Panorama de la santé 2023

LES INDICATEURS DE L'OCDE

RÉSUMÉ ET CHAPITRES 1 ET 2

OCDE

Panorama de la santé 2023

LES INDICATEURS DE L'OCDE

RÉSUMÉ ET CHAPITRES 1 ET 2

OCDE
DES POLITIQUES MEILLEURES
POUR UNE VIE MEILLEURE

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

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

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2023), *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr*.

ISBN 978-92-64-76017-2 (imprimé)
ISBN 978-92-64-69581-8 (pdf)
ISBN 978-92-64-42271-1 (HTML)
ISBN 978-92-64-53165-9 (epub)

Panorama de la santé
ISSN 1817-0005 (imprimé)
ISSN 1999-1320 (en ligne)

Crédits photo : Couverture © Medical-R/Shutterstock.com ; Images - État de santé : © Thitiporn taingpan/Shutterstock.com ; Facteurs de risque pour la santé : © CandyRetriever/Shutterstock.com ; Accès : abordabilité ; disponibilité et utilisation des services : © LightField Studios/Shutterstock.com ; Qualité et résultats des soins : © YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com ; Dépenses de santé : © Doubletree Studio/Shutterstock.com ; Personnel de santé : © wavebreakmedia/Shutterstock.com ; Secteur pharmaceutique : © Fahroni/Shutterstock.com ; Vieillissement et soins de longue durée : © Inside Creative House/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications sont disponibles sur : *www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/corrigendadepublicationsdelocde.htm*.

© OCDE 2023

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : *https://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation*.

Avant-propos

Le *Panorama de la santé* présente des comparaisons entre des indicateurs fondamentaux portant sur l'état de santé de la population et le fonctionnement des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE, les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés. L'analyse s'appuie sur les statistiques nationales officielles comparables les plus récentes et sur d'autres sources. L'édition 2023 présente les dernières données comparables, illustrant les différences entre les pays et sur la durée en matière d'état de santé, de facteurs de risque, d'accès aux soins, de qualité des soins et de ressources. Cette édition comprend un chapitre thématique sur la santé numérique, qui mesure l'état de préparation au numérique des systèmes de santé des pays de l'OCDE et décrit ce que les pays doivent faire pour accélérer la transformation numérique du secteur de la santé.

Cette publication n'aurait pas été possible sans le concours des correspondants des pays couverts dans le présent rapport, qui ont fourni la majorité des données et métadonnées nécessaires, ainsi que des commentaires détaillés sur une première version du rapport. L'OCDE exprime également sa gratitude à d'autres organisations internationales, en particulier Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé, pour leurs données et leurs commentaires. Les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE, des États membres de l'UE ou d'autres organisations internationales.

L'édition 2023 du *Panorama de la santé* a été préparée par la Division de la santé de l'OCDE, sous la coordination de Chris James. Le chapitre 1 a été préparé par Chris James, Pauline Fron et Gabriel Di Paolantonio ; le chapitre 2 par Eric Sutherland, Rishub Keelara and Yukiko Shu ; le chapitre 3 par Gabriel Di Paolantonio, Tom Raitzik Zonenschein, Joanna Krajewska et Doron Wijker ; le chapitre 4 par Marion Devaux, Pauline Fron, Antoine Penpenic et Elina Suzuki ; le chapitre 5 par Chris James, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Pauline Fron, Michael Mueller, Caroline Penn, Caroline Berchet et Rishub Keelara ; le chapitre 6 par Rie Fujisawa, Pauline Fron, Joana Krajewska, Kadri-Ann Kallas, Gabriel Di Paolantonio, Nicolás Larrain, Ekin Dagistan, Melanie Steentjes, Candan Kendir et David Morgan ; le chapitre 7 par Caroline Penn, Paul Lukong, Michael Mueller, Luca Lorenzoni et David Morgan ; le chapitre 8 par Gaetan Lafortune, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud et Gabriel Di Paolantonio ; le chapitre 9 par Suzannah Chapman, Lisbeth Waagstein, Rishub Keelara, Paul Lukong, Michael Mueller et Valérie Paris ; le chapitre 10 par Elina Suzuki, Lisbeth Waagstein, Gabriel Di Paolantonio, Ricarda Milstein, Michael Mueller, Jose Carlos Ortega Regalado et Paola Sillitti. Les bases de données de l'OCDE utilisées dans cette publication sont gérées par Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Gabriel Di Paolantonio, Rie Fujisawa, David Morgan et Michael Mueller. Ce rapport a également bénéficié des commentaires de Francesca Colombo, Mark Pearson et Stefano Scarpetta. Marie-Clémence Canaud, Lucy Hulett et Lydia Wanstall ont apporté leur concours à la mise en forme du rapport.

Table des matières

Avant-propos 3

Guide du lecteur 7

Résumé 11

1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances 15

Introduction 16
État de santé 18
Facteurs de risque pour la santé 20
Accès aux soins 22
Qualité des soins 24
Capacités et ressources des systèmes de santé 26
Liens entre les dépenses de santé et les résultats, l'accès et la qualité des soins 28

2 Panorama de la santé numérique 31

Introduction 32
Cadre d'évaluation de la préparation à la santé numérique 34
Indicateurs de la préparation à la santé numérique 39
Évaluer la santé numérique en tant que déterminant de la santé 55
Conclusions 56
Références 57
Notes 59

Suivez les publications de l'OCDE sur :

https://twitter.com/OECD

https://www.facebook.com/theOECD

https://www.linkedin.com/company/organisation-eco-cooperation-development-organisation-cooperation-developpement-eco/

https://www.youtube.com/user/OECDiLibrary

https://www.oecd.org/newsletters/

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

Vous trouverez un StatLink sous chaque tableau ou graphique de cet ouvrage. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de copier le lien dans votre navigateur internet ou de cliquer dessus depuis la version électronique de l'ouvrage.

Guide du lecteur

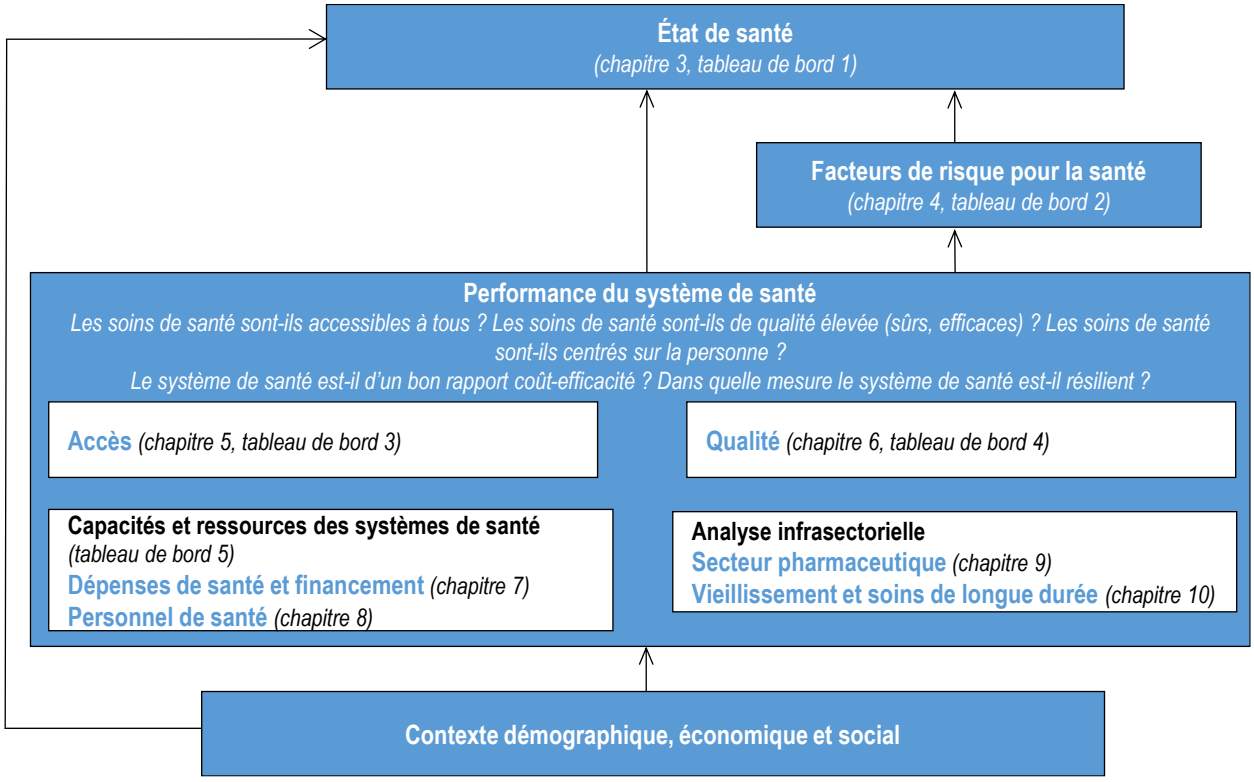
Le *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE* présente des comparaisons entre des indicateurs clés relatifs à la santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les 38 pays membres de l'OCDE. Les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés figurent dans certains indicateurs : l'Afrique du Sud, l'Argentine, le Brésil, la Bulgarie, la République populaire de Chine (Chine), la Croatie, l'Inde, l'Indonésie, le Pérou et la Roumanie.

Sauf indication contraire, les données présentées dans cette publication sont tirées des statistiques nationales officielles.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui sous-tend le *Panorama de la santé* permet d'analyser le fonctionnement des systèmes de santé en se plaçant dans le contexte global des déterminants de la santé (Graphique 1). Il repose sur le modèle entériné dans le cadre du projet de l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé, fondé sur le principe selon lequel les systèmes de santé ont pour objectif premier d'améliorer l'état de santé de la population.

Graphique 1. Cadre conceptuel pour l'évaluation des performances des systèmes de santé, fondé sur les indicateurs du *Panorama de la santé*



Source : adapté de Carinci, F. et al. (2015), « Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators », International Journal for Quality in Health Care, vol. 27, n° 2, pp. 137-146.

Le fonctionnement du système de santé influe de manière déterminante sur l'état de santé de la population. Des services de santé de qualité et accessibles à tous vont de pair avec de meilleurs résultats en matière de santé. La réalisation des objectifs d'accessibilité et de qualité, et à terme d'amélioration des résultats en matière de santé, dépend du niveau des dépenses allouées à la santé. Ces dépenses permettent d'assurer la rémunération du personnel de santé qui dispense les soins requis, ainsi que de financer les biens et services nécessaires à la prévention et au traitement des maladies. Ces ressources sont également essentielles pour que les systèmes de santé se montrent résilients face au COVID-19 et à d'autres menaces sanitaires émergentes. Toutefois, les résultats en termes de santé et de système de santé ne pourront s'améliorer que si les ressources sont utilisées à bon escient, sans négliger l'importance de l'optimisation des ressources.

Parallèlement, de nombreux facteurs extérieurs au système de santé influent sur l'état de santé, notamment le revenu, le niveau de formation et le cadre de vie. Le contexte démographique, économique et social exerce aussi une influence sur la demande et l'offre de services de santé. Enfin, la mesure dans laquelle les individus adoptent un mode de vie sain, déterminant essentiel de l'état de santé, dépend à la fois de politiques de santé efficaces et de facteurs socio-économiques plus larges.

Structure de la publication

Le *Panorama de la santé 2023* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général. Il se structure en dix chapitres. Le premier dresse un ***état des lieux de la santé et du fonctionnement des systèmes de santé***, en s'appuyant sur un sous-ensemble d'indicateurs clés du rapport. Le chapitre 2 propose une analyse plus approfondie d'un sujet particulier, consacré cette année à la ***santé numérique***.

Les huit chapitres suivants présentent ensuite des comparaisons détaillées entre pays sur divers indicateurs de la santé et des systèmes de santé. Dans la mesure du possible, l'analyse de l'évolution dans le temps et les données ventilées par caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont incluses. Le chapitre 3, sur l'***état de santé***, met en évidence des différences entre les pays au niveau de l'espérance de vie, des principales causes de mortalité, de la santé mentale, de l'état de santé autodéclaré et d'autres indicateurs de l'état de santé de la population. Le chapitre 4 analyse les ***facteurs de risque pour la santé*** tels que le tabagisme, l'alcool, l'obésité et les risques environnementaux. Le chapitre 5, consacré à ***l'accès***, étudie l'accessibilité financière, la disponibilité et l'utilisation des services, en accordant une attention particulière aux inégalités socio-économiques. Le chapitre 6 évalue ***la qualité et les résultats des soins*** en termes de sécurité des patients, d'efficacité clinique et d'adéquation entre les soins dispensés et les besoins de la personne. Sont inclus des indicateurs couvrant l'ensemble du cycle de soins, de la prévention aux soins primaires, de longue durée et intensifs. Le chapitre 7, sur les ***dépenses et le financement de la santé***, compare les dépenses de santé des pays, les modalités de financement de ces dépenses et les fonds qui y sont consacrés. Le chapitre 8 traite du ***personnel de santé***, et notamment de l'offre de personnel médical et infirmier ainsi que de la rémunération de ces professionnels. Le chapitre 9 porte sur le ***secteur pharmaceutique***. Le chapitre 10 est consacré au ***vieillissement et aux soins de longue durée***. Il s'agit notamment des facteurs qui influent sur la demande de soins de longue durée et sur la disponibilité de services de qualité.

Présentation des indicateurs

À l'exception des deux premiers chapitres, les indicateurs sont présentés sous forme de courtes sections. Chaque section présente tout d'abord une définition des indicateurs analysés, ainsi que les principaux enseignements tirés des données et des informations sur l'action publique, puis signale les éventuelles différences de méthodologie entre les pays susceptibles d'avoir une incidence sur la comparabilité des données. À la suite de quoi on trouve les graphiques correspondants, lesquels présentent les valeurs les plus récentes de l'indicateur considéré et, dans la mesure du possible, leur évolution dans le temps. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, de la moyenne non pondérée des pays de l'OCDE présentés. Le nombre de pays inclus pour le calcul de la moyenne OCDE est indiqué dans les graphiques, et pour les graphiques montrant plus d'une année ce nombre fait référence à la dernière année disponible. Les dernières données comparables disponibles sont présentées, en général 2020-22. Pour quelques pays, seules des données d'avant la pandémie sont parfois présentées dans les graphiques. Dans ce cas, l'année est indiquée dans une note sous le graphique.

Limites des données

Les limites de comparabilité des données sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et comparabilité ») ainsi que dans les notes qui accompagnent les graphiques.

Sources des données

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication sont invités à consulter la base de données en ligne *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, sur le site https://oe.cd/ds/stats-sante. La documentation complète sur les définitions, sources et méthodes utilisées est consultable en ligne à l'adresse : https://oe.cd/health-statistics-data-sources-methods. De plus amples informations sur la base de données *Statistiques de l'OCDE sur la santé* peuvent être consultées à l'adresse www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm.

Les chiffres de population

Les chiffres de population utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés d'Eurostat pour les pays européens et des données de l'OCDE basées sur l'Annuaire démographique des Nations unies et les Perspectives démographiques mondiales des Nations unies (diverses éditions) ou sur des estimations nationales pour les pays non-européens de l'OCDE (données extraites en juin 2023), et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays membres de l'OCDE. Il convient aussi de noter que certains pays, comme les États-Unis, la France et le Royaume-Uni, ont des territoires outre-mer. Les populations qui vivent sur ces territoires ne sont généralement pas prises en compte. Toutefois, la population prise en considération pour le calcul du PIB par habitant ou d'autres indicateurs économiques concernant ces pays peut varier suivant la couverture des données.

Tableau 1. Codes ISO des pays de l'OCDE

Allemagne	DEU	Israël	ISR
Australie	AUS	Italie	ITA
Autriche	AUT	Japon	JPN
Belgique	BEL	Lettonie	LVA
Canada	CAN	Lituanie	LTU
Chili	CHL	Luxembourg	LUX
Colombie	COL	Mexique	MEX
Corée	KOR	Norvège	NOR
Costa Rica	CRI	Nouvelle-Zélande	NZL
Danemark	DNK	Pays-Bas	NLD
Espagne	ESP	Pologne	POL
Estonie	EST	Portugal	PRT
États-Unis	USA	République slovaque	SVK
Finlande	FIN	République tchèque	CZE
France	FRA	Royaume-Uni	GBR
Grèce	GRC	Slovénie	SVN
Hongrie	HUN	Suède	SWE
Irlande	IRL	Suisse	CHE
Islande	ISL	Türkiye	TUR

Tableau 2. Codes ISO des pays candidats à l'adhésion et des pays partenaires clés

Afrique du Sud	ZAF	Croatie	HRV
Argentine	ARG	Inde	IND
Brésil	BRA	Indonésie	IDN
Bulgarie	BGR	Pérou	PER
Chine	CHN	Roumanie	ROU

Résumé

Des pressions financières s'exercent sur les systèmes de santé, en raison d'un climat économique difficile et de priorités concurrentes qui compriment les fonds publics disponibles pour le secteur de la santé

- En 2019, avant la pandémie, les pays de l'OCDE consacraient, en moyenne, 8.8 % de leur PIB à la santé, un chiffre relativement stable depuis 2013. En 2021, cette proportion était passée à 9.7 %. Toutefois, les estimations pour 2022 laissent entrevoir une baisse non négligeable du ratio, qui s'établirait à 9.2 %, sous l'effet d'une réduction des dépenses nécessaires pour lutter contre la pandémie mais aussi de l'inflation.
- Les dépenses de santé par habitant étaient légèrement inférieures à 5 000 USD en moyenne, allant de 12 555 USD aux États-Unis à 1 181 USD au Mexique (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat).
- Bien que les effectifs dans le secteur médico-social continuent de croître, les craintes de pénurie s'accentuent. Le vieillissement de la population (18 % de la population était âgée de 65 ans et plus en moyenne en 2021) est l'une des raisons pour lesquelles la demande de professionnels de santé et de soins de longue durée semble dépasser l'offre.
- Depuis peu, une forte inflation érode les salaires du secteur de la santé dans certains pays, ce qui complique le recrutement et le maintien en poste des effectifs. Si l'on analyse les tendances à plus long terme, la progression des salaires réels des professionnels de santé est très variable, avec de fortes hausses dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale depuis 2011, tandis que la Finlande, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni ont vu les salaires réels stagner ou baisser.

Les principaux indicateurs de la santé montrent que les pays ne se sont pas encore totalement remis de la pandémie et que de nombreuses personnes continuent d'éprouver des difficultés psychiques et physiques

- L'espérance de vie a diminué de 0.7 an en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 2019 et 2021. Si les données provisoires pour 2022 laissent entrevoir une amélioration dans certains pays, l'espérance de vie reste inférieure à son niveau d'avant la pandémie dans 28 pays.
- En 2021, les crises cardiaques, AVC et autres maladies circulatoires ont causé plus d'un décès sur quatre, un décès sur cinq étant dû au cancer, tandis que le COVID-19 a été à l'origine de 7 % de l'ensemble des décès (décès enregistrés). Près d'un tiers de l'ensemble des décès auraient pu être évités grâce à des actions de prévention et des interventions plus efficaces et plus rapides.
- Plus d'un tiers en moyenne des personnes âgées de 16 ans et plus ont déclaré souffrir depuis longtemps d'une maladie ou d'un problème de santé. Les disparités socioéconomiques sont importantes : en moyenne, 43 % des personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ont signalé un problème ancien, contre 27 % des individus du quintile de revenu le plus élevé.
- Les indicateurs mettent en évidence une légère amélioration de l'état de santé mentale de la population à mesure que nous nous remettons de la pandémie, mais les troubles psychiques restent répandus : en 2022, la part de la population faisant état de symptômes dépressifs restait supérieure d'au moins 20 % à son niveau d'avant la pandémie.

Les modes de vie néfastes pour la santé et les mauvaises conditions environnementales entraînent la mort prématurée de millions de personnes. Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la sédentarité et l'obésité sont à l'origine de nombreuses maladies chroniques

- Les taux d'obésité continuent d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE, 54 % en moyenne des adultes étant en surpoids ou, pour 18 % d'entre eux, obèses. Une alimentation saine et une activité physique sont essentielles, mais en moyenne, seuls 15 % des adultes consomment cinq portions ou plus de fruits et légumes par jour, et seulement 40 % pratiquent au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à soutenue par semaine.
- Si le taux de tabagisme quotidien continue de diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, 16 % en moyenne des personnes de 15 ans et plus fument toujours quotidiennement et l'usage régulier des cigarettes électroniques (vapotage) est en hausse. Le taux de tabagisme dépasse 25 % en France et en Türkiye, ainsi qu'en Chine, en Bulgarie et en Indonésie.
- Près d'un adulte sur cinq (19 %) en moyenne signale un épisode d'alcoolisation aiguë au moins une fois par mois, mais ce taux dépasse 30 % en Allemagne, au Luxembourg, au Royaume-Uni et au Danemark.
- Les décès prématurés imputables à la pollution de l'air (extérieur) ont reculé de 31 % en moyenne entre 2000 et 2019, mais on estime que celle-ci est encore à l'origine de 29 décès pour 100 000 habitants en moyenne.

Malgré une couverture santé universelle dans la plupart des pays de l'OCDE, des obstacles à l'accès persistent. Il est important, pour améliorer à la fois l'accessibilité et l'efficience, de remettre l'accent sur les soins primaires et la prévention

- Les lacunes des systèmes de protection financière rendent les soins moins abordables. Les paiements directs des ménages représentent en moyenne un peu plus d'un cinquième de l'ensemble des dépenses de santé, et plus de 40 % au Mexique. Les individus les moins privilégiés sont en moyenne trois fois plus susceptibles que ceux appartenant au quintile de revenu supérieur de reporter des soins ou d'y renoncer.
- Les soins primaires représentaient 13 % des dépenses en moyenne en 2021, pourcentage analogue à celui de 2019. Si l'on a observé de fortes hausses des dépenses de prévention au cours de la même période, celles-ci s'expliquent en grande partie par des mesures d'urgence liées à la gestion du COVID-19 plutôt qu'à des investissements planifiés de longue date en faveur de la santé des populations.
- Les délais d'attente, déjà problématiques depuis longtemps dans de nombreux pays, ont été aggravés par le COVID-19. Les délais pour une arthroplastie de la hanche ou du genou, deux interventions chirurgicales courantes non urgentes, se sont généralement raccourcis depuis le pic de la pandémie, mais restent plus longs qu'avant dans la plupart des pays.
- Les téléconsultations peuvent améliorer l'accès, en particulier dans les zones isolées. Elles ont nettement augmenté depuis la pandémie, et représentaient en moyenne 19 % de l'ensemble des consultations médicales en 2021.

La qualité des soins s'améliore en termes de sécurité et d'efficacité, et l'on cherche davantage à placer la personne au cœur du système

- Les indicateurs de la sécurité des patients donnent des résultats encourageants : par exemple, la sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires s'est améliorée dans la plupart des pays au fil du temps, avec une réduction du volume moyen d'antibiotiques, d'opioïdes et de prescriptions à long terme d'anticoagulants. Néanmoins, la sécurité des patients reste un sujet de préoccupation, 57 % des médecins et infirmiers hospitaliers estimant que le niveau des effectifs et les rythmes de travail conduisent à des situations dangereuses.
- Les hospitalisations évitables ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, notamment en Lituanie, au Mexique, en Pologne et en République slovaque, ce qui montre que les systèmes de soins primaires contribuent à garder les individus en bonne santé et permettent de traiter les cas simples.
- Les services de soins intensifs parviennent de mieux en mieux à assurer leur mission principale qui est de maintenir les patients en vie. Dans presque tous les pays de l'OCDE, la mortalité à 30 jours après une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral est plus faible qu'il y a dix ans. Toutefois, ces taux de mortalité ont en moyenne légèrement augmenté entre 2019 et 2021, en raison des retards de traitement pendant la pandémie.
- Pour mieux comprendre la qualité des soins, il convient d'évaluer les dimensions qui comptent vraiment pour les patients. Les résultats tels que les perçoivent les patients montrent, par exemple, une amélioration de la qualité de vie moyenne 6 à 12 mois après une arthroplastie de la hanche dans tous les pays, jusqu'à atteindre un score équivalant à 80 % ou plus, contre 35 à 50 % avant l'intervention (sur la base de l'*Oxford Hip Score*).

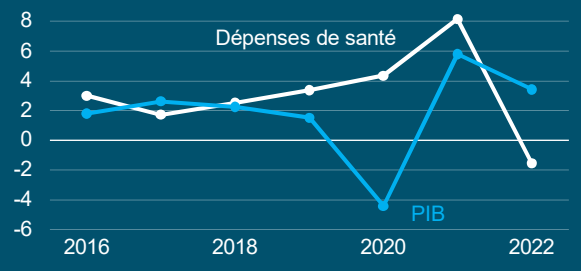
La santé numérique recèle un potentiel considérable de transformation des systèmes de santé. Toutefois, de nombreux pays sont mal préparés au passage de la santé au numérique

- Le degré de préparation d'un pays à la transformation numérique dépend de la solidité de ses mécanismes de gouvernance des données de santé, de la cohérence de ses stratégies de sécurité numérique et de sa capacité à utiliser les outils numériques (dont l'intelligence artificielle) de manière responsable, au service de l'intérêt général.
- Si 90 % des pays de l'OCDE ont mis en place un portail électronique dans le domaine de la santé, seuls 42 % précisent que chacun peut à la fois accéder à l'ensemble de ses données et interagir avec elles via le portail.
- Environ un tiers (38 %) des pays ne disposent pas de normes cliniques ou de dispositif de certification des fournisseurs de systèmes de dossiers médicaux électroniques, ce qui limite l'interopérabilité des données de santé.

Infographie 1. Éléments et graphiques clés

Des pressions financières s'exercent sur les systèmes de santé

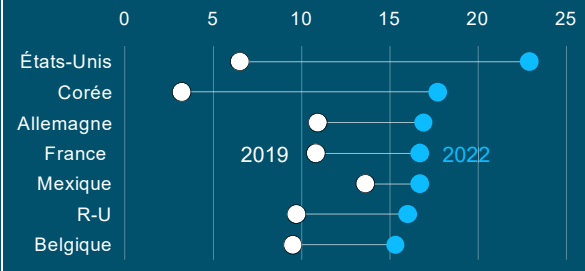
Progression annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB, par habitant, moyenne OCDE, 2016-2022



Les dépenses de santé en pourcentage du PIB ont diminué en 2022 par rapport à 2021 dans 33 des 38 pays de l'OCDE.

