

Panorama de la santé 2025

Les indicateurs de l'OCDE



Panorama de la santé 2025

LES INDICATEURS DE L'OCDE

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

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

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

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2025), *Panorama de la santé 2025 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/2f564c6c-fr>.

ISBN 978-92-64-73951-2 (imprimé)

ISBN 978-92-64-45432-3 (PDF)

ISBN 978-92-64-37098-2 (HTML)

Panorama de la santé

ISSN 1817-0005 (imprimé)

ISSN 1999-1320 (en ligne)

Crédits photo : Couverture © PeopleImages/Shutterstock.com. Images – État de santé © Thitiporn taingpan/Shutterstock.com.

Facteurs de risque pour la santé © CandyRetriever/Shutterstock.com.

Accès : abordabilité, disponibilité et utilisation des services © LightField Studios/Shutterstock.com.

Qualité et résultats des soins © YAKOBCHUK VIACHESLAV/Shutterstock.com. Dépenses de santé © Doubletree Studio/Shutterstock.com.

Personnel de santé © wavebreakmedia/Shutterstock.com. Secteur pharmaceutique © Fahroni/Shutterstock.com.

Vieillissement et soins de longue durée © Inside Creative House/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : <https://www.oecd.org/fr/publications/support/corrigenda.html>.

© OCDE 2025



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Cette œuvre est mise à disposition sous la licence Creative Commons Attribution 4.0 International. En utilisant cette œuvre, vous acceptez d'être lié par les termes de cette licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Attribution – Vous devez citer l'œuvre.

Traductions – Vous devez citer l'œuvre originale, identifier les modifications apportées à l'original et ajouter le texte suivant : *En cas de divergence entre l'œuvre originale et la traduction, seul le texte de l'œuvre originale sera considéré comme valide.*

Adaptations – Vous devez citer l'œuvre originale et ajouter le texte suivant : *Il s'agit d'une adaptation d'une œuvre originale de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments utilisés dans cette adaptation ne doivent pas être rapportés comme représentant les vues officielles de l'OCDE ou de ses pays Membres.*

Contenu provenant de tiers – La licence ne s'applique pas au contenu provenant de tiers qui pourrait être incorporé dans l'œuvre. Si vous utilisez un tel contenu, il relève de votre responsabilité d'obtenir l'autorisation auprès du tiers et vous serez tenu responsable en cas d'allégation de violation.

Vous ne devez pas utiliser le logo de l'OCDE, l'identité visuelle ou l'image de couverture sans autorisation expresse ni suggérer que l'OCDE approuve votre utilisation de l'œuvre.

Tout litige découlant de cette licence sera réglé par arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Cour permanente d'arbitrage (CPA) de 2012. Le siège de l'arbitrage sera Paris (France). Le nombre d'arbitres sera d'un.

Avant-propos

Le *Panorama de la santé* présente des comparaisons entre des indicateurs fondamentaux portant sur l'état de santé de la population et le fonctionnement des systèmes de santé dans les pays Membres de l'OCDE, dans ses pays Partenaires clés et dans les pays candidats à l'adhésion. L'analyse s'appuie sur les statistiques nationales officielles comparables les plus récentes et sur d'autres sources. L'édition 2025 illustre les différences entre les pays et sur la durée en matière d'état de santé, de déterminants non médicaux et facteurs de risque, d'accès aux soins, de qualité des soins, de dépenses de santé et de ressources. Le chapitre thématique de cette édition se concentre sur la santé selon le genre.

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

L'édition 2025 du *Panorama de la santé* a été préparée par la Division de la santé de l'OCDE, sous la coordination de Chris James. Le chapitre 1 a été préparé par Chris James, Caroline Penn et Minne Chu ; le chapitre 2 par Eliana Barrenho, Diana Castelblanco et Chris James ; le chapitre 3 par Diana Castelblanco, Judit Rauet Tejeda, Anna Perez-Lopez et Emily Hewlett ; le chapitre 4 par Marion Devaux, Marina Dorfmuller Ciampi, Eva Pildegovica et Elina Suzuki ; le chapitre 5 par Chris James, Minne Chu, Gaëlle Balestat, Caroline Penn et Caroline Berchet ; le chapitre 6 par Rie Fujisawa, Katherine de Bienassis, Stella Erker, Kadri-Ann Kallas, David Kelly, Candan Kendir, Angel Gonzalez, Nicolás Larrain, Jongmi Lee et Jay Lee ; le chapitre 7 par Michael Mueller, Caroline Penn, José Manuel Jerez Pombo, Nikita Ramachandran, Luca Lorenzoni et David Morgan ; le chapitre 8 par Gaétan Lafontaine, Gaëlle Balestat, José Ramalho, Ekin Dagistan, José Manuel Jerez Pombo et David Morgan ; le chapitre 9 par Dahye Kim, Lisbeth Waagstein, Katarina Vujovic, Marjolijn Moens, David Morgan, Rishub Keelara et Valérie Paris ; et le chapitre 10 par Satoshi Araki, Judit Rauet Tejeda, Soohyun Kim, Christine Le Thi, Ricarda Milstein, Michael Mueller, Agata Rozszczypala et Ana Llena-Nozal. Les bases de données de l'OCDE utilisées dans cette publication sont gérées par Gaëlle Balestat, Marie-Clémence Canaud, Stella Erker, Rie Fujisawa, José Manuel Jerez Pombo et Michael Mueller.

Ce rapport a bénéficié des commentaires, au sein de l'équipe dirigeante d'ELS, de Francesca Colombo, Frederico Guanais, Mark Pearson et Stefano Scarpetta. L'assistance éditoriale et le soutien à la communication ont été fournis par Marie-Clémence Canaud, Lucy Hulett, Charlotte Mapp, Lydia Wanstall et Alastair Wood.

Table des matières

Avant-propos	3
Guide du lecteur	7
Résumé	10
1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances	13
Introduction	14
État de santé	16
Déterminants non médicaux et facteurs de risque	18
Accès aux soins	20
Qualité des soins	22
Capacités et ressources des systèmes de santé	24
Dimensions transversales des performances des systèmes de santé – graphiques en quadrant	26
Liens vers d'autres indicateurs de performances transversales des systèmes de santé	27
Références	28
2 Quelles maladies touchent différemment les hommes et les femmes, et pourquoi cette différence est-elle importante ?	29
Introduction	31
En quoi les causes de mortalité diffèrent-elles entre les femmes et les hommes ?	34
Les femmes vivent plus longtemps mais souffrent de maladies physiques et mentales plus prolongées	41
Les inégalités en santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, sociaux et liés au mode de vie, ainsi que d'un accès inégal et d'expériences différentes des soins de santé	46
En conclusion	52
Références	53
Notes	55
3 État de santé	57
Espérance de vie à la naissance	58
Principales causes de mortalité	60
Mortalité évitable (par prévention et traitement)	62
Mortalité due aux maladies du système circulatoire	64
Incidence du cancer et mortalité	66
Mortalité maternelle et infantile	68
Santé des adolescents	70
Maladies chroniques	72
Santé mentale	74
État de santé auto-déclaré	76

4 Déterminants non médicaux et facteurs de risque	79
Tabagisme et vapotage	80
Consommation de drogues illicites	82
Tabagisme, vapotage et consommation de cannabis chez les adolescents	84
Consommation d'alcool	86
Consommation d'alcool chez les adolescents	88
Nutrition et activité physique	90
Nutrition et activité physique chez les adolescents	92
Surpoids et obésité	94
Surpoids et obésité chez les adolescents	96
Environnement et santé	98
5 Accès et couverture	101
Population bénéficiant d'une couverture de santé	102
Besoins de santé non satisfaits	104
Étendue de la couverture de santé	106
Difficultés financières et dépenses à la charge des patients	108
Délais d'attente	110
Accessibilité physique des services de santé	112
Consultations chez le médecin	114
Lits d'hôpital et taux d'occupation	116
Activité hospitalière	118
Remplacements de la hanche ou du genou	120
Chirurgie ambulatoire	122
6 Qualité et résultats des soins	125
Vaccination de routine	126
Dépistage du cancer	128
Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires	130
Hospitalisations évitables	132
Efficacité de la prise en charge des maladies chroniques	134
Soins primaires centrés sur la personne	136
Sécurité des soins aigus – culture sur le lieu de travail et vécu des patients	138
Sécurité des soins aigus – complications chirurgicales et gestion des erreurs	140
Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)	142
Mortalité après un accident vasculaire cérébral	144
Prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale	146
Résultats déclarés par les patients dans le cadre des soins hospitaliers	148
Soins intégrés	150
7 Dépenses de santé	153
Dépenses de santé en proportion du PIB	154
Dépenses de santé par habitant	156
Prix dans le secteur de la santé	158
Dépenses de santé par dispositif de financement	160
Financement public des dépenses de santé	162
Dépenses de santé par type de service	164
Dépenses de santé consacrées à la prévention et aux soins primaires	166
Dépenses de santé par prestataire	168
Dépenses en capital dans le secteur de la santé	170

Dépenses consacrées à la préparation aux crises et aux capacités de soins critiques	172
Projections concernant les dépenses de santé	174
8 Personnel de santé	177
Personnel médico-social	178
Médecins (nombre total et répartition)	180
Médecins (par âge, genre et catégorie)	182
Rémunération des généralistes	184
Rémunération des spécialistes	186
Personnel infirmier	188
Rémunération du personnel infirmier	190
Personnel hospitalier	192
Médecins nouvellement diplômés	194
Personnel infirmier nouvellement diplômé	196
Migrations internationales de médecins	198
Migrations internationales de personnel infirmier	200
9 Produits pharmaceutiques, technologies et santé numérique	203
Dépenses pharmaceutiques	204
Pharmacien et pharmacies	206
Consommation de produits pharmaceutiques	208
Génériques et biosimilaires	210
Technologies de diagnostic	212
Données et numérique	214
Connaissance et innovation dans le secteur pharmaceutique	216
10 Vieillissement et soins de longue durée	219
Évolution démographique	220
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé	222
État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans	224
Démence	226
Sécurité des soins de longue durée	228
Accès aux soins de longue durée	230
Aidants informels	232
Emploi dans le secteur des soins de longue durée	234
Établissements de soins de longue durée	236
Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires	238
Soins de fin de vie	240

Guide du lecteur

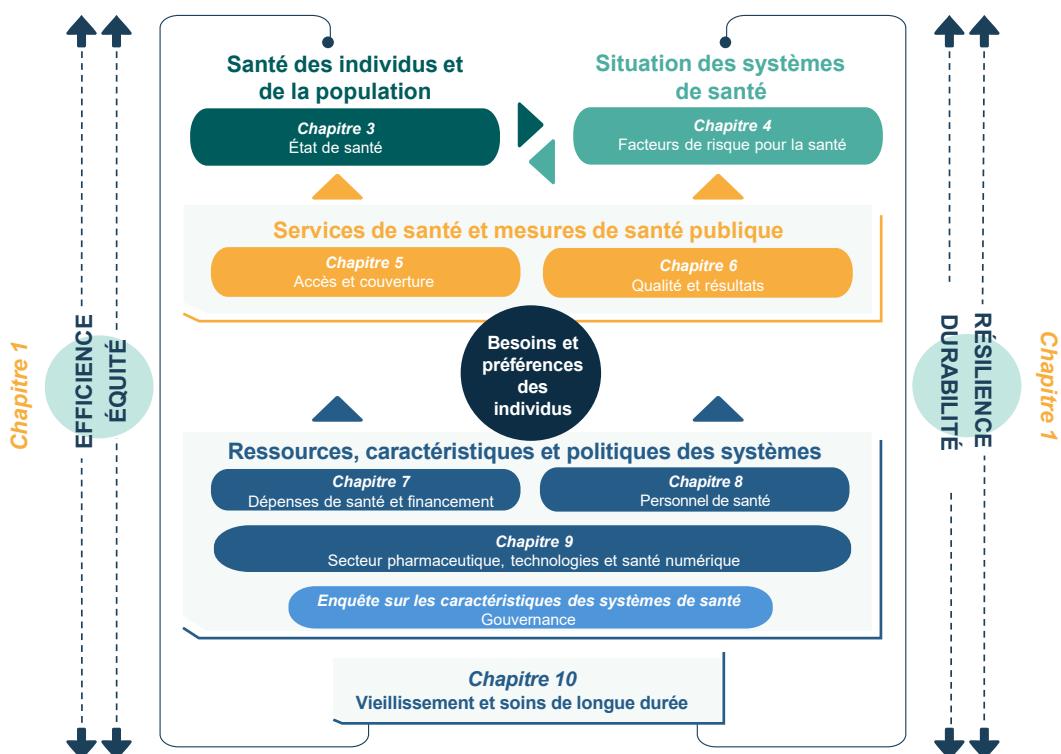
Le *Panorama de la santé 2025 - Les indicateurs de l'OCDE* présente des comparaisons entre des indicateurs clés relatifs à la santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les 38 pays Membres de l'OCDE. Les pays candidats à l'adhésion et les Partenaires clés figurent dans certains indicateurs : l'Afrique du Sud, l'Argentine, le Brésil, la Bulgarie, la République populaire de Chine (Chine), la Croatie, l'Inde, l'Indonésie, le Pérou, la Roumanie et la Thaïlande.

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

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui sous-tend le *Panorama de la santé* est le nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE (OCDE, 2024^[1]). Récemment approuvé par le Comité de la santé de l'OCDE, ce cadre examine l'incidence des systèmes de santé sur les besoins et préférences de chacun en matière de santé, compte tenu des déterminants de la santé au sens large. Le Graphique 1 fait le lien entre les indicateurs du *Panorama de la santé* et ce cadre conceptuel.

Graphique 1. Correspondance entre les indicateurs du *Panorama de la santé* et le Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE



Source : Adapté de et d'après OCDE (2024^[1]), *Représenter l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, <https://doi.org/10.1787/04e8cd9-fr>.

La santé et le bien-être de la population sont au cœur du fonctionnement des systèmes de santé. Lorsque les services de santé sont de qualité élevée et accessibles à tous, les besoins des individus sont satisfaits et les résultats en matière de santé sont meilleurs. Pour que les objectifs d'accessibilité et de qualité soient atteints et, à terme, que les résultats en matière de santé s'améliorent, il faut que les ressources allouées à la santé soient suffisantes. Ces dépenses permettent d'assurer la rémunération du personnel de santé qui dispense les soins requis, ainsi que de financer les biens et services nécessaires à la prévention et au traitement des maladies. Toutefois, ces dépenses ne contribueront à améliorer les résultats en matière de santé et à atteindre les autres objectifs des systèmes de santé, aujourd'hui et à l'avenir, que si elles sont dépensées à bon escient. L'efficience, l'équité, la durabilité et la résilience constituent quatre dimensions transversales des performances des systèmes de santé, essentielles pour optimiser les ressources dont ces derniers disposent.

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

Structure de la publication

Le *Panorama de la santé 2025* présente des comparaisons entre les pays de l'OCDE pour chaque composante de ce cadre général. Il se structure en dix chapitres. Le premier dresse un **état des lieux de la santé et du fonctionnement des systèmes de santé**, en s'appuyant sur un sous-ensemble d'indicateurs clés du rapport. Le chapitre 2 propose une analyse plus approfondie d'un sujet particulier, consacré cette année à **la santé selon le genre**.

Les huit chapitres suivants présentent ensuite des comparaisons détaillées entre pays sur divers indicateurs de la santé et des systèmes de santé. Dans la mesure du possible, l'analyse de l'évolution dans le temps et les données ventilées par caractéristiques démographiques et socioéconomiques sont incluses. Le chapitre 3, sur l'**état de santé**, met en évidence des différences entre les pays au niveau de l'espérance de vie, des principales causes de mortalité, de la santé mentale, de l'état de santé autodéclaré et d'autres indicateurs de l'état de santé. Le chapitre 4 analyse les **déterminants non médicaux et facteurs de risque** tels que le tabagisme, l'alcool, l'obésité et les risques environnementaux. Le chapitre 5, consacré à l'accès et à la couverture, examine l'accessibilité financière, la disponibilité et l'utilisation des services. Le chapitre 6 évalue la **qualité et les résultats des soins** en termes de sécurité des patients, d'efficacité clinique et d'adéquation entre les soins dispensés et les besoins de la personne. Sont inclus des indicateurs couvrant l'ensemble du cycle de soins, de la prévention aux soins primaires, de longue durée et intensifs. Le chapitre 7, sur les **dépenses et le financement de la santé**, compare les dépenses de santé des pays, les modalités de financement de ces dépenses et les fonds qui y sont consacrés. Le chapitre 8 traite du **personnel de santé**, et notamment de l'offre de personnel médical et infirmier ainsi que de la rémunération de ces professionnels. Le chapitre 9 porte sur les **produits pharmaceutiques, les technologies et la santé numérique**. Le chapitre 10 est consacré au **vieillissement et aux soins de longue durée**. Il s'agit notamment des facteurs qui influent sur la demande de soins de longue durée et sur la disponibilité de services de qualité. Outre le présent rapport, des données plus qualitatives sur les caractéristiques des systèmes de santé sont disponibles à l'adresse <https://data-explorer.oecd.org/s/34u>.

Présentation des indicateurs

À l'exception des deux premiers chapitres, les indicateurs sont présentés sous forme de courtes sections. Chaque section offre tout d'abord une définition des indicateurs analysés, ainsi que les principaux enseignements tirés des données et des informations sur l'action publique, puis signale les éventuelles différences de méthodologie entre les pays susceptibles d'avoir une incidence sur la comparabilité des données. À la suite de quoi on trouve les graphiques correspondants, lesquels présentent les valeurs les plus récentes de l'indicateur considéré et, dans la mesure du possible, leur évolution dans le temps. Lorsqu'un graphique contient une moyenne pour l'OCDE, il s'agit, sauf indication contraire, de la moyenne non pondérée des pays de l'OCDE présentés. Le nombre de pays inclus pour le calcul de la moyenne OCDE est indiqué dans les graphiques, et pour les graphiques montrant plus d'une année ce nombre fait référence à la dernière année disponible. Les dernières données comparables disponibles sont présentées, en général à partir de 2021-2023. Pour quelques pays, seules des données d'avant la pandémie sont parfois présentées dans les graphiques. Dans ce cas, l'année est indiquée dans une note sous le graphique.

Limites des données

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

Sources des données

Les lecteurs qui souhaiteraient utiliser les données présentées dans cette publication sont invités à consulter la base de données en ligne *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, dans l'Explorateur des données de l'OCDE via <https://data-explorer.oecd.org/s/39t>. La documentation complète sur les définitions, sources et méthodes utilisées est consultable en ligne à l'adresse : <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2025.pdf>. De plus amples informations sur les *Statistiques de l'OCDE sur la santé* sont disponibles à l'adresse <https://www.oecd.org/fr/data/datasets/oecd-health-statistics.html>, et sur les résultats des enquêtes concernant les indicateurs fondés sur les déclarations des patients à l'adresse <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>.

Les chiffres de population

Les chiffres de population utilisés tout au long du rapport pour calculer les taux par habitant sont tirés d'Eurostat pour les pays européens et des données de l'OCDE basées sur l'*Annuaire démographique des Nations unies* et les *Perspectives démographiques mondiales des Nations unies* (diverses éditions) ou sur des estimations nationales pour les pays non-européens de l'OCDE (données extraites en juin 2025), et correspondent à des estimations en milieu d'année. Les estimations de population sont susceptibles d'être révisées, si bien qu'elles peuvent différer des données démographiques les plus récentes publiées par les instituts statistiques nationaux des pays Membres de l'OCDE. Il convient aussi de noter que certains pays, comme les États-Unis, la France et le Royaume-Uni, ont des territoires outre-mer. Les populations qui vivent sur ces territoires ne sont généralement pas prises en compte. Toutefois, la population prise en considération pour le calcul du PIB par habitant ou d'autres indicateurs économiques concernant ces pays peut varier suivant la couverture des données.

Tableau 1. Codes ISO des pays de l'OCDE

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

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

Afrique du Sud	ZAF	Indonésie	IDN
Argentine	ARG	Pérou	PER
Brésil	BRA	République populaire de Chine (Chine)	CHN
Bulgarie	BGR	Roumanie	ROU
Croatie	HRV	Thaïlande	THA
Inde	IND		

Références

OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>.

[1]

Résumé

Les pays se sont remis de la pandémie, mais des enjeux de santé majeurs subsistent

- L'espérance de vie s'est redressée et est désormais orientée à la hausse. En 2023, elle s'élevait à 81.1 ans en moyenne dans les pays de l'OCDE, ce qui restait toutefois inférieur au niveau d'avant la pandémie dans 13 pays Membres.
- Au total, plus de 3 millions de décès prématurés auraient pu être évités en 2023 chez les moins de 75 ans au prix d'un renforcement des actions de prévention et de soin. Les maladies du système circulatoire et le cancer, les deux principales causes de mortalité, représentent presque la moitié de tous les décès dans les pays de l'OCDE.
- Les principales causes d'années potentielles de vie perdues sont les causes externes (dont le suicide, les accidents et la violence) pour les hommes, alors qu'il s'agit du cancer pour les femmes. Si elles vivent plus longtemps que les hommes, les femmes passent une plus grande partie de leur existence en mauvaise santé (6.3 ans après 60 ans, contre 5.0 ans pour les hommes).
- Parmi les usagers des soins primaires âgés de 45 ans et plus, 82 % déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique, et 52 % de deux maladies chroniques ou plus en moyenne dans les pays de l'OCDE participant à l'Enquête PaRIS fondée sur les déclarations des patients.
- Les troubles de la santé mentale demeurent problématiques, en particulier chez les jeunes. En moyenne en 2022, 52 % des jeunes de 15 ans ont signalé de multiples problèmes de santé, notamment une sensation de déprime, des maux de tête ou des vertiges à répétition, contre 37 % en 2014.

Les systèmes de santé représentent environ un dixième de la production économique et de l'emploi

- En 2024, les pays de l'OCDE ont consacré 9.3 % de leur PIB à la santé, ce qui est inférieur au plus haut niveau atteint pendant la crise du COVID-19, mais supérieur aux niveaux d'avant la pandémie. Dans 16 pays de l'OCDE, les dépenses de santé représentent plus de 10 % du PIB.
- Selon les projections, les dépenses publiques en pourcentage du PIB augmenteront en moyenne de 1.5 point de pourcentage (p.p.) d'ici à 2045, principalement tirées par les progrès technologiques, les attentes croissantes quant aux résultats des soins de santé et le vieillissement démographique.
- Or les dépenses de santé représentent déjà 15 % des dépenses publiques, une proportion qui a légèrement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE ces dix dernières années. Il pourrait donc être difficile de la porter plus haut encore dans de nombreux pays, compte tenu des autres priorités de l'action publique et des contraintes budgétaires.
- Les effectifs des personnels de santé augmentent, et dans les pays de l'OCDE environ un emploi sur dix en moyenne se situe dans les secteurs de la santé ou des services sociaux. Cette tendance devrait encore s'accentuer parallèlement à la hausse de la demande de soins de santé. Les médecins formés à l'étranger contribuent à pourvoir les postes vacants : en moyenne, 20 % de tous les médecins avaient été formés à l'étranger en 2023, contre 16 % en 2010.

Les indicateurs de la qualité des soins de santé et de l'accès aux soins montrent une amélioration

- Les indicateurs de la santé mettent en évidence une amélioration constante de la qualité des soins aigus. Par exemple, les chances de survie après une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral sont plus élevées aujourd'hui qu'il y a dix ans : les taux de mortalité à 30 jours après une crise cardiaque s'élevaient à 6.5 % en moyenne en 2023, contre 8.2 % en 2013, tandis qu'ils atteignaient 7.7 % après un AVC ischémique en 2023, contre 9.3 % en 2013.
- Les soins primaires contribuent à garder les individus en bonne santé et à prévenir les hospitalisations, comme en témoigne la baisse des hospitalisations évitables dans 28 des 30 pays de l'OCDE considérés ces dix dernières années. La satisfaction des patients à l'égard des services de soins primaires est élevée, y compris parmi les patients aux besoins plus complexes : en moyenne, 87 % des usagers de soins primaires âgés de 45 ans et plus atteints de maladies chroniques sont satisfaits des soins reçus, et 78 % font confiance au dernier professionnel de santé consulté.

Les performances des systèmes de santé peuvent encore être améliorées, mais l'augmentation des dépenses de santé n'est pas nécessairement synonyme de meilleurs résultats

- Si la plupart des pays disposent d'un système de santé universel, des difficultés d'accès subsistent. Ainsi, dans plusieurs pays, les délais d'attente demeurent un enjeu de taille pour l'action publique. Les disparités socioéconomiques sont marquées, et les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible sont 2,5 fois plus susceptibles de faire état de besoins de soins médicaux non satisfaits que celles du quintile le plus élevé.
- La sécurité des patients est un sujet de préoccupation majeur : par exemple, 44 % seulement des médecins et des personnels infirmiers estiment que les effectifs et le rythme de travail permettent d'assurer la sécurité des soins. Et si la sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires s'est légèrement améliorée en moyenne, en termes de réduction du volume d'antibiotiques et d'opioïdes prescrits, ces progrès sont limités dans la plupart des pays.
- Dans l'ensemble, les pays aux dépenses de santé plus élevées enregistrent de meilleurs résultats en matière de santé, mais ce n'est pas systématique. Par exemple, huit pays affichent des dépenses de santé en proportion du PIB inférieures à la moyenne, mais enregistrent néanmoins de meilleurs taux de mortalité évitables.

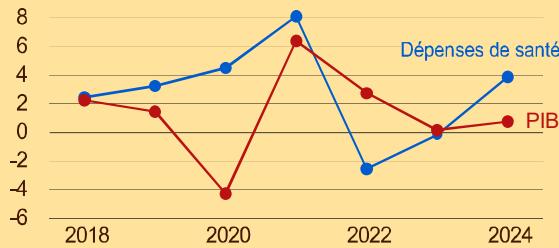
Un nouvel effort d'optimisation des dépenses s'impose pour assurer la santé de la population et la viabilité des systèmes de santé, en accordant un rôle central à la prévention

- La lutte contre les facteurs de risque pour la santé tout au long de la vie est la clé pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé à long terme, et ce à moindre coût. Toutefois, les taux d'obésité continuent d'augmenter dans plus de quatre cinquièmes des pays de l'OCDE, 54 % des adultes en moyenne étant en surpoids ou, pour 19 % d'entre eux, obèses. La consommation nocive d'alcool est préoccupante, 27 % des adultes déclarant une consommation épisodique excessive d'alcool au moins une fois par mois. Les taux de tabagisme ont diminué, mais 15 % des adultes continuent de fumer quotidiennement, et les taux de vapotage sont en hausse.
- Ces facteurs de risque concernent aussi les enfants. En moyenne dans les pays de l'OCDE parmi les adolescents de 15 ans, 20 % étaient en surpoids ou obèses, 38 % avaient consommé de l'alcool le mois précédent, 15 % fumaient et 20 % vapotaient au moins une fois par mois. Certains comportements à risque débutent encore plus tôt : en moyenne, 15 % des adolescents de 13 ans et 5 % des adolescents de 11 ans déclaraient avoir bu de l'alcool le mois précédent.
- De nombreuses interventions de prévention et de soins primaires offrent un excellent rapport coût-efficacité pour s'attaquer à ces facteurs de risque. Toutefois, les dépenses allouées à la prévention ne représentaient que 3 % des dépenses totales de santé en 2023, et les dépenses consacrées aux soins primaires 14 %. La priorité accordée aux dépenses ciblées sur la prévention et les soins primaires est restée globalement inchangée depuis dix ans, l'augmentation des dépenses de prévention pendant la pandémie s'étant révélée temporaire.
- Il est fondamental d'optimiser l'utilisation des ressources. Pour y parvenir, il est notamment possible de revoir la composition du personnel de santé, mais l'augmentation du nombre de personnel infirmier et d'infirmiers nouvellement diplômés a été plus lente que celle du nombre de médecins et de diplômés en médecine. L'innovation dans la prestation des services est aussi très prometteuse, notamment grâce à un recours accru à la santé numérique. Dans ce domaine, les indicateurs mettent en évidence des tendances encourageantes : ainsi, le recours aux téléconsultations continue de croître, et elles représentaient 13 % de l'ensemble des consultations médicales en 2023.

Infographie 1. Éléments et graphiques clés

Hausse des dépenses de santé, avec des taux de croissance pré-pandémiques

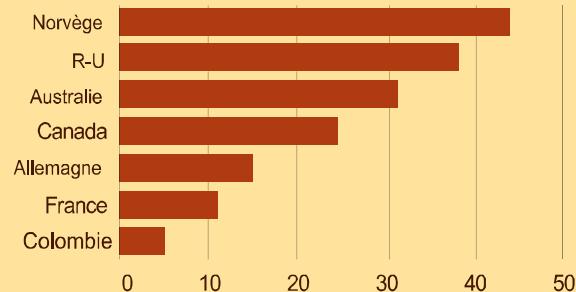
% de croissance annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB par habitant, moyenne OCDE, 2018-2024



En 2024, les pays OCDE ont consacré en moyenne environ 9,3 % de leur PIB à la santé (contre 8,8 % avant la pandémie de COVID-19). La santé représente plus de 10% de l'économie dans 16 pays OCDE.

De nombreux pays font appel à des médecins formés à l'étranger pour accroître les effectifs

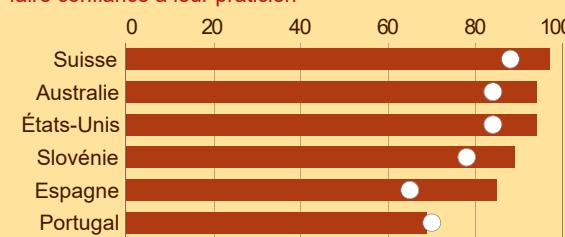
% de médecins formés à l'étranger, 2023



En moyenne, 20 % des médecins des pays OCDE avaient été formés à l'étranger en 2023, contre 16 % en 2010.

L'attention aux besoins des patients est essentielle à des soins de qualité

% de patients avec maladies chroniques déclarant bénéficier de soins de bonne/excellente qualité et faire confiance à leur praticien



En moyenne, 87 % des patients atteints de maladies chroniques sont satisfaits des soins reçus, et 78 % font confiance au dernier professionnel de santé consulté.

Le tabac, l'alcool, l'alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice sont très répandus

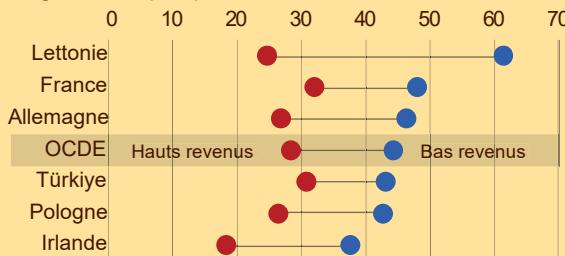
Personnes âgées de 15 ans et plus

	Obésité (% autodéclaré)	Alcool (litres consommés par personne)	Fumeurs quotidiens (%)
OCDE	19.0	8.5	14.8
Hongrie	22.2	10.3	24.9
Corée	5.1	7.8	15.3
Suède	16.5	7.4	8.5
R-U	29.0	9.3	10.5
États-Unis	34.5	9.5	8.0

Moins de 15 ans : en moyenne, 38 % ont consommé de l'alcool le mois précédent, 15 % ont fumé et 20 % vapoté au moins une fois par mois.

Les personnes à faibles revenus plus susceptibles de signaler des maladies chroniques de longue durée

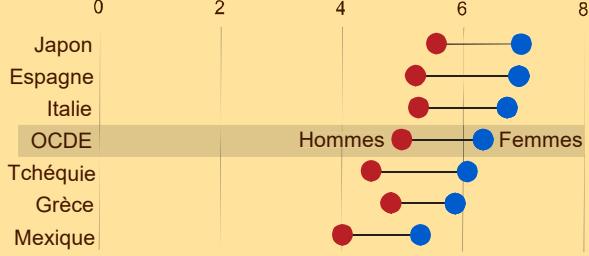
% déclarant une maladie ou un problème de santé de longue durée, par quintile de revenu, 2024



44 % des personnes situées dans le quintile de revenu le plus bas déclarent avoir une maladie chronique de longue durée, contre seulement 28 % dans le quintile de revenu le plus élevé.

Les femmes vivent plus longtemps, mais avec une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé

Années prévues passées avec limitations d'activité après 60 ans



À 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre 3,4 années de plus que les hommes, mais risquent de subir plus longtemps des limitations d'activité (6,3 années contre 5,0).

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 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 dimensions transversales des performances des systèmes de santé – efficience, équité, durabilité et résilience – sont également étudiées.

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 présente une vue d'ensemble comparative des pays de l'OCDE pour divers 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.

Tableau 1.1. État de santé des populations et fonctionnement des systèmes de santé : indicateurs clés selon cinq dimensions

Dimension	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 auto-déclaré – population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Déterminants non médicaux et facteurs de risque (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 – exposition aux particules en suspension dans l'air, en particulier PM _{2.5}
Accès aux soins (chapitres 5, 10)	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 (chapitres 6, 10)	Sécurité des soins primaires – antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 100 000 habitants) Efficacité des soins primaires – admissions hospitalières 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 patients de 45 ans et plus, standardisés par âge et sexe)
Capacités et ressources des systèmes de santé (chapitres 5, 7, 8, 9, 10)	Dépenses de santé – dépenses de santé totales (par habitant, USD à parités de pouvoir d'achat) Dépenses de santé – total des dépenses de santé (% du 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. Voir les chapitres énumérés dans le tableau pour plus d'informations sur les problèmes de définition et de comparabilité de chacun de ces indicateurs, ainsi que le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur ».

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 2023, ou de l'année la plus proche si les données de 2023 ne sont pas disponibles pour un pays donné.

Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon l'un des trois codes de couleur suivants :

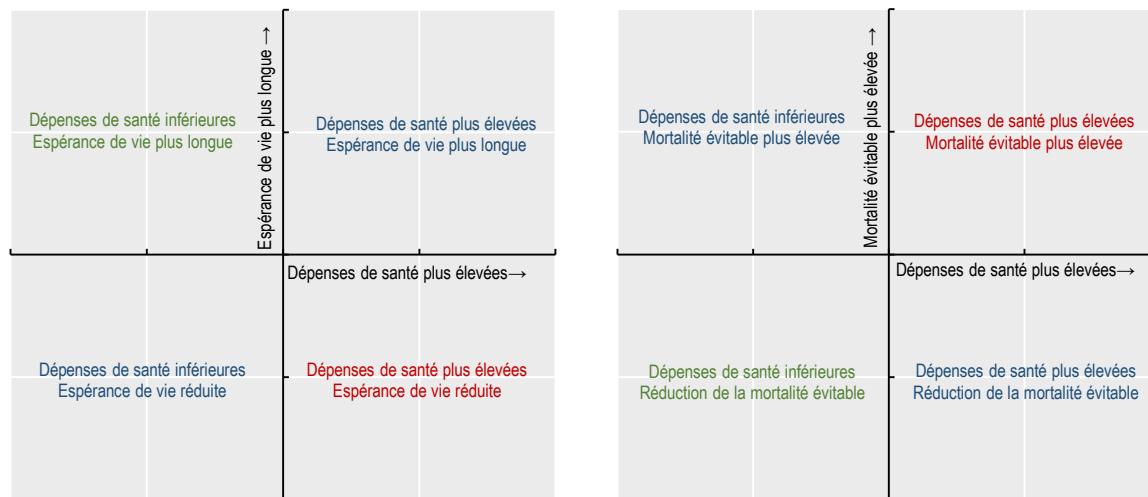
- **bleu**, lorsque la performance du pays est proche de la moyenne de l'OCDE,
- **vert**, lorsque la performance du pays est considérablement supérieure à la moyenne de l'OCDE,
- **rouge**, lorsque la performance du pays est considérablement inférieure à la moyenne de l'OCDE.

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.

Le chapitre propose également un résumé général des dimensions transversales du fonctionnement des systèmes de santé. Il s'agit notamment d'étudier les corrélations entre les dépenses de santé et les résultats en matière de santé, l'accès aux soins et la qualité des soins. 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 fournit de plus amples informations sur la méthodologie, l'interprétation et l'utilisation des tableaux de bord nationaux et des graphiques en quadrant. Une synthèse générale des autres indicateurs d'efficience, ainsi que des indicateurs d'équité, de durabilité et de résilience, est également fournie. Ces dimensions sont conformes au nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE (OCDE, 2024^[1]).

Il est à noter que l'analyse présentée dans le présent chapitre 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. L'analyse met plutôt en évidence 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 détaillée, organisés par thème.

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. Cette classification rend compte de la position relative des pays et non des performances par rapport à des niveaux de référence absolus. 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 par pays sont également indiquées dans les tableaux de bord.

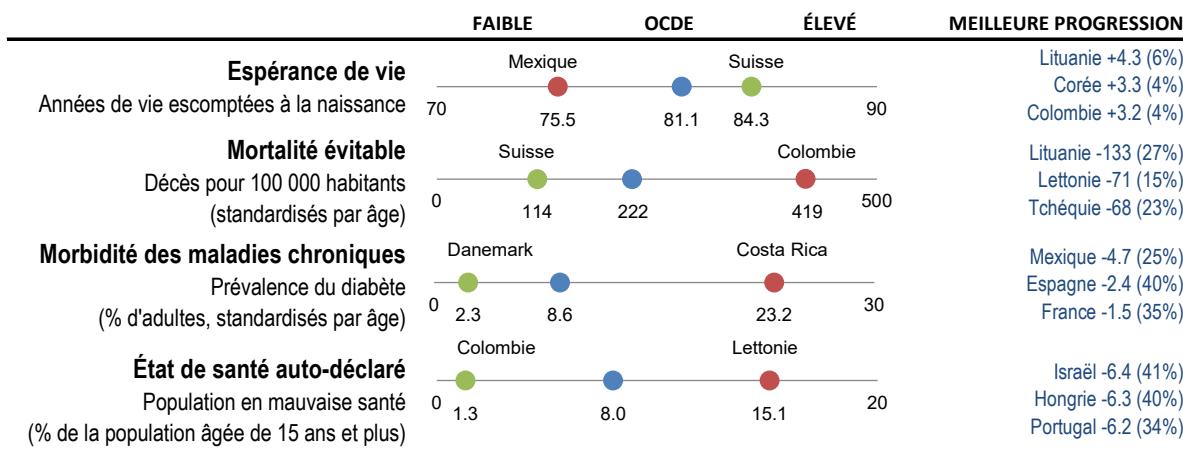
Graphiques en quadrant

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 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 auto-déclarée 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, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Données relatives à la morbidité des maladies chroniques pour 2022. Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses) : 2010-2023 (Espérance de vie), 2013-2023 (Mortalité évitable), 2012-2022 (Morbidité des maladies chroniques) et 2014-2024 (État de santé autoévalué).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; Observatoire mondial de la santé 2024 de l'OMS.

La Suisse, le Japon, l'Espagne et Israël se classent en tête d'un large groupe de 27 pays de l'OCDE qui affichaient en 2023 une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. La Lettonie et le Mexique sont les pays qui présentaient la plus faible espérance de vie (moins de 76 ans). Si l'espérance de vie a souvent diminué pendant la pandémie, les dernières données montrent des signes de reprise. Toutefois, en 2023, l'espérance de vie était encore inférieure à son niveau d'avant la pandémie dans 13 pays membres.

Les taux de mortalité évitable (par prévention et par traitement) les plus bas sont observés en Suisse et au Luxembourg, où moins de 130 personnes sur 100 000 sont décédées prématurément. Les plus élevés sont ceux de la Colombie, le Mexique et la Lettonie (plus de 400 décès prématurés pour 100 000 habitants). Le taux de mortalité évitable des hommes (303 décès pour 100 000 habitants) est, en moyenne, deux fois plus élevé que celui des femmes (149 pour 100 000 habitants) dans les pays de l'OCDE.

En 2022, c'est au Costa Rica, en Turquie, au Mexique et au Chili que la prévalence du diabète était la plus forte, avec au moins 14 % d'adultes atteints (données standardisées par âge par rapport à la population mondiale). À l'inverse, la prévalence la plus faible s'observe au Danemark, en France et en Espagne, à moins de 4 %. La prévalence a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, mais a diminué au Mexique, en Espagne, en France et en Israël. 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 2024, pourcentage qui allait de plus de 13 % au Japon et en Lettonie, à moins de 3 % en Nouvelle-Zélande et en Colombie. 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, 2023 (sauf indication contraire)

	Espérance de vie ¹		Mortalité évitable ²		Morbilité des maladies chroniques (2022)		État de santé auto-déclaré (2024) ³	
	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/très mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	81.1	+	222	+	8.6	-	8.0	+
Allemagne	81.1	+	195	+	6.6	+	10.9	-
Australie	83.0	+	146	+	8.1	-	3.8	+
Autriche	81.9	+	175	+	5.2	-	8.4	+
Belgique	82.5	+	184	+	6.7	-	8.3	+
Canada	81.7	+	184	+	6.8	-	3.2	-
Chili	81.6	+	229	+	14.0	-	6.1	n.d.
Colombie	77.5	+	419	-	12.3	-	1.3	n.d.
Corée	83.5	+	151	+	10.4	-	11.3	+
Costa Rica	81.0	+	241	-	23.2	-	n.d.	n.d.
Danemark	81.8	+	175	+	2.3	+	7.7	-
Espagne	84.0	+	142	+	3.6	+	7.3	+
Estonie	79.1	+	323	+	8.8	-	12.3	+
États-Unis	78.4	-	312	-	12.5	-	3.4	-
Finlande	81.6	+	191	+	7.4	-	6.1	+
France	83.0	+	162	+	2.7	+	9.7	-
Grèce	81.8	+	213	-	7.2	-	7.0	+
Hongrie	76.7	+	390	+	11.2	-	9.6	+
Irlande	82.9	+	166	+	7.8	-	4.8	-
Islande	82.4	+	150	+	5.4	-	7.5	-
Israël	83.8	+	134	+	7.9	+	9.1	+
Italie	83.5	+	145	+	7.2	-	5.9	+
Japon	84.1	+	135	+	6.4	-	13.5	n.d.
Lettonie	75.6	+	412	+	9.3	-	15.1	+
Lituanie	77.6	+	356	+	11.2	-	12.1	+
Luxembourg	83.4	+	123	+	5.9	-	6.2	+
Mexique	75.5	+	418	-	14.3	+	n.d.	n.d.
Norvège	83.1	+	n.d.	n.d.	5.6	-	9.7	-
Nouvelle-Zélande	82.0	+	n.d.	n.d.	9.0	-	2.9	-
Pays-Bas	81.9	+	149	+	6.4	-	6.0	-
Pologne	78.4	+	316	-	10.8	-	9.8	+
Portugal	82.5	+	180	+	7.4	-	12.1	+
Rép. slovaque	78.2	+	297	+	8.9	-	11.9	+
Royaume-Uni	81.0	+	227	-	8.8	-	8.3	+
Slovénie	82.0	+	187	+	10.8	-	8.4	+
Suède	83.4	+	133	+	5.1	-	8.0	-
Suisse	84.3	+	114	+	4.3	-	4.4	-
Tchéquie	79.9	+	229	+	7.7	-	9.1	+
Türkiye	77.3	+	287	-	16.6	-	7.1	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 2024 pour le Chili, la Colombie et le Mexique, données de 2022 pour la Türkiye.

2. Données de 2020-2022 pour l'Allemagne, la Belgique, le Canada, le Chili, la Colombie, la Corée, le Costa Rica, le Danemark, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Mexique, la Pologne, le Portugal et le Royaume-Uni.

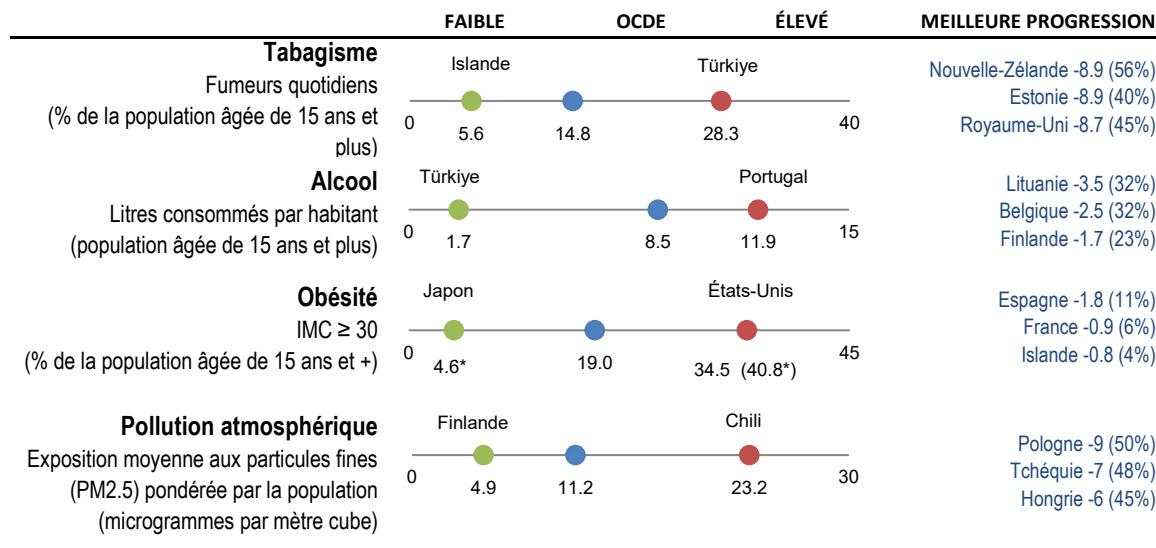
3. Données de 2019-2023 pour l'Australie, le Canada, le Chili, la Colombie, les États-Unis, l'Islande, Israël, le Japon, le Royaume-Uni et la Suisse.

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

Déterminants non médicaux et facteurs de risque

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 présente une vue d'ensemble de ces indicateurs 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, 2023 (ou année la plus proche)



Note : 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 relatives à la pollution atmosphérique concernent l'année 2020. Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses) : 2013-2023 (Tabagisme, Alcool, Obésité), 2010-2020 (Pollution atmosphérique).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Statistiques de l'OCDE sur l'environnement 2025.

Le tabagisme est à l'origine de nombreuses maladies, notamment cancers et maladies cardiovasculaires et respiratoires. Dans les pays de l'OCDE, 14.8 % des personnes âgées de 15 ans et plus fumaient quotidiennement en 2023. Le pourcentage le plus élevé de fumeurs quotidiens est observé en Türkiye, en Hongrie et en Grèce, où au moins une personne sur quatre fume chaque jour. L'Islande et le Costa Rica affichent le pourcentage de fumeurs quotidiens le plus faible (6 % ou moins). Le taux de tabagisme a diminué dans la plupart des pays au cours des dix dernières années, avec une réduction moyenne de 26 % depuis 2013.

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 le Portugal ont enregistré les niveaux de consommation les plus élevés en 2023 (plus de 11.5 litres d'alcool pur par personne et par an). C'est en Türkiye, en Israël, au Costa Rica et en Colombie que la consommation moyenne est la plus faible (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans la plupart des pays depuis 2013. Cependant, la consommation dangereuse d'alcool reste problématique chez certains groupes de population, et près d'un adulte sur quatre déclare 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 % de la population en 2023, 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 produisent généralement 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 résultats nuisibles en matière de santé. Selon les projections de l'OCDE, la pollution de l'air (extérieur) pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématuress par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les populations étaient exposées à 11.2 microgrammes de particules fines (PM_{2.5}) par mètre cube en 2020. L'exposition à la pollution atmosphérique a diminué au fil du temps dans la plupart des pays, mais seul un pays, la Finlande, atteint des niveaux de pollution par les PM_{2.5} inférieurs aux recommandations de l'OMS relatives à la qualité de l'air (5 µg par m³).

Tableau 1.3. Tableau de bord sur les déterminants non médicaux et les facteurs de risque, 2023 (sauf indication contraire)

	Tabagisme ¹		Alcool ²		Obésité ³		Pollution atmosphérique (2020)	
	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 +)		Exposition moyenne aux particules fines (PM _{2.5}) (microgrammes par mètre cube)	
OCDE	14.8	+	8.5	+	19.0	-	11.2	+
Allemagne	14.6	+	10.6	+	16.7	-	10.3	+
Australie	8.5	+	10.5	-	25.4 (30.7*)	-	8.1	-
Autriche	20.6	n.d.	11.3	+	16.6	-	10.9	+
Belgique	12.8	+	7.8	+	21.7*	-	11.1	+
Canada	8.7	+	8.1	+	23.7 (24.3*)	-	6.3	+
Chili	16.0	+	n.d.	n.d.	30.7	-	23.2	-
Colombie	9.8	n.d.	4.2	-	n.d.	n.d.	13.9	+
Corée	15.3	+	7.8	+	5.1 (7.2*)	-	n.d.	n.d.
Costa Rica	6.2	+	3.4	-	n.d.	n.d.	14.1	+
Danemark	11.0	+	9.3	+	18.7	-	8.9	+
Espagne	19.8	+	11.1	-	14.9	+	9.7	+
Estonie	13.2	+	10.9	+	19.9	-	6.1	+
États-Unis	8.0	+	9.5	-	34.5 (40.8*)	-	7.7	+
Finlande	11.3	+	7.4	+	24 (30.2*)	-	4.9	+
France	23.1	+	10.4	+	14.4	+	9.5	+
Grèce	24.9	n.d.	6.6	+	12.2	n.d.	14.2	+
Hongrie	24.9	n.d.	10.3	+	22.2 (33.2*)	-	14.0	+
Irlande	14.0	+	9.4	+	21 (22.2*)	-	8.0	+
Islande	5.6	+	7.7	-	21.4	+	5.5	+
Israël	17.0	-	2.7	-	18.1	-	18.6	+
Italie	19.5	+	8	-	11.8	-	14.3	+
Japon	15.7	+	6.7	+	4.6*	-	12.6	-
Lettonie	22.6	n.d.	11.7	-	23.3*	-	11.8	+
Lituanie	18.9	n.d.	11	+	20.3	-	9.2	+
Luxembourg	15.1	+	10.7	+	16.5	-	8.7	+
Mexique	8.5	-	6.2	-	36*	-	14.4	+
Norvège	8.0	+	6.2	-	16	-	6.1	+
Nouvelle-Zélande	6.9	+	8.2	+	33.8*	-	6.3	+
Pays-Bas	13.2	+	7.8	+	14.9	-	10.8	+
Pologne	17.1	n.d.	10	+	18.5	-	17.8	+
Portugal	14.2	n.d.	11.9	-	15.9	+	8.3	+
Rép. slovaque	21.0	n.d.	9.4	+	19.4	-	15.3	+
Royaume-Uni	10.5	+	9.3	+	29 (28*)	-	9.7	+
Slovénie	17.4	n.d.	9.7	-	19.4	-	14.0	+
Suède	8.5	+	7.4	-	16.5	-	5.6	+
Suisse	16.1	+	8	+	12.1	-	9.0	+
Tchéquie	15.9	+	11.2	+	19.3	-	14.1	+
Türkiye	28.3	-	1.7	-	20.2	-	22.1	+

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 2024 pour le Danemark, l'Estonie, l'Irlande, l'Islande, Israël, le Luxembourg, la Norvège et la Nouvelle-Zélande. Données de 2019-2022 pour l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Chili, la Colombie, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la Slovénie, la Suisse et la Türkiye.

2. Données de 2024 pour l'Irlande, la Norvège et le Mexique. Données de 2020-2022 pour l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, la Colombie, les États-Unis, la Grèce, Israël, l'Italie, le Luxembourg et le Portugal.

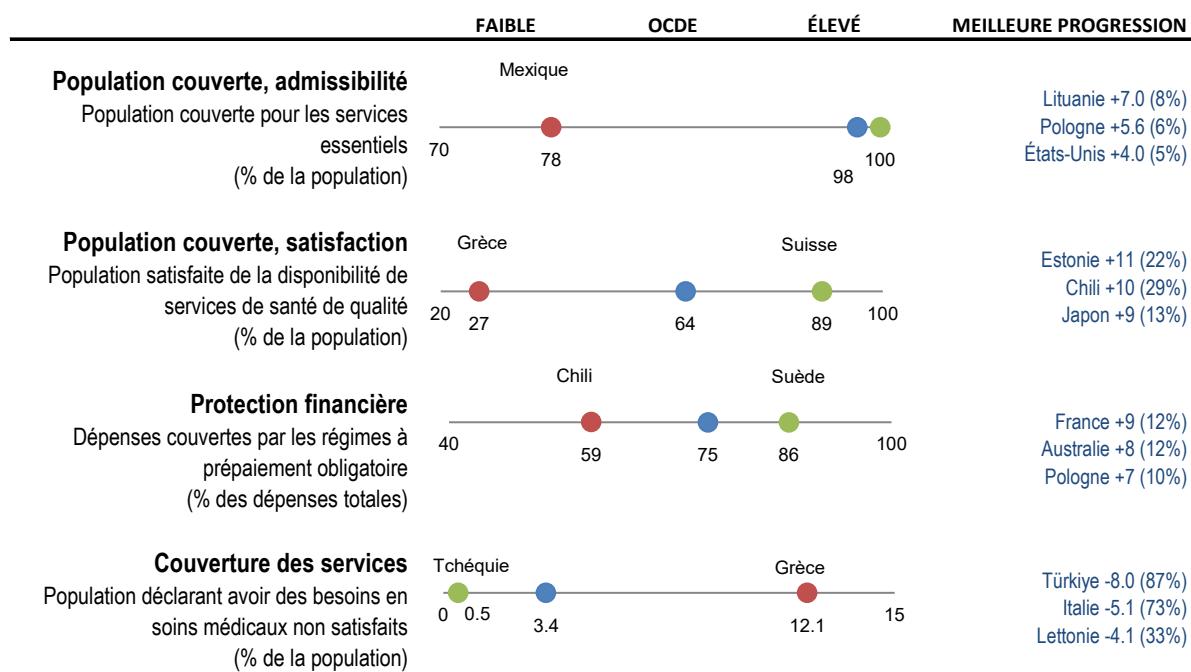
3. Données de 2024 pour la Corée, l'Irlande, et Israël ; données de 2019-2022 pour l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suisse, la Tchéquie et la Türkiye.

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 les données mesurées sont également indiquées. 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, 2023 (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). 2014-2024 (Couverture de la population, admissibilité, Population couverte, satisfaction, Couverture des services) 2013-2023 (Protection financière). L'admissibilité (Population couverte) est de 100 % dans 26 pays. Données de 2024 sur l'admissibilité et la satisfaction de la population.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Gallup World Poll 2024, 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 2024, la couverture de la population était de 78 % au Mexique, et inférieure à 95 % dans trois autres pays (Costa Rica, Estonie et États-Unis).

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 2024, dans les pays de l'OCDE, 64 % des personnes étaient satisfaites de la disponibilité de services de santé de qualité à proximité de leur domicile. C'est en Suisse, en Belgique, au Danemark et au Luxembourg que les citoyens sont les plus susceptibles d'être satisfaits, alors que moins de 50 % des citoyens le sont en Grèce, en Turquie, en Hongrie, en Italie, au Chili et en Colombie. Les niveaux de satisfaction ont légèrement diminué au fil du temps dans la majorité des pays de l'OCDE.

Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. En 2023, 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 Chili, en Lettonie, en Corée, en Grèce et au Portugal, seuls 60 % environ de l'ensemble des dépenses de santé étaient couverts par des dispositifs publics.

S'agissant de la couverture des services, en moyenne dans les 28 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données comparables, seuls 3.4 % de la population ont déclaré en 2024 avoir des besoins en soins médicaux non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente. Toutefois, ils étaient plus de 8 % dans ce cas en Grèce, au Canada, en Finlande, en Estonie et en Lettonie. 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 Finlande.

Tableau 1.4. Tableau de bord sur l'accès aux soins, 2023 (sauf indication contraire)

	Population couverte, admissibilité (2024) ¹		Population couverte, satisfaction (2024) ²		Protection financière ³		Couverture des services (2024) ⁴	
	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 en soins médicaux non satisfaits (% de la population)	
OCDE	98	+	64	-	75.1	+	3.4	+
Allemagne	100	=	81	-	85.9	+	0.8	+
Australie	100	=	71	-	72.8	+	n.d.	n.d.
Autriche	100	=	78	-	76.7	+	1.0	-
Belgique	98	-	86	-	73.6	-	1.3	+
Canada	100	=	50	-	70.3	-	9.1	n.d.
Chili	97	+	44	+	59.3	-	n.d.	n.d.
Colombie	99	+	46	+	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Corée	100	=	69	+	60.4	+	n.d.	n.d.
Costa Rica	93	-	70	+	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	100	=	86	+	83.3	-	3.1	-
Espagne	100	+	62	-	73.2	+	1.8	-
Estonie	94	=	62	+	75.8	+	8.5	+
États-Unis	93	+	75	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Finlande	100	=	61	-	81.0	+	8.5	-
France	100	=	60	-	84.4	+	4.1	-
Grèce	100	n.d.	27	-	60.9	-	12.1	-
Hongrie	96	=	41	-	73.7	+	1.0	+
Irlande	100	=	65	-	76.6	+	2.9	+
Islande	100	=	62	-	83.6	+	2.8	+
Israël	100	=	73	+	62.1	-	n.d.	n.d.
Italie	100	=	44	-	73.1	-	1.9	+
Japon	100	=	80	+	84.8	+	n.d.	n.d.
Lettonie	100	=	54	+	59.6	-	8.4	+
Lituanie	99	+	53	+	67.3	+	4.3	-
Luxembourg	100	=	86	-	85.6	+	1.0	-
Mexique	78	-	56	+	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	100	=	80	-	85.7	+	1.6	-
Nouvelle-Zélande	100	=	63	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Pays-Bas	100	+	83	-	82.7	+	0.6	-
Pologne	97	+	51	+	77.6	+	3.8	+
Portugal	100	=	58	-	61.5	-	2.5	+
Rép. slovaque	96	+	56	-	78.9	+	1.6	+
Royaume-Uni	100	=	61	-	81.5	+	4.5	-
Slovénie	100	=	71	-	73.6	+	3.4	-
Suède	100	=	75	-	86.1	+	2.2	-
Suisse	100	=	89	-	67.5	+	1.3	-
Tchéquie	100	-	75	-	84.5	-	0.5	+
Türkiye	99	+	41	-	n.d.	n.d.	1.2	+

Mieux que la moyenne de l'OCDE.

Proche de la moyenne de l'OCDE.

Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

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 population couverte.

1. Données de 2021-2023 pour l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Corée, le Costa Rica, le Danemark, les États-Unis, la Hongrie, l'Islande, le Japon, le Mexique, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Türkiye.

2. Données de 2023 pour le Luxembourg.

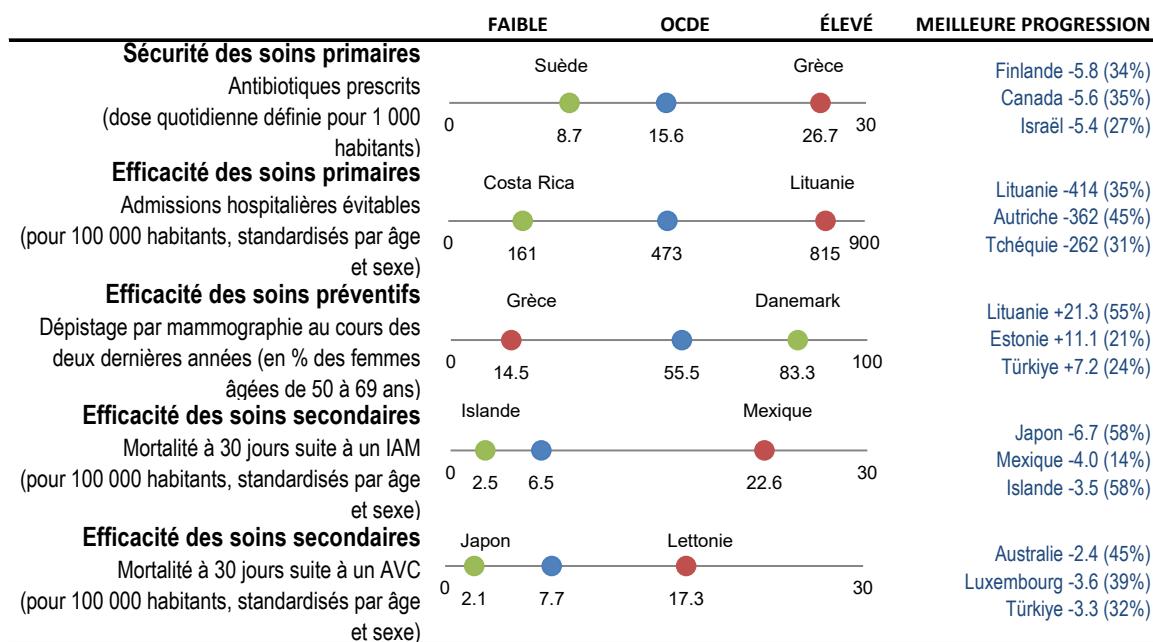
3. Données de 2022 pour l'Australie, Israël, la Norvège et le Royaume-Uni.

4. Données de 2018-2023 pour le Canada, l'Islande, le Royaume-Uni et la Suisse.

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 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, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Sous « meilleure progression » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (2013-2023) (variation en pourcentage entre parenthèses).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; 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 sous ordonnance contribuent à la résistance accrue aux antimicrobiens et représentent des dépenses inutiles. Le volume total des antibiotiques prescrits en 2023 variait du simple au triple selon les pays, la Suède, les Pays-Bas et l'Autriche déclarant les volumes les plus faibles, la Grèce et la Corée les plus élevés. Dans la plupart des 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 2023, les plus fréquentes en Lituanie, en Allemagne et aux États-Unis, parmi 31 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 2023, le Danemark, la Suède, la Finlande et les États-Unis 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 les plus faibles étaient observés en Grèce, au Mexique et au Costa Rica (tous inférieurs à 25 %).

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, le Mexique et la Lettonie affichaient, en 2023, les taux de mortalité à 30 jours les plus élevés. La Norvège, l'Australie, les Pays-Bas et le Japon enregistraient 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, 2023 (sauf indication contraire)

	Sécurité des soins primaires ¹		Efficacité des soins primaires ²		Efficacité des soins préventifs ³		Efficacité des soins secondaires ⁴		
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)	Admissions hospitalières 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 100 000 hab., standardisés par âge et sexe, données non couplées)	n.d.	n.d.	n.d.
OCDE	15.6	+	473	+	55.5	+	6.5	7.7	+
Allemagne	11.7	+	810	+	52.0	-	7.9	7.0	=
Australie	17.8	+	606	+	51.3	-	3.3	4.1	+
Autriche	9.5	+	440	+	40.1	+	6.0	6.0	+
Belgique	19.1	+	529	+	58.0	-	7.0	8.0	+
Canada	10.5	+	440	+	n.d.	n.d.	4.5	7.6	+
Chili	n.d.	n.d.	264	+	39.5	+	8.3	8.7	+
Colombie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Corée	25.5	-	376	+	70.1	+	8.4	3.3	+
Costa Rica	n.d.	n.d.	161	+	21.7	-	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	14.3	+	514	+	83.3	-	4.5	4.9	+
Espagne	22.5	-	426	+	n.d.	n.d.	6.3	9.4	+
Estonie	11.2	-	384	+	64.5	+	9.1	8.0	+
États-Unis	n.d.	n.d.	733	+	79.8	-	5.2	4.5	+
Finlande	11.1	+	411	+	81.5	-	7.0	9.4	+
France	22.3	+	n.d.	n.d.	46.7	-	n.d.	n.d.	n.d.
Grèce	26.7	+	n.d.	n.d.	14.5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Hongrie	13.1	+	n.d.	n.d.	47.7	+	6.5	7.7	+
Irlande	20.7	-	545	+	69.3	-	5.6	6.8	+
Islande	17.2	+	343	+	56.0	-	2.5	8.9	+
Israël	14.5	+	443	+	70.5	+	4.5	4.4	+
Italie	21.2	+	224	+	55.4	-	4.7	6.9	+
Japon	10.0	+	n.d.	n.d.	44.7	+	4.9	2.1	+
Lettonie	13.3	-	n.d.	n.d.	36.1	+	13.5	17.3	+
Lituanie	16.3	-	815	+	59.7	+	9.6	11.7	+
Luxembourg	18.7	+	554	-	54.9	-	8.6	5.6	+
Mexique	n.d.	n.d.	301	+	20.2	+	22.6	17.0	+
Norvège	14.1	+	458	+	76.6	+	2.6	4.0	+
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	67.9	-	4.6	6.7	+
Pays-Bas	8.8	+	364	+	70.2	-	2.9	5.1	+
Pologne	21.8	-	809	+	37.3	n.d.	6.7	10.5	+
Portugal	18.0	-	236	+	55.5	n.d.	7.1	9.3	+
Rép. slovaque	19.0	+	728	+	42.7	n.d.	5.4	7.6	+
Royaume-Uni	15.6	+	447	+	66.4	-	6.4	8.5	+
Slovénie	11.9	+	402	+	77.5	-	5.7	11.7	+
Suède	8.7	+	384	+	83.0	n.d.	3.4	4.9	+
Suisse	n.d.	n.d.	459	-	50.0	+	6.2	7.9	+
Tchéquie	15.0	+	592	+	60.3	+	5.2	8.1	+
Türkiye	12.1	-	n.d.	n.d.	37.4	+	6.0	7.0	+

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 2019-2021 pour Israël, le Japon, le Royaume-Uni et la Suède.

