Panorama de la santé 2021

LES INDICATEURS DE L'OCDE



OCDE

Panorama de la santé 2021

LES INDICATEURS DE L'OCDE

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 interprétations exprimées 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 (2021), *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/fea50730-fr*.

ISBN 978-92-64-39034-8 (imprimé)
ISBN 978-92-64-70999-7 (pdf)
ISBN 978-92-64-91302-8 (HTML)
ISBN 978-92-64-89501-0 (epub)

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

Version révisée, mars 2022
Les détails des révisions sont disponibles à l'adresse : *https://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/Corrigendum_Panorama-de-la-sante-2021.pdf*

Crédits photo : Couverture © YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com ; Images - État de santé : © Thitiporn taingpan/Shutterstock.com,
Facteurs de risque pour la santé : © Tom Wang/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 2021

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 relatifs à l'état de santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et dans des économies émergentes clés. L'édition 2021 présente les dernières données comparables, illustrant les différences entre les pays et sur la durée en matière d'état de santé, de facteurs de risques, d'accès aux soins, de qualité des soins, et de ressources. Une attention particulière est accordée aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé, notamment les effets directs et indirects du virus sur les individus et les systèmes de 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. L'Union européenne a apporté une aide financière et une contribution sur le fond. 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 2021 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 et Gabriel Di Paolantonio ; le chapitre 2 par Michael Mueller, Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett et Chris James, les travaux de recherche étant assurés par Julia Aubé ; le chapitre 3 a été préparé par Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett et Chris James ; le chapitre 4 par Marion Devaux, Alena Piatrova et Elina Suzuki, avec la contribution de Michele Cecchini ; le chapitre 5 par Chris James, Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Michael Mueller, Caroline Penn, Caroline Berchet, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi et Jillian Oderkirk ; le chapitre 6 par Katherine de Bienassis, Rie Fujisawa, Frédéric Daniel, Eliana Barrenho, Gabriel Di Paolantonio, Candan Kendir, Philip Haywood, Suzannah Chapman et Silje Rene, avec la contribution de Niek Klazinga ; le chapitre 7 par Michael Mueller, Fan Xiang, Sebastian Klavus, Luca Lorenzoni et David Morgan ; le chapitre 8 par Gaetan Lafortune, Gaëlle Balestat et Marie-Clémence Canaud ; le chapitre 9 par Ruth Lopert, Suzannah Chapman, Martin Wenzl, Fan Xiang et Marie-Clémence Canaud ; le chapitre 10 par Elina Suzuki, Julia Aubé, Marie-Clémence Canaud, Paola Sillitti, Katherine de Bienassis, Michael Mueller, Tiago Cravo Oliveira Hashiguchi et Eileen Rocard, avec la contribution d'Ana Llena Nozal. 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 bénéficié des commentaires de Francesca Colombo, Frederico Guanais, Mark Pearson et Stefano Scarpetta. Marie-Clémence Canaud, Lucy Hulett, Liv Gudmundson et Lydia Wanstall ont apporté leur concours à la mise en forme du rapport.

Table des matières

Guide du lecteur 9

Résumé 13

Chapitre 1. **Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances** 17
- Introduction 18
- État de santé 22
- Facteurs de risque pour la santé 24
- Accès aux soins 26
- Qualité des soins 29
- Capacités et ressources des systèmes de santé 31
- COVID-19 33
- Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité et les résultats 36

Chapitre 2. **L'incidence du COVID-19 sur la santé** 39
- Introduction 40
- L'incidence directe du COVID-19 41
- Le COVID-19 touche de manière disproportionnée les populations vulnérables 52
- Les effets à plus long terme du COVID-19 sur les systèmes de santé et la société continuent de se manifester 58
- Dix-huit mois après la pandémie – où en sommes-nous ? 70
- Références 72
- Annexe 2.A. Données sur la surmortalité et les décès dus au COVID-19 81

Chapitre 3. **État de santé** 85
- Évolution de l'espérance de vie 86
- Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation 88
- Surmortalité 90
- Principales causes de mortalité 92
- Mortalité évitable (par prévention et traitement) 94
- Mortalité due aux maladies du système circulatoire 96
- Incidence du cancer et mortalité 98
- Maladies chroniques 100
- Santé des nourrissons, des enfants et des adolescents 102
- Santé mentale 104
- État de santé perçu 106
- Références 108

Chapitre 4. **Facteurs de risque pour la santé** 111
- Tabagisme chez les adultes 112
- Consommation d'alcool chez les adultes 114
- Tabagisme et consommation d'alcool chez les adolescents 116
- Alimentation et activité physique des adultes 118

Alimentation et activité physique chez les adolescents. 120
Surpoids et obésité chez les adultes. 122
Surpoids et obésité chez les adolescents. 124
Pollution atmosphérique et dégradation de l'environnement. 126
Références. 128

Chapitre 5. **Accès : abordabilité, disponibilité et utilisation des services**. 131
Population bénéficiant d'une couverture de santé. 132
Besoins de santé non satisfaits. 134
Étendue de la couverture de santé. 136
Difficultés financières et dépenses à la charge des patients. 138
Consultations chez le médecin. 140
Santé numérique. 142
Lits d'hôpital et taux d'occupation. 144
Sorties d'hôpital et durée moyenne de séjour. 146
Technologies de diagnostic. 148
Remplacements de la hanche ou du genou. 150
Chirurgie ambulatoire. 152
Délais d'attente avant une chirurgie élective. 154
Références. 156

Chapitre 6. **Qualité et résultats des soins**. 159
Vaccination de routine. 160
Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires. 162
Centrage des soins ambulatoires sur la personne. 164
Admissions hospitalières évitables. 166
Traitement du diabète. 168
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM). 170
Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC). 172
Chirurgie de la hanche et du genou. 174
Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les traumatismes obstétricaux. 176
Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients. 178
Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. 180
Cancer du sein. 182
Taux de survie aux autres formes de cancer. 184
Soins intégrés. 186
Références. 188

Chapitre 7. **Dépenses de santé**. 193
Dépenses de santé en proportion du PIB. 194
Dépenses de santé par habitant. 196
Prix dans le secteur de la santé. 198
Dépenses de santé par dispositif de financement. 200
Financement public des dépenses de santé. 202
Dépenses de santé par type de service. 204
Dépenses de santé allouées aux soins primaires. 206
Dépenses de santé par prestataire. 208
Dépenses en capital dans le secteur de la santé. 210
Références. 212

Chapitre 8. **Personnel de santé** 215
Personnel médico-social 216
Médecins (nombre total) 218
Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie 220
Répartition géographique des médecins 222
Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) 224
Personnel infirmier 226
Rémunération du personnel infirmier 228
Personnels hospitaliers 230
Médecins nouvellement diplômés 232
Personnel infirmier nouvellement diplômé 234
Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier 236
Références 238

Chapitre 9. **Secteur pharmaceutique** 241
Dépenses pharmaceutiques 242
Pharmaciens et pharmacies 244
Consommation de produits pharmaceutiques 246
Génériques et biosimilaires 248
Recherche-développement pharmaceutique 250
Références 252

Chapitre 10. **Vieillissement et soins de longue durée** 255
Évolution démographique 256
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans 258
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans 260
Démence 262
Sécurité des soins de longue durée 264
Accès aux soins de longue durée 266
Aidants informels 268
Emploi dans le secteur des soins de longue durée 270
Établissements de soins de longue durée 272
Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires 274
Soins de fin de vie 276
Références 278

Suivez les publications de l'OCDE sur :




http://twitter.com/OECD_Pubs


http://www.facebook.com/OECDPublications


http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871



http://www.youtube.com/oecdilibrary



http://www.oecd.org/oecddirect/

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

En bas des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : *http://dx.doi.org*, ou de cliquer sur le lien depuis la version PDF de l'ouvrage.

Guide du lecteur

Le *Panorama de la santé 2021 : 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 pays partenaires – Afrique du Sud, Brésil, Fédération de Russie (Russie), Inde, Indonésie et République populaire de Chine (Chine) – ont également été inclus, dans la mesure du possible.

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.

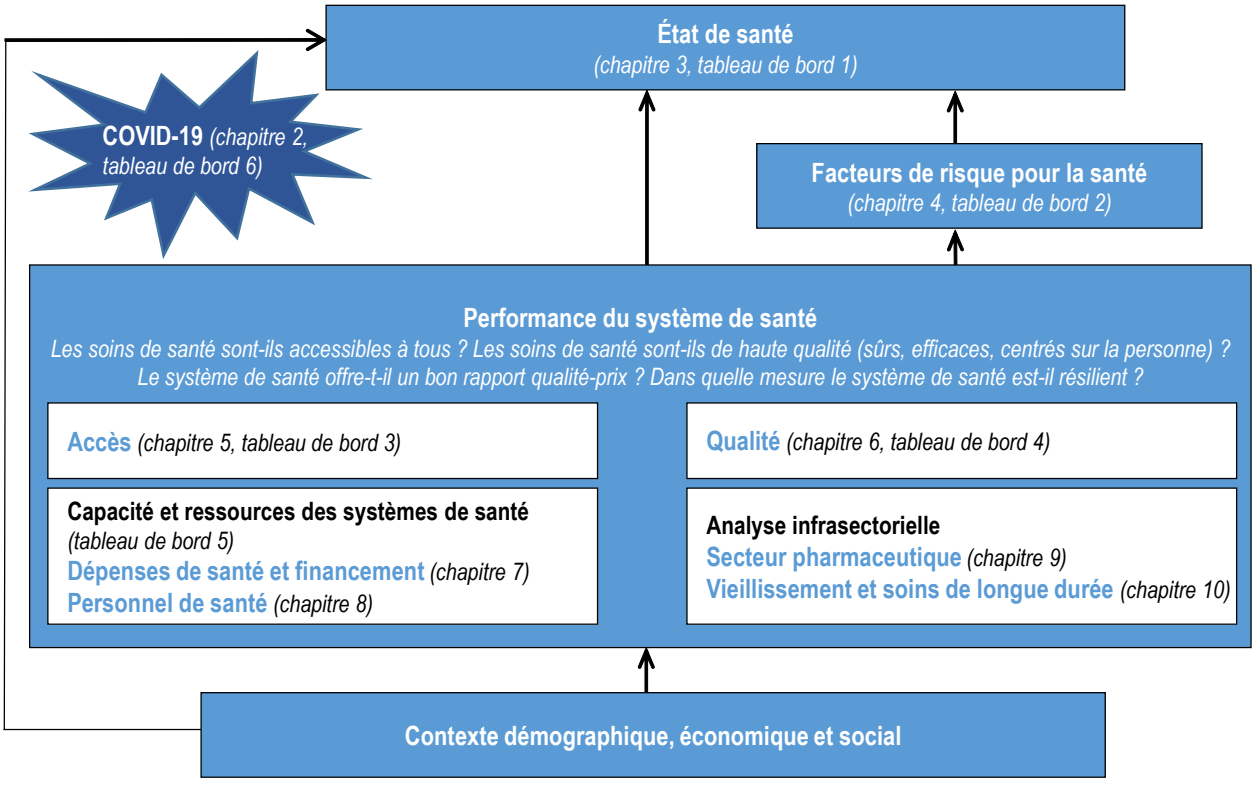
Le fonctionnement du système de santé influe de manière déterminante sur l'état de santé de la population. Des services de santé de qualité et accessibles à tous vont de pair avec de meilleurs résultats en matière de santé. La réalisation des objectifs d'accessibilité et de qualité, et, à terme, d'amélioration 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 2021* 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 analyse les ***conséquences du COVID-19*** sur la santé dans les pays de l'OCDE. Il s'agit notamment d'effets indirects tels qu'un accès réduit aux services de santé ou une détérioration de la santé psychique, mais aussi de conséquences directes : contaminations et décès dus au COVID-19.

Graphique 1. **Cadre conceptuel d'évaluation du fonctionnement 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.

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 socio-économiques 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 sur deux pages. La première page présente une définition des indicateurs, ainsi que les principaux enseignements tirés des données et des informations sur l'action publique, et signale les éventuelles différences de méthodologie entre les pays susceptibles d'avoir une incidence sur la comparabilité des données. Le lecteur trouvera sur la seconde page un ensemble de graphiques présentant généralement 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.

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 pour des analyses et des recherches plus approfondies sont invités à consulter la documentation complète sur les définitions, sources et méthodes présentées dans la base de données en ligne *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, sur le site OECD.Stat (*https://oe.cd/ds/stats-sante*). De plus amples informations sur cette base de données peuvent être consultées à l'adresse *http://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 2021), 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.

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	Turquie	TUR

Codes ISO des pays partenaires

Afrique du Sud	ZAF
Brésil	BRA
Chine	CHN
Inde	IND
Indonésie	IDN
Russie	RUS

Résumé

Le COVID-19 engendre d'énormes coûts humains, sociaux et économiques, et a révélé au grand jour les fragilités de nombreux systèmes de santé face aux chocs. La pandémie a coûté la vie à des millions de personnes, et beaucoup d'autres souffrent de problèmes de santé directement ou indirectement imputables au coronavirus. Elle fait peser une pression considérable sur des services de santé qui étaient souvent déjà au bord de la rupture avant la pandémie. Elle a également montré que des dépenses de santé efficaces représentaient un investissement et non un coût à maîtriser – des systèmes de santé plus solides et plus résilients protègent à la fois la population et l'économie.

Dans le même temps, les dépenses de santé supplémentaires et la dette liée au COVID-19 pèseront lourdement sur les budgets, et nécessitent un examen attentif pour optimiser l'utilisation des ressources. Les dépenses de santé continuent de privilégier les soins curatifs plutôt que la prévention des maladies et la promotion de la santé, et les dépenses hospitalières sont beaucoup plus élevées que celles des soins primaires. Il est désormais impératif de renforcer la résilience et la préparation des systèmes de santé, même si des signes encourageants laissent espérer des changements systémiques, avec des avancées dans le domaine de la santé numérique et de l'intégration des soins.

Le COVID-19 a causé environ 2.5 millions de décès dans les pays de l'OCDE et a des effets négatifs majeurs sur la santé mentale

- Le COVID-19 a contribué, directement et indirectement, à une hausse de 16 % du nombre attendu de décès en 2020 et au premier semestre 2021 dans les pays de l'OCDE. L'espérance de vie a reculé dans 24 des 30 pays pour lesquels on dispose de données comparables, avec des baisses particulièrement marquées aux États-Unis (-1.6 an) et en Espagne (-1.5 an).
- Il touche de manière disproportionnée les populations vulnérables. Plus de 90 % des décès dus au COVID-19 concernent des personnes âgées de 60 ans et plus. Il existe également un gradient social manifeste, les populations les plus défavorisées, celles qui vivent dans des zones déshéritées, et la plupart des minorités ethniques et des immigrés étant plus exposées au risque de contamination et de décès.
- La vaccination a réduit le risque de maladie grave et de décès dus au COVID-19, la proportion de personnes totalement vaccinées atteignant plus de 70 % dans neuf pays, tandis que 15 pays ont lancé des campagnes d'incitation visant les groupes vulnérables dans l'ensemble de l'OCDE à compter du 18 octobre. Les données montrent que les vaccins sont légèrement moins efficaces contre les symptômes du variant delta, mais toujours très efficaces (à plus de 90 %) pour éviter les hospitalisations.
- Les conséquences de la pandémie sur l'équilibre psychique sont considérables, la prévalence de l'anxiété et de la dépression ayant plus que doublé par rapport aux niveaux d'avant la crise dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, en particulier aux États-Unis, au Mexique et au Royaume-Uni.
- Les cas de COVID long compliquent et ralentissent le retour à la normale. Au Royaume-Uni, par exemple, 1.1 million de personnes (1.7 % de la population) ont déclaré début septembre 2021 avoir eu

une forme longue du COVID-19. Aux États-Unis, des recherches récentes ont estimé que 37 % des patients ont connu au moins un symptôme de COVID long 4 à 6 mois après avoir été diagnostiqués.

Les modes de vie néfastes pour la santé et les mauvaises conditions environnementales continuent de dégrader la qualité de vie, de réduire la durée de vie et de fragiliser les populations face aux chocs sanitaires

- Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité constituent les causes premières de nombreuses maladies chroniques et augmentent le risque de décès dû au COVID-19.
- Le taux de tabagisme quotidien a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, mais 17 % des habitants fument toujours quotidiennement. Ce taux atteint 25 % ou plus en Turquie, en Grèce, en Hongrie, au Chili et en France.
- Les gros buveurs représentent entre 4 % et 14 % de la population des pays de l'OCDE examinés, mais ils consomment entre 31 % et 54 % de l'alcool consommé. La consommation nocive d'alcool est particulièrement élevée en Lettonie et en Hongrie.
- Le taux d'obésité continue d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE, 60 % des adultes en moyenne étant en surpoids ou obèses. C'est au Mexique, au Chili et aux États-Unis que le taux d'obésité est le plus élevé.
- Dans les pays de l'OCDE, en moyenne, 16 % environ des jeunes de 15 ans fument au moins une fois par mois, et plus de 30 % d'entre eux ont été ivres au moins deux fois au cours de leur vie. Un peu plus de 18 % d'entre eux sont en surpoids ou obèses, 14 % seulement respectant les recommandations de l'OMS sur l'activité physique.
- La pollution de l'air extérieur fait, en moyenne, environ 29 morts pour 100 000 personnes, un chiffre qui varie du simple à plus du septuple selon les pays de l'OCDE. Selon les projections de l'OCDE, la pollution atmosphérique pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060.
- Les dépenses consacrées à la prévention des maladies restent relativement faibles, puisqu'elles ne représentent que 2.7 % de l'ensemble des dépenses de santé en moyenne.

Malgré une couverture maladie universelle dans la plupart des pays de l'OCDE, des obstacles à l'accès persistent, le COVID-19 perturbant les soins de santé pour les personnes ayant d'autres besoins

- Le COVID-19 a eu un impact indirect majeur sur les personnes non contaminées. Ainsi, le dépistage du cancer du sein a reculé de 5 points de pourcentage en moyenne en 2020 par rapport à 2019.
- Les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, qui posaient déjà problème dans de nombreux pays avant la pandémie, ont augmenté. Par rapport à 2019, le nombre médian de jours sur liste d'attente a augmenté en moyenne de 58 jours pour une arthroplastie de la hanche et de 88 jours pour une arthroplastie du genou.
- Les consultations en direct ont diminué dans sept des huit pays pour lesquels on dispose de données par habitant pour 2020, et jusqu'à 30 % au Chili et en Espagne. Cependant, la baisse des consultations en direct a été compensée dans une certaine mesure par une hausse des téléconsultations.
- De fait, la pandémie a accéléré la transformation numérique des services de santé dans les pays de l'OCDE. Par exemple, 45 % des adultes en moyenne ont eu une téléconsultation médicale en

2021. En outre, environ 60 % des adultes ont recherché des informations d'ordre médical en ligne en 2020, contre 36 % en 2010.

La qualité des soins s'améliore en termes de sécurité et d'efficacité, et les déclarations des patients quant à leurs résultats et leur vécu sont davantage prises en compte

- Malgré l'amélioration de la sécurité des patients au fil du temps, près de la moitié des personnels hospitaliers estiment que la prévention des erreurs médicales sur leur lieu de travail n'est pas suffisante.
- Des systèmes de soins primaires solides permettent de garder les individus en bonne santé et de traiter la plupart des cas simples. Ils allègent également la pression sur les hôpitaux : les hospitalisations évitables pour cause de maladie chronique ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, notamment en Corée, en Lituanie et en République slovaque. Pourtant, les soins primaires ne représentent en moyenne que 13 % des dépenses de santé.
- Les services de soins aigus 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. Les nouvelles données sur les réadmissions, la mortalité à un an et les prescriptions de médicaments après hospitalisation laissent entrevoir une légère amélioration de l'intégration des soins au fil du temps.
- Pour mieux comprendre la qualité des soins, il convient d'évaluer les dimensions qui comptent vraiment pour les patients. Les systèmes de santé interrogent de plus en plus les patients sur les résultats de leur prise en charge et sur leur vécu quant à leur parcours de soins. Les données préliminaires montrent une amélioration des résultats déclarés par les patients. Par exemple, après une arthroplastie de la hanche, la qualité de vie du patient s'est améliorée de 44 % en moyenne, d'après l'Oxford Hip Score.
- Les données préliminaires pour 2020 indiquent que le niveau de qualité dans les structures de soins primaires et aigus s'est souvent maintenu malgré les fortes pressions qui se sont exercées, même si l'accès à bon nombre de ces services a été difficile.

Le COVID-19 a entraîné une forte augmentation des dépenses de santé, mais les pénuries de personnel de santé persistent

- Avant la pandémie, les dépenses de santé s'élevaient en moyenne à plus de 4 000 USD par habitant dans l'OCDE, et jusqu'à près de 11 000 USD aux États-Unis. Les services hospitaliers et ambulatoires représentent l'essentiel des dépenses de santé, en général 60 % du total.
- Avec le COVID-19, les dépenses de santé ont très fortement augmenté dans de nombreux pays, notamment en Europe. Conjugué à la baisse de l'activité économique, le ratio moyen dépenses de santé/PIB est passé de 8.8 % en 2019 à 9.7 % en 2020. Les pays durement touchés par la pandémie font état de hausses sans précédent de la part du PIB allouée à la santé. Ainsi, le Royaume-Uni estime que sa part des dépenses de santé est passée de 10.2 % en 2019 à 12.8 % en 2020, tandis que les dépenses de santé en Slovénie devraient passer de 8.5 % à plus de 10 %.
- Bien que le nombre de médecins et d'infirmiers ait augmenté au cours des dix dernières années dans presque tous les pays de l'OCDE, des pénuries persistent. La pandémie les a mises en relief, le manque de personnel de santé et de soins de longue durée se révélant plus problématique que le manque de lits d'hôpital ou de matériel.
- Le vieillissement de la population – la part des 65 ans et plus atteignant 17 % en 2019 – accroît la demande de services de santé. Le COVID-19 a mis en lumière les faiblesses préexistantes du secteur des soins de longue durée, notamment la difficile maîtrise des infections au sein des établissements.

Infographie 1. **Faits et chiffres clés**

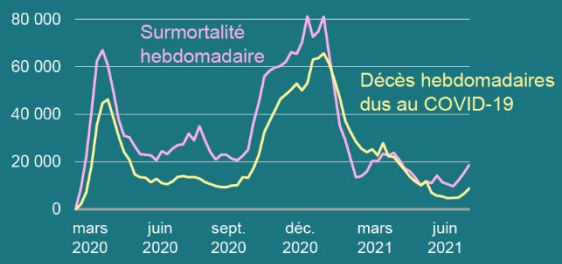
Panorama de la santé 2021

Faits et chiffres clés

OCDE

Le COVID-19 a provoqué environ 2,5 millions de décès supplémentaires dans les pays de l'OCDE

Dans 30 pays de l'OCDE



Les personnes âgées et les groupes socialement défavorisés sont plus susceptibles d'être gravement malades ou de mourir du virus.

Les vaccins ont réduit le nombre de décès hebdomadaires dus au COVID-19

Dans les 12 pays de l'OCDE dont le taux de vaccination est supérieur à 65% (à la mi-octobre), les décès hebdomadaires dus au COVID-19 ont chuté en moyenne de 86% depuis la fin janvier 2021.





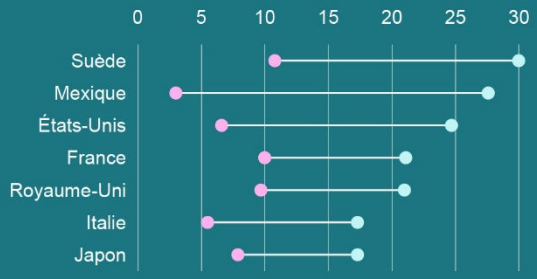
Cependant, les taux de vaccination restent très faibles dans de nombreux pays en développement.

Source : Our World in Data.

L'impact sur la santé mentale a été énorme

La prévalence de l'anxiété et de la dépression est plus de deux fois supérieure aux niveaux observés avant la pandémie.

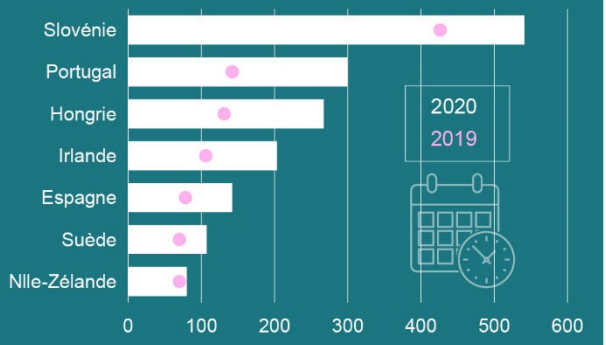
Taux de prévalence (%) des symptômes de la dépression — avant la pandémie — 2021 ou 2020



Source : Données nationales. Note : La Suède, le Mexique, l'Italie et le Japon réfèrent à 2020.

Le COVID-19 a perturbé les soins de santé pour les personnes ayant d'autres besoins

Nombre de jours d'attente pour une prothèse du genou (médian)



Le COVID-19 a entraîné une augmentation des dépenses de santé

Croissance annuelle en % des dépenses de santé et du PIB par habitant, moyenne OCDE



Le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et l'obésité sont la cause première de nombreuses maladies chroniques

Taux parmi la population adulte, *moyenne OCDE



Fumeurs quotidiens*



Excès de poids ou obésité*



Gros buveurs (fourchette parmi les pays disposant de données)

Ces facteurs augmentent aussi le risque de décès lié au COVID-19.

© OCDE 2021

Chapitre 1

Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

Ce 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 six dimensions : l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins, la qualité des soins, les capacités et les ressources des systèmes de santé, ainsi que sous l'angle du COVID-19. Les graphiques en quadrant mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

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 24 indicateurs clés, organisés autour de six dimensions de la santé et des systèmes de santé (Tableau 1.1). Ils 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.

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 en fonction de l'âge) Morbidité des maladies chroniques – prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'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 Surpoids/obésité – population présentant un IMC>=25 kg/m2 (% 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 – admissions évitables pour BPCO (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Soins préventifs efficaces – dépistage par mammographie au cours des deux dernières années (en pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans) Efficacité des soins secondaires – taux de mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 admissions, standardisées en fonction de l'âge et du sexe)
Capacités et ressources des systèmes de santé (chapitres 5, 7 et 8)	Dépenses de santé – dépenses de santé totales (par habitant, USD en parité de pouvoir d'achat) 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)
COVID-19 (chapitre 2)	Surmortalité – décès excédentaires (par million d'habitants, par rapport à 2015-19) Décès dus au COVID-19 – décès enregistrés (par million d'habitants) Cas de COVID-19 – cas enregistrés (pour 100 000 habitants) Vaccinations contre le COVID-19 – adultes complètement vaccinés (% de la population)

Note : BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive ; IAM = infarctus aigu du myocarde ; IMC = indice de masse corporelle.

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.

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 2019, ou de l'année la plus proche si les données de 2019 ne sont pas disponibles pour un pays donné. Pour le tableau de bord relatif au COVID-19, les comparaisons portent sur la période 2020-21.

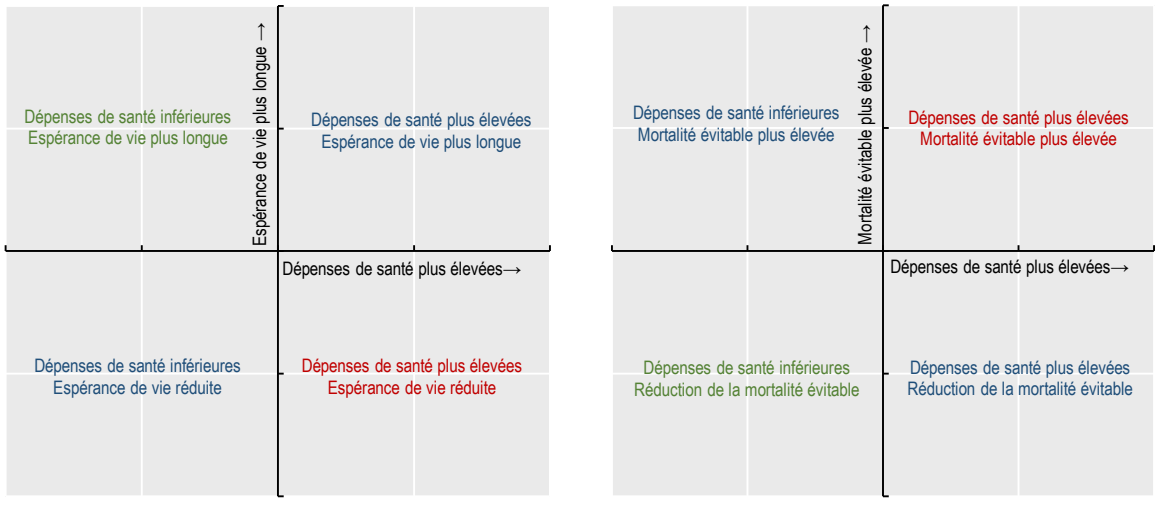
Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

- 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 des systèmes de santé (Tableau 1.6), 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 (une 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.

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).

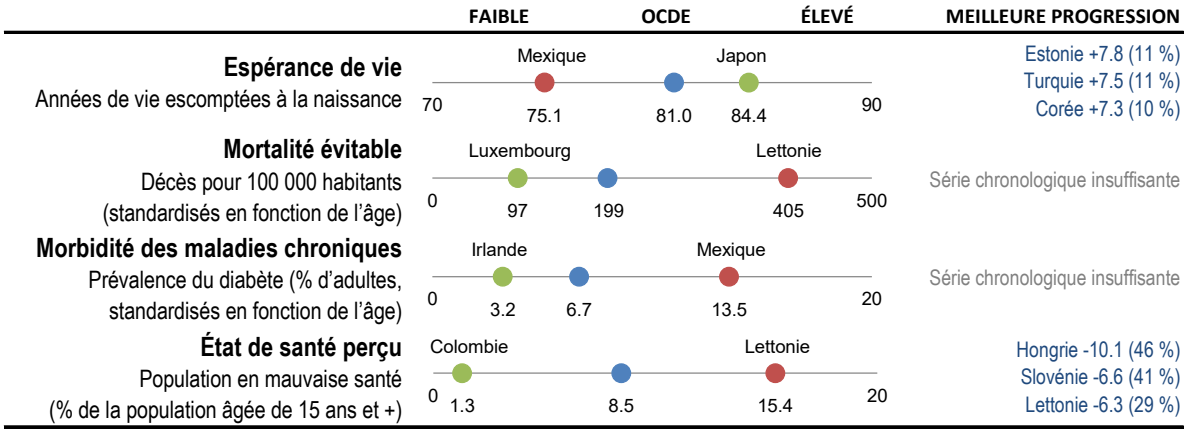
Graphiques en quadrant

Les graphiques en quadrant établissent le rapport entre les dépenses de santé par habitant et un autre indicateur présentant un intérêt (résultats de santé, qualité de la prise en charge et accès aux 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. **Vue d'ensemble de l'état de santé dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Atlas du diabète de la FID 2019.

Le Japon, la Suisse et l'Espagne se classent en tête d'un large groupe de 27 pays de l'OCDE qui affichaient en 2019 une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présentait une espérance de vie comprise entre 77 et 80 ans. La Lettonie et le Mexique sont les pays qui présentaient la plus faible espérance de vie (moins de 76 ans). L'espérance de vie s'est globalement allongée pendant la majeure partie des 50 dernières années, malgré un certain ralentissement de l'allongement de la durée de vie ces dernières années. Toutefois, le COVID-19 a eu un effet spectaculaire, l'espérance de vie ayant reculé en 2020 dans 24 des 30 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont comparables.

En 2019, le taux de mortalité évitable (grâce à la prévention et grâce aux traitements) le plus bas était observé en Luxembourg, où moins de 100 personnes pour 100 000 habitants sont décédées prématurément. Le taux de mortalité évitable était également relativement faible (moins de 150 pour 100 000 habitants) en Suisse, en Israël, en Islande, au Japon, en Italie, en Corée, en Australie, en Suède, en Espagne, aux Pays-Bas et en Norvège. Les taux les plus élevés sont enregistrés en Lettonie, Hongrie, Lituanie, Mexique et République slovaque (plus de 300 décès prématurés pour 100 000 habitants).

En 2019, c'est au Mexique, en Turquie, aux États-Unis et en Allemagne que la prévalence du diabète était la plus forte, plus de 10 % des adultes étant atteints de cette maladie (données standardisées en fonction de l'âge). Les taux de prévalence du diabète se sont stabilisés dans de

nombreux pays de l'OCDE, surtout en Europe occidentale, mais ont sensiblement progressé en Turquie. Cette évolution tient en partie à la hausse du taux d'obésité et à l'inactivité physique.

Globalement, dans l'OCDE, près de 9 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé en 2019. Ce pourcentage allait de plus de 15 % en Lettonie, en Corée, en Lituanie et au Portugal, 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 portent dans l'ensemble un jugement moins positif sur leur 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 risques (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, 2019 (ou année la plus proche)**

	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 en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	**81.0**		**199**		**6.7**		**8.5**	
Allemagne	81.4	◉	175	◉	10.4	☒	8.5	◉
Australie	83.0	◉	139	☑	5.6	◉	3.7	☑
Autriche	82.0	◉	170	◉	6.6	◉	7.8	◉
Belgique	82.1	◉	173	◉			9.1	◉
Canada	82.1	◉	172	◉	7.6	◉	2.8	☑
Chili	80.6	◉	191	◉	8.6	◉	6.6	◉
Colombie	76.7	☒	237	◉	7.4	◉	1.3	☑
Corée	83.3	◉	139	☑	6.9	◉	15.2	☒
Costa Rica	80.5	◉	209	◉	9.1	☒	s.o.	☒
Danemark	81.5	◉	167	◉			8.3	◉
Espagne	83.9	☑	141	☑	6.9	◉	7.2	◉
Estonie	78.8	◉	281	☒	4.2	☑	13.3	☒
États-Unis	78.9	◉	265	☒	10.8	☒	3.3	☑
Finlande	82.1	◉	176	◉	5.6	◉	5.6	◉
France	82.9	◉	153	◉	4.8	◉	8.9	◉
Grèce	81.7	◉	179	◉	4.7	◉	6.6	◉
Hongrie	76.4	☒	374	☒	6.9	◉	11.8	◉
Irlande	82.8	◉	172	◉	3.2	☑	3.2	☑
Islande	83.2	◉	126	☑	5.8	◉	5.9	◉
Israël	82.9	◉	125	☑	9.7	☒	11.0	◉
Italie	83.6	☑	136	☑	5.0	◉	7.0	◉
Japon	84.4	☑	130	☑	5.6	◉	13.6	☒
Lettonie	75.5	☒	405	☒	5.0	◉	15.4	☒
Lituanie	76.4	☒	364	☒	3.8	☑	15.2	☒
Luxembourg	82.7	◉	97	☑	5.0	◉	9.0	◉
Mexique	75.1	☒	366	☒	13.5	☒		
Norvège	83.0	◉	145	☑	5.3	◉	8.6	◉
Nouvelle-Zélande	82.1	◉	168	◉	6.2	◉	2.6	☑

Tableau 1.2. **Tableau de bord sur l'état de santé, 2019 (ou année la plus proche)** *(suite)*

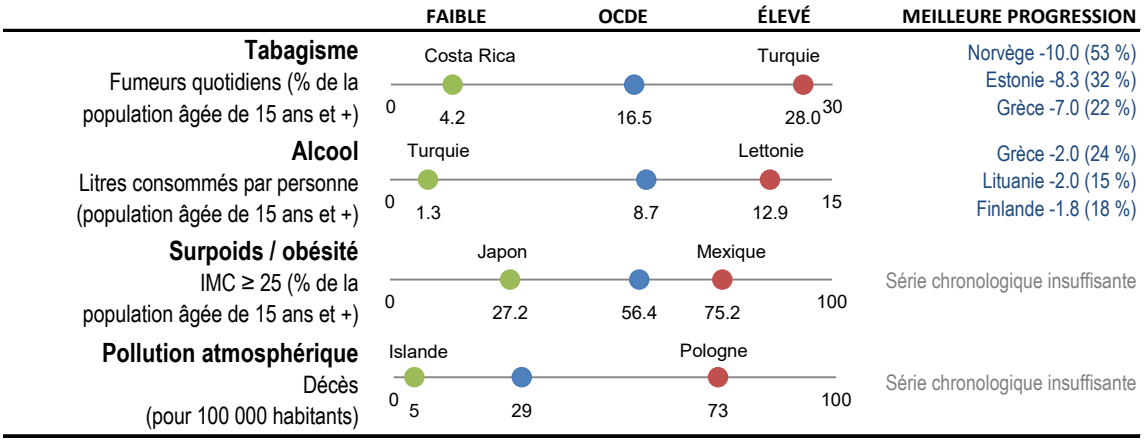
	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidité des maladies chroniques		État de santé perçu	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
Pays-Bas	82.2	◉	145	☑	5.4	◉	5.5	◉
Pologne	78.0	☒	268	☒	6.1	◉	12.8	☒
Portugal	81.8	◉	173	◉	9.8	☒	15.2	☒
République slovaque	77.8	☒	322	☒	6.5	◉	12.6	☒
République tchèque	79.3	◉	234	◉	7.0	◉	10.4	◉
Royaume-Uni	81.4	◉	188	◉	3.9	☑	7.4	◉
Slovénie	81.6	◉	185	◉	5.9	◉	9.6	◉
Suède	83.2	◉	140	☑	4.8	◉	5.1	◉
Suisse	84.0	☑	122	☑	5.7	◉	4.2	☑
Turquie	78.6	◉	216	◉	11.1	☒	10.4	◉

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie, la Lituanie et le Mexique sont exclus du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique 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 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, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, 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 2019, la proportion de personnes fumant quotidiennement variait d'environ 25 % ou plus en Turquie, en Grèce, en Hongrie, au Chili et en France à moins de 10 % au Costa Rica, au Mexique, en Islande et en

Norvège. Les taux de tabagisme quotidien ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, passant de 21.3 % en moyenne en 2009 à 16.5 % en 2019. En République slovaque et en Turquie, en revanche, il a légèrement augmenté.

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 a enregistré la consommation la plus élevée en 2019 (12.9 litres d'alcool pur par personne et par an), suivie de l'Autriche et de la République tchèque. Les niveaux de consommation sont comparativement faibles en Turquie, en Israël, au Costa Rica, en Colombie et au Mexique (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans 29 pays de l'OCDE depuis 2009. La consommation excessive d'alcool est un problème particulièrement préoccupant dans certains pays, notamment la Lettonie et la Hongrie.

L'obésité est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Les taux d'obésité progressent depuis quelques décennies dans quasiment tous les pays de l'OCDE : en 2019, 56 % de la population de l'OCDE était en surcharge pondérale ou obèse. C'est au Mexique, au Chili et aux États-Unis que le taux d'obésité est le plus élevé, et au Japon et en Corée qu'il est le plus faible. Les informations relatives à la surcharge pondérale (obésité comprise) présentées ici se fondent sur des données mesurées et autodéclarées. Une certaine prudence s'impose lorsque l'on compare des pays dont les outils de mesure diffèrent, car les données mesurées sont généralement plus élevées.

La pollution atmosphérique n'est pas seulement une grave menace pour l'environnement ; elle nuit aussi à 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.

Tableau 1.3. **Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé, 2019 (ou année la plus proche)**

	Tabagisme		Alcool		Surpoids / obésité			Pollution atmosphérique	
	Fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus)		Litres consommés par personne (population âgée de 15 ans et +)		IMC ≥ 25 (% de la population âgée de 15 ans et +)		Autodéclaré	Décès (pour 100 000 habitants)	
OCDE	**16.5**		**8.7**		**56.4**			**29**	
Allemagne	18.8	◉	10.6	◉	60.0	◉		32	◉
Australie	11.2	◉	9.5	◉	65.2	◉		7	☑
Autriche	20.6	◉	11.6	☒	51.1	◉	*	27	◉
Belgique	15.4	◉	9.2	◉	55.4	◉		30	◉
Canada	10.3	☑	8	◉	59.8	◉	*	10	☑
Chili	24.5	☒	7.1	◉	74.2	☒		31	◉
Colombie			4.1	☑				26	◉
Corée	16.4	◉	8.3	◉	33.7	☑		43	◉
Costa Rica	4.2	☑	3.1	☑				19	◉
Danemark	16.9	◉	9.5	◉	48.8	◉	*	22	◉
Espagne	19.8	◉	10.7	◉	50.2	◉	*	19	◉
Estonie	17.9	◉	10.4	◉	51.3	◉		12	◉
États-Unis	10.9	☑	8.9	◉	73.1	☒		15	◉
Finlande	13.0	◉	8.2	◉	67.6	☒		7	☑
France	24	☒	11.4	◉	49.0	◉		20	◉

Tableau 1.3. **Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé, 2019 (ou année la plus proche)** *(suite)*

	Tabagisme		Alcool		Surpoids / obésité			Pollution atmosphérique	
	Fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus)		Litres consommés par personne (population âgée de 15 ans et +)		IMC ≥ 25 (% de la population âgée de 15 ans et +)		Autodéclaré	Décès (pour 100 000 habitants)	
Grèce	24.9	☒	6.3	◉	57.2	◉	*	55	☒
Hongrie	24.9	☒	11.4	◉	67.6	☒		72	☒
Irlande	14.0	◉	10.8	◉	61.0	◉		11	☑
Islande	8.2	☑	7.7	◉	65.4	◉	*	5	☑
Israël	16.4	◉	3.1	☑	50.9	◉		27	◉
Italie	18.6	◉	7.7	◉	46.4	◉	*	41	◉
Japon	16.7	◉	7.1	◉	27.2	☑		31	◉
Lettonie	22.6	☒	12.9	☒	58.7	◉		59	☒
Lituanie	18.9	◉	11.1	◉	55.0	◉	*	46	◉
Luxembourg	16.8	◉	11	◉	48.4	◉	*	15	◉
Mexique	7.6	☑	4.4	☑	75.2	☒		29	◉
Norvège	9.0	☑	6.1	◉	48.0	◉	*	7	☑
Nouvelle-Zélande	12.5	◉	8.8	◉	65.1	◉		6	☑
Pays-Bas	15.4	◉	8.2	◉	48.4	◉	*	27	◉
Pologne	17.1	◉	11	◉	56.7	◉	*	73	☒
Portugal	14.2	◉	10.4	◉	67.6	☒		20	◉
République slovaque	21	◉	10.3	◉	57.7	◉	*	64	☒
République tchèque	18.1	◉	11.9	☒	58.4	◉	*	59	☒
Royaume-Uni	15.8	◉	9.7	◉	64.2	◉		21	◉
Slovénie	17.4	◉	11.1	◉	56.5	◉	*	40	◉
Suède	10.4	☑	7.1	◉	49.1	◉	*	6	☑
Suisse	19.1	◉	9.3	◉	41.8	☑	*	16	◉
Turquie	28	☒	1.3	☑	64.4	◉		50	☒

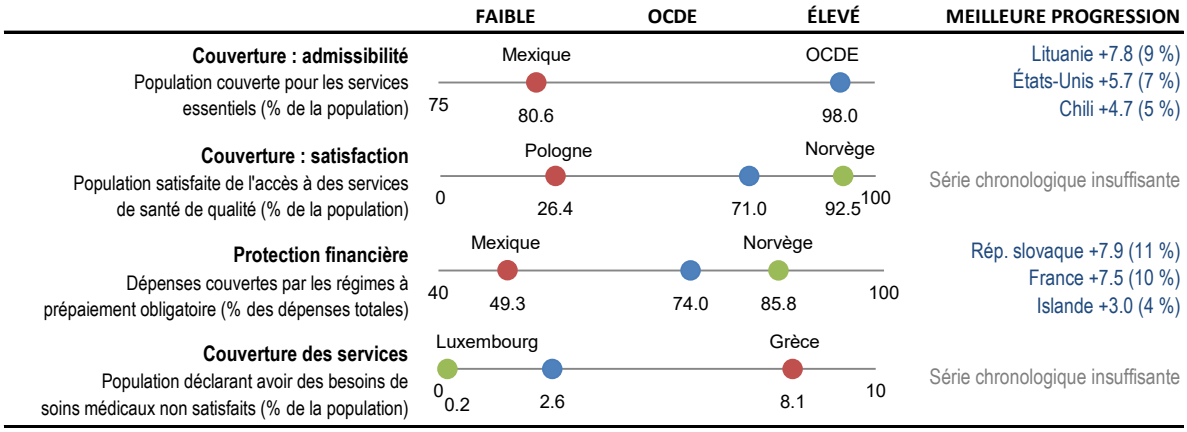
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la pollution atmosphérique. * Sous-estimation probable de l'obésité car les données sont autodéclarées.

Accès aux soins

Un accès équitable aux soins est essentiel pour obtenir une société inclusive et des systèmes de santé performants. Le taux de couverture, mesurée 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 de soins 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.

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 2019, la couverture de la population était inférieure à 90 % au Mexique et aux États-Unis, et à 95 % dans cinq autres pays (Costa Rica, Pologne, Hongrie, République slovaque et Colombie).

Graphique 1.4. **Accès aux soins dans l'OCDE, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses). Indicateur de la couverture de la population, degré de satisfaction d'après des données de 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Gallup World Poll 2020.

La satisfaction quant à la disponibilité de services de santé de qualité donne une indication de la couverture réelle des services. En moyenne, en 2020, dans les pays de l'OCDE, 71 % des personnes étaient satisfaites de la disponibilité de services de santé de qualité à proximité de leur domicile. C'est en Norvège, en Belgique, aux Pays-Bas et en Suisse que les habitants étaient les plus susceptibles d'être satisfaits (plus de 90 %), alors qu'ils étaient moins de 50 % dans ce cas en Pologne (26 %), en Grèce (38 %), au Chili (39 %), en Colombie (47 %) et au Mexique (48 %).

Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. En 2019, dans l'OCDE, les trois quarts environ des frais de santé étaient financés par des fonds publics. Toutefois, au Mexique, moins de la moitié de l'ensemble des dépenses de santé étaient couvertes par des dispositifs publics, tandis qu'en Lettonie, au Portugal, en Grèce et en Corée, seuls 60 % environ de l'ensemble des coûts étaient couverts. Le Mexique a toutefois sensiblement amélioré la couverture de la population et la protection financière au cours de la décennie écoulée.

S'agissant de la couverture des services, en moyenne dans les 27 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données comparables, seuls 2.6 % de la population ont déclaré en 2019 avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente. Toutefois, en Estonie, plus de 15 % de la population déclarait avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits. L'accessibilité aux soins était également limitée en Grèce, 8 % environ de la population déclarant avoir des besoins non satisfaits en la matière. Les disparités socio-économiques sont significatives dans la plupart des pays, le gradient de revenu le plus marqué étant observé en Grèce, en Turquie, en Lettonie et en Islande.

Tableau 1.4. **Tableau de bord sur l'accès aux soins, 2019 (ou année la plus proche)**

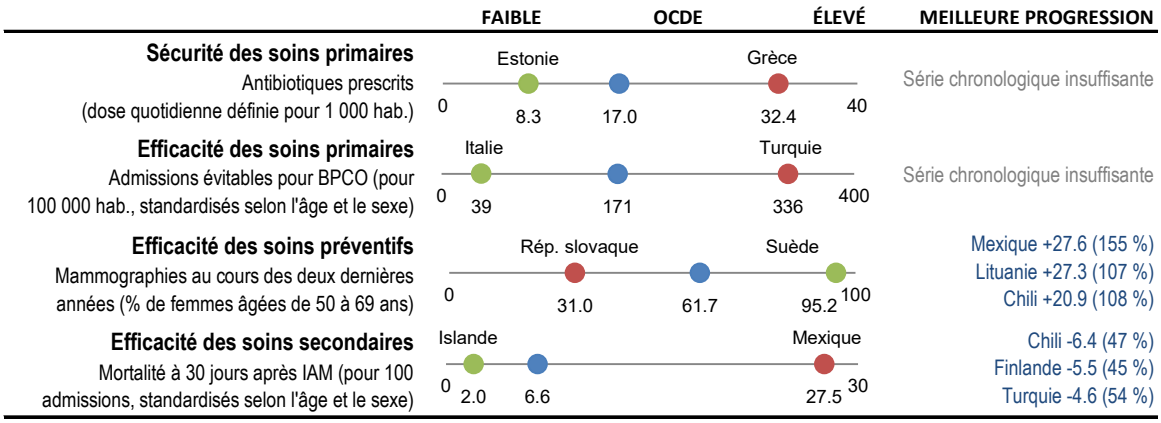
	Couverture : admissibilité		Couverture : satisfaction		Protection financière		Couverture des services	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité (% de la population)		Dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire (% des dépenses totales)		Population déclarant avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits (% de la population)	
OCDE	**98.0**		**71.0**		**74.0**			
Allemagne	100	◉	85	◉	84.6	☑	0.3	☑
Australie	100	◉	83	◉	66.6	◉		
Autriche	99.9	◉	86	◉	75.2	◉	0.3	☑
Belgique	98.6	◉	92	☑	76.8	◉	1.8	◉
Canada	100	◉	78	◉	70.2	◉		
Chili	95.7	◉	39	☒	60.6	◉		
Colombie	94.7	◉	47	☒	77.5	◉		
Corée	100	◉	71	◉	61.0	◉		
Costa Rica	91.1	☒	63	◉	73.9	◉		
Danemark	100	◉	89	☑	83.3	☑	1.8	◉
Espagne	100	◉	70	◉	70.6	◉	0.2	☑
Estonie	95.0	◉	61	◉	74.5	◉	15.5	☒
États-Unis	89.8	☒	83	◉	82.7	◉		
Finlande	100	◉	85	◉	77.8	◉	4.7	☒
France	99.9	◉	71	◉	83.7	☑	1.2	◉
Grèce	100.0	◉	38	☒	59.8	◉	8.1	☒
Hongrie	94.0	☒	62	◉	68.3	◉	1.0	◉
Irlande	100	◉	66	◉	74.6	◉	2.0	◉
Islande	100	◉	81	◉	82.9	◉	3.4	◉
Israël	100	◉	72	◉	64.8	◉		
Italie	100	◉	61	◉	73.8	◉	1.8	◉
Japon	100	◉	73	◉	83.8	☑		
Lettonie	100	◉			60.8	◉	4.3	◉
Lituanie	98.7	◉	51	☒	66.4	◉	1.4	◉
Luxembourg	100	◉	85	◉	85.0	☑	0.2	☑
Mexique	80.6	☒	48	☒	49.3	☒		
Norvège	100	◉	93	☑	85.8	☑	0.8	◉
Nouvelle-Zélande	100	◉	77	◉	79.2	◉		
Pays-Bas	99.9	◉	92	☑	82.6	◉	0.2	☑
Pologne	93.4	☒	26	☒	71.8	◉	4.2	◉
Portugal	100	◉	67	◉	61.0	◉	1.7	◉
République slovaque	94.6	◉	58	◉	79.8	◉	2.7	◉
République tchèque	100	◉	75	◉	81.8	◉	0.5	☑
Royaume-Uni	100	◉	75	◉	78.5	◉	4.5	☒
Slovénie	100	◉	85	◉	72.8	◉	2.9	◉
Suède	100	◉	82	◉	84.9	☑	1.4	◉
Suisse	100	◉	91	☑	66.8	◉	0.7	☑
Turquie	98.8	◉	62	◉	77.9	◉	3.0	◉

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. L'Estonie est exclue du calcul de l'écart type pour les besoins non satisfaits.

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 admissions évitables à l'hôpital pour BPCO 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 30 jours après un infarctus aigu du myocarde (IAM) 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 l'OCDE et le Tableau 1.5 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.5. **Qualité des soins dans l'OCDE, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

La surconsommation, la sous-consommation ou le mésusage des antibiotiques et d'autres médicaments sous ordonnance contribuent à la résistance accrue aux antimicrobiens et représentent des dépenses inutiles. Le volume total des antibiotiques prescrits en 2019 varie du simple au quadruple selon les pays, l'Estonie, la Suède et l'Allemagne déclarant les volumes les plus faibles, alors que l'Islande, l'Australie et la Grèce ont enregistrés les volumes les plus élevés. Dans l'OCDE, le nombre d'antibiotiques prescrits a légèrement augmenté au fil du temps.

La BPCO est une affection pour laquelle il existe des traitements efficaces au stade des soins primaires, et les hospitalisations pour cette pathologie peuvent traduire des problèmes de qualité des services de soins primaires. En 2019, les taux d'admission variaient de 1 à 8 dans les pays de l'OCDE, l'Italie, le Mexique et le Chili affichant les taux les plus bas, tandis que la Turquie, l'Irlande et l'Australie déclaraient les taux les plus élevés. À quelques exceptions près, les différences entre les pays sont globalement similaires en ce qui concerne les hospitalisations évitables pour asthme, insuffisance cardiaque congestive et diabète (voir le chapitre 6).

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 2019, la Suède enregistrait le dépistage par mammographie le plus fréquent (95 % des femmes âgées de 50 à 69 ans), le Danemark, l'Espagne, la Finlande et le Portugal affichant également des taux de dépistage légèrement supérieurs à 80 %. Les taux de dépistage les plus faibles étaient observés en République slovaque, en Turquie, en Hongrie et en Lettonie (tous inférieurs à 40 %). Le COVID-19 a eu un impact important sur les programmes de

dépistage, entraînant une réduction des taux de dépistage en 2020 dans six des sept pays pour lesquels des données sont disponibles.

Le taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM) est un indicateur avéré de la qualité des soins intensifs. Depuis les années 70, il est en recul constant dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore entre pays. Le Mexique affiche de loin le taux le plus élevé de mortalité dans les 30 jours suivant un IAM (27.5 décès pour 100 admissions) ; les taux sont aussi relativement hauts en Lettonie. À l'autre extrémité, on trouve l'Islande, les Pays-Bas, la Norvège et l'Australie, à environ 3 % ou moins (comparaisons fondées sur des données non croisées).

Tableau 1.5. **Tableau de bord sur la qualité des soins, 2019 (ou année la plus proche)**

	Sécurité des soins primaires		**Efficacité des soins primaires**		**Efficacité des soins préventifs**		**Efficacité des soins secondaires**	
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Admissions évitables pour BPCO (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Dépistage par mammographie au cours des 2 dernières années (% de femmes âgées de 50 à 69 ans)		Mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 admissions, standardisés en fonction de l'âge et du sexe)	
OCDE	**17.0**		**171**		**61.7**		**6.6**	
Allemagne	11.4	◉	250	◉	50.1	◉	8.3	◉
Australie	32.2	☒	300	☒	54.5	◉	3.2	☑
Autriche	12.1	◉	193	◉	74.5	◉	5.2	◉
Belgique	15.9	◉	279	☒	60.2	◉	6.4	◉
Canada	14.2	◉	213	◉	62.0	◉	4.6	☑
Chili			66	☑	40.1	☒	7.2	◉
Colombie			120	◉			5.6	◉
Corée	23.7	☒	152	◉	70.2	◉	8.9	☒
Costa Rica			99	◉				
Danemark	13.0	◉	287	☒	83.2	☑	4.5	☑
Espagne	23.1	◉	177	◉	81.5	☑	6.5	◉
Estonie	8.3	☑	85	☑	55.9	◉	9.2	☒
États-Unis			194	◉	76.5	◉	4.9	◉
Finlande	12.6	◉	125	◉	81.3	☑	6.8	◉
France	23.3	☒	120	◉	48.8	◉	5.6	◉
Grèce	32.4	☒			65.7	◉		
Hongrie	13.3	◉			39.1	☒		
Irlande	21.0	◉	336	☒	71.6	◉	4.7	◉
Islande	24.7	☒	124	◉	59.3	◉	2.0	☑
Israël	19.6	◉	155	◉	72.1	◉	5.3	◉
Italie	19.8	◉	39	☑	60.7	◉	5.4	◉
Japon	13.1	◉			44.6	☒	9.7	☒
Lettonie	12.0	◉	152	◉	39.1	☒	14.4	☒
Lituanie	13.4	◉	194	◉	52.9	◉	9.3	☒
Luxembourg	19.8	◉	181	◉	55.1	◉	8.5	◉
Mexique			65	☑	45.4	☒	27.5	☒
Norvège	13.6	◉	221	◉	71.6	◉	3.2	☑
Nouvelle-Zélande			298	☒	71.5	◉	4.3	☑
Pays-Bas	12.3	◉	176	◉	76.1	◉	2.9	☑
Pologne	22.2	◉	121	◉	53.7	◉	4.7	◉
Portugal	17.9	◉	79	☑	80.2	☑	7.3	◉
République slovaque	18.0	◉	110	◉	31.0	☒	6.3	◉
République tchèque			134	◉	60.9	◉	7.0	◉
Royaume-Uni	15.6	◉	223	◉	75.1	◉	6.6	◉

Tableau 1.5. **Tableau de bord sur la qualité des soins, 2019 (ou année la plus proche)** *(suite)*

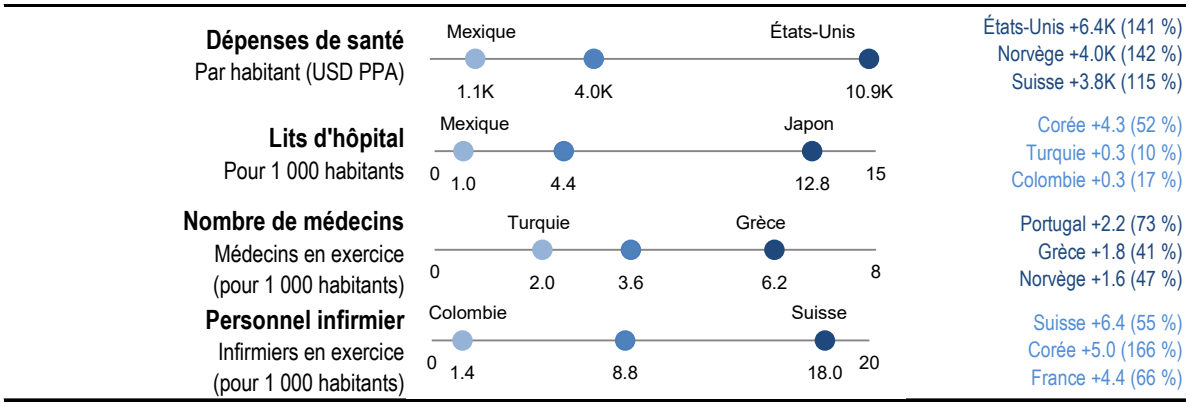
	Sécurité des soins primaires		Efficacité des soins primaires		Efficacité des soins préventifs		Efficacité des soins secondaires	
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Admissions évitables pour BPCO (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Dépistage par mammographie au cours des 2 dernières années (% de femmes âgées de 50 à 69 ans)		Mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 admissions, standardisés en fonction de l'âge et du sexe)	
Slovénie	11.5	◉	90	☑	76.8	◉	4.2	☑
Suède	9.2	☑	140	◉	95.2	☑	3.5	☑
Suisse			141	◉	49.0	◉	5.1	◉
Turquie	12.0	◉	336	☒	36.0	☒	3.9	☑

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Lettonie et le Mexique sont exclus du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM. L'efficacité des soins aux patients atteints d'un cancer indique les données totales pour tous les pays disponibles dans CONCORD-3.

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 en santé ne se traduit cependant pas automatiquement par une amélioration des résultats sanitaires – 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. Les lits d'hôpital sont un indicateur de la capacité en termes de soins aigus. 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, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

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 de santé, de qualité et d'accès aux 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.

Les États-Unis consacrent à la santé des dépenses considérablement plus élevées que tous les autres pays (près de 11 000 USD par habitant en 2019, corrigés des parités de pouvoir d'achat), et sont aussi ceux qui dépensent le plus en pourcentage du PIB. Les dépenses de santé sont également élevées en Suisse, en Norvège et en Allemagne. Les plus faibles sont observées au Mexique, en Turquie et en Colombie, où elles représentent environ un quart de la moyenne de l'OCDE. Mis à part le ralentissement temporaire observé au lendemain de la crise financière de 2008, les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter dans tous les pays ces dernières décennies. Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19, les données préliminaires pour 2020 indiquent une forte augmentation des dépenses de santé globales, d'environ 5.1 % en moyenne.

Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers dans un système de santé est donc un indicateur important pour contrôler l'utilisation des ressources. En 2019, le nombre de médecins allait de moins de 2.5 pour 1 000 habitants en Turquie, en Colombie, en Pologne et au Mexique, à plus de cinq 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 moins de 9 infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2019, dans une fourchette allant de moins de 3 pour 1 000 en Colombie, en Turquie et au Chili, à environ 18 pour 1 000 en Suisse et en Norvège.

Le nombre de lits d'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. La pandémie de 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 excessive et, par conséquent, des coûts, notamment pour les patients dont l'état ne s'améliorera pas forcément avec des soins intensifs. En 2019, on recensait en moyenne 4.4 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. Toutefois, le Japon et la Corée en ont davantage (12 à 13 lits pour 1 000 habitants), tandis que leur nombre est relativement faible au Mexique, au Costa Rica et en Colombie.

Tableau 1.6. **Tableau de bord sur les capacités et les ressources des systèmes de santé, 2019 (ou année la plus proche)**

	Dépenses de santé		Lits d'hôpital		Nombre de médecins		Personnel infirmier	
	Par habitant (USD PPA)		Pour 1 000 habitants		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)	
OCDE	**4 087**		**4.4**		**3.6**		**8.8**	
Allemagne	6 518	●	7.9	●	4.4	◉	13.9	●
Australie	4 919	◉	3.8	◉	3.8	◉	12.2	◉
Autriche	5 705	◉	7.2	●	5.3	●	10.4	◉
Belgique	5 458	◉	5.6	◉	3.2	◉	11.1	◉
Canada	5 370	◉	2.5	○	2.7	◉	10.0	◉
Chili	2 291	○	2.0	○	2.6	◉	2.9	○
Colombie	1 276	○	1.7	○	2.3	○	1.4	○
Corée	3 406	◉	12.4	●	2.5	○	7.9	◉
Costa Rica	1 600	○	1.1	○	3.1	◉	3.4	○
Danemark	5 478	◉	2.6	○	4.2	◉	10.1	◉
Espagne	3 600	◉	3.0	◉	4.4	◉	5.9	◉
Estonie	2 507	◉	4.5	◉	3.5	◉	6.2	◉
États-Unis	10 948	●	2.8	◉	2.6	◉	12.0	◉
Finlande	4 561	◉	3.4	◉	3.2	◉	14.3	●
France	5 274	◉	5.8	◉	3.2	◉	11.1	◉

Tableau 1.6. **Tableau de bord sur les capacités et les ressources des systèmes de santé, 2019 (ou année la plus proche)** *(suite)*

	Dépenses de santé		Lits d'hôpital		Nombre de médecins		Personnel infirmier	
	Par habitant (USD PPA)		Pour 1 000 habitants		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)	
Grèce	2 319	◡	4.2	◉	6.2	◠	3.4	◡
Hongrie	2 170	◡	6.9	◠	3.5	◉	6.6	◉
Irlande	5 083	◉	2.9	◉	3.3	◉	12.9	◉
Islande	4 541	◉	2.8	◉	3.9	◉	15.4	◠
Israël	2 903	◉	3.0	◉	3.3	◉	5.0	◉
Italie	3 653	◉	3.2	◉	4.1	◉	6.2	◉
Japon	4 691	◉	12.8	◠	2.5	◡	11.8	◉
Lettonie	2 074	◡	5.4	◉	3.3	◉	4.4	◡
Lituanie	2 727	◉	6.4	◠	4.6	◠	7.7	◉
Luxembourg	5 414	◉	4.3	◉	3.0	◉	11.7	◉
Mexique	1 133	◡	1.0	◡	2.4	◡	2.9	◡
Norvège	6 745	◠	3.5	◉	5.0	◠	17.9	◠
Nouvelle-Zélande	4 212	◉	2.5	◡	3.4	◉	10.2	◉
Pays-Bas	5 739	◉	3.1	◉	3.7	◉	10.7	◉
Pologne	2 289	◡	6.2	◉	2.4	◡	5.1	◉
Portugal	3 347	◉	3.5	◉	5.0	◠	7.1	◉
République slovaque	2 189	◡	5.8	◉	3.6	◉	5.7	◉
République tchèque	3 417	◉	6.6	◠	4.1	◉	8.6	◉
Royaume-Uni	4 500	◉	2.5	◡	3.0	◉	8.2	◉
Slovénie	3 303	◉	4.4	◉	3.3	◉	10.3	◉
Suède	5 552	◉	2.1	◡	4.3	◉	10.9	◉
Suisse	7 138	◠	4.6	◉	4.4	◉	18.0	◠
Turquie	1 267	◡	2.9	◉	2.0	◡	2.4	◡

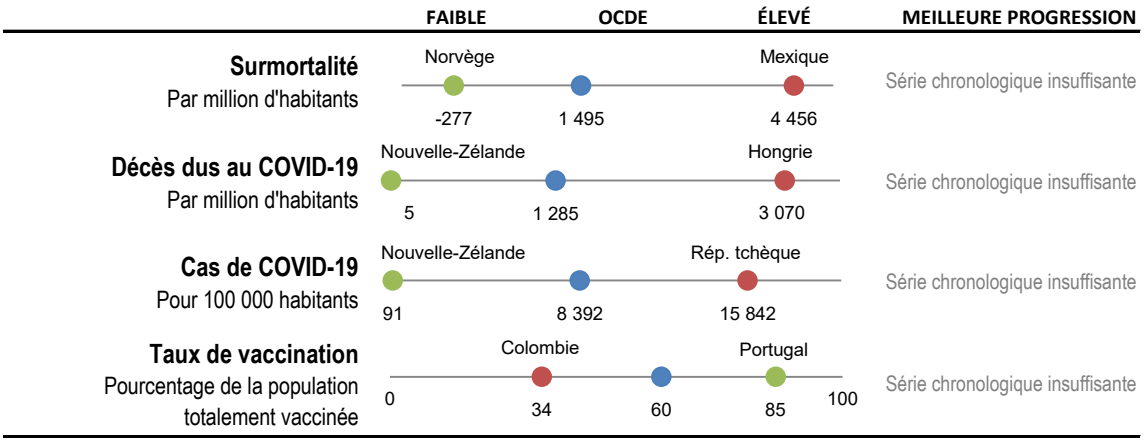
Note : ◠ Au-dessus de la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ◡ Au-dessous de la moyenne de l'OCDE. Les données sur le Chili, le Costa Rica, la Grèce et le Portugal englobent tous les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation. Le Japon et la Corée sont exclus du calcul de l'écart-type pour les lits d'hôpital. Les États-Unis sont exclus du calcul de l'écart-type pour les dépenses de santé par habitant.

COVID-19

La pandémie de COVID-19 a coûté la vie à des millions de personnes, et beaucoup d'autres souffrent de problèmes de santé directement ou indirectement imputables au coronavirus. Au moment de la publication, près de 250 millions de cas avaient été diagnostiqués, et près de 5 millions de personnes avaient succombé au virus. Ces chiffres sont cependant en deçà de la réalité, dans la mesure où de nombreux cas et décès ne sont pas dûment comptabilisés. Par conséquent, en plus des cas de COVID-19 et des décès dus au virus, la surmortalité – qui mesure les décès au-delà de ce qu'on pourrait normalement attendre pendant une période donnée, toutes causes confondues – constitue un indicateur complémentaire. La surmortalité tient compte des décès dus au COVID-19 non déclarés et des décès indirectement causés par le virus (voir le chapitre 2 pour la méthodologie utilisée). Le Graphique 1.7 présente une vue d'ensemble de la situation liée au COVID-19 dans l'OCDE et le Tableau 1.7 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays, notamment en ce qui concerne les différences de taux de vaccination.

Dans tous les pays de l'OCDE sauf un, il y a eu plus de décès, sur une période de 18 mois, depuis janvier 2020 qu'il n'y en a eu en moyenne, sur une période équivalente, entre 2015 et 2019. Les plus forts taux de surmortalité ont été enregistrés au Mexique (4 456 décès supplémentaires par million d'habitants), suivi de la Pologne (3 663), la République tchèque (3 465) et la

Graphique 1.7. **Vue d'ensemble de la situation liée au COVID-19 dans les pays de l'OCDE, 2020-21**



Note : Données sur la surmortalité et les décès dus au COVID-19 jusqu'à la semaine 26 de 2021, sauf pour l'Australie (semaine 25), le Canada (semaine 22) et la Colombie (semaine 18). Données sur les cas de COVID-19 et les taux de vaccination jusqu'à la semaine 39 de 2021. Voir le chapitre 2 pour les méthodes de calcul utilisées pour la surmortalité.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Our World in Data 2021.

République slovaque (3 133). La surmortalité a été négative en Norvège et relativement faible en Corée, en Islande, au Danemark, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Les pays affichant le plus grand nombre de décès par habitant dus au COVID-19 étaient, en général, des pays affichant aussi des taux de surmortalité supérieurs, à quelques exceptions notables près. C'est en Hongrie et en République tchèque que les taux de décès par COVID-19 déclarés jusqu'au début d'octobre 2021 étaient les plus élevés. Les décès comptabilisés dus au COVID-19 étaient inférieurs à 50 par million d'habitants en Nouvelle-Zélande, en Australie et en Corée. La surmortalité est beaucoup plus élevée que les décès dus au COVID-19 comptabilisés au Mexique et en Pologne – ce qui peut indiquer une sous-déclaration de certains décès dus au COVID-19 et/ou des décès supplémentaires dus à d'autres facteurs, y compris des conséquences indirectes du virus. La Belgique, la Suède et le Royaume-Uni enregistrent un taux de mortalité due au COVID-19 nettement supérieur au taux de surmortalité, ce qui peut résulter d'une surestimation des décès liés au COVID-19 et/ou d'une baisse de la mortalité due à d'autres causes.

Au début d'octobre 2021, le nombre cumulé de cas déclarés de COVID-19 dépassait ou approchait 15 000 pour 100 000 habitants en République tchèque, en Israël, en République slovaque et en Slovénie, tandis qu'il était inférieur à 1 000 en Nouvelle-Zélande (91), en Australie (437) et en Corée (624).

En ce qui concerne les taux de vaccination, au début d'octobre 2021, le Portugal affichait la couverture vaccinale complète la plus élevée (85.2 %), suivi de l'Islande (80.5 %) et de l'Espagne (78.6 %). La Colombie et le Mexique enregistraient la couverture vaccinale la plus faible (respectivement 33.6 % et 35.4 %).

Tableau 1.7. **Tableau de bord sur le COVID-19, 2020-21**

	Surmortalité		Décès dus au COVID-19		Cas de COVID-19		Taux de vaccination	
	Par million d'habitants		Par million d'habitants		Pour 100 000 habitants		Pourcentage de la population totalement vaccinée	
OCDE	**1 495**		**1 285**		**8 392**		**60.0**	
Allemagne	925	◉	1 095	◉	5 117	◉	64.2	◉
Australie	211	☑	36	☑	437	☑	45.6	☒
Autriche	1 270	◉	1 180	◉	8 368	◉	60.1	◉
Belgique	1 374	◉	2 186	☒	10 867	◉	72.6	◉
Canada	1 125	◉	699	◉	4 347	◉	71.2	◉
Chili	2 138	◉	1 739	◉	8 669	◉	73.7	☑
Colombie	2 323	◉	2 151	☒	9 754	◉	33.6	☒
Corée	52	☑	40	☑	624	☑	52.7	◉
Costa Rica			928	◉	10 560	◉	42.6	☒
Danemark	195	☑	436	☑	6 190	◉	75.3	☑
Espagne	1 841	◉	1 710	◉	10 490	◉	78.6	☑
Estonie	1 396		956	◉	11 956	◉	53.5	◉
États-Unis	2 559	◉	1 824	◉	13 197	☒	55.2	◉
Finlande	343	☑	176	☑	2 572	☑	63.4	◉
France	1 374	◉	1 652	◉	10 438	◉	66.1	◉
Grèce	1 402	◉	1 188	◉	6 170	◉	59.4	◉
Hongrie	2 424	◉	3 070	☒	8 443	◉	58.7	◉
Irlande			1 007	◉	7 929	◉	74.2	☑
Islande	188	☑	82	☑	3 284	☑	80.5	☑
Israël	766	◉	743	◉	14 925	☒	64.4	◉
Italie	2 151	◉	2 140	☒	7 850	◉	68.3	◉
Japon	787	◉	117	☑	1 347	☑	61.2	◉
Lettonie	1 209	◉	1 325	◉	8 473	◉	46.4	☒
Lituanie	1 928	◉	1 573	◉	12 171	◉	60.3	◉
Luxembourg	879	◉	1 306	◉	12 510	◉	62.9	◉
Mexique	4 456	☒	1 812	◉	2 857	☑	35.4	☒
Norvège	-277	☑	148	☑	3 550	☑	67.0	◉
Nouvelle-Zélande	214	☑	5	☑	91	☑	41.5	☒
Pays-Bas	1 384	◉	1 020	◉	11 535	◉	67.6	◉
Pologne	3 663	☒	1 978	◉	7 670	◉	51.7	◉
Portugal	2 025		1 663	◉	10 405	◉	85.2	☑
République slovaque	3 133	☒	2 293	☒	14 828	☒	41.4	☒
République tchèque	3 465	☒	2 838	☒	15 842	☒	55.7	◉
Royaume-Uni	1 599	◉	2 232	☒	11 608	◉	66.0	◉
Slovénie	2 320	◉	2 268	☒	14 174	☒	48.3	◉
Suède	545	◉	1 420	◉	11 177	◉	64.2	◉
Suisse	1 069	◉	1 197	◉	9 810	◉	58.4	◉
Turquie			600	◉	8 672	◉	52.9	◉

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ◉ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. Données sur la surmortalité et les décès dus au COVID-19 jusqu'à la semaine 26 de 2021, sauf pour l'Australie (semaine 25), le Canada (semaine 22) et la Colombie (semaine 18). Données sur les cas de COVID-19 et les taux de vaccination jusqu'à la semaine 39 de 2021. Voir le chapitre 2 pour les méthodes de calcul utilisées pour la surmortalité.

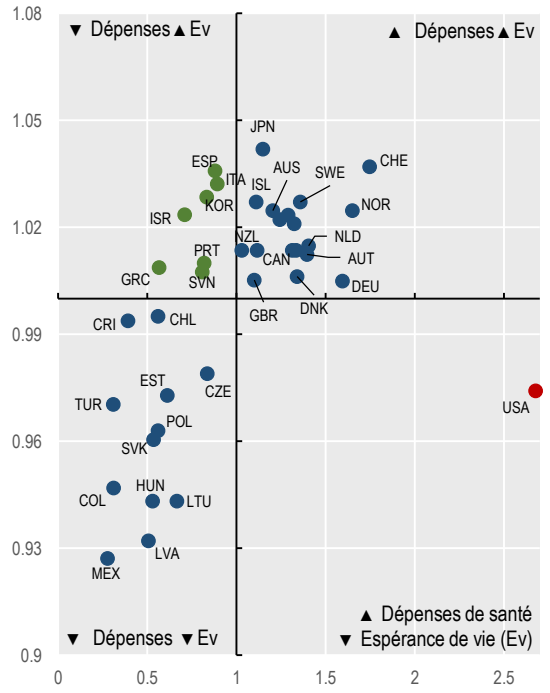
Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité et les résultats

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 performances dans trois domaines : résultats, qualité et accès aux 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.

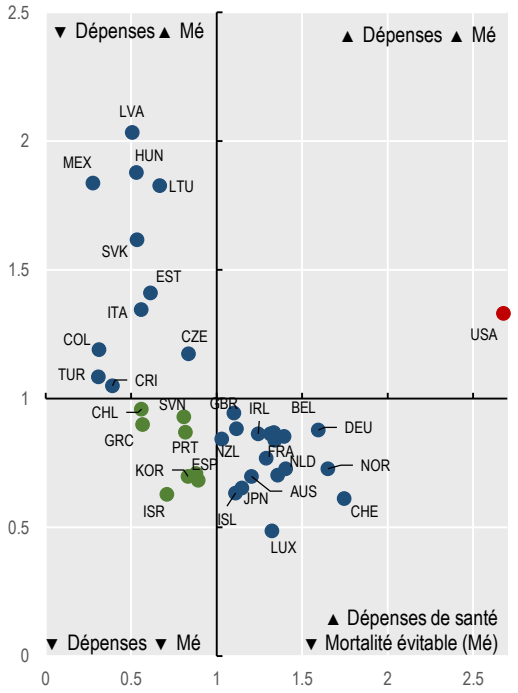
Dépenses de santé et résultats en matière de santé

Les graphiques ci-dessous montrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé enregistrent de meilleurs résultats en matière de santé (ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Graphique 1.8. **Espérance de vie et dépenses de santé**



Graphique 1.9. **Mortalité évitable (grâce à prévention et traitements) et dépenses de santé**



Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie (Graphique 1.8). Parmi les 38 pays de l'OCDE, 17 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne de l'OCDE (quadrant supérieur droit). Dans 12 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. Sept pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne 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. Il s'agit de l'Italie, de la Corée, du Portugal, de l'Espagne, de la Slovénie, de la Grèce et d'Israël. Dans le quadrant inférieur droit ne figurent que les États-Unis, dont les dépenses de

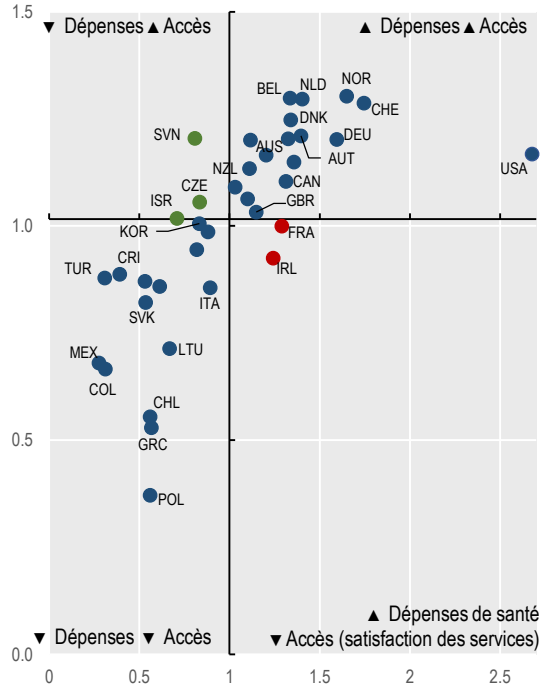
santé sont nettement plus élevées que tous les autres pays de l'OCDE, mais où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne de la zone.

Une corrélation dans le sens attendu est également évidente en ce qui concerne la mortalité évitable (Graphique 1.9). Parmi les pays de l'OCDE, 18 dépensent davantage et affichent un taux de mortalité évitable plus faible (quadrant inférieur droit), et 11 dépensent moins et enregistrent un taux de mortalité évitable plus élevé (quadrant supérieur gauche). Huit pays dépensent moins que la moyenne mais affichent des taux de mortalité évitable plus faibles – les sept pays ayant une espérance de vie relativement élevée et des dépenses de santé faibles, plus le Chili (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis dépensent davantage que la moyenne de l'OCDE et enregistrent un taux de mortalité évitable plus important.

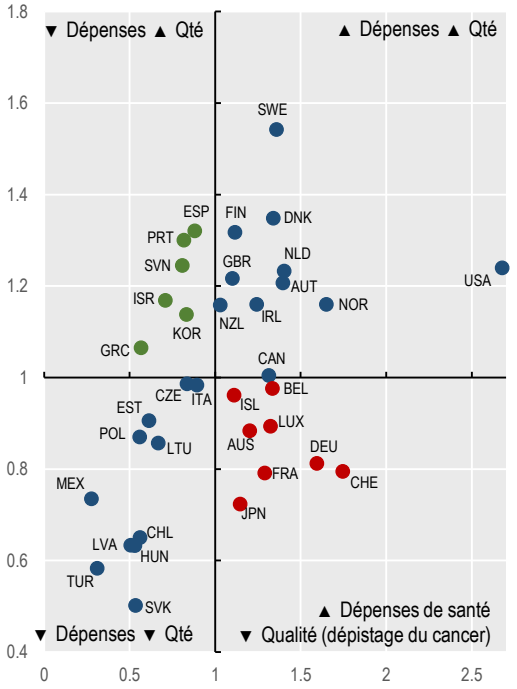
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

Les graphiques ci-dessous illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé assurent une prise en charge plus facilement accessible et de meilleure qualité (ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Graphique 1.10. **Satisfaction quant à l'accès à des services de qualité et dépenses de santé**



Graphique 1.11. **Taux de dépistage du cancer du sein et dépenses de santé**



En termes d'accès, le Graphique 1.10 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 37 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, 17 ont dépensé plus que la moyenne de l'OCDE et le pourcentage de la population satisfait de l'accès y est également plus élevé (quadrant supérieur droit). L'inverse est vrai dans 14 pays (quadrant inférieur gauche). En Irlande, les dépenses de santé sont supérieures de 24 % à la moyenne de l'OCDE, mais seulement 66 % des habitants sont satisfaits de l'accès à des services de santé de qualité à proximité de chez eux (contre 71 % en moyenne dans la zone OCDE). En Slovénie

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 1.11 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, six pays dépensent moins que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus élevés (quadrant supérieur gauche), tandis que huit pays dépensent plus que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus faibles (quadrant inférieur droit).

© OCDE 2021

Chapitre 2

L'incidence du COVID-19 sur la santé

Michael Mueller, Elina Suzuki, Gabriel Di Paolantonio, Emily Hewlett et Chris James

Le COVID-19 a eu des conséquences sanitaires désastreuses. À la mi-octobre 2021, 240 millions de personnes avaient contracté le virus, et près de 4.9 millions y avaient succombé. Qui plus est, des millions de convalescents présentent des symptômes durables qui les empêchent de reprendre une vie normale. Les cas de détresse psychologique sont devenus sensiblement plus nombreux. Il existe également un gradient social manifeste pour ce qui est du risque de contamination et de décès. Le COVID-19 a d'autre part perturbé la prise en charge des personnes atteintes d'autres pathologies. C'est ainsi que les dépistages du cancer ont fréquemment été retardés, des opérations chirurgicales non urgentes ont été reportées, l'utilisation des services d'urgence a diminué et les délais d'attente avant une intervention chirurgicale élective se sont allongés. Néanmoins, la vaccination a changé la donne en 2021, car elle a réduit le risque de maladie grave et de décès. La réticence de certaines catégories de population et la perte d'efficacité des vaccins demeurent un défi constant.

Introduction

La pandémie de COVID-19 constitue la plus grave crise sanitaire mondiale depuis la pandémie de grippe de 1918. À la mi-octobre 2021, plus de 240 millions de cas avaient été recensés, et près de 4.9 millions de personnes avaient succombé au virus (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2021[1]). Ces chiffres minimisent toutefois l'ensemble des conséquences sanitaires de la pandémie, dans la mesure où de nombreux cas et décès sont passés inaperçus. En outre, tant la maladie que les mesures d'endiguement et d'atténuation mises en œuvre pour ralentir la propagation du virus SARS-CoV-2 et de ses variants ont eu de lourdes répercussions sur la santé et le bien-être des populations et, plus largement, sur la société et l'économie.

Pour faire face à l'urgence sanitaire, il a fallu prendre des mesures draconiennes et de grande envergure qui étaient auparavant impensables dans de nombreux pays de l'OCDE. Bien des pays de l'OCDE ont pris des mesures d'endiguement et d'atténuation, différentes par leur intensité et leur durée, afin de réduire la propagation du virus lors des vagues épidémiques qui se sont succédé depuis le début de l'année 2020. Dans le même temps, les autorités compétentes ont cherché à accroître les capacités des systèmes de santé face à l'augmentation des cas graves de COVID-19, ouvrant de nouveaux lits d'hôpital, renforçant la capacité des services de soins intensifs, décrétant la mobilisation générale des professionnels de santé, et augmentant considérablement les moyens des laboratoires. Des investissements considérables ont été consacrés aux systèmes informatiques et aux outils de santé numériques dans le but de mieux suivre les patients et tracer les cas contacts et d'améliorer la précision des données de santé. Des fonds importants ont été dédiés à la recherche afin d'accélérer le développement de vaccins et de traitements efficaces.

Pourtant, dans de nombreux pays de l'OCDE, les mesures de lutte contre la pandémie n'ont pas été appliquées aussi vite ni aussi largement qu'il aurait fallu face à cette crise sans précédent (même si cela tient en partie à une certaine méconnaissance du virus). La gestion de crise s'est, en règle générale, améliorée lors des poussées épidémiques ultérieures. Il n'en reste pas moins que le défaut structurel de préparation aux situations d'urgence sanitaire et le manque de réactivité des systèmes de santé ont été révélés au grand jour. Dans son examen de la réponse mondiale à la crise du COVID-19, le *Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie* a relevé, entre autres lacunes, l'insuffisance du financement et des tests de préparation en cas de pandémie, l'absence d'action décisive pour mettre en œuvre une stratégie d'endiguement agressive, l'absence d'un leadership mondial coordonné et la lenteur du financement des interventions (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021[2]). D'autres études indépendantes, réalisées en Europe ou par le G20, dressent des constats analogues (Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable, 2021[3] ; G20, 2021[4]).

Cette crise est l'occasion d'apprendre à rendre les systèmes de santé plus résilients, en tirant les leçons de la pandémie et des mesures prises pour en contenir les effets. Le présent chapitre contribue à cette entreprise, à travers l'évaluation des conséquences directes et indirectes du COVID-19 sur la santé dans les pays membres de l'OCDE.

Le chapitre décrit tout d'abord l'ensemble des répercussions sanitaires directes du COVID-19 dans les pays de l'OCDE, assorti de chiffres clés, comme le nombre de contaminations et de décès, et d'indicateurs sur la santé de la population, tels que la surmortalité ou l'espérance de vie, et présente

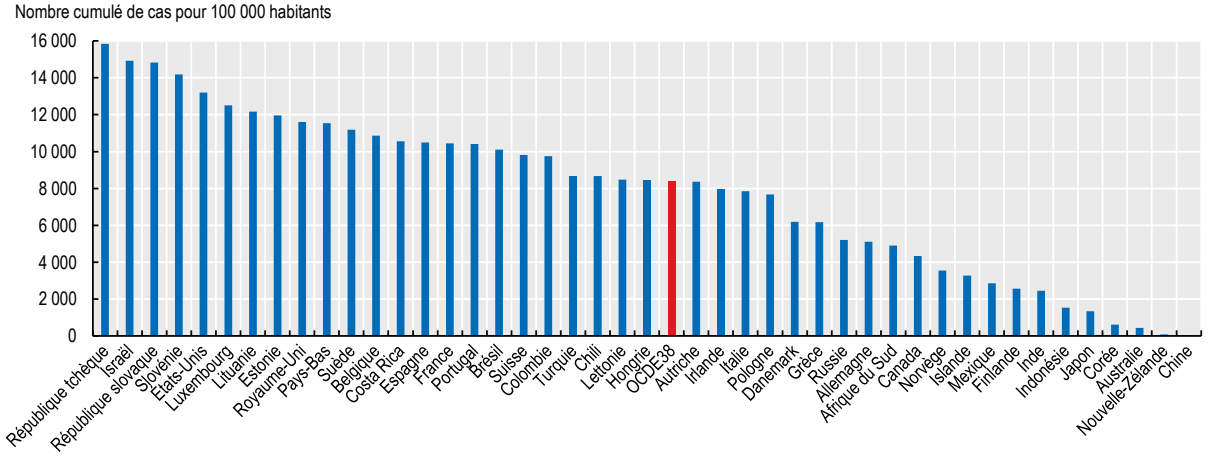
les éléments connus à ce jour concernant le « COVID long ». Une attention particulière est portée aux effets que la vaccination et l'émergence des variants ont eus sur l'évolution de la pandémie au cours de l'année 2021. L'analyse se concentrera ensuite sur certaines catégories de population particulièrement vulnérables et exposées au risque, et l'on cherchera notamment à déterminer quel gradient social peut marquer la répartition des contaminations, des malades et des décès. La dernière partie de ce chapitre sera consacrée aux conséquences indirectes du COVID-19 sur la santé, à travers ses effets néfastes sur la santé mentale, et aux perturbations dans l'accès aux soins pour les personnes atteintes d'autres pathologies.

L'incidence directe du COVID-19

Les effets directs du COVID-19 sur la santé de la population ont été considérables. Dans les 38 pays de l'OCDE, on enregistrait à la mi-octobre 2021 plus de 110 millions de contaminations et plus de 2.1 millions de décès liés au virus SARS-CoV-2. Cela représente un peu moins de la moitié de l'ensemble des contaminations (47 %) et des décès (44 %) recensés à l'échelle mondiale. Eu égard aux nombreuses contaminations asymptomatiques et aux capacités de dépistage insuffisantes dans certains pays, ce bilan est largement en deçà de la réalité. Un nombre croissant d'études de séroprévalence donnent à penser que le niveau réel des contaminations a été nettement supérieur aux chiffres officiels, et ce dans beaucoup de régions (Ioannidis, 2021[5] ; Byambasuren et al., 2021[6]).

Au début du mois d'octobre 2021, le nombre cumulé de cas déclarés de COVID-19 s'élevait en moyenne à quelque 8 400 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, avec un maximum de près de 16 000 en République tchèque et un minimum inférieur à 100 en Nouvelle-Zélande (Graphique 2.1). Les décès attribués au COVID-19 étaient compris entre plus de 3 000 par million d'habitants en Hongrie et 6 en Nouvelle-Zélande, la moyenne OCDE s'établissant à 1 370 (Graphique 2.2). Parmi les pays partenaires clés de l'OCDE, le nombre cumulé des décès attribués au COVID-19 est élevé au Brésil (2 800 par million d'habitants), mais très faible en Chine (3 par million d'habitants).

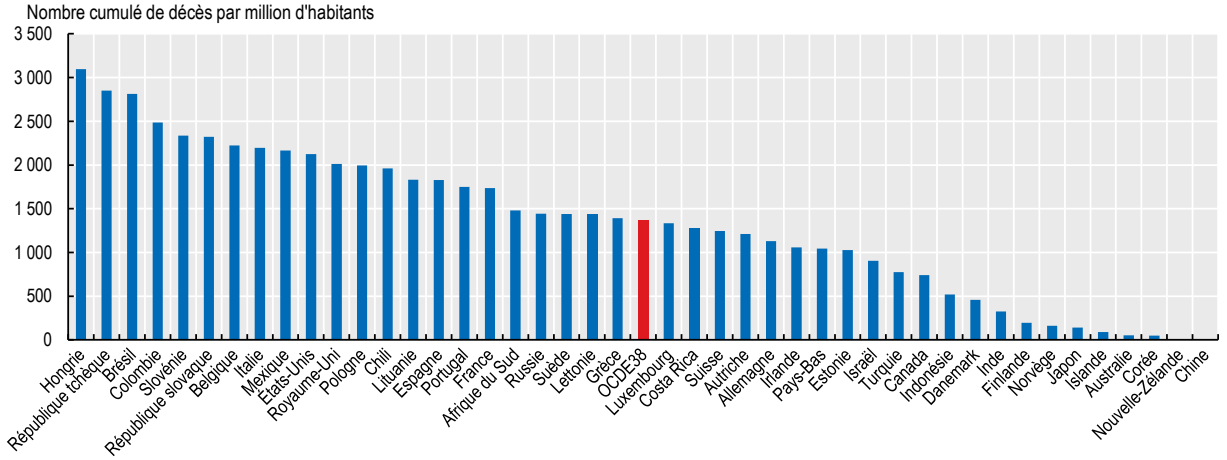
Graphique 2.1. **Nombre cumulé de cas déclarés de COVID-19 pour 100 000 habitants, de janvier 2020 à début octobre 2021**



Note : Les données dépendent de la capacité des pays à détecter les contaminations par le COVID-19 – particulièrement limitée chez beaucoup au début de la crise – et des stratégies de tests qu'ils ont mises en œuvre. Les données sont prises en compte jusqu'à la semaine 39 du calendrier de l'année civile 2021. Sont représentés dans ce graphique les pays membres de l'OCDE et les Partenaires clés (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Inde, Indonésie et Russie).

Source : ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Les données de l'ECDC sont issues de sources nationales dans le cas des pays non européens.

Graphique 2.2. **Nombre cumulé de décès par COVID-19 certains ou probables, par million d'habitants, de janvier 2020 à début octobre 2021**



Note : Selon les pays, les données correspondent aux seuls décès dont le COVID-19 est la cause certaine ou également à ceux dont il est la cause probable. Les données dépendent de la capacité des pays à détecter les contaminations par le COVID-19 ainsi que des pratiques de comptabilisation, d'enregistrement et de codification. Les données sont prises en compte jusqu'à la semaine 39 du calendrier de l'année civile 2021. Sont représentés dans ce graphique les pays membres de l'OCDE et les Partenaires clés (Afrique du Sud, Brésil, Chine, Inde, Indonésie et Russie).
Source : ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Les données de l'ECDC sont issues de sources nationales dans le cas des pays non européens.

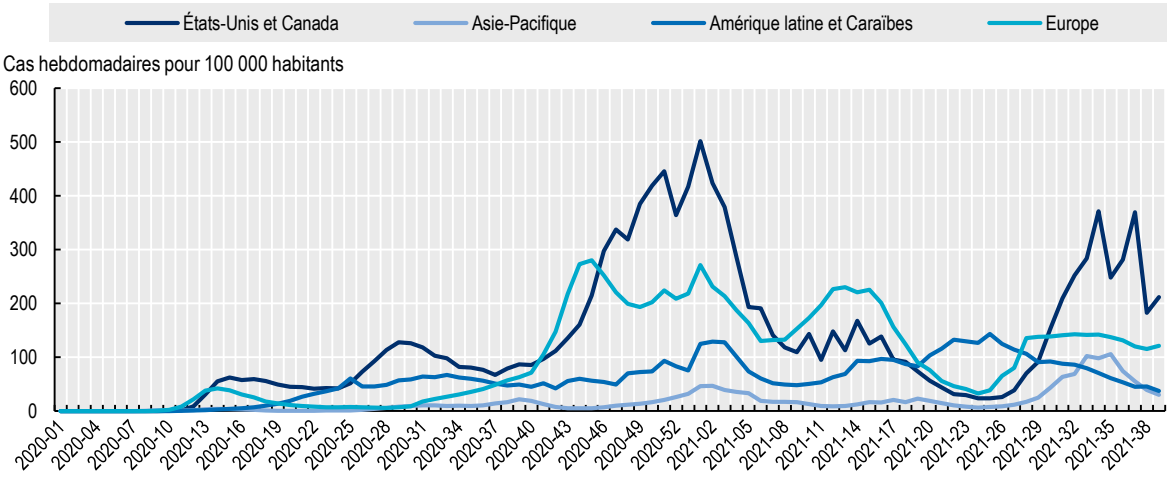
Les décès dans de nombreux pays européens de l'OCDE ont atteint un point culminant entre la fin 2020 et le début 2021, tandis que les pays d'Amérique du Nord et d'Amérique latine membres de l'Organisation ont connu une mortalité élevée tout au long de l'année 2021

Depuis le début de l'année 2020, le monde a subi plusieurs pics de contaminations au SARS-CoV-2 et de décès attribués au COVID-19, mais le moment où ces pics ont été atteints et leur ampleur ont été variables selon le pays et la région (Graphique 2.3 et Graphique 2.4).

- La plupart des pays européens membres de l'OCDE ont enregistré une poussée des contaminations et des décès entre la fin 2020 et le début 2021 ; de nombreux pays du sud et de l'ouest du continent avaient déjà été durement touchés en mars-avril 2020. Si les taux de contamination sont repartis sensiblement à la hausse dans quelques pays vers le mois de juillet 2021, la mortalité n'a pas augmenté dans les mêmes proportions.
- Aux États-Unis et au Canada, la progression du virus a été globalement analogue à celle observée en Europe en 2020 et 2021, cependant les nouveaux cas de COVID-19 et les décès y ont fait un nouveau rebond en août et septembre 2021.
- La situation a été plus hétérogène parmi les pays d'Amérique latine membres de l'OCDE. Les taux de contamination et de mortalité ont atteint un sommet en juillet 2021 en Colombie, et en septembre suivant au Costa Rica. Le Chili a enregistré son plus fort taux de mortalité vers le milieu de l'année 2020, ainsi qu'un pic du nombre de cas enregistrés au deuxième trimestre de 2021. Les données concernant le Mexique sont en deçà de la réalité[1].
- Dans les pays de l'OCDE de la région Asie-Pacifique, les taux d'incidence hebdomadaire et les taux de mortalité étaient faibles, par comparaison, tout au long des années 2020 et 2021. Il n'en reste pas moins que l'Australie, la Corée et le Japon ont tous les trois enregistré leur pic de contaminations au troisième trimestre 2021.

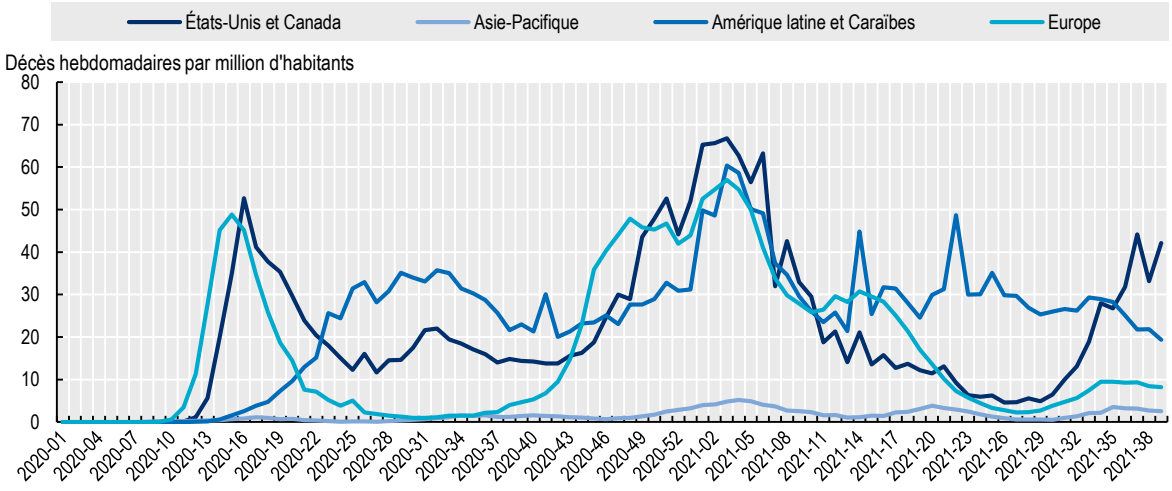
L'évolution différente selon les pays des nouvelles contaminations et des décès liés au COVID-19 s'explique par la diversité des stratégies d'endiguement et d'atténuation et par le calendrier

Graphique 2.3. **Nouveaux cas de COVID-19 déclarés chaque semaine, pays de l'OCDE regroupés par région, de janvier 2020 à début octobre 2021**



Note : Les données dépendent de la capacité des pays à détecter les contaminations par le COVID-19. Les moyennes régionales sont calculées en divisant le nombre total de cas par la population totale.
Source : ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Les données de l'ECDC sont issues de sources nationales dans le cas des pays non européens.

Graphique 2.4. **Décès dus au COVID-19 déclarés chaque semaine, pays de l'OCDE regroupés par région, de janvier 2020 à début octobre 2021**



Note : Les moyennes régionales sont calculées en divisant le nombre total de cas par la population totale.
Source : ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*. Les données de l'ECDC sont issues de sources nationales dans le cas des pays non européens.

de mise en œuvre, ainsi que par l'inégale capacité des systèmes de santé à prendre en charge les patients atteints du COVID-19 et à s'adapter aux défis actuels. Les taux de létalité, en effet, ont généralement diminué au fil du temps, si bien que les taux cumulés de la plupart des pays de l'OCDE convergeaient aux alentours de 1 à 2 % au début du mois d'octobre 2021. Le phénomène s'explique en partie, et assez simplement, par le renforcement progressif du dépistage. Les campagnes de vaccination, alliées à une meilleure gestion de la maladie et à l'accroissement des moyens à la disposition des systèmes de santé, ont été pour beaucoup dans le recul des taux de létalité. Néanmoins, des facteurs échappant au contrôle immédiat des responsables de l'action publique –

comme les caractéristiques géographiques, le profil démographique de la population, la prévalence de certains facteurs de risque comme l'obésité – font que certains pays ont été plus exposés que d'autres à des taux élevés de contamination et de mortalité (OCDE, 2020[8] ; OCDE, 2021[9] ; OCDE/Union européenne, 2020[10] ; OCDE, 2020[11] ; OCDE/Union européenne, 2020[10]).

L'émergence de « variants préoccupants » a été un facteur déterminant dans l'évolution de la pandémie. Ce terme sert à désigner les variants qui se caractérisent par une transmissibilité ou une virulence accrues, ou qui diminuent l'efficacité des vaccins et des traitements, et qui présentent de ce fait un risque sanitaire supérieur à la souche originelle[2]. Cela vaut particulièrement pour le variant Delta. Isolé pour la première fois en octobre 2020, il est devenu, dès le milieu de l'année 2021, la souche dominante du SARS-CoV-2 dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Il s'est révélé être deux fois plus contagieux que les variants précédents et que la souche originelle (CDC, 2021[12]), et provoque des affections plus graves. Chez les personnes non vaccinées, le risque d'hospitalisation est environ deux fois plus élevé que dans le cas du variant Alpha (Twohig et al., 2021[13]) ; le risque de décès est plus important lui aussi qu'avec les précédents variants, et plus de deux fois supérieur à celui de la souche originelle (Fisman et Tuite, 2021[14]).

La vaccination a réduit le risque de maladie grave et de décès dus au COVID-19 en 2021

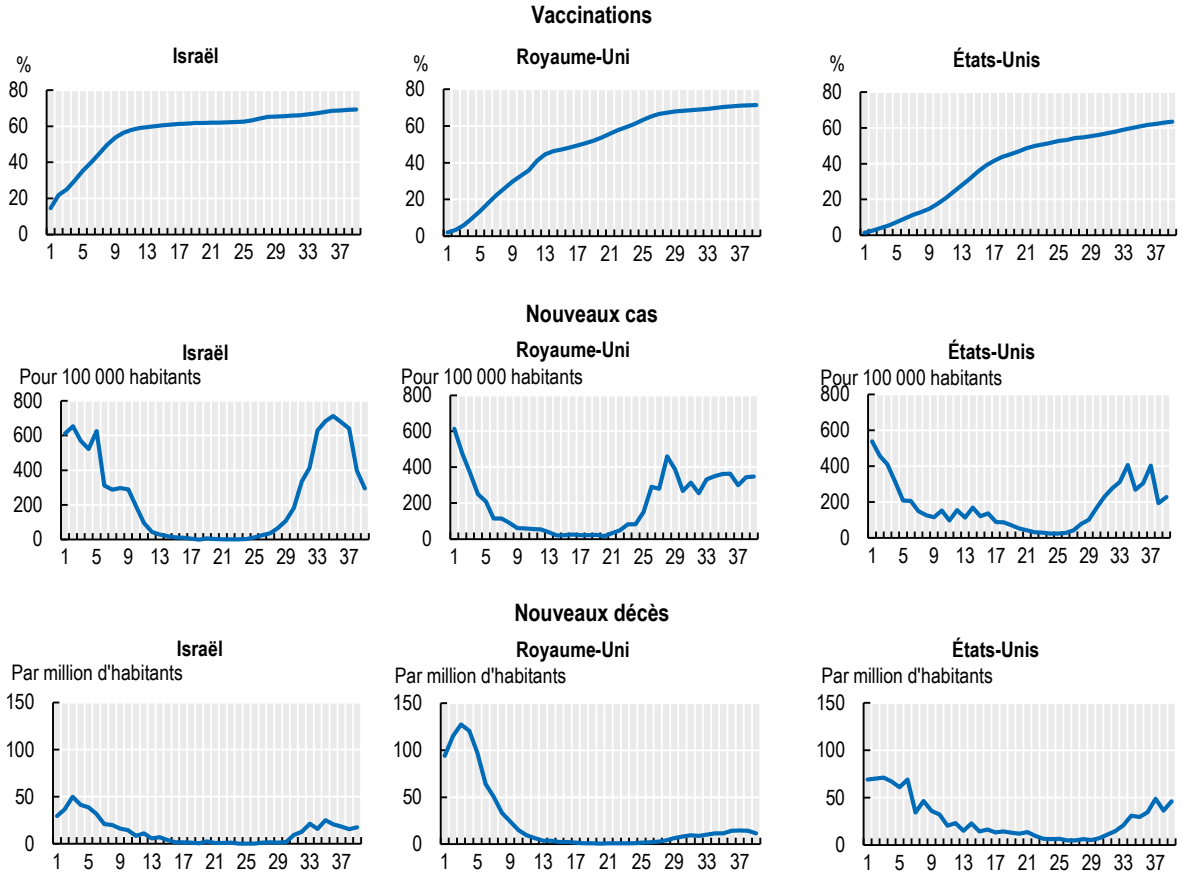
L'arrivée des vaccins contre le COVID-19 en 2021 a changé la donne dans les efforts mondiaux pour maîtriser la pandémie (OCDE, 2021[15]). Les différents vaccins autorisés dans les pays de l'OCDE réduisent tous sensiblement le risque d'infection symptomatique, d'hospitalisation et de décès, et réduisent (sans toutefois l'éliminer) la contagion chez les individus ayant un schéma vaccinal complet. Des études de plus en plus nombreuses tendent à indiquer que l'efficacité en conditions réelles, pour ce qui est de prémunir contre les infections symptomatiques, des deux vaccins à ARNm actuellement disponibles (Pfizer-BioNTech et Moderna) est supérieure à 85 % après deux injections (Public Health Ontario, 2021[16] ; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17])[3]. Elle avoisine 80 % dans le cas du vaccin Oxford-AstraZeneca contre le variant Alpha (Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]). La protection offerte contre les formes graves, les hospitalisations et les décès est encore plus élevée (Public Health Ontario, 2021[16] ; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]). Il semblerait que les vaccins soient légèrement moins efficaces face aux formes symptomatiques du COVID dues au variant Delta, mais évitent néanmoins un grand nombre d'hospitalisations et de décès (Lopez Bernal et al., 2021[18] ; Vaccine Effectiveness Expert Panel, 2021[17]).

La couverture vaccinale s'étend de façon très inégale dans les pays de l'OCDE, où la proportion de la population ayant un schéma vaccinal complet était comprise entre un peu moins de 40 % en Colombie et au Mexique, à 86 % au Portugal à la mi-octobre 2021 (Our World in Data, 2021[19]). Sa progression est tributaire de nombreux facteurs, à commencer par les procédures d'approbation prévues par la réglementation, les stratégies d'achat et de répartition des doses et la disponibilité des infrastructures et du personnel de santé adéquats. L'hésitation, voire l'opposition, de certaines catégories de population est aussi un frein à la vaccination dans quelques pays.

Les États-Unis, Israël et le Royaume-Uni ont été parmi les premiers pays de l'OCDE à entamer une campagne de vaccination. La rapidité de ces campagnes au cours des premiers mois de l'année 2021, jointe aux mesures d'endiguement et d'atténuation, a contribué à une diminution très nette du nombre de nouvelles contaminations et de décès au cours du premier semestre (OCDE, 2021[15]). Dans ces trois pays, un pic de contaminations a été observé au début du mois de janvier 2021, suivi d'un rapide déclin des taux d'incidence au cours des mois qui ont suivi (Graphique 2.5). Les taux d'infection sont repartis à la hausse à partir du mois de juin, comme dans bon nombre d'autres pays de l'OCDE, avec la propagation du variant Delta, plus contagieux. Pour autant, cette

nouvelle poussée épidémique ne s'est pas accompagnée en régle générale d'une augmentation égale du nombre de décès dus au COVID-19. En effet, dans les pays de l'OCDE où plus de 65 % de la population était vaccinée à la mi-octobre, la mortalité hebdomadaire a diminué de 8 % en moyenne par rapport à la fin janvier 2021 – contre 55 % dans les pays où la couverture vaccinale est moindre (pour les pays qui ont comptabilisé des décès dus au COVID-19).

Graphique 2.5. **Progrès de la vaccination et nombre hebdomadaire de nouveaux cas et décès aux États-Unis, en Israël et au Royaume-Uni, 2021 (par semaine)**



Note : Schéma vaccinal complet ou partiel. Les dernières données disponibles sont celles de la semaine 39.
Source : Our World in Data (2021[19]), « Coronavirus (COVID-19) Vaccinations », *https://ourworldindata.org/covid-vaccinations* ; ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/*.

La recrudescence des contaminations et des décès, à partir des mois de juin et juillet 2021, aux États-Unis, en Israël et au Royaume-Uni ainsi que dans quelques autres pays de l'OCDE concerne principalement les individus non vaccinés, les taux de vaccination plafonnant aux alentours de 60-70 % après avoir progressé rapidement les premiers temps. Ainsi en France, les chiffres de la dernière semaine de septembre 2021 montrent que les taux d'incidence et de mortalité à sept jours étaient huit fois plus élevées chez les non-vaccinés que chez les personnes ayant un schéma vaccinal complet. Qui plus est, les non-vaccinés représentaient 74 % de l'ensemble des hospitalisations pour cause de COVID-19 et 77 % des admissions en soins intensifs pour le même motif (DREES, 2021[20]). En Italie, 90 % des décès dus au COVID-19 enregistrés entre la mi-août et la mi-septembre 2021 chez les 40-59 ans concernaient des personnes non protégées par le vaccin (Instituto Superiore di Sanità, 2021[21]). Le constat est le même aux États-Unis, où, avec la

propagation du variant Delta, les personnes non vaccinées avaient cinq fois plus de chances d'être contaminées par le virus, dix fois plus d'être hospitalisées et 11 fois plus de mourir (CDC, 2021[22]).

Il semble néanmoins que la protection assurée par les vaccins contre le COVID-19 s'amenuise au fil du temps (Public Health England, 2021[23] ; Thomas et al., 2021[24] ; Naaber et al., 2021[25]). C'est pourquoi, au début du mois d'octobre 2021, 15 pays de l'OCDE avaient commencé à proposer une dose de rappel à tout ou partie de leur population vaccinée. Ces rappels, la plupart du temps, sont destinés à certaines tranches d'âge ou catégories à risque, toutefois une proportion importante de la population a déjà reçu cette dose supplémentaire en Israël (43 %) et au Chili (20 %) (Our World in Data, 2021[19]). Les premières données disponibles concernant Israël semblent indiquer que les 60 ans et plus sont ainsi mieux protégés contre les affections symptomatiques et les formes graves (Bar-On et al., 2021[26]). Cette pratique toutefois demeure controversée en raison des faibles progrès de la vaccination dans d'autres parties du monde, l'Organisation mondiale de la santé souhaitant d'ailleurs un moratoire sur les rappels jusqu'à la fin 2021, afin que tous les pays puissent vacciner au moins 40 % de leur population (OMS, 2021[27]).

La forte contagiosité du variant Delta et l'affaiblissement de la protection assurée par les vaccins rend nécessaire de vacciner une proportion bien plus importante de la population pour atteindre « l'immunité de groupe » – si tant est qu'il soit possible de l'atteindre. L'application de certaines mesures de santé publique doit dès lors être envisagée même dans les pays où la couverture vaccinale est élevée.

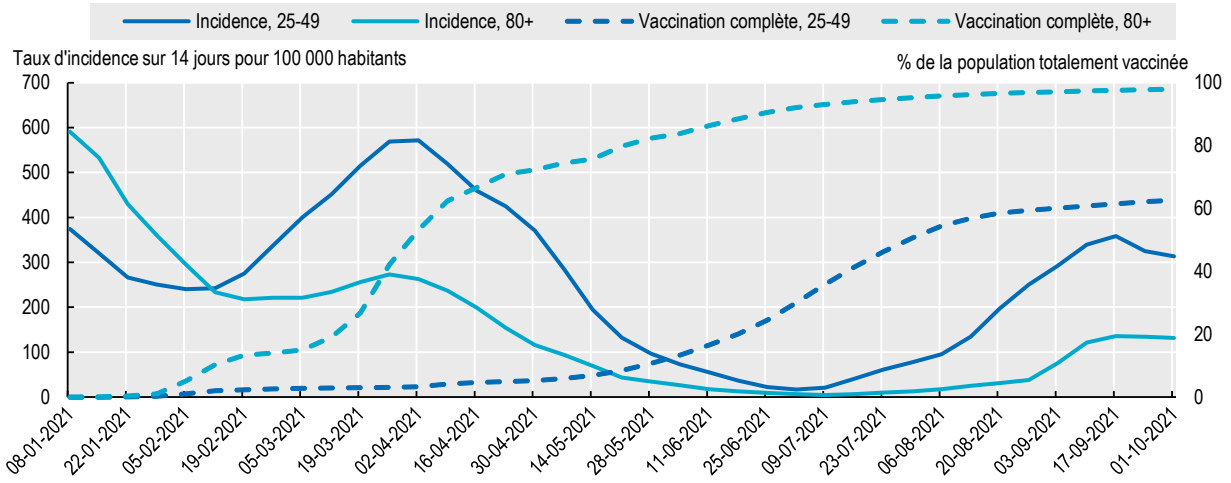
Les campagnes de vaccination ont contribué à protéger les personnes âgées et les autres groupes vulnérables

Compte tenu de la mise à disposition progressive des vaccins et des défis logistiques que pose le déploiement rapide de la vaccination, tous les pays de l'OCDE ont défini des priorités claires quant aux publics à immuniser en premier. Si l'ordre précis de ces priorités diffère, les personnes âgées et autres groupes vulnérables figurent systématiquement en tête de liste. Au mois d'octobre 2021, pratiquement tous les pays de l'OCDE avaient ouvert la vaccination à l'ensemble de leur population adulte, et la plupart également aux adolescents.

L'effet de la vaccination parmi les groupes vulnérables est indéniable. En Autriche, par exemple, les taux de contamination chez les personnes de 80 ans et plus étaient en déclin depuis le commencement de l'année 2021 et pratiquement nuls au début du mois de juillet, du fait que près de 93 % de la tranche d'âge était totalement vaccinée (Graphique 2.6). La propagation du variant Delta a fait croître les taux de contamination, à partir des alentours du mois de juillet, chez toutes les classes d'âge. Toutefois, les personnes âgées ayant une couverture vaccinale nettement plus importante que les autres classes d'âge, la recrudescence des cas – due à une plus forte contagiosité du variant Delta et à la perte d'efficacité progressive des vaccins – a été de moindre ampleur chez elles que chez les plus jeunes. Des tendances analogues ont été observées en Allemagne, où l'on a pu constater que les contaminations refluaient bien plus vite chez les 80 ans et plus que parmi les autres classes d'âge depuis janvier 2021 (Robert Koch Institut, 2021[28]).

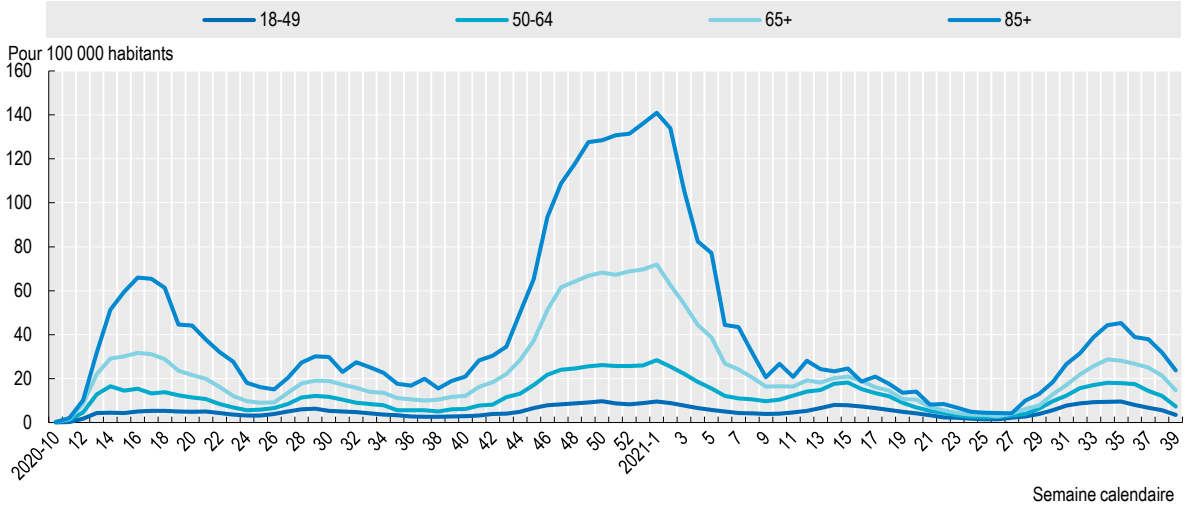
Le renforcement de la couverture vaccinale a aussi contribué à une baisse des hospitalisations en 2021, notamment chez les personnes âgées. Aux États-Unis, par exemple, les taux d'hospitalisation des personnes âgées de 85 ans et plus ont diminué très sensiblement avec l'intensification des campagnes de vaccination (Graphique 2.7). Au mois de juin, ils étaient très proches, chez cette classe d'âge particulièrement vulnérable, de ceux calculés pour l'ensemble de la population. Repartis à la hausse au mois de juillet, sous l'effet entre autres du variant Delta, les taux d'hospitalisations ont amorcé un nouveau reflux au début du mois de septembre. Cela étant, s'ils étaient à cette époque, chez les moins de 50 ans, identiques à ce qu'ils étaient en janvier, ils ne

Graphique 2.6. **Évolution du taux d'incidence sur 14 jours et progression de la couverture vaccinale au fil du temps, par tranche d'âge, Autriche**



Source : ECDC (2021[7]), « COVID-19 datasets », *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/* ; Our World in Data (2021[19]), « Coronavirus (COVID-19) Vaccinations », *https://ourworldindata.org/covid-vaccinations*.

Graphique 2.7. **Taux hebdomadaire d'hospitalisations liées au COVID-19, par classe d'âge, États-Unis, mars 2020-septembre 2021**



Note : COVID-NET couvre les hôpitaux de 14 États.
Source : CDC (2021[29]), « COVID-NET Laboratory-confirmed COVID-19 hospitalizations », *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#covidnet-hospitalization-network*.

représentaient en revanche qu'un tiers du niveau atteint lors du pic de début d'année dans le cas des personnes de 85 ans et plus.

La surmortalité a excédé de plus de 60 % le nombre de décès dus au COVID-19 comptabilisés en 2020 dans les pays de l'OCDE

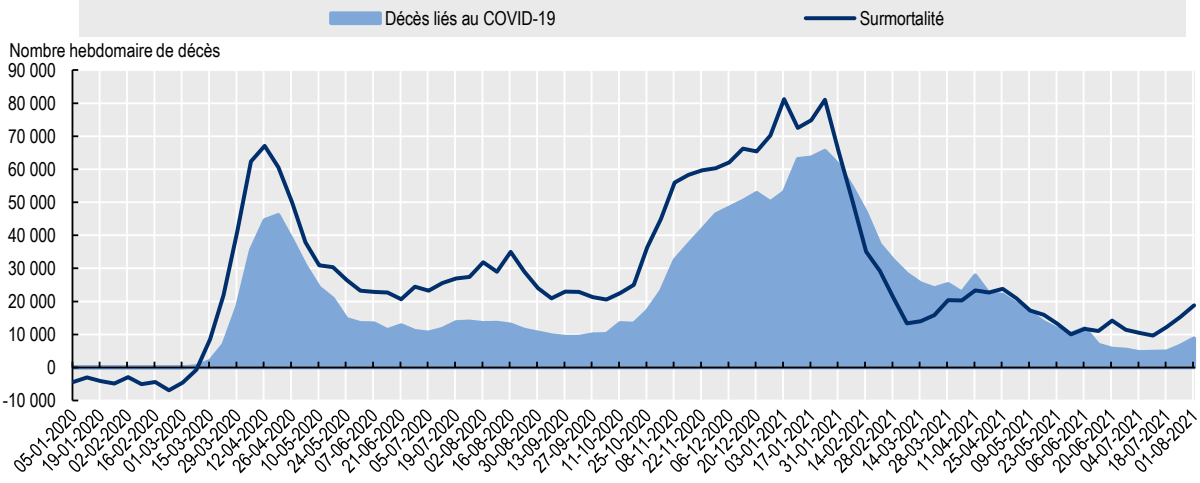
Les décès imputés au COVID-19 forment un indicateur essentiel pour apprécier les conséquences sanitaires de la pandémie, toutefois la comparabilité internationale de cet indicateur est limitée par les différences au niveau des pratiques nationales de comptabilisation,

d'enregistrement et de codification de ces décès. De plus, divers facteurs comme le manque de tests de dépistage au début de la pandémie ont pu empêcher d'établir avec certitude la cause d'un décès. C'est pourquoi le décompte des morts dus au COVID-19 est probablement en deçà de la réalité, avec une marge d'erreur plus ou moins importante selon les pays.

Une analyse de la mortalité toutes causes confondues – et en particulier de la surmortalité, qui correspond aux décès enregistrés en plus du nombre qui aurait normalement été attendu à un moment donné de l'année – fournit une évaluation globale de la mortalité qui est moins tributaire des facteurs susmentionnés (Encadré 2.1). Cependant, il ne s'agit pas d'une mesure directe des décès liés au COVID-19, car cet indicateur rend compte de tous les décès excédentaires, quelle que soit leur cause.

Dans 30 pays de l'OCDE, le total des décès surnuméraires recensés chaque semaine excédait largement celui des décès dus au COVID-19, et ce, du mois de mars jusqu'à la fin de l'année 2020 (Graphique 2.8). On peut conclure à une sous-estimation importante des décès directement imputables au virus dans certains pays, et aussi voir là le signe d'une possible augmentation de la mortalité liée à d'autres causes, en conséquence indirecte de la pandémie. La surmortalité a commencé à diminuer à partir de la fin du mois de janvier 2021 et est restée inférieure au nombre de morts du COVID-19 aux mois de février et mars suivants. L'une des explications possibles se trouve dans le formidable recul du nombre de décès dus à la grippe par rapport aux années 2015 à 2019, dans de nombreux pays de l'hémisphère Nord, du fait des mesures de distanciation sociale. Pour ce qui est de l'année 2021, la surmortalité a été jusque-là plus modérée et davantage en phase avec le décompte des décès imputés au COVID-19.

Graphique 2.8. **Nombre de décès hebdomadaires liés au COVID-19 par rapport à la surmortalité hebdomadaire dans 30 pays de l'OCDE, janvier 2020 à début août 2021**



Note : Les données ne prennent pas en compte l'Australie, le Canada, la Colombie, la Corée, le Costa Rica, l'Irlande, le Japon et la Turquie.
Source : OCDE, (2021[30]), Statistiques de l'OCDE sur la santé, *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

À l'échelon national, la surmortalité a été positive dans tous les pays à une exception près (la Norvège) durant la période de 18 mois qui court de janvier 2020 à juin 2021[4]. Le taux de surmortalité par million d'habitants est particulièrement élevé au Mexique (Graphique 2.9)[5]. Il est à l'inverse très faible en Nouvelle-Zélande, en Australie, au Danemark, en Islande et en Corée. Au total, environ 2.5 millions de personnes supplémentaires sont mortes dans les pays de l'OCDE, par rapport au nombre moyen de décès enregistrés au cours des cinq années précédentes. Autrement dit, les décès

survenus entre janvier 2020 et mars 2021 étaient supérieurs de 12 % à la normale (Tableau d'annexe 2.A.1).

À l'échelle mondiale, l'OMS a fait savoir que, selon ses estimations, la surmortalité totale imputable au COVID-19 en 2020, à la fois directement et indirectement, devait s'élever à au moins 3 millions de décès (OMS, 2021[31]). Ce chiffre serait supérieur de 1.2 million au nombre de décès officiellement attribués à la pandémie.

Encadré 2.1. **Mesurer la mortalité due au COVID-19 et la mortalité toutes causes confondues**

Limites à la comparabilité internationale des données sur la mortalité due au COVID-19

Pour les décès imputables au COVID-19, la comparabilité internationale est affectée par la diversité des pratiques d'enregistrement, selon le lieu où le décès s'est produit et la disponibilité de tests de dépistage (surtout au début de la pandémie), et des pratiques de codification. En particulier :

- La prise en compte ou non de tous les décès liés au COVID-19 qui surviennent en dehors des hôpitaux. Ainsi, la Belgique, la France et l'Italie, entre autres, ont d'emblée mis en place des procédures de déclaration améliorées et accélérées pour comptabiliser les décès survenant dans d'autres contextes, notamment en établissement de soins.
- Les différences en matière de capacités de dépistage entre les pays et au fil du temps, de nombreux pays ayant été confrontés à de fortes pénuries de tests au début de la pandémie.
- Les différentes pratiques de codification, en particulier le fait de comptabiliser les cas suspects conjointement à ceux confirmés par un test. Par exemple, la Belgique, le Luxembourg et le Royaume-Uni comptabilisent ensemble les cas probables et ceux confirmés par un test dans leurs données sur la mortalité liée au COVID-19.
- La prise en compte des seuls décès ayant le COVID-19 comme cause sous-jacente ou celle également des décès dont il est une cause secondaire ou contributive.

Utiliser les données sur la surmortalité pour apprécier les conséquences directes et indirectes du COVID-19

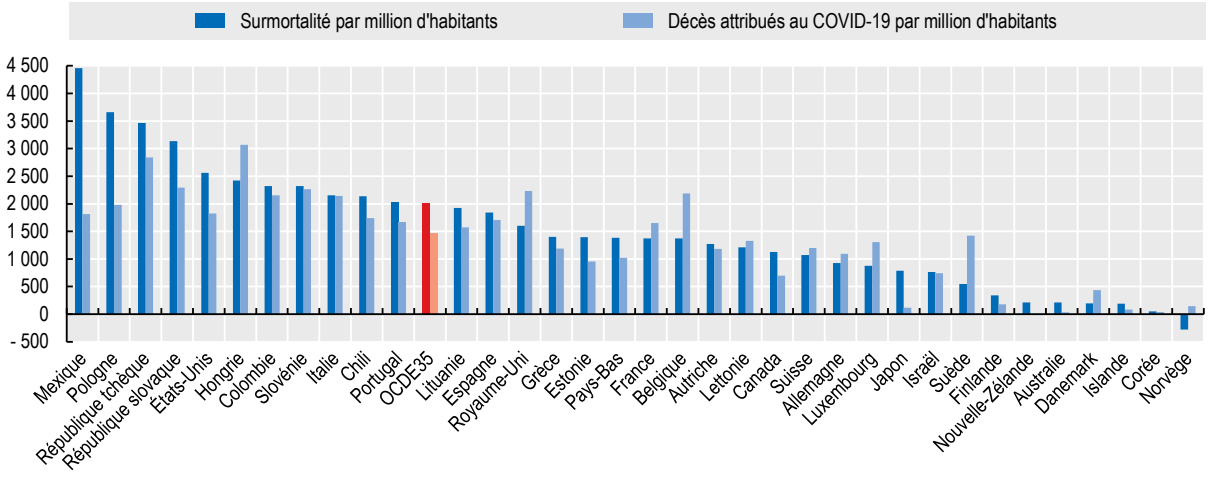
Les limites des données sur la surmortalité en termes de comparabilité internationale sont nettement moindres que dans le cas des décès attribués au COVID-19. Cependant, il ne s'agit pas d'une mesure directe des décès liés au COVID-19, car cet indicateur rend compte de tous les décès excédentaires, quelle que soit leur cause. Les différences nationales du taux de mortalité tendanciel en lien avec divers événements et avec l'évolution du virus signifient qu'il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare la surmortalité à un instant T. En particulier :

- Les différences entre les pays eu égard à d'autres événements importants cette année et les années précédentes, comme les épidémies de grippe sévères ou modérées, les vagues de chaleur et les catastrophes naturelles, peuvent conduire à sous-estimer ou surestimer l'impact du COVID-19 sur la surmortalité. Dans le présent chapitre, une période de référence de cinq ans (2015-19) est retenue afin de mieux lisser les éventuels écarts. Cependant, avec une telle période de référence, le nombre attendu de décès repose sur l'hypothèse qu'il n'y a aucun changement ni dans la taille de la population ni dans sa structure par âges.
- La surmortalité étant calculée comme un effet net, elle peut par conséquent être négative – auquel cas, le nombre de décès au cours de la période considérée est inférieur à celui relevé au cours des années précédentes. Une action efficace contre la propagation de la pandémie pourra se traduire à la fois par un faible nombre de décès dus au COVID-19 et par une diminution des décès dus à d'autres causes. Dans ce cas, le nombre de décès comptabilisés dus au COVID-19 sera un indicateur plus précis du bilan humain de la pandémie (Simonson et Viboud, 2021[32]).
- L'apparition du COVID-19 et les vagues épidémiques ultérieures ne se sont pas produites de manière simultanée, ce qui peut nuire à la comparabilité des données sur des périodes de courte durée.

Tant pour la mortalité liée au COVID-19 que pour la surmortalité, les délais différents de déclaration des décès peuvent également avoir une incidence sur les tendances récentes et sur les comparaisons internationales.

Source : Morgan et al., (2020[33]), « Excess mortality : Measuring the direct and indirect impact of COVID-19 », *https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

Graphique 2.9. **Surmortalité cumulée et nombre de décès attribués au COVID-19, par million d'habitants, de janvier 2020 à fin juin 2021**



Note : Les données sur la surmortalité au Costa Rica, en Irlande et en Turquie sont indisponibles. Les données de l'Australie ne sont disponibles que jusqu'à la semaine 25, celle du Canada jusqu'à la semaine 22 et celle de la Colombie jusqu'à la semaine 18. La surmortalité est calculée par comparaison avec les années 2015 à 2019. Les taux ne sont pas ajustés en fonction de l'âge. Le nombre de décès comptabilisés dus au COVID-19 peut dépendre de la capacité des pays à détecter et enregistrer les cas et est présenté dans le graphique pour mettre en évidence la différence considérable qu'il y a entre celui-ci et la surmortalité dans certains pays.
Source : OCDE, (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*, d'après les données d'EUROSTAT et les données nationales.

L'espérance de vie a diminué en 2020 dans 24 pays de l'OCDE sur 30

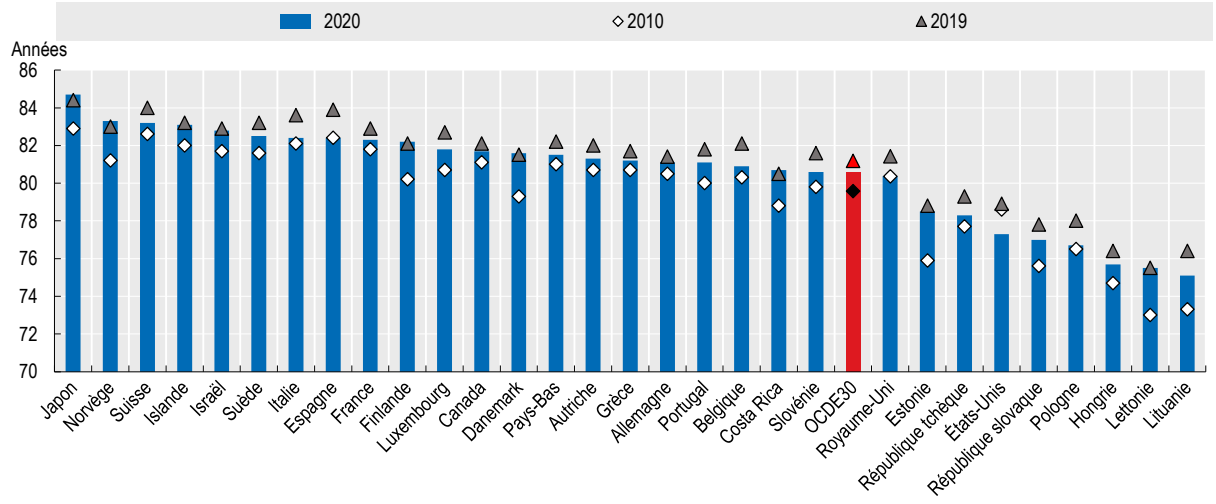
Dans tous les pays de l'OCDE sauf six, le nombre exceptionnellement élevé de décès en 2020 a eu une incidence sur l'espérance de vie. Avant même la pandémie de COVID-19, l'allongement de l'espérance de vie avait sensiblement marqué le pas dans un certain nombre de pays de la zone au cours de la dernière décennie, en grande partie en raison d'un ralentissement de l'amélioration de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, d'une hausse de la mortalité due à la démence et de graves épidémies de grippe (Raleigh, 2019[34]). Les données préliminaires pour 2020 donnent à penser que l'espérance de vie a reculé dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception du Costa Rica, du Danemark, de la Finlande, du Japon, de la Lettonie et de la Norvège (Graphique 2.10).

Ce recul annuel a été particulièrement marqué aux États-Unis (-1.65 an), en Espagne (-1.5), en Lituanie et en Pologne (-1.3 an), ainsi qu'en Belgique et en Italie (-1.2 an). En Espagne, en Italie, en Pologne et au Royaume-Uni, l'espérance de vie est aujourd'hui proche des niveaux de 2010 ; et aux États-Unis, l'espérance de vie prévue en 2020 est inférieure de plus d'un an à ce qu'elle était en 2010.

Le « COVID long » touche de nombreuses personnes

Le « COVID long », qui se caractérise par des symptômes tels que la fatigue, des difficultés à respirer, des douleurs thoraciques ou de l'anxiété, empêche tout retour à la vie normale, avec des répercussions sociales et économiques potentiellement durables. Si les recherches sur le sujet se multiplient, on ne sait pas encore très bien par quels mécanismes ces symptômes se prolongent dans le temps, pourquoi certaines catégories de population sont plus exposées, ni quel est le meilleur moyen de traiter la maladie. À ce jour, un consensus sur la définition exacte du « COVID long » fait également défaut. Cela étant, quelques éléments convergents commencent à émerger.

Graphique 2.10. **Espérance de vie en 2020, 2019 et 2010 dans une sélection de pays de l'OCDE**



Note : Les données de 2020 sont des données provisoires dans certains pays.
Source : OCDE, (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

Les données réunies au sujet de la **prévalence du COVID long** diffèrent beaucoup entre les études sur la question, compte tenu des paramètres de ces études, des groupes de populations couverts et d'autres facteurs encore.

- Les recherches effectuées sur des groupes importants donnent à penser que le taux de prévalence est élevé. En recoupant des données issues des dossiers médicaux électroniques de plus de 270 000 malades du COVID-19 en convalescence, habitant pour la plupart aux États-Unis, Taquet et al. ont observé que plus de 37 % des individus présentaient au moins un symptôme de COVID long 4 à 6 mois après avoir été diagnostiqués (Taquet et al., 2021[35]). Après analyse des résultats d'un cycle récent de son enquête *Coronavirus Infection Survey*, et à partir d'un échantillon de taille analogue, l'Office national de statistique du Royaume-Uni a estimé que, début septembre 2021, 1.1 million de personnes (1.7 % de la population) pouvaient déclarer avoir été atteintes d'un « COVID long » pendant plus de quatre semaines après les premiers signes de contamination par le COVID-19 (ONS, 2021[36]). Parmi celles-ci, 77 % ont eu (ou supposent avoir eu) le COVID-19 au moins 12 semaines auparavant.
- D'autres études à petite ou moyenne échelles montrent elles aussi que le COVID long est un sujet de préoccupation majeur. En France par exemple, sur 4 000 patients, environ 60 % de ceux qui ont été hospitalisés à cause du COVID-19 en présentaient au moins un symptôme six mois encore après l'avoir contracté, et 25 % en présentaient au moins trois (Ghosn et al., 2021[37]). Des études de plus faible envergure, menées par exemple à Rome (Italie) (Carfi et al., 2020[38]) et Genève (Suisse) (Nehme et al., 2021[39]), ont donné des résultats cohérents dans leur ensemble. L'étude réalisée par Sudre et al., cependant, donne un nombre plus réduit de personnes atteintes de COVID long, 2 à 3 % seulement des personnes contaminées par le COVID déclarant encore des symptômes au bout de 12 semaines ou plus (Sudre et al., 2021[40]).
- Le fait est que, après avoir fait la synthèse des résultats d'études réalisées en Europe, aux États-Unis et en Chine, Rajan et al. est arrivé à la conclusion qu'environ un quart des personnes atteintes du COVID-19 continuent d'en présenter des symptômes 4 à 5 semaines après un test positif, et une sur dix en a encore après 12 semaines (Rajan et al., 2021[41]).

Les **symptômes de COVID long** qui reviennent le plus souvent dans les différentes études sont la fatigue, les difficultés à respirer ainsi que l'anxiété (COVID-19 Longitudinal Health and Wellbeing

National Core Study/ONS, 2021[42] ; Rajan et al., 2021[41] ; Taquet et al., 2021[35] ; Huang et al., 2021[43]). Parmi les personnes qui considèrent être atteintes d'un COVID long au Royaume-Uni, 19 % déclarent qu'elles éprouvent une gêne considérable dans les actes de la vie quotidienne (ONS, 2021[36]).

Certains groupes de populations semblent **plus particulièrement sujets au COVID long**. La persistance de symptômes est ainsi fréquente chez les femmes et les personnes âgées (Sudre et al., 2021[40]). Parmi les autres facteurs de risque, citons le surpoids/l'obésité, une hospitalisation pour cause de COVID-19 et le nombre de symptômes présentés pendant la phase aiguë (Rajan et al., 2021[41]).

Des données préliminaires laissent imaginer que le COVID long a aussi des **conséquences économiques** significatives du fait des absences ou de la perte de productivité. Ayant analysé la situation professionnelle de patients français hospitalisés à cause du COVID-19, Garrigues et al. ont observé que 69 % seulement de ceux qui travaillaient auparavant avaient repris leur activité professionnelle 3 à 4 mois après leur hospitalisation (Garrigues et al., 2020[44]). Ces observations concordent avec celles d'une étude réalisée aux États-Unis (Chopra et al., 2020[45]), dont il ressort que 23 % de ceux qui avaient un emploi n'avaient pas repris le travail, pour raisons de santé, 60 jours après leur sortie d'hôpital. Parmi ceux qui l'avaient repris, 26 % avaient soit des horaires aménagés ou des tâches modifiées, pour raisons de santé.

Le traitement du COVID long est devenu une priorité pour de nombreux pays en 2021. En Europe, des directives cliniques spéciales ont été élaborées et des services dédiés aux soins de suite ont été créés pour hâter le rétablissement des patients qui en sont atteints (Rajan et al., 2021[41]). La campagne de vaccination qui se poursuit devrait faire diminuer le nombre de nouveaux cas de COVID long, puisque le vaccin semble renforcer également la protection contre la persistance de symptômes (Antonelli et al., 2021[46]).

Le COVID-19 touche de manière disproportionnée les populations vulnérables

Le COVID-19 menace la population dans son ensemble, mais tous les groupes ne courent pas les mêmes risques. Ainsi, les groupes de population amenés à multiplier les interactions humaines – parmi lesquels les travailleurs « essentiels » tels que le personnel des supermarchés, de même que les soignants et les professionnels de soins de longue durée – courent par là même un risque plus élevé d'être contaminés. Si l'âge demeure le principal facteur déterminant le risque de développer une forme grave de la maladie ou d'en mourir, les personnes présentant certains problèmes de santé sous-jacents – obésité, cancer, hypertension, diabète et bronchopneumopathie chronique obstructive – sont, quel que soit leur âge, particulièrement exposées (Katz, 2021[47] ; Sanchez-Ramirez et Mackey, 2020[48] ; Tartof et al., 2020[49]). Le tabagisme et la consommation nocive d'alcool accroissent aussi la probabilité de mourir du COVID-19 (Reddy et al., 2021[50] ; Sanchez-Ramirez et Mackey, 2020[48] ; OMS, 2020[51]). Ces risques ne sont pas également répartis : les plus pauvres et les plus défavorisés sont plus à risque, que ce soit au regard des contaminations, des hospitalisations et des décès, tout au long de la pandémie.

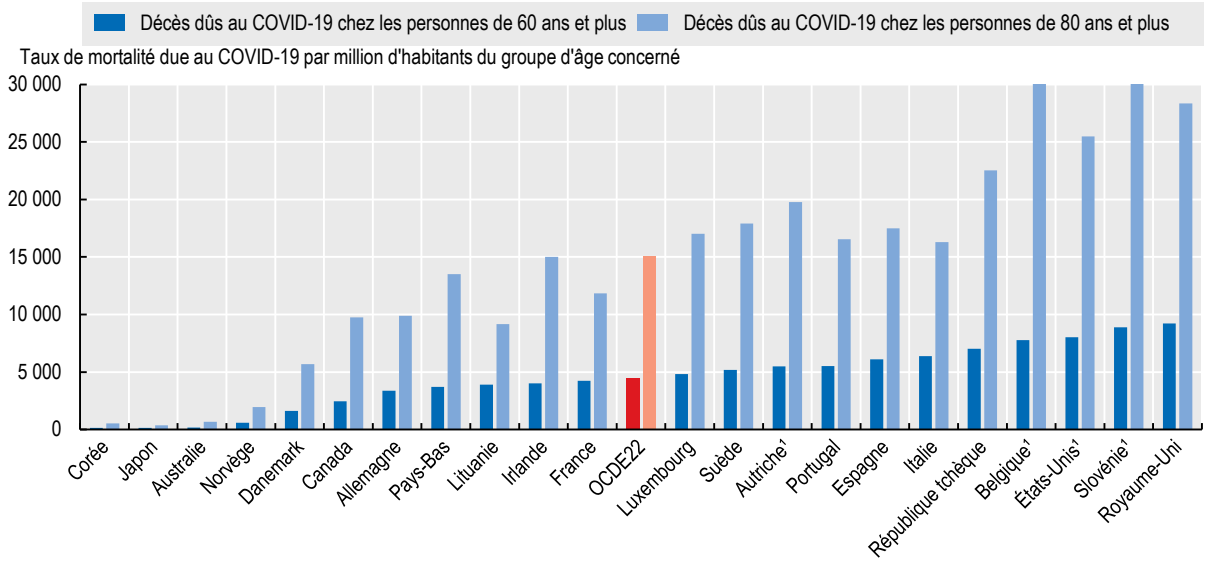
Plus de 90 % des décès dus au COVID-19 concernent des personnes âgées de 60 ans et plus

Jusqu'au début de l'année 2021, la grande majorité des décès imputables au COVID-19 sont survenus au sein de populations âgées : 93 % chez les 60 ans et plus, et près des trois cinquièmes (58 %) de l'ensemble des cas mortels se sont produits chez des personnes de 80 ans ou plus dans 21 pays de l'OCDE disposant de données comparables (OCDE, à paraître[52]). La prudence est de mise dans l'interprétation des taux de mortalité par classe d'âge, en raison des différences de codage des décès, qui peuvent être particulièrement significatives parmi les populations âgées, davantage

sujettes aux comorbidités. Les effets de la mortalité due au COVID-19 chez les personnes âgées se sont particulièrement fait sentir en Slovénie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Belgique, où plus de 2.5 % des personnes âgées de 80 à 85 ans et plus sont décédées (Graphique 2.11).

Les résidents d'établissements de soins de longue durée (SLD) ont été particulièrement exposés au risque de contracter le COVID-19 et d'en mourir. En raison de l'âge avancé de nombreux résidents, du manque d'équipements de protection individuelle (EPI), aussi bien pour les résidents que pour le personnel soignant (ou de leur utilisation insuffisante), et de l'inefficacité de la lutte contre les contaminations, nombre de ces établissements ont été des foyers infectieux où le virus s'est propagé rapidement – au début de la pandémie, surtout.

Graphique 2.11. **Décès par COVID-19 certains ou probables, par million d'habitants parmi les groupes de population les plus âgés (jusqu'à mai 2021)**



Note : Décès cumulés au début du mois de mai 2021, sauf pour le Canada, l'Italie et le Royaume-Uni (fin avril) ; l'Irlande, le Japon, la Lituanie, la République tchèque et la Slovénie (fin février). Les différences entre les pays pour le codage et la collecte des données affectent la comparabilité des résultats. 1. Les données se rapportent aux personnes âgées de 65 ans et plus et de 85 ans et plus pour l'Autriche, la Belgique, les États-Unis et la Slovénie. Les données relatives au Royaume-Uni font référence à l'Angleterre et au Pays de Galles.
Source : INED, (2020[53]), « La démographie des décès par COVID-19 » (*https://dc-covid.site.ined.fr/*), complétée par le Questionnaire 2021 de l'OCDE sur le COVID-19 et les SLD. Eurostat, (2021[54]), « Espérance de vie par âge et sexe », *https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=fr*, et OCDE, (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*, pour les données sur la démographie (2018).

Le COVID-19, révélateur et facteur aggravant des disparités sociales

Pour les catégories sociales défavorisées, le risque d'être contaminé par le virus, de développer une forme grave de la maladie et d'en mourir a été élevé. Cela tient à une probabilité importante de travailler dans des conditions difficiles, à moins de possibilités de télétravail, à davantage de contacts en raison d'une plus grande promiscuité à la maison et au travail, et à une forte prévalence des principaux facteurs de risque. De nouvelles données portant sur les pays de l'OCDE montrent, notamment, que le risque de contamination et de séquelles est particulièrement élevé parmi les groupes ci-après :

- Les habitants de **zones défavorisées**, ainsi qu'il ressort d'études sur l'Allemagne, la Belgique, la Colombie, l'Italie et le Royaume-Uni (Angleterre). Au Royaume-Uni, par exemple, entre mars et

juillet 2020, le taux de mortalité due au COVID-19 dans les zones les plus déshéritées était 2.2 fois plus élevé, en Angleterre, que dans les zones les moins démunies (ONS, 2020[55]).

- Les personnes à **faibles revenus**, comme le montrent des études réalisées en Belgique, en Corée, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suède. Ainsi, en Belgique, la surmortalité parmi le décile inférieur de revenu était le double de celle du décile supérieur (Decoster, Minten et Spinnewijn, 2020[56]).
- Les personnes ayant un **faible niveau d'instruction**, comme observé en Belgique et en Suède. En Suède, par exemple, les hommes et les femmes ayant achevé leur scolarité à la fin du primaire affichaient des taux de mortalité due au COVID-19 supérieurs de 24 % et 51 % respectivement à ceux des hommes et des femmes ayant un niveau d'études post-secondaires (Drefahl et al., 2020[57]).
- La plupart des **minorités ethniques** ; on l'a vu dans des études sur le Brésil, le Canada, les États-Unis, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Au Brésil, le risque de mortalité liée au COVID-19 était 1.5 fois supérieur parmi la population noire, malgré un taux d'incidence plus élevé dans la population blanche (Martins-Filho et al., 2021[58]).
- Les **immigrés et leur famille**, d'après des études concernant le Danemark, la France, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, le Royaume-Uni et la Suède. En Norvège, par exemple, les taux d'admission à l'hôpital pour le COVID-19 étaient trois fois plus élevés pour les personnes nées à l'étranger (NIPH, 2021[59]).

Si la nature générale de ces disparités est sans équivoque, une grande dispersion des résultats est observée, en raison, pour partie, de différences méthodologiques touchant entre autres à la conception des études et à la période d'observation. On trouvera dans le Tableau 2.1 des précisions sur les sources d'information disponibles au sujet des inégalités socioéconomiques et démographiques à l'égard des principales variables liées au COVID-19, comme les contaminations, les hospitalisations et la mortalité.

Tableau 2.1. **Impact des inégalités socioéconomiques et démographiques sur les résultats du COVID-19, sélection d'études**

Indicateur de la situation socioéconomique (SSE)	Résultats du COVID-19
Précarité économique	• En **Allemagne**, alors que l'incidence du COVID-19 était initialement plus élevée dans les zones moins défavorisées, cette tendance s'est finalement inversée au fur et à mesure que l'incidence a augmenté dans les zones les plus défavorisées et a diminué dans les zones peu démunies (Wachtler et al., 2020[60] ; Hoebel et al., 2021[61]). • En **Belgique**, la surmortalité chez les catégories les plus démunies a été supérieure à celle enregistrée chez la population la moins démunie, de 11 % lors du pic de la première vague et de 13 % lors du pic de la deuxième vague (Bourguignon et al., 2020[62]). • En **Colombie**, le risque de décès lié au COVID-19 était supérieur de 73 % chez les personnes issues de milieux défavorisés par rapport aux plus aisées (Cifuentes et al., 2021[63]). • Aux **États-Unis**, les comtés les plus défavorisés ont systématiquement déclaré des taux de mortalité supérieurs à ceux des comtés plus favorisés (Chen et Krieger, 2020[64]). Une hausse de 5 % des mauvaises conditions de logement par comté a été associée à une augmentation de 42 % du risque relatif de mortalité due au COVID-19 (Ahmad et al., 2020[65]). • En **Italie**, le rapport de taux d'incidence du COVID-19 entre le quintile de revenu le plus bas et le quintile de revenu le plus élevé a augmenté après le confinement, passant de 1.14 à 1.47 (Mateo-Urdiales et al., 2021[66]). • Au **Royaume-Uni**, le taux de mortalité due au COVID-19 a été 2.2 fois plus élevé dans les zones les plus démunies que dans les zones les moins démunies en Angleterre, et 1.85 fois plus élevé au Pays de Galles, entre mars et juillet 2020 (ONS, 2020[55]). Entre mars et mai 2020, les hommes appartenant au quintile le plus bas en Angleterre affichaient un taux de mortalité 2.3 fois supérieur à celui des hommes appartenant au quintile le plus élevé, tandis que le taux de mortalité des femmes appartenant au quintile le plus bas était 2.4 fois supérieur à celui des femmes du quintile le plus élevé (Public Health England, 2020[67]).

