

Chapitre 1

Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

Ce chapitre analyse un ensemble d'indicateurs fondamentaux portant sur la santé et les systèmes de santé. Les tableaux de bord nationaux et les vues d'ensemble des pays de l'OCDE permettent de comparer les résultats des pays selon six dimensions : l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins, la qualité des soins, les capacités et les ressources des systèmes de santé, ainsi que sous l'angle du COVID-19. Les graphiques en quadrant mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

Introduction

Les indicateurs de santé donnent un aperçu immédiat de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Ce chapitre introductif présente une vue d'ensemble comparative des pays de l'OCDE pour 24 indicateurs clés, organisés autour de six dimensions de la santé et des systèmes de santé (Tableau 1.1). Ils ont été choisis en fonction de leur utilité et de leur exploitabilité pour l'action publique, ainsi que du critère plus pratique de la disponibilité des données dans les différents pays. On étudie également dans quelle mesure les dépenses de santé sont associées aux résultats en matière de santé, à l'accès et à la qualité.

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

Aspect	Indicateur
État de santé (chapitre 3)	Espérance de vie – années de vie escomptées à la naissance Mortalité évitable – décès évitables (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge) Morbidity des maladies chroniques – prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge) État de santé autoévalué – population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Facteurs de risque pour la santé (chapitre 4)	Tabagisme – fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus) Alcool – litres consommés par habitant (population âgée de 15 ans et plus), d'après les données sur les ventes Surpoids/obésité – population présentant un IMC >= 25 kg/m ² (% de la population âgée de 15 ans et plus) Pollution atmosphérique – décès dus aux particules en suspension dans l'air, en particulier PM 2.5 (pour 100 000 habitants)
Accès aux soins (chapitre 5)	Couverture de la population – population couverte pour un ensemble de services essentiels (% de la population) Population couverte, satisfaction – population satisfaite de la disponibilité de services de santé de qualité (% de la population) Protection financière – dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire (% des dépenses totales) Couverture des services – population déclarant avoir des besoins de soins médicaux non satisfaits (% de la population)
Qualité des soins (chapitre 6)	Sécurité des soins primaires – antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 100 000 habitants) Efficacité des soins primaires – admissions évitables pour BPCO (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Soins préventifs efficaces – dépistage par mammographie au cours des deux dernières années (en pourcentage des femmes âgées de 50 à 69 ans) Efficacité des soins secondaires – taux de mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 admissions, standardisées en fonction de l'âge et du sexe)
Capacités et ressources des systèmes de santé (chapitres 5, 7 et 8)	Dépenses de santé – dépenses de santé totales (par habitant, USD en parité de pouvoir d'achat) Médecins – nombre de médecins en exercice (pour 1 000 habitants) Personnel infirmier – nombre d'infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants) Lits d'hôpital – nombre de lits d'hôpital (pour 1 000 habitants)
COVID-19 (chapitre 2)	Surmortalité – décès excédentaires (par million d'habitants, par rapport à 2015-19) Décès dus au COVID-19 – décès enregistrés (par million d'habitants) Cas de COVID-19 – cas enregistrés (pour 100 000 habitants) Vaccinations contre le COVID-19 – adultes complètement vaccinés (% de la population)

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

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

Des *tableaux de bord nationaux* sont établis à partir de ces indicateurs. Ils comparent les résultats des pays entre eux et avec la moyenne de l'OCDE. Les comparaisons sont effectuées sur la base de la dernière année disponible. Pour la plupart des indicateurs, il s'agit de 2019, ou de l'année la plus proche si les données de 2019 ne sont pas disponibles pour un pays donné. Pour le tableau de bord relatif au COVID-19, les comparaisons portent sur la période 2020-21.