2. Données de 2020-2022 pour le Chili, le Costa Rica, les États-Unis et le Mexique.

3. Données de 2020-2022 pour le Japon, le Mexique et la Suisse.

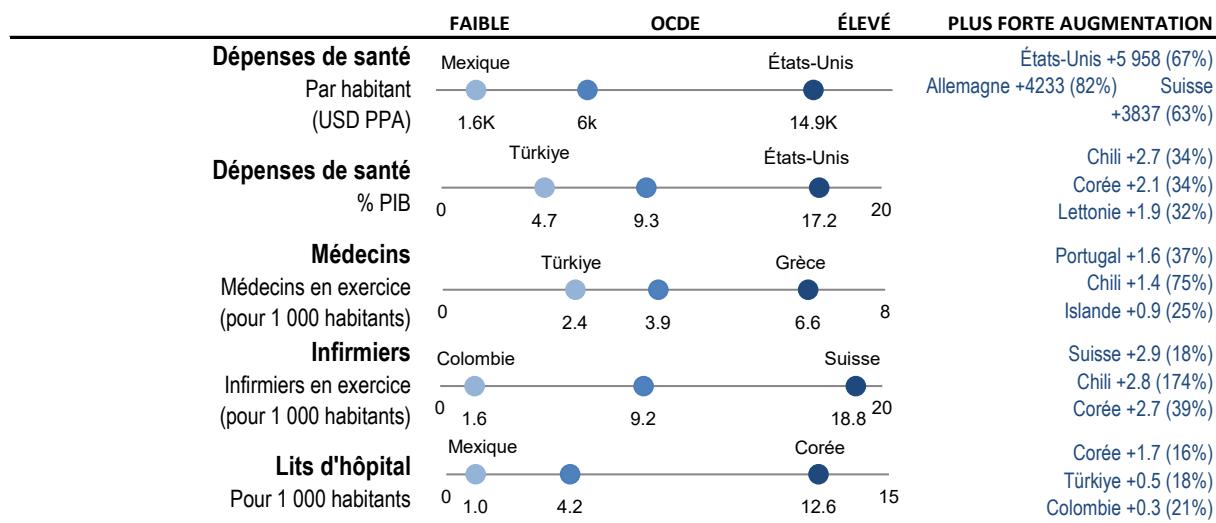
4. Données de 2021-2022 pour le Chili, les États-Unis, le Mexique et la Nouvelle-Zélande.

Note : Le symbole « + » indique une amélioration dans le temps, « - » une détérioration dans le temps et « = » l'absence d'évolution. Les hospitalisations évitables englobent l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'insuffisance cardiaque congestive et le diabète. Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM. Le codage par couleurs concernant l'efficacité des soins secondaires repose sur le niveau moyen de mortalité à 30 jours après un IAM ou un AVC (pour 100 000 hab., standardisé par âge et sexe).

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 et la répartition des dépenses entrent 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, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Données sur les dépenses de santé de 2024. Sous « plus forte augmentation » figurent les pays avec les plus grands changements en valeur absolue sur dix ans (variation en pourcentage entre parenthèses) : 2014-2024 (Dépenses de santé), 2013-2023 (Médecins, Infirmiers et Lits d'hôpital).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

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 2024, les États-Unis consacraient à la santé des dépenses considérablement plus élevées que tous les autres pays (14 885 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 Norvège, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche. C'est au Mexique, en Colombie, au Costa Rica et en Turquie que les dépenses de santé étaient les plus faibles, à moins de 2 500 USD par habitant. L'évolution du rapport des dépenses de santé au PIB au cours des 20 dernières années se traduit par une courbe distincte avec des hausses brutales en 2009 et 2020, et une période de stabilité entre les deux.

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 2023, il y avait 2.5 médecins ou moins pour 1 000 habitants en Turquie, et cinq ou plus en Autriche, en Italie, en Norvège, en Grèce et au Portugal. 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 2023, dans une fourchette allant d'environ 3 pour 1 000 ou moins en Colombie, en Turquie et au Mexique, à plus de 15 en Suisse, en Norvège et en Islande. 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 2023, on recensait en moyenne 4.2 lits d'hôpital pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE. Plus des deux tiers 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 Suède en ont relativement peu.

Tableau 1.6. Tableau de bord sur les capacités et les ressources des systèmes de santé, 2023 (sauf indication contraire)

	Dépenses de santé (2024)			Médecins ¹		Infirmiers ²		Lits d'hôpital ³		
	Par habitant (USD PPA)	% du PIB		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)		Pour 1 000 habitants		
OCDE	5 967	+	9.3	+	3.9	+	9.2	+	4.2	-
Allemagne	9 365	+	12.3	+	4.7	+	12.2	+	7.7	-
Australie	7 469	+	10.3	+	4.2	+	13.0	+	3.8	+
Autriche	8 401	+	11.8	+	5.5	+	10.6	n.d.	6.6	-
Belgique	7 750	+	11.0	+	3.4	+	11.5	+	5.4	n.d.
Canada	7 301	+	11.3	+	2.7	+	10.0	+	2.5	-
Chili	3 749	+	10.5	+	3.3	+	4.4	+	1.9	-
Colombie	1 877	+	8.1	+	2.5	+	1.6	+	1.9	+
Corée	4 797	+	8.4	+	2.7	+	9.5	+	12.6	+
Costa Rica	1 935	+	6.8	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.1	-
Danemark	7 071	+	9.4	-	4.5	+	10.5	+	2.3	-
Espagne	5 346	+	9.2	+	4.4	+	5.9	+	2.9	-
Estonie	3 768	+	7.8	+	3.5	+	6.6	+	4.1	-
États-Unis	14 885	+	17.2	+	2.7	+	12.4	+	2.8	-
Finlande	6 655	+	10.6	+	2.9	+	12.7	+	2.6	-
France	7 367	+	11.5	-	3.9	n.d.	8.8	+	5.4	-
Grèce	3 607	+	8.1	+	6.6	+	3.8	+	4.2	-
Hongrie	3 303	+	6.5	-	3.6	+	5.5	n.d.	6.5	-
Irlande	7 813	+	6.9	-	3.8	+	13.7	n.d.	2.9	+
Islande	6 770	+	9.0	+	4.5	+	15.2	-	2.6	-
Israël	4 352	+	7.6	+	3.5	+	5.6	+	3.0	-
Italie	5 164	+	8.4	-	5.4	n.d.	6.9	+	3.0	-
Japon	5 790	+	10.6	-	2.6	+	12.2	+	12.5	-
Lettonie	3 411	n.d.	7.6	+	3.4	+	4.2	-	5.0	-
Lituanie	4 259	+	7.6	+	4.6	+	7.5	-	5.5	-
Luxembourg	8 087	+	5.9	+	4.0	+	14.2	+	3.9	-
Mexique	1 588	+	5.9	+	2.7	+	3.0	+	1.0	-
Norvège	9 393	+	9.7	+	5.0	+	15.6	+	3.3	-
Nouvelle-Zélande	6 097	+	10.1	+	3.7	+	11.7	+	2.5	-
Pays-Bas	8 436	+	10.0	-	3.9	+	11.1	+	2.3	-
Pologne	4 284	+	8.1	+	3.9	n.d.	5.9	+	6.3	-
Portugal	5 212	+	10.2	+	5.8	+	7.6	+	3.4	-
Rép. slovaque	4 021	+	8.4	+	3.8	+	5.7	-	5.7	-
Royaume-Uni	6 747	+	11.1	+	3.4	+	9.1	+	2.4	-
Slovénie	5 527	+	9.9	+	3.5	+	10.5	+	4.1	-
Suède	7 871	+	11.3	+	4.5	+	11.0	-	1.9	-
Suisse	9 963	+	11.8	+	4.5	+	18.8	+	4.4	-
Tchéquie	5 014	+	8.5	+	4.2	+	9.0	+	6.4	-
Türkiye	2 309	+	4.7	+	2.4	+	2.9	+	3.1	+

 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 2017-2022 pour les États-Unis, le Japon et la Suède.

2. Données de 2017-2022 pour la Belgique, la France, le Japon et la Suède.

3. Données de 2016-2022 pour l'Australie, le Costa Rica et les États-Unis.

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 de santé.

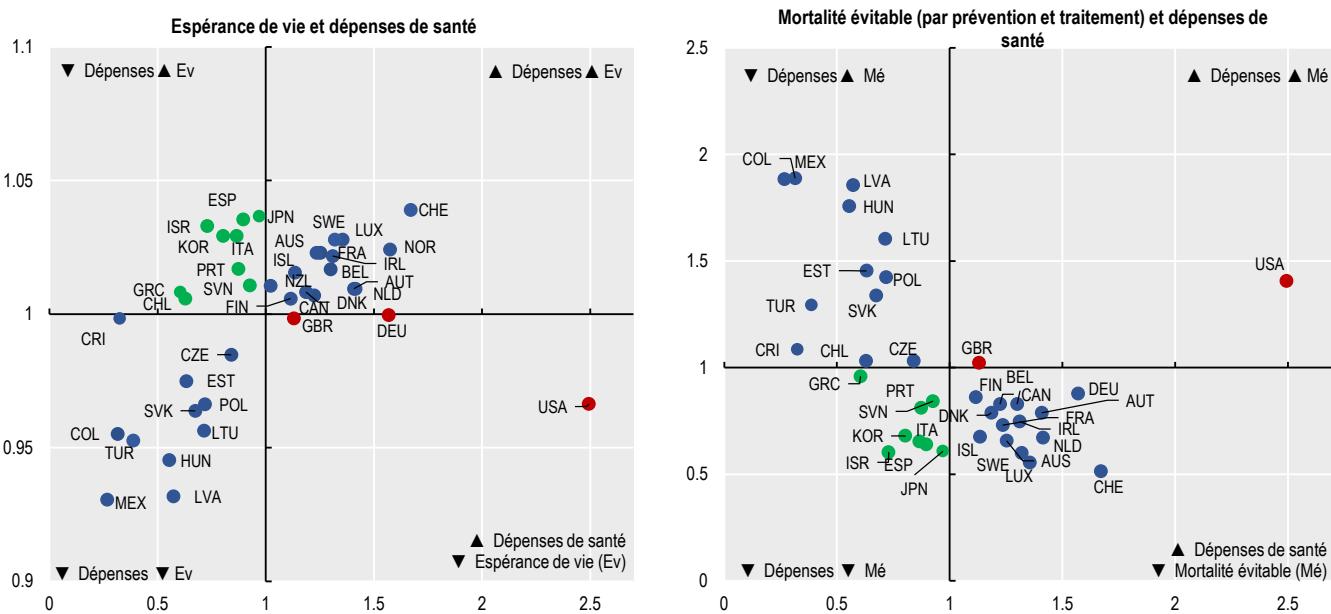
Dimensions transversales des performances des systèmes de santé – graphiques en quadrant

Les graphiques en quadrant illustrent les liens entre les dépenses de santé et certains indicateurs relatifs aux objectifs des systèmes de santé. Ils apportent des éclairages simples en montrant 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. Pour une analyse plus approfondie, voir (OECD/The Health Foundation, 2025^[2]).

Dépenses de santé et résultats en matière de santé

Le Graphique 1.7 montre 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. Association entre les indicateurs de dépenses de santé et de résultats en 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, 17 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).

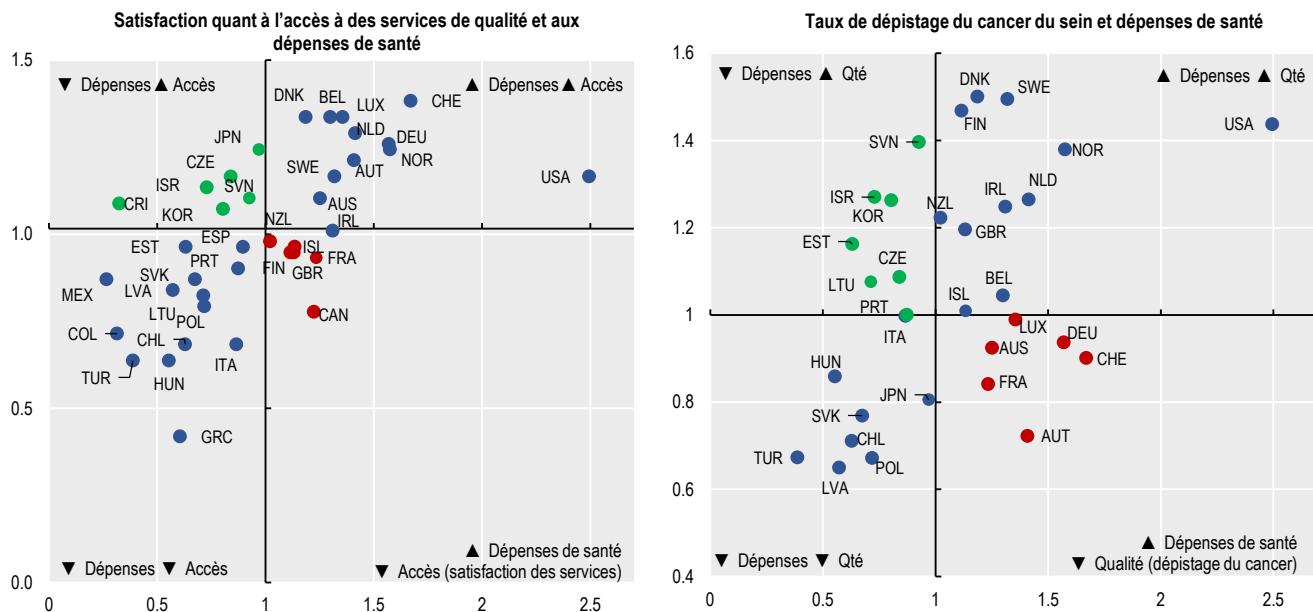
Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Neuf pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Cela peut indiquer que les systèmes de santé ont un bon rapport qualité-prix, même si de nombreux autres facteurs ont aussi une incidence sur les résultats en matière de santé. Ces neuf pays sont la Corée, l'Espagne, l'Italie, Israël, le Portugal, le Chili, la Grèce, le Japon et la Slovénie. Dans le quadrant inférieur droit figurent l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis, ces derniers ayant des dépenses de santé nettement plus élevées que celles des autres pays de l'OCDE, mais une espérance de vie inférieure à la moyenne de la zone.

Une corrélation dans le sens attendu est également évidente en ce qui concerne la mortalité évitable (Graphique 1.8). Parmi les pays de l'OCDE, 14 dépensent davantage et affichent un taux de mortalité évitable plus faible (quadrant inférieur droit), et 12 dépensent moins et enregistrent un taux de mortalité évitable plus élevé (quadrant supérieur gauche). Huit ont des dépenses inférieures à la moyenne mais des taux de mortalité évitables plus faibles – Israël, Japon, Corée, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, Slovénie (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis dépensent bien davantage que la moyenne de l'OCDE mais enregistrent un taux de mortalité évitable plus important.

Dépenses de santé, accès et qualité des soins

Le Graphique 1.8 illustre dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé assurent des services plus facilement accessibles et de meilleure qualité (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Graphique 1.8. Association entre les indicateurs de dépenses de santé et d'accès et de qualité



En termes d'accès, le Graphique 1.8 montre une corrélation clairement positive entre la part de la population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité à proximité du domicile et les dépenses de santé par habitant. Parmi les pays de l'OCDE, 12 dépensent 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). Au Canada, les dépenses de santé sont supérieures de 22 % à la moyenne de l'OCDE, mais seulement 50 % des habitants sont satisfaits de l'accès à des services de santé de qualité (contre 64 % en moyenne dans la zone OCDE). En Corée et en Tchéquie, 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 1.8 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, sept pays dépensent moins que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus élevés (quadrant supérieur gauche), tandis que six pays dépensent plus que la moyenne de l'OCDE mais affichent des taux de dépistage du cancer plus faibles (quadrant inférieur droit).

Liens vers d'autres indicateurs de performances transversales des systèmes de santé

Parallèlement à ces graphiques en quadrant, plusieurs autres indicateurs internationaux apportent des éclairages supplémentaires sur les dimensions transversales de l'efficience, de l'équité, de la durabilité et de la résilience qui caractérisent les performances des systèmes de santé. Le Tableau 1.7 dresse la liste de ces indicateurs, dont le choix repose en partie sur ceux du nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé de l'OCDE et sur les indicateurs présentés dans la présente édition du *Panorama de la santé*.

Tableau 1.7. Dimensions transversales de l'efficience, de l'équité, de la durabilité et de la résilience – Indicateurs possibles

Dimension	Indicateur(s)	Où trouver dans le <i>Panorama de la santé</i>
Efficacité à l'échelle du système	Dépenses de santé / résultats en matière de santé, accès aux soins, qualité des soins	Chapitre 1 – Graphiques 1.7, 1.8, 1.9, 1.10
	Prix dans le secteur de la santé	Chapitre 7 – Graphiques 7.6, 7.7, 7.8
	Dépenses relatives consacrées aux soins préventifs	Chapitre 7 – Graphique 7.17.
Efficacité des services hospitaliers	Durée moyenne de séjour	Chapitre 5 – Graphique 5.23.
	Taux d'occupation des lits	Chapitre 5 – Graphique 5.20.
	Chirurgie ambulatoire	Chapitre 5 – Graphiques 5.27, 5.28
Efficience des soins primaires	Nombre de consultations par médecin	Chapitre 5 – Graphique 5.18.
Efficience dans le secteur pharmaceutique	Part des génériques par rapport à l'ensemble des produits pharmaceutiques	Chapitre 9 – Graphiques 9.7, 9.8
Équité en matière de santé	Espérance de vie, femmes/hommes	Chapitres 3 et 10 – Graphiques 3.1, 10.3
	Incidence du cancer et mortalité, femmes/hommes	Chapitre 3 – Graphiques 3.7, 3.8, 3.9
	Maladie de longue durée, revenus faibles/élevés	Chapitre 3 – Graphique 3.15.
	Taux de suicide, hospitalisations pour lésions auto-infligées, femmes/hommes	Chapitre 3 – Graphiques 3.19, 3.20
	État de santé auto-déclaré, revenus faibles/élevés	Chapitres 3 et 10 – Graphiques 3.22, 10.4
Équité en matière de déterminants non médicaux	Tabagisme, femmes/hommes, filles/garçons	Chapitre 4 – Graphiques 4.1, 4.8
	Consommation d'alcool, femmes/hommes, filles/garçons	Chapitre 4 – Graphiques 4.11, 4.13
	Consommation de drogues, femmes/hommes, filles/garçons	Chapitre 4 – Graphiques 4.4, 4.5, 4.6, 4.8
	Nutrition et activité physique, femmes/hommes	Chapitre 4 – Graphiques 4.14, 4.16
Équité en matière de recours aux services	Obésité, femmes/hommes, filles/garçons, revenus faibles/élevés	Chapitre 4 – Graphiques 4.21, 4.22, 4.23, 4.24
	Besoins non satisfaits, revenus faibles/élevés	Chapitre 5 – Graphiques 5.5, 5.6
Équité en matière de protection financière	Dépenses de santé catastrophiques, revenus faibles/élevés	Chapitre 5 – Graphique 5.10.
	Dépenses publiques et privées de santé en pourcentage du PIB	Chapitre 7 – Graphiques 7.1, 7.2, 7.3
Viabilité budgétaire	Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses publiques	Chapitre 7 – Graphique 7.12.
	Sources de recettes qui financent les dépenses publiques de santé	Chapitre 7 – Graphique 7.13.
	Projections des dépenses de santé	Chapitre 7 – Graphiques 7.25, 7.26
	Émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé	Chapitre 4 – Graphique 4.27.
Durabilité environnementale	Population atteinte de maladie de longue durée, de maladie chronique	Chapitre 3 – multiples
	Population présentant divers facteurs de risque	Chapitre 4 – multiples
	Part de la population âgée de 65 ans et plus et de 80 ans et plus	Chapitre 10 – Graphique 10.1.
Résilience – vulnérabilité des populations	Dépenses consacrées à la préparation aux crises et aux capacités de soins critiques	Chapitre 7 – Graphiques 7.22, 7.23, 7.24
	Dépenses d'investissement dans la santé	Chapitre 7 – Graphiques 7.20, 7.21
	Lits d'hôpital, lits de soins intensifs, taux d'occupation des lits	Chapitre 5 – Graphiques 5.19, 5.20, 5.21
	Effectifs dans le secteur de la santé	Chapitre 8 – multiples
Résilience – capacités des systèmes de santé		

Références

- OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>. [1]
- OECD/The Health Foundation (2025), *How Do Health System Features Influence Health System Performance?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7b877762-en>. [2]

2 Quelles maladies touchent différemment les hommes et les femmes, et pourquoi cette différence est-elle importante ?

Principaux constats

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, on observe en matière de santé une nette différence entre les genres : les hommes meurent plus jeunes, tandis que les femmes, si elles vivent plus longtemps, passent cependant une plus grande partie de leur existence en mauvaise santé. Ce constat criant met en évidence un double défi pour les systèmes de santé : il faut non seulement prolonger l'espérance de vie, mais aussi améliorer la qualité de vie pendant les années supplémentaires gagnées. Ce chapitre apporte de nouveaux éléments sur les maladies qui touchent différemment les hommes et les femmes, et sur les raisons pour lesquelles cette différence est importante. Il propose une analyse comparative des inégalités en matière de santé entre les hommes et les femmes en termes de résultats sanitaires et de facteurs de risque pour la santé dans les pays de l'OCDE. L'analyse initiale met en évidence cinq grands constats :

- **Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais la différence va de 3 à 10 ans selon les pays.** Au cours de la dernière décennie, la plupart de ces pays ont réussi à réduire l'écart d'espérance de vie à la naissance entre femmes et hommes. Cet écart s'est toutefois creusé dans huit pays, dont le Mexique (où il est passé de 5.6 à 6.5 ans), les États-Unis (de 4.8 à 5.3 ans), la Lettonie (de 9.6 à 10.1 ans), Israël (de 3.6 à 4.0 ans) et l'Islande (de 3.2 à 3.6 ans), mais aussi le Canada, le Costa Rica et le Royaume-Uni.
- **Les différences dans les taux de mortalité par maladie révèlent des facteurs distincts de mortalité prématuée chez les hommes et les femmes.** Chez les hommes, les causes externes (notamment le suicide, les accidents et la violence) arrivent en tête des années de vie potentielles perdues, avec 31 % des dix principales causes de décès prématués dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Il est donc urgent de mettre en place des mesures de prévention, car bon nombre de ces décès pourraient être évités et sont liés à des problèmes de santé mentale, à des comportements à risque et à des risques professionnels. Le taux de suicide reste deux à huit fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, malgré une baisse observée au cours des dernières décennies. En revanche, le cancer est la principale cause d'années de vie potentielles perdues chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE.
- **Disparité entre morbidité et mortalité : les femmes passent une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé, même si elles vivent plus longtemps que les hommes.** Dans les pays de l'OCDE, les femmes déclarent passer un plus grand nombre d'années avec des limitations d'activité après 60 ans que les hommes (6.3 ans contre 5.0 ans), et, par conséquent, elles passent une plus petite partie de leur vie en bonne santé (74 % contre 76 %). Aux Pays-Bas, en Suède, en Belgique, en Allemagne et en Turquie, l'écart entre les sexes atteint 3 points de pourcentage (p.p.), reflétant probablement des différences dans l'accès aux soins, les comportements en matière de santé et les risques professionnels. Les données de l'enquête de l'OCDE fondée sur les déclarations des patients (PaRIS) confirment que les femmes âgées de 45 ans et plus souffrant de maladies chroniques déclarent être en moins bonne santé physique et mentale, jouir d'un bien-être moindre et avoir une vie sociale moins satisfaisante (OCDE, 2025^[1]). L'Enquête européenne par interview sur la santé (EHIS) donne des résultats concordants.
- **Les écarts entre les genres en matière de prédisposition aux maladies sont en grande partie dus aux différences de comportement et d'exposition aux risques.** Dans tous les pays de l'OCDE, on observe systématiquement que les hommes fument davantage, sont deux fois plus susceptibles de consommer occasionnellement de fortes quantités d'alcool, consomment moins de légumes (sauf au Mexique et en Corée) et sont plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses. Ils sont également exposés à des risques plus élevés liés à la consommation de drogues illicites. En revanche, les femmes indiquent avoir une activité physique moins importante dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception du Danemark, de la Finlande et de la Suède.
- **Les inégalités sociales en matière de santé sont le sous-jacent de certaines disparités entre hommes et femmes** Les données de l'enquête PaRIS sur les personnes déclarant être en bonne ou en excellente santé font ressortir des tendances claires selon le niveau d'études et le genre. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, les hommes ayant fait des études supérieures déclarent être en meilleure santé : l'écart atteint 13.2 p.p. entre les groupes ayant un niveau d'études faible et ceux ayant un niveau moyen/élevé. Pour les femmes, l'écart est encore plus important, avec une moyenne de 15.2 p.p. On relève aussi des disparités entre des personnes qui ont un même niveau d'études : ainsi, parmi celles qui sont peu instruites, les hommes se déclarent plus satisfaits de leur état de santé que les femmes (avec un écart de 4.3 p.p.), et il en va de même parmi les personnes ayant un niveau d'instruction moyen ou élevé (avec un écart de 2.8 p.p.). Ces observations sont cohérentes avec les résultats de l'enquête EHIS.

Ce document met en évidence six domaines clés qui peuvent faire l'objet d'une action des pouvoirs publics :

- **Une prévention ciblée est nécessaire de toute urgence pour réduire les décès prématués imputables à des maladies cardiovasculaires, en particulier chez les hommes.** Les stratégies de santé publique devraient inclure des approches adaptées pour les hommes : dépistage précoce de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, programmes de changement de comportement et efforts visant à accroître la participation des hommes aux soins préventifs. L'adaptation de l'évaluation, du diagnostic et du traitement des risques cardiovasculaires pour tenir compte des besoins différenciés des femmes et des hommes pourrait permettre d'obtenir des résultats sanitaires plus équitables.
- **Une approche ciblée tout au long de la vie pourrait permettre de réduire la charge du cancer et les décès prématués dus au cancer chez les femmes.** Il convient à titre prioritaire de mener des interventions avec un bon rapport coût-efficacité auprès de l'ensemble de la population afin de lutter contre le tabagisme et la consommation nocive d'alcool chez les hommes et de renforcer le dépistage et la détection précoce. Pour les femmes, il s'agit en priorité d'étendre le dépistage du cancer colorectal et d'assurer un accès équitable au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, en particulier pour les populations mal desservies comme les femmes vivant en zone rurale, les populations migrantes ou les communautés à faible revenu.
- **La prévention des causes externes de décès doit mieux tenir compte des différences entre les hommes et les femmes.** Les causes externes – notamment le suicide, les accidents et la violence – sont les principaux facteurs de mortalité prématuée chez les hommes – en particulier chez ceux en âge de travailler. Les mesures devraient être axées en priorité sur l'intervention précoce avec des services de santé mentale accessibles et non stigmatisants, ainsi que des efforts ciblés visant à prévenir les « morts de désespoir » liées à l'alcool, aux drogues et à l'isolement social. Alors que les hommes sont plus susceptibles de décéder par suicide,

les femmes indiquent plus souvent avoir des pensées suicidaires et faire des tentatives de suicide. Les efforts de prévention doivent combler les lacunes en matière de diagnostic et de demande d'aide chez les hommes, tout en répondant aux besoins croissants en santé mentale des jeunes femmes grâce à la sensibilisation, au soutien par les pairs et aux soins de crise.

- **La divergence des tendances de la multimorbidité observées entre les hommes et les femmes dans les données PaRIS montre qu'il faut des plans de prise en charge adaptés en fonction des maladies chroniques en présence.** Pour les hommes, la combinaison des maladies cardiovasculaires et des risques connexes nécessite une prévention et une prise en charge intégrées de la santé cardiaque. Les hommes comme les femmes souffrent souvent d'un ensemble de maladies non liées, mais les femmes indiquent plus souvent souffrir également d'arthrite et de problèmes respiratoires. Ces différences soulignent l'importance de concevoir des plans de soins qui tiennent compte à la fois des affections liées et non liées, d'assurer une solide coordination entre les spécialistes et d'aider les patients à gérer leurs propres soins.
- **Les gradients sociaux de l'accès aux services de santé et de la qualité de ces services appellent des interventions auprès des populations peu instruites et des mesures multisectorielles.** Les interventions à l'échelle de toute la population ou d'envergure locale, le travail de proximité, des filets de protection plus solides et des mesures de prévention adaptées peuvent contribuer à réduire les désavantages en matière de santé pour les femmes et les hommes peu instruits. L'élargissement de l'accès à l'éducation est essentiel pour réduire les écarts entre les genres en matière de santé.
- **Les disparités en matière de santé peuvent s'expliquer en partie par des différences dans la façon dont les femmes et les hommes accèdent aux soins et les vivent.** La formation et les directives médicales ne tiennent souvent pas compte du fait que les maladies se présentent différemment chez les hommes et les femmes, ce qui témoigne d'un manque historique de recherche inclusive. Les données de l'enquête PaRIS confirment que les hommes sont plus susceptibles d'évaluer positivement la qualité des soins et de faire état d'un niveau de confiance plus élevé dans le système de santé.

Introduction

D'importants fossés persistent entre hommes et femmes dans le domaine de la santé en raison des différences dans l'apparition de la maladie, la gravité et la survie. Ces écarts découlent d'un ensemble complexe de facteurs biologiques et socioéconomiques, de choix de mode de vie et d'expositions aux risques, ainsi que de disparités potentielles dans l'accès aux soins de santé et les expériences en la matière. Pour lutter contre ces inégalités, les pays doivent non seulement s'attaquer aux écarts socioéconomiques, mais aussi veiller à ce que les politiques et les services de santé tiennent compte des différents besoins, risques et comportements des hommes et des femmes. Lors de la Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, le 23 janvier 2024, les ministres ont appelé l'OCDE à aider les pays à lutter contre les inégalités entre les genres en produisant des données et des analyses de meilleure qualité sur les disparités en matière de santé ainsi que sur le vécu et les résultats des patients (OCDE, 2024^[2]). La promotion de l'égalité des genres est par ailleurs vitale pour la croissance économique, la démocratie, la cohésion sociale et le bien-être de la société. Pourtant, d'importants écarts entre les genres persistent, en particulier au niveau des résultats économiques : les femmes travaillant à temps plein gagnent toujours moins que les hommes (OCDE, 2023^[3]). Gommer les disparités au regard de la participation au marché du travail pourrait faire grimper le produit intérieur brut (PIB) des pays de l'OCDE de 9.2 % en moyenne d'ici à 2060. En revanche, ne pas en tenir compte risque de compromettre la prospérité future (OCDE, 2023^[3]).

Ce chapitre apporte de nouveaux éléments sur les maladies qui touchent différemment les hommes et les femmes, et sur les raisons pour lesquelles cette différence est importante. Il propose une analyse transnationale des inégalités entre les genres dans le domaine de la santé, considérées sous l'angle des résultats, des modes de vie et des facteurs de risque dans les pays de l'OCDE, qui met en évidence les différences de prédisposition aux maladies entre les femmes et les hommes dans le but d'aider les responsables publics à concevoir des politiques de santé plus ciblées et plus efficaces. L'analyse s'appuie sur des données ventilées, et notamment : 1) des données collectées régulièrement par le Groupe de travail de l'OCDE sur les statistiques de la santé et celui sur la qualité et les résultats des soins de santé ; 2) les données de l'enquête PaRIS fondée sur les déclarations des patients¹ ; et 3) des données issues d'une analyse de la littérature pertinente. Dans la plupart des systèmes de suivi de la santé, le champ de la collecte de données est circonscrit aux hommes et aux femmes ; quelques pays, cependant, l'ont étendu aux populations non binaires.

Le présent chapitre est organisé en cinq sections. La section qui suit est consacrée aux tendances de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes à l'échelle de différents pays. « En quoi les causes de mortalité diffèrent-elles entre les femmes et les hommes ? » couvre les différences entre les genres en ce qui concerne les causes de mortalité, en mettant l'accent sur les maladies cardiovasculaires (MCV) et le cancer. « Les femmes vivent plus longtemps mais souffrent de maladies physiques et mentales plus prolongées » explore les tendances en matière d'années de vie en bonne santé, de santé physique et mentale, de bien-être, de vie sociale et de multimorbidité. « Les inégalités en santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, sociaux et liés au mode de vie, ainsi que d'un accès inégal et d'expériences différentes des soins de santé » examine les écarts entre les genres en matière de facteurs de risque et d'inégalités socioéconomiques en santé, et explore les différences entre les genres dans la façon dont les systèmes de santé répondent aux besoins de traitement. La dernière section présente les principales conclusions.

Dans tous les pays de l'OCDE, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, avec un écart allant de 3 à 10 ans selon le pays

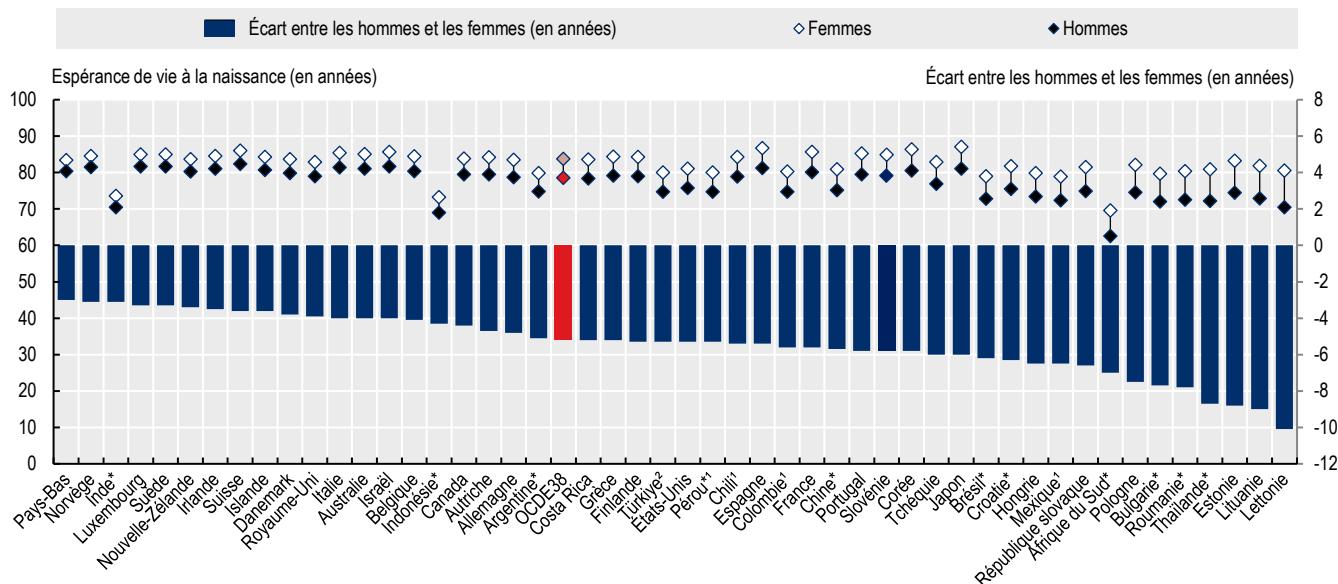
Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les hommes meurent avant les femmes. En 2023, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 83.7 ans pour les femmes et de 78.5 ans pour les hommes, soit un écart de 5.2 ans. En ce domaine, l'écart entre les genres (Graphique 2.1) varie d'un facteur supérieur à trois entre les pays de l'OCDE, puisqu'il va de 3 ans à un peu plus de 10 ans. En 2023, les disparités les plus importantes ont été observées en Lettonie (10.1 ans), en Lituanie (9 ans) et en Estonie (8.8 ans), et s'expliquent en grande partie par l'espérance de vie particulièrement faible des hommes. Les écarts les plus étroits ont été constatés aux Pays-Bas (3 ans), en Norvège (3.1 ans), en Suède et au Luxembourg (3.3 ans).

Dans les principaux pays Partenaires et candidats à l'adhésion, les différences entre les genres en matière d'espérance de vie à la naissance suivent des tendances similaires à celles observées dans les pays de l'OCDE, allant de 3.1 ans à près de 9 ans. La Thaïlande (8.7) et la Roumanie

(7,8) affichent les écarts les plus marqués, là encore en raison de la longévité plus faible des hommes. L'Inde et l'Indonésie présentent à l'inverse des écarts particulièrement ténus, non parce que les hommes y jouissent d'une meilleure santé qu'ailleurs, mais parce que l'avantage détenu par les femmes y est modéré par des facteurs sociaux et sanitaires – à commencer par la mortalité maternelle, l'accès inégal aux soins et la charge de morbidité.

Graphique 2.1. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes varie d'un facteur supérieur à trois entre les pays de l'OCDE

Espérance de vie à la naissance, 2023 (ou année la plus proche)



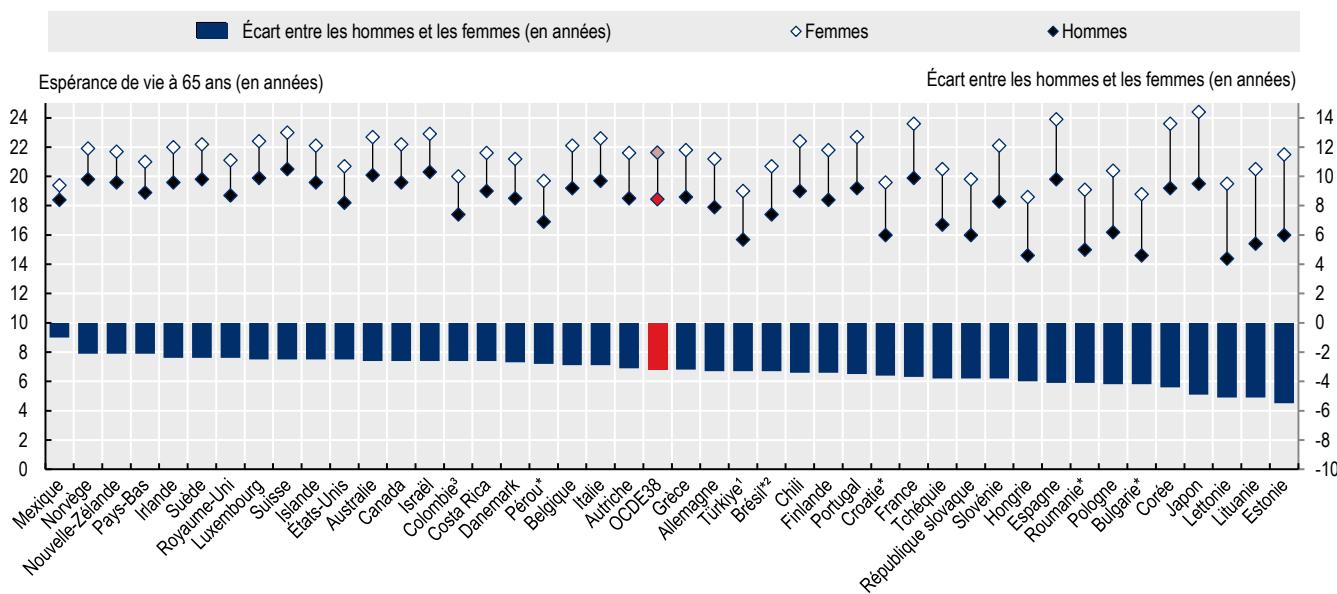
Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2024.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Eurostat pour les pays de l'UE.

StatLink <https://stat.link/2x14jq>

Le Graphique 2.2 présente l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes et les femmes. Il confirme que les femmes conservent un avantage constant en matière de longévité dans tous les pays de l'OCDE. L'écart se réduit néanmoins si l'on regarde l'espérance de vie à 65 ans (plutôt que l'espérance de vie à la naissance). Pour autant, les disparités entre les pays sont encore plus grandes : l'écart varie en effet d'un facteur cinq, puisqu'il va d'un an environ, au Mexique, à plus de 5,5 ans, en Estonie.

Graphique 2.2. L'écart entre les hommes et les femmes en termes d'espérance de vie à 65 ans varie d'un facteur cinq, allant d'environ 1 an à plus de 5 ans

Espérance de vie à 65 ans, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Eurostat pour les pays de l'UE.

StatLink <https://stat.link/jrnkvw>

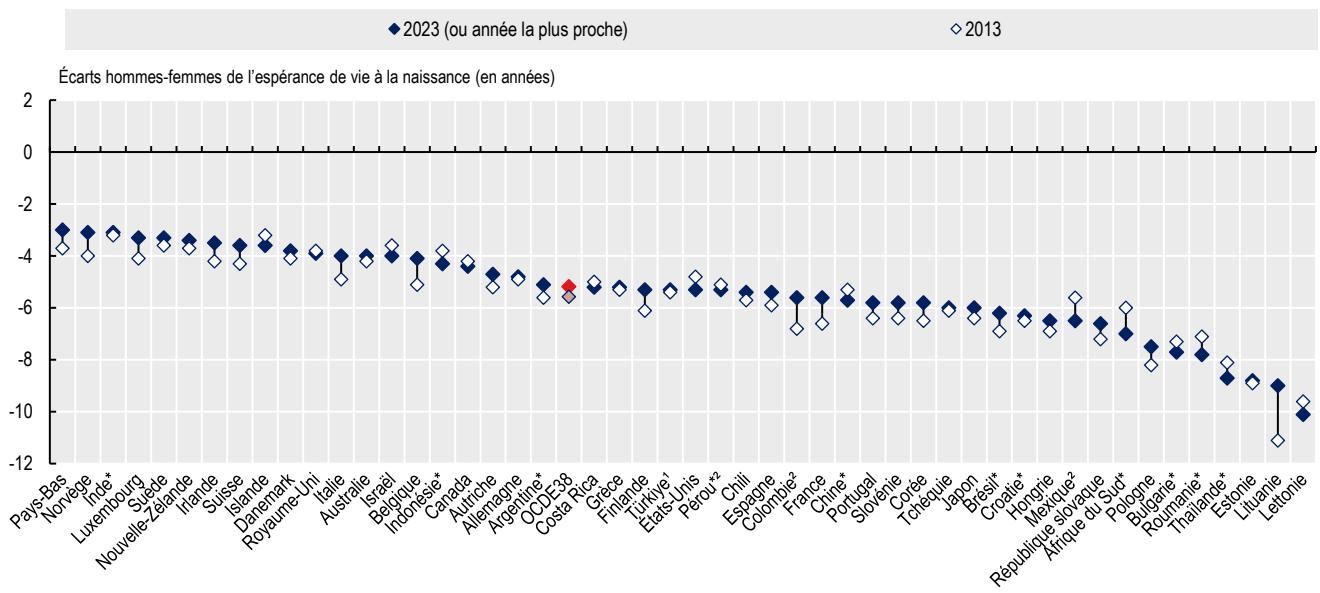
Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit au cours de la dernière décennie, mais dans huit pays de l'OCDE, il s'est considérablement creusé

Entre 2013 et 2023, la différence moyenne d'espérance de vie entre hommes et femmes dans les pays de l'OCDE a légèrement diminué, passant de 5.6 à 5.2 ans (Graphique 2.3). Si cette moyenne est restée stable, la plupart des pays ont observé une réduction graduelle, principalement en raison de l'augmentation de l'espérance de vie masculine due à la réduction de la mortalité cardiovasculaire (OCDE/ The King's Fund, 2020^[4] ; Raleigh, 2019^[5]). En Lituanie, par exemple, l'écart a diminué de 2.1 ans (passant de 11.1 à 9 ans) et d'un an environ, au cours de la même période, en Colombie, en Belgique, en France, en Italie et en Norvège.

Il s'est toutefois creusé dans huit pays de l'OCDE : le Mexique (où il est passé de 5.6 à 6.5 ans), les États-Unis (de 4.8 à 5.3 ans), la Lettonie (de 9.6 à 10.1 ans), Israël (de 3.6 à 4 ans) et l'Islande (de 3.2 à 3.6 ans), mais aussi le Canada, le Costa Rica et le Royaume-Uni. Certains de ces pays enregistrent un ralentissement des progrès en matière de résultats liés aux MCV, associé à un recul de l'espérance de vie dû aux maladies infectieuses, ainsi qu'aux troubles mentaux et neurologiques, incluant (en Amérique du Nord) la crise des opioïdes.

Certains pays candidats à l'adhésion et pays partenaires ont enregistré une augmentation notable de l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes – la Roumanie (+0.7 an), la Thaïlande (+0.6) et l'Indonésie (+0.5) – en raison de la détérioration de la santé des hommes, avec des écarts de plus de 7 ans, c'est-à-dire bien supérieurs à la moyenne de l'OCDE. D'autre en revanche sont parvenus à réduire la différence, ainsi le Brésil (-0.7 an), l'Argentine (-0.5) et la Croatie (-0.2).

Graphique 2.3. Entre 2013 et 2023, l'écart d'espérance de vie entre les genres s'est réduit dans la plupart des pays de l'OCDE, mais s'est creusé dans huit pays



1. Données de 2022. 2. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Eurostat pour les pays de l'UE.

StatLink <https://stat.link/8bwpcy>

En quoi les causes de mortalité diffèrent-elles entre les femmes et les hommes ?

Les tendances de la mortalité révèlent des causes distinctes de mortalité prématurée

L'analyse des dix principales causes de mortalité pour lesquelles les disparités entre hommes et femmes sont les plus marquées dans les pays de l'OCDE révèle des différences très nettes dans le nombre absolu des décès attribuables à chaque catégorie de maladies et leur ventilation entre celles-ci. On peut examiner ces différences sous trois angles complémentaires : les différences dans le taux de mortalité absolu, la contribution proportionnelle à la mortalité globale et le classement par cause, comme le montre le Tableau 2.1.

Tableau 2.1. Les différences de mortalité selon la maladie révèlent l'existence de facteurs de mortalité prématuée distincts chez les hommes et les femmes

Classement des dix principales causes de décès en fonction de l'écart (hommes-femmes) de mortalité en termes absolus (pour 100 000), par ordre décroissant, moyenne OCDE, 2023 (ou année la plus proche)

Causes ¹	Différence absolue de taux pour 100 000 (hommes – femmes)	Hommes (taux pour 100 000)	Part ² (classement) des taux de mortalité chez les hommes	Femmes (taux pour 100 000)	Part ² (classement) des taux de mortalité chez les femmes
Maladies cardiovasculaires	93	319	32 % (1)	226	34 % (1)
Tumeurs (y compris cancers)	78	229	23 % (2)	151	23 % (2)
Causes externes ³ (y compris suicide)	52	89	9 % (4)	37	6 % (6)
Maladies respiratoires	39	103	10 % (3)	64	10 % (3)
COVID-19	29	69	7 % (5)	40	6 % (5)
Maladies gastro-intestinales	18	51	5 % (7)	33	5 % (7)
Troubles métaboliques	11	57	6 % (6)	46	7 % (4)
Symptômes, signes, causes mal définies	9	40	4 % (8)	31	5 % (8)
Troubles génito-urinaires	7	28	3 % (9)	21	3 % (9)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6	21	2 % (10)	15	2 % (10)
TOTAL (toutes causes confondues)	345	1 097		752	

1. Seules les causes secondaires de mortalité (grandes catégories) sont incluses, telles qu'elles figurent dans la base de données de l'OCDE sur les statistiques de la santé.

2. Part dans les 10 principales causes de mortalité.

3. Les causes externes de décès comprennent les accidents, les suicides, les homicides et d'autres causes.

Note : Les moyennes de l'OCDE sont pondérées par les données de l'OCDE sur la population de 2022, en utilisant les taux nationaux standardisés par âge en fonction de la population de l'OCDE de 2015.

La Nouvelle-Zélande n'est pas incluse, car aucune donnée sur la période 2019-2023 n'est disponible. Les données de l'Allemagne, de la Belgique, de la Finlande, de la Norvège et de la Pologne ne sont pas disponibles pour les symptômes, les signes, les causes mal définies.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

En 2023, les hommes affichaient systématiquement une mortalité plus élevée, en particulier due aux MCV, au cancer, aux maladies respiratoires, au suicide et à des causes externes, ainsi qu'au COVID-19. Si les MCV et le cancer représentaient plus de la moitié des décès chez les hommes comme chez les femmes, les MCV et les tumeurs (y compris le cancer) sont responsables d'une part plus importante de la mortalité féminine, en raison de la charge plus élevée des femmes en matière d'affections liées à l'âge, notamment du fait de leur espérance de vie plus longue. La mortalité prématuée, mesurée par les années potentielles de vie perdues (APVP) avant l'âge de 75 ans, révèle d'importants écarts entre les genres (Tableau 2.2). En 2023, dans les pays de l'OCDE, les hommes affichaient un nombre d'APVP près de deux fois supérieur à celui des femmes (7 308 contre 4 448 ans pour 100 000 habitants), les causes externes, les MCV et les maladies gastro-intestinales étant à l'origine des écarts les plus importants. Proportionnellement, les cancers sont à l'origine du plus grand nombre d'APVP chez les femmes (31 %), tandis que les causes externes et le suicide prédominent chez les hommes (31 %), suivis des MCV (19 %). Les causes externes comme les accidents, les agressions et le suicide représentaient une part beaucoup plus importante des APVP chez les hommes, signe d'une exposition aux risques plus élevée. Il est à noter que le cancer arrive en tête du classement chez les femmes, alors qu'il occupe la troisième place chez les hommes.

Ces constatations mettent en évidence des priorités stratégiques essentielles. Pour les hommes, des mesures ciblées sont nécessaires pour réduire les décès évitables dus aux MCV, aux problèmes de santé mentale et aux blessures ou à la violence. Pour les femmes, la mortalité prématuée est en grande partie due au cancer, ce qui souligne la nécessité d'un dépistage rapide, d'un diagnostic précoce et d'un accès équitable au traitement. Pour réduire les décès prématués dans l'ensemble des pays de l'OCDE, il faudra adopter des stratégies sensibles au genre, qui tiennent compte des tendances distinctes de la mortalité et s'attaquent à leurs causes profondes.

Les hommes et les femmes présentent souvent des différences en termes de moment d'apparition, de gravité et d'issue de certaines maladies, en fonction de facteurs biologiques, de leur mode de vie et de leurs comportements, de l'accès à des soins de qualité ou d'une combinaison de ces facteurs. La recherche montre que les MCV se développent généralement 5 à 10 ans plus tôt chez les hommes, les maladies coronariennes étant souvent le premier événement, tandis que les femmes sont plus susceptibles d'être victimes d'un accident vasculaire cérébral (Heydari et al., 2022^[6] ; Peters et Woodward, 2022^[7]) – en partie du fait qu'elles ont un cœur plus petit et des vaisseaux plus étroits (Haupt, Carcel et Norton, 2024^[8]). Les hommes sont par ailleurs 4,5 fois plus susceptibles que les femmes de développer un cancer de l'œsophage et d'en mourir (Haupt et al., 2021^[9]). Les différences hormonales et d'autres facteurs, notamment génétiques, peuvent aussi avoir une incidence sur la prédisposition aux maladies. Il semble que les femmes soient plus facilement sujettes à la dépression et à la maladie d'Alzheimer, et les hommes à la maladie de Parkinson, à la schizophrénie et aux troubles du neurodéveloppement, comme l'autisme (Barth et al., 2023^[10] ; Haupt, Carcel et Norton, 2024^[8] ; Loke, Harley et Lee, 2015^[11]). Les symptômes des femmes sont souvent négligés, ce qui retarde le diagnostic et le traitement de maladies telles que le cancer et les MCV (Din et al., 2015^[12] ; Maas et Appelman, 2010^[13]). Les hommes développent généralement des MCV plus tôt en raison d'une exposition plus élevée au risque et de l'absence des effets protecteurs des œstrogènes, tandis que le risque chez la femme augmente après la ménopause (Merz et Cheng, 2016^[14] ; Stanhewicz, Wenner et Stachenfeld, 2018^[15]).

Des études montrent que les femmes atteintes d'une MCV ou à risque d'en développer une sont exposées à davantage d'erreurs de diagnostic, à de moins bons résultats et à une mortalité plus élevée après un événement aigu (Wenzl et al., 2022^[16]). D'autres influences, telles que le vieillissement, l'environnement et le mode de vie, jouent probablement aussi un rôle, bien que leurs effets individuels soient difficiles à isoler (voir

section « Les inégalités en santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, sociaux et liés au mode de vie, ainsi que d'un accès inégal et d'expériences différentes des soins de santé »).

Les sections suivantes examinent les variations entre les trois principales causes de mortalité : les MCV, qui sont la principale cause de décès chez les hommes comme chez les femmes ; les causes externes (dont le suicide), première cause de décès prématuré chez les hommes ; et le cancer, principale cause chez les femmes.

Tableau 2.2. Au regard des années potentielles de vie perdues, le cancer, chez les femmes, et les causes externes (suicide compris) chez les hommes, sont les principales causes de mortalité

Classement des dix principales causes de mortalité en fonction de la différence, en termes absolus (hommes-femmes), quant au nombre d'années potentielles de vie perdues (pour 100 000), par ordre décroissant, moyenne de l'OCDE, 2023 (ou année la plus proche)

Causes ¹	Différence absolue d'APVP pour 100 000 (hommes – femmes)	Hommes (APVP pour 100 000)	Part ² (classement) des APVP chez les hommes	Femmes (APVP pour 100 000)	Part ² (classement) des APVP chez les femmes
Causes externes ³ (y compris suicide)	1 317	2 028	31 % (1)	711	21 % (2)
Maladies cardiovasculaires	713	1 268	19 % (2)	556	16 % (3)
Maladies gastro-intestinales	251	468	7 % (4)	217	6 % (4)
Symptômes, signes, causes mal définies	202	355	5 % (5)	152	4 % (8)
Tumeurs (y compris cancers)	154	1 215	18 % (3)	1 061	31 % (1)
COVID-19	133	327	5 % (7)	194	6 % (7)
Troubles métaboliques	120	336	5 % (6)	216	6 % (5)
Maladies respiratoires	112	316	5 % (8)	204	6 % (6)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	73	167	3 % (9)	93	3 % (9)
Problèmes de santé mentale	71	115	2 % (10)	45	1 % (10)
TOTAL (toutes causes confondues)	3 260	7 308		4 048	

1. Seules les causes secondaires de mortalité (grandes catégories) sont incluses, telles qu'elles figurent dans la base de données de l'OCDE sur les statistiques de la santé.

2. Part dans les 10 principales causes de mortalité.

3. Les causes externes de décès comprennent les accidents, les suicides, les homicides et d'autres causes.

Note : Les APVP sont une mesure de l'impact des différentes causes de mortalité chez les personnes âgées de 0 à 74 ans, ce qui donne une plus grande importance aux décès prématurés chez les personnes plus jeunes. Les moyennes de l'OCDE sont pondérées par les données historiques de l'OCDE sur la population de 2022, en utilisant les taux nationaux standardisés par âge en fonction de la population de l'OCDE de 2015. La Nouvelle-Zélande et la Norvège ne sont pas incluses car aucune donnée pour la période 2019-2023 n'est disponible.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de mortalité chez les hommes comme chez les femmes

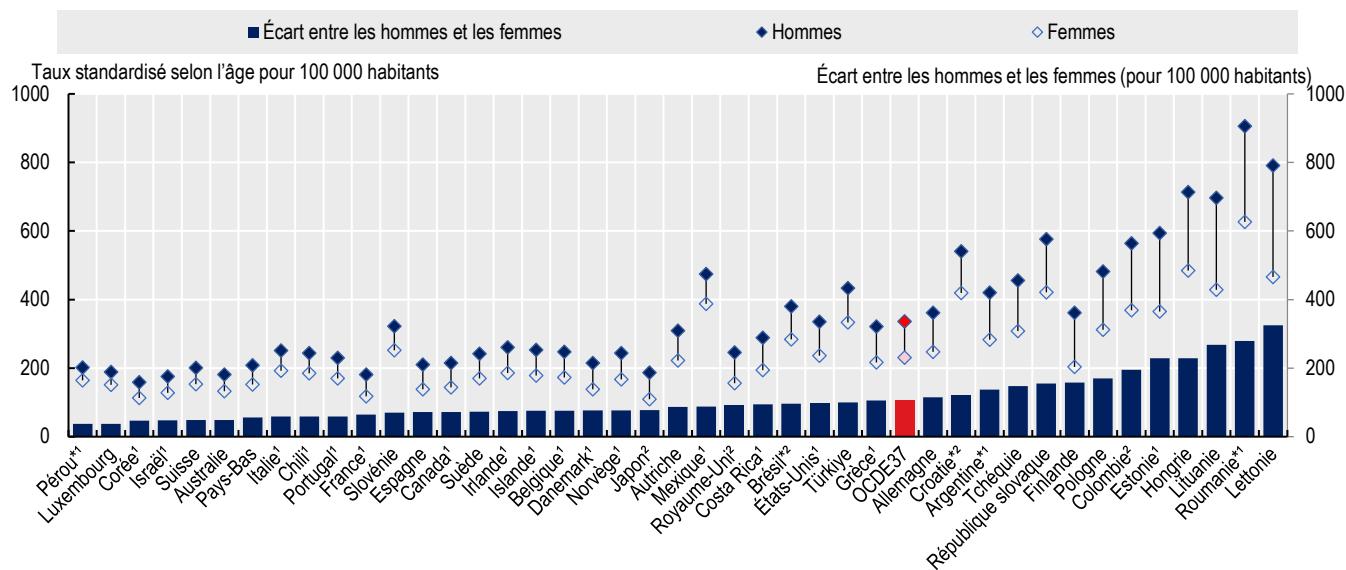
Les décès imputables aux MCV couvrent des affections telles que les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires. Beaucoup sont évitables, car les principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, cholestérol, tabagisme, obésité, inactivité et mauvaise alimentation) sont bien connus et modifiables, grâce à une détection précoce et à un traitement rapide.

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès chez les hommes comme chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, mais la charge est beaucoup plus lourde pour les hommes. En 2023, les hommes enregistraient une mortalité imputable aux MCV plus élevée de 93 décès pour 100 000 par rapport aux femmes (319 contre 226) (Tableau 2.1). Alors que les MCV représentaient une part similaire du total des décès (34 % chez les femmes, 32 % chez les hommes), les taux absolus révèlent un désavantage marqué pour les hommes, en particulier en ce qui concerne la mortalité prématurée. Les hommes ont un taux de mortalité prématurée imputable aux MCV près de deux fois plus élevé (1 268 APVP contre 556 pour 100 000), soit un écart absolu de 712 APVP (Tableau 2.2). Les MCV sont la deuxième cause de décès prématuré au regard du pourcentage d'APVP chez les hommes (19 %) et la troisième chez les femmes (16 %). Selon de précédentes analyses menées par l'OCDE, avant la pandémie, les gains d'espérance de vie ralentissaient ou s'inversaient dans certains pays, les gains de longévité diminuant plus lentement chez les hommes que chez les femmes en raison du ralentissement des progrès en matière de mortalité due aux maladies cardiovasculaires (OCDE/ The King's Fund, 2020^[4]). Le rapport à paraître de l'OCDE consacré à la situation des maladies cardiovasculaires dans l'Union européenne (OCDE, à paraître^[17]) souligne que les décès prématurés (moins de 65 ans) imputables aux maladies cardiovasculaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Dans les pays de l'OCDE, les hommes enregistrent un taux de mortalité due aux MCV presque deux fois supérieur à celui des femmes. Certains pays, comme la Lettonie, la Lituanie et la Hongrie, affichent des écarts encore plus importants (Graphique 2.4). Alors que les cardiopathies ischémiques sont à l'origine de la majeure partie de la surmortalité masculine, les différences entre les genres sont nettement moindres pour l'accident vasculaire cérébral (AVC), ce qui suggère que les écarts relèvent à la fois de facteurs biologiques et de facteurs systémiques. En outre, d'importantes variations d'un pays à l'autre mettent en évidence des différences pour les hommes en matière d'exposition aux risques, de soins préventifs et d'efficacité du système de santé (voir section « Les hommes affichent des taux plus élevés de tabagisme, de consommation nocive d'alcool et de comportements à risque »). Il convient de noter qu'une bonne partie des données disponibles portent sur l'incidence et les suites des incidents cardiovasculaires chez les hommes surtout, la

survenue de ces événements chez les femmes étant, en comparaison, moins rigoureusement comptabilisée et étudiée, ce qui peut empêcher d'appréhender correctement les disparités entre les genres (Burgess, 2022^[18]).

Graphique 2.4. Le risque de mortalité par maladie cardiovasculaire est 50 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Taux de mortalité standardisé selon l'âge due aux maladies du système circulatoire, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

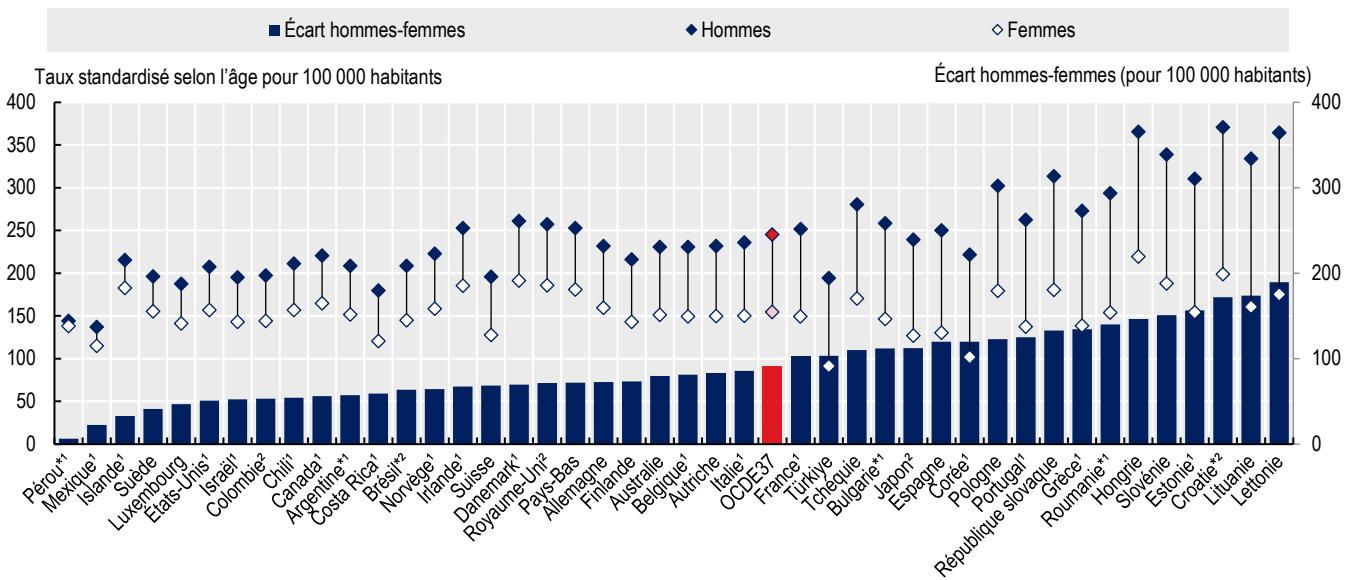
StatLink <https://stat.link/ocg85>

Le cancer est la principale cause de mortalité prématuée chez les femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE

En 2023, le cancer était la deuxième cause de décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE, après les maladies cardiovasculaires ; il était à l'origine de 23 % des décès chez les hommes comme chez les femmes. Les hommes affichaient un taux de mortalité due au cancer significativement plus élevé, avec 78 décès pour 100 000 de plus que les femmes (Tableau 2.1). Les écarts les plus importants entre les genres ont été observés en Lettonie, en Lituanie et en Estonie, où la mortalité due au cancer chez les hommes était plus de deux fois supérieure à celle des femmes, ce qui est probablement dû à une exposition au risque plus élevée et peut-être à un accès moindre au diagnostic et à des soins en temps opportun (Graphique 2.5). Le Mexique, l'Islande et la Suède affichaient les écarts les plus faibles, ce qui suggère des profils de risque et/ou un accès aux soins plus équilibrés entre les hommes et les femmes. Néanmoins, cela pourrait tout aussi bien découler d'une situation plus défavorable pour les femmes (en raison, par exemple, de diagnostics tardifs, d'inégalités dans la prise en charge médicale ou d'une exposition plus forte à certains risques) ; l'écart se trouverait donc réduit pour mauvaises raisons.

