. Les génériques sont réputés économiques si leur prix est inférieur de 20% à celui de la préparation originale correspondante. Pour les génériques de substances actives générant un faible chiffre d'affaires et dont le prix ne doit être inférieur que de 10% au prix moyen de la préparation originale correspondante dans les pays étrangers de référence, il convient de respecter cet écart minimum de prix également lors du réexamen.

### Liens

[Liste des spécialités](#) (dernière consultation : 26.01.2017)

[Instructions concernant la liste des spécialités](#) (dernière consultation : 26.01.2017)

### Références

OFSP (2011) Instructions concernant la liste des spécialités (LS) Etat au 1<sup>er</sup> mars 2013. Chiffre E.1.3 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/Antragsprozesse/AntragsprozessArzneimittel.html> (dernière consultation: 26.01.2017)

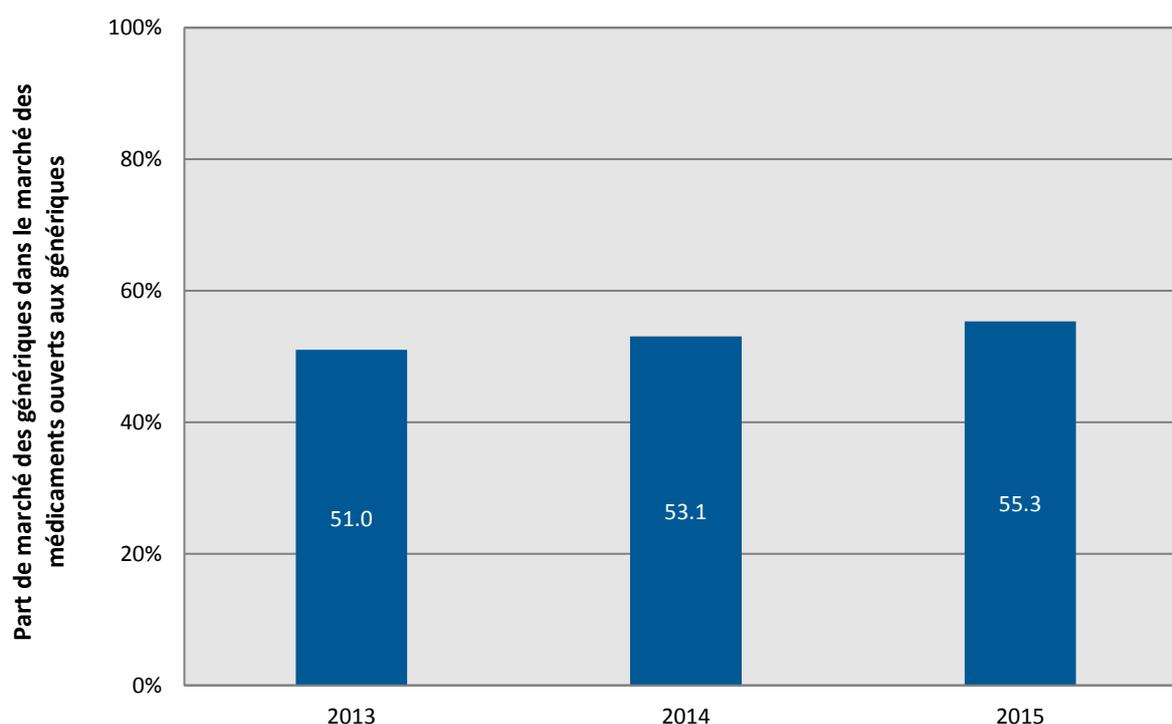
### 34 Part de marché des génériques sur le marché des médicaments ouverts aux génériques

**Extrait de l'objectif 2.2 : « Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité » :** Ajustement du système de fixation des prix des médicaments, renforcement de la promotion des génériques et suppression des effets pervers dans le cadre de la remise des médicaments afin de stabiliser la hausse des coûts dans ce domaine, sans toutefois faire obstacle à la recherche ou affaiblir la place économique suisse.

**Signification de l'indicateur :** Le marché des médicaments ouverts aux génériques se compose de génériques et de préparations originales qui ont été admis dans la liste des spécialités (LS). Les préparations originales sont des médicaments dont le brevet est échu et qui sont substituables (pour lesquels il existe au moins un générique). Il s'agit du marché qui pourrait à un certain moment être occupé par des génériques. La part de ces derniers (nombre d'emballages) dans le total de ce marché montre dans les grandes lignes quelle est l'ampleur de la substitution par des génériques en Suisse.

**Objectif quantifiable :** La part de marché des génériques augmente.

**Fig. 34** Part de marché des génériques (en %) dans le marché des médicaments ouverts aux génériques, nombre d'emballages, Suisse, 2013–2015



Source: IMS HEALTH GmbH IqPharma National Sales Data / exploitation Obsan

© Obsan 2016

La part de marché des génériques dans le marché des médicaments ouverts aux génériques, évaluée en nombre d'emballages, se situait à 55,3% en 2015. Cette part a progressé de manière constante depuis 2013 (51,0%). Elle a augmenté de 4,3 points de pourcentage entre 2013 et 2015.

## Informations complémentaires

Le relevé d'IMS Health est un relevé exhaustif des ventes de médicaments aux quatre canaux de distribution (pharmacies, cabinets médicaux, drogueries<sup>7</sup> et hôpitaux).

## Définitions

Générique : « Tout médicament, autorisé par Swissmedic, qui pour l'essentiel est semblable à une préparation originale et qui est interchangeable avec celle-ci parce qu'il possède une substance active, une forme galénique et un dosage identiques » (art. 64a, al.2, OAMal).

Préparation originale : « Est réputé préparation originale tout médicament dont la substance active a été autorisée en premier par Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques (institut), y compris toute forme galénique autorisée au même moment ou ultérieurement » (art. 64a, al. 1, OAMal).

Liste des spécialités (LS) : L'établissement de cette liste des médicaments remboursés par l'assurance obligatoire des soins relève de la compétence de l'OFSP. Il s'agit d'une liste positive exhaustive qui est contraignante pour les assureurs. L'OFSP, sur demande du titulaire de l'autorisation, inscrit les médicaments en question sur la LS pour autant qu'ils soient dûment autorisés par Swissmedic et répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique requis pour un remboursement par l'AOS. (Instructions concernant la liste des spécialités (LS), 1<sup>er</sup> septembre 2011, page 13).

Les chiffres d'affaires relevés par IMS sont des chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques et ne sont pas des données de l'assurance-maladie. Autrement dit, les génériques qui ne sont pas facturés à la charge de l'assurance-maladie (par exemple automédication) sont inclus dans les chiffres de l'IMS.

## Liens

[OFSP: Instructions concernant la liste des spécialités](#) (dernière consultation: 23.12.2016)

---

<sup>7</sup> Les drogueries ne peuvent pas facturer des médicaments à charge de l'AOS, mais elles peuvent vendre des médicaments des catégories D et E de la Liste des spécialités.

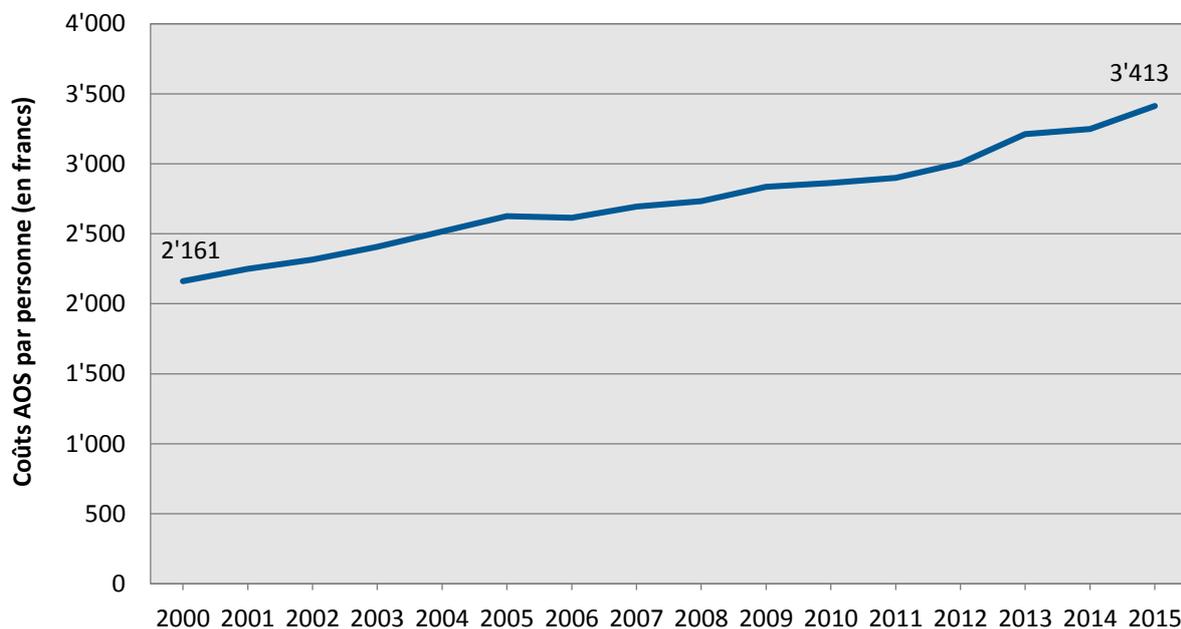
## 35 Coûts AOS par personne assurée, corrigés de l'inflation

**Extrait de l'objectif 2.2 «Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité»:** Augmentation de l'efficacité, atténuation de la hausse des coûts et garantie d'une base de financement stable et sociale doivent garantir que l'on pourra continuer à payer l'assurance-maladie.

**Signification de l'indicateur:** Les coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) par personne assurée correspondent aux prestations qui ont été décomptées par les assureurs-maladie dans le cadre de l'AOS, y compris la participation aux coûts des personnes assurées.

**Objectif quantifiable:** Les coûts AOS par personne assurée augmentent plus lentement que le renchérissement général.

**Fig. 35 Coûts AOS par personne assurée, corrigés de l'inflation, Suisse, 2000–2015**



Correction de l'inflation à l'aide de l'indice suisse des prix à la consommation (indice 2000 = 100)

Source: SASIS SA – pool de données; OFS – IPC / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Les coûts pris en charge par l'AOS se montent à 3413 francs par assuré (corrigés de l'inflation) en 2015. Ces coûts ont progressé de 3,1% en moyenne annuelle entre 2000 et 2015. S'ils ont enregistré une hausse supérieure à la moyenne jusqu'en 2005, ils ont ensuite augmenté plus faiblement jusqu'en 2012. La hausse a été supérieure à la moyenne en 2013 (6,9%), plus modérée en 2014 (1,1%) et elle est à nouveau élevée (5,1%) en 2015.

### Informations complémentaires

#### Définitions/Méthodologie

Les données proviennent du pool de données de SASIS SA et représentent les coûts bruts par personne assurée. Les coûts bruts comprennent tous les factures qui sont remboursées dans le cadre de l'AOS, y compris la participation des assurés aux coûts (franchise, quote-part et participation aux coûts des séjours hospitaliers).

Les données du pool de données sont relevées sur une base volontaire et couvraient en 2000 92,2% des personnes assurées en Suisse et près de 100% en 2015. La correction de l'inflation a été définie à l'aide des valeurs annuelles moyennes de l'indice suisse des prix à la consommation (IPC) établi par l'OFS (indice 2000 = 100).

### **Liens**

[Informations sur le pool de données de SASIS SA](#) (consultées le 08.12.2016)

[Indice suisse des prix à la consommation \(IPC\) de l'OFS](#) (consulté le 08.12.2016)

## 36 Prestataires actifs dans la médecine hautement spécialisée avant et après la décision d'attribution MHS

**Extrait de l'objectif 2.2 « Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité » :** Augmentation de l'efficacité, atténuation de la hausse des coûts et garantie d'une base de financement stable et sociale doivent assurer que l'on pourra continuer à payer l'assurance-maladie.

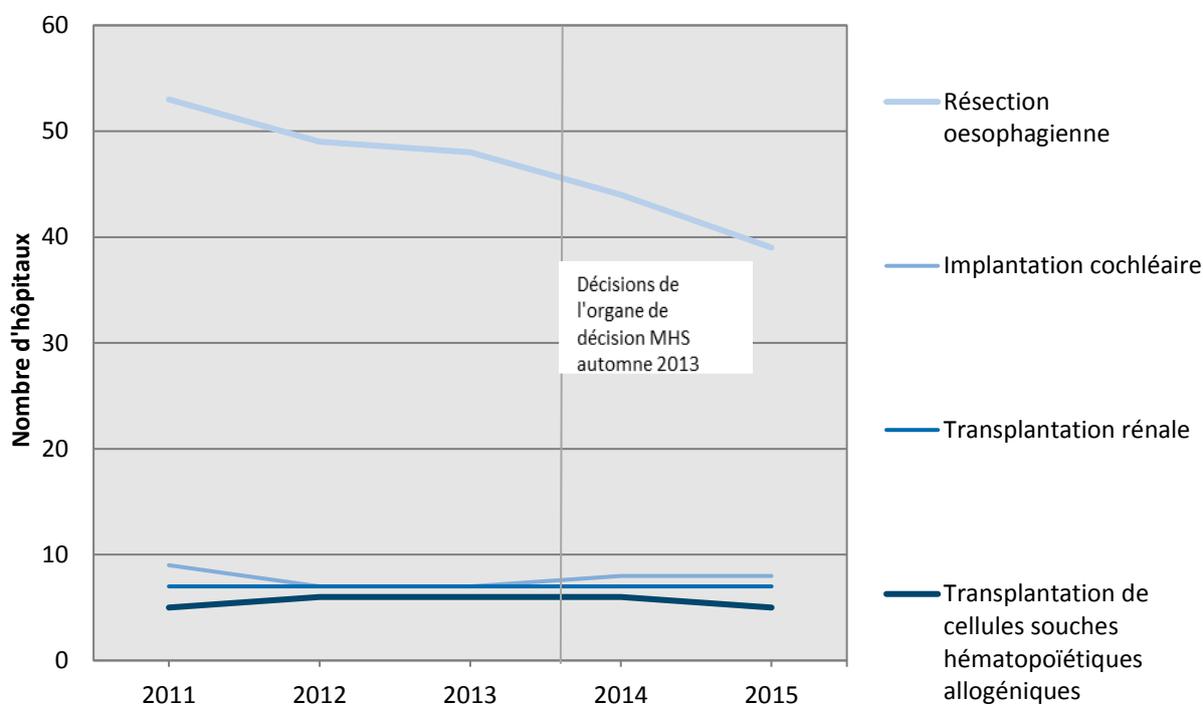
*Concentration de la médecine hautement spécialisée (MHS) afin de renforcer l'efficacité et de supprimer les doublons au niveau des infrastructures, mais aussi d'augmenter la qualité des soins.*

**Signification de l'indicateur :** Les cantons procèdent à une planification commune dans le domaine de la MHS. L'Organe de décision MHS détermine quels domaines de la médecine hautement spécialisée doivent être concentrés et prend les décisions de planification et d'attribution. Les décisions d'attribution de l'Organe de décision MHS ont un caractère juridiquement contraignant au plan suisse.

