

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 :

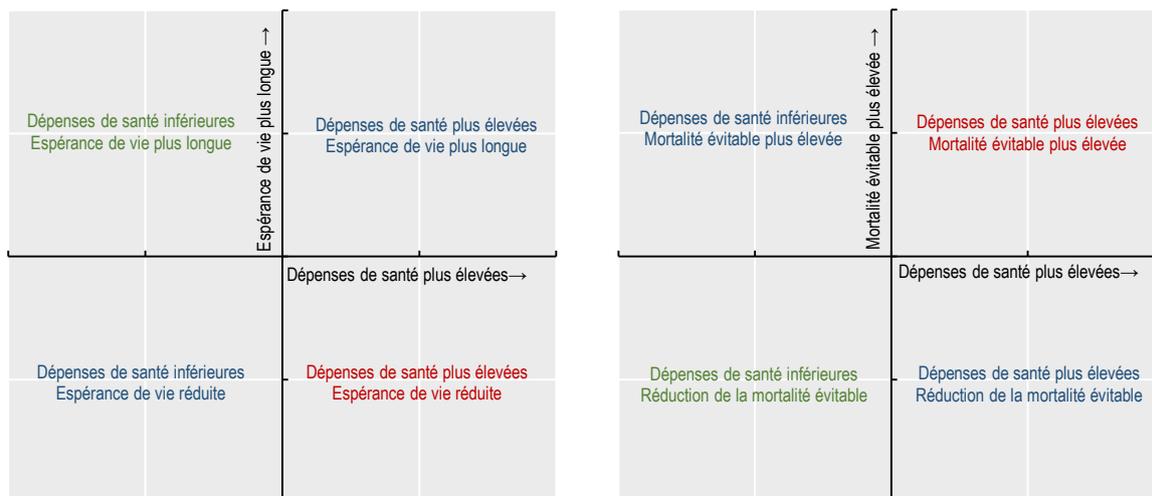
- bleu, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE,
- vert, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE,
- rouge, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE.

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).

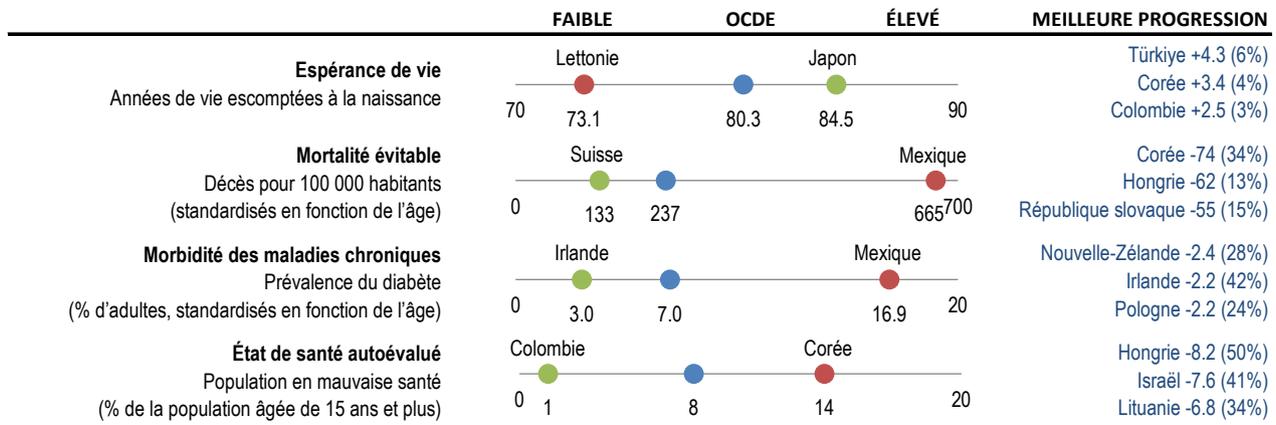
Graphiques en quadrant

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.