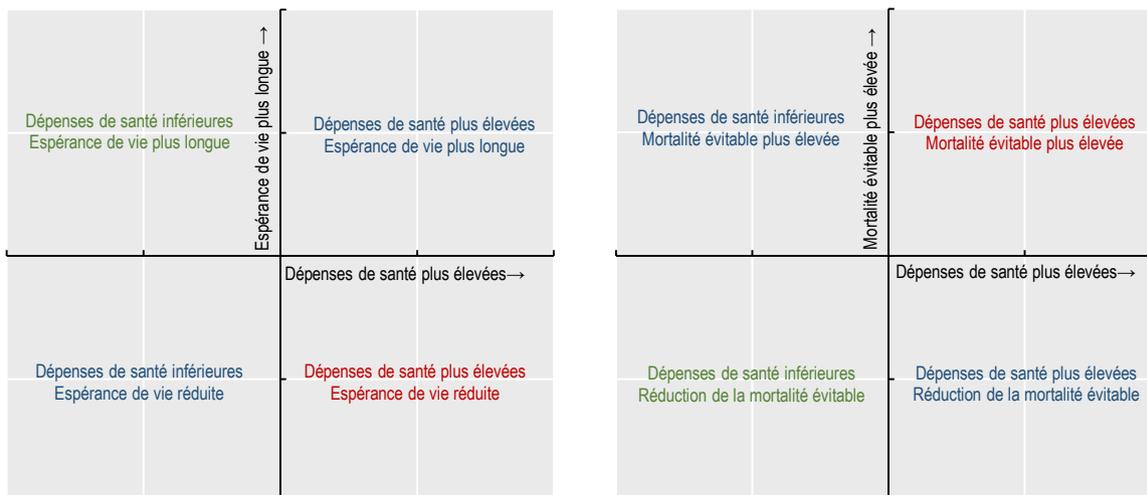
Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

- Bleu, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE
- Vert, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE
- Rouge, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE

La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les capacités et les ressources des systèmes de santé (Tableau 1.6), où les indicateurs ne peuvent être rigoureusement classés comme présentant des performances inférieures ou supérieures. Dans ce cas, une nuance plus ou moins prononcée de bleu indique qu'un pays dispose d'une ressource donnée en quantité nettement inférieure ou nettement supérieure à la moyenne de l'OCDE.

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

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



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

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

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

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

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

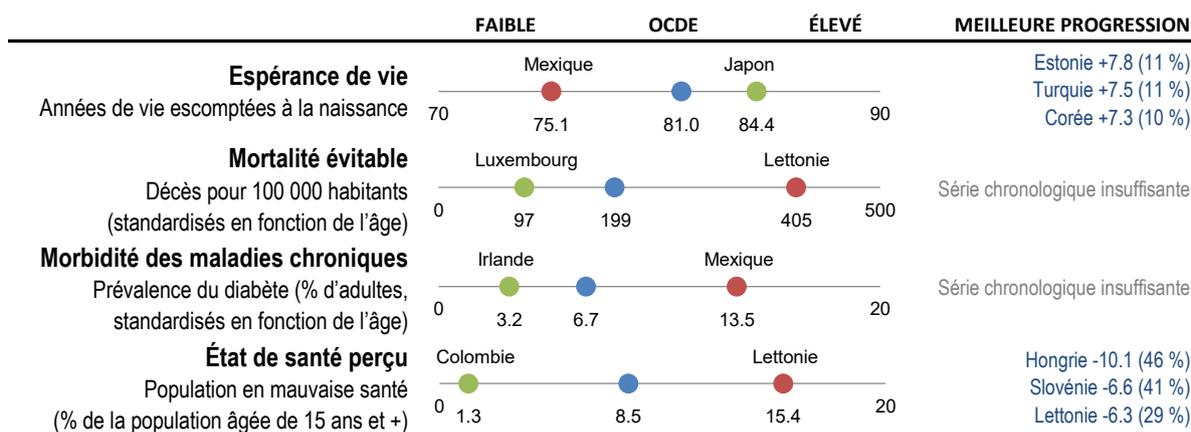
Graphiques en quadrant

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

État de santé

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

Graphique 1.2. **Vue d'ensemble de l'état de santé dans l'OCDE**



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Atlas du diabète de la FID 2019.