Le cancer était la principale cause de mortalité prématuée (APVP) chez les femmes, représentant 31 % de l'ensemble des APVP, tandis que chez les hommes, il se classait au troisième rang (18 %) après les causes externes et le suicide, ainsi que les MCV (Tableau 2.2). Bien que les hommes soient globalement plus touchés par le cancer prématuré, la part plus importante du cancer dans les APVP chez les femmes souligne son rôle déterminant dans la mortalité précoce chez celles-ci.

Graphique 2.5. Mortalité imputable au cancer dans les pays de l'OCDE, 2023 (ou année la plus proche)

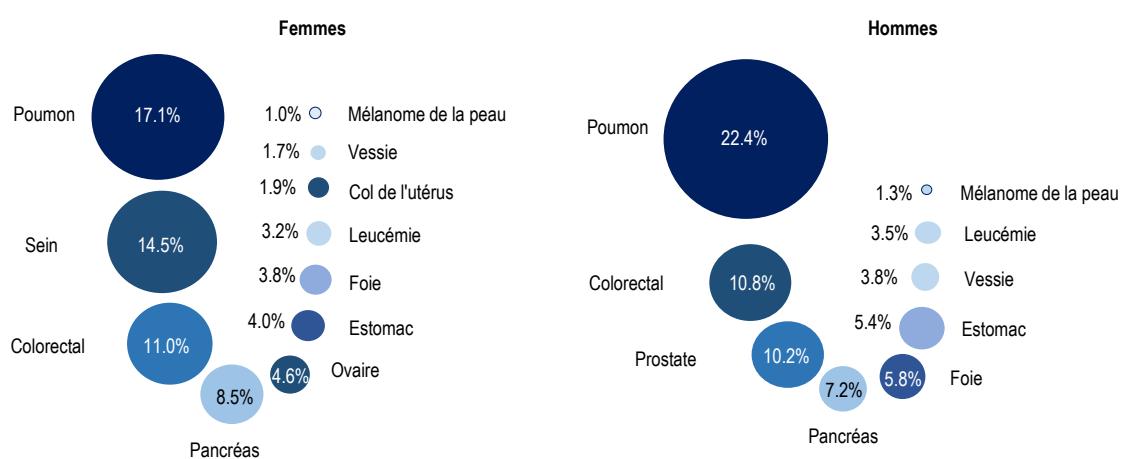


Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/4ruxon>

Les types de cancer à l'origine de la mortalité diffèrent selon le genre, pour des raisons combinant biologie, comportement et lacunes dans la prévention. Les cancers du poumon, du foie, de l'estomac et de la vessie touchent de manière disproportionnée les hommes. Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité chez les hommes et les femmes, mais il frappe plus durement les hommes (22.4 % contre 17.1 %), qui ont toujours été davantage portés au tabagisme ; néanmoins sa progression parmi les femmes est le reflet d'une augmentation de la consommation de tabac (Graphique 2.6). Les cancers du foie, de l'estomac et de la vessie sont également plus fréquents chez les hommes, et sont liés à l'alcool, aux infections et à l'alimentation. Chez les femmes, les cancers spécifiques à la biologie féminine représentent une part importante de la mortalité imputable au cancer. Le cancer du sein arrive ainsi en deuxième position, avec 14.5 % des décès, suivi du cancer de l'ovaire (4.6 %). Ces tendances soulignent le rôle essentiel d'un dépistage efficace, d'une détection précoce et d'un accès à un traitement en temps opportun.

Graphique 2.6. Les principales causes de mortalité imputable au cancer diffèrent entre hommes et femmes dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Part du total des décès par cancer dans les pays de l'OCDE.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

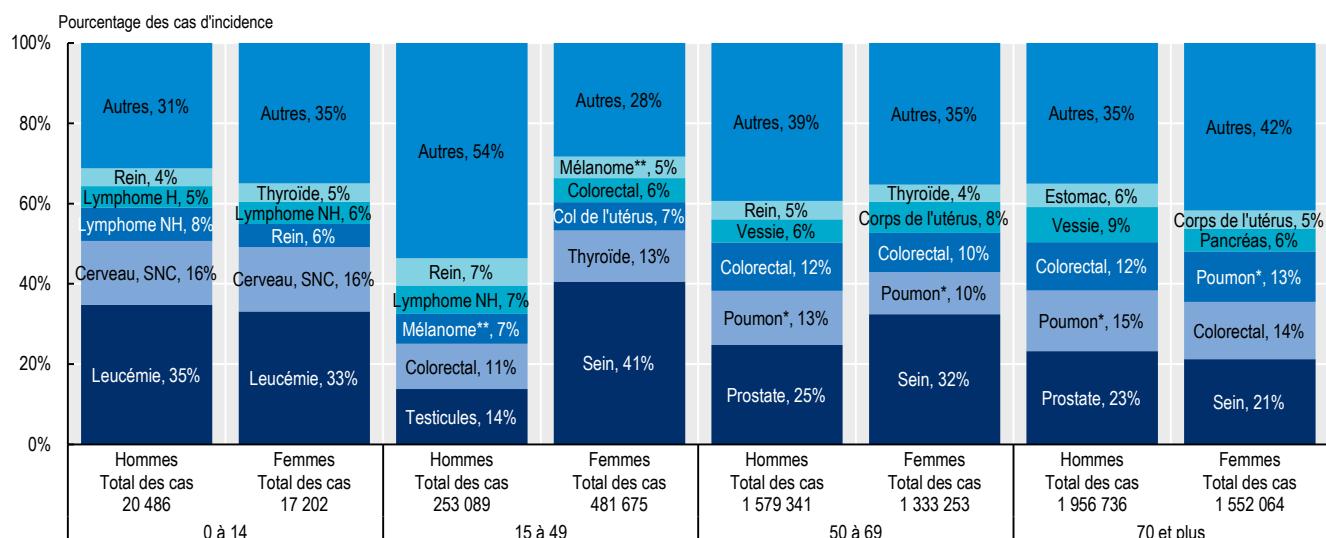
StatLink <https://stat.link/zdv56e>

Certains cancers touchent autant les hommes que les femmes. Le cancer colorectal est une cause majeure de décès chez les femmes (11.0 %) et les hommes (10.8 %), le dépistage étant essentiel pour faire reculer la mortalité (OCDE, 2024^[19]). Le cancer du pancréas, connu pour son mauvais pronostic, est responsable de 8.5 % des décès par cancer chez les femmes et de 7.2 % chez les hommes, ce qui souligne le besoin urgent d'améliorer les outils de diagnostic précoce et d'offrir des options de traitement plus efficaces. Le cancer de la prostate se classe au troisième rang des décès liés au cancer chez les hommes (10.2 %). Même si le dépistage précoce permet un taux de survie élevé, son taux de mortalité stable souligne les difficultés rencontrées pour diagnostiquer les cas agressifs et garantir un traitement efficace et rapide (OCDE, 2024^[19]).

Les types de cancer évoluent avec l'âge et présentent des différences marquées entre les genres. Le récent rapport de l'OCDE intitulé *Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection* (Remédier aux inégalités en matière de cancer dans l'UE : coup de projecteur sur la prévention et la détection précoce des cancers) (OCDE, 2024^[19]) examinait les tendances et les inégalités en matière de fardeau du cancer. Le Graphique 2.7 montre que chez l'enfant (0-14 ans), la leucémie et les cancers du cerveau/système nerveux central sont les types les plus fréquents, avec peu de variations entre les garçons et les filles. De 15 à 49 ans, certains cancers deviennent plus fréquents dans des groupes spécifiques : le cancer du sein domine chez les femmes (41 %), tandis que le cancer des testicules est plus fréquent chez les hommes (14 %), ce qui souligne la nécessité d'un dépistage ciblé et d'efforts de sensibilisation. Entre 50 et 69 ans, le cancer du sein arrive en tête chez les femmes et celui de la prostate chez les hommes, le cancer du poumon et le cancer colorectal venant ensuite. Chez les personnes âgées (70 ans et plus), les types de cancer se diversifient. Le cancer du pancréas devient plus fréquent chez les femmes aux côtés des cancers du sein, colorectal et du poumon, tandis que les hommes ont des taux élevés de cancers de la prostate, du poumon, colorectal et de la vessie, en raison des expositions cumulatives tout au long de la vie.

Graphique 2.7. Les cancers les plus fréquents varient selon le groupe d'âge entre les hommes et les femmes

Pourcentage du total des cas d'incidence par groupe d'âge entre les hommes et les femmes, OCDE, 2022



Note : SNC : système nerveux central. NH : non hodgkinien. * Comprend la trachée, les bronches et les poumons. ** Mélanome de la peau.

Source : OMS, Centre international de recherche sur le cancer, <https://gco.iarc.who.int> ; Globocan 2022 (version 1.1).

StatLink <https://stat.link/bgad2d>

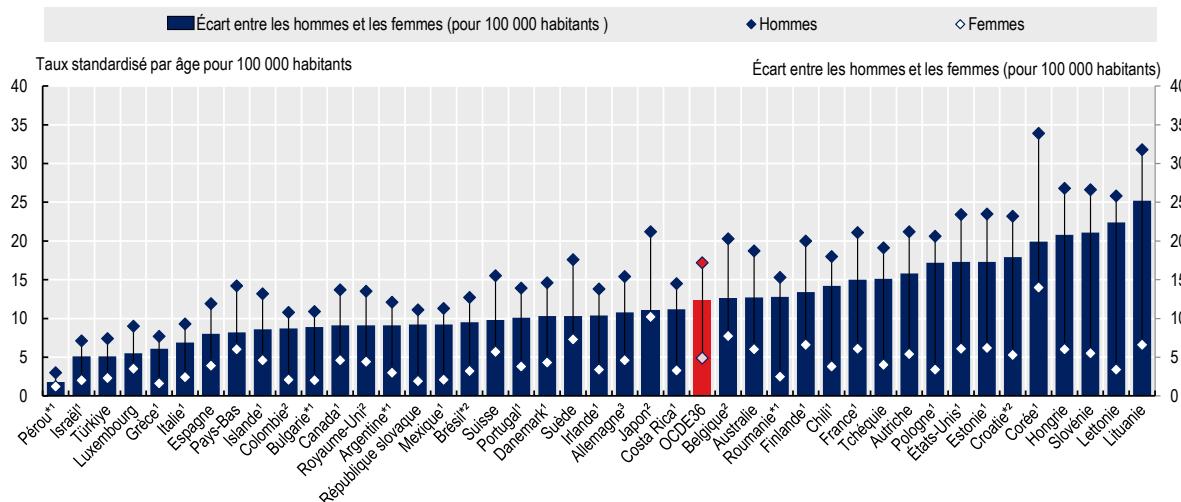
Le suicide, les accidents et la violence sont les principaux facteurs de mortalité prématuée chez les hommes

Les causes externes, notamment le suicide, les accidents et la violence, sont les principaux facteurs de mortalité prématuée chez les hommes. Ces derniers perdent 2 028 années potentielles de vie pour 100 000 du fait de causes externes, soit près de trois fois plus que les femmes (711), ce qui entraîne le plus grand écart entre les genres (1 317 ans), toutes causes confondues (Tableau 2.2). Ces décès représentent 31 % du total des APVP pour les hommes, contre 21 % pour les femmes, chez qui les causes externes arrivent en deuxième position. L'ampleur de la mortalité évitable due à des causes externes met en évidence l'urgence des besoins de prévention. Bon nombre de ces décès – qu'ils soient causés par le suicide, un accident ou la violence – sont évitables et liés à la santé mentale, à la prise de risques et aux risques sur le lieu de travail.

Des stratégies de prévention ciblées, en particulier pour les hommes en âge de travailler, sont essentielles pour faire baisser le nombre de décès évitables et réduire les inégalités en matière de santé. Le suicide est l'une des principales causes de décès chez les hommes, mais pas chez les femmes. Dans les pays de l'OCDE, le taux de suicide masculin est deux à huit fois plus élevé (Graphique 2.8). Les taux les plus élevés sont observés en Corée, en Lituanie, en Hongrie, en Slovénie et en Lettonie – tous supérieurs à 27 décès pour 100 000 – où les écarts entre les genres sont particulièrement marqués. En Corée, par exemple, le taux de suicide chez les hommes est supérieur à 30 pour 100 000, contre moins de 10 pour 100 000 chez les femmes. À l'inverse, la Turquie, la Grèce et Israël enregistrent les taux de suicide masculins les plus bas (inférieurs à 9), avec des écarts entre les genres plus faibles. Bien que les taux de suicide chez les hommes aient diminué dans certains pays (notamment en Hongrie, au Japon et en Corée), ils sont restés stables ou ont augmenté dans d'autres, notamment aux États-Unis – ce qui atteste de risques persistants ou émergents. L'exposition accrue des hommes à des comportements à risque les rend également plus vulnérables aux « décès dus au désespoir » liés à l'alcool et aux drogues (Santé Canada, 2024^[20] ; The Kings Fund, 2024^[21]).

Graphique 2.8. Le taux de suicide reste deux à huit fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes

Mortalité due à des lésions auto-infligées, taux standardisé par âge, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020.

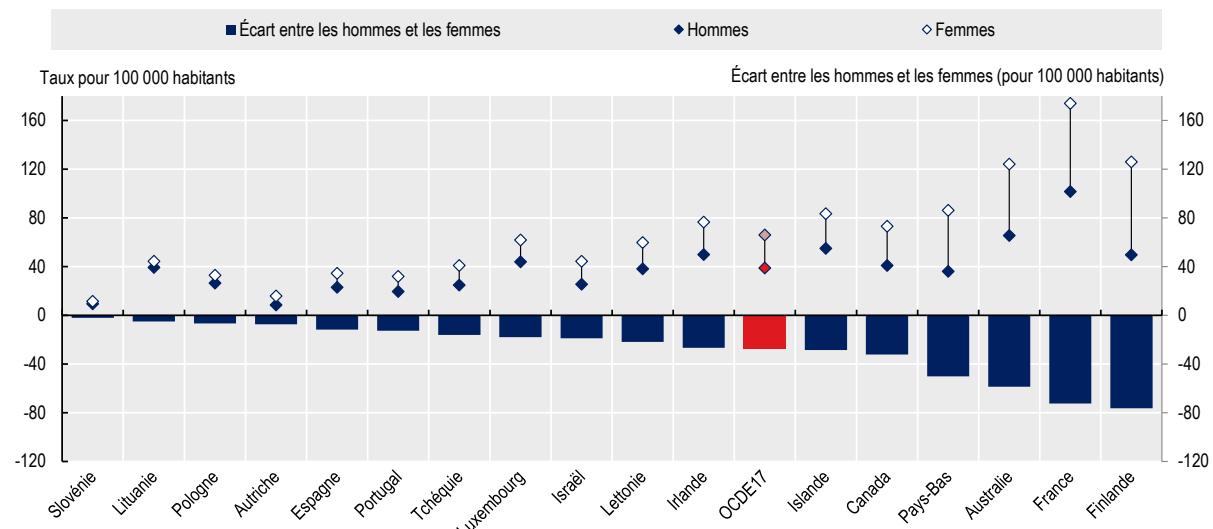
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/8cx0j2>

Alors que les taux de suicide chez les femmes restent stables ou diminuent dans la plupart des pays, l'écart entre les genres en matière d'intention suicidaire est beaucoup plus faible : les données pilotes montrent que les femmes sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour avoir porté atteinte à leur intégrité physique (Graphique 2.9), mais les hommes sont plus susceptibles de mourir par suicide, en raison peut-être de l'utilisation de méthodes plus létales (Vargas Lopes et Llena-Nozal, 2025^[22]). En France, par exemple, les lésions auto-infligées et tentatives de suicide ont bondi chez les jeunes femmes depuis 2020 (DREES, 2024^[23]). Malgré des lacunes dans les données, des études montrent que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, tandis qu'elles sont généralement plus graves chez les hommes, d'où des taux de mortalité masculins plus élevés (Qu, Zhu et Chen, 2024^[24]).

Graphique 2.9. Les femmes sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour des lésions auto-infligées

Hospitalisations pour lésions auto-infligées, 2023



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Les données du Portugal concernent uniquement les hôpitaux publics. Les données sur les lésions auto-infligées concernent tous les âges, sauf au Canada et en France, où les données commencent à l'âge de 10 ans.

Source : Collection pilote de données sur la santé mentale de l'OCDE 2025 – voir le StatLink pour plus de détails.

StatLink <https://stat.link/xy4sd7>

Les femmes vivent plus longtemps mais souffrent de maladies physiques et mentales plus prolongées

En comparaison avec les hommes, les femmes connaissent des limitations d'activité pendant une plus grande partie de leur vie, même si elles vivent plus longtemps

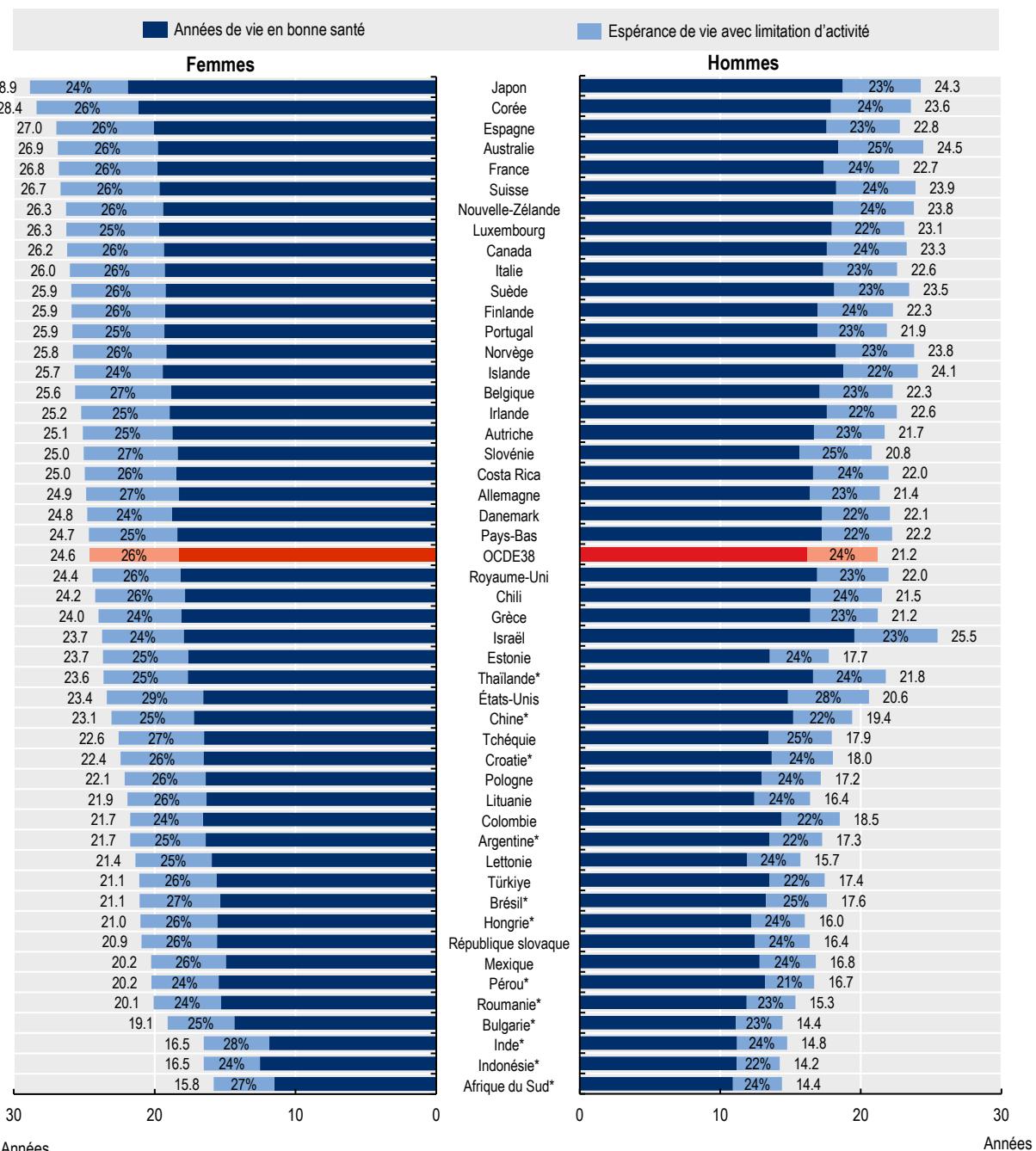
Dans tous les pays de l'OCDE, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais ne bénéficient pas nécessairement d'un plus grand nombre d'années en bonne santé. Il en résulte un défi majeur pour les systèmes de santé, qui doivent améliorer non seulement l'espérance de vie, mais aussi la qualité de vie durant ces années. Selon une étude récente (Patwardhan, V. et al, 2024^[25]), entre 1990 et 2010, la charge des affections liées à la morbidité (comme les lombalgies, la dépression, l'anxiété, les maux de tête, les troubles musculo-squelettiques) était plus élevée chez les femmes, tandis que les hommes présentaient quant à eux un plus grand nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) dues à des causes potentiellement mortelles (comme le COVID-19, les accidents de la route et les cardiopathies ischémiques). Les femmes indiquent également des taux plus élevés de maladies chroniques (angine de poitrine, arthrite et dépression, notamment) et des limitations fonctionnelles plus importantes dans des domaines tels que la mobilité, la vision et le sommeil (Boerma, T., A. Hosseinpour, E. Verdes et S. Chatterji, 2016^[26]). Si certaines études donnent à penser que ces écarts tiennent pour une part à des disparités de comptabilisation, ces disparités ne peuvent expliquer qu'une fraction des différences observées entre les genres sur le plan des affections contractées (Phillips, O' Connor et Vafaei, 2023^[27]).

Les « années de vie en bonne santé » sont un indicateur clé donnant le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre en « pleine santé » compte tenu des taux de prévalence des maladies et des taux de mortalité. Le Graphique 2.10 montre l'espérance de vie et le nombre d'années de vie en bonne santé à 60 ans pour les femmes et les hommes dans les pays de l'OCDE en 2021. Il permet d'étudier deux aspects importants : 1) les différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne le nombre absolu d'années en bonne santé, et 2) la part d'années en bonne santé dans l'espérance de vie totale. Alors que les femmes vivent plus longtemps après 60 ans, l'écart entre les genres se réduit, voire s'inverse, si l'on considère les années de vie en bonne santé, et ce dans presque tous les pays de l'OCDE. À 60 ans, les femmes peuvent compter vivre 3.4 années de plus que les hommes (24.6 contre 21.2 ans), mais elles peuvent également compter vivre un plus grand nombre d'années avec des limitations (6.3 contre 5), en moyenne dans les pays de l'OCDE. En conséquence, les femmes passent une plus petite partie de leurs années de vie restantes en bonne santé : elles passent 26 % de leur vie après 60 ans en mauvaise santé, contre 24 % pour les hommes. Aux Pays-Bas, en Suède, en Belgique, en Allemagne et en Turquie, l'écart entre les sexes atteint 3 p.p. Ces tendances peuvent refléter des différences entre les genres en matière d'accès aux soins, de propension à se faire soigner ou d'expositions professionnelles.

Des études mondiales montrent également que les femmes affichent un écart plus important que les hommes entre l'espérance de vie et l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé. Cela tient à la charge plus élevée des femmes en matière de maladies et de handicaps non mortels, qui dégradent la qualité de la vie, mais non sa durée. Entre 2009 et 2019, ces disparités ont été systématiquement observées à l'échelle de 183 États membres de l'OMS, diverses régions et niveaux de revenu, ce qui est le signe d'une tendance mondiale plutôt que de problèmes spécifiques à une région. Parmi les pays de l'OCDE, les disparités les plus marquées entre les genres ont été constatées en Allemagne (3.6 ans), en Espagne (3.4 ans), en France (3.3 ans) et au Portugal (3.2 ans) (Garmay et Terzic, 2024^[28]).

L'un des principaux facteurs à l'origine de ces disparités est le biais du survivant : les hommes présentant des risques graves pour leur santé (par exemple, MCV, comportements à risque, accidents) meurent souvent plus tôt, de sorte que la population masculine âgée est composée de manière disproportionnée de survivants en meilleure santé, ce qui fausse les comparaisons entre les personnes âgées. Les femmes, en revanche, survivent souvent malgré la présence de maladies chroniques, mais non mortelles, comme l'arthrite, la dépression et la multimorbidité. La recherche confirme cet effet : les femmes vivent un plus grand nombre d'années avec et sans maladie, mettant en évidence le paradoxe d'une vie plus longue, mais davantage marquée par la maladie (Gordon et al., 2017^[29] ; Crimmins, Kim et Hagedorn, 2002^[30]). De vastes études de cohorte montrent que la mortalité masculine façonne les résultats, comme le risque plus élevé de démence signalé par les femmes, en partie parce que de nombreux hommes présentant un risque élevé sont déjà décédés (Merrick et Brayne, 2024^[31] ; Van Oyen et al., 2012^[32]). L'action publique doit impérativement tenir compte du biais du survivant, et de meilleurs outils – comme les modèles à états multiples – sont nécessaires pour suivre les transitions sanitaires et guider les services axés sur le dépistage, les soins et le vieillissement.

Graphique 2.10. Espérance de vie avec limitation d'activité et années de vie en bonne santé à 60 ans, 2021



Note : Les pourcentages indiqués correspondent à la proportion d'années de vie avec limitation d'activité par rapport à l'espérance de vie totale à 60 ans. Les valeurs figurant en dehors des barres donnent l'espérance de vie totale à 60 ans. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS, 2025.

StatLink <https://stat.link/35jcnf>

Les femmes âgées de 45 ans et plus suivies dans des structures de soins primaires signalent systématiquement un état de santé, un bien-être et une vie sociale moins bons

Les femmes déclarent généralement être en moins bonne santé que les hommes. D'après les données des pays participant à l'enquête PaRIS, parmi les utilisateurs de soins primaires âgés de 45 ans et plus qui indiquent avoir au moins une maladie chronique, les femmes font systématiquement état d'une moins bonne santé physique et mentale que les hommes (OCDE, 2025^[1]). Parmi ces malades chroniques, les hommes devancent aussi nettement les femmes sur le plan du bien-être, dans tous les pays participants, avec un écart moyen de 4.7 p.p. selon l'Indice de bien-être de l'OMS (OMS-5), qui est un outil de dépistage de la dépression (Encadré 2.1 ; Graphique 2.11).

Encadré 2.1. L'enquête PaRIS de l'OCDE fondée sur les déclarations des patients

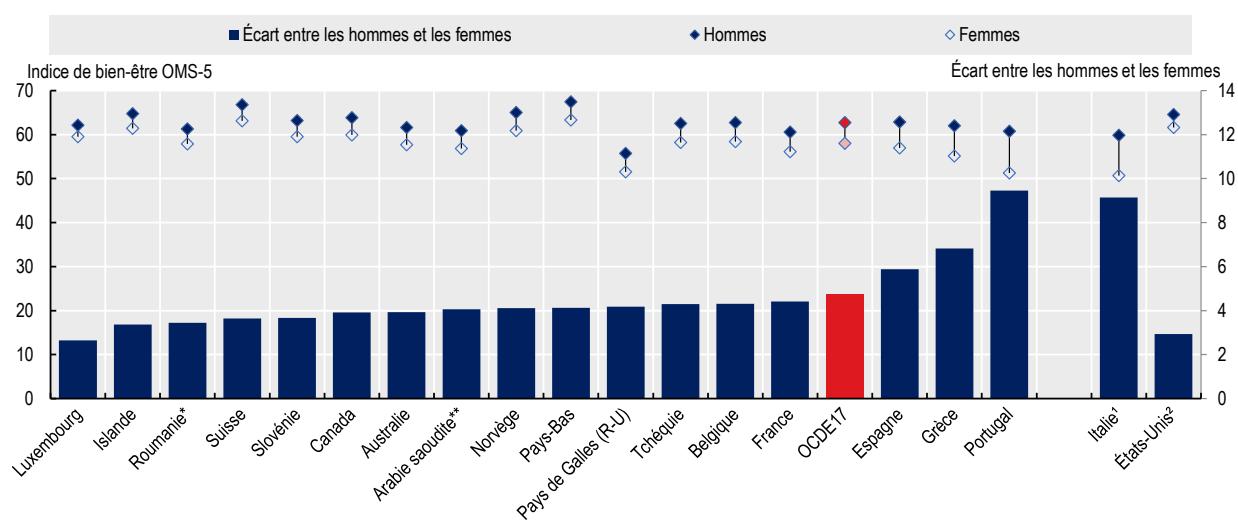
L'Enquête PaRIS constitue la plus grande collecte internationale de données au monde sur les résultats et le vécu déclarés par les patients des structures de soins primaires. Elle porte sur 107 011 patients en soins primaires dans 1 816 structures de soins primaires, représentant 104 millions d'usagers des soins primaires âgés de 45 ans et plus, dans 19 pays participants. Les indicateurs présentés dans ce chapitre sont notamment :

- **Le bien-être**, apprécié à travers les réponses à cinq questions mesurant le bien-être (se sentir joyeux et de bonne humeur, calme et détendu, actif et énergique, épanoui dans la vie quotidienne, frais et reposé), sur une échelle de 0 à 5. Le score moyen des patients est calculé (l'échelle initiale, de 0 à 25, est convertie en échelle de 0 à 100), un résultat supérieur ou égal à 50 indiquant l'absence de risque de dépression majeure. Outil de collecte de données : indice de bien-être OMS-5.
- **La vie sociale**, appréciée à travers les réponses à la question : « En général, comment évaluez-vous votre capacité à mener vos activités et fonctions sociales habituelles (y compris activités à la maison, au travail et dans votre quartier, et responsabilités en tant que parent, enfant, conjoint, salarié, ami, etc.) ». Les choix de réponse vont de mauvaise (1) à excellente (5). L'indicateur est calculé à partir du pourcentage de patients ayant répondu bonne, très bonne ou excellente (contre passable ou mauvaise). Outil de collecte de données : échelle PROMIS® Scale v1.2 – Global Health.
- **L'état de santé général**, apprécié à travers les réponses à la question : « En général, vous diriez que votre santé est... », les choix de réponse possibles allant de « mauvaise » (1) à « excellente » (5). L'indicateur est calculé à partir du pourcentage de patients ayant répondu bonne, très bonne ou excellente (contre passable ou mauvaise). Outil de collecte de données : échelle PROMIS® Scale v1.2 – Global Health.
- **La qualité perçue**, appréciée à travers les réponses à la question : « En tenant compte de tous les aspects des soins que vous avez reçus, comment évaluez-vous la qualité globale de la prise en charge médicale dont vous avez bénéficié au cours des 12 derniers mois dans votre centre de soins primaires ? », « bonne, très bonne ou excellente » contre « moyenne ou mauvaise ».
- **La confiance dans le système de santé**, appréciée à travers les réponses à la question : « Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation selon laquelle on peut avoir confiance dans le système de santé ? » : « tout à fait d'accord, d'accord », contre « ni d'accord ni pas d'accord, pas du tout d'accord ».

Source : OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>.

Graphique 2.11. Les femmes font état d'levels de bien-être inférieurs à ceux des hommes dans la plupart des pays participant à l'enquête PaRIS

Scores moyens et différences absolues entre les hommes et les femmes selon l'Indice de bien-être OMS-5



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Résultats des personnes atteintes d'une maladie chronique ou plus. L'Indice de bien-être OMS-5 utilise une échelle de 0 à 100, 0 correspondant au niveau de bien-être le plus bas possible et 100 au niveau le plus élevé. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS. 1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. Les différences sont statistiquement significatives ($p < 0.05$), sauf dans le cas du Luxembourg et des États-Unis.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

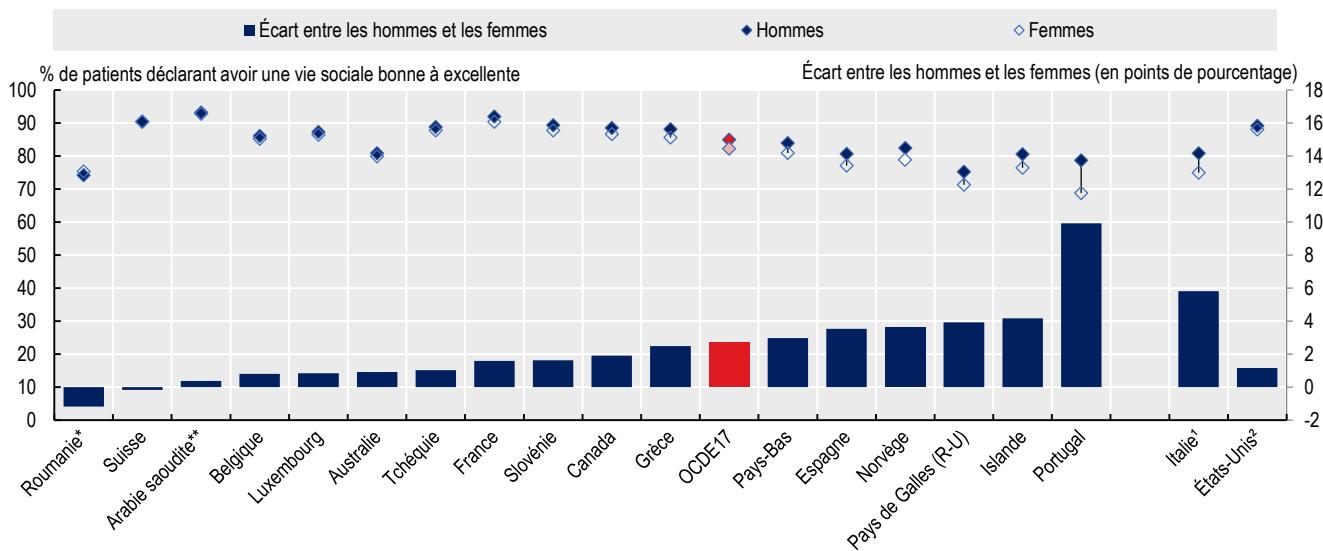
StatLink <https://stat.link/k9gy45>

Les données de l'enquête PaRIS montrent en outre que, parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, les femmes font état d'une vie sociale moins active que les hommes dans la plupart des pays, avec un écart moyen d'environ 2.7 p.p. (Graphique 2.12). Les disparités les plus marquées entre les genres ont été constatées au Portugal (9.9 p.p.), en Islande (4.2 p.p.), au Pays de Galles (3.9 p.p.) et en Espagne (3.5 p.p.).

En revanche, la Roumanie (1.2 p.p.) et la Suisse (0.2 p.p.) sont les seuls pays où les femmes font légèrement mieux que les hommes.

Graphique 2.12. Dans la plupart des pays participant à l'enquête PaRIS, les femmes font état de niveaux de fonctionnement social inférieurs à celui des hommes

Pourcentages de personnes portant un regard positif sur la façon dont elles accomplissent leurs activités et leurs rôles sociaux habituels, et différences absolues entre les hommes et les femmes, 2023-2024



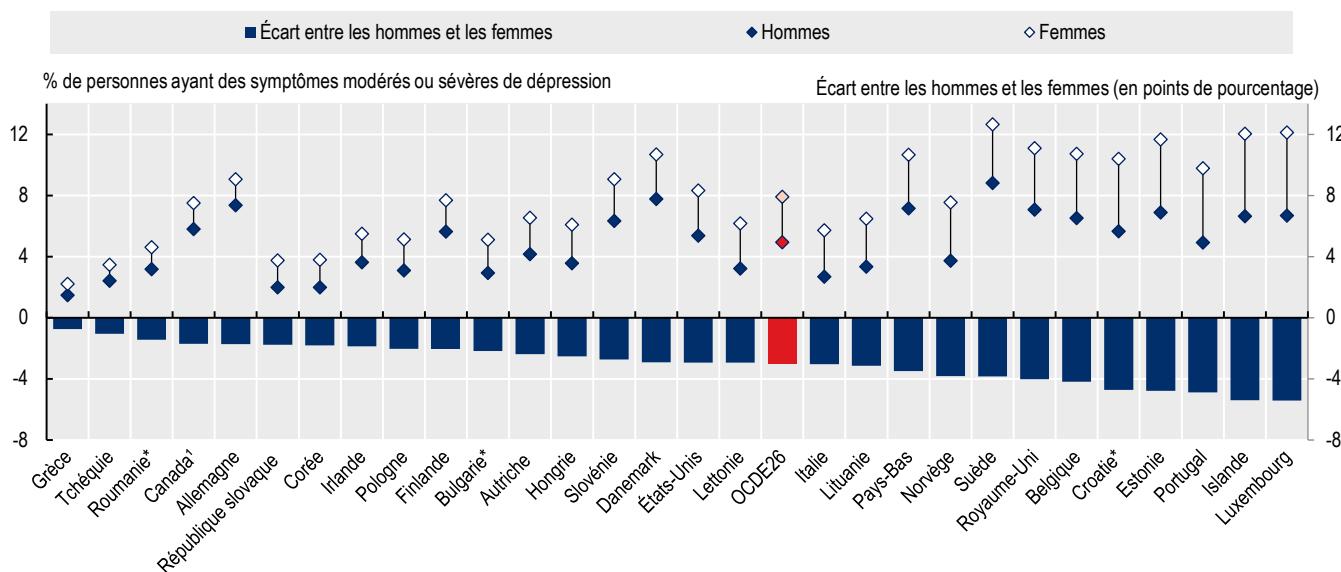
Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Résultats des personnes atteintes d'une maladie chronique ou plus. Échelle PROMIS® Scale v1.2 – Global Health. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS. 1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. L'écart n'est statistiquement significatif qu'au Portugal ($p<0.05$).

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/k6myt3>

Les résultats de l'Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS) et d'autres enquêtes similaires corroborent ces constats. Ils montrent que les femmes font état de taux significativement plus élevés que les hommes concernant les symptômes dépressifs modérés à sévères. Le Graphique 2.12 montre qu'en moyenne, 5 % des hommes et 8 % des femmes font état de symptômes de dépression modérée ou sévère, avec des écarts entre les genres allant de 1 à 7 p.p. Les écarts entre les genres les plus marqués apparaissent au Luxembourg, en Islande, au Portugal et en Estonie, où la prévalence chez les femmes est supérieure de 5 à 7 p.p. à celle des hommes. Ces écarts correspondent à des différences relatives de 23 % à 113 % plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Si les taux de dépression sont très variables (allant de moins de 5 % en Corée, en Grèce et en Tchéquie à plus de 13 % en Suède et en Islande), les femmes font systématiquement état de taux plus élevés. Cela donne à penser qu'une série de facteurs – notamment les rôles sociaux, les normes de genre, la charge des soins assumée par les femmes, l'accès aux soins et le soutien social – façonnent ces inégalités (Vargas Lopes et Llena-Nozal, 2025^[22]).

Graphique 2.13. Les symptômes dépressifs, modérés ou sévères, sont plus courants chez les femmes dans tous les pays, 2019 (ou année la plus proche)



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Individus âgés de 18 ans et plus, sauf dans le cas de la Corée (19 ans et plus). Les résultats sont des estimations obtenues à l'aide de coefficients de pondération et ne sont pas normalisés par tranche d'âge. Les personnes sont classées selon qu'elles présentent des symptômes dépressifs modérés ou sévères sur la base d'un score égal ou supérieur à 10 au Questionnaire sur la santé du patient (PHQ, questions 8 et 9), ce qui correspond également à un dépistage positif indiquant la nécessité d'une évaluation clinique plus approfondie. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Les estimations pour le Canada se basent sur une publication et reposent sur des données de 2015 à 2019 pour les différentes provinces et territoires.

Source : Estimations de l'OCDE basées sur la troisième vague de l'enquête EHIS d'Eurostat (2018-2020), de l'Enquête nationale sur la santé (NHIS) 2019 pour les États-Unis, de l'Enquête sur la santé communautaire de 2019 pour la Corée ; et du Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9) pour le Canada ; Shields (2021^[33]), Shields, M. et al. (2021), "Symptoms of major depressive disorder during the covid-19 pandemic: Results from a representative sample of the Canadian population", <https://doi.org/10.24095/HPCD.41.11.04> ; Vargas Lopes and Llена-Nozal (2025^[22]), "Understanding and addressing inequalities in mental health", <https://doi.org/10.1787/56adb10f-en>.

StatLink  <https://stat.link/ghl5ok>

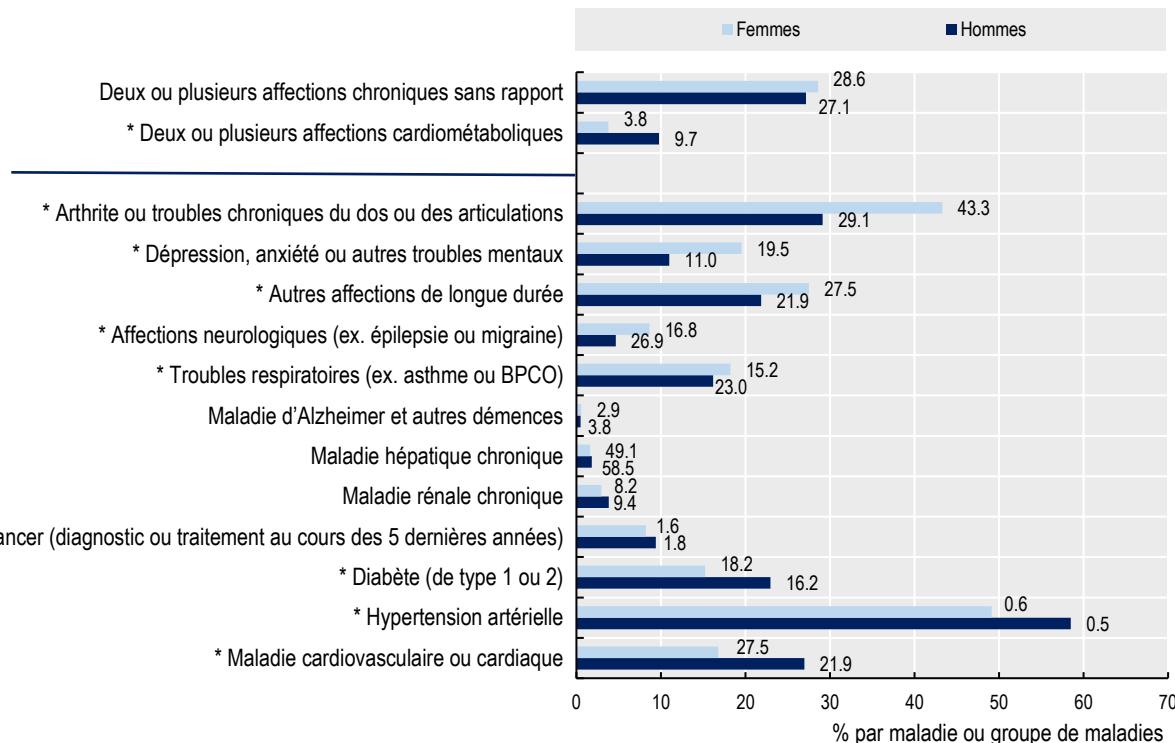
Alors que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter et de signaler des troubles dépressifs et anxieux, les hommes présentent plus souvent des troubles des conduites, des troubles du spectre autistique, un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et des troubles liés à l'usage de substances (Connery et al., 2020^[34]). Si l'on en croit une étude bibliographique récente, les garçons et les jeunes gens seraient souvent moins enclins à se soigner, un trait qui est mis en parallèle avec des diagnostics plus tardifs et une absence de prise en charge de la maladie mentale (Sheikh A et al., 2025^[35]). Les hommes ont un taux de suicide plus de trois fois supérieur à celui des femmes, alors même que pensées suicidaires et passages à l'acte sont plus fréquents chez celles-ci (voir section « Le suicide, les accidents et la violence sont les principaux facteurs de mortalité prémature chez les hommes »). Les normes culturelles jouent un rôle clé : l'attitude stoïque attendue d'eux a pour effet de dissuader les hommes de recourir aux soins préventifs, tandis que le souci d'autrui et la participation limitée aux décisions en matière de santé restreignent l'accès des femmes aux soins et creusent les écarts dans la compréhension de leurs besoins (Farhane-Medina et al., 2022^[36]). Pour s'attaquer à ces disparités, les pays doivent repenser les rôles de genre et mettre en œuvre des changements systémiques pour des soins équitables. Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux expliquent tous ces écarts. Par exemple, les femmes sont exposées à des risques supplémentaires pour leur santé mentale pendant la grossesse, la période post-partum et la ménopause, ainsi que dans le cadre du travail de soins non rémunéré (OCDE, 2023^[37]).

Le rapport sur l'enquête PaRIS de l'OCDE montre que même si les hommes et les femmes affichent des taux globalement similaires de maladies chroniques (OCDE, 2025^[1]), les hommes sont plus susceptibles de déclarer des problèmes cardiovasculaires ou cardiaques (26.9 % contre 16.8 % pour les femmes) et de l'hypertension artérielle (58.5 % contre 49.1 %). À l'inverse, les femmes sont plus susceptibles de déclarer souffrir d'arthrite ou de problèmes articulaires persistants (43.3 % contre 29.1 % pour les hommes), ainsi que de dépression, d'anxiété ou d'autres problèmes de santé mentale (19.5 % contre 11 %), comme le montre le Graphique 2.14.

Les données de l'enquête PaRIS révèlent des tendances claires entre les genres dans les combinaisons de maladies chroniques chez les personnes âgées de 45 ans et plus prises en charge au niveau des soins primaires. Les hommes signalent le plus souvent des affections liées à des risques cardiométaboliques (hypertension artérielle, MCV, diabète et insuffisance rénale chronique), ce qui dénote des différences selon le genre dans les causes ou les mécanismes d'ordre génétique, comportemental ou environnemental. Les hommes comme les femmes présentent une prévalence élevée de multimorbidité non liée (combinaisons de deux ou plusieurs maladies chroniques dans différents systèmes de l'organisme, qui ne sont pas liées par un mécanisme sous-jacent commun). Cependant, les femmes signalent une proportion plus élevée de combinaisons comprenant des affections non liées, telles que l'hypertension et l'arthrite, et asthme ou bronchopneumopathie chronique obstructive et arthrite. Ces différences attestent de l'importance d'élaborer des projets de soins plus adaptés à des combinaisons spécifiques de maladies chroniques.

Graphique 2.14. Les maladies chroniques liées sont plus fréquentes chez les hommes, tandis que les maladies chroniques sans rapport entre elles prédominent chez les femmes

Pourcentage d'usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus par affection ou groupe d'affections, 2023-2024



Note : Les maladies cardiométraboliques sont des affections courantes partageant des causes ou des mécanismes communs, d'ordre génétique, comportemental ou environnemental. Dans l'enquête PaRIS, ce groupe englobe les personnes présentant au moins deux des maladies chroniques suivantes : hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires ou cardiopathies, diabète et insuffisance rénale chronique, à l'exclusion des autres maladies (comme l'arthrite ou les troubles mentaux). Les maladies chroniques sans rapport entre elles englobent un éventail diversifié de maladies indépendantes les unes des autres, qui ne s'expliquent pas par un mécanisme commun. Dans l'enquête PARIS, le groupe des maladies discordantes englobe les patients présentant au moins deux maladies chroniques, dont au moins l'une des suivantes : arthrite, affections respiratoires, maladie d'Alzheimer, maladies neurologiques, maladie hépatique chronique et cancer, à l'exclusion des troubles mentaux. * Les différences sont statistiquement significatives ($p<0.05$).

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/8lzrfv>

Les inégalités en santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, sociaux et liés au mode de vie, ainsi que d'un accès inégal et d'expériences différentes des soins de santé

Les hommes affichent des taux plus élevés de tabagisme, de consommation nocive d'alcool et de comportements à risque

Les différences entre les genres en matière de prévalence des maladies découlent en grande partie du comportement et de l'exposition à des facteurs de risque clés. Dans tous les pays, les hommes sont exposés à des risques plus élevés de cancer, de maladies cardiovasculaires, de surdoses et de « décès dus au désespoir » (à cause de l'alcool, des drogues et du suicide), en grande partie en raison de taux plus élevés de tabagisme, de consommation nocive d'alcool et de comportements à risque et d'une faible adhésion à des modes de vie sains. Le Tableau 2.3 fournit un tableau de bord des facteurs de protection et de risque pour la santé qui fait ressortir les différences entre les genres en matière de tabagisme, de consommation nocive d'alcool, de surpoids, d'inactivité physique et de consommation de légumes et met en évidence cinq grandes tendances :

1. **Les hommes fument systématiquement plus que les femmes (sauf en Islande).** Les écarts les plus importants au regard du taux de tabagisme sont observés en Turquie, en Lettonie et en Corée (23-25 p.p.), tandis que dans d'autres pays, dont le Chili et la Norvège, aucune différence n'apparaît entre les hommes et les femmes. Au cours de la dernière décennie, le tabagisme quotidien a diminué dans la plupart des pays de l'OCDE grâce à des politiques énergiques de lutte antitabac, même si l'utilisation de la cigarette électronique augmente (OCDE, 2023^[38]). Cependant, les dernières données sur le tabagisme lié à la cigarette chez les jeunes de 15 ans montrent

que les taux de tabagisme sont plus élevés chez les filles que chez les garçons (ces données ainsi que d'autres ci-dessous sur les adolescents proviennent de l'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*)).

2. **Quelque 34 % des hommes et 20 % des femmes déclarent consommer occasionnellement de fortes quantités d'alcool**, les écarts les plus importants parmi les pays de l'OCDE sont observés en Grèce (24 p.p.) et en Lituanie (23 p.p.). Cependant, dans la plupart des pays de l'OCDE, les filles de 15 ans sont plus susceptibles que les garçons de déclarer avoir été ivres plus d'une fois, les écarts entre les genres les plus marqués étant observés au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie.
3. **Les hommes affichent des taux de surpoids plus élevés dans tous les pays de l'OCDE**, les écarts les plus importants (jusqu'à 20 p.p.) étant au Luxembourg et en Allemagne et les plus faibles (2 à 6 p.p.) en Turquie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Chez les adolescents, les garçons affichent des taux de surpoids et d'obésité plus élevés que les filles dans presque tous les pays.
4. **Dans la plupart des pays de l'OCDE, les femmes déclarent des niveaux d'activité physique inférieurs à ceux des hommes, à l'exception du Danemark, de la Finlande et de la Suède, où elles arrivent légèrement en tête**. Les écarts entre les genres vont de 1 à 2 p.p. d'inactivité physique seulement (par exemple, en Autriche, en Estonie, en Corée, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni), jusqu'à 16 voire 19 p.p. en Turquie, au Costa Rica et au Chili. Chez les jeunes de 15 ans, les garçons surpassent systématiquement les filles en ce qui concerne le respect des directives en matière d'activité physique quotidienne.
5. **Les hommes mangent systématiquement moins de légumes que les femmes dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception du Mexique et de la Corée**. Alors que des pays comme l'Australie, la Corée et la Nouvelle-Zélande font état d'une consommation quotidienne élevée avec peu ou pas d'écart entre les genres, d'autres, comme l'Allemagne, le Luxembourg et la Finlande, présentent à la fois une faible consommation globale et de grandes disparités entre les genres (19-22 p.p.). Chez les jeunes de 15 ans, la tendance est claire : dans presque tous les pays, les filles sont plus susceptibles que les garçons de manger des légumes tous les jours, ce qui met en évidence les différences précoces et persistantes entre les genres dans les habitudes alimentaires.

De plus, les hommes sont davantage exposés au risque de consommer des drogues illicites, un facteur majeur de décès évitables. Dans la plupart des pays, la consommation d'opioïdes est plus élevée chez les hommes ; l'héroïne reste dominante en Europe, même si les opioïdes de synthèse suscitent de plus en plus d'inquiétudes (EMCDDA, 2022^[39]). Les hommes consomment en outre davantage de cocaïne que les femmes (sauf en Israël) : en moyenne, dans l'OCDE, 1,7 % des hommes en ont consommé au cours de la dernière année, contre 0,7 % des femmes.

Les inégalités en santé entre les hommes et les femmes sont également liées à des risques sanitaires fondés sur le genre. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles de subir les conséquences physiques et mentales de la violence fondée sur le genre ; elles sont confrontées à des risques sanitaires spécifiques liés à la grossesse et à l'accouchement, et ont souvent besoin de davantage de soins à un âge avancé en raison de leur espérance de vie plus longue.

Tableau 2.3. Tableau de bord des facteurs de protection et de risque pour la santé, 2023 (ou année la plus proche)

Pays	Facteurs de risque								Facteur de protection	
	Tabagisme (%)		Consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool (%)		Surpoids (%)		Inactivité physique (%) ²		Consommation de légumes (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
OCDE	19	11	34	20	61	48	27	32	53	64
Afrique du Sud*	35 ²	7 ²					39	48		
Allemagne	18 ²	12 ²	33	22	63 ²	43 ²	15	15	36 ¹	56 ¹
Argentine*	28 ²	18 ²					37	42		
Australie	9 ²	8 ²			64 ²	53 ²	26	30	98 ²	98 ²
Autriche	24 ¹	18 ¹	28	16	60 ¹	43 ¹	22	24	39 ¹	55 ¹
Belgique	14	11	36	24	53	47	25	33	72	80
Brésil*	12 ²	7 ²	29	16	60 ²	55 ²	36	46		
Bulgarie*	38 ¹	21 ¹	40	13	64 ¹	46 ¹	36	38	48 ¹	49 ¹
Canada	10	7	23 ²	17 ²	63	52	39	42	71	80
Chili	16 ²	16 ²			70 ³	71 ³	32	48		
Chine*	48 ²	2 ²					27	19		
Colombie	14 ¹	6 ¹					28	41		
Corée	27	4	48	26	41 ³	23 ³	58	63	99	98
Costa Rica	10	3					42	59		
Croatie*	26 ¹	20 ¹	23	8	72 ¹	58 ¹	32	34	59 ¹	64 ¹
Danemark	12 ³	10 ³			59	48	15	14	37 ¹	54 ¹
Espagne	23 ²	17 ²	20	11	58 ²	43 ²	22	28	41 ²	52 ²
Estonie	18 ³	10 ³			62 ³	45 ³	19	20	41 ¹	52 ¹
États-Unis	9	7			73	64	30	43		
Finlande	12 ²	11 ²	36	18	67 ²	55 ²	13	11	33 ²	55 ²

Pays	Facteurs de risque								Facteur de protection	
	Tabagisme (%)		Consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool (%)		Surpoids (%)		Inactivité physique (%) ²		Consommation de légumes (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
France	25	21	20	10	50 ¹	41 ¹	23	31	56 ¹	69 ¹
Grèce	31 ¹	19 ¹	59	35	63 ²	47 ²	37	42	47 ¹	59 ¹
Hongrie	28 ¹	22 ¹	21	5	65 ¹	52 ¹	31	35	40 ¹	49 ¹
Inde*	14 ²	1 ²					41	57		
Indonésie*	63 ²	3 ²					20	16		
Irlande	15 ³	12 ³	51	40	63 ³	50 ³	21	26	69 ³	77 ³
Islande	5 ³	6 ³	38	29	68 ¹	50 ¹	25	30	52 ³	61 ³
Israël	21 ³	13 ³	9	3	62 ³	47 ³	25	31	82 ³	88 ³
Italie	23	16	34	15	55	38	41	49	53	62
Japon	26	7					45	56		
Lettonie	35 ¹	12 ¹	44	24			18	19	39 ²	52 ²
Lituanie	30 ¹	10 ¹	38	15	63 ²	55 ²	23	25	48 ¹	58 ¹
Luxembourg	16 ³	14 ³			59 ¹	38 ¹	15	16	28 ¹	47 ¹
Mexique	12	5					25	31	53 ²	49 ²
Norvège	8 ³	8 ³	43	32	59 ²	44 ²	34	42	59 ²	74 ²
Nouvelle-Zélande	8 ³	6 ³					20	22	95 ³	96 ³
Pays-Bas	16	11	35	16	51	46	10	13	51	62
Pérou*	2	1					32	37		
Pologne	21 ¹	14 ¹	29	9	65 ¹	49 ¹	38	42	48 ¹	56 ¹
Portugal	20 ¹	9 ¹	27	10	59 ²	48 ²	50	62	36 ¹	47 ¹
République slovaque	27 ¹	15 ¹	43	23	67 ¹	49 ¹	24	27	43 ¹	52 ¹
Roumanie*	31 ¹	8 ¹			75 ¹	59 ¹	40	41	15 ¹	19 ¹
Royaume-Uni	12	10	38	38	67 ²	61 ²	21	23		
Slovénie	19 ¹	16 ¹	22	7	64 ¹	49 ¹	21	24	50 ¹	63 ¹
Suède	9 ³	8 ³	47	41	58	45	11	10	58 ²	73 ²
Suisse	18 ²	14 ²	32	18	52	34	20	24	55 ²	74 ²
Tchéquie	20	12			68 ¹	49 ¹	26	29	35 ¹	49 ¹
Thaïlande*							29	33		
Türkiye	41 ²	16 ²			57 ²	55 ²	35	54	38 ²	44 ²

1. Données de 2019.

2. Données de 2020-2022.

3. Données de 2024.

Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. Voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur pour les définitions des facteurs et les groupes de population pris en considération dans chaque pays. **Tabagisme (%)** : part de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare fumer quotidiennement. **Consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool (%)** : pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant avoir consommé au moins 48 grammes d'alcool pour les femmes, et au moins 64 grammes pour les hommes (soit environ 5 et 6 verres au minimum, respectivement) en une seule occasion, au moins une fois par mois durant l'année écoulée. Les résultats peuvent être différents de ceux extraits des sources nationales. **Surpoids (%)** : part de la population âgée de 15 ans et plus qui se considère en surpoids (indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25), y compris les personnes obèses (IMC ≥ 30). **Inactivité physique (%)** : part de la population adulte (18 ans et plus, estimation brute) qui fait moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse par semaine, ou équivalent. Données de 2022. **Consommation de légumes (%)** : part de la population âgée de 15 ans et plus qui consomme au moins une portion de légumes par jour, à l'exclusion des jus et des pommes de terre.

Source : tabagisme, surpoids et consommation de légumes : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; inactivité physique : OMS, 2022 ; Consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool : Enquête sociale européenne, 2023 (Enquête sociale européenne constituée en Consortium pour une infrastructure européenne de recherche (ESS ERIC), 2025), complétée par des données issues de sources nationales pour l'Australie, le Brésil, le Canada, la Corée et les États-Unis.

Les personnes ayant un faible niveau d'instruction sont confrontées à des inégalités plus marquées entre les sexes en matière de santé et de bien-être, ce qui donne lieu à un désavantage accru pour les femmes ayant un faible niveau d'instruction

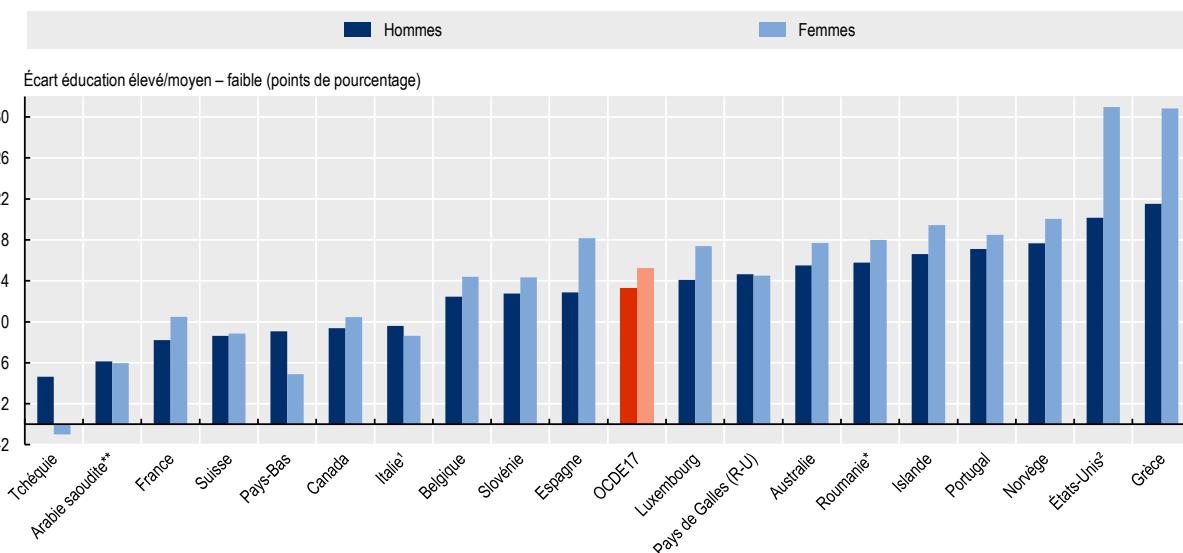
Les inégalités en matière de santé sont façonnées par l'interaction entre le genre et le statut socioéconomique. Les personnes ayant un revenu et un niveau d'études faibles sont plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé physique et mentale, d'adopter des comportements nocifs pour la santé et d'avoir un accès limité aux soins (OCDE, 2019^[40] ; OCDE/Union européenne, 2022^[41]). Ces désavantages sont souvent aggravés par la détresse psychologique liée au chômage, à la précarité du travail et aux mauvaises conditions de logement (OCDE, 2021^[42]).

Alors que les inégalités entre les genres sont à l'origine de nombreuses disparités sociales, des données récentes suggèrent que l'écart d'espérance de vie selon le niveau d'études est plus important pour les hommes. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, cet écart entre les hommes ayant un niveau d'études élevé et ceux ayant un niveau faible est de 8.2 ans, contre 5.2 ans pour les femmes (Murtin et Lübker, 2022^[43]). Les données de l'enquête PaRIS confirment la persistance d'écart entre les genres et les facteurs de santé socioéconomiques, même après prise en compte de l'âge et de la multimorbidité (OCDE, 2025^[1]). Le Graphique 2.15 montre l'écart, en p.p., entre la proportion d'utilisateurs de soins primaires âgés de 45 ans et plus déclarant un état de santé général bon à excellent selon le niveau d'études (faible, et moyen/élevé), chez les hommes et chez les femmes ; sachant que l'on obtient des résultats similaires en ce qui concerne la vie sociale. Trois conclusions principales se dégagent :

- Il existe un net gradient de santé lié au niveau d'études, dans les pays de l'OCDE participant à l'enquête PaRIS, parmi les usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus : les femmes affichent généralement des écarts plus importants que les hommes – la proportion de femmes ayant un niveau d'études moyen/élevé et se considérant en excellente santé est, en moyenne, supérieure de 15.2 p.p. à celle des femmes ayant un niveau d'études faible, contre un écart de 13.2 p.p. chez les hommes. Ces différences sont plus marquées aux États-Unis et en Grèce, où l'écart chez les femmes est supérieur de 10 p.p. à celui observé chez les hommes. Cependant, dans des pays tels que la Tchéquie, les Pays-Bas et l'Italie, les hommes affichent un écart plus important que les femmes entre les niveaux d'études pour ce qui est d'un état de santé général bon à excellent.
- Parmi les utilisateurs des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus et se déclarant peu instruits, les hommes déclarent en moyenne un meilleur état de santé général que les femmes, bien que les écarts varient considérablement, allant de 11.9 p.p. aux États-Unis et en Grèce (où les hommes peu instruits sont plus nombreux que les femmes à déclarer un meilleur état de santé général) à 2.4 p.p. en Tchéquie (où c'est l'inverse). Parmi les personnes ayant un niveau d'instruction moyen/élevé, les hommes ont tendance à déclarer avoir un meilleur état de santé général – avec un écart de 0.8 à 5.7 p.p. par rapport aux femmes. Des tendances similaires apparaissent dans le domaine de la vie sociale, les disparités liées au niveau d'études touchant souvent davantage les femmes, en particulier au Portugal, en Espagne et en France.