L'indicateur définit le nombre d'hôpitaux qui ont fourni une certaine prestation avant la décision d'attribution de l'organe de décision MHS et le compare avec le nombre d'hôpitaux qui fournissent la prestation après cette décision : l'indicateur est par exemple calculé pour les résections œsophagiennes (ablation de l'œsophage) (décision sept. 2013), les implantations cochléaires (nov. 2013), les transplantations rénales (nov. 2013) et les transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (transplantation de cellules souches sanguines d'un donneur à un receveur) (nov. 2013).

**Objectif quantifiable :** Recul du nombre d'hôpitaux pratiquant les interventions correspondantes.

**Fig. 36** Nombre d'hôpitaux (site) actifs dans certains domaines de la médecine hautement spécialisée, Suisse, 2011–2015



Source : Statistique médicale des hôpitaux– OFS / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Le nombre d'hôpitaux ayant pratiqué des résections œsophagiennes a notablement diminué, passant de 53 en 2011 à 39 en 2015. Mais il avait déjà reculé à 48 avant la décision prise en septembre 2013 par l'organe de décision MHS. Neuf hôpitaux ont effectué des implantations cochléaires en 2011 ; ils étaient deux de moins en 2015. Les hôpitaux ayant pratiqué des transplantations rénales étaient au nombre de 7 en 2011 comme en 2015. Des transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques ont été réalisées dans cinq hôpitaux en 2011 et dans cinq hôpitaux en 2015.

On peut montrer que le nombre de prestataires est resté plus ou moins constant dans tous les domaines de la MHS, à l'exception de la chirurgie viscérale. Mais dans la chirurgie viscérale, qui compte beaucoup de prestataires, ces derniers sont en diminution. Cela peut être le signe d'une concentration de ces prestations sur un faible nombre de prestataires. Comme la délimitation précise des domaines de la chirurgie viscérale doit être redéfinie suite à un arrêt du Tribunal fédéral, il convient de continuer à suivre l'évolution s'y rapportant.

## **Informations complémentaires**

### **Définitions**

Les domaines de traitement ont été définis selon les documents suivants :

- Implantations cochléaires (décision publiée dans la feuille fédérale du mardi 10 septembre 2013) :
- Résection œsophagienne (décision publiée dans la feuille fédérale du 10 septembre 2013
- Transplantations d'organes chez l'adulte (décision publiée dans la feuille fédérale du 27 novembre 2013)
- Implantations cochléaires (décision publiée dans la feuille fédérale du 27 novembre 2013)
- Transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte (décision publiée dans la feuille fédérale du 27 novembre 2013)

### **Liens**

[CDS: Liste des hôpitaux MHS](#) (dernière consultation : 23.12.2016)

### 37 Opinion de la population sur le système de santé

Extrait de l'objectif 2.3 « Renforcer les droits des patients et des assurés » :

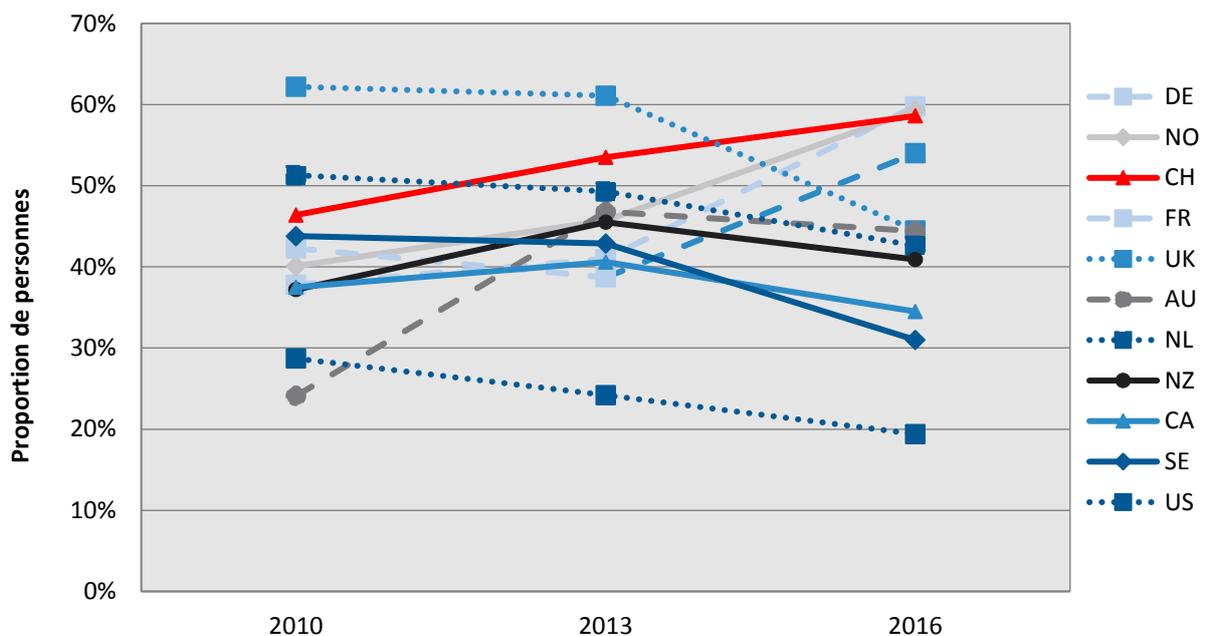
- Prise en compte accrue des patients et des assurés dans les processus relatifs à la politique de la santé.

**Signification de l'indicateur :** Dans le cadre d'une enquête internationale auprès de la population portant sur le système de santé et son pilotage (International Health Policy Survey), les personnes interrogées ont été priées d'exprimer leur opinion sur le système de santé. Le présent indicateur montre la proportion de personnes de 18 ans ou plus dans la population générale qui sont globalement satisfaites du système de santé.

Cette proportion ne reflète pas forcément la prise en compte des personnes dans les processus relatifs à la politique de la santé (objectif 2.3), mais traduit le degré de satisfaction de la population quant au système de santé et, partant, sa propre place dans ce dernier.

**Objectif quantifiable :** La part des personnes satisfaites ne diminue pas.

**Fig. 37** Part des personnes satisfaites du système de santé, comparaison internationale, 2010–2016



2010 : DE : n=1005, NO : n=1058, CH : n=1306, FR : n=1402, UK : n=1511, AU : n=3552, NL : n=1001, NZ : n=1000, CA : 3302, SE : n=2100, US : n=2501. 2013 : DE : n=1125, NO : n=1000, CH : n=1500, FR : n=1406, UK : n=1000, AU : n=2200, NL : n=1000, NZ : n=1000, CA : n=5412, SE : n=2400, US : n=2002. 2016 : DE : n=1000, NO : n=1093, CH : n=1516, FR : n=1103, UK : n=1000, AU : n=5248, NL : n=1227, NZ : n=1000, CA : n=4547, SE : n=7124, US : n=2001.

Source : Commonwealth Fund – International Policy Survey 2010, 2013 et 2016 /exploitation Obsan

© Obsan 2017

Avec 58,6% de répondants considérant que globalement, le système de santé fonctionne assez bien et que seuls des changements mineurs seraient nécessaires pour qu'il fonctionne mieux, la population suisse peut être considérée comme plutôt satisfaite de son système de santé en 2016. De plus, ce

résultat révèle une progression par rapport à 2010 (46,4%), plaçant la Suisse au troisième rang après l'Allemagne/Royaume-Uni et la Norvège en comparaison internationale. Ensuite, pour 37,6% des personnes interrogées, il y a des bonnes choses dans le système de santé suisse mais il faudrait des changements fondamentaux pour qu'il fonctionne mieux. Enfin, 3,5% des répondants considèrent que le système de santé a tellement de défauts qu'il faudrait le rebâtir entièrement (données non représentées).

## Informations complémentaires

### Définitions

Les résultats sont tirés de l'*International Health Policy Survey* (IHP) menée par le *Commonwealth Fund* en 2010, 2013 et 2016. L'enquête a été réalisée dans onze pays auprès de personnes âgées de 18 ans ou plus. En Suisse, l'échantillon était constitué de 1306 individus en 2010, de 1500 individus en 2013 et de 1520 répondants en 2016.

Il a été demandé aux répondants d'indiquer quelle phrase décrivait le mieux leur opinion générale concernant le système de santé. Les personnes ayant répondu que « globalement, le système fonctionne assez bien et seuls des changements mineurs sont nécessaires pour qu'il fonctionne mieux » sont considérées comme satisfaites du système de santé. Les deux autres choix de réponse étaient les suivants : « Il y a des bonnes choses dans notre système de santé mais il faut des changements fondamentaux pour qu'il fonctionne mieux » et « Notre système de santé a tellement de défauts que nous devons le rebâtir entièrement ». Les répondants pouvaient également refuser de répondre ou déclarer « je ne sais pas ». L'IHP étant réalisée chaque année sur un thème différent selon un tournus trisannuel, les prochains résultats pour cette question devraient être disponibles en 2019.

### Liens

[Description de l'enquête du Commonwealth Fund](#) (dernière consultation : 08.02.2017)

### Références

- Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.  
<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/experience-de-la-population-agee-de-18-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante-situation> (dernière consultation : 14.11.2016).
- Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.  
<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/erfahrungen-der-allgemeinbevoelkerung-im-gesundheitssystem-situation-der-schweiz-und> (dernière consultation : 14.11.2016)

## 38 Satisfaction des patients dans les hôpitaux de soins aigus

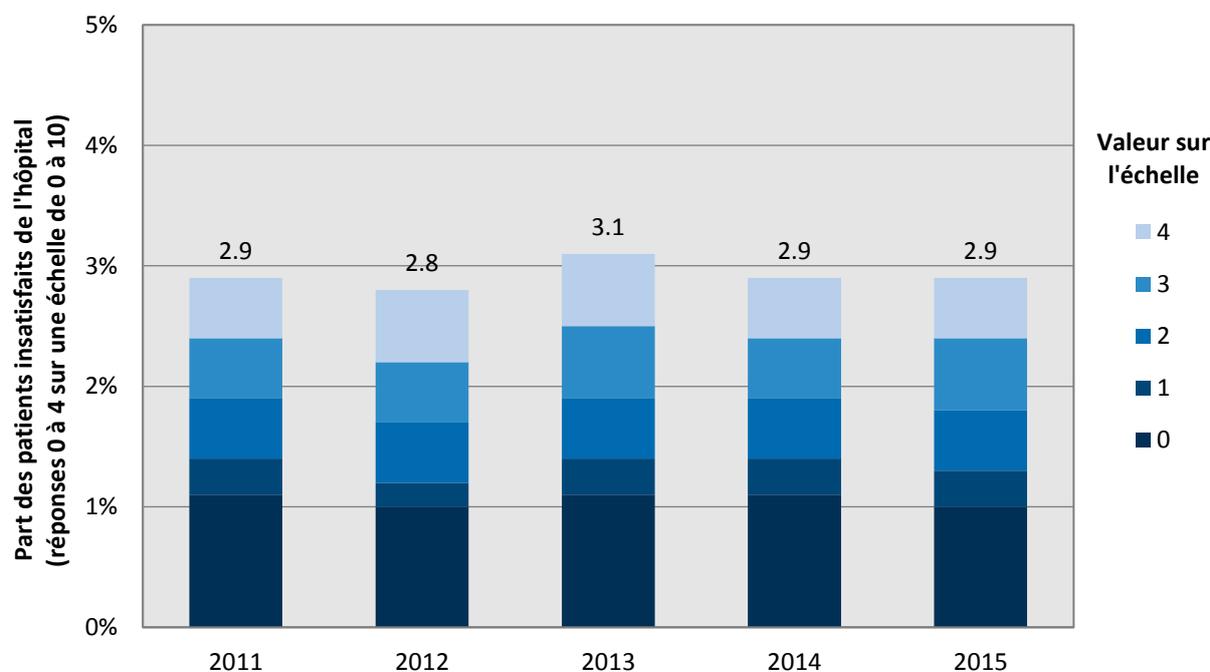
**Extrait de l'objectif 2.3 « Renforcer les droits des patients et des assurés » :** L'être humain doit être au centre de la politique de la santé. La stratégie «Santé2020» doit permettre de *renforcer le bien-être des assurés et des patients*.

(également pour mesurer l'objectif **3.1 : Promouvoir la qualité des prestations et des soins**)

**Signification de l'indicateur :** Cet indicateur renseigne directement sur le bien-être des patients dans les hôpitaux de soins aigus à l'aide de la question « Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire? » L'enquête a été réalisée par l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques).

