Panorama de la santé 2023

LES INDICATEURS DE L'OCDE

OCDE

Panorama de la santé 2023

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 arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays Membres de l'OCDE.

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

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

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

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

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

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

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

© OCDE 2023

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

Avant-propos

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

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

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

Table des matières

Avant-propos 3

Guide du lecteur 9

Résumé 13

1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances 17
- Introduction 18
- État de santé 20
- Facteurs de risque pour la santé 22
- Accès aux soins 24
- Qualité des soins 26
- Capacités et ressources des systèmes de santé 28
- Liens entre les dépenses de santé et les résultats, l'accès et la qualité des soins 30

2 Panorama de la santé numérique 33
- Introduction 34
- Cadre d'évaluation de la préparation à la santé numérique 36
- Indicateurs de la préparation à la santé numérique 41
- Évaluer la santé numérique en tant que déterminant de la santé 57
- Conclusions 58
- Références 59
- Notes 61

3 État de santé 63
- Espérance de vie à la naissance 64
- Évolution de la mortalité toutes causes confondues 66
- Principales causes de mortalité 68
- Mortalité évitable (par prévention et traitement) 70
- Principales menaces pour la santé publique 72
- Mortalité due aux maladies du système circulatoire 74
- Mortalité par cancer 76
- Maladies chroniques 78
- Mortalité maternelle et infantile 80
- Santé mentale 82
- État de santé perçu 84

4 Facteurs de risque pour la santé 87

Tabagisme 88
Consommation d'alcool 90
Consommation de drogues illicites 92
Alimentation et activité physique 94
Surpoids et obésité 96
Environnement et santé 98

5 Accès : abordabilité, disponibilité et utilisation des services 101

Population bénéficiant d'une couverture de santé 102
Besoins de santé non satisfaits 104
Étendue de la couverture de santé 106
Difficultés financières et dépenses à la charge des patients 108
Consultations chez le médecin 110
Santé numérique 112
Lits d'hôpital et taux d'occupation 114
Activité hospitalière 116
Technologies de diagnostic 118
Remplacements de la hanche ou du genou 120
Chirurgie ambulatoire 122
Délais d'attente avant une chirurgie élective 124

6 Qualité et résultats des soins 127

Vaccination de routine 128
Dépistage du cancer 130
Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires 132
Hospitalisations évitables 134
Traitement du diabète 136
Des soins ambulatoires centrés sur la personne 138
Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients 140
Sécurité des soins intensifs – complications chirurgicales et traumatismes obstétricaux 142
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) 144
Mortalité après un accident vasculaire cérébral 146
Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs 148
Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux 150
Soins intégrés 152

7 Dépenses de santé 155

Dépenses de santé en proportion du PIB 156
Dépenses de santé par habitant 158
Prix dans le secteur de la santé 160
Dépenses de santé par dispositif de financement 162
Financement public des dépenses de santé 164
Dépenses de santé par type de service 166
Dépenses de santé au titre des soins primaires 168
Dépenses de santé par prestataire 170
Dépenses en capital dans le secteur de la santé 172

8 Personnel de santé 175
Personnel médico-social 176
Médecins (nombre total) 178
Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie 180
Répartition géographique des médecins 182
Rémunération des médecins 184
Personnel infirmier 186
Rémunération du personnel infirmier 188
Personnel hospitalier 190
Médecins nouvellement diplômés 192
Personnel infirmier nouvellement diplômé 194
Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier 196

9 Secteur pharmaceutique 199
Dépenses pharmaceutiques 200
Pharmaciens et pharmacies 202
Consommation de produits pharmaceutiques 204
Génériques et biosimilaires 206
Recherche-développement pharmaceutique 208

10 Vieillissement et soins de longue durée 211
Évolution démographique 212
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans 214
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans 216
Démence 218
Sécurité des soins de longue durée 220
Accès aux soins de longue durée 222
Aidants informels 224
Emploi dans le secteur des soins de longue durée 226
Établissements de soins de longue durée 228
Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires 230
Soins de fin de vie 232

Suivez les publications de l'OCDE sur :

https://twitter.com/OECD

https://www.facebook.com/theOECD

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

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

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

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel® à partir des livres imprimés !

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

Guide du lecteur

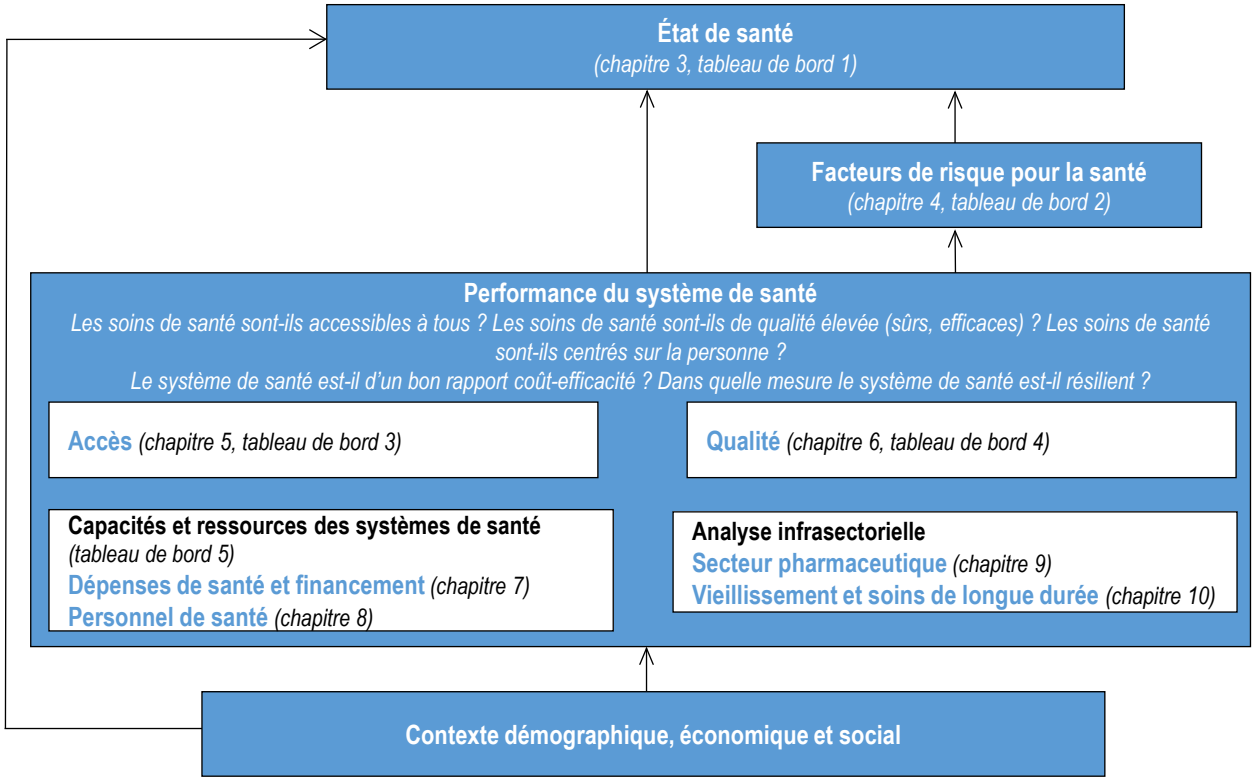
Le *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE* présente des comparaisons entre des indicateurs clés relatifs à la santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les 38 pays membres de l'OCDE. Les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés figurent dans certains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

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

Cadre conceptuel

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

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



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

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

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

Structure de la publication

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

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

Présentation des indicateurs

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

Limites des données

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

Sources des données

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

Les chiffres de population

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

Tableau 1. Codes ISO des pays de l'OCDE

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

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

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

Résumé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

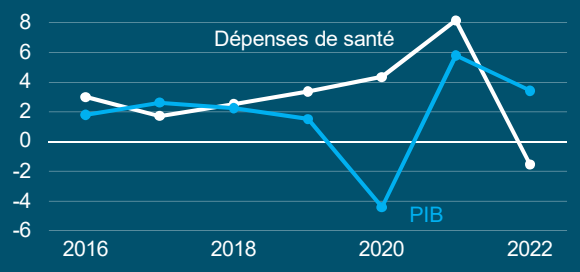
La santé numérique recèle un potentiel considérable de transformation des systèmes de santé. Toutefois, de nombreux pays sont mal préparés au passage de la santé au numérique

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

Infographie 1. Éléments et graphiques clés

Des pressions financières s'exercent sur les systèmes de santé

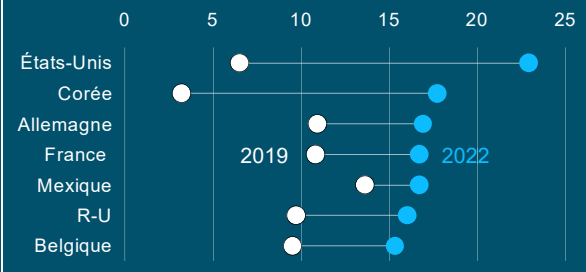
Progression annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB, par habitant, moyenne OCDE, 2016-2022



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

La santé mentale pâtit toujours de la pandémie

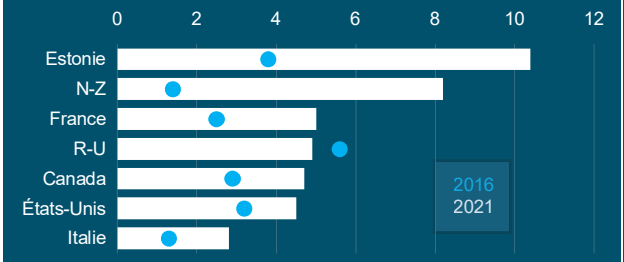
Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou de symptômes dépressifs, en %, 2019-2022 (ou année la plus proche)



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

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

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



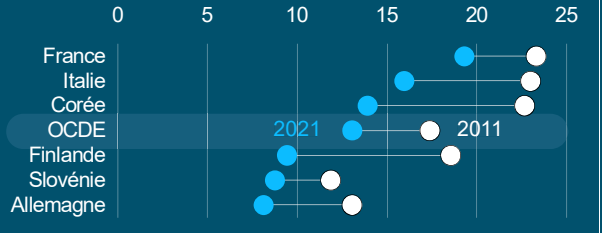
Le vapotage a augmenté dans environ deux tiers des pays de l'OCDE (parmi les pays pour lesquels des données sont disponibles). Il est également plus fréquent chez les jeunes (6.1 % contre 3.2 % de la population totale).

Les plus pauvres éprouvent plus de difficultés à se faire soigner

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

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

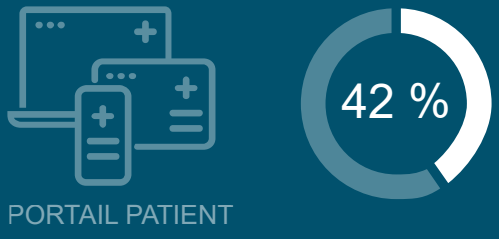
Volume d'antibiotiques prescrits, 2011 et 2021, Doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants



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

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

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



1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

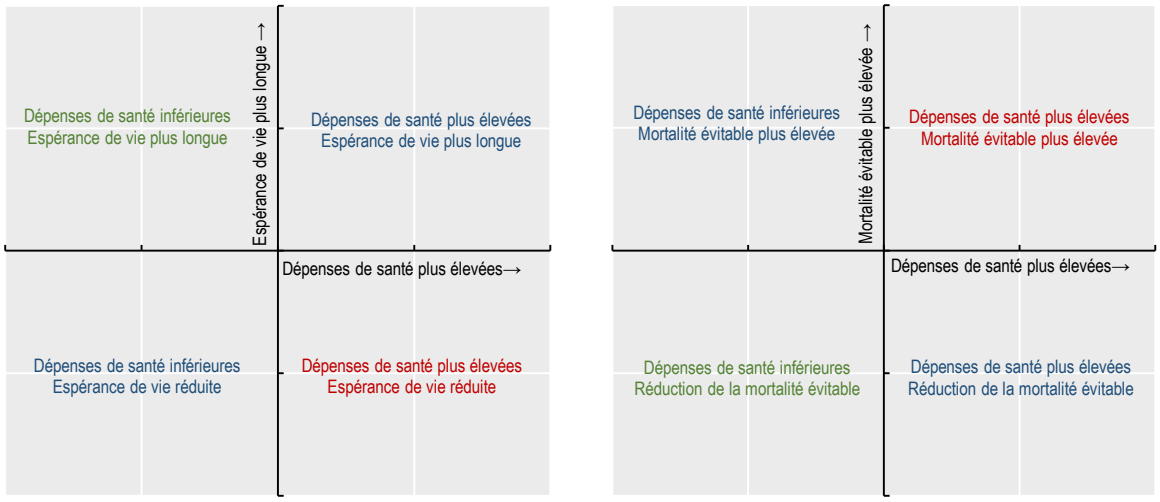
- bleu, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE,
- vert, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE,
- rouge, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE.

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

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

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

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



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

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

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

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

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

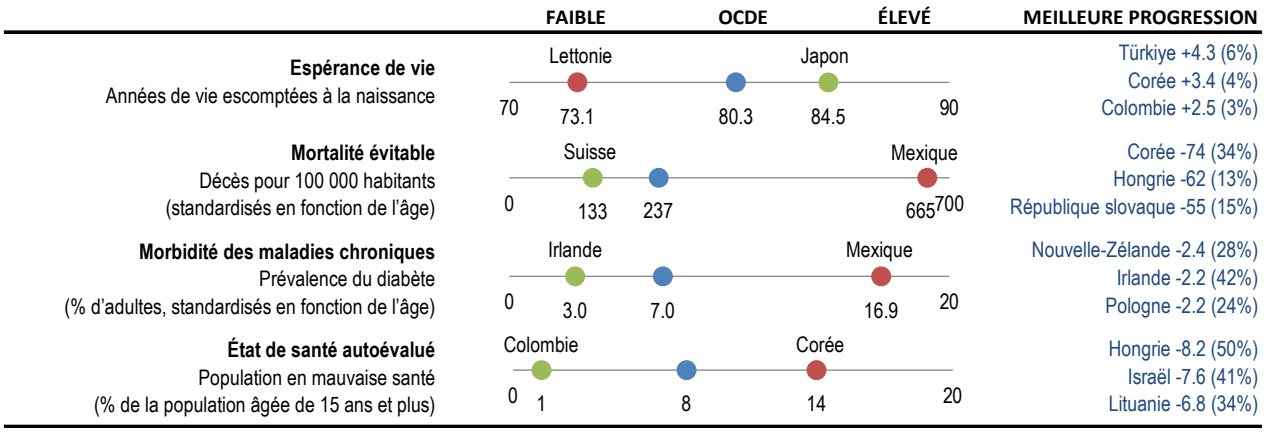
Graphiques en quadrant

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

État de santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

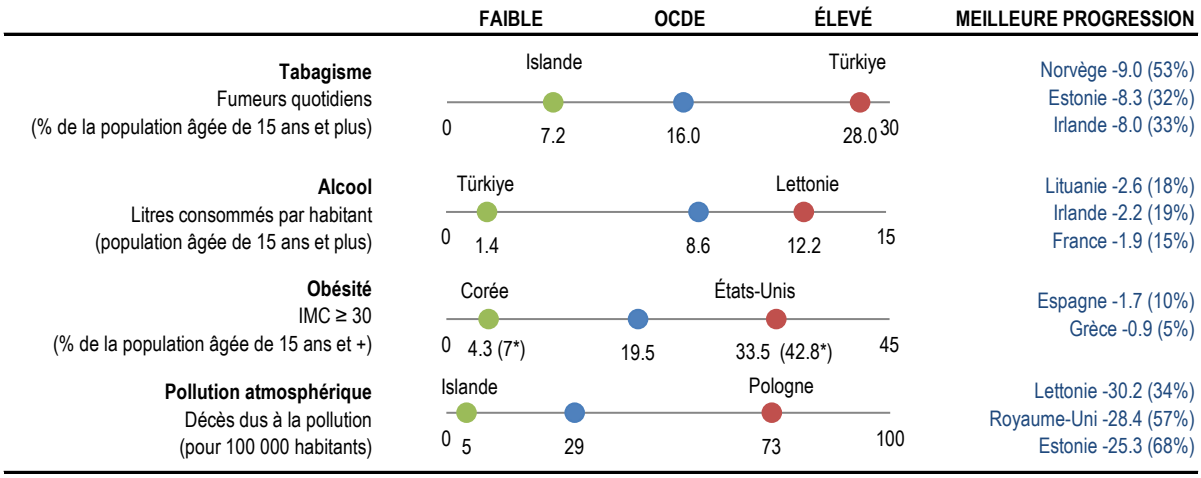
1. Données de 2020.
2. Données de 2018/19.
3. Données de 2016/17.

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

Facteurs de risque pour la santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

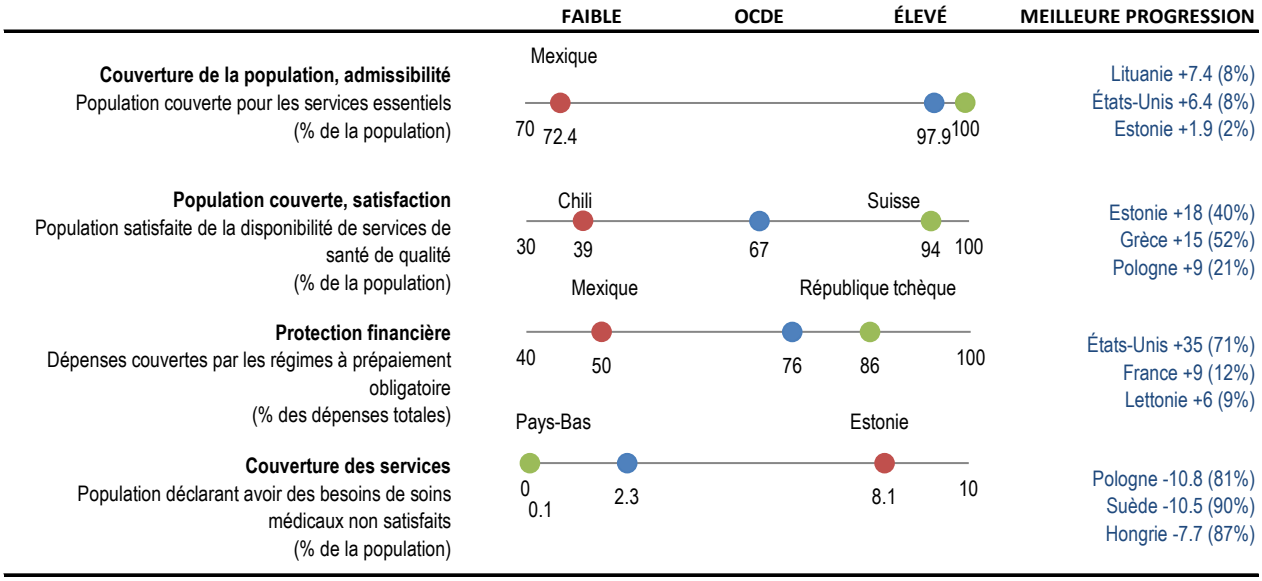
1. Données de 2020/22.
2. Données de 2019.
3. Données de 2017/18.

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

Accès aux soins

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

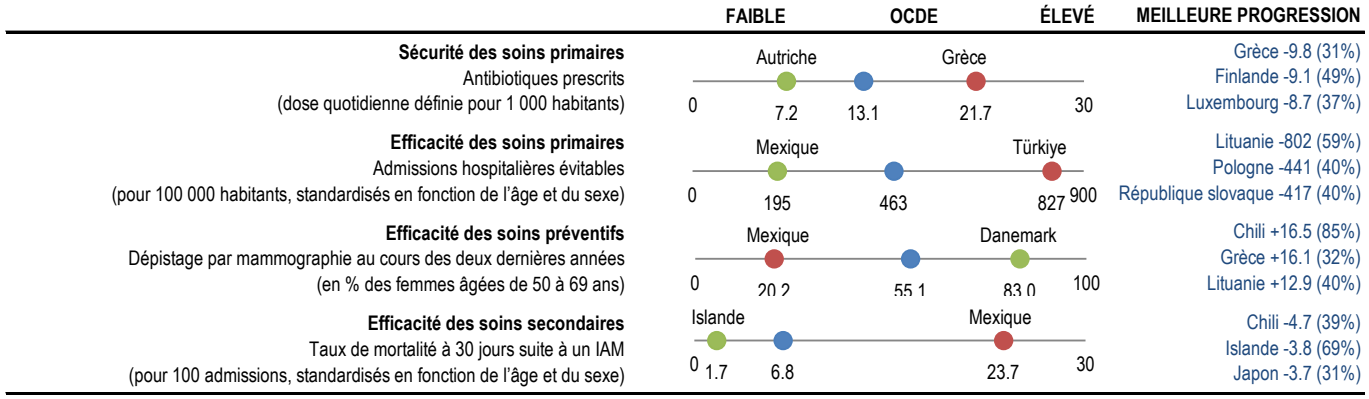
1. Données de 2020.
2. Données de 2018.

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

Qualité des soins

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

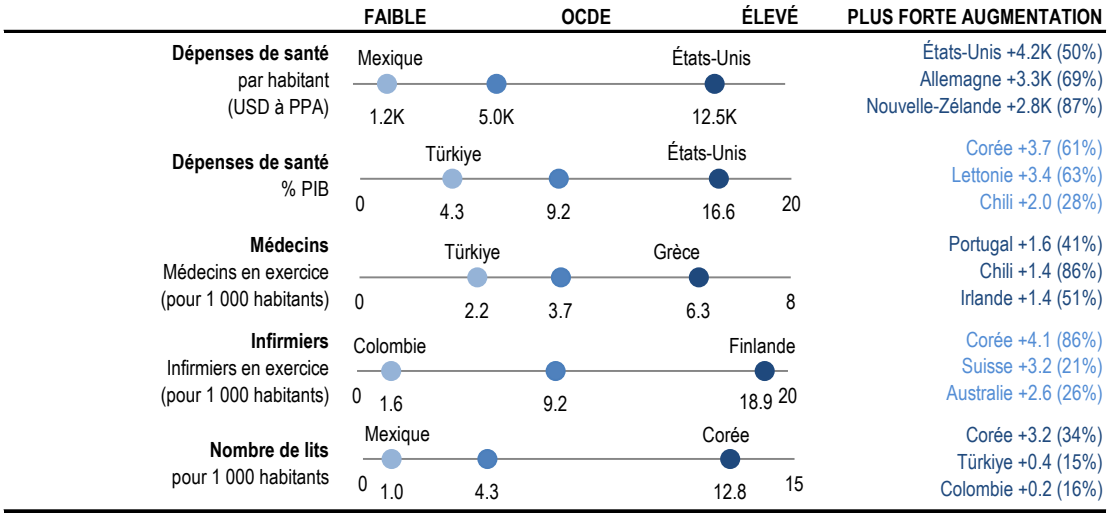
1. Données de 2020.
2. Données de 2019.
3. Données de 2017/18.
4. Données de 2014/15.

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

Capacités et ressources des systèmes de santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

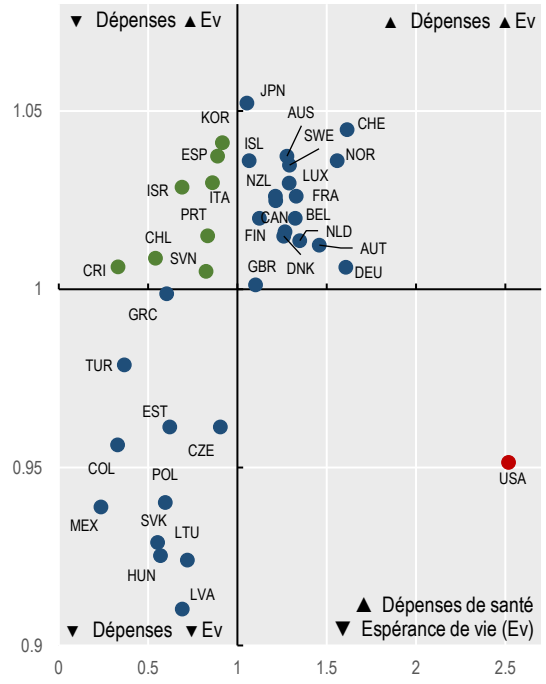
Liens entre les dépenses de santé et les résultats, l'accès et la qualité des soins

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

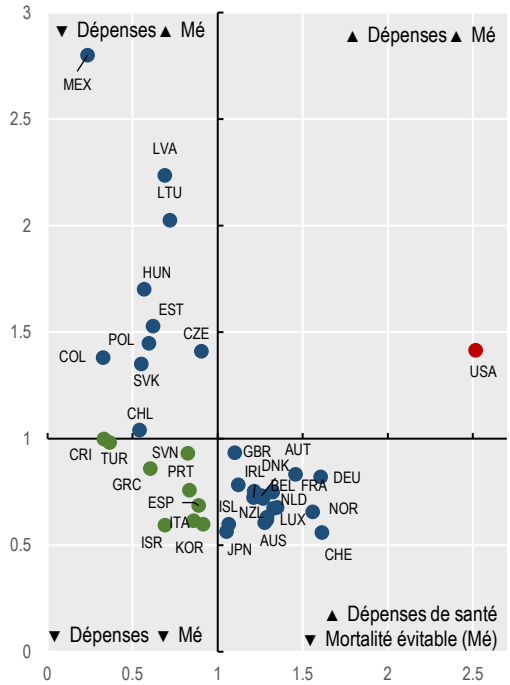
Dépenses de santé et résultats en matière de santé

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

Graphique 1.7. Espérance de vie et dépenses de santé



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



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

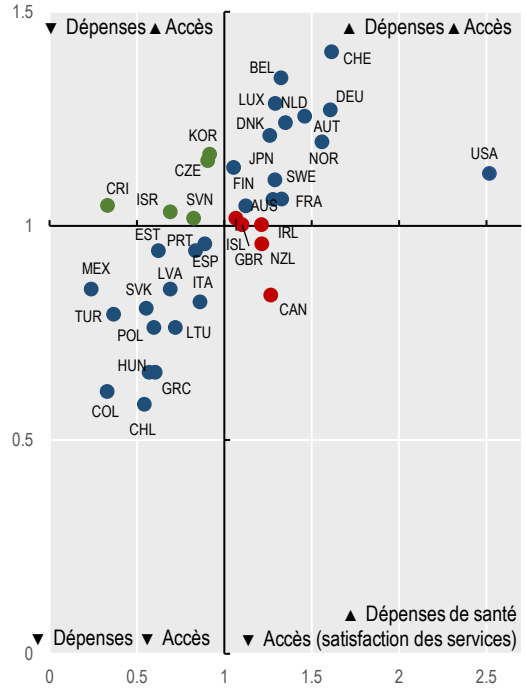
Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Huit pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Cela peut indiquer que les systèmes de santé ont un bon rapport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

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

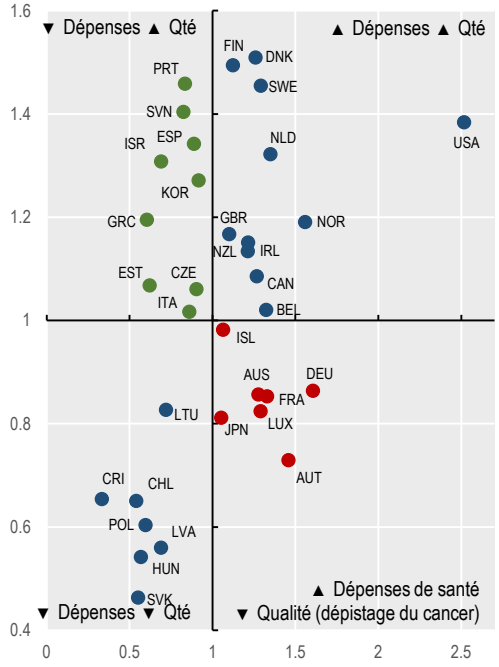
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

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

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



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



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

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

2 Panorama de la santé numérique

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

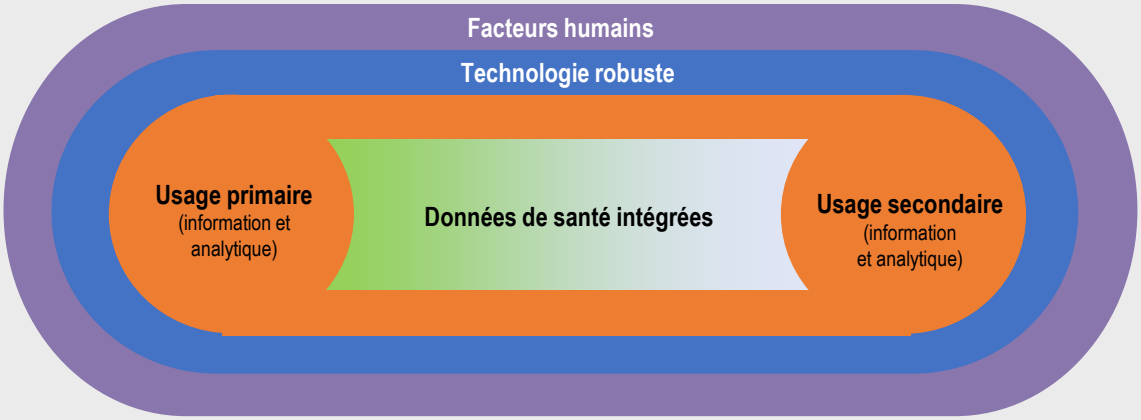
À ce titre, la préparation à la santé numérique sert de fondement à des usages primaires (par ex., par les cliniciens et les patients pour les soins, et par les individus pour renforcer leur capacité d'agir) et secondaires (par ex., pour la santé de la population, l'amélioration continue des systèmes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

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

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

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

Graphique 2.1. Écosystème de santé numérique intégré



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

Cadre d'évaluation de la préparation à la santé numérique

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

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

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

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

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

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

Gouvernance des données de santé

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

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

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

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

Intelligence artificielle (IA)

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

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

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

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

Sécurité numérique

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

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

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

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

Gouvernance de l'identité numérique

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

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

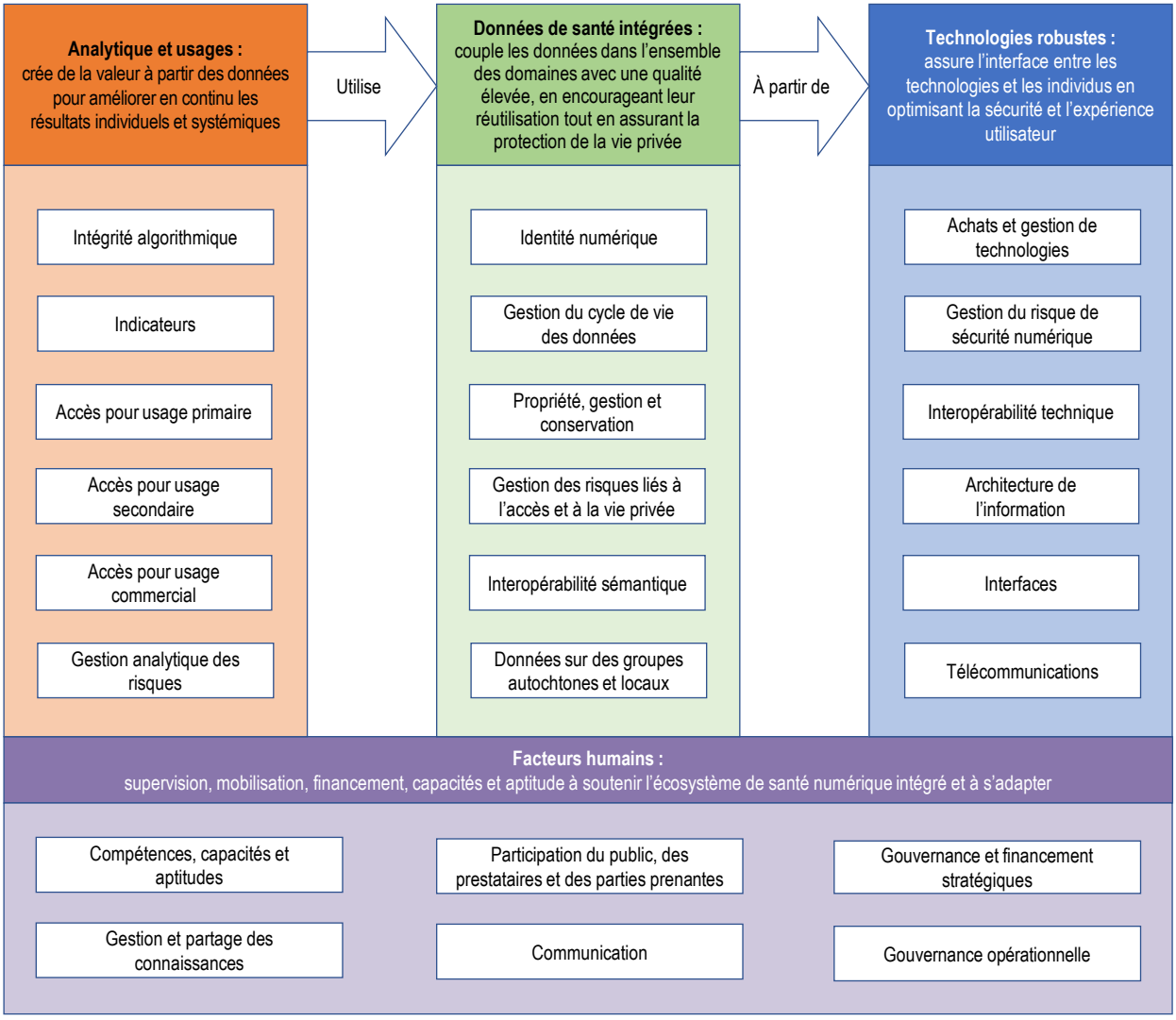
Recommandation sur l'identité numérique	Description	Dimensions de la préparation au numérique
Systèmes d'identité numérique inclusifs et axés sur l'utilisateur	Concevoir et mettre en œuvre des systèmes d'identité numérique qui soient efficaces, utilisables et réactifs face aux besoins des utilisateurs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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Indicateurs de la préparation à la santé numérique

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

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

Indicateurs de la préparation en termes d'analytique

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

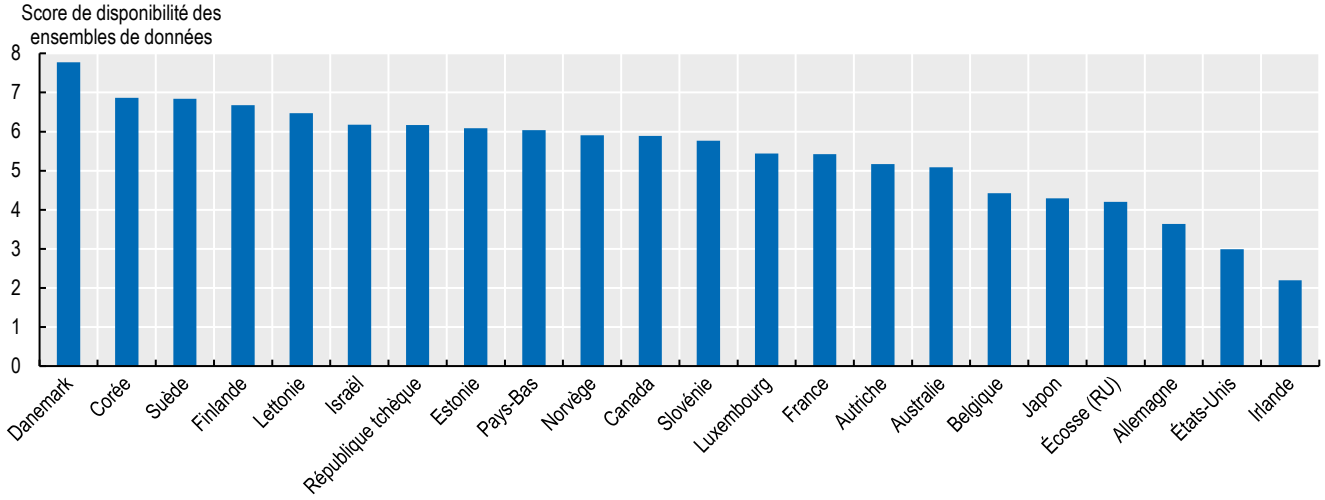
Trois domaines sont essentiels à la préparation à l'analytique : la possibilité d'accéder aux données à des fins de soins et d'usage secondaire et de les coupler, la possibilité pour les particuliers d'accéder à leurs propres données et la possibilité d'appliquer des techniques d'analyse, comme dans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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intelligence artificielle (IA) et intégrité algorithmique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicateurs de préparation en termes de données

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

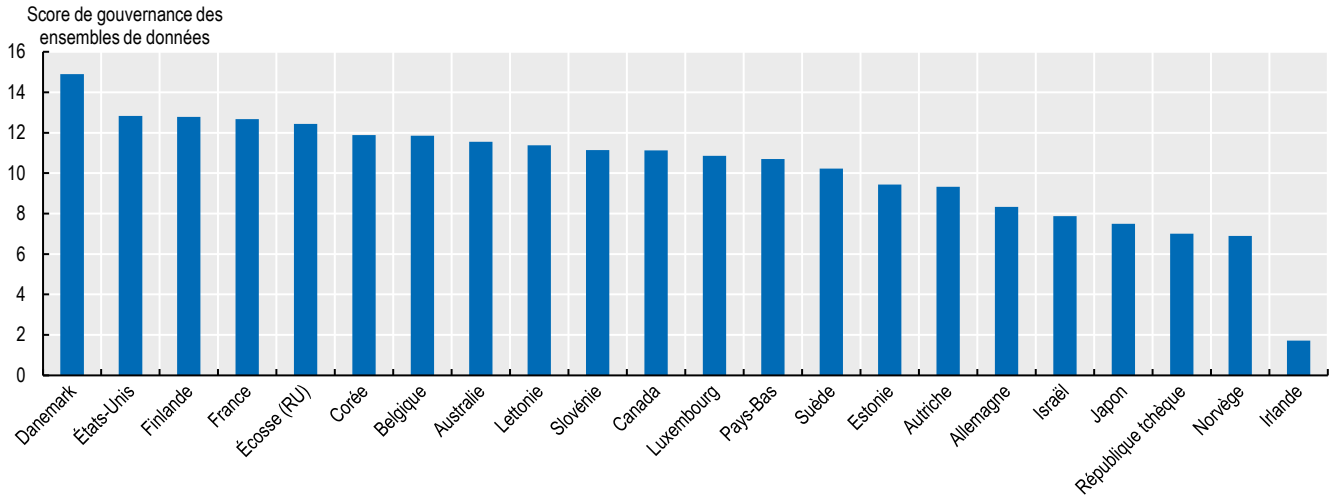
Trois domaines sont essentiels en matière de préparation en termes de données : la façon dont les pouvoirs publics abordent la gouvernance des données de santé, le passage au numérique des systèmes et l'interopérabilité.

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

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

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

Graphique 2.4. Gouvernance des ensembles de données dans la santé



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

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

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

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

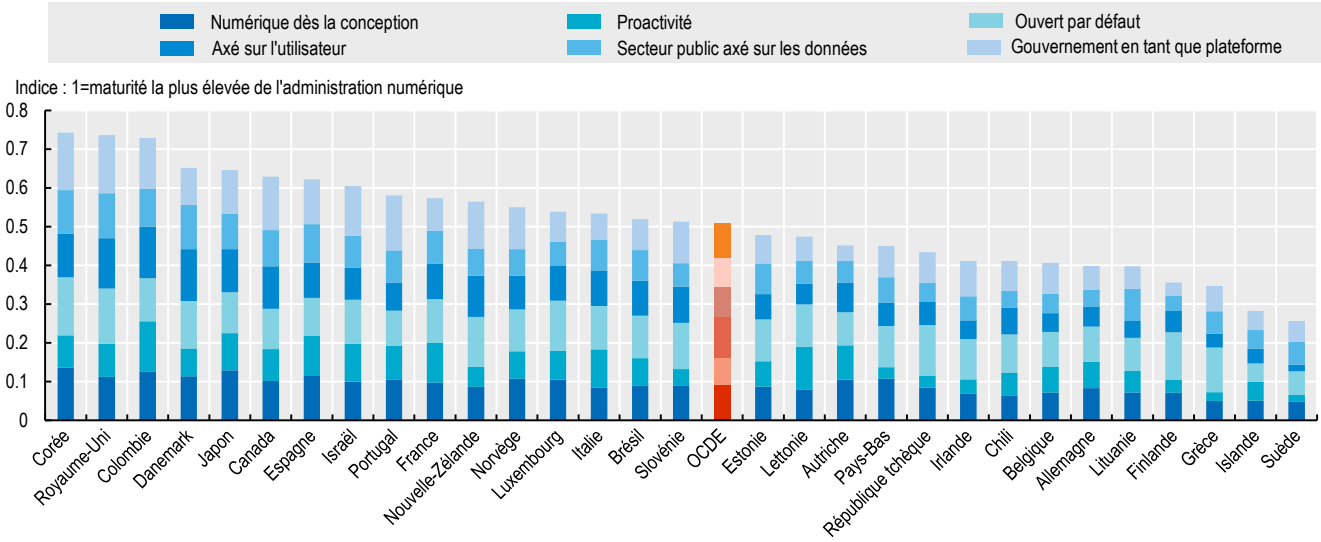
Indice de l'administration numérique pour l'identité numérique

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Normes d'interopérabilité dans les systèmes de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Préparation en termes de technologie

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

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

Connectivité internet pour les particuliers

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

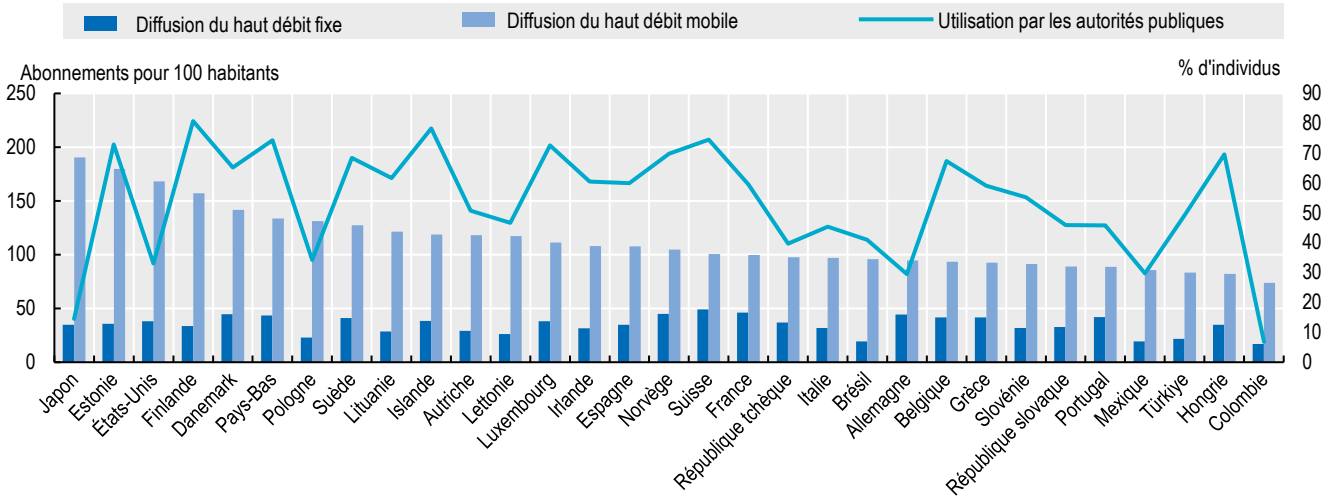
Le projet de l'OCDE « Vers le numérique » a évalué la pénétration des connexions internet mobiles et fixes dans les pays de l'OCDE et la proportion de particuliers qui utilisent internet pour contacter les autorités publiques. On en trouvera une synthèse dans le Graphique 2.6.

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

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

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

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



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

Sécurité numérique

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

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

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

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

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

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

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

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

Certification des fournisseurs de technologie pour les systèmes de DME

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

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

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

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

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

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

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

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

Préparation en termes de facteurs humains

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

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

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

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

Stratégies de santé numérique et gouvernance stratégique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

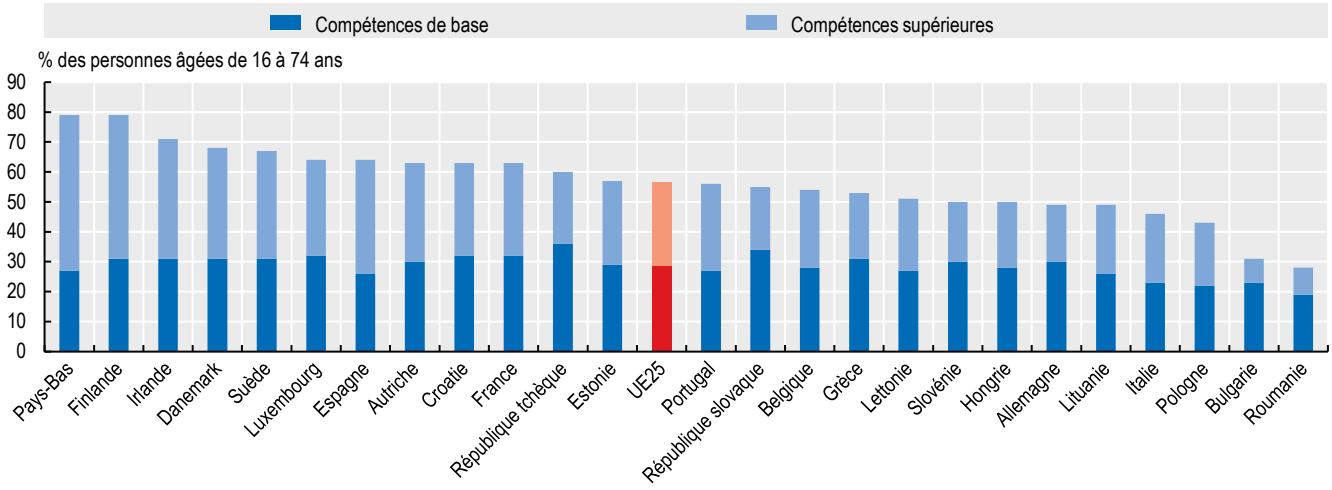
L'existence d'une stratégie globale et intégrée est le signe d'une coordination nationale et d'une volonté d'améliorer la préparation à la santé numérique.

Compétences numériques des populations et connaissances en matière de santé

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

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

Graphique 2.7. Compétences numériques des populations en Europe



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

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

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

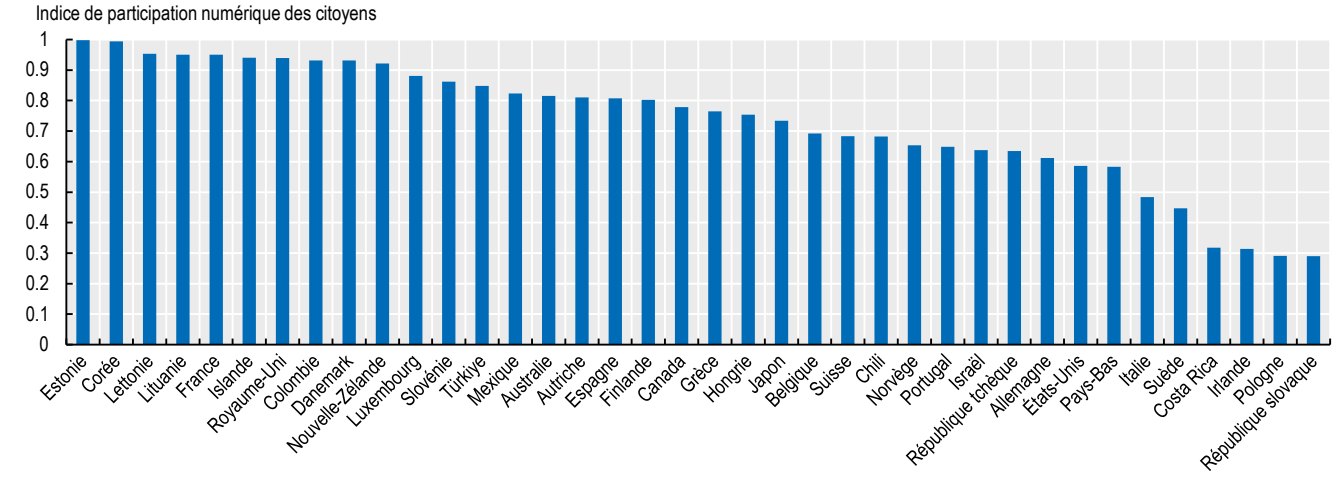
Il a été démontré qu'une meilleure connaissance des questions de santé améliore la confiance du public dans les communications relatives à la santé (Paige, Krieger and Stellefson, 2016[33]). Par conséquent, les actions visant à améliorer la maîtrise du numérique et les connaissances en matière de santé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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Préparation à la santé numérique : suivi des progrès

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

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

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

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

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

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

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

Évaluer la santé numérique en tant que déterminant de la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusions

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

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

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

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

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

Références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notes

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

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

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

RESTING ECG
****** BORDERLINE ABNORMAL ******
202: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

3 État de santé

Espérance de vie à la naissance
Évolution de la mortalité toutes causes confondues
Principales causes de mortalité
Mortalité évitable (par prévention et traitement)
Principales menaces pour la santé publique
Mortalité due aux maladies du système circulatoire
Mortalité par cancer
Maladies chroniques
Mortalité maternelle et infantile
Santé mentale
État de santé perçu

Espérance de vie à la naissance

Si l'espérance de vie a augmenté dans tous les pays de l'OCDE depuis un demi-siècle, les progrès ont marqué le pas au cours de la décennie qui a précédé la pandémie de COVID-19, et de nombreux pays ont ensuite connu une baisse nette de l'espérance de vie durant la pandémie. En 2021, l'espérance de vie à la naissance s'établissait à 80.3 ans en moyenne dans la zone OCDE (Graphique 3.1). Le Japon, la Suisse et la Corée se classaient 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, présentait une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans. La Lettonie, la Lituanie, la Hongrie et la République slovaque sont les pays de l'OCDE qui enregistraient l'espérance de vie la plus faible (moins de 75 ans). Les données provisoires d'Eurostat pour 2022 indiquent un fort regain de l'espérance de vie dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale, mais le tableau est plus mitigé pour les autres pays européens, avec notamment des réductions de six mois ou plus en Islande, en Finlande et en Norvège.

Dans tous les pays partenaires, en particulier en Afrique du Sud (65.3), en Indonésie (68.8) et en Inde (70.2), l'espérance de vie reste inférieure à la moyenne de l'OCDE en 2021, même si les taux, dans la plupart de ces pays, s'en rapprochent rapidement depuis quelques dizaines d'années.

Dans tous les pays membres et partenaires de l'OCDE, les femmes continuent de vivre plus longtemps que les hommes. L'écart était en moyenne de 5.4 ans dans les pays de l'OCDE : l'espérance de vie à la naissance était de 83 ans pour les femmes et de 77.6 ans pour les hommes. Cet écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes tient en partie à une exposition accrue aux facteurs de risque chez les hommes – notamment une plus grande consommation de tabac, une consommation excessive d'alcool et une alimentation moins saine. Les hommes sont également plus susceptibles de mourir d'une mort violente, comme un suicide ou un accident. Cet écart tend néanmoins à se réduire au fil du temps. Il reste particulièrement marqué dans les pays d'Europe centrale et orientale, en particulier en Lettonie, en Lituanie et en Pologne (huit ans ou plus). Dans ces pays, la longévité masculine a nettement moins augmenté ces dernières décennies. À l'inverse, les différences entre hommes et femmes sont relativement faibles en Islande et en Norvège (trois ans ou moins).

Le COVID-19 a eu un impact majeur sur l'espérance de vie, en raison du nombre exceptionnellement élevé de décès que cette pandémie a entraîné. En effet, sur la période 2020-22, environ 6 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 (voir la section intitulée « Évolution de la mortalité toutes causes confondues »).

Avant la pandémie, entre 2010 et 2019, l'espérance de vie avait augmenté dans tous les pays membres et partenaires de l'OCDE, avec une hausse moyenne de 1.7 an (Graphique 3.2). Toutefois, cette progression a été largement enrayée durant la pandémie. Entre 2019 et 2021, l'espérance de vie a ainsi diminué de 0.7 an en moyenne dans la zone OCDE. C'est dans les pays d'Europe centrale et orientale ainsi qu'aux États-Unis que les réductions ont été les plus marquées (aucune donnée récente n'est disponible en ce qui concerne la Türkiye et le Royaume-Uni). Parmi les pays candidats à l'adhésion, la Bulgarie, la Roumanie et le Pérou ont également fait état de baisses importantes. Sept pays de l'OCDE ont perdu autant voire plus d'années d'espérance de vie durant les deux premières années de la pandémie de COVID-19 qu'ils n'en avaient gagné au cours de la dernière décennie : les États-Unis, la Grèce, la Hongrie, la Lettonie, la Pologne, la République slovaque et la République tchèque. C'est également le cas des pays candidats à l'adhésion que sont l'Argentine, la Bulgarie, la Croatie et la Roumanie.

Cela dit, l'espérance de vie n'a pas diminué dans tous les pays de l'OCDE entre 2019 et 2021. Le Danemark, le Luxembourg et l'Islande n'ont enregistré aucun changement, tandis que l'Australie, le Chili, la Corée, le Costa Rica, le Mexique, la Colombie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Japon ont enregistré un allongement de l'espérance de vie.

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[1]). La raison principale est que les progrès en ce qui concerne les taux de mortalité des maladies cardiaques et d'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.

Définition et comparabilité

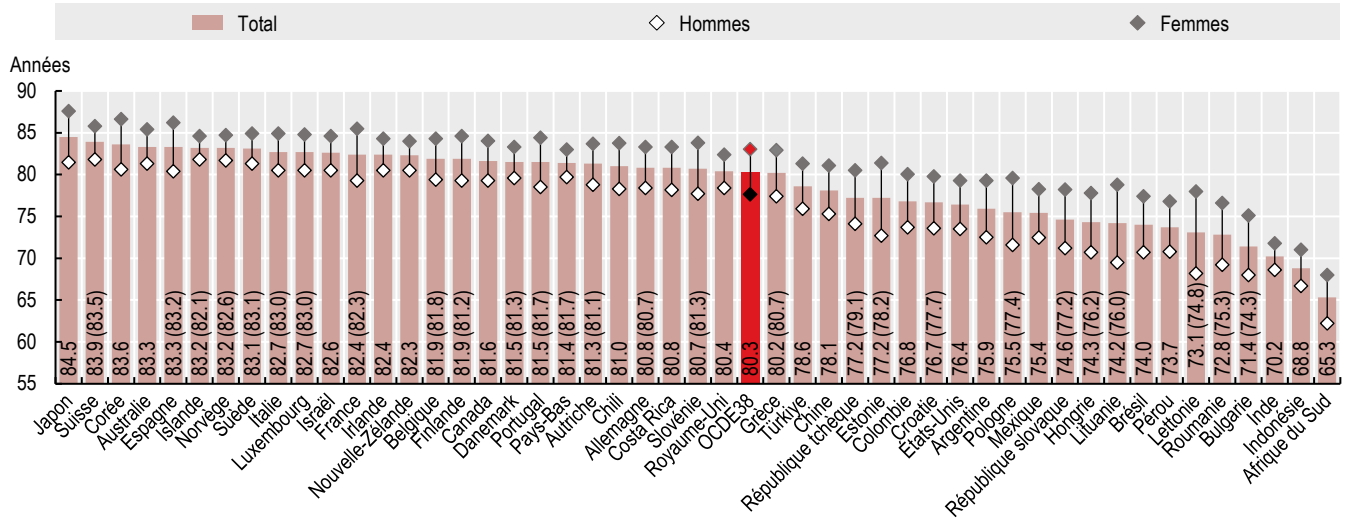
L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble donné de taux de mortalité par âge. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance les taux effectifs de mortalité par âge pour telle ou telle cohorte. Si ces taux diminuent (comme ce fut le cas 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 (UE) ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse, et de sources nationales pour les autres.

Références

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://doi.org/10.1787/223159ab-en. [1]

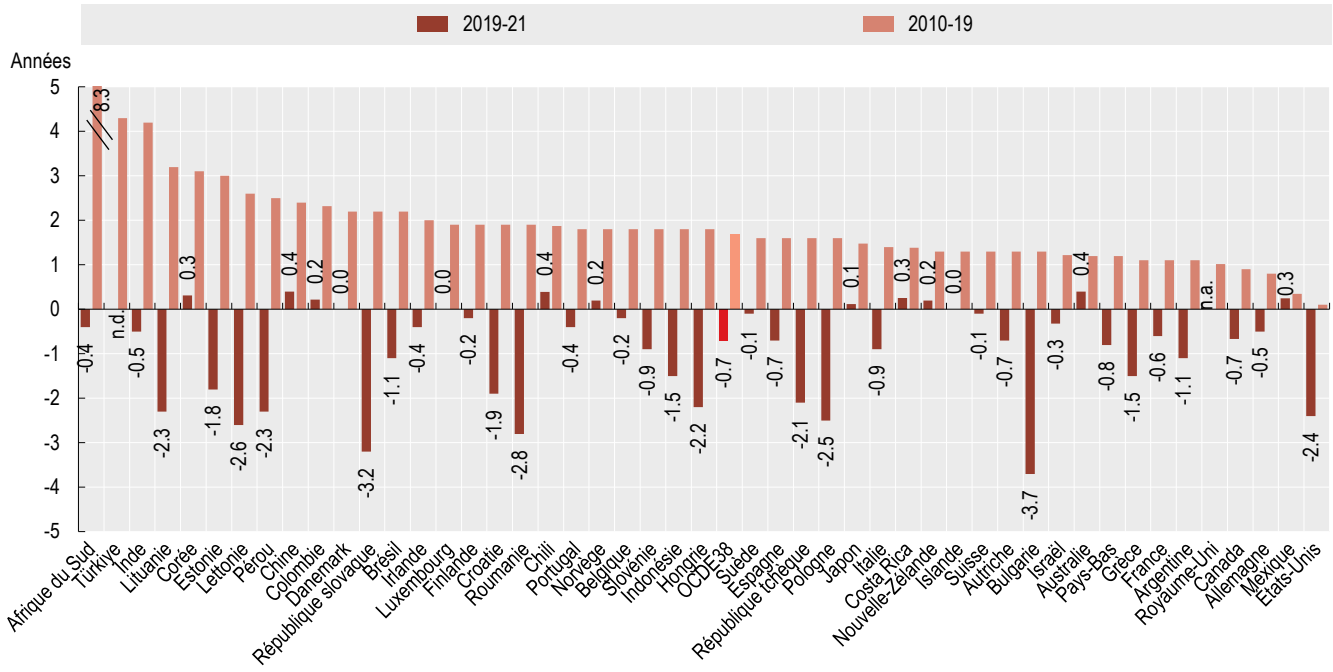
Graphique 3.1. Espérance de vie à la naissance par sexe, 2021 et 2022 (ou année la plus proche)



Note : Les dernières données disponibles pour le Royaume-Uni datent de 2020, celles pour la Turquie de 2019. Les valeurs provisoires pour 2022 sont indiquées entre parenthèses.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, Eurostat 2023 pour les pays de l'UE plus l'Islande, la Norvège et la Suisse.

StatLink https://stat.link/9fnc4p

Graphique 3.2. Évolution de l'espérance de vie, 2019-21 et 2010-19



Note : « n.d. » signifie « non disponible ».
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0h6kfy

Évolution de la mortalité toutes causes confondues

L'évolution de la mortalité toutes causes confondues 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. Le nombre de décès enregistrés en 2022 est comparé à la moyenne des cinq années ayant précédé le début de la pandémie de COVID-19 (2015 à 2019). L'objectif est de créer un indicateur annuel permettant de comparer l'évolution de la mortalité toutes causes confondues par rapport à la situation antérieure à la pandémie de COVID-19 afin de dégager les éventuels effets directs ou indirects sur le taux de mortalité et de déterminer si d'autres facteurs maintiennent ce dernier à un niveau élevé dans les pays de l'OCDE. Si l'évolution de la mortalité toutes causes confondues et de la surmortalité s'est révélée particulièrement utile pour mieux comprendre l'impact du COVID-19 dans les différents pays (Morgan et al., 2020[1]), elle demeure aussi un indicateur judicieux pour mesurer l'évolution globale de la mortalité après la crise du COVID-19.

Entre 2020 et 2022, les pays de l'OCDE ont enregistré 6 millions de décès supplémentaires par rapport aux années antérieures à la pandémie et, dans tous les pays de l'OCDE sauf neuf, davantage de personnes sont mortes en 2022 par comparaison à la moyenne des cinq années précédentes.

L'utilisation de chiffres portant sur la mortalité toutes causes confondues ajustés en fonction de la croissance démographique nationale tient compte du fait que de nombreux pays, du fait du vieillissement de la population et des migrations, ont connu, en ce qui concerne la taille et la structure de leur population, des changements majeurs susceptibles d'avoir une incidence significative sur la mortalité globale. Presque tous les pays de l'OCDE sont concernés par ces évolutions rapides : en moyenne, la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 19 % entre 2015 et 2022 (Morgan, à paraître[2]). Par conséquent, lorsque l'on se fonde sur des taux de mortalité non ajustés, il en résulte une nette surestimation des taux pour tous les pays pour lesquels on dispose de données comparables sur la mortalité toutes causes confondues. Ainsi, la variation moyenne du nombre total de décès dans la zone OCDE en 2022 par rapport à 2015-19 était une augmentation de 2.9 % si l'on tient compte du nombre de décès ajustés en fonction de la croissance démographique, et une augmentation de 13.2 % si l'on se fonde sur les taux de mortalité non corrigés (Graphique 3.3).

C'est en Grèce que la variation du nombre total de décès ajusté pour tenir compte de la croissance démographique a été la plus forte en 2022, avec une hausse de plus de 12.2 % de la mortalité globale par rapport à la moyenne de la période 2015-19. Cette évolution s'explique par le nombre élevé de décès dus au COVID-19 enregistrés au cours de la première partie de l'année, mais aussi par un pic observé pendant l'été, peut-être en raison de la canicule estivale. À l'inverse, le taux de mortalité ajusté pour tenir compte de la croissance de la population nationale a été inférieur à la moyenne des cinq années au Luxembourg, en Suède, en Hongrie, en Irlande, en République slovaque, en Belgique, en Roumanie, en Israël, en Slovénie et en République tchèque.

Le fait de ventiler le nombre total de décès selon l'âge permet de déterminer dans quelle mesure le nombre de décès survenus parmi différents groupes d'âge était plus élevé que les années précédentes. Étant donné que la plupart des décès surviennent naturellement dans les tranches d'âge plus élevées, ce sont des pays comme la Grèce et l'Allemagne, où la mortalité a augmenté dans le groupe d'âge des 65 ans et plus et où une proportion importante de la population a plus de 65 ans, qui ont enregistré la plus forte évolution globale de la mortalité toutes causes confondues. Dans les pays de l'OCDE en 2022, le groupe d'âge des 65 ans et plus a enregistré la plus forte hausse du taux de mortalité moyen ajusté pour tenir compte de la croissance de la population nationale (+ 3.4 % par rapport à 2015-19). Le taux de mortalité du groupe des 0-44 ans a augmenté de 1 %, mais il a connu une hausse de 20 % ou plus dans des pays comme les États-Unis et le Canada, peut-être en raison de la conjonction du COVID-19 et des décès dus à la toxicomanie. Cette situation contraste avec la diminution de près de 20 % observée en Lituanie, où s'est poursuivie, en ce qui concerne ce groupe d'âge, une forte tendance à la baisse amorcée avant la pandémie. En revanche, le groupe des 45-64 ans a enregistré un recul de 0.6 % en 2022, à rebours de la tendance à la hausse observée au cours des deux premières années de la pandémie de COVID-19. Cette diminution peut être attribuée à une réduction du taux de mortalité de 10 % ou plus, après ajustement pour tenir compte de l'évolution démographique de ce groupe d'âge dans des pays comme la Hongrie et le Danemark (Graphique 3.4).

Définition et comparabilité

L'évolution de la mortalité toutes causes confondues est définie ici comme le nombre total de décès enregistrés en 2022 toutes causes confondues, par rapport au nombre annuel moyen de décès au cours des cinq années ayant précédé le début de la pandémie de COVID-19 (2015-19). 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. L'évolution de la mortalité toutes causes confondues est indiquée en pourcentage, à la hausse ou à la baisse. Ventilée par groupe d'âge (0-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus), la variation du nombre total de décès est calculée sur la base de taux de mortalité ajustés pour tenir compte de la croissance de la population.

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 mortalité toutes causes confondues 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.

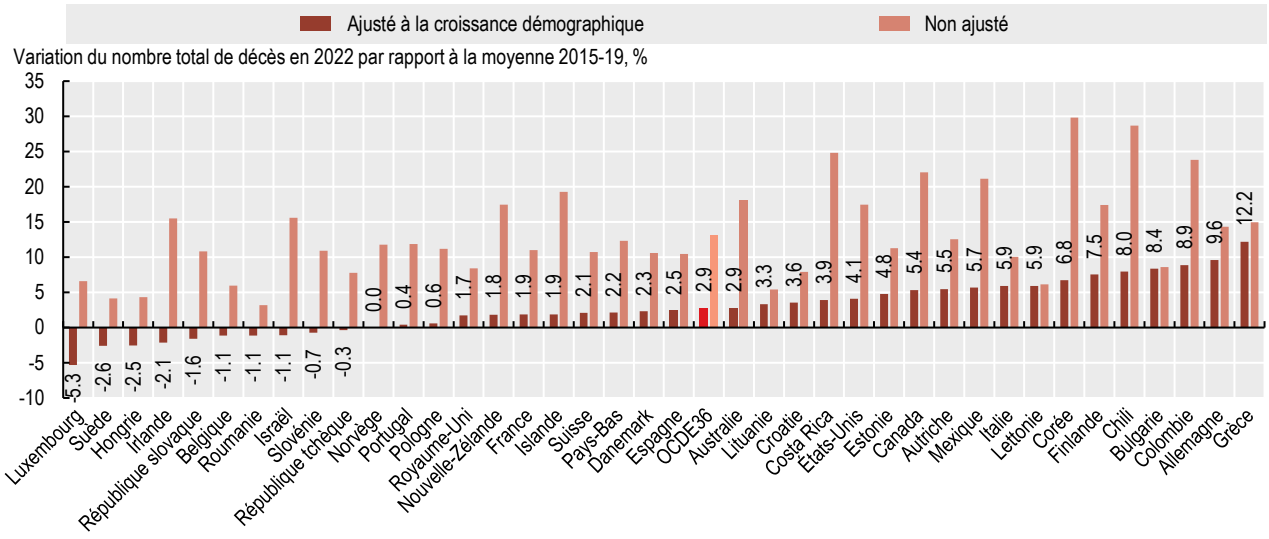
Pour une explication plus détaillée de la méthodologie et des sources utilisées pour la mortalité toutes causes confondues dans les Statistiques l'OCDE sur la santé, voir le lien Internet vers les métadonnées du « Guide du lecteur ».

Références

Morgan, D. (à paraître), « Excess mortality – Examining recent trends », OCDE, Paris. [2]

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://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en. [1]

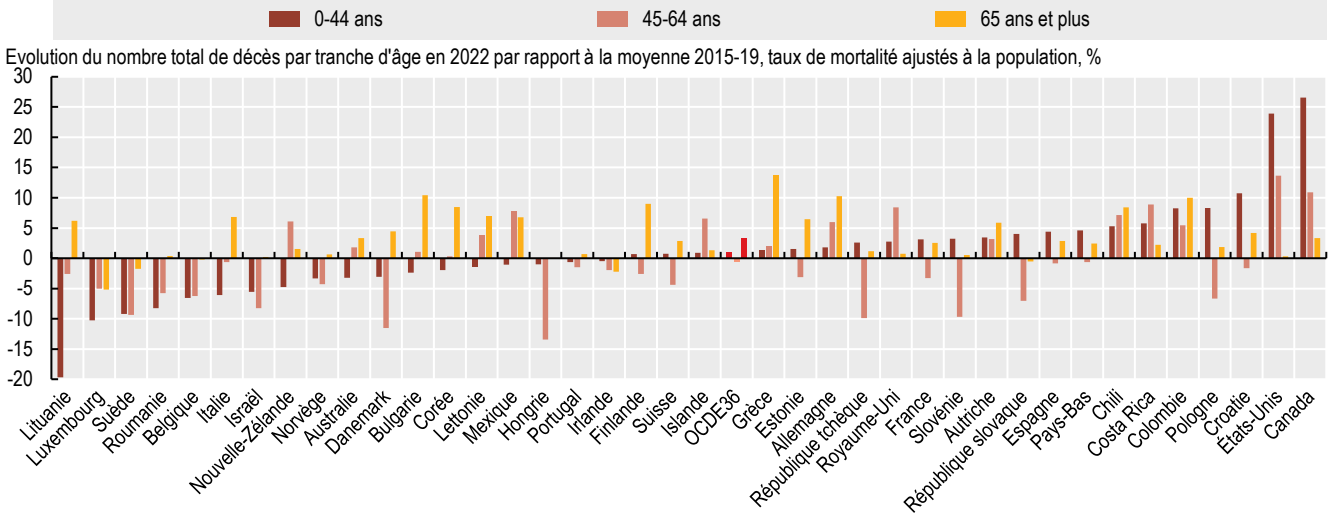
Graphique 3.3. Évolution de la mortalité toutes causes confondues, 2022



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/2atcxp

Graphique 3.4. Évolution de la mortalité toutes causes confondues, par groupe d'âge, 2022



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/20at4g

Principales causes de mortalité

En 2021, plus de 12 millions de personnes sont décédées dans les pays de l'OCDE, soit 932 décès pour 100 000 habitants (Graphique 3.5). Ce chiffre est supérieur de près de 1.5 million à celui de 2019, en grande partie à cause du COVID-19. Les maladies du système circulatoire et le cancer demeurent les deux principales causes de mortalité dans la plupart des pays. On observe actuellement dans de nombreux pays à revenu intermédiaire une transition épidémiologique des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles qui a déjà eu lieu dans les pays à revenu élevé (Vos et al., 2020[1]). Dans les pays de l'OCDE en 2021, les crises cardiaques, les AVC et d'autres maladies du système circulatoire ont été à l'origine de plus d'un décès sur quatre, et le cancer d'environ un décès sur cinq. 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 9 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les maladies du groupe de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont responsables à elles seules de 3 % 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.

Le COVID-19 a été à l'origine de 7 % de l'ensemble des décès en 2021 (d'après les données recensées). Depuis, ses effets se sont estompés, mais il reste l'une des principales causes de mortalité. Aux États-Unis, par exemple, il s'agissait de la quatrième cause sous-jacente de mortalité en 2022 (Ahmad et al., 2023[2]).

Les causes externes (notamment les accidents de la route et le suicide) sont à l'origine de 6 % 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. De plus, dans certains pays, les États-Unis et le Canada notamment, on a observé une augmentation des décès d'adultes d'âge actif par suite d'une intoxication accidentelle associée aux opioïdes (voir la section « Consommation de drogues illicites » au chapitre 4).

Parmi les autres causes de mortalité spécifiques, la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence sont à l'origine de 6 % 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. Par exemple, les personnes les moins instruites sont celles qui sont les plus susceptibles de fumer dans la plupart des pays de l'OCDE, ce qui accroît le risque de développer des cancers et des maladies du système respiratoire (OCDE, 2019[3]).

Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité standardisés selon l'âge, toutes causes confondues, en 2021, s'inscrivaient dans une fourchette allant de moins de 700 décès pour 100 000 habitants au Japon, en Corée et en Australie, à plus de 1 300 décès pour 100 000 habitants en Lituanie, en Lettonie et au Mexique (Graphique 3.6). Le taux de mortalité total dans la zone OCDE s'élevait, en moyenne, à 923 pour 100 000 habitants en 2021, soit un niveau nettement supérieur à celui observé avant le début de la pandémie de COVID-19 (770 pour 100 000 habitants en 2019). Parmi les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires, ce sont l'Afrique du Sud et la Bulgarie qui affichent les taux les plus élevés (respectivement 1 893 et 1 504 décès pour 100 000 habitants).

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 standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2015 (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'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).

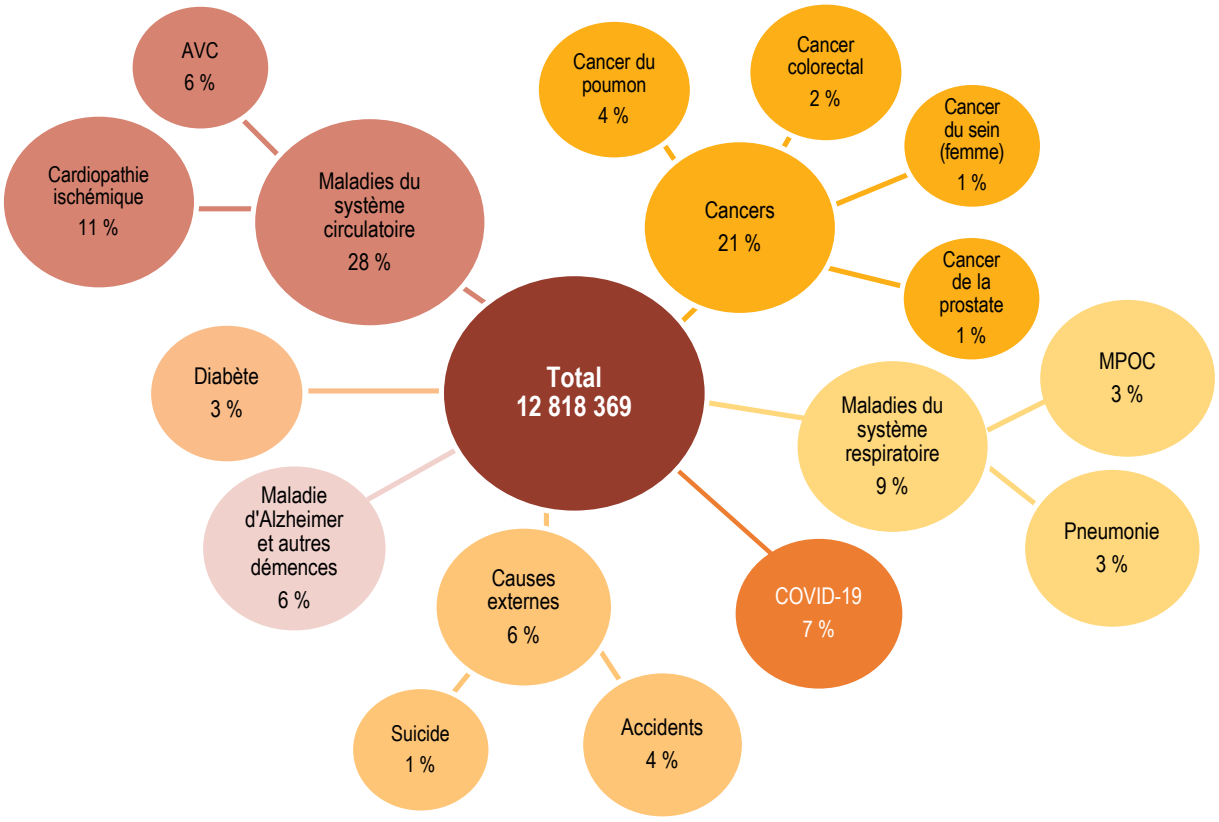
Références

Ahmad, F. et al. (2023), « Provisional Mortality Data — United States, 2022 », *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 72/18, pp. 488-492, https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7218a3. [2]

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://doi.org/10.1787/3c8385d0-en. [3]

Vos, T. et al. (2020), « Global burden of 369 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, pp. 1204-1222, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9. [1]

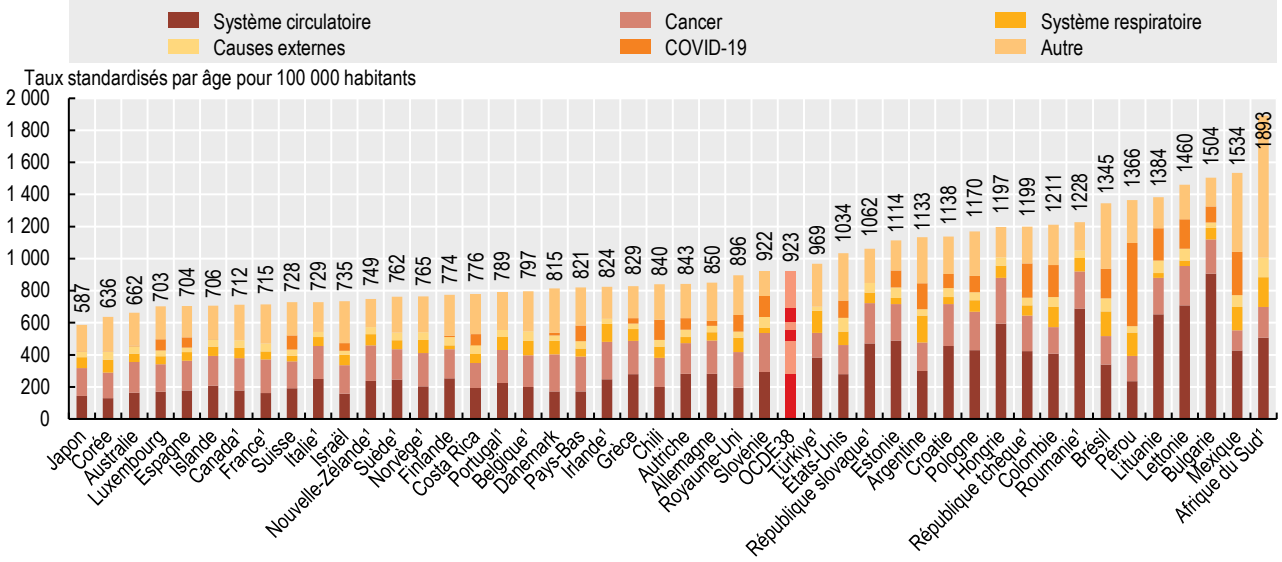
Graphique 3.5. Principales causes de mortalité dans les pays de l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les autres causes de décès non présentées dans le graphique représentent 21 % du total des décès.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0ldqpy

Graphique 3.6. Principales causes de mortalité par pays, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les causes externes de décès comprennent les accidents, les suicides, les homicides et d'autres causes. 1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-19.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/sjubi5

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 de la réduction des décès provoqués par divers maladies et accidents. La mortalité évitable recouvre à la fois les décès évitables grâce à des interventions efficaces de santé publique et de prévention, et ceux évitables par traitement grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps. Le COVID-19 est classé parmi les maladies évitables par prévention, dans la catégorie des « maladies infectieuses », car la plupart des décès pourraient être évités grâce à des mesures telles que la vaccination et le port d'équipements de protection.

Dans les 26 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles pour 2020 ou 2021, 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 près d'un tiers du nombre total de décès. On estime à 2.1 millions le nombre de décès qui auraient pu être évités grâce à une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique, et à près 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.

Les maladies infectieuses étaient la principale cause de mortalité évitable par prévention en 2021 (22 % de l'ensemble des décès évitables). Sachant que cette catégorie ne représentait que 2 % des décès évitables en 2019, l'augmentation est étroitement liée au COVID-19. Certains cancers qu'il est possible de prévenir au moyen de mesures de santé publique figuraient également parmi les premières causes de mortalité évitable par prévention en 2021. Parmi les autres causes importantes figuraient les blessures, comme les accidents de la route et le suicide (17%) ; les crises cardiaques, AVC et autres maladies du système circulatoire (16 %) ; l'alcoolisme et la toxicomanie (13%) ; et certaines maladies respiratoires comme la grippe et la BPCO (6 %) (Graphique 3.7).

Les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et AVC essentiellement) étaient en 2021 la principale cause de mortalité évitable par traitement ; elles sont à l'origine de 37 % 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 23 % des décès liés à des maladies pouvant être traitées. Les maladies respiratoires comme la pneumonie et l'asthme (11 %), ainsi que le diabète et d'autres maladies du système endocrinien (10 %) sont d'autres causes majeures de décès prématurés pouvant faire l'objet d'un traitement (Graphique 3.7).

S'agissant du taux de mortalité évitable par prévention standardisé par âge, il s'élevait en moyenne à 158 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Il s'échelonnait de moins de 100 pour 100 000 habitants en Israël, au Japon, en Italie, en Islande, en Suisse, en Suède, en Australie et en Corée, à plus de 300 au Mexique, en Lettonie et en Lituanie (Graphique 3.8). Le taux de mortalité évitable par prévention était également élevé dans les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires que sont l'Afrique du Sud et le Pérou. Les taux plus élevés de décès prématurés dans ces pays tenaient essentiellement au COVID-19, mais aussi à la mortalité plus élevée due aux cardiopathies ischémiques, aux accidents et à la consommation d'alcool, ainsi qu'aux maladies endocriniennes et métaboliques au Mexique.

Dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité évitable par traitement était bien inférieur, s'établissant à 79 pour 100 000 habitants, en moyenne. Ils s'échelonnaient entre moins de 50 décès pour 100 000 habitants en Suisse, au Luxembourg, en Corée, en Australie, aux Pays-Bas, au Japon et en Islande à plus de 150 au Mexique, en Lettonie et en Lituanie. Les cardiopathies ischémiques, l'AVC et certains types de cancers pouvant être traités (notamment le cancer colorectal, du col de l'utérus et du sein) constituaient les principaux facteurs déterminants dans les pays affichant les taux les plus élevés. Le taux de mortalité évitable était également élevé au Mexique (qui enregistrait des taux élevés de mortalité due au diabète en plus des autres facteurs principaux), et dans les pays candidats à l'adhésion et partenaires clés que sont l'Afrique du Sud, la Bulgarie et la Roumanie.

Définition et comparabilité

D'après les définitions OCDE/Eurostat de 2022, on entend par mortalité évitable 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 l'apparition de la maladie/du traumatisme, 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).

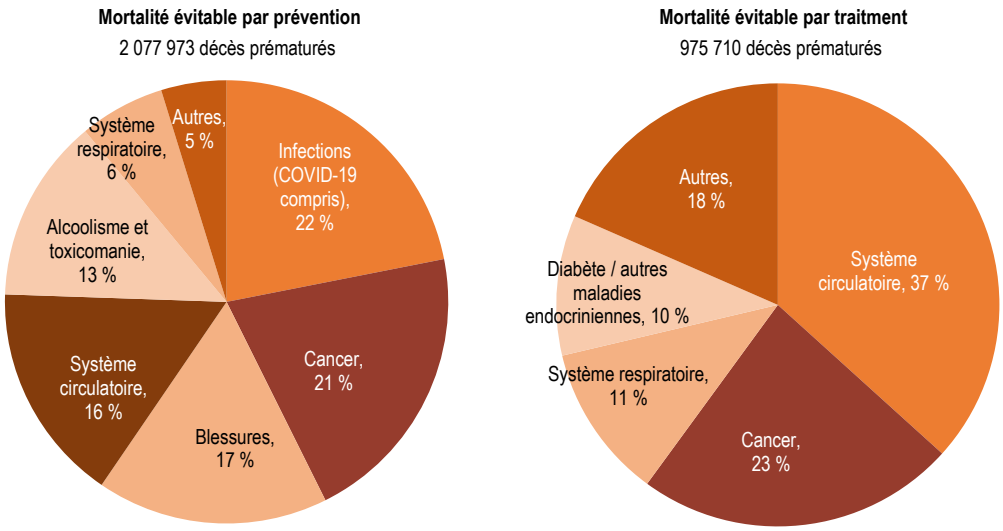
Les deux listes actuelles des causes de mortalité évitable par prévention et par traitement ont été adoptées par l'OCDE et Eurostat en 2022. L'inscription des causes de décès dans l'une ou l'autre de ces catégories est déterminée selon que ce sont essentiellement des interventions de prévention ou des 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. Le COVID-19 a été classé parmi les maladies évitables par prévention, car la plupart des décès peuvent être évités grâce à des mesures prophylactiques, par exemple la vaccination ou l'utilisation de masques de protection (OCDE/Eurostat, 2022[1]).

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 de l'OCDE en 2015 (disponible à l'adresse http://oe.cd/mortality).

Références

OCDE/Eurostat (2022), « 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. [1]

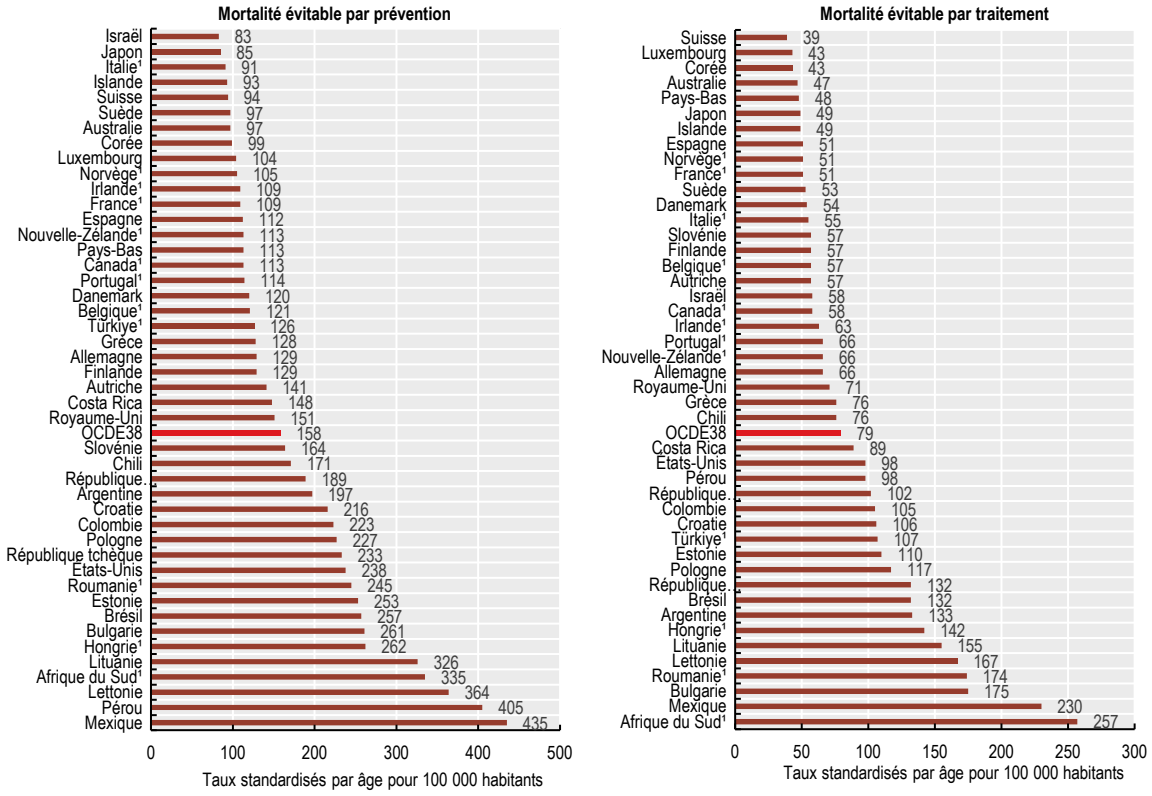
Graphique 3.7. Principales causes de mortalité évitable dans 26 pays de l'OCDE, 2020/21



Note : La liste OCDE/Eurostat des causes de mortalité évitables par prévention et traitement de 2022 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/7bgh3i

Graphique 3.8. Taux de mortalité liée à des causes évitables, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-19.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink https://stat.link/k7bdg2

Principales menaces pour la santé publique

La pandémie de COVID-19 a montré l'impact que peuvent avoir les menaces pour la santé publique à l'échelle mondiale. Étant donné que tous les enseignements tirés de crises sanitaires antérieures, comme la pandémie de grippe H1N1 en 2009, n'ont pas été appliqués avant la pandémie de COVID-19, les pays pourraient apprendre énormément de cette expérience afin de mieux se préparer à l'avenir. De récents travaux de l'OCDE ont mis en lumière trois grandes vulnérabilités auxquelles les systèmes de santé ont été confrontés pendant la pandémie : ils étaient sous-préparés, en sous-effectif et insuffisamment financés (Lafortune et Levy, 2023[1]). Il est essentiel de remédier à ces vulnérabilités pour accroître la résilience des systèmes de santé face aux crises futures.

Plus de trois ans après les premiers cas et décès dus à l'infection par le SRAS-CoV-2, il est désormais possible de se faire une idée plus complète de l'incidence et de la portée de la pandémie en ce qui concerne la mortalité. Dans les pays de l'OCDE, plus de 3.2 millions de personnes seraient décédées du COVID-19 entre 2020 et 2022, soit environ 48 % des 6.7 millions de décès enregistrés dans le monde. Toutefois, ces chiffres sont sous-estimés en raison des différentes méthodes de comptabilisation entre les pays et, surtout, des importantes disparités relatives aux capacités et aux pratiques de dépistage. Les pays ont également décidé, en 2023, à mesure que la pandémie commençait à s'estomper, de cesser de déclarer régulièrement les décès dus au COVID-19 dans certains cas. C'est pourquoi les chiffres présentés ici couvrent la période de trois ans allant de 2020 à la fin de 2022.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, 225 décès pour 100 000 habitants ont été signalés au cours de la période 2020-22. La Norvège, la Nouvelle-Zélande, le Japon, l'Islande, la Corée et l'Australie affichaient les taux les plus bas, avec moins de 70 décès attribués au COVID-19 pour 100 000 habitants. À l'inverse, la Hongrie, la Slovénie et la République tchèque ont enregistré au moins 400 décès dus au COVID-19 pour 100 000 habitants. Les taux étaient également relativement élevés dans de nombreux pays candidats à l'adhésion à l'OCDE, notamment le Pérou, la Bulgarie et la Croatie (Graphique 3.9).

À l'avenir, la résistance aux antimicrobiens (RAM), autrement dit la capacité des micro-organismes à résister aux antimicrobiens, constituera l'une des plus grandes menaces pesant sur la santé publique. Elle est susceptible de provoquer d'importantes perturbations sanitaires et économiques à l'échelle mondiale. Les facteurs à l'origine de la RAM sont complexes, même si le recours massif aux antimicrobiens dans le domaine de la santé humaine et animale continue d'y contribuer largement (OCDE, 2023[2]).

Selon les dernières estimations de l'OCDE, près de 63 000 personnes meurent chaque année d'infections résistantes aux antimicrobiens dans les 28 pays de l'OCDE et les trois pays candidats à l'adhésion visés par l'analyse (Graphique 3.10). On estime le taux annuel de mortalité due à la RAM à 4.7 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans les 28 pays de l'OCDE analysés. Dans les pays de l'OCDE, le taux annuel moyen de mortalité due à la RAM se situe entre 0.3 et 18.2 décès pour 100 000 habitants, l'Italie, la Grèce et le Portugal affichant, selon les estimations, les taux les plus élevés. Les résultats montrent également que le coût annuel de la RAM pour les systèmes de santé des pays analysés devrait s'établir en moyenne à environ 28.9 milliards USD à PPA jusqu'en 2050, soit près de 26 USD à PPA par habitant. En outre, la RAM entraîne, en ce qui concerne le taux d'activité et la productivité au travail, des pertes qui devraient atteindre près de 36.9 milliards USD à PPA.

Les pays peuvent suivre un large éventail de stratégies efficaces par rapport à leur coût pour lutter contre la RAM, dans le cadre de l'approche « Une seule santé », une approche multidisciplinaire et multisectorielle qui favorise la coordination et la collaboration entre les politiques relatives à la santé humaine et animale, les systèmes agroalimentaires et l'environnement afin de lutter contre les menaces pour la santé publique, notamment la RAM. Il s'agit notamment d'optimiser le recours aux antimicrobiens (voir la section intitulée « Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires », au chapitre 6). La promotion des pratiques environnementales et d'hygiène des mains dans les établissements de santé est également très efficace par rapport à son coût. Au-delà de la santé humaine, l'amélioration des pratiques relatives à la manipulation des aliments et à la biosécurité dans les exploitations peut procurer des avantages considérables sur le plan sanitaire et économique.

Définition et comparabilité

Selon les directives de l'OMS, « [à] des fins de surveillance, est considéré comme un "décès dû à la COVID-19" un décès résultant d'une maladie cliniquement compatible, chez un cas probable ou confirmé de la COVID-19, en l'absence de toute autre cause évidente de décès sans lien avec la maladie à coronavirus (par exemple, un traumatisme) ». Des codes distincts ont été attribués pour la cause du décès par test ou par diagnostic clinique ou épidémiologique. Les chiffres des décès dus au COVID-19 présentés ici correspondent aux années 2020 à 2022 et sont ensuite convertis en taux pour 100 000 habitants à l'aide des données démographiques de 2021 de la Révision de 2022 des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies. Pour une explication plus détaillée de la méthodologie et des sources utilisées pour la mortalité toutes causes confondues dans les Statistiques l'OCDE sur la santé, voir le lien Internet vers les métadonnées du « Guide du lecteur ».

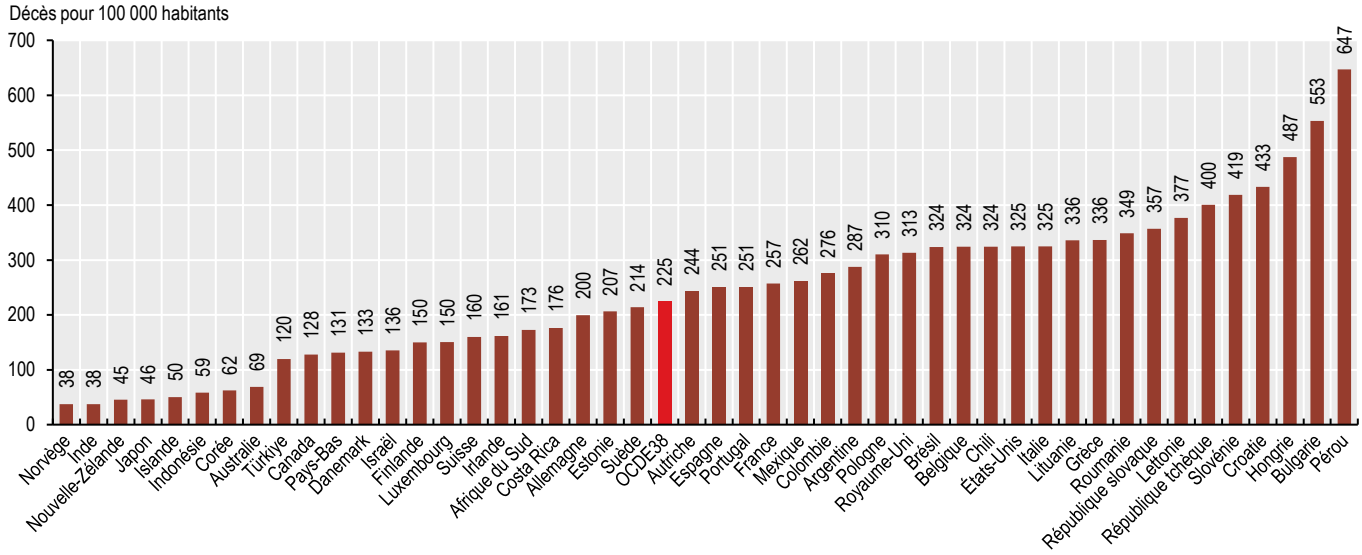
Le modèle de planification stratégique de la santé publique (SPHeP)-RAM de l'OCDE est un modèle de microsimulation qui simule l'histoire naturelle de la RAM et l'évolution de son incidence sur la situation sanitaire et économique de chaque pays jusqu'en 2050. Il quantifie l'impact sanitaire et économique de la RAM et détermine les interventions efficaces par rapport à leur coût pour lutter contre ce phénomène. Le modèle prend en compte à la fois les infections nosocomiales et extrahospitalières. Les données servant à modéliser l'épidémiologie des infections ont été fournies par des organismes publics nationaux ou des organisations intergouvernementales comme le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et correspondent généralement aux statistiques nationales officielles. Les données relatives aux pays figurant dans la partie gauche du graphique (de la Norvège à l'Italie) proviennent de la même source et sont calculées selon une méthodologie comparable. Les résultats relatifs aux pays figurant dans la partie droite (de la Suisse à la Türkiye) ne sont pas directement comparables en raison de différences méthodologiques dans les pratiques de collecte et d'extraction des données. Les résultats relatifs à la Grèce sont présentés dans la partie droite, car on ne dispose pas de données pour *Streptococcus pneumoniae*.

Références

Lafortune, G. et N. Levy (2023), « Supporting health workforce recovery and resilience », dans *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5971a279-en. [1]

OCDE (2023), *Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ce44c755-en. [2]

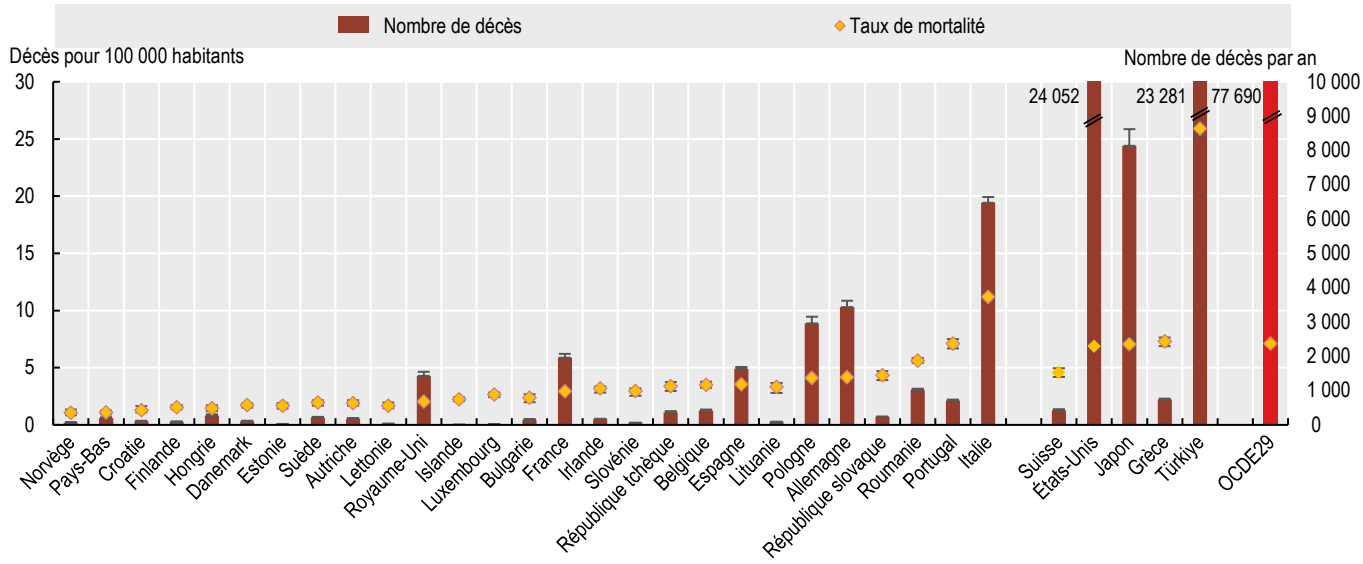
Graphique 3.9. Mortalité due au COVID-19 en 2020-22



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Perspectives de la population mondiale des Nations Unies 2022, Révision de 2022 des Perspectives de la population mondiale des Nations Unies.