Graphique 2.15. Les différences concernant l'état de santé général entre les groupes de population selon que le niveau d'études est intermédiaire/élevé ou faible varient d'un facteur un à quatre entre les pays participant à l'enquête PaRIS de l'OCDE

Différences en points de pourcentage entre les niveaux d'études des personnes participant à l'enquête PaRIS qui déclarent avoir un état de santé général bon à excellent, 2023-2024



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les personnes qui indiquent avoir un niveau d'études élevé ou intermédiaire et celles qui indiquent avoir un niveau d'études faible. Toutes les différences, au sein d'un même pays, par niveau d'études chez les hommes sont statistiquement significatives, sauf en Tchéquie. Toutes les différences, au sein d'un même pays, par niveau d'études chez les femmes sont statistiquement significatives, sauf en Tchéquie, en Italie et aux Pays-Bas.

1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaires. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/pfni18>

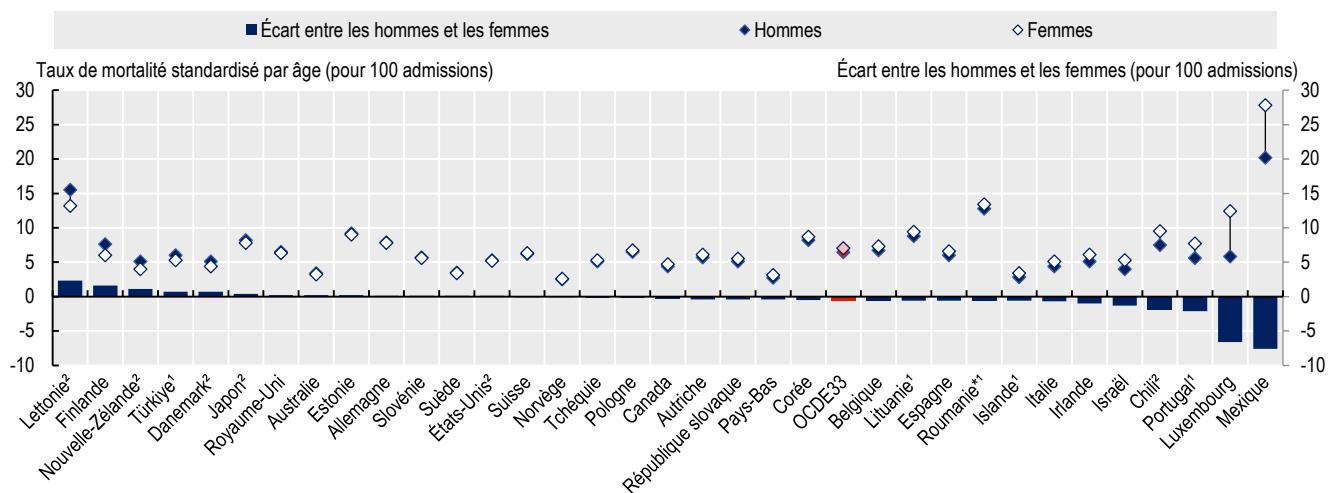
Les inégalités en santé proviennent en partie des différences dans la façon dont les femmes et les hommes accèdent aux soins et en font l'expérience

Les différences entre les genres dans la reconnaissance des symptômes et le diagnostic sont une source majeure de disparités dans les traitements. La formation et les directives médicales ne tiennent souvent pas compte du fait que les maladies se présentent différemment chez les hommes et chez les femmes, ce qui témoigne d'une tradition de recherche non inclusive. Par exemple, il arrive que les femmes victimes d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral mentionnent des symptômes tels que des douleurs dorsales ou des nausées, ce qui retarde le diagnostic (Temkin et al., 2023^[44] ; American Heart Association, 2021^[45] ; American Heart Association, 2019^[46]). Leurs symptômes sont également plus susceptibles d'être ignorés dans des cas tels que le cancer, les maladies cardiovasculaires (Din et al., 2015^[12] ; Maas et Appelman, 2010^[13]), l'arthrose (Templeton, 2021^[47]) et dans le domaine de la santé mentale, où un traumatisme complexe peut être diagnostiqué à tort comme un trouble bipolaire (Département de la santé, 2018^[48]). Les hommes sont également victimes de préjugés : l'ostéoporose est souvent négligée, malgré des taux élevés de fractures et de mortalité (Adler, 2014^[49]).

L'accès à des soins appropriés et rapides diffère également entre les hommes et les femmes. Par exemple, la mortalité à 30 jours après une hospitalisation pour infarctus aigu du myocarde (IAM) ou accident vasculaire cérébral (AVC) révèle la qualité des soins hospitaliers, y compris les soins préhospitaliers, les schémas de transfert, la durée du séjour et la gravité de la maladie. En moyenne, les femmes ont un taux de mortalité à 30 jours après un IAM légèrement plus élevé que les hommes, les écarts les plus importants étant observés au Mexique (28 contre 20 pour 100 admissions), au Luxembourg (12.4 contre 5.8), au Portugal (7.7 contre 5.6) et au Chili (9.5 contre 7.5). Pour les AVC ischémiques, les différences de mortalité entre les hommes et les femmes sont moins importantes et plus variables d'un pays à l'autre (Graphique 2.17).

Graphique 2.16. Taux de mortalité par crise cardiaque à 30 jours, 2023 (ou année la plus proche)

Taux de mortalité à 30 jours après admission pour infarctus aigu du myocarde chez les personnes âgées de 45 ans et plus pour 100 patients (au cours de la même hospitalisation, données non liées)



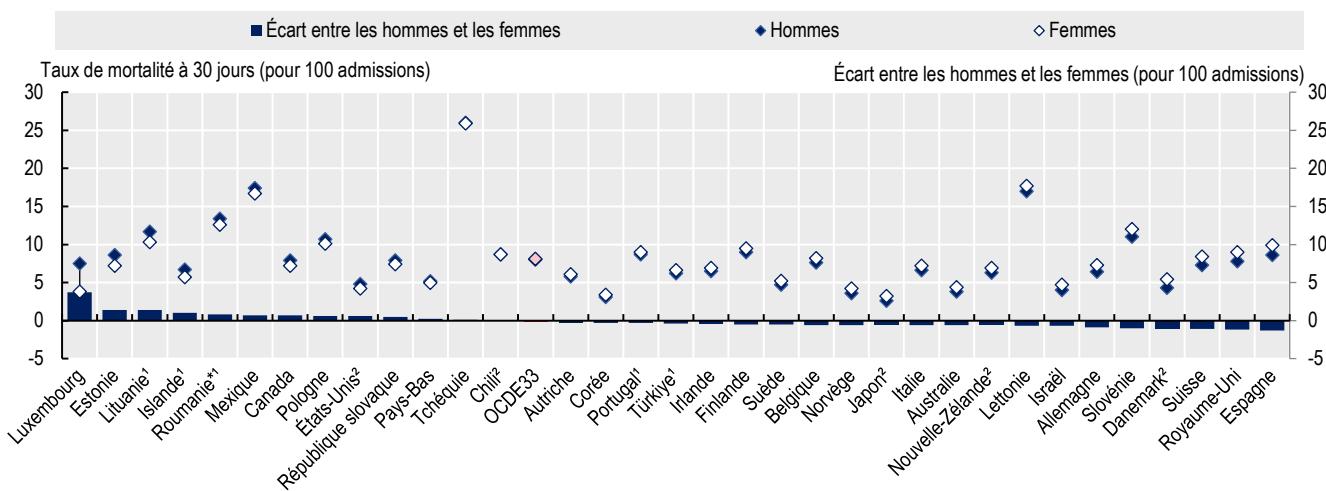
Note : Les données non liées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où les patients ont été initialement admis. Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2024. 2. Données de 2020-2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/si9vz4>

Graphique 2.17. Taux de mortalité par AVC ischémique à 30 jours, 2023 (ou année la plus proche)

Taux de mortalité à 30 jours après admission pour AVC ischémique chez les personnes âgées de 45 ans et plus pour 100 patients (au cours de la même hospitalisation, données non liées)



Note : Les données non liées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où les patients ont été initialement admis. Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2024. 2. Données de 2022. 3. Données de 2021.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/gu09ml>

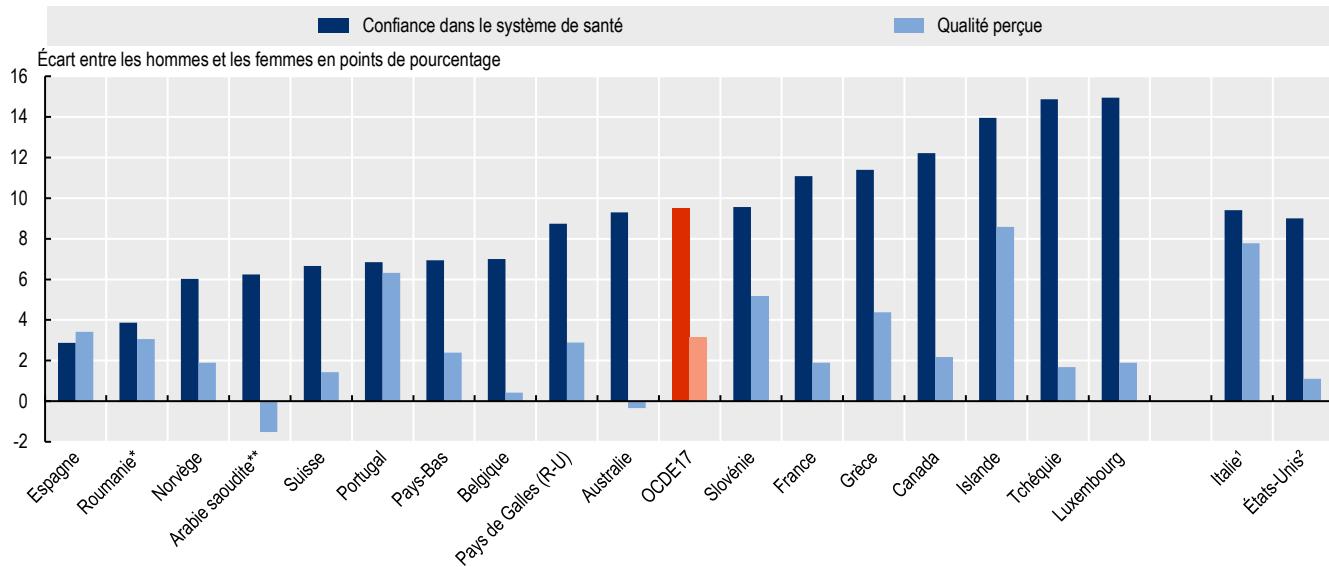
Les données de l'enquête PaRIS confirment que les hommes et les femmes font état d'expériences différentes en matière de soins de santé. Comme le montre le Graphique 2.18, les hommes ont généralement tendance à évaluer plus positivement la qualité des soins, même si les différences significatives sont rares : seule la Slovénie affiche un écart statistiquement significatif. En revanche, les différences en matière de confiance dans le système de santé sont plus prononcées : dans un tiers des pays, l'écart dépasse 10 % et, dans tous les pays sauf deux, il est supérieur à 5 %, les hommes déclarant systématiquement des niveaux de confiance plus élevés. Dans ses futurs travaux, l'OCDE comparera l'efficacité avec laquelle les pays fournissent des soins de qualité en temps opportun aux femmes et aux hommes, et recensera les possibilités permettant de réduire les préjugés dans les traitements et d'améliorer l'accès pour tous.

Les différences de diagnostic entre hommes et femmes contribuent elles aussi aux inégalités en santé. Les directives cliniques s'appuient souvent sur des essais cliniques menés principalement sur des hommes, ce qui conduit à des protocoles de traitement qui peuvent ne pas convenir aux femmes. Cela peut conduire à des prescriptions différentes pour des besoins similaires. Par exemple, le lécanemab, dont le potentiel à ralentir le déclin cognitif dans la maladie d'Alzheimer est reconnu, s'est révélé plus efficace chez les hommes (Buckley, Gong et Woodward, 2023^[50]). Les chimiothérapies sont plus efficaces chez les femmes en raison d'une élimination plus lente des médicaments (Haupt, Carcel et Norton, 2024^[8]). Cependant, les femmes indiquent également davantage d'effets indésirables liés aux médicaments cardiovasculaires et psychotropes (Lacroix et al., 2023^[61] ; Farkouh et al., 2021^[52] ; Raparelli et al., 2017^[53] ; Tamargo et al., 2017^[54]). Des facteurs biologiques tels que la composition corporelle et le métabolisme expliquent en partie ces tendances. Depuis 1980, les médicaments sont trois fois plus susceptibles d'être retirés du marché pour des raisons de sécurité touchant les femmes (Forum économique mondial, January 2024^[55]).

Les inégalités d'accès peuvent résulter de l'inefficacité des systèmes et des préjugés des prestataires. De récentes données montrent que les patients traités par des femmes médecins obtiennent souvent de meilleurs résultats, notamment une mortalité plus faible et moins de complications, comme en témoignent des études menées aux États-Unis, au Canada, en Suède et au Japon (Greenwood, Carnahan et Huang, 2018^[56] ; Dahrouge et al., 2016^[57] ; Wallis et al., 2017^[58] ; Blohm et al., 2023^[59] ; Okoshi et al., 2022^[60]). En réaction, des pays comme l'Australie, la France ou l'Irlande luttent contre les disparités entre les genres en adoptant des stratégies nationales et en réformant la formation médicale (Gouvernement australien, 2019^[61] ; CSE, 2020^[62] ; National Women's Council, 2021^[63]).

Graphique 2.18. Si la perception de la qualité des soins varie peu selon le genre, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à faire confiance au système de santé

Écarts absolu entre les pourcentages de femmes et d'hommes ayant fait état d'une perception positive de la qualité des soins primaires, et ayant confiance dans le système de santé, 2023-2024



Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Personnes atteintes d'une maladie chronique ou plus. 1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

** Participation à l'enquête PaRIS. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. Qualité perçue : écarts statistiquement non significatifs, sauf pour la Slovénie ($p<0.05$). Confiance : écarts statistiquement significatifs sauf pour l'Espagne, les États-Unis, le Portugal et la Roumanie ($p<0.05$).

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/39uw0b>

Il existe encore des lacunes dans les données et la recherche en matière de santé, en particulier pour les maladies qui touchent de manière disproportionnée les femmes ou les hommes. La recherche consacrée aux troubles propres aux femmes, comme les troubles menstruels, les troubles périnéaux, les violences faites aux femmes, le diabète gestationnel et l'hypertension artérielle gravidique sévère, la dépression post-partum, l'endométriose et la ménopause, bénéficie d'un financement relativement moins généreux (Temkin et al., 2023^[64] ; Mirin, 2021^[65] ; As-Sanie et al., 2019^[66]), tandis que les maladies auto-immunes, quoique plus fréquentes chez les femmes, touchent aussi de nombreux hommes et demandent à être étudiées séparément. L'infertilité masculine, l'ostéoporose induite par le déclin de la sécrétion de testostérone chez les sujets vieillissants et certains problèmes de santé mentale sont souvent sous-diagnostiqués en raison de la stigmatisation et des normes sociales (Rinonapoli et al., 2021^[67]). L'OCDE s'efforce de combler ces lacunes en améliorant la collecte de données et la mesure des performances avec son nouveau Cadre d'évaluation des performances des systèmes de santé (OCDE, 2024^[68]).

En conclusion

Cette analyse souligne la disparité entre les genres en matière de santé dans les pays de l'OCDE : les hommes meurent plus jeunes, tandis que les femmes vivent plus longtemps, mais passent un plus grand nombre d'années en mauvaise santé. Les hommes sont exposés à une mortalité prématuée plus élevée, souvent due à des causes évitables telles que le suicide, les accidents et les MCV, tandis que chez les femmes le cancer est la principale cause de mortalité prématuée. Les écarts entre les genres concernant les comportements en matière de santé contribuent à ces tendances, les hommes étant plus susceptibles de fumer, de beaucoup boire et d'être en surpoids, tandis que les femmes sont davantage touchées par les maladies chroniques. Le désavantage socioéconomique, en particulier chez les femmes moins instruites, creuse encore davantage les écarts en matière de santé et de bien-être. Les inégalités en santé proviennent en partie des différences dans la façon dont les femmes et les hommes accèdent aux soins et en font l'expérience.

Les travaux futurs de l'OCDE sur le genre et la santé aboutiront à la publication prochaine d'un rapport. Ce rapport évaluera dans quelle mesure les systèmes de santé de l'OCDE répondent aux besoins des femmes et des hommes, dans quels domaines les préjugés liés au genre influencent le diagnostic et le traitement, et Quelles maladies restent insuffisamment étudiées ou sous-déclarées. Il recensera les moyens de réduire les lacunes en matière de traitement, d'améliorer l'accès et mettra en évidence les priorités pour la recherche et les données. L'OCDE élargit également la collecte de données, sous la direction du Groupe de travail sur la qualité et les résultats des soins de santé, en mettant l'accent sur l'élaboration d'indicateurs relatifs à la santé des femmes.

Références

- Adler, R. (2014), « Osteoporosis in men: a review », *Bone Research*, vol. 2/1, <https://doi.org/10.1038/boneres.2014.1>. [49]
- American Heart Association (2021), *Heart Attack Symptoms in Women*, <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/warning-signs-of-a-heart-attack/heart-attack-symptoms-in-women> (consulté le 23 septembre 2024). [45]
- American Heart Association (2019), *Is it fatigue – or a stroke? Women shouldn't ignore these warning signs*, <https://www.heart.org/en/news/2019/05/31/is-it-fatigue-or-a-stroke-women-shouldnt-ignore-these-warning-signs> (consulté le 23 septembre 2024). [46]
- As-Sanie, S. et al. (2019), « Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 221/2, pp. 86-94, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.033>. [66]
- Barth, C. et al. (2023), « Sex steroids and the female brain across the lifespan: insights into risk of depression and Alzheimer's disease », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00224-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00224-3). [10]
- Blohm, M. et al. (2023), « Differences in cholecystectomy outcomes and operating time between male and female surgeons in Sweden », *JAMA Surgery*, vol. 158/11, pp. 1168-1175, <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.3736>. [59]
- Boerma, T., A. Hosseinpour, E. Verdes et S. Chatterji (2016), « A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries », *BMC Public Health*, vol. 16, <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3352-y>. [26]
- Buckley, R., J. Gong et M. Woodward (2023), « A Call to Action to Address Sex Differences in Alzheimer Disease Clinical Trials », *JAMA Neurology*, vol. 80/8, p. 769, <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.1059>. [50]
- Burgess, S. (2022), « Understudied, under-recognized, underdiagnosed, and undertreated: sex-based disparities in cardiovascular medicine », *Circulation: Cardiovascular Interventions*, vol. 15/2, p. p.e011714. [18]
- Connery, H. et al. (2020), « Substance Use Disorders in Global Mental Health Delivery: Epidemiology, Treatment Gap, and Implementation of Evidence-Based Treatments », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 28/5, pp. 316-327, <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000271>. [34]
- Crimmins, E., J. Kim et A. Hagedorn (2002), « Life With and Without Disease: Women Experience More of Both », *Journal of Women & Aging*, vol. 14/1-2, pp. 47-59, https://doi.org/10.1300/j074v14n01_04. [30]
- CSE (2020), « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique », https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9.pdf (consulté le 11 juillet 2024). [62]
- Dahrouge, S. et al. (2016), « A Comprehensive Assessment of Family Physician Gender and Quality of Care: A Cross-Sectional Analysis in Ontario, Canada », *Medical Care*, vol. 54/3, pp. 277-286, <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000480>. [57]
- Département de la santé (2018), *The Women's Mental Health Taskforce*, <https://www.gov.uk/government/publications/the-womens-mental-health-taskforce-report>. [48]
- Din, N. et al. (2015), « Age and Gender Variations in Cancer Diagnostic Intervals in 15 Cancers: Analysis of Data from the UK Clinical Practice Research Datalink », *PLoS One*, vol. 10/5, p. e0127717, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127717>. [12]
- DREES (2024), *Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022*, https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240516_ERHospitGestesAutoInfiges. [23]
- EMCDDA (2022), *European Drug Report 2022: Trends and Developments*, EMCDDA, Lisbonne, https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en. [39]
- Farhane-Medina, N. et al. (2022), « Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review », *Science Progress*, vol. 105/4, <https://doi.org/10.1177/00368504221135469>. [36]
- Farkouh, A. et al. (2021), « Sex-related differences in drugs with anti-inflammatory properties », *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10/7, p. 1441, <https://doi.org/10.3390/jcm10071441>. [52]
- Forum économique mondial (January 2024), *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economy*, <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/mckinsey%20health%20institute/our%20insights/closing%20the%20womens%20health%20gap%20a%201%20trillion%20dollar%20opportunity%20to%20improve%20lives%20and%20economies/closing-the-womens-health-gap-report.pdf?should>. [55]
- Garmany, A. et A. Terzic (2024), « Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States », *JAMA Network Open*, vol. 7/12, p. e2450241, <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2024.50241>. [28]
- Gordon, E. et al. (2017), « Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis », *Experimental Gerontology*, vol. 89, pp. 30-40, <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.12.021>. [29]
- Gouvernement australien, D. (2019), « National Women's Health Strategy 2020–2030 | Australian Government Department of Health and Aged Care », <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-womens-health-strategy-2020-2030?language=en> (consulté le 11 juillet 2024). [61]

- Greenwood, B., S. Carnahan et L. Huang (2018), « Patient–physician gender concordance and increased mortality among female heart attack patients », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 115/34, pp. 8569-8574, [56] <https://doi.org/10.1073/pnas.1800097115>.
- Haupt, S. et al. (2021), « Sex disparities matter in cancer development and therapy », *Nature Reviews Cancer*, vol. 21/6, pp. 393-407, [9] <https://doi.org/10.1038/s41568-021-00348-y>.
- Haupt, S., C. Carcel et R. Norton (2024), « Neglecting sex and gender in research is a public-health risk », *Nature*, vol. 629/8012, pp. 527-530, [8] <https://doi.org/10.1038/d41586-024-01372-2>.
- Heydari, R. et al. (2022), « Y chromosome is moving out of sex determination shadow », *Cell Biosci*, vol. 12/4, [6] <https://doi.org/10.1186/s13578-021-00741-y>.
- Lacroix, C. et al. (2023), « Sex differences in adverse drug reactions: Are women more impacted? », *Therapies*, vol. 78/2, pp. 175-188, [51] <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.10.002>.
- Loke, H., V. Harley et J. Lee (2015), « Biological factors underlying sex differences in neurological disorders », *The international journal of biochemistry & cell biology*, vol. 65, pp. 139-150, [11] <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2015.05.024>.
- Maas, A. et Y. Appelman (2010), « Gender differences in coronary heart disease », *Netherlands Heart Journal*, vol. 18/12, pp. 598-603, [13] <https://doi.org/10.1007/s12471-010-0841-y>.
- Merrick, R. et C. Brayne (2024), « Sex Differences in Dementia, Cognition, and Health in the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS) », *Journal of Alzheimer's disease*, [31] <https://doi.org/10.3233/JAD-240358>.
- Merz, A. et S. Cheng (2016), « Sex differences in cardiovascular ageing », *Heart*, vol. 102/11, pp. 825-831, [14] <https://doi.org/10.1136/HEARTJNL-2015-308769>.
- Mirin, A. (2021), « Gender disparity in the funding of diseases by the US National Institutes of Health », *Journal of women's health*, vol. 30/7, pp. 956-963, [65] <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8682>.
- Murtin, F. et C. Lübker (2022), « Educational inequalities in longevity among OECD countries around 2016 », *OECD Papers on Well-being and Inequalities*, n° 8, Editions OCDE, Paris, [43] <https://doi.org/10.1787/5faaa751-en>.
- National Women's Council (2021), *Improving the health outcomes and experiences of healthcare system for marginalised women*, [63] https://www.nwci.ie/images/uploads/NWC_RadicalListening_Report_FINAL.pdf.
- O. (dir. pub.) (2023), *How to Make Societies Thrive ? Coordinating Approaches to Promote Well-being and Mental Health*, Éditions OCDE, Paris, [37] <https://doi.org/10.1787/fc6b9844-en>.
- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, [1] <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>.
- OCDE (2024), *Beating Cancer Inequalities in the EU : Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [19] <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.
- OCDE (2024), *Déclaration sur l'instauration de politiques meilleures pour des systèmes de santé plus résilients*, Éditions OCDE, Paris, [2] <https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0500>.
- OCDE (2024), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [68] <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>.
- OCDE (2023), *Joining Forces for Gender Equality : What is Holding us Back?*, Éditions OCDE, Paris, [3] <https://doi.org/10.1787/6a24b253-fr>.
- OCDE (2023), *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, [38] <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>.
- OCDE (2021), *Fitter Minds, Fitter Jobs : From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies*, Mental Health and Work, Éditions OCDE, Paris, [42] <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.
- OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [40] <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
- OCDE (à paraître), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, [17] <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>.
- OCDE/The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, [4] <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>.
- OCDE/Union européenne (2022), *Health at a Glance : Europe 2022 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, [41] <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Okoshi, K. et al. (2022), « Comparison of short term surgical outcomes of male and female gastrointestinal surgeons in Japan: retrospective cohort study », *BMJ*, vol. 378, p. e070568, [60] <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070568>.
- Patwardhan, V. et al (2024), « Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021 », *The Lancet Public Health*, vol. 9/5, [25] [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00053-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00053-7).

Peters, S. et M. Woodward (2022), « Sex and gender matter in cardiovascular disease and beyond », <i>Heart</i> , vol. 108/13, pp. 994-995, https://doi.org/10.1136/heartinl-2021-320719 . [7]
Phillips, S., M. O' Connor et A. Vafaei (2023), « Women suffer but men die: survey data exploring whether this self-reported health paradox is real or an artefact of gender stereotypes », <i>BMC Public Health</i> , vol. 23/94, https://doi.org/10.1186/s12889-023-15011-4 . [27]
Qu, D., A. Zhu et R. Chen (2024), « Addressing the gender paradox: Effective suicide prevention strategies for women », <i>Cell Reports Medicine</i> , vol. 5/6, p. 101613, https://doi.org/10.1016/J.XCRM.2024.101613 . [24]
Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing? », <i>Documents de travail de l'OCDE sur la santé</i> , n° 108, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/223159ab-en . [5]
Raparelli, V. et al. (2017), « Treatment and response to statins: gender-related differences », <i>Current Medicinal Chemistry</i> , vol. 24/24, pp. 2628-2638, https://doi.org/10.2174/0929867324666161118094711 . [53]
Rinonapoli, G. et al. (2021), « Osteoporosis in men: a review of an underestimated bone condition », <i>International Journal of Molecular Sciences</i> , vol. 22/4, https://doi.org/10.3390/ijms22042105 . [67]
Santé Canada (2024), « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada », <i>Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur la crise des opioïdes</i> , https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html (consulté le 2 September 2024). [20]
Sheikh A, A. et al. (2025), « Why do young men not seek help for affective mental health issues? A systematic review of perceived barriers and facilitators among adolescent boys and young men », <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> , vol. 34/2, pp. 565-583, https://doi.org/10.1007/s00787-024-02520-9 . [35]
Shields, M. et al. (2021), « Symptoms of major depressive disorder during the covid-19 pandemic: Results from a representative sample of the Canadian population », <i>Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada</i> , vol. 41/11, pp. 340-358, https://doi.org/10.24095/HPCDP.41.11.04 . [33]
Stanhewicz, A., M. Wenner et N. Stachenfeld (2018), « Sex differences in endothelial function important to vascular health and overall cardiovascular disease risk across the lifespan », <i>American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology</i> , vol. 315/6, pp. H1569-H1588, https://doi.org/10.1152/ajpheart.00396.2018 . [15]
Tamargo, J. et al. (2017), « Gender differences in the effects of cardiovascular drugs », <i>European Heart Journal–Cardiovascular Pharmacotherapy</i> , vol. 3/3, pp. 163-182, https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvw042 . [54]
Temkin, S. et al. (2023), « Chronic conditions in women: the development of a National Institutes of health framework », <i>BMC Women's Health</i> , vol. 23/162, https://doi.org/10.1186/s12905-023-02319-x . [44]
Temkin, S. et al. (2023), « Chronic conditions in women: the development of a National Institutes of health framework », <i>BMC Women's Health</i> , vol. 23/162, https://doi.org/10.1186/s12905-023-02319-x . [64]
Templeton, K. (2021), <i>Musculoskeletal disorders: Sex and gender evidence in anterior cruciate ligament injuries, osteoarthritis, and osteoporosis</i> , Elsevier, https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816569-0.00010-3 . [47]
The Kings Fund (2024), <i>Inequalities in men's health: why are they not being addressed?</i> , https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/inequalities-mens-health-why-are-they-not-being-addressed (consulté le 2 September 2024). [21]
Van Oyen, H. et al. (2012), « Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox », <i>International Journal of Public Health</i> , vol. 58, pp. 143- 155, https://doi.org/10.1007/s00038-012-0361-1 . [32]
Vargas Lopes, F. et A. Llena-Nozal (2025), « Understanding and addressing inequalities in mental health », <i>OECD Health Working Papers</i> , n° 180, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/56adb10f-en . [22]
Wallis, C. et al. (2017), « Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study », <i>BMJ</i> , vol. 359, https://doi.org/10.1136/bmj.j4366 . [58]
Wenzl, F. et al. (2022), « Sex-specific evaluation and redevelopment of the GRACE score in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes in populations from the UK and Switzerland: a multinational analysis with external cohort validation », <i>The Lancet</i> , vol. 400/10354, pp. 744-756, https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01483-0 . [16]

Notes

¹ Le rapport phare de l'enquête PaRIS (OCDE, 2025^[1]) compare 10 indicateurs clés entre les pays, notamment l'état de santé général, le bien-être, la santé physique et mentale, la vie sociale, la confiance dans le système de santé, la qualité et la coordination des soins, et la confiance dans l'autogestion. Il recueille des données individuelles à partir d'enquêtes auprès des patients et des prestataires de soins de santé ainsi que des informations sur des données sociodémographiques (par exemple, âge, niveau d'études, genre, revenu et comorbidités). Liens vers les questionnaires : <https://www.oecd.org/health/paris/PaRIS-patient-questionnaire.pdf> et <https://www.oecd.org/health/paris/PaRIS-provider-questionnaire.pdf>.



RESTING ECG

***** BORDERLINE ABNORMAL *****
202: Abnormal Q-wave
210: Mild left axis deviation

Check abnormal Q-wave.

P-wave is unclear. Check P-waves.

Observe progress if there is no symptom or disease.

Unconfirmed. MD must review. ****
WED BY
2-1-3 4-2

3 État de santé

- Espérance de vie à la naissance
- Principales causes de mortalité
- Mortalité évitable (par prévention et traitement)
- Mortalité due aux maladies du système circulatoire
- Incidence du cancer et mortalité
- Mortalité maternelle et infantile
- Santé des adolescents
- Maladies chroniques
- Santé mentale
- État de santé auto-déclaré

Espérance de vie à la naissance

En 2023, l'espérance de vie à la naissance s'établissait à 81.1 ans en moyenne dans la zone OCDE (Graphique 3.1). L'Espagne, le Japon et la Suisse se classaient en tête d'un large groupe de 27 pays où l'espérance de vie à la naissance dépassait 80 ans. Un deuxième groupe, constitué des États-Unis et du reste des pays Membres de l'Organisation, affichait une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans. Dans l'ensemble des pays candidats à l'adhésion/partenaires, l'espérance de vie demeurait inférieure à la moyenne de l'OCDE en 2023 (moins de 75 ans en Afrique du Sud, en Indonésie et en Inde), même si elle s'en rapproche rapidement depuis quelques dizaines d'années dans la plupart d'entre eux. Les données provisoires de 2024 dont on dispose pour certains pays font apparaître une légère progression en glissement annuel de l'espérance de vie à la naissance.

Dans tous les pays candidats à l'adhésion/partenaires de l'OCDE, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Cet écart était en moyenne de 5.2 ans dans les pays de l'OCDE en 2023, avec une espérance de vie à la naissance de 83.7 ans pour les femmes et de 78.5 ans pour les hommes (Graphique 3.1). Cette différence tient en partie au fait que les hommes sont plus exposés à des facteurs de risque comportementaux, notamment un tabagisme élevé, une consommation excessive d'alcool et une alimentation moins saine (voir les chapitres 2 et 4). Les hommes sont également plus susceptibles de connaître une mort violente, par suicide ou par accident, principales causes de mortalité prématuée masculine (voir le chapitre 2).

La différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes est particulièrement prononcée en Estonie, en Lettonie et en Lituanie, où elle peut atteindre, voire dépasser, 8 années. Elle est relativement faible en Norvège et aux Pays-Bas, où elle se situe aux alentours de 3 années. Avec le temps, cette différence d'espérance de vie s'est légèrement atténuée dans le temps dans l'ensemble des pays de l'OCDE, en raison principalement du recul de la mortalité cardiovasculaire chez les hommes (OCDE/ The King's Fund, 2020^[1]) et de l'évolution des profils de risques comportementaux.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais elles ne vivent pas pour autant plus longtemps en bonne santé, surtout à un âge avancé. À 60 ans, les femmes peuvent compter vivre 3.4 années de plus que les hommes, mais elles peuvent également compter vivre un plus grand nombre d'années avec des limitations d'activité (6.3 années contre 5.0 années), en moyenne dans les pays de l'OCDE. Par conséquent, une moindre proportion du reste de la vie des femmes est vécue en bonne santé ; 26 % de leur vie après 60 ans sont vécus en mauvaise santé, à comparer à 24 % dans le cas des hommes (voir au chapitre 10 « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé »).

Avant la pandémie de COVID-19, entre 2010 et 2019, l'espérance de vie avait augmenté en moyenne de 1.7 année dans tous les pays candidats à l'adhésion/partenaires de l'OCDE (Graphique 3.1). Ces gains ont été réduits à néant pendant la pandémie dans un grand nombre de pays (perte moyenne de 0.7 année dans l'ensemble des pays de l'OCDE entre 2019 et 2021), mais les données les plus récentes font apparaître des signes de rétablissement. L'espérance de vie a augmenté dans 23 pays de l'OCDE entre 2019 et 2023, d'une année ou plus en Lituanie et au Chili, mais aussi en Inde, pays partenaire. En 2023 cependant, l'espérance de vie était encore inférieure à son niveau d'avant la pandémie dans 13 pays Membres ainsi qu'en Thaïlande, pays candidat à l'adhésion.

D'autre part, les gains enregistrés entre 2010 et 2019 traduisent en réalité un ralentissement de l'espérance de vie dans de nombreux pays par comparaison avec les tendances historiques. Les causes en sont nombreuses. Dans certains pays, notamment les États-Unis et le Canada, une augmentation des décès d'adultes d'âge actif par suite d'une intoxication accidentelle associée aux opioïdes a été observée. De manière plus générale, le ralentissement de l'amélioration des taux de cardiopathies et d'AVC a modéré les gains d'espérance de vie. En cause : la hausse des taux d'obésité et de diabète et le vieillissement démographique (Raleigh, 2019^[2]; OCDE, 2025^[3]). Ces deux facteurs ont empêché les pays de maintenir les progrès déjà accomplis en matière de réduction du nombre de décès dus aux maladies cardiovasculaires, principales causes de mortalité dans l'ensemble de l'OCDE (voir la section « Mortalité due aux maladies du système circulatoire »).

Définition et comparabilité

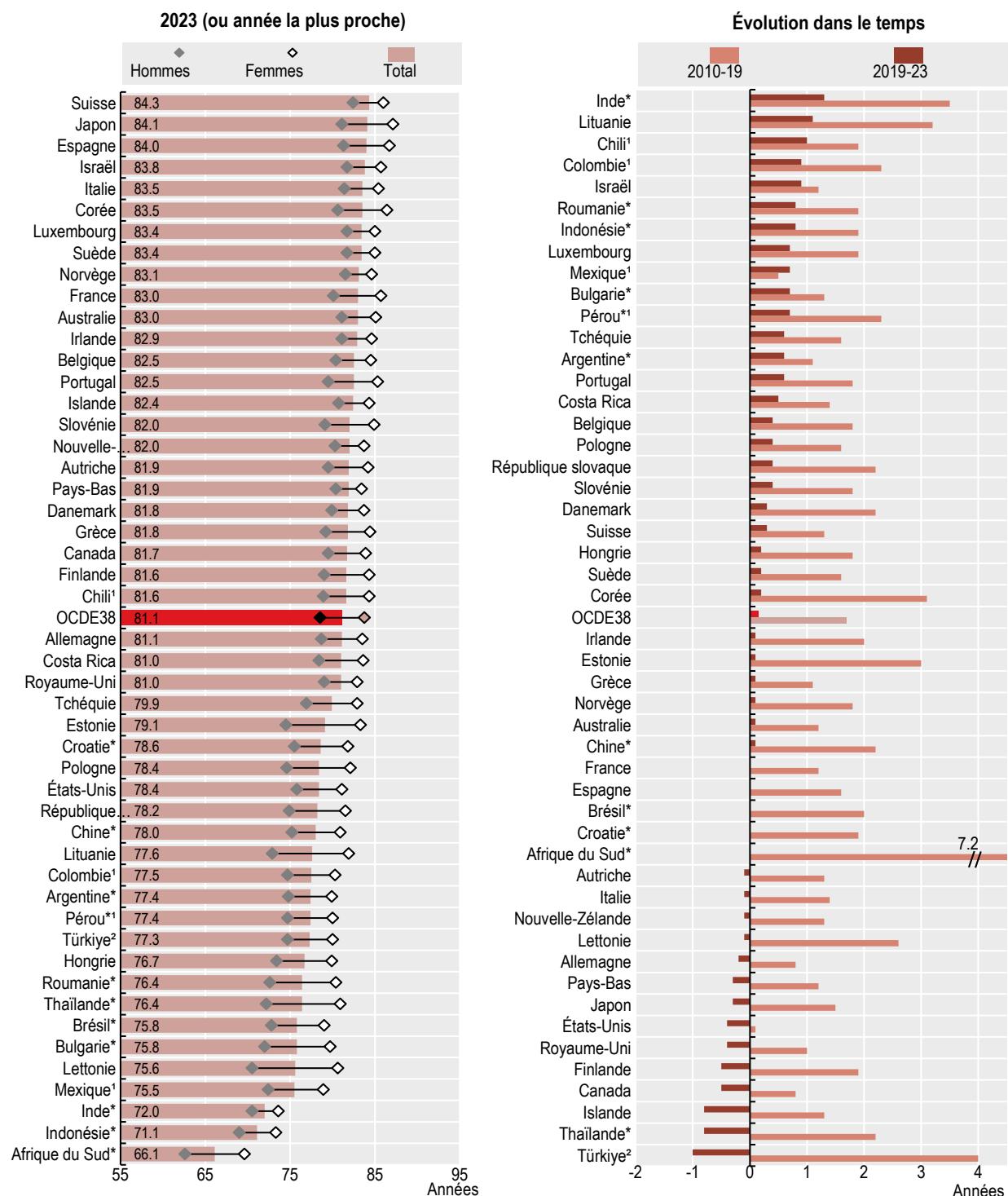
L'espérance de vie à la naissance indique le nombre moyen d'années de vie en fonction d'un ensemble donné de taux de mortalité par âge. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance les taux effectifs de mortalité par âge pour telle ou telle cohorte. Si les taux de mortalité par âge continuent de reculer (comme c'est le cas depuis plusieurs décennies), la durée de vie effective sera supérieure à l'espérance de vie calculée sur la base des taux de mortalité actuels.

Les données d'espérance de vie à la naissance proviennent d'Eurostat pour les pays de l'Union européenne, auxquels s'ajoutent l'Islande, la Norvège et la Suisse ; elles proviennent de sources nationales pour les autres pays. Dans certains pays, l'espérance de vie est estimée à partir de la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des femmes et des hommes ; la différence entre cette estimation et une estimation pondérée est faible dans tous les pays de l'OCDE.

Références

- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [3]
- OCDE/ The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>. [1]
- Raleigh, V. (2019), "Trends in life expectancy in EU and other OECD countries : Why are improvements slowing?", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 108, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>. [2]

Graphique 3.1. Espérance de vie à la naissance (2023 ou année la plus proche) et évolution dans le temps (2010-2019 et 2019-2023)



1. Données de 2024. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, à partir des données d'Eurostat pour les pays de l'Union européenne.

StatLink <https://stat.link/aqm800>

Principales causes de mortalité

En 2023, près de 13 millions de personnes sont décédées dans les pays de l'OCDE, à raison de 861 décès pour 100 000 habitants en moyenne (Graphique 3.2). Ces chiffres indiquent une légère baisse du taux de mortalité par rapport à 2021, pendant la pandémie. Les maladies du système circulatoire et le cancer, les deux principales causes de mortalité, représentent presque la moitié de tous les décès dans les pays de l'OCDE. La transition épidémiologique des maladies transmissibles vers les maladies non transmissibles, qui a déjà eu lieu dans les pays à revenu élevé, est en cours dans de nombreux pays à revenu intermédiaire. Dans 36 pays de l'OCDE, en 2023, plus de 3 millions de décès auraient pu être évités chez les moins de 75 ans (voir la section « Mortalité évitable »). Par exemple, les maladies du système circulatoire étaient à l'origine d'un décès sur trois dans la population, principalement par crises cardiaques et AVC, deux causes largement évitables par une gestion adéquate des facteurs de risque cliniques et comportementaux. (OCDE, 2025^[1]).

Un décès sur cinq était dû au cancer dans les pays de l'OCDE, en particulier au cancer du poumon, du côlon-rectum, du pancréas, du sein et de la prostate. Les maladies respiratoires comptaient pour 9 % des décès, causés principalement par la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (3 %) et la pneumonie (3 %). La BPCO et le cancer du poumon sont associés à des facteurs de risque évitables, en particulier le tabagisme, mais aussi l'exposition professionnelle aux poussières, vapeurs et produits chimiques ainsi qu'à la pollution atmosphérique (voir au chapitre 4 « Déterminants non médicaux et facteurs de risque »). Le COVID-19 compte pour 5 % du total des décès, expliqués en partie par la transmission persistante du virus et son effet sur les personnes âgées et les personnes présentant des pathologies sous-jacentes, et en partie par des retards de signalement.

Dans les pays de l'OCDE, 7 % des décès étaient attribuables à des causes externes, notamment les accidents (accidents de la route, chutes et intoxication), comptant pour près de 6 % de tous les décès, mais aussi les suicides (1,2 %). Les chutes sont particulièrement importantes dans le contexte d'une population vieillissante dans laquelle certains adultes d'un âge plus avancé présentent des vulnérabilités physiques et manquent d'un mécanisme pour faire appel aux services médicaux rapidement (Xu, Ou and Li, 2022^[2]).

Au nombre des autres causes de mortalité spécifiques, les affections du système nerveux, dont la maladie d'Alzheimer (2,3 % de tous les décès), comptaient pour 5 % de tous les décès. Le diabète représentait 3 % de tous les décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE et constitue par ailleurs un important facteur de risque de maladie cardiovasculaire (OCDE, 2025^[1]).

Les principales causes de mortalité varient selon les catégories socioéconomiques, les maladies les plus évitables étant celles où l'on observe des disparités sociales généralement plus marquées. Par exemple, les personnes les moins instruites sont celles qui sont les plus susceptibles de fumer dans la plupart des pays de l'OCDE, ce qui accroît le risque de développer des cancers et des maladies de l'appareil respiratoire (OCDE, 2019^[3]).

Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité standardisés par âge, toutes causes confondues, en 2023, s'inscrivaient dans une fourchette allant de moins de 700 décès pour 100 000 habitants (Australie, Espagne, Japon et Luxembourg), à plus de 1 400 décès pour 100 000 habitants (Colombie) (Graphique 3.3). En moyenne, le taux de mortalité total dans la zone OCDE s'élevait à 861 pour 100 000 habitants, chiffre proche du taux enregistré en 2019, avant la pandémie (830 pour 100 000 habitants). Les maladies du système circulatoire sont la première cause de décès dans 27 pays de l'OCDE, suivies par les tumeurs (les cancers principalement). Celles-ci sont la première cause de décès dans dix pays de l'OCDE : Australie, Canada, Corée, Danemark, Espagne, France, Israël, Japon, Pays-Bas et Royaume-Uni (Graphique 3.3). Parmi les pays candidats à l'adhésion, le Brésil et la Bulgarie affichent les taux les plus élevés (respectivement 1 413 et 1 452 décès pour 100 000 habitants).

Définition et comparabilité

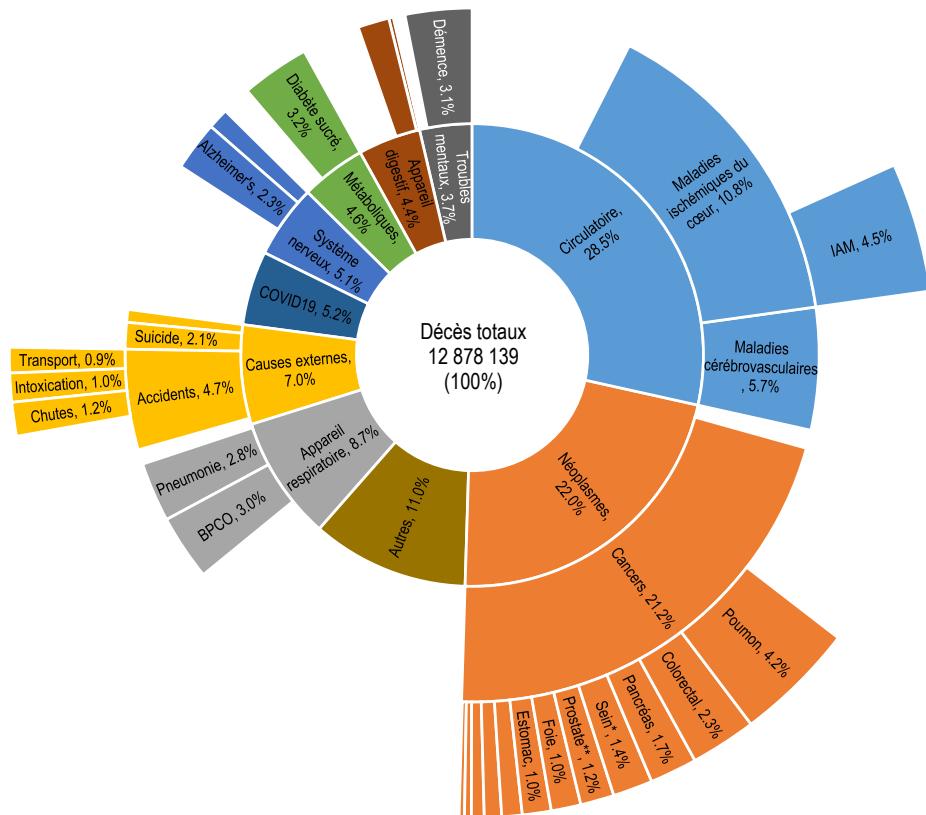
Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2015 (voir les métadonnées sous <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9070932a-1129-450f-8170-65fc13edcd62>), ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Il convient de noter que cette opération a introduit quelques différences par rapport aux populations standards utilisées, par exemple, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE). La source des taux de mortalité est la base de données de l'OMS sur la mortalité, laquelle contient des données récentes pour tous les pays de l'OCDE à l'exception de la Nouvelle-Zélande.

Les décès, toutes causes confondues, sont classés selon les codes A00 à Y89, à l'exclusion du code S00-98, de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10). La classification des causes de mortalité est structurée en « chapitres » (tumeurs ou maladies de l'appareil respiratoire) subdivisés en blocs de codes à trois chiffres. Les codes à trois chiffres peuvent être utilisés pour des maladies particulières (ex. pneumonie) ou des groupes de maladies ayant des caractéristiques communes (ex. tumeurs malignes [cancers] ou cardiopathies ischémiques). La catégorie « autre » dans le Graphique 3.2 comprend les données des chapitres moins répandus (ex. affections de l'appareil génito-urinaire). Les retards de signalement et les différences entre les pays concernant le moment auquel les causes de décès sont enregistrées peuvent compromettre la comparabilité, notamment lorsqu'il s'agit de petites catégories.

Références

- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [1]
- OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>. [3]
- Xu, Q., X. Ou and J. Li (2022), "The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis", *Frontiers in Public Health*, Vol. 10, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>. [2]

Graphique 3.2. Principales causes de mortalité dans 37 pays de l'OCDE, 2023 (ou année la plus proche)

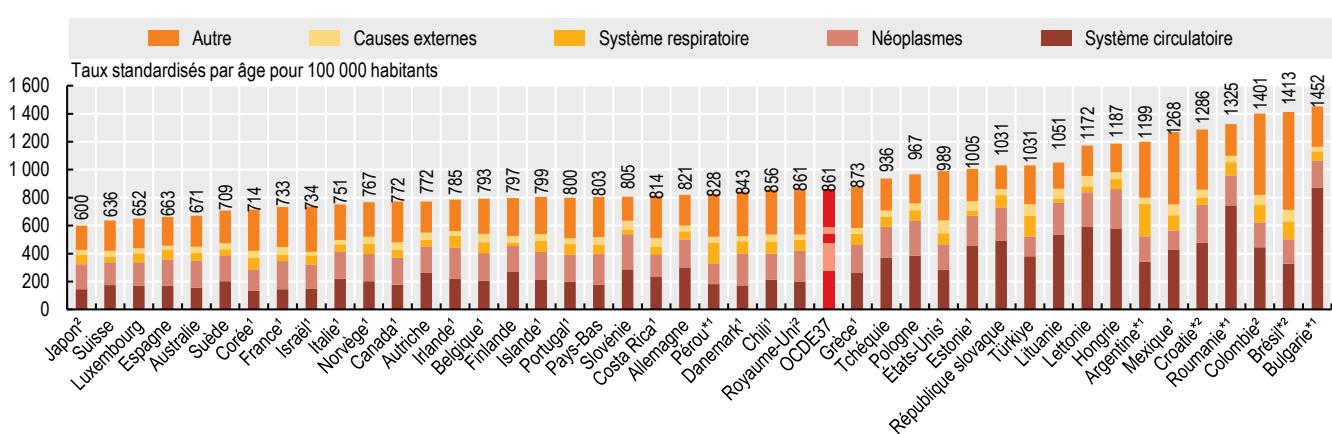


Note : BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive. IAM = infarctus aigu du myocarde. * Concerne les femmes ** Concerne les hommes.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/tsd0zw>

Graphique 3.3. Principales causes de mortalité par pays, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2022. 2. Données de 2021.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/bhqd7x>

Mortalité évitable (par prévention et traitement)

Les indicateurs relatifs à la mortalité évitable constituent un « point de départ » général pour évaluer l'efficacité des politiques de santé publique et des systèmes de soins de santé pour ce qui est de la réduction des décès provoqués par des maladies et accidents divers. La mortalité évitable comprend les décès dus à des causes pouvant être évitées par des mesures de santé publique et des interventions de prévention primaire efficaces, mais aussi les décès dont les causes, traitables, se prêtent à des mesures de politique publique sous forme d'interventions de santé efficaces et en temps voulu. En moyenne, les taux de mortalité évitable sont de 145 décès pour 100 000 habitants (causes évitables) et 77 décès pour 100 000 habitants (causes traitables) en 2023.

Dans 36 pays de l'OCDE, en 2023, plus de 3 millions de décès prématurés auraient pu être évités chez les moins de 75 ans par une meilleure prévention et des interventions de santé, soit un taux moyen de 222 décès pour 100 000 habitants. Le taux de mortalité évitable des hommes (303 décès pour 100 000 habitants) était deux fois plus élevé que celui des femmes (149 décès pour 100 000 habitants), en moyenne, dans les pays de l'OCDE (Graphique 3.4). Le taux de mortalité évitable standardisé par âge variait de moins de 140 décès pour 100 000 habitants (Israël, Japon, Luxembourg, Suède et Suisse) à plus de 400 décès pour 100 000 habitants (Colombie, Lettonie et au Mexique, plus Afrique du Sud, Brésil et Roumanie, pays candidats à l'adhésion/partenaires).

Les causes évitables par une prévention primaire efficace et d'autres mesures de santé publique sont les maladies infectieuses et les blessures, mais aussi les affections associées à des facteurs de risque comme le tabagisme, lié aux cancers et aux maladies cardiovasculaires (OCDE, 2025^[1]). Le taux de mortalité évitable par prévention standardisé par âge s'élevait en moyenne à 145 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2023, soit une légère diminution par rapport à 2013 (150 décès pour 100 000 habitants). Le taux de mortalité évitable par prévention variait de moins de 85 décès pour 100 000 habitants (Israël, Luxembourg et Suisse) à plus de 250 (Colombie et Lettonie) (Graphique 3.5). Le taux de mortalité évitable par prévention était également élevé dans certains pays candidats à l'adhésion/partenaires (Afrique du Sud, Brésil, Croatie et Roumanie).

Les principales causes de mortalité évitable par traitement sont les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et AVC essentiellement), les affections du métabolisme (diabète) et le cancer. Le taux de mortalité évitable par traitement s'élevait en moyenne à 77 pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, soit une légère diminution par rapport à 2013 (86 décès pour 100 000 habitants) (Graphique 3.6). Il variait de 45 ou moins pour 100 000 habitants (Corée, Luxembourg et Suisse) à plus de 150 pour 100 000 habitants (Lettonie et Mexique). Le taux de mortalité évitable par traitement était également élevé dans quelques pays partenaires (Afrique du Sud, Bulgarie et Roumanie).

Définition et comparabilité

D'après les définitions OCDE/Eurostat de 2022, on entend par mortalité évitable par prévention les décès, parmi la population de moins de 75 ans, que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant que la maladie/le traumatisme ne soit apparu, pour en réduire l'incidence) permettraient d'éviter pour l'essentiel. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigues à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire la taux de létalité).

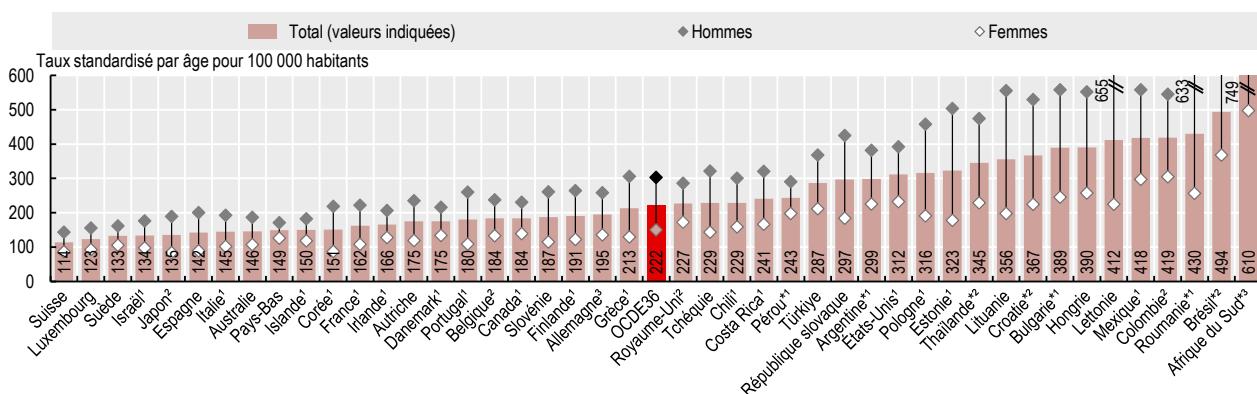
Les estimations de la mortalité évitable reposent sur deux listes actuelles des causes de mortalité évitable par prévention et par traitement adoptées par l'OCDE et Eurostat en 2022. L'inscription des causes de décès dans l'une ou l'autre de ces catégories est déterminée selon que ce sont essentiellement des interventions de prévention ou des soins qui permettraient de réduire la létalité, sachant qu'une grande partie de ces décès peuvent être évités. Les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (par exemple, cardiopathies ischémiques, AVC, diabète), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès. Toutes causes confondues, la mortalité est généralement dite prématuée jusqu'à 74 ans dans les pays à revenu élevé. Le COVID-19 a été classé parmi les maladies évitables par prévention, car la plupart des décès peuvent être évités grâce à des mesures prophylactiques, par exemple la vaccination ou l'utilisation de masques faciaux (OCDE/Eurostat, 2019^[2]).

Les données proviennent de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, et les taux de mortalité sont standardisés par âge au moyen de la population de l'OCDE en 2015 (voir les métadonnées sous <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9070932a-1129-450f-8170-65fc13edcd62>).

Références

- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [1]
- OCDE/Eurostat (2019), “Mortalité dues à des causes évitables OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death”, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>. [2]

Graphique 3.4. Mortalité liée à des causes évitables, 2023 (ou année la plus proche)

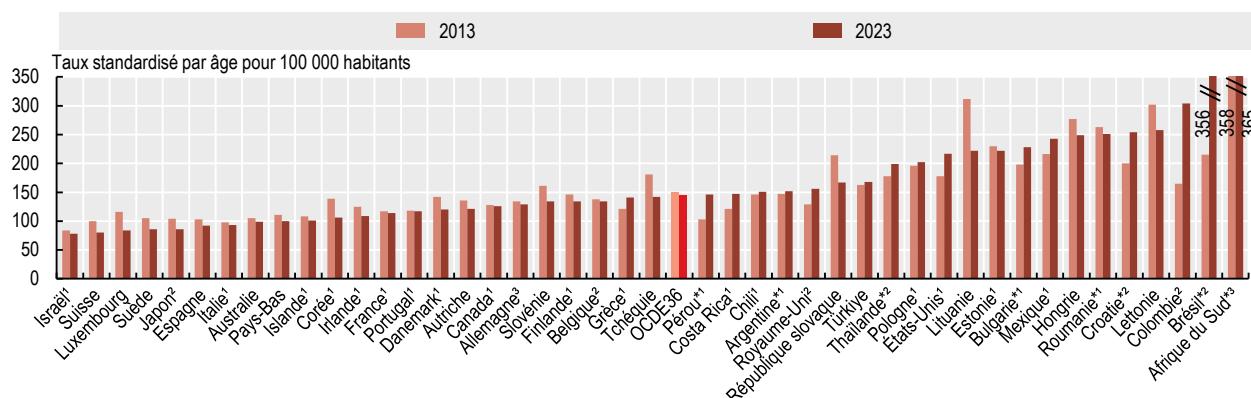


1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/oznhvi>

Graphique 3.5. Mortalité évitable par prévention, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

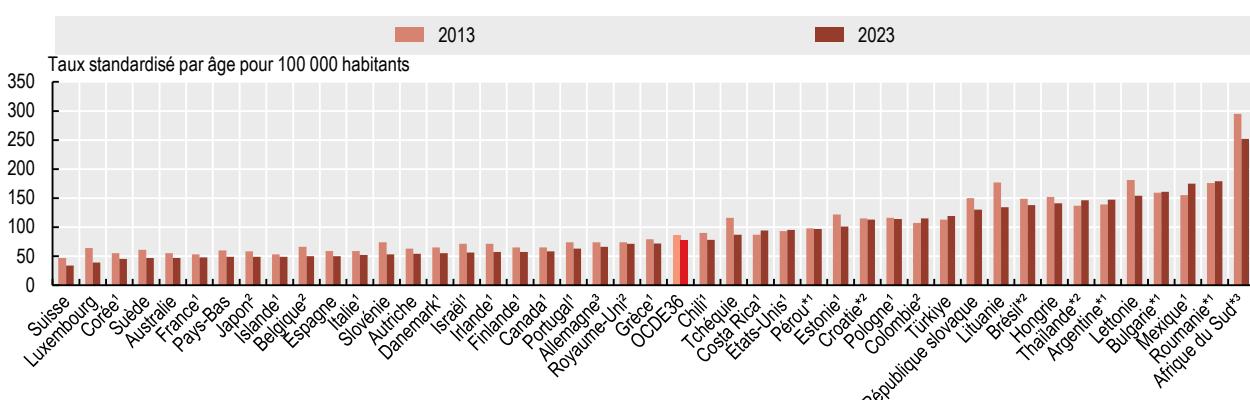


1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/f1qx7k>

Graphique 3.6. Mortalité évitable par traitement, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/qe3dnx>

Mortalité due aux maladies du système circulatoire

Les maladies du système circulatoire (ou maladies cardiovasculaires), notamment les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), étaient la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE en 2023 ; elles comptaient pour 28 % de l'ensemble des décès dans la zone OCDE (voir le Graphique 3.2 à la section « Principales causes de mortalité »). Parmi les maladies du système circulatoire, les cardiopathies ischémiques (crises cardiaques) et les maladies cérébrovasculaires (AVC) sont la cause de décès prédominante. Elles sont associées pour la plupart à l'accumulation de dépôts adipeux dans les artères qui restreignent le flux sanguin ; un phénomène relié à un grand nombre de facteurs de risques cliniques (cholestérol) et comportementaux (mauvaises habitudes alimentaires, manque d'activité physique).

Si les taux de mortalité dus aux maladies du système circulatoire ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au fil du temps, le vieillissement démographique, la hausse des taux d'obésité et de diabète, les retards de diagnostic et la gestion inadéquate risquent de freiner cette amélioration à l'avenir (OCDE, 2025^[1]). D'autre part, dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité liée aux maladies du système circulatoire sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 46 %, essentiellement en raison de la plus forte prévalence de tabagisme, d'hypertension, d'hypercholestérolémie et autres facteurs de risque chez les hommes (voir au chapitre 2 « Quelles maladies touchent différemment les hommes et les femmes, et pourquoi cette différence est-elle importante ? » et au chapitre 4 « Déterminants non médicaux et facteurs de risque »).

En 2023, les crises cardiaques et autres cardiopathies ischémiques étaient à l'origine de 11 % des décès, la moyenne s'établissant à 112 décès pour 100 000 habitants, soit 27 décès pour 100 000 habitants de moins qu'en 2013, des diminutions comparables étant observées dans la plupart des pays de l'OCDE. Ce taux de décès par cardiopathie ischémique avait toutefois progressé de plus de 30 % en Colombie, au Mexique et en Pologne, en partie en lien avec la hausse des taux d'obésité et de prévalence du diabète. Une forte augmentation était également observée au Pérou, pays candidat à l'adhésion.

Les taux de mortalité due aux cardiopathies ischémiques variaient de moins de 40 décès pour 100 000 habitants (Corée, France, Japon, Luxembourg et Pays-Bas) à plus de 250 décès pour 100 000 habitants (Colombie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Mexique et République slovaque) (Graphique 3.7). Outre les taux d'obésité et la prévalence du diabète, les taux plus élevés observés en Lettonie, en Lituanie et au Mexique peuvent également être liés à des taux de mortalité à 30 jours supérieurs à la moyenne attribuables aux infarctus aigus du myocarde après l'hospitalisation (voir au chapitre 6 « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde »).

Les maladies cérébrovasculaires (dont les AVC) étaient à l'origine de 6 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2023. En plus des nombreux décès qu'ils provoquent, les AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité. Les taux de mortalité étaient supérieurs à 100 pour 100 000 habitants en Lettonie et en Lituanie ainsi qu'en Bulgarie, Croatie et Roumanie, pays candidats à l'adhésion (Graphique 3.7). Les taux de mortalité par AVC ont diminué en moyenne de 28 % dans tous les pays Membres de l'OCDE depuis 2013. Comme dans le cas des cardiopathies ischémiques, la réduction de certains facteurs de risque, le tabagisme notamment, a favorisé cette évolution, de même que l'amélioration des taux de survie à la suite d'un épisode aigu, illustrant une meilleure qualité des soins (voir au chapitre 6 « Mortalité après un accident vasculaire cérébral »).

On observe de fortes inégalités socioéconomiques de la mortalité par maladies du système circulatoire, qui correspondent largement aux différences socioéconomiques en termes de principaux facteurs de risque. Nombre de ces décès pourraient être évités, mais plusieurs facteurs de risque évoluent dans la mauvaise direction. Le diagnostic et la gestion des pathologies pourraient également être améliorés. Si les taux de tabagisme ont globalement diminué, le diabète, le cholestérol, la tension artérielle, le manque d'activité physique, l'obésité et le stress lié au travail progressent dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE, 2025^[1]). Diverses interventions de santé publique et mesures budgétaires et réglementaires peuvent inciter les citoyens à adopter des modes de vie plus sains et favoriser l'amélioration des diagnostics et de la gestion, ce qui réduirait la charge que représentent les maladies cardiovasculaires pour la société.