La santé mentale pâtit toujours de la pandémie

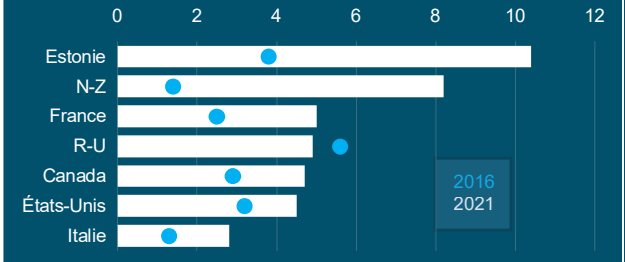
Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou de symptômes dépressifs, en %, 2019-2022 (ou année la plus proche)



Les niveaux d'anxiété et de dépression se sont légèrement améliorés dans certains pays, mais restent bien supérieurs à leurs niveaux d'avant la pandémie.

Les fumeurs sont moins nombreux, mais le vapotage progresse dans de nombreux pays

% d'utilisateurs réguliers de produits de vapotage, 2016 et 2021 (ou année la plus proche)



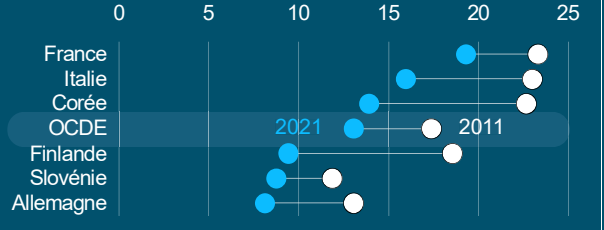
Le vapotage a augmenté dans environ deux tiers des pays de l'OCDE (parmi les pays pour lesquels des données sont disponibles). Il est également plus fréquent chez les jeunes (6.1 % contre 3.2 % de la population totale).

Les plus pauvres éprouvent plus de difficultés à se faire soigner

Les délais d'attente sont la principale raison invoquée pour expliquer les besoins médicaux non satisfaits dans la plupart des pays, le coût constituant également un obstacle important.

Des prescriptions plus sûres peuvent aider à combattre la menace de la résistance aux antimicrobiens

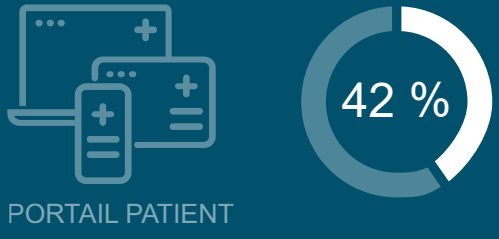
Volume d'antibiotiques prescrits, 2011 et 2021, Doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants



Les prescriptions d'antibiotiques ont diminué dans 90 % des pays de l'OCDE, mais la résistance aux antimicrobiens reste une préoccupation majeure qui devrait coûter environ 26 USD à PPA par habitant et par an.

De nombreux pays sont mal préparés au passage de la santé au numérique

Près de 90 % des pays de l'OCDE ayant répondu indiquent avoir mis en place un portail de santé en ligne, mais seuls 42 % précisent que chacun peut à la fois accéder à l'ensemble de ses données et interagir avec elles via le portail.



1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

Le présent chapitre analyse un ensemble d'indicateurs fondamentaux portant sur la santé et les systèmes de santé. Les tableaux de bord nationaux et les vues d'ensemble des pays de l'OCDE permettent de comparer les résultats des pays selon cinq dimensions : l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès, la qualité ainsi que les capacités et les ressources des systèmes de santé. Les graphiques en quadrant mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et les résultats en matière de santé, l'accès et la qualité des soins.

Introduction

Les indicateurs de santé donnent un aperçu immédiat de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Ce chapitre introductif présente une vue d'ensemble comparative des pays de l'OCDE pour 20 indicateurs clés, organisés autour de cinq dimensions de la santé et des systèmes de santé (Tableau 1.1). Ces indicateurs ont été choisis en fonction de leur utilité et de leur exploitabilité pour l'action publique, ainsi que du critère plus pratique de la disponibilité des données dans les différents pays. On étudie également dans quelle mesure les dépenses de santé sont associées aux résultats en matière de santé, à l'accès et à la qualité des soins.

Cette analyse n'indique pas quels pays ont les systèmes de santé les plus performants, d'autant plus que seul un petit sous-ensemble des nombreux indicateurs du *Panorama de la santé* est présenté ici. Le présent chapitre identifie plutôt certains points forts et points faibles relatifs. Cela peut aider les responsables publics à déterminer les domaines d'action prioritaires pour leur pays, les chapitres suivants du *Panorama de la santé* fournissant une série d'indicateurs plus détaillés, organisés par thème.

Tableau 1.1. État de santé des populations et fonctionnement du système de santé : indicateurs clés

Aspect	Indicateur
État de santé (chapitre 3)	Espérance de vie – années de vie escomptées à la naissance Mortalité évitable – décès évitables (pour 100 000 habitants, standardisés par âge) Maladies chroniques – prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés par âge) État de santé autoévalué – population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Facteurs de risque pour la santé (chapitre 4)	Tabagisme – fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus) Alcool – litres consommés par habitant (population âgée de 15 ans et plus), d'après les données sur les ventes Obésité – population présentant un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 (% de la population âgée de 15 ans et plus) Pollution atmosphérique – décès dus aux particules en suspension dans l'air, en particulier $PM_{2.5}$ (pour 100 000 habitants)
Accès aux soins (chapitre 5)	Couverture de la population – population couverte pour un ensemble de services essentiels (% de la population) Population couverte, satisfaction – population satisfaite de la disponibilité de services de santé de qualité (% de la population) Protection financière – dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire (% des dépenses totales) Couverture des services – population déclarant avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits (% de la population)
Qualité des soins (chapitre 6)	Sécurité des soins primaires – antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 100 000 habitants) Efficacité des soins primaires – hospitalisations évitables (pour 100 000 habitants, standardisés par âge et sexe) Soins préventifs efficaces – dépistage par mammographie au cours des deux dernières années (% des femmes âgées de 50 à 69 ans) Efficacité des soins secondaires – taux de mortalité à 30 jours suite à un infarctus aigu du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral (pour 100 admissions de personnes de 45 ans et plus, standardisés par âge et sexe)
Capacités et ressources des systèmes de santé (chapitres 5, 7 et 8)	Dépenses de santé – dépenses de santé totales (par habitant, USD à parités de pouvoir d'achat) Dépenses de santé – dépenses de santé totales (% PIB) Médecins – nombre de médecins en exercice (pour 1 000 habitants) Personnel infirmier – nombre d'infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants) Lits d'hôpital – nombre de lits d'hôpital (pour 1 000 habitants)

Note : les hospitalisations évitables englobent l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète.

Des *tableaux de bord nationaux* sont établis à partir de ces indicateurs. Ils comparent les résultats des pays entre eux et avec la moyenne de l'OCDE. Les comparaisons sont effectuées sur la base de la dernière année disponible. Pour la plupart des indicateurs, il s'agit de 2021, ou de l'année la plus proche si les données de 2021 ne sont pas disponibles pour un pays donné.

Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

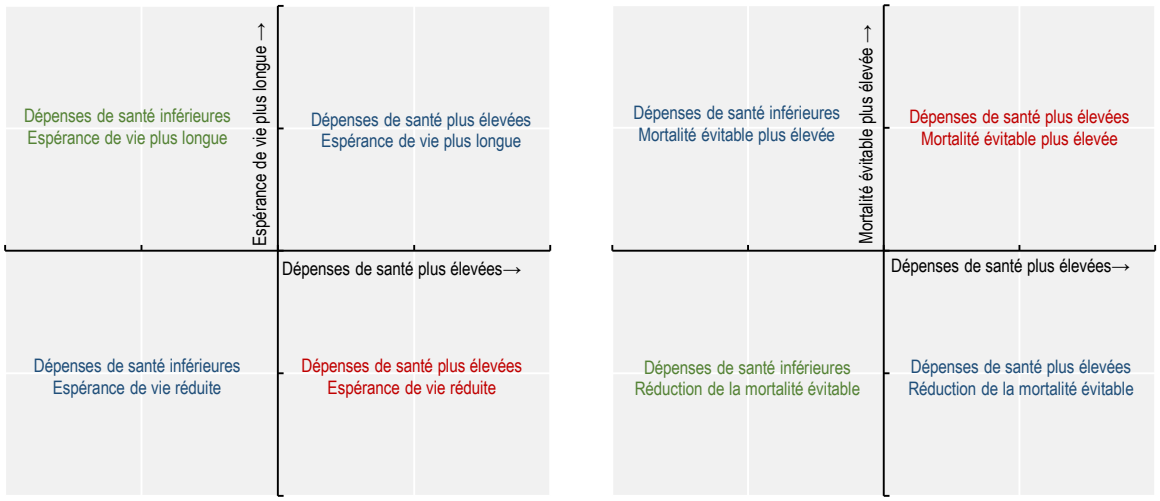
- bleu, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE,
- vert, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE,
- rouge, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE.

La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les capacités et les ressources de systèmes de santé, où les indicateurs ne peuvent être rigoureusement classés comme présentant des performances inférieures ou supérieures. Dans ce cas, une nuance plus ou moins prononcée de bleu indique qu'un pays dispose d'une ressource donnée en quantité nettement inférieure ou nettement supérieure à la moyenne de l'OCDE.

Ces tableaux de bord s'accompagnent de vues d'ensemble des pays de l'OCDE et de graphiques en quadrant. Les *vues d'ensemble des pays de l'OCDE* fournissent des statistiques synthétiques correspondant à chacun des indicateurs. Les

graphiques en quadrant mettent en lumière les corrélations simples (non causales) entre les dépenses de santé et l'efficacité avec laquelle les systèmes de santé fonctionnent. Le Graphique 1.1 illustre l'interprétation de chaque quadrant, en prenant comme exemple les variables de résultats en matière de santé. L'encadré placé au-dessous fournit de plus amples informations sur la méthodologie, l'interprétation et l'utilisation de ces tableaux de bord nationaux, des vues d'ensemble de l'OCDE et des graphiques en quadrant.

Graphique 1.1. Interprétation des graphiques en quadrant : variables relatives aux dépenses de santé et aux résultats en matière de santé



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

Le classement des pays (supérieur, inférieur ou proche de la moyenne de l'OCDE) se fonde sur l'écart-type de chaque indicateur (mesure statistique courante de la dispersion). Les pays sont classés dans la catégorie « proche de la moyenne de l'OCDE » (bleue) dès lors que la valeur d'un indicateur se situe dans la limite d'un écart-type par rapport à cette moyenne pour la dernière année. Les valeurs particulièrement aberrantes (supérieures à trois écarts-types) sont exclues du calcul de l'écart-type pour éviter les distorsions statistiques.

Pour un indicateur type, 65 % des pays environ seront proches de la moyenne de l'OCDE, les 35 % restant enregistrant des résultats nettement supérieurs (vert) ou inférieurs (rouge). Quand le nombre de pays proches de la moyenne de l'OCDE est supérieur (inférieur), cela signifie que les variations entre pays sont relativement faibles (élevées) pour l'indicateur considéré. Les évolutions dans le temps sont également indiquées dans les tableaux de bord.

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

Pour chaque indicateur sont précisées la valeur moyenne, la valeur la plus élevée et la valeur la plus basse de l'OCDE, de même que les trois pays ayant enregistré les plus fortes améliorations au fil du temps (changement en valeur absolue).

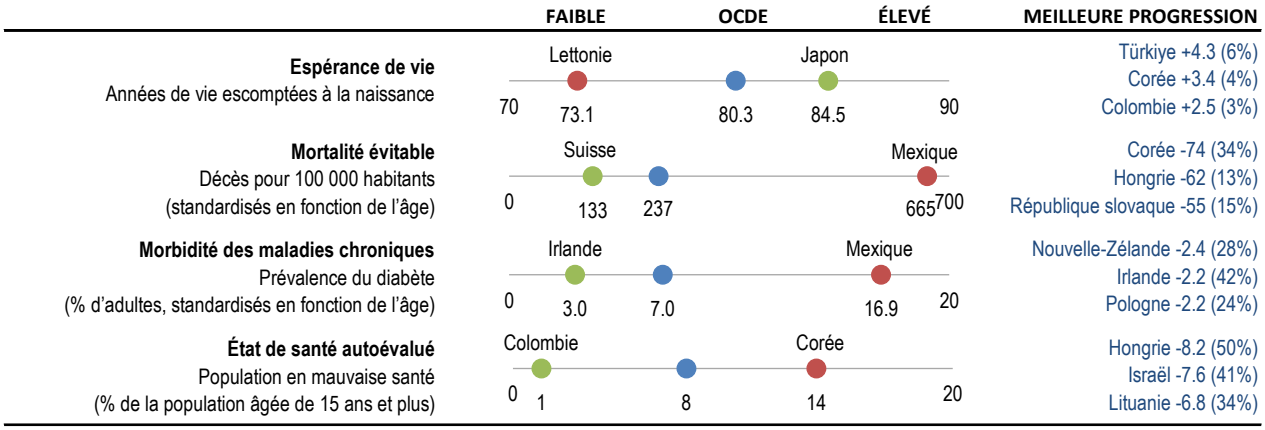
Graphiques en quadrant

Les graphiques en quadrant établissent le rapport entre les dépenses de santé par habitant et un autre indicateur présentant un intérêt (résultats de santé, accès et qualité des soins). Ils illustrent l'écart, en pourcentage, de chaque indicateur par rapport à la moyenne de l'OCDE. Au centre de chaque graphique en quadrant se situe la moyenne de l'OCDE. On utilise les données de la dernière année disponible. Cette méthode a pour défaut de ne pas prendre en compte les effets différés – par exemple, il faut parfois quelques années pour que l'augmentation des dépenses de santé se traduise par une hausse de l'espérance de vie.

État de santé

Quatre indicateurs de l'état de santé rendent compte des composantes essentielles de la durée de la vie et de sa qualité. L'espérance de vie est un indicateur fondamental de l'état de santé global d'une population ; la mortalité évitable appelle l'attention sur les décès prématurés qui auraient pu être évités ou dont les causes auraient pu être traitées. La prévalence du diabète met en évidence la morbidité d'une maladie chronique de première importance ; la santé autoévaluée offre une mesure plus générale de la santé mentale et physique. Le Graphique 1.2 présente une vue d'ensemble de l'état de santé dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.2 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.2. État de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Atlas du diabète de la FID 2021.

Le Japon, la Suisse et la Corée se classent en tête d'un large groupe de 27 pays de l'OCDE qui affichaient en 2021 une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis, présentait une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans. La Lettonie, la Lituanie, la Hongrie et la République slovaque enregistraient l'espérance de vie la plus faible (moins de 75 ans). Si l'espérance de vie a progressé dans la plupart des pays au cours de la dernière décennie, nombre de ces gains ont été réduits à néant pendant la pandémie.

Les taux de mortalité évitable (par prévention et par traitement) les plus bas sont observés en Suisse et au Japon, où moins de 135 personnes sur 100 000 sont décédées prématurément. Le taux de mortalité évitable est également relativement faible (moins de 150 pour 100 000 habitants) en Israël, en Corée, en Islande, en Australie, en Italie et au Luxembourg, alors qu'il est le plus élevé au Mexique, en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie (plus de 400 décès prématurés pour 100 000 habitants).

En 2021, c'est au Mexique, en Türkiye, au Chili et aux États-Unis que la prévalence du diabète était la plus forte, plus de 10 % des adultes étant atteints de cette maladie (données standardisées par âge par rapport à la population mondiale). Si la prévalence du diabète est restée globalement stable dans de nombreux pays de l'OCDE, notamment en Europe occidentale, elle a en revanche fortement progressé en Türkiye et en Islande. Cette évolution tient en partie à la hausse du taux d'obésité et à l'inactivité physique.

Globalement, dans l'OCDE, près de 8 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé en 2021. Ce pourcentage allait de plus de 13 % en Corée, au Japon, au Portugal, en République slovaque, en Lettonie et en Lituanie à moins de 3 % en Colombie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. Cela dit, des disparités socioculturelles, la proportion de personnes âgées et des différences dans la conception des enquêtes altèrent la comparabilité internationale des données. Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu jugent en général moins favorablement leur état de santé que les personnes à revenu élevé.

Des investissements plus importants dans les systèmes de santé contribuent à l'amélioration des résultats, en offrant des services plus accessibles et de meilleure qualité. Les différences dans les facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et obésité) expliquent aussi les écarts de résultats entre pays. Les déterminants sociaux de la santé entrent aussi en ligne de compte, notamment le niveau de revenu, l'élévation du niveau de formation et l'amélioration du cadre de vie.

Tableau 1.2. Tableau de bord sur l'état de santé, 2021 (sauf indication contraire)

	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidité des maladies chroniques		État de santé perçu	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés par âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés par âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	**80.3**	**+**	**237**	**+**	**7.0**	**-**	**7.9**	**+**
Allemagne	80.8	+	195[1]	+	6.9	-	12.4	-
Australie	83.3	+	144	+	6.4	+	3.7[3]	+
Autriche	81.3	+	198	+	4.6	+	7.4	+
Belgique	81.9	+	178[2]	+	3.6	+	8.0	+
Canada	81.6	+	171[2]	+	7.7	+	2.8	=
Chili	81.0	+	247[1]	-	10.8	-	6.8	-
Colombie	76.8	+	328[1]	-	8.3	+	1.3[2]	n.d.
Corée	83.6	+	142[1]	+	6.8	+	13.8[1]	+
Costa Rica	80.8	+	237[1]	-	8.8	+	3.4[2]	n.d.
Danemark	81.5	+	174[1]	+	5.3	+	7.7	+
Espagne	83.3	+	163	+	10.3	-	7.7	-
Estonie	77.2	+	363	+	6.5	+	12.1	+
États-Unis	76.4	-	336[1]	-	10.7	-	3.1	=
Finlande	81.9	+	186[1]	+	6.1	-	6.2	+
France	82.4	+	160[3]	+	5.3	+	8.9	-
Grèce	80.2	-	204[1]	-	6.4	-	6.5	+
Hongrie	74.3	-	404[2]	+	7.0	-	8.2	+
Irlande	82.4	+	172[2]	+	3.0	+	5.2	-
Islande	83.2	+	142	+	5.5	-	5.9[2]	+
Israël	82.6	+	141[1]	+	8.5	-	10.9	+
Italie	82.7	+	146[3]	+	6.4	-	8.1	+
Japon	84.5	+	134[1]	+	6.6	+	13.6[2]	+
Lettonie	73.1	=	531	-	5.9	+	13.1	+
Lituanie	74.2	+	481	+	5.8	+	13.1	+
Luxembourg	82.7	+	147	+	5.9	-	5.9	+
Mexique	75.4	+	665[1]	-	16.9	-	n.d.	n.d.
Norvège	83.2	+	156[3]	+	3.6	+	9.0[1]	-
Nouvelle-Zélande	82.3	+	179[3]	+	6.2	+	2.1	+
Pays-Bas	81.4	+	161[1]	+	4.5	+	5.2	+
Pologne	75.5	-	344[1]	-	6.8	+	10.3	+
Portugal	81.5	+	180[2]	+	9.1	+	13.3	+
République slovaque	74.6	-	321[2]	+	5.8	-	13.2	+
République tchèque	77.2	-	335	-	7.1	-	8.6	+
Royaume-Uni	80.4[1]	=	222[1]	-	6.3	-	7.4[2]	-
Slovénie	80.7	+	221[1]	+	5.8	+	8.3	+
Suède	83.1	+	150[2]	+	5.0	-	6.4	-
Suisse	83.9	+	133[1]	+	4.6	+	3.9	-
Türkiye	78.6[2]	+	233[2]	+	14.5	-	8.4	+

Mieux que la moyenne de l'OCDE.
Proche de la moyenne de l'OCDE.
Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

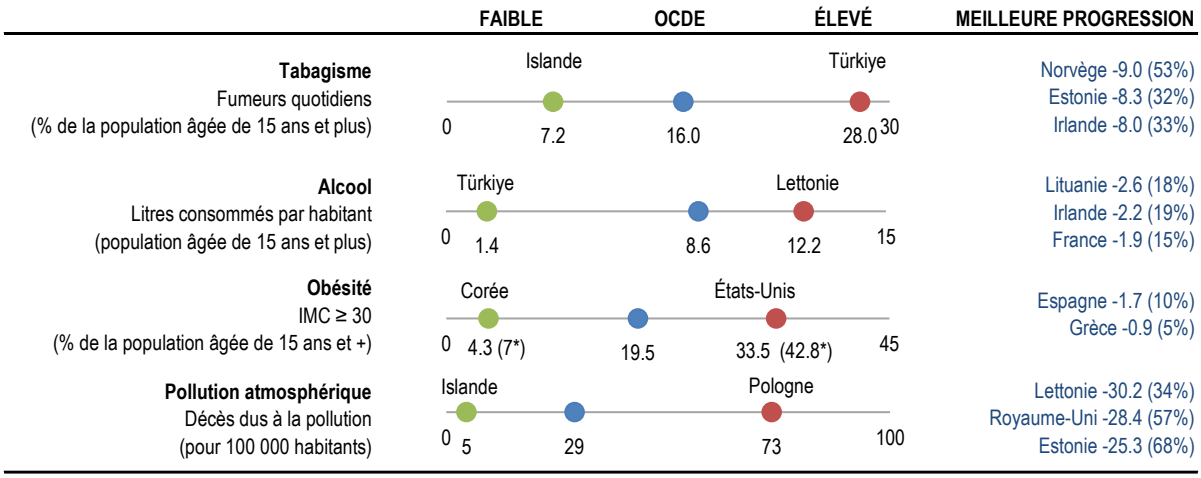
1. Données de 2020.
2. Données de 2018/19.
3. Données de 2016/17.

Note : le symbole « + » indique une amélioration dans le temps, « - » une détérioration dans le temps et « = » l'absence d'évolution. La Lettonie, la Lituanie et le Mexique sont exclus du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique et la Türkiye pour la prévalence du diabète.

Facteurs de risque pour la santé

Le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité sont les trois facteurs de risque individuels majeurs pour les maladies non transmissibles, et sont à l'origine d'une part importante des décès mondiaux. La pollution atmosphérique est aussi un déterminant environnemental essentiel de la santé. Le Graphique 1.3 donne un aperçu des facteurs de risque pour la santé dans les pays de l'OCDE, et le Tableau 1.3 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.3. Facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue au cours des dix dernières années (variation en pourcentage entre parenthèses). Pour l'obésité, les valeurs sont autodéclarées, sauf si elles sont marquées d'un astérisque lorsque des données mesurées sont utilisées. Les données relatives à la pollution atmosphérique concernent l'année 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Statistiques de l'OCDE sur l'environnement 2020.

Le tabac est à l'origine de nombreuses maladies – selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, il tue chaque année 8 millions de personnes dans le monde. En 2021, le pourcentage de fumeurs quotidiens allait de 25 % et plus en Türkiye et en France à moins de 10 % en Islande, au Costa Rica, en Norvège, au Mexique, au Canada, aux États-Unis et en Suède. Le taux de tabagisme quotidien a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, passant de 20.4 % en moyenne en 2011 à 15.9 % en 2021. Il a cependant légèrement augmenté en République slovaque, au Luxembourg et en Türkiye.

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde, en particulier chez la population d'âge actif. Les données relatives à la vente d'alcool montrent que la Lettonie et la Lituanie ont enregistré les niveaux de consommation les plus élevés en 2021 (plus de 12 litres d'alcool pur par personne et par an), suivies de la République tchèque, de l'Estonie et de l'Autriche. Les niveaux de consommation sont comparativement faibles en Türkiye, au Costa Rica, en Israël et en Colombie (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans 23 pays de l'OCDE depuis 2011. Cependant, la consommation dangereuse d'alcool reste problématique dans certains groupes de population, près d'un adulte sur cinq déclarant consommer de fortes doses d'alcool au moins une fois par mois.

L'obésité est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Le taux d'obésité atteignait en moyenne 19.5 % de la population en 2021, 54 % de la population étant en surpoids ou obèses (données autodéclarées). C'est au Mexique, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande que le taux d'obésité est le plus élevé, et au Japon et en Corée qu'il est le plus bas (combinaison de données autodéclarées et mesurées). Une certaine prudence s'impose néanmoins lorsque l'on compare des pays dont les outils de mesure diffèrent, car les données mesurées donnent lieu généralement à un taux d'obésité plus élevé.

La pollution atmosphérique n'est pas seulement une grave menace pour l'environnement, elle entraîne aussi un large éventail de conséquences néfastes sur la santé. Selon les projections de l'OCDE, la pollution de l'air (extérieur) pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060. En 2019, les décès prématurés dus à la pollution par les particules en suspension dans l'air allaient de plus de 70 pour 100 000 habitants en Pologne et en Hongrie, à moins de 7 en Islande, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Le taux de mortalité a reculé dans la majorité des pays de l'OCDE depuis 2000, mais il augmente encore dans sept d'entre eux : Japon, Costa Rica, Corée, Chili, Mexique, Colombie et Türkiye.