Tableau 2.1. **Impact des inégalités socioéconomiques et démographiques sur les résultats du COVID-19, sélection d'études** *(suite)*

Indicateur de la situation socioéconomique (SSE)	Résultats du COVID-19
Revenu	• En **Belgique**, la surmortalité chez les hommes et les femmes appartenant au décile de revenu le plus bas était deux fois plus élevée que chez les personnes appartenant au décile de revenu le plus élevé (Decoster, Minten et Spinnewijn, 2020[56]). • En **Corée**, le risque pour les personnes de milieux défavorisés de contracter le COVID-19 était plus élevé de 19 % que pour les personnes issues de milieux plus aisés (Oh, Choi et Song, 2021[68]). Le taux de mortalité des bénéficiaires de l'aide médicale était sept fois plus élevé que celui des bénéficiaires du service national d'assurance maladie (Lee et al., 2021[69]). • Au **Luxembourg**, les cas de COVID-19 parmi les catégories à faible revenu étaient supérieurs de plus d'un tiers (37 %) à ceux enregistrés parmi les catégories à haut revenu, même si le nombre de décès par habitant était plus élevé chez les dernières (Berchet, à paraître[70]). • Aux **Pays-Bas**, le risque relatif de mortalité liée au COVID-19 était deux fois plus élevé chez les ménages les plus modestes que chez les ménages appartenant à la catégorie de revenu la plus élevée (Statistics Netherlands, 2021[71]). • En **Suède**, les hommes appartenant au tercile de revenu le plus bas ont enregistré une mortalité supérieure d'environ 75 % à celle des hommes appartenant au tercile de revenu le plus élevé, tandis que chez les femmes l'écart s'est établi à 26 % (Drefahl et al., 2020[57]).
Niveau d'études	• En **Allemagne**, les personnes ayant un faible niveau d'études étaient plus exposées au risque de développer une forme grave de la maladie : en effet, ce risque concernait 69.8 % d'entre elles, contre 40.9 % des personnes ayant un niveau d'études élevé. • En **Belgique**, les adultes âgés n'ayant pas atteint la fin du primaire ont enregistré un taux de mortalité due au COVID-19 supérieur de près de 40 % à celui des diplômés du supérieur (Decoster, Minten et Spinnewijn, 2020[56]). • En **Suède**, les hommes et les femmes ayant arrêté leur scolarité à la fin du primaire affichaient des taux de mortalité due au COVID-19 supérieurs de 24 % et 51 % respectivement à ceux des hommes et des femmes ayant un niveau d'études post-secondaires, tandis que pour les hommes et les femmes ayant achevé leurs études secondaires, les écarts s'établissaient respectivement à 25 % et 38 % (Drefahl et al., 2020[57]). L'impact du niveau d'études était plus marqué chez les jeunes et les femmes tous âges confondus (National Board of Health and Welfare, 2021[73]).
Origine ethnique	• Au **Brésil**, le risque de mortalité liée au COVID-19 était 1.5 fois supérieur parmi la population noire, malgré un taux d'incidence plus élevé dans la population blanche, et les Brésiliens noirs et pardos admis à l'hôpital présentaient un risque de mortalité qui était 1.3-1.5 fois plus élevé que chez les Brésiliens blancs (Martins-Filho et al., 2021[58]). • Au **Canada**, le taux de mortalité due au COVID-19 dans les localités qui comptent les plus fortes proportions de membres des minorités visibles était environ deux fois plus élevé que dans celles affichant la plus faible proportion de membres issus des minorités visibles (Subedi, Greenberg et Turcotte, 2020[74]). • Aux **États-Unis**, le risque d'hospitalisation liée au COVID-19 était 2.8 à 3.5 fois plus élevé, et le risque de mortalité 2.0 à 2.4 fois plus élevé, chez les Amérindiens, les autochtones d'Alaska et les personnes hispaniques, latino-américaines, noires et afro-américaines, que chez les résidents blancs non hispaniques (Centers for Disease Control and Prevention, 2021[75]) • Au **Mexique**, le risque de décès lié au COVID-19 était plus élevé chez les populations autochtones que chez les non-autochtones, le risque de décès à l'hôpital des premiers étant 1.13 fois plus élevé (Ibarra-Nava et al., 2021[76]). • En **Nouvelle-Zélande**, le risque d'issue plus grave était plus de deux fois (2.15) plus élevé pour les personnes d'origine asiatique, et près de trois fois (2.76) plus élevé pour les personnes originaires du Pacifique que pour celles d'origine européenne ou autre (Jefferies et al., 2020[77]). • Au **Royaume-Uni**, les hommes noirs africains ont affiché un taux de mortalité due au COVID-19 qui était 3.7 fois supérieur à celui des hommes blancs britanniques lors de la première vague de la pandémie. Pendant la deuxième vague, les minorités ethniques sont restées exposées à un risque élevé de décès, mais les écarts entre la plupart des groupes (à l'exclusion des personnes originaires du Bangladesh et du Pakistan) ont été moins marqués que lors de la première vague de la pandémie (ONS, 2021[78])..

Tableau 2.1. **Impact des inégalités socioéconomiques et démographiques sur les résultats du COVID-19, sélection d'études** *(suite)*

Indicateur de la situation socioéconomique (SSE)	Résultats du COVID-19
Statut migratoire	• Au **Danemark** (Région-Capitale), les immigrés originaires de pays non européens et leurs descendants ont représenté 26 % de l'ensemble des contaminations par le COVID-19, alors qu'ils ne représentent que 13 % de la population de la région (Statens Serum Institut, 2020[79]). • En **France**, par rapport à la même période en 2019, la mortalité a augmenté de 22 % chez les personnes nées dans le pays en mars-avril 2020, mais de 54 % chez les personnes nées au Maghreb, de 91 % chez celles qui sont nées en Asie et de 114 % chez les personnes originaires d'Afrique hors Maghreb (Papon et Robert-Bobée, 2020[80]). • En **Italie**, les personnes originaires de pays affichant un faible indice de développement humain (IDH) étaient 1.39 fois plus susceptibles d'être hospitalisées et 1.32 fois plus susceptibles de mourir que les personnes nées en Italie (Fabiani et al., 2021). • Au **Luxembourg**, les personnes nées à l'étranger étaient 1.18 plus susceptibles de contracter le COVID-19, mais la surmortalité chez les résidents nés à l'étranger était quasiment moitié moindre (57 %) que chez les personnes nées au Luxembourg (Berchet, à paraître[70]). • En **Norvège**, les taux d'admissions à l'hôpital pour le COVID-19 ont été trois fois plus élevés pour les personnes nées à l'étranger (et plus de 15 fois plus élevés pour les personnes nées au Pakistan ou en Somalie) que pour celles nées en Norvège (NIPH, 2021[59]). • En **Suède**, la surmortalité pour les plus de 65 ans entre mars et mai 2020 a été plus de dix fois plus élevée chez les immigrés originaires d'Iraq, de Somalie et de Syrie (220 %) que chez les personnes nées en Suède, en Europe ou en Amérique du Nord (Hansson et al., 2020[81]). Le risque de mortalité due au COVID-19 pour les personnes originaires du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord était plus élevée que celle des personnes nées en Suède, par un facteur supérieur à trois chez les hommes et égal à 2 chez les femmes (Drefahl et al., 2020[57]). • Au **Royaume-Uni**, la hausse de la surmortalité a été bien plus importante chez les personnes nées à l'étranger que parmi celles nées dans le pays. Par rapport à la moyenne des dernières années, le taux de mortalité, entre mars et mai 2020, a été multiplié par 1.7 pour les personnes nées dans le pays, mais par plus de 3 pour les personnes nées en Afrique orientale et australe, au Moyen-Orient, en Asie du Sud-Est et dans les Caraïbes, et par 4.5 pour les immigrés originaires d'Afrique centrale et occidentale (Public Health England, 2020[67]).

L'impact des disparités socioéconomiques sur les contaminations par le COVID-19 et leurs conséquences a évolué tout au long de la pandémie. Les données recueillies en Allemagne, en Autriche et en Nouvelle-Zélande donnent à penser que la pandémie a souvent débuté au sein de milieux de statut socioéconomique élevé, mais qu'au fil du temps, elle s'est déplacée vers des groupes socioéconomiques défavorisés, qu'elle a frappés plus durement (Wachtler et Hoebel, 2020[82] ; The Austrian National Public Health Institute, 2021[83]). Au Royaume-Uni (Angleterre), l'impact des disparités socioéconomiques sur les résultats a été particulièrement prononcé lors du premier pic de la pandémie, mais il s'est quelque peu atténué pour certains groupes, notamment les personnes noires originaires d'Afrique et des Caraïbes (ONS, 2021[78]).

Outre les effets du COVID-19 sur le plan de la santé, certains éléments indiquent que la vitesse de déploiement du vaccin a également varié d'une catégorie de la population à l'autre. En France, fin septembre 2021, les habitants des zones les plus démunies continuaient d'afficher des taux de vaccination inférieurs à ceux des habitants des zones les moins démunies, tous groupes d'âge confondus ; et cet écart était plus marqué chez les 20-39 ans (67 % contre 81 % avec au moins une vaccination partielle) (Assurance Maladie, 2021[84]). Aux États-Unis, le dispositif de suivi des données sur le COVID-19 (*CDC data tracker*) a mis en évidence qu'à la mi-octobre 2021, le nombre de personnes possédant un schéma vaccinal complet était plus faible parmi la population noire que parmi la population blanche ou d'origine asiatique (CDC, 2021[85]).

Les professionnels de la santé et des soins de longue durée ont d'emblée été durement frappés par la pandémie, et les vastes répercussions sur leur bien-être risquent de perdurer

Les professionnels de la santé et des soins de longue durée ont été en première ligne tout au long de la pandémie de COVID-19, et beaucoup plus exposés au virus que d'autres professions. Il a été reconnu que les personnes exerçant à l'hôpital et en maison de retraite en particulier étaient les plus exposées (Nguyen et al., 2020[86]). Les répercussions sur les professionnels de santé et des soins de longue durée ont été particulièrement fortes en 2020, faute d'équipements adaptés de protection individuelle au début de la pandémie. Sur la base de données partielles communiquées par les pays dans leurs « cahiers d'observation », l'OMS a fait savoir que les professionnels de santé représentaient 8 % de l'ensemble des cas de COVID-19 recensés en 2020 à l'échelle mondiale[6] (OMS, 2021[87]). Cette proportion avoisinait les 10 % au cours des trois premiers mois de la pandémie avant de tomber à 2.5 % au mois de septembre. Sur la douzaine de pays de l'OCDE dont les rapports de suivi épidémiologique ont pu être consultés, le Mexique est celui où les soignants ont été le plus largement contaminés. Fin septembre 2021, plus de 278 000 cas y avaient été recensés parmi ces professionnels, ainsi que plus de 4 400 décès (Gobierno de México, 2021[88]). Les professionnels de santé comptent ainsi pour 8 % environ de l'ensemble des cas enregistrés et pour près de 2 % des décès comptabilisés dans le pays. Par comparaison, aux Pays-Bas, ils représentent une proportion analogue du total des malades comptabilisés (10 %), mais sensiblement moindre de l'ensemble des décès (0.2 %) (RIVM, 2021[89]). Les données doivent toutefois être interprétées avec prudence, en particulier lorsqu'elles sont comparées d'un pays à l'autre, en raison notamment de capacités de tests différentes et de ce que l'on entend dans chaque pays par professionnels de santé.

La pandémie a aussi eu des répercussions sur la future génération de soignants, dont les systèmes de santé ressentiront sans doute les effets dans les années à venir. Les études de médecine ont été fréquemment interrompues : les cours magistraux ont été donnés en ligne et les stages cliniques parfois annulés pour éviter les risques de contamination (Ferrel et Ryan, 2020[90]). Le report des stages de formation clinique en milieu hospitalier est susceptible de déboucher sur la création de listes d'attente et de causer un engorgement des filières de spécialisation ouvertes aux étudiants en médecine, comme cela s'observe déjà au Costa Rica.

Les conséquences de la pandémie sur l'état de santé des soignants sont allées souvent bien au-delà d'une probabilité plus élevée de contracter le COVID-19. La pression constante due à la lourde charge de travail a également nui au bien-être de nombreux professionnels de santé et travailleurs sociaux, d'où la forte incidence des cas de détresse psychique, d'épuisement, d'anxiété, de dépression et de stress (Encadré 2.2) (Greenberg et al., 2020[91] ; Heesakkers et al., 2021[92] ; Denning et al., 2021[93]).

Dans tous les pays, les professionnels de la santé et des soins de longue durée ont été les cibles prioritaires des campagnes de vaccination en vue de les protéger eux-mêmes ainsi que leurs patients. Pourtant, la vaccination a progressé lentement pour certains métiers de la santé dans quelques pays. Aux États-Unis, des recherches ont montré qu'en mars 2021, alors que 75 % des médecins des établissements de soins de longue durée étaient déjà vaccinés (schéma complet), les taux étaient beaucoup plus faibles chez le personnel infirmier (57 %) et les aides-soignants (46 %) dans ces mêmes structures (Lee et al., 2021[94]). Des résultats analogues ont été observés en France où, à la mi-juillet 2021, les médecins (76 %) étaient plus susceptibles d'être vaccinés au moins partiellement que le personnel infirmier (62 %) ou les aides-soignants (55 %) (Santé publique France, 2021[95]). Pour améliorer les taux de vaccination, un certain nombre de pays, dont la France et l'Italie, ont rendu le vaccin obligatoire pour les soignants.

Encadré 2.2. **La prise en charge des malades du COVID-19 a eu un impact sur la santé mentale des professionnels de santé**

Les répercussions de la pandémie sur la santé mentale ont été particulièrement marquées chez les médecins, le personnel infirmier, les professionnels des soins de longue durée et les autres agents de santé travaillant au plus près des patients. Depuis le début de la pandémie, les personnels de santé ont déclaré des taux élevés d'anxiété, de dépression, d'épuisement et de rotation du personnel. Dans une enquête menée auprès de la population active dans l'ensemble de l'Union européenne, 70 % des travailleurs du secteur de la santé – plus que tout autre secteur d'activité – déclarent estimer que leur emploi les expose au risque de contracter le COVID-19 (Eurofound, 2020[96]).

- Dans une enquête menée en mars 2020 auprès des professionnels de la santé en **Italie**, près de la moitié (49 %) ont fait état de symptômes du syndrome de stress post-traumatique et un quart d'entre eux de symptômes de dépression. Les travailleurs situés en première ligne étaient beaucoup plus susceptibles de présenter des troubles de stress post-traumatique que ceux n'ayant pas déclaré travailler auprès de malades du COVID-19 (Rossi et al., 2020[97]).
- Dans une enquête menée en avril 2020 auprès des professionnels de la santé en **Espagne,** près des trois-cinquièmes des répondants ont fait état de symptômes d'anxiété (59 %) et/ou de troubles de stress post-traumatique (57 %), près de la moitié (46 %) présentant des symptômes de dépression (Luceño-Moreno et al., 2020[98]).
- En Angleterre (**Royaume-Uni**), près de la moitié des répondants à l'enquête de la NHS auprès de ses agents (44 %) ont déclaré se sentir malades en raison de stress lié au travail au cours de l'année précédente, soit 9 % de plus qu'en 2019 (NHS, 2021[99]).
- Aux **États-Unis**, dans une enquête menée auprès des professionnels de santé exerçant en première ligne, plus des trois cinquièmes (62 %) ont déclaré que le stress ou l'inquiétude lié(e) au COVID-19 avait des effets négatifs sur leur santé mentale, et près de la moitié (49 %) ont indiqué que le stress avait eu des répercussions sur leur santé physique (Kirzinger et al., 2021[100]). Un tiers des répondants a déclaré avoir besoin ou avoir bénéficié de services d'aide à la santé mentale en raison de la pandémie (Kirzinger et al., 2021[100]).
- Selon les indications disponibles, les effets négatifs de la pandémie sur la santé mentale du personnel infirmier auraient été plus marqués que chez les médecins (De Kock et al., 2021[101]). Dans une enquête menée auprès de 33 associations nationales du personnel infirmier, les trois cinquièmes ont déclaré recevoir parfois ou régulièrement des messages d'infirmiers/infirmières faisant état de détresse psychique liée à la pandémie (International Council of Nurses, 2020[102]).

Les effets à plus long terme du COVID-19 sur les systèmes de santé et la société continuent de se manifester

La nécessité de se préparer et de faire face à l'afflux de malades du COVID-19 a largement perturbé et mis à l'épreuve les systèmes de santé pendant la pandémie. En effet, des patients qui avaient besoin de divers soins n'ont plus eu qu'un accès réduit aux services. La crainte de la pandémie et les règles de distanciation sociale mises en place pour endiguer le virus ont, d'autre part, nui à l'équilibre psychique de beaucoup, surtout parmi les jeunes et les professionnels de santé. Dans le même temps, les mesures visant à limiter la propagation du virus ont aussi eu quelques « effets secondaires » positifs sur certains résultats en matière de santé (Encadré 2.3)

Les répercussions sur la santé mentale sont immenses

La crise du COVID-19 a pesé lourdement et de manière négative sur l'état de santé mentale de la population. Les facteurs de risque associés à une santé mentale fragile – l'insécurité financière, le chômage et la peur – n'ont fait que se renforcer durant la pandémie. Au même moment, les facteurs de protection – les liens sociaux, l'emploi, la formation et la scolarité, l'accès à la pratique sportive, les habitudes, l'accès aux services de santé – se sont détériorés. Dans bien des pays, la détresse psychique de la population a grandi lorsque les premiers effets de la crise du COVID-19 se sont fait sentir, en mars-avril 2020, à travers la hausse des contaminations, des hospitalisations et des décès

Encadré 2.3. **Les mesures de santé publique visant à limiter la propagation du virus du SARS-CoV-2 et les changements de comportement qui y sont associés ont également eu des effets positifs sur la santé**

Pour ralentir la propagation du SARS-CoV-2, les pays de l'OCDE ont mis en œuvre un large éventail de mesures d'endiguement et d'atténuation, notamment la distanciation sociale, le port obligatoire du masque dans de nombreux lieux publics, les restrictions de déplacement, la fermeture des établissements scolaires et des commerces non essentiels, et la mise en place de périodes de couvre-feu et de confinement total. Ces mesures ont eu des effets positifs sur certains résultats en matière de santé :

- Schranz et al. ont mis en évidence en Allemagne une ***réduction des contaminations déclarées*** par les virus de la rougeole (-86 %), du paludisme (-73 %), du VIH (-22 %) et d'autres maladies infectieuses entre mars et juillet 2020, par rapport à la même période en 2019 (Schranz et al., 2021[103]), probablement sous l'effet des mesures de distanciation sociale.
- Dans l'Union européenne, le nombre de ***morts sur les routes a diminué*** en 2020 de 17 % (soit 4 000 décès de moins) par rapport à 2019 (Commission européenne, 2021[104]).
- La pandémie de COVID-19 a davantage sensibilisé aux maladies infectieuses de manière générale et, dans de nombreux pays, cette vigilance aura contribué à accroître le ***recours au vaccin contre la grippe*** chez les populations à risque. En Italie, la part de personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont fait vacciner contre la grippe saisonnière a augmenté en 2020-21 pour s'établir à 65.3 %, contre 54.6 % lors de la précédente épidémie de grippe (Ministero della Salute, 2021[105]). En Angleterre, cette proportion est passée de 72.4 % à 80.9 % (Public Health England, 2021[106]).
- ***La qualité de l'air s'est améliorée*** dans de nombreuses régions du monde en 2020. En Asie du Sud et en Amérique du Sud, par exemple, la concentration moyenne en PM2.5 (particules fines nuisant gravement à la santé puisqu'elles peuvent pénétrer profondément dans l'appareil respiratoire) a chuté d'environ 30-40 % pendant les périodes de confinement total par rapport aux mêmes périodes en 2015-19 (WMO, 2021[107]).

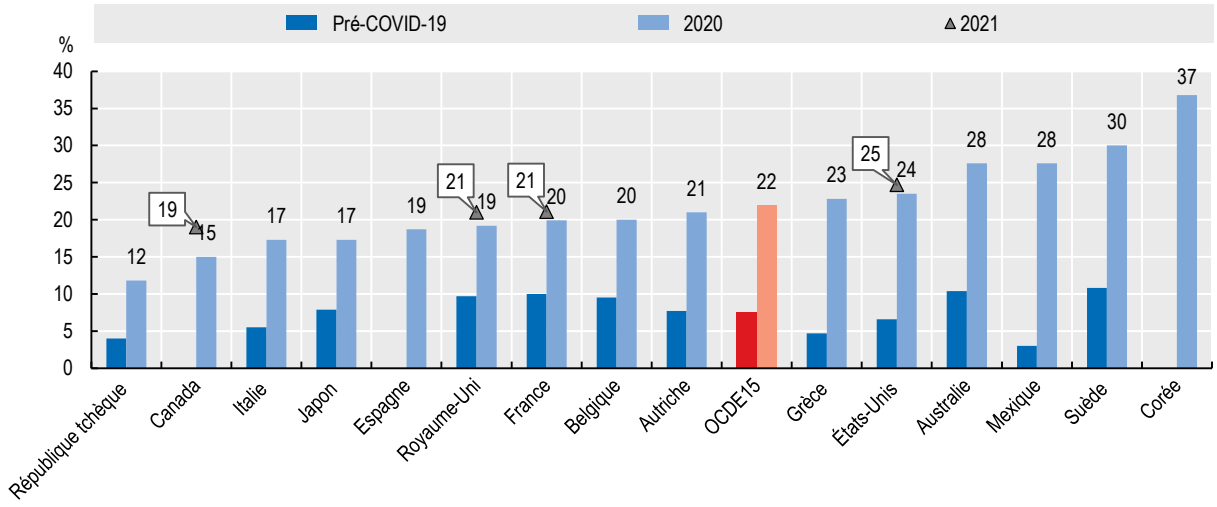
et la mise en place de mesures de distanciation sociale et d'autres dispositifs comme la fermeture des établissements scolaires et des commerces.

- La prévalence de l'anxiété et de la dépression dans les premiers mois de l'année 2020 était au moins le double de celle observée les années précédentes, et ce dans bien des pays, notamment en Belgique, aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni (Graphique 2.12) (OCDE, 2021[108]).
- En réponse à une étude du *Commonwealth Fund* menée en août 2020, au moins 10 % des adultes ont déclaré connaître, depuis le début de l'épidémie, des états de stress, d'angoisse ou de profonde tristesse qu'ils avaient du mal à surmonter seuls.

La crise se poursuivant, les conséquences sur la santé mentale de la population ne sont pas restées stables. On observe dans de nombreux pays une corrélation entre l'augmentation de la détresse psychique, la rigueur des mesures de confinement et la hausse des cas de COVID-19 et des décès liés au virus.

- Aux États-Unis, en France et au Royaume-Uni, la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression a augmenté lors des pics de contaminations et de décès par le COVID-19 et de la mise en place de mesures d'endiguement renforcées (Santé publique France, 2021[109] ; Public Health England, 2021[110] ; National Center for Health Statistics, 2021[111]).
- Aux Pays-Bas, les participants à une étude de suivi de la santé mentale pendant la pandémie ont fait état d'une très mauvaise santé mentale au cours des deux premiers trimestres de 2021 (CBS, 2021[112]). En Australie, le nombre de cas de COVID-19 a culminé au début de la pandémie en mars 2020, puis de nouveau en août 2020 et à l'été 2021.
- En juin 2021, un Australien sur cinq déclarait un niveau élevé ou très élevé de détresse psychique (20 %), et des niveaux analogues ont été enregistrés en mars 2021 (20 %) et en novembre 2020 (21 %) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[113]). Les niveaux de détresse psychique

Graphique 2.12. **Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs chez les adultes avant la crise du COVID-19, 2020 et 2021**



Note : Dans la mesure du possible, les estimations de la prévalence pour 2020 correspondent à la période mars-avril 2020, et celles de 2021 à la période mars-avril 2021. Les instruments d'enquête utilisés pour évaluer les états dépressifs et les échantillons de population diffèrent d'un pays à l'autre et, dans certains cas, d'une année à l'autre, ce qui empêche de comparer directement les données. La plupart des enquêtes nationales portent sur la population adulte de plus de 18 ans.

Source : Sources de données nationales mentionnées dans OCDE (2021[108]), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale », *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*.

étaient également plus élevés dans les États les plus touchés par les cas de COVID-19 et les mesures de confinement (ibid.).

- Une enquête d'EUROFOUND sur le bien-être mental dans les pays de l'UE montre que le risque de dépression était plus élevé, toutes classes d'âges confondues, au début de 2021 qu'à aucun autre moment de la crise jusqu'à aujourd'hui (Eurofound, 2021[114]).

La détresse psychique a particulièrement touché les catégories socialement défavorisées et les jeunes

Certaines catégories de population ont particulièrement souffert de la crise du COVID-19 sur le plan psychique, notamment les individus dont l'emploi est relativement précaire, les moins qualifiés, les bas revenus et les jeunes.

Au Royaume-Uni, par exemple, les individus les plus anxieux se rencontraient systématiquement parmi les moins instruits ou les plus modestes, et ce pendant 20 semaines à compter du mois de mars 2020 (Fancourt, Steptoe et Bu, 2021[115]). Cependant, l'évolution des liens entre santé mentale et situation socioéconomique (SSE) n'est pas homogène pour toutes les catégories de la population. Il est en effet difficile de déterminer si la santé mentale des personnes modestes s'est détériorée davantage ou plus rapidement qu'en moyenne dans la population générale. Aux États-Unis, par exemple, il est ressorti d'une enquête conduite en avril 2020 que le recul de la satisfaction à l'égard de la vie et la progression des symptômes dépressifs étaient plus nets chez les personnes à la situation socioéconomique élevée que chez les personnes plus modestes, par rapport aux résultats d'une enquête datant de 2019.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les problèmes de santé mentale autodéclarés sont plus fréquents chez les jeunes que chez d'autres classes d'âge (OCDE, 2021[116]). La proportion plus élevée de jeunes souffrant d'anxiété et de dépression s'inscrit à rebours des tendances constatées ces dernières années, et tend à montrer que la santé mentale des jeunes a été davantage mise à l'épreuve pendant la crise du COVID-19. En 2014, la proportion des 15-24 ans déclarant souffrir de

dépression chronique était estimée à 3.6 % dans l'Union européenne, soit beaucoup moins que dans l'ensemble de la population (6.9 %) (Eurostat, 2014[117]).

- Des données pour la Belgique, les États-Unis et la France montrent que la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression chez les jeunes était supérieure d'environ 30 à 80 % à celle constatée au sein de la population générale en mars 2021.
- Au Canada, une enquête menée en mai 2020 montre que 27 % des 15-24 ans souffraient de symptômes anxieux légers à graves, ce qui est nettement supérieur à la proportion de 19 % observée chez les 25-64 ans (Statistique Canada, 2020[118]).
- Au Japon, 31 % des 20-29 ans présentaient des symptômes dépressifs, contre 18 % des adultes plus âgés, d'après les réponses à une enquête datant de juillet 2020 (Fukase et al., 2021[119]).

La crise du COVID-19 a perturbé l'organisation des services de santé mentale, partout dans le monde. Une étude de l'OMS portant sur le deuxième trimestre de 2020 révèle que plus de 60 % des pays font état de telles perturbations (OMS, 2020[120]). Certains signes dénotent un accroissement simultané de la demande d'accompagnement psychique dans les pays de l'OCDE et des besoins non satisfaits en ce domaine. Dans une enquête du *Commonwealth Fund* menée entre mars et mai 2020, parmi ceux ayant déclarés avoir besoin de recevoir des soins de santé mentale, 68 % des adultes au Royaume-Uni et 69 % des adultes aux États-Unis ont déclaré ne pas être en mesure d'obtenir de tels soins (Commonwealth Fund, 2020[121]). Aux Pays-Bas, lors du premier confinement en 2020, la demande de soins de généralistes pour prendre en charge un état anxieux ou dépressif a diminué, et le taux de contacts avec un médecin généraliste est resté inférieur à celui des années précédentes, même après l'assouplissement des mesures de confinement. Cependant, lors du deuxième confinement qui a débuté en décembre 2020, la demande de prise en charge pour troubles dépressifs et anxieux a augmenté (NIVEL, 2021[122]).

Les mesures d'endiguement ont entraîné une hausse des comportements à risque et des violences familiales

Les mesures d'endiguement et d'atténuation mises en œuvre dans la plupart des pays ont eu un effet préjudiciable sur les habitudes de beaucoup. Ces modifications du mode de vie peuvent être suivies de conséquences durables sur la santé des individus.

- Bien qu'aucune modification significative de la consommation d'alcool n'ait été signalée entre 2019 et 2020 dans quatre des cinq pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, une analyse récente de l'OCDE sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les habitudes de consommation d'alcool a montré qu'une plus grande proportion de la population buvait plus souvent (OCDE, 2021[123]). La tendance est particulièrement marquée chez les femmes, les parents de jeunes enfants, les personnes à revenus élevés et celles qui présentent des symptômes anxieux ou dépressifs.
- D'après des recherches récentes qui restent à confirmer, il semblerait en outre que les périodes de confinement se soient accompagnées d'une diminution de l'activité physique et d'une augmentation des comportements sédentaires (Stockwell et al., 2021[124]).
- Il semble que les effets de la pandémie sur le tabagisme soient mitigés, certains fumeurs augmentant leur consommation quotidienne de cigarettes tandis que d'autres – notamment les personnes âgées, comme en France et au Japon – fument moins, peut-être en raison de la corrélation entre le tabagisme et les suites plus graves du COVID-19 (voir le chapitre 4).

Les politiques d'endiguement et d'atténuation mises en œuvre par de nombreux pays ont fortement limité les déplacements et souvent confiné les gens à leur domicile pendant de longues périodes. Ces restrictions ont empêché de nombreuses personnes, en particulier des femmes et des enfants, de quitter un foyer violent, de chercher une aide extérieure ou de bénéficier d'une aide

préventive, et ont vraisemblablement favorisé une explosion des violences familiales, dont la fréquence comme la gravité ont augmenté à l'égard des femmes et des enfants dans de nombreux pays.

En France, les estimations officielles indiquent que les signalements de violences familiales ont augmenté de plus de 30 % durant les dix premiers jours du confinement de mars 2020, tandis que les informations en provenance du Canada, de l'Allemagne, de l'Espagne, du Royaume-Uni et des États-Unis ont montré que la demande d'hébergement d'urgence avait augmenté pendant la pandémie avec la hausse des violences familiales (ONU Femmes, 2020[125]). À Londres (Royaume-Uni), la police métropolitaine a indiqué qu'entre la mi-mars et la mi-juin 2020, les actes de violence domestique perpétrés par un membre de la famille et le partenaire actuel ont augmenté respectivement de 16 % et de près de 9 %, mais que ceux infligés par un ancien partenaire ont diminué de 9 % (Suleman et al., 2021[126]). Si les données d'une seule région métropolitaine ne peuvent pas être extrapolées à l'échelle du pays, la tendance à l'augmentation des actes de violence domestique perpétrés par les partenaires actuels et les membres de la famille, et à la diminution des mauvais traitements infligés par d'anciens partenaires, souligne l'impact que les restrictions de déplacement liées au COVID-19 ont probablement eu sur les violences domestiques.

Les principaux services de soins primaires en personne ont reculé au deuxième trimestre de 2020, mais le recours à la télémédecine a fortement augmenté

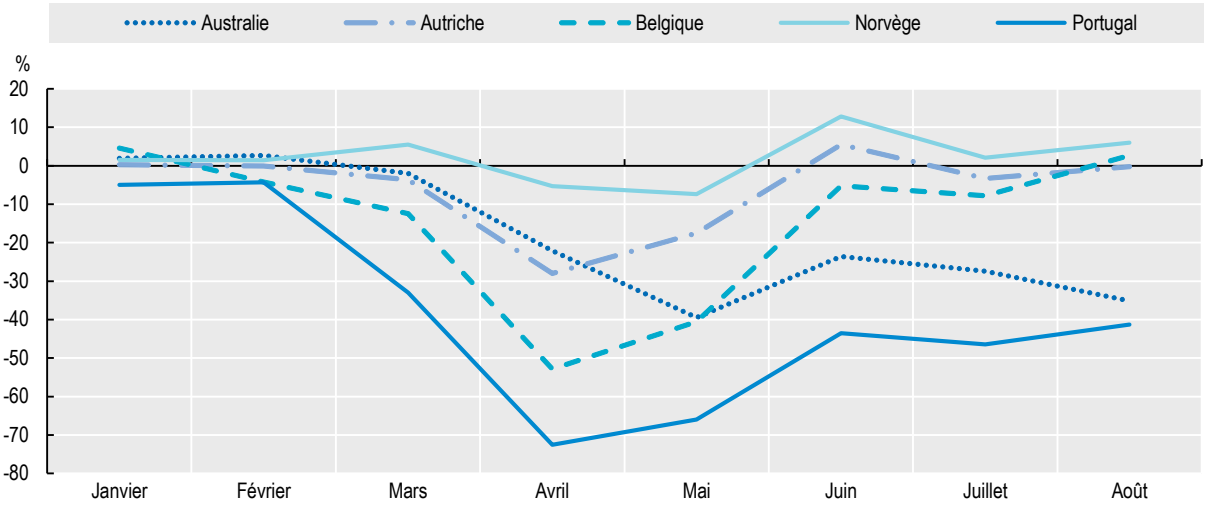
Lors de la phase initiale de la pandémie de COVID-19, le durcissement des restrictions dans le secteur de la santé et d'autres secteurs a fait que certains patients ont dû reporter leur prise en charge ou renoncer totalement à de nombreux services essentiels de santé. Les consultations de soins primaires en personne ont chuté, le nombre de consultations généralistes ayant diminué de 66 % au Portugal, d'environ 40 % en Australie, de 18 % en Autriche et de 7 % en Norvège en mai 2020, par rapport au même mois en 2019 (Graphique 2.13). Le déclin continu des consultations en personne chez le généraliste aux mois de juillet et août 2020 en Australie reflète probablement la trajectoire de l'épidémie dans ce pays, le nombre de cas ayant atteint un sommet en ces mois d'hiver de juillet et août 2020 dans l'hémisphère Sud. Les données préliminaires de huit pays de l'OCDE indiquent que les consultations médicales en personne ont diminué dans tous les pays sauf un en 2020 (voir le chapitre 5). La prudence est de mise dans l'interprétation des données, dans la mesure où dans de nombreux pays la diminution du nombre de consultations en personne a été compensée, du moins en partie, par le développement des services de télésanté.

D'après les données en année pleine de quatre pays, le nombre de consultations médicales par habitant (généraliste et spécialiste) n'a pas varié de manière notable entre 2019 et 2020 dans quelques pays (Graphique 2.14). En Australie, en Israël et en Norvège, l'augmentation du nombre de téléconsultations par habitant a compensé en partie la diminution des visites en face-à-face. De façon générale, les services de téléconsultation ont pris de l'ampleur dans tous les pays (Encadré 2.4). Si la pandémie a, de toute évidence, favorisé le décollage des services de télésanté, on ne sait pas encore dans quelle mesure le recours aux consultations à distance a compensé le recul des visites traditionnelles dans un plus large éventail de pays. Comme pour d'autres outils numériques, le recours aux technologies numériques de santé n'est pas réparti de manière égale dans la population, certaines catégories – notamment les adultes âgés, les personnes à faible revenu et les personnes peu instruites – étant moins susceptibles de rechercher en ligne des informations de santé (voir le chapitre 5). Si la télémédecine permet d'éliminer certains obstacles à l'accès aux soins – par exemple pour les personnes vivant dans des régions isolées – il se peut que le recours aux services numériques pendant la pandémie exacerbe aussi certaines inégalités antérieures à la pandémie.

De nombreux patients atteints de maladies chroniques ont vu leurs soins en personne fortement perturbés pendant la pandémie. Il ressort de deux études consacrées aux perturbations induites dans

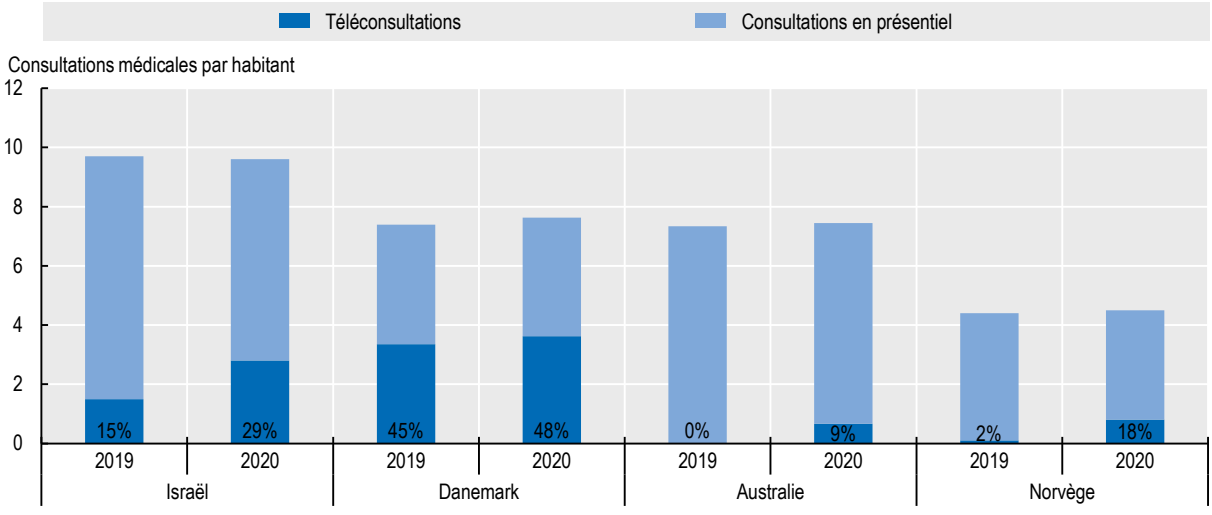
Graphique 2.13. **Évolution du nombre total de consultations chez le généraliste entre 2019 et 2020, sur une base mensuelle, dans différents pays de l'OCDE**

Nombre total de consultations en personne chez le généraliste par mois en 2020, comparé au même mois en 2019



Note : Les données excluent les services de télésanté et ne concernent que les consultations en cabinet ou les visites à domicile.
Source : Australian Institute of Health and Welfare (2020[127]), « Impacts of COVID-19 on Medicare Benefits Scheme and Pharmaceutical Benefits Scheme service use », *https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/covid-impacts-on-mbs-and-pbs/data* ; Helsedirektoratet (2020[128]), « Konsultasjoner hos fastleger », *https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/konsultasjoner-hos-fastleger* ; INAMI (2020[129]), « Monitoring COVID-19: L'impact du COVID-19 sur le remboursement des soins de santé », *https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-COVID-19-remboursement-soins-sante.aspx* ; Leitner (2021[130]), « Number of e-Card consultations: Analysis of eCard consultations during the pandemic/during the lockdown in 2020 », Serviço Nacional de Saúde (2021[131]) « Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários », *https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-das-consultas-medicas-nos-csp/export/?sort=tempo*.

Graphique 2.14. **Consultations médicales (tous cadres de soins confondus) par habitant, 2019 et 2020**



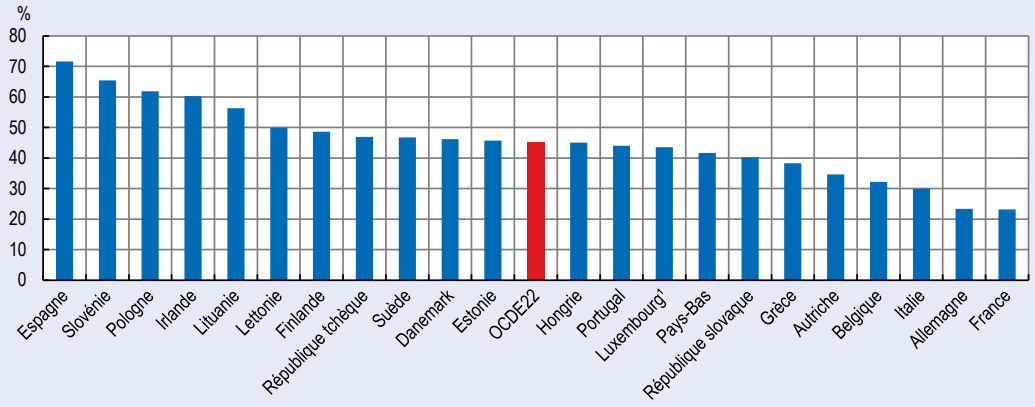
Source : OCDE (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*, collecte de données ponctuelle de l'OCDE sur les téléconsultations, 2021.

le traitement de ces affections, et couvrant respectivement 163 et 47 pays, que c'est principalement la prise en charge de l'hypertension et celle du diabète qui ont été interrompues ou perturbées par le COVID-19 (Chudasama et al., 2020[132] ; OMS, 2020[133]). Au Portugal, par exemple, le nombre d'examens du pied pour les patients diabétiques a diminué de 24 % entre 2019 et 2020, tandis qu'aux États-Unis, sur un échantillon représentatif au niveau national, les deux cinquièmes des adultes

Encadré 2.4. **Recours généralisé aux services de télésanté**

Dans 22 pays européens de l'OCDE, près de la moitié des adultes (45 %) indiquaient, en février-mars 2021, avoir consulté un médecin à distance, que ce soit en ligne ou par téléphone (Graphique 2.15). Au Canada, 47 % des personnes interrogées déclaraient, au mois de mai 2020, avoir eu recours aux services de télésanté pour prendre conseil auprès d'un médecin depuis le début de la pandémie (Association médicale canadienne, 2020[136]). En Australie, en avril 2021, un adulte sur sept avait sollicité l'un de ces services (y compris prise de rendez-vous, ordonnances électroniques ou consultation en ligne d'informations sur la santé) au cours des quatre semaines précédentes (Australia Bureau of Statistics, 2021[137]). Au Costa Rica, un tiers des consultations ont eu lieu à distance en 2020, et le pays a enregistré une proportion similaire (34 %) sur les huit premiers mois de 2021.

Graphique 2.15. **Dans les 22 pays de l'OCDE membres de l'UE, près de la moitié des adultes ont consulté en ligne ou par téléphone pendant la pandémie**



Note : Part de répondants ayant déclaré avoir consulté un médecin à distance (en ligne ou par téléphone) depuis le début de la pandémie. Les résultats tirés d'une enquête en ligne peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population. 1. Note : Les données concernant le Luxembourg manquent de fiabilité.
Source : Eurofound (2020[138]), « Living, working and COVID-19 dataset », *https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/covid-19/quality-of-public-services*.

souffrant d'au moins une maladie chronique ont déclaré avoir reporté leurs soins ou y avoir renoncé pendant la pandémie (Gonzalez et al., 2021[134] ; Serviço Nacional de Saúde, 2021[135]).

Une rupture momentanée de continuité peut également être observée dans le cas de la vaccination des enfants. Ainsi, le Brésil a enregistré une baisse de 20 % de la couverture vaccinale des plus jeunes en avril-mai 2020, par rapport aux mois de janvier et février, tandis qu'au Royaume-Uni, les inoculations de vaccins hexavalents ont diminué de 7 %, et de 20 % pour le vaccin ROR, au cours des trois semaines qui ont suivi l'introduction des mesures de distanciation sociale, par rapport à la même période de l'année précédente (McDonald et al., 2020[139] ; Silveira et al., 2021[140]). Toutefois, là où elles sont disponibles pour l'année complète, notamment en Belgique, en Grèce et en Irlande, les données ne font apparaître qu'une légère variation globale entre 2019 et 2020 de la vaccination indispensable des enfants contre certaines maladies, par exemple contre la rougeole (OMS, 2021[141]). En Angleterre, par exemple, les inoculations sur 12 mois des vaccins hexavalents n'ont chuté que de 0.1 % en 2020 par rapport à 2019 (Public Health England, 2021[142]). Il semble que, dans la plupart des pays de l'OCDE, les éventuels retards par rapport au calendrier recommandé de vaccination des enfants aient été vite rattrapés et qu'ils n'auront pas d'incidence dans la durée sur la couverture vaccinale. Les effets sur les campagnes de vaccination des enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire devraient être beaucoup plus marqués, avec des

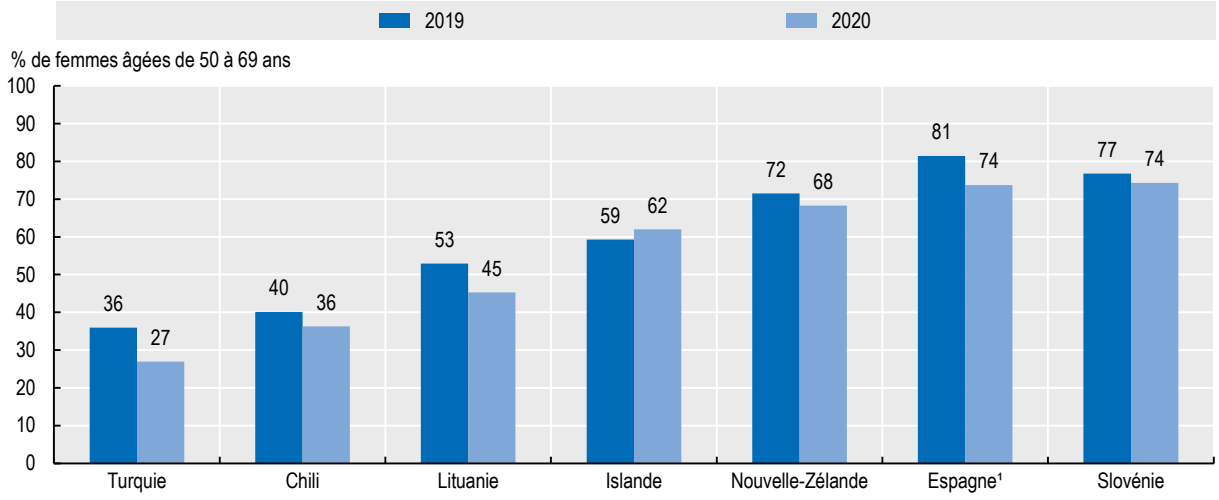
conséquences négatives potentiellement importantes pour la santé des enfants et la propagation de maladies évitables par la vaccination.

De nombreux pays ont enregistré un recul initial du dépistage du cancer, ce qui risque au fil du temps d'aggraver les résultats en matière de santé

Le dépistage, au moyen notamment de la mammographie et de la coloscopie, constitue un élément majeur des programmes de prévention du cancer, la détection précoce de la maladie jouant un rôle déterminant dans l'amélioration des taux de survie (voir le chapitre 6). Les données montrent que le dépistage et l'orientation des malades du cancer ont été sensiblement retardés pendant la pandémie. Dans sept pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données annuelles comparables, la part de femmes ayant effectué un dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années a diminué en moyenne de 5 points de pourcentage en 2020 par rapport à 2019 (Graphique 2.16).

Graphique 2.16. **La part de femmes ayant effectué un dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années a diminué en 2020 par rapport à 2019**

Pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant effectué un dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années, 2020



1. Les données de l'Espagne sont des données d'enquête et l'année de référence est 2017 au lieu de 2019. Les données de tous les autres pays ont été réunies dans le cadre des programmes de dépistage.
Source : OCDE (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

Cette baisse de l'activité de dépistage préventif a été particulièrement marquée dans les premiers mois de la pandémie :

- En Italie, les taux de dépistage du cancer du sein (-54 %) et du cancer du col de l'utérus (-55 %) étaient en net repli entre janvier et mai 2020 par rapport à la même période de l'année précédente, et sont restés inférieurs sur toute l'année 2020 par rapport à 2019 (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître[143]).
- Les dépistages du cancer colorectal avaient reculé de 58 % en République tchèque en avril 2020, et de 34 % en Autriche entre janvier et juillet, par rapport aux mêmes mois de l'année précédente (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître[144]).
- En Australie, le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans a reculé de 20 % entre janvier et septembre 2020, par rapport aux mêmes mois de 2018. La baisse a été particulièrement marquée entre mars et mai 2020, lorsque les services de dépistage *BreastScreen* ont été suspendus (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[145]). Cela étant, le volume

hebdomadaire des examens effectués entre la fin juillet et la mi-septembre 2020 a excédé celui relevé deux ans plus tôt, ce qui autorise à penser que les éventuels reculs consécutifs à la pandémie pourraient n'être que temporaires.

- En France, le dépistage du cancer du sein était en forte baisse sur le deuxième trimestre 2020 (-56 % par rapport au T2 2019). À partir de septembre, toutefois, l'activité de dépistage a dépassé les niveaux observés les années précédentes, le nombre d'examens hebdomadaires en janvier et mai 2021 étant supérieur de 13 % aux chiffres correspondants en 2019 (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître[146]).

Les retards et baisses d'activité dans le dépistage du cancer alourdissent la mortalité dans la mesure où ils vont de pair avec des diagnostics tardifs. De nombreux pays de l'OCDE ont signalé des retards dans le diagnostic du cancer et l'accès aux services de diagnostic pendant la pandémie, notamment l'Australie, la Belgique, le Canada (Ontario), la Corée, le Danemark, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Slovénie et la Suède. Il a été estimé précédemment que reporter de quatre semaines le traitement chirurgical du cancer augmentait le risque de décès de 7 % environ ; un report équivalent, dans le cas d'un traitement systémique (chimiothérapie, par exemple) ou d'un traitement par radiothérapie ferait croître ce risque de 13 % (Hanna et al., 2020[147]).

- Des données austaliennes indiquent que la pandémie a entraîné des perturbations dans la prise en charge du cancer allant au-delà des programmes de dépistage préventif. Par rapport à la même période en 2019, les interventions chirurgicales associées au cancer du sein ont diminué de 6 % entre janvier et septembre 2020, et celles relatives au cancer colorectal de 4 %. Les baisses les plus notables en termes d'actes chirurgicaux se sont produites dans les premiers mois de la pandémie (Cancer Australia, 2020[148]). Les examens de diagnostic pratiqués en cas de suspicion de cancer ont aussi diminué au début de la pandémie.
- En Belgique, la prise en charge du cancer ayant été perturbée par la pandémie, il manquait 5 000 nouveaux diagnostics sur le nombre normalement attendu entre mars et septembre 2020 (Belgian Cancer Registry, 2020[149]).
- Au cours du premier semestre de 2021 aux Pays-Bas, le nombre de nouveaux cancers diagnostiqués était supérieur de 6 % à la moyenne sur la période correspondante pour 2017-19, conformément aux augmentations prévues en raison de l'évolution démographique. La hausse du nombre de diagnostics pourrait également s'expliquer par un effet de rattrapage des diagnostics qui n'ont pas été posés en 2020 (Netherlands Comprehensive Cancer Organisation, 2021[150]).

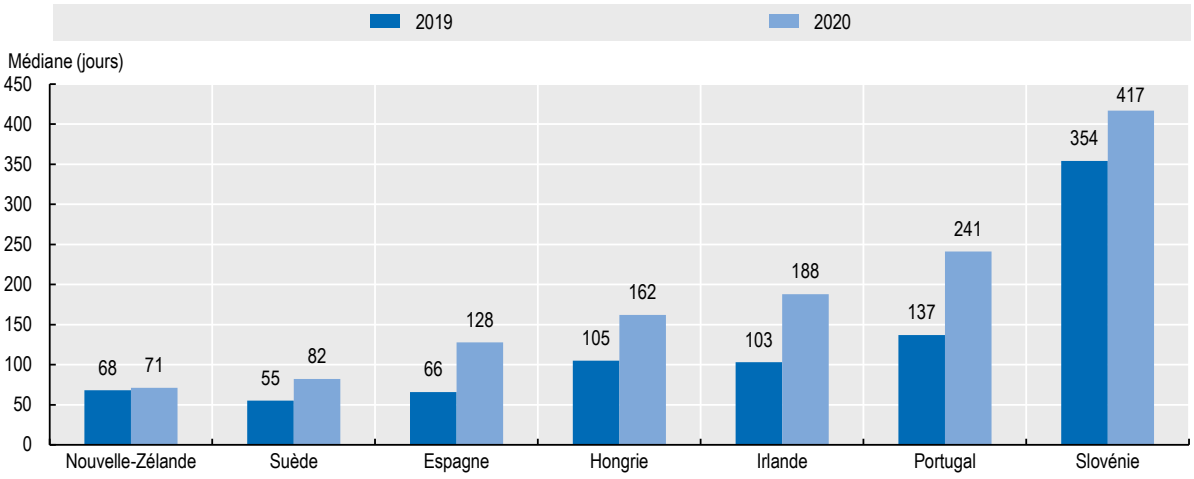
De nouvelles données commencent à montrer les effets considérables que les retards de dépistage et de diagnostic risquent d'avoir sur la survie. Au Royaume-Uni (Angleterre), des projections montrent que le diagnostic tardif de quatre formes de cancer fait augmenter la mortalité à cinq ans d'environ 5 % au moins (dans le cas du cancer du poumon), voire de 16 % (dans le cas du cancer colorectal) (Maringe et al., 2020[151]).

Les opérations non urgentes ayant été reportées pendant la pandémie, les délais d'attente ont augmenté et les interventions chirurgicales ont été moins nombreuses

Pour renforcer les capacités des systèmes de santé et faire face à la flambée des cas de COVID-19, les interventions chirurgicales non urgentes ont été reportées dans de nombreux pays. En conséquence, les délais d'attente pour de nombreuses interventions chirurgicales ont augmenté. Dans sept pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, les délais d'attente pour trois actes chirurgicaux non urgents – la chirurgie de la cataracte et les arthroplasties de la hanche et du genou – ont tous augmenté dans chacun des pays en 2020 par rapport à 2019 (Graphique 2.17). Pour les patients inscrits sur liste d'attente, le délai médian avant de subir l'intervention a augmenté

en 2020 de 88 jours pour l'arthroplastie du genou, de 58 jours pour l'arthroplastie de la hanche et de 30 jours pour la chirurgie de la cataracte, par rapport à 2019.

Graphique 2.17. **Les délais d'attente pour les patients devant subir une arthroplastie de la hanche se sont allongés durant la pandémie**



Source : OCDE (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

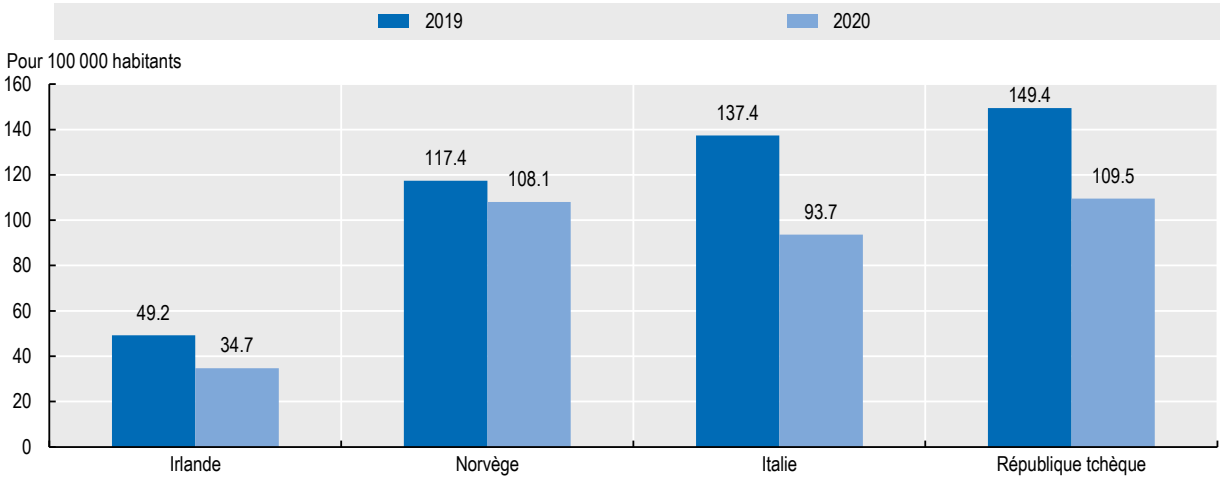
Le nombre d'opérations non urgentes nécessitant une hospitalisation, comme les arthroplasties de la hanche ou du genou, a chuté dans de nombreux pays en 2020, avec une baisse de plus de 25 % du nombre d'arthroplasties du genou en République tchèque et en Italie (Graphique 2.18). Des baisses similaires ont également été observées pour les arthroplasties de la hanche et les chirurgies de la cataracte (voir le chapitre 5).

Si les premiers mois de la pandémie ont eu des répercussions très marquées en termes d'allongement des délais d'attente et de réduction du nombre de parcours de soins achevés, les niveaux records d'hospitalisation de malades du COVID-19 atteints ultérieurement ont également apporté leur lot de perturbations, mais dans une moindre mesure. Au Royaume-Uni, par exemple, l'activité thérapeutique s'est effondrée entre mars et mai 2020, puis a connu un nouveau recul entre novembre 2020 et janvier 2021 – quoique moins prononcé que la première fois (The Health Foundation, 2021[152]). Le retard accumulé dans le traitement des patients ayant besoin d'une intervention de chirurgie élective ne se rattrapera pas sans difficulté, en particulier dans les pays dont les capacités hospitalières sont relativement limitées, et pourrait exiger des moyens financiers supplémentaires dans la durée.

Les hospitalisations ont également diminué de manière générale, et en particulier pour les soins cardiaques

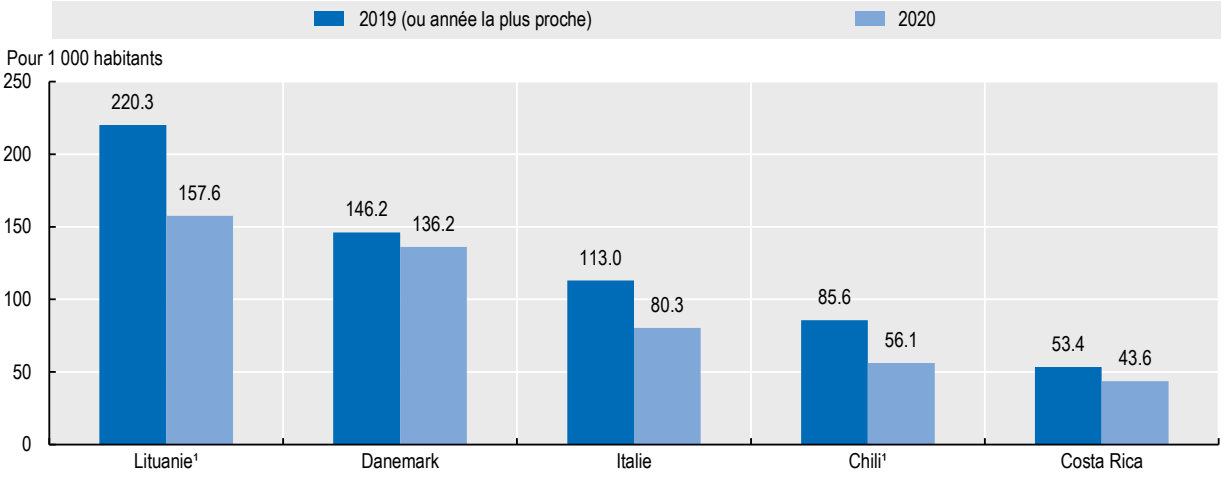
En prévision de l'afflux de patients COVID-19 nécessitant une prise en charge hospitalière et pour répondre à cette demande, de nombreux pays ont augmenté le nombre de lits d'hôpitaux disponibles en repensant les politiques de sortie de l'hôpital et en reportant les admissions prévues pour des traitements non urgents. En conséquence, dans cinq pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, le nombre total d'admissions à l'hôpital a diminué dans tous les pays entre 2019 et 2020, les baisses allant d'environ 7 % au Danemark à plus de 30 % en Lituanie, Italie et Chili (Graphique 2.19).

Graphique 2.18. **Arthroplasties du genou, sélection de pays de l'OCDE, 2019-20**



Source : OCDE (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

Graphique 2.19. **Taux de sortie d'hôpital, 2019 et 2020**



1. Exclut les sorties d'hôpital des nouveau-nés en bonne santé (entre 3 et 10 % de l'ensemble des sorties).
Source : OCDE (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*.

De nombreux pays de l'OCDE ont également observé un recul des consultations et admissions aux urgences. Dans l'ensemble, la fréquentation des services d'urgences a diminué en 2020 de plus de 20 % au Canada (24 %), au Portugal (28 %) et au Royaume-Uni (Angleterre) (21 %) par rapport à 2019 (Canadian Institute for Health Information, 2021[153] ; Serviço Nacional de Saúde, 2021[154] ; NHS, 2021[155]). L'activité a marqué un creux particulièrement prononcé en mars et avril 2020. Aux Pays-Bas, les visites aux urgences ont diminué de 25 % entre mars et juin 2020, tandis que les consultations aux urgence pour des blessures ont diminué de 14 % en 2020 par rapport à 2016 (Stam et Blatter, 2021[156] ; Toet, Sprik et Blatter, 2020[157]). Si l'on compare la période de juillet 2019 à juin 2020 avec celle de juillet 2018 à juin 2019, la baisse des visites aux urgences est relativement moindre en Australie (-1.4 %) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021[158]). Néanmoins, un net recul du nombre moyen de consultations quotidiennes (-38 %) peut s'observer entre le début du mois de mars et le début du mois d'avril 2020 en comparaison aux semaines correspondantes de 2019.

Les consultations en lien avec des accidents cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux se sont faites moins nombreuses, et certains éléments tendent à indiquer que ces événements ont eu des suites plus graves.

- Des données portant sur les premiers mois de la crise sanitaire révèlent ainsi que les hospitalisations pour accident cardiovasculaire – notamment en cas d'infarctus aigu du myocarde et d'AVC – avaient alors diminué de 40 %, sinon davantage, dans de nombreux pays, dont l'Allemagne, l'Autriche, le Brésil, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce et le Royaume-Uni (Garcia et al., 2020[159] ; Huet et al., 2020[160] ; Mafham et al., 2020[161] ; Metzler et al., 2020[162] ; Oikonomou et al., 2020[163]).
- Si les admissions pour ces motifs se sont faites plus rares au début de la pandémie, les taux de létalité et de complications des suites d'un infarctus du myocarde semblent, eux, avoir grimpé en flèche depuis (De Rosa et al., 2020[164] ; Primessnig, Pieske et Sherif, 2021[165]). Ces évolutions tiennent vraisemblablement au recul des consultations hospitalières après un accident cardiovasculaire sans gravité. Il apparaît que les patients hospitalisés présentaient des symptômes plus graves qu'au cours de la même période de l'année 2019, avec, par voie de conséquence, un risque de complications plus élevé et une évolution et une mortalité à court terme moins favorables (Primessnig, Pieske et Sherif, 2021[165]).

Le taux de survie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque en-dehors du milieu hospitalier s'est également détérioré, même s'il faut interpréter avec prudence les données réunies sur le sujet, dans la mesure où elles sont tirées d'études qui portent souvent sur une région ou une ville en particulier et qu'elles ne sont pas représentatives à l'échelle nationale. Ce taux de survie extra-hospitalier a diminué de 50 % dans l'État de Victoria (Australie), entre mars et mai 2020, en comparaison avec la même période en 2017-19 ; le taux de survie à 30 jours a été divisé par plus de deux à Londres (Royaume-Uni), aux mois de mars et d'avril 2020, par rapport à l'année précédente. (Ball et al., 2020[166] ; Fothergill et al., 2021[167])

Quelques-uns au moins des facteurs à l'origine de cette hausse de la mortalité sont probablement à rechercher du côté des bouleversements de l'organisation des soins qui ont résulté des contraintes et restrictions imposées aux systèmes de santé, avec notamment des délais d'intervention des secours plus longs et des interventions critiques plus tardives (Scquizzato et al., 2020[168]).

Si les répercussions économiques de la pandémie ont été considérables dans la plupart des pays de l'OCDE en 2020, la reprise a été rapide mais inégale

La crise sanitaire et les mesures inédites qui ont été prises pour limiter la propagation du virus SARS-Cov-2 ont eu un impact négatif considérable sur l'activité économique mondiale. Le produit intérieur brut (PIB) mondial s'est contracté de 3.4 % en 2020 à la suite des restrictions imposées aux déplacements et aux échanges et de la fermeture des sites de fabrication, des chantiers de construction, des commerces de détail non essentiels, des hôtels, des restaurants et de nombreuses autres activités (OCDE, 2021[169]). Dans de nombreux pays, elle a marqué le déclin économique le plus important depuis des générations, dépassant même les effets de la crise économique et financière de 2008-09. À l'exception de l'Irlande et de la Turquie, l'activité économique a ralenti dans tous les pays de l'OCDE. Les baisses ont été particulièrement marquées en Espagne (-10.8 %), au Royaume-Uni (-9.8 %) et en Italie (-8.9 %). Ces pays ont également été durement touchés par la flambée des cas de COVID-19 entre mars et mai 2020, ce qui les a contraints à prendre des mesures drastiques pour faire face à la pandémie.

Il est difficile de trouver une explication à l'évolution hétérogène de la croissance du PIB en 2020, car le développement économique est influencé par de multiples facteurs. Pourtant, la taille des secteurs du voyage et du tourisme est généralement le principal facteur permettant d'expliquer à lui

seul les effets de la pandémie sur l'activité économique (OCDE, 2021[170]). Cela permet d'expliquer pourquoi l'Islande et la Grèce (deux pays où ces secteurs représentent plus de 20 % du PIB) ont enregistré une importante récession économique en 2020, malgré une surmortalité faible à moyenne. Les restrictions imposées aux voyages et au tourisme ont eu un impact plus important que les périodes de confinement ou les résultats épidémiologiques. Parmi les autres facteurs pouvant expliquer les différences de résultats économiques figurent la composition globale de l'économie, tous les secteurs ou industries n'ayant pas été perturbés de la même manière, ainsi que l'orientation des échanges des pays. Enfin, tous les pays de l'OCDE ont pris un large éventail de mesures budgétaires d'urgence pour protéger les emplois et les revenus, mais ces plans de relance sont intervenus à des moments différents et n'ont pas eu la même portée (OCDE, 2021[171]).

La reprise économique mondiale en 2021 a été rapide, les prévisions indiquant une croissance du PIB de 5.7 % et une croissance vigoureuse dans de nombreux pays de l'OCDE comme la Turquie (8.4 %), l'Espagne (6.8 %) et le Royaume-Uni (6.7 %), grâce au déploiement rapide de la vaccination dans de nombreuses économies avancées (OCDE, 2021[169]). Toutefois, la reprise a jusqu'à présent été inégale, un grand nombre d'économies émergentes et de pays à revenu faible et intermédiaire ayant pris du retard dans la vaccination. Ce décalage empêchera les pays de renouer pleinement avec leur activité économique, ce qui aura des répercussions non seulement sur la croissance intérieure, mais aussi sur les chaînes d'approvisionnement mondiales, avec des conséquences indirectes pour d'autres économies. L'évolution de la pandémie suscite de nouvelles incertitudes quant à la reprise économique, liées par exemple à l'apparition de nouveaux variants du virus susceptibles d'entraîner à nouveau la mise en place de mesures de distanciation sociale plus strictes.

Dix-huit mois après la pandémie – où en sommes-nous ?

Le COVID-19 a eu un effet dévastateur sur le plan sanitaire, entraînant de nombreux décès et causant des problèmes de santé sur la durée. Il a touché de façon disproportionnée les populations âgées et les personnes atteintes de certaines maladies ou présentant des facteurs de risque comportemental. Il existe également un gradient social manifeste, le COVID-19 exacerbant les inégalités existantes. Dans la zone OCDE, plus de 2.1 millions de décès dus au COVID-19 étaient comptabilisés à la mi-octobre 2021, le bilan réel des décès directement ou indirectement imputables au virus étant beaucoup plus lourd. En outre, plus de 110 millions de contaminations par le SARS-CoV-2 ont été enregistrées dans les pays de l'OCDE, exigeant dans de nombreux cas un traitement hospitalier, voire en soins intensifs. Environ une personne contaminée sur dix continue de présenter des symptômes de la maladie plus de trois mois après avoir contracté le virus.

Le déploiement rapide des campagnes de vaccination a réduit le risque de formes graves de la maladie et de décès dus au COVID-19 en 2021 dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Cependant, compte tenu de nouvelles données sur l'efficacité décroissante des vaccins au fil du temps et de l'hésitation vaccinale persistante dans certains pays, il est probable que certaines mesures d'endiguement et d'atténuation restent en vigueur. Un certain nombre de pays ont également commencé à administrer des doses de rappel en ciblant les catégories de population les plus vulnérables. Dans le même temps, il est essentiel de garantir un accès mondial aux vaccins, en particulier aux pays à revenu faible et intermédiaire, pour éradiquer la pandémie et prévenir des millions de décès évitables. Disposer de moyens supplémentaires pouvant être déployés avec rapidité et flexibilité en cas de nécessité – tant en termes de capacités hospitalières et de soins intensifs que de personnels de santé – améliorera la capacité des systèmes de santé à réagir aux chocs.

Le COVID-19 a d'autre part considérablement gêné la prise en charge des personnes atteintes d'autres pathologies. Des données de plus en plus nombreuses montrent qu'un large éventail de

services médicaux ont été et restent perturbés par la pandémie. L'accès aux services de santé des patients non-COVID a été particulièrement perturbé au début de l'épidémie, les capacités ayant alors été réorientées pour faire face à l'arrivée massive des patients COVID-19. Dans de nombreux pays, les consultations chez un généraliste, le dépistage du cancer, le recours aux services des urgences et les admissions à l'hôpital pour des accidents cardiovasculaires ont diminué, tandis que les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes se sont allongés.

Reste à savoir comment ces conséquences indirectes se traduiront pour l'état de santé à long terme de la population. Dans certains pays, les perturbations des services de santé ou de prévention essentiels semblent n'avoir été que temporaires, ce qui signifie que ces systèmes de santé ont été capables de s'adapter rapidement à la crise. On peut par exemple citer le recours à la téléconsultation ou l'accroissement des activités de dépistage du cancer au second semestre de 2020 et en 2021 pour (en partie) compenser les annulations lors du premier pic de la pandémie de COVID-19. Pourtant, il est encore trop tôt pour en déterminer l'ampleur exacte. En outre, les difficultés liées aux troubles mentaux sont loin d'être temporaires, le risque étant que le COVID-19 ait des répercussions durables sur l'état de santé psychologique de nombreuses personnes dans les années à venir. La santé mentale et le cancer sont également deux domaines dans lesquels les retards de traitement peuvent avoir des effets nocifs particulièrement graves sur la santé. Il convient donc d'accorder une plus grande attention aux retards de dépistage et d'orientation des cas de cancer. S'agissant de la santé mentale, les services d'accompagnement doivent être renforcés et maintenus, l'offre devant être adaptée aux besoins de différents groupes de population.

Dans l'ensemble, cette analyse de l'incidence du COVID-19 sur la santé met en évidence l'immense pression que la pandémie a exercée sur la santé des individus et sur les systèmes de santé. La crise sanitaire a par la suite débouché sur une crise économique majeure, qui pourrait avoir des retombées à long terme sur l'ensemble de la société. À l'avenir, des investissements ciblés dans le secteur de la santé seront nécessaires pour renforcer la préparation aux pandémies et la résilience globale des systèmes. Le rendement de ces investissements ne se limite pas aux bénéfices liés à la diminution du nombre de vies perdues. Des systèmes de santé plus résilients sont des fondements essentiels pour des économies et des sociétés plus fortes et plus résilientes.

Notes

1. Les taux de contamination signalés au Mexique sont faibles. En effet, le taux de dépistage y étant peu important (début juin 2021, le pays n'effectuait que 0.07 test par jour pour 1 000 habitants, contre 3.4 au Chili ou 1.2 en Colombie), il est probable que les taux réels de contamination soient beaucoup plus élevés.
2. En octobre 2021, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait isolé quatre « variants préoccupants » (OMS, 2021[174]). Il s'agit des variants Alpha et Beta (identifiés l'un et l'autre en décembre 2020), Gamma (identifié en janvier 2021) et Delta (identifié en mai 2021).
3. La plupart des pays de l'OCDE ont recours principalement aux vaccins Pfizer-BioNTech, Moderna (vaccins à ARNm) ou Oxford-AstraZeneca dans leurs campagnes de vaccination contre le COVID-19.
4. Il convient toutefois de garder à l'esprit que la surmortalité peut résulter de différents facteurs comme une grave épidémie de grippe ou une canicule. Dans certains pays où elle est positive pour les années 2020 et 2021, la surmortalité incluera des causes autres que le COVID-19.
5. Le bilan des décès dus au COVID-19 étant nettement plus faible, il y a lieu de penser que ces décès ont été largement sous-estimés dans le pays.
6. Les professionnels de santé et les travailleurs sociaux représentent environ 7 % de la main-d'œuvre mondiale.

Références

[65] Ahmad, K. et al. (2020), « Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties », *PLoS ONE*, vol. 15/11 November, *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0241327*.

[46] Antonelli, M. et al. (2021), « Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested,case-control study », *Lancet Infect Dis*, *https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00460-6*.

[173] Arias, E. et al. (2021), « Provisional Life Expectancy Estimates for 2020 », *Vital Statistics Rapid Release Report no 15 - National Centre for Health Statistics*, *https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/vsrr015-508.pdf*.

[136] Association médicale canadienne (2020), *Que pense la population canadienne des soins de santé virtuels ?*, *https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/virtual-care/cma-virtual-care-public-poll-june-2020-f.pdf*.

[84] Assurance Maladie (2021), *Les données de la vaccination contre la Covid-19 - Taux de vaccination (en %) par indice de défavorisation*, *https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/* (consulté le 14 octobre 2021).

[137] Australia Bureau of Statistics (2021), *Household Impacts of COVID-19 Survey: Insights into the prevalence and nature of impacts from COVID-19 on households in Australia*, *https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/household-impacts-covid-19-survey/latest-release#data-download* (consulté le 26 juillet 2021).

[145] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Cancer screening and COVID-19 in Australia*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, *https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/cancer-screening-and-covid-19-in-australia-inbrief/contents/what-was-the-impact-of-covid-19-in-australia*.

[158] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Emergency department care: Impact of COVID-19 on 2019–20 Emergency department activity*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, *https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals/sectors/emergency-department-care*.

[113] Australian Institute of Health and Welfare (2021), *Mental health services in Australia, COVID-19 impact on mental health*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, *https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-impact-of-covid-19*.

[127] Australian Institute of Health and Welfare (2020), *Impacts of COVID-19 on Medicare Benefits Scheme and Pharmaceutical Benefits Scheme service use*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, *https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/covid-impacts-on-mbs-and-pbs/data*.

[166] Ball, J. et al. (2020), « Collateral damage: Hidden impact of the COVID-19 pandemic on the out-of-hospital cardiac arrest system-of-care », *Resuscitation*, vol. 156, *http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.017*.

[26] Bar-On, Y. et al. (2021), « Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against Covid-19 in Israel », *N Engl J Med*, vol. 385/15, pp. 1393-400, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2114255*.

[149] Belgian Cancer Registry (2020), *5000 diagnostics de cancer attendus selon les estimations n'ont pas encore été établis*, *https://kankerregister.org/media/docs/publications/Cancer-Impact-CriseCoronavirus_FR_final_nov2020.pdf* (consulté le 30 mai 2021).

[70] Berchet, C. (à paraître), « Socio-economic and ethnic health inequalities in COVID-19 outcomes across OECD countries »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[62] Bourguignon, M. et al. (2020), « Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique : variations spatiales et socio-démographiques », *https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02977464*.

[6] Byambasuren, O. et al. (2021), « Comparison of seroprevalence of SARS-CoV-2 infections with cumulative and imputed COVID-19 cases: Systematic review », *PLoS ONE*, vol. 16/4, p. e0248946, *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248946*.

[153] Canadian Institute for Health Information (2021), *How COVID-19 affected emergency departments*.

[148] Cancer Australia (2020), *National and jurisdictional data on the impact of COVID-19 on medical services and procedures in Australia: Breast, colorectal, lung, prostate and skin cancers*, *https://www.canceraustralia.gov.au/National_and_jurisdictional_data_on_the_impact_of_COVID-19_on_medical_services_and_procedures*.

[38] Carfi, A. et al. (2020), « Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19 », *JAMA*, vol. 324/6, pp. 603-605, *http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12603.*

[112] CBS (2021), *Gezondheid in coronatijd*, *https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/welvaart-in-coronatijd/gezondheid-in-coronatijd* (consulté le 14 octobre 2021).

[85] CDC (2021), *COVID Data Tracker*, *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccination-demographics-trends* (consulté le 15 octobre 2021).

[29] CDC (2021), « COVID-NET Laboratory-confirmed COVID-19 hospitalizations », *COVID Data Tracker*, *https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#covidnet-hospitalization-network* (consulté le 20 juillet 2021).

[12] CDC (2021), *Delta Variant: What We Know About the Science*, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/delta-variant.html* (consulté le 8 octobre 2021).

[22] CDC (2021), « Monitoring Incidence of COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths, by Vaccination Status — 13 U.S. Jurisdictions, April 4–July 17, 2021 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7037e1.htm#contribAff* (consulté le 9 octobre 2021).

[75] Centers for Disease Control and Prevention (2021), *Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Race/Ethnicity*, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html*.

[64] Chen, J. et N. Krieger (2020), « Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs. ZIP code analyses », *HCPDS Working Paper*, n° Volume 19, Number 1, Harvard Center for Population and Development Studies.

[45] Chopra, V. et al. (2020), « Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19 », *Ann Intern Med*, *http://dx.doi.org/10.7326/M20-5661*.

[132] Chudasama, Y. et al. (2020), « Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals », *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/5, *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042*.

[63] Cifuentes, M. et al. (2021), « Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: A cohort nationwide study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 75/7, *http://dx.doi.org/10.1136/jech-2020-216275*.

[104] Commission européenne (2021), *Road safety: 4 000 fewer people lost their lives on EU roads in 2020 as death rate falls to all time low*, *https://ec.europa.eu/transport/modes/road/news/2021-04-20-road-safety_en*.

[3] Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable (2021), *À la lumière de la pandémie. Une nouvelle stratégie en faveur de la santé et du développement durable*, *https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development/publications/drawing-light-from-the-pandemic-a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development-2021* (consulté le 11 octobre 2921).

[121] Commonwealth Fund (2020), « Do Americans Face Greater Mental Health and Economic Consequences from COVID-19? Comparing the U.S. with Other High-Income Countries | Commonwealth Fund », *https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/aug/americans-mental-health-and-economic-consequences-COVID19* (consulté le 3 décembre 2020).

[53] COVID-19 INED (2020), *Demographics of COVID-19 deaths*, *https://dc-covid.site.ined.fr/en/* (consulté le 26 juillet 2021).

[42] COVID-19 Longitudinal Health and Wellbeing National Core Study/ONS (2021), *Short Report on Long COVID - 22.7.2021*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1007511/S1327_Short_Long_COVID_report.pdf* (consulté le 9 octobre 2021).

[101] De Kock, J. et al. (2021), « A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being », *BMC Public Health*, vol. 21/1, *http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3*.

[164] De Rosa, S. et al. (2020), « Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era », *European Heart Journal*, vol. 41/22, *http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa409*.

[56] Decoster, A., T. Minten et J. Spinnewijn (2020), « The income gradient in mortality during the Covid-19 crisis: evidence from Belgium », *Discussion Paper Series DPS20.18*, KU Leuven.

[93] Denning, M. et al. (2021), « Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study », *PLOS ONE*, vol. 16/4, p. e0238666, *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0238666*.

[20] DREES (2021), « La diminution des cas graves continue malgré un nombre élevé de tests positifs pour les personnes non-vaccinées », *Communiqué de presse 08/10/2021*, *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/la-diminution-des-cas-graves-continue-malgre-un-nombre-eleve-de-tests-positifs* (consulté le 9 octobre 2021).

[57] Drefahl, S. et al. (2020), « A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden », *Nature Communications*, vol. 11/1, *http://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-18926-3*.

[7] ECDC (2021), *COVID-19 datasets*, *https://opendata.ecdc.europa.eu/covid19/nationalcasedeath/* (consulté le 12 octobre 2021).

[172] El Sahly, H. et al. (2021), « Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase », *NEJM*, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2113017*.

[114] Eurofound (2021), *Vivre, travailler et COVID-19 (mise à jour avril 2021) : la santé mentale et la confiance se dégradent dans l'ensemble de l'UE tandis que la pandémie entame sa deuxième année d'existence*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, *https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2021/living-working-and-covid-19-update-april-2021-mental-health-and-trust-decline-across-eu-as-pandemic*.

[96] Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19*, Publications Office of the European Union, *http://dx.doi.org/10.2806/76040*.

[138] Eurofound (2020), *Living, working and COVID-19 dataset*, *https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/covid-19/quality-of-public-services* (consulté le 23 juillet 2021).

[54] Eurostat (2021), « Eurostat Database », *Life expectancy by age and sex*, *https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en* (consulté le 19 mai 2021).

[117] Eurostat (2014), *European Health Interview Survey Wave 2*.

[115] Fancourt, D., A. Steptoe et F. Bu (2021), « Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study », *The Lancet Psychiatry*, vol. 8/2, pp. 141-149, *http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30482-x*.

[90] Ferrel, M. et J. Ryan (2020), « The Impact of COVID-19 on Medical Education », *Cureus*, *http://dx.doi.org/10.7759/cureus.7492*.

[14] Fisman, D. et A. Tuite (2021), « Evaluation of the relative virulence of novel SARS-CoV-2 variants: a retrospective cohort study in Ontario, Canada », *CMAJ*, *http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.211248*.

[167] Fothergill, R. et al. (2021), « Out-of-Hospital Cardiac Arrest in London during the COVID-19 pandemic », *Resuscitation Plus*, vol. 5, *http://dx.doi.org/10.1016/j.resplu.2020.100066*.

[119] Fukase, Y. et al. (2021), « Depression, risk factors, and coping strategies in the context of social dislocations resulting from the second wave of COVID-19 in Japan », *BMC Psychiatry*, vol. 21/1, *http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03047-y*.

[4] G20 (2021), « A Global Deal for our Pandemic Age », *Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*, *https://www.g20.org/wp-content/uploads/2021/07/G20-HLIP-Report.pdf* (consulté le 11 octobre 2021).

[159] Garcia, S. et al. (2020), *Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic*, *http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011*.

[44] Garrigues, E. et al. (2020), « Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19 », *Journal of Infection*, vol. 61/6, pp. e4-e6, *https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029*.

[37] Ghosn, J. et al. (2021), « Persistent COVID-19 symptoms are highly prevalent 6 months after hospitalization: results from a large prospective cohort », *Clin Microbiol Infect*, vol. 27/7, pp. 1041.e1-1041.e4, *http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2021.03.012*.

[88] Gobierno de México (2021), *Informes sobre el personal de Salud COVID19 en México*, *https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico* (consulté le 14 octobre 2021).

[134] Gonzalez, D. et al. (2021), *Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 pandemic: Findings from the September 11-28 Coronavirus Tracking Survey*, *https://www.urban.org/sites/default/files/publication/103651/delayed-and-forgone-health-care-for-nonelderly-adults-during-the-covid-19-pandemic_1.pdf* (consulté le 19 juillet 2021).

[91] Greenberg, N. et al. (2020), « Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic », *BMJ*, p. m1211, *http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1211*.

[147] Hanna, T. et al. (2020), « Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 371, *http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m4087*.

[81] Hansson, E. et al. (2020), « [De grandes différences dans la surmortalité en mars-mai 2020 selon le pays de naissance en Suède] », *Lakartidningen*, vol. 117.

[92] Heesakkers, H. et al. (2021), « The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study », *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 65, *http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103034*.

[128] Helsedirektoratet (2020), *Konsultasjoner hos fastleger*, The Norwegian Directorate of Health, *https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/konsultasjoner-hos-fastleger*.

[61] Hoebel, J. et al. (2021), « Socioeconomic Differences in the Risk of Infection During the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany », *Deutsches Arzteblatt international*, vol. 118/15, *http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0188*.

[43] Huang, C. et al. (2021), « 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study », *The Lancet*, vol. 397/10270, pp. 220-232, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32656-8*.

[160] Huet, F. et al. (2020), « One train may hide another: Acute cardiovascular diseases could be neglected because of the COVID-19 pandemic », *Archives of Cardiovascular Diseases*, vol. 113/5, *http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2020.04.002*.

[76] Ibarra-Nava, I. et al. (2021), « Ethnic disparities in COVID-19 mortality in Mexico: A cross-sectional study based on national data », *PLoS ONE*, vol. 16/3, *http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0239168*.

[129] INAMI (2020), *Monitoring COVID-19: L'impact de la COVID-19 sur le remboursement des soins de santé*, Institut national d'assurance maladie-invalidité, Bruxelles, *https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-impact-covid19-remboursement-soins-sante.aspx*.

[2] Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2021), *COVID-19: make it the last pandemic*, *https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf*.

[21] Instituto Superiore di Sanità (2021), *Epidemia COVID-19 - Aggiornamento nazionale 6 ottobre 2021*, *https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_6-ottobre-2021.pdf* (consulté le 14 octobre 2021).

[102] International Council of Nurses (2020), *Protecting nurses from COVID-19 a top priority: A survey of ICN's national nursing associations*, International Council of Nurses.

[5] Ioannidis, J. (2021), « Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 99, pp. 19–33F, *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.265892*.

[77] Jefferies, S. et al. (2020), « COVID-19 in New Zealand and the impact of the national response: a descriptive epidemiological study », *The Lancet Public Health*, vol. 5/11, *http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30225-5*.

[1] Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2021), *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*, *https://coronavirus.jhu.edu/map.html* (consulté le 11 octobre 2021).

[47] Katz, M. (2021), « Regardless of Age, Obesity and Hypertension Increase Risks with COVID-19 », *JAMA Internal Medicine*, vol. 181/3, p. 381, *http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5415*.

[100] Kirzinger, A. et al. (2021), *KFF/The Washington Post Frontline Health Care Workers Survey*, Kaiser Family Foundation, *https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-washington-post-health-care-workers/*.

[69] Lee, H. et al. (2021), « Power of universal health coverage in the era of COVID-19: A nationwide observational study », *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, vol. 7, *http://dx.doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100088*.

[94] Lee, J. et al. (2021), « Disparities in COVID-19 Vaccination Coverage Among Health Care Personnel Working in Long-Term Care Facilities, by Job Category, National Healthcare Safety Network — United States, March 2021 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70/30, pp. 1036-1039, *https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/pdfs/mm7030a2-H.pdf*.

[130] Leitner, S. (2021), *Number of e-Card consultations: Analysis of eCard consultations during the pandemic/during the lockdown in 2020*, Business Intelligence im Gesundheitswesen.

[18] Lopez Bernal, J. et al. (2021), « Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant », *N Engl J Med*, vol. 385/7, pp. 585-94, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2108891*.

[98] Luceño-Moreno, L. et al. (2020), « Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17/15, *http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17155514*.

[161] Mafham, M. et al. (2020), « COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England », *The Lancet*, vol. 396/10248, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31356-8*.

[151] Maringe, C. et al. (2020), « The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study », *The Lancet Oncology*, vol. 21/8, *http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0*.

[58] Martins-Filho, P. et al. (2021), « Racial disparities in covid-19-related deaths in brazil: Black lives matter? », *Journal of Epidemiology*, vol. 31/3, *http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20200589*.

[66] Mateo-Urdiales, A. et al. (2021), « Socioeconomic patterns and COVID-19 outcomes before, during and after the lockdown in Italy (2020) », *Health and Place*, vol. 71, *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102642*.

[139] McDonald, H. et al. (2020), « Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020 », *Eurosurveillance*, vol. 25/19, *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848*.

[162] Metzler, B. et al. (2020), « Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: The pandemic response causes cardiac collateral damage », *European Heart Journal*, vol. 41/19, pp. 1852-1853, *http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa314*.

[105] Ministero della Salute (2021), *Vaccinazione antinfluenzale - Confronti coperture nella Popolazione ANZIANA al 2020-2021*, *https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_19_3_0_file.pdf* (consulté le 14 octobre 2021).

[33] Morgan, D. et al. (2020), « Excess mortality : Measuring the direct and indirect impact of COVID-19 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 122, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

[25] Naaber, P. et al. (2021), « Dynamics of antibody response to BNT162b2 accine after six months: a longitudinal prospective study », *The Lancet Regional Health - Europe*, *https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100208*.

[73] National Board of Health and Welfare (2021), *Statistics on Causes of Death 2020*, Official Statistics of Sweden, *https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-6-7454.pdf*.

[111] National Center for Health Statistics (2021), *Mental Health - Household Pulse Survey - COVID-19*, *https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm* (consulté le 30 mai 2021).

[39] Nehme, M. et al. (2021), « COVID-19 Symptoms: Longitudinal Evolution and Persistence in Outpatient Settings », *Ann Intern Med*, vol. 174/5, pp. 723-725, *http://dx.doi.org/10.7326/M20-5926*.

[150] Netherlands Comprehensive Cancer Organisation (2021), *COVID-19 and cancer*, *https://iknl.nl/covid-19*.

[86] Nguyen, L. et al. (2020), « Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study », *The Lancet Public Health*, vol. 5/9, *http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X*.

[155] NHS (2021), *A&E Attendances and Emergency Admissions*.

[99] NHS (2021), *NHS Staff Survey 2020: National Results Briefing*.

[59] NIPH (2021), *Systematic review: Incidence and severe outcomes from COVID-19 among immigrant and minority ethnic groups and among groups of different socio-economic status*, Norwegian Institute of Public Health, *https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/incidence-and-severe-outcomes-from-covid-19-among-immigrant-and-minority-ethnic-groups-and-among-groups-of-different-socio-economic-status-report-2021.pdf*.

[122] NIVEL (2021), *Tijdens tweede lockdown gaan 20-24-jarigen vaker naar de huisarts met gevoelens omtrent depressiviteit en angst*, *https://www.nivel.nl/nl/nieuws/tijdens-tweede-lockdown-gaan-20-24-jarigen-vaker-naar-de-huisarts-met-gevoelens-omtrent* (consulté le 14 octobre 2021).

[171] OCDE (2021), « Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19 », *OECD Journal on Budgeting*, *https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[108] OCDE (2021), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*.

[15] OCDE (2021), « L'accès aux vaccins anti-COVID-19 dans un monde en crise : état des lieux et stratégies », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/fe64d679-fr*.

[170] OCDE (2021), *Perspectives économiques de l'OCDE, Rapport intermédiaire, mars 2021*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/01954fa3-fr*.

[169] OCDE (2021), *Perspectives économiques de l'OCDE, Rapport intermédiaire, septembre 2021 : Reprise : Maintenir le cap*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/8d6a5589-fr*.

[116] OCDE (2021), « Préserver la santé mentale des jeunes pendant la crise du COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/dbcb04f5-fr*.

[123] OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

[9] OCDE (2021), « Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/ae139cf5-fr*.

[30] OCDE (2021), *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr*.

[8] OCDE (2020), « Beyond containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6ab740c0-en*.

[11] OCDE (2020), « Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/e96a4226-en*.

[52] OCDE (à paraître), « Rising from the crisis: Policy responses to COVID-19 in long-term care », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris.

[144] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Czech Republic: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles.

[146] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *France: Country Health Profile 2021*, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles.

[143] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Italy: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles.

[10] OCDE/Union européenne (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/82129230-en*.

[68] Oh, T., J. Choi et I. Song (2021), « Socioeconomic disparity and the risk of contracting COVID-19 in South Korea: an NHIS-COVID-19 database cohort study », *BMC Public Health*, vol. 21/1, *http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-10207-y*.

[163] Oikonomou, E. et al. (2020), « Hospital attendance and admission trends for cardiac diseases during the COVID-19 outbreak and lockdown in Greece », *Public Health*, vol. 187, *http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2020.08.007*.

[87] OMS (2021), *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*, *https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20210202_weekly_epi_update_25.pdf* (consulté le 20 juillet 2021).

[141] OMS (2021), *Measles vaccination coverage*, *https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/mcv.html*.

[174] OMS (2021), *Tracking SARS-CoV-2 Variants*, *https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/* (consulté le 6 octobre 2021).

[27] OMS (2021), *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 8 September 2021*, *https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---8-september-2021* (consulté le 18 octobre 2021).

[31] OMS (2021), *World Health Statistics 2021: Monitoring Health for teh SDGs*, Organisation mondiale de la Santé, *https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2021/whs-2021_20may.pdf?sfvrsn=55c7c6f2_3*.

[133] OMS (2020), *COVID-19 AND NCDs*, Organisation mondiale de la Santé, *https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic*.

[51] OMS (2020), *Smoking and COVID-19: Scientific Brief*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895*.

[120] OMS (2020), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://www.who.int/publications/i/item/978924012455*.

[36] ONS (2021), *Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 7 octobre 2021*, Office for National Statistics, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/prevalenceofongoingsymptomsfollowingcoronaviruscovid19infectionintheuk/7october2021* (consulté le 9 octobre 2021).

[78] ONS (2021), *Updating ethnic contrasts in deaths involving the coronavirus (COVID-19), England: 24 January 2020 to 31 March 2021*, Office for National Statistics, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/updatingethniccontrastsindeathsinvolvingthecoronaviruscovid19englandandwales/24january2020to31march2021*.

[55] ONS (2020), *Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation deaths occurring between 1 March and 31 July 2020*, Office for National Statistics, *https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand31july2020* (consulté le 23 juillet 2021).

[125] ONU Femmes (2020), « COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls », *UN Women Headquaters*.

[19] Our World in Data (2021), *Coronavirus (COVID-19) Vaccinations*, *https://ourworldindata.org/covid-vaccinations* (consulté le 13 octobre 2021).

[80] Papon, S. et I. Robert-Bobée (2020), « Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020 », *INSEE FOCUS no.198*, *https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049#consulter* (consulté le 31 mai 2021).

[165] Primessnig, U., B. Pieske et M. Sherif (2021), « Increased mortality and worse cardiac outcome of acute myocardial infarction during the early COVID-19 pandemic », *ESC Heart Failure*, vol. 8/1, *http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.13075*.

[23] Public Health England (2021), *Duration of Protection of COVID-19 Vaccines against Clinical Disease*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1017309/S1362_PHE_duration_of_protection_of_COVID-19_vaccines_against_clinical_disease.pdf*.

[142] Public Health England (2021), *Quarterly vaccination coverage statistics for children aged up to 5 years in the UK (COVER programme): April to June 2021*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1020972/hpr1621_COVER.pdf*.

[106] Public Health England (2021), *Surveillance of influenza and other seasonal respiratory viruses in the UK - Winter 2020 to 2021*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/995284/Surveillance_of_influenza_and_other_seasonal_respiratory_viruses_in_the_UK_2020_to_2021-1.pdf* (consulté le 14 octobre 2021).

[110] Public Health England (2021), *Wider Impacts of COVID-19 on Health (WICH) monitoring tool*, *https://analytics.phe.gov.uk/apps/covid-19-indirect-effects/* (consulté le 19 février 2021).

[67] Public Health England (2020), *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf* (consulté le 15 mai 2021).

[16] Public Health Ontario (2021), *COVID-19 Real-World Vaccine Effectiveness - What We Know So Far*, *https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wwksf/2021/04/wwksf-vaccine-effectiveness.pdf?sc_lang=en* (consulté le 8 octobre 2021).

[41] Rajan, S. et al. (2021), « Health System and Policy Analysis - Policy Brief 39 », dans *In the wake of the pandemic - Preparing for Long COVID*, European Observatory on Health Systems and Policies, *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339629/Policy-brief-39-1997-8073-eng.pdf*.

[34] Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/223159ab-en*.

[50] Reddy, R. et al. (2021), « The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Medical Virology*, vol. 93/2, *http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26389*.

[89] RIVM (2021), *Epidemiologische situatie van SARS-CoV-2 in Nederland (12 oktober 2021)*, *https://www.rivm.nl/sites/default/files/2021-10/COVID-19_WebSite_rapport_wekelijks_20211012_1259.pdf* (consulté le 18 octobre 2021).

[28] Robert Koch Institut (2021), *COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche*, *https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Altersverteilung.html* (consulté le 20 juillet 2021).

[72] Rommel, A. et al. (2021), « Population with an increased risk of severe COVID-19 in Germany. Analyses from GEDA 2019/2020-EHIS », *Journal of Health Monitoring*, vol. 6/S2, *http://dx.doi.org/10.25646/7859*.

[97] Rossi, R. et al. (2020), *Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy*, *http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185*.

[48] Sanchez-Ramirez, D. et D. Mackey (2020), « Underlying respiratory diseases, specifically COPD, and smoking are associated with severe COVID-19 outcomes: A systematic review and meta-analysis », *Respiratory Medicine*, vol. 171, p. 106096, *http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106096*.

[95] Santé publique France (2021), « Couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les professionnels exerçant en établissements de santé », *Le point sur - 12 août 2021*, *https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/366946/3126335* (consulté le 14 octobre 2021).

[109] Santé publique France (2021), *Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie*, *https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie* (consulté le 25 novembre 2020).

[103] Schranz, M. et al. (2021), « Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 –32/2020) », *Epidemiologisches Bulletin*, vol. 7, pp. 3-7, *http://dx.doi.org/10.25646/8011*.

[168] Scquizzato, T. et al. (2020), « Effects of COVID-19 pandemic on out-of-hospital cardiac arrests: A systematic review », *Resuscitation*, vol. 157, pp. 241-247, *http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.10.020*.

[135] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Atividade do Programa de Diabetes*, *https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/diabetes/* (consulté le 19 juillet 2021).

[131] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Consultas Médicas nos Cuidados de Saúde Primários*, *https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/evolucao-das-consultas-medicas-nos-csp/export/?sort=tempo* (consulté le 26 juillet 2021).

[154] Serviço Nacional de Saúde (2021), *Serviços de Urgência*.

[140] Silveira, M. et al. (2021), « Missed childhood immunizations during the COVID-19 pandemic in Brazil: Analyses of routine statistics and of a national household survey », *Vaccine*, vol. 39/25, pp. 3404-3409, *http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.04.046*.

[32] Simonson, L. et C. Viboud (2021), « Mortality: A comprehensive look at the COVID-19 pandemic death toll », *eLife*, vol. 10, p. e71974, *http://dx.doi.org/10.7554/eLife.71974*.

[156] Stam, C. et B. Blatter (2021), *Letsels 2020: Kerncijfers LIS*, VeiligheidNL.

[79] Statens Serum Institut (2020), *Epidemiologisk trend og fokus: Herkomst (etnicitet)*, *https://files.ssi.dk/COVID19-epi-trendogfokus-07052020-4eu7*.

[71] Statistics Netherlands (2021), *Sociaal-demografische verschillen in COVID-19-sterfte tijdens de eerste golf van de corona-epidemie*, *https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-tijdens-de-eerste-golf-van-de-corona-epidemie/3-resultaten*.

[118] Statistique Canada (2020), *La santé mentale des Canadiens pendant la pandémie de COVID-19*, *https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2020039-fra.htm* (consulté le 1 avril 2021).

[124] Stockwell, S. et al. (2021), « Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review », *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, vol. 7, p. e000960, *http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmjsem-2020-000960*.

[74] Subedi, R., L. Greenberg et M. Turcotte (2020), *Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada*, *https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm*.

[40] Sudre, C. et al. (2021), « Attributes and predictors of long COVID », *Nature Medicine*, vol. 27/4, pp. 626-631, *https://doi.org/10.1038/s41591-021-01292-y*.

[126] Suleman, M. et al. (2021), *Unequal pandemic, fairer recovery: The COVID-19 impact inquiry report*, The Health Foundation, Londres.

[35] Taquet, M. et al. (2021), « Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19 », *PLoS Med*, vol. 18/9, *https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003773*.

[49] Tartof, S. et al. (2020), « Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization », *Annals of internal medicine*, vol. 173/10, *http://dx.doi.org/10.7326/M20-3742*.

[83] The Austrian National Public Health Institute (2021), *Factsheet: COVID-19 in Austria - incidence, mortality and vacciation versus socio-economic aspects*.

[152] The Health Foundation (2021), *Longer waits, missing patients and catching up - How is elective care in England coping with the continuing impact of COVID-19?*, *https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-is-elective-care-coping-with-the-continuing-impact-of-covid-19* (consulté le 30 mai 2021).

[24] Thomas, S. et al. (2021), « Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine through 6 Months », *NEJM*, *http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2110345*.

[157] Toet, H., E. Sprik et B. Blatter (2020), *Effecten van de Corona maatregelen op SEH-bezoeken? Stand van zaken tot en met september 2020*, VeiligheidNL, *https://www.veiligheid.nl/organisatie/publicaties/short-report--effecten-van-de-corona-lock-down-op-seh-bezoeken--* (consulté le 13 octobre 2021).

[13] Twohig, K. et al. (2021), « Hospital admission and emergency care attendance risk for SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) compared with alpha (B.1.1.7) variants of concern: a cohort study », *Lancet Infect Dis*, *https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00475-8*.

[17] Vaccine Effectiveness Expert Panel (2021), *Vaccine Effectiveness Expert Panel - consensus narrative, 27 August 2021*, *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/*

attachment_data/file/1017253/S1359_VEEP_Vaccine_Effectiveness_Table__1_.pdf (consulté le 13 octobre 2021).

[82] Wachtler, B. et J. Hoebel (2020), « Social Inequalities and COVID-19: Social-Epidemiological Perspectives on the Pandemic », *Gesundheitswesen*, vol. 82/8-9, *http://dx.doi.org/10.1055/a-1226-6708*.

[60] Wachtler, B. et al. (2020), « Socioeconomic inequalities in the risk of SARS-CoV-2 infection – First results from an analysis of surveillance data from Germany », *Journal of Health Monitoring*, vol. 5/5 (S7), *http://dx.doi.org/10.25646/7057*.

[107] WMO (2021), *Air Quality and Climate Bulletin - No.1 September*, *https://library.wmo.int/doc_num.php?explnum_id=10791* (consulté le 14 octobre 2021).

ANNEXE 2.A

Données sur la surmortalité et les décès dus au COVID-19

Tableau d'annexe 2.A.1. **Surmortalité et décès dus au COVID-19 dans les pays de l'OCDE, cumul à la fin juin 2021**

Pays	COVID-19 – nombre total de décès	COVID-19 – nombre de décès par million d'habitants	Surmortalité – nombre total de décès	Surmortalité – nombre de décès par million d'habitants	Augmentation en pourcentage du nombre total de décès (par rapport à la moyenne de 2015-19)
Allemagne	91 031	1 095	76 945	925	5.37 %
Australie	910	36	5 369	211	2.58 %
Autriche	10 505	1 180	11 306	1 270	9.07 %
Belgique	25 193	2 186	15 830	1 374	9.39 %
Canada	26 368	699	42 458	1 125	10.57 %
Chili	33 249	1 739	40 862	2 138	25.70 %
Colombie	109 466	2 151	118 191	2 323	37.80 %
Corée	2 028	40	2 659	52	4.04 %
Costa Rica	4 726	928	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	2 537	436	1 136	195	1.38 %
Espagne	80 934	1 710	87 123	1 841	13.49 %
Estonie	1 270	956	1 855	1 396	7.83 %
États-Unis	603 766	1 824	846 949	2 474	21.52 %
Finlande	974	176	1 894	343	2.31 %
France	111 190	1 652	92 507	1 374	10.01 %
Grèce	12 737	1 188	15 024	1 402	8.02 %
Hongrie	29 996	3 070	23 679	2 424	11.83 %
Irlande	5 000	1 007	n.d.	n.d.	n.d.
Islande	30	82	69	188	1.99 %
Israël	6 428	743	6 628	766	9.64 %
Italie	127 649	2 140	128 279	2 151	12.92 %
Japon	14 842	117	99 541	787	4.94 %
Lettonie	2 528	1 325	2 307	1 209	5.27 %
Lituanie	4 395	1 573	5 386	1 928	8.69 %
Luxembourg	818	1 307	550	879	8.64 %
Mexique	233 689	1 813	574 527	4 456	54.79 %
Norvège	794	148	-1 489	-277	-2.39 %
Nouvelle-Zélande	26	5	1 031	214	0.83 %
Pays-Bas	17 755	1 020	24 084	1 384	10.43 %
Pologne	75 085	1 978	139 024	3 663	22.57 %
Portugal	17 117	1 663	20 848	2 025	12.16 %
République slovaque	12 514	2 293	17 098	3 133	20.83 %
République tchèque	30 348	2 838	37 050	3 465	21.76 %
Royaume-Uni	151 912	2 232	108 843	1 555	10.40 %
Slovénie	4 753	2 268	4 862	2 320	15.64 %
Suède	14 667	1 420	5 630	545	4.12 %
Suisse	10 305	1 197	9 196	1 069	8.98 %
Turquie	49 924	600	n.d.	n.d.	n.d.
OCDE, total	1 927 459	1 406	2 567 250	1 985	n.d.
OCDE, moyenne	50 723	1 285	n.d.	1 495	11.80 %

Note : On ne dispose pas de données sur la surmortalité pour le Costa Rica, l'Irlande et la Turquie. Les données vont jusqu'à la semaine 26 de l'année 2021, sauf pour l'Australie (semaine 25), le Canada (semaine 22) et la Colombie (semaine 18).
Source : OCDE, (2021[30]), « Statistiques de l'OCDE sur la santé », *https://doi.org/10.1787/health-data-fr*, d'après les données d'EUROSTAT et les données nationales.


RESTING ECG
****** BORDERLINE ABNORMAL ******
702:Abnormal Q ?
210:Mild left axis deviation
Check abnormal Q-wave.
P-wave is unclear. Check P-wave.
Unconfirmed. MD must review. ****
2-1-3 4-2
V1
aVL
V2
aVF
V3



3. ÉTAT DE SANTÉ

Évolution de l'espérance de vie

Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation

Surmortalité

Principales causes de mortalité

Mortalité évitable (par prévention et traitement)

Mortalité due aux maladies du système circulatoire

Incidence du cancer et mortalité

Maladies chroniques

Santé des nourrissons, des enfants et des adolescents

Santé mentale

État de santé perçu

Évolution de l'espérance de vie

L'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de l'OCDE ces 50 dernières années, mais cette progression a marqué le pas au cours de la dernière décennie. En outre, la pandémie de COVID-19 a entraîné un recul de l'espérance de vie dans la plupart des pays de l'OCDE en 2020 (voir le chapitre 2 pour une analyse approfondie de l'impact du COVID-19 sur la santé).

En 2019, l'espérance de vie à la naissance s'établissait en moyenne à 81 ans dans l'ensemble de l'OCDE – chiffre supérieur de plus de 10 ans à ce qu'il était en 1970 (Graphique 3.1). Le Japon, la Suisse et l'Espagne se classent en tête d'un large groupe de 27 pays de l'OCDE qui affichent désormais une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 77 et 80 ans. Le Mexique, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie et la Colombie enregistrent l'espérance de vie la plus faible (moins de 77 ans en 2019).

Parmi les pays de l'OCDE, la Turquie (+24 ans), la Corée (+21 ans) et le Chili (+18 ans) sont ceux où l'espérance de vie a le plus augmenté depuis 1970. Cette évolution a été favorisée par le renforcement des systèmes de santé, qui ont offert des soins plus accessibles et de meilleure qualité. Des facteurs plus généraux entrent également en ligne de compte, notamment la hausse des revenus et du niveau d'éducation et l'amélioration des cadres de vie. L'adoption de modes de vie plus sains, sous l'effet des politiques menées dans le cadre des systèmes de santé et dans d'autres domaines, a également exercé une influence décisive (James, Devaux et Sassi, 2017[1]).

Dans les pays partenaires, l'espérance de vie demeure nettement inférieure à la moyenne de l'OCDE. Elle se rapproche toutefois rapidement de la moyenne de l'OCDE, le Brésil, la République populaire de Chine (Chine), l'Inde et l'Indonésie ayant enregistré des gains de longévité considérables depuis 1970. Les progrès sont moindres en Fédération de Russie (Russie), ce qui tient essentiellement à l'incidence de la transition économique durant les années 90 et à l'accroissement des comportements de santé à risque chez les hommes. Les gains de longévité sont également moins prononcés en Afrique du Sud, principalement en raison de l'épidémie de VIH-Sida, mais ont été plus rapides au cours de la décennie écoulée.

Un revenu national élevé va généralement de pair avec une espérance de vie à la naissance plus longue, en particulier chez les tranches de revenu inférieures. En moyenne, l'espérance de vie est aussi plus élevée dans les pays qui investissent davantage dans les systèmes de santé – cette corrélation étant toutefois moins prononcée, en général, dans les pays où les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées (voir le chapitre 1 pour une analyse approfondie).

Le COVID-19 aura un impact majeur sur l'espérance de vie, en raison du nombre exceptionnellement élevé de décès que cette pandémie a entraîné. En effet, environ 1.7 million de personnes supplémentaires sont mortes dans les pays de l'OCDE, par rapport au nombre moyen de décès enregistrés au cours des cinq années précédentes (voir l'indicateur sur la « Surmortalité »). En 2020, l'espérance de vie a reculé dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception de la Norvège, du Japon, du Costa Rica, du Danemark, de la Finlande et de la Lettonie (Graphique 3.2). Ce recul annuel a atteint une année ou plus dans neuf pays et a été particulièrement marqué aux États-Unis (-1.6 an) et en Espagne (-1.5 an).

Même avant la pandémie de COVID-19, l'allongement de l'espérance de vie avait sensiblement ralenti dans un certain nombre de pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie. C'est aux États-Unis, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et au Royaume-Uni que ce recul est le plus marqué. Les gains de longévité ont progressé plus lentement chez les femmes que chez les hommes dans presque tous les pays de l'OCDE.

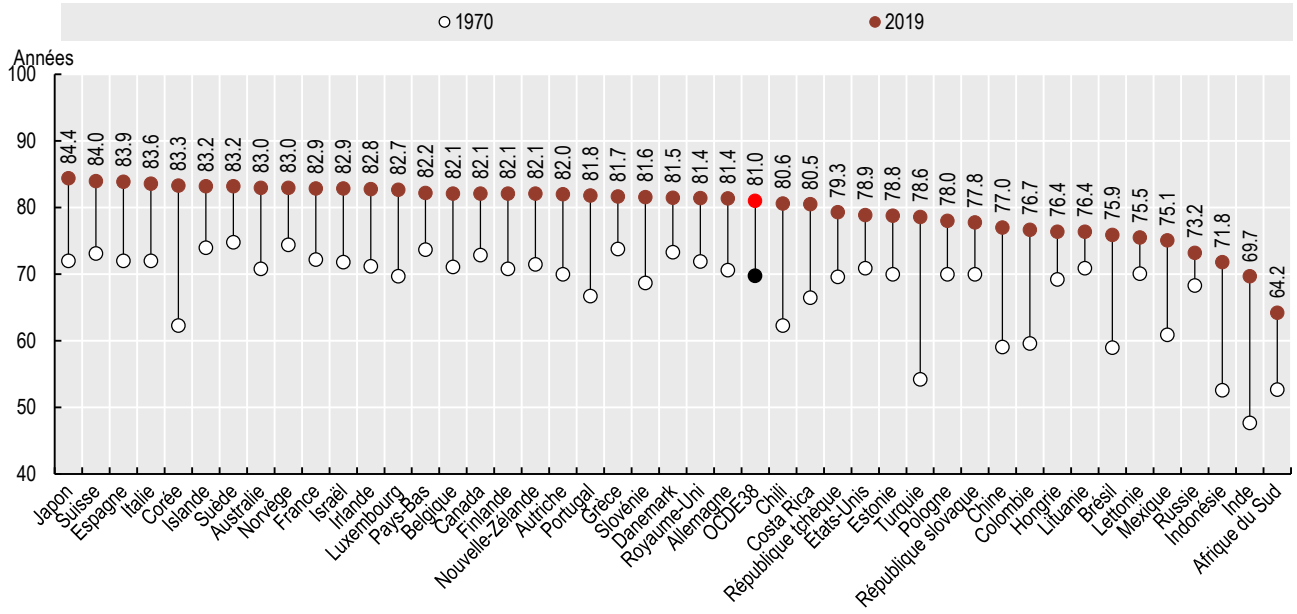
Les causes de ce ralentissement de l'allongement de l'espérance de vie au fil du temps sont multiples (Raleigh, 2019[2]). La raison principale est que les progrès dans le domaine des maladies cardiaques et des AVC marquent le pas. Face à la hausse des taux d'obésité et de diabète et au vieillissement démographique, les pays ne parviennent pas à maintenir les progrès accomplis dans la réduction du nombre de décès dus à ces maladies du système circulatoire. Les maladies respiratoires, comme la grippe et la pneumonie, ont provoqué plus de décès ces dernières années, tout particulièrement en 2015, mais aussi au cours des hivers 2012-13 et 2016-17. Dans certains pays, les États-Unis et le Canada notamment, une augmentation des décès d'adultes d'âge actif par suite d'une intoxication accidentelle associée aux opioïdes a été observée. Plus généralement, les récessions économiques et les mesures d'austérité qui leur sont liées, dans le cadre de la crise économique mondiale de 2008 par exemple, ont été associées à une dégradation de la santé mentale et à une hausse du taux de suicide, leurs effets sur le taux de mortalité global étant toutefois moins nets (Parmar, Stavropoulou et Ioannidis, 2016[3]). Une chose est claire : les progrès continus de la longévité ne sauraient être tenus pour acquis ; pour que l'espérance de vie augmente, un renforcement de la protection des personnes âgées et des autres populations à risque est indispensable.

Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble donné de taux de mortalité par âge. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance les taux effectifs de mortalité par âge pour telle ou telle cohorte. Si ces taux diminuent (comme ce fut le cas ces dernières décennies), la durée de vie effective sera supérieure à l'espérance de vie calculée avec les taux de mortalité actuels.

Les données d'espérance de vie à la naissance proviennent d'Eurostat pour les pays de l'Union européenne, et de sources nationales pour les autres. L'espérance de vie à la naissance pour l'ensemble de la population, calculée par le Secrétariat de l'OCDE pour tous les pays de l'OCDE, est obtenue à l'aide de la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

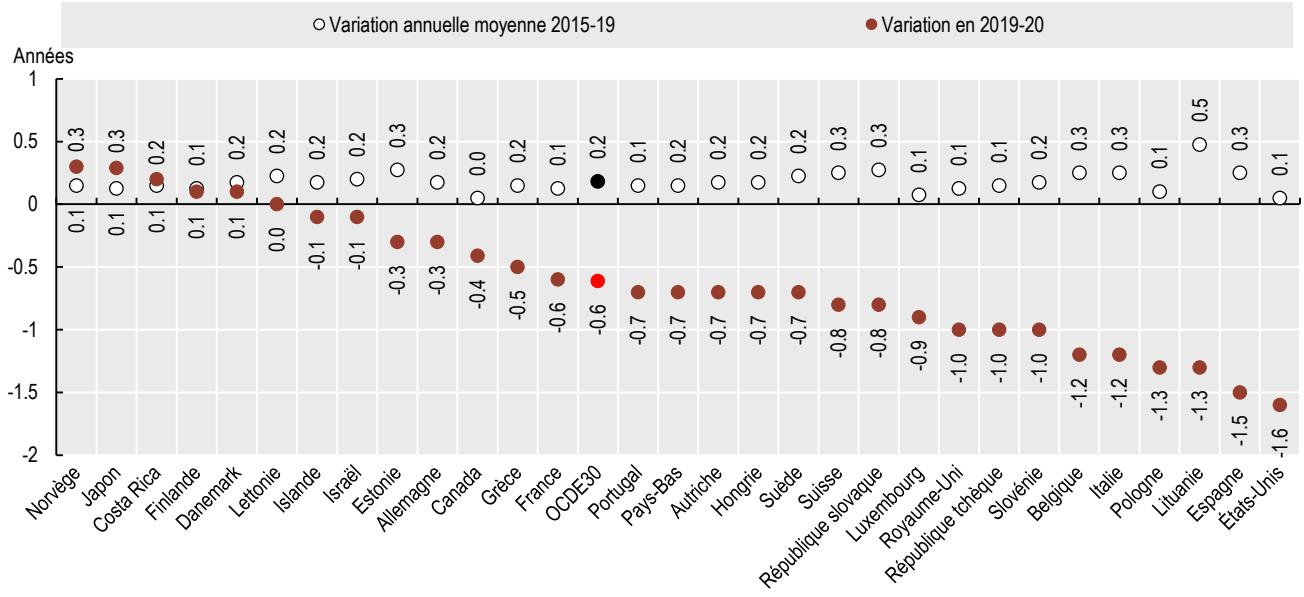
Graphique 3.1. **Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/l9ez4f

Graphique 3.2. **Recul de l'espérance de vie sous l'effet de la pandémie**



Note : Les données 2020 sont provisoires pour plusieurs pays.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/mnljgd

Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation

Dans tous les pays de l'OCDE et les pays partenaires, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'écart était en moyenne de 5.3 ans dans les pays de l'OCDE en 2019 – l'espérance de vie à la naissance était de 83.6 ans pour les femmes et de 78.3 ans pour les hommes (Graphique 3.3). Il s'est toutefois resserré d'un an depuis 2000, en raison de gains d'espérance de vie masculine plus rapides dans la plupart des pays.

En 2019, chez les hommes, l'espérance de vie à la naissance dans les pays membres de l'OCDE allait de 71 ans environ en Lettonie et en Lituanie à 81 ans ou plus en Suisse, au Japon, en Islande, en Suède, en Italie, en Norvège, en Espagne et en Israël. Chez les femmes, elle atteignait 87.4 ans au Japon, mais était inférieure à 80 ans en Colombie, en Hongrie et au Mexique.

L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est relativement faible en Islande, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, en Suisse, au Royaume-Uni, en Israël et en Irlande (moins de quatre ans d'écart). Il est toutefois plus marqué dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, tout particulièrement en Lettonie et en Lituanie (plus de 9 ans), en Estonie (8.5 ans) et en Pologne (7.8 ans). Dans ces pays, la longévité masculine a nettement moins augmenté ces dernières décennies. Cela s'explique en partie par leur plus grande exposition à des facteurs de risque, en particulier une plus forte consommation de tabac, une consommation excessive d'alcool et un régime alimentaire moins sain, ce qui se traduit par un plus grand nombre de décès dus à des maladies cardiaques, des cancers et d'autres maladies. Dans les pays partenaires de l'OCDE, l'écart entre les deux sexes est de dix ans en Russie, et d'environ sept ans en Afrique du Sud et au Brésil. Il est plus resserré en Chine (4.4 ans) et en Inde (2.5 ans).

Les écarts d'espérance de vie liés aux inégalités socioéconomiques sont également manifestes dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (Graphique 3.4). En moyenne, dans 24 pays de l'OCDE, l'espérance de vie d'une personne de 30 ans n'ayant pas achevé ses études secondaires est inférieure de 5.2 ans à celle d'un diplômé de l'enseignement supérieur du même âge (diplôme universitaire ou équivalent). Ces écarts sont plus prononcés chez les hommes (6.5 ans en moyenne) que chez les femmes (3.9 ans).

Les inégalités socioéconomiques sont particulièrement frappantes chez les hommes dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale (République slovaque, Lettonie, Pologne, Hongrie), où l'écart d'espérance de vie est de plus de dix ans entre ceux qui ont un faible niveau d'études et ceux qui ont fait des études plus poussées. L'écart d'espérance de vie en fonction du niveau d'études est relativement faible en Italie et en Suède.

L'écart d'espérance de vie lié au niveau d'études s'explique en grande partie par le nombre plus élevé de décès parmi les adultes peu instruits d'âge actif (25-64 ans). Par rapport aux diplômés du supérieur, les taux de mortalité de la population d'âge actif ayant un faible niveau d'études sont près de quatre fois supérieurs chez les hommes et près du double chez les femmes (analyse fondée sur les données de 23 pays de l'OCDE). Les écarts du taux de mortalité entre les femmes et les hommes plus âgés, s'ils sont moins prononcés, restent supérieurs chez les individus moins instruits, ce qui tient principalement au plus grand nombre de décès dus à des maladies du système circulatoire et au cancer (Murtin et al., 2017[4]).

Le taux de tabagisme supérieur parmi les catégories socioéconomiques défavorisées contribue fortement aux écarts d'espérance de vie selon le niveau d'études ou d'autres indicateurs de la situation socioéconomique. D'autres facteurs de risques sont aussi plus répandus dans ces groupes, notamment la consommation excessive d'alcool chez les hommes, et des taux d'obésité plus élevés chez les hommes et les femmes (voir le chapitre 4 pour une analyse approfondie des facteurs de risque pour la santé). Enfin, bien que les données présentées ici soient antérieures à la pandémie, les données récentes mettent clairement en évidence un gradient social pour les décès imputables au COVID-19, ce qui aura des répercussions directes sur les inégalités d'espérance de vie (voir le chapitre 2 pour un examen plus approfondi et la bibliographie correspondante).

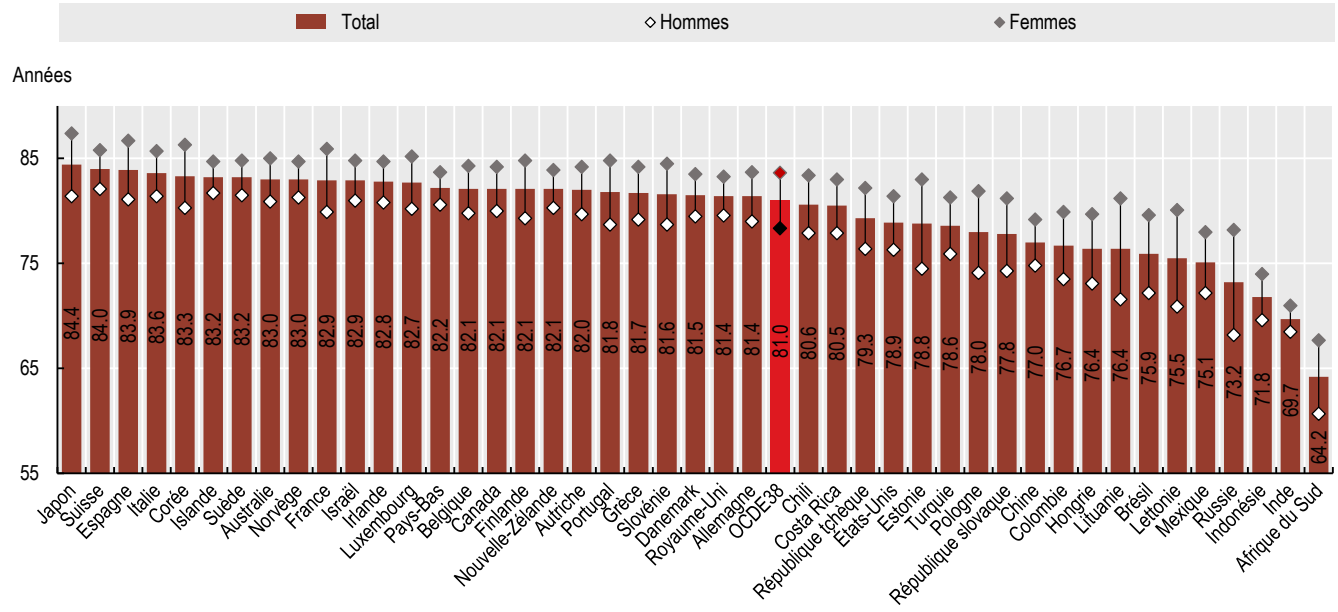
Définition et comparabilité

L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble donné de taux de mortalité par âge. Les données d'espérance de vie par sexe proviennent d'Eurostat pour les pays de l'UE, et de sources nationales pour les autres pays.

Les pays suivants ont directement communiqué à l'OCDE les données concernant l'espérance de vie par niveau d'études : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, France, Islande, Israël, Lettonie, Mexique, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse. Celles concernant les autres pays européens proviennent de la base de données Eurostat. Les niveaux d'études sont définis d'après la Classification internationale type de l'éducation (CITE) de 2011. Le niveau d'études le plus bas (niveau 0-2 de la CITE) correspond aux personnes qui n'ont pas achevé leurs études secondaires. Le niveau d'études le plus élevé (niveau 6-8 de la CITE) correspond aux personnes ayant achevé leurs études supérieures (diplôme universitaire ou équivalent).

Les données nationales relatives à la mortalité ne précisent pas toujours le niveau d'instruction. Dans ces cas, il convient de les associer à une autre source (un recensement, par exemple) contenant des informations à ce sujet. Les données ventilées par niveau d'études ne sont disponibles que pour un sous-ensemble de la population pour la Belgique, la Norvège et la République tchèque. Dans ces pays, l'absence d'informations concernant le niveau d'instruction d'une forte proportion de la population décédée risque de compromettre l'exactitude des données.

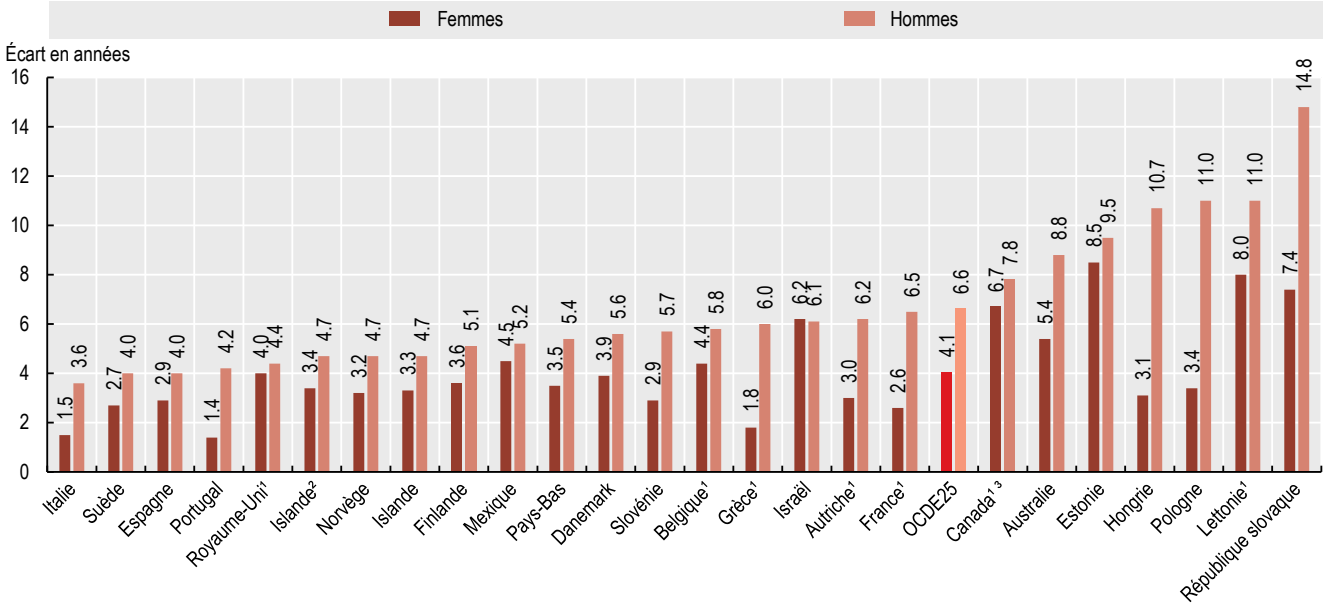
Graphique 3.3. **Espérance de vie à la naissance par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/gfsqwo

Graphique 3.4. **Écart d'espérance de vie à l'âge de 30 ans entre les individus les moins instruits et les plus instruits, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Données de 2010-13. Toutes les autres données correspondent à la période 2016-19. 2. Moyenne sur trois ans (2017-19). 3. Espérance de vie à 25 ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Eurostat.

StatLink https://stat.link/f1t9jo

Surmortalité

La surmortalité indique dans quelle mesure le nombre total de décès toutes causes confondues est supérieur aux chiffres auxquels on pourrait normalement s'attendre pour une période donnée. Ici, les décès de 2020 sont comparés à la moyenne des cinq années précédentes. Les chiffres de la surmortalité sont particulièrement utiles pour bien comprendre les répercussions du COVID-19 dans l'ensemble des pays, car cet indicateur n'est pas influencé par les différences façons dont les pays comptabilisent les décès liés au COVID-19, et tient compte des décès à la fois directement et indirectement imputables au virus (Morgan et al., 2020[5]). Par exemple, il y a peut-être eu davantage de décès que prévu en 2020 parce que les systèmes de santé n'ont pas été en mesure de prendre en charge d'autres pathologies. Cette situation peut dans une certaine mesure être contrebalancée par un nombre potentiellement moindre de décès dus à des accidents de la circulation et du travail, et par une réduction du nombre de décès dus à d'autres maladies infectieuses.

En 2020, dans 36 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, environ 1.8 million de décès supplémentaires ont été enregistrés, par rapport au nombre moyen de décès enregistrés au cours des cinq années précédentes. Cela représente une augmentation de 11 % du nombre de décès, en moyenne, ce qui équivaut à 1 334 décès supplémentaires par million d'habitants.

En 2020, le nombre de décès a été supérieur à la moyenne des cinq années précédentes (chiffres ajustés en fonction de la croissance démographique) dans tous les pays de l'OCDE sauf quatre. Cette même année, c'est au Mexique que la surmortalité a été la plus élevée, avec une hausse de 52 % de la mortalité globale par rapport aux cinq années précédentes (Graphique 3.5). Le nombre de décès excédentaires était également relativement élevé en Colombie (28 % de plus) et en Pologne (22 %), et 17 autres pays affichaient des taux de mortalité entre 10 et 20 % plus élevés en 2020 qu'au cours des cinq années précédentes. En revanche, le nombre de décès a été inférieur à la moyenne des cinq dernières années en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Islande et en Norvège, tous ces pays ayant enregistré relativement peu de décès imputables au COVID-19.

Dans la zone OCDE, les décès excédentaires ont été plus nombreux que les décès enregistrés imputables au COVID-19 chaque semaine entre mars 2020 et fin 2020, avec des pics en avril et en décembre (sur la base de données hebdomadaires pour 33 pays de l'OCDE). Les données préliminaires pour 2021 font apparaître une évolution continue de la surmortalité dans les pays de l'OCDE. Elle était en effet sensiblement plus élevée que la mortalité due au COVID-19 au Mexique, en Pologne, en Lituanie, au Portugal, en République slovaque et aux États-Unis. Ce constat peut s'expliquer par des décès supplémentaires en 2020 causés indirectement par le COVID-19 ou des facteurs indépendants, mais il pourrait également indiquer une éventuelle sous-déclaration de certains décès dus au COVID-19, en particulier au début de la pandémie lorsque les tests n'étaient pas généralisés. En revanche, la Belgique, le Danemark, le Luxembourg et la Suède ont enregistré un nombre de décès imputables au COVID-19 plus élevé que celui des décès excédentaires, ce qui semble indiquer une mortalité moindre liée à d'autres causes ou une définition plus large des décès imputables au COVID-19, associée à un dépistage plus élevé dans certains pays (voir le chapitre 2 pour une analyse approfondie de ces données et des liens vers des travaux de référence sur le COVID-19).

Il est important d'examiner les taux de surmortalité dans les différents groupes d'âge dans le contexte du COVID-19. En effet, la grande majorité des décès liés au COVID-19 sont survenus chez des catégories âgées de la population (ainsi que chez les individus souffrant de certaines maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète). Il s'agit également de catégories de population qui présentent le plus grand risque tendanciel de mortalité.

Le fait de ventiler la surmortalité selon l'âge permet de déterminer dans quelle mesure les décès survenus parmi différents groupes d'âge étaient plus élevés que les années précédentes. Dans les 26 pays de l'OCDE, sauf trois, pour lesquels on dispose de données comparables ventilées par âge, le nombre de décès dans la population âgée de 65 ans et plus était plus élevé que prévu, avec 15 % de décès de plus que la moyenne en Belgique, en Espagne, en Italie, en Pologne et en Slovénie.

Si un peu plus de la moitié des pays a vu augmenter le taux de mortalité des 45-64 ans ou celui des 0-44 ans, sinon les deux, on observe entre eux des différences notables (Graphique 3.6). L'Australie, la Lettonie, l'Italie, la Suède et la Lituanie ont enregistré une forte baisse du nombre de décès chez le second groupe d'âge, peut-être en raison de la diminution des déplacements et des contacts. En revanche, l'Allemagne, la Finlande, les Pays-Bas et la Pologne ont connu une augmentation de plus de 5 % du nombre de décès parmi les 0-44 ans. Aux États-Unis, le nombre de décès dans ce groupe d'âge était supérieur de plus de 20 % aux prévisions, et supérieur aux chiffres de la surmortalité des 65 ans et plus, ce qui pourrait aussi s'expliquer par l'évolution tendancielle d'autres causes de décès (Rossen et al., 2020[6]).

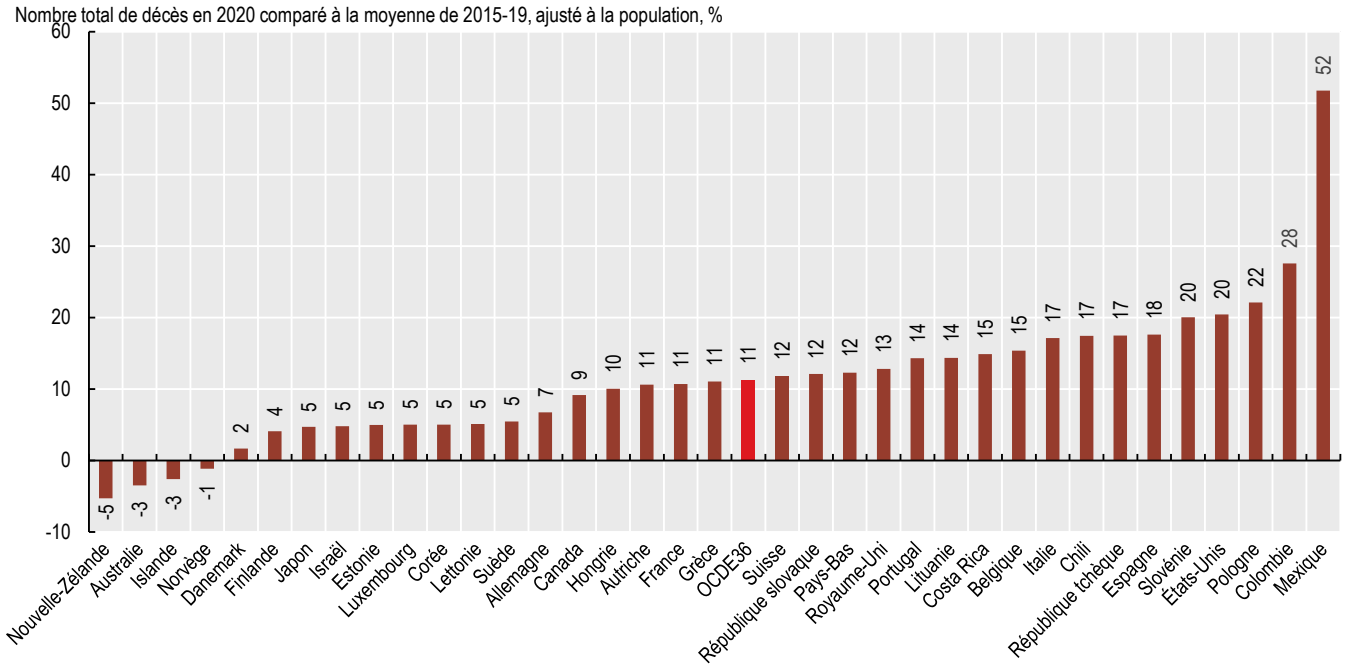
Définition et comparabilité

La surmortalité est définie ici comme le nombre total de décès enregistrés en 2020 toutes causes confondues, par rapport au nombre annuel moyen de décès au cours des cinq années précédentes. Les chiffres sont ajustés pour tenir compte de la croissance démographique des différents groupes d'âge au fil du temps. On peut encore considérer que ces données de départ ajustées sont une estimation quelque peu prudente du nombre de décès attendus, étant donné que le vieillissement de la population fait en principe augmenter le nombre de décès observés chaque année. La surmortalité est indiquée en pourcentage, à la hausse ou à la baisse.

Les différences nationales du taux de mortalité tendanciel en lien avec divers événements signifient qu'il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les taux de surmortalité à un instant T. Par exemple, des événements importants survenus dans les pays au cours des cinq années précédentes, tels que de graves épisodes de grippe saisonnière, des vagues de chaleur et des catastrophes naturelles, ont peut-être fortement influencé le nombre de décès, faisant ainsi varier la moyenne tendancielle. Toutefois, le choix d'une période de référence de cinq ans (2015-19) contribue à atténuer ces variations.

Les différences en termes d'apparition et de durée des vagues successives de la pandémie de COVID-19 auront un impact sur l'analyse des liens entre les décès dus au COVID-19 et la surmortalité dans les différents pays. On estime néanmoins qu'il est approprié de prendre en considération l'année 2020 dans son ensemble pour examiner les variations de l'évolution initiale du COVID-19 dans les pays de l'OCDE.

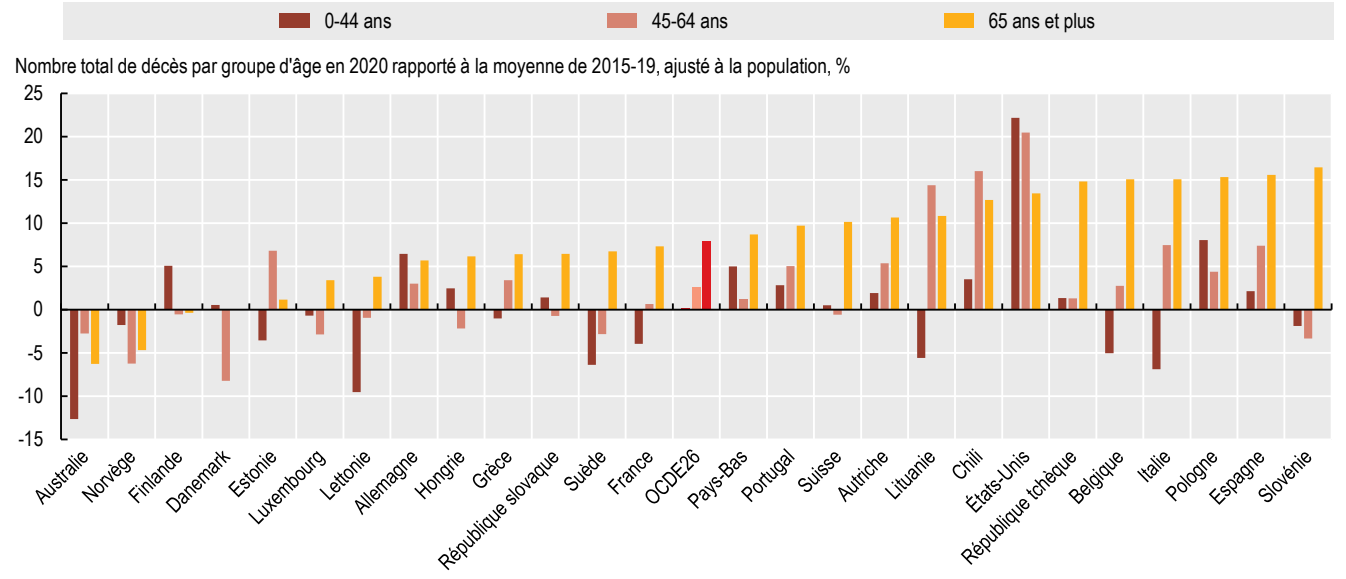
Graphique 3.5. **Surmortalité, 2020**



Note : Les décès toutes causes confondues enregistrés en 2020 en Nouvelle-Zélande sont comptabilisés à l'exclusion des décès de nourrissons.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/sk4mbg

Graphique 3.6. **Surmortalité par groupe d'âge, 2020**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/pta35l

Principales causes de mortalité

En 2019, plus de 11 millions de personnes sont décédées dans les pays de l'OCDE, soit 770 décès pour 100 000 habitants (Graphique 3.7). Les maladies du système circulatoire et le cancer étaient les deux principales causes de mortalité dans la plupart des pays. Cela s'explique par la transition épidémiologique des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles, qui a déjà eu lieu dans les pays à revenu élevé et qui se produit rapidement dans de nombreux pays à revenu intermédiaire (Roth et al., 2018[7]). Dans les pays de l'OCDE en 2019, les crises cardiaques, les AVC et d'autres maladies du système circulatoire ont été à l'origine d'un décès sur trois environ, et le cancer d'un décès sur quatre. Le vieillissement démographique explique en grande partie la prédominance des décès liés à des maladies du système circulatoire – leur nombre augmente régulièrement à partir de 50 ans.

Les maladies respiratoires sont aussi une cause importante de mortalité ; elles comptent pour 10 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les maladies du groupe de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont responsables à elles seules de 4 % des décès. Le tabagisme est le principal facteur de risque pour ces maladies, mais l'exposition professionnelle à des poussières, des vapeurs et des substances chimiques, et la pollution de l'air en général, sont également des facteurs importants.

Les causes externes de décès (notamment les accidents de la route et les suicides) sont à l'origine de 7 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les accidents de la route sont une cause de mortalité particulièrement importante chez les jeunes adultes, alors que le taux de suicide est généralement plus élevé chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées. Dans certains pays en outre, les États-Unis et le Canada notamment, une augmentation des décès d'adultes d'âge actif par suite d'une intoxication accidentelle associée aux opioïdes a été observée.

Parmi les autres causes de mortalité spécifiques, la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence sont à l'origine de 9 % des décès ; elles sont une cause de mortalité plus importante chez les femmes que chez les hommes. Le diabète représente 3 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les principales causes de mortalité varient selon les catégories socioéconomiques, les maladies les plus évitables étant celles où l'on observe des disparités sociales généralement plus marquées (Mackenbach et al., 2015[8]).

Les taux de mortalité standardisés selon l'âge, toutes causes confondues, en 2019, s'inscrivaient dans une fourchette allant de moins de 600 décès pour 100 000 habitants au Japon et en Corée à plus de 1 000 en Lettonie, en Hongrie, en République slovaque et en Lituanie (Graphique 3.8). Parmi les pays partenaires de l'OCDE, ce sont l'Afrique du Sud et la Fédération de Russie (Russie) qui affichent les taux les plus élevés (respectivement, 1940 et 1 417 décès pour 100 000 habitants).

Le taux de mortalité standardisé par âge chez les hommes est supérieur de 50 % à celui des femmes (956 décès pour 100 000 habitants pour les hommes, comparés à 631 pour les femmes) dans les pays de l'OCDE. La Lituanie, la Lettonie et la Hongrie recensent plus de 1 400 décès pour 100 000 hommes. Les taux de mortalité des femmes les plus élevés sont observés en Hongrie, en Lettonie, au Mexique et en République slovaque. Dans les pays partenaires de l'OCDE, le taux de mortalité des hommes se situe aux environs de 2 400 décès pour 100 000 habitants en Afrique du Sud, et à plus de 1 600 en Russie. Ces pays affichent aussi les taux de mortalité des femmes les plus élevés. L'écart s'explique en partie, outre les différences inhérentes au sexe, par une plus forte exposition des hommes à des facteurs de risque, notamment le tabagisme, la consommation d'alcool et un régime alimentaire moins sain. Ceux-ci enregistrent en conséquence des taux accrus de mortalité liée entre autres à des maladies cardiaques, au cancer du poumon et à des blessures.

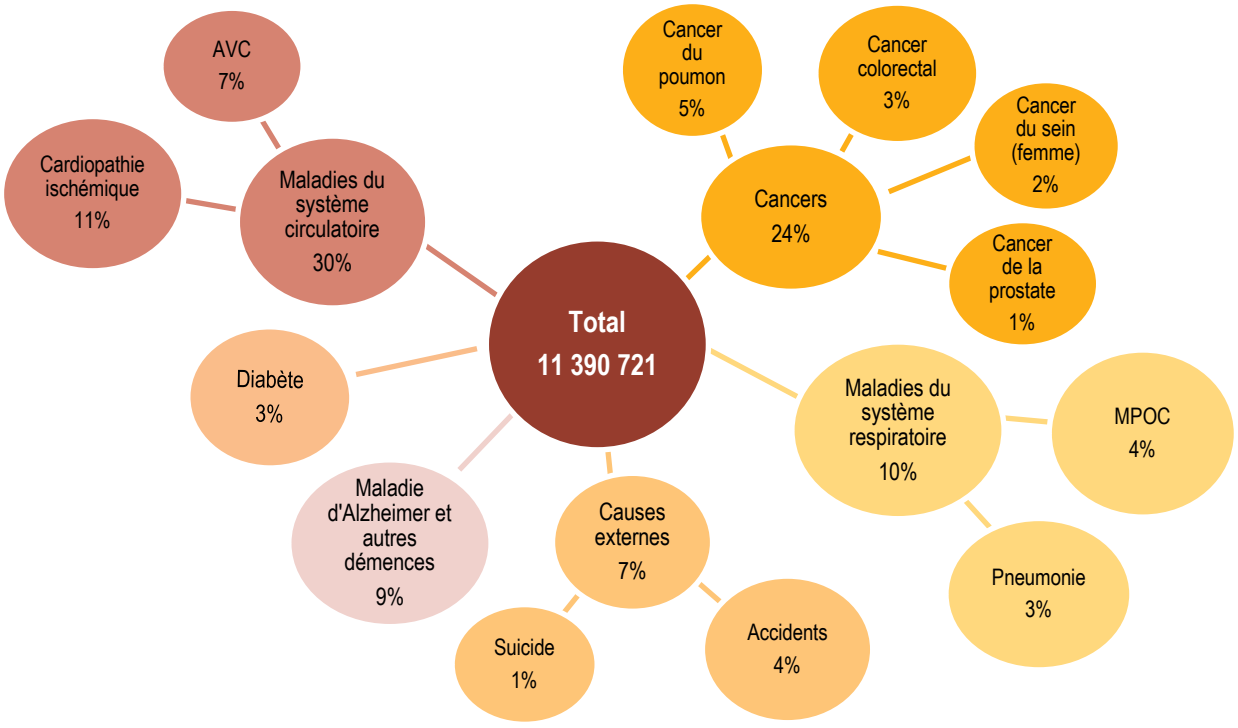
Il convient de noter que cette section analyse les principales causes de mortalité en 2019, année la plus récente pour laquelle des données détaillées sur les causes de décès sont disponibles pour l'ensemble des pays de l'OCDE. En 2020 et au-delà, la pandémie de COVID-19 aura un impact important sur ces indicateurs. Par exemple, le COVID-19 était la troisième cause de mortalité aux États-Unis en 2020 (Health System Tracker, 2021[9]). En effet, en raison du COVID-19, on a enregistré dans l'ensemble beaucoup plus de décès en 2020 et 2021 que les années précédentes (voir le chapitre 2 pour une analyse approfondie de l'impact du COVID-19 sur la santé).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par l'âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*) ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Il convient de noter que cette opération a introduit quelques différences par rapport aux populations standards utilisées, par exemple, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE). Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Les décès, toutes causes confondues, sont classés selon les codes A00 à Y89, à l'exclusion du code S00-98, de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10). La classification des causes de mortalité définit des groupes et des sous-groupes. Les groupes sont des termes génériques qui recouvrent des maladies présentant une relation, les sous-groupes ont trait à des maladies spécifiques. Ainsi, le groupe des « maladies de l'appareil respiratoire » comporte quatre sous-groupes : grippe, pneumonie, BPCO et asthme. Les graphiques sont fondés sur cette classification, à l'exception de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence. Ces maladies ont été regroupées (la maladie d'Alzheimer étant classée dans le groupe G et les autres formes de démence dans le groupe F).

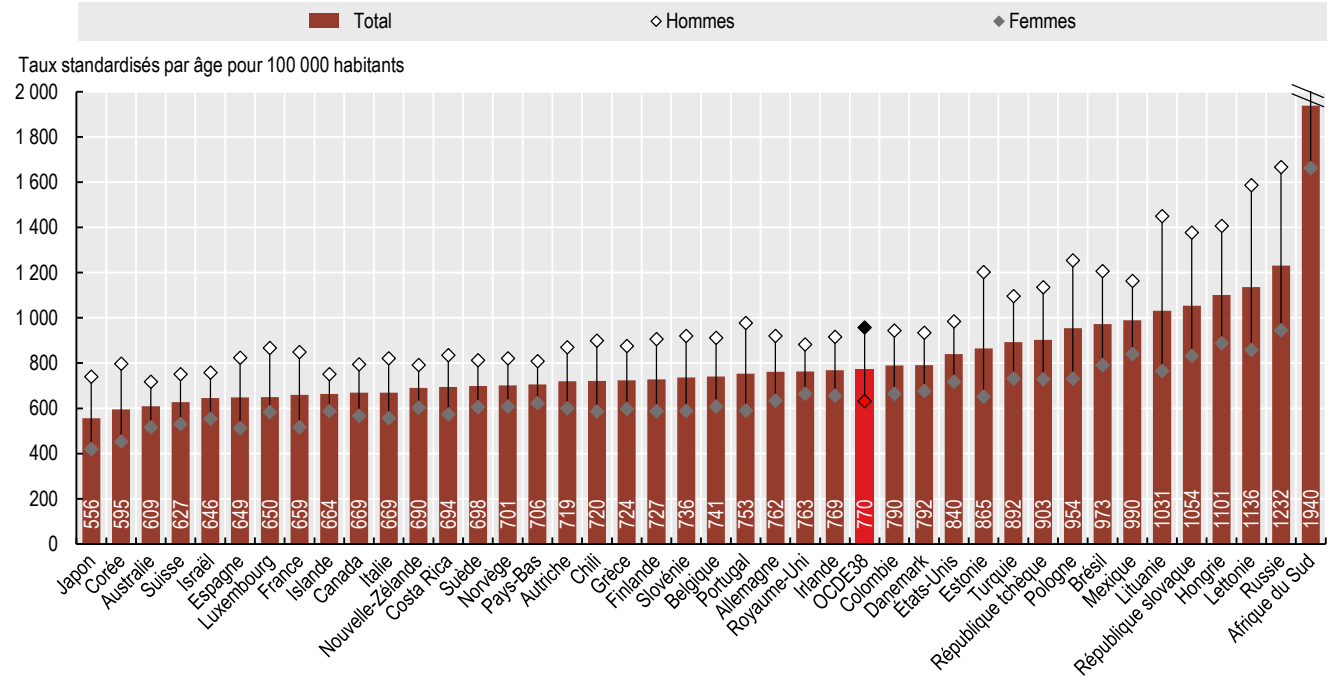
Graphique 3.7. **Principales causes de mortalité dans les pays de l'OCDE, 2019 (ou année la plus récente)**



Note : Les autres causes de décès non présentées dans le graphique représentent 17 % du total des décès.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/5fjcmv

Graphique 3.8. **Taux de mortalité, toutes causes confondues, par sexe, 2019 (ou dernière année disponible)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/nac4kq

Mortalité évitable (par prévention et traitement)

Les indicateurs relatifs à la mortalité évitable offrent un « point de départ » général pour évaluer l'efficacité des politiques de santé publique et des systèmes de soins de santé pour ce qui est la réduction des décès provoqués par divers maladies et accidents. Cependant, une analyse plus poussée est nécessaire pour déterminer plus précisément les différentes causes des décès potentiellement évitables et définir les interventions propres à les réduire.

En 2019, dans les pays de l'OCDE, plus de 3 millions de décès prématurés auraient pu être évités chez les moins de 75 ans par un effort de prévention et de soin. Cela représente plus d'un quart du nombre total de décès. On estime à 1.9 million le nombre de décès qui auraient pu être évités grâce à une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique, et à plus de 1 million celui des décès liés à des maladies qui auraient pu être traitées grâce à des interventions médicales plus efficaces en temps voulu.

Certains cancers qu'il est possible de prévenir au moyen des mesures de santé publique étaient les premières causes de mortalité évitable par prévention en 2019 (31 % des décès évitables par prévention), le cancer du poumon notamment (Graphique 3.9). Parmi les autres causes importantes figuraient les blessures, comme les accidents de la route et le suicide (21 %) ; les crises cardiaques, AVC et autres maladies du système circulatoire (19 %) ; l'alcoolisme et la toxicomanie (14 %) ; et certaines maladies respiratoires comme la grippe et la BPCO (8 %).

Les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et AVC essentiellement) étaient en 2019 la principale cause de mortalité évitable par traitement ; elles sont à l'origine de 36 % des décès prématurés qu'un traitement aurait permis d'éviter. Une prise en charge efficace et en temps voulu du cancer, comme le cancer colorectal ou le cancer du sein, aurait permis d'éviter 27 % des décès liés à des maladies pouvant être traitées. Les maladies respiratoires comme la pneumonie et l'asthme (9 %), ainsi que le diabète et d'autres maladies du système endocrinien (8 %) sont d'autres causes majeures de décès prématurés pouvant faire l'objet d'un traitement.

S'agissant du taux de mortalité évitable par prévention standardisé par âge, il s'élevait en moyenne à 126 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Il était compris entre 90 pour 100 000 habitants ou moins au Luxembourg, en Israël, en Islande, en Suisse, au Japon, en Italie et en Espagne et plus de 200 en Lettonie, en Hongrie, en Lituanie et au Mexique (Graphique 3.10). Les taux plus élevés de décès prématurés dans ces pays tiennent essentiellement à des taux nettement plus élevés de mortalité par cardiopathie ischémique, accident et consommation d'alcool, ainsi qu'au cancer du poumon en Hongrie.

Dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité évitable par traitement était bien inférieur, s'établissant à 73 pour 100 000 habitants, en moyenne. Il s'inscrivait dans une fourchette comprise entre moins de 50 en Suisse, en Corée, en Islande, en Australie, en Norvège, au Japon, en France, en Suède et aux Pays-Bas, et plus de 130 pour 100 000 habitants au Mexique, en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie. Les cardiopathies ischémiques, les AVC et certains types de cancers curables (comme le cancer colorectal et le cancer du sein) en sont les principaux responsables en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie, pays qui affichent des taux de mortalité évitable par traitement parmi les plus élevés.