**Objectif quantifiable :** Pas d'augmentation de l'insatisfaction des patients dans les hôpitaux de soins aigus.

**Fig. 38** Part des patients insatisfaits de l'hôpital (patients avec réponses 0 à 4 à la question « Choisiriez-vous de revenir dans notre hôpital pour une prise en charge similaire ? », sur une échelle allant de 0 à 10), Suisse, 2011–2015



Réponse 0 = non, certainement pas, réponse 10 (non présentée) = oui, certainement

Nombre de questionnaires : 2011: n=33'300; 2012: n=34'042; 2013: n=35'003; 2014: n=34'500; 2015: 35'508

Source : ANQ - Enquête nationale auprès des patients - rapports comparatifs en médecine somatique aiguë 2012, 2014, 2015

© Obsan 2017

Les patients sont en grande majorité très satisfaits après un séjour à l'hôpital. Chaque année, au moins trois quarts des personnes interrogées ont choisi la valeur 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 à 10 (réponse non présentée ici).

Un changement chez les « insatisfaits » est plus révélateur d'un éventuel besoin d'agir qu'un changement chez les personnes très satisfaites. C'est pourquoi nous présentons ici les réponses des personnes insatisfaites, autrement dit celles qui ont choisi des valeurs inférieures à la valeur moyenne sur une échelle allant de 0 à 10. De 2011 à 2015, chaque année, quelque 3% des patients semblaient

insatisfaits (valeurs 0-4), et un peu plus de 1% ont même choisi la valeur 0, exprimant ainsi qu'ils ne reviendraient plus jamais dans le même hôpital. Ces deux *parts sont restées stables au fil de la période considérée*.

### Informations complémentaires

#### Définition

Ont été considérés dans l'enquête les patients adultes (> 18 ans) hospitalisés en médecine somatique aiguë et sortis au cours du mois de septembre de l'année sous revue. Les patients hospitalisés plusieurs fois n'ont été interrogés qu'une seule fois. Les personnes domiciliées à l'étranger et les patients décédés durant leur séjour ont été exclus de l'enquête.

Le questionnaire et une lettre d'accompagnement de l'hôpital ont été envoyés au patient généralement 14 jours après sa sortie de l'hôpital (au maximum 7 semaines après la sortie). Pour alléger le plus possible la charge administrative des hôpitaux, il a été décidé de renoncer à un courrier de rappel. Un questionnaire en ligne était aussi à disposition, en option au questionnaire sur papier.

En 2011, 163 hôpitaux et sites hospitaliers ont pris part à l'enquête. Les années suivantes, ils ont été 197 à participer. Les retours de questionnaire ont varié entre 46,0% et 49,3% au cours des quatre années considérées. Le questionnaire comportait 5 questions au total.

#### Liens

[ANQ Médecine somatique aiguë Résultats de mesure → Satisfaction des patients](#) (dernière consultation : 28.11.2016)

#### Références

Enquête nationale sur la satisfaction des patients. Médecine somatique aiguë. Rapport comparatif national, mesure 2015 – Adultes (Avril 2016, version 1.0)  
[http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/1/20160513\\_Nationaler\\_Vergleichsbericht\\_PatZu\\_Akut\\_Erwachsene\\_2015\\_V\\_1\\_0\\_def\\_fr.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/1/20160513_Nationaler_Vergleichsbericht_PatZu_Akut_Erwachsene_2015_V_1_0_def_fr.pdf) (Dernière consultation, 07.12.2016)

### 39 Satisfaction des patients dans les cliniques de réadaptation

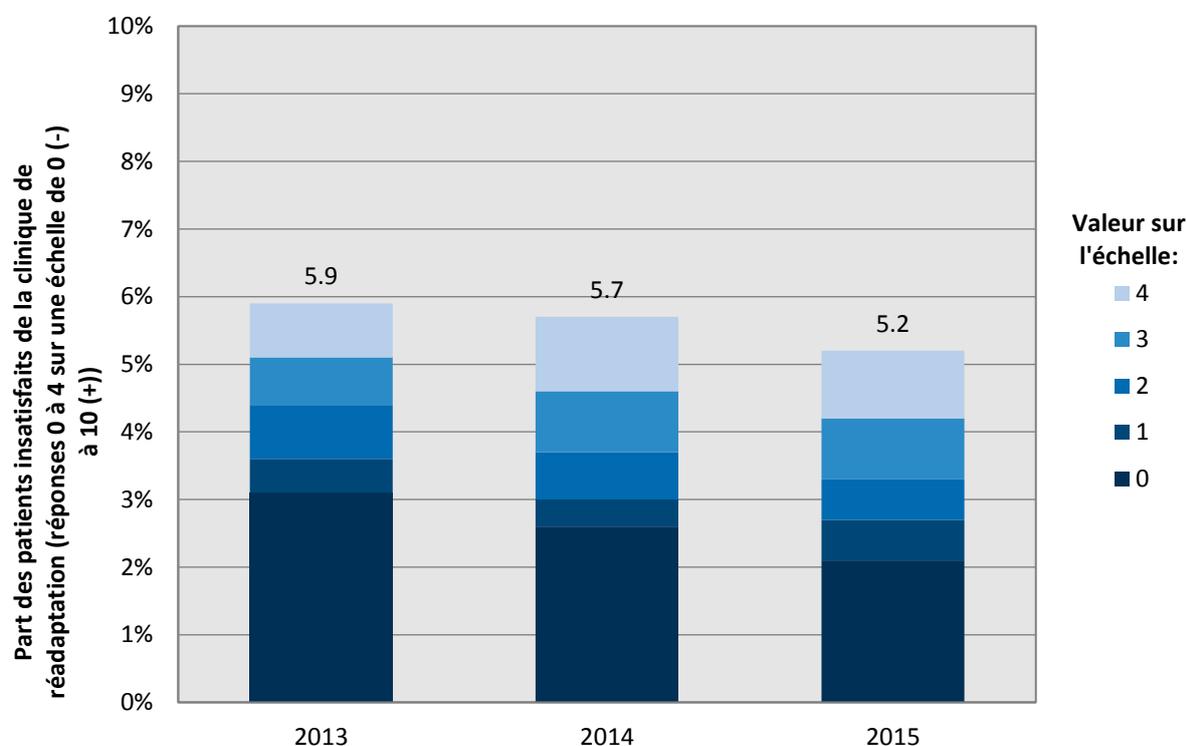
**Extrait de l'objectif 2.3 « Renforcer les droits des patients et des assurés » :** L'être humain doit être au centre de la politique de santé. La stratégie «Santé2020» doit permettre de *renforcer le bien-être des assurés et des patients*.

(également pour mesurer l'objectif **3.1 : Promouvoir la qualité des prestations et des soins**)

**Signification de l'indicateur :** Cet indicateur renseigne sur le bien-être des patients dans les cliniques de réadaptation à l'aide de la question « Choisiriez-vous de revenir dans cette clinique de réadaptation pour un traitement similaire ? » L'enquête a été réalisée par l'ANQ (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques).

**Objectif quantifiable :** Pas d'augmentation de la part des personnes insatisfaites.

**Fig. 39** Part des patients insatisfaits de la clinique de réadaptation (patients avec réponse 0 à 4 à la question « Choisiriez-vous de revenir dans cette clinique de réadaptation pour un traitement similaire ? », sur une échelle allant de 0 à 10), Suisse, 2013–2015



Réponse 0 = non, certainement pas, réponse 10 (non présentée) = oui, certainement

Nombre de questionnaires : 2013: n=5979 (retour 55,0%), 2014: n=6435 (ret. 55,8%), 2015: n=6446 (ret. 52,3%)

Source : ANQ – Enquête nationale sur la satisfaction des patients en réadaptation – Rapports comparatifs nationaux © Obsan 2017

Les patients sont en grande majorité très satisfaits après un séjour dans une clinique de réadaptation. 73% des personnes interrogées en 2015 et 72% de celles interrogées en 2014 ont choisi la valeur 9 ou 10 sur une échelle allant de 0 à 10 (réponse non présentée ici).

Un changement chez les « insatisfaits » est plus révélateur d'un éventuel besoin d'agir qu'un changement chez les personnes très satisfaites. C'est pourquoi nous présentons ici les réponses des personnes insatisfaites, autrement dit celles qui ont choisi des valeurs inférieures à la valeur moyenne

sur une échelle allant de 0 à 10. 5,2% des patients étaient insatisfaits en 2015 (valeurs 0-4), contre 5,7% en 2014 et 5,9% en 2013. La part de ceux qui ont choisi la valeur 0 a reculé de 3,1% en 2013 à 2,1% en 2015.

## Informations complémentaires

### Définitions

Les données ont été reprises de l'association ANQ.

Informations extraites du concept de l'ANQ :

Le groupe cible de l'enquête de satisfaction est constitué de patients adultes domiciliés en Suisse, sortis d'une clinique de réadaptation entre le 1er avril et le 31 mai suite à une hospitalisation. Plus précisément, les patients étaient âgés de 18 ans ou plus au moment de leur sortie de réadaptation. Les patients hospitalisés plusieurs fois n'ont pu répondre au questionnaire qu'une seule fois.

Les patients ont été contactés pour l'enquête directement par la clinique de réadaptation, alors que l'évaluation des résultats et l'établissement des rapports dans le domaine de la réadaptation ont été confiés aux instituts hcri AG / MECON GmbH.

Le questionnaire (versions d/f/i) comprenait 5 questions au total, auxquelles il fallait répondre en indiquant une valeur sur une échelle allant de 0 (-) à 10 (+). Cet indicateur présente une évaluation partielle de la première question : « Choisiriez-vous de revenir dans cette clinique de réadaptation pour un traitement similaire? »

### Liens

[ANQ Réadaptation Résultats de mesure → Satisfaction des patients](#) (dernière consultation : 28.11.2016)

[ANQ Réadaptation Enquête sur la satisfaction des patients](#) (dernière consultation : 28.11.2016)

### Référence

Enquête nationale sur la satisfaction des patients en réadaptation. Rapport comparatif national, mesure 2015 (Janvier 2016, version 1.0) :

[http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/21/20151222\\_Nat\\_Vergleichsbericht\\_2015\\_Patzu\\_Reha\\_fr\\_final.pdf](http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/21/20151222_Nat_Vergleichsbericht_2015_Patzu_Reha_fr_final.pdf) (dernière consultation, 07.12.2016)

## 40 Prévalence d'escarres contractées à l'hôpital de soins aigus

**Extrait de l'objectif 3.1 « Promouvoir la qualité des prestations et des soins » :** Promouvoir la qualité doit permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de traitement et de réduire au minimum les prestations de suivi qui ne sont pas indispensables. *L'amélioration de la qualité* peut permettre d'éviter les coûts superflus.

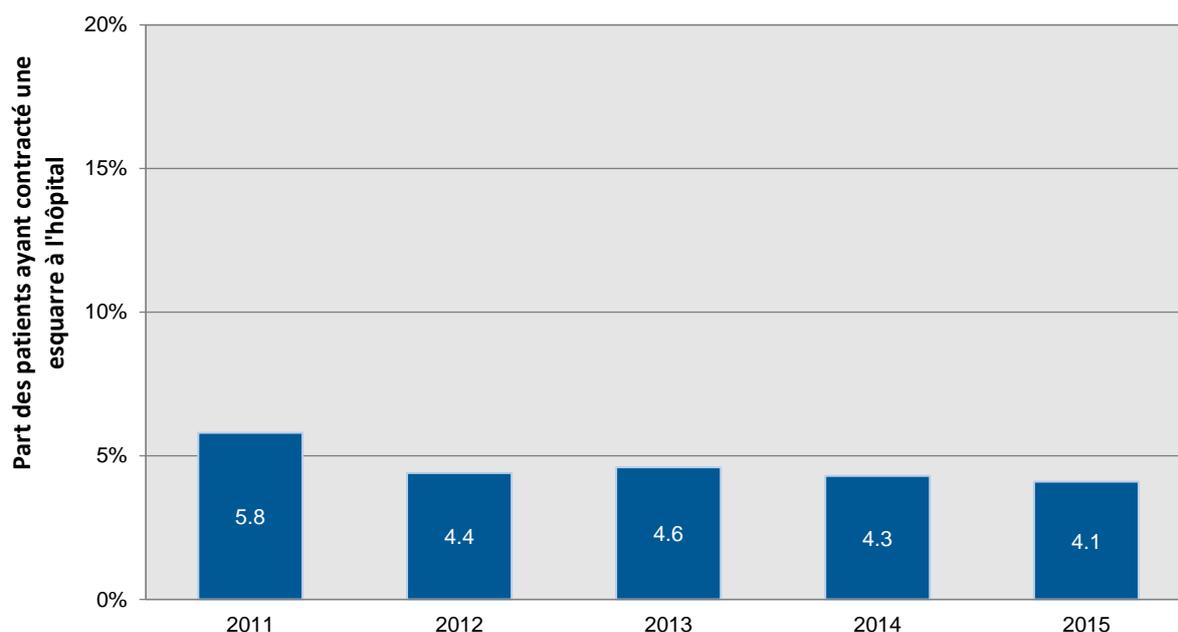
Les mesures supplémentaires suivantes doivent être prises :

- mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité afin de renforcer la transparence et d'améliorer la qualité dans des domaines sélectionnés.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur concernant les escarres considère un aspect spécifique de la qualité des traitements et des soins. L'escarre est une complication, potentiellement évitable, liée à plusieurs facteurs (âge du patient, diagnostic, niveau de dépendance aux soins, etc.) et contractée suite à une position prolongée assise ou allongée. Il s'agit ici d'une mesure de la fréquence (mesure de la prévalence), exprimée comme le nombre de toutes les escarres contractées à l'hôpital par rapport au nombre de patients participant à la mesure dans l'hôpital.