StatLink https://stat.link/elw0gr

Graphique 3.10. Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité dus à la RAM jusqu'en 2050



Note : Résultats fondés sur le « scénario d'élimination », prudent, qui suppose l'élimination de toutes les infections résistantes. Les valeurs de l'OCDE29 reflètent l'ensemble des décès et des taux de mortalité dans les pays de l'OCDE.
Source : OCDE (2023[2]), *Embracing a One Health Approach to Fight Antimicrobial Resistance*, https://doi.org/10.1787/ce44c755-en.

StatLink https://stat.link/n4a9r3

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 2021, où elles comptaient pour 28 % de l'ensemble des décès dans les pays de l'OCDE (voir Graphique 3.5 dans la section « Principales causes de mortalité »). Si les taux de mortalité ont diminué dans la plupart de ces pays au fil du temps, le vieillissement démographique, la hausse des taux d'obésité et de diabète ainsi que les retards de diagnostic risquent de freiner cette amélioration à l'avenir (OCDE, 2015[1]). 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 peut avoir contribué indirectement à accroître le taux de décès dus à des maladies du système circulatoire dans certains pays, en raison des perturbations des soins intensifs, primaires et préventifs.

En 2021, 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 83 %, 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 395 décès pour 100 000 habitants (chiffre standardisé par âge). Les taux étaient également relativement élevés en Lettonie, en Hongrie, au Mexique et en République slovaque. La Corée, le Japon, la France et les Pays-Bas affichaient les taux les plus bas des pays de l'OCDE, soit environ un tiers de la moyenne OCDE (Graphique 3.11).

Entre 2011 et 2021, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE, avec une baisse moyenne de 20 %. C'est en Estonie (56 %), au Luxembourg et au Costa Rica (45 % respectivement) que les baisses ont été les plus marquées. Cependant, trois pays de l'OCDE (le Mexique, la Colombie et la Türkiye) ont enregistré une augmentation de la mortalité, tout comme la Bulgarie et le Pérou, pays candidats à l'adhésion à l'OCDE. Ce constat est étroitement lié à l'augmentation des taux d'obésité et de prévalence du diabète. Il peut également être lié à la hausse récente des taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde après hospitalisation : les taux de survie après une crise cardiaque se sont dégradés au Mexique et en Türkiye entre 2019 et 2021 (voir la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6). Cette situation peut s'expliquer par des goulets d'étranglement dans les tests de diagnostic, une classification erronée des causes de décès et une performance globalement inférieure des systèmes de santé pendant la pandémie (Roth, Vaduganathan et Mensah, 2022[3]).

Les maladies cérébrovasculaires (ou AVC) ont été à l'origine de 6 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2021. 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 étaient particulièrement élevés en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie, ainsi que dans les pays candidats à l'adhésion et partenaires clés de l'OCDE que sont l'Afrique du Sud, la Bulgarie et la Roumanie (Graphique 3.12).

Les taux de mortalité par AVC diminuent dans presque tous les pays membres de l'OCDE et ses partenaires depuis 2011, avec une réduction moyenne de 25 % dans les pays de l'OCDE. Toutefois, de légères hausses ont été observées aux États-Unis et en Lettonie. 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 la section intitulée « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » au chapitre 6).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe de fortes inégalités socioéconomiques de la mortalité dûe aux 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 élevée, le manque d'activité physique, l'obésité et le diabète progressent dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE/ The King's Fund, 2020[4]). 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 2015 (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. Dans les cas où des données se rapportant à 2020 ou à des années antérieures ont été utilisées, l'année de référence de la série chronologique était 2010.

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.

Références

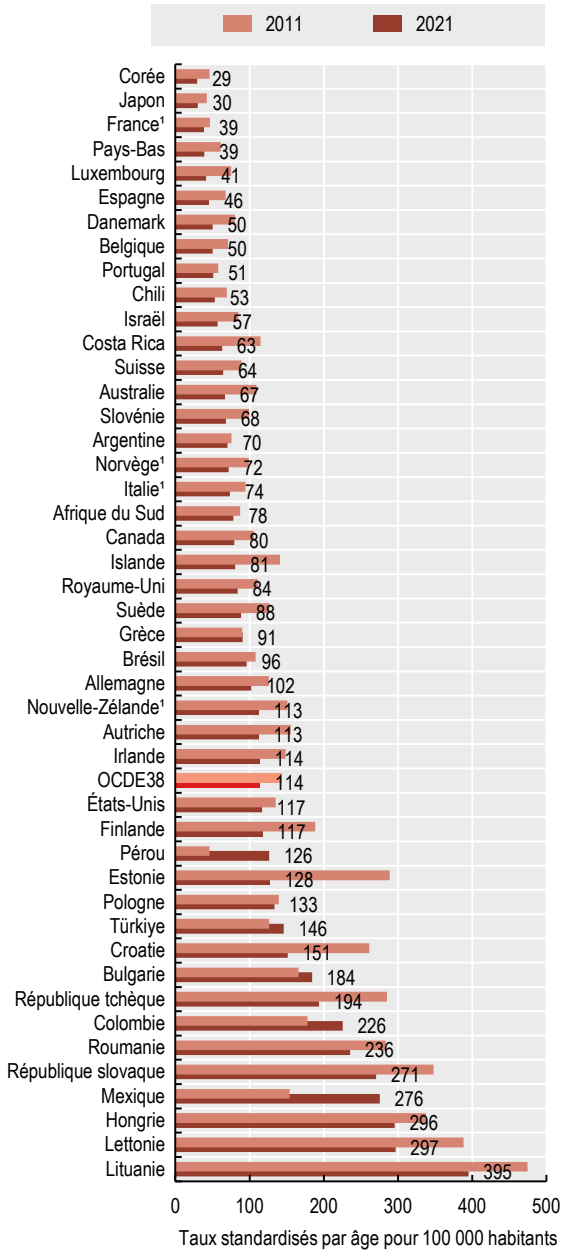
OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264233010-en. [1]

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://doi.org/10.1787/47a04a11-en. [4]

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://doi.org/10.1787/223159ab-en. [2]

Roth, G., M. Vaduganathan et G. Mensah (2022), « Impact of the COVID-19 Pandemic on Cardiovascular Health in 2020: JACC State-of-the-Art Review. », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 80/6, pp. 631-640, https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.008. [3]

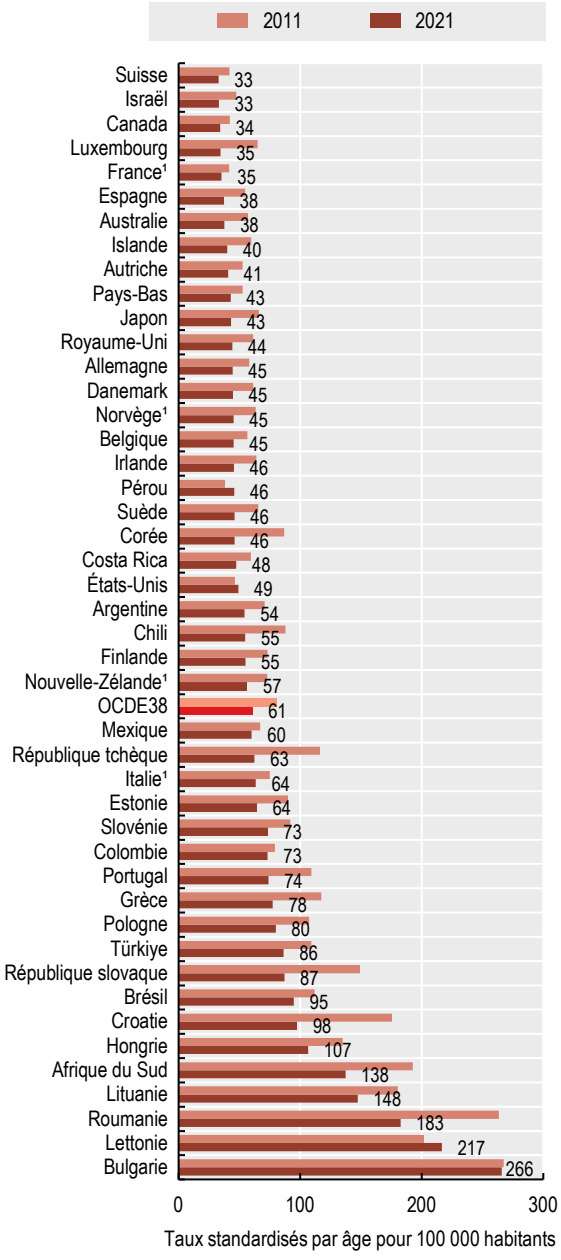
Graphique 3.11. Mortalité par crise cardiaque et autres cardiopathies ischémiques, 2021 et 2011 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/j0i6kv

Graphique 3.12. Mortalité par AVC, 2021 et 2011 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/cpug7j

Mortalité par cancer

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 21 % de la totalité des décès en 2021. Les principales causes de mortalité par cancer étaient le cancer du poumon (20 %), le cancer colorectal (10.9 %), le cancer du sein (14.7 % chez les femmes) et le cancer de la prostate (10.1 % chez les hommes). Ces quatre cancers représentent près de 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 23.2 % des décès par cancer chez les hommes et 16.8 % 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 10.9 % 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 chez les adultes plus âgés. Ces dernières années, cependant, de nombreux pays de l'OCDE ont observé une incidence croissante de ce cancer 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 (14.7 % 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 la section « Dépistage du cancer » 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 10.1 % des décès liés à un cancer.

Le taux moyen de mortalité par cancer s'établissait à 202 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2021, contre 191 en 2019 (Graphique 3.14). Parmi les pays de l'OCDE, les taux de mortalité les plus élevés étaient observés en Hongrie, en République slovaque, en Slovénie, en Lettonie et en Pologne (240 ou plus), et les plus faibles au Mexique et en Türkiye (moins de 160).

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 Belgique, par exemple, affichent des taux de mortalité inférieurs à la moyenne alors qu'elles enregistrent des taux d'incidence relativement élevés. Une analyse du taux de survie à la suite d'un cancer sur la période 2010-14 a montré que l'Australie et la Belgique affichaient un taux de survie net à cinq ans supérieur à la moyenne pour les cancers courants (OCDE, 2023[1] ; 2021[2]).

La pandémie de COVID-19 a gravement perturbé les programmes de diagnostic et de traitement du cancer dans les pays de l'OCDE. Le nombre de services de dépistage et de traitement a considérablement diminué dans presque toute la zone OCDE, en particulier au début de la pandémie et lors du premier déploiement des restrictions et des confinements après mars 2020. En conséquence, le diagnostic et le traitement du cancer ont été considérablement retardés au début de 2020 dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2023[3]).

Les taux d'incidence du cancer ont toujours été plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays membres et les pays partenaires de l'OCDE. Les taux de mortalité par cancer sont plus élevés chez les hommes dans tous les pays membres de l'OCDE. L'écart le plus important est observé en Lettonie, en Estonie et en Lituanie, où la mortalité par cancer est 2.1 fois plus élevée chez les hommes, alors qu'en France, la mortalité masculine n'est supérieure que de 2 % à la mortalité féminine (Graphique 3.14). 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. En outre, les interventions visant à réduire les inégalités socioéconomiques en matière de mortalité par cancer devraient être axées sur les personnes ayant un plus faible niveau d'instruction, car les taux de mortalité par cancer sont plus élevés pour ce groupe de population dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE, 2023[3]).

Définition et comparabilité

Les taux de mortalité par cancer sont calculés en divisant le nombre de décès par cancer 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 2015 (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 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.

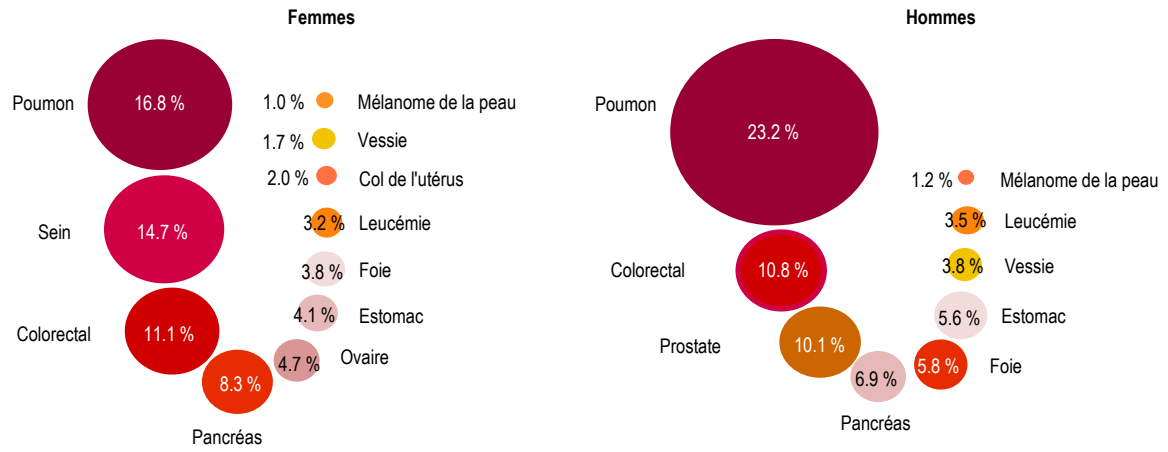
Références

OCDE (2023), *EU Country Cancer Profiles*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/55f07000-en. [3]

OCDE (2023), *Profils sur le cancer par pays : Belgique 2023*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/534270fe-fr. [1]

OCDE (2021), *Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/fea50730-fr. [2]

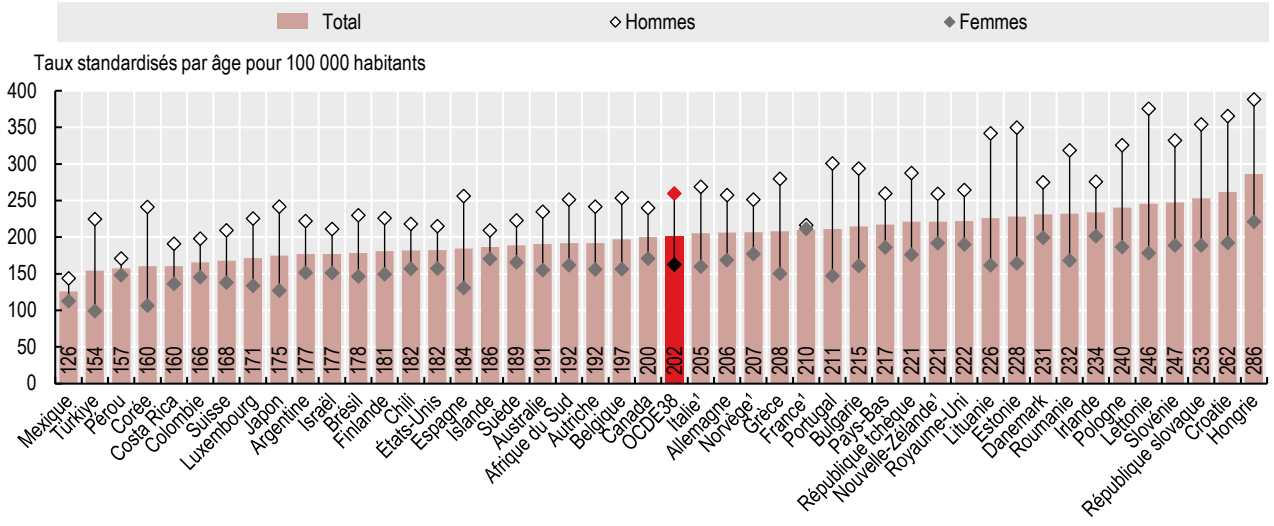
Graphique 3.13. Principales causes de mortalité par cancer dans l'OCDE, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Part du total des décès par cancer dans les pays de l'OCDE, par sexe.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/wtcb2u

Graphique 3.14. Taux de mortalité par cancer, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/s3g29i

Maladies chroniques

Les maladies chroniques telles que le cancer, les problèmes respiratoires chroniques et le diabète sont non seulement les principales causes de décès dans les pays de l'OCDE, mais 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 mis en évidence l'impact des maladies chroniques sur les résultats sanitaires d'autres maladies, les données montrant que les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents sont plus susceptibles que les autres de mourir du COVID-19 (Lafortune et Levy, 2023[1]). La pandémie a également contribué à l'augmentation de la multimorbidité des maladies chroniques ainsi qu'à leur diagnostic et à leur prise en charge tardifs.

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 24 pays de l'OCDE, en 2021 (Graphique 3.15). Ce chiffre varie de plus d'un adulte sur deux en Finlande à un peu moins d'un sur quatre 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 27 % des personnes situées dans le quintile supérieur (Graphique 3.15). Cet écart de revenu est le plus important en Lithuanie, en Belgique, en Estonie et en Irlande, où les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont au moins 2 fois plus susceptibles de présenter au moins un problème de santé ou un handicap de longue durée que les individus appartenant au quintile de revenu le plus élevé. L'écart de revenu est le plus faible en Italie et en Türkiye, où les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont légèrement moins 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 l'une des maladies chroniques les plus importantes. Il s'agit d'une maladie chronique qui est particulièrement lourde de conséquences en termes d'incapacité ; elle 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 2021, 6.9 % de la population adulte étaient diabétiques en moyenne dans la zone OCDE (données standardisées par âge). On estime en outre à 48 millions le nombre de cas non diagnostiqués chez les adultes dans les pays de l'OCDE (FID, 2022[2]).

Parmi les pays membres de l'OCDE, les taux de prévalence du diabète les plus élevés sont observés au Mexique, en Türkiye, au Chili, aux États-Unis et en Espagne, 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 Indonésie et en Chine : 10 % sinon davantage (Graphique 3.16).

Les taux de prévalence du diabète standardisés par âge se sont stabilisés dans de nombreux pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie, surtout en Europe occidentale. Toutefois, ils ont sensiblement augmenté en Türkiye, en Islande et en Espagne (60 % ou plus), ainsi que dans des pays partenaires de l'OCDE comme l'Indonésie et l'Afrique du Sud. 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 (Kotwas et al., 2021[3]).

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 de population défavorisées sur le plan socioéconomique. Les conséquences économiques du diabète sont non négligeables : on estime à 650 milliards USD le montant consacré à son traitement et à la prévention de ses complications dans les pays de l'OCDE en 2021 (FID, 2022[2]).

Définition et comparabilité

Les données relatives aux problèmes de santé et aux handicaps de longue durée reposent sur les résultats des Statistique de l'UE 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. Ces données concernent les personnes âgées de 16 ans et plus.

Les sources et méthodes utilisées par la Fédération internationale du diabète (FID) sont exposées dans son Atlas du diabète, 10e édition (FID, 2022[2]). 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. En outre, les changements de méthodologie et l'évolution des données au fil du temps peuvent avoir une incidence sur la comparabilité des estimations de la prévalence. Les estimations de la prévalence de la FID sont souvent plus élevées que les estimations nationales des pays de l'OCDE, car ces derniers ont généralement une population plus âgée. Par exemple, en Espagne, l'estimation de la FID de 10.3 % était plus élevée que la dernière valeur de 7.2 % communiquée par le ministère espagnol de la Santé.

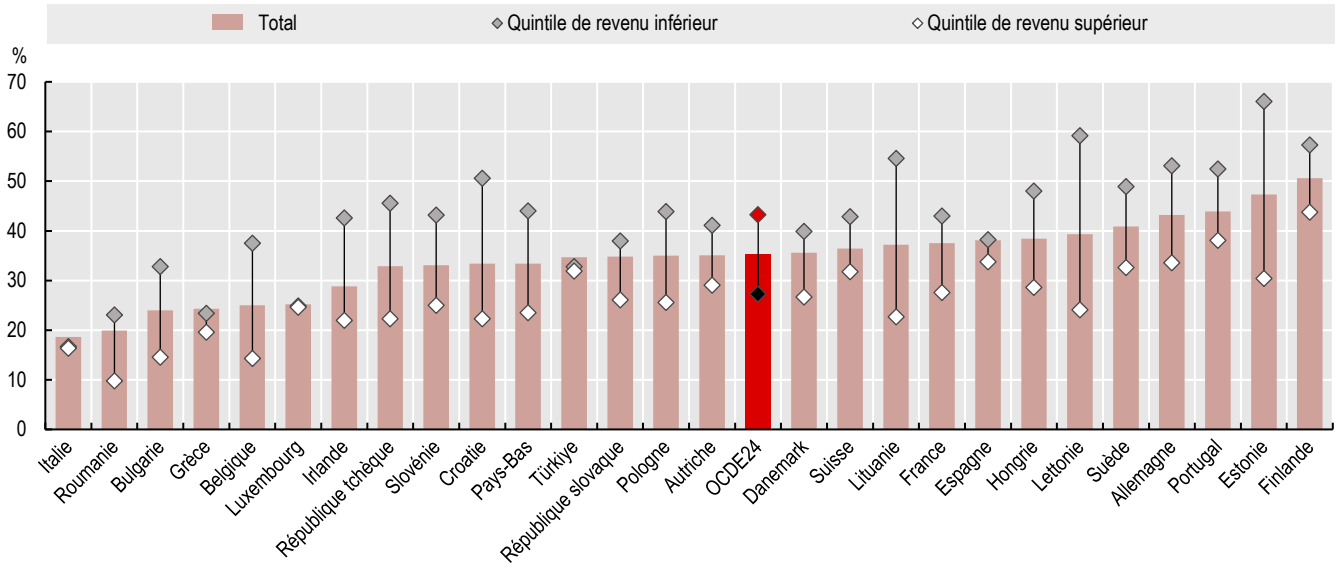
Références

FID (2022), *IDF Diabetes Atlas, 10th edition*, Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles, http://www.diabetesatlas.org. [2]

Kotwas, A. et al. (2021), « Epidemiological factors for type 2 diabetes mellitus: evidence from the Global Burden of Disease », *Archives of Public Health*, vol. 79/1, https://doi.org/10.1186/s13690-021-00632-1. [3]

Lafortune, G. et N. Levy (2023), « Supporting health workforce recovery and resilience », dans *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5971a279-en. [1]

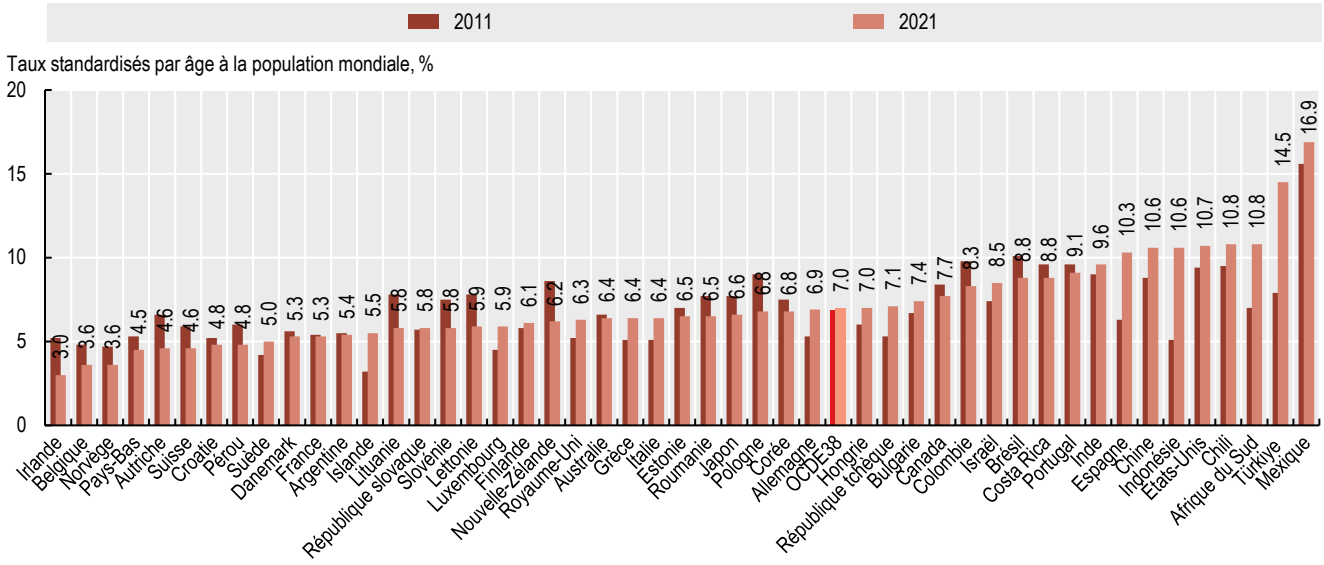
Graphique 3.15. Personnes faisant état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée, par quintile de revenu, 2021 (ou année la plus proche).



Source : Eurostat 2023.

StatLink https://stat.link/8pxmyd

Graphique 3.16. Prévalence du diabète de types 1 et 2 chez les adultes, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : FID (2022[2]), *IDF Diabetes Atlas, 10th edition*, http://www.diabetesatlas.org/. Les estimations peuvent différer des estimations nationales en raison de différentes méthodes de standardisation par âge.

StatLink https://stat.link/ugams3

Mortalité maternelle et infantile

La mortalité maternelle, c'est-à-dire le décès d'une femme pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, constitue un indicateur important de l'état de santé d'une femme et de la performance du système de santé. Les Objectifs de développement durable fixent pour objectif de ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030 (OMS, 2023[1]).

Dans les pays de l'OCDE, le taux de mortalité maternelle (TMM) s'élevait en moyenne à 10.9 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, soit un niveau nettement inférieur à l'objectif fixé par les Objectifs de développement durable (ODD). Des pays comme la Norvège, la Pologne, Israël et l'Australie affichaient des TMM inférieurs à 3 pour 100 000 naissances. En revanche, la Colombie, avec un taux de mortalité maternelle de 72 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020, n'a pas encore atteint cet ODD. Le Mexique avait également un taux de mortalité maternelle significativement élevé de 55 décès pour 100 000 naissances. De nombreux pays candidats à l'adhésion à l'OCDE et pays partenaires de l'OCDE affichaient également des taux de mortalité maternelle élevés, allant de 69 décès pour 100 000 naissances pour le Pérou à 173 décès pour 100 000 naissances pour l'Indonésie (Graphique 3.17).

Les risques de décès maternel peuvent être réduits grâce à la planification familiale, à un meilleur accès à des soins prénatals de qualité, et au fait de confier l'accouchement et les soins postnatals à des professionnels de santé qualifiés. Toute stratégie doit s'attacher à remédier aux disparités dans la fourniture de ces services essentiels de santé reproductive aux populations mal desservies. En outre, le vaste programme de renforcement du système de santé et de couverture maladie universelle, ainsi que les actions multisectorielles (par exemple, l'éducation des femmes et la lutte contre la violence) constituent des efforts de collaboration qui sont essentiels pour réduire les décès maternels (OMS et al., 2018[2]).

La mortalité infantile, c'est-à-dire les décès d'enfants âgés de moins d'un an, traduit l'impact des conditions économiques, sociales et environnementales sur la santé des mères et des nourrissons, ainsi que sur l'efficacité des systèmes de santé. Des facteurs tels que l'éducation de la mère, la qualité des soins prénatals et de l'accouchement, la naissance prématurée et le poids à la naissance, les soins immédiats apportés aux nouveau-nés et les pratiques d'alimentation du nourrisson sont des déterminants importants de la mortalité infantile.

En 2021, le taux de mortalité infantile s'établissait en moyenne à 4 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les pays de l'OCDE, contre 4.7 en 2011. La Finlande, le Japon, la Norvège, l'Islande et la Slovénie affichaient tous des taux de mortalité infantile inférieurs à 2 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2021. Toutefois, les taux demeurent relativement élevés en Colombie (16.5 décès pour 100 000 naissances) et au Mexique (12.7 décès pour 1 000 naissances vivantes), ce qui témoigne de la corrélation qui existe entre mortalité maternelle et mortalité infantile. Parmi les pays partenaires de l'OCDE, les taux sont d'environ 20 décès ou plus pour 1 000 naissances vivantes en Inde, en Afrique du Sud et en Indonésie, même si chacun de ces pays a réduit considérablement son taux de mortalité infantile depuis 2011 (Graphique 3.18).

Il est possible de réduire la mortalité infantile par des interventions appropriées et efficaces par rapport à leur coût. Il s'agit notamment du contact peau à peau immédiat entre la mère et le nouveau-né après l'accouchement, de l'allaitement exclusif de la naissance aux six premiers mois, et de la méthode kangourou pour les bébés pesant 2 000 g ou moins. Les soins postnatals dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans les 48 heures suivant la naissance, le bain différé jusqu'à 24 heures après la naissance et les soins à sec du cordon ombilical sont importants pour réduire la mortalité infantile. La prise en charge et le traitement des infections néonatales, de la pneumonie, de la diarrhée et du paludisme sont également essentiels.

Définition et comparabilité

La mortalité maternelle est définie comme les décès de femmes pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours après la fin de la grossesse, quels que soient la durée et le lieu de la grossesse, dus à une cause liée à la grossesse ou aggravée par celle-ci ou dus à sa prise en charge, mais sans compter les décès accidentels. Il s'agit notamment des décès directs dus à des complications obstétriques de la grossesse, à des interventions, à des omissions ou à des traitements inadéquats. Elle comprend également les décès indirects dus à des maladies préexistantes ou qui se sont développées pendant la grossesse lorsque celles-ci ont été aggravées par les effets de la grossesse. On mesure ici la mortalité maternelle grâce au taux de mortalité maternelle ; il s'agit du nombre de décès maternels au cours d'une période donnée pour 100 000 naissances vivantes au cours de la même période. Les données présentées pour cet indicateur sont des estimations extraites de l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS et produites par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle des Nations Unies (MMEIG), composé de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES/division de la population) et du Groupe de la Banque mondiale. Il est difficile de recenser les décès maternels avec précision. Comme de nombreux pays ne disposent pas de systèmes d'enregistrement précis ou complets, le TMM est établi à partir d'autres sources, notamment les recensements, les enquêtes menées auprès des ménages, les antécédents des frères et sœurs, les autopsies verbales et les études statistiques. Les estimations doivent donc être maniées avec prudence.

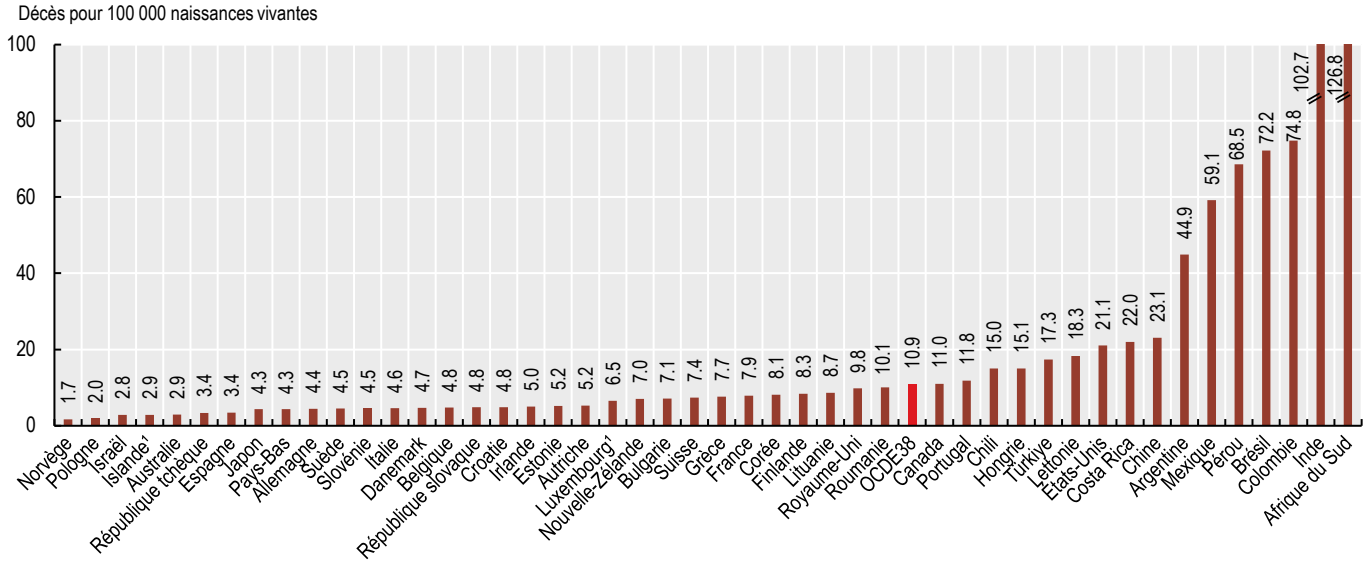
Le taux de mortalité infantile est défini comme le nombre d'enfants qui meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire au cours d'une année donnée, exprimé pour 1 000 naissances vivantes, sans seuil minimum de durée de gestation ou de poids de naissance. Certains pays fondent leurs taux de mortalité infantile sur des estimations tirées de recensements, d'enquêtes et de systèmes d'enregistrement par échantillons, et non sur un enregistrement précis et complet des naissances et des décès. Les différences de pratiques en matière d'enregistrement des prématurés peuvent donc accentuer légèrement les variations des taux entre les pays.

Références

OMS (2023), *Mortalité maternelle*, Organisation mondiale de la Santé, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. [1]

OMS et al. (2018), *Survive, Thrive, Transform. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health: 2018 report on progress towards 2030 targets*, Organisation mondiale de la santé, https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2018/05/EWECGSMonitoringReport2018.pdf. [2]

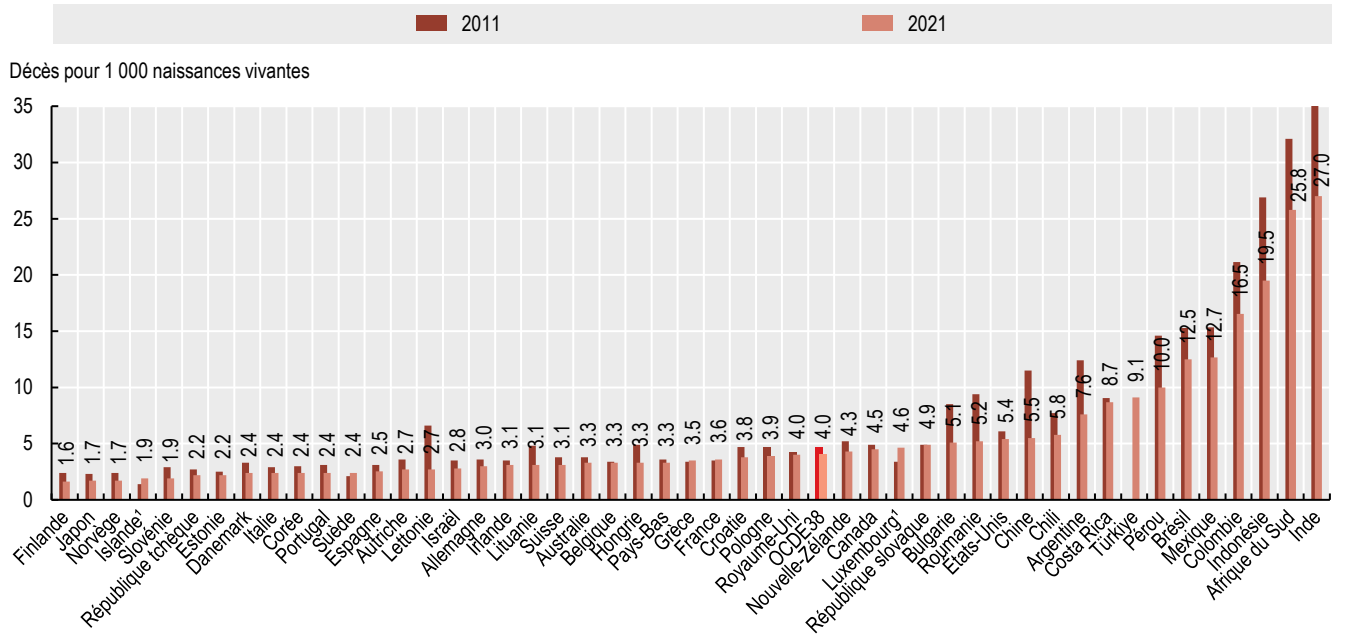
Graphique 3.17. Estimations du taux de mortalité maternelle, 2020



1. Moyennes sur trois ans.
Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS, 2023.

StatLink https://stat.link/8y3gm2

Graphique 3.18. Mortalité infantile, 2021 et 2011 (ou année la plus proche)



1. Moyennes sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/f5iw9k

Santé mentale

Une bonne santé mentale est essentielle à la bonne santé des populations et des économies : lorsque les individus sont en mauvaise santé mentale, ils ont plus de mal à réussir à l'école, à être productifs au travail et à rester en bonne santé physique (OCDE, 2021[1]). La pandémie de COVID-19 a profondément bouleversé les modes de vie, de travail et d'apprentissage des individus, et alimenté une hausse considérable de la détresse psychique. Au début de la pandémie, la part de la population faisant état de symptômes d'anxiété et de dépression a augmenté dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, et a même doublé dans certains d'entre eux (Graphique 3.19 et Graphique 3.20). Les analyses de l'OCDE ont montré que l'état de santé mentale de la population a fluctué au cours de la pandémie, en s'aggravant généralement durant les périodes où les taux d'infection et de mortalité étaient élevés ou lorsque des mesures de confinement strictes étaient appliquées. Les données disponibles laissent entrevoir une certaine amélioration de la santé mentale de la population à mesure que la situation s'améliorait, mais laissent également penser que les problèmes de santé mentale restent élevés. En Belgique, en Corée, au Royaume-Uni et aux États-Unis, les données de 2022 montrent généralement une légère diminution de la part de la population déclarant des symptômes de dépression par rapport à 2020. Cependant, la prévalence pour 2022 reste pas moins de 20 % plus élevée qu'avant la pandémie et, dans certains cas, plus de deux à trois fois supérieure au taux de la période antérieure à la pandémie (Graphique 3.19). La persistance de niveaux élevés de souffrance psychique « au-delà » de la pandémie pourrait traduire la confluence de plusieurs crises : coût de la vie, climat et tensions géopolitiques.

Par ailleurs, les chocs tels que les pandémies, les phénomènes météorologiques extrêmes et les crises financières peuvent accroître le risque de comportements suicidaires. Si ceux-ci sont influencés par des facteurs sociaux et culturels complexes, la mauvaise santé mentale augmente le risque de décès par suicide. L'écart actuel des taux de décès par suicide est d'un à six dans la zone OCDE, et les décès sont plus de trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les décès par suicide étaient globalement à la baisse avant la pandémie, reculant de 28.4 % en moyenne entre 2000 et 2019 (Graphique 3.21). On craignait que la crise du COVID-19 n'entraîne une hausse du nombre de suicides, et l'on a observé une forte hausse des idées suicidaires dans certains pays, en particulier chez les jeunes (OCDE/Union européenne, 2022[2]). Dans une certaine mesure, ces inquiétudes ne se sont pas matérialisées au cours de la première année de la pandémie : dans les 27 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, les taux de décès par suicide ont diminué de 2.4 % en moyenne entre 2019 et 2020. Cette tendance varie toutefois d'un pays à l'autre. Dans un tiers des pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de suicides a augmenté entre 2019 et 2020, tandis que dans un autre tiers, il a diminué de 5 % ou plus. Entre 2019 et 2020, le taux de décès par suicide a augmenté respectivement de 13.4 % et de 10.5 % en Islande et au Mexique, et diminué respectivement de 16.8 % et de 15.2 % au Chili et en Grèce.

Face à la pandémie, les pays de l'OCDE ont réagi rapidement en intensifiant l'accompagnement psychologique. En 2022, en réponse à un questionnaire sur les politiques publiques, les 26 pays de l'OCDE interrogés ont tous déclaré avoir mis en place des services d'urgence en matière de santé mentale en réaction à la pandémie, et la quasi-totalité (25 sur 26) ont indiqué avoir durablement augmenté leur capacité à proposer un accompagnement ou des soins (Lafortune et Levy, 2023[3]). Toutefois, le renforcement de la capacité à prodiguer des soins ou de l'accompagnement n'a pas toujours été proportionnel aux besoins. Ce problème n'est pas nouveau, mais il s'est accentué : même avant la pandémie, deux personnes sur trois sollicitant une aide en matière de santé mentale indiquaient avoir des difficultés à l'obtenir (OCDE, 2021[1]).

Définition et comparabilité

La qualité et la couverture des données sur la santé mentale ont été variables au cours de la pandémie. La prudence est donc de mise lorsque l'on compare la prévalence de l'anxiété et de la dépression.

Le Graphique 3.19 et le Graphique 3.20 utilisent des sources de données nationales et peuvent ne pas être directement comparables d'un pays à l'autre et, dans certains cas, au sein d'un même pays. Les différences concernent notamment le nombre et le calendrier des enquêtes ainsi que les instruments d'enquête utilisés pour mesurer la dépression et l'anxiété. Dans certains pays, les instruments d'enquête diffèrent d'une année à l'autre (concernant l'anxiété et la dépression en France et en Espagne, l'anxiété en Allemagne). Les données relatives à la dépression en Italie, en Espagne, en Grèce et en France, portant sur la période de la pandémie et celle antérieure à celle-ci, présentent des différences dans les méthodes de notation qui peuvent conduire à une sous-estimation de l'augmentation des symptômes. Certaines enquêtes n'utilisent pas forcément des échantillons représentatifs au niveau national (l'Australie, l'Autriche, l'Espagne, l'Italie, le Japon s'agissant de la dépression et l'anxiété ; la Grèce s'agissant de la dépression ; l'Allemagne, la Corée et le Mexique s'agissant de l'anxiété). Dans la mesure du possible, les enquêtes sélectionnées se fondent sur la version à neuf questions du Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) pour la dépression et sur l'outil de dépistage du trouble anxieux généralisé (GAD-7) pour l'anxiété. Plusieurs points de données ont été regroupés pour chaque année, dans la mesure du possible, en ce qui concerne les pays qui collectent régulièrement des données annuelles : Allemagne, Belgique, Canada, Corée, États-Unis, France et Royaume-Uni. 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. 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.

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 également de mise lorsque l'on compare les taux 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 Y87.0 de la CIM-10.

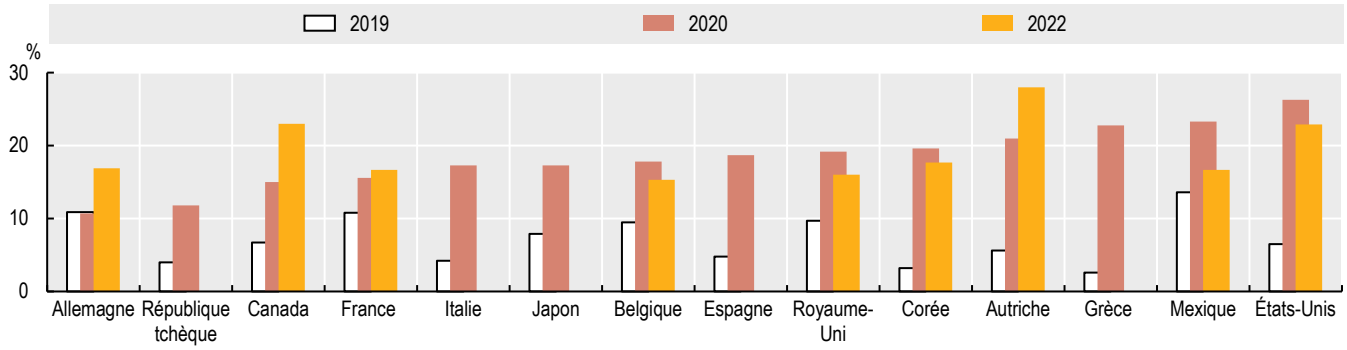
Références

Lafortune, G. et N. Levy (2023), « Supporting health workforce recovery and resilience », dans *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5971a279-en. [3]

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://doi.org/10.1787/4ed890f6-en. [1]

OCDE/Union européenne (2022), *Health at a Glance: Europe 2022*, State of Health in the EU Cycle, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en. [2]

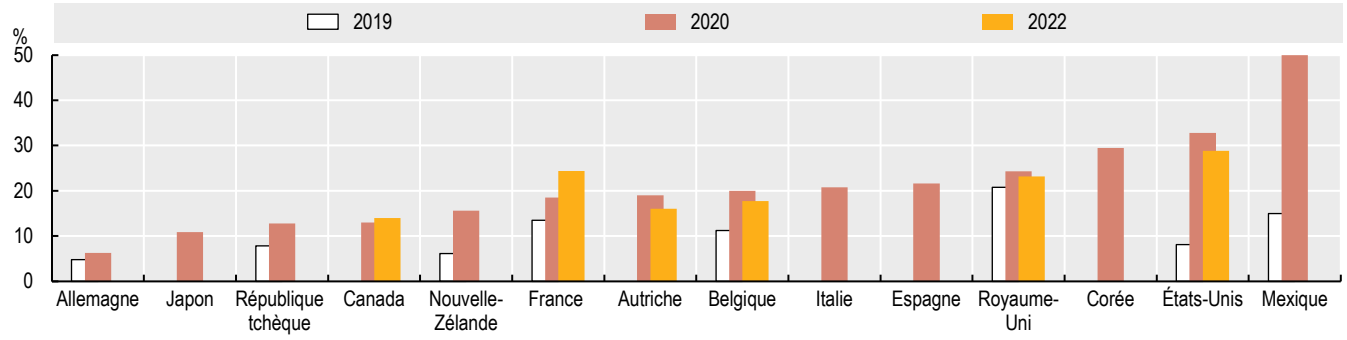
Graphique 3.19. Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs, 2019-22 (ou année la plus proche)



Note : 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. Les données d'avant la pandémie se rapportent à l'année 2017 pour la République tchèque, 2015-19 pour le Canada, 2013 pour le Japon, 2018 pour la Belgique, 2019-mars 2020 pour le Royaume-Uni, 2016-19 pour la Corée.
Source : Sources de données nationales – voir Statlink pour de plus amples informations.

StatLink https://stat.link/yr6hgm

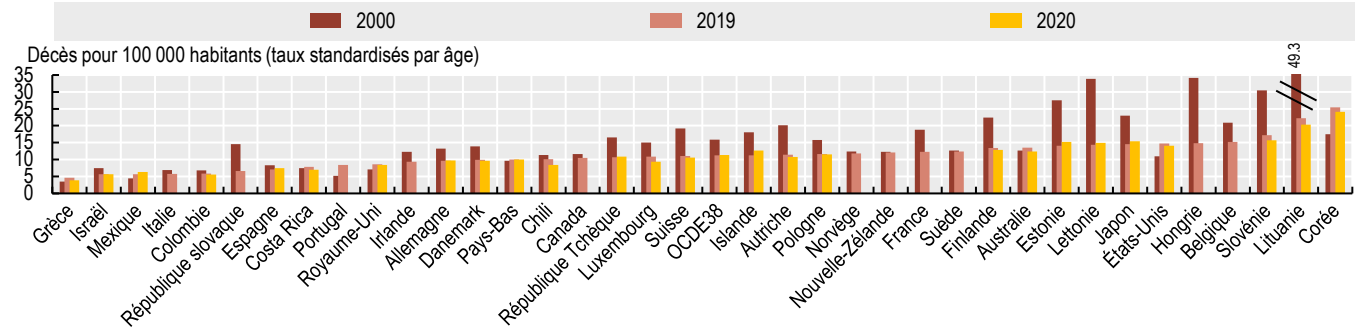
Graphique 3.20. Estimations nationales de la prévalence de l'anxiété ou des symptômes anxieux, 2019-22 (ou année la plus proche)



Note : 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. Les données d'avant la pandémie se rapportent à l'année 2017 pour la République tchèque, 2016-17 pour la Nouvelle-Zélande, 2017 pour la France, 2018 pour la Belgique.
Source : Sources de données nationales – voir Statlink pour de plus amples informations.

StatLink https://stat.link/2q1xl0

Graphique 3.21. Décès par suicide, 2000 et 2020 (ou année la plus proche)



Note : Ls dernières données disponibles se rapportent à 2016 pour la Norvège et la Nouvelle-Zélande, à 2017 pour l'Italie et la France, à 2018 pour l'Irlande, la Suède et la Belgique et à 2019 pour la République slovaque, le Portugal, le Canada et la Hongrie.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/l17tbz

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[1]).

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 compliquent 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, environ 8 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé, en moyenne, dans l'OCDE, en 2021 (Graphique 3.22), Ce pourcentage allait de plus de 13 % en Corée, au Japon et au Portugal, à moins de 3 % en Colombie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. 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 aussi une assez forte proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé.

Au fil du temps, la proportion d'adultes se considérant en mauvaise santé a légèrement diminué dans les pays de l'OCDE. En moyenne, 8.3 % des adultes de 34 pays de l'OCDE disposant de données tendancielles comparables estimaient être en mauvaise ou très mauvaise santé en 2021, contre 10.1 % en 2011. Cette amélioration concerne 25 des 34 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données tendancielles comparables.

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, plus de 80 % des adultes du quintile supérieur de revenu se déclaraient en bonne ou très bonne santé, en 2021, contre 60 % de ceux du quintile inférieur. Les disparités socioéconomiques sont particulièrement notables en Estonie, en Lituanie et en Lettonie, avec un écart de revenu de 40 points de pourcentage minimum. 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 modérées en Nouvelle-Zélande, en Grèce, au Luxembourg, en Italie et en Türkiye, avec un écart de revenu inférieur à 8 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 après l'âge de la retraite (voir la section intitulée « État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans » au chapitre 10). Les hommes sont par ailleurs plus susceptibles que les femmes de s'estimer en bonne santé.

Définition et comparabilité

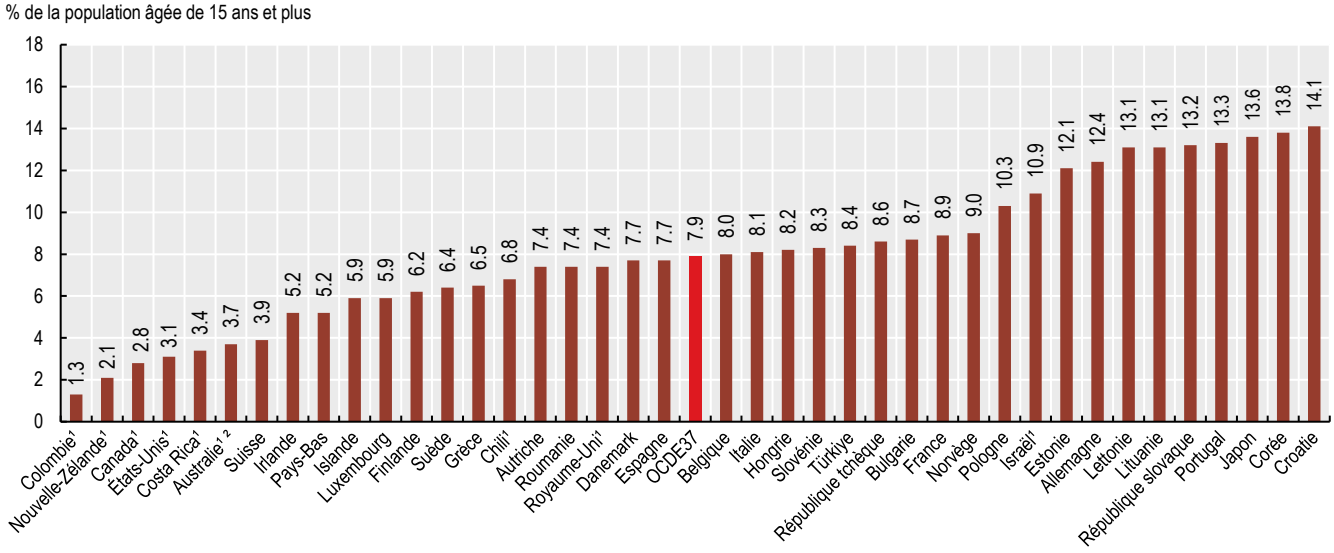
L'état de santé perçu reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». La prudence s'impose lorsque l'on procède à des comparaisons internationales de 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) car 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).

Références

Palladino, R. et al. (2016), « Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries », *Age and Ageing*, vol. 45/3, https://doi.org/10.1093/ageing/afw044. [1]

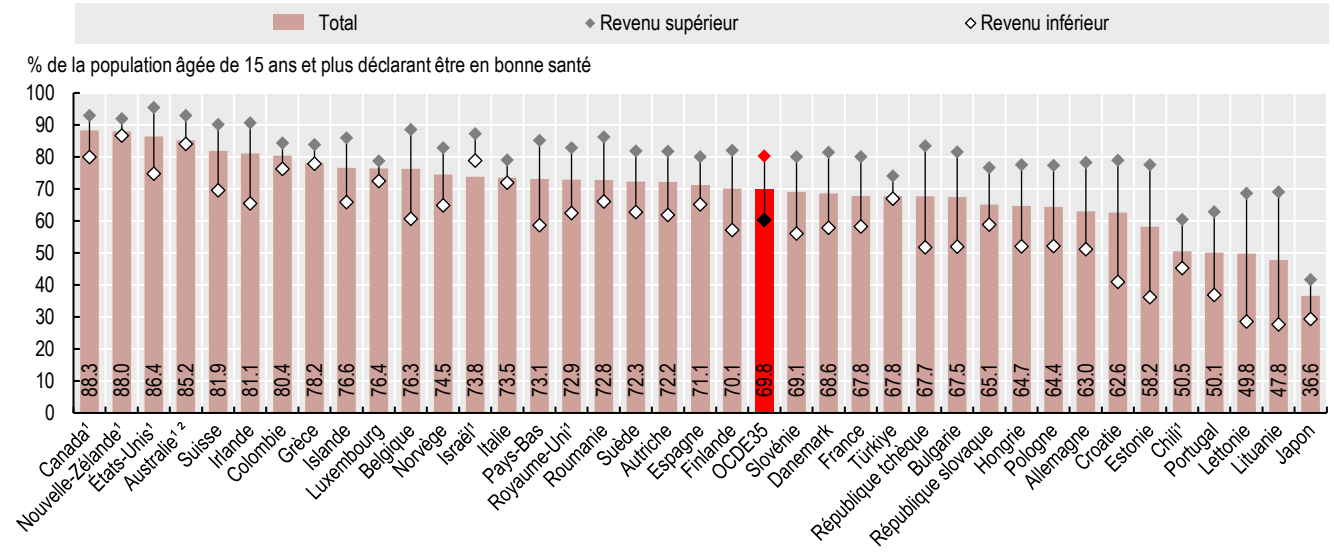
Graphique 3.22. Adultes s'estimant en mauvaise ou en très mauvaise santé, 2021 (ou dernière année disponible)



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). 2. Les données les plus récentes datent de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/6wdgp5

Graphique 3.23. Adultes s'estimant en bonne ou en très bonne santé, par niveau de revenu, 2021 (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). 2. Les données les plus récentes datent de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 (EU-SILC pour les pays européens).

StatLink https://stat.link/8ztuf2

4 Facteurs de risque pour la santé

Tabagisme
Consommation d'alcool
Consommation de drogues illicites
Alimentation et activité physique
Surpoids et obésité
Environnement et santé

Tabagisme

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]).

Dans les pays de l'OCDE, 15.9 % des personnes âgées de 15 ans et plus fumaient quotidiennement en 2021 (Graphique 4.1). Les taux de tabagisme s'y échelonnaient de plus de 25 % en France et en Türkiye, à moins de 10 % en Islande, au Costa Rica, en Norvège, au Mexique, au Canada, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Suède. Dans les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés, on relevait des taux supérieurs à 25 % en Chine, en Bulgarie et en Indonésie, et inférieurs à 10 % en Inde, au Pérou et au Brésil. Les hommes fumaient davantage que les femmes dans tous les pays à l'exception de la Norvège – en moyenne, dans l'OCDE, 19.9 % des hommes étaient des fumeurs quotidiens, contre 12.3 % des femmes. L'écart était relativement prononcé en Corée, en Türkiye et en Lettonie, de même qu'en Indonésie, en Chine, en Afrique du Sud et en Roumanie. Chez les hommes, le tabagisme atteignait son plus haut niveau en Indonésie, en Chine et en Türkiye (plus de 40 %), et le plus bas en Norvège, en Islande, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis (inférieur à 10 %). Quant aux femmes, c'est en Bulgarie, en Hongrie et en France que la proportion de fumeuses était la plus élevée (plus de 20 %), et en Inde, en Chine, en Indonésie, au Pérou, au Costa Rica, au Mexique et en Corée qu'elle était la plus faible (moins de 5 %).

Au cours des dix dernières années, la part de fumeurs quotidiens parmi la population a régressé dans 31 des 35 pays de l'OCDE pour lesquels des données tendancielles sont disponibles, passant en moyenne de 20.6 % en 2011 à 15.9 % en 2021 (Graphique 4.2). C'est en Norvège, en Estonie et en Irlande que son recul est le plus prononcé (plus de 8 points de pourcentage), alors qu'il est plus modeste au Mexique, en Hongrie et en Slovénie (moins de 2 points). Le tabagisme a légèrement augmenté en République slovaque, au Luxembourg et en Türkiye (de 2 points de pourcentage). Parmi les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés, le tabagisme a nettement reculé au Pérou, mais il a progressé en Indonésie. La tendance à la baisse observée avant la pandémie de COVID-19 s'est globalement poursuivie pendant cette période dans la plupart des pays, Toutefois, le pourcentage de fumeurs quotidiens est resté stable en France, en Italie et au Mexique, et a légèrement augmenté en Irlande et au Luxembourg (de 2 points de pourcentage) en 2021 par rapport au niveau d'avant la pandémie.

Les mesures globales de lutte contre le tabagisme, qui consistent à augmenter les taxes sur le tabac, à faire figurer des avertissements sanitaires sur les paquets de tabac, à interdire la diffusion d'informations promotionnelles ou trompeuses, à donner moins de visibilité aux marques, à sensibiliser et soutenir les fumeurs (y compris subventions pour les thérapies de substitution nicotinique et conseils de sevrage tabagique) – permettent de réduire la consommation de tabac et sont efficaces par rapport à leur coût. En France, par exemple, le train de mesures récemment mis en œuvre pour lutter contre le tabagisme devrait rapporter 4 EUR pour chaque Euro investi (Devaux et al., 2023[2]). Parmi les initiatives nationales récentes, le Canada a élargi la portée des mises en garde en les imprimant directement sur chaque cigarette, afin d'atteindre les jeunes et les nouveaux fumeurs qui se procurent des cigarettes à l'unité (revendues ou données) et ne sont pas nécessairement confrontés aux avertissements sur les paquets. La Nouvelle-Zélande a adopté une loi unique au monde qui interdit la vente de tabac aux personnes nées après le 1er janvier 2009, de sorte que la limite d'âge augmente au fil du temps, et qui vise à réduire la nicotine contenue dans le tabac à zéro ou à un niveau le moins addictif possible.

Si le tabagisme est en recul dans la plupart des pays, la consommation régulière de cigarettes électroniques (vapotage) est en hausse, même si les taux de vapotage restent faibles. En 2021, dans 32 pays de l'OCDE, 3.2 % des personnes âgées de 15 ans et plus étaient des usagers réguliers de produits de vapotage. C'est en Estonie et en Nouvelle-Zélande que ce pourcentage était le plus élevé (plus de 8 %), et en Suède, au Chili et en Autriche qu'il était le plus faible (moins de 1 %). Entre 2016 et 2021, l'usage régulier de produits de vapotage a augmenté dans 11 des 16 pays de l'OCDE pour lesquels des données tendancielles sont disponibles (Graphique 4.3). Les hausses les plus fortes concernent la Nouvelle-Zélande et l'Estonie (plus de 6 points de pourcentage). Dans le même temps, le vapotage régulier a reculé dans cinq pays de l'OCDE, la plus forte réduction étant observée en Finlande (4.8 points). Le vapotage est plus répandu chez les jeunes : en 2021, 6.1 % en moyenne des 15-24 ans utilisaient des produits de vapotage dans l'OCDE, et ce pourcentage était particulièrement élevé en Estonie et en Nouvelle-Zélande (plus de 20 % en 2022). Si le vapotage peut être utilisé comme une aide au sevrage tabagique, il est également considéré comme une initiation au tabagisme (O'Brien et al., 2021[3]).

Parmi les mesures visant à encadrer ces pratiques, on peut citer les restrictions liées à l'âge, les taxes sur les nouveaux produits électroniques contenant de la nicotine, l'interdiction de vapoter dans les lieux clos, la réglementation sur les ventes et celle sur la publicité. À titre d'exemple, l'Australie a récemment annoncé l'interdiction des cigarettes électroniques jetables et à usage unique et des restrictions sur les saveurs et les couleurs des cigarettes électroniques, tout en rendant les cigarettes électroniques contenant de la nicotine uniquement disponibles sur ordonnance médicale en tant qu'aide au sevrage tabagique.

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, au Danemark et en Islande) n'est pas prise en compte. Pour les sources de données, voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur.

La proportion d'usagers réguliers de produits de vapotage est égale au pourcentage de la population de 15 ans et plus déclarant utiliser des dispositifs de vapotage, avec ou sans nicotine, au moins une fois par mois. Pour les pays qui s'appuient sur les données de l'Enquête européenne par interview sur la santé (EHIS 2019), comme l'Allemagne, la Hongrie, la Lettonie, le Luxembourg, le Portugal, la République slovaque et la Slovénie, les données englobent les vapoteurs quotidiens et occasionnels.

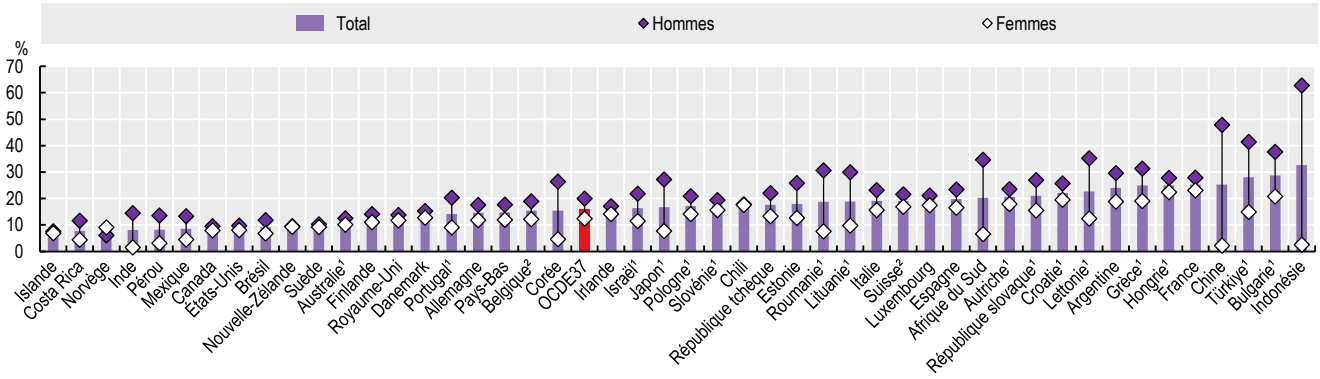
Références

Devaux, M. et al. (2023), "Évaluation du programme national de lutte contre le tabagisme en France", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 155, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/b656e9ac-fr. [2]

O'Brien, D. et al. (2021), "Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis", *BMC public health*, Vol. 21/1, https://doi.org/10.1186/S12889-021-10935-1. [3]

OMS (2020), *Tabac*, Organisation mondiale de la santé, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. [1]

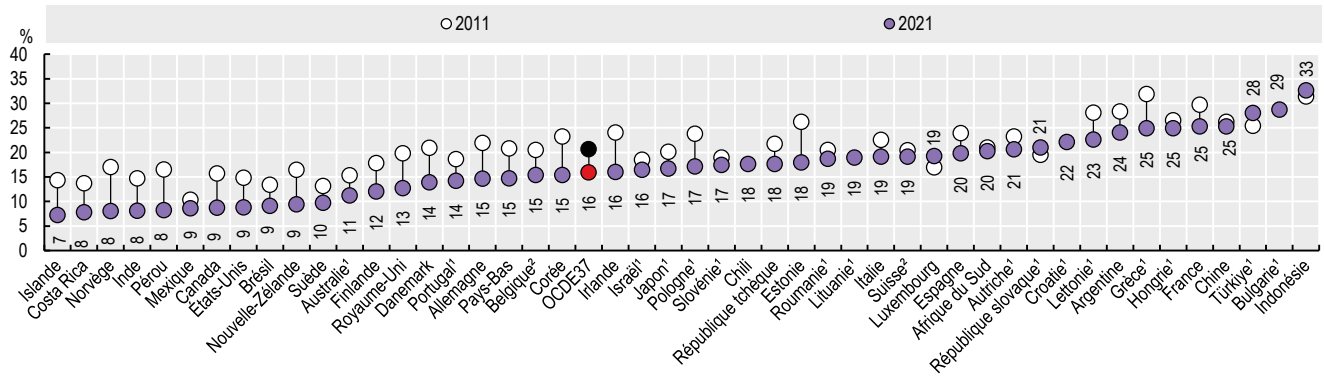
Graphique 4.1. Pourcentage de fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2021x (ou année la plus proche)



1. Données pour 2019. 2. Données pour 2017-18.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/k2xzl3

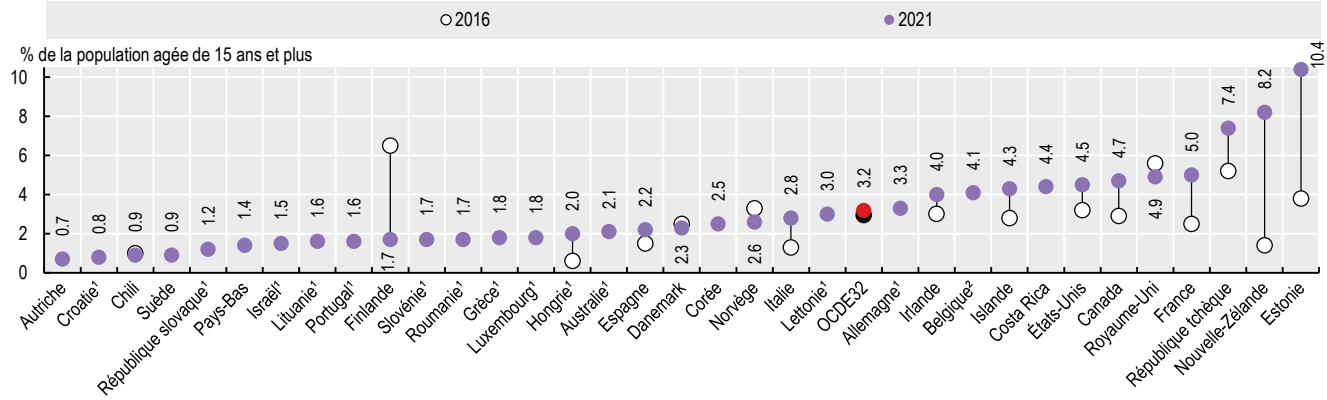
Graphique 4.2. Fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2019. 2. Données pour 2017-18.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/8uy4hw

Graphique 4.3. Usage régulier de produits de vapotage, 2016 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2019. 2. Données pour 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/qc8r6p

Consommation d'alcool

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. Même une consommation modérée ou faible augmente les risques à long terme de ces maladies. 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. En moyenne, 2.4 % des dépenses de santé sont consacrées à la prise en charge des dommages causés par la consommation d'alcool, et ce chiffre atteint jusqu'à 4 % dans certains pays (OCDE, 2021[1]).

La consommation globale d'alcool, mesurée par le volume des ventes, a été en moyenne de 8.6 litres par personne dans les pays de l'OCDE en 2021, et accuse donc un recul par rapport aux 8.9 litres de 2011 (Graphique 4.4). La Lettonie et la Lituanie arrivent en tête (avec plus de 12 litres), suivies de la République tchèque, de l'Estonie et de l'Autriche, tous à plus de 11 litres par personne. Les niveaux de consommation sont comparativement faibles en Türkiye, au Costa Rica, en Israël et en Colombie (moins de 5 litres). Parmi les pays candidats à l'adhésionet les partenaires clés, la consommation était relativement élevée en Bulgarie et en Roumanie (11 litres et plus par personne), et faible en Indonésie, en Inde et en Chine (moins de 5 litres). La consommation moyenne a reculé dans 23 pays de l'OCDE entre 2011 et 2021, les baisses les plus fortes (de plus de 2 litres) étant observées en Lituanie et en Irlande. Elle a en revanche augmenté de plus de 2 litres par personne en Lettonie, et d'un litre environ au Mexique et en Norvège, de même qu'en Bulgarie et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion.

Les données nationales sur la consommation globale d'alcool par habitant facilitent l'évaluation des tendances à long terme, mais ne permettent pas d'identifier les modes de consommation nocifs, comme la consommation excessive épisodique (ou épisode d'alcoolisation aiguë). En 2019, près d'un adulte sur cinq (19 %) signalait une consommation excessive épisodique au moins une fois par mois, en moyenne, dans 29 pays de l'OCDE (Graphique 4.5). Ce pourcentage varie d'un facteur 10, et va de moins de 3 % en Türkiye et en Italie à plus de 30 % en Allemagne, au Luxembourg, au Royaume-Uni et au Danemark, ainsi qu'en Roumanie. Les données présentées ici peuvent différer d'estimations dérivées d'autres sources nationales. Dans tous les pays, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de signaler une consommation excessive épisodique. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 26 % des hommes signalaient une consommation excessive épisodique au moins une fois par mois, contre 12 % des femmes.

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 risque, Protection des enfants contre la promotion de l'alcool) sont un moyen très efficace et rentable de combattre la consommation nocive d'alcool (OCDE, 2021[1]). Deux évolutions innovantes sont apparues récemment dans les politiques dans ce domaine. L'une d'elles est le prix minimum par unité d'alcool, qui fixe un prix plancher en-dessous duquel l'alcool ne peut être légalement vendu. Ce prix minimum cible l'alcool peu onéreux, consommé par les gros buveurs. Il a été instauré en Irlande en 2022 et existe déjà dans deux des nations du Royaume-Uni (Écosse et Pays de Galles), et dans certaines régions d'Australie et du Canada. La seconde innovation concerne la législation qui impose l'étiquetage des produits alcoolisés. Si certains pays ont déjà imposé des avertissements contre les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse, l'Irlande est devenue le premier pays au monde à imposer l'apposition sur les produits alcoolisés de mises en garde sanitaires concernant toute la population (comme les risques de cancers et de maladies hépatiques liés à l'alcool).

Définition et comparabilité

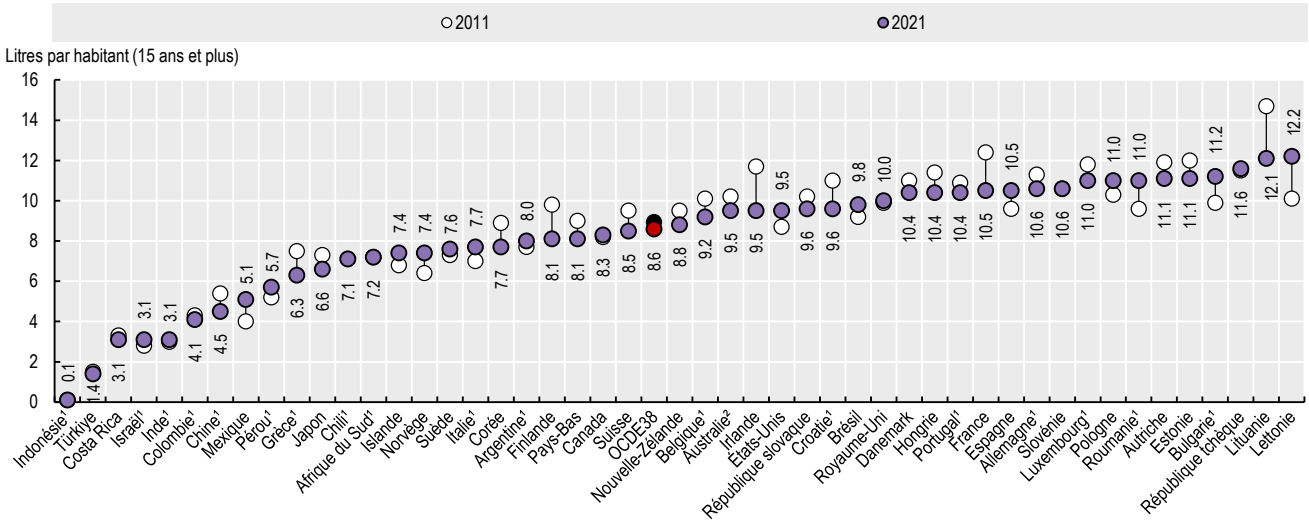
La consommation d'alcool globale est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres par personne âgée de 15 ans et plus, à quelques exceptions près (voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur). Les données proviennent de sources nationales. La méthode employée pour convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantité d'alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les données officielles ne rendent pas compte de la consommation d'alcool par les touristes ni de la consommation d'alcool non enregistrée, comme la production domestique ou illicite, à quelques exceptions près. En particulier, les données relatives à l'Estonie et à la Lettonie sont corrigées à la baisse pour tenir compte de la consommation touristique, et la consommation d'alcool au Luxembourg est estimée comme la moyenne de la consommation en France et en Allemagne.

La proportion de personnes ayant une consommation excessive épisodique est définie généralement comme la part des adultes âgés de 18 ans et plus déclarant avoir consommé 6 verres ou plus (équivalent à 60 grammes ou plus d'éthanol pur dans la plupart des pays) en une seule occasion au cours des 30 derniers jours. Les données proviennent de l'enquête EHIS 2019, compilée par Eurostat, et sont complétées par des sources nationales pour les pays non membres de l'UE/EEE. Les données de l'*Australian National Drug Strategy Household Survey* se rapportent à la population âgée de 18 ans et plus ; les données de l'Enquête nationale brésilienne sur la santé à la population âgée de 18 ans et plus ; l'Enquête néo-zélandaise sur la santé se rapporte aux personnes âgées de 15 ans et plus ; l'Enquête norvégienne sur l'alcool, le tabac et les drogues aux personnes âgées de 16 à 79 ans ; l'Enquête suisse sur la santé aux personnes âgées de 15 ans et plus ; et l'Enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé aux États-Unis aux personnes âgées de 18 ans et plus. Les données pour le Royaume-Uni sont produites par l'*Office for National Statistics* à partir de celles de l'enquête EHIS. La définition d'un verre standard et le nombre seuil de verres varie légèrement selon les enquêtes (4 ou plus en Australie, 5 ou plus au Brésil, 6 ou plus en Nouvelle-Zélande et en Norvège, 6 unités ou plus au Royaume-Uni, et des seuils spécifiques selon le sexe en Suisse et aux États-Unis : 4 verres ou plus pour les femmes et 5 verres ou plus pour les hommes).

Références

OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en. [1]

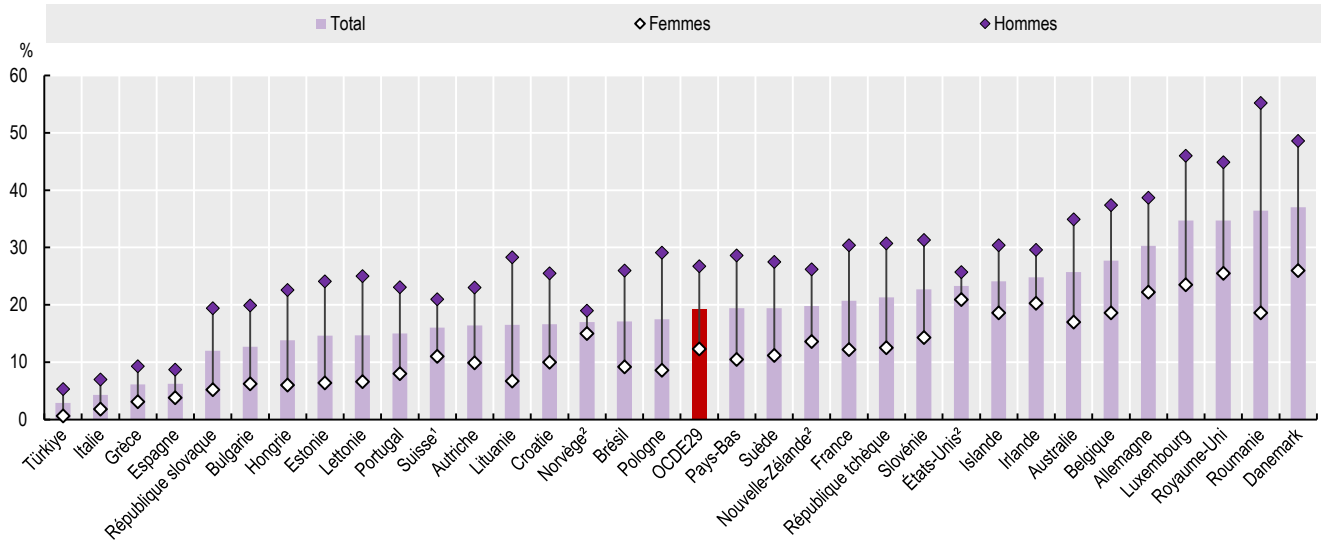
Graphique 4.4. Consommation d'alcool enregistrée parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2019. 2. Données pour 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/8tz69i

Graphique 4.5. Proportion d'adultes signalant une consommation d'alcool excessive épisodique, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2017 ; 2. Données pour 2021-22.
Source : Eurostat, EHIS, complété par des sources de données nationales pour les pays non membres de l'UE/EEE.

atLink https://stat.link/1f87z5

Consommation de drogues illicites

La consommation de stupéfiants est une cause majeure de mortalité évitable, tant directement – par surdose – qu'indirectement, du fait des maladies, accidents, violences et suicides induits par les drogues (EMCDDA, 2022[1]). La consommation de stupéfiants, en particulier chez les personnes qui en consomment régulièrement et en grande quantité, accroît les risques de maladies cardiovasculaires, de troubles psychiques et d'accidents, ainsi que de maladies infectieuses comme le VIH et l'hépatite C lorsque la drogue est injectée.

Les opioïdes sont des analgésiques narcotiques utilisés pour soulager la douleur modérée à intense. Toutefois, la consommation illicite d'opioïdes (opiacés comme l'héroïne et l'opium, et opioïdes de synthèse) à des fins non médicales s'est développée et a créé des marchés mondiaux illégaux sur lesquels ils sont commercialisés. La consommation illicite d'opioïdes est responsable de la majorité des décès par surdose. Le Canada et les États-Unis connaissent en particulier ces dernières années une crise des opioïdes, alimentée par la consommation grandissante de produits de synthèse comme le fentanyl et le carfentanil.

En 2019, on estimait en moyenne à 30 le nombre de décès liés aux opioïdes par million d'habitants dans l'OCDE (Graphique 4.6). Toutefois, quelques pays affichent des taux de mortalité beaucoup plus élevés, notamment les États-Unis (223 décès), suivis de l'Estonie (130), du Canada (76) et de la Lituanie (73). Les décès liés aux opioïdes ont augmenté d'environ 20 % en moyenne dans les pays de l'OCDE depuis 2010, avec de fortes hausses (de 70 % ou plus) en Lituanie, en Türkiye, aux États-Unis et au Canada.

Il est difficile de surveiller la prévalence de la consommation d'opioïdes car les données sont rares. Les pays rendent compte de la consommation d'opioïdes délivrés sur ordonnance et d'opiacés (comme l'héroïne et l'opium) en s'appuyant sur des données d'enquête auprès des ménages ou des estimations indirectes. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les opioïdes et opiacés délivrés sur ordonnance sont rarement utilisés, même si les taux peuvent être élevés dans quelques pays. En 2020, la proportion de 15-64 ans ayant consommé des opioïdes au cours des 12 derniers mois était inférieure à 0.5 % dans 11 des 22 pays de l'OCDE disposant de données (Graphique 4.7). C'est en Espagne et en Israël qu'elle était la plus faible (0.1 %), et aux États-Unis (4.6 %), en Australie et en Suède (2.8 %) qu'elle était la plus élevée. En moyenne dans 22 pays de l'OCDE, on estime que 0.9 % des 15-64 ans avaient consommé des opioïdes délivrés sur ordonnance ou des opiacés au cours des 12 derniers mois. La consommation d'opioïdes est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans la plupart des pays. Le premier opioïde consommé en Europe reste l'héroïne, mais plusieurs pays s'inquiètent aussi de l'usage d'opioïdes de synthèse (EMCDDA, 2022[1]).

La cocaïne est l'une des drogues stimulantes illicites les plus couramment utilisées. En moyenne dans 36 pays de l'OCDE, 1.2 % des adultes ont déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée en 2020 (Graphique 4.8). Les taux de consommation de cocaïne allait de 0.2 % ou moins en Israël, au Portugal, en Türkiye, en République slovaque, en Lituanie et au Japon, à 2 % ou plus au Canada, aux Pays-Bas, en Irlande, aux États-Unis, en Autriche, en Espagne et au Royaume-Uni, et jusqu'à 4 % en Australie. Dans les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés, on observe des taux élevés en Croatie (1.8 %), contre moins de 0.2 % en Inde et en Indonésie. Les hommes étaient plus enclins à consommer de la cocaïne que les femmes dans tous les pays à l'exception d'Israël – en moyenne, dans l'OCDE, 1.7 % des hommes en avaient consommé au cours des 12 derniers mois, contre 0.7 % des femmes.

La consommation de drogues est associée à de multiples problèmes sanitaires et sociaux parmi les plus pressants de nos jours, ou complique les réponses à y apporter. On peut citer par exemple les troubles mentaux, l'automutilation, le sans-abrisme, la délinquance juvénile et l'exploitation des personnes vulnérables (EMCDDA, 2022[1]). Les stratégies globales mises en œuvre pour lutter contre l'usage problématique des opioïdes mobilisent différents secteurs, comme les services de santé, les services sociaux, les services de répression, les systèmes de données et la recherche. Quatre domaines majeurs pour une meilleure approche de la lutte contre la consommation et les méfaits des opioïdes sont notamment : améliorer la prescription et les connaissances sur les opioïdes ; améliorer la prise en charge, avec un accès élargi aux traitements et aux mesures de réduction des risques ; mettre en place une approche intégrée englobant services de santé, services sociaux et justice pénale ; et renforcer les connaissances et la recherche à l'appui du processus décisionnel à tous les niveaux (OCDE, 2019[2]).

Définition et comparabilité

Les données relatives aux décès liés aux opioïdes se rapportent aux décès dus à des surdoses d'opioïdes chez l'adulte et aux décès de nouveau-nés attribués à la consommation d'opioïdes par la mère. Les données proviennent d'estimations de l'étude Global Burden of Disease de 2019 réalisée par l'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME).

Les données concernant la prévalence de la consommation d'opioïdes sont extraites de la base de données de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (voir https://dataunodc.un.org/). Elles portent sur la consommation d'opioïdes par les 15-64 ans au cours des 12 derniers mois, à quelques exceptions près pour les groupes d'âge comme indiqué dans la source de données de l'ONUDC. Les estimations sont réalisées à partir de données d'enquête sur les ménages ou d'estimations indirectes. L'usage d'opioïdes comprend les opioïdes et les opiacés (par ex., l'opium et l'héroïne) délivrés sur ordonnance. Les données pour l'Australie concernent les 18 ans et plus, et proviennent de l'enquête *National Drug Strategy Household Survey* de 2019. La définition peut différer de celle des pays européens, notamment parce que les données renvoient aux consommateurs d'opioïdes à haut risque, ce qui peut conduire à une sous-estimation de la prévalence de la consommation d'opioïdes.

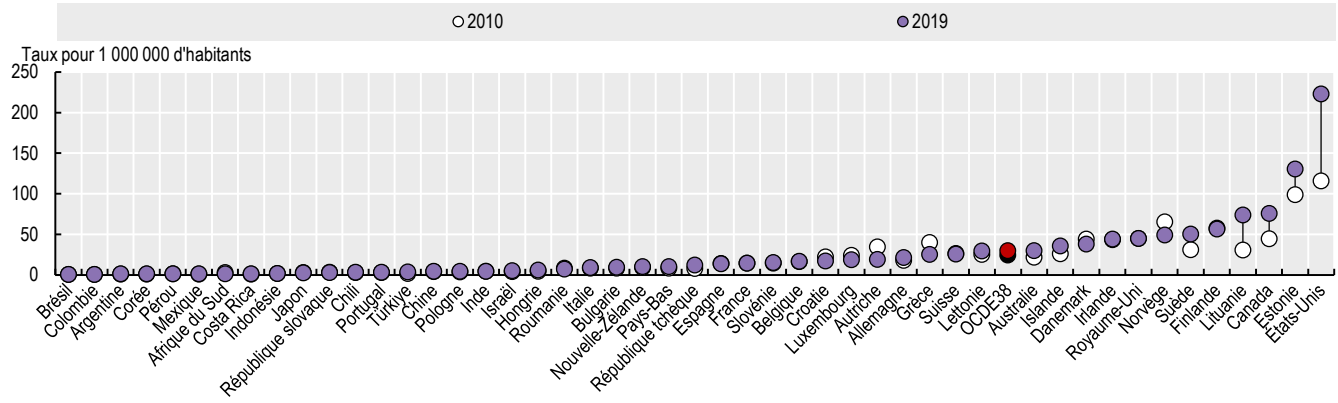
Les données sur la consommation de cocaïne proviennent d'enquêtes nationales sur la population, regroupées par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (pour de plus amples informations, voir www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/gps_en). Elles portent sur le pourcentage des 15-64 ans déclarant avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée. Les informations s'appuient sur les dernières enquêtes nationales disponibles, l'année d'enquête étant comprise entre 2015 et 2020. L'OEDT recueille des données sur les États membres de l'UE, ainsi que sur la Norvège, la Türkiye et le Royaume-Uni. Les données proviennent de sources nationales pour le Japon (2021) et la Suisse (2017). Pour les autres pays membres de l'OCDE, les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés, on utilise les données recueillies par l'ONUDC.

Références

EMCDDA (2022), *Rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolution*, EMCDDA, Lisbonne, https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en. [1]

OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a18286f0-en. [2]

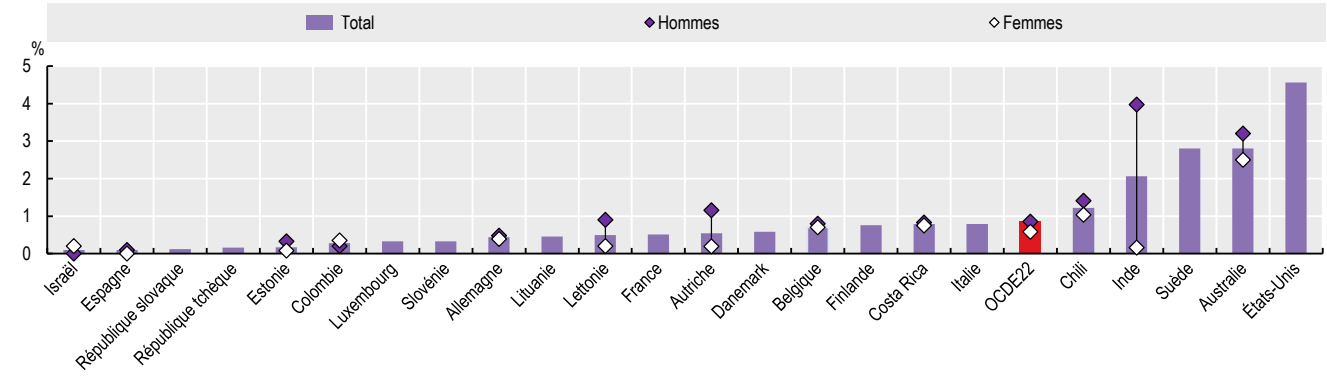
Graphique 4.6. Décès liés aux opioïdes, personnes âgées de 15 à 60 ans, 2010 et 2019



Source : IHME, 2021.

StatLink https://stat.link/t3gd2x

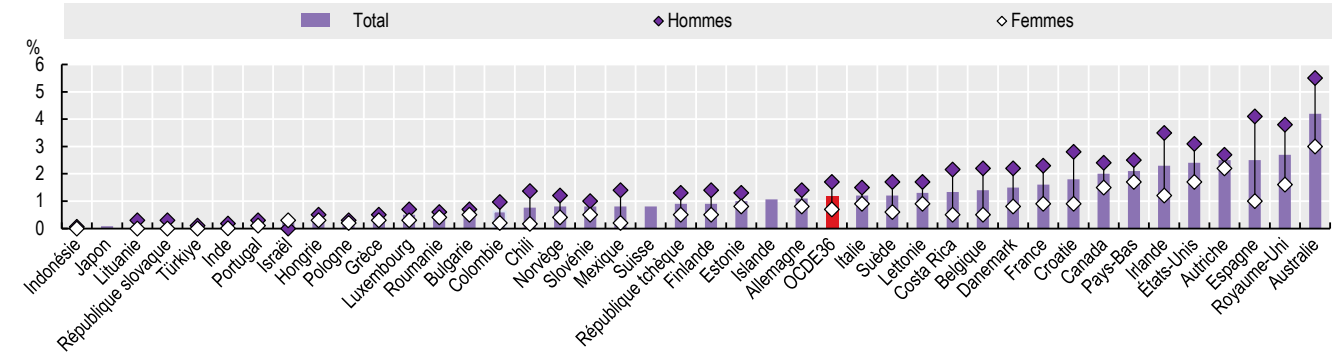
Graphique 4.7. Consommation d'opioïdes au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 15 à 64 ans, 2020 (ou année la plus proche)



Source : ONUDC, 2023, complété par des sources de données nationales pour l'Australie.

StatLink https://stat.link/i2h5tz

Graphique 4.8. Consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 15 à 64 ans, 2020 (ou année la plus proche)



Note : Les données pour le Royaume-Uni ne concernent que l'Angleterre et le Pays de Galles.
Source : OEDT, 2022, complété par ONUDC, 2023, et des sources nationales pour le Japon et la Suisse.

StatLink https://stat.link/lrx8v1

Alimentation et activité physique

La consommation régulière de fruits et légumes est associée à un meilleur état de santé, et permet notamment de diminuer les risques de maladies cardiovasculaires et de certains types de cancer. L'OMS recommande d'en manger quotidiennement au moins 400 g (soit cinq portions minimum). 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 (IHME, 2020[1]).

En moyenne, dans 31 pays de l'OCDE, 57 % des personnes âgées de 15 ans et plus consommaient quotidiennement des légumes en 2021. Les taux les plus élevés ont été relevés en Corée, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, où ils étaient partout supérieurs à 90 % (Graphique 4.9). À l'autre extrémité, en dessous de 40 %, c'est au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Lettonie, ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion, qu'ils sont les plus faibles. La consommation quotidienne de légumes est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les pays de l'OCDE, sauf au Mexique. En moyenne dans l'OCDE, 62 % des femmes consomment au moins une portion de légumes par jour, contre 52 % des hommes.

Alors que plus d'un adulte sur deux consomme au moins un légume par jour, seul un sur sept déclarait consommer les cinq portions ou plus de fruits et légumes recommandées par l'OMS. Plus précisément, en 2019, 15 % des adultes déclaraient consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, en moyenne, dans 30 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données comparables. Les pays où les pourcentages étaient les plus élevés sont l'Irlande, le Royaume-Uni, la Corée, Israël et les Pays-Bas (plus de 30 %). À l'inverse, ils sont 5 % ou moins dans ce cas en Türkiye et en Slovénie, ainsi qu'en Roumanie et en Bulgarie, pays candidats à l'adhésion (Graphique 4.10). Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consommer au moins cinq portions de fruits et légumes par jour dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Grèce et de la Corée. L'écart entre hommes et femmes dans ce domaine est particulièrement important au Danemark, en Finlande et en Irlande.

Il est également important de pratiquer une activité physique régulière pour améliorer son état de santé psychique et musculosquelettique, et réduire le risque de développer diverses maladies non transmissibles. L'OMS préconise, pour les adultes, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (ou une combinaison des deux) par semaine, dans différents environnements, et de lutter contre la sédentarité.

En 2019, en moyenne dans 32 pays de l'OCDE, plus d'un tiers (40 %) des adultes déclaraient pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique modérée à intense par semaine (hors activité professionnelle) (Graphique 4.11). Ce pourcentage allait de 10 % ou moins en Türkiye et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion, à plus de 50 % en Suisse, en Australie, en Norvège, aux Pays-Bas, en Angleterre (Royaume-Uni), en Suède, en Islande, au Danemark, au Japon et en Nouvelle-Zélande. Dans tous les pays, à l'exception du Danemark, de la Suède et de l'Islande, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à déclarer pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique par semaine. L'écart le plus important entre hommes et femmes était observé en Espagne, en France, au Japon, en République tchèque et en République slovaque (plus de 10 points de pourcentage). On estime qu'en augmentant les niveaux d'activité physique pour atteindre les recommandations de l'OMS, on réduirait la charge de morbidité et on éviterait plus de 10 000 décès prématurés par an dans les pays européens (OCDE/OMS, 2023[2]).

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 données pour la Nouvelle-Zélande incluent les pommes de terre. Pour la plupart des pays, les données (autodéclarées) proviennent d'enquêtes nationales sur l'état de santé des personnes de 15 ans et plus. Les données pour la Corée et la Nouvelle-Zélande résultent de questions sur la quantité de légume consommée chaque jour (plutôt que sur la fréquence, par exemple au cours de la dernière semaine). 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.

L'indicateur relatif à la consommation de fruits et de légumes correspond à la proportion d'adultes (âgés de 18 ans et plus) déclarant consommer au moins cinq portions par jour, à l'exclusion des jus de fruits ou de légumes et des pommes de terre, d'après l'enquête EHIS de 2019. En Belgique, les jus de fruits ou de légumes frais 100 % pur jus sont inclus. Les données pour les pays non membres de l'UE/EEE ont été complétées par des sources nationales. Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes recueille des données sur les adultes de 18 ans et plus. Les données comprennent les purs jus de fruits, les fruits et légumes surgelés ou en conserve et les fruits secs, mais excluent les pommes de terre frites. L'enquête nationale coréenne sur la santé et la nutrition collecte des données sur les adultes âgés de 19 ans et plus. L'Enquête nationale suisse sur la santé collecte des données sur les plus de 15 ans qui déclarent manger au moins cinq portions par jour, au moins cinq jours par semaine. Au Royaume-Uni, l'Enquête nationale sur l'alimentation et la nutrition recueille des données sur les 19-64 ans.

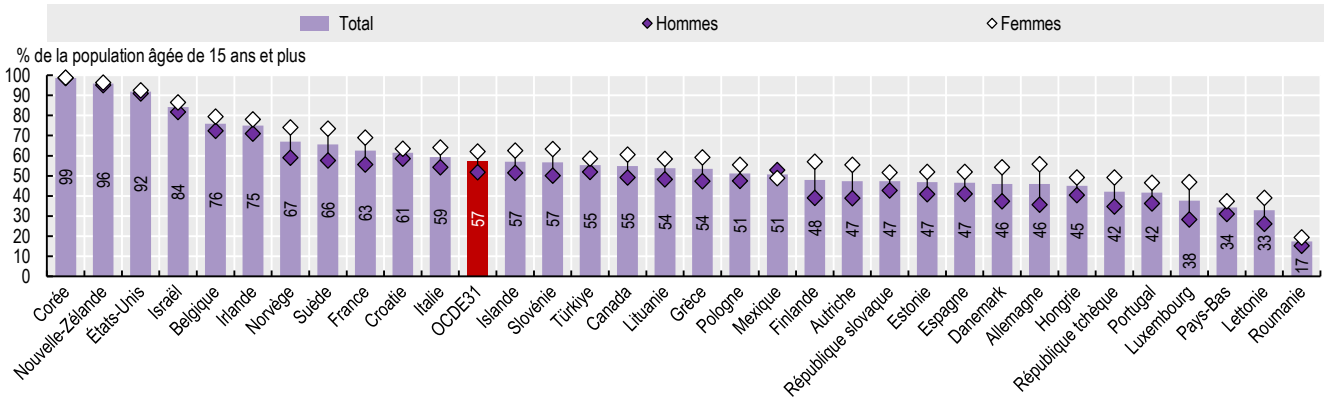
L'indicateur de l'activité physique se rapporte au temps consacré à l'activité physique modérée à intense (hors activité professionnelle), établi à partir de l'enquête EHIS 2019. En Allemagne, la collecte de données pour l'enquête EHIS a eu lieu en 2019 et 2020. Les données ont été complétées pour les pays non membres de l'UE/EEE à l'aide de l'enquête nationale australienne sur la santé, de l'Enquête nationale brésilienne sur la santé, de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, de l'*English Active Lives Survey*, de l'Enquête nationale japonaise sur les sports et la vie quotidienne de la Sasakawa Sports Foundation (SSF), de l'Enquête nationale coréenne sur la santé et la nutrition, de l'Enquête néo-zélandaise sur la santé, de l'Enquête suisse sur la santé et de la *US National Health Interview Survey*. Les données se rapportent aux adultes âgés de 18 ans et plus, sauf en Australie (18-64 ans), au Canada (18-79 ans), en Angleterre (16 ans et plus), en Corée (19 ans et plus) et en Suisse (15 ans et plus).

Références

IHME (2020), *Diet low in Fruit, Vegetable and Legumes*, Institute for Health Metrics and Evaluation, http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/diet-low-in-legumes-level-3-risk. [1]

OCDE/OMS (2023), *Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/500a9601-en. [2]

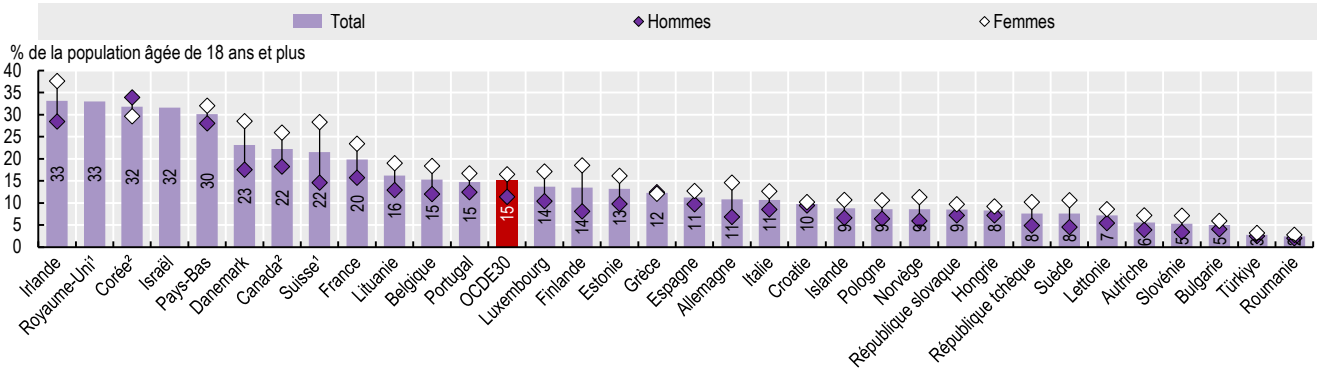
Graphique 4.9. Consommation quotidienne de légumes parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/4u75cb

Graphique 4.10. Consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes chez les adultes, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2016-19. 2. Données pour 2021.
Source : Eurostat, EHIS, complété par des sources nationales pour les pays non membres de l'UE/EEE.

StatLink https://stat.link/v0xtrw

Graphique 4.11. Pratique d'au moins 150 minutes d'activité physique par semaine, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)

1. Données pour 2017 ; 2. Données pour 2020-22.
Source : Eurostat, EHIS, complété par des sources nationales pour les pays non membres de l'UE/EEE.