Tableau 1.3. Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé, 2021 (sauf indication contraire)

	Tabagisme		Alcool		Obésité		Pollution atmosphérique (2019)	
	Fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus)		Litres consommés par personne (population âgée de 15 ans et +)		IMC ≥ 30 (% de la population âgée de 15 ans et +)		Décès dus à la pollution (pour 100 000 habitants)	
OCDE	**16.0**	**+**	**8.6**	**+**	**19.5**	**-**	**28.9**	**+**
Allemagne	14.6	+	10.6[2]	+	16.7	-	32.4	+
Australie	11.2[2]	+	9.5[3]	n.d.	19.5 (30.4*)[3]	n.d.	7.1	+
Autriche	20.6[2]	+	11.1	+	16.6[2]	-	26.7	+
Belgique	15.4[2]	+	9.2[2]	+	15.9 (21.2*)[2]	-	30.3	+
Canada	8.7	+	8.3	-	21.6 (24.3*)	-	10.1	+
Chili	17.6[1]	n.d.	7.1[2]	=	26.4	-	30.8	-
Colombie	n.d.	n.d.	4.1[2]	+	n.d.	n.d.	26.0	-
Corée	15.4	+	7.7	+	4.3 (7*)[2]	-	42.7	-
Costa Rica	7.8	+	3.1	+	31.2* [2]	-	18.6	-
Danemark	13.9	+	10.4	+	18.5	-	22.5	+
Espagne	19.8[1]	+	10.5	-	14.9[1]	+	19.0	+
Estonie	17.9[1]	+	11.1	+	21[1]	-	12.0	+
États-Unis	8.8	+	9.5	-	33.5 (42.8*)	-	14.5	+
Finlande	12.0[1]	+	8.1	+	23 (26.8*)[1]	-	7.0	+
France	25.3	+	10.5	+	14.4 (15.6*)[2]	-	20.3	+
Grèce	24.9[2]	+	6.3[2]	+	16.4[2]	+	54.6	+
Hongrie	24.9[2]	+	10.4	+	23.9 (33.2*)[2]	-	71.7	+
Irlande	16.0	+	9.5	+	21 (23*)[1]	-	11.0	+
Islande	7.2	+	7.4[1]	-	21.4[2]	-	4.6	+
Israël	16.4[2]	+	3.1[2]	-	17[1]	-	26.8	+
Italie	19.1	+	7.7[2]	-	12	-	40.8	+
Japon	16.7[2]	+	6.6	+	4.6* [2]	-	31.3	-
Lettonie	22.6[2]	+	12.2	-	23.9* [1]	-	58.6	+
Lituanie	18.9[2]	n.d.	12.1	+	18.3[2]	-	45.7	+
Luxembourg	19.2	-	11[2]	+	16.5[2]	-	14.8	+
Mexique	8.6	+	5.1	-	36* [1]	-	28.7	-
Norvège	8.0	+	7.4	-	16[1]	-	7.3	+
Nouvelle-Zélande	9.4	+	8.8	+	34.3*	-	6.3	+
Pays-Bas	14.7	+	8.1	+	13.9	-	26.7	+
Pologne	17.1[2]	+	11	-	18.5[2]	-	73.3	+
Portugal	14.2[2]	+	10.4[2]	+	16.9[2]	-	20.4	+
République slovaque	21[2]	-	9.6	+	19.4[2]	-	63.6	+
République tchèque	17.6	+	11.6	-	19.3[2]	-	58.5	+
Royaume-Uni	12.7	+	10	-	25.9 (28*)	-	21.4	+
Slovénie	17.4[2]	+	10.6	=	19.4[2]	-	39.6	+
Suède	9.7	+	7.6	-	15.3	-	6.5	+
Suisse	19.1[3]	+	8.5	+	11.3[3]	-	16.0	+
Türkiye	28[2]	-	1.4	+	21.1 (28.8*)[2]	-	49.9	-

Mieux que la moyenne de l'OCDE.
Proche de la moyenne de l'OCDE.
Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

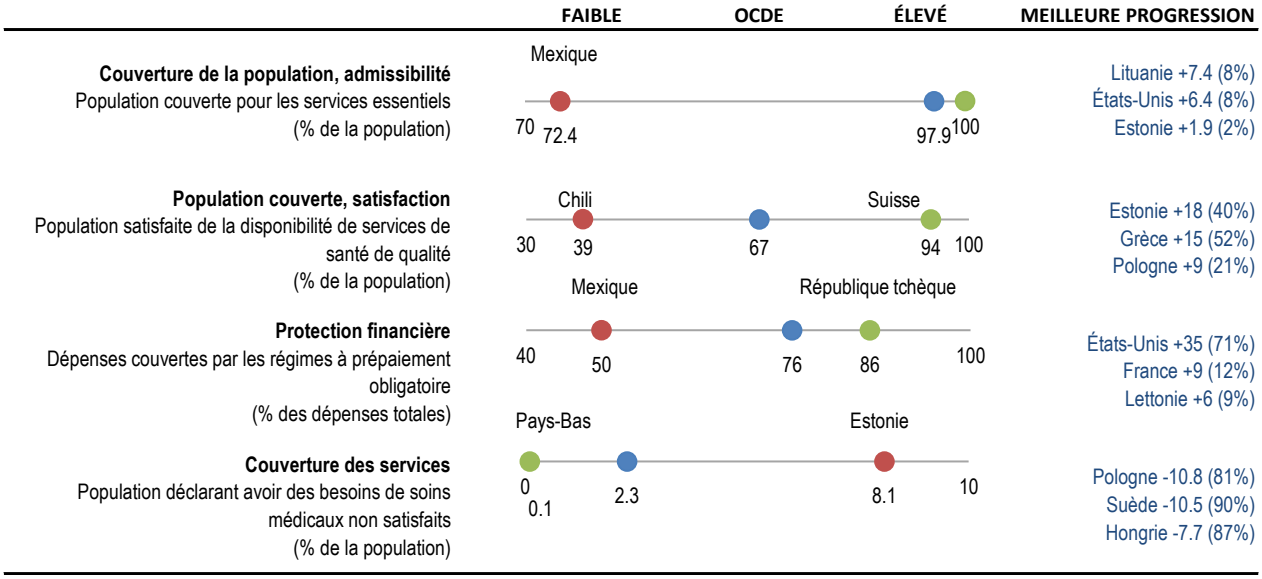
1. Données de 2020/22.
2. Données de 2019.
3. Données de 2017/18.

Note : le symbole « + » indique une amélioration dans le temps, « - » une détérioration dans le temps et « = » l'absence d'évolution. S'agissant de l'obésité, les valeurs sont autodéclarées, sauf si elles sont suivies d'un astérisque, auquel cas il s'agit de données mesurées. Les données mesurées sont généralement plus élevées et plus précises que les données autodéclarées, mais elles portent sur moins de pays.

Accès aux soins

Il est indispensable d'assurer un accès équitable aux services de santé pour obtenir des systèmes de santé hautement performants et une société plus inclusive. Le taux de couverture, mesuré en pourcentage de la population couverte pour un ensemble de services essentiels et des personnes satisfaites de la disponibilité de services de qualité, offre une première évaluation de l'accès aux soins. La part des dépenses couvertes par les régimes à prépaiement donne des indications supplémentaires sur la protection financière des soins. La part de la population déclarant avoir des besoins médicaux non satisfaits donne une indication de la couverture réelle des services. Le Graphique 1.4 présente une vue d'ensemble de l'accès aux soins dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.4 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.4. Accès aux soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses). L'éligibilité à la couverture de la population est de 100 % dans 22 pays. Données sur la satisfaction de la population de 2022.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, Gallup World Poll 2023, Eurostat, d'après EU-SILC.

En ce qui concerne la part de la population pouvant prétendre à bénéficier de services médicaux, la plupart des pays de l'OCDE ont atteint une couverture universelle (ou quasi universelle) pour un ensemble de services essentiels. Toutefois, en 2021, la couverture de la population était de 72 % au Mexique, et inférieure à 95 % dans cinq autres pays (Costa Rica, États-Unis, Pologne, Chili et Colombie).

La satisfaction quant à la disponibilité de services de santé de qualité permet de se faire une idée plus précise de la couverture réelle des services. En moyenne, en 2020, dans les pays de l'OCDE, 67 % des personnes étaient satisfaites de la disponibilité de services de santé de qualité à proximité de leur domicile. C'est en Suisse et en Belgique que les citoyens étaient les plus susceptibles d'être satisfaits (90 % ou plus), alors qu'ils étaient moins de 50 % dans ce cas au Chili, en Colombie, en Hongrie et en Grèce. En moyenne, les niveaux de satisfaction ont légèrement diminué dans le temps.

Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. En 2021, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 75 % environ des frais de santé étaient pris en charge par les dispositifs publics ou obligatoires. Toutefois, au Mexique, seule la moitié environ des dépenses de santé totales était couverte par des dispositifs publics, tandis qu'en Grèce, en Corée, au Chili et au Portugal, seuls 60 % environ de l'ensemble des coûts étaient couverts.

S'agissant de la couverture des services, en moyenne dans les 25 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données comparables, seuls 2.3 % de la population ont déclaré en 2021 avoir des besoins médicaux non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente. Toutefois, ils étaient plus de 5 % dans ce cas en Estonie et en Grèce. Les disparités socioéconomiques sont significatives dans la plupart des pays, le gradient de revenu le plus marqué étant observé en Grèce, en Lettonie et en Türkiye.

Tableau 1.4. Tableau de bord sur l'accès aux soins, 2021 (sauf indication contraire)

	Couverture de la population, admissibilité		Couverture de la population, satisfaction (2022)		Protection financière		Couverture des services	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité (% de la population)		Dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire (% des dépenses totales)		Population déclarant avoir des besoins médicaux non satisfaits (% de la population)	
OCDE	**97.9**	**-**	**66.8**	**-**	**75.9**	**+**	**2.3**	**+**
Allemagne	99.9	+	85	-	85.5	+	0.1	+
Australie	100	=	71	-	71.9[1]	+	n.d.	n.d.
Autriche	99.9	=	84	-	78.3	+	0.2	+
Belgique	98.6	-	90	+	77.6	+	1.7	+
Canada	100	=	56	-	72.9	+	n.d.	n.d.
Chili	94.3	+	39	+	62.7	+	n.d.	n.d.
Colombie	94.7[2]	-	41	-	78.4	+	n.d.	n.d.
Corée	100	=	78	+	62.3	+	n.d.	n.d.
Costa Rica	90.9	-	70	+	74.5	+	n.d.	n.d.
Danemark	100	=	81	=	85.2	+	1.2	+
Espagne	100[1]	+	64	-	71.6	-	1.1	+
Estonie	95.9	+	63	+	76.2	+	8.1	+
États-Unis	91.3	+	75	+	83.6	+	n.d.	n.d.
Finlande	100	=	70	+	79.8	+	4.3	+
France	99.9	=	71	-	84.8	+	2.8	+
Grèce	100.0	=	44	+	62.1	-	6.4	+
Hongrie	95.0	-	44	-	72.5	+	1.2	+
Irlande	100	=	67	+	77.4	+	2.0	+
Islande	100	=	68	-	83.7	+	3.4[2]	+
Israël	100	=	69	=	68.2[1]	+	n.d.	n.d.
Italie	100	=	55	=	75.5	-	1.8	+
Japon	100[1]	=	76	+	84.9[1]	+	n.d.	n.d.
Lettonie	100	=	57	+	69.5	+	4.0	n.d.
Lituanie	98.8	+	51	=	68.6	-	2.4	n.d.
Luxembourg	100	=	86	-	86.0	+	1.1	+
Mexique	72.4[1]	-	57	-	50.2	-	n.d.	n.d.
Norvège	100	=	80	-	85.6	+	0.9	+
Nouvelle-Zélande	100	=	64	-	80.3	-	n.d.	n.d.
Pays-Bas	99.9	+	83	-	84.9	+	0.1	+
Pologne	94.0	-	51	+	72.5	+	2.6	+
Portugal	100	=	63	+	63.2	-	2.3	-
République slovaque	95	-	54	-	79.7	+	2.9	+
République tchèque	100	=	77	+	86.4	+	0.3	+
Royaume-Uni	100	=	67	-	83.0	+	n.d.	n.d.
Slovénie	100	=	68	-	73.7	+	4.7	-
Suède	100	=	74	-	85.9	+	1.2	+
Suisse	100	=	94	=	67.7	+	0.5	+
Türkiye	98.8	+	53	-	78.8	-	2.4	n.d.

Mieux que la moyenne de l'OCDE.
Proche de la moyenne de l'OCDE.
Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

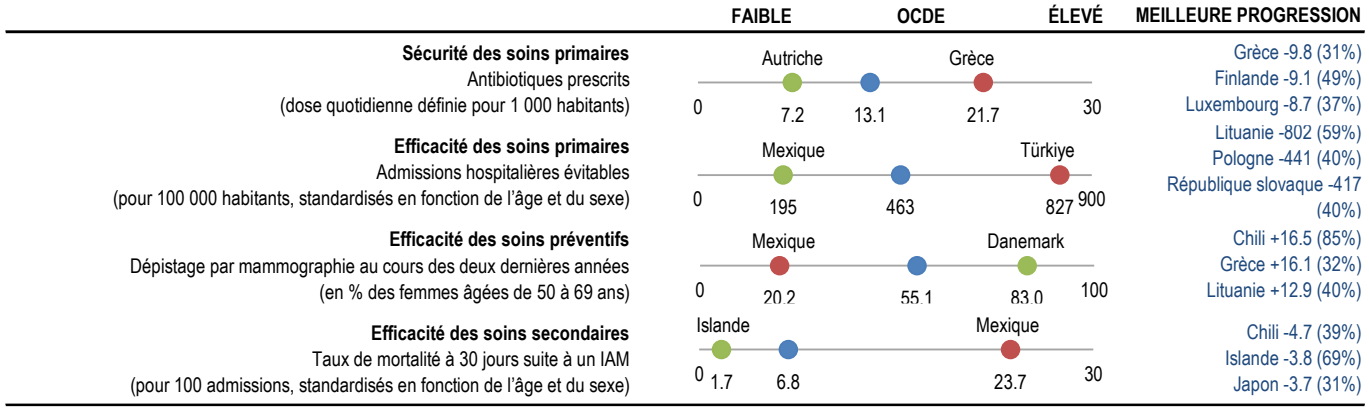
1. Données de 2020.
2. Données de 2018.

Note : le symbole « + » indique une amélioration dans le temps, « - » une détérioration dans le temps et « = » l'absence d'évolution. Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type pour la couverture de la population.

Qualité des soins

Une prise en charge de qualité suppose des services de santé sûrs, appropriés, efficaces sur le plan clinique et adaptés aux besoins des patients. Les prescriptions d'antibiotiques et les hospitalisations évitables sont des exemples d'indicateurs mesurant la sécurité et la pertinence des soins primaires. Le dépistage du cancer du sein est un indicateur de la qualité des soins préventifs ; la mortalité à 30 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou un accident vasculaire cérébral (AVC) mesure l'efficacité clinique des soins secondaires. Le Graphique 1.5 présente une vue d'ensemble de la qualité et des résultats des soins dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.5 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.5. Qualité des soins dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; ECDC 2023 (pour les pays de l'UE/EEE sur les prescriptions d'antibiotiques).

La surconsommation, la sous-consommation ou le mésusage des antibiotiques et d'autres médicaments sur ordonnance contribuent à la résistance accrue aux antimicrobiens et représentent des dépenses inutiles. Le volume total des antibiotiques prescrits en 2021 variait du simple au triple selon les pays, l'Autriche, les Pays-Bas et l'Allemagne déclarant les volumes les plus faibles, la Grèce, la France, la Pologne et l'Espagne les plus élevés. Dans les pays de l'OCDE, le nombre d'antibiotiques prescrits a légèrement diminué au fil du temps.

L'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète sont des maladies chroniques qui peuvent toutes être largement traitées au niveau des services de soins primaires – les hospitalisations du fait de ces pathologies peuvent être le signe d'un problème de qualité des soins primaires, sachant qu'un taux d'hospitalisation très faible peut aussi en partie refléter un accès limité. Considérées ensemble, ces hospitalisations évitables étaient, en 2021, les plus fréquentes en Türkiye, en Allemagne et aux États-Unis, parmi 32 pays pour lesquels on dispose de données comparables. Dans presque tous les pays, elles ont néanmoins reculé au cours des dix dernières années.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le cancer le plus fréquent chez les femmes est le cancer du sein, il représente chez elles la deuxième cause de décès par cancer. Il est essentiel de procéder en temps opportun à un dépistage par mammographie pour déceler les cas et, ainsi, commencer le traitement à un stade précoce de la maladie. En 2021, le Danemark, la Finlande, le Portugal et la Suède enregistraient les taux de dépistage par mammographie les plus élevés (80 % ou plus des femmes âgées de 50 à 69 ans), tandis que les taux de dépistage les plus faibles étaient observés au Mexique, en Türkiye, en République slovaque et en Hongrie (tous inférieurs à 30 %). Malgré une évolution à long terme favorable dans de nombreux pays, le COVID-19 a lourdement pesé sur les programmes de dépistage, le taux de dépistage moyen ayant reculé de 5 points de pourcentage entre 2021 et 2019.

Les taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM) ou à un AVC sont des indicateurs avérés de la qualité des soins intensifs. Les deux sont en recul constant depuis dix ans dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore entre pays. Si l'on considère les deux indicateurs ensemble, en 2021, le Mexique et la Lettonie affichaient de loin les taux le plus élevés de mortalité dans les 30 jours suivant un IAM ou un AVC, taux qui étaient aussi relativement hauts en Estonie et en Lituanie. L'Islande, la Norvège, les Pays-Bas et l'Australie affichaient les taux les plus faibles (comparaisons fondées sur des données non couplées, telles que définies au chapitre 6).

Tableau 1.5. Tableau de bord sur la qualité des soins, 2021 (sauf indication contraire)

	Sécurité des soins primaires		Efficacité des soins primaires		Efficacité des soins préventifs		Efficacité des soins secondaries'		
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Hospitalisations évitables (pour 100 000 hab., standardisés par âge et sexe)		Dépistage par mammographie au cours des 2 dernières années (% femmes âgées de 50 à 69 ans)		IAM	AVC	
							Mortalité à 30 jours suite à un IAM ou un AVC (pour 100 admissions, 45 ans et plus, standardisés par âge et sexe)		
OCDE	**13.1**	**+**	**463**	**+**	**55.1**	**-**	**6.8**	**7.8**	**+**
Allemagne	8.1	+	728	+	47.5	-	8.6	6.6	+
Australie	16.8	-	654	+	47.1	-	3.3[1]	4.8	+
Autriche	7.2	+	483	+	40.1	n.d.	5.8	6.6	+
Belgique	16.0	+	633[2]	-	56.1[1]	-	4.3	8.2	+
Canada	9.0	n.d.	388	+	59.7[2]	+	4.7	7.7	+
Chili	n.d.	n.d.	220	+	35.8	+	7.2[2]	8.3	+
Colombie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	5.6[2]	6.1	+
Corée	16.0	+	375	+	69.9	+	8.4	3.3	+
Costa Rica	n.d.	n.d.	278[3]	+	36	+	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	12.6	+	538	+	83.0	=	4.8	4.9	+
Espagne	18.4	-	356	+	73.8[1]	-	6.5	9.4	+
Estonie	8.7	+	354	+	58.7	+	11.3	9.0	-
États-Unis	n.d.	n.d.	725	+	76.1	-	5.5[1]	4.3	-
Finlande	9.4	+	490	+	82.2	-	7.3	9.1	+
France	19.3	+	601[4]	+	46.9	-	5.5[2]	7.3[4]	+
Grèce	21.7	+	n.d.	n.d.	65.7[2]	+	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	10.8	+	n.d.	n.d.	29.8	-	n.d.	n.d.	n.d.
Irlande	16.3	+	498	+	62.4	-	5.4	6.3	+
Islande	15.7	+	308	+	54.0	-	1.7	3.1	+
Israël	14.4	+	440	+	71.9	+	5.2	5.4	+
Italie	15.9	+	214	+	55.9	-	5.3[2]	6.6[4]	+
Japon	12.2[2]	+	n.d.	n.d.	44.6[2]	+	8.3[1]	2.9	+
Lettonie	10.1	+	n.d.	n.d.	30.8	-	15.9	20.5	-
Lituanie	11.7	n.d.	554	+	45.5	+	10.3	15.4	+
Luxembourg	14.6	+	502	-	53.8	-	9.9	6.0	+
Mexique	n.d.	n.d.	195	+	20.2[1]	+	23.7	17.2	+
Norvège	12.8	+	477	+	65.5	-	2.6	3.1	+
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	63.3	-	4.1	5.9	+
Pays-Bas	7.6	+	318	+	72.7	-	2.9	4.9	+
Pologne	18.8	-	663	+	33.2	n.d.	5.2	11.8[3]	+
Portugal	13.7	+	266	n.d.	80.2[2]	-	8.0	10.4	+
République slovaque	14.5	+	615	+	25.5	-	7.4	9.9	+
République tchèque	11.5	n.d.	577	+	58.3	+	6.2	9.4	=
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	403	+	64.2	-	6.7	9.0	+
Slovénie	8.7	+	367	+	77.2	+	5.1	12.1	+
Suède	8.6	+	361	+	80.0	n.d.	3.6	5.5	+
Suisse	n.d.	n.d.	424	-	49[3]	+	5.1[4]	5.6[4]	+
Türkiye	11.3	+	827[3]	n.d.	20.5	-	6.0	7.6	n.d.

Mieux que la moyenne de l'OCDE.
Proche de la moyenne de l'OCDE.
Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

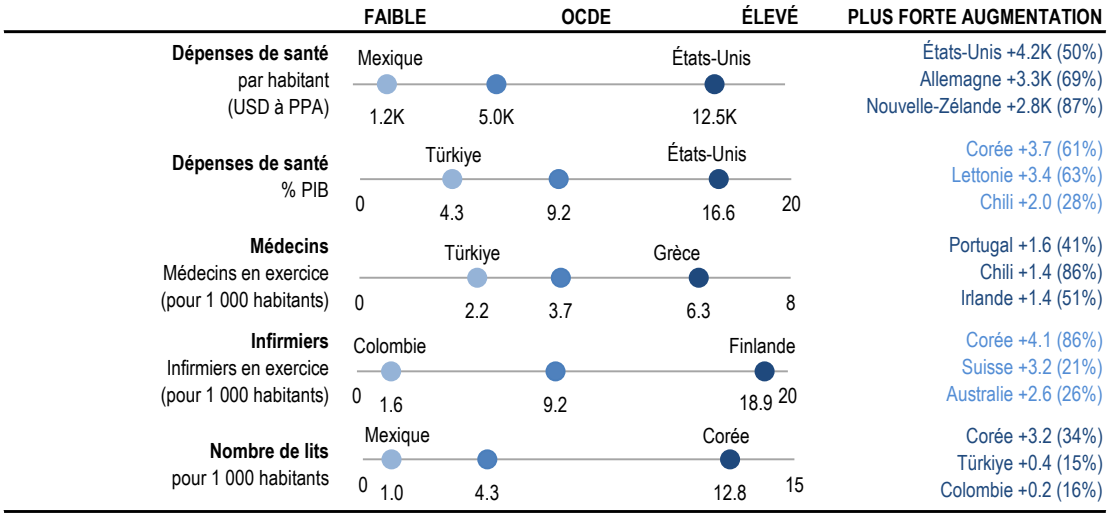
1. Données de 2020.
2. Données de 2019.
3. Données de 2017/18.
4. Données de 2014/15.

Note : le symbole « + » indique une amélioration dans le temps, « - » une détérioration dans le temps et « = » l'absence d'évolution. La Lettonie et le Mexique sont exclus du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM ou à un AVC. Les moyennes OCDE présentées ici diffèrent légèrement de celles du chapitre 6 en raison de différences dans la couverture des pays. Les hospitalisations évitables englobent l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète.

Capacités et ressources des systèmes de santé

Il est indispensable de disposer de ressources suffisantes pour obtenir un système de santé résilient. Une augmentation des ressources ne se traduit cependant pas automatiquement par une amélioration des résultats en termes de santé – l'efficacité des dépenses entre aussi en ligne de compte. Les dépenses de santé par habitant donnent un aperçu synthétique des ressources globales disponibles. Le nombre de médecins et d'infirmiers apporte des informations supplémentaires sur les effectifs de santé. Le nombre de lits d'hôpital est un indicateur de la capacité en termes de soins intensifs. Le Graphique 1.6 présente une vue d'ensemble des capacités et ressources des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.6 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.6. Capacités et ressources des systèmes de santé dans l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses). Données sur les dépenses de santé de 2022.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

Dans l'ensemble, les pays qui affichent des dépenses de santé élevées, ainsi que des effectifs et autres ressources de santé importants, sont plus performants en termes de résultats, d'accès et de qualité des soins. Cela dit, le volume absolu de ressources investi dans le système de santé n'est pas automatiquement associé à de meilleurs résultats sanitaires – les facteurs de risque pour la santé et les déterminants sociaux plus vastes de la santé revêtent aussi une importance fondamentale, de même que l'utilisation efficace des ressources.

En 2021, les États-Unis consacraient à la santé des dépenses considérablement plus élevées que tous les autres pays (12 555 USD par habitant, corrigés des parités de pouvoir d'achat), et sont aussi ceux qui dépensaient le plus en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Ces dépenses étaient aussi relativement élevées en Suisse, en Allemagne, en Norvège, aux Pays-Bas et en Autriche. C'est au Mexique, en Colombie, au Costa Rica et en Türkiye que les dépenses de santé étaient les plus faibles, à moins de 2 000 USD par habitant. Si les dépenses de santé ont généralement augmenté plus rapidement que le PIB au cours des dix dernières années, leur part dans l'économie globale a reculé dans la plupart des pays depuis le pic de la pandémie, à l'image du climat économique actuel difficile.

Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers est donc un indicateur important pour suivre l'utilisation des ressources. En 2021, il y avait moins de 2.5 médecins pour 1 000 habitants en Türkiye, et plus de cinq en Norvège, en Autriche, au Portugal et en Grèce. Toutefois, les chiffres au Portugal et en Grèce sont surestimés parce qu'ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer. En moyenne, on recensait un peu plus de 9 infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2021, dans une fourchette allant de moins de 3 pour 1 000 en Colombie, en Türkiye et au Mexique, à plus de 18 en Finlande, en Suisse et en Norvège. En Suisse, les infirmiers auxiliaires expliquent cette forte densité.

Le nombre de lits d'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. Le COVID-19 a mis en lumière la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de lits d'hôpital (notamment de lits de soins intensifs), ainsi que de médecins et d'infirmiers. Néanmoins, un excédent de lits peut entraîner une utilisation inutile et, par conséquent, des coûts, notamment pour les patients dont l'état ne s'améliorera pas forcément avec des soins intensifs. En 2021, on recensait en moyenne 4.3 lits d'hôpital pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Plus de la moitié des pays de l'OCDE ont indiqué entre 3 et 8 lits d'hôpital pour 1 000 habitants. La Corée et le Japon, en revanche, comptent beaucoup plus de lits d'hôpital (12 à 13 pour 1 000 habitants), tandis que le Mexique, le Costa Rica et la Colombie en ont relativement peu.