**Objectif quantifiable :** Pas d'augmentation de la part de patients ayant contracté une escarre à l'hôpital.

**Fig. 40** Escarres contractées à l'hôpital, patients de 18 ans ou plus, Suisse, 2011–2015



2011 : n=10'600; 2012: n=13'651; 2013: n=12'903; 2014: n=13'317, 2015: n= 13'163

Source : ANQ<sup>8</sup> – Rapports comparatifs nationaux Mesure de la prévalence 2011–2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

L'indicateur mesure les escarres qui ont été contractées pendant un séjour à l'hôpital. En 2011, 5,8% des patients adultes ont développé des escarres dans les hôpitaux suisses participant à la mesure ; Cette part se situait entre 4,1% et 4,6% entre 2012 à 2015. En supposant que la qualité des données

<sup>8</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

n'était pas optimale lors de la première année d'enquête, une stabilité de la fréquence peut donc être observée.

Selon le rapport comparatif national de l'ANQ, avec une prévalence de 4,1 % de patients ayant contracté une escarre à l'hôpital, la Suisse se situe dans le tiers inférieur des comparaisons internationales (0,6 % – 15,0 %). Depuis 2011, la fourchette des valeurs de prévalence a diminué dans les autres pays, Pour cette raison, les valeurs de la Suisse ne sont désormais plus significativement inférieures à celles des autres pays.

## Informations complémentaires

### Définitions

Définition internationale de l'escarre selon le NPUAP-EPUAP (EPUAP & NPUAP), 2009 : Une escarre est « une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisant ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit encore être élucidée. L'escarre est subdivisée en différents degrés de gravité. »

Les données ont été reprises des rapports comparatifs nationaux de mesure de la prévalence 2011 - 2015 de l'ANQ. Les informations suivantes sont données sur la méthode : Les instruments utilisés pour la mesure depuis 2011 s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'université de Maastricht.

Hôpitaux participants : 2011: 159, 2012: 186, 2013: 187, 2014: 189, 2015 : 195 sites hospitaliers ;  
Taux de participation des patients : 2011: 68,1%, 2012: 75,4%, 2013: 73,8 %, 2014: 75,9%, 2015 : 76,4%.

### Références

ANQ Rapport comparatif 2015 [Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres](#) (dernière consultation : 22.12.2016)

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 in EPUAP, & NPUAP. (2009). Lignes directrices sur la prévention des escarres. Guide de référence abrégé. [http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg\\_-\\_prevention\\_in\\_french.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/qrg_-_prevention_in_french.pdf) (dernière consultation : 22.12.2016)

## 41 Prévalence de chutes survenues dans les hôpitaux de soins aigus

**Extrait de l'objectif 3.1 « Promouvoir la qualité des prestations et des soins » :** Promouvoir la qualité doit permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de traitement et de réduire au minimum les prestations de suivi qui ne sont pas indispensables. L'amélioration de la qualité peut permettre d'éviter les coûts superflus.

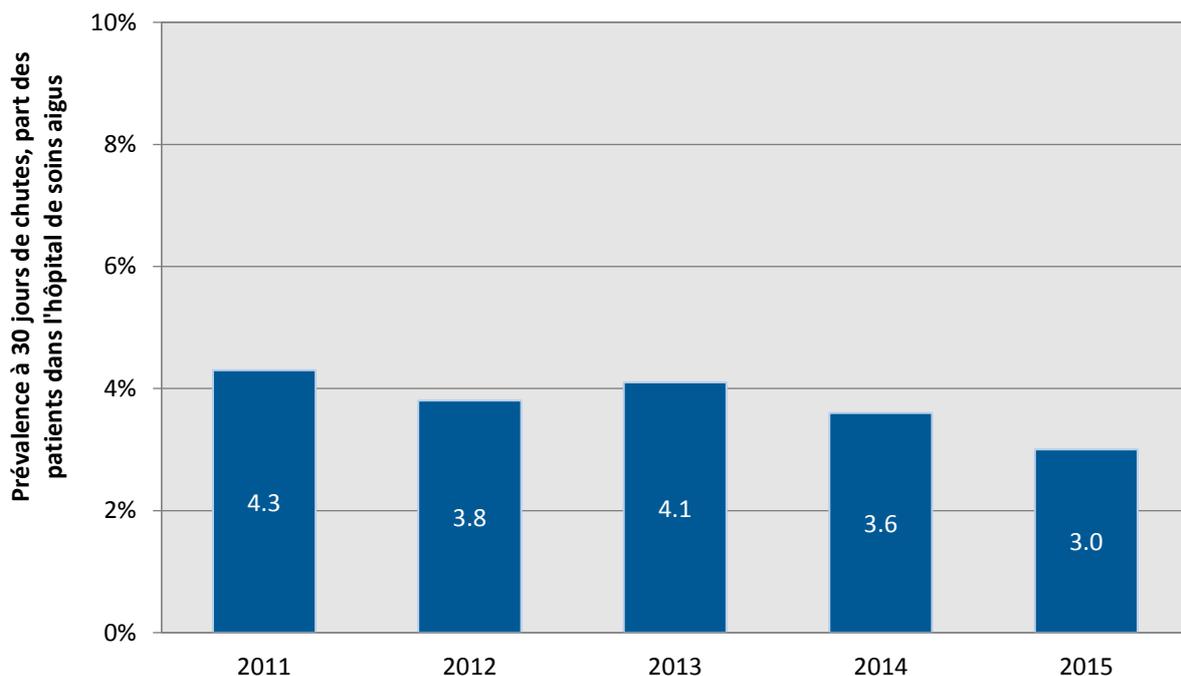
Les mesures supplémentaires suivantes doivent être prises :

- mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité afin de renforcer la transparence et d'améliorer la qualité dans des domaines sélectionnés.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur concernant les chutes considère un aspect spécifique de la qualité des traitements et des soins. Le but d'un traitement optimal est de réduire les chutes par des mesures préventives (interventions de soins infirmiers, formation des patients, moyens auxiliaires, etc.) en sachant que certaines mesures peuvent impliquer des pertes d'autonomie pour les patients.

**Objectif quantifiable :** Pas d'augmentation de la part des chutes survenues dans les hôpitaux de soins aigus.

**Fig. 41** Prévalence à 30 jours de chutes survenues dans les hôpitaux de soins aigus, patients de 18 ans ou plus, Suisse, 2011–2015



2011 : n=10'600 ; 2012 : n=13'651 ; 2013 : n=12'903 ; 2014 : n=13'317, 2015 : 13'163

Source : ANQ<sup>9</sup> – Rapports comparatifs nationaux Mesure de la prévalence 2011–2014 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

En 2015, 3,0% des patients adultes dans les hôpitaux de soins aigus ont chuté depuis leur entrée à l'hôpital. Cette part diminue un peu au fil des ans, mais selon le rapport de l'ANQ, les fluctuations relèvent du hasard. Le rapport met en évidence un besoin d'agir en ces termes: «La comparaison internationale montre que le taux de prévalence des chutes survenues dans les hôpitaux suisses pour

<sup>9</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques

toutes les années de mesure reste élevé. Sur le plan international, des taux de prévalence (périodiques) se situant entre 0,2 % et 13,8 % sont indiqués dans les récoltes de données plus récentes. »

## Informations complémentaires

### Définitions

Pour la mesure de la prévalence, la définition suivante de la chute, recommandée par la Fondation sécurité des patients suisses, a été utilisée: une chute est « un événement conduisant une personne à se retrouver de façon non intentionnelle au sol ou à tout autre niveau inférieur » (Victorian Government Department of Human Services (2004) citée chez Frank & Schwendimann, 2008).

Les données ont été reprises des rapports comparatifs nationaux de mesure de la prévalence 2011 - 2015 de l'ANQ. Les informations suivantes sont données sur la méthode : « Les instruments utilisés pour la mesure depuis 2011 s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, «International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'université de Maastricht.»

Hôpitaux participants : 2011: 159, 2012: 186, 2013: 187, 2014: 189, 2015 : 195 sites hospitaliers ;  
Taux de participation des patients : 2011: 68,1%, 2012: 75,4%, 2013: 73,8 %, 2014: 75,9%, 2015 : 76,4%.

Les taux bas de participation en comparaison internationale ont été évoqués comme une difficulté d'interprétation des résultats.

### Liens

[ANQ Médecine somatique aiguë – Résultats de mesure](#) → Mesure de la prévalence chutes et escarres (dernière consultation : 22.12.2016)

### Références

ANQ Rapport comparatif 2015 [Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres](#) (dernière consultation : 22.12.2016)

## 42 Nombre de prestations réexaminées remboursées selon la LAMal

### Extrait de l'objectif 3.1 : Promouvoir la qualité des prestations et des soins

Diminution des prestations, des médicaments et des processus inefficients et inefficaces afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts.

**Signification de l'indicateur :** Selon l'article 32, al. 2 LAMal, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations (critères EAE) doivent être réexaminés périodiquement. Ces réévaluations doivent servir à ce que les prestations qui ne satisfont pas aux critères EAE ne soient pas remboursées par l'AOS. L'indicateur renseigne sur l'activité dans le domaine des prestations non pharmaceutiques (médicaments, voir l'indicateur 33). Il renonce cependant à une évaluation de l'effet au niveau de l'amélioration de la qualité et de la réduction des coûts.

**Objectif quantifiable :** Dans le cadre d'un programme pilote, il est prévu pour les années 2016 et 2017 d'achever le réexamen de trois prestations par année. Le nombre de prestations non pharmaceutiques réexaminées dépend cependant des ressources que l'OFSP pourra mettre à disposition. L'accroissement des ressources prend place dans le cadre de la mise sur pied de l'unité HTA entre 2017 et 2019.

### Fig. 42 Nombre de prestations réexaminées

*Nouvelle activité. Aucune réévaluation n'a pu être menée à terme en 2016 (les travaux sont en cours). Les réévaluations effectuées jusqu'ici sporadiquement ne sont pas représentées statistiquement.*

Source : exploitation OFSP

### Informations complémentaires

Dans les années 2017 à 2019, des réexamens supplémentaires extraordinaires, qui seront présentés de manière séparée, seront menés dans le cadre des travaux de révision de la Liste des analyses (LA) et de la Liste des moyens et appareils (LiMA).

### Définitions

Nombre de prestations

Les prestations médicales/chiropratiques sont comptées une à une. Lorsque plusieurs prestations différentes sont évaluées simultanément dans le cadre d'une procédure de réexamen, les prestations sont comptées une à une. En revanche, le nombre des indications réexaminées relatives à une prestation n'est pas pris en compte dans le comptage. Le comptage aura lieu lors de la publication du rapport de réévaluation.

Pour les analyses de laboratoire ainsi que pour les moyens et appareils, le nombre de positions vérifiées de la Liste des analyses (LA) ou de la Liste des moyens et appareils (LiMA) est considéré, que le réexamen englobe les trois critères EAE (efficacité, adéquation, économie) ou que seuls soient réévalués certains éléments comme le nombre de points de taxation.

## 43 Taux des donneurs d'organe post mortem par million d'habitants

Extrait de l'objectif 3.1 « Promouvoir la qualité des prestations et des soins » :

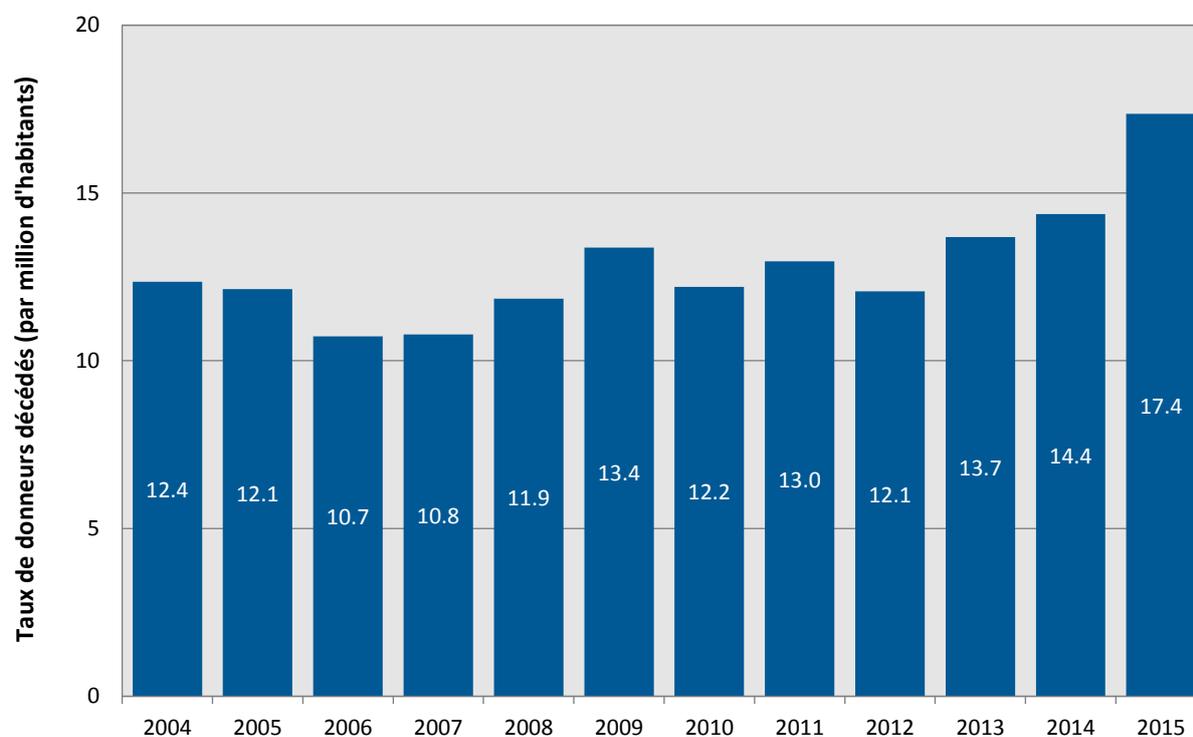
- Sensibilisation de la population aux besoins des patients en attente d'une transplantation d'organe, afin d'accroître la propension au don d'organes.