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

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

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

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

Globalement, dans l'OCDE, près de 9 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé en 2019. Ce pourcentage allait de plus de 15 % en Lettonie, en Corée, en Lituanie et au Portugal, à moins de 3 % en Colombie, en Nouvelle-Zélande et au Canada. Cela dit, des disparités socioculturelles, la proportion de personnes âgées et des différences dans la conception des enquêtes altèrent la comparabilité internationale des données. Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu portent dans l'ensemble un jugement moins positif sur leur santé que les personnes à revenu élevé.

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

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

	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidité des maladies chroniques		État de santé perçu	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	81.0		199		6.7		8.5	
Allemagne	81.4	⊙	175	⊙	10.4	⊗	8.5	⊙
Australie	83.0	⊙	139	☑	5.6	⊙	3.7	☑
Autriche	82.0	⊙	170	⊙	6.6	⊙	7.8	⊙
Belgique	82.1	⊙	173	⊙			9.1	⊙
Canada	82.1	⊙	172	⊙	7.6	⊙	2.8	☑
Chili	80.6	⊙	191	⊙	8.6	⊙	6.6	⊙
Colombie	76.7	⊗	237	⊙	7.4	⊙	1.3	☑
Corée	83.3	⊙	139	☑	6.9	⊙	15.2	⊗
Costa Rica	80.5	⊙	209	⊙	9.1	⊗	s.o.	⊗
Danemark	81.5	⊙	167	⊙			8.3	⊙
Espagne	83.9	☑	141	☑	6.9	⊙	7.2	⊙
Estonie	78.8	⊙	281	⊗	4.2	☑	13.3	⊗
États-Unis	78.9	⊙	265	⊗	10.8	⊗	3.3	☑
Finlande	82.1	⊙	176	⊙	5.6	⊙	5.6	⊙
France	82.9	⊙	153	⊙	4.8	⊙	8.9	⊙
Grèce	81.7	⊙	179	⊙	4.7	⊙	6.6	⊙
Hongrie	76.4	⊗	374	⊗	6.9	⊙	11.8	⊙
Irlande	82.8	⊙	172	⊙	3.2	☑	3.2	☑
Islande	83.2	⊙	126	☑	5.8	⊙	5.9	⊙
Israël	82.9	⊙	125	☑	9.7	⊗	11.0	⊙
Italie	83.6	☑	136	☑	5.0	⊙	7.0	⊙
Japon	84.4	☑	130	☑	5.6	⊙	13.6	⊗
Lettonie	75.5	⊗	405	⊗	5.0	⊙	15.4	⊗
Lituanie	76.4	⊗	364	⊗	3.8	☑	15.2	⊗
Luxembourg	82.7	⊙	97	☑	5.0	⊙	9.0	⊙
Mexique	75.1	⊗	366	⊗	13.5	⊗		
Norvège	83.0	⊙	145	☑	5.3	⊙	8.6	⊙
Nouvelle-Zélande	82.1	⊙	168	⊙	6.2	⊙	2.6	☑

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

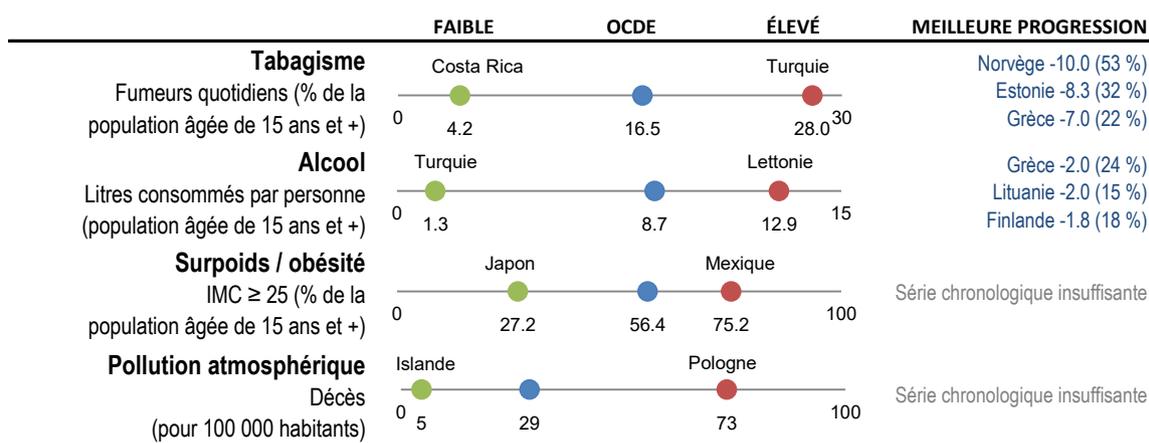
	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidité des maladies chroniques		État de santé perçue	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé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