StatLink https://stat.link/u6sztc

Surpoids et obésité

Être en surpoids ou obèse constitue un facteur de risque majeur pour diverses maladies non transmissibles, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Pendant la pandémie, l'obésité a accru les risques de symptômes graves, ainsi que ceux d'hospitalisation et de décès liés au COVID-19 (OCDE, 2023[1]). Les femmes et les hommes à faible revenu sont plus susceptibles que les autres d'être obèses, ce qui enracine les inégalités en matière de santé. Une consommation élevée d'aliments très caloriques, 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 dans le monde. Les restrictions à la mobilité pendant la pandémie ont encore aggravé la dégradation des habitudes en matière d'alimentation et d'activité physique, ce qui a pu contrebalancer les gains obtenus grâce aux politiques favorisant des modes de vie plus sains et accentuer la prévalence de l'obésité (OMS Europe, 2022[2]).

Dans la plupart des pays qui recueillent des données autodéclarées sur la taille et le poids, plus de la moitié des adultes étaient en surpoids ou obèses. Dans 32 pays de l'OCDE, 54 % en moyenne des adultes étaient en surpoids ou obèses, et 18 % étaient obèses en 2021. 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 particulièrement important au Luxembourg, en Allemagne et en République tchèque (de 19 à 20 points de pourcentage) (Graphique 4.12).

Les données corporelles mesurées constituent un indicateur plus fiable, mais elles sont disponibles pour un nombre plus restreint de pays. Dans les 16 pays de l'OCDE où des données mesurées sont disponibles, 60 % des adultes étaient en surpoids ou obèses en 2021 (ou année la plus proche), et 26 % étaient obèses (Graphique 4.13). Dans 13 d'entre eux, plus de la moitié de la population adulte était en surpoids ou obèse. Au Mexique, aux États-Unis et au Costa Rica, ce pourcentage dépassait 70 %. Au Japon et en Corée, en revanche, moins de 40 % des adultes sont concernés. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être en surpoids ou obèses dans la plupart des pays, sauf en Lettonie, au Mexique et en Türkiye. L'écart entre les femmes et les hommes est relativement important en Australie, en Hongrie et en Corée (écart de 14 à 16 points).

Le pourcentage d'adultes en surpoids et obèses a progressé dans la plupart des pays de l'OCDE depuis le début des années 2000. Dans la plupart des pays où il était traditionnellement faible, comme au Japon, en Corée, en Lettonie et en Belgique, ainsi qu'au Brésil, il a augmenté de 1 à 2 % par an (Graphique 4.14, partie gauche), alors qu'en France, il a reculé légèrement entre 2006 et 2017. Dans les pays où les pourcentages d'adultes en surpoids et obèses étaient déjà relativement élevés, ils ont également augmenté – d'environ 1 % par an en Hongrie, au Mexique, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis (Graphique 4.14, partie droite). Ces pourcentages ont augmenté relativement lentement au Royaume-Uni.

Le surpoids et l'obésité chez les adolescents constituent également un problème majeur de santé publique : 18.3 % des adolescents âgés de 15 ans étaient en surpoids ou obèses en 2017-18, en moyenne dans 27 pays de l'OCDE. Les inégalités sociales sont visibles dans tous ces pays, et les garçons sont systématiquement plus susceptibles que les filles d'êtres en surpoids. Les pourcentages de jeunes de 15 ans en surpoids ou obèses ont augmenté dans 23 des 27 pays depuis 2009-10 selon les données de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (Inchley et al., 2020[3]).

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. Certaines « bonnes pratiques » mises en place à l'échelle nationale, comme l'étiquetage des produits alimentaires, les conseils sur le mode de vie, les programmes scolaires et communautaires visant à encourager une alimentation saine et une activité physique régulière, ont été jugées efficaces et efficientes pour faire diminuer le surpoids et l'obésité, et leur transférabilité dans d'autres contextes nationaux a été évaluée (OCDE, 2022[4]).

Définition et comparabilité

Le surpoids est défini comme une accumulation anormale ou excessive de graisse présentant 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 30 sont obèses, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal à 25 sont en surpoids (y compris obèses). L'IMC se calcule de la même manière pour tous les adultes, quel que soit 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. Les données sont celles de 2021 ou de l'année disponible la plus proche jusqu'en 2017 (voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur). La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, à quelques exceptions près (voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur).

Références

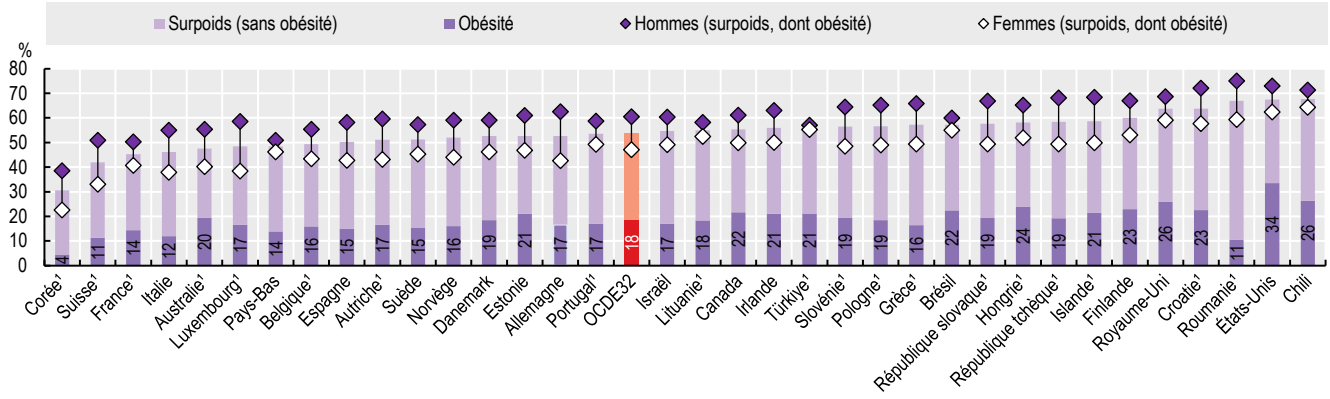
Inchley, J. et al. (eds.) (2020), *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*, Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe, Copenhague, https://apps.who.int/iris/handle/10665/332104. [3]

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

OCDE (2022), *Healthy Eating and Active Lifestyles: Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/40f65568-en. [4]

OMS Europe (2022), *WHO European Regional Obesity Report 2022*, Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Europe, https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747. [2]

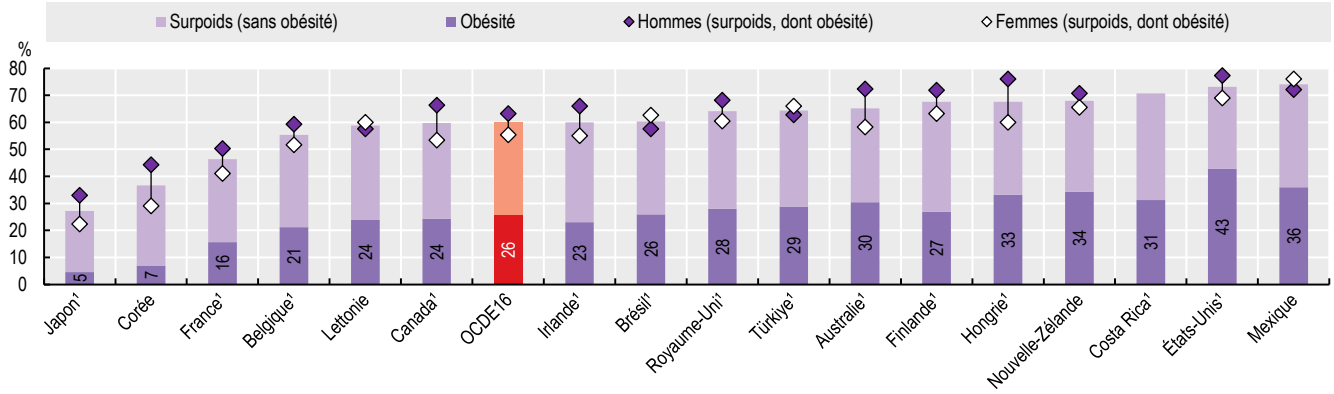
Graphique 4.12. Taux de surpoids et d'obésité autodéclaré chez les adultes, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2017-19.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/wnkg4z

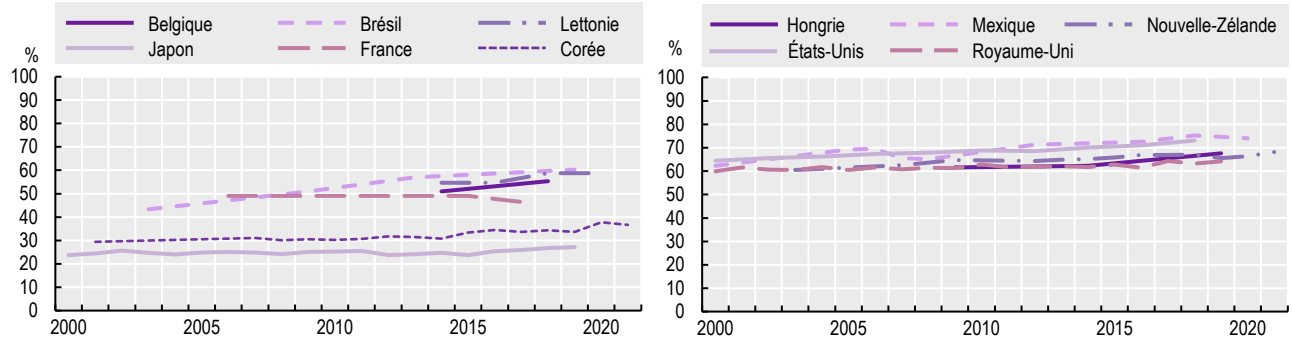
Graphique 4.13. Taux de surpoids et d'obésité mesuré chez les adultes, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



1. Données pour 2017-19.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/5fzv1r

Graphique 4.14. Évolution du taux de surpoids mesuré (y compris obésité)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0cxb6i

Environnement et santé

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[1]).

Dans les pays de l'OCDE, le nombre de décès prématurés dus à la pollution par les particules en suspension dans l'air, et en particulier les particules fines ($PM_{2.5}$) a diminué de 31 % entre 2000 et 2019, passant de 42 décès pour 100 000 habitants en 2000 à environ 29 en 2019 (Graphique 4.15). Sur la même période, l'exposition moyenne de la population aux particules en suspension dans l'air a reculé de 32 % en moyenne dans l'OCDE. Si la mortalité associée à la pollution par les particules en suspension dans l'air a diminué dans la majorité des pays de l'OCDE, elle a malgré tout augmenté dans 2000 et 2019 dans sept d'entre eux : Japon, Costa Rica, Corée, Chili, Mexique, Colombie et Türkiye, en particulier de 20 % ou plus au Japon (30 %), au Costa Rica (24 %) et en Corée (20 %). Elle a en revanche baissé de plus de 50 % dans dix pays de l'OCDE, les plus fortes réductions étant observées en Norvège (72 %) et en Suède (70 %). Si les mesures de lutte contre la pollution ont permis de réduire sensiblement le nombre de décès dus à la pollution atmosphérique, celle-ci reste une préoccupation majeure pour la santé publique et l'environnement.

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 centrale et orientale 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 vagues de chaleur 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.

En moyenne, dans les 38 pays de l'OCDE, on estime que le pourcentage de la population exposée à des journées anormalement chaudes en été est passé de 22 % en 2000-04 à 29 % en 2017-21, soit une hausse de 35 % entre les deux périodes (Graphique 4.16). Dans dix pays – Allemagne, Chili, Belgique, Corée, Pays-Bas, Pologne, France, Canada, Luxembourg et Autriche – ce pourcentage a augmenté de plus de 50 %, et a même plus que doublé dans six d'entre eux (Chili, Belgique, Corée, Pays-Bas, Pologne et France) entre 2000-04 et 2017-21. Au Royaume-Uni, le pourcentage est passé de 0 % à 7 % entre ces deux périodes. L'exposition accrue à la chaleur entraîne déjà une hausse de la mortalité, laquelle devrait se poursuivre, ainsi que celle de la morbidité, face à des températures qui continuent d'augmenter. À l'échelle mondiale, les décès liés à la chaleur chez les personnes âgées (65 ans et plus) auraient augmenté de plus de deux-tiers (68 %) entre 2000-04 et 2017-21 (Romanello et al., 2022[2]).

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 (OCDE, 2017[3]).

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 $PM_{2.5}$ 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.

Les données sur l'exposition de la population aux températures extrêmes présentent le pourcentage annuel de la population exposée aux journées chaudes d'été, mesurées comme les jours où la température maximale dépasse 35 °C. Des moyennes sur cinq ans sont calculées. Les données reposent sur des indicateurs créés par l'OCDE en collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie (Maes et al., 2022[4]) dans le cadre du Programme international pour l'action sur le climat (IPAC).

Références

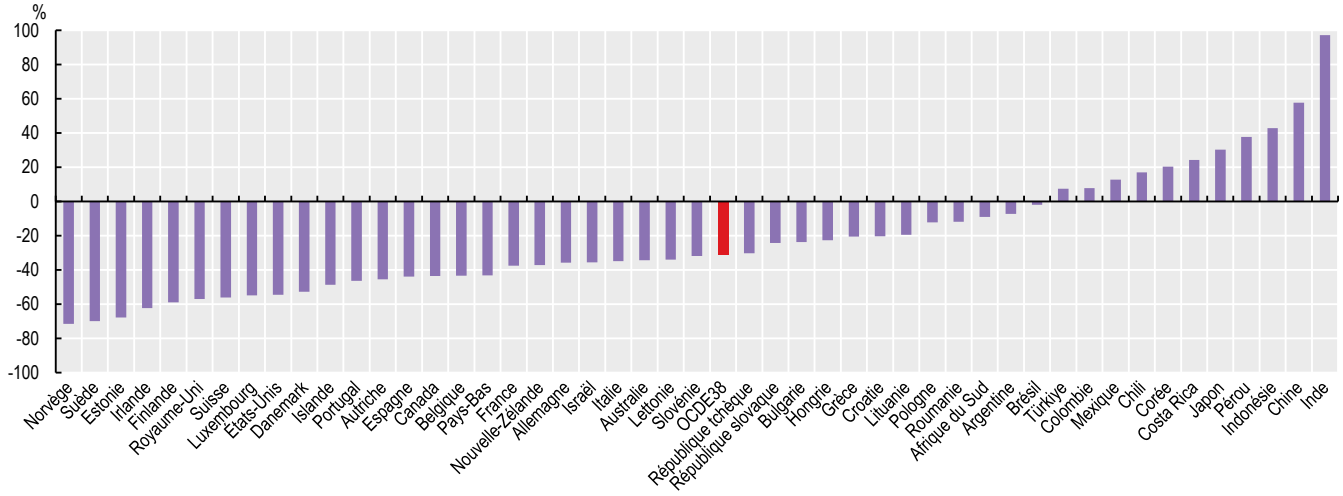
Maes, M. et al. (2022), "Monitoring exposure to climate-related hazards: Indicator methodology and key results", *Documents de travail de l'OCDE sur l'environnement*, No. 201, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/da074cb6-en. [4]

OCDE (2017), "Healthy people, Healthy planet: The role of health systems in promoting healthier lifestyles and a greener future", OCDE, Paris, https://www.oecd.org/health/healthy-people-healthy-planet.htm. [3]

OCDE (2016), *Les conséquences économiques du changement climatique*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264261082-fr. [1]

Romanello, M. et al. (2022), "The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels", *The Lancet*, Vol. 400/10363, pp. 1619-1654, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01540-9. [2]

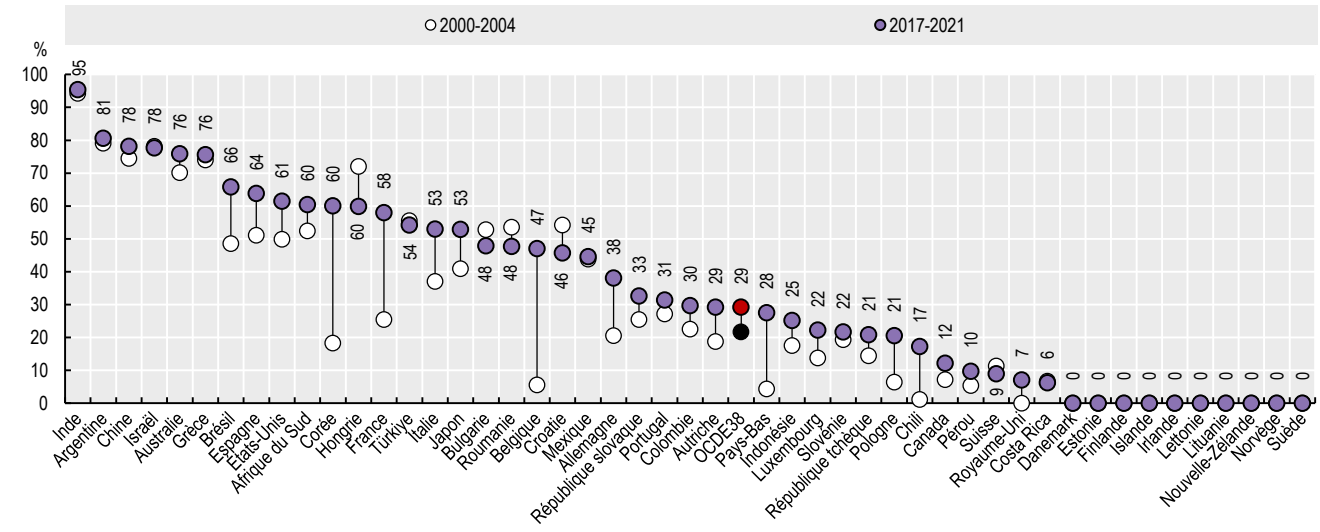
Graphique 4.15. Évolution du nombre de décès prématurés imputables à la pollution par les particules en suspension dans l'air, 2000-19



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

StatLink https://stat.link/bq680c

Graphique 4.16. Population exposée à des journées anormalement chaudes en été (en pourcentage de la population), 2000-04 par rapport à 2017-21



Source : Tableau de bord de l'action climatique 2023 du Programme international pour l'action sur le climat de l'OCDE (IPAC).

StatLink https://stat.link/pu3165

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
Activité hospitalière
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 mesure de l'accès aux soins et de la protection financière offerte. 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 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. La couverture était également inférieure à 90 % en Roumanie. Le Mexique a élargi sa couverture depuis 2004, où elle était d'environ 50 %, mais elle a baissé ces dernières années. Aux États-Unis, la proportion de personnes non assurées a diminué à la suite de l'entrée en vigueur de l'Affordable Care Act, passant d'environ 13 % en 2013 à 9 % en 2015, avec une réduction plus progressive du nombre de personnes non assurées depuis lors (Bureau du recensement des États-Unis, 2022[1]). Les personnes non assurées sont le plus souvent des adultes en âge de travailler, avec un faible niveau d'éducation ou de revenu. En Irlande, bien que la couverture soit universelle, moins de la moitié de la population est couverte pour le coût de tous les services de médecine générale, mais de nouvelles mesures d'éligibilité introduites en 2023 vont augmenter la proportion couverte pour les services de médecine générale.

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. 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 67 % dans les pays de l'OCDE en 2022 (Graphique 5.2).Les citoyens suisses et belges sont les plus susceptibles d'être satisfaits (90 % ou plus), tandis que les citoyens chiliens, colombiens, hongrois et grecs sont les moins susceptibles d'être satisfaits (moins de 50 %). Si les niveaux de satisfaction ont légèrement diminué en moyenne dans les pays de l'OCDE au cours de la dernière décennie, cela masque d'importantes variations d'un pays à l'autre : la Hongrie, le Canada, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont tous connu d'importantes baisses de satisfaction (une chute d'environ 20 points de pourcentage), tandis qu'en Estonie et en Grèce, les niveaux de satisfaction ont augmenté de 15 points de pourcentage ou plus.

Les habitants de nombreux 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 28 pays de l'OCDE disposant de données comparables récentes, 11 disposaient d'une assurance additionnelle privée pour plus de la moitié de la population en 2021 (Graphique 5.3). L'assurance complémentaire qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients est également largement répandue en Belgique, en France et en Slovénie (plus de 90 % de la population). Israël et les Pays-Bas représentaient le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population). C'est en Irlande et en Australie que l'assurance maladie duplicative était la plus développée. Aux États-Unis, environ 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 dans 20 pays de l'OCDE sur 24 présentant des données comparables. 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

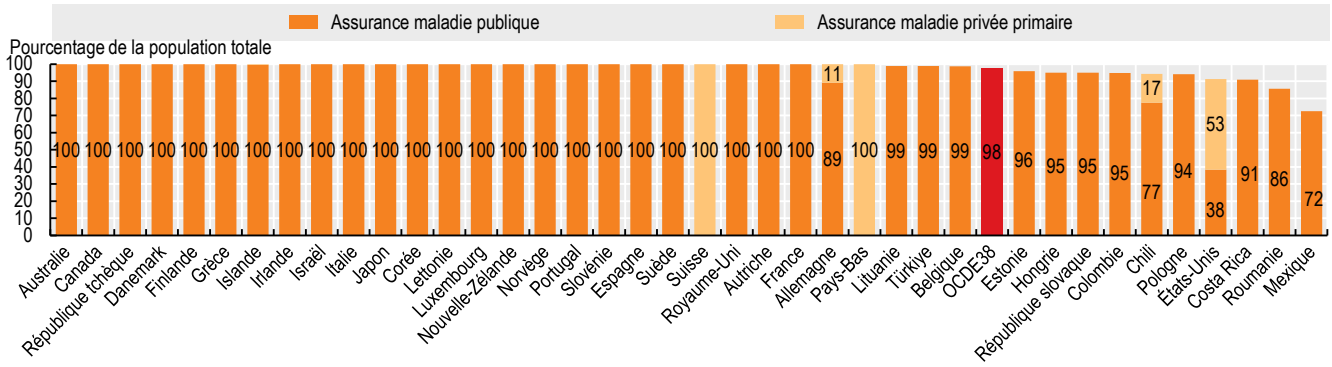
La population bénéficiant d'une couverture de santé correspond ici à la part de la population à même de bénéficier d'un éventail de services de base – que ce soit dans le cadre de régimes publics ou d'une couverture maladie primaire privée. Si sa composition diffère d'un pays à l'autre, cet éventail 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 en grande partie 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 (secondaire) privée est toujours facultative, le montant des primes d'assurance privée n'étant 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. 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 ? »

Références

Bureau du recensement des États-Unis (2022), *Health Insurance Coverage in the United States: 2021*. [1]

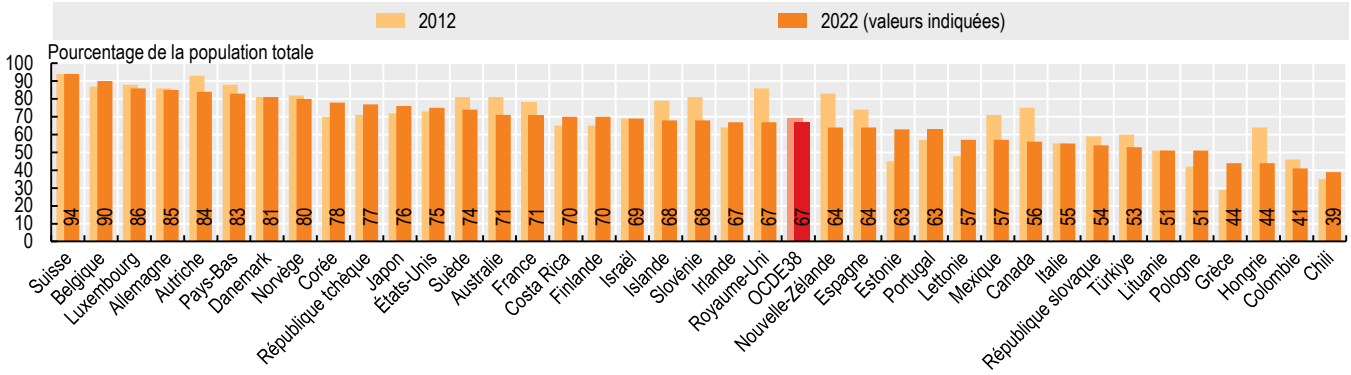
Graphique 5.1. Population bénéficiant d'une couverture pour un ensemble de services de base, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/8listh

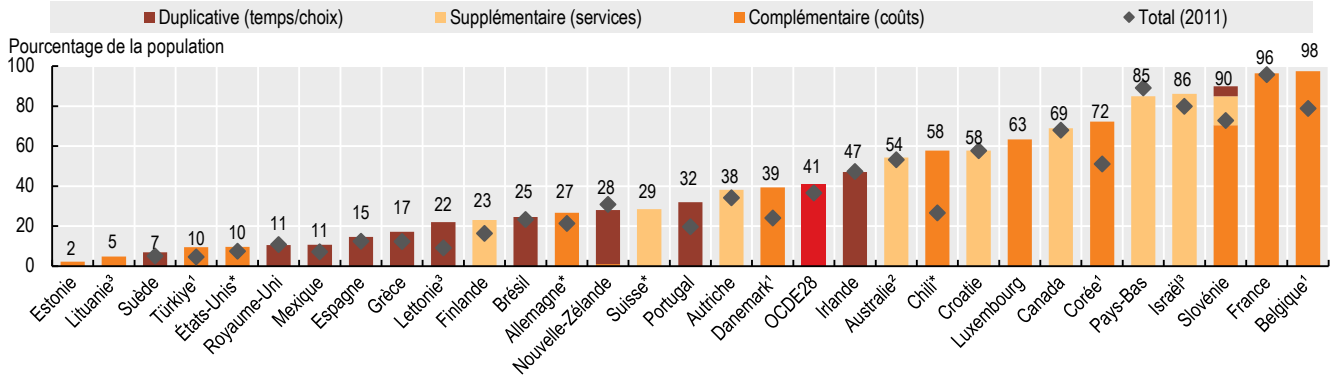
Graphique 5.2. Population satisfaite de la disponibilité de soins de santé de qualité dans la région où elle vit, 2012 et 2022



Source : Gallup World Poll 2023 (base de données).

StatLink https://stat.link/w5jhr9

Graphique 5.3. Population couverte par une assurance maladie privée facultative selon le type d'assurance, 2021 et 2011 (ou années les plus proches)



Note : Les valeurs indiquées ici renvoient à l'assurance maladie privée additionnelle (secondaire) facultative. Elles excluent l'assurance maladie privée, qui existe au Chili, en Allemagne, en Suisse et aux États-Unis. 1. Peut être complémentaire et supplémentaire. 2.Peut être duplicative et supplémentaire. 3.Peut être complémentaire, supplémentaire et duplicative.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/vb921o

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 plusieurs raisons, notamment la disponibilité ou la faisabilité financière limitées des services. Les politiques doivent donc garantir une offre et une distribution adéquates de professionnels de santé et de services de soins de santé sur l'ensemble du territoire, et permettre de surmonter tous les obstacles financiers aux soins (OCDE, 2019[1]; 2023[2]).

En moyenne, dans les 26 pays de l'OCDE disposant de données comparables, 2.3 % seulement des habitants ont déclaré, en 2021, avoir des besoins de soins de santé non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente (Graphique 5.4). Cependant, plus de 5 % de la population a déclaré des besoins de soins de santé non satisfaits en Estonie (8.1 %) et en Grèce (6.4 %), tandis qu'en Allemagne, aux Pays-Bas, en Autriche et en République tchèque, moins de 0.5 % de la population a déclaré des besoins de soins de santé non satisfaits. Les disparités socioéconomiques sont significatives : en moyenne, dans 26 pays de l'OCDE, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible avaient trois fois plus de probabilité de déclarer des besoins de soins médicaux non satisfaits que celles du quintile le plus élevé en 2021. C'est en Grèce, en Lettonie et en Türkiye (ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion) que ce gradient de revenu est le plus important, avec une différence de plus de 6 points de pourcentage en ce qui concerne la proportion de la population déclarant des besoins non satisfaits entre le quintile de revenu le plus faible et le quintile de revenu le plus élevé. En Grèce et en Estonie, plus d'une personne sur dix appartenant au quintile de revenu le plus faible a fait état de besoins de soins médicaux non satisfaits.

Les besoins déclarés non satisfaits sont généralement plus importants en matière de soins dentaires qu'en matière de soins médicaux (Graphique 5.5), Cela s'explique par le fait que les soins dentaires sont moins bien couverts par les régimes publics que les soins médicaux dans la plupart des pays de l'OCDE, de sorte que les personnes doivent souvent payer de leur poche ou souscrire une assurance maladie privée supplémentaire (voir la section « Étendue de la couverture de santé »). Plus de 7 % des habitants du Portugal, de la Lettonie, de l'Islande et de la Grèce ont déclaré des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires en 2021, contre moins de 0.5 % aux Pays-Bas, en Allemagne et en Autriche. Dans tous les pays analysés, la charge des besoins non satisfaits en soins dentaires pèse de manière disproportionnée sur les personnes à faible revenu. Cela est particulièrement évident au Portugal et en Lettonie, où plus de 16 % des personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ont déclaré avoir renoncé à des soins dentaires nécessaires en 2021, contre moins de 2 % dans le quintile le plus élevé. Récemment, le Portugal a cherché à améliorer l'accès aux soins dentaires en créant des cabinets dentaires au sein des établissements publics de soins de santé primaires.

La principale raison invoquée pour expliquer les besoins non satisfaits en matière de soins médicaux est généralement le délai d'attente, avec 1.4 % des personnes ayant signalé ce problème en 2021, en moyenne dans 26 pays de l'OCDE. (Graphique 5.6). En Estonie, en Slovénie et en Finlande, plus de 4 % de la population a déclaré que les délais d'attente constituaient un obstacle. Le coût a également été cité comme un obstacle important à l'accès, et a été la principale raison des besoins non satisfaits en Grèce, en Islande, en Türkiye, en Lettonie et en Roumanie, pays en voie d'adhésion. La distance à parcourir a également été mentionnée comme un obstacle, mais moins souvent que les délais d'attente ou le coût.

Les besoins de soins médicaux non satisfaits en raison du coût ont généralement diminué dans la plupart des pays depuis 2011 (sauf au Portugal, au Luxembourg et au Danemark). En revanche, les besoins de soins médicaux non satisfaits en raison des délais d'attente ont souvent augmenté depuis 2011, en particulier en Slovénie, en Estonie, en Irlande et en République slovaque. Certains de ces pays ont mis en place des initiatives visant à raccourcir les délais d'attente. En Estonie, par exemple, le système national de prise de rendez-vous en ligne comporte désormais une fonction qui permet aux patients de sélectionner un service de traitement et au système de rechercher automatiquement une heure de rendez-vous qui corresponde à leurs préférences. Ce système devrait aider le gouvernement à repérer les services de santé dont les listes d'attente sont les plus longues et à en analyser les raisons. (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître[3]).

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 cher, 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 (par exemple l'Enquête santé européenne – EHIS) font état de taux de besoins non satisfaits beaucoup plus élevés. Cela s'explique par le fait que ces enquêtes 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 est quelque peu différente d'un pays à l'autre : dans la plupart des pays, la question porte à la fois sur un examen médical et un traitement médical, mais dans certains pays (République tchèque et Espagne), elle porte uniquement sur un examen médical ou une consultation médicale, ce qui se traduit par des taux plus faibles de besoins non satisfaits.

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. Les données pour l'Islande correspondent à 2018, pour la Norvège à 2020 ; pour tous les autres pays, les données correspondent à 2021.

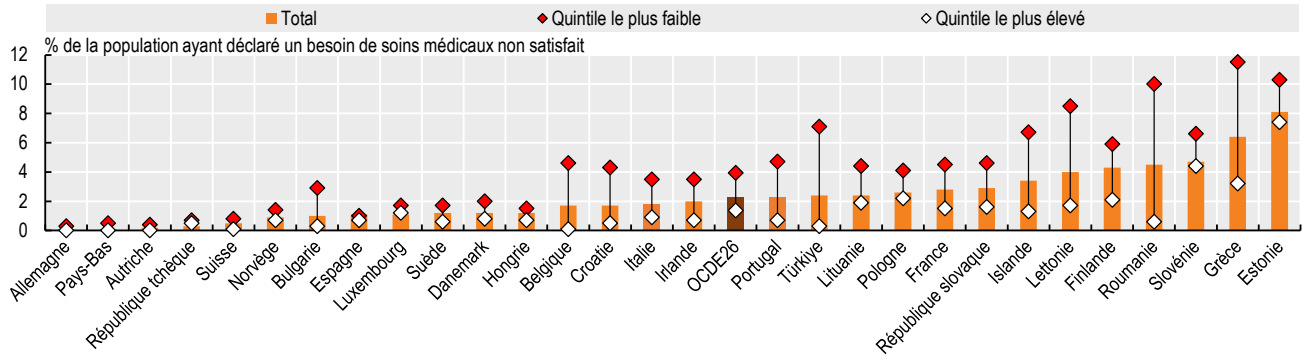
Références

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [2]

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://doi.org/10.1787/3c8385d0-en. [1]

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Estonia: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris. [3]

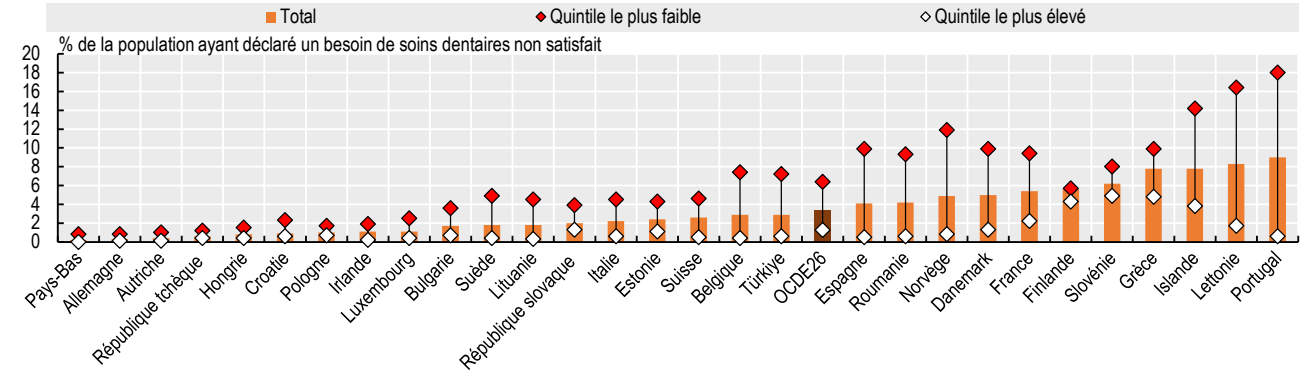
Graphique 5.4. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, par niveau de revenu, 2021



Note : Les données pour l'Islande réfèrent à 2018 et les données pour la Norvège à 2020.
Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink https://stat.link/c3riz2

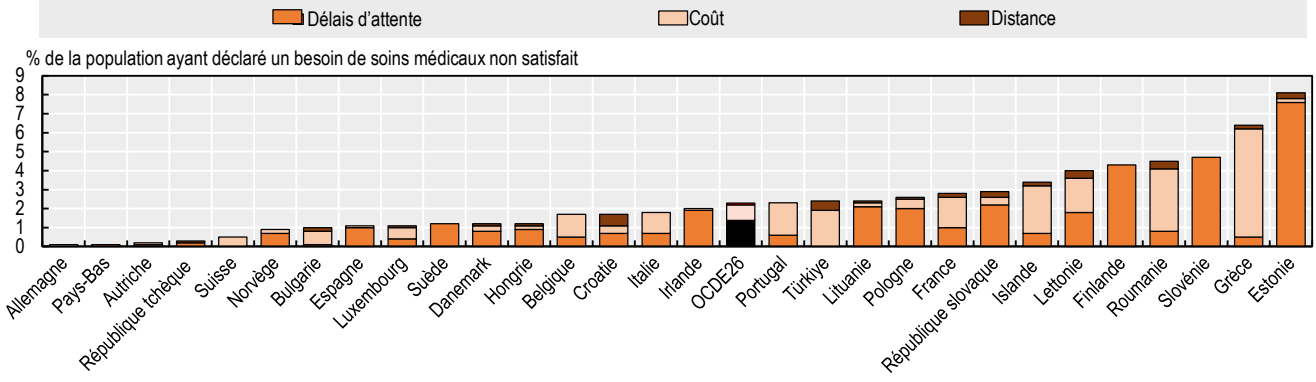
Graphique 5.5. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins dentaires, par niveau de revenu, 2021



Note: Les données pour l'Islande réfèrent à 2018 et les données pour la Norvège à 2020.
Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink https://stat.link/ydk0ou

Graphique 5.6. Principale raison pour laquelle des besoins de soins médicaux non satisfaits ont été déclarés, 2021



Note : Les données pour l'Islande réfèrent à 2018 et les données pour la Norvège à 2020.
Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink https://stat.link/40c6qx

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. 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 2021 (voir la section « Dépenses de santé par système de financement » au chapitre 7), mais la protection financière n'est pas uniforme pour tous les types de biens et de services de santé, et les variations sont considérables d'un pays à l'autre. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les services hospitaliers sont couverts de manière plus complète que tout autre type de soins, 90 % de l'ensemble des coûts étant pris en charge par les pouvoirs publics ou les régimes d'assurance obligatoires en 2021 (Graphique 5.7). Dans de nombreux pays, les patients ont accès gratuitement à des soins hospitaliers aigus ou n'ont qu'à payer une petite participation aux frais ; ainsi, les taux de couverture étaient proches de 100 % en Suède, en Norvège, en Islande et en Estonie. En Australie, en Grèce et en Corée, la prise en charge financière du coût des soins hospitaliers par des fonds publics ne représentait que les deux tiers environ des coûts totaux.

Près de quatre dollars sur cinq dépensés (79 %) pour les soins médicaux ambulatoires dans les pays de l'OCDE ont été payés par le gouvernement et les régimes d'assurance obligatoires. La couverture financière varie de moins de 60 % au Portugal et en Corée à plus de 90 % en République tchèque, en République slovaque, au Danemark et au Royaume-Uni. Dans certains de ces 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.

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 (Graphique 5.7). Plus de la moitié des dépenses dentaires étaient couvertes dans seulement trois pays de l'OCDE (Japon, Allemagne et France), tandis que le niveau de couverture obligatoire était très faible en Grèce, en Espagne et en Israël. 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, environ 56 % 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 (83 %), la France (82 %) et l'Irlande (82 %). En revanche, cette part est inférieure à deux- cinquièmes au Canada, en Islande, en Pologne et en Lettonie. Au Canada et en Pologne, plus d'un tiers de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques a été financé par des régimes volontaires d'assurance maladie, tandis qu'au Chili, les paiements directs ont financé près de 80 % des dépenses pharmaceutiques (voir la section « Dépenses pharmaceutiques » au chapitre 9).

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle que joue le degré de couverture des principaux services de santé dans la résilience des systèmes de santé aux chocs. En effet, les pays de l'OCDE où l'ensemble de la population bénéficie d'une couverture médicale pour un ensemble de services de santé clés ont enregistré de meilleurs résultats en matière de santé (OCDE, 2023[1]). 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 Fond national de santé a couvert à la fois les personnes non assurées et assurées pour les services de santé luttant contre le COVID-19 (OECD, 2021[2]), et en Irlande, tous les traitements, tests et évaluations à distance des médecins généralistes liés au COVID-19 pendant la pandémie ont été mis gratuitement à la disposition de tous les résidents, y compris ceux qui ne bénéficient pas d'un accès régulier et gratuit aux visites de médecins généralistes (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[3]).

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[4]). Les soins hospitaliers désignent les soins curatifs et de réadaptation (essentiellement dispensés 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.

Références

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

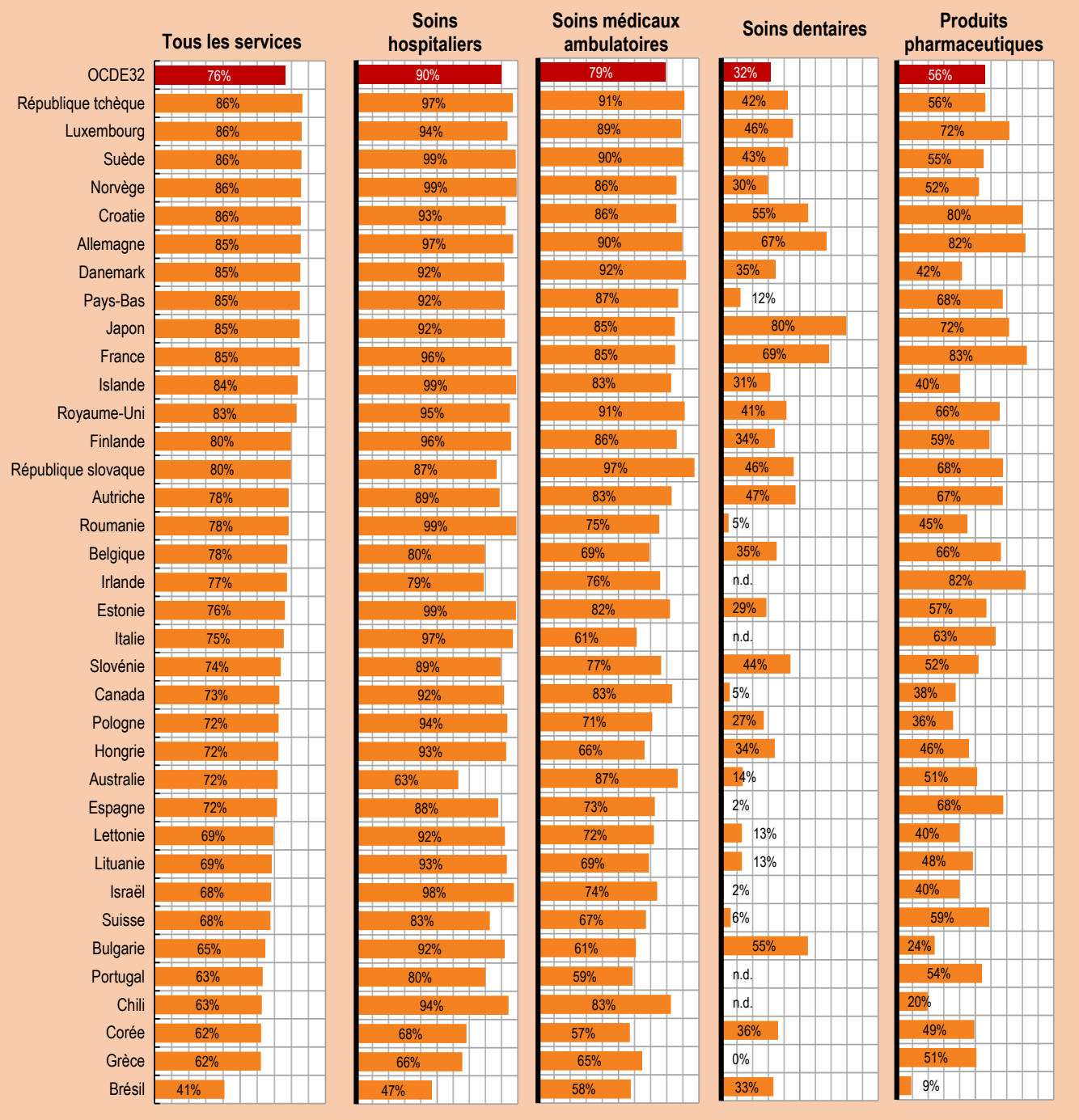
OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [4]

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2021), *Ireland: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/4f7fb3b8-en. [3]

OECD (2021), "Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19", *OECD Journal on Budgeting*, https://doi.org/10.1787/69b897fb-en. [2]

Graphique 5.7. Étendue de la couverture financière, 2021 (ou année la plus proche)

Dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance obligatoires en proportion des dépenses de santé totales, par type de soins



N. B. : n.d. signifie « données non disponibles ». La couverture des produits pharmaceutiques pour Israël est calculée à partir des dépenses en biens médicaux (non spécifiés par fonction).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/y0nw9s

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Les systèmes de santé offrent une protection financière adéquate lorsque le paiement des soins de santé n'expose pas les individus à des difficultés financières. 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. L'exposition à des difficultés financières pour les personnes utilisant les services de santé peut également conduire à des dépenses de santé catastrophiques. 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 protection financière est affaiblie par la dépendance d'un système de santé à l'égard des dépenses médicales à la charge des patients. Globalement, dans les pays de l'OCDE, un peu moins d'un cinquième des dépenses de santé sont réglées directement par les patients (voir la section « Dépenses de santé par type de financement » au chapitre 7).

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 2021, environ 3 % des dépenses totales des ménages étaient consacrées aux biens et services de santé. Cette part était inférieure ou égale à 2 % au Luxembourg, en Colombie et en Türkiye, mais supérieure à 5 % au Portugal, en Suisse et en Corée.(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 la section « Étendue de la couverture de santé »). Les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux constituent la principale dépense à la charge des ménages : ils représentaient en moyenne 43 % de la participation financière directe aux soins en 2021 (Graphique 5.9). Au Mexique, en République slovaque et en Pologne, les produits pharmaceutiques représentaient plus de 60 % des dépenses de santé. Les soins ambulatoires représentaient 22 % des dépenses de santé des ménages en moyenne, mais étaient particulièrement élevés en Irlande (40 %), en Italie (45 %) et au Portugal (50 %), où les accords de partage des coûts pour les soins ambulatoires sont courants. Les soins dentaires représentaient 14 % des dépenses de santé, et les soins de longue durée 13 % en 2021. Les soins hospitaliers n'ont joué qu'un rôle mineur (8 %) dans la composition des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, à l'exception de la Grèce (32 %), ce qui reflète les dépenses pour les services hospitaliers fournis par le secteur privé.

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 and Evetovits, 2018[1]). 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 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.

L'incidence des dépenses catastrophiques est étroitement liée à la dépendance d'un système de santé vis-à-vis des dépenses directes. Les pays peuvent réduire leur dépendance aux paiements à la charge des ménages en augmentant les dépenses publiques de santé ; toutefois, les choix politiques en matière de couverture sont également importants. La protection financière de la population suppose que les soins soient financés sur des 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 atténuent l'impact négatif du ticket modérateur grâce à de meilleures politiques de copaiement (notamment par le biais d'exemptions pour les personnes à faibles revenus et de plafonds annuels de paiement). En outre, le fait de veiller à ce que les traitements de soins primaires fassent partie de l'ensemble des prestations (et pas seulement les consultations et les diagnostics de soins primaires) est également susceptible de réduire les difficultés financières (OMS/Europe, 2023[2]).

Définition et comparabilité

Les dépenses directes sont celles supportées directement par les patients lorsque les systèmes d'assurance publics et privés ne couvrent pas 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. Pour les pays qui ne rapportent pas les dépenses en soins dentaires, celles-ci sont généralement comptabilisées dans les soins ambulatoires, ce qui peut avoir une incidence sur le taux de couverture.

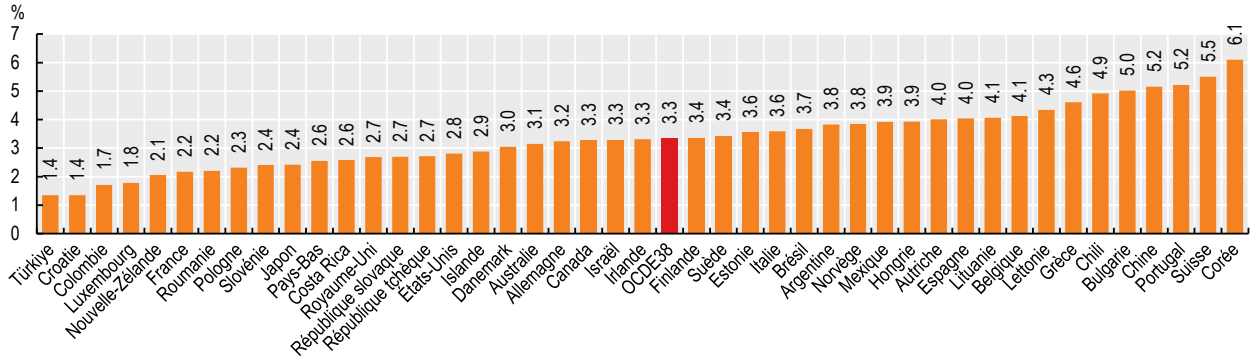
Les dépenses de santé catastrophiques sont un indicateur de protection financière qui sert à mesurer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU). Elles se définissent comme les dépenses directes qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer 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.

Références

Cylus, J., S. Thomson and T. Evetovits (2018), "Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 96/9, https://doi.org/10.2471/BLT.18.209031. [1]

OMS/Europe (2023), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague. [2]

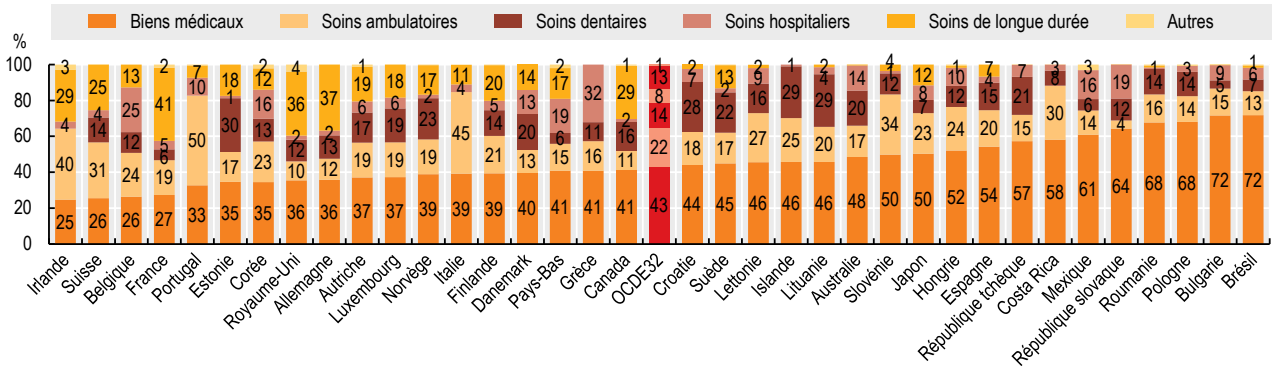
Graphique 5.8. Dépenses à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://stat.link/f62ntj

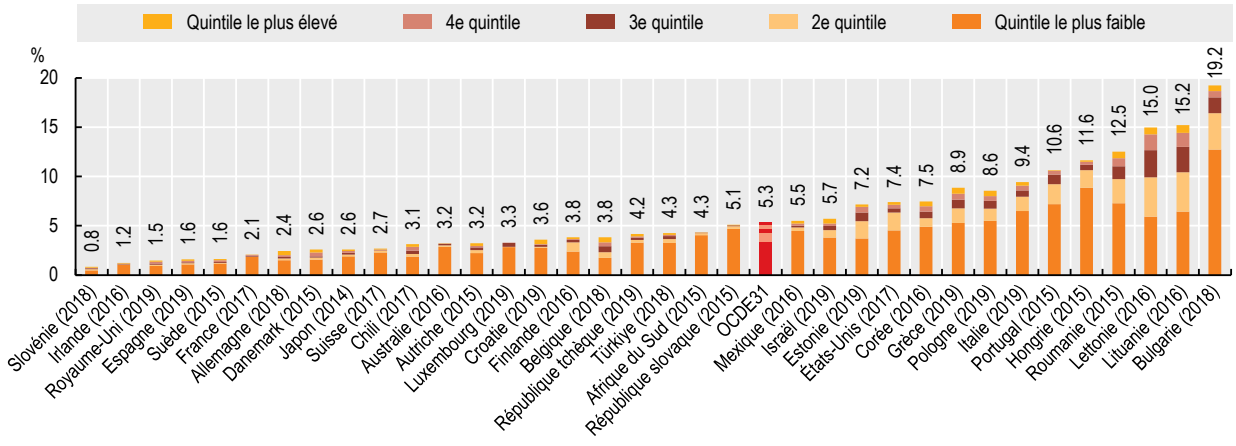
Graphique 5.9. Composition des dépenses à la charge des patients, par type de service de santé, 2021 (ou année la plus proche)



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 2023.

StatLink https://stat.link/rwvzb9

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, 2023 (pays d'Europe) ; Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021 (pays hors Europe).

StatLink https://stat.link/x4v0e6

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 généraliste, qui débouchent souvent sur une prise en charge médicale. Les consultations peuvent avoir lieu au cabinet médical, dans les centres de santé communautaires, dans les services de consultation externe des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. De plus en plus, les patients se voient proposer des téléconsultations, c'est-à-dire des consultations en ligne, souvent par le biais d'appels vidéo (OCDE, 2023[1]).

En 2021, 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 15 en Corée (Graphique 5.11). La moyenne de l'OCDE était de 6 consultations par personne et par an, la plupart des pays en déclarant entre 4 et 10. 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 and Busse, 2017[2]).. Ces dernières années, les téléconsultations ont également joué un rôle plus important dans de nombreux pays.

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, aux États-Unis, où les médecins sont le plus souvent rémunérés à l'acte, les taux de consultation sont également inférieurs à la moyenne. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie de la population doit s'acquitter d'un ticket modérateur élevé, ce qui peut inciter les patients à ne pas consulter un médecin en raison du coût des soins.

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[3]).

Alors que le nombre de consultations de médecins en présentiel a été relativement stable dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2011 et 2019 (à l'exception de fortes augmentations en Türkiye et en Lituanie), elles ont été moins nombreuses en 2021 qu'en 2019 dans tous les pays. Cette situation témoigne de l'impact considérable du COVID-19 en termes de perturbation des services et de la réticence de la population à se rendre dans les établissements de santé par crainte d'attraper le virus. Elle montre également un recours accru aux téléconsultations pendant la pandémie dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (voir la section « Santé numérique »). Ainsi, en 2021, 19 % des consultations médicales étaient des téléconsultations, en moyenne dans les 20 pays de l'OCDE disposant de données comparables (Graphique 5.12). En Espagne, au Portugal, en Estonie et au Danemark, le nombre de téléconsultations a été particulièrement élevé : elles ont constitué plus de 30 % de l'ensemble des consultations médicales.

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 Türkiye que le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé (Graphique 5.13). Les chiffres les plus bas ont été enregistrés en Grèce et en Suède. 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.

Définition et comparabilité

Les consultations de médecins en présentiel correspondent au nombre de contacts 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, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, 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 élevées) que celles tirées des enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

Les Pays-Bas 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). Le Portugal et l'Espagne excluent (tout ou partie) des consultations dans un cabinet médical privé. Les consultations à distance ne peuvent être distinguées et sont incluses dans quelques pays (comme l'Autriche à partir de 2020, l'Irlande, le Japon, la Lettonie, les Pays-Bas, la République slovaque et l'Espagne à partir de 2019).

La répartition entre les consultations en personne et les téléconsultations a été fournie par 20 pays de l'OCDE. Les téléconsultations couvrent les consultations à distance avec des médecins généralistes et spécialistes. Elles couvrent toutes les technologies utilisées (notamment les appels téléphoniques ou virtuels), mais le Danemark exclut les consultations par courrier électronique. Les données couvrent les prestataires publics et privés, à l'exception de l'Espagne, qui exclut les consultations dans un cabinet médical privé, et du Chili et d'Israël, qui ne fournissent des données que pour les prestataires publics.

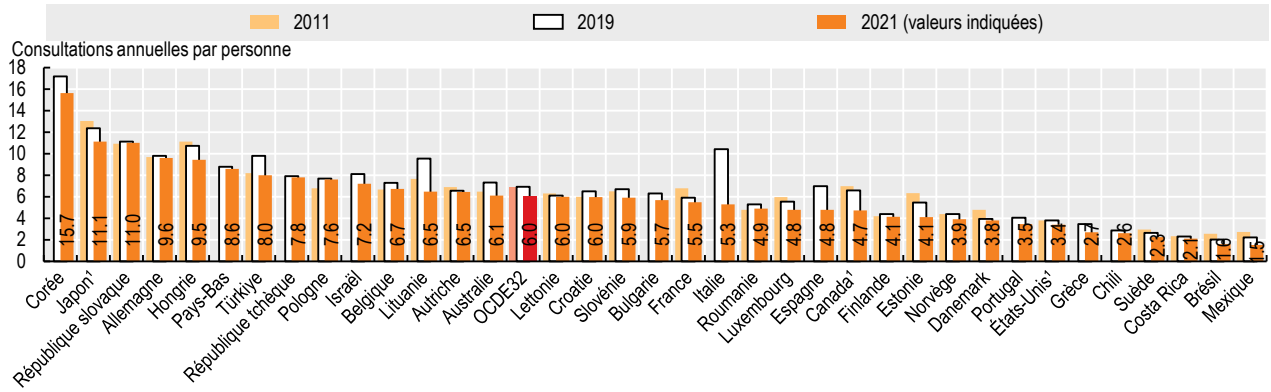
Références

Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 98, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a8756593-en. [2]

OCDE (2023), *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en. [1]

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://doi.org/10.1787/3c8385d0-en. [3]

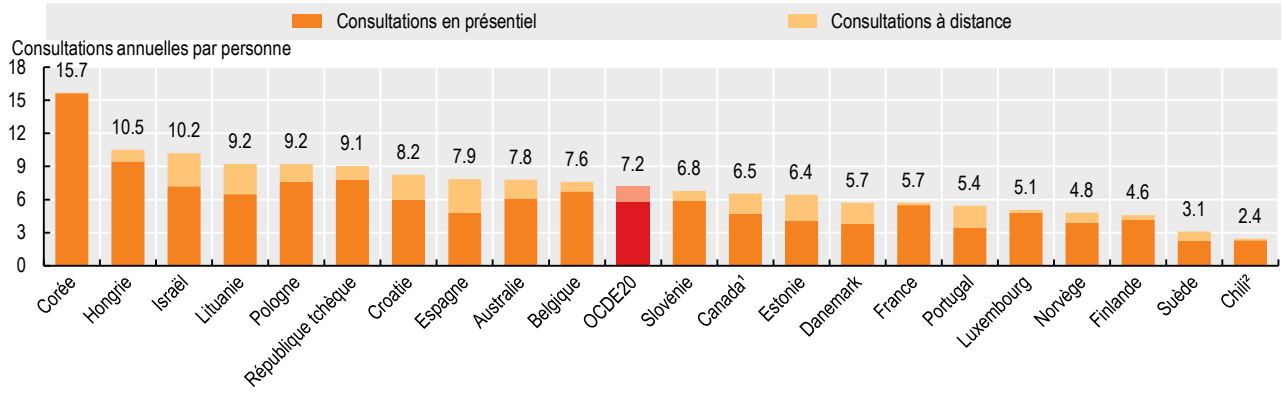
Graphique 5.11. Nombre moyen de consultations médicales en présentiel par habitant, 2011, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Les dernières données disponibles portent sur 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/n46lso

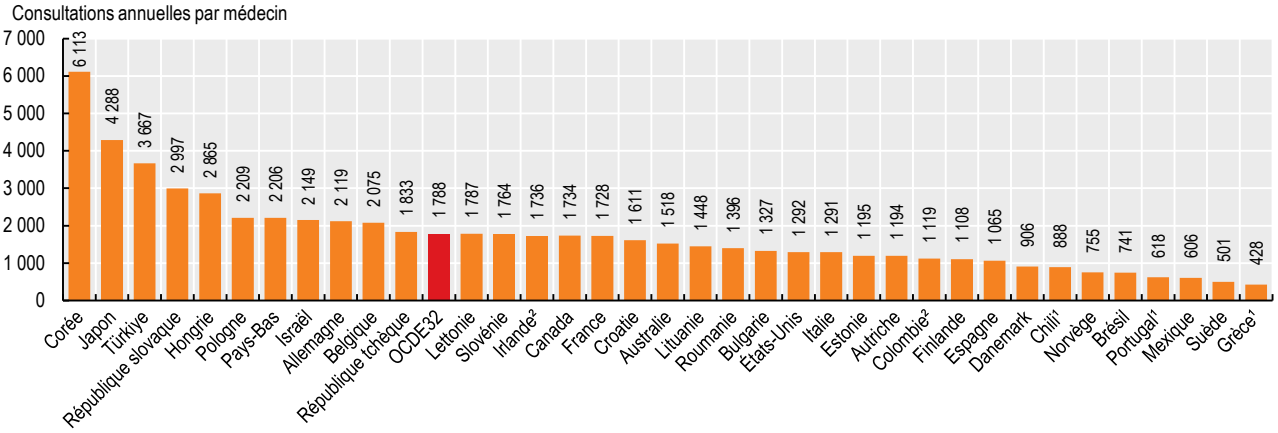
Graphique 5.12. Consultations médicales, en présentiel et à distance, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données datent de 2020. 2.Secteur public uniquement.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/d6fuhy

Graphique 5.13. Estimation du nombre de consultations en présentiel par médecin, 2021 (ou année la plus proche)



1. Au Chili, en Grèce et au Portugal, le dénominateur inclut tous les médecins habilités à exercer. 2. Les dernières données datent de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/4k1ld3

Santé numérique

Une transformation de la santé numérique est en train de remodeler le fonctionnement des services de santé, la protection de la santé publique ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques. Grâce à l'utilisation accrue d'outils numériques tels que la télémédecine et l'intelligence artificielle, ainsi qu'à l'utilisation d'informations sur la santé pour surveiller la santé de la population et gérer les performances du système, les pays investissent davantage dans les systèmes de santé numériques. La pandémie de COVID-19 a montré que les pays les plus résilients étaient ceux qui disposaient de systèmes numériques solides pour collecter et communiquer des informations sur la santé. Les systèmes de santé dotés d'une infrastructure numérique solide et de la capacité d'utiliser des informations sanitaires de qualité ont pu éclairer l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et réagir avec plus de souplesse et de rapidité face aux chocs systémiques (OCDE, 2023[1]). Par conséquent, l'utilisation d'outils numériques tels que la télémédecine et l'intelligence artificielle se développe. Ces interventions numériques ont la capacité de remodeler les soins aux patients, d'améliorer la productivité du personnel, de permettre un accès équitable aux services de santé et d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.

Les pays de l'OCDE continuent de mettre en œuvre et d'étendre l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux pour leurs patients. En 2021, en moyenne, plus de 93 % des cabinets de soins primaires utilisaient les DME, soit une augmentation par rapport au taux de 70 % en 2012, dans les pays de l'OCDE disposant de données comparables. Dans 13 pays de l'OCDE, tous les cabinets de soins primaires utilisent des DME, alors que dans certains pays comme la Pologne, le Mexique, la Suisse et le Japon, environ 40 % ou moins des cabinets de soins primaires disposent de DME. (Graphique 5.14). Néanmoins, tous ces pays ont connu une forte augmentation de la disponibilité des DME depuis 2012, avec des hausses particulièrement importantes au Danemark, aux États-Unis et au Canada. Ces augmentations de l'adoption des DME sont également observées dans le secteur hospitalier pour les patients hospitalisés, avec une augmentation de près de 45 % entre 2012 et 2021, ce qui indique une adoption généralisée des systèmes de DME pour les soins primaires et secondaires dans les pays de l'OCDE.

Outre l'infrastructure et l'utilisation de systèmes numériques tels que les DME, une transformation numérique efficace nécessite également une bonne gouvernance afin de partager et d'utiliser les informations sanitaires pour les prestataires et les patients de manière sécurisée et en temps voulu. La majorité des pays de l'OCDE disposent d'une certaine capacité à générer et à partager des informations sur la santé à partir des DME. 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. En outre, 13 pays de l'OCDE sur 26 sont en mesure de mettre les patients en relation avec leurs prestataires de santé par l'intermédiaire d'un portail destiné aux patients (Oderkirk, 2021[2]).

L'amélioration des infrastructures et des connaissances en matière de santé permet aux patients d'utiliser davantage les services en ligne pour obtenir des informations et des conseils en matière de santé. En moyenne dans 32 pays de l'OCDE, en 2020, 60 % 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 40 % en 2012 (Graphique 5.15). Lorsque les données et les informations sur la santé sont compréhensibles et valides pour un large éventail d'utilisations et d'utilisateurs, les nouveaux services et applications de santé numériques, tels que la télémédecine, peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins et d'accroître la satisfaction des patients, notamment de ceux qui ont le plus de difficultés à accéder aux services médicaux classiques en présentiel (p. ex., les patients vivant en milieu rural).

Pendant la pandémie de COVID-19, le recours à la télémédecine a été essentiel pour dispenser des soins dans un contexte d'incertitude (OCDE, 2023[3]). En 2019, avant la pandémie, les consultations à distance par téléphone ou vidéo représentaient moins de 10 % de l'ensemble des consultations en Australie, en Finlande, en Lituanie, en Norvège et en Slovénie, avec une moyenne de 0.6 téléconsultation par patient et par an dans les pays de l'OCDE. Toutefois, en 2021, ce taux avait plus que doublé pour atteindre 1.4 téléconsultation par patient et par an, avec des augmentations significatives en Australie, en Lituanie et en Slovénie, pays qui affichaient auparavant les taux les plus bas mais qui, en 2021, se situaient près ou au-dessus de la moyenne de l'OCDE (Graphique 5.16). Après avoir pris conscience des avantages lors de la pandémie, les systèmes de santé ont élargi le recours aux consultations à distance, même si des obstacles financiers, juridiques et opérationnels subsistent.

Alors que les systèmes de santé exploitent de plus en plus les technologies numériques, il est également important de prendre en compte les facteurs essentiels de gouvernance et de mise en œuvre – notamment la transparence et la responsabilité – et de veiller à ce que les avantages profitent à tous.

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[2]). 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 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 (comme l'Australie) et les pays partenaires (p. ex., 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).

Les téléconsultations médicales sont définies dans la section « Consultations médicales ».

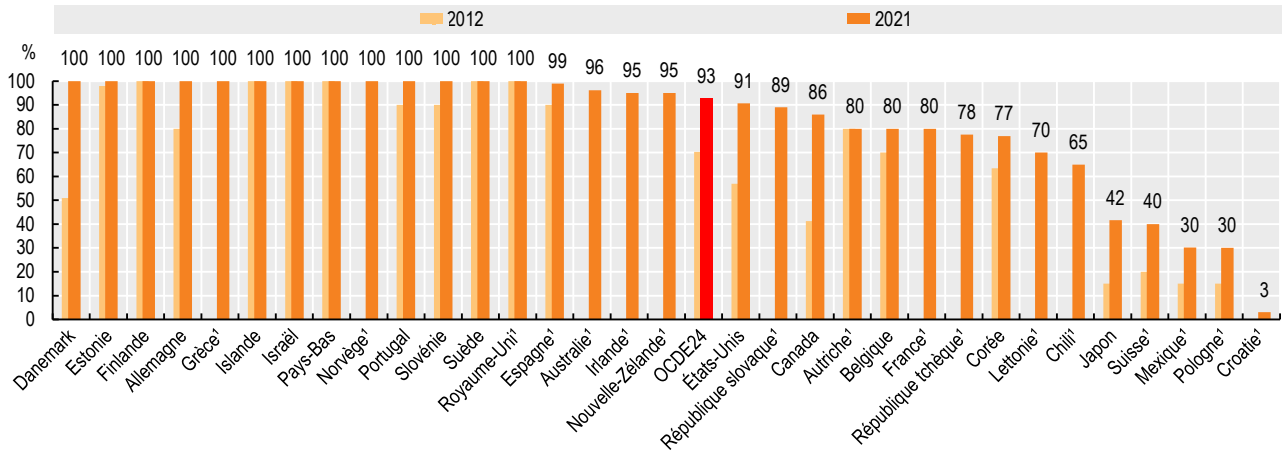
Références

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

OCDE (2023), *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ac8b0a27-en. [3]

Oderkirk, J. (2021), "Survey results: National health data infrastructure and governance", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 127, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/55d24b5d-en. [2]

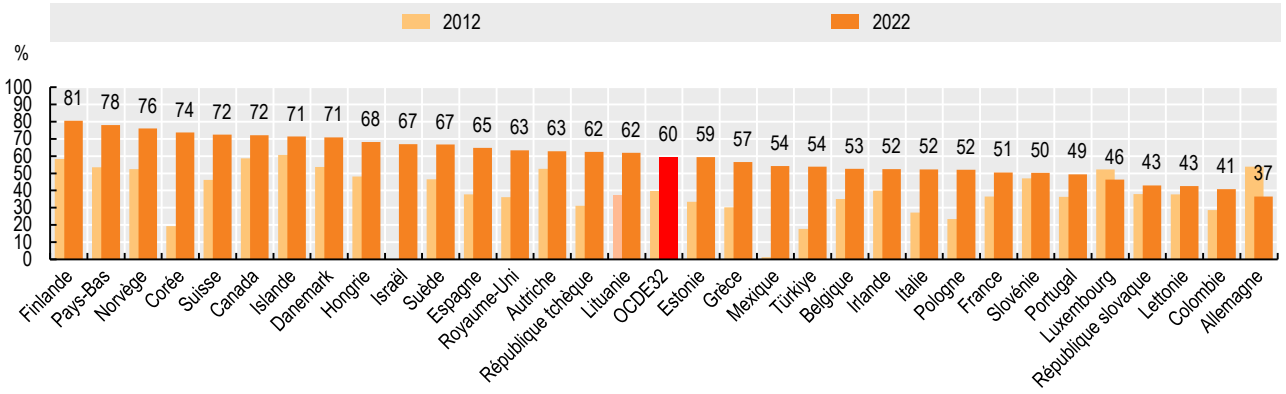
Graphique 5.14. Proportion de cabinets médicaux de soins primaires ayant recours aux dossiers médicaux électroniques, 2012 et 2021



1. L'année la plus récente est 2016 (données non incluses dans la moyenne OCDE pour 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/0nu24o

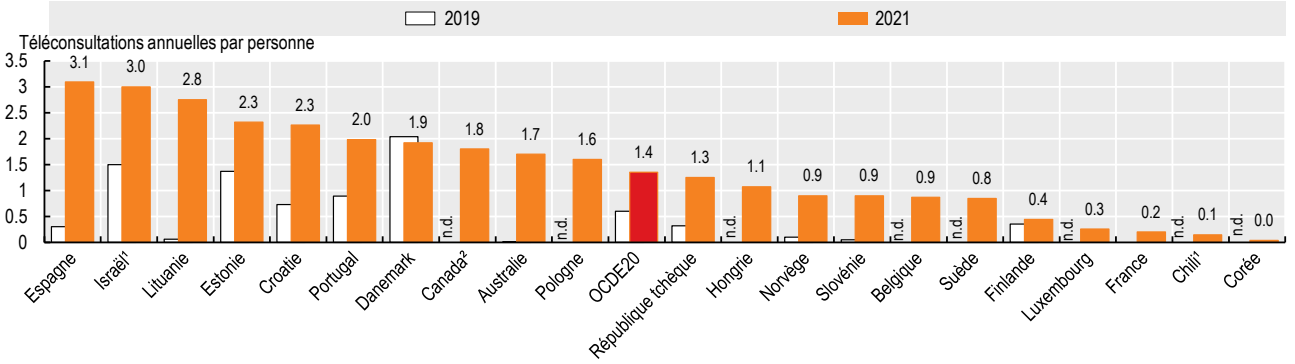
Graphique 5.15. Pourcentage de personnes âgées de 16 à 74 ans ayant recherché en ligne des informations sur la santé au cours des trois derniers mois, 2012 et 2022



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/0bo6aq

Graphique 5.16. Téléconsultations médicales par habitant, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Secteur public uniquement. 2.Les données correspondent à 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/f7oyw0

Lits d'hôpital et taux d'occupation

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. Pourtant, le manque de personnel constituait un problème plus grave que le nombre de lits (OCDE, 2023[1]). En outre, un excédent de lits d'hôpitaux peut entraîner une surutilisation et donc des coûts, de nombreux patients étant efficacement traités en ambulatoire dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins primaires. Il convient donc de trouver un équilibre entre une capacité d'accueil suffisante et des impératifs d'optimisation des ressources.

En 2021, on recensait en moyenne 4.3 lits d'hôpital pour 1 000 personnes dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.17). Au Japon et en Corée, ce chiffre était nettement supérieur (12.8 et 12.6 pour 1 000 habitants respectivement). Plus de la moitié des pays de l'OCDE déclaraient entre trois et huit lits pour 1 000 habitants, les taux les plus bas étant observés au Mexique, au Costa Rica et en Colombie.

Depuis 2011, le nombre de lits par habitant a diminué dans presque tous les pays de l'OCDE, en raison notamment d'un recours accru aux soins de jour et d'une réduction de la durée moyenne de séjour. 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, la Lituanie, le Luxembourg, la Norvège et les Pays-Bas ont réduit leur capacité d'un lit ou plus pour 1 000 habitants. En revanche, le nombre de lits a fortement augmenté en Corée, 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 (de court séjour) 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 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[2]). En 2021, le taux moyen d'occupation des lits était de 69.8 %, mais il était supérieur à 85 % dans 3 des 28 pays de l'OCDE disposant de données comparables : Irlande, Israël et Canada (Graphique 5.18). Les taux d'occupation étaient comparativement faibles en Türkiye, au Mexique et dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale. Par rapport à 2019, les taux d'occupation ont baissé dans presque tous les pays de l'OCDE en 2021. Cette situation s'explique en partie par le report ou le rationnement des soins hospitaliers non urgents pendant la pandémie (OCDE/Union européenne, 2022[3]).

Si la capacité en lits des hôpitaux de médecine générale 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 29 pays de l'OCDE 16.9 lits de court séjour pour 100 000 habitants en 2021 (Graphique 5.19). Les chiffres varient considérablement, allant d'environ 40 lits ou plus pour 100 000 habitants en République tchèque, en Estonie et en Türkiye à moins de 5 lits pour 100 000 habitants en Islande et en Suède. Par rapport à la situation qui prévalait avant la pandémie, tous les pays ont augmenté la capacité des USI, à l'exception du Luxembourg (où le nombre absolu de lits d'USI est resté inchangé). Ces chiffres reflètent les efforts déployés par les pays pour renforcer leur capacité d'intervention, comme la transformation temporaire d'autres services cliniques en unités de soins intensifs et la création d'hôpitaux de campagne dotés d'unités de soins intensifs.

Définition et comparabilité

Les lits d'hôpital sont les lits d'hospitalisation 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 soins de longue durée. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Les données 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). 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).

Les lits de court séjour 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 court séjour sont classés en fonction du niveau de soins prodigués au patient. Il existe généralement trois niveaux de surveillance, le niveau 3 étant le plus intense et le niveau 1 le plus faible. Les données sur les lits de court séjour couvrent les trois niveaux, à l'exception de l'Espagne, de la Finlande, de l'Irlande, de l'Italie, de la Lettonie et des Pays-Bas, où elles couvrent uniquement les lits de soins critiques (niveaux 2 et 3). La définition exacte des lits de court séjour 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 5.19 concernent les lits de soins intensifs pour adultes pour la plupart des pays, mais quelques pays (p. ex., l'Estonie, l'Islande, le Mexique et la Nouvelle-Zélande) incluent également les lits de réanimation néonatale et pédiatrique.

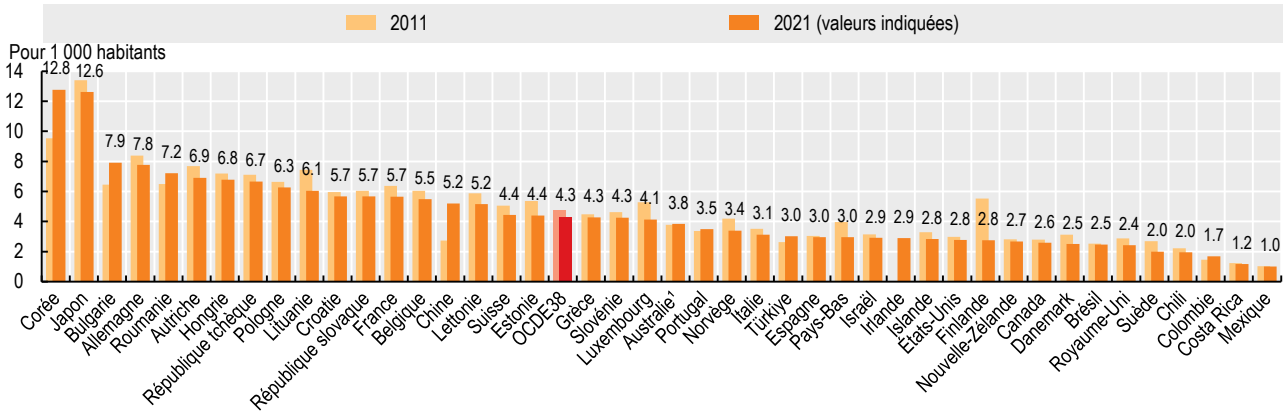
Références

NICE (2018), *Bed Occupancy*, The National Institute for Health and Care Excellence, https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704. [2]

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

OCDE/Union européenne (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en. [3]

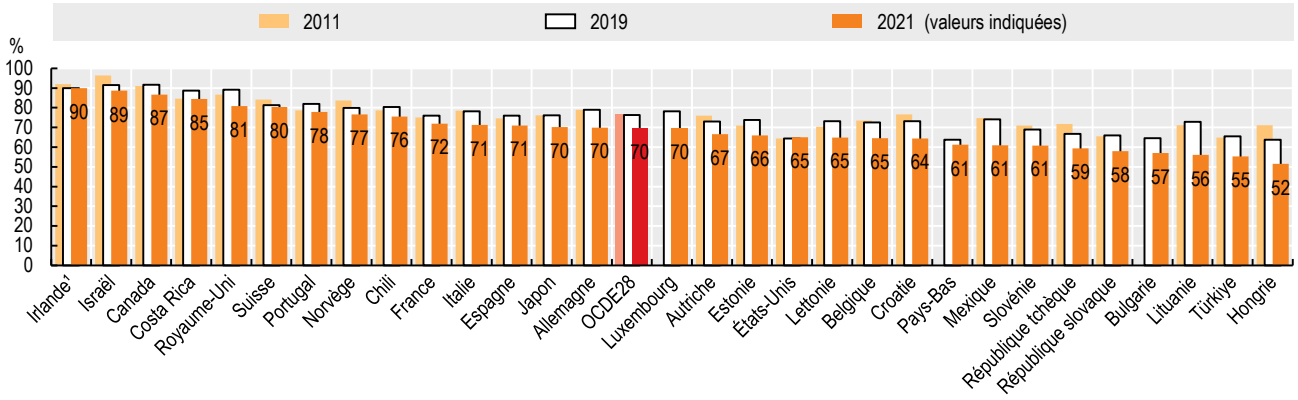
Graphique 5.17. Lits d'hôpital, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/w8s5f2

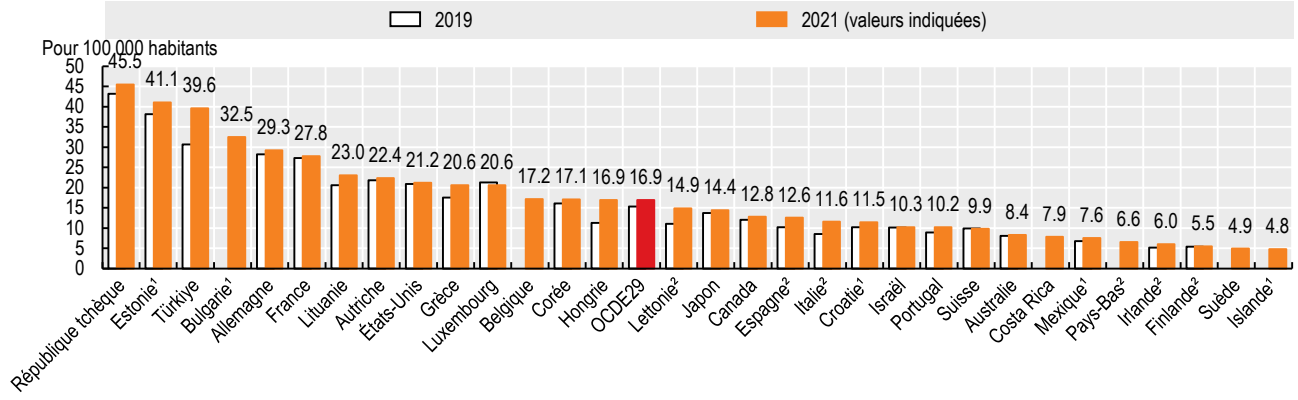
Graphique 5.18. Taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus), 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données pour l'Irlande ne tiennent pas compte des hôpitaux privés (le taux d'occupation des lits de soins curatifs dans les hôpitaux publics et privés était de 82.8 % en 2021).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/r83lf9

Graphique 5.19. Lits de soins intensifs pour adultes, 2019 et 2021



1. Lits de réanimation néonatale et pédiatrique inclus. 2.Les données couvrent uniquement les lits de soins critiques.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/042f86

Activité hospitalière

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. 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 et retardées aggravent l'état des patients et augmentent les coûts : les premières peuvent donner lieu à des ré-hospitalisations coûteuses ; les secondes consomment des ressources limitées.

En 2021, le taux de sortie d'hôpital s'élevait en moyenne à 130 pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.20). Les taux étaient les plus élevés en Allemagne et en Autriche (plus de 200 pour 1 000 habitants), et les plus faibles au Mexique, au Costa Rica, au Chili, au Canada, aux Pays-Bas et en Italie (moins de 100 pour 1 000 habitants). Parmi les pays candidats à l'adhésion et les partenaires clés, les taux étaient également élevés en Bulgarie et en Chine, et relativement faibles au Brésil.

Le nombre de sorties d'hôpital a chuté entre 2011 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 considérablement augmenté en Corée et au Japon. On a également observé de fortes augmentations en Bulgarie et en Chine, pays candidat à l'adhésion et partenaire de l'OCDE. Toutefois, la quasi totalité des pays ont enregistré de fortes réductions entre 2019 et 2021. Cela s'explique à la fois par la réorganisation des politiques de sortie des hôpitaux afin de libérer des lits pour les patients COVID-19 et par la perturbation des soins pour les patients non COVID-19. (OECD, 2021[1]).

La durée moyenne de séjour hospitalier est 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 avant 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 2021, la durée moyenne de séjour hospitalier était de 7.7 jours dans 36 pays de l'OCDE ayant des données comparables (Graphique 5.21). Le Mexique et la Türkiye affichent les séjours hospitaliers les plus courts (environ 5 jours en moyenne), la Corée et le Japon les plus longs (en moyenne 16 jours ou plus par patient). Depuis 2011, la durée moyenne de séjour a diminué dans la plupart des pays ; les baisses les plus importantes ont été observées en Finlande, en Nouvelle-Zélande et au Japon. 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 ou des établissements de soins de longue durée.

. Les méthodes de paiement des hôpitaux peuvent avoir un effet incitatif sur la durée de séjour des patients. 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 par hospitalisation ; à la différence des paiements basés sur la procédure ou le service. Le renforcement de l'accès aux soins primaires et aux soins extrahospitaliers peut réduire la durée des séjours hospitaliers. Des pays comme 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, 2017[2]).

Outre ces deux indicateurs fondamentaux de l'activité hospitalière globale, le recours aux services de soins d'urgence est une mesure importante des services hospitaliers de première ligne. Dans les 25 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, il y a eu en moyenne 26 visites aux urgences pour 100 personnes par an en 2021 (Graphique 5.22). Le recours aux soins d'urgence était particulièrement élevé au Portugal et en Espagne, avec plus de 50 visites aux urgences pour 100 personnes. Si les services d'urgence constituent un service essentiel, une fréquentation élevée peut être le signe que les services sont inadaptés et inefficaces, notamment si de nombreux patients se rendent aux urgences pour des problèmes non urgents qui pourraient être mieux pris en charge dans le cadre des services de soins primaires et de proximité. Si les passages aux urgences ont le plus souvent augmenté entre 2011 et 2019 (dans 16 des 21 pays disposant de données sur l'évolution dans le temps), ils ont diminué dans la quasi-totalité des pays entre 2019 et 2021 en raison de la pandémie de COVID-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 le plus souvent exclus) des taux de sorties dans plusieurs pays. Ils représentent généralement 3-10 % des sorties. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux, ou ne comprennent que les soins curatifs/aigus, ce qui entraîne une certaine sous-estimation. Les pays pour lesquels des données ont été exclues sont indiqués par des notes sous le graphique.

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 aux soins curatifs/aigus ou aux 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 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).

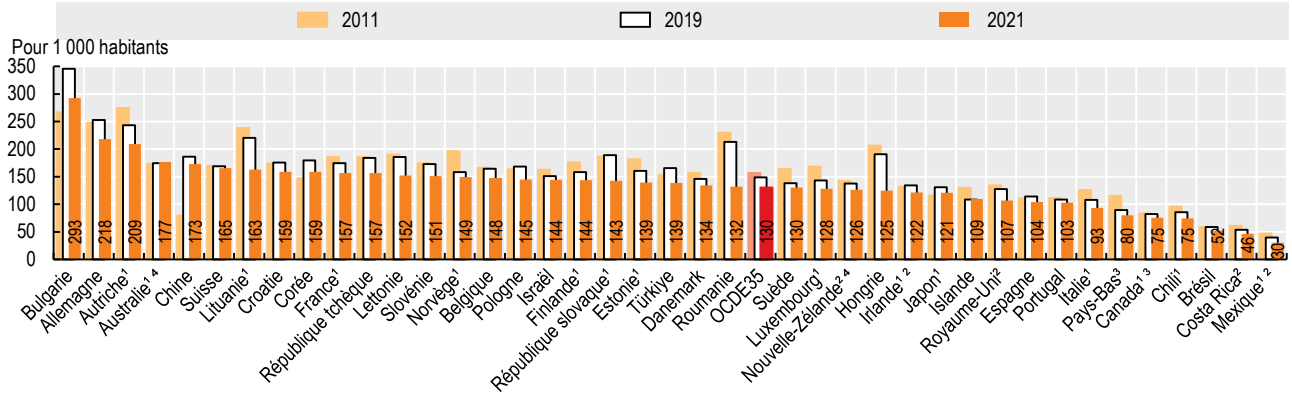
Les visites aux urgences comprennent à la fois les visites en ambulatoire et les visites pour hospitalisation.

Références

OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. [2]

OECD (2021), "Adaptive Health Financing: Budgetary and Health System Responses to Combat COVID-19", *OECD Journal on Budgeting*, https://doi.org/10.1787/69b897fb-en. [1]

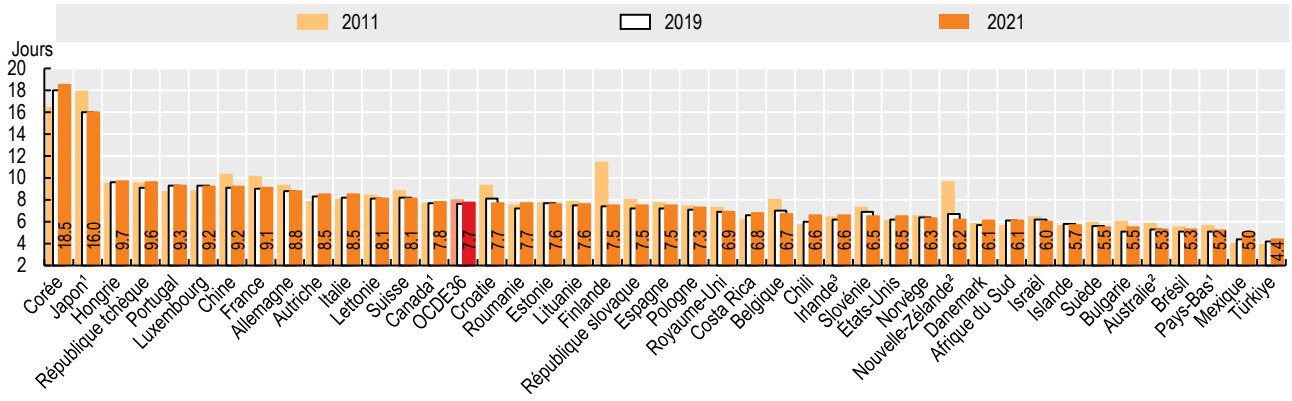
Graphique 5.20. Taux de sortie d'hôpital, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données excluent les sorties d'hôpital des nouveau-nés en bonne santé. 2. Les données ne concernent que les hôpitaux publics ou financés sur fonds publics (en Irlande, les hôpitaux privés représentent environ 15 à 20 % des sorties d'hôpital). 3. Les données couvrent uniquement les sorties de soins curatifs (aigus). 4. Les données de 2021 portent sur 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/mlwvn0

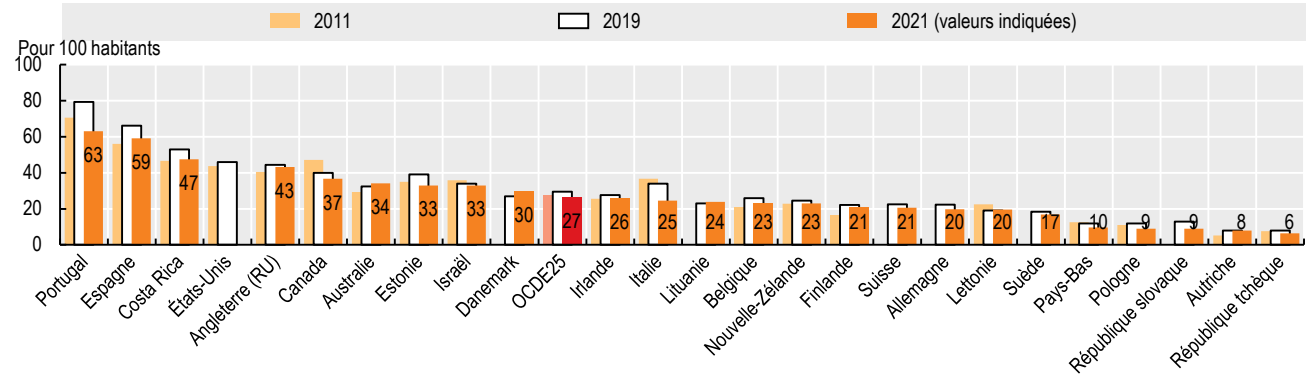
Graphique 5.21. Durée moyenne de séjour à l'hôpital, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données se réfèrent aux soins curatifs (aigus) uniquement, d'où une sous-estimation. Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 28 jours en 2021. 2. Les données de 2021 portent sur 2020. 3. Les données concernent uniquement les hôpitaux publics.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/bjc89v

Graphique 5.22. Nombre de visites aux urgences pour 100 habitants, 2011, 2019 et 2021



Source : Offices nationaux de statistiques.

StatLink https://stat.link/jv8ifb

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. Cependant, les nouvelles technologies sont considérées comme un facteur de coût important dans les systèmes de santé (Lorenzoni et al., 2019[1]). Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux 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 délais 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 dernières décennies, 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 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 5.23). Les chiffres combinés de ces trois technologies de diagnostic sont également nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE en Autriche, en Allemagne, en Grèce, en Islande, en Italie, en Corée 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, le Luxembourg, la Corée, la France et l'Autriche enregistrent le nombre le plus élevé d'appareils de diagnostic TDM, TEP et IRM utilisés, avec un total combiné de plus de 360 examens pour 1 000 habitants en 2021 (Graphique 5.24). L'utilisation de ces trois examens diagnostiques était la plus faible au Costa Rica et au Chili, ainsi que dans les pays candidats à l'adhésion que sont la Roumanie et la Bulgarie. 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[2]).

Si l'on examine les tendances dans le temps, on constate une forte augmentation du nombre d'examens de tomodensitométrie et d'IRM pour 1 000 habitants dans un certain nombre de pays jusqu'en 2019 (Graphique 5.25 et Graphique 5.26). Par exemple, le nombre d'examens de tomodensitométrie a plus que doublé en Corée, et le nombre d'examens d'IRM a plus que doublé en Australie, en Corée et en Slovénie.

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[3]).

Malgré cette tendance générale à l'usage croissant de ces technologies de diagnostic au fil du temps, on note une baisse dans de nombreux pays de l'OCDE entre 2019 et 2020, en particulier pour les IRM. Ces réductions sont dues au fait que les prestataires de soins de santé ont été contraints de retarder ou d'annuler les examens de diagnostic au début de la pandémie de COVID-19. Aux États-Unis, la baisse a été particulièrement importante (plus de 30 %). En 2021, cependant, les examens diagnostiques ont augmenté et étaient généralement supérieurs aux niveaux de 2019.

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 Suisse (pour les unités d'IRM) et le Royaume-Uni font état d'équipements disponibles en milieu hospitalier uniquement. 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.

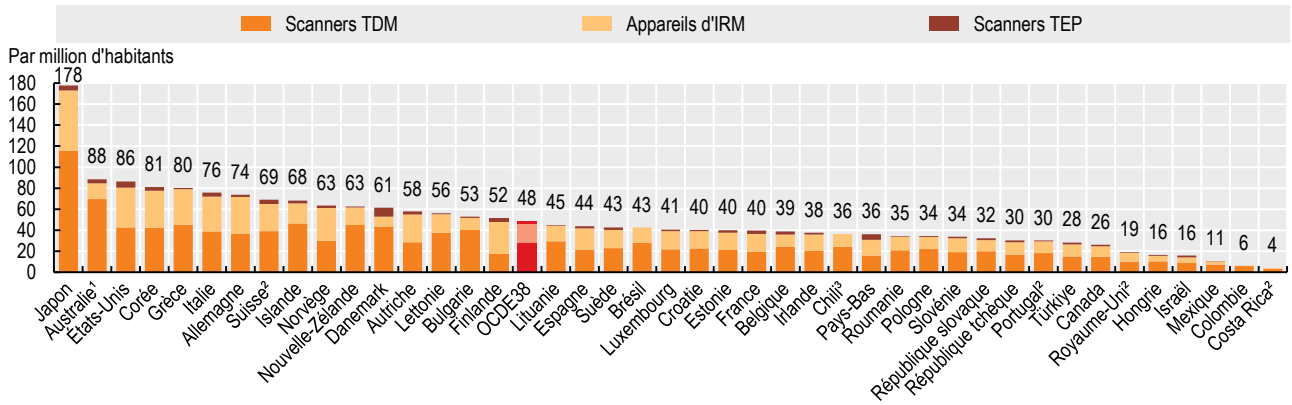
Références

Choosing Wisely UK (2018), "Clinical Recommendations: Royal College of Physicians", http://www.choosingwisely.co.uk/. [3]

INAMI/RIVIZ (2019), "Variations de pratiques médicales", https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/variations-de-pratiques-medicales. [2]

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*, No. 110, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5667f23d-en. [1]

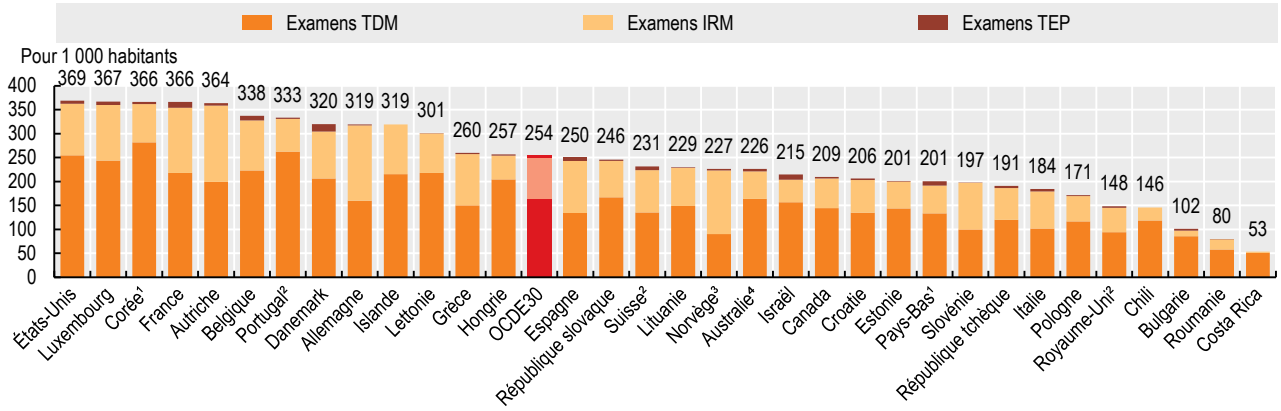
Graphique 5.23. Scanners TDM, unités d'IRM et scanners TEP, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données concernent uniquement les appareils couverts par les remboursements publics. 2. Les données excluent les équipements installés hors milieu hospitalier (uniquement pour les appareils d'IRM en Suisse). 3. Les données ne concernent que l'année 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/fmvbda

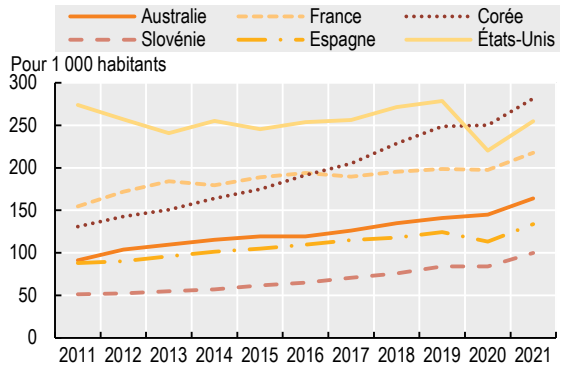
Graphique 5.24. Examens TDM, IRM et TEP, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les examens remboursés par des fonds privés ne sont pas inclus. 2. Les examens hors hôpital ne sont pas inclus. 3. Les données concernent uniquement les équipements installés hors milieu hospitalier. 4. Les examens remboursés par des fonds publics ne sont pas inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/jvrzod

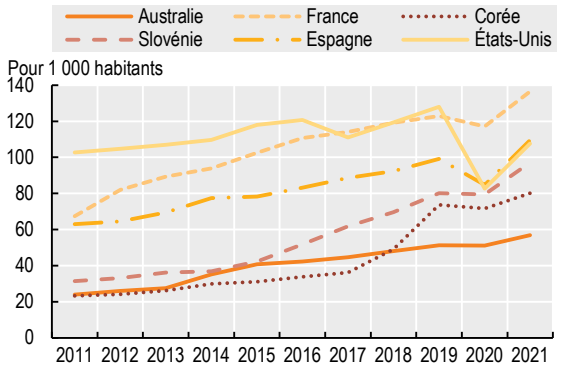
Graphique 5.25. Tendances en matière d'examens TDM, divers pays, 2011-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/b2cq7n

Graphique 5.26. Tendances en matière d'examens IRM, divers pays, 2011-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/nrpt3y

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 de l'OMS, environ 528 millions de personnes dans le monde souffrent d'arthrose symptomatique, soit une augmentation de 113 % depuis 1990 (OMS, 2022[1]).

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 2021, la Suisse, l'Allemagne, la Finlande et l'Autriche figuraient parmi les pays pour lesquels on dispose de données qui présentaient les taux les plus élevés d'arthroplastie de la hanche et du genou (Graphique 5.27 et Graphique 5.28). Les moyennes de l'OCDE sont de 172 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche, et de 119 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les arthroplasties du genou. Le Mexique, le Costa Rica et le Chili 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 and Scott, 2013[2]).

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 variait de plus du simple au double dans certaines régions, même après standardisation par l'âge (OCDE, 2014[3]). Outre le nombre d'interventions, la qualité de la chirurgie (voir sections « Sécurité des soins intensifs – les complications chirurgicales » et « Résultats communiqués par les patients en soins intensifs » au Chapitre 6) et les délais d'attente revêtent une importance cruciale pour les patients.