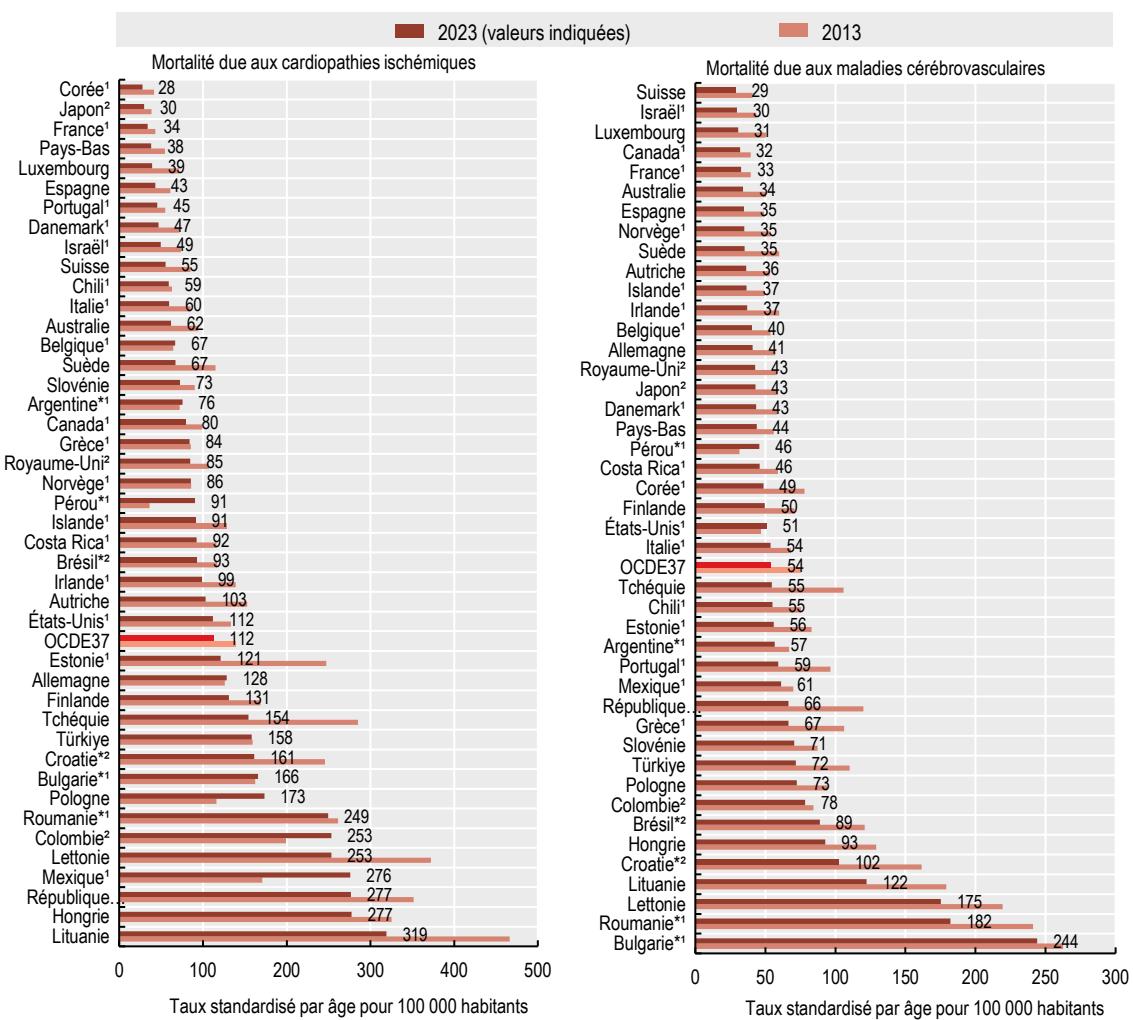
Définition et comparabilité

Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2015 (voir les métadonnées sous <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9070932a-1129-450f-8170-65fc13edcd62>), ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité. La mortalité due aux maladies du système circulatoire comprend les décès par cardiopathie ischémique (codes CIM-10 I20 à I25) et les décès par AVC (codes CIM-10 I60 à I69). La comparabilité internationale des données peut être altérée par des différences en termes de formation et de pratiques relatives à l'enregistrement des causes de décès.

Références

OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [1]

Graphique 3.7. Mortalité due aux maladies du système circulatoire, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Données de 2022. 2. Données de 2021. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/7lzfjt>

Incidence du cancer et mortalité

En 2023, le cancer était la deuxième cause de décès dans les pays de l'OCDE (21 % de tous les décès), après les maladies du système circulatoire. Dans dix de ces pays, cependant, dont l'Espagne et le Japon, les tumeurs (principalement cancéreuses) sont devenues la première cause de décès (voir la section « Principales causes de mortalité »). Les principales causes de mortalité liée au cancer sont les cancers du poumon (20 %), du côlon-rectum (11 %), du pancréas (8 %), du sein (7 %) et de la prostate (6 %). Ces cinq cancers représentent plus de 50 % de tous les décès par cancer dans les pays de l'OCDE. En moyenne, les taux de mortalité par cancer standardisés par âge ont diminué au fil du temps dans les pays de l'OCDE, passant de 204 décès pour 100 000 habitants en 2019 à 191 décès pour 100 000 habitants en 2023.

Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité par cancer chez les hommes comme chez les femmes ; il compte pour 22 % des décès par cancer chez les hommes et 17 % chez les femmes (Graphique 3.8). Le tabagisme représente le principal facteur de risque du cancer du poumon. Le cancer colorectal est aussi une cause majeure de décès chez les hommes comme chez les femmes, représentant 11 % des décès liés au cancer dans les deux cas. Les vastes programmes de dépistage du cancer colorectal dans la population adulte, c'est-à-dire à partir d'environ 50 ans, se sont traduits en un premier temps par une augmentation des nouveaux cas, suivie par une diminution de l'incidence de ce cancer chez les adultes d'un âge avancé. Ces dernières années, cependant, de nombreux pays de l'OCDE ont observé une incidence croissante du cancer colorectal chez les patients plus jeunes. Outre l'âge et les facteurs génétiques, un régime alimentaire riche en matières grasses et pauvre en fibres, le manque d'activité physique, l'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool sont autant de facteurs qui accentuent les risques de cancer colorectal.

Le cancer du sein est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes (15 % des décès). Bien qu'il soit le premier cancer incident chez les femmes (28 %), son taux de mortalité a diminué ou s'est stabilisé – ce qui est révélateur de diagnostics et de traitements plus précoce – et se traduit par des taux de survie plus élevés (voir la section « Dépistage du cancer » au chapitre 6). Le cancer de la prostate est la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes ; il est à l'origine de 10 % des décès liés à un cancer et de 22 % de l'incidence du cancer chez les hommes (Graphique 3.8).

Le taux d'incidence du cancer en général s'établissait à 291 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2022 ; il était plus élevé pour les hommes que pour les femmes dans la plupart de ces pays. Les taux d'incidence varient de moins de 200 décès pour 100 000 habitants (Chili, Colombie, Costa Rica et Mexique, mais aussi Inde, Indonésie, Pérou et Thaïlande, pays candidats à l'adhésion/partenaires) à plus de 350 décès pour 100 000 habitants (Australie, Danemark, États-Unis, Norvège et Nouvelle-Zélande) (Graphique 3.9). Un faible taux d'incidence peut s'expliquer par un registre limité, un manque d'accès aux programmes de dépistage, des structures de population plus jeunes et des différences d'exposition aux facteurs de risque.

Le taux moyen de mortalité par cancer en 2023 dans les pays de l'OCDE, à savoir 191 décès pour 100 000 habitants, était invariablement plus élevé pour les hommes que pour les femmes (Graphique 3.10). Les taux de mortalité étaient les plus élevés en Hongrie, en Lettonie, en République slovaque et en Slovénie (230 ou plus pour 100 000 habitants) et les plus bas au Costa Rica, au Mexique et en Turquie (moins de 150 pour 100 000 habitants). Une plus forte prévalence des facteurs de risque chez les hommes, en particulier le tabagisme et la consommation d'alcool, explique en grande partie ces différences d'incidence du cancer entre les hommes et les femmes. D'autre part, les interventions visant à réduire les inégalités socioéconomiques dans les chiffres de mortalité par cancer devraient être axées sur les personnes ayant un faible niveau d'instruction, car les chiffres indiquent des taux de mortalité par cancer plus élevés pour ce groupe de population dans la majorité des pays de l'OCDE. Les différences de qualité des traitements, d'accès aux thérapies innovantes, et d'équité de participation aux programmes de dépistage contribuent elles aussi de manière significative aux différences de taux de survie des personnes atteintes de cancer entre les pays.

Des diagnostics et des traitements plus précoce augmentent nettement les taux de survie au cancer. C'est en partie pour cette raison que l'Australie, la Belgique et la Norvège, par exemple, affichent des taux de mortalité inférieurs à la moyenne alors qu'elles enregistrent des taux d'incidence relativement élevés. La Norvège affiche un taux élevé (environ 70 %) de participation aux programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, mais aussi un nombre de professionnels de santé par cas de cancer plus important que dans la plupart des pays de l'OCDE (OCDE/Commission européenne, 2025^[1]).

Définition et comparabilité

Le pourcentage de cas d'incidence de cancer correspond à la somme du nombre absolu de nouveaux cas d'un type particulier de cancer divisée par le nombre total de cas de cancer dans 38 pays de l'OCDE, pour les femmes et les hommes. Les taux d'incidence sont calculés en divisant le nombre de nouveaux cas de cancer enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population correspondante. Les taux sont standardisés par âge au moyen de la population mondiale de l'OMS, ce qui entraîne généralement des estimations inférieures à celles obtenues lorsque les taux sont standardisés par âge au moyen de la population de l'OCDE, plus âgée. Les données d'incidence reposent sur les données du Globocan 2022 du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS (sources et méthodes :<https://gco.iarc.who.int/today/en/data-sources-methods-by-country-detailed>).

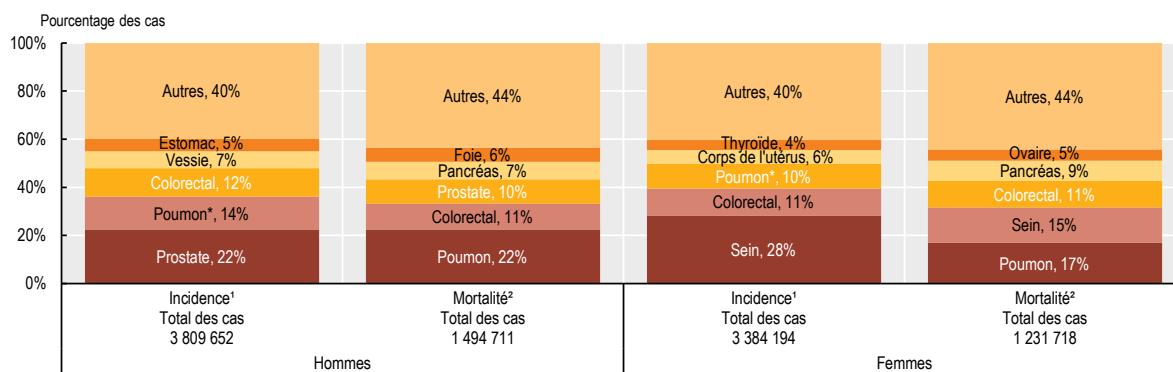
Le pourcentage de cas de mortalité par cancer correspond à la somme du nombre absolu de décès par un type particulier de cancer divisée par le nombre total de décès par cancer dans 37 pays de l'OCDE (la Nouvelle-Zélande est exclue faute de données récentes), pour les femmes et les hommes. Les taux de mortalité par cancer sont calculés en divisant le nombre de décès par cancer enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2015 (voir les métadonnées sous <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=9070932a-1129-450f-8170-65fc13edcd62>), ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre les pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité. Les décès par cancer (tumeurs malignes), tous cancers confondus, correspondent aux codes CIM-10 C00 à C97. La comparabilité internationale des données sur la mortalité par cancer peut être altérée par des différences entre pays au niveau de la formation et des pratiques médicales, ainsi que de l'établissement des certificats de décès. L'incidence du cancer et la mortalité par cancer ne sont pas directement comparables, car des populations différentes sont utilisées pour la standardisation.

Références

OCDE/Commission européenne (2025), *EU Country Cancer Profiles Norway 2025*, EU Country Cancer Profiles, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/bf26204a-en>.

[1]

Graphique 3.8. Principales causes de cancer et de mortalité dans les pays de l'OCDE, 2022

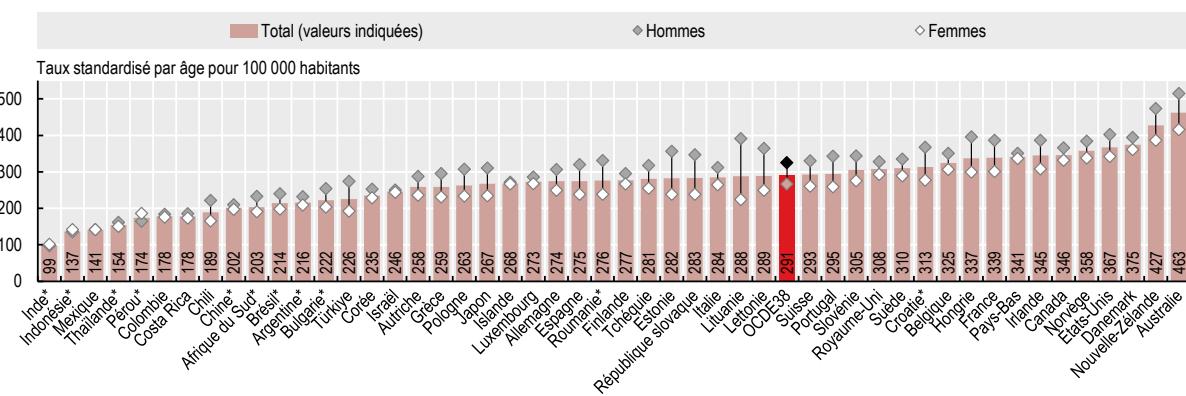


1. Données de 2022 des 38 pays de l'OCDE. 2. Données de 2023 (ou année la plus proche) de 37 pays de l'OCDE. * Comprend la trachée, les bronches et les poumons.

Source : OMS, base de données Globocan du CIRC 2022 (version 1.1) et Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/ou6rqy>

Graphique 3.9. Incidence du cancer, 2022

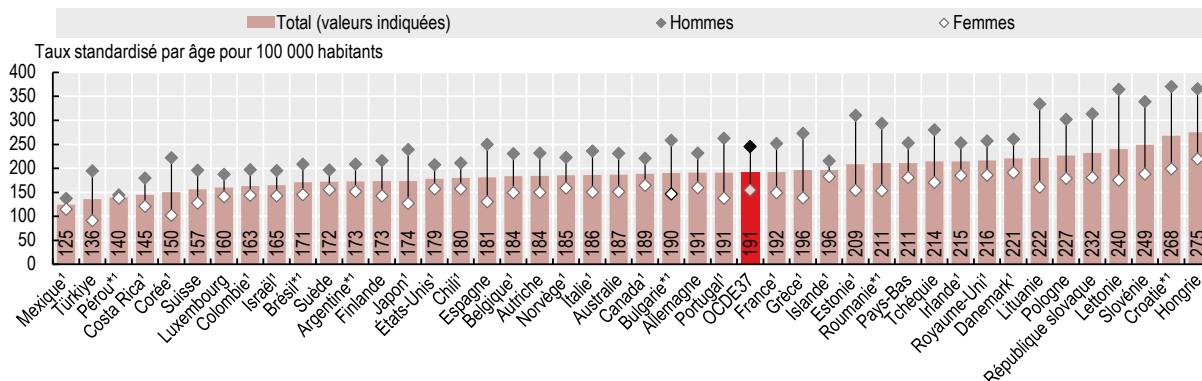


Note : Taux standardisés par âge au moyen de la population mondiale, ce qui entraîne généralement des estimations inférieures à celles obtenues lorsque les taux sont standardisés par âge au moyen de la population de l'OCDE. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : OMS, base de données Globocan du CIRC 2024 (version 1.1).

StatLink <https://stat.link/4j3dtx>

Graphique 3.10. Mortalité par cancer, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/x52rju>

Mortalité maternelle et infantile

La mortalité maternelle, c'est-à-dire les décès de femmes pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, constitue un indicateur important de l'état de santé des femmes et de la performance du système de santé. Les Objectifs de développement durable ambitionnent de ramener le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030. En 2023, tous les pays de l'OCDE enregistraient des taux de mortalité inférieurs à celui visé, avec un taux moyen de mortalité maternelle de 10.3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2023. Pour certains, dont le Danemark, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Norvège, la Pologne, la République slovaque et la Suisse, le taux moyen sur trois ans était inférieur à 3 décès pour 100 000 naissances vivantes. En Colombie, cependant, le taux de mortalité maternelle moyen sur trois ans était le plus élevé observé dans les pays de l'OCDE, à 59.5 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le Mexique affichait lui aussi un taux de mortalité maternelle moyen sur trois ans particulièrement élevé, à 44.0 décès pour 100 000 naissances vivantes. Des taux supérieurs étaient également constatés dans quelques pays candidats à l'adhésion, notamment l'Argentine et le Pérou (Graphique 3.11).

Entre les périodes triennales 2011-2013 et 2021-2023, les taux de mortalité maternelle ont augmenté dans 18 pays de l'OCDE, et ce de manière très prononcée en Lettonie (Graphique 3.11). Les principales causes de mortalité maternelle dans bon nombre de pays à revenu élevé sont les maladies cardiovasculaires et les suicides ; le nombre de décès maternels est plus élevé parmi les femmes de moins de 20 ans ou de plus de 40 ans et parmi les femmes d'origine immigrée (Diguist et al., 2022^[1]).

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

Pendant la période triennale 2021-2023, le taux de mortalité infantile s'établissait en moyenne à 4.0 décès pour 1 000 naissances vivantes dans les pays de l'OCDE, contre 4.1 pour 1 000 naissances vivantes en 2011-2013. La Finlande et le Japon affichaient des taux de mortalité infantile inférieurs à 2 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2021-2023. Les taux moyens de mortalité infantile demeurent toutefois relativement élevés en Colombie (16.8 décès pour 1 000 naissances vivantes) et au Mexique (11.9 décès pour 1 000 naissances vivantes), ce qui témoigne de la corrélation qui existe entre mortalité maternelle et infantile. Parmi les pays candidats à l'adhésion/partenaires de l'OCDE, le taux moyen de mortalité infantile se situe aux alentours de 12 décès ou plus pour 1 000 naissances vivantes en Afrique du Sud, au Brésil, en Inde, en Indonésie et au Pérou, bien que ces pays l'aient considérablement réduit depuis 2011-2013, à l'exception du Pérou qui enregistre une hausse de 0.8 décès (Graphique 3.12). Alors que le taux moyen de mortalité infantile a diminué dans 35 pays de l'OCDE depuis 2011-2013, la France, l'Islande et le Luxembourg enregistrent une légère hausse, allant de 0.1 (Luxembourg) à 1.1 (Islande). En France, une augmentation du taux de mortalité infantile a été observée parmi les mères qui ont eu des grossesses multiples, celles qui résident dans les départements français d'outre-mer et les mères âgées de 21 ans ou moins ou de 44 ans ou plus (Insee, 2025^[2]).

Il est possible de réduire la mortalité infantile par des interventions appropriées et efficaces par rapport à leur coût : contact peau à peau immédiat entre la mère et le nouveau-né après l'accouchement, allaitement exclusif de la naissance aux six premiers mois, et méthode kangourou pour les bébés pesant 2 000 g ou moins. Les soins postnatals dispensés aux mères et aux nouveau-nés dans les 48 heures suivant la naissance, le bain différé jusqu'à 24 heures après la naissance et les soins à sec du cordon ombilical sont importants pour réduire la mortalité infantile dans les 28 premiers jours.

Définition et comparabilité

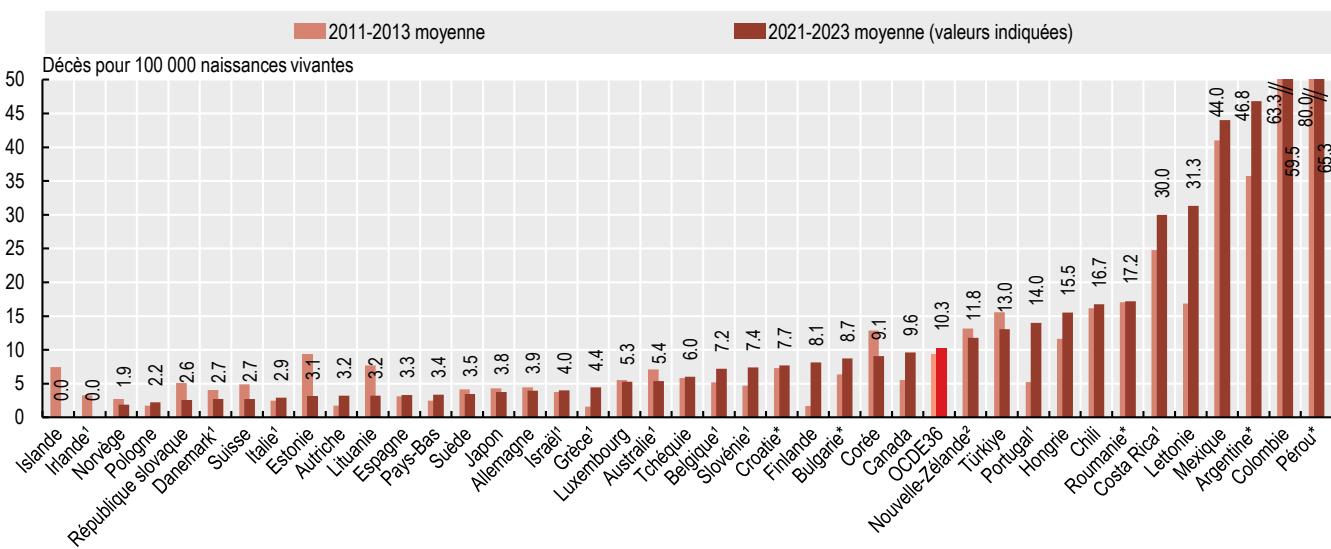
La mortalité maternelle est définie comme le nombre de décès maternels, toutes causes confondues, pour 100 000 naissances vivantes (codes CIM-10 O00-O99). Les données présentées pour cet indicateur sont les moyennes de trois ans communiquées à l'OCDE, tirées des registres des décès ou des données cliniques des pays concernés. Il faut savoir que la série de données sur la mortalité maternelle enregistre de très petits nombres et que, par conséquent, d'importantes fluctuations annuelles sont possibles, en particulier dans les pays peu peuplés. Les données de l'Australie, de l'Argentine, des États-Unis et du Mexique comprennent les décès considérés comme liés à la grossesse, mais enregistrés sous des codes CIM-10 autres que O00-O99. Les données de l'Allemagne, de l'Argentine, du Chili, de la Corée, du Danemark, de la France, de la Lettonie, du Luxembourg et du Portugal excluent les décès maternels tardifs (42 jours après la fin de la grossesse).

Le taux de mortalité infantile est défini comme le nombre d'enfants qui décèdent avant d'atteindre leur premier anniversaire au cours d'une année donnée, exprimé pour 1 000 naissances vivantes, sans seuil minimum de période de gestation ou de poids de naissance, tel qu'il est communiqué par les pays à l'OCDE. Les données présentées pour cet indicateur sont les moyennes de trois ans. Certains pays fondent leurs taux de mortalité infantile sur des estimations tirées de recensements, d'enquêtes et de systèmes d'enregistrement par échantillons, et non sur un enregistrement précis et complet des naissances et des décès. Les différences de pratiques en matière d'enregistrement des prématurés peuvent donc accentuer légèrement les variations des taux entre les pays. Pour les pays de l'Union européenne, à l'exception du Danemark, les données proviennent d'Eurostat.

Références

- Diguist, C. et al. (2022), "Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study", *BMJ*, p. e070621, <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621>. [1]
- Insee (2025), *Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France*, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8547061#documentation> [2] (accessed on 29 September 2025).

Graphique 3.11. Mortalité maternelle, 2021-2023 et 2011-2013 (ou année la plus proche)

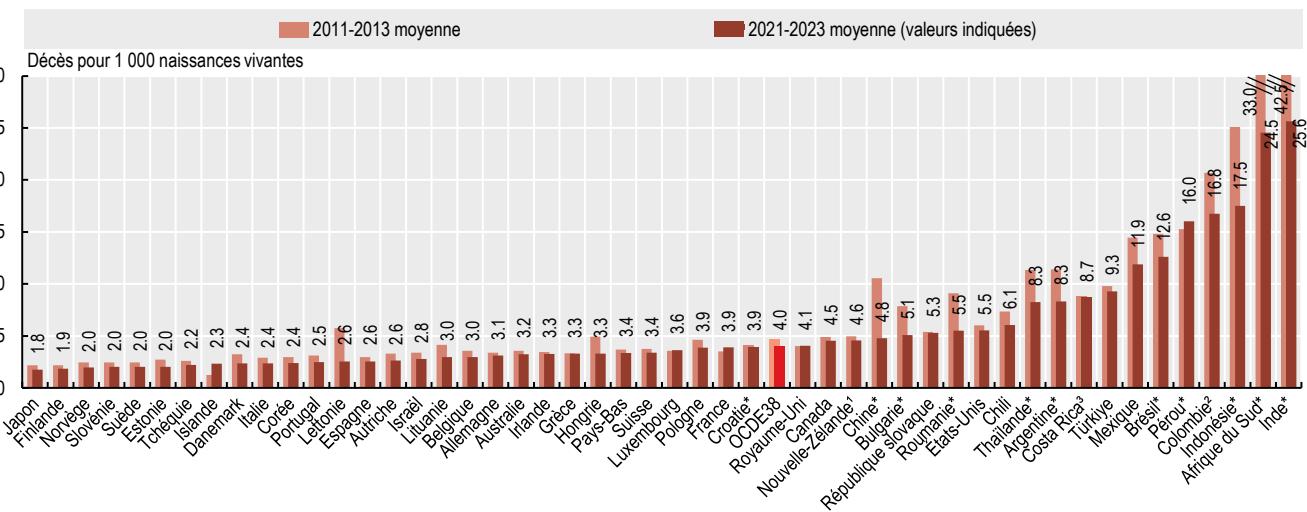


1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les dernières données datent de 2018-2020. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/v79ku6>

Graphique 3.12. Mortalité infantile, 2021-2023 et 2011-2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2018-2022. 2. Les dernières données datent de 2019-2021. 3. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, à partir des données d'Eurostat pour les pays de l'Union européenne à l'exception du Danemark.

StatLink <https://stat.link/6fzuq9>

Santé des adolescents

L'enfance et l'adolescence sont des périodes déterminantes pour le développement d'habitudes saines et pérennes. Les taux d'enfants et d'adolescents souffrant de problèmes de santé multiples peuvent donner une indication générale de l'état de santé et du bien-être. Une bonne santé mentale est également bénéfique sur les plans sociaux et économiques, dans la mesure où elle retentit sur les résultats scolaires et professionnels (OCDE, 2025^[1]).

Selon les plus récentes données de l'enquête HBSC recueillies en 2021/22, période pendant laquelle la plupart des pays traversaient encore la pandémie de COVID-19, plus de 50 % des adolescents de 15 ans souffraient de problèmes de santé multiples : déprime, irritabilité, maux de tête, d'estomac ou de dos (Graphique 3.13). Le taux d'adolescents de 15 ans faisant état d'au moins deux problèmes de santé plus d'une fois par semaine est passé de 37 % en 2014 à 52 % en 2022. En 2022, les plus hauts taux d'adolescents de 15 ans faisant état de problèmes de santé multiples s'établissaient à 66 % en Italie et en Grèce. En 2014, ils étaient de 53 % en Italie et de 48 % en Bulgarie, suivis par 47 % en France.

Dans tous les pays, ces taux étaient plus élevés chez les filles que chez les garçons (Graphique 3.14). En 2022, 68 % des filles de 15 ans faisaient état de problèmes de santé multiples dans les pays de l'OCDE, contre 36 % seulement des garçons. Les problèmes de santé les plus répandus, pour les filles comme pour les garçons, sont ceux souvent liés à la détresse psychologique (nervosité, irritabilité, difficultés à s'endormir ou déprime). La pression scolaire et les difficultés relationnelles intrafamiliales, ou entre pairs, pourraient faire partie des raisons qui contribuent à la hausse des problèmes de santé et de la détresse psychologique, en particulier chez les filles (Badura et al., 2024^[2]).

En 2022, les adolescents de 15 ans dans les pays de l'OCDE déclaraient un score moyen de bien-être de 54, sachant qu'un score de plus de 60 signifie que la personne est satisfaite de son degré de bien-être plus de la moitié du temps (Graphique 3.15). Ce score était de 47 pour les filles et de 61 pour les garçons. Les plus faibles niveaux de bien-être étaient enregistrés en Pologne et en Slovénie. Dans ces deux pays, le score de bien-être moyen était de 40 pour les filles et 54 pour les garçons. Cependant, même dans le pays le plus performant, à savoir le Danemark, le score moyen de bien-être des filles de 15 ans était de 57 seulement en 2022. Les troubles de la santé mentale chez les jeunes ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19 ; les taux de décès par suicide diminuent plus lentement chez les jeunes que chez les adultes, et certaines données nationales indiquent une hausse des troubles anxieux et dépressifs ces dernières années (OCDE, 2025^[1]; Badura et al., 2024^[2]). Cette évolution potentiellement préoccupante doit être suivie de près.

Des relations familiales stables et des environnements sociaux favorables contribuent à une bonne santé mentale, à un plus grand sentiment de sécurité et une meilleure estime de soi chez les jeunes (OCDE, 2025^[1]). Pour favoriser une bonne santé physique et mentale des adolescents, bon nombre de pays ont mis en œuvre des interventions en milieu scolaire axées sur l'apprentissage socio-émotionnel. En Finlande, le programme Icehearts cherche à améliorer le comportement prosocial par la pratique de sports d'équipe et par un accompagnement à long terme des enfants et des adolescents socialement vulnérables (OCDE, 2025^[1]). Le programme Zippy's Friends, en place dans 30 pays à l'échelle mondiale, s'adresse aux jeunes enfants (5 à 7 ans) et vise à améliorer les compétences émotionnelles, la résilience et les capacités d'adaptation pour aider les jeunes à faire face aux défis qui se présentent à eux à l'adolescence et à l'âge adulte (OCDE, 2025^[3]). Améliorer l'accès à des services de santé mentale fondés sur les données d'observation est un autre moyen de favoriser la santé mentale des jeunes. En Belgique, par exemple, l'accès rapide et gratuit aux psychologues est garanti pour les jeunes jusqu'à 24 ans, à raison de 8 consultations par an pour le premier niveau de soutien et de 20 consultations pour les traitements spécialisés (OCDE, 2025^[1]).

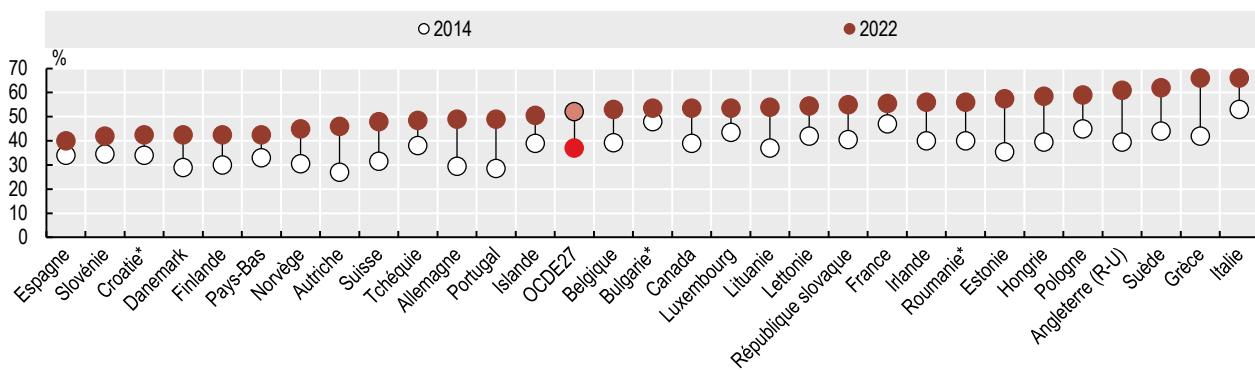
Définition et comparabilité

Les données sur les problèmes de santé multiples et le bien-être psychique proviennent de l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC). Les enquêtes menées dans le cadre de cette étude ont lieu tous les quatre ans depuis 1993-1994. Les dernières données ont été recueillies en 2021/22, pendant la pandémie de COVID-19, facteur qui devrait être pris en compte lors de la comparaison des résultats avec les années précédentes. Pour les deux indicateurs, les différences entre les pays peuvent traduire une compréhension et une interprétation différentes des questions selon les individus. La valeur correspondant à la Belgique, dans les deux cas, est la moyenne non pondérée de la Communauté flamande et de la Communauté francophone.

L'indicateur sur les problèmes de santé multiples (deux ou plus, plus d'une fois par semaine) est fondé sur les symptômes suivants ressentis dans les six derniers mois : maux de tête, d'estomac ou de dos, déprime, irritabilité ou mauvaise humeur, nervosité, difficultés à s'endormir, vertiges. L'indicateur sur le bien-être psychique repose sur l'Indice de bien-être de l'OMS (OMS-5) qui évalue le bien-être psychique en posant cinq questions positives auxquelles les répondants doivent donner une réponse de 5 (tout le temps) à 0 (jamais). Cet élément a été introduit pour la première fois dans l'enquête de 2021/22.

Références

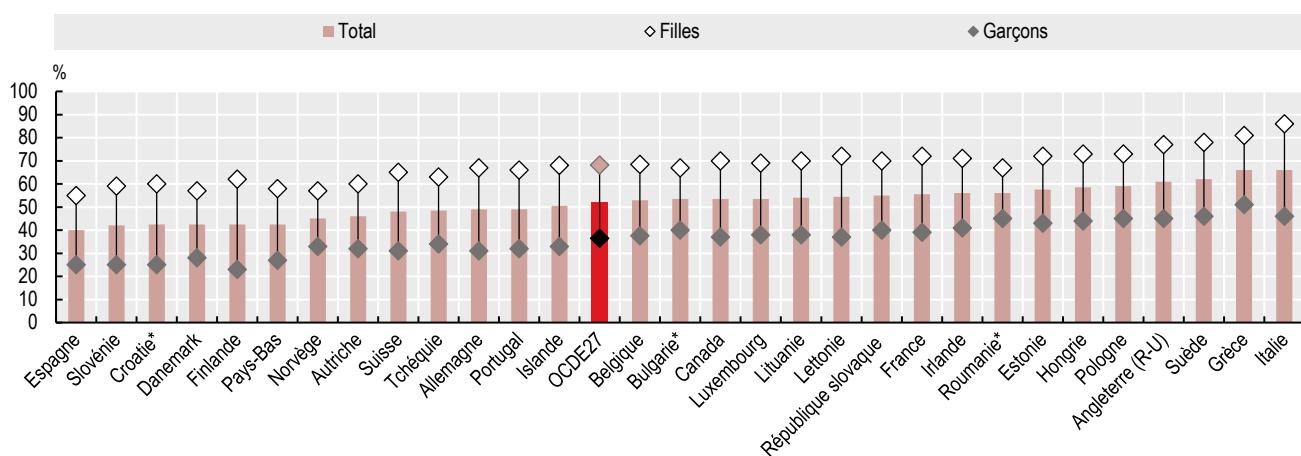
- Badura, P. et al. (2024), *A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey: Volume 7*, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, <https://iris.who.int/handle/10665/379486>. [2]
- OCDE (2025), *Mental Health Promotion and Prevention : Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/88bbe914-en>. [3]
- OCDE (2025), "Promoting good mental health in children and young adults : Best practices in public health", Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ebb8aa47-en>. [1]

Graphique 3.13. Pourcentage d'adolescents de 15 ans faisant état de problèmes de santé multiples, 2022 et 2014

* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser, <https://data-browser.hbsc.org>.

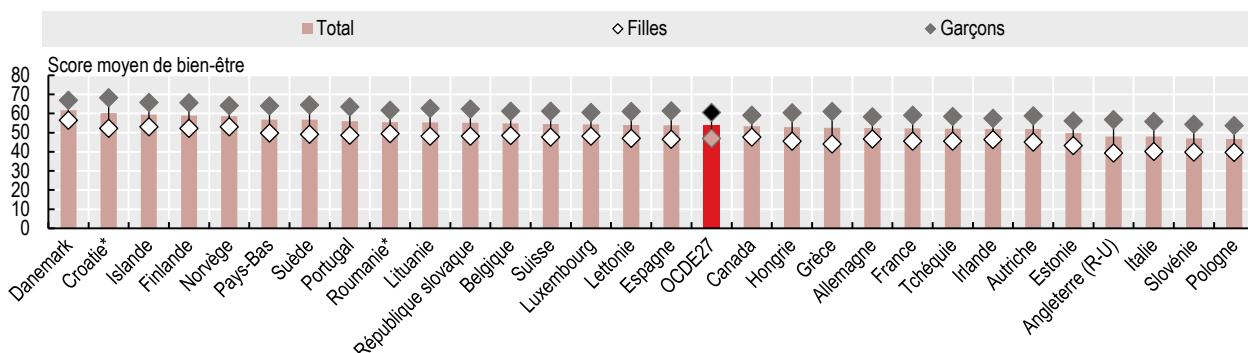
StatLink <https://stat.link/g52z94>

Graphique 3.14. Pourcentage d'adolescents de 15 ans faisant état de problèmes de santé multiples, 2022

* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser, <https://data-browser.hbsc.org>.

StatLink <https://stat.link/ase6zw>

Graphique 3.15. Score à l'indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS (OMS-5), adolescents de 15 ans, 2022

* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data browser, <https://data-browser.hbsc.org>.

StatLink <https://stat.link/mkhw5l>

Maladies chroniques

Les maladies chroniques telles que le cancer, les affections cardiovasculaires, les problèmes respiratoires chroniques et le diabète, principales causes de décès dans les pays de l'OCDE, représentent aussi une charge de morbidité majeure. Bon nombre d'entre elles sont évitables moyennant la modification de facteurs de risques majeurs, comme le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'obésité et l'inactivité physique (voir au chapitre 4 « Déterminants non médicaux et facteurs de risque »). Les maladies chroniques liées à des facteurs de risque (diabète de type 2, insuffisance cardiaque et maladie rénale chronique) se développent de la même façon et surviennent souvent simultanément, causant une multimorbidité.

En 2021, plus d'un tiers des personnes âgées de 16 ans et plus déclaraient un problème de santé ou une maladie de longue durée, en moyenne dans 29 pays de l'OCDE (Graphique 3.16). Ce chiffre varie de plus d'un adulte sur deux en Finlande à un peu moins d'un sur cinq en Italie. Avec le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, y compris de la multimorbidité, augmente. Les systèmes de santé doivent être de plus en plus préparés à gérer efficacement les soins de longue durée pour répondre aux besoins des populations vieillissantes.

Les disparités socioéconomiques sont également prononcées : en moyenne, dans les pays de l'OCDE, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible risquent 15 fois plus de faire état d'une maladie chronique de longue durée (44 %) que les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé (28 %). Cette disparité est observée dans tous les pays de l'OCDE, mais l'écart de revenus est le plus prononcé en Belgique, en Irlande, en Lettonie, en Lituanie et en Tchéquie, où les revenus les plus modestes risquent plus de deux fois plus de souffrir d'au moins une maladie ou un problème de santé de longue durée que les plus hauts revenus. L'écart de revenu est le plus faible en Espagne et en République slovaque, où les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas ne sont que 5 points de pourcentage (p.p) plus susceptibles de faire état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée que les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé.

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus importantes. Il est particulièrement lourd de conséquences en termes d'incapacité, car il peut entraîner des maladies cardiovasculaires, la cécité, une insuffisance rénale et l'amputation d'un membre inférieur (OCDE, 2025_[1]). Les conséquences économiques du diabète sont importantes : on estime à 670 milliards USD le montant consacré à son traitement et à la prévention de ses complications dans les pays de l'OCDE en 2021 (FID, 2025_[2]). En 2022, selon les estimations, 8,6 % de la population adulte étaient diabétiques en moyenne dans la zone OCDE (données standardisées par âge). Parmi les pays de l'OCDE, les taux de prévalence du diabète les plus élevés étaient observés au Chili, au Costa Rica et au Mexique, où 14,0 % ou plus des adultes étaient concernés (données standardisées par âge). S'agissant des pays partenaires, la prévalence du diabète est également relativement forte en Inde et au Pérou (Graphique 3.17).

Les taux de prévalence du diabète standardisés par âge ont augmenté dans la plupart des pays membres de l'OCDE au cours des dix dernières années. Les exceptions sont l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, la France, Israël et le Mexique. La plus forte hausse est observée au Costa Rica (6,7 p.p.). D'importantes augmentations sont également constatées en Indonésie et au Pérou, deux pays candidats à l'adhésion à l'OCDE. Cette évolution à la hausse tient en partie à l'augmentation des taux d'obésité, à une mauvaise alimentation et à l'inactivité physique, mais aussi à l'interaction de ces facteurs avec le vieillissement démographique.

Les maladies chroniques multiples alourdissent la charge supportée par les patients et les systèmes de santé. Les données de l'Enquête PaRIS de l'OCDE indiquent que 82 % des usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus ont déclaré être atteints d'au moins une maladie chronique, et 52 % de deux maladies chroniques ou plus (Graphique 3.18). Parmi les pays qui participent à l'enquête PaRIS, la Slovénie et la Grèce enregistrent la plus faible proportion d'usagers des services de soins primaires atteints de deux maladies chroniques ou plus ; les plus fortes proportions sont observées en Australie et aux États-Unis. Les maladies chroniques multiples deviennent plus prévalentes avec l'âge, d'où la nécessité d'une prise en charge plus coordonnée des personnes atteintes de pathologies multiples et d'une meilleure collaboration entre les patients et les professionnels de santé, c'est-à-dire les médecins de famille, les pharmaciens, le personnel infirmier et les autres spécialistes (OCDE, 2025_[3]).

Définition et comparabilité

Les données relatives aux maladies ou aux problèmes de santé de longue durée reposent sur les résultats des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Ces données concernent les personnes âgées de 16 ans et plus. La comparabilité des données sur les maladies et les problèmes de santé de longue durée peut être influencée par une évaluation subjective de son propre état de santé et par des facteurs sociaux et culturels.

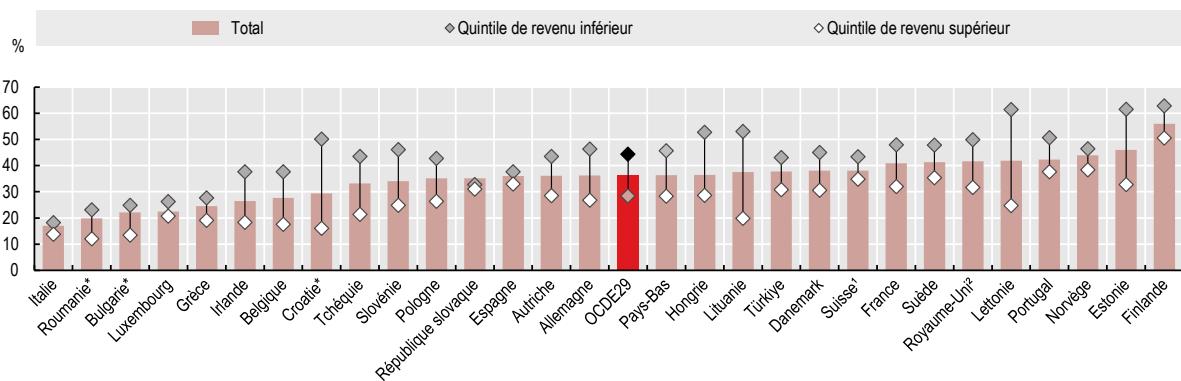
Le taux de prévalence du diabète correspond au pourcentage de personnes âgées de 18 ans et plus présentant un taux de glycémie à jeun égal ou supérieur à 7 mmol/L (126 mg/dL) ou un taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) égal ou supérieur à 6,5 % (48 mmol/L), ou encore qui suivent un traitement médicamenteux hyperglycémique pour le diabète. Les estimations reposent sur des enquêtes en population. Du fait qu'elles sont standardisées par âge au moyen de la population standard de l'OMS, il est possible que la prévalence soit sous-estimée par rapport à une standardisation en fonction de la population de l'OCDE, plus âgée. Les taux bruts (sans standardisation par âge) sont également indiqués ; des variations par rapport aux rapports nationaux sont possibles en raison de différences méthodologiques.

Les données concernant les usagers des services de soins primaires reposent sur l'Enquête PaRIS auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Elles comprennent des données pour les personnes âgées de 45 ans ou plus qui ont eu recours à des services de soins de santé primaires dans les six mois précédant l'enquête, liées à 1 816 cabinets médicaux dans 19 pays (OCDE, 2025_[3]).

Références

- FID (2025), *IDF Diabetes Atlas, 11th edition*, Fédération Internationale du Diabète, Bruxelles, <http://www.diabetesatlas.org>. [2]
- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [3]
- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [1]

Graphique 3.16. Personnes faisant état d'un problème de santé ou d'une maladie de longue durée, par quintile de revenu, 2024 (ou année la plus proche)

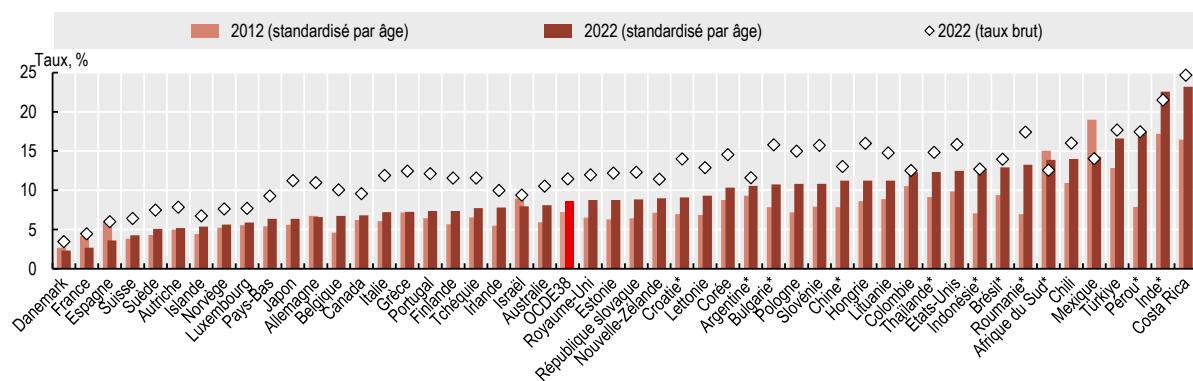


1. Données de 2023. 2. Données de 2018 * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/yleoas>

Graphique 3.17. Prévalence du diabète de types 1 et 2 chez les adultes, 2022 et 2012

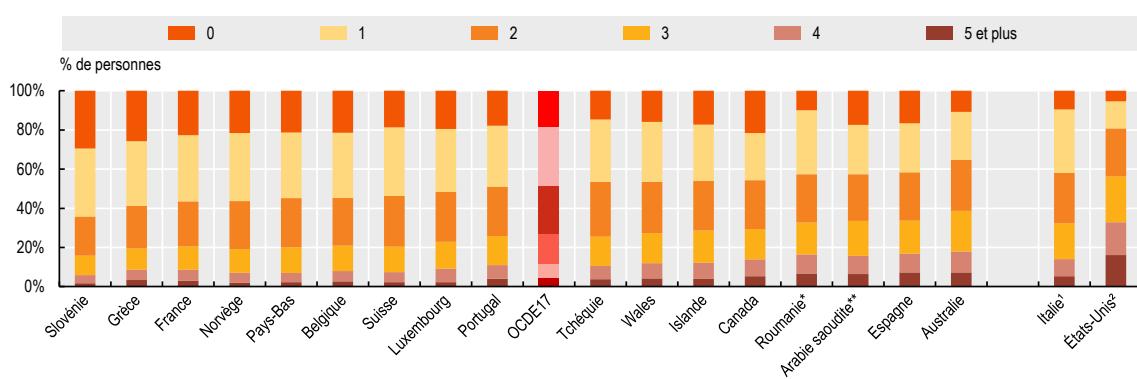


Note : Standardisation par âge au moyen de la population standard de l'OMS. Les estimations brutes sont également présentées. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS, 2024.

StatLink <https://stat.link/5uktrn>

Graphique 3.18. Usagers de services de soins primaires âgés de 45 ans et nombre de maladies chroniques, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/cehg6y>

Santé mentale

Une bonne santé mentale est essentielle pour le bien-être et la productivité. Les troubles de la santé mentale peuvent nuire aux résultats scolaires, faire augmenter les taux de chômage et avoir des effets néfastes sur la santé physique. Près de la moitié des habitants des pays de l'OCDE souffrent de troubles de la santé mentale à un moment ou un autre de leur vie et, à tout moment, une personne sur cinq est concernée (OCDE, 2021^[1]).

Les données de l'enquête PaRIS indiquent qu'une maladie chronique réduit le bien-être général d'une personne (Graphique 3.19). En moyenne, les usagers des services de soins primaires de 45 ans et plus sans maladie chronique font état d'un score de bien-être moyen de 70 sur 100 tandis que les personnes atteintes de maladies chroniques déclarent un score de bien-être inférieur de 10 points (60 sur 100). Le bien-être moyen diminue avec chaque maladie chronique de plus, soulignant l'importance de soins de santé (physique et mentale) de qualité pour les personnes présentant une multimorbidité (voir la section « Maladies chroniques ») (OCDE, 2025^[2]).

Faute de traitement et d'accompagnement efficaces, les problèmes de santé mentale peuvent parfois déboucher sur des lésions auto-infligées et le suicide. En 2023, le taux moyen de suicide dans les pays de l'OCDE s'établissait à 10.7 pour 100 000 habitants, la Corée (23.2 pour 100 000 habitants) et la Lituanie (18 pour 100 000 habitants) en tête (Graphique 3.20). Les différences de taux de mortalité due au suicide entre les genres sont prononcées. En 2023, le taux de suicide des hommes était 3.4 fois plus élevé que celui des femmes (17.2 décès pour 100 000 hommes et 5 pour 100 000 femmes, en moyenne dans les pays de l'OCDE). En Lettonie et en Pologne, cette différence était encore plus importante avec un taux de mortalité chez les hommes 7.6 fois plus élevé que le taux enregistré chez les femmes en Lettonie, et 6.1 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Pologne. Grâce en partie à un investissement important dans des politiques de prévention des suicides, les décès par suicide ont diminué dans les pays de l'OCDE ces dernières années, passant de 15.1 pour 100 000 habitants en 2003 à 10.7 pour 100 000 habitants en 2023 (OCDE, 2021^[1]).

Si les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir par suicide, l'écart entre les genres concernant l'intention et le comportement suicidaires est moins prononcé et, dans certains cas, le taux est supérieur pour les femmes (Vargas Lopes and Llena-Nozal, 2025^[3]). Les données relatives aux hospitalisations pour lésions auto-infligées le confirment. Le nombre de femmes hospitalisées pour lésions auto-infligées est nettement plus élevé que le nombre d'hommes dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles (Graphique 3.21). En 2023, les femmes étaient en moyenne hospitalisées 1.7 fois plus que les hommes pour lésions auto-infligées dans 16 pays de l'OCDE, les taux d'hospitalisation s'établissant à 66 pour 100 000 femmes contre 39 pour 100 000 hommes. Les plus grandes différences entre les genres étaient observées en Finlande et aux Pays-Bas, où les femmes étaient hospitalisées pour lésions auto-infligées presque deux fois et demie plus que les hommes.

Les stratégies efficaces pour réduire la mortalité par suicide consistent, entre autres, à assurer un bon accès aux soins de santé mentale, à mettre en place des mesures de prévention des suicides et à mener des campagnes de sensibilisation aux problèmes de santé mentale et de lutte contre la stigmatisation (OCDE, 2021^[1]). Les mesures efficaces de prévention du suicide, comme celles du programme SUPRA en Autriche, assurent le soutien des groupes à haut risque, restreignent l'accès aux moyens de suicide, informent et accompagnent, et intègrent la prévention du suicide dans les activités plus générales de promotion de la santé (OCDE, 2025^[4]). Axé sur l'accompagnement après une hospitalisation pour tentative de suicide, le dispositif français de prévention du suicide VigilanS a contribué à réduire les récidives suicidaires dans la population d'intervention de 24 % par an, selon les estimations (OCDE, 2025^[4]).

Définition et comparabilité

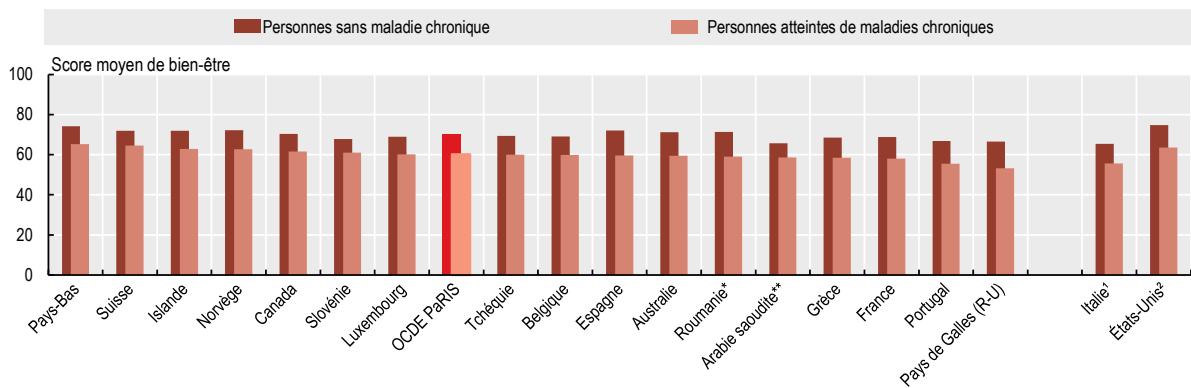
Les données concernant les usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus reposent sur l'enquête PaRIS auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Elles comprennent des données pour 107 011 personnes âgées de 45 ans et plus qui ont eu recours à des services de soins de santé primaires dans les 6 mois précédent l'enquête, liées à 1 816 cabinets médicaux dans 19 pays. Le bien-être est mesuré au moyen de l'indice de bien-être OMS-5. L'échelle brute de 0 à 25 a été convertie en échelle de 0 à 100. Les scores élevés indiquent un meilleur bien-être. Un score de moins de 50 indique un bien-être mental insatisfaisant, et un score de moins de 60 indique qu'un répondant se sent satisfait de son bien-être plus de la moitié du temps.

Les données relatives aux décès par suicide sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité, dans laquelle les suicides correspondent aux codes CIM-10 X60 à X84 et Y870. Les données relatives aux décès dus à des lésions auto-infligées intentionnelles peuvent être sous-estimées dans certains pays (ex. l'Irlande) à cause de l'enregistrement tardif des décès. Les données d'hospitalisation pour lésion auto-infligée ont été recueillies dans le cadre d'un projet pilote de l'OCDE sur les données de santé mentale et répertoriées pour la plupart des pays en utilisant les codes CIM-10 X60 à X84 et Y870. Les données d'hospitalisation pour lésion auto-infligée rendent compte à la fois de lésions auto-infligées suicidaires et non suicidaires. Certains pays utilisent des classifications, des méthodes et des tranches d'âge différentes pour répertorier les hospitalisations pour lésion auto-infligée. Les données sur les lésions auto-infligées concernent tous les âges à l'exception du Canada et de la France, où elles commencent à 10 ans. La déclaration d'un suicide est elle aussi une procédure complexe qui est influencée par divers éléments, notamment le mode de vérification de l'intention de passage à l'acte, les personnes chargées d'établir le certificat de décès, et les aspects culturels, dont les préjugés entourant le suicide.

Références

- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [2]
- OCDE (2025), *Mental Health Promotion and Prevention : Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/88bbe914-en>. [4]
- OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems : Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>. [1]
- Vargas Lopes, F. and A. Llena-Nozal (2025), "Understanding and addressing inequalities in mental health", *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, No. 180, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/56adb10f-en>. [3]

Graphique 3.19. Score de bien-être à l'indice OMS-5 parmi les usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus, avec et sans maladie chronique, 2024

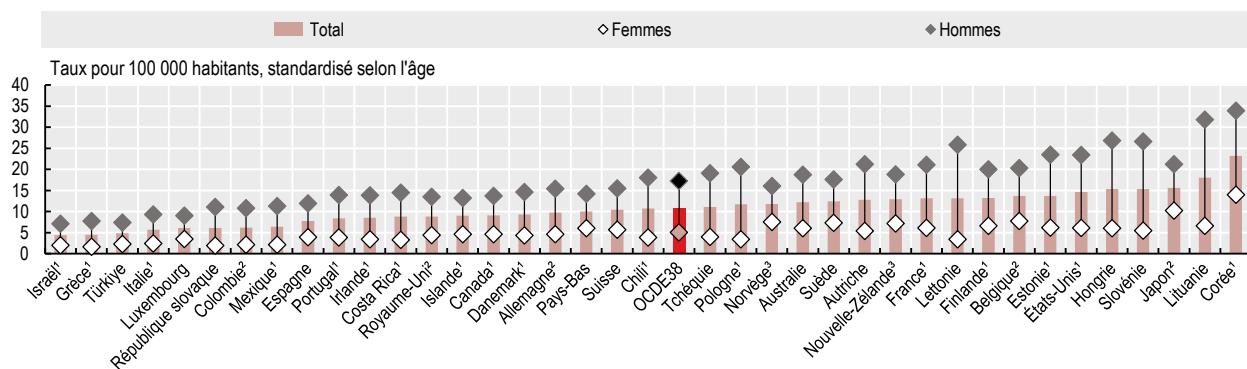


1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRS.

Source : Base de données PaRS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/0l26hj>

Graphique 3.20. Décès par suicide, 2023 (ou année la plus proche)

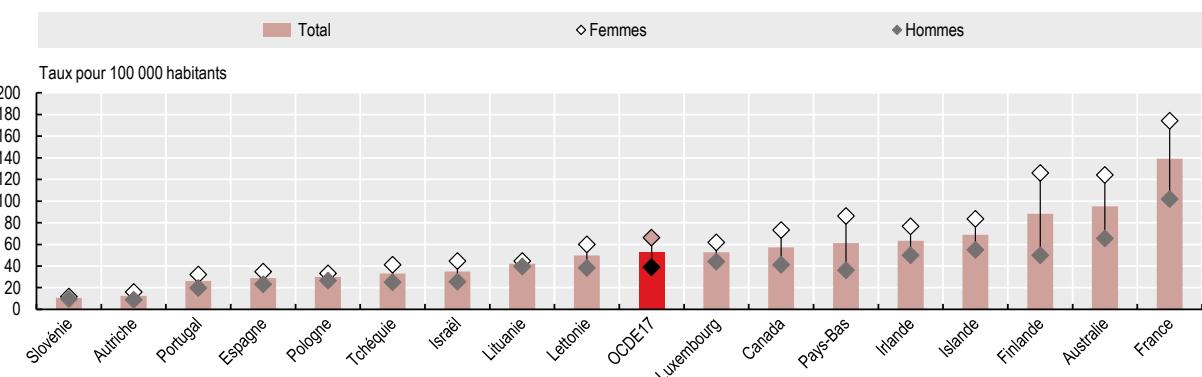


1. Données de 2022. 2. Données de 2020-2021. 3. 2016-2018 data.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

StatLink <https://stat.link/uxy32j>

Graphique 3.21. Hospitalisations pour lésion auto-infligée, 2023



Note : Les données du Portugal concernent uniquement les hôpitaux publics. Les données sur les lésions auto-infligées concernent tous les âges, sauf au Canada et en France, où les données commencent à l'âge de 10 ans.

Source : Collecte pilote de données sur la santé mentale de l'OCDE 2025 – voir le StatLink pour plus de détails.

StatLink <https://stat.link/9vzyqp>

État de santé auto-déclaré

La façon dont les individus évaluent eux-mêmes leur santé donne une idée globale de la santé physique et mentale de la population. Ce point de vue sur la qualité de vie complète les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité, qui mesurent uniquement la survie (OCDE, 2025^[1]). Malgré son caractère subjectif, l'état de santé auto-déclaré est généralement un indicateur prévisionnel fiable de la mortalité et des besoins de soins futurs (Palladino et al., 2016^[2]). Les comparaisons internationales sont néanmoins compliquées par les différences socioculturelles, mais aussi par des différences de caractéristiques socioéconomiques et démographiques (en particulier, les populations plus pauvres et plus âgées sont plus susceptibles de faire état de problèmes de santé, toutes choses égales par ailleurs) et par la formulation des questions d'enquête (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

En moyenne, dans les pays de l'OCDE, environ 8 % des adultes s'estimaient en mauvaise santé en 2023 (Graphique 3.22), pourcentage qui variait de plus de 13 % au Japon et en Lettonie, de 12 % en Estonie et au Portugal, à moins de 3 % en Colombie et en Nouvelle-Zélande. La Corée, le Japon et le Portugal présentent des taux d'espérance de vie particulièrement élevés, mais une assez forte proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé. En règle générale, les femmes ont tendance à faire état d'un moins bon état de santé que les hommes, ce qui témoigne de différences dans la perception de la santé, l'accès aux soins et la prévalence de certaines maladies chroniques. La différence entre les hommes et les femmes lorsqu'il s'agit de l'état de santé auto-déclaré comme insatisfaisant est la plus prononcée en Corée, en Lituanie et au Portugal, avec des écarts de près ou de plus de 4 p.p. Les différences entre les genres sont nettement moindres en Australie, au Canada, en Colombie et en Suisse.

Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu jugent en moyenne moins favorablement leur état de santé que les personnes à revenu élevé (Graphique 3.23). En moyenne, en 2023, plus de 80 % des adultes du quintile supérieur de revenu se déclaraient en bonne ou très bonne santé, contre 59 % des adultes du quintile inférieur. Les disparités socioéconomiques sont particulièrement marquées en Lettonie et en Lituanie, avec un écart de revenu de 40 p.p. ou plus. Ces disparités tiennent probablement en grande partie à des différences de comportement (tabagisme, consommation nocive d'alcool, et autres facteurs de risques) (voir au chapitre 4 « Déterminants non médicaux et facteurs de risque »). Les disparités socioéconomiques sont relativement faibles en Nouvelle-Zélande et en République slovaque, où l'écart est de moins de 8 p.p..

L'état de santé auto-déclaré a tendance à diminuer avec l'âge. Dans de nombreux pays, ce déclin est particulièrement marqué à compter de 45 ans, et s'accentue après l'âge de la retraite (voir la section intitulée « État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans » au chapitre 10). Les données de l'enquête PaRIS auprès de personnes souffrant de maladies chroniques indiquent que, en moyenne dans 17 pays de l'OCDE, 65 % des usagers de services de soins primaires âgés de 45 ans et plus déclarent être en bonne, très bonne ou excellente santé, soit beaucoup moins que les 91 % d'usagers de services de soins primaires âgés de 45 ans et plus sans maladie chronique (Graphique 3.24) (OCDE, 2025^[1]). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, ce sont les usagers de services de soins primaires âgés de 45 ans et plus atteints de maladies chroniques du Canada, des États-Unis et de la Suisse qui font état du meilleur état de santé, avec près ou plus de 80 % d'entre eux estimant leur santé générale satisfaisante. En revanche, en Italie et au Portugal, environ 40 % ou moins déclarent être en bonne santé. Ces différences peuvent tenir à des variations dans la manière dont les pays gèrent la prise en charge des maladies chroniques ou assurent l'accès aux services de soins primaires.

La comparaison des usagers des services de soins primaires qui ne sont pas atteints de maladie chronique révèle des différences moins marquées entre les pays. Plus de 95 % des usagers des services de soins primaires sans maladie chronique en Belgique, au Canada, aux États-Unis, en France et en Suisse ont déclaré être en bonne santé. En revanche, l'Italie et le Portugal affichent les plus faibles pourcentages, avec moins de 80 % déclarant être en bonne santé.