**Signification de l'indicateur :**

Grâce au progrès de la médecine, il est de plus en plus souvent possible d'aider une personne malade au moyen d'une transplantation d'organe. Mais le nombre de dons d'organe se situe nettement en dessous des besoins. A l'aide du plan d'action « Plus d'organes pour des transplantations », qui a été adopté en 2014 par le « Dialogue de la Politique nationale de la santé », le taux de donneurs décédés devrait s'élever à 20 par million d'habitants d'ici à 2018.

**Objectif quantifiable :** Hausse du taux de donneurs post mortem à 20 par million d'habitants par année d'ici à 2018.

Fig. 43 Donneurs post mortem par million d'habitants, Suisse, 2004–2015



Source : Swisstransplant – Rapports annuels / exploitation Obsan

© Obsan 2016

En Suisse, le taux de donneurs décédés a stagné pendant des années. Parallèlement, le nombre de personnes qui attendent un organe sur la liste correspondante a augmenté.

Depuis le début de l'intensification des efforts déployés pour accroître les dons d'organe, le nombre de donneurs a augmenté, le taux de donneurs post mortem par million d'habitants passant de 13,7 en 2013 à 17,4 en 2015.

### **Informations complémentaires**

En Suisse, les personnes ayant une carte de donneur d'organes ne sont pas enregistrées et ne peuvent donc pas être relevées statistiquement.

### **Définitions**

La fondation Swisstransplant et l'OFSP collectent, entre autres, des données sur le nombre de donneurs, sur le nombre d'organes transplantés et sur la longueur de la liste d'attente.

Pour permettre de comparer les données annuelles, on considère chez les donneurs décédés le nombre de donneurs par million d'habitants (p.m.p). Pour le calcul, on se réfère au nombre d'habitants recensés au 31.12 de l'année précédente (renseignement oral des responsables à l'OFSP).

### **Liens**

[Swisstransplant](#) (dernière consultation : 07.12.2016)

[OFSP: Médecine de la transplantation](#) (dernière consultation : 07.12.2016)

## 44 Part des médecins de premiers recours utilisant la cybermédication

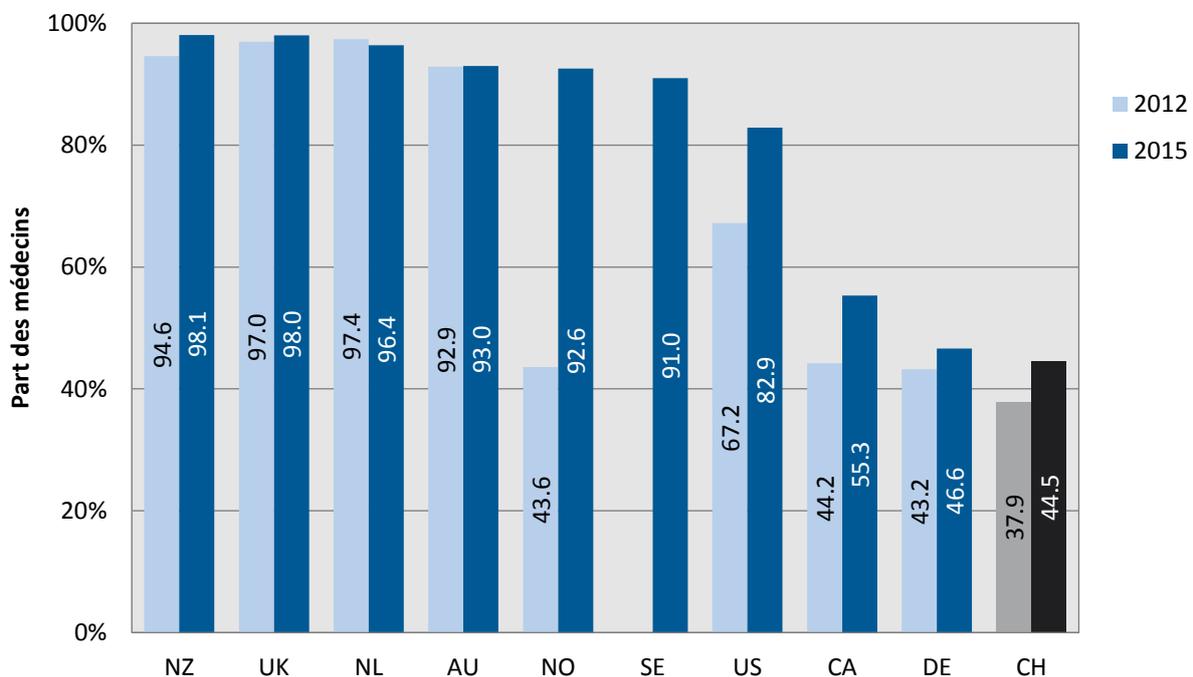
Extrait de l'objectif 3.2 « Renforcer l'utilisation de la cybersanté » :

- Mise en place et promotion active de la cybermédication en donnant aux médecins, aux pharmaciens et aux hôpitaux la possibilité d'avoir un accès électronique aux informations relatives à la médication de leurs patients. Il s'agit ainsi d'augmenter leur sécurité en évitant les erreurs.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur mesure la diffusion d'un certain domaine de la cybersanté, à savoir la part des médecins de premier recours déclarant utiliser la cybermédication.

**Objectif quantifiable :** Augmentation de la part des médecins utilisant la cybermédication dans l'ensemble des médecins de premier recours.

**Fig. 44** Part des médecins de premiers recours utilisant (régulièrement ou occasionnellement) la cybermédication, comparaison internationale, 2012 et 2015



2012 : NZ : n=1000, UK: n=500, NL: n=522, AU: n=1000, NO: n=869, US: n=1014, CA: n=2126, DE: n=907, CH: n=1025. 2015: NZ: n=503, UK: n=1001, NL: n=618, AU: n=747, NO: n=864, SE: n=2905, US: n=1001, CA: n=2284, DE: n=559, CH: n=1065.

Source : Commonwealth Fund, International Health Policy Survey 2012 et 2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

En 2015, 44,5% des médecins de premier recours déclaraient utiliser, régulièrement ou occasionnellement, une technologie permettant de recevoir des messages ou des alertes électroniques concernant un problème potentiel de dosage ou d'interaction de médicaments. Ce pourcentage n'a que peu évolué depuis 2012 (37,9%). La cybermédication n'est donc utilisée que par moins d'un médecin de premier recours sur deux en Suisse, alors que dans d'autres pays considérés (Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Pays-Bas), c'est le cas de la très grande majorité des médecins (plus de 95%). La diffusion particulièrement rapide de la cybermédication en Norvège est à relever : la part d'utilisateurs est passée de 43,6% en 2012 à 92,6% en 2015.

Des différences de comportement sont observables entre les médecins de premier recours suisses, notamment en fonction de l'âge, de la spécialité et de la structure du cabinet (individuel ou de groupe).

Les médecins les plus jeunes utilisent plus souvent la cybermédication que les plus âgés (54,6% des 35-44 ans contre 23,7% des 65 ans et plus), les spécialistes en médecine générale interne sont aussi plus familiers de la cybermédication (48,1%) que les médecins pédiatres (15,3%), tout comme les médecins en cabinet de groupe (51,7%) par rapport aux médecins en pratique individuelle (35,5%).

## Informations complémentaires

### Définitions

Les résultats sont tirés de l'*International Health Policy Survey* (IHP) menée par le Commonwealth Fund en 2012 et 2015. L'enquête a été réalisée dans onze pays auprès des médecins de premier recours du domaine ambulatoire (spécialistes en médecine interne générale, médecins praticiens et spécialistes en pédiatrie). En Suisse, 1065 médecins ont participé à l'enquête en 2015 et 1025 en 2012.

L'indicateur représente les médecins ayant déclaré qu'ils utilisent (régulièrement ou occasionnellement) des messages ou des alertes électroniques concernant un problème potentiel de dosage ou d'interaction de médicaments. Cet indicateur s'écarte de la définition proposée dans le cadre de l'objectif 3.2 dans le sens où les médicaments délivrés par d'autres professionnels de la santé ne sont pas forcément connus du médecin de premier recours. De plus, il ne renseigne pas sur les pratiques en matière de prescription électronique.

L'IHP étant réalisée chaque année sur un thème différent selon un tournus trisannuel, les prochains résultats pour cette question devraient être disponibles en 2018.

### Liens

[Description de l'enquête du Commonwealth Fund](#) (dernière consultation : 07.02.2017)

[eHealth Suisse](#) (dernière consultation : 07.02.2017)

### Références

Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/\\_obsan\\_dossier\\_50\\_1.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/_obsan_dossier_50_1.pdf) (dernière consultation : 08.02.2017)

eHealth Suisse (2014). Promotion de la cybermédication. Mise en œuvre de la mesure visée à l'agenda "Santé2020". Berne, le 28 août 2014. [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00250/13769/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCKfX16e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00250/13769/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCKfX16e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--) (dernière consultation : 08.02.2017)

## 45 Part des médecins de premiers recours utilisant le dossier médical informatisé

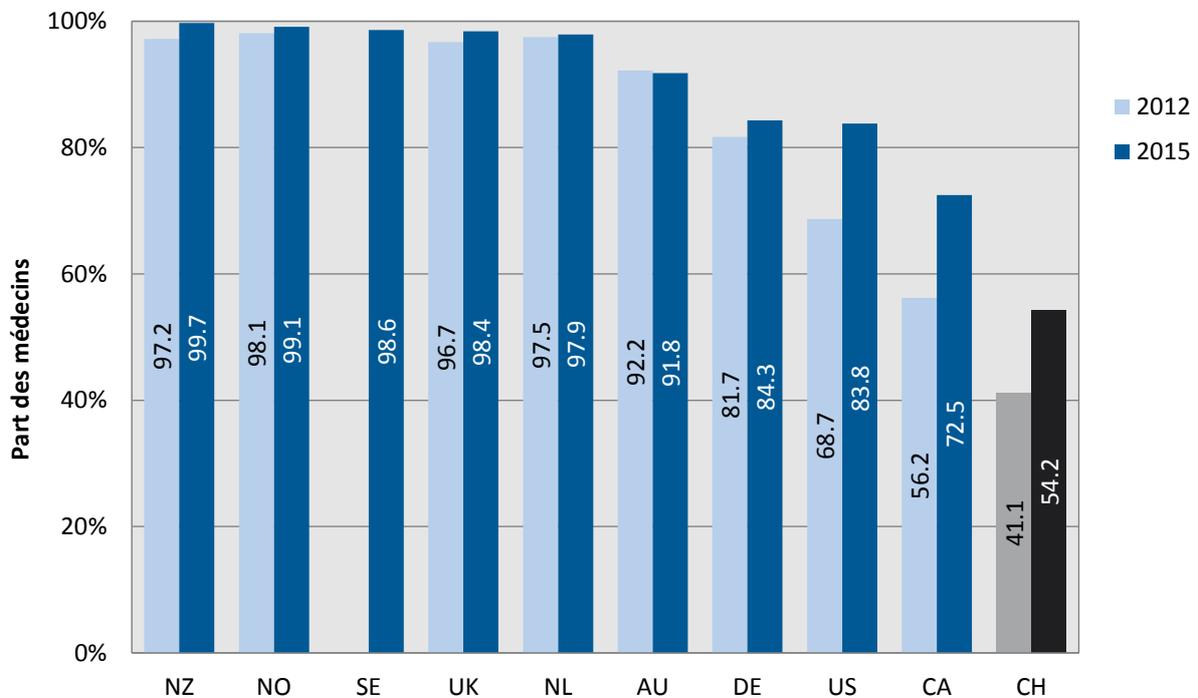
Extrait de l'objectif 3.2 « Renforcer l'utilisation de la cybersanté » :

- Mise en place et promotion active du dossier électronique du patient, afin de renforcer la qualité des soins et la sécurité des patients mais aussi afin d'appuyer les processus de traitement et la collaboration entre les différents prestataires.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur mesure la diffusion d'un certain domaine de la cybersanté, à savoir la part des médecins de premier recours indiquant utiliser un dossier médical informatisé (voir la définition à la fin de l'indicateur).

**Objectif quantifiable :** Augmentation de la part des médecins de premier recours utilisant le dossier médical informatisé dans l'ensemble des médecins de premier recours.

**Fig. 45** Part des médecins de premiers recours utilisant le dossier médical informatisé, comparaison internationale, 2012 et 2015



2012 : NZ : n=1000, UK: n=500, NL: n=522, AU: n=1000, NO: n=869, US: n=1014, CA: n=2126, DE: n=907, CH: n=1025. 2015: NZ: n=503, UK: n=1001, NL: n=618, AU: n=747, NO: n=864, SE: n=2905, US: n=1001, CA: n=2284, DE: n=559, CH: n=1065.

Source : Commonwealth Fund, International Health Policy Survey 2012 et 2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

Malgré la *hausse considérable intervenue en trois ans* de la part de médecins utilisant le dossier médical informatisé en Suisse (+13,1 points), le pays se maintient en queue de classement en comparaison internationale. Un peu plus de la moitié des médecins de premiers recours suisses (54,2%) utilisent cet instrument, alors que plusieurs pays ont déjà adopté de façon quasi universelle le dossier médical informatisé (Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas).

Chez les médecins de moins de 45 ans, le dossier médical informatisé était déjà utilisé par 64,6% des répondants en 2012. En 2015, 81,9% des membres de cette classe d'âge ont adopté cet instrument. La progression a également été très rapide au sein des 45-54 ans (44,4% à 62,6%). Dans la mesure où même pour les classes d'âges plus élevées, une hausse (bien que moins rapide) de l'adoption du dossier médical informatisé est relevée, on peut en fait saisir un effet de génération en plus de l'effet d'âge.

On observe également une progression nettement plus rapide du dossier médical informatisé chez les médecins travaillant en cabinet de groupe (54,3% à 69,8%) par rapport aux médecins travaillant en cabinet individuel (30,6% à 35,3%). Cela peut tenir en partie à la structure par âge plus jeune des médecins composant les cabinets de groupe. Ce développement peut également être favorisé ou rendu nécessaire dans le cadre d'échanges de dossiers de patients entre médecins d'un même cabinet.