Note : ✓ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ● Proche de la moyenne de l'OCDE ; ✗ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie, la Lituanie et le Mexique sont exclus du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique pour la prévalence du diabète.

Facteurs de risque pour la santé

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

Graphique 1.3. Facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, 2019 (ou année la plus proche)



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

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

Le tabac est à l'origine de nombreuses maladies – selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, il tue chaque année 8 millions de personnes dans le monde. En 2019, la proportion de personnes fumant quotidiennement variait d'environ 25 % ou plus en Turquie, en Grèce, en Hongrie, au Chili et en France à moins de 10 % au Costa Rica, au Mexique, en Islande et en

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

La consommation d'alcool est une cause majeure de mortalité et d'invalidité dans le monde, en particulier chez la population d'âge actif. Les données relatives à la vente d'alcool montrent que la Lettonie a enregistré la consommation la plus élevée en 2019 (12.9 litres d'alcool pur par personne et par an), suivie de l'Autriche et de la République tchèque. Les niveaux de consommation sont comparativement faibles en Turquie, en Israël, au Costa Rica, en Colombie et au Mexique (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans 29 pays de l'OCDE depuis 2009. La consommation excessive d'alcool est un problème particulièrement préoccupant dans certains pays, notamment la Lettonie et la Hongrie.

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

La pollution atmosphérique n'est pas seulement une grave menace pour l'environnement ; elle nuit aussi à la santé. Selon les projections de l'OCDE, la pollution de l'air (extérieur) pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060. En 2019, les décès prématurés dus à la pollution par les particules en suspension dans l'air allaient de plus de 70 pour 100 000 habitants en Pologne et en Hongrie, à moins de 7 en Islande, en Nouvelle-Zélande et en Suède.

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

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

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

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

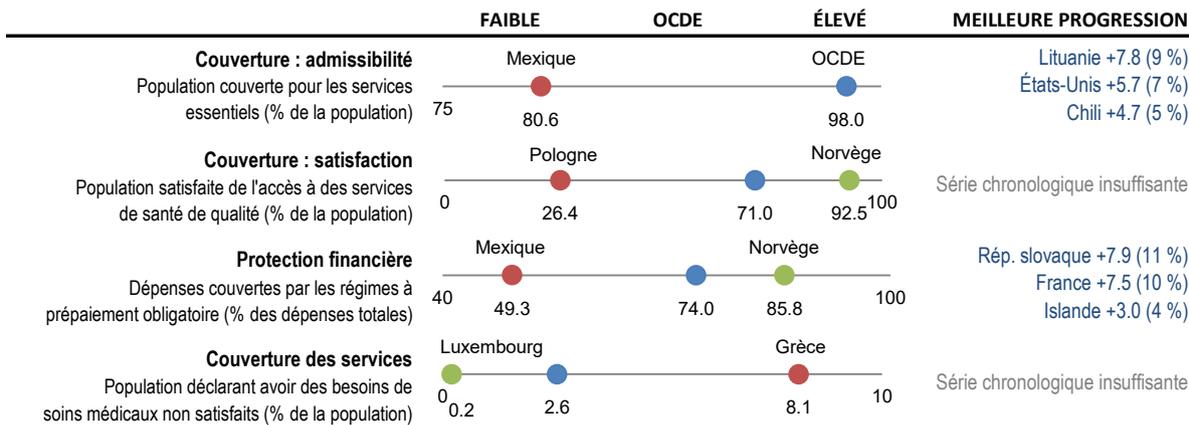
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ⊙ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la pollution atmosphérique. * Sous-estimation probable de l'obésité car les données sont autodéclarées.