Tableau 1.6 Tableau de bord sur les capacités et les ressources des systèmes de santé, 2021 (sauf indication contraire)

	Dépenses de santé (2022)				Nombre de médecins		Nombre d'infirmiers		Lits d'hôpital	
	Par habitant (USD PPA)		% PIB		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)		Pour 1 000 habitants	
OCDE	**4 986**	**+**	**9.2**	**+**	**3.7**	**+**	**9.2**	**+**	**4.3**	**-**
Allemagne	8 011	+	12.7	+	4.5	+	12.0	+	7.8	-
Australie	6 372	+	9.6	+	4.0	+	12.8	+	3.8[3]	+
Autriche	7 275	+	11.4	+	5.4	+	10.6	n.d.	6.9	-
Belgique	6 600	+	10.9	+	3.3	+	11.1[2]	+	5.5	-
Canada	6 319	+	11.2	+	2.8	+	10.3	+	2.6	-
Chili	2 699	+	9.0	+	2.9	+	3.7	+	2.0	-
Colombie	1 640	+	8.1	+	2.5	+	1.6	+	1.7[1]	+
Corée	4 570	+	9.7	+	2.6	+	8.8	+	12.8	+
Costa Rica	1 658	+	7.2	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.2	-
Danemark	6 280	+	9.5	-	4.4[1]	+	10.2[1]	+	2.5	-
Espagne	4 432	+	10.4	+	4.5	+	6.3	+	3.0	-
Estonie	3 103	+	6.9	+	3.4	+	6.5	+	4.4	-
États-Unis	12 555	+	16.6	+	2.7	+	12.0	+	2.8	-
Finlande	5 599	+	10.0	+	3.6[1]	+	18.9[1]	+	2.8	-
France	6 630	+	12.1	+	3.2	+	9.7	+	5.7	-
Grèce	3 015	+	8.6	-	6.3	+	3.8	+	4.3	-
Hongrie	2 840	+	6.7	-	3.3	+	5.3	n.d.	6.8	-
Irlande	6 047	+	6.1	-	4.0	+	12.7	n.d.	2.9	n.d.
Islande	5 314	+	8.6	+	4.4	+	15.0	+	2.8[1]	-
Israël	3 444	+	7.4	+	3.4	+	5.4	+	2.9	-
Italie	4 291	+	9.0	+	4.1	+	6.2	+	3.1	-
Japon	5 251	+	11.5	+	2.6[1]	+	12.1[1]	+	12.6	-
Lettonie	3 445	+	8.8	+	3.4	+	4.2	-	5.2	-
Lituanie	3 587	+	7.5	+	4.5	+	7.9	+	6.1	-
Luxembourg	6 436	+	5.5	+	3.0[3]	+	11.7[3]	+	4.1	-
Mexique	1 181	+	5.5	-	2.5	+	2.9	+	1.0	-
Norvège	7 771	+	7.9	-	5.2	+	18.3	+	3.4	-
Nouvelle-Zélande	6 061	+	11.2	+	3.5	+	10.9	+	2.7	-
Pays-Bas	6 729	+	10.2	-	3.9	+	11.4	+	3.0	-
Pologne	2 973	+	6.7	+	3.4	n.d.	5.7	+	6.3	-
Portugal	4 162	+	10.6	+	6	+	7.4	+	3.5	+
République slovaque	2 756	+	7.8	+	3.7	+	5.7	-	5.7	-
République tchèque	4 512	+	9.1	+	4.3	+	9.0	+	6.7	-
Royaume-Uni	5 493	+	11.3	+	3.2	+	8.7	+	2.4	-
Slovénie	4 114	+	8.8	+	3.3	+	10.5	+	4.3	-
Suède	6 438	+	10.7	-	4.3[1]	+	10.7[1]	-	2.0	-
Suisse	8 049	+	11.3	+	4.4	+	18.4	+	4.4	-
Türkiye	1 827	+	4.3	-	2.2	+	2.8	+	3.0	+

Au-dessus de la moyenne de l'OCDE.
Proche de la moyenne de l'OCDE.
Au-dessous de la moyenne de l'OCDE.

1. Données de 2020.
2. Données de 2018.
3. Données de 2016/17.

Note : le symbole « + » indique une augmentation dans le temps, « - » une réduction dans le temps et « = » l'absence d'évolution. Le Japon et la Corée sont exclus du calcul de l'écart-type pour les lits d'hôpital. Les États-Unis sont exclus du calcul de l'écart-type pour les dépenses par habitant et en pourcentage du PIB.

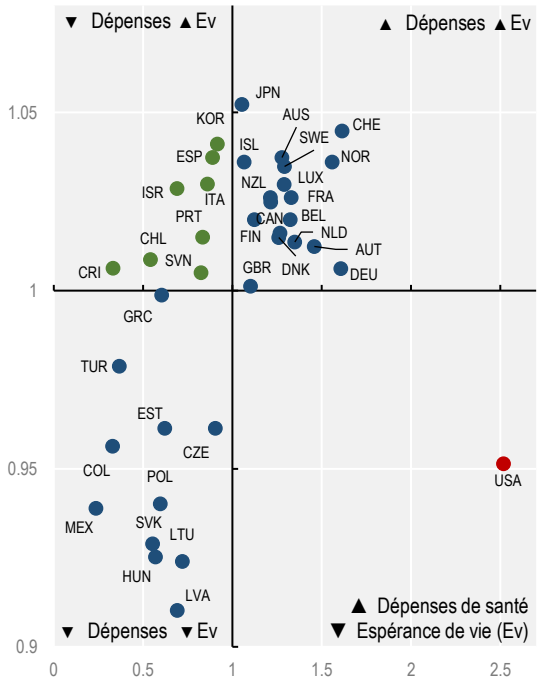
Liens entre les dépenses de santé et les résultats, l'accès et la qualité des soins

Les graphiques en quadrant illustrent les liens entre les dépenses de santé et certains indicateurs relatifs aux objectifs des systèmes de santé. Ils montrent dans quelle mesure l'augmentation des dépenses de santé améliore les résultats dans trois domaines : résultats, accès et qualité des soins. On notera toutefois que seul un petit sous-ensemble d'indicateurs pour ces trois dimensions est comparé aux dépenses de santé, les graphiques en quadrant montrant des corrélations statistiques simples plutôt que des liens de causalité.

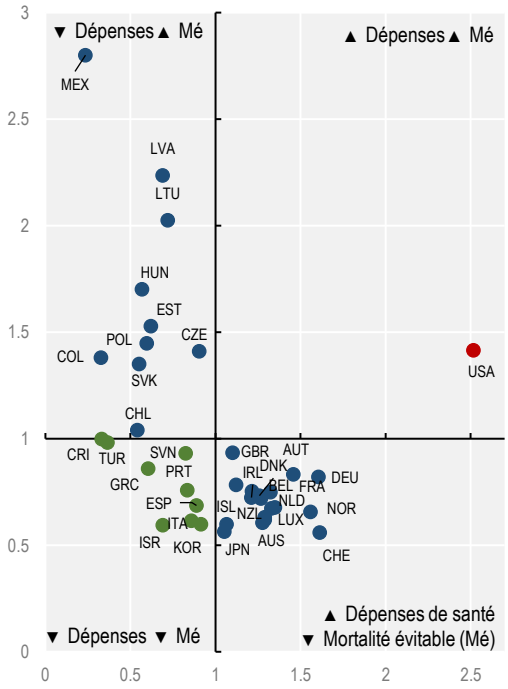
Dépenses de santé et résultats en matière de santé

Le Graphique 1.7 et le Graphique 1.8 montrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé enregistrent de meilleurs résultats en matière de santé (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Graphique 1.7. Espérance de vie et dépenses de santé



Graphique 1.8. Mortalité évitable (par prévention et traitement) et dépenses de santé



Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie à la naissance (Graphique 1.7). Parmi les 38 pays de l'OCDE, 18 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne de l'OCDE (quadrant supérieur droit). Dans 11 autres, ces deux indicateurs sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE (quadrant inférieur gauche).

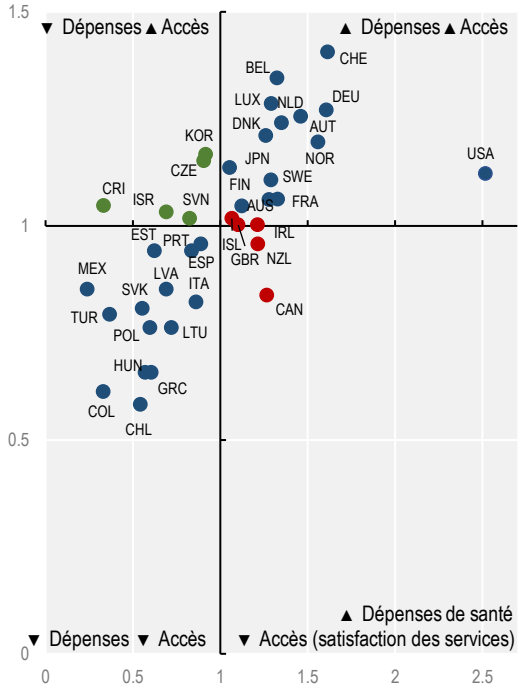
Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Huit pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Cela peut indiquer que les systèmes de santé ont un bon rapport qualité-prix, même si de nombreux autres facteurs ont aussi une incidence sur les résultats en matière de santé. Ces huit pays sont la Corée, l'Espagne, l'Italie, Israël, le Portugal, le Chili, le Costa Rica et la Slovénie. Dans le quadrant inférieur droit ne figurent que les États-Unis, dont les dépenses de santé sont nettement plus élevées que tous les autres pays de l'OCDE, mais où l'espérance de vie y est inférieure à la moyenne.

Une corrélation dans le sens attendu est également évidente en ce qui concerne la mortalité évitable (Graphique 1.8). Parmi les pays de l'OCDE, 18 dépensent davantage et affichent un taux de mortalité évitable plus faible (quadrant inférieur droit), et 10 dépensent moins et enregistrent un taux de mortalité évitable plus élevé (quadrant supérieur gauche). Neuf ont des dépenses inférieures à la moyenne mais des taux de mortalité évitables plus faibles – Israël, Corée, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, Slovénie, Türkiye et Costa Rica (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis dépensent davantage que la moyenne de l'OCDE et enregistrent un taux de mortalité évitable plus important.

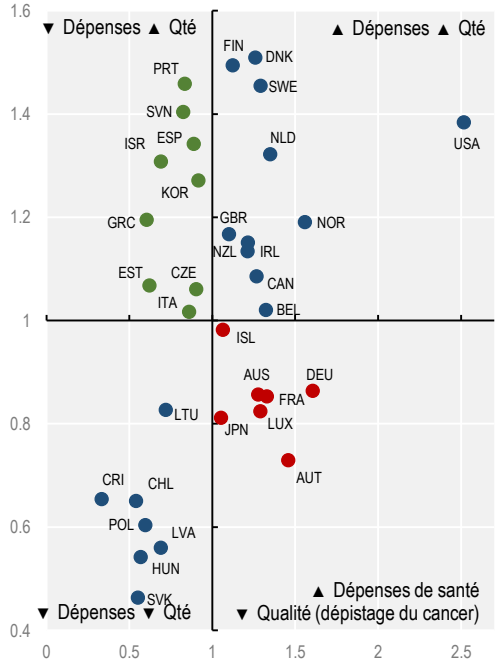
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

Le Graphique 1.9 et le Graphique 1.10 illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé assurent des services plus facilement accessibles et de meilleure qualité (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Graphique 1.9. Satisfaction quant à l'accès à des services de qualité et aux dépenses de santé



Graphique 1.10. Taux de dépistage du cancer du sein et dépenses de santé



En termes d'accès, le Graphique 1.9 montre une corrélation clairement positive entre la part de la population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité à proximité du domicile et les dépenses de santé par habitant. Parmi les pays de l'OCDE, 14 dépensent plus que la moyenne de l'OCDE et le pourcentage de la population satisfaite de l'accès y est également plus élevé (quadrant supérieur droit). L'inverse est vrai dans 14 pays (quadrant inférieur gauche). Au Canada, les dépenses de santé sont supérieures de 27 % à la moyenne de l'OCDE, mais seulement 56 % des habitants sont satisfaits de l'accès à des services de santé de qualité (contre 67 % en moyenne dans la zone OCDE). En Corée et en République tchèque, les dépenses de santé par habitant sont relativement faibles, mais une part nettement plus importante de la population est satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité, par rapport à la moyenne de l'OCDE.

En termes de qualité des soins, le Graphique 1.10 montre la corrélation entre les dépenses de santé et les taux de dépistage du cancer du sein. S'il existe une corrélation positive faible globale entre les dépenses de santé et la proportion de femmes qui font régulièrement l'objet d'un dépistage, neuf pays dépensent moins que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus élevés (quadrant supérieur gauche), tandis que sept pays dépensent plus que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus faibles (quadrant inférieur droit).

2 Panorama de la santé numérique

Les pays de l'OCDE peinent à tirer tout le parti possible de la santé numérique car les technologies et l'infrastructure des données sont souvent obsolètes et morcelées. Le présent chapitre s'intéresse à la notion de préparation à la santé numérique, en évaluant différents cadres – action publique, analyse, environnements technique et social – propices à une utilisation efficace de la santé numérique. Cette idée de préparation se révèle d'autant plus pressante que l'on prend conscience de l'importance croissante du numérique dans la santé. Le chapitre s'ouvre sur un examen des éléments stratégiques qui composent un écosystème intégré de la santé numérique afin de définir les différentes dimensions de cette préparation – qui ont trait à l'analytique, aux données, aux technologies et aux facteurs humains. Il se poursuit par une compilation et une analyse des indicateurs permettant d'évaluer la préparation au regard de ces différentes dimensions, avant de conclure par une brève étude de la transformation numérique considérée en tant que déterminant de la santé, en donnant quelques exemples des avantages que la santé numérique procure dans le domaine des soins aigus, contribuant à réduire les coûts et à améliorer l'expérience des patients.

Introduction

Les outils numériques et l'utilisation des données de santé sont en train de transformer le fonctionnement des services de santé, la protection de la santé publique ainsi que la gestion et la prévention des maladies chroniques. La santé numérique[1] ne cesse de gagner en importance dans les systèmes de santé, avec les dossiers médicaux électroniques (DME), l'utilisation des données de santé de la population à des fins de suivi et pour éclairer l'action publique et l'intégration d'outils numériques, comme la télémédecine, dans les soins cliniques courants. Une approche intégrée de la santé numérique sous-tend par ailleurs l'utilisation responsable de l'intelligence artificielle (IA) et de l'analytique, à travers la mise en commun de données de santé de qualité, grâce à des connexions techniques sécurisées, entre toutes les structures de soins et l'administration. La transformation numérique est présentée comme déterminante pour la santé dans la mesure où les technologies numériques, l'accès au numérique et la culture numérique exercent une influence grandissante sur la santé, le bien-être et les mutations du monde de la santé.

Les pays de l'OCDE s'efforcent de concrétiser le potentiel de la santé numérique tout en en maîtrisant les possibles effets préjudiciables Si le secteur de la santé a été plus lent que d'autres pans de l'économie à tirer parti de la transformation numérique, la pandémie de COVID-19 a néanmoins accéléré le changement. Cependant, bien des obstacles doivent encore être levés avant que les pays ne soient prêts à la transformation numérique. À titre d'exemple, les systèmes de santé continuent d'utiliser des télécopieurs, générant à eux seuls 75 % des envois mondiaux de télécopies (Gintux, 2023[1]) ; des innovations susceptibles de sauver des vies voient le jour, mais il peut s'écouler jusqu'à 17 ans entre la publication de résultats de recherche et leur intégration dans la pratique courante (Morris, Wooding and Grant, 2011[2]) ; les prestataires de santé craignent d'avoir avec le numérique une charge supplémentaire et de ne pas tirer avantage des technologies modernes (OCDE, 2019[3]) ; le public ne peut prendre sa santé en main s'il n'a pas accès à son dossier médical personnel.

Le monde du numérique, de son côté, présente un paysage rendu complexe par la présence de différents acteurs. Outre les systèmes publics, de grandes multinationales proposent des prestations spécifiques, comme des formules d'abonnement dans le cadre de soins intégrés, qui, faute de réglementation appropriée, créent un cloisonnement des données. Du fait de l'existence de systèmes rivaux et non coordonnés d'exploitation et de consultation des données, les systèmes de santé risquent de ne pas percevoir les inégalités et de ne pas pouvoir exploiter ces données dans un but de protection de la santé publique ni pour leur propre amélioration.

La pandémie a révélé au public et aux responsables qu'il fallait disposer de données récentes et de qualité pour prendre des mesures éclairées en temps de crise. La population a commencé à gérer ses données de santé et à consulter les prestataires à distance en même temps qu'elle se familiarisait avec de nouvelles notions de statistique, entre R-effectif, pourcentage de tests positifs et taux de vaccination. La pandémie a aussi fait croître l'intérêt porté à la confidentialité, la sécurité et la gouvernance des données de santé, en plus d'offrir des occasions d'innover dans le domaine de l'analytique. Ainsi, la santé numérique a permis :

- au Canada, à l'Espagne, aux États-Unis, à la Lettonie et au Royaume-Uni de déployer à grande échelle un système de gestion et de suivi des maladies ;
- au Costa Rica, à l'Espagne, aux États-Unis, à la Finlande, à la Lettonie et à la République tchèque de renforcer la coordination et l'intégration des soins ;
- à l'Australie, à l'Autriche, à l'Espagne, au Luxembourg et à la République tchèque d'améliorer les prescriptions électroniques.

Les systèmes de gouvernance, de même que les cadres juridiques et réglementaires, doivent évoluer pour préparer l'adaptation à la santé numérique sans rien enlever à la protection du public (OCDE, 2023[4]). Au début de l'année 2023, alors que ChatGPT était l'objet de toutes les attentions, le potentiel de l'IA a suscité tout à la fois intérêt et inquiétude. L'IA ne manquerait pas d'applications dans le domaine de la santé – de l'automatisation des processus administratifs à l'aide au diagnostic en passant par son intégration à des dispositifs médicaux pour améliorer les traitements, l'essai virtuel de millions d'antibiotiques contre les microorganismes particulièrement résistants et la découverte de nouvelles méthodes permettant de prévenir ou de mieux traiter les maladies chroniques. Même si elle n'en est pas toujours responsable, l'IA n'en comporte pas moins des risques, entre les algorithmes biaisés susceptibles d'accentuer les inégalités, l'absence de validation clinique, qui met en danger le patient, et les possibles atteintes à la vie privée.

Par ailleurs, avec le recours à la santé numérique, ce sont aussi les risques de cyberattaque qui progressent. Certains estiment que le coût des cyberattaques (tous secteurs confondus) pourrait atteindre 10.5 mille milliards d'USD d'ici 2025 (Forbes, 2023[5]). Le secteur de la santé est une cible de choix pour les cybercriminels en raison de la vaste diffusion des technologies de santé, de la valeur des données de santé et des perturbations qu'une indisponibilité de l'infrastructure technique causerait aux services de santé.

La plupart des pays exploitent les possibilités évoquées tout en prévenant les risques connexes par la mise en œuvre de stratégies en faveur de la santé numérique. Ils reconnaissent, à travers ces stratégies, l'importance de tirer les leçons de la pandémie de COVID-19 et d'offrir au public de meilleurs services de santé et résultats tout en réduisant la fracture numérique. Les investissements qui en découlent laissent escompter un rendement de l'ordre de 3 USD pour chaque USD dépensé. Ces retombées, qui résultent de l'amélioration des résultats en matière de santé, de la réduction des gaspillages et de la suppression d'un maximum de redondances, favorisent par ailleurs la résilience des systèmes de santé (OCDE, 2019[3]).

La capacité d'isoler les facteurs mentionnés précédemment dans les systèmes de données de santé et de développer une infrastructure, des stratégies et des cadres de gouvernance à utiliser afin d'améliorer le système de santé est le signe qu'un pays est prêt pour la santé numérique, ce qui est un indicateur de la faculté d'exploiter l'analytique, les données et les technologies dans l'intérêt de l'individu, de la collectivité et de la santé publique. La préparation à la santé numérique est la base à partir de laquelle on pourra tirer parti des données utilisées à des fins primaires et secondaires pour améliorer le bien-être, la santé et la résilience.

Le présent chapitre thématique offre un panorama de l'état de préparation des pays à la santé numérique, l'accent étant mis sur les indicateurs donnant à voir s'ils sont en mesure d'en concrétiser les bienfaits tout en en minimisant les conséquences préjudiciables. Ces indicateurs ne sont pas exhaustifs, et tous ne sont pas propres au secteur de la santé. Les pages qui suivent jettent les bases d'une démarche plus englobante devant mener à la définition d'un ensemble solide d'indicateurs de préparation à la santé numérique. Si les données nécessaires ne sont pas disponibles à l'heure actuelle au regard de toutes les dimensions de cette préparation (Encadré 2.1), ce chapitre présente en détail les différents aspects du cadre de mesure et précise quels sont les indicateurs pour lesquels la collecte de données doit être plus régulière et quels sont les débats d'orientation connexes. À terme, il pourrait être judicieux de prendre en compte certaines données d'ordre social (par ex., déterminants sociaux de la santé, recours aux programmes sociaux) afin d'obtenir une vue générale de la santé et du bien-être.

Seront tout d'abord étudiées les différentes dimensions de la préparation à la santé numérique en termes d'analytique, de données de santé et de technologie, ainsi que les facteurs humains qui assurent confiance, cohérence et pérennité. Les indicateurs se décomposent en un sous-ensemble d'éléments – dont quelques mesures indirectes – pour analyser la performance des pays de l'OCDE au regard des diverses dimensions du cadre d'indicateurs.

Le chapitre étudie ensuite les indicateurs et leurs résultats au regard des différentes dimensions de la préparation à la santé numérique qui ont trait à l'analytique, aux données, à la technologie et aux facteurs humains. Les pays qui obtiennent systématiquement de bons résultats au regard des indicateurs retenus seront signalés.

Dans un troisième temps, le chapitre portera sur un échantillon de résultats en matière de santé et la relation que ceux-ci entretiennent avec les diverses dimensions de la préparation, l'objectif étant d'étudier cette dernière en tant que déterminant de la santé. On étudiera des exemples et des possibilités d'évaluer le lien qui existe entre la préparation à la santé numérique et ses effets sur les coûts et les résultats en matière de santé.

Une synthèse des trois premières sections viendra clore le chapitre, qui se conclura par un appel en faveur d'un approfondissement des travaux de mesure de la préparation à la santé numérique afin de mieux comprendre la relation qui unit cette dernière aux résultats positifs en matière de santé, à la diminution des coûts et au dynamisme de l'innovation.

Encadré 2.1. Définition de la santé numérique et dimensions de la préparation à la santé numérique

Malgré l'importance croissante de la santé numérique, il est difficile d'obtenir une terminologie cohérente, ce qui nuit à la collaboration internationale et empêche de déployer les innovations à grande échelle pour de meilleurs résultats en matière de santé. La santé numérique peut se limiter au type et à l'utilisation des technologies numériques, elle peut être axée sur l'amélioration des services de santé, ou encore se caractériser par une stratégie de transformation complète des systèmes de santé (HIMSS, 2020[6]).

La *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) regroupe les utilisations primaires et secondaires des outils numériques au service de la population. Le lien entre la production secondaire d'informations et leur utilisation pour les soins, la promotion de la santé et la prévention crée un cycle d'amélioration continue qui profite à chacun (OMS, 2021[7]).

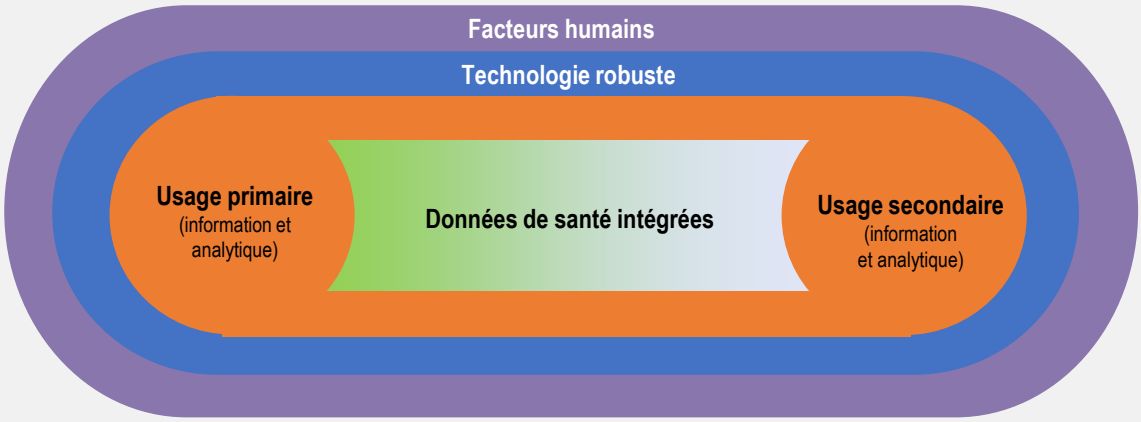
À ce titre, la préparation à la santé numérique sert de fondement à des usages primaires (par ex., par les cliniciens et les patients pour les soins, et par les individus pour renforcer leur capacité d'agir) et secondaires (par ex., pour la santé de la population, l'amélioration continue des systèmes de santé, la santé publique, ainsi que la recherche et l'innovation). À partir de la définition de l'OMS, le présent document définit la santé numérique comme suit (les parties ajoutées apparaissent **en gras**) :

> *Domaine des connaissances et de la pratique associé au développement et à l'utilisation des* ***données de santé et des*** *technologies numériques pour améliorer la santé. La santé numérique élargit le concept de cybersanté pour y inclure les consommateurs du numérique, avec un éventail plus large d'appareils intelligents, de matériels connectés* ***et de thérapies numériques****. Elle englobe également d'autres utilisations des* ***données et des*** *technologies numériques au service de la santé, comme l'internet des objets, l'intelligence artificielle, les mégadonnées et la robotique****, ainsi que l'analytique prédictive et prescriptive. L'analytique peut servir à améliorer les systèmes de santé, à mieux préparer la santé publique ou encore à aider la recherche et l'innovation****.*

Dans ce contexte, les dimensions de la préparation à la santé numérique renvoient à **l'état de préparation en termes d'analytique** (analytique responsable), de **données de santé** (données de santé intégrées), de **technologie** (technologies robustes) et de **facteurs humains** (capacité, coopération et supervision). Ces dimensions doivent être conçues de manière à fonctionner ensemble afin d'en optimiser les bénéfices en matière de santé tout en en minimisant les effets néfastes.