## Informations complémentaires

### Définitions

Les résultats sont tirés de l'*International Health Policy Survey* (IHP) menée par le *Commonwealth Fund* en 2012 et 2015. L'enquête a été réalisée dans onze pays auprès des médecins de premier recours du domaine ambulatoire (spécialistes en médecine interne générale, médecins praticiens et spécialistes en pédiatrie). En Suisse, 1065 médecins ont participé à l'enquête en 2015 et 1025 en 2012.

L'indicateur représente les médecins ayant déclaré qu'ils ont un système électronique pour gérer les dossiers médicaux des patients (à l'exclusion des systèmes de facturation). La question en allemand est formulée de telle manière que les personnes interrogées comprennent qu'il s'agit vraisemblablement d'un dossier virtuel et décentralisé auquel auraient accès différents prestataires de santé. Dans les versions française et italienne, la formulation utilisée renvoie par contre plutôt à l'idée du dossier médical informatisé. La manière dont les médecins des différentes régions linguistiques ont compris la question est donc susceptible d'influencer les résultats.

L'IHP étant réalisée chaque année sur un thème différent selon un tournus trisannuel, les prochains résultats pour cette question devraient être disponibles en 2018.

### Liens

[Description de l'enquête du Commonwealth Fund](#) (dernière consultation : 10.02.2016)

### Références

Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications\\_/2015/obsan\\_dossier\\_50\\_1.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications_/2015/obsan_dossier_50_1.pdf) (dernière consultation : 08.02.2017)

## 46 Diplômes en médecine humaine

### Extrait de l'objectif 3.3 « Disposer de davantage de personnel de santé bien formé » :

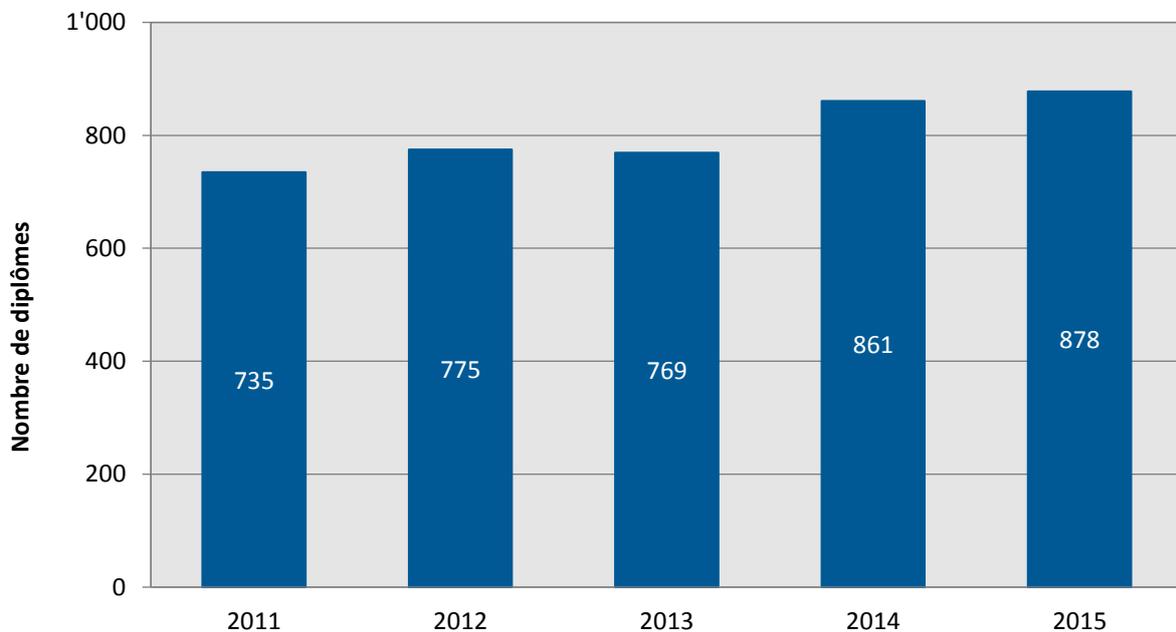
Le nombre de places de formation continue, universitaires ou non, doit être adapté aux besoins et les programmes de formation doivent répondre aux exigences des soins intégrés. Il s'agit ainsi de garantir que la Suisse dispose du personnel soignant nécessaire et qui ait une formation répondant aux besoins.

- Formation d'un nombre suffisant de médecins dans les branches correspondantes [...].

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur représente le nombre de diplômes en médecine humaine. Il ne permet pas de définir si les besoins en médecins sont ainsi couverts ou s'il y a peut-être une offre insuffisante (dans certains domaines de la médecine humaine).

**Objectif quantifiable :** Augmentation à 1200-1300 diplômes par année (selon la plate-forme « Avenir de la formation médicale »).

Fig. 46 Nombre de diplômes en médecine humaine, Suisse, 2011–2015



Source: OFS – Registre des professions médicales 2011-2015/ exploitation Obsan

© Obsan 2017

Le nombre de diplômes en médecine humaine (diplôme fédéral de médecin) s'est accru de manière continue ces cinq dernières années, passant de 735 en 2011 à 878 en 2015. En 2015, 57% de ces diplômes ont été décrochés par des femmes. Le nombre de diplômes va continuer d'augmenter ces prochaines années, car le nombre de places d'études cliniques s'est accru de 30% depuis 2007, passant de 731 en 2007 à 950 en 2015 (OFSP & SEFRI, 2016).

La comparaison internationale montre que la Suisse, avec 10 médecins pour 100'000 habitants, forme moins de personnes que de nombreux pays européens comme l'Allemagne (12,2), les Pays-Bas (14,4), la Lituanie (14,8) ou le Danemark (18,4) (OCDE, 2016).

## Informations complémentaires

### Définitions

Les diplômes se réfèrent aux diplômes fédéraux de médecin décernés.

### Liens

[OFSP: Statistiques du MedReg](#) (dernière consultation, 16.11.2016)

[OCDE: Données sur les titulaires d'un diplôme en médecine humaine \(chiffres de 2013\)](#) (dernière consultation, 17.11.2016)

### Références

Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) (2016). *Panorama de la formation universitaire et postgrade des médecins dans le système de santé*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

## 47 Diplômes de professionnels des soins

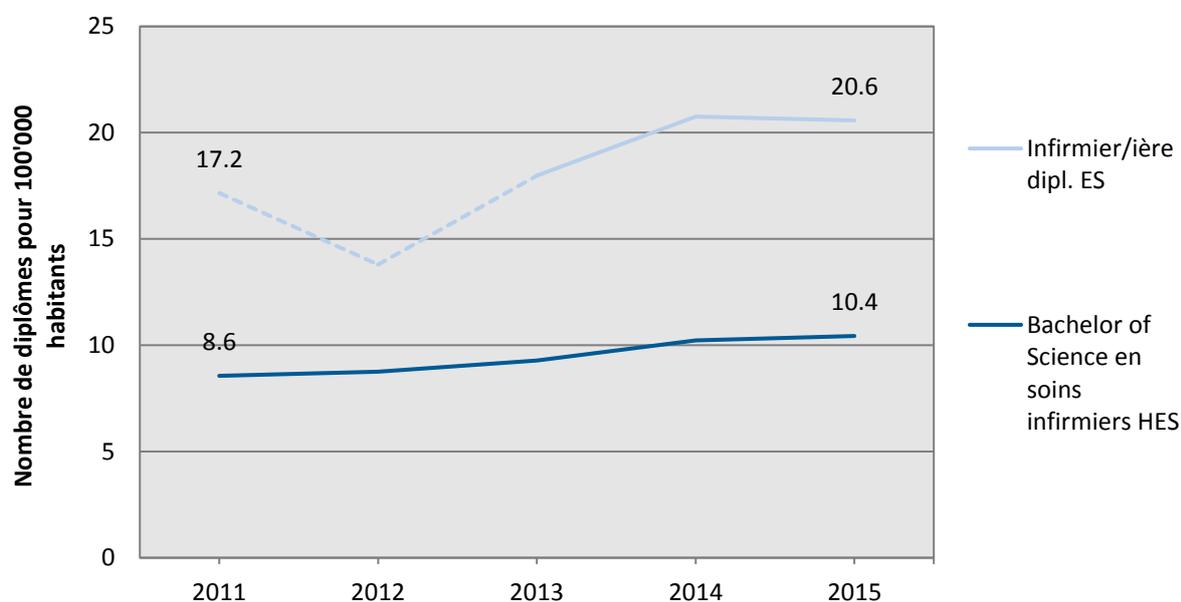
### Extrait de l'objectif 3.3 « Disposer de davantage de personnel de santé bien formé » :

Le nombre de places de formation continue, universitaires ou non, doit être adapté aux besoins et les programmes de formation doivent répondre aux exigences des soins intégrés. Il s'agit ainsi de garantir que la Suisse dispose du personnel soignant nécessaire et qui ait une formation répondant aux besoins.

**Signification de l'indicateur :** La demande en personnel soignant augmentera de plus en plus en raison du vieillissement de la population. La Suisse vise à réduire la dépendance envers le personnel soignant formé à l'étranger. L'indicateur représente le nombre de diplômes de professionnels des soins à différents niveaux.

**Objectif quantifiable :** Augmentation du nombre de diplômes (au moins jusqu'en 2020; une limite supérieure pourrait ensuite éventuellement être fixée).

**Fig. 47** Nombre de diplômes du degré tertiaire en soins infirmiers pour 100'000 habitants, Suisse, 2011–2015



Source : OFS – Système d'information universitaire suisse et STATPOP 2011–2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Les *taux* de diplômes du degré tertiaire en soins infirmiers (infirmier/ière dipl. ES et Bachelor of Science en soins infirmiers HES) augmentent depuis 2012, mais on observe au niveau de la filière ES un faible recul de ce taux entre 2014 et 2015 (de 20,8 diplômes pour 100'000 habitants à 20,6). Le *nombre* absolu de diplômes est en revanche en progression dans les deux filières de formation depuis 2012 (non indiqué ici).

Le phénomène observé quant au nombre d'infirmiers/ères diplômé/es ES en 2012 est dû entre autres aux réformes mises en œuvre dans la formation aux professions de la santé.

2582 professionnels des soins infirmiers ont obtenu leur diplôme en 2015: 1713 dans une ES (*Infirmier/ière dipl. ES*) et 869 dans une HES (*Bachelor of Science en soins infirmiers*). Autrement dit, un tiers de ces personnes ont suivi la formation dans une haute école spécialisée.

## Informations complémentaires

### Définitions

Les diplômes suivants ont été pris en compte : Infirmier/ière dipl. ES, infirmier/ière dipl. niveau II (formation régie par l'ancien droit), Bachelor of Science en soins infirmiers HES

### Liens

[Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation \(SEFRI\) Masterplan Formation aux professions de soins](#) (dernière consultation : 17.11.2016)

### Références

- Burla, L. & Rüfenacht, J. (2013). *Formation en médecine humaine et dans les professions des soins et de l'accompagnement* (Bulletin Obsan 2/2013). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Burla, L., Vilpert, S. & Widmer, M. (2014). *Monitoring du personnel des professions de la santé non médicales - 1ère partie: personnel soignant.*
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030* (Obsan Rapport 71). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit* (Obsan Dossier 24). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

## 48 Solde migratoire des médecins étrangers

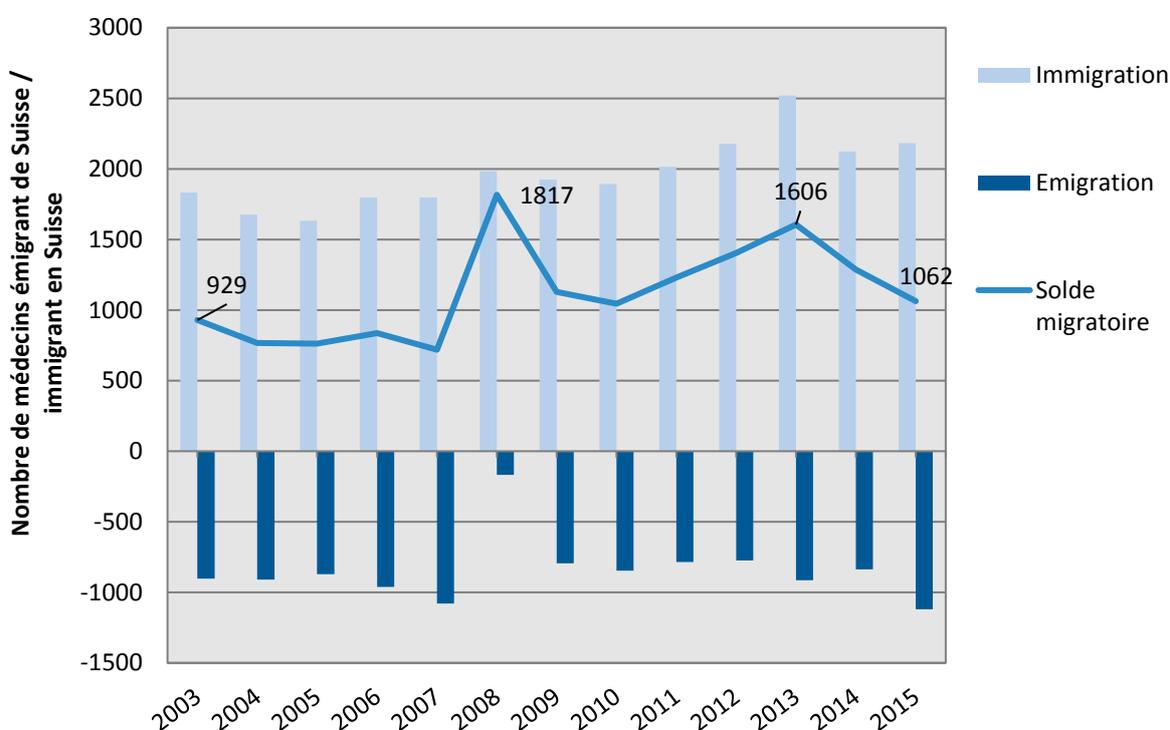
Extrait de l'objectif 3.3 « Disposer de davantage de personnel de santé bien formé » :

Le nombre de places de formation continue, universitaires ou non, doit être adapté aux besoins et les programmes de formation doivent répondre aux exigences des soins intégrés. Il s'agit ainsi de garantir que la Suisse dispose du personnel soignant nécessaire et qui ait une formation répondant aux besoins.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur donne pour chaque année le nombre de médecins immigrés moins le nombre de médecins émigrés. Un solde migratoire positif est considéré comme suggérant une activité de formation en Suisse insuffisante.