Accès aux soins

Un accès équitable aux soins est essentiel pour obtenir une société inclusive et des systèmes de santé performants. Le taux de couverture, 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 de soins médicaux non satisfaits donne une indication de la couverture réelle des services. Le Graphique 1.4 présente une vue d'ensemble de l'accès aux soins dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.4 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

En ce qui concerne la part de la population pouvant prétendre à bénéficier de services médicaux, la plupart des pays de l'OCDE ont atteint une couverture universelle (ou quasi universelle) pour un ensemble de services essentiels. Toutefois, en 2019, la couverture de la population était inférieure à 90 % au Mexique et aux États-Unis, et à 95 % dans cinq autres pays (Costa Rica, Pologne, Hongrie, République slovaque et Colombie).

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



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Gallup World Poll 2020.

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

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

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

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

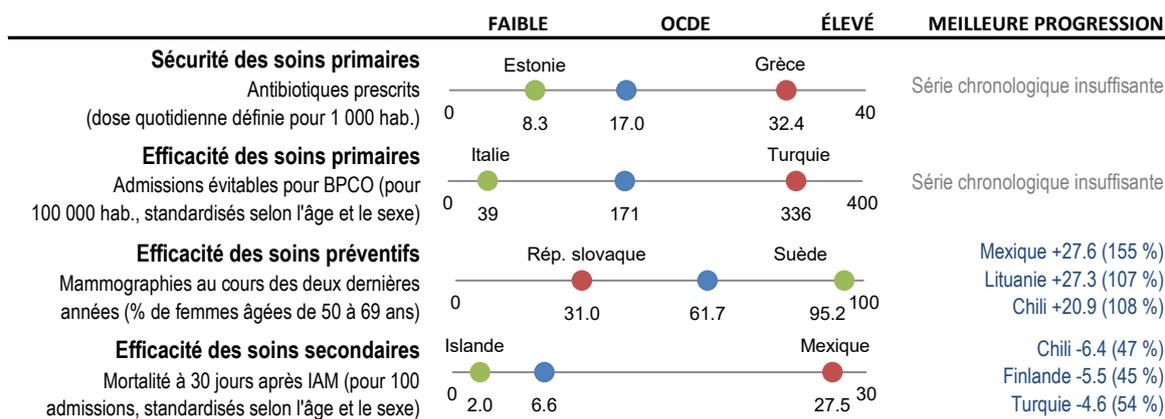
	Couverture : admissibilité		Couverture : satisfaction		Protection financière		Couverture des services	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité (% de la population)		Dépenses couvertes par les régimes à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

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

Qualité des soins

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

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



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

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

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

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

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le cancer le plus fréquent chez les femmes est le cancer du sein, il représente chez elles la deuxième cause de décès par cancer. Il est essentiel de procéder en temps opportun à un dépistage par mammographie pour déceler les cas et, ainsi, commencer le traitement à un stade précoce de la maladie. En 2019, la Suède enregistrait le dépistage par mammographie le plus fréquent (95 % des femmes âgées de 50 à 69 ans), le Danemark, l'Espagne, la Finlande et le Portugal affichant également des taux de dépistage légèrement supérieurs à 80 %. Les taux de dépistage les plus faibles étaient observés en République slovaque, en Turquie, en Hongrie et en Lettonie (tous inférieurs à 40 %). Le COVID-19 a eu un impact important sur les programmes de