Définition et comparabilité

L'état de santé auto-déclaré reflète la perception globale qu'un individu a de sa santé. Les répondants aux enquêtes se voient poser des questions du type : « Comment décririez-vous votre état de santé général ? ». La prudence est de mise dans les comparaisons internationales pour trois raisons : 1) l'état de santé auto-déclaré est subjectif et les réponses peuvent systématiquement différer d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays en raison de particularités socioculturelles ; 2) Comme l'état de santé empire généralement avec l'âge, le nombre de personnes se déclarant en bonne santé sera sans doute plus faible dans les pays qui comptent une plus forte proportion de personnes âgées ; 3) Les catégories utilisées dans les questions de l'enquête varient selon les pays. En particulier, l'échelle de réponses utilisée en Australie, au Canada, au Chili, en Colombie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis est asymétrique (elle est biaisée vers les réponses positives) : « Excellente / très bonne / bonne / moyenne / mauvaise ». Dans la plupart des autres pays de l'OCDE, l'échelle des réponses est symétrique : « Très bonne / bonne / moyenne / mauvaise / très mauvaise ». Les résultats peuvent donc introduire un biais de comparaison rendant l'auto-déclaration de la santé plus positive dans les pays qui utilisent une échelle asymétrique.

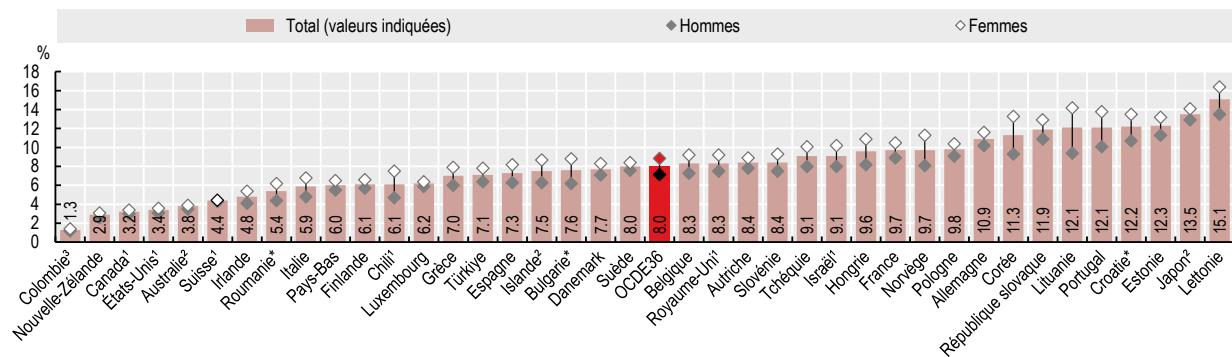
L'état de santé auto-déclaré par niveau de revenu concerne le premier et le cinquième quintiles (respectivement les 20 % de revenus les plus faibles et les 20 % les plus élevés). Suivant les enquêtes, le revenu considéré est celui de l'individu ou celui du ménage (auquel cas il s'agit d'un revenu « équivalent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

Les données sur les usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus déclarant être en bonne, très bonne ou excellente santé proviennent de l'enquête internationale PaRIS auprès de personnes atteintes d'une maladie chronique, en réponse à l'item sur la santé globale selon l'échelle PROMIS® v1.2. Réponse à la question : « En général, diriez-vous que votre santé est... », « bonne, très bonne ou excellente », par rapport à « passable ou mauvaise » (OCDE, 2025^[1]). Tous les écarts, au sein d'un même pays, entre les personnes atteintes et non de maladies chroniques sont statistiquement significatifs ($p < 0.05$).

Références

- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [1]
- Palladino, R. et al. (2016), “Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries”, *Age and Ageing*, Vol. 45/3, <https://doi.org/10.1093/ageing/afw044>. [2]

Graphique 3.22. Personnes de 15 ans et plus déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé, 2024 (ou année la plus proche)

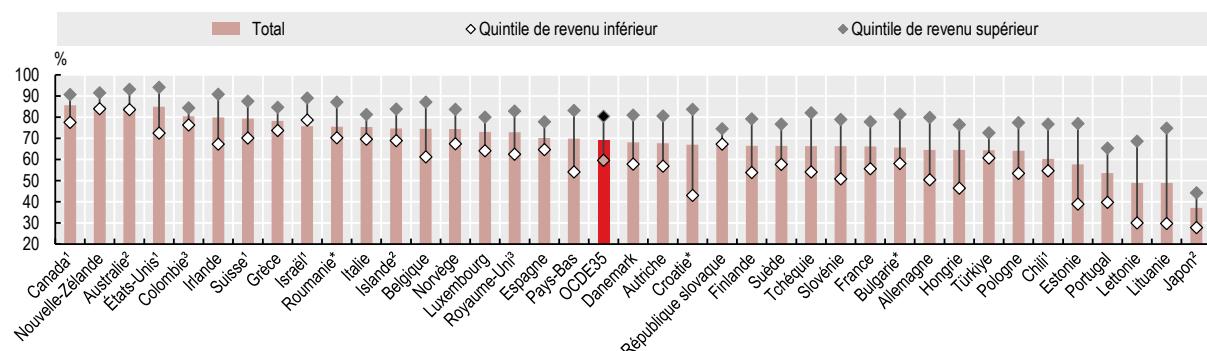


Note : Les catégories utilisées dans l'enquête varient d'un pays à un autre (voir l'encadré « Définition et comparabilité ») 1. Données de 2023. 2. Données de 2020-2022. 3. Données de 2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, à partir des données de l'enquête EU-SILC pour les pays européens.

StatLink <https://stat.link/jihrsn>

Graphique 3.23. Personnes âgées de 15 ans et plus s'estimant en bonne ou en très bonne santé, par niveau de revenu, 2023 (ou année la plus proche)

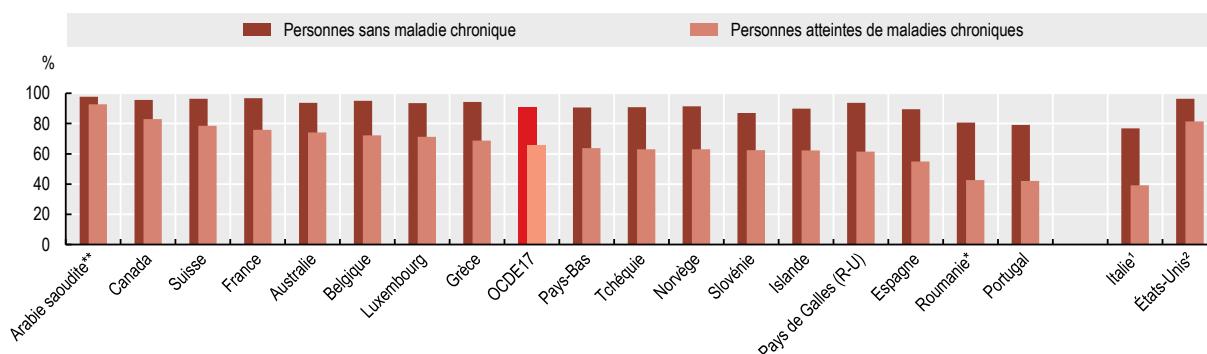


Note : Les catégories utilisées dans les questions d'enquête varient d'un pays à un autre (voir l'encadré « Définition et comparabilité ») 1. Données de 2023. 2. Données de 2020-2022. 3. Données de 2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, à partir des données de l'enquête EU-SILC pour les pays européens.

StatLink <https://stat.link/kjv3to>

Graphique 3.24. Usagers de services de soins primaires âgés de 45 ans et plus déclarant être en bonne, très bonne ou excellente santé, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/a4fg2x>



4

Déterminants non médicaux et facteurs de risque

- Tabagisme et vapotage
- Consommation de drogues illicites
- Tabagisme, vapotage et consommation de cannabis chez les adolescents
- Consommation d'alcool
- Consommation d'alcool chez les adolescents
- Nutrition et activité physique
- Nutrition et activité physique chez les adolescents
- Surpoids et obésité
- Surpoids et obésité chez les adolescents
- Environnement et santé

Tabagisme et vapotage

Depuis une dizaine d'années, le tabagisme suit une courbe descendante dans la plupart des pays de l'OCDE, tandis que le vapotage progresse dans le sens inverse. Le tabagisme n'en continue cependant pas moins de poser un sérieux problème de santé publique, puisqu'il est l'une des premières causes de cancers et de maladies cardiovasculaires, respiratoires et autres. En 2022, le nombre de décès d'adultes causés par le tabagisme dans les pays de l'OCDE était estimé à 1,25 million (IHME, 2025^[1]).

Dans les pays de l'OCDE, 14,8 % des personnes âgées de 15 ans et plus fumaient quotidiennement en 2023. Les pourcentages de fumeurs quotidiens les plus élevés étaient observés en Grèce, en Hongrie et en Turquie, mais aussi en Bulgarie, en Chine et en Indonésie, pays candidats à l'adhésion/partenaires, où au moins une personne sur quatre fumait quotidiennement (Graphique 4.1). Le Costa Rica et l'Islande affichaient les pourcentages les plus bas, avec 6 % ou moins de fumeurs quotidiens. Dans tous les pays de l'OCDE, les hommes sont plus susceptibles de fumer que les femmes ; en moyenne, 18,5 % d'hommes fumaient quotidiennement en 2023, contre 11,4 % de femmes. Certains pays affichent des disparités prononcées entre les genres, en particulier la Corée, le Japon, la Lettonie, la Lituanie et la Turquie, mais aussi l'Afrique du Sud, la Chine et l'Indonésie, pays partenaires.

En dix ans, les taux de tabagisme ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, à raison d'un quart en moyenne depuis 2013 (Graphique 4.2). Les plus fortes diminutions, de 8 à 9 points de pourcentage (p.p.), sont observées au Chili, en Estonie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

Parallèlement, le taux de vapotage chez les adultes a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Cette pratique peut servir d'aide au sevrage tabagique dans certains pays et territoires, mais elle peut aussi représenter un choix de mode de vie. Entre 2016 et 2023, les taux de vapotage régulier sont passés d'un peu plus de 3 % à 6 % en moyenne dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données (Graphique 4.3). Les plus fortes hausses ont été observées en Nouvelle-Zélande, où 14 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré vapoter régulièrement en 2023, ainsi qu'en Estonie où ce chiffre s'est élevé à 12 %.

De nombreux efforts ont été déployés à l'échelle mondiale pour réduire les taux de tabagisme et prévenir l'initiation tabagique. Une majorité de pays de l'OCDE sont parvenus à un stade avancé de la mise en œuvre de mesures clés de contrôle du tabagisme, en particulier la taxation du tabac et l'apposition de messages sanitaires sur les emballages. Les progrès ont cependant été plus limités dans certains pays en ce qui concerne la mise en application des interdictions publicitaires, les restrictions sur le tabagisme dans les lieux publics et l'offre d'aide au sevrage tabagique (OMS, 2025^[2]). Pour renforcer sa politique de lutte contre le tabagisme, l'Australie a voté une loi de santé publique relative au tabac et autres produits (*Public Health [Tobacco and Other Products] Act*) en 2023, entrée en vigueur en 2024. Cette législation prévoit la réglementation des nouveautés conçues pour rendre les produits du tabac plus attrayants, tels que les filtres qui altèrent le goût des cigarettes.

Une grande majorité des pays de l'OCDE où les cigarettes électroniques sont vendues légalement ont mis en œuvre des cadres réglementaires complets ou partiels. Ceux-ci reprennent généralement les réglementations concernant le tabac et comprennent la mise en place d'un âge légal pour la vente, des interdictions de consommation dans les lieux fermés, l'apposition de messages sanitaires sur les emballages, des restrictions sur les arômes, des interdictions publicitaires, et des mesures de suivi. La plupart des pays de l'OCDE imposent un droit d'accise sur les cigarettes électroniques. L'Australie est allée plus loin en réglementant les dispositifs de vapotage en tant que produit thérapeutique autorisé à la vente en pharmacie uniquement, à condition d'être cliniquement approprié, mais aussi en interdisant l'importation, la fabrication, la fourniture et la possession commerciale de dispositifs de vapotage non thérapeutiques à usage unique. Outre la réglementation, certains pays ont opté pour l'interdiction totale des cigarettes électroniques afin d'en empêcher l'adoption par les non-fumeurs. Par exemple, l'importation et la vente de cigarettes électroniques sont interdites au Brésil et en Turquie (Sóñora et al., 2022^[3]). Plus récemment, plusieurs pays, dont la Belgique, la France et le Royaume-Uni, ont interdit les cigarettes électroniques jetables.

Définition et comparabilité

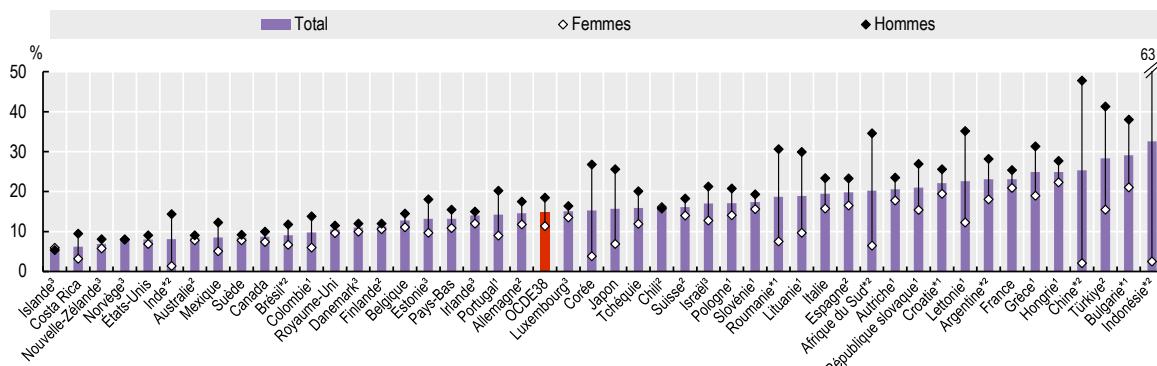
La prévalence de tabagisme quotidien est définie comme le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus déclarant fumer tous les jours. Cette définition exclut les produits du tabac sans fumée, comme le snus consommé notamment en Norvège et en Suède. La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, à quelques exceptions près (voir le lien vers les métadonnées dans le Guide du lecteur).

La consommation régulière de cigarettes électroniques (ou vapotage), est définie comme le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui utilisent des dispositifs de vapotage *au moins une fois par mois*. Les données sur le vapotage concernent spécifiquement les cigarettes électroniques et ne comprennent pas les produits du tabac chauffés. La prudence est de mise dans l'interprétation des données sur la consommation de cigarettes électroniques et sur le vapotage, car les échantillons de taille relativement restreinte peuvent entraîner des fluctuations importantes en glissement annuel dans les taux de prévalence déclarés dans certains pays. Dans les données relatives à la consommation de cigarettes électroniques, les définitions des indicateurs peuvent varier d'une année à l'autre pour certains pays (voir le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur »).

Références

- IHME (2025), *Client Portal Data Explorer*, Institute for Health Metrics and Evaluation, <https://clients.ihme.services/data-explorer>. [1]
- OMS (2025), *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco*, Organisation mondiale de la santé, <https://iris.who.int/handle/10665/381685>. [2]
- Sóñora, G. et al. (2022), *Achievements, challenges, priorities and needs to address the current tobacco epidemic in Latin America*, BMJ Publishing Group, <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-057007>. [3]

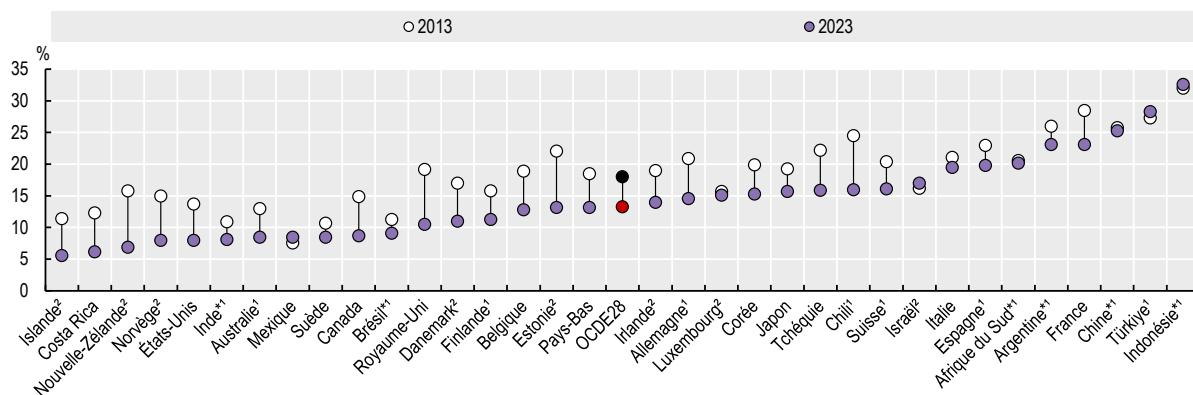
Graphique 4.1. Fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2019. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. 3. Données de 2024 * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/m8t4rp>

Graphique 4.2. Taux de tabagisme quotidien parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 et 2013 (ou dernière année connue)

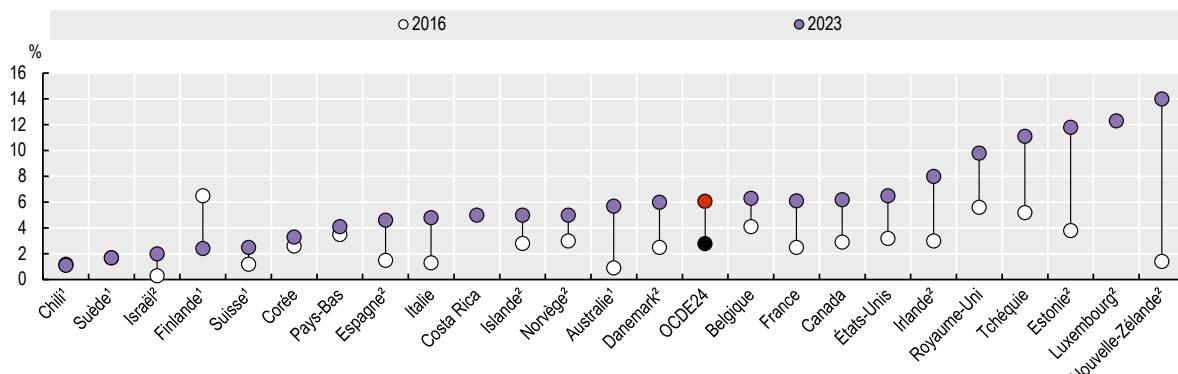


1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Données de 2024. Les pays dont les données datent de 2019 ne sont pas affichés. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/5d1e7n>

Graphique 4.3. Consommation régulière de produits de vapotage parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 et 2016 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les dernières données datent de 2024.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/stuh50>

Consommation de drogues illicites

La consommation de drogues illicites est une cause majeure de mortalité évitable, associée à un grand nombre de maladies aiguës et de longue durée, dont les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les troubles neurologiques, les troubles de la santé mentale et les maladies infectieuses (hépatite C et VIH), mais aussi à un risque accru de surdose. Les risques de maladie et de surdose sont particulièrement prononcés lorsque les drogues sont consommées régulièrement ou en grande quantité. En 2021, la consommation de drogues était responsable de 5,1 % des décès causés par des maladies non transmissibles avant 70 ans dans les pays de l'OCDE (IHME, 2025^[1]). Le cannabis, les opioïdes et la cocaïne comptent parmi les drogues les plus consommées. Au cours des dix dernières années, des augmentations importantes de la consommation de cocaïne ont été observées, plus particulièrement en Amérique du Nord, en Amérique Sud et en Europe (ONUDC, 2025^[2]).

En 2023, environ 9 % de la population âgée de 15 à 64 ans avaient consommé une drogue illicite dans l'année écoulée, principalement du cannabis. Les pourcentages les plus élevés étaient enregistrés en Australie, où près de 18 % des personnes âgées de 15 à 64 ans avaient consommé une drogue illicite dans l'année écoulée ; aux États-Unis, ce chiffre atteignait 25 % (Graphique 4.4). Dans presque tous les pays, les hommes sont de plus grands consommateurs de drogues illicites que les femmes. Dans 12 pays sur 25, cette différence dépassait 5 p.p..

Une consommation de cocaïne dans l'année écoulée était déclarée par 1,3 % des personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE (Graphique 4.5). Les proportions étaient les plus élevées en Australie, au Canada, en France et aux Pays-Bas (2,7 % ou plus). Les hommes étaient plus enclins à consommer de la cocaïne que les femmes dans tous les pays à l'exception d'Israël et du Japon ; en moyenne, dans 33 pays de l'OCDE, 2 % des hommes en avaient consommé dans l'année écoulée, contre 1 % des femmes.

L'abus d'opioïdes, analgésiques narcotiques utilisés pour soulager la douleur modérée à intense, est devenu un problème de santé publique de plus en plus préoccupant ces dernières années. Susceptible d'entraîner une accoutumance, la consommation illicite d'opioïdes est également responsable d'un grand nombre de décès par surdose, en particulier dans les pays touchés par la crise des opioïdes, dont les États-Unis et le Canada. En 2022, près de 74 000 décès étaient dus à des troubles liés à la consommation d'opioïdes dans les pays de l'OCDE (IHME, 2025^[1]).

En 2023, une consommation illicite d'opioïde dans l'année écoulée était déclarée par 0,7 % des personnes âgées de 15 à 64 ans dans 35 pays de l'OCDE (Graphique 4.6). Ce pourcentage était le plus faible (moins de 0,1 %) en Israël et en Turquie. En revanche, il dépassait 2 % en Australie et en Suède, et atteignait 3,6 % aux États-Unis. Dans les pays candidats à l'adhésion/partenaires, les taux étaient élevés en Inde (2,1 %), mais inférieurs à 0,5 % en Croatie, en Indonésie et en Roumanie. Aucune différence constante n'est observée entre les genres dans les pays pour lesquels des données sont disponibles.

Dans le monde entier, des stratégies ont été mises en œuvre pour prévenir et réduire la consommation de drogues illicites. Elles conjuguent la répression et la réglementation, des efforts de prévention sous forme de campagnes d'éducation publique, des stratégies de réduction des risques et l'amélioration de l'accès aux traitements et aux services de désintoxication. Pour atténuer le risque de surdose et de maladies infectieuses dues à l'injection de drogues (ex. VIH et hépatite C), les pays ont adopté diverses stratégies de réduction des risques : vérification des drogues, lieux de consommation surveillée, programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Des programmes de délivrance de la naloxone « à emporter », un antidote capable de contrer temporairement les effets d'une surdose d'opioïde, sont mis en œuvre dans des pays comme le Canada, la Croatie, les États-Unis et la Finlande dans le but de réduire le nombre de décès par surdose.

Définition et comparabilité

Les données sur la consommation de drogues illicites proviennent d'enquêtes nationales auprès de la population, recueillies par l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) (http://www.euda.europa.eu/data/stats2025_en). Les résultats concernent la proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans déclarant avoir consommé des drogues illicites (cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne, héroïne et LSD) dans l'année écoulée. Les dates des plus récentes données d'enquêtes nationales varient de 2015 à 2024. Celles-ci sont complétées par les données de l'enquête auprès des ménages de la stratégie nationale sur les drogues (*National Drug Strategy Household Survey*) de 2023 pour l'Australie, de l'enquête nationale sur la consommation de drogues, d'alcool et de tabac de 2017 pour le Mexique, et de l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (*National Survey of Drug Use and Health*) de 2023 pour les États-Unis. Dans le cas de l'Australie, la définition des indicateurs et les âges couverts (14 ans et plus) sont légèrement différents de ceux employés par l'EUDA.

Les données relatives à la consommation de cocaïne dans l'année écoulée proviennent des enquêtes nationales auprès de la population recueillies par l'EUDA. Elles sont complétées par les données de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) (voir <https://dataunodc.un.org/>).

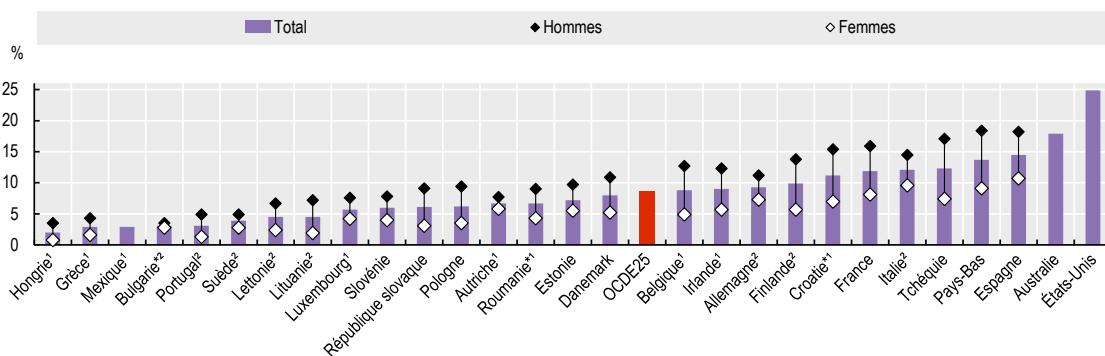
Les données sur la consommation d'opioïdes proviennent de la base de données de l'ONUDC. Elles portent sur la consommation d'opioïdes par les personnes âgées de 15 à 64 ans au cours de l'année écoulée, à quelques différences de couverture près. Les estimations sont réalisées à partir de données d'enquête sur les ménages ou d'estimations indirectes. L'usage d'opioïdes comprend les opioïdes et les opiacés (par ex., l'opium et l'héroïne).

Références

IHME (2025), *Client Portal Data Explorer*, Institute for Health Metrics and Evaluation, <https://clients.ihme.services/data-explorer>. [1]

ONUDC (2025), *World Drug Report 2025*, Publications des Nations Unies, 2025. [2]

Graphique 4.4. Consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 15 à 64 ans, 2023 (ou année la plus proche)

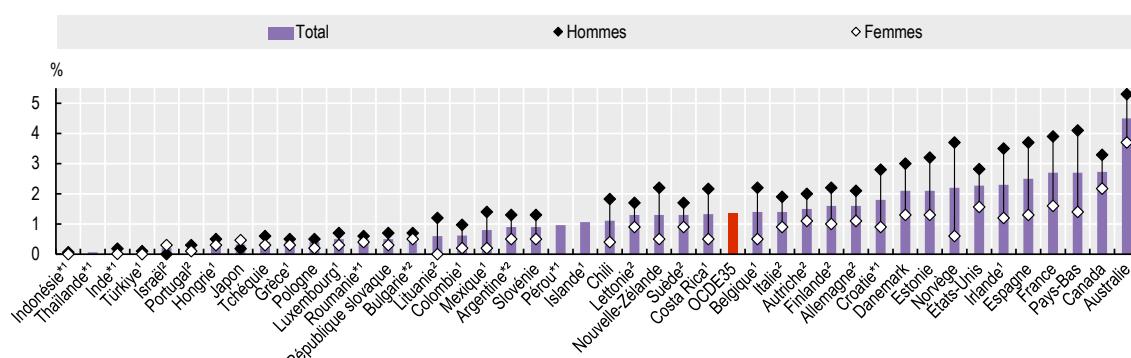


1. Les dernières données datent de 2015-2019. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : EUDA (2025), complétée par des sources de données nationales pour l'Australie, le Mexique et les États-Unis.

StatLink <https://stat.link/n2m6x7>

Graphique 4.5. Consommation de cocaïne au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 15 à 64 ans, 2023 (ou année la plus proche)

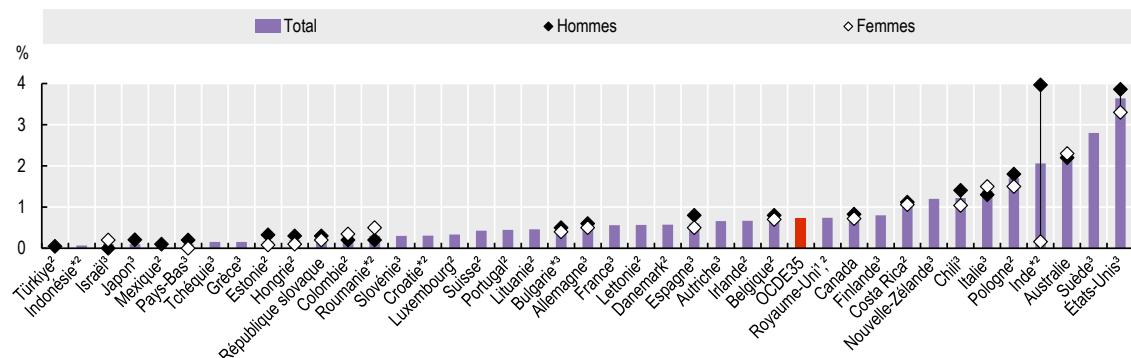


1. Les dernières données datent de 2015-2019. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : EUDA (2025), complétée par ONUDC (2025).

StatLink <https://stat.link/afb715>

Graphique 4.6. Consommation d'opioïdes au cours des 12 derniers mois, personnes âgées de 15 à 64 ans, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les données relatives au Royaume-Uni font référence à l'Angleterre et au Pays de Galles. 2. Les dernières données datent de 2015-2019. 3. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : UNODC, 2024.

StatLink <https://stat.link/1q04ua>

Tabagisme, vapotage et consommation de cannabis chez les adolescents

Le tabagisme est responsable de nombreuses maladies, notamment de certains cancers et maladies cardiovasculaires et respiratoires. L'initiation et la formation d'habitudes tabagiques se font souvent pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et la consommation précoce de tabac a été associée à de plus grands risques d'accoutumance. Bien que l'âge légal pour l'achat de tabac varie entre 18 et 21 ans dans la plupart des pays de l'OCDE, l'initiation tabagique a lieu avant 18 ans en moyenne dans bon nombre de pays de l'OCDE (Reitsma et al., 2021^[1]).

En 2022, 15 % des adolescents de 15 ans déclaraient avoir fumé des cigarettes au moins une fois le mois précédent, en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.7). Cette proportion dépassait un sur quatre en Hongrie et en Italie ainsi qu'en Bulgarie et en Croatie, pays candidats à l'adhésion, à comparer avec un taux de moins d'un sur dix au Canada, en Irlande, en Norvège et au Portugal. En moyenne dans les pays de l'OCDE, une proportion légèrement plus élevée de filles (15 %) que de garçons (14 %) déclarait fumer en 2022.

Les taux de tabagisme parmi la population âgée de 15 ans ont diminué dans 27 pays de l'OCDE sur 28 depuis 2014, bien que de manière généralement plus prononcée entre 2014 et 2018 qu'entre 2018 et 2022. Ce ralentissement a été en partie attribué à la pandémie de COVID-19 et à la hausse de la consommation de cigarettes électroniques.

Parallèlement, la consommation de cigarettes électroniques dans la population âgée de 15 ans a augmenté ; une tendance préoccupante, car les données d'observation indiquent un lien entre la cigarette électronique et un risque accru d'initiation tabagique à l'adolescence et au début de l'âge adulte (O'Brien et al., 2021^[2]). En 2022, 20 % de la population âgée de 15 ans déclaraient avoir fumé une cigarette électronique le mois précédent, en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.8). Des pays comme la Hongrie, la Lituanie et la Pologne, mais aussi la Bulgarie, pays candidat à l'adhésion, enregistrent des taux de consommation de cigarettes électroniques de plus de 30 %, à comparer à moins de 10 % aux Pays-Bas et au Portugal. Dans la plupart des pays, les filles sont de plus grandes consommatrices de cigarettes électroniques que les garçons (21 % et 18 % respectivement), les écarts les plus prononcés étant observés en Estonie, en Irlande et au Royaume-Uni.

Les pays de l'OCDE ont mis en œuvre un large éventail de mesures qui se sont montrées efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes. Ils ont relevé l'âge légal pour l'achat de produits du tabac, augmenté la taxation du tabac, interdit de fumer dans les espaces publics et imposé des restrictions publicitaires. Pour lutter contre la hausse de la consommation de cigarettes électroniques des adolescents, ils ont récemment durci la réglementation des interdictions de vapotage dans les lieux publics fermés et imposé des restrictions publicitaires, l'apposition de messages sanitaires sur les emballages et des normes d'étiquetage. Plusieurs pays, dont la Belgique, la France et le Royaume-Uni, ont également interdit la vente de cigarettes électroniques jetables, particulièrement affectionnées par les jeunes consommateurs. Pour créer une future génération sans tabac, le Royaume-Uni a proposé un nouveau projet de loi visant à contrôler le tabac et la cigarette électronique. Il prévoit notamment une interdiction de vente progressive selon l'âge ainsi que l'élargissement des interdictions de fumer (par exemple, devant les établissements scolaires et les hôpitaux).

La consommation de cannabis témoigne d'une autre tendance des comportements à risque liés aux substances chez les adolescents. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 7 % des adolescents de 15 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au moins une fois le mois précédent en 2022 (Graphique 4.9). Ce pourcentage variait de 10 % des adolescents (Canada, Italie, Pologne, mais aussi Bulgarie, pays candidat à l'adhésion) à moins de 5 % (Danemark, Islande, Portugal, ainsi que Roumanie, pays candidat à l'adhésion). Depuis 2014, la consommation de cannabis chez les adolescents de 15 ans a diminué dans environ 40 % des pays de l'OCDE, mais elle a augmenté dans plus de 50 %. Le Danemark, l'Espagne et la France enregistrent les plus fortes baisses, tandis que l'Australie, la Finlande et la Suède connaissent les plus fortes hausses. La prévalence de la consommation de cannabis révèle des disparités entre les genres : les garçons sont plus susceptibles de déclarer consommer du cannabis que les filles (8 % et 6 % respectivement). Les pays de l'OCDE ont mis en œuvre diverses mesures de prévention pour réduire la consommation de cannabis chez les adolescents, sous forme notamment de campagnes d'éducation ou de restrictions d'âge concernant la possession ou l'achat de cannabis.

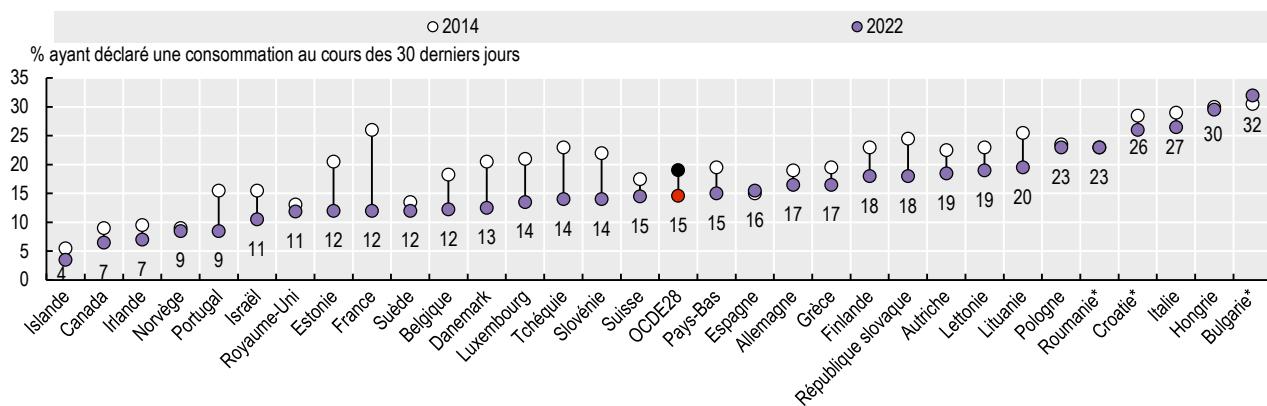
Définition et comparabilité

Les données proviennent de l'enquête sur les comportements de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*) (voir <https://data-browser.hbsc.org/>). Depuis 1993/94, l'enquête HBSC recueille tous les quatre ans des données sur la consommation de substances par les enfants et les adolescents de 11, 13 et 15 ans dans les pays européens et plusieurs autres pays. Les données présentées concernent spécifiquement la proportion d'adolescents de 15 ans qui déclarent avoir fumé une cigarette, utilisé une cigarette électronique ou consommé du cannabis le mois précédent l'enquête. Les données de la Belgique correspondent à la moyenne non pondérée des régions francophone et néerlandophone. Les données du Royaume-Uni correspondent à la moyenne pondérée pour l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles. S'agissant du cannabis, les données du Royaume-Uni correspondent à la moyenne pondérée pour l'Écosse et le Pays de Galles.

Références

- O'Brien, D. et al. (2021), « Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis », *BMC Public Health*, vol. 21/1, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10935-1>. [2]
- Reitsma, M. et al. (2021), « Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019 », *The Lancet Public Health*, vol. 6/7, pp. e472-e481, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00102-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00102-X). [1]

Graphique 4.7. Consommation de cigarettes chez les jeunes de 15 ans, 2022 et 2014

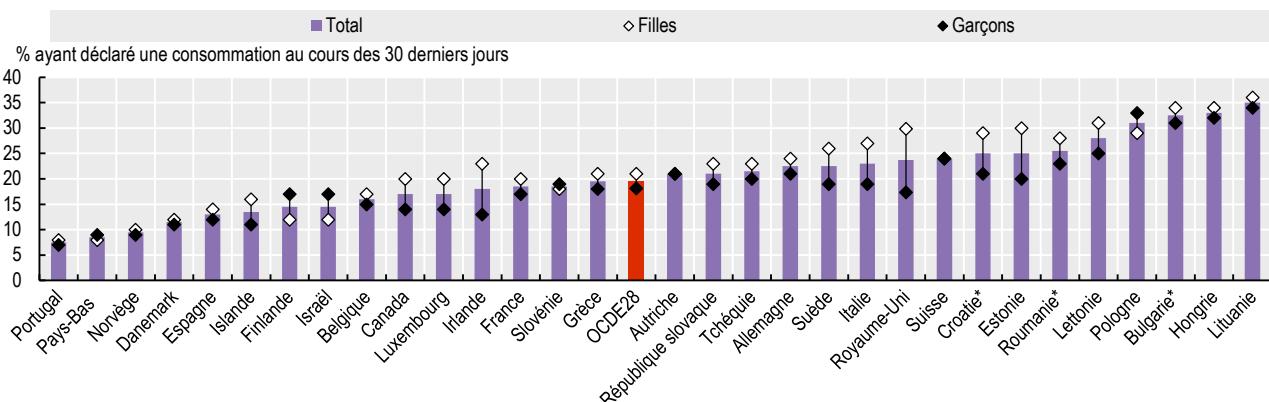


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/m6choe>

Graphique 4.8. Vapotage chez les adolescents de 15 ans, 2022

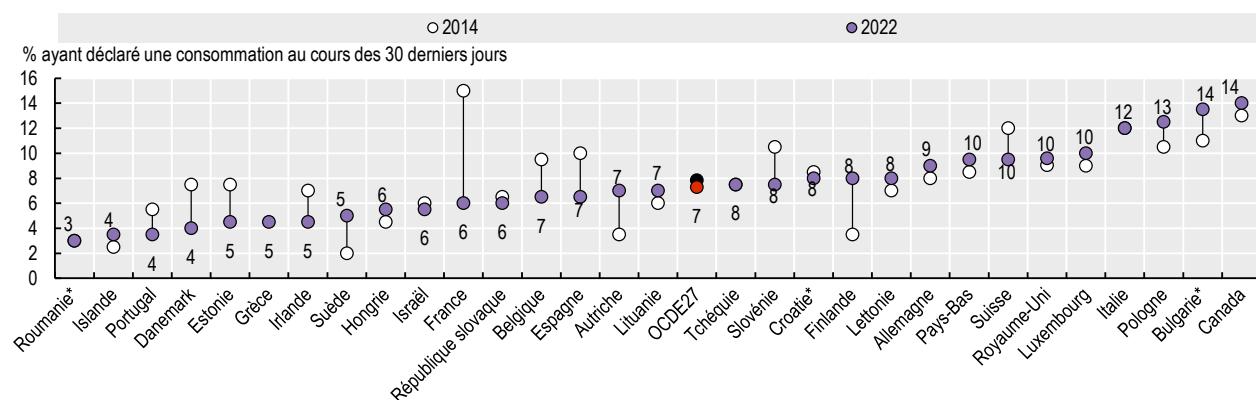


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/4ltyh9>

Graphique 4.9. Consommation de cannabis chez les adolescents de 15 ans, 2022 et 2014



Note : Les valeurs sont inchangées entre 2014 et 2022 pour l'Italie, la Roumanie et la Tchéquie. Les données de 2014 sont manquantes pour la Grèce. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/x7l514>

Consommation d'alcool

La consommation nocive d'alcool menace grandement la santé de la population et peut entraîner nombre de maladies chroniques, d'accidents et de problèmes d'accoutumance. La consommation d'alcool est plus particulièrement liée à un risque accru de certains cancers, notamment de la bouche, de la gorge, du foie, du côlon-rectum et du sein. Les consommateurs excessifs risquent davantage de développer un cancer que les non-buveurs (National Cancer Institute, 2025^[1]). Les problèmes de santé liés à l'alcool font peser une lourde charge économique sur les pays, estimée à 2.4 % des dépenses de santé annuelles dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2021^[2]).

La consommation d'alcool varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre. En 2023, la consommation annuelle d'alcool par habitant s'établissait en moyenne à 8.5 litres d'alcool pur dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.10). Les plus faibles taux de consommation, soit une moyenne inférieure à 2 litres par an, étaient observés en Turquie ainsi qu'en Indonésie, pays candidat à l'adhésion. À l'inverse, les pays qui affichaient la plus forte consommation, comme la Lettonie et le Portugal, mais aussi la Roumanie, pays candidat à l'adhésion, dépassaient 11.5 litres par an. Près d'un tiers des pays de l'OCDE enregistraient une consommation par habitant de 10 litres ou plus.

Au cours des dix dernières années, la plupart des pays ont vu la consommation d'alcool diminuer. Entre 2013 et 2023, la Belgique et la Lituanie, mais aussi la Chine, pays partenaire, faisaient état des plus fortes baisses de la consommation d'alcool, à raison de 2.5 litres ou plus. En revanche, les plus fortes augmentations étaient constatées en Espagne, au Mexique, au Portugal ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion, où la consommation annuelle d'alcool par habitant a augmenté de 2 litres ou plus sur cette période.

La consommation épisodique excessive d'alcool, c'est-à-dire sur une courte période, est un comportement à haut risque. En 2023, 27 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclaraient une consommation épisodique excessive d'alcool au moins une fois par mois dans l'année écoulée, en moyenne dans les 27 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles (Graphique 4.11). Les taux les plus élevés étaient constatés en Grèce, en Irlande et en Suède, avec plus de 40 % de personnes déclarant une consommation épisodique excessive mensuelle. La Hongrie, Israël et la Slovénie ainsi que la Croatie, pays candidat à l'adhésion, déclaraient les plus faibles taux (moins de 15 %).

Pour lutter contre la consommation nocive d'alcool, une approche à l'échelle de l'ensemble de la société s'impose. Il s'agit de reconnaître que ce ne sont pas seulement les pouvoirs publics, mais l'ensemble des parties prenantes, y compris la société civile et le secteur privé, qui ont un rôle à jouer et peuvent contribuer à de meilleurs résultats de santé relativement à ce problème. Diverses mesures, allant des initiatives globales qui ciblent tous les consommateurs d'alcool aux interventions ciblées sur les personnes qui déclarent une consommation nocive, peuvent donner des résultats (OCDE, 2021^[2]). Les pays de l'OCDE ont mis en œuvre des politiques visant à réduire l'accessibilité et la disponibilité de l'alcool, sous forme notamment de restrictions publicitaires ou d'interdictions de consommation dans certains lieux (cinémas, etc.) ou encore d'interdictions totales de publicité, comme en Norvège. Pour rendre l'alcool moins accessible, certains pays imposent un prix minimum par unité standard en sus de la taxe. En 2022, l'Irlande a imposé un prix minimum par unité de 1 euro par verre standard, tandis que l'Écosse et le Pays de Galles (Royaume-Uni) ont appliqué des prix minimums comparables sur les boissons alcoolisées (Sheffield Addictions Research Group, 2024^[3]). D'autres mesures, notamment les campagnes publiques et les messages sanitaires sur les emballages, visent à sensibiliser aux risques. Récemment, l'Irlande a adopté une réglementation imposant les messages sanitaires sur les boissons alcoolisées à partir de 2028.

Définition et comparabilité

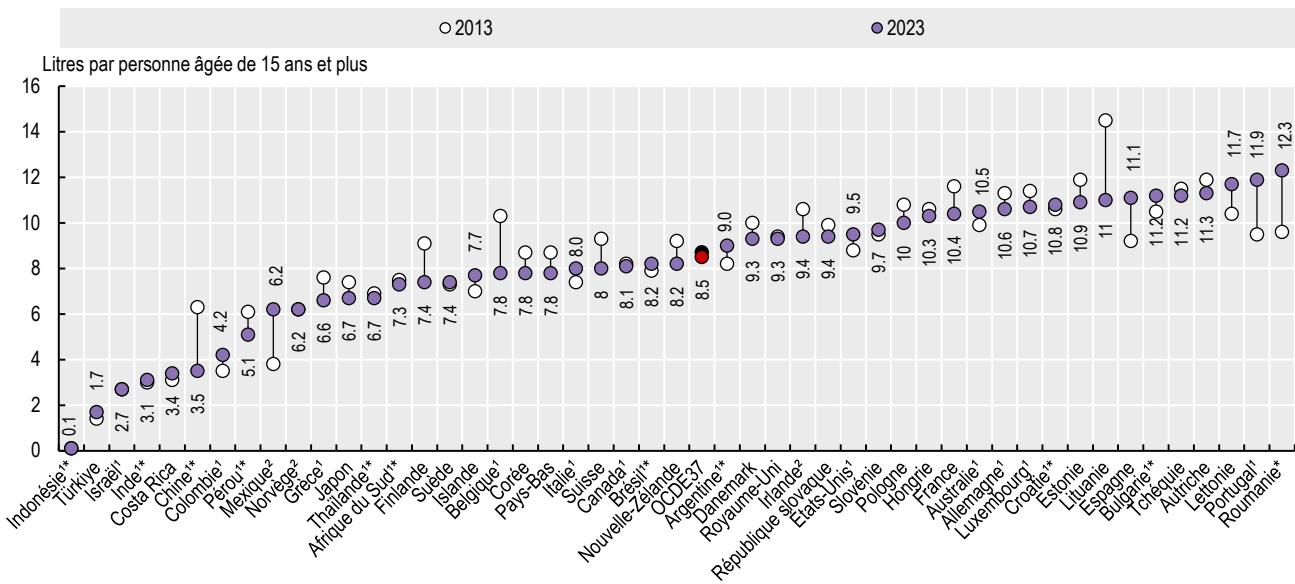
La consommation totale d'alcool est mesurée par les ventes annuelles d'alcool pur, en nombre de litres par personne âgée de 15 ans et plus, à quelques exceptions près (voir le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur »). Les données proviennent de sources nationales. La méthode employée pour convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantité d'alcool pur peut varier d'un pays à l'autre. Les données officielles ne rendent pas compte de la consommation d'alcool par les touristes ni de la consommation d'alcool non enregistrée, comme la production domestique ou illicite, à quelques exceptions près. Les données de l'Estonie, de la Grèce, de l'Italie, de la Lettonie, de la Lituanie et de la Suède excluent la consommation des touristes de passage dans ces pays.

La consommation épisodique excessive (ou *binge drinking*) est définie dans l'Enquête sociale européenne de 2023 comme le pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus déclarant consommer 48 grammes ou plus d'alcool pour les femmes et 64 grammes ou plus pour les hommes (environ 5 et 6 verres ou plus respectivement) en une seule occasion au moins une fois par mois durant l'année écoulée. Les résultats peuvent être différents de ceux tirés des sources nationales. Les données peuvent être consultées à l'adresse <https://ess.sikt.no/>. Elles sont complétées par celles de l'enquête auprès des ménages de la stratégie nationale sur les drogues (*National Drug Strategy Household Survey*) pour l'Australie, de l'enquête téléphonique sur les facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles pour le Brésil, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour le Canada, de l'enquête nationale sur la santé et la nutrition pour la Corée et de l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (*National Survey on Drug Use and Health*) pour les États-Unis. La définition d'un verre standard et le nombre seuil de verres varient légèrement selon les enquêtes (4 verres ou plus pour les femmes et 5 verres ou plus pour les hommes au Brésil, au Canada et aux États-Unis ; 5 verres ou plus pour les femmes et 7 verres ou plus pour les hommes en Corée ; et 4 verres ou plus pour les hommes et les femmes en Australie). Les âges couverts varient également (à partir de 12 ans au Canada et aux États-Unis, de 14 ans en Australie, de 18 ans au Brésil et de 19 ans en Corée).

Références

- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC) (2025), *ESS round 11 - 2023 Social inequalities in health, Gender in contemporary Europe*, Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research, <https://doi.org/10.21338/ess11-2023>. [4]
- National Cancer Institute (2025), *Alcohol and Cancer Risk*, <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>. [1]
- OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>. [2]
- Sheffield Addictions Research Group (2024), *Minimum Unit Pricing*, <https://sarg-sheffield.ac.uk/research/minimum-unit-pricing/>. [3]

Graphique 4.10. Consommation totale d'alcool parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

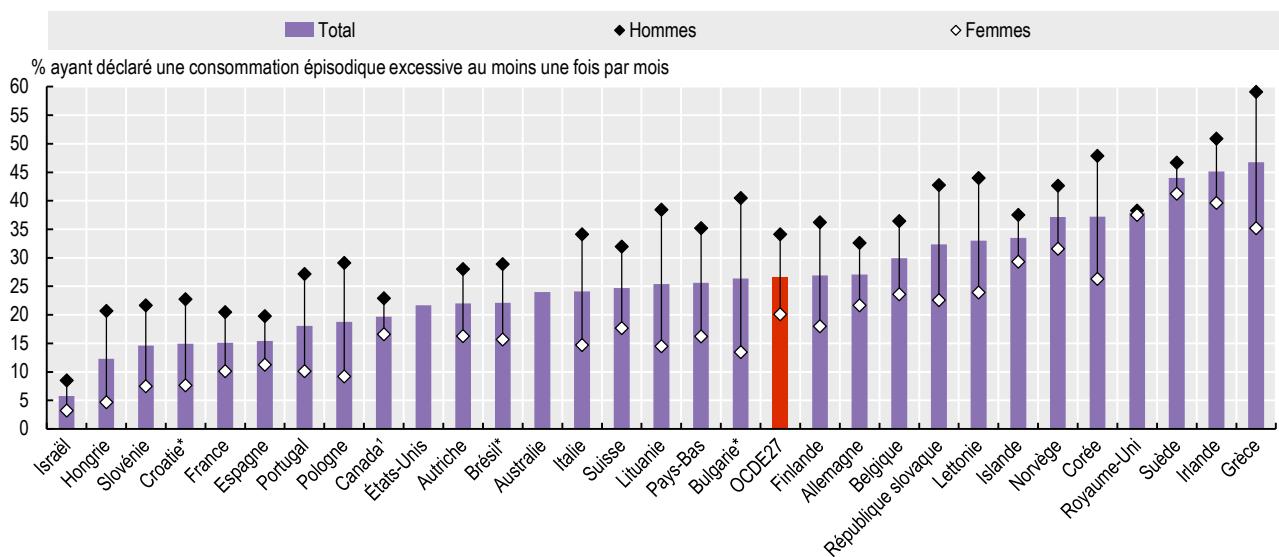


1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les dernières données datent de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/x5a7dk>

Graphique 4.11. Consommation épisodique excessive d'alcool parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Enquête sociale européenne 2023 (2025^[4]), "ESS round 11 - 2023. Social inequalities in health, Gender in contemporary Europe", <https://doi.org/10.21338/ess11-2023>, complétée par les sources nationales de données de l'Australie, du Brésil, du Canada, de la Corée et des États-Unis.

StatLink <https://stat.link/mftqlo>

Consommation d'alcool chez les adolescents

La consommation d'alcool à un jeune âge a des conséquences sur la santé qui peuvent se manifester à court, moyen et long terme, sous forme d'accidents, de blessures et de maladies. L'initiation précoce à l'alcool et sa consommation répétée ont été associées à l'aggravation des troubles de la santé mentale, notamment aux troubles anxieux, au déclin cognitif et à une consommation plus aiguë à l'âge adulte (Spear, 2018^[1]).

En 2022, dans tous les pays de l'OCDE, 60 % de la population âgée de 15 ans déclaraient avoir consommé de l'alcool dans leur vie, tandis que 38 % déclaraient avoir consommé de l'alcool le mois précédent (Graphique 4.12). La consommation mensuelle d'alcool commence à un jeune âge : en moyenne, 5 % d'adolescents de 11 ans et 15 % d'adolescents de 13 ans déclaraient avoir bu de l'alcool le mois précédent. Les taux les plus élevés (10 % ou plus) chez les enfants de 11 ans étaient observés en France, en Hongrie, au Royaume-Uni et en Tchéquie ainsi qu'en Bulgarie et en Roumanie, deux pays candidats à l'adhésion. Chez les adolescents de 15 ans, les taux les plus élevés étaient enregistrés en Allemagne, au Danemark et en Italie, où 55 % ou plus indiquaient une consommation d'alcool le mois précédent. Entre 2018 et 2022, le pourcentage d'adolescents de 15 ans qui déclaraient avoir consommé de l'alcool le mois précédent a légèrement diminué, passant de 39 % à 38 %, tandis que le pourcentage d'enfants de 11 ans a légèrement augmenté, passant de 4 % à 5 % en moyenne dans les pays de l'OCDE.

L'ivresse répétée à l'adolescence est un problème préoccupant : environ 22 % des adolescents de 15 ans déclaraient avoir été ivres plus d'une fois dans leur vie (Graphique 4.13). Ce pourcentage dépassait 35 % au Danemark et en Hongrie ainsi qu'en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion, contre moins de 10 % en Islande, en Israël et au Portugal. Aucune différence constante n'a été observée entre les genres en ce qui concerne l'ivresse déclarée dans l'ensemble des pays : en moyenne, les filles étaient en état d'ivresse aussi fréquemment que les garçons en 2022. Après avoir diminué en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la prévalence de l'ivresse chez les adolescents s'est récemment stabilisée pour les garçons (elle demeurait à 22 % en 2019 et 2022) et est remontée pour les filles (passant de 19 % en 2018 à 22 % en 2022).

Pour lutter contre la consommation d'alcool par les mineurs, de nombreux pays ont adopté des mesures de réglementation et de prévention visant à limiter la disponibilité de l'alcool et à restreindre sa commercialisation. Il s'agit généralement de restrictions d'âge concernant l'achat d'alcool, de limites imposées aux débits d'alcool, de mesures fiscales, d'interdictions publicitaires et de programmes d'éducation (OCDE, 2021^[2]). En 2018, l'Irlande a adopté une loi sur l'alcool et la santé publique (*Public Health Alcohol Act*) avec pour objectifs de réduire la consommation d'alcool, de retarder l'initiation à l'alcool chez les enfants et les adolescents, et de réglementer l'offre de boissons alcoolisées et leur prix. Depuis son adoption, la publicité pour l'alcool a été restreinte dans les espaces fréquentés par les enfants et les adolescents (établissements scolaires, terrains de jeu et gares) ainsi qu'à la télévision à certaines heures de la journée, afin de réduire leur exposition.

L'Estonie et la Finlande ont mis en place des mesures juridiques qui limitent la publicité pour l'alcool dans les médias numériques. En Finlande, la loi sur le contrôle de l'alcool (2015) interdit la publicité pour l'alcool sur les réseaux sociaux utilisant des contenus générés par les utilisateurs et exige que les publicités pour l'alcool ne ciblent ni ne représentent des mineurs. En Estonie, la publicité pour l'alcool est interdite sur les réseaux sociaux par la modification de la loi sur la publicité de 2018, à l'exception des sites et des comptes officiels de débits d'alcool (OMS, 2024^[3]).

Plus récemment, la Belgique a adopté un nouveau Plan alcool interfédéral 2023-2025, dans l'objectif de réduire la disponibilité de l'alcool. Le plan, qui adopte une approche globale de prévention de la consommation d'alcool, prévoit d'interdire la vente d'alcool dans des distributeurs automatiques, de renforcer les activités de prévention et d'améliorer l'accès aux traitements et aux soins liés à la consommation d'alcool.

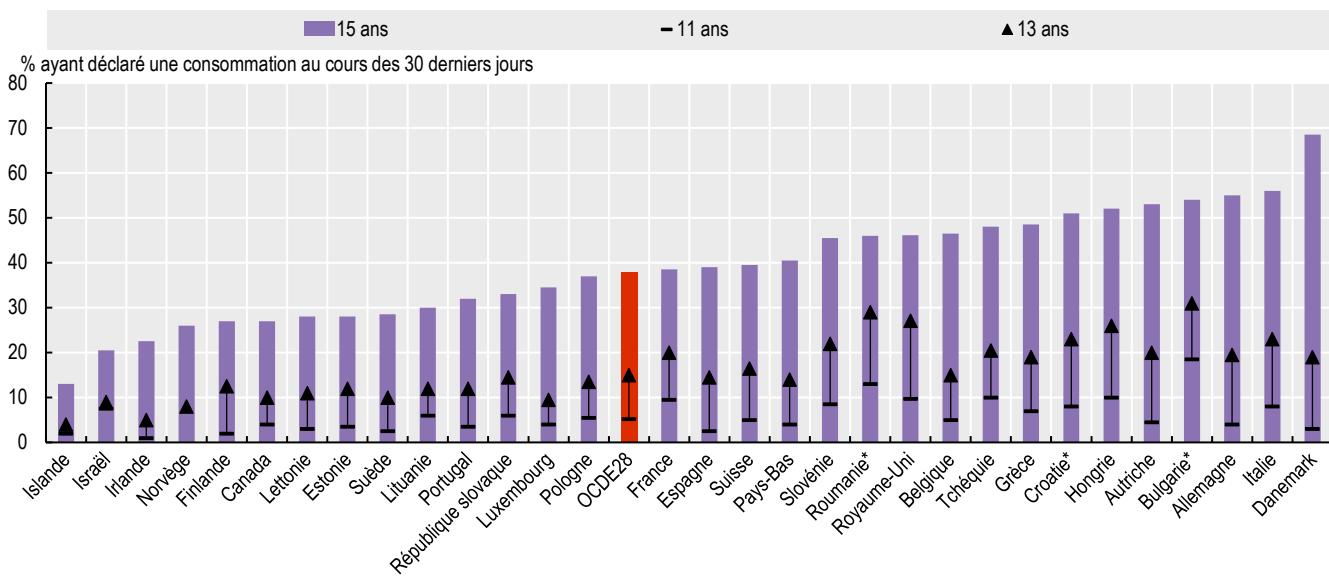
Définition et comparabilité

Les données proviennent de l'enquête HBSC (<https://data-browser.hbsc.org/>). Depuis 1993/94, l'enquête HBSC recueille tous les quatre ans des données sur la consommation d'alcool par les adolescents de 11, 13 et 15 ans dans les pays européens et plusieurs autres pays. Les données concernent spécifiquement la proportion d'adolescents de 11, 13 et 15 ans qui déclarent avoir consommé de l'alcool le mois précédent, et ceux de 15 ans qui déclarent avoir été en état d'ivresse à au moins deux occasions dans leur vie. Les données de la Belgique correspondent à la moyenne non pondérée des régions francophone et néerlandophone. Les données du Royaume-Uni correspondent à la moyenne pondérée pour l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles.

Références

- OCDE (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [2] <https://doi.org/10.1787/6e4b4ff-b-en>.
- OMS (2024), *Restriction du marketing numérique dans le contexte du tabac, de l'alcool, des aliments, des boissons et des substituts du lait maternel : approches existantes et options de politique générale*, Organisation mondiale de la santé, [3] <https://iris.who.int/handle/10665/376637>.
- Spear, L. (2018), *Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour*, Nature Publishing Group, [1] <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>.

Graphique 4.12. Consommation d'alcool chez les adolescents, 2022

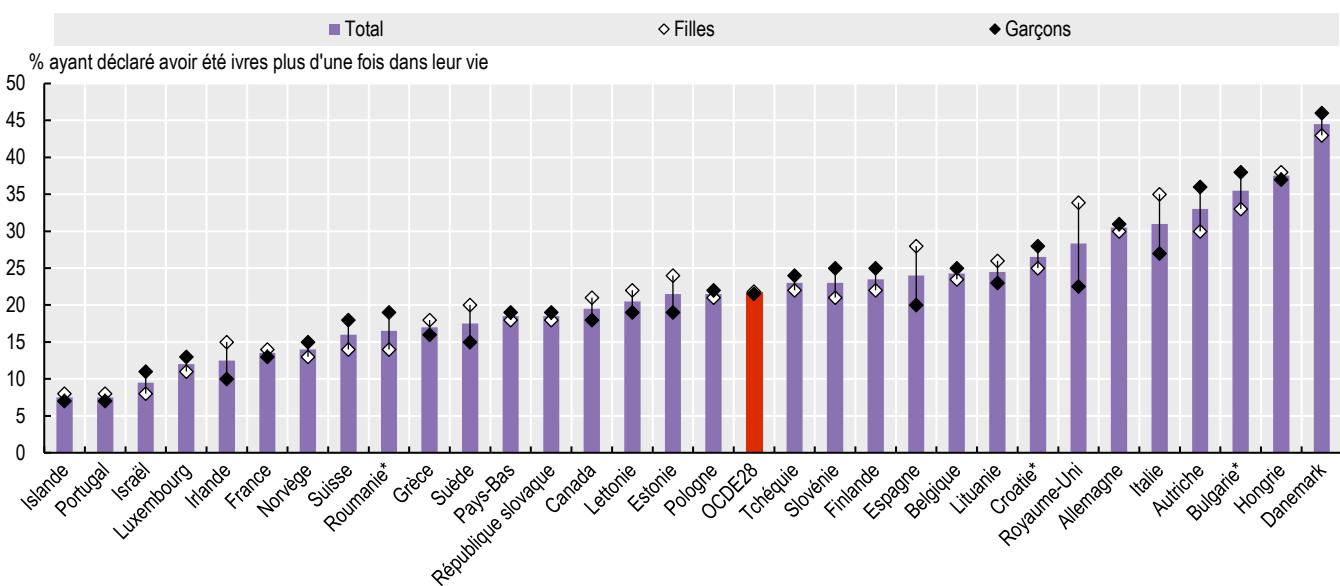


Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/d71xns>

Graphique 4.13. Ivresse répétée chez les adolescents de 15 ans, 2022



Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/kq0h53>

Nutrition et activité physique

Une alimentation saine et équilibrée, contenant grains entiers, fruits, légumes, légumineuses et oléagineux, est essentielle pour vivre en bonne santé et réduire le risque de maladies non transmissibles. La présence régulière de légumes dans les repas quotidiens peut contribuer à maintenir un poids sain et à réduire le risque de maladie cardiovasculaire, de diabète et de certains types de cancer. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de manger quotidiennement au moins 400 grammes, ou cinq portions minimum, de fruits et légumes. De même, il est essentiel de limiter la consommation d'aliments très sucrés, d'acides gras saturés, d'acides trans et de boissons sucrées pour maintenir une alimentation saine. En 2024, le coût économique mondial attribué à une mauvaise alimentation et aux maladies non transmissibles était estimé aux alentours de 8 100 milliards USD (FAO, 2024^[1]).

En moyenne, dans 32 pays de l'OCDE, 59 % des personnes âgées de 15 ans et plus consommaient quotidiennement des légumes en 2023. Les taux les plus élevés, à savoir plus de 95 %, étaient observés en Australie, en Corée, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande (Graphique 4.14). Inversement, le Luxembourg et la Turquie ainsi que la Roumanie, pays candidat à l'adhésion, faisaient partie des pays enregistrant le plus faible taux de consommation quotidienne de légumes (41 % ou moins). Dans tous les pays, à l'exception du Mexique, le taux de consommation de légumes des femmes était invariablement plus élevé que celui des hommes. Les plus grandes différences entre les genres étaient observées en Allemagne, en Finlande, au Luxembourg et en Suisse, à raison de 18 p.p. ou plus.

En 2023, plus de 35 % des personnes de 15 ans et plus dans 9 pays de l'OCDE déclaraient avoir consommé des boissons sucrées la veille (Graphique 4.15). Les taux de consommation de boissons sucrées étaient les plus élevés au Chili et en Israël ainsi qu'en Afrique du Sud et en Thaïlande, pays candidats à l'adhésion/partenaires (45 % ou plus). Ils étaient les plus bas en Grèce ainsi qu'en Chine, en Inde et en Indonésie, pays candidats à l'adhésion/partenaires (moins de 25 %).