Le taux de mortalité évitable grâce à la prévention était 2.5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'OCDE (185 pour 100 000 chez les hommes, contre 73 chez les femmes). De la même manière, le taux de mortalité évitable par traitement était plus élevé de 36 % environ chez les hommes que chez les femmes (86 pour 100 000 chez les hommes, contre 63 chez les femmes). Cet écart tient au taux de mortalité plus élevé des hommes, imputable en partie à une différence d'exposition aux facteurs de risques comme le tabagisme (voir l'indicateur « Principales causes de mortalité » et le chapitre 4 pour une analyse approfondie des facteurs de risque pour la santé).

Il convient de noter que cette section analyse les principales causes de mortalité en 2019. En 2020 et au-delà, la pandémie de COVID-19 aura un impact important sur la mortalité évitable. Outre les décès dus au COVID-19 qui auraient pu être évités grâce à des interventions plus rapides des pouvoirs publics, la mortalité évitable inclut également les effets indirects entraînés par les perturbations des soins de santé préventifs et curatifs.

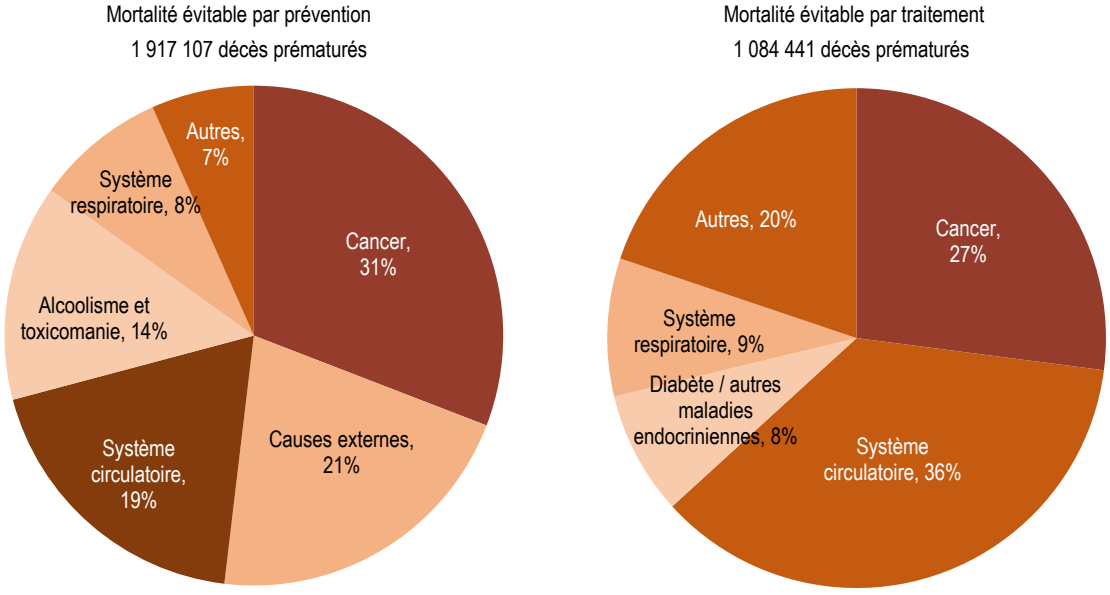
Définition et comparabilité

D'après les définitions OCDE/Eurostat de 2019, on entend par mortalité évitable par prévention les décès, parmi la population de moins de 75 ans, que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant que la maladie/le traumatisme ne soit apparu, pour en réduire l'incidence) permettraient d'éviter pour l'essentiel. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité).

Les deux listes actuelles des causes de mortalité évitable par prévention et par traitement ont été adoptées par l'OCDE et Eurostat en 2019. L'inscription des causes de décès dans l'une ou l'autre de ces catégories est déterminée selon que ce sont essentiellement des interventions de prévention ou des soins qui permettraient de réduire la létalité. Les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (par exemple, cardiopathies ischémiques, AVC, diabète), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès. Un seuil de 74 ans a été retenu pour toutes les causes de mortalité prématurée (OCDE/Eurostat, 2019[10]).

Les données proviennent de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et les taux de mortalité sont standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible à l'adresse *http://oe.cd/mortality*).

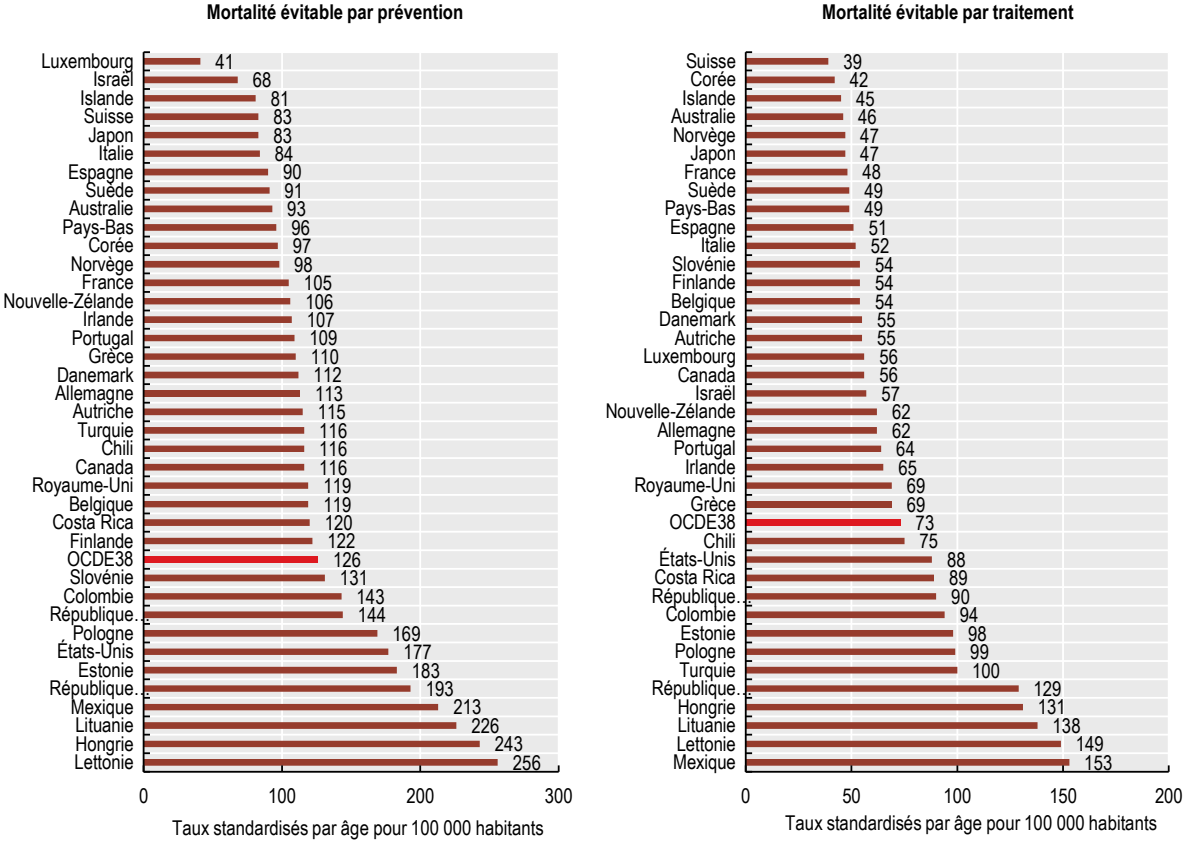
Graphique 3.9. **Principales causes de mortalité évitable dans les pays de l'OCDE, 2019**



Note : La liste OCDE/Eurostat des causes de mortalité évitables par prévention et traitement de 2021 catégorise les maladies et accidents spécifiques selon qu'ils sont évitables par prévention ou traitement. Par exemple, le cancer du poumon est considéré comme cause de décès évitable par prévention, tandis que le cancer colorectal et le cancer du sein sont considérés comme causes de décès évitables par traitement.
Source : Calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://stat.link/9s20k1

Graphique 3.10. **Taux de mortalité liée à des causes évitables, 2019**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ukqizs

Mortalité due aux maladies du système circulatoire

Les maladies cardiovasculaires (ou maladies du système circulatoire), les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) notamment, étaient la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE en 2019, où elles comptent pour près d'un tiers des décès. Si les taux de mortalité ont diminué dans la plupart de ces pays au fil du temps, le vieillissement démographique et la hausse des taux d'obésité et de diabète risquent de freiner cette amélioration à l'avenir (OCDE, 2015[11]). De fait, avant la pandémie de COVID-19, le ralentissement des progrès dans le domaine des maladies cardiovasculaires était l'un des principaux facteurs à l'origine de la perte de vitesse que connaissaient de nombreux pays en termes de gains d'espérance de vie (Raleigh, 2019[2]). En outre, le COVID-19 contribuerait indirectement à accroître le nombre de décès dus à des maladies du système circulatoire, en raison des perturbations des soins intensifs, primaires et préventifs.

En 2019, les crises cardiaques et les autres cardiopathies ischémiques ont été à l'origine de 11 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les cardiopathies ischémiques sont provoquées par l'accumulation de dépôts adipeux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin irriguant le cœur. Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité liée à ces maladies sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 80 %, essentiellement en raison de la plus forte prévalence des facteurs de risque chez les premiers, comme le tabagisme, l'hypertension et les taux élevés de cholestérol.

Parmi les pays de l'OCDE, les pays d'Europe centrale et orientale ont affiché les taux de mortalité par cardiopathie ischémique les plus hauts, notamment la Lituanie, où l'on a recensé 340 décès pour 100 000 habitants (chiffre standardisé par âge). Les taux étaient également très élevés en Russie. La Corée, le Japon, la France et les Pays-Bas affichaient les taux les plus bas des pays de l'OCDE (un tiers environ de la moyenne OCDE et un dixième environ des taux de la Lituanie et de la Russie) (Graphique 3.11). Entre 2000 et 2019, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE, avec une baisse moyenne de 47 %. Ce repli a été particulièrement marqué en France, Estonie, aux Pays-Bas, en Israël, en Norvège et en Australie, où les taux ont diminué de plus de 60 %. Le Mexique est le seul pays où les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont augmenté. Ce constat est étroitement lié à l'augmentation des taux d'obésité et de prévalence du diabète. Les taux de survie à la suite d'une crise cardiaque y sont aussi nettement plus faibles que dans tous les autres pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6).

Les maladies cérébrovasculaires (ou AVC) ont été à l'origine de 7 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2019. Elles se produisent lorsque l'irrigation sanguine du cerveau est interrompue. Outre les nombreux décès qu'ils provoquent, les AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité. Les taux de mortalité ont été particulièrement élevés en Lettonie (plus du triple de la moyenne de l'OCDE). Ils ont été également importants en Afrique du Sud et en Russie, pays partenaires (Graphique 3.12). L'écart de taux de mortalité par AVC (standardisé par l'âge) entre les femmes et les hommes n'est pas aussi important que pour la mortalité par cardiopathie ischémique.

Les taux de mortalité par AVC diminuent dans tous les pays membres de l'OCDE et ses partenaires depuis 2000, avec une réduction moyenne de 52 %. Ces diminutions sont toutefois plus lentes en République slovaque (moins de 15 %). Comme dans le cas des cardiopathies ischémiques, la réduction de certains facteurs de risque, le tabagisme notamment, a favorisé cette évolution, de même que l'amélioration des taux de survie à la suite d'un épisode aigu, illustrant une meilleure qualité des soins (voir les indicateurs « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » et « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6).

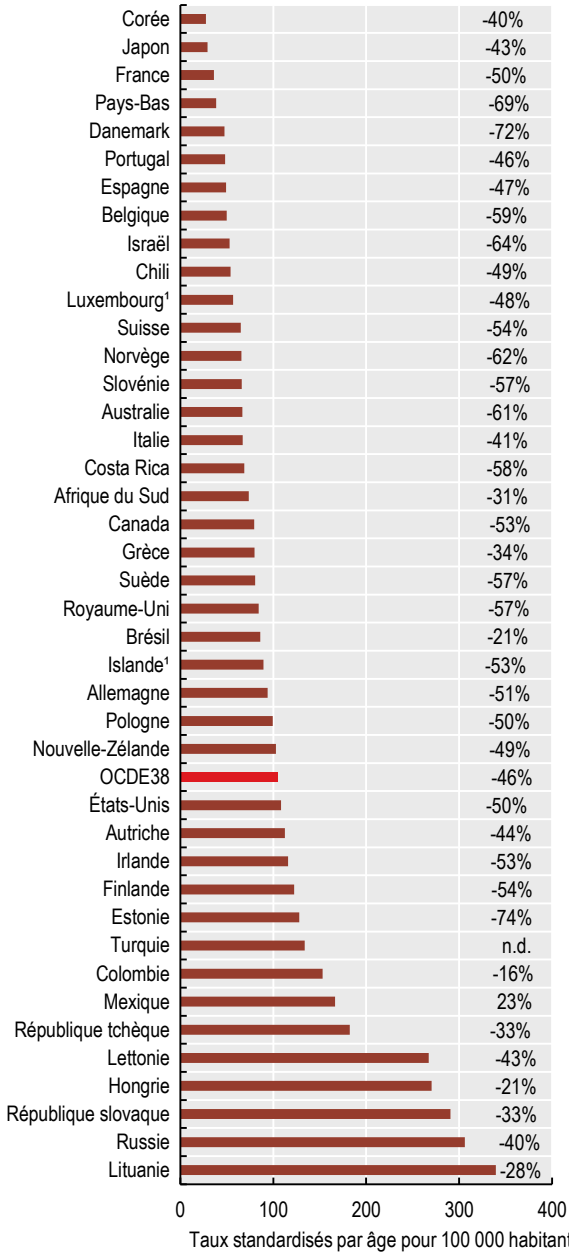
Dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe de fortes inégalités socioéconomiques de la mortalité par maladies du système circulatoire, qui correspondent largement aux différences socioéconomiques en termes de principaux facteurs de risque. Nombre de ces décès pourraient être évités, mais plusieurs facteurs de risque sont en train d'évoluer dans la mauvaise direction. Si les taux de tabagisme ont globalement diminué, le cholestérol, la tension artérielle, le manque d'activité physique, l'obésité et le diabète progressent dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE/The King's Fund, 2020[12]). Diverses interventions de santé publique et mesures budgétaires et réglementaires peuvent inciter les citoyens à adopter des modes de vie plus sains, ce qui réduirait la charge que représentent les maladies cardiovasculaires pour la société.

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par l'âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*) ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Les décès par cardiopathies ischémiques sont les décès dont la cause correspond aux codes I20 à I25 de la CIM-10, et les décès par AVC sont ceux dont la cause correspond aux codes I60 à I69.

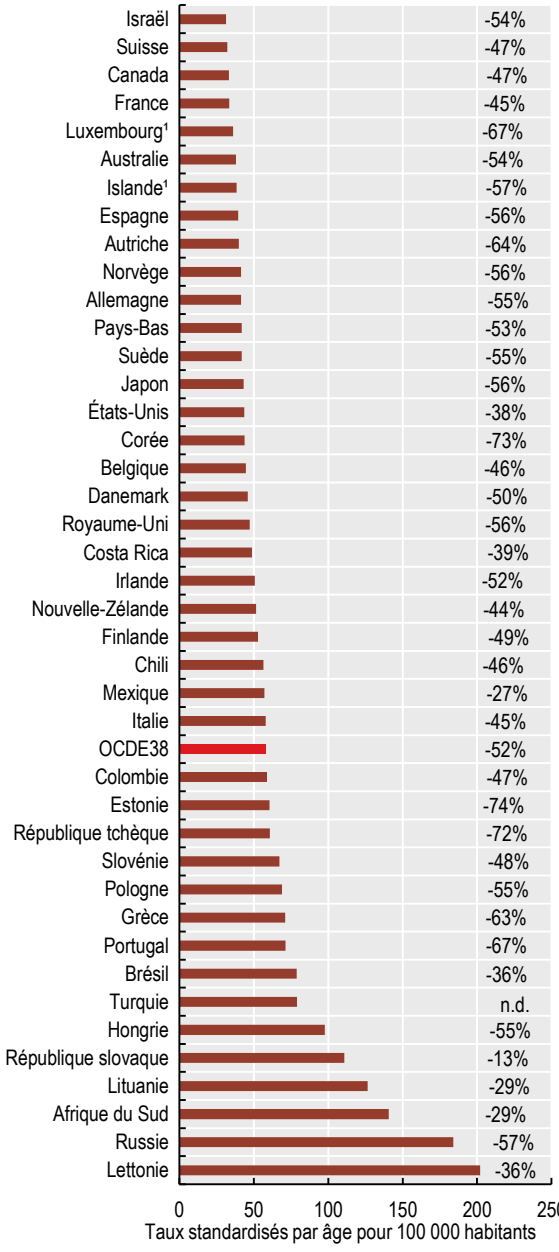
Graphique 3.11. **Mortalité par crise cardiaque et autres cardiopathies ischémiques, 2019 et variation 2000-19 (ou année la plus proche)**



Note : Les pourcentages indiqués correspondent à la variation entre 2000 et 2019.
1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/tlvnky

Graphique 3.12. **Mortalité par accident vasculaire cérébral (AVC), 2019 et variation 2000-19 (ou année la plus proche)**



Note : Les pourcentages indiqués correspondent à la variation entre 2000 et 2019.
1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/pak8mb

Incidence du cancer et mortalité

Le cancer était la deuxième cause de décès dans les pays de l'OCDE, après les maladies cardiovasculaires (ou maladies du système circulatoire) ; il était à l'origine de 24 % de la totalité des décès en 2019. Les principales causes de mortalité par cancer étaient le cancer du poumon (21 %), le cancer colorectal (11 %), le cancer du sein (15 % chez les femmes) et le cancer de la prostate (10 % chez les hommes). Ces quatre cancers représentent 44 % de tous les cancers diagnostiqués dans les pays de l'OCDE. Les taux de mortalité par cancer ont diminué dans tous les pays de l'OCDE depuis 2000, ce recul étant toutefois plus modéré, en moyenne, que pour les maladies cardiovasculaires.

Le cancer du poumon est la principale cause de décès chez les hommes comme chez les femmes, puisqu'il représente 24 % des décès par cancer chez les hommes et 17 % chez les femmes (Graphique 3.13). Le tabagisme représente le principal facteur de risque du cancer du poumon. Le cancer colorectal est aussi une cause majeure de décès chez les hommes comme chez les femmes, puisqu'il représente 11 % des décès liés au cancer pour les deux sexes. Les vastes programmes de dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées ont entraîné une diminution de l'incidence de ce cancer chez les adultes plus âgés. Ces dernières années, cependant, de nombreux pays de l'OCDE ont observé une incidence croissante du cancer colorectal chez les patients plus jeunes. Outre l'âge et les facteurs génétiques, l'exposition aux rayonnements ultraviolets, un régime alimentaire riche en matières grasses et pauvre en fibres, le manque d'activité physique, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool sont autant de facteurs qui accentuent les risques.

Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes (14.6 % des décès). Malgré la hausse de son incidence au cours de la dernière décennie, son taux de mortalité a diminué ou s'est stabilisé – ce qui est révélateur de diagnostics et de traitements plus précoces – et se traduit par des taux de survie plus élevés (voir l'indicateur sur le cancer du sein au chapitre 6). Le cancer de la prostate est la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes ; il est à l'origine de 10 % des décès liés à un cancer.

Les taux d'incidence du cancer varient selon les pays membres de l'OCDE. Ils s'établissent entre plus de 400 nouveaux cas pour 100 000 habitants en Australie et en Nouvelle-Zélande à moins de 200 cas au Mexique, au Chili, en Colombie et au Costa Rica (Graphique 3.14). Ils sont aussi comparativement bas dans tous les principaux pays partenaires de l'OCDE. Cependant, les écarts entre pays ne tiennent pas seulement au nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année, mais aussi aux politiques nationales de dépistage, à la qualité de la surveillance et à la notification des cas. Les taux élevés en Australie et en Nouvelle-Zélande sont principalement liés à une forte incidence du cancer de la peau (mélanome).

Le taux moyen de mortalité par cancer s'établissait à 191 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2019 (Graphique 3.14). Les taux de mortalité les plus élevés étaient observés en Hongrie, en République slovaque et en Lettonie (plus de 230), et les plus faibles au Mexique, en Turquie et en Colombie (145 ou moins).

Des diagnostics et des traitements plus précoces augmentent nettement les taux de survie au cancer. C'est en partie pour cette raison que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, par exemple, affichent des taux de mortalité inférieurs à la moyenne alors qu'elles enregistrent les taux d'incidence les plus élevés. Dans ces deux pays, le taux de survie net à cinq ans pour les cancers courants est aussi supérieur à la moyenne de l'OCDE (voir les indicateurs « La prise en charge du cancer du sein » et « Taux de survie aux autres formes de cancer » au chapitre 6).

Les taux d'incidence du cancer sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays membres et les pays partenaires de l'OCDE. Les taux de mortalité par cancer sont également plus élevés chez les hommes, sauf en Inde, en Indonésie, en Islande et au Mexique. Une plus forte prévalence des facteurs de risque chez les hommes, en particulier le tabagisme et la consommation d'alcool, explique en grande partie ces écarts.

Dans les pays de l'OCDE, la pandémie de COVID-19 a largement perturbé les programmes de diagnostic et de prise en charge précoces du cancer, avec une baisse du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal observée dans de nombreux pays (voir le chapitre 2 pour une analyse plus approfondie). L'impact de la pandémie sur la prise en charge du cancer ne sera probablement observé qu'à moyen terme, avec une baisse possible des taux de survie associée aux retards de diagnostic et de traitement dus à la pandémie.

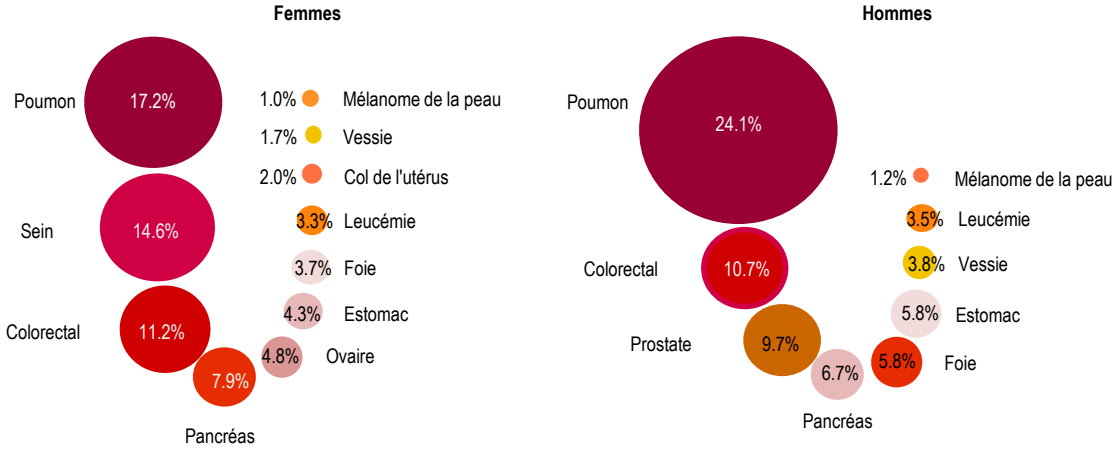
Définition et comparabilité

Le taux d'incidence du cancer est calculé en divisant le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les données incluent les cancers de la peau non mélanomes et proviennent du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) (GLOBOCAN, 2018[13]). Elles peuvent différer des estimations nationales en raison des différences de méthode. La comparabilité des données peut en outre être altérée par les différences dans la qualité de la surveillance et de la notification du cancer selon les pays. L'incidence de l'ensemble des cancers correspond aux codes C00 à C97 de la CIM-10. Les taux de mortalité ont été standardisés d'après la structure d'âge de la population de l'OCDE pour neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps ; les taux d'incidence ont quant à eux été standardisés d'après la population mondiale selon la norme Segi

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par âge sur la population standard de l'OCDE en 2010 (disponible sur *http://oe.cd/mortality*). Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Les décès par cancer correspondent aux codes C00 à C97 de la CIM-10. La comparabilité internationale des données sur la mortalité par cancer peut être altérée par des différences entre pays au niveau de la formation et des pratiques médicales, ainsi que de l'établissement des certificats de décès.

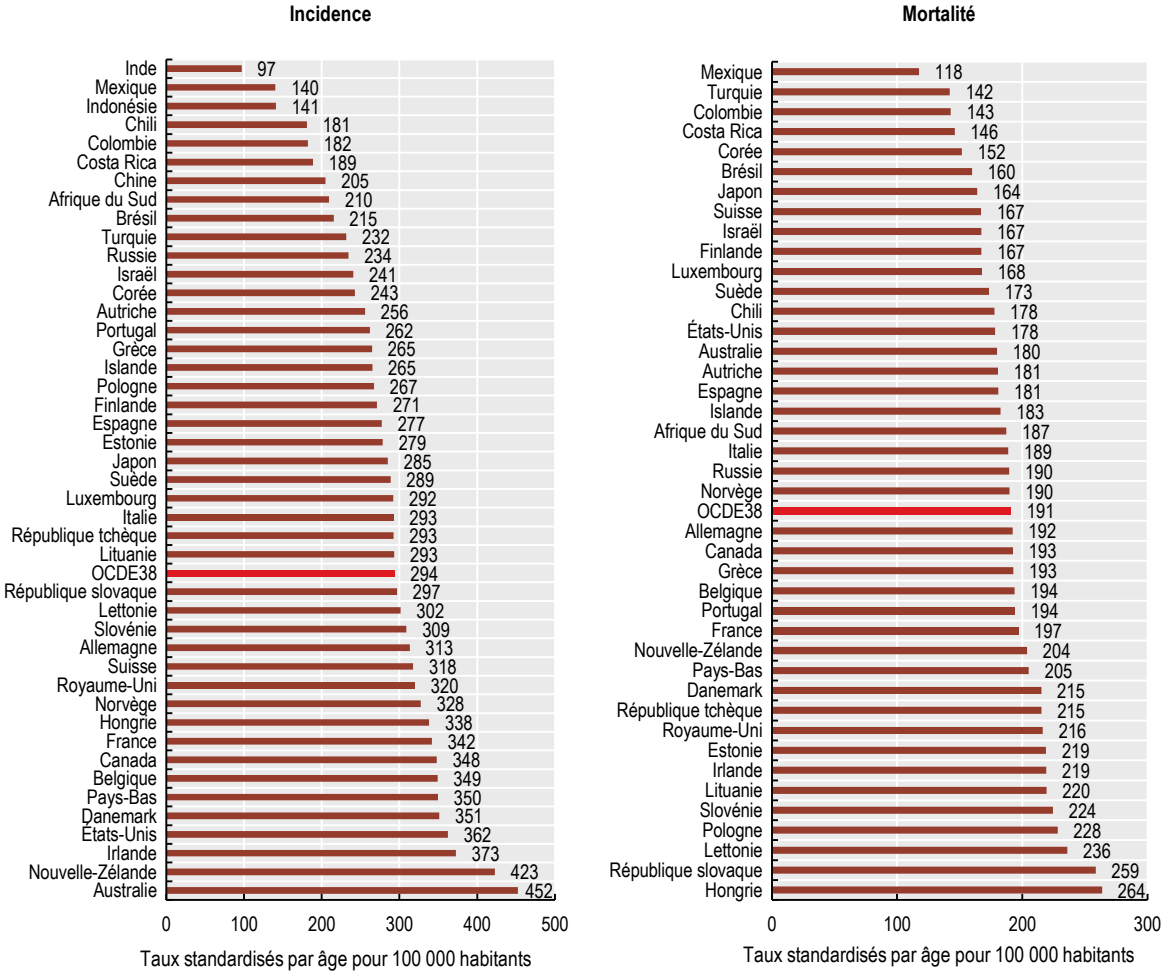
Graphique 3.13. **Principales causes de mortalité par cancer dans l'OCDE, par sexe, 2019**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/fgknmj

Graphique 3.14. **Incidence du cancer (estimation), 2020, et mortalité par cancer, 2019**



Source : CIRC, GLOBOCAN 2020, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/vwu1aq

Maladies chroniques

Les maladies chroniques, comme le cancer, les problèmes respiratoires chroniques et le diabète ne sont pas seulement les principales causes de décès dans l'OCDE. Elles représentent aussi une charge de morbidité majeure chez les personnes en vie. De nombreuses maladies chroniques sont évitables moyennant la modification de facteurs de risques majeurs, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et l'inactivité physique. La pandémie de COVID-19 a également mis en relief l'impact des maladies chroniques sur les conséquences d'autres maladies. Les maladies chroniques qui représentent une charge de morbidité élevée dans les pays de l'OCDE – diabète, BPCO, maladies cardiovasculaires et cancer – ont également été associées à un risque accru de développer des formes graves du COVID-19 et à un risque accru d'hospitalisation et de décès.

Plus d'un tiers des personnes âgées de 16 ans et plus ont déclaré pâtir d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée, en moyenne dans 26 pays de l'OCDE, en 2019 (Graphique 3.15). Ce chiffre atteint presque une personne sur deux en Finlande, tandis qu'un adulte sur quatre ou moins déclare avoir un problème de santé ou un handicap de longue durée au Luxembourg, en Grèce et en Italie. Avec le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, y compris la multimorbidité, augmente. Les systèmes de santé doivent être de plus en plus préparés à gérer efficacement les soins de longue durée pour répondre aux besoins des populations vieillissantes.

Les disparités socioéconomiques sont également prononcées : en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 43 % des personnes situées dans le quintile inférieur de la distribution des revenus font état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée, contre 26 % des personnes situées dans le quintile supérieur (Graphique 3.15). Ce gradient de revenu est le plus important en Lettonie, en République tchèque et en Irlande, où les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont plus de deux fois et demie plus susceptibles de faire état d'au moins un problème de santé ou un handicap de longue durée que les individus appartenant au quintile de revenu le plus élevé. Le gradient de revenu est le plus faible en Islande, en Italie et en France, où les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ne sont que 20 % environ plus susceptibles de faire état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée que les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé.

Le diabète est une maladie chronique qui est particulièrement lourde de conséquences en termes d'incapacité ; il peut en effet entraîner des maladies cardiovasculaires, la cécité, une insuffisance rénale et l'amputation d'un membre inférieur. Il survient lorsque le corps n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. En 2019, 6.7 % de la population adulte étaient diabétiques dans l'OCDE (Graphique 3.16). On estime en outre à 39 millions le nombre de cas non diagnostiqués chez les adultes (International Diabetes Federation, 2017[14]).

Parmi les pays membres de l'OCDE, les taux de prévalence du diabète les plus élevés sont observés au Mexique, en Turquie et aux États-Unis, où plus de 10 % des adultes en souffrent (données standardisées par âge). Dans les pays partenaires de l'OCDE, ce taux est également élevé en Afrique du Sud, en Inde et au Brésil (10 % sinon davantage).

Les taux de prévalence du diabète standardisés par âge se sont stabilisés dans de nombreux pays membres de l'OCDE, surtout en Europe occidentale, mais ont notablement augmenté en Turquie et dans la plupart des pays partenaires de l'OCDE. Cette évolution à la hausse tient en partie à l'augmentation des taux d'obésité, à une mauvaise alimentation et à l'inactivité physique, mais aussi à leur interaction avec le vieillissement démographique (NCD Risk Factory Collaboration, 2016[15]).

Le diabète est beaucoup plus fréquent chez les personnes âgées, et un peu plus chez les hommes que chez les femmes. Il touche aussi de façon disproportionnée les catégories défavorisées de la population sur le plan socioéconomique. Les conséquences économiques sont importantes. On estime à 572 milliards USD le montant consacré à son traitement et à la prévention de ses complications dans les pays de l'OCDE (International Diabetes Federation, 2017[14]).

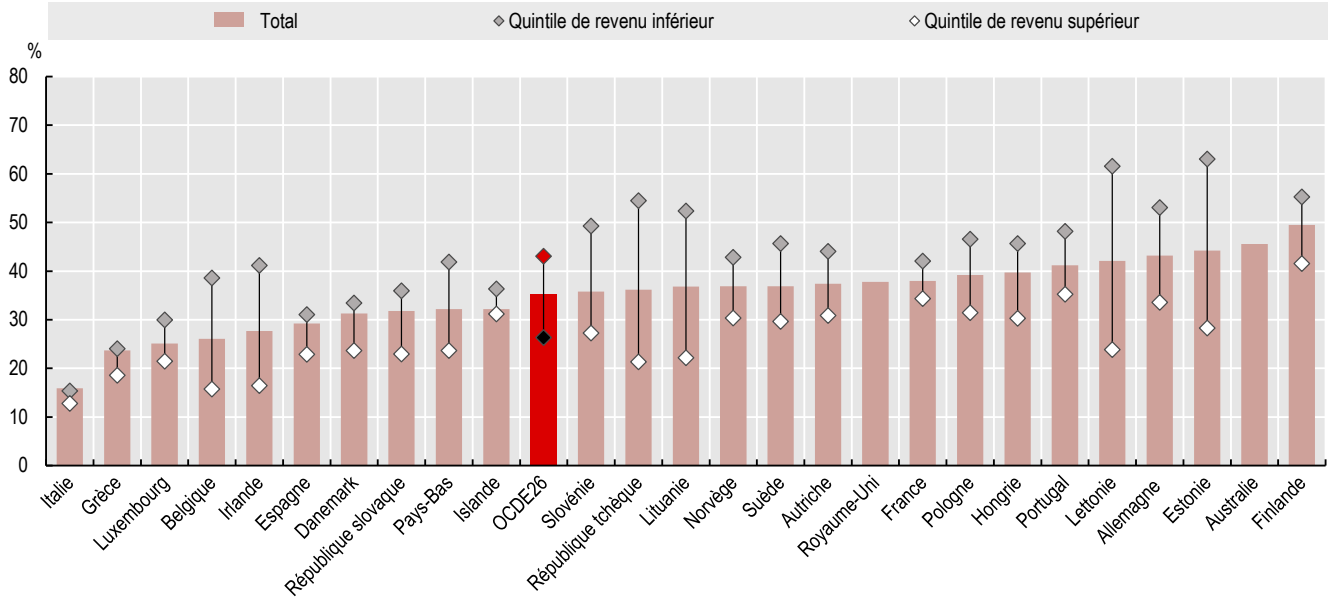
Définition et comparabilité

Les données relatives aux problèmes de santé et aux handicaps de longue durée reposent sur les résultats des Statistique de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). La comparabilité des données sur les problèmes de santé et les handicaps de longue durée est limitée par le fait que l'indicateur est calculé à partir de données autodéclarées pouvant être influencées par une évaluation subjective de l'état de santé des individus et par des facteurs sociaux et culturels.

Les sources et méthodes de la *Non-communicable Disease* (NCD) *Risk Factor Collaboration* sont décrites dans l'article du *Lancet* et son appendice (NCD Risk Factory Collaboration, 2016[15]). Les sources ont été sélectionnées parmi les études basées sur la population qui avaient recueilli des données sur la mesure des biomarqueurs du diabète pour des diabétiques de type 1 ou 2. La prévalence indiquée dans les sources a été convertie de manière à correspondre à la définition du diabète diagnostiqué du Cadre mondial de suivi de l'OMS pour les maladies non transmissibles. Des modèles hiérarchiques bayésiens ont ensuite été appliqués pour estimer l'évolution de la prévalence. La population couverte est celle des adultes âgés de 18 ans et plus.

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète (FID) sont exposées dans son Atlas du diabète, 8e édition (International Diabetes Federation, 2017[14]). La FID produit des estimations fondées sur diverses sources qui satisfont à plusieurs critères de fiabilité. Il s'agit pour l'essentiel d'enquêtes nationales sur la santé et d'articles publiés par des revues à comité de lecture. Des taux standardisés en fonction de l'âge ont été calculés à partir de la population mondiale, sur la base de la distribution fournie par l'Organisation mondiale de la santé. Il est possible dès lors que la prévalence soit sous-estimée par rapport à une standardisation en fonction de la population de l'OCDE. La population adulte couvre les personnes âgées de 20 à 79 ans diagnostiquées diabétiques de type 1 ou 2.

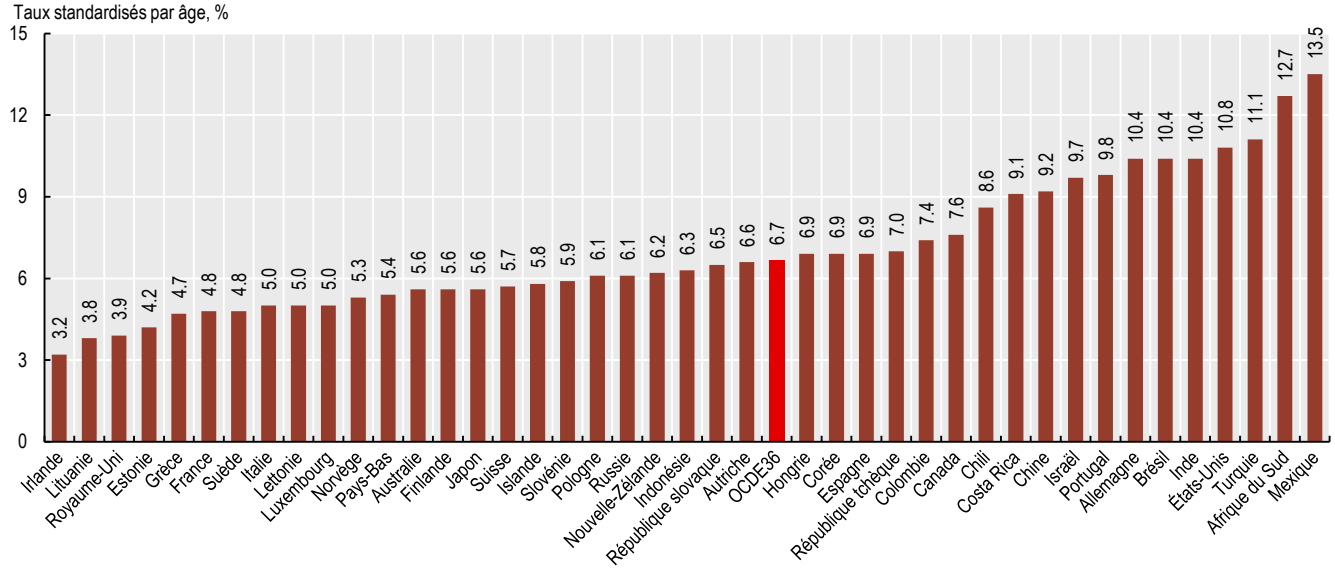
Graphique 3.15. **Personnes faisant état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée, par quintile de revenu, 2019 (ou année la plus proche).**



Note : Les données pour l'Australie correspondent aux personnes âgées de 18 ans et plus qui souffrent d'au moins une maladie chronique et se rapportent à la période 2017-18.
Source : EU-SILC 2021 et enquêtes nationales sur la santé.

StatLink https://stat.link/24ekpn

Graphique 3.16. **Prévalence du diabète de types 1 et 2 chez les adultes, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Atlas du diabète de la FID, 9e édition, 2019.

StatLink https://stat.link/i6xavh

Santé des nourrissons, des enfants et des adolescents

Des conditions de vie inadéquates, une extrême pauvreté et des facteurs socioéconomiques influent sur la santé des mères et des nouveau-nés. Des systèmes de santé performants peuvent cependant considérablement limiter le nombre de décès de nourrissons, notamment en traitant les problèmes de santé potentiellement mortels durant la période néonatale. Environ deux tiers des décès intervenant au cours de la première année de vie se produisent dans les 28 jours qui suivent la naissance (mortalité néonatale) ; ils sont essentiellement provoqués par des anomalies congénitales, la prématurité et d'autres problèmes survenus pendant la grossesse. S'agissant des décès intervenant après ces premières semaines critiques (mortalité post-néonatale), les causes sont généralement plus variées, les plus courantes étant le syndrome de mort subite du nourrisson, les anomalies congénitales, les infections et les accidents. Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont également chuté de façon spectaculaire au cours des dernières décennies, la majorité des décès survenant chez les nourrissons.

Les taux de mortalité infantile sont faibles dans la plupart des pays de l'OCDE, même si sept pays membres ont enregistré au moins cinq décès pour 1 000 naissances vivantes : la République slovaque, les États-Unis, le Chili, le Costa Rica, la Turquie, le Mexique et la Colombie (Graphique 3.17). Dans les pays membres de l'OCDE, toutefois, ces taux sont souvent plus élevés chez les populations autochtones, les minorités ethniques et d'autres groupes vulnérables – comme observé en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande (Smylie et al., 2010[16]). Dans les pays partenaires de l'OCDE, la mortalité infantile demeure supérieure à 20 décès pour 1 000 naissances vivantes en Indonésie, en Afrique du Sud et en Inde, et supérieure à dix décès au Brésil. Depuis 2000, ces taux ont diminué dans tous les pays membres et dans tous les pays partenaires de l'OCDE, les plus fortes baisses étant généralement observées dans les pays qui affichaient par le passé les taux les plus élevés. Malgré ce recul de la mortalité infantile, le nombre croissant de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale est un sujet de préoccupation dans certains pays de l'OCDE. Les nouveau-nés de faible poids sont plus exposés au risque de mauvaise santé ou de décès, doivent rester hospitalisés plus longtemps après la naissance, et sont plus susceptibles de souffrir de handicaps importants par la suite.

L'augmentation des facteurs de risque de maladies chroniques chez les enfants et les adolescents – notamment la faible activité physique, une mauvaise alimentation et le tabagisme – peut avoir un impact négatif sur les comportements et les résultats en matière de santé à l'âge adulte. Toutefois, pour un nombre non négligeable d'enfants, l'état de santé commence à se dégrader avant même d'atteindre l'âge adulte. Les problèmes de santé mentale, par exemple, représentent la plus grande charge de morbidité chez les jeunes, avec une prévalence au moins aussi élevée chez les enfants que chez les adultes, la moitié de l'ensemble des maladies mentales se développant dès l'âge de 14 ans (OCDE, 2018[17]). Il est essentiel d'intervenir tôt pour atténuer la dégradation de l'état de santé et les effets sur le développement des jeunes et leur santé à long terme.

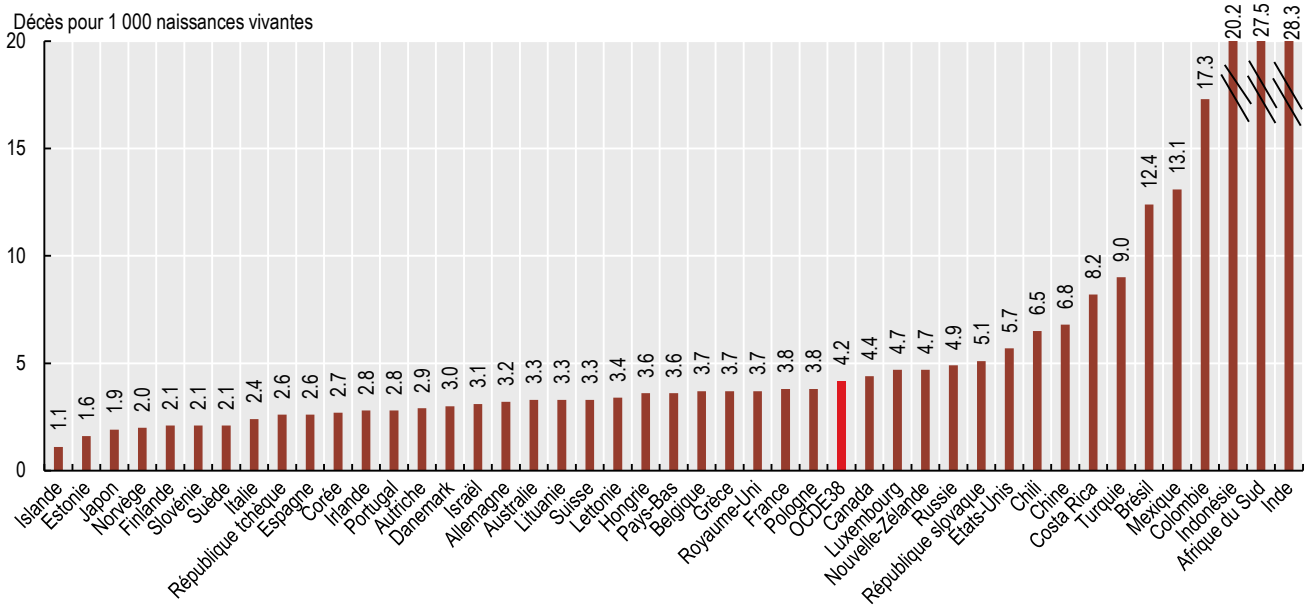
Dans 27 pays de l'OCDE, 28 % en moyenne des jeunes de 11 ans, et 41 % des jeunes de 15 ans, ont exprimé de multiples plaintes en matière de santé – notamment de symptômes d'une mauvaise santé physique et mentale – plus d'une fois par semaine (Graphique 3.18). En Espagne, en Norvège et en Slovénie, c'était moins d'un jeune de 11 ans sur cinq. À l'âge de 15 ans, au moins trois adolescents sur dix ont signalé de multiples problèmes de santé plus d'une fois par semaine, même dans les pays les plus performants comme l'Espagne, l'Allemagne et les Pays-Bas. Des problèmes de santé multiples étaient signalés par 36 % des enfants de 11 ans en République slovaque, en France et en Suède, et 45 % en Italie. À l'âge de 15 ans, la moitié environ ou plus de la moitié des adolescents ont fait état de multiples problèmes en Suède, en Pologne, en Grèce et en Italie ; ils étaient même trois sur cinq en Italie. À ces deux âges et dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, les filles étaient plus susceptibles que les garçons d'exprimer de multiples plaintes en matière de santé plus d'une fois par semaine.

Définition et comparabilité

Le taux de mortalité infantile indique le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes. La diversité des pratiques d'enregistrement des naissances prématurées peut en partie expliquer les variations internationales des taux. Certains pays enregistrent toutes les naissances vivantes, y compris les bébés de très faible poids présentant peu de chances de survie, mais plusieurs autres n'enregistrent les naissances vivantes qu'à partir de 22 semaines de gestation (ou d'un poids minimum de 500 grammes à la naissance) (Euro-Peristat Project, 2018[18]). Afin de supprimer cet obstacle à la comparabilité des données, les chiffres présentés ici couvrent uniquement les enfants nés après un minimum de 22 semaines de gestation (ou pesant au moins 500 grammes à la naissance) pour une majorité de pays de l'OCDE ayant communiqué ces informations. Toutefois, les données concernant dix pays (Australie, Canada, Grèce, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Norvège et Portugal) sont toujours fondées sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées (sans seuil minimum en termes de gestation ou de poids de naissance), d'où une surestimation possible.

Les données sont issues des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menées en 2013-14 et 2017-18. Elles proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de différents groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays. Les participants ont été invités à indiquer si, et à quelle fréquence, ils avaient présenté différents troubles de santé (maux de tête, maux d'estomac, maux de dos, déprime, irritabilité ou mauvaise humeur, nervosité, difficultés à s'endormir et vertiges) au cours des six derniers mois. Les enfants qui ont déclaré s'être plaints de leur santé à différents titres plus d'une fois par semaine au cours des six mois précédents ont été considérés comme ayant fait état de multiples problèmes de santé. La comparabilité des données est limitée par le fait que l'indicateur est calculé à partir de données autodéclarées qui peuvent être influencées par une évaluation subjective de son propre état de santé et par des facteurs sociaux et culturels.

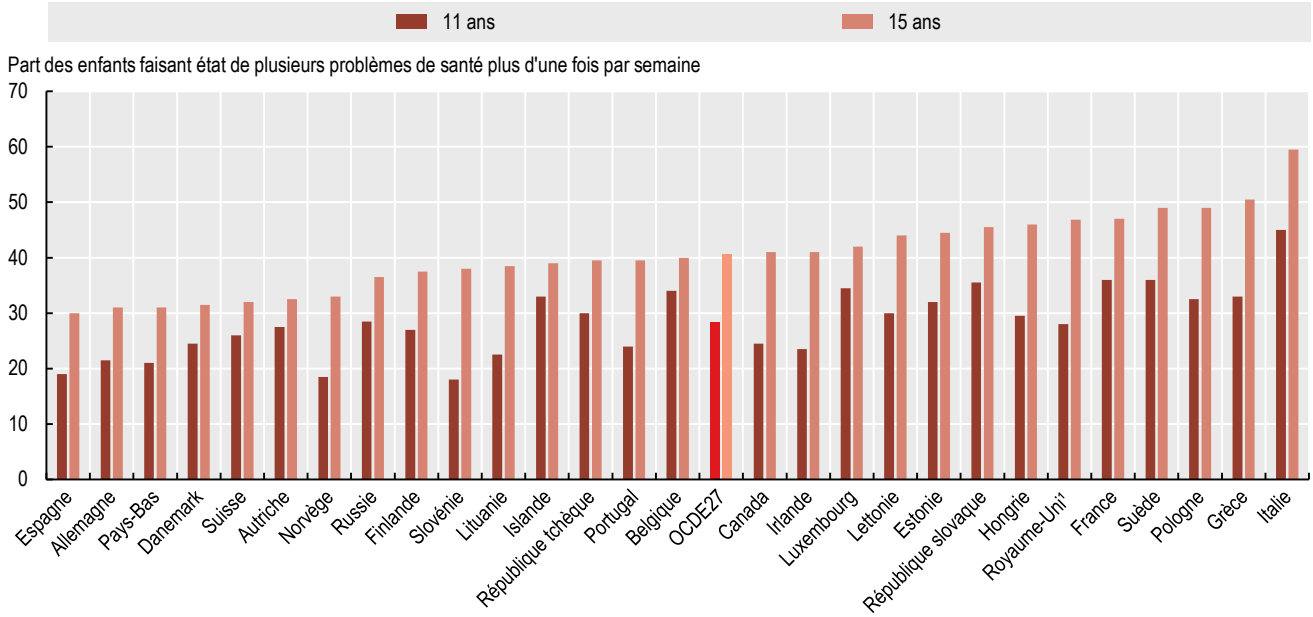
Graphique 3.17. **Mortalité infantile, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/cz857m

Graphique 3.18. **Part des jeunes de 11 ans et de 15 ans faisant état de multiples problèmes de santé, 2018**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Enquête HBSC 2018.

StatLink https://stat.link/suf5tc

Santé mentale

Une bonne santé mentale est essentielle pour mener une vie saine et productive (OCDE, 2021[19]). Au moment de la crise du COVID-19, lorsque les habitants des pays de l'OCDE ont dû radicalement changer de mode de vie et modifier leurs façons d'apprendre et de travailler, on a observé des effets non négligeables sur la santé mentale (voir le chapitre 2 pour une analyse plus approfondie des conséquences du COVID-19 sur la santé mentale). En mars et avril 2020, les niveaux d'anxiété et de dépression enregistrés dans la population générale étaient plus élevés dans presque tous les pays par rapport aux années précédentes (Graphique 3.19, Graphique 3.20). La progression des troubles émotionnels n'a toutefois pas été constante pendant la crise sanitaire, ni homogène pour toutes les catégories de la population. Dans des pays tels que le Canada, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, où l'état de santé mentale de la population a fait l'objet d'un suivi tout au long de la pandémie, les résultats se sont améliorés entre juin et septembre 2020, ce qui coïncide avec une baisse des taux d'attaque du COVID-19 et un assouplissement des mesures d'endiguement (OCDE, 2021[20]). Les personnes qui étaient au chômage ou qui connaissaient des difficultés financières ont signalé des taux d'anxiété et de dépression plus élevés que la population générale pendant la crise du COVID-19 ; cette tendance datait d'avant la crise, mais elle se serait accélérée dans certains pays (OCDE, 2021[20]). La santé mentale des jeunes a aussi particulièrement pâti de la pandémie, la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression ayant fortement augmenté, en particulier à la fin de 2020 et au début de 2021 (OCDE, 2021[21]).

En l'absence d'assistance ou de traitement efficaces, les problèmes de santé mentale peuvent avoir des répercussions catastrophiques sur la vie des personnes qui en sont atteintes. Des raisons sociales et culturelles complexes sont à l'origine des comportements suicidaires, mais les troubles mentaux augmentent aussi le risque de décès par suicide (OCDE, 2021[19]). Le taux de décès par suicide variait par un facteur de 6 dans les pays de l'OCDE, en 2019, les taux les plus faibles étant observés en Turquie (4.4 pour 100 000 habitants) et en Grèce (4.7 pour 100 000 habitants). Entre 2000 et 2019, les décès par suicide ont diminué de 29 % dans l'ensemble (Graphique 3.21). Le taux de décès par suicide pour 100 000 habitants a diminué ou est resté relativement stable dans tous les pays de l'OCDE sauf cinq (Grèce, Mexique, Portugal, États-Unis et Corée). En Lituanie et en Corée, où les taux de suicide étaient les plus élevés (21.6 pour 100 000 habitants en Lituanie et 24.6 pour 100 000 habitants en Corée), l'évolution des décès par suicide a été très différente. Entre 2000 et 2019, en Corée, les décès par suicide ont augmenté de 46 %. En Lituanie, en revanche, ils ont diminué de 55 % sur la même période. Comme dans de nombreux pays voisins, le taux de suicide en Lituanie a augmenté pendant la période de profonds changements sociaux et économiques qui a suivi la chute de l'Union soviétique, atteignant un niveau record de 51.0 décès pour 100 000 habitants en 1996. Le gouvernement lituanien met tout en œuvre pour réduire encore le taux de suicide par le biais de campagnes de prévention et de mesures visant à renforcer le système de santé mentale (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2019[22]). À ce jour, aucune évolution significative du taux de décès par suicide n'a été observée depuis le début de la crise du COVID-19 dans les pays de l'OCDE.

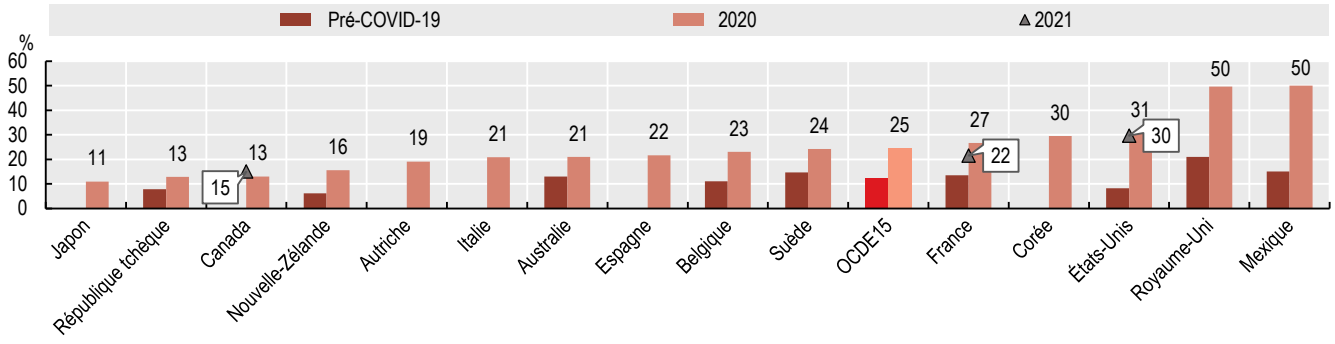
Les pays de l'OCDE ont considérablement étoffé leurs dispositifs d'aide à la santé mentale depuis le début de la crise du COVID-19. La plupart a créé de nouveaux supports d'information sur la santé mentale et/ou de nouveaux services d'assistance téléphonique, afin d'indiquer aux populations comment tenir le coup, et certains ont ouvert plus largement l'accès aux services de santé mentale et/ou accru les moyens financiers alloués à ces derniers (OCDE, 2021[20]). Par exemple, le Canada a mis en place, en avril 2020, le dispositif « Espace mieux-être Canada », qui propose des services gratuits par SMS ou par téléphone pour autoévaluer son niveau de bien-être et obtenir des conseils ou de l'aide, tandis que l'Australie a multiplié par deux le nombre de séances remboursées avec un thérapeute. En 2021, le Chili – qui n'a consacré en 2018 que 2.1 % des dépenses publiques de santé à la santé mentale – a annoncé que le budget alloué à la santé mentale augmenterait de 310 % (OCDE, 2021[19]). Malgré les effets considérables de la mauvaise santé mentale sur le plan social comme sur le marché du travail, les stratégies d'aide à la santé mentale ne font toujours pas partie intégrante des politiques de protection sociale, du travail et de la jeunesse. Conformément à la Recommandation de l'OCDE sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, une approche de la santé mentale à l'échelle de l'ensemble de la société s'impose (OCDE, 2015[23]).

Définition et comparabilité

La déclaration d'un suicide est une procédure complexe qui est influencée par divers éléments, notamment le mode de vérification de l'intention de passage à l'acte, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, et les aspects culturels, dont les préjugés entourant le suicide. La prudence est donc de mise lorsque l'on compare les taux de suicide entre pays. Les taux de mortalité standardisés par âge sont calculés par le nombre de décès divisé par les effectifs de la population correspondante. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité ; les suicides correspondent aux codes X60 à X84 et Y870 de la CIM-10.

Le Graphique 3.19 et le Graphique 3.20 utilisent des sources de données nationales sur plusieurs années, qui risquent de ne pas être directement comparables d'un pays à l'autre. Les instruments d'enquête utilisés pour mesurer la dépression et l'anxiété varient selon les pays et, de ce fait, risquent de ne pas se prêter à des comparaisons directes ; certaines enquêtes d'autre part ont parfois été réalisées auprès d'échantillons de taille restreinte ou non représentatifs de la population nationale. Toutes les populations ne sont pas prêtes à évoquer leur santé mentale de la même façon, ce qui nuit également à la comparabilité entre les pays. Dans la mesure du possible, pour évaluer la prévalence de la dépression, les enquêtes retenues ont été réalisées à l'aide du questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9). Dans la mesure du possible, pour évaluer l'anxiété, les enquêtes retenues ont été réalisées à l'aide de l'outil de dépistage de l'anxiété généralisée (GAD-7). Les données concernant la période antérieure à la crise du COVID-19 varient en fonction de la disponibilité ; le choix s'est porté sur les plus récentes, jusqu'à l'année 2019. Pour toutes les sources de données nationales, voir OCDE (2021[20]). Des données actualisées ou complémentaires ont été utilisées en ce qui concerne le Canada (Enquête ECSM de Statistique Canada), et le Royaume-Uni (*ONS Statistical Bullletin – Coronavirus and depression in adults*, mai 2021 ; *ONS Statistical Bullletin – Personal and economic well-being in Great Britain: May 2020*).

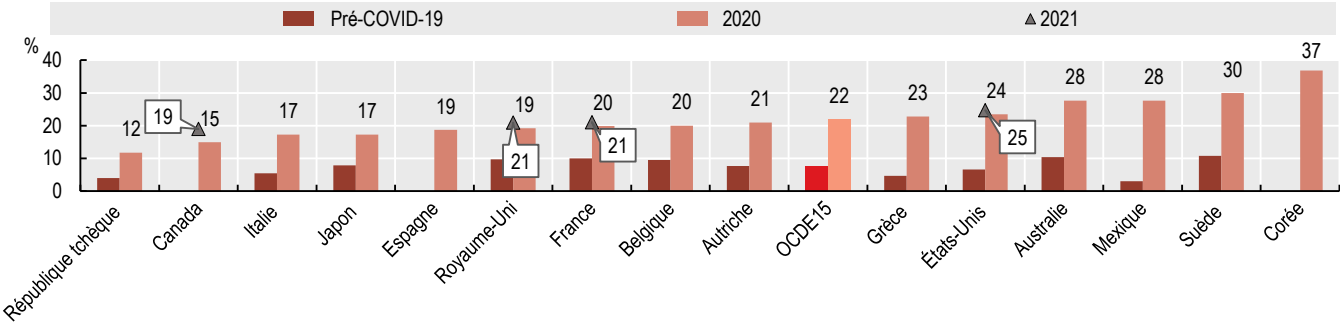
Graphique 3.19. **Estimations nationales de la prévalence de l'anxiété ou des symptômes d'anxiété avant la crise du COVID-19, en 2020 et 2021**



Note : Les données de 2020 et 2021 sont celles des mois de mars et avril, dans la mesure du possible. Les instruments d'enquête et les échantillons de population diffèrent d'un pays à l'autre et, dans certains cas, d'une année à l'autre, ce qui empêche de comparer directement les données.
Source : Sources de données nationales mentionnées dans OCDE (2021[20]), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale », *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*. Des données nationales actualisées ont été prises en compte pour le Canada et le Royaume-Uni.

StatLink https://stat.link/8zer9m

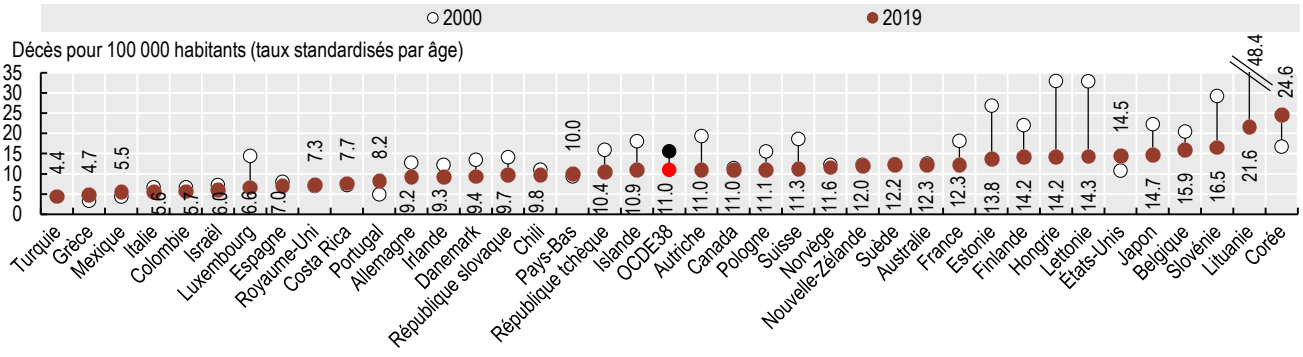
Graphique 3.20. **Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs avant la crise du COVID-19, en 2020 et 2021**



Note : Les données de 2020 et 2021 sont celles des mois de mars et avril, dans la mesure du possible. Les instruments d'enquête et les échantillons de population diffèrent d'un pays à l'autre et, dans certains cas, d'une année à l'autre, ce qui empêche de comparer directement les données.
Source : Sources de données nationales mentionnées dans OCDE (2021[20]), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale », *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*. Des données nationales actualisées ont été prises en compte pour le Canada et le Royaume-Uni.

StatLink https://stat.link/3026n4

Graphique 3.21. **Décès par suicide, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/sx4mu1

État de santé perçu

La façon dont les individus évaluent leur propre santé donne un aperçu global de la santé physique et mentale. Ce point de vue sur la qualité de vie complète les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité, qui mesurent uniquement le taux de survie. Par ailleurs, malgré son caractère subjectif, l'état de santé perçu est généralement un indicateur prévisionnel fiable de la mortalité et des besoins en matière de soins futurs (Palladino et al., 2016[24]).

La plupart des pays de l'OCDE mènent des enquêtes périodiques qui demandent notamment aux personnes interrogées d'évaluer leur état de santé général. Les différences socioculturelles entre pays peuvent compliquer les comparaisons internationales de l'état de santé perçu. Les différentes façons de formuler les questions, notamment en ce qui concerne l'échelle utilisée, peuvent aussi compromettre la comparabilité des réponses. Enfin, comme les personnes âgées déclarent généralement un état de santé moins satisfaisant et un plus grand nombre de maladies chroniques que les jeunes, les pays où elles représentent une proportion plus importante de la population sont susceptibles de compter moins de personnes se déclarant en bonne santé.

Ces réserves étant faites, près de 9 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé, en moyenne, dans l'OCDE, en 2019 (Graphique 3.22). Ce pourcentage va de plus de 15 % en Corée, en Lituanie, au Portugal et en Lettonie à moins de 4 % en Colombie, en Nouvelle-Zélande, au Canada, en Irlande aux États-Unis et en Australie. Toutefois, les catégories de réponse proposées dans les pays de l'OCDE autres qu'européens et asiatiques présentent une asymétrie positive, ce qui introduit un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). La Corée, le Japon et le Portugal présentent des taux d'espérance de vie particulièrement élevés, mais une assez forte proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé.

Parmi les quelques pays pour lesquels des données sont disponibles pour 2020, presque tous ont fait état d'une réduction de la part de la population déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à 2019, la Finlande n'ayant signalé aucun changement, et aucun pays n'ayant fait état d'une augmentation. Si les données doivent être interprétées avec prudence – les données ne sont disponibles que pour sept pays, dont certains où la pandémie de COVID-19 n'a pas mis à rude épreuve le système de santé – elles peuvent toutefois indiquer l'influence du contexte sur la santé perçue : en effet, l'importance de problèmes de santé qui auraient pu être considérés auparavant comme plus graves peut être minimisée dans le contexte de la pandémie.

Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu jugent en moyenne moins favorablement leur état de santé que les personnes à revenu élevé (Graphique 3.23). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, près de 80 % des adultes du quintile supérieur de revenu se déclaraient en bonne ou très bonne santé, en 2019, contre moins de 60 % de ceux du quintile inférieur. Les disparités économiques sont particulièrement prononcées en Lettonie, en Estonie, en République tchèque et en Lituanie, avec un écart de 40 points de pourcentage ou plus entre revenus faibles et élevés. Celles-ci tiennent probablement en grande partie à des différences de comportement (tabagisme, consommation nocive d'alcool, et autres facteurs de risques). Les disparités socioéconomiques sont relativement faibles en Australie, en Colombie, en Grèce, en Israël et en Italie, s'établissant à moins de 10 points de pourcentage.

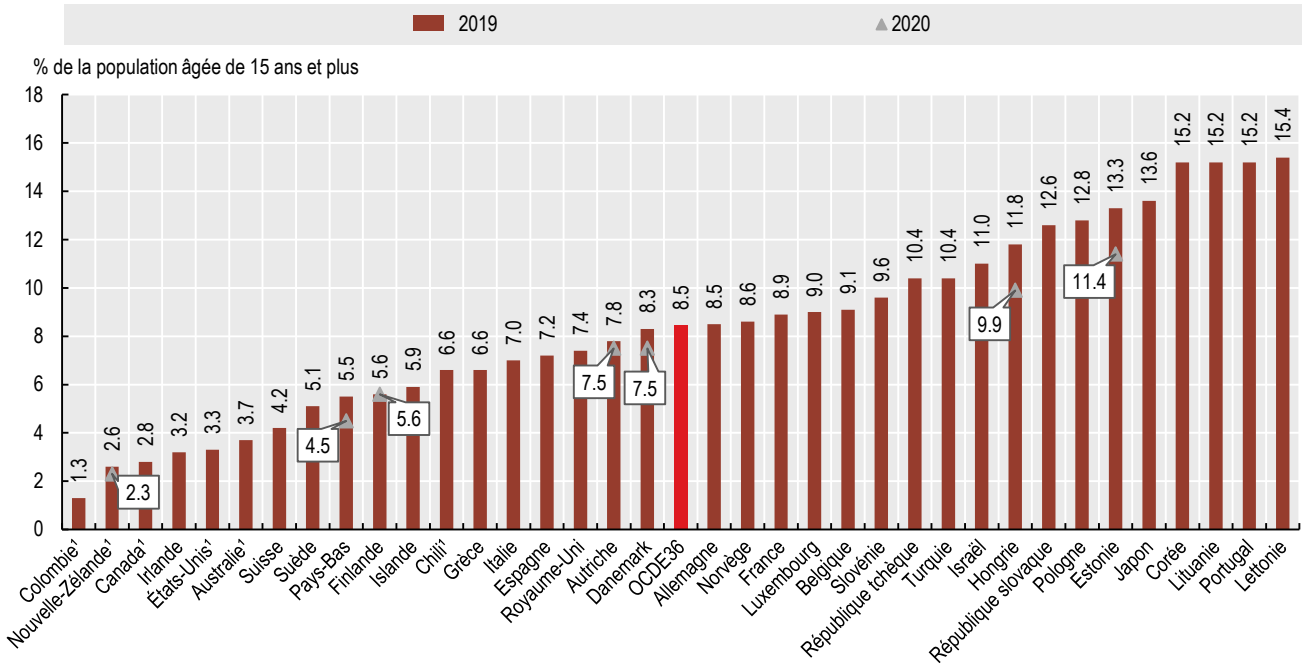
L'état de santé perçu tend à diminuer avec l'âge. Dans de nombreux pays, ce déclin est particulièrement marqué à compter de 45 ans, et s'accentue à l'âge de la retraite. Les hommes sont par ailleurs plus susceptibles que les femmes de s'estimer en bonne santé.

Définition et comparabilité

L'état de santé perçu reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». La prudence s'impose lorsque l'on procède à des comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour trois raisons au moins. D'abord, il s'agit d'une appréciation subjective, et les réponses peuvent systématiquement différer d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays en raison de particularités socioculturelles. Deuxièmement, comme l'état de santé empire généralement avec l'âge, le nombre de personnes se déclarant en bonne santé sera sans doute plus faible dans les pays qui comptent une plus forte proportion de personnes âgées. Enfin, la formulation des questions et les catégories de réponses utilisées dans les enquêtes varient selon les pays. En particulier, l'échelle de réponse utilisée en Australie, au Canada, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande est asymétrique (elle est biaisée vers les réponses positives) parce qu'elle propose les catégories suivantes : « Excellente / très bonne / bonne / moyenne / mauvaise ». Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique, comportant les catégories : « Très bonne / bonne / moyenne / mauvaise / très mauvaise ». Les résultats peuvent donc introduire un biais de comparaison rendant l'autoévaluation de la santé plus positive dans les pays qui utilisent une échelle asymétrique. En Corée, des différences méthodologiques peuvent avoir biaisé à la baisse cette autoévaluation par rapport à d'autres enquêtes générales auprès des ménages.

L'état de santé perçu par niveau de revenu concerne le premier et le cinquième quintiles (respectivement les 20 % de revenus les plus faibles et les 20 % les plus élevés). Suivant les enquêtes, le revenu considéré est celui de l'individu ou celui du ménage (auquel cas il s'agit d'un revenu « équivalent », afin de tenir compte du nombre de personnes qui composent le ménage).

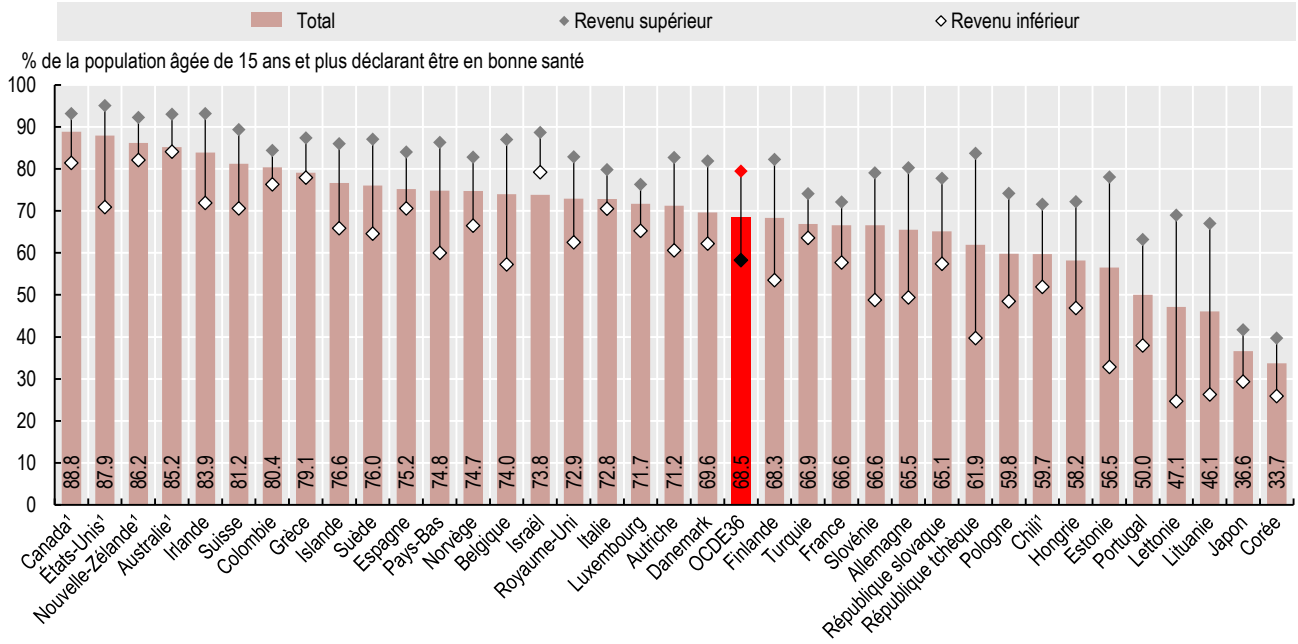
Graphique 3.22. **Adultes s'estimant en mauvaise ou en très mauvaise santé, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/cv7ixa

Graphique 3.23. **Adultes s'estimant en bonne ou en très bonne santé, par niveau de revenu, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les données de ces pays ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de différences méthodologiques dans les questionnaires d'enquête (entraînant un biais vers une autoévaluation de la santé plus positive).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/d9guin

Références

[18] Euro-Peristat Project (2018), *European Perinatal Health Report: Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*.

[13] GLOBOCAN (2018), *Cancer Today*, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[9] Health System Tracker (2021), *COVID-19 continues to be a leading cause of death in the U.S. in June 2021*, *https://www.healthsystemtracker.org/brief/covid-19-continues-to-be-a-leading-cause-of-death-in-the-u-s-in-june-2021/*.

[14] International Diabetes Federation (2017), *IDF Diabetes Atlas, 8th edition*, International Diabetes Federation, Bruxelles.

[1] James, C., M. Devaux et F. Sassi (2017), « Inclusive growth and health », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 103, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en*.

[25] Lumsdaine, R. et A. Exterkate (2013), « How survey design affects self-assessed health responses in the survey of health, ageing and retirement in Europe », *European Economic Review*, vol. 63, pp. 299-307, *http://dx.doi.org/I:10.1016/j.euroecorev.2013.06.002*.

[8] Mackenbach, J. et al. (2015), « Variations in the relation between education and cause-specific mortality in 19 European populations: A test of the 'fundamental causes' theory of social inequalities in health », *Social Science and Medicine*, vol. 127, pp. 51-62, *http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.021*.

[5] Morgan, D. et al. (2020), « Excess mortality : Measuring the direct and indirect impact of COVID-19 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 122, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/c5dc0c50-en*.

[4] Murtin, F. et al. (2017), « Inequalities in longevity by education in OECD countries : Insights from new OECD estimates », *OECD Statistics Working Papers*, n° 2017/2, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en*.

[15] NCD Risk Factory Collaboration (2016), « Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants », *Lancet*, vol. 387, pp. 1513-1530, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8*.

[19] OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en*.

[20] OCDE (2021), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*.

[21] OCDE (2021), « Préserver la santé mentale des jeunes pendant la crise du COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/dbcb04f5-fr*.

[26] OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[17] OCDE (2018), « Children and Young People's Mental Health in the Digital Age », OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/els/health-systems/Children-and-Young-People-Mental-Health-in-the-Digital-Age.pdf*.

[11] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[23] OCDE (2015), *Recommandation du Conseil sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi*, *http://legalinstruments.oecd.org* (consulté le 22 octobre 2018).

[27] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[10] OCDE/Eurostat (2019), « Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death », OCDE, Paris, *http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf*.

[22] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), *Lithuania: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, *https://dx.doi.org/10.1787/35913deb-en*.

[12] OCDE/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/47a04a11-en*.

[24] Palladino, R. et al. (2016), « Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries », *Age and Ageing*, vol. 45/3, *http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw044*.

[3] Parmar, D., C. Stavropoulou et J. Ioannidis (2016), « Health Outcomes During the 2008 Financial Crisis in Europe: Systematic Literature Review », *British Medical Journal*, p. p. 354, *https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588*.

[2] Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/223159ab-en*.

[6] Rossen, L. et al. (2020), « Excess Deaths Associated with COVID-19, by Age and Race and Ethnicity — United States, January 26–October 3, 2020 », *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 69, pp. 1522–1527, *http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6*.

[7] Roth, G. et al. (2018), « Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32203-7*.

[16] Smylie, J. et al. (2010), « Indigenous Birth Outcomes in Australia, Canada, New Zealand and the United States - an Overview~!2010-01-14~! 2010-04-16~!2010-07-06~! », *The Open Women' s Health Journal*, vol. 4/2, *http://dx.doi.org/10.2174/1874291201004020007*.





4. FACTEURS DE RISQUE POUR LA SANTÉ

Tabagisme chez les adultes

Consommation d'alcool chez les adultes

Tabagisme et consommation d'alcool chez les adolescents

Alimentation et activité physique des adultes

Alimentation et activité physique chez les adolescents

Surpoids et obésité chez les adultes

Surpoids et obésité chez les adolescents

Pollution atmosphérique et dégradation de l'environnement



Tabagisme chez les adultes

Le tabagisme est la première cause de nombreuses maladies, notamment de certains cancers, de crises cardiaques, d'AVC et de maladies respiratoires comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives. Chez les femmes, il augmente le risque de faible poids à la naissance du nouveau-né et d'accouchement prématuré. Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il tue chaque année 8 millions de personnes dans le monde, dont plus de 1.2 million de fumeurs passifs et 65 000 enfants (OMS, 2020[1]). En 2019, son coût à l'échelle mondiale s'élevait à quelque 200 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (Reitsma et al., 2021[2]). Quoique sa prévalence soit en recul sur les 30 dernières années, l'accroissement démographique a fait augmenter le nombre total de fumeurs, qui est passé de 0.99 milliard d'individus en 1990 à 1.14 milliard en 2019 (Reitsma et al., 2021[2])

Dans les pays de l'OCDE, 16.5 % des personnes âgées de 15 ans et plus fumaient quotidiennement en 2019 (Graphique 4.1). Les taux de tabagisme s'y échelonnaient de plus de 25 %, en Turquie, à moins de 10 %, au Costa Rica, au Mexique, en Islande et en Norvège. Dans les pays partenaires, on observe des taux très élevés en Indonésie (27.6 %) et en Fédération de Russie (Russie, 25.8 %), contre 10 % ou moins au Brésil et en Inde. Les hommes fumaient davantage que les femmes dans tous les pays à l'exception de l'Islande, de la Norvège et de la Suède – en moyenne, dans l'OCDE, 20.6 % des hommes étaient des fumeurs quotidiens, contre 12.8 % des femmes. L'écart entre les sexes était relativement prononcé en Corée et en Turquie, de même qu'en Indonésie, en République populaire de Chine (Chine) et en Russie. Chez les hommes, le tabagisme atteignait son plus haut niveau en Indonésie (54.4 %), en Russie (43.2 %), en Chine (41.5 %) et en Turquie (41.3 %), quand il était inférieur à 10 % au Costa Rica, en Islande et en Norvège. Quant aux femmes, c'est en Hongrie, au Chili et en France que la proportion de fumeuses était la plus élevée (plus de 20 %). Le tabagisme concernait moins de 5 % de la population féminine en Indonésie, en Inde, en Chine, au Costa Rica, au Mexique et en Corée.

La part de fumeurs quotidiens parmi la population a régressé dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, passant de 21.3 %, en moyenne, en 2009, à 16.5 % en 2019 (Graphique 4.2). C'est en Norvège que son recul a été le plus prononcé (12 points de pourcentage), l'Irlande (10 points), la Corée (9.2 points) et l'Estonie (8.3 points) arrivant ensuite. Elle a accusé par ailleurs une nette baisse en Russie (13.6 points), où elle est néanmoins demeurée à un niveau élevé. Ses replis les plus faibles ont été observés en Hongrie, en Slovénie et en Suisse, de même qu'en Afrique du Sud, en Chine et en Inde (de 1 à 2 points de pourcentage), tandis qu'elle est restée stable au Mexique. Une légère hausse peut être perçue, sur la période 2009-19, en République slovaque, en Turquie et en Indonésie (de 1 à 2 points). Au moment de la rédaction du présent rapport, sept pays de l'OCDE avaient communiqué des données sur la prévalence du tabagisme parmi la population adulte en 2020, celle-ci était toujours en baisse dans six d'entre eux. En Estonie, au contraire, après un recul de 21.3 % à 17.2 % entre 2016 et 2018, la proportion de fumeurs chez les adultes est repartie en légère hausse en 2020 (17.9 %).

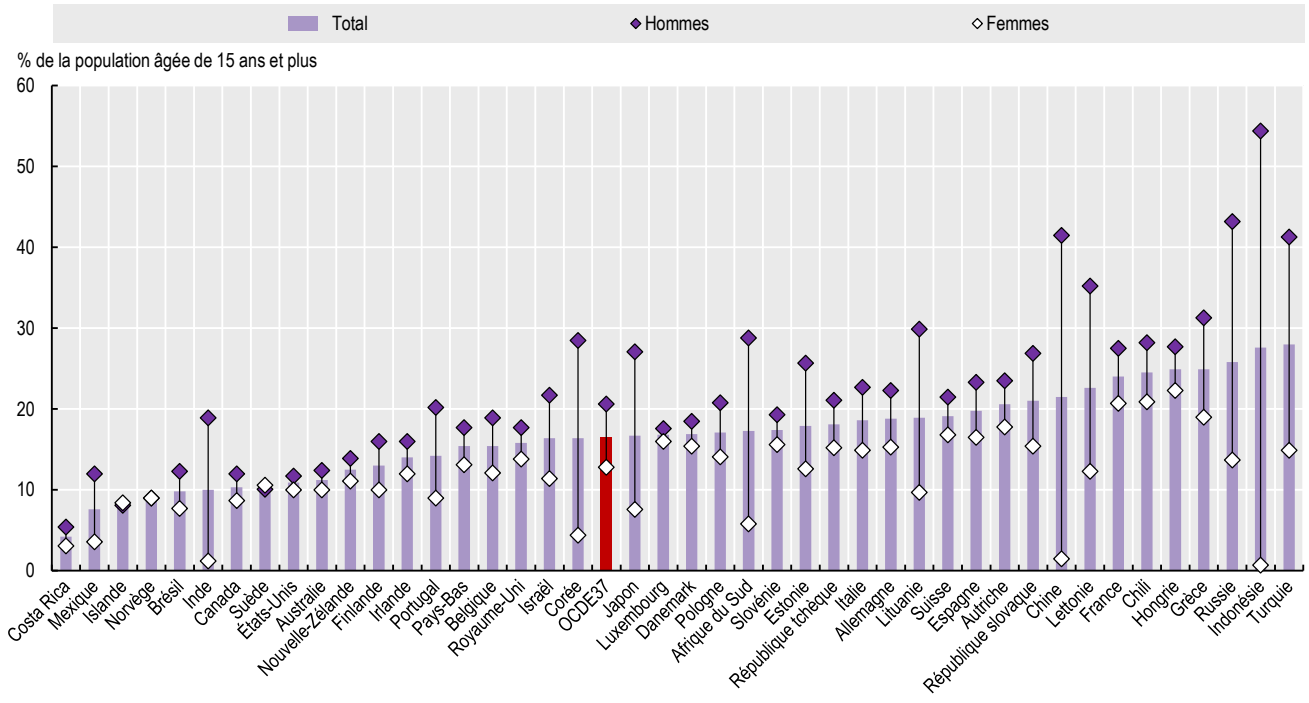
Les effets du COVID-19 sur les habitudes de consommation sont mitigés, car ils dépendent de la catégorie de population considérée. On a vu, au cours des périodes de confinement, certains fumeurs augmenter leur consommation quotidienne, généralement pour lutter contre le stress, l'ennui, la solitude et l'isolement, par exemple en France et en Nouvelle-Zélande (Guignard et al., 2021[3] ; Gendall et al., 2021[4]). Par ailleurs, on a pu constater que les personnes âgées avaient, à l'inverse, réduit leur consommation dans certains pays comme le France et le Japon (Guignard et al., 2021[3] ; Koyama et al., 2021[5]). Il se pourrait bien que ceux qui ont diminué leur consommation ou totalement arrêté de fumer l'aient fait par crainte d'éventuelles complications en cas de contamination par le virus. Les statistiques officielles de l'année 2020 – disponibles pour cinq pays – nous montrent que la quantité de cigarettes fumées est restée relativement stable par rapport à l'année précédente dans trois pays (Espagne, Estonie et France), a légèrement augmenté en Norvège et légèrement diminué en Nouvelle-Zélande. Il est certain que le tabagisme accroît le risque de développer une forme grave du COVID-19 en même temps que la probabilité d'en mourir (Reddy et al., 2021[6] ; Sanchez-Ramirez et Mackey, 2020[7] ; OMS, 2020[8]).

L'alourdissement de la fiscalité du tabac est l'un des moyens les plus efficaces de combattre le tabagisme. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le prix du tabac est constitué à plus de 50 % de taxes. D'autres mesures importantes consistent à faire figurer des avertissements sanitaires sur les paquets de tabac, à interdire la diffusion d'informations promotionnelles ou trompeuses, et à donner moins de visibilité aux marques. Les campagnes de sensibilisation et l'aide aux fumeurs, notamment par les thérapies de substitution de la nicotine et les conseils de sevrage tabagique, contribuent également à faire reculer la consommation de tabac. La lutte contre le tabagisme s'est intensifiée ces dernières années, tout particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire qui en supportent les plus lourdes conséquences. C'est ainsi qu'aujourd'hui plus de la moitié de la population mondiale peut voir des mises en garde illustrées, en grand format, sur les emballages et qu'un tiers a accès à des services de sevrage fournis à des niveaux correspondant à la meilleure pratique (OMS, 2019[9]). Parmi les initiatives récentes, on retiendra que la Nouvelle-Zélande a engagé, en 2021, une consultation au sujet d'un projet de plan d'action, baptisé *Smokefree Aotearoa 2025*, visant à réduire le plus possible la prévalence du tabagisme et la disponibilité du tabac. Ce projet comprend diverses mesures totalement inédites à l'échelle mondiale, dont la réduction significative du nombre de débits de tabac et l'obligation de ne vendre plus que des cigarettes avec une très faible teneur en nicotine.

Définition et comparabilité

La proportion de fumeurs quotidiens est égale au pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant fumer du tabac tous les jours. Les données de l'Italie englobent les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels. La consommation de produits du tabac non destinés à être fumés (comme le tabac à priser en Suède, en Norvège, en Finlande et en Islande) n'est pas prise en compte. Cet indicateur est plus représentatif de la population de fumeurs que le nombre moyen de cigarettes fumées par jour. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé).

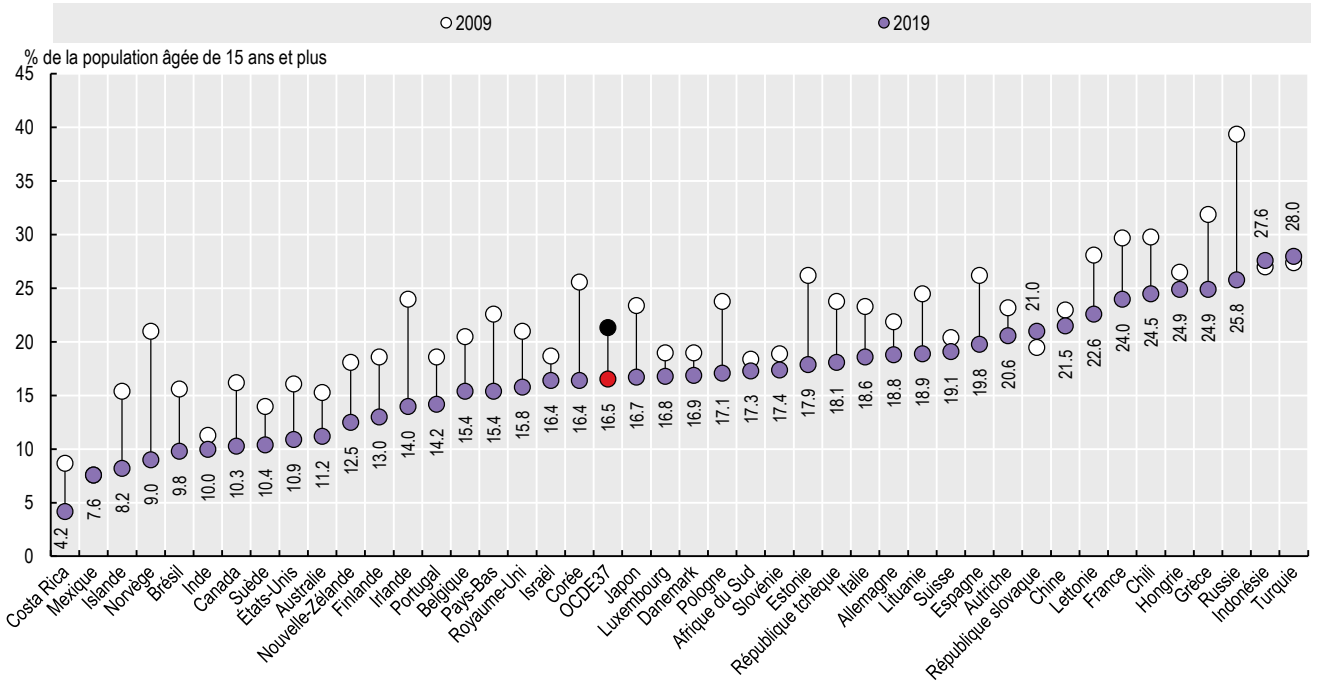
Graphique 4.1. **Pourcentage de fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/8salyr

Graphique 4.2. **Fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/whyj1o



Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde, en particulier chez la population d'âge actif. Une consommation élevée d'alcool est un facteur de risque considérable pour les maladies cardiaques et les AVC, les cirrhoses et certains cancers, mais, même modérée ou faible, elle n'en accentue pas moins les risques à long terme. L'alcool est, en outre, derrière bien plus d'accidents de la route, de violences, d'homicides, de suicides et de troubles mentaux que n'importe quelle autre substance psychoactive, et ce chez les jeunes en particulier. Les maladies et les dommages qu'il cause coûtent cher à la société. L'espérance de vie est inférieure de près d'un an, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, à ce qu'elle serait si sa consommation y était moindre. Le traitement des maladies et blessures liés à l'alcool représente globalement 2.4 % des dépenses de santé – voire beaucoup plus dans certains pays (OCDE, 2021[10]). La pandémie de COVID-19 et les mesures qui ont été prises par les États pour y faire face et limiter les déplacements ont eu un impact sur les modes et lieux de consommation. Quelques-uns des problèmes liés à l'alcoolisation nocive ont été aggravés par la crise, ainsi le fait de boire avec excès pour gérer le stress ou les violences domestiques (OCDE, 2021[11]).

La consommation globale d'alcool, mesurée par le volume des ventes, a été en moyenne de 8.7 litres par personne dans les pays de l'OCDE en 2019, et accuse donc un recul par rapport aux 9.1 litres de 2009 (Graphique 4.3). La Lettonie arrive en tête (avec 12.9 litres), suivie de la République tchèque, de l'Autriche, de la France, de la Hongrie, de la Lituanie et de la Slovénie, tous à plus de 11 litres par personne. La population est comparativement plus sobre en Turquie, en Israël, au Costa Rica, en Colombie et au Mexique (moins de 5 litres par personne). Parmi les pays partenaires, la consommation est relativement élevée en Russie (10.8 litres), et faible en Indonésie, en Inde et en Chine (moins de 5 litres). La consommation moyenne a reculé dans 29 pays de l'OCDE entre 2009 et 2019, les baisses les plus fortes (de l'ordre de 2 litres) étant observées en Lituanie et en Grèce. Elle a aussi notablement diminué en Russie (de 5 litres). Elle a en revanche augmenté de plus de 3 litres par personne en Lettonie, et de plus de 0.5 litre en Inde, en Pologne, en Slovénie et en Espagne. Au moment de la rédaction du présent rapport, cinq pays de l'OCDE avaient communiqué le volume global d'alcool consommé en 2020. Quatre d'entre eux ne font état d'aucune variation significative à cet égard par rapport aux trois années précédentes, tandis que la Norvège a enregistré une augmentation de 18 % (de 6.1 litres en 2019 à 7 litres en 2020).

Si les données nationales sur la consommation globale d'alcool par habitant constituent un bon indicateur des évolutions à long terme, elles ne permettent pas pour autant d'identifier les sous-groupes de la population susceptibles d'adopter des conduites nocives. L'alcool est consommé de façon disproportionnée par une minorité d'individus. Les gros buveurs en effet représentent entre 4 % et 14 % des consommateurs, selon les pays, mais entre 31 % et 54 % de la consommation totale (Graphique 4.4). Au Canada, par exemple, 6 % des personnes qui boivent comptent pour 34 % de l'alcool consommé.

Il existe de franches disparités dans les modes de consommation d'alcool. Dans pratiquement tous les pays, les personnes ayant un niveau d'études élevé (ainsi les diplômés de l'enseignement supérieur, ceux qui ont fréquenté l'université) ont plus de chances d'appartenir à la catégorie des buveurs hebdomadaires (Graphique 4.5). Cette relation s'observe de façon bien plus nette chez les femmes que chez les hommes. En moyenne, dans 25 pays de l'OCDE, les femmes diplômées de l'enseignement supérieur sont 82 % plus susceptibles de boire chaque semaine que celles qui ont un niveau d'études peu élevé. En Lettonie, la probabilité est trois fois plus forte pour les premières que pour les secondes. L'écart entre les deux groupes est moindre chez les hommes : 26 %. En République slovaque, en Lituanie, au Mexique et au Portugal, ce sont au contraire les hommes ayant un niveau d'études peu élevé qui sont plus enclins à consommer de l'alcool chaque semaine. La relation positive entre fréquence de consommation et niveau d'études a une explication essentiellement économique : l'alcool est plus accessible financièrement aux personnes instruites et relativement bien rémunérées. Si l'on regarde en revanche les dégâts causés par l'alcool, le gradient social révèle une tout autre forme d'inégalité. Les problèmes liés à la consommation nocive sont en effet plus répandues parmi les groupes socioéconomiques les moins favorisés.

La lutte contre les dangers de l'alcool fait appel à la fois à des mesures de portée générale et à des mesures visant les consommateurs excessifs. Des trains de mesures exhaustifs s'appuyant sur une approche de type « PPPP » (politiques de Prix visant en particulier l'alcool bon marché, actions des services de Police pour lutter contre la conduite en état d'ivresse, services de soins Primaires à l'écoute des consommateurs à risques, Protection des enfants contre la promotion de l'alcool) sont un moyen efficace et rentable de combattre la consommation nocive d'alcool (OCDE, 2021[10]).

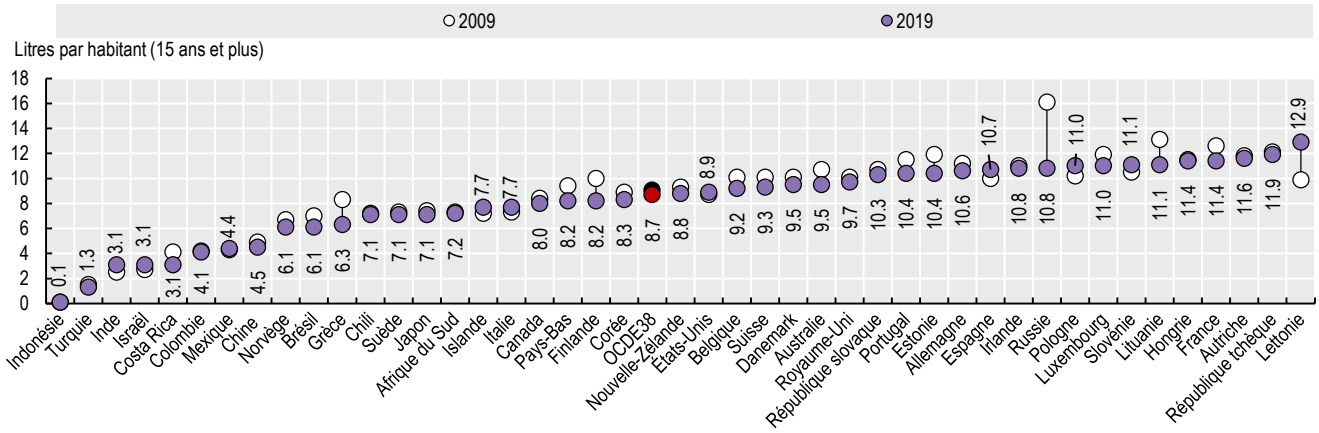
Définition et comparabilité

La consommation d'alcool enregistrée est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres par personne âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé). Les données proviennent de sources nationales et peuvent ainsi différer dans certains cas de celles présentées dans la publication OCDE sur la prévention de la consommation nocive d'alcool (2021), issues pour leur part du Système mondial d'information sur l'alcool et la santé de l'OMS, du fait de différences méthodologiques.

La méthode employée pour convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantité d'alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les statistiques officielles ne rendent pas compte de la consommation non enregistrée, par exemple celle liée à la production domestique. Les données de l'Estonie et de la Russie sont corrigées de la consommation des touristes, des échanges transfrontaliers et du commerce et de la consommation illicites. Dans certains pays (comme le Luxembourg), le volume national des ventes ne reflète pas précisément la consommation réelle des résidents, car les achats des non-résidents peuvent créer un décalage important entre les ventes et la consommation nationales. La consommation au Luxembourg est donc estimée à la moyenne de la consommation en France et en Allemagne.

La proportion d'alcool consommé et les disparités de consommation hebdomadaire sont déduites d'analyses de l'OCDE reposant sur les données d'enquêtes nationales : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2015-16 (Canada) ; la *Health Survey for England 2016* (Angleterre, Royaume-Uni) ; le Baromètre santé 2017 (France) ; la *Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2018* (Corée) ; l'*Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017* (Mexique) ; la *National Health and Nutrition Examination Survey 2015* (États-Unis) ; l'Enquête européenne par entretien sur la santé 2014 (pour les 25 pays restants). Les disparités de consommation hebdomadaire sont mesurées en comparant la proportion de buveurs hebdomadaires parmi les diplômés du supérieur et parmi le reste de la population, pour les hommes et les femmes séparément. Les valeurs inférieures à zéro indiquent que les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures sont plus susceptibles que les autres de boire de l'alcool chaque semaine.

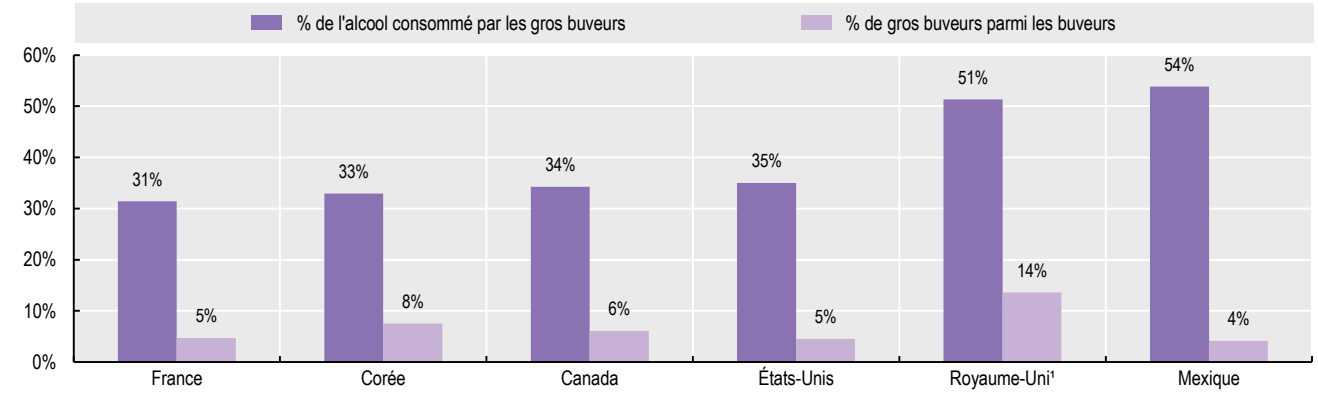
Graphique 4.3. **Consommation d'alcool enregistrée parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/h1490s

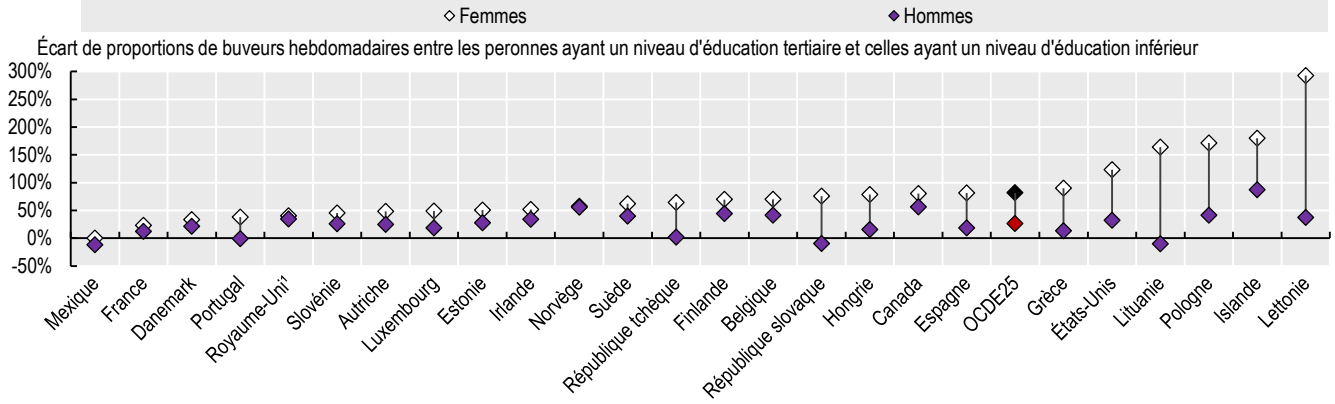
Graphique 4.4. **Part de l'alcool consommé par les gros buveurs (2015-18)**



1. Angleterre uniquement.
Source : OCDE (2021[10]), *Prévenir la consommation nocive d'alcool*, *https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

StatLink https://stat.link/0tnvae

Graphique 4.5. **Disparités de consommation hebdomadaire d'alcool en fonction du niveau d'études et du sexe, 2014-17**



1. Angleterre uniquement.
Source : OCDE (2021[10]), *Prévenir la consommation nocive d'alcool*, *https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

StatLink https://stat.link/pwsadr



Tabagisme et consommation d'alcool chez les adolescents

Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool pendant l'adolescence peuvent avoir des répercussions immédiates et à long terme sur la santé. Fumer porte un préjudice direct à la santé des adolescents par l'addiction à la nicotine, la réduction de la fonction pulmonaire et les effets nocifs sur le développement des poumons, ainsi que par les troubles asthmatiques (Inchley et al., 2016[12]). Cette pratique s'accompagne en outre d'une plus forte probabilité de faire l'expérience d'autres substances addictives et d'adopter d'autres conduites à risques (O'Cathail et al., 2011[13]). L'exposition précoce à l'alcool et à l'ébriété n'est pas étrangère aux excès de boisson des jeunes adultes (Enstad et al., 2019[14]). Lorsqu'elles sont expérimentées aux jeunes âges et de manière fréquente, la consommation d'alcool et l'ivresse ont souvent des effets psychologiques, sociaux et physiques nocifs, comme l'abandon des études secondaires sans diplôme (Chatterji et DeSimone, 2005[15]).

Les résultats des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) – série d'études collaboratives d'envergure internationale – facilitent le suivi des comportements des adolescents en matière de consommation de tabac et d'alcool. D'autres enquêtes nationales, comme le *Youth Risk Behavior Surveillance System* aux États-Unis, ou l'enquête Escapad en France, sont également consacrées aux conduites à risques.

En Lituanie, en Italie, en Hongrie, en Lettonie et en République slovaque, plus de 20 % des jeunes de 15 ans fumaient au moins une fois par mois en 2017-18 (Graphique 4.6). En Islande, au Canada et en Australie, à l'inverse, ils étaient moins de 10 % à indiquer en faire autant. La moyenne OCDE s'établissait à 16.4 %. Les filles fumaient davantage que les garçons dans 15 pays de l'OCDE, mais le rapport était inverse dans neuf autres pays de la zone, ainsi qu'en Russie. Les écarts entre filles et garçons étaient particulièrement nets en Italie, en République tchèque et en Hongrie (de 4 à 9 points de pourcentage).

En 2017-18, plus de 30 % des jeunes de 15 ans avaient déjà été ivres à deux reprises au moins au Danemark, en Lituanie, en Autriche, en Hongrie et au Royaume-Uni (Graphique 4.7). En Islande, en Russie, au Luxembourg, en Suède, en France, au Portugal et en Suisse, cette proportion était inférieure à 15 %. La moyenne OCDE s'établissait à 21.5 %, avec un faible écart entre garçons (22.6 %) et filles (20.3 %). Les disparités entre les sexes, les garçons étant plus enclins à boire que les filles, étaient particulièrement prononcées au Danemark, en Autriche, en Hongrie, en Suisse, en Belgique, en Grèce, en Lituanie et en Norvège (l'écart excédant 5 points de pourcentage). Il n'y a qu'au Canada, en Irlande, en Espagne, en Suède, en Pologne et au Royaume-Uni que les filles déclaraient plus souvent que les garçons avoir déjà été ivres à plusieurs reprises (avec un écart de 2 à 5 points de pourcentage).

Tabagisme et alcoolisation s'inscrivaient partout en recul chez les adolescents entre 2014 et 2018 (Graphique 4.8). La proportion d'individus qui déclaraient fumer au moins une fois par mois était ainsi passée de 19.2 % à 16 %, en moyenne. Vingt-trois pays observaient un tel recul, et celui-ci excédait les 6 points de pourcentage en France, en Hongrie, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Slovénie. Quant au pourcentage de jeunes qui déclaraient avoir été ivres au moins deux fois au cours de leur existence, il avait diminué de 23.3 % à 21.5 %. Cette diminution, constatée par 20 pays, dépassait 6 points de pourcentage en République tchèque, en Hongrie et en Pologne. Le pourcentage de jeunes ayant déjà été ivres a en revanche progressé dans le même temps de plus de 8 points en Autriche (chez les filles comme chez les garçons) et au Danemark (chez les garçons). Les résultats de l'enquête ESPAD révèlent aussi une diminution de la consommation et des excès d'alcool chez les adolescents européens au cours de la dernière décennie (ESPAD Group, 2020[16]).

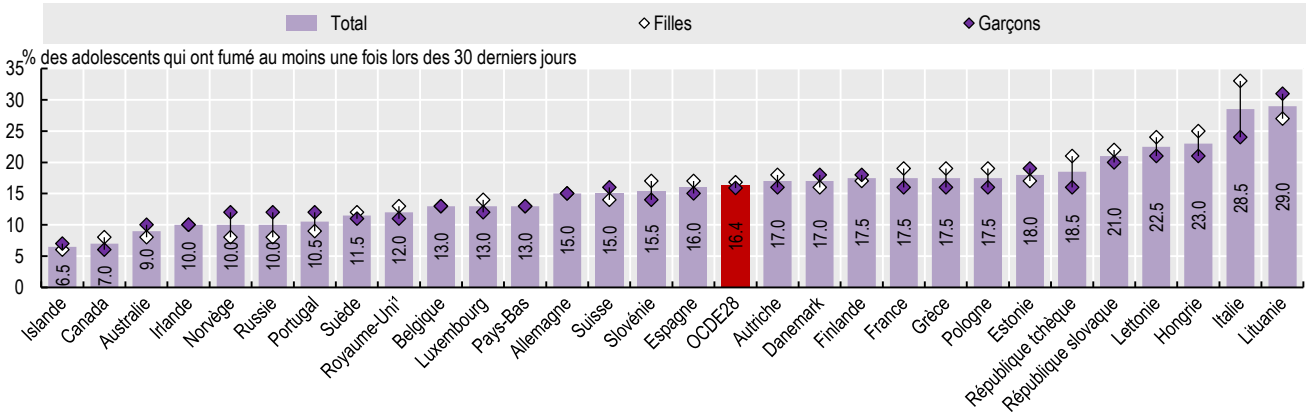
Protéger les enfants et les adolescents contre la publicité pour le tabac et l'alcool et contre le parrainage d'événements sportifs par ces industries (aussi bien dans les médias traditionnels que sur les nouvelles plateformes) est un axe majeur des politiques de santé publique. Seuls quatre pays de l'OCDE (Espagne, France, Norvège et Turquie) ont pris des mesures légalement contraignantes pour interdire tout parrainage d'événement sportif par quelque marque de boisson alcoolisée que ce soit (OMS, 2018[17]). Les autres axes comprennent l'action sur les prix, les restrictions à l'accès des jeunes au tabac et à l'alcool et les efforts de sensibilisation aux effets préjudiciables de ces produits. La création d'un environnement sans fumée aussi est un élément important pour prévenir le tabagisme passif chez les enfants et concourt à former une génération de non-fumeurs. En 2018, plusieurs pays de l'OCDE – le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Danemark, l'Espagne, la Grèce, l'Irlande, la Norvège, le Royaume-Uni et la Turquie, de même que le Brésil et la Russie – ont adopté une législation nationale qui interdit de fumer dans les lieux publics et lieux de travail fermés, dans les transports publics, ainsi que dans d'autres espaces publics (extérieurs ou semi-ouverts) (OMS, 2021[18]).

Définition et comparabilité

Les estimations relatives à la consommation de tabac se rapportent à la proportion de jeunes de 15 ans déclarant avoir fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours. Les estimations relatives à l'alcoolisation se rapportent à la proportion des jeunes de 15 ans qui déclarent avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie.

Les enquêtes HBSC, réalisées tous les quatre ans entre 1993-94 et 2017-18, couvrent jusqu'à 30 pays de l'OCDE, ainsi que la Russie. Des indicateurs comparables sur le tabagisme et l'alcoolisation chez les jeunes sont disponibles pour les périodes 2014-15 et 2017-18. Les données proviennent d'échantillons constitués à l'échelle d'établissements scolaires et comptant 1 500 individus dans chaque groupe d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays. Les estimations relatives au tabagisme ont été complétées, dans le cas de l'Australie, de données issues de l'*Australian Secondary Students' Alcohol and Drug Survey 2017*.

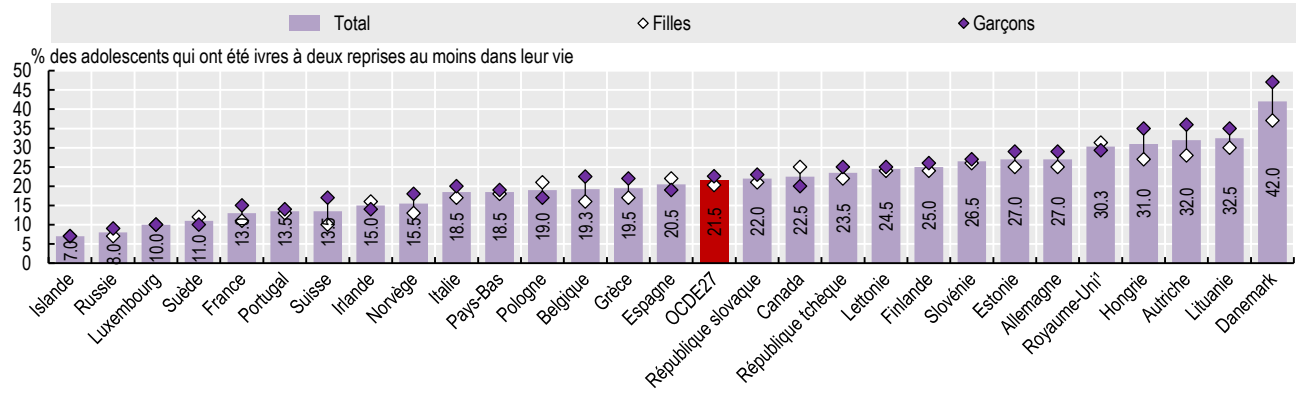
Graphique 4.6. **Tabagisme chez les jeunes de 15 ans, par sexe, 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]), et, pour l'Australie, Guerin et White (2020[20]).

StatLink https://stat.link/v8mkf9

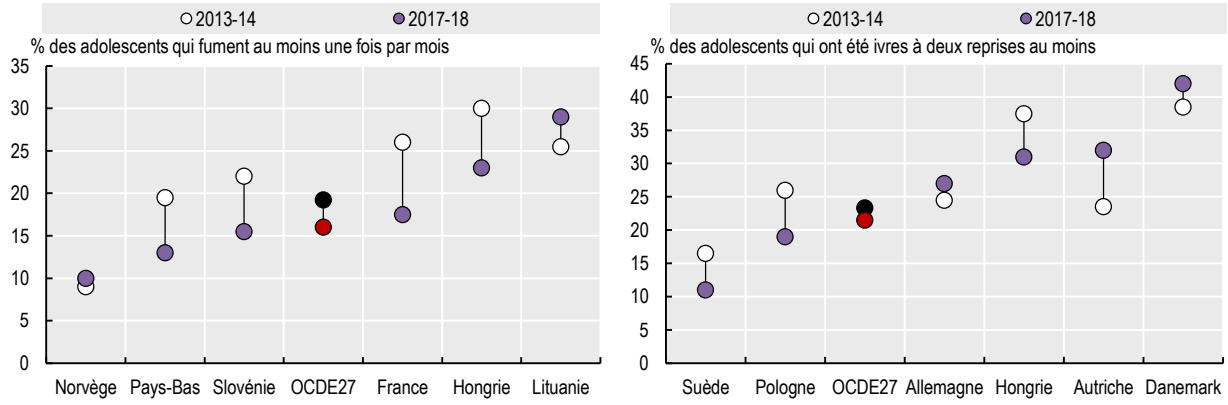
Graphique 4.7. **Alcoolisation chez les jeunes de 15 ans, par sexe, 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/keo3xh

Graphique 4.8. **Évolution du tabagisme et de l'alcoolisation chez les jeunes de 15 ans, dans différents pays de l'OCDE, entre 2013-14 et 2017-18**



Source : Inchley et al. (2016[12] ; 2020[19]).

StatLink https://stat.link/ry2iq3



Alimentation et activité physique des adultes

Une alimentation saine va de pair avec une amélioration de l'état de santé. Les adultes qui mangent beaucoup de fruits et de légumes et évitent graisses, sucres et sel/sodium présentent moins de risques de contracter des maladies cardiovasculaires et certains types de cancer (Graf et Cecchini, 2017[21]). Un régime alimentaire sain peut aussi diminuer la probabilité de surpoids ou d'obésité. En 2019, on estime que les régimes alimentaires faibles en fruits, en légumes et en légumineuses ont été responsables au total de 2.7 millions de décès dans le monde (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020[22]).

En moyenne, dans 32 pays de l'OCDE, 59.1 % des personnes âgées de 15 ans et plus consommaient quotidiennement des légumes en 2019. Les taux les plus élevés ont été relevés en Australie, en Corée, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, où ils étaient partout supérieurs à 90 % (Graphique 4.9). À l'autre extrémité du spectre, en dessous de 40 %, c'est en Lettonie et aux Pays-Bas qu'ils sont le plus faibles. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de manger au moins une portion de légumes par jour (64.2 % contre 53.6 % en moyenne). La consommation quotidienne de légumes était plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les pays. Concernant la consommation de fruits, plus de la moitié (56 %) des adultes ont consommé en moyenne en 2019 au moins un fruit par jour dans 31 pays de l'OCDE. Les chiffres les plus élevés pour cet indicateur (supérieurs à 75 %) ont été observés en Australie et en Nouvelle-Zélande. Ils sont en revanche inférieurs à 40 % au Chili, au Luxembourg et en Lettonie. Comme pour la consommation de légumes, les femmes sont plus susceptibles de consommer des fruits quotidiennement dans tous les pays. C'est en Finlande, en Suède et au Luxembourg que l'écart entre les sexes était le plus important à cet égard (plus de 18 points de pourcentage).

La consommation régulière de boissons sucrées contribue à la propagation de l'obésité et à l'apparition d'autres maladies métaboliques comme le diabète (Hu et Malik, 2010[23]). Dans 24 pays de l'OCDE, 8 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont consommé des boissons sucrées au moins une fois par jour en 2019 (Graphique 4.10). Cette proportion varie de 2 à 3 % en Estonie, en Lituanie, en Finlande et en Lettonie, pour atteindre 11 % ou plus en République tchèque, en Hongrie, en Pologne et en Allemagne, et jusqu'à 20 % en Belgique. Aux États-Unis, 49 % des adultes ont consommé au moins une boisson sucrée au cours d'une journée donnée, entre 2011 et 2014, d'après les données de la NHANES (Rosinger et al., 2017[24]). Dans tous les pays, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer quotidiennement des boissons sucrées. L'écart entre les femmes et les hommes est relativement important en Pologne, en Allemagne et en Belgique (écart de 7 à 8 points de pourcentage). Les groupes d'âge plus jeunes sont davantage susceptibles de consommer quotidiennement des boissons sucrées, en particulier les 15-24 ans.

Un niveau insuffisant d'activité physique est un facteur de risque des maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète. Une activité physique régulière améliore la santé mentale et musculosquelettique et réduit le risque de développer diverses maladies non transmissibles et de faire une dépression (Warburton, Nicol et Bredin, 2006[25]). Si des pays du monde entier ont fixé l'objectif mondial de faire reculer de 10 % d'ici 2025 le nombre de personnes insuffisamment actives, les progrès accomplis en vue de la réalisation de cet objectif sont lents (Guthold et al., 2019[26]). En outre, pendant la crise du COVID-19, alors que certaines personnes ont accru leur niveau d'activité physique – davantage de sports, de marche, etc. – l'activité physique globale a diminué et les comportements sédentaires ont progressé en raison des périodes de confinement (Stockwell et al., 2021[27]).

En 2016, plus d'un adulte sur trois (34.7 %) ne suivait pas les recommandations relatives à l'activité physique, en moyenne dans 36 pays de l'OCDE (Graphique 4.11). Les adultes sont le plus susceptibles de ne pas être assez actifs au Portugal, au Costa Rica en Allemagne et au Brésil (plus de 45 % des adultes). En Finlande, en Chine et en Russie, à l'inverse, moins de 20 % de la population adulte manque d'exercice. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de ne pas faire assez d'activité physique dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Finlande – où la même proportion d'hommes et de femmes n'atteint pas le niveau d'activité physique recommandé.

La majorité des pays de l'OCDE ont mis en place des recommandations nationales pour promouvoir l'activité physique, ainsi que des plans multisectoriels pour la nutrition, ces derniers étant présents dans tous les pays (OCDE, 2019[28]).

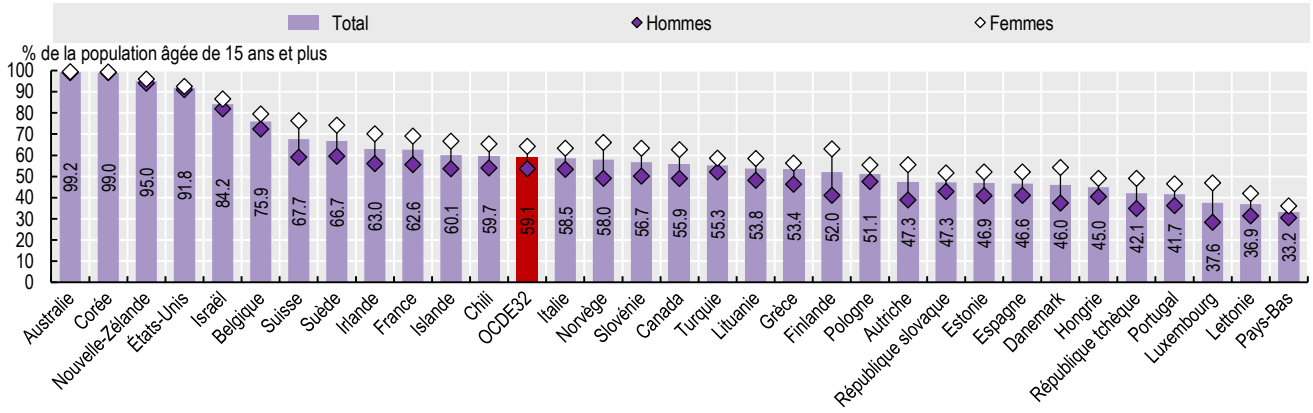
Définition et comparabilité

La consommation de légumes correspond à la proportion d'adultes qui consomment au moins un légume par jour, à l'exclusion des jus et des pommes de terre. Les estimations de la consommation de légumes sont établies à partir d'enquêtes nationales de santé, les données étant autodéclarées (avec de légères variations quant à la période considérée ; pour en savoir plus, voir les notes par pays de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé relatives aux définitions, aux sources et aux méthodes). Les données relatives à l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande résultent de questions portant sur les quantités (plutôt que sur la fréquence). Il se peut par conséquent que les valeurs pour ces pays soient surestimées. Les données des Pays-Bas ne concernent que les légumes cuisinés ou en conserve, ce qui peut induire une sous-estimation de la consommation. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus (à quelques exceptions près, signalées dans les sources de la base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé). Les statistiques ont été complétées par les données de la 3e vague de l'Enquête santé européenne (2019) pour le Danemark et l'Estonie.

Les données sur la consommation de boissons sucrées sont tirées de la 3e vague de l'Enquête santé européenne (2019), compilée par Eurostat. L'indicateur présenté ici rend compte de la fréquence de la consommation de boissons sans alcool ordinaires, gazéifiées ou non, de thé glacé en bouteille, de boissons énergétiques, de boissons à base de sirop et de toute autre boisson non alcoolisée contenant beaucoup de sucre. Les boissons édulcorées ne sont pas incluses dans cet indicateur, pas plus que le café et le thé, même s'ils sont consommés avec un peu de sucre.

L'indicateur du niveau insuffisant d'activité physique se situe à moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou à moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse par semaine. Les estimations de l'activité physique insuffisante sont tirées de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et se fondent sur les autoévaluations du *Global Physical Activity Questionnaire*, de l'*International Physical Activity Questionnaire* ou d'un questionnaire similaire couvrant l'activité au travail, au foyer, pour se déplacer et pendant les loisirs. Il s'agit d'estimation brute, sans normalisation en fonction de l'âge.

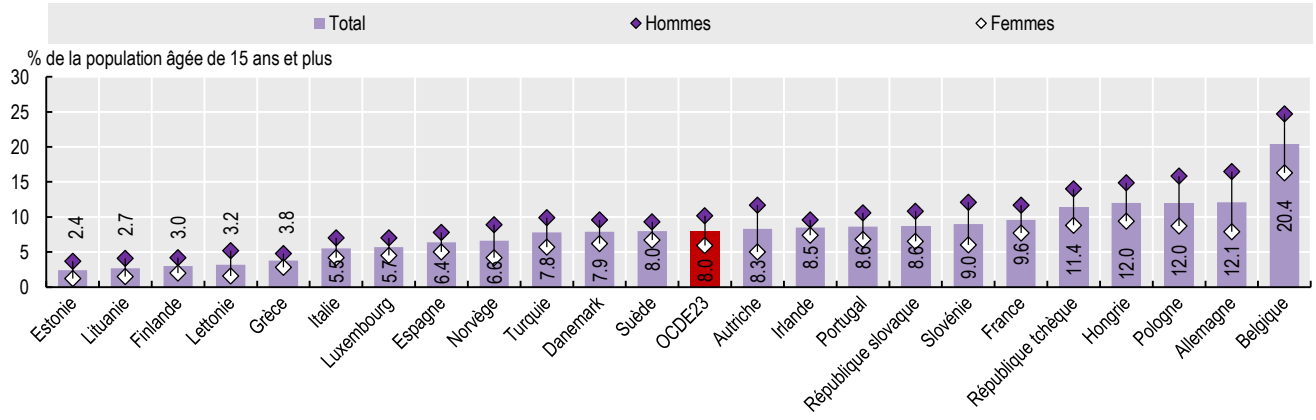
Graphique 4.9. **Consommation quotidienne de légumes parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé de 2021, complétées par les données de l'Enquête santé européenne (EHIS-3) pour le Danemark et l'Estonie.

StatLink https://stat.link/o0mex2

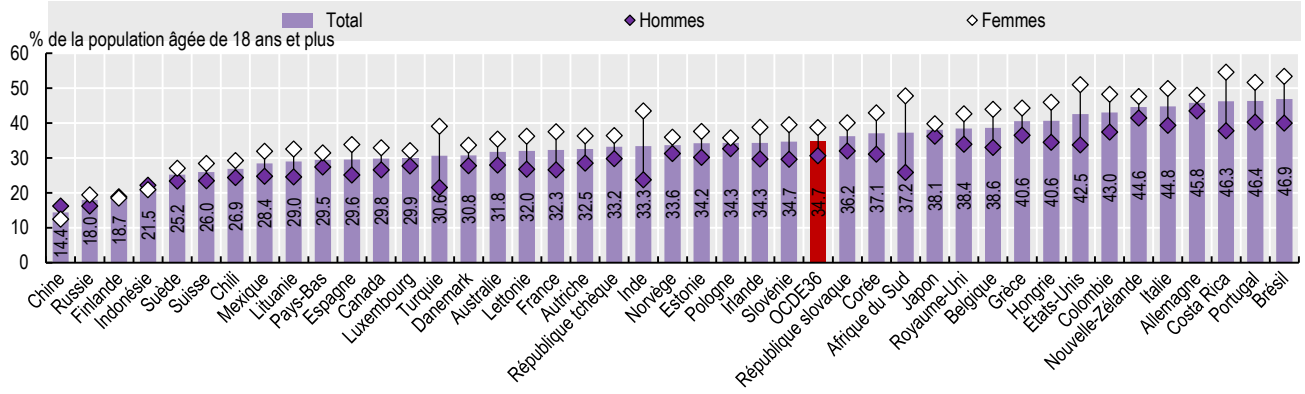
Graphique 4.10. **Consommation quotidienne de boissons sucrées parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2019**



Source : Base de données d'Eurostat, d'après l'Enquête santé européenne (EHIS-3).

StatLink https://stat.link/l1cb9y

Graphique 4.11. **Manque d'activité physique chez les adultes, par sexe, 2016**



Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS, 2020.

StatLink https://stat.link/j65mg9



Alimentation et activité physique chez les adolescents

Un régime alimentaire équilibré et la pratique régulière d'une activité physique dans l'enfance permettent de prendre de bonnes habitudes et de favoriser un mode de vie sain à l'âge adulte. La consommation quotidienne de fruits et de légumes réduit le risque de maladies coronariennes, d'AVC et les risques liés à certains types de cancer (Hartley et al., 2013[29] ; World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research, 2018[30]). Les recommandations les plus courantes conseillent de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour. Pendant les périodes de confinement dues au COVID-19, les enfants et les adolescents ont consommé davantage de fruits et de légumes, les familles ayant eu plus de temps pour cuisiner, mais cela n'a pas amélioré la qualité globale de l'alimentation. Les adolescents ont également affiché une consommation accrue d'aliments sucrés, probablement par ennui et en raison du stress induit par les périodes de confinement (Ruiz-Roso et al., 2020[31]).

En 2017-18, plus de 60 % des jeunes de 15 ans ne consommaient pas quotidiennement de fruits ou de légumes en Finlande, en Hongrie, en Lettonie, en Allemagne et en Lituanie, contre moins de 40 % en Belgique et au Canada (Graphique 4.12). Le pourcentage était supérieur à 65 % chez les garçons en Finlande, en Allemagne, en Lettonie et en Hongrie, et à 60 % chez les filles en Hongrie et en Lettonie. Il était inférieur à 40 % chez les filles en Belgique, au Canada et au Danemark, tandis que les garçons se situaient en dessous des 40 % uniquement en Belgique. Aux États-Unis, entre 2015 et 2018, 36 % des 12-19 ans n'avaient mangé aucun fruit au cours d'une journée donnée et quelque 8 % aucun légume (Wambogo et al., 2020[32]). Dans les pays de l'OCDE, près de 55 % des jeunes de 15 ans ne consommaient pas chaque jour des fruits et des légumes, le taux étant de 50 % chez les filles et de 59 % chez les garçons. Les filles consommaient plus de fruits et de légumes que les garçons dans tous les pays. C'est en République tchèque, en Finlande, en Allemagne, au Danemark et en Italie que les écarts entre les filles et les garçons sont les plus marqués (de 13 à 16 points de pourcentage).

En 2017-18, plus d'un jeune de 15 ans sur cinq consommait au quotidien des boissons sucrées en Belgique, en France, au Luxembourg, en Suisse, en République slovaque, en Hongrie et aux Pays-Bas, contre moins d'un sur 15 en Estonie, en Islande, en Finlande, au Canada, en République tchèque, en Suède et en Grèce (Graphique 4.13). Dans les pays de l'OCDE, près de 13.6 % des jeunes de 15 ans consommaient chaque jour des boissons sucrées en 2017-18. Ce taux est inférieur à celui de 2013-14 (17.1 %). Entre 2014-15 et 2017-18, les baisses les plus marquées sont observées aux Pays-Bas, en République tchèque, en Hongrie et en Espagne (8 à 12 points de pourcentage), et les moins marquées en Finlande et en Lituanie (2 à 3 points). Aux États-Unis, près des deux tiers des jeunes de 2 à 19 ans a consommé au moins une boisson sucrée au cours d'une journée donnée, entre 2011 et 2014 (Rosinger et al., 2017[33]).

L'OMS recommande aux jeunes 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour. La majorité des adolescents ne s'y conforment pas, alors que l'activité physique à l'adolescence améliore la santé cardiorespiratoire et musculaire ainsi que la santé osseuse et cardiométabolique, et a des effets positifs sur le poids, sur le développement cognitif et la socialisation (Guthold et al., 2019[26]). Pendant les périodes de confinement dues au COVID-19, l'activité physique des enfants a diminué (Stockwell et al., 2021[27]).

La part des jeunes de 11 ans qui ont effectué les 60 minutes recommandées d'activité physique modérée à vigoureuse a dépassé 30 %, en 2017-18, en Finlande, en Irlande et au Canada, et elle était inférieure à 15 % au Danemark, au Portugal, en Italie et en France (Graphique 4.14). L'activité physique diminue avec l'âge dans tous les pays. Dans les pays de l'OCDE, 13.7 % des jeunes de 15 ans ont atteint le niveau recommandé d'activité physique, contre 22.6 % des jeunes de 11 ans. Les écarts les plus flagrants (avec des jeunes plus actifs physiquement que leurs aînés) ont été observés en Finlande, en Irlande, en Autriche et en Hongrie (de 13 à 28 points de pourcentage). Aux États-Unis, 27.2 % des élèves de 14-15 ans (*grade 9)* et 20 % des élèves de 17-18 ans (*grade 12*) faisaient au moins 60 minutes d'activité physique par jour en 2019 (U.S. Department of Health and Human Services, s.d.[34]). La pratique d'une activité modérée à vigoureuse était plus fréquente chez les garçons que chez les filles parmi les deux groupes d'âge. À l'âge de 11 ans, 26.1 % des garçons effectuaient au moins 60 minutes d'activité physique quotidienne, contre 19.5 % des filles (à l'âge de 15 ans, 17.7 % contre 9.7 %). L'écart entre garçons et filles – les premiers faisant plus d'exercice que les secondes – augmente avec l'âge dans 17 pays sur 28.

La plupart, sinon tous les pays de l'OCDE, mènent déjà, ou ont mené dans le passé, au moins une campagne nationale dans les grands médias en vue d'encourager la consommation de fruits et légumes, comme l'objectif bien connu des « 5 fruits et légumes par jour » (par exemple en Allemagne, au Chili, en Espagne, en Italie, au Mexique, en Nouvelle-Zélande), la campagne « 6-a-day » au Danemark ou « 2&5 » en Australie occidentale (OCDE, 2019[28]) Il existe aussi des exemples de programmes gouvernementaux encourageant l'activité physique, comme la campagne « Manger Bouger » en France ou « Change4Life » en Angleterre et au Pays de Galles (Royaume-Uni) ou « Move Your Way » aux États-Unis. Récemment, les États membres de l'OMS ont approuvé un plan d'action mondial sur l'activité physique, avec pour objectif une réduction relative de 15 % d'ici à 2030 du nombre d'adolescents insuffisamment actifs (OMS, 2018[35]). Le plan recommande 20 interventions des pouvoirs publics dans quatre domaines : créer des sociétés actives, des environnements actifs, des systèmes actifs et des personnes actives.

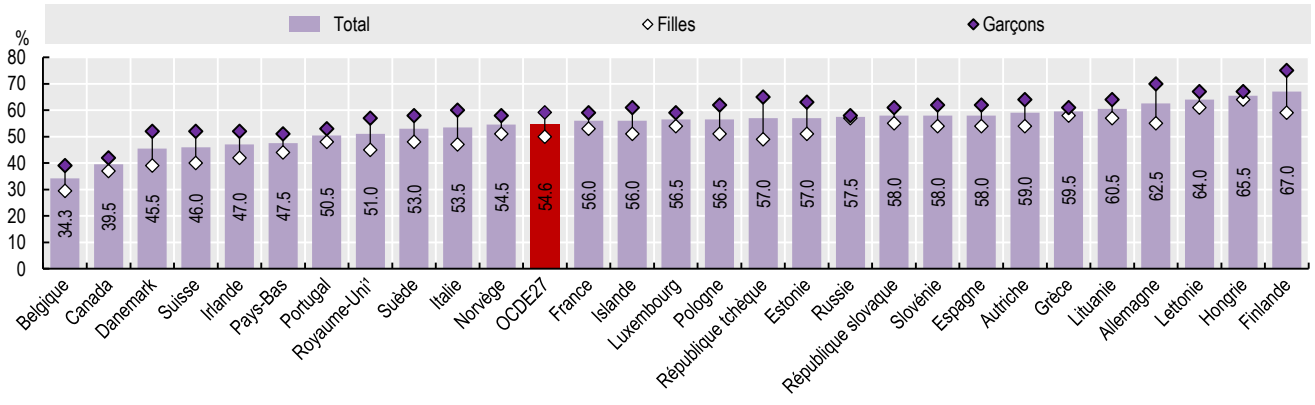
Définition et comparabilité

Les données sont issues des enquêtes HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) menées en 2013-14 et 2017-18. Elles proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de différents groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays.

Les habitudes alimentaires sont mesurées ici par la proportion de jeunes déclarant ne consommer ni fruits ni légumes quotidiennement (au moins une fois) et boire quotidiennement des boissons sucrées (au moins une fois). On a demandé aux jeunes quelle était la fréquence de leur consommation de fruits, de légumes et de boissons sucrées. Les choix de réponse possibles allaient de « jamais » à « tous les jours, plusieurs fois ». Les questions de l'enquête ne demandaient pas d'exclure les jus de fruits, les soupes ou les pommes de terre. Outre les fruits, les légumes et les boissons sucrées, une nutrition saine suppose de consommer d'autres types d'aliments.

Les données relatives à l'activité physique tiennent compte de la proportion de jeunes déclarant effectuer au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse chaque jour. L'activité physique s'entend d'exercices qui provoquent une augmentation du rythme cardiaque et parfois un essoufflement chez l'enfant ; sa durée minimale est d'une heure par jour.

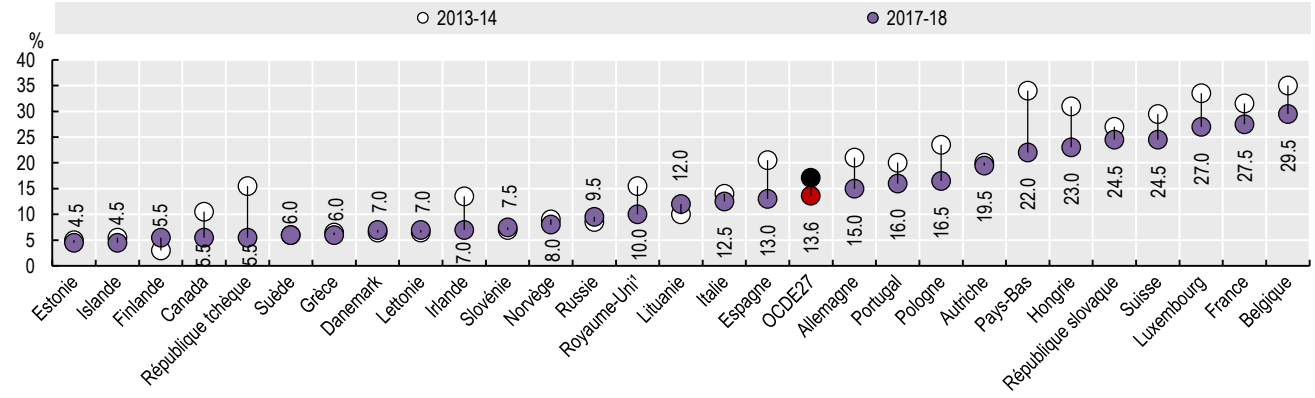
Graphique 4.12. **Proportion de jeunes de 15 ans ne consommant ni fruits ni légumes au quotidien, par sexe, 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/tqzvpe

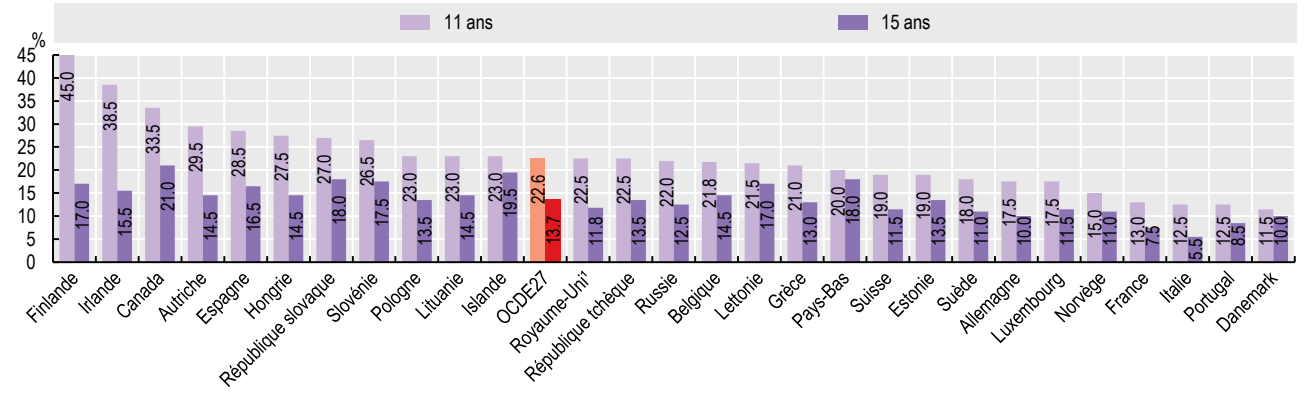
Graphique 4.13. **Proportion de jeunes de 15 ans consommant chaque jour des boissons sucrées, 2013-14 et 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2016[12] ; 2020[19]).

StatLink https://stat.link/02nu48

Graphique 4.14. **Proportion de jeunes de 11 ans et 15 ans qui pratiquent au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour, 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/c5132n



Surpoids et obésité chez les adultes

La surcharge pondérale (pré-obésité et obésité) est un facteur de risque majeur pour diverses maladies non transmissibles, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers (OCDE, 2019[28]). Les maladies liées au surpoids vont probablement faire baisser l'espérance de vie de 2.7 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours des 30 prochaines années, et devraient également entraîner une hausse des dépenses consacrées à leur traitement, jusqu'à représenter 8.4 % des dépenses de santé (OCDE, 2019[28]). La consommation d'aliments à forte teneur en calories, d'acides gras trans et d'acides gras saturés et les modes de vie de plus en plus sédentaires ont favorisé l'augmentation des taux d'obésité mondiaux. Le nombre de décès dus à un indice de masse corporelle élevé a été estimé à 5 millions à l'échelle mondiale en 2019 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020[36]). En outre, l'obésité expose les personnes à un risque accru de développer des formes graves du COVID-19 et d'en mourir (Katz, 2021[37] ; Tartof et al., 2020[38]). Au-delà de la santé et des pathologies, l'obésité a des conséquences sociales et économiques plus vastes. Les femmes et les hommes à faible revenu sont plus susceptibles que les autres d'être obèses, ce qui enracine les inégalités. Les personnes souffrant d'au moins une maladie chronique associée au surpoids sont moins susceptibles d'occuper un emploi et, lorsqu'elles travaillent, elles sont plus susceptibles d'être absentes ou moins productives que les personnes en bonne santé (OCDE, 2019[28]).

Les données mesurées de la taille et du poids montrent que 60 % des adultes étaient en surpoids ou obèses en 2019, en moyenne dans 20 pays de l'OCDE pour lesquels des données comparables sont disponibles (Graphique 4.15). Dans 17 de ces pays, plus de la moitié de la population adulte était en surpoids ou obèse en 2019. Au Mexique, au Chili et aux États-Unis, cette proportion était supérieure à 70 %. Au Japon et en Corée, en revanche, moins de 35 % des adultes étaient concernés. Les hommes était plus susceptibles que les femmes d'être en surpoids ou obèse dans la plupart des pays, sauf au Chili, en Lettonie, au Mexique et en Turquie. L'écart entre les femmes et les hommes était relativement important en Australie, en Allemagne et en Hongrie (écart de 14 à 16 points de pourcentage).

En parallèle aux données mesurées, les pays peuvent suivre l'évolution de l'obésité en utilisant des données autodéclarées relatives à la taille et au poids des individus. Néanmoins, ces estimations sont généralement inférieures à celles fondées sur des données mesurées, et leur degré de fiabilité est moindre. Dans les 16 pays de l'OCDE pour lesquels on ne dispose pas de données mesurées, les taux de surpoids autodéclarés (obésité comprise) allaient de 41.8 %, en Suisse, à 58.4 %, en Islande, en 2019 (Graphique 4.16). Comme pour les données mesurées, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être en surpoids ou obèses dans tous les pays. L'écart entre les femmes et les hommes était relativement fort en République tchèque, au Luxembourg, en République slovaque et en Suisse (écart de 18-20 points de pourcentage).

La proportion d'adultes en surpoids ou obèses a augmenté, entre 2009 et 2019, dans la plupart des pays de l'OCDE, y compris là où elle était relativement faible (Graphique 4.17), ainsi au Japon, où elle progresse de 2.1 points de pourcentage, et en Corée, où elle gagne 3.2 points de pourcentage. Elle a progressé également dans les pays où une part relativement importante de la population adulte est en surpoids ou obèse – de 10.1 points de pourcentage au Mexique, 9.7 points au Chili et 9 points en Turquie. Elle est, en revanche, restée stable au Canada, en France et en Irlande entre 2009 et 2019, et a augmenté à un rythme relativement lent en Nouvelle-Zélande.

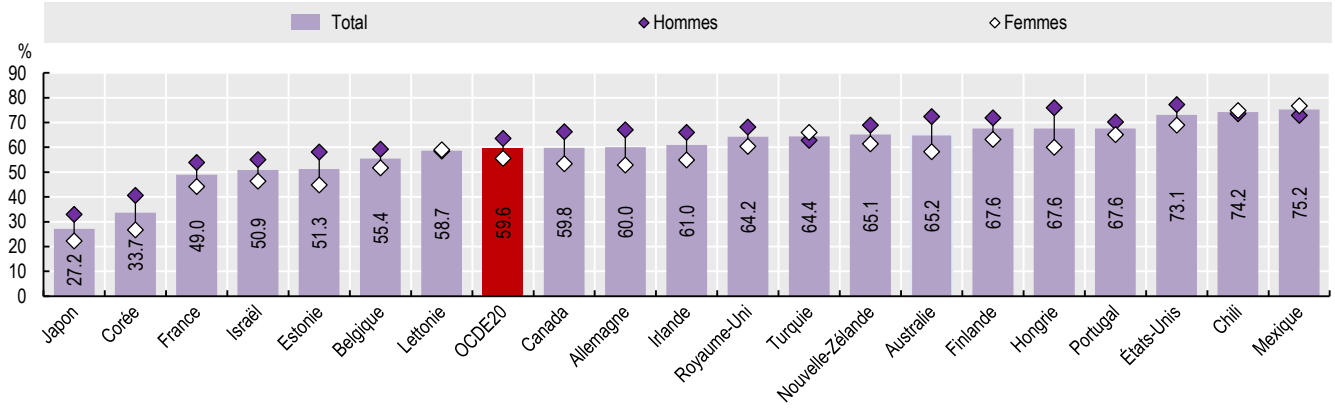
Les pays membres de l'OCDE ont pris diverses mesures réglementaires et non réglementaires pour réduire les taux de surcharge pondérale parmi la population. On citera notamment les campagnes médiatiques destinées à sensibiliser le public aux bienfaits d'une alimentation saine ; la promotion de l'éducation et des compétences nutritionnelles ; les taxes sur les aliments et boissons à forte teneur énergétique pour en décourager la consommation ; l'étiquetage simplifié des produits alimentaires pour indiquer leur valeur nutritionnelle ; et des accords avec l'industrie alimentaire pour améliorer la valeur nutritionnelle des produits. La promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité contribuent également à la lutte contre le fléau de l'obésité. Par exemple, un tiers des pays de l'OCDE a mis en place la possibilité pour les médecins de santé primaire de prescrire des séances d'activité physique à leurs patients. Des initiatives novatrices sont prises sur le lieu de travail, par exemple des programmes en faveur du bien-être et de la réduction des comportements sédentaires – comme au Japon et en Irlande – mais elles sont relativement rares (OCDE, 2019[28]).

Définition et comparabilité

Le surpoids est défini comme une accumulation anormale ou excessive de graisse, ce qui présente un risque pour la santé. L'outil de mesure le plus fréquemment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), qui évalue le poids d'un individu par rapport à sa taille (le poids en kilogrammes étant divisé par le carré de la taille en mètres). Selon la classification de l'OMS, les adultes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur ou égal à 25 sont pré-obèses, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal à 30 sont obèses. Les données proviennent de sources nationales et peuvent dans quelques cas différer de celles présentées dans la publication de l'OCDE sur l'obésité (2019), qui sont tirées de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS et qui présentent des estimations standardisées par âge et d'autres différences méthodologiques. Le surpoids regroupe la pré-obésité et l'obésité. L'IMC se calcule de la même manière pour tous les adultes, quels que soient leur sexe et leur âge. Les données peuvent également être recueillies au moyen d'estimations autodéclarées de la taille et du poids des individus. Les estimations de l'IMC fondées sur des données autodéclarées sont généralement inférieures à celles fondées sur les données mesurées, et moins fiables.

Cet indicateur repose sur des statistiques officielles recueillies dans la base de données des Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021. Pour les taux de surpoids autodéclarés (y compris l'obésité), les statistiques ont été complétées par les données de la 3e vague de l'Enquête santé européenne (2019) pour le Danemark et la Pologne (dont les dernières données dataient de 2017 et 2014, respectivement).

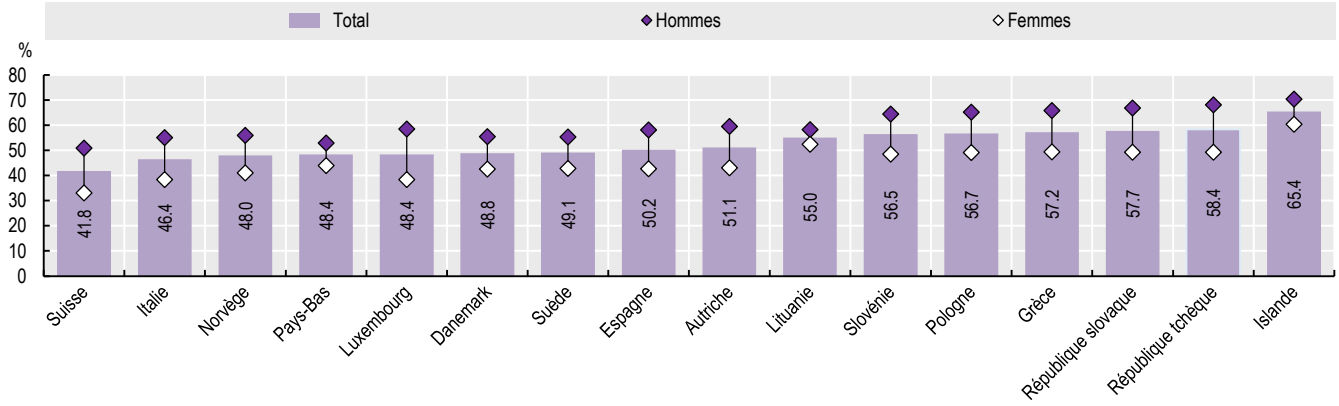
Graphique 4.15. **Taux de surpoids mesuré (obésité comprise), chez les adultes, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ipu38n

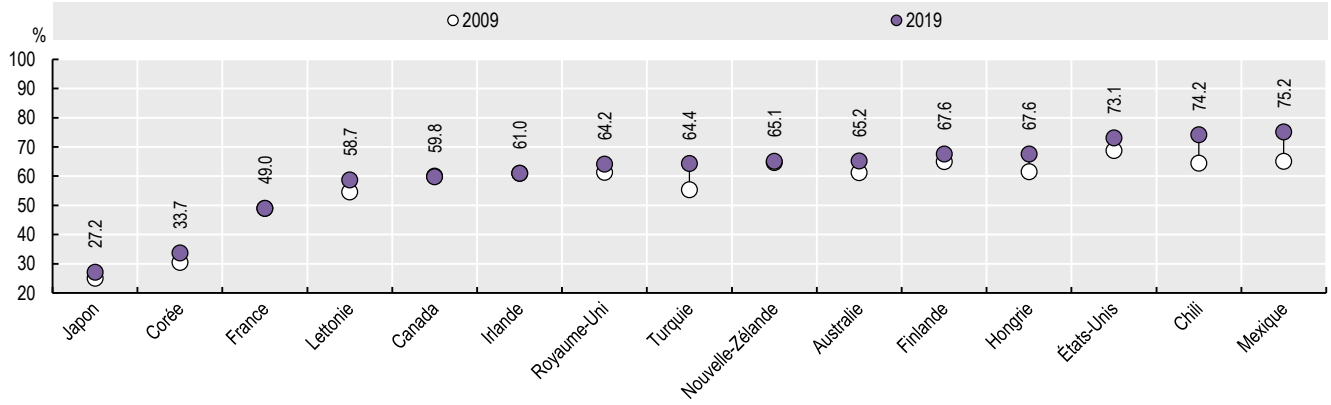
Graphique 4.16. **Taux de surpoids autodéclaré (obésité comprise), chez les adultes, par sexe, sélection de pays, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/lz58o3

Graphique 4.17. **Évolution des taux de surpoids mesuré (obésité comprise), 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/fdl6tc



Surpoids et obésité chez les adolescents

Les taux de surpoids infantile, y compris pré-obésité et obésité, progressent partout dans le monde depuis plusieurs décennies. Des facteurs environnementaux, les modes de vie, la constitution génétique et la culture sont autant d'éléments qui peuvent être à l'origine de la surcharge pondérale chez les enfants. Les enfants obèses risquent davantage de souffrir d'hypertension et de troubles métaboliques. Sur le plan psychologique, l'obésité peut engendrer une mauvaise image de soi, des troubles alimentaires et des états dépressifs. Elle peut en outre faire obstacle à la participation de l'enfant aux activités éducatives et récréatives. L'obésité infantile est particulièrement préoccupante en ce qu'elle est un bon prédicteur de l'obésité chez l'adulte, laquelle est associée au diabète, aux maladies cardiaques et à certains types de cancer (OMS, 2018[39] ; OCDE, 2019[28]). Les confinements dus au COVID-19 et les fermetures d'établissements scolaires ont perturbé la vie des enfants et des adolescents, y compris leurs habitudes alimentaires et leurs activités physiques. Les données de plusieurs pays, comme la Chine et les États-Unis, montrent que les taux d'obésité chez les enfants et les adolescents ont augmenté à la suite de la crise sanitaire (Stavridou et al., 2021[40]).