Lorsque sont réunies analytique responsable, données de santé intégrées et technologies fiables, celles-ci forment un **écosystème de santé numérique intégré**.

Graphique 2.1. Écosystème de santé numérique intégré



Source : Sutherland, E. (à paraître[8]), « Policy checklist for integrated digital health ecosystems ».

Cadre d'évaluation de la préparation à la santé numérique

Les résultats de la santé numérique ne sont pas aussi faciles à mesurer que les indicateurs présentés dans d'autres chapitres du *Panorama de la santé*, car il s'agit d'une discipline nouvelle et en constante évolution. Le problème est d'autant plus compliqué que la définition de la santé numérique est quelque peu floue (voir l'Encadré 2.1).

La préparation à la santé numérique est un indicateur de la faculté d'exploiter l'analytique, les données et les technologies dans l'intérêt de l'individu, de la collectivité et de la santé publique. Par conséquent, cette « préparation » regroupe un ensemble de capacités et de structures dans les domaines de l'analytique, des données et des technologies. Elle nécessite en outre les facteurs humains mentionnés ci-dessus en termes de capacité, de coopération et de supervision. Les dimensions de la préparation à la santé numérique sont classées comme suit :

- **La préparation en termes d'analytique** illustre dans quelle mesure des travaux d'analyse peuvent être conçus et utilisés de manière à générer des actions qui améliorent les résultats en matière de santé pour les individus, les collectivités et la population. L'objectif est de disposer de travaux d'analyse responsables qui inspirent confiance et contribuent à obtenir des résultats équitables en matière de santé. Dans le domaine de la santé, il s'agit notamment d'être prêt à mettre au point et à déployer une IA responsable afin d'aider les médecins et les infirmiers dans leurs tâches courantes (par ex., constituer un dossier médical) ou leurs diagnostics (par ex., interpréter des images radiologiques).
- **La préparation en termes de données** illustre dans quelle mesure des données peuvent être recueillies, consultées et utilisées à des fins d'analyse. L'objectif est de disposer de données intégrées et de qualité pour les soins, la santé publique, l'amélioration des systèmes de santé, la recherche et l'innovation. Cela recouvre par exemple les mesures qui permettent la protection, l'anonymisation, l'accès et le couplage des données afin de contribuer à améliorer la sécurité des systèmes de santé.
- **La préparation en termes de technologie** illustre dans quelle mesure des technologies peuvent être utilisés pour la saisie, le stockage et le déplacement sécurisés des données. L'objectif est de disposer de technologies solides et résilientes face aux risques de sécurité numérique et aux pannes technologiques, tout en préservant l'intégrité des données. Il peut s'agir par exemple de certains aspects de l'interopérabilité technique qui, combinés à l'interopérabilité sémantique, permettent aux systèmes de santé de communiquer entre eux avec des données de qualité et actualisées.
- **La préparation en termes de facteurs humains** évalue la capacité de l'écosystème de la santé numérique (y compris l'analytique, les données, la culture et les technologies) à atteindre ses objectifs avec des moyens suffisants et à être résilient face aux chocs. L'objectif est ici de favoriser la confiance entre les parties prenantes, d'acquérir suffisamment de moyens financiers et humains, d'encourager une coopération et une réutilisation mutuellement bénéfiques et de

s'adapter aux enjeux et défis qui apparaissent. Il s'agit notamment de développer une culture de la santé numérique de sorte que le public, les prestataires et les décideurs disposent des connaissances nécessaires pour utiliser efficacement l'écosystème de la santé numérique, y compris ses mécanismes de protection nécessaires.

Collectivement, un système de santé qui affiche un niveau élevé de préparation à la santé numérique est conçu pour optimiser les résultats bénéfiques en matière de santé tout en minimisant les effets préjudiciables liés au mésusage de l'analytique, des données ou des technologies. Un niveau élevé de préparation à la santé numérique est conforme aux instruments juridiques de l'OCDE relatifs à l'intelligence artificielle (IA), à la gouvernance des données de santé, à la sécurité numérique et à l'identité numérique (voir l'Encadré 2.2).

Encadré 2.2. Instruments juridiques de l'OCDE et préparation à la santé numérique

Gouvernance des données de santé

En 2017, les pays de l'OCDE ont adopté une Recommandation sur la gouvernance des données de santé qui encourage l'adoption d'un cadre national de gouvernance des données de santé composé de 12 éléments principaux, ainsi que la coopération en vue de définir et d'appliquer des normes d'interopérabilité.

Concrètement, cette Recommandation s'inscrit dans une perspective plus large en matière de santé numérique qui participe à la préparation dans ce domaine. Le tableau ci-dessous recense les parties de la Recommandation qui s'appliquent à chacune des dimensions de la préparation à la santé numérique, sachant que tous les domaines sont finalement nécessaires.

Recommandation sur la gouvernance des données de santé	Dimensions de la préparation au numérique
Mobilisation et participation des parties prenantes eu égard à l'élaboration d'un cadre national de gouvernance des données de santé	Facteurs humains
Coordination au sein des administrations et coopération entre les organismes qui traitent les données personnelles de santé afin d'encourager des politiques et des normes communes en matière de données	Facteurs humains
Examen de la capacité des systèmes de données de santé du secteur public à servir et défendre l'intérêt général	Facteurs humains
Communication claire d'informations aux individus sur le traitement de leurs données personnelles de santé, y compris notification de toute violation ou utilisation abusive de leurs données	Technologies
Traitement des données personnelles de santé avec le consentement éclairé des personnes et solutions alternatives appropriées	Données
Mise en œuvre de procédures d'examen et d'approbation pour le traitement des données personnelles de santé à des fins de recherche et de santé publique	Données
Transparence par le biais de l'information du public sur les finalités du traitement des données personnelles de santé et critères d'approbation	Facteurs humains
Optimisation du développement et de l'utilisation des technologies pour le traitement et la protection des données	Technologies
Mécanismes de suivi et d'évaluation de l'impact du cadre national de gouvernance des données de santé, notamment mise à disposition des données de santé, politiques et pratiques de gestion de la confidentialité, protection des données personnelles de santé et risques d'atteinte à la sécurité numérique	Facteurs humains
Formation et développement des compétences des sous-traitants des données de santé	Facteurs humains
Mise en œuvre de contrôles et de garanties au sein des organismes qui traitent les données personnelles de santé, notamment mesures technologiques, physiques et organisationnelles visant à protéger la vie privée et la sécurité numérique	Données Technologies
Obligation pour les organismes qui traitent les données personnelles de santé de prouver qu'ils satisfont aux critères énoncés dans le cadre national de gouvernance des données de santé	Facteurs humains

Source : OCDE (2017[9]) Recommandation du Conseil sur la gouvernance des données de santé, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0433.

Intelligence artificielle (IA)

En 2019, l'OCDE a publié des principes fondés sur des valeurs concernant l'IA, lesquels s'appliquent au développement de l'IA, même s'ils peuvent s'appliquer aux pratiques générales des travaux d'analyse.

Les principes relatifs à l'IA sont cohérents avec la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé et la complètent.

Recommandation sur l'intelligence artificielle	Description	Dimensions de la préparation au numérique
Croissance inclusive, développement durable et bien-être	Les parties prenantes de l'IA devraient adopter de manière proactive une approche responsable à l'égard de l'IA afin de tendre vers des résultats bénéfiques pour les individus et la planète	Analytique
Valeurs centrées sur l'humain et équité	Les acteurs de l'IA devraient respecter l'état de droit, les droits humains et les valeurs démocratiques tout au long du cycle de vie des systèmes d'IA	Analytique
Transparence et explicabilité	Les acteurs de l'IA devraient s'engager à assurer la transparence et une divulgation responsable des informations liées aux systèmes d'IA	Analytique
Robustesse, sûreté et sécurité	Les systèmes d'IA devraient être robustes, sûrs et sécurisés tout au long de leur cycle de vie, de sorte que, dans des conditions d'utilisation normales ou prévisibles, ou en cas d'utilisation abusive ou de conditions défavorables, ils soient à même de fonctionner convenablement, et ne fassent pas peser un risque de sécurité démesuré	Analytique
Responsabilité	Les acteurs de l'IA devraient être responsables du bon fonctionnement des systèmes d'IA et du respect des principes exposés ci-dessus, selon leurs rôles, le contexte et l'état de l'art	Analytique

Source : OCDE (2019[10]), Recommandation du Conseil de l'OCDE sur l'intelligence artificielle, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0449.

Sécurité numérique

En 2022, les pays de l'OCDE ont adopté une Recommandation sur la gestion du risque de sécurité numérique qui énonce neuf principes relatifs à la sécurité numérique et encourage les pays membres à adopter des stratégies nationales de gestion du risque de sécurité numérique, afin de réduire les risques de cyberattaque et les conséquences en cas d'attaque réussie.

Les principes relatifs à la gestion du risque de sécurité numérique sont cohérents avec la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé et la complètent.

Recommandation sur la gestion du risque de sécurité numérique	Description	Dimensions de la préparation au numérique
Culture de la sécurité numérique : sensibilisation, compétences et autonomisation	Toutes les parties prenantes devraient instaurer une culture de la sécurité numérique fondée sur la compréhension du risque et la manière de le gérer	Technologies
Responsabilité	Toutes les parties prenantes devraient assumer la responsabilité de la gestion du risque de sécurité numérique, selon leur rôle, le contexte et leur capacité à agir	Technologies
Droits humains et valeurs fondamentales	Toutes les parties prenantes devraient gérer le risque de sécurité numérique de manière transparente, dans le respect des droits humains et des valeurs fondamentales	Technologies
Coopération	Toutes les parties prenantes devraient coopérer, y compris au-delà des frontières	Technologies
Stratégie et gouvernance	Les dirigeants et les décideurs devraient veiller à ce que le risque de sécurité numérique soit intégré dans leur stratégie globale de gestion du risque et géré en tant que risque stratégique nécessitant des mesures opérationnelles	Technologies
Évaluation et traitement du risque	Les dirigeants et les décideurs devraient s'assurer que le traitement du risque de sécurité numérique est fondé sur une évaluation permanente du risque	Technologies
Mesures de sécurité	Les dirigeants et les décideurs devraient s'assurer que les mesures de sécurité sont appropriées et proportionnées au risque	Technologies
Résilience, préparation et continuité	Les dirigeants et les décideurs devraient veiller à ce qu'un plan de préparation et de continuité fondé sur une évaluation du risque de sécurité numérique soit adopté, appliqué et testé, afin de garantir la résilience	Technologies
Innovation	Les dirigeants et les décideurs devraient s'assurer que l'innovation est prise en considération	Technologies

Source : OCDE (2022[11]), Recommandation du Conseil de l'OCDE sur la gestion du risque de sécurité numérique, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0479.

Gouvernance de l'identité numérique

En juin 2023, l'OCDE a adopté une Recommandation sur la gouvernance de l'identité numérique, dont l'objectif est de soutenir des approches nationales de l'identité numérique axées sur l'utilisateur et dignes de confiance.

La Recommandation sur l'identité numérique est cohérente avec la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé et la complète.

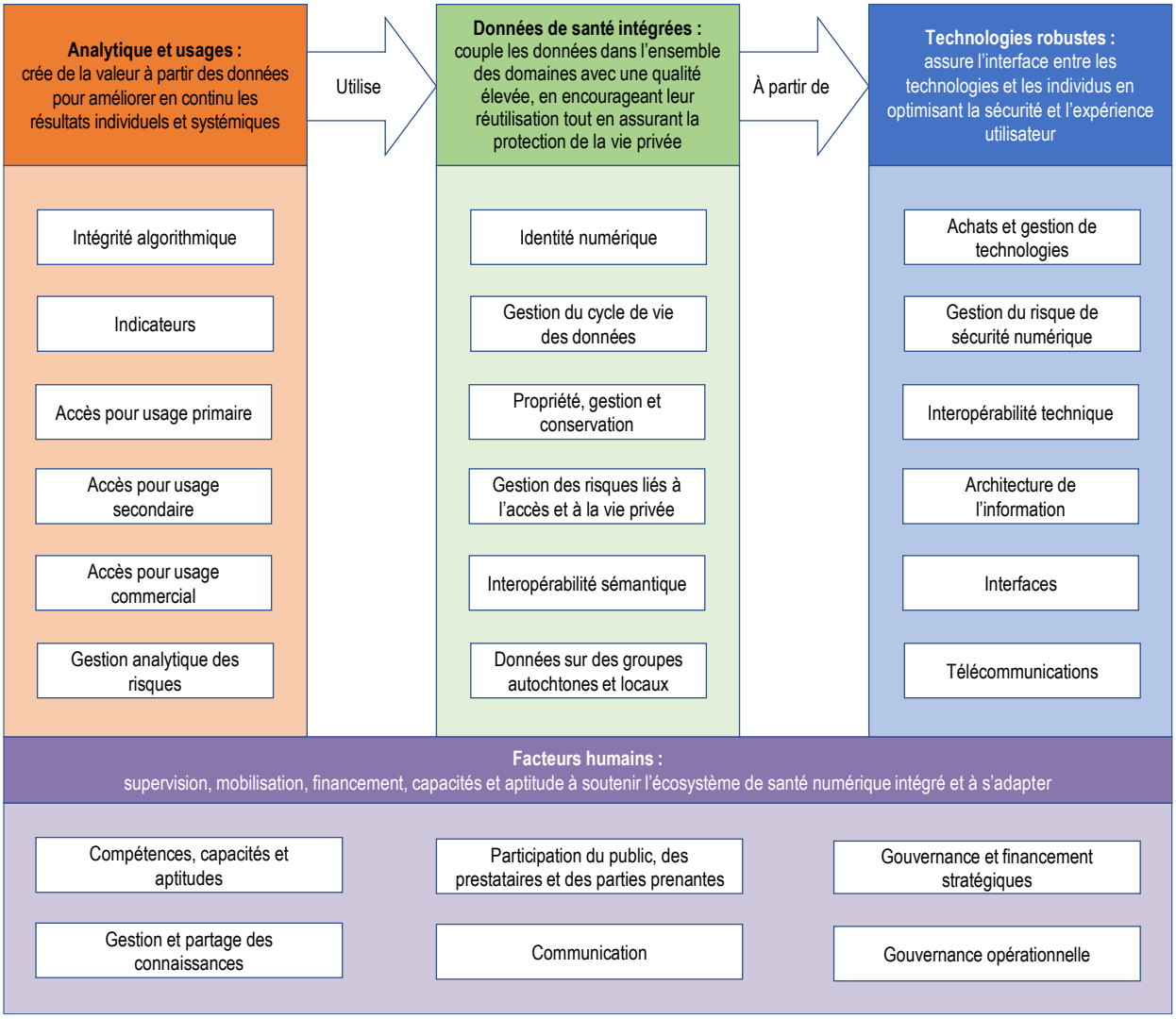
Recommandation sur l'identité numérique	Description	Dimensions de la préparation au numérique
Systèmes d'identité numérique inclusifs et axés sur l'utilisateur	Concevoir et mettre en œuvre des systèmes d'identité numérique qui soient efficaces, utilisables et réactifs face aux besoins des utilisateurs et des prestataires de services, tout en donnant la priorité à l'inclusion, en réduisant les obstacles à l'accès et en préservant les moyens non numériques de prouver l'identité	Données
Renforcer la gouvernance de l'identité numérique	Définir les rôles et les responsabilités et harmoniser les cadres juridiques et réglementaires applicables au(x) écosystème(s) d'identité numérique. Protéger la vie privée et donner la priorité à la sécurité pour obtenir la confiance dans les systèmes d'identité numérique	Données
Utilisation transfrontière de l'identité numérique	Coopérer à l'échelle internationale pour établir les bases de la confiance dans les systèmes d'identité numérique et les identités émanant d'autres juridictions. Comprendre les besoins des utilisateurs et des prestataires de services dans différents scénarios transfrontaliers	Données

Source : OCDE (2023[12]), Recommandation du Conseil de l'OCDE sur la gouvernance de l'identité numérique, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0491.

La préparation à la santé numérique constitue la bae des usages primaires et secondaires des données et des technologies dans tous les secteurs de la prestation et de la gestion des soins. Lorsque l'on ne tient pas compte des liens avec d'autres composantes de l'écosystème de la santé numérique et de la capacité de l'environnement à favoriser leur utilisation sur le long terme, on aboutit à des solutions morcelées qui ne peuvent être intégrées.

Il importe de comprendre les politiques nécessaires à un écosystème de santé numérique afin de choisir plus facilement les indicateurs de la préparation à la santé numérique qui pourront aider à inscrire les solutions retenues dans des politiques plus générales visant l'efficacité des soins, de la sécurité et du système. Dans les systèmes les mieux préparés à la santé numérique, ces politiques devraient être conçues en parallèle afin d'orchestrer les activités dans les domaines de l'analytique, des données et de la technologie, ce qui réduirait également les chevauchements et éviterait les incohérences ou les contradictions. Le Graphique 2.2 présente une liste récapitulative des politiques à l'appui des écosystèmes de santé numérique.

Graphique 2.2. Liste récapitulative des politiques à l'appui d'un écosystème de santé numérique intégré



Source : Sutherland, E. (à paraître[8]), « Policy checklist for integrated digital health ecosystems ».

La préparation à la santé numérique étant une composante fondamentale d'un système de santé efficace et moderne, des efforts devraient être déployés pour faciliter la saisie et l'analyse régulières des indicateurs de suivi appropriés. En principe, la préparation à la santé numérique devrait s'accompagner d'indicateurs pour chacun des domaines d'action couverts par le Graphique 2.2. Ces indicateurs pourraient commencer par déterminer l'existence de la politique concernée et évoluer jusqu'à mesurer l'efficacité avec laquelle elle est mise en œuvre. À l'heure actuelle, il n'existe pas de recueil exhaustif de ces indicateurs. Le Tableau 2.1 comprend un premier ensemble d'indicateurs de la préparation à la santé numérique. En l'absence de données directes, des mesures indirectes ont été utilisées, qui ne sont pas, pour la plupart, spécifiques à la santé.

Tableau 2.1. Indicateurs initiaux de la préparation à la santé numérique, y compris mesures indirectes

Dimension de la préparation à la santé numérique	Domaine d'action associé	Indicateur (ou mesure indirecte) présenté dans ce chapitre	Commentaire
Préparation en termes d'analytique	Accès pour usages primaires Accès pour usages secondaires	Score de disponibilité, de maturité et d'utilisation des ensembles de données (OCDE) Accès des patients à leurs propres données de santé (OCDE)	
	Intégrité algorithmique	Index IA global (tiers)	Mesure indirecte
Préparation en termes de données	Gestion du cycle de vie des données	Score de gouvernance des ensembles de données (OCDE)	
	Identité numérique	Indice de gouvernance numérique (OCDE)	Mesure indirecte
	Interopérabilité sémantique *Interopérabilité technique*	Adoption des normes d'interopérabilité (OCDE)	Devrait être étendue aux normes relatives aux données sémantiques
Préparation en termes de technologie	Accès à internet	Connectivité internet pour les particuliers (OCDE)	Pour toute la population
	Sécurité numérique	Sécurité numérique (OCDE)	
	Achat de technologies	Certification des fournisseurs (OCDE)	
Préparation en termes de facteurs humains	Gouvernance stratégique	Stratégies de santé numérique (diverses)	
	Compétences, capacités et aptitudes	Compétences numériques en Europe (tiers)	Mesure indirecte
	Participation du public, des prestataires et des parties prenantes	Indice de participation numérique des citoyens (tiers)	Mesure indirecte

Ces indicateurs sont présentés plus en détail dans la section suivante.

Indicateurs de la préparation à la santé numérique

La santé numérique apparaît de plus en plus comme une composante essentielle des systèmes de santé, comme en témoignent les publications récentes qui illustrent le rôle déterminant de la transformation numérique dans la santé (The Lancet Digital Health, 2021[13]). Pour mieux gérer la santé numérique, il est nécessaire de mesurer l'efficacité et l'efficience de l'analytique, des données et des technologies, ce qui aidera à consolider les bases des services de santé à l'ère du numérique.

Cette section passe en revue chacune des dimensions de la préparation définies dans la section ci-dessous, à partir des indicateurs du Tableau 2.1. Ces indicateurs ne donnent qu'une vision incomplète de l'état de préparation à la santé numérique, mais ils peuvent inspirer des travaux futurs visant à mieux définir des indicateurs complets et à faciliter la collecte régulière de données. Ces travaux contribueraient également à identifier les chefs de file de la santé numérique (afin de mettre en commun les compétences) ainsi que les manques pour lesquels le travail en collaboration présente un intérêt mutuel.

Indicateurs de la préparation en termes d'analytique

L'analytique est la composante de la santé numérique qui crée de la valeur pour les individus, les collectivités et la société. Cette valeur peut se matérialiser de diverses manières, par exemple des traitements plus précis, la lutte contre les inégalités en matière de santé parmi les groupes marginalisés, la protection de la population contre les urgences sanitaires, le soutien à des mécanismes de suivi et de financement plus efficaces ou la découverte d'innovations qui sauvent des vies.

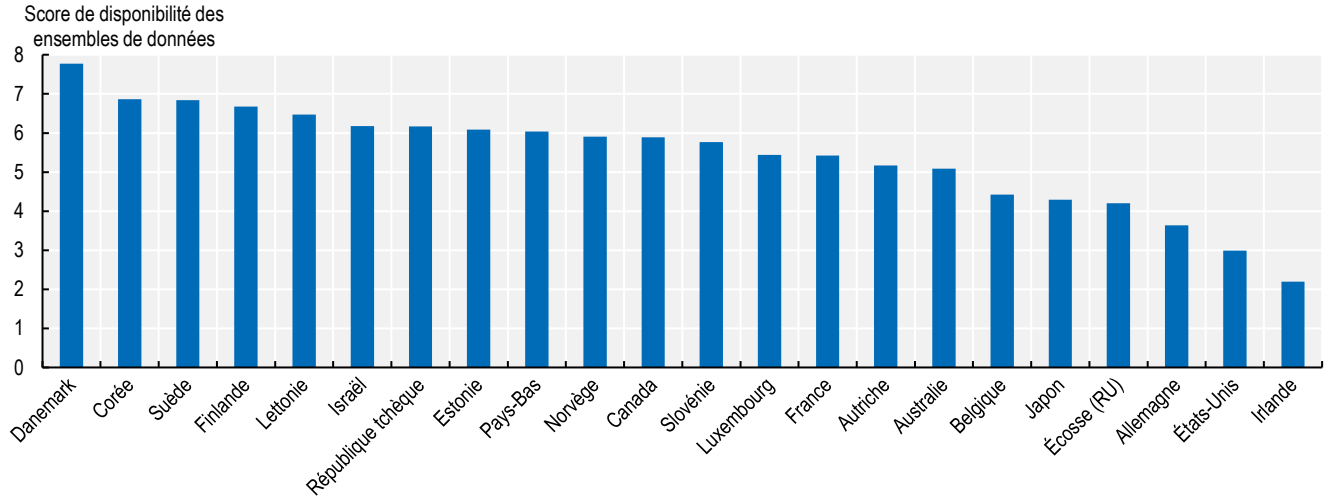
Trois domaines sont essentiels à la préparation à l'analytique : la possibilité d'accéder aux données à des fins de soins et d'usage secondaire et de les coupler, la possibilité pour les particuliers d'accéder à leurs propres données et la possibilité d'appliquer des techniques d'analyse, comme dans le cas de l'IA.

Possibilité d'accéder aux données et de les coupler – usages principaux et secondaires

Être prêt à produire des analyses pertinentes et en assurer le bon usage dépend de la possibilité de disposer rapidement de données de qualité et de les coupler à partir de différents ensembles de données. Les usages primaires de ces données concernent les soins, à tout moment et partout où cela est nécessaire, qu'il s'agisse de soins primaires, de soins intensifs ou de l'utilisation des données par les particuliers. Les usages secondaires des données comprennent la sécurité des patients, la préparation en matière de santé publique, la gestion et la planification des services de santé, l'amélioration du système de santé, ainsi que la recherche et l'innovation.

En 2022, l'OCDE a procédé à un examen quinquennal de la Recommandation sur la gouvernance des données de santé (OCDE, 2017[9]). Il s'agissait de rendre compte de la possibilité de coupler et d'utiliser des données dans des domaines critiques. Les scores de préparation en termes d'analytique varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir Graphique 2.3).

Graphique 2.3. Possibilité d'accéder aux ensembles de données et de les coupler dans le secteur de la santé



Note : la Lituanie et l'Espagne ont déclaré disposer de cette capacité, mais aucune donnée n'était disponible au moment où l'enquête a été menée.
Source : OCDE (2022[14]), *Gouvernance des données de santé à l'ère du numérique : Mise en œuvre de la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé*, https://doi.org/10.1787/37ef3797-fr.

Le score de disponibilité des ensembles de données est un indicateur composite qui comprend huit mesures, dont :

- un accès rapide aux données couvrant la population nationale dans l'ensemble des structures de soins et des registres cliniques,
- l'utilisation de normes et d'identifiants interopérables pour les données cliniques, qui permettent de coupler les ensembles de données,
- l'utilisation de données couplées à des fins de santé primaire et secondaire.

Sur cet indicateur, le Danemark a le score composite le plus élevé, suivi de la Corée, de la Suède, de la Finlande et de la Lettonie. Le Danemark obtient le score le plus élevé pour sept des huit mesures : le pays précise que les données sont extraites des dossiers électroniques pour tous les principaux ensembles de données, codées à l'aide de normes de données cliniques, couvrant plus de 80 % de la population et qu'elles peuvent être couplées par un identifiant de patient unique. En outre, des données couplées sont utilisées pour la qualité, les résultats, la recherche et le suivi des soins. Seule la Lettonie obtient un score plus élevé que le Danemark en ce qui concerne l'actualité des données, avec un pourcentage plus élevé de données disponibles dans un délai d'une semaine. La Corée obtient des résultats similaires à ceux du Danemark, à l'exception du couplage entre le registre des maladies cardiovasculaires et d'autres données. La Suède obtient également des résultats similaires, à l'exception du couplage des données sur les soins primaires et du fait qu'un seul ensemble de données est disponible dans la semaine suivant la création des données initiales à la source.