**Objectif quantifiable :** Recul du solde migratoire des médecins.

Fig. 48 Immigration, émigration et solde migratoire des médecins étrangers, Suisse, 2003–2015



Source : SEM – Symic 2003-2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Entre 2003 et 2015, le solde migratoire (flux migratoire net) des médecins étrangers a été positif chaque année. Entre 2003 et 2007, il s'est maintenu à environ 800. Après un pic observé en 2008 (solde migratoire de 1817 médecins), année de suppression des contingents pour les ressortissants de l'UE-17/AELE, le solde migratoire est revenu à un niveau d'environ 1100. Il a progressivement augmenté jusqu'en 2013 (1606) avant d'à nouveau diminuer en 2014 (1286) et en 2015 (1062).

De manière générale, les changements observés quant au solde migratoire de médecins ont principalement tenu à l'évolution de l'immigration (l'année 2008 faisant exception), l'émigration étant beaucoup plus stable. L'année 2015 se distingue cependant en présentant le nombre de médecins émigrant de Suisse le plus important enregistré au cours de la période sous étude (1121).

En comparaison internationale, seules les données sur l'effectif de médecins nés à l'étranger autour de 2010/11 sont disponibles. Avec une part de 42%, la Suisse figure parmi les pays de l'OCDE où le

pourcentage de médecins nés à l'étranger est le plus élevé (OCDE, 2015). La Nouvelle-Zélande, l'Australie et Israël sont les seuls pays à présenter des pourcentages plus élevés.

## Informations complémentaires

### Définitions

Le solde migratoire correspond à la différence entre l'immigration et l'émigration. En Suisse, le solde migratoire des médecins étrangers est calculé à partir des données du registre des migrations du SEM (Symic = le système d'information central sur la migration). Les données présentées comprennent les autorisations de séjour, les autorisations de séjour de courte durée ainsi que les permis frontaliers.

### Liens

[Indicateur sur le site de l'Obsan: Personnel de santé de nationalité étrangère](#) (dernière consultation : 14.11.2016)

### Références

Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). L'immigration du personnel de santé vers la Suisse (Obsan Rapport 39). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_rapport\\_39.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_rapport_39.pdf) (dernière consultation : 17.11.2016)

OCDE (2015). Perspectives des migrations internationales 2015. OECD Publishing. [http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013\\_migr\\_outlook-2013-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013_migr_outlook-2013-fr) (dernière consultation : 17.11.2016)

## 49 Solde migratoire des professionnels des soins

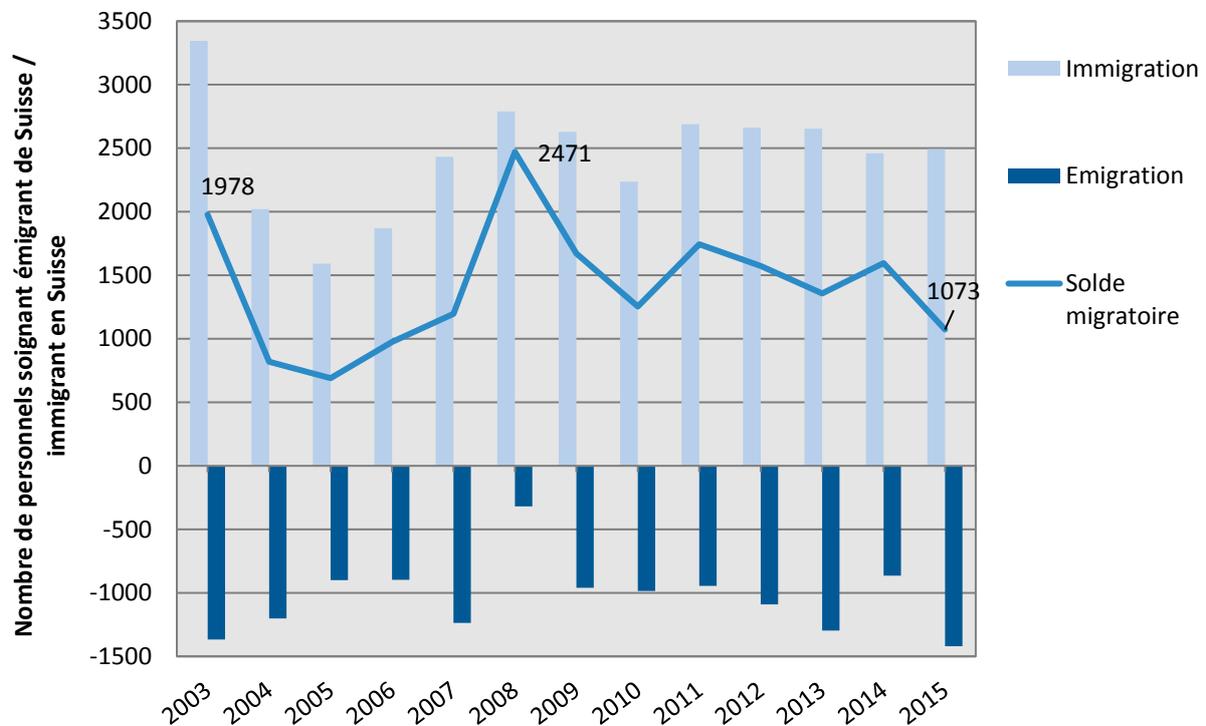
**Extrait de l'objectif 3.3 « Disposer de davantage de personnel de santé bien formé » :**

Le nombre de places de formation continue, universitaires ou non, doit être adapté aux besoins et les programmes de formation doivent répondre aux exigences des soins intégrés. Il s'agit ainsi de garantir que la Suisse dispose du personnel soignant nécessaire et qui ait une formation répondant aux besoins.

**Signification de l'indicateur :** L'indicateur donne pour chaque année, le nombre de professionnels des soins immigrés moins le nombre de professionnels des soins émigrés, une année donnée. Un solde migratoire positif est considéré comme suggérant une activité de formation en Suisse insuffisante.

**Objectif quantifiable :** Recul du solde migratoire du personnel de soins.

**Fig. 49 Immigration, émigration et solde migratoire des professionnels de soins, Suisse, 2003–2015**



Source: SEM – Symic 2003-2015 / exploitation Obsan

© Obsan 2017

Le solde migratoire (flux migratoire net) des professionnels des soins a été positif chaque année entre 2003 et 2015. Deux pics ont été observés : le premier, en 2003 (solde de 1978 personnes), suit l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes et le second, en 2008 (2471), correspond à l'année de suppression des contingents pour les ressortissants de l'UE/17/AELE.

Depuis 2009, le solde migratoire oscille entre un minimum de 1073 individus (en 2015) et un maximum de 1743 personnes (en 2011). Il correspond à une immigration annuelle moyenne d'environ 2550 professionnels des soins de nationalité étrangère pour une émigration annuelle moyenne d'environ 1080 individus. De plus, on relève que comme pour les médecins, sur l'ensemble de la période étudiée, l'émigration a atteint un maximum de 1419 sorties en 2015.

En comparaison internationale, seules les données sur l'effectif en professionnels des soins nés à l'étranger autour de 2010/11 sont disponibles (et non sur les personnes formées à l'étranger). Avec une part de 33%, la Suisse figure parmi les pays de l'OCDE où le pourcentage de professionnels des soins nés à l'étranger est le plus élevé (OCDE, 2015). La Nouvelle-Zélande est le seul pays à présenter un pourcentage plus élevé.

## Informations complémentaires

### Définitions

Le solde migratoire correspond à la différence entre l'immigration et l'émigration. En Suisse, le solde migratoire des professionnels des soins de nationalité étrangère est calculé à partir des données du registre des migrations du SEM (Symic = le système d'information central sur la migration). Suivant la définition proposée par l'OCDE, seuls les professionnels des soins ayant une formation du degré tertiaire sont retenus. Les données présentées comprennent les autorisations de séjour, les autorisations de séjour de courte durée ainsi que les permis frontaliers.

### Lien

[Indicateur sur le site de l'Obsan: Personnel de santé de nationalité étrangère](#) (dernière consultation : 14.11.2016)

### Références

Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). L'immigration du personnel de santé vers la Suisse (Obsan Rapport 39). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_rapport\\_39.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_rapport_39.pdf) (dernière consultation : 17.11.2016)

OCDE (2015). Perspectives des migrations internationales 2015. OECD Publishing. [http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013\\_migr\\_outlook-2013-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2013_migr_outlook-2013-fr) (dernière consultation : 17.11.2016)

## 50 Densité de médecins de premier recours dans les régions rurales et urbaines

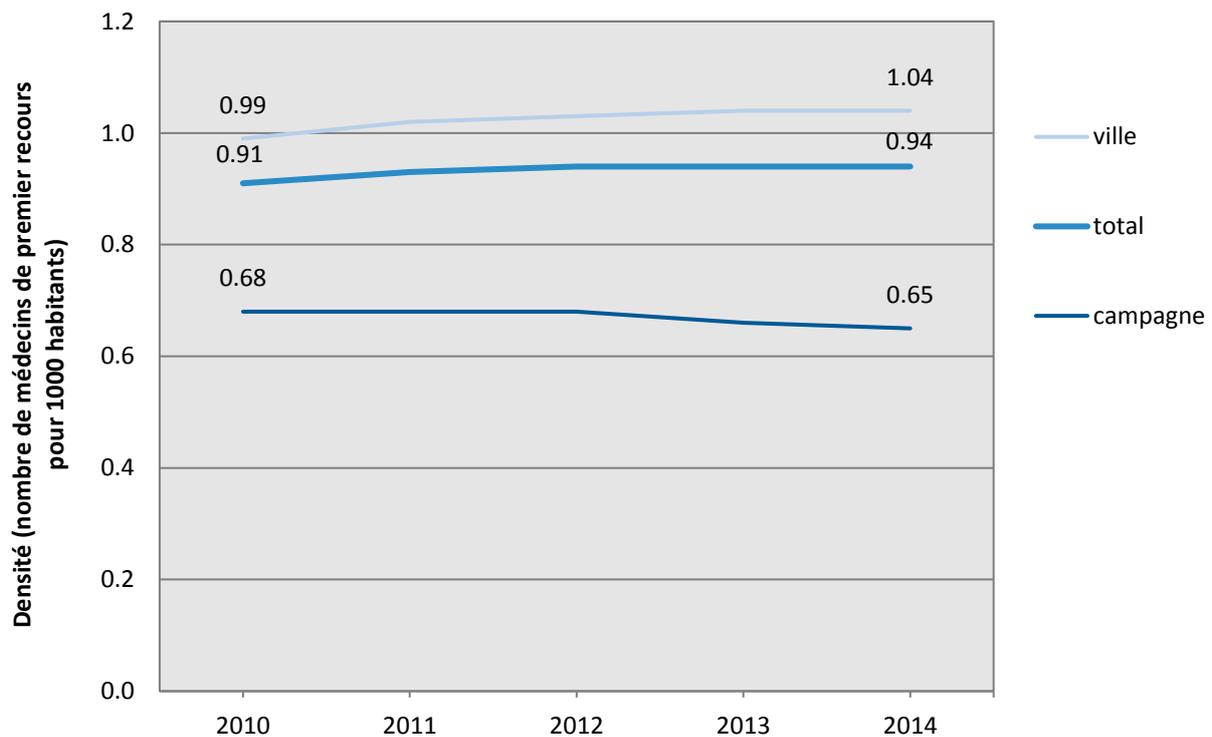
Extrait de l'objectif 3.3 « Disposer de davantage de personnel de santé bien formé » :

Promotion des soins médicaux de base (notamment la médecine de premier recours) et de la collaboration entre les différents métiers de la santé grâce à l'adaptation des programmes de formation et de perfectionnement, à la promotion de la recherche et à la création de conditions favorables à l'exercice du métier.

**Signification de l'indicateur :** Dans certaines régions rurales, l'offre de médecins de premier recours tend à être insuffisante. L'indicateur peut montrer si au fil du temps, cette pénurie tend à se résorber ou à se renforcer.

**Objectif quantifiable :** Accroissement de la densité de médecins de premier recours (nombre de médecins pour 1000 habitants) dans les régions rurales (au moins jusqu'en 2020; une limite supérieure pourrait ensuite éventuellement être fixée).

Fig. 50 Densité des médecins de premier recours selon le degré d'urbanisation, Suisse, 2010–2014



Sources: FMH – Statistique médicale 2010–2014 et OFS – ESPOP 2010-2014 / exploitation Obsan

© Obsan 2016

En 2014, on comptait 0,94 médecin de premier recours pour 1000 habitants (fig. 51). La densité de médecins de premier recours (total) a légèrement augmenté ces cinq dernières années, tout comme celle des médecins de premier recours dans les régions urbaines. Mais dans les régions rurales, cette densité est en léger recul, étant passée de 0,68 médecin de premier recours pour 1000 habitants en 2010 à 0,65 en 2014.

En 2014, on dénombrait 7731 médecins de premiers recours (44%) sur un total de 17'534 médecins en cabinet. Le nombre de médecins de premier recours a progressé de manière constante ces dernières années : en 2011, ils étaient 6904.

## Informations complémentaires

### Définitions

Les résultats présentés se réfèrent à tous les médecins de premier recours en cabinet pour 1000 habitants.