Depuis 2019, 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). 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. Les augmentations ont été particulièrement importantes en Pologne, au Costa Rica et en Lettonie pour la chirurgie de la hanche (augmentation de 70 % ou plus) et au Chili, au Costa Rica et en Pologne pour la chirurgie du genou (où les taux ont plus que doublé). Toutefois, le volume des arthroplasties de la hanche et du genou a fortement diminué dans la plupart des pays au cours de la première année de la pandémie et est resté inférieur aux niveaux de 2019 dans la majorité des pays en 2021. Cela s'explique par le fait que de nombreux pays ont reporté des interventions chirurgicales non urgentes, en particulier au début de la pandémie, ce qui a entraîné une forte augmentation des délais d'attente dans de nombreux pays (voir la section « Délais d'attente avant une chirurgie élective »).

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, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal 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.

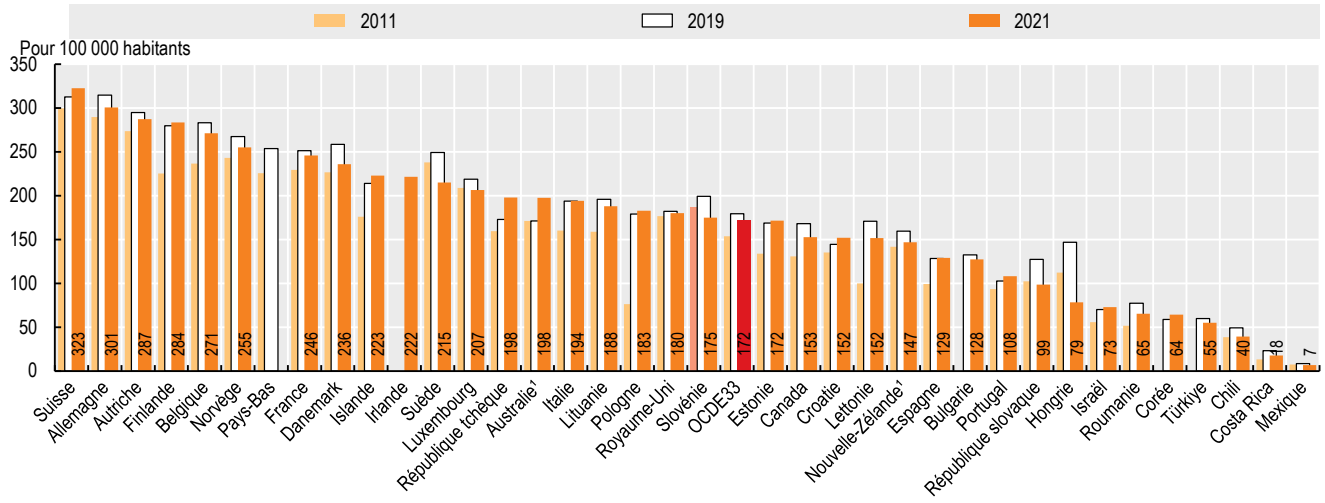
Références

McPherson, K., G. Gon and M. Scott (2013), "International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 61, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en. [2]

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://doi.org/10.1787/9789264216594-en. [3]

OMS (2022), *Chronic Rheumatic Conditions, Fact Sheet*, Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/. [1]

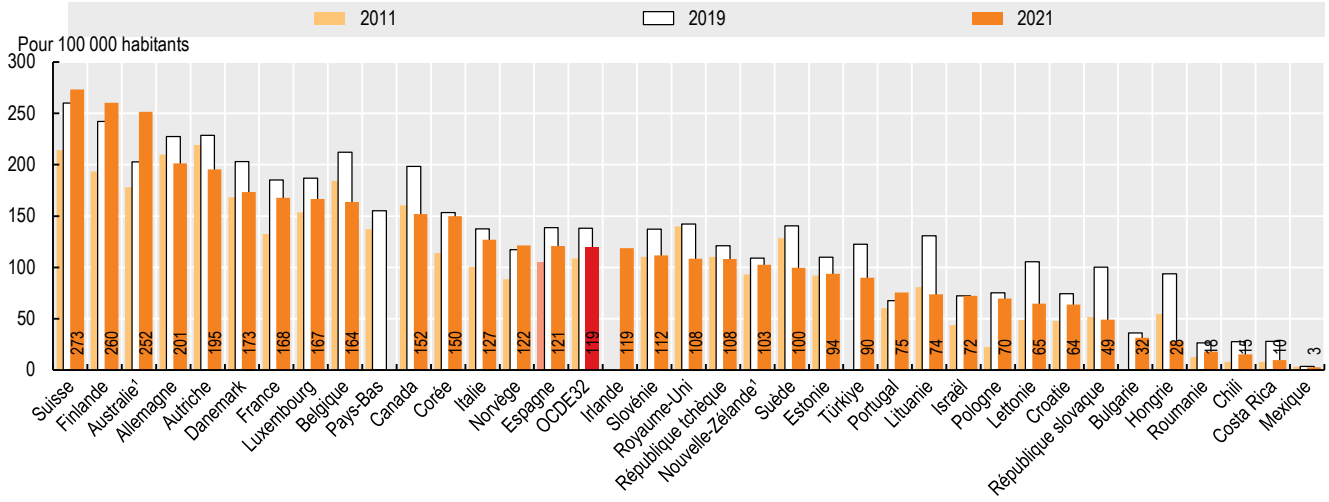
Graphique 5.27. Arthroplastie de la hanche, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données disponibles correspondent à 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/ie5rcb

Graphique 5.28. Arthroplastie du genou, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données disponibles portent sur 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/iz9e7m

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 sont de bons exemples d'actes chirurgicaux à hauts volumes qui se pratiquent maintenant principalement en chirurgie de jour dans de nombreux pays de l'OCDE.

La chirurgie ambulatoire représente 90 % ou plus des opérations de la cataracte dans environ les trois quarts des pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (Graphique 5.29). Dans plusieurs pays, la quasi-totalité des chirurgies de la cataracte sont réalisées en ambulatoire ; toutefois, le taux est relativement faible en Lituanie et au Mexique, où moins de 65 % des chirurgies sont réalisées en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire est également peu répandue en Bulgarie et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion, où elle représente moins de 50 % des interventions chirurgicales. 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 essentiellement en ambulatoire dans 12 des 31 pays de l'OCDE présentant des données comparables, les enfants retournant chez eux le jour même (Graphique 5.30). La proportion d'opérations effectuées en ambulatoire n'est cependant pas aussi élevée que la proportion d'opérations de la cataracte, avec 40 % d'amygdalectomies contre 94 % 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 et au Costa Rica (plus de 90 % des cas), mais restent inférieurs à 10 % dans six pays de l'OCDE, ainsi qu'en Bulgarie et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion. 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 au fil du temps dans de nombreux pays, dont l'Autriche, la Hongrie, 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 46 % en 2011 à 91 % en 2021 ; en Hongrie, elle est passée de 35 % à 77 %. La part des amygdalectomies réalisées en ambulatoire a presque doublé entre 2011 et 2021 en Suède (passant de 45 % à 80 %) et au Royaume-Uni (passant de 39 % à 70 %). La part des interventions chirurgicales réalisées le jour même n'a guère été affectée par la pandémie, avec des parts similaires en 2021 et 2019 pour la plupart des pays de l'OCDE, tant pour les opérations de la cataracte que pour les amygdalectomies.

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 est attribuée pour certaines interventions si le patient est pris en charge dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire (OCDE, 2017[1]).

Définition et comparabilité

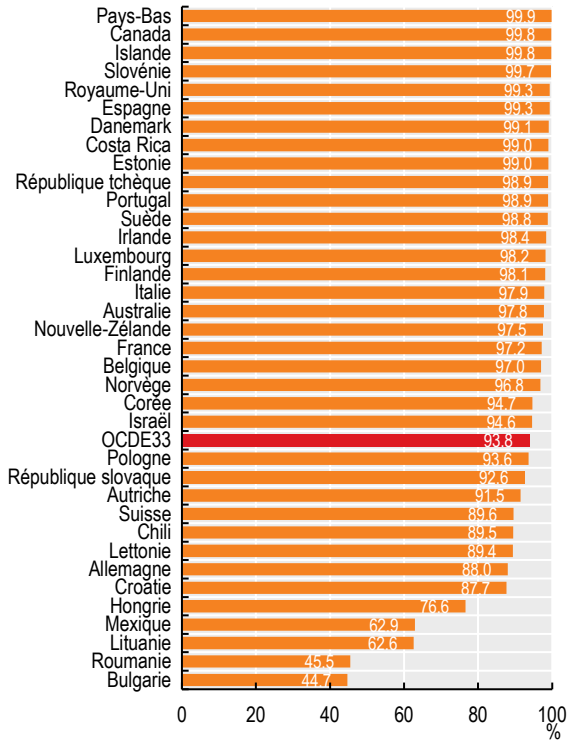
L'opération de la cataracte consiste à extraire de l'œil le cristallin du fait d'une opacification partielle ou complète de ce dernier et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées 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, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal 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.

Références

OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. [1]

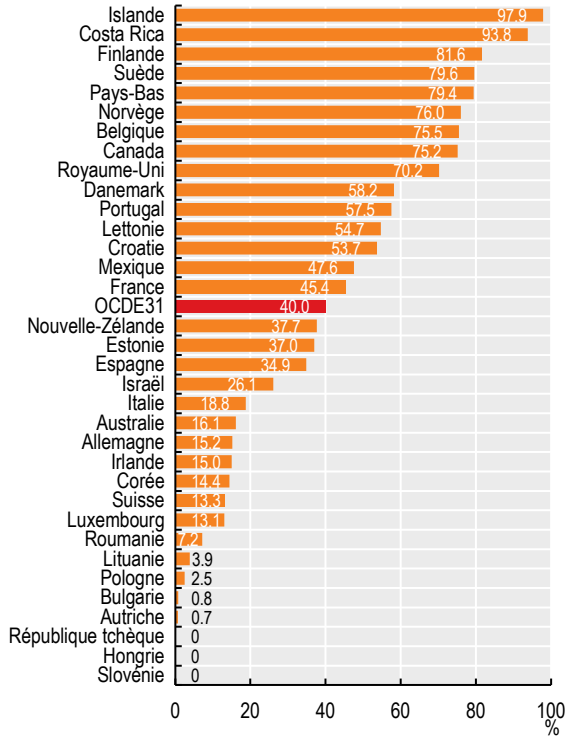
Graphique 5.29. Opérations de la cataracte effectuées en chirurgie ambulatoire, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/xuzq6j

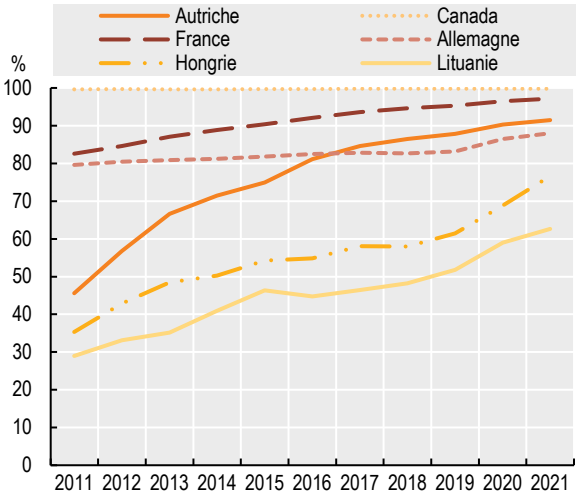
Graphique 5.30. Amygdalectomies effectuées en chirurgie ambulatoire, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/pxytws

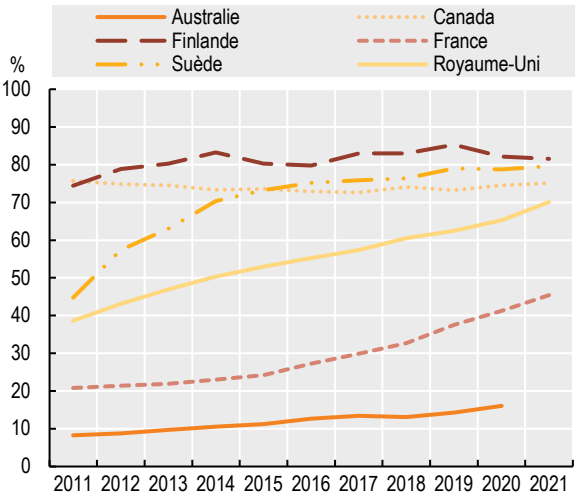
Graphique 5.31. Évolution du nombre d'opérations de la cataracte pratiquées en chirurgie ambulatoire, divers pays de l'OCDE, 2011-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/na5h1f

Graphique 5.32. Évolution du nombre d'amygdalectomies pratiquées en chirurgie ambulatoire, divers pays de l'OCDE, 2011-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/zj4iku

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, un problème qui a été considérablement accentué par la pandémie de COVID-19. En retardant les bénéfices attendus du traitement, cela signifie que les patients continuent à vivre avec la douleur et le handicap plus longtemps qu'ils ne le devraient, et cela peut aggraver l'état de santé des patients après l'intervention.

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. Deux mesures sont analysées pour chaque chirurgie : la proportion de patients qui attendent plus de trois mois entre l'évaluation du spécialiste et le traitement, et le nombre médian de jours pendant lesquels les patients sont sur une liste d'attente.

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 et en Italie (Graphique 5.33, partie gauche). Le nombre médian de jours d'attente avoisinait un an en Pologne (336 jours) et dépassait 100 au Costa Rica, en Slovénie et en Irlande (Graphique 5.33, partie droite). Au cours de la première année de la pandémie, les temps d'attente ont augmenté dans presque tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, et le temps d'attente médian a plus que doublé au Costa Rica, en Hongrie, en Espagne et au Chili. Toutefois, les premières données pour 2022 indiquent que les temps d'attente ont depuis diminué dans un certain nombre de pays et que, dans de nombreux pays, les taux sont proches des niveaux de 2019, tant en ce qui concerne la proportion de patients attendant plus de trois mois que pour les temps d'attente médians.

S'agissant de l'arthroplastie de la hanche, la part des patients restant sur la liste d'attente pendant plus de trois mois en 2019 variait de 30 % environ en Suède et en Italie, à près de 90 % au Chili, et plus de 70 % au Costa Rica et en Norvège (Graphique 5.34, partie gauche). Le nombre médian de jours d'attente était de 663 jours en Pologne et d'environ un an au Costa Rica et en Slovénie (Graphique 5.34, partie droite). La pandémie a entraîné une augmentation des temps d'attente dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, et les temps d'attente ont plus que doublé au Chili et en Angleterre (Royaume-Uni). Les premières données pour 2022 indiquent une amélioration de la situation dans la plupart des pays, mais avec des temps d'attente généralement encore pires qu'en 2019, notamment en termes de temps d'attente médians.

Les arthroplasties du genou suivent des tendances similaires à celles des arthroplasties de la hanche (Graphique 5.35, partie gauche). Avant la pandémie, au Chili, au Costa Rica, au Portugal et en Norvège, plus de 80 % des patients restaient sur liste d'attente pendant plus de trois mois. Les temps d'attente médians étaient très élevés en Pologne, au Chili, au Costa Rica et en Slovénie. (Graphique 5.35, partie droite). Au début de la pandémie, les délais d'attente ont augmenté dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, même si les augmentations n'ont pas été aussi marquées que pour les arthroplasties de la hanche. En 2022, les temps d'attente s'étaient légèrement améliorés, mais restaient généralement pires qu'en 2019.

De nombreux pays ont pris des mesures pour résorber les retards de prise en charge et les longues listes d'attente pour les soins programmés provoqués par l'interruption des services pendant la pandémie (OCDE/Union européenne, 2022[1]). Même avant la pandémie, les gouvernements ont mis en œuvre diverses mesures destinées à réduire les délais d'attente, la politique la plus courante étant l'introduction d'un délai d'attente maximal, soutenu par des fonds supplémentaires (OCDE, 2020[2]). En Pologne, par exemple, 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. Ces politiques ont contribué à des améliorations notables, du moins en ce qui concerne la proportion de personnes qui attendent plus de trois mois entre l'évaluation par un spécialiste et le traitement. 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[2]).

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 ; 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.

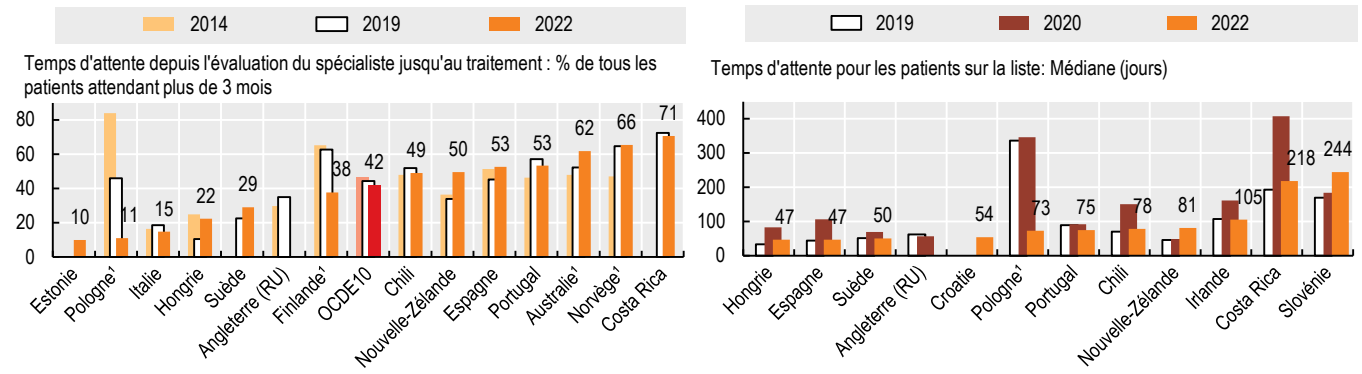
Les données proviennent de bases de données administratives. Les patients qui refusent de subir l'intervention à plusieurs reprises sont généralement retirés de la liste.

Références

OCDE (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en. [2]

OCDE/Union européenne (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en. [1]

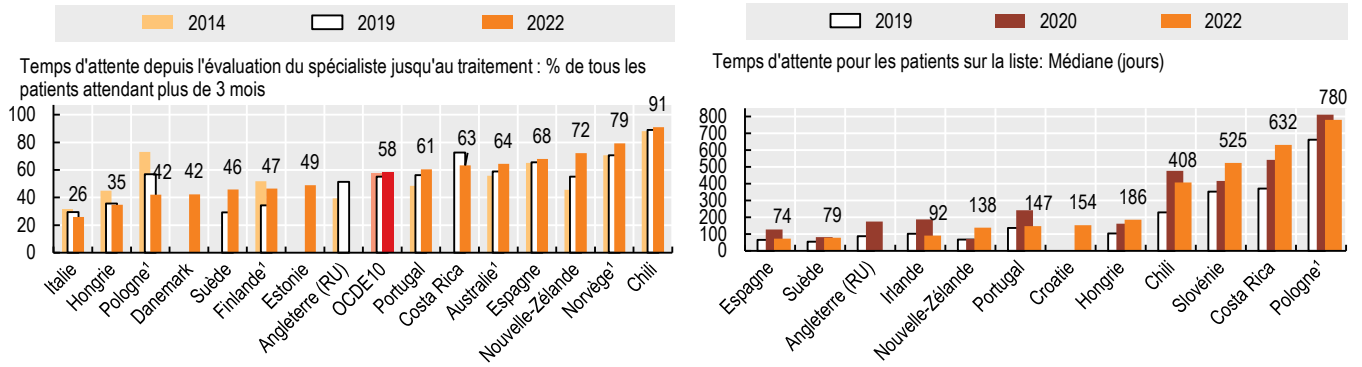
Graphique 5.33. Délais d'attente pour une chirurgie de la cataracte



Note : Moyenne de l'OCDE calculée sur la base de 10 pays pour lesquels toutes les années sont disponibles. 1. Les données étant indisponibles pour 2022, les données pour 2021 ont été utilisées.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/tlfkhd

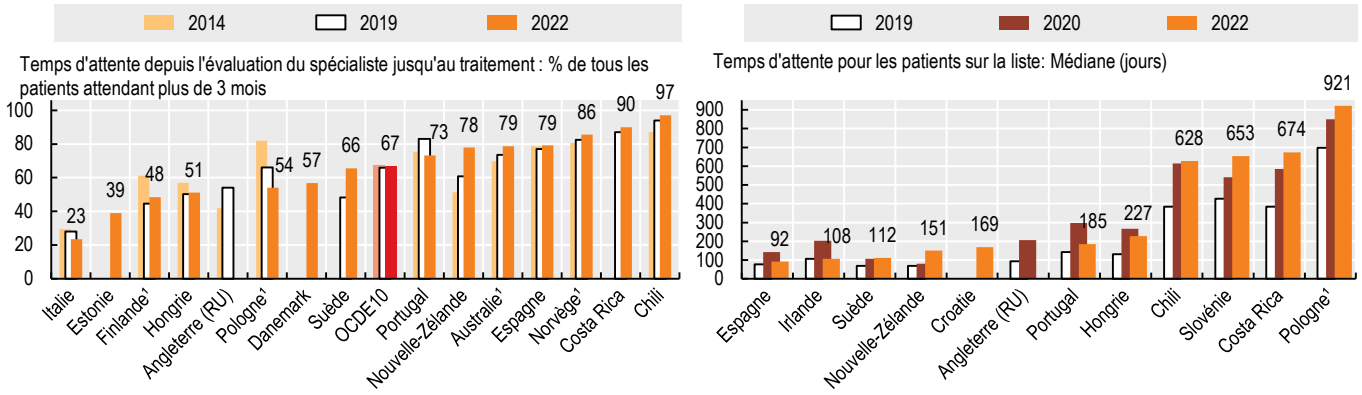
Graphique 5.34. Délais d'attente pour une arthroplastie de la hanche



Note : Moyenne de l'OCDE calculée sur la base de 10 pays pour lesquels toutes les années sont disponibles. 1. Les données étant indisponibles pour 2022, les données pour 2021 ont été utilisées.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/n41dol

Graphique 5.35. Délais d'attente pour une arthroplastie du genou



Note : Moyenne de l'OCDE calculée sur la base de 10 pays pour lesquels toutes les années sont disponibles. 1. Les données étant indisponibles pour 2022, les données pour 2021 ont été utilisées.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/y7v2mx

6 Qualité et résultats des soins

Vaccination de routine
Dépistage du cancer
Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires
Hospitalisations évitables
Traitement du diabète
Des soins ambulatoires centrés sur la personne
Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients
Sécurité des soins intensifs – complications chirurgicales et traumatismes obstétricaux
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)
Mortalité après un accident vasculaire cérébral
Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs
Prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux
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 des maladies infectieuses telles que la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole, l'hépatite B et la grippe est la vaccination de masse des populations du monde entier. Toutefois, des taux de couverture nationale élevés peuvent ne pas suffire à enrayer la propagation de la maladie si les taux de vaccination sont variables selon les zones de territoires nationaux ou si l'adhésion est faible dans certains groupes de population. Par conséquent, l'action des pouvoirs publics visant à susciter la confiance du grand public dans la sécurité et l'efficacité de la vaccination, tous groupes de population confondus, est essentielle pour la réussite des programmes de vaccination (OCDE, 2021[1]).

Le Graphique 6.1 illustre la couverture vaccinale pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole à l'âge de 1 an. Dans les pays de l'OCDE, les taux de vaccination sont élevés : conformément aux recommandations, environ 93 % des enfants ont été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole en 2022. Malgré des taux globaux élevés en ce qui concerne la rougeole, près de la moitié des pays n'atteignent pas les niveaux minimaux d'immunisation (95 %) recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour prévenir la propagation de la maladie. Les taux de vaccination contre la rougeole, qui est souvent combinée à la vaccination contre la rubéole et/ou les oreillons, sont particulièrement bas en Pologne (71 %) et en Estonie (78 %). En ce qui concerne la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), près d'un pays de l'OCDE sur cinq n'atteint pas le niveau minimum de vaccination recommandé par l'OMS (90 %), et le taux de vaccination est particulièrement bas au Mexique (83 %).

De manière générale, les taux de vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et la rougeole ont légèrement diminué (de moins de 2 points de pourcentage) entre 2019 et 2022 dans les pays de l'OCDE. Cela peut être le signe que le grand public a perdu confiance dans la vaccination au cours de la pandémie. Par rapport à 2015, la perception de l'importance de faire vacciner les enfants avait diminué de plus d'un tiers en Corée (atteignant 48 %) et au Japon (54 %) en 2022 (UNICEF Innocenti, 2023[2]). Au sein de l'Union européenne (UE), le pourcentage de personnes ayant confiance dans la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole était de 85 % en 2022, contre 88 % en 2020. En Europe, les vaccins inspirent de moins en moins confiance aux jeunes, ce qui pourrait entraîner un nouveau recul de la vaccination de routine des enfants (Figueiredo et al., 2022[3]).

La grippe est une maladie infectieuse courante, responsable de 3 à 5 millions de cas graves dans le monde chaque année, ainsi que de 650 000 décès (OMS, 2019[4]). Comme de nombreux pays, les États-Unis ont vu le nombre de cas de grippe diminuer considérablement depuis le début de la pandémie de COVID-19, le niveau le plus bas de la dernière décennie ayant été enregistré au cours de la saison 2021-22. Au sein de l'UE, cependant, la saison 2021-22 a marqué le retour d'une activité accrue du virus de la grippe après la faible circulation observée pendant la pandémie. Étant donné que les personnes âgées courent un plus grand risque d'être victimes de complications graves dues à la grippe, telles que la pneumonie et la septicémie, qui peuvent entraîner une maladie grave ou la mort, l'OMS recommande que 75 % des personnes âgées de 65 ans et plus soient vaccinées contre la grippe saisonnière.

Le Graphique 6.2 montre que l'objectif de 75 % fixé par l'OMS n'a été atteint qu'au Royaume-Uni (81 %), en Corée (80 %) et au Danemark et en Irlande (75 %) en 2021, tandis que le taux de vaccination antigrippale de ce groupe vulnérable était très faible (moins de 15 %) en Lettonie, en Pologne et en République slovaque ainsi qu'en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE.

Contrairement aux taux de vaccination des enfants, les taux de vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus ont augmenté dans les pays de l'OCDE, passant de 48 % en 2019 à 55 % en moyenne en 2021, ce qui traduit une confiance croissante du grand public dans la vaccination contre la grippe ces dernières années dans la plupart des pays européens, par exemple (Figueiredo et al., 2022[3]). C'est au Danemark et en Norvège que l'augmentation des taux de vaccination est la plus notable, avec une hausse d'environ 20 points de pourcentage depuis 2019. On peut néanmoins citer quelques exceptions à cette tendance générale, les taux de vaccination ayant diminué d'environ 5 points au Costa Rica, en Lettonie, en Corée et au Mexique au cours des dernières années.

Définition et comparabilité

Le taux de vaccination des enfants reflète le pourcentage d'enfants qui reçoivent la vaccination considérée 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 chaque pays.

Certains pays administrent des vaccins combinés (par ex. DTC), tandis que d'autres administrent des vaccins séparés. Certains évaluent si un vaccin a été administré sur la base d'enquêtes, et d'autres d'après les données tirées d'entretiens ; ces facteurs peuvent influer sur les résultats.

Le taux de vaccination contre la grippe correspond 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. Sauf indication contraire, les données indiquées pour 2021 se rapportent à l'année civile 2021 ou à la saison grippale 2021/22.

Références

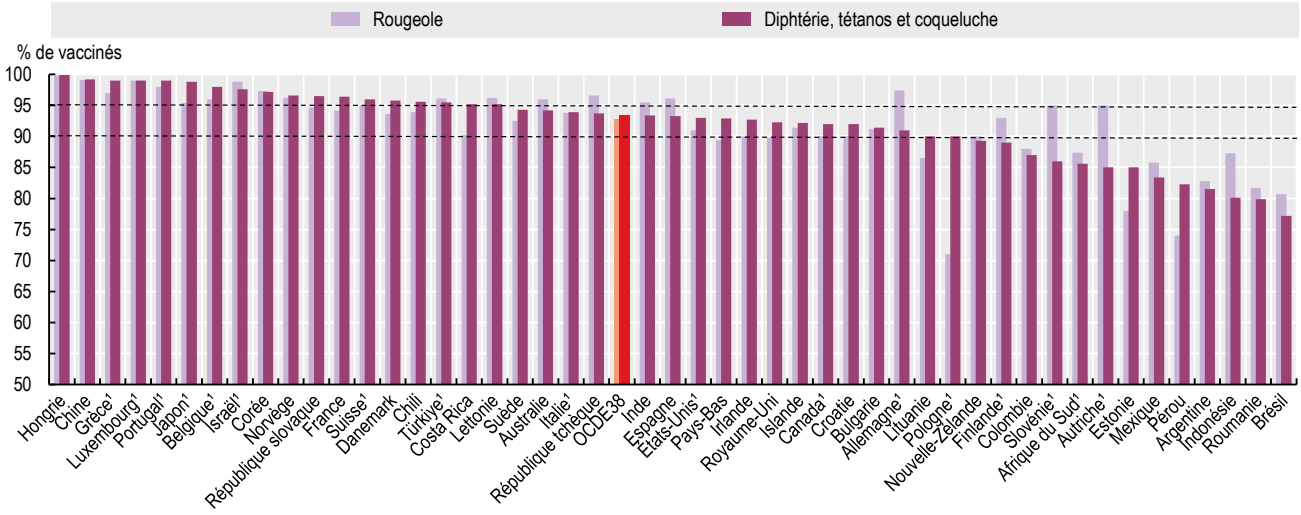
Figueiredo, A. et al. (2022), *State of Vaccine Confidence in the European Union 2022*, Bureau des publications de l'Union européenne, https://data.europa.eu/doi/10.2875/149743. [3]

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. [1]

OMS (2019), *Global Influenza Strategy 2019-2030*, Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184. [4]

UNICEF Innocenti (2023), *For every Child, Vaccination, The State of the World's Children 2023*, UNICEF Innocenti – Centre mondial de la recherche et de la prospective, https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2023-full-report-English.pdf (accessed on 16 June 2023). [2]

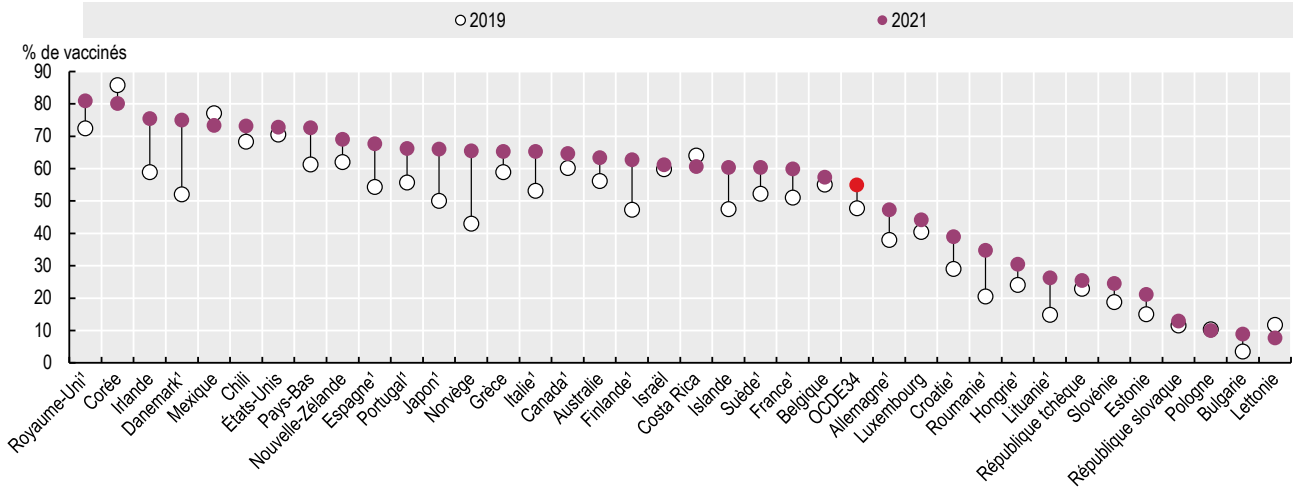
Graphique 6.1. Pourcentage d'enfants âgés de 1 an vaccinés contre la rougeole ainsi que la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 2022 (ou année la plus proche)



1. Les données sont des estimations qui renvoient à 2021. 2. Les lignes indiquent les objectifs minimaux fixés par l'OMS, à savoir 95 % pour la rougeole et 90 % pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC).
Source : OMS/UNICEF.

StatLink https://stat.link/eitzb4

Graphique 6.2. Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus vaccinée contre la grippe, 2019 et 2021



Note : Sauf indication contraire, les données indiquées pour 2021 se rapportent à l'année civile 2021 ou à la saison grippale 2021/22. 1. les données se rapportent à l'année civile 2020 ou à la saison grippale 2020/21.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/iw92s8

Dépistage du cancer

Un diagnostic précoce et un mode de vie sain (voir le chapitre 4 « Facteurs de risque pour la santé ») sont essentiels dans la lutte contre le cancer. Le dépistage est considéré comme un moyen efficient de réduire la charge que représentent le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. La plupart des pays de l'OCDE disposent de programmes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus ainsi que du cancer colorectal pour les populations cibles, mais pour chaque type de cancer, la population cible, la fréquence et les méthodes de dépistage peuvent varier d'un pays à l'autre.

Dans le cas du cancer du sein, l'OMS recommande l'organisation de programmes de dépistage par mammographie au sein de la population et souligne l'importance d'aider les femmes à décider en connaissance de cause si elles souhaitent participer à ces programmes, en tenant compte à la fois des avantages et des risques de la mammographie (OMS, 2014[1]). Les pays de l'OCDE proposent généralement un dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à-69 ans.

Le Graphique 6.3 illustre la proportion de femmes âgées de 50-69 ans ayant fait une mammographie au cours des deux années précédant 2011, 2019 et 2021. Le taux de dépistage varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre ; ainsi, sur la période la plus récente, le taux le plus élevé est observé au Danemark (83 % de la population cible) et le taux le plus bas au Mexique et en Türkiye, où moins de 25 % des femmes de la tranche d'âge cible a fait une mammographie au cours des deux dernières années.

Alors que les taux de dépistage du cancer étaient généralement en hausse avant la pandémie de COVID-19, ils ont chuté à son début. Les programmes de dépistage du cancer ont souvent été interrompus, l'objectif étant de couvrir en priorité les besoins médicaux urgents ; de nombreuses personnes ont également reporté leurs démarches médicales, y compris le dépistage du cancer, afin de réduire le risque de transmission du COVID-19 (OCDE, 2021[2]). Dans la plupart des pays de l'OCDE, les taux de dépistage du cancer en 2021 restent inférieurs à ceux de 2019.

Ainsi, en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le taux moyen de dépistage en 2021 est inférieur de 5 points à celui de 2019 (Graphique 6.3), même si cet écart masque des variations dans le temps des taux de dépistage d'un pays à l'autre. Alors que la plupart des pays de l'OCDE ont constaté une augmentation du recours au dépistage après la phase initiale de la pandémie, et que certains pays comme le Costa Rica, l'Estonie, la Finlande et la Slovénie ont enregistré des taux plus élevés en 2021 qu'en 2019, environ un tiers des pays de l'OCDE ont continué à observer une baisse des taux de dépistage en 2021.

Dans les pays de l'OCDE, le dépistage du cancer du col de l'utérus est souvent proposé tous les trois ans aux femmes âgées de 20 à 69 ans, bien que la population cible et la fréquence du dépistage puissent évoluer avec l'intégration des programmes de vaccination contre le papillomavirus (HPV) dans la plupart des pays. L'OMS recommande aux pays de s'efforcer d'atteindre un taux d'incidence inférieur à quatre nouveaux cas de cancer du col de l'utérus pour 100 000 femmes chaque année. Pour atteindre cet objectif, l'OMS recommande un taux de couverture vaccinale contre le HPV de 90 % chez les filles de moins de 15 ans, une couverture de 70 % du dépistage du cancer du col de l'utérus à 35 et 45 ans et une amélioration de la prise en charge (c'est-à-dire le traitement de 90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses et de 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif) (OMS, 2022[3]).

Le Graphique 6.4 montre que la proportion de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant fait l'objet d'un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois années précédentes varie considérablement d'un pays à l'autre. En 2021, le taux le plus élevé de dépistage du cancer du col de l'utérus était de 79 % en Suède, puis de 75 % en République tchèque, tandis que le taux le plus bas était de 3 % au Costa Rica.

Comparé aux cancers du sein et du col de l'utérus, les pays de l'OCDE sont moins nombreux à disposer de programmes nationaux de dépistage du cancer colorectal. Une recherche biennale de sang occulte dans les selles est généralement recommandée pour les personnes âgées de 50 à 60 ans, mais certains pays utilisent d'autres méthodes, notamment la coloscopie, ce qui engendre des différences en ce qui concerne les fréquences de dépistage recommandées et complique les comparaisons des taux de dépistage entre les pays.

Le Graphique 6.5 illustre les taux de couverture des programmes de dépistage du cancer colorectal établis à partir de protocoles des programmes nationaux de dépistage. La proportion est variable, le taux le plus élevé étant enregistré en Finlande (79 %), puis aux États-Unis (73 %) et aux Pays-Bas (71 %), et le taux le moins élevé (moins de 3 %) en Hongrie.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal a également été affecté par la pandémie de COVID-19, mais le report du dépistage, puis le diagnostic et le traitement tardifs, peuvent entraîner de moins bons résultats pour les patients. Pour en atténuer le plus possible les conséquences, de nombreux pays de l'OCDE se sont efforcés d'accroître le recours au dépistage et de réduire les retards de diagnostic du cancer. Les tendances en matière de recours au dépistage depuis la pandémie ne sont pas nécessairement cohérentes selon les différents types de dépistage du cancer au sein d'un même pays, ce qui tend à montrer la nécessité d'adopter des stratégies spécifiques pour l'amélioration de la couverture de chaque dépistage du cancer.

Définition et comparabilité

Les taux de dépistage sont basés sur des données d'enquêtes ou de programmes. Les données de programmes sont recueillies en vue de la surveillance des programmes nationaux de dépistage, mais des différences en matière de groupes d'âge cible, de fréquence de dépistage et de méthodes de dépistage peuvent engendrer des variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne les données rapportées. Les données d'enquête peuvent être affectées par un biais de rappel. Les données d'enquête sur le dépistage du cancer colorectal proviennent de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 en ce qui concerne les pays d'Europe qui ne communiquent pas de données de programme et portent sur les personnes de 50 à 74 ans qui déclarent avoir subi un test de recherche de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années.

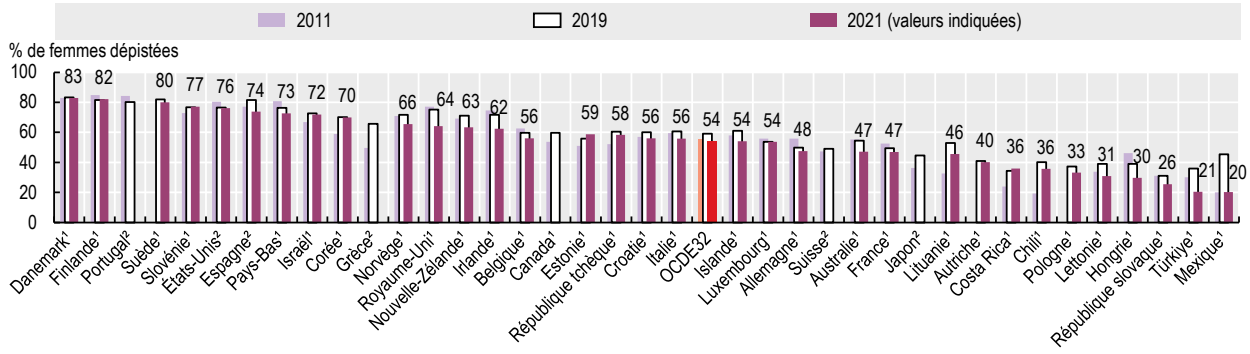
Références

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. [2]

OMS (2022), *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique*, Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/handle/10665/359003. [3]

OMS (2014), *WHO position paper on mammography screening*, Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/handle/10665/137339. [1]

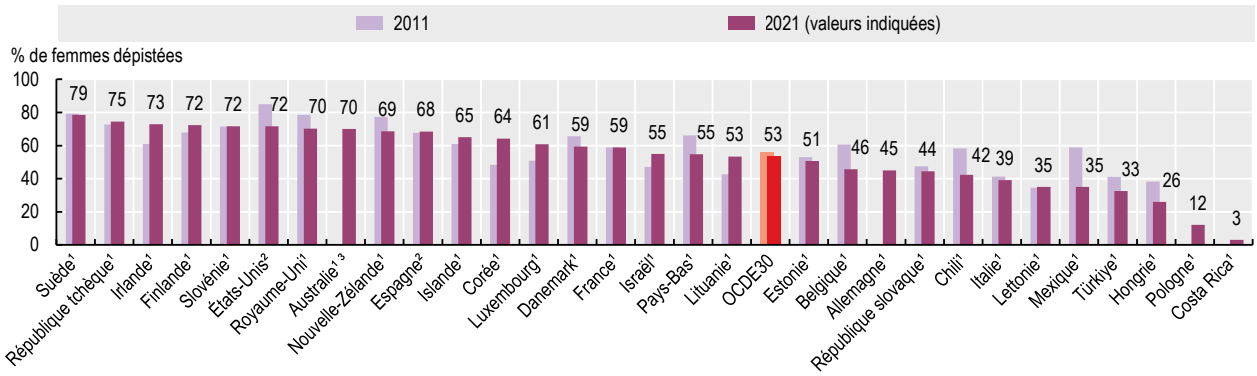
Graphique 6.3. Dépistage par mammographie réalisé chez les femmes de 50 à 69 ans au cours des deux dernières années, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les données pour la Belgique, le Mexique et l'Espagne datent de 2020 et non de 2021. Les données pour le Portugal se rapportent à 2014 et non à 2011.
1. Données de programmes. 2. Données d'enquêtes.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/l1ckd4

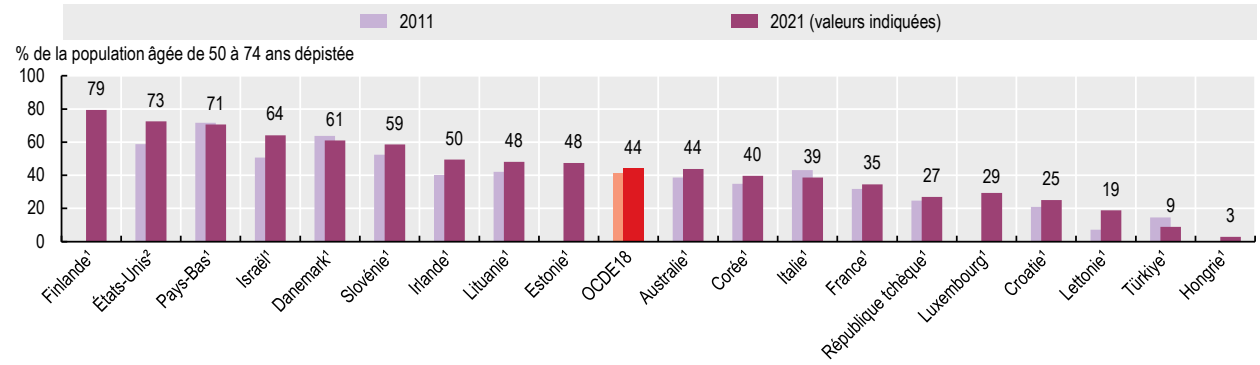
Graphique 6.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 20 à 69 ans au cours des trois dernières années, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données de programmes. 2. Données d'enquêtes. 3. Les données concernent la prise en charge sur la période 2018-21,
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/84k1rf

Graphique 6.5. Taux de dépistage du cancer colorectal, 2011 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Données de programmes. 2. Données d'enquêtes.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/q9k0p5

Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires

La sécurité des médicaments peut être utilisée comme un indicateur de la qualité des soins, en venant compléter les informations relatives à la consommation et aux dépenses de produits pharmaceutiques (voir le chapitre 9). La surconsommation, la sous-consommation ou le mauvais usage des médicaments prescrits peuvent avoir des effets non négligeables sur la santé des patients et entraîner des dépenses inutiles. C'est le cas des opioïdes et des antibiotiques, par exemple.

Ainsi, il est recommandé de prescrire des antibiotiques uniquement en cas de besoin clairement étayé par des données probantes, l'objectif étant de diminuer le risque d'apparition de souches résistantes de bactéries. Le volume total d'antibiotiques prescrits a été validé en tant qu'indicateur de qualité dans le cadre des soins primaires, compte tenu de l'inquiétude croissante en matière de santé publique causée par la résistance aux antimicrobiens dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2018[1]).

Le Graphique 6.6 illustre le volume total d'antibiotiques prescrits en 2021, par rapport à 2019 et 2011. En moyenne, 13 doses quotidiennes définies d'antibiotiques pour 1 000 habitants ont été prescrites dans les pays de l'OCDE en 2021, soit une réduction du volume global prescrit par rapport à 2011 (18) et 2019 (17). Le volume total d'antibiotiques prescrits en 2021 variait du simple au triple selon les pays de l'OCDE. Ainsi, l'Autriche, les Pays-Bas et l'Allemagne ont enregistré les volumes les plus faibles par rapport à la population, tandis que la Grèce, la France, la Pologne et l'Espagne ont enregistré les volumes les plus élevés, les pays candidats à l'adhésion à l'OCDE, à savoir la Roumanie et la Bulgarie, enregistrant des volumes encore plus élevés. Ces disparités peuvent 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, sur le plan de la demande, par les différences d'attitudes et d'attentes vis-à-vis du traitement optimal des maladies infectieuses. Outre des recommandations plus strictes et les évolutions en matière de pratiques médicales, dans la période la plus récente, cela est probablement dû à une diminution du nombre de cas de maladies infectieuses grâce au renforcement des mesures de sécurité associées à la pandémie COVID-19, telles que le lavage des mains, le port du masque et une réduction de l'ensemble des interactions sociales.

Les opioïdes sont utilisés pour le traitement de la douleur aiguë, comme la douleur associée au cancer. Cependant, depuis dix ans, ils sont de plus en plus utilisés pour le traitement des douleurs chroniques, malgré le risque de dépendance et d'accoutumance, entraînant de graves risques pour la santé, pouvant souvent aller jusqu'à la mort. 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[2]).

Le Graphique 6.7 montre que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le volume moyen d'opioïdes prescrits dans le cadre des soins primaires en 2021 était de 13 doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants adultes. L'Islande a déclaré des volumes presque trois fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE, avec 35 doses quotidiennes définies pour 1 000 habitants adultes ; la Türkiye et la Corée ont déclaré les volumes les plus faibles, qui étaient inférieurs ou égaux à 1 dose quotidienne définie. 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. La plupart des pays ayant fourni des données font état d'un léger recul du volume global d'opioïdes prescrits en 2021 par rapport à 2019, ce qui confirme la tendance à la baisse observée depuis 2012. Toutefois, les décès dus à la consommation d'opioïdes restent un problème majeur de santé publique, notamment aux États-Unis (voir la section « Consommation de drogues illicites » au chapitre 4).

Les anticoagulants visent à prévenir la formation de caillots sanguins. Toutefois, lorsqu'ils sont prescrits en association avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à prendre par voie orale, la probabilité de survenue d'un événement hémorragique iatrogène est plus élevée, ce qui limite l'effet des anticoagulants sur la prévention des accidents vasculaires cérébraux. Les médecins et les décideurs doivent donc être conscients que les personnes qui se voient prescrire des anticoagulants doivent être protégées contre les risques liés à la combinaison de ces médicaments avec des prescriptions d'AINS (Penner et al., 2022[3]).

Le Graphique 6.8 illustre la proportion de patients ayant une ordonnance renouvelable d'anticoagulant et d'AINS par rapport à l'ensemble des patients sous anticoagulants. Cette proportion varie d'un pays à l'autre, la Suède et la Finlande se situant à l'extrémité inférieure (respectivement, 2.9 % et 5.2 %), tandis que l'Estonie, l'Islande, l'Italie, la Slovénie et le Portugal affichent une proportion supérieure à 15 %. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, cette proportion a diminué depuis 2011, passant de 17 % à 15 % en 2019 et, plus récemment, à 13 % en 2021.

Définition et comparabilité

La DQD correspond à la dose d'entretien moyenne supposée, 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 : www.whocc.no/atcddd.

Le dénominateur de l'indicateur sur le volume global d'antibiotiques prescrits comprend la population totale, tandis que le dénominateur de l'indicateur sur le volume global d'opioïdes prescrits ne comprend que la population adulte (âgée de 18 ans et plus) ayant une ordonnance d'au moins un de ces médicaments. Les données relatives aux pays de l'UE/EEE ne concernent que la consommation d'antibiotiques au sein de la communauté.

S'agissant de l'indicateur sur les patients ayant une ordonnance renouvelable d'anticoagulant et d'AINS à prendre par voie orale, le dénominateur correspond à l'ensemble des patients sous anticoagulants (>270 DQD). Cet indicateur ne concerne que la sécurité de la prescription/délivrance, et non le risque encouru par les patients, car les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont également disponibles sans ordonnance (en vente libre).

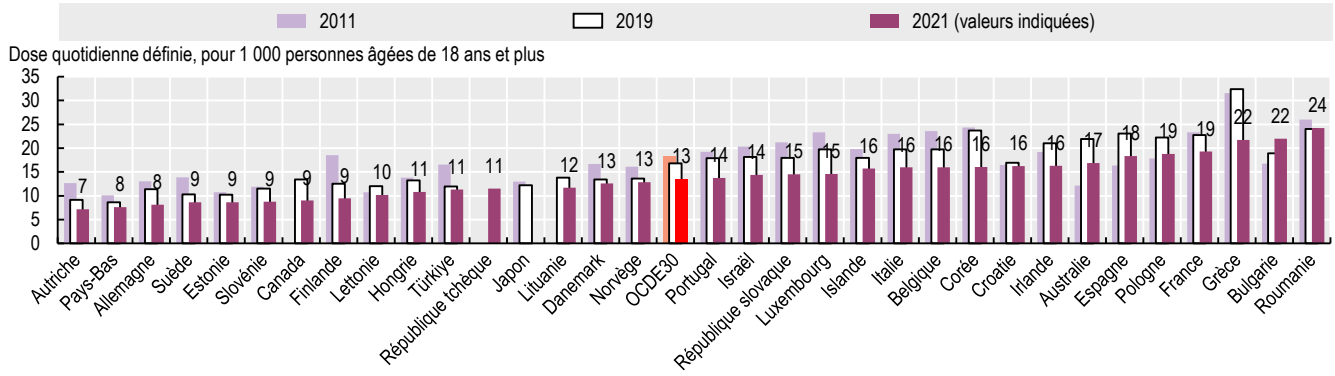
Références

OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a18286f0-en. [2]

OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264307599-en. [1]

Penner, L. et al. (2022), "Does coprescribing nonsteroidal anti-inflammatory drugs and oral anticoagulants increase the risk of major bleeding, stroke and systemic embolism?", *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 88/11, pp. 4789-4811, https://doi.org/10.1111/bcp.15371. [3]

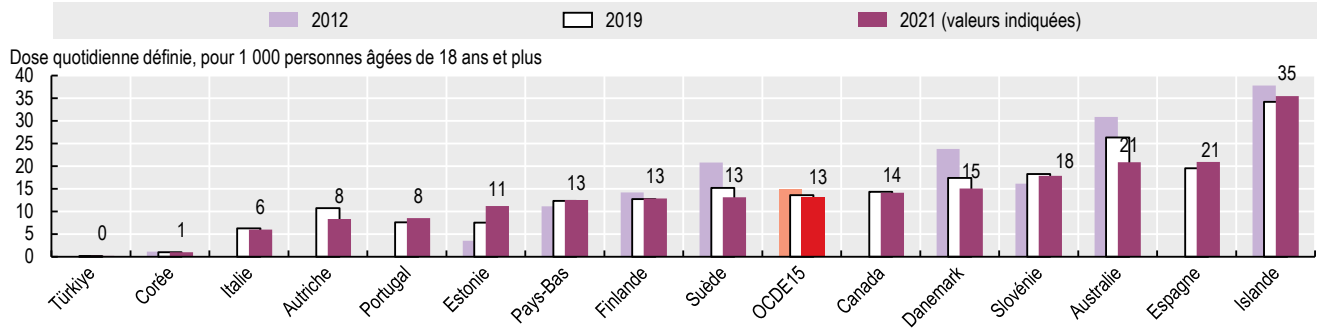
Graphique 6.6. Volume total d'antibiotiques prescrits, 2011, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



Note : Les données du Canada incluent uniquement la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan.
Source : ECDC 2023 (pour les pays de l'UE/EEE) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/7olu0y

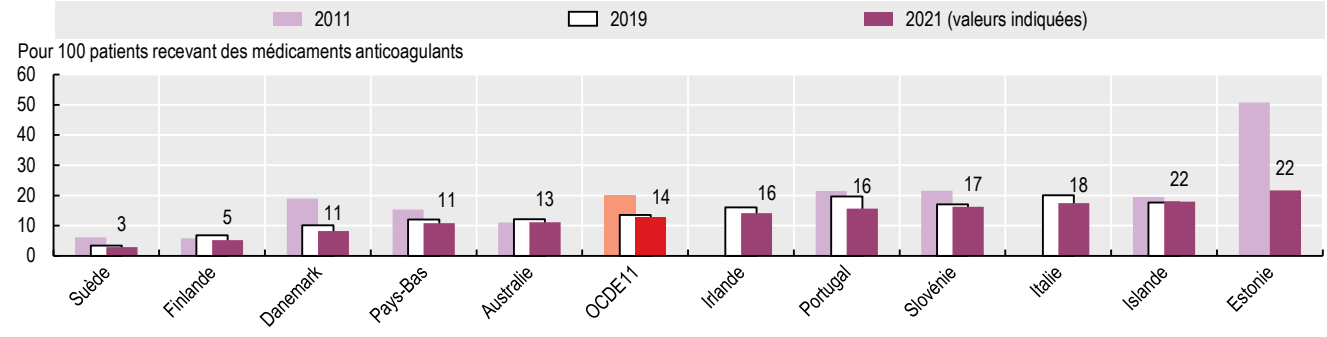
Graphique 6.7. Volume total d'opioïdes prescrits dans la population adulte, 2012, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



Note : Les produits utilisés dans le traitement de la toxicomanie ne sont pas pris en compte. Les données du Canada incluent uniquement la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/dgjer7

Graphique 6.8. Proportion de patients ayant une ordonnance renouvelable d'anticoagulant et d'AINS à prendre par voie orale, 2011, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/f4hoyd

Hospitalisations évitables

L'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) sont des affections de longue durée très répandues. 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 BPCO ou d'ICC. Les hospitalisations pour ces pathologies sont en grande partie évitables et sont donc utilisées comme marqueur de la qualité et de l'accès aux soins primaires, à condition que des taux d'hospitalisation très faibles puissent également refléter en partie un accès réduit aux soins intensifs.

Les soins primaires sont souvent le premier point de contact des personnes avec le système 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 un spécialiste ou 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 socioéconomiques sur le plan de la santé et de centrer le système de santé sur la personne, tout en faisant un meilleur usage des ressources disponibles (OCDE, 2020[1]). La pandémie de COVID-19 a également souligné l'importance de soins primaires solides pour la prévention des maladies, sachant que les personnes souffrant de maladies chroniques sont davantage exposées aux risques d'effets néfastes sur la santé dus aux infections.

Le Graphique 6.9 montre que les taux combinés d'hospitalisation pour asthme et BPCO variaient d'un facteur de 15 selon les pays de l'OCDE en 2021, le Mexique, l'Italie et le Chili enregistrant les taux les plus bas, et l'Australie et le Danemark les plus élevés, qui étaient plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Avant la pandémie, les taux d'hospitalisation pour asthme et BPCO ont baissé dans presque tous les pays de l'OCDE, de 13 % en moyenne entre 2011 et 2019. Cette baisse a été plus importante en République slovaque et en Lituanie, où le taux était élevé en 2011, ce qui a réduit la variation entre les pays. Pendant la pandémie, la baisse a été plus importante, la diminution moyenne dans les pays de l'OCDE étant d'environ 40 % entre 2019 et 2021, mais cela reflète probablement en partie l'accès plus limité aux soins hospitaliers à ce moment-là.

Les taux d'hospitalisation pour ICC variaient d'un facteur de 13 selon les pays de l'OCDE, comme le montre le Graphique 6.10. Le Mexique et le Costa Rica ont enregistré les taux les plus bas, tandis que la Pologne a déclaré un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE. Comme pour l'asthme et la BPCO, le taux moyen d'admission dans les pays de l'OCDE a diminué (de 6 %) entre 2011 et 2019. Pendant la pandémie, le taux a encore diminué dans la plupart des pays ; ainsi, les pays de l'OCDE ont enregistré en moyenne une baisse de 20 % environ entre 2019 et 2021. Seuls le Costa Rica et la Norvège ont enregistré une augmentation.

S'il est vrai que les améliorations globales constatées entre 2011 et 2019 ont fait progresser la qualité des soins primaires, il se peut que l'investissement dans ces services ne soit toujours pas suffisamment rapide, ce qui peut entraîner des dépenses inutiles en soins hospitaliers onéreux (OCDE, 2017[2]). L'accélération de la baisse des hospitalisations entre 2019 et 2021 est probablement due aux difficultés d'accès aux soins et à l'hésitation des patients à se faire soigner régulièrement pendant la pandémie de COVID-19. Toutefois, elle peut également refléter indirectement l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de leur qualité dans une certaine mesure, étant donné que les pays de l'OCDE ont rapidement adopté la télémédecine et les outils numériques pour faciliter l'accès ; début 2021, près d'un adulte sur deux avait consulté son médecin à distance dans 22 pays européens sur 27 ((OCDE, 2023[3])] ; voir la section sur la « santé numérique » au chapitre 5). 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, en veillant dans le même temps à limiter la hausse des coûts des soins de santé (OCDE, 2020[1]).

Définition et comparabilité

Les indicateurs se définissent comme le nombre d'hospitalisations avec un diagnostic primaire d'asthme, de BPCO ou d'ICC chez les personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les taux sont standardisés suivant l'âge et le sexe de la population de l'OCDE en 2015. 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.

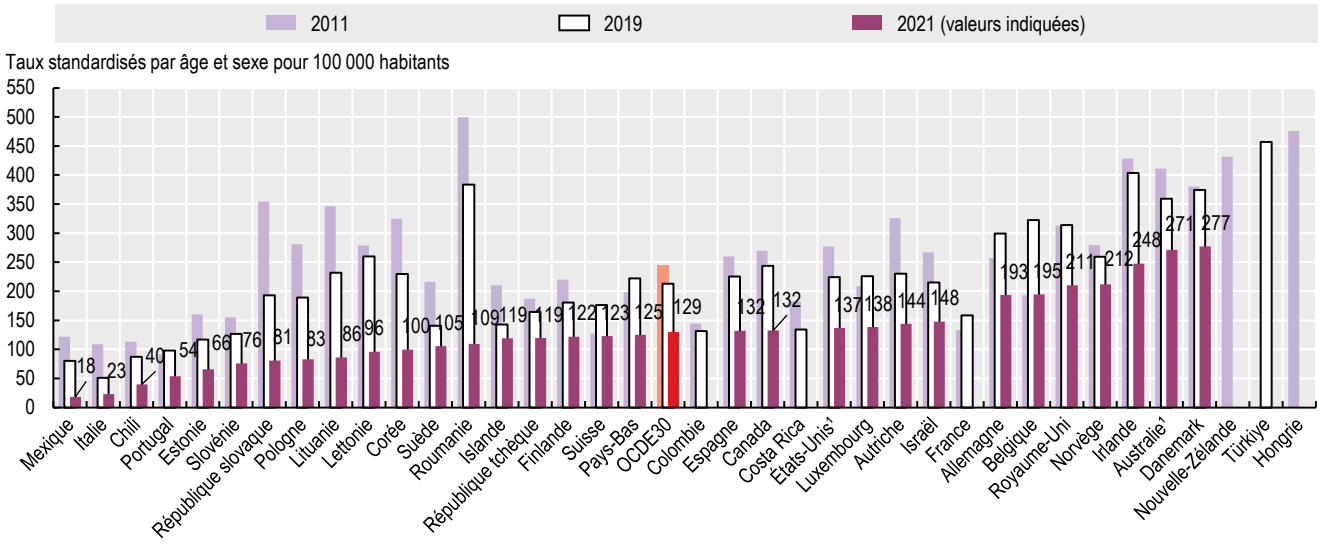
Références

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [3]

OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [1]

OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. [2]

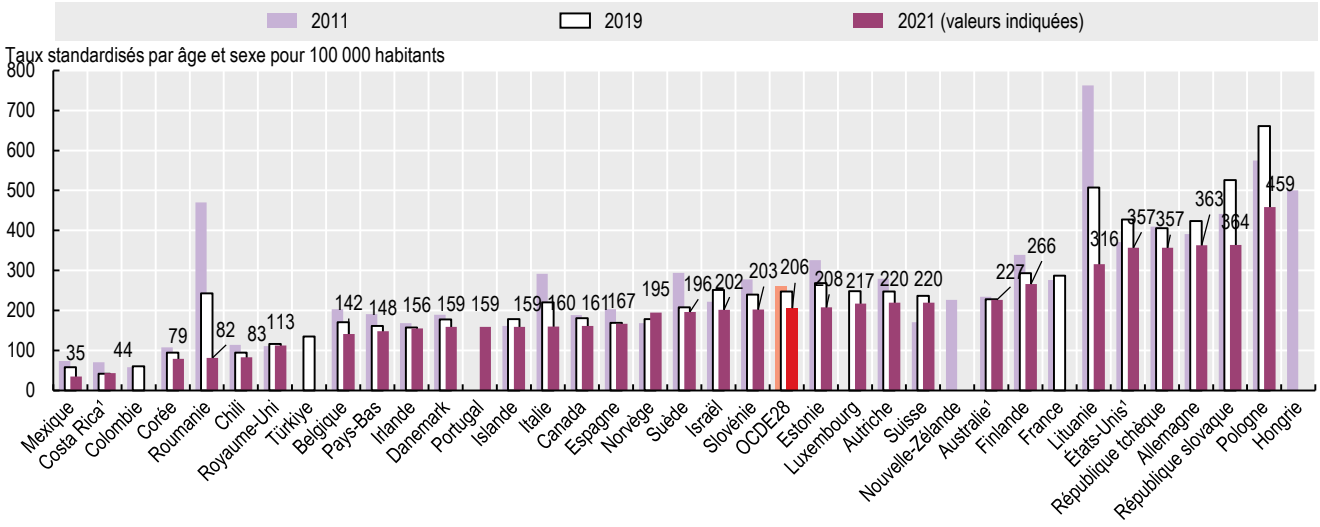
Graphique 6.9. Hospitalisations pour asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive chez les adultes, 2011, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Les dernières données se rapportent non à 2021 mais à 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/ivnb7g

Graphique 6.10. Hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive chez les adultes, 2011, 2019 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Les dernières données se rapportent non à 2021 mais à 2020 (et 2022 pour le Costa Rica).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/d680wi

Traitement du diabète

La gestion efficace du diabète est une priorité de santé publique, sachant qu'environ 537 millions d'adultes dans le monde souffrent de cette maladie selon les estimations. L'importance de la prévention et de la prise en charge du diabète a été d'autant plus mise en évidence face au COVID-19, qui entraîne chez les diabétiques des risques élevés d'hospitalisation et de mortalité. Le nombre de décès dus au diabète continue d'augmenter dans le monde, atteignant 6.7 millions en 2021. On prévoit que d'ici à 2045, environ 783 millions d'adultes seront atteints de cette maladie, et si l'on tient compte de l'impact du COVID-19, les conséquences du diabète risquent d'être encore plus lourdes (FID, 2021[1]).

Le diabète est l'une des principales causes de maladies cardiovasculaires, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur, et le suivi continu du diabète suppose généralement une part considérable d'autogestion ; par conséquent, l'instruction et la formation des patients sont au cœur des soins primaires des personnes diabétiques (OCDE, 2020[2]). Dans la plupart des cas, les admissions à l'hôpital pour cause de diabète peuvent être évitées grâce à des soins primaires de qualité. En particulier, le contrôle efficace de la glycémie dans le cadre d'un suivi systématique, d'une modification du régime alimentaire et d'une activité physique régulière permet de réduire la survenue de complications graves et les hospitalisations. 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 6.11 montre qu'en 2021, les hospitalisations pour cause de diabète variaient d'un facteur de plus de 20 selon les pays de l'OCDE. Le Japon, l'Islande et l'Italie ont déclaré les taux d'admission les plus faibles, tandis que les États-Unis ont déclaré des taux près de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. La prévalence du diabète ainsi que l'accès général aux soins hospitaliers peuvent expliquer en partie ces variations. Comme pour d'autres maladies chroniques (voir la section « Hospitalisations évitables »), les admissions pour diabète ont diminué dans presque tous les pays avant et pendant la pandémie. La baisse moyenne dans les pays de l'OCDE a été de 19 % entre 2011 et 2019, et de 17 % entre 2019 et 2021. Pendant la pandémie, c'est au Mexique et en Pologne que cette baisse a été la plus importante, ce qui est peut-être le signe d'un moindre recours aux services médicaux dans de multiples structures.

Chez les personnes atteintes de diabète et 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 6.12 montre des pourcentages globalement uniformes de patients diabétiques sous antihypertenseurs selon les recommandations, bien que la Türkiye, les Pays-Bas et l'Islande enregistrent un taux inférieur à 80 %. L'évolution de ces taux est restée stable ces dernières années, et la pandémie ne semble pas avoir eu beaucoup d'impact sur les habitudes de prescription en ce qui concerne les patients diabétiques, peut-être en raison d'un recours accru aux ordonnances électroniques (OCDE, 2023[3]).

Des soins primaires de qualité permettent de réduire le risque d'amputation chez les patients diabétiques, et le taux d'hospitalisations pour amputation importante d'un membre inférieur témoigne de la qualité à long terme du traitement du diabète. Le Graphique 6.13 montre d'importantes variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne les taux d'amputation chez les adultes diabétiques, l'Islande, l'Italie et la Corée affichant des taux inférieurs à 3 pour 100 000 habitants, tandis que les États-Unis enregistrent un taux supérieur à 30 pour 100 000. Les admissions pour amputation ont diminué ces dernières années ; la baisse moyenne a été d'environ 10 % entre 2011 et 2019, mais elle a été plus faible (6 % environ) pendant la pandémie.

La relation entre, d'une part, la nature, la fréquence et la durée des soins primaires prodigués pour le traitement du diabète et, d'autre part, le taux d'hospitalisations pour des complications liées à cette maladie est complexe et mérite d'être approfondie. L'enquête internationale menée par l'OCDE auprès des patients atteints de maladies chroniques (www.oecd.org/health/paris.htm), dont le diabète, devrait mettre en évidence les différences qui existent d'un pays à l'autre en ce qui concerne les performances des soins primaires et les résultats du traitement du diabète.

Définition et comparabilité

Les données relatives aux hospitalisations pour cause de diabète reposent 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. 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 calculés pour ces indicateurs sont standardisés suivant l'âge de la population de l'OCDE en 2015.

Les différences de définition des données, de pratiques de diagnostic et de codage ainsi que 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.

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 au cours d'une année spécifique. Le numérateur est le nombre de 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.

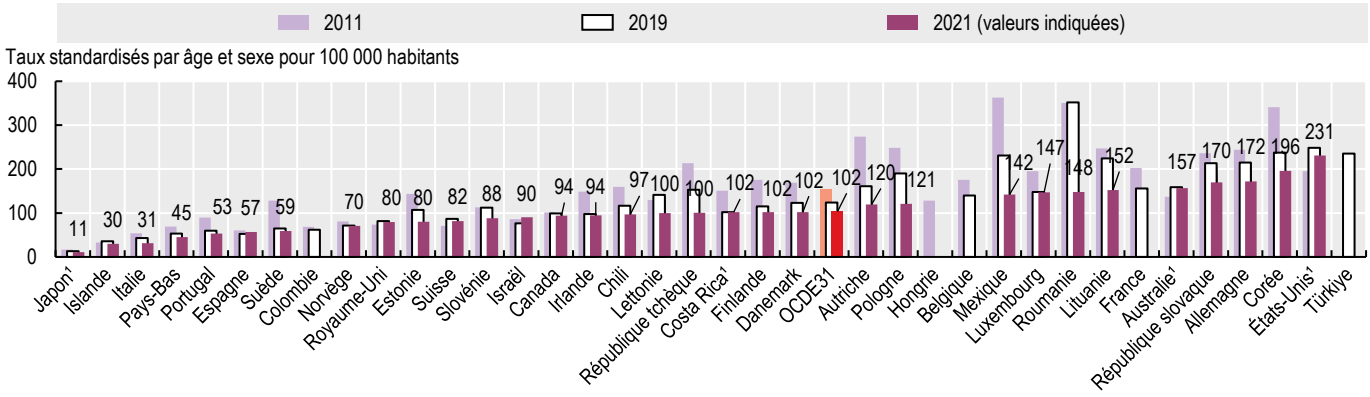
Références

FID (2021), *IDF Diabetes Atlas 2021*, Fédération internationale du diabète, https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/. [1]

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [3]

OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [2]

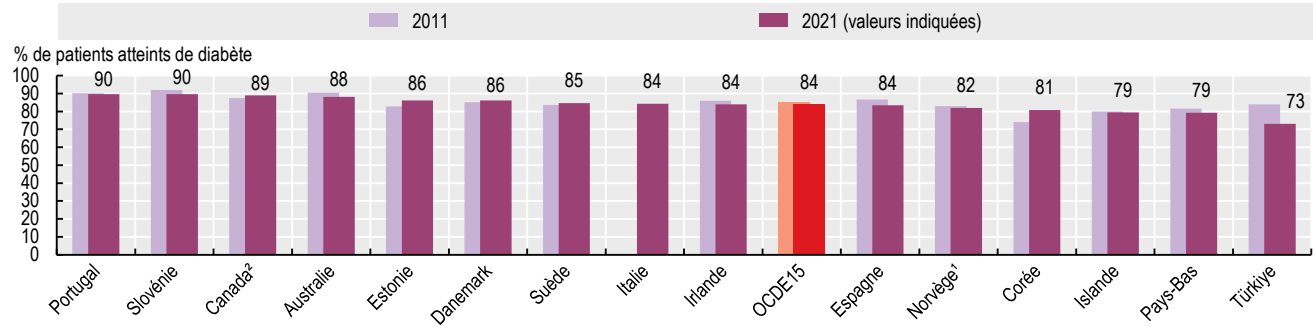
Graphique 6.11. Admission à l'hôpital pour diabète chez les adultes, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données se rapportent non à 2021 mais à 2020 (et 2022 pour le Costa Rica).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/bm3qj4

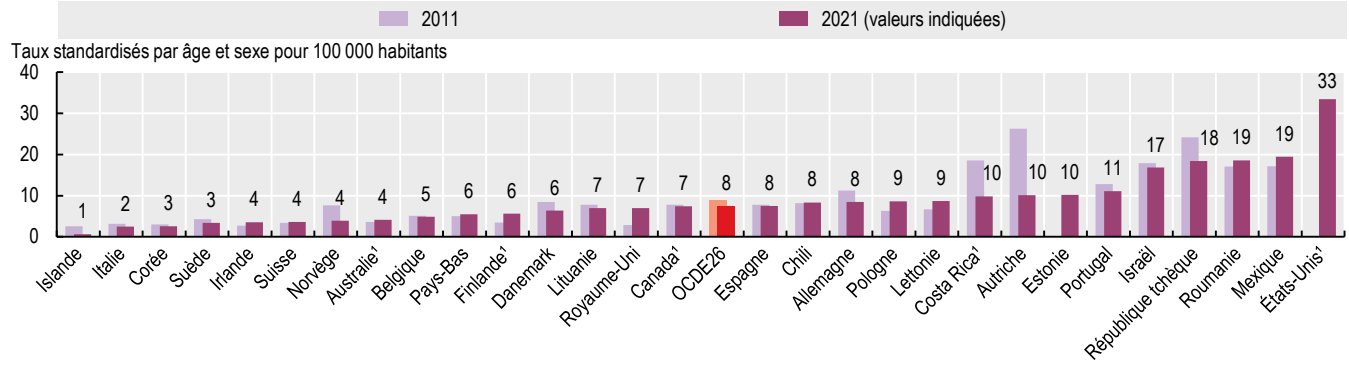
Graphique 6.12. Personnes diabétiques sous antihypertenseurs, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données se rapportent à 2019. 2. Les données incluent uniquement la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/lo7kyz

Graphique 6.13. Amputations majeures d'un membre inférieur chez les adultes diabétiques, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes de la Finlande datent de 2019, celles de l'Australie et des États-Unis de 2020 et celles du Costa Rica non de 2021 mais de 2022. Les données du Canada datent de l'année civile 2019-20.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/sxtry1

Des soins ambulatoires centrés 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 organismes spécifiques ont été créés ou des institutions existantes ont été chargées de mesurer, de suivre et de rendre compte du vécu des patients en matière de soins de santé. Cela s'est traduit par une collecte plus 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 and Klazinga, 2017[1]).

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 traitant pendant la consultation (Graphique 6.14), et précisant qu'un médecin traitant leur a fourni des explications faciles à comprendre (Graphique 6.15) et les a associés aux décisions médicales (soins et traitements) les concernant (Graphique 6.16). Le Japon affiche un taux de satisfaction particulièrement faible des patients quant au temps suffisant passé avec le médecin, ce qui reflète probablement le nombre élevé de consultations par médecin (voir la section « Consultations chez le médecin » au chapitre 5). Cependant, en Corée, où le nombre de consultations par médecin est le plus élevé, quatre patients sur cinq déclarent que les médecins leur consacrent suffisamment de temps. Divers facteurs tels que la couverture de l'enquête, les taux de réponse et les différences culturelles quant aux modes de réponse à l'enquête peuvent influer sur les variations internationales des indicateurs fondés sur les déclarations des patients.

Le niveau de revenu des patients est associé non seulement à leur accès aux soins (voir la section « Besoins de santé non satisfaits » au chapitre 5) mais aussi à leur vécu en matière de services de santé. En moyenne, dans les 11 pays de l'OCDE ayant participé aux enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2020 du Fonds du Commonwealth, les patients dont le revenu est supérieur à la moyenne déclaraient avoir vécu une meilleure expérience en matière de services de santé que les patients dont le revenu est inférieur à la moyenne pour les trois indicateurs.

Entre 2010 et 2020, le vécu des patients s'est amélioré en Estonie et en Israël pour les trois indicateurs. Cependant, la proportion de patients déclarant passer suffisamment de temps avec un médecin lors de la consultation a significativement diminué en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni, et la proportion de patients associés aux 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 du 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 qui ont un impact sur les soins aux patients (OCDE, 2021[2]). 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[3])(voir www..org/health/paris.htm).

Définition et comparabilité

De plus en plus de pays recueillent des données sur le vécu des patients par le biais d'enquêtes représentatives de la population à l'échelle nationale ou de sondages auprès des utilisateurs de services représentatifs au niveau national (Japon et Portugal). La moitié environ des pays présentés recueillent toutefois les données relatives au vécu des patients avec un médecin lambda tandis que les autres recueillent les données relatives au vécu des patients avec leur médecin traitant ou cabinet habituel.

Au total, 10 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 des enquêtes et le faible taux de réponse aux enquêtes. Les données de cette enquête concernent le vécu des patients avec un médecin généraliste. Pour les Pays-Bas, qui participent aux enquêtes internationales sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth, l'enquête nationale est utilisée comme source de données.

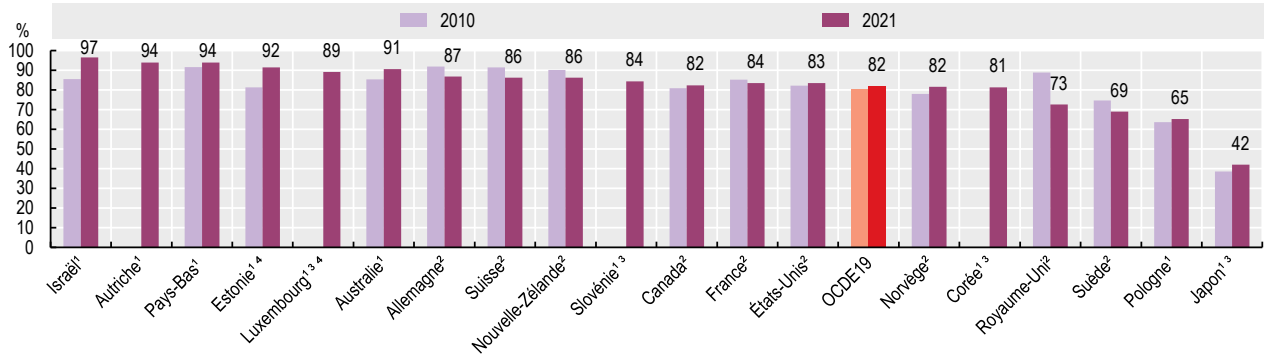
Références

Fujisawa, R. and 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*, No. 102, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/893a07d2-en. [1]

OCDE (2021), *Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS)*, OCDE, Paris, http://www.oecd.org/health/paris.htm (accessed on 26 June 2019). [3]

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. [2]

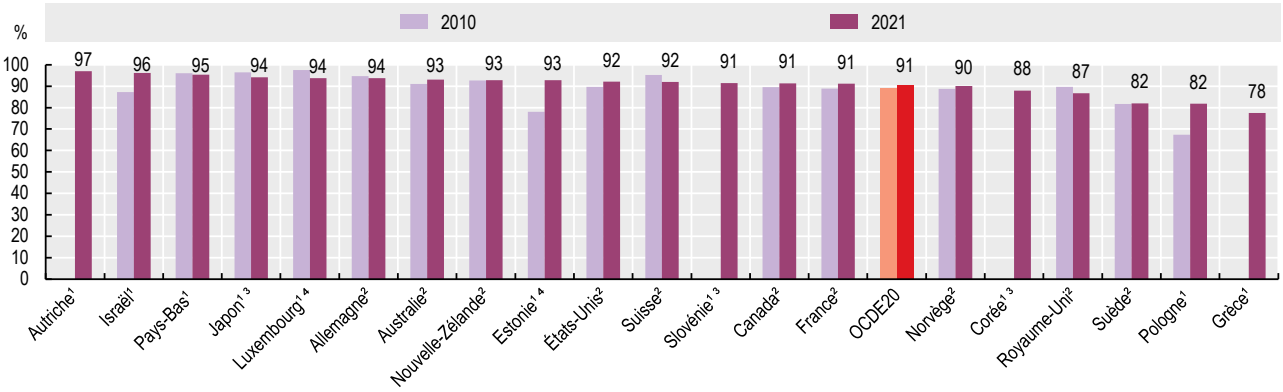
Graphique 6.14. Durée de consultation avec le médecin suffisamment longue, 2010 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données provenant de sources nationales. 2. Données issues des enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2020 du Fonds du Commonwealth.
3. Les données désignent le vécu des patients avec n'importe quel médecin. 4. Données de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/glhbrz

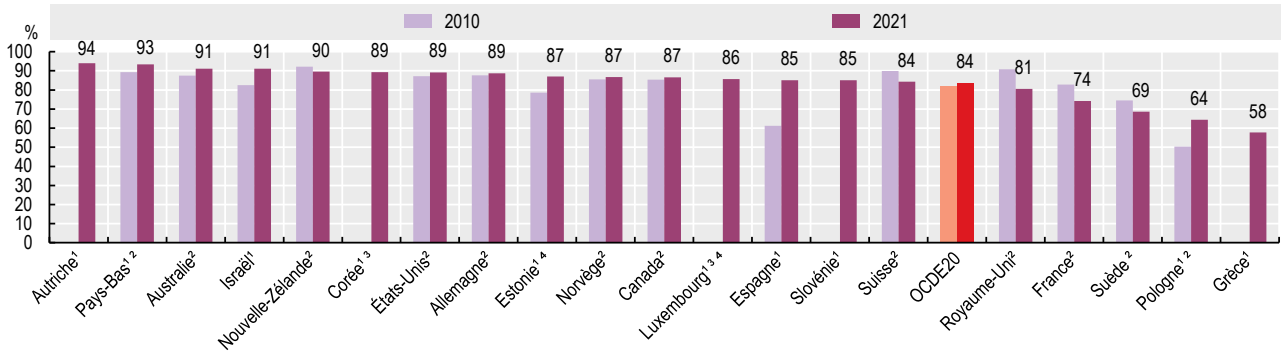
Graphique 6.15. Clarté des explications fournies par le médecin, 2010 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données provenant de sources nationales. 2. Données issues des enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2020 du Fonds du Commonwealth.
3. Les données désignent le vécu des patients avec n'importe quel médecin. 4. Données de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/niuydz

Graphique 6.16. Implication du patient dans les décisions portant sur les soins et le traitement, 2010 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Données provenant de sources nationales. 2. Données issues des enquêtes internationales sur les politiques de santé 2010 et 2020 du Fonds du Commonwealth.
3. Les données désignent le vécu des patients avec n'importe quel médecin. 4. Données de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/tlewan

Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients

Il est possible de conjuguer des indicateurs de la culture de la sécurité des patients du point de vue des soignants ainsi que du vécu en matière de sécurité tel qu'exprimé par les patients et des indicateurs classiques de sécurité des patients (voir la section « Sécurité des soins intensifs – complications chirurgicales et traumatismes obstétricaux ») pour obtenir une vision globale 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 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. 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[1]).

Le Graphique 6.17 et le Graphique 6.18 illustrent 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. Le Graphique 6.17 illustre les perceptions du personnel quant à savoir si des informations importantes sur les soins prodigués aux patients sont communiquées d'une unité hospitalière à l'autre et lors des changements de quart. Les perceptions positives du personnel sur la sécurité des transferts et des transitions varient considérablement d'un pays à l'autre, avec un écart de plus de 20 points de pourcentage pour les deux versions du questionnaire HSPSC (version 1.0 et 2.0). Le Graphique 6.18 montre que le personnel estime que les effectifs et le rythme de travail sont adéquats. Pour tous les types de personnel, les perceptions positives sur les effectifs et le rythme de travail sont relativement élevées en Türkiye, aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Colombie (environ 50 % ou plus de perceptions positives pour différents types de personnel), mais faibles au Mexique, en Belgique et en Suisse. Dans la plupart des pays, il existe un décalage évident entre les perceptions de l'encadrement et celles du personnel de première ligne. En moyenne, 57 % des médecins et du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier estiment que la sécurité fait défaut s'agissant des effectifs et du rythme de travail, contre 51 % du personnel d'encadrement.

Le point de vue des patients est également essentiel pour rendre les systèmes de santé plus sûrs et davantage centrés sur la personne. Selon l'enquête internationale sur les politiques de santé 2020 du Fonds du Commonwealth, la proportion d'expériences d'erreurs médicales rapportées par les patients au cours des deux dernières années varie entre 6 % en France et en Nouvelle-Zélande et plus de 10 % aux États-Unis, en Allemagne et en Norvège en 2020. Chez les patients hospitalisés, la proportion de patients adultes ayant subi des incidents liés à leur sécurité au cours de leur dernière hospitalisation oscille entre 4 % en Lettonie et 17 % en Belgique (Graphique 6.19). Il convient de noter qu'une plus grande proportion de patients peuvent avoir été victimes d'une erreur médicale parce qu'il est possible que les patients ne signalent pas de préjudice physique si ce dernier n'est pas immédiatement identifiable (contrairement à la douleur et à l'infection) et si un prestataire ne les informe pas de leur apparition. En Belgique, le taux élevé obtenu grâce à la collecte de données pilote pourrait être dû à un biais de sélection, car les patients ayant bénéficié de soins où leur sécurité était compromise répondent plus souvent que ceux ayant bénéficié de soins où leur sécurité était assurée, et la population est davantage sensibilisée à la sécurité des patients, car ceux-ci signalent de multiples incidents liés à leur sécurité, y compris des problèmes de comportement. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des variations entre les pays en ce qui concerne le vécu des patients en matière de sécurité et de poursuivre les recherches afin d'améliorer la comparabilité des données.

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 des versions 1.0 et 2.0 du questionnaire HSPSC. Les performances moyennes des versions 1.0 et 2.0 sont différentes. Plusieurs autres différences peuvent également influer sur la compatibilité des données présentées dans le Graphique 6.17 et le Graphique 6.18. 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 concernant le nombre total de personnes interrogées, les types et le nombre d'hôpitaux participants, le taux de réponse et les rapports obligatoires ou facultatifs (OCDE, à paraître[2]). 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 comparaisons internationales des données rapportées par les patients sont difficiles. Les données de l'enquête internationale sur les politiques de santé 2020 du Fonds du Commonwealth concernent les personnes de 18 ans et plus ayant déclaré avoir été victimes d'une erreur médicale au cours des deux dernières années. Les enquêtes nationales basées sur l'instrument pilote de l'OCDE (OCDE, 2019[3]) concernent les patients adultes ayant déclaré avoir été victimes d'incidents liés à la sécurité des patients lors d'une hospitalisation survenue au cours des derniers mois. Ces indicateurs ne sont donc pas directement comparables. D'autres facteurs peuvent également influer sur leur comparabilité, notamment la formulation des questions et des catégories de réponses ainsi que l'ordre des questions.

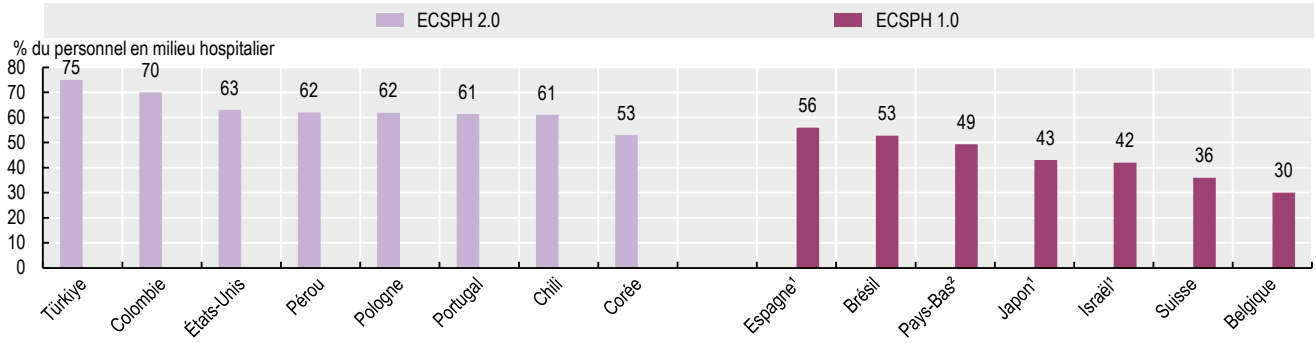
Références

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 (accessed on 3 June 2021). [1]

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. [3]

OCDE (à paraître), "Technical report on Phase II of the OECD data collection on Patient Safety Culture", *OCDE, Paris*. [2]

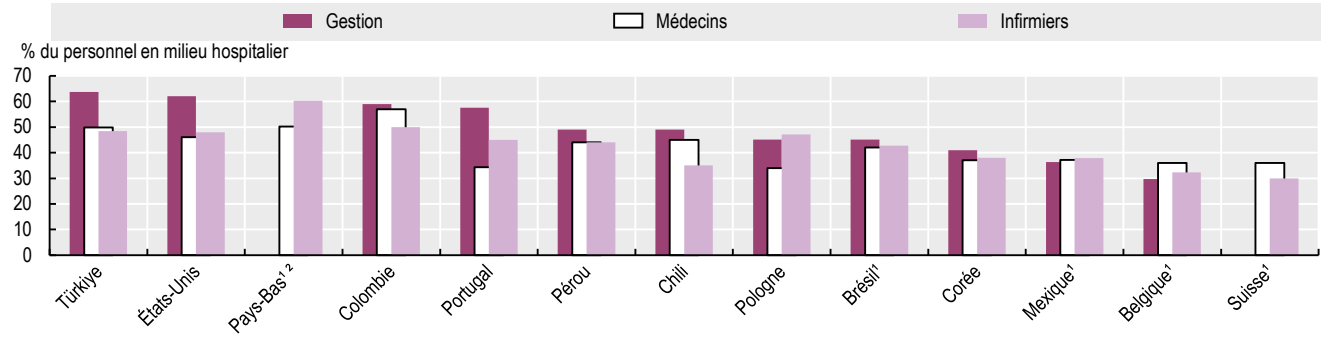
Graphique 6.17. Perception des transferts et des transitions de la part des soignants, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent à une année pré-pandémique 2018-19. 2. Les données se rapportent à 2019 et 2020 et excluent les hôpitaux psychiatriques.
Source : Collecte de données pilote sur la culture de la sécurité des patients, 2020-23 (OCDE).

StatLink https://stat.link/6pfs8i

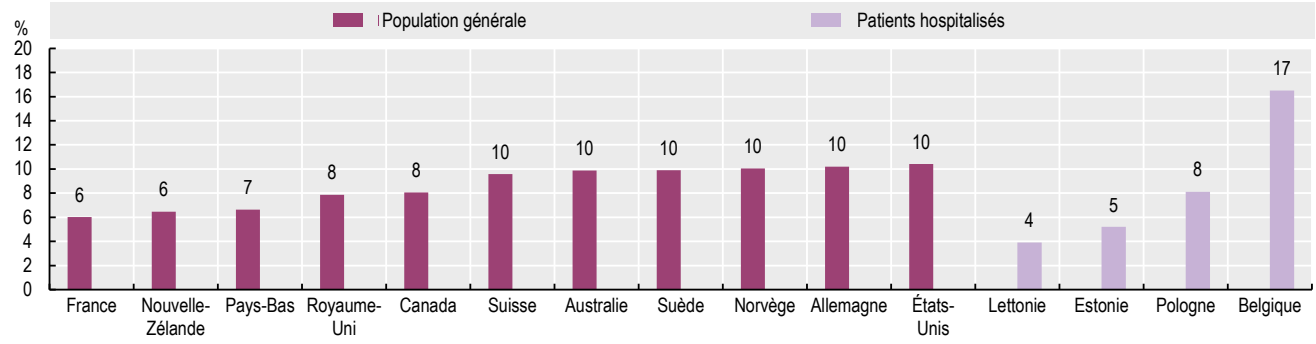
Graphique 6.18. Perception de l'adéquation des effectifs et du rythme de travail de la part des soignants, par catégorie professionnelle, 2021 (ou année la plus proche)



1. Données du questionnaire HSPSC 1.0 (les données pour les autres pays sont issues du questionnaire HSPSC 2.0). 2. Données de 2019 et 2020.
Source : Collecte de données pilote sur la culture de la sécurité des patients, 2020-23 (OCDE).

StatLink https://stat.link/2bqykx

Graphique 6.19. Patients signalant avoir été victimes d'incidents liés à la sécurité pendant le traitement ou les soins, 2020 (ou année la plus proche)



Note : Les données relatives à l'ensemble de la population proviennent de l'enquête internationale sur les politiques de santé 2020 du Fonds du Commonwealth.
Source : Collecte de données pilote sur le vécu de la sécurité rapporté par les patients, 2020-23 (OCDE).

StatLink https://stat.link/6o97n2

Sécurité des soins intensifs – complications chirurgicales et traumatismes obstétricaux

La sécurité des patients, c'est-à-dire la prévention des atteintes à la santé au cours des activités de soins, reste une question urgente dont les coûts socioéconomiques sont considérables dans les pays de l'OCDE. Selon les estimations, jusqu'à 13 % des dépenses de santé sont consacrées au traitement des patients ayant subi un dommage corporel pendant les soins, sachant que la majorité de ces dommages pourraient être évités si les protocoles de sécurité et les recommandations pour la pratique clinique étaient respectés (Slawomirski and Klazinga, 2022[1]). Pour réaliser des progrès durables en matière de sécurité des soins et atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-30 de l'OMS, il est essentiel de mettre l'accent sur la promotion d'une culture de la sécurité des patients (voir la section « Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients ») et sur l'amélioration à la fois des processus et des résultats (voir la section « Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs ») (OMS, 2021[2]).

La chirurgie pour fracture de la hanche est généralement pratiquée en urgence ; par conséquent, une intervention pratiquée à un stade précoce, à savoir dans les 48 heures, peut améliorer considérablement les résultats chez les patients et limiter 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 ciblées, influent sur le délai d'intervention chirurgicale.

Dans les pays de l'OCDE, plus de quatre patients sur cinq (80 %) admis pour une fracture de la hanche ont subi une intervention chirurgicale dans les 48 heures en 2021, cette proportion allant de 99 % en Islande à 47 % au Portugal (Graphique 6.20). Par rapport à 2011, la proportion de patients dont l'intervention chirurgicale a été pratiquée à temps a augmenté en 2021 de plus de 20 % en Israël et en Italie, des pays qui ont commencé à suivre cet indicateur de qualité afin de promouvoir la pratique d'une intervention à temps en cas de fracture de la hanche, tandis que les taux ont diminué au cours de la même période en Lituanie et en Estonie. Entre 2019 et 2021, la Türkiye et la Lituanie ont enregistré des baisses substantielles associées à des contraintes de capacité pendant la pandémie (OCDE, 2023[3]).

L'arthroplastie, souvent recommandée comme traitement de dernier recours de l'arthrose en cas d'échec des interventions non chirurgicales, comporte des risques d'embolie pulmonaire (EP) et de thrombose veineuse profonde (TVP) postopératoires. L'EP et la TVP sont à l'origine de douleurs inutiles, d'une perte de mobilité, voire de décès dans certains cas, mais les anticoagulants ainsi que d'autres mesures permettent de les éviter.

Le Graphique 6.21 illustre l'importante variation des taux d'un pays à l'autre en 2021, une variation allant de 57 cas d'EP ou de TVP pour 100 000 sorties d'hôpital en Italie à 1 192 pour 100 000 en Australie. Cette variation peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que les différences en matière de pratiques de diagnostic et de codage. Dans certains cas, un taux élevé tiendra à un système plus complet de surveillance de la sécurité des patients et à une culture de la sécurité des patients fondée sur la transparence, et non à une moindre qualité des soins. De nombreux pays ont signalé des taux plus élevés en 2021 qu'en 2019, une situation probablement liée à l'évolution du type de pathologies traitées, la priorité étant devenue l'arthroplastie pour les patients exposés à des risques plus élevés et confrontés à une baisse de la capacité en matière de soins intensifs.

Une grave déchirure périnéale lors d'un accouchement par voie basse est un événement indésirable portant gravement atteinte à la sécurité des patientes qui nécessite souvent une intervention chirurgicale et peut engendrer des complications telles que des douleurs périnéales et l'incontinence. Bien que la prévention ne soit pas toujours possible, une gestion appropriée de l'accouchement et des soins obstétriques de grande qualité peuvent réduire la fréquence des déchirures (Wilson and Homer, 2020[4]).

Le Graphique 6.22 montre que les taux de traumatismes obstétricaux varient d'un pays à l'autre en ce qui concerne les accouchements assistés, allant de moins de 2 % en Lituanie, en Israël et en Pologne à plus de 10 % au Canada, aux États-Unis et au Danemark. L'incidence des traumatismes lors des accouchements non assistés varie de moins de 0.5 % en Pologne, en Lituanie, au Costa Rica et en Lettonie à plus de 3 % au Danemark, en Islande et au Canada. Les différences entre les pays, notamment l'exhaustivité et la transparence du système de surveillance de la sécurité des patients, les taux de césariennes, les pratiques de codage, les fortes variations d'une année sur l'autre dans les pays où le nombre d'accouchements assistés est très faible ainsi que le taux d'utilisation des données administratives par rapport aux données des registres obstétriques, influent sur les taux.

Définition et comparabilité

Le Graphique 6.20 illustre le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus admis à l'hôpital avec un diagnostic de fracture du col du fémur ayant été opérés dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital. Les cas où la fracture de la hanche s'est produite pendant l'admission devraient normalement être exclus, mais la capacité à prendre en compte l'heure de l'admission et de l'intervention chirurgicale dans les données administratives hospitalières varie d'un pays à l'autre, et une capacité plus importante pourrait donner lieu à une surestimation.

Les taux d'EP et de TVP calculés sur la base de données non couplées se rapportent aux cas recensés dans les hôpitaux où l'intervention chirurgicale a eu lieu, tandis que les données couplées prennent en compte les patients atteints d'EP ou de TVP dans les 30 jours suivant l'opération pratiquée à l'hôpital et en dehors de l'hôpital où l'opération a été initialement pratiquée. En Lettonie, le profil de risque des patients utilisé pour calculer ces taux peut être différent de celui des patients ayant accès aux soins dans le système privé.

Les deux indicateurs de traumatisme obstétrical illustrent les taux de déchirures du troisième et du quatrième degré (codes CIM-10 O70.2-O70.3 de la Classification internationale des maladies) consécutives à un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale (forceps ou ventouse) et sans extraction instrumentale. Pour l'Australie, le Portugal et les États-Unis, les données couvrent les femmes âgées de 15 ans et plus, tandis que pour tous les autres pays, les données concernent les femmes âgées de 18 ans et plus.