Possibilité d'accéder aux données et de les coupler – usages individuels

La Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé (OCDE, 2017[9]) et la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2025 demandent toutes deux que chaque personne ait accès à son propre dossier médical (OMS, 2021[7]). Chacun de nous sera ainsi mieux informé sur son état de santé, et cela facilitera également les échanges avec les prestataires de santé, car il sera alors inutile de se souvenir de ses vaccinations, de ses ordonnances, de ses résultats de tests ou de ses traitements médicaux antérieurs. Dans les systèmes de dossiers médicaux électroniques plus avancés, les personnes peuvent alimenter leur propre dossier médical et signaler des symptômes, corriger les erreurs ou indiquer l'évolution des traitements.

En 2021, l'OCDE a publié une enquête sur l'utilisation et la gouvernance des données issues des systèmes de dossiers médicaux électroniques, qui montrait des différences en termes de disponibilité des portails, d'accès à l'ensemble des documents et d'interaction avec les données. Les résultats sont résumés dans le Tableau 2.2.

Tableau 2.2. Accès des patients à leurs dossiers médicaux électroniques et possibilité d'interagir avec ces derniers via un portail en ligne sécurisé

Accès via le portail Accès à TOUS les enregistrements Interactions avec le portail	Accès via le portail Accès à CERTAINS enregistrements Interactions avec le portail	Accès via le portail Accès à TOUS les enregistrements PAS d'interaction avec le portail	PAS d'accès via le portail
11			
Allemagne			
Australie	9		
Danemark	Belgique		
Italie	Canada		
Lituanie	Costa Rica		
Luxembourg	États-Unis		
Pays-Bas	**Finlande**		
Slovénie	**Islande**	3	3
Suède	**Israël**	**Estonie**	Corée
Suisse	Portugal	Hongrie	Mexique
Türkiye	République tchèque	**Japon**	Norvège

Note : les pays indiqués en **gras** indiquent que 100 % des patients sont couverts. Certains pays de l'OCDE, comme les Pays-Bas, utilisent plusieurs portails de dossiers médicaux électroniques. L'Espagne dispose également de cette capacité, mais aucune donnée n'était disponible au moment de l'enquête.
Source : Slawomirski, L. et al. (2023[15]), « Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021 », https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en.

Près de 90 % des pays de l'OCDE ayant répondu à l'enquête indiquent avoir mis en place un portail électronique ; toutefois, seuls 42 % précisent que chacun peut à la fois accéder à l'ensemble de ses données et interagir avec elles via le portail. Moins de la moitié des pays ayant répondu signalent que tous les patients peuvent accéder à leurs données via des portails.

Le Danemark, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg et la Türkiye indiquent qu'ils disposent d'un portail, accessible à l'ensemble de la population, permettant aux patients d'accéder à leurs données de santé complètes et d'interagir avec leurs données.

Intelligence artificielle (IA) et intégrité algorithmique

La préparation en termes d'analytique dépend également de l'intégrité des méthodes utilisées pour y parvenir. Cette question est d'autant plus importante que l'on prend davantage conscience des avantages et des risques potentiels de l'IA. L'IA pourrait révolutionner les soins en améliorant les diagnostics, en contribuant au développement de nouveaux traitements, en aidant les prestataires et en élargissant les soins au-delà des établissements de santé et à un plus grand nombre de personnes. D'après les projections, le recours à l'IA pourrait conduire à la mise au point de vaccins contre le cancer et les maladies cardiovasculaires et auto-immunes d'ici la fin de la décennie (The Guardian, 2023[16]). On utilise déjà l'IA pour trouver de nouveaux antibiotiques (McMaster University, 2023[17]). Cependant, cette technologie comporte également des risques importants en raison des biais potentiels et du manque de transparence des algorithmes créés. L'IA est à la fois susceptible de contribuer à résoudre les problèmes d'équité et de creuser les inégalités.

On ne dispose pas encore d'indicateurs généraux de l'IA, même si certains éléments permettent de savoir quels pays en dominent le développement et la mise en œuvre. Un indice mondial de l'IA (Tortoise, 2023[18]) mesure l'application, l'innovation et l'investissement dans l'IA dans tous les secteurs, y compris la santé et le secteur privé, et établit un classement des pays. Il couvre 62 pays, dont 36 pays de l'OCDE (tous sauf le Costa Rica et la Lettonie). Le Tableau 2.3 présente les dix premiers pays du classement.

Tableau 2.3. Dix premiers pays de l'Indice mondial de l'IA

Pays	Talent	Infrastructure	Cadre opérationnel	Recherche	Développement	Stratégie des pouvoirs publics	Investissement commercial	Score global
États-Unis	**1**	**1**	**28**	**1**	**1**	**8**	**1**	**1**
Chine	20	2	3	2	2	3	2	2
Singapour	4	3	22	3	5	16	4	3
Royaume-Uni	**5**	**24**	**40**	**5**	**8**	**10**	**5**	**4**
Canada	**6**	**23**	**8**	**7**	**11**	**5**	**7**	**5**
Corée	**12**	**7**	**11**	**12**	**3**	**6**	**18**	**6**
Israël	**7**	**28**	**23**	**11**	**7**	**47**	**3**	**7**
Allemagne	**3**	**12**	**13**	**8**	**9**	**2**	**11**	**8**
Suisse	**9**	**13**	**30**	**4**	**4**	**56**	**9**	**9**
Finlande	**13**	**8**	**4**	**9**	**14**	**15**	**12**	**10**

Note : les pays en **gras** sont membres de l'OCDE.
Source : Tortoise (2023[18]), Indice mondial de l'IA, www.tortoisemedia.com/intelligence/global-ai/, les dernières données disponibles datent de juin 2023.

Les États-Unis sont globalement en tête de l'indice, sept autres pays de l'OCDE se classant parmi les dix premiers. Les États-Unis sont en tête dans cinq des sept dimensions (talent, infrastructure, recherche, développement et investissement commercial). Le Danemark arrive premier pour ce qui est du cadre opérationnel. L'Allemagne est le premier pays de l'OCDE en termes de stratégie des pouvoirs publics (au deuxième rang mondial, derrière l'Arabie saoudite).

Compte tenu de l'accélération de la croissance de l'IA, il est probable que ce sujet présentera un intérêt significatif – pour en concrétiser les avantages tout en se protégeant des risques – dans les années à venir. Plusieurs entités ont commencé à travailler sur la réglementation de l'IA, notamment l'Union européenne (UE) (via le projet de loi sur l'intelligence artificielle), le Canada (via le projet de loi sur l'intelligence artificielle et les données) et les États-Unis (via le projet de charte sur l'intelligence artificielle).

Bien qu'aucune de ces avancées ne soit spécifique à la santé, l'IA présente des risques et des opportunités non négligeables pour le secteur. Parmi les risques, on peut citer les biais cachés et le manque de transparence qui peuvent aboutir à des recommandations cliniques inadaptées pouvant nuire aux patients. Des risques d'atteinte à la sécurité et à la vie privée sont également associés à la formation et à l'utilisation de l'IA, compte tenu de la diversité des données nécessaires à une formation efficace des algorithmes.

Néanmoins, l'utilisation de l'IA dans le domaine de la santé présente également des avantages significatifs, notamment :

- **alléger les pressions qui s'exercent sur les personnels de santé** en utilisant l'IA pour automatiser les tâches administratives (amélioration estimée de 10 % de la productivité), (Beamtree, 2023[19])
- **élargir les diagnostics cliniques** en tirant des informations des notes non structurées des médecins et faire ainsi remonter des problèmes à la surface, ce qui conduit par exemple à de meilleurs diagnostics chez les patientes atteintes d'un cancer du sein qui seraient autrement passées entre les mailles du filet, (Petch et al., 2023[20])
- **détecter les urgences de santé publique** en utilisant l'IA pour analyser l'activité sanitaire globale afin de détecter des schémas de préoccupation inhabituels, de sorte que les responsables de la santé publique puissent être informés le plus rapidement possible afin de mettre en place une réponse appropriée (CNBC, 2020[21]).

Les pays s'emploient activement à comprendre comment tirer parti des avantages de l'IA dans l'ensemble de leurs systèmes de santé tout en en réduisant les risques autant que possible. L'acceptation sociale de l'IA constituera un aspect essentiel à prendre en compte dans le cadre du déploiement de l'IA. Des études menées aux États-Unis et au Canada montrent que les patients veulent avoir affaire à des médecins et ne veulent pas être diagnostiqués par une machine (OTV NEWS, 2023[22]; Pew Research Center, 2023[23]), ce qui fait écho aux principes de l'OCDE relatifs à l'IA, qui prônent des valeurs centrées sur l'humain et l'équité (OECD.AI, n.d.[24]).

Indicateurs de préparation en termes de données

Il ne sera possible de tirer pleinement partie de l'analyse que si des données de qualité sont disponibles et si les protections nécessaires sont en place pour garantir la sécurité et la confidentialité des données. Les pays qui sont prêts à utiliser les données comprennent que des conséquences néfastes peuvent découler du partage des données (comme les atteintes à la vie privée) et du non-partage des données (interactions médicamenteuses non détectées, méconnaissance des inégalités croissantes, incapacité à gérer les maladies chroniques).

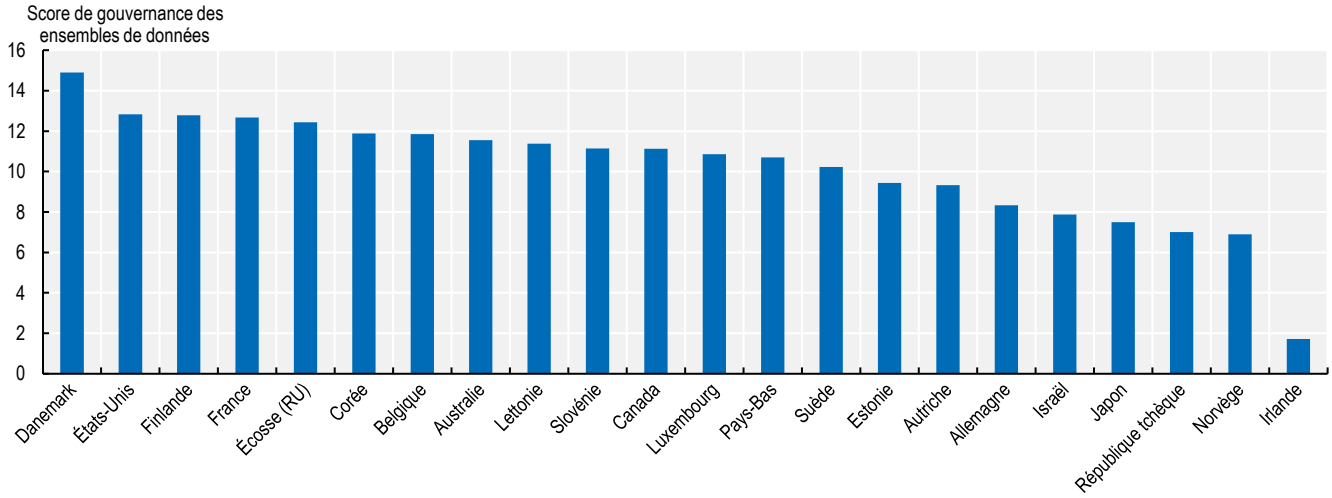
Trois domaines sont essentiels en matière de préparation en termes de données : la façon dont les pouvoirs publics abordent la gouvernance des données de santé, le passage au numérique des systèmes et l'interopérabilité.

Gouvernance des données de santé (gestion du cycle de vie)

La capacité à collecter et à stocker des données de qualité et à y donner accès dépend de l'existence de structures et de politiques claires qui définissent les responsabilités, fournissent des orientations précises pour la prise de décision et renforcent la confiance entre les organismes de santé et le public.

En 2022, l'OCDE a procédé à un examen quinquennal de la Recommandation sur la gouvernance des données de santé (OCDE, 2017[9]), qui comprenait un score de gouvernance des ensembles de données (voir le Graphique 2.4).

Graphique 2.4. Gouvernance des ensembles de données dans la santé



Note : le score est calculé en additionnant les pourcentages des ensembles de données de santé nationaux comportant des éléments de gouvernance recommandés (voir Source).
Source : OCDE (2022[14]), *Gouvernance des données de santé à l'ère du numérique : Mise en œuvre de la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé*, https://doi.org/10.1787/37ef3797-fr.

Le score de gouvernance des ensembles de données est un indicateur composite qui comprend 15 mesures, dont :

- la formation et les contrôles opérationnels pour la protection de la vie privée et la sécurité
- les processus relatifs aux dispositions pour le partage des données
- les catalogues de données et leur contenu.

Pour cet indicateur, le Danemark obtient le score composite le plus élevé, suivi des États-Unis, de la Finlande, de la France et du Royaume-Uni (Écosse). Le Danemark obtient le meilleur score pour 14 des 15 mesures (scores ex æquo compris) : ce pays indique que sa législation autorise la création d'ensembles de données et que des responsables de la protection des données sont en place ; le personnel est formé à la protection des données et son accès aux données est contrôlé ; des accords standard de partage des données sont en place pour le partage des données au sein du secteur public, avec les universitaires, avec le secteur privé et à l'international, où les données sont anonymisées/pseudonymisées avant d'être communiquées ; l'accès peut être obtenu par des moyens distants ou par l'intermédiaire de centres de données de recherche ; et les descriptions des ensembles de données sont rendues publiques avec leur base juridique, ainsi que des procédures claires pour le couplage des données. Seuls les États-Unis obtiennent de meilleurs résultats que le Danemark en ce qui concerne l'évaluation du risque de réidentification. Les États-Unis enregistrent des résultats similaires à ceux du Danemark, en obtenant les meilleures notes pour 11 des 15 mesures, avec des possibilités d'étendre le partage transfrontalier des données, d'inclure publiquement la base juridique de l'ensemble de données et de coupler les données sur les soins de longue durée. La Finlande obtient les meilleurs résultats dans 13 des 15 mesures, mais elle a des domaines à améliorer concernant la mesure du risque de réidentification et le renforcement de l'accès aux centres de données de recherche.

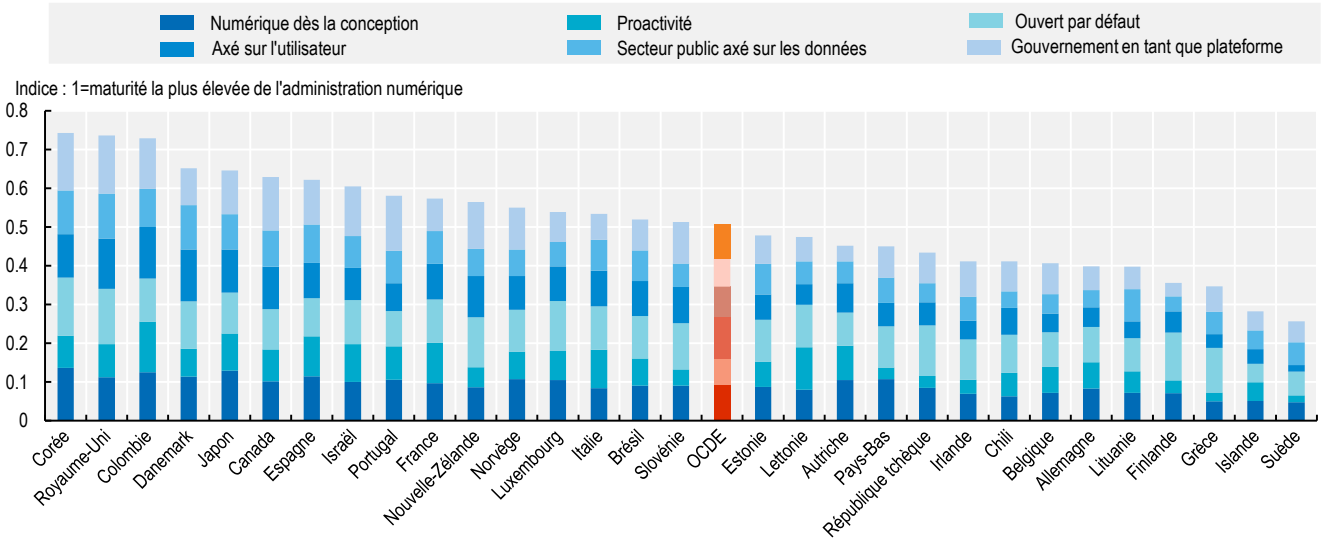
Indice de l'administration numérique pour l'identité numérique

La préparation en termes de données est également déterminée par les politiques gouvernementales dans le cadre du passage au numérique en général. Dans le cadre du projet de l'OCDE « Vers le numérique », 31 pays ont été évalués selon un indice de l'administration numérique en 2019 (OCDE, 2019[25]). Cette évaluation se fonde sur les six dimensions suivantes :

- **la conception numérique** évalue la gouvernance et l'adoption des technologies numériques pour repenser et réorganiser les processus publics, simplifier les procédures et créer de nouveaux canaux de communication et de participation pour les parties prenantes.
- **un secteur public axé sur les données** mesure le degré auquel l'administration considère les données comme un atout stratégique et met en place des mécanismes de gouvernance, d'accès, de partage et de réutilisation afin d'améliorer la prise de décision et la prestation de services.
- **une administration plateforme** évalue la mesure dans laquelle l'administration déploie des plateformes, des normes et des services partagés pour aider les équipes à se concentrer sur les besoins des utilisateurs dans la conception et la fourniture des services publics.
- **l'ouverture par défaut** mesure le degré d'ouverture des données et des processus d'élaboration des politiques de l'administration accessibles au public, dans les limites de la législation existante et en tenant compte des intérêts nationaux et publics.
- **un fonctionnement axé sur l'usager** évalue la mesure dans laquelle les besoins des utilisateurs sont pris en compte dans la conception des politiques et des services, y compris en utilisant des mécanismes inclusifs (par exemple, des mécanismes de conception de services dédiés ou des outils numériques permettant de comprendre les besoins des utilisateurs).
- **la proactivité** évalue le niveau d'anticipation de l'administration pour prendre en compte les besoins de la population et y répondre rapidement, en évitant d'avoir recours à des données et à des processus de prestation de services complexes.

L'Indice de l'administration numérique de l'OCDE est présenté au Graphique 2.5.

Graphique 2.5. Indice de l'administration numérique de l'OCDE (2019)



Source : OCDE (2019[25]), Boîte à outils de l'OCDE sur la transformation numérique, https://goingdigital.oecd.org/fr/indicator/58.

En 2019, la Corée était en tête du classement de l'indice composite de l'administration numérique, suivie du Royaume-Uni et de la Colombie. La Corée arrivait en tête de tous les pays pour deux attributs : la conception numérique et l'ouverture par défaut. Le Royaume-Uni occupait la première place pour « un secteur public axé sur les données » et « une administration plateforme ». La Colombie arrivait en tête pour « la proactivité » et le Danemark pour « un fonctionnement axé sur l'usager ».

Même si ces attributs ne sont pas spécifiques à la santé, ils indiquent des pratiques exemplaires qui seront utiles pour la santé. Par exemple, l'OCDE mène des travaux sur la définition de directives relatives à l'identité numérique qui permettent à la fois d'authentifier les individus et d'utiliser et de coupler leurs données de manière appropriée entre les services publics (OCDE, 2023[26]).

La Boîte à outils de l'OCDE sur la transformation numérique (Going Digital Toolkit) inclut une mesure de l'« intensité du partage des données de santé » (OCDE, 2019[25]). Dans cet indicateur, le Danemark, la Finlande et la Norvège affichent le niveau le plus élevé de partage de données (avec d'autres organismes publics, des universités, des prestataires de soins de santé, des entreprises et des gouvernements étrangers) tout en veillant à ce que des protections appropriées soient mises en place (OCDE, 2023[27]).

Il convient de noter que ces mesures sont antérieures à la pandémie de COVID-19, laquelle peut avoir modifié les attitudes à l'égard du partage, de la protection et de l'utilisation des données sur la santé.

Normes d'interopérabilité dans les systèmes de santé

Les normes sémantiques permettent de conserver la signification des données lors de leur transfert entre les systèmes, quel que soit leur format, et de gérer les différences d'unités. Par exemple, un système peut enregistrer le sexe à la naissance comme « Masculin », tandis qu'un autre l'enregistrera comme « M ». De même, un laboratoire présentera un niveau de glycémie en mg/dL et un autre en mmol/L. Pour pouvoir interpréter les tests actuels et l'évolution des résultats dans le temps, les unités doivent impérativement être mesurées sur la même échelle.

Les normes relatives aux données techniques permettent l'échange de données entre les technologies tout en protégeant le contenu des données. Les normes sémantiques et techniques fonctionnent ensemble, de sorte que les normes de données physiques locales sont reliées les unes aux autres tout en préservant la qualité et l'intégrité des données.

Il existe de nombreuses normes sémantiques et techniques en matière de données dans le domaine de la santé. L'Enquête 2021 sur l'élaboration, l'utilisation et la gouvernance des systèmes de dossiers médicaux électroniques (DME) a spécifiquement examiné l'utilisation de HL7-FHIR (Fast Healthcare Interoperable Resources) – une norme axée sur l'échange de données techniques – et de SMART (Substitutable Medical Applications, Reusable Technologies) – une norme pour les interfaces d'application (Slawomirski et al., 2023[15]). Un résumé de l'adoption des normes FHIR figure dans le Tableau 2.4.

Tableau 2.4. Adoption des récentes normes d'interopérabilité HL7-FHIR et SMART dans les pays de l'OCDE

Interopérabilité des DME Adoption de HL7-FHIR Adoption de SMART sur FHIR	Interopérabilité des DME Adoption de HL7-FHIR Pas de SMART sur FHIR	Interopérabilité des DME Pas d'adoption de HL7-FHIR Pas de SMART sur FHIR	Pas de projet d'interopérabilité Pas d'adoption de HL7-FHIR Pas de SMART sur FHIR
10			
Australie			
Belgique			
Corée			
Estonie	**6**		
Finlande	**Canada**	5	
Lituanie	**Danemark**	États-Unis	
Norvège	**Islande**	**Hongrie**	3
Pays-Bas	Israël	Japon	Costa Rica
République tchèque	Italie	Slovénie	**Portugal**[1]
Suède	**Luxembourg**	Suisse[1]	**Türkiye**[2]

Note : les pays en **gras** ont également indiqué qu'ils travaillaient à l'élaboration d'interfaces de programmation d'applications (API) publiques.
1. Des efforts supplémentaires pour l'interopérabilité des DME étaient en cours au Portugal (adoption de HL7-FHIR, pas de SMART sur FHIR), en Suisse (adoption de HL7-FHIR et de SMART sur FHIR) et en Espagne (adoption de HL7-FHIR), même si les données n'ont pas été collectées dans le cadre de cette enquête.
2. La Türkiye est en train de mettre en œuvre SMART sur FHIR.
Source : Slawomirski, L. et al. (2023[15]), « Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021 », https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en.

Près de 90 % des pays de l'OCDE ayant répondu à l'enquête ont indiqué introduire une législation visant à imposer des normes d'interopérabilité ; 66 % adoptaient HL7-FHIR et 42 % SMART sur FHIR, dans le but de simplifier les requêtes, l'accès et l'échange de données entre les systèmes (Slawomirski et al., 2023[15]). L'Australie, la Belgique, la Corée, l'Espagne, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont déclaré poursuivre une stratégie d'interopérabilité des DME, adopter les normes HL7-FHIR et SMART sur FHIR, et développer des interfaces de programmation d'applications (API) pour simplifier l'accès aux données et favoriser l'ouverture des données.

Si la norme HL7-FHIR fournit elle-même des normes de données sémantiques, elle est compatible avec des normes sémantiques telles que la SNOMED[2] ou la CIM[3] pour le codage des données cliniques. Parallèlement, de nouvelles approches des normes de données sémantiques sont en cours d'élaboration en vue d'une utilisation primaire et secondaire au-delà des soins cliniques. Pour une utilisation primaire, le projet « International Patient Summary » (IPS) est destiné à servir de norme à la fois pour la présentation des données aux individus et pour l'échange de données entre les pays. Les domaines de données requis par l'IPS comprennent l'historique des prescriptions, les allergies et intolérances, ainsi que les diagnostics médicaux. D'autres domaines de données comprennent les vaccinations, l'historique des interventions, les dispositifs médicaux et les résultats des tests de diagnostic (HealthIT.gov, 2021[28]).

En ce qui concerne l'utilisation secondaire, le modèle commun de données OMOP-CDM (Observational medical outcomes partnership – Common Data Model) est une norme de données ouvertes destinée à faciliter l'interopérabilité des données, en mettant l'accent sur l'utilisation secondaire. L'OMOP-CDM s'appuie sur les vocabulaires de l'OHDSI (Observational Health Data Sciences and Informatics). Ces modèles permettent de normaliser les sources de données en vue d'une analyse globale. Dans l'idéal, les normes relatives à l'IPS et à l'OMOP devraient fonctionner ensemble de manière à ce que les données puissent être collectées une seule fois à des fins primaires et utilisées à de nombreuses reprises à des fins secondaires.

Il convient de noter que depuis l'enquête (2021), les normes d'interopérabilité ont continué à évoluer au-delà de HL7-FHIR et de SMART. Les pratiques actuelles intègrent également des normes d'interopérabilité sémantique pour la saisie et l'échange d'informations pour les DME, ainsi que pour permettre l'utilisation de ces données à des fins secondaires, comme indiqué plus haut. Comme il n'y a pas encore eu d'enquêtes sur l'adoption de l'IPS ou de l'OMOP dans les systèmes de santé permettant de comprendre le niveau actuel de préparation en termes d'interopérabilité sémantique, les mesures ultérieures de l'interopérabilité porteront sur l'adoption de politiques visant à établir une gouvernance des normes et à contrôler les normes sémantiques et techniques nationales en matière de données.

Préparation en termes de technologie

Les technologies sont étroitement liées à la santé numérique, qu'il s'agisse de l'interface utilisateur d'un dispositif médical, des dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux qui saisissent les informations, ou des appareils de radiologie qui enregistrent et communiquent des images. La préparation à la santé numérique nécessite des technologies fiables pour collecter, stocker, obtenir, communiquer et utiliser les données afin de produire des informations utiles.

Les trois domaines de préparation en termes de technique sont la capacité des individus à accéder aux outils numériques via l'internet, la sécurité des systèmes numériques et le mode de certification des fournisseurs.