Si l'on regarde les données antérieures à l'épidémie, 18.3 % en moyenne des adolescents âgés de 15 ans étaient en surpoids ou obèses, en 2017-18, dans 27 pays de l'OCDE (Graphique 4.18). Au Canada, en Hongrie, au Portugal, au Luxembourg, en Grèce, en Slovénie, en Allemagne, en Islande, en Autriche et en République tchèque, ce chiffre dépassait 20 %. À l'inverse, aux Pays-Bas, en Irlande et en France, il était inférieur à 15 %. En moyenne dans 27 pays de l'OCDE, le taux de surpoids chez les jeunes est passé de 16.6 % à 18.3 % entre 2009-10 et 2017-18. Il a augmenté dans 23 pays de l'OCDE, alors qu'il a légèrement reculé en Pologne, en Grèce et en Italie (de 3 à 4 points de pourcentage), et plus sensiblement en Irlande (18 points de pourcentage). C'est en Lituanie, en Belgique, en Estonie et en Russie que la progression a été la plus forte, avec une hausse de 40 à 60 %. À l'autre extrémité du spectre, une progression de 5 % ou moins a été enregistrée en Islande, en Slovénie et au Canada. Aux États-Unis, 41.5 % des enfants et des adolescents âgés de 2 à 19 ans étaient en surpoids ou obèses en 2017-18, contre 37.4 % en 2009-10, d'après les données de la NHANES (Fryar, Carroll et Afful, 2020[41]). On observe une évolution similaire chez les enfants plus jeunes, avec des niveaux plus élevés de surpoids. En 2016, près d'un tiers des enfants âgés de 5 à 9 ans étaient en surpoids ou obèses dans les pays de l'OCDE. Cette proportion a augmenté de plus de 10 points de pourcentage entre 1990 et 2016 (OCDE, 2019[42]).

La part des garçons souffrant de surpoids était supérieure à celle des filles dans les 27 pays de l'OCDE étudiés (Graphique 4.19). En moyenne dans ces pays en 2017-18, 22.1 % des garçons âgés de 15 ans étaient en surpoids ou obèses, contre 14.5 % des filles. Les écarts les plus marqués entre filles et garçons – ces derniers étant plus fréquemment en surpoids – ont été relevés en Grèce, en Pologne, en Italie et en République tchèque (de l'ordre de 12 à 18 points de pourcentage). Les écarts les plus réduits ont été observés en Irlande, en Suède et au Portugal (moins de 3 points de pourcentage).

Les inégalités sociales en matière de surpoids étaient manifestes dans tous les pays examinés, le surpoids et l'obésité étant plus répandus chez les jeunes issus de milieux socioéconomiques défavorisés. Dans 27 pays de l'OCDE, 25.7 % des adolescents de familles modestes étaient en surpoids ou obèses, contre 15.7 % des jeunes de familles aisées (Graphique 4.20). Les écarts les plus marqués sont observés au Royaume-Uni, en Espagne, en Belgique, en Grèce et en Allemagne (13 à 26 points de pourcentage), tandis qu'en Irlande, en Finlande, en République slovaque et en Russie, ils sont relativement plus faibles (2 à 4 points de pourcentage).

L'obésité infantile est un problème complexe et ses causes sont diverses. C'est pourquoi les politiques mises en œuvre pour lutter contre ce phénomène font appel à un éventail de mesures complémentaires qui mobilisent la participation des différentes parties prenantes au niveau des pouvoirs publics, des responsables locaux, des établissements scolaires, des professionnels de santé et du secteur privé. Les mesures couramment appliquées pour modifier les comportements individuels ou l'environnement obésogène consistent à durcir la réglementation de la publicité faite aux boissons et aliments sucrés, salés et gras destinés aux enfants, à améliorer l'accès aux parcs et aires de jeux, à faire évoluer la formulation des produits alimentaires et à intervenir sur les prix pour favoriser un mode de vie sain (OCDE, 2019[28]).

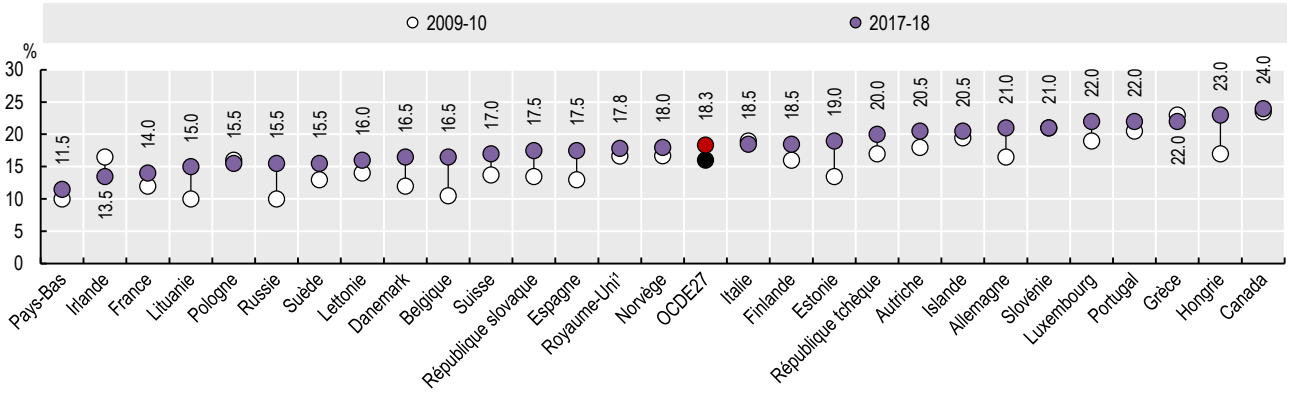
Définition et comparabilité

Les données proviennent des enquêtes *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) qui couvrent jusqu'à 30 pays de l'OCDE plus la Russie. Des indicateurs comparables sur le surpoids et l'obésité des jeunes sont disponibles pour les périodes 2009-10 et 2017-18. Elles proviennent d'échantillons composés de 1 500 enfants scolarisés issus de différents groupes d'âge (11, 13 et 15 ans) pour la plupart des pays.

Les taux de surpoids et d'obésité des jeunes sont calculés à l'aide de l'IMC qui se calcule en divisant le poids, en kilogrammes, par le carré de la taille, en mètres. Les jeunes de 5 à 19 ans sont considérés en surpoids si leur IMC-pour-l'âge excède d'un écart-type la médiane de la croissance de référence de l'OMS. Un enfant dont l'IMC est supérieur de deux écarts-types à cette médiane est considéré comme obèse.

L'échelle de richesse familiale (*Family Affluence Scale* – FAS), mise au point pour les enquêtes HBSC, est un indicateur indirect du milieu socioéconomique d'origine. Elle comprend des éléments rendant compte des biens matériels du ménage. Cet indicateur résout le problème de l'absence de données dans les informations recueillies auprès des enfants sur le niveau d'emploi et d'études de leurs parents.

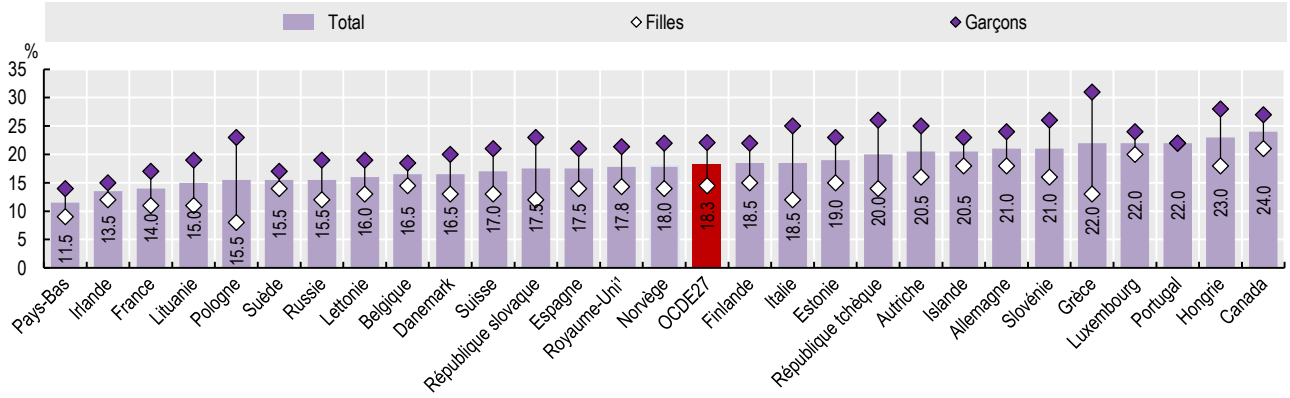
Graphique 4.18. **Surpoids autodéclaré (incluant l'obésité) chez les jeunes âgés de 15 ans, 2009-10 et 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]) ; Currie et al. (2012[43]).

StatLink https://stat.link/1pcdqh

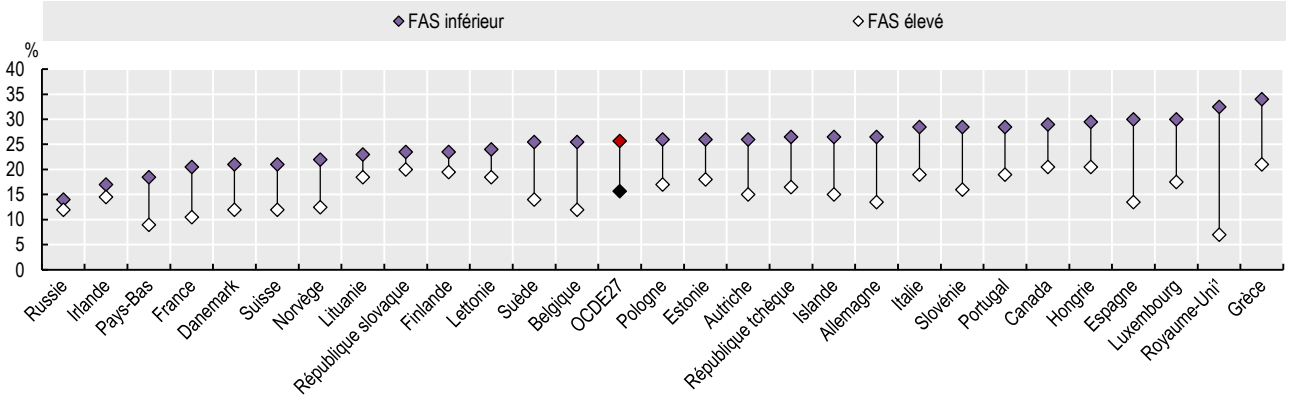
Graphique 4.19. **Surpoids autodéclaré (incluant l'obésité) chez les jeunes âgés de 15 ans, par sexe, 2017-18**



1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/2pi7qx

Graphique 4.20. **Surpoids autodéclaré (incluant l'obésité) chez les jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans, selon le niveau de richesse familiale, 2017-18**



Note : FAS = *Family affluence status*, niveau de richesse familiale. 1. Angleterre, Écosse et Pays de Galles.
Source : Inchley et al. (2020[19]).

StatLink https://stat.link/3lmbur



Pollution atmosphérique et dégradation de l'environnement

Le changement climatique est l'un des plus grands défis auxquels sont confrontées les générations actuelles et futures. Il est lié à de nombreux problèmes environnementaux, dont la pollution atmosphérique et les températures extrêmes. La pollution atmosphérique est déjà le principal risque environnemental pour la santé et une cause importante de mortalité et d'invalidité, et ses conséquences seront sans doute encore plus graves à l'avenir si des mesures appropriées ne sont pas mises en œuvre. Selon les projections, la pollution de l'air extérieur pourrait provoquer de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, dans le monde, à l'horizon 2060 ; par ailleurs, les arrêts-maladie, les dépenses de santé et la baisse de la production agricole en résultant pourraient se traduire par une perte de PIB mondial de 1 % (OCDE, 2016[44]).

Dans les pays de l'OCDE, la pollution par les particules (en particulier les PM 2.5) en suspension dans l'air (extérieur) a été responsable d'environ 29 décès pour 100 000 habitants en 2019 (Graphique 4.21). Les taux de mortalité sont compris entre plus de 60 décès pour 100 000 habitants en République slovaque, en Hongrie et en Pologne, et moins de 7 en Suède, en Nouvelle-Zélande et en Islande. Parmi les pays partenaires, ils sont particulièrement élevés en Inde (72 pour 100 000) et en Chine (environ 99 pour 100 000) ; et également supérieurs à ceux de la plupart des pays de l'OCDE en Russie et en Indonésie. Depuis 2000, les décès pour 100 000 habitants dus à la pollution par les particules en suspension dans l'air ont sensiblement diminué – de 25 % en moyenne – dans la plupart des pays de l'OCDE, même si la mortalité a augmenté dans sept pays au cours de la période (Chili, Colombie, Costa Rica, Mexique, Japon, Corée et Turquie). Au cours de la même période, les décès ont augmenté rapidement dans un certain nombre de pays partenaires – de 43 % en Indonésie, de 58 % en Chine et de 97 % en Inde.

Les températures extrêmes sont une autre conséquence du changement climatique. Les épisodes de chaleur ou de froid extrêmes peuvent entraîner des problèmes de santé et des décès. Dans les pays de l'OCDE, les grands froids ont généralement des conséquences plus importantes sur la mortalité que les vagues de chaleur, surtout en Europe de l'Est et dans les pays nordiques – quoique les canicules puissent également être responsables de nombreux décès certaines années. Les températures record enregistrées au cours de l'été 2003, par exemple, ont entraîné la mort d'environ 80 000 personnes en Europe, et les canicules de l'été 2015 ont causé plus de 3 000 décès rien qu'en France. De même, la vague de chaleur qui a frappé en 2021 l'Ouest du Canada et aux États-Unis a entraîné la mort de plusieurs centaines de personnes, principalement âgées. Les records de température ont été battus ; les scientifiques ont établi qu'un tel épisode n'aurait pratiquement pas pu avoir lieu sans le changement climatique (Philip et al., 2021[45]).

Bien que les origines du SRAS-CoV-2 n'aient pas été déterminées de manière définitive, la pandémie fait néanmoins ressortir les conséquences de la dégradation de l'environnement et les effets possibles des changements d'affectation des sols sur la transmission des maladies de l'animal à l'homme. Avant même le COVID-19, plusieurs pandémies récentes préoccupantes à l'échelle mondiale – notamment le SRAS, la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient – sont apparues chez des animaux avant de se transmettre à l'homme. La dégradation persistante des écosystèmes naturels, notamment la perte ou la modification d'habitats essentiels pour les espèces sauvages en raison de changements d'occupation des sols, fait peser des menaces croissantes sur la biodiversité et accroît le risque de transmission de nouvelles maladies zoonotiques des espèces sauvages aux humains (Plowright et al., 2021[46]).

Entre 2000 et 2014, les surfaces bâties se sont étendues de plus de 15 %, en moyenne, dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.22). Cette progression a été la plus faible au Japon et au Royaume-Uni, deux pays dont la proportion du total des terres consacrées aux zones bâties est supérieure à la moyenne de l'OCDE, tandis qu'elle était de l'ordre de 30 % au Mexique et en Norvège. L'évolution des surfaces bâties a été importante dans plusieurs pays de l'OCDE dont la densité de population est relativement faible, notamment en Finlande et en Norvège. Les pays partenaires de l'OCDE ont également connu des taux élevés de changement d'occupation des sols, les surfaces bâties en Chine ayant augmenté de 34 % et de 30 % en Inde sur la même période. Dans les pays de l'OCDE, le développement de la plupart des surfaces artificielles, notamment les bâtiments, s'est fait en grande partie sur ce qui était auparavant des terres cultivées, tandis que les zones naturelles et semi-naturelles sont restées largement stables (OCDE, 2021[47]).

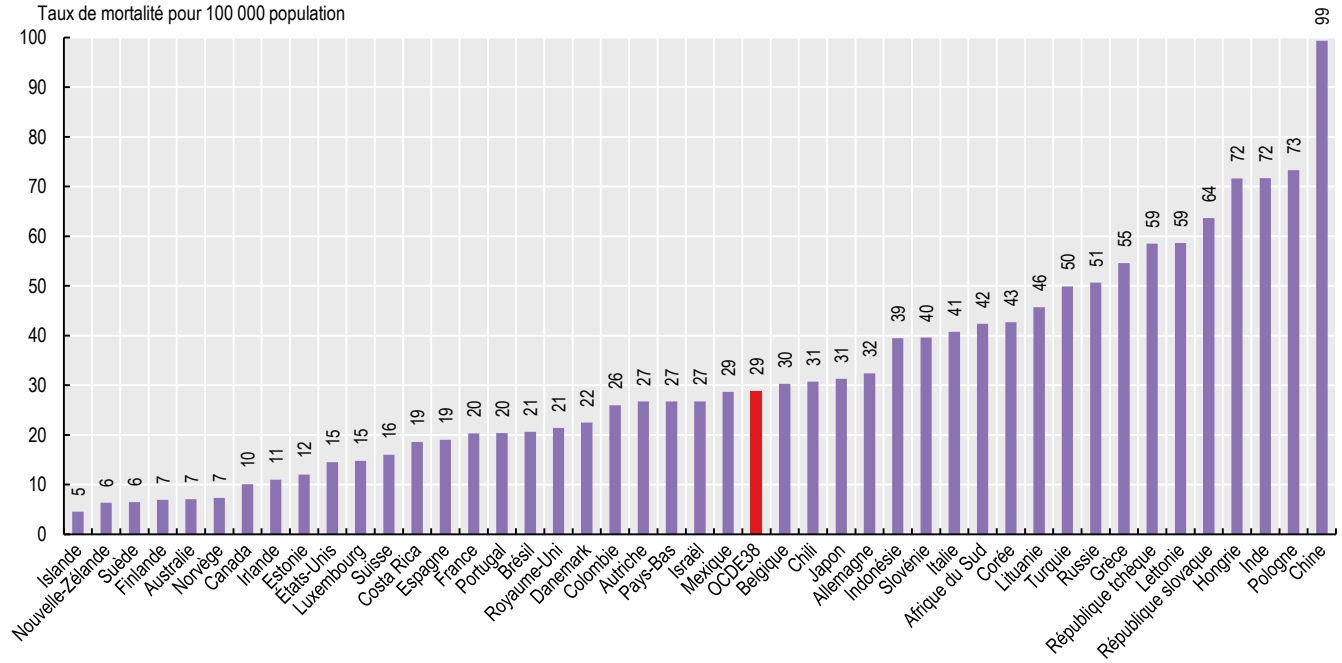
Des politiques intersectorielles s'imposent pour atténuer les conséquences du changement climatique. Les pays peuvent d'ores et déjà prendre des dispositions pour lutter contre la pollution et ses effets sur la santé, par exemple en créant des partenariats avec différents intervenants internationaux, nationaux et locaux, notamment les autorités municipales et les ministères de l'industrie, de l'environnement, des transports et de l'agriculture. La réduction de la culture sur brûlis et celle des émissions des véhicules motorisés et des industries abaisseraient la pollution de l'air extérieur. Les systèmes de santé peuvent également jouer un rôle en se préparant à traiter les nouvelles maladies susceptibles d'apparaître avec l'évolution des conditions climatiques et de la biodiversité, en promouvant la consommation d'aliments produits durablement et en réduisant l'empreinte carbone des établissements de santé. Les prestataires de services de santé peuvent en outre diminuer l'empreinte environnementale des hôpitaux et des établissements d'accueil médicalisé en encourageant une alimentation plus saine, la réduction des déchets et l'efficacité énergétique (Landrigan et al., 2018[48] ; OECD, 2017[49]).

Définition et comparabilité

La pollution par les particules en suspension dans l'air (extérieur) provient des émissions de l'activité industrielle, des ménages, des automobiles et des camions, qui produisent un mélange complexe de polluants atmosphériques dont beaucoup sont nocifs pour la santé. Parmi ces derniers, les particules fines sont ceux qui ont les effets les plus sensibles, même à faible concentration, sur la santé humaine. Les combustibles polluants comprennent les combustibles solides comme le bois, le charbon, les déjections animales, le charbon de bois, les résidus agricoles et le kérosène. Les données sur la mortalité et les années de vie corrigées de l'incapacité liées à l'exposition aux risques environnementaux sont tirées des résultats de l'étude *Global Burden of Disease* (GBD) 2019 (Abbafati et al., 2020[50]).

Les données sur l'occupation des sols sont tirées des cartes d'occupation des sols du programme Copernicus de l'Agence spatiale européenne et de l'initiative de l'Université catholique de Louvain sur la géomatique dans le contexte du changement climatique.

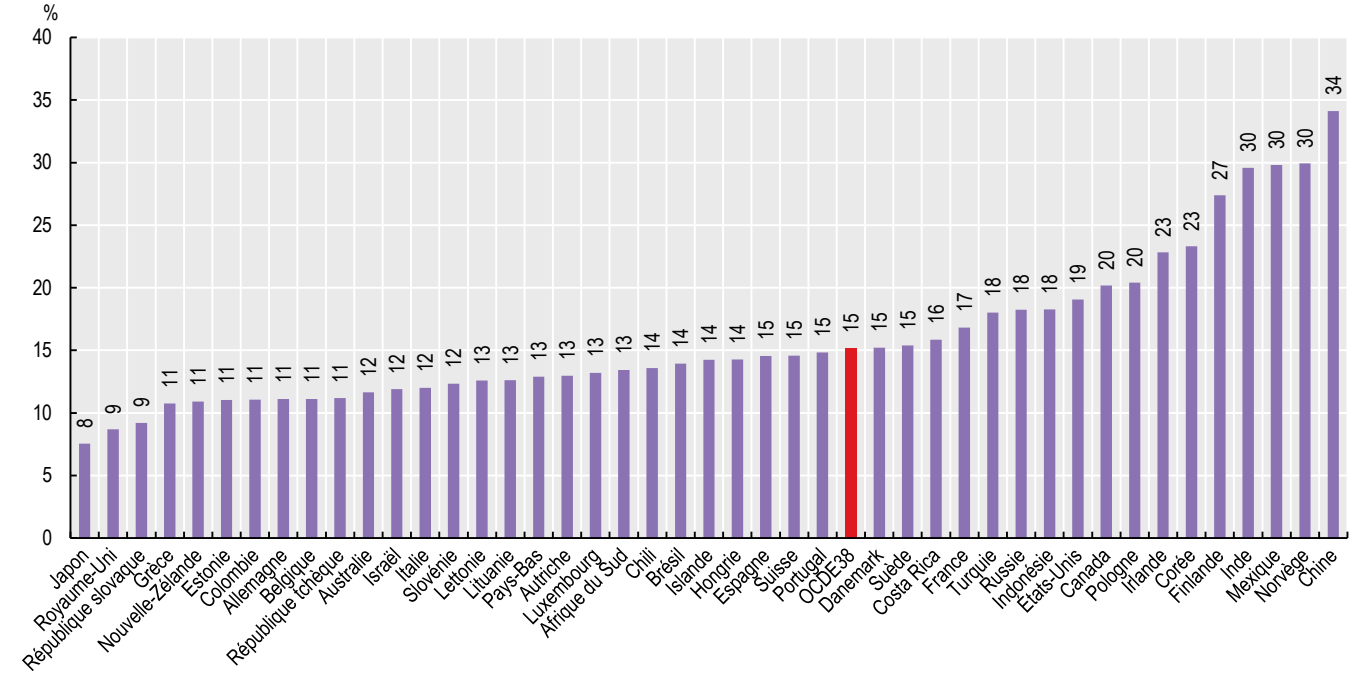
Graphique 4.21. **Décès prématurés imputables à la pollution par les particules en suspension dans l'air, 2019**



Source : Statistiques de l'OCDE sur l'environnement 2020.

StatLink https://stat.link/wd097t

Graphique 4.22. **Changement d'affectation des terres : progression des surfaces bâties, 2000-14**



Source : Statistiques de l'OCDE sur l'environnement 2020.

StatLink https://stat.link/l85df0



Références

[50] Abbafati, C. et al. (2020), « Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 », *The Lancet*, vol. 396/10258, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2*.

[15] Chatterji, P. et J. DeSimone (2005), *Adolescent Drinking and High School Dropout*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, *http://dx.doi.org/10.3386/w11337*.

[43] Currie, C. et al. (dir. pub.) (2012), *Social determinants of health and well-being among young people : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey*, Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/326406*.

[16] EMCDDA Joint Publications, P. (dir. pub.) (2020), *ESPAD Report 2019, Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, *https://europa.eu/!Xy37DU* (consulté le 17 septembre 2021).

[14] Enstad, F. et al. (2019), « Predicting hazardous drinking in late adolescence/young adulthood from early and excessive adolescent drinking: A longitudinal cross-national study of Norwegian and Australian adolescents », *BMC Public Health*, vol. 19/1, *http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7099-0*.

[41] Fryar, C., M. Carroll et J. Afful (2020), *Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Children and Adolescents Aged 2-19 Years: United States, 1963-1965 through 2017-2018*, National Center for Health Statistics, Hayatsville, *http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.14590*.

[4] Gendall, P. et al. (2021), « Changes in Tobacco Use During the 2020 COVID-19 Lockdown in New Zealand », *Nicotine & Tobacco Research*, vol. 23/5, pp. 866-871, *http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntaa257*.

[21] Graf, S. et M. Cecchini (2017), « Diet, physical activity and sedentary behaviours : Analysis of trends, inequalities and clustering in selected oecd countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 100, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/54464f80-en*.

[20] Guerin, N. et V. White (2020), *ASSAD 2017 Statistics & Trends: Australian Secondary Students' Use of Tobacco, Alcohol, Over-the-counter Drugs, and Illicit Substances. Second Edition.*, Cancer Council Victoria, Melbourne.

[3] Guignard, R. et al. (2021), « Changes in smoking and alcohol consumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France », *European Journal of Public Health*, *http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckab054*.

[26] Guthold, R. et al. (2019), « Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants », *The Lancet child and Adolescent Health*, vol. 4, pp. 23-35, *http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2*.

[29] Hartley, L. et al. (2013), « Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2013/6, *http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009874.pub2*.

[23] Hu, F. et V. Malik (2010), « Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: Epidemiologic evidence », *Physiology & behavior*, vol. 100/1, p. 47, *http://dx.doi.org/10.1016/J.PHYSBEH.2010.01.036*.

[19] Inchley, J. et al. (dir. pub.) (2020), *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, Copenhague, *https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data*.

[12] Inchley, J. et al. (2016), *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being : Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study : international report from the 2013/2014 survey*, OMS, Copenhague, *http://apps.who.int/iris/handle/10665/326320*.

[22] Institute for Health Metrics and Evaluation (2020), *Diet low in Fruit, Vegetable and Legumes*, *http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/diet-low-in-legumes-level-3-risk* (consulté le 15 juillet 2021).

[36] Institute for Health Metrics and Evaluation (2020), *High body-mass index — Level 2 risk*, *http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/high-body-mass-index-level-2-risk* (consulté le 15 juillet 2021).

[37] Katz, M. (2021), *Regardless of Age, Obesity and Hypertension Increase Risks with COVID-19*, *http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5415*.

[5] Koyama, S. et al. (2021), « Changes in Smoking Behavior Since the Declaration of the COVID-19 State of Emergency in Japan: A Cross-sectional Study From the Osaka Health App », *Journal of Epidemiology*, vol. 31/6, pp. 378-386, *http://dx.doi.org/10.2188/jea.je20200533*.

[48] Landrigan, P. et al. (2018), *The Lancet Commission on pollution and health*, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0*.

[13] O'Cathail, S. et al. (2011), « Association of cigarette smoking with drug use and risk taking behaviour in Irish teenagers », *Addictive Behaviours*, vol. 36, pp. 547-550, *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21315520/* (consulté le 9 juin 2021).

[11] OCDE (2021), « Effets du COVID-19 sur la consommation d'alcool et mesures prises pour prévenir la consommation nocive d'alcool », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/600e9145-fr*.

[47] OCDE (2021), *Environment at a Glance Indicators*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/ac4b8b89-en*.

[10] OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en*.

[42] OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5f5b6833-fr*.

[28] OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en*.

[44] OCDE (2016), *Les conséquences économiques du changement climatique*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264261082-fr*.

[49] OECD (2017), « Healthy people, Healthy planet: The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future », OECD, Paris, *https://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm*.

[18] OMS (2021), *Tobacco control to improve child health and development: thematic brief*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/340162*.

[8] OMS (2020), *Smoking and COVID-19: Scientific Brief*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332895*.

[1] OMS (2020), *Tabac - Principaux faits*, *https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco* (consulté le 22 juin 2021).

[9] OMS (2019), *Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2019 : offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac : résumé d'orientation*, Organisation mondiale de la Santé, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/326005*.

[17] OMS (2018), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH): Sporting events by country*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1168?lang=en&showonly=GISAH*.

[35] OMS (2018), *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : une population plus active pour un monde en meilleure santé*, Organisation mondiale de la Santé, Genève, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/327898*.

[39] OMS (2018), *Taking Action on Childhood Obesity*, Organisation mondiale de la Santé, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/274792*.

[45] Philip, S. et al. (2021), *Rapid attribution analysis of the extraordinary heatwave on the Pacific Coast of the US and Canada June 2021*.

[46] Plowright, R. et al. (2021), « Land use-induced spillover: a call to action to safeguard environmental, animal, and human health », *The Lancet Planetary Health*, vol. 5/4, pp. e237-e245, *http://dx.doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00031-0*.

[6] Reddy, R. et al. (2021), « The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Medical Virology*, vol. 93/2, *http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26389*.

[2] Reitsma, M. et al. (2021), « Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019 », *The Lancet Public Health*, vol. 6/7, pp. e472-e481, *http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00102-x*.

[24] Rosinger, A. et al. (2017), *Sugar-sweetened beverage consumption among U.S. adults, 2011-2014 Examination Survey*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, *https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db270_table.pdf#1*. (consulté le 21 septembre 2021).

[33] Rosinger, A. et al. (2017), *Sugar-sweetened beverage consumption among U.S. youth, 2011–2014*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, *https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db271_table.pdf#2*. (consulté le 21 septembre 2021).

[31] Ruiz-Roso, M. et al. (2020), « Covid-19 confinement and changes of adolescent's dietary trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil », *Nutrients*, vol. 12/6, pp. 1-18, *http://dx.doi.org/10.3390/nu12061807*.

[7] Sanchez-Ramirez, D. et D. Mackey (2020), « Underlying respiratory diseases, specifically COPD, and smoking are associated with severe COVID-19 outcomes: A systematic review and meta-analysis », *Respiratory Medicine*, vol. 171, p. 106096, *http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106096*.

[40] Stavridou, A. et al. (2021), « Obesity in Children and Adolescents during COVID-19 Pandemic », *Children*, vol. 8/2, p. 135, *http://dx.doi.org/10.3390/children8020135*.

[27] Stockwell, S. et al. (2021), « Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review », *BMJ Open Sp Ex Med*, vol. 7, p. 960, *http://dx.doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000960*.

[38] Tartof, S. et al. (2020), « Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization », *Annals of internal medicine*, vol. 173/10, *http://dx.doi.org/10.7326/M20-3742*.

[34] U.S. Department of Health and Human Services (s.d.), *Increase the proportion of adolescents who do enough aerobic physical activity*, Healthy People 2030, *https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/physical-activity/increase-proportion-adolescents-who-do-enough-aerobic-physical-activity-pa-06* (consulté le 21 septembre 2021).

[32] Wambogo, E. et al. (2020), *Fruit and Vegetable Consumption Among Children and Adolescents in the United States, 2015-2018*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, *https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm* (consulté le 21 septembre 2021).

[25] Warburton, D., C. Nicol et S. Bredin (2006), « Health benefits of physical activity: the evidence », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174/6, p. 801, *http://dx.doi.org/10.1503/CMAJ.051351*.

[30] World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2018), *Wholegrains, vegetables and fruit and the risk of cancer. Continuous Update Project Expert Report 2018*.





5. ACCÈS : ABORDABILITÉ, DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES SERVICES

Population bénéficiant d'une couverture de santé

Besoins de santé non satisfaits

Étendue de la couverture de santé

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Consultations chez le médecin

Santé numérique

Lits d'hôpital et taux d'occupation

Sorties d'hôpital et durée moyenne de séjour

Technologies de diagnostic

Remplacements de la hanche ou du genou

Chirurgie ambulatoire

Délais d'attente avant une chirurgie élective

Population bénéficiant d'une couverture de santé

Le pourcentage d'individus qui, parmi une population donnée, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base donne une première idée de l'accès aux soins et de la protection financière offerte. Cependant, il ne s'agit que d'une mesure partielle de l'accès et de la couverture. La couverture sanitaire universelle dépend également de la gamme de services pris en charge et du degré de participation des patients à leur coût. Les services doivent également être d'une qualité suffisante. Les indicateurs du présent chapitre portent sur l'accès en matière de faisabilité financière, de disponibilité et d'utilisation des services de soins de santé, tandis que le chapitre 6 fournit des indicateurs sur la qualité et les résultats des soins.

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services de base qui comprennent d'ordinaire les consultations médicales, les tests et examens, et les soins hospitaliers (Graphique 5.1). Les systèmes nationaux de santé ou l'assurance maladie sociale sont généralement les dispositifs de financement permettant d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Quelques pays (les Pays-Bas et la Suisse) sont parvenus à cet objectif au moyen de régimes d'assurance maladie privés obligatoires – accompagnés de subventions publiques et d'un cadre juridique fixant l'étendue et le niveau de la couverture.

Le taux de couverture des services de base en 2019 reste inférieur à 95 % de la population dans sept pays de l'OCDE, des niveaux inférieurs à 90 % étant observés au Mexique et aux États-Unis. Le Mexique a élargi sa couverture depuis 2004, mais des lacunes subsistent (OCDE, 2016[1]). Aux États-Unis, les personnes non assurées sont généralement des adultes en âge de travailler, ayant un faible niveau d'études ou de revenu. Leur part dans la population a fortement diminué, passant d'environ 13 %, en 2013, à 9 %, en 2015 (United States Census Bureau, 2018[2]), mais demeure relativement stable depuis. En Irlande, bien que la couverture soit universelle, moins de la moitié de la population bénéficie d'une prise en charge pour les consultations chez le médecin généraliste. Les récentes propositions de réforme tendent à montrer un déploiement progressif de la prise en charge des soins primaires à l'ensemble de la population (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2019[3]).

Au-delà des taux de couverture de la population, la satisfaction à l'égard de la disponibilité de services de santé de qualité permet de se faire une idée plus précise de la prise en charge effective. Le *Gallup World Poll* permet le recueil de données sur la satisfaction des citoyens en matière de santé et à l'égard d'autres services publics dans le monde entier. Si les facteurs contextuels et culturels influent sur les réponses à l'enquête, le sondage permet de comparer les opinions des citoyens sur la base de la même question d'enquête. La satisfaction à l'égard de la disponibilité de services de santé de qualité était en moyenne de 71 % dans 37 pays de l'OCDE en 2020. Les citoyens de Norvège (93 %), de Belgique et des Pays-Bas (92 % chacun) avaient le plus de probabilité d'être satisfaits, tandis que ceux de Pologne (26 %), de Grèce (38 %) et du Chili (39 %) avaient le moins de probabilité d'être satisfaits (Graphique 5.2).

Les habitants de certains pays peuvent souscrire s'ils le souhaitent une assurance maladie additionnelle auprès d'un prestataire privé. Celle-ci peut couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), s'étendre à d'autres services (assurance supplémentaire) ou permettre un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Parmi les 22 pays de l'OCDE disposant de données comparables récentes, sept disposaient d'une assurance additionnelle privée pour plus de la moitié de la population en 2019 (Graphique 5.3). L'assurance complémentaire qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients est largement répandue en Slovénie et en Corée (environ 70 % de la population). Israël et les Pays-Bas représentaient le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population), l'assurance privée y prenant en charge le coût des soins dentaires, des consultations de physiothérapie, de certains médicaments délivrés sur ordonnance et de divers actes qui ne sont pas remboursés par le régime public. C'est en Irlande et en Australie que l'assurance maladie duplicative était la plus développée. Aux États-Unis, 10 % de la population bénéficiait d'une assurance maladie privée complémentaire. Il faut compter également que 53 % des habitants avaient une couverture maladie primaire privée.

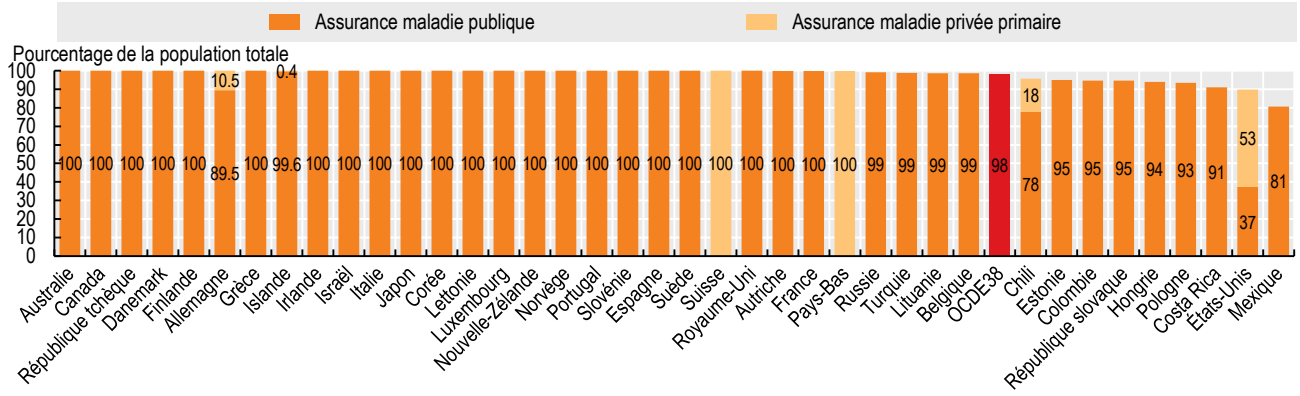
Au cours de la dernière décennie, la population couverte par une assurance maladie privée additionnelle a augmenté, quoique de manière souvent marginale, dans 20 pays de l'OCDE sur 25 présentant des données comparables. Les augmentations les plus notables ont été observées en Corée (+20 % de la population totale). Plusieurs facteurs déterminent l'évolution de l'assurance maladie privée additionnelle, en particulier l'ampleur du déficit d'accès aux services financés sur fonds publics et les interventions des pouvoirs publics visant les marchés de l'assurance maladie privée.

Définition et comparabilité

La population bénéficiant d'une couverture de santé correspond ici à la part de la population à même de bénéficier d'un éventail de services de base – que ce soit dans le cadre de régimes publics ou d'une couverture maladie primaire privée. Si sa composition diffère d'un pays à l'autre, cet éventail de services couvre généralement les consultations médicales, les tests et examens ainsi que les soins hospitaliers. La couverture publique désigne les systèmes de santé nationaux et l'assurance maladie sociale. Le financement des systèmes de santé nationaux vient pour l'essentiel des recettes fiscales globales tandis que celui de l'assurance maladie sociale provient, en règle générale, à la fois des charges sociales et de l'impôt. Le financement repose sur le principe de la capacité contributive. La couverture maladie primaire privée désigne la couverture d'assurance applicable à un éventail de services de base, et peut être facultative ou imposée par la loi (à une partie ou à l'ensemble de la population). L'assurance additionnelle privée est toujours facultative. Le montant des primes d'assurance privée n'est généralement pas corrélé aux revenus, la souscription d'une couverture privée pouvant toutefois être subventionnée par les pouvoirs publics.

Les données du sondage *Gallup World Poll* utilisées dans le Graphique 5.2 sont généralement basées sur un échantillon représentatif d'au moins 1 000 citoyens de chaque pays âgés de 15 ans ou plus. Les données de 2020 ont été recueillies à partir du mois de juillet. La question suivante a été posée aux personnes interrogées : « Dans la ville ou la région où vous vivez, êtes-vous satisfait ou insatisfait de la disponibilité de soins de santé de qualité ?

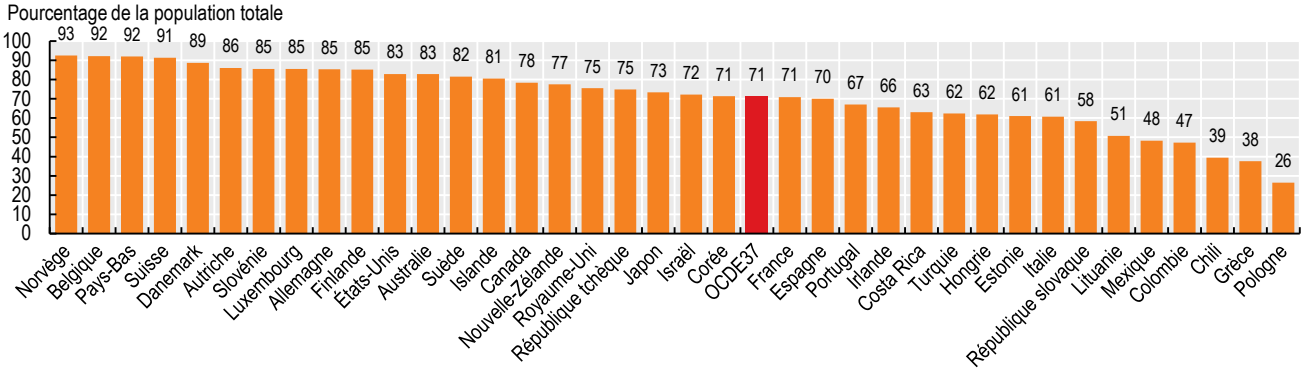
Graphique 5.1. **Population bénéficiant d'une couverture pour un ensemble de services de base, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/lrgqjn

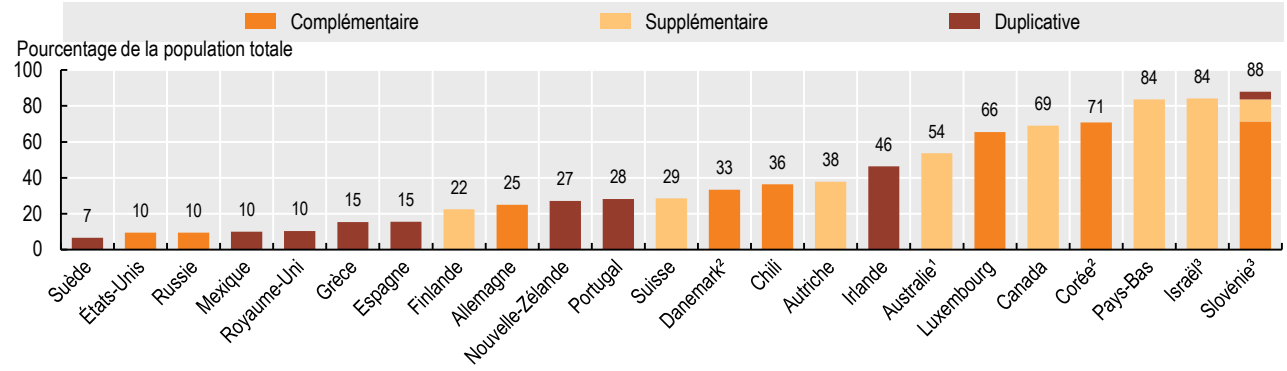
Graphique 5.2. **Population satisfaite de la disponibilité de soins de santé de qualité dans la région où elle vit, 2020 (ou année la plus proche)**



Source : Gallup World Poll 2020 (base de données).

StatLink https://stat.link/mkd3cg

Graphique 5.3. **Population couverte par une assurance maladie privée facultative selon le type d'assurance, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Les valeurs indiquées ici renvoient à l'assurance maladie privée additionnelle facultative. Elles excluent l'assurance maladie privée primaire, qui existe au Chili, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse et aux États-Unis. 1. Peut être duplicative et supplémentaire. 2. Peut être complémentaire et supplémentaire. 3. Peut être duplicative, complémentaire et supplémentaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/abuqt1

Besoins de santé non satisfaits

L'un des principes fondamentaux qui sous-tend tous les systèmes de santé des pays de l'OCDE est de permettre l'accès de toutes les populations à des soins de bonne qualité, quelle que soit leur situation socio-économique. Pourtant, l'accès peut être limité pour un certain nombre de raisons, notamment la disponibilité ou la faisabilité financière limitées des services. Les politiques doivent donc permettre non seulement de surmonter les obstacles financiers aux soins mais aussi de promouvoir une offre et une distribution adéquates de professionnels de santé et de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire. (OCDE, 2019[4] ; 2020[5]).

En moyenne, dans les 27 pays de l'OCDE disposant de données comparables, 2.6 % seulement de la population a déclaré, en 2019, avoir des besoins de santé non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente (Graphique 5.4). Toutefois, en Estonie, plus de 15 % de la population a déclaré des besoins de santé non satisfaits. L'accessibilité aux soins de santé est également limitée en Grèce, environ 8 % de la population ayant déclaré avoir des besoins de santé non satisfaits. En Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche, moins de 0.5 % de la population a déclaré des besoins médicaux non satisfaits. Les besoins déclarés non satisfaits sont généralement plus importants en matière de soins dentaires qu'en matière de soins médicaux, ce qui s'explique par le fait que les soins dentaires ne sont que partiellement pris en charge par les régimes publics dans de nombreux pays, et qu'ils sont donc souvent à la charge du patient ou bien pris en charge par une assurance maladie privée additionnelle (voir l'indicateur « Étendue de la couverture de santé »).

Les disparités socio-économiques sont importantes dans la plupart des pays : les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ont davantage de besoins non satisfaits que les personnes les plus aisées. C'est en Grèce, en Turquie, en Lettonie et en Islande que ce gradient de revenu était le plus important en 2019, avec une différence de plus de 5 points de pourcentage dans la proportion de la population déclarant des besoins non satisfaits entre le quintile de revenu le plus bas et le quintile de revenu le plus élevé. En Grèce, près d'une personne sur cinq (18 %) appartenant au quintile de revenu le plus bas a déclaré avoir renoncé à certains soins médicaux lorsqu'elle en avait besoin, contre seulement 1 % des personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé. En Estonie, à l'inverse, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé ont déclaré un peu plus de besoins non satisfaits que celles du quintile le plus bas. Ces résultats viennent du fait que les plus riches ont davantage de probabilités de déclarer que les délais d'attente sont la cause de la non-satisfaction de leurs besoins.

Au fil du temps, dans 27 pays de l'OCDE, les besoins de soins médicaux non satisfaits ont diminué ces dernières années, après avoir atteint un pic vers 2014 (Graphique 5.5). Cette réduction a eu lieu notamment chez les groupes de population à faible revenu (une diminution de près de 40 % entre 2014 et 2019). Néanmoins, l'écart entre les différents groupes de revenus en matière de besoins médicaux non satisfaits reste important. En moyenne, dans 27 pays de l'OCDE, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible avaient près de trois fois plus de probabilité de déclarer des besoins de soins médicaux non satisfaits que celles du quintile de revenu le plus élevé en 2019.

La crise du COVID-19 a limité l'accès aux services de santé en 2020 dans la majorité des pays de l'OCDE. En moyenne, dans 23 pays de l'OCDE disposant de données comparables, plus d'une personne sur cinq a déclaré avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont elle avait besoin au cours des 12 premiers mois de la pandémie (Graphique 5.6). Les besoins de soins médicaux non satisfaits étaient les plus élevés en Hongrie et au Portugal, où plus d'un tiers de la population a déclaré avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical nécessaire pendant la première vague de la pandémie. La part de la population renonçant à des soins pendant la pandémie était comparativement faible au Danemark, en Autriche et en Allemagne (moins de 15 %). L'un des ajustements visant à maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie a été l'adoption plus large des services de télésanté (voir l'indicateur « Santé numérique »). Par exemple, au Canada, l'application *Wellness Together* a permis de maintenir l'accès aux soins pendant la pandémie.

Définition et comparabilité

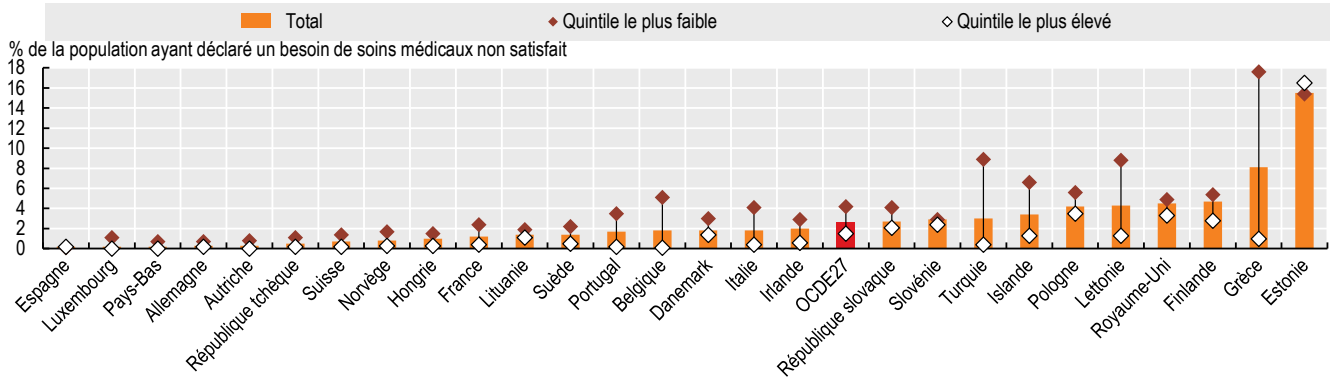
Les questions sur les besoins non satisfaits en matière de soins de santé figurent dans les Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), compilées par Eurostat. Ainsi, l'une des questions vise à déterminer si les personnes ont eu le sentiment, à un moment donné au cours des 12 derniers mois, de ne pas avoir bénéficié des soins médicaux dont elles avaient besoin ; elle est suivie d'une question sur la raison pour laquelle ces besoins n'ont pas été satisfaits. Les données présentées ici sont axées sur trois raisons : les soins de santé coûtaient trop chers, la distance à parcourir était trop grande ou les délais d'attente étaient trop longs. Il convient de noter que certaines autres enquêtes sur les besoins non satisfaits, notamment l'Enquête santé européenne (EHIS), font état de taux de besoins non satisfaits beaucoup plus élevés. Cela s'explique par le fait qu'elles excluent les personnes n'ayant pas besoin de soins de santé, alors que l'enquête EU-SILC prend en compte la population totale interrogée.

Si l'on compare les pays, les facteurs culturels peuvent influer sur les réponses aux questions relatives aux besoins non satisfaits en matière de soins. De plus, les questions de l'enquête sont quelque peu différentes d'un pays à l'autre : dans la plupart des pays, les questions portent à la fois sur un examen médical et un traitement médical, mais dans certains pays (République tchèque, Slovénie et Espagne), elles portent uniquement sur un examen médical ou une consultation médicale, ce qui se traduit par des taux plus faibles de besoins non satisfaits. Par conséquent, la prudence s'impose lorsqu'il s'agit de comparer les variations entre les pays et dans le temps.

Les groupes de quintiles de revenus sont calculés en fonction du revenu disponible équivalent total attribué à chaque membre du ménage. Le groupe du premier quintile représente les 20 % de la population ayant les revenus les plus bas, et le groupe du cinquième quintile les 20 % de la population ayant les revenus les plus élevés.

Dans le cadre de l'enquête d'Eurofound « Vivre, travailler et COVID-19 », des personnes de 22 pays de l'OCDE ont été interrogées, l'objectif étant de savoir si, depuis le début de la pandémie, elles avaient eu besoin d'un examen ou d'un traitement médical dont elles n'avaient pas bénéficié. Les données pour le Luxembourg sont exclues en raison de leur faible fiabilité selon Eurostat. Les données pour les États-Unis sont tirées de l'enquête « *Household Pulse Survey* », menée par le Bureau du recensement du gouvernement américain entre avril 2020 et avril 2021. On a demandé aux personnes si elles avaient besoin de soins médicaux pour une raison autre que le COVID-19 mais n'en ont pas bénéficié à cause de la pandémie.

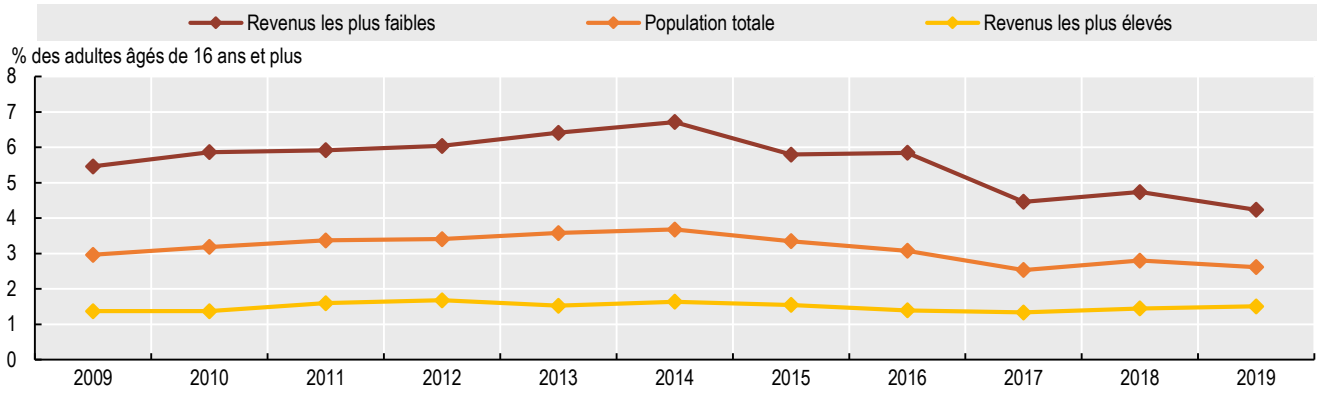
Graphique 5.4. **Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, par niveau de revenu, 2019**



Source : Base de données Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink https://stat.link/dmryxg

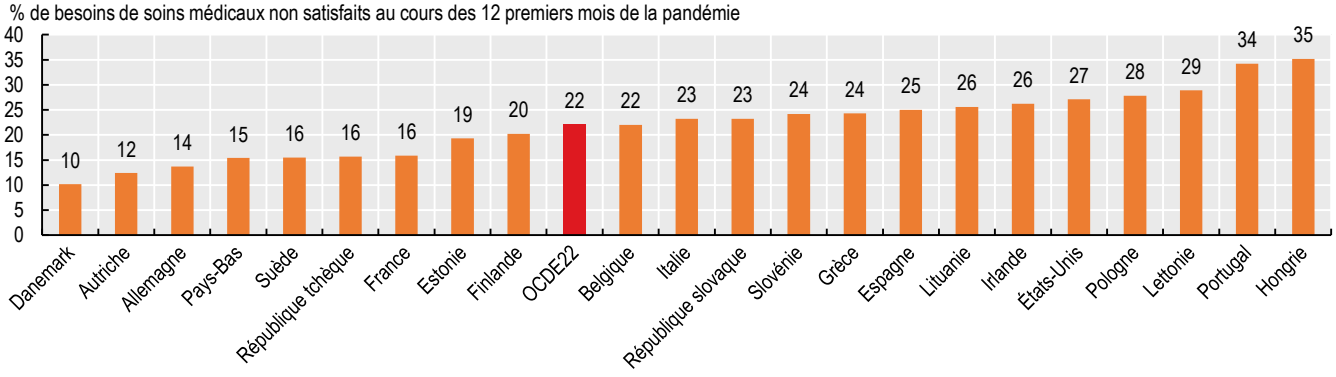
Graphique 5.5. **Évolution des besoins de soins médicaux non satisfaits , par niveau de revenu, moyenne de l'OCDE 27, 2009-19**



Source : Base de données Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink https://stat.link/umzphr

Graphique 5.6. **Besoins de soins médicaux non satisfaits au cours des 12 premiers mois de la pandémie, 2020-21**



Source : Enquête d'Eurofound, « Vivre, travailler et COVID-19 » et enquête « Household Pulse Survey » du Bureau du recensement du gouvernement américain.

StatLink https://stat.link/vla4zr

Étendue de la couverture de santé

Outre la part de la population ayant droit aux services de santé de base, l'étendue de la couverture de santé est définie par l'éventail des services compris dans l'ensemble de prestations défini par le régime public et par la proportion des coûts pris en charge. Le Graphique 5.7 permet d'apprécier l'étendue de la couverture globale, ainsi que la couverture de certains services de santé, à travers la part des dépenses couvertes par les régimes publics ou l'assurance maladie obligatoire. Les différences entre les pays quant à l'étendue de la couverture peuvent tenir à l'inclusion ou à l'exclusion de biens et de services spécifiques dans l'ensemble des prestations définies par les pouvoirs publics (p. ex., un médicament ou un traitement médical particulier) ; à des modalités de partage des coûts différentes ; ou bien au fait que certains services ne sont couverts que pour des groupes de population spécifiques dans un pays (p. ex., les soins dentaires).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les trois-quarts environ de l'ensemble des coûts de santé étaient pris en charge par les régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires en 2019 (voir l'indicateur « Dépenses de santé par système de financement »). Cette part était supérieure à 80 % dans dix pays (Norvège, Luxembourg, Suède, Allemagne, Japon, France, Danemark, Islande, Pays-Bas et République tchèque). Cependant, en Grèce, en Lettonie, au Portugal et en Corée, seulement 60 % environ de l'ensemble des coûts étaient pris en charge par des régimes publics. Au Mexique, moins de la moitié des dépenses de santé étaient financées par l'État ou par des régimes obligatoires (49 %).

En général, la protection financière n'est pas uniforme pour tous les types de services de soins de santé, et les variations sont considérables d'un pays à l'autre. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les soins hospitaliers bénéficient d'une couverture plus complète que tout autre type de soins. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 87 % des frais hospitaliers étaient pris en charge par les régimes publics ou obligatoires en 2019. Dans de nombreux pays, les patients ont accès aux soins hospitaliers aigus gratuitement ou en contrepartie d'une participation financière modique. En conséquence, les taux de couverture avoisinaient les 100 % en Suède, en Norvège, en Islande et en Estonie. En Australie, au Mexique, en Grèce et en Corée, la prise en charge financière du coût des soins hospitaliers ne représentait que les deux-tiers environ des coûts totaux. Dans certains de ces pays, les patients choisissent souvent de se faire soigner dans des établissements privés où les soins ne sont pas (intégralement) pris en charge par les régimes publics. En Australie, l'assurance privée peut également être utilisée pour les traitements dans les hôpitaux publics.

Dans les pays de l'OCDE, plus des trois-quarts des dépenses de 2019 consacrées aux soins ambulatoires étaient prises en charge par les régimes d'assurance maladie publics et obligatoires (77 %). Le taux de prise en charge varie de moins de 60 % au Portugal, en Lettonie et en Corée à plus de 90 % en République slovaque, au Danemark et en Suède. Dans certains pays, les soins ambulatoires, qu'ils soient primaires ou spécialisés, sont généralement dispensés sans facturation sur place, mais les usagers doivent parfois s'acquitter d'une participation financière pour certains services ou bien s'ils consultent des prestataires privés non conventionnés. C'est par exemple le cas au Danemark – où 91 % de l'ensemble des frais sont couverts, mais où une partie des frais restent à la charge des usagers lorsqu'ils consultent un psychologue ou un kinésithérapeute ou lorsqu'ils consultent un spécialiste de leur propre initiative – et au Royaume-Uni (89 %), où les soins dispensés en dehors des services relevant du service national de santé britannique*(NHS)* ne sont pas couverts.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la couverture des soins dentaires par le régime public est nettement plus restreinte du fait d'un éventail de services limité (souvent réservés aux enfants) et d'un niveau élevé de participation financière des patients. En moyenne, moins d'un tiers des frais dentaires sont pris en charge par les régimes publics ou l'assurance maladie obligatoire. Trois pays de l'OCDE seulement (Japon, Allemagne et République slovaque) couvrent plus de la moitié des frais dentaires. En Grèce et en Espagne, les frais dentaires des adultes qui ne bénéficient d'aucun droit spécifique ne sont pas pris en charge. L'assurance maladie facultative peut apporter une protection financière importante lorsque tous les soins dentaires ne font pas partie de l'ensemble de prestations couvertes (comme c'est le cas pour les adultes aux Pays-Bas).

La prise en charge des produits pharmaceutiques est aussi généralement moins complète que celle des soins hospitaliers et ambulatoires. Dans les pays de l'OCDE, 58 % des coûts des produits pharmaceutiques sont financés par les régimes d'assurance publics ou obligatoires. Les pays où la prise en charge financière est la plus généreuse sont l'Allemagne (82 %), la France (80 %) et l'Irlande (79 %). En revanche, cette part est inférieure à deux-cinquièmes au Canada, en Islande, en Pologne et en Lettonie. Au Canada, environ un tiers des dépenses pharmaceutiques sont financées par l'assurance maladie privée volontaire, qui est largement répandue et à laquelle on accède essentiellement par le biais de contrats d'employeurs. Les médicaments en vente libre – qui, par nature, ne sont généralement pas couverts par les régimes publics – jouent un rôle important dans certains pays (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques » au chapitre 9).

Pendant la pandémie de COVID-19, les pays ont essayé de faire en sorte que le diagnostic, le dépistage et les soins appropriés pour les patients atteints de COVID-19 soient abordables, notamment dans les pays où des segments de la population restent sans couverture. En Pologne, par exemple, le Fonds national de santé a permis à la fois aux non-assurés et aux assurés de bénéficier gratuitement des services de santé luttant contre le COVID-19 (OCDE, 2021[6]).

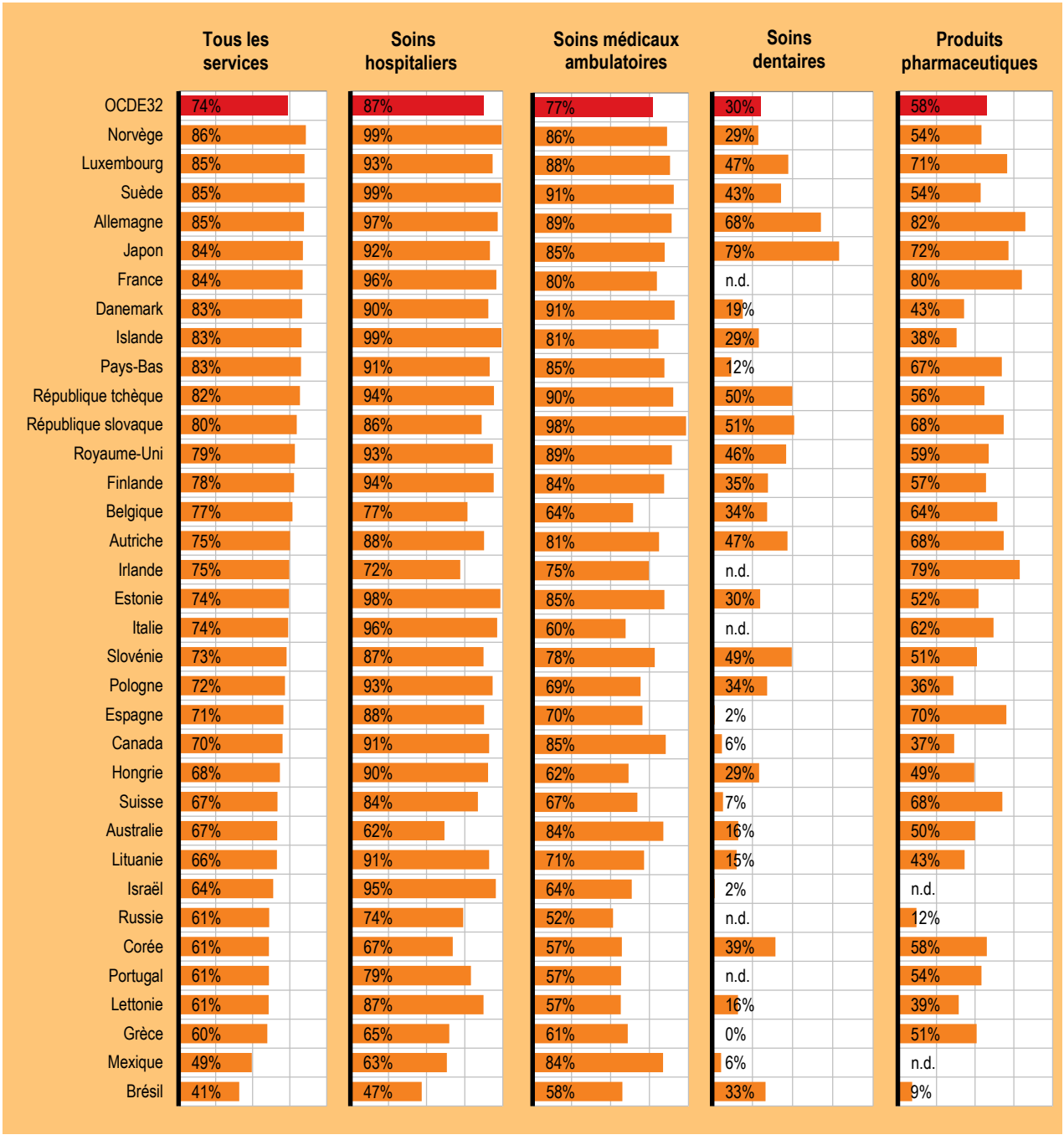
Définition et comparabilité

La couverture de santé est définie par le pourcentage de la population qui est en droit de bénéficier d'une prise en charge, par l'éventail des services qui en font l'objet et par la proportion des coûts pris en charge par les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. La couverture de l'assurance maladie facultative n'est pas prise en compte, pas plus que celle offerte par d'autres régimes facultatifs (proposés par un organisme sans but lucratif ou l'employeur). Les fonctions clés analysées ici se fondent sur les définitions données dans le Système des comptes de la santé 2011 (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[7]). Les soins hospitaliers désignent les soins curatifs et de réadaptation dispensés aux patients en hospitalisation complète (principalement dans les hôpitaux) ; les soins ambulatoires tous les soins curatifs et de réadaptation prodigués en ambulatoire, hors soins dentaires ; les produits pharmaceutiques les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre, y compris les produits médicaux non durables.

Comparer les taux de couverture financière pour différents types de services est une simplification. Par exemple, un pays où seule une part restreinte de la population est couverte mais pour un vaste éventail de soins peut afficher un taux de couverture financière inférieur à celui d'un pays où la population entière a droit à une prise en charge mais pour un ensemble de prestations plus limité.

Graphique 5.7. **Étendue de la couverture de santé, 2019 (ou année la plus proche)**

Dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance obligatoire en proportion des dépenses de santé totales, par type de soins



Note : n.d. signifie « données non disponibles ».

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/wz9cpj

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Lorsque les systèmes de santé n'offrent pas une protection financière adéquate, les individus risquent d'être confrontés à des difficultés financières après avoir réglé le montant de leurs frais de santé ou bien de ne pas avoir les moyens de payer les soins de santé qui leur ont été prodigués. En conséquence, le manque de protection financière peut restreindre l'accès aux soins, fragiliser l'état de santé, accentuer la pauvreté et exacerber les inégalités en matière de santé et sur le plan socio-économique. Globalement, dans les pays de l'OCDE, un peu plus d'un cinquième des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir l'indicateur « Financement des dépenses de santé », chapitre 7). Les individus se retrouvent dans une situation financière difficile lorsque ces paiements directs deviennent élevés au regard de leurs moyens. Les ménages les plus pauvres et ceux qui doivent supporter les coûts d'un traitement de longue durée, comme celui des médicaments prescrits en cas de maladie chronique, sont particulièrement vulnérables.

La part de la consommation des ménages consacrée aux soins de santé fournit une évaluation globale du fardeau financier que représentent les dépenses à la charge des patients. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, en 2019, environ 3 % des dépenses totales des ménages étaient consacrées aux biens et services de santé, ce pourcentage variant de 2 % ou moins en France, en Slovénie, au Luxembourg, en Colombie et en Turquie à plus de 5 % en Corée et en Suisse (Graphique 5.8).

Le degré de couverture des différents biens et services de santé varie selon les systèmes de santé des pays de l'OCDE (voir l'indicateur « Étendue de la couverture de santé »). Les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux constituaient la principale dépense à la charge des personnes en 2019, suivis des dépenses pour les soins ambulatoires (Graphique 5.9). Ces deux composantes représentent généralement près des deux tiers des dépenses de santé des ménages. Les dépenses moyennes à la charge des ménages consacrées aux soins dentaires (14 % des dépenses de santé) et aux soins de longue durée (12 %) peuvent également être élevées. Les soins hospitaliers ne constituent qu'une part minime (9 %) de ces paiements. Pendant la pandémie de COVID-19, les pays ont essayé de faire en sorte que le diagnostic, le dépistage et les soins appropriés pour les patients atteints de COVID-19 soient abordables, notamment dans les pays où des segments de la population restent sans couverture (OCDE, 2021[6]).

L'indicateur le plus largement utilisé pour mesurer les difficultés financières associées aux paiements directs pour les ménages est l'incidence des dépenses de santé catastrophiques (Cylus, J., Thomson et Evetovits, 2018[8]). Celle-ci varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, avec moins de 2 % de ménages concernés en Suède, en Espagne, au Royaume-Uni, en Irlande, en République tchèque et en Slovénie, contre plus de 10 % en Lituanie, en Lettonie, en Hongrie et au Portugal (Graphique 5.10). Dans tous les pays, les ménages les plus pauvres (c'est-à-dire ceux qui appartiennent au quintile de consommation le plus bas) sont les plus susceptibles de se trouver confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, bien que de nombreux pays aient pris des mesures de protection financière.

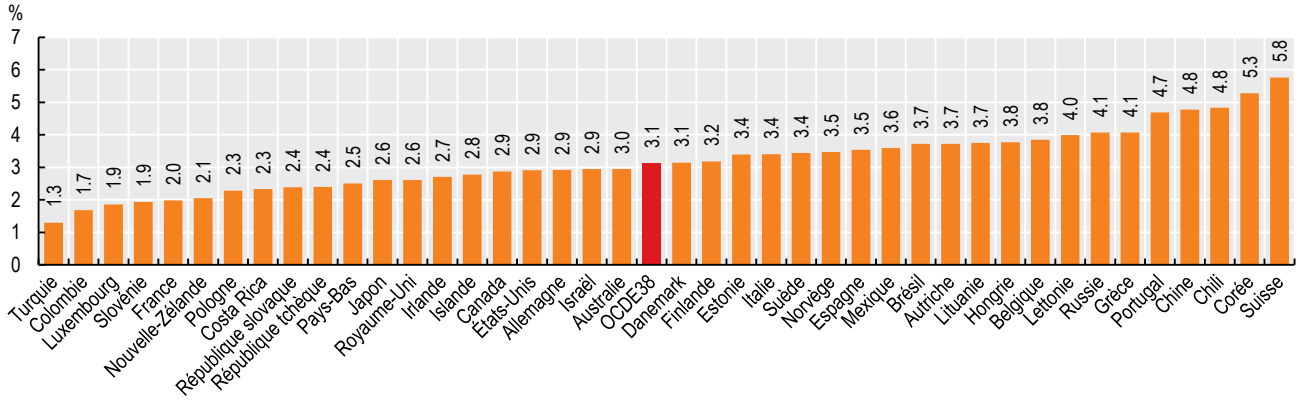
Les pays où les dépenses publiques de santé sont relativement élevées et les paiements à la charge des ménages faibles se caractérisent généralement par une moindre incidence des dépenses catastrophiques. Cependant, les choix sont également importants, notamment en ce qui concerne la politique de couverture (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2019[9]). La protection financière de la population suppose que les soins soient financés sur fonds publics, bien que cela ne soit pas une garantie suffisante en soi. Les pays où l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est faible sont également les plus susceptibles de dispenser de participation aux frais de santé les personnes pauvres et les personnes qui ont fréquemment recours aux soins, de privilégier une participation forfaitaire peu élevée à une participation en pourcentage de la dépense totale, notamment pour les médicaments destinés aux traitements en ambulatoire, et de plafonner le montant de la participation demandée à chaque ménage sur une période de temps donnée (comme en Autriche, en Irlande et au Royaume-Uni).

Définition et comparabilité

Les dépenses directes (appelées encore paiements directs ou dépenses à la charge des patients) désignent les dépenses supportées directement par les patients lorsque ni les systèmes d'assurance publics ni les systèmes privés ne couvrent en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Elles incluent la participation des patients au coût et d'autres dépenses payées directement par les ménages et, dans l'idéal, devraient aussi inclure les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins.

Les dépenses de santé catastrophiques sont un indicateur de protection financière qui sert à mesurer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU). Elles se définissent comme les dépenses directes qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer aux soins de santé. Les ressources dont disposent les ménages peuvent être définies de diverses façons, ce qui entraîne des différences de mesure. Dans les données présentées ici, ces ressources sont définies comme la consommation du ménage diminuée d'un montant forfaitaire représentant les dépenses de première nécessité consacrées à la nourriture, au loyer et aux charges (eau, électricité, gaz et autres combustibles). Le seuil au-delà duquel les ménages sont considérés comme confrontés à des dépenses catastrophiques est fixé à 40 %. Cet indicateur est calculé à l'aide des microdonnées issues des enquêtes nationales sur le budget des ménages.

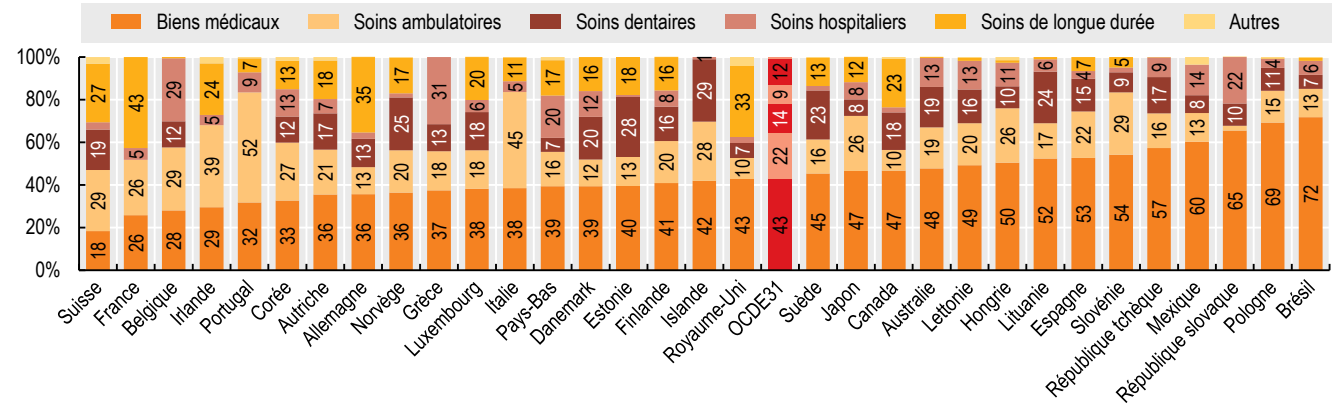
Graphique 5.8. **Dépenses à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://stat.link/8p6van

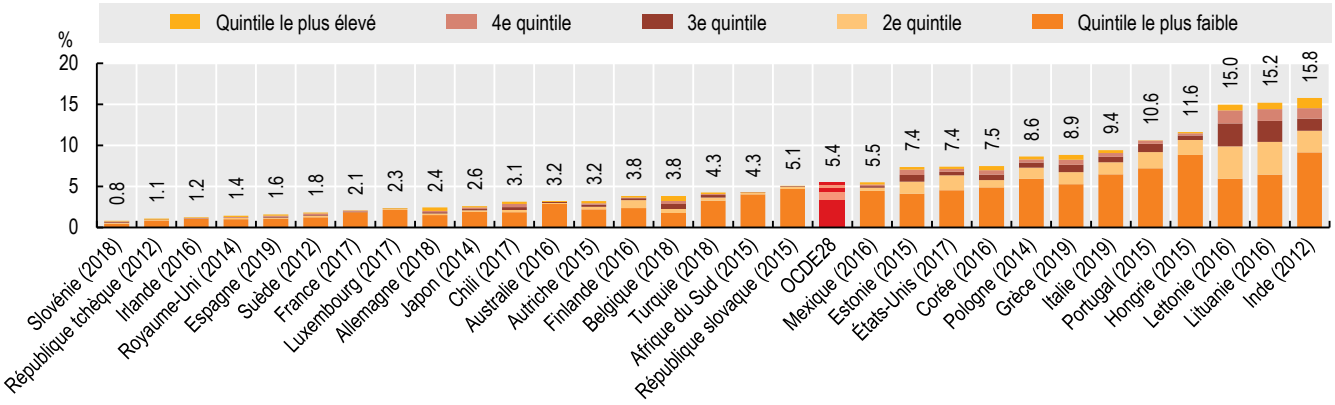
Graphique 5.9. **Dépenses à la charge des patients, par type de service de santé, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La catégorie « Biens médicaux » comprend les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques. La catégorie « Autres » comprend les soins préventifs, les services administratifs et les services inconnus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/so4kaj

Graphique 5.10. **Part des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques, par quintile de consommation, dernière année disponible**



Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2021 (pays d'Europe) ; Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021 (pays hors Europe).

StatLink https://stat.link/lo59zw

Consultations chez le médecin

Pour une grande partie de la population, les contacts avec les services de santé revêtent le plus souvent la forme de consultations chez le médecin, qui débouchent souvent sur une prise en charge médicale. Les consultations peuvent avoir lieu au cabinet médical, dans les services de consultation externe des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. De plus en plus, les consultations peuvent également avoir lieu en ligne et par vidéoconférence, grâce au développement des téléconsultations (Oliveira Hashiguchi, 2020[10]). Le recours aux téléconsultations a fortement augmenté pendant la pandémie de COVID-19, afin de protéger à la fois les patients et les médecins et d'éviter la propagation du virus (voir l'indicateur « Santé numérique »).

En 2019, le nombre de consultations de médecins en présentiel a varié de moins de 3 au Mexique, au Costa Rica, en Suède, en Colombie et au Chili, à plus de 17 en Corée (Graphique 5.11). La moyenne de l'OCDE était de 6.8 consultations par personne et par an, la plupart des pays en déclarant entre quatre et dix. Depuis 2009, le nombre moyen de consultations de médecins par personne est resté relativement stable dans les pays de l'OCDE. Toutefois, il a fortement augmenté dans certains pays au fil du temps (p. ex., en Turquie, en Lituanie et en Colombie).

Les différences en ce qui concerne les modalités de prestation de services expliquent une partie des variations entre les pays. Au Canada, en Finlande, en Irlande, en Nouvelle-Zélande, en Suède, au Royaume-Uni et aux États-Unis, le nombre relativement faible de consultations médicales peut s'expliquer en partie par le fait que les infirmiers et autres professionnels de santé jouent un rôle important en matière de soins primaires – notamment en ce qui concerne la gestion des patients atteints de maladies chroniques et le traitement des patients ayant des problèmes de santé mineurs. Cela réduit la nécessité de consulter un médecin (Maier, Aiken et Busse, 2017[11]).

Les modes de paiement des prestataires et les montants du ticket modérateur ont également un impact sur le nombre de consultations médicales. Dans certains pays, les médecins sont payés essentiellement en honoraires pour service (p. ex., en Allemagne, au Japon, en Corée et en République slovaque). Ces pays ont généralement des taux de consultation plus élevés que les pays où les médecins sont le plus souvent salariés ou rémunérés à la capitation (p. ex., le Danemark, la Finlande, le Mexique et la Suède). Pour autant, en Suisse et aux États-Unis, où les médecins sont le plus souvent rémunérés à l'acte, les taux de consultation sont également inférieurs à la moyenne. Dans ces pays, le montant du ticket modérateur est élevé pour une grande partie de la population, ce qui peut amener les patients à ne pas consulter de médecin en raison du coût des soins.

Le COVID-19 a également eu un impact non négligeable sur les consultations de médecins. Les mesures de confinement et le report des interventions non urgentes, ou de confort, notamment au début de la pandémie, ont contribué à la réduction du nombre de consultations médicales, tout comme la réticence de nombreuses personnes à se rendre dans les établissements de santé par crainte d'attraper le virus (OCDE, 2020[5]). Sur la base des données préliminaires pour 2020, les consultations par habitant ont diminué dans sept pays de l'OCDE sur huit par rapport à 2019. Les consultations en présentiel ont diminué de 30 % environ au Chili et en Espagne, de 16-17 % au Costa Rica, en Israël et en Norvège et d'un peu moins de 10 % en Australie et au Mexique ; aucun changement n'a été observé au Danemark. Toutefois, la baisse des consultations en personne a été compensée dans une certaine mesure par l'augmentation du nombre de téléconsultations (voir l'indicateur « Santé numérique » et le chapitre 2 pour une analyse approfondie de l'impact du COVID-19 sur la santé).

Les informations relatives au nombre de consultations de médecins par personne peuvent servir à estimer le nombre annuel de consultations par médecin. Cet indicateur ne doit pas être considéré comme une mesure de la productivité des médecins, d'une part parce que la durée et l'efficacité des consultations varient, d'autre part parce qu'il ne prend en compte ni les services que les médecins fournissent aux patients hospitalisés, ni le temps consacré aux tâches administratives et aux travaux de recherche. Si l'on garde à l'esprit ces problèmes de comparabilité, c'est en Corée, au Japon et en Turquie que le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé (Graphique 5.12). Les chiffres les plus bas ont été enregistrés en Grèce, en Suède et au Costa Rica. En Suède, les consultations médicales, aussi bien dans le cadre de soins primaires qu'à l'hôpital, sont généralement limitées aux patients dont le cas est relativement grave ou complexe.

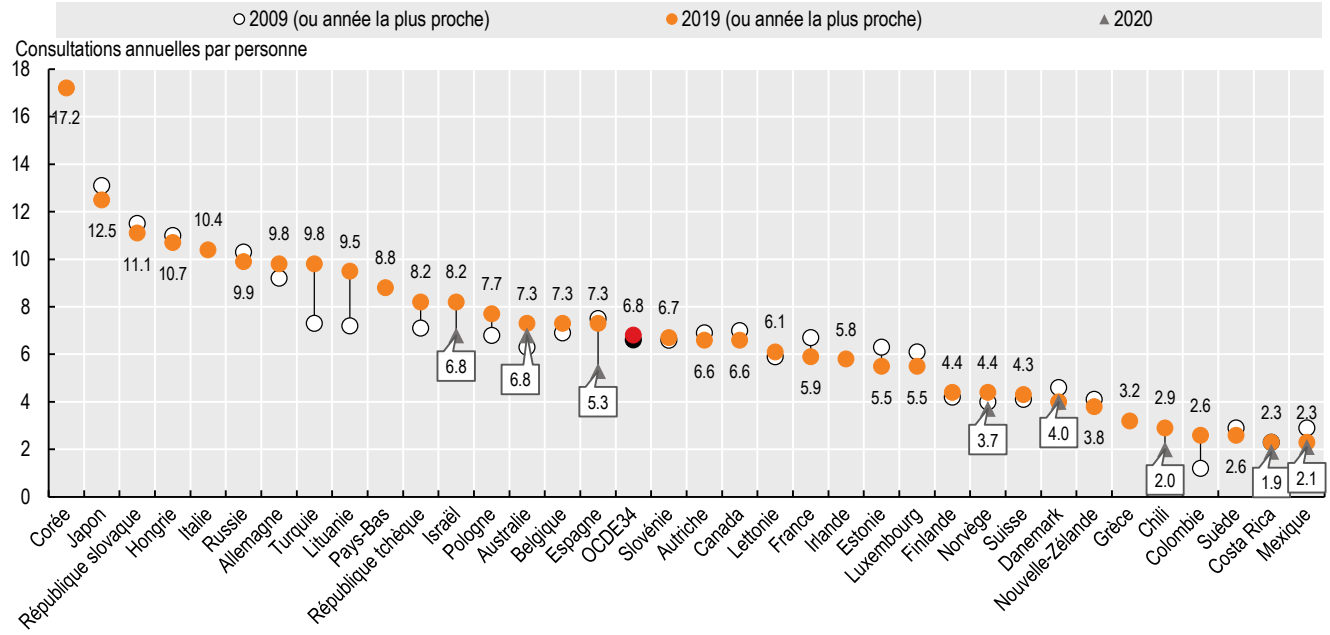
Le nombre et le type de consultations peuvent varier selon le groupe socio-économique. Les personnes les plus aisées consulteront plus facilement un médecin que les personnes du quintile de revenu inférieur, pour un niveau de besoin comparable. Ces inégalités d'accès selon le niveau de revenu sont beaucoup plus marquées pour les consultations de spécialistes que pour les consultations de généralistes (OCDE, 2019[4]).

Définition et comparabilité

Les consultations de médecins correspondent au nombre de contacts directs (en présentiel) avec des généralistes ou des spécialistes. On observe des variations d'un pays à l'autre en matière de couverture des différents types de consultations, notamment en ce qui concerne les services de consultations externes des hôpitaux. Les données proviennent essentiellement de sources administratives ; néanmoins, dans certains pays (Irlande, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Espagne et Suisse), elles sont tirées d'enquêtes à partir d'entretiens auprès de patients. Les estimations provenant de sources administratives sont généralement plus précises (et plus élevées) que celles tirées des enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

Aux Pays-Bas, ils ne comptabilisent pas les consultations pour soins maternels et infantiles. En Autriche et en Allemagne, seul le nombre de cas de traitement médical suivant les règles de remboursement du régime d'assurance maladie est comptabilisé (un cas ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois, même si le patient consulte un médecin plus souvent, d'où une sous-estimation). Les consultations téléphoniques sont comptabilisées dans certains pays (p. ex., l'Irlande, les Pays-Bas et l'Espagne). En Turquie, la plupart des consultations de médecins ont lieu dans les services de consultation externe des hôpitaux.

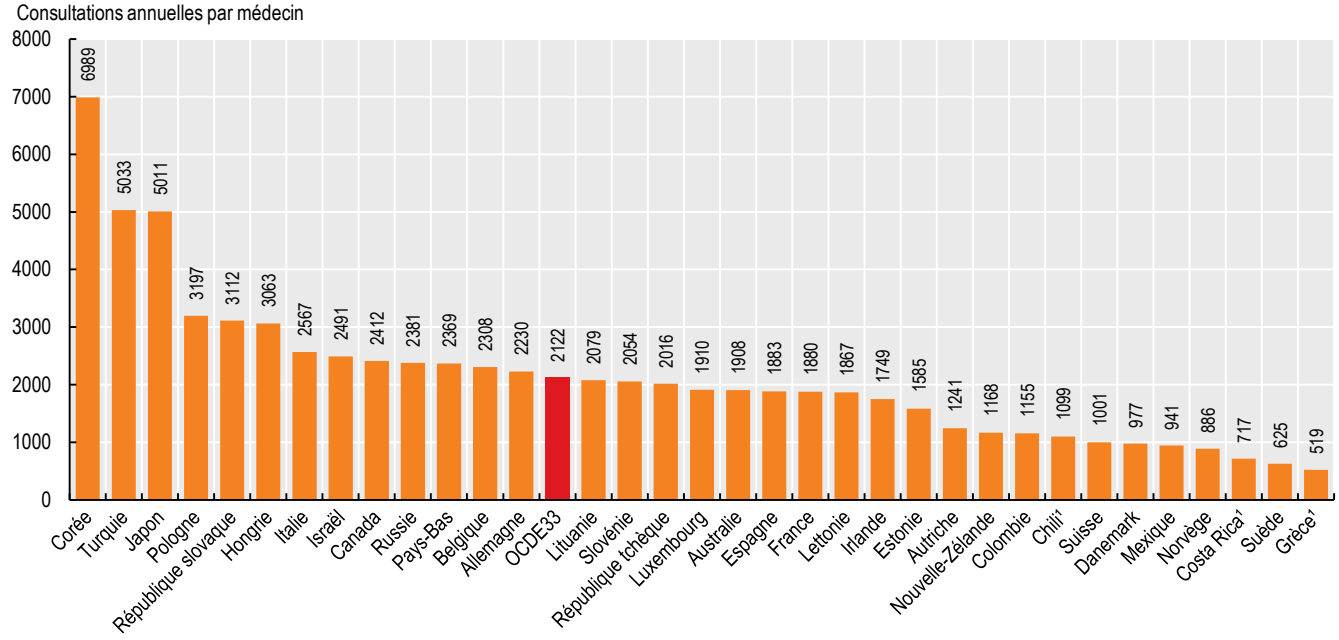
Graphique 5.11. **Nombre de consultations médicales en présentiel par personne, 2009, 2019 et 2020**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/mabofe

Graphique 5.12. **Estimation du nombre de consultations en présentiel par médecin, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Au Chili, au Costa Rica et en Grèce, le dénominateur inclut tous les médecins habilités à exercer.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/67fisr

Santé numérique

Pour fournir des soins sûrs, efficaces, adaptés et centrés sur le patient, qui soient également rentables et accessibles, il faut que les décideurs, qu'il s'agisse de patients, de professionnels de santé, de gestionnaires ou de scientifiques, disposent de données et d'informations précises et actualisées sur la santé (OCDE, 2019[12]). Lorsque les données et les informations sur la santé sont compréhensibles et valables pour un éventail d'utilisations et d'utilisateurs, de nouveaux services et applications numériques de santé deviennent possibles. De la télésanté à l'intelligence artificielle, les nouveaux services de santé numériques peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins de santé et d'accroître la satisfaction des patients, notamment de ceux qui ont le plus de difficultés à accéder aux services de soins classique en présentiel (p. ex., les patients vivant en milieu rural). Une transformation numérique des soins de santé est en cours dans les pays de l'OCDE, accélérée par la pandémie de COVID-19 et impulsée par le passage au numérique des infrastructures d'information ainsi que par la demande croissante des patients.

De nombreux pays de l'OCDE mettent en place des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux pour leurs patients (Oderkirk, 2021[13]). En 2021, en moyenne 93 % des cabinets de soins primaires auront recours aux DME dans 24 pays de l'OCDE (Graphique 5.13). Dans 16 pays de l'OCDE, tous les cabinets de soins primaires ont adopté les DME, alors qu'au Japon, seulement 42 % les utilisent. La proportion de cabinets de soins primaires ayant recours aux DME a augmenté au fil du temps dans la plupart des pays participant à cette enquête de l'OCDE. En 2012, une moyenne de 70 % des cabinets de soins primaires avaient recours aux DME (la composition des pays participants diffère d'une année à l'autre). Parmi les pays où la proportion de cabinets médicaux ayant recours aux DME a au moins doublé depuis 2012 figurent le Canada, le Danemark et le Japon.

En 2021, dans 16 pays de l'OCDE sur 26, la plupart des patients peuvent avoir accès à un portail Internet leur permettant de consulter les informations figurant dans leur DME. Dans 11 pays de l'OCDE, la plupart des patients peuvent également interagir avec leur dossier (p. ex., en modifiant des informations, en ajoutant des données à partir d'appareils ou d'applis ou en communiquant des résultats, des expériences ou des incidents cliniques). Environ la moitié des pays mettent les patients en relation avec leurs prestataires de santé par l'intermédiaire d'un portail dédié qui facilite les téléconsultations (13 pays), la vidéoconférence (12 pays) et l'échange de courriers électroniques ou de SMS sécurisés (11 pays). Sept pays utilisent également le portail pour mener des enquêtes sur les expériences des patients et les résultats communiqués par les patients.

La consultation des personnes en ce qui concerne leurs soins et le fait de leur donner accès à toutes les informations ayant trait à leur santé sont des dimensions essentielles des systèmes de santé centrés sur la personne. Tant les patients que les prestataires de soins s'intéressent de plus en plus à l'utilisation d'outils numériques, les uns pour améliorer leur santé, les autres pour aider leurs patients à dialoguer avec les systèmes de santé. En moyenne dans 30 pays de l'OCDE, en 2020, 59 % des personnes âgées de 16 à 74 ans ont utilisé l'Internet pour rechercher des informations sur la santé au cours des trois mois précédant l'enquête, contre 36 % en 2010 (Graphique 5.14). Cependant, des différences démographiques et socio-économiques significatives ont été observées quant à la recherche d'informations sur la santé en ligne (Oliveira Hashiguchi, 2020[10]). Ainsi, les adultes d'un certain âge, les personnes ayant un niveau d'études peu élevé et celles appartenant aux ménages à faibles revenus avaient moins de probabilités de rechercher des informations sur la santé en ligne. Les connaissances en matière de santé et la culture numérique en matière de santé sont cruciales pour faire en sorte que la transformation numérique ne laisse aucun patient de côté.

Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19, et les restrictions de mobilité, de travail et d'interactions sociales qui en ont résulté, un nombre bien plus important de personnes n'ont pas pu bénéficier de conseils médicaux en présentiel. En 2019, avant la pandémie, les consultations à distance par téléphone ou vidéo représentaient moins de 10 % des consultations en Australie, en Finlande, en Lituanie, en Norvège et en Slovénie. C'est au Danemark que la part des consultations à distance était la plus élevée avant la pandémie (45 %). Dès le début de la pandémie, la proportion d'adultes ayant déclaré avoir eu une consultation médicale en ligne ou par téléphone a augmenté de façon spectaculaire : à la mi-2020, près d'un adulte sur trois avait eu recours à une consultation à distance, une proportion qui est passée à près d'un sur deux au début de l'année 2021 (Graphique 5.15). Les pays où le recours aux consultations à distance était le plus élevé en juin 2020 ont également enregistré des taux de croissance plus élevés entre juin 2020 et janvier 2021, ce qui indique une divergence croissante.

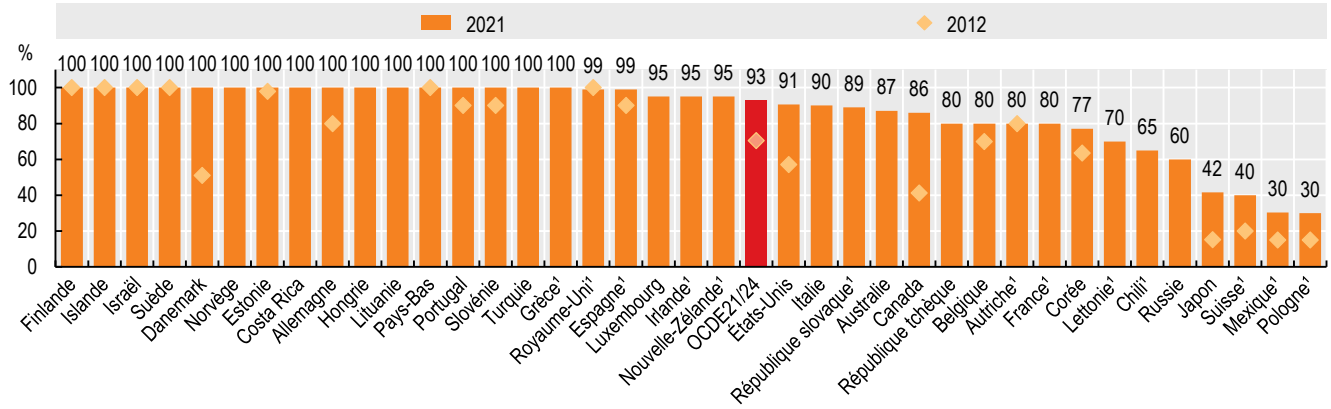
Définition et comparabilité

Un DME est un dossier médical informatisé créé au sein d'une structure de soins (un hôpital ou un cabinet médical, par exemple) pour les patients de la structure en question. Idéalement, il faudrait que les DME soient partagés entre les prestataires et les établissements, l'objectif étant de fournir un historique détaillé des contacts avec le système de soins de santé aux patients individuels ayant recours à plusieurs structures (Oderkirk, 2021[13]). Les chiffres présentés sur la mise en place des DME proviennent d'une enquête menée en 2021 auprès des pays de l'OCDE, à laquelle 25 pays membres de l'OCDE et la Fédération de Russie (Russie) ont répondu. L'enquête a été réalisée en 2012, 2016 et 2021.

La base de données sur l'accès des ménages et des particuliers aux technologies de l'information et de la communication (TIC) et sur leur usage de ces technologies offre une sélection de 92 indicateurs, basés sur la deuxième révision de l'enquête modèle de l'OCDE sur l'accès des ménages et des particuliers aux TIC et sur leur usage de ces technologies. Les indicateurs proviennent à la fois d'une collecte de données de l'OCDE sur les pays de l'OCDE et les pays candidats ou principaux partenaires (p. ex., l'Australie et le Brésil) et des Statistiques d'Eurostat sur les ménages et les individus pour les pays de l'OCDE qui font partie du système statistique européen (p. ex., l'Allemagne).

La proportion de rendez-vous médicaux par téléphone ou vidéo, par rapport à l'ensemble des rendez-vous médicaux, avant la pandémie, provient de la collecte conjointe de données OCDE/Eurostat/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les aspects non monétaires des soins de santé. La proportion d'adultes déclarant avoir consulté un médecin en ligne ou par téléphone est tirée de l'enquête électronique « Vivre, travailler et COVID-19 » d'Eurofound, qui donne un aperçu de l'impact de la pandémie sur la vie des gens. L'enquête a été réalisée trois fois au moment de la rédaction du présent rapport, avec la question sur les consultations à distance (« Depuis le début de la pandémie, avez-vous bénéficié de l'un des services suivants de la part d'un médecin ? Soins de santé en ligne : consultation médicale en ligne ou par téléphone ») figurant dans les cycles 2 (juillet 2020) et 3 (mars 2021).

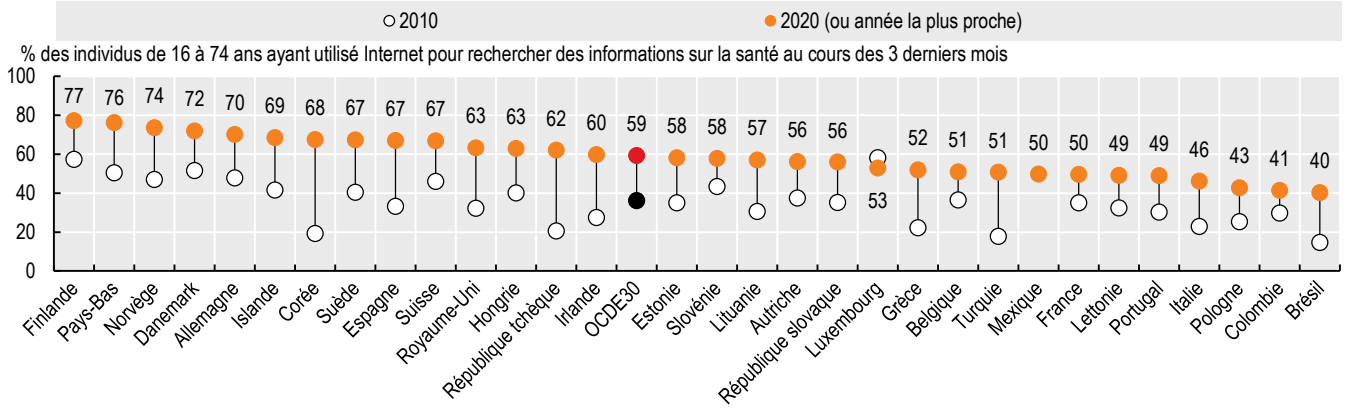
Graphique 5.13. **Proportion de cabinets médicaux de soins primaires ayant recours aux dossiers médicaux électroniques, 2012 et 2021**



1. L'année la plus récente est 2016 (données non incluses dans la moyenne OCDE 2021).
Source : Enquête de l'OCDE sur le développement et l'utilisation du système de dossiers médicaux électroniques, 2012, 2016 et 2021.

StatLink https://stat.link/s0pht8

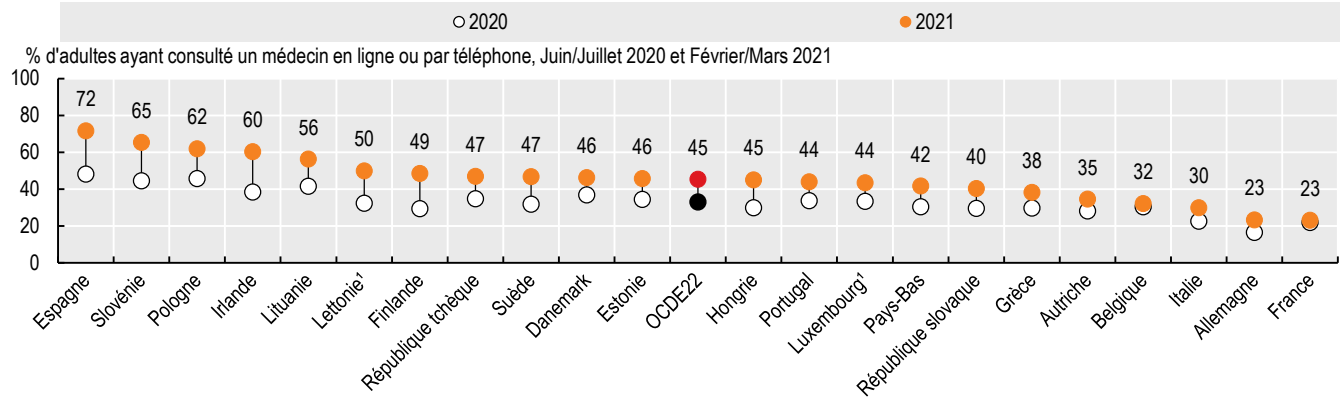
Graphique 5.14. **Pourcentage d'adultes ayant recherché en ligne des informations sur la santé, 2010 et 2020**



Note : Les données les plus récentes sont celles de 2018 pour la Pologne et de 2019 pour la Suisse, le Mexique et la France ; les données les plus anciennes pour le Mexique datent de 2015.
Source : Ensemble de données de l'OCDE sur l'accès des ménages et des particuliers aux TIC et sur leur usage de ces technologies.

StatLink https://stat.link/xkjc9h

Graphique 5.15. **Pourcentage d'adultes ayant bénéficié des services d'un médecin par télémédecine depuis le début de la pandémie, 2020 et 2021**



1. Faible fiabilité dans une ou deux enquête(s).
Source : Eurofound (2020), « Vivre, travailler et COVID-19, » *http://eurofound.link/covid19data*.

StatLink https://stat.link/849wxi

Lits d'hôpital et taux d'occupation

Le nombre de lits d'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de lits d'hôpital et de faire preuve d'une capacité d'adaptation s'agissant de leur utilisation afin de faire face à la hausse inattendue de la demande de soins intensifs, et de disposer d'un nombre suffisant de médecins et d'infirmiers dotés des compétences nécessaires pour fournir les services requis (OCDE/Union européenne, 2020[14]). Néanmoins, un excédent de lits d'hôpital peut entraîner une suroccupation des lits et donc des coûts, notamment en ce qui concerne les patients dont l'état ne s'améliore pas grâce aux soins intensifs (Phua, Hashmi et Haniffa, 2020[15]). Par conséquent, si les décideurs doivent veiller à ce que la capacité en lits d'hôpital soit suffisante pour assurer la résilience, il convient également de prendre en compte les aspects relatifs à la rentabilité de l'utilisation des ressources.

En 2019, on recensait en moyenne 4.4 lits d'hôpital pour 1 000 personnes dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.16). Au Japon et en Corée, ce chiffre était nettement supérieur (12.8 et 12.4 pour 1 000 habitants respectivement). Plus de la moitié des pays de l'OCDE déclaraient entre trois et huit lits pour 1 000 personnes, les taux les plus bas étant observés en Colombie, au Costa Rica et au Mexique. Parmi les pays partenaires de l'OCDE, l'Inde et l'Indonésie comptaient également relativement peu de lits.

Depuis 2009, le nombre de lits par habitant a diminué dans quasiment tous les pays de l'OCDE. La réduction la plus importante a été observée en Finlande, avec une chute de plus de 50 % touchant essentiellement les lits de soins de longue durée et les lits de soins psychiatriques. La Lettonie, le Luxembourg, la Norvège et les Pays-Bas ont réduit leur capacité d'un lit ou plus pour 1 000 habitants. Cette diminution est en partie imputable aux progrès des technologies médicales, qui ont permis d'accroître le nombre de chirurgies ambulatoires, mais elle s'inscrit aussi dans une stratégie plus vaste de réduction du nombre d'hospitalisations. En revanche, le nombre de lits a fortement augmenté en Corée (+52 %), où ils sont pour une part substantielle affectés aux soins de longue durée.

Les taux d'occupation des lits d'hôpital constituent des informations complémentaires permettant d'évaluer la capacité des hôpitaux. Un taux d'occupation élevé des lits de soins curatifs (aigus) peut être symptomatique d'un système de santé sous pression. Une certaine capacité de lits excédentaire est nécessaire pour absorber les hausses inattendues du nombre de patients ayant besoin d'une hospitalisation. Bien qu'il n'existe pas de consensus général sur le taux d'occupation « optimal », un taux d'occupation d'environ 85 % est souvent considéré comme un maximum pour réduire le risque de pénurie de lits (NICE, 2018[16]). En 2019, le taux d'occupation des lits était supérieur à 85 % dans quatre des 27 pays de l'OCDE ayant des données comparables : Canada, Israël, Irlande et Costa Rica (Graphique 5.17). Le taux d'occupation était comparativement bas aux États-Unis, en Hongrie et aux Pays-Bas (moins de 65 %). En 2019, il s'élevait à 70-80 % dans la moitié des pays de l'OCDE environ, et la moyenne de l'OCDE était de 76 %.

Si la capacité en lits de médecine générale des hôpitaux est importante, celle des unités de soins intensifs (USI) a été une ressource essentielle pendant la pandémie de COVID-19, permettant de soigner les patients gravement malades. En dépit des différences de définition, on comptait en moyenne dans 34 pays de l'OCDE 14.1 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants en 2019 (Graphique 5.18). C'est en République tchèque et en Estonie que le nombre de lits de soins intensifs était le plus élevé avant la pandémie (respectivement 43 et 38 lits pour 100 000 habitants). L'Allemagne et la Turquie affichaient également des chiffres bien supérieurs à la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité du spectre, le Costa Rica, la Nouvelle-Zélande et le Mexique avaient le plus faible nombre de lits de soins intensifs, soit moins de 4 pour 100 000 habitants. Pendant la pandémie, les pays ont déployé un certain nombre d'interventions pour pouvoir s'adapter rapidement. Ces mesures comprenaient la transformation d'autres services cliniques en USI, la création d'hôpitaux de campagne dotés d'USI et le transfert de patients vers des localités disposant d'une capacité excédentaire en matière d'USI. En effet, les données préliminaires tendent à montrer que la plupart des dix pays ayant fourni des données pour 2020 ont augmenté leur capacité en matière d'USI depuis le début de la pandémie. En Turquie, par exemple, le nombre de lits de soins intensifs en 2020 a augmenté d'environ 30 % par rapport à 2019.

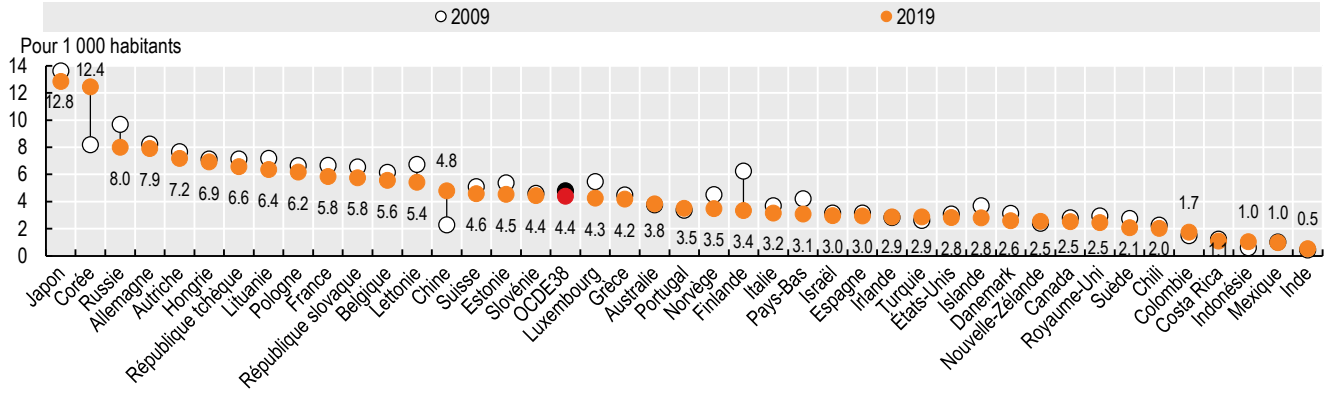
Définition et comparabilité

Les lits d'hôpital sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de long séjour. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Les données du Costa Rica et du Royaume-Uni concernent uniquement les hôpitaux publics. Celles de la Suède ne couvrent pas les lits privés financés sur fonds privés. Les lits pour soins ambulatoires peuvent être inclus dans certains pays (p. ex., l'Autriche, le Luxembourg jusqu'en 2018 et les Pays-Bas). Quelques pays (p. ex., le Canada et la Pologne) incluent les berceaux pour les nourrissons en bonne santé.

Le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) est obtenu en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre des lits de soins curatifs disponibles (multiplié par 365). Aux Pays-Bas, le nombre de lits utilisés pour le calcul du taux d'occupation fait l'objet d'une investigation.

Les lits de soins intensifs sont destinés aux patients gravement malades qui ont besoin de soins médicaux et infirmiers intensifs et spécialisés, d'une surveillance étroite et d'un soutien physiologique de leurs organes afin de rester en vie pendant une période d'insuffisance aiguë de leurs systèmes organiques. Les lits de soins intensifs sont classés en fonction du niveau de soins prodigués au patient. Il existe généralement trois niveaux de surveillance, le niveau 3 étant le plus intensif et le niveau 1 le plus faible. Les données sur les lits de soins intensifs couvrent les trois niveaux, à l'exception de l'Angleterre (Royaume-Uni), de l'Irlande et de la Lettonie, où elles couvrent uniquement les lits de niveau 2 et 3. La définition exacte des lits de soins intensifs varie d'un pays de l'OCDE à l'autre, en fonction de leur réglementation, et apporte des précisions sur les exigences à respecter, par exemple le ratio de patients par infirmier, les propriétés physiques du lit (à savoir les ventilateurs, l'équipement de monitoring, le matériel de perfusion, etc.) et sur les caractéristiques des patients. Les données du Graphique 5.18 concernent les lits de soins intensifs pour adultes pour la plupart des pays, mais quelques pays (p. ex. l'Estonie) incluent également les lits de réanimation néonatale et pédiatrique.

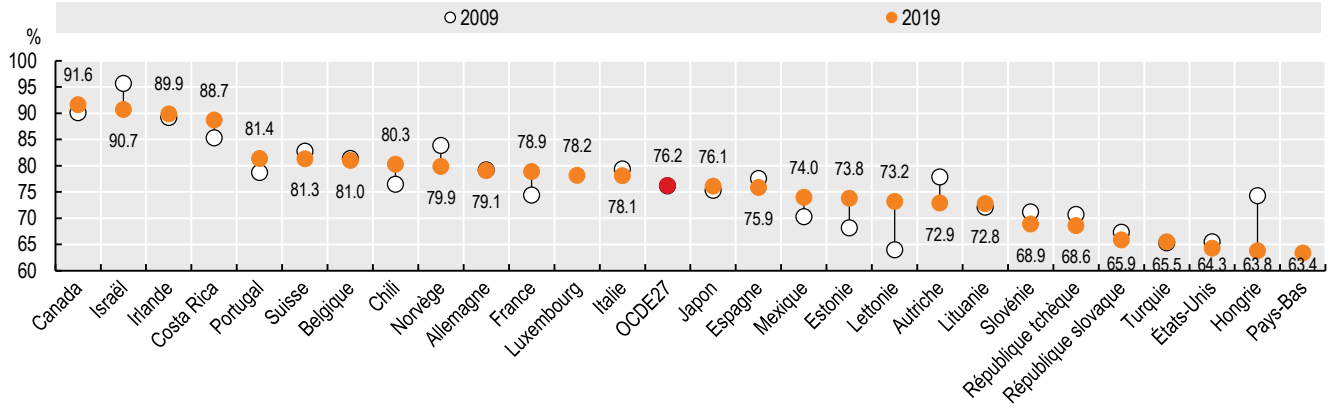
Graphique 5.16. **Lits d'hôpital, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/54s7lz

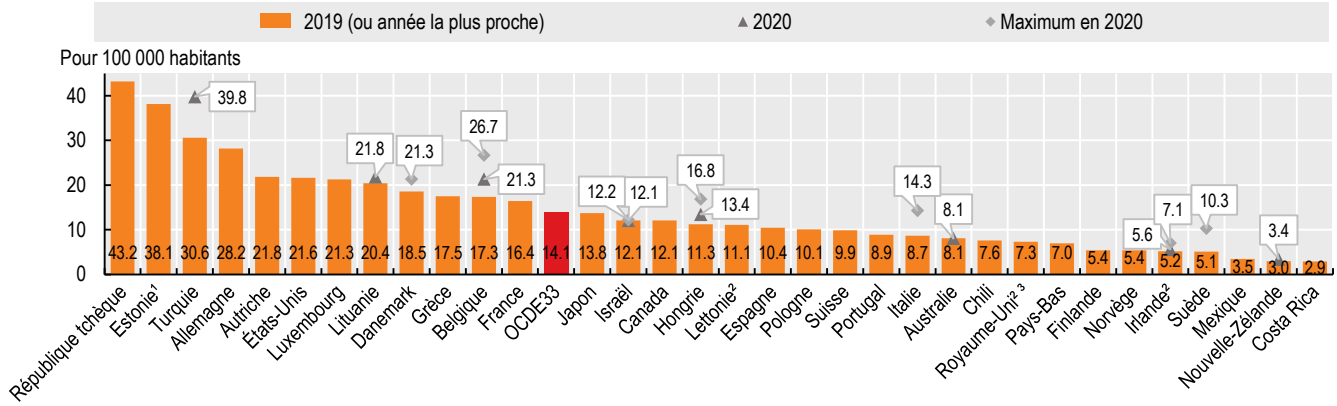
Graphique 5.17. **Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/h3asni

Graphique 5.18. **Lits de soins intensifs pour adultes, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Lits de soins intensifs néonatals et pédiatriques inclus. 2. Les données couvrent uniquement les lits de soins critiques. 3. Les données concernent uniquement l'Angleterre.

Source : Questionnaire conjoint OCDE/Eurostat/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les statistiques de soins de santé non monétaires 2021 (données non publiées) ; Profils de santé par pays 2021 ; Health at a Glance : Latin America and the Caribbean 2020 ; sources nationales.

StatLink https://stat.link/gf83ro

Sorties d'hôpital et durée moyenne de séjour

Le taux de sortie d'hôpital permet de mesurer le nombre de patients qui quittent l'hôpital après y être restés au moins une nuit. Améliorer la sortie des patients à plus bref délai permet de fluidifier le flux de patients et donc de libérer des lits d'hôpital et de faire gagner du temps au personnel soignant. Les sorties prématurées ou retardées aggravent l'état des patients, mais augmentent aussi les coûts : les premières peuvent donner lieu à des ré-hospitalisations coûteuses ; les secondes consomment des ressources limitées.

En 2019, le taux de sortie d'hôpital s'élevait en moyenne à 146 pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.19). Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Allemagne, en Autriche et en Lituanie (220 sorties d'hôpital ou plus pour 1 000 habitants), les plus faibles en Colombie, au Mexique, au Costa Rica, au Canada, au Chili et aux Pays-Bas (moins de 100 pour 1 000 habitants). Le nombre de sorties d'hôpital a chuté entre 2009 et 2019 dans la majorité des pays de l'OCDE, certaines des baisses les plus spectaculaires ayant été observées dans les pays où le nombre de lits d'hôpital a également fortement diminué (p. ex. l'Estonie, la Finlande, l'Islande, le Luxembourg et la Suède). En revanche, les taux de sortie d'hôpital ont augmenté de 40 % en Corée, et ont presque triplé en République populaire de Chine (Chine).

En 2020, de nombreux pays ont revu leur politique de sortie d'hôpital, qui a constitué un outil important pendant la pandémie pour libérer des lits d'hôpital au profit des patients atteints de COVID-19. En effet, très vite, de nombreux hôpitaux ont cherché à faire sortir d'urgence les patients pour lesquels cela était médicalement sans risque. Dans le même temps, les pays ont dû élaborer rapidement de nouveaux critères de sortie pour les patients atteints de COVID-19 (OCDE, 2021[6]). Cela a contribué au fait que les critères de sortie étaient parfois peu clairs et incohérents (Sze et al, 2021[17]). S'agissant du volume total de sorties d'hôpital, les premières données issues de cinq pays de l'OCDE pour 2020 montrent une réduction des taux de sortie d'hôpital par rapport à 2019 (Graphique 5.19). Cela reflète l'évolution des politiques en matière de sortie d'hôpital. Les réductions les plus importantes ont été observées en Lituanie (- 63 %), en Italie et au Chili (- 30 % environ) ainsi qu'au Danemark et au Costa Rica (- 10 % environ). Ces diminutions reflètent probablement le fait que les gens ont évité les hôpitaux au plus fort de la pandémie, ainsi que l'évolution des politiques en matière de sortie d'hôpital.

La durée moyenne de séjour hospitalier est souvent considérée comme un indicateur d'efficience de la prestation des services de santé. Toutes choses égales par ailleurs, une hospitalisation de courte durée diminuera le coût par sortie et transfèrera la prise en charge des patients à des structures moins onéreuses. Les séjours de longue durée peuvent être le signe d'une mauvaise coordination des soins, ce qui a pour effet de laisser certains patients attendre inutilement à l'hôpital que des soins de rééducation ou de longue durée soient organisés. Dans le même temps, il arrive que certains patients sortent trop tôt, alors qu'un séjour plus long aurait peut-être pu améliorer leur état de santé ou réduire le risque de ré-hospitalisation.

En 2019, la durée moyenne de séjour hospitalier était de 7.6 jours dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.20). Le Mexique et la Turquie affichent les séjours hospitaliers les plus courts (environ 4 jours en moyenne), la Corée et le Japon les plus longs (en moyenne 16 jours ou plus par patient). Depuis 2009, la durée moyenne de séjour a diminué dans la plupart des pays ; les baisses les plus importantes ont eu été observées au Japon, en France, en Finlande, en Nouvelle-Zélande et en Belgique. Le seul pays où la durée de séjour a fortement augmenté est la Corée, mais ceci reflète en partie le rôle croissant des hôpitaux de « soins de longue durée », dont la fonction est similaire à celle des établissements de long séjour.

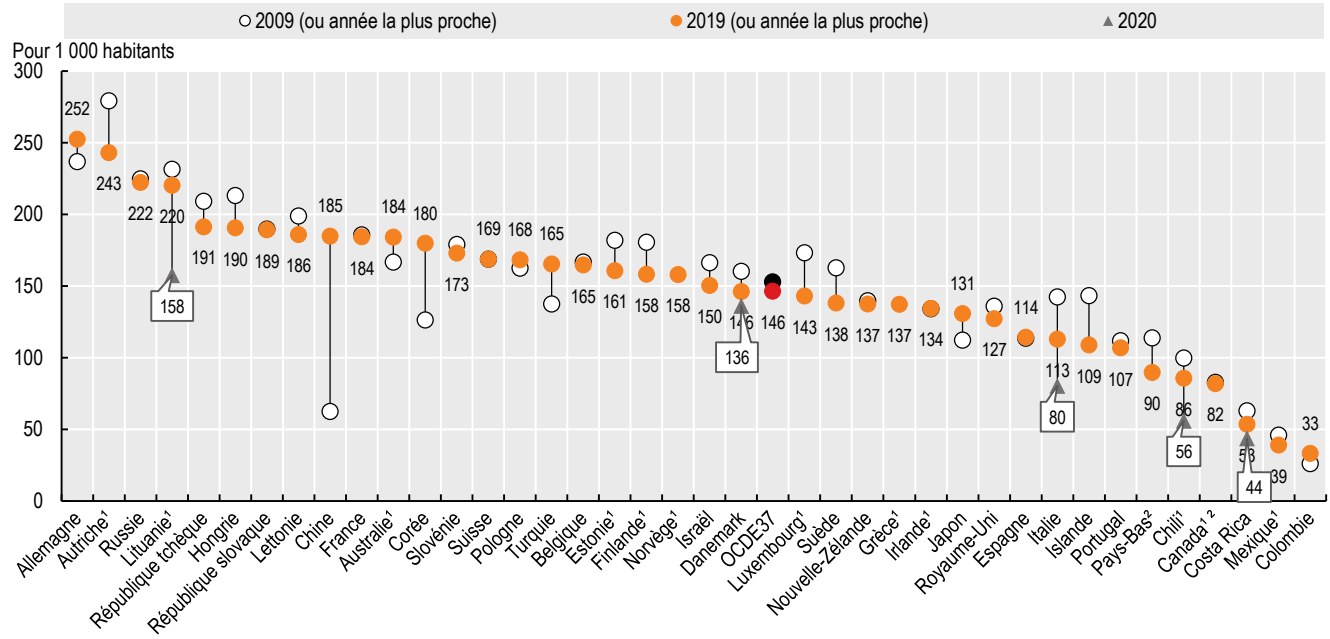
Les méthodes de paiement des hôpitaux peuvent les inciter à garder leurs patients plus longtemps. En particulier, les méthodes de paiement prospectives telles que les budgets globaux ou celles basées sur des groupes homogènes de malades sont une incitation financière à réduire le coût de chaque hospitalisation, à la différence des paiements basés sur la procédure ou le service. Les caractéristiques de l'hôpital peuvent également avoir de l'importance, les analyses de l'OCDE ayant montré que la durée de séjour avait tendance à être plus longue dans les hôpitaux disposant d'un grand nombre de lits, tandis qu'elle avait tendance à être plus courte en cas de taux élevé d'occupation des lits (Lorenzoni et Marino, 2017[18]). Enfin, le renforcement de l'accès aux soins primaires et aux soins extrahospitaliers peut réduire la durée des séjours hospitaliers. Ces dernières années, de nombreux pays (p. ex., les Pays-Bas, la France et la Norvège) ont augmenté la capacité des établissements de soins intermédiaires et de la prise en charge à domicile, qui peuvent servir de solution de substitution aux hôpitaux (OCDE, 2020[5] ; 2017[19]).

Définition et comparabilité

On entend par sortie d'hôpital la sortie d'un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit. Ce chiffre inclut les décès de patients hospitalisés survenus à l'hôpital. Les sorties le jour même sont exclues, à l'exception du Chili, du Japon et de la Norvège, qui incluent certaines sorties le jour même. Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus (ou majoritairement exclus) des taux de sorties dans plusieurs pays (Australie, Autriche, Canada, Chili, Estonie, Finlande, Grèce, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Mexique et Norvège). Ils représentent 3 à 10 % des sorties. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Par exemple, les données pour le Costa Rica, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur fonds publics. Les données pour l'Irlande couvrent les hôpitaux publics de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques (publics et privés). Les données pour le Canada et les Pays-Bas ne comprennent que les soins curatifs/aigus, ce qui entraîne une certaine sous-estimation. Les données pour 2020 sont provisoires et doivent être considérées avec prudence.

La durée moyenne de séjour est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle se calcule généralement en divisant le nombre total de jours d'hospitalisation de l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre d'admissions ou de sorties. Les hospitalisations ambulatoires ne sont généralement pas prises en compte. Dans la plupart des pays, les données couvrent toutes les hospitalisations (sans se limiter aux soins curatifs/aigus), à l'exception du Canada, du Japon et des Pays-Bas, dont les données correspondent à la durée moyenne d'hospitalisation en soins curatifs/aigus ou dans les établissements de soins curatifs uniquement (d'où une sous-estimation). L'exclusion des bébés en bonne santé nés à l'hôpital des données sur les sorties d'hôpital dans plusieurs pays (voir la liste ci-dessus) entraîne une légère surestimation de la durée de séjour (p. ex., l'inclusion des nouveau-nés en bonne santé réduirait la durée moyenne de séjour de 0.5 jour au Canada).

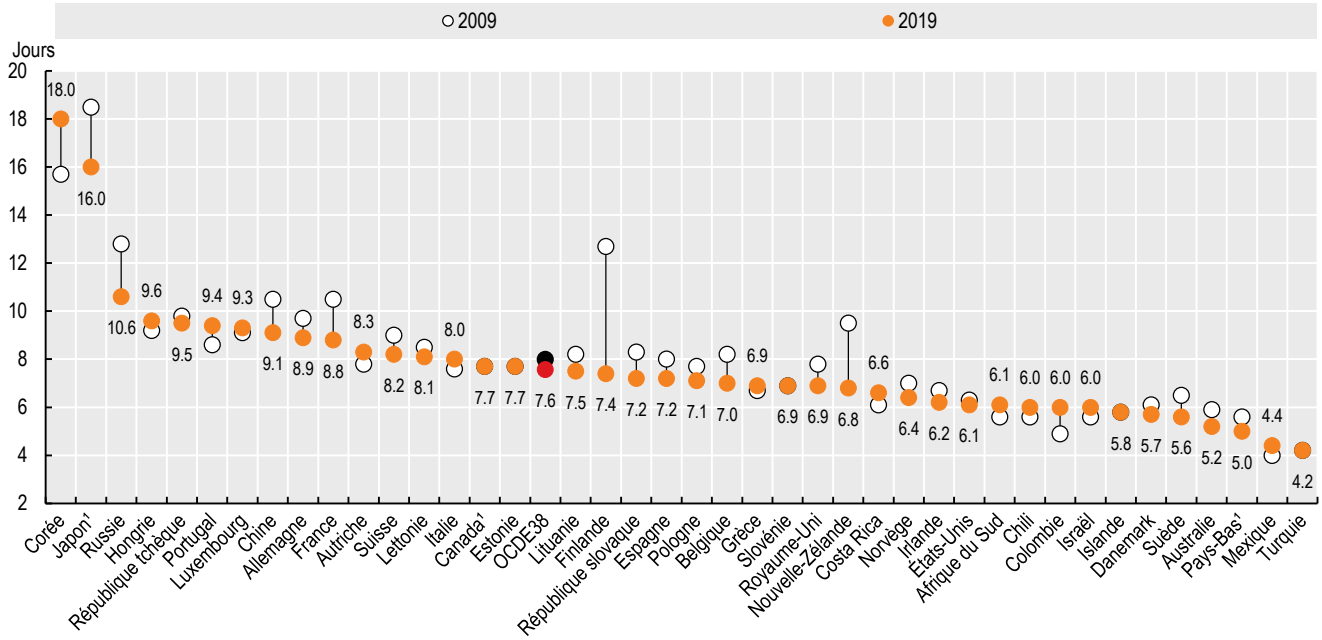
Graphique 5.19. **Taux de sortie d'hôpital, 2009, 2019 et 2020**



1. Exclut les sorties d'hôpital des nouveau-nés en bonne santé (entre 3 et 10 % de l'ensemble des sorties). 2. Les données couvrent uniquement les sorties de soins curatifs (aigus).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/2gn4wj

Graphique 5.20. **Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



1. Désigne la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation). Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 27 jours en 2019 (contre 33 en 2009).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/3iomk1

Technologies de diagnostic

Les technologies jouent un rôle important en matière de diagnostic médical ; de la visite médicale au traitement et au partage des résultats, en passant par l'accès au dossier médical des patients et l'examen des antécédents cliniques. Néanmoins, les nouvelles technologies peuvent aussi accroître les coûts, et il est couramment admis qu'elles sont l'un des principaux facteurs de hausse des dépenses de santé (Lorenzoni et al., 2019[20]). Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de trois technologies de diagnostic : la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie par émission de positrons (TEP). Les examens de TDM et d'IRM montrent tous deux des images des organes et des tissus internes, tandis que ceux de TEP montrent d'autres informations ainsi que des problèmes au niveau cellulaire.

Il n'existe pas de lignes directrices ou de références internationales quant au nombre idéal de scanners TDM et TEP et d'appareils d'IRM. Un nombre trop faible d'appareils peut engendrer des problèmes d'accès dus à l'éloignement géographique ou aux délai d'attente, tandis qu'un nombre trop élevé peut entraîner une surutilisation de ces actes diagnostiques onéreux, avec peu d'avantages voire aucun pour les patients.

Ces 20 dernières années, le nombre de scanners TDM et TEP et d'appareils d'IRM a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon possède de loin le plus grand nombre de scanners TDM et d'appareils d'IRM, et le troisième plus grand nombre de scanners TEP par habitant. L'Australie est le deuxième pays qui compte le plus grand nombre de scanners TDM ; les États-Unis arrivent en deuxième position quant au nombre le plus élevé d'appareils d'IRM et de scanners TEP ; enfin le Danemark arrive en première position quant au nombre le plus élevé de scanners TEP par habitant (Graphique 5.21). Les chiffres combinés de ces trois technologies de diagnostic sont également nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE en Allemagne, en Autriche, en Corée, en Grèce, en Islande, en Italie et en Suisse ; et nettement inférieurs à la moyenne en Colombie, au Costa Rica, en Hongrie et au Mexique.

Des données sur l'utilisation des scanners de diagnostic sont disponibles pour 30 pays de l'OCDE. Les États-Unis, l'Autriche et l'Islande enregistrent le nombre le plus élevé d'appareils de diagnostic TDM, TEP et IRM utilisés, avec un total combiné de plus de 340 examens pour 1 000 habitants en 2019 (Graphique 5.22). En revanche, la Pologne, la Finlande et le Chili enregistrent le plus faible nombre d'examens de ce type.

Si l'on examine certaines tendances dans le temps, en Australie et en Islande, le nombre de TDM par habitant a augmenté d'environ la moitié ces 10 dernières années. Le nombre de TDM a plus que doublé en Finlande, mais en partant d'une base plus faible (Graphique 5.23). Aux États-Unis, le nombre d'IRM par habitant a augmenté d'un tiers entre 2009 et 2019, tandis qu'en Australie, il a plus que doublé (Graphique 5.24).

Le recours à ces deux types d'examens varie considérablement d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur de chaque pays. Par exemple, en Belgique, une analyse récente montre une variation de 50 % du recours aux examens diagnostiques de la colonne vertébrale au niveau des provinces en 2017, et cet écart est même davantage prononcé entre certaines zones plus petites (INAMI/RIVIZ, 2019[21]).

Il existe dans plusieurs pays de l'OCDE des recommandations cliniques visant à promouvoir un usage plus rationnel des TDM et des IRM. Dans le cadre de la campagne Choosing Wisely, lancée aux États-Unis en 2012 et reprise depuis dans un nombre grandissant de pays, des sociétés médicales ont défini les cas dans lesquels ce type d'examen ne s'imposait pas. Ainsi, au Royaume-Uni, le *Royal College of Physicians* recommande, sur la base de données probantes du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, que les patients souffrant de douleurs lombaires ou de migraine présumée ne soient pas systématiquement soumis à un examen par imagerie (Choosing Wisely UK, 2018[22]).

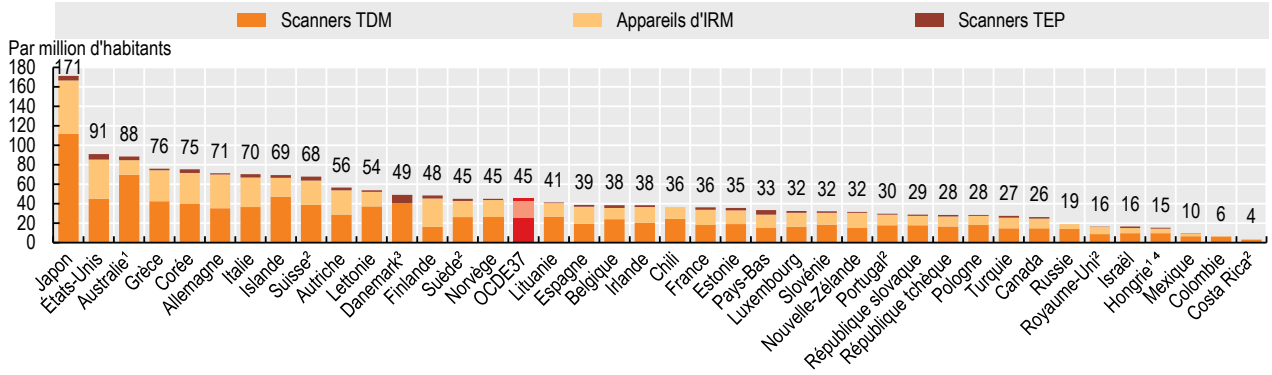
Malgré cette tendance générale à l'usage croissant de ces technologies de diagnostic au fil du temps, les dernières données de 2020 montrent une baisse notable dans la plupart des pays de l'OCDE disposant de données comparables. Cette baisse est due à la pandémie de COVID-19, qui a contraint les professionnels de santé à reporter voire annuler les examens de diagnostic. Ainsi, le nombre de TDM et d'IRM a diminué en 2020 par rapport à 2019 dans cinq pays de l'OCDE sur six (la Finlande, l'Islande, l'Italie, la Norvège et les États-Unis). La baisse du nombre de TDM a été de plus de 30 % en Finlande et de 20 % aux États-Unis. Le nombre d'IRM a chuté de plus de 30 % aux États-Unis, et de plus de 15 % en Italie et en Finlande. Le report et la réduction de ces examens de diagnostic risquent d'entraîner des retards de prise en charge importants, avec des effets en cascade sur l'état de santé des personnes.

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données recensent les scanners TDM et TEP ainsi que les appareils d'IRM installés en milieu hospitalier et dans les services ambulatoires, la couverture des données étant toutefois plus limitée dans quelques autres. Le Costa Rica, le Portugal, la Suède, la Suisse (pour les appareils d'IRM) et le Royaume-Uni font état d'équipements disponibles en milieu hospitalier uniquement, tandis que la Hongrie n'inclut que les appareils installés hors milieu hospitalier. S'agissant de la Colombie, du Costa Rica et du Royaume-Uni, les données ne couvrent que les équipements du secteur public. En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils admis au remboursement de l'assurance maladie publique.

De même, les TDM, IRM et TEP effectués hors milieu hospitalier ne sont pas pris en compte au Portugal, en Suisse et au Royaume-Uni, tandis que les examens effectués en milieu hospitalier ne sont pas pris en charge en Norvège. En Australie, les données couvrent seulement les examens des patients privés (en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier) ; en Corée et aux Pays-Bas, elles ne couvrent au contraire que les examens financés par des sources publiques.

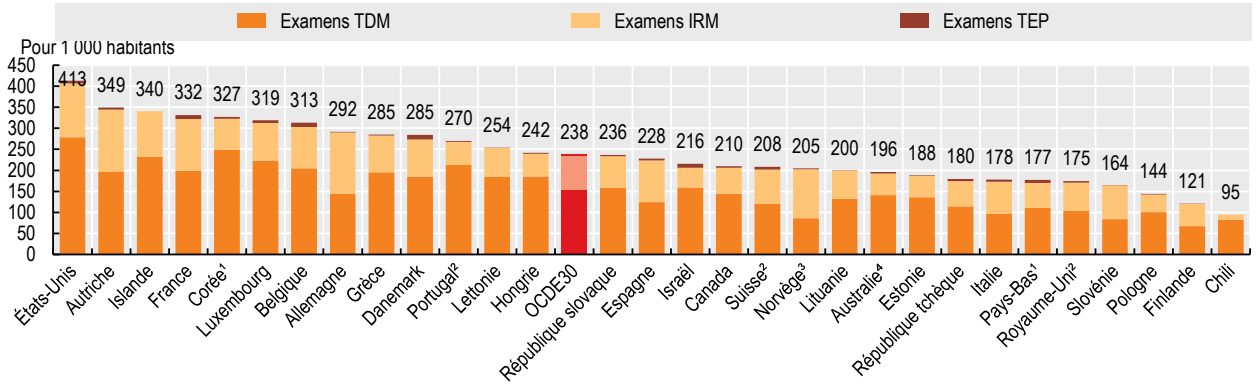
Graphique 5.21. **Scanners TDM, appareils d'IRM et scanners TEP, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Équipement couvert par les remboursements publics seulement. 2. Équipement hors hôpital non compris (uniquement pour les appareils d'IRM en Suisse). 3. Données sur les appareils d'IRM non disponibles. 4. Équipement hors hôpital seulement.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/57eryz

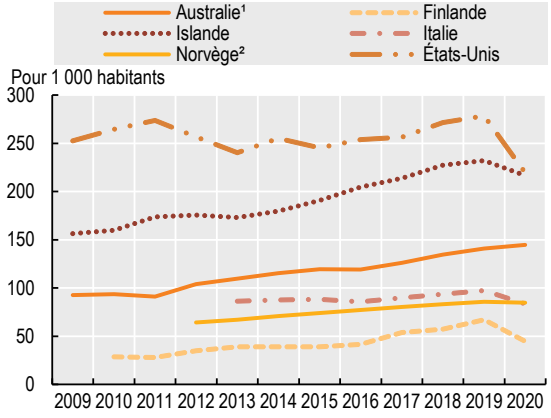
Graphique 5.22. **Examens TDM, IRM et TEP, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Examens remboursés par des fonds privés non compris. 2. Examens hors hôpital non compris. 3. Examens hors hôpital seulement. 4. Examens remboursés par des fonds publics non compris.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/vbsag9

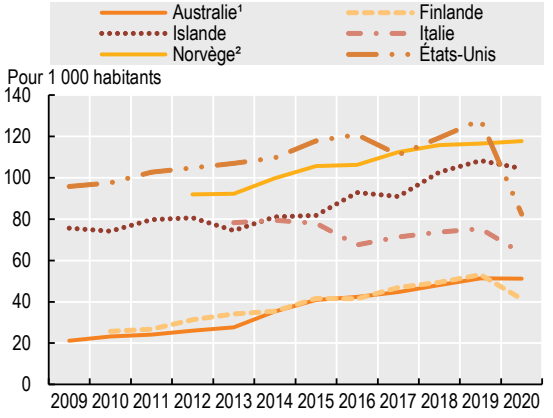
Graphique 5.23. **Évolution des examens TDM dans divers pays, 2009-20**



1. Examens remboursés par des fonds publics non compris. 2. Examens hors hôpital seulement.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/n72rij

Graphique 5.24. Évolution des examens IRM dans divers pays, 2009-20



1. Examens remboursés par des fonds publics non compris. 2. Examens hors hôpital seulement.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ovxh5u

Remplacements de la hanche ou du genou

Les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou comptent parmi les interventions les plus couramment réalisées et les plus efficaces dans le monde. L'indication la plus fréquente de remplacement de la hanche et du genou (chirurgie de remplacement de l'articulation) est l'arthrose, qui diminue les capacités fonctionnelles et la qualité de vie.

L'arthrose est une forme d'arthrite dégénérative caractérisée par l'usure du cartilage qui amortit et fluidifie le mouvement des articulations – le plus souvent du genou et de la hanche. Elle se traduit par des douleurs, des enflures et une raideur qui résultent en une perte de mobilité et de capacité fonctionnelle. Elle est l'une des dix maladies les plus invalidantes dans les pays développés. Selon les estimations, 10 % des hommes et 18 % des femmes de plus de 60 ans souffrent d'arthrose symptomatique, sous une forme modérée ou sévère, dans le monde (OMS, 2014[23]).

L'âge est le principal déterminant de l'apparition et de l'évolution de l'arthrose. Cette pathologie est plus répandue chez les femmes, et progresse au-delà de 50 ans, affectant notamment la main et le genou. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, le manque d'activité physique, le tabac, la consommation excessive d'alcool et les blessures. L'arthroplastie se pratique essentiellement sur les personnes de 60 ans et plus, mais elle peut également s'effectuer sur des personnes plus jeunes.

En 2019, l'Allemagne, la Suisse, l'Autriche, la Finlande et la Belgique figuraient parmi les pays présentant les taux les plus élevés d'arthroplastie de la hanche et du genou (Graphique 5.25 et Graphique 5.26). Les moyennes de l'OCDE sont de 174 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les remplacements de la hanche, et de 137 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les remplacements du genou. Le Mexique, le Costa Rica, le Chili, le Portugal, Israël et l'Irlande ont de faibles taux d'arthroplastie de la hanche et du genou. Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer ces variations entre pays, et une standardisation par l'âge les réduit dans une certaine mesure. Néanmoins, des écarts prononcés subsistent, et le classement des pays n'est pas bouleversé une fois effectuée la standardisation par l'âge (McPherson, Gon et Scott, 2013[24]).

Les moyennes nationales peuvent masquer d'importantes variations des taux de remplacement de la hanche et du genou à l'intérieur d'un pays. En Australie, au Canada, en Allemagne, en France et en Italie, le taux d'arthroplastie du genou varie de plus du simple au double dans certaines régions, même après standardisation par l'âge (OCDE, 2014[25]). Outre le nombre d'interventions, la qualité de la chirurgie (voir l'indicateur « Chirurgie de la hanche et du genou » au chapitre 6) et les délais d'attente (voir l'indicateur « Délai d'attente avant une chirurgie élective ») revêtent une importance primordiale pour les patients.

Depuis 2009, le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE (Graphique 5.27 et Graphique 5.28). Entre 2009 et 2019, le taux de remplacement a progressé de 22 % en moyenne pour la hanche, et de 35 % pour le genou. Cette hausse correspond à l'incidence et à la prévalence croissantes de l'arthrose, en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation des taux d'obésité dans les pays de l'OCDE. Aux États-Unis, par exemple, la prévalence de l'arthrose du genou a plus que doublé depuis le milieu du XXe siècle (Wallace et al., 2017[26]). La plupart des pays de l'OCDE affichent des tendances à la hausse à des degrés divers, mais l'Irlande enregistre une croissance plus lente que la moyenne en ce qui concerne le nombre d'arthroplasties à la fois de la hanche et du genou, tandis que l'Italie affiche une croissance supérieure à la moyenne.

En 2020, cependant, les premières données provenant de quelques pays de l'OCDE indiquent une chute des opérations de la hanche et du genou. En effet, le report des interventions chirurgicales non urgentes ou de confort a été l'une des principales mesures prises par les pays pour augmenter les capacités de leur système de santé face à la flambée des cas de COVID-19. Par exemple, les données de 2020 indiquent une baisse de plus de 20 % des arthroplasties de la hanche en Irlande et en Italie, et de plus de 10 % en Norvège et en République tchèque par rapport à 2019. Les taux d'arthroplastie du genou ont diminué quant à eux de 30 % environ en Italie, en Irlande et en République tchèque en 2020 par rapport à 2019, et de 8 % en Norvège.

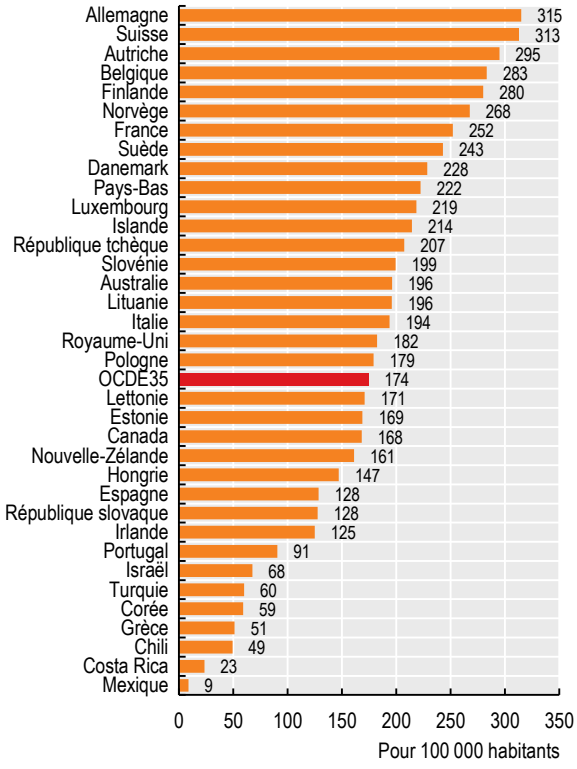
Définition et comparabilité

L'arthroplastie de la hanche est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer l'articulation de la hanche par une prothèse. Elle est pratiquée généralement pour soulager des douleurs arthritiques ou traiter une lésion sévère de l'articulation après une fracture de la hanche.

L'arthroplastie du genou est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les surfaces portantes de l'articulation du genou pour soulager la douleur et le handicap lié à l'arthrose. Elle peut être pratiquée pour traiter d'autres pathologies du genou telles que l'arthrose rhumatoïde.

Les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement varient d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données. Alors que la plupart des pays prennent en compte à la fois le remplacement total et le remplacement partiel de la hanche, certains ne comptabilisent que le remplacement total. Au Costa Rica, en Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur fonds publics, d'où une sous-estimation du nombre d'interventions présenté ici (en Irlande, par exemple, l'activité des hôpitaux privés représenterait 15 % environ de l'activité hospitalière). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le territoire continental.

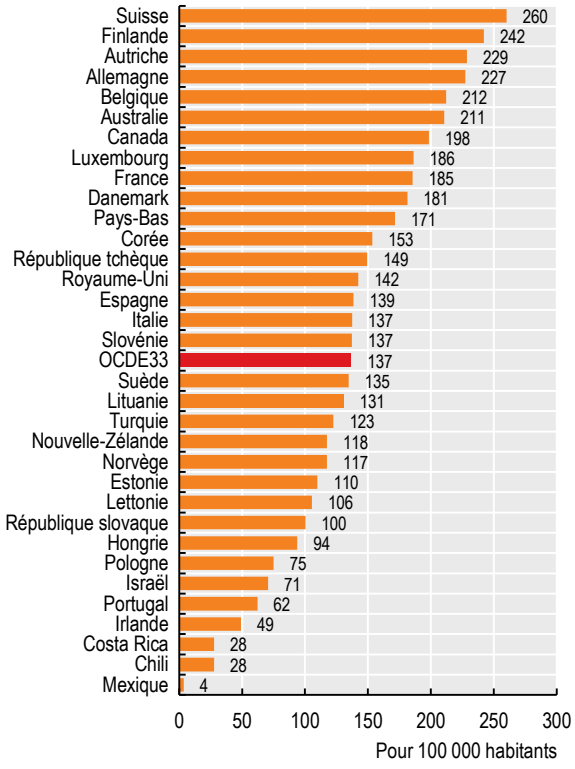
Graphique 5.25. **Chirurgies de remplacement de la hanche, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/10ri6o

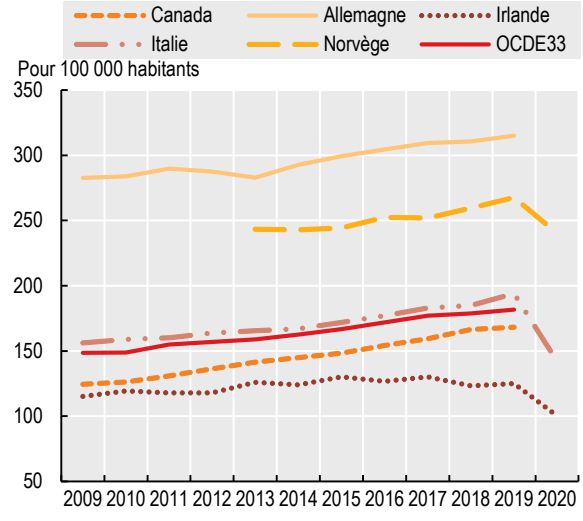
Graphique 5.26. **Chirurgies de remplacement du genou, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/bao0d8

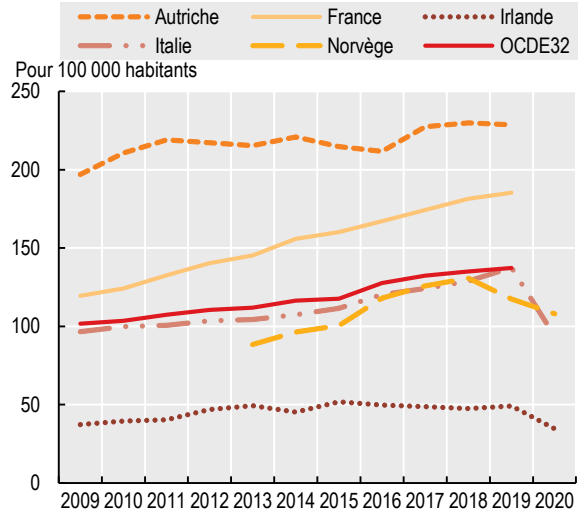
Graphique 5.27. **Évolution des chirurgies de remplacement de la hanche dans divers pays de l'OCDE, 2009-20**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/4j9tnh

Graphique 5.28. **Évolution des chirurgies de remplacement du genou dans divers pays de l'OCDE, 2009-20**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/hgxr8i

Chirurgie ambulatoire

Au cours des dernières décennies, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire a nettement augmenté dans les pays de l'OCDE. Les progrès des technologies médicales – notamment la diffusion d'interventions chirurgicales moins invasives – et l'amélioration de l'anesthésie ont rendu cette évolution possible. Ces innovations ont amélioré la sécurité des patients et les résultats de santé. De plus, en raccourcissant la durée d'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire permet d'économiser d'importantes ressources sans que la qualité des soins s'en ressente. Elle libère aussi des moyens, ce qui permet aux hôpitaux de se concentrer sur les cas plus complexes ou de diminuer les listes d'attente. L'impact de l'augmentation du nombre de chirurgies ambulatoires sur les dépenses totales de santé n'est cependant pas toujours évident, car la réduction des coûts unitaires (par rapport à la chirurgie avec hospitalisation) est parfois neutralisée par la hausse globale du volume des interventions. Il convient en outre de prendre en compte les coûts supplémentaires associés aux soins de suite et de réadaptation et aux services de soins à domicile après une intervention.

L'opération de la cataracte et l'amygdalectomie (ablation des amygdales, glandes situées au fond de la gorge, qui s'effectue surtout chez les enfants) sont de bons exemples d'actes chirurgicaux qui sont effectués en grand nombre et qui se pratiquent désormais essentiellement en chirurgie ambulatoire dans de nombreux pays de l'OCDE.

La chirurgie ambulatoire représente 90 % ou plus des opérations de la cataracte dans la majorité des pays de l'OCDE (Graphique 5.29). Dans plusieurs pays, la quasi-totalité des chirurgies de la cataracte sont réalisées en ambulatoire ; toutefois, le taux est faible en Lituanie, en Hongrie et au Mexique, où moins de 65 % des chirurgies sont réalisées en ambulatoire. Il se peut que ce faible taux tienne en partie à la couverture limitée des données sur les activités externes en milieu hospitalier et hors milieu hospitalier, mais il peut aussi s'expliquer par des remboursements plus élevés pour les hospitalisations, ou par des difficultés de développement de la chirurgie ambulatoire.

L'amygdalectomie est l'un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, habituellement chez ceux qui souffrent d'infections répétées ou chroniques des amygdales, ou de difficultés respiratoires ou d'apnée obstructive du sommeil dues à la grosseur de ces glandes. Bien que cette opération s'effectue sous anesthésie générale, elle se pratique aujourd'hui majoritairement en ambulatoire dans 11 des 30 pays de l'OCDE présentant des données comparables, les enfants retournant chez eux le jour même (Graphique 5.32). La proportion d'opérations effectuées en ambulatoire n'est cependant pas aussi élevée que pour les opérations de la cataracte, avec 38 % d'amygdalectomies contre 92 % d'opérations de la cataracte en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Les taux d'amygdalectomies effectuées en ambulatoire sont relativement élevés en Islande, en Finlande et au Costa Rica (plus de 85 % des cas), mais restent inférieurs à 10 % dans neuf pays de l'OCDE. En Slovénie, en Hongrie, en République tchèque et en Autriche, ce taux est pour ainsi dire nul. Ces écarts marqués peuvent s'expliquer par une perception différente des risques de complications postopératoires, ou simplement par une tradition clinique consistant à garder les enfants au moins une nuit à l'hôpital après l'opération.

Le nombre d'opérations de la cataracte et d'amygdalectomies réalisées en ambulatoire a considérablement augmenté depuis 2009 dans de nombreux pays, dont l'Autriche, la France et le Royaume-Uni (Graphique 5.31 et Graphique 5.32). En Autriche, la part des chirurgies de la cataracte réalisées en ambulatoire est passée de seulement 24 % en 2009 à 88 % en 2019 ; en Lituanie, elle est passée de 8 % à 52 %. La part des amygdalectomies réalisées en ambulatoire a doublé entre 2009 et 2019 en Suède (passant de 39 % à 79 %) et au Royaume-Uni (passant de 31 % à 63 %). En réduisant au maximum le temps passé en milieu hospitalier, les interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire réduisent également le risque d'exposition au COVID-19. Les premières données pour 2020 ne montrent que de légers changements en ce qui concerne la part d'opérations de la cataracte et d'amygdalectomies réalisées en ambulatoire.