Références

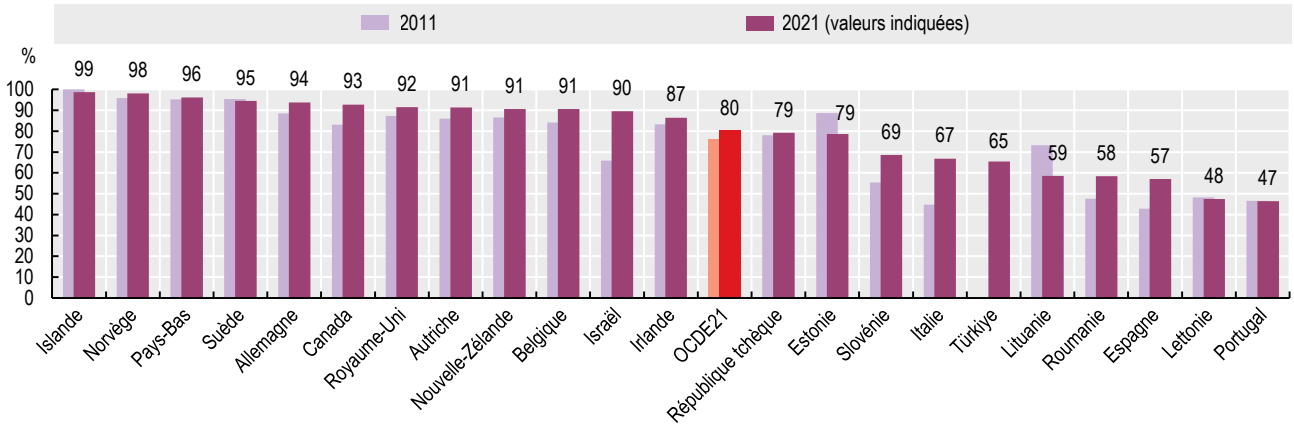
OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [3]

OMS (2021), *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*, Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477. [2]

Slawomirski, L. and N. Klazinga (2022), "The economics of patient safety: From analysis to action", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 145, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/761f2da8-en. [1]

Wilson, A. and C. Homer (2020), "Third-and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management", *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 60/2, pp. 175-182, https://doi.org/10.1111/ajo.13127. [4]

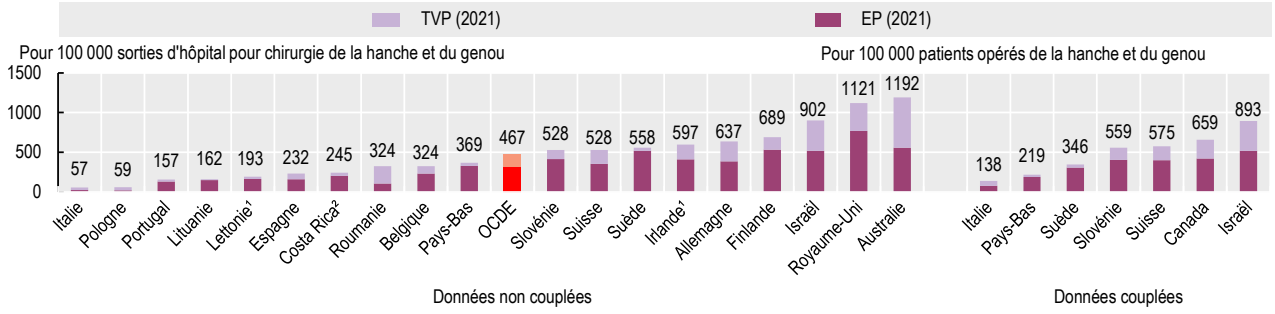
Graphique 6.20. Début d'une chirurgie pour fracture de la hanche chez des patients âgés de 65 ans et plus dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital, 2011 et 2021 (ou années les plus proches)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/fhys9z

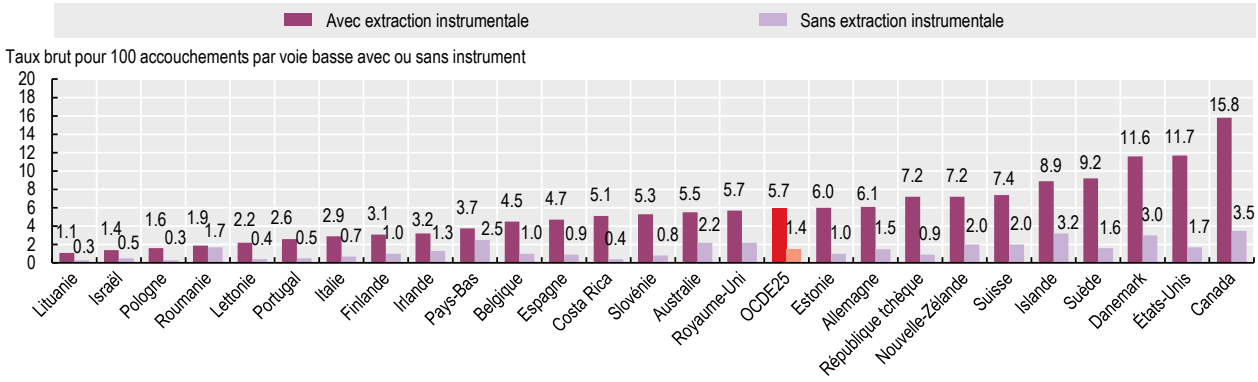
Graphique 6.21. Embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde après une arthroplastie de la hanche ou du genou, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les données pour l'Australie datent de 2020, et celles pour le Costa Rica de 2022 et non 2021. Les étiquettes de données concernent les EP + TVP 2021.
1. Les données couvrent uniquement le système public. 2. La couverture des données est partielle, celles-ci couvrant certaines parties des systèmes public et privé.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/3elqc6

Graphique 6.22. Traumatisme obstétrical lors d'un accouchement par voie basse avec et sans extraction instrumentale, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les données pour l'Australie, le Danemark, les Pays-Bas et les États-Unis correspondent à 2020, et celles pour le Costa Rica à 2022 au lieu de 2021.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/m4g520

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable à une maladie coronarienne a considérablement diminué ces dernières décennies (voir la section « Mortalité due aux maladies cardiovasculaires » au chapitre 3). La réduction du tabagisme (voir la section « Tabagisme » au chapitre 4) et l'amélioration du traitement des maladies cardiaques y ont contribué (OCDE, 2015[1]). Malgré ces progrès, l'IAM (ou crise cardiaque) reste l'une des principales causes de décès et 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 (OECD/The King's Fund, 2020[2]).

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 en matière de modalités de transferts hospitaliers, la durée du séjour et la gravité de l'IAM d'un pays à l'autre.

Le Graphique 6.23 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, chez les patients âgés de 45 ans et plus. En 2021, les taux les plus bas ont été enregistrés par l'Islande, la Norvège, les Pays-Bas, l'Australie et la Suède (moins de 4 %) et les plus élevés par la Lettonie (15.9 %) et le Mexique (23.7 %). Au Mexique, de nombreux hôpitaux n'ont pas la capacité de diagnostiquer un IAM et de pratiquer une reperfusion pharmacologique et mécanique, (Pérez-Cuevas et al., 2020[3])ce qui pourrait être associé à des taux élevés de décès par IAM.

Le Graphique 6.24 montre 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 2021 allaient de 3.2 % aux Pays-Bas à 17.9 % en Lettonie.

Les taux de létalité par IAM ont baissé considérablement entre 2011 et 2019. Dans les pays de l'OCDE, le taux moyen est passé de 8.4 % à 6.7 % en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu (Graphique 6.23) et de 10.7 % à 8.6 % en ce qui concerne les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier (Graphique 6.24), ce qui se traduit par une baisse des taux de mortalité globale par IAM au cours de la même période.

Entre 2019 et 2021, cependant, le taux moyen a augmenté de 4 % à la fois en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale et les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier. L'augmentation était significativement élevée en Türkiye et en Allemagne en ce qui concerne les décès survenus dans le même hôpital que celui où l'admission initiale a eu lieu ; une augmentation substantielle a également été observée en ce qui concerne les décès survenus en milieu hospitalier ou hors milieu hospitalier en République slovaque et en Pologne. Un certain nombre d'études infranationales menées dans les pays de l'OCDE soulignent que, pendant la pandémie, la gravité moyenne de l'IAM chez les patients admis à l'hôpital en raison de cette pathologie a augmenté en raison de l'hésitation à se faire soigner, notamment chez les personnes atteintes d'affections bénignes, et le délai entre l'apparition des symptômes et le traitement a été prorogé en raison de la présentation plus tardive des patients à l'hôpital et de l'allongement du temps de traitement hospitalier avant que la procédure nécessaire ne soit entamée. Une combinaison de ces facteurs peut avoir contribué à l'augmentation des taux de mortalité à 30 jours pendant la pandémie.

L'analyse plurinationale des tendances récentes en matière de taux de létalité à 30 jours est également difficile, car les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire établie ont tendance à être davantage vulnérables face au risque de décès par COVID-19, alors que dans le même temps, le COVID-19 est associé à un risque accru de différents types de maladies cardiovasculaires – à la fois les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires. Par conséquent, la prévalence du COVID-19 peut également avoir influé sur l'évolution des taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires, les liens cliniques étroits avec le COVID-19 compliquant le codage des causes de décès dans les différents pays.

Il faudrait davantage de données et d'analyses pour évaluer les variations, d'un pays à l'autre, de l'accessibilité aux soins des patients victimes d'un accident cardiovasculaire aigu tel que l'IAM pendant la pandémie ainsi que de la qualité des soins intensifs qui leur sont prodigués. Alors que des soins de qualité doivent être prodigués à temps dès l'apparition de la maladie chez ces patients, le taux de mortalité à 30 jours reflète uniquement la qualité des soins prodigués après leur admission à l'hôpital. L'accès préhospitalier aux soins, tels que les services médicaux d'urgence, qui est également crucial pour les résultats des patients victimes d'un IAM, reste à éclaircir.

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 une variation beaucoup moins importante 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 suivant l'âge et le sexe par rapport à la population de l'OCDE de 2013 âgée de 45 ans et plus admise à l'hôpital pour IAM (avec les codes CIM-10 : I21-I22).

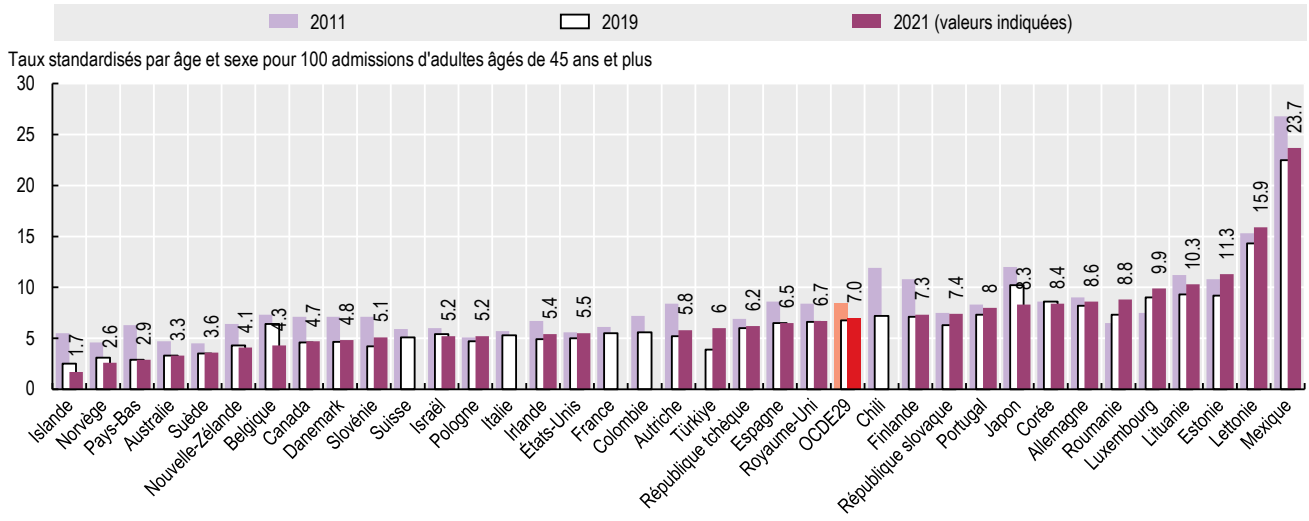
Références

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://doi.org/10.1787/9789264233010-en. [1]

OECD/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://doi.org/10.1787/47a04a11-en. [2]

Pérez-Cuevas, R. et al. (2020), "Gaps between supply and demand of acute myocardial infarction treatment in Mexico", *Salud Pública de México*, Vol. 62/5, Sept.-Oct., pp. 540-549, https://doi.org/10.21149/11032. [3]

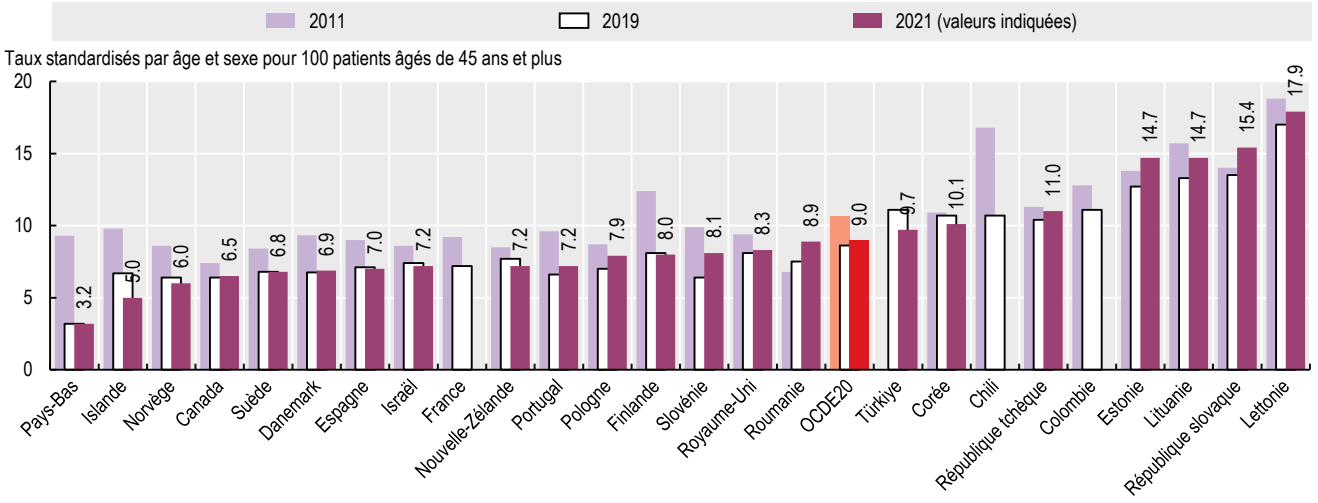
Graphique 6.23. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/5c3rfi

Graphique 6.24. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/cjy8f2

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

L'AVC est l'une des principales causes de décès, représentant 6 % des décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2021 (voir les sections « 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 Graphique 6.25 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). La Graphique 6.26 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 tous les pays ne disposent. Les résultats de cet indicateur sont plus élevés que pour l'indicateur relatif aux décès qui se produisent dans l'hôpital où l'admission initiale a eu lieu, car les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils se sont produits après l'hospitalisation.

Dans les pays de l'OCDE, près de 8.0 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour accident cérébral ischémique en 2021 selon les calculs basés sur des données non couplées (Graphique 6.25). La Lettonie, le Mexique, la Lituanie et la Slovénie affichaient les taux de létalité les plus élevés (>11 %). Ces taux étaient inférieurs à 4 % au Japon, en Islande, en Norvège et en Corée. 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[1]).

Dans les 19 pays de l'OCDE qui ont fourni des taux basés sur des données couplées, en moyenne 12.3 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission pour AVC en 2021 (Graphique 6.26). Le taux de mortalité était le plus élevé (plus de 20 %) en Türkiye, en Lituanie et en Lettonie, et le plus faible (moins de 8 %) en Corée, aux Pays-Bas et en Norvège. La Corée a atteint un faible taux de mortalité en améliorant la prise en charge de l'AVC ischémique aigu, notamment grâce à l'augmentation du nombre de centres d'AVC polyvalents proposant des soins de qualité et la thrombectomie, et par l'élargissement de la couverture de l'assurance maladie en ce qui concerne la thrombectomie mécanique (Park et al., 2022[2]).

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 2011 et 2019, les taux de létalité par AVC ischémique ont diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 9.4 % à 7.7 % en ce qui concerne les taux basés sur des données non couplées et de 13.7 % à 11.6 % en ce qui concerne les taux basés sur des données couplées (Graphique 6.25 et Graphique 6.26). 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[1]). Les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de soins permettant de proposer une thérapie de reperfusion encore plus rapidement et efficacement, que ce soit par le triage préhospitalier par téléphone ou par l'administration de la thérapie dans l'ambulance.

Entre 2019 et 2021, les taux de létalité basés sur des données non couplées ont augmenté de manière significative en Lituanie, en République slovaque et en République tchèque, tandis que les taux de létalité basés sur des données couplées ont augmenté de manière substantielle en Türkiye, en Lituanie, en République slovaque et en République tchèque (Graphique 6.25 et Graphique 6.26). Au cours de cette période, les hospitalisations à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique ont également diminué dans la plupart des pays de l'OCDE. Comme pour les crises cardiaques (voir la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) »), un certain nombre d'études menées dans les pays de l'OCDE ont montré que les patients admis étaient victimes d'un accident vasculaire cérébral dont le degré de gravité était plus élevé qu'avant la pandémie, l'arrivée à l'hôpital des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral étant retardée en raison du temps de traitement des services médicaux d'urgence, notamment au cours de la phase initiale de la pandémie. Les liens cliniques étroits avec le COVID-19 compliquent également l'évaluation et la surveillance de la capacité des systèmes de santé à garantir l'accès aux soins intensifs et leur qualité.

Définition et comparabilité

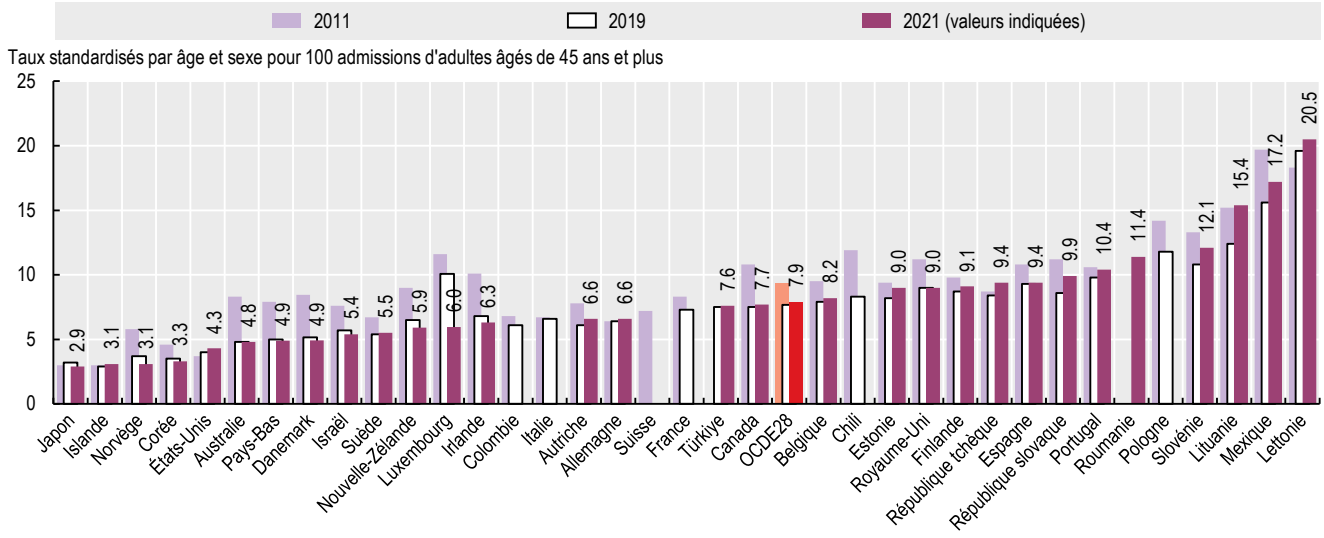
Les taux de létalité nationaux sont définis dans la section « mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) ». L'AVC ischémique correspond aux codes I63-I64 de la CIM-10.

Références

OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264225817-en. [1]

Park, S. et al. (2022), "Change of mortality of patients with acute ischemic stroke before and after 2015", *Frontiers in Neurology*, Vol. 13, https://doi.org/10.3389/fneur.2022.947992. [2]

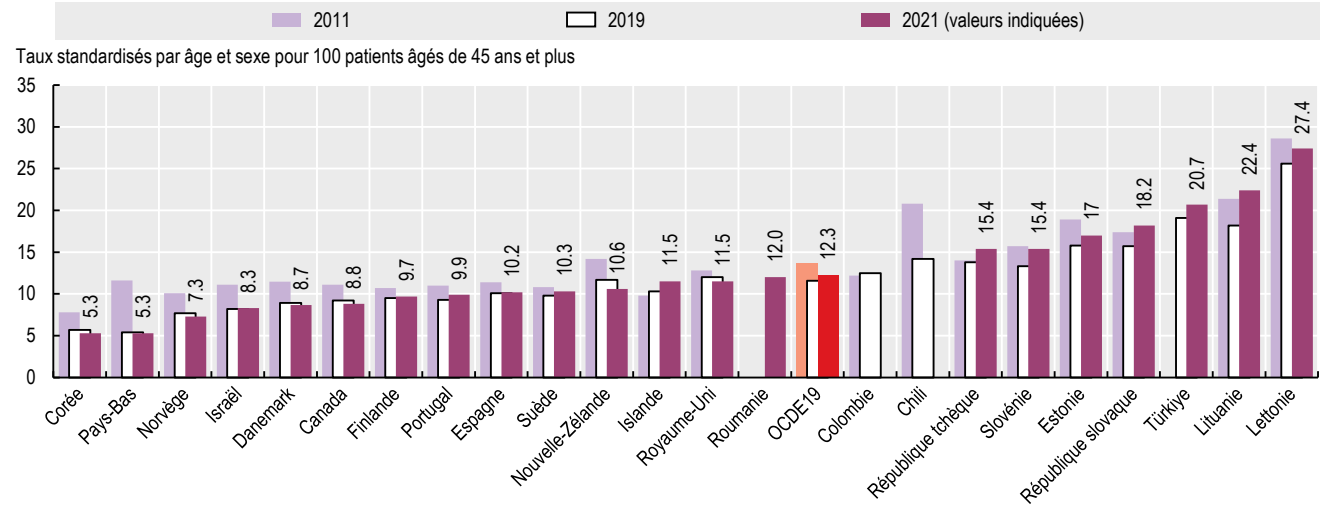
Graphique 6.25. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/7h20ji

Graphique 6.26. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour accident vasculaire cérébral ischémique, taux basés sur des données couplées, 2011, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/9w3rph

Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs

Les mesures déclarées par les patients sont devenues des outils essentiels pour améliorer la qualité des soins de santé et garantir des soins centrés sur la personne. Les mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) sont souvent utilisées comme indicateur de la qualité des soins, y compris les soins intensifs, tels que l'arthroplastie du genou et de la hanche. Elles servent à surveiller et promouvoir la prestation de soins centrés sur le patient, car elles renseignent sur la perception qu'ont les patients de la qualité des soins, en indiquant, par exemple, si les soins qui leur ont été prodigués répondaient à leurs objectifs et besoins individuels. Compte tenu de l'importance croissante de la mesure des PROM pour évaluer la qualité des soins ces dernières années, le nombre de personnes répondant aux demandes de PROM en rapport avec l'arthroplastie du genou et de la hanche a augmenté dans tous les pays, même pendant la pandémie de COVID-19, lorsque le volume des opérations chirurgicales a baissé (OCDE, à paraître[1]).

Le Graphique 6.27 illustre la variation entre le score pré-opératoire et le score postopératoire sur les échelles des questionnaires Oxford Hip Score (OHS) et Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Short (HOOS-PS) qui a été rapportée par les patients après une arthroplastie élective de la hanche pour ostéoarthrite et qui est disponible dans le registre d'arthroplastie de différents pays. Le Graphique 6.28 illustre la variation entre le score pré-opératoire et le score postopératoire qui a été rapportée par les patients ayant répondu aux questionnaires Oxford Knee Score (OKS) et Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score – Physical Short (HOOS-PS) après une arthroplastie élective du genou pour ostéoarthrite. Le Graphique 6.29 illustre la qualité de vie des patients mesurée par le questionnaire EuroQol 5-Dimensional (EQ-5D) avant et après une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Dans tous les pays, une nette amélioration des scores PROM a été observée après opération chirurgicale. Par exemple, la qualité de vie moyenne après une arthrosplastie de la hanche s'est améliorée dans tous les pays, atteignant un score équivalent à 80 % ou plus, contre des scores équivalents à 35-50 % avant l'opération (d'après le questionnaire OHS). L'évolution moyenne entre les scores pré-opératoires et les scores postopératoires varie d'un pays à l'autre pour toutes les échelles. S'agissant des scores des questionnaires OHS et OKS, l'évolution la plus importante est observée en Irlande, où l'amélioration de la qualité de vie mesurée par le biais du questionnaire EQ-5D est également la plus forte. S'agissant des questionnaires HOOS-PS et KOOS-PS, les Pays-Bas enregistrent l'évolution la plus importante entre la période pré-opératoire et la période postopératoire.

Il convient de noter que les variations des scores postopératoires reflètent non seulement les différences entre les pays en ce qui concerne la qualité des arthroplasties de la hanche et du genou, mais aussi d'autres facteurs tels que les différences quant aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients donnant des scores PROM, de sorte qu'il convient d'être prudent lors de l'interprétation des variations entre les pays.

Définition et comparabilité

Les résultats des PROM sont basés sur des données issues de registres d'arthroplastie nationaux ou infranationaux 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'ostéoarthrite, ayant rempli un questionnaire OHS/OKS et/ou HOOS/KOOS-PS, et/ou un questionnaire EQ-5D ou un questionnaire abrégé SF-12 (version 1 ou version 2) à la fois avant et après les interventions chirurgicales. Les questionnaires OHS/OKS et HOOS/KOOS-PS font partie des PROM spécifiques les plus couramment utilisés pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Des instruments génériques tels que le questionnaire EQ-5D et le questionnaire SF-12 sont également fréquemment utilisés pour l'évaluation de la qualité de vie générale des patients. Les scores postopératoires sont corrigés suivant le score pré-opératoire ainsi que l'âge et le sexe de la cohorte de patients. Un score élevé indique de meilleurs résultats sur toutes ces échelles. Les scores postopératoires pour l'Australie, l'Irlande et l'Angleterre (Royaume-Uni) sont mesurés 6 mois après l'intervention chirurgicale, tandis que d'autres se rapportent à 12 mois après l'intervention, ce qui peut entraîner des différences quant à l'ampleur du biais de rappel. Les scores obtenus avec des instruments différents pour une même intervention chirurgicale ne sont pas comparables.

En ce qui concerne les questionnaires OHS et OKS, les données pour le Canada se rapportent au Manitoba et à l'Ontario, tandis que les données pour l'Italie se rapportent à la Toscane. En ce qui concerne les questionnaires HOOS-PS et KOOS-PS, les données pour l'Italie se rapportent à Galeazzi et Rizzoli. La taille de l'échantillon pour la France, l'Italie et la Suisse concernant le questionnaire OKS est inférieure à 500 patients.

Plusieurs instruments ont également été utilisés pour mesurer la qualité de vie. Au Canada, le questionnaire EQ-5D a été utilisé en Ontario et en Alberta, mais le questionnaire SF-12 a été utilisé au Manitoba. En Italie, le questionnaire EQ-5D a été utilisé en Toscane et à Rizzoli, mais le questionnaire SF-12 a été utilisé à Galeazzi. En Suisse, le questionnaire SF-12 a été utilisé à Genève. Les données collectées par le biais du questionnaire SF-12 dans ces régions ont été converties en données du questionnaire EQ-5D, et les scores du questionnaire SF-12 qui ont été convertis peuvent être inférieurs. La taille de l'échantillon pour la Suisse est inférieure à 500 patients (Kendir et al., 2022[2]).

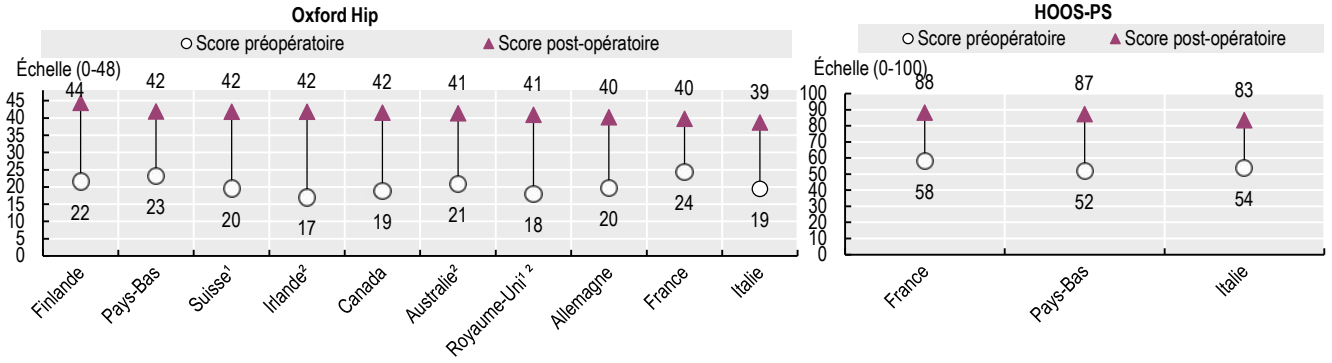
Dans toutes les mesures, les données pour la Suisse se rapportent à Genève, tandis que les données pour le Royaume-Uni se rapportent à l'Angleterre.

Références

Kendir, C. et al. (2022), "International assessment of the use and results of patient-reported outcome measures for hip and knee replacement surgery : Findings of the OECD Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) working group on hip and knee replacement surgery", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 148, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/6da7f06b-en. [2]

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. [1]

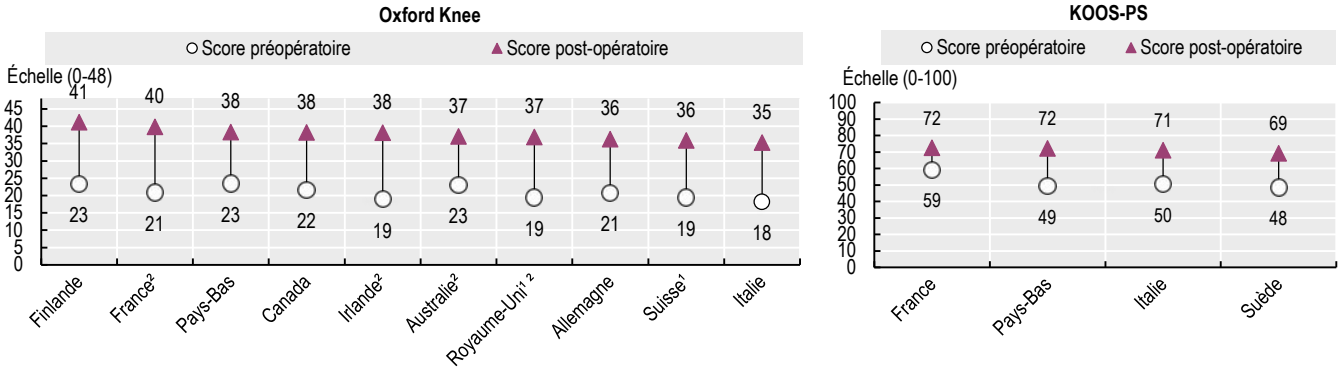
Graphique 6.27. Résultats déclarés par les patients avant et après une arthroplastie de la hanche, indicateur spécifique à la maladie, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données limitées à des localités spécifiques (comme indiqué dans l'encadré sur la définition et la comparabilité). 2. Les scores postopératoires sont mesurés six mois après l'intervention chirurgicale.
Source : Collecte de données pilote sur les PROM de la hanche et du genou (PaRIS), OCDE.

StatLink https://stat.link/x2v7ze

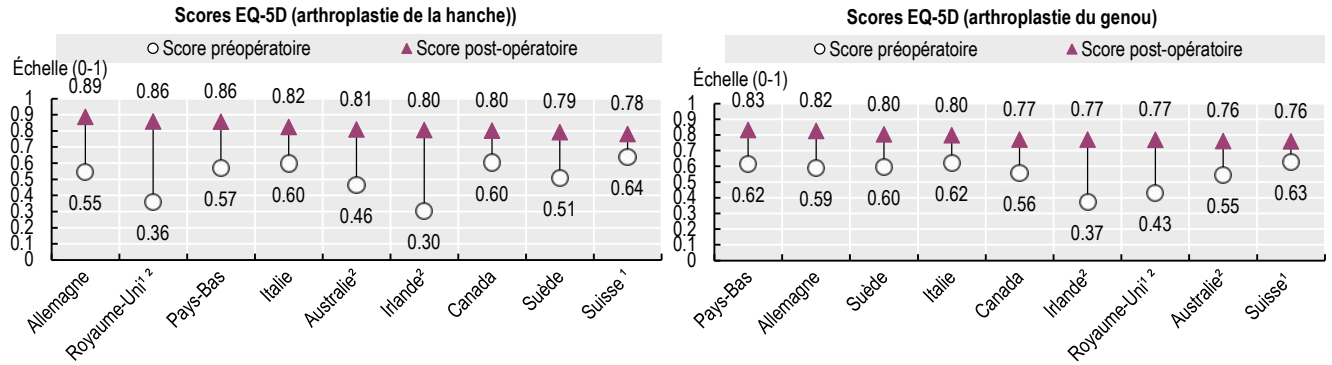
Graphique 6.28. Résultats déclarés par les patients avant et après une arthroplastie du genou, mesure spécifique à la maladie, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données limitées à des localités spécifiques (comme indiqué dans l'encadré sur la définition et la comparabilité). 2. Les scores postopératoires sont mesurés six mois après l'intervention chirurgicale.
Source : Collecte de données pilote sur les PROM de la hanche et du genou (PaRIS), OCDE.

StatLink https://stat.link/i9kh0v

Graphique 6.29. Qualité de vie déclarée par les patients avant et après une arthroplastie de la hanche ou du genou, mesure générique, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données limitées à des localités spécifiques (comme indiqué dans l'encadré sur la définition et la comparabilité). 2. Les scores postopératoires sont mesurés six mois après l'intervention chirurgicale.
Source : Collecte de données pilote sur les PROM de la hanche et du genou (PaRIS), OCDE.

StatLink https://stat.link/r4tf8j

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. Pendant la pandémie de COVID-19, les niveaux de souffrance psychique ont augmenté (voir la section « Santé mentale » au chapitre 3), et la prévalence de l'anxiété et de la dépression a doublé dans certains pays (OCDE, 2021[1]). Selon les estimations, 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 de la productivité (OCDE, 2021[2]). 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 troubles mentaux. Les taux de suicide après la sortie d'hôpital peuvent servir d'indicateur de la qualité des soins dans le secteur extrahospitalier après l'hospitalisation, mais aussi de la coordination entre le milieu hospitalier et le milieu non hospitalier. Dans les pays de l'OCDE, les taux de suicide chez les patients hospitalisés au cours de l'année précédente allaient de 0.4 pour 1 000 en Islande à près de 10 pour 1 000 aux Pays-Bas en 2020-21 (Graphique 6.30). Les écarts en matière de taux de suicide peuvent également refléter des différences quant à l'accès aux soins de santé mentale et à la gravité des troubles dont sont atteints les patients qui sont traités en milieu hospitalier, car les sorties d'hôpital varient considérablement d'un pays à l'autre. Entre 2011 et 2021, le taux moyen de suicide est resté stable dans les pays de l'OCDE, mais il a nettement diminué dans certains pays comme le Chili, la Finlande et la Suède. Après la mise en œuvre réussie du Programme de prévention du suicide en 1992-96, la Finlande a mis en place la stratégie nationale de santé mentale et le programme de prévention du suicide 2020-30 en 2020. La Corée a également enregistré une baisse du nombre de suicides après la sortie d'hôpital pendant la pandémie.

Les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique affichent un taux de mortalité plus élevé que la population générale. Un taux de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes souffrant de troubles psychiques présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Le Graphique 6.31 montre que les taux de mortalité des personnes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires sont plus de deux fois supérieurs au taux de mortalité de la population générale dans la plupart des pays. En 2021, la surmortalité allait de 2.0 en Lituanie et en Suède à 5.5 en Islande, 4.6 en Corée, 4.2 au Danemark et 4.1 au Canada pour les personnes atteintes de schizophrénie, et de 1.1 au Chili à 4.2 en Corée pour les personnes souffrant de troubles bipolaires. Au cours de la dernière décennie, la surmortalité des personnes atteintes de graves troubles mentaux a augmenté dans la plupart des pays, à l'exception de la République tchèque et de la Suède. Les progrès sont notables en République tchèque, où l'on a commencé en 2017 à mettre en œuvre des stratégies de soins de santé mentale axées sur la fourniture de soins de santé pluridisciplinaires et de services sociaux aux personnes souffrant de troubles bipolaires et de schizophrénie dans des centres de soins de santé mentale extrahospitaliers.

Les mesures de l'expérience déclarées par les patients (PREM) peuvent aider à appréhender la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ces indicateurs sont de plus en plus utilisés dans le cadre des soins de santé mentale, l'objectif étant de comprendre la façon dont les personnes ont vécu les services de santé et de fournir des soins de santé mentale centrés sur la personne (de Bienassis et al., 2021[3]; OCDE, à paraître[4]). Le Graphique 6.32 indique si les usagers des services psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers ont l'impression que les soignants les ont traités avec courtoisie et respect. La proportion d'usagers des services psychiatriques hospitaliers et extrahospitalier déclarant avoir été traités avec courtoisie et respect dans ces services varie de 49 % en Nouvelle-Zélande à 100 % au Portugal. En ce qui concerne les établissements psychiatriques extrahospitaliers, la Nouvelle-Zélande continue d'enregistrer la part la plus faible (65 %) et la Belgique la plus élevée (98 %).

Définition et comparabilité

Le taux de suicide dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital est établi par le couplage, d'une part, des taux de sortie 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.

Les mesures de l'expérience déclarées par les patients (PREM) en matière de santé mentale sont basées sur l'évaluation par les usagers des services psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers. Les données concernent les personnes âgées de 16 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement. Les comparaisons entre pays des PREM sur la santé mentale doivent être effectuées avec prudence, car il existe des différences importantes concernant les instruments d'enquête y compris les catégories de réponse, la méthode d'échantillonnage, la taille de l'échantillon, la réalisation de l'enquête, la composition des patients et la palette de services proposés aux utilisateurs. Les données pour la Belgique sont limitées à la Flandre, pour la France à Paris et pour la Corée à Séoul.

Références

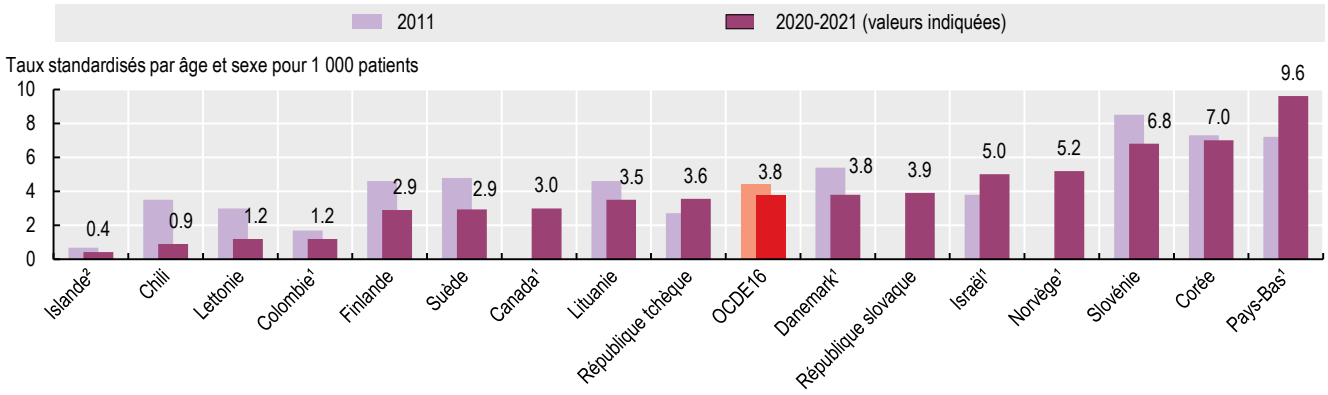
de Bienassis, K. et al. (2021), "Measuring patient voice matters: setting the scene for patient-reported indicators", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 33/1, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab002. [3]

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://doi.org/10.1787/4ed890f6-en. [2]

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. [1]

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. [4]

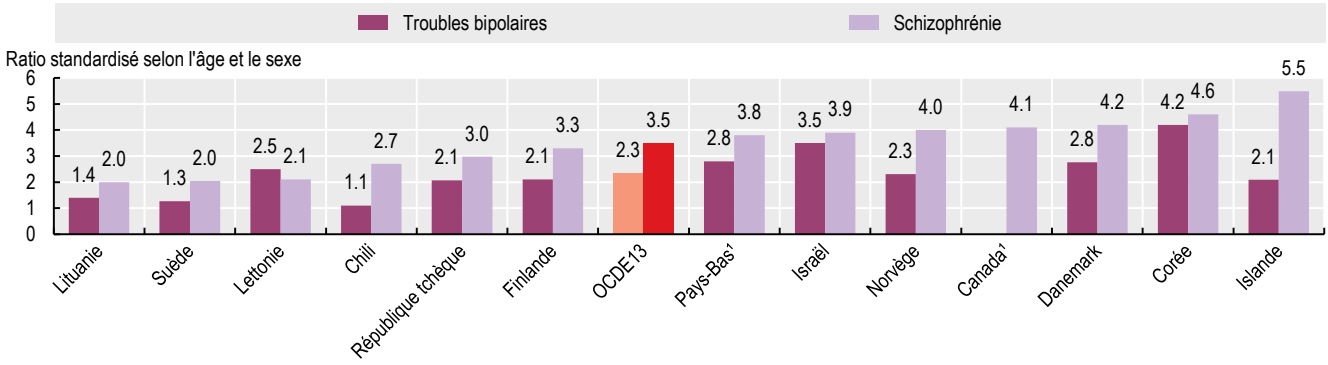
Graphique 6.30. Suicide à la suite d'une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans l'année suivant la sortie, 2011 et 2020-21 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données disponibles pour la Colombie, le Danemark et le Royaume-Uni correspondent à 2017, pour les Pays-Bas à 2018 et pour le Canada, Israël et la Norvège à 2019. 2. Les données sont basées sur une moyenne sur trois ans.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/wmlyu0

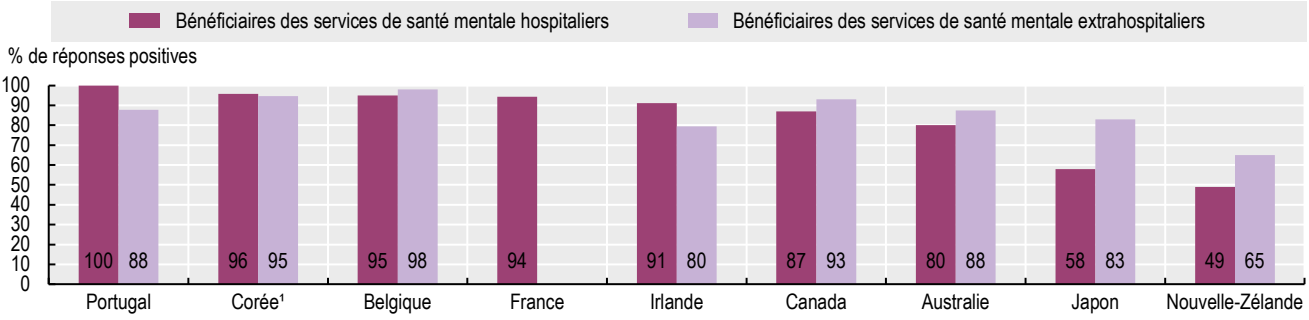
Graphique 6.31. Surmortalité due aux troubles bipolaires et à la schizophrénie par rapport à la population générale, 2021 (ou année a plus proche)



Note : Les dernières données disponibles datent de 2019.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0tv2jk

Graphique 6.32. Part des usagers des services de santé mentale hospitaliers et extrahospitaliers qui ont été traités avec courtoisie et respect par les prestataires de soins, 2021-22



1. La taille de l'échantillon est inférieure à 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/4gh7li

Soins intégrés

Lorsque les patients atteints de maladie chronique doivent être soignés par plusieurs prestataires dans différents établissements médicaux, le morcèlement des soins peut produire des résultats médiocres sur le plan de la santé, des besoins non satisfaits ainsi qu'une utilisation et un coût excessifs des services. Les pays, conscients de la nécessité d'intégrer les services, élaborent de nouveaux modèles de soins visant à améliorer la santé de la population et le vécu des patients, à réduire les coûts des services de santé, à favoriser le bien-être des professionnels de santé et à promouvoir l'équité en matière de santé (OCDE, 2023[1]).

L'intégration optimale des différents niveaux de soins en ce qui concerne les patients atteints d'AVC et d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) limite les réadmissions inutiles à l'hôpital et réduit la mortalité tout en optimisant les prescriptions médicales adaptées (Barrenho et al., 2022[2]). S'agissant des patients victimes d'AVC ou d'ICC qui sortent de l'hôpital, des résultats tels que les réadmissions, la mortalité et le respect des directives en matière de prescription permettent de déterminer dans quelle mesure les systèmes de santé parviennent à proposer des soins intégrés.

Le Graphique 6.33 illustre la proportion de patients ayant présenté des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie de l'hôpital pour AVC ischémique ou ICC en 2021. En moyenne, 16 % des patients sortis de l'hôpital après un AVC sont décédés, tandis que 22 % ont été réadmis. L'Islande (30 %) et les Pays-Bas (32 %) enregistrent le moins de résultats médiocres – à la fois la mortalité et les réadmissions – ainsi que le nombre le plus bas pour chaque résultat médiocre. La République tchèque enregistre le plus grand nombre de résultats médiocres (53 %). En ce qui concerne l'ICC, la Lituanie affiche le taux le plus bas de résultats médiocres globaux (46 %), ce qui peut s'expliquer par l'accent mis récemment par les pouvoirs publics sur la santé numérique, qui facilite les échanges de dossiers médicaux et la coordination des soins et la prévention au stade des soins primaires (OCDE, 2018[3]) bien que l'intégration des soins reste perfectible. Dans le même temps, en Israël, 70 % des patients atteints d'ICC ont été victimes d'un événement indésirable, avec des taux également supérieurs à la moyenne de l'OCDE concernant la mortalité comme les réadmissions.

Le Graphique 6.34 montre que dans tous les pays disposant de données, la proportion de patients victimes d'un AVC ou d'une ICC décédés ou réadmis dans l'année ayant suivi leur sortie a diminué ces dernières années. Entre 2013 et 2021, le taux moyen a baissé de 7 % pour l'AVC et de 4 % environ pour l'ICC dans les pays de l'OCDE. Les baisses les plus importantes au cours de cette période ont été observées en Lituanie (18 %) pour l'AVC et au Japon (20 %) pour l'ICC. Dans la plupart des pays, la proportion de patients présentant des résultats médiocres est restée stable pendant la pandémie.

Les patients ayant été victimes d'un AVC ischémique devraient se voir prescrire des antihypertenseurs et des antithrombotiques pour la prévention secondaire après leur sortie d'hôpital. La prescription d'au moins un de ces médicaments dans les 18 mois qui suivent la sortie d'hôpital donne un aperçu de la qualité de l'intégration entre les soins hospitaliers et les soins extrahospitaliers (Barrenho et al., 2022[2]). Le Graphique 6.35 montre que le taux de prescription d'antihypertenseurs varie de 63 % en Autriche à 82 % en Suède, tandis que le taux de prescription d'antithrombotiques varie de 33 % en Lettonie à 94 % en Suède. Les excellentes performances de la Suède peuvent s'expliquer par des transferts d'informations adéquats entre les niveaux de soins et l'enregistrement des diagnostics (Dahlgren et al., 2017[4]).

Définition et comparabilité

Les indicateurs se rapportent aux personnes âgées de 45 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 a été défini chez les patients qui n'avaient pas été admis à l'hôpital en raison d'un AVC ischémique ou d'une ICC au cours des cinq années précédentes. Tous les pays ont appliqué cette période d'« élimination », à l'exception du Japon, qui a utilisé une période d'un an. L'année des indicateurs correspond à l'année de l'épisode de soins de référence, et les données couvrent les 365 jours suivants en ce qui concerne la mortalité et les réadmissions et les 548 jours suivants en ce qui concerne les prescriptions. Pour tous les pays, les données sont représentatives à l'échelle nationale, à l'exception du Japon, qui représente 30 % du réseau hospitalier national. Ces indicateurs nécessitent le couplage des données hospitalières, des registres de décès et des données relatives aux demandes de prescription/remboursement avec un identifiant unique pour chaque patient.

Dans le Graphique 6.33 et le Graphique 6.34, les données de la dernière année se rapportent à un épisode de référence en matière de soins qui remonte à 2021. Les données pour le Canada et la Finlande se rapportent aux patients dont l'épisode de référence remonte à 2019. Pour la Corée, les Pays-Bas, la Slovénie, l'Italie, l'Estonie, la Lettonie et la Norvège, les données se rapportent aux patients dont l'épisode de référence remonte à 2020.

Les définitions des soins intensifs d'urgence varient d'un pays à l'autre. La plupart des pays ont défini les soins intensifs d'urgence comme une hospitalisation via des soins d'urgence/non planifiés ou des soins curatifs immédiatement nécessaires.

Références

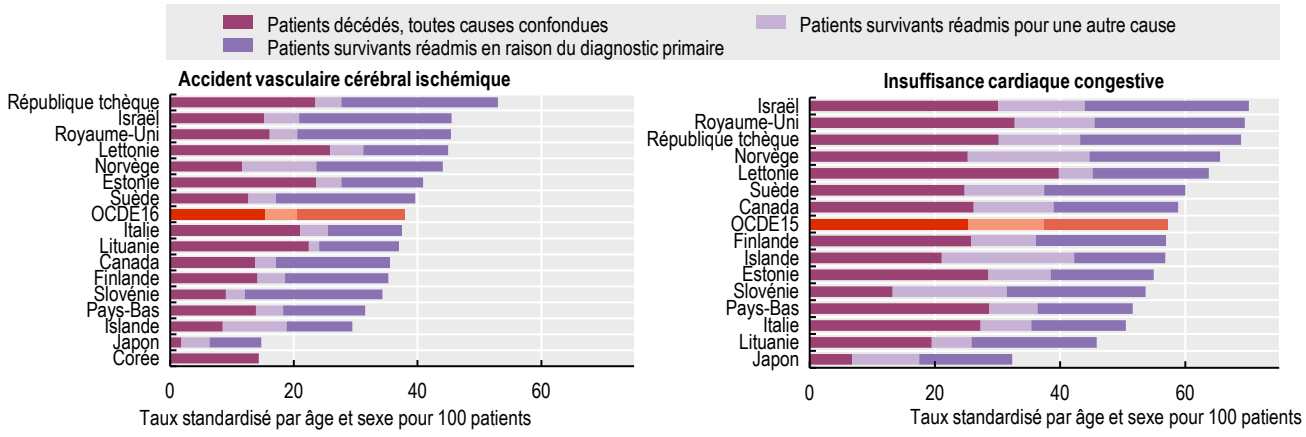
Barrenho, E. et al. (2022), "International comparisons of the quality and outcomes of integrated care : Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 142, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/480cf8a0-en. [2]

Dahlgren, C. et al. (2017), "Recording a diagnosis of stroke, transient ischaemic attack or myocardial infarction in primary healthcare and the association with dispensation of secondary preventive medication: a registry-based prospective cohort study", *BMJ Open*, Vol. 7/9, p. e015723, https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015723. [4]

OCDE (2023), *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en. [1]

OCDE (2018), *OECD Reviews of Health Systems: Lithuania 2018*, OECD Reviews of Health Systems, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264300873-en. [3]

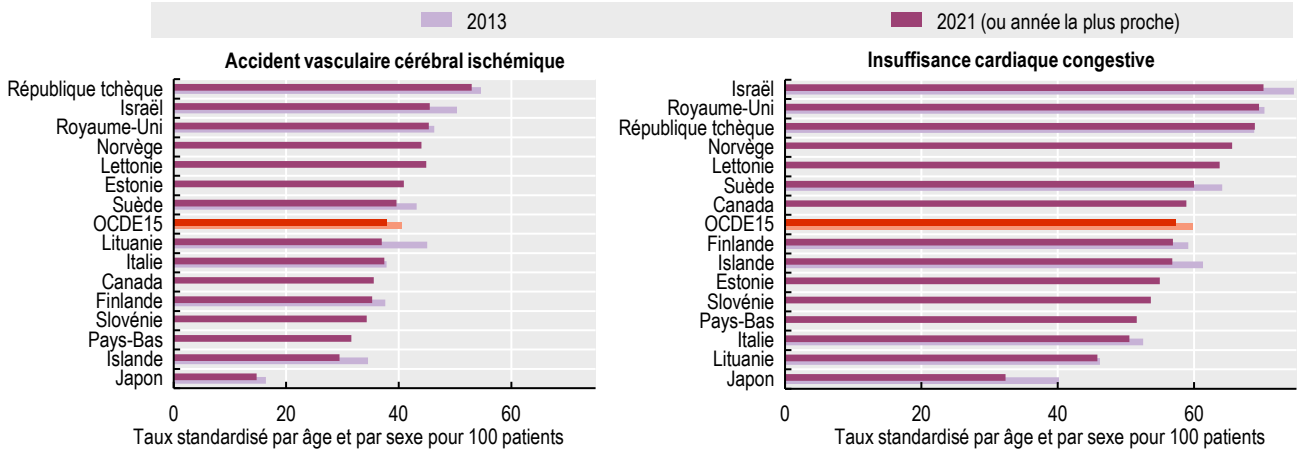
Graphique 6.33. Patients victimes d'AVC ischémique ou d'ICC avec des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie d'hôpital, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink https://stat.link/jtpynk

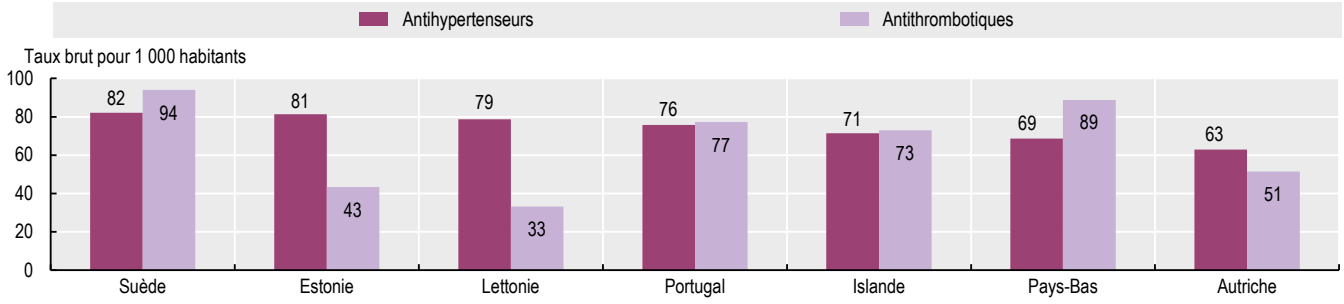
Graphique 6.34. Patients décédés ou réadmis dans l'année ayant suivi leur sortie d'hôpital après un AVC ischémique ou une ICC, 2013 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink https://stat.link/ali1o0

Graphique 6.35. Patients qui se sont vu prescrire au moins une fois des antihypertenseurs et des antithrombotiques dans les 18 mois ayant suivi leur sortie d'hôpital après un AVC ischémique, 2020 (ou année la plus proche)



Source : Collecte de données 2022-23 effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins de santé (HCQO), notamment des soins intégrés.

StatLink https://stat.link/pmvqcr

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 au titre des soins primaires
Dépenses de santé par prestataire
Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Dépenses de santé en proportion du PIB

Les ressources que consacre un pays aux soins de santé par rapport à la taille de son économie globale varient au fil du temps en raison de différences au niveau à la fois de la progression des dépenses de santé et de la croissance économique globale. Au cours des années 1990 et 2000, on a constaté que la part des dépenses de santé dépassait généralement celle des autres dépenses dans l'économie des pays de l'OCDE, entraînant une hausse quasiment constante des dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB. Après les incertitudes liées à la crise économique et financière 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. La survenue de la pandémie de COVID-19 en 2020, conjuguée à un ralentissement marqué de l'activité économique et à une augmentation rapide des dépenses de santé, a entraîné un ajustement sensible du rapport des dépenses de santé au PIB.

En 2019, avant la pandémie, les pays de l'OCDE consacraient, en moyenne, 8.8 % environ de leur PIB aux soins de santé, un chiffre relativement stable depuis 2013. En 2021, cette proportion était passée à 9.7 %. Toutefois, les estimations préliminaires pour 2022 laissent entrevoir une baisse non négligeable du ratio, qui s'établirait à 9.2 %, sous l'effet à la fois de la diminution des dépenses nécessaires pour lutter contre la pandémie et de l'inflation qui affaiblit la valeur des dépenses de santé (OCDE, 2023[1]). Les États-Unis ont encore, et de loin, dépensé le plus, soit 16.6 % de leur PIB, devançant largement l'Allemagne, qui occupait la deuxième place avec 12.7 % (Graphique 7.1). Après les États-Unis et l'Allemagne, 15 pays à revenu élevé, dont la France, le Canada et le Japon, ont consacré plus de 10 % de leur PIB aux soins de santé. Dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale membres de l'OCDE, ainsi que dans les membres plus récents d'Amérique latine, les dépenses de santé ont représenté entre 6 % et 9 % de leur PIB. Enfin, le Luxembourg et la Türkiye ont consacré moins de 6 % de leur PIB aux soins de santé.

Une analyse de l'évolution des dépenses de santé et du PIB par habitant au cours des 15 dernières années met en évidence deux chocs : la crise économique et financière de 2008 et l'impact récent de la pandémie de COVID-19 en 2020 (Graphique 7.2). Si les économies de l'OCDE se sont fortement contractées en 2008 et 2009, la croissance des dépenses de santé s'est maintenue à court terme avant de flotter légèrement au-dessus de zéro, différentes mesures ayant été prises entre 2010 et 2012 pour maîtriser les dépenses publiques de santé. Cette évolution a été suivie d'un retour à une croissance un peu plus vigoureuse, tant des dépenses de santé que du PIB jusqu'à la pandémie. En 2020, avec les mesures généralisées de confinement et les autres mesures de santé publique qui restreignaient fortement l'activité économique et les dépenses de consommation, de nombreuses économies de l'OCDE ont été en chute libre. Un rebond a été observé en 2021, avec une hausse du PIB par habitant de 5.8 % en moyenne. Parallèlement, les dépenses réelles de santé par habitant se sont accélérées, passant d'à peine plus de 4 % en 2020 à 8 % en 2021, les pays ayant alloué des financements supplémentaires à la lutte contre la pandémie. Au sortir de la phase aiguë de la pandémie, en 2022, les dépenses de santé des pays par habitant auraient diminué en moyenne de près de 1.5 % en termes réels.

L'évolution du rapport des dépenses de santé au PIB au cours de cette période se traduite par une courbe distincte avec des hausses brutales en 2009 et 2020, et une période de stabilité entre les deux (Graphique 7.3). L'Italie et le Royaume-Uni, par exemple, ont suivi cette évolution de près, le Royaume-Uni affichant une hausse encore plus prononcée en 2021. L'Allemagne a connu une augmentation plutôt continue de la part de ses dépenses de santé en proportion du PIB au fil du temps. Malgré les chocs, les dépenses de santé en pourcentage du PIB en Corée ont enregistré une hausse continue et régulière au cours des 15 dernières années, passant de 4.8 % en 2006 à 9.7 % en 2022.

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[2]). Elles englobent les dépenses engagées par tout dispositif de financement au titre de produits et de services médicaux, ainsi que les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration des systèmes de santé. La répartition des dépenses regroupe les dispositifs de financement public et obligatoire, ces derniers comprenant l'assurance privée obligatoire. Les données disponibles étant limitées, l'assurance privée facultative aux États-Unis est regroupée avec le régime d'assurance maladie privé de l'employeur, qui est désormais obligatoire en vertu de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA).

Le produit intérieur brut (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 les services utilisés par les ménages ou les habitants pour répondre à leurs besoins individuels. Elle comprend les dépenses de consommation finale des ménages, des administrations publiques et des organismes à but non-lucratif qui œuvrent 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.

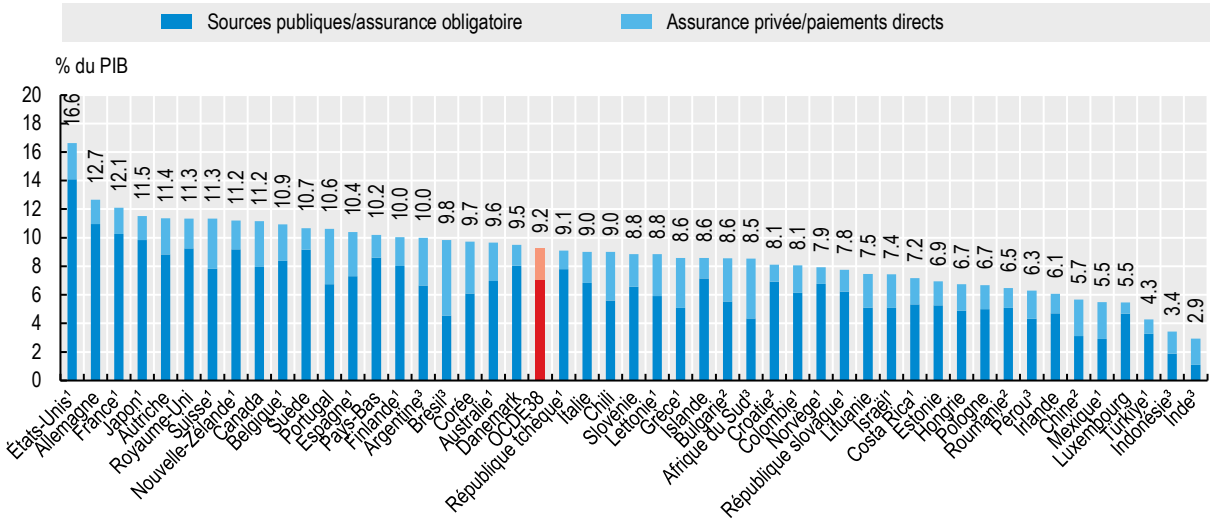
À noter que les données pour 2022 sont basées sur des chiffres provisoires fournis par les pays ou des estimations préliminaires calculées par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

OCDE (2023), "Health care financing in times of high inflation", OCDE, Paris, https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf. [1]

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [2]

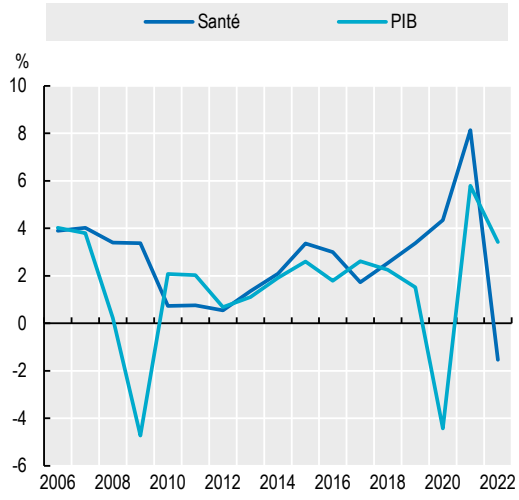
Graphique 7.1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2022 (ou année la plus proche)



1. Estimations de l'OCDE pour 2022. 2. Se rapporte à 2021. 3. Se rapporte à 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://stat.link/wcn5od

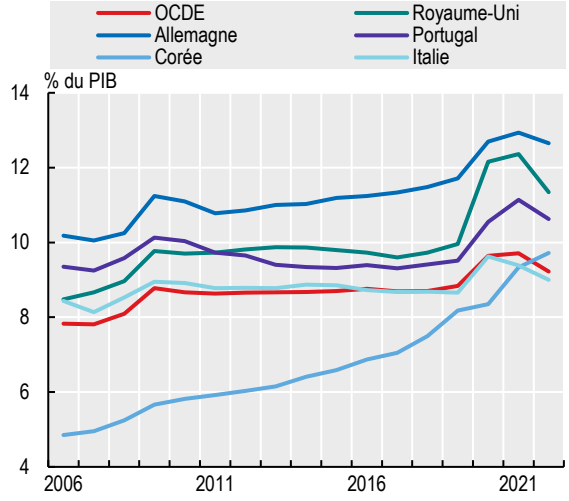
Graphique 7.2. Croissance annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB par habitant, OCDE, 2006-22



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/on6lpe

Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, sélection de pays, 2006-22



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/xjir7d

Dépenses de santé par habitant

Le niveau des dépenses de santé par habitant, pour répondre à la fois aux besoins des individus et de la population, ainsi que son évolution au fil du temps, dépendent de divers facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé des pays.

En 2022, les dépenses de santé moyennes par habitant dans les pays de l'OCDE (après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat) ont été estimées à environ 5 000 USD. Aux États-Unis, elles ont atteint l'équivalent de 12 555 USD pour chaque citoyen américain. Parmi les pays de l'OCDE, arrivent ensuite la Suisse et l'Allemagne, avec un niveau moyen de dépenses de santé par habitant d'environ 8 000 USD, qui reste toutefois inférieur aux deux tiers du niveau des États-Unis (Graphique 7.4). Après la Norvège et l'Autriche, un autre groupe de pays d'Europe occidentale, ainsi que l'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, ont dépensé chacun entre 6 et 7 000 USD. Les dépenses de santé par habitant ont diminué sensiblement dans les pays d'Europe méridionale, les pays d'Europe centrale et orientale et enfin dans les pays d'Amérique latine membres de l'OCDE, les dépenses au Mexique (1 181 USD) s'élevant à environ un quart de la moyenne de l'OCDE.

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 dispositifs facultatifs comme une assurance privée ou des paiements directs des ménages (voir l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement »). En moyenne dans les pays de l'OCDE, les trois quarts environ des dépenses de santé sont financés par des sources publiques ou des régimes d'assurance obligatoire.

Le risque de maladie et de morbidité augmente généralement avec l'âge. Une population plus âgée peut s'attendre à enregistrer des taux de mortalité plus élevés, une incidence et une prévalence plus fortes de certaines pathologies, et donc des besoins accrus de soins de santé et, par conséquent, des dépenses de santé plus élevées. À l'aide d'un profil standard des dépenses en fonction de l'âge, on peut évaluer l'impact de différentes structures démographiques sur les dépenses de santé globales dans les pays de l'OCDE en appliquant une standardisation indirecte (OCDE, à paraître[1]). Le Graphique 7.5 indique que des pays comme Israël et l'Irlande, et certains pays d'Amérique latine membres de l'OCDE, pourraient enregistrer des dépenses de santé plus élevées par rapport à la moyenne de l'OCDE si une structure démographique standard était appliquée, tandis que les pays à la population plus âgée (comme l'Allemagne, l'Italie et le Japon) pourraient afficher des dépenses plus faibles.

Au cours des années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, les dépenses de santé annuelles moyennes par habitant ont augmenté de 2.6 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.6). En Lettonie, Lituanie et Corée, la croissance annuelle des dépenses entre 2015 et 2019 a été comprise entre 6 et 8 %, tandis que dans la plupart des pays nordiques et en France, elle a été beaucoup plus modérée, à savoir inférieure à 1 % en moyenne. L'apparition du COVID-19 en 2020 a entraîné une forte hausse des dépenses de santé, en particulier de la part des pouvoirs publics, qui ont dégagé des fonds pour ralentir et combattre les effets de la pandémie. Entre 2019 et 2022, la croissance moyenne des dépenses par habitant dans la zone OCDE s'est accélérée, passant à 3.3 % par an, et a atteint un pic en 2021 avant de se contracter l'année la plus récente (Graphique 7.2).

On observe toutefois des divergences entre les pays en termes d'évolution des dépenses de santé pendant la pandémie, en raison de la gravité des vagues successives dans les différentes régions ainsi que de l'ampleur et de la durée des mesures d'endiguement, et les différents modes de financement des soins de santé selon les pays peuvent aussi jouer un rôle à cet égard. Sur les 38 pays de l'OCDE, environ deux tiers ont enregistré une plus forte croissance des dépenses de santé pendant la pandémie que pendant les années qui ont immédiatement précédé la crise, et seul le Mexique aurait enregistré une croissance globalement négative au cours des trois dernières années. Certains pays, comme la Lettonie et la Türkiye, ont connu une croissance à deux chiffres des dépenses de santé entre 2019 et 2022, sous l'effet à la fois de la gravité et de la persistance des effets de la pandémie en 2022. Dans la région Asie-Pacifique, la Corée et la Nouvelle-Zélande ont enregistré une hausse de leurs dépenses de santé de plus de 8 % en moyenne entre 2019 et 2022. Ces deux pays ont appliqué des mesures d'endiguement strictes en 2020 et 2021, et leur assouplissement a entraîné une recrudescence des cas de COVID-19 en 2022.

Définition et comparabilité

Voir l'indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB » pour une définition des dépenses courantes de santé.

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé par habitant sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. Les PPA de la consommation individuelle effective (CIE) sont utilisées, car elles représentent les taux de conversion le plus largement disponibles et les plus fiables. On emploie quand cela est possible des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle de tous les pays.

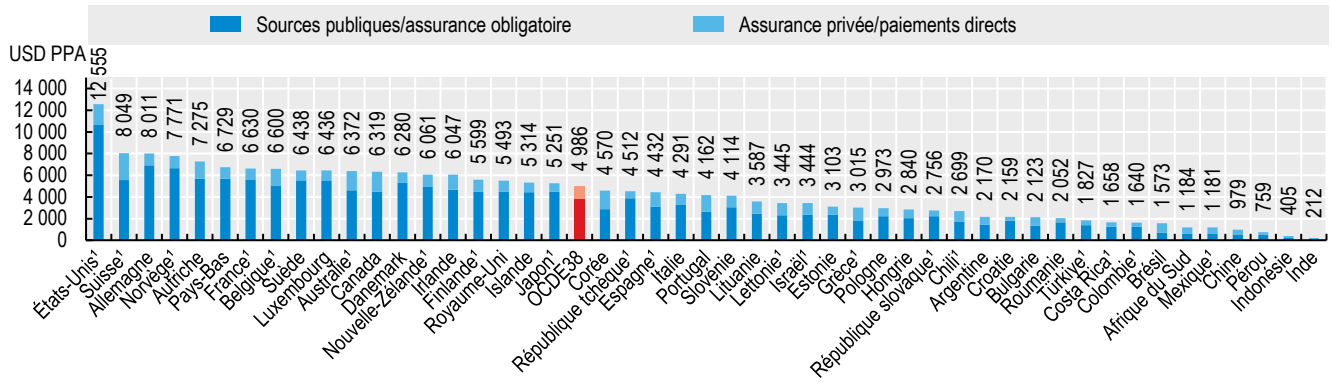
Pour une comparaison internationale dans le temps des indicateurs de la santé qui sont fortement influencés par les facteurs démographiques, un ajustement tenant compte des différences de structure démographique est souhaitable. Si cette pratique est courante pour de nombreuses variables de résultats en matière de santé, elle est moins répandue pour les indicateurs de l'utilisation des ressources dans ce domaine. Il existe différentes méthodes pour ajuster les indicateurs de santé en fonction de l'âge. On utilise ici une méthode indirecte de standardisation.

À noter que les données pour 2022 sont basées sur des chiffres provisoires fournis par les pays ou estimées par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

OCDE (à paraître), "Understanding international measures of health spending: Age-adjusting expenditure on health", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*. [1]

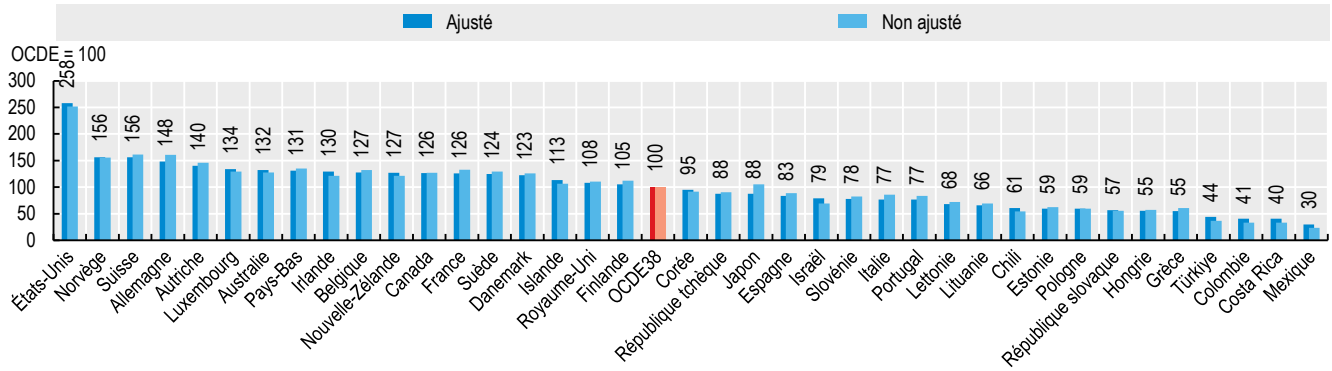
Graphique 7.4. Dépenses de santé par habitant, 2022 (ou année la plus proche)



1. Estimations de l'OCDE.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink https://stat.link/us4yql

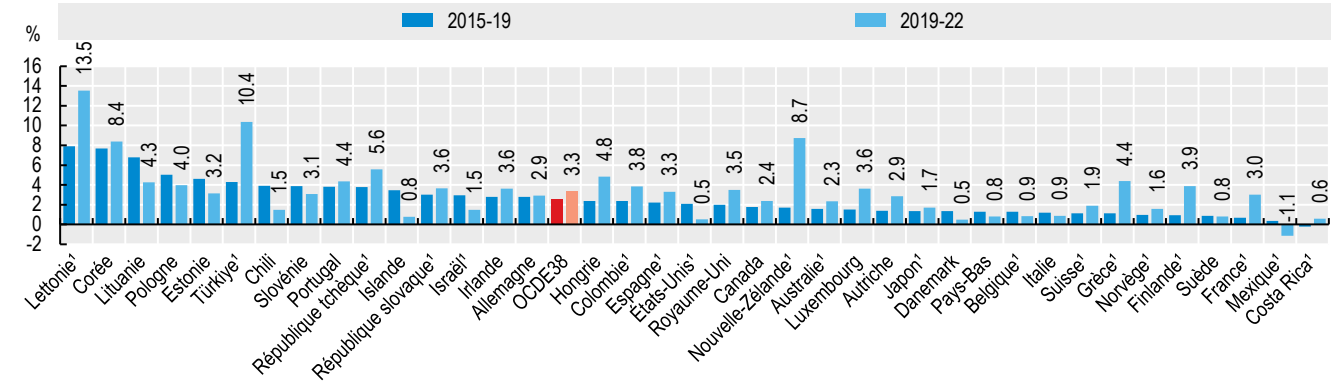
Graphique 7.5. Effet de l'ajustement des dépenses de santé par habitant en fonction de l'âge, 2022



Note : Dépenses de santé rapportées à la moyenne de l'OCDE (OCDE=100) après standardisation indirecte fondée sur un profil dérivé des dépenses en fonction de l'âge dans l'OCDE.
Source : Calculs d'après OCDE (à paraître[1]), « Understanding international measures of health spending: Age-adjusting expenditure on health ».

StatLink https://stat.link/8crbg9

Graphique 7.6. Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant (valeurs réelles), 2015-19 et 2019-22



1. D'après les estimations de l'OCDE pour 2022. Les taux de croissance et les périodes ont pu être ajustés pour tenir compte des ruptures de séries.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/dbm5kl

Prix dans le secteur de la santé

Si l'on compare les dépenses de santé, on observe des différences au niveau des prix des biens et des services de santé *ainsi* que de la quantité des soins que les individus utilisent (« volume »). La décomposition des dépenses de santé selon les deux éléments permet aux responsables de l'élaboration des politiques de mieux en comprendre les déterminants.

Les comparaisons entre pays nécessitent que les dépenses soient exprimées dans une devise commune, et le choix de la mesure de conversion peut avoir une incidence non négligeable sur les résultats et leur interprétation (OCDE/Eurostat, 2012[1]). Une méthode consiste à convertir les monnaies locales en utilisant les taux de change, mais cette façon de procéder n'est pas idéale en raison de la volatilité de ces taux. En outre, pour les biens et services qui ne font pas l'objet d'échanges internationaux, comme les soins de santé, les taux de change du marché ne reflètent pas le pouvoir d'achat relatif des monnaies sur leurs marchés nationaux. Une autre méthode utilise les parités de pouvoir d'achat (PPA) qui sont disponibles au niveau des économies dans leur ensemble, des secteurs d'activité et de certains agrégats de dépenses. Les PPA de la consommation individuelle effective (CIE), qui englobent *tous* les biens et services consommés par les individus, sont les taux de conversion les plus 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 de tous les autres biens et services de consommation d'un pays à l'autre.

Le Graphique 7.7 illustre les niveaux de prix *propres à la santé* sur la base d'un panier représentatif de biens et services de santé pour chaque pays de l'OCDE. La Suisse et l'Islande pratiquent les prix de la santé les plus élevés des pays de l'OCDE, en moyenne, le même panier de biens et services coûterait 62 % et 50 % de plus que la moyenne de l'OCDE, respectivement. En général, les prix des soins de santé sont aussi relativement élevés en Israël et aux États-Unis. En revanche, les prix pour le même panier de biens et services de santé au Japon, au Portugal et en Slovénie correspondent environ aux deux tiers de la moyenne de l'OCDE. La Türkiye affiche les prix de la santé les plus bas de l'OCDE, soit 18 % de la moyenne de l'OCDE.

Si l'on retire des dépenses l'élément correspondant aux prix de la santé, on obtient une idée de la quantité de biens et de services de santé consommés par la population (« le volume de soins de santé »). 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 volumes de soins de santé utilisés varient moins que les dépenses de santé (Graphique 7.8). Les États-Unis restent le pays qui consomme le plus de soins de santé en termes de volume, soit 49 % de plus que la moyenne de l'OCDE. Les volumes de soins de santé par habitant les plus faibles de l'OCDE sont observés au Costa Rica et au Mexique, où ils représentent environ un cinquième de la moyenne de l'OCDE. Les différences en termes 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 des services, l'usage de médicaments prescrits ainsi que les problèmes d'accès qui engendrent des niveaux plus bas de recours aux soins.

Il existe une forte corrélation entre les prix pratiqués dans le secteur de la santé et les prix dans l'ensemble de l'économie. Toutefois, si les prix des biens faisant l'objet d'échanges internationaux ont tendance à s'égaliser entre les partenaires commerciaux, les achats de services (comme les soins de santé) interviennent généralement à l'échelon local, les salaires plus élevés dans les pays riches entraînant, par exemple, des prix plus élevés pour les services. Si l'on compare les niveaux de prix dans le secteur de la santé et dans l'économie à la moyenne de l'OCDE, les prix de la santé varient davantage que ceux pratiqués dans l'ensemble de l'économie (Graphique 7.9). Dans les pays où les prix sont relativement bas dans l'ensemble de l'économie, le niveau des prix de la santé est généralement encore plus bas que dans l'économie générale, et il est à l'inverse plutôt supérieur dans ceux où les prix dans l'ensemble de l'économie sont élevés. Toutefois, la santé ne coûte pas plus cher dans tous les pays à revenu élevé aux prix généralement supérieurs. En France et en Allemagne, par exemple, le niveau général des prix est proche de la moyenne de l'OCDE, mais le coût des soins de santé est inférieur de 30 % et de 20 %, respectivement, à la moyenne de l'OCDE. Cette situation peut s'expliquer en partie par des décisions des pouvoirs publics visant à réglementer les prix de la santé.

Définition et comparabilité

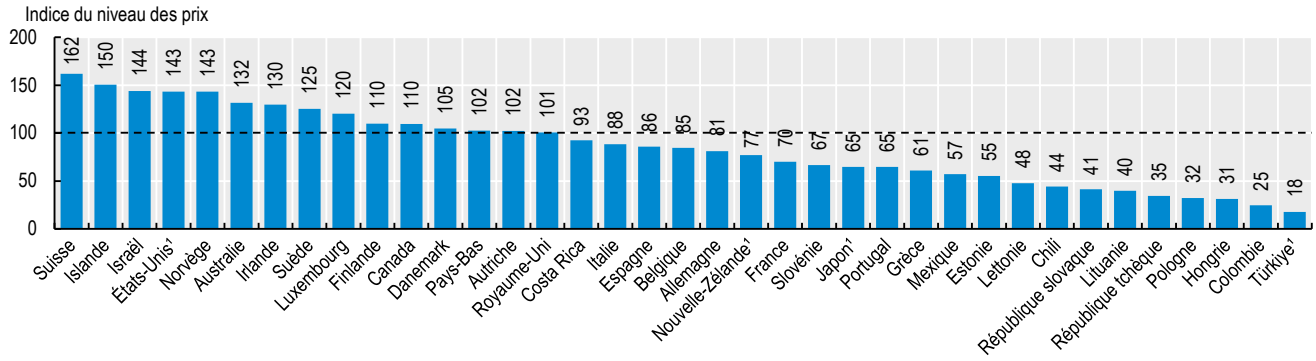
Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux de conversion qui montrent le rapport entre les prix exprimés en devises nationales pour un même panier de biens et de services dans différents pays. Elles peuvent ainsi être utilisées à la fois pour convertir les devises et déflater les prix. Quand 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 volumes dans le secteur de la santé suppose des PPA propres à la santé. Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour le PIB et environ 50 catégories de produits, dont la santé. Récemment, un certain nombre de pays ont cherché 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 à l'hôpital, lesquelles sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Ces PPA peuvent servir au calcul des indices de niveau de prix (INP) 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.

Références

OCDE/Eurostat (2012), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012 Edition)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264189232-en. [1]

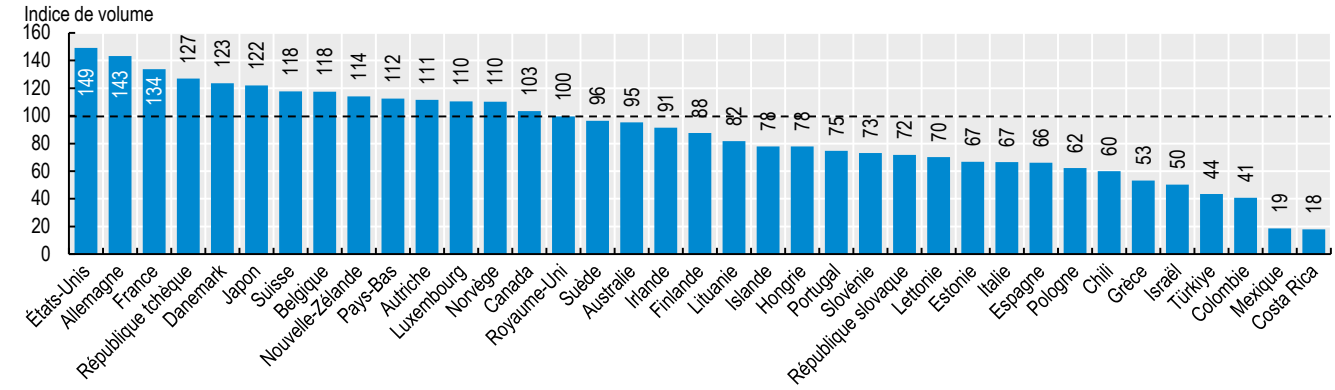
Graphique 7.7. Niveaux de prix dans le secteur des soins de santé, 2021, moyenne de l'OCDE = 100



1. S'agissant des hôpitaux, les PPA sont estimées essentiellement au moyen des salaires du personnel médical et non-médical (entrées).
Source : Estimations du Secrétariat de l'OCDE, 2023.

StatLink https://stat.link/oujnxk

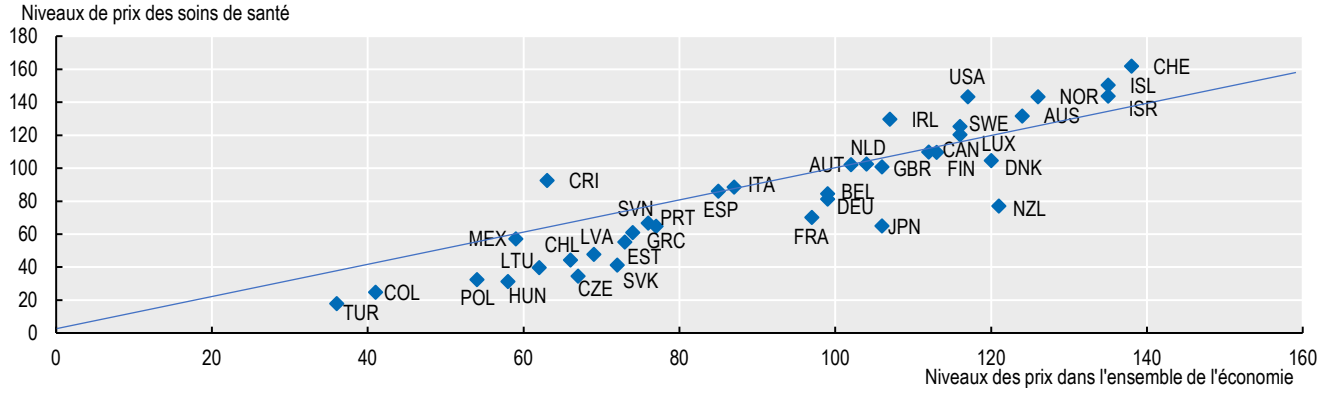
Graphique 7.8. Volumes de soins de santé par habitant, 2021, moyenne OCDE = 100



Note : Les volumes sont calculés au moyen des PPA pour la santé.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé et estimations du Secrétariat de l'OCDE, 2023.

StatLink https://stat.link/pvr190

Graphique 7.9. Niveaux des prix de la santé par rapport aux niveaux des prix dans l'ensemble de l'économie, 2021, moyenne OCDE = 100



Source : Estimations du Secrétariat de l'OCDE, 2023.

StatLink https://stat.link/zqnit3

Dépenses de santé par dispositif de financement

Il existe divers mécanismes financiers par le biais desquels des individus ou des groupes de la population se procurent des soins de santé. 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 grande 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 de manière 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. Les trois quarts des dépenses de santé de 2021 ont été financés par cette forme de dispositifs obligatoires (Graphique 7.10). Les régimes publics centraux, régionaux ou locaux au Danemark, en Islande, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède représentaient 80 % ou plus des dépenses nationales de santé. En Allemagne, en France, au Japon et au Luxembourg, les trois quarts ou plus des dépenses étaient prises en charge par une forme d'assurance maladie obligatoire. Aux États-Unis, les dispositifs au niveau fédéral et au niveau des États fédérés couvraient en 2021 environ un tiers de toutes les dépenses de santé du pays. L'autre moitié des dépenses relève de régimes d'assurance obligatoires, qui englobent des dispositifs très différents, notamment les régimes d'assurance maladie fédéraux, comme Medicare, mais aussi l'assurance maladie privée, qui est considérée comme obligatoire en vertu de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA).

En 2021, les versements directs des ménages ont financé un peu moins d'un cinquième des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, cette part diminuant sensiblement à mesure que le PIB augmente. Les ménages représentaient 30 % ou plus des dépenses au Mexique (41 %), en Grèce (33 %), au Chili et en Lituanie (30 % chacun), tandis qu'en France, aux Pays-Bas et au Luxembourg le reste à charge était inférieur à 10 %.

Au cours des années qui ont précédé la pandémie de COVID-19 (2015-19), les dépenses par habitant au titre des régimes d'assurance maladie obligatoire et d'assurance maladie facultative ont augmenté respectivement de 3.5 % et 5.6 % en moyenne par an, soit davantage que le taux de croissance des dépenses de santé totales sur la même période (2.6 %) (Graphique 7.11). Dans le même temps, les dépenses au titre des régimes publics ont augmenté en moyenne de 1.3 % par an. En outre, du fait de l'évolution vers une couverture maladie universelle, les dépenses de santé financées par les versements directs des ménages (1.8 %) ont augmenté à un rythme inférieur à celui des dépenses de santé globales.

La trajectoire des dépenses des divers dispositifs de financement a été modifiée par la pandémie de COVID-19 en 2020 (Graphique 7.11). Si la progression des dépenses au titre des régimes d'assurance maladie obligatoire est restée globalement inchangée au cours de la période 2019-21, les dépenses au titre des régimes publics ont augmenté en moyenne de 26 % par an grâce à la mise à disposition de ressources importantes pour suivre la propagation du virus, accroître les capacités des systèmes, allouer des subventions aux prestataires de santé et, à terme, déployer des campagnes de vaccination contre le COVID-19. La progression des dépenses au titre des régimes publics a été particulièrement forte dans les pays où l'accès aux services passe généralement par l'assurance maladie, notamment au Chili, en Colombie, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en République slovaque et en Slovénie. Dans ces pays, les régimes publics ne jouent généralement pas un grand rôle dans les achats au sein du système de santé, mais ils ont assumé d'importantes responsabilités financières pendant la pandémie. En Colombie, par exemple, un nouveau fonds public central créé pour financer les mesures de réponse au COVID-19 a alloué environ 40 % de ses ressources au secteur de la santé aux fins du dépistage, de la prise en charge et de la vaccination (Vammalle and Córdoba Reyes, 2022[1]).

Dans le même temps, les dépenses au titre des régimes d'assurance facultative ont connu un renversement de tendance entre 2019 et 2021 par rapport à la période 2015-19, en raison du report et de la baisse de la demande de services de santé non urgents et de l'indisponibilité partielle de certains services. En Irlande, par exemple, les hôpitaux privés sont convenus de prendre en charge des patients du secteur public pendant les vagues les plus intenses de la pandémie, ce qui fait que les services ont été moins disponibles pour les payeurs privés (y compris ceux qui souhaitaient utiliser une assurance privée facultative).

Définition et comparabilité

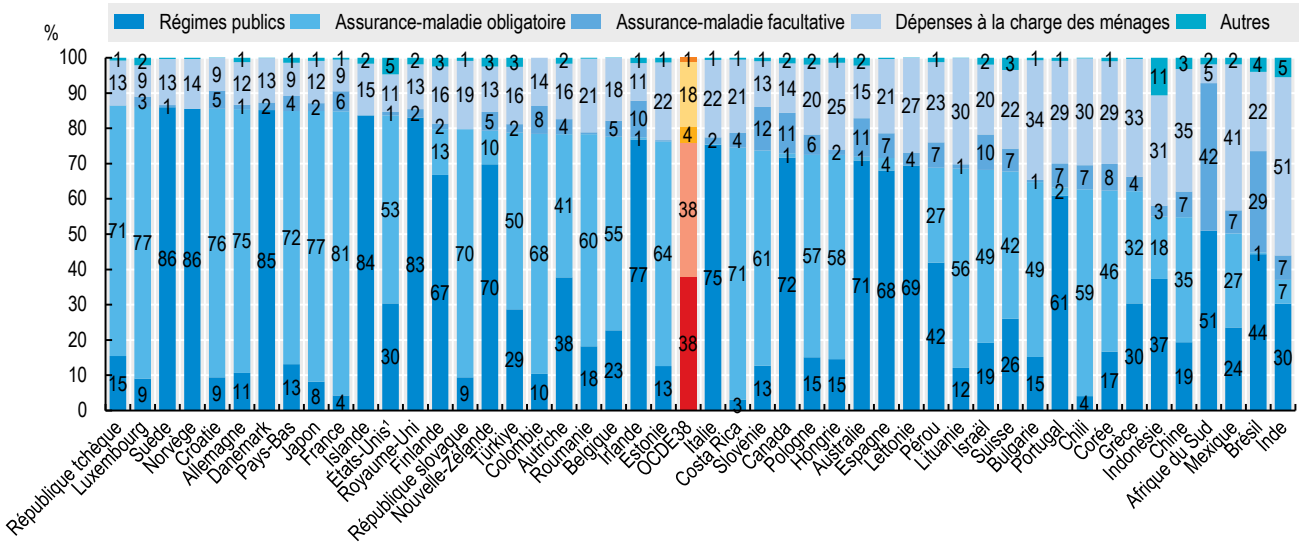
Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des dispositifs de financement (les mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont pris en charge et fournis aux particuliers, par exemple l'assurance maladie sociale), des agents de financement (les organismes qui gèrent les dispositifs de financement, par exemple les caisses d'assurance sociale) et des types de recettes (par exemple 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[2]) ; ce terme englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire ainsi que l'assurance maladie facultative et les fonds privés (paiements directs des ménages, ONG et entreprises privées). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement. Elles incluent la participation aux coûts et, dans certains pays, les estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de soins.

Références

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [2]

Vammalle, C. and L. Córdoba Reyes (2022), "Health budgeting and governance responses to COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Lessons for improving health systems' resilience", *OECD Journal on Budgeting*, https://doi.org/10.1787/d62fa6ef-en. [1]

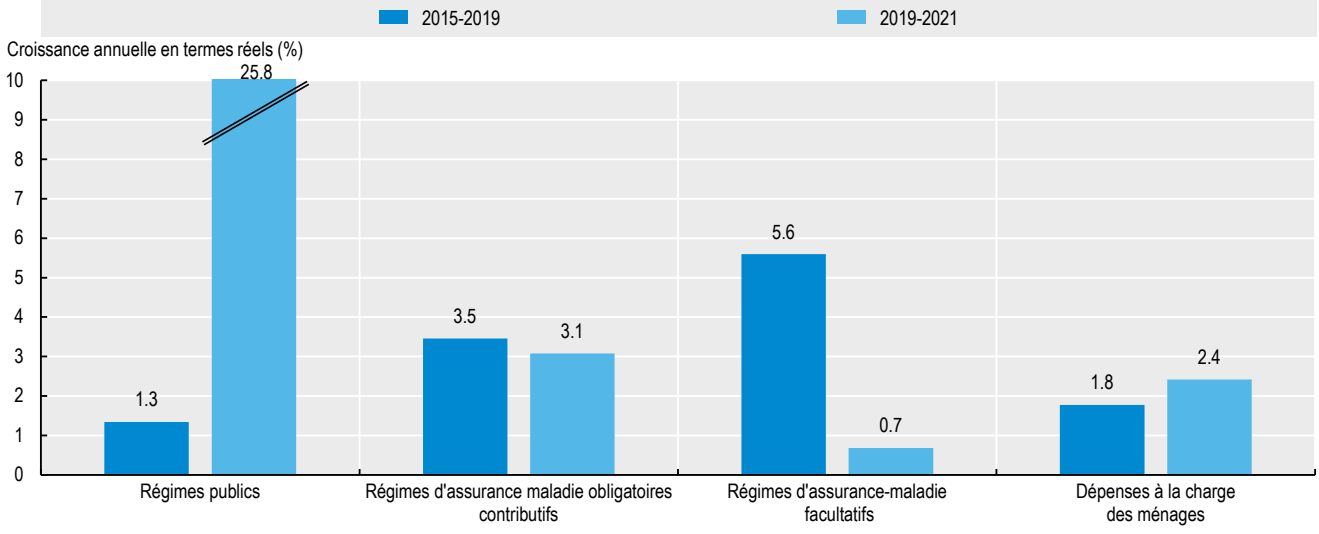
Graphique 7.10. Dépenses de santé par type de financement, 2021 (ou année la plus proche)



Note : La catégorie « Autres » désigne le financement par les ONG, les employeurs, les régimes de non-résidents et les régimes inconnus. 1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées déclarées au titre de l'assurance maladie obligatoire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0kdtm2

Graphique 7.11. Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant (en valeurs réelles) par type de financement, moyenne de l'OCDE, 2015-19 et 2019-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/cru4oq

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 recettes utilisées pour financer ces dépenses peuvent provenir de plusieurs sources différentes. La plupart du financement des régimes publics provient des recettes de l'administration publique (par exemple, les impôts), lesquelles sont affectées par le biais du processus budgétaire. L'État contribue aussi parfois à l'assurance maladie sociale, par exemple, en prenant à sa charge les cotisations de certaines catégories de population 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, il se peut qu'une partie de cette prime soit à la charge de l'employeur, ou bien subventionnée par l'État. Les particuliers financent aussi leurs soins directement, intégralement ou à titre participatif dans le cadre d'un système de tiers financement, au moyen des revenus des ménages. D'autres dispositifs de financement de la santé (par exemple, les dispositifs à but non lucratif ou d'entreprise) peuvent recevoir des dons ou générer des recettes à partir d'investissements ou d'autres opérations commerciales. Enfin, bien que les fonds soient limités dans la plupart des pays de l'OCDE, ils peuvent provenir de sources non nationales.

Le financement public peut être défini comme la somme des transferts publics et de toutes les cotisations sociales. En 2021, les sources publiques ont financé en moyenne 73 % des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.12). Dans les pays où les dispositifs de financement public constituent le principal mécanisme de financement (Norvège, Suède et Danemark, par exemple), les transferts publics financent 85 % ou plus des dépenses de santé. Dans d'autres pays comme la Slovénie ou l'Allemagne, la majeure partie des financements publics correspond aux cotisations d'assurance sociale à la charge des employeurs et des salariés. Dans un grand nombre de pays dotés de régimes sociaux d'assurance maladie, les dispositifs publics ne procèdent pas directement à l'achat de nombreux services de santé, mais versent des transferts et des subventions à d'autres dispositifs. En République tchèque, les transferts publics à l'assurance maladie sociale pour le compte de certains groupes de population constituent une importante source de financement, de sorte que 87 % des dépenses de santé totales ont été financées sur fonds publics en 2021.

L'État est chargé du financement de tout un éventail de services publics, comme la santé, mais aussi beaucoup d'autres secteurs comme l'éducation, la défense et le logement. Le niveau de financement public de la santé dépend de plusieurs facteurs : le type de système de santé en place, la démographie de la population, les nouvelles priorités budgétaires et la conjoncture économique. Les dépenses de santé ont représenté en moyenne 15 % des dépenses publiques totales dans la zone OCDE en 2021, soit une augmentation de 1 point de pourcentage par rapport à 2011 (Graphique 7.13). Si, au début de la pandémie, de nombreux pays de l'OCDE ont été en mesure d'accroître sensiblement les ressources publiques disponibles pour la santé, le climat économique et géopolitique a créé de nouveaux défis en 2022, la guerre menée par la Russie contre l'Ukraine ayant eu pour effet de majorer des coûts de l'énergie déjà en hausse, ce qui a suscité des tensions inflationnistes dans une grande partie de l'OCDE. Ces évolutions économiques et géopolitiques vont influencer le niveau de ressources disponibles pour financer les dépenses de santé publiques et privées, ainsi que les coûts de la prestation des services de santé (OCDE, 2023[1]).

De nombreux pays de l'OCDE disposent d'un système d'assurance maladie obligatoire, soit une assurance maladie sociale, soit une couverture privée, mais la composition des primes 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 deux tiers environ du financement proviennent de cotisations sociales (ou primes) réparties essentiellement entre les salariés et leurs employeurs. Environ un quart provient cependant encore de transferts publics, pour le compte de certaines catégories de population (par exemple les pauvres ou les chômeurs) ou au titre de contribution générale. Au Chili et en Hongrie, les transferts publics financent plus de 60 % des dépenses de santé du régime social d'assurance maladie. Dans le même temps, en Pologne, en Slovénie et au Costa Rica, cette proportion s'élève à 5 % ou moins, et les cotisations d'assurance sociale constituent 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 facultatifs ou obligatoires (par exemple des primes d'assurance), d'autres ressources nationales et des revenus de l'étranger (par exemple 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 aux dépenses pour donner une idée du financement des dépenses pendant la période comptable.

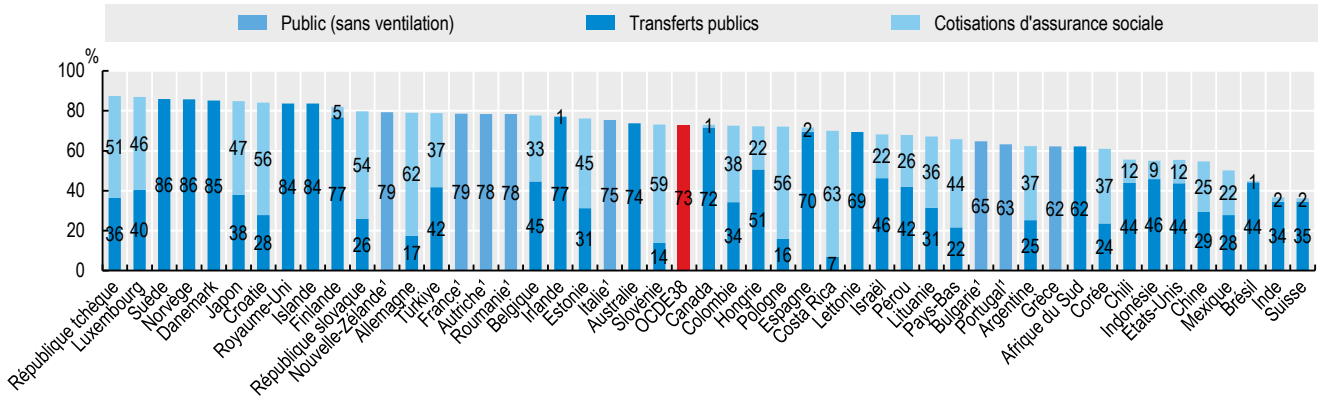
Les dépenses totales des administrations publiques sont définies de la même manière que dans le Système des comptes nationaux. D'après la méthodologie du *Système de comptes de la santé* (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[2]), les dépenses publiques de santé sont égales à la somme des transferts publics (nationaux), des transferts publics (étrangers) et des cotisations d'assurance sociale. En l'absence d'informations sur les recettes, on utilise comme valeur approximative la somme des dépenses des régimes publics et de celles des régimes d'assurance maladie sociale.