Connectivité internet pour les particuliers

Dans un monde de plus en plus numérisé, des voix s'élèvent pour que l'accès à internet soit reconnu comme essentiel au bien-être humain. La connectivité internet est particulièrement importante pour des questions liées, par exemple, à la couverture sanitaire universelle dans les zones rurales et isolées.

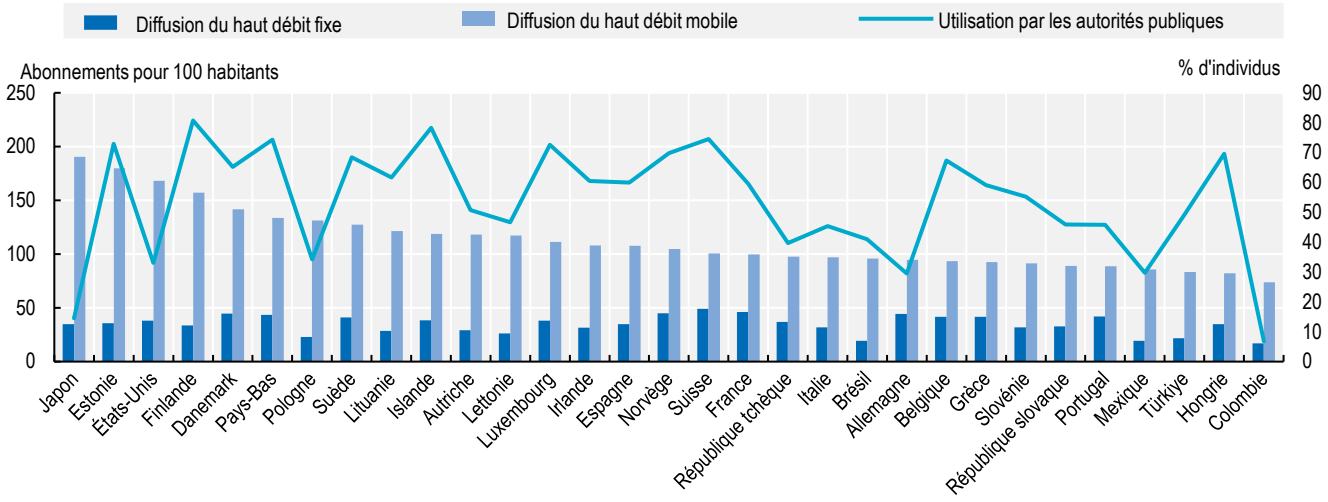
Le projet de l'OCDE « Vers le numérique » a évalué la pénétration des connexions internet mobiles et fixes dans les pays de l'OCDE et la proportion de particuliers qui utilisent internet pour contacter les autorités publiques. On en trouvera une synthèse dans le Graphique 2.6.

À l'échelle mondiale, les technologies mobiles constituent la principale méthode d'accès à internet. Au Japon et en Estonie, on compte près de deux abonnements à internet par personne, alors que le nombre d'abonnements est inférieur à un par personne dans 12 pays de l'OCDE.

Internet est fréquemment utilisé à des fins de santé publique. Dans 15 pays de l'OCDE, plus de 60 % de la population a utilisé internet pour interagir avec les autorités publiques.

À titre d'exemple dans le domaine de la santé, plus de la moitié des citoyens finlandais ont déclaré avoir accédé personnellement et régulièrement à leur DME en ligne en 2019. Ils ont accédé à leur dossier pour renouveler une ordonnance, mettre à jour leur consentement, publier des dispositions testamentaires et enregistrer des déclarations de don d'organes, entre autres (Jormanainen et al., 2019[29]).

Graphique 2.6. Utilisation d'internet dans les pays de l'OCDE et pour les autorités publiques



Source : OCDE (2019[25]), Boîte à outils de l'OCDE sur la transformation numérique https://goingdigital.oecd.org/fr/indicator/58, d'après le OECD Broadband Portal, www.oecd.org/sti/broadband/broadband-statistics, et la base de données de l'UIT sur les indicateurs des télécommunications/TIC dans le monde, www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/wtid.aspx.

Sécurité numérique

La sécurité numérique est une préoccupation croissante au niveau mondial, et le coût des cyberattaques devrait atteindre 10.5 mille milliards USD d'ici à 2025 (Forbes, 2023[5]). Le secteur de la santé est une cible particulière pour les cyberattaques en raison de la valeur inhérente des données de santé et de la très faible tolérance aux pannes des technologies numériques. Compte tenu de la sensibilité des données confidentielles concernant les patients, la préparation à la santé numérique exige que les connexions et le stockage soient sécurisés.

Les pays de l'OCDE ont approuvé en 2022 des principes de gestion du risque de sécurité numérique qui devraient s'appliquer à tous les secteurs (OCDE, 2022[11]), comme le résume l'Encadré 2.2. Ces principes ont servi à étudier les solutions de sécurité numérique dans le domaine de la santé dans les pays de l'OCDE au début de l'année 2023. Les réponses ont été comparées aux pratiques de référence et sont résumées dans le Tableau 2.5.

Dans l'ensemble, 75 % des réponses s'alignaient sur les pratiques de référence proposées. Les répondants disposant d'une stratégie spécifique pour la sécurité numérique dans le domaine de la santé (alignée sur une stratégie nationale) se conforment davantage aux pratiques de référence pour 6.1 principes sur 9. Les répondants qui disposent d'une stratégie nationale de sécurité numérique se conforment aux pratiques de référence pour 4.7 principes sur 9 en moyenne. Les pays qui n'ont pas de stratégie en matière de sécurité numérique dans le domaine de la santé se conforment aux pratiques de référence pour 4.5 principes sur 9.

Dans l'ensemble, il ressort de cette étude limitée que l'Irlande et la Corée sont en conformité avec toutes les pratiques de référence en matière de sécurité numérique dans le secteur de la santé. L'Australie, le Canada, Israël et l'Italie s'y conforment également fortement. L'analyse présente plusieurs domaines prioritaires dans lesquels les gouvernements doivent agir pour s'aligner sur le cadre de gestion du risque de sécurité numérique de l'OCDE et coopérer dans des domaines d'intérêt mutuel.

Il convient de noter que certains domaines d'amélioration visant à atténuer les risques liés à la sécurité numérique sont relativement peu coûteux (formation du personnel et programmes de suivi) par rapport à des interventions de grande envergure telles que les solutions de sécurité avancées, les audits de sécurité et les tests d'intrusion, entre autres. On estime que 90 % des problèmes de sécurité numérique commencent par l'hameçonnage. Par conséquent, ces activités peu coûteuses pourraient également être parmi les plus efficaces.

Tableau 2.5. Résumé de l'alignement des pays sur les pratiques de référence en matière de sécurité numérique

		Culture de la sécurité numérique	Responsabilité et obligations	Droits humains et valeurs fondamentales	Coopération	Stratégie et gouvernance	Mesures de sécurité	Évaluation et traitement du risque	Innovations	Résilience, état de préparation et continuité
		Principes de sécurité numérique								
Stratégie de sécurité numérique spécifique à la santé (les pays **en gras** ont indiqué qu'ils s'alignaient sur une stratégie nationale de santé numérique)	**Australie**	G	G	G	G	G	G	I	G	G
	Allemagne	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Canada	Y	Y	G	G	Y	G	Y	G	G
	États-Unis	Y	G	Y	G	Y	G	G	G	Y
	France	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Irlande	G	G	G	G	G	G	G	G	G
	Israël	G	G	G	G	Y	G	Y	G	G
	Norvège	Y	Y	G	G	Y	G	Y	G	Y
	Pays-Bas	Y	Y	Y	G	Y	G	G	Y	G
	République tchèque	Y	G	Y	G	Y	G	Y	G	G
	Royaume-Uni	G	G	Y	G	Y	Y	Y	Y	G
Stratégie nationale de sécurité numérique	Costa Rica	Y	Y	Y	G	Y	Y	Y	Y	Y
	Corée	G	G	G	G	G	G	G	G	G
	Croatie	Y	G	G	G	Y	G	Y	G	Y
	Espagne	Y	G	G	G	Y	G	Y	Y	G
	Italie	Y	G	G	G	Y	G	G	G	G
	Japon	Y	G	G	G	I	Y	Y	I	Y
	Lituanie	Y	Y	Y	G	Y	G	Y	G	G
	Portugal	Y	G	G	G	Y	G	Y	Y	Y
	Slovénie	Y	Y	Y	G	Y	G	G	G	G
	Suisse	Y	G	Y	G	Y	Y	Y	Y	G
Aucune stratégie de sécurité numérique n'a été signalée	Belgique	Y	Y	Y	G	Y	G	G	G	Y
	Grèce	Y	Y	G	G	Y	G	Y	G	G
	Luxembourg	Y	Y	G	G	Y	G	Y	G	Y
	République slovaque	Y	Y	G	Y	Y	G	Y	Y	G

Note : G correspond à un alignement à 100 % sur les meilleures pratiques ; Y correspond à un alignement inférieur à 100 % ; I correspond à des réponses incomplètes ou confidentielles.
Source : Sutherland, E. (à paraître[30]) , « OECD fast-track review of digital security in health ».

Certification des fournisseurs de technologie pour les systèmes de DME

Les fournisseurs de technologie proposent des plateformes qui collectent, stockent, partagent et utilisent les données relatives à la santé. Le choix du fournisseur se fait le plus souvent dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. Lorsque des technologies doivent être achetées pour un grand groupe, il est courant de mettre en place un processus de certification. Pour qu'un fournisseur soit certifié, il doit prouver qu'il respecte un ensemble déterminé d'exigences minimales. Ces certifications simplifient le choix des différentes organisations.

Concernant la préparation à la santé numérique, une approche stratégique de la gestion des fournisseurs contribuera à réduire au minimum la diversité des solutions technologiques mises en œuvre qui compromettent la capacité d'interopérabilité et de portabilité des données. La certification simplifie le partage des données tout en conservant les protections.

L'Enquête 2021 de l'OCDE sur le développement, l'utilisation et la gouvernance des systèmes de dossiers médicaux électroniques examinait les critères communs utilisés dans le processus de certification afin d'étudier les variations dans l'approche de la certification des fournisseurs (voir le Tableau 2.6).

Tableau 2.6. Conditions de certification des fournisseurs de logiciels de systèmes de DME

Normes de messagerie Terminologie clinique Exigences nationales en matière de DME	Normes de messagerie Terminologie clinique Aucune exigence en matière de DME	Normes de messagerie Aucune terminologie clinique Aucune exigence en matière de DME	Aucune norme identifiée
11			
Belgique			
Corée			9
Danemark			Costa Rica
États-Unis			Estonie
Finlande			Islande
Hongrie			Israël
Japon			Italie
Portugal		3	Lituanie
Slovénie		Australie	Luxembourg
Suisse	1	Canada	Norvège
Türkiye	Pays-Bas	Suède	République tchèque

Note : les exigences en matière de DME font référence aux normes d'interopérabilité des DME au niveau national. L'Espagne met elle aussi en œuvre des normes pour faciliter l'interopérabilité, mais aucune donnée n'était disponible dans cette enquête. Dans les pays où aucune norme n'a été identifiée, il peut y avoir des organisations responsables de l'infrastructure des logiciels de DME, mais qui ne fixent pas nécessairement de normes pour la terminologie clinique et la messagerie électronique.
Source : Slawomirski, L. et al. (2023[15]), « Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021 », https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en.

Cette étude a mis en évidence d'importantes différences entre les pays de l'OCDE en ce qui concerne les processus de certification. Près de 60 % des pays de l'OCDE font état de normes de messagerie dans le cadre du processus de certification, mais ils sont moins de 50 % concernant les certifications exigeant des normes de messagerie, cliniques et d'interopérabilité. En outre, 38 % des pays de l'OCDE déclarent ne pas avoir de normes ou ne pas disposer d'un processus de certification des fournisseurs. Au total, 11 pays intègrent des normes de messagerie, une terminologie clinique et des exigences en matière de DME dans le processus de certification.

Compte tenu de l'importance croissante des données interopérables et des progrès réalisés au cours de la pandémie de COVID-19, il s'agit d'un domaine où l'on s'attendrait à ce que les améliorations intègrent des normes d'interopérabilité supplémentaires (comme indiqué dans la section *Normes d'interopérabilité dans les systèmes de santé* et le Tableau 2.4). Il peut y avoir des possibilités de collaboration internationale pour soutenir l'interopérabilité transfrontalière et le partage des données pour la recherche, la sécurité publique et l'amélioration du système de santé.

Préparation en termes de facteurs humains

Si la santé numérique est considérée comme une discipline technique, les facteurs humains sont essentiels à sa réussite. Comme le note l'OCDE dans la publication intitulée *Health in the 21st Century* (OCDE, 2019[3]) :

> Les principaux obstacles à la mise en place des systèmes de santé numériques du XXIe siècle ne sont pas d'ordre technologique. Ils sont institutionnels et organisationnels. Les progrès dépendent d'un cadre d'action favorable.

Par conséquent, l'état de préparation à la santé numérique dépend de la coordination et du soutien de multiples acteurs dans l'ensemble du système de santé. Le personnel de santé et les prestataires doivent comprendre comment l'information sur la santé est collectée et utilisée et, surtout, que cette information doit les aider dans leur travail et non constituer un fardeau administratif ou culturel. Cela suppose également un engagement et une consultation visant à renforcer la confiance des patients et à leur expliquer que leurs données sont sécurisées et restent confidentielles.

Cette section examine trois domaines relatifs à la préparation en termes de facteurs humains : les stratégies de santé numérique, les connaissances dans le domaine du numérique et une participation significative du public.

Stratégies de santé numérique et gouvernance stratégique

En 2020, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé la *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 de l'OMS* (OMS, 2021[7]). La vision de la stratégie met l'accent sur l'équité, les solutions centrées sur la personne et l'intégration des utilisations primaires et secondaires des données afin de mieux se préparer et riposter aux pandémies, de stimuler l'innovation pour améliorer les conditions de vie et d'obtenir de meilleurs résultats pour tous.

Parallèlement, de nombreux pays ont élaboré des stratégies nationales pour la santé numérique afin de promouvoir l'action (voir le Tableau 2.7).

Tableau 2.7. Stratégies de santé numérique dans les pays de l'OCDE

Stratégie numérique en matière de santé			Aucune stratégie numérique en matière de santé trouvée
	←35→		
Allemagne	Corée		
Australie	Finlande	Espagne	
Autriche	Grèce	États-Unis	
Belgique	Hongrie	Norvège	
Canada	Irlande	Nouvelle-Zélande	
Chili	Islande	Pologne	
Colombie	Israël	Portugal	
Costa Rica	Italie	République slovaque	
Danemark	Japon	Royaume-Uni	3
Estonie	Lituanie	Slovénie	Lettonie
France	Luxembourg	Suède	Mexique
République tchèque	Pays-Bas	Suisse	Türkiye

Source : Analyse de l'OCDE à partir d'informations accessibles au public et de stratégies nationales publiées.

Dans l'ensemble, 35 pays de l'OCDE disposent d'une stratégie liée à la santé numérique, notamment des stratégies axées sur l'IA, les données de santé, les données ouvertes ou la technologie numérique. Toutes les stratégies abordent les dimensions de l'état de préparation à la santé numérique (telles que décrites dans l'Encadré 2.1), et elles ont toutes pour objectif de renforcer les fondations numériques des systèmes de santé.

Parmi ces stratégies nationales de santé numérique, 34 ont formulé des objectifs clairs. Il convient de noter que les stratégies peuvent avoir des objectifs multiples, de sorte que les pays peuvent apparaître plusieurs fois dans le résumé présenté dans le Tableau 2.8.

Tableau 2.8. Synthèse des objectifs de la stratégie nationale en matière de santé numérique

Assurer la cohérence entre les régions et les opérateurs	Soutenir les systèmes de santé en évolution	Améliorer la résilience et la durabilité	Aller vers un système centré sur la personne	Améliorer la sécurité et la protection des données	Améliorer la productivité des professionnels de la santé	Investir dans l'innovation	Mettre l'accent sur la prévention en matière de santé
24	24						
Allemagne	Allemagne						
Autriche	Australie						
Canada	Belgique						
Chili	Colombie						
Colombie	Costa Rica						
Corée	Danemark						
Costa Rica	Espagne						
Danemark	Estonie						
Espagne	Finlande						
États-Unis	France	14	14				
Finlande	Grèce	Allemagne	Allemagne	13			
Grèce	Hongrie	Autriche	Danemark	Allemagne	12		
Hongrie	Irlande	Colombie	Espagne	Belgique	Allemagne		
Irlande	Islande	Espagne	États-Unis	Espagne	Australie		
Islande	Israël	Islande	Grèce	Finlande	Autriche		
Japon	Italie	Israël	Hongrie	Hongrie	Belgique		
Lituanie	Lituanie	Lituanie	Irlande	Israël	Espagne	7	7
Norvège	Luxembourg	Luxembourg	Islande	Italie	États-Unis	Colombie	Colombie
Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Norvège	Norvège	Japon	France	Corée	Espagne
Pologne	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Pays-Bas	Lituanie	Hongrie	Danemark	Irlande
Portugal	Pologne	Pologne	Pologne	Norvège	Norvège	Espagne	Israël
Suède	République slovaque	République slovaque	Portugal	Pays-Bas	Pays-Bas	Irlande	Norvège
Suisse	Royaume-Uni	Suède	République slovaque	République slovaque	Pologne	Norvège	Pays-Bas
Royaume-Uni	Suède	Suisse	Suède	République tchèque	République tchèque	Pays-Bas	Portugal

Source : Analyse de l'OCDE à partir d'informations accessibles au public et de stratégies nationales publiées.

Plus de 70 % des pays ont défini des objectifs visant à soutenir les systèmes de santé en évolution et à améliorer la cohérence entre leurs régions et leurs opérateurs de systèmes de santé, tandis qu'environ 41 % ont indiqué que l'amélioration de la résilience et de la durabilité était une priorité, tout comme l'évolution vers des systèmes de santé centrés sur la personne. En outre, pour environ 38 % d'entre eux, la priorité est d'améliorer la sécurité et la protection des données, et pour 35 % d'entre eux, c'est l'amélioration de la productivité du personnel de santé qui est prioritaire.

Tous les objectifs reposent sur un socle de santé numérique, où des analyses responsables sont créées à partir de données accessibles et de qualité, collectées et fournies au moyen d'une technologie robuste. Notamment, tout en étant axées sur la santé numérique, ces stratégies permettraient de transformer l'ensemble du système de santé.

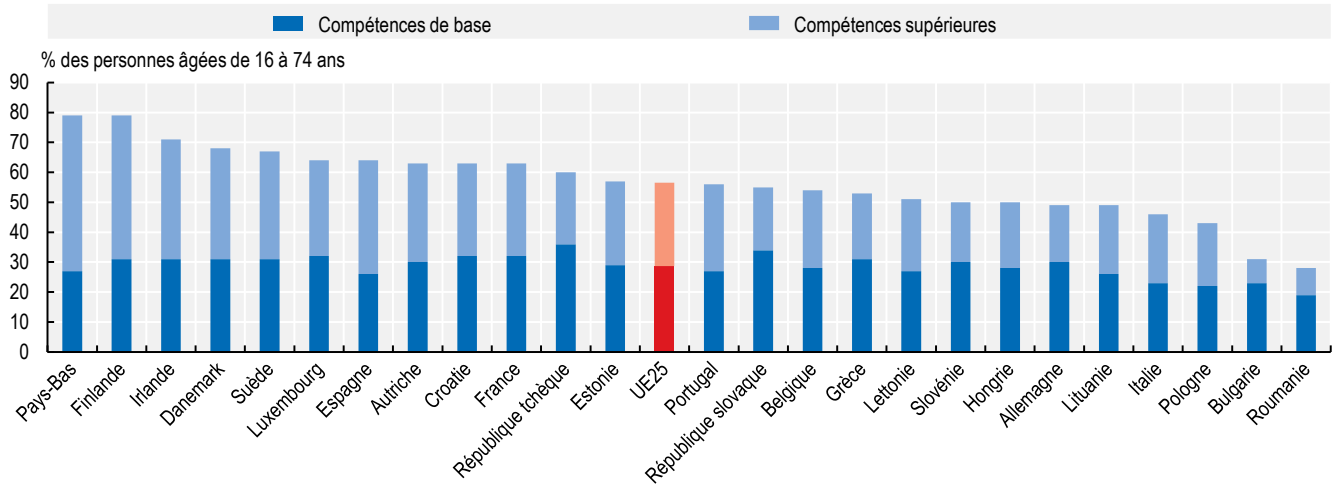
L'existence d'une stratégie globale et intégrée est le signe d'une coordination nationale et d'une volonté d'améliorer la préparation à la santé numérique.

Compétences numériques des populations et connaissances en matière de santé

Les compétences numériques comprennent la capacité à utiliser des outils numériques pour la communication et la collaboration, la résolution de problèmes, la sécurité, la création de contenu numérique, ainsi que la compréhension et l'utilisation de l'information. Les individus peuvent avoir des compétences numériques de base ou avancées.

Un rapport récent (Organisation internationale du Travail, 2023[31]) a étudié les compétences numériques générales en Europe (voir le Graphique 2.7).

Graphique 2.7. Compétences numériques des populations en Europe



Source : CBS, Eurostat, d'après ILA (2023[31]), *Digital Health Literacy Country Reports*, www.ilabour.eu/results/digital-health-literacy-country-reports/.

Selon cette étude, près de 80 % des Néerlandais et des Finlandais possèdent au moins des compétences numériques de base, contre moins de 50 % des Hongrois, des Allemands, des Lituaniens, des Italiens et des Polonais.

Les compétences individuelles en matière de santé expriment la mesure dans laquelle les individus peuvent trouver, comprendre et utiliser des informations et des services pour prendre des décisions et des mesures en matière de santé pour eux-mêmes et pour autrui, tandis que les compétences organisationnelles en matière de santé expriment la mesure dans laquelle les organismes concernés permettent équitablement aux individus de trouver, de comprendre et d'utiliser des informations et des services pour prendre des décisions et des mesures en matière de santé pour eux-mêmes et pour autrui (CDC, 2023[32]).

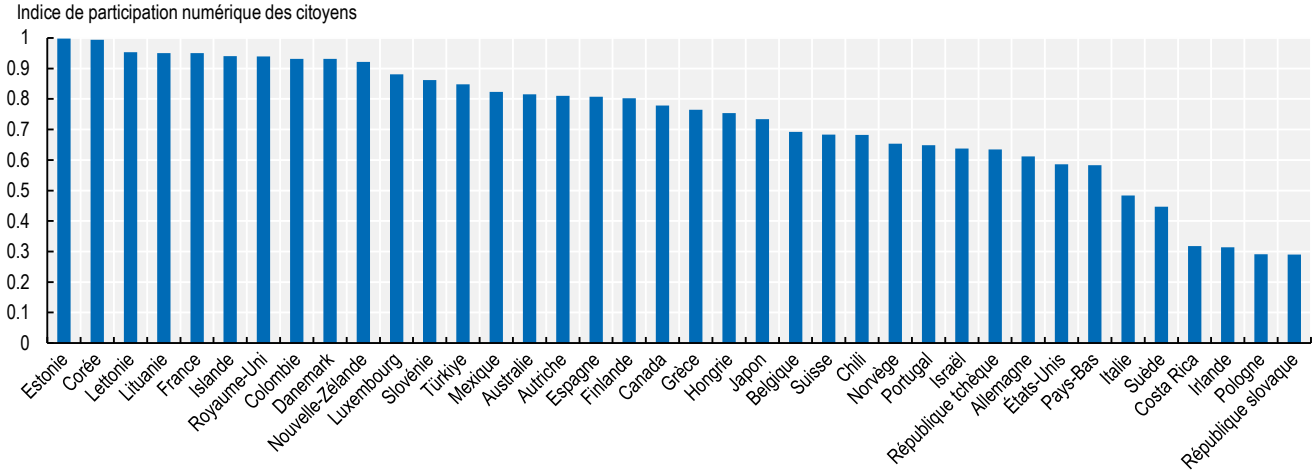
Il a été démontré qu'une meilleure connaissance des questions de santé améliore la confiance du public dans les communications relatives à la santé (Paige, Krieger and Stellefson, 2016[33]). Par conséquent, les actions visant à améliorer la maîtrise du numérique et les connaissances en matière de santé sont des éléments importants de l'état de préparation à la santé numérique.

Mobilisation des citoyens et participation de la population dans le domaine de la santé numérique

L'individu est au cœur de la santé dans la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé dans au moins 41 % des stratégies nationales de santé numérique (voir le Tableau 2.8 ci-dessus). Placer la personne au centre ne signifie pas seulement veiller à ce qu'elle ait accès à son DME, cela signifie aussi veiller à ce qu'elle participe de manière significative à la conception, à la mise en œuvre, au fonctionnement et à la gestion des programmes de santé numérique. Les enquêtes, l'intégration dans les équipes de projet et la mise en place d'assemblées publiques sont autant de moyens de susciter une participation significative du public.

La Banque mondiale (La Banque mondiale, 2022[34]), dans le cadre de ses travaux sur l'indice de maturité GovTech (GTMI), a évalué les dimensions de la gouvernance, notamment au travers d'un indice de participation numérique des citoyens (ou Digital Citizen Engagement Index) (voir le Graphique 2.8).

Graphique 2.8. Indice de participation numérique des citoyens (2022)



Source : La Banque mondiale (2022[34]), GovTech Maturity Index (GTMI) Data Dashboard, extraction faite en août 2023, www.worldbank.org/en/data/interactive/2022/10/21/govtech-maturity-index-gtmi-data-dashboard.

Parmi les pays de l'OCDE, l'Estonie et la Corée obtiennent les meilleurs résultats, suivis de la Lettonie, de la France et de la Lituanie. En outre, 21 pays de l'OCDE sont considérés comme des leaders de la GovTech, ce qui indique que ces pays appliquent une approche de modernisation du secteur public à l'échelle de l'ensemble de l'administration publique (y compris des solutions de passage au numérique de l'administration, des services publics universellement accessibles et une perspective centrée sur le citoyen). La forte participation des citoyens au numérique comprend l'accès à des données ouvertes, des plateformes nationales pour la participation, des plateformes gouvernementales pour envoyer des commentaires et la publication de statistiques sur la participation. Il convient de noter que l'indice n'est pas nécessairement propre au secteur de la santé et qu'il se peut qu'il ne tienne pas compte des changements récents survenus à la suite de la pandémie de COVID-19.