Il a été démontré qu'une activité physique régulière prévient diverses maladies non transmissibles, améliore les fonctions cognitives et réduit les symptômes de la dépression et de l'anxiété. Dans ses recommandations concernant l'activité physique et la sédentarité, l'OMS préconise, pour les adultes, au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (ou une combinaison des deux) par semaine. Ils devraient également s'adonner à des activités de renforcement des muscles au moins deux fois par semaine et réduire les temps de sédentarité.

En 2022, 30 % des personnes âgées de 18 et plus déclaraient un niveau d'activité physique insuffisant dans 38 pays de l'OCDE, c'est-à-dire d'activité au travail, chez soi, pour se déplacer et pendant les loisirs. Ce pourcentage variait de 11 % (Pays-Bas et Suède) à plus de 50 % (Corée, Costa Rica, Japon, Portugal) (Graphique 4.16). Les femmes étaient plus nombreuses (32 %) que les hommes (27 %) à déclarer un niveau d'activité physique insuffisant, en moyenne dans les pays de l'OCDE. L'écart entre les genres était le plus prononcé au Chili, au Costa Rica et en Turquie, ainsi qu'en Inde, pays partenaire (16 p.p. ou plus).

Les interventions de politique publique visant à améliorer les habitudes alimentaires de la population et à encourager une activité physique régulière ont principalement consisté en des campagnes de sensibilisation et d'information du public, des règles d'étiquetage nutritionnel, des programmes sur le lieu de travail et des initiatives locales. Certains pays ont pris des mesures pour repenser les environnements urbains, notamment en créant des espaces verts et en donnant la priorité à la circulation à pied ou à vélo, afin d'encourager l'activité physique (OCDE, à paraître^[2]).

Définition et comparabilité

La consommation de légumes correspond à la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui consomment au moins une portion de légumes par jour, à l'exclusion des jus et des pommes de terre, selon les enquêtes nationales sur la santé. Les données de la Nouvelle-Zélande incluent les pommes de terre. Les données de la Corée et de la Nouvelle-Zélande résultent de questions sur la quantité de légumes consommée chaque jour (plutôt que sur la fréquence, par exemple au cours de la dernière semaine). Il se peut par conséquent que les valeurs pour ces pays soient surestimées. Dans certains pays, dont le Portugal, les données ne prennent pas en compte la soupe de légumes, ce qui risque une sous-estimation de la consommation (voir le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur »).

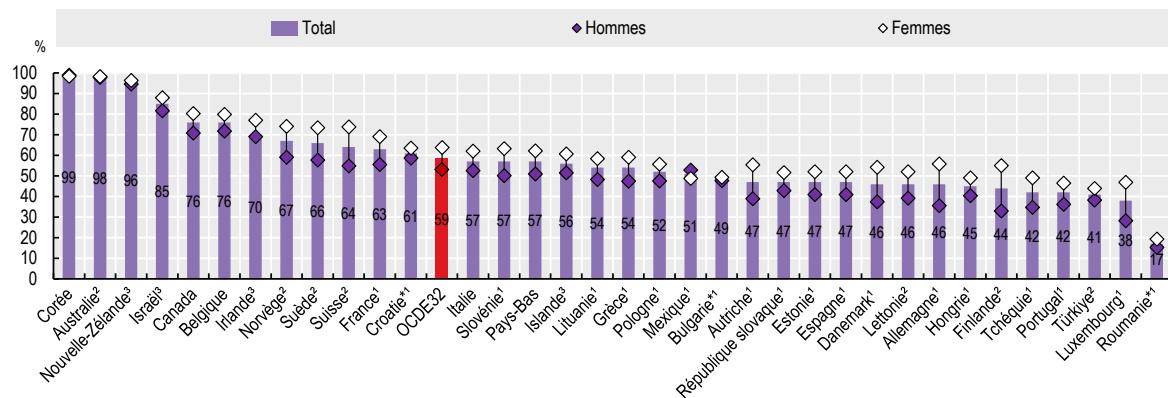
L'indicateur sur la consommation de boissons sucrées concerne le pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ont consommé une boisson sucrée (soda, boisson énergétique, boisson sportive) la veille. Les données proviennent du Global Diet Quality Project/Gallup World Poll.

L'indicateur sur la prévalence du manque d'activité physique chez les adultes de 18 ans et plus concerne la proportion de la population qui fait moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou moins de 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse par semaine, ou l'équivalent. Les données proviennent de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (estimations brutes). Ces estimations reposent sur l'activité physique autodéclarée et couvrent l'activité au travail, chez soi, pour se déplacer et pendant les loisirs. Par conséquent, les estimations pourraient s'écartez des sources nationales.

Références

- FAO (2024), *Rapport de la FAO: les mauvaises habitudes alimentaires engendrent chaque année des coûts cachés de 8 000 milliards d'USD dans les systèmes agroalimentaires mondiaux*, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, <https://www.fao.org/newsroom/detail/SOFA2024-8-trillion-in-annual-hidden-health-costs/fr>. [1]
- OCDE (à paraître), *Healthy and sustainable urban environments: Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris. [2]
- OMS (2022), *Observatoire mondial de la santé*, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(crude-estimate)-(-)). [3]

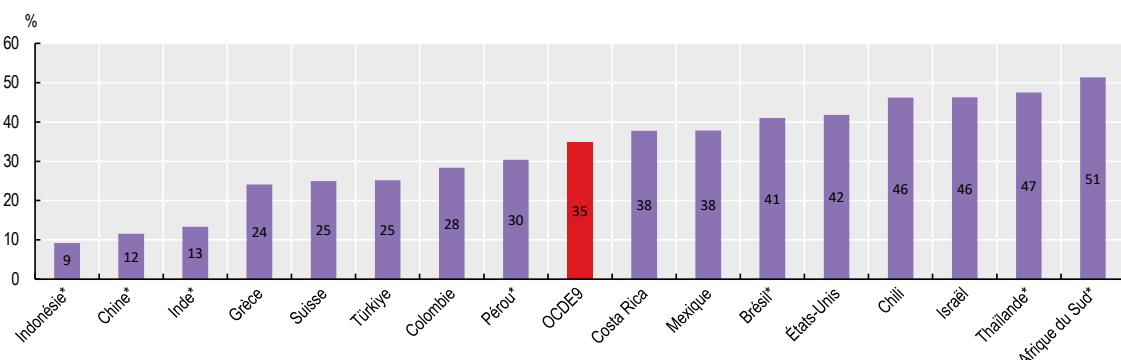
Graphique 4.14. Consommation quotidienne de légumes chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2019-2020. 2. Données de 2021-2022. 3. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/cx649d>

Graphique 4.15. Consommation quotidienne de boissons non alcoolisées sucrées chez les personnes âgées 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)

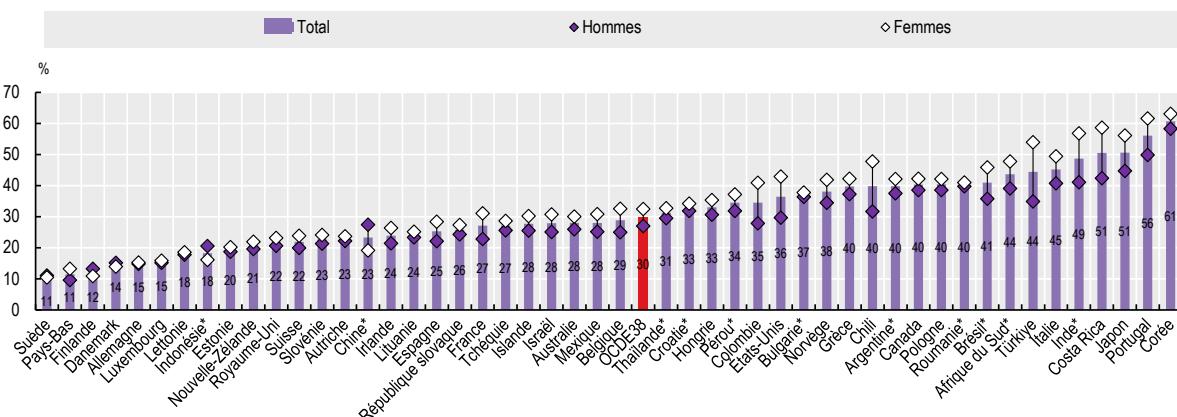


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Global Diet Quality Project (2023), <http://www.dietquality.org/>.

StatLink <https://stat.link/3zn12c>

Graphique 4.16. Manque d'activité physique chez les adultes, 2022



* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : OMS (2022^[3]), Observatoire mondial de la santé.

StatLink <https://stat.link/6bes3y>

Nutrition et activité physique chez les adolescents

La nutrition et l'activité physique, fondamentales pour un mode de vie sain, sont associées aux résultats de santé pendant l'enfance et à l'âge adulte. Une alimentation saine et une activité physique régulière peuvent réduire le risque de développer des maladies chroniques, comme le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. Les recommandations mondiales pour les enfants et les adolescents sont un apport quotidien en fruits et légumes (les quantités variant selon l'âge, par ex. au moins 400 grammes pour les enfants de 10 ans et plus) et au moins une heure d'activité physique modérée à vigoureuse par jour ainsi que des activités vigoureuses et de renforcement des muscles au moins trois jours par semaine (OMS, 2023^[1] ; OMS, 2020^[2]).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, le pourcentage d'adolescents qui déclarent au moins une heure d'activité physique modérée à vigoureuse par jour est resté globalement inchangé depuis 2014, soit seulement 15 % d'adolescents de 15 ans (Graphique 4.17). Pendant cette période, il a augmenté dans sept pays de l'OCDE et diminué (de plus de 3 p.p.) dans quatre autres. En 2022, plus de 20 % d'adolescents respectaient les niveaux d'activité physique recommandés au Canada, en Finlande et en Hongrie, à comparer avec moins de 10 % en Israël et en Italie.

Une vue d'ensemble des tendances en matière d'activité physique chez les adolescents de 11, 13 et 15 ans révèle des disparités persistantes entre les filles et les garçons dans toutes les tranches d'âge et dans le temps. La proportion de garçons qui parviennent au niveau d'activité physique recommandé est 1.6 fois supérieure à la proportion de filles, toutes tranches d'âge confondues.

Les habitudes alimentaires se sont généralement améliorées dans le temps. En moyenne dans les pays de l'OCDE, le pourcentage d'adolescents qui ne mangent pas de légumes tous les jours a diminué, passant de 68 % à 64 % entre 2014 et 2022 (Graphique 4.18). Plus de la moitié des pays de l'OCDE ont fait état d'une diminution (de plus de 3 p.p.) de la non-consommation de légumes sur cette période. Or, dans la moitié des pays de l'OCDE, plus de deux tiers des adolescents ne mangent toujours pas de légumes tous les jours.

Les taux de prévalence de la consommation quotidienne de boissons sucrées chez les adolescents ont diminué avec le temps dans 22 pays de l'OCDE sur 28. L'Espagne, les Pays-Bas et la Pologne font partie des pays qui affichent les plus fortes diminutions. En 2022, 13 % d'adolescents déclaraient consommer des boissons sucrées tous les jours, à comparer avec 18 % en 2014, en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.19). Les taux de prévalence ont pourtant augmenté dans quelques pays, notamment en Finlande, où la proportion d'adolescents qui consomment des boissons sucrées a doublé depuis 2014 tout en restant parmi les plus faibles enregistrées dans les pays de l'OCDE.

Pour lutter contre les modes de vie malsains, les pays de l'OCDE ont pris diverses mesures qui visent à améliorer l'information et l'éducation en matière de santé, à multiplier les choix plus sains et à limiter la promotion des aliments nocifs pour la santé. En 2019, une grande majorité des pays de l'OCDE éduquaient les enfants sur la nutrition et l'activité physique à l'école, et 24 pays de l'OCDE avaient établi des lignes directrices sur la nutrition imposées aux fournisseurs de repas scolaires (OCDE, 2019^[3]). Pour permettre aux enfants et aux adolescents d'avoir un mode de vie plus sain, une approche qui n'est pas limitée au milieu scolaire, mais qui englobe les collectivités locales et les espaces publics s'impose. Par exemple, en 2010, les Pays-Bas ont mis en œuvre l'initiative *National Jongeren op Gezond Gewicht* (JOGG), une stratégie multisectorielle de proximité visant à créer des environnements plus sains pour les enfants et les adolescents. Il ressort des évaluations de l'initiative qu'elle est un moyen efficace d'améliorer les comportements de santé des enfants et contribue à réduire les taux de surpoids et d'obésité (OCDE, 2022^[4]). Plusieurs pays ont pris des mesures pour limiter l'exposition des enfants et des adolescents à la publicité pour des aliments nocifs. Récemment, le Royaume-Uni a adopté une législation visant à restreindre la publicité pour des aliments à forte teneur en matières grasses, en sucre et en sel à la télévision à certaines heures de la journée, mais aussi en ligne. Cette mesure vise à améliorer l'alimentation des enfants et à prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation, comme l'obésité.

Définition et comparabilité

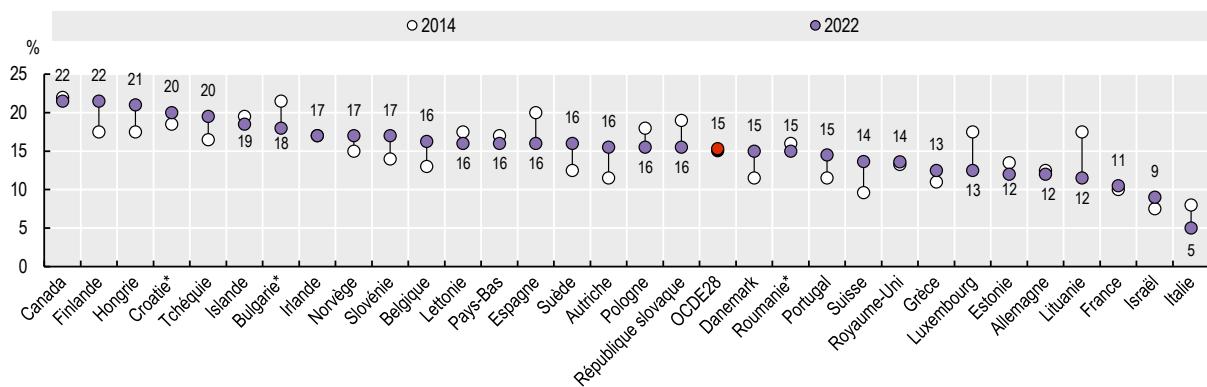
Les données proviennent de l'enquête HBSC (<https://data-browser.hbsc.org/>). Depuis 1993/94, l'enquête HBSC recueille tous les quatre ans des données sur l'activité physique et les habitudes alimentaires des adolescents de 11, 13 et 15 ans dans les pays européens et plusieurs autres pays. Les données de la Belgique correspondent à la moyenne non pondérée des régions francophone et néerlandophone. Les données du Royaume-Uni correspondent à la moyenne pondérée pour l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles. Les données présentées concernent spécifiquement les adolescents de 15 ans.

Pour être considérée comme modérée à vigoureuse, l'activité physique doit être pratiquée au moins une heure par jour, accroître le rythme cardiaque et provoquer parfois l'essoufflement chez l'enfant. Les données sur la nutrition concernent la non-consommation quotidienne de légumes et la consommation quotidienne de boissons sucrées. Les questions de l'enquête concernant l'apport en fruits et légumes n'excluent pas explicitement les jus, les soupes ou les pommes de terre.

Références

- OCDE (2022), *Healthy Eating and Active Lifestyles : Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/40f65568-en>. [4]
- OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. [3]
- OMS (2023), *Carbohydrate intake for adults and children: Lignes directrices de l'OMS*, Organisation mondiale de la santé, <https://iris.who.int/handle/10665/370420>. [1]
- OMS (2020), *Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité*, Organisation mondiale de la Santé, <https://iris.who.int/handle/10665/349728> (consulté le 18 septembre 2025). [2]

Graphique 4.17. Pourcentage d'adolescents de 15 ans déclarant au moins une heure d'activité physique modérée à vigoureuse par jour, 2022 et 2014

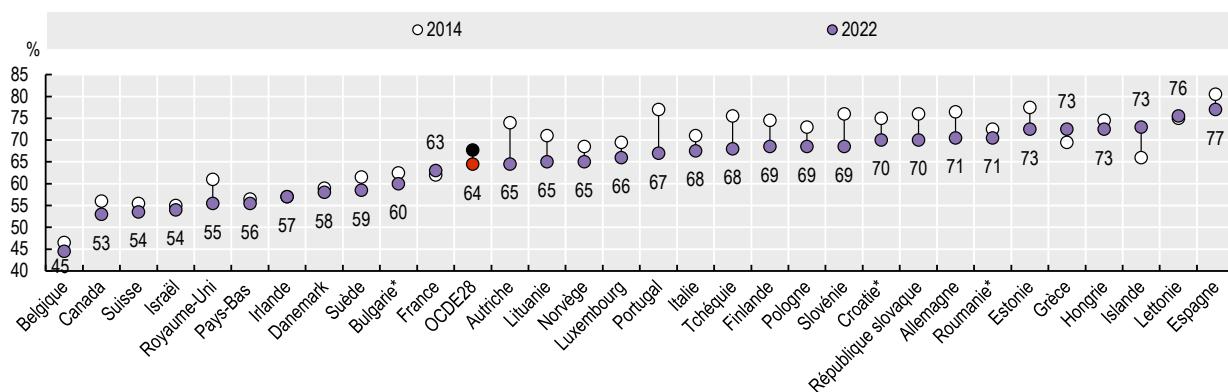


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/1743sb>

Graphique 4.18. Pourcentage d'adolescents de 15 ans ne consommant pas de légumes quotidiennement, 2022 et 2014

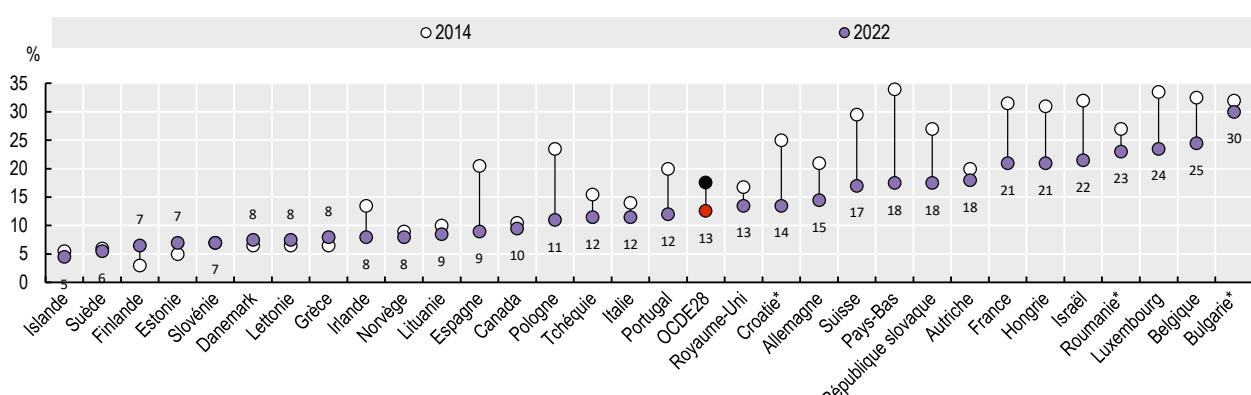


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/7d35ov>

Graphique 4.19. Pourcentage d'adolescents de 15 ans consommant quotidiennement des boissons non alcoolisées sucrées, 2022 et 2014



* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/u47whi>

Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité comptent parmi les principaux facteurs de risque de la charge croissante de maladies non transmissibles dans le monde. Les personnes en surpoids ou obèses risquent davantage de développer un diabète de type 2, des maladies cardiovasculaires, une stéatopathie hépatique, certaines formes de cancer et une démence. La charge de l'obésité sur les années de vie est considérable. Selon les projections, environ 92 millions de décès prématurés seront causés par des maladies liées à l'obésité dans les pays de l'OCDE, du G20 et de l'Union européenne à l'horizon 2050 (OCDE, 2019^[1]). Les taux d'obésité sont corrélés avec les gradients socioéconomiques : les individus à faible revenu sont plus lourdement concernés, en partie en raison de l'exposition à des environnements obésogènes qui encouragent la consommation d'aliments à forte teneur en énergie, en acides gras trans et acides gras saturés, ainsi qu'un mode de vie sédentaire.

Dans les 32 pays de l'OCDE qui recueillent des données autodéclarées sur la taille et le poids des personnes, les taux d'obésité ont augmenté ces deux dernières décennies. Entre 2003 et 2023, la proportion de personnes en état d'obésité est passée de 13 % à 19 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.20). Ceux qui ont enregistré la plus forte augmentation du taux d'obésité sur cette période sont le Chili, les États-Unis et la Finlande ainsi que le Brésil, pays candidat à l'adhésion (plus de 10 p.p. de différence). Inversement, les pays qui ont enregistré la plus faible augmentation (de 1 à 2 p.p.) sont l'Espagne, l'Islande, le Portugal et la Tchéquie. Les taux d'obésité ont augmenté plus rapidement entre 2013 et 2023, par rapport à 2003-2013, en Australie, au Chili, en Finlande, en Norvège et aux Pays-Bas.

Plus de la moitié des personnes âgées de 15 ans et plus dans les pays de l'OCDE étaient en surpoids ou obèses en 2023. En moyenne dans 32 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données autodéclarées sur la taille et le poids, 54 % des personnes âgées de 15 ans et plus étaient en surpoids ou obèses, et 19 % étaient obèses, en 2023 ou la dernière année connue (Graphique 4.21). Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes d'être en surpoids ou obèses dans tous les pays, à l'exception du Chili où la différence est négligeable. L'écart entre hommes et femmes était particulièrement important en Allemagne, en Corée, en Islande, au Luxembourg, en Suisse et en Tchéquie ainsi qu'en Bulgarie, pays candidats à l'adhésion, la moyenne s'établissant entre 18 et 20 p.p..

Les données mesurées relatives à la taille et au poids donnent une indication plus exacte et plus fiable des taux de surpoids et d'obésité dans les pays, même si l'ensemble de données est incomplet. Dans les 13 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données mesurées, 60 % des personnes âgées de 15 ans et plus étaient en surpoids ou obèses en 2023 (ou dernière année connue), et 26 % étaient obèses (Graphique 4.22). Dans 11 pays de l'OCDE, plus de 50 % des personnes âgées de 15 ans et plus étaient en surpoids ou obèses. Les États-Unis, la Finlande et le Mexique comptent parmi ceux où cette proportion atteignait 70 % ou plus. En Corée et au Japon, en revanche, moins de 40 % de la population étaient concernés. Dans tous les pays, les hommes étaient invariablement plus susceptibles de surpoids ou d'obésité que les femmes, à quelques exceptions près, dont le Mexique et le Pérou, pays candidat à l'adhésion. L'écart entre les hommes et les femmes était particulièrement important au Canada, en Corée, en Hongrie et en Irlande.

Les pays Membres de l'OCDE ont redoublé d'efforts pour lutter contre le problème de santé publique de plus en plus préoccupant posé par le surpoids et l'obésité. Conscients que l'obésité représente environ 8 % de leurs dépenses de santé et 3.3 % de leur produit intérieur brut (PIB), ils ont mis l'accent sur la nécessité d'interventions urgentes (OCDE, 2019^[1]). Quelques-unes des initiatives les plus efficaces et les plus largement mises en œuvre consistent à mener des campagnes d'information et d'éducation, notamment dans les médias, à imposer des règles d'étiquetage nutritionnel, à taxer les aliments à forte teneur énergétique et les boissons non alcoolisées sucrées, et à conclure des accords avec l'industrie alimentaire pour améliorer la valeur nutritionnelle des produits. Il est tout aussi important de relever les avancées rapides en matière de développement de médicaments contre l'obésité, comme les agonistes des récepteurs du GLP-1. Initialement destinés au traitement du diabète, ces médicaments se sont montrés efficaces pour la perte de poids et présentent des avantages potentiels pour les comorbidités associées à l'obésité. Un nombre croissant de pays de l'OCDE envisagent leur inclusion dans le cadre de stratégies nationales de gestion de l'obésité (OCDE, à paraître^[2]).

Définition et comparabilité

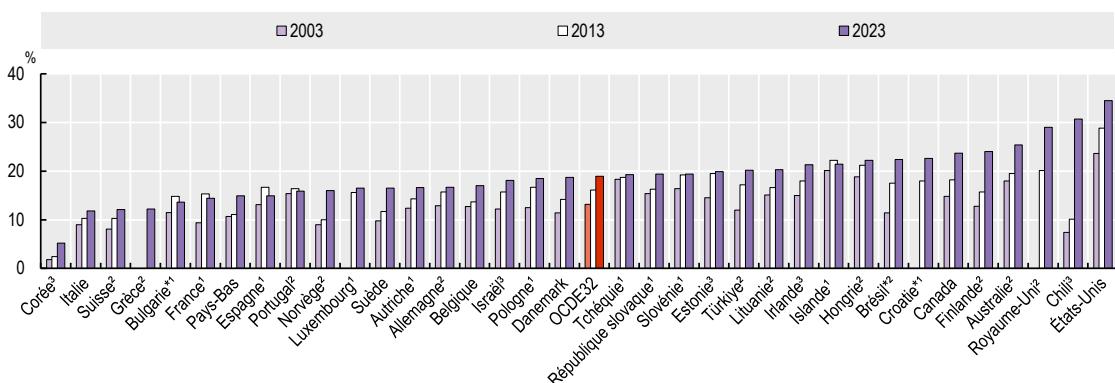
Le surpoids est défini comme une accumulation anormale ou excessive de graisse présentant un risque pour la santé. L'outil de mesure le plus fréquemment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC), qui évalue le poids d'un individu par rapport à sa taille (le poids en kilogrammes étant divisé par le carré de la taille en mètres). Selon la classification de l'OMS, les adultes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur ou égal à 30 sont en état d'obésité, et ceux présentant un IMC supérieur ou égal à 25 sont en surpoids (y compris obèses). L'IMC se calcule de la même manière pour tous les adultes, quel que soit leur âge.

Les données peuvent également être recueillies au moyen d'estimations autodéclarées de la taille et du poids des individus. Les estimations de l'IMC à partir de données autodéclarées sont faciles à obtenir et à calculer, ce qui en fait un outil utile pour étudier la situation de la population au regard du poids, mais elles sont généralement inférieures à celles fondées sur les données mesurées, et moins fiables. Les données sont celles de 2023 ou de l'année la plus proche pour laquelle on dispose de données, jusqu'à 2019 (voir le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur »). La plupart des pays fournissent des données sur la population âgée de 15 ans et plus, à quelques exceptions près (voir le lien vers les métadonnées dans le « Guide du lecteur »).

Références

- OCDE (2019), *The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. [1]
- OCDE (à paraître), « Economic and Policy Implications of Breakthrough Obesity Treatments », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris. [2]

Graphique 4.20. Évolution des taux d'obésité autodéclarée chez les personnes âgées de 15 ans et plus

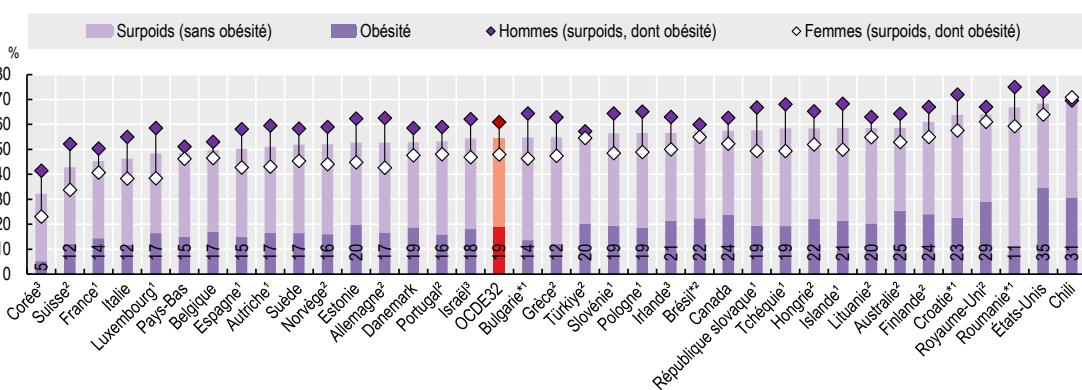


1. Les dernières données datent de 2019-2020. 2. Les dernières données datent de 2021-2022. 3. Les dernières données datent de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/sz83j5>

Graphique 4.21. Taux de surpoids et d'obésité autodéclarés chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)

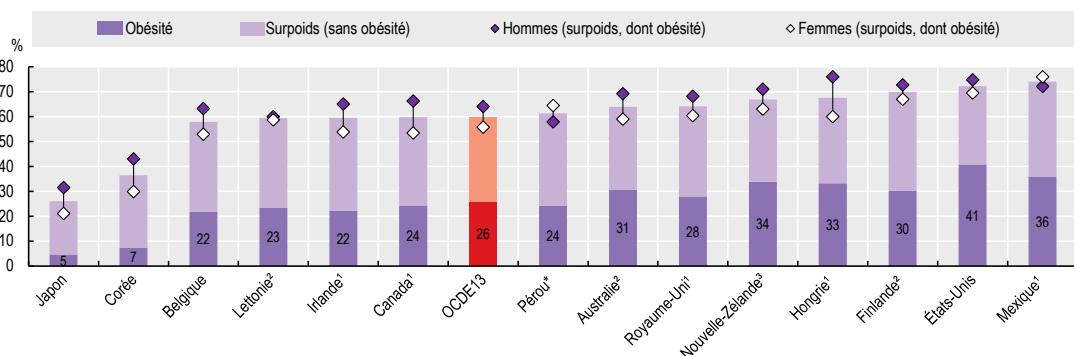


1. Données de 2019-2020. 2. Données de 2021-2022. 3. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/fs6qbe>

Graphique 4.22. Taux de surpoids et d'obésité mesurés chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2019-2020. 2. Données de 2021-2022. 3. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/u75r38>

Surpoids et obésité chez les adolescents

Le surpoids et l'obésité ont de graves conséquences sur la santé des enfants et des adolescents. Ces deux facteurs de risque bien établis pour de nombreuses maladies chroniques, dont la résistance insulinique et les maladies respiratoires, peuvent réduire l'espérance de vie puisque leurs effets néfastes continuent souvent à l'âge adulte. Au cours des dernières décennies, bon nombre de pays ont constaté une hausse des taux de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adolescents, dus notamment à l'évolution des comportements de santé et plus particulièrement aux mauvaises habitudes alimentaires et au manque d'activité physique (OCDE, 2019^[1]).

En 2022, un adolescent de 15 ans sur cinq était soit en surpoids soit obèse en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 4.23). Les plus faibles taux étaient observés aux Pays-Bas et au Danemark, où 14 % à 15 % des adolescents étaient en surpoids ou obèses. À l'inverse, les taux les plus élevés étaient enregistrés au Canada, en Grèce et en Hongrie, où 25 % ou plus des adolescents étaient considérés en surpoids ou obèses. On observe une différence marquée entre les genres : le surpoids et l'obésité sont nettement plus prévalents chez les garçons (25 %) que chez les filles (16 %) dans tous les pays. Des disparités importantes sont observées dans certains pays : le taux de surpoids ou d'obésité était supérieur d'au moins 50 % chez les garçons par rapport aux filles dans 5 pays sur 27.

Les taux de surpoids et d'obésité ont augmenté avec le temps dans la majorité des pays. Entre 2014 et 2022, près de 50 % des pays de l'OCDE ont observé une augmentation (de plus de 3 p.p.) du taux de surpoids ou d'obésité des adolescents, les plus fortes étant en Autriche et en Lituanie ainsi qu'en Croatie, pays candidat à l'adhésion. En moyenne dans l'ensemble des pays, entre 2014 et 2022, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents a augmenté, passant de 22 % à 25 % chez les garçons et de 13 % à 16 % chez les filles.

Le surpoids et l'obésité des adolescents sont influencés par des déterminants sociaux, en particulier par la situation socioéconomique de la famille. En 2022, les enfants et les adolescents des familles les moins aisées connaissaient des taux de surpoids et d'obésité plus élevés que ceux des enfants et des adolescents des familles les plus aisées. D'importantes disparités persistent : dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le surpoids et l'obésité parmi les adolescents de 11, 13 et 15 ans étaient plus élevés de 60 % dans les familles les moins aisées (Graphique 4.24). Les pays affichant les plus grandes disparités sont la Belgique et le Danemark ainsi que la Bulgarie, pays candidat à l'adhésion, où la prévalence de surpoids et d'obésité était au moins deux fois plus élevée dans les familles les moins aisées que dans les plus aisées. La Belgique et le Danemark enregistrent cependant une prévalence totale du surpoids et du diabète inférieure à la moyenne.

Pour lutter contre le surpoids et l'obésité des adolescents, un grand nombre de pays ont mis en œuvre une panoplie de stratégies visant à améliorer l'alimentation et l'activité physique ainsi qu'à encourager des modes de vie plus sains. En réaction à l'augmentation du taux d'obésité, l'Irlande a mis en œuvre la politique et le plan d'action obésité (*Obesity Policy and Action Plan*) 2016-2025 : des mesures multisectorielles, dont des restrictions sur la commercialisation d'aliments et de boissons malsains auprès des enfants ; l'implication du secteur commercial, notamment par la reformulation des aliments ; des campagnes d'information axées sur la famille et des programmes de promotion sanitaire de proximité ; le renforcement des soins primaires pour la prévention et la gestion de l'obésité chez les enfants (Department of Health, 2016^[2]). La France a progressivement mis en œuvre un programme régional intitulé *Mission : retrouve ton cap*, qui propose aux enfants et aux adolescents obèses des services de soins de santé ainsi qu'un accompagnement nutritionnel et psychologique pendant deux ans (Assurance Maladie, 2023^[3]).

Définition et comparabilité

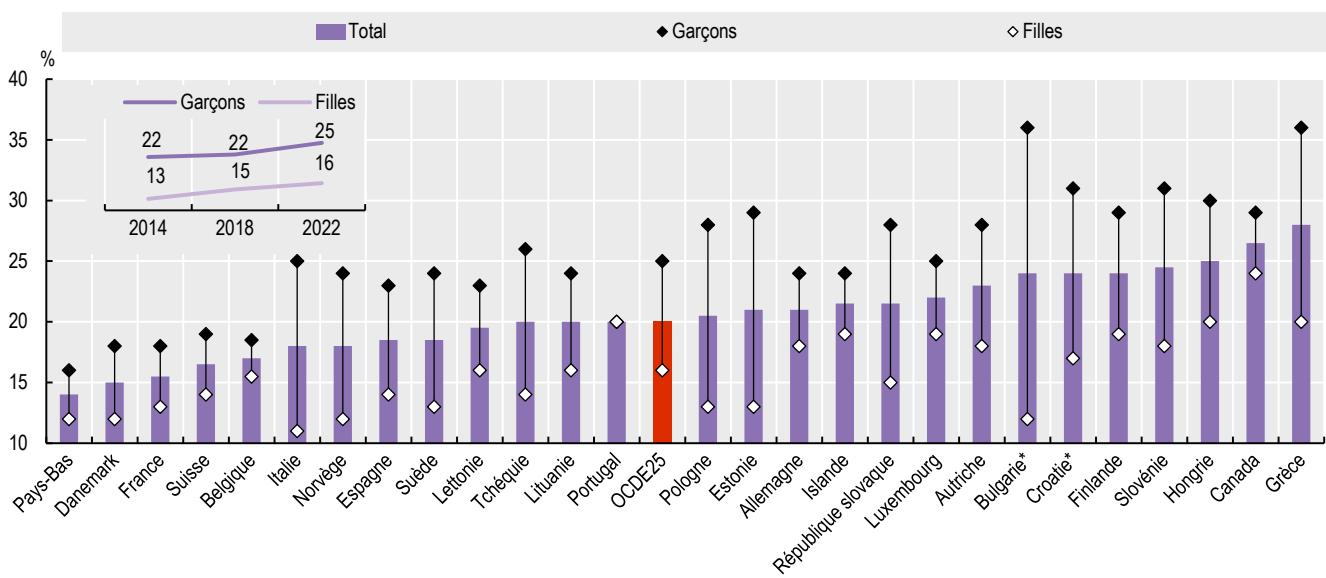
Les données proviennent de l'enquête HBSC (<https://data-browser.hbsc.org/>). Depuis 1993/94, l'enquête HBSC recueille tous les quatre ans des données sur la taille et le poids des enfants et des adolescents âgés de 11, 13 et 15 ans dans les pays européens et plusieurs autres pays. Les données de la Belgique correspondent à la moyenne non pondérée pour les régions francophone et néerlandophone. Les données du Royaume-Uni correspondent à la moyenne pondérée pour l'Angleterre, l'Écosse et le Pays de Galles. L'IMC est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres. La classification du surpoids et de l'obésité est déterminée à partir des seuils basés sur la référence de croissance de l'OMS par âge (<http://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>).

L'indicateur de la situation socioéconomique est basé sur l'échelle de richesse familiale (*Family Affluence Scale*) qui interroge les enfants et les adolescents sur les biens matériels du ménage dans lequel ils vivent.

Références

- | | |
|---|-----|
| Assurance Maladie (2023), <i>Rapport d'évaluation de l'expérimentation « Mission : Retrouve ton cap »</i> , Caisse Nationale d'Assurance Maladie, https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap_assurance-maladie.pdf . | [3] |
| Department of Health (2016), <i>A Healthy Weight for Ireland: Obesity Policy and Action Plan 2016-2025</i> , Gouvernement irlandais, Dublin, https://assets.gov.ie/static/documents/a-healthy-weight-for-ireland-obesity-policy-and-action-plan.pdf . | [2] |
| OCDE (2019), <i>The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention</i> , Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en . | [1] |

Graphique 4.23. Taux de surpoids et d'obésité autodéclarés chez les adolescents de 15 ans, 2022

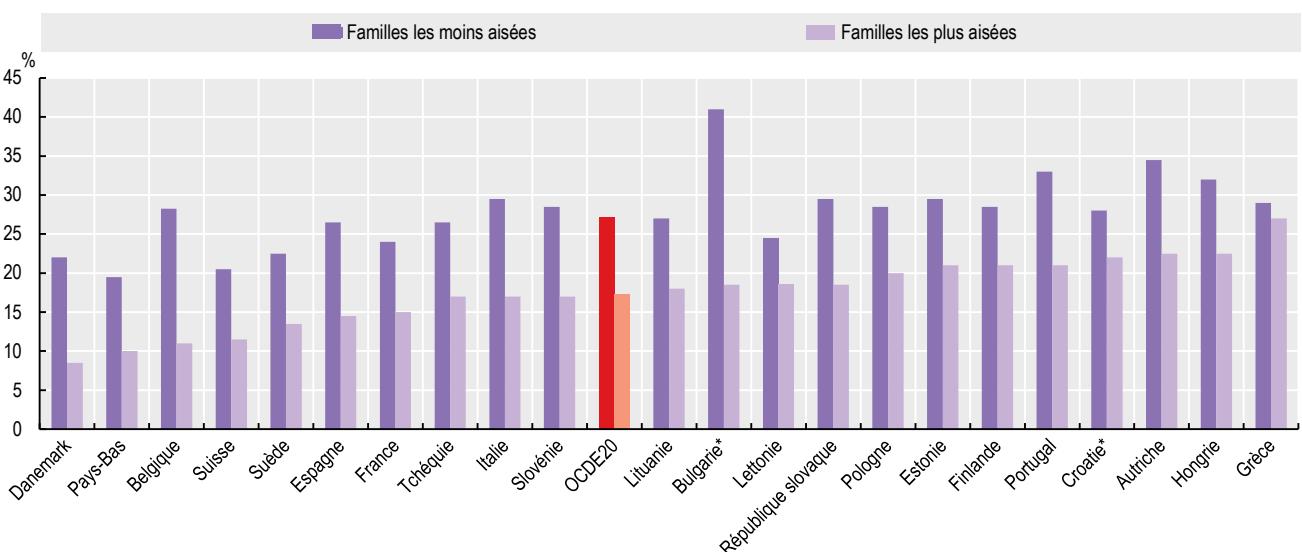


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire. Les valeurs sont les mêmes pour les garçons et les filles au Portugal.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/ai78oq>

Graphique 4.24. Taux de surpoids et d'obésité autodéclarés chez les adolescents, selon le niveau de richesse familiale, 2022



Note : Dans l'enquête, les adolescents englobent les 11, 13 et 15 ans. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : HBSC Data Browser.

StatLink <https://stat.link/x2tfnv>

Environnement et santé

Le changement climatique est l'un des plus grands défis auxquels sont confrontées les générations actuelles et futures. Il est lié à de nombreux problèmes environnementaux, dont la pollution atmosphérique, la hausse des températures et les phénomènes météorologiques extrêmes. Dans les pays de l'OCDE, les effets du changement climatique se font déjà ressentir sur la santé et le bien-être des populations ; ils pèsent de plus en plus lourd sur les systèmes de santé dans les années à venir. La pollution atmosphérique est une cause majeure de décès et d'invalidité. Selon les projections, la pollution de l'air extérieur pourrait provoquer de 6 à 9 millions de décès prématrés par an, dans le monde, à l'horizon 2060. Par ailleurs, les arrêts-maladie, les dépenses de santé et la baisse de la production agricole qu'elle entraîne pourraient se traduire par une perte de PIB mondial de 1 % (OCDE, 2016^[1]).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les populations étaient exposées à 11.2 microgrammes de particules fines (PM_{2.5}) par mètre cube en 2020 (Graphique 4.25). Seul un pays, la Finlande, atteignait des niveaux moyens de pollution par les PM_{2.5} inférieurs à l'objectif des recommandations de l'OMS relatives à la qualité de l'air, soit 5 microgrammes par mètre cube en 2020. L'exposition à la pollution par les particules en suspension dans l'air extérieur a diminué entre 2010 et 2020 dans la plupart de pays de l'OCDE, de 24 % en moyenne ; elle a toutefois augmenté dans trois pays sur cette période (Australie, Chili, Japon). Si les politiques de réduction de la pollution ont entraîné quelques baisses importantes du nombre de décès dus à la pollution atmosphérique dans de nombreux pays de l'OCDE, l'exposition aux particules en suspension dans l'air demeure un sujet de préoccupation majeure pour l'environnement et la santé publique : selon les estimations, elle est la cause de 4.1 millions de décès prématrés dans le monde en 2019 (GBD, 2019^[2]).

Vient s'ajouter aux conséquences du changement climatique sur les résultats de santé, la forte contribution des systèmes de santé eux-mêmes aux émissions de gaz à effet de serre (GES). Selon de nouvelles études de l'OCDE, en 2018, les émissions liées aux soins de santé dans les pays de l'OCDE représentaient 4.4 % du total des émissions de GES sur l'ensemble de l'économie en moyenne, soit plus de 960 millions de tonnes d'équivalent de dioxyde de carbone (CO₂-e) (Graphique 4.26). En moyenne dans les pays de l'OCDE et par habitant, 523 kilogrammes d'émissions de CO₂-e étaient liés aux soins de santé en 2018. Cette moyenne masque une variation d'un facteur de 15 entre les pays, de 1 430 kilogrammes d'émissions de CO₂-e aux États-Unis à 95 kilogrammes en Colombie.

Dans la zone OCDE et au-delà, les pays reconnaissent de plus en plus la contribution que peut apporter le secteur de la santé à la réduction de son empreinte écologique, y compris de ses émissions de GES (OCDE, 2025^[3]). La transformation des modes de prestation des services de santé pour réduire les émissions de GES, par exemple par le biais de politiques qui réduisent les soins de faible valeur, pourrait réaliser cet objectif tout en contribuant à limiter le gaspillage dans le système. Des initiatives nationales et internationales visant à décarboner les chaînes d'approvisionnement et à instaurer des normes d'achats publics verts pour les produits et services de santé font leur apparition.

Définition et comparabilité

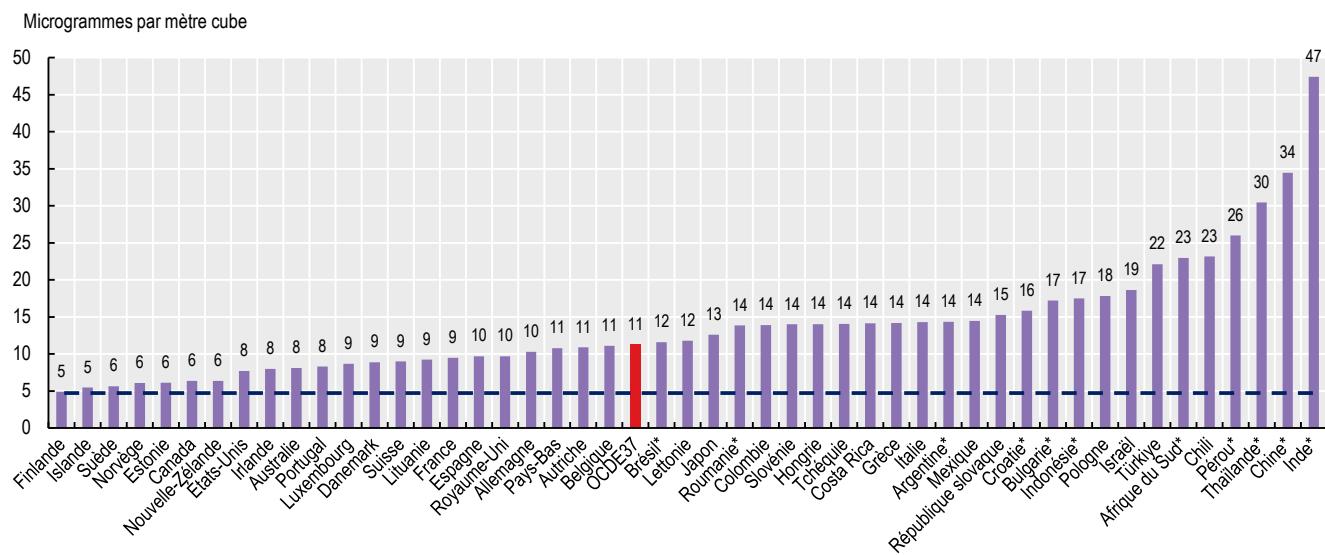
Les particules fines (PM_{2.5}) sont des particules solides ou liquides minuscules, de moins de 2.5 microgrammes de diamètre, qui peuvent être mises en suspension dans l'air par la combustion, les opérations industrielles ou les processus naturels. Les transports, les activités industrielles, la production d'électricité, l'agriculture et le chauffage domestique sont les principales sources d'émissions de PM_{2.5}. Les données sur la pollution atmosphérique proviennent de la base de données de la direction Environnement de l'OCDE sur l'exposition à la pollution de l'air. Les données sous-jacentes pour les estimations de l'OCDE proviennent des données sur les polluants atmosphériques de l'étude Global Burden of Disease voir (<https://doi.org/10.1021/acs.est.5b03709>) ainsi que des données de population du projet Global Human Settlement Layer (voir <https://ghsl.jrc.ec.europa.eu/data.php>). L'indicateur sur l'exposition moyenne pondérée par la population aux particules en suspension dans l'air peut être interprété comme l'exposition moyenne annuelle du résident lambda.

Les estimations d'émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé présentées dans le Graphique 4.26 sont basées sur un modèle « descendant » qui combine les données des tableaux internationaux des entrées-sorties (TIES) de l'OCDE, la base de données environnementale des TIES et les données recueillies par le JHAQ sur les dépenses de santé (Doucet et al., 2025^[4]). Sept familles de gaz à effet de serre sont incluses dans ce modèle : CO₂, méthane (CH₄), oxyde nitreux (N₂O), chlorofluorocarbones (CFC), hydrofluorocarbones (HFC), hydrocarbures perfluorés (PFC), hexafluorure de soufre (SF₆) et trifluorure d'azote (NF₃). Les résultats sont exprimés en émissions d'équivalent de CO₂. Le modèle produit une estimation des émissions liées à la demande de soins de santé pour la population, les émissions étant allouées en fonction du lieu de résidence du consommateur de soins de santé. Les émissions incluses dans le modèle sont constituées de celles qui se produisent dans les divers établissements de santé proprement dits, mais aussi des émissions issues de la production d'énergie pour les établissements, des émissions causées pendant la production des intrants utilisés par les établissements de santé, et l'entièreté de la chaîne d'approvisionnement.

Références

- Doucet, C. et al. (2025), « Measuring greenhouse gas emissions in the health sector : A new approach to model GHG emissions combining (JHAQ) health expenditure data and the multi-regional inter-country input-output (ICIO) tables », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 184, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/4d15c6ef-en>. [4]
- GBD (2019), *Global Burden of Disease Study 2019 Results*, Institute for Health Metrics and Evaluation, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. [2]
- OCDE (2025), *Decarbonising Health Systems Across OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5ac2b24b-en>. [3]
- OCDE (2016), *Les conséquences économiques du changement climatique*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264261082-fr>. [1]

Graphique 4.25. Exposition moyenne aux particules fines (PM_{2.5}) pondérée par la population, 2020

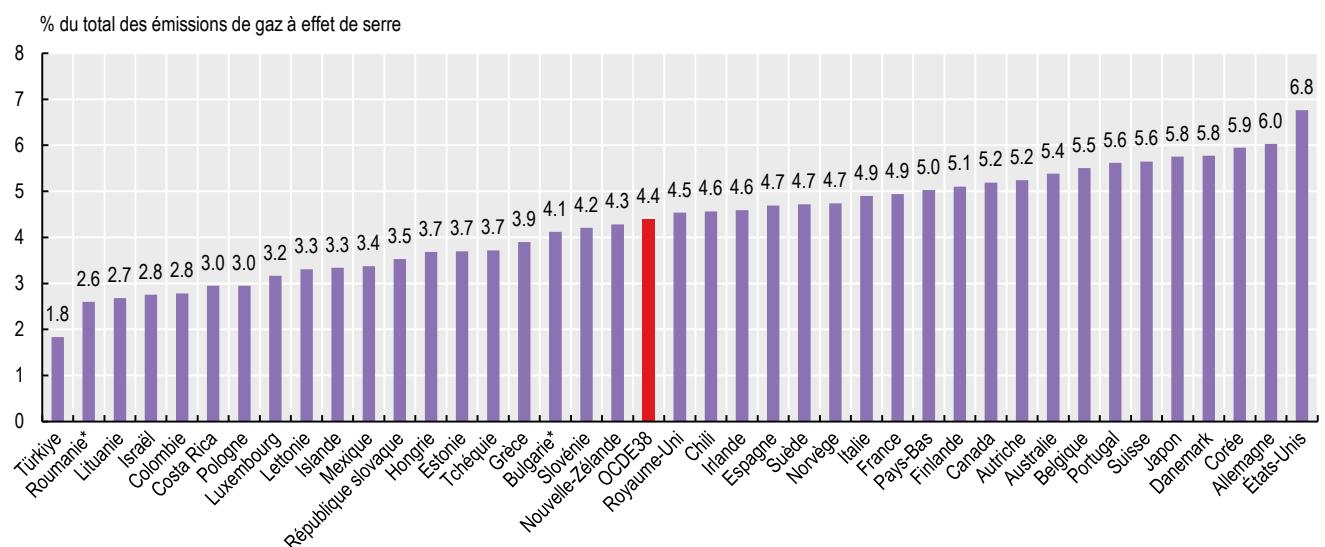


Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. La ligne pointillée représente l'objectif des recommandations de l'OMS sur la qualité de l'air.

Source : Statistiques de l'OCDE sur l'environnement 2025.

StatLink <https://stat.link/5n76s0>

Graphique 4.26. Pourcentage de toutes les émissions de gaz à effet de serre lié à la demande de soins de santé, 2018



Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Doucet et al. (2025^[4]), "Measuring greenhouse gas emissions in the health sector: A new approach to model GHG emissions combining (JHAQ) health expenditure data and the multi-regional inter-country input-output (ICIO) tables", <https://www.doi.org/10.1787/4d15c6ef-en>; OECD (2025^[3]), Decarbonising Health Systems Across OECD Countries, <https://www.doi.org/10.1787/5ac2b24b-en>.

StatLink <https://stat.link/syalk4>



5 Accès et couverture

- Population bénéficiant d'une couverture de santé
- Besoins de santé non satisfaits
- Étendue de la couverture de santé
- Difficultés financières et dépenses à la charge des patients
- Délais d'attente
- Accessibilité physique des services de santé
- Consultations chez le médecin
- Lits d'hôpital et taux d'occupation
- Activité hospitalière
- Remplacements de la hanche ou du genou
- Chirurgie ambulatoire

Population bénéficiant d'une couverture de santé

Le pourcentage d'individus qui, parmi une population donnée, bénéficient de la prise en charge d'un éventail de services de base est un premier indicateur de l'accès aux soins et de la protection financière offerte. La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base qui comprennent d'ordinaire les consultations médicales, les tests et examens, et les soins hospitaliers (Graphique 5.1). Les services nationaux de santé ou l'assurance maladie sociale sont généralement les dispositifs de financement permettant d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Quelques pays (les Pays-Bas et la Suisse, par exemple) sont parvenus à cet objectif au moyen de régimes d'assurance maladie privés obligatoires – accompagnés de subventions publiques et d'un cadre juridique rigoureux fixant l'étendue et le niveau de la couverture.

Le taux de couverture des services de base était encore inférieur à 95 % de la population dans quatre pays de l'OCDE en 2024, et à 90 % au Mexique ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion. Aux États-Unis, la population non assurée a diminué en proportion avec l'adoption de l'*Affordable Care Act* et s'élevait à quelque 25 millions de personnes en 2023. Il s'agit généralement d'adultes en âge de travailler ayant un faible niveau d'études ou de revenu. En Irlande, malgré la couverture universelle, moins de la moitié de la population peut prétendre à la prise en charge de toutes les consultations chez le généraliste, même si l'introduction de nouveaux critères d'admissibilité, depuis 2023, a permis d'accroître la proportion des bénéficiaires.

Au-delà des taux de couverture de la population, la satisfaction à l'égard de la disponibilité de services de santé de qualité permet de se faire une idée plus précise de la prise en charge effective. Le Gallup World Poll permet le recueil de données sur la satisfaction des citoyens en matière de santé et à l'égard d'autres services publics. Si les facteurs contextuels et culturels influent sur les réponses à l'enquête, le sondage permet de comparer les opinions des citoyens sur la base de la même question d'enquête. La satisfaction à l'égard de la disponibilité de services de santé de qualité était en moyenne de 64 % dans les pays de l'OCDE en 2024 (Graphique 5.2). Les habitants de Suisse affichaient le meilleur taux de satisfaction (89 %), ceux de Grèce, de Turquie, de Hongrie, d'Italie, du Chili et de Colombie le plus faible (moins de 50 %). Si le taux de satisfaction accuse une baisse, en moyenne, à l'échelle des pays de l'OCDE sur la dernière décennie, cette tendance masque d'importants écarts : c'est en Turquie que le plus fort recul a été observé (30 points de pourcentage (p.p.)), mais le Canada, la France ainsi que la Nouvelle-Zélande ont enregistré eux aussi des baisses de plus de 20 p.p.. Au Chili et en Estonie, en revanche, le taux de satisfaction a augmenté de 10 p.p., voire plus.

Les habitants de nombreux pays peuvent souscrire s'ils le souhaitent une assurance maladie additionnelle auprès d'un prestataire privé. Celle-ci peut couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), s'étendre à d'autres services (assurance supplémentaire) ou permettre un accès plus rapide aux soins ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). Parmi les 29 pays de l'OCDE disposant de données comparables récentes, neuf avaient plus de la moitié de leur population couverte par une assurance additionnelle privée en 2024 (Graphique 5.3). L'assurance complémentaire, qui couvre les dépenses laissées à la charge des patients, est très courante en Belgique (plus de 97 % de la population est concernée). Israël et les Pays-Bas représentaient le plus vaste marché de l'assurance supplémentaire (plus de 80 % de la population). C'est en Australie et en Irlande que l'assurance maladie duplicative était la plus développée. Au cours de la dernière décennie, la population couverte par une assurance maladie privée additionnelle a augmenté dans 16 pays de l'OCDE sur 29 présentant des données comparables, et principalement en Belgique et au Danemark (plus de 15 p.p.). En Slovénie, une vaste réforme appliquée en 2024 a remplacé l'assurance complémentaire par une nouvelle contribution obligatoire au système national d'assurance maladie sociale.

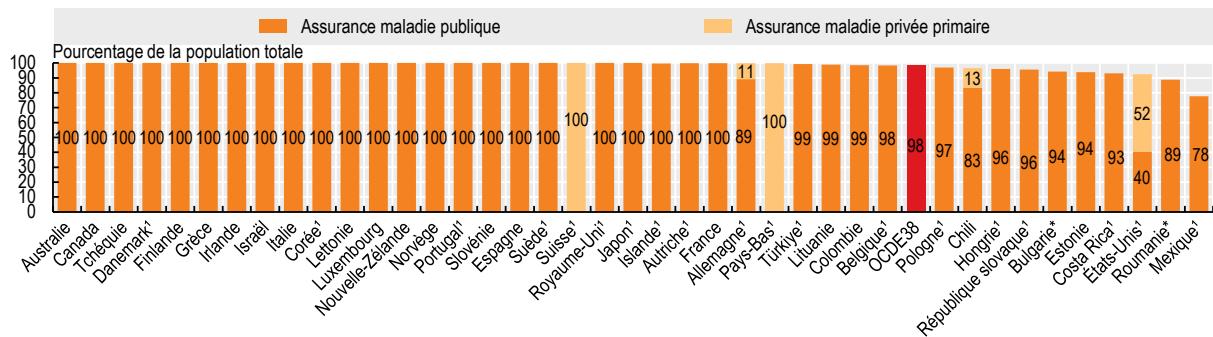
Définition et comparabilité

La population bénéficiant d'une couverture de santé correspond ici à la part de la population à même de bénéficier d'un éventail de services de base – que ce soit dans le cadre de régimes publics ou d'une couverture maladie primaire privée. Si sa composition diffère d'un pays à l'autre, cet éventail de services couvre généralement les consultations médicales, les tests et examens ainsi que les soins hospitaliers. Il convient de noter que la couverture, si importante soit-elle, ne garantit pas l'accès aux soins (voir plus loin les données sur les besoins non satisfaits, la protection financière et les délais d'attente). La couverture publique désigne les systèmes de santé nationaux et l'assurance maladie sociale. Le financement des systèmes de santé nationaux vient en grande partie des recettes fiscales globales tandis que celui de l'assurance maladie sociale provient, en règle générale, à la fois des charges sociales et de l'impôt. Dans les deux cas, le financement est lié à la capacité de payer.

La couverture maladie primaire privée désigne la couverture d'assurance applicable à un éventail de services de base, et peut être facultative ou imposée par la loi, à une partie ou à l'ensemble de la population. L'assurance additionnelle (secondaire) privée est toujours facultative, le montant des primes d'assurance privée n'étant généralement pas corrélé aux revenus, la souscription d'une couverture privée pouvant toutefois être subventionnée par les pouvoirs publics. En France, l'affiliation à une assurance santé complémentaire financée par l'employeur est obligatoire pour la quasi-totalité des salariés du secteur privé depuis 2016. Par conséquent, l'assurance maladie facultative n'englobe plus désormais que les contrats d'assurance complémentaire privée souscrits à titre individuel et la couverture complémentaire subventionnée réservée aux plus modestes.

Les données du sondage Gallup World Poll utilisées dans le Graphique 5.2 sont généralement basées sur un échantillon représentatif d'au moins 1 000 citoyens de chaque pays âgés de 15 ans ou plus. La question suivante a été posée aux personnes interrogées : « Dans la ville ou la région où vous vivez, êtes-vous satisfait ou insatisfait de la disponibilité de soins de santé de qualité ? »

Graphique 5.1. Population bénéficiant d'une couverture pour un ensemble de services de base, 2024 (ou année la plus proche)

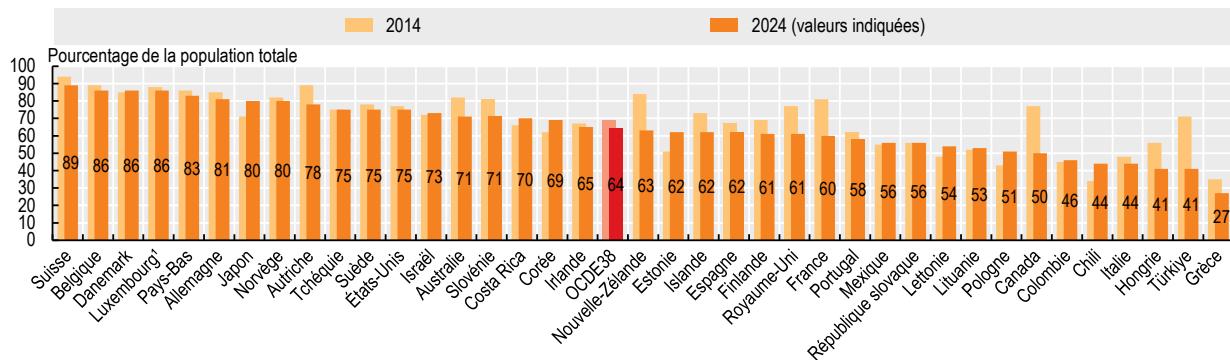


1. Données de 2021-2023. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/v89cpq>

Graphique 5.2. Population satisfaite de la disponibilité de soins de santé de qualité dans la région où elle vit, 2024 et 2014

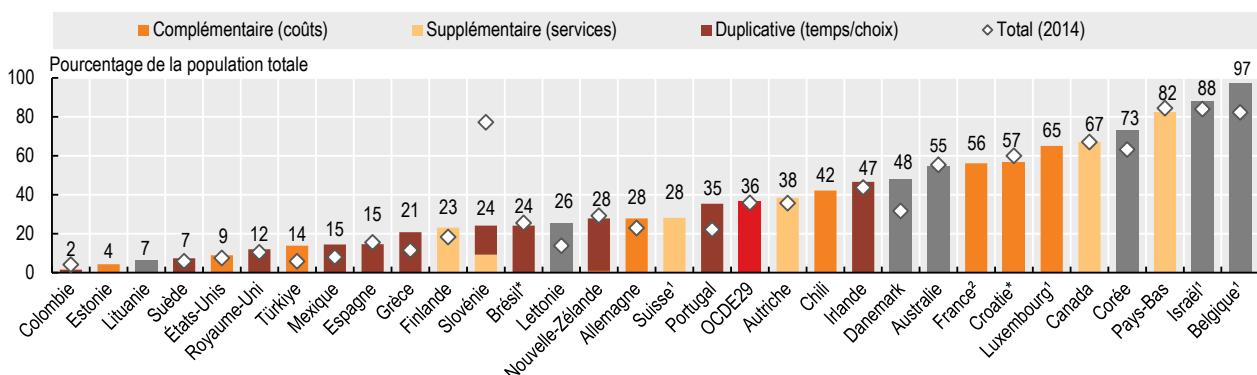


1. Les dernières données datent de 2023.

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

StatLink <https://stat.link/659pj7>

Graphique 5.3. Population couverte par une assurance maladie privée facultative, selon le type d'assurance, 2023-2024 et 2014 (ou année la plus proche)



Note : Les données correspondent à l'assurance additionnelle (secondaire) privée souscrite de manière facultative. Elles excluent l'assurance maladie primaire privée, qui existe en Allemagne, au Chili, aux États-Unis et en Suisse. Les barres grises indiquent la couverture globale, tous types d'assurance confondus. 1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les dernières données datent de 2019. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/vujhfa>

Besoins de santé non satisfaits

L'un des principes fondamentaux qui sous-tendent tous les systèmes de santé des pays de l'OCDE est de faire en sorte que toutes les populations, quelle que soit leur situation, aient accès à des soins de bonne qualité. Cependant, cet accès peut être limité pour plusieurs raisons, dont le manque de disponibilité ou de faisabilité financière des services. Les politiques doivent donc garantir une offre et une distribution adéquates de professionnels de santé et de services de santé sur l'ensemble du territoire, et permettre de surmonter tous les obstacles financiers aux soins (OCDE, 2019^[1]).