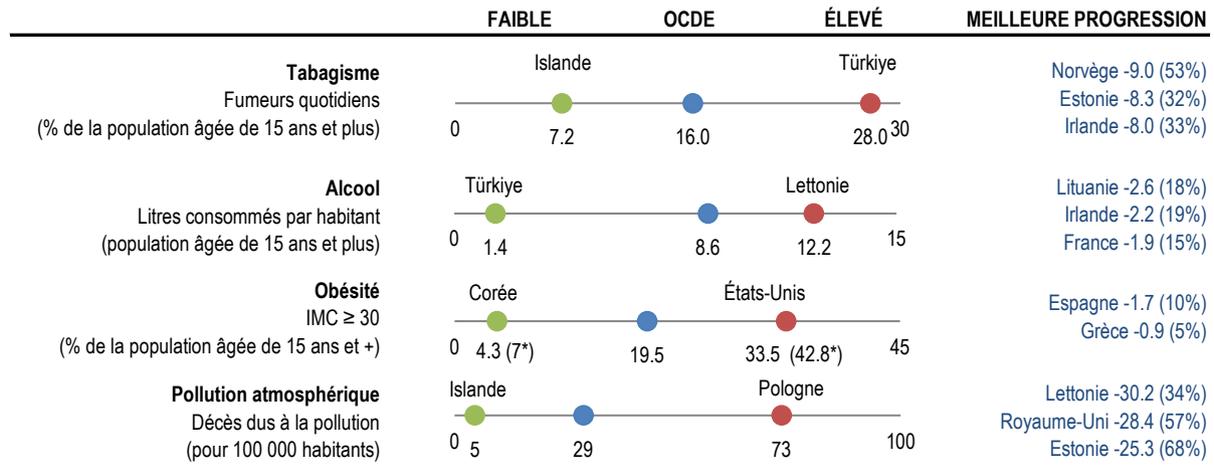
3. Données de 2016/17.

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.

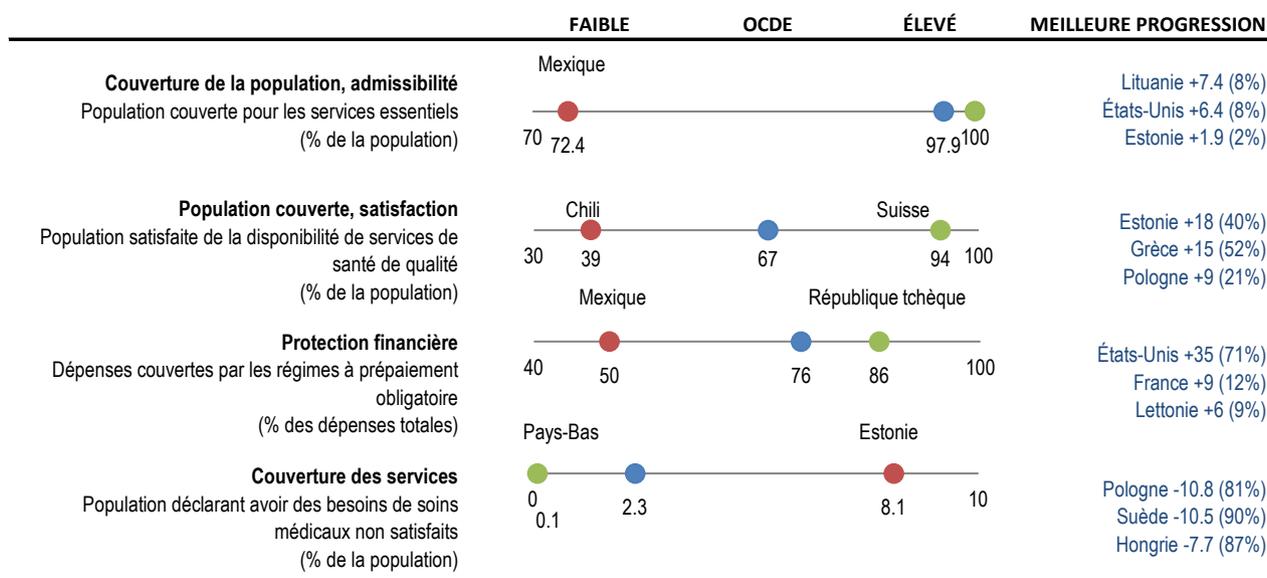
3. Données de 2017/18.

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.

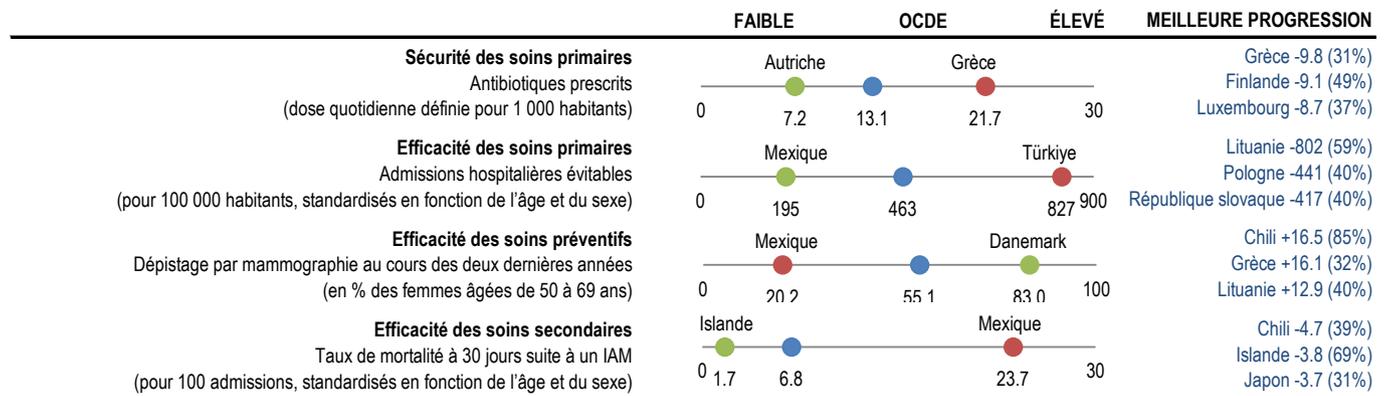
2. Données de 2018.