Définition de la médecine de premier recours : médecine générale, médecine interne, médecine interne générale, médecin praticien, médecine de l'enfance et de l'adolescent (pédiatrie)

Définition régions urbaines/régions rurales : basée sur la typologie spatiale « Régions urbaines/rurales 2000 » des niveaux géographiques de l'OFS (OFS, 2016). Les catégories ont été groupées comme suit :

- Ville : commune-centre d'une agglomération, autre commune d'agglomération, ville isolée
- Campagne : commune rurale

### Liens

[Indicateur des médecins en cabinet sur le site de l'Obsan](#) (dernière consultation : 07.02.2017)

[Statistique médicale de la FMH](#) (dernière consultation : 07.02.2017)

[OFS: Niveaux géographiques 2016](#) (dernière consultation : 07.02.2017)

### Références

Burla, L. & Widmer, M. (2012). *Le corps médical en Suisse: effectif et évolutions jusqu'en 2011* (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Hostettler, S. & Kraft, E. (2015). Augmentation de la part de femmes et de médecins étrangers. *Statistique médicale de la FMH 2014. Bulletin des médecins suisse, 2015/13*: pp. 462-469.

Roth, S. & Sturny, I. (2015). *Moratoire sur l'installation des médecins en cabinet privé: évolution de leur effectif* (Obsan Bulletin 4/2015). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

## 51 Primes par rapport aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

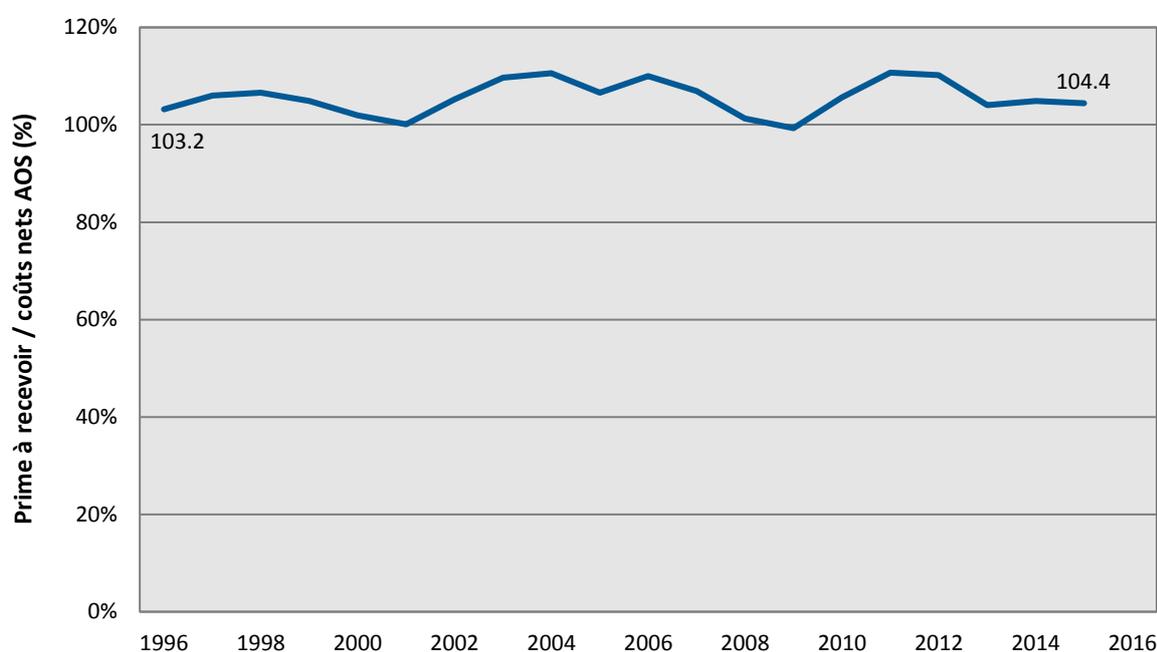
Extrait de l'objectif 4.1 « Simplifier le système et assurer la transparence » :

- *Amélioration de la surveillance des assureurs-maladie* afin de mieux protéger les assurés, d'éviter l'insolvabilité des assureurs et de faire en sorte que les primes correspondent aux coûts

**Signification de l'indicateur** : L'indicateur mesure à quel point les primes fixées de manière prospective sont adéquates.

**Objectif quantifiable** : Le rapport entre les primes à recevoir et les coûts nets par assuré tend vers 100%.

Fig. 51 Prime à recevoir par rapport aux coûts nets par assuré dans l'AOS, Suisse, 1996-2015



Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015 / exploitation OFSP

© OFSP 2017

Le rapport entre la prime à recevoir et les coûts nets est en moyenne de 105,6% sur la période 1996 à 2015. On montre ainsi que la prime à recevoir couvre en moyenne les coûts nets et, donc, que les prestations des assureurs-maladie sont pleinement couvertes par les primes pour l'assurance obligatoire des soins (AOS).

La relation entre prime et coûts nets est cependant difficile à prévoir. Bien que les primes soient fixées en prévision des coûts à venir, il reste qu'elles sont fixées ex-ante, c'est-à-dire avant que l'on ne connaisse la consommation effective de prestations pour le financement desquelles les primes sont établies. De fait, les coûts à venir ne sont que partiellement et difficilement prévisibles.

Une comparaison internationale des chiffres de cet indicateur n'est pas disponible.

## Informations complémentaires

### Définitions

Primes par rapport aux coûts : Le rapport des primes aux coûts nets dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) s'obtient en calculant le quotient des primes à recevoir par assuré aux prestations nettes par assuré en Suisse.

$$\text{Primes à recevoir rapportée aux coûts nets dans l'AOS} = \frac{\text{Prime à recevoir par assuré}}{\text{Prestations nettes par assuré}}$$

Prestations nettes par assuré : Les coûts nets sont représentés ici par les prestations nettes, c'est-à-dire par les prestations des assureurs dans l'AOS. Cette grandeur ne tient pas compte de la participation des assurés aux frais.

La prestation brute, elle, représente le coût des prestations, y compris la participation des assurés aux frais.

Participation des assurés aux frais : La participation des assurés aux frais correspond au montant de leur participation aux coûts des prestations. Elle se compose d'une franchise, d'une quote-part et de la participation aux séjours hospitaliers.

$$\begin{aligned} \text{Participation des assurés aux frais} \\ &= \text{Franchise} + \text{Quote-part} \\ &+ \text{Participation des assurés aux séjours hospitaliers} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Prestations nettes par assuré} \\ &= \text{Prestations brutes par assuré} - \text{Participation des assurés aux frais} \end{aligned}$$

### Liens

[OFSP: Statistiques](#): (dernière consultation : 25.01.2017)

[Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015](#) (dernière consultation : 25.01.2017) → Tableau T 3.01 (prime à recevoir en CHF par assuré selon le canton depuis 2001) ; T 2.03 (prestations nettes en CHF par assuré selon le canton depuis 2001)

## 52 Part des personnes assurées auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant

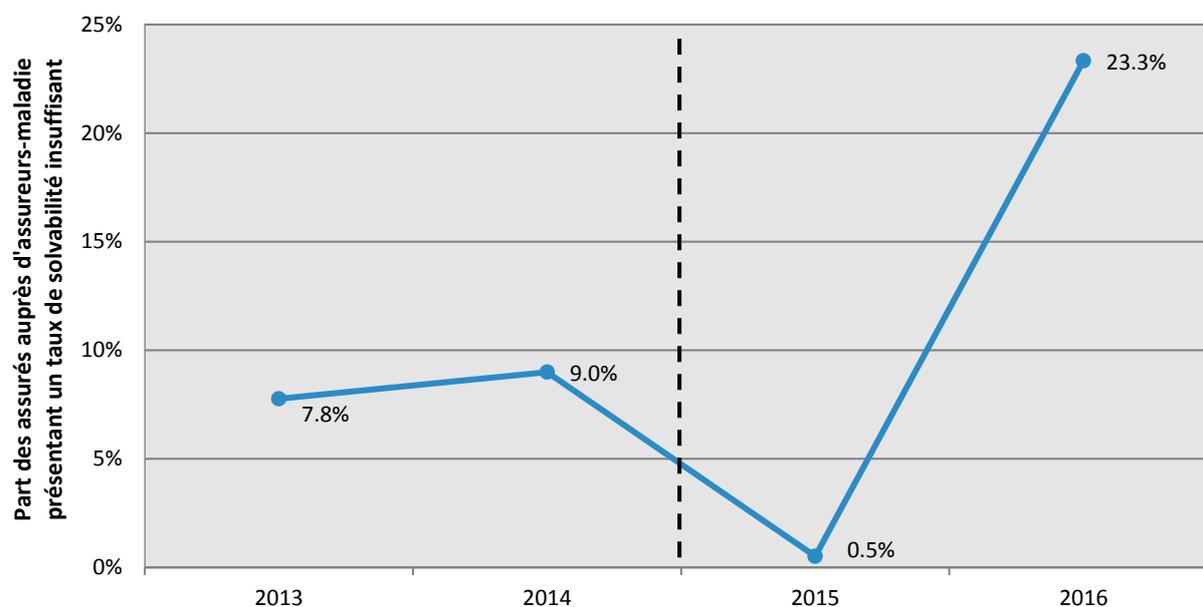
Extrait de l'objectif 4.1 « Simplifier le système et assurer la transparence » :

- *Amélioration de la surveillance des assureurs-maladie* afin de mieux protéger les assurés, d'éviter l'insolvabilité des assureurs et de faire en sorte que les primes correspondent aux coûts.

**Signification de l'indicateur :** La surveillance des assureurs-maladie de l'assurance-maladie obligatoire doit, entre autres, garantir que les assureurs sont solvables et que les assurés sont protégés contre les abus. Cet indicateur présente la part des personnes dans la population (ou de tous les assurés en Suisse) qui sont assurées dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant.

**Objectif quantifiable :** Aucune personne n'est assurée auprès d'un assureur-maladie présentant un taux de solvabilité insuffisant (Part tendant vers 0).

**Fig. 52** Part des assurés auprès d'un assureur-maladie présentant un taux de solvabilité insuffisant, Suisse, 2013–2016



Source: OFSP – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015 / exploitation OFSP

© OFSP 2017

Les données des assureurs concernant la solvabilité sont disponibles seulement à partir de 2012, soit pour le test de solvabilité 2013. En effet, la volatilité des réserves s'étant accrue avec le temps, il a été nécessaire de développer un nouveau test de solvabilité LAMal. Ce test prend en compte, outre les risques actuariels, les risques du marché et de crédit. Les réserves permettent ainsi aux assureurs de couvrir les risques imprévus.

On dénombrait 66 assureurs-maladie actifs en 2013 et en 2014, 65 en 2015 et 63 en 2016. Les assureurs présentant un taux de solvabilité insuffisant étaient au nombre de 7 en 2013 (10,6%), 8 en 2014 (12,1%), 3 en 2015 (4,6%) et 14 (22,2%) en 2016 (résultats non représentés). La figure 52 illustre la part de personnes assurées auprès d'assureurs présentant un taux de solvabilité insuffisant par rapport à l'effectif total des assurés pour l'année considérée : 7,8% en 2013, 9,0% en 2014, 0,5% en 2015 et 23,3% en 2016.

La hausse importante du taux de personnes assurées auprès d'un assureur présentant un taux de solvabilité insuffisant observée en 2016 est liée à plusieurs facteurs. Parmi les raisons principales, la

première est une sous-estimation de l'évolution des coûts des prestations par les assureurs. À ces dépenses s'ajoute le manque à gagner dû au faible produit des capitaux des assureurs en 2015.

Une comparaison internationale des chiffres de cet indicateur n'est pas disponible.

## Informations complémentaires

### Définitions

Test de solvabilité LAMal<sup>10</sup> : Le test de solvabilité LAMal détermine un taux de solvabilité qui prend en compte les réserves minimales exigées au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant l'année des données considérées et les réserves disponibles de l'assureur à la même date. Les réserves disponibles au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant l'année des données considérées tiennent compte des réserves pour l'assurance facultative d'indemnités journalières.

Taux de solvabilité

$$\text{Taux de solvabilité [\%]} = \frac{\text{Réserves disponibles au 01.01.}}{\text{Montant minimal des réserves au 01.01.}} * 100$$

Interprétation :

- Si les réserves disponibles sont égales au montant minimal des réserves, le taux de solvabilité est de 100%
- Si les réserves disponibles sont supérieures au montant minimal des réserves, le taux de solvabilité est supérieur à 100%
- Si les réserves disponibles sont inférieures au montant minimal des réserves, le taux de solvabilité est inférieur à 100%.

*Un taux de solvabilité insuffisant est un taux inférieur à 100%, soit une valeur qui indique que l'assureur ne dispose pas de réserves suffisantes pour faire face aux risques actuariels, de marché et de crédit liés à son activité.*

Effectif par assureur : En raison de la disponibilité de nouvelles données à partir de 2015, l'effectif par assureur pris en compte pour les calculs se base sur l'effectif moyen de l'année considérée (2013 – 2014) puis sur l'effectif, par assureur, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée (dès 2015).

### Liens

[OFSP: Statistiques](#) (dernière consultation : 25.01.2017)

[Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2015](#) (dernière consultation : 25.01.2017) → Tableau T 5.03 pour les assureurs avec taux insuffisant (taux < 100%), T 5.05 pour l'effectif moyen des assureurs et l'effectif de tous les assureurs.

<sup>10</sup> Dans le test de solvabilité LAMal, le montant minimal est déterminé, depuis 2012, par un modèle qui prend en compte individuellement les risques des assureurs (risques actuariels, de marché et de crédit selon l'art. 48, let. a à c OAMal, test de solvabilité LAMal selon l'art. 78 ss OAMal).

Cette nouvelle méthode de calcul remplace les dispositions en vigueur jusqu'en 2011. Les assureurs qui n'atteindraient pas le montant minimal des réserves (taux de solvabilité < 100%) restent soumis jusqu'en 2016 aux précédentes dispositions sur les réserves.