Dans l'indice de participation numérique des citoyens, les domaines dans lesquels moins de 50 % des pays de l'OCDE se sont alignés sur les pratiques de référence sont les suivants :

- permettre aux citoyens et aux entreprises de fournir un retour d'information anonyme
- répondre aux commentaires des citoyens
- faire en sorte que les réponses des pouvoirs publics soient accessibles au public
- utiliser des technologies avancées (comme les chatbots) pour améliorer la participation des citoyens
- définir des indicateurs de performance pour la prestation de services
- publier les résultats des actions des pouvoirs publics
- améliorer la représentation des groupes vulnérables.

Il existe des exemples de participation du public à la santé numérique. Au Canada, l'association L'avenir des soins de santé redéfini par les patients a créé une Déclaration des droits des patients sur les données de santé qui clarifie les attentes en matière d'utilisation des données au profit des individus et des communautés tout en respectant la vie privée (Save your skin, 2023[35]). Dans l'Union européenne, le Forum européen des patients a publié un document présentant les attentes en matière de progrès de l'IA (Nicholas and del Castillo, n.d.[36]).

Les assemblées publiques ou les conseils de citoyens sont une troisième possibilité permettant au public de participer de manière significative. Un groupe diversifié et représentatif est chargé de conseiller les pouvoirs publics dans les domaines qui les intéressent. Dans le domaine de la santé, le Royaume-Uni a créé en 2014 une assemblée publique pour le National Health Service (NHS). Au Canada, le Réseau de recherche sur les données de santé du Canada (RRDS Canada) a interrogé les patients pour comprendre leurs attentes en matière de partage et d'utilisation de leurs données de santé. Les personnes interrogées estimaient que : 1) les données de santé identifiables devraient être partagées entre les prestataires de santé des patients ; 2) les données de santé anonymisées devraient être partagées avec les responsables publics à des fins de sécurité et d'amélioration du système de santé et 3) les données de santé anonymisées devraient être partagées avec les chercheurs universitaires pour améliorer la découverte et le traitement des maladies. Ces orientations contribuent à éclairer les orientations stratégiques en matière de partage, de confidentialité et de protection des données de santé (HDRN Canada, 2020[37]).

Préparation à la santé numérique : suivi des progrès

Cette section présente certains aspects de la préparation à la santé numérique au regard de l'analytique, des données, des technologies et des facteurs humains qui y sont liés. Même si cette liste n'est pas exhaustive, ces mesures initiales de l'état de préparation à la santé numérique sont utiles pour identifier les poches d'excellence et préparer le terrain pour les évaluations ultérieures de l'état de préparation à la santé numérique. Les pays les plus performants pour chaque indicateur sont énumérés dans le Tableau 2.9.

Tableau 2.9. Pays en tête des indicateurs présentés dans ce chapitre

Dimension de la préparation à la santé numérique	Indicateur ou variable de substitution présentés dans ce chapitre	Pays en tête
Préparation en termes d'analytique	Score de disponibilité, maturité et utilisation des ensembles de données	Danemark, Corée, Suède, Finlande, Lettonie
	Accès des patients à leurs propres données de santé (OCDE)	Danemark, Italie, Lituanie, Luxembourg, Suède, Türkiye
	Indice mondial de l'IA (tiers)	États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Corée, Israël
Préparation en termes de données	Score de gouvernance des ensembles de données (OCDE)	Danemark, Finlande, France, États-Unis, Royaume-Uni
	Indice de l'administration numérique (OCDE)	Norvège, Royaume-Uni, Colombie, Danemark, Japon
	Adoption des normes d'interopérabilité (OCDE)	Australie, Belgique, Finlande, Corée, Pays-Bas, Norvège, Suède
Préparation en termes de technologie	**Connectivité internet pour les particuliers (OCDE)**	Japon, Estonie, Finlande, Danemark, Pays-Bas
	Sécurité numérique (OCDE)	Allemagne, Australie, Canada, Corée, États-Unis, France, Irlande, Israël, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni
	Certification des fournisseurs (OCDE)	Belgique, Corée, Danemark, États-Unis, Finlande, Hongrie, Japon, Portugal, Slovénie, Suisse, Türkiye
Préparation en termes de facteurs humains	Gouvernance stratégique	*35 pays disposent d'une stratégie en matière de santé numérique*
	Connaissances, capacités et compétences	Pays-Bas, Finlande, Irlande, Danemark, Suède
	Participation du public, des fournisseurs et des parties prenantes	Estonie, Corée, Lettonie, France, Lituanie

Note : les éléments en **gras** ne sont pas propres à la santé. Pays en tête du classement dans les différentes analyses présentées plus haut dans ce chapitre, par ordre de classement ou par ordre alphabétique lorsqu'ils se trouvent dans une catégorie supérieure.

Sur l'ensemble des indicateurs, le Danemark apparaît le plus souvent comme un pays en pointe (dans 7 indicateurs sur 12), suivi par la Finlande, la Corée, la Suède, le Japon, les États-Unis et les Pays-Bas. Plus de 95 % des pays de l'OCDE figurent parmi les pays en pointe dans au moins une catégorie (tous sauf le Mexique). Ce résultat montre qu'il s'agit d'une priorité essentielle pour l'ensemble de l'OCDE et que des progrès sont accomplis.

Les pays nordiques sont performants dans toutes les dimensions : ils apparaissent comme des pays en pointe dans 10 des 12 indicateurs (tous sauf l'indice mondial de l'IA et la sécurité numérique). Ce résultat est renforcé par une stratégie de santé propre à la région, qui met l'accent sur la prévention en matière de santé et les soins de santé (Nordic Health 2030, n.d.[38]). La santé numérique constituera un élément clé du plan de mise en œuvre stratégique.

L'un des thèmes abordés dans ce chapitre est le manque d'indicateurs simples à utiliser pour évaluer l'état de préparation à la santé numérique. Pour mesurer l'état de préparation analytique, il serait utile de disposer d'indicateurs propres à la santé permettant de mesurer l'adoption de l'IA à grande échelle, tout en gérant les risques qu'elle comporte. L'état de préparation en termes de données gagnerait à faire l'objet d'une analyse de l'interopérabilité propre à la santé, y compris des normes sémantiques et techniques en matière de données, ainsi que des politiques d'accès et de protection de la vie privée. L'état de préparation technique tirerait profit de l'élaboration d'indicateurs pour l'architecture de l'information et la capacité des technologies à s'adapter au changement. L'état de préparation en termes de facteurs humains pourrait bénéficier d'une comparaison des modèles de gouvernance, des mécanismes de financement, de l'affectation des ressources, de la connaissance de la santé numérique et de la confiance, notamment.

Évaluer la santé numérique en tant que déterminant de la santé

Alors que ce chapitre se concentre sur l'évaluation de l'état de préparation au numérique, cette section va plus loin en étudiant la santé numérique en tant que déterminant de la santé.

Pendant la pandémie, la santé numérique a permis de mettre en relation les résultats des tests avec l'élaboration des politiques et de mesurer l'efficacité des mesures de santé publique. La santé numérique a également permis aux prestataires de communiquer avec leurs patients à distance tout en leur prodiguant des soins efficaces. Plus important encore peut-être, la santé numérique a contribué à la mise au point de vaccins, à l'évaluation de leur efficacité, au suivi de leur déploiement et à la fourniture d'un certificat de vaccination sur support informatique (OCDE, 2023[39]).

The Lancet et le *Financial Times* ont publié le rapport d'une Commission en 2021, soulignant que le manque de gouvernance des technologies numériques est à l'origine d'inégalités en matière de santé et compromet les droits humains (The Lancet Digital Health, 2021[13]). Toutefois, aucune étude n'a encore démontré l'existence d'une relation quantitative de cause à effet entre le passage au numérique et les résultats en matière de santé.

Si la préparation à la santé numérique est un déterminant de la santé, les pays ou les organisations qui présentent un degré de préparation élevé devraient être dotés d'un système de santé plus performant. Cette section présente quelques exemples où un bon niveau de préparation à la santé numérique a également permis de mieux lutter contre le COVID-19 et d'améliorer l'utilisation des ressources en soins aigus, ce qui s'est traduit par une réduction des coûts et une amélioration de l'expérience des patients.

Il existe des possibilités pour créer davantage d'indicateurs et d'analyses afin d'explorer la relation entre la santé numérique et l'amélioration des résultats en matière de santé, la réduction des coûts, le renforcement de l'innovation et l'amélioration de la sécurité – et, en fin de compte, l'état de préparation à la santé numérique en tant que déterminant de la santé.

Néanmoins, cette section examine les statistiques relatives à divers résultats en matière de santé à l'aune de l'état de préparation à la santé numérique. À ces fins, l'état de préparation à la santé numérique est considéré comme la multiplication des scores pour la disponibilité, la maturité et l'utilisation des ensembles de données (Graphique 2.3) et la gouvernance des ensembles de données (Graphique 2.4).

Santé numérique et prévention des risques pendant la pandémie de COVID-19

La santé numérique a joué un rôle essentiel dans les politiques fondées sur des données probantes qui ont été menées pendant la pandémie. Elle a servi à mesurer les résultats de laboratoire pour comprendre l'ampleur de la maladie, à soutenir la recherche des contacts pour prévenir sa propagation et à optimiser l'utilisation des équipements de protection individuelle en vue de protéger les groupes les plus vulnérables (OCDE, 2020[40]). Les politiques fondées sur des données probantes et l'intégration des données relatives aux soins de santé dans la surveillance et les moyens de santé publique ont permis d'améliorer les mesures de lutte contre les infections et la communication avec le public, ce qui a permis au final d'atténuer la charge de la pandémie et de sauver des vies. La volonté des pays d'utiliser et d'intégrer les bases de données existantes est un facteur clé de la résilience des systèmes de santé (OCDE, 2023[4]; de Bienassis et al., 2022[41]).

Alors que les effets de la pandémie se font encore sentir, les premières données montrent qu'un niveau élevé de préparation à la santé numérique a permis de réduire le nombre de vies perdues et de stabiliser davantage les systèmes de santé pendant les phases cruciales de la pandémie. Une étude approfondie a examiné la relation entre l'état de préparation au numérique au niveau national, mesuré par l'indice d'adoption du numérique (ou DAI selon son acronyme anglais), et les cas de COVID-19, les décès et la sévérité des mesures gouvernementales. En utilisant la régression linéaire sur les modèles de préparation et de résultats, les auteurs ont constaté que **plus l'adoption du numérique est avancée dans les pays, plus le nombre de cas est faible et plus le nombre de nouveaux cas diminue rapidement**. En outre, l'analyse par Gradient Tree Boosting a révélé que les facteurs les plus critiques dans les cas de COVID-19 et les décès associés étaient liés à l'infrastructure numérique et à la télésanté. Dans l'ensemble, la préparation numérique avait une importance comparable à celle du tabagisme, de l'âge et du revenu sur les cas de COVID-19 et les décès liés à la maladie (Heinrichs et al., 2022[42]). Il convient de noter que l'étude porte sur des pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le degré de préparation au numérique est plus élevé, mais qui peuvent également avoir des difficultés à rendre compte des résultats.

Cette relation s'explique par le fait que grâce à une meilleure préparation à la santé numérique, les responsables publics ont pu exploiter leurs ressources numériques et leurs données pour 1) mobiliser les centres de dépistage ; 2) suivre de près la propagation et la gravité des cas ; 3) utiliser les résultats pour ajuster leurs mesures de santé publique afin d'en accroître l'impact ; 4) communiquer ces mesures de manière efficace et 5) maintenir la prestation de services grâce à des soins reposant sur des moyens numériques (par exemple, la télémédecine). Les préjudices pourraient être réduits si les responsables publics pouvaient utiliser rapidement les résultats pour ajuster les mesures de santé publique afin d'en renforcer l'impact, détecter les nouveaux cas de COVID-19 afin de cibler les zones à vacciner et évaluer l'efficacité des nouveaux vaccins. Grâce à des mesures plus détaillées et propres à l'OCDE concernant la préparation à la santé numérique, les analyses futures pourront examiner l'impact des différentes dimensions des politiques sur les coûts, les résultats et les mesures de résilience dans les pays et contextes de l'OCDE.

Améliorer l'expérience et les résultats pour les patients tout en réduisant les coûts

La santé numérique peut contribuer à réduire le morcellement des services de santé en intégrant les données des différents prestataires de soins. Il s'agit d'un problème majeur pour les patients ayant des besoins médicaux complexes, notamment ceux qui souffrent d'affections chroniques multiples. D'après les études, lorsque les services de santé ne sont pas correctement intégrés, les patients peuvent être tentés, pour se soigner, de recourir à des services supplémentaires de manière non coordonnée. Il en résulte une expérience sous-optimale pour le patient et un risque de préjudice accru pour ce dernier.

Aux États-Unis, par exemple, les estimations montrent que le morcellement des services de santé entraîne une augmentation des coûts de plus de 4 000 USD par patient. En outre, les patients dont les soins étaient très morcelés étaient moins susceptibles de recevoir des soins considérés comme relevant des meilleures pratiques cliniques (OCDE, 2023[43]). Dans les hôpitaux, la santé numérique peut offrir une meilleure expérience au prestataire, qui permet de réduire la durée de l'hospitalisation. Les prestataires sont plus susceptibles de consulter les dossiers lorsqu'ils sont renvoyés par voie électronique et de les consulter plus tôt que les dossiers envoyés par télécopie ou sur support papier. Selon une autre étude (Everson, Kocher and Adler-Milstein, 2016[44]), les médecins ont moins tendance à prescrire des tests diagnostiques inutiles et les patients sont moins susceptibles d'être admis à l'hôpital lorsque les prestataires examinent les dossiers par des moyens électroniques. Dans l'ensemble, les patients passent moins de temps en soins aigus lorsque les prestataires gagnent du temps entre la demande et la consultation des dossiers externes. La santé numérique a contribué à réduire les coûts de 1 187 USD par patient tout en améliorant les résultats en matière de santé.

Une autre étude menée aux États-Unis auprès de plusieurs centaines d'hôpitaux a établi une corrélation entre leur maturité en termes de santé numérique et les résultats obtenus dans le domaine de la santé. Elle a montré que la maturité numérique est associée à des niveaux de sécurité nettement plus élevés, à une meilleure expérience pour le patient et à une diminution des événements indésirables (Snowdon, à paraître[45]).

Enfin, le Royaume-Uni offre un exemple d'amélioration de l'expérience vécue par le patient et de réduction du recours aux soins aigus. Le Norfolk Community Health and Care Trust met en place un service de télésurveillance pour les personnes souffrant de maladies cardiaques et pulmonaires. Les patients se déclarent très satisfaits du programme, car celui-ci réduit le temps d'attente du médecin. Le programme a également fait état d'une réduction des admissions en soins aigus (NHS, n.d.[46]). Il faudra plus de temps pour quantifier cette possibilité, mais les résultats préliminaires sont prometteurs.

Ces exemples montrent que la santé numérique peut contribuer de manière significative à l'amélioration du flux de travail dans les structures de soins aigus, ce qui permet de réduire les coûts et d'obtenir de meilleurs résultats.

Conclusions

Ce chapitre a commencé par présenter une vision élargie de la santé numérique qui inclut l'analytique, les données et la technologie, ainsi que les facteurs humains qui contribuent à l'obtention de résultats durables. Une liste récapitulative applicable aux politiques de santé numérique a permis d'évaluer l'état de préparation à la santé numérique.

Des indicateurs de la préparation à la santé numérique ont été présentés pour comprendre le paysage actuel. Le Danemark fait figure de leader en matière de préparation à la santé numérique, suivi de la Finlande, de la Corée, de la Suède, du Japon, des États-Unis et des Pays-Bas. Plus de 95 % des pays de l'OCDE arrivent en tête du classement pour au moins un des indicateurs présentés.

L'hypothèse selon laquelle la préparation à la santé numérique est un déterminant de la santé a été explorée, mais les résultats, bien qu'intéressants, restent limités. D'autres indicateurs et analyses sont nécessaires pour qualifier et quantifier les relations entre un niveau élevé de préparation à la santé numérique et les résultats en matière de santé. Ces travaux pourraient être étendus de manière à prendre en compte des données sociales (par ex., les déterminants sociaux de la santé, l'utilisation des programmes sociaux) afin d'obtenir une vue générale de la santé et du bien-être.

Dans l'ensemble, ce chapitre montre qu'un travail important est nécessaire pour mieux définir et mesurer la préparation à la santé numérique. Compte tenu des avantages et des risques potentiels de l'IA, et de son utilisation dans tous les aspects de la santé numérique, il est clair que les systèmes de santé doivent d'urgence mieux se préparer à la santé numérique.

Les pays sont « riches en données, mais pauvres en informations » (OCDE, 2022[14]). Même si des progrès sont réalisés pour améliorer l'utilisation et la gouvernance des données de santé, il reste encore beaucoup à faire. La capacité à mesurer de manière fiable l'état de préparation à la santé numérique aidera les responsables publics à identifier les problèmes qui peuvent être traités ensemble, à évaluer les avantages des investissements dans la santé numérique et à promouvoir l'urgence de la transformation numérique des systèmes de santé.

Références

Beamtree (2023), *More Time To Care: Automation, Digitisation and the Workforce*, Global Impact Committee, https://beamtree.com.au/papers-publications/more-time-to-care/. [19]

CDC (2023), *What Is Health Literacy?*, https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html. [32]

CNBC (2020), *How this Canadian start-up spotted coronavirus before everyone else knew about it*, https://www.cnbc.com/2020/03/03/bluedot-used-artificial-intelligence-to-predict-coronavirus-spread.html. [21]

de Bienassis, K. et al. (2022), "Health data and governance developments in relation to COVID-19 : How OECD countries are adjusting health data systems for the new normal", *OECD Health Working Papers*, No. 138, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/aec7c409-en. [41]

Everson, J., K. Kocher and J. Adler-Milstein (2016), "Health information exchange associated with improved emergency department care through faster accessing of patient information from outside organizations", *Journal of the American Medical Informatics Association*, Vol. 24/e1, pp. e103-e110, https://doi.org/10.1093/jamia/ocw116. [44]

Forbes (2023), *10.5 Trillion Reasons Why We Need A United Response To Cyber Risk*, https://www.forbes.com/sites/forbestechcouncil/2023/02/22/105-trillion-reasons-why-we-need-a-united-response-to-cyber-risk/?sh=1a085acd3b0c. [5]

Gintux (2023), *The Most Surprising Fax Machine Usage Statistics And Trends in 2023*, https://blog.gitnux.com/fax-machine-usage-statistics/. [1]

HDRN Canada (2020), *Social Licence for uses of Health Data: A report on public perspectives*, Réseau de recherche sur les données de santé du Canada, https://www.hdrn.ca/en/reports/social-licence-uses-health-data-report-public-perspectives. [37]

HealthIT.gov (2021), *International Patient Summary*, https://www.healthit.gov/topic/global-digital-health-partnership/international-patient-summary. [28]

Heinrichs, H. et al. (2022), "Digitalization impacts the COVID-19 pandemic and the stringency of government measures", *Scientific Reports*, Vol. 12/1, p. 21628, https://doi.org/10.1038/s41598-022-24726-0. [42]

HIMSS (2020), *HIMSS Defines Digital Health for the Global Healthcare Industry*, Healthcare Information and Management Systems Society, https://www.himss.org/news/himss-defines-digital-health-global-healthcare-industry (accessed on 25 September 2023). [6]

Jormanainen, V. et al. (2019), "Half of the Finnish population accessed their own data: comprehensive access to personal health information online is a corner-stone of digital revolution in Finnish health and social care", *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, Vol. 11/4, https://doi.org/10.23996/fjhw.83323. [29]

La Banque mondiale (2022), *GovTech Maturity Index (GTMI) Data Dashboard*, https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2022/10/21/govtech-maturity-index-gtmi-data-dashboard. [34]

McMaster University (2023), *Scientists use AI to find promising new antibiotic to fight evasive hospital superbug*, https://brighterworld.mcmaster.ca/articles/artificial-intelligence-new-antibiotic-drug-resistant-pathogen-acinetobacter-baumannii/. [17]

Morris, Z., S. Wooding and J. Grant (2011), "The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 104/12, pp. 510-520, https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110180. [2]

NHS (n.d.), *Remote-monitoring service for people living with heart and lung diseases reduces A&E admissions in Norfolk*, https://www.longtermplan.nhs.uk/case-studies/remote-monitoring/. [46]

Nicholas, L. and J. del Castillo (n.d.), *Artificial Intelligence in Healthcare from a Patient's Perspective*, https://www.eu-patient.eu/globalassets/report-ai-1612---del-castillo-and-nicholas-2.pdf. [36]

Nordic Health 2030 (n.d.), *Nordic Health 2030*, http://nordichealth2030.org/. [38]

OCDE (2023), *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en. [43]

OCDE (2023), *Intensité du partage des données de santé*, OCDE, Paris, https://goingdigital.oecd.org/fr/indicator/64. [27]

OCDE (2023), *Online public consultation on the draft OECD Recommendation on the Governance of Digital Identity*, OCDE, Paris, https://www.oecd.org/governance/digital-government/online-public-consultation-draft-oecd-recommendation-on-the-governance-of-digital-identity.htm. [26]

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [4]

OCDE (2023), *Recommandation du Conseil sur la gouvernance de l'identité numérique*, OCDE, Paris, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0491. [12]

OCDE (2023), *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en. [39]

OCDE (2022), *Gouvernance des données de santé à l'ère du numérique : Mise en œuvre de la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/37ef3797-fr. [14]

OCDE (2022), *Recommandation du Conseil sur la gestion du risque de sécurité numérique*, OCDE, Paris, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0479. [11]

OCDE (2020), "The Covid-19 crisis: A catalyst for government transformation?", *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1d0c0788-en. [40]

OCDE (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en. [3]

OCDE (2019), *Indice de l'administration numérique de l'OCDE*, OCDE, Paris, https://goingdigital.oecd.org/fr/indicator/58. [25]

OCDE (2019), *Recommandation du Conseil sur l'intelligence artificielle*, OCDE, Paris, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0449. [10]

OCDE (2017), *Recommandation du Conseil sur la gouvernance des données de santé*, OCDE, Paris, https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0433. [9]

OECD.AI (n.d.), *AI-Principles Overview*, OCDE, Paris, https://oecd.ai/en/ai-principles. [24]

OMS (2021), *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*, Organisation mondiale de la Santé, https://iris.who.int/handle/10665/344250. [7]

Organisation internationale du Travail (2023), *Country Reports: Digital Health Literacy to Increase the Resilience of the Disadvantaged Group*. [31]

OTV NEWS (2023), *Survey shows what Canadians think about AI tech like ChatGPT, Google Bard*, https://www.ctvnews.ca/sci-tech/survey-shows-what-canadians-think-about-ai-tech-like-chatgpt-google-bard-1.6289326. [22]

Paige, S., J. Krieger and M. Stellefson (2016), "The Influence of eHealth Literacy on Perceived Trust in Online Health Communication Channels and Sources", *Journal of Health Communication*, Vol. 22/1, pp. 53-65, https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1250846. [33]

Petch, J. et al. (2023), "Developing a Data and Analytics Platform to Enable a Breast Cancer Learning Health System at a Regional Cancer Center", *JCO Clinical Cancer Informatics* 7, https://doi.org/10.1200/cci.22.00182. [20]

Pew Research Center (2023), *60% of Americans Would Be Uncomfortable With Provider Relying on AI in Their Own Health Care*, https://www.pewresearch.org/science/2023/02/22/60-of-americans-would-be-uncomfortable-with-provider-relying-on-ai-in-their-own-health-care/. [23]

Save your skin (2023), *Déclaration des droits en matière de données à caractère personnel sur la santé au Canada*, https://saveyourskin.ca/wp-content/uploads/Declaration.pdf. [35]

Slawomirski, L. et al. (2023), "Progress on implementing and using electronic health record systems: Developments in OECD countries as of 2021", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 160, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/4f4ce846-en. [15]

Snowdon, A. (à paraître), *Empirical Evidence of Digital Maturity and Patient Safety Outcomes in US Hospitals*, HIMSS. [45]

Sutherland, E. (à paraître), "Fast-Track on Digital Security in Health", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris. [30]

Sutherland, E. (à paraître), "Policy checklist for integrated digital health ecosystems", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris. [8]

The Guardian (2023), *Cancer and heart disease vaccines 'ready by end of the decade'*, https://www.theguardian.com/society/2023/apr/07/cancer-and-heart-disease-vaccines-ready-by-end-of-the-decade. [16]

The Lancet Digital Health (2021), "Digital technologies: a new determinant of health", *The Lancet Digital Health*, Vol. 3/11, p. e684, https://doi.org/10.1016/s2589-7500(21)00238-7. [13]

Tortoise (2023), *The Global AI Index*, https://www.tortoisemedia.com/intelligence/global-ai/. [18]

Notes

[1] Dans le présent chapitre, la *santé numérique* signifie l'utilisation de l'analytique, des données et de la technologie à des fins curatives, préventives et de promotion de la santé. Voir l'Encadré 2.1 pour une définition complète.

[2] Le SNOMED CT ou Systemised Nomenclature of Medicine – Clinical Terms est un système de codes et termes médicaux, etc. pour la documentation clinique et les systèmes de DME. Voir www.snomed.org/.

[3] La CIM ou Classification internationale des maladies est une classification des maladies et des affections médicales utilisée à grande échelle. Voir www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases.

Panorama de la santé 2023

LES INDICATEURS DE L'OCDE

Le *Panorama de la santé* fournit un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes. Ceux-ci portent sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. L'analyse s'appuie sur les dernières statistiques nationales officielles comparables et d'autres sources.

Outre une analyse par indicateur, un chapitre de synthèse fait le point sur les performances comparatives des pays et les grandes tendances. Cette édition met également un accent particulier sur la santé numérique, qui mesure l'état de préparation au numérique des systèmes de santé des pays de l'OCDE et décrit ce que les pays doivent entreprendre afin d'accélérer la transformation de la santé numérique.

IMPRIMÉ ISBN 978-92-64-76017-2
PDF ISBN 978-92-64-69581-8

9 789264 760172