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

Mieux que la moyenne de l'OCDE.

Proche de la moyenne de l'OCDE.

Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

1. Données de 2020.

2. Données de 2019.

3. Données de 2017/18.

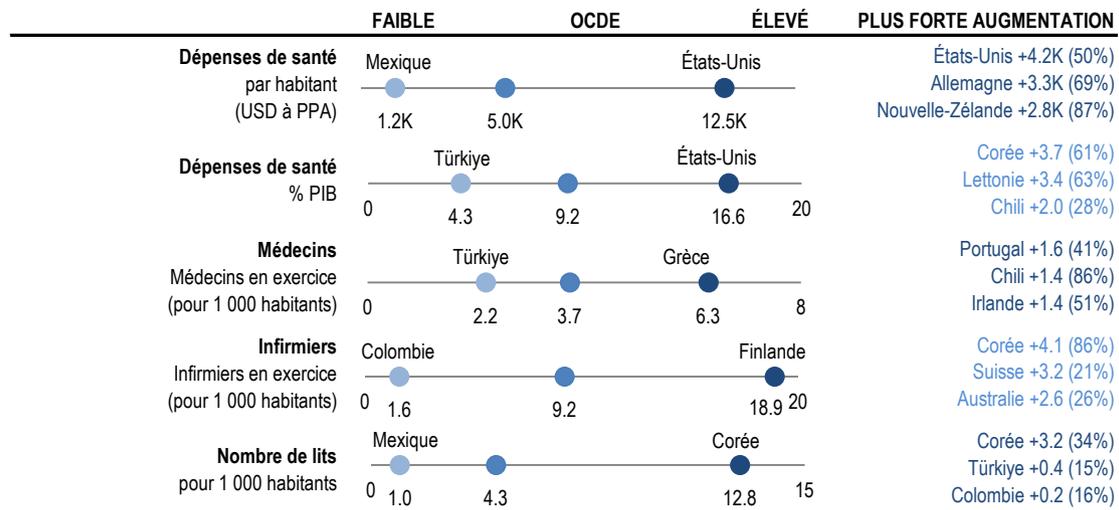
4. Données de 2014/15.

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

Capacités et ressources des systèmes de santé

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

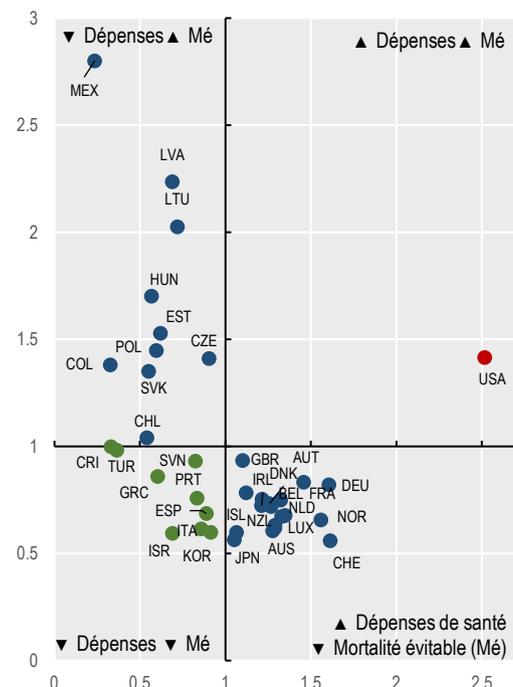
Dépenses de santé et résultats en matière de santé

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

Graphique 1.7. Espérance de vie et dépenses de santé



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



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

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

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



Extrait de :
Health at a Glance 2023
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2023), « Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances », dans *Health at a Glance 2023 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/b17944d1-fr>

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. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

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