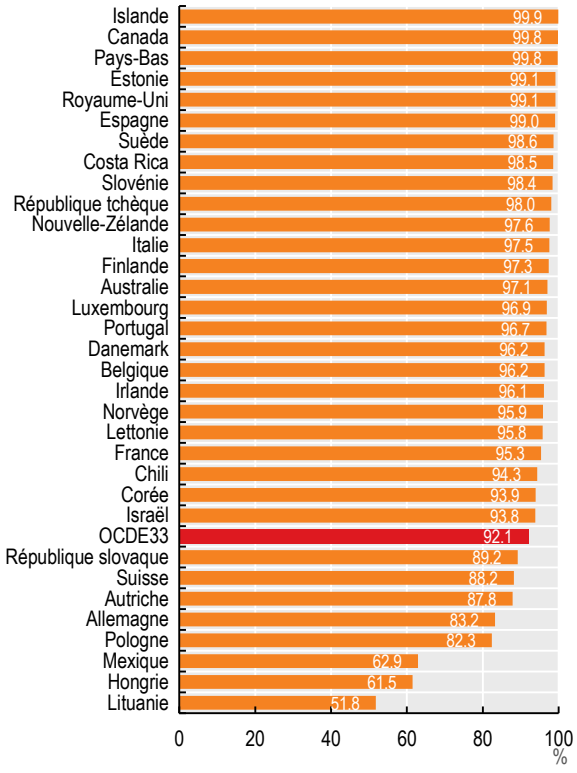
Les incitations financières peuvent aussi influer sur le nombre d'interventions chirurgicales mineures réalisées en ambulatoire. Au Danemark et en France, les groupes homogènes de malades (GHM) ont été adaptés de manière à encourager la chirurgie ambulatoire. Au Royaume-Uni, une incitation financière d'environ 300 GBP par opération est attribuée pour certaines interventions si le patient est pris en charge dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (OCDE, 2017[19]).

Définition et comparabilité

L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle s'effectue essentiellement chez les enfants.

Les données de plusieurs pays ne comptabilisent pas les cas externes en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (c'est-à-dire les patients non officiellement admis puis sortis), ce qui donne lieu à une sous-estimation. Au Costa Rica, en Irlande, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, elles ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financées sur fonds publics, pas celles pratiquées dans les hôpitaux privés (on estime que les hôpitaux privés contribuent à hauteur de 15 % environ à l'activité hospitalière en Irlande). Les données pour le Portugal ne concernent que les hôpitaux publics sur le territoire continental.

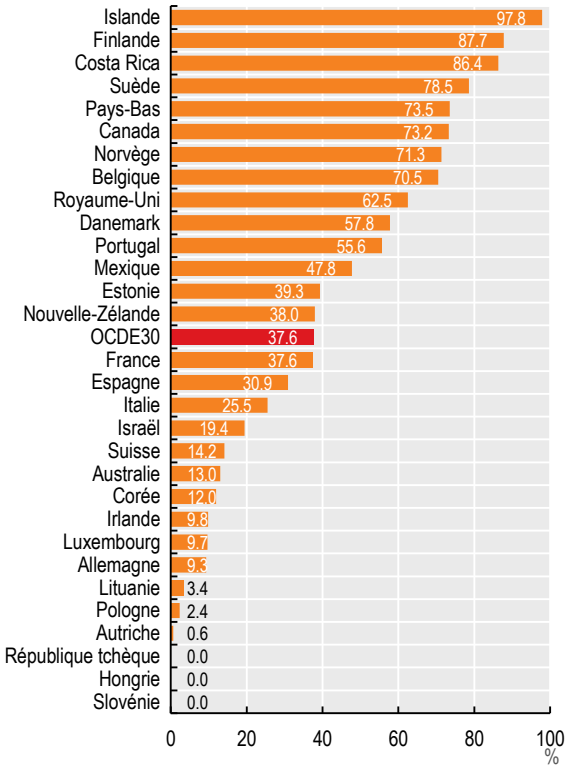
Graphique 5.29. **Opérations de la cataracte effectuées en chirurgie ambulatoire, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/v9sxig

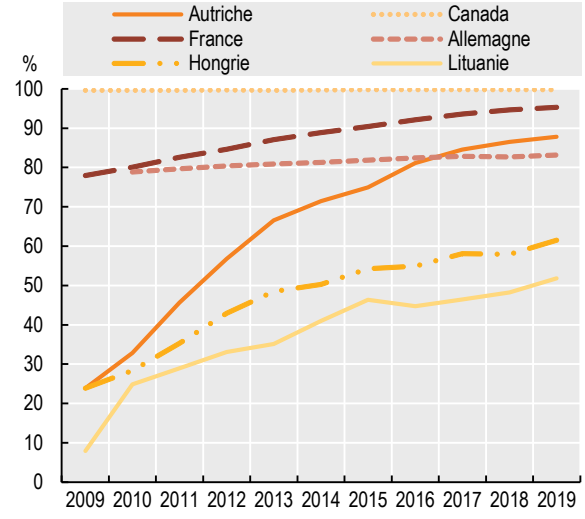
Graphique 5.30. **Amygdalectomies effectuées en chirurgie ambulatoire, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/kbtc0l

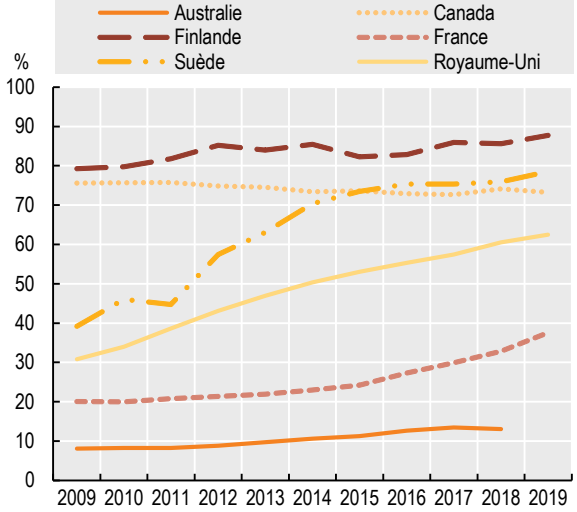
Graphique 5.31. **Évolution des opérations de la cataracte pratiquées en chirurgie ambulatoire dans divers pays de l'OCDE, 2009-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/seh9bl

Graphique 5.32. **Évolution des amygdalectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire dans divers pays de l'OCDE, 2009-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/h4roej

Délais d'attente avant une chirurgie élective

Les longs délais d'attente avant une chirurgie élective (non urgente) sont un problème de longue date dans un certain nombre de pays de l'OCDE ; ils retardent les bénéfices attendus du traitement, ce qui fait que les patients continuent d'endurer souffrance et handicap. La pandémie de COVID-19 a encore accentué le problème, car les interventions non urgentes ont souvent été reportées pendant les périodes de flambée épidémique.

Les délais d'attente sont le fruit d'une interaction complexe entre la demande et l'offre de services de santé. La demande de services de santé et de chirurgie élective est déterminée par l'état de santé de la population, l'évolution des technologies médicales (dont la simplification de nombreuses procédures, comme les opérations de la cataracte), les préférences des patients et la part des frais laissés à la charge de ces derniers. Cela étant, les médecins jouent un rôle central dans la décision d'opérer ou non un patient. Du côté de l'offre, la disponibilité de chirurgiens, d'anesthésistes ou d'autres personnels de santé présents dans les équipes chirurgicales ainsi que l'existence des équipements médicaux nécessaires ont une incidence sur les taux d'activité chirurgicale.

Les données présentées dans cette section portent sur trois interventions chirurgicales pratiquées en grandes quantités : la chirurgie de la cataracte, l'arthroplastie de la hanche et l'arthroplastie du genou. En 2019, parmi les 15 pays disposant de données comparables, plus de 60 % des patients sont restés plus de trois mois sur liste d'attente pour une opération de la cataracte au Costa Rica, en Norvège, en Estonie et en Finlande (bien que les délais d'attente en Norvège soient surestimés par rapport aux autres pays pour cette opération chirurgicale et les deux autres – voir l'encadré « définition et comparabilité »). La proportion de patients attendant plus de trois mois était relativement faible (20 % maximum) en Hongrie, en Italie et au Danemark (Graphique 5.33, partie gauche). S'agissant de l'arthroplastie de la hanche, la part des patients restant sur la liste d'attente pendant plus de trois mois variait de 10 % au Danemark, et 30 % environ en Suède et en Italie, à plus de 70 % au Chili, en Estonie, au Costa Rica et en Norvège (Graphique 5.34, partie gauche). Des tendances similaires sont observées s'agissant des arthroplasties du genou (Graphique 5.35, partie gauche) : au Chili, en Estonie, au Costa Rica, au Portugal et en Norvège, plus de 80 % des patients sont restés sur liste d'attente pendant plus de trois mois, alors que cette part était beaucoup plus faible au Danemark (14 %) et en Italie (28 %).

Les gouvernements de nombreux pays ont pris diverses mesures avant la pandémie de COVID-19 pour réduire les délais d'attente, lesquelles étaient souvent accompagnées de financements supplémentaires, avec un succès mitigé. La politique la plus courante reste l'instauration d'un délai d'attente maximal, qui peut être utilisé pour mobiliser les efforts visant à rapprocher l'offre et la demande de diverses manières (OCDE, 2020[27]). S'agissant des trois interventions chirurgicales, entre 2014 et 2019, la part des patients attendant plus de trois mois n'a pas changé de manière substantielle voire a augmenté dans la majorité de ces 15 pays. Certains pays constituent des exceptions, avec des améliorations importantes au Danemark, en Pologne et en Hongrie pour les trois types d'intervention, ainsi qu'en Finlande en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche et du genou. Depuis la fin des années 2000, le Danemark a opté pour le plafonnement des délais et pour le choix du professionnel de santé par le patient. Le délai d'attente garanti a été ramené de deux mois à un mois en 2007, et les Danois se sont vu accorder en parallèle la possibilité de choisir eux-mêmes l'établissement qui les prendra en charge. Dans le cadre de ce dispositif, si l'hôpital prévoit qu'il ne pourra pas respecter le délai garanti, le patient peut se tourner vers un autre établissement public ou privé. En Hongrie, des objectifs spécifiques ont été fixés en vue de la réduction des délais d'attente. Pour ce faire, le gouvernement a adopté de nouvelles dispositions législatives et règlementaires sur la gestion des listes d'attente, a mis au point un système en ligne permettant de suivre la situation en temps réel, a prévu des financements supplémentaires pour réduire certains délais d'attente et a encouragé une réorientation des patients vers les professionnels de santé dont les délais d'attente sont plus courts. En Pologne, un financement supplémentaire est accordé depuis 2018, et les patients peuvent avoir accès plus facilement aux informations sur les délais d'attente afférents aux différents types d'intervention grâce à un site Internet dédié. De plus en plus de Polonais souscrivent une assurance maladie privée afin d'obtenir un accès plus rapide aux services des hôpitaux privés (OCDE, 2020[27]).

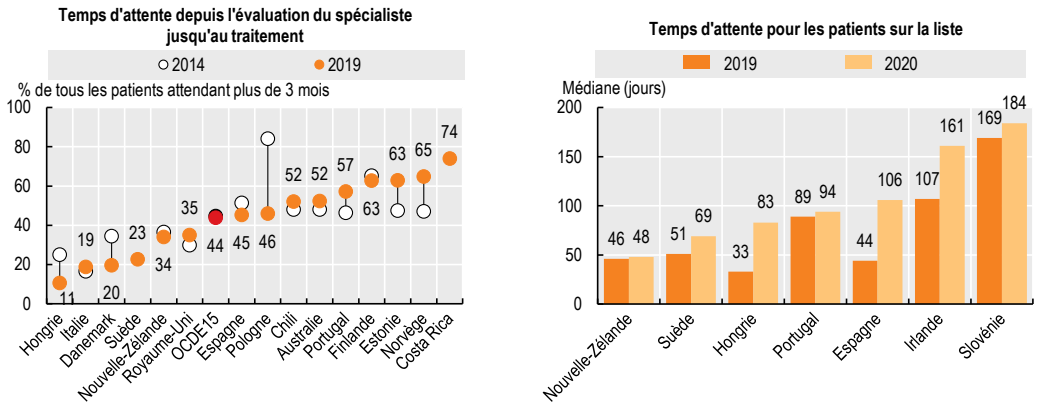
Les premières données pour 2020 montrent l'effet néfaste qu'a eu la pandémie de COVID-19 (Graphique 5.33, Graphique 5.34, Graphique 5.35, parties droites). Pour les trois interventions, en 2020, les délais d'attente se sont rallongés dans les sept pays disposant de données (la Nouvelle-Zélande, la Suède, la Hongrie, le Portugal, l'Espagne, l'Irlande et la Slovénie). Dans ces pays, le nombre médian de jours d'attente inscrits sur la liste a augmenté en moyenne de 30 jours pour une opération de la cataracte, de 58 jours pour une arthroplastie de la hanche et de 88 jours pour une arthroplastie du genou, par rapport à 2019.

Définition et comparabilité

Deux mesures différentes des délais d'attente avant une chirurgie élective sont présentées dans cette section : les délais d'attente entre l'évaluation par un spécialiste et le traitement, avec la notification du nombre de patients dont le délai d'attente est supérieur à trois mois ; les délais d'attente pour les patients qui sont encore sur liste d'attente à un moment donné, avec le nombre médian de jours. Par rapport à la moyenne, la médiane est plus basse, car elle minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des délais d'attente extrêmement longs). Les délais d'attente sont surestimés en Norvège parce qu'ils commencent à partir de la date à laquelle un médecin oriente un patient vers un spécialiste pour des examens plus poussés pour le traitement, alors que dans les autres pays ils commencent à partir du moment où un spécialiste a procédé à des examens plus poussés et qu'il a décidé d'inscrire le patient sur liste d'attente pour le traitement.

Les données proviennent de bases de données administratives. Les patients qui refusent de subir l'intervention à plusieurs reprises sont généralement retirés de la liste, mais pas en Estonie.

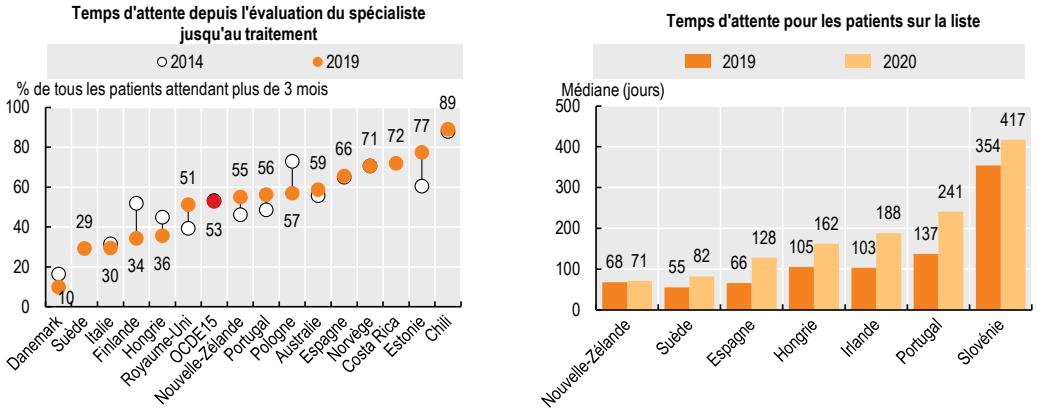
Graphique 5.33. **Délais d'attente avant une chirurgie de la cataracte**



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/svqoib

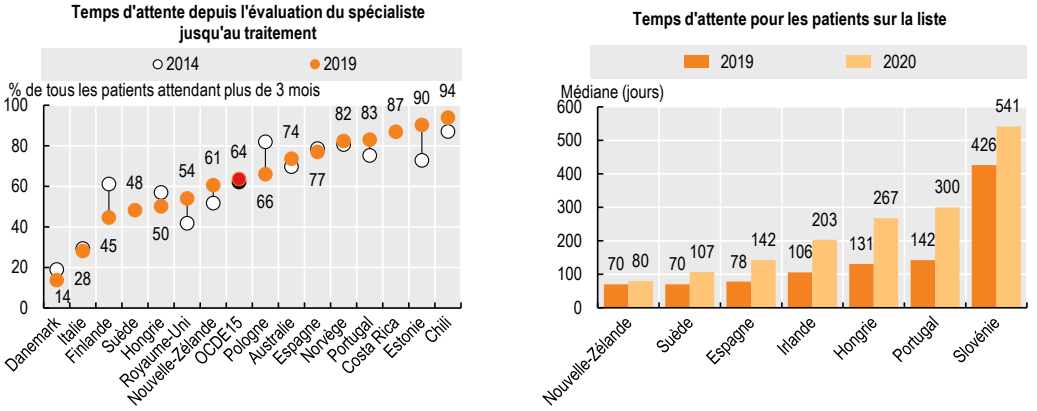
Graphique 5.34. **Délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche**



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/bpca1e

Graphique 5.35. **Délais d'attente pour une arthroplastie du genou**



Note : Les délais d'attente pour la Norvège sont surestimés en raison d'un point de départ plus précoce.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/b1amwg

Références

[9] Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, Copenhague, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/332516*.

[22] Choosing Wisely UK (2018), « Clinical Recommendations: Royal College of Physicians », *http://www.choosingwisely.co.uk/*.

[8] Cylus, J., S. Thomson et T. Evetovits (2018), « Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 96/9, *http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031*.

[29] Direction générale des services de santé (2019), « Health Statistics Yearbook 2019 ».

[21] INAMI/RIVIZ (2019), « Variations de Pratiques Médicales », *https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales*.

[18] Lorenzoni, L. et A. Marino (2017), « Understanding variations in hospital length of stay and cost : Results of a pilot project », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 94, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/ae3a5ce9-en*.

[20] Lorenzoni, L. et al. (2019), « Health Spending Projections to 2030 : New results based on a revised OECD methodology », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 110, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en*.

[11] Maier, C., L. Aiken et R. Busse (2017), « Nurses in advanced roles in primary care : Policy levers for implementation », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 98, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*.

[24] McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en*.

[16] NICE (2018), « Bed Occupancy », *https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704*.

[6] OCDE (2021), « Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19 », *OECD Journal on Budgeting*, *https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[5] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[27] OCDE (2020), *Waiting Times for Health Services : Next in Line*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/242e3c8c-en*.

[4] OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/3c8385d0-en*.

[12] 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://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en*.

[19] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[1] OCDE (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en*.

[25] OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en*.

[7] OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[3] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2019), *Ireland: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, *https://dx.doi.org/10.1787/2393fd0a-en*.

[14] OCDE/Union européenne (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/82129230-en*.

[13] Oderkirk, J. (2021), « Survey results: National health data infrastructure and governance », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 127, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/55d24b5d-en*.

[10] Oliveira Hashiguchi, T. (2020), « Bringing health care to the patient : An overview of the use of telemedicine in OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 116, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/8e56ede7-en*.

[23] OMS (2014), *Chronic Rheumatic Conditions, Fact Sheet*, Organisation mondiale de la santé, *http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/*.

[28] Ono, T., M. Schoenstein et J. Buchan (2014), « Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 69, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en*.

[15] Phua, J., M. Hashmi et R. Haniffa (2020), « ICU beds: less is more? Not sure », *Intensive Care Medicine*, vol. 46/8, pp. 1600-1602, *http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-06162-8*.

[17] Sze, S. et P. al (2021), « The need for improved discharge criteria for hospitalised patients with COVID-19--implications for patients in long-term care facilities. », *Age and Ageing*, vol. 50/1, *https://doi.org/10.1093/ageing/afaa206*.

[2] United States Census Bureau (2018), *Health Insurance Coverage in the United States*.

[26] Wallace, I. et al. (2017), « Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114/35, pp. 9332-9336, *http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1703856114*.





6. QUALITÉ ET RÉSULTATS DES SOINS

Vaccination de routine

Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires

Centrage des soins ambulatoires sur la personne

Admissions hospitalières évitables

Traitement du diabète

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC)

Chirurgie de la hanche et du genou

Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les traumatismes obstétricaux

Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients

Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

Cancer du sein

Taux de survie aux autres formes de cancer

Soins intégrés

Vaccination de routine

Les vaccins sont un moyen efficace et rentable de se protéger contre les maladies infectieuses. La communauté scientifique mondiale s'accorde à dire que le moyen le plus efficace de vaincre le COVID-19, par exemple, est la vaccination de masse des populations du monde entier.

La grippe est une maladie infectieuse courante, responsable chaque année de 3-5 millions de cas graves dans le monde, ainsi que de 650 000 décès (OMS, 2019[1]). Les personnes âgées sont davantage exposées au risque de développer des formes sérieuses de la grippe, notamment la pneumonie et la septicémie, qui peuvent entraîner une maladie grave voire la mort. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande que 75 % des personnes âgées soient vaccinées contre la grippe saisonnière.

Le Graphique 6.1 illustre les taux de vaccination des adultes de plus de 65 ans pour 2009 et 2019, et dans certains cas 2020. En 2019, le taux moyen de vaccination de ce groupe vulnérable n'était que de 46 % dans les pays de l'OCDE – une baisse par rapport au taux de 49 % enregistré en 2009. Une diminution de 20 points de pourcentage ou plus de la vaccination des personnes âgées contre la grippe a été observée aux Pays-Bas, au Chili et en Allemagne au cours de cette période.

La perte de confiance du public en la sécurité et l'efficacité de la vaccination peut jouer un rôle dans le déclin de la couverture vaccinale dans certains pays. Ainsi, en Amérique du Nord, 72 % seulement de la population ne doute pas de l'innocuité des vaccins ; ce pourcentage n'est que de 59 % en Europe occidentale (Gallup, 2019[2]). Cette hésitation à l'égard des vaccins s'est étendue au COVID-19 ; en effet, les résultats d'une enquête récente ont montré que 68 % seulement des personnes interrogées dans le monde seraient prêtes à se faire vacciner avec un vaccin approuvé si ce dernier était gratuit (Gallup, 2021[3]). Les mesures prises par le gouvernement pour gagner la confiance du public sont essentielles au succès des programmes de vaccination contre le COVID-19 et d'autres maladies évitables par la vaccination (OCDE, 2021[4]).

Malgré les tendances mondiales, certains pays ont enregistré une hausse des taux de vaccination entre 2009 et 2019, notamment la Grèce, la Lituanie, l'Estonie et la Corée, où le taux de vaccination des adultes de plus de 65 ans a augmenté de plus de 10 %. Seuls la Corée et le Mexique ont atteint l'objectif de 75 % fixé par l'OMS en 2019, avec un taux de vaccination respectif de 86 % et 82 %. Les 11 pays ayant fourni des données pour 2020 ont tous constaté une amélioration par rapport aux chiffres de 2019.

Comme pour la grippe, le moyen le plus direct de protéger les populations contre le COVID-19 et de réduire la morbidité et la mortalité est de vacciner en priorité les populations vulnérables, notamment les personnes de plus de 50 ans, celles ayant des problèmes de santé et les soignants (OCDE, 2021[5]). Les soins primaires peuvent jouer un rôle non négligeable dans l'exécution des programmes de vaccination des populations vulnérables et des différents programmes que les pays ont mis en place pour répondre efficacement aux exigences de la pandémie de COVID-19 (OCDE, 2021[6]). On peut, à cet égard, citer l'exemple de l'augmentation des taux de vaccination des personnes âgées contre la grippe entre 2019 et 2020 dans certains pays où des données sur la période récente sont disponibles, notamment l'Islande, l'Espagne, et l'Irlande, la Grèce, Israël, la Nouvelle-Zélande et le Chili.

La couverture vaccinale infantile repose sur la capacité des systèmes de santé de fournir des soins de routine en temps voulu. Le Graphique 6.2 illustre la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B chez les enfants âgés de 1 an. Dans les pays de l'OCDE, les taux de vaccination sont élevés : environ 95 % des enfants ont réçu les vaccins recommandés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole, et 91 % contre l'hépatite B. Malgré des taux globalement élevés, près de la moitié des pays n'atteignent pas le taux de couverture vaccinale recommandé par l'OMS pour prévenir la propagation de la rougeole (95 %) ; l'Estonie, le Canada et la France ont un taux inférieur ou égal à 90 %. De même, l'Autriche et le Mexique n'atteignent pas le taux de couverture vaccinale de 90 % recommandé par l'OMS pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC).

Des taux de couverture nationale globalement élevés peuvent ne pas suffire à enrayer la propagation de la maladie si les taux de vaccination sont variables selon les zones des territoires nationaux. Une faible couverture dans des groupes de population locaux spécifiques peut entraîner des épidémies. Toutefois, il est possible que les mesures mises en place face à la pandémie de COVID-19 (p. ex., l'amélioration de l'hygiène, le port de masques et la limitation des rassemblements) réduisent également les taux d'autres maladies transmissibles. Une chute drastique du nombre de cas de rougeole a notamment été observée à l'échelle mondiale pendant la pandémie de COVID-19. Aux États-Unis, par exemple, seulement 13 cas de rougeole ont été signalés pour 2020, soit bien moins que les 1 282 cas signalés pour 2019 (CDC, 2021[7]).

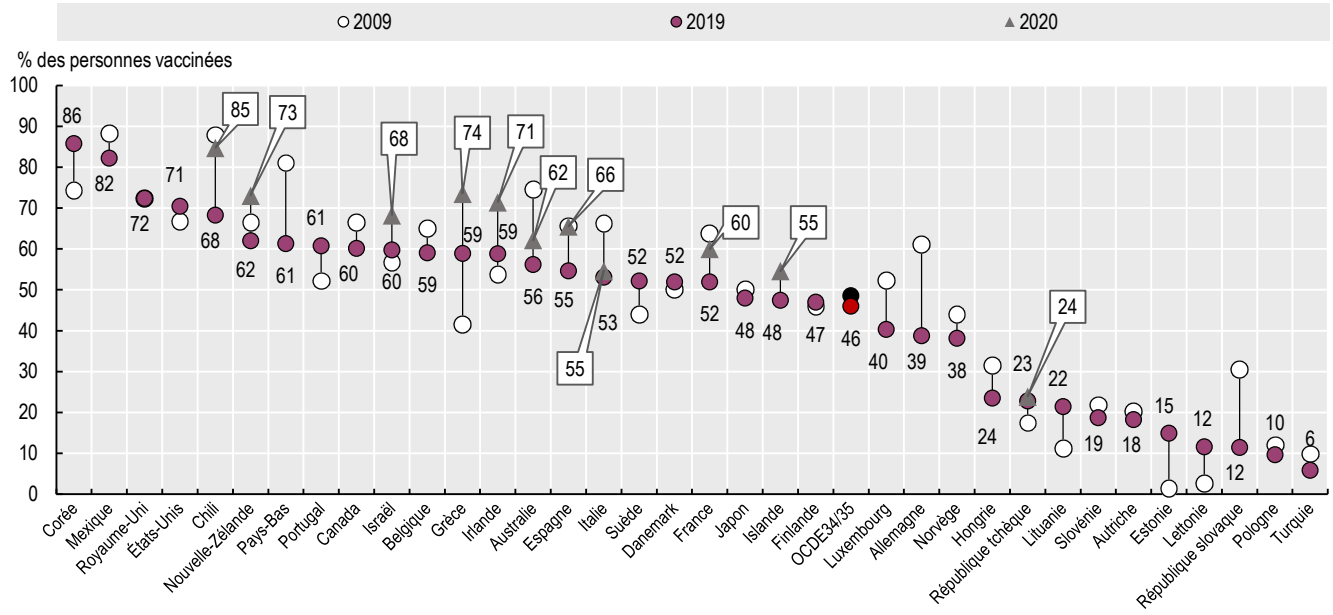
Définition et comparabilité

Les taux de vaccination correspondent au pourcentage d'individus auxquels le vaccin considéré a été administré dans le délai recommandé. L'âge de l'immunisation complète varie d'un pays à l'autre en fonction des différents calendriers de vaccination. Dans les pays qui recommandent une première dose de vaccin après l'âge de 1 an, l'indicateur est calculé sur la base de la proportion d'enfants de moins de deux ans qui ont été vaccinés. Ces indicateurs sont donc fondés sur la politique en vigueur dans un pays donné.

Certains pays administrent des vaccins combinés (par ex. DTC), tandis que d'autres administrent des vaccins séparés. Certains évaluent la couverture vaccinale sur la base d'enquêtes, et d'autres d'après les données tirées d'entretiens ; ces facteurs peuvent influer sur les résultats. Au Canada, seuls quatre provinces et trois territoires incluent le vaccin contre l'hépatite B dans leur programme de vaccination infantile. D'autres régions canadiennes le font pendant la scolarité.

Les taux de vaccination contre la grippe correspondent au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont fait vacciner contre la grippe dans l'année, divisé par le nombre total de personnes de cette tranche d'âge. Dans certains pays, les données concernent les personnes âgées de plus de 60 ans.

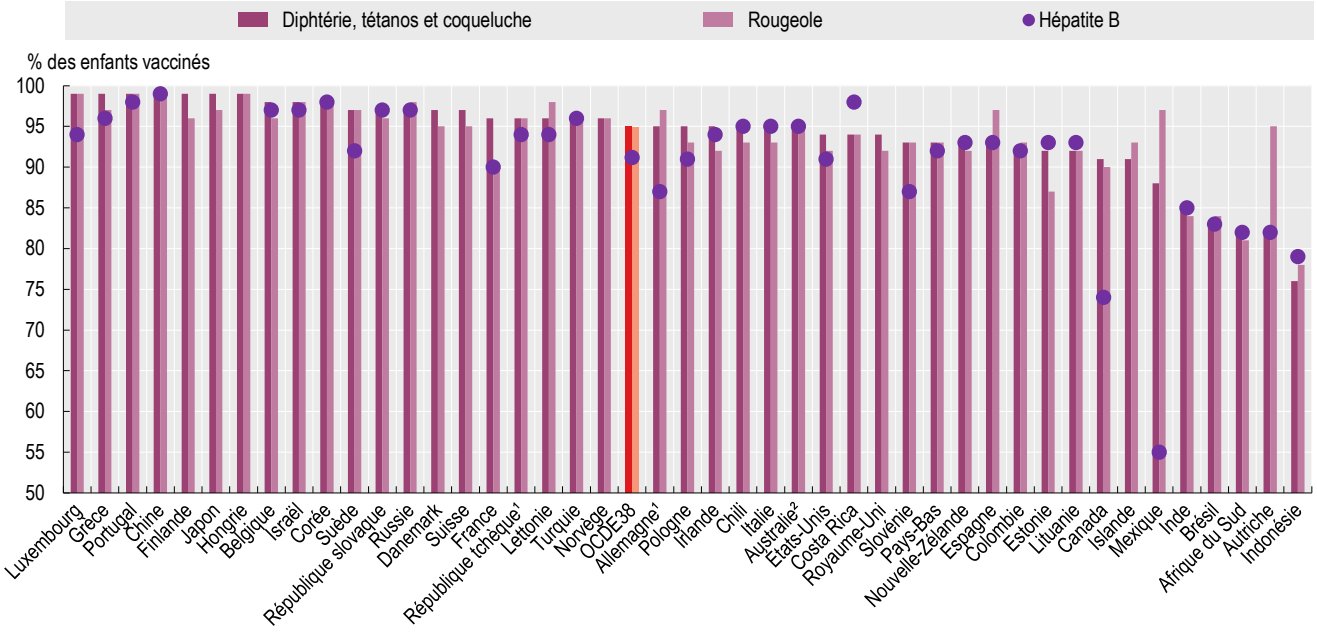
Graphique 6.1. **Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande et le Luxembourg pour toutes les années sauf 2020. Données estimées pour la Norvège.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/o4nra1

Graphique 6.2. **Pourcentage d'enfants âgés de 1 an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B, 2018 (ou année la plus proche)**



1. Les données sur la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) sont des estimations. 2. Les données sur la rougeole sont des estimations.
Source : Organisation mondiale de la santé/UNICEF.

StatLink https://stat.link/yns14j

Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires

La sécurité des prescriptions peut être utilisée comme un indicateur de la qualité des soins de santé, en venant compléter les informations relatives à la consommation et aux dépenses (Chapitre 9). La surconsommation, la sous-consommation ou le mauvais usage des médicaments prescrits peuvent être à l'origine d'importants risques pour la santé et entraîner des dépenses inutiles. C'est le cas des opioïdes et des antibiotiques, par exemple.

Les opioïdes sont souvent utilisés pour le traitement de la douleur aiguë et de la douleur associée au cancer ; depuis dix ans, ils sont de plus en plus utilisés pour traiter la douleur chronique, malgré le risque de dépendance, d'augmentation de la dose, de difficulté respiratoire et de décès. La consommation d'opioïdes est à l'origine d'une épidémie alarmante et croissante de décès par surdose dans certains pays de l'OCDE, comme les États-Unis et le Canada (OCDE, 2019[8]).

Le Graphique 6.3 montre que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le volume moyen d'opioïdes prescrits dans le cadre des soins primaires en 2019 était de 15 doses quotidiennes définies (DQD) pour 1 000 habitants par jour. L'Islande et la Norvège ont déclaré des volumes environ deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE, tandis que la Turquie et la Corée ont déclaré les volumes les plus faibles. Plusieurs pays ayant fourni des données pour 2020 ont signalé une hausse du volume global d'opioïdes prescrits. En moyenne, plus de 2 % de la population adulte des pays de l'OCDE consommait de manière chronique des opioïdes en 2019 (Graphique 6.4). La Corée et l'Italie ont déclaré les pourcentages les plus faibles, et l'Islande le plus élevé, et de loin. Ces grandes disparités peuvent s'expliquer en partie par les différences de pratiques cliniques en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, ainsi que par les différences en matière de réglementation, de cadres juridiques applicables aux opioïdes, de politiques en matière de prescription et de directives thérapeutiques.

Une hausse du volume d'opioïdes prescrits pourrait également se produire dans les années à venir en raison du COVID-19 et du traitement de ses éventuelles séquelles après une phase aiguë, désignées par l'expression « COVID long ». On a déjà observé un risque accru lié à ce type d'usage incident de médicaments à base d'opioïdes (Al-Aly, Xie et Bowe, 2021[9]).

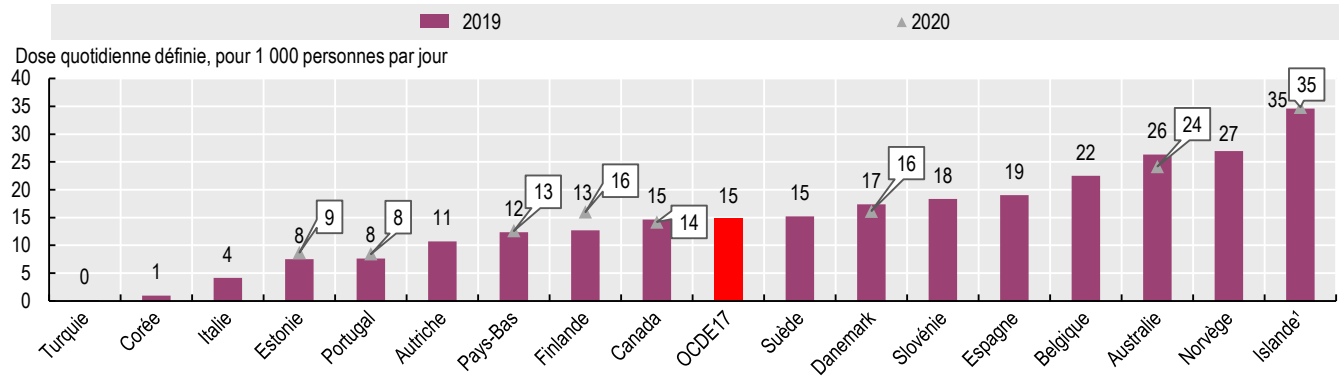
Les antibiotiques ne doivent être prescrits qu'en cas de besoin clairement étayé par des données probantes, l'objectif étant de diminuer le risque d'apparition de souches résistantes de bactéries (OCDE, 2018[10]). Par exemple, les quinolones et les céphalosporines sont considérées comme des antibiotiques de deuxième intention dans la plupart des directives en matière de prescription, qui ne doivent être utilisées, en règle générale, que si les antibiotiques de première intention sont inefficaces. Le volume total d'antibiotiques et celui d'antibiotiques de deuxième intention (en proportion du volume total) ont été validés comme marqueurs de la qualité dans le cadre des soins primaires (OCDE, 2017[11]), compte tenu de l'inquiétude croissante que suscite la résistance aux antimicrobiens dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2018[10]).

Le Graphique 6.5 illustre le volume total d'antibiotiques prescrits dans le cadre des soins primaires en 2019, y compris les antibiotiques de deuxième intention. Le volume total d'antibiotiques utilisés variait quasiment du simple au quadruple d'un pays à l'autre, l'Estonie, la Suède et l'Allemagne déclarant les volumes les plus faibles, et l'Islande, l'Australie et la Grèce les plus élevés. Les volumes d'antibiotiques de seconde intention varient d'un pays à l'autre de 0.4 à 10.6 DQD pour 1 000 habitants par jour. Ainsi, les pays nordiques et le Royaume-Uni ont déclaré les volumes les plus faibles, tandis que la Grèce et la Corée affichaient les volumes les plus élevés. Les données pour 2020 illustrent une réduction du volume global d'antibiotiques prescrits. Cette variation peut s'expliquer, du côté de l'offre, par des différences en ce qui concerne les recommandations et les incitations appliquées aux prescripteurs de soins primaires et l'adoption des solutions de prescription électronique et, sur le plan de la demande, par les différences d'attitudes et d'attentes vis-à-vis du traitement optimal des maladies infectieuses.

Définition et comparabilité

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose moyenne supposée de traitement par jour d'un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 grammes, la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Pour de plus amples informations : *http://www.whocc.no/atcddd*. Les dénominateurs correspondent à la population des bases de données nationales sur les prescriptions, et non à la population générale. De plus amples informations sur les sources et méthodologies sont disponibles dans OECD.Stat. D'autres données sur les antibiotiques figurant dans la base de données des Statistiques de l'OCDE sur la santé peuvent différer en raison des différences en matière de sources de données et de couverture.

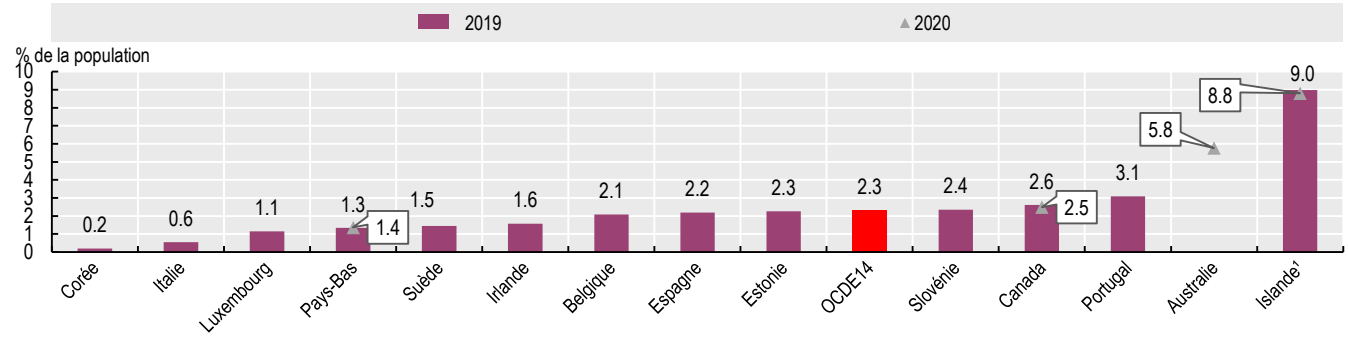
Graphique 6.3. **Volume total d'opioïdes prescrits dans la population adulte, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : La population adulte couverte est celle des adultes âgés de 18 ans et plus. Les produits utilisés dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas pris en compte.
1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/6odfsa

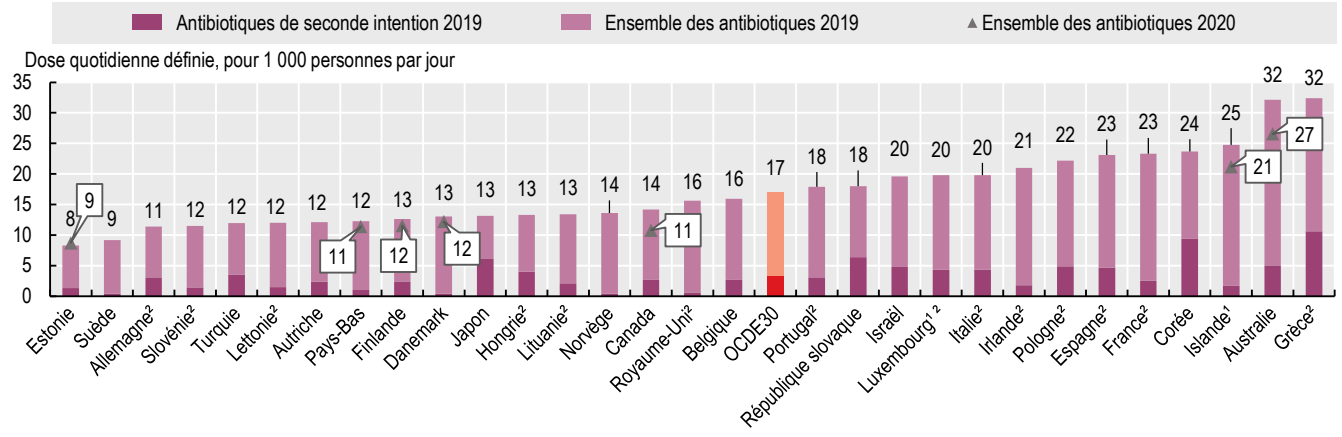
Graphique 6.4. **Pourcentage des usagers chroniques d'opioïdes dans la population adulte, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : La population adulte couverte est celle des adultes âgés de 18 ans et plus. Les produits utilisés dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas pris en compte. L'usage chronique est défini comme deux prescriptions ou plus pendant au moins 90 jours. 1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/r89ngb

Graphique 6.5. **Volume total d'antibiotiques prescrits, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Données du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/1lu3ip

Centrage des soins ambulatoires sur la personne

Étant donné l'importance de prendre en considération l'avis de la population pour perfectionner les systèmes de santé et améliorer la qualité des soins, les pays ont intensifié leurs efforts d'élaboration d'indicateurs fondés sur les déclarations des patients et de suivi de ces indicateurs ces dernières années. Dans de nombreux pays, des organisations spécifiques ont été créées ou des institutions existantes ont été identifiées et chargées de mesurer et de rapporter les expériences des patients en matière de soins de santé. Cela s'est souvent traduit par une collecte régulière de données relatives au vécu des patients et par des procédures normalisées d'analyse et de diffusion des données.

Les pays utilisent différemment les données déclarées par les patients pour améliorer la qualité des systèmes de santé. Pour renforcer la responsabilisation et la transparence des prestataires, et ainsi rehausser la qualité des soins de santé, de nombreux pays publient les données relatives au vécu des patients dans des rapports périodiques sur le système de santé national et/ou sur des sites Internet publics, en indiquant les différences entre prestataires et entre régions, et leur évolution dans le temps. Le Canada, la République tchèque, le Danemark, la France et le Royaume-Uni se servent des indicateurs du vécu des patients pour informer les autorités de réglementation de la santé à des fins d'inspection, de réglementation et/ou d'agrément. Les indicateurs fondés sur les déclarations des patients sont également utilisés dans certaines régions du Canada, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni pour faire remonter des informations précises aux prestataires en vue de l'amélioration de la qualité des soins (Fujisawa et Klazinga, 2017[12]).

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la majorité des patients ont fait état d'expériences positives par rapport aux soins qui leur ont été prodigués – indiquant avoir passé suffisamment de temps avec un médecin pendant la consultation (Graphique 6.6), et précisant qu'un médecin leur a fourni des explications faciles à comprendre (Graphique 6.7) et les a associés aux décisions médicales – soins et traitements – les concernant (Graphique 6.8). Le Japon affiche un taux de satisfaction particulièrement faible des patients quant au temps passé avec le médecin, ce qui est probablement corrélé au nombre élevé de consultations par médecin (voir l'indicateur « Consultations chez le médecin » au chapitre 5). D'autres facteurs, tels que la couverture de l'enquête, les taux de réponse et les différences culturelles en ce qui concerne les modes de réponse à l'enquête, peuvent également contribuer aux variations d'un pays à l'autre des indicateurs fondés sur les déclarations des patients ; des travaux de recherche supplémentaires sont donc nécessaires.

Le niveau de revenu des patients est associé non seulement à leur accès aux soins (voir l'indicateur « Besoins non satisfaits en matière de soins de santé » au chapitre 5) mais aussi à leur vécu en matière de soins de santé. En moyenne, dans 11 pays de l'OCDE, les patients dont le revenu est supérieur à la moyenne déclaraient avoir vécu une meilleure expérience en matière de soins de santé que les patients dont le revenu est inférieur à la moyenne. Le vécu des patients varie également en fonction de leur état de santé (voir l'indicateur « Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux »).

Dans les années qui ont précédé 2019, le vécu des patients s'est amélioré en Estonie, en Israël et en Pologne. Entre 2010 et 2020, cependant, la proportion de patients déclarant passer suffisamment de temps avec un médecin lors de la consultation a significativement diminué en Allemagne, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni, et la proportion de patients impliqués dans les décisions les concernant en matière de soins à prodiguer et de traitements à suivre a significativement diminué en France, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni. Une baisse significative des expériences positives déclarées par les patients a été observée dans certains de ces pays en 2020 ; il est possible que cette chute soit liée à la crise de COVID-19 dans une certaine mesure.

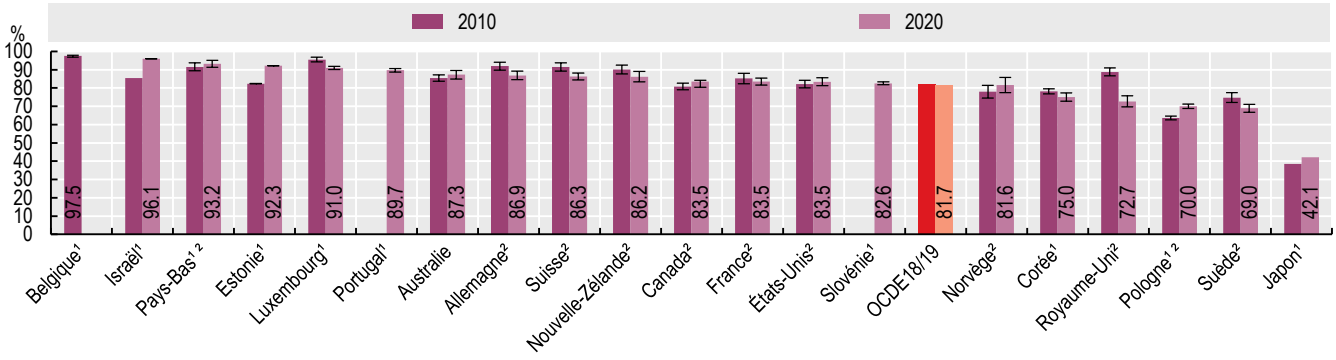
La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence la nécessité d'institutionnaliser les mécanismes afin que les patients puissent faire entendre leur voix avant la prise de décisions politiques qui ont un impact sur les soins aux patients (OCDE, 2021[6]). Un nombre croissant de pays utilisent des indicateurs fondés sur les déclarations des patients pour évaluer dans quelle mesure les systèmes de santé répondent aux besoins des personnes. Les enquêtes PaRIS de l'OCDE sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients visent à recueillir les principaux résultats et expériences déclarés par les personnes afin d'améliorer les performances des prestataires de soins et de susciter des changements au sein des systèmes de santé en fonction de l'avis de la population (OCDE, 2021[13]) (cf. *https://www.org/health/paris.htm*).

Définition et comparabilité

Pour suivre l'expérience globale des patients dans le système de santé, l'OCDE recommande de recueillir les informations sur le vécu des patients auprès d'un médecin d'un service ambulatoire. Un nombre croissant de pays recueillent les données sur le vécu des patients sur la base de cette recommandation par le biais d'enquêtes représentatives de la population à l'échelle nationale, alors que le Japon et le Portugal les collectent par sondage auprès des utilisateurs de services représentatifs au niveau national. La moitié environ des pays présentés recueillent toutefois les données relatives au vécu des patients auprès d'un médecin traitant ou d'un cabinet habituel, et non les données relatives au vécu des patients auprès d'un médecin quelconque en ambulatoire. Les données nationales portent sur les années jusqu'à 2020.

11 pays ont pris pour source les enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2020 du Fonds du Commonwealth, malgré les limites posées par la petite taille de l'échantillon et le faible taux de réponse. Les données tirées de cette enquête font référence au vécu des patients avec leur médecin traitant et non avec un médecin lambda, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

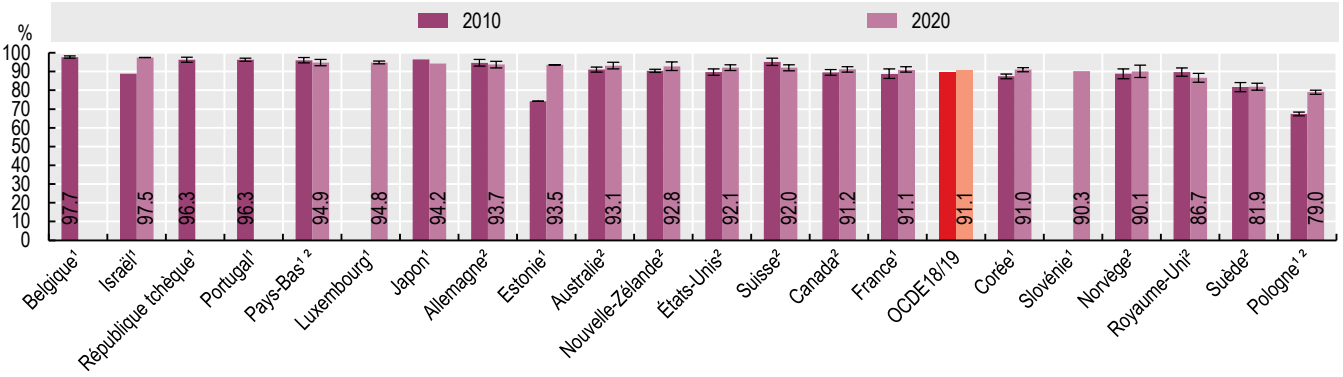
Graphique 6.6. **Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue, 2010 et 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Données provenant de sources nationales. 2. Fait référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du Commonwealth, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et 2020 et autres sources nationales.

StatLink https://stat.link/nsogce

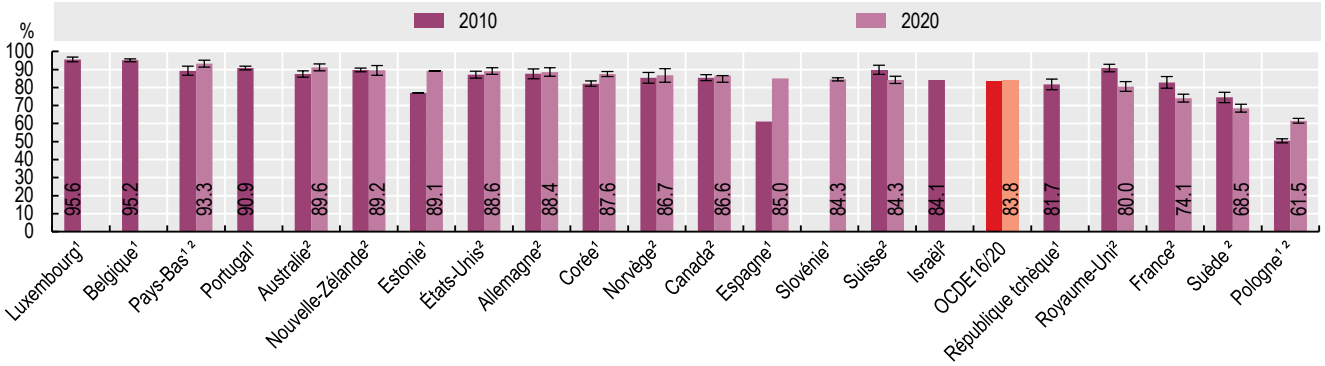
Graphique 6.7. **Clarté des explications fournies par le médecin, 2010 et 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Données provenant de sources nationales. 2. Fait référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du Commonwealth, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et 2020 et autres sources nationales.

StatLink https://stat.link/gsroxu

Graphique 6.8. **Implication du patient dans les décisions portant sur les soins et le traitement, 2010 et 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Données provenant de sources nationales. 2. Fait référence au vécu des patients avec leur médecin traitant ou leur cabinet habituel.
Source : Fonds du Commonwealth, Enquête internationale sur les politiques de santé 2010 et 2020 et autres sources nationales.

StatLink https://stat.link/nxjqf4

Admissions hospitalières évitables

Les soins primaires sont souvent le premier point de contact des personnes avec les systèmes de santé. Leurs fonctions incluent la promotion de la santé et la prévention des maladies ; la gestion des nouveaux problèmes de santé ; le traitement de la majorité des cas sans complications ; la gestion des affections de longue durée et l'aiguillage des patients vers des services hospitaliers lorsque cela est nécessaire. L'un des principaux objectifs des soins primaires est de maintenir les personnes en bonne santé en leur fournissant un lieu de soins stable sur le long terme, en prenant en charge les affections courantes, en adaptant et en coordonnant les soins des personnes dont les besoins sont multiples et en favorisant l'autogestion des patients. Des soins primaires de qualité permettent donc d'améliorer la santé, de réduire les inégalités socio-économiques sur le plan de la santé et de faire en sorte que les systèmes de soins de santé soient centrés sur la personne, tout en faisant un meilleur usage des ressources de santé (OCDE, 2020[14]).

L'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) sont des affections de longue durée très répandues. L'asthme et la MPOC limitent la capacité respiratoire : les symptômes de l'asthme sont le plus souvent intermittents, et les traitements permettent de les éliminer, alors que la MPOC est une maladie évolutive qui touche principalement les fumeurs (actuels ou anciens). L'ICC est une pathologie grave qui survient lorsque le cœur ne parvient pas à pomper un volume de sang suffisant pour répondre aux besoins de l'organisme. Elle est souvent due à l'hypertension, au diabète ou à une maladie coronarienne. Les personnes atteintes de l'une de ces trois affections risquent non seulement d'avoir besoin d'une hospitalisation mais surtout des complications graves liées au COVID-19. Les personnes atteintes d'asthme et de MPOC, par exemple, risquent davantage d'avoir besoin de soins intensifs et d'une ventilation mécanique visant à les aider à respirer, et/ou de décéder du COVID-19 (CDC, 2021[15]). Les personnes atteintes d'ICC sont davantage exposées au risque de décompensation aiguë après avoir été infectées par le COVID-19 (Rey et al., 2020[16]).

Pour ces trois pathologies, les données factuelles établissent clairement que les traitements sont efficaces et qu'ils peuvent être en grande partie administrés dans le cadre des soins primaires. Un système de soins primaires très performant, où les patients ont accès à des services de haute qualité, permet d'atténuer la dégradation aiguë de l'état de santé des personnes souffrant d'asthme, de MPOC ou d'ICC. Cela peut éviter des hospitalisations pour la prise en charge de ces pathologies, ce qui est un marqueur de qualité et d'accès aux soins de premier recours.

Le Graphique 6.9 montre que les taux d'hospitalisation pour asthme varient dans un rapport de 1 à 15 selon les pays de l'OCDE ; l'Islande, le Mexique, l'Italie et la Colombie enregistrent les taux les plus bas, et la Lettonie, la Turquie et la Pologne des taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Entre 2009 et 2019, les taux d'hospitalisation pour asthme ont diminué dans de nombreux pays de l'OCDE, notamment en République slovaque, en Corée et en Finlande, et les écarts entre les pays se sont réduits. Les pays qui ont pu déclarer des taux d'hospitalisation en 2020 ont affiché une baisse générale du nombre d'admissions – avec des réductions de 50 % entre 2019 et 2020 en Lituanie et en Angleterre (Royaume-Uni).

Les taux d'hospitalisation pour MPOC ont varié dans un rapport de 1 à 8 dans les pays de l'OCDE, l'Italie, le Mexique et le Chili enregistrant les taux les plus bas et la Turquie, l'Irlande et l'Australie les taux les plus élevés (Graphique 6.10). Le taux moyen des pays de l'OCDE a baissé, passant de 194 admissions pour 100 000 habitants en 2009 à 171 admissions pour 100 000 habitants en 2019. En 2020, les taux ont baissé en Autriche, en République tchèque, en Irlande, en Lettonie, en Lituanie, au Portugal, en République slovaque et en Angleterre (Royaume-Uni) ; la baisse a été particulièrement importante en Angleterre, en Lituanie et en Irlande.

Les taux d'hospitalisation pour ICC varient dans un rapport de 1 à 16 (Graphique 6.11). Ainsi, le Costa Rica, le Mexique et la Colombie ont enregistré les taux les plus faibles, alors que la Pologne, la Lituanie et la République slovaque ont déclaré des taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Alors que le taux moyen dans les pays de l'OCDE a diminué entre 2009 et 2019, la variation entre les pays a légèrement augmenté. En 2020, les taux ont diminué en Autriche, en Lituanie (où la baisse a été particulièrement importante), en République tchèque, au Portugal, en République slovaque et en Angleterre (Royaume-Uni), tandis qu'ils sont restés stables en Islande et en Irlande.

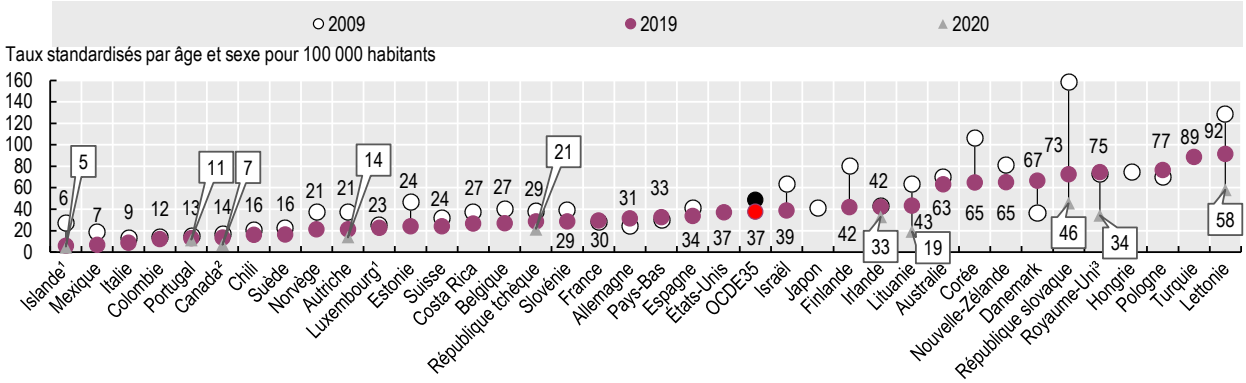
S'il est vrai que les améliorations observées au cours des 10 dernières années ont fait progresser la qualité des soins primaires dans certains pays, il se peut que l'investissement dans les soins primaires ne soit toujours pas suffisamment rapide (OCDE, 2017[17]), ce qui peut entraîner des dépenses inutiles en soins hospitaliers onéreux (OCDE, 2017[11]). Les baisses générales du nombre d'admissions hospitalières en 2020 peuvent traduire, dans une certaine mesure, l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de la qualité des soins primaires, mais sont également dues aux difficultés d'accès aux soins de santé au stade initial de la crise du COVID-19 et à l'hésitation des patients à se faire soigner régulièrement pendant la pandémie. En revanche, les pays de l'OCDE ont rapidement adopté la télémédecine et les outils numériques pour faciliter l'accès aux soins (OCDE, 2021[6]). La crise du COVID-19 montre à quel point il est essentiel de placer les soins primaires au cœur des systèmes de santé, à la fois pour pouvoir faire face à une envolée imprévue de la demande et pour préserver la continuité d'accès à des soins de grande qualité pour tous (OCDE, 2020[14]).

Définition et comparabilité

Les indicateurs se définissent comme le nombre d'admissions à l'hôpital avec un diagnostic primaire d'asthme, de MPOC ou d'ICC chez les personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux sont standardisés selon l'âge et le sexe de la population de l'OCDE âgée de 15 ans et plus en 2010. Les admissions à la suite d'un transfert depuis un autre hôpital pendant lesquelles le patient décède ne sont pas prises en compte dans les calculs, car elles sont jugées probablement inévitables.

La prévalence de la maladie et la disponibilité des soins hospitaliers peuvent expliquer en partie, mais pas totalement, la variation des taux d'un pays à l'autre. La diversité des pratiques de codage peut également compromettre la comparabilité des données. Ainsi, l'exclusion des transferts ne peut être entièrement respectée dans certains pays. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influer sur les taux.

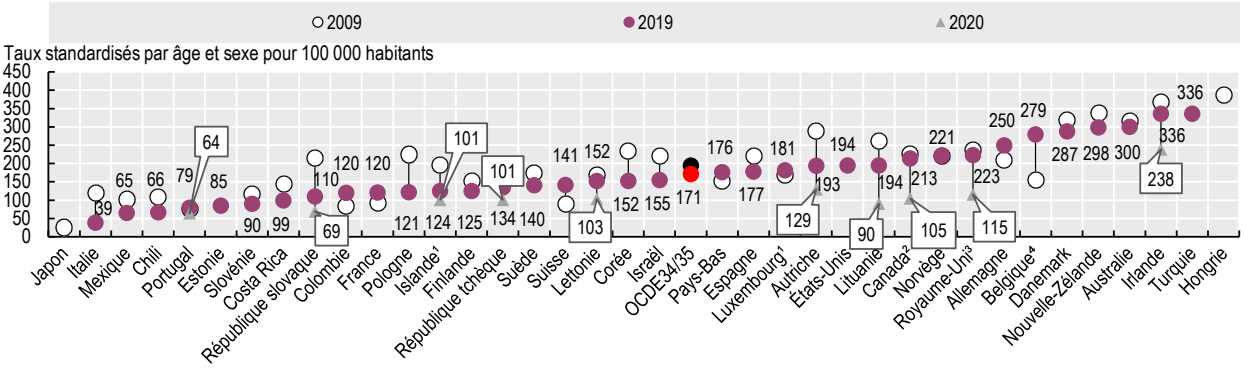
Graphique 6.9. **Admission à l'hôpital pour asthme chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/u96gwd

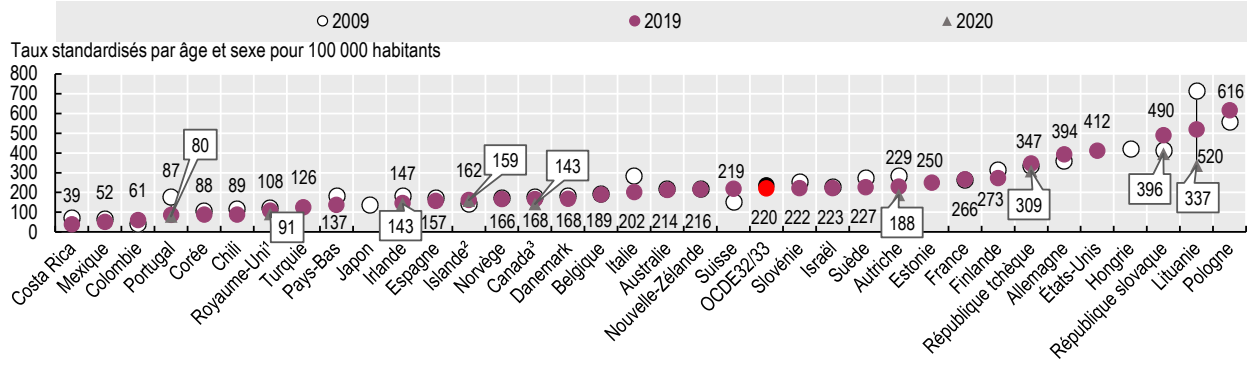
Graphique 6.10. **Admission à l'hôpital pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. 4. La série chronologique a été interrompue en 2016, de sorte que les changements observés entre 2010 et 2019 doivent être interprétés avec prudence.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/0vj678

Graphique 6.11. **Admission à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive (ICC) chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. 2. Moyenne sur trois ans. 3. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/hm6xfo

Traitement du diabète

La gestion efficace du diabète est une priorité de santé publique, dans la mesure où plus de 463 millions de personnes souffrent de cette maladie dans le monde. Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme n'est plus capable de réguler les niveaux excessifs de glucose dans le sang. Le diabète a causé 4.2 millions de décès en 2019, et on prévoit que, d'ici à 2045, jusqu'à 700 millions d'adultes seront diabétiques (International Diabetes Federation, 2020[18]). Il est une cause majeure de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur.

Récemment, le diabète s'est révélé un important facteur de risque d'hospitalisation et de décès dus au COVID-19 (Muniyappa et Gubbi, 2020[19] ; Singh et al., 2020[20]) et plusieurs études ont montré que les complications potentielles dues à l'infection de COVID-19 comprennent l'apparition du diabète et l'insuffisance rénale (Collins, 2021[21]). De plus, les mesures mises en place pour faire face à la pandémie de COVID-19 ont perturbé la gestion courante du diabète (Chudasama et al., 2020[22]).

Le contrôle continu du diabète implique généralement une part considérable d'autogestion ; par conséquent, la formation et l'éducation en matière de soins centrées sur le patient sont au cœur des soins primaires des personnes diabétiques (OCDE, 2020[14]). Le contrôle efficace de la glycémie dans le cadre d'un suivi systématique, d'une modification du régime alimentaire et d'un exercice régulier permet de diminuer l'apparition de complications graves et la nécessité d'une hospitalisation. La gestion de facteurs de risque essentiels, comme le tabagisme, la tension artérielle et les taux de lipides, joue également un rôle majeur dans la lutte contre les complications.

Le Graphique 6.12 illustre les admissions à l'hôpital pour diabète qui auraient pu être évitées. Bien que leur nombre ait diminué dans la plupart des pays au fil des ans, la variation constatée entre les pays se situe toujours dans un rapport de 1 à plus de 6. En 2019, l'Islande, l'Italie et l'Espagne ont déclaré les taux d'admission les plus faibles, tandis que le Lituanie, les États-Unis et la Corée déclaraient des taux près de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. La prévalence du diabète et l'accès général aux soins hospitaliers peuvent expliquer en partie cette variation (OCDE, 2015[23]). Pendant la crise du COVID-19, les taux d'hospitalisation pour diabète ont diminué dans la plupart des pays qui ont pu communiquer les données 2020. La baisse la plus importante a été enregistrée en Lituanie, ce qui reflète potentiellement un usage réduit des services de santé dans plusieurs contextes. L'Autriche, la République tchèque, l'Irlande, le Portugal et la Lettonie ont également enregistré une baisse, quoique limitée.

Chez les personnes diabétiques souffrant d'hypertension, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine sont recommandés par la plupart des directives nationales comme médicaments de première intention pour réduire la tension artérielle. Le Graphique 6.13 montre des pourcentages globalement uniformes de patients diabétiques sous antihypertenseurs selon les recommandations : seules la Finlande, la Belgique et la Corée ont enregistré un pourcentage inférieur à 80 %.

Des soins primaires de grande qualité permettent de réduire le risque d'amputation, et les admissions hospitalières pour amputation importante d'un membre inférieur témoignent de la qualité à long terme du traitement du diabète. Le Graphique 6.14 illustre les taux d'amputation chez les adultes diabétiques. La variation internationale va de 1 à 18. L'Islande, la Corée et l'Italie ont déclaré des taux inférieurs à 3 pour 100 000 habitants, et Israël, le Mexique et le Costa Rica des taux compris entre 13 et 18 pour 100 000. En 2020, les taux n'étaient pas significativement différents de ceux de 2019 dans tous les pays qui ont communiqué des données pour 2020.

La relation entre, d'une part, la nature, la fréquence et la durée des soins primaires pour le traitement du diabète et, d'autre part, le taux d'admissions hospitalières pour des complications liées à cette maladie est complexe et mérite d'être approfondie. L'OCDE mène une enquête internationale auprès des patients atteints de maladies chroniques, dont le diabète, afin de retenir les résultats sur le plan de la santé fondés sur leurs déclarations et de mieux comprendre dans quel contexte des soins primaires leur sont prodigués. Cette enquête fait partie intégrante de l'initiative PaRIS de l'OCDE (*https://www.oecd.org/health/paris.htm*).

Définition et comparabilité

L'indicateur des admissions pour diabète évitables repose sur la somme de trois indicateurs : admissions pour des complications à court terme et à long terme et pour diabète non contrôlé sans complication. L'indicateur est défini comme le nombre d'admissions à l'hôpital de personnes âgées de 15 ans et plus ayant reçu un diagnostic primaire de diabète pour 100 000 habitants.

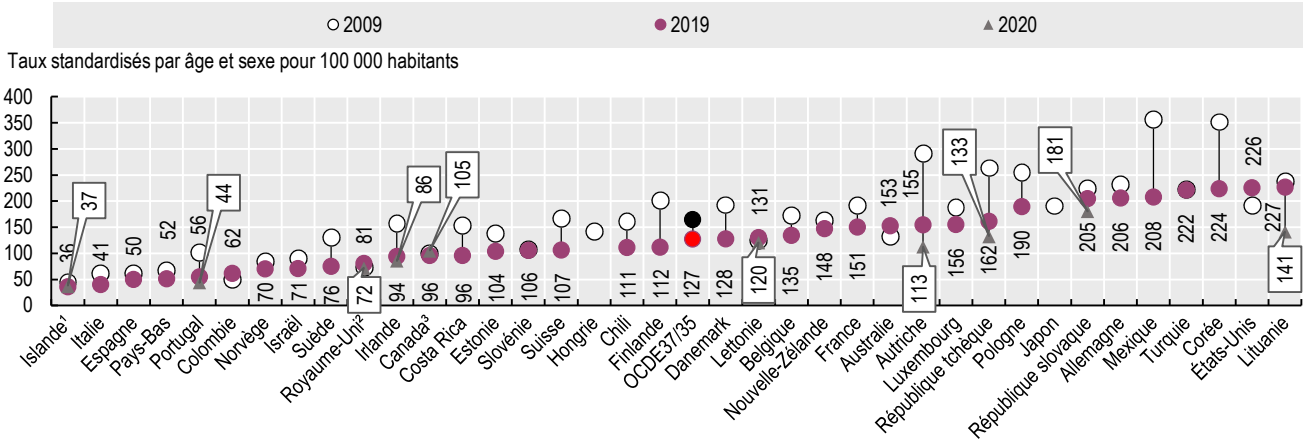
Le dénominateur des personnes diabétiques auxquelles des médicaments antihypertenseurs sont prescrits se fonde sur les diabétiques (c'est-à-dire les usagers de longue durée de médicaments régulateurs de la glycémie) auxquels sont en outre prescrits une ou plusieurs fois par an divers médicaments souvent utilisés dans la gestion de l'hypertension. Le numérateur est le nombre de ces personnes qui ont une ou plusieurs prescriptions d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine.

L'indicateur d'amputation majeure d'un membre inférieur chez les adultes diabétiques est défini comme le nombre de sorties de personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux des indicateurs sont standardisés selon l'âge et le sexe de la population de l'OCDE en 2010.

Les différences de définition des données, de pratiques de codage et de méthodes de calcul des indicateurs entre les pays peuvent compromettre la comparabilité des données. Par exemple, dans de nombreux pays, le diabète est codé comme un diagnostic secondaire alors que quelques pays le codent comme un diagnostic primaire. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influer sur les taux calculés pour ces indicateurs.

Dans tous les cas, les données nationales sont présentées. Les variations quant à la portée et à la représentativité nationale des indicateurs pour les pays sont documentées dans les sources et les informations méthodologiques de OECD.Stat.

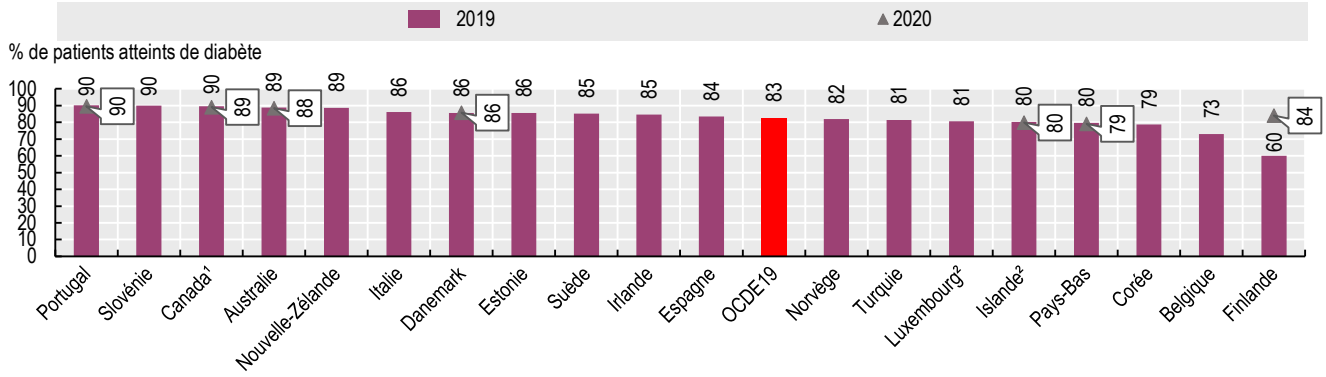
Graphique 6.12. **Admission à l'hôpital pour diabète chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. 3. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/5xfvpm

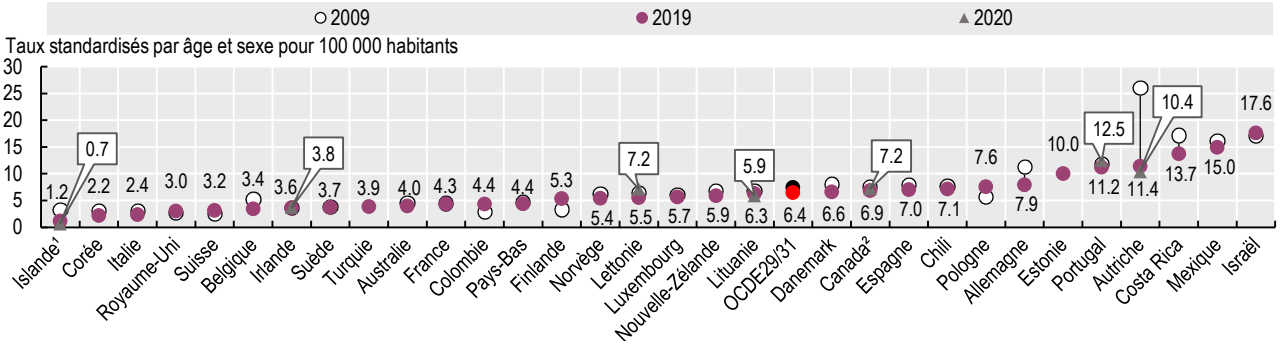
Graphique 6.13. **Personnes diabétiques à qui l'on a prescrit des médicaments antihypertenseurs recommandés au cours de l'année écoulée dans le cadre des soins primaires, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 2. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/libwzj

Graphique 6.14. **Amputation majeure d'un membre inférieur chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/etcuqx

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable à une maladie coronarienne a considérablement diminué ces dernières décennies (voir l'indicateur « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). La réduction du tabagisme (voir l'indicateur « Tabagisme chez les adultes » au chapitre 4) et l'amélioration du traitement des maladies cardiaques y ont contribué (OCDE, 2015[23]). Malgré ces progrès, l'IAM (ou crise cardiaque) reste la principale cause de décès d'origine cardiovasculaire dans de nombreux pays de l'OCDE, ce qui souligne la nécessité de réduire davantage les facteurs de risque et d'améliorer la qualité des soins (OCDE/The King's Fund, 2020[24]). La crise du COVID-19 a également mis en évidence la nécessité de préserver l'accès des personnes faisant un IAM à des soins intensifs de qualité lorsqu'elles arrivent aux urgences.

Les mesures de la mortalité à 30 jours après l'admission à l'hôpital pour un IAM témoignent des processus de soins, tels que le transport à temps des patients et les interventions médicales efficaces. Cependant, plusieurs éléments influent sur cet indicateur, à savoir non seulement la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux, mais aussi les différences d'un pays à l'autre en matière de modalités de transferts hospitaliers, la durée du séjour et la gravité de l'IAM.

Le Graphique 6.15 illustre les taux de mortalité dans les 30 jours suivant l'admission à l'hôpital pour un IAM, calculés sur la base de données non couplées, c'est-à-dire en comptabilisant uniquement les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été admis initialement. En 2019, les taux les plus bas ont été enregistrés par l'Islande, les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie, la Suède et la Turquie (moins de 4 % des patients âgés de 45 ans et plus) et les plus élevés par la Lettonie et le Mexique (plus de 13 %). Au Mexique, l'absence d'un système de soins coordonné entre les soins primaires et les hôpitaux peut contribuer aux retards de reperfusion et aux faibles taux d'angioplastie (Martínez-Sánchez et al., 2017[25]).

Le Graphique 6.16 illustre le même taux de mortalité à 30 jours, mais calculé sur la base de données couplées, c'est-à-dire en comptabilisant les décès quel que soit l'endroit où ils sont survenus après l'hospitalisation (dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, après son transfert dans un autre hôpital ou après sa sortie). Sur la base de ces données couplées, les taux de mortalité par IAM en 2019 allaient de 3 % aux Pays-Bas à 17 % en Lettonie.

Les taux de létalité par IAM ont baissé considérablement entre 2009 et 2019 d'après ces deux ensembles de données (Graphique 6.15 et Graphique 6.16). Dans les pays de l'OCDE, le taux moyen est passé de 8.7 % à 6.6 % en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu, et de 11.4 % à 8.8 % en ce qui concerne les décès survenus à l'hôpital ou en dehors. Entre 2019 et 2020, les taux de létalité ont augmenté cependant en Lituanie, en Pologne et en Angleterre (Royaume-Uni), tandis qu'ils sont restés stables dans des pays comme le Canada, l'Islande, l'Irlande, la Lettonie, le Portugal et la République slovaque.

Ces évolutions de tendance témoignent des difficultés auxquelles les systèmes de santé ont été confrontés pour garantir un accès en temps voulu aux soins intensifs pendant la crise du COVID-19. Dans tous les pays ayant déclaré des données pour 2020, le nombre de personnes admises à l'hôpital pour IAM a diminué. La baisse a été particulièrement notable au Canada et au Portugal. Une baisse du nombre d'admissions pour IAM et une réduction du nombre d'interventions pour le traitement des crises cardiaques ont été signalées en Autriche, en Italie, en Espagne et aux États-Unis. Ce phénomène peut être dû à une baisse de la fréquentation des hôpitaux par les patients (soit par crainte d'une exposition au COVID-19 soit pour éviter d'alourdir le système de santé) ou tenir au fait que les systèmes ambulanciers n'ont pas été en mesure de transférer rapidement tous les patients en raison d'une envolée des demandes de prise en charge des patients atteints du COVID-19. Le nombre absolu de personnes décédées d'un IAM dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital a baissé considérablement au Portugal, ce qui tend à montrer qu'au moins certains patients ayant eu un IAM sont peut-être décédés à domicile ou dans un établissement de long séjour avant d'arriver à l'hôpital.

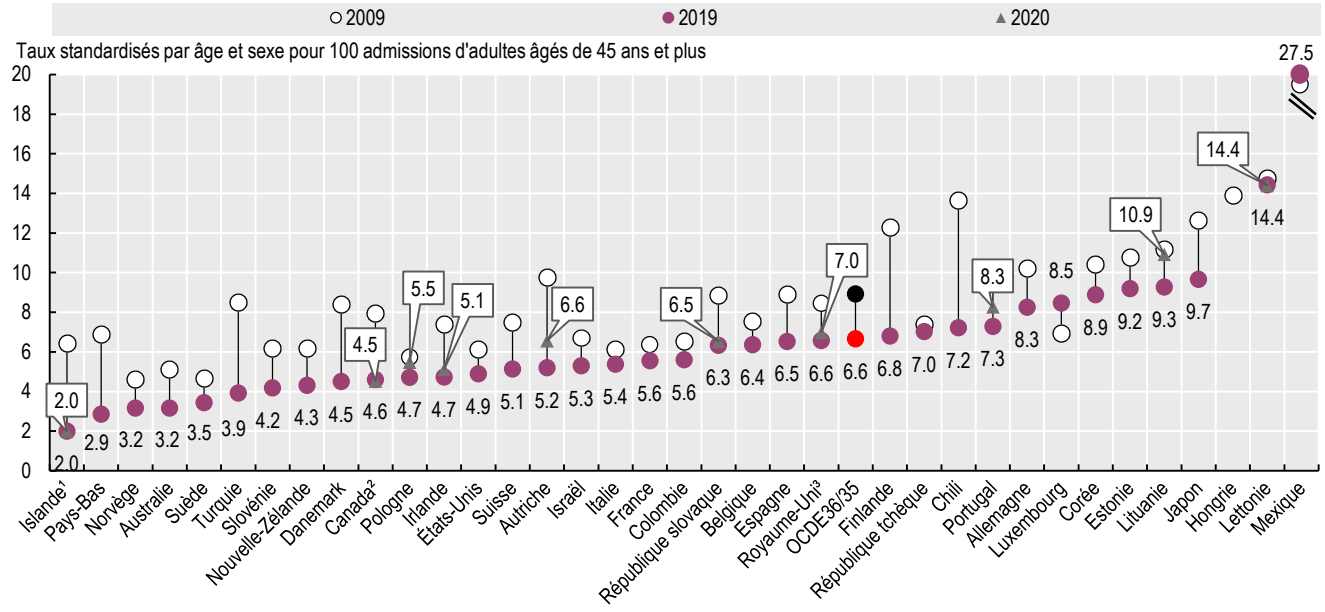
Des données supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact du COVID-19 sur les soins intensifs prodigués à la suite d'un IAM et pour aider les systèmes de santé à fournir des soins intensifs de qualité pendant les urgences de santé publique. L'Angleterre (Royaume-Uni) a constaté que le nombre d'appels d'ambulances pour une crise cardiaque était stable par rapport aux années précédentes (Holmes et al., 2020[26]) et que, bien que les temps de réaction des ambulances aient augmenté, ils n'étaient pas liés aux retards de revascularisation une fois à l'hôpital ni à un taux de mortalité plus élevé (Little et al., 2020[27]). Lorsque les ressources sont limitées, des données plus granulaires telles que les admissions hospitalières et les taux de létalité selon la gravité de l'IAM pourraient éclairer davantage sur les moyens qui permettraient de promouvoir la mise à disposition et la gestion efficaces des soins intensifs, notamment en ce qui concerne les patients atteints des affections les plus graves.

Définition et comparabilité

Le taux de létalité permet de mesurer le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 30 jours suivant leur admission à l'hôpital pour un problème de santé aigu spécifique. Les données non couplées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu ; les données couplées tiennent compte des décès enregistrés, qu'ils surviennent dans le même hôpital ou dans un autre hôpital que celui où l'IAM a été enregistré initialement voire en dehors de l'hôpital où l'IAM a été enregistré initialement. La méthode basée sur des données couplées est considérée comme plus robuste que les taux basés sur des données non couplées, et entraîne donc des variations beaucoup moins importantes entres les pays. Cependant, elle nécessite un identifiant unique pour chaque patient pour coupler les données issues de différentes bases de données, ce qui n'existe pas dans tous les pays.

Les taux sont standardisés selon l'âge et le sexe de la population de l'OCDE âgée de 45 ans et plus en 2010 admise à l'hôpital pour un IAM, en utilisant les codes I21- I22 de la Classification internationale des maladies, dixième édition (CIM 10).

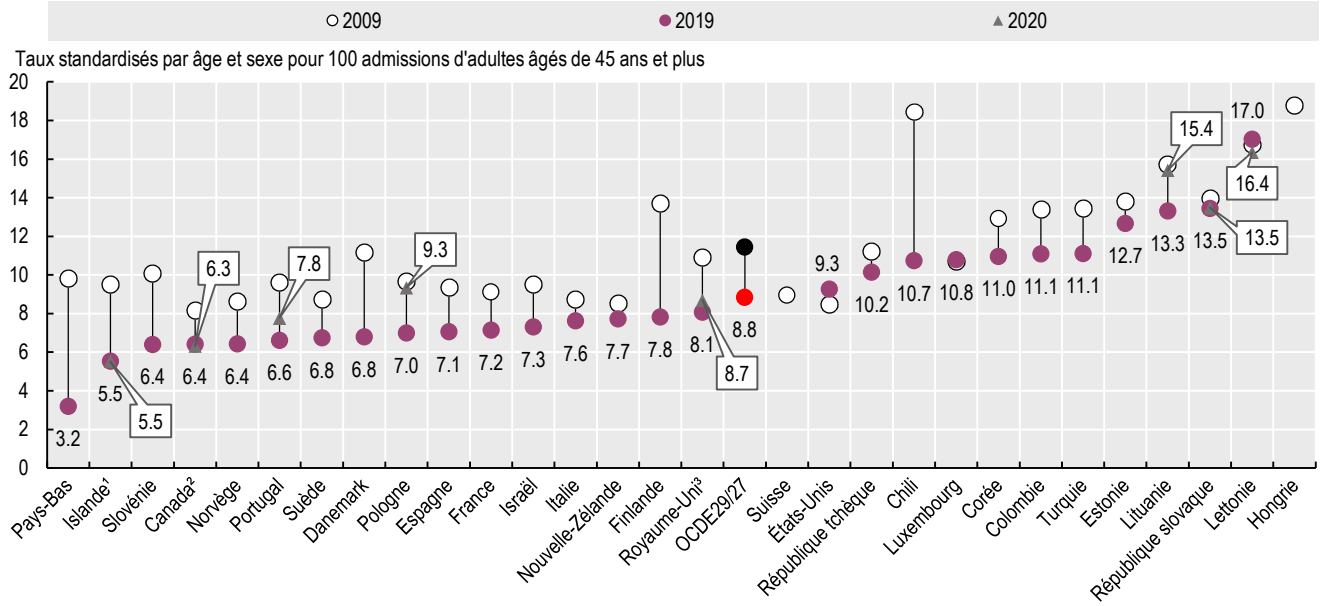
Graphique 6.15. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/pirhnv

Graphique 6.16. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 2. Les données n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/b0ly8m

Mortalité après un accident vasculaire cérébral (AVC)

L'AVC est l'une des principales causes de décès, représentant 7 % des décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2019 (voir les indicateurs « Principales causes de mortalité » et « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). Ils surviennent lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose (mort cellulaire) de la partie atteinte. Parmi les deux types d'AVC, environ 85 % sont ischémiques (causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin) et 15 % sont hémorragiques (causés par la rupture d'un vaisseau sanguin). La pandémie de COVID-19 a eu jusqu'à présent un effet variable sur l'accès aux soins et sur la qualité des soins s'agissant des patients victimes d'un AVC dans les pays de l'OCDE.

Le Graphique 6.17 illustre les taux de létalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour AVC ischémique lorsque le décès se produit dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu (taux basés sur des données non couplées). Le Graphique 6.18 illustre les taux de létalité lorsque les décès sont enregistrés, qu'ils surviennent dans le même hôpital ou dans un autre hôpital que celui où l'AVC a été enregistré initialement (taux basés sur des données couplées). L'indicateur basé sur des données couplées est plus robuste, car il rend compte du nombre de décès de manière plus exhaustive que l'indicateur pour un même hôpital, mais il nécessite pour chaque patient un identifiant unique et la capacité de coupler les données, ce dont ne disposent pas tous les pays.

Dans les pays de l'OCDE, 7.7 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour accident cérébral ischémique en 2019 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.17). Le Mexique, la Lettonie, la Lituanie et la Pologne affichaient les taux de létalité les plus élevés (>11 %). Ces taux étaient inférieurs à 4 % au Costa Rica, au Japon, en Corée, en Norvège et en Islande. Les faibles taux observés au Japon s'expliquent en partie par les récents efforts consacrés à l'amélioration du traitement des patients atteints d'AVC dans les hôpitaux, grâce à une surveillance systématique de la tension artérielle, à d'importants investissements matériels dans les hôpitaux et à l'établissement d'unités spécialisées dans les AVC (OCDE, 2015[28]).

Dans les 26 pays qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, 12.0 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC (Graphique 6.18). Ce chiffre est plus élevé que celui de l'indicateur d'hospitalisation dans le même hôpital que celui où le patient a été admis initialement, car les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils sont survenus après l'admission à l'hôpital (c'est-à-dire dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, après sont transfert vers un autre hôpital ou bien après sa sortie d'hôpital).

Le traitement des AVC ischémiques a progressé de manière spectaculaire ces dernières décennies, de nombreux pays de l'OCDE disposant désormais de systèmes et procédures permettant, d'une part, de recenser les patients présentant un risque d'AVC ischémique et, d'autre part, de les traiter rapidement par reperfusion en phase aiguë. Entre 2009 et 2019, les taux de létalité par AVC ischémique ont fortement diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 9.8 % à 7.7 % en ce qui concerne les taux basés sur des données non couplées et de 13.7 % à 11.8 % en ce qui concerne les taux basés sur des données couplées (Graphique 6.17 et Graphique 6.18). Les pays peuvent encore améliorer la qualité des soins prodigués après un AVC en garantissant le transport à temps des patients, des interventions médicales fondées sur des données probantes et l'accès à des installations spécialisées de qualité telles que les unités AVC (OCDE, 2015[28]). Il est indispensable que les soins soient prodigués à temps, et les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de soins permettant de proposer une thérapie de reperfusion d'une manière encore plus rapide et efficace, que ce soit par le triage pré-hospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance.

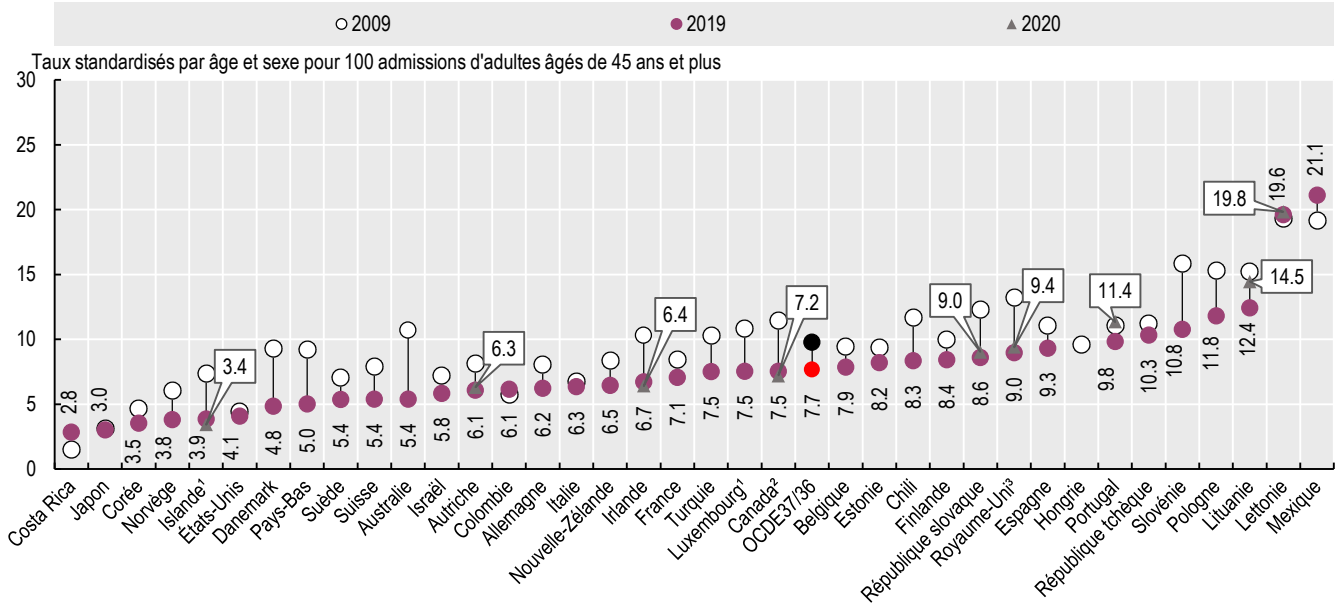
Entre 2019 et 2020, les taux de létalité ont augmenté en Lituanie et au Portugal tandis que les taux sont restés stables dans des pays comme le Canada, l'Islande, la Lettonie, la République slovaque et l'Angleterre (Royaume-Uni) (Graphique 6.17 et Graphique 6.18). Cependant, le nombre de personnes admises à l'hôpital après un AVC ischémique a diminué dans ces pays, notamment au Portugal, où la baisse a été importante pour l'IAM également (voir l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) »). Des réductions des admissions hospitalières à la suite d'un AVC et du nombre d'interventions pour AVC ont également été signalées en France, en Italie, en Allemagne, en Espagne et aux États-Unis. Ces réductions peuvent s'expliquer par le fait qu'au moins certaines personnes ayant subi un AVC n'ont pas cherché à se faire soigner immédiatement à l'hôpital par crainte d'être infectées par le COVID-19, que le triage pré-hospitalier n'a pas fonctionné aussi bien que prévu et que les ambulances n'ont peut-être pas été en mesure de transférer tous les patients rapidement en raison de la brusque augmentation de la demande. Le nombre de patients ayant subi un AVC ischémique qui sont décédés après une hospitalisation a baissé dans la plupart des pays ayant fourni des données pour 2020. Cette baisse a été significative au Portugal, ce qui tend à montrer qu'au moins certains patients victimes d'un AVC peuvent être décédés à domicile ou dans un établissement de long séjour avant d'arriver à l'hôpital.

Afin de faire face aux contraintes de ressources pendant la crise du COVID-19, des pays comme la France, l'Allemagne et l'Italie ont réorganisé leurs parcours de soins intensifs prodigués aux victimes d'AVC, les soins en question étant parfois concentrés dans quelques hôpitaux (Bersano et al., 2020[29]). Des données supplémentaires telles que les appels d'ambulance, les délais de réponse des ambulances et le délai entre l'arrivée aux urgences jusqu'au début de la thrombolyse sont nécessaires pour évaluer l'impact du COVID-19 sur les soins intensifs prodigués aux patients victimes d'AVC et pour aider les systèmes de santé à fournir des soins intensifs de qualité pendant les urgences de santé publique. Des données granulaires telles que les admissions hospitalières et les taux de létalité selon la gravité de l'AVC pourraient éclairer davantage sur les moyens qui permettraient de promouvoir la mise à disposition et la gestion efficaces des soins intensifs, notamment en ce qui concerne les patients atteints des affections les plus graves.

Définition et comparabilité

Les taux de létalité nationaux sont définis dans l'indicateur « mortalité après un infarctus aigu du myocarde ». Les taux de létalité par AVC ischémique correspondent aux codes I63-I64 de la CIM-10.

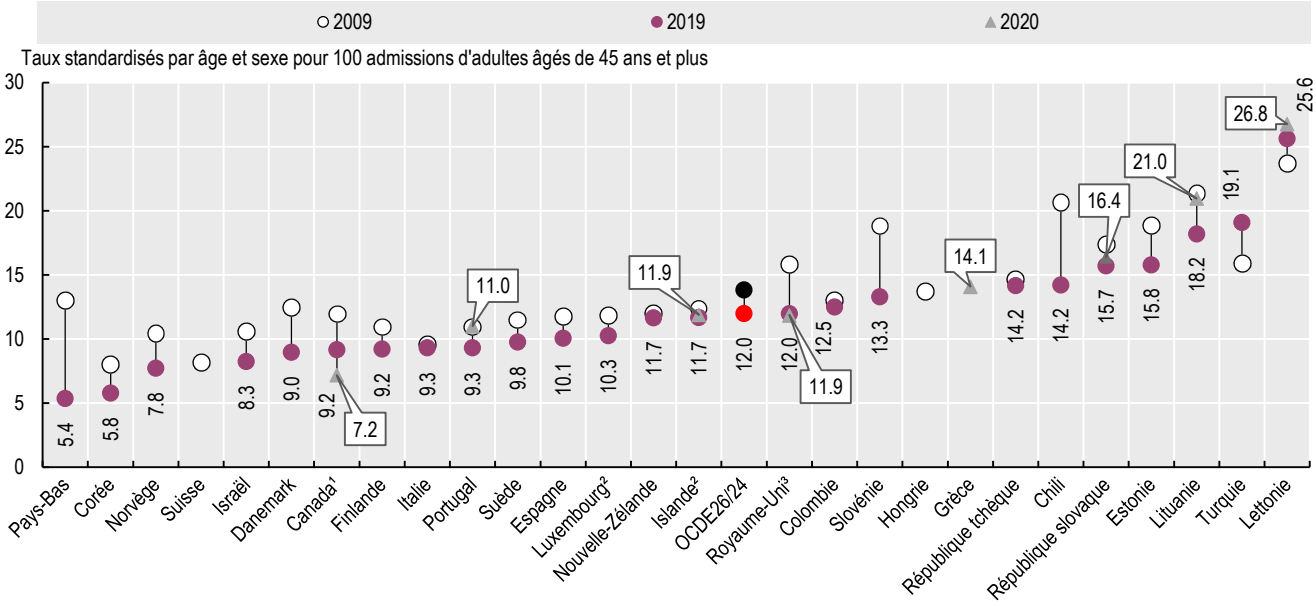
Graphique 6.17. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 2. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/26bers

Graphique 6.18. **Mortalité dans les 30 jours suivant une admission à l'hôpital pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données couplées, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Les données n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée. Estimation 2020 basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 2. Moyenne sur trois ans pour toutes les années sauf 2020. 3. Les données 2020 sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/jh4pux

Chirurgie de la hanche et du genou

La réparation d'une fracture de la hanche est généralement une procédure d'urgence. En effet, les données tendent à démontrer qu'une intervention chirurgicale pratiquée à un stade précoce, à savoir dans les 48 heures, améliore les résultats chez les patients et limite le risque de complications. De nombreux facteurs, dont le nombre de blocs opératoires dont disposent les hôpitaux, le flux et l'accès ainsi que les interventions politiques ciblées, influent sur le délai d'intervention. En 2019, près de 80 % des patients des pays de l'OCDE admis pour une fracture de la hanche ont été opérés dans les deux jours (Graphique 6.19). Le COVID-19 a eu un impact significatif sur la capacité et la charge hospitalière. Parmi les pays qui ont été en mesure de fournir des données pour 2020, la Lettonie a enregistré une amélioration et la Lituanie une réduction, tandis que les taux de l'Irlande, de l'Islande et du Portugal sont restés proches de ceux de 2019.

L'arthrose est l'une des maladies les plus répandues dans de nombreux pays de l'OCDE. Elle se manifeste généralement par une douleur et une raideur dans les articulations portantes telles que la hanche et le genou. La prise en charge de l'arthrose du genou ou de la hanche vise à réduire la douleur au niveau de l'articulation et à améliorer son fonctionnement, sa mobilité et la qualité de vie du patient. Une arthroplastie est généralement recommandée si les symptômes persistent après épuisement des traitements non chirurgicaux tels que la kinésithérapie et la perte de poids. Les taux d'arthroplastie élective de la hanche et du genou ont augmenté ces dix dernières années, et le nombre de personnes qui subissent ce type d'interventions dans les pays de l'OCDE chaque année avoisine les 2.5 millions.

Les mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) peuvent être utilisées pour évaluer l'effet d'une intervention médicale du point de vue du patient. Les questionnaires Oxford Hip/Knee Score (OHS/OKS) et Hip/Knee Disability and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Short Form (HOOS-PS/KOOS-PS) sont parmi les PROM spécifiques à l'affection les plus couramment utilisées en matière d'arthroplastie de la hanche et du genou. Les instruments génériques courants incluent le questionnaire EuroQol portant sur cinq dimensions (EQ-5D) (OCDE, 2019[30]).

Le Graphique 6.20 présente la variation moyenne sur les échelles des questionnaires *Oxford Hip Score (OHS)* et *HOOS-PS* rapportée par les patients après une arthroplastie élective de la hanche pour arthrose dans un ensemble international de registres d'arthroplastie. Les résultats ont été corrigés suivant le score pré-opératoire ainsi que l'âge et le sexe de la cohorte de patients. La variation moyenne corrigée rapportée dans les registres participants était de +21 sur l'échelle de l'*Oxford Hip Score* et de +31 sur l'échelle du questionnaire *HOOS-PS*, ce qui équivaut à une amélioration de 44 % et 31 % sur ces échelles respectives.

Le Graphique 6.21 illustre la variation moyenne corrigée rapportée par les patients utilisant l'*Oxford Knee Score (OKS)* et le *KOOS-PS* après une arthroplastie élective du genou pour arthrose. La variation moyenne corrigée était de +17.6 sur l'*Oxford Knee Score* et de +21.1 sur le *KOOS-PS*, soit une amélioration respective de 36 % et 21 % – plus modeste que l'amélioration moyenne rapportée par le patient ayant subi une arthroplastie de la hanche.

La variation moyenne de l'indice EQ-5D – corrigée suivant le score pré-opératoire ainsi que l'âge et le sexe – dans les registres participants était de +0.25 chez les patients ayant subi une arthroplastie élective de la hanche (soit une amélioration de 25 %) et de +0.19 chez les patients ayant subi une arthroplastie élective du genou (soit une amélioration de 19 %). Les résultats tendent à montrer que, toutes choses égales par ailleurs et par rapport à une situation où le patient n'aurait pas subi d'intervention, le patient moyen de 65 ans qui a subi une arthroplastie de la hanche dans les registres participants a gagné l'équivalent d'environ cinq ans en « parfaite » santé, et celui qui a subi une arthroplastie du genou plus de trois ans.

Définition et comparabilité

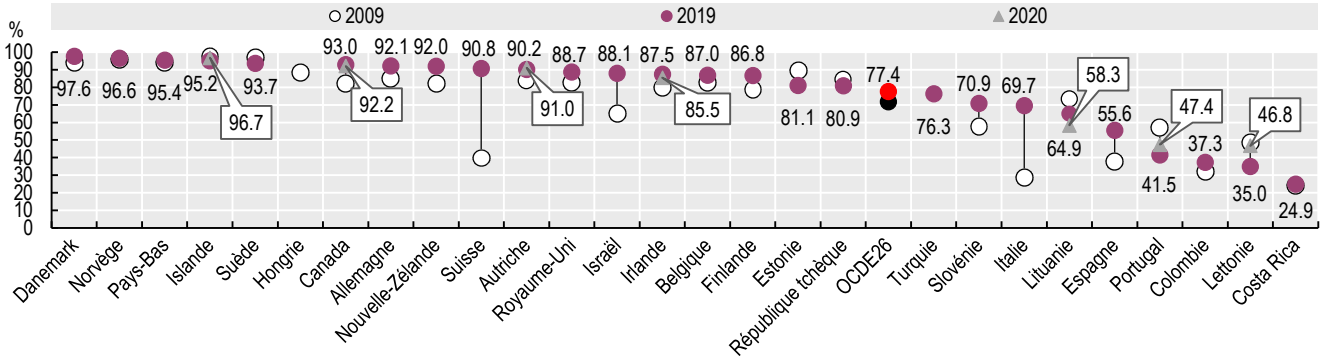
L'indicateur de la fracture de la hanche est défini comme le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus admis à l'hôpital une année donnée avec un diagnostic de fracture du col du fémur et opérés dans les deux jours suivant leur admission. La capacité de prendre en compte la date de l'admission et de l'intervention chirurgicale dans les données administratives hospitalières varie d'un pays à l'autre. S'il convient d'exclure les cas de fracture de la hanche survenue lors de l'admission à l'hôpital, tous les pays ne disposent pas dans leurs bases de données d'un indicateur « fracture présente au moment de l'admission » leur permettant de recenser ces cas de figure avec précision.

Les résultats des PROM sont basés sur des données issues de sites ou de réseaux de sites spécifiques dans des pays utilisant des données sur les patients adultes ayant subi une arthroplastie élective de la hanche ou du genou avec un diagnostic principal d'arthrose, ayant rempli un questionnaire *Oxford Hip/Knee Score*, *HOOS-PS/KOOS-PS*, EQ-5D ou un questionnaire de santé SF-12 composé de 12 questions (SF-12v1 et SF-12v2) avant et après l'opération. Un score élevé indique de meilleurs résultats sur toutes ces échelles. (OCDE, À paraître[31])

La prudence est recommandée lors de la comparaison des résultats des registres participants à partir desquels les données postopératoires sont collectées à six mois ou à 12 mois après la chirurgie. Les résultats obtenus à partir des instruments spécifiques à chaque pathologie (*Oxford Hip/Knee Score* et *HOOS-PS/KOOS-PS*) sont présentés séparément, car il n'existe pas de méthode de conversion validée. La comparaison des résultats obtenus à partir de chaque instrument n'est pas conseillée.

Pour l'analyse, la version à trois niveaux (EQ-5D-3L) de l'EQ-5D a été utilisée, son échelle ayant été développée à partir de la population des États-Unis (Van Hout et al., 2012[32]). Plusieurs des registres participants ont converti les résultats de l'EQ-5D-5L en EQ-5D-3L à l'aide d'un algorithme qui ramène les cinq niveaux du premier questionnaire à trois niveaux pour le second. L'EQ-5D a été conçu pour calculer les années de vie corrigées de la qualité (AVCQ). On a calculé des AVCQ supplémentaires en multipliant la variation moyenne corrigée de l'EQ-5D par 20.5 ans, soit l'espérance de vie moyenne à 65 ans dans les pays des registres participants, moins un an pour tenir compte de la récupération et de la réadaptation.

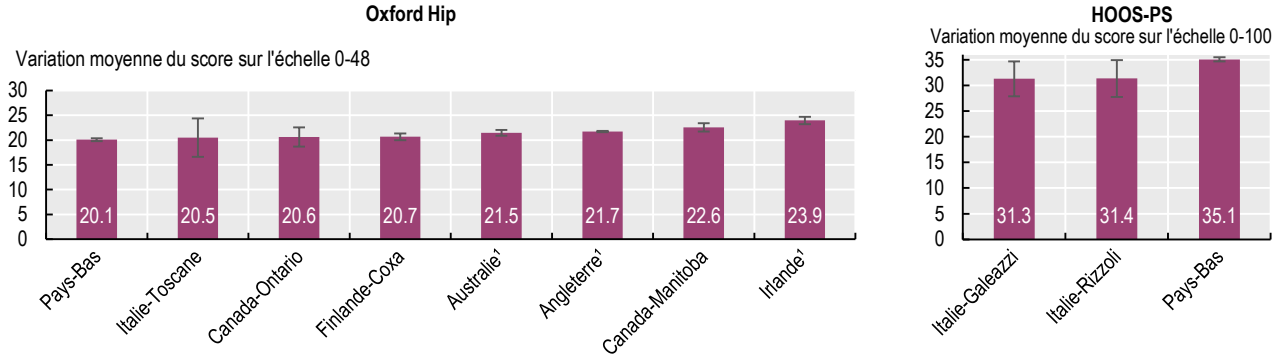
Graphique 6.19. **Début d'une chirurgie pour fracture de la hanche chez des patients âgés de 65 ans et plus dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Moyenne sur trois ans pour l'Islande pour toutes les années sauf 2020. Pour le Canada, l'estimation 2020 est basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/p06hbe

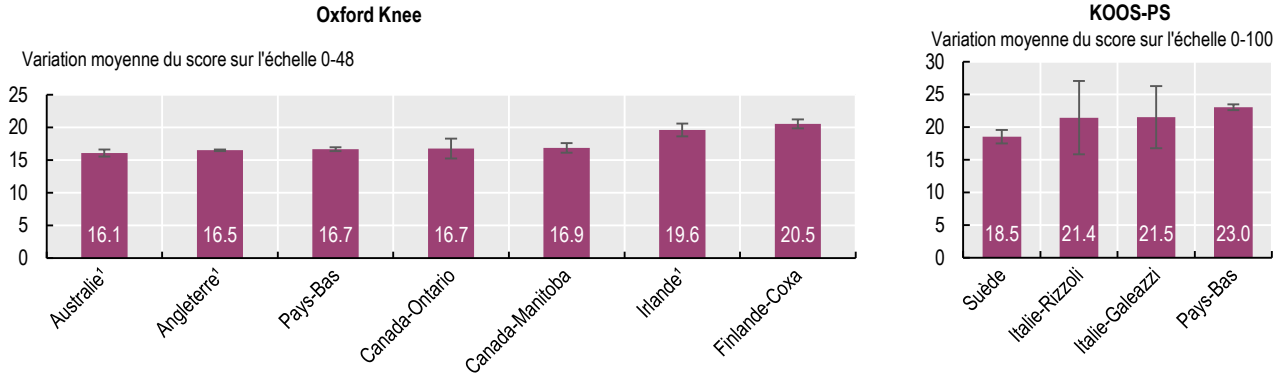
Graphique 6.20. **Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires, *Oxford Hip Score* et *HOOS-PS*, 2014-20 (ou année la plus proche)**



Note : Échelles : Oxford 0-48 ; *HOOS-PS* 0-100. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Collecte post-opératoire à six mois (toutes les autres à 12 mois).
Source : Collecte de données pilote sur les prothèses de la hanche/du genou (PaRIS), 2020-21.

StatLink https://stat.link/au5h6e

Graphique 6.21. **Variations moyennes corrigées entre les valeurs pré- et postopératoires, *Oxford Knee Score* et *KOOS-PS*, 2014-20 (ou année la plus proche)**



Note : Échelles : Oxford 0-48 ; *KOOS-PS* 0-100. Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Collecte post-opératoire à six mois (toutes les autres à 12 mois).
Source : Collecte de données pilote sur les prothèses de la hanche/du genou (PaRIS), 2020-21.

StatLink https://stat.link/r5iz6v

Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les traumatismes obstétricaux

« Il convient avant tout de ne pas nuire » : tel est l'un principes fondamentaux de l'exercice de la médecine. Au demeurant, la sécurité des patients demeure l'une des questions de santé les plus pressantes pour l'information du public et la poursuite de l'action des pays membres de l'OCDE. Plus de 15 % des dépenses et de l'activité des hôpitaux des pays de l'OCDE seraient imputables au traitement des patients qui sont victimes d'un événement portant atteinte à leur sécurité, la plupart du temps évitable (Slawomirski, Auraaen et Klazinga, 2017[33]). Le COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité persistante des systèmes de prestation de santé et le risque réel de préjudice pour les patients, notamment le risque d'infections nosocomiales (G20 Health & Development Partnership, 2021[34]). En 2021, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé le Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-30 visant à donner une orientation stratégique aux mesures concrètes à prendre par les pays, les organisations partenaires, les établissements de soins et les organisations internationales pour garantir des systèmes de soins de santé plus sûrs (OMS, 2021[35]).

Les événements « sentinelles » ou « rarissimes » pour la sécurité des patients sont les événements qui sont censés ne jamais se produire ou très rarement se produire ; les événements « indésirables » sont ceux que l'on ne peut pas éviter complètement, mais dont on pourrait réduire considérablement l'incidence. Le Graphique 6.22 illustre le nombre de fois où un événement rarissime – l'oubli d'un corps étranger dans l'organisme pendant une opération – se produit, au moyen de données couplées et non couplées (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

Le Graphique 6.23 montre les taux pour deux événements indésirables apparentés : l'embolie pulmonaire (EP) et la thrombose veineuse profonde (TVP) à la suite d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, à la fois avec des données couplées et non couplées. L'EP et la TVP sont à l'origine de douleurs inutiles, d'une perte de mobilité, voire de décès dans certains cas, mais peuvent être évitées grâce à des anticoagulants ainsi qu'à d'autres mesures. Les fortes variations observées, dont une variation des taux de TVP de 1 à plus de 35, peuvent s'expliquer en partie par les différences de pratiques de diagnostic, de directives thérapeutiques et de pratiques de codage d'un pays à l'autre. De nombreux pays ont reporté les chirurgies non urgentes en 2020 afin de répondre à la crise du COVID-19, ce qui a engendré une baisse des volumes d'interventions chirurgicales, une situation qui peut expliquer les changements constatés dans les pays qui ont été en mesure de communiquer des données 2020.

La sécurité de la femme lors de l'accouchement peut être évaluée par l'observation des cas potentiellement évitables de déchirures du périnée survenant lors d'un accouchement par voie basse. Une intervention chirurgicale peut se révéler nécessaire, et il peut y avoir des complications telles que les douleurs périnéales et l'incontinence. Il est impossible de prévenir totalement ces déchirures, mais on peut les atténuer moyennant une gestion appropriée du travail et des soins obstétricaux de qualité.

Le Graphique 6.24 illustre les taux de traumatisme obstétrical grave (déchirure du troisième et du quatrième degré) consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (forceps ou ventouse) et sans extraction instrumentale. Le risque de déchirure du périnée augmentant significativement en cas de travail assisté par instruments, les taux relatifs à cette population sont présentés séparément. On observe une forte variation des taux de traumatisme obstétrical d'un pays à l'autre. Ainsi, les taux déclarés de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale varient de moins de 2 % en Israël, en Pologne, en Lituanie et en Colombie à plus de 10 % au Danemark, aux États-Unis et au Canada. Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale varient de moins de 0.5 % des accouchements en Colombie, en Pologne, en Lituanie et en Lettonie à 3 % ou plus au Danemark et au Canada. Comme pour d'autres indicateurs de la sécurité des patients, les résultats peuvent également être le signe de meilleures pratiques de codage et de déclaration, plutôt que de soins moins sûrs.

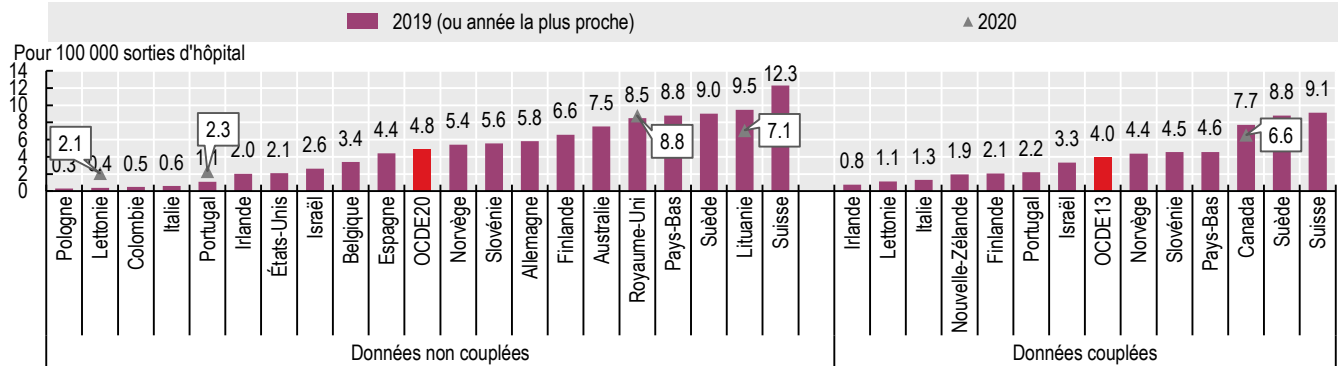
Au moment de l'interprétation des données 2020, l'impact du COVID-19 sur les résultats au regard de la sécurité obstétricale nécessite une étude plus approfondie. Plusieurs facteurs peuvent influer sur les taux de traumatisme obstétrical, à savoir d'éventuelles variations des taux de césariennes, la réduction des durées d'hospitalisation ainsi que des changements de processus hospitaliers et des variations d'effectifs, la capacité des patients à bénéficier des soins prénataux de routine, et d'autres facteurs impactés par le COVID-19.

Définition et comparabilité

Les indicateurs utilisant des données non couplées se fondent sur les admissions de patients à l'hôpital pour chirurgie afin de calculer les taux. Le nombre de sorties d'hôpital assorties d'un code CIM-10 pour la complication correspondante dans un domaine de diagnostic secondaire est divisé par le nombre total de sorties de patients âgés de 15 ans et plus. Les indicateurs utilisant des données couplées ne se limitent pas aux seules admissions pour chirurgie, mais englobent toutes les réadmissions ultérieures qui lui sont liées, indépendamment de l'hôpital, dans un délai de 30 jours après l'opération. Des différences dans les définitions et les pratiques relatives aux dossiers médicaux entre les pays peuvent influer sur le calcul des taux et limiter la comparabilité des données. Dans certains cas, un taux élevé d'événements indésirables tiendra à un système plus développé de surveillance de la sécurité des patients et à une plus grande culture de la sécurité des patients, et non à une moindre qualité des soins.

Les deux indicateurs de traumatisme obstétrical sont définis comme la proportion d'accouchements par voie basse avec/sans assistance instrumentale assortis d'un code de traumatisme obstétrical du 3^{e} ou du 4^{e} degré (codes CIM-10 : O70.2 ou O70.3) quel que soit le champ du diagnostic et de la procédure. Plusieurs différences en termes de communication des données des pays peuvent influer sur les taux calculés pour les indicateurs relatifs à la sécurité des patientes. Il s'agit essentiellement de différences concernant les pratiques de codage et les sources de données. Les taux de traumatisme obstétrical reposent pour certains pays sur les données administratives des hôpitaux, pour d'autres sur les registres obstétricaux. Les taux de traumatisme obstétrical consécutif à un accouchement avec assistance instrumentale au fil des ans doivent être interprétés avec prudence, sachant que le nombre très faible de cas de traumatisme observé dans certains pays peut varier de manière significative d'une année à l'autre.

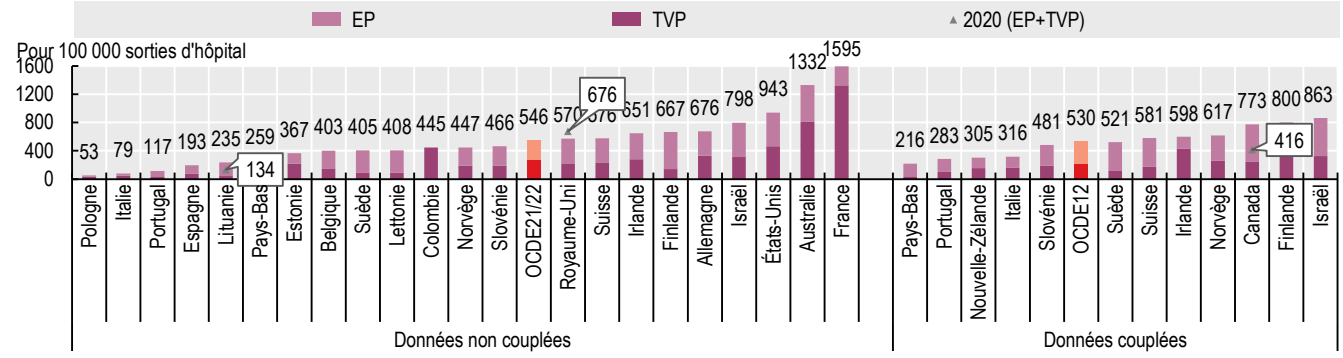
Graphique 6.22. **Corps étrangers laissés dans l'organisme pendant une opération, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Les données 2020 pour le Royaume-Uni sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. Pour le Canada, l'estimation 2020 est basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/elp9r4

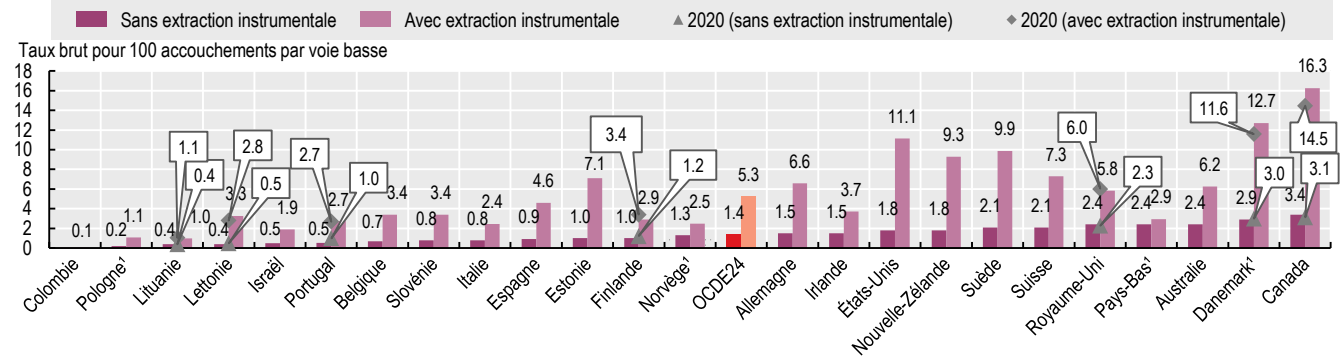
Graphique 6.23. **Événements indésirables lors des arthroplasties de la hanche et du genou : embolie pulmonaire (EP) ou thrombose veineuse profonde (TVP) post-opératoire, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Les données 2020 pour le Royaume-Uni sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. Pour le Canada, l'estimation 2020 est basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/wfhk6q

Graphique 6.24. **Traumatisme obstétrical, accouchement par voie basse avec et sans extraction instrumentale, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Les données 2020 pour le Royaume-Uni sont provisoires et incluent uniquement l'Angleterre. Pour le Canada, l'estimation 2020 est basée sur des données provisoires couvrant la période du 1er avril au 30 septembre et issues de tous les territoires sauf le Québec. 1. Taux basés sur des données tirées des registres.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/hnjcim

Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients

Il est possible d'utiliser les mesures de la culture de la sécurité des patients du point de vue des soignants ainsi que le vécu en matière de sécurité déclaré par les patients, les indicateurs classiques de sécurité des patients (voir l'indicateur « Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales et les traumatismes obstétricaux ») et les indicateurs de résultats sur le plan de la santé (voir, par exemple, l'indicateur « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde ») pour donner une vision holistique de l'état de la sécurité au sein des systèmes de santé.

L'adoption par les soignants d'une culture positive de la sécurité des patients se traduit par des perceptions communes de l'importance de la sécurité, une transparence et une confiance accrues, des niveaux plus élevés de responsabilité partagée, ainsi qu'une confiance accrue dans les initiatives de sécurité organisationnelles et nationales. Un nombre croissant d'études révèlent qu'une culture positive de la sécurité des patients est associée à un certain nombre d'avantages, notamment l'amélioration des résultats sur le plan de la santé et du vécu des patients, ainsi que de la productivité organisationnelle et de la satisfaction du personnel (de Bienassis et al., 2020[36]). Les modèles améliorés de gouvernance de la sécurité des patients et les investissements dans l'amélioration de la culture de la sécurité des patients ont un impact non négligeable et durable sur les résultats (G20 Health & Development Partnership, 2021[34]). Le Graphique 6.25 illustre deux domaines du questionnaire « *Hospital Survey on Patient Safety Culture* », dont l'objectif est que le personnel hospitalier fournisse des informations sur les aspects de leur environnement de travail et de savoir si ce dernier contribue à garantir la sécurité des patients. La sécurité des transferts et des transitions est liée aux perceptions du personnel quant à savoir si des informations importantes sur les soins prodigués aux patients sont transférées d'une unité hospitalière à l'autre et lors des changements de quart. La perception positive que le personnel a de la sécurité des transferts et des transitions varie de 54 % en Slovénie à 32 % en Belgique et en Écosse (Royaume-Uni). En moyenne dans les pays de l'OCDE, moins de la moitié du personnel hospitalier interrogé estime que les transferts et les transitions sont suffisants. Le Graphique 6.25 montre également qu'à peine plus de la moitié des soignants ont une perception globalement positive de la sécurité des patients, ce qui signifie que selon eux, les procédures et les systèmes adoptés sur leur lieu de travail permettent de prévenir efficacement les erreurs et qu'il n'y a pas de problèmes de sécurité des patients (OCDE, à paraître[37]).

Le point de vue des patients est également essentiel pour rendre les systèmes de santé plus sûrs et davantage centrés sur la personne. Compte tenu de l'importance du point de vue des patients, l'OCDE a élaboré un instrument d'enquête pilote visant à mesurer le vécu de la sécurité rapporté par les patients (OCDE, 2019[38]) , et plusieurs pays de l'OCDE ont testé cet instrument. Pour renforcer les systèmes de santé fondés sur l'avis de la population, quelques pays de l'OCDE ont commencé à utiliser systématiquement les indicateurs du vécu de la sécurité rapporté par les patients. Ainsi, la Pologne utilise ces indicateurs dans le cadre de son mécanisme d'agrément des prestataires, et l'Allemagne s'en sert comme l'un des éléments d'un projet de signalement des incidents.

Selon l'enquête 2020 du *Commonwealth Fund*, la proportion de patients ayant rapporté des expériences d'erreurs médicales au cours des deux dernières années a varié de 3 % en Allemagne à 13 % en Norvège en 2020. Parmi les patients hospitalisés, la proportion était de 5 % au Nouveau-Brunswick (Canada) et en Estonie et de 9 % en Pologne (Graphique 6.26). Le Nouveau-Brunswick (Canada) et la Pologne ont évalué la comparabilité des taux d'incidents rapportés par les patients et ont constaté que les données rapportées par les patients étaient comparables aux données recueillies dans les dossiers médicaux. Cependant, il convient de noter que les deux sources de données peuvent ne pas prendre en compte certains types de préjudices. Ainsi, il est possible que les patients ne signalent pas de préjudices physiques si ces derniers ne sont pas immédiatement identifiables (contrairement à la douleur et à l'infection) et si un prestataire ne les informe pas de leur apparition. Les dossiers médicaux peuvent ne pas inclure des préjudices tels qu'une mauvaise communication, la détresse et l'inquiétude, bien que la réponse aux besoins informationnels et émotionnels des patients soit essentielle pour la sécurité des soins et leur centrage sur la personne.

Parmi les différents types d'incidents liés à la sécurité des patients, les incidents liés aux médicaments sont les plus fréquemment rapportés dans les différents pays. La proportion de personnes ayant déclaré avoir reçu un mauvais médicament ou une mauvaise dose de la part d'un médecin, d'un infirmier, d'un hôpital ou d'un pharmacien au cours des deux dernières années était comprise entre 3 % en Australie et 7 % en Norvège (Graphique 6.27). En Pologne, 3 % des patients hospitalisés ont signalé des incidents liés aux médicaments. Ces données doivent être interprétées avec prudence : elles peuvent être sous-déclarées, les patients ne connaissant pas nécessairement toutes les causes d'erreur médicale.

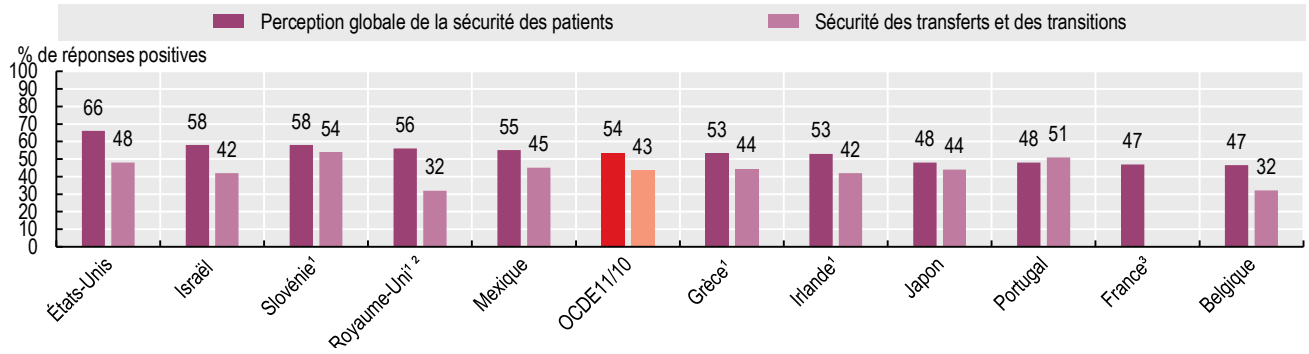
Définition et comparabilité

La perception que les soignants ont de la sécurité des patients est basée sur l'évaluation des travailleurs en milieu hospitalier (y compris dans les hôpitaux psychiatriques) à l'aide du questionnaire « Hospital Survey on Patient Safety Culture » (HSPSC). En raison des évaluations nationales peu fréquentes de la culture de la sécurité des patients dans de nombreux pays, le Graphique 6.25 comprend les données issues de la collecte de données représentatives la plus récente de la période 2010-20. Dans certains cas, les données 2020 soumises comprennent des données pour une partie de 2021.

Plusieurs différences en matière de communication des données des pays peuvent influer sur les taux calculés. Il s'agit essentiellement de différences quant au champ d'application et aux méthodes utilisées pour la mesure de la culture de la sécurité des patients, y compris de différences quant au nombre total de personnes interrogées, aux types et au nombre d'hôpitaux participants, aux taux de réponse et aux réponses requises ou facultatives (de plus amples informations sont disponibles dans le document de l'OCDE (OCDE, à paraître[37])). S'agissant de l'interprétation des indicateurs de la culture de la sécurité des patients, la prudence s'impose en raison de ces différences. Les données de la France proviennent de la région Bourgogne-Franche-Comté.

Les comparaisons internationales des données rapportées par les patients sont difficiles, car elles peuvent être influencées par de nombreux facteurs, notamment la formulation des questions et des catégories de réponses et l'ordre des questions dans le questionnaire. Les données rapportées par les patients ayant participé à l'enquête du *Commonwealth Fund* ont été collectées auprès de personnes âgées de 18 ans et plus ; les données des enquêtes nationales basées sur l'instrument pilote (OCDE, 2021[39]) ont été recueillies auprès de patients hospitalisés âgés de 18 ans et plus ; ces données ne sont donc pas directement comparables.

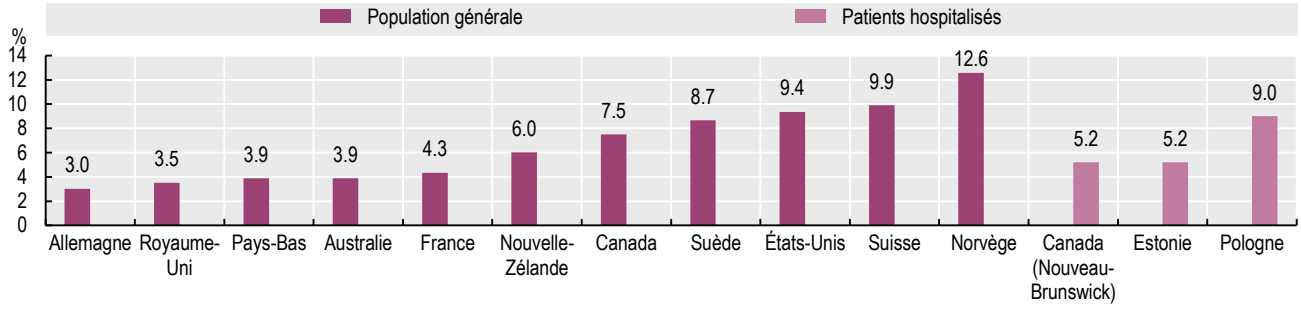
Graphique 6.25. **Perception des domaines de la culture de la sécurité des patients, des transferts et des transitions et perception globale de la sécurité de la part des soignants, dernière année disponible**



1. Données de 2010-15 (toutes les autres données sont de 2015-20). 2. Les données concernent uniquement l'Écosse. 3. Bourgogne-Franche-Comté.
Source : Collecte de données pilote sur la culture de la sécurité des patients, 2020/2021 (OCDE).

StatLink https://stat.link/fds5hl

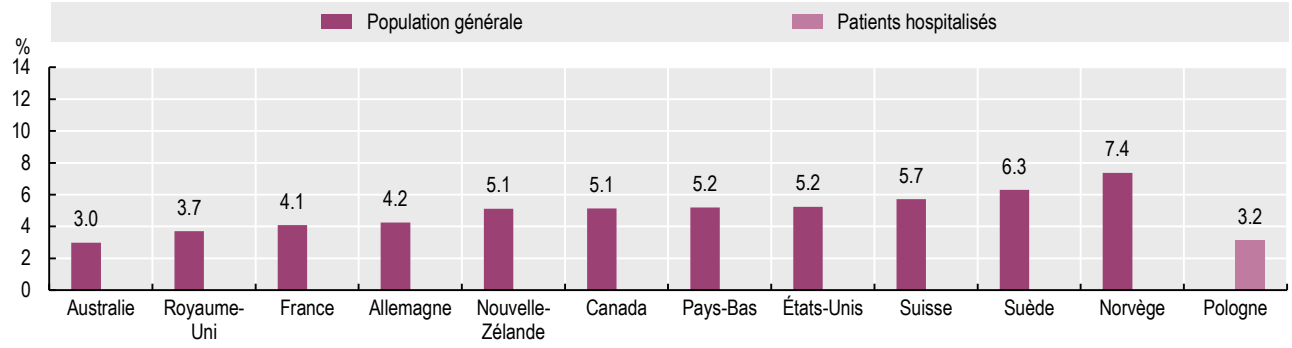
Graphique 6.26. **Patients déclarant avoir été victimes d'une erreur médicale pendant le traitement ou les soins, 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les données relatives à la population générale proviennent de l'enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* 2020.
Source : Collecte de données pilote sur le vécu de la sécurité rapporté par les patients, 2020-21 (OCDE).

StatLink https://stat.link/clnfvb

Graphique 6.27. **Patients déclarant avoir été victimes d'une erreur de médication, 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les données relatives à la population générale proviennent de l'enquête internationale sur les politiques de santé du *Commonwealth Fund* 2020.
Source : Collecte de données pilote sur le vécu de la sécurité rapporté par les patients, 2020-21 (OCDE).

StatLink https://stat.link/pb1z8m

Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux

La charge de la maladie mentale est considérable, touchant une personne sur deux à un moment de leur vie (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3). Depuis le début de la crise du COVID-19, les niveaux de souffrance psychique ont augmenté, et la prévalence de l'anxiété et de la dépression a même doublé dans certains pays (OCDE, 2021[39]). Les coûts économiques associés aux troubles mentaux représentent plus de 4.2 % du produit intérieur brut (PIB) ; si certains découlent directement des traitements, d'autres sont liés indirectement à la baisse des taux d'emploi et à la réduction de la productivité (OCDE, 2021[40]). Des soins de qualité prodigués à temps peuvent améliorer les résultats et faire diminuer le nombre de suicides et la surmortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les données sur la qualité et les résultats des soins mettent en évidence des insuffisances en matière de continuité des soins et des difficultés persistantes à améliorer les résultats, notamment en ce qui concerne les personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale. Le suicide de patients hospitalisés est un événement qui ne devrait jamais se produire et devrait être suivi de près comme indicateur de la capacité des établissements à assurer la sécurité des patients contre de tels dangers. La plupart des pays signalent des taux de suicide des patients hospitalisés inférieurs à 6 pour 10 000 patients, mais le Danemark, la Belgique, Israël et le Canada font figure d'exceptions (Graphique 6.28). Il est possible que les taux élevés de ces pays tiennent, en partie, à des différences en matière de nature des cas (c'est-à-dire de gravité des troubles dont sont atteints les patients qui sont traités en milieu hospitalier) ou aux délais d'attente d'un traitement ambulatoire des patients ayant des problèmes complexes.

Les taux de suicide après sortie de l'hôpital peuvent servir d'indicateurs de la qualité des soins dans le secteur extrahospitalier, mais aussi de la coordination entre le milieu hospitalier et non hospitalier. Dans les pays de l'OCDE, les taux de suicide chez les patients hospitalisés au cours de l'année précédente allaient de 7 pour 10 000 en Islande à près de 100 pour 10 000 aux Pays-Bas (Graphique 6.29).

Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique affichent un taux de mortalité plus élevé que la population globale. Un taux de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles mentaux présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Le Graphique 6.30 illustre le taux de surmortalité due à la schizophrénie et aux troubles bipolaires, qui est supérieur à 2 dans la plupart des pays. En 2017-19, la surmortalité allait de 1.8 en Lituanie à 5.3 au Chili chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Les paramètres rapportés par les patients peuvent aider à appréhender la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux (de Bienassis et al., 2021[41]). Ces paramètres sont de plus en plus utilisés dans le cadre des soins de santé mentale pour rendre compte de l'expérience des services de santé vécue par les personnes et pour exposer la vision qu'ils ont de leur état de santé et de la façon dont cette vision a pu évoluer au cours du traitement. Le Graphique 6.31 indique si les usagers des services de soins de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers ont l'impression que les prestataires de soins les ont traités avec courtoisie et respect. Bien que le champ des données incluses varie des sites individuels aux enquêtes nationales, ce graphique illustre une adoption accrue des efforts nationaux et infranationaux pour recueillir des informations sur le vécu des patients quant aux systèmes de soins de santé mentale (de Bienassis et al., 2021[41] ; OCDE, à paraître[42]).

Définition et comparabilité

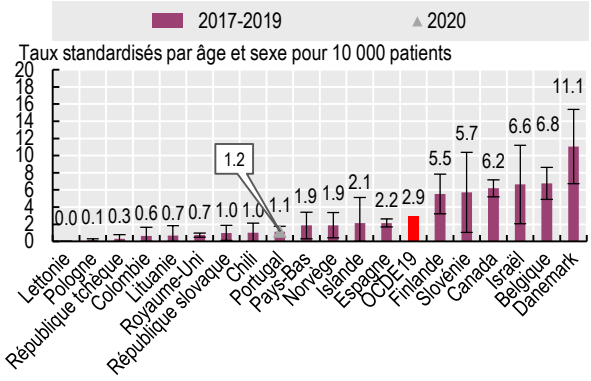
L'indicateur du suicide de patients hospitalisés est composé d'un dénominateur représentant les patients sortis de l'hôpital avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99), et d'un numérateur représentant ces patients sortis avec un code correspondant au « suicide » (codes CIM-10 : X60-X84). Les données doivent être interprétées avec prudence compte tenu du très petit nombre de cas. Les taux communiqués peuvent varier dans le temps. Aussi, lorsque cela a été possible, une moyenne sur trois ans a été calculée pour conférer une plus grande stabilité à l'indicateur.

Le taux de suicide dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital est établi par le couplage, d'une part, des sorties après hospitalisation avec un diagnostic primaire ou les deux premiers codes de diagnostic secondaire correspondant aux troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99) et, d'autre part, des suicides inscrits dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84).

S'agissant des indicateurs de surmortalité, le numérateur représente le taux de mortalité global des personnes âgées de 15 à 74 ans chez qui une schizophrénie ou des troubles bipolaires ont été diagnostiqués. Le dénominateur représente le taux de mortalité global de la population générale du même groupe d'âge. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires qui décèdent au cours d'une année donnée peut se traduire par des variations sensibles d'une année sur l'autre, c'est pourquoi des moyennes sur trois ans sont présentées.

Les mesures de l'expérience déclarées par les patients (PREM) en matière de santé mentale sont basées sur l'évaluation des usagers des services de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers menée à l'aide des domaines recommandés par le groupe de travail PaRIS sur la santé mentale. Les différences en matière de collecte de données d'un site à l'autre et d'un pays à l'autre, y compris les différences en ce qui concerne l'identification des populations de patients, le nombre total de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, la structure et la mise en œuvre du questionnaire ainsi que le calquage des activités d'enquête existantes sur les domaines recensés, peuvent influer sur les taux calculés (de plus amples informations sont disponibles dans le document de l'OCDE (à paraître[42])). En Australie, les différences entre les services de santé mentale publics et les services de santé mentale privés en ce qui concerne l'instrument d'enquête, la méthodologie d'échantillonnage, la composition du groupe de patients, la gamme de services et la méthodologie de calcul peuvent avoir une incidence sur les scores d'expérience globaux. La comparaison directe entre les services privés et les services publics n'est pas recommandée. En outre, la comparaison directe entre les pays doit être effectuée avec prudence, car la taille de l'échantillon ainsi que les facteurs ci-dessus sont très variables.

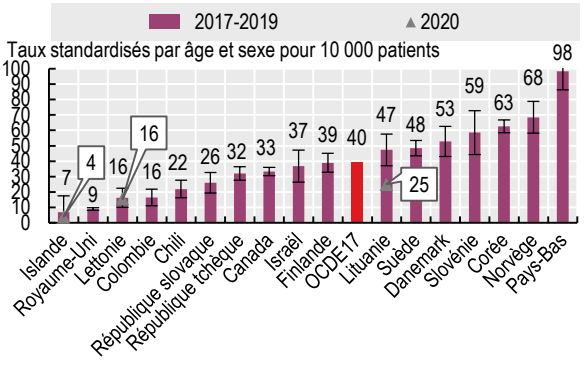
Graphique 6.28. **Suicide chez les patients hospitalisés atteints d'un trouble psychiatrique, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Moyenne sur trois ans sauf pour la Lituanie, la Pologne et la République slovaque (moyenne sur deux ans).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/4yus83

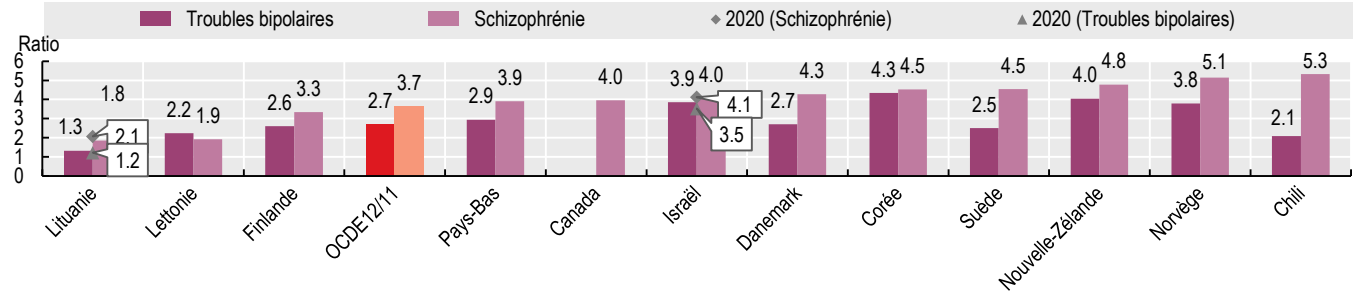
Graphique 6.29. **Suicide après une hospitalisation pour troubles psychiatriques, dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. Moyenne sur trois ans sauf pour le Canada et la Norvège (moyenne sur deux ans).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/tmer6h

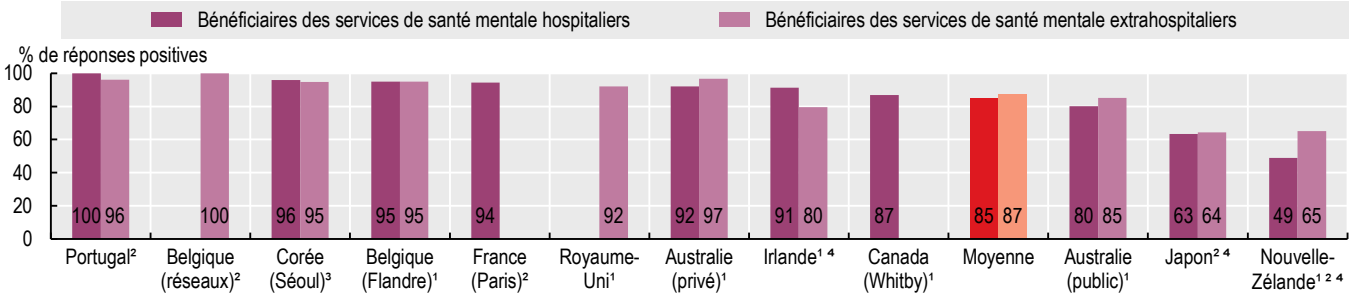
Graphique 6.30. **Surmortalité due aux troubles bipolaires et à la schizophrénie, 2017-19 (ou année la plus proche) et 2020**



Note : Pays-Bas : schizophrénie et autres troubles psychotiques ; troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur (troubles dépressifs non compris).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/8rudwz

Graphique 6.31. **Part des usagers des services de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers qui ont été traités avec courtoisie et respect par les prestataires de soins, 2021 (ou année la plus proche)**



1. Informations calquées sur le programme d'enquête existant. 2. Taille de l'échantillon comprise entre 100 et 500. 3. Taille de l'échantillon inférieure à 100. 4. Sondage en ligne.
Source : Collecte de données pilote PaRIS sur la santé mentale 2020-21.

StatLink https://stat.link/dl5tc3

Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer dont l'incidence est la plus élevée chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, et représente la deuxième cause de décès par cancer la plus fréquente chez les femmes (voir l'indicateur « Incidence du cancer et mortalité » au chapitre 3). Bien que la qualité et les résultats de la prise en charge du cancer du sein se soient généralement améliorés ces dernières années, comme le montrent les estimations de survie améliorées, la pandémie de COVID-19 peut avoir un impact négatif sur les résultats du traitement du cancer du sein dans les pays de l'OCDE.

Au début de la pandémie, de nombreux systèmes de santé ont donné la priorité aux besoins urgents, et les programmes de dépistage du cancer ont été suspendus (OCDE, 2021[6]). De nombreuses femmes ont également reporté la sollicitation de soins de santé afin de réduire le risque de transmission du COVID-19, ce qui a engendré une baisse du recours au dépistage du cancer du sein dans de nombreux pays de l'OCDE (voir chapitre 2, « L'incidence du COVID-19 sur la santé », et Graphique 6.32). Ces changements vont ralentir la progression vers un diagnostic plus précoce réalisée dans les pays de l'OCDE ayant adopté des programmes de dépistage du cancer du sein (OCDE, 2013[43]), des programmes qui ont engendré un passage de la proportion de femmes en âge d'être dépistées bénéficiant d'une mammographie de 57.3 % en 2009 à 61.7 % en 2019.

Les changements dans le stade de la maladie au moment du diagnostic peuvent être le signe d'évolutions en ce qui concerne l'accès à temps à une prise en charge de qualité du cancer du sein. Entre 2010 et 2014, 51.5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont été diagnostiquées à un stade précoce, et 8.6 % à un stade avancé dans les pays de l'OCDE (Graphique 6.33). Pendant la pandémie de COVID-19, la répartition des stades a changé dans plusieurs pays de l'OCDE. Aux Pays-Bas, où le dépistage du cancer du sein a été interrompu, par exemple, la proportion de patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiquées à un stade avancé a été plus élevée pendant la première vague de la crise en 2020 qu'au cours de la même période ces deux années précédentes (NABON COVID-19 Consortium and the COVID and Cancer-NL Consortium, 2021[44]).

Les reports de dépistage, de diagnostic et de traitement pourraient entraîner des résultats moins bons pour les patientes atteintes d'un cancer du sein dans un avenir proche. Pour atténuer le plus possible ces conséquences, quelques pays de l'OCDE, comme le Danemark, se sont efforcés d'accroître le recours au dépistage et de réduire les retards de diagnostic du cancer.

La collecte des mesures des résultats déclarés par les patientes (PROM) en ce qui concerne la prise en charge du cancer du sein est en pleine croissance ; ces mesures peuvent apporter des éléments d'information pour les choix de traitement et l'action des pouvoirs publics visant à améliorer la qualité des services de prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein. De nombreux pays de l'OCDE étendent leurs initiatives PROM en ce qui concerne le cancer du sein au niveau régional (p. ex., l'Italie) et national (p. ex., les Pays-Bas et la Suède) afin que leur système de santé soit davantage centré sur la personne.

La crise du COVID-19 a amplifié les avantages, pour les systèmes de santé, de disposer d'un système de collecte systématique des PROM. La pandémie a mis les systèmes de santé au défi d'améliorer le délai de prise en charge du cancer du sein et de proposer un traitement plus approprié dans quelques pays de l'OCDE. Les données montrent qu'à partir du moment où la pandémie s'est déclarée, les patientes atteintes du cancer du sein et les survivantes ont eu moins tendance à contacter des médecins et ont constaté une détérioration de leur fonctionnement émotionnel et leur santé mentale (Bargon, 2021[45]). Dans le but de diminuer le plus possible la complexité chirurgicale, la durée du séjour, les risques de complications et le risque d'infection par le COVID-19, certains pays, dont la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis (*Brigham and Women's Hospital*) ont réduit ou suspendu toutes les opérations de reconstruction mammaire prévues dans l'immédiat et les ont reportées à une date ultérieure à définir dès lors que les services seraient revenus à la normale (Dave, 2021[46] ; Regionala Cancercentrum I Samverkan, 2021[47]). Ces perturbations des soins ont considérablement affecté la capacité des hôpitaux participants à fournir des données PROM à l'OCDE.

Le Graphique 6.34 présente les résultats bruts (non ajustés) en matière de satisfaction des patientes à l'égard de leur sein 6 à 12 mois après une chirurgie mammaire (chirurgie conservatrice du sein et reconstruction mammaire après une mastectomie) pour 10 sites cliniques de neuf pays. Les résultats indiquent un taux de satisfaction supérieur après une chirurgie conservatrice dans certains établissements, mais pas dans tous. Les résultats bruts moyens consolidés pour 10 sites à l'exception de la Suisse montrent que les patientes sont davantage satisfaites de leurs seins après une chirurgie conservatrice du sein qu'après une reconstruction mammaire.

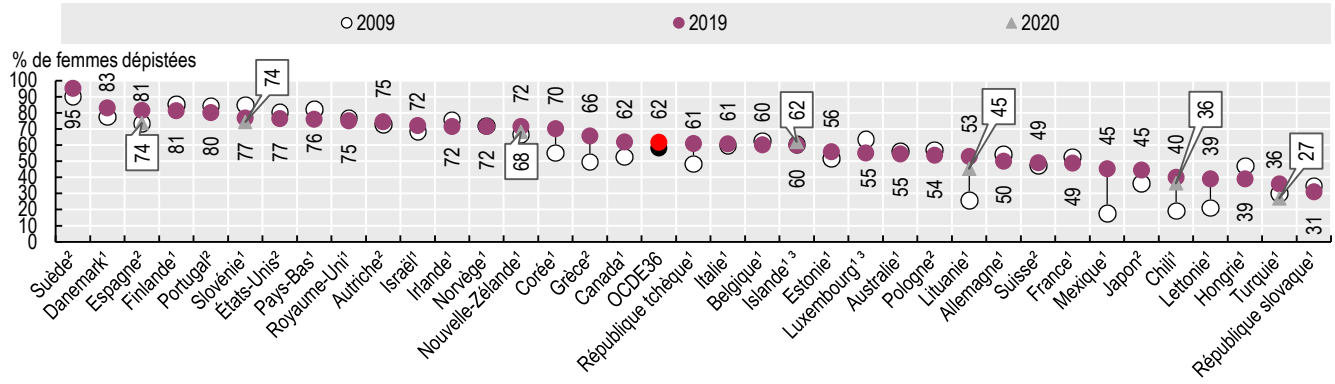
Définition et comparabilité

Les données sur les patients atteints d'un cancer proviennent de registres nationaux ou régionaux sur cette maladie. Les taux de dépistage sont basés sur des données d'enquêtes ou de programmes. Les résultats des enquêtes peuvent être affectés par un biais de rappel. Le contrôle de la qualité et l'analyse de la répartition des stades et du taux de survie net à cinq ans après standardisation selon l'âge ont été effectués de façon centralisée dans le cadre de CONCORD, le programme mondial de surveillance du taux de survie au cancer, dirigé par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2018[48]). Le stade du cancer du sein au moment du diagnostic est établi selon le système de classification des tumeurs, des ganglions et des métastases.