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

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

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

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

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

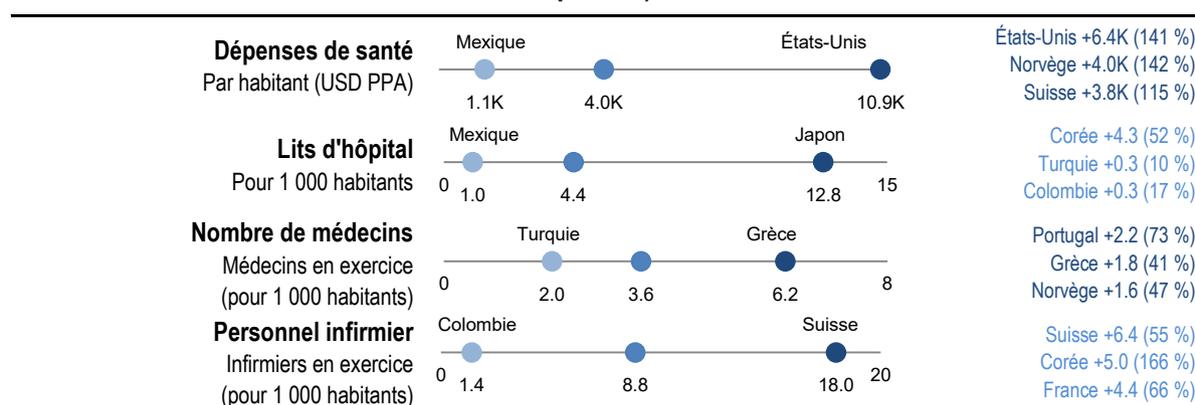
	Sécurité des soins primaires		Efficacité des soins primaires		Efficacité des soins préventifs		Efficacité des soins secondaires	
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Admissions évitables pour BPCO (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Dépistage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

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

Capacités et ressources des systèmes de santé

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

Graphique 1.6. Capacités et ressources des systèmes de santé dans l'OCDE, 2019 (ou année la plus proche)



Note : Sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue dans le temps (variation en pourcentage entre parenthèses).

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

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

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

Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers dans un système de santé est donc un indicateur important pour contrôler l'utilisation des ressources. En 2019, le nombre de médecins allait de moins de 2.5 pour 1 000 habitants en Turquie, en Colombie, en Pologne et au Mexique, à plus de cinq en Autriche, au Portugal et en Grèce. Toutefois, les chiffres au Portugal et en Grèce sont surestimés parce qu'ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer. En moyenne, on recensait un peu moins de 9 infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2019, dans une fourchette allant de moins de 3 pour 1 000 en Colombie, en Turquie et au Chili, à environ 18 pour 1 000 en Suisse et en Norvège.

Le nombre de lits d'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de lits d'hôpital (notamment de lits de soins intensifs), ainsi que de médecins et d'infirmiers. Néanmoins, un excédent de lits peut entraîner une utilisation excessive et, par conséquent, des coûts, notamment pour les patients dont l'état ne s'améliorera pas forcément avec des soins intensifs. En 2019, on recensait en moyenne 4.4 lits d'hôpital pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Plus de la moitié des pays de l'OCDE ont indiqué entre 3 et 8 lits d'hôpital pour 1 000 habitants. Toutefois, le Japon et la Corée en ont davantage (12 à 13 lits pour 1 000 habitants), tandis que leur nombre est relativement faible au Mexique, au Costa Rica et en Colombie.