Références

OCDE (2023), "Health care financing in times of high inflation", OCDE, Paris, https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf. [1]

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [2]

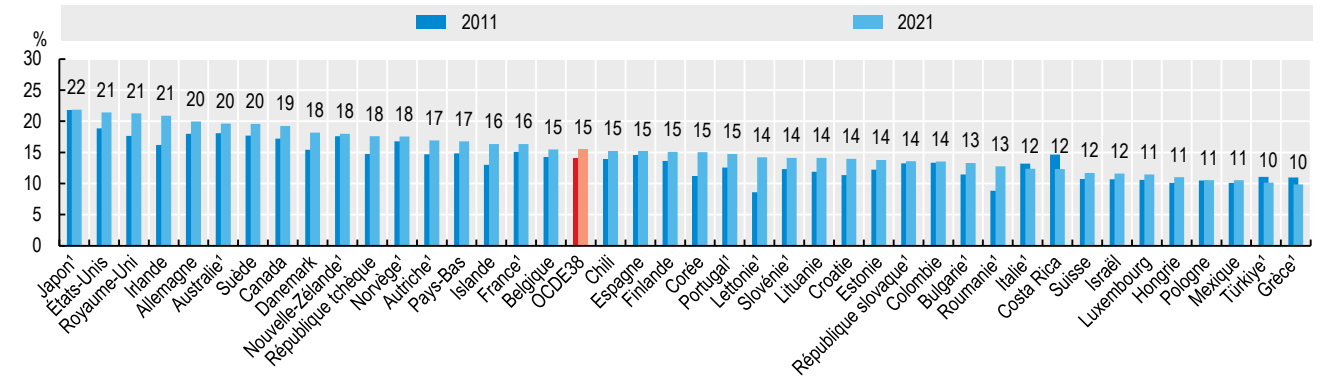
Graphique 7.12. Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses de santé, 2021 (ou année la plus proche)



1. Le total des dépenses financées sur fonds publics est calculé à partir des dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/4noug8

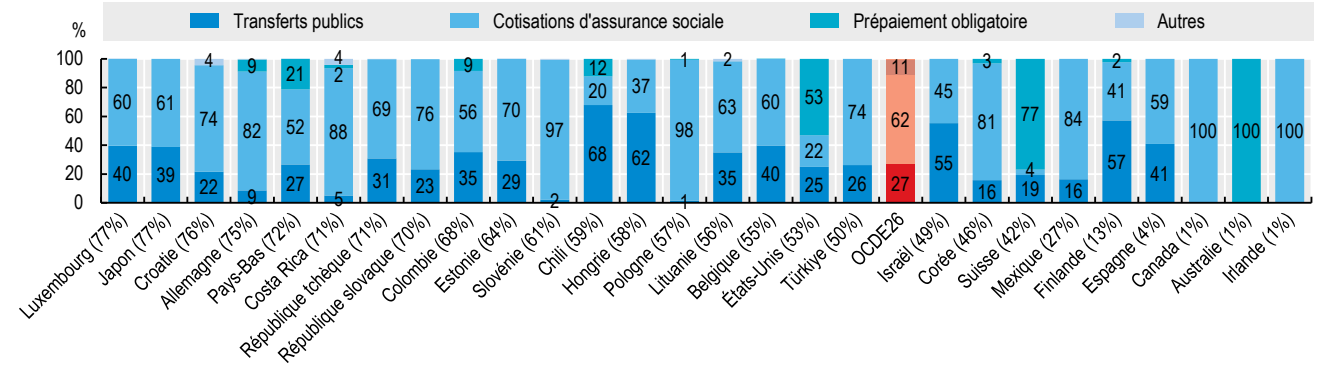
Graphique 7.13. Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses publiques, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Le total des dépenses financées sur fonds publics est calculé à partir des dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://stat.link/7k2zbx

Graphique 7.14. Sources de financement de l'assurance maladie obligatoire, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent la contribution de l'assurance maladie obligatoire aux dépenses totales de santé. La catégorie « Autres » comprend les autres recettes intérieures et les transferts directs étrangers.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/zdmlwq

Dépenses de santé par type de service

Divers facteurs, que ce soit la charge de morbidité, les priorités du système, les aspects organisationnels ou encore les coûts, déterminent l'affectation des ressources entre les divers types de services de santé. 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, qui ont représenté 60 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2021 (Graphique 7.15). Les biens médicaux (essentiellement les produits pharmaceutiques) représentaient 18 % supplémentaires, suivis des services de soins de longue durée, qui s'établissaient en moyenne en 2021 à 13 % du total environ. Le reste des dépenses de santé, soit 9 %, est consacré à l'administration et à la gouvernance générale du système de santé, ainsi qu'à la prévention.

En 2021, la Belgique et la Grèce ont affiché la part la plus élevée du total des dépenses de santé allouées aux services hospitaliers, soit environ 40 %. À l'autre extrémité, de nombreux pays nordiques ainsi que la Suisse et les Pays-Bas ont enregistré une proportion beaucoup plus faible des dépenses consacrées aux services hospitaliers, soit environ 20 % du total.

Les soins ambulatoires forment une large catégorie qui recouvre les services ambulatoires généralistes et spécialisés, les soins dentaires ainsi que les soins à domicile et les services auxiliaires. Toutes catégories confondues, les dépenses au titre des services de soins ambulatoires représentent environ 45 % de l'ensemble des dépenses de santé au Portugal, en Lettonie et en Israël, contre une moyenne de 32 % pour l'OCDE. Compte tenu de l'importance relative des prestations de soins hospitaliers, la Grèce et la Belgique allouent une proportion comparativement faible de leurs dépenses aux services ambulatoires, soit moins d'un quart du total des dépenses de santé.

La troisième catégorie de dépenses de santé est celle des biens médicaux. Les différences de prix des produits internationaux tels que les produits pharmaceutiques varient généralement moins d'un pays à l'autre que celles des services produits localement. 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 exemple, en 2021, les dépenses au titre des biens médicaux représentaient environ 30 % du total des dépenses de santé au Mexique, en République slovaque et en Grèce. À l'inverse, cette part était beaucoup plus faible au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où elle ne représentait qu'un dixième des dépenses totales de santé.

Les dépenses au titre des services de soins de longue durée ont représenté 13 % des dépenses de santé en moyenne en 2021, mais ce chiffre masque de grandes différences entre les pays de l'OCDE. Dans les pays dotés de dispositifs formels, comme la Norvège, la Suède et les Pays-Bas, un quart ou plus des dépenses de santé sont consacrées aux services de soins de longue durée. Il existe cependant un secteur plus informel des soins de longue durée dans de nombreux pays d'Europe méridionale, centrale et orientale, parmi lesquels la Hongrie, la Lettonie, la Grèce et la République slovaque, ainsi que dans des pays d'Amérique latine comme le Mexique, où les dépenses consacrées aux soins de longue durée sont beaucoup plus faibles, généralement de l'ordre de 5 % ou moins.

La pandémie de COVID-19 a radicalement modifié la structure des dépenses de santé dans de nombreux pays, ce qui fait que leur progression annuelle moyenne par habitant durant les années qui ont précédé la pandémie (2015-19) est très différente de celle observée pendant la pandémie (Graphique 7.16). Entre les années 2015 et 2019, en effet, la progression annuelle des dépenses par habitant au titre des produits pharmaceutiques (1.2 %) et des soins hospitaliers (2.2 %) a été relativement modérée, tandis que la progression annuelle moyenne des dépenses par habitant consacrées aux soins ambulatoires, aux soins de longue durée et à l'administration a été plus prononcée, se situant entre 3 % et 3.5 %.

La pandémie a entraîné une croissance exceptionnelle des dépenses dans toutes les fonctions de soins (Graphique 7.16). Plus particulièrement, les dépenses de prévention ont augmenté de près de 50 % par an (contre 2.3 % avant la pandémie), les pays ayant consacré des ressources importantes aux campagnes de dépistage, de traçage, de surveillance et d'information en lien avec la pandémie, ainsi qu'au déploiement de campagnes de vaccination en 2020 et 2021. La progression annuelle des dépenses par habitant consacrées aux soins hospitaliers a plus que doublé, en raison des surcoûts liés aux dépenses de personnel et d'intrants (équipements de protection individuelle, par exemple) et des subventions importantes allouées aux hôpitaux. À environ 8 % par an, les dépenses consacrées à l'administration des systèmes de santé ont également enregistré une forte croissance entre 2019 et 2021. Cette hausse s'explique en partie par les ressources supplémentaires nécessaires pour gérer les stratégies nationales de lutte contre le COVID-19. Les données préliminaires pour 2022 donnent à penser que certaines des hausses les plus récentes seront passagères et qu'une normalisation des taux de croissance est à prévoir à mesure que les pays sortent de la phase aiguë de la pandémie.

Définition et comparabilité

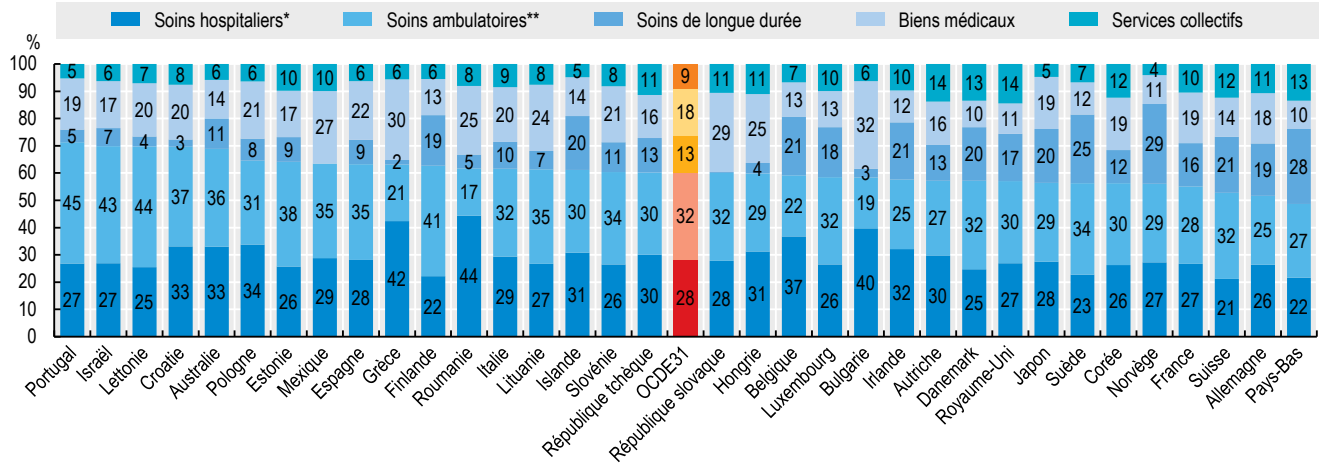
Le *Système de comptes de la santé* (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]) définit le cadre du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions de soins de santé correspondant aux différentes catégories de services et de biens dans le domaine de la santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, soins de réadaptation, soins de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, services de santé publique et administration, à savoir la gestion 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.

Références

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [1]

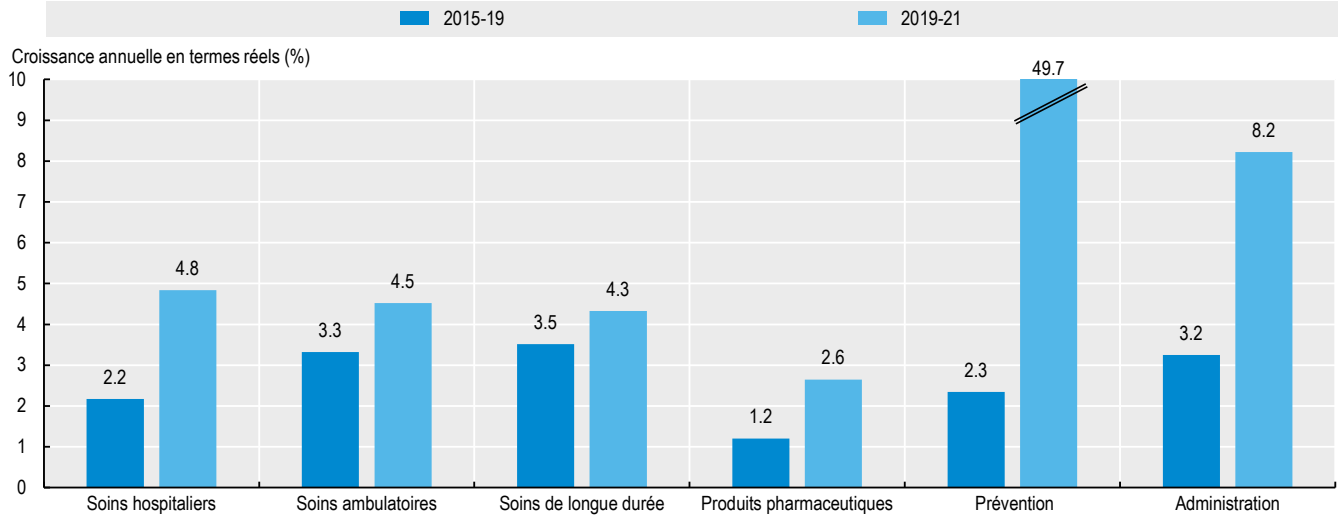
Graphique 7.15. Dépenses de santé par type de service, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les pays sont classés selon la part des soins curatifs et des soins de réadaptation dans leurs dépenses courantes de santé. * Désigne les soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. ** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/2re5i4

Graphique 7.16. Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant au titre d'une sélection de services (en valeurs réelles), moyenne de l'OCDE, 2015-19 et 2019-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/dvyp4r

Dépenses de santé au titre des soins primaires

L'efficacité des soins de santé primaires est 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. En outre, la pandémie de COVID-19 a montré l'importance cruciale de disposer de services robustes de soins primaires de proximité pour favoriser la résilience des systèmes de santé face aux crises sanitaires. Cependant, dans de nombreux pays de l'OCDE, les possibilités du secteur des soins primaires ne sont pas encore pleinement exploitées (OCDE, 2020[1]).

En 2021, les soins de santé primaires représentaient 13 % des dépenses de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE, allant de 10 % ou moins en Autriche, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suisse à près de 20 % en Slovénie et en Estonie (Graphique 7.17). Par rapport à 2019, cette proportion est restée inchangée, ce qui donne à penser que les dépenses de soins primaires ont augmenté au même rythme que les dépenses de santé globales pendant la pandémie de COVID-19.

Concernant leur composition, la moitié des dépenses de soins primaires dans les pays de l'OCDE concernent les services de soins ambulatoires généraux, un tiers supplémentaire étant alloué aux soins dentaires. Les services de prévention ainsi que les visites à domicile de médecins généralistes ou de personnels infirmiers représentent une proportion 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. La part des soins ambulatoires généraux prodigués par les prestataires de soins ambulatoires était particulièrement élevée au Costa Rica, en Pologne et au Mexique, où elle a atteint 13 % du total des dépenses de santé. En Allemagne, en Autriche, en France, au Luxembourg et en Suisse, les dépenses allouées aux soins ambulatoires généraux sont globalement beaucoup plus faibles, représentant 4 % ou moins des dépenses de santé.

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. Dans les deux pays, les soins dentaires représentent plus de 8 % 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 au Mexique, au Royaume-Uni, au Costa Rica et aux Pays-Bas.

Les dépenses totales consacrées à la prévention (c'est-à-dire aux services fournis par les prestataires de soins ambulatoires et autres) ont sensiblement augmenté dans l'ensemble des pays de l'OCDE avec la crise du COVID-19 (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service »). En pourcentage des dépenses totales de santé, les dépenses de prévention ont doublé depuis 2019 en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.18), pour s'établir à plus de 5 % en 2021. Les dépenses de prévention ont augmenté de plus de 6 points de pourcentage en Autriche, au Danemark, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, sous l'effet d'investissements considérables dans des mesures de santé publique visant à lutter contre la propagation de la pandémie de COVID-19.

Une augmentation des dépenses de prévention pourrait être bienvenue, mais la croissance des dépenses en 2021 est attribuée en grande partie à des mesures d'urgence limitées dans le temps en lien avec la gestion du COVID-19, comme le dépistage, la surveillance et les campagnes de vaccination, plutôt qu'à des investissements prévus à long terme dans la santé de la population. Au Royaume-Uni, par exemple, la progression des dépenses de prévention est due aux 15 milliards GBP alloués au programme du NHS de dépistage et de suivi du COVID-19 (*NHS Test and Trace*). Selon les analyses de l'OCDE, des dépenses supplémentaires en soins préventifs sont nécessaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé des pays et améliorer leur réactivité face aux pandémies et à d'autres menaces en constante évolution (OCDE, 2023[2]).

Définition et comparabilité

Les comparaisons internationales des dépenses consacrées aux soins de santé primaires faisaient jusqu'à présent cruellement défaut en raison à la fois de l'absence d'une définition communément acceptée et d'un cadre approprié de collecte de données. 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 (Mueller and Morgan, 2018[3]).

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 d'abord recensées comme des services de soins de base : les soins curatifs généraux en ambulatoire (p. ex. les visites de routine chez un médecin généraliste ou une infirmière pour des soins aigus ou chroniques) ; les soins curatifs dentaires en ambulatoire (p. ex. les visites de contrôle régulières et les traitements bucco-dentaires plus complexes) ; les soins curatifs à domicile désignent essentiellement les visites à domicile des médecins généralistes ou des personnels infirmiers ; les services de soins préventifs (p. ex. la vaccination 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.

La comparabilité de cet indicateur reste limitée et dépend de la capacité des pays et des méthodes qu'ils utilisent à faire la distinction entre les services ambulatoires généraux et les services spécialisés.

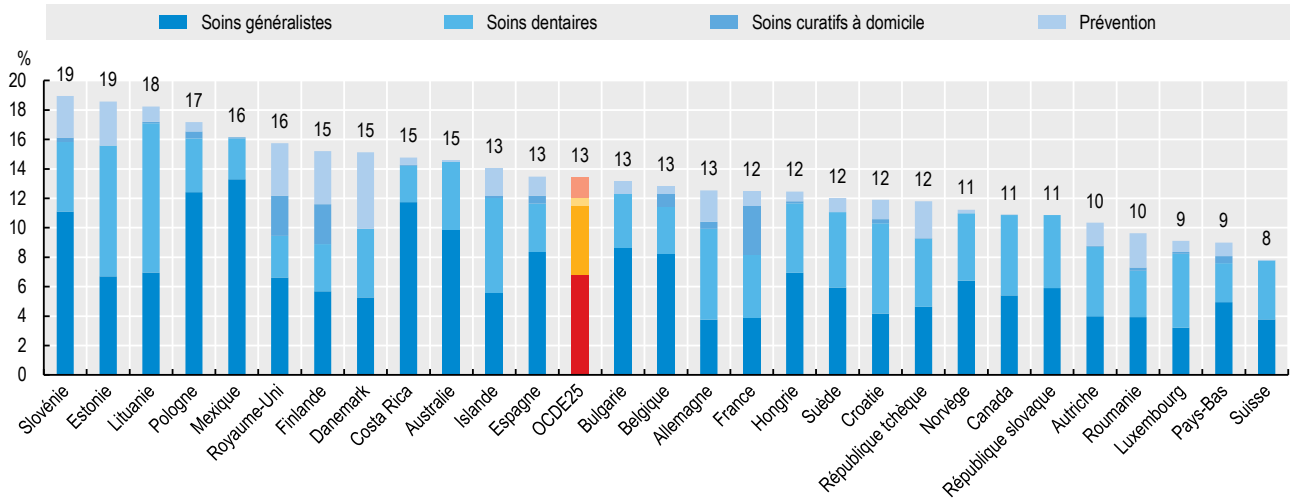
Références

Mueller, M. and 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. [3]

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [2]

OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [1]

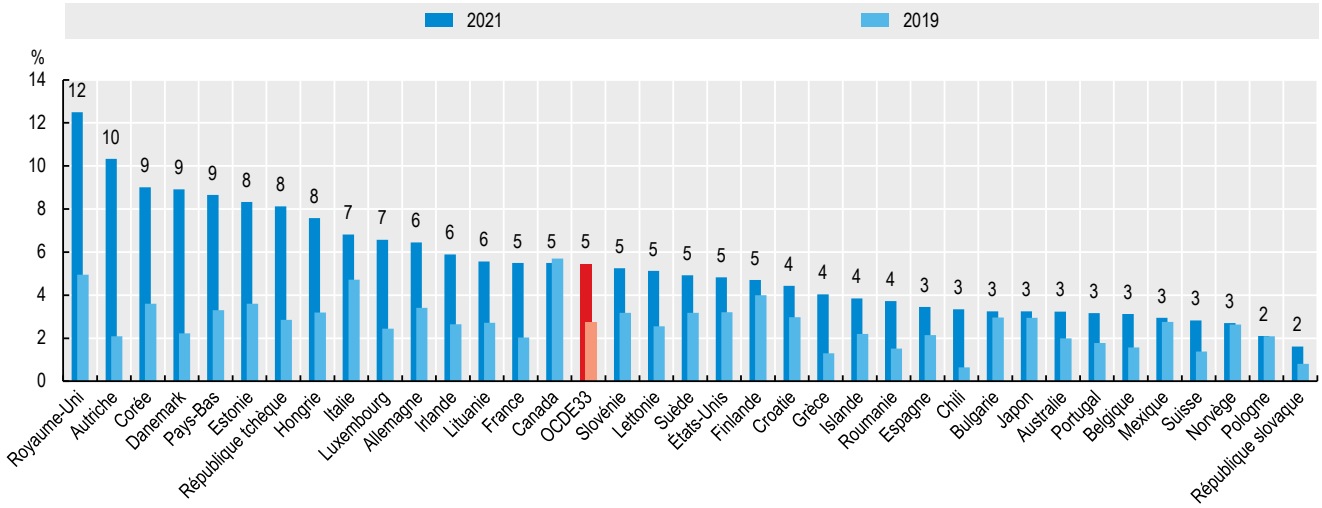
Graphique 7.17. Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/g07a3f

Graphique 7.18 Part des dépenses de santé courantes allouée à la prévention, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/5vyozf

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, ce qui 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.

Les différences organisationnelles en matière de prestation des soins de santé dans les pays de l'OCDE peuvent être marquées, ce qui se traduit par une répartition très diverse des dépenses de santé entre les prestataires. Les activités hospitalières représentaient la plus grande part (39 %) du financement des systèmes de santé dans la zone OCDE. Cette moyenne est largement dépassée en Türkiye et au Costa Rica, où les activités hospitalières ont reçu plus de la moitié de l'ensemble des ressources financières (Graphique 7.19). En revanche, l'Allemagne et le Mexique ont consacré moins de 30 % du budget total de la santé aux hôpitaux.

Arrivent ensuite les prestataires de soins ambulatoires. Cette catégorie couvre un large éventail d'établissements, la plupart des dépenses correspondant soit aux cabinets de médecins généralistes et spécialistes (par exemple en Autriche, en France et en Allemagne) soit aux centres de soins ambulatoires (par exemple en Finlande, en Irlande et en Suède). Dans les pays de l'OCDE, les soins dispensés par les prestataires ambulatoires représentent environ un quart des dépenses de santé en moyenne, les deux tiers environ de cette part concernant les cabinets des médecins généralistes et des spécialistes et les centres de soins ambulatoires, et à peu près un cinquième les cabinets dentaires. Dans l'ensemble, les dépenses au titre des prestataires ambulatoires ont dépassé la moitié du total des dépenses de santé en Israël en 2021 et atteindront le tiers en Lettonie, mais elles sont restées égales à 10 % en Türkiye et inférieures à 20 % en Grèce, aux Pays-Bas et en République slovaque.

Les autres grandes catégories de prestataires comprennent les détaillants (essentiellement les pharmacies), qui représentent 16 % des dépenses de santé, et les établissements de soins de longue durée (qui fournissent essentiellement des soins hospitaliers aux personnes dépendantes), auxquels sont imputables 8 % 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 aussi être d'importants prestataires de soins ambulatoires dans de nombreux pays, par exemple par le biais de services d'urgences et de prise en charge des personnes accidentées, d'unités de consultation externe spécialisées ou de laboratoires d'analyses médicales et d'imagerie. En Finlande, au Danemark, en Suède et au Portugal, les soins ambulatoires représentent plus de 40 % des dépenses hospitalières, car les spécialistes reçoivent généralement des patients dans les services de consultation externe des hôpitaux. En revanche, les hôpitaux étant généralement monofonctionnels en Allemagne et en Grèce, la majeure partie des dépenses (environ 90 %) est consacrée aux services hospitaliers plutôt qu'aux services ambulatoires et aux soins de jour. Ces dix dernières années, de nombreux pays ont transféré certains services hospitaliers vers les hôpitaux de jour en vue de réaliser des gains d'efficience potentiels et de réduire les délais d'attente. En conséquence, les services d'hôpital de jour représentent plus de 15 % des dépenses hospitalières en Belgique, en Irlande et au Portugal.

Les mesures prises pour faire face à la pandémie de COVID-19 ont également modifié la répartition des dépenses de santé entre les prestataires. En 2020, la part des ressources allouées aux hôpitaux est passée à 40 %, ce qui s'explique par le coût plus élevé des intrants nécessaires à la prestation des services hospitaliers et par l'importance du soutien financier destiné aux hôpitaux. Cette part a de nouveau diminué en 2021, les besoins de subventions des hôpitaux étant moindres. Il est intéressant de noter que si l'urgence sanitaire a entraîné des perturbations majeures dans la prestation des services hospitaliers, la répartition des dépenses par type de service est restée relativement stable dans la plupart des pays.

Définition et comparabilité

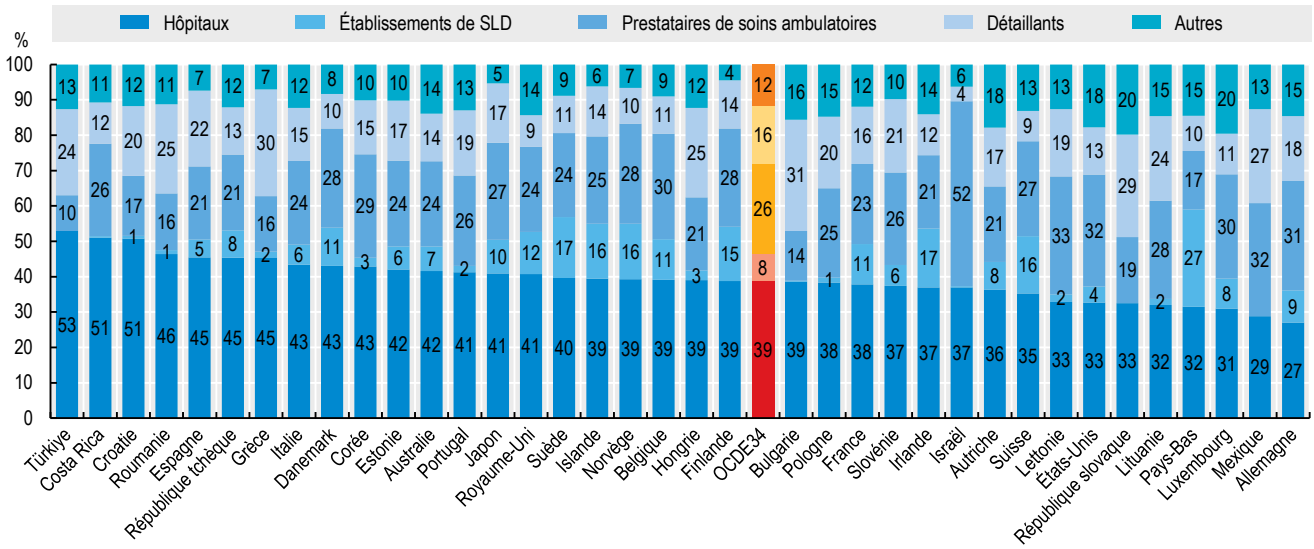
L'univers des prestataires de soins, qui est défini dans le *Système de comptes de la santé* (OCDE/Eurostat/OMS, 2017[1]), englobe les prestataires primaires, à savoir les organisations et acteurs dont l'activité principale consiste à fournir des biens et des services de santé, ainsi que les prestataires secondaires pour lesquels la prestation de soins n'est qu'une activité parmi d'autres.

Les principales catégories de prestataires de soins primaires sont les hôpitaux (de court séjour et psychiatriques), les établissements de soins de longue durée, les prestataires de soins 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 auxiliaires (par exemple les services d'ambulance, les laboratoires), les détaillants (par exemple les pharmacies), et les prestataires de soins préventifs (par exemple les organismes de santé publique). Les prestataires secondaires sont notamment les établissements de soins, 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 ; ou les établissements qui fournissent des services de santé à un groupe restreint de la population (par exemple, les services de santé pénitentiaires). Les prestataires secondaires incluent également les organismes qui administrent et financent le système de santé et les ménages en tant que prestataires de soins à domicile. Les établissements de soins de santé sont classés dans l'une de ces catégories de prestataires en fonction de leur activité principale. Au Portugal, cela signifie que les unités de santé locales relèvent de la catégorie des hôpitaux même si elles incluent aussi des centres de santé ambulatoires dont l'activité ne peut pas être distinguée.

Références

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264270985-en. [1]

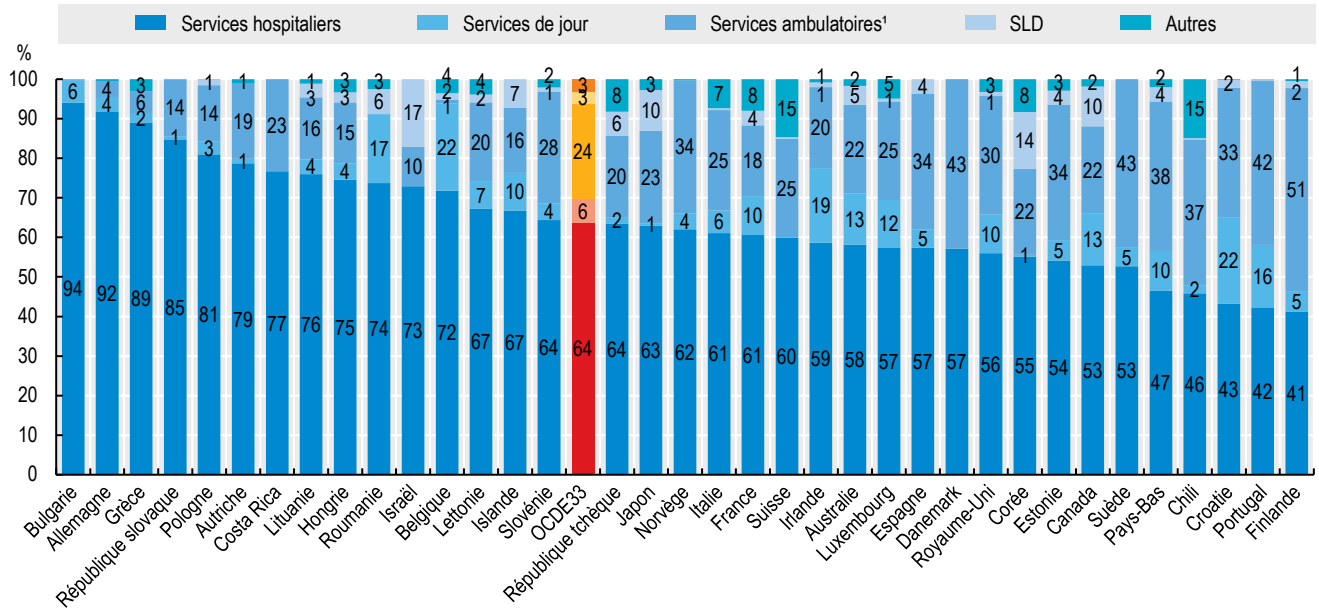
Graphique 7.19. Dépenses de santé par prestataire, 2021 (ou année la plus proche)



Note : La catégorie « Autres » comprend les prestataires de services auxiliaires (par exemple, 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 2023.

StatLink https://stat.link/jb214z

Graphique 7.20. Dépenses hospitalières par type de service, 2021 (ou année la plus proche)



Note : La catégorie « Autres » comprend l'activité de soins préventifs ; les produits pharmaceutiques s'ils sont administrés aux patients non hospitalisés ; les services inconnus. 1. Inclut les services auxiliaires.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/knf5rg

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Si les ressources humaines sont essentielles au secteur de la santé et de la dépendance, les ressources physiques jouent également un rôle majeur dans la fourniture des 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 répondre aux besoins de santé de la population. La crise du COVID-19 a mis en lumière certains 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 atteints d'une forme grave 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 de diagnostic et de prise en charge potentiellement catastrophiques pour les patients. Les équipements non médicaux ont également leur importance, notamment l'infrastructure informatique nécessaire pour mieux surveiller la santé de la population, à la fois dans les situations graves et sur le long terme. Il est donc indispensable d'investir dans les biens d'équipement pour renforcer la résilience globale des systèmes de santé.

L'investissement en capital fluctue d'année en année, car les décisions d'investissement peuvent dépendre davantage des circonstances économiques et des choix politiques ou commerciaux, mais aussi tenir compte des besoins futurs et des niveaux d'investissement passés. À l'instar des autres secteurs d'activité, un manque d'investissement peut entraîner une accumulation de problèmes et de coûts à mesure que les équipements et les installations se détériorent.

Pendant les cinq années entre 2017 et 2021, la moyenne annuelle des dépenses d'*investissement* dans le secteur de la santé dans les pays de l'OCDE a été légèrement inférieure à 0.6 % du PIB. En comparaison, les dépenses *courantes* de santé ont représenté en moyenne 9 % environ du PIB sur la même période (voir l'indicateur « Dépenses de santé en pourcentage du PIB ») (Graphique 7.21). L'Allemagne a été le pays qui a dépensé le plus par an, consacrant chaque année environ 1.1 % de son PIB à de nouveaux projets de construction, aux équipements médicaux et non médicaux et aux technologies dans les secteurs de la santé et de l'action sociale. Suivent l'Autriche, la Belgique, le Japon, l'Australie et la Norvège, qui ont enregistré des dépenses en capital équivalentes à environ 0.9 % de leur PIB, même si en Australie ces dépenses ont été plus variables au cours de la période considérée. Parmi les autres pays du G7, les États-Unis dépensent relativement beaucoup, environ 0.8 % de leur PIB par an, tandis que la France investit environ 0.6 % de son PIB par an dans les biens d'équipement. L'Italie et le Royaume-Uni sont restés en deçà de la moyenne, avec des dépenses à peine supérieures à 0.4 % de leur PIB.

Les dépenses en capital couvrent un large éventail d'investissements allant des projets de construction (c'est-à-dire les hôpitaux et les centres de soins) et des équipements (par exemple les équipements médicaux et les TIC) à la propriété intellectuelle (les bases de données et les logiciels). Le Graphique 7.21 montre qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE, 45 % des dépenses en capital ont été consacrées à des projets de construction, 40 % à des équipements et les 15 % restants à la propriété intellectuelle. La Finlande et le Portugal affichaient tous deux un niveau d'investissement global similaire, mais alors que la Finlande a consacré environ 70 % de son budget à la construction d'établissements de santé et d'action sociale, le Portugal a investi la même proportion dans les équipements et les solutions et données numériques.

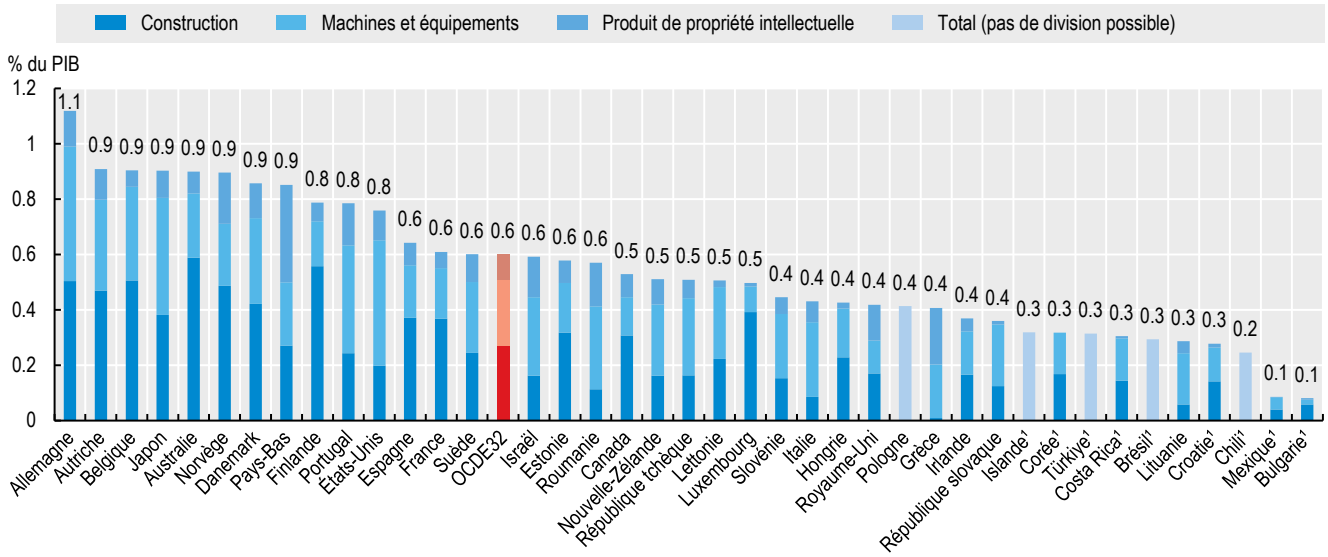
Le Graphique 7.22 montre l'évolution des dépenses en capital en valeurs réelles depuis 2010 pour la zone OCDE et une sélection de pays de l'OCDE. En moyenne dans la zone OCDE, l'investissement annuel était en 2021 supérieur de plus de 40 % (en valeurs réelles) aux niveaux d'investissement déclarés en 2010. L'Australie et les États-Unis ont suivi de près la tendance globale de l'OCDE et ont augmenté leurs dépenses annuelles en capital d'environ 50 % au cours de cette période. En revanche, le Canada a investi en 2021 le même niveau de ressources environ qu'en 2010. En Europe (partie droite), l'Allemagne a enregistré une hausse régulière de l'investissement en capital ces dix dernières années environ, même si la progression a été inférieure à celle de l'ensemble de la zone OCDE. La France et le Royaume-Uni ont vu leurs niveaux d'investissement chuter dans les années 2010, mais ceux-ci se sont redressés ces dernières années.

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 (hôpitaux, cliniques, etc.), les machines et équipements (appareils chirurgicaux et diagnostiques, ambulances, équipements TIC) ainsi que les logiciels et les bases de données.

La formation brute de capital fixe est déclarée dans les comptes nationaux par secteur d'activité conformément à la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, Rév. 4), section Q : Santé et activités d'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 FBCF dans le cadre des comptes nationaux.

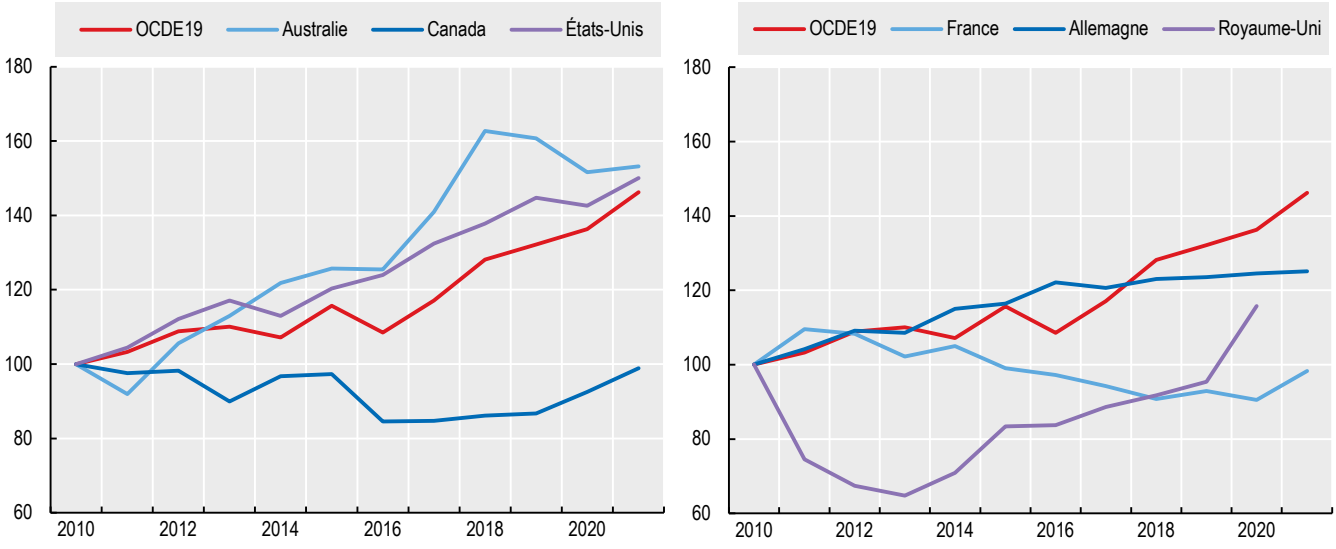
Graphique 7.21. Dépenses annuelles en capital consacrées à la santé et l'action sociale en pourcentage du produit intérieur brut, moyenne sur 2017-21 (ou année la plus proche) par type d'actif



1. Désigne la formation brute de capital fixe acquis par les prestataires de soins dans le cadre du *Système de comptes de la santé*.
Source : Comptes nationaux de l'OCDE ; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/zrdsfa

Graphique 7.22. Évolution des dépenses en capital (valeurs réelles), OCDE et sélection de pays, 2010-21



Source : Comptes nationaux de l'OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/fu6s28

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
Personnel infirmier
Rémunération du personnel infirmier
Personnel hospitalier
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 2021, le secteur médico-social représentait plus d'un emploi sur dix (10.5 %), contre 9.5 % en 2011 (Graphique 8.1). Dans les pays nordiques et aux Pays-Bas, il représentait plus de 16 % des emplois. Entre 2011 et 2021, la part du personnel médico-social a augmenté particulièrement rapidement en Corée et en Türkiye, même si celle-ci reste inférieure à la moyenne OCDE dans ces deux pays.

Le nombre d'emplois dans le secteur médico-social a augmenté beaucoup plus rapidement que dans les autres secteurs au cours de la dernière décennie. Entre 2011 et 2021, il a augmenté de 24 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit plus de deux fois le taux de croissance globale de l'emploi (Graphique 8.2).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les femmes représentent plus de 75 % du personnel médico-social (Graphique 8.3). 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 2021 (voir la section « Médecins par âge, sexe et catégorie ».).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les infirmiers constituent la catégorie la plus nombreuse de personnels médico-sociaux, soit environ 20 à 25 % de l'ensemble des travailleurs. Les aides-soignants (y compris dans les hôpitaux et les maisons de retraite et ceux intervenant à domicile) en représentent eux aussi une part relativement importante, leur nombre dépassant parfois celui des infirmiers.

Durant la pandémie de COVID-19, une corrélation significative a été observée entre un nombre plus élevé de travailleurs dans le secteur médico-social au niveau national et une moindre surmortalité dans les pays de l'OCDE, qu'il s'agisse des décès enregistrés dus au COVID-19 comme d'indicateurs plus généraux de la surmortalité (OCDE, 2023[1]). Il n'est pas surprenant d'observer qu'au cours de la pandémie, le secteur de la santé a enregistré la plus forte augmentation du nombre de publications d'offres d'emploi dans de nombreux pays (Canada, Royaume-Uni et États-Unis, par exemple) (OCDE, 2023[2]).

Le vieillissement de la population, les progrès technologiques et l'augmentation des revenus devraient continuer de stimuler la demande de personnels de santé dans les années et décennies à venir. Les projections nationales le confirment, et prévoient une forte croissance de l'emploi dans le secteur de la santé dans les prochaines années. Aux États-Unis, les dernières projections du *Bureau of Labor Statistics* prévoient non seulement que le secteur de la santé et de l'aide sociale se développera plus rapidement que tous les autres, mais aussi qu'il créera environ 45 % de tous les nouveaux emplois entre 2022 et 2032 ((BLS, 2023[3])). Au Canada, le secteur de la santé devrait également enregistrer les plus fortes hausses d'emploi entre 2022 et 2031 (Gouvernement du Canada, 2021[4]).

La demande de travailleurs sociaux (soins de longue durée) devrait également fortement augmenter, principalement en raison du vieillissement de la population. Les projections récentes de l'OCDE prévoient que la croissance de la demande de travailleurs du secteur des soins de longue durée sera bien supérieure dans la prochaine décennie aux augmentations enregistrées ces dix dernières années. Des efforts supplémentaires seront nécessaires pour améliorer l'attractivité de la profession et renforcer le recrutement et le maintien en poste de ces travailleurs afin d'éviter une forte progression des besoins non satisfaits et des pénuries de personnel (OCDE, 2023[5]).

Définition et comparabilité

Le secteur médico-social 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.

Références

BLS (2023), "Occupational Employment Projections, 2022-32", in *Occupational Employment Projections, 2022-32*, https://www.bls.gov/emp/. [3]

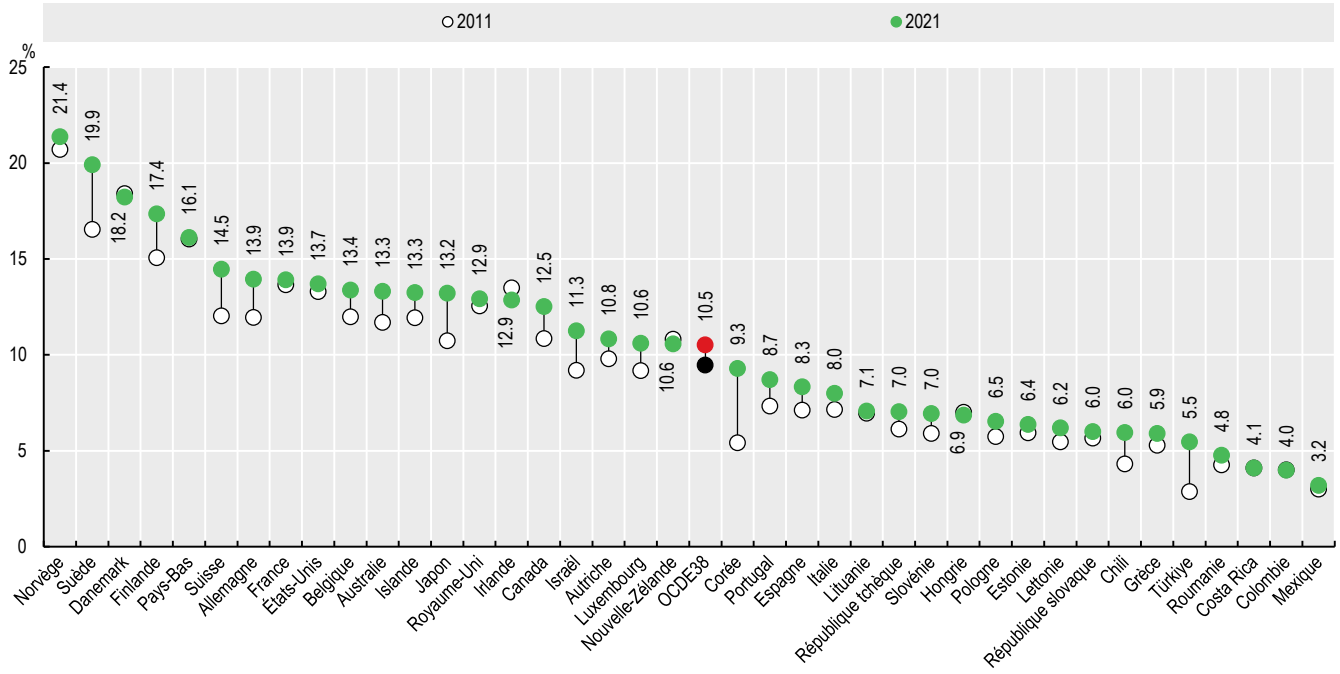
Gouvernement du Canada (2021), *Industrial Projections (2022-2031)*, Système de projection des professions au Canada (SPPC), https://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/l.3bd.2t.1ilshtml@-eng.jsp?lid=27&fid=1&lang=en. [4]

OCDE (2023), *Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/160ef74a-fr. [5]

OCDE (2023), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2023 : Intelligence artificielle et marché du travail*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/aae5dba0-fr. [2]

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

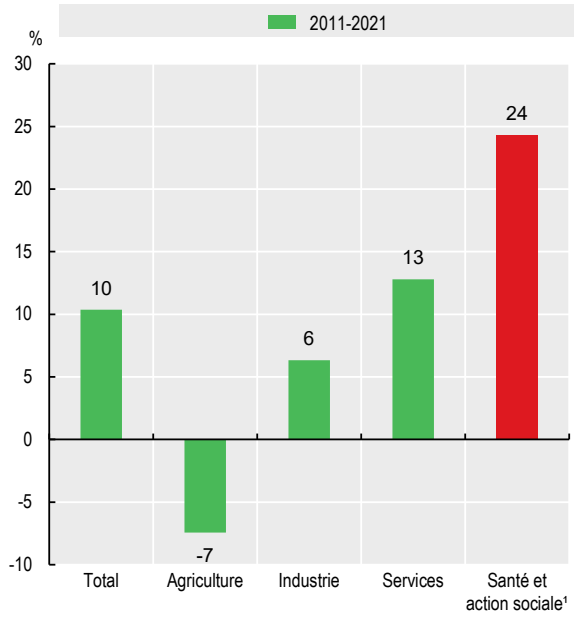
Graphique 8.1. Emploi dans le secteur médico-social en proportion de l'emploi total, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



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 Türkiye.

StatLink https://stat.link/xazgq4

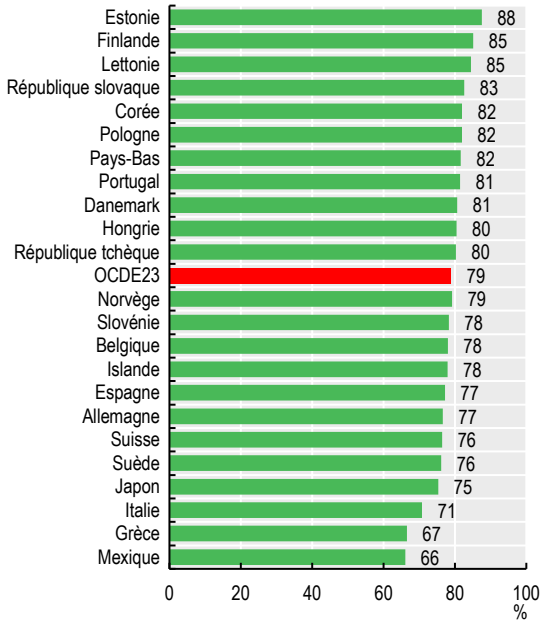
Graphique 8.2. Croissance de l'emploi par secteur, moyenne de l'OCDE, 2011-21 (ou année la plus proche)



1. Le secteur médico-social est considéré comme une composante du secteur des services.
Source : Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink https://stat.link/5opl0d

Graphique 8.3. Part des femmes dans le secteur médico-social, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de la population active de l'OCDE.

StatLink https://stat.link/4talbi

Médecins (nombre total)

Le nombre de médecins dans les pays de l'OCDE est passé d'environ 2.9 millions en 2001 à 3.5 millions en 2011, et a atteint 4.3 millions en 2021. Dans tous les pays de l'OCDE, ce nombre a progressé plus rapidement que la taille de la population au cours de la dernière décennie, de sorte qu'en moyenne, il est passé de 3.2 pour 1 000 habitants en 2011 à 3.7 en 2021 (Graphique 8.4).

En 2021, le nombre de médecins dans les pays de l'OCDE allait de 2.5 ou moins pour 1 000 habitants en Türkiye, en Colombie, et au Mexique, à plus de 5 pour 1 000 en Norvège, en Autriche, au Portugal et en Grèce. Toutefois, les chiffres au Portugal et en Grèce sont surestimés parce qu'ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer et pas seulement ceux en activité.

Parmi les pays partenaires clés ou candidats à l'adhésion, l'Indonésie, l'Afrique du Sud et l'Inde comptaient moins d'un médecin pour 1 000 habitants en 2021. En Chine, la densité de médecins a rapidement augmenté, passant de 1.5 pour 1 000 habitants en 2011 à 2.5 pour 1 000 en 2021. Au Brésil et au Pérou, le nombre de médecins pour 1 000 habitants a également augmenté fortement au cours des dix dernières années, mais est resté faible par rapport à la plupart des pays de l'OCDE.

Plusieurs facteurs expliquent l'augmentation du nombre de médecins dans les pays de l'OCDE. La principale raison est une augmentation du nombre d'étudiants admis en médecine et en sortant diplômés (voir la section « Médecins nouvellement diplômés »). Les inquiétudes de longue date concernant les pénuries de médecins et le vieillissement du personnel médical ont incité de nombreux pays de l'OCDE à accroître le nombre d'étudiants dans les programmes d'enseignement en médecine il y a plusieurs années ; de ce fait le nombre d'étudiants en médecine continue d'augmenter dans la plupart des pays (OCDE, 2023[1]). Dans certains pays, l'immigration de docteurs formés à l'étranger a également contribué à l'augmentation des médecins disponibles (voir la section « 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 la retraite. Dans des pays comme l'Italie et Israël, près d'un médecin sur quatre en 2021 était âgé de plus de 65 ans (voir la section sur les « Médecins par âge, sexe et catégorie)»). Si le nombre de médecins a bien augmenté en termes d'effectif brut total, ce n'est peut-être pas le cas en équivalents temps plein, si des réductions du temps de travail ont été plus fortes que l'augmentation de leur nombre.

L'analyse de la hausse du nombre de médecins doit tenir compte de la situation de départ. Des pays comme la Corée et le Royaume-Uni ont enregistré de fortes augmentations durant la dernière décennie, mais affichaient comparativement de faibles niveaux en 2011. La Norvège, l'Allemagne et la Suisse ont elles aussi connu de fortes hausses du nombre de médecins, mais ces pays se trouvaient déjà au-dessus de la moyenne en 2011 (Graphique 8.5).

La progression a été plus modeste en Grèce. La France et le Japon ont également enregistré des hausses plus limitées entre 2011 et 2021. En France, le nombre de médecins a suivi le rythme de croissance de la population, et il devrait diminuer jusqu'en 2030, tant en valeur absolue que par habitant, car on s'attend à ce qu'il y ait plus de médecins qui partent à la retraite que de médecins qui entrent dans la profession. Cette situation a amené les autorités françaises à augmenter de 20 % supplémentaires le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine en 2021-25 par rapport aux cinq années précédentes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021[2]). Le nombre d'étudiants en médecine a également augmenté au Japon ces dernières années, entraînant une hausse des diplômés (voir la section sur les « Médecins nouvellement diplômés »). Au Royaume-Uni, le gouvernement a annoncé en juin 2023 son plan visant à augmenter davantage le nombre d'étudiants en médecine afin de faire face aux pénuries actuelles et futures (NHS England, 2023[3]). Il faut cependant plusieurs années avant qu'une telle décision ne permette la hausse attendue du nombre de médecins diplômés.

Dans de nombreux pays de l'OCDE, les inquiétudes relatives aux pénuries de médecins concernent plus particulièrement les généralistes (voir la section « Médecins par âge, sexe et catégorie ») et les médecins dans les zones rurales et isolées (voir la section « 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 en Belgique ni en France), les chiffres incluent les internes (médecins en formation). Les données de la Colombie, de la République slovaque et de la Türkiye englobent également les médecins en activité dans le secteur de la santé, même s'ils ne fournissent pas directement de soins aux patients, ce qui augmente leur nombre de 5 % à 10 %. Le Chili, la Grèce et le Portugal comptabilisent les médecins autorisés à exercer, pas uniquement ceux en exercice, d'où une surestimation encore plus importante du nombre de praticiens en activité.

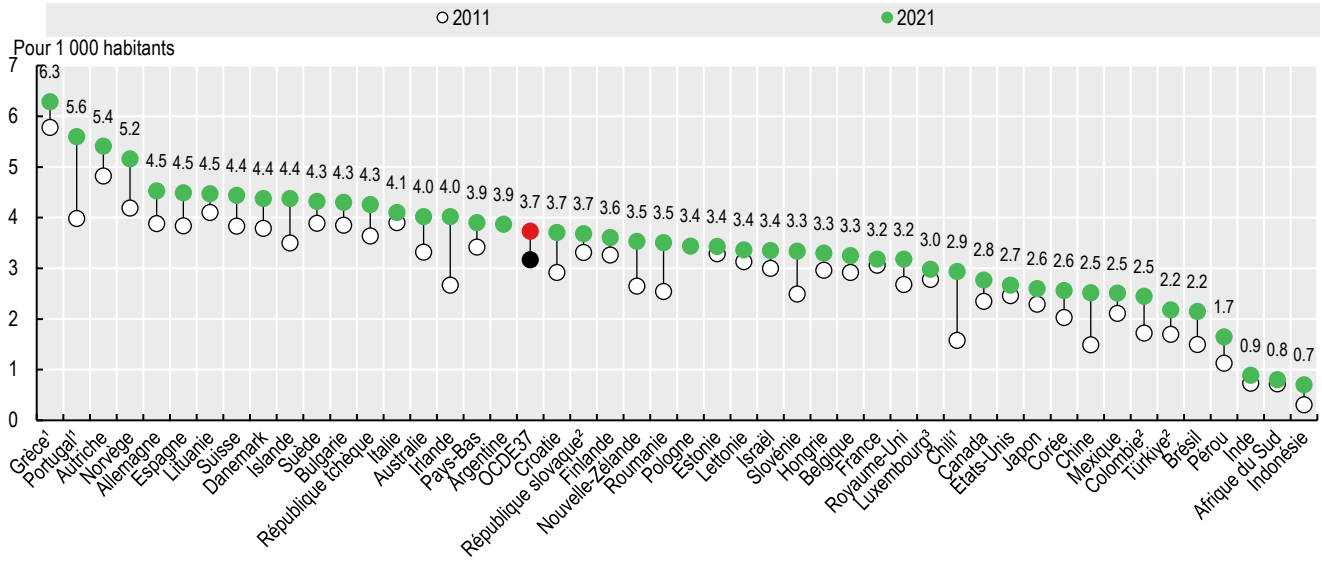
Références

Ministère des Solidarités et de la Santé (2021), *Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 - Légifrance*, https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053576. [2]

NHS England (2023), *NHS Long Term Workforce Plan*, https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/06/nhs-long-term-workforce-plan-v1.1.pdf. [3]

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

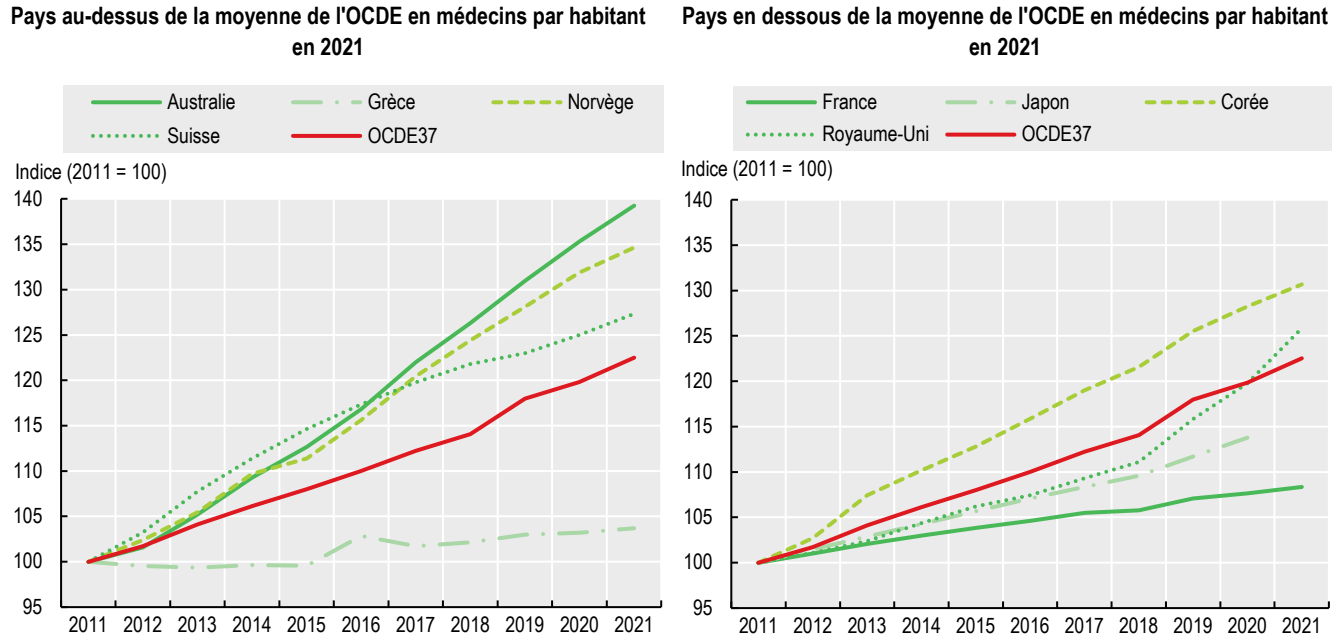
Graphique 8.4. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



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. (ce qui ajoute de 5 à 10 % de médecins). 3. Les dernières données disponibles portent sur 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/wd0lsg

Graphique 8.5. Évolution du nombre de médecins dans une sélection de pays, 2011-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/bqc98v

Répartition des médecins par âge, sexe et catégorie

En 2021, un tiers des médecins étaient âgés de plus de 55 ans dans les pays de l'OCDE, contre un peu plus d'un sur cinq en 2000 (Graphique 8.6). La proportion de médecins de plus de 55 ans a augmenté entre 2000 et 2021 dans tous les pays pour lesquels les données sont disponibles, 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 plus de 55 ans a plus que doublé pour atteindre 55 % en 2021, en est l'exemple le plus frappant. On a également observé une forte hausse du pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, et de celui des médecins âgés de 65 ans et plus en Lettonie, en Israël et en France. Pas moins de 25 % des médecins italiens et israéliens étaient âgés de 65 ans et plus en 2021. En France, ce pourcentage était de 18 % de l'ensemble des médecins en 2021 (plus d'un sur six).

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 la dizaine d'années 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. Il importe également 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.

La proportion de femmes médecins s'est accrue dans tous les pays de l'OCDE au cours des 20 dernières années, et en 2021, la moitié des médecins en moyenne dans les pays de l'OCDE étaient des femmes. Cette proportion allait de plus de 70 % en Lettonie, Estonie et Lituanie à 25 % ou moins au Japon et en Corée (Graphique 8.7). La proportion de femmes médecins connaît depuis 20 ans une hausse particulièrement rapide aux Pays-Bas, en Espagne, au Danemark et en Norvège, où les femmes représentaient plus de la moitié des médecins en 2021. Dans les pays de l'OCDE, cette augmentation s'explique par l'accroissement du nombre de jeunes femmes inscrites en médecine, ainsi que par le départ progressif à la retraite des générations précédentes de médecins, plus souvent composées d'hommes. Les femmes ont tendance à exercer davantage en médecine générale et dans certaines spécialités comme la pédiatrie, et moins dans les spécialités chirurgicales.

En 2021, 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 Chili et au Canada, à seulement 6 % en Corée et en Grèce (Graphique 8.8). 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.

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. Ainsi, en 2022 aux Pays-Bas, le Conseil consultatif de planification des personnels médicaux a recommandé aux autorités d'attribuer près de la moitié des places de formation postdoctorale à la médecine générale pour la période 2024-27, contre 40 % en 2021 (ACMMP, 2022[1]). En France, depuis 2017 au moins 40 % de toutes les places d'interne doivent aller à la médecine générale. Au Canada, près de 45 % des postes d'interne occupés en 2023 l'étaient en médecine générale, même si un certain nombre de places sont restées vacantes (CaRMS, 2023[2]). 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 la section « Rémunération des médecins »).

Définition et comparabilité

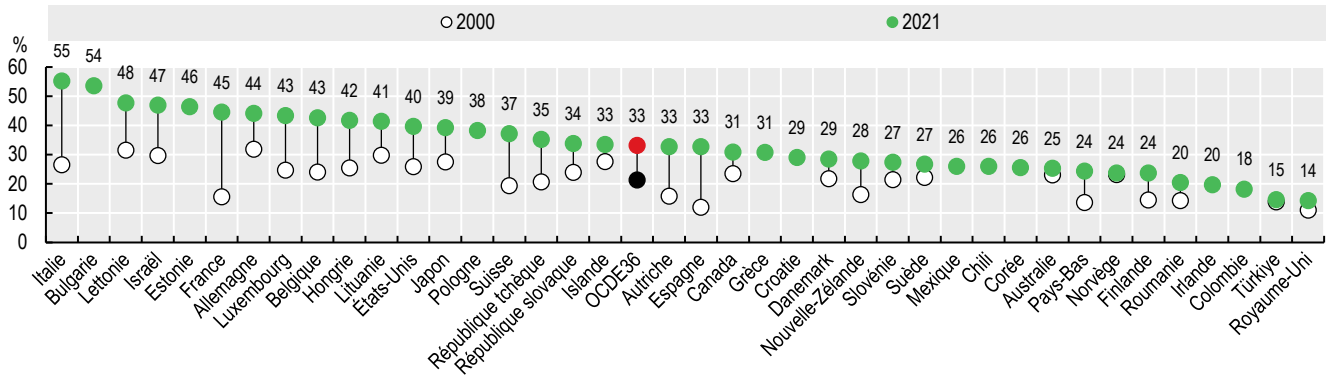
Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Dans certains pays (Chili, Grèce et Portugal ; et aussi Israël et Nouvelle-Zélande pour les données sur les médecins par âge et par sexe), les données ne couvrent pas uniquement les médecins actuellement 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, mais elle n'existe pas dans plusieurs pays (notamment le Chili, la Finlande, l'Islande, le Royaume-Uni, la Suisse et la Türkiye), ce qui peut conduire à une surestimation du nombre de généralistes dans ces pays. Au Chili par exemple, la catégorie des médecins généralistes inclut les généralistes exerçant dans des structures hospitalières, ainsi que les internes. En Suisse, elle inclut les docteurs en médecine interne générale et autres généralistes.

Références

ACMMP (2022), *Recommendations 2024-2027*, https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Capaciteitsplan-2024-2027-Integraal-overzicht-DEF.pdf. [1]

CaRMS (2023), *Aperçu des données du jumelage R-1 de 2023*, https://www.carms.ca/pdfs/2023-R-1-apercu-des-donnees.pdf. [2]

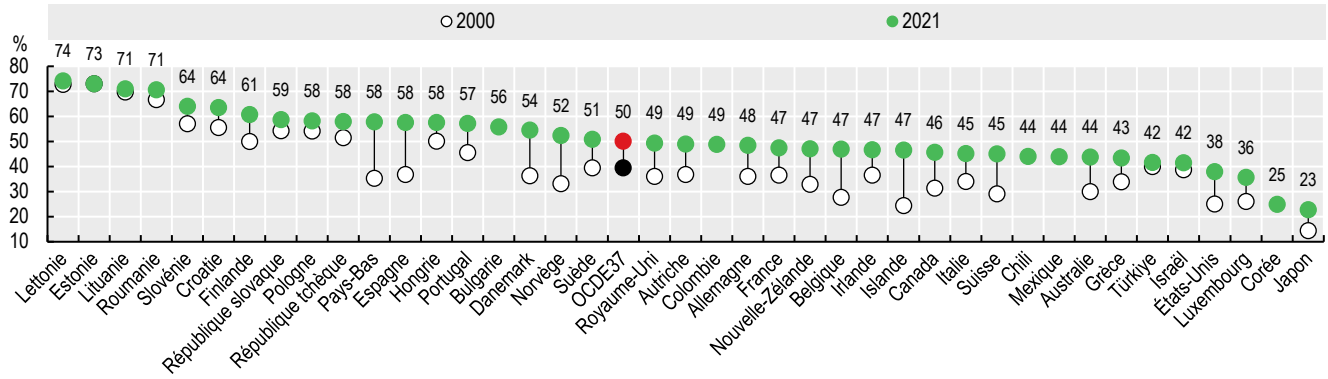
Graphique 8.6. Pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/lpy2hf

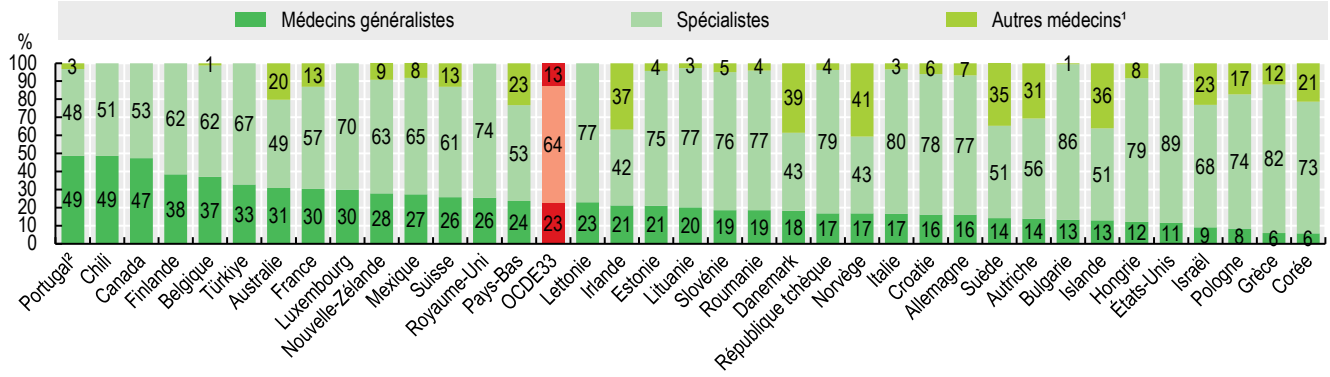
Graphique 8.7. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/h2zeds

Graphique 8.8. Proportion des différentes catégories de médecins, 2021 (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 2023.

StatLink https://stat.link/2zwovm

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.

Le nombre global de médecins pour 1 000 habitants varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, allant de 2.5 ou moins en Türkiye, en Colombie, et au Mexique, à plus de 5 en Grèce, au Portugal, en Autriche et en Norvège (voir la section « Médecins (nombre total) »). Au-delà de ces différences entre pays, le nombre de médecins pour 1 000 habitants varie également souvent beaucoup entre les régions de chaque pays. La densité médicale est généralement plus forte dans les régions métropolitaines, parce que c'est là que se concentrent les services spécialisés, comme la chirurgie, et que les médecins préfèrent exercer dans des zones densément peuplées. En 2021, c'est en Lituanie, en Lettonie et en République slovaque que les différences de densité de médecins entre les régions métropolitaines et isolées étaient les plus prononcées. La répartition était plus uniforme en Norvège et en Suède. Au Japon, on comptait plus de médecins par habitant hors des zones métropolitaines, mais leur nombre dans l'ensemble des régions était inférieur à la moyenne OCDE (Graphique 8.9).

Dans de nombreux pays, on observe une concentration particulièrement élevée de médecins dans la région de la capitale nationale (Graphique 8.10). C'est notamment le cas en Autriche, au Danemark, aux États-Unis, en Grèce, en Hongrie, au Portugal, en République slovaque et en République tchèque.

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 l'offre de services pour améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones mal desservies (OCDE, 2016[1]). Les progrès de la télémédecine peuvent également contribuer à surmonter les barrières géographiques entre patients et praticiens (voir la section « Santé numérique » au chapitre 5).

En France, les gouvernements successifs ont pris un certain nombre de mesures au cours des 15 dernières années pour faire face au problème des « déserts médicaux ». La principale a été la création de centres et maisons de santé pluridisciplinaires qui permettent aux médecins généralistes et aux autres prestataires de soins primaires de travailler dans un même lieu, évitant ainsi les contraintes liées à l'exercice en solitaire. En 2022, 2 773 de ces maisons et centres de santé étaient en activité. Divers types d'aides financières sont également proposées aux médecins afin de les aider à s'installer dans des zones mal desservies. Les autorités ont également mis en place des allocations mensuelles pour les étudiants en médecine et les internes qui s'engagent à exercer pendant un certain temps dans des zones mal desservies après l'obtention de leur diplôme, mais le succès de ce programme reste à ce jour limité (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[2]).

En République tchèque, le ministère de la Santé propose des subventions spéciales aux médecins généralistes qui ouvrent un cabinet dans les zones mal desservies, et les caisses d'assurance maladie rémunèrent également davantage les services fournis par les médecins généralistes dans les zones moins densément peuplées (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître[3]).

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 régions métropolitaines ainsi que des zones plus rurales et isolées. Le niveau inférieur (niveau territorial 3) est constitué de régions plus petites, classées comme suit : les régions métropolitaines (régions dont la population est supérieure à 250 000 habitants), les régions à proximité d'une région métropolitaine, et les régions plus éloignées (régions éloignées des zones métropolitaines et régions proches de petites zones urbaines dont la population est inférieure à 250 000 habitants). Toutes les données sur la répartition géographique proviennent de la base de données régionale de l'OCDE, qui inclut des données de la Base de données d'Eurostat pour le niveau territorial 2.

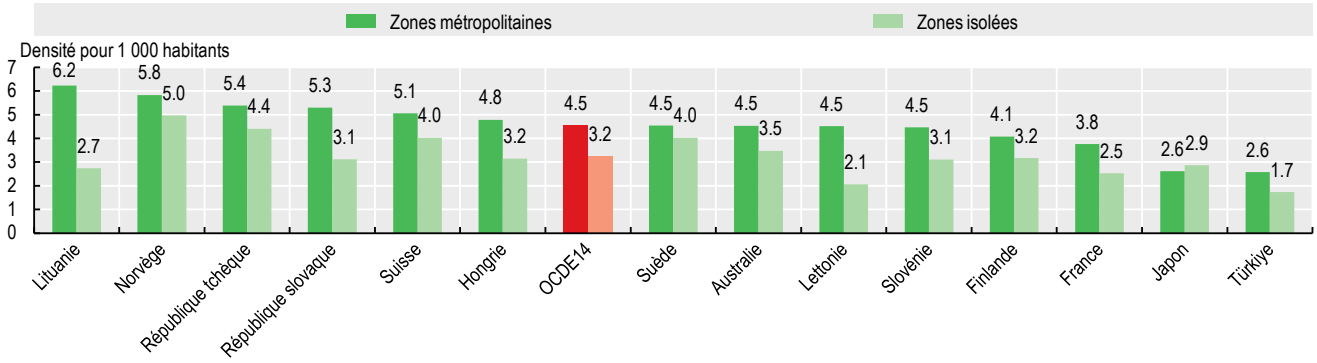
Références

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://doi.org/10.1787/9789264239517-en. [1]

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2021), *France : Profils de santé par pays 2021*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/8c733d09-fr. [2]

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Czech Republic: Country Health Profile 2023*, Éditions OCDE, Paris. [3]

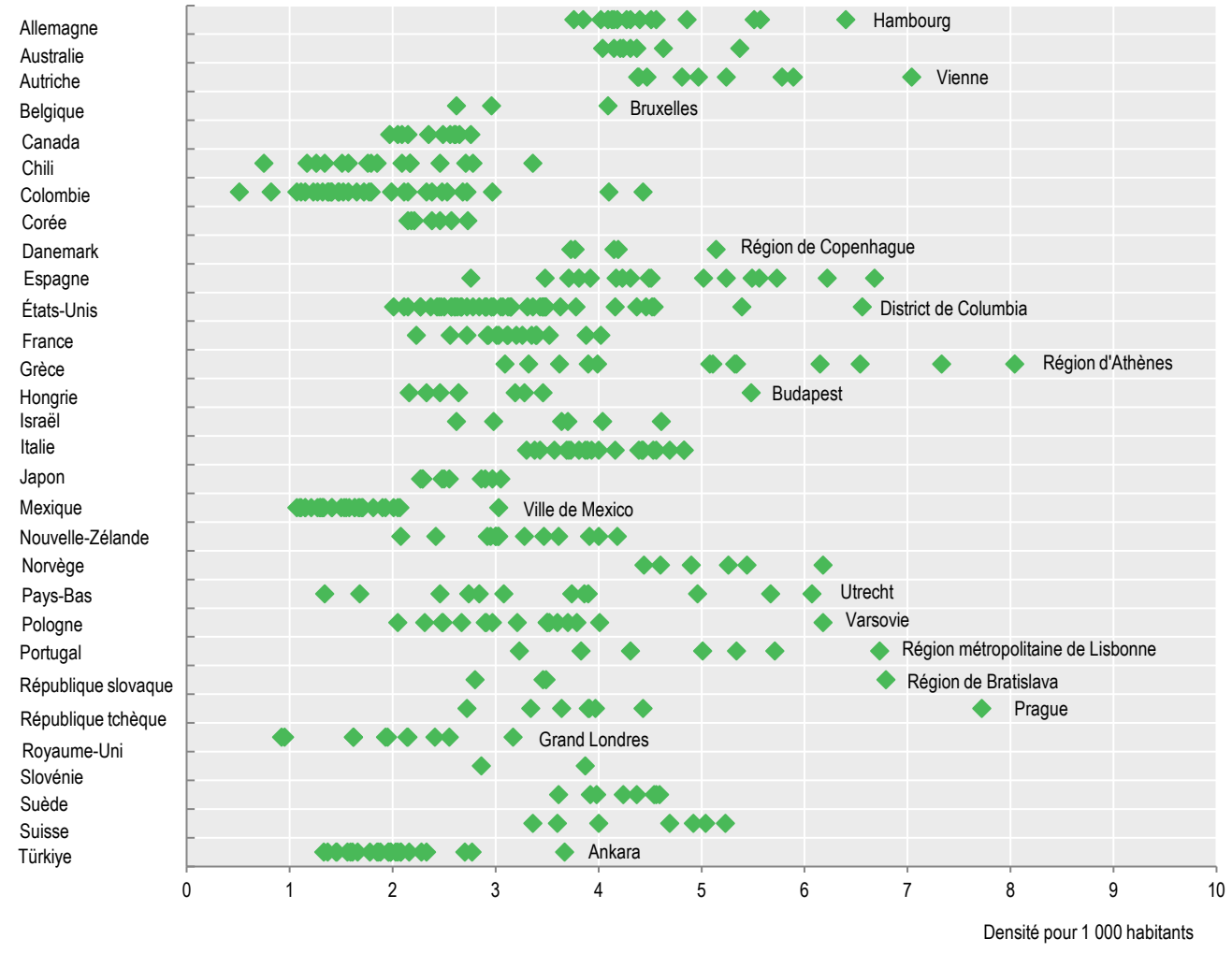
Graphique 8.9. Densité de médecins, zones métropolitaines et isolées, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2023.

StatLink https://stat.link/u98m61

Graphique 8.10. Densité de médecins dans différentes régions, par régions de niveau territorial 2, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur les régions 2023.

StatLink https://stat.link/psfmzv

Rémunération des médecins

Le niveau de rémunération des médecins est un facteur important de l'attractivité de la profession, et la façon dont celle-ci varie selon les catégories peut influencer les décisions quant au choix de poursuivre une carrière dans la médecine générale ou l'une des nombreuses spécialités médicales. 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[1]). Dans de nombreux pays, l'État peut déterminer ou agir sur 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 des employés à temps plein dans l'ensemble de l'économie. En 2021, les médecins généralistes gagnaient entre deux à cinq fois plus que le salaire moyen, tandis que le revenu des spécialistes était au moins deux fois supérieur, mais parfois jusqu'à six fois supérieur, au salaire moyen (Graphique 8.11).

Dans la plupart des pays, la rémunération des spécialistes était supérieure à celle des généralistes. En Australie, en Belgique et en Corée, les revenus des spécialistes étaient au moins deux fois supérieurs à ceux des généralistes dans le secteur libéral. En Allemagne, l'écart entre ces deux catégories était nettement moindre (12 % environ).

Depuis 2011, la rémunération des médecins a progressé en valeur réelle (en tenant compte de l'inflation) dans la plupart des pays, mais à des rythmes différents selon les pays ainsi qu'entre médecins généralistes et spécialistes (Graphique 8.12). La hausse de la rémunération des spécialistes et des généralistes a été particulièrement forte au Chili et en Hongrie. En Hongrie, le gouvernement a fortement augmenté la rémunération des spécialistes et des généralistes au cours des 10 dernières années dans le but de remédier à l'émigration et à la pénurie de médecins dans le pays. Les fortes augmentations constatées au Chili sont dues essentiellement aux hausses successives des honoraires des spécialistes et des généralistes entre 2012 et 2016.

Dans environ la moitié des pays, la rémunération des spécialistes a augmenté plus vite que celle des généralistes depuis 2011, creusant ainsi l'écart de rémunération entre les deux catégories. C'est notamment le cas au Chili, et dans une moindre mesure en Hongrie et en Israël. Toutefois, en Pologne, en Autriche, en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, l'écart s'est réduit, le revenu des généralistes ayant augmenté davantage que celui des spécialistes.

Dans certains pays, notamment le Portugal, le Costa Rica et le Royaume-Uni, la rémunération des généralistes et des spécialistes a diminué en valeur réelle entre 2011 et 2021. Au Portugal, une forte baisse a été observée entre 2011 et 2012 ; depuis lors, la rémunération des médecins a de nouveau augmenté, mais en 2021, elle restait inférieure à celle de 2011 en tenant compte de l'inflation. Au Royaume-Uni, la rémunération des médecins a diminué légèrement en valeur réelle au cours des 10 dernières années. Ce fut également le cas pour le personnel infirmier et les autres membres du personnel du NHS (The Health Foundation, 2021[2]).

Lorsque l'on compare les revenus des médecins, il ne faut pas oublier que le niveau de rémunération des différentes catégories de spécialités chirurgicales ou médicales peut fortement varier au sein de chaque pays. En France, par exemple, les chirurgiens, les anesthésistes et les radiologues gagnaient au moins deux fois plus que les pédiatres et les psychiatres en 2020 (DREES, 2022[3]). De même, au Canada, les ophtalmologues et de nombreux spécialistes chirurgicaux gagnaient au moins deux fois plus que les pédiatres et les psychiatres en 2018/19 (ICIS, 2020[4]). Dans de nombreux pays, la rémunération des pédiatres est proche de celle des généralistes, ce qui témoigne des 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 dans certains pays : 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 certains pays (comme l'Espagne, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, la République tchèque 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 médecins 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.

Références

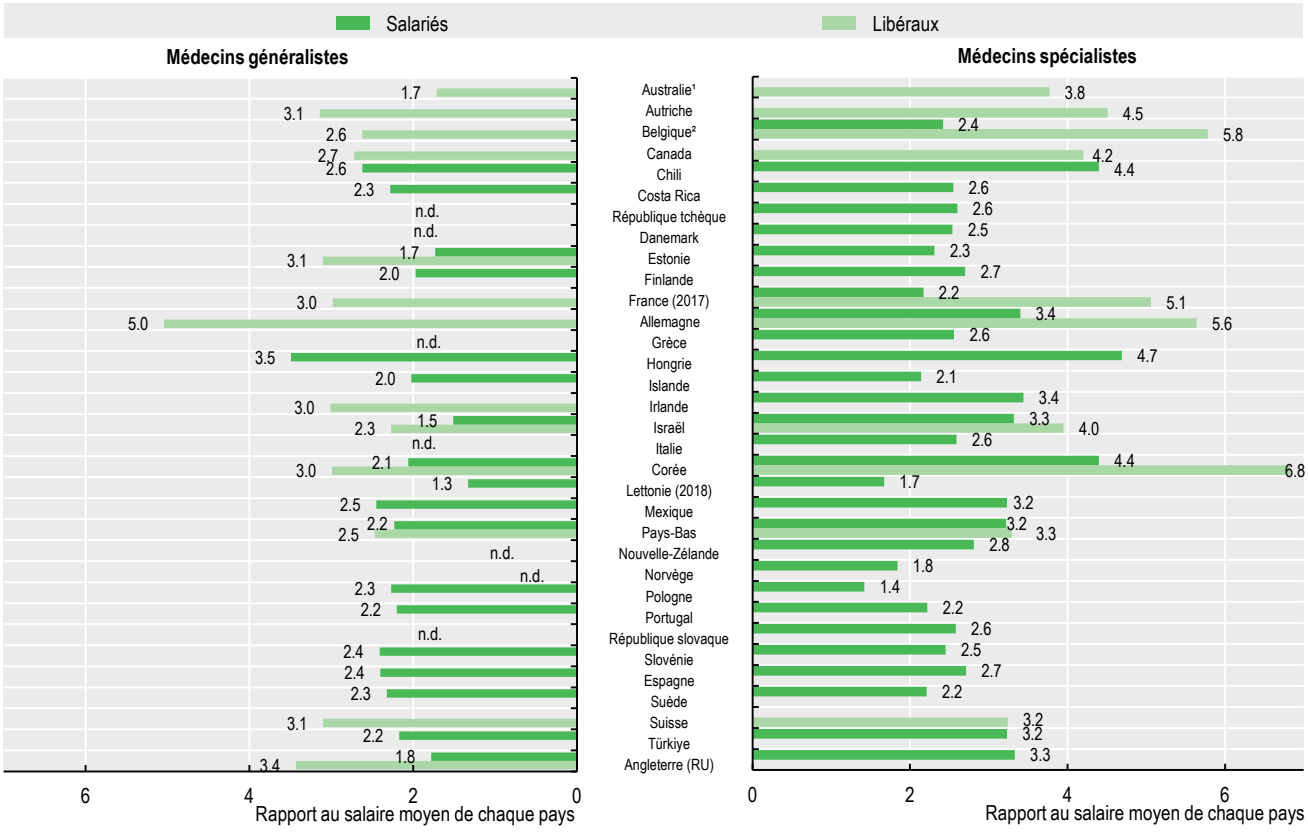
DREES (2022), *Le revenu libéral des médecins libéraux*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/ods_revenu-liberal-des-medecins-liberaux_prod2022/information/. [3]

ICIS (2020), *Les médecins au Canada, 2019*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa. [4]

OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5571ef48-en. [1]

The Health Foundation (2021), *How has NHS staff pay changed over the past decade?*, The Health Foundation, Londres, https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-nhs-staff-pay-changed-over-the-past-decade. [2]

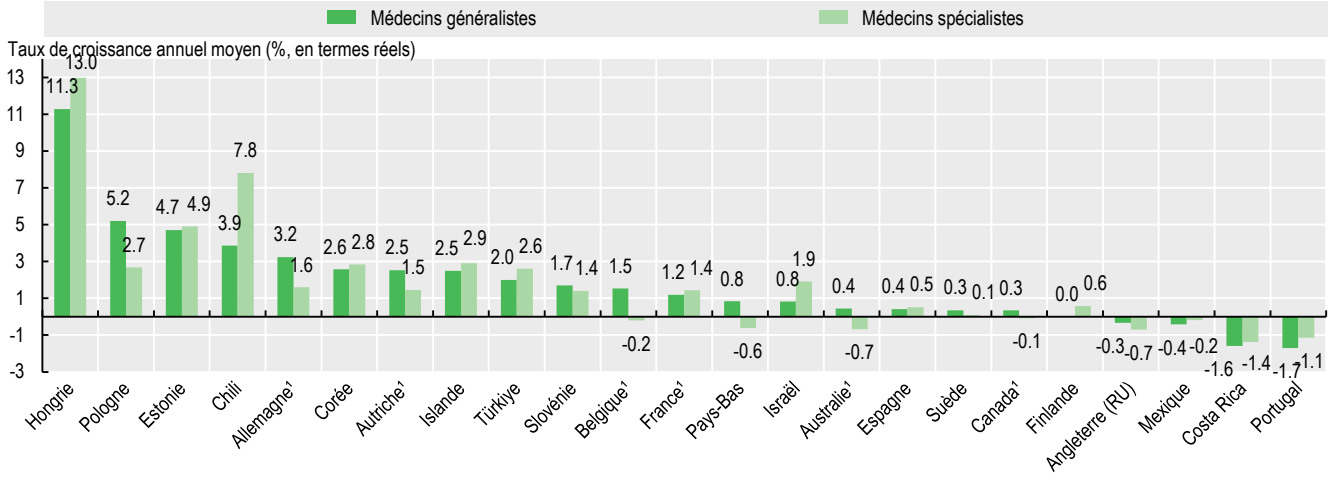
Graphique 8.11. Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2021 (ou année la plus proche)



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 2023, et Base de données de l'OCDE sur l'emploi 2023.

StatLink https://stat.link/tf3y8n

Graphique 8.12. Croissance de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes (en valeur réelle), 2011-21



1. Le taux de croissance concerne la rémunération des médecins généralistes et spécialistes libéraux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/zhj7yq

Personnel infirmier

Le personnel infirmier occupe un rôle central dans la prestation des soins et est au cœur de tous les systèmes de santé axés sur les patients. Les infirmiers constituent généralement la catégorie de soignants la plus nombreuse dans la plupart des pays de l'OCDE. La plupart sont employés à l'hôpital, mais ils sont également nombreux dans les établissements de soins de longue durée et dans le secteur extrahospitalier.

En 2021, on comptait 9.2 infirmiers en exercice pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays membres de l'OCDE, contre 8.2 en 2011. Leur densité en 2021 allait de moins de 3 pour 1 000 habitants en Colombie, en Türkiye et au Mexique, à plus de 18 pour 1 000 en Finlande, en Suisse et en Norvège (Graphique 8.13). Parmi les pays partenaires clés, l'Afrique du Sud, l'Inde et l'Indonésie comptent relativement peu d'infirmiers (moins de 2 pour 1 000 habitants en 2021). Leur nombre est plus élevé en Chine, où il a augmenté rapidement au cours de la dernière décennie, passant de 1.7 pour 1 000 habitants en 2011 à 2.9 en 2021.

Le nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants s'est accru dans presque tous les pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, à l'exception de la Lettonie, de la République slovaque et de la Suède où il a légèrement baissé entre 2011 et 2021. La Suisse, la Norvège, l'Australie et la Corée font partie des pays qui sont parvenus à augmenter considérablement leur effectif infirmier sur cette période. Cette hausse est en grande partie le fruit d'une augmentation du nombre d'étudiants dans les formations en soins infirmiers (voir la section « Personnel infirmier nouvellement diplômé »). Il n'est cependant pas suffisant de former davantage d'infirmiers, il est aussi indispensable de les retenir dans la profession une fois qu'ils sont diplômés, ce qui nécessite d'améliorer leurs conditions de travail. En Norvège, le gouvernement a adopté en 2016 un plan d'action sur cinq ans, le *Competence Lift 2020*, qui visait à améliorer les compétences, la rémunération et le taux de maintien en poste des infirmiers. Ce plan d'action a été prolongé de cinq années supplémentaires sous le nom de Competence Lift 2025. Même si le nombre d'infirmiers a augmenté, le taux d'abandon reste élevé, en particulier dans le secteur des soins de longue durée.

En Suisse, l'augmentation 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 2011 et 2021, le nombre d'infirmiers de niveau intermédiaire a progressé presque trois fois plus vite que celui des infirmiers professionnels, et leur part est ainsi passée de 30 % en 2011 à 36 % en 2021. Malgré la progression dans ces deux catégories, les hôpitaux et autres établissements de santé et de soins de longue durée peinent toujours à recruter des infirmiers et une pénurie est à craindre dans les années à venir.

Dans certains pays, le recrutement de personnel infirmier formé à l'étranger a joué un rôle important dans la hausse des effectifs. Près de la moitié des infirmiers en Irlande ont été formés à l'étranger, et en Nouvelle-Zélande et en Suisse, plus d'un quart des infirmiers en exercice ont obtenu leur premier diplôme d'infirmier dans un autre pays (voir la section « Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier »). En Suisse, la plupart des infirmiers formés à l'étranger viennent de France et d'Allemagne, et dans une moindre mesure d'Italie, et leur nombre a fortement augmenté ces dernières années.

Dans plusieurs pays, de nombreux infirmiers ont ressenti une dégradation de leurs conditions de travail, et ils ont été plus nombreux à envisager de quitter leur emploi pendant et après la pandémie de COVID-19 (OCDE, 2023[1]). Des inquiétudes concernant une « grande démission » des infirmiers ont vu le jour début 2021 aux États-Unis, et un peu plus tard en 2021 et en 2022 au Royaume-Uni.Au Royaume-Uni , le nombre d'infirmiers ayant quitté le *NHS England* a atteint un sommet historique en 2021/22, et plus de la moitié de ces démissionnaires étaient âgés de moins de 40 ans, et donc très loin de l'âge de la retraite (King's Fund, 2022[2]). Dans le même temps, un nombre record d'infirmiers ont rejoint le NHS en Angleterre en 2021/22, en grande partie grâce au recrutement international, ce qui fait que le nombre global de personnel infirmier a continué d'augmenter au moins légèrement (OCDE, 2023[1]).

Les infirmiers sont plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, on compte 2.5 infirmiers pour un médecin. Le ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins va d'environ un en Colombie, au Mexique et en Lettonie, à plus de quatre au Finlande, au Japon, aux États-Unis et en Suisse (Graphique 8.14).

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 (dans certains pays comme la France et l'Espagne, ils représentent une importante catégorie de travailleurs). Elles 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).

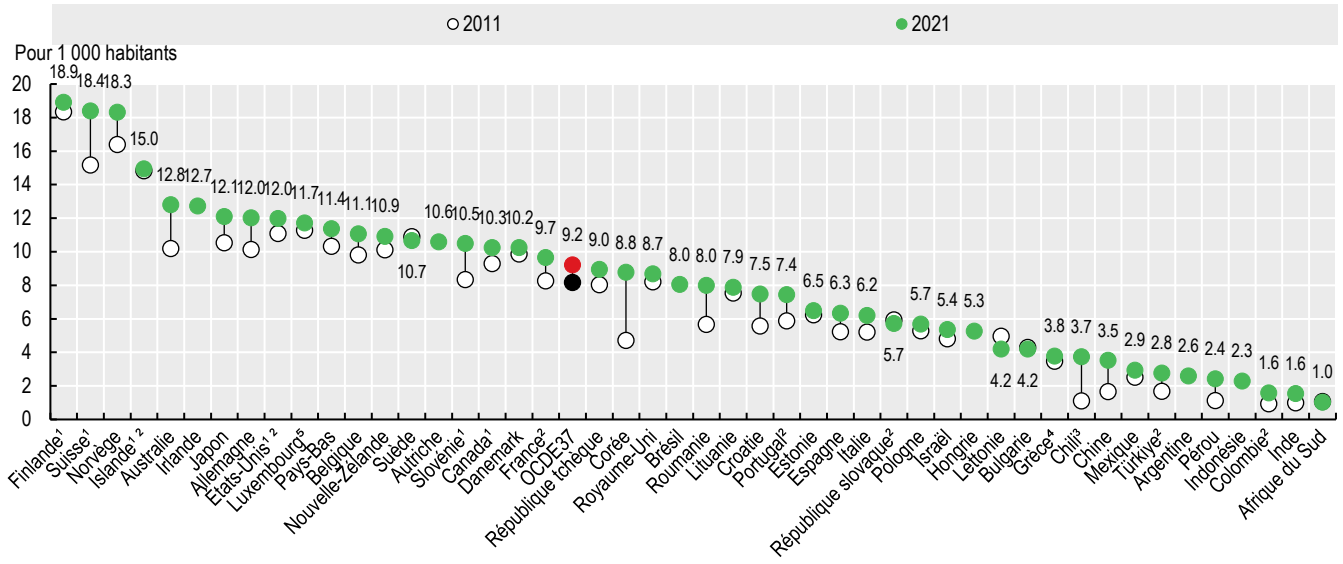
La Grèce ne prend en compte que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux, d'où une sous-estimation.

Références

King's Fund (2022), *The NHS nursing workforce: Have the floodgates opened?*, https://www.kingsfund.org.uk/blog/2022/10/nhs-nursing-workforce#vacancies-have-always-been-high. [2]

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

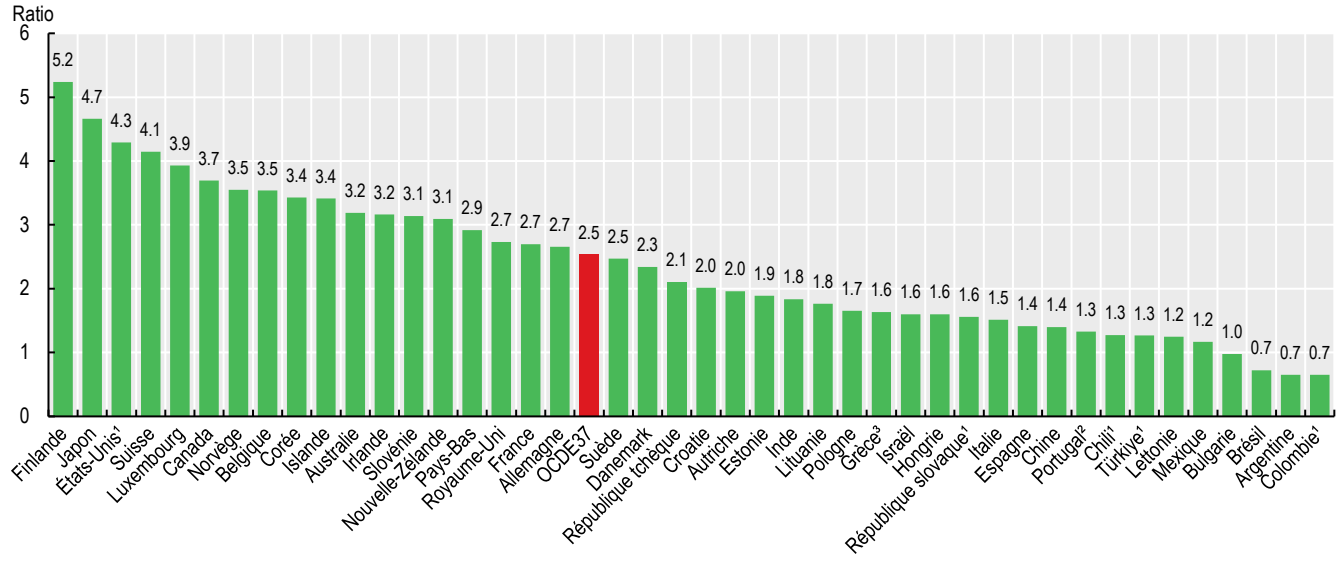
Graphique 8.13. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les infirmiers de niveau intermédiaire qui ont un niveau de qualification inférieur représentent plus de 50 % des effectifs infirmiers en Slovénie, en Croatie et en Roumanie ; entre 33 % et 50 % en Corée, en Grèce, en Islande, au Mexique et en Suisse ; et entre 15 % et 30 % en Australie, au Canada, aux États-Unis, en Finlande, au Japon et au Royaume-Uni. 2. Les données incluent les infirmiers travaillant dans le secteur de la santé en tant que gestionnaires, éducateurs, chercheurs, etc. (par exemple, pour la France le nombre d'infirmiers en exercice est surestimé d'environ 12 %). 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 disponibles portent sur 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/qynu1m

Graphique 8.14. Ratio du personnel infirmier par rapport au nombre de médecins, 2021 (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, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer). 2. Le ratio est sous-estimé (nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer). 3. Les données couvrent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/nrxoie

Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération du personnel infirmier est sujet à controverse depuis de nombreuses années. La pandémie de COVID-19 et, plus récemment, la hausse du coût de la vie, ont attiré l'attention sur le niveau de rémunération du personnel infirmier, et sur la question de savoir si ce niveau était suffisant pour attirer et retenir les effectifs dans la profession.