Les PROM sont seulement présentées pour une sélection d'hôpitaux et ne sont pas représentatives pour chaque pays. Les résultats ont été mesurés au moyen des échelles « satisfaction des patientes de leurs seins après l'intervention » du questionnaire BREAST-Q, un instrument validé à l'échelle internationale permettant de mesurer les résultats déclarés par les patientes ayant subi une chirurgie mammaire (Pusic et al., 2009[49]). Un score élevé indique de meilleurs résultats.

La prudence est de mise lors de la comparaison des résultats des sites participants pour plusieurs raisons. La taille des programmes participants en termes de nombre de patientes était très variable, allant d'efforts régionaux à un seul hôpital. Ces différences se manifestent dans les intervalles de confiance inclus dans le Graphique 6.34. Il convient de noter que les mesures ont été faites également à plus de 12 mois après la chirurgie pour certains sites. Les données du *Flinders Medical Centre* (Australie), de l'*University of Western Australia Medical School* (Australie), du Portugal (site A), du *12 Octubre Hospital* (Espagne) et du *Brigham and Women's Hospital* (États-Unis) ne sont pas incluses dans le graphique en raison de la petite taille des échantillons. Les données issues de ces sites, ainsi que des données supplémentaires sur les sites et les échantillons, figureront dans un rapport technique à paraître.

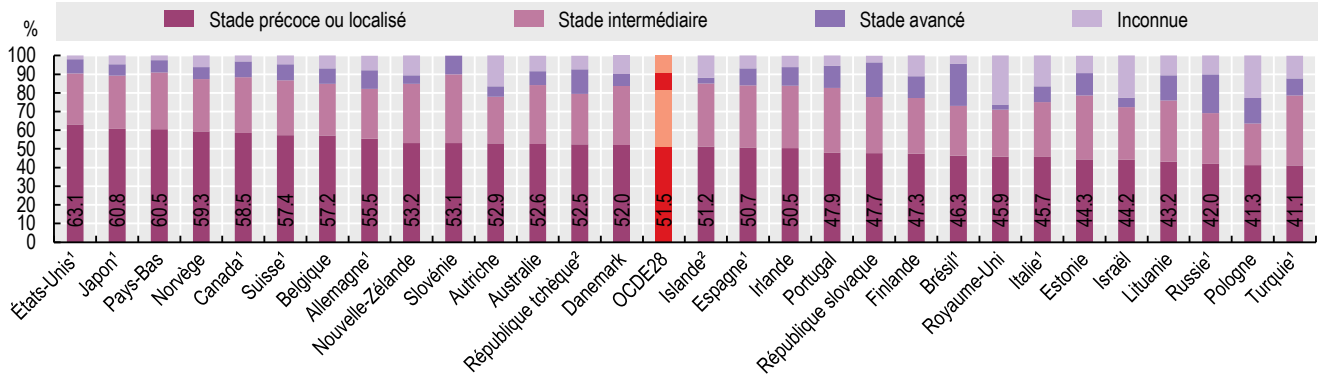
Graphique 6.32. **Dépistage par mammographie réalisé chez les femmes de 50 à 69 ans lors des deux dernières années, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Données de programmes. 2. Données d'enquêtes. 3. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/3yes7d

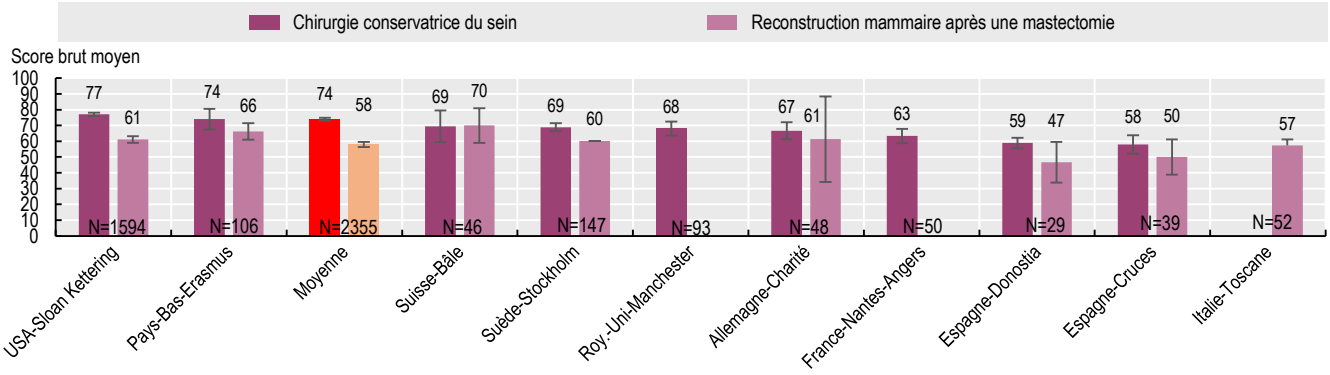
Graphique 6.33. **Distribution des stades du cancer du sein au moment du diagnostic, 2010-14**



1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Données pour 2004-09.
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/27erql

Graphique 6.34. **Satisfaction des patientes à l'égard de leurs seins 6 à 12 mois après une chirurgie mammaire, 2020-21**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. La moyenne pondérée basée sur la taille de l'échantillon du site a été utilisée pour le calcul de la moyenne brute de la satisfaction des patientes à l'égard de leurs seins. Les données à la base de l'histogramme désignent la taille de l'échantillon sur chaque site.
Source : Collecte de données pilote PROM sur le cancer du sein (PaRIS, 2021).

StatLink https://stat.link/fcn3jt

Taux de survie aux autres formes de cancer

Afin d'améliorer les résultats médiocres en matière de traitement du cancer (voir l'indicateur « Principales causes de mortalité », chapitre 3), de nombreux pays de l'OCDE ont intensifié leurs efforts de lutte contre le cancer. Par exemple, l'engagement politique renouvelé de l'UE s'exprime dans son Plan européen pour vaincre le cancer. Cependant, la pandémie de COVID-19 a perturbé la prévention primaire et secondaire, le diagnostic et le traitement des cancers dans une mesure variable. Les pays de l'OCDE pourraient donc avoir du mal à continuer d'améliorer les résultats en matière de traitement du cancer.

La prévention du cancer invasif du col de l'utérus est possible, à condition que les lésions précancéreuses ou pré-invasives soient détectés et traitées avant la progression de la maladie. Plus de la moitié des pays de l'OCDE disposent de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus en population générale (OCDE, 2013[43] ; Commission européenne, 2017[50]). La plupart des pays de l'OCDE disposent également de programmes de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), bien que la couverture vaccinale varie considérablement : de 1 % des femmes appartenant au groupe d'âge cible au Japon à 99 % au Mexique (OMS, 2021[51]). Au cours de la période 2010-14, la survie nette à cinq ans standardisée selon l'âge après un cancer du col de l'utérus était variable, allant de 53.9 % en Lettonie à 77.3 % en Corée (Graphique 6.35). L'incidence des cancers invasifs peut être plus faible dans des pays comme les États-Unis, où le dépistage est intensif et permet la détection et l'élimination des cancers *in situ* et des tumeurs invasives à croissance plus lente. Les femmes chez qui un cancer du col de l'utérus est diagnostiqué malgré le dépistage ont tendance à avoir des tumeurs plus agressives et plus difficiles à traiter, ce qui entraîne un taux de survie plus faible, tous stades confondus.

La pandémie de COVID-19 a eu parfois des répercussions négatives sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et la couverture vaccinale contre le HPV, ainsi que sur le dépistage du cancer du sein et les programmes de vaccination infantile (voir les indicateurs « Vaccinations de routine » et « Cancer du sein »). En Slovénie, par exemple, le dépistage, le diagnostic et le traitement ont été moins nombreux en 2020 qu'au cours des trois années précédentes, mais le délai entre le diagnostic et le traitement et le délai pour le test de laboratoire ont été maintenus à un niveau similaire (Ivanuš et al., 2021[52]). La détection à temps des évolutions en ce qui concerne l'accès aux traitements du cancer du col de l'utérus et la qualité des soins nécessite l'enregistrement et le suivi des données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic ainsi que sur les nombres de cas et les délais d'attente.

Le cancer de la peau avec présence de mélanome est causé essentiellement par l'exposition aux rayons ultraviolets ; les personnes ayant un faible niveau de pigmentation de la peau, des antécédents familiaux de la maladie ou un mauvais système immunitaire sont plus à risque. Les taux d'incidence varient considérablement, de moins de 1 pour 100 000 habitants par an au Japon et en Corée à plus de 30 pour 100 000 habitants par an en Australie et en Nouvelle-Zélande (GLOBOCAN, 2020[53]). Le taux de survie net à cinq ans standardisé selon l'âge va de moins de 50 % en République populaire de Chine (Chine) à plus de 93 % en Suisse et en Allemagne (Graphique 6.36). Dans les pays où les taux d'incidence sont élevés, comme l'Australie, le Danemark, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, les mesures de santé publique ont porté essentiellement sur la sensibilisation à l'importance de la reconnaissance des premiers symptômes du mélanome, ce qui a permis d'atteindre les niveaux de survie les plus élevés parmi les pays de l'OCDE. Dans certains pays, une répartition moins favorable des sous-types histologiques (p. ex., une proportion plus élevée de mélanomes lentigineux de type nodulaire et acral, qui ont un moins bon pronostic) peut également contribuer à expliquer certaines des différences entre les pays en matière de survie. Cela implique que les politiques de santé ciblent des populations spécifiques afin d'améliorer la sensibilisation, le diagnostic précoce et l'accès au traitement.

Ces dernières années, la survie nette au cancer de la peau avec présence de mélanome a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. L'introduction d'immunothérapies et de traitements ciblés s'agissant du mélanome métastatique a entraîné un bénéfice clinique sans précédent et a peut-être contribué à améliorer la survie à court terme, comme le montre une étude en population générale menée récemment aux États-Unis (Di Carlo et al., 2020[54]). Pendant la phase initiale de la pandémie de COVID-19, en Ontario (Canada) et en Italie, par exemple, les biopsies cutanées sont devenues moins courantes. En Italie, la répartition des stades s'est aggravée, mais le traitement des patients à un stade avancé a été géré rapidement (Intergruppo Melanoma Italiano, 2021[55]).

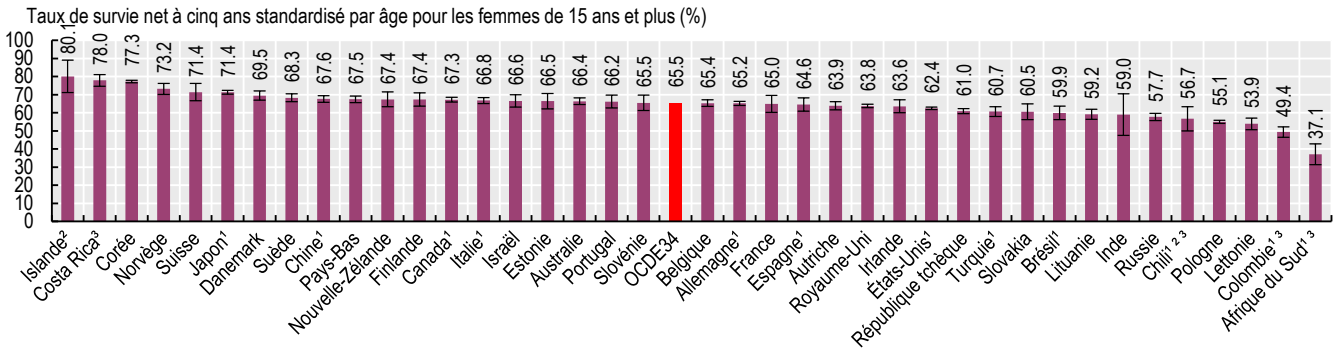
Le cancer de l'œsophage a le sixième taux d'incidence le plus élevé et le cinquième taux de mortalité le plus élevé dans les pays de l'OCDE. Le risque est plus élevé chez les hommes ainsi que chez les fumeurs et les consommateurs d'alcool. La survie nette à cinq ans standardisée selon l'âge pour le cancer de l'œsophage s'est améliorée depuis le début des années 2000. Chez les adultes diagnostiqués entre 2010 et 2014, la survie nette à cinq ans était la plus élevée en Corée (31.3 %) et au Japon (36.0 %) et la plus faible en Estonie (5.4 %) et en Lituanie (5.6 %) (Graphique 6.37). Les pays dotés de programmes de dépistage gastrique en population, comme la Corée et le Japon, ont connu des améliorations massives au cours des dernières décennies, et ils enregistrent désormais les taux de survie au cancer de l'œsophage les plus élevés au monde.

Définition et comparabilité

La survie nette à cinq ans est la probabilité cumulée que les patients atteints de cancer survivent à leur cancer pendant au moins cinq ans après le diagnostic, à partir du moment où l'on maîtrise les risques de décès dus à d'autres causes, et si l'on tient compte du fait que les risques de décès concomitants sont plus élevés chez les personnes âgées. L'approche par période permet d'estimer le taux de survie à cinq ans lorsqu'on ne dispose pas de cinq années pour effectuer le suivi. Les estimations du taux de survie net sont standardisées selon l'âge avec les normes de l'International Cancer Survival Standard.

Le contrôle de la qualité et l'analyse du taux de survie net à cinq ans après standardisation selon l'âge ont été effectués de façon centralisée dans le cadre de CONCORD, le programme mondial de surveillance du taux de survie au cancer, dirigé par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2018[48]).

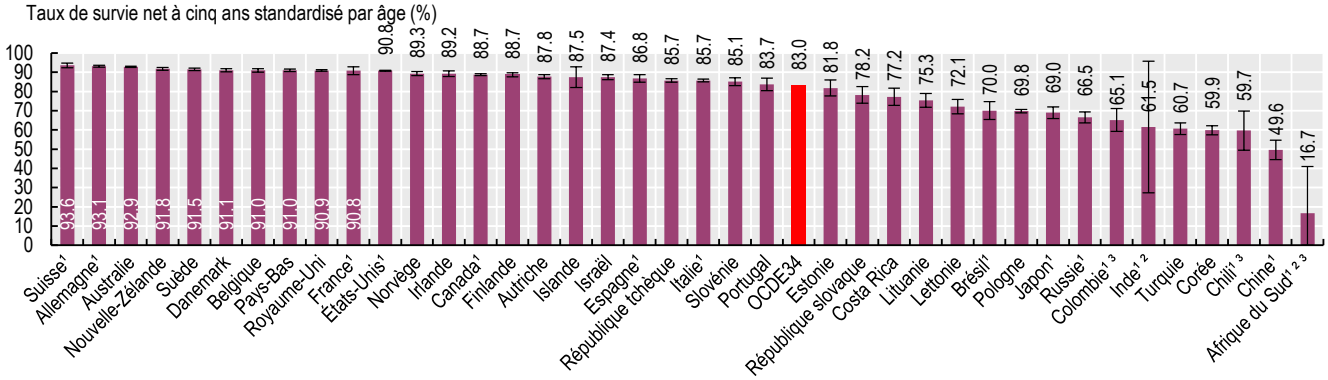
Graphique 6.35. **Survie nette à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018[48]) pour de plus amples informations. 3. Les taux de survie estimés ne sont pas standardisés par âge.
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/yth0kz

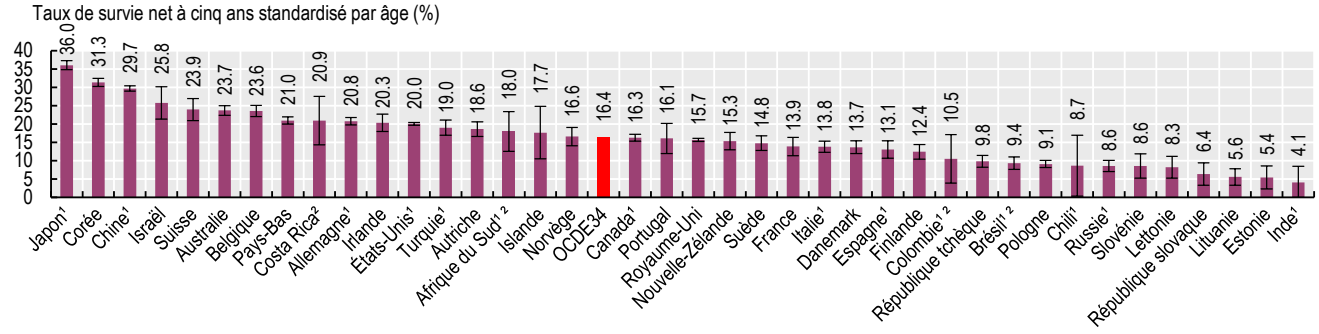
Graphique 6.36. **Survie nette à cinq ans au mélanome, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018[48]) pour de plus amples informations. 3. Les taux de survie estimés ne sont pas standardisés par âge.
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/5zo10f

Graphique 6.37. **Survie nette à cinq ans au cancer de l'œsophage, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables.
Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink https://stat.link/fcoesz

Soins intégrés

Malgré les efforts déployés au niveau national pour faciliter les transitions de soins et améliorer l'interaction entre les prestataires, les systèmes de santé demeurent fragmentés lors de la fourniture des soins. Des travaux récents de l'OCDE montrent à quel point une mauvaise intégration empêche d'exploiter tout le potentiel des soins de santé (OCDE, 2020[14]). Cela vaut tout particulièrement pour ceux qui transitent entre les cadres de soins avec des problèmes de santé complexes, comme la maladie mentale (OCDE, 2021[39]). Un manque de coordination est également à déplorer entre soins de santé, soins de longue durée et action sociale (OCDE, 2020[56]). Ces défaillances ont été amplifiées par la pandémie de COVID-19, la fragmentation des soins entre les hôpitaux et le milieu extrahospitalier nuisant à la continuité des soins et compromettant la fourniture de soins sans risque aux populations les plus vulnérables (OCDE, 2020[57]).

Les soins intégrés permettent d'améliorer les résultats et le vécu des patients. Ils permettent également une meilleure utilisation des ressources en améliorant la coordination et en réduisant les soins redondants et inutiles. L'OCDE a recensé les principaux mécanismes qui permettent d'améliorer les soins intégrés : le renforcement de la gouvernance, le développement de systèmes d'information solides, la constitution d'une main-d'œuvre qualifiée et la mise en place d'incitations financières harmonisées (OCDE, 2017[17]).

Des indicateurs tels que la mortalité, les réadmissions et les prescriptions de médicaments après hospitalisation donnent un aperçu de la qualité de l'intégration entre les soins hospitaliers et les soins extrahospitaliers. Les indicateurs d'AVC et d'ICC dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital peuvent être calculés à l'aide des dossiers hospitaliers des patients, qui sont corrélés aux registres de décès et aux données sur les traitements prescrits aux patients externes. Cependant, seuls trois pays de l'OCDE (la République tchèque, la Finlande et la Suède) ayant participé à la collecte de données pilote de l'OCDE sur les soins intégrés sont actuellement en mesure de corréler toutes les sources de données pour rendre compte des indicateurs sur les prescriptions de médicaments, en plus de tous les autres indicateurs.

Le Graphique 6.38 illustre les résultats sur le plan de la mortalité et des réadmissions dans les pays de l'OCDE au cours de l'année qui suit la sortie de l'hôpital pour cause d'AVC ou d'ICC en 2018. S'agissant des patients ayant subi un AVC ischémique, en moyenne, 64 % ont survécu et ne sont pas retournés aux soins intensifs, 22 % ont survécu puis ont été réadmis à l'hôpital (4 % pour une raison liée à l'AVC et 18 % pour d'autres raisons) et 14 % sont décédés l'année suivante. S'agissant des patients victime d'ICC, en moyenne, 45 % des survivants ne sont pas retournés en soin intensif, tandis que 32 % ont survécu mais ont été réadmis à l'hôpital après une ICC et 23 % sont décédés l'année suivante.

S'agissant des patients victimes d'AVC et qui sont sortis de l'hôpital, la mortalité à un an variait de 2 % au Japon à 25 % en Estonie. S'agissant des patients victimes d'ICC, la mortalité à un an variait de 8 % au Japon à 33 % en Slovénie. Les réadmissions à un an des patients victimes d'AVC ayant survécu un an ou plus variaient de 1 % en Italie à 6 % en Norvège en cas de causes liées à l'AVC, et de 0 % au Costa Rica à 28 % en République tchèque en cas de causes non liées à l'AVC. S'agissant des patients victimes d'ICC survivant un an ou plus, les taux de réadmission variaient de 1 % en Italie à 17 % en Israël en cas de causes liées à l'ICC et de 0 % au Costa Rica à 29 % en République tchèque dans le cas d'autres causes.

L'analyse des tendances permet de faire apparaître les évolutions au fil du temps, telles que les améliorations des taux de mortalité et de réadmission. Les données pour 2013-18 sont présentées pour le pourcentage de patients victimes d'AVC et d'ICC sortis de l'hôpital puis réadmis ou décédés dans l'année qui a suivi leur sortie, toutes causes confondues (Graphique 6.39) ou en raison du diagnostic primaire (Graphique 6.40). La plupart des pays ont affiché de légères améliorations sur cinq ans. Le Costa Rica, la Suède et Israël ont affiché les améliorations les plus importantes quant à la réduction du nombre de réadmissions et de décès à un an après un AVC ischémique, et le Costa Rica, la Suède, le Japon et Israël après une ICC. On observe des baisses similaires des taux de létalité à 30 jours après un AVC ischémique (voir l'indicateur « Mortalité après un AVC ischémique »). Cependant, certains pays dont la Lituanie, la Norvège et la Finlande ont signalé une aggravation des taux.

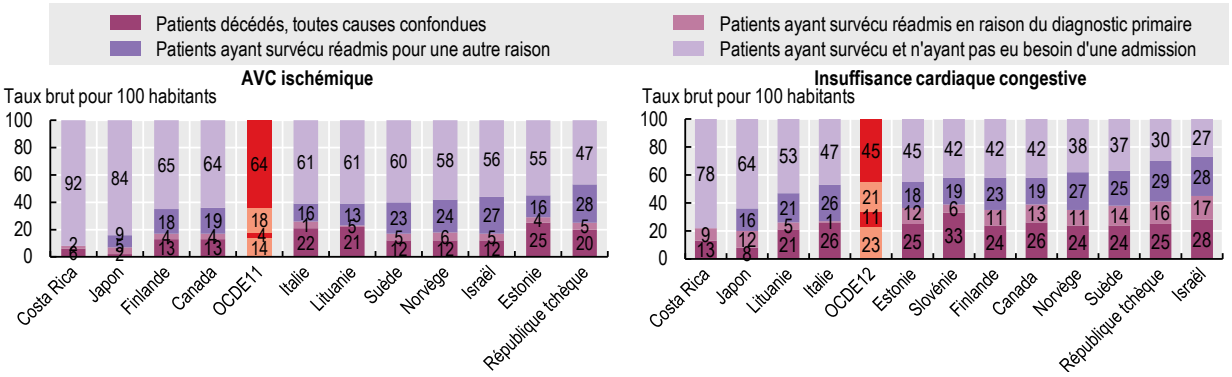
La variation des résultats d'un pays à l'autre peut s'expliquer, en partie, par les différences en matière d'organisation de la prestation des soins ainsi que par les différences en matière d'accès aux soins, les mécanismes de paiement et les systèmes d'information. Par exemple, l'Estonie a adopté un nouveau modèle de réseau de soins centrés sur la personne, et la Finlande a défini un nouveau modèle de gouvernance du financement, d'organisation et d'information visant à favoriser l'intégration des soins de santé et des prestations à caractère social.

Définition et comparabilité

L'OCDE a piloté la collecte des indicateurs de soins intégrés afin d'apporter son concours à la comparaison internationale des performances s'agissant des patients sortis de l'hôpital après un AVC ischémique ou une ICC. Les indicateurs de résultats sont calculés pour les personnes âgées de 15 ans ou plus le jour de leur admission, présentant un épisode de soins intensifs non électifs (urgents) pour un premier événement vasculaire de type AVC ou ICC. Un premier événement est défini chez les personnes n'ayant pas été hospitalisées pour une maladie spécifique au cours des cinq années précédentes. Les pays ont appliqué cette période d'« élimination », à l'exception de la République tchèque (qui n'a utilisé que le premier événement de diagnostic primaire) et du Japon (qui a utilisé une période d'un an). Ces variations influent sur la construction de la cohorte de patients, entravent la possibilité de pister les personnes ayant un historique d'hospitalisations répétées et réduisent la comparabilité des données.

Tous les pays utilisent un identifiant unique pour chaque patient. Pour tous les pays à l'exception du Japon, les données sont représentatives à l'échelle nationale. Le Japon a recours à un réseau de prestataires représentant 30 % des hospitalisations et recense uniquement les réadmissions hospitalières qui ont eu lieu au sein de ce réseau. Cela limite donc la comparabilité des données avec celles d'autres pays. Les identifiants uniques des patients permettent de faire le lien entre les données hospitalières (avec des informations sur le type et la date d'admission et de sortie et les diagnostics), les registres de décès et les bases de données sur les traitements prescrits aux patients externes. Les définitions des soins intensifs d'urgence varient d'un pays à l'autre. La plupart des pays définissent les soins intensifs d'urgence comme une hospitalisation via des soins d'urgence/non planifiés (Costa Rica, Finlande, Japon, Israël, Italie, Norvège, Slovénie et Suède) ou des soins curatifs (Lituanie). Certains pays (Estonie) excluent les soins intensifs de réadaptation, les soins psychiatriques ou les soins de longue durée, ou utilisent des groupes homogènes de malades (République tchèque) pour recenser les épisodes de soins intensifs. Comme le montrent le Graphique 6.11 et les graphiques 6.17-18, les hospitalisations après une ICC et la mortalité après un AVC ischémique sont très variables d'un pays à l'autre. La prudence s'impose lorsqu'on établit des comparaisons directes entre les pays en utilisant ces paramètres. Voir Barrenho et al. (à paraître[58]) pour des analyses plus approfondies.

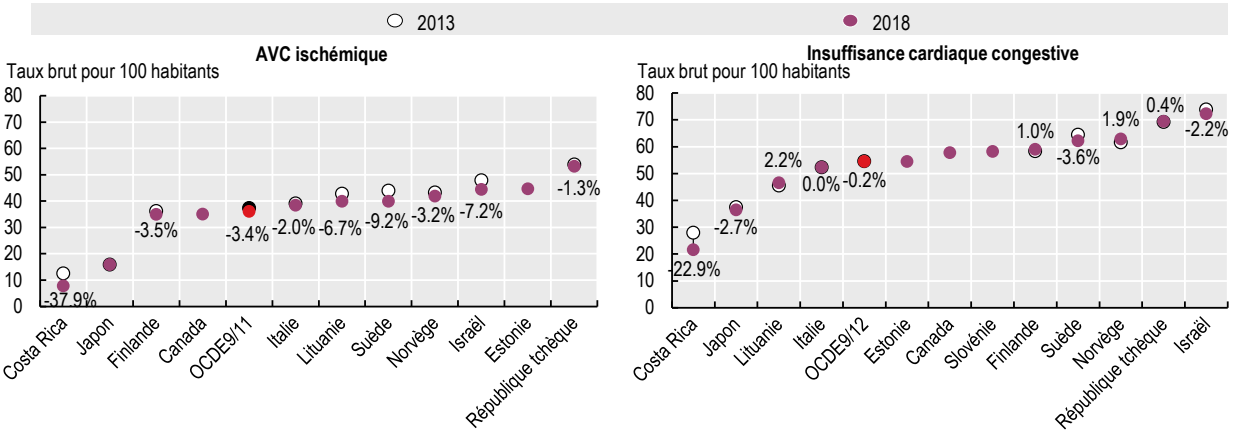
Graphique 6.38. **Résultats des patients victimes d'AVC ischémique ou d'insuffisance cardiaque congestive dans l'année suivant leur sortie d'hôpital, 2018**



Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink https://stat.link/0ps5iy

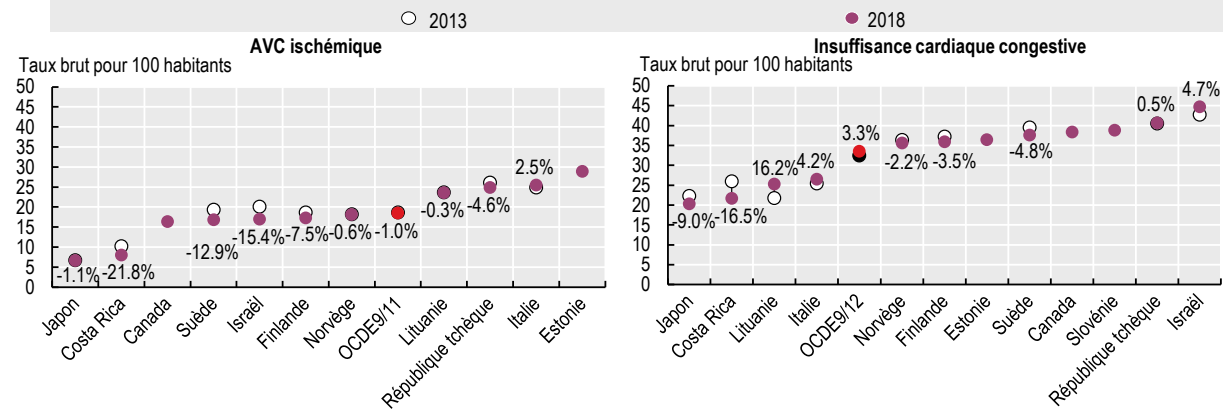
Graphique 6.39. **Patients réadmis ou décédés, toutes causes confondues, dans l'année suivant leur sortie d'hôpital après un AVC ou une insuffisance cardiaque congestive, 2013-18 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres indiquent la variation relative en pourcentage, 2013-18. La moyenne 2013 de l'OCDE ne comprend pas les données du Canada, de l'Estonie et de la Slovénie.
Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink https://stat.link/tbalg8

Graphique 6.40. **Patients réadmis ou décédés en raison du diagnostic primaire dans l'année suivant leur sortie d'hôpital après un AVC ou une insuffisance cardiaque congestive, 2013-18 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres indiquent la variation relative en pourcentage, 2013-18. La moyenne 2013 de l'OCDE ne comprend pas les données du Canada, de l'Estonie et de la Slovénie.
Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink https://stat.link/uo47yd

Références

[9] Al-Aly, Z., Y. Xie et B. Bowe (2021), « High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19 », *Nature*, vol. 594/7862, pp. 259-264, *http://dx.doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9*.

[48] Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3*.

[45] Bargon, C. (2021), « Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient-Reported Outcomes of Breast Cancer Patients and Survivors », *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 5/1, p. pkaa104, *https://doi.org/10.1093/jncics/pkaa104*.

[58] Barrenho et al. (à paraître), « Methodological development of indicators for international comparison of integrated care: findings of a pilot on stroke and chronic heart failure. », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[29] Bersano, A. et al. (2020), « Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries », *European Journal of Neurology*, vol. 27/9, pp. 1794-1800, *http://dx.doi.org/10.1111/ene.14375*.

[15] CDC (2021), *Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness*, U.S. Department of Health & Human Services, *https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html* (consulté le 8 juillet 2021).

[7] CDC (2021), *Measles Cases and Outbreaks*, *https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html* (consulté le 7 juillet 2021).

[22] Chudasama, Y. et al. (2020), « Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals », *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/5, pp. 965-967, *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042*.

[21] Collins, F. (2021), *How COVID-19 Can Lead to Diabetes – NIH Director's Blog*, National Institutes of Health, *https://directorsblog.nih.gov/2021/06/08/how-covid-19-can-lead-to-diabetes/* (consulté le 7 juillet 2021).

[50] Commission européenne (2017), *Cancer Screening in Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*, *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf* (consulté le 24 juin 2019).

[46] Dave, R. (2021), « Breast cancer management pathways during the COVID-19 pandemic: outcomes from the UK « Alert Level 4 » phase of the B-MaP-C study », *British Journal of Cancer*, vol. 124/11, pp. 1785-1794, *http://dx.doi.org/10.1038/s41416-020-01234-4*.

[36] de Bienassis, K. et al. (2020), « Culture as a cure : Assessments of patient safety culture in OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 119, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/6ee1aeae-en*.

[41] de Bienassis, K. et al. (2021), « Measuring patient voice matters: setting the scene for patient-reported indicators », *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, vol. 33/1, *http://dx.doi.org/10.1093/INTQHC/MZAB002*.

[54] Di Carlo, V. et al. (2020), « Trends in short-term survival from distant-stage cutaneous melanoma in the United States, 2001-2013 (CONCORD-3) », *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 4/6, *http://dx.doi.org/10.1093/jncics/pkaa078*.

[12] Fujisawa, R. et N. Klazinga (2017), « Measuring patient experiences (PREMS) : Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 102, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en*.

[34] G20 Health & Development Partnership (2021), *The Overlooked Pandemic: How to Transform Patient Safety and Save Healthcare Systems*, *https://www.ssdhub.org/wp-content/uploads/2021/03/1863-Sovereign-Strategy-Patient-Safetly-Report-1.pdf* (consulté le 3 juin 2021).

[3] Gallup (2021), *Over 1 Billion Worldwide Unwilling to Take COVID-19 Vaccine*, *https://news.gallup.com/poll/348719/billion-unwilling-covid-vaccine.aspx* (consulté le 8 juillet 2021).

[2] Gallup (2019), *Is There an Outbreak of Doubt About Vaccines in the U.S.?*, *https://news.gallup.com/opinion/gallup/259574/outbreak-doubt-vaccines.aspx* (consulté le 8 juillet 2021).

[53] GLOBOCAN (2020), *International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, Cancer Today*, *https://gco.iarc.fr/today/home*.

[26] Holmes, J. et al. (2020), « Emergency ambulance services for heart attack and stroke during UK's COVID-19 lockdown », *The Lancet*, vol. 395/10237, pp. e93-e94, *http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31031-x*.

[55] Intergruppo Melanoma Italiano (2021), « The effect of COVID-19 emergency in the management of melanoma in Italy », *Dermatology Reports*, vol. 13/1, *http://dx.doi.org/10.4081/dr.2021.8972*.

[18] International Diabetes Federation (2020), *IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019*.

[52] Ivanuš, U. et al. (2021), « The impact of the COVID-19 pandemic on organised cervical cancer screening: The first results of the Slovenian cervical screening programme and registry », *The Lancet Regional Health - Europe*, vol. 5, p. 100101, *http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100101*.

[27] Little, C. et al. (2020), « COVID-19 pandemic and STEMI: pathway activation and outcomes from the pan-London heart attack group », *Open Heart*, vol. 7/2, p. e001432, *http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2020-001432*.

[25] Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), « Reperfusion therapy of myocardial infarction in Mexico: A challenge for modern cardiology », *Archivos de Cardiología de México*, vol. 87/2, pp. 144-150, *http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007*.

[19] Muniyappa, R. et S. Gubbi (2020), « COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus », *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, vol. 318/5, pp. E736-E741, *http://dx.doi.org/10.1152/ajpendo.00124.2020*.

[44] NABON COVID-19 Consortium and the COVID and Cancer-NL Consortium (2021), « Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis, stage, and initial treatment of breast cancer in the Netherlands: a population-based study », *Journal of Hematology & Oncology*, vol. 14/1, *http://dx.doi.org/10.1186/s13045-021-01073-7*.

[40] OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en*.

[39] OCDE (2021), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale »*, Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr*.

[4] OCDE (2021), « Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments »*, Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/eae0ec5a-en*.

[5] OCDE (2021), « L'accès aux vaccins anti-COVID-19 dans un monde en crise : état des lieux et stratégies »*, Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/fe64d679-fr*.

[13] OCDE (2021), *Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS)*, OCDE, Paris, *http://www.oecd.org/health/paris.htm* (consulté le 26 juin 2019).

[6] OCDE (2021), « Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 »*, Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/ae139cf5-fr*.

[14] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[56] OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[57] OCDE (2020), « Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic »*, Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en*.

[8] OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en*.

[38] OCDE (2019), *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance*, OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/health/health-systems/Patient-reported-incident-measures-December-2019.pdf*.

[30] OCDE (2019), « Systèmes de santé centrés sur la personne : en mesurer les aspects les plus importants », dans *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/db5b2182-fr*.

[10] OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide : Just A Few Dollars More*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en*.

[17] OCDE (2017), *Caring for Quality in Health : Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en*.

[11] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[23] OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en*.

[28] OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015 : Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en*.

[43] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en*.

[31] OCDE (À paraître), *Findings of the OECD Working Group on Patient-Reported Indicators for Hip and Knee Replacement Surgery: Technical report on data collected from 2018-2021*, OCDE, Paris.

[37] OCDE (à paraître), *Safety in numbers: Quantifying health worker perceptions of patient safety culture in OECD countries*, Éditions OCDE, Paris.

[42] OCDE (à paraître), « Standards for Assessing Patient Outcomes and Experiences of Mental Health Care in OECD Countries: Findings of the PaRIS Mental Health Working Group Pilot Data Collection »*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[24] OCDE/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/47a04a11-en*.

[35] OMS (2021), *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, Organisation mondiale de la santé, *https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan* (consulté le 2 juin 2021).

[51] OMS (2021), *WHO Immunization Data portal*, Organisation mondiale de la santé, *https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=incidence&location=Global* (consulté le 15 juillet 2021).

[1] OMS (2019), *Global Influenza Strategy 2019-2030*, Organisation mondiale de la santé, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184*.

Références

[49] Pusic, A. et al. (2009), « Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, *http://dx.doi.org/10.1097/prs.0b013e3181aee807*.

[47] Regionala Cancercentrum I Samverkan (2021), *https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/uppskjuten-cancervard*.

[16] Rey et al., J. (2020), « Heart failure in COVID-19 patients: prevalence, incidence and prognostic implications », *European Journal of Heart Failure*, vol. 22/12, pp. 2205-2215, *http://dx.doi.org/10.1002/ejhf.1990*.

[20] Singh, A. et al. (2020), « Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations », *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/4, pp. 303-310, *http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.004*.

[33] Slawomirski, L., A. Auraaen et N. Klazinga (2017), « The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en*.

[32] Van Hout, B. et al. (2012), « Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets », *Value in Health*, vol. 15/5, pp. 708-715, *http://dx.doi.org/10.1016/J.JVAL.2012.02.008*.





7. DÉPENSES DE SANTÉ

Dépenses de santé en proportion du PIB

Dépenses de santé par habitant

Prix dans le secteur de la santé

Dépenses de santé par dispositif de financement

Financement public des dépenses de santé

Dépenses de santé par type de service

Dépenses de santé allouées aux soins primaires

Dépenses de santé par prestataire

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Dépenses de santé en proportion du PIB

Le montant des dépenses de santé par rapport à la taille de l'économie globale varie au fil du temps en raison des différences à la fois en ce qui concerne la croissance des dépenses de santé et la croissance économique globale. Au cours des années 1990 et au début des années 2000, on a constaté que la part des dépenses de santé dépassait généralement celle des autres dépenses dans les pays de l'OCDE, entraînant une hausse quasiment constante des dépenses de santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB). Après la volatilité de la crise économique de 2008, la part des dépenses de santé est restée relativement stable, leur croissance étant à la mesure des performances économiques globales des pays de l'OCDE. Cependant, sous l'effet de la crise du COVID-19, qui restreint fortement l'activité économique, et de la tendance à la hausse des dépenses de santé, la part des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB devrait connaître un ajustement important.

En 2019, avant la pandémie de COVID-19, les pays de l'OCDE ont consacré, en moyenne, 8.8 % environ de leur PIB aux soins de santé – un chiffre plus ou moins stable depuis 2013. Les États-Unis ont enregistré de loin les dépenses de santé les plus élevées avec un taux de 16.8 % de leur PIB, devançant largement l'Allemagne, qui occupait la deuxième place avec un taux de 11.7 % (Graphique 7.1). Après les États-Unis et l'Allemagne, dix pays à revenu élevé, dont la France, le Canada, le Japon et le Royaume-Uni, ont consacré plus de 10 % de leur PIB aux soins de santé. Une douzaine d'autres pays de l'OCDE, mais aussi le Brésil et l'Afrique du Sud, se situaient dans une fourchette de dépenses de santé comprise entre 8 et 10 % du PIB. Le bloc suivant de pays consacrant entre 6 et 8 % de leur PIB aux soins de santé comprend de nombreux pays de l'OCDE d'Europe centrale et orientale, ainsi que les nouveaux membres de la région de l'Amérique latine, à savoir la Colombie et le Costa Rica. Enfin, le Mexique et la Turquie ainsi que certains pays partenaires comme la République populaire de Chine (Chine) et l'Inde ont consacré moins de 6 % de leur PIB à la santé.

Les estimations préliminaires pour 2020 d'un certain nombre de pays de l'OCDE indiquent toutes une augmentation significative des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB. Cela témoigne à la fois des dépenses de santé supplémentaires qui ont été nécessaires pour la lutte contre le COVID-19 et des réductions du PIB dues aux restrictions imposées à l'activité économique. D'après les premières données, on estime que la part moyenne du PIB allouée à la santé est passée de 8.8 % en 2019 à 9.7 % en 2020. Les pays les plus durement touchés par la pandémie ont fait état de hausses sans précédent de la part du PIB allouée à la santé. Ainsi, le Royaume-Uni estimait que sa part des dépenses de santé est passée de 10.2 % en 2019 à 12.8 % en 2020, tandis que la Slovénie constatait que sa part des dépenses de santé était passée de 8.5 % à plus de 10 %.

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé par habitant et du PIB au cours des 15 dernières années met en évidence les deux chocs : la crise économique de 2008 et l'impact récent du COVID-19 en 2020 (Graphique 7.2). Alors que les économies de l'OCDE se sont contractées fortement en 2008 et 2009, la croissance des dépenses de santé s'est maintenue pendant un certain temps avant de décliner également – oscillant juste au-dessus de zéro entre 2010 et 2012 – tandis qu'une série de mesures d'action visant à enrayer les dépenses publiques de santé ont été mises en place. Pour le reste des années 2010, le taux moyen de croissance des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE a eu tendance à suivre de près la croissance de l'économie en général. L'écart s'est creusé en 2019, avec une croissance plus forte des dépenses de santé. Avec les fermetures généralisées et autres mesures de santé publique limitant drastiquement la production économique et les dépenses de consommation, de nombreuses économies de l'OCDE ont connu un déclin en chute libre en 2020. Ainsi, le PIB par habitant a diminué de plus de 4.5 % en moyenne, l'Espagne et le Royaume-Uni enregistrant des baisses à deux chiffres de leur PIB. La nécessité d'accroître les dépenses de santé, notamment de la part des gouvernements, face à la pandémie a engendré une croissance moyenne des dépenses par habitant avoisinant les 5 %, selon les données préliminaires pour un certain nombre de pays de l'OCDE. Il s'agit probablement de la croissance des dépenses de santé la plus rapide jamais enregistrée au sein de la zone OCDE au cours des 15 dernières années.

Les tendances des dépenses de santé et du PIB au cours de cette période se sont traduites par une ligne d'évolution distincte avec des variations brutales du rapport dépenses/PIB en 2009 et 2020, et une période de stabilité entre les deux (Graphique 7.3). Si l'on porte l'attention sur quelques pays, l'Italie et le Royaume-Uni ont suivi cette tendance de près, le Royaume-Uni affichant une variation encore plus prononcée en 2020. L'Allemagne et le Portugal ont connu une transition plus douce, les dépenses de santé au Portugal étant estimées à seulement 0.4 point de pourcentage de plus qu'en 2005. Malgré les chocs, les dépenses de santé en Corée ont augmenté de façon régulière d'année en année, passant de 4.8 % à 8.4 % sur la période de 15 ans.

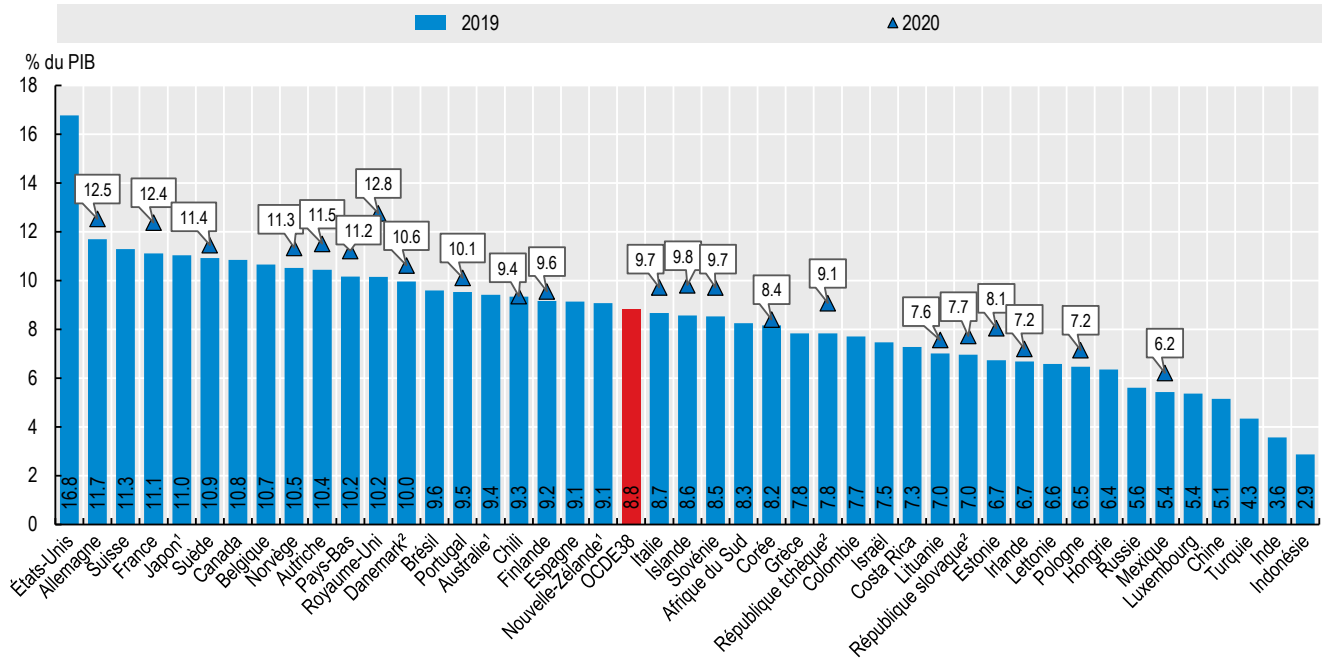
Définition et comparabilité

Voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant » pour une définition des dépenses de santé. Le PIB est la somme de la consommation finale, de la formation brute de capital et des exportations nettes. La consommation finale inclut les biens et services utilisés par les ménages ou la communauté pour répondre à leurs besoins individuels. Elle comprend les dépenses de consommation finale des ménages, administrations publiques et institutions à but non-lucratif au service des ménages.

Pour des pays comme l'Irlande et le Luxembourg, où une part significative du PIB inclut des bénéfices rapatriés et non disponibles pour la consommation nationale, le revenu national brut (RNB) peut être une mesure plus appropriée que le PIB. Cependant, par souci de cohérence, le PIB demeure le dénominateur commun pour tous les pays.

À noter que les données pour 2020 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations préliminaires réalisées par le Secrétariat de l'OCDE. En raison des difficultés rencontrées dans la collecte des données pendant la pandémie de COVID-19, les estimations pour 2020 peuvent être sujettes à davantage d'incertitude que d'habitude.

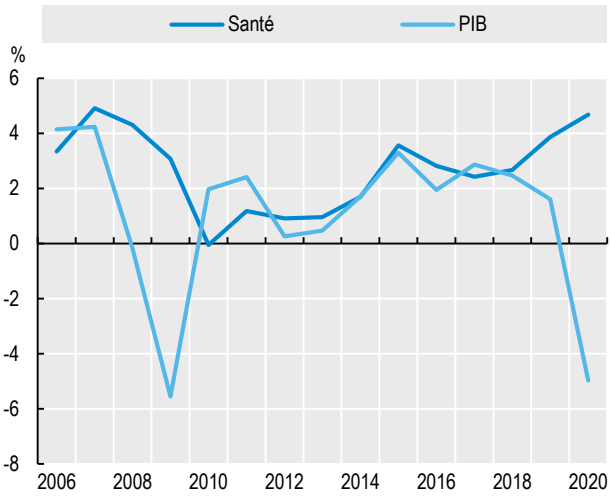
Graphique 7.1. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



1. Estimations de l'OCDE pour 2019. 2. Estimations de l'OCDE pour 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://stat.link/clyt5p

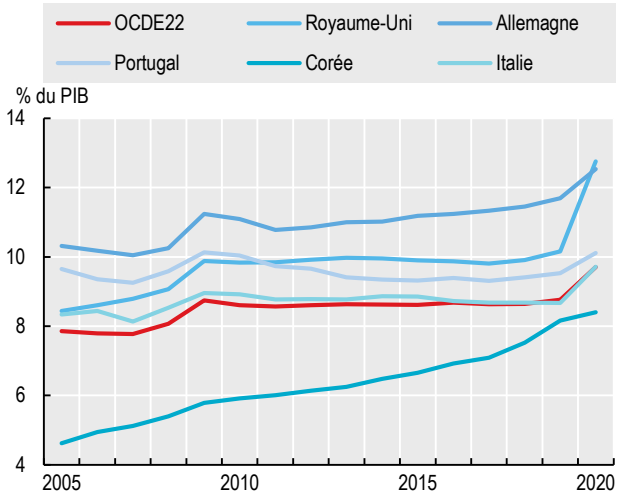
Graphique 7.2. **Croissance annuelle réelle des dépenses de santé par habitant et du PIB, OCDE, 2005-20**



Note : Moyenne de 22 pays de l'OCDE.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/a57f2i

Graphique 7.3. **Dépenses de santé en pourcentage du PIB, dans une sélection de pays de l'OCDE, 2005-20**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/smlf63

Dépenses de santé par habitant

Les ressources financières que consacre un pays à la santé, celle à la fois des individus et de la population dans son ensemble, ainsi que leur évolution au cours du temps, dépendent de nombreux facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé.

En 2019, les dépenses de santé moyennes par habitant dans les pays de l'OCDE (ajustées pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat) ont été estimées à plus de 4 000 USD, tandis qu'aux États-Unis, elles ont atteint l'équivalent de près de 11 000 USD pour chaque citoyen américain. En Suisse, le deuxième pays de l'OCDE le plus dépensier, le montant des dépenses de santé a atteint environ les deux-tiers de ce niveau (Graphique 7.4). Outre la Suisse, seule une poignée de pays de l'OCDE à revenu élevé, dont l'Allemagne, la Norvège et la Suède, ont consacré plus de la moitié du montant des dépenses des États-Unis à la santé, tandis que d'autres pays, comme le Japon et le Royaume-Uni, se situaient autour de la moyenne de l'OCDE. La Colombie, la Turquie et le Mexique sont les pays de l'OCDE dont les dépenses de santé par habitant sont les plus faibles, leur montant représentant environ un quart de la moyenne de l'OCDE. Les dernières estimations disponibles montrent que les dépenses par habitant en Chine se situaient légèrement en deçà de 20 % de la moyenne de l'OCDE, tandis que celles de l'Inde et de l'Indonésie étaient comprises entre 6 et 8 % de ce chiffre.

Le Graphique 7.4 illustre également la répartition des dépenses de santé selon le type de prise en charge médicale, selon qu'elles sont financées par des sources publiques, une assurance obligatoire (publique ou privée) ou encore par le biais de l'assurance privée ou des paiements directs des ménages (voir l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement »). Dans les pays de l'OCDE, plus de 76 % des dépenses de santé sont financées par des sources publiques ou des régimes d'assurance obligatoire. Aux États-Unis, depuis l'introduction de « l'Affordable Care Act » en 2014, cette proportion s'établit à 85 % en raison de l'existence d'une obligation individuelle de s'assurer. Les programmes fédéraux et régionaux (Medicaid et Medicare) continuent de jouer un rôle important dans les dépenses publiques de santé.

Entre 2015 et 2019, les dépenses moyennes de santé par habitant ont augmenté de 2.7 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.5). Ce taux est comparable aux faibles taux de croissance enregistrés dans de nombreux pays dans les années qui ont suivi immédiatement la crise financière et économique mondiale. Au cours de la période 2015-19, la France, la Grèce et le Mexique enregistraient encore une croissance annuelle moyenne inférieure à 1 %, tandis que les pays baltes et la Corée continuaient d'afficher une forte croissance moyenne supérieure à 5 %. Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19 en 2020, les estimations préliminaires pour un sous-ensemble de pays de l'OCDE font état d'une forte augmentation des dépenses globales de santé d'environ 4.7 % en moyenne. Cette augmentation représenterait la plus forte croissance des dépenses de santé moyennes par habitant depuis 15 ans environ.

Cependant, les tendances en ce qui concerne la structure des dépenses de santé divergent d'un pays à l'autre en 2020 en raison de la proportion dans laquelle un pays a été touché par la crise et des différentes manières dont les soins de santé sont financés dans les pays. On observe une pression à la hausse sur les dépenses dans un certain nombre de pays en lien avec l'intensification du dépistage du COVID-19 et le traitement des patients atteints du virus, tandis que les politiques de confinement et la réduction des services de soins non-COVID ont peut-être engendré une baisse des dépenses de santé, notamment lorsque le financement basé sur les activités joue un rôle. Les premières estimations pour l'Estonie, la Slovénie et le Royaume-Uni tendent à montrer que les dépenses de santé par habitant ont augmenté de plus de 10 % en 2020. Un certain nombre d'autres pays, essentiellement européens, en mesure de fournir des estimations initiales, ont également fait état d'augmentations significatives des dépenses de santé par rapport à la période précédente. La Norvège et la Corée, qui ont pris des mesures de santé publique rigoureuses et ont enregistré un nombre relativement faible de cas de COVID-19, ont toutes deux enregistré une croissance des dépenses de santé nettement plus faible en 2020 qu'en 2019. Au Chili et au Portugal, les projections préliminaires mettent en évidence une réduction en termes réels des dépenses de santé par habitant en 2020.

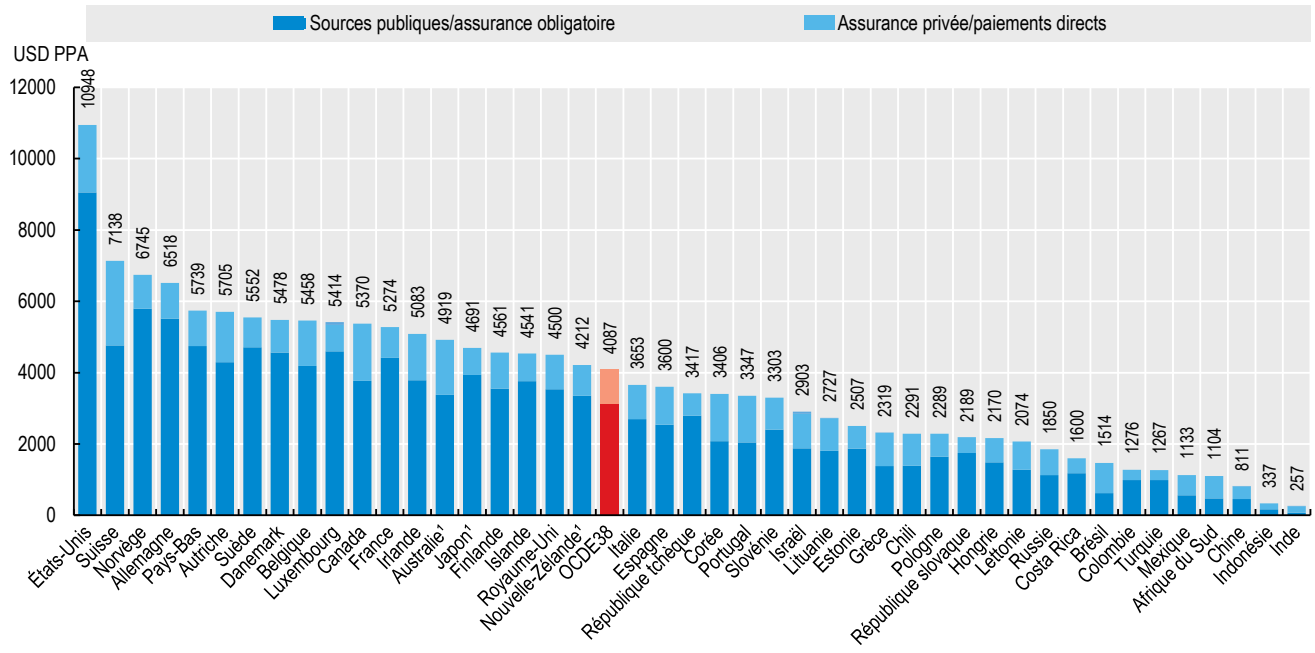
Définition et comparabilité

Les dépenses de santé correspondent à la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé) (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]). Ce chiffre englobe les dépenses effectuées, tous types d'accords de financement confondus (p. ex., les programmes gouvernementaux, l'assurance sociale et les dépenses à la charge des patients) au titre des services et biens médicaux, de la santé de la population et des programmes de prévention, ainsi que de l'administration du système de santé. La répartition des dépenses regroupe les régimes de financement public et obligatoire (ces derniers comprennent l'assurance privée obligatoire, par exemple en Suisse et aux Pays-Bas). Les données disponibles étant limitées, l'assurance privée facultative aux États-Unis est regroupée avec l'assurance santé obligatoire en vertu de « l'Affordable Care Act ».

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé par personne sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées des différences de pouvoir d'achat des devises nationales. Les PPA de la consommation individuelle effective sont utilisées, car elles représentent les taux de conversion les plus disponibles et les plus fiables. Pour le calcul des taux de croissance en valeur réelle de tous les pays, on emploie par ailleurs des déflateurs de la consommation individuelle effective, si possible.

À noter que les données pour 2020 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations réalisées par le Secrétariat de l'OCDE.

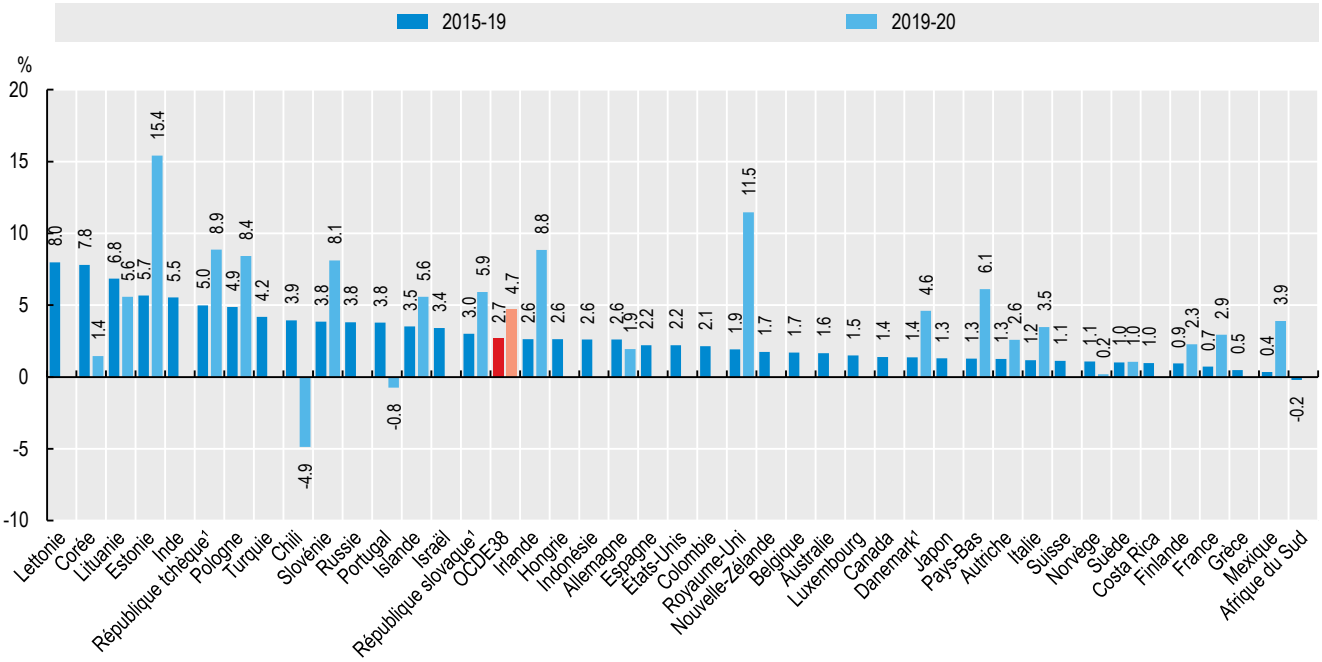
Graphique 7.4. **Dépenses de santé par habitant, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Estimations de l'OCDE.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://stat.link/tgi742

Graphique 7.5. **Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (en termes réels), 2015-19 (ou année la plus proche) et 2019-20**



Note : Le taux de croissance moyen des pays de l'OCDE pour 2019-20 est basé sur les estimations préliminaires pour 22 pays. 1. Estimations de l'OCDE pour 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/mlhrzp

Prix dans le secteur de la santé

Les comparaisons des dépenses de santé mettent en évidence les différences à la fois quant au prix des biens et services de santé et à la quantité de soins que les individus utilisent (« volume »). En répartissant les dépenses de santé en deux composantes, les décideurs acquièrent une meilleure compréhension de ce qui explique ces différences ; cela les éclaire sur les mesures stratégiques envisageables.

Les comparaisons entre pays impliquent que les dépenses soient exprimées dans une devise commune, et le choix de la mesure de conversion des devises peut avoir une incidence non négligeable sur les résultats et l'interprétation. Les taux de change du marché sont le plus souvent utilisés, mais ils ne constituent pas la solution idéale pour le secteur des soins de santé. Tout d'abord, les taux de change sont déterminés par l'offre et la demande de devises, qui peuvent être influencées, entre autres, par la spéculation et les taux d'intérêt. Ensuite, s'agissant des secteurs principalement non exportateurs, comme la santé, il est peu probable que les taux de change soient indicatifs du pouvoir d'achat relatif des monnaies dans leurs marchés nationaux (OCDE/Eurostat, 2012[2]). Enfin, les taux de change du marché sont mis à jour en permanence et sont soumis à la volatilité. En revanche, les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des estimations ponctuelles qui sont généralement calculées une fois par an et sont disponibles à l'échelle macroéconomique, par branche d'activité (p. ex., la santé ou l'éducation) et pour des agrégats de dépenses sélectionnés (p. ex., la consommation individuelle effective et la consommation du secteur public).

Les PPA de la consommation individuelle effective (CIE) sont les taux de conversion le plus largement utilisés pour les dépenses de santé (voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant »). Cependant, le recours aux PPA de la CIE signifie que les mesures qui en résultent reflètent non seulement les variations du volume des biens et services de santé mais également les variations quelles qu'elles soient du prix des biens et services de santé par rapport au prix d'autres biens et services de consommation d'un pays à l'autre. En conséquence, le Graphique 7.6 illustre les niveaux de prix dans la santé au moyen d'un panier représentatif de biens et services de santé pour chaque pays de l'OCDE. L'Islande et la Suisse pratiquent les prix les plus élevés des pays de l'OCDE : en moyenne, le même panier de biens et services coûterait 72 % de plus que la moyenne de l'OCDE en Suisse et 67 % de plus en Islande. Les prix des soins de santé ont également tendance à être relativement élevés en Norvège. En revanche, les prix pour le même ensemble de biens et services de santé au Chili et en Grèce représentent environ les deux tiers de la moyenne de l'OCDE. La Turquie est le pays de l'OCDE qui affiche les prix des soins de santé les plus bas, soit environ 20 % de la moyenne de l'OCDE.

L'ajustement des prix des soins de santé donne une idée de la quantité de biens et services de santé consommés par la population (« le volume de soins »). La comparaison des niveaux relatifs des dépenses de santé et des volumes de soins permet d'examiner la contribution des volumes et des prix. Les mesures de volume complètent utilement les comparaisons des dépenses pour l'analyse du recours aux soins de santé.

Les volumes de soins de santé utilisés varient moins que les dépenses de santé (Graphique 7.7). Les États-Unis sont le pays qui dépense le plus en matière de soins de santé, soit près de trois fois plus que la moyenne de l'OCDE, mais en termes de volume, il dépense environ deux fois plus que la moyenne de l'OCDE en raison des prix relativement élevés qui y sont pratiqués. Compte tenu du niveau élevé des prix qui sont pratiqués dans la santé, l'Irlande, la Norvège, la Suède et la Suisse constatent également que les volumes de soins mesurés sont plus faibles. Par ailleurs, la République tchèque a un niveau plus élevé si l'on se base sur les volumes de soins, en raison des prix relativement plus bas pratiqués dans le secteur de la santé du pays. Alors que le Mexique et la Turquie ont des niveaux de dépenses de santé similaires, la différence de niveaux de prix signifie que le volume de soins de la Turquie est presque le double de celui du Mexique. Les différences en matière de volume de soins par habitant résultent de plusieurs facteurs, à savoir la structure démographique et le profil des maladies d'une population, l'organisation de la prestation de services, l'usage de médicaments prescrits ainsi que les problèmes d'accès qui engendrent des niveaux plus bas de recours aux soins.

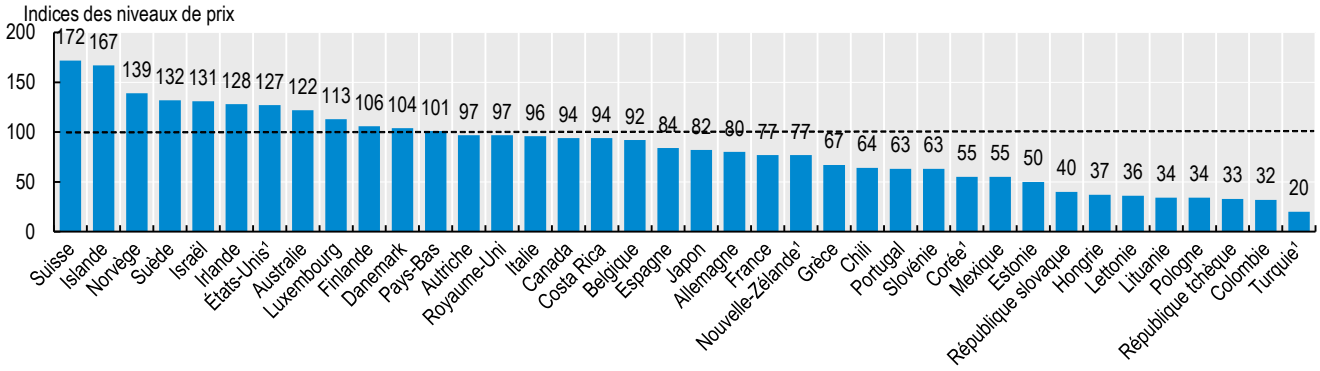
La variation des prix des services hospitaliers est plus importante que la variation des prix dans le secteur de la santé dans son ensemble. Comme pour les prix de la santé, les prix des hôpitaux ont tendance à être plus élevés dans les économies à revenu élevé : le secteur hospitalier est plus intensif en main-d'œuvre que le secteur de la santé dans son ensemble (en général, 60-70 % des dépenses hospitalières sont des frais de personnel). Les prix des services hospitaliers sont déterminés essentiellement par les niveaux de salaire locaux (nationaux), mais ils peuvent également être influencés par les mécanismes de financement des hôpitaux et les accords de financement, la structure de la prestation de services, la structure du marché, la concurrence entre les payeurs et entre les prestataires ainsi que la manière dont les prix sont fixés (Barber, Lorenzoni et Ong, 2019[3]). Les estimations pour 2017 tendent à montrer que les tarifs hospitaliers moyens pratiqués en Suisse sont plus du double du niveau moyen calculé dans les pays de l'OCDE, alors que les prix en Turquie ne représentent qu'un huitième environ de la moyenne de l'OCDE (Graphique 7.8).

Définition et comparabilité

Les PPA sont des taux de conversion qui montrent le rapport entre les prix exprimés en devises nationales pour un même panier de biens et de services dans différents pays. Elles peuvent ainsi être utilisées à la fois pour convertir les devises et déflater les prix. Quand les PPA sont employées pour convertir les dépenses en une unité commune, les résultats sont évalués à un niveau de prix uniforme et devraient représenter uniquement les différences de volume de produits et services consommés.

L'analyse des différences de volume dans le secteur de la santé suppose des PPA propres à la santé. Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour le PNB et environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. Cette méthodologie a été employée pour le calcul des PPA dans le secteur de la santé et des hôpitaux, lesquelles sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA pour le PIB. Ces PPA peuvent servir au calcul des indices de niveau de prix pour comparer les niveaux de prix et les volumes des différents pays. Calculés sous forme de ratios entre les PPA de la santé et les taux de change, ils indiquent le nombre requis d'unités d'une monnaie commune pour l'achat du même volume de soins de santé.

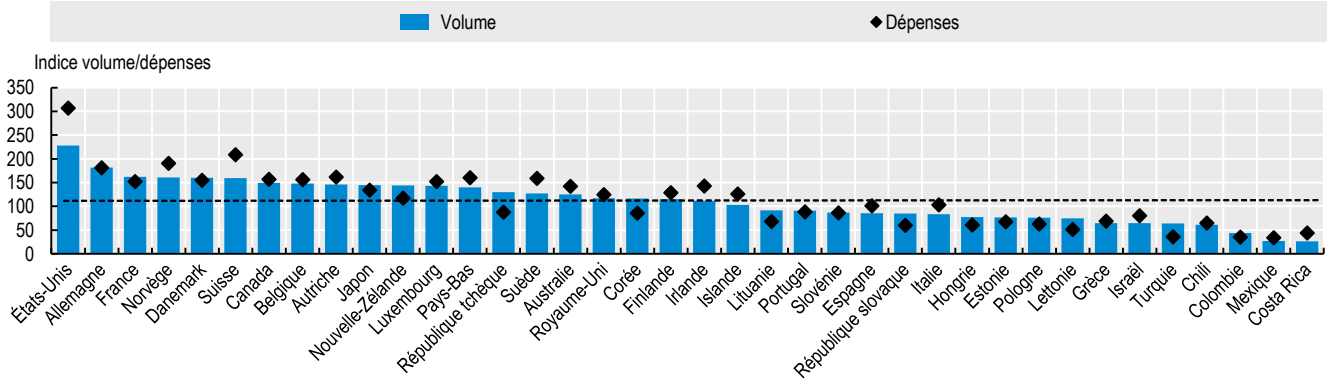
Graphique 7.6. **Niveaux de prix dans le secteur des soins de santé, 2017, moyenne de l'OCDE = 100**



1. S'agissant des hôpitaux, les PPA sont estimées essentiellement au moyen des salaires du personnel médical et non-médical (méthode d'entrées).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/5bufo0

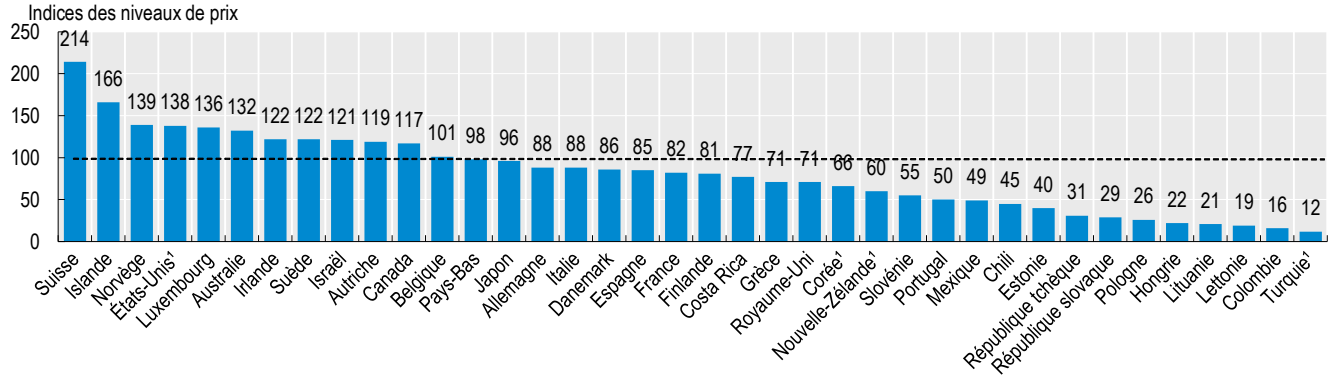
Graphique 7.7. **Volumes de soins de santé par habitant comparés aux dépenses de santé par habitant, 2017, moyenne OCDE = 100**



Note : Les volumes sont calculés au moyen des PPA de la santé. Les dépenses sont calculées au moyen des PPA pour la CIE.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ja9rf8

Graphique 7.8. **Niveaux des tarifs hospitaliers, 2017, moyenne de l'OCDE = 100**



1. Les PPA sont estimées essentiellement au moyen des salaires du personnel médical et non-médical (méthode d'entrées).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/p4oltn

Dépenses de santé par dispositif de financement

Les personnes ou groupes de population bénéficient de soins de santé grâce à une série d'accords financiers. Il s'agit d'un ensemble de régimes tiers mais aussi, par convention, de versements effectués directement par les ménages. Les régimes de financement publics, sur une base nationale ou infranationale ou pour des groupes de population spécifiques, donnent droit aux soins de santé sur la base de la résidence et constituent le principal mécanisme de prise en charge des coûts des soins de santé dans près de la moitié des pays de l'OCDE. L'autre principale méthode de financement est une forme d'assurance maladie obligatoire (gérée par des entités publiques ou privées). Les dépenses à la charge des ménages, à la fois sur une base entièrement discrétionnaire et dans le cadre d'un accord de participation forfaitaire, peuvent constituer une part significative des dépenses globales de santé. Enfin, l'assurance maladie facultative, sous ses diverses formes, peut également jouer un rôle important en matière de financement dans certains pays.

La couverture obligatoire ou automatique, par le biais des régimes publics ou de l'assurance maladie, constitue l'essentiel du financement des soins de santé dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.9). Les trois quarts de l'ensemble des dépenses de santé de 2019 ont été financées par ces types de systèmes obligatoires. Les régimes publics centraux, régionaux ou locaux en Norvège, au Danemark, en Suède, en Islande et au Royaume-Uni représentaient 80 % ou plus des dépenses nationales de santé. En Allemagne, au Japon, en France et aux Pays-Bas, plus de 75 % des dépenses étaient couvertes par un type de régime d'assurance maladie obligatoire. Alors que l'Allemagne et le Japon s'appuient sur un régime d'assurance maladie multirisque, la France complète cette couverture par un système de dispositifs d'assurance maladie privés devenus obligatoires dans certaines conditions d'emploi en 2016.

Aux États-Unis, les régimes fédéraux et régionaux, comme *Medicaid*, représentaient environ un quart de toutes les dépenses de santé du pays en 2019. Près de 60 % des dépenses étaient classées dans les régimes d'assurance obligatoire, mais ces derniers recouvrent des régimes très différents. Les régimes fédéraux d'assurance maladie, tels que Medicare, couvraient un quart des dépenses totales, mais la plupart des dépenses appartenant à cette catégorie concernaient l'assurance maladie privée. Cette dernière représentait un autre tiers de la totalité des dépenses de santé, et elle est considérée comme obligatoire en vertu de l'*« Affordable Care Act (ACA) »* en raison de l'obligation individuelle imposant aux particuliers de s'assurer.

Les restes à charge pour le patient finançaient un cinquième des dépenses de santé en 2019 dans les pays de l'OCDE, cette part diminuant sensiblement à mesure que le PIB augmente. Les ménages représentaient un tiers ou plus des dépenses au Mexique (42 %), en Lettonie (37 %), en Grèce (36 %) et au Chili (33 %), tandis qu'en France les dépenses à la charge des ménages étaient inférieures à 10 %. La participation financière directe aux soins de santé était également supérieure à 35 % en Fédération de Russie (Russie) et en Chine, et supérieure à 60 % en Inde.

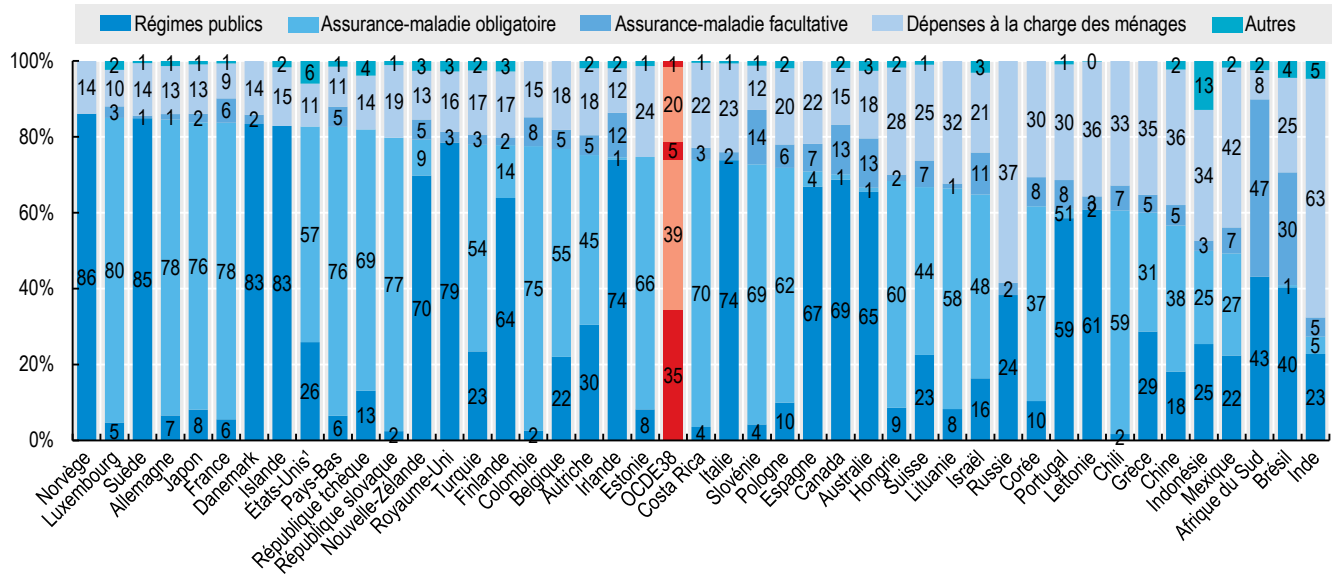
Dans l'objectif de passer à une couverture maladie universelle, un certain nombre de pays de l'OCDE ont augmenté les dépenses des régimes d'assurance obligatoire ou publique au cours des précédentes décennies. Par conséquent, la part des coûts de santé qui était à la charge des ménages et des régimes d'assurance volontaire a largement diminué dans certains pays. Ainsi, si le pourcentage des dépenses de santé couvert par ces deux régimes dans les pays de l'OCDE s'est légèrement réduit, passant de 28 % en 2003 à 25 % en 2019, on observe des différences notables entre pays. En Slovénie et au Canada, où l'assurance maladie facultative joue un rôle important, cette part est restée relativement stable, alors qu'elle a augmenté en Corée et au Mexique (Graphique 7.10)

Dans les années qui ont suivi la crise financière et économique mondiale, la part des dépenses de santé couverte par les versements directs a augmenté dans plusieurs pays européens, tels que la Grèce (6 points de pourcentage), le Portugal (5 points) et l'Espagne (3 points) (Graphique 7.11). Cela résulte probablement des politiques mises en place aux fins d'équilibrage des budgets publics, telles que l'instauration ou l'augmentation des tickets modérateurs ou le relèvement des seuils de remboursement. Au Chili et en Corée, en revanche, la part du reste à charge a diminué progressivement au cours des 15 dernières années. Les estimations préliminaires des dépenses de santé en 2020 tendent à montrer que les dépenses à financement privé pourraient avoir diminué, l'impact du COVID-19 ayant réduit les activités de soins de santé dans des domaines comme les soins dentaires et les produits pharmaceutiques en vente libre, où les dépenses privées jouent un rôle prédominant. Dans le même temps, de nombreux États de l'OCDE ont revu à la hausse leurs engagements budgétaires en matière de santé, afin de couvrir les coûts supplémentaires liés au COVID-19 (OCDE, 2021[4]).

Définition et comparabilité

Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des dispositifs de financement (les mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus, p. ex. l'assurance maladie sociale), des agents de financement (les organismes gérant les dispositifs de financement, p. ex. les caisses d'assurance sociale) et des types de recettes (p. ex. les cotisations d'assurance sociale). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]) ; il englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie facultative et les fonds privés tels que les paiements directs des ménages ainsi que le financement par des organisations non gouvernementales (ONG) et des entreprises privées. Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement. Les données incluent la participation aux coûts et, dans certains pays, les estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de soins.

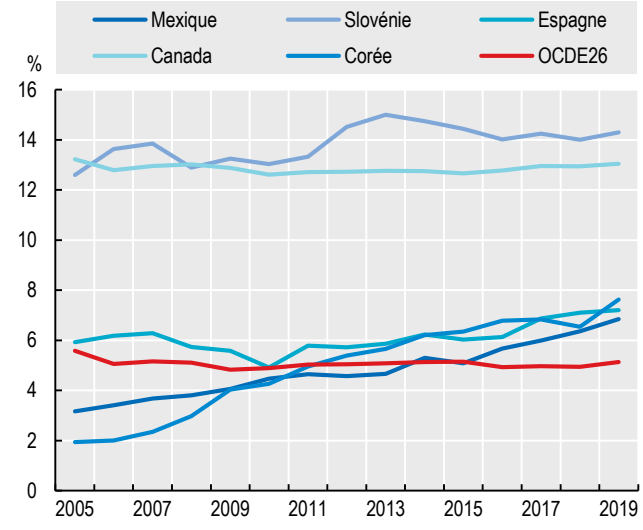
Graphique 7.9. **Dépenses de santé par type de financement, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées déclarées au titre de l'assurance maladie obligatoire. La catégorie « Autres » désigne le financement par les ONG, les employeurs, les régimes des non-résidents et les régimes inconnus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/gt0u4b

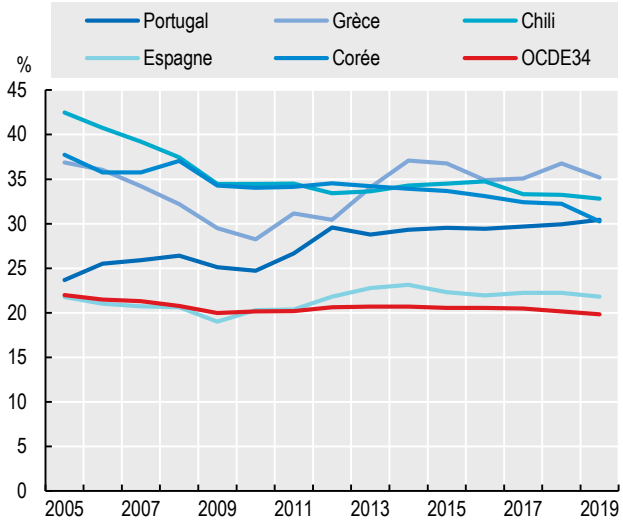
Graphique 7.10. **Dépenses de santé de l'assurance maladie facultative en pourcentage des dépenses totales, dans une sélection de pays, 2005-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/u6zqne

Graphique 7.11. **Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales, dans une sélection de pays, 2005-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/kzpje9

Financement public des dépenses de santé

Alors que les dispositifs de financement achètent des soins de santé pour le compte des particuliers et de la population (voir l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement »), les revenus nécessaires au financement de ces dépenses peuvent provenir de plusieurs sources différentes (recettes publiques, cotisations sociales, primes d'assurance, etc.). L'analyse des flux financiers qui circulent de ces sources jusqu'aux dispositifs de financement permet de mieux comprendre les mécanismes fondamentaux du financement des services de santé et la charge globale qui pèse sur les différents secteurs de l'économie.

La grande majorité du financement des régimes publics provient des recettes publiques générales (p. ex., la fiscalité et les prélèvements), lesquelles sont ensuite affectées par le biais de processus budgétaires et d'allocation. L'État contribue aussi parfois à l'assurance maladie sociale, par exemple, en prenant à sa charge les cotisations de catégories de population particulières ou en allouant une part du budget général aux caisses d'assurance. Les particuliers achètent une assurance maladie privée grâce au versement de primes régulières. Cependant, une partie de cette prime est souvent à la charge de l'employeur ; elle peut être également subventionnée par l'État. Les particuliers financent aussi leurs soins directement, intégralement ou à titre participatif avec un système de financement tiers, à partir des revenus des ménages. D'autres dispositifs de financement de la santé (p. ex., les dispositifs à but non lucratif ou d'entreprise) peuvent recevoir des dons ou générer des revenus supplémentaires à partir d'investissements ou autres opérations commerciales. Enfin, bien que limités dans la plupart des pays de l'OCDE, les fonds peuvent provenir de sources non résidentielles par le biais d'accords bilatéraux entre États étrangers ou partenaires de développement.

Le financement public global peut être défini comme la somme des transferts publics et de toutes les cotisations sociales. Les sources privées comprennent, quant à elles, les primes d'assurance facultative et obligatoire, ainsi que tous les financements directs en provenance des ménages ou des entreprises. En 2019, les sources publiques ont financé environ 71 % des dépenses de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.12). Dans les pays où les programmes de financement publics constituent le principal mécanisme de financement (p. ex., la Norvège, la Suède et le Danemark), les sources publiques ont financé plus de 80 % des dépenses de santé. Dans les autres pays, il se peut que les États ne procèdent pas à un paiement direct de la majorité des services de santé, mais ils effectuent des transferts et fournissent des subventions (Mueller et Morgan, 2017[5]). En Allemagne, par exemple, seulement 7 % environ des dépenses de santé proviennent directement des régimes publics, mais les transferts de l'État aux organismes publics et aux caisses d'assurance sociale ainsi que les cotisations d'assurance sociale à la charge des salariés et des employeurs signifient qu'une grande partie des dépenses sont encore considérées comme financées par l'État (78 % du total).

L'État est chargé du financement de tout un éventail de services publics, comme la santé, mais aussi l'éducation, la défense et le logement, entre autres secteurs. Le niveau de financement de la santé dépend de plusieurs facteurs : le type de système de santé en place, la composition démographique de la population et la politique nationale. Les priorités budgétaires ne sont pas non plus identiques d'une année à l'autre, en fonction des décisions politiques et des effets économiques. Le financement public des dépenses de santé (transferts publics et cotisations d'assurance sociale) représentait en moyenne 15 % du total des dépenses publiques dans les pays de l'OCDE en 2019 (Graphique 7.13). Environ 20 % ou plus des dépenses publiques étaient liées aux dépenses de santé au Costa Rica, au Japon, aux États-Unis, en Irlande et en Allemagne. À l'autre extrémité de l'échelle, le Mexique, la Grèce, la Hongrie et la Turquie ont consacré environ 10 % de leurs dépenses publiques aux soins de santé. Tous les pays de l'OCDE ont élargi et révisé leurs dotations budgétaires en 2020 dans le cadre des mesures gouvernementales de lutte contre les effets du COVID-19. Si les ressources publiques allouées à la santé ont augmenté, l'ampleur de ces augmentations a été généralement inférieure aux subventions accordées aux entreprises qui ont souffert de la stagnation économique.

De nombreux pays ont un système d'assurance maladie obligatoire – soit une assurance maladie sociale, soit une couverture privée – mais la composition des revenus de ce type de régimes est très variable (Graphique 7.14). L'importance des transferts publics en tant que source de recettes peut varier considérablement. En moyenne, les trois quarts environ du financement proviennent de cotisations sociales (ou primes) réparties essentiellement entre les salariés et leurs employeurs, mais un quart environ provient encore de transferts publics, soit pour le compte de certaines catégories de population (p. ex. les catégories à faible revenu et les chômeurs) ou à titre de contribution générale. En Hongrie, les transferts publics ont financé 64 % des dépenses de santé de l'assurance maladie sociale. En Pologne, en Slovénie et au Costa Rica, cette proportion était inférieure à 5 % : les cotisations d'assurance sociale constituaient la principale source de financement.

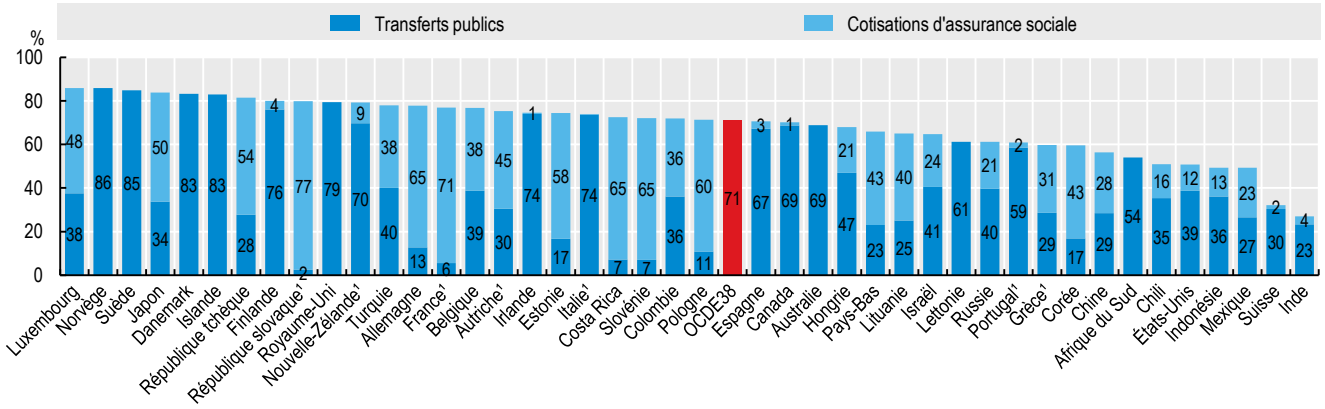
Définition et comparabilité

Les dispositifs de financement doivent mobiliser des recettes pour payer les biens et services de santé dont bénéficie la population. En général, les dispositifs de financement peuvent percevoir des transferts publics, des cotisations d'assurance sociale, des prépaiements volontaires ou obligatoires (p. ex. des primes d'assurance), d'autres ressources nationales et des revenus de l'étranger (p. ex., dans le cadre de l'aide au développement).

En réalité, les recettes d'un dispositif de financement de la santé ne sont généralement pas égales aux dépenses au cours d'une année donnée, causant ainsi un excédent ou un déficit. Dans la pratique, la plupart des pays se contentent d'analyser la composition des recettes de chaque dispositif et d'appliquer la même répartition à ses dépenses pour donner une idée du financement des dépenses pendant la période comptable.

Les dépenses totales des administrations publiques sont définies de la même manière que dans le Système des comptes nationaux. D'après la méthodologie du Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]), les dépenses publiques de santé sont égales à la somme des transferts publics (nationaux), des transferts publics (étrangers) et des cotisations d'assurance sociale. En l'absence d'informations sur les recettes, on a recours à la somme des dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.

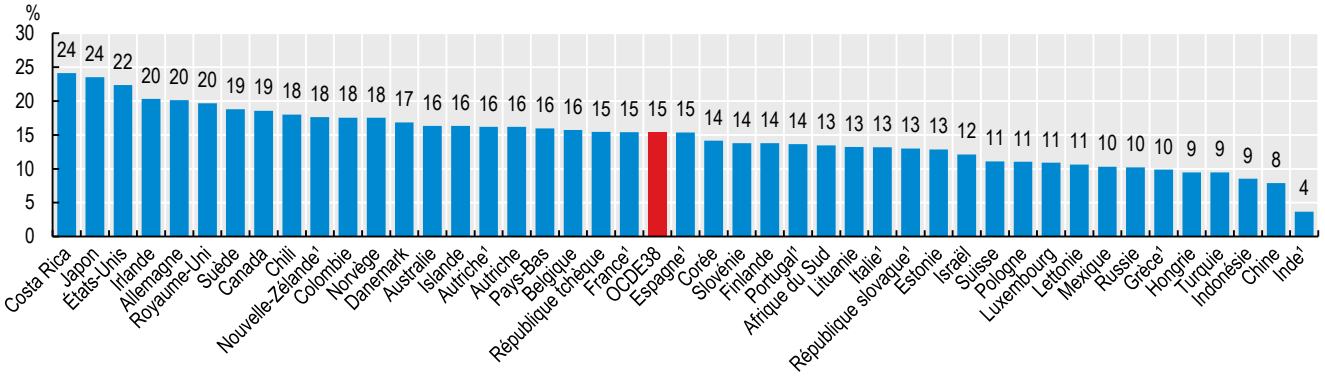
Graphique 7.12. **Dépenses de santé financées par des fonds publics en proportion des dépenses totales, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les dépenses financées par des fonds publics sont calculées à partir des dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/s6jqvk

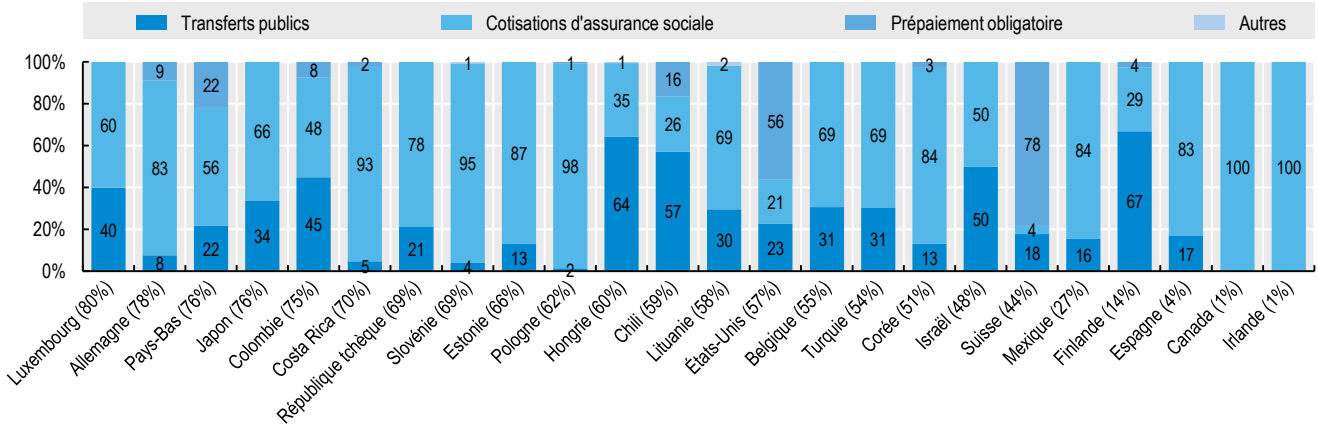
Graphique 7.13. **Dépenses de santé financées par des fonds publics en proportion des dépenses publiques totales, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Sont incluses dans les dépenses publiques celles des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/6yau4d

Graphique 7.14. **Sources de financement de l'assurance maladie obligatoire, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent la contribution de l'assurance maladie obligatoire aux dépenses totales. La catégorie « Autres » comprend les autres revenus nationaux et les transferts étrangers directs. La somme des pourcentages peut ne pas correspondre à 100 % en raison des arrondis.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/r8pujk

Dépenses de santé par type de service

Les estimations des dépenses de santé sont basées sur une ligne de démarcation commune définissant l'éventail des services de santé et des biens médicaux à prendre en compte. Ces éléments sont regroupés en grandes catégories de soins en fonction de leur objectif ou de leurs modalités de prestation. Pour tous les pays de l'OCDE, les services de soins curatifs et de réadaptation constituent l'essentiel des dépenses de santé ; ils sont essentiellement assurés par les services hospitaliers et ambulatoires – ces deux catégories représentent généralement 60 % de l'ensemble des dépenses de santé (Graphique 7.15). Une autre part représentant 19 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (essentiellement les produits pharmaceutiques), tandis qu'une part croissante est allouée aux soins de longue durée (environ 15 % en 2019). Le reste est alloué à l'administration et à la gouvernance générale du système de santé, ainsi qu'à la prévention. Le niveau et la structure des dépenses peuvent varier d'un pays à l'autre en raison de facteurs tels que la manière dont les soins sont organisés et hiérarchisés selon les prestataires, les coûts des intrants et les besoins de la population.

La Grèce est le pays membre de l'OCDE qui a déclaré la plus forte proportion de dépenses de santé allouées aux services hospitaliers en 2019 (44 %). Elle est loin devant les pays qui arrivent en deuxième et troisième position, à savoir la Belgique et la Pologne, et plus de 15 points de pourcentage au-dessus de la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité de l'échelle, de nombreux pays nordiques, le Canada et les Pays-Bas font état d'une proportion beaucoup plus faible de dépenses consacrée aux services hospitaliers – 20-25 % environ des dépenses globales de santé.

Les soins ambulatoires forment une large catégorie qui recouvre les services ambulatoires primaires et spécialisés et les soins dentaires ainsi que les soins à domicile et les services auxiliaires. Toutes catégories confondues, les dépenses allouées aux services de soins ambulatoires représentent près de la moitié de l'ensemble des dépenses de santé au Portugal et en Israël, contre une moyenne de 33 % pour l'OCDE en 2019. Compte tenu de la proportion relativement élevée de leurs dépenses que la Grèce et la Belgique allouent aux soins hospitaliers, il n'est pas surprenant que ces pays consacrent la plus faible proportion de dépenses aux services ambulatoires, soit moins d'un quart des dépenses de santé.

La troisième grande catégorie de dépenses de santé est celle des biens médicaux. Les différences de prix des produits internationaux tels que les produits pharmaceutiques ont tendance à moins varier d'un pays à l'autre que celles des services produits localement (voir l'indicateur sur les « Prix dans le secteur de la santé »). En conséquence, les dépenses allouées aux biens médicaux (produits pharmaceutiques compris) dans les pays à faible revenu représentent souvent une part plus élevée des dépenses de santé que les services. Par conséquent, les dépenses allouées aux biens médicaux représentaient près d'un tiers des dépenses de santé en Hongrie et en République slovaque en 2019. En revanche, au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas, cette proportion était bien plus faible puisqu'elle s'élevait à 10 % environ des dépenses globales de santé.

Les dépenses consacrées aux services de soins de longue durée représentent en moyenne 15 % des dépenses de santé, mais ce chiffre masque des différences non négligeables d'un pays de l'OCDE à l'autre quant aux ressources qui sont allouées aux dispositifs de prise en charge des personnes âgées et dépendantes. Dans les pays dotés de dispositifs structurés comme la Norvège, la Suède et les Pays-Bas, un quart ou plus des dépenses de santé peuvent avoir trait aux services de soins de longue durée. Dans ceux où la prise en charge de longue durée est moins structurée, notamment dans nombre de pays d'Europe méridionale, centrale et orientale, les dépenses en la matière sont nettement inférieures, en général autour de 5 % ou moins en Grèce, au Portugal, en Hongrie, en Lettonie et en République slovaque.

Après un ralentissement général au lendemain de la crise économique, la croissance des dépenses globales de santé a repris à partir de 2011, mais à un niveau initialement très modéré (voir l'indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB »). Pendant les années de crise économique, de nombreux États ont cherché à réaliser des économies de coûts au sein du système de santé tout en protégeant les services de première ligne (Morgan et Astolfi, 2013[6]). En conséquence, au cours de la période 2009-13, les dépenses consacrées aux services de soins curatifs ont été globalement maintenues dans de nombreux pays, tandis qu'il y a eu des réductions plus notables des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux services de prévention (Graphique 7.16).

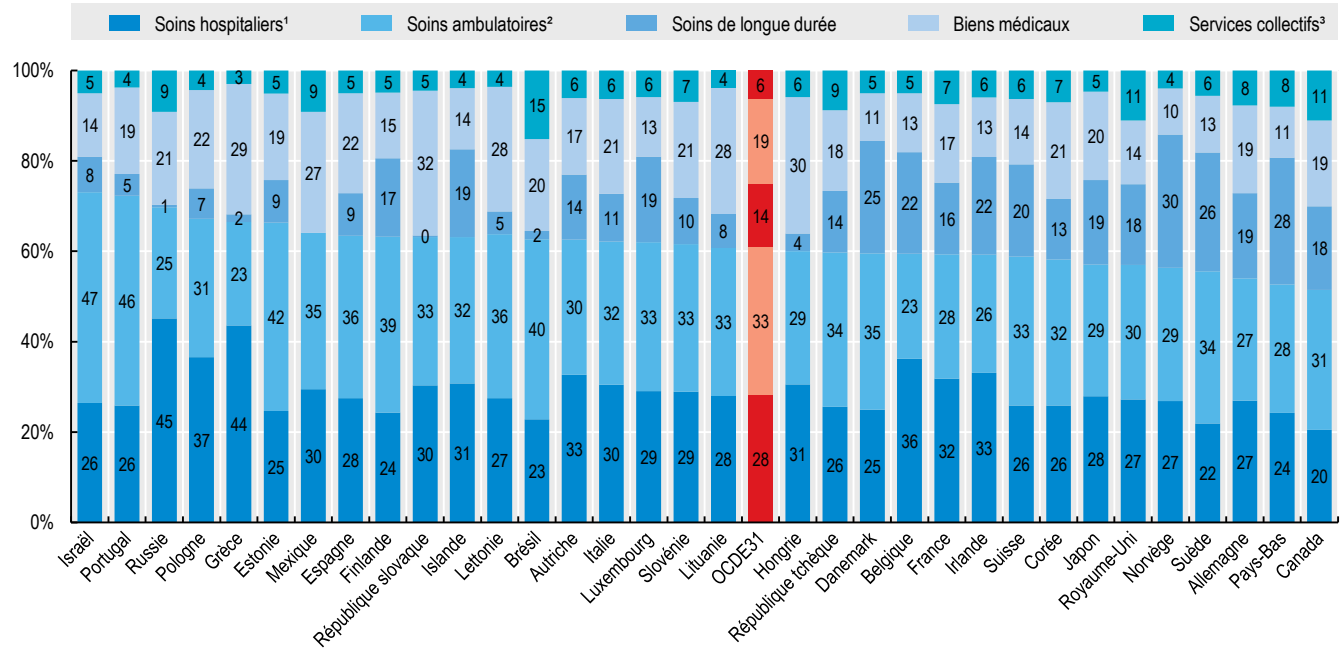
De 2013 à 2019, cependant, la croissance des dépenses a rebondi dans presque toutes les fonctions de soins de santé. Cela a été le cas notamment pour les soins ambulatoires, dont la croissance a plus que doublé en moyenne (passant de 1.3 % à 3.4 % par an), tandis que les dépenses allouées aux soins hospitaliers ont connu une croissance de 2.1 %, celles allouées aux produits pharmaceutiques une croissance de 1.3 % et celles allouées aux services de prévention une croissance de 2.5 % en moyenne par an. En particulier, les dépenses allouées aux soins de longue durée ont continué d'augmenter à un rythme constant à partir de 2003, sachant que la demande de services de SLD continue de croître avec le vieillissement des populations des pays de l'OCDE. Les différents facteurs responsables de la croissance exceptionnelle prévue pour 2020 (voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant ») n'ont pas encore été clairement inventoriés, mais l'on peut s'attendre à ce que la forte croissance des dépenses allouées aux soins hospitaliers y ait contribué dans un certain nombre de pays.

Définition et comparabilité

Le Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]) définit les frontières du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions des soins faisant référence aux différents types de services et biens de santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, programmes de santé publique et administration – faisant référence à la gouvernance et à l'administration du système de santé dans sa globalité plutôt qu'au niveau des prestataires de santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de prestation (patients hospitalisés, services de jour, soins ambulatoires ou à domicile).

On utilise des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle.

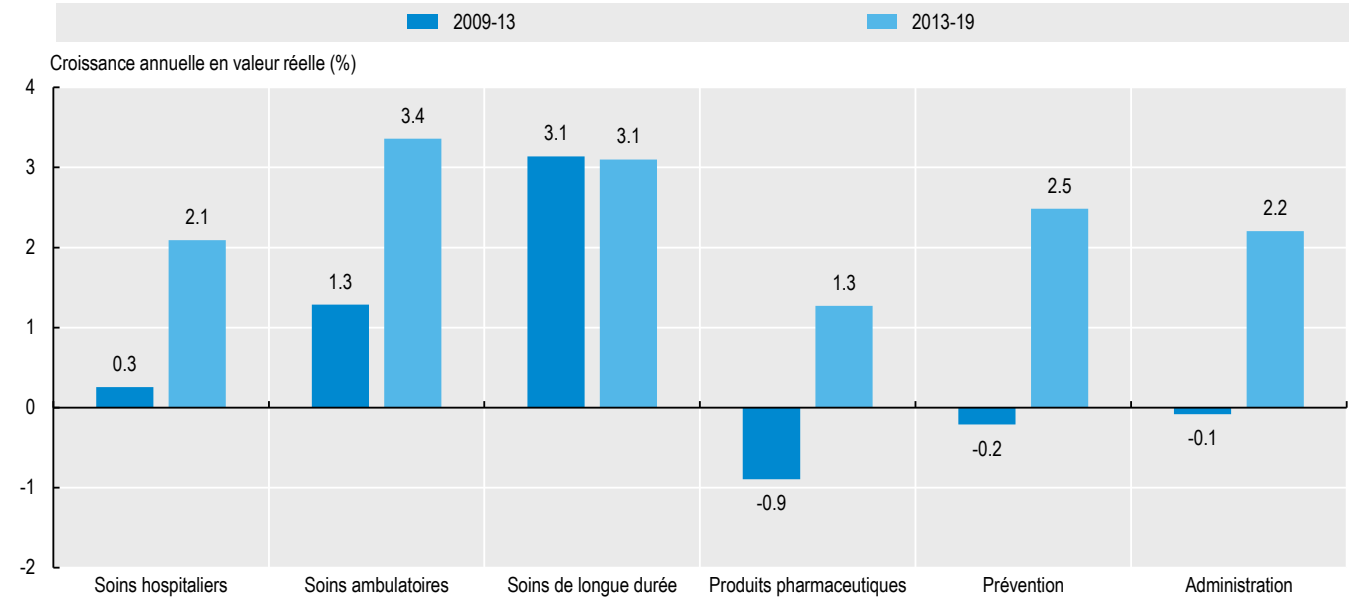
Graphique 7.15. **Dépenses de santé par type de service, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Les pays sont classés selon la part des soins curatifs et des soins de réadaptation dans leurs dépenses courantes de santé.
1. Désigne les soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. 2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires. 3. Concerne la prévention et l'administration et comprend les services inconnus ou non alloués.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/865a4n

Graphique 7.16. **Croissance annuelle des dépenses de santé consacrées à un éventail de services (en valeur réelle), moyenne de l'OCDE, 2009-13 et 2013-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/uepqyx

Dépenses de santé allouées aux soins primaires

Les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé efficace, centré sur la personne et équitable. Le renforcement des soins primaires est considéré comme un moyen efficace d'améliorer la coordination des soins et les résultats sur le plan de la santé et de réduire les dépenses inutiles, en limitant les hospitalisations inutiles et les coûts associés dans les hôpitaux et les autres parties du système de santé. Cependant, dans de nombreux pays de l'OCDE, les soins primaires n'ont pas encore exploité pleinement ce potentiel (OCDE, 2020[7]).

Les soins de santé primaires sont un concept complexe qui recouvre différents types de services et de fournisseurs. Il n'existe pas de consensus définitif sur les services ou prestataires à y inclure, et les pays peuvent avoir des conceptions nationales différentes des activités qu'il devrait englober. En l'occurrence, les soins de santé primaires utilisent les estimations de dépenses déclarées pour une gamme de services (collectivement appelés « services de soins de base ») couvrant les soins ambulatoires généraux, les soins dentaires et les soins curatifs à domicile, ainsi que les services de prévention lorsqu'ils sont fournis par des prestataires de soins ambulatoires – ce qui signifie que ces mêmes services fournis en milieu hospitalier ou des soins ambulatoires spécialisés ne sont pas inclus. Si l'on a recours à ces estimations comme mesure indirecte, les soins de santé primaires représentent environ 13 % des dépenses de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE, ces dépenses étant inférieures ou égales à 10 % au Luxembourg, aux Pays-Bas, en République slovaque et en Suisse et supérieures ou égales à 17 % en Pologne, en Australie, en Lituanie et en Estonie (Graphique 7.17). Les dépenses de soins de santé primaires exprimées en pourcentage des dépenses totales de santé sont restées relativement constantes au cours des cinq dernières années dans de nombreux pays de l'OCDE, ce qui semble indiquer que la croissance de ces dépenses est dans le droit fil des dépenses de santé globales. Les exceptions à cette règle sont la Lituanie et la Lettonie, où la part des dépenses de soins de santé primaires a augmenté d'environ 1 point de pourcentage au cours des cinq dernières années, ainsi que l'Espagne, la Finlande et l'Australie, où cette proportion a diminué depuis 2013.

En moyenne, la moitié des dépenses de soins primaires dans les pays de l'OCDE sont consacrées aux services de soins ambulatoires généraux, un montant supplémentaire de 38 % étant alloué aux soins dentaires. Les services de prévention (8 %) et les visites à domicile de médecins généralistes ou d'infirmières (3 %) représentent une proportion beaucoup plus faible des dépenses de soins primaires, même s'il est souvent difficile de faire la distinction entre les services liés aux activités de prévention et les consultations ambulatoires générales. Au niveau national, les soins ambulatoires généraux prodigués par les prestataires de soins ambulatoires sont particulièrement élevés en Australie, au Mexique et en Pologne, où ils représentent environ 12 % des dépenses de santé. Au Canada, en Suisse, en Autriche, en Allemagne et au Luxembourg, les dépenses allouées aux soins ambulatoires généraux sont globalement beaucoup moins importantes puisqu'elles représentant moins de 5 % des dépenses de santé (Graphique 7.17).

En Lituanie et en Estonie, les soins primaires représentent une part importante des dépenses globales de santé, ce qui peut s'expliquer par les dépenses allouées aux soins dentaires, qui représentent la moitié des dépenses de soins de santé primaires. Dans les deux pays, les soins dentaires représentent 9 % du budget total de la santé, soit près du double de la moyenne de l'OCDE. À titre de comparaison, les dépenses allouées aux soins dentaires ne représentent qu'environ 3 % des dépenses totales de santé en Pologne, en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Les « services de soins de base » tels que décrits ci-dessus peuvent être fournis dans divers contextes, y compris en milieu hospitalier. La proportion des dépenses consacrées aux services fournis par le secteur des soins ambulatoires pourrait être interprétée comme une mesure rudimentaire de l'efficacité de la répartition des ressources, puisqu'elle pourrait indiquer ce qui est fourni dans le cadre le plus approprié. Néanmoins, à ce niveau agrégé, la comparabilité internationale de cet indicateur reste limitée en raison de la diversité des modèles d'organisation des soins de santé primaires dans les pays de l'OCDE. Par exemple, certains pays peuvent avoir mis en place des unités dédiées aux soins de santé primaires au sein des hôpitaux. Dans les pays de l'OCDE, 80 % des dépenses en matière de soins de base sont consacrées aux services fournis par les prestataires de soins ambulatoires (Graphique 7.18). Cette part était supérieure ou égale à 90 % au Mexique, en Allemagne, en Lettonie, en Espagne, au Danemark, en Lituanie et en Belgique, mais était inférieure à 70 % au Luxembourg, au Canada et en Suisse.

Définition et comparabilité

Les comparaisons internationales des dépenses consacrées aux soins de santé primaires faisaient jusqu'à présent cruellement défaut en raison de l'absence à la fois d'une définition communément acceptée et d'un cadre de collecte des données approprié. En collaboration avec des experts en données et des experts cliniciens ainsi que des partenaires internationaux, l'OCDE a défini un cadre méthodologique visant à estimer les dépenses en matière de soins de santé primaires. Les résultats présentés ici reposent sur cette méthodologie (Mueller et Morgan, 2018[8]).

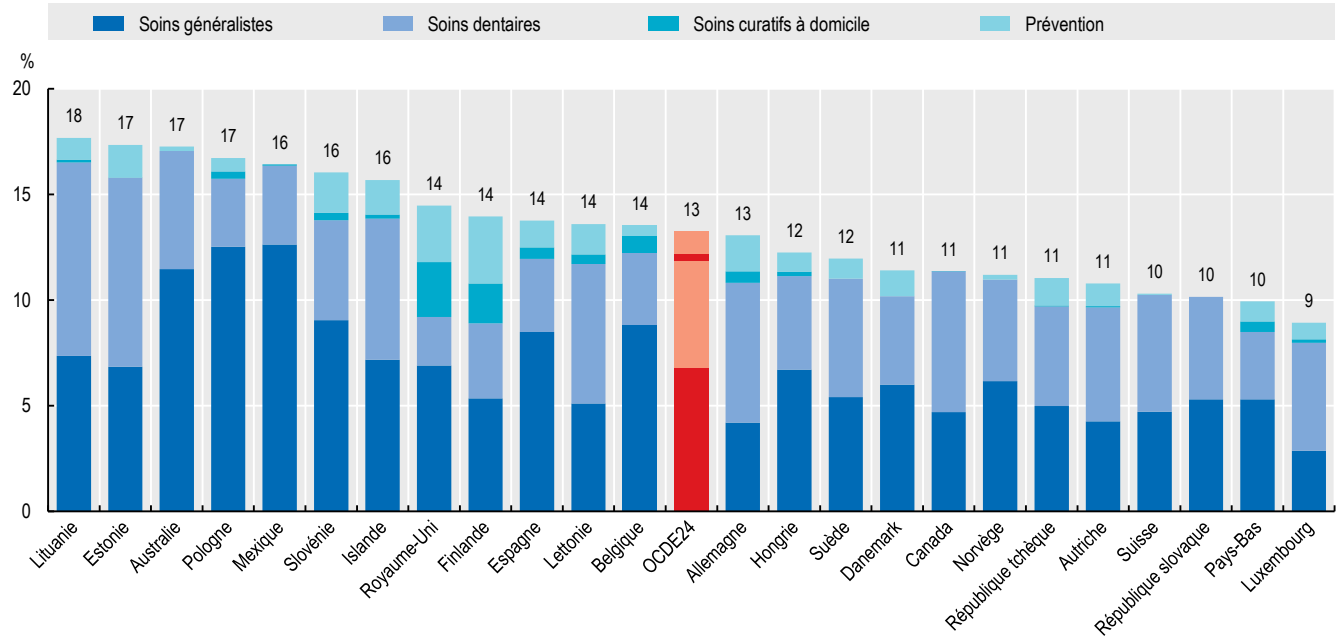
Les estimations sont basées sur les données soumises à l'aide du cadre du Système de comptes de la santé 2011. Les fonctions suivantes sont considérées comme des services de soins de base :

- les soins curatifs ambulatoires généraux (p. ex., les visites de routine chez un médecin généraliste ou une infirmière pour un traitement intensif ou chronique)
- les soins dentaires curatifs ambulatoires (p. ex., les visites de contrôle régulières et les traitements bucco-dentaires plus complexes)
- les soins curatifs à domicile, notamment les visites à domicile des médecins généralistes ou des infirmières
- les services de soins préventifs (p. ex., les vaccins ou les bilans de santé).

Lorsque les services de soins de base sont prodigués par des prestataires de soins de santé ambulatoires tels que des médecins, des dentistes, des centres de soins de santé ambulatoires et des prestataires de services de soins à domicile, cela peut être considéré comme une mesure de remplacement des soins de santé primaires. Il convient de souligner que cette mesure de substitution est une approche simplifiée visant à opérationnaliser un concept multidimensionnel complexe. Une autre mesure indirecte des dépenses de soins de santé primaires inclut également les produits pharmaceutiques, mais elle n'est pas présentée ici, car les dépenses pharmaceutiques sont analysées en détail dans une autre section (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques »).

La comparabilité de cet indicateur reste limitée ; elle dépend de la capacité des pays et des méthodes qu'ils utilisent pour faire la distinction entre les services ambulatoires généraux et les services spécialisés.

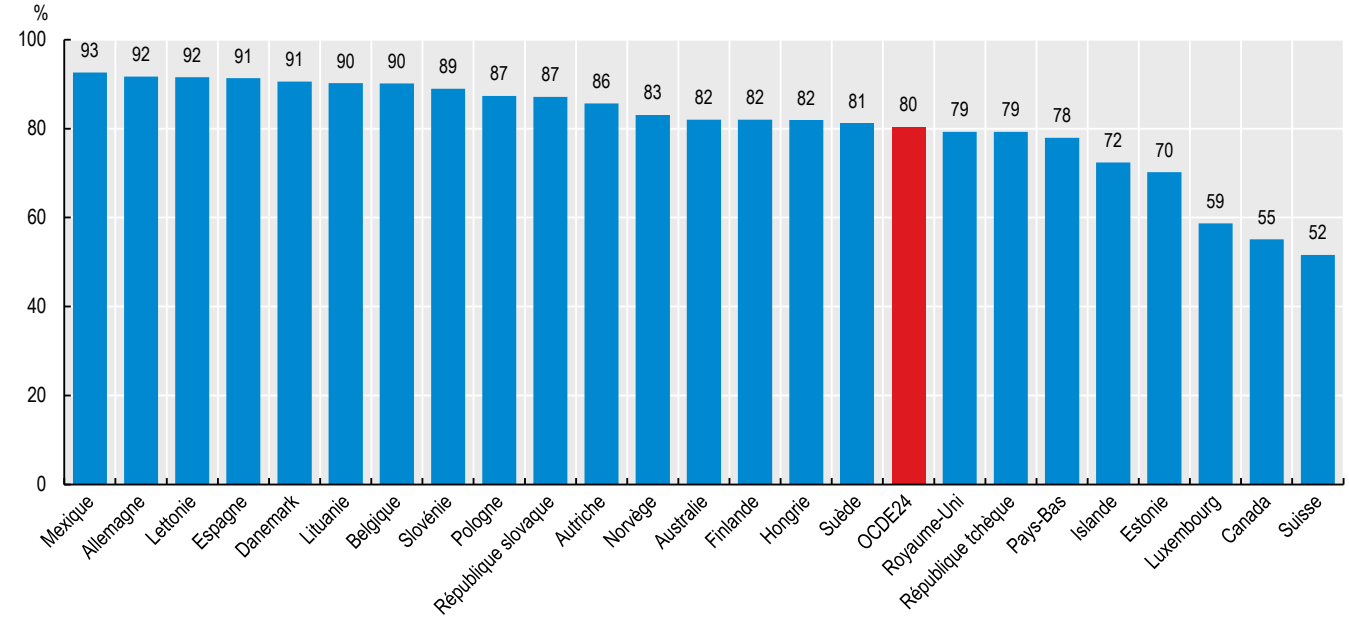
Graphique 7.17. **Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/9qsaun

Graphique 7.18. **Part des dépenses allouée aux services de soins de base fournis par les prestataires de soins ambulatoires, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/gq1j05

Dépenses de santé par prestataire

Les soins de santé sont dispensés par une grande variété de prestataires allant des hôpitaux et des cabinets médicaux aux établissements de jour et aux détaillants. Cela a une incidence sur les modèles de dépenses pour différents biens et services. L'analyse des dépenses de santé par prestataire, en parallèle avec leur répartition par fonction, peut être particulièrement utile pour obtenir une vue plus détaillée de l'organisation des systèmes de santé (voir indicateur « Dépenses de santé par type de service »).

En raison des différences quant à l'organisation de la prestation des systèmes de santé, l'impact sur les dépenses de santé par prestataire est significatif dans les différents pays. Alors que les activités menées dans les hôpitaux représentaient la plus grande proportion du financement du système de santé dans les pays de l'OCDE en 2019 (39 % environ), cette moyenne a été largement dépassée à la fois en Turquie et au Costa Rica, où les activités hospitalières ont bénéficié d'environ la moitié des ressources financières (Graphique 7.19). En revanche, l'Allemagne et le Canada ont consacré moins de 30 % du budget total de la santé aux hôpitaux.

Les prestataires ambulatoires constituent la deuxième catégorie de prestataires de soins, après les hôpitaux. Cette catégorie couvre un large éventail d'établissements dont la plupart des dépenses sont liées soit aux pratiques médicales, médecins généralistes et spécialistes compris (comme en Autriche, en France et en Allemagne) soit aux centres de soins ambulatoires (comme en Finlande, en Irlande et en Suède). Tous pays de l'OCDE confondus, les soins dispensés par les prestataires ambulatoires représentaient environ un quart de l'ensemble des dépenses de santé en moyenne en 2019. Dans ces pays, environ deux-tiers des dépenses globales concernaient les médecins généralistes, les cabinets de spécialistes et les centres de soins ambulatoires, et environ un-cinquième les cabinets dentaires. En 2019, les dépenses globales consacrées aux prestataires ambulatoires étaient supérieures à 30 % des dépenses de santé en Israël, en Belgique, aux États-Unis, au Mexique et en Allemagne, mais sont restées inférieures à 20 % en Turquie, aux Pays-Bas et en Grèce.

Les autres grandes catégories de prestataires comprennent les détaillants (notamment les pharmacies, qui vendent des médicaments sur ordonnance et en vente libre), qui représentaient 17 % des dépenses globales de santé en 2019, et les établissements de soins de longue durée (qui fournissent essentiellement des soins hospitaliers pour la prise en charge des personnes dépendantes), auxquels sont imputables 10 % environ des dépenses de santé.

L'éventail des activités pouvant être exercées par une même catégorie de prestataires est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre, ce qui reflète les différences quant à la structure et l'organisation des systèmes de santé. C'est dans le secteur hospitalier que ces différences entre pays sont les plus prononcées (Graphique 7.20). Bien que les soins curatifs et de réadaptation dispensés aux patients hospitalisés définissent l'activité principale des hôpitaux et représentent donc la majorité de leurs dépenses, les hôpitaux peuvent également représenter d'importants prestataires de soins ambulatoires dans de nombreux pays, par exemple par le biais des services d'accidents et d'urgences, des unités de consultation externe spécialisées ou des services d'examens de laboratoire et d'imagerie. Dans quelques pays, les hôpitaux sont également d'importants fournisseurs d'infrastructures de soins de longue durée pour patients hospitalisés.

Dans des pays comme l'Estonie, le Danemark, la Suède, la Finlande et le Portugal, les soins ambulatoires représentaient plus de 40 % des dépenses hospitalières en 2019, car les spécialistes reçoivent généralement des patients non hospitalisés dans les services de consultation externe des hôpitaux. Les hôpitaux étant généralement monofonctionnels en Allemagne et en Grèce, la majeure partie des dépenses (plus de 90 %) est consacrée aux services hospitaliers plutôt qu'aux services ambulatoires et aux services de jour.

En outre, ces dernières années, de nombreux pays ont également transféré certains services hospitaliers vers les services de jour en raison de gains d'efficacité potentiels et de la réduction des délais d'attente (voir l'indicateur « Chirurgie ambulatoire » au chapitre 5). En conséquence, les services de jour représentaient 15 % ou plus des dépenses hospitalières en Belgique, en France, en Irlande et au Portugal en 2019.

Étant donné que de nombreux pays ont alloué des ressources supplémentaires aux hôpitaux pour qu'ils puissent prendre en charge les cas graves de COVID-19 et mieux se préparer aux futures hausses de la demande, la part des dépenses globales de santé consacrée aux hôpitaux pourrait avoir augmenté en 2020. La composition de la prestation des services dans les hôpitaux aura également très probablement changé dans de nombreux pays, car les chirurgies ambulatoires non vitales ont été fréquemment reportées et davantage de capacités d'hospitalisation ont été renforcées.

Définition et comparabilité

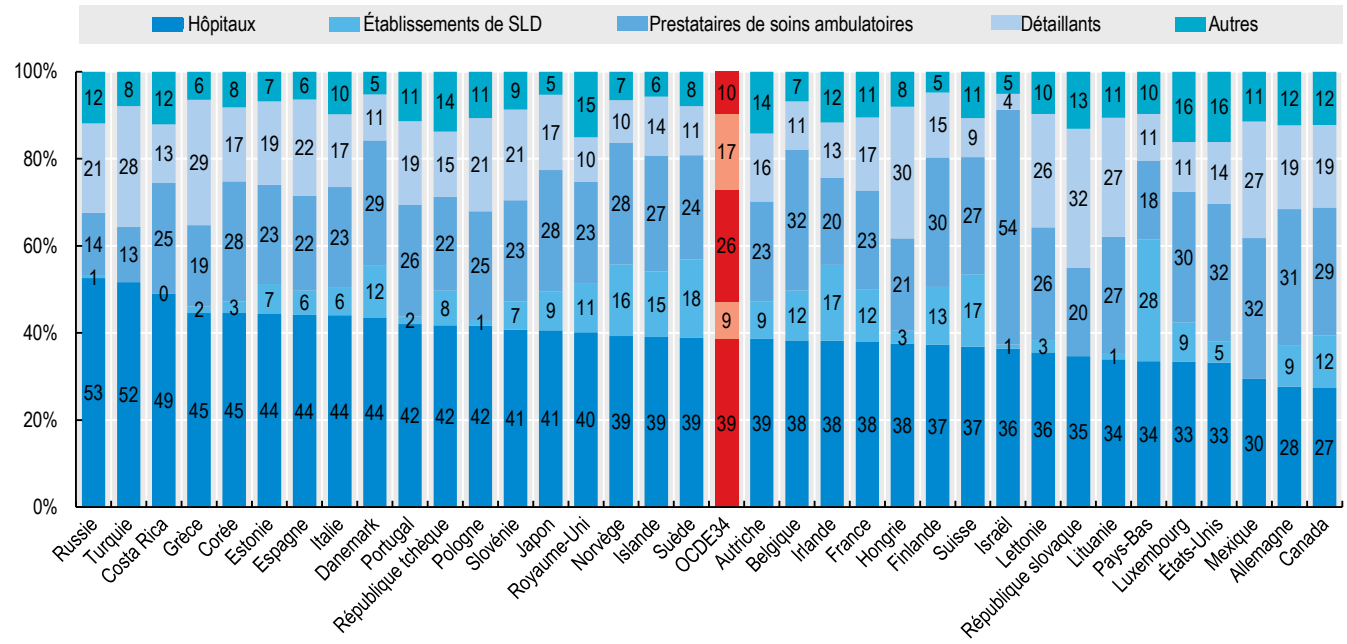
L'univers des prestataires de soins est défini dans le Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]) et englobe les prestataires primaires (les organisations et acteurs dont l'activité principale est l'offre de biens et de services médicaux) et les prestataires secondaires, pour lesquels la prestation de soins n'est qu'une activité parmi tant d'autres.

Les principales catégories de prestataires primaires sont les hôpitaux (de court séjour et psychiatriques), les établissements de soins de longue durée, les prestataires ambulatoires (les cabinets de médecins généralistes et spécialistes, les cabinets dentaires, les centres de santé ambulatoires, les prestataires de services de soins à domicile), les prestataires de services annexes (p. ex., les services d'ambulance, laboratoires), les détaillants (p. ex., les pharmacies), et les prestataires de soins préventifs (p. ex., les établissements de santé publique).

Les prestataires secondaires incluent les établissements de soins avec hébergement, dont la principale activité peut être l'hébergement, mais qui proposent une surveillance infirmière comme activité secondaire ; les supermarchés qui commercialisent des médicaments en vente libre ; les établissements qui fournissent des services de santé à un groupe restreint de la population (p. ex., les services de santé carcéraux). Les prestataires secondaires incluent également les organismes qui gèrent et financent le système de santé (p. ex., les organismes publics et les caisses d'assurance maladie) et les ménages en tant que prestataires de soins à domicile.

Des problèmes de comparabilité peuvent se poser dans le cas de dispositifs de prise en charge complexes tels que les réseaux de soins où plusieurs unités de prestataires ayant des activités différentes sont attribuées à un prestataire en fonction de l'activité dominante du réseau.

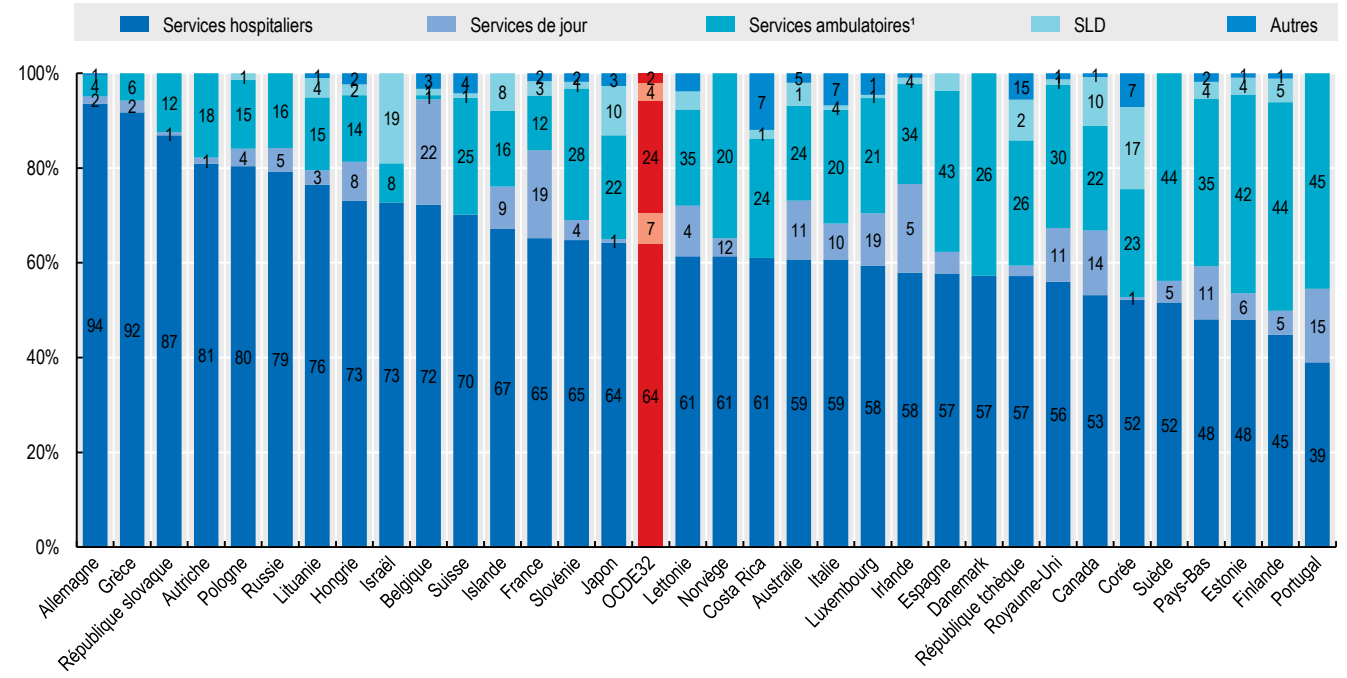
Graphique 7.19. **Dépenses de santé par prestataire, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La catégorie « Autres » comprend les prestataires de services auxiliaires (p. ex., le transport des patients, les laboratoires) ; les organismes d'administration du système de santé, de santé publique et de prévention ; les ménages dans les cas où ils dispensent des soins de longue durée rémunérés ; les prestataires atypiques pour lesquels les soins de santé constituent une activité économique secondaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/c3vwye

Graphique 7.20. **Dépenses hospitalières par type de service, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Inclut les services auxiliaires. « Autres » comprend l'activité de soins préventifs, les produits pharmaceutiques s'ils sont administrés aux patients non hospitalisés et les services inconnus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/wt1kc3

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Si les ressources humaines sont essentielles au secteur de la santé et des soins de longue durée, les ressources physiques sont également un facteur essentiel en ce qui concerne la production de services de santé. Le niveau d'investissement d'un pays dans de nouveaux centres de soins, dans les derniers équipements diagnostiques et thérapeutiques et dans les technologies de l'information et de la communication (TIC) peut avoir une incidence déterminante sur la capacité d'un système de santé à satisfaire les besoins de la population. La crise du COVID-19 a mis en lumière certains des problèmes d'infrastructure. Les systèmes de santé, notamment les hôpitaux, ont été mis à rude épreuve. Certains pays ne disposaient pas des ressources physiques nécessaires pour répondre à l'afflux soudain de patients gravement atteints du COVID-19. Si l'on dispose d'équipements suffisants dans les unités de soins intensifs et les autres structures de soins, on évite des retards potentiellement catastrophiques dans le diagnostic et le traitement des patients. Les équipements non médicaux ont également leur importance, notamment l'infrastructure TIC nécessaire pour la surveillance de la santé de la population, à la fois dans les situations de court séjour et à long terme. Il est donc indispensable d'investir dans les biens d'équipement pour renforcer la résilience globale des systèmes de santé.

En réalité, l'investissement en capital fluctue d'année en année, car les décisions d'investissement peuvent dépendre des circonstances économiques et des choix politiques ou commerciaux ainsi que refléter les besoins futurs et les niveaux d'investissement passés. À l'instar des autres secteurs d'activité, un manque d'investissement dans le présent peut entraîner une accumulation de problèmes et de coûts futurs au fur et à mesure de la détérioration des équipements et des dispositifs.

Entre 2015 et 2019, la moyenne annuelle des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé dans les pays de l'OCDE était équivalente à environ 0.6 % du PIB (Graphique 7.21). En comparaison, les dépenses de santé représentaient en moyenne 8.8 % du PIB en 2019 (voir l'indicateur « Dépenses de santé en pourcentage du PIB »). L'Allemagne, le Japon, la Belgique et l'Autriche étaient les pays les plus dépensiers au cours de la période 2015-19, investissant chaque année environ 1 % de leur PIB dans de nouveaux projets de construction, équipements médicaux et non médicaux et technologies dans le secteur sanitaire et social. Les États-Unis dépensent beaucoup en valeur nominale, consacrant chaque année 0.7 % de leur PIB à ce type d'investissements. Notamment, parmi les pays du G7, les dépenses en capital au Royaume-Uni et en Italie sont restées inférieures à la moyenne de l'OCDE au cours de la période 2015-19 (0.4 % du PIB). Le Mexique a dépensé en moyenne environ 0.1 % de son PIB en capital, soit un dixième du niveau de l'Allemagne ou du Japon.

Les dépenses en capital couvrent un large éventail d'investissements allant des projets de construction (hôpitaux et centres de soins) et des équipements (équipements médicaux et TIC) à la propriété intellectuelle (bases de données et logiciels). Le Graphique 7.21 montre qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE, 40 % des dépenses en capital ont été consacrées à des projets de construction, 46 % à des équipements et les 14 % restants à la propriété intellectuelle. Les États-Unis, les Pays-Bas et la Finlande ont tous un niveau d'investissement global similaire, mais alors que la Finlande a consacré la majorité de ses dépenses à la construction de centre de soins, les États-Unis ont investi davantage dans les équipements, tandis que les Pays-Bas ont consacré une part plus importante de leurs dépenses à des solutions et données numériques.

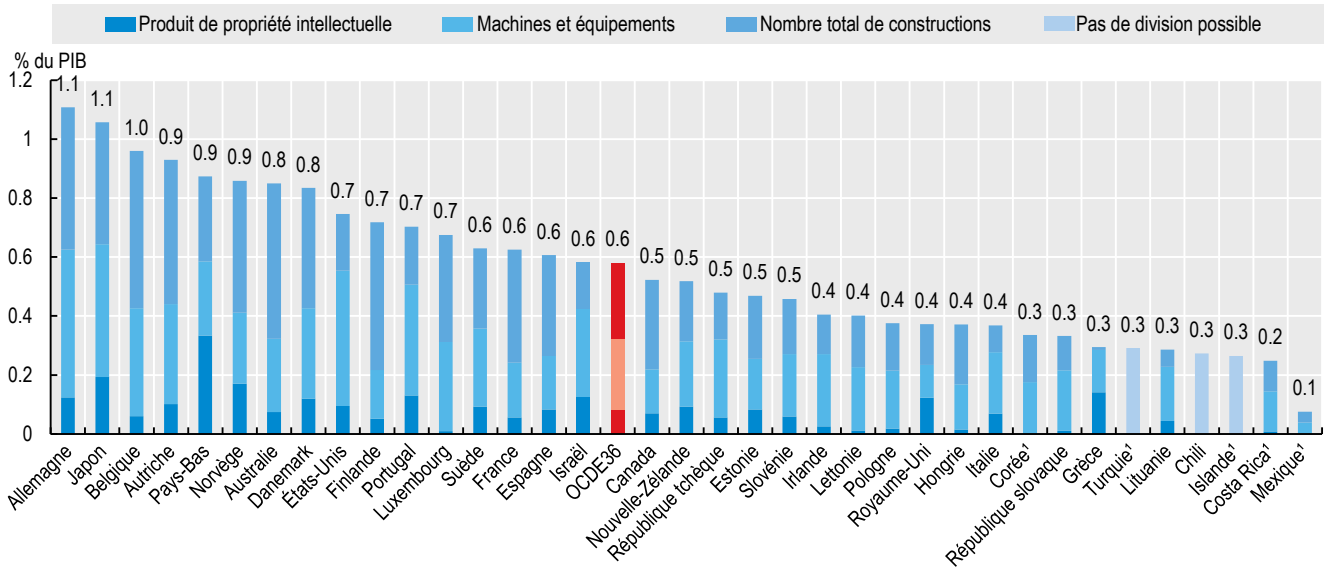
Le Graphique 7.22 (partie gauche) donne un indice des dépenses en capital en valeur réelle sur une période de dix ans pour une sélection de pays de l'OCDE non-européens. En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'investissement annuel était environ un tiers plus élevé (en valeur réelle) en 2019 par rapport aux niveaux d'investissement déclarés en 2010. Les États-Unis ont généralement suivi la tendance globale de l'OCDE et ont augmenté les dépenses annuelles en capital de 20-25 % environ au cours de cette période. En Australie, les investissements dans la santé ont fortement augmenté à partir de 2011. En revanche, le Canada a investi 14 % de moins en valeur réelle en 2019 par rapport à 2010. En Europe (partie droite), la Norvège investissait 40 % de plus vers la fin de la période par rapport au début de la décennie, et la trajectoire des dépenses en capital de l'Allemagne était similaire à la moyenne de l'OCDE. Au Royaume-Uni, les investissements dans le secteur de la santé ont chuté de plus d'un tiers dans les années qui ont suivi la crise économique, mais ils ont repris depuis, même si, en termes réels, les investissements en capital de 2019 restaient inférieurs de 10 % à ceux de 2010.

Définition et comparabilité

La formation brute de capital fixe (FBCF) dans le secteur de la santé se mesure par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de soins ont acquis durant la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de manière répétée ou continue pendant plus d'une année dans la production des services de santé. Les catégories d'actifs sont l'infrastructure (les hôpitaux, les cliniques, etc.), les machines et équipements (les appareils chirurgicaux et diagnostiques, les ambulances et les équipements TIC) ainsi que les logiciels et les bases de données.

La formation brute de capital fixe est déclarée dans les comptes nationaux (ONU et al., 2009[9]) par secteur d'activité conformément à la Classification internationale type, par industrie, (CITI) Rév. 4 par le biais de la section Q : Santé et action sociale. Elle est également déclarée par un certain nombre de pays dans le cadre du Système de comptes de la santé. La section Q de la CITI est normalement plus large que la catégorie définie par le Système de comptes de la santé pour les soins de santé. Pour des raisons de comparabilité et de disponibilité, la préférence a été donnée aux mesures de la formation brute de capital fixe dans le cadre des comptes nationaux.

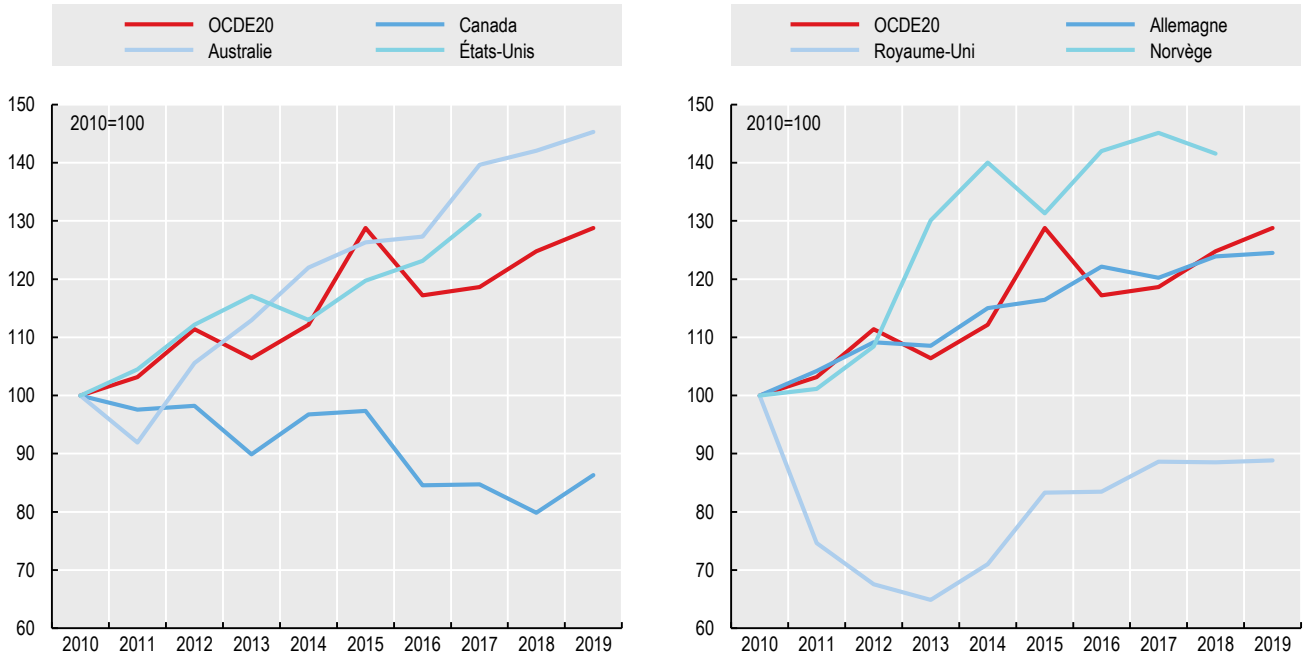
Graphique 7.21. **Dépenses annuelles en capital consacrées à la santé en pourcentage du PIB, moyenne sur 2015-19 (ou année la plus proche) par type d'actif**



1. Désigne la formation brute de capital fixe acquis par les prestataires de soins dans le cadre du Système de comptes de la santé. La ventilation par type d'actif prend en compte la dernière année disponible sur la base des données des comptes nationaux ou des comptes de la santé.
Source : Comptes nationaux de l'OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/4z6k7j

Graphique 7.22. **Évolution des dépenses en capital (à prix constants), dans une sélection de pays, 2010-19**



Source : Comptes nationaux de l'OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/bt18vz

Références

[3] Barber, S., L. Lorenzoni et P. Ong (2019), *Price Setting and Price Regulation in Health Care : Lessons for Advancing Universal Health Coverage*, Éditions OCDE, Paris/Organisation mondiale de la santé, Genève, *https://dx.doi.org/10.1787/ed3c16ff-en*.

[10] Eurostat (2001), *Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts*, Union européenne, Luxembourg.

[6] Morgan, D. et R. Astolfi (2013), « Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 60, Éditions OCDE, *https://doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en*.

[8] Mueller, M. et D. Morgan (2018), *Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework*, OCDE, Paris, *http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf.*

[5] Mueller, M. et D. Morgan (2017), « New insights into health financing: First results of the international data collection under the System of Health Accounts 2011 framework », *Health Policy*, vol. 121/7, pp. 764-769, *http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.008*.

[4] OCDE (2021), « Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19 », *OECD Journal on Budgeting*, *https://dx.doi.org/10.1787/69b897fb-en*.

[7] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[2] OCDE/Eurostat (2012), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264189232-en*.

[1] OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[9] ONU et al. (2009), *System of National Accounts 2008*, Nations Unies, *https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/sna2008.pdf*.





8. PERSONNEL DE SANTÉ

Personnel médico-social

Médecins (nombre total)

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

Répartition géographique des médecins

Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Personnel infirmier

Rémunération du personnel infirmier

Personnels hospitaliers

Médecins nouvellement diplômés

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier



Personnel médico-social

Dans les pays de l'OCDE, le secteur médico-social emploie aujourd'hui plus de personnel que jamais. En 2019, le secteur médico-social représentait un emploi sur dix (10 %), contre moins de 9 % en 2000 (Graphique 8.1). Dans les pays nordiques et aux Pays-Bas, il représente plus de 15 % des emplois. Entre 2000 et 2019, la part du personnel médico-social a augmenté dans tous les pays, à l'exception de la République slovaque, où elle a diminué dans les années 2000 et reste stable depuis 2010, et de la Suède, où elle a régressé ces dernières années, mais demeure parmi les plus élevées. Cette part a progressé particulièrement rapidement au cours des deux dernières décennies au Japon (plus de 5 points de pourcentage), en Irlande et au Luxembourg (environ 4 points de pourcentage).

Depuis 2000, le nombre d'emplois dans le secteur médico-social augmente beaucoup plus rapidement que dans les autres secteurs. Entre 2000 et 2019, il a augmenté de 49 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, dépassant même le secteur des services, tandis qu'il a poursuivi son repli dans l'agriculture et l'industrie sur cette période (Graphique 8.2).

Dans le même temps, le secteur médico-social a également mieux résisté aux ralentissements conjoncturels que les autres secteurs. Alors que l'emploi total a diminué pendant la crise économique mondiale de 2008-09, l'emploi dans le secteur médico-social a continué de se développer dans de nombreux pays de l'OCDE. Il n'est pas surprenant d'observer qu'au cours de la pandémie de COVID-19, ce secteur a enregistré la plus forte augmentation du nombre de publications d'offres d'emploi en ligne. On note, par exemple, une hausse des publications d'offres d'emploi destinées aux prestataires de soins aux personnes âgées et handicapées de 35 % en Australie, de 39 % au Canada s'agissant du personnel infirmier auxiliaire, de 91 % aux États-Unis s'agissant des agents de santé communautaires et de 25 % au Royaume-Uni s'agissant des professionnels de la santé (OCDE, 2021[1]).

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les infirmiers constituent la catégorie la plus nombreuse de personnels médico-sociaux, soit environ 20-25 % de l'ensemble des travailleurs. Les aidants personnels (y compris les aides-soignants dans les hôpitaux et les maisons de retraite et les aides à la personne intervenant à domicile) constituent eux aussi une proportion relativement importante de l'ensemble des travailleurs, leur nombre dépassant parfois celui des infirmiers. En comparaison, la proportion des médecins est nettement plus faible.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les femmes représentent plus de 75 % du personnel médico-social. Même si on les trouve généralement davantage dans les professions moins qualifiées et moins rémunérées, elles représentaient en moyenne près de la moitié des médecins dans les pays de l'OCDE en 2019 (voir l'indicateur « Médecins par âge, sexe et catégorie ».).

Au lendemain de la crise du COVID-19, on peut s'attendre à ce que l'investissement dans les emplois du secteur médico-social (l'« économie des soins ») stimule la reprise de l'emploi. Ces emplois peuvent être créés dans toutes les régions et couvrent un large éventail de compétences. Des mégatendances, comme le vieillissement démographique et les progrès technologiques, devraient continuer à jouer un rôle clé dans l'augmentation de la demande de personnel médico-social.

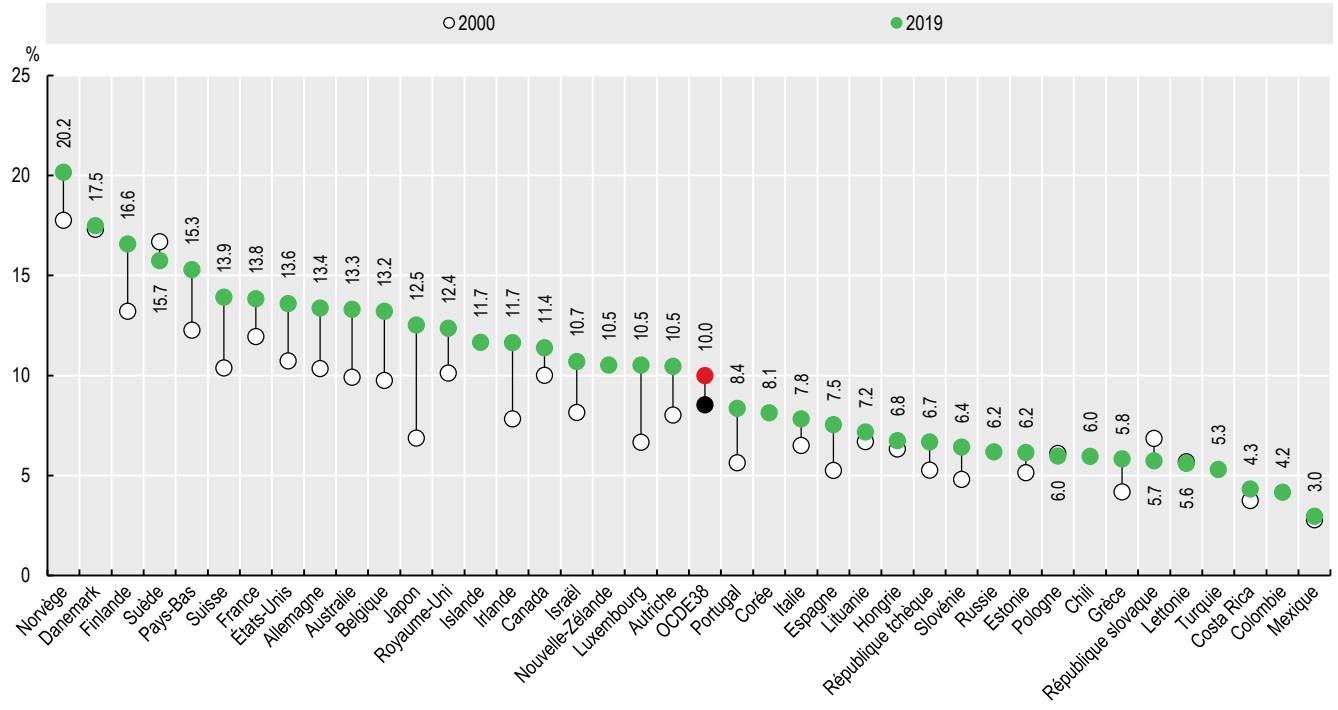
La plupart des projections nationales prévoient une croissance substantielle de l'emploi dans le secteur médico-social dans les années à venir. Aux États-Unis, selon le *Bureau of Labor Statistics*, les emplois dans ce secteur seront ceux qui connaîtront la croissance la plus rapide entre 2020 et 2030 : cinq des 10 professions enregistrant la plus forte croissance appartiendront à ce secteur (BLS, 2021[2]). En Australie, les emplois dans ce secteur devraient également augmenter rapidement entre 2020 et 2025, avec une hausse prévue de 15 % du nombre de professionnels de la santé et de 25 % du nombre de prestataires de soins aux personnes âgées et handicapées au cours de cette période de cinq ans (Australian Goverment, 2021[3]). Au Canada, les projections réalisées avant la pandémie de COVID-19 prévoyaient une augmentation de 8 % sur l'ensemble des professions de santé entre 2020 et 2028, dont une augmentation de plus de 10 % pour les infirmiers auxiliaires (Gouvernement du Canada, 2019[4]).

On peut également s'attendre à ce que les nouvelles technologies, notamment l'informatique et l'intelligence artificielle, génèrent une demande de nouveaux emplois et de nouvelles compétences dans le secteur médico-social, et réduisent l'importance de certaines tâches (OCDE, 2019[5]).

Définition et comparabilité

Le secteur de la santé et de l'action sociale est l'une des activités économiques définies suivant les grandes catégories de la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique. Composante du secteur des services, il recouvre les activités relatives à la santé, les activités de soins dispensés en établissement (soins de longue durée compris) et les activités d'action sociale sans hébergement.