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

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

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

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

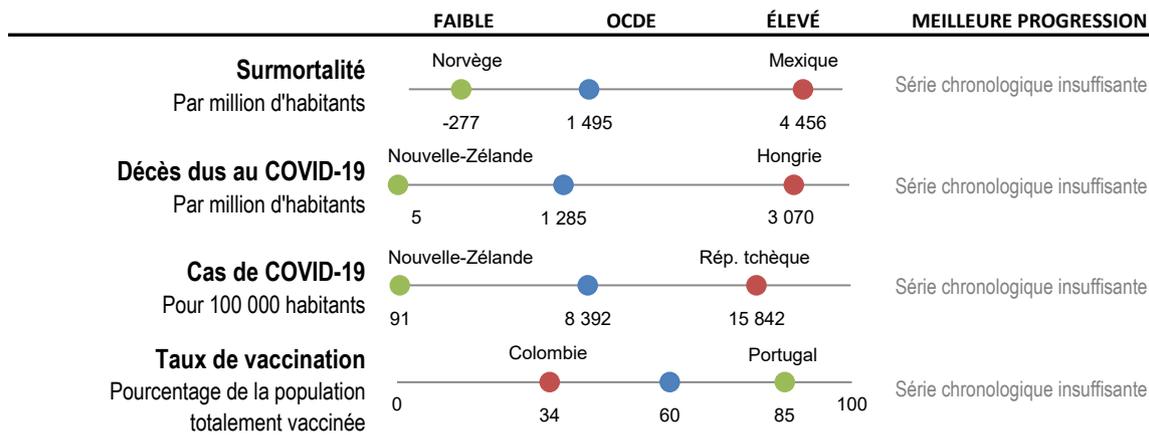
Note : ⬆ Au-dessus de la moyenne de l'OCDE ; ⬆ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ⬇ Au-dessous de la moyenne de l'OCDE. Les données sur le Chili, le Costa Rica, la Grèce et le Portugal englobent tous les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation. Le Japon et la Corée sont exclus du calcul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

COVID-19

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

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

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



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021, Our World in Data 2021.

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

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

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

En ce qui concerne les taux de vaccination, au début d'octobre 2021, le Portugal affichait la couverture vaccinale complète la plus élevée (85,2 %), suivi de l'Islande (80,5 %) et de l'Espagne (78,6 %). La Colombie et le Mexique enregistraient la couverture vaccinale la plus faible (respectivement 33,6 % et 35,4 %).

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

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

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

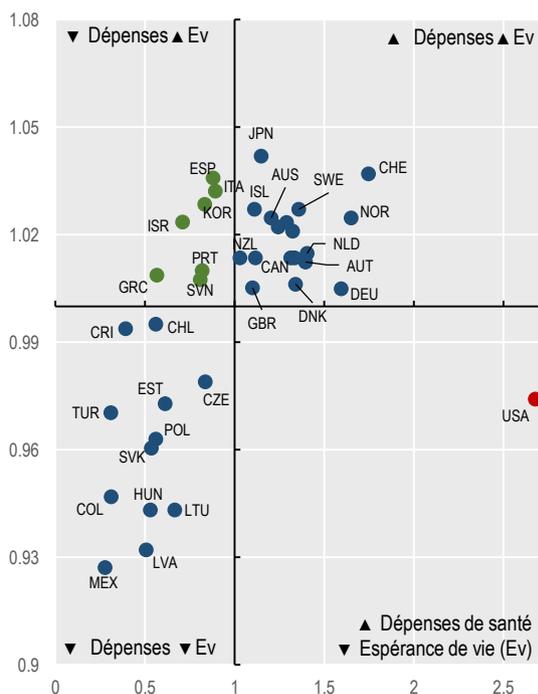
Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité et les résultats

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

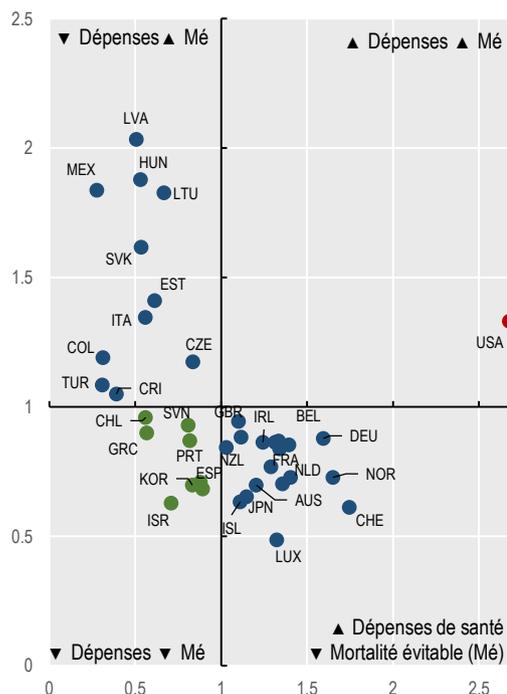
Dépenses de santé et résultats en matière de santé

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

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



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



Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie (Graphique 1.8). Parmi les 38 pays de l'OCDE, 17 ont des dépenses de santé et une espérance de vie supérieures à la moyenne de l'OCDE (quadrant supérieur droit). Dans 12 autres, ces deux indicateurs sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE (quadrant inférieur gauche).

Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Sept pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Cela peut indiquer que les systèmes de santé ont un bon rapport qualité-prix, même si de nombreux autres facteurs ont aussi une incidence sur les résultats en matière de santé. Il s'agit de l'Italie, de la Corée, du Portugal, de l'Espagne, de la Slovénie, de la Grèce et d'Israël. Dans le quadrant inférieur droit ne figurent que les États-Unis, dont les dépenses de

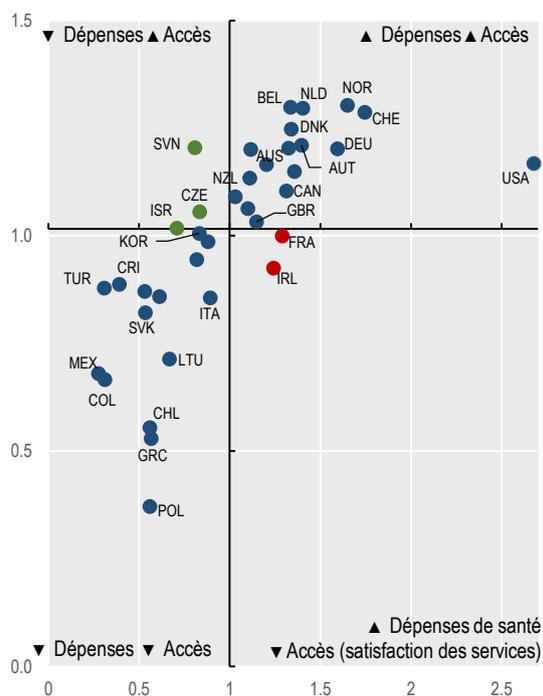
santé sont nettement plus élevées que tous les autres pays de l'OCDE, mais où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne de la zone.

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

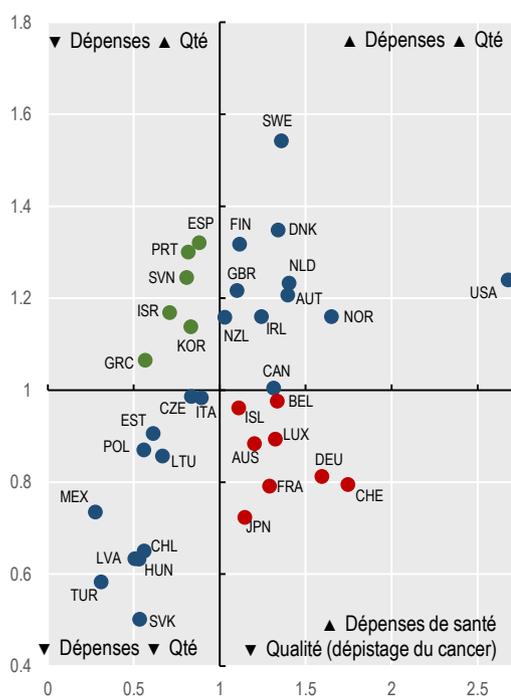
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

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

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



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



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

et en République tchèque, les dépenses de santé par habitant sont relativement faibles, mais une part nettement plus importante de la population est satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité, par rapport à la moyenne de l'OCDE.

En termes de qualité des soins, le Graphique 1.11 montre la corrélation entre les dépenses de santé et les taux de dépistage du cancer du sein. S'il existe une corrélation positive faible globale entre les dépenses de santé et la proportion de femmes qui font régulièrement l'objet d'un dépistage, six pays dépensent moins que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus élevés (quadrant supérieur gauche), tandis que huit pays dépensent plus que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus faibles (quadrant inférieur droit).



Extrait de :
Health at a Glance 2021
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/cb5845e9-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>.