En 2021, les infirmiers exerçant en milieu hospitalier percevaient, en moyenne dans les pays de l'OCDE, une rémunération 20 % supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs. Toutefois, en Suisse, en Finlande, au Royaume-Uni et en Lettonie, le personnel infirmier percevait un salaire inférieur au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, tandis qu'au Mexique, au Costa Rica, au Chili, en République tchèque, en Belgique, en Slovénie et au Luxembourg, leur revenu était au moins 50 % supérieur au salaire moyen (Graphique 8.15). En Slovénie, ce niveau était en partie dû à la pris en compte des primes COVID-19 perçues en 2021.

Le Graphique 8.16 compare la rémunération du personnel infirmier exerçant en milieu hospitalier sur la base d'une monnaie commune (USD) corrigée des parités 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 percevoir un salaire plus élevé. En 2021, le niveau de rémunération du personnel infirmier au Luxembourg était au moins quatre fois supérieur à celui observé en Lituanie et en Lettonie (mais les dernières données disponibles dans ces deux pays concernent 2018). 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. 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 a augmenté en valeur réelle au cours de la décennie précédant la pandémie. Ce fut particulièrement le cas dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale (notamment la Hongrie, la Pologne, la République slovaque et la République tchèque), où le personnel infirmier a obtenu des hausses de salaire avoisinant les 4 à 5 % par an en valeur réelle entre 2010 et 2019, ce qui a permis de réduire l'écart avec les autres pays de l'UE. Les infirmiers exerçant en Türkiye, en Islande et au Chili ont également obtenu des augmentations de salaire substantielles entre 2010 et 2019 (Graphique 8.17).

En revanche, les rémunérations ont baissé en valeur réelle sur cette même période en Grèce, en Italie, au Portugal, en Finlande et au Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, la rémunération du personnel infirmier a augmenté en valeur nominale, mais elle a baissé de plus de 3 % en valeur réelle entre 2010 et 2019, notamment en raison des politiques salariales du secteur public mises en œuvre entre 2011/12 et 2017/18. Entre 2019 et 2021, le revenu moyen en valeur réelle du personnel infirmier a légèrement augmenté grâce à l'accord salarial *Agenda for Change*, conclu pour 2018-21 (Buchan, Shembavnekar and Bazeer, 2021[1]).

En 2020 et 2021, les infirmiers de certains pays ont obtenu d'importantes hausses de salaire en valeur réelle, notamment en Slovénie, en Estonie, en Hongrie, en République tchèque, en République slovaque et en Pologne, mais aussi en Grèce. Dans de nombreux autres pays, la rémunération réelle du personnel infirmier n'a augmenté que légèrement en 2020 et 2021, dans une large mesure du fait de la montée de l'inflation qui a érodé l'augmentation des salaires. Le personnel infirmier n'a pas été le seul groupe professionnel touché par ce phénomène. Dans de nombreux pays, les salaires réels moyens ont de fait diminué en 2021 en raison de l'inflation (OCDE, 2022[2]).

Pour évaluer de manière exhaustive le revenu des infirmiers, il convient également de ne pas oublier que dans de nombreux pays, une large part du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé ont reçu une prime « COVID-19 » en 2020 et 2021 en reconnaissance du rôle de premier plan qu'ils ont joué durant la pandémie. Toutefois, ces primes forfaitaires n'ont, dans la plupart des cas, pas été intégrées aux salaires habituels considérés ici, à quelques exceptions près (en Slovénie par exemple).

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, 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.

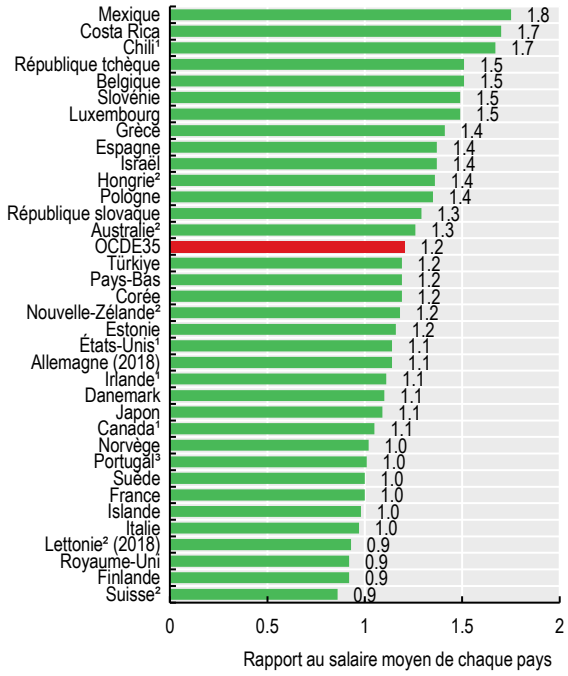
Le revenu des infirmiers est rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Il est également comparé d'un pays à l'autre sur la base d'une monnaie commune (USD) et ajusté pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat.

Références

Buchan, J., N. Shembavnekar and N. Bazeer (2021), *Nurses' pay over the long term: what next?*, The Health Foundation, Londres, https://www.health.org.uk/publications/nurses-pay-over-the-long-term-what-next. [1]

OCDE (2022), *Perspectives économiques de l'OCDE, Volume 2022 Numéro 1*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/ede49c4e-fr. [2]

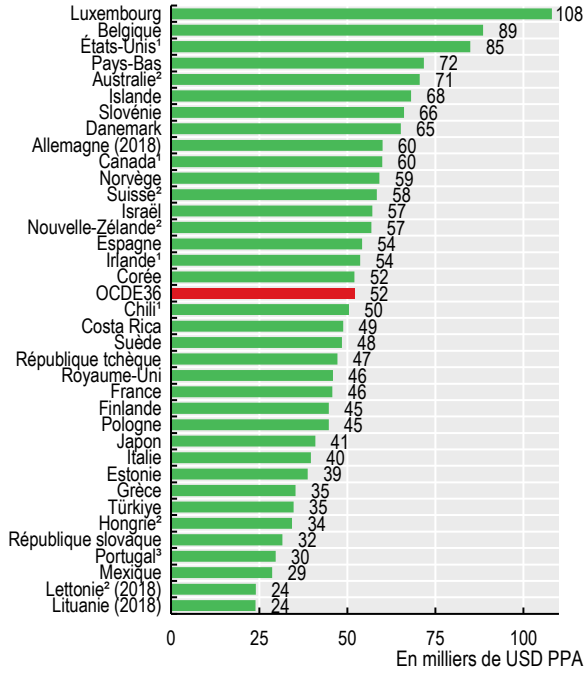
Graphique 8.15. Rémunération des infirmiers exerçant à l'hôpital par rapport au salaire moyen, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur (d'où une surestimation) 2. Les données incluent le personnel infirmier de niveau intermédiaire, qui a des qualifications et des revenus inférieurs. 3. Les données ne concernent que le personnel infirmier hospitalier travaillant pour le service national de santé (secteur public).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/yp1gwf

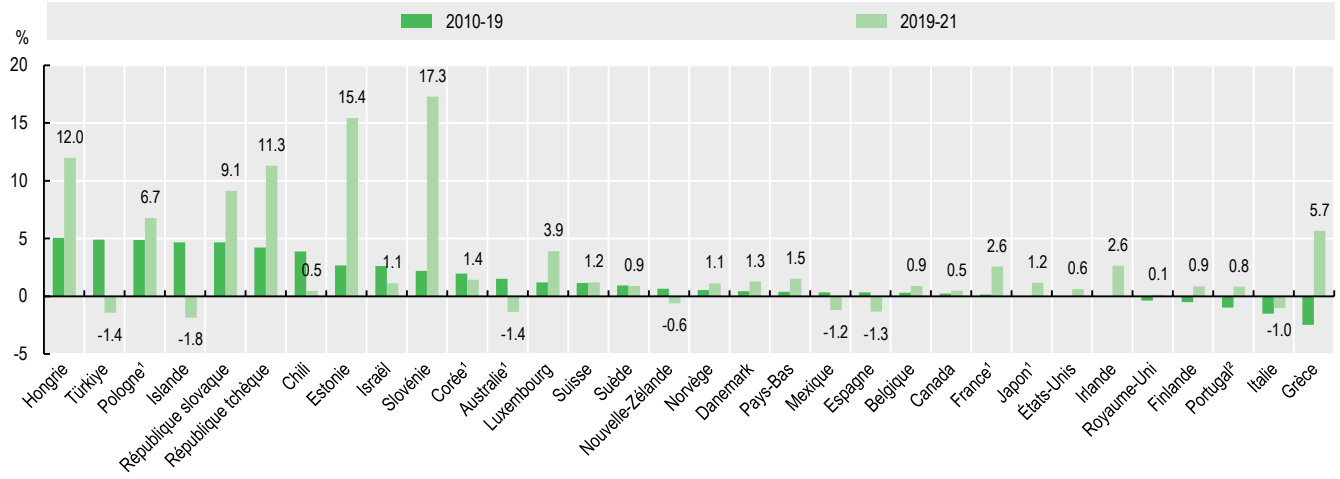
Graphique 8.16. Rémunération des infirmiers exerçant à l'hôpital, en USD PPA, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent uniquement au personnel infirmier de niveau supérieur (d'où une surestimation) 2. Les données incluent le personnel infirmier de niveau intermédiaire, qui a des qualifications et des revenus inférieurs. 3. Les données ne concernent que le personnel infirmier hospitalier travaillant pour le service national de santé (secteur public).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/17rzwu

Graphique 8.17. Croissance annuelle moyenne de la rémunération du personnel infirmier exerçant à l'hôpital (en valeur réelle), 2010-19 et 2019-21 (ou années les plus proches)



1. Le dernier taux de croissance ne concerne que 2019-20. 2. Les données ne concernent que le personnel infirmier hospitalier travaillant pour le service national de santé (secteur public).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/5q0hs1

Personnel hospitalier

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 sensiblement selon que les services spécialisés ambulatoires sont fournis dans les hôpitaux ou en dehors. Dans la plupart des pays dotés d'une couverture sanitaire 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 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 (par exemple en Pologne) ou dans des cabinets privés (comme en République tchèque).

En 2021, 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, au Danemark, aux États-Unis, en Islande et en France qu'au Mexique, au Chili, en Corée et en Hongrie (Graphique 8.18). Cependant, il convient de ne pas oublier 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 ce pourcentage est supérieur à 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 certains pays, notamment la France, le Portugal et l'Espagne, 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 indépendants 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 13 % aux effectifs. Cet écart est plus important dans certains pays comme l'Allemagne, l'Islande et la République tchèque (25 % environ). Lorsqu'on examine les tendances dans le temps, le rapport entre le nombre d'infirmiers ETP et les effectifs est resté relativement stable dans de nombreux pays entre 2011 et 2021 (par exemple en France, Lituanie, Nouvelle-Zélande et États-Unis), mais a baissé dans d'autres (par exemple en Estonie, Islande, Israël et République tchèque), ce qui indique que le temps de travail moyen du personnel infirmier hospitalier a diminué. En revanche, ce rapport a progressé dans certains pays comme l'Irlande, la Norvège et les Pays-Bas – ce qui signifie que le temps de travail moyen des infirmiers a augmenté – même s'il reste bien inférieur à 100 %.

Dans des pays comme le Canada, l'Allemagne et les États-Unis, le nombre d'infirmiers travaillant dans les hôpitaux a augmenté de manière régulière entre 2011 et 2021, tant avant qu'après la pandémie. Cette hausse a débuté quelques années plus tard au Portugal et en Espagne, mais s'est accélérée à la fois avant et pendant la pandémie. Elle a cependant été plus modeste en France avant la pandémie, et aucune augmentation du nombre d'infirmiers hospitaliers n'a été enregistrée durant la pandémie. En Italie et au Royaume-Uni, le nombre d'infirmiers exerçant à l'hôpital n'a pas augmenté entre 2011 et 2019, mais a commencé à croître au moins légèrement en 2020 et 2021 (Graphique 8.19).

La pandémie a favorisé l'élaboration de nouveaux plans visant à accroître le recrutement de personnel hospitalier et à améliorer ses conditions de travail afin de retenir le personnel. Par exemple, le gouvernement français a instauré, en juillet 2020, un nouveau plan pluriannuel visant à renforcer les hôpitaux publics et prévoyant d'importantes hausses de salaire afin d'améliorer le recrutement et la fidélisation des personnels hospitaliers, en particulier des infirmiers (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2021[1]).

Définition et comparabilité

Les personnels hospitaliers se définissent comme les personnes travaillant en milieu hospitalier, y compris, dans la mesure du possible, les indépendants employés dans le cadre de contrats de service. La plupart des pays incluent 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, ce qui peut différer d'un pays à l'autre.

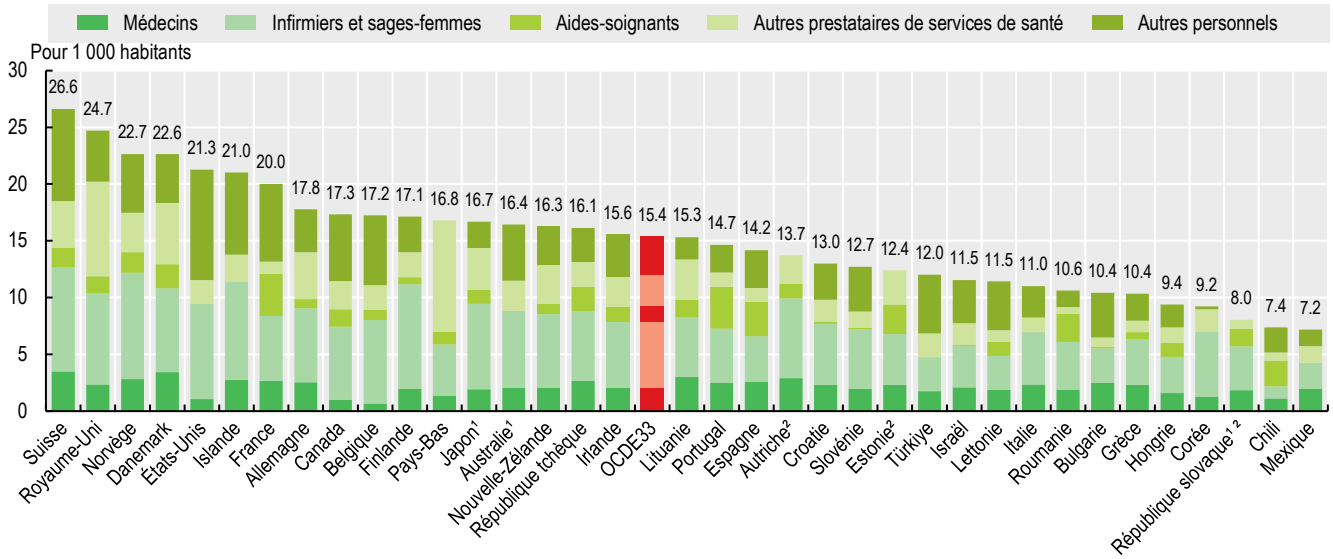
De nombreux pays ne comptabilisent pas la totalité ou une partie des libéraux travaillant à l'hôpital. L'Australie, le Chili, le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne communiquent que des données sur l'emploi dans les hôpitaux publics, ce qui entraîne une sous-estimation.

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 plus spécifiquement le nombre de travailleurs au nombre de lits d'hôpitaux ou de journées d'hospitalisation afin de tenir compte d'une partie des activités hospitalières dans les différents pays, même si cela n'inclurait pas les activités qui ne nécessitent pas d'hospitalisation (comme les consultations, les examens et les soins ambulatoires).

Références

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2021), *France : Profils de santé par pays 2021*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/8c733d09-fr. [1]

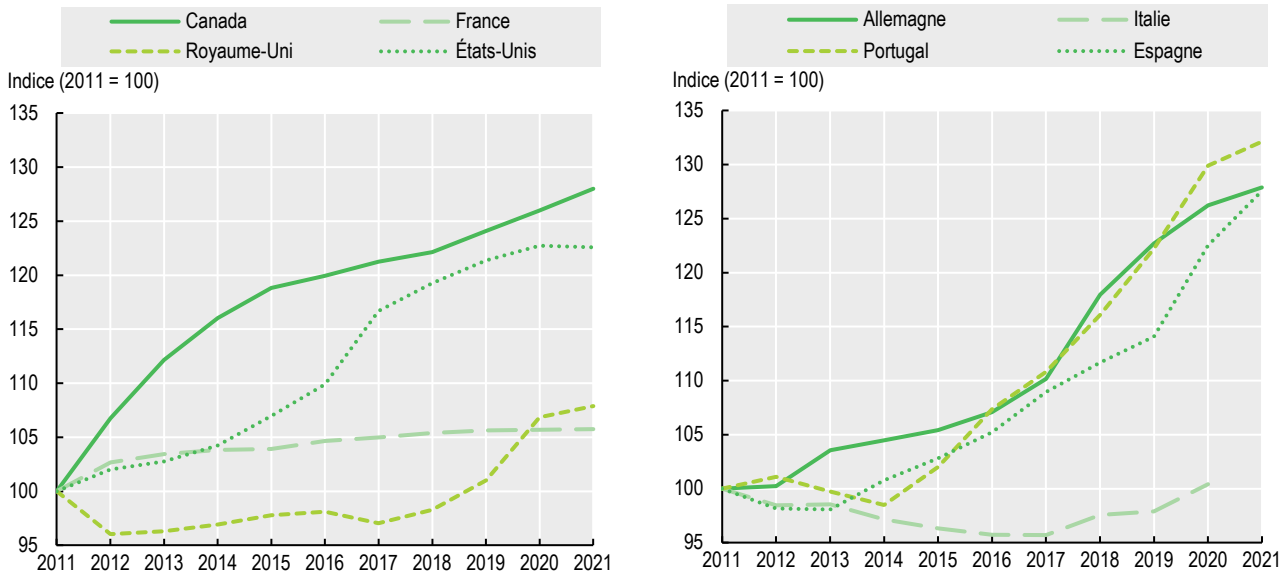
Graphique 8.18. Personnels hospitaliers, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent aux travailleurs ETP (et non à des effectifs bruts), d'où une sous-estimation. 2. Les données ne couvrent que le personnel de santé, à l'exclusion des autres personnels (administratifs, techniques, etc.), d'où une sous-estimation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/vpcwq2

Graphique 8.19. Évolution du nombre d'infirmiers hospitaliers dans une sélection de pays de l'OCDE, 2011-21 (ou année la plus proche)



Note : Les données englobent les infirmiers et les sages-femmes.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/agqpny

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 qui pourront remplacer les médecins partant à la retraite et combler toute pénurie actuelle ou future. 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.

Dans les pays de l'OCDE, le nombre de médecins nouvellement diplômés est globalement passé de 93 000 en 2000 à 114 000 en 2010 et à 160 000 en 2021. En 2021, des pays comme Israël, le Japon et la Corée en comptaient environ 7 pour 100 000 habitants, contre plus de 20 pour 100 000 en Lettonie, en Irlande, au Danemark et en Lituanie (Graphique 8.20).

En Irlande, le nombre élevé de médecins nouvellement diplômés s'explique par la forte proportion d'étudiants étrangers qui, ces dernières années, représentaient environ la moitié des étudiants en médecine. Un bon nombre de ces étudiants étrangers sont originaires du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. Dans la plupart des cas, ces derniers quittent l'Irlande après avoir obtenu leur diplôme – 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 en Irlande. D'où la nécessité, paradoxale, pour l'Irlande, de pallier la pénurie de médecins en faisant venir des praticiens formés à l'étranger (OCDE, 2019[1]).

Dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, cette internationalisation des études de médecine se traduit également par un nombre croissant d'étudiants et de diplômés étrangers. De nombreuses facultés de médecine en Roumanie, Bulgarie, République slovaque, République tchèque, Hongrie et Pologne accueillent un nombre croissant d'étudiants étrangers, souvent en proposant un enseignement en anglais. Dans la plupart des cas, ces étudiants étrangers ne restent pas dans le pays après l'obtention de leur diplôme (OCDE, 2019[1]).

En Israël, le faible effectif de nouveaux diplômés nationaux est compensé par le nombre élevé de médecins (60 % environ) formés à l'étranger. Une grande partie de ces médecins formés à l'étranger sont en fait 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 (OCDE, 2023[2]).

Face à la crainte d'une pénurie actuelle ou future de médecins, le nombre de jeunes diplômés pour 100 000 habitants a progressé dans tous les pays de l'OCDE depuis 2000, mais à des rythmes différents. Abstraction faite de l'Irlande où une grande partie de la croissance était due aux inscriptions toujours plus nombreuses d'étudiants étrangers, le nombre de jeunes diplômés a presque doublé dans des pays comme l'Italie et le Canada, et la hausse a atteint plus de 50 % en Espagne, aux États-Unis, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. L'évolution a été plus modeste au Japon, même si le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine augmente depuis 2008, entraînant une hausse des diplômés depuis 2014 (Graphique 8.21).

Suite à la pandémie, la plupart des pays de l'OCDE qui ont répondu à un questionnaire adressé aux ministères de la Santé début 2022 ont déclaré qu'ils avaient récemment augmenté le nombre de places de formation en médecine en réponse aux préoccupations concernant les pénuries actuelles ou futures de médecins. La plupart des pays ont en outre déclaré qu'ils mettaient en place des mesures incitatives visant à encourager davantage d'étudiants à choisir la médecine générale pour leur internat afin de répondre plus particulièrement aux pénuries de médecins généralistes (OCDE, 2023[3]).

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. Dans presque tous les pays, les nouveaux diplômés en médecine incluent les étudiants nationaux et étrangers, à l'exception d'Israël et de la Nouvelle-Zélande, où ces derniers ne sont pas comptabilisés (en Israël, c'est parce que dans presque tous les cas, ces étudiants ne restent pas dans le pays après l'obtention de leur diplôme).

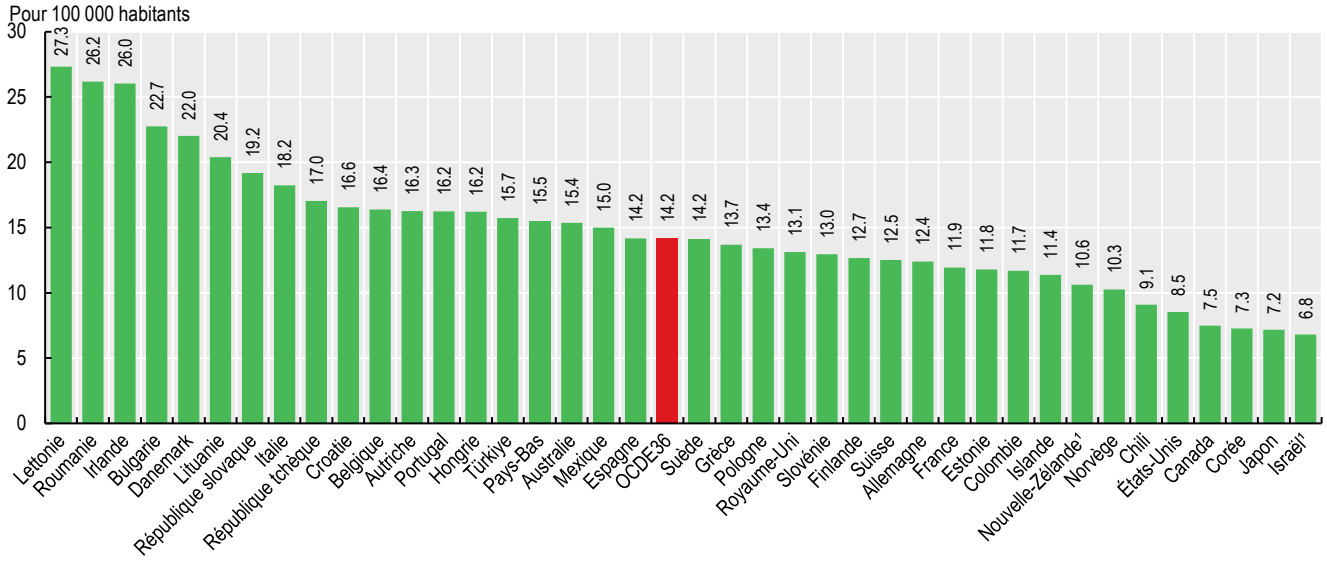
Références

OCDE (2023), *OECD Report on Medical Education and Training in Israel*, OCDE, Paris, https://www.oecd.org/health/OECD-report-on-medical-education-and-training-in-Israel.pdf. [2]

OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en. [3]

OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5571ef48-en. [1]

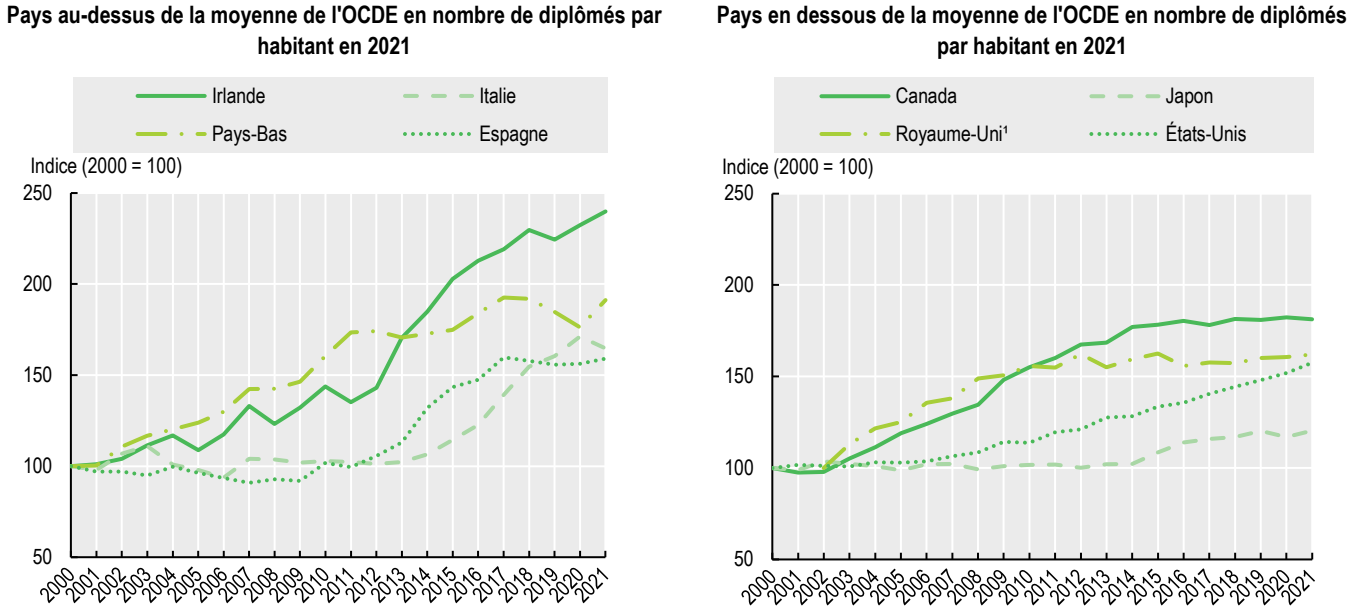
Graphique 8.20. Nombre de nouveaux diplômés en médecine, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Un grand nombre de nouveaux diplômés en médecine sont des étudiants étrangers dans certains pays (par exemple en Roumanie, en Irlande, en Bulgarie, en République slovaque, en République tchèque et en Hongrie). 1. Les données excluent les étudiants étrangers, d'où une sous-estimation (environ 15 % des nouveaux diplômés en Israël et 5 % en Nouvelle-Zélande étaient étrangers en 2021).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/i5sb07

Graphique 8.21. Évolution du nombre de médecins nouvellement diplômés dans divers pays de l'OCDE, 2000-21



1. Indice pour le Royaume-Uni, 2002 = 100.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/tnbzs1

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers est un indicateur clé 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. 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, 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 640 000 en 2021. En 2021, on comptait moins de 20 infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants en Colombie, au Luxembourg, au Mexique, en Italie et en Türkiye, contre plus de 100 pour 100 000 en Australie, en Suisse et en Corée (Graphique 8.22). En Colombie, au Mexique et en Türkiye, ce chiffre tient au faible nombre d'infirmiers travaillant dans le système de santé (voir la section « Infirmiers »). 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 pays voisin, ainsi que par la capacité de ce pays à attirer des infirmiers étrangers grâce à de meilleures conditions de rémunération et de travail (voir la section « Rémunération du personnel infirmier »).

Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés pour 100 000 habitants a progressé dans tous les pays de l'OCDE depuis 2000, mais à des rythmes différents. En Italie, le nombre de jeunes diplômés a augmenté assez rapidement dans les années 2000, mais il recule depuis 2013 (Graphique 8.23). Toutefois, suite à la pandémie, le nombre de candidats a augmenté parallèlement au nombre d'étudiants admis, ce qui devrait conduire à une hausse des diplômés si ces étudiants terminent leurs études (OCDE, 2023[1]). En Espagne, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a également chuté dans les années précédant la pandémie, mais il a commencé à remonter au moins légèrement en 2020 et 2021. Au lendemain de la pandémie, le nombre de candidatures aux formations d'infirmiers a fortement augmenté en Espagne (de plus de 50 % entre 2019 et 2021), mais le nombre de candidats admis dans ces formations n'a progressé que faiblement (de 6 %) en raison de contraintes de capacité persistantes (OCDE, 2023[1]).

Aux États-Unis, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a doublé entre 2000 et 2010, passant d'environ 100 000 à 200 000. S'en est suivie une période de stabilité, mais leur nombre est reparti à la hausse ces dernières années. En Suisse, le nombre de jeunes diplômés a progressé fortement au cours des 15 dernières années, dans une large mesure 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 a également progressé au cours de la dernière décennie, mais à un rythme plus modéré qu'en Suisse. Un problème persistant en Norvège comme dans d'autres pays de l'OCDE est de retenir les nouveaux diplômés dans la profession. En Israël, les effectifs d'infirmiers nouvellement diplômés ont triplé entre 2011 et 2021, mais ils restent inférieurs à la moyenne de l'OCDE au regard de la population du pays.

Tous les pays de l'OCDE sont confrontés au défi d'attirer davantage d'étudiants de sexe masculin vers la profession d'infirmier. L'idée persiste que les soins infirmiers sont un « travail de femme », et que le métier offre un faible statut professionnel, peu d'autonomie et peu de perspectives de carrière (Mann and Denis, 2020[2]). Dans la plupart des pays, au moins 80 % des candidats admis dans les filières de formation sont toujours des femmes, ce qui reflète la composition par genre traditionnelle du personnel infirmier.

Définition et comparabilité

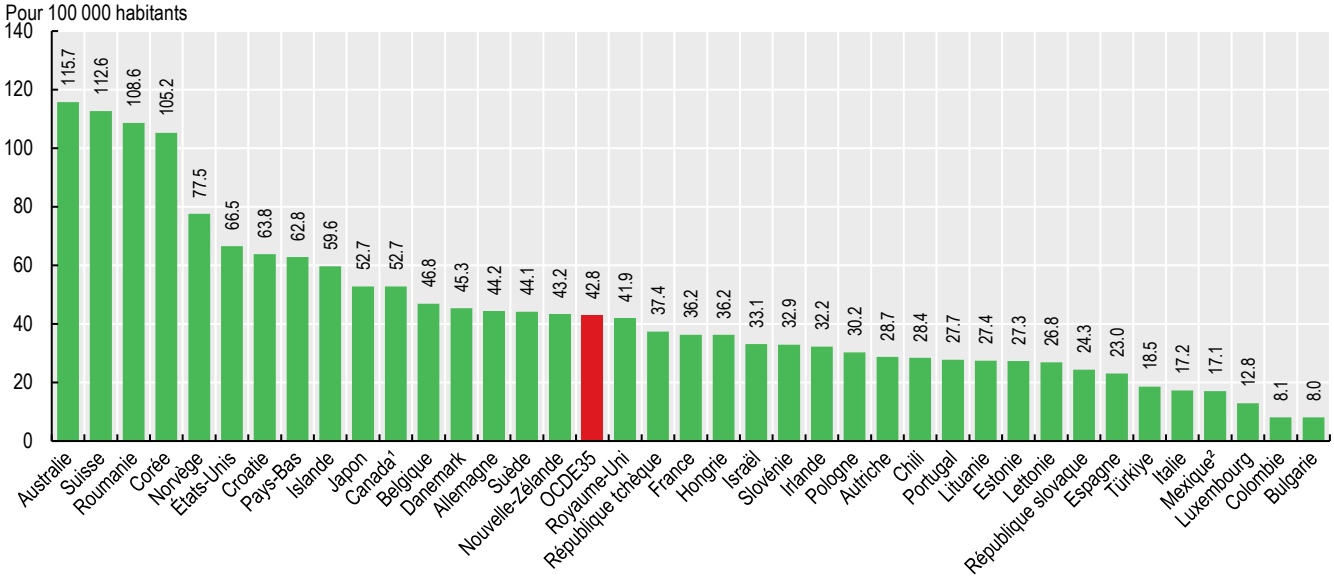
Les infirmiers nouvellement diplômés sont définis comme les étudiants qui ont obtenu un diplôme reconnu, nécessaire pour devenir infirmier certifié ou agréé. Cette catégorie comprend les diplômés issus de filières de formation d'infirmiers de niveaux divers. Elle ne tient pas compte des étudiants titulaires d'un Master ou d'un doctorat, pour éviter de comptabiliser deux fois les personnes qui obtiennent des diplômes supplémentaires.

Références

Mann, A. and V. Denis (2020), *Can nursing thrive in the age of the coronavirus? What young people think about the profession*, The OECD Forum Network, 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-b412-42e994be8197. [2]

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

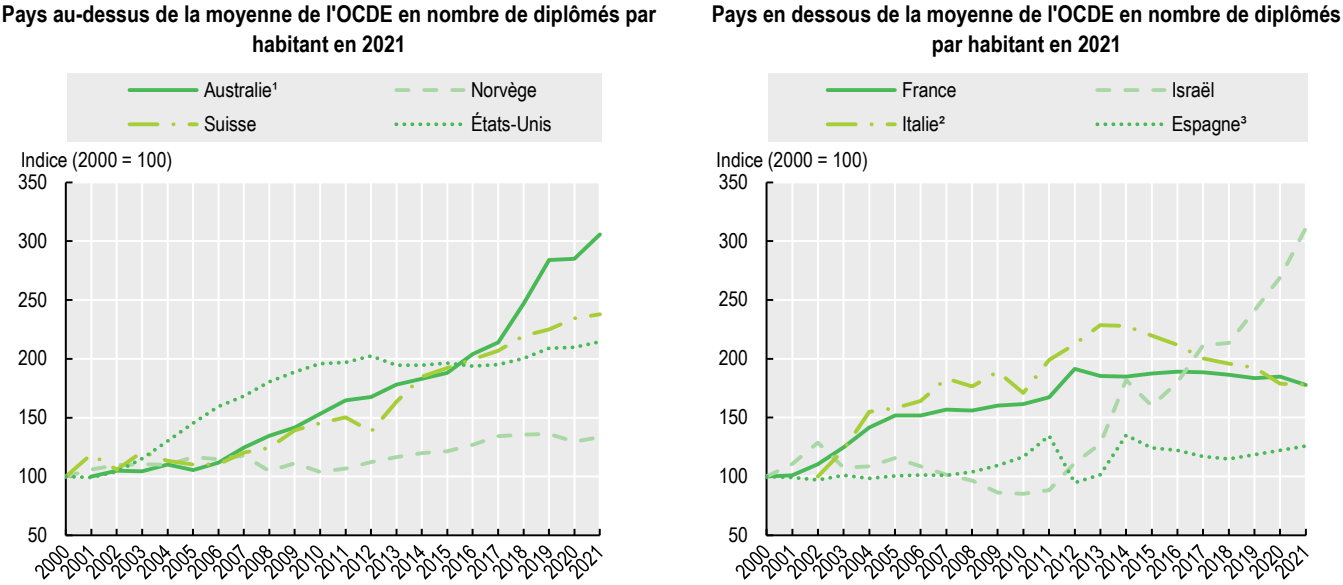
Graphique 8.22. Infirmiers nouvellement diplômés, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données disponibles portent sur 2017. 2. Les données portent uniquement sur le personnel infirmier issu d'une filière « de niveau supérieur ».
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/luywhc

Graphique 8.23. Évolution du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés dans divers pays de l'OCDE, 2000-21



1. Indice pour l'Australie, 2001 = 100. 2. Indice pour l'Italie, 2002 = 100. 3. En Espagne, la forte baisse observée en 2012 et 2013 est due à une modification de la durée de formation (allongée d'un an).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/5k6o8d

Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier

Alors qu'il faut de nombreuses années pour former de nouveaux médecins et infirmiers, les recruter à l'étranger peut constituer une solution plus rapide aux pénuries immédiates, mais aussi exacerber les pénuries dans les pays d'origine. Plusieurs pays de l'OCDE, notamment l'Australie, le Canada, les États-Unis, l'Irlande, Israël, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et la Suisse, dépendent depuis longtemps du recrutement international de médecins et d'infirmiers. Dans certains pays, cette dépendance s'est renforcée à la suite de la pandémie (OCDE, 2023[1]).

En 2021, près d'un cinquième (19 %) des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE avaient obtenu, au minimum, leur premier diplôme à l'étranger (Graphique 8.24), contre 15 % dix ans plus tôt. S'agissant des infirmiers, 9 % en moyenne avaient obtenu leur diplôme dans un autre pays en 2021 (Graphique 8.25), contre 5 % dix ans plus tôt. Ces évolutions sont intervenues en parallèle d'une hausse du nombre de médecins et d'infirmiers nouvellement diplômés formés localement dans la plupart des pays de l'OCDE (voir les sections « Médecins nouvellement diplômés » et « Personnel infirmier nouvellement diplômé »), signe d'une forte évolution de la demande dans ces professions.

En 2021, la proportion de médecins formés à l'étranger allait de 3 %, voire moins, en Lituanie, en Italie et en Pologne, à environ 40 % en Suisse, en Irlande, en Norvège et en Nouvelle-Zélande, et à près de 60 % en Israël. Cependant, près de la moitié des médecins formés à l'étranger en Israël sont des étudiants israéliens qui ont obtenu leur premier diplôme à l'étranger et sont revenus en Israël pour y terminer leur formation et y travailler. Une grande partie des médecins formés à l'étranger en Norvège, Suède et Finlande sont également des médecins qui sont nés dans ces pays et sont partis étudier à l'étranger avant de rentrer travailler dans leur pays. Cette situation reflète davantage l'internationalisation des formations médicales et le développement d'un « marché » des diplômes médicaux (OCDE, 2019[2]), plutôt qu'un phénomène de « fuite des cerveaux ».

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la part des infirmiers formés à l'étranger est inférieure à 5 %, et bien plus faible que celle des médecins formés à l'étranger, avec quelques exceptions. Près de 50 % du personnel infirmier en Irlande est formé à l'étranger, et ce pourcentage va de 25 % à 30 % en Nouvelle-Zélande et en Suisse, et est d'environ 18 % en Australie et au Royaume-Uni.

Le pourcentage de médecins formés à l'étranger a augmenté entre 2010 et 2021 dans certains des principaux pays de destination (Graphique 8.26). Au Royaume-Uni, la part des médecins formés à l'étranger a légèrement chuté entre 2010 et 2015, mais a augmenté ces dernières années pour atteindre plus de 30 % en 2021. En Suisse, cette proportion a augmenté régulièrement au cours de la dernière décennie, alimentée par le nombre croissant de médecins formés en France, en Allemagne, en Autriche et en Italie. En France et en Allemagne, le nombre et la part des médecins formés à l'étranger ont également progressé constamment ces dix dernières années, le pourcentage passant de 7 % de tous les médecins en 2010 à 12-14 % en 2021.

La part des infirmiers formés à l'étranger a fortement augmenté depuis 2010 en Suisse et au Royaume-Uni (Graphique 8.27). En Suisse, cette hausse est principalement due au nombre croissant d'infirmiers formés en France, en Allemagne, et, dans une moindre mesure, en Italie. Au Royaume-Uni, le recrutement international du personnel infirmier a atteint son plus haut niveau en 2021/22, mais les pays d'origine des infirmiers formés à l'étranger ont fortement changé au cours de la dernière décennie. Entre 2010 et 2016, ils venaient principalement des pays de l'UE. Suite au vote du Brexit en 2016 et à l'introduction de nouvelles exigences relatives à l'examen d'anglais pour les infirmiers, le recrutement issu des pays de l'UE a fortement baissé, mais cette baisse a été plus que compensée par le recrutement dans des pays hors UE, comme les Philippines et l'Inde, mais aussi le Nigéria, le Ghana et le Zimbabwe (OCDE, 2023[1]).

Le recrutement international d'infirmiers formés à l'étranger a également augmenté au cours de la dernière décennie en Allemagne et au Canada. Il a atteint un niveau record au Canada en 2021, et devrait continuer de progresser car les autorités fédérales et provinciales continuent d'encourager les infirmiers étrangers à venir exercer dans le pays (OCDE, 2023[1]).

Définition et comparabilité

Les données présentées correspondent aux effectifs totaux de médecins et de personnel infirmier formés à l'étranger, 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 en terme de comparabilité 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 couvrent tous les médecins et infirmiers autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité.

Les données sur les infirmiers formés à l'étranger en Finlande et en Slovénie ne concernant que les « infirmiers professionnels ». La Suisse ne fournit de données que sur les infirmiers formés à l'étranger qui exercent à l'hôpital (ce qui peut donner lieu à une surestimation si la part des infirmiers formés à l'étranger est moindre dans les établissements de long séjour ou dans le secteur extrahospitalier).

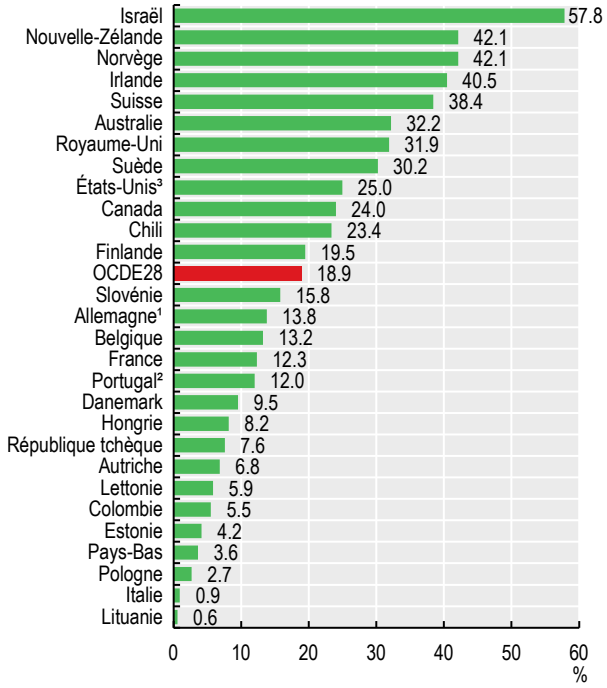
Les données pour l'Allemagne sont basées sur la nationalité, et non sur le lieu de formation.

Références

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

OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/5571ef48-en. [2]

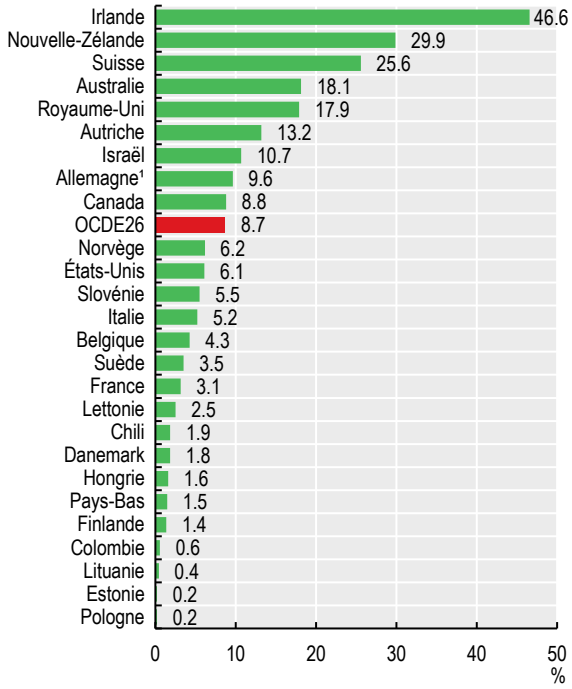
Graphique 8.24. Pourcentage des médecins formés à l'étranger, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données sont basées sur la nationalité (et non sur le lieu de formation). 2. Les dernières données disponibles portent sur 2017. 3. Les dernières données disponibles portent sur 2016.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/ynuifb

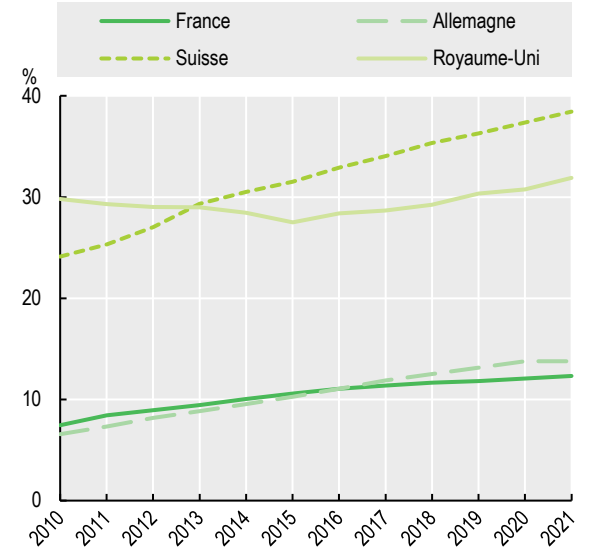
Graphique 8.25. Pourcentage des infirmiers formés à l'étranger, 2021 (ou année la plus proche)



1. Les données sont basées sur la nationalité (et non sur le lieu de formation).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/2ebs4i

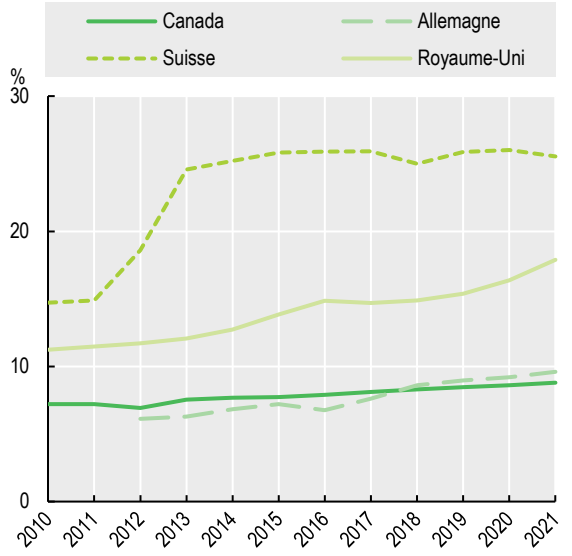
Graphique 8.26. Évolution du pourcentage de médecins formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2010-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/d0rcbn

Graphique 8.27. Évolution du pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2010-21



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/pzd1ub

9 Secteur pharmaceutique

Dépenses pharmaceutiques
Pharmaciens et pharmacies
Consommation de produits pharmaceutiques
Génériques et biosimilaires
Recherche-développement pharmaceutique

Dépenses pharmaceutiques

En 2021, les dépenses en produits pharmaceutiques au détail (c'est-à-dire à l'exclusion de ceux utilisés durant un séjour à l'hôpital ou dans d'autres structures de soin) représentaient un sixième des dépenses de santé globales dans les pays de l'OCDE. Si les ventes au détail de produits pharmaceutiques représentent toujours le troisième poste de dépenses de santé par ordre d'importance, après les soins hospitaliers et les soins ambulatoires, leur progression à cet égard a cependant suivi un rythme inférieur à la plupart des autres composantes du système de santé au cours de la dernière décennie (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7), en raison des mesures de maîtrise des coûts et du recours aux médicaments génériques.

Dans la zone OCDE, ce sont les régimes d'assurance publics et obligatoires qui financent au premier chef les produits pharmaceutiques au détail, ayant pris en charge 58 % du total des dépenses connexes en 2021 (Graphique 9.1). Dans des pays comme la France, l'Irlande et l'Allemagne, cette part était même supérieure, plus de 80 % des coûts totaux étant couverts par ces régimes. Les paiements directs des ménages (notamment la participation au coût des médicaments remboursés) ont aussi constitué une source de financement significative, puisqu'ils ont représenté en moyenne 39 % du total des dépenses pharmaceutiques en 2021, atteignant même une proportion bien plus élevée dans des pays comme le Chili (78 %), la Pologne (65 %) et la Lettonie (59 %). Ces paiements directs étaient également d'un niveau élevé dans les pays candidats à l'adhésion que sont la Bulgarie et la Roumanie. En comparaison, les régimes d'assurance-maladie facultative couvrent une proportion relativement faible du total des coûts, tout au plus 7 % dans tous les pays de l'OCDE disposant de données, à deux pays près (et pour une moyenne de 3 %). Seuls le Canada et la Slovénie font exception, l'assurance-maladie volontaire privée y comptant pour 34 % et 25 % respectivement des dépenses en produits pharmaceutiques au détail.

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 2021, les dépenses de produits pharmaceutiques au détail dans les pays de l'OCDE s'établissaient en moyenne à 614 USD par personne, ajustés des différences de pouvoir d'achat (Graphique 9.2). Aux États-Unis, les dépenses représentaient plus de deux fois la moyenne, tandis que, dans la majorité des pays, l'écart à la moyenne se situait dans une plage de ±20 %. Les dépenses par habitant étaient les plus faibles au Danemark, avec moins de la moitié de la moyenne OCDE. Dans ce pays, une proportion relativement élevée de médicaments est dispensée dans le cadre de soins hospitaliers ou de soins ambulatoires et donc en dehors des circuits habituels de vente au détail.

Les dépenses pharmaceutiques sont divisées en deux composantes majeures : les médicaments sur ordonnance et les produits en vente libre. Dans les pays de l'OCDE, les médicaments sur ordonnance représentent plus des trois quarts des dépenses liées aux produits pharmaceutiques au détail. La répartition entre médicaments sur ordonnance et produits en vente libre est fonction des spécificités de chaque pays en matière de prise en charge, 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 consacrées aux médicaments sur ordonnance.

L'analyse des seules dépenses en produits pharmaceutiques au détail ne donne qu'une image partielle du coût de ces produits dans le système de santé. En effet, les dépenses dans le secteur hospitalier et les autres structures de soins peuvent aussi être importantes – elles excèdent généralement de 20 %, sinon davantage, les dépenses en produits pharmaceutiques au détail (Morgan and Xiang, 2022[1]). 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 (IQVIA Institute for Human Data Science, 2021[2]). Comme on le voit dans le Graphique 9.3, les dépenses pharmaceutiques dans le cadre de soins hospitaliers et autres dépenses hors vente au détail augmentent plus rapidement que celles liées à la vente au détail dans la plupart des pays, la plus forte croissance étant observée en Allemagne, en Espagne et en République tchèque.

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, les seringues hypodermiques et les masques chirurgicaux). Il s'ensuit une surestimation des dépenses, de l'ordre de 5 à 10 %, qui pourrait cependant avoir été plus importante encore durant la pandémie de COVID-19. 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, ainsi que 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. Certains pays comptabilisent en effet les coûts dans la catégorie des soins curatifs, d'autres dans celle des produits pharmaceutiques.

Les produits pharmaceutiques délivrés en hôpital ou hors vente au détail s'entendent des médicaments administrés ou délivrés au cours d'une hospitalisation ou dans une autre structure de soins. 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. Les produits pharmaceutiques hors vente au détail comprennent aussi le coût des vaccins utilisés dans le cadre de campagnes de vaccination et qui ne sont pas achetés auprès de détaillants.

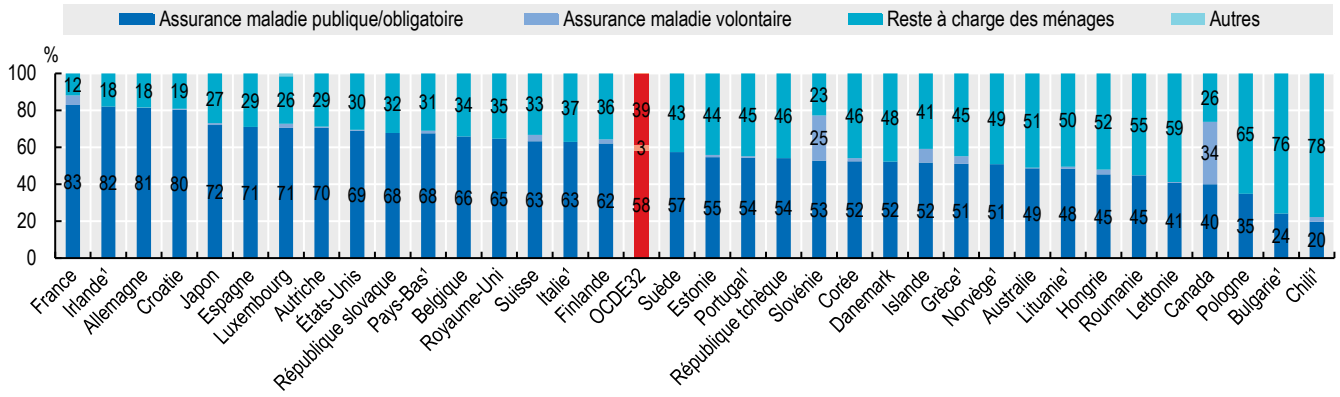
Les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes » : elles prennent en compte les éventuelles ristournes consenties par les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies.

Références

IQVIA Institute for Human Data Science (2021), *Drug Expenditure Dynamics 1995-2020: Understanding Medicine Spending in Context*, https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/drug-expenditure-dynamics. [2]

Morgan, D. and F. Xiang (2022), "Improving data on pharmaceutical expenditure in hospitals and other health care settings", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 139, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/6c0d64a2-en. [1]

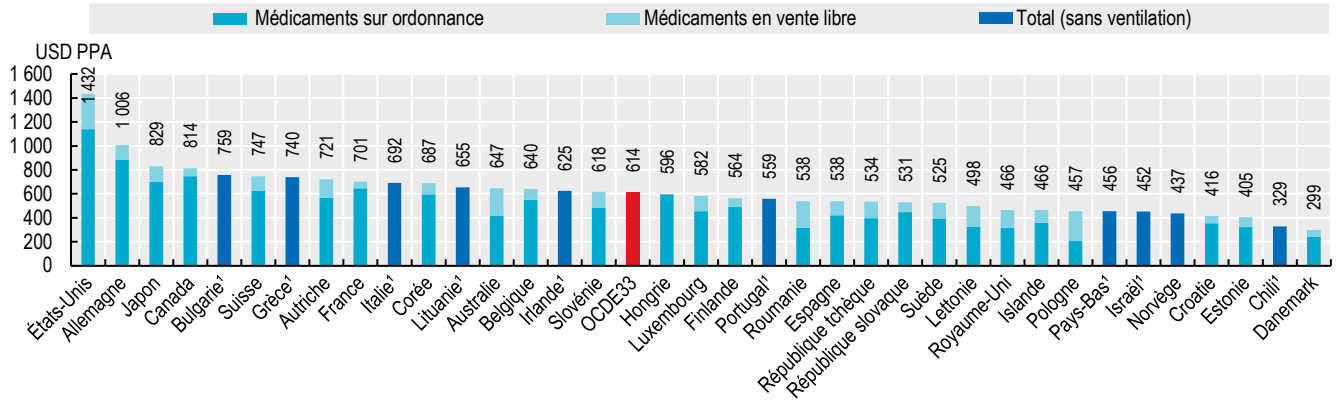
Graphique 9.1. Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement, 2021 (ou année la plus proche)



1. Produits médicaux non durables inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/oc14lm

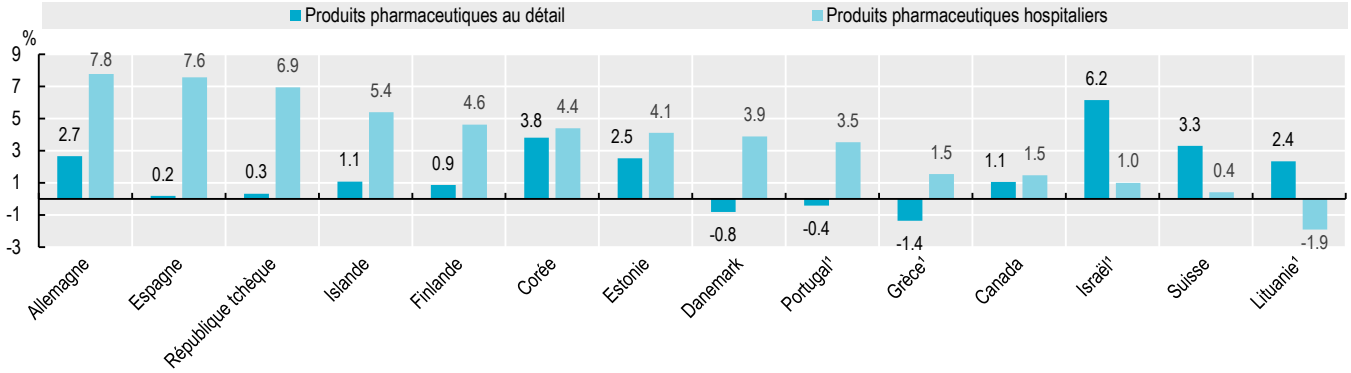
Graphique 9.2. Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant, 2021 (ou année la plus proche)



1. Produits médicaux non durables inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/rhytq4

Graphique 9.3. Croissance annuelle moyenne des dépenses en produits pharmaceutiques au détail et des dépenses en produits pharmaceutiques hospitaliers et autres produits hors détail, en termes réels, 2011-21 (ou années les plus proches)



1. Produits médicaux non durables inclus.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/boymeh

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens sont des professionnels de santé hautement qualifiés dont le rôle premier est de gérer la distribution des médicaments aux consommateurs/patients et de veiller à leur utilisation sûre et efficace. Entre 2011 et 2021, le nombre de pharmaciens en exercice par habitant a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, de près de 20 % en moyenne, pour atteindre 85 pharmaciens pour 100 000 habitants (Graphique 9.4). Toutefois, la densité varie fortement d'un pays à l'autre, allant de 19 pour 100 000 habitants en Colombie à 199 pour 100 000 au Japon. Dans la zone OCDE, les plus fortes progressions de cette densité sur la période considérée ont été observées au Chili et en Colombie.

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 2021, 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 (Institut canadien d'information sur la santé, 2021[1]). Au Japon, environ 59 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2020, environ 19 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et les 22 % restants dans d'autres structures (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2020[2]).

En 2021, le nombre de pharmacies de ville pour 100 000 habitants allait de 9 au Danemark à 97 en Grèce, avec une moyenne de 28 à l'échelle des pays de l'OCDE disposant de données comparables (Graphique 9.5). La situation n'a guère varié au fil du temps dans la plupart des pays à l'exception cependant du Danemark, où la densité des officines a pratiquement doublé entre 2011 et 2021. Les écarts de densité entre pays peuvent tenir aux différences dans les canaux de distribution habituels. Dans certains pays, ce sont davantage les pharmacies des hôpitaux qui délivrent les médicaments aux patients ambulatoires. Au Danemark, les pharmacies de ville sont moins nombreuses, mais elles sont souvent de grande taille, avec des succursales et des filiales rattachées à une officine principale. En Australie, où l'on dénombre en moyenne environ 23 pharmacies de ville pour 100 000 habitants, la distance minimale entre les officines est réglementée. La gamme des produits et services fournis varie également d'un pays à un 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 s'est amplifié. 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[3]). 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 (OCDE, 2021[4]).

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 de pharmacie 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 comptabilisés 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 de pharmacies de ville indiqué correspond aux officines où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

Références

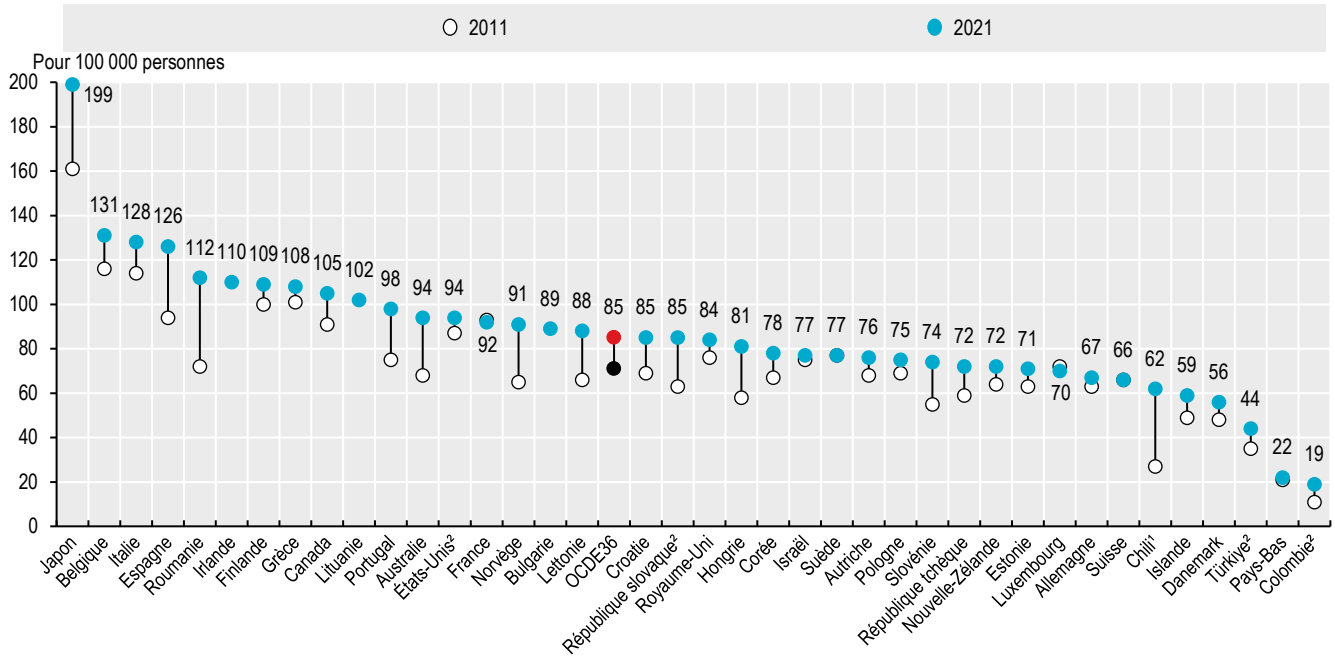
Institut canadien d'information sur la santé (2021), *Les pharmaciens au Canada, 2021 — tableaux de données*, Ottawa, ON: ICIS. [1]

Ministry of Health, Labour and Welfare (2020), *Summary of 2020 Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists*, Health Statistics Office, Director-General for Statistics and Information Policy, Ministry of Health, Labour and Welfare, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/20/index.html. [2]

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. [4]

OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a92adee4-en. [3]

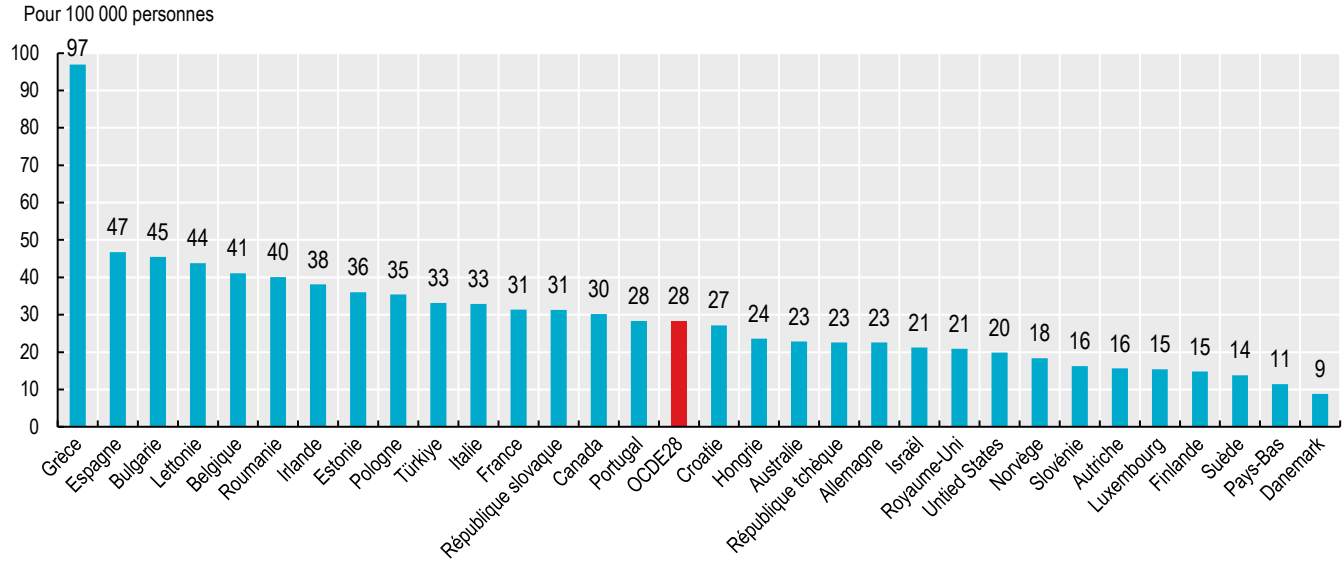
Graphique 9.4. Pharmaciens en exercice, 2011 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Les données font référence à tous les pharmaciens habilités à exercer. 2. Les données concernent également les pharmaciens 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 2023.

StatLink https://stat.link/edf9z3

Graphique 9.5. Pharmacies de ville, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Base de données du Groupement pharmaceutique de l'Union européenne, IQVIA ou sources nationales pour les pays non européens.

StatLink https://stat.link/h3s2ya

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 8 % entre 2011 et 2021, mais elle a pratiquement triplé au Chili. Elle restait particulièrement élevée en Allemagne, où elle représentait pratiquement cinq fois celle de la Corée. Ces variations reflètent vraisemblablement des différences à la fois dans la prévalence de l'hypertension et dans les pratiques cliniques.

Bien plus importante a été la croissance de la consommation d'agents réduisant les lipides sériques, qui a progressé de près de 60 %, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, entre 2011 et 2021. Ce sont le Danemark, le Royaume-Uni et la Norvège qui ont fait état de la plus forte consommation par habitant en 2021, laquelle varie du simple au quintuple à travers la zone OCDE.

L'utilisation de médicaments antidiabétiques elle aussi a considérablement augmenté, de 30 %, sur la même période et a même plus que doublé au Canada et au Chili. La hausse observée dans les pays peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, elle-même liée dans une large mesure à l'augmentation de celle de l'obésité, qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2. En 2021, la consommation de médicaments antidiabétiques allait du simple au double entre l'Autriche et la Lettonie, où elle était la plus basse, et le Canada, où elle était la plus élevée.

La consommation d'antidépresseur a augmenté de près de 50 %, dans les pays de l'OCDE, entre 2011 et 2021 ; elle a fait plus que tripler au Chili et plus que doubler en Corée, en Lettonie et en Estonie. Autant elle peut dénoter une progression des troubles de santé mentale, autant elle peut aussi témoigner d'une meilleure prise en considération de ces troubles, d'une évolution des directives cliniques et d'une meilleure disponibilité des traitements, ainsi que d'une prise en charge sur la durée (Bogowicz et al., 2021[1]; Madeira, Queiroz and Henriques, 2023[2]). Les variations entre pays sont très nettes : ainsi le niveau de consommation communiqué par l'Islande, pays où il était le plus élevé en 2021, représentait huit fois celui de la Lettonie.

Plus récemment, la consommation de produits pharmaceutiques relevant de l'une de ces quatre catégories a augmenté de 10 % environ, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, entre 2019 et 2021, exception faite de celle des antihypertenseurs, qui est restée relativement stable, voire a baissé dans quelques pays. Les plus fortes progressions ont été enregistrées au Chili et au Canada, dans le cas des antidiabétiques, en Lituanie et en Türkiye, pour les agents réduisant les lipides sériques, et au Chili et en Corée, pour les antidépresseurs. L'évolution des habitudes de consommation peut refléter en partie celle de la charge de morbidité depuis la pandémie de COVID-19, avec par exemple une prévalence plus importante de l'anxiété et de la dépression (voir l'indicateur « Santé mentale » au chapitre 3).

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 internationaux 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 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 comparaisons au regard de la consommation de médicaments doivent néanmoins être interprétées avec prudence dans la mesure où les écarts de consommation peuvent être le reflet de disparités dans la charge de morbidité et la pratique clinique. Qui plus est, un même médicament pouvant servir à traiter de multiples maladies, on ne peut donc exclure un sursignalement de sa consommation.

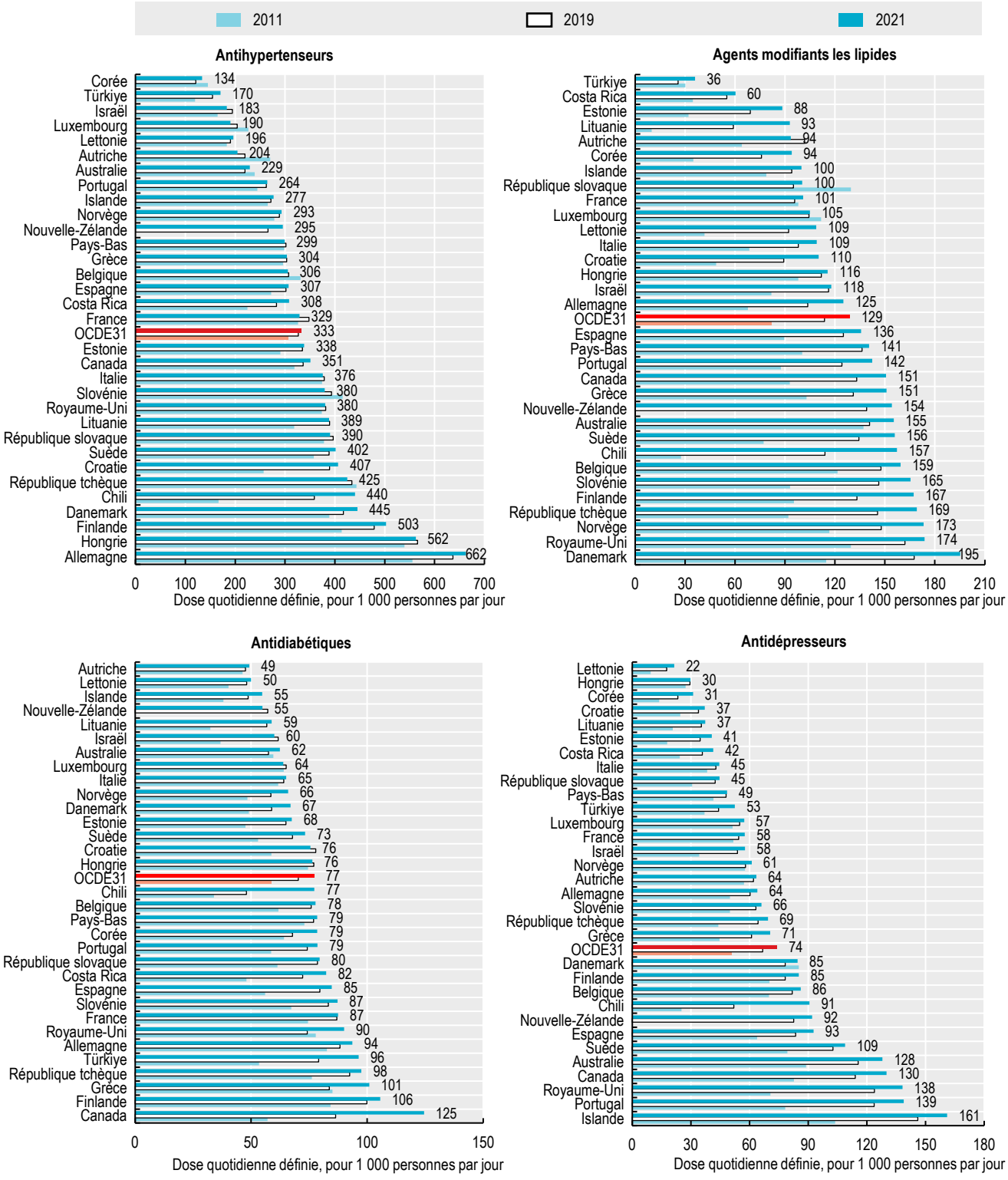
Les données concernent uniquement la consommation ambulatoire, à l'exception du Chili, de la Corée, du Costa Rica, de la Croatie, du Danemark, de l'Espagne (depuis 2018), de l'Estonie, de la Finlande, de la France, de l'Italie, de la Lituanie, du Luxembourg (depuis 2021), de la Norvège, de la République slovaque, de la République tchèque et de la Suède, où les chiffres couvrent aussi la consommation hospitalière. Pour le Canada, seules les provinces disposant de données pour l'ensemble de la population ont été incluses (Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan). Les données pour l'Espagne concernent la consommation ambulatoire et hospitalière de médicaments sur ordonnance pris en charge par le système national de santé (assurance publique), tandis que celles pour le Luxembourg ne couvrent que la consommation hospitalière et, depuis 2021, s'étendent également aux médicaments délivrés uniquement en milieu hospitalier. Les données du Luxembourg sont sous-estimées en raison de la prise en compte incomplète des produits contenant plusieurs principes actifs.

Références

Bogowicz, P. et al. (2021), "Trends and variation in antidepressant prescribing in English primary care: a retrospective longitudinal study", *BJGP Open*, Vol. 5/4, p. BJGPO.2021.0020, https://doi.org/10.3399/bjgpo.2021.0020. [1]

Madeira, L., G. Queiroz and R. Henriques (2023), "Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile", *Scientific Reports*, Vol. 13/1, https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0. [2]

Graphique 9.6. Consommation de médicaments pour certaines affections chroniques, 2011, 2019, et 2021 (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 2021.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/y6ap2n

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. En 2021, les génériques ont représenté plus des trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus au Chili, en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Canada et en Lettonie, mais moins d'un quart en Suisse et au Luxembourg (Graphique 9.7). En valeur, ils comptaient pour plus des deux tiers des ventes au Chili en 2021, contre un quart seulement, en moyenne, à l'échelle de l'OCDE. Les différences dans la structure des marchés (notamment le nombre de médicaments tombés dans le domaine public) et les pratiques de prescription expliquent certaines divergences entre pays, mais la consommation de génériques est aussi liée aux politiques en vigueur (OCDE, 2018[1]; Socha-Dietrich, James and Couffinhal, 2017[2]). En Autriche, par exemple, les pharmaciens ne sont pas autorisés à remplacer un médicament par son générique, tandis qu'au Luxembourg, ce remplacement n'est permis que dans le cas de certains médicaments. Dans quelques pays, comme l'Irlande, l'usage des génériques est peu répandu, mais princeps et génériques peuvent être affichés au même prix.

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 perçoivent des primes 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 éventuelle étant toutefois laissée à sa charge (Socha-Dietrich, James and Couffinhal, 2017[2]).

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 des produits. Cela étant, la pénétration des biosimilaires sur les marchés nationaux dépendra du remboursement de ces médicaments. En Irlande, par exemple, seul un biosimilaire à base d'époétine alpha autorisé par l'Agence européenne des médicaments (EMA) sur cinq est inscrit sur la liste des produits remboursables.

La concurrence engendrée par les biosimilaires a conduit les fabricants d'érythropoïétine (utilisée dans le traitement de l'anémie) à baisser les prix, ceux des princeps comme ceux des biosimilaires. En 2021-22, les biosimilaires ont représenté 28 % des volumes sur le « marché accessible » (voir l'encadré « Définition et comparabilité ») de l'érythropoïétine, en moyenne, dans 21 pays de l'OCDE disposant de données comparables. Cette proportion était supérieure à 70 % du marché en Grèce et en Italie (Graphique 9.8). Dans tous les pays, les prix de référence sur le marché total de l'érythropoïétine ont diminué, de 42 % en moyenne, depuis l'introduction de biosimilaires.

Dans le cas des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF), aussi appelés anti-TNF alfa (utilisés pour traiter diverses maladies auto-immunes et d'origine immunologique), les biosimilaires occupaient plus de 90 % du marché accessible au Danemark et en Pologne, mais moins de 40 % en République slovaque et en Suisse en 2021-22 (Graphique 9.8). Le recul des prix depuis l'introduction de biosimilaires est comparable à celui observé sur le marché de l'érythropoïétine. Toutefois, pour l'une et l'autre classes de médicaments, la baisse de prix effective est plus importante que celle présentée dans les graphiques. En effet, les données sont basées sur les prix de référence et ne tiennent pas compte des possibles remises et rabais confidentiels, qui peuvent être importants (Barrenho and Lopert, 2022[3]).

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 sont invités à fournir des données pour l'ensemble des marchés concernés. Toutefois nombreux sont ceux qui fournissent des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou celui 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 d'unités standard.

Un produit médical biosimilaire (un biosimilaire) est un produit ayant obtenu l'homologation réglementaire, qui présente des similitudes suffisantes avec le produit médical de référence (biologique) pour ce qui est des caractéristiques qualitatives, de l'activité biologique, de la sécurité et de l'efficacité.

La part de marché des biosimilaires est mesurée 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 est appréciée au regard du « marché total », qui recouvre l'ensemble des produits correspondant à un même code ATC, et est calculée comme l'écart de coût par jour de traitement entre 2022 (total en glissement annuel au mois de juin) et l'année ayant précédé l'introduction de biosimilaires. 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.

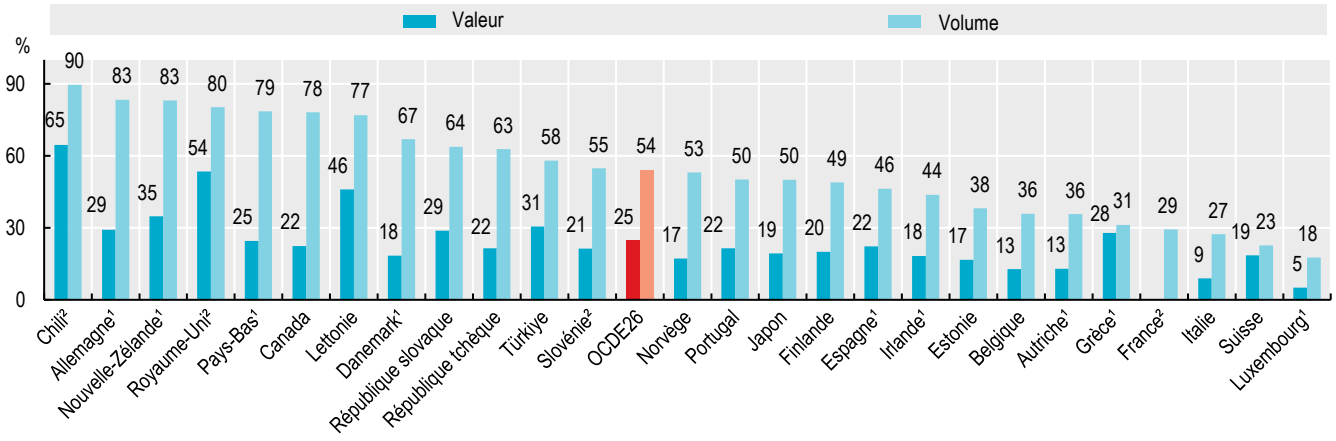
Références

Barrenho, E. and R. Lopert (2022), "Exploring the consequences of greater price transparency on the dynamics of pharmaceutical markets", *OECD Health Working Papers*, No. 146, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c9250e17-en. [3]

OCDE (2018), "Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals", in *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-5-en. [1]

Socha-Dietrich, K., C. James and A. Couffinhal (2017), "Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals", in *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-7-en. [2]

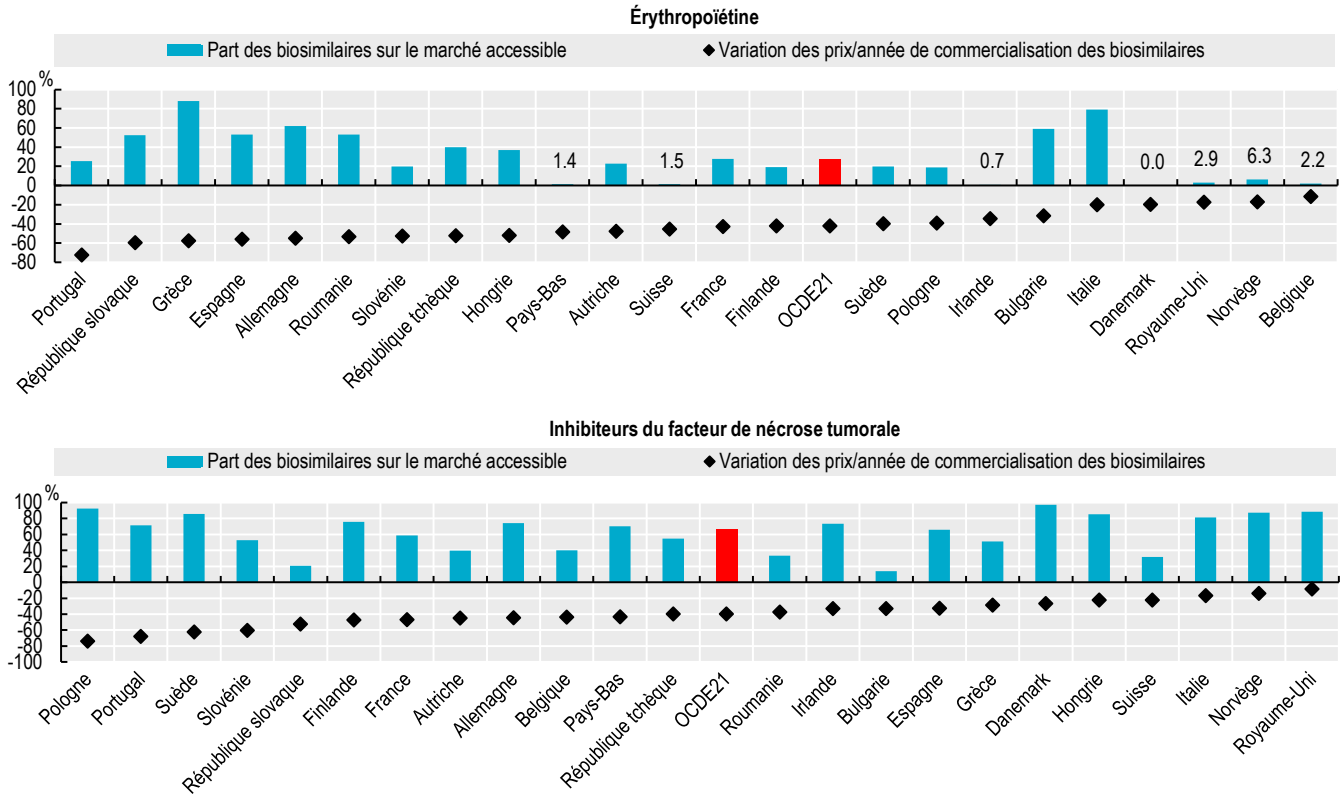
Graphique 9.7. Part des génériques sur le marché pharmaceutique total, 2021



1. Marché des produits pharmaceutiques remboursés, à savoir le sous-marché sur lequel un tiers-payeur rembourse les médicaments. 2. Marché des pharmacies de ville.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/daqhw6

Graphique 9.8. Inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale et érythropoïétine, part de marché des biosimilaires, en nombre de jours de traitement, 2021-22



Note : Voir l'encadré « Définition et comparabilité » pour la définition des marchés « accessible » et « total ». Les données pour la Grèce correspondent à des données de panel sur la vente au détail.
Source : IQVIA MIDAS®, total en glissement annuel, juin 2022.

StatLink https://stat.link/wkrn9t

Recherche-développement pharmaceutique

Le financement de la R-D (recherche-développement) pharmaceutique est le fruit d'une combinaison de sources publiques et privées. Les pouvoirs publics financent généralement la recherche fondamentale et les travaux de recherche préliminaires par l'intermédiaire de dotations budgétaires, de subventions de recherche et par le financement d'établissements de recherche et d'établissements d'enseignement supérieur. L'industrie pharmaceutique finance toutes les phases de R-D et la plupart des essais cliniques préalables à l'enregistrement, mais c'est avant tout elle qui exploite et applique le savoir acquis pour développer des produits, ce pour quoi elle reçoit une aide sous forme de subventions à la R-D ou de crédits d'impôt. En 2021, les gouvernements de 35 pays de l'OCDE pour lesquels il existe des données ont alloué ensemble environ 69 milliards USD à la R-D dans le domaine de la santé. Ce montant 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. Les deux tiers environ de cette somme (soit 45 milliards USD) ont été dépensés aux États-Unis, pays qui dépense aussi le plus en pourcentage du PIB (Graphique 9.9). Depuis 2010, les fonds publics consacrés à la R-D en santé ont augmenté de 45 %.

L'industrie pharmaceutique a dépensé 129 milliards USD pour la R-D en 2021, aux États-Unis pour la majeure partie. Les dépenses intérieures de R-D pharmaceutique des entreprises (DIRDE) ont augmenté de 39 %, en termes réels, depuis 2010. Cette croissance est portée principalement par les pays de l'OCDE, et en particulier par les États-Unis (69 % du total OCDE). Néanmoins, la part des pays hors OCDE augmente. Les dépenses de R-D de la Chine, notamment, sont passées de 4.9 milliards USD (à prix constant de 2015 à PPA) à 14.2 milliards en 2019 (+189 %) – ce qui représente un taux de croissance supérieur à celui de n'importe quel pays de l'OCDE (OCDE, 2021[1]).

L'intensité de R-D est plus élevée dans l'industrie pharmaceutique que dans d'autres secteurs comparables. Dans les pays de l'OCDE, le secteur consacre plus de 30 % de sa valeur ajoutée brute à la R-D – davantage que le secteur des produits électroniques et optiques (23.5 %), l'industrie aéronautique et spatiale (14.7 %) et le secteur manufacturier dans son ensemble (8.4 %) (Graphique 9.10). La progression est notable par rapport à 2018, où son intensité de R-D n'atteignait que 13.3 %, soit moins que le secteur des produits électroniques et optiques (16 %) et sensiblement autant que l'industrie aéronautique et spatiale (13.1 %).

L'activité effective de R-D peut s'observer à travers le nombre de produits ou de médicaments en phase de développement pour chaque classe et indication thérapeutiques. Entre 2011 et 2020, le nombre total de couples produit/indication thérapeutique en phase de développement actif à l'échelle mondiale a pratiquement doublé, pour atteindre 28 643 (Graphique 9.11), quoique cette augmentation soit due en partie au développement de produits ayant plusieurs indications. Quelle que soit l'année, la majorité des projets en phase de développement actif sont des projets antérieurs qui se poursuivent. Néanmoins, le nombre de nouveaux projets entrant en phase préclinique ou clinique a lui aussi augmenté, puisqu'il est passé de 2 077, en 2012, à 8 227, en 2020. En ce qui concerne les maladies visées, les priorités n'ont guère évolué depuis 2011. Ainsi, le cancer représente chaque année le plus grand nombre de couples produit/indication en phase de développement et sa part dans le total suit une progression soutenue qui l'a fait passer de 27 %, en 2011, à 38 %, en 2020.

Définition et comparabilité

Les 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.

Les subventions directes en faveur de la R-D dans l'industrie pharmaceutique comprennent les fonds versés par des entités étrangères au secteur, telles que les administrations et agences publiques, les établissements d'enseignement supérieur et les organismes privés à but non lucratif.

Les dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) recouvrent 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.

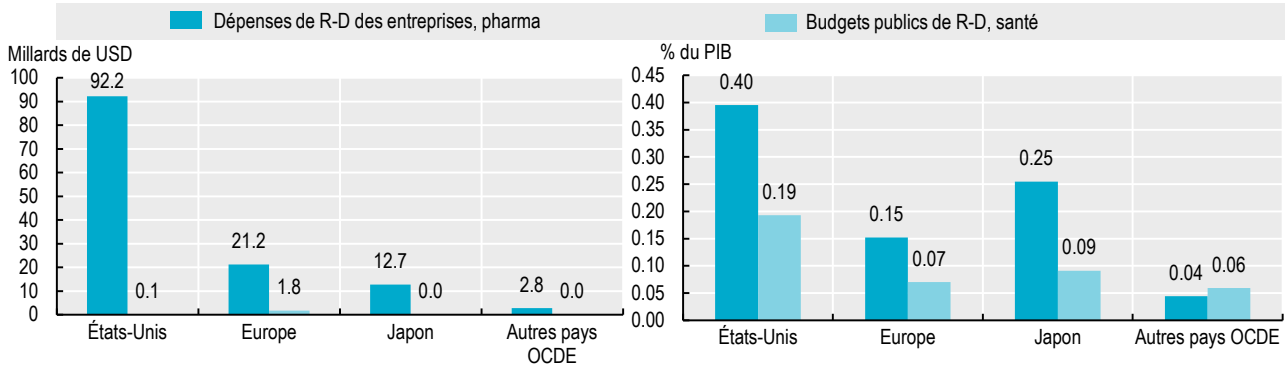
La valeur ajoutée brute d'un secteur correspond à la production brute réduite de la consommation intermédiaire. Elle inclut le coût des salaires, la consommation de capital fixe et les impôts sur la production. Les moyennes OCDE du Graphique 9.10 correspondent aux moyennes non pondérées de l'intensité de R-D, sur la base de 17 pays qui disposent de données pour les industries aéronautique et spatiale et de 31 à 34 pays pour tous les autres secteurs.

Le Graphique 9.11 indique le nombre de couples produit/indication thérapeutique en phase de développement actif recensés dans la base de données propriétaires AdisInsight gérée par Springer Nature, qui suit les projets de développement de produits commerciaux, de la découverte à la mise sur le marché, à l'échelle mondiale à partir d'informations publiques.

Références

OCDE (2021), *Analytical Business Enterprise R&D (ANBERD) and Main Science and Technology Indicators (MSTI) Databases*, https://stats.oecd.org/. [1]

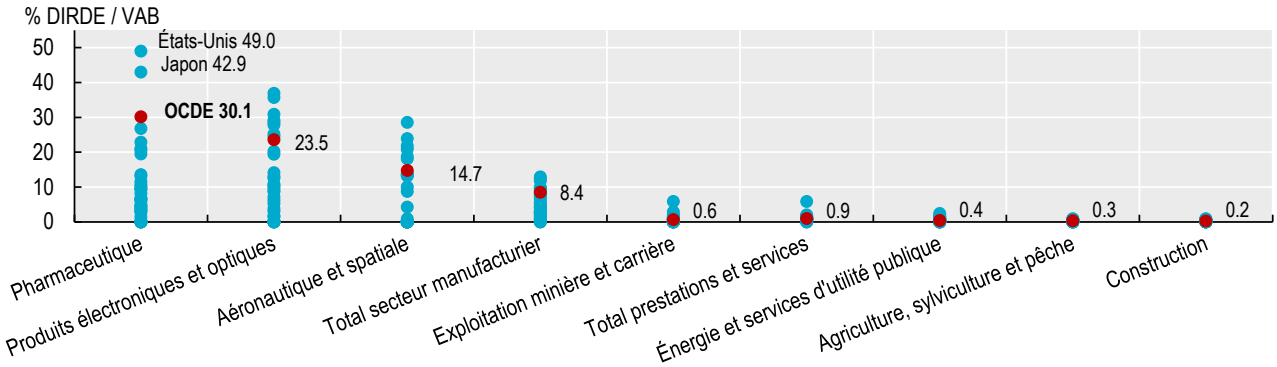
Graphique 9.9. Dépenses intérieures de R-D pharmaceutique des entreprises et budgets publics de R-D liée à la santé, 2021 (ou dernière année disponible)



Note : L'Europe comprend les 21 États membres de l'UE qui sont aussi Membres de l'OCDE.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la R-D.

StatLink https://stat.link/6qmysz

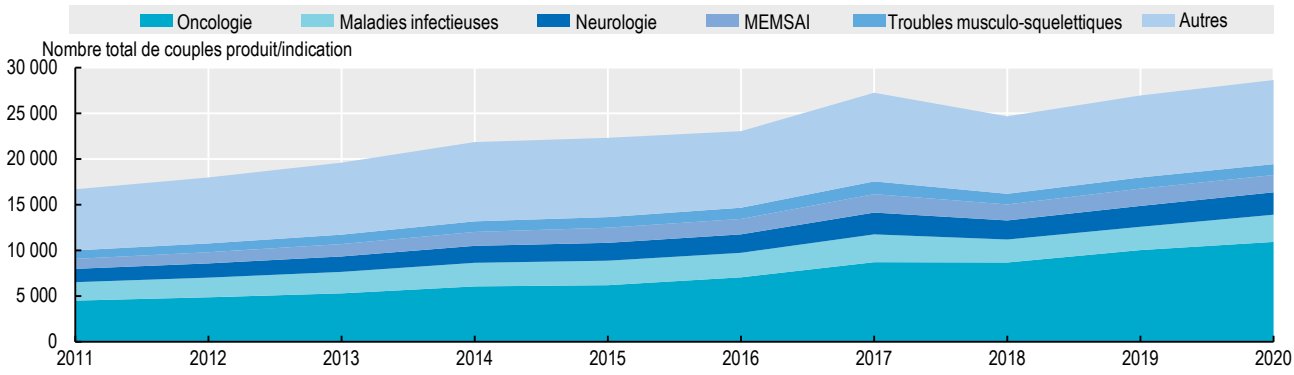
Graphique 9.10. Intensité de R-D par secteur : Dépenses intérieures de R-D des entreprises en proportion de la valeur ajoutée brute (VAB), 2019 (ou année la plus proche)



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/ftuwsq

Graphique 9.11. Principales catégories de médicaments concernés par les paires produit/indication thérapeutique en phase de développement actif, 2011-20



Note : L'oncologie recouvre aussi les tumeurs malignes ; MEMSAI désigne les maladies endocriniennes, métaboliques, sanguines et auto-immunes ; les maladies infectieuses comprennent aussi les maladies parasitaires ; les troubles musculosquelettiques comprennent aussi les maladies du tissu conjonctif.
Source : AdisInsight.

StatLink https://stat.link/ygjwuq

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 doublé au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE, passant de moins de 9 % en 1960 à 18 % en 2021. La baisse des taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie (voir la section « Espérance de vie à la naissance » au chapitre 3) signifient que les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante des populations des pays de l'OCDE. En 2021, on comptait plus de 242 millions de personnes de plus de 65 ans dans les 38 pays membres de l'OCDE, dont plus de 64 millions avaient au moins 80 ans. Cette évolution démographique souligne combien il importe de veiller à ce que les systèmes de santé soient armés pour répondre aux nouveaux besoins d'une population plus 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 18 % en 2021 à 27 % en 2050 (Graphique 10.1). Dans cinq pays (Corée, Japon, Italie, Grèce et Portugal), 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 d'un cinquième de la population en raison de taux de fécondité et d'immigration supérieurs.

L'augmentation de la part 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 doubler entre 2021 et 2050, passant de 4.8 % à 9.8 %. Au moins une personne sur 10 pourrait atteindre 80 ans ou plus dans près de la moitié (18) de ces pays d'ici à 2050, tandis qu'elles pourraient être plus d'une sur huit dans cinq pays (Corée, Japon, Italie, Grèce et Portugal).

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 membres. En République populaire de 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 12.6 % en 2021 à 30.1 % en 2050. La proportion des 80 ans et plus y augmentera encore plus brusquement, et sera multipliée par plus de quatre (2.3 % en 2021 contre 10.3 % en 2050). Le Brésil – dont la part de population âgée de 65 ans et plus n'était que d'environ la moitié de la moyenne de l'OCDE en 2021 – 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. 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 3.9 % en 2021 (en dessous de la moyenne OCDE de 4.8 %) à 16.5 % (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.

En raison de leur espérance de vie supérieure, les femmes sont généralement plus nombreuses dans ces cohortes plus âgées. En moyenne dans l'OCDE, les femmes représentaient 56 % de la population âgée de plus 65 ans en 2021, en légère baisse par rapport à 2000 (59 %) (Graphique 10.2). En Lettonie, Lituanie et Estonie, les femmes constituaient plus de 65 % des 65 ans et plus en 2021, alors que ce pourcentage n'était que de 52 % en Islande.

Une des implications majeures de ce vieillissement rapide de la population est la baisse de l'offre potentielle de main-d'œuvre dans l'économie et ce, malgré les récents efforts des 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 la section « 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, dont probablement un accroissement de la demande de soins de longue durée à forte intensité de 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 (OIT/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 la section « Emploi dans le secteur des soins de longue durée »). Plus récemment, la crise du COVID-19 a mis en lumière le manque de personnel dans le secteur des soins de longue durée. Même si le nombre total de travailleurs dans ce secteur a augmenté dans un certain nombre de pays, il n'a pas suivi le rythme du vieillissement de la population. De ce fait, le nombre de personnels de soins de longue durée pour 100 personnes âgées (65 ans et plus) stagne dans la plupart des pays depuis 2011 (OCDE, 2020[2]).