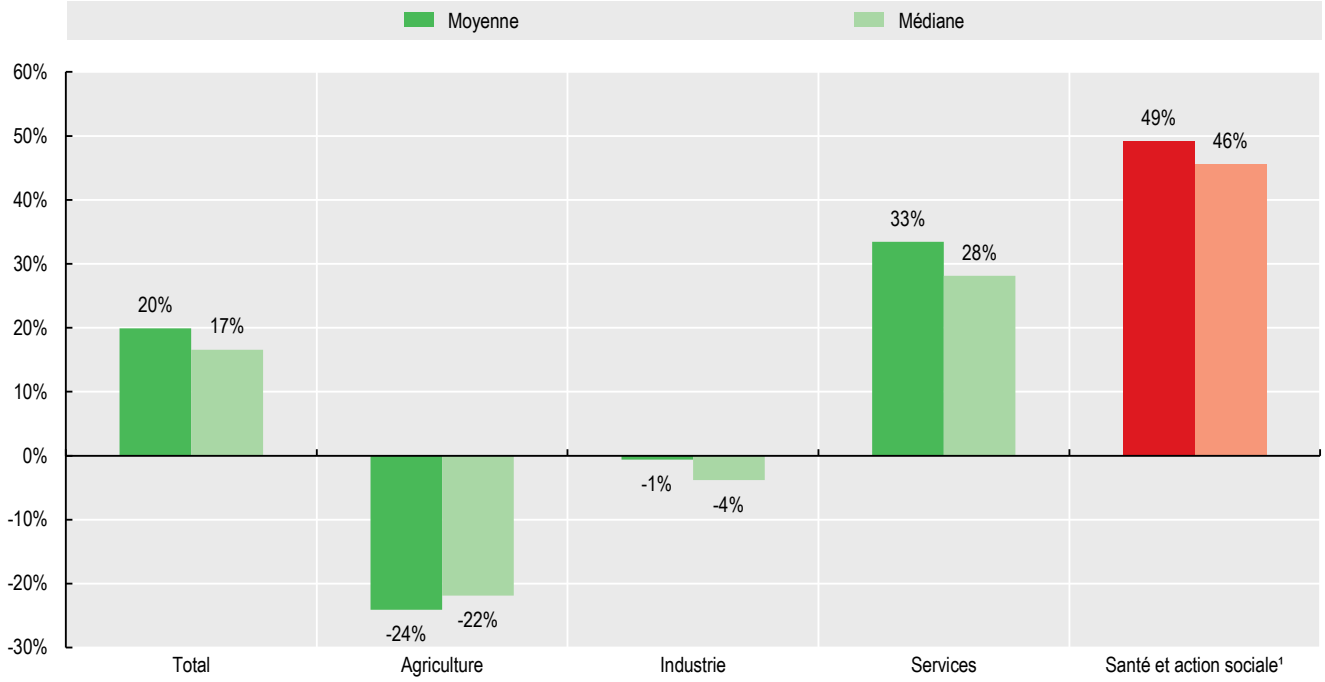
Graphique 8.1. **Emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale en proportion de l'emploi total, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux ; Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active pour la Turquie.

StatLink https://stat.link/iv4wjp

Graphique 8.2. **Croissance de l'emploi par secteur, moyenne de l'OCDE, 2000-19 (ou année la plus proche)**



1. Le secteur de la santé et de l'action sociale est considéré comme une composante du secteur des services.
Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://stat.link/fb6c2i



Médecins (nombre total)

Dans les pays de l'OCDE, le nombre de médecins a progressé, passant d'environ 2.8 millions en 2000 à 3.4 millions en 2010 et à 4.1 millions en 2019. Dans la plupart de ces pays, ce nombre a progressé plus rapidement que la taille de la population, de sorte qu'en moyenne, il est passé de 2.7 pour 1 000 habitants en 2000 à 3.6 pour 1 000 habitants en 2019 (Graphique 8.3). Israël faisait exception à cette tendance générale, car l'augmentation de 38 % du nombre de médecins en valeur absolue n'a pas été suffisante pour suivre le rythme de croissance de la population totale, qui a atteint 44 % entre 2000 et 2019.

En 2019, les pays membres de l'OCDE comptaient moins de 2.5 médecins pour 1 000 habitants en Turquie, en Colombie, en Pologne et au Mexique, et plus de cinq 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.

L'Indonésie, l'Afrique du Sud et l'Inde comptaient moins d'un médecin pour 1 000 habitants en 2019. En République populaire de Chine (Chine), la progression a été rapide, passant de 1.2 pour 1 000 habitants en 2000 à 2.2 en 2019. Au Brésil, le nombre de médecins pour 1 000 habitants a également augmenté rapidement entre 2000 et 2019, mais il reste faible par rapport à la plupart des pays de l'OCDE.

L'augmentation du nombre de médecins dans les pays de l'OCDE au cours des deux dernières décennies est principalement due à la croissance du nombre d'étudiants admis dans des programmes nationaux d'enseignement et de formation en médecine et en sortant diplômés (voir l'indicateur « Médecins nouvellement diplômés »). Les inquiétudes concernant la pénurie de médecins et le vieillissement du personnel médical ont incité de nombreux pays de l'OCDE à accroître le *numerus clausus* dans les filières médicales (OCDE, 2016[6]). Dans certains pays, l'immigration de médecins formés à l'étranger a également contribué à la croissance (voir l'indicateur « Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier »). Cette augmentation s'explique aussi par un troisième facteur : dans plusieurs pays, un nombre croissant de médecins restent en activité au-delà de l'âge normal de départ à la retraite.

Le nombre de médecins pour 1 000 habitants a fortement augmenté depuis 2000 dans certains pays qui en comptaient peu en 2000, comme la Corée, le Royaume-Uni, la Slovénie et la Nouvelle-Zélande, même si, dans ces pays, cette proportion reste inférieure à la moyenne de l'OCDE (Graphique 8.4). On observe également une forte augmentation dans plusieurs pays qui comptaient déjà un nombre de médecins supérieur à la moyenne de l'OCDE en 2000, comme l'Autriche, la Norvège, l'Espagne, la Suède et le Danemark.

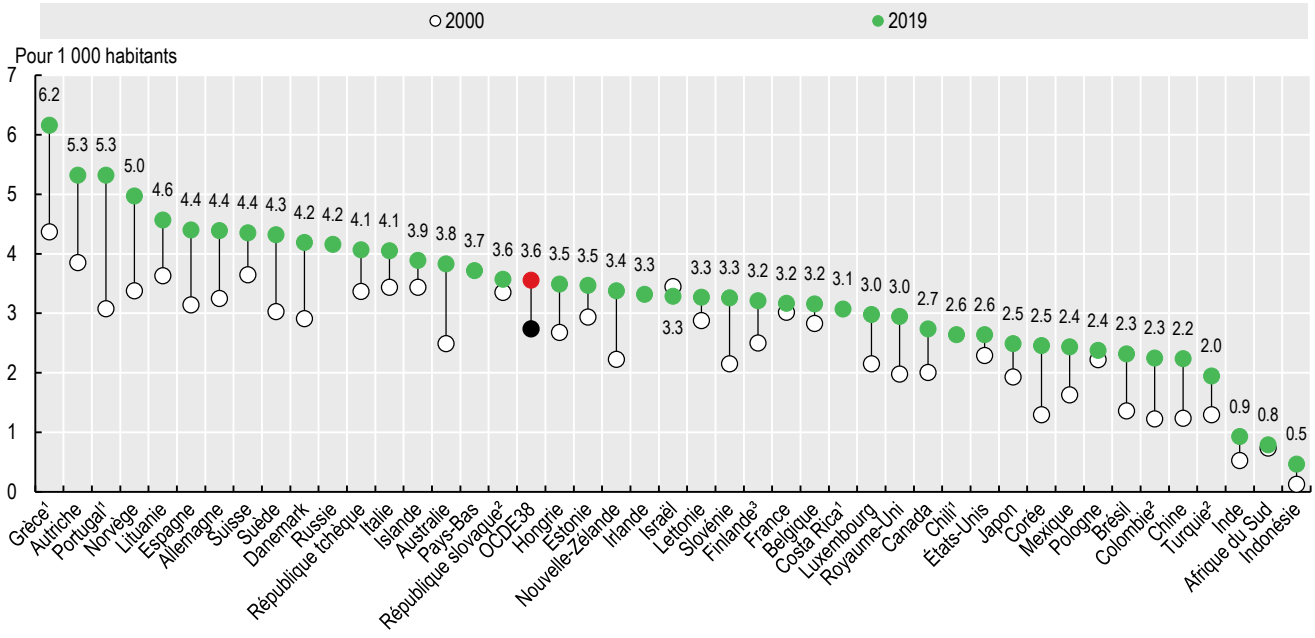
En France, en Pologne et en République slovaque, le nombre de médecins par habitant n'a augmenté que modestement depuis 2000. En France, il a tout juste suivi le rythme de croissance de la population, et il devrait diminuer au cours des prochaines années, tant en valeur absolue que par habitant, car les médecins qui prendront leur retraite seront plus nombreux que les nouveaux arrivants dans la profession. C'est pourquoi il a été recommandé d'augmenter de 20 % supplémentaires le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine en France au cours de la période 2021-25 par rapport aux cinq années précédentes (ONDPS, 2021[7]). Du fait de la durée des études et de la formation des médecins, il faut toutefois attendre une dizaine d'années environ pour que l'impact d'une augmentation du nombre d'étudiants en médecine se fasse sentir.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les inquiétudes et les mesures prises par les pouvoirs publics concernent plus particulièrement la pénurie de médecins généralistes (voir l'indicateur « Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie ») et de médecins dans les zones rurales et isolées (voir l'indicateur « Répartition géographique des médecins »).

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Dans de nombreux pays (mais pas tous), les chiffres incluent les stagiaires et les internes (médecins en formation). Les données de la Colombie, de la République slovaque et de la Turquie englobent également les médecins en activité dans le secteur de la santé, même s'ils ne fournissent pas directement des soins aux patients, ce qui augmente leur nombre de 5 % à 10 %. Le Chili, le Costa Rica, la Grèce et le Portugal comptabilisent les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de praticiens en activité.

Graphique 8.3. **Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**

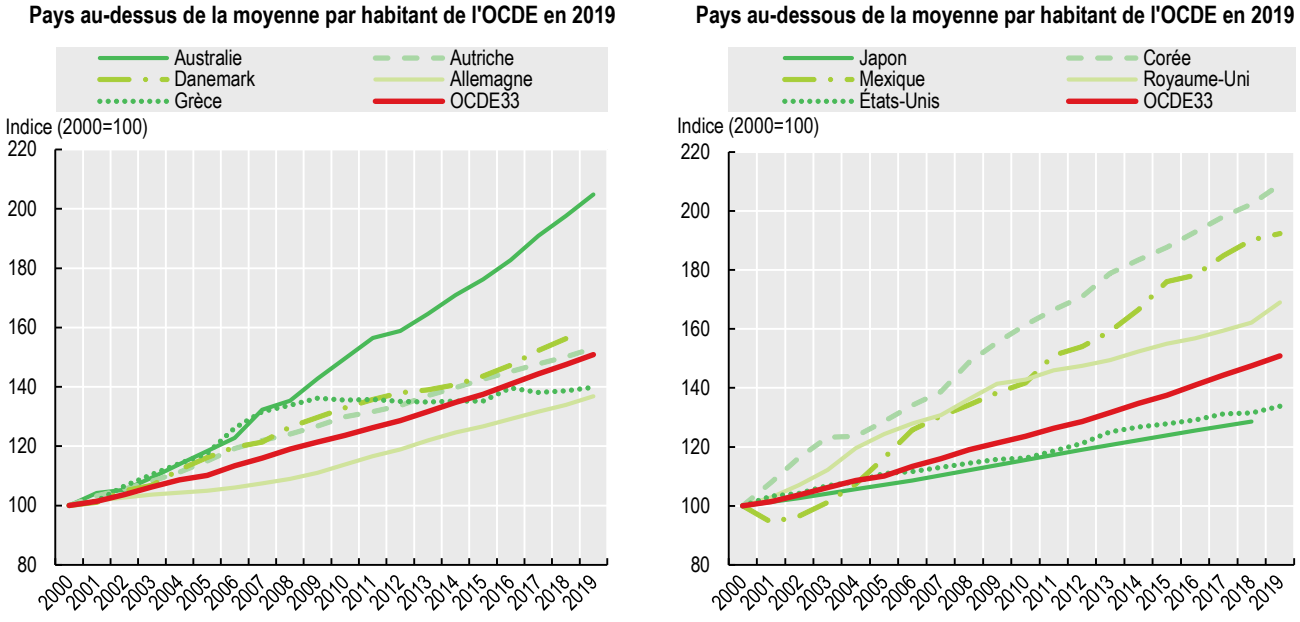


1. Les données correspondent aux médecins habilités à exercer, d'où une large surestimation du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). 2. Les données incluent non seulement les médecins dispensant des soins aux patients, mais aussi ceux exerçant dans le secteur de la santé en tant qu'administrateur, professeur, chercheur, etc. (soit un pourcentage supplémentaire de 5-10 % de médecins). 3. En Finlande, les dernières données ne concernent que l'année 2014.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/2lq389

Graphique 8.4. **Évolution du nombre de médecins, divers pays de l'OCDE, 2000-19 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/uaznvs



Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

En 2019, plus d'un tiers des médecins étaient âgés de plus de 55 ans dans les pays de l'OCDE, contre un sur cinq en 2000 (Graphique 8.5). La proportion de médecins de plus de 55 ans a augmenté dans tous les pays entre 2000 et 2019, même si elle s'est stabilisée dans certains pays avec l'arrivée de nombreux jeunes médecins ces dernières années et le départ progressif à la retraite des praticiens de la génération des *baby-boomers*.

Certains pays ont enregistré un vieillissement rapide de leur personnel médical au cours des deux dernières décennies. L'Italie, où la proportion de médecins âgés de 55 ans ou plus est passée d'environ 20 % en 2000 à 56 % en 2019, est l'exemple le plus frappant. Pas moins de 20 % des médecins italiens étaient âgés de 65 ans et plus en 2019. En France, on a également observé une augmentation rapide de la proportion des médecins âgés de plus de 55 ans depuis 2000, et, en 2019, 14 % des médecins (un sur sept) étaient âgés de 65 ans ou plus. D'autres pays comme Israël, la Lettonie, la Hongrie, la Belgique et l'Espagne ont eux aussi enregistré un vieillissement rapide de leur personnel médical (Graphique 8.5).

Le vieillissement du personnel médical est préoccupant, car on peut s'attendre à ce que les médecins âgés de 55 ans et plus prennent leur retraite dans les dix ans à venir. Une planification rigoureuse s'impose de sorte que les nouveaux médecins soient suffisamment nombreux pour les remplacer, étant donné qu'il faut environ dix ans pour former de nouveaux médecins. Dans le même temps, il importe de tenir compte de l'évolution des modalités de départ à la retraite des médecins et de prendre acte du fait que nombre d'entre eux peuvent continuer d'exercer au-delà de 65 ans, à temps plein ou à temps partiel, si les conditions de travail sont adéquates et si les systèmes de retraite ne les dissuadent pas de le faire (OCDE, 2016[8]).

La proportion de femmes dans la profession de médecin s'est accrue dans tous les pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années, et les femmes médecins sont en moyenne plus jeunes que leurs confrères masculins. En 2019, elles représentaient près de la moitié des médecins des pays de l'OCDE. Cette proportion allait d'environ trois quarts en Lettonie et en Estonie à moins d'un quart au Japon et en Corée (Graphique 8.6). La proportion de femmes dans la profession de médecin a connu une hausse particulièrement rapide depuis 2000 aux Pays-Bas, en Espagne, au Danemark et en Norvège, où les femmes représentaient plus de la moitié des médecins en 2019. Cette augmentation s'explique par l'accroissement du nombre de jeunes femmes inscrites en études de médecine, ainsi que par le départ progressif à la retraite de générations plus âgées, et généralement plus masculines, de médecins. Les femmes ont tendance à exercer davantage en médecine générale et dans certaines spécialités comme la pédiatrie, et moins dans les spécialités chirurgicales.

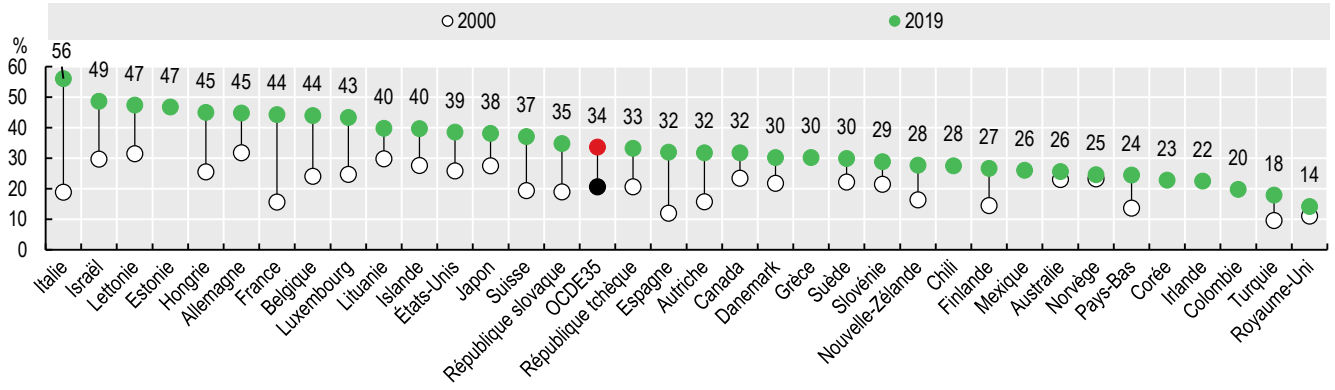
En 2019, les médecins généralistes (médecins de famille) représentaient en moyenne moins d'un quart (23 %) des médecins dans les pays de l'OCDE, allant d'environ la moitié au Portugal, au Canada et au Chili, à seulement 6 % en Grèce et en Corée (Graphique 8.7). La comparaison entre les effectifs de généralistes d'un pays à l'autre est toutefois difficile compte tenu de la variation des modalités de catégorisation des médecins. Aux États-Unis et en Israël par exemple, les docteurs en médecine interne générale remplissent souvent des fonctions similaires à celles des médecins généralistes dans d'autres pays, et pourtant ils sont considérés comme des spécialistes. Les pédiatres généralistes qui dispensent des soins généraux aux enfants sont également considérés comme des spécialistes dans tous les pays, et ne sont donc pas considérés comme des généralistes. Dans de nombreux pays, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en garantissant un accès satisfaisant aux services de santé, prenant en charge les maladies chroniques, et évitant des hospitalisations (voir l'indicateur « Admissions hospitalières évitables » au chapitre 6).

Pour parer aux craintes d'une pénurie de médecins généralistes, bon nombre de pays ont décidé d'augmenter le quota de places dans cette formation. Par exemple, en France, près de 40 % des nouvelles places en troisième cycle depuis 2017 concernent la médecine générale – une proportion nettement plus élevée que dans presque tous les autres pays de l'OCDE. Au Canada, le nombre des internes ayant achevé leur formation en médecine générale en 2019 était presque égal à celui des internes dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales confondues. Toutefois, de nombreux pays peinent toujours à attirer un nombre suffisant de diplômés en médecine pour occuper toutes les places de formation disponibles en médecine générale, en raison du prestige et de la rémunération perçus comme moindres (voir l'indicateur « Rémunération des médecins »).

Définition et comparabilité

Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Dans certains pays (Chili, Grèce et Portugal ; et aussi Israël et Nouvelle-Zélande pour les médecins par âge et par sexe), les données ne couvrent pas uniquement les médecins en exercice, mais tous ceux qui sont autorisés à exercer. Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser la totalité de leurs médecins selon les deux grandes catégories (spécialistes et généralistes). Cela peut s'expliquer par l'absence de données par spécialité pour les médecins en formation ou pour les médecins libéraux. Une distinction est établie dans la catégorie des généralistes entre les médecins généralistes (médecins de famille) et les médecins non spécialisés exerçant en milieu hospitalier ou dans d'autres structures. En Suisse, les docteurs en médecine interne générale et les autres généralistes sont inclus dans la catégorie des médecins généralistes.

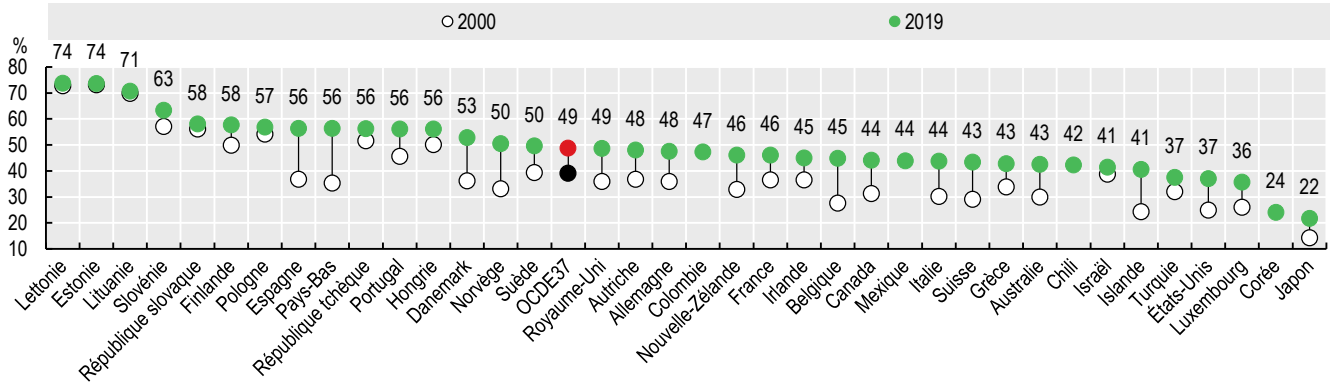
Graphique 8.5. **Pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/5caeq7

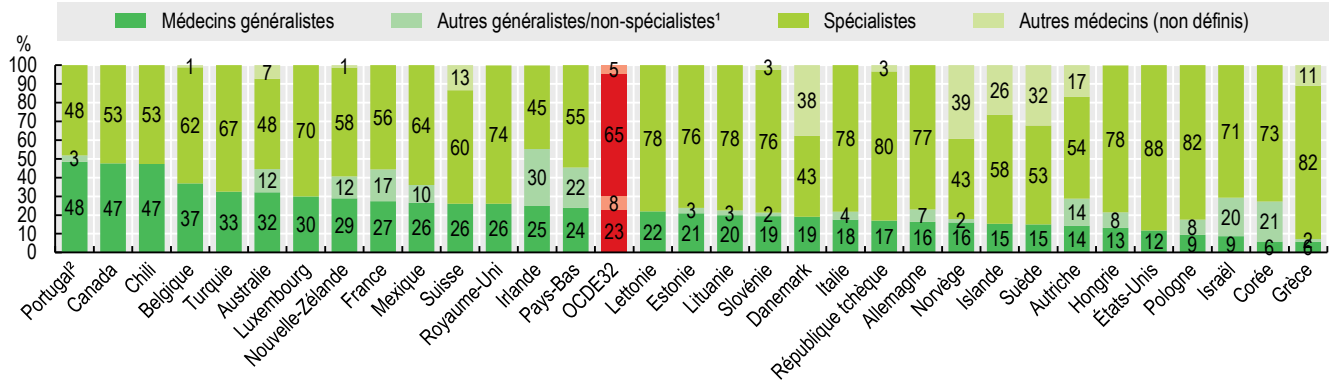
Graphique 8.6. **Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/7ibw5r

Graphique 8.7. **Proportion des différentes catégories de médecins, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Inclut les médecins non spécialisés exerçant en milieu hospitalier et les nouveaux diplômés qui n'ont pas encore entamé leur formation spécialisée. 2. Au Portugal, seuls 30 % des médecins employés par le secteur public exercent comme généralistes dans le secteur des soins primaires, les 70 % restants exercent à l'hôpital.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/mzjrgc



Répartition géographique des médecins

L'accès aux soins médicaux nécessite un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers sur l'ensemble du pays. Une pénurie de médecins dans certaines régions peut entraîner des inégalités dans l'accès aux soins et des besoins non satisfaits. Les difficultés à recruter et à retenir les médecins dans certaines régions constituent depuis longtemps un problème politique important dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier dans ceux qui comptent des zones reculées et peu densément peuplées, ainsi que dans les régions rurales et urbaines défavorisées.

Le nombre global de médecins pour 1 000 habitants varie fortement d'un pays membre de l'OCDE à l'autre, allant de moins de 2.5 pour 1 000 habitants en Turquie, en Colombie, au Mexique et en Pologne, à plus de cinq pour 1 000 habitants au Portugal, en Autriche et en Grèce (voir l'indicateur « Médecins (nombre total) »). Au-delà de ces différences entre pays, le nombre de médecins pour 1 000 habitants varie également grandement entre les régions de chaque pays. La densité médicale est généralement plus forte dans les régions urbaines, parce que c'est là que se concentrent les services spécialisés, comme la chirurgie, et que les médecins préfèrent exercer en ville. C'est en Hongrie, en République slovaque, en Lituanie, en Lettonie et au Canada que les différences de densité médicale entre les régions urbaines et les régions rurales étaient les plus marquées en 2019. La répartition était plus égale en Norvège et au Japon, même si ce dernier pays comptait relativement peu de médecins dans toutes les régions (Graphique 8.8).

Dans de nombreux pays, on observe une concentration particulièrement élevée de médecins dans la région de la capitale nationale (Graphique 8.9). C'était notamment le cas en Autriche, en République tchèque, en Grèce, en Hongrie, au Portugal, en République slovaque et aux États-Unis en 2019.

Les médecins sont parfois peu enclins à exercer en milieu rural pour des raisons professionnelles (revenus, horaires de travail, possibilités d'évolution professionnelle et manque de contact avec leurs confrères) et sociales (établissements scolaires pour leurs enfants et perspectives professionnelles pour leur conjoint). Différents leviers politiques peuvent être utilisés pour influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment : 1) proposer des incitations financières aux médecins pour qu'ils travaillent dans des zones mal desservies ; 2) augmenter les inscriptions dans les filières médicales d'étudiants issus de zones mal desservies ou délocaliser les facultés de médecine ; 3) réglementer le choix du lieu d'exercice des médecins (pour les nouveaux diplômés ou les médecins formés à l'étranger qui arrivent dans le pays) ; et 4) réorganiser la prestation de services pour améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies (OCDE, 2016[8]). Le développement de la télémédecine permet également de surmonter les barrières géographiques entre patients et praticiens (voir l'indicateur « Santé numérique » au chapitre 5).

En France, le gouvernement a lancé, au cours des 15 dernières années, une série de mesures visant à répondre aux craintes suscitées par les « déserts médicaux », notamment en proposant des aides financières aux médecins qui s'installent dans des zones mal desservies. Il a également soutenu la création de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) pour permettre aux médecins généralistes et aux autres professionnels de la santé de travailler en un même lieu, même si la plupart des 1 600 MSP qui avaient été créées jusqu'en 2020 n'étaient pas situées dans les zones où l'accès est le plus restreint. La mesure incitant les étudiants en médecine à exercer dans des zones mal desservies a donné de bons résultats, notamment grâce aux contrats d'aide à l'installation, en vertu desquels les étudiants en médecine et les internes reçoivent une allocation mensuelle pendant leurs études et leur formation et s'engagent en échange à exercer, après l'obtention de leur diplôme, pendant une période équivalente, dans une zone désignée comme mal desservie (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[9]).

En Allemagne, où le nombre de médecins pour 1 000 habitants est nettement supérieur à la moyenne de l'OCDE, la répartition géographique des médecins diffère selon les *Länder* ainsi qu'entre les zones urbaines et les zones rurales. Le nombre de médecins dans les zones rurales est généralement inférieur à la moyenne, alors qu'il est nettement supérieur dans les capitales, comme Berlin et Hambourg. Un certain nombre de mesures cherchent à renforcer le nombre de médecins exerçant en zone rurale, notamment en accordant des places aux étudiants en médecine qui s'engagent à exercer en tant que généralistes en zone rurale après l'obtention de leur diplôme (Blümel et al., 2020[10]).

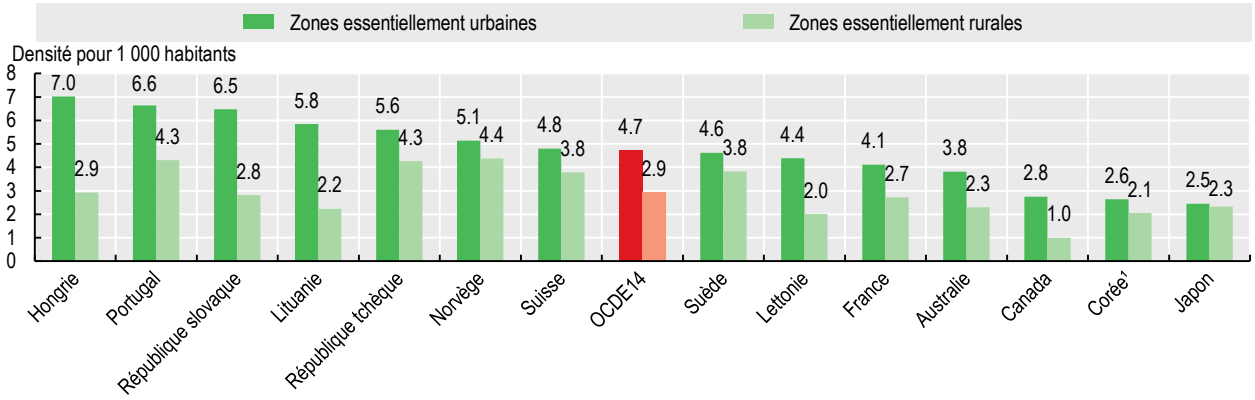
En République tchèque, le ministère de la Santé a annoncé un nouveau programme de soutien aux médecins généralistes travaillant dans des zones mal desservies en avril 2020. Ce programme est ouvert à tous les médecins généralistes qui prévoient, ou ont récemment commencé, de travailler dans une zone désignée comme étant mal desservie. Il accorde des financements aux cabinets de médecins généralistes en vue de couvrir les frais de personnel et d'équipement technique jusqu'à un plafond. Les caisses d'assurance maladie rémunèrent également davantage les services fournis par les médecins généralistes dans certaines zones mal desservies (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[9]).

En Australie, le gouvernement a annoncé en 2018 une nouvelle stratégie décennale intitulée *Stronger Rural Health Strategy* destinée à remédier aux difficultés actuelles et futures en matière de personnel de santé dans les zones rurales et isolées. Cette stratégie se compose de 13 initiatives qui visent à remédier aux problèmes de qualité, de répartition et de planification du personnel de santé australien, notamment dans les communautés rurales et isolées (Department of Health, 2019[11]). Une évaluation à court terme de cette stratégie est prévue pour 2022.

Définition et comparabilité

Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent englober des zones urbaines, intermédiaires et rurales. Le niveau inférieur est constitué de régions plus petites, classées comme principalement urbaines, intermédiaires ou rurales, la classification de ces régions variant toutefois selon les pays. Toutes les données sur la répartition géographique proviennent de la base de données régionale de l'OCDE, qui inclut des données de la base Eurostat pour le niveau territorial 2.

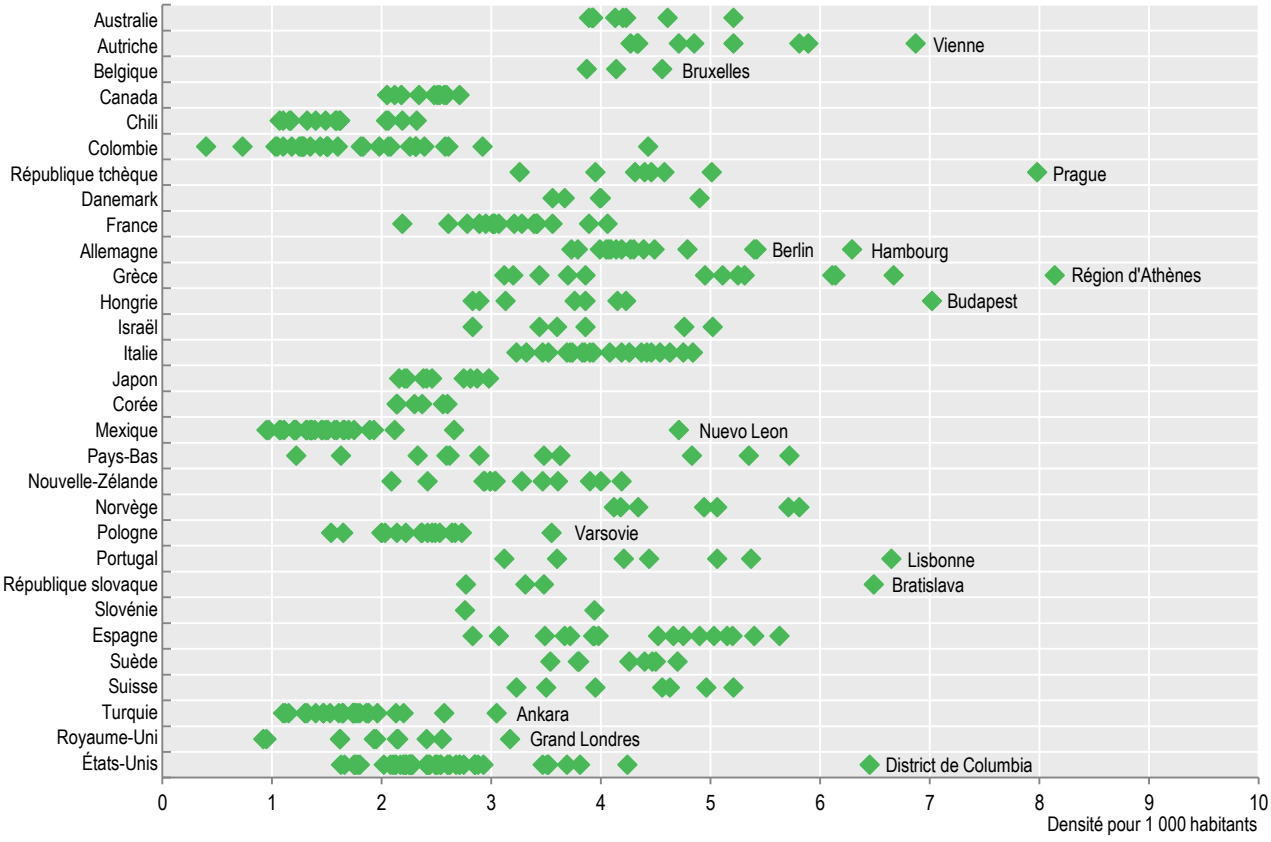
Graphique 8.8. **Densité de médecins, zones urbaines et zones rurales, 2019 (ou année la plus proche)**



1. En Corée, les données relatives aux régions à prédominance rurale désignent les régions intermédiaires (la part de la population vivant en zone rurale se situe entre 15 % et 50 %).
Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2021.

StatLink https://stat.link/s5hamd

Graphique 8.9. **Densité de médecins dans différentes régions, par régions de niveau territorial 2, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2021.

StatLink https://stat.link/4faiq7



Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes)

Le niveau et la structure de rémunération des différentes catégories de médecins influent sur l'attrait financier de la médecine générale et des différentes spécialités. Les différences entre les niveaux de rémunération des médecins d'un pays à l'autre peuvent également exercer un pouvoir d'attraction ou de répulsion en termes de migration des médecins (OCDE, 2019[12]). Dans de nombreux pays, l'État peut déterminer ou agir sur ces deux composantes de la rémunération moyennant la réglementation des honoraires ou la fixation des salaires lorsque les médecins sont employés dans le secteur public.

Dans tous les pays de l'OCDE, la rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est nettement supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs. Dans la plupart des pays, les généralistes gagnaient entre deux et quatre fois plus que le salaire moyen dans chaque pays en 2019, tandis que les spécialistes gagnaient entre deux et six fois plus (Graphique 8.10).

Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes était supérieure à celle des généralistes. En Australie et en Belgique, les revenus des spécialistes étaient au moins deux fois supérieurs à ceux des généralistes dans le secteur libéral. En Allemagne, l'écart entre les deux catégories est nettement moindre (20 % environ).

Dans la plupart des pays, la rémunération des médecins a progressé depuis 2010, mais à des rythmes différents selon les pays et entre médecins généralistes et spécialistes (Graphique 8.11). La hausse de la rémunération des spécialistes et des généralistes a été particulièrement forte au Chili et en Hongrie. Les fortes augmentations constatées au Chili sont dues essentiellement aux hausses successives des honoraires des spécialistes et des généralistes entre 2012 et 2016. En Hongrie, le gouvernement a également augmenté considérablement la rémunération des spécialistes et des généralistes au cours des 10 dernières années pour remédier à l'émigration et à la pénurie de médecins. Depuis quelques années, ces augmentations de revenus se sont accompagnées d'une réduction du nombre de médecins hongrois qui émigrent vers des pays comme l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Dans plusieurs pays, la rémunération des spécialistes a augmenté plus vite que celle des généralistes depuis 2010, creusant ainsi l'écart de rémunération entre les deux catégories. C'est notamment le cas au Chili. Toutefois, en Autriche, en Belgique, aux Pays-Bas et en Turquie, l'écart s'est légèrement réduit, le revenu des généralistes ayant augmenté davantage que celui des spécialistes.

Dans certains pays, comme le Portugal, la Slovénie et le Royaume-Uni, la rémunération des généralistes et des spécialistes a diminué en valeur réelle entre 2010 et 2019. Au Portugal, la baisse s'est produite entre 2010 et 2012 : depuis lors, la rémunération des médecins a augmenté, mais en 2019 elle restait inférieure à celle de 2010 en valeur réelle. Au Royaume-Uni, la rémunération des médecins a diminué légèrement en valeur réelle au cours des 10 dernières années, comme ce fut également le cas pour le personnel infirmier et les autres membres du personnel du NHS (The Health Foundation, 2021[13]).

Il ne faut pas oublier que le niveau de rémunération des différentes catégories de spécialités chirurgicales ou médicales est également très variable au sein de chaque pays. En France, par exemple, les chirurgiens, les anesthésistes et les radiologues gagnent au moins deux fois plus que les pédiatres et les psychiatres (DREES, 2018[14]). De même, au Canada, les ophtalmologues et de nombreux spécialistes chirurgicaux gagnent au moins deux fois plus que les pédiatres et les psychiatres (CIHI, 2020[15]). Dans de nombreux pays, la rémunération des pédiatres est proche de celle des généralistes, ce qui témoigne de certaines similitudes dans leur pratique.

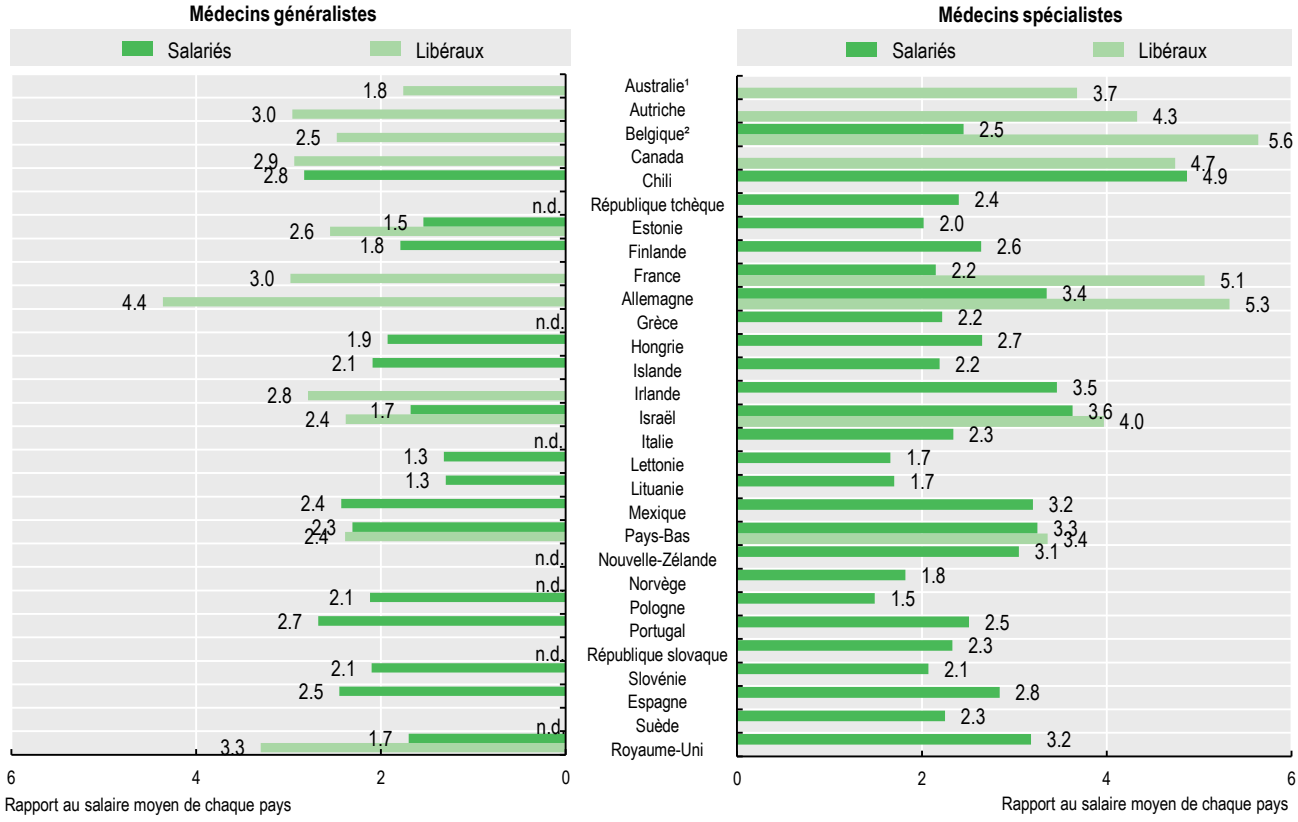
Définition et comparabilité

La rémunération des médecins correspond au revenu annuel brut moyen, qui comprend les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Dans le cas des médecins libéraux, elle ne doit normalement pas comprendre les frais professionnels (c'est cependant le cas en Belgique). Les données de l'OCDE sur la rémunération des médecins distinguent la rémunération des médecins salariés de celle des médecins libéraux. Dans certains pays, cette distinction est floue du fait que certains médecins salariés sont autorisés à exercer en clientèle privée et que des médecins libéraux reçoivent une partie de leur rémunération sous forme de salaires. Les données de l'OCDE établissent également une distinction entre les médecins généralistes et tous les autres spécialistes confondus, même si les revenus des différents spécialistes médicaux et chirurgicaux peuvent présenter d'importantes différences.

Les données présentent certaines insuffisances qui se traduisent par une sous-estimation du montant des rémunérations : 1) la rémunération des heures supplémentaires, les primes et autres revenus additionnels ou les cotisations sociales ne sont pas pris en compte dans certains pays (en Autriche pour les généralistes et en Irlande et en Italie pour les spécialistes salariés) ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés ne sont pas pris en considération dans des pays comme la République tchèque, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande et la Slovénie ; 3) les paiements informels, parfois courants dans certains pays comme la Grèce et la Hongrie, ne sont pas inclus ; 4) au Chili, au Danemark, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Islande, en Norvège, en République slovaque et au Royaume-Uni, les données couvrent uniquement les salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle des praticiens exerçant dans le secteur privé ; 5) les données couvrent les médecins en cours de formation en Australie.

Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen des employés à temps plein dans tous les secteurs du pays. Les données relatives au salaire moyen sont tirées de la base de données de l'OCDE sur l'emploi.

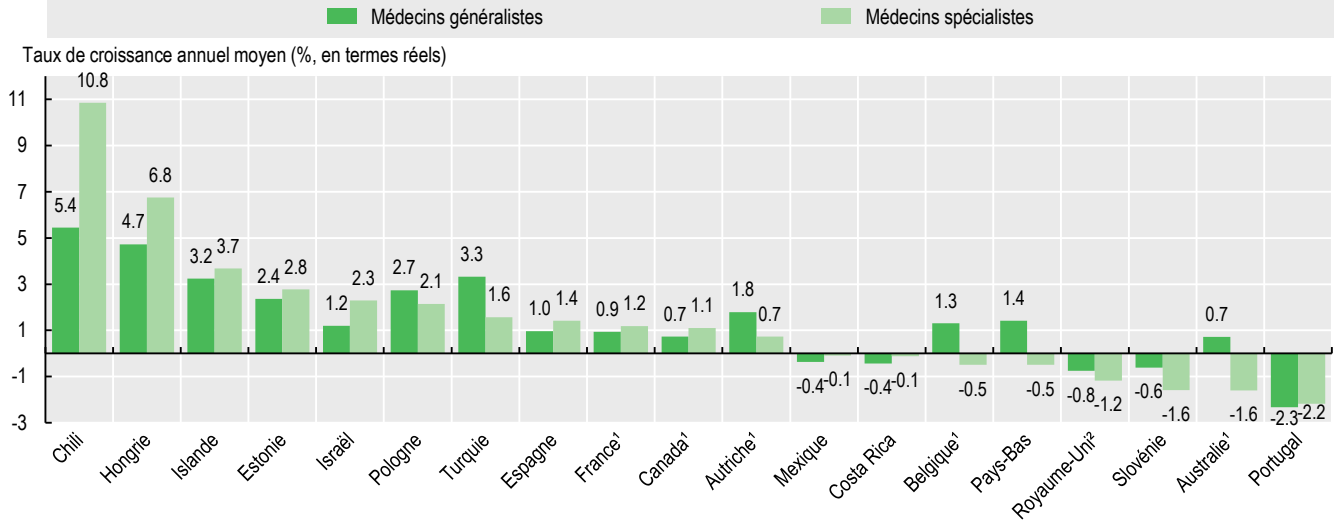
Graphique 8.10. **Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Médecins en formation inclus (d'où une sous-estimation). 2. Dépenses professionnelles incluses (d'où une surestimation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, et Base de données de l'OCDE sur l'emploi 2021.

StatLink https://stat.link/7vun4w

Graphique 8.11. **Croissance de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes (en valeur réelle), 2010-19**



1. Le taux de croissance concerne la rémunération des médecins généralistes et spécialistes libéraux. 2. Les données concernent uniquement l'Angleterre.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ecpx98



Personnel infirmier

Dans presque tous les pays de l'OCDE, le personnel infirmier constitue la catégorie de soignants la plus nombreuse. La pandémie de COVID-19 a une nouvelle fois rappelé combien leur rôle est essentiel dans la prestation de soins à l'hôpital, dans les établissements de soins de longue durée et dans la communauté.

En 2019, on comptait un peu moins de neuf infirmiers pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays membres de l'OCDE, allant de moins de trois pour 1 000 habitants en Colombie, en Turquie, au Mexique et au Chili, à 18 environ en Norvège et en Suisse (Graphique 8.12).

L'Afrique du Sud, l'Indonésie et l'Inde comptent relativement peu d'infirmiers – moins de 2.5 pour 1 000 habitants. En Chine, leur nombre a augmenté rapidement au cours des deux dernières décennies, passant de 1.0 pour 1 000 habitants en 2000 à 3.1 en 2019.

Entre 2000 et 2019, le nombre d'infirmiers par habitant s'est accru dans presque tous les pays de l'OCDE, et la moyenne est passée de 7.0 pour 1 000 habitants en 2000 à 8.8 pour 1 000 en 2019. Israël et la République slovaque sont les deux seuls pays de l'OCDE où le nombre d'infirmiers par habitant a diminué sur cette période. En Israël, cette évolution s'explique par une croissance de la population (+44 %) plus rapide que celle du personnel infirmier (+33 %). En République slovaque, le nombre d'infirmiers a diminué dans les années 2000 et reste depuis à un bas niveau.

Au Royaume-Uni et en Irlande, le nombre d'infirmiers par habitant en 2019 était à peu près le même qu'en 2000, la progression ayant suivi de près la croissance de la population. Dans les pays baltes (Estonie, Lettonie et Lituanie), le nombre d'infirmiers par habitant reste également assez stable depuis 2000, car, en valeur absolue, il a diminué à peu près au même rythme que la population en général.

La Norvège et la Suisse figurent parmi les pays qui ont réussi à augmenter considérablement leurs effectifs infirmiers au cours des 20 dernières années. En Norvège, cette augmentation substantielle est le fruit d'une série de mesures visant à attirer davantage d'étudiants dans les formations en soins infirmiers et à retenir davantage d'infirmiers dans la profession grâce à une amélioration des conditions de travail. En 2016, le gouvernement norvégien a adopté un plan d'action sur cinq ans, le *Competence Lift 2020*, qui vise à améliorer les compétences, la rémunération et le taux de rétention des infirmiers. Ce plan d'action a été prolongé de cinq années supplémentaires sous le nom de *Competence Lift 2025*. Toutefois, même si le nombre d'infirmiers a augmenté, le nombre qui quitte la profession reste élevé, en particulier dans le secteur des soins de longue durée.

En Suisse, l'augmentation récente du nombre d'infirmiers est principalement due à une hausse du nombre d'« infirmiers de niveau intermédiaire » dont les qualifications sont inférieures à celles des « infirmiers professionnels » (ou « infirmiers diplômés »). Entre 2010 et 2019, le nombre d'infirmiers de niveau intermédiaire a progressé presque trois fois plus vite que celui des infirmiers professionnels, et la part des infirmiers de niveau intermédiaire est passée de 29 % en 2010 à 35 % en 2019. Malgré cette progression, les hôpitaux et autres établissements de santé peinent toujours à recruter des infirmiers et une pénurie de personnel infirmier est à craindre dans les années à venir.

Dans la plupart des pays, l'augmentation du nombre d'infirmiers s'explique par celle des infirmiers nouvellement diplômés dans le pays (voir l'indicateur « Personnel infirmier nouvellement diplômé »). Toutefois, dans certains pays, l'immigration de personnel infirmier formé à l'étranger joue elle aussi un rôle important. Ainsi, en Nouvelle-Zélande et en Suisse, plus d'un quart (25 %) des infirmiers en exercice ont obtenu leur premier diplôme d'infirmier dans un autre pays. C'est également le cas de plus 15 % en Australie et au Royaume-Uni (voir l'indicateur « Migration internationale des médecins et du personnel infirmier »). En Suisse, la plupart des infirmiers formés à l'étranger viennent de France et d'Allemagne, et leur nombre a fortement augmenté ces dernières années.

Les infirmiers sont plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, on compte un peu moins de trois infirmiers pour un médecin. Le ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins va d'environ un en Colombie, au Chili, au Costa Rica, au Mexique et en Turquie, à plus de quatre au Japon, en Finlande, aux États-Unis et en Suisse (Graphique 8.13).

Dans de nombreux pays, la pandémie de COVID-19 a suscité une forte demande de recrutement de personnel infirmier. Aux États-Unis, les offres d'emploi en ligne pendant la pandémie ont augmenté de 27 % pour les infirmiers certifiés (« *registered nurses* ») et de 22 % pour les infirmiers agréés auxiliaires (« *licensed practical/vocational nurses* »). Au Canada, elles ont augmenté de 6 % pour la première catégorie et de 39 % pour la seconde (OCDE, 2021[1]).

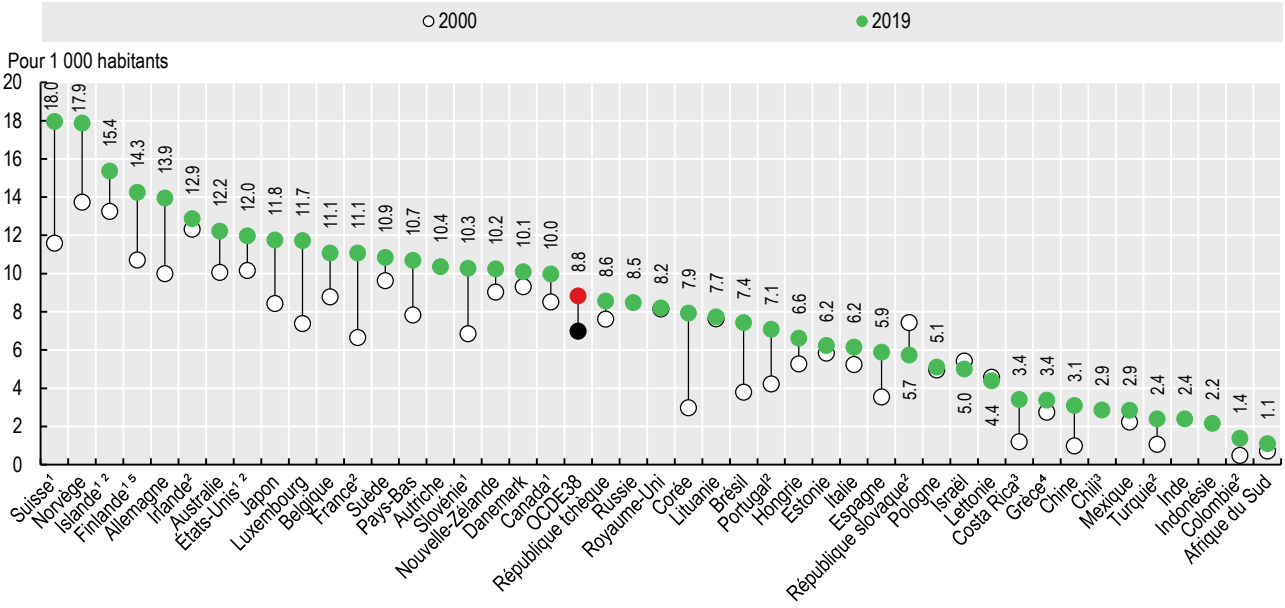
Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers couvre l'ensemble du personnel infirmier fournissant des soins directement aux patients ; sont également inclus, dans certains cas, les infirmiers qui exercent une fonction d'encadrement, de formation ou de recherche.

Dans les pays où les niveaux de qualification ou les fonctions des infirmiers diffèrent, les données couvrent à la fois les infirmiers de niveau supérieur, qui ont suivi une formation plus approfondie et assument des tâches plus complexes ou qualifiées, et les infirmiers de niveau intermédiaire, qui ont suivi une formation moins poussée mais sont néanmoins reconnus comme infirmiers. Les auxiliaires de soins (ou aides-soignants), qui ne sont pas considérés comme des infirmiers, ne sont pas pris en compte. Les données ne couvrent pas non plus les sages-femmes, hormis dans certains pays où elles sont prises en compte car elles sont considérées comme des membres du personnel infirmier spécialisé ou pour d'autres raisons (Australie, Espagne et Irlande).

La Grèce ne prend en compte que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux, d'où une sous-estimation.

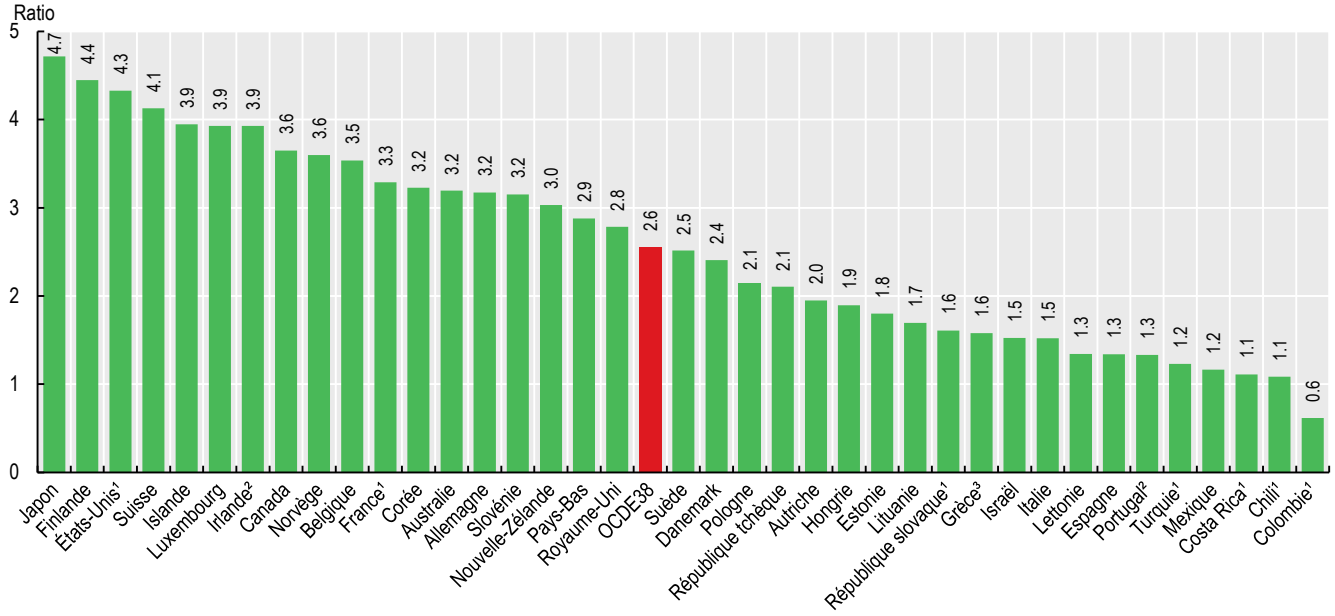
Graphique 8.12. **Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les infirmiers de niveau intermédiaire ayant un niveau de qualification inférieur représentent environ les deux tiers du personnel infirmier en Slovénie, environ un tiers en Suisse, en Islande, en Finlande et au Canada, et 18 % aux États-Unis. En Suisse, c'est la catégorie qui enregistre la plus forte croissance depuis 2000. 2. Les données incluent les infirmiers travaillant dans le secteur de la santé en tant que gestionnaires, éducateurs, chercheurs, etc. 3. Les données incluent tous les infirmiers habilités à exercer. 4. Les données concernent uniquement les infirmiers employés dans les hôpitaux. 5. Les dernières données datent de 2014.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/bljtae

Graphique 8.13. **Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Pour les pays n'ayant pas communiqué de données sur le personnel infirmier et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent dans un cas comme dans l'autre aux individus « professionnellement actifs » (à l'exception du Chili et du Costa Rica, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer). 2. Le ratio de l'Irlande est surestimé (nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre des médecins en exercice) tandis que celui du Portugal est sous-estimé (nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer). 3. Les données pour la Grèce couvrent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/7ci4ur



Rémunération du personnel infirmier

La pandémie de COVID-19 a attiré l'attention sur le niveau de rémunération du personnel infirmier et sur la nécessité de garantir une rémunération suffisante pour attirer les candidats et faire en sorte qu'ils ne quittent pas la profession.

En 2019 (avant la pandémie), les infirmiers exerçant en milieu hospitalier percevaient, en moyenne dans les pays de l'OCDE, une rémunération légèrement supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs. Dans certains pays comme la Suisse, la Lituanie, la France, la Lettonie et la Finlande, le personnel infirmier percevait un salaire inférieur au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, alors que dans d'autres, comme le Chili, le Mexique, le Luxembourg et la Belgique, il gagnait nettement plus (Graphique 8.14).

Le Graphique 8.15 compare la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier sur la base d'une monnaie commune (le dollar américain) corrigée des différences de pouvoir d'achat, afin de donner une indication du bien-être économique relatif du personnel infirmier dans les différents pays et des incitations financières qui peuvent l'amener à envisager de s'installer dans un autre pays de l'OCDE pour y occuper un emploi mieux rémunéré. En 2019, le niveau de rémunération du personnel infirmier au Luxembourg était au moins quatre fois supérieur à celui observé en Lituanie, en République slovaque et en Lettonie. En général, les infirmiers exerçant dans les pays d'Europe centrale et orientale affichaient les plus faibles niveaux de rémunération, ce qui explique au moins en partie qu'ils soient nombreux à émigrer dans d'autres pays de l'UE (Socha-Dietrich et Dumont, 2021[16]).

La rémunération des infirmiers aux États-Unis est plus élevée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, ce qui explique pourquoi les États-Unis sont en mesure d'attirer chaque année plusieurs milliers d'infirmiers venant d'autres pays.

Dans la plupart des pays, la rémunération des infirmiers augmente en valeur réelle depuis 2010, quoiqu'à des rythmes différents (Graphique 8.16). En Israël et en Australie, le personnel infirmier a obtenu des augmentations de salaire substantielles entre 2010 et 2018.

En France et aux États-Unis, la rémunération du personnel infirmier était à peu près la même en valeur réelle en 2018-19 qu'en 2010. En Espagne, la rémunération du personnel infirmier a diminué après la crise économique de 2008-09, en raison de la baisse des salaires dans le secteur public, mais elle s'est redressée depuis 2013, de sorte qu'en moyenne, le niveau de rémunération en 2019 était supérieur d'environ 5 % en valeur réelle à celui de 2010.

Au Royaume-Uni, la rémunération du personnel infirmier a augmenté en valeur nominale, mais elle a baissé de plus de 5 % en valeur réelle entre 2010 et 2018, notamment en raison du plafonnement des salaires dans le secteur public entre 2010-11 et 2017-18. Depuis 2018, le revenu moyen en valeur réelle du personnel infirmier a commencé à augmenter grâce à l'*Agenda for Change*, un accord salarial conclu pour 2018-21 (Buchan, Shembavnekar et Bazeer, 2021[17]).

De nombreux pays ont accordé des « primes COVID-19 » au personnel infirmier en reconnaissance du rôle essentiel qu'il a joué pendant la pandémie et en compensation des tensions et de la charge de travail supplémentaires qu'il a subies. Le niveau et la couverture de ces primes COVID-19 diffèrent selon les pays. En Allemagne, des primes ont été accordées en 2020 au personnel infirmier travaillant en maison de retraite et en milieu hospitalier et s'occupant d'un nombre minimum de patients COVID-19 (environ un tiers des hôpitaux). En avril 2021, une prime supplémentaire a été accordée au personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier. Les primes allaient de 500 euros à 1 500 euros en fonction du nombre d'heures travaillées. Certains *Länder* ont également accordé des primes supplémentaires d'environ 500 euros.

En France, la rémunération des heures supplémentaires du personnel infirmier et des autres personnels travaillant dans les hôpitaux et les maisons de retraite a été revalorisée au printemps 2020, lors de la première vague de la pandémie. En outre, la plupart des personnels hospitaliers, y compris les infirmiers, ont reçu une prime COVID-19 après la première vague, allant de 1 000 euros à 1 500 euros selon l'intensité de la pandémie dans chaque région. Pour attirer des candidats et les inciter à rester dans la profession, tous les travailleurs de la santé dans les hôpitaux et les maisons de retraite ont reçu une augmentation de salaire permanente de 183 euros par mois en 2020, suivie d'une autre augmentation comprise entre 45 euros et 450 euros par mois d'ici fin 2021/début 2022, en fonction des catégories de personnel et du nombre d'années d'expérience (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[9]).

Définition et comparabilité

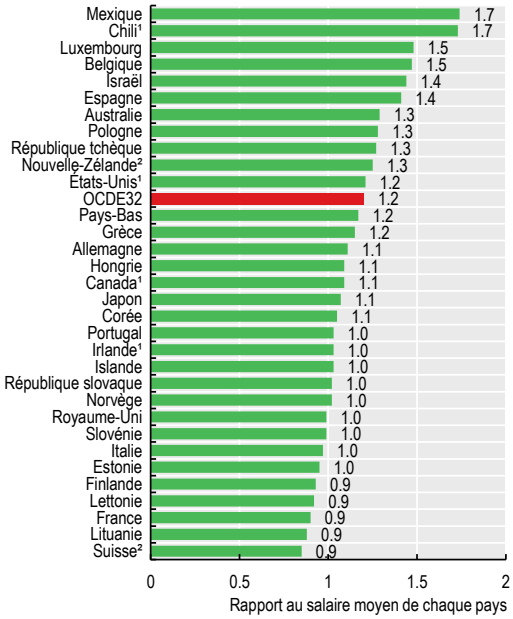
La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, y compris les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Dans la plupart des pays, les données se rapportent spécifiquement au personnel infirmier exerçant dans les hôpitaux ; au Canada, toutefois, elles couvrent également les infirmiers exerçant dans d'autres structures. Dans certains États fédéraux comme l'Australie, le Canada et les États-Unis, mais également au Royaume-Uni, le niveau et la structure de la rémunération sont fixés à un échelon infranational, ce qui peut entraîner des différences entre les unités territoriales.

Les données portent uniquement sur le personnel infirmier de niveau supérieur au Canada, au Chili, en Irlande et aux États-Unis, d'où une surestimation par rapport aux pays où les infirmiers de niveau intermédiaire sont également pris en compte. Les données concernant la Nouvelle-Zélande recouvrent tous les infirmiers employés par les conseils régionaux de santé financés sur fonds publics ; elles comprennent également les aides-soignants dont la rémunération, sensiblement inférieure à celle des infirmiers certifiés, est structurée différemment.

Les données ne portent que sur le personnel infirmier travaillant à temps plein. Pour certains pays (comme l'Italie ou la Slovénie), elles ne tiennent pas compte des revenus additionnels comme le paiement des heures supplémentaires. Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels qui, dans certains cas, représentent une part non négligeable du revenu total.

Le revenu des infirmiers est rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Il est également comparé d'un pays à l'autre sur la base d'une monnaie commune (le dollar américain) corrigée des parités de pouvoir d'achat (PPA). Les chiffres présentés dans cette édition du *Panorama de la santé* ne sont pas comparables à ceux des éditions précédentes, car on a utilisé un indicateur de PPA différent pour tenir compte des différences de coût de la vie entre les pays.

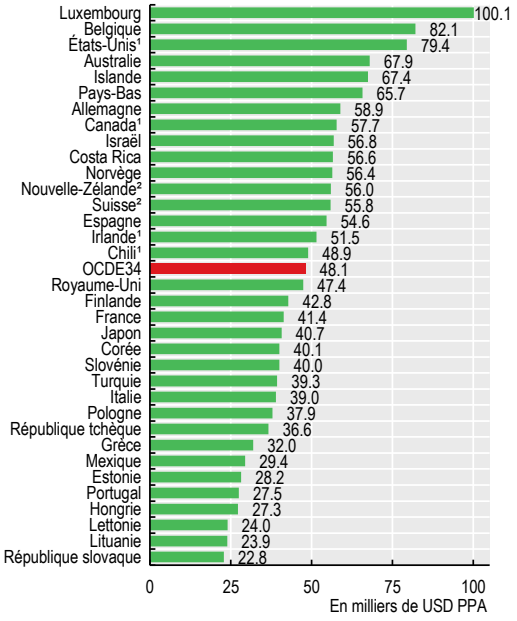
Graphique 8.14. **Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Canada, au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation). 2. Les données pour la Nouvelle-Zélande et la Suisse incluent le personnel infirmier de niveau intermédiaire, qui a des qualifications et des revenus inférieurs.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/dulfaq

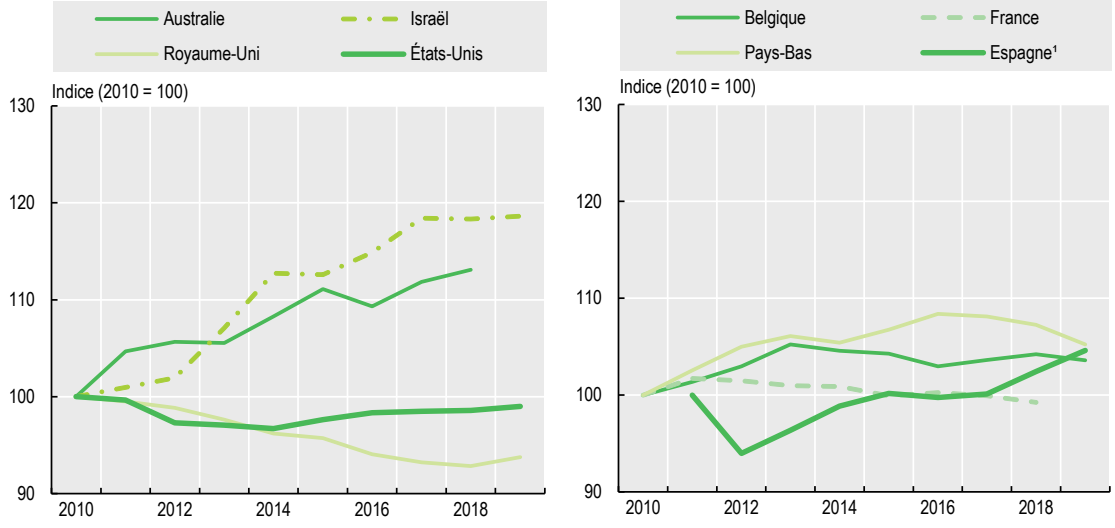
Graphique 8.15. **Rémunération des infirmiers à l'hôpital, en USD PPA, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres présentés ici ne peuvent pas être comparés à ceux des versions précédentes du Panorama de la santé, car on a utilisé un indicateur PPA différent pour tenir compte des différences de coût de la vie entre les pays.
1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur au Canada, au Chili, aux États-Unis et en Irlande (d'où une surestimation). 2. Les données pour la Nouvelle-Zélande et la Suisse incluent le personnel infirmier de niveau intermédiaire, qui a des qualifications et des revenus inférieurs.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/7v1qf6

Graphique 8.16. **Évolution de la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier (en valeur réelle), divers pays de l'OCDE, 2010-19**



1. Indice pour l'Espagne, 2011 = 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/ajngcv



Personnels hospitaliers

Le nombre et la composition des personnes travaillant dans les hôpitaux des pays de l'OCDE dépendent des rôles et fonctions que jouent les hôpitaux dans les systèmes de santé, ainsi que de la manière dont sont fournis et comptabilisés les différents types de services de soutien dans les hôpitaux. Les rôles et fonctions des hôpitaux diffèrent notamment selon que les services spécialisés ambulatoires sont fournis dans les hôpitaux ou en dehors. Dans la plupart des pays dotés d'une couverture maladie universelle financée par l'impôt (systèmes de type service national de santé britannique), les services spécialisés ambulatoires sont généralement dispensés dans les hôpitaux publics. C'est le cas par exemple au Royaume-Uni, dans les pays nordiques, au Portugal et en Espagne. Dans d'autres pays, comme en Allemagne, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Canada, aux États-Unis, en France et en Suisse, la plupart des services spécialisés ambulatoires sont dispensés en dehors des hôpitaux. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale comme l'Estonie et la Slovénie, la plupart des services spécialisés ambulatoires sont assurés dans des hôpitaux publics, alors que dans d'autres pays, ils sont fournis dans des polycliniques publiques (p. ex., en Pologne) ou dans des cabinets privés (p. ex., en République tchèque).

En 2019, avant la pandémie de COVID-19, le nombre de personnes travaillant dans les hôpitaux rapporté à la population totale était au moins deux fois plus important en Suisse, au Royaume-Uni, en Norvège, aux États-Unis, en Islande, au Danemark et en France qu'au Chili, au Mexique, en Corée et en Grèce (Graphique 8.17). Cependant, il est important de tenir compte qu'aux États-Unis, 45 % des personnes travaillant à l'hôpital appartiennent aux personnels non cliniques (dont le personnel administratif et les autres personnels d'appui), et c'est le cas d'environ 30 % en Suisse, en France et en Islande.

Dans tous les pays, le personnel infirmier constitue la principale catégorie de prestataires de soins à l'hôpital. Les infirmiers et les sages-femmes représentent 37 % de l'ensemble des emplois hospitaliers en moyenne dans les pays de l'OCDE. Dans la plupart de ces pays, entre 50 et 90 % de l'ensemble du personnel infirmier travaille à l'hôpital. Dans certains pays comme la France et le Portugal, les aides-soignants (ou auxiliaires de soins) constituent également une catégorie non négligeable de personnels hospitaliers. Les médecins représentent un travailleur hospitalier sur sept (14 %) en moyenne dans les pays de l'OCDE, même si dans plusieurs pays, ce chiffre sous-estime le nombre de médecins qui travaillent au moins à temps partiel à l'hôpital, car les médecins libéraux qui exercent à la fois à l'hôpital et en dehors ne sont pas comptabilisés.

Le nombre d'infirmiers en équivalents temps plein (ETP) dans les hôpitaux est inférieur aux effectifs bruts, car une proportion significative d'infirmiers travaille à temps partiel. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, le nombre d'infirmiers ETP à l'hôpital est inférieur de 15 % aux effectifs. Cet écart est plus important dans certains pays comme l'Allemagne et l'Islande (30 % environ).

Le nombre d'infirmiers travaillant à l'hôpital a augmenté assez rapidement entre 2010 et 2019 dans certains pays, comme l'Allemagne, les États-Unis et la Norvège. La hausse a été plus modeste au Danemark et en France. En revanche, le nombre d'infirmiers hospitaliers a reculé sur cette période en Italie, en Lituanie, en République slovaque et au Royaume-Uni (Graphique 8.18).

Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreux pays ont recruté d'urgence du personnel supplémentaire dans les hôpitaux afin de répondre à l'augmentation de la demande. La pandémie a également favorisé l'élaboration de nouveaux plans à plus long terme visant à accroître le recrutement de personnel hospitalier et à améliorer ses conditions de travail afin de motiver et retenir le personnel. Par exemple, en France, le gouvernement a instauré, en juillet 2020, un nouveau plan pluriannuel visant à renforcer les hôpitaux publics et à accroître les investissements dans le personnel de santé (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[9]).

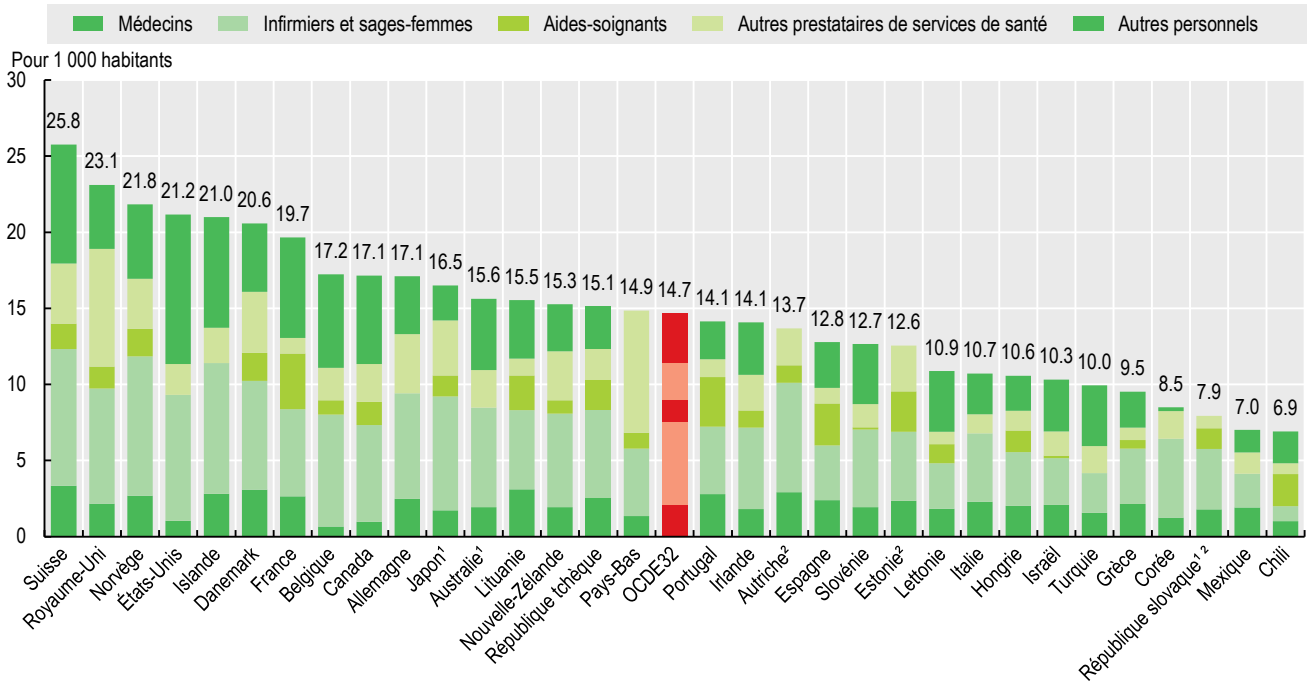
Définition et comparabilité

Les personnels hospitaliers se définissent comme les personnes travaillant en milieu hospitalier, y compris, dans la mesure du possible, les libéraux travaillant dans le cadre de contrats de service. Dans la plupart des pays, ces personnels comprennent le personnel clinique et non clinique. Les données sont rapportées en effectifs bruts, même si la base de données de l'OCDE sur la santé comprend également des données sur les ETP pour un nombre plus limité de pays. Les ETP sont généralement définis comme le nombre d'heures travaillées divisé par le nombre moyen d'heures travaillées dans des emplois à temps plein, qui peut différer d'un pays à l'autre.

De nombreux pays ne comptabilisent pas la totalité ou une partie des libéraux travaillant à l'hôpital. L'Australie, le Chili, le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne communiquent que des données sur l'emploi dans les hôpitaux publics, ce qui entraîne une sous-estimation.

À des fins de comparaison entre les pays, le nombre de personnels hospitaliers est rapporté à la taille de la population totale de chaque pays. Il serait également possible de relier le nombre de travailleurs au nombre de lits d'hôpitaux ou de journées d'hospitalisation afin de tenir compte plus spécifiquement d'une partie au moins des activités hospitalières dans les différents pays, même si cela n'inclurait pas les activités qui ne nécessitent pas d'hospitalisation (p. ex., les examens, les consultations et les soins ambulatoires).

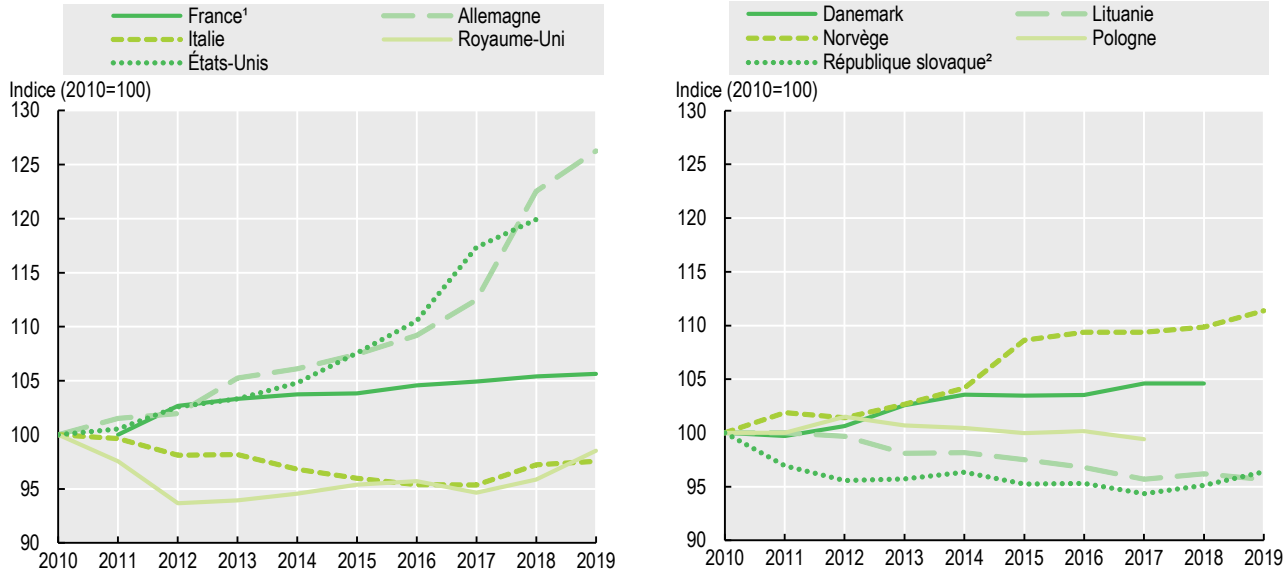
Graphique 8.17. **Personnels hospitaliers, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Les données se rapportent à des équivalents temps plein (et non à des effectifs), d'où une sous-estimation. 2. Les données ne couvrent que le personnel de santé, à l'exclusion des autres personnels (administratif, technique, etc.), d'où une sous-estimation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/5812oy

Graphique 8.18. **Évolution du nombre d'infirmiers hospitaliers, divers pays de l'OCDE, 2010-19 (ou année la plus proche)**



Note : Les données couvrent les infirmiers et les sages-femmes. 1. Indice pour la France, 2011=100. 2. Les données pour la République slovaque sont exprimées en équivalents temps plein.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/8plvri



Médecins nouvellement diplômés

Le nombre de nouveaux diplômés en médecine est un indicateur important permettant d'évaluer le nombre de nouveaux entrants dans le métier ; ces derniers pourront remplacer les médecins qui prendront leur retraite et combler toute pénurie actuelle ou future de médecins. Le nombre de diplômés en médecine pour une année donnée est le résultat de décisions prises quelques années plus tôt concernant l'admission des étudiants, soit par le biais de politiques explicites de *numerus clausus* (fixation de quotas pour l'admission des étudiants), soit par d'autres processus décisionnels, même si le taux de diplômés dépend également du taux d'abandon des étudiants.

Dans les pays de l'OCDE, le nombre de nouveaux diplômés en médecine est globalement passé de 93 000 en 2000 à 114 000 en 2010 et à 149 000 en 2019. En 2019, des pays comme le Japon, Israël et la Corée en comptaient sept environ pour 100 000 habitants, contre plus de 20 en Irlande, au Danemark, en Lettonie et en Lituanie (Graphique 8.19).

En Irlande, le nombre élevé de nouveaux diplômés en médecine s'explique en grande partie par la forte proportion d'étudiants étrangers : ces dernières années, ils représentaient la moitié des étudiants en médecine. En effet, de nombreux étudiants et diplômés de facultés de médecine irlandaises sont originaires du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, ainsi que de pays hors OCDE. Après avoir obtenu leur premier diplôme de médecine, ils sont nombreux à quitter l'Irlande soit parce qu'ils préfèrent terminer leurs études et faire leur stage dans leur pays d'origine, soit parce qu'ils ont du mal à trouver une place en internat. Paradoxalement, l'Irlande doit pallier la pénurie de médecins en faisant venir des praticiens formés à l'étranger (OCDE, 2019[12]).

Dans d'autres pays, l'internationalisation de l'enseignement de la médecine se traduit également par un nombre croissant d'étudiants et de diplômés étrangers. En Pologne, en République tchèque et en Hongrie, plusieurs facultés de médecine accueillent un nombre croissant d'étudiants étrangers qui, dans la plupart des cas, ne prévoient pas de rester dans le pays après l'obtention de leur diplôme. Les facultés de médecine en Pologne, par exemple, assurent un enseignement en anglais, et 25 % de leurs étudiants sont étrangers (OCDE, 2019[12]).

En Israël, le faible effectif de nouveaux diplômés nationaux est compensé par le nombre élevé (60 % environ) de médecins formés à l'étranger. Une grande partie de ces derniers sont nés en Israël et sont revenus exercer en Israël après des études à l'étranger en raison du faible nombre de places dans les écoles de médecine israéliennes.

Le Japon, en revanche, ne fait pas actuellement appel de manière significative à des médecins formés à l'étranger (voir l'indicateur « Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier »). Les autorités ont augmenté le *numerus clausus* ces dernières années, ce qui s'est traduit par une légère hausse du nombre de nouveaux diplômés.

Face à la crainte d'une pénurie actuelle ou future de médecins, le nombre de nouveaux diplômés par habitant a progressé dans tous les pays de l'OCDE depuis 2000, mais à des rythmes différents. Ce nombre a été multiplié par deux voire plus dans plusieurs pays, comme le Portugal, l'Irlande et les Pays-Bas, tandis que la hausse a été de 50 % en Italie, en Espagne et aux États-Unis (Graphique 8.20).

Au Portugal, la forte progression du nombre de médecins nouvellement diplômés depuis 2000 résulte à la fois d'une augmentation du nombre de places dans les universités existantes et de la création de nouvelles écoles de médecine en dehors de Lisbonne et de Porto. Le relèvement du *numerus clausus* a été motivé par la crainte d'une pénurie de médecins, qui est exacerbée par la répartition inégale des médecins dans le pays. Toutefois, le nombre croissant de médecins nouvellement diplômés au Portugal fait craindre l'apparition de goulets d'étranglement, car ces nouveaux diplômés risquent de ne pas tous être en mesure de trouver une place pour achever immédiatement leur formation postuniversitaire spécialisée.

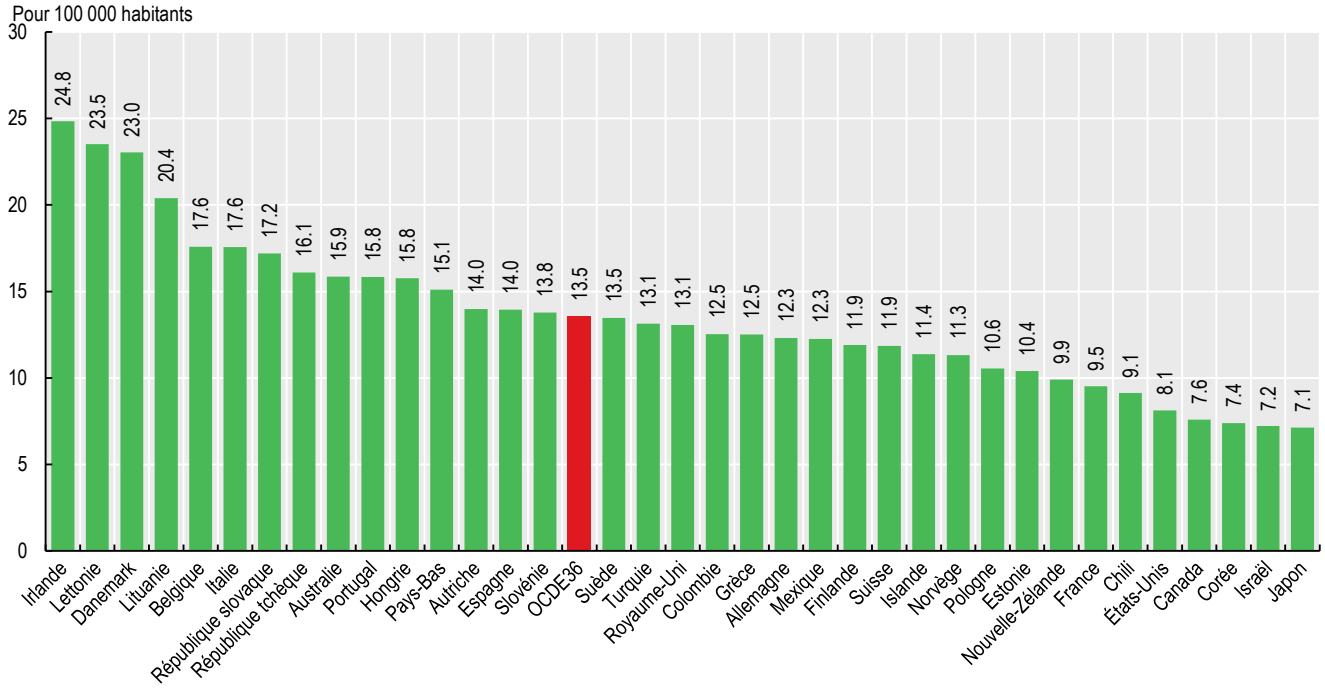
Aux Pays-Bas, le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine a augmenté de 50 % entre 1999 et 2003 (passant de 2000 à 3 000 par an environ), là aussi en réaction aux inquiétudes concernant la pénurie de médecins, et il est resté à ce niveau élevé. En outre, un certain nombre de centres médicaux universitaires permettent aux étudiants titulaires d'une licence dans certains autres domaines de s'inscrire en Master de médecine, ce qui accroît le nombre d'étudiants susceptibles d'obtenir un doctorat. En 2019, le Conseil consultatif pour la planification de la main-d'œuvre médicale a recommandé d'accueillir davantage de nouveaux diplômés dans des programmes de formation postuniversitaire en médecine générale, en gériatrie et en médecine du travail, notamment (ACMMP, 2019[18]).

En Norvège, une commission spéciale nommée en 2019 par le ministère de l'Éducation et de la Recherche a recommandé une augmentation de 69 % du nombre de places dans les facultés de médecine d'ici à 2027, de sorte que 80 % des médecins soient formés dans le pays (Grimstad Commission, 2019[19]). À l'heure actuelle, environ 40 % des médecins sont formés à l'étranger, dont beaucoup de ressortissants norvégiens qui retournent dans leur pays d'origine après avoir étudié dans un autre pays (voir l'indicateur « Migration internationale des médecins et du personnel infirmier »). En conséquence, à l'automne 2020, le nombre de places de formation en médecine s'était accru de 13 %.

Définition et comparabilité

Le nombre de médecins nouvellement diplômés est défini comme le nombre d'étudiants diplômés des écoles de médecine au cours d'une année donnée.

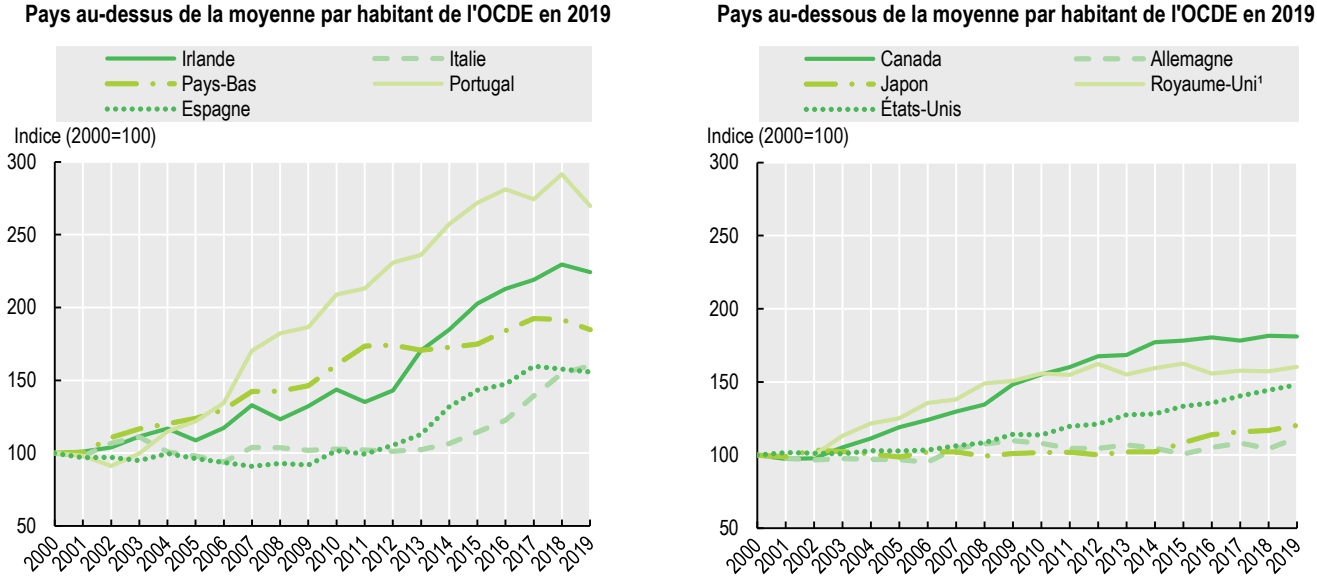
Graphique 8.19. **Nombre de nouveaux diplômés en médecine, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/gwmf7c

Graphique 8.20. **Évolution du nombre de nouveaux diplômés en médecine dans divers pays de l'OCDE, 2000-19**



1. Indice pour le Royaume-Uni, 2002=100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/4xnrcz



Personnel infirmier nouvellement diplômé

Le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers est un indicateur important permettant d'évaluer le nombre de nouveaux entrants dans la profession susceptibles de remplacer les infirmiers qui prendront leur retraite et de combler toute pénurie actuelle ou future d'infirmiers. Le nombre de diplômés en soins infirmiers pour une année donnée est le résultat de décisions prises quelques années plus tôt (environ trois ans) concernant l'admission des étudiants, soit par le biais de politiques explicites de *numerus clausus* (fixation de quotas pour l'admission des étudiants), soit par d'autres processus décisionnels, même si le taux de diplômés dépend également du taux d'abandon des étudiants.

Globalement, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans les pays de l'OCDE est passé d'environ 350 000 en 2000 à 520 000 en 2010 et à 620 000 en 2019. En 2019, on comptait moins de 20 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en Colombie, au Luxembourg, au Mexique, en Italie et en Turquie, contre plus de 100 en Australie, en Suisse et en Corée (Graphique 8.21). En Colombie, au Mexique et en Turquie, ce chiffre tient au faible nombre d'infirmiers travaillant dans le système de santé (voir l'indicateur « Personnel infirmier »). Au Luxembourg, le faible nombre d'infirmiers nouvellement diplômés est compensé par le nombre élevé d'étudiants luxembourgeois qui obtiennent leur diplôme d'infirmier dans un autre pays, ainsi que par la capacité de ce pays à attirer des infirmiers étrangers grâce à de meilleures conditions de rémunération et de travail (voir l'indicateur « Rémunération du personnel infirmier »).

En Italie, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté assez rapidement dans les années 2000, mais il recule depuis 2013. Le nombre de candidatures aux programmes de formation en soins infirmiers a fortement diminué au cours des années précédant la pandémie de COVID-19, témoignant d'une baisse d'intérêt pour cette profession.

Dans de nombreux pays, les jeunes considèrent encore le métier d'infirmier comme une profession offrant un faible statut professionnel, peu d'autonomie et peu de perspectives de carrière. L'enquête PISA 2018 de l'OCDE, menée auprès d'élèves de 15 ans fréquentant l'enseignement secondaire, a mis en lumière le défi que représente, dans de nombreux pays, le recrutement d'étudiants en soins infirmiers. On a demandé à ces jeunes d'indiquer l'emploi qu'ils pensaient occuper à l'âge de 30 ans. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, environ 3 % des jeunes prévoyaient de devenir infirmiers. En Estonie, en Italie, en Lettonie, en Lituanie et en Turquie, c'était le cas de moins de 1 % des personnes interrogées. Dans tous les pays, les filles ont été nettement plus nombreuses que les garçons à manifester un intérêt pour cette profession. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 92 % des jeunes envisageant la profession d'infirmier étaient des femmes (Mann et Denis, 2020[20]). On retrouve donc toujours la composition par sexe traditionnelle du personnel infirmier.

Pour attirer davantage d'étudiants dans les filières de formation en soins infirmiers, l'une des principales stratégies consiste à cibler un groupe d'étudiants plus diversifié et moins traditionnel, notamment des hommes et des personnes issues de groupes minoritaires. Toutefois, comme l'indique une étude indépendante réalisée en 2019 à la demande du gouvernement australien, la capacité à accroître la représentation des hommes et des autres étudiants sous-représentés dans ce domaine est limitée par la perception de cette activité comme un « travail de femme » et par la perception de son statut dans la population (Williams et al., 2020[21]).

Malgré ces difficultés, plusieurs pays ont réussi à faire progresser le nombre d'étudiants dans les formations d'infirmiers, comme en témoigne le nombre croissant de nouveaux diplômés (Graphique 8.22). Aux États-Unis, leur nombre a doublé entre 2000 et 2010 (passant d'environ 100 000 en 2000 à 200 000 en 2010) dans un contexte d'inquiétude généralisée au sujet d'une pénurie d'infirmiers possiblement très forte, même si leur nombre est resté relativement stable depuis 2010. En Suisse, le nombre de jeunes diplômés a augmenté de 50 % environ depuis 2010, notamment en raison d'une hausse du nombre d'« infirmiers de niveau intermédiaire » diplômés.

En Norvège, le nombre d'étudiants admis dans des programmes de formation en soins infirmiers et diplômés à l'issue de ce cursus progresse également depuis 2010 : en 2017, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés était supérieur d'un tiers à celui enregistré en 2010. Toutefois, jusqu'à un infirmier nouvellement diplômé sur cinq exerce en dehors du secteur de la santé. Ce constat a donné lieu à la mise en place d'une série de mesures ces dernières années pour améliorer les conditions de travail des infirmiers et ainsi accroître les taux de rétention, notamment par des hausses de salaire.

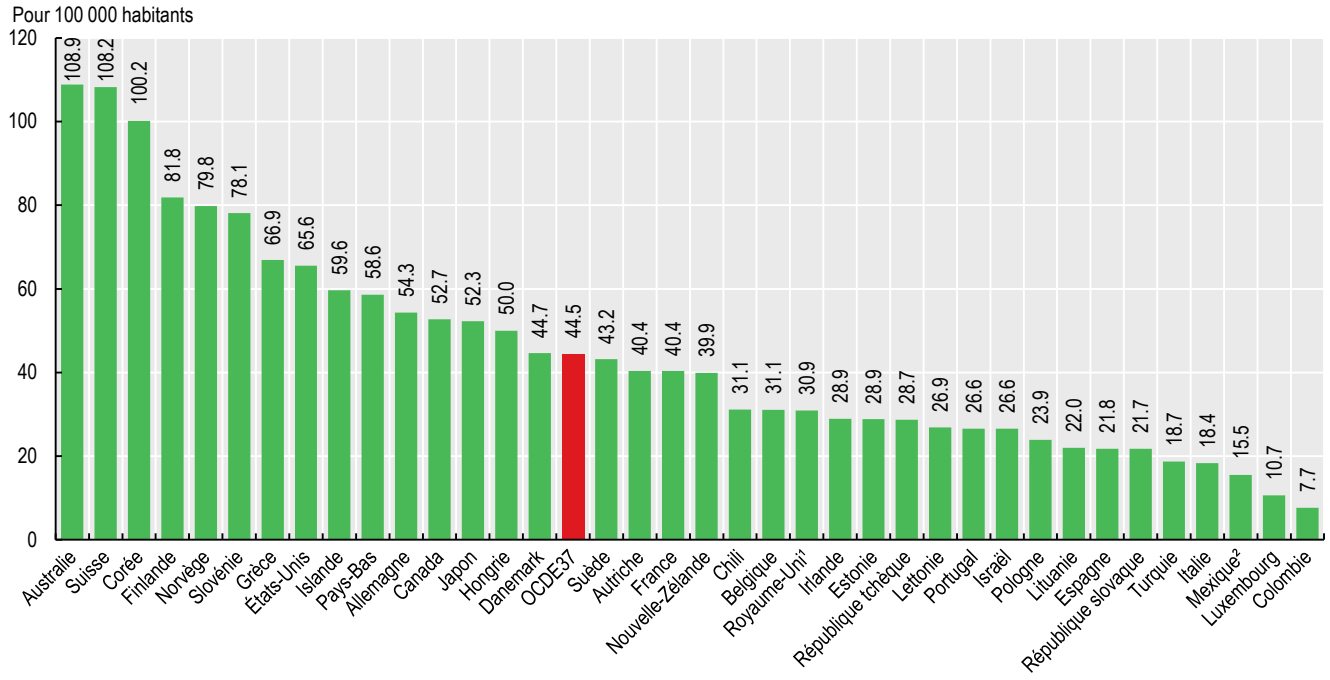
En Israël, les effectifs d'infirmiers nouvellement diplômés ont été multipliés par près de 2.5 depuis 2010, mais ils restent inférieurs à la moyenne de l'OCDE au regard de la taille de la population du pays.

Définition et comparabilité

Les infirmiers nouvellement diplômés sont les étudiants qui ont obtenu un diplôme reconnu, nécessaire pour devenir infirmier certifié ou agréé. Cette catégorie comprend les diplômés issus de filières de formation d'infirmiers de niveaux divers. Elle ne tient pas compte des étudiants titulaires d'un Master ou d'un doctorat, pour éviter de comptabiliser deux fois les personnes qui obtiennent des diplômes supplémentaires.

Dans le cas du Royaume-Uni, les données correspondent au nombre de nouveaux infirmiers qui reçoivent l'autorisation d'exercer.

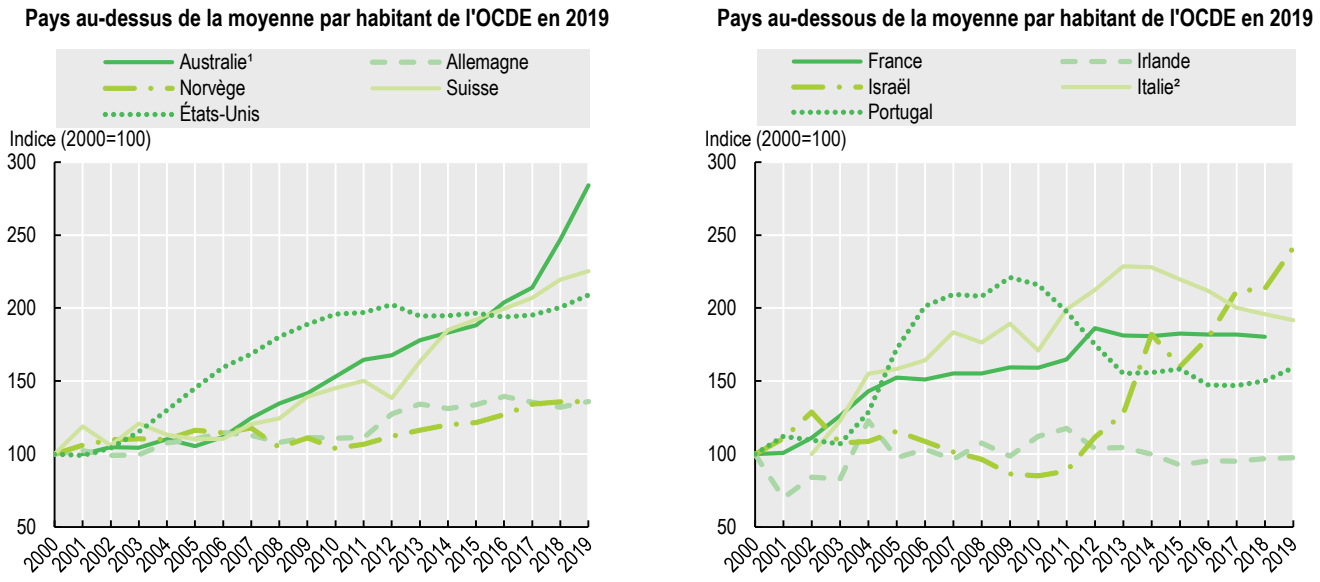
Graphique 8.21. **Infirmiers nouvellement diplômés, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Pour le Royaume-Uni, les données se rapportent aux nouveaux infirmiers recevant une autorisation d'exercer, ce qui peut impliquer une surestimation si certains d'entre eux sont formés à l'étranger. 2. Pour le Mexique, les données portent uniquement sur le personnel infirmier issu d'une filière « de niveau supérieur ».
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/xagr1d

Graphique 8.22. **Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans divers pays de l'OCDE, 2000-19**



1. Indice pour l'Australie, 2001 = 100. 2. Indice pour l'Italie, 2002 = 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/a9dity



Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier

Le nombre et la proportion de médecins – et, dans certains pays, d'infirmiers – formés à l'étranger et exerçant dans les pays de l'OCDE ont continué d'augmenter ces dix dernières années (OCDE, 2019[1]). En 2019, environ 18 % des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE ont obtenu au moins leur premier diplôme à l'étranger (Graphique 8.23), contre 15 % dix ans plus tôt. S'agissant des infirmiers, 6 % en moyenne avaient obtenu leur diplôme dans un autre pays en 2019 (Graphique 8.24). Ces évolutions sont intervenues en parallèle d'une hausse sensible du nombre de médecins et d'infirmiers nouvellement diplômés formés dans presque tous les pays de l'OCDE (voir également les indicateurs « Médecins nouvellement diplômés » et « Personnel infirmier nouvellement diplômé »), signe d'une forte demande dans ces professions.

En 2019, la proportion de médecins formés à l'étranger allait de 2 %, voire moins, en Turquie, en Lituanie, en Italie et en Pologne, à environ 40 % en Norvège, en Irlande et en Nouvelle-Zélande, et à près de 60 % en Israël. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger est inférieur à 5 %, mais il se situe aux environs de 25 % en Nouvelle-Zélande et en Suisse, et autour de 15-20 % en Australie et au Royaume-Uni. Dans certains cas toutefois, il s'agit de médecins et d'infirmiers revenus dans leur pays de naissance après avoir effectué leurs études à l'étranger. Dans certains pays (notamment, États-Unis, Israël, Norvège et Suède), ils représentent un pourcentage élevé et croissant des effectifs, en particulier pour les médecins formés à l'étranger. En 2019, par exemple, près de 50 % des médecins et infirmiers formés à l'étranger exerçant en Israël étaient nés dans ce pays.

Dans plusieurs pays de l'OCDE, le pourcentage de médecins formés à l'étranger a évolué entre 2005 et 2019 (Graphique 8.25). Il est resté relativement stable au Royaume-Uni (environ 30 %) et aux États-Unis (environ 25 %), où le nombre de médecins formés à l'étranger et dans le pays a progressé au même rythme. Toutefois, aux États-Unis, un nombre croissant de médecins formés à l'étranger sont des citoyens américains qui ont obtenu leur premier diplôme de médecine à l'étranger : en 2017, un tiers des médecins ayant obtenu un diplôme étranger et une autorisation d'exercer aux États-Unis étaient des citoyens américains, contre 17 % en 2007 (OCDE, 2019[12]).

En Europe, la proportion de médecins formés à l'étranger a rapidement augmenté en Norvège et Suède. Dans le cas de la Norvège, plus de la moitié d'entre eux sont nés dans le pays et y sont revenus après des études à l'étranger. Dans celui de la Suède, le nombre de médecins formés à l'étranger mais nés dans le pays a quadruplé depuis 2006, et représentait près d'un cinquième des médecins formés à l'étranger en 2018.

En France et en Allemagne, le nombre et la proportion de médecins formés à l'étranger ont régulièrement progressé au cours de la décennie écoulée : leur proportion a été multipliée par plus de deux, passant de 5-6 % des médecins en 2005 à 12-13 % en 2019.

La proportion d'infirmiers formés à l'étranger s'est fortement accrue depuis 2005 en Suisse, en Nouvelle-Zélande, en Australie, au Royaume-Uni, bien qu'elle semble s'être stabilisée ces dernières années en Australie et en Suisse (Graphique 8.26). En Suisse, l'augmentation est principalement due au nombre croissant de personnel infirmier formé en France et en Allemagne, et dans une moindre mesure en Italie.

Les Philippines sont le principal pays d'origine des infirmiers formés à l'étranger dans de nombreux pays de l'OCDE, notamment la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada. Depuis de nombreuses années, les Philippines ont une politique volontariste visant à former des infirmiers qui travailleront à l'étranger. L'Inde est également un important pays d'origine des infirmiers formés à l'étranger dans de nombreux pays anglophones de l'OCDE.

En Italie, le nombre d'infirmiers formés à l'étranger a fortement progressé entre 2007 et 2012, essentiellement suite à l'arrivée d'infirmiers formés en Roumanie après l'accession de ce pays à l'Union européenne en 2007, mais leur nombre et leur pourcentage ont commencé à décliner ces dernières années.

Définition et comparabilité

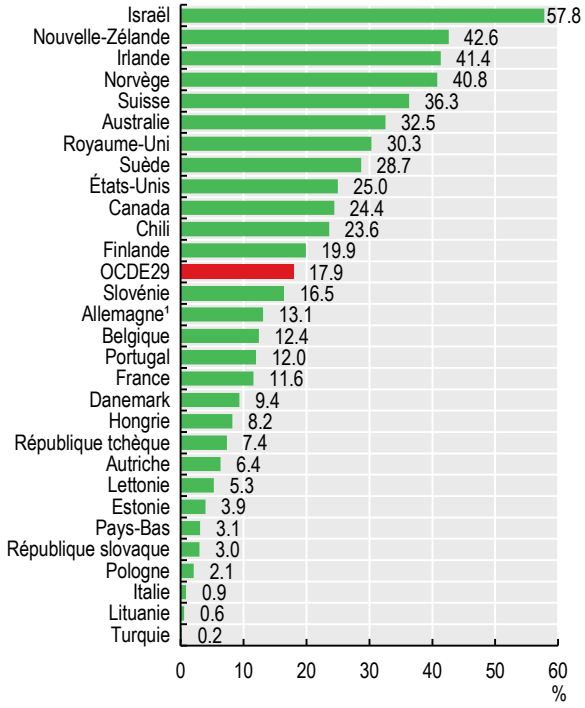
Les données présentées correspondent aux effectifs totaux de médecins et de personnel infirmier formés à l'étranger qui exercent dans les pays de l'OCDE en fonction du pays dans lequel ils ont obtenu leur premier diplôme. La base de données de l'OCDE sur la santé contient aussi des données sur les flux annuels, ainsi que par pays d'origine. Dans la plupart des pays, les sources des données sont les registres professionnels ou d'autres sources administratives.

La principale limitation à la comparabilité des données tient aux différences concernant la situation des médecins et du personnel infirmier au regard de l'activité. Certains registres sont mis à jour régulièrement, ce qui permet de distinguer les médecins et les infirmiers qui sont encore en activité dans les systèmes de santé, alors que d'autres sources couvrent tous les médecins et infirmiers autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité.

Dans certains pays, la source des données couvre aussi les médecins internes et résidents, tandis que dans d'autres, ces médecins en cours de formation ne sont pas pris en compte. Du fait que les médecins formés à l'étranger sont souvent surreprésentés dans ces deux catégories, il est possible que leurs effectifs soient sous-estimés dans les pays où celles-ci ne sont pas prises en considération (en Autriche et en France par exemple).

Les données pour l'Allemagne sont basées sur la nationalité, et non sur le lieu de formation.

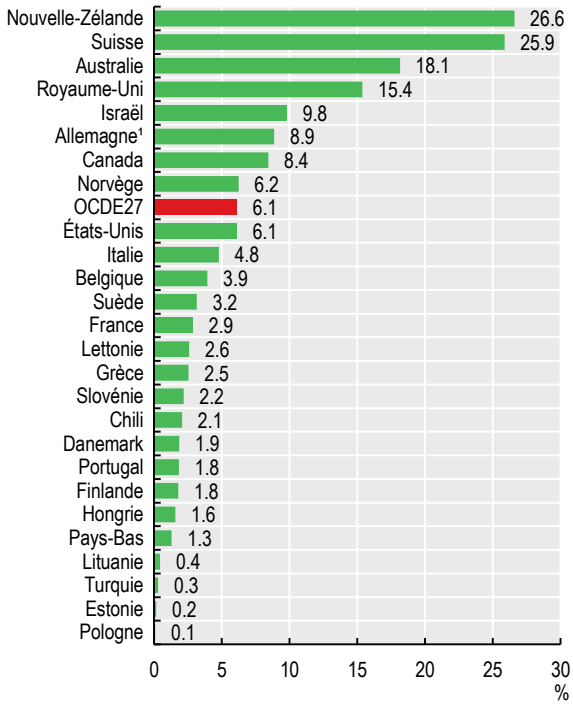
Graphique 8.23. **Pourcentage des médecins formés à l'étranger, 2019 (ou année la plus proche)**



1. En Allemagne, les données sont basées sur la nationalité (et non sur le lieu de formation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/1j7gt6

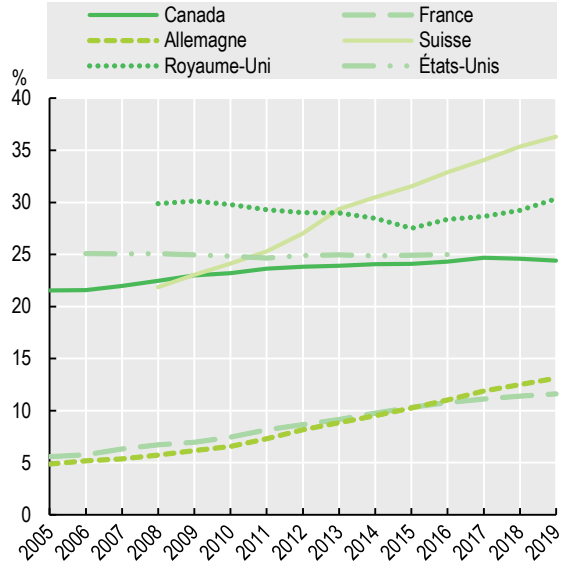
Graphique 8.24. **Pourcentage des infirmiers formés à l'étranger, 2019 (ou année la plus proche)**



1. En Allemagne, les données sont basées sur la nationalité (et non sur le lieu de formation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/d2l17o

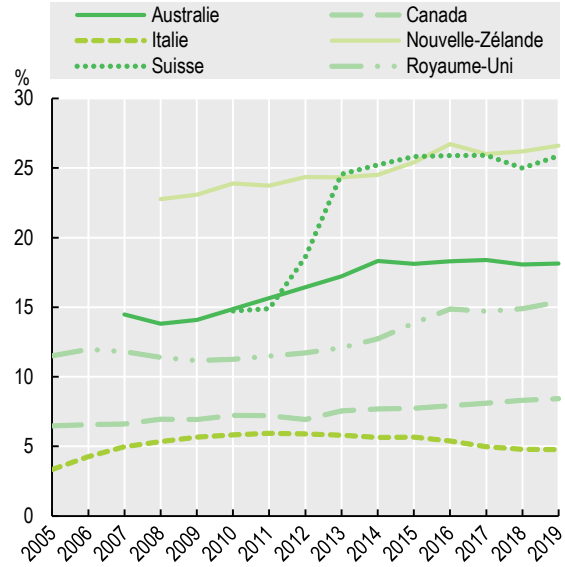
Graphique 8.25. **Évolution du pourcentage de médecins formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2005-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/1dr8qp

Graphique 8.26. **Évolution du pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2005-19**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/7exczm



Références

[18] ACMMP (2019), *Recommendations 2021-2024, Advisory Council on Medical Manpower Planning, Utrecht, December 2019*.

[3] Australian Goverment (2021), *Labour Market Information Portal*, *https://lmip.gov.au/default.aspx?LMIP/GainInsights/EmploymentProjections*.

[2] BLS (2021), *Employment Projections: 2020-2030, 8 September 2021*, *https://www.bls.gov/emp/*.

[10] Blümel, M. et al. (2020), « Germany: Health system review », *Health Systems in Transition*, vol. 22/6, pp. i–273, *https://apps.who.int/iris/handle/10665/130246*.

[17] Buchan, J., N. Shembavnekar et N. Bazeer (2021), *Nurses' pay over the long term: what next?*, The Health Foundation, London.

[15] CIHI (2020), *Les médecins au Canada, 2019 Ottawa*, *https://secure.cihi.ca/free_products/physicians-in-Canada-report-fr.pdf*.

[11] Department of Health (2019), *Stronger Rural Health Strategy - Factsheets, Australian Government*.

[14] DREES (2018), *Revenu des médecins libéraux: les facteurs démographiques modèrent la hausse entre 2005 et 2014, Anne Pla*, *https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent*.

[4] Gouvernement du Canada (2019), *Système de projection des professions au Canada (SPPC)*, *http://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/c.4nt.2nt@-fra.jsp?cid=occupationdatasearch*.

[19] Grimstad Commission (2019), *Studieplasser I Medisin I Norge: Behov, modeller og muligheter [La formation médicale en Norvège : Besoins, modèles et perspectives]*.

[20] Mann, A. et V. Denis (2020), *Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession*, *https://www.oecd-forum.org/posts/can-nursing-thrive-in-the-age-of-the-coronavirus-what-young-people-think-about-the-profession-dce5a659-cc6d-4914-b4*.

[1] OCDE (2021), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2021 : Affronter la crise du COVID-19 et préparer la reprise*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/40fac915-fr*.

[5] OCDE (2019), « Engaging and transforming the health workforce », dans *Health in the 21st Century : Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/8bd03416-en*.

[12] OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5571ef48-en*.

[6] OCDE (2016), « Education and training for doctors and nurses: What's happening with numerus clausus policies? », dans *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-6-en*.

[8] OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en*.

[9] OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2021), *Country Health Profiles 2021*, Éditions OCDE, Paris/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bruxelles, *https://doi.org/10.1787/25227041*.

[7] ONDPS (2021), *Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025), mars 2021*.

[16] Socha-Dietrich, K. et J. Dumont (2021), « International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries - 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 125, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/b286a957-en*.

[13] The Health Foundation (2021), *How has NHS staff pay changed over the past decade?*, The Health Foundation, London, *https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-nhs-staff-pay-changed-over-the-past-decade*.

[21] Williams, K. et al. (2020), *Topic 2: Nursing as a career choice*, Centre for Health Service Development, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong.





9. SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dépenses pharmaceutiques

Pharmaciens et pharmacies

Consommation de produits pharmaceutiques

Génériques et biosimilaires

Recherche-développement pharmaceutique

Dépenses pharmaceutiques

En 2019, les dépenses en produits pharmaceutiques au détail (c'est-à-dire à l'exclusion de ceux utilisés durant une hospitalisation) représentaient un sixième des dépenses de santé globales dans les pays de l'OCDE. Elles constituent le troisième poste des dépenses de santé après les soins hospitaliers et ambulatoires.

Dans la zone OCDE, les régimes d'assurance publics et obligatoires ont pris en charge la plus grande part des coûts liés aux produits pharmaceutiques au détail, couvrant 56 % du total des dépenses (Graphique 9.1). Dans des pays comme l'Allemagne et la France, cette part était même supérieure, plus de 80 % des coûts totaux étant pris en charge par ces régimes. De leur côté, les régimes d'assurance maladie volontaire couvraient une part relativement faible, qui ne s'élève qu'à environ 3 %. Certains pays font cependant exception, comme la Slovénie et le Canada, où près d'un tiers des dépenses pharmaceutiques sont couvertes par l'assurance privée. L'autre source importante de financement est constituée par les paiements directs des ménages (y compris la participation aux coûts des médicaments remboursés). Ils représentent en moyenne 41 % des dépenses pharmaceutiques totales, avec des niveaux bien plus élevés dans des pays comme la Pologne et la Lettonie où les dépenses directes représentent près des deux tiers du total.

De nombreux facteurs influent sur le niveau des dépenses par habitant relatives aux produits pharmaceutiques au détail, notamment la répartition, la prescription et la délivrance ; les politiques de prix et d'approvisionnement ; et les habitudes de consommation quant aux nouveaux médicaments et aux médicaments génériques. En 2019, les dépenses de produits pharmaceutiques au détail dans les pays de l'OCDE s'établissaient en moyenne à 571 USD par personne, ajustés des différences de pouvoir d'achat (Graphique 9.2). Les dépenses aux États-Unis sont plus de deux fois plus élevées que la moyenne, tandis que pour la majorité des pays l'écart par rapport à la moyenne se situe dans une plage de ±15 %. Les dépenses par habitant étaient les plus faibles au Mexique et au Costa Rica, à moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE.

Les dépenses pharmaceutiques sont divisées en deux composantes majeures : les médicaments sur ordonnance et les produits en vente libre (voir l'encadré Définition et comparabilité). En 2019 dans l'OCDE, les médicaments sur ordonnance représentaient 79 % des dépenses, et les produits en vente libre les 21 % restants. Cette répartition reflète les spécificités propres à chaque pays en matière de couverture des médicaments sur ordonnance, ainsi qu'en matière de prix et de disponibilité des différents médicaments. La Pologne était le seul pays membre de l'OCDE où les dépenses consacrées aux produits en vente libre étaient supérieures à celles pour les médicaments sur ordonnance. Au Royaume-Uni et en Australie, les dépenses consacrées aux produits en vente libre représentaient un tiers des dépenses pharmaceutiques totales, tandis qu'au Canada et en France les dépenses relatives aux médicaments sur ordonnance représentent 90 % du total.

Suite aux fluctuations observées au cours de la dernière décennie, les dépenses relatives aux produits pharmaceutiques au détail ont eu tendance à augmenter de nouveau dans la zone OCDE ces dernières années (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7). La baisse de 2009 à 2013 était due à la mise en place de diverses mesures de maîtrise des coûts : déremboursement de certains produits, réduction des prix des fabricants et de la marge des pharmaciens et grossistes, et introduction ou augmentation de la participation financière demandée aux patients pour les médicaments sur ordonnance vendus en pharmacie (Belloni, Morgan et Paris, 2016[1]). Les données provisoires pour 2020 dans un petit nombre de pays suggèrent une croissance sensible des dépenses consacrées aux médicaments sur ordonnance par rapport à 2019 ; ceci pourrait provenir d'achats anticipés de médicaments pour les maladies chroniques, en particulier au début de la pandémie de COVID-19.

L'analyse des seules dépenses de produits pharmaceutiques au détail ne donne qu'une image partielle du coût des produits pharmaceutiques dans le système de santé. Les dépenses dans le secteur hospitalier peuvent aussi être importantes – elles représentent généralement 20 % de dépenses en plus. Ces dix dernières années, les dépenses pharmaceutiques hospitalières ont sensiblement augmenté, en partie en raison de l'apparition de nouveaux traitements très coûteux, essentiellement dans les domaines de l'oncologie et de l'immunologie. Comme l'indique le Graphique 9.3, les dépenses hospitalières en produits pharmaceutiques ont augmenté plus rapidement que celles des médicaments au détail, les plus fortes croissances étant relevées en Islande et en Espagne. Les dépenses liées aux produits pharmaceutiques vendus au détail ont diminué dans des pays comme la Grèce et le Portugal. Cette forte diminution observée en Grèce est probablement liée à l'adoption de mesures de lutte contre le gaspillage de médicaments au lendemain de la crise financière de 2008.

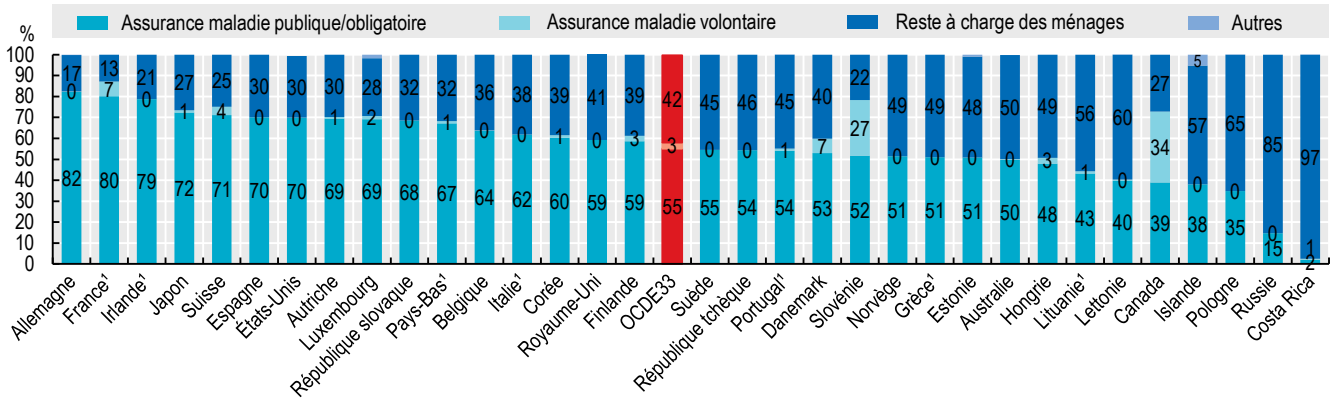
Définition et comparabilité

Les dépenses pharmaceutiques sont celles qui sont consacrées aux médicaments sur ordonnance et à l'automédication (cette dernière concerne les produits en vente libre). Certains pays sont dans l'incapacité de présenter une ventilation précise et leurs données peuvent inclure les biens médicaux non durables (comme les kits de premiers secours et les seringues hypodermiques) ; ceci entraîne généralement une surestimation allant de 5 à 10 %. Les produits pharmaceutiques au détail sont ceux fournis en dehors des soins hospitaliers, comme ceux délivrés dans les pharmacies ou achetés au supermarché, et les prix doivent inclure les marges des grossistes et des détaillants, et la taxe sur la valeur ajoutée. On observe des problèmes de comparabilité concernant l'administration et la délivrance de produits pharmaceutiques aux patients ambulatoires dans les hôpitaux. Dans certains pays, les coûts sont inclus dans la catégorie des soins curatifs ; dans d'autres, ils figurent dans celle des produits pharmaceutiques.

Les produits pharmaceutiques hospitaliers comprennent les médicaments administrés ou délivrés pendant une hospitalisation. Les coûts des produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et d'autres structures de soins sont comptabilisés dans les coûts des traitements avec hospitalisation ou en ambulatoire. Des estimations distinctes des dépenses en produits pharmaceutiques hospitaliers devraient inclure la rémunération des pharmaciens lorsque celle-ci n'est pas incluse dans le coût des médicaments.

Selon les lignes directrices SCS, les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes », c'est-à-dire qu'elles prennent en compte les éventuelles ristournes consenties par les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies.

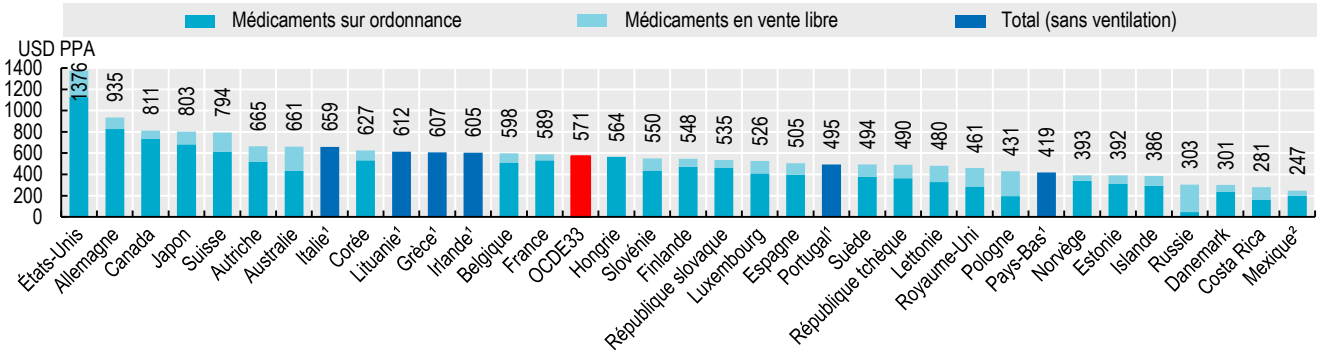
Graphique 9.1. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Produits médicaux non durables inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/9jdism

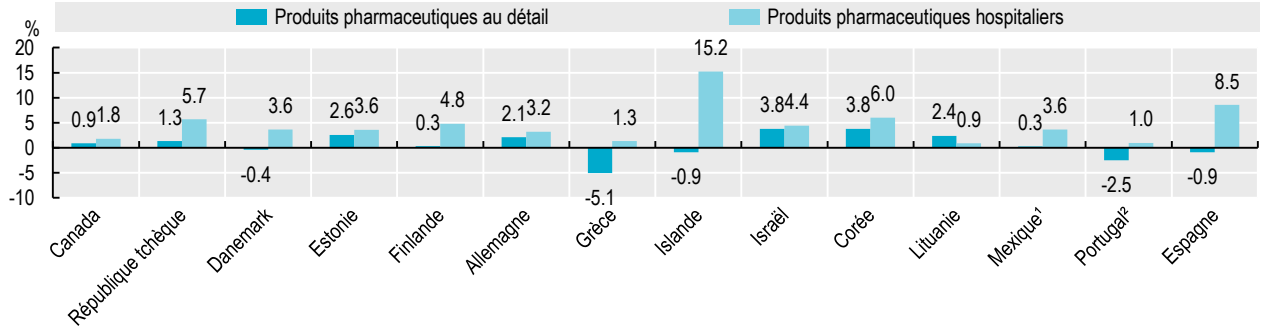
Graphique 9.2. **Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Produits médicaux non durables inclus (entraînant une surestimation d'environ 5 à 10 %). 2. Seules les dépenses privées sont incluses.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/zd78n3

Graphique 9.3. **Croissance annuelle moyenne des dépenses en produits pharmaceutiques au détail et hospitaliers, en termes réels, 2010-19 (ou années les plus proches)**



1. Seules les dépenses privées sont incluses. 2. Les dépenses en autres produits médicaux sont exclues des dépenses au détail.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/s7yoc0

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens sont des professionnels de santé hautement qualifiés dont le principal rôle est de gérer la distribution des médicaments aux consommateurs/patients et de veiller à leur utilisation sûre et efficace. Entre 2000 et 2019, le nombre de pharmaciens par habitant a augmenté dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des séries chronologiques sont disponibles de près de 40 % en moyenne, pour atteindre 86 pharmaciens pour 100 000 habitants (Graphique 9.4). Toutefois leur densité varie fortement d'un pays à l'autre, allant de 21 pour 100 000 habitants aux Pays-Bas à 190 au Japon.

Les plus fortes augmentations de densité entre 2000 et 2019 ont été observées au Japon, au Portugal, en Espagne et en Norvège. Au Japon, la croissance est dans une large mesure attribuable aux efforts menés par le gouvernement pour séparer plus clairement la prescription de médicaments par les médecins et leur délivrance par les pharmaciens (système Bungyo).

Dans la zone OCDE, la plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville, mais ils sont également nombreux à être employés dans les hôpitaux, l'industrie, la recherche et la sphère universitaire. Au Canada, par exemple, en 2019, plus de 75 % des pharmaciens en exercice travaillaient dans une pharmacie de ville, tandis que près de 20 % étaient employés dans des hôpitaux ou d'autres établissements de soins (CIHI, 2020[2]). Au Japon, environ 58 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2018, environ 19 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et les 23 % restants dans d'autres structures (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2018[3]).

En 2019, le nombre de pharmacies de ville pour 100 000 habitants allait de 9 au Danemark à 88 en Grèce, avec une moyenne de 28 dans les pays de l'OCDE (Graphique 9.5). Ces divergences peuvent en partie s'expliquer par les différences dans les canaux de distribution habituels. Dans certains pays, ce sont davantage les pharmacies des hôpitaux qui délivrent les médicaments aux patients ambulatoires ; dans d'autres, les médecins sont toujours autorisés à les délivrer à leurs patients (comme aux Pays-Bas). Au Danemark, les pharmacies de ville sont moins nombreuses mais elles sont souvent de grande taille, avec des succursales et des filiales rattachées à la pharmacie principale. En Australie, avec une moyenne d'environ 23 pharmacies de ville pour 100 000 habitants, la distance minimale entre les établissements est réglementée.

La gamme des produits et services fournis par les pharmacies varie également d'un pays à l'autre. Dans la plupart des pays d'Europe, par exemple, les pharmacies vendent aussi des cosmétiques, des compléments alimentaires, des appareils médicaux et des produits homéopathiques.

Ces dernières années, le rôle des pharmaciens de ville a changé. En plus de délivrer des médicaments, ils fournissent de plus en plus des soins directs aux patients (comme les vaccinations, l'aide à l'observance des traitements médicamenteux et à la gestion des maladies chroniques, et la vérification des traitements pris à domicile), aussi bien en officine que dans le cadre d'équipes intégrées de prestataires de soins. Dans des pays comme la Belgique, la Finlande, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suisse, les pharmaciens jouent également un rôle accru dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, notamment dans les zones rurales (OCDE, 2020[4]).

Dans de nombreux pays de l'OCDE, le champ de pratique des pharmaciens de ville s'est encore sensiblement élargi du fait de la pandémie de COVID-19. Ils restent un premier point de contact essentiel du système de soins de santé, et les pharmacies faisaient partie des services de soins de santé qui sont restés ouverts au public pendant les confinements. Pour garantir la continuité des soins et de l'accès aux médicaments, en Autriche, au Canada, en France, en Irlande, en Italie, au Portugal et dans certains États des États-Unis, les pharmaciens ont vu leur champ d'activité s'étendre, et peuvent ainsi prolonger les prescriptions, autoriser le transfert électronique des prescriptions, et dans certains cas, prescrire des médicaments pour certaines pathologies chroniques.

Dans plusieurs pays, les pharmaciens jouent un rôle grandissant dans l'administration des vaccins, notamment contre la grippe saisonnière (Australie, Canada, Irlande, Italie, Norvège, Nouvelle-Zélande et Portugal), le COVID-19 (Australie, Canada, France, Irlande, Italie, Norvège, Pologne, Portugal et Royaume-Uni), et certaines maladies infantiles courantes (Australie, États-Unis et Royaume-Uni). Par ailleurs, les capacités de dépistage du COVID-19 ont été augmentées dans certains pays grâce à la fourniture de kits d'auto-prélèvement ou à des dépistages directement effectués en pharmacie.

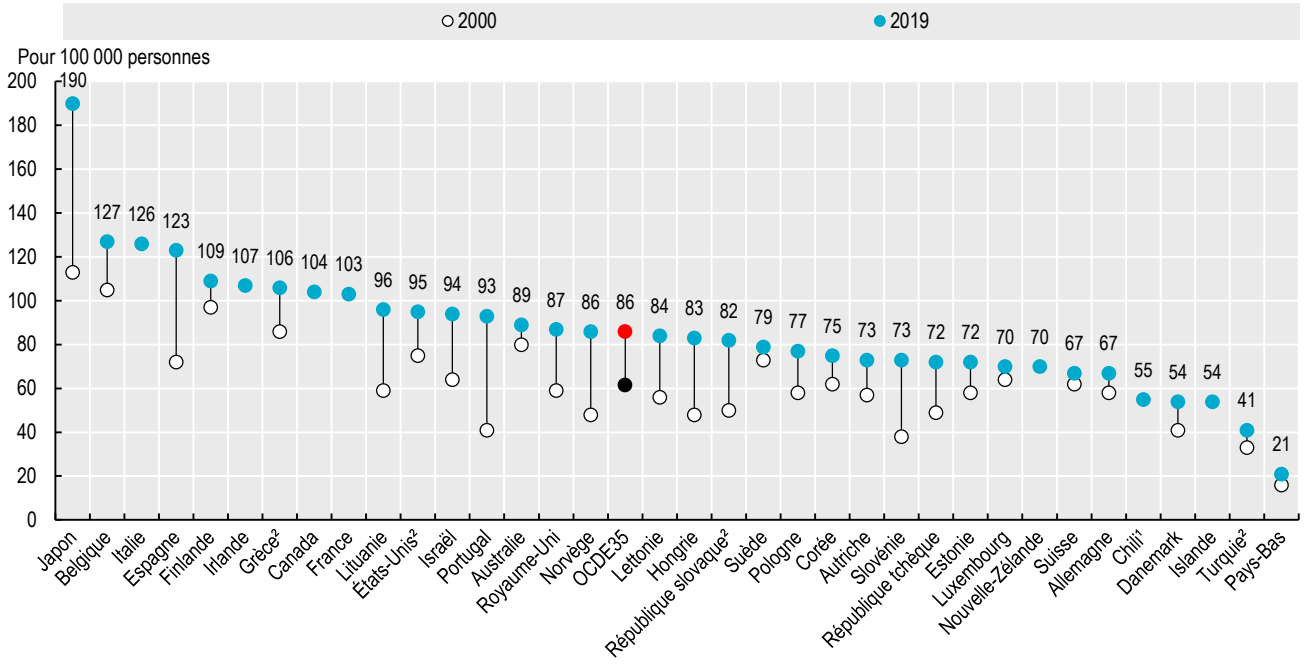
Définition et comparabilité

Les pharmaciens en exercice sont ceux qui sont autorisés à exercer et qui fournissent des services directs aux clients ou patients. Ils peuvent être salariés ou libéraux, et travailler dans des pharmacies de ville, des hôpitaux ou d'autres structures. Les aides-pharmaciens et autres employés des pharmacies sont normalement exclus de cette catégorie.

En Irlande, les chiffres comprennent tous les pharmaciens inscrits à la *Pharmaceutical Society of Ireland*, et peuvent inclure des pharmaciens qui ne sont pas en activité. Les aides-pharmaciens sont inclus en France et en Lettonie.

Les pharmacies de ville sont les établissements qui, conformément aux dispositions et définitions légales du pays, sont autorisés à fournir des services de pharmacie à l'échelon local. Le nombre indiqué de pharmacies de ville correspond aux établissements où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

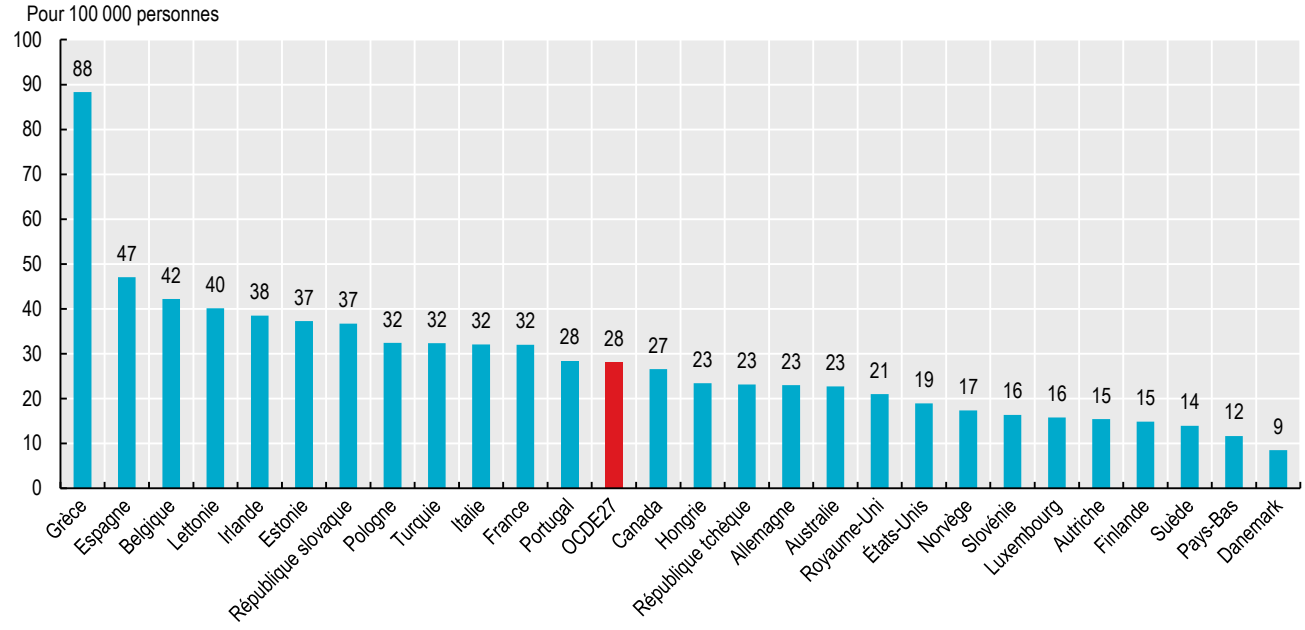
Graphique 9.4. **Pharmaciens en exercice, 2000 et 2019 (ou années les plus proches)**



1. Les données font référence à tous les pharmaciens habilités à exercer. 2. Les données concernent non seulement les pharmaciens qui fournissent des services directs aux patients, mais aussi ceux qui travaillent dans le secteur de la santé en tant que chercheurs, pour des entreprises pharmaceutiques, etc.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/mdg51u

Graphique 9.5. **Pharmacies de ville, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données du Groupement pharmaceutique de l'Union européenne, ou sources nationales pour les pays non-européens, 2019 ou année la plus proche.

StatLink https://stat.link/axsoib

Consommation de produits pharmaceutiques

La consommation de produits pharmaceutiques augmente depuis plusieurs décennies, à la fois sous l'effet de la demande croissante de médicaments destinés à traiter les maladies liées à l'âge et les affections chroniques, et sous celui de l'évolution de la pratique clinique. La présente section examine la consommation de quatre catégories de produits pharmaceutiques utilisés pour certaines affections chroniques : les antihypertenseurs, les agents modifiants les lipides (comme les hypocholestérolémiants), les agents antidiabétiques et les antidépresseurs (Graphique 9.6). Ces médicaments soignent des pathologies dont la prévalence a sensiblement augmenté dans les pays de l'OCDE ces dernières décennies.

La consommation d'antihypertenseurs dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne de 65 % entre 2000 et 2019, et presque quadruplé au Costa Rica et en Estonie. Elle est restée la plus élevée en Allemagne et en Hongrie, où elle était presque cinq fois plus forte qu'en Corée. Ces variations reflètent vraisemblablement les différences à la fois dans la prévalence de l'hypertension et dans les pratiques cliniques.

L'utilisation d'agents modifiants les lipides a encore plus augmenté dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2019, où elle a presque quadruplé. Le Royaume-Uni, le Danemark, la Norvège et la Belgique ont fait état des plus hauts niveaux de consommation par habitant en 2019, niveaux qui varient d'un à six entre les pays de l'OCDE.

L'utilisation de médicaments antidiabétiques a également considérablement augmenté : elle a doublé au cours de la même période. Cette hausse peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, qui est liée dans une large mesure à l'augmentation de celle de l'obésité (voir l'indicateur « Surcharge pondérale et obésité » au chapitre 4), qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2. En 2019, la consommation de médicaments antidiabétiques allait du simple au double entre l'Autriche, le Chili et la Lettonie, où elle était la plus basse, et la Finlande, où elle était la plus élevée.

La consommation d'antidépresseurs a plus que doublé dans les pays de l'OCDE entre 2000 et 2019. Cela peut indiquer une meilleure reconnaissance de la dépression, la disponibilité de thérapies, l'évolution des recommandations pour la pratique clinique ou un changement d'attitude des patients et des professionnels (Mars et al., 2017[5]). Toutefois, les variations entre pays sont très nettes, l'Islande faisant état du plus haut niveau de consommation en 2019, lequel est huit fois plus élevé qu'en Lettonie.

L'analyse préliminaire des données de 2020 provenant d'un sous-ensemble de pays de l'OCDE montre que la consommation des produits pharmaceutiques des catégories précitées est restée stable ou a même augmenté par rapport à 2019, ce qui laisse penser que l'accès aux médicaments contre les maladies chroniques a été maintenu durant la pandémie. Cette situation découle en partie de la mise en œuvre par les pharmaciens de mesures en faveur de la continuité de l'accès aux traitements pour les patients atteints de maladies chroniques (voir par exemple l'indicateur « Pharmaciens et pharmacies »). Une autre raison possible pourrait être l'utilisation accrue des services de soins de santé en ligne (voir l'indicateur « Santé numérique » dans le chapitre 5), notamment les prescriptions en ligne ou par téléphone. Ainsi, mi-2020, environ 47 % des adultes dans 22 pays de l'UE membres de l'OCDE avaient bénéficié d'une prescription en ligne ou par téléphone depuis le début de la pandémie, une proportion qui a augmenté de 12 % début 2021 selon l'enquête Eurofound (Eurofound, 2021[6]). Les pays dans lesquels la hausse des prescriptions en ligne et par téléphone est la plus marquée entre mi-2020 et début 2021, comme la Grèce et le Portugal, font également état d'une hausse de la consommation de produits pharmaceutiques entre 2019 et 2020.

Définition et comparabilité

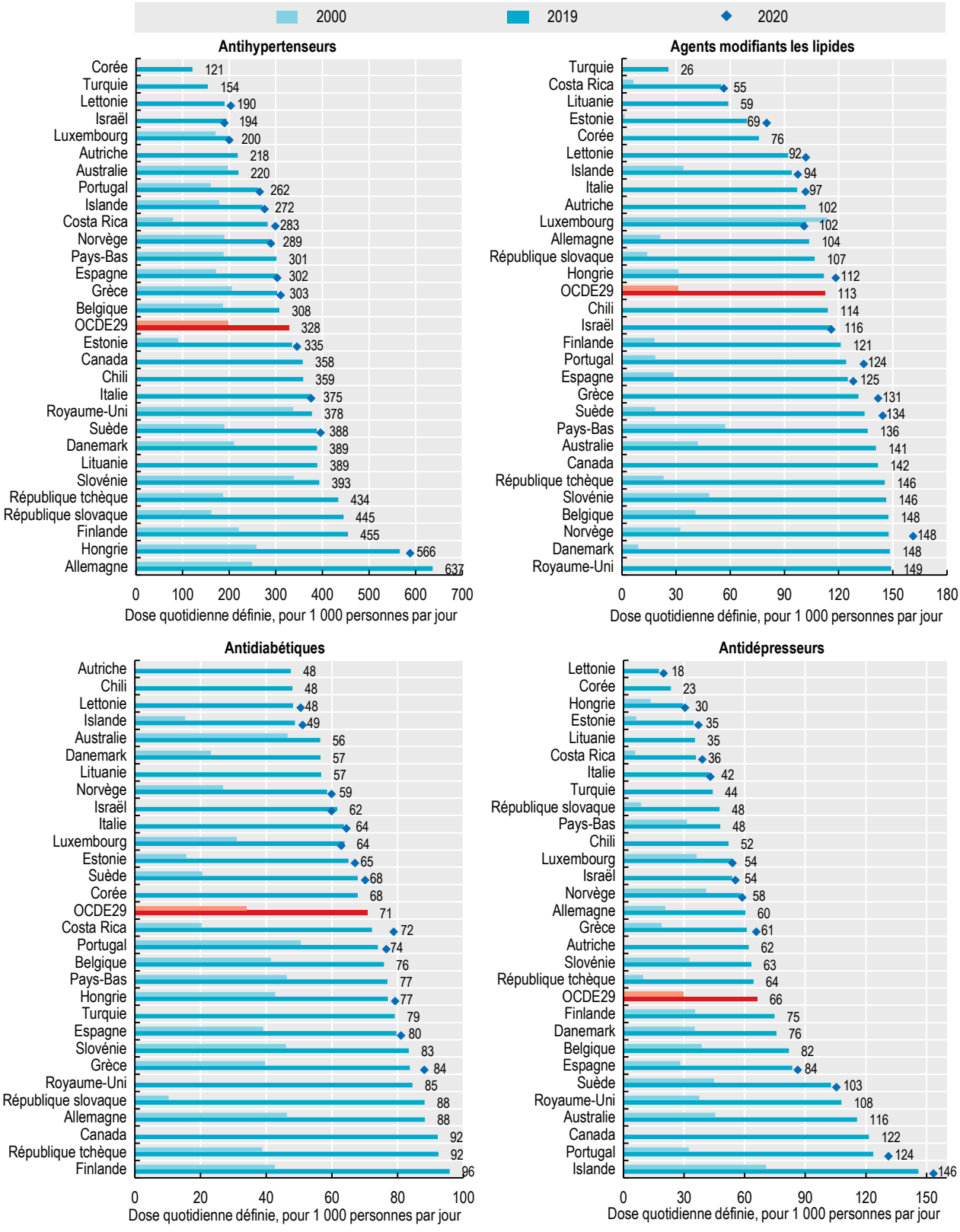
La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose moyenne d'entretien supposée, par jour, pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Les DQD sont attribuées par un consensus d'experts international à chaque principe actif dans une catégorie thérapeutique donnée. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 g, ce qui est la dose moyenne d'entretien supposée, par jour, pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Elles peuvent être cumulées au sein des catégories thérapeutiques de la classification anatomique, thérapeutique, chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et entre celles-ci. Pour de plus amples informations, voir *https://www.whocc.no/*.

Le volume de la consommation de médicaments contre l'hypertension présenté dans le Graphique 9.6 correspond à la somme de cinq catégories de deuxième niveau de l'ATC, qui peuvent toutes être prescrites à cet effet (C02 – antihypertenseurs, C03 – diurétiques, C07 – bêtabloquants, C08 – inhibiteurs des canaux calciques et C09 – agents agissant sur le système rénine-angiotensine). Les codes de l'ATC pour les autres classes des médicaments sont : C10 – agents réduisant les lipides sériques, A10 – médicaments utilisés en cas de diabète (médicaments antidiabétiques, y compris l'insuline et analogues) et N06A – antidépresseurs.

Les données concernent uniquement la consommation ambulatoire, à l'exception du Chili, de la Corée, du Costa Rica, du Danemark, de l'Espagne (depuis 2018), de l'Estonie, de la Finlande, de la France, de l'Islande (avant 2011), de l'Italie, de la Lituanie, de la Norvège, de la République slovaque, de la République tchèque et de la Suède, où les chiffres couvrent aussi la consommation hospitalière. Pour le Canada, seules les données provenant de provinces pour lesquelles des données de niveau de population étaient disponibles ont été incluses (Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan). Les données pour l'Espagne concernent la consommation ambulatoire et hospitalière des médicaments sur ordonnance couverts par le système national de santé (assurance publique), tandis que celles pour le Luxembourg ne couvrent que la consommation hospitalière. Les données pour le Luxembourg sont sous-estimées en raison de la prise en compte incomplète de produits contenant plusieurs principes actifs.

Des données supplémentaires pour 2020 étaient disponibles dans certains pays de l'OCDE, comme indiqué dans le Graphique 9.6. Les étiquettes de données correspondent aux données de 2019.

Graphique 9.6. **Consommation de médicaments pour certaines affections chroniques, 2000, 2019, et 2020 (ou années les plus proches)**



Note : Voir l'encadré « Définition et comparabilité » pour une répartition des médicaments par code ATC. Les étiquettes de données correspondent aux données de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/78blx5

Génériques et biosimilaires

Tous les pays de l'OCDE voient dans le marché des génériques et des biosimilaires l'occasion de renforcer l'efficience des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti des possibilités offertes par ce marché. Les génériques ont représenté en 2019 plus des trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus en Allemagne, au Canada, au Chili, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, mais moins d'un quart au Luxembourg et en Suisse (Graphique 9.7). En valeur, les génériques représentaient plus de deux tiers des produits pharmaceutiques vendus au Chili en 2019, mais en moyenne moins d'un quart dans les pays de l'OCDE. Les différences de structure des marchés (notamment le nombre de médicaments tombés dans le domaine public) et de pratique de prescription expliquent certaines divergences entre pays, mais la consommation de génériques est aussi liée aux politiques en vigueur (OCDE, 2018[7] ; Socha-Dietrich, James et Couffinhal, 2017[8]). En Autriche, par exemple, les pharmaciens ne sont pas autorisés à remplacer un médicament par son générique. Au Luxembourg, le remplacement par un générique par les pharmaciens est limité à certains médicaments.

De nombreux pays ont adopté des incitations financières à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients pour stimuler le marché des génériques. Ces dix dernières années, la France et la Hongrie, par exemple, ont adopté des mesures destinées, grâce à un système de rémunération basée sur la performance, à inciter les généralistes à prescrire des génériques. En Suisse, les pharmaciens reçoivent une rémunération lorsqu'ils remplacent un médicament par son générique ; en France, les pharmacies reçoivent un bonus si elles affichent un taux de substitution élevé. Dans de nombreux pays, les tiers payeurs remboursent un montant fixe pour un médicament donné, ce qui permet au patient de choisir entre le princeps et son générique, la différence étant à sa charge (Socha-Dietrich, James et Couffinhal, 2017[8]).

Les produits biologiques sont une classe de médicaments fabriqués ou obtenus à partir de systèmes vivants comme des microorganismes, ou des cellules végétales ou animales. La plupart des médicaments biologiques sont de très grandes molécules complexes, ou des mélanges de ces molécules. Un grand nombre sont produits à l'aide de la technologie de l'ADN recombinant. Lorsque ces médicaments ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale, des « biosimilaires » (versions ultérieures de ceux-ci) peuvent être approuvés. L'entrée sur le marché de biosimilaires crée une concurrence tarifaire, et améliore ainsi l'accessibilité économique.

En 2019, les biosimilaires représentaient plus de 80 % du volume du « marché accessible » (voir l'encadré « Définition et comparabilité ») pour l'érythropoïétine (utilisée pour traiter l'anémie) en Finlande, en Grèce, en Italie et en Pologne (Graphique 9.8). Dans la plupart des pays européens, les prix catalogue de l'érythropoïétine ont chuté de 30 à 80 % après l'entrée des biosimilaires sur le marché. La concurrence engendrée par les biosimilaires a conduit les fabricants d'érythropoïétine (de princeps comme de biosimilaires) à baisser leurs prix.

Pour les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF), aussi appelés anti-TNF alfa (utilisés pour traiter divers troubles auto-immuns et d'origine immunologique), les biosimilaires occupent plus de 80 % du marché accessible au Danemark, mais moins de 10 % en Grèce et en Hongrie en 2019 (Graphique 9.8). La baisse des prix depuis l'entrée des biosimilaires sur le marché est plus modeste que pour l'érythropoïétine, et ceux-ci ont même semblé augmenter dans certains pays. Pourtant, pour ces deux biosimilaires, la baisse réelle des prix est supérieure à ce que montrent les chiffres : ces données sont basées sur les prix catalogue, et ne tiennent pas compte des remises et rabais confidentiels, qui peuvent être importants.

Définition et comparabilité

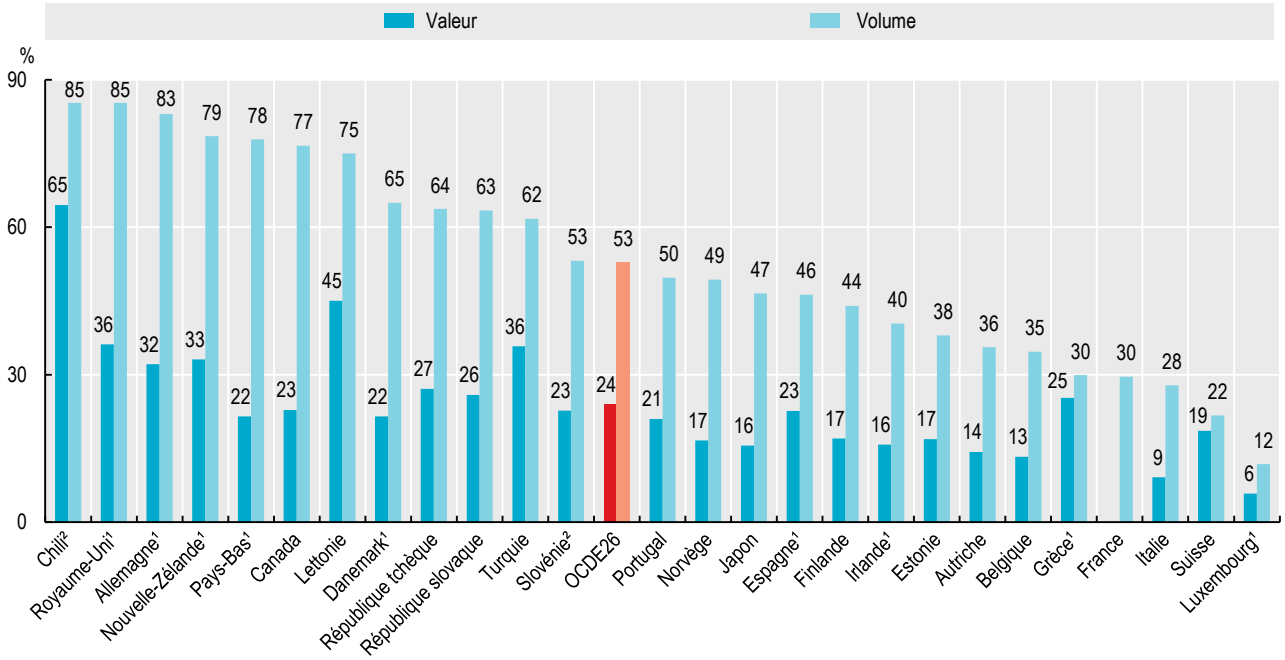
Un médicament générique est un produit pharmaceutique qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le produit de référence et dont la bioéquivalence avec ce dernier a été prouvée. On peut distinguer les génériques de marque (portant un nom commercial spécifique) et les génériques sans marque (désignés par la dénomination commune internationale et le nom du laboratoire).

Les pays ont été invités à fournir des données pour tous les marchés concernés. Toutefois de nombreux pays ont fourni des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou le marché des médicaments remboursables (voir les notes du graphique). La part du marché des génériques exprimée en valeur peut représenter le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, le montant payé par des tiers payeurs pour des médicaments, ou le montant payé par tous les payeurs (tiers payeurs ou consommateurs). La part du marché des génériques en volume peut être exprimée en DQD ou en nombre de boîtes ou unités standard.

Un produit médical biosimilaire (un biosimilaire) est un produit qui a obtenu l'homologation réglementaire et qui présente des similitudes suffisantes avec le produit médical de référence (biologique) en termes de caractéristiques qualitatives, d'activité biologique, de sécurité et d'efficacité.

La part de marché des biosimilaires et l'évolution des prix sont mesurées pour le « marché accessible », c'est-à-dire le marché qui inclut les princeps qui ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale, et leurs biosimilaires. Le marché accessible pour les biosimilaires est très évolutif, car les médicaments biologiques perdent progressivement leur exclusivité avec le temps. La part de marché correspond aux jours de traitement avec des biosimilaires en proportion du volume total de jours de traitement avec des produits du marché accessible. L'évolution des prix correspond à la différence entre les prix par jour de traitement en 2019 et ceux pratiqués l'année précédant l'entrée du premier biosimilaire sur le marché. Le marché accessible des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale comprend l'adalimumab, l'infliximab, et l'etanercept. Le marché accessible de l'érythropoïétine comprend la darbépoétine alfa, et l'époétine alfa, bêta, delta, thêta et zêta.

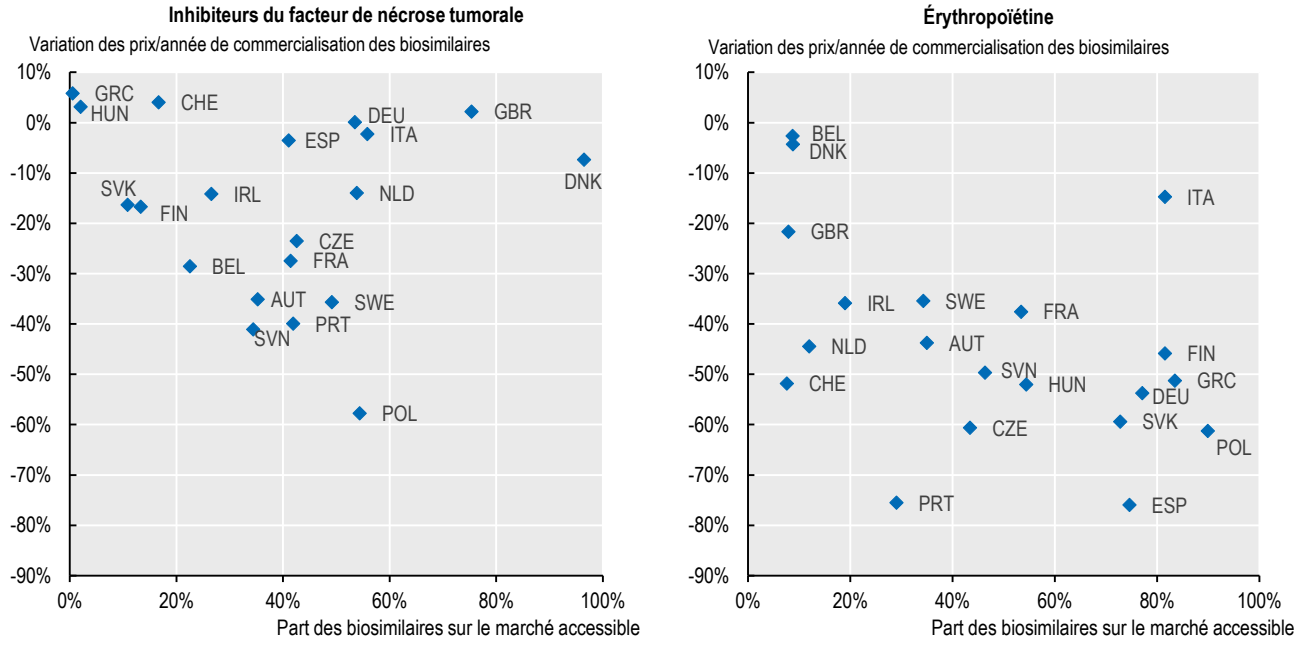
Graphique 9.7. **Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Marché des médicaments remboursés, à savoir le sous-marché dans lequel un tiers payeur rembourse les médicaments. 2. Marché des pharmacies de ville.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/0hm6nw

Graphique 9.8. **Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale et érythropoïétine, part de marché des biosimilaires, en nombre de jours de traitement, par rapport au marché accessible, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : IQVIA MIDAS® MAT Décembre 2019. Les données pour la Grèce correspondent à des données de panel sur la vente au détail.

StatLink https://stat.link/05zcor

Recherche-développement pharmaceutique

Le financement de la R-D (recherche-développement) pharmaceutique est le fruit d'une combinaison de sources publiques et privées. Avant la pandémie de COVID-19, les pouvoirs publics soutenaient principalement la recherche fondamentale et les travaux de recherche préliminaires par l'intermédiaire de dotations budgétaires, de subventions de recherche et en finançant des établissements de recherche et des établissements d'enseignement supérieur. L'industrie pharmaceutique participe activement à toutes les phases de R-D, mais sa plus grande contribution consiste à traduire et appliquer les connaissances pour développer des produits. Elle finance également la plupart des essais cliniques préalables à l'enregistrement, mais bénéficie souvent de subventions à la R-D ou de crédits d'impôt. En 2019, les gouvernements de 33 pays de l'OCDE pour lesquels il existe des données ont alloué ensemble environ 67 milliards USD à la R-D dans le domaine de la santé. Ce chiffre ne concerne pas uniquement les produits pharmaceutiques, et reste une sous-estimation du soutien total des pouvoirs publics car il exclut la plupart des incitations fiscales et des fonds alloués à l'enseignement supérieur et aux entreprises publiques. La même année, l'industrie pharmaceutique a consacré quelque 114 milliards USD à la R-D dans ces mêmes pays.

La majeure partie des dépenses de R-D de l'industrie pharmaceutique a lieu dans les pays de l'OCDE, mais la part des pays non membres est en hausse (EFPIA, 2020[9]). En 2019, l'industrie pharmaceutique a dépensé plus de 14 milliards USD dans la R-D en République populaire de Chine (0.06 % du PIB) – plus que dans aucun autre pays de l'OCDE à l'exception des États-Unis (OCDE, 2021[10]). Près des deux tiers des dépenses effectuées dans les pays de l'OCDE interviennent aux États-Unis (Graphique 9.9), où l'industrie pharmaceutique a dépensé environ 75 milliards USD (0.36 % du PIB), et où les budgets publics de R-D dans le domaine de la santé étaient de 44 milliards USD (0.21 % du PIB). La majeure partie du reste des dépenses a eu lieu en Europe et au Japon. En proportion du PIB, les dépenses de l'industrie sont les plus élevées en Suisse (0.8 %), en Belgique (0.5 %) et en Slovénie (0.4 %), qui sont des pays plus petits dotés de secteurs pharmaceutiques relativement importants.

Même si les données officielles ne sont pas encore disponibles, cette situation a clairement évolué suite à la pandémie de COVID-19. Les pouvoirs publics ont mobilisé des dizaines de milliards de dollars pour financer des processus de R-D complets, y compris les essais cliniques de phase avancée, en particulier pour des vaccins, mais aussi des traitements. Ils ont également conclu d'importants engagements préalables d'achats pour des vaccins contre le COVID-19 avant que les données des essais cliniques soient disponibles, transférant ainsi efficacement des entreprises aux contribuables les risques financiers liés à la R-D. Ainsi, en juillet 2021, l'accélérateur ACT-A (*Access to COVID-19 Tools Accelerator*) de l'OMS avait reçu de divers États 12 milliards USD de fonds pour le vaccin, dont 1.7 milliard USD en soutien direct à la R-D relative à des projets sélectionnés par la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) (OMS, 2021[11]). Fin 2020, le gouvernement des États-Unis avait alloué 12 milliards USD pour les phases finales de développement des vaccins et les engagements d'approvisionnement (Bloomberg, 2020[12]). Les analyses préliminaires des déclarations financières laissent penser que les dépenses de R-D de l'industrie pharmaceutique ont également continué d'augmenter, malgré une grande variabilité, certaines entreprises faisant état d'une baisse dans ce domaine (OCDE, 2021[13]).

L'industrie pharmaceutique affiche une forte intensité de R-D : le secteur dépense en moyenne plus de 13 % de sa valeur ajoutée brute en R-D – une part inférieure à celle observée dans le secteur des produits électroniques et optiques, comparable à celle de l'industrie aéronautique et spatiale, mais qui reste considérablement supérieure à la moyenne de l'ensemble du secteur manufacturier (Graphique 9.10). Tandis que les dépenses de R-D sont une mesure des investissements en R-D, les systèmes de santé sont surtout intéressés par les produits de R-D, qui sont bien plus compliqués à mesurer. Le nombre d'autorisations de mise sur le marché de nouveaux médicaments est une de ces mesures, mais il ne rend pas compte des bénéfices sanitaires que les nouveaux produits vont apporter ou non. Entre 2010 et 2020, la *Food and Drug Administration* (FDA) aux États-Unis a autorisé en moyenne 43 nouveaux médicaments par an, avec une forte tendance à la hausse : de moins de 30 en 2010 à environ 50 les dernières années (Graphique 9.11). Près d'un tiers étaient des produits contre le cancer et des immunomodulateurs, 14 % étaient des anti-infectieux, et 10 % étaient des produits pour les voies digestives et le métabolisme et le système nerveux.

Définition et comparabilité

Les dépenses intérieures de R-D du secteur des entreprises (DIRDE) couvrent la R-D réalisée par les entreprises, quelle que soit l'origine des fonds. Les DIRDE sont enregistrées dans le pays où a lieu l'activité de R-D. Les agences statistiques nationales recueillent ces données principalement par des enquêtes et selon le *Manuel de Frascati* mais les pratiques nationales varient dans une certaine mesure. La « R-D pharmaceutique » désigne les DIRDE des entreprises classées dans l'industrie pharmaceutique.

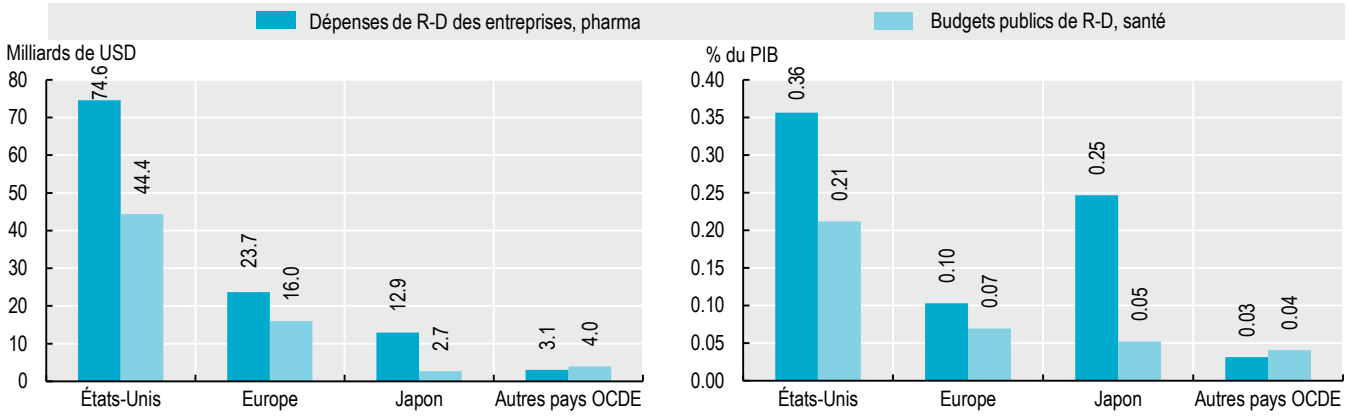
Les allocations de crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) englobent la R-D menée directement par les administrations publiques et les sommes versées à d'autres institutions pour financer la R-D. La R-D dans le domaine de la santé désigne les CBPRD employés dans le but de protéger, promouvoir et restaurer la santé humaine, ce qui recouvre notamment tous les aspects des soins médicaux et sociaux, mais exclut les dépenses des entreprises publiques et les fonds universitaires généraux qui sont ensuite affectés à la santé.

L'Europe inclut les 21 pays membres de l'UE qui sont aussi membres de l'OCDE ainsi que l'Islande, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni. Les données ne sont pas disponibles pour l'Australie, la Colombie, le Costa Rica, le Luxembourg et la Nouvelle-Zélande.

La valeur ajoutée brute d'un secteur correspond à la production brute moins la consommation intermédiaire. Elle inclut le coût des salaires, la consommation de capital fixe et les impôts sur la production. Les moyennes OCDE du Graphique 9.10 correspondent aux moyennes non pondérées de l'intensité de R-D, sur la base de 17 pays qui disposent de données pour les industries aéronautique et spatiale ; et sur 31 à 34 pays pour tous les autres secteurs.

Le Graphique 9.11 inclut les approbations des demandes d'autorisation de nouvelles entités moléculaires et de nouveaux produits biologiques du Centre de recherche et d'évaluation des médicaments de la FDA, et les approbations des demandes d'autorisation de nouveaux produits biologiques relatives aux vaccins, aux thérapies géniques, et aux facteurs de coagulation par le Centre de recherche et d'évaluation des produits biologiques de la FDA, mais à l'exclusion des autres types de produits approuvés par le Centre de recherche et d'évaluation des produits biologiques de la FDA. Les domaines thérapeutiques sont basés sur les groupes de niveau 1 de la classification ATC de l'OMS

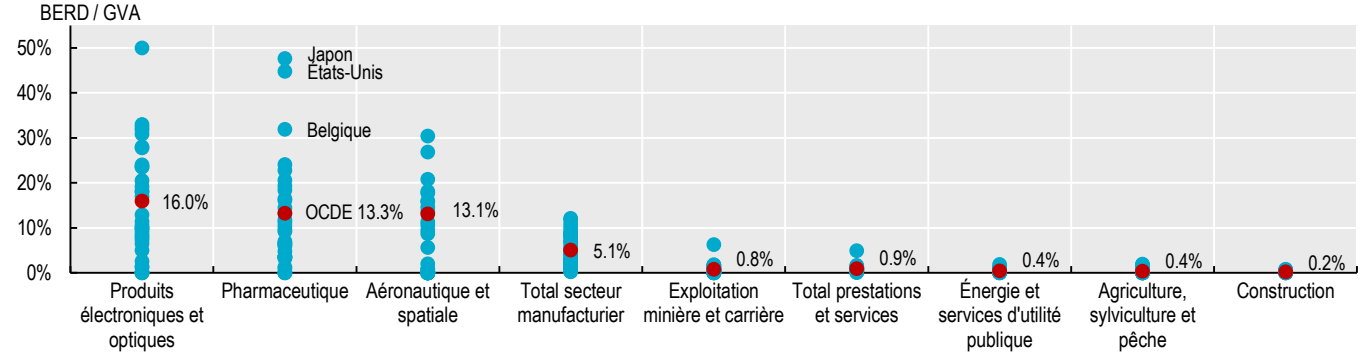
Graphique 9.9. **Dépense intérieure brute de R-D pharmaceutique des entreprises et budgets publics de R-D liée à la santé, 2018 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données de l'OCDE sur les principaux indicateurs de la science et de la technologie et Base de données de l'OCDE sur les statistiques de R-D.

StatLink https://stat.link/ulen6b

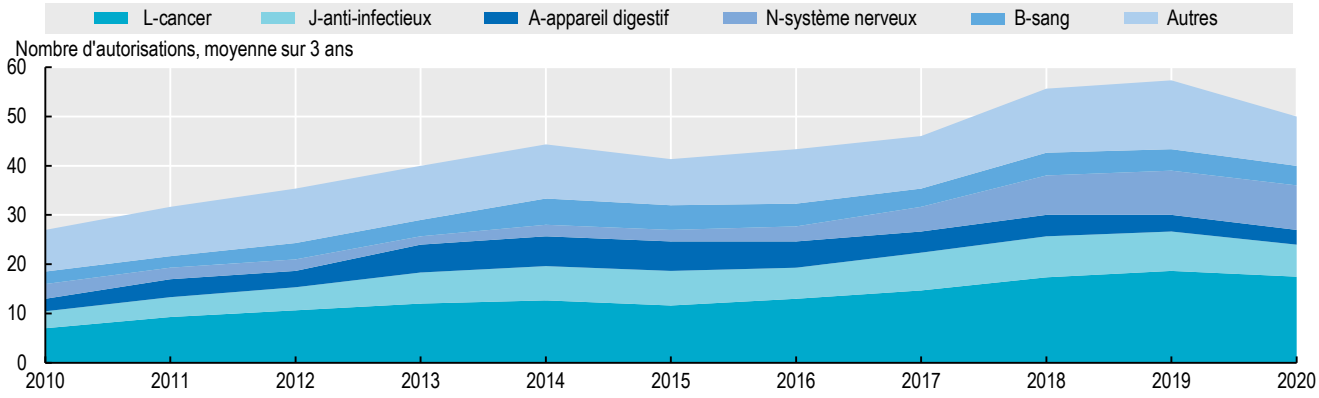
Graphique 9.10. **Intensité de R-D par secteur : dépense intérieure brute de R-D des entreprises en proportion de la valeur ajoutée brute (VAB), 2018 (ou année la plus proche)**



Source : OCDE, Base de données analytique sur les dépenses de R-D dans le secteur des entreprises, Base de données pour l'analyse structurelle et Base de données sur les comptes nationaux des pays de l'OCDE.

StatLink https://stat.link/9o2xel

Graphique 9.11. **Nombre annuel d'autorisations de nouveaux médicaments aux États-Unis par domaine thérapeutique, 2010-20**



Note : Autre inclut V-divers, R-respiratoire, M-musculo-squelettique, S-organes sensoriels, G-système uro-génital et hormones sexuelles, H-préparations hormonales systémiques, P-anti-parasitaires, et manquant ou inconnu.
Source : Analyse de l'OCDE basée sur des données publiées par la FDA aux États-Unis.

StatLink https://stat.link/wielfq

Références

[1] Belloni, A., D. Morgan et V. Paris (2016), « Pharmaceutical Expenditure And Policies : Past Trends And Future Challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 87, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en*.

[12] Bloomberg (2020), *Inside Operation Warp Speed's $18 Billion Sprint for a Vaccine*, *https://www.bloomberg.com/news/features/2020-10-29/inside-operation-warp-speed-s-18-billion-sprint-for-a-vaccine*.

[2] CIHI (2020), *Pharmaciens au Canada, 2019 - Tableaux de données*, Ottawa CIHI, *https://www.cihi.ca/fr/pharmaciens* (consulté le 14 juillet 2021).

[9] EFPIA (2020), *The Pharmaceutical Industry in Figures - Key Data 2020*, *https://www.efpia.eu/media/554521/efpia_pharmafigures_2020_web.pdf*.

[6] Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 dataset*, *http://eurofound.link/covid19data* (consulté le 9 juillet 2021).

[16] GPUE (2021), *Position du GPUE sur le rôle des pharmaciens d'officine dans la lutte contre la COVID-19 : les leçons tirées de la pandémie*, *https://www.pgeu.eu/publications/pgeu-position-paper-on-the-lessons-learned-from-the-covid-19-pandemic/?lang=fr* (consulté le 14 juillet 2021).

[5] Mars, B. et al. (2017), « Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995–2011 », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52/2, pp. 193-200, *http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1306-4*.

[3] Ministry of Health, Labour and Welfare (2018), *Summary of 2018 Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists*, Bureau des statistiques de santé, Direction générale des statistiques et de la politique d'information, Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales, *https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html* (consulté le 14 juillet 2021).

[10] OCDE (2021), *Base de données analytique des dépenses en recherche et développement dans l'industrie (ANBERD) et base de données des principaux indicateurs de la science et de la technologie (PIST)*, *https://stats.oecd.org/*.

[13] OCDE (2021), *OECD Main Science and Technology Indicators: Highlights on R&D expenditure, March 2021 release*, OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/sti/msti-highlights-march-2021.pdf*.

[15] OCDE (2021), « Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/ae139cf5-fr*.

[4] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en*.

[7] OCDE (2018), « Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals », dans *Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-5-en*.

[11] OMS (2021), *Access to COVID-19 tools funding commitment tracker*, *https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker*.

[8] Socha-Dietrich, K., C. James et A. Couffinhal (2017), « Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals », dans *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-7-en*.

[14] Troein, P., M. Newton et K. Scott (2020), *The Impact of Biosimilar Competition in Europe (white paper)*, IQVIA, *https://www.iqvia.com/en/library/white-papers/the-impact-of-biosimilar-competition-in-europe* (consulté le 15 juillet 2021).





10. VIEILLISSEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Évolution démographique

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Démence

Sécurité des soins de longue durée

Accès aux soins de longue durée

Aidants informels

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Établissements de soins de longue durée

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Soins de fin de vie



Évolution démographique

En moyenne, la part de la population âgée de 65 ans et plus a presque doublé au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, passant de moins de 9 % en 1960 à plus de 17 % en 2019. La baisse des taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie (voir l'indicateur « Espérance de vie selon le sexe et le niveau d'éducation » au chapitre 3) signifient que les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante des populations des pays de l'OCDE. En 2019, on comptait plus de 232 millions de personnes de plus de 65 ans dans les 38 pays membres de l'OCDE, dont plus de 62 millions avaient au moins 80 ans. Les personnes âgées étant davantage exposées au risque de développer une forme grave de la maladie et d'en mourir, la pandémie de COVID-19 nous a rappelé qu'il était nécessaire de veiller à ce que les systèmes de santé soient capables de s'adapter à l'évolution des besoins de la population âgée.

En moyenne dans les pays membres de l'OCDE, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans devrait continuer d'augmenter dans les prochaines décennies, et passer de 17.3 % en 2017 à 26.7 % en 2050 (Graphique 10.1). Dans cinq pays (Italie, Portugal, Grèce, Japon et Corée) plus d'un tiers de la population sera âgée de plus de 65 ans en 2050. En revanche, en Israël, au Mexique, en Australie et en Colombie les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront moins de 20 %, en raison de taux de fécondité et d'immigration supérieurs.

L'augmentation de la population âgée de 65 ans et plus a été marquante dans toute la zone OCDE, avec une hausse particulièrement rapide pour le groupe des « plus âgés » (les personnes de 80 ans et plus). En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part de la population âgée de 80 ans et plus devrait presque doubler entre 2019 et 2050, passant de 4.6 % à 9.8 %. Au moins une personne sur 10 aura 80 ans ou plus dans près de la moitié (18) de ces pays d'ici à 2050, tandis qu'elles seront plus d'une sur huit dans cinq pays (Portugal, Grèce, Italie, Corée et Japon).

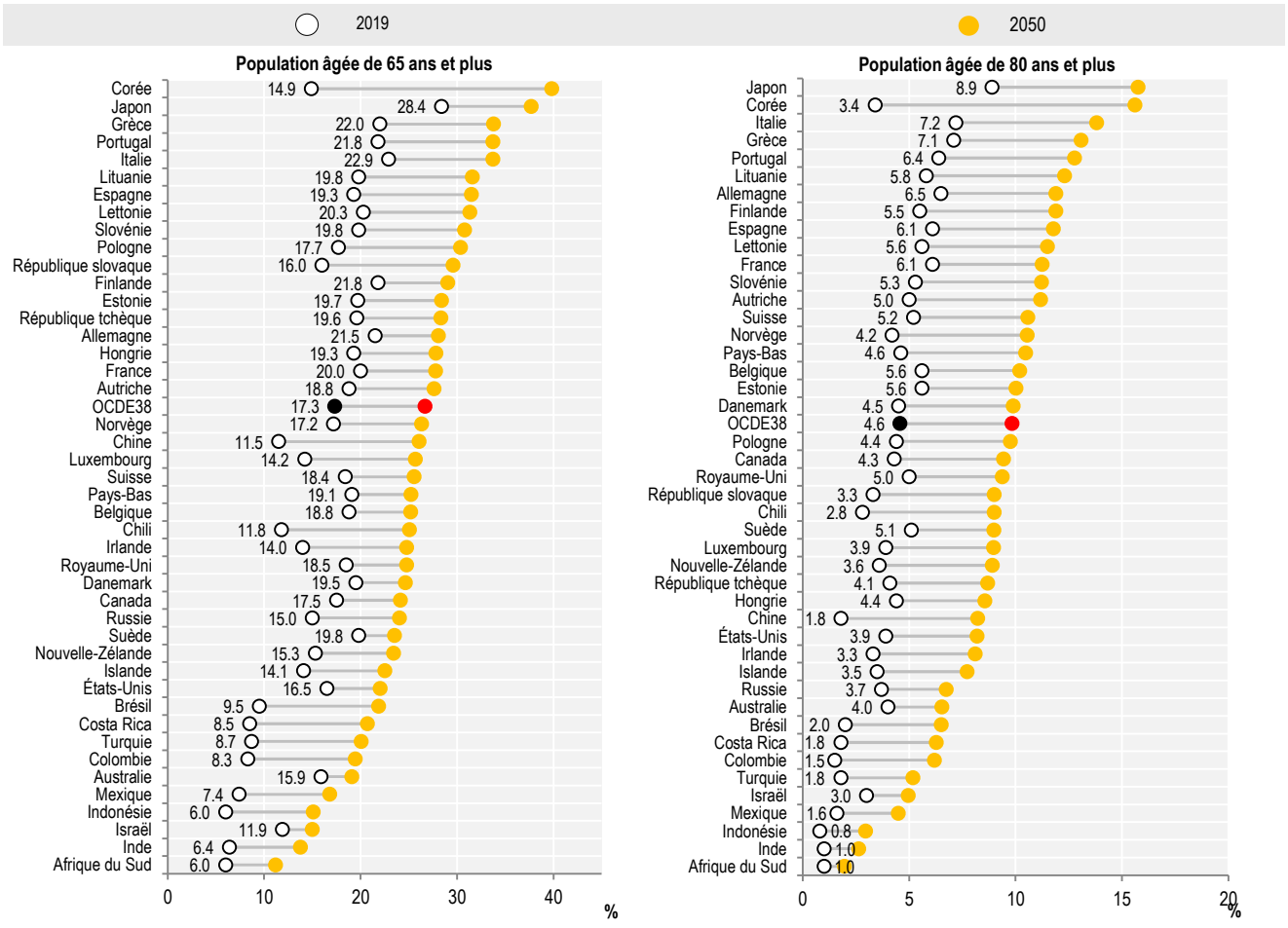
La plupart des pays partenaires de l'OCDE présentent une pyramide des âges plus jeune que de nombreux pays membres, mais le vieillissement de la population les touchera néanmoins dans les années à venir, et parfois à un rythme plus rapide que celui que connaissent les pays de membres. En République populaire de Chine (Chine), la proportion de la population de plus de 65 ans augmentera beaucoup plus rapidement que dans les pays membres de l'OCDE, passant de 11. 5 % en 2019 à 26.1 % en 2050. La proportion des 80 ans et plus y augmentera encore plus brusquement, et sera multipliée par plus de trois (1.8 % en 2019 contre 8.2 % en 2050). Le Brésil – dont la part de population âgée de 65 ans et plus atteignait à peine la moitié de la moyenne de l'OCDE en 2019 – connaîtra une hausse identique : près de 22 % de sa population devraient avoir plus de 65 ans en 2050. La vitesse du vieillissement de la population a fortement varié d'un pays de l'OCDE à l'autre, le Japon en particulier a connu un vieillissement rapide au cours des trois dernières décennies (Graphique 10.2). Dans les prochaines années, c'est la Corée qui devrait subir le vieillissement de population le plus rapide parmi les pays membres de l'OCDE : la proportion des plus de 80 ans devrait presque quintupler pour passer de 3.4 % en 2019 (bien en dessous de la moyenne OCDE de 4.6 %) à 15.6 % (bien au-dessus de la moyenne OCDE de 9.8 %) en 2050. Dans les pays partenaires de l'OCDE, la rapidité du vieillissement démographique a été moindre, même s'il va s'accélérer dans certains grands pays comme le Brésil et la Chine au cours des prochaines décennies.

Une des implications majeures de ce vieillissement démographique rapide est la contraction de l'offre potentielle de main-d'œuvre dans l'économie, et ce malgré les récents efforts déployés par les pays en faveur de l'allongement de la vie professionnelle. En outre, malgré l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé observée ces dernières années (voir l'indicateur « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans »), les systèmes de santé devront s'adapter pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. L'accroissement de la demande des soins de longue durée comprendra probablement une augmentation de la main-d'œuvre et un besoin accru de soins intégrés, centrés sur la personne. Entre 2015 et 2030, le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins dans le monde devrait augmenter de 100 millions (BIT et OCDE, 2019[1]). Des pays comme les États-Unis sont déjà confrontés à des pénuries de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée, et dans les années à venir, d'autres pays rencontreront des difficultés à recruter et à conserver du personnel qualifié dans ce secteur (voir l'indicateur « Emploi dans le secteur des soins de longue durée »). Dans la grande majorité (trois quarts) des pays de l'OCDE, le nombre de personnes âgées a progressé plus rapidement que le celui du personnel de soins de longue durée entre 2011 et 2016 (OCDE, 2020[2]).

Définition et comparabilité

Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2050). Les projections retenues correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2019).

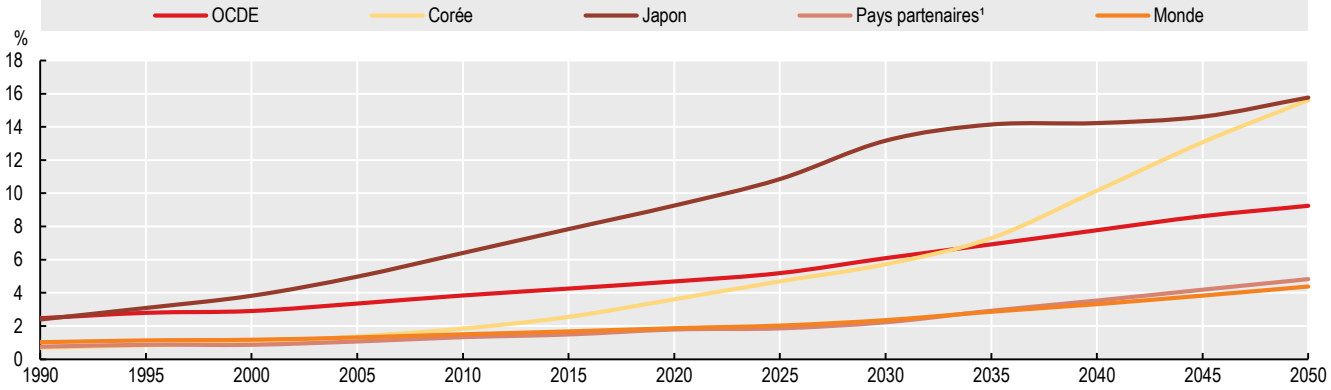
Graphique 10.1. **Part de la population âgée de plus de 65 ans et de plus de 80 ans, 2019 et 2050**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2021.

StatLink https://stat.link/bg5w62

Graphique 10.2. **Évolution de la part de la population âgée de plus de 80 ans, 1990-2050**



1. Les pays partenaires incluent l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde et l'Indonésie.
Source : Données historiques et projections de l'OCDE de la population, 2021.

StatLink https://stat.link/r3ktbf

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans

Tous les pays de l'OCDE ont connu une forte augmentation de l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes au cours des dernières décennies : elle a ainsi augmenté en moyenne de 5.7 ans entre 1970 et 2019 (Graphique 10.3). Sur cette même période, sept pays (Australie, Corée, Espagne, Finlande, Irlande, Japon et Luxembourg) ont enregistré des hausses de plus de sept ans, tandis que deux pays (la Lituanie et le Mexique) ont connu une hausse de moins de trois ans entre 1970 et 2019.

En moyenne dans l'OCDE en 2019, les personnes âgées de 65 ans pouvaient espérer vivre 19.9 années supplémentaires. Les femmes ont une espérance de vie à 65 ans supérieure d'environ 3.3 années à celle des hommes. Cet écart n'a pas vraiment évolué depuis 1970 puisque l'espérance de vie à 65 ans était alors supérieure de 2.9 années pour les femmes. Dans la zone OCDE, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans en 2019 était la plus élevée au Japon pour les femmes (24.6 ans) et en Suisse pour les hommes (20.3 ans). Elle était la plus basse en Hongrie pour les femmes (18.6 ans), et en Lettonie pour les hommes (14.4 ans).

Entre 1970 et 2019, tous les pays de l'OCDE ont connu une amélioration de l'espérance de vie à 65 ans, mais toutes ces années supplémentaires ne sont pas vécues en bonne santé. Le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre (Graphique 10.4). Dans l'Union européenne (UE), un indicateur de l'espérance de vie sans incapacité ou « années de vie en bonne santé » est calculé régulièrement, à partir d'une question générale sur l'incapacité posée dans l'enquête EU-SILC (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie). En moyenne dans les pays de l'OCDE participant à l'enquête, le nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans était de 9.8 ans pour les femmes et de 9.7 ans pour les hommes en 2019, une différence bien moins importante que celle observée pour l'espérance de vie à 65 ans en général. L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était proche ou supérieure à 16 ans pour les hommes et les femmes en Norvège et en Suède ; pour les hommes, cela fait presque trois ans de plus que dans les pays qui viennent ensuite (l'Islande et l'Irlande). L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans était inférieure à 5 années tant pour les hommes que pour les femmes en République slovaque et en Lettonie. Dans ces pays, les femmes passent plus de trois quarts des années de vie supplémentaires en mauvaise santé, contre un quart ou moins en Norvège et en Suède.

La progression de l'espérance de vie à 65 ans s'est ralentie ces dernières années. Ceci s'explique en partie par les problèmes de santé qui affectent les personnes âgées de manière disproportionnée, comme la forte épidémie de grippe de 2014-15, qui a particulièrement touché les personnes âgées et les plus fragiles. Plus récemment, la pandémie de COVID-19 a fortement affecté l'espérance de vie en 2020, en particulier celle des personnes âgées. Dans 21 pays de l'OCDE, 93 % des décès imputés au COVID-19 ont concerné des individus de 60 ans et plus, dont près de trois cinquième des personnes de plus de 80 ans (OCDE, à paraître[3]). Entre 2019 et 2020, l'espérance de vie à 65 ans a baissé dans 18 des 25 pays de l'OCDE disposant de données, chutant en moyenne de 7.4 mois (7.1 mois pour les femmes et 7.7 mois pour les hommes). Avec le vieillissement de la population, les pays de l'OCDE vont devoir anticiper certains problèmes sanitaires, comme la pandémie de COVID-19, des épidémies de grippe et d'autres maladies infectieuses, susceptibles d'affecter anormalement les plus âgés, et se préparer à y faire face, y compris en veillant à obtenir des taux de vaccination élevés parmi la population âgée.

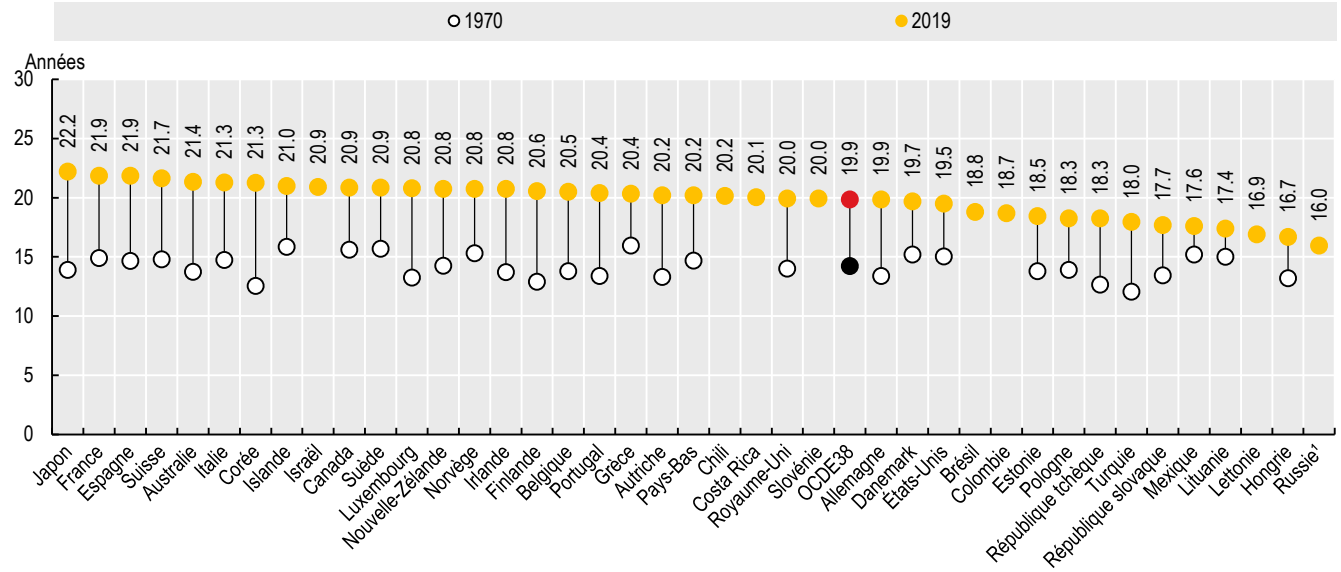
Définition et comparabilité

L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles un individu peut espérer vivre, dans l'hypothèse de taux de mortalité stables. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité d'une cohorte. Si les taux baissent (comme ce fut le cas ces dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective des individus sera supérieure à l'espérance de vie calculée sur la base des taux de mortalité actuels. La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut légèrement varier d'un pays à l'autre, ces différences pouvant induire des écarts qui restent inférieurs à un an. L'espérance de vie à 65 ans est la moyenne non pondérée des espérances de vie des hommes et des femmes.

L'espérance de vie sans incapacité, ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité. En Europe, les années de vie en bonne santé sont calculées chaque année par Eurostat pour les pays de l'Union européenne et certains pays de l'Association européenne de libre-échange. La mesure de l'incapacité repose sur la question relative à l'indicateur général de limitation de l'activité (GALI) de l'enquête EU-SILC : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les réponses possibles sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Bien que les années de vie en bonne santé fournissent aujourd'hui les données les plus comparables, des problèmes subsistent quant à la manière d'interpréter l'indicateur de limitation globale de l'activité, même s'il semble refléter de façon satisfaisante d'autres mesures de la santé et de l'incapacité (Jagger et al., 2010[1]).

Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2050). Les projections retenues correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2019).

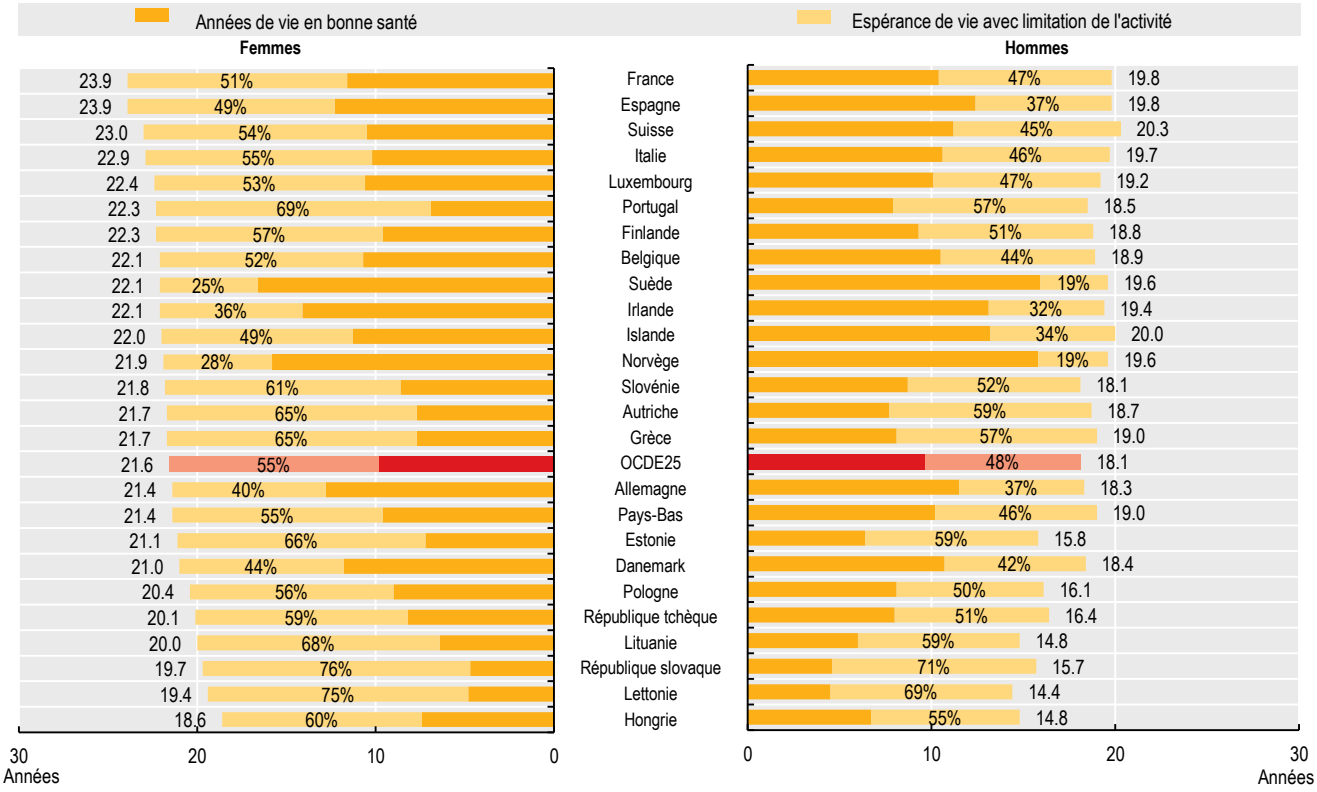
Graphique 10.3. **Espérance de vie à 65 ans, 1970 et 2019 (ou année la plus proche)**



1. Données de 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/xmhpfl

Graphique 10.4. **Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La comparabilité des données est limitée en raison de facteurs culturels et de la formulation différente des questions dans l'enquête EU-SILC.
Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/51xruh

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Alors même que l'espérance de vie à 65 ans a augmenté dans les pays de l'OCDE, de nombreux individus passent une grande partie de leur vie âgée dans un état de santé moyen à mauvais (voir l'indicateur « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans »). En 2019, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans dans 36 pays de l'OCDE faisaient mention d'un état de santé moyen ou mauvais (Graphique 10.5). Les personnes âgées des pays de l'OCDE d'Europe orientale déclarent des taux de santé moyenne ou mauvaise parmi les plus élevés, avec plus de quatre cinquièmes de la population âgée de 65 ans ou plus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais en Lituanie, en Lettonie, en Estonie, en Hongrie et au Portugal. Les femmes sont légèrement plus nombreuses à faire mention d'un état de santé moyen ou mauvais ; elles sont ainsi 57 % en moyenne dans l'OCDE en 2019 à déclarer que leur santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise, contre 53 % pour les hommes. Moins de 40 % de la population totale âgée de 65 ans et plus déclarait un état de santé moyen ou mauvais en Irlande, en Suisse, en Norvège, en Suède et aux Pays-Bas. C'est en Irlande que le taux de santé moyenne ou mauvaise déclaré par les femmes est le plus bas (28.8 %), et en Suisse pour les hommes (30.1 %).

Dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, les personnes âgées situées dans le quintile de revenu le plus bas sont plus susceptibles de se déclarer dans un état de santé moyen ou mauvais que celles qui se situent dans le quintile le plus élevé (Graphique 10.6). En moyenne dans 26 pays de l'OCDE, près d'une personne sur trois (27.1 %) du quintile de revenu le plus bas déclare un état de santé mauvais ou très mauvais, contre une personne sur neuf (11.1 %) parmi celles du quintile le plus élevé. Dans tous les pays sauf cinq (Allemagne, Autriche, Grèce, Italie et Luxembourg), les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont au moins deux fois plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé que celles appartenant au quintile le plus élevé. Dans six pays (Islande, Lituanie, Norvège, République tchèque, Suède et Suisse) les personnes de plus de 65 ans appartenant au quintile de revenu le plus bas sont au moins quatre fois plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé que celles appartenant au quintile le plus élevé.

Dans 27 pays de l'OCDE, 50 % des personnes de 65 ans et plus déclarent au moins certaines limitations dans leurs activités quotidiennes : 34 % déclarent être modérément limitées, et 16 % être fortement limitées (Graphique 10.7). Dans la plupart des pays où les taux de mauvaise santé les plus élevés sont déclarés, on observe également des taux élevés de limitation des activités quotidiennes. Près de trois individus de plus de 65 ans sur quatre en République slovaque et en Lettonie déclarent au moins un certain niveau de limitation, et un sur quatre déclare être fortement limité en Estonie, en République slovaque et en Turquie. En revanche, seule une personne de plus de 65 ans sur cinq environ déclare être limitée dans ses activités quotidiennes en Suède (21 %) et en Norvège (23 %).

Définition et comparabilité

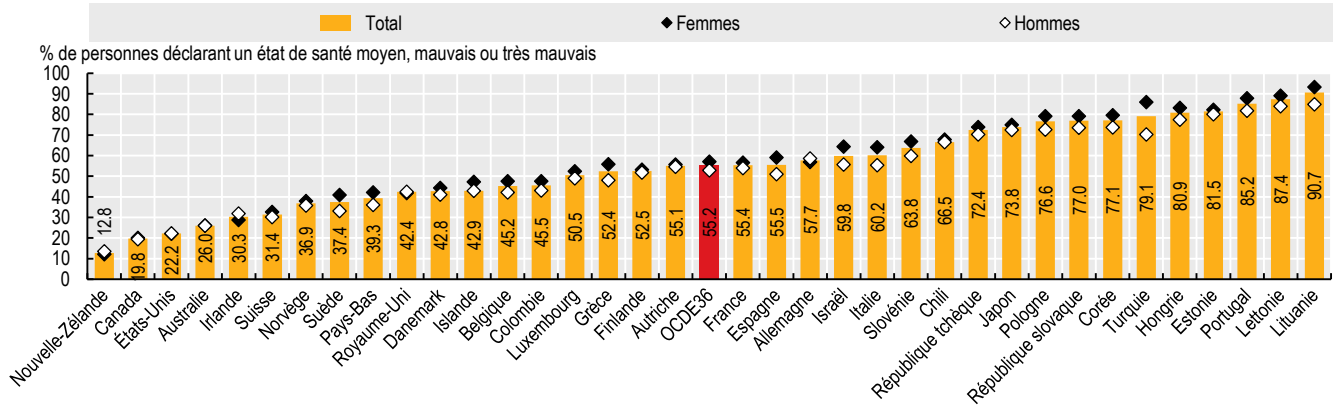
L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé, tant du point de vue physique que psychologique. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». « Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». Les statistiques de l'OCDE sur la santé fournissent des chiffres sur la proportion de la population qui évalue son état de santé comme « moyen/mauvais/très mauvais ».

La prudence s'impose quant aux comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. Premièrement, l'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par des facteurs culturels. Deuxièmement, la formulation de la question et les catégories de réponses proposées ne sont pas identiques d'une enquête ou d'un pays à l'autre. En particulier, l'échelle de réponses utilisée en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis est asymétrique (elle est orientée en faveur des réponses positives) car elle propose les catégories suivantes : « Excellente / très bonne / bonne / moyenne / mauvaise ». Les résultats présentés dans les Statistiques de l'OCDE sur la santé renvoient à l'une des deux réponses négatives (moyenne ou mauvaise). Au contraire, dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique, comportant les catégories : « Très bonne / bonne / moyenne / mauvaise / très mauvaise ». Les données relatives à ces pays renvoient aux trois dernières catégories (« moyenne, mauvaise, très mauvaise »). Les résultats peuvent donc être biaisés vers le bas dans les pays utilisant une échelle asymétrique par rapport à ceux qui utilisent une échelle symétrique.

L'état de santé perçu par quintile de revenu est tiré des données d'Eurostat qui proposent les catégories de réponses suivantes : « Très bonne / bonne / moyenne / mauvaise / très mauvaise ». Les données concernant les inégalités fondées sur le revenu dans l'état de santé perçu prennent en compte la différence dans la proportion de personnes de 65 ans et plus faisant part d'un état de santé mauvais ou très mauvais, et n'incluent pas les individus qui déclarent un état de santé moyen.

La catégorie des limitations des activités quotidiennes est mesurée par la question GALI de l'enquête EU-SILC : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les réponses possibles sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Les personnes résidant en établissement ne sont pas couvertes par l'enquête, ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence de l'incapacité. La mesure est là aussi subjective, et des facteurs culturels peuvent influencer les réponses.

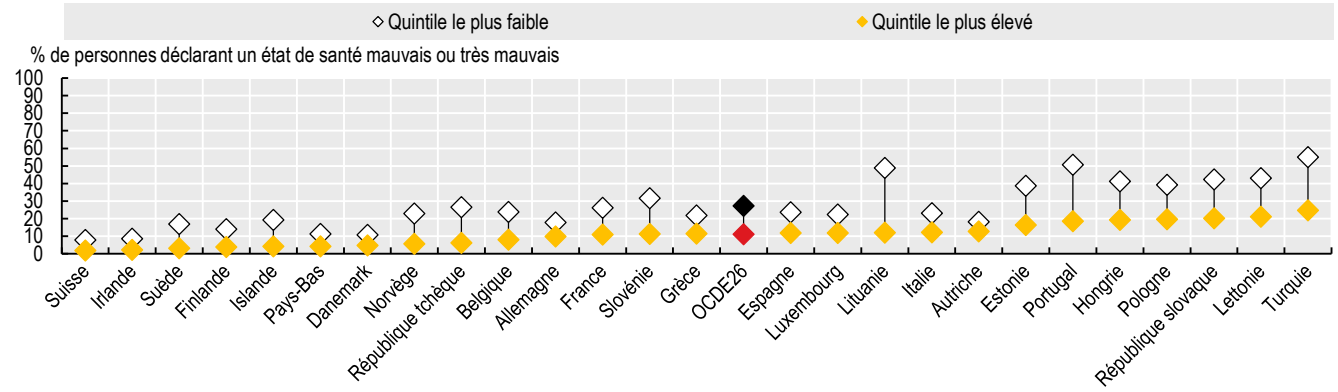
Graphique 10.5. **Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : Les chiffres pour les hommes et les femmes sont très proches au Canada, aux États-Unis, en Australie et au Royaume-Uni. Les données de la Nouvelle-Zélande, du Canada, des États-Unis et de l'Australie ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de biais entraînant une sous-estimation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/wmvjdi

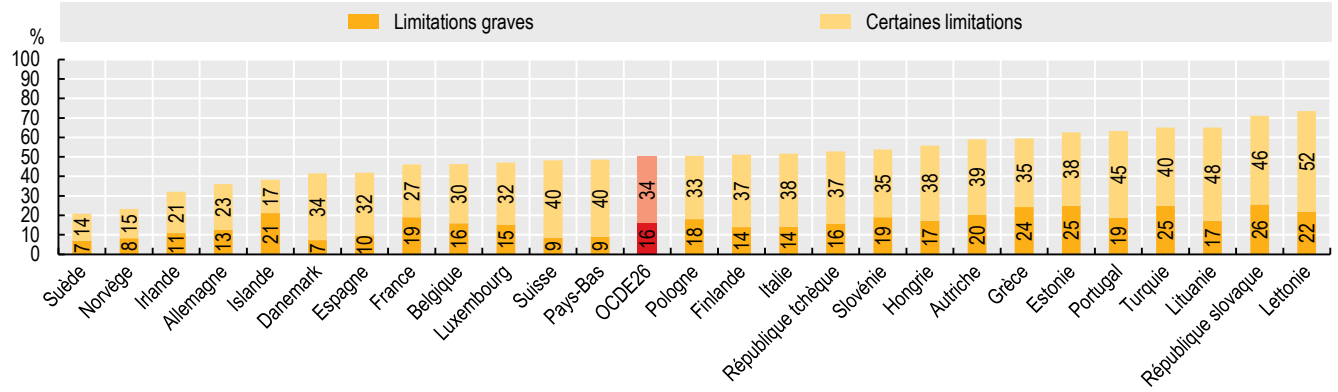
Graphique 10.6. **Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais, par revenu, pays européens, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/80wqg1

Graphique 10.7. **Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, pays européens, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/85nday

Démence

La démence représente l'un des plus grands défis liés au vieillissement de la population. Le terme « démence » désigne un ensemble de troubles du cerveau, dont la maladie d'Alzheimer, qui entraînent des lésions cérébrales provoquant une détérioration progressive des capacités fonctionnelles et des relations sociales de l'individu. Malgré les milliards de dollars investis dans la recherche sur les troubles liés à la démence, il n'existe à ce jour aucun remède, et les traitements modifiant sensiblement l'évolution de la maladie commencent seulement à voir le jour.

On estime que plus de 21 millions de personnes souffrent de démence dans les pays de l'OCDE en 2021. Si les tendances actuelles se confirment, sa prévalence devrait doubler d'ici 2050, pour atteindre près de 42 millions d'individus dans l'OCDE. L'âge reste le premier facteur de risque de la démence : dans les 38 pays de l'OCDE, la prévalence de la démence est de 2.2 % chez les individus âgés de 65 à 69 ans, et atteint près de 42 % chez les plus de 90 ans. Cela signifie qu'avec le vieillissement des pays, le nombre de personnes souffrant de démence augmentera aussi – en particulier avec l'augmentation de la part des plus de 80 ans. Les pays dont les populations sont les plus âgées parmi les pays de l'OCDE (notamment le Japon, l'Italie et l'Allemagne) affichent déjà les plus forts de taux de prévalence de la démence. En moyenne dans l'OCDE, on estime que 15 personnes sur 1 000 souffrent de démence (Graphique 10.8). Dans huit pays, plus de 20 personnes sur 1 000 sont atteintes de démence. En 2050, dans tous les pays membres de l'OCDE sauf cinq (Hongrie, Israël, Mexique, République slovaque, et République tchèque) la prévalence de la démence dépassera 20 personnes sur 1 000, et dans cinq pays (Corée, Espagne, Grèce, Italie, Japon), plus d'une personne sur 25 souffrira de démence.

Malgré l'absence de traitement disponible dans la plupart des pays de l'OCDE, les systèmes de santé et de protection sociale peuvent contribuer à améliorer les soins et la qualité de vie des personnes atteintes de démence et de leur famille. Au moins 25 pays de l'OCDE ont récemment mis en place ou annoncé des stratégies ou des plans nationaux pour la prise en charge de la démence ; par ailleurs la lutte contre la stigmatisation liée à la maladie, et l'adaptation des collectivités et des centres de soins aux besoins des personnes atteintes de démence font l'objet d'une attention croissante (OCDE, 2018[1]).

Les neuroleptiques peuvent réduire les symptômes comportementaux et psychologiques dont souffrent de nombreuses personnes atteintes de démence, mais compte tenu de la disponibilité d'une gamme d'interventions non pharmacologiques efficaces – ainsi que des risques associés et des questions éthiques que pose leur prescription –, ils ne sont recommandés qu'en dernier ressort. Toutefois, l'utilisation inappropriée de ces médicaments reste répandue et la réduction de leur surconsommation est une priorité des pouvoirs publics dans de nombreux pays de l'OCDE. En 2019 dans 19 pays de l'OCDE, plus de 5 % des plus de 65 ans ont reçu une prescription de neuroleptiques. Ce chiffre masque de grandes disparités entre les pays : sans tenir compte de la Lettonie, les prescriptions de neuroleptiques peuvent varier de 1 à 6, allant de 16 prescriptions pour 1 000 habitants de 65 ans et plus en Suède, à 97 en Irlande. En outre, les taux standardisés suivant l'âge de prescription de neuroleptiques étaient plus élevés pour les femmes que pour les hommes dans tous les pays de l'OCDE. En moyenne dans 19 pays de l'OCDE, les femmes étaient 31 % plus susceptibles de se voir prescrire des neuroleptiques que les hommes (Graphique 10.9).

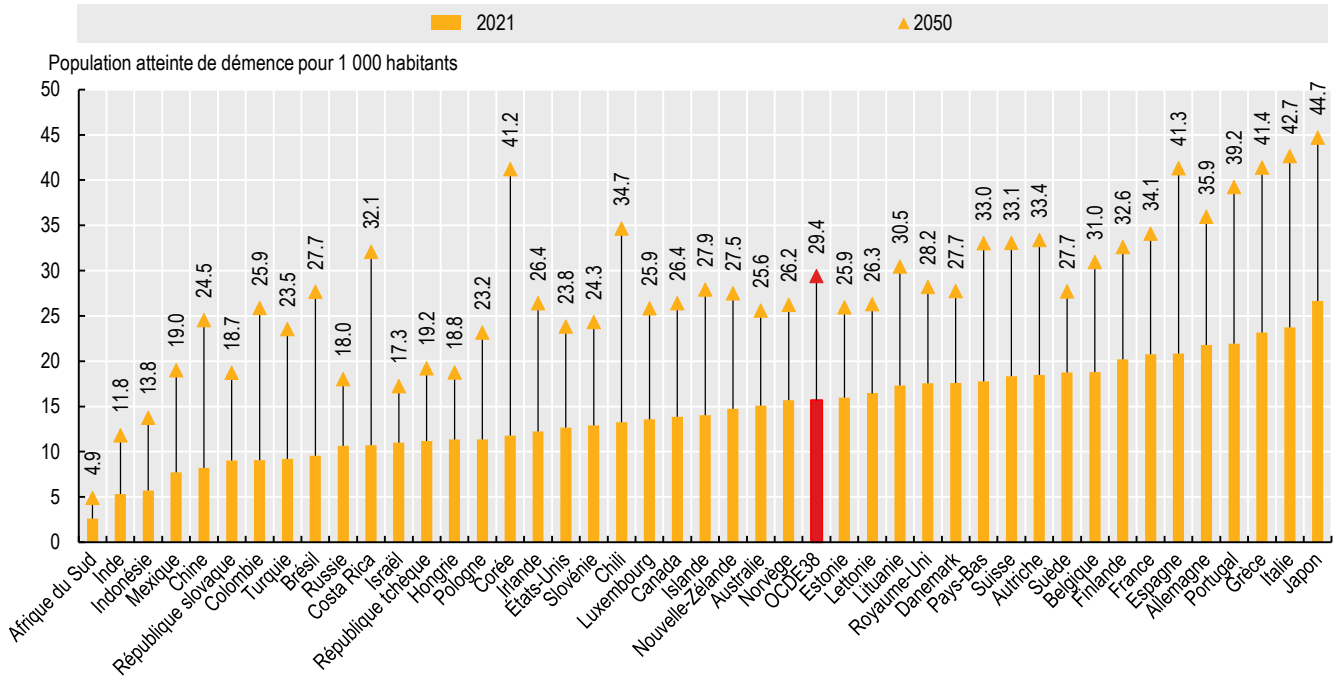
Les individus atteints de démence ont été fortement affectés par la pandémie de COVID-19. Les mesures prises pour contenir le virus, en particulier l'interdiction des visites dans les établissements de soins de longue durée, ou leur limitation, ont considérablement aggravé l'isolement social. Il est possible que les mesures de confinement mises en place pour lutter contre la pandémie aient, à plus long terme, des répercussions négatives sur le déclin cognitif et le bien-être de nombreuses personnes souffrant de démence.

Définition et comparabilité

Les estimations de la prévalence du Graphique 10.8 sont tirées du World Alzheimer Report 2015, qui inclut un examen systématique des études sur la prévalence de la démence à travers le monde. La prévalence par pays a été estimée en appliquant ces taux de prévalence par âge pour la région du monde concernée aux estimations démographiques de la révision 2019 des Perspectives de la population mondiale de l'Organisation des Nations Unies. Les différences entre les pays sont donc influencées par les structures démographiques : les pays ayant des populations plus âgées ont plus de personnes atteintes de démence. L'analyse du World Alzheimer Report 2015 comprend des études réalisées depuis 1980, et suppose que la prévalence par âge est constante dans le temps. Cette hypothèse a été conservée lors de la construction de cet indicateur, de sorte que les mêmes taux de prévalence spécifiques par groupe d'âge sont appliqués pour 2021 et 2050. Même si des taux de prévalence par sexe existaient pour certaines régions, ce sont les taux globaux qui ont été utilisés dans cette analyse. Les données du World Alzheimer Report 2015 ont été utilisées pour garantir l'uniformité de la méthodologie dans tous les pays de l'OCDE, même si des estimations plus récentes de la prévalence étaient disponibles dans certaines régions et certains pays.

Les neuroleptiques sont définis de manière identique dans tous les pays, en utilisant les codes de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC). Le numérateur comprend tous les patients sur le registre des médicaments ayant une prescription pour un médicament du sous-groupe ATC N05A. Le dénominateur est le nombre total de personnes inscrites au registre. La plupart des pays ne sont pas en mesure de recenser les prescriptions qui concernent des personnes atteintes de démence, c'est pourquoi l'indicateur sur les neuroleptiques inclut toutes les personnes âgées de plus de 65 ans. Une certaine prudence s'impose au moment de tirer des conclusions sur la population atteinte de démence, car rien ne dit qu'un taux supérieur de prescription chez l'ensemble des plus de 65 ans se traduit par davantage de prescriptions destinées aux personnes atteintes de démence. Néanmoins, évaluer cet indicateur, comprendre les écarts de résultats et réduire la consommation inappropriée des neuroleptiques sont autant de stratégies qui permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge de la démence.

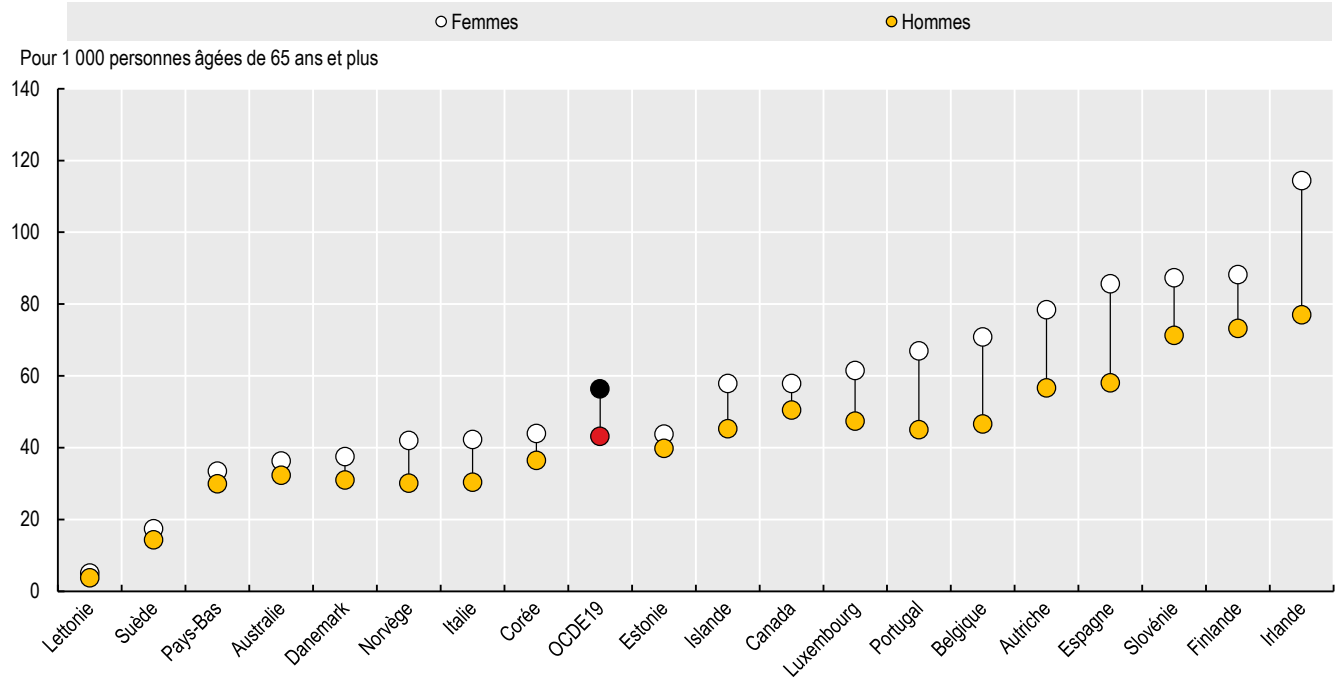
Graphique 10.8. **Estimations de la prévalence de la démence, 2021 et 2050**



Source : Analyse de l'OCDE à partir de données du World Alzheimer Report 2015 et des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

StatLink https://stat.link/5nrkuj

Graphique 10.9. **Taux de prescription de neuroleptiques par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/1unz8f

Sécurité des soins de longue durée

Avec le vieillissement rapide de la population, le secteur des soins de longue durée est toujours plus sollicité, et doit fournir des soins à un nombre croissant de personnes qui sont de plus en plus âgées, et qui souffrent de troubles complexes exigeant davantage de soins spécialisés. Cette situation exerce une énorme pression sur les systèmes de soins de longue durée, qui devrait continuer de croître dans les prochaines années à mesure du vieillissement de la population.

Les risques de sécurité dans les soins de longue durée ont été mis en évidence par la propagation rapide du COVID-19 parmi les résidents et le personnel soignant des établissements de soins de longue durée (voir le chapitre 2). Le grand âge de nombreux résidents, le manque d'équipement de protection personnelle, et l'insuffisance de la lutte contre les infections ont conduit à ce que de nombreux foyers infectieux se développent dans des établissements de soins de longue durée, et se propagent rapidement (OCDE, 2020[4]).

Près de la moitié des dommages liés aux soins de longue durée peuvent être prévenus, et près de 40 % des hospitalisations en provenance des soins de longue durée sont évitables. Réduire et prévenir les dommages liés aux soins de longue durée constitue une fin en soi, mais la question économique est également importante. Le coût total des admissions dans les hôpitaux dues à des dysfonctionnements dans les établissements de soins de longue durée s'élevait à près de 18 milliards USD en 2016 dans les pays de l'OCDE. Ce chiffre représente 2.5 % de l'ensemble des dépenses dans les soins aux patients hospitalisés, ou 4.4 % de l'ensemble des dépenses dans les soins de longue durée (de Bienassis, Llena-Nozal et Klazinga, 2020[5]).

Pour les personnes âgées, la plupart des directives conseillent d'éviter complètement les benzodiazépines (et d'atteindre dans l'idéal un taux de 0 %) en raison des risques de vertiges, de chutes et de confusion. En dépit de ces risques, les benzodiazépines sont malgré tout prescrites aux personnes âgées pour soulager l'anxiété et les troubles du sommeil. L'utilisation à long terme des benzodiazépines peut conduire à des effets indésirables (surdosages), et entraîner une tolérance, une dépendance et une augmentation des doses. Les benzodiazépines à longue durée d'action sont encore davantage déconseillées pour les personnes âgées parce qu'elles mettent plus de temps à être éliminés par le corps (OCDE, 2017[6]).

L'utilisation des benzodiazépines varie fortement, mais on constate cependant une baisse – en moyenne – entre 2009 et 2019 dans les pays de l'OCDE (Graphique 10.10). Les plus fortes baisses concernant l'utilisation chronique ont eu lieu en Islande, au Portugal et au Danemark. Pour l'utilisation des benzodiazépines à longue durée d'action, les baisses les plus importantes sont relevées en Corée, en Islande et au Danemark. Les politiques de remboursement et de prescription des benzodiazépines, ainsi que les différences dans la prévalence des maladies et les directives de traitement, expliquent en partie les fortes variations observées.

Le vieillissement et la multimorbidité exigent souvent des patients plus âgés qu'ils prennent de nombreux médicaments (polymédication) pendant de longues périodes. Cette polymédication est dans de nombreux cas justifiée par la gestion de différents troubles, mais la polymédication inadaptée augmente le risque d'événements iatrogènes médicamenteux, d'erreurs médicamenteuses et d'effets nocifs entraînant des chutes et des épisodes de confusion et de délire. Chaque année les événements iatrogènes médicamenteux sont à l'origine de 8.6 millions d'hospitalisations non prévues en Europe (Mair et al, 2017[7]).

Dans une sélection de 16 pays pour lesquels la couverture des données est plus large, les taux de polymédication parmi les personnes âgées variaient de 1 à 8 en 2019, la Turquie déclarant les taux les plus faibles, et le Luxembourg les plus élevés (Graphique 10.11). Ces fortes variations s'expliquent en partie par la mise en œuvre d'initiatives ciblant la polymédication dans certains pays, notamment des politiques relatives au remboursement et à la prescription. Les pays dans l'incapacité de dissocier les soins de santé primaires et les soins de longue durée dans les données sur les prescriptions affichent des moyennes plus élevées et des écarts plus importants pour les taux de polymédication que les pays disposant de données distinctes pour les soins de santé primaires.

Une préoccupation majeure relative aux infections nosocomiales concerne le développement de bactéries résistantes aux antibiotiques qui peuvent donner lieu à des infections difficiles, voire impossibles à traiter. Ces infections peuvent entraîner des fortes augmentations de la morbidité des patients, de la mortalité et des coûts pour le système de santé. Elles sont de plus généralement considérées comme évitables grâce aux mesures standard de prévention et d'hygiène. Les infections nosocomiales les plus communes dans les établissements de soins de longue durée sont notamment les infections urinaires, les infections des voies respiratoires inférieures, et les infections de la peau et des tissus mous.

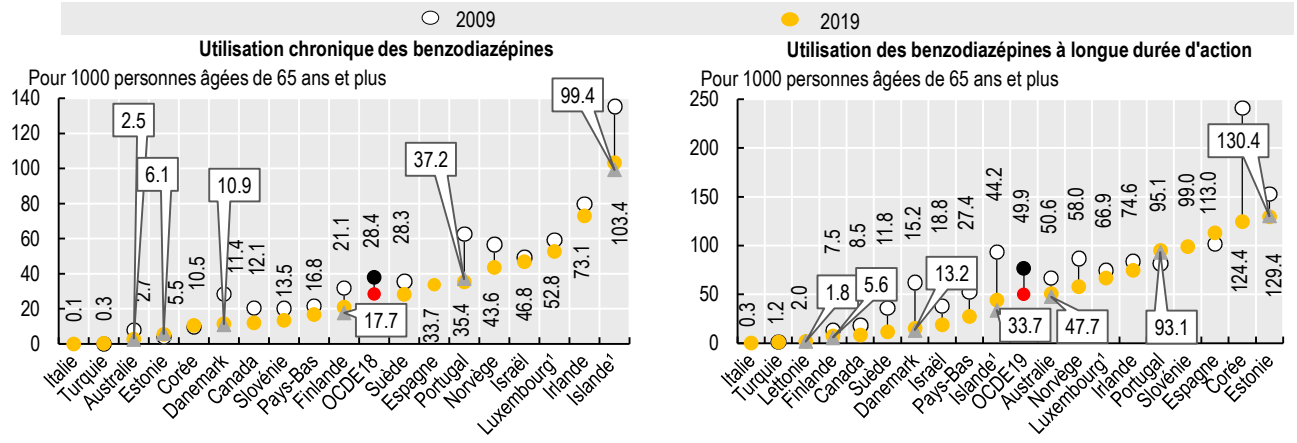
Le Graphique 10.12 présente les proportions de bactéries isolées chez les résidents d'établissements de soins de longue durée qui sont résistantes aux antibiotiques. En moyenne, plus d'un quart des isolats présentent une résistance aux antibiotiques, ce qui est équivalent aux niveaux observés dans les établissements de soins aigus.

Définition et comparabilité

Voir l'encadré « Définition et comparabilité » de l'indicateur « Sécurité des soins primaires – les prescriptions » au chapitre 6 pour plus de détails concernant la définition et la comparabilité des données sur les prescriptions entre les différents pays.

Les données relatives à la résistance sont basées sur un indicateur composite de la résistance aux antibiotiques élaboré par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) (Suetens et al., 2018[8]). Les données proviennent d'études ponctuelles de prévalence conduites entre 2016 et 2017 par l'ECDC et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis auprès d'établissements de soins de longue durée participants. Ces établissements sont notamment des établissements médicalisés de long séjour, des centres de soins de longue durée mixtes et des foyers résidentiels ; les établissements de soins de longue durée spécialisés, tels que définis par l'ECDC, étaient exclus. Les données des CDC ne couvrent que les établissements médicalisés de long séjour. Les études ponctuelles de prévalence sont actuellement considérées comme le meilleur outil pour collecter des données comparables au niveau international sur les établissements de soins de longue durée, mais elles peuvent être sujettes à des biais provenant de la sélection des établissements, des pratiques locales en matière d'enregistrement et de la formation des observateurs. Peu d'établissements de soins de longue durée ont participé dans les pays dont les données sont considérées comme peu représentatives, ce qui peut conduire à des écarts importants ou à des estimations faussées.

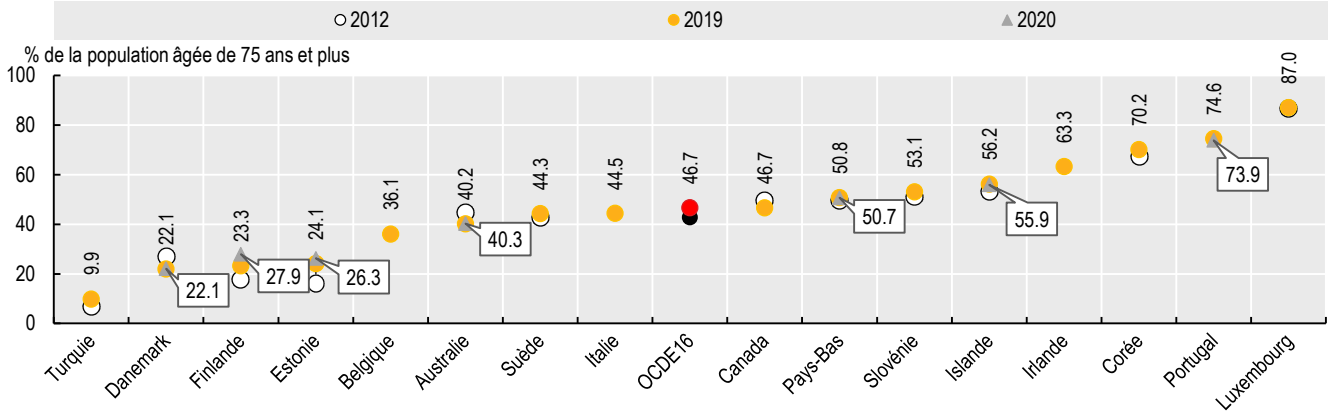
Graphique 10.10. **Évolution de l'utilisation des benzodiazépines chez les plus de 65 ans : consommation prolongée et de produits à longue durée d'action, 2009, 2019 (ou années les plus proches) et 2020**



1. Moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/yo0dfe

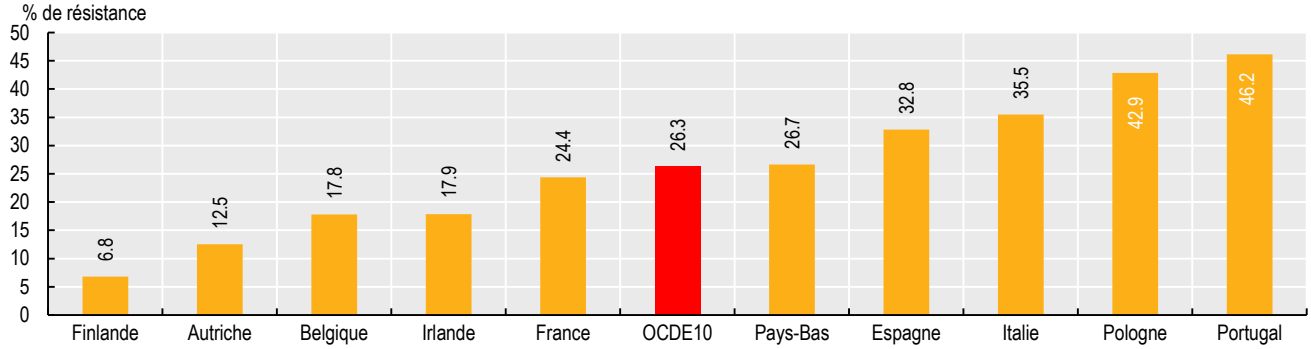
Graphique 10.11. **Proportion des 75 ans et plus qui prennent plus de cinq médicaments en même temps, 2012, 2019 (ou année la plus proche) et 2020**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/z0eyo9

Graphique 10.12. **Proportion d'isolats bactériens associés aux infections nosocomiales résistant aux antimicrobiens dans les soins de longue durée, 2016-17**



Note : D'après l'indicateur composite de la résistance aux antibiotiques élaboré par l'ECDC. Seuls les pays rassemblant plus de 15 isolats bactériens sont inclus.
Source : ECDC.

StatLink https://stat.link/s2dy0x

Accès aux soins de longue durée

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 10.7 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des soins de longue durée, à domicile ou en établissement, en 2019 (Graphique 10.13). Plus d'une personne de 65 ans et plus sur cinq bénéficie de soins de longue durée en Israël (23.1 %) et en Suisse (23.4 %), contre moins de 5 % au Canada (3.8 %), en République slovaque (3.4 %), en Irlande (3.2 %), au Japon (2.6 %), au Portugal (1.9 %) et en Pologne (0.8 %).

La majorité des bénéficiaires de soins de longue durée sont des personnes âgées (Graphique 10.14). Les services de soins de longue durée sont plus susceptibles d'être requis à mesure que le individus vieillissent et développent des handicaps, bien qu'ils soient aussi dispensés à des personnes plus jeunes souffrant également de handicaps. En 2019, seuls 25 % des bénéficiaires de soins de longue durée avaient moins de 65 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE, tandis que 26 % étaient âgés de 65 à 79 ans. Les plus de 80 ans représentent la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. En moyenne dans l'ensemble de l'OCDE, 49 % des bénéficiaires étaient âgés de plus de 80 ans en 2019. Au Japon, plus d'un bénéficiaire de soins de longue durée sur cinq est âgé de 80 ans et plus, alors que les personnes âgées de 0 à 64 ans ne représentent que 1 % de ces derniers.

Bien que le vieillissement démographique soit un facteur important de l'augmentation du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée dans le temps, les différences entre les pays en ce qui concerne la proportion de bénéficiaires âgés laissent penser que d'autres facteurs déterminent le recours aux soins de longue durée, notamment l'existence de services financés par des fonds publics. Par exemple, Israël a l'une des populations les plus jeunes de l'OCDE, mais la proportion de la population qui bénéficie de soins de longue durée est plus élevée que la moyenne. Comme les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics sont plus difficiles à obtenir et peuvent être sous-estimées, les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas. Les normes culturelles qui définissent dans quelle mesure les familles s'occupent des personnes âgées peuvent également être un moteur important de l'utilisation des services formels (voir l'indicateur « Aidants informels »).

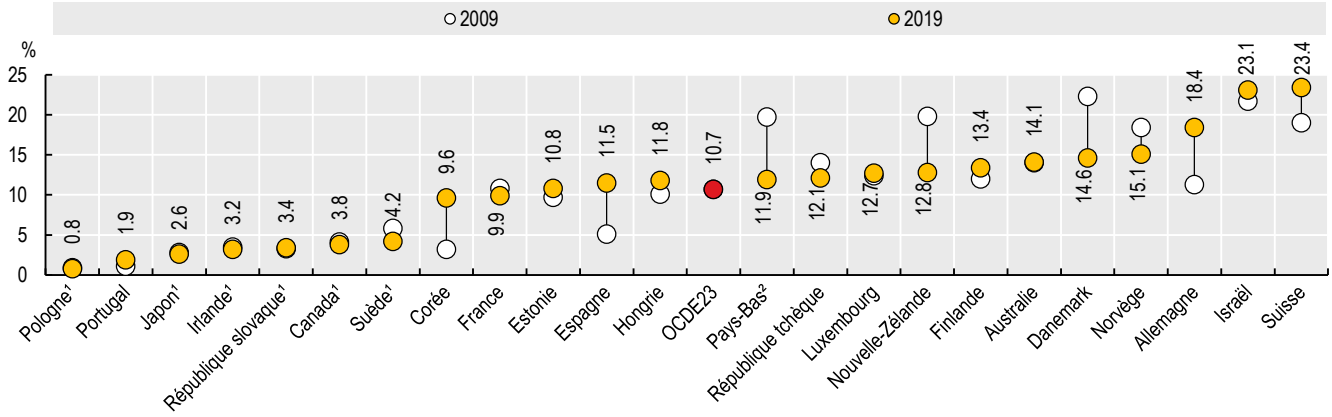
De nombreuses personnes ayant besoin de soins de longue durée souhaitent rester à leur domicile aussi longtemps que possible. Compte tenu de ces préférences, et du coût élevé des soins dispensés en établissement, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des services à destination des personnes âgées afin de faciliter leur prise en charge à domicile. Néanmoins, ces nouvelles orientations n'ont pas toujours permis de diminuer le recours aux établissements de soins de longue durée. Entre 2009 et 2019, la proportion de personnes qui bénéficiaient de soins de longue durée à domicile n'a que légèrement augmenté, passant de 67 % à 68 % (Graphique 10.14). Les augmentations ont été particulièrement fortes au Portugal, en Australie, en Finlande, en Allemagne et en Suisse. En Allemagne, l'augmentation est en partie liée aux réformes qui ont élargi la définition des soins de longue durée, ce qui s'est traduit par une hausse du nombre de bénéficiaires. En Australie, des réformes visant à renforcer le financement des soins aux personnes âgées et à accroître le nombre de dispositifs de prise en charge à domicile disponibles ont également entraîné une hausse du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée. Si la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile a augmenté ces dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, elle a sensiblement diminué en Estonie, où l'on observe une disponibilité accrue des soins généraux en établissement, et où le nombre de nouveaux utilisateurs des services à domicile a augmenté moins rapidement que ceux des services à temps complet dans le système de protection sociale. Même lorsqu'elles sont limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), certaines personnes ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge formelle suffisante. Parmi les personnes de 65 ans et plus dans 22 pays de l'OCDE, la moitié des personnes vivant à domicile avec au moins une limitation des AVQ ou AIVQ – et près de deux sur cinq (37 %) avec trois limitations ou plus – déclaraient ne pas recevoir suffisamment d'aide informelle pour leurs soins de longue durée, ou ne pas bénéficier de prise en charge formelle (Graphique 10.15).

Définition et comparabilité

Les bénéficiaires de soins de longue durée comprennent les personnes qui reçoivent des soins prodigués par des prestataires rémunérés, y compris du personnel non professionnel percevant des paiements en espèces dans le cadre d'un programme d'aide. Ils comprennent également les personnes qui reçoivent des prestations en espèces au titre de programmes laissant libre choix à l'usager d'acheter les services qu'il souhaite pour répondre à ses besoins, ainsi que des allocations-dépendance ou d'autres prestations sociales principalement destinées à venir en aide aux personnes dépendantes. Les soins de longue durée peuvent être prodigués dans des établissements, ou à domicile. Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. La prise en charge à domicile signifie que les personnes reçoivent la plupart de leurs soins chez elles. Elle peut également inclure le recours temporaire à des soins en établissement, ainsi qu'à des structures de proximité et des centres d'accueil de jour et à des formules d'hébergement spécialement conçues. Les données pour la Pologne, l'Irlande, le Canada, la République slovaque, l'Islande et la Belgique ne sont disponibles que pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en établissement, le nombre total de bénéficiaires est donc sous-estimé. En Estonie, la baisse du nombre de bénéficiaires de soins à domicile concerne ceux qui ont un « curateur » nommé par les autorités locales. Une hausse des utilisateurs des autres services à domicile des services sociaux n'a pas compensé cette baisse, en partie car tous les services à domicile ne sont pas considérés comme des services de soins de longue durée. En Nouvelle-Zélande, la chute des bénéficiaires de soins à domicile entre 2009 et 2019 s'explique en partie par un changement de méthodologie, ainsi que par des réévaluations plus uniformes des besoins en soins à domicile par les Conseils de santé des districts.

Les données sur les soins de longue durée sont difficiles à recueillir dans de nombreux pays et les chiffres présentent des limites. Pour certains pays, les données concernent uniquement les personnes recevant des soins financés par des fonds publics, tandis que d'autres pays incluent les personnes finançant elles-mêmes leurs soins. Pour l'indicateur sur les besoins en soins de longue durée non satisfaits, les données concernent les personnes âgées de 65 ans et plus, et sont tirées de la huitième vague de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE) pour les années 2019 et 2020. Il convient de souligner que la pandémie de COVID-19 est susceptible d'avoir affecté les travaux de terrain réalisés pour l'étude en 2020. Il n'existe pas de définition internationalement reconnue des besoins en soins de longue durée non satisfaits, mais SHARE facilite l'estimation de la part des personnes âgées faisant état de limitations des activités quotidiennes (AVQ et AIVQ) qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge formelle ou de suffisamment d'aide informelle.

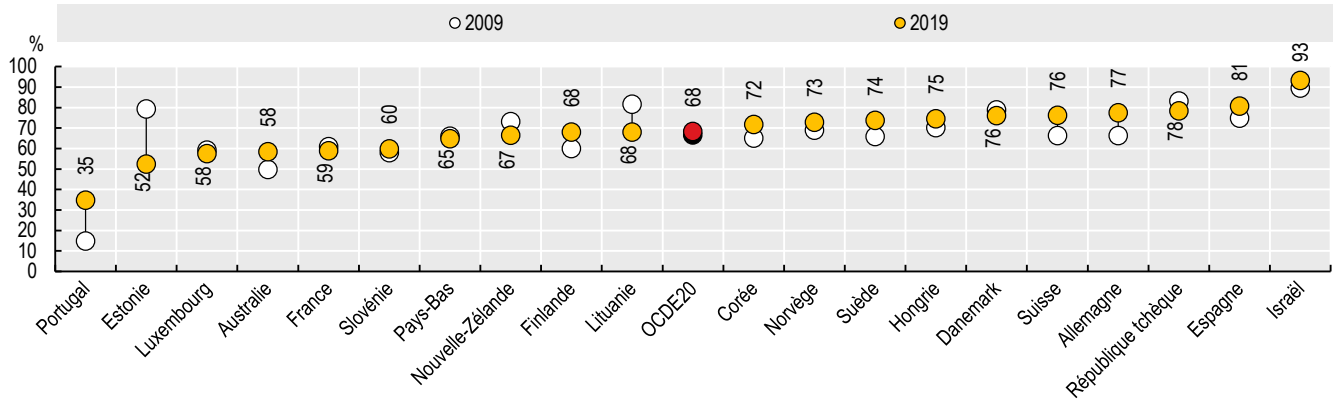
Graphique 10.13. **Proportion des 65 ans et plus recevant des soins de longue durée, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



1. Ces valeurs n'incluent que les bénéficiaires de soins de longue durée en établissements de long séjour. 2. Données de 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/bdpns3

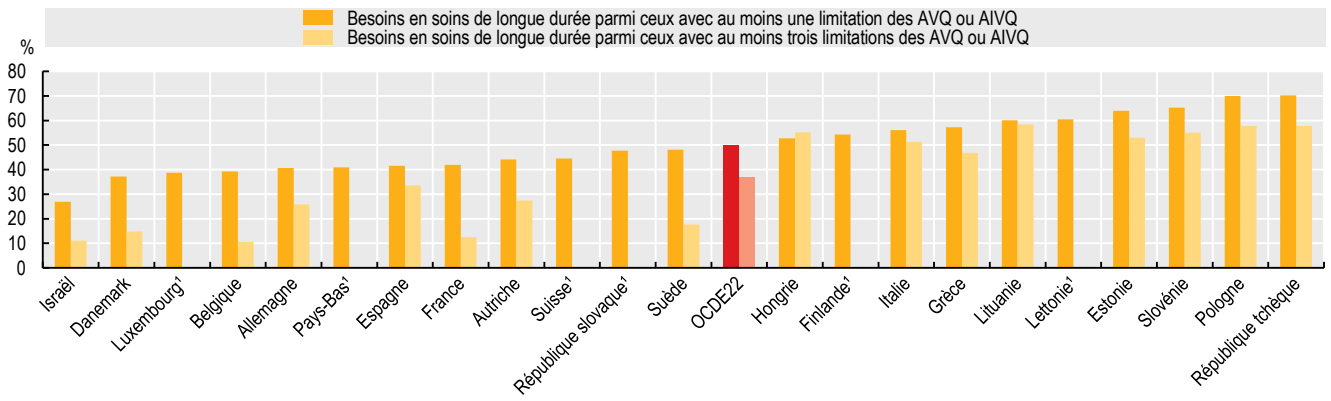
Graphique 10.14. **Bénéficiaires de soins de longue durée de plus de 65 ans recevant des soins à domicile, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/4rpuoe

Graphique 10.15. **Besoins en soins de longue durée non satisfaits parmi les plus de 65 ans vivant à domicile, 2019-20**



1. Faible taille d'échantillon.
Source : SHARE, 8e vague (2019-20).

StatLink https://stat.link/bot1v4

Aidants informels

Dans les pays de l'OCDE, la famille et les amis fournissent la plus grande part des soins aux personnes qui nécessitent des soins de longue durée. Compte tenu du caractère informel des soins prodigués par les proches, il est difficile d'obtenir des données comparables sur le nombre de ces aidants dans chacun des pays, ainsi que sur le temps qu'ils consacrent à ces activités. Les données présentées dans cette section proviennent d'enquêtes nationales et internationales sur la santé, et se réfèrent aux individus âgés de 50 ans et plus qui déclarent fournir des soins et une aide à un proche (membre de la famille ou ami).

En 2019, en moyenne dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, environ 13 % des personnes âgées de 50 ans et plus déclarent prodiguer des soins informels au moins une fois par semaine. Cette proportion est proche de 20 % en Belgique, en Autriche, en République tchèque, au Royaume-Uni, et en Allemagne, tandis qu'elle est inférieure à 10 % au Portugal, en Grèce, en Suède, en Lituanie, aux États-Unis, en Irlande, en République slovaque et en Lettonie (Graphique 10.16). On observe également des écarts quant à l'intensité des soins dispensés. C'est en République slovaque et en Lettonie que les taux de prestation quotidienne de soins sont les plus bas.

La prise en charge intensive de nature non professionnelle est associée à une réduction de la participation des aidants d'âge actif au marché du travail, ainsi qu'à des taux accrus de pauvreté et à une plus forte prévalence des problèmes de santé mentale. C'est pour atténuer ces effets négatifs que de nombreux pays de l'OCDE ont pris des mesures en faveur des aidants familiaux. Deux tiers des pays de l'OCDE prévoient un congé, rémunéré ou non, pour la prise en charge d'une personne dépendante, tandis que le placement temporaire demeure parcellaire dans de nombreux pays. Par ailleurs, deux tiers des pays de l'OCDE versent des prestations en espèces aux aidants familiaux ou des aides financières aux personnes dépendantes afin qu'elles puissent rétribuer les aidants informels, ou octroient des congés rémunérés aux aidants informels. Certains pays, comme l'Allemagne, l'Australie et le Luxembourg, fournissent également des services de conseil/formation, mais beaucoup s'appuient largement sur le secteur associatif (OCDE, à paraître[9]).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 62 % des personnes qui prodiguaient des soins informels au quotidien en 2019 étaient des femmes (Graphique 10.17). C'est en Espagne, en Grèce et au Portugal que le déséquilibre était le plus important, plus de 70 % des aidants informels étant des femmes. Environ deux tiers des aidants s'occupent d'un parent ou de leur conjoint, mais les formes de prise en charge sont variables selon les groupes d'âge. L'étude constate que les aidants les plus jeunes (âgés de 50 à 65 ans) étaient davantage susceptible de s'occuper d'un parent (Graphique 10.18). Il s'agissait le plus souvent de femmes dont l'intervention n'est pas nécessairement quotidienne. Les aidants âgés de plus de 65 ans s'occupaient le plus souvent de leur conjoint. La prise en charge du conjoint est généralement plus intensive, exigeant des soins quotidiens, et les hommes et les femmes assument ce rôle à égalité.

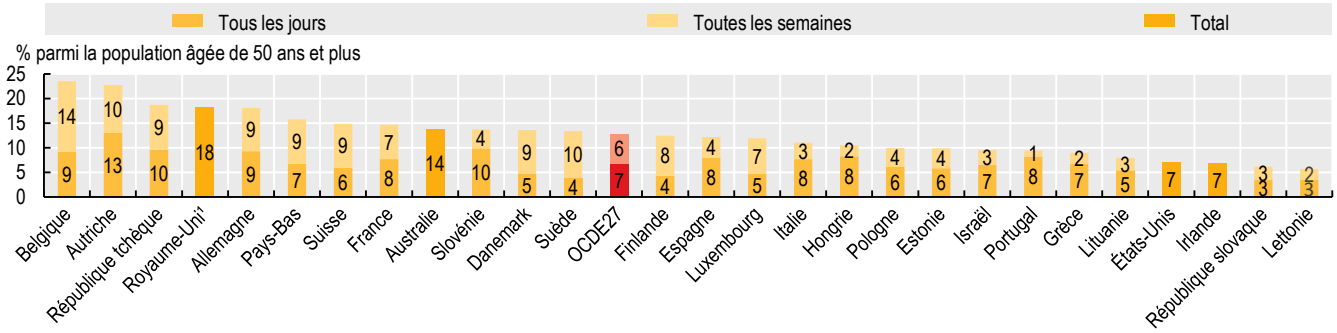
Le fait que les aidants soient moins nombreux à intervenir quotidiennement dans les pays où les systèmes formels de soins de longue durée sont plus solides semble indiquer une corrélation négative entre les soins informels et les soins formels. Avec des familles de moins en moins nombreuses, une mobilité géographique accrue et la hausse des taux d'activité des femmes, il est possible que moins de personnes soient capables et désireuses d'assurer des soins informels à l'avenir. Associée aux effets du vieillissement de la population, cette tendance pourrait entraîner une demande accrue de services professionnels de soins de longue durée. Les systèmes publics de soins de longue durée devront donc disposer de ressources adéquates pour répondre à l'accroissement de la demande tout en préservant l'accès aux soins et leur qualité.

Définition et comparabilité

Les aidants informels sont définis comme les individus qui dispensent une aide à des parents, des amis ou des proches plus âgés, résidant ou non au domicile de l'aidant et ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Les données présentées ici n'englobent que les personnes de 50 ans et plus, et sont issues d'enquêtes nationales pour l'Australie (Survey of Disability and Carers, SDC), le Royaume-Uni (English Longitudinal Study of Ageing, ELSA), les États-Unis (Health and Retirement Survey, HRS) et d'une enquête internationale pour les autres pays européens (SHARE). Les données relatives à l'Irlande sont extraites du recensement 2016.

Les questions sur l'intensité des soins varient d'une enquête à l'autre. Dans l'enquête SHARE, il est demandé aux aidants à quelle fréquence ils prodiguent des soins et cet indicateur inclut les personnes assurant une prise en charge au moins une fois par semaine. Il est important de souligner que la pandémie de COVID-19 a peut-être aidé les individus à prendre conscience de leur rôle et à s'identifier en tant qu'aidant informel. Dans l'enquête ELSA, il est demandé aux sondés s'ils ont dispensé des soins au cours de la semaine précédente, ce qui est à peu près comparable à « au moins une fois par semaine ». Les questions figurant dans les enquêtes HRS et SDC sont moins comparables avec celles de SHARE. Dans l'enquête HRS, les aidants sont inclus s'ils ont assuré plus de 200 heures de soins au cours de l'année précédente. Dans l'enquête SDC un aidant est défini comme quelqu'un qui dispense une assistance informelle continue pendant au moins six mois. Les personnes qui s'occupent d'enfants handicapés ne sont pas prises en compte dans les pays européens mais le sont dans les données des États-Unis et de l'Australie. Cependant, les données des États-Unis incluent uniquement celles qui s'occupent de quelqu'un en dehors de leur ménage. L'Australie et l'Irlande tiennent compte de l'ensemble des aidants informels. De ce fait, il est possible que les données relatives à l'Australie, à l'Irlande et aux États-Unis ne soient pas comparables avec celles des autres pays.

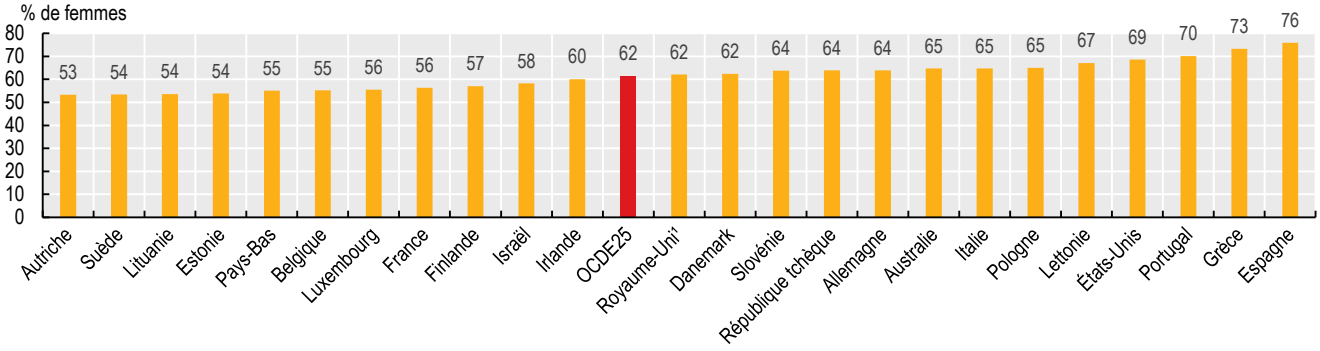
Graphique 10.16. **Proportion d'aidants informels parmi la population âgée de 50 ans et plus, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité). 1. Les données pour le Royaume-Uni sont celles de l'Angleterre.
Source : SHARE, 8e vague (2019-20) ; SDC (2018) pour l'Australie ; ELSA, 8e vague (2017) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14e vague (2018-19) pour les États-Unis ; Recensement 2016 pour l'Irlande.

StatLink https://stat.link/3ytapm

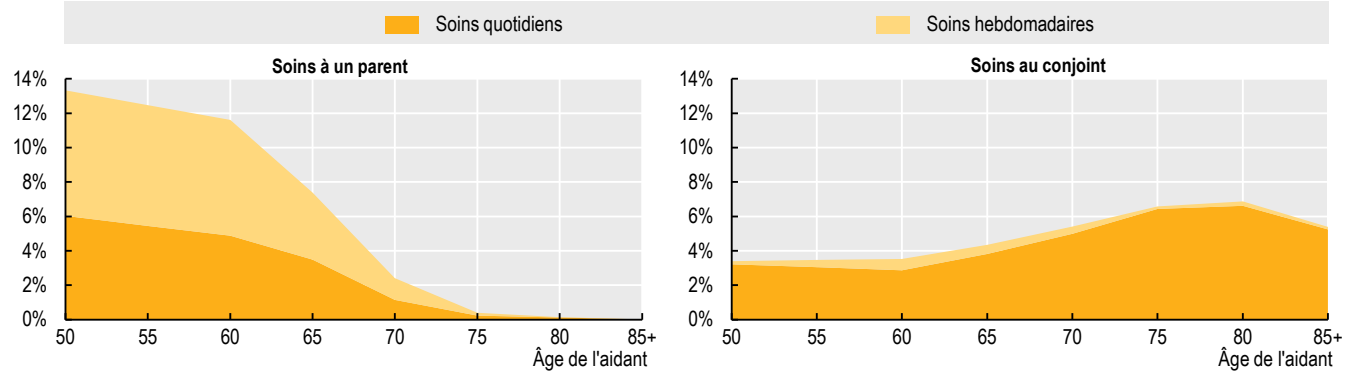
Graphique 10.17. **Proportion de femmes parmi les aidants informels âgés de 50 ans et plus intervenant quotidiennement, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité). 1. Les données pour le Royaume-Uni sont celles de l'Angleterre.
Source : SHARE, 8e vague (2019-20) ; SDC (2018) pour l'Australie ; ELSA, 8e vague (2017) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14e vague (2018-19) pour les États-Unis ; Recensement 2016 pour l'Irlande.

StatLink https://stat.link/abm46k

Graphique 10.18. **Proportion d'aidants informels âgés de 50 ans et plus, selon le bénéficiaire et l'âge, soins quotidiens et hebdomadaires, pays européens de l'OCDE, 2019-20**



Source : SHARE, 8e vague (2019-20).

StatLink https://stat.link/ursgi3

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Les soins de longue durée sont un service à forte intensité de main-d'œuvre, et les soins formels doivent souvent venir compléter le soutien informel et non rémunéré apporté aux personnes ayant besoin de soins de longue durée (voir l'indicateur « Aidants informels »). Les travailleurs du secteur formel des soins de longue durée sont définis comme le personnel rémunéré, généralement du personnel infirmier et des auxiliaires de vie, qui dispense des soins et/ou une aide aux personnes qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes, à domicile ou dans des établissements (non hospitaliers). On compte en moyenne 5 travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus dans 32 pays de l'OCDE – de 12 en Norvège et en Suède, à moins de un en Grèce, en Pologne et au Portugal (Graphique 10.19). La pandémie de COVID-19 a exacerbé le manque d'effectif en charge des patients nécessitant des soins de longue durée, particulièrement lors du remplacement du personnel malade ou en isolement. . Pratiquement tous les pays de l'OCDE dont on dispose de données, ont mis en place des mesures (comme le financement) pour recruter du personnel de soins de longue durée directement ou indirectement, mais des efforts restent à pourvoir (OCDE, à paraître[3]).

Dans plus de la moitié des pays de l'OCDE, le vieillissement de la population prend le pas sur la croissance de l'offre de soins de longue durée. La main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée a stagné ou même baissé dans des pays où l'offre de soins est bien supérieure à la moyenne OCDE (comme la Norvège et la Suède). Neuf pays ont connu une petite hausse globale de leur offre de soins de longue durée entre 2011 et 2019, mais seulement d'environ un travailleur (ou moins) pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans. Avec le vieillissement de la population, la demande de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée devrait augmenter. Il faudra, pour répondre à cette demande croissante, mettre en place des politiques visant à améliorer le recrutement et la fidélisation, et à accroître la productivité.

Dans l'ensemble de l'OCDE, moins d'un quart des travailleurs du secteur sont diplômés de l'enseignement supérieur en 2019 (Graphique 10.20). Cette situation s'explique par le fait que les auxiliaires de vie représentent 70 % des travailleurs du secteur des soins de longue durée en moyenne dans les pays de l'OCDE, et jusqu'à 90 % dans quelques pays (Estonie, Suisse, Corée, Israël et Suède). Le nombre de personnel infirmier n'est supérieur à celui des auxiliaires de vie que dans trois pays (Allemagne, Hongrie et Suisse) (OCDE, 2018[10]). À ce jour, très peu de pays exigent des auxiliaires de vie un niveau minimum de formation, un diplôme et/ou une certification. Le personnel du secteur des soins de longue durée est généralement peu qualifié, bien qu'il passe beaucoup de temps à exécuter des tâches complexes qui vont au-delà des soins de base. Les auxiliaires de vie ne disposent pas toujours d'une formation et des connaissances adaptées, ce qui peut affecter la qualité des soins prodigués.

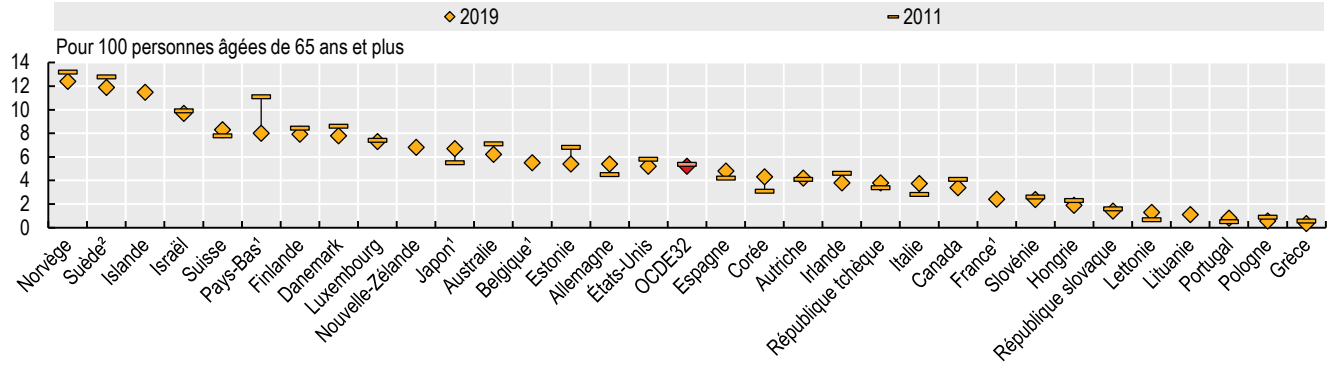
Les formes atypiques d'emploi (notamment le travail à temps partiel ou temporaire) sont courantes dans ce secteur (Graphique 10.21). Une situation qui touche en majorité les femmes car elles constituent en moyenne 90 % de la main-d'œuvre dans ce secteur des soins de longue durée. Ainsi, 42 % des travailleurs de ce secteur travaillaient à temps partiel dans les pays de l'OCDE en 2019. Dans de nombreux pays d'Europe centrale et septentrionale, plus de la moitié des travailleurs sont employés à temps partiel. Le travail à temps partiel est particulièrement répandu chez les auxiliaires de vie et les travailleurs à domicile. Ces taux élevés de travail à temps partiel peuvent s'expliquer par le fait que les services de base ne nécessitent que quelques heures à des moments précis de la journée. Les contrats temporaires sont également courants, ce qui contribue à la précarité de l'emploi dans ce secteur. Dans les pays de l'OCDE, environ 17 % des travailleurs du secteur des soins de longue durée avaient un contrat à durée déterminée en 2019. Ils étaient 40 % ou plus au Japon et en Pologne, contre moins de 10 % en Australie, au Royaume-Uni, en Irlande, en Belgique et au Luxembourg. Près d'un quart des travailleurs du secteur détiennent un contrat zéro-heure au Royaume-Uni. Les travailleurs qui sont titulaires de contrats temporaires ont généralement des possibilités de formation moindres, ne bénéficient pas toujours de prestations comme les congés annuels payés, subissent la précarité du travail et ont un accès plus restreint à la protection sociale. L'absence de continuité en matière de personnel affecte également la qualité des soins. En outre, les soins de longue durée sont souvent exigeants, tant physiquement que mentalement, et la rémunération est généralement faible.

Définition et comparabilité

Les travailleurs du secteur des soins de longue durée sont des travailleurs rémunérés qui prodiguent des soins à domicile ou en établissement (non hospitalier). Cette définition englobe le personnel infirmier diplômé et les auxiliaires de vie qui fournissent une aide dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et assurent d'autres services d'aide à la personne. Les auxiliaires de vie regroupent diverses catégories de personnel susceptibles d'être dénommées différemment selon le pays. Dans la mesure où ils peuvent ne pas occuper d'emplois reconnus, il est plus difficile de recueillir des données comparables pour cette catégorie de travailleurs à l'échelle internationale. Les données des Statistiques de l'OCDE sur la santé de 2021 englobent également les membres de la famille ou les amis employés au moyen d'un contrat formel par le bénéficiaire des soins, par une agence ou par un prestataire de services public ou privé. Le personnel infirmier travaillant dans l'administration n'est pas pris en compte. Les chiffres fournis sont les effectifs bruts et non des équivalents temps-plein.

Comparée à la dernière publication de l'OCDE sur les travailleurs du secteur des soins de longue durée (OCDE, 2018[10]), la méthodologie utilisée pour sélectionner les travailleurs dans les bases de données de l'Enquête sur les forces de travail de l'UE (EFT-UE) a évolué en raison de modifications apportées à l'accord entre Eurostat et les pays européens concernant les seuils de taille des échantillons, qui ont peut-être conduit à un nombre légèrement plus élevé de travailleurs.

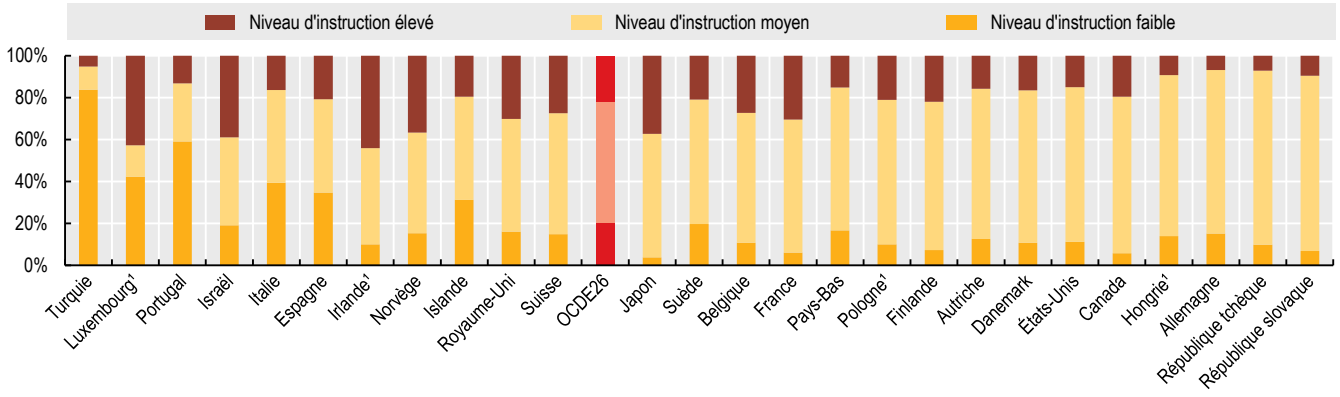
Graphique 10.19. **Travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 2011 et 2019 (ou année la plus proche)**



1. Rupture dans les séries chronologiques. 2. Les données pour la Suède ne concernent que les prestataires publics. En 2016, 20 % des lits de soins de longue durée pour les personnes âgées de 65 ans et plus étaient fournis par des sociétés privées (mais financés par des fonds publics).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, complétées de celles de l'EFT-UE.

StatLink https://stat.link/4b0p3z

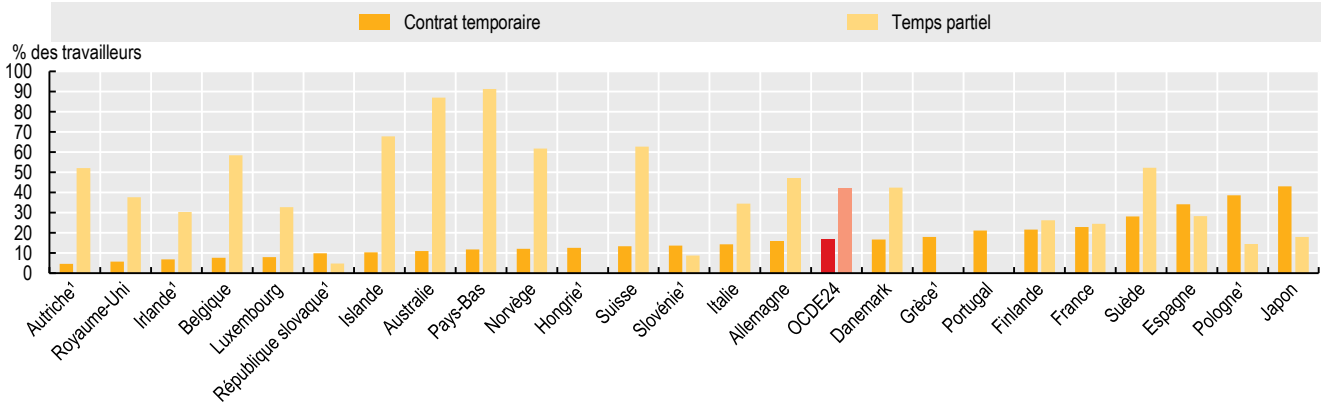
Graphique 10.20. **Travailleurs du secteur des soins de longue durée par niveau d'instruction, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Échantillons de petite taille : les données doivent être interprétées avec prudence.
Sources : EFT UE ; ASEC-CPS pour les États-Unis ; recensement pour le Canada ; LFS pour Israël ; Survey on Long-term Care Workers pour le Japon.

StatLink https://stat.link/t70hml

Graphique 10.21. **Proportion des travailleurs du secteur des soins de longue durée qui travaillent à temps partiel ou avec des contrats temporaires, 2019**



1. Échantillons de petite taille : les données doivent être interprétées avec prudence.
Sources : EFT-UE ; ASEC-CPS pour les États-Unis ; recensement pour le Canada ; LFS pour Israël ; Survey on Long-term Care Workers pour le Japon.

StatLink https://stat.link/v0mwhk

Établissements de soins de longue durée

Même si les pays ont pris de nombreuses mesures pour permettre aux personnes ayant besoin de services de soins de longue durée de vivre à domicile aussi longtemps que possible si elles le souhaitent, nombreuses sont celles qui à un certain moment auront besoin de services qui ne peuvent pas être fournis à domicile. Le nombre de lits dans les établissements de long séjour et dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour assurer une prise en charge de longue durée ailleurs qu'au domicile des patients.

En 2019, on dénombrait en moyenne, dans les pays de l'OCDE, 46 lits de soins de longue durée pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus (Graphique 10.22). La grande majorité (43) se trouvaient dans des établissements de long séjour, et les autres (3) dans les hôpitaux. Le nombre de lits de soins de longue durée pour 1 000 individus de 65 ans et plus varie énormément entre les pays de l'OCDE. En 2019, on dénombrait 20 fois plus de lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus dans le pays qui en comptait le plus grand nombre (le Luxembourg avec 81.6 lits) que dans celui qui en comptait le moins (la Grèce avec 4.1 lits). Cinq pays – Italie, Lettonie, Pologne, Turquie et Grèce – comptaient moins de 20 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus. Deux pays – le Luxembourg et les Pays-Bas – en comptaient plus de 70.

Entre 2009 et 2019, les pays de l'OCDE ont en moyenne réduit le nombre de lits de soins de longue durée dans les établissements de 3 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus (Graphique 10.23). Toutefois, cette évolution du nombre de lits varie fortement selon les pays. Au cours des dix dernières années, la Norvège, l'Islande, la Finlande et le Danemark ont réduit le nombre de lits en établissement d'au moins 15 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus. À l'opposé, la Corée et le Luxembourg ont augmenté le nombre de lits de soins de longue durée de plus de 25 lits au cours de la même période. Ces évolutions significatives sont largement dues à des choix stratégiques. Les réductions du nombre de lits en établissement en Suède découlent d'une transition vers la fourniture de services de proximité, tandis que la forte hausse de capacité observée en Corée a suivi la mise en place d'un régime public d'assurance-dépendance en 2008.

De nombreuses personnes bénéficiant de soins de longue durée souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, et ces dernières années, la plupart des pays ont pris des mesures visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir les soins de proximité et à domicile. Toutefois, la situation personnelle peut justifier, à termes, un placement en établissement de soins de longue durée. Ainsi, les personnes qui vivent seules et qui nécessitent une assistance et une surveillance 24 heures sur 24 (Wiener, 2009[11]) ou celles qui vivent dans des régions isolées où l'offre de soins à domicile est limitée, peuvent avoir des difficultés à rester à domicile lorsque leurs besoins augmentent. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités en établissement pour les soins de longue durée.

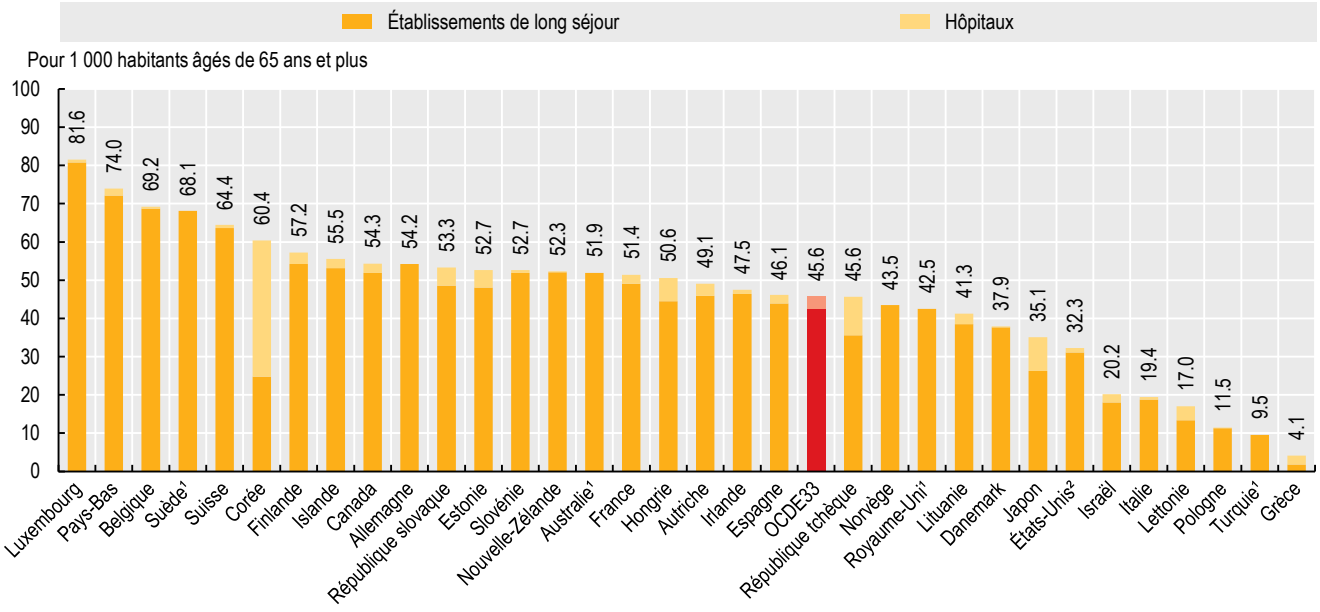
Les résidents des établissements de soins de longue durée ont été durement touchés par la pandémie de COVID-19 : dans 25 pays de l'OCDE, plus de 40 % des décès dus au COVID-19 sont survenus parmi les résidents des établissements de long séjour. En outre, les mesures de confinement, y compris l'interdiction des visites dans la plupart des pays, ont fortement affecté le bien-être de nombreux résidents au-delà de l'impact sanitaire direct du virus. Il est donc essentiel, pour des soins de qualité, d'élaborer et de mettre en œuvre des modèles de soins qui respectent les souhaits des résidents, et favorisent leur dignité et leur autonomie. Cela implique que le personnel de ces établissements soit correctement formé, et que les établissements disposent des moyens nécessaires pour prodiguer des soins de grande qualité, enrayer le fort taux de rotation et faciliter le recrutement et la fidélisation de travailleurs de grande qualité (voir la section « Travailleurs du secteur des soins de longue durée »).

Définition et comparabilité

Les établissements de soins de longue durée sont des structures fournissant hébergement et soins à des personnes ayant besoin de soins de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés ou des structures de type hospitalier dont la mission principale consiste à prendre en charge sur le long terme des patients ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Ils n'incluent pas les lits disponibles dans les formules d'hébergement adaptées aux personnes ayant besoin d'une assistance mais qui conservent une grande autonomie. Les lits des centres de réadaptation ne doivent pas être pris en compte dans les comparaisons internationales.

La couverture des données varie toutefois d'un pays à l'autre. Plusieurs pays ne prennent en compte que les lits des établissements publics de long séjour, tandis que d'autres englobent ceux des structures privées (à but lucratif et sans but lucratif). Certains comptabilisent également les lits des centres de désintoxication, des unités psychiatriques d'hôpitaux spécialisés ou de médecine générale, et des centres de réadaptation.

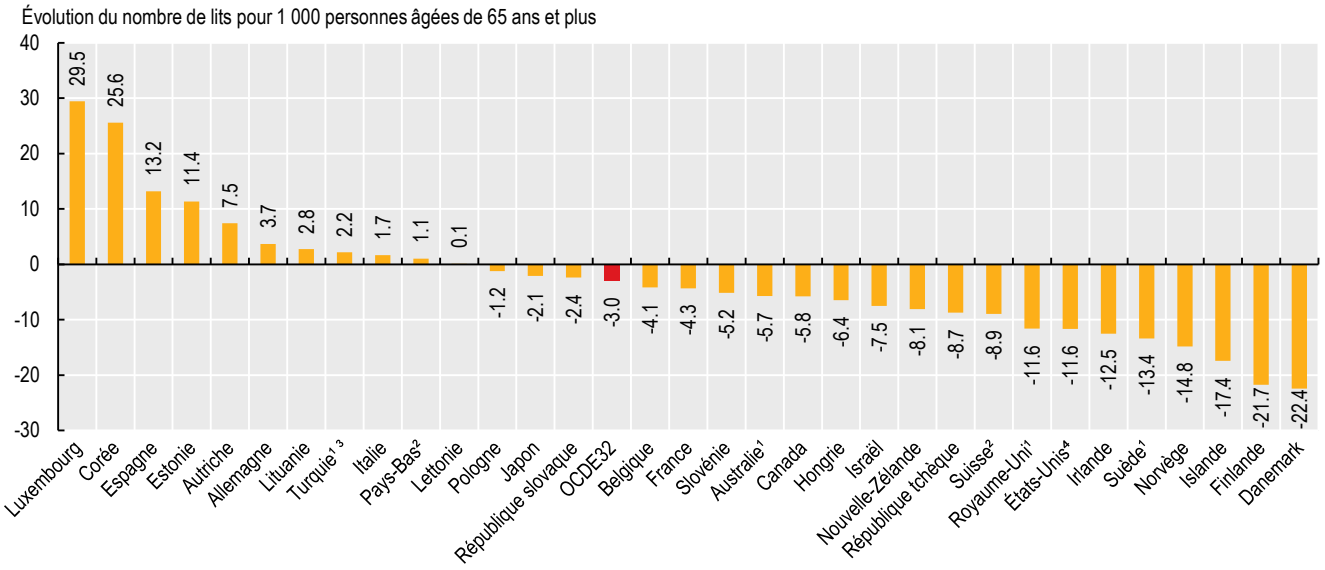
Graphique 10.22. **Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Le nombre de lits pour soins de longue durée à l'hôpital n'est pas disponible pour ces pays. 2. Les données sont celles de 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/stldyn

Graphique 10.23. **Évolution du nombre de lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2009-19 (ou année la plus proche)**



1. Le nombre de lits pour soins de longue durée à l'hôpital n'est pas disponible pour ces pays. 2. Les nombres comparateurs des lits pour soins de longue durée à l'hôpital renvoient à 2010. 3. Le nombre comparateur des lits pour soins de longue durée en établissements de long séjourrenvoie à 2011. 4. Les données sont celles de 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/07zequ

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Par comparaison avec d'autres domaines du secteur de la santé, les dépenses consacrées aux soins de longue durée ont connu la plus forte hausse au cours des dernières années (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7). Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente ; la hausse des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse ; l'offre de soins informels risque de diminuer et les gains de productivité sont difficiles à réaliser dans ce secteur à forte intensité de main-d'œuvre. Tous ces facteurs exercent une pression à la hausse sur les coûts, et devraient donner lieu à d'autres augmentations importantes des dépenses consacrées aux soins de longue durée dans les pays de l'OCDE au cours des prochaines années.

En 2019, 1.5 % du produit intérieur brut (PIB) était en moyenne consacré aux soins de longue durée (à la fois le volet santé et le volet aide sociale) dans les pays de l'OCDE (Graphique 10.24). Les Pays-Bas sont le pays qui a consacré le plus de moyens à ce secteur (4.1 % du PIB), devant la Norvège (3.7 %), le Danemark (3.6 %) et la Suède (3.4 %). À l'autre extrémité, le Mexique, le Chili, la Grèce et la Turquie ont consacré entre 0.1 % et 0.2 % de leur PIB à la fourniture de services de soins de longue durée. Cet écart s'explique en partie par des différences de structure démographique, mais surtout par l'état de développement des systèmes formels de prise en charge de la dépendance par opposition à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. Il est possible que ces dépenses soient sous-estimées dans les pays qui sont dans l'incapacité de rapporter les dépenses consacrées au volet social des soins de longue durée. Dans les pays de l'OCDE, quatre dollars dépensés dans les soins de longue durée sur cinq proviennent de sources publiques.

L'organisation des soins de longue durée dans les pays influence la composition des dépenses dans ce domaine, et peut également avoir un impact sur le montant global de ces dépenses. Dans les pays de l'OCDE, plus de la moitié des dépenses consacrées aux soins de longue durée (volet sanitaire et volet social) ont eu lieu dans des établissements médicalisés de long séjour (Graphique 10.25). Dans la plupart de pays de l'OCDE, ces prestataires représentent la majorité des dépenses de soins de longue durée. En moyenne, environ un cinquième du total des dépenses de soins de longue durée était consacré à la fourniture de soins professionnels (médicaux) à domicile. Les autres prestataires sont les hôpitaux, les ménages (lorsqu'il existe une allocation-dépendance qui rémunère les aidants informels), et les prestataires de soins de longue durée à orientation sociale. Chacun représentant en moyenne 9 % du total des dépenses de soins de longue durée. L'importance de ces modes de fourniture varie fortement d'un pays à l'autre, en fonction de l'organisation des soins et des priorités stratégiques.

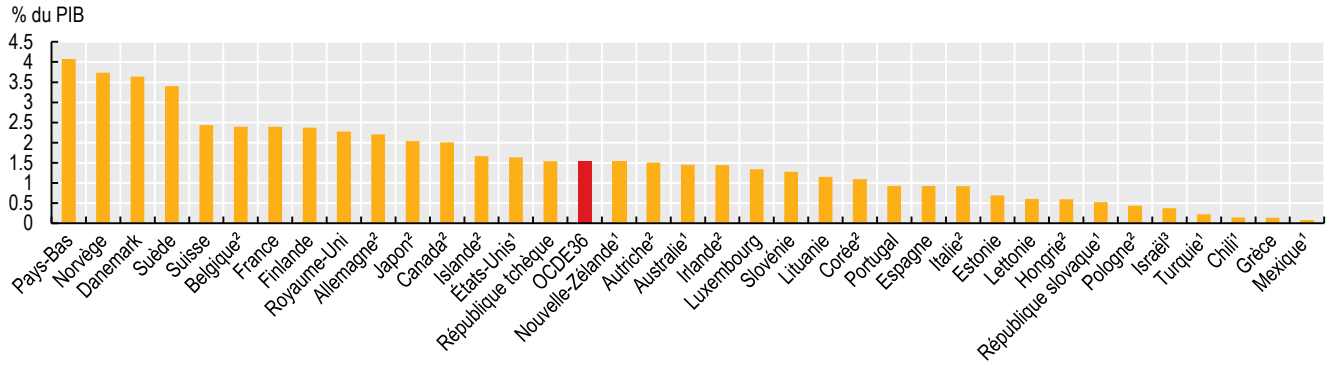
Les régimes publics contribuent largement à maintenir les coûts des soins aux personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée à des niveaux abordables. Sans le soutien financier public, les coûts totaux des soins de longue durée seraient supérieurs aux revenus médians des personnes âgées dans la plupart des pays de l'OCDE et des États membres de l'Union européenne. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les soins en établissement des personnes fortement dépendantes coûteraient plus de deux fois le revenu médian des personnes âgées (voir Graphique 10.26). Par rapport aux revenus médians des personnes âgées, les coûts totaux étaient les plus élevés en Finlande et en Suède, et les plus bas en Croatie et en Slovénie, parmi les pays fournissant des données en 2020. Ce n'est que dans ces deux derniers pays qu'une personne âgée très dépendante et avec un revenu médian serait capable de prendre en charge, sur ses seuls revenus, le coût total des soins en établissement. Les systèmes publics de protection sociale viennent en aide aux personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée afin qu'elles puissent accéder aux soins. Grâce à l'aide publique, les coûts que doivent supporter les personnes âgées sont bien inférieurs à ce qui est indiqué dans le Graphique 10.26 pour la Finlande et la Suède (Oliveira Hashiguchi et Llena-Nozal, 2020[12]).

Définition et comparabilité

Les dépenses de soins de longue durée englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu. Conformément au Système des comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[13]), le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (l'aide aux AVQ). Il englobe également les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour (notamment les frais de logement et de repas) ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux AIVQ. Malgré les progrès réalisés ces dernières années concernant la comparabilité générale des dépenses de soins de longue durée, des différences demeurent au niveau des pratiques de comptabilisation des dépenses entre le volet sanitaire et le volet social pour certaines activités de soins de longue durée. Dans certains pays, le volet social des soins de longue durée est (partiellement) intégré dans le volet sanitaire, dans d'autres, seul le volet sanitaire est comptabilisé. On constate également des variations dans l'exhaustivité de la comptabilisation des dépenses de soins de longue durée financées de manière privée. Pour les pays qui ne comptabilisent aucune dépense de soins de longue durée ou pour lesquels des composantes importantes sont manquantes, une estimation est proposée (OCDE, 2020[14]).

Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés dont la mission principale consiste à prodiguer des soins de longue durée à des personnes dépendantes ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Une personne âgée très dépendante est définie comme quelqu'un qui a besoin de 41.25 heures de soins par semaine. Une description détaillée de leurs besoins est disponible dans Muir (2017[15]).

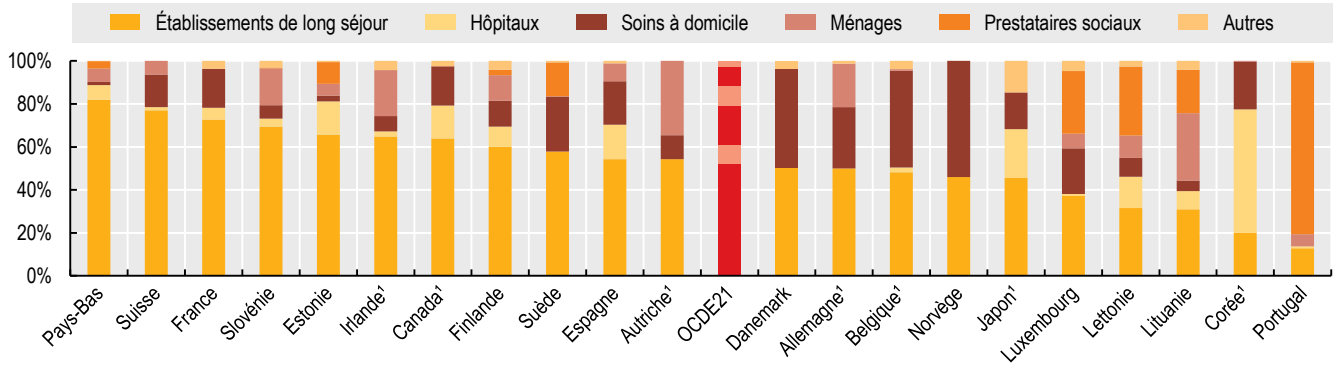
Graphique 10.24. **Dépenses totales de soins de longue durée en pourcentage du PIB, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Estimation du Secrétariat de l'OCDE. 2. Pays ne comptabilisant pas les dépenses de soins de longue durée (volet social). Dans de nombreux pays, cette composante est donc absente des dépenses totales de soins de longue durée, mais dans certains autres elle est en partie intégrée dans le volet sanitaire. 3. Pays ne comptabilisant pas les dépenses de soins de longue durée (volet sanitaire).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 ; OCDE (2020[14]), « Focus on spending on long-term care », *https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf*.

StatLink https://stat.link/2mybto

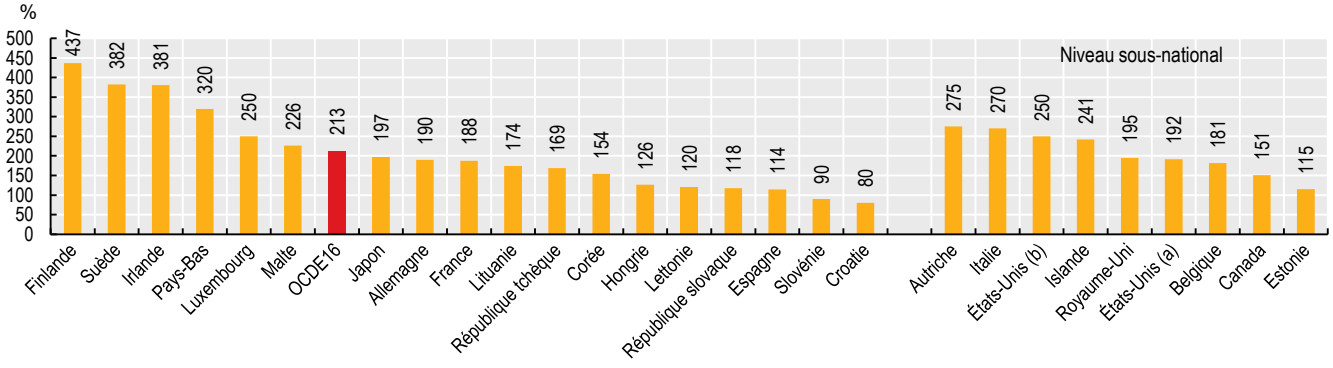
Graphique 10.25. **Dépenses totales de soins de longue durée, par prestataire, 2019 (ou année la plus proche)**



1. Pays ne comptabilisant pas le volet social. La catégorie « Prestataires sociaux » renvoie aux prestataires dont la principale activité est l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne ou d'autres prestations sociales.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

StatLink https://stat.link/clax48

Graphique 10.26. **Coûts des soins de longue durée en établissement pour une personne âgée fortement dépendante, en part du revenu médian des individus ayant atteint l'âge de la retraite et plus âgés, 2020 (ou année la plus proche)**



Note : Les données de la Belgique concernent la Flandre, celles de l'Islande concernent Reykjavik, celles du Canada concernent l'Ontario, celles de l'Estonie concernent Tallinn, celles de l'Autriche concernent Vienne, celles des États-Unis concernent (a) la Californie et (b) l'Illinois, celles de l'Italie concernent le Tyrol du Sud, et celles du Royaume-Uni concernent l'Angleterre.
Source : Questionnaire sur la protection sociale des soins de longue durée de l'OCDE (2020) et Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus (2020).

StatLink https://stat.link/nceyzp

Soins de fin de vie

L'amélioration des soins de fin de vie, qui font référence aux services médicaux et sociaux fournis lorsqu'un individu arrive en fin de vie, devient peu à peu une priorité de santé publique à l'échelle mondiale, et un aspect majeur des politiques centrées sur la personne. Avec le vieillissement des populations et l'évolution de l'épidémiologie des maladies, davantage d'individus vont avoir besoin de soins et d'aide au cours de la dernière phase de leur vie. Durant la pandémie de COVID-19, les mesures de confinement adoptées pour prévenir la propagation du virus, notamment l'interdiction des visites dans les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux, même pour les patients mourants, sont allées à l'encontre des principes de soins de fin de vie de qualité et centrés sur la personne. Les difficiles expériences de fin de vie qu'ont vécues de nombreux patients et leurs familles durant la pandémie ont rappelé à quel point il était important de mettre en place des services de soins de fin de vie de qualité, accessibles, et centrés sur la personne.

La grande majorité des décès survenus entre 2001 et 2017 dans les pays de l'OCDE étaient liés à des maladies nécessitant des soins de fin de vie, classées en trois trajectoires de décès : défaillance d'un organe, fragilité, et maladie en phase terminale (Graphique 10.27). Ces trajectoires entraînent souvent des souffrances et un déclin fonctionnel au cours des dernières années ou derniers mois de vie, et nécessitent des services de soins de fin de vie (Lunney, Lynn et Hogan, 2002[16]). Entre 2001 et 2017, la défaillance d'organe représentait la plus importante catégorie de trajectoire de décès dans les pays de l'OCDE, en dépit d'une légère baisse générale (-7 %) du taux de mortalité sur cette période. La République slovaque, la Corée et le Royaume-Uni ont enregistré une baisse de 17 % dans cette trajectoire, tandis que le Chili, la Finlande, la Hongrie, la Lituanie, le Mexique et la République tchèque connaissaient une hausse sur la même période.

Les maladies en phase terminale constituent une charge croissante dans les pays de l'OCDE. C'est particulièrement le cas en Estonie, en Slovénie, en République slovaque et en Corée, où les décès causés par les maladies en phase terminale ont augmenté de plus de 17 % entre 2001 et 2017. En revanche, l'Australie, les États-Unis, l'Islande, le Japon, le Mexique et la République tchèque ont enregistré une baisse de 5 % ou plus. Le vieillissement est rapide dans les pays de l'OCDE, et les taux de mortalité liés à la fragilité ont nettement augmenté en correspondance. Alors que 43 % des décès concernaient des individus de plus de 80 ans dans les pays de l'OCDE en 2001, ce chiffre était passé à 51 % en 2017. La part des personnes de plus de 80 ans devrait doubler entre 2017 et 2050 (OCDE, 2019[17]), et la part des décès dus à la fragilité devrait augmenter encore plus. La Pologne, la Suède, le Chili, la Finlande et la République tchèque ont enregistré une légère baisse des décès liés à la fragilité entre 2001 et 2017, tandis qu'en Lituanie, en République slovaque, au Luxembourg, en Slovénie et en Allemagne, on constatait une augmentation de 30 % ou plus.

Les services de soins de fin de vie peuvent être fournis dans divers environnements, comme les hôpitaux, à domicile, dans les établissements de long séjour ou les unités de soins palliatifs ; des soins de fin de vie de qualité impliquent que le patient peut choisir où il souhaite être pris en charge et mourir. Cette possibilité de choix est largement reconnue comme étant une mesure de la qualité et de la dimension humaine des soins de fin de vie, car le domicile du patient est souvent le lieu choisi pour le décès. L'hôpital demeure cependant le lieu le plus courant du décès dans la plupart des pays de l'OCDE (Graphique 10.28). En 2019, dans 22 pays de l'OCDE disposant de données comparables, les hôpitaux étaient l'endroit où survenaient 50 % des décès en moyenne (plus de 70 % en Corée et au Japon). Les Pays-Bas (20 %), la Suisse (32 %) et les États-Unis (35 %) faisaient état de la plus faible part de décès survenus dans les hôpitaux. Aux Pays-Bas, de nombreux décès surviennent au domicile personnel (36 %) et dans les établissements de soins de longue durée (35 %) (données de 2017). De même, 36 % des décès sont survenus dans des établissements de soins de longue durée en 2018 en Suisse. En Norvège, les décès survenant dans des établissements non hospitaliers ont augmenté entre 2001 et 2011, passant de 40 % à 46 %. Les décès à domicile sont les plus courants au Chili (47 % en 2017), et la proportion augmente aux États-Unis (23 % en 2001 contre 31 % en 2018) et au Royaume-Uni (19 % en 2006 contre 24 % en 2018).

Dans une majorité de pays, les décès survenant dans les hôpitaux ont diminué entre 2009 et 2019, en particulier au Royaume-Uni. Seules l'Allemagne, la Corée, l'Estonie, la Lituanie, la Lettonie et la Suisse ont connu une hausse. En Corée, la tendance s'explique en partie par la diminution des décès à domicile sur la même période. Néanmoins, la proportion élevée d'individus décédant à l'hôpital a suscité des inquiétudes quant à l'institutionnalisation et la médicalisation de la mort et l'éventuelle inadéquation avec les préférences des patients.

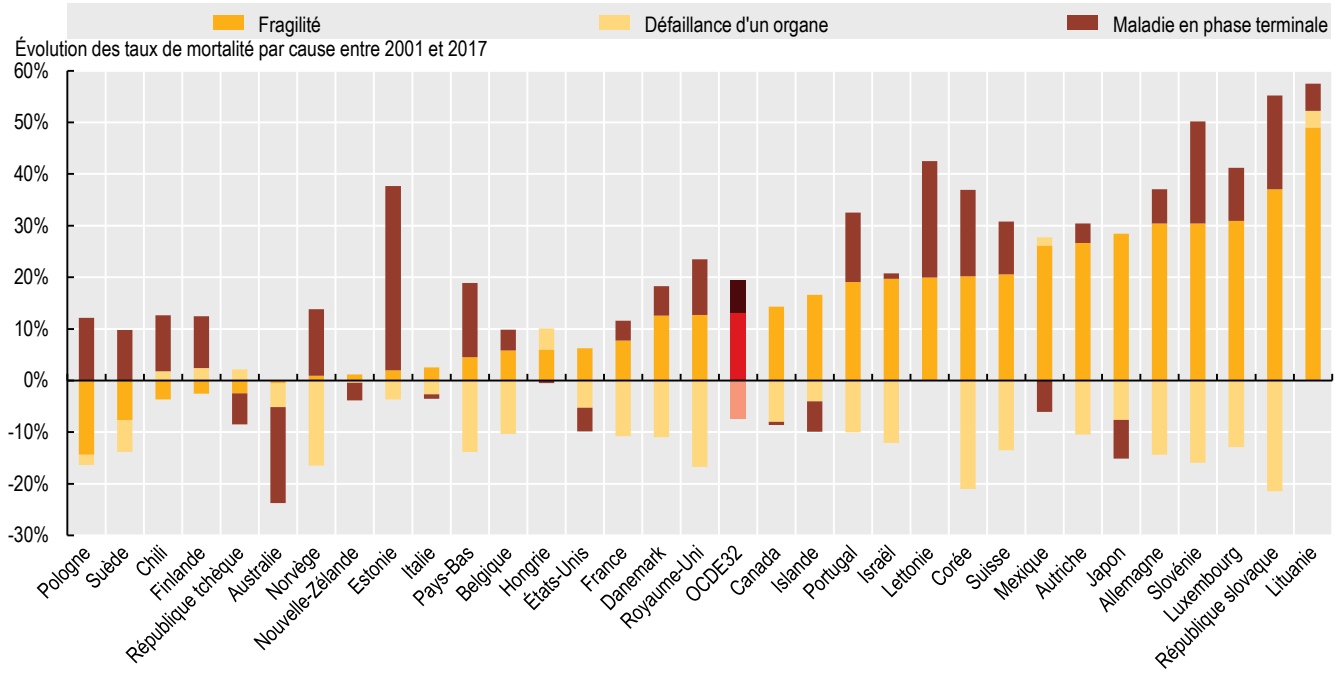
Définition et comparabilité

La classification des maladies nécessitant des soins de fin de vie en trois trajectoires de décès (défaillance d'un organe, fragilité, et maladie en phase terminale) reprend la définition de Lunney, Lynn et Hogan (2002[16]). La défaillance d'organe renvoie principalement aux maladies cardiaques : les cardiopathies ischémiques chroniques étant la principale cause de décès. Chez les personnes âgées, la démence, la maladie d'Alzheimer et la sénilité sont les principales causes de décès liées à la fragilité. Les tumeurs malignes des bronches et des poumons sont la cause de décès la plus courante parmi ceux qui souffrent d'une maladie en phase terminale.

Il convient de noter que durant la période prise en compte, la codification des pratiques concernant la démence et la maladie d'Alzheimer a été modifiée, celles-ci étant de plus en plus codifiées comme étant la principale cause du décès ; ceci a pu influer sur l'ampleur de la tendance rapportée (Roth et al., 2018[18]).

Les données présentées dans le Graphique 10.28 sur le lieu de décès concernent les années 2009 et 2019 ou les années les plus proches disponibles. Les comparaisons entre pays doivent être faites avec prudence, car les données peuvent renvoyer à des années différentes. La part des décès à l'hôpital a été calculée par le Secrétariat de l'OCDE, sur la base des données disponibles.

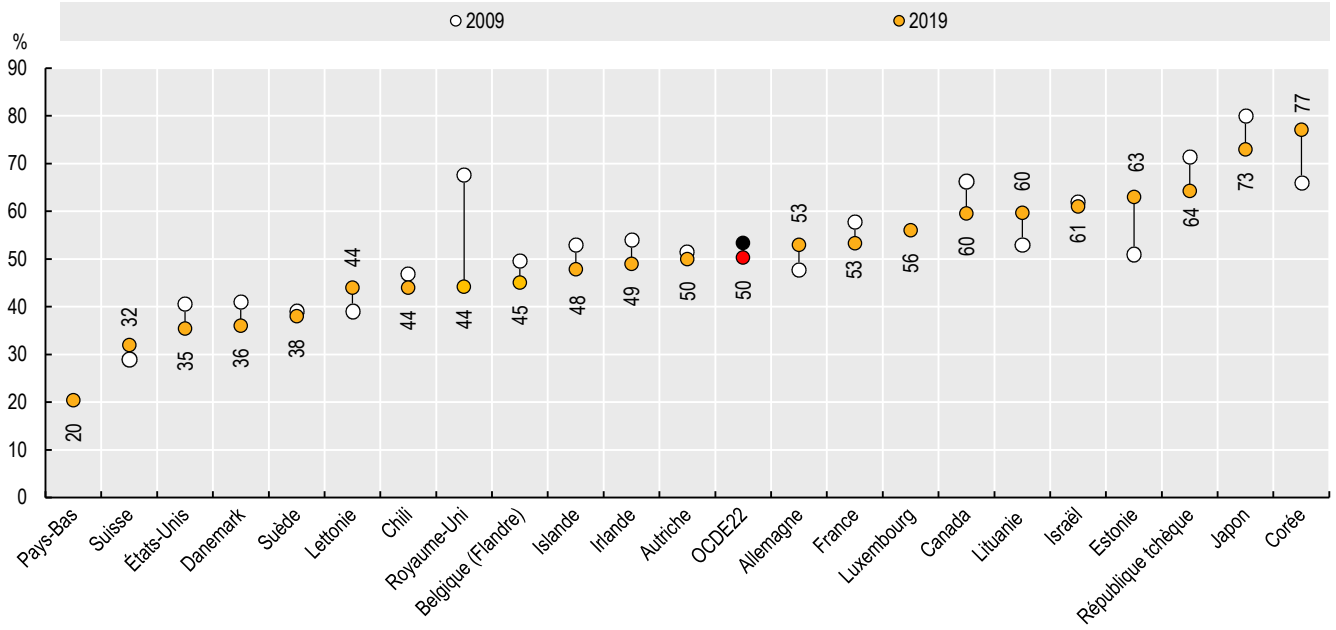
Graphique 10.27. **Évolution des taux de mortalité pour les maladies nécessitant des soins de fin de vie, 2001-17 (ou année la plus proche)**



Source : Base de données sur la mortalité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019[19]) et Lunney, Lynn et Hogan (2002[16]) pour la définition des trajectoires de décès dans les soins de fin de vie.

StatLink https://stat.link/kliumd

Graphique 10.28. **Part des décès à l'hôpital, 2009 et 2019 (ou année la plus proche)**



Source : Sources nationales et collecte de données pilote de l'OCDE EOLC-HCQO, 2021.
Note : Les données pour la République tchèque incluent les unités de soins palliatifs et les établissements de long séjour classés comme établissements de santé.

StatLink https://stat.link/918wo2

Références

[1] BIT et OCDE (2019), « New job opportunities in an ageing society », *http://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf*.

[5] de Bienassis, K., A. Llena-Nozal et N. Klazinga (2020), « The economics of patient safety Part III: Long-term care : Valuing safety for the long haul », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 121, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/be07475c-en*.

[16] Lunney, J., J. Lynn et C. Hogan (2002), « Profiles of Older Medicare Decedents », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50/6, pp. 1108-1112, *http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x*.

[7] Mair et al (2017), *The Simpathy consortium. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*.

[15] Muir, T. (2017), « Measuring social protection for long-term care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en*.

[14] OCDE (2020), « Focus on spending on long-term care », OCDE, Paris, *https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf*.

[2] OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/92c0ef68-en*.

[4] OCDE (2020), « Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, *https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en*.

[17] OCDE (2019), *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/5f5b6833-fr*.

[10] OCDE (2018), *Care Needed : Improving the Lives of People with Dementia*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en*.

[6] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en*.

[3] OCDE (à paraître), « Rising from the crisis: Policy responses in the long-term care sector (titre provisoire) », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris.

[9] OCDE (à paraître), « Supporting informal carers: Policies to leave no carer behind », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

[13] OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en*.

[12] Oliveira Hashiguchi, T. et A. Llena-Nozal (2020), « The effectiveness of social protection for long-term care in old age : Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 117, Éditions OCDE, Paris, *https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en*.

[19] OMS (2019), *Health statistics and information system*, *https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/* (consulté le 18 mars 2020).

[18] Roth, G. et al. (2018), « Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *The Lancet*, vol. 392/10159, pp. 1736-1788, *http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7*.

[8] Suetens, C. et al. (2018), « Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017 », *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, vol. 23/46, *http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516*.

[11] Wiener, J. (2009), *Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining*, US Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services.

Panorama de la santé 2021

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 l'impact sanitaire du COVID-19 dans les pays de l'OCDE, y compris les décès et les maladies causés par le virus, les effets néfastes sur l'accès et la qualité des soins, et les difficultés grandissantes liées aux troubles mentaux.

IMPRIMÉ ISBN 978-92-64-39034-8
PDF ISBN 978-92-64-70999-7

9 789264 390348