Définition et comparabilité

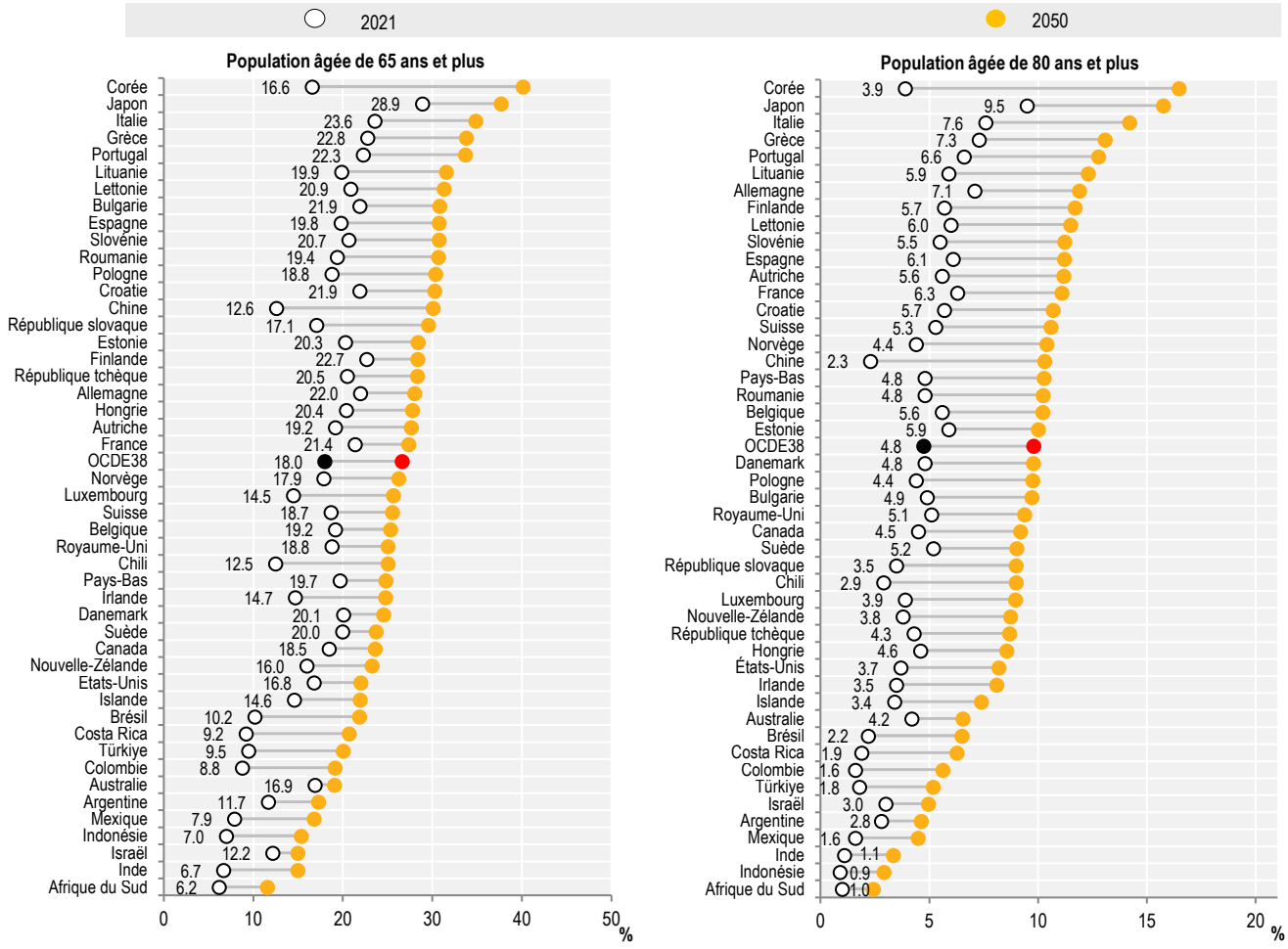
Les données relatives à la structure de la population sont extraites des Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2060). Les projections retenues correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2019).

Références

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://doi.org/10.1787/92c0ef68-en. [2]

OIT/OCDE (2019), "New job opportunities in an ageing society", OCDE, Paris, http://www.oecd.org/g20/summits/osaka/ILO-OECD-G20-Paper-1-3-New-job-opportunities-in-an-ageing-society.pdf. [1]

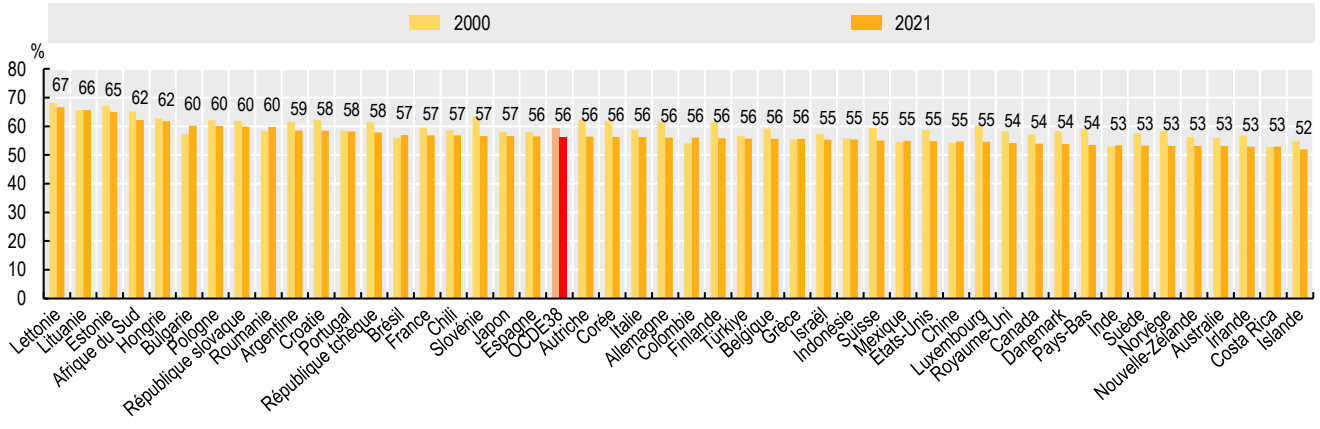
Graphique 10.1. Part de la population âgée de plus de 65 ans et de plus de 80 ans, 2021 et 2050



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2060).

StatLink https://stat.link/gvp9cr

Graphique 10.2. Part des femmes dans la population de plus de 65 ans, 2000 et 2021



Source : Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2060), 2023.

StatLink https://stat.link/lkay2r

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, mais celle-ci a été atténuée par les effets de la pandémie de COVID-19. En moyenne dans les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 6 ans entre 1970 et 2021, et de 2.1 ans entre 2000 et 2021. Cinq pays (Corée, Irlande, Chili, Australie et Portugal) ont enregistré une augmentation d'au moins 3 ans entre 2000 et 2021 ; cinq pays (États-Unis, Pologne, Lettonie, Hongrie et République slovaque) ont connu une augmentation de moins d'1 an sur la période, et un pays (Mexique) a connu une légère diminution de 0.3 an (Graphique 10.3). En Lituanie, l'espérance de vie à 65 ans n'a pas évolué entre 2000 et 2021.

En moyenne dans l'OCDE en 2021, les personnes âgées de 65 ans pouvaient espérer vivre 19.5 années supplémentaires. L'espérance de vie à 65 ans est d'environ 3.3 années supérieure pour les femmes. Cette différence n'a pas sensiblement évolué depuis 2000 (l'espérance de vie à 65 ans était alors supérieure de 3.5 années pour les femmes). Dans la zone OCDE, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans en 2021 était la plus élevée en Espagne pour les femmes (23.5 ans) et en Islande pour les hommes (20.5 ans). Elle était la plus basse en République slovaque pour les femmes (17.1 ans), et en Lettonie pour les hommes (12.7 ans) (Graphique 10.4).

Entre 2000 et 2021, presque 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 10 ans pour les femmes et de 9.6 ans pour les hommes en 2021, 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 14 ans pour les hommes et les femmes en Norvège et en Suède ; pour les hommes, cela fait presque 2 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 près de trois quarts des années de vie supplémentaires en mauvaise santé, contre un tiers ou moins en Norvège et en Suède.

La pandémie de COVID-19 a eu un effet considérable sur l'espérance de vie, en particulier sur les personnes âgées, qui présentent un risque plus élevé de symptômes sévères et de décès en raison d'un état de santé déjà fragile. En avril 2022, en moyenne dans 22 pays de l'OCDE, plus de 90 % des décès cumulés dus au COVID-19 ont concerné des personnes de 60 ans et plus, et plus de 50 % des personnes de 80 ans (OCDE, 2023[1]). Entre 2019 et 2021, l'espérance de vie à 65 ans a reculé dans les 26 pays de l'OCDE disposant de données (de 6 mois en moyenne). Elle a baissé de plus d'1 an dans neuf pays (République slovaque, Pologne, Lettonie, Lituanie, République tchèque, Estonie, Hongrie, Grèce et États-Unis), alors qu'elle a progressé légèrement dans huit pays (Japon, Mexique, Nouvelle-Zélande, Costa Rica, Islande, Corée, Australie et Chili). Avec le vieillissement de la population, les pays de l'OCDE vont devoir anticiper certains problèmes sanitaires susceptibles de toucher plus particulièrement les plus âgés, et opérer des changements structurels pour renforcer la résilience.

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. Les données d'espérance de vie à 65 ans proviennent d'Eurostat pour les pays de l'UE. Pour les pays de l'OCDE non membres de l'UE, les données proviennent des Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, à partir desquelles le Secrétariat de l'OCDE calcule l'espérance de vie à 65 ans pour tous les pays de l'OCDE, à l'aide d'une moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

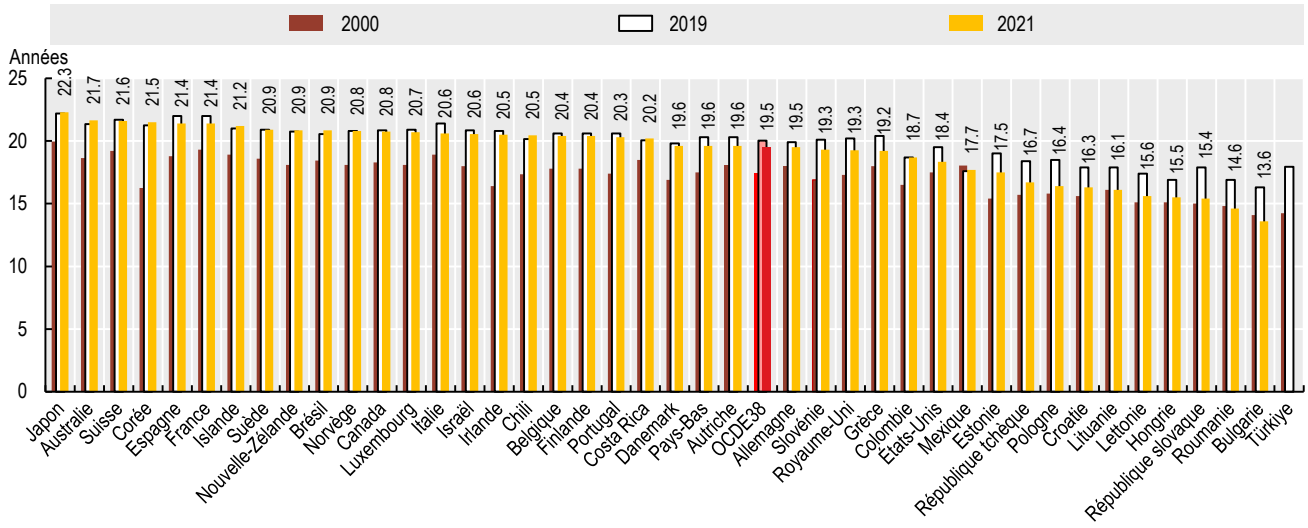
L'espérance de vie sans incapacité, ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité. En Europe, les années de vie en bonne santé sont calculées chaque année par Eurostat pour les pays de l'Union européenne et certains pays de l'Association européenne 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[2]).

Références

Jagger, C. et al. (2010), "The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries", *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63/8, pp. 892-899, https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.002. [2]

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

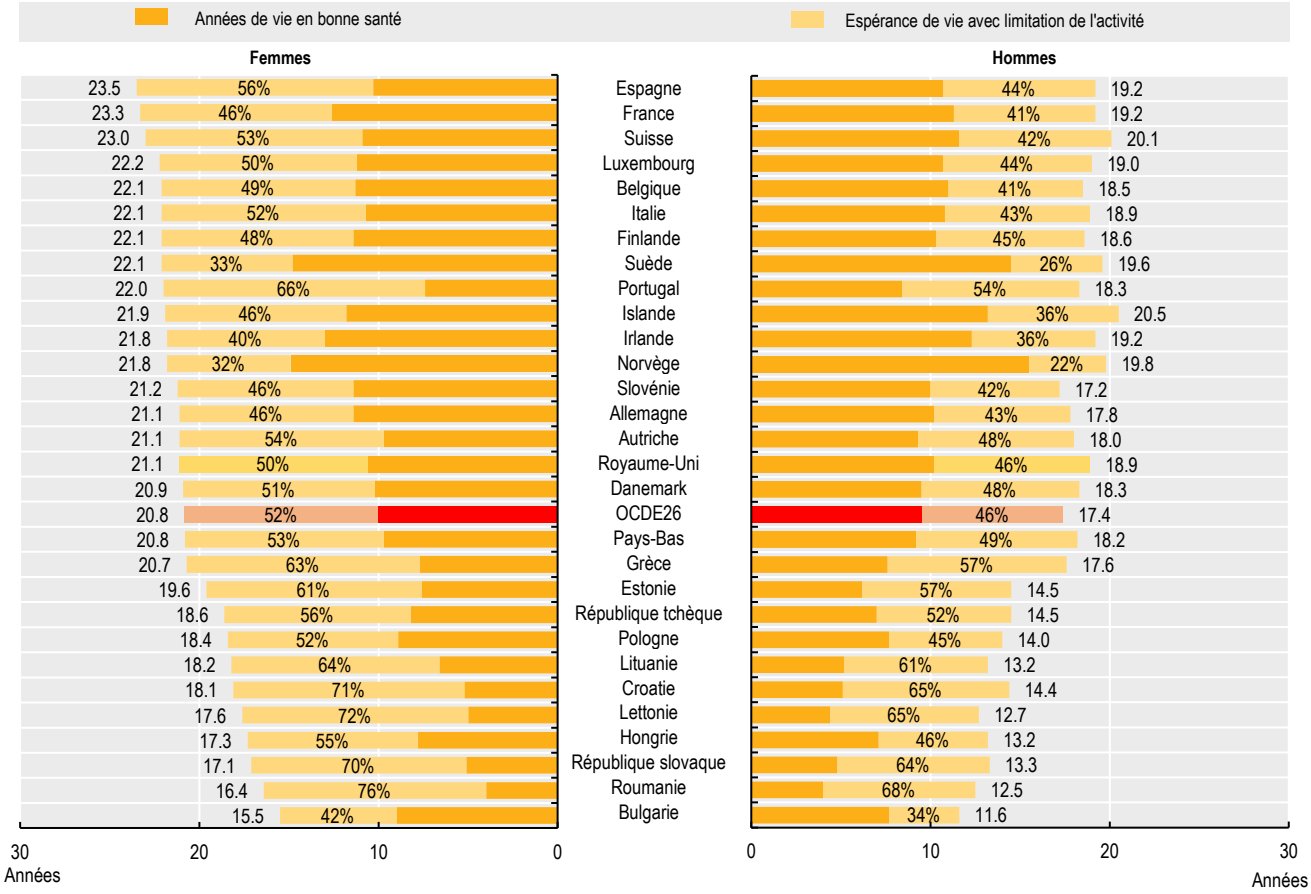
Graphique 10.3. Espérance de vie à 65 ans, 2000, 2019 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Base de données d'Eurostat et Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/wzrutj

Graphique 10.4. Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



Note : La comparabilité des données est limitée en raison de facteurs culturels et de la formulation différente de la question GALI de l'enquête EU-SILC. 1. Les données relatives à l'Islande et au Royaume-Uni se rapportent à 2018. 2. Les données relatives à la Norvège se rapportent à 2020.
Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/bemlya

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Alors même que l'espérance de vie à 65 ans a progressé dans les pays de l'OCDE, tous les individus ne passent pas le reste de leur vie en bonne santé (voir la section « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans »). En 2021, moins de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans dans 36 pays de l'OCDE déclaraient être en bonne ou très bonne santé (Graphique 10.5). Sans tenir compte des pays dont les données ne sont pas directement comparables (voir l'encadré « Définition et comparabilité »), plus des trois cinquièmes des répondants âgés déclaraient être en bonne ou très bonne santé dans seulement cinq pays (Costa Rica, Irlande, Norvège, Suède et Suisse). En moyenne, moins de la moitié des personnes âgées (45.9 %) ont déclaré être en bonne ou très bonne santé dans 36 pays de l'OCDE. Moins de 30 % des personnes âgées ont déclaré être en bonne santé dans 11 pays de l'OCDE, dont six (Corée, Croatie, Estonie, Lettonie, Lituanie et Portugal) dans lesquels moins de 25 % ont déclaré être en bonne ou très bonne santé. Les hommes sont légèrement plus nombreux à se dire en bonne santé : 48 % des hommes déclarent un état de santé bon ou très bon en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2021, contre 45 % des femmes. Sans tenir compte de la Nouvelle-Zélande, du Canada et des États-Unis (dont les résultats sont biaisés vers le haut, voir l'encadré Définition et comparabilité), c'est en Suisse que les hommes et les femmes se disent le plus en bonne santé (respectivement, 72 % et 67 %).

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 27 pays de l'OCDE, une personne sur quatre (24.4 %) du quintile de revenu le plus bas fait état d'un état de santé mauvais ou très mauvais en 2021, contre une personne sur neuf (10.9 %) parmi celles du quintile le plus élevé. Dans huit pays, les personnes âgées situées dans le quintile de revenu le plus bas sont au moins deux fois et demi plus susceptibles de déclarer un mauvais ou très mauvais état de santé que celles appartenant au quintile le plus élevé, tandis que dans cinq pays (Irlande, Islande, Norvège, Pays-Bas et Suisse) les personnes âgées appartenant au quintile de revenu le plus bas sont plus de trois fois plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé. Dans huit pays (Finlande, Grèce, Italie, Lettonie, Luxembourg, Pologne, République slovaque et Slovénie), les personnes âgées appartenant au quintile de revenu le plus bas étaient moins de deux fois plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé.

Dans 27 pays de l'OCDE en 2021, environ la moitié (48 %) des personnes de 65 ans et plus ont déclaré au moins certaines limitations dans leurs activités quotidiennes : 33 % ont déclaré être modérément limitées, et 16 % être fortement limitées (Graphique 10.7). Dans la plupart des pays qui enregistrent les taux de bonne santé les plus bas, on observe également certains des taux de limitation des activités quotidiennes parmi les plus élevés. En Lettonie, 70 % des personnes de 65 ans et plus déclarent au moins un certain niveau de limitation, contre au moins 60 % en Estonie, en Lituanie et au Portugal. Dans huit pays (Estonie, Grèce, Islande, Allemagne, Portugal, République slovaque, Royaume-Uni et Türkiye), au moins 20 % des 65 ans et plus déclarent être fortement limités dans leur vie quotidienne.

Définition et comparabilité

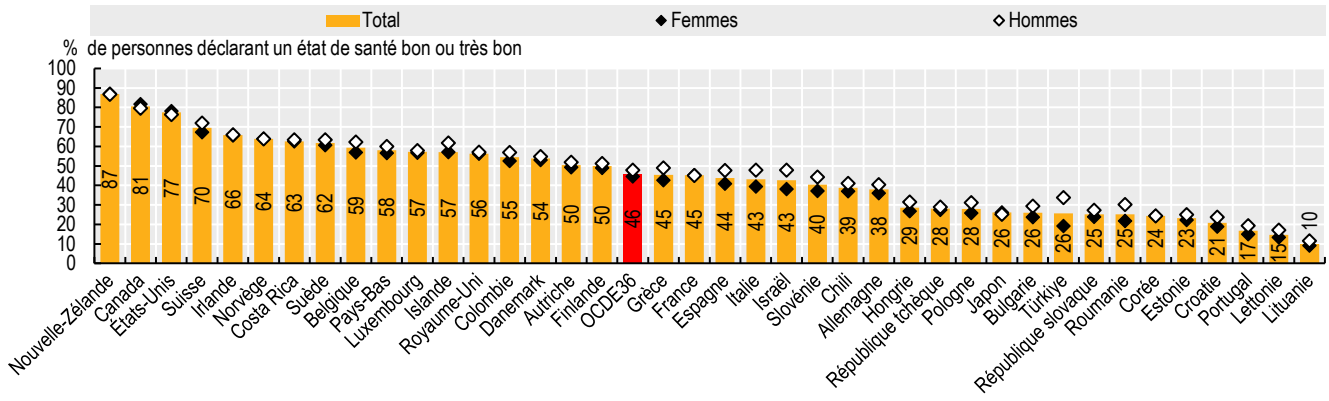
L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé, tant du point de vue physique que psychologique. Les répondants aux enquêtes se voient généralement poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». « Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise ». La base de données Statistiques de l'OCDE sur la santé fournit des chiffres sur la proportion de la population qui évalue son état de santé comme bon ou très bon.

Il convient d'être prudent au moment d'établir des comparaisons internationales de l'état de santé perçu, pour au moins deux raisons. L'appréciation générale que les personnes portent sur leur santé est subjective et peut être influencée par des facteurs culturels. Les catégories de réponses proposées pour mesurer la santé perçue 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 biaisée vers les réponses positives) car elle propose les catégories suivantes : « Excellente / très bonne / bonne / moyenne / mauvaise ». En revanche, 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 à deux, et non trois, catégories positives. 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.

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 et des formulations différentes peuvent influencer les réponses.

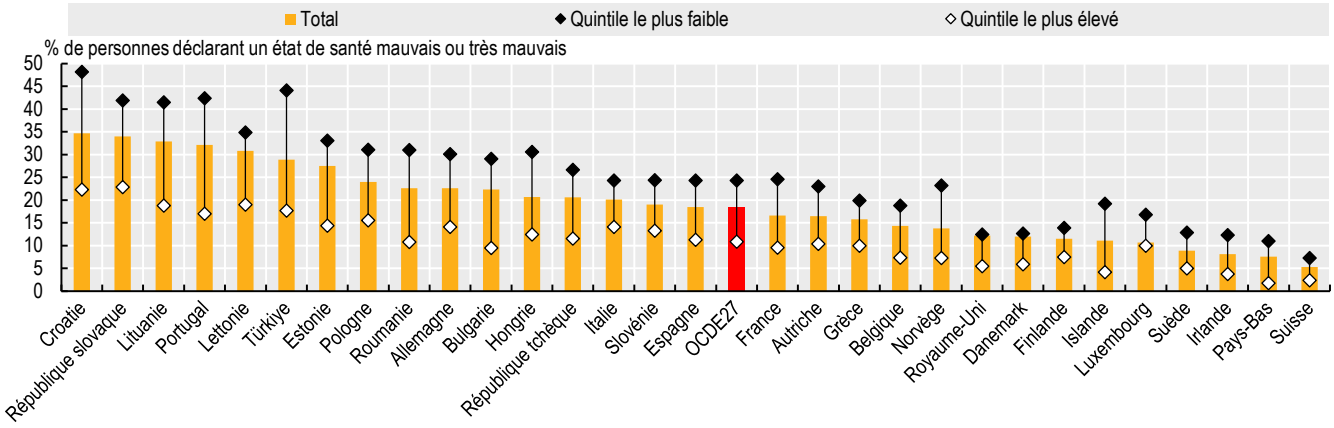
Graphique 10.5. Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé bon ou très bon, 2021 (ou année la plus proche)



Note : Les données concernant la Nouvelle-Zélande, le Canada, et les États-Unis ne sont pas directement comparables avec celles des autres pays en raison de biais entraînant une surestimation.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/jrzuam

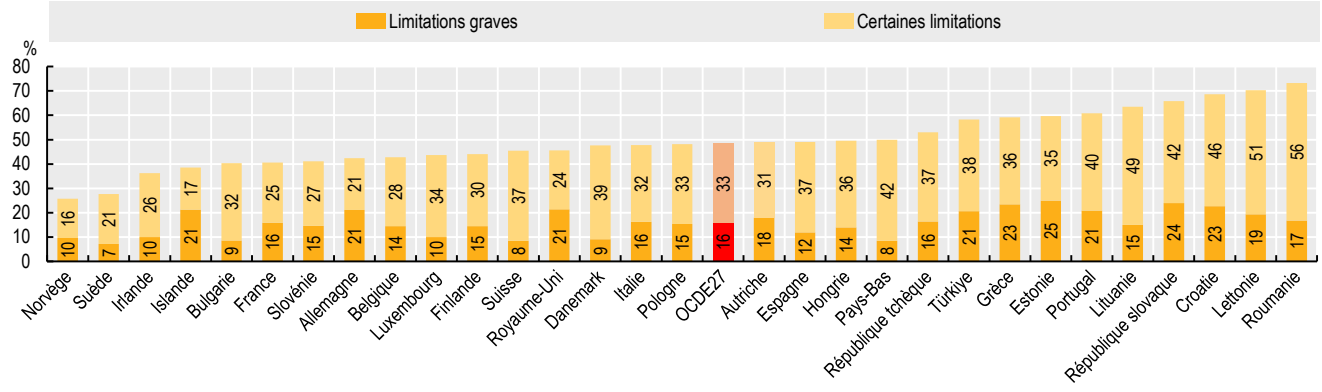
Graphique 10.6. Adultes de 65 ans et plus déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais, par revenu, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/o3stvc

Graphique 10.7. Limitations dans les activités quotidiennes, population âgée de plus de 65 ans, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Base de données d'Eurostat.

StatLink https://stat.link/2yjp1s

Démence

Constituant l'un des plus grands défis liés au vieillissement de la population dans le monde, la 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. Les milliards de dollars investis depuis de nombreuses années dans la recherche sur les troubles liés à la démence n'ont commencé à porter leurs fruits que récemment, avec le premier traitement contre la maladie d'Alzheimer approuvé par les États-Unis depuis des décennies en juillet 2023. Malgré ces avancées médicales prometteuses, il n'existe toujours pas de remède, et même les traitements modifiant l'évolution de la maladie ne devraient que ralentir sa progression, avec peut-être des effets secondaires préoccupants.

On estime que plus de 21 millions de personnes souffraient de démence dans les pays de l'OCDE en 2021. Si les tendances actuelles se confirment, sa prévalence devrait augmenter de près de 50 % d'ici 2040, pour atteindre près de 32 millions d'individus dans l'OCDE. L'âge reste le premier facteur de risque de la démence, ce qui signifie qu'avec le vieillissement des pays, le nombre de personnes souffrant de démence augmentera aussi – en particulier avec la hausse du pourcentage des plus de 80 ans. Les pays de l'OCDE dont les populations sont les plus âgées (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 en 2021 (Graphique 10.8). Dans neuf pays membres, plus de 18 personnes sur 1 000 sont atteintes de démence. En l'absence de nouvelles mesures de prévention et d'avancées médicales, en 2040, 12 pays de l'OCDE (Estonie, Finlande, Hongrie, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque et Slovénie) connaîtront un taux de prévalence d'au moins 25 sur 1 000, et dans trois pays (Japon, Lettonie, Slovénie) plus de 30 personnes sur 1 000 souffriront 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 de 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]).

La récente approbation du Leqembi (également connu sous le nom de Lecanemab) par la *Food and Drug Administration* (FDA) aux États-Unis, et les possibles approbations futures de ce traitement, ainsi que d'autres en cours, dans d'autres pays de l'OCDE, soulignent la nécessité pour les pays de veiller à ce que les personnes souffrant de démence soient correctement diagnostiquées, afin de leur permettre de bénéficier de traitements qui leur seraient favorables. Alors qu'il contribue à ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer chez les personnes aux premiers stades de la démence ou souffrant de troubles cognitifs légers, le procédé d'administration du traitement et le suivi des patients qu'il exige (administration en intraveineuse toutes les deux semaines, et scanners cérébraux pour surveiller les saignements) nécessitent d'importantes ressources. Les systèmes de santé sont donc amenés à faire le point sur leur degré de préparation en matière de prise en charge des personnes souffrant de démence aujourd'hui, et d'administration et de financement des traitements à mesure qu'ils seront mis sur le marché.

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. Dans 15 pays de l'OCDE disposant de données comparables, en moyenne plus de 5 % des plus de 65 ans reçoivent une prescription de neuroleptiques. Ce chiffre masque de grandes disparités entre les pays : Exception faite de la Lettonie qui affiche des chiffres très bas, les prescriptions de neuroleptiques peuvent varier de 1 à 5 dans les pays de l'OCDE, allant d'à peine 16 prescriptions pour 1 000 personnes de 65 ans et plus en Suède, à plus de 90 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 25 % plus susceptibles de se voir prescrire des neuroleptiques que les hommes (Graphique 10.9).

Définition et comparabilité

Les estimations de la prévalence de la démence proviennent de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité (*Global Burden of Disease study*) de l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). Les estimations de la prévalence future reposent sur la modélisation de la prévalence future de la démence qui peut être attribuée aux principaux facteurs de risque (Indice de masse corporelle élevé, tabagisme, et glycémie à jeun élevée), tandis que la prévalence de la démence qui ne peut être attribuée aux risques dans l'étude GBD (*Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study*) de 2019 est estimée à l'aide d'un modèle de régression linéaire qui tient également compte de l'éducation (Nichols et al., 2022[2]).

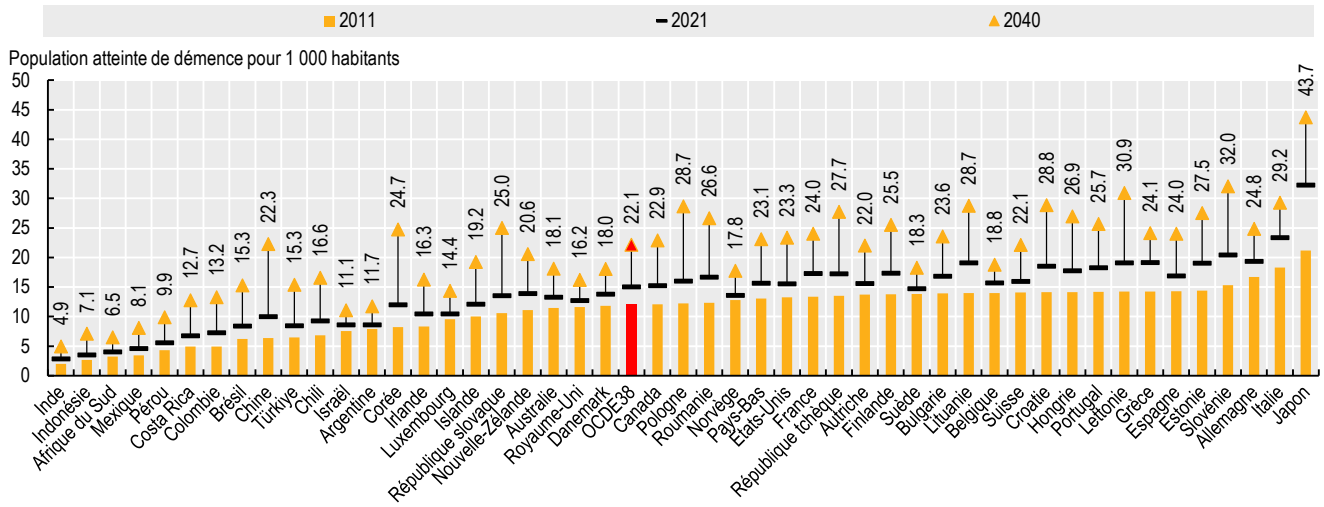
Les neuroleptiques sont définis de manière identique dans tous les pays, en utilisant les codes de la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le numérateur comprend tous les patients sur le registre des médicaments ayant une prescription 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, déterminer les éléments expliquant 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.

Références

Nichols, E. et al. (2022), "Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet Public Health*, Vol. 7/2, pp. e105-e125, https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00249-8. [2]

OCDE (2018), *Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264085107-en. [1]

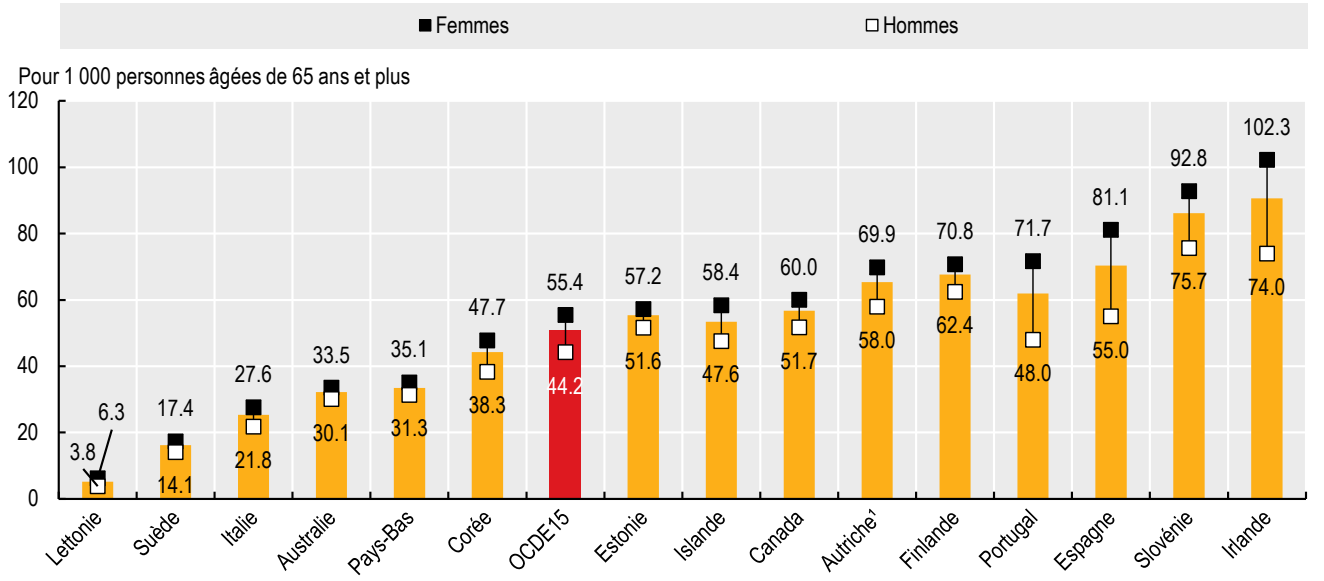
Graphique 10.8. Estimations de la prévalence de la démence, 2011, 2021 et 2040



Note : Les estimations pour 2021 et 2040 sont des prévisions s'appuyant sur un scénario de référence.
Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Utilisation autorisée. Tous droits réservés. Global Burden of Disease Study 2019.

StatLink https://stat.link/oh806k

Graphique 10.9. Prescriptions de neuroleptiques par sexe, 2021 (ou année la plus proche)



1. Données de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/n2t5rj

Sécurité des soins de longue durée

Dans la zone OCDE, la population vieillit rapidement. En conséquence, 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 (voir la section « Évolution démographique ».

Les soins de longue durée impliquent des risques de sécurité, qui 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. 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 se déclarent dans des établissements de soins de longue durée, et se propagent rapidement (OCDE, 2020[1]). Une autre préoccupation majeure en matière de sécurité concerne les infections nosocomiales dues à des bactéries résistantes aux antibiotiques, qui peuvent entraîner des infections difficiles voire impossibles à traiter (voir la section « Principales menaces pour la santé publique » au chapitre 3). Elles sont de plus généralement considérées comme évitables grâce aux mesures standards de prévention et d'hygiène. Les médicaments peuvent également représenter des risques pour la sécurité des personnes hébergées dans les établissements de soins de longue durée, comme c'est le cas avec les benzodiazépines et la polymédication de manière plus générale.

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 associés de vertiges, de chutes et de confusion. En dépit de ces risques, les benzodiazépines continuent d'être 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 éliminées par le corps (OCDE, 2017[2]).

L'utilisation des benzodiazépines varie fortement d'un pays à l'autre, mais a cependant baissé, en moyenne, entre 2011 et 2021 dans les pays de l'OCDE. Dans l'OCDE, le recours chronique aux benzodiazépines a reculé, passant de 39 patients pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en 2011, à 28.2 pour 1 000 en 2021, en moyenne. Les chiffres vont de moins de 1 patient pour 1 000 en Italie et en Türkiye à 87.5 pour 1 000 en Islande. Pour les benzodiazépines à longue durée d'action, la moyenne dans l'OCDE a chuté de 76 patients pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en 2011, à près de 44 pour 1 000 en 2021. L'utilisation était là aussi relativement faible en Italie et en Türkiye, mais également en Lettonie, à moins de 2 pour 1 000, cependant les chiffres en Espagne et en Corée dépassaient 110 pour 1 000 (Graphique 10.10). Les plus fortes diminutions de l'utilisation chronique ont eu lieu en Australie, au Danemark et au Canada, tandis que la Suède, le Danemark et l'Islande enregistraient les plus fortes baisses pour les benzodiazépines à longue durée d'action. 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 imposent souvent aux patients plus âgés de prendre 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.

Dans 15 pays pour lesquels la couverture des données est plus large, la proportion de personnes de 75 ans et plus prenant au moins 5 médicaments en même temps a augmenté, passant de 47.7 % de la population en 2012 à 50.1 % en 2021. Des pays comme le Danemark, l'Estonie et la Finlande ont déclaré les pourcentages les plus bas en 2021, à moins de 28 %, contre 86.6 % au Luxembourg, suivi du Portugal, de l'Italie, de la Corée et de l'Irlande, à plus de 62 % (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. Au fil du temps, le Danemark, l'Australie et le Canada ont connu une baisse de 10 % ou plus du pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus prenant au moins cinq médicaments en même temps (ce qui correspond à une baisse de 5 à 6 points de pourcentage), alors que l'Estonie et la Finlande enregistraient une augmentation, respectivement de 63.1 % et 56.7 % – soit une hausse de 10.1 points de pourcentage pour ces deux pays. La Slovénie, la Suède et l'Islande ont également enregistré une augmentation de la polymédication.

Définition et comparabilité

Les données relatives à l'évolution de l'utilisation des benzodiazépines (utilisation chronique ou de produits à longue durée d'action), ainsi que celles relatives à la part des personnes de 75 ans et plus concernées par la polymédication sont recueillies tous les deux ans dans le cadre de la collecte de données effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins (HCQO). Les données utilisées dans ces indicateurs sont celles de la dernière collecte (2022-23).

Les dénominateurs sont les personnes de 65 ans et plus pour les données sur les benzodiazépines (utilisation chronique ou de produits à longue durée d'action), et celles de 75 ans et plus pour les données sur la polymédication, plutôt que la population générale. De plus amples informations sur les sources et méthodologies sont disponibles dans OECD.Stat.

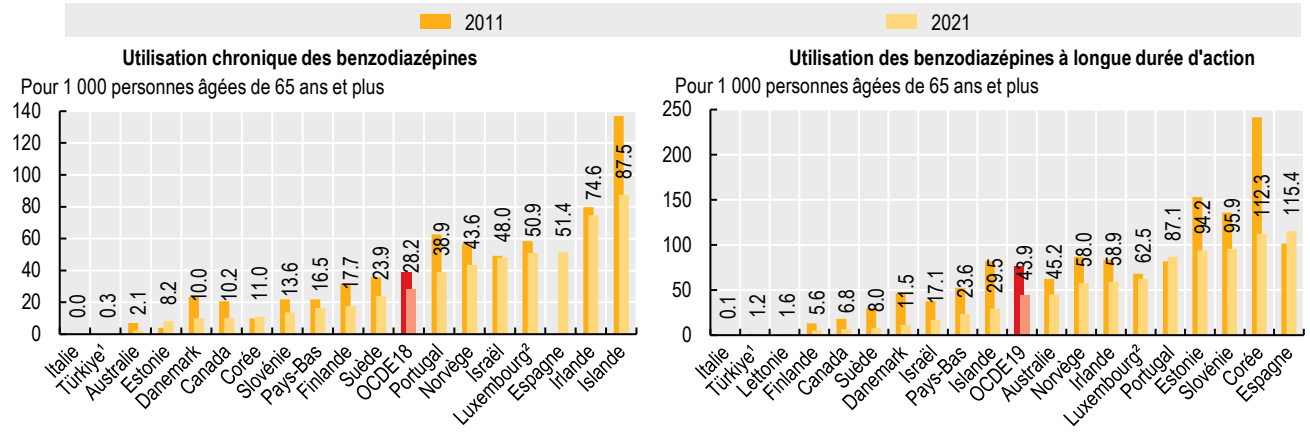
Voir l'encadré « Définition et comparabilité » dans la section « Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires » au chapitre 6 pour plus de détails concernant la définition et la comparabilité des données sur les prescriptions entre les différents pays.

Références

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. [1]

OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/9789264266414-en. [2]

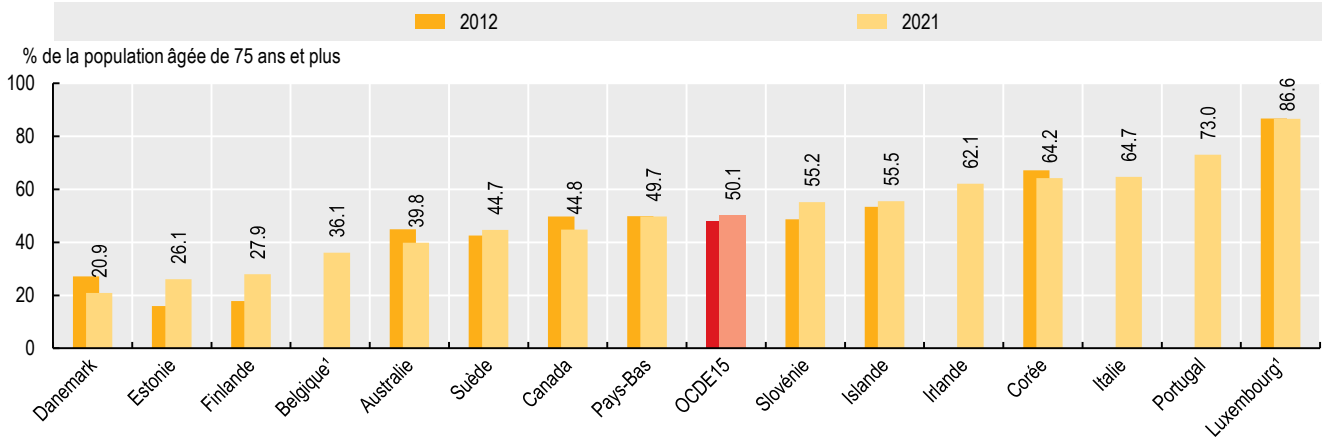
Graphique 10.10. Évolution de l'utilisation des benzodiazépines chez les plus de 65 ans : consommation prolongée et de produits à longue durée d'action, 2011 et 2021 (ou années les plus proches)



1. Les données les plus récentes sont celles de 2016. 2. Les données les plus récentes sont celles de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/fwc9hi

Graphique 10.11. Proportion des 75 ans et plus qui prennent plus de cinq médicaments en même temps, 2012-21 (ou années les plus proches)



1. Les données les plus récentes sont celles de 2017.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/cg8z3j

Accès aux soins de longue durée

En moyenne dans les pays de l'OCDE en 2021, 11.5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des soins de longue durée, à domicile ou en établissement (Graphique 10.12). Plus de 20 % des 65 ans et plus ont bénéficié de ces soins dans quatre pays de l'OCDE (Lituanie, Israël, Suisse et Allemagne), mais moins de 4 % dans huit pays (Canada, République slovaque, Irlande, Japon, Portugal, États-Unis, Pologne et Lettonie). 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 la section « 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 de longue durée 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. Entre 2011 et 2021, la proportion de personnes qui bénéficiaient de soins de longue durée à domicile a légèrement augmenté, passant de 67 % à 69 % (Graphique 10.13). Les augmentations ont été particulièrement fortes en Australie, en Suisse, en Finlande, en Corée et en Allemagne. 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 entraîné une hausse du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée. En Allemagne, des réformes menées en 2017 ont entraîné une augmentation du nombre de bénéficiaires en raison de l'introduction d'un nouveau système d'évaluation qui a diminué les obstacles à l'entrée et a considérablement élargi l'éventail des personnes ayant droit aux prestations de l'assurance dépendance.

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. En Lituanie, le vieillissement de la population et un accès plus large aux services de soins de longue durée ont conduit à une hausse de nombre de bénéficiaires de ces soins en établissement. En Suisse, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de soins de longue durée à domicile au cours des dernières années s'explique par l'augmentation des prestataires (qui correspond à l'augmentation des bénéficiaires) de certains types de services à domicile.

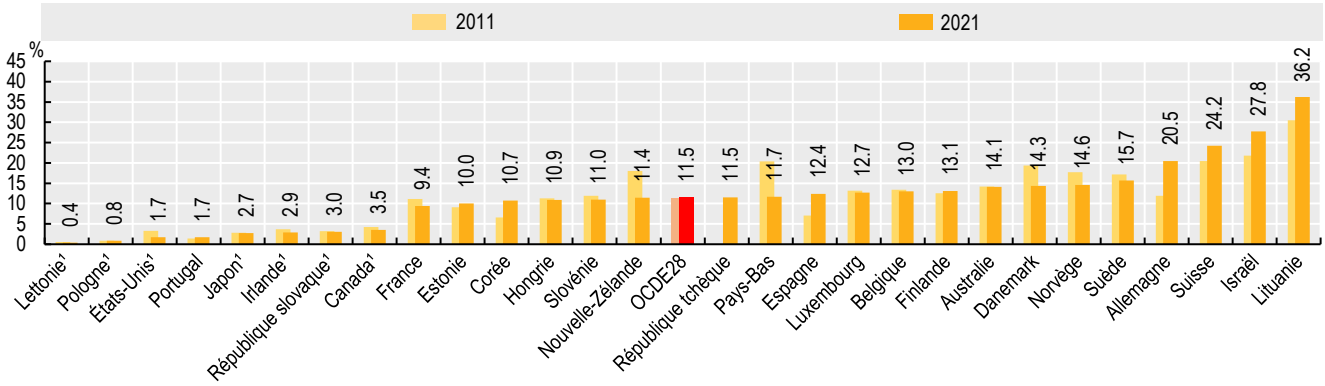
Même lorsqu'elles sont limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), certaines personnes ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge formelle suffisante. Parmi les personnes de 65 ans et plus dans 22 pays de l'OCDE, la moitié 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 10.14).

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 Lettonie, la Pologne, les États-Unis, le Japon, l'Irlande, la République slovaque et la Canada 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. Pour la République slovaque, les données pour les bénéficiaires de soins de longue durée à domicile étaient bien disponibles pour 2021, mais seules les données concernant les établissements ont été utilisées pour permettre la comparaison avec 2011.

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. 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. 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. Les données pour le Portugal ne concernent que l'activité observée dans les établissements dans le cadre du Service national de santé. Les établissements privés soutenus par la sécurité sociale ne sont pas pris en compte.

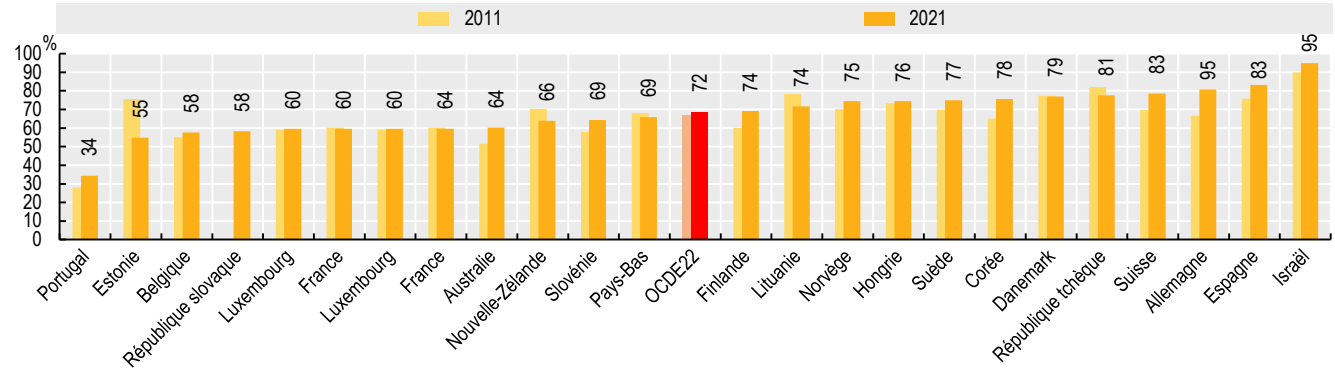
Graphique 10.12. Proportion des 65 ans et plus recevant des soins de longue durée, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Ces valeurs n'incluent que les bénéficiaires de soins de longue durée en établissement. Les données pour les États-Unis, la Slovénie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Belgique concernent 2020.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/3df5sa

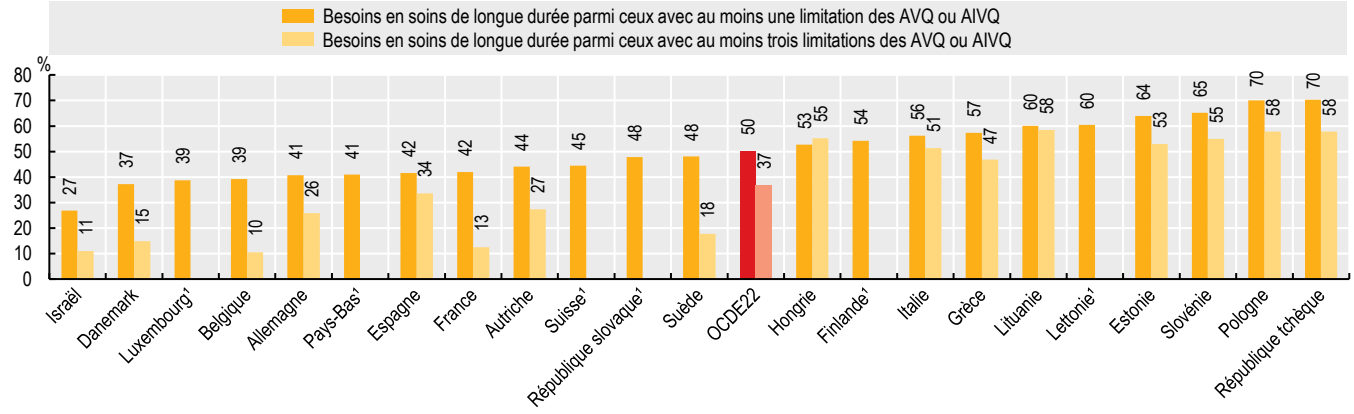
Graphique 10.13. Bénéficiaires de soins de longue durée de plus de 65 ans recevant des soins à domicile, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/cfh9a0

Graphique 10.14. 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/u2josq

Aidants informels

Les aidants informels sont une source majeure, et souvent la seule, de soins pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. Dans les 19 pays de l'OCDE analysés, environ 60 % des personnes âgées déclaraient ne recevoir que des soins informels (Rocard and Llena-Nozal, 2022[1]). Les soins informels sont prodigués par la famille les amis et les proches des personnes qui ont besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Du fait de la nature informelle des soins, il n'est pas simple d'obtenir des données comparables. Les données présentées dans cette section sont issues d'enquêtes nationales et internationales, mais ces dernières n'utilisent pas toutes les mêmes définitions, ce qui nuit à la comparabilité des données recueillies (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

Dans 25 pays de l'OCDE disposant de données comparables, plus d'une personne âgée de 50 ans et plus sur huit (13 %) a prodigué des soins informels – de 6 % en Lettonie à plus de 20 % en Autriche et en Belgique (Graphique 10.15). L'importance de l'aide varie cependant selon les pays. En moyenne, 8 % des répondants ayant répondu à l'enquête dans 25 pays de l'OCDE ont indiqué prodiguer des soins informels tous les jours, contre 6 % chaque semaine. Le pourcentage d'aidants intervenant quotidiennement est le plus élevé en Autriche (13 %), et le plus bas en République slovaque (3 %) et en Lettonie (3 %). S'agissant des aidants venant chaque semaine, le pourcentage le plus élevé est observé en Belgique (14 %), et le plus bas en Grèce, en Hongrie et en Lettonie (2 %).

Les aidants informels sont le plus souvent des femmes. Dans les 25 pays de l'OCDE, 60 % de ces aidants étaient des femmes (de 37 % en Suisse à 80 % en Hongrie) (Graphique 10.16). La proportion de femmes est particulièrement élevée dans les pays de l'OCDE du sud et du sud-est de l'Europe (plus de 70 % des aidants informels sont des femmes en Grèce, en Espagne et en Hongrie). En moyenne dans 23 pays de l'OCDE, 29 % des aidants au quotidien déclaraient être salariés ou indépendants (en plus des soins informels qu'ils prodiguent), d'environ la moitié des aidants en Suisse et aux Pays-Bas, à 10 % ou moins en Lettonie et en Hongrie (Graphique 10.17).

La prise en charge intensive peut avoir des effets négatifs sur l'état psychique et sur le taux d'activité, et conduire par exemple à une réduction des heures travaillées ou à une retraite anticipée. Pourtant, des politiques actives du marché du travail peuvent permettre de réduire la quantité de soins informels prodigués (Carrino, Nafilyan and Avendano, 2022[2]). Environ deux tiers des pays de l'OCDE ont mis en place des politiques visant à soutenir les travailleurs non professionnels et à alléger le fardeau des soins informels, comme des prestations en espèces versées aux aidants, aux personnes dépendantes, ou aux deux. En outre, environ la moitié des pays de l'OCDE prévoient divers types de congés rémunérés pour les aidants informels, mais qui ne remplacent pas nécessairement les pertes de salaire, et peuvent être nettement insuffisants lorsque la prise en charge s'inscrit dans la durée (Rocard and Llena-Nozal, 2022[1]). Il est probable qu'à l'avenir, les pays ne puissent plus autant compter sur les aidants informels pour constituer les principaux pourvoyeurs de soins de longue durée. La demande de soins de longue durée va s'accroître en raison du vieillissement de la population et des besoins de soins qu'il créera (voir la section « Évolution démographique »). Parallèlement, avec des familles de moins en moins nombreuses, une mobilité géographique accrue et la hausse des taux d'activité des femmes, les aidants informels seront de moins en moins nombreux. Les pays devront donc développer le secteur professionnel des soins de longue durée pour répondre aux besoins non satisfaits.

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, Aging and Carers, SDAC), 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).

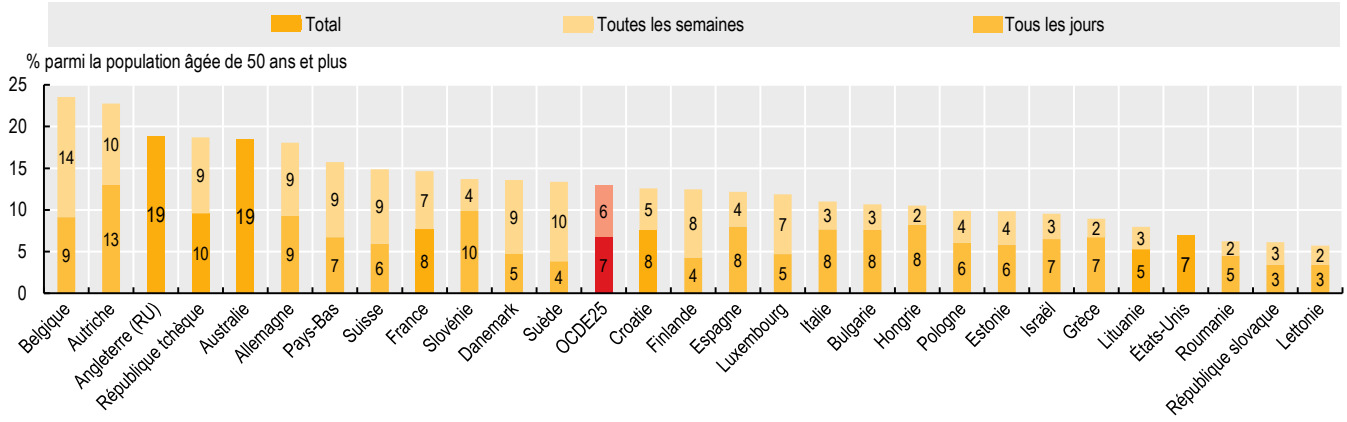
Les questions sur l'intensité des soins varient d'une enquête à l'autre. Dans l'enquête SHARE, il est demandé aux aidants à quelle fréquence ils prodiguent des soins et cet indicateur inclut les personnes assurant une prise en charge au moins une fois par semaine. Il est important de souligner que la 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 SDAC, un aidant est défini comme quelqu'un qui fournit une assistance informelle, en termes d'aide ou de supervision, à une ou des personnes âgées (65 ans et plus) ou présentant une incapacité. Cette assistance doit être continue, ou susceptible de l'être 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 les personnes qui s'occupent de quelqu'un en dehors de leur ménage, tandis que l'Australie prend en compte l'ensemble des aidants informels (et uniquement les aidants principaux). De ce fait, il est possible que les données relatives à l'Australie et aux États-Unis ne soient pas comparables avec celles des autres pays.

Références

Carrino, L., V. Nafilyan and M. Avendano (2022), "Should I Care or Should I Work? The Impact of Work on Informal Care", *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 42/2, pp. 424-455, https://doi.org/10.1002/pam.22457. [2]

Rocard, E. and A. Llena-Nozal (2022), "Supporting informal carers of older people : Policies to leave no carer behind", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 140, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en. [1]

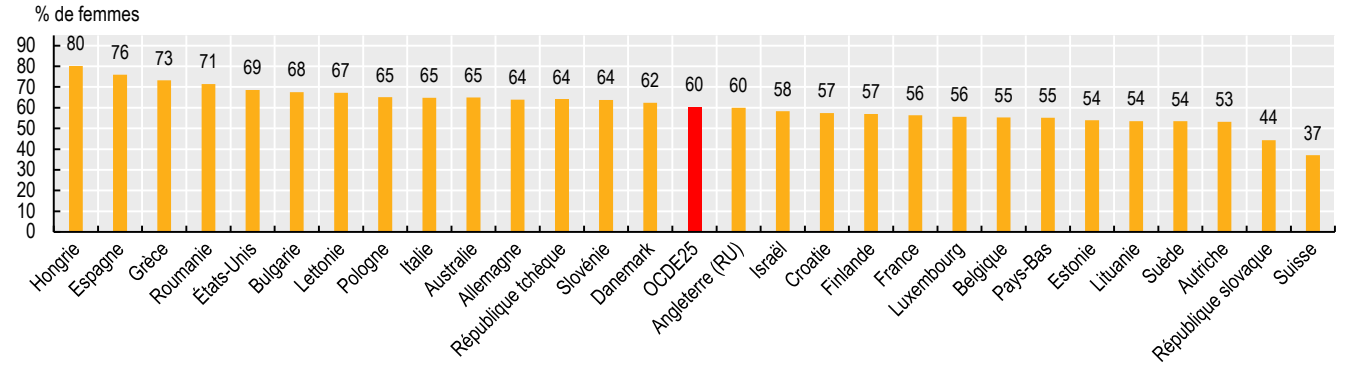
Graphique 10.15. Proportion d'aidants informels parmi la population âgée de 50 ans et plus, 2019 (ou année la plus proche)



Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).
Source : SHARE, 8e vague (2019-20) ; SDAC (2018) pour l'Australie ; ELSA, 9e vague (2018-19) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14e vague (2018-19) pour les États-Unis.

StatLink https://stat.link/qakow0

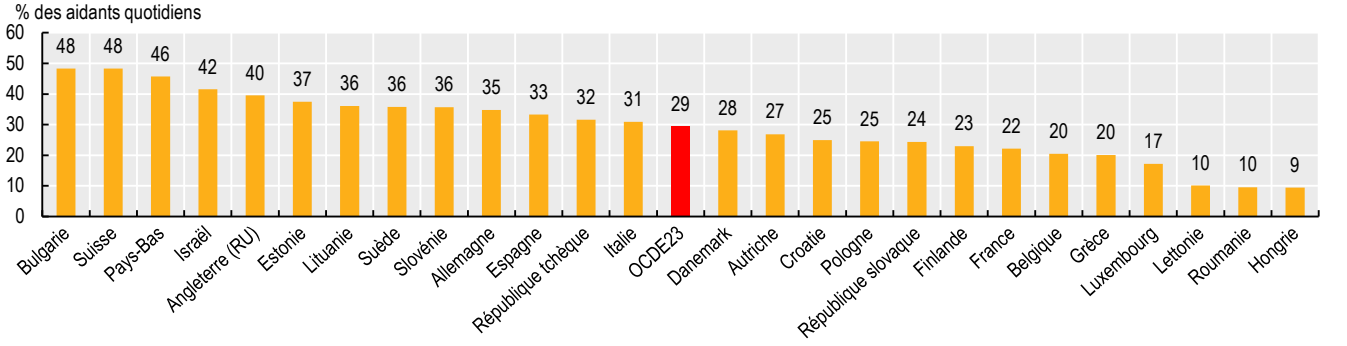
Graphique 10.16. Proportion de femmes parmi les aidants informels intervenant quotidiennement (parmi la population âgée de 50 ans et plus), 2019 (ou année la plus proche)



Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).
Source : SHARE, 8e vague (2019-20) ; SDAC (2018) pour l'Australie ; ELSA, 9e vague (2018-19) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14e vague (2018-19) pour les États-Unis.

StatLink https://stat.link/do9g3v

Graphique 10.17. Pourcentage des aidants informels intervenant quotidiennement qui déclarent travailler en plus, 2019 (ou année la plus proche)



Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir Définition et comparabilité).
Source : SHARE, 8e vague (2019-20) ; ELSA, 9e vague (2018-19) pour le Royaume-Uni.

StatLink https://stat.link/hxz2re

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Tous les pays de l'OCDE proposent un certain niveau de soins de longue durée formels pour accompagner les personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités du quotidien. Les soins sont dispensés par les travailleurs du secteur des soins de longue durée qui sont définis comme le personnel rémunéré, généralement infirmiers et 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).

En 2021, on comptait en moyenne 5.7 travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus dans les 23 pays de l'OCDE pour lesquels les données étaient disponibles (de 12 en Norvège à 0.8 au Portugal) Graphique 10.18(). La plupart des pays ont enregistré une hausse des effectifs, pourtant le nombre de travailleurs pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus a en moyenne légèrement baissé au fil du temps, passant de 5.9 pour 100 en 2011 à 5.7 pour 100 en 2021. Cette tendance a été observée dans un peu moins de la moitié des pays disposant de données tendancielles, avec une chute de plus de 20 % aux Pays-Bas, en Estonie, aux États-Unis, en Hongrie et en Irlande. Cet état de fait indique que l'augmentation du nombre de personnel ne suit pas le rythme de la demande engendrée par le vieillissement rapide de la population. En revanche, 13 des pays de l'OCDE disposant de données ont enregistré une hausse du nombre de travailleurs pour 100 personnes de plus de 65 ans, notamment le Portugal et la Corée.

La demande de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée augmentera dans les années à venir, du fait du vieillissement de la population et de l'évolution de la structure des soins informels. Dans le même temps, ce secteur peine depuis longtemps à recruter, et la pandémie de COVID-19 a même renforcé les pénuries . Le secteur des soins de longue durée se caractérise par de mauvaises conditions de travail : les salaires sont bas, les risques pour la santé physique et mentale sont élevés, les formes d'emploi atypiques et la reconnaissance est faible (OCDE, 2023[1]).

Les femmes constituent 80 % ou plus de la main-d'œuvre du secteur, et gagnent en moyenne 20 % de moins que le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs (OCDE, 2023[1]). Les formes atypiques d'emploi sont courantes dans ce secteur. Dans 31 pays de l'OCDE qui ont fourni des données, la part des travailleurs du secteur en temps partiel s'élevait à 37 % en moyenne, mais ils étaient 66 % en Corée, en Islande, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Australie. En outre, un travailleur sur huit dans ces 31 pays disposait d'un contrat à durée déterminée (Graphique 10.19). Cette situation est particulièrement fréquente en Australie, en Espagne et en Suède, où plus d'un quart des travailleurs du secteur des soins de longue durée travaillent dans le cadre de contrats à durée déterminée.

Les faibles salaires proposés dans le secteur constituent depuis longtemps un problème majeur pour ce qui est du recrutement et de la fidélisation du personnel. Dans 28 pays de l'OCDE en 2018, les travailleurs du secteur étaient nettement en dessous du salaire moyen – ceux en établissement gagnaient juste 71 % du salaire horaire brut moyen, et ceux travaillant à domicile seulement 67 % (Graphique 10.20). Les salaires étaient les plus élevés aux Pays-Bas, où ils atteignaient plus de 90 % du salaire horaire brut moyen, quel que soit le lieu de travail, et les plus bas aux États-Unis, où ils dépassaient à peine la moitié (51 %) du salaire horaire brut moyen du pays.

Les exigences en matière d'études et de formation sont particulièrement basses pour les auxiliaires de vie, alors qu'une inadéquation entre la qualification et les compétences nécessaires (comme une formation en gériatrie, la capacité d'effectuer le suivi médical et la coordination des soins) peut nuire à la qualité des soins dispensés. Au-delà des bas salaires et de l'instabilité de l'emploi, l'accès limité à la formation et les faibles perspectives de carrière contribuent surement à réduire l'attractivité de la profession. Pour remédier à cela, plusieurs pays ont mis en place des politiques visant à améliorer l'adéquation des compétences entre les travailleurs du secteur des soins de longue durée et les tâches qu'ils effectuent (OCDE, 2020[2]).

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. Le personnel infirmier englobe les infirmiers de niveau supérieur et les infirmiers de niveau intermédiaire – codes 2221 et 3221 dans la Classification internationale type des professions de 2008 (CITP-08). Les auxiliaires de vie (codes 5321 et 5322 dans la CITP-08) 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 2023 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. Certains travailleurs du secteur des soins de longue durée peuvent occuper plusieurs emplois à temps partiel.

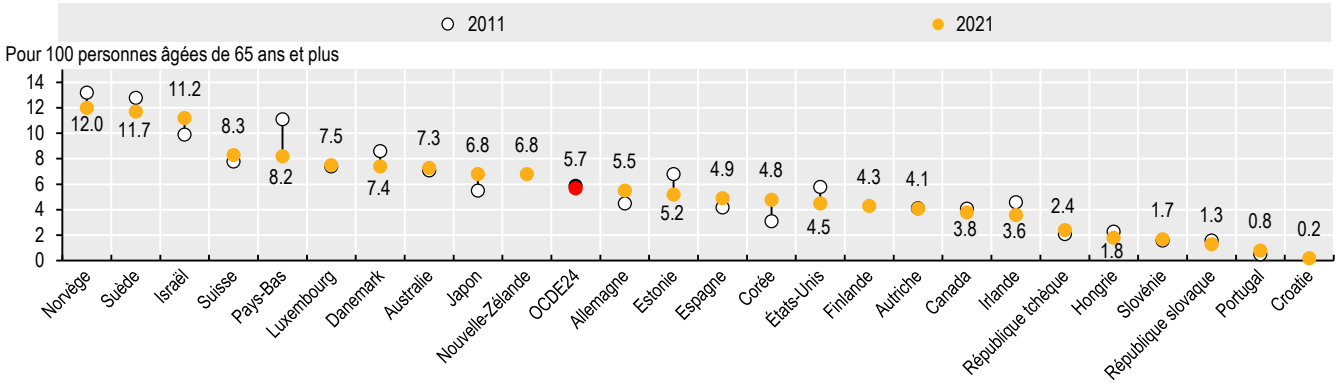
Les salaires horaires moyens sont calculés pour le personnel soignant, soit les travailleurs inclus dans la catégorie 53 de la CITP-08, qui regroupe les aides-soignants et les gardes d'enfants. Les secteurs de la NACE (Nomenclature statistique des Activités économiques) sont : 85 Enseignement, 86 Activités pour la santé humaine, 87 Hébergement médico-social et social, 88 Action sociale sans hébergement. Pour les États-Unis, la catégorie *home health and personal care aides* (SOC 31-1120) identifie les aides-soignants. Les calculs se basent sur les données de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de 2018 pour l'UE, et les données de l'Enquête *Occupational Employment and Wage Statistics (OEWS)* de 2021 pour les États-Unis (OCDE, 2023[1]). Pour certains pays, la taille de l'échantillon est faible, ce qui affecte la comparabilité des données.

Références

OCDE (2023), *Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée)*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/160ef74a-fr. [1]

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://doi.org/10.1787/92c0ef68-en. [2]

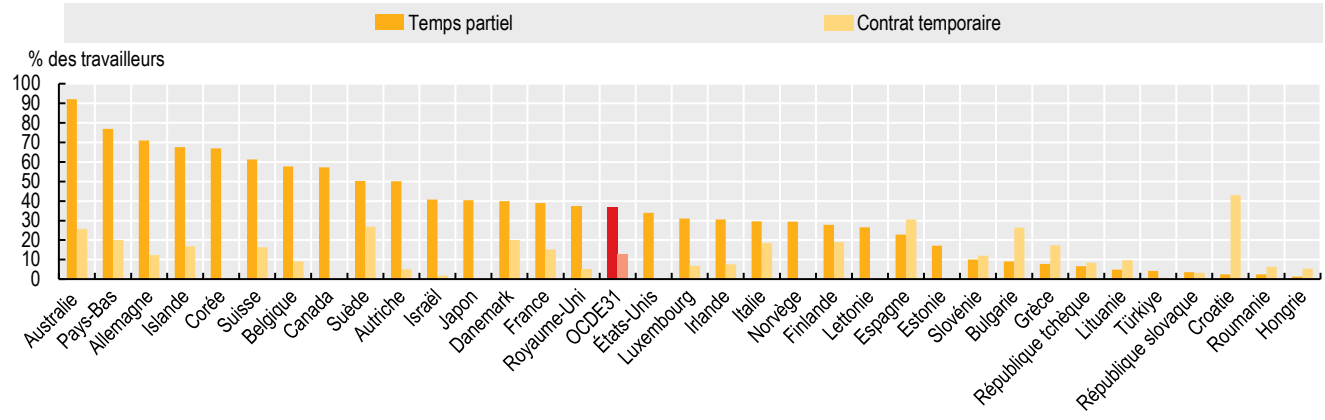
Graphique 10.18. Travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



Note : Pour la Nouvelle-Zélande, les dernières données datent de 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/lobwjz

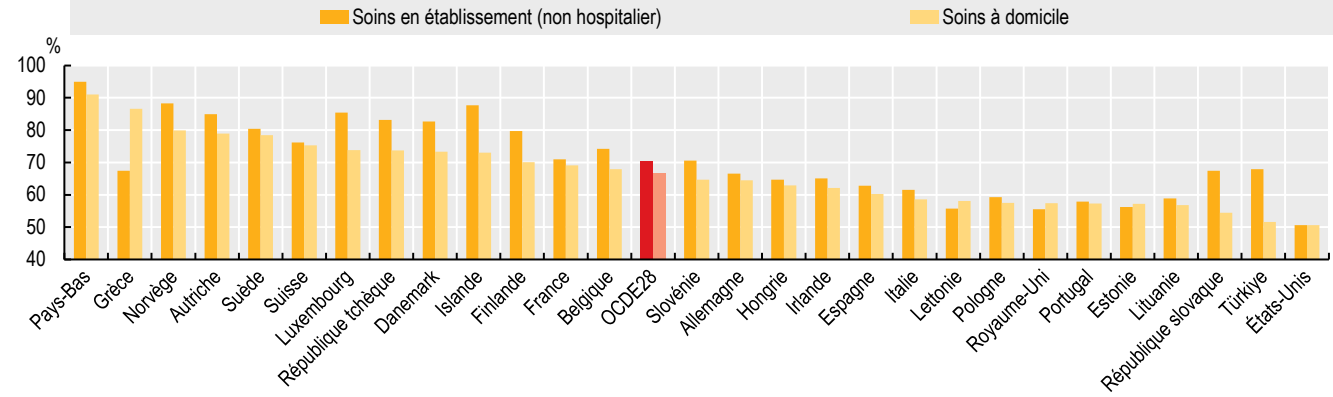
Graphique 10.19. Proportion des travailleurs du secteur des soins de longue durée qui travaillent à temps partiel ou dans le cadre d'un CDD, 2021 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/0d72vu

Graphique 10.20. Salaires horaires moyens des aides-soignants, en pourcentage du salaire moyen dans le pays, 2018



Note : Ces soignants sont ceux inclus dans la catégorie 53 de la CITP-08, qui regroupe les aides-soignants et les gardes d'enfants.
Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'ESS de 2018 pour l'UE, et les données de l'enquête OEWS de 2021 pour les États-Unis.

StatLink https://stat.link/x6yuor

Établissements de soins de longue durée

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 de nouvelles mesures afin de tenir compte de cette préférence et de 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, 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, et auront à un moment besoin de services qui ne peuvent pas être fournis à domicile. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités en établissement pour les soins de longue durée. 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 2021, 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 10.21). La grande majorité (42) se trouvaient dans des établissements de long séjour, et les autres (4) à l'hôpital. Le pourcentage de lits de soins de longue durée situés à l'hôpital ne dépassait les 10 % de l'ensemble des lits de ce type que dans six pays de l'OCDE, la Corée (56 %), le Japon (23 %) et la République tchèque (21 %) affichant les pourcentages les plus élevés. Parmi les pays déclarant à la fois des lits de soins de longue durée à l'hôpital et en établissements de long séjour, le nombre de lits disponibles par habitant varie énormément (de plus d'un facteur sept). Le Luxembourg, le pays disposant du plus grand nombre de lits, déclarait 80 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus, contre presque 11 lits en Pologne.

Entre 2011 et 2021, les pays de l'OCDE ont en moyenne réduit le nombre de lits de soins de longue durée dans les établissements de 4.7 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus (Graphique 10.22). Dans certains cas, le nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus peut avoir baissé alors que le nombre absolu de lits a augmenté, en raison du vieillissement de la population et du nombre de personnes âgées qui a progressé plus rapidement que celui des lits disponibles. Toutefois, cette évolution du nombre de lits varie fortement selon les pays. Au cours de ces dix années, neuf pays ont réduit le nombre de lits de soins de longue durée d'environ 10 lits ou plus, la Finlande en a ainsi éliminé 24 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus. À l'inverse, le Luxembourg et la Corée ont augmenté le nombre de lits de soins de longue durée de plus de 10 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus entre 2011 et 2021. Ces évolutions significatives sont largement dues à des choix stratégiques. L'augmentation de 10 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus en Corée, par exemple, a suivi la mise en place d'un régime public d'assurance-dépendance en 2008, tandis qu'en Suède, la baisse de 11.9 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus découle du développement des soins à domicile, en parallèle des établissements de long séjour.

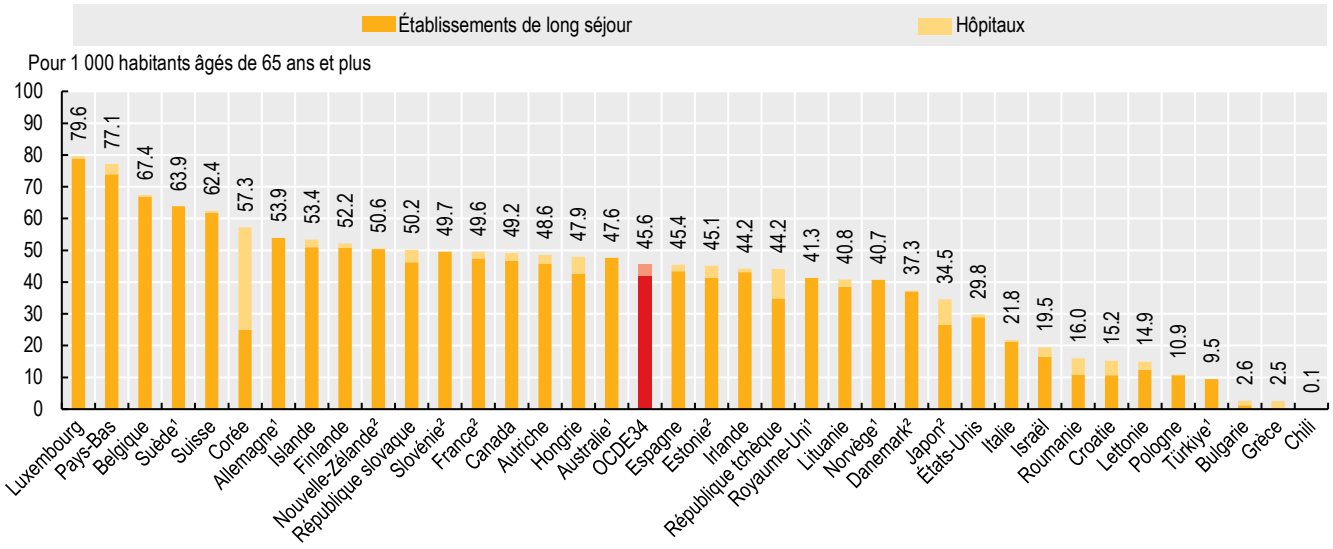
Les résidents des établissements de soins de longue durée ont été durement touchés par la pandémie de COVID-19 : dans 25 pays de l'OCDE, plus de 40 % des décès dus au COVID-19 sont survenus parmi les résidents des établissements de long séjour. En outre, les mesures de confinement, y compris l'interdiction 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.

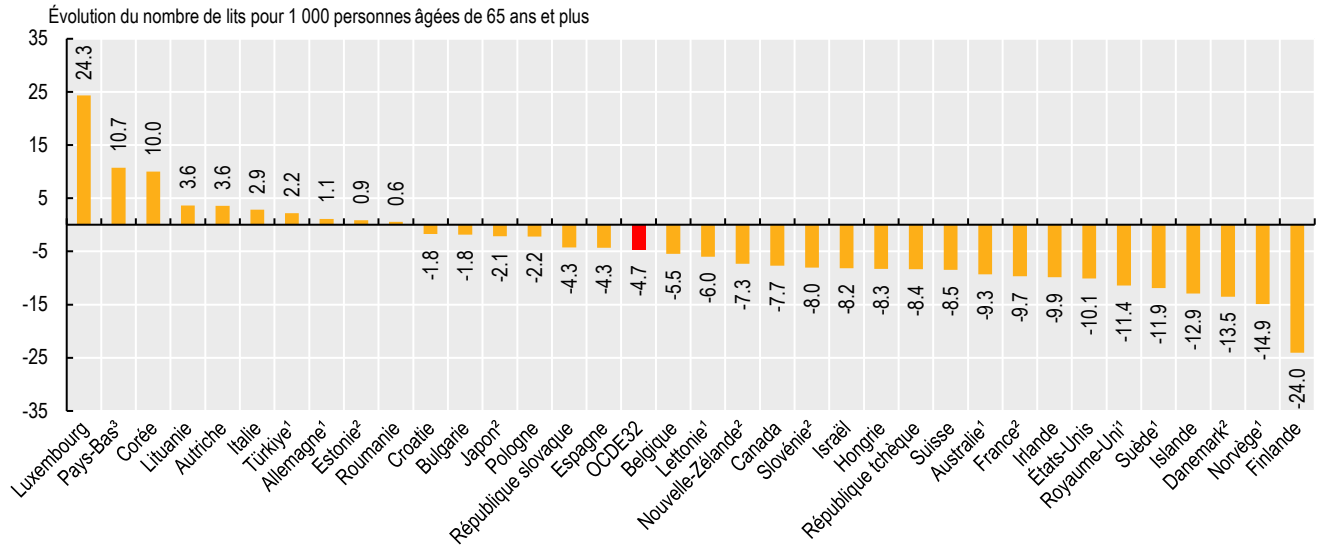
Graphique 10.21. Lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2021 (ou année la plus proche)



1. Le nombre de lits pour soins de longue durée à l'hôpital n'est pas disponible pour ces pays. 2. Nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital à l'exclusion des lits en psychiatrie.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/a2e5nj

Graphique 10.22. Évolution du nombre de lits pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2011-21 (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. Nombre de lits de soins de longue durée à l'hôpital à l'exclusion des lits en psychiatrie. 3. La série chronologique a été interrompue en 2012 et 2022, de sorte que les changements observés entre 2011 et 2021 doivent être interprétés avec prudence.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/q29m0b

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Alors que les dépenses consacrées aux soins de longue durée ont augmenté moins rapidement que les dépenses globales de santé dans la plupart des pays de l'OCDE depuis le début de la pandémie, les soins de longue durée ont été l'activité qui a connu la plus forte croissance, donnant ainsi lieu à cette situation d'urgence sanitaire. Il est probable que la croissance des dépenses dans les soins de longue durée soit de nouveau supérieure à celle des dépenses de santé dans les années à venir, en raison de plusieurs facteurs. Le vieillissement démographique s'accompagnera 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 2021, 1.8 % 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 10.23). Les Pays-Bas sont le pays qui a consacré le plus de moyens à ce secteur (4.4 % du PIB), devant les pays nordiques – Norvège (3.5 %), Suède (3.4 %) et Danemark (3.2 %). À l'autre extrémité, la Grèce, la Pologne et la Lettonie n'ont consacré qu'environ 0.5 % de leur PIB ou moins aux 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, environ la moitié des dépenses consacrées aux soins de longue durée (volet sanitaire et volet social) en 2021 ont eu lieu dans des établissements médicalisés de long séjour (Graphique 10.24). 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 était consacré à la fourniture de soins professionnels (médicaux) à domicile. Les autres prestataires sont notamment 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. Ces prestataires représentent chacun environ un dixième des dépenses totales en soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. 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 ce que les coûts des soins de longue durée aux personnes âgées de 65 ans et plus restent 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. 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 (Graphique 10.25). Parmi les pays qui ont fourni des données en 2022, ces soins représenteraient même plus de quatre fois leur revenu médian aux Pays-Bas, au Danemark, en Finlande et en Suède. Il n'y a qu'en Slovénie et en Hongrie qu'une personne âgée très dépendante au revenu médian est capable de prendre en charge, sur ses seuls revenus et sans soutien public, la totalité des coûts des soins en établissement. En plus de leur revenu, les personnes âgées peuvent parfois compter sur d'autres sources (leurs économies, leur patrimoine, ou l'aide de la famille ou des proches) pour financer les soins dont elles ont besoin. Les systèmes publics de protection sociale sont indispensables pour garantir que les personnes âgées puissent accéder aux soins requis sans tomber dans la pauvreté. Grâce à ces systèmes, les coûts réels auxquels doivent faire face les personnes âgées sont sensiblement plus faibles que ceux présentés dans le Graphique 10.25 dans une majorité de pays (Oliveira Hashiguchi and Llena-Nozal, 2020[1]).

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, 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. Par ailleurs, les prestataires de soins de longue durée peuvent proposer d'autres services en plus de leur activité principale, notamment aux Pays-Bas où environ 20 % des dépenses allouées aux établissements de long séjour sont consacrées à la fourniture de services de soins à domicile.

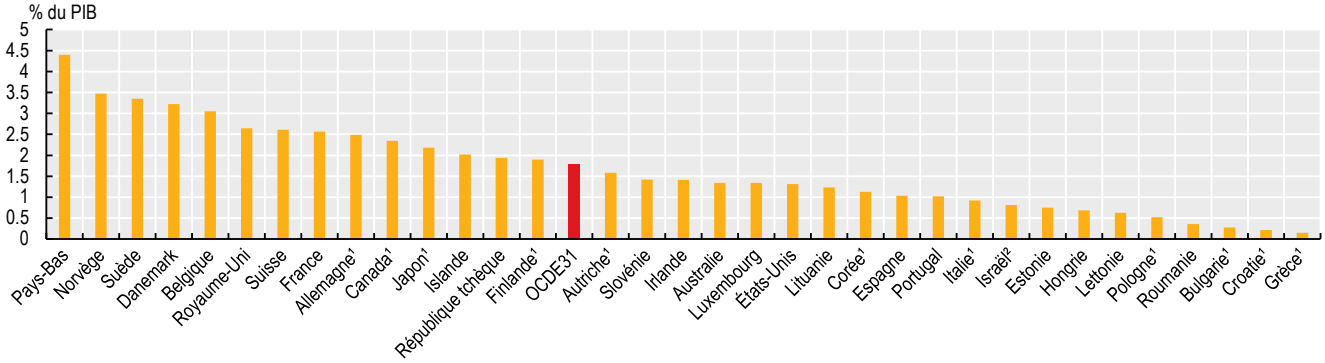
Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés dont la mission principale consiste à prodiguer des soins de longue durée à des personnes dépendantes ayant des limitations 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[2]).

Références

Muir, T. (2017), "Measuring social protection for long-term care", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 93, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/a411500a-en. [2]

Oliveira Hashiguchi, T. and 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*, No. 117, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/2592f06e-en. [1]

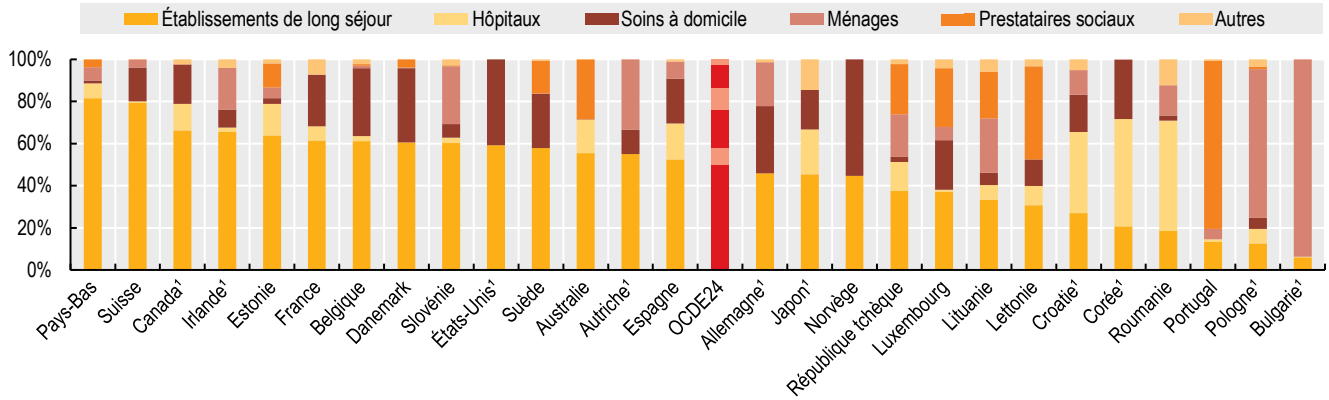
Graphique 10.23. Dépenses totales de soins de longue durée en pourcentage du PIB, 2021 (ou année la plus proche)



1. 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. 2. Pays ne comptabilisant pas les dépenses de soins de longue durée (volet sanitaire).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/3ezo8h

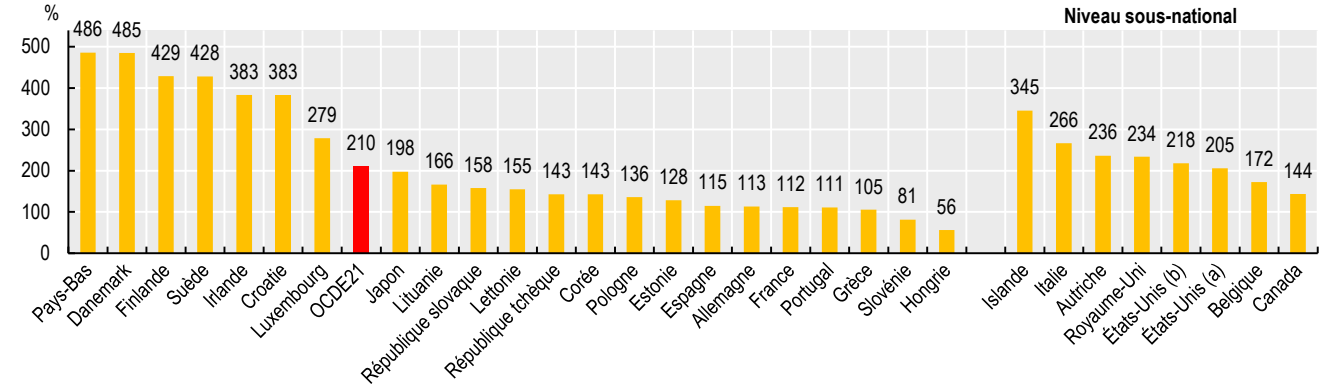
Graphique 10.24. Dépenses totales de soins de longue durée, par prestataire, 2021 (ou année la plus proche)



1. Pays ne comptabilisant pas le volet social. La catégorie « Prestataire social » renvoie aux prestataires dont la principale activité est l'aide aux AIVQ ou d'autres prestations sociales.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/nuqwi6

Graphique 10.25. Coûts des soins de longue durée en établissement pour les personnes de 65 ans et plus fortement dépendantes, en pourcentage du revenu médian, 2022 (ou année la plus proche)



Notes : Les données infranationales pour la Belgique concernent la Flandre, celles pour l'Islande concernent Reykjavik, celles pour le Canada concernent l'Ontario, celles pour l'Autriche concernent Vienne, celles pour les États-Unis concernent (a) la Californie et (b) l'Illinois, celles pour l'Italie concernent le Tyrol du Sud, et celles pour le Royaume-Uni concernent l'Angleterre.
Source : Questionnaire sur la protection sociale des soins de longue durée de l'OCDE (2022) et Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus (2022).

StatLink https://stat.link/otwv1k

Soins de fin de vie

Les soins de fin de vie font référence aux soins prodigués aux individus arrivant en fin de vie. Ils englobent tous les services susceptibles de dispenser une aide physique, psychologique, sociale et spirituelle à la personne mourante, y compris la gestion de la douleur et de la détresse psychologique. Le soutien psychologique et l'accompagnement du deuil à destination des familles font également partie de ces soins. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques qui en découle dans les pays de l'OCDE, le nombre de personnes ayant besoin de soins de fin de vie est en hausse et devrait atteindre 10 millions d'ici 2050, contre 7 millions en 2019. Pourtant, moins de la moitié des personnes qui en auraient besoin en reçoivent effectivement, ce qui signifie que de nombreuses personnes décèdent sans bénéficier de soins adéquats (OCDE, 2023[1]). Mesurer la qualité des soins de fin de vie n'est pas chose facile, mais on considère que l'analyse du lieu où décèdent les individus et du type de soins qu'ils reçoivent durant leurs derniers mois de vie en est un bon indicateur.

Les soins de fin de vie peuvent être dispensés dans différents cadres, comme les hôpitaux, les unités de soins palliatifs, les établissements de long séjour ou à domicile. Même si les croyances, les préférences, les particularités personnelles et d'autres facteurs culturels peuvent influencer les choix en matière de soins de fin de vie, les études démontrent que la plupart des personnes préfèreraient passer leur fin de vie chez elles. Les hôpitaux sont le lieu de décès le plus fréquent dans les pays de l'OCDE, mais le pourcentage de décès y survenant a diminué dans de nombreux pays au cours des dix dernières années. En 2021, 50 % des décès dans 35 pays de l'OCDE survenaient à l'hôpital. Les Pays-Bas, la Norvège, la Suisse et la Nouvelle-Zélande enregistrent les pourcentages les plus faibles (environ un tiers ou moins des décès survenant à l'hôpital). Cette situation est probablement liée au rôle des établissements d'accueil médicalisé, des centres de soins palliatifs et d'autres structures de soins de longue durée, qui en Suède, en Suisse et aux Pays-Bas, constituent le lieu de décès le plus fréquent (OCDE, 2023[1]). En Corée, en Hongrie, au Japon et République tchèque, 65 % ou plus des décès ont lieu à l'hôpital.

La part des décès survenant à l'hôpital a diminué entre 2011 et 2021 dans la plupart des pays, les plus fortes baisses ont eu lieu au Danemark (16 points de pourcentage), au Japon et en Finlande (14 points), aux États-Unis (13 points), au Mexique (12 points) et en Irlande (11 points) (Graphique 10.26). Cette évolution est en partie due à une augmentation du pourcentage de décès se produisant à domicile pendant la pandémie de COVID-19, en raison de la faible disponibilité des services durant la crise, mais cette tendance était néanmoins déjà amorcée avant la pandémie. Une baisse du pourcentage de décès à l'hôpital ne signifie pas nécessairement des soins de fin de vie de meilleure qualité car il faut que des soins adaptés soient disponibles à domicile.

Comprendre qu'une personne arrive en fin de vie n'est pas toujours évident. Ne pas reconnaître que la mort est proche peut donner lieu à un acharnement thérapeutique et à une mise en place tardive des soins palliatifs, et l'individu peut recevoir des soins intensifs jusqu'à la toute fin de sa vie, même lorsqu'il est peu probable qu'ils lui apportent un quelconque soulagement. Une orientation tardive vers les soins palliatifs peut dégrader l'expérience de fin de vie (Sallnow et al., 2022[2]). Les soins que reçoivent les individus au cours des derniers mois de leur existence varient largement d'un pays de l'OCDE à l'autre. En 2021, dans 8 pays sur 15 pour lesquels les données sont disponibles, seule une minorité d'individus ont vécu plus d'une hospitalisation urgente/non prévue durant les 30 derniers jours de leur vie (de 0.2 % en Suisse à 11 % en Norvège). La Nouvelle-Zélande, la Slovénie, la République tchèque, Israël et le Danemark ont enregistré des pourcentages bien plus élevés, allant de 45 % en Nouvelle-Zélande à 59 % en Israël.

En outre, dans au moins six pays de l'OCDE, la proportion d'individus ayant connu plus d'une hospitalisation urgente/non prévue au cours des 30 et des 180 derniers jours de vie est très proche, ce qui laisse penser que ces hospitalisations sont plus susceptibles de survenir au cours du dernier mois de vie. Les hospitalisations non prévues en fin de vie varient également au sein des pays. Dans tous les pays de l'OCDE disposant de données, les individus décédés d'un cancer ou d'une maladie respiratoire chronique étaient plus susceptibles de subir au moins une hospitalisation urgente/non prévue aux cours de leurs 30 derniers jours de vie que ceux décédés de démence ou d'une maladie cardiovasculaire (Graphique 10.27).

Définition et comparabilité

Les données relatives au pourcentage de décès à l'hôpital renvoient aux décès survenant pour toute cause de décès à l'exclusion des causes externes de mortalité, telles que les accidents et les blessures (tous les codes de la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), sauf V00-Y99). Les données renvoient aux années 2011 et 2021, ou aux années disponibles les plus proches. 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.

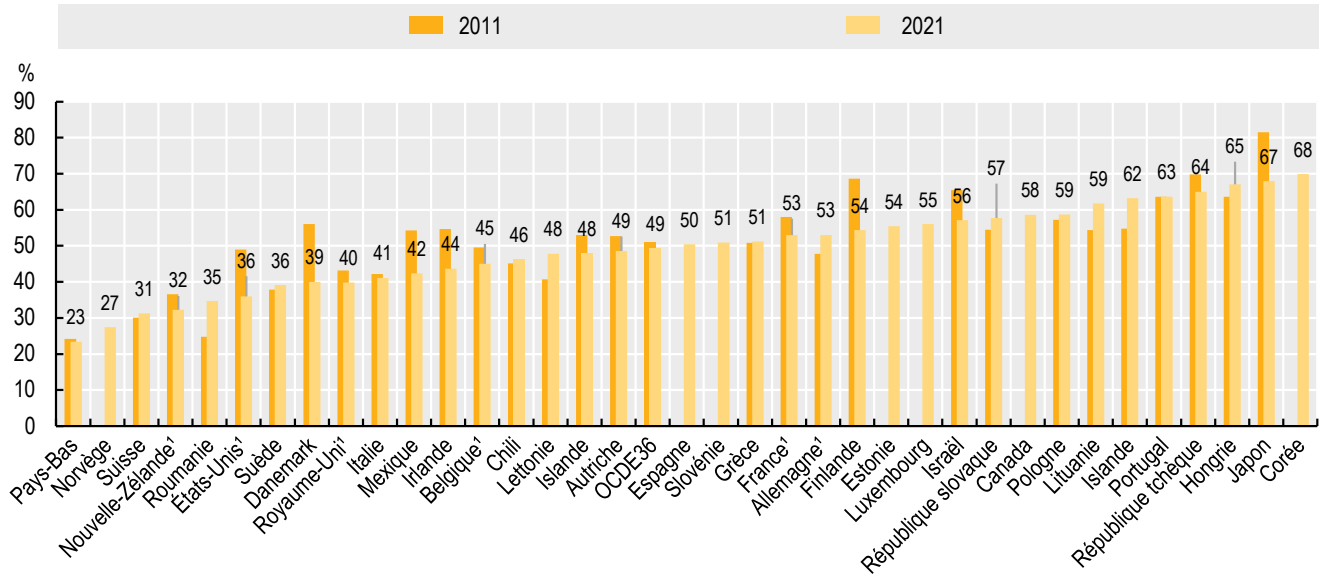
Les données présentées dans le Graphique 10.27 classent les décès en fonction des codes de la CIM-10 utilisés pour identifier les causes principales du décès. Les cancers renvoient aux tumeurs (C00-D49), les maladies cardiovasculaires renvoient à certaines maladies cardiovasculaires à l'exclusion des AVC (I00-I52), les maladies respiratoires chroniques renvoient aux affections codées J40-J47 et J96, tandis que la démence renvoie à la maladie d'Alzheimer et à d'autres démences (F00-F03, G30, R54).

Références

OCDE (2023), *Time for Better Care at the End of Life*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/722b927a-en. [1]

Sallnow, L. et al. (2022), "Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life", *The Lancet*, Vol. 399/10327, pp. 837-884, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02314-x. [2]

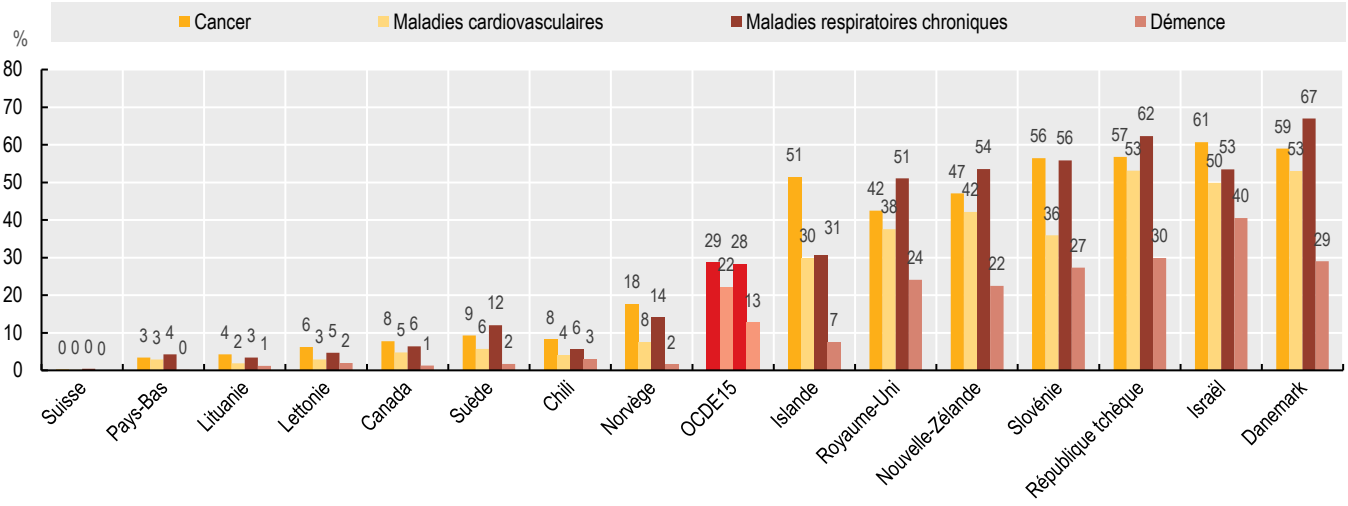
Graphique 10.26. Évolution du nombre de décès à l'hôpital, 2011 et 2021 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données concernent la période avant la pandémie. Les données pour la Belgique concernent la Flandre. Les données pour la Finlande, la Pologne, le Portugal et la République tchèque peuvent inclure des décès survenant dans d'autres établissements de soins non hospitaliers. Les données pour la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Italie, le Mexique, la Pologne, le Portugal proviennent du projet EOLinPLACE financé par le Conseil européen de la recherche dans le cadre du programme Horizon 2020 de l'UE sur la recherche et l'innovation, qui utilise les données fournies par les prestataires nationaux.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023, EOLinPLACE pour la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Italie, le Mexique, la Pologne, le Portugal, www.eolinplace.com/.

StatLink https://stat.link/15pkmy

Graphique 10.27. Pourcentage des individus décédés qui, durant leurs 30 derniers jours de vie, ont connu plus d'une hospitalisation urgente/non prévue, par cause de décès, 2021 (ou année la plus proche).



Note : Les données de la Nouvelle-Zélande se rapportent à 2018.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink https://stat.link/7azmw2

Panorama de la santé 2023

LES INDICATEURS DE L'OCDE

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

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

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

9 789264 760172