En moyenne, dans les 28 pays de l'OCDE disposant de données comparables, 3,4 % seulement des habitants ont déclaré, en 2024, avoir des besoins de santé non satisfaits en raison du coût, de la distance ou des délais d'attente (Graphique 5.4). Néanmoins, ils étaient plus de 8 % en Lettonie (8,4 %), en Estonie (8,5 %), en Finlande (8,6 %), au Canada (9,1 %) et en Grèce (12,1 %), contre moins de 1 % en Allemagne, aux Pays-Bas et en Tchéquie. Le motif le plus fréquent dans la plupart des pays était les délais d'attente, cités en moyenne par 2,3 % de la population de la zone OCDE en 2024. En Lettonie, en Estonie et en Finlande, plus de 5 % de la population a déclaré que les délais d'attente constituaient un obstacle. Le coût des soins est un autre obstacle majeur, et même le premier par ordre d'importance en Grèce, en Lettonie et en France, où il a été cité par 2 % au moins de la population en 2024. La distance à parcourir a également été mentionnée comme un obstacle, mais moins souvent que les délais d'attente ou le coût.

Dans tous les pays de l'OCDE étudiés, les disparités socioéconomiques sont significatives (Graphique 5.5). Les besoins de soins médicaux non satisfaits sont bien plus fréquents chez les plus modestes que chez les plus aisés. En effet, en 2024, les personnes appartenant au quintile de revenu le plus faible étaient 2,5 fois plus susceptibles de faire état de besoins de soins médicaux non satisfaits que celles du quintile le plus élevé, en moyenne dans les 28 pays de l'OCDE pris en considération. C'est en Grèce, en Lettonie et en Finlande que le gradient de revenu est le plus important, avec un écart de pourcentage de plus de 8 points entre les deux groupes. En Grèce, plus d'une personne sur six appartenant au premier quintile de revenu fait état de besoins non satisfaits, et plus d'une sur dix en Estonie, en Finlande et en Lettonie.

Les besoins déclarés non satisfaits sont généralement plus importants en matière de soins dentaires qu'en matière de soins médicaux (Graphique 5.6). Cela tient au fait que les soins dentaires sont moins bien pris en charge par les régimes publics dans la plupart des pays de l'OCDE, de sorte que les patients doivent souvent payer de leur poche ou souscrire une assurance maladie privée additionnelle (voir la section « Étendue de la couverture de santé »). Plus de 8 % de la population en Grèce, en Lettonie et en Islande a fait état de besoins en soins dentaires non satisfaits en 2024, contre moins de 1 % en Allemagne, en Hongrie et aux Pays-Bas, ainsi qu'en Croatie, pays candidats à l'adhésion. Dans tous les pays étudiés, ces besoins non satisfaits concernent d'abord et avant tout les plus modestes. Cet état de fait est particulièrement visible en Grèce, en Lettonie et au Portugal, où plus de 15 % des personnes appartenant au premier quintile de revenu ont déclaré avoir renoncé à recevoir des soins dentaires en 2024 contre 5 % tout au plus pour le dernier quintile.

Les besoins non satisfaits, qu'il s'agisse de soins médicaux ou de soins dentaires, ont augmenté dans de nombreux pays de l'OCDE après la pandémie. Dans les pays de l'OCDE étudiés, le pourcentage de la population concernée par des besoins de soins médicaux non satisfaits est passé de 2,7 % en 2019 à 3,4 % en 2024. Pour ce qui est des soins dentaires, les besoins non satisfaits ont également augmenté, passant de 3,8 % de la population en 2019 à 4,1 % en 2024. Le principal motif derrière l'augmentation des besoins non satisfaits, aussi bien médicaux que dentaires, est à chercher dans les délais d'attente excessifs. Le fait est particulièrement net en Finlande, en Lituanie, en Irlande, en Grèce, en Espagne et en France, où les besoins de soins médicaux non satisfaits en raison des délais d'attente ont progressé de 1,4 p.p. (p.p.), au minimum, depuis 2019. Certains de ces pays ont pris des initiatives visant à réduire l'attente. La Grèce, par exemple, a mis en place en 2024 une Liste unique numérique afin de centraliser sur une seule plateforme électronique les listes d'attente relatives aux interventions chirurgicales réalisées dans les hôpitaux publics de manière à pouvoir en faire un suivi en temps réel. En Espagne, un Groupe de travail sur les listes d'attente (*Grupo de Trabajo sobre Listas de Espera*) a été créé dans le cadre du Système de santé national pour normaliser la gestion et le suivi des listes d'attentes au niveau des communautés autonomes.

Définition et comparabilité

Les questions sur les besoins non satisfaits en matière de soins de santé figurent dans les statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), compilées par Eurostat. L'une d'elles vise à déterminer si les personnes ont eu le sentiment, au cours des 12 derniers mois, de ne pas avoir bénéficié des soins médicaux ou dentaires dont elles avaient besoin ; elle est suivie d'une question sur la raison pour laquelle ces besoins n'ont pas été satisfaits. Les données présentées ici sont axées sur trois raisons : les soins de santé coûtaient trop cher, la distance à parcourir était trop grande ou les délais d'attente étaient trop longs. Les données comparables du Canada sont issues de l'Enquête canadienne sur le revenu. Il convient de noter que certaines autres enquêtes sur les besoins non satisfaits (par exemple l'Enquête santé européenne – EHIS) font état de taux de besoins non satisfaits plus élevés. Cela s'explique par le fait que ces enquêtes excluent les personnes n'ayant pas besoin de soins de santé, alors que l'enquête EU-SILC prend en compte la population totale interrogée. En outre, le niveau des besoins non satisfaits dépend de la manière dont les questions sont formulées, ce qui peut expliquer les écarts de résultats entre les enquêtes.

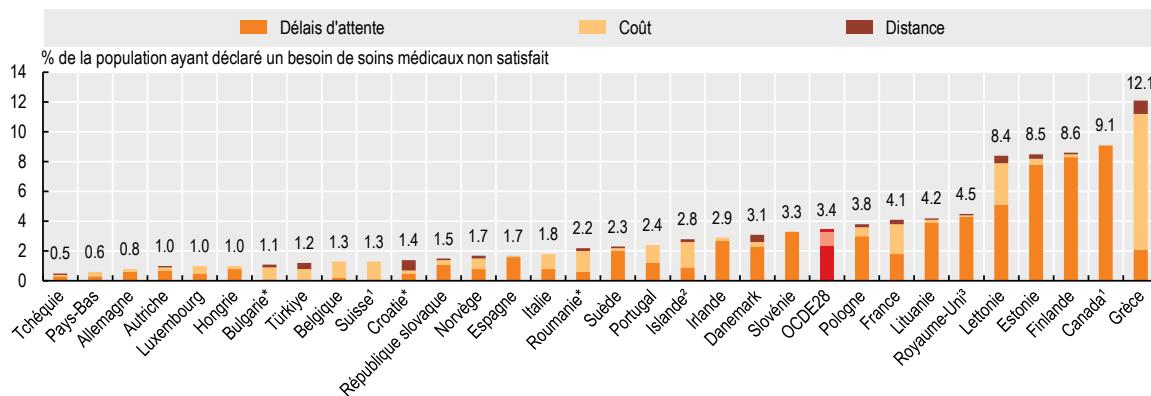
Si l'on compare les pays, les facteurs culturels peuvent influer sur les réponses aux questions relatives aux besoins non satisfaits en matière de soins. De plus, les questions de l'enquête sont quelque peu différentes d'un pays à l'autre : dans la plupart des pays, la question porte à la fois sur un examen médical et un traitement médical, mais dans certains (Espagne et Tchéquie), elle porte uniquement sur un examen médical ou une consultation médicale, ce qui se traduit par des taux plus faibles de besoins non satisfaits.

Les groupes de quintiles de revenu sont calculés en fonction du revenu disponible équivalent total attribué à chaque membre du ménage. Le premier quintile représente les 20 % de la population ayant les revenus les plus bas, et le cinquième quintile les 20 % de la population ayant les revenus les plus élevés.

Références

OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, [1] Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

Graphique 5.4. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, selon le motif principal, 2024

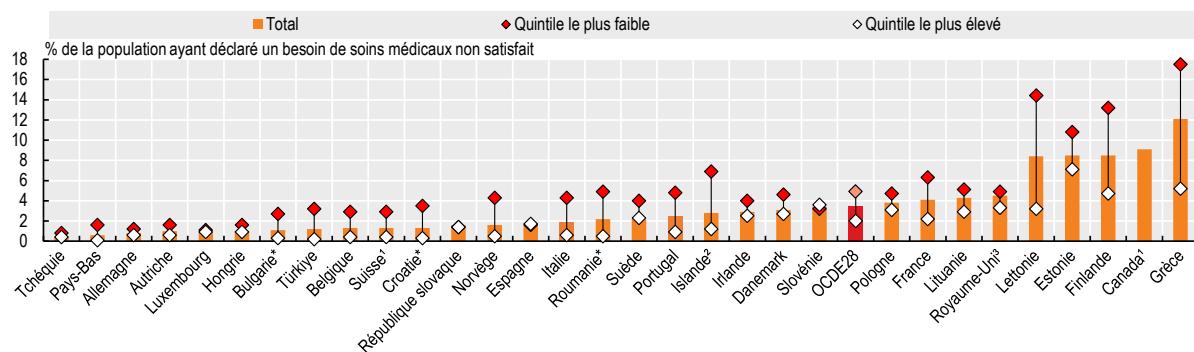


Note : Les données du Canada ne sont pas ventilées par motif. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2023. 2. Données de 2020. 3. Données de 2018.

Source : Eurostat, d'après EU-SILC, et Enquête canadienne sur le revenu 2023.

StatLink <https://stat.link/76kl3f>

Graphique 5.5. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, par niveau de revenu, 2024 (ou année la plus proche)

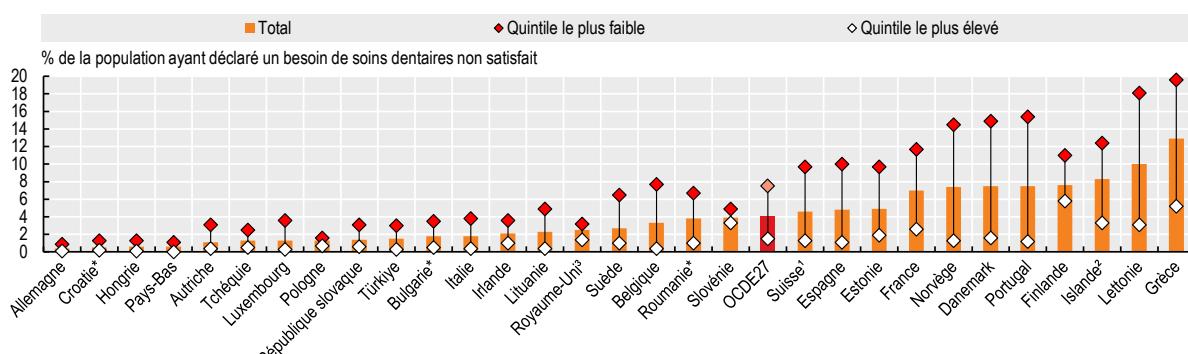


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2023. 2. Données de 2020. 3. Données de 2018.

Source : Eurostat, d'après EU-SILC, et Enquête canadienne sur le revenu 2023.

StatLink <https://stat.link/wyr960>

Graphique 5.6. Population signalant un besoin non satisfait en matière de soins dentaires, par niveau de revenu, 2024 (ou année la plus proche)



* Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2023. 2. Données de 2020. 3. Données de 2018.

Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/dyf98a>

Étendue de la couverture de santé

Outre la part de la population ayant droit aux services de santé de base, l'étendue de la couverture de santé est définie par l'éventail des services compris dans l'ensemble de prestations défini par le régime public et par la proportion des coûts pris en charge. Les différences entre les pays quant à l'étendue de la couverture peuvent tenir à l'inclusion ou à l'exclusion de biens et de services spécifiques dans l'ensemble des prestations définies par les pouvoirs publics ; à des modalités de partage des coûts différentes ; ou bien au fait que certains services ne sont couverts que pour des groupes de population spécifiques dans un pays.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, les trois quarts environ de l'ensemble des coûts de santé étaient pris en charge par les régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires en 2023 (voir la section « Dépenses de santé par dispositif de financement » au chapitre 7), mais la protection financière n'est pas uniforme pour tous les types de biens et services de santé. Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, les soins hospitaliers bénéficiaient d'une couverture plus complète que tout autre type de soin : 89 % des coûts étaient pris en charge par les régimes d'assurance publics ou obligatoires en 2023 (Graphique 5.7). Dans de nombreux pays, les patients ont accès aux soins hospitaliers aigus gratuitement ou en contrepartie d'une participation financière modique ; de ce fait, les taux de couverture avoisinaient les 100 % en Suède, en Norvège, en Islande et en Estonie, de même qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion. En Grèce et en Corée, la prise en charge financière du coût des soins hospitaliers par des fonds publics ne représentait que les deux tiers environ des coûts totaux.

Près de quatre dollars sur cinq (78 %) dépensés au titre des soins ambulatoires dans les pays de l'OCDE l'ont été par les régimes d'assurance maladie publics ou obligatoires. La prise en charge de ces soins était inférieure à 60 % en Lettonie, en Israël, au Portugal, en Italie et en Corée. En Lettonie et au Portugal, de plus en plus de patients cherchent auprès de prestataires privés des substituts au système public, et l'on a vu ainsi progresser très nettement l'assurance santé duplicitive entre 2013 et 2023 pour couvrir ce genre de dépenses (voir la section « Population bénéficiant d'une couverture de santé »). À l'inverse, les régimes d'assurance maladie publics et obligatoires couvrent plus de 90 % des dépenses en Tchéquie, en République slovaque, en Suède, en Allemagne, au Danemark et au Royaume-Uni. Dans certains de ces pays, les soins ambulatoires, qu'ils soient primaires ou spécialisés, sont généralement dispensés sans facturation sur place, mais les usagers doivent parfois s'acquitter d'une participation financière pour certains services ou bien s'ils consultent des prestataires privés non conventionnés. En Tchéquie, par exemple, pratiquement tous les services de santé sont fournis gratuitement, à l'exception des soins ambulatoires pour lesquels une participation financière modique est demandée.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la couverture des soins dentaires par le régime public est nettement plus restreinte du fait d'un éventail de services limité (souvent réservés aux enfants) et d'un niveau élevé de participation financière des patients. En moyenne, moins d'un tiers des frais dentaires est pris en charge par les régimes publics ou par l'assurance maladie obligatoire (Graphique 5.7). Les services mal pris en charge par les régimes publics sont des cibles de prédilection pour les acteurs financiers ou étrangers au domaine de la santé. C'est le cas notamment des soins dentaires depuis quelques années. En Espagne, par exemple, le pourcentage de cabinets gérés par des organisations de services dentaires (qui gèrent l'aspect commercial de l'activité) a doublé entre 2015 et 2018 (Suzuki et al., 2025^[1]).

La prise en charge des produits pharmaceutiques est aussi généralement moins complète que celle des soins hospitaliers et ambulatoires. Les pays où la prise en charge financière est la plus généreuse sont la France (83 %), l'Allemagne (82 %), et l'Irlande (79 %). En revanche, cette part est inférieure à deux-cinquièmes au Canada, en Pologne et au Chili. Au Canada, plus d'un tiers des dépenses pharmaceutiques était financé par les régimes facultatifs d'assurance maladie en 2023, tandis qu'au Chili et en Pologne le reste à charge a représenté au moins 65 % de ces mêmes dépenses (voir la section « Dépenses pharmaceutiques » au chapitre 9).

Définition et comparabilité

La couverture de santé est définie par le pourcentage de la population qui est en droit de bénéficier d'une prise en charge, par l'éventail des services qui en font l'objet et par la proportion des coûts pris en charge par les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. La couverture de l'assurance maladie facultative n'est pas prise en compte, pas plus que celle offerte par d'autres régimes facultatifs (proposés par un organisme sans but lucratif ou l'employeur). Les fonctions clés analysées ici se fondent sur les définitions données dans le Système des comptes de la santé 2011 (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[2]). Les soins hospitaliers désignent les soins curatifs et de réadaptation (essentiellement dispensés dans les hôpitaux) ; les soins ambulatoires, tous les soins curatifs et de réadaptation prodigues en ambulatoire, hors soins dentaires ; les produits pharmaceutiques, les médicaments délivrés sur ordonnance et les médicaments en vente libre, y compris les produits médicaux non durables. Dans certains pays, les dépenses allouées aux soins dentaires ne peuvent être distinguées du reste et sont comptabilisées avec les soins médicaux ambulatoires.

Comparer les taux de couverture financière pour différents types de services est une simplification. Par exemple, un pays où seule une part restreinte de la population est couverte, mais pour un vaste éventail de soins peut afficher un taux de couverture financière inférieur à celui d'un pays où la population entière a droit à une prise en charge, mais pour un ensemble de prestations plus limité.

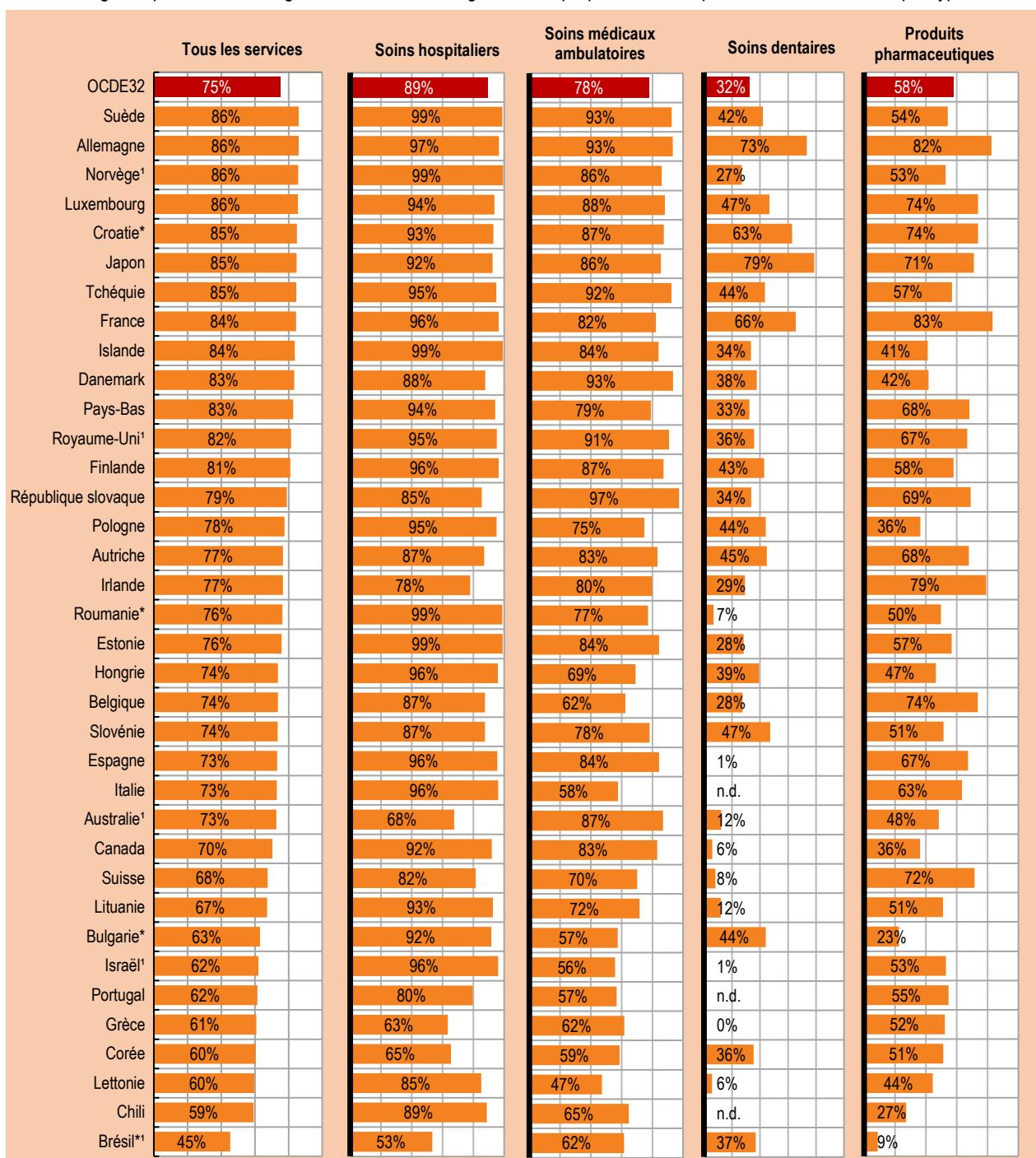
Références

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [2]

Suzuki, E. et al. (2025), « Trends in the financialisation of outpatient care across OECD countries : What do we know? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 179, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/f5d88b41-en>. [1]

Graphique 5.7. Étendue de la couverture financière, 2023 (ou année la plus proche)

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



Note : La prise en charge des produits pharmaceutiques en Israël est calculée à partir des dépenses consacrées aux produits médicaux (sans précision de la finalité).

* Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Les dernières données disponibles portent sur 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink  <https://stat.link/tsibnz>

Difficultés financières et dépenses à la charge des patients

Les systèmes de santé offrent une protection financière adéquate lorsque le paiement des soins de santé n'expose pas les individus à des difficultés financières. Le manque de protection financière peut restreindre l'accès aux soins, fragiliser l'état de santé, accentuer la pauvreté et exacerber les inégalités en matière de santé et sur le plan socioéconomique. Les ménages les plus pauvres et ceux qui doivent supporter les coûts d'un traitement de longue durée, comme celui des médicaments prescrits en cas de maladie chronique, sont particulièrement vulnérables. Si le reste à charge des patients joue souvent un rôle important dans le financement des systèmes de santé, la protection financière s'amoindrit lorsque ces derniers abusent de cette solution. Globalement, dans les pays de l'OCDE, un peu moins d'un cinquième des dépenses de santé est ainsi réglé directement par les patients (voir la section « Dépenses de santé par type de financement » au chapitre 7).

La part de la consommation des ménages consacrée aux soins de santé fournit une évaluation globale du fardeau financier que représentent les dépenses à la charge des patients. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, en 2023, environ 3,2 % des dépenses totales des ménages étaient consacrées aux biens et services de santé. Inférieure à 2 % en Pologne, au Luxembourg, en Colombie et en Turquie, cette proportion était en revanche supérieure à 5 % en Suisse, en Corée et au Chili (Graphique 5.8).

Le degré de couverture des différents biens et services de santé varie selon les systèmes de santé des pays de l'OCDE (voir la section « Étendue de la couverture de santé »). Les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux constituent la principale dépense à la charge des ménages : ils représentaient 41 %, en moyenne, de la participation financière directe aux soins en 2023 (Graphique 5.9). Au Mexique, en République slovaque et en Pologne, les produits pharmaceutiques représentaient plus de 60 % des dépenses au titre du reste à charge. Les soins ambulatoires représentaient quant à eux quelque 22 %, en moyenne, des dépenses que les ménages consacrent aux soins, cette proportion étant toutefois nettement plus élevée en Belgique (43 %), en Italie (48 %) et au Portugal (52 %) où le partage des coûts est fréquent en ce qui concerne ces soins. Les soins dentaires représentaient 16 % des dépenses de santé à la charge des patients en 2023, et les soins de longue durée 13 %. Les soins hospitaliers ne constituent qu'une part minimale (8 %) des dépenses laissées à la charge des patients dans les pays de l'OCDE, à l'exception de la Grèce (34 %) en raison du recours aux services d'hôpitaux privés.

L'indicateur le plus largement utilisé pour mesurer les difficultés financières associées aux paiements directs pour les ménages est l'incidence des dépenses de santé catastrophiques (Cylus, Thomson et Evetovits, 2018^[1]). Celle-ci varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre, avec moins de 2 % de ménages concernés en Suède, en Slovénie, au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas, contre plus de 10 % en Lituanie, en Lettonie et en Hongrie (Graphique 5.10). Dans tous les pays, les ménages les plus pauvres (c'est-à-dire ceux qui appartiennent au quintile de consommation le plus bas) sont les plus susceptibles de se trouver confrontés à des dépenses de santé catastrophiques, bien que de nombreux pays aient pris des mesures de protection financière.

L'incidence des dépenses catastrophiques est étroitement liée à la dépendance d'un système de santé vis-à-vis des dépenses directes. Les pays ont la possibilité de réduire le reste à charge des patients en augmentant leurs dépenses de santé ; néanmoins, les choix stratégiques quant à la couverture de la prise en charge ont aussi leur importance. La protection financière de la population suppose que les soins soient financés sur fonds publics, bien que cela ne soit pas une garantie suffisante en soi. Les pays où l'incidence des dépenses catastrophiques sur la santé est la plus faible sont ceux qui atténuent les effets négatifs du reste à charge par des mesures de partage des coûts bien pensées, par exemple des exonérations pour les plus modestes et un plafonnement annuel de la participation financière. De plus, inclure les soins primaires dans l'éventail de services pris en charge est aussi de nature à atténuer les difficultés financières (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2023^[2]). Au Portugal, par exemple, l'élimination de la participation forfaitaire aux coûts des soins primaires et des prestations obligatoires ont sans doute contribué à réduire l'incidence des dépenses de santé catastrophiques depuis quelques années.

Définition et comparabilité

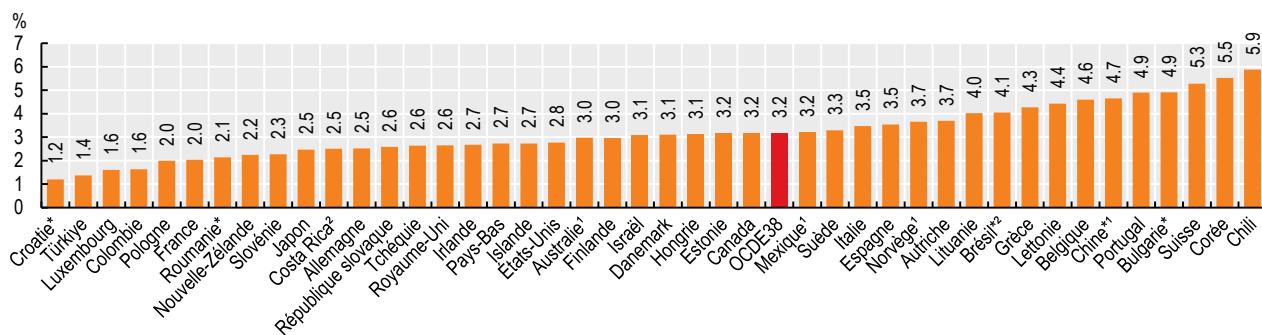
Les dépenses directes désignent les dépenses supportées directement par les patients lorsque ni les systèmes d'assurance publics ni les systèmes privés ne couvrent en totalité le coût d'un produit ou d'un service de santé. Elles incluent la participation des patients au coût et d'autres dépenses payées directement par les ménages et, dans l'idéal, devraient aussi inclure les estimations des paiements non officiels aux prestataires de soins. Pour les pays qui ne sont pas en mesure de comptabiliser séparément les dépenses au titre des soins dentaires, ceux-ci sont généralement comptabilisés avec les soins ambulatoires, ce qui a une incidence sur la composition des dépenses à la charge des patients.

Les dépenses de santé catastrophiques sont un indicateur de protection financière qui sert à mesurer les progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU). Elles se définissent comme les dépenses directes qui dépassent un pourcentage prédéfini des ressources qu'un ménage peut consacrer aux soins de santé. Les ressources dont disposent les ménages peuvent être définies de diverses façons, ce qui entraîne des différences de mesure. Dans les données présentées ici, ces ressources sont définies comme la consommation du ménage diminuée d'un montant forfaitaire représentant les dépenses de première nécessité consacrées à la nourriture, au loyer et aux charges (eau, électricité, gaz et autres combustibles). Le seuil au-delà duquel les ménages sont considérés comme confrontés à des dépenses catastrophiques est fixé à 40 %. Cet indicateur est calculé à l'aide des microdonnées issues des enquêtes nationales sur le budget des ménages.

Références

- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2023), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, <https://iris.who.int/handle/10665/374504>. [2]
- Cylus, J., S. Thomson et T. Evetovits (2018), « Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 96/9, pp. 599-609, <https://doi.org/10.2471/blt.18.209031>. [1]

Graphique 5.8. Dépenses à la charge des patients en pourcentage de la consommation finale des ménages, 2023 (ou année la plus proche)

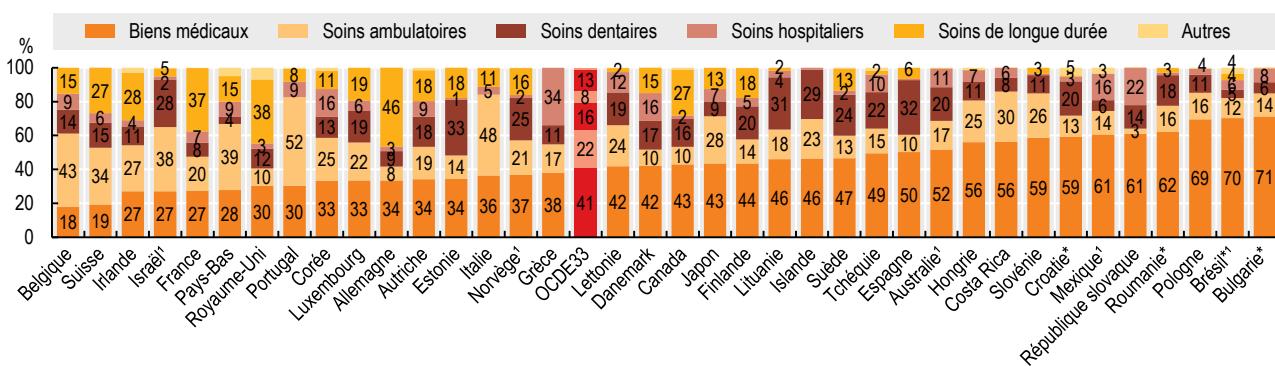


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <https://stat.link/56tpa9>

Graphique 5.9. Composition des dépenses à la charge des patients, par type de service de santé, 2023 (ou année la plus proche)

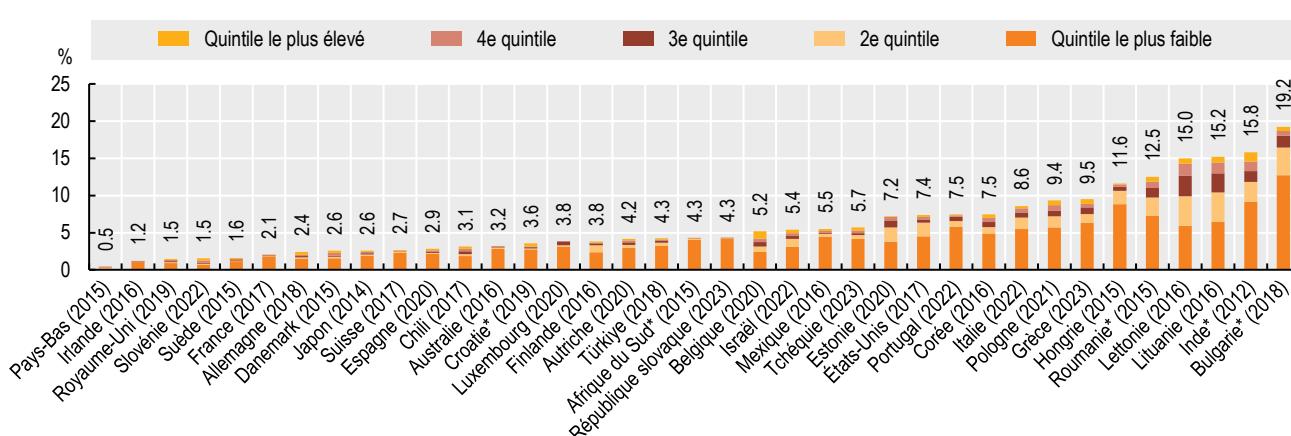


Note : La catégorie « Biens médicaux » comprend les produits pharmaceutiques et les appareils thérapeutiques. La catégorie « Autres » comprend les soins préventifs, les services administratifs et les services inconnus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/n09qa1>

Graphique 5.10. Part des ménages ayant des dépenses de santé catastrophiques, par quintile de consommation, dernière année disponible



* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2023, UHC Watch 2025.

StatLink <https://stat.link/f80q1j>

Délais d'attente

Les longs délais d'attente avant de recevoir différents types de soins sont un problème déjà ancien dans un certain nombre de pays de l'OCDE. Les bienfaits escomptés du traitement étant retardés, les patients continuent d'endurer douleur et handicap plus longtemps qu'ils ne devraient, ce qui risque de nuire à leur convalescence.

Le Graphique 5.11 et le Graphique 5.12 sont consacrés plus particulièrement à deux interventions chirurgicales électives (non urgentes) : l'opération de la cataracte et l'arthroplastie de la hanche. En ce qui concerne l'opération de la cataracte, en 2024, la part des patients attendant plus de trois mois (Graphique 5.11, partie gauche) était comprise entre moins de 20 % en Pologne et en Hongrie, et plus de 70 % en Finlande et en Norvège (bien que dans ce dernier pays les temps d'attente avant ce type d'intervention et d'autres également soient surévalués par rapport aux autres pays – voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Si l'on considère maintenant le nombre médian de jours d'attente (Graphique 5.11, partie droite), celui-ci va de 50 jours ou moins, en Espagne, en Pologne, en Hongrie et en Suède, à 280 jours en Slovénie.

Avant la pandémie, les délais d'attente tendaient à raccourcir dans la plupart des pays. Ils se sont considérablement allongés en raison de la crise sanitaire, puis ont retrouvé, ou commencé à retrouver, leur niveau antérieur dans la majorité des cas. Toutefois, en Nouvelle-Zélande et en Slovénie, les délais d'attente ont continué de s'allonger selon les deux types de mesures. Depuis quelques années, ils ont en revanche considérablement diminué en Pologne. Ces améliorations sont le résultat d'un effort financier consenti depuis 2019, par l'intermédiaire du Fonds national pour la santé, en faveur du traitement de la cataracte et de l'arthroplastie de la hanche et du genou.

En ce qui concerne l'arthroplastie de la hanche, le pourcentage de patients devant attendre plus de trois mois est globalement identique à celui relevé pour l'opération de la cataracte, mais le temps d'attente médian est généralement bien plus important (Graphique 5.12). En 2024, celui-ci allait de 67 jours en Suède et en Espagne à plus de six mois en Hongrie (209 jours), au Chili (313 jours), en Pologne (343 jours) voire à près de deux ans en Slovénie (667 jours). À cela s'ajoute que le temps d'attente est encore supérieur à son niveau d'avant la pandémie dans un plus grand nombre de pays, et s'est même considérablement allongé en Slovénie. La Pologne fait là encore figure d'exception, puisque les délais d'attente se sont nettement réduits par rapport à 2019. L'arthroplastie du genou (non représentée) suit une tendance analogue à celle de l'arthroplastie de la hanche, même si les délais d'attente sont généralement plus élevés pour les deux types de mesures.

Quel que soit le type d'intervention élective, la recherche montre que le nombre de patients opérés devra souvent excéder sensiblement celui des dernières années pour que l'on retrouve les niveaux constatés avant la pandémie, eu égard notamment à la demande croissante résultant du vieillissement de la population (Siciliani et Lafourture, à paraître^[1]).

Une enquête menée par le Fonds du Commonwealth fournit des éléments complémentaires au sujet des délais d'attente pour consulter un prestataire de soins primaires (médecin généraliste ou infirmier) ou un spécialiste. Certains pays de l'OCDE ont fixé des temps d'attente maximum pour les soins primaires – généralement compris entre 24 heures et 7 jours – et donnent en parallèle la priorité aux patients atteints de pathologies graves (OCDE, 2020^[2]). Dans les dix pays étudiés, cependant, près d'une personne sur cinq (18 %) indique devoir attendre plus d'une semaine pour consulter un généraliste ou un infirmier, et plus d'une sur deux (57 %) au moins deux jours. Les temps d'attente les plus importants sont relevés au Canada, en Nouvelle-Zélande et en France (Graphique 5.13, partie gauche). En ce qui concerne les spécialistes, un peu plus de la moitié des patients, en moyenne (52 %), a dû attendre un mois, sinon davantage, avant d'être reçu en rendez-vous. Au Canada et au Royaume-Uni, ils sont plus de 10 % à déclarer avoir attendu plus d'un an (Graphique 5.13, partie droite).

Définition et comparabilité

Deux mesures des délais d'attente avant une chirurgie électrique sont présentées dans cette section : les délais d'attente entre l'évaluation par un spécialiste et le traitement, donnant le nombre de patients dont le délai d'attente est supérieur à trois mois, et les délais d'attente pour les patients qui sont encore sur liste d'attente à un moment donné, avec le nombre médian de jours d'attente. Par rapport à la moyenne, la médiane est plus basse, car elle minimise l'influence des cas extrêmes (des patients avec des délais d'attente extrêmement longs). Les délais d'attente sont surestimés en Norvège parce qu'ils commencent à partir de la date à laquelle un médecin oriente un patient vers un spécialiste qui procèdera à des examens plus poussés en vue du traitement, alors que dans les autres pays ils commencent à partir du moment où un spécialiste a procédé à ces examens et décidé d'inscrire le patient sur une liste d'attente. Les données proviennent de bases de données administratives. Les patients qui refusent de subir l'intervention à plusieurs reprises sont généralement retirés de la liste.

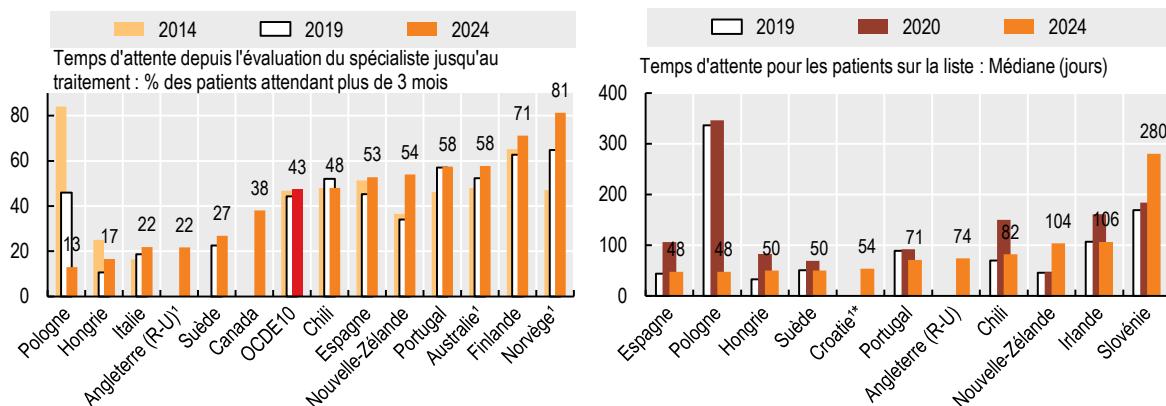
Dans le cadre de l'enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé (*Commonwealth Fund International Health Policy Survey*), des patients âgés de 18 ans ou plus sont invités à indiquer combien de temps ils ont dû attendre. Dans le cas des soins primaires, il leur était demandé de répondre à la question suivante : « la dernière fois que vous avez été malade ou avez eu besoin de consulter un médecin ou un infirmier, combien de temps avez-vous dû attendre votre rendez-vous ? » Dans le cas des consultations de spécialiste : « Une fois que l'on vous a orienté vers un spécialiste ou que vous avez décidé d'en consulter un, combien de temps avez-vous dû attendre votre rendez-vous ? » Les réponses non pertinentes n'ont pas été prises en considération. Il convient de noter que les disparités entre les pays peuvent s'expliquer en partie par les différences de caractéristiques des systèmes de santé, mais aussi par la dimension subjective des questions ; en outre, dans certains pays, la taille des échantillons était faible.

Références

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

- Siciliani, L. et G. Lafourture (à paraître), « Backlogs, waiting times and waiting lists of elective surgeries across OECD countries ». [1]

Graphique 5.11. Délais d'attente avant une chirurgie de la cataracte

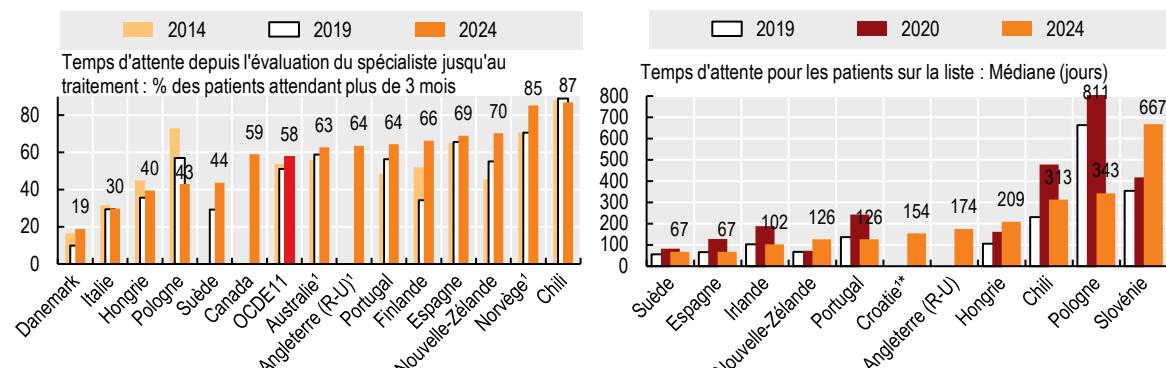


Note : Moyenne de l'OCDE calculée sur la base des 10 pays pour lesquels toutes les années sont disponibles. 1. Les dernières données datent de 2022-2023. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/e7kwxa>

Graphique 5.12. Délais d'attente avant une arthroplastie de la hanche

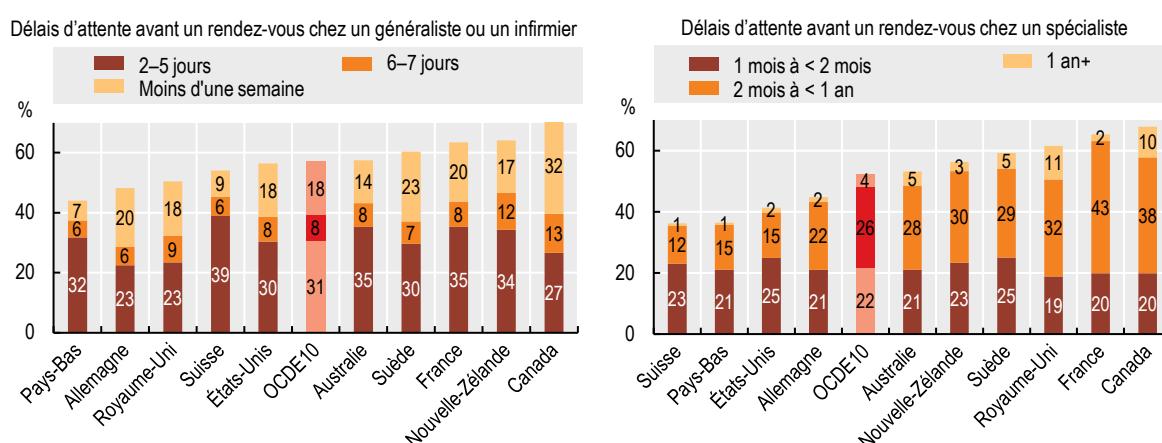


Note : Moyenne de l'OCDE calculée sur la base des 11 pays pour lesquels toutes les années sont disponibles. 1. Les dernières données datent de 2022-2023. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/l2du7x>

Graphique 5.13. Délais d'attente avant un rendez-vous chez un généraliste ou un infirmier ou chez un spécialiste, 2023



Note : Les données comprennent les téléconsultations et excluent les consultations dans les services d'urgences hospitalières.

Source : Fonds du Commonwealth, Enquête internationale 2023 sur les politiques de santé.

StatLink <https://stat.link/lm9fib>

Accessibilité physique des services de santé

Quel que soit l'endroit où elle vit, il convient que la population ait un accès correct aux professionnels de santé et infrastructures de soin. Or les carences observées dans certaines régions peuvent être la cause d'inégalités dans cet accès, qui elles-mêmes seront peut-être à l'origine de besoins non satisfaits (voir la section « Besoins de santé non satisfaits »). Les pays sont aux prises avec ce problème depuis de nombreuses années et y répondent notamment par des mesures visant à inciter davantage de médecins à s'installer dans les régions isolées et peu densément peuplées.

En ce qui concerne la densité médicale, on comptait en moyenne, en 2023, dans 18 pays de l'OCDE, 5 médecins pour 1 000 habitants en zone métropolitaine, contre 3.2 pour 1 000 dans les régions isolées (Graphique 5.14). La Lituanie dénombrait 6.6 médecins pour 1 000 habitants dans les zones métropolitaines, mais deux seulement dans les zones isolées. De même, en Pologne et en Turquie, il n'y avait pas plus de deux médecins en exercice pour 1 000 habitants dans ces zones. La répartition des médecins est plus homogène dans l'ensemble sur le territoire de la Belgique, de la Corée et du Japon.

Au Portugal, où l'on constate aussi une nette différence entre zones métropolitaines et zones isolées, une ventilation plus fine des données montre que les médecins se concentrent dans l'aire urbaine de Lisbonne et sont nettement moins présents dans les localités reculées (voir la section « Médecins (nombre total et répartition) » au chapitre 8). Pour remédier à ce problème d'accessibilité, le gouvernement portugais a pris diverses mesures, lançant notamment le programme « Plus de médecins en 2024 » qui accorde des gratifications, sous forme d'avantages salariaux et d'aides au logement, aux jeunes diplômés qui choisissent d'exercer dans les hôpitaux de zones moins densément peuplées (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023^[1]). Au Japon, où les écarts de densité médicale sont faibles, un quota de 16 % des étudiants en médecine bénéficie d'une bourse octroyée par les régions. Des études récentes ont montré que ces étudiants sont, par rapport aux autres diplômés, plus nombreux à rester dans la région où ils ont commencé à exercer. Ils sont aussi plus susceptibles de travailler dans un hôpital rural par la suite et moins enclins à se spécialiser dans un domaine, comme la dermatologie ou l'ophtalmologie, dont l'essentiel des praticiens s'installe en ville (Matsumoto et al., 2021^[2]).

En ce qui concerne l'accès physique aux hôpitaux, on constate également de nettes différences entre les zones rurales et les villes. En moyenne, dans 14 pays de l'OCDE, en 2023, la quasi-totalité de la population urbaine habitait à moins de 45 minutes de route d'un hôpital, tandis que 17 % de la population rurale devait effectuer un trajet d'une durée supérieure à 45 minutes pour se rendre à l'hôpital le plus proche (Graphique 5.15). C'est en Norvège et en Suède que l'écart est le plus important ; dans ces pays, la très grande majorité des citadins peut accéder facilement à un hôpital, mais seuls 57 % des ruraux, en Norvège, et 66 %, en Suède, se trouvaient à moins de 45 minutes d'une telle structure. En Norvège, le problème de l'accessibilité est particulièrement criant en ce qui concerne les consultations de spécialistes. Ainsi, plus de 80 % des patients ont attendu plus de trois mois une opération de la cataracte en 2024, soit le délai d'attente le plus important des 13 pays de l'OCDE disposant de données comparables (voir la section « Délais d'attente »).

En Grèce, 15 % de la population citadine vivait loin d'un hôpital, et cette proportion atteint 43 % en zone rurale. De fait, la Grèce est, des 28 pays de l'OCDE étudiés, celui dont les habitants sont les plus nombreux, en proportion, à faire état de besoins de santé non satisfaits en raison de l'éloignement, le coût et les délais d'attente constituant d'autres obstacles importants (voir la section « Besoins de santé non satisfaits »). Les écarts étaient plus faibles en France, au Japon et en Tchéquie, où plus de 98 % de la population rurale vit à proximité d'un hôpital. En France, l'hospitalisation à domicile permet aux patients de recevoir des soins réguliers chez eux, même s'ils souffrent d'une affection complexe.

Définition et comparabilité

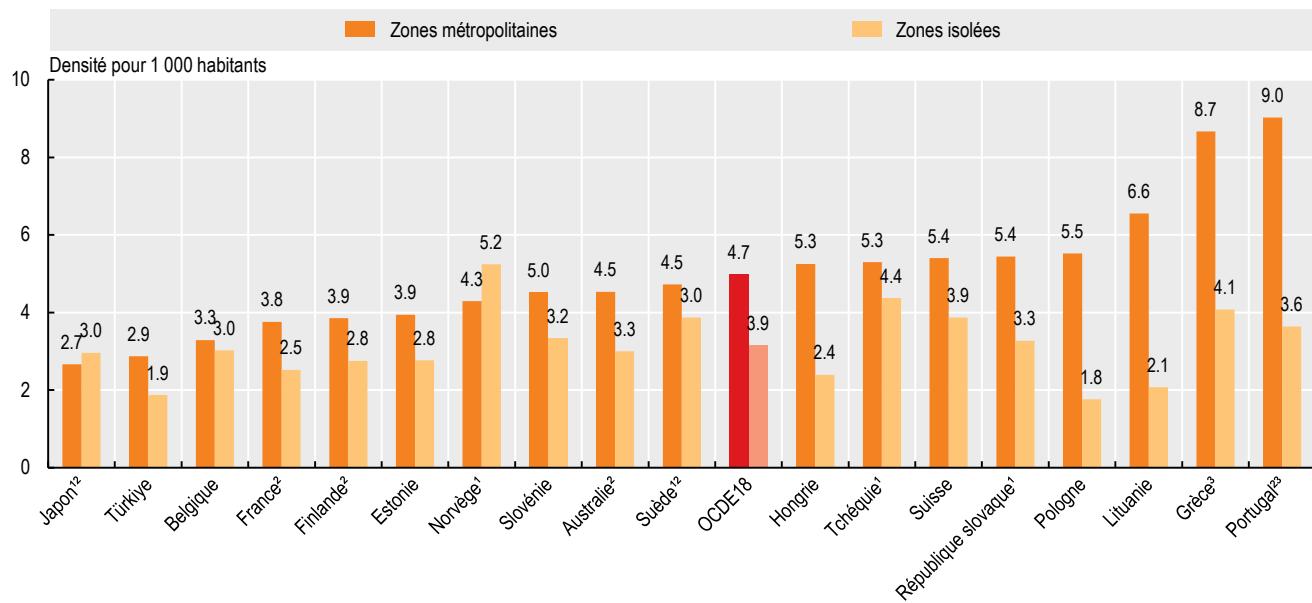
Les régions sont réparties en deux niveaux territoriaux. Le niveau supérieur (niveau territorial 2) englobe de vastes régions qui correspondent généralement aux régions administratives nationales. Ces régions peuvent englober des régions métropolitaines ainsi que des zones plus rurales et isolées. Le niveau inférieur (niveau territorial 3) est constitué de régions plus petites, classées comme suit : les régions métropolitaines (régions dont la population est supérieure à 250 000 habitants), les régions à proximité d'une région métropolitaine, et les régions plus éloignées (régions éloignées des zones métropolitaines et régions proches de petites zones urbaines dont la population est inférieure à 250 000 habitants). Toutes les données sur la répartition géographique proviennent de la base de données régionale de l'OCDE, qui inclut des données de la Base de données d'Eurostat pour le niveau territorial 2.

L'indicateur relatif à l'accès aux hôpitaux est obtenu par estimation à partir de données sur les points d'intérêt, de grilles sur la population (GHS-POP 2020) et le degré d'urbanisation (GHS-SMOD 2020) avec une résolution d'un kilomètre carré, et de l'outil Mapbox Isochrone API (OCDE, 2024^[3]). L'indicateur était calculé selon qu'il y avait ou non, dans chaque région, un hôpital accessible en 45 minutes de route.

Références

- Matsumoto, M. et al. (2021), « Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study », *Human Resources for Health*, vol. 19/102, <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00644-6>. [2]
- OCDE (2024), *OECD Regions and Cities at a Glance 2024*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/f42db3bf-en>. [3]
- OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2023), *Portugal: Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/069af7b1-en>. [1]

Graphique 5.14. Densité de médecins, zones métropolitaines et isolées, 2023-2024 (ou année la plus proche)



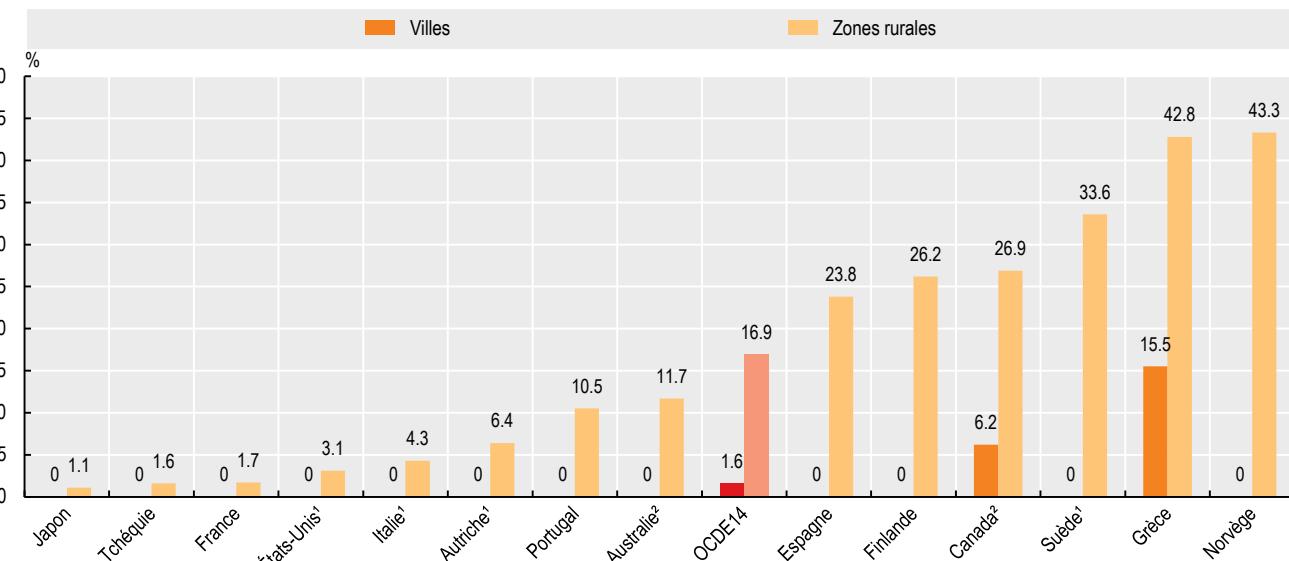
1. Les données de la région la plus similaire ont été utilisées pour compenser les données manquantes. 2. Données de 2021-2022. 3. Les données font référence à tous les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de praticiens en activité.

Source : Base de données régionales de l'OCDE, 2025.

StatLink <https://stat.link/mz6udy>

Graphique 5.15. Population ne pouvant accéder à un hôpital en moins de 45 minutes en voiture, par localité, 2023

Accès aux hôpitaux dans les régions éloignées d'une zone urbaine fonctionnelle peuplée de 250 000 habitants ou plus (petites régions, TL3) en 2023, selon le degré d'urbanisation, moyennes pondérées de la population



1. Données de 2020-2021. 2. Données de 2018-2019.

Source : Base de données régionales de l'OCDE, 2025.

StatLink <https://stat.link/hrvod7>

Consultations chez le médecin

Pour une grande partie de la population, les contacts avec les services de santé revêtent le plus souvent la forme de consultations chez le médecin généraliste, qui sont souvent le point de départ d'un traitement médical. Les consultations peuvent avoir lieu au cabinet, dans des maisons de santé de proximité, dans les services de consultation externe des hôpitaux ou, dans certains cas, au domicile des patients. De plus en plus, ces derniers ont aussi la possibilité de consulter à distance, souvent en ligne dans le cadre d'un appel vidéo.

En 2023, le nombre moyen de consultations médicales en présence par habitant dans les pays de l'OCDE allait de moins de 3 au Mexique, au Costa Rica, en Suède et en Grèce à 18 en Corée (Graphique 5.16). La moyenne à l'échelle de l'OCDE était de 6.5 consultations par personne et par an. Au Canada, aux États-Unis, en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède, le nombre relativement faible de consultations peut s'expliquer en partie par le rôle accru des infirmiers et autres professionnels de santé en matière de soins primaires – notamment en ce qui concerne la gestion des patients atteints de maladies chroniques et le traitement des patients ayant des problèmes de santé mineurs. Cela réduit la nécessité de consulter un médecin (Brownwood et Lafourche, 2024^[1]).

Le nombre de consultations en présence a diminué dans 21 pays de l'OCDE sur 31 depuis 2019. Un recul qui tient sans doute en partie à la progression des téléconsultations ces dernières années. Ainsi, en 2023, 13 % des consultations médicales étaient des téléconsultations, en moyenne dans les 22 pays de l'OCDE disposant de données comparables (Graphique 5.17). Les téléconsultations représentaient plus de 25 % de l'ensemble des consultations médicales au Danemark, en Estonie, en Israël, au Portugal et en Suède, alors qu'elles restaient encore rares en Allemagne, au Chili, en Corée et en Grèce (voir la section « Données et numérique » au chapitre 9 pour les tendances des téléconsultations).

Les modes de paiement des prestataires et le montant du ticket modérateur ont également une incidence sur le nombre de consultations médicales. Dans certains pays, les médecins sont payés essentiellement en honoraires pour service (p. ex., en Allemagne, en Corée, au Japon et en République slovaque). Les taux de consultation y sont généralement plus élevés que dans les pays où les médecins sont le plus souvent salariés ou rémunérés à la capitation (p. ex., le Danemark, la Finlande, le Mexique et la Suède). Pour autant, aux États-Unis, où les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, les taux de consultation sont relativement faibles. Cela tient probablement en partie au montant élevé du ticket modérateur pour une grande partie de la population, qui peut amener les patients à ne pas consulter de médecin en raison du coût des soins.

Le nombre et le type de consultations peuvent varier selon le groupe socioéconomique. Les personnes les plus aisées consulteront plus facilement un médecin que les personnes du quintile de revenu inférieur, pour un niveau de besoin comparable. Ces inégalités d'accès selon le niveau de revenu sont beaucoup plus marquées pour les consultations de spécialistes que pour les consultations de généralistes (OCDE, 2019^[2]).

Les informations relatives au nombre de consultations de médecins par personne peuvent servir à estimer le nombre annuel de consultations (en présence) par médecin. Cet indicateur ne doit pas être considéré comme une mesure de la productivité des médecins, d'une part parce que la durée et l'efficacité des consultations varient, d'autre part parce qu'il ne prend en compte ni les services que les médecins fournissent aux patients hospitalisés ni le temps consacré aux tâches administratives et aux travaux de recherche. Si l'on garde à l'esprit ces problèmes de comparabilité, c'est en Corée que le nombre estimé de consultations par médecin est le plus élevé ; le Japon et la Turquie viennent ensuite avec plus de 4 500 consultations en 2023 (Graphique 5.18). En Corée, cela peut s'expliquer par la faible durée des consultations, qui permet aux médecins de recevoir davantage de patients par unité de temps ; les autorités y voient également le moyen de conserver des temps d'attentes minimes : en effet, la plupart des patients peuvent ainsi recevoir des soins primaires le jour même, même sans rendez-vous. Les chiffres les plus bas ont été enregistrés en Grèce et en Suède. En Suède, les consultations médicales, aussi bien dans le cadre de soins primaires qu'à l'hôpital, sont généralement limitées aux patients dont le cas est relativement grave ou complexe.

Définition et comparabilité

Les consultations médicales en personne correspondent au nombre de contacts directs avec des généralistes ou des spécialistes. On observe des variations d'un pays à l'autre en matière de couverture des différents types de consultations, notamment en ce qui concerne les services de consultations externes des hôpitaux. Les données proviennent essentiellement de sources administratives ; néanmoins, dans certains pays (Irlande, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et Suisse, par exemple), elles sont tirées d'enquêtes à partir d'entretiens auprès de patients. Les estimations provenant de sources administratives sont généralement plus précises (et élevées) que celles tirées des enquêtes en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse dans les enquêtes.

Les Pays-Bas ne comptabilisent pas les consultations pour soins maternels et infantiles. En Allemagne, seuls les cas de traitement médical conformes aux règles de remboursement du régime d'assurance maladie sociale sont comptabilisés (un cas ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois, même si le patient consulte un médecin plus souvent, d'où une sous-estimation). L'Espagne et le Portugal excluent (totalement ou partiellement) les consultations médicales en cabinet privé. Ne pouvant être comptabilisées à part, les consultations à distance sont prises en compte dans quelques pays (comme l'Autriche, à partir de 2020, ou l'Espagne, l'Irlande, le Japon, la Lettonie, les Pays-Bas et la République slovaque à partir de 2019).

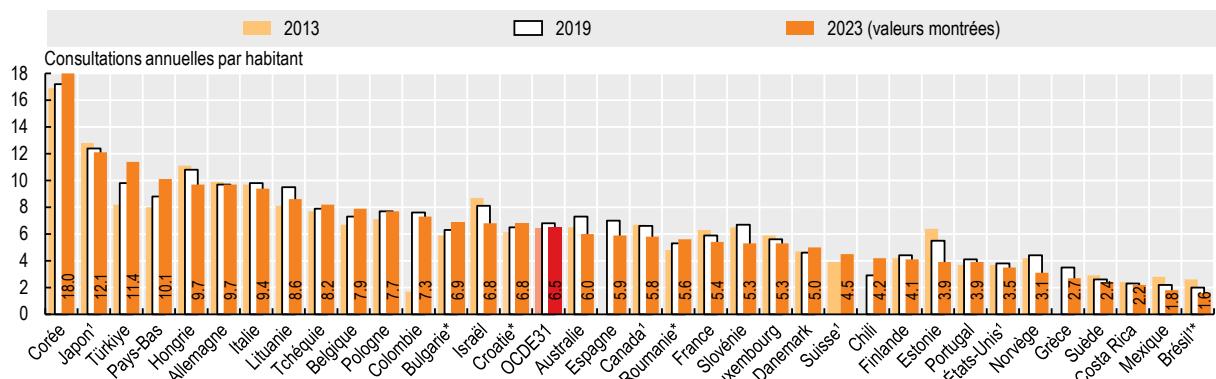
Une ventilation des consultations selon qu'elles ont eu lieu en personne ou à distance a été fournie par 20 pays de l'OCDE. Les téléconsultations couvrent les consultations à distance de médecins généralistes ou spécialistes, quel que soit le moyen employé (notamment les appels téléphoniques ou virtuels), le Danemark excluant toutefois les consultations par courrier électronique. Les données couvrent les prestataires publics et privés, sauf dans le cas de l'Espagne, où les consultations en cabinet privé ne sont pas comptabilisées, et dans celui du Chili et d'Israël, qui ne communiquent des données que pour les prestataires publics.

Références

Brownwood, I. et G. Lafourche (2024), « Advanced practice nursing in primary care in OECD countries : Recent developments and persisting implementation challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 165, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/8e10af16-en>. [1]

OCDE (2019), *Health for Everyone? : Social Inequalities in Health and Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>. [2]

Graphique 5.16. Consultations médicales en personne par habitant, 2023, 2019 et 2013 (ou années les plus proches)

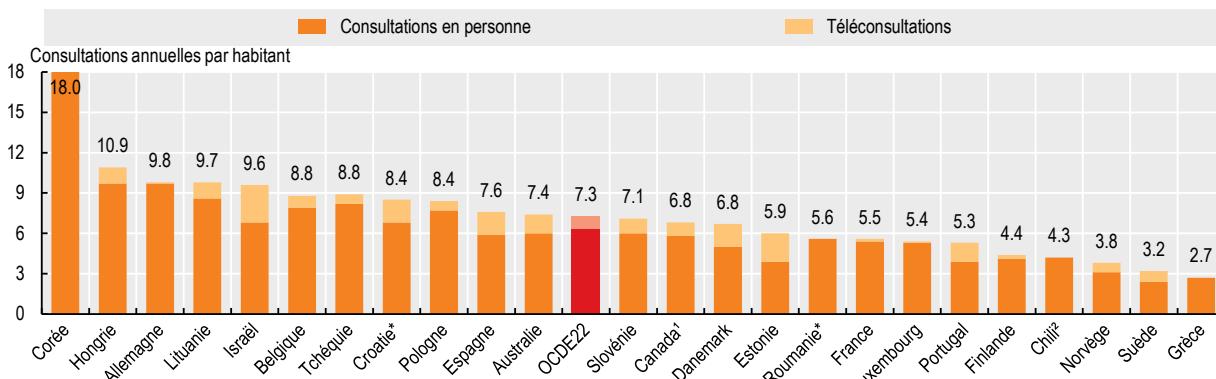


1. Les dernières données datent de 2021-2022. Dans certains pays, les données de 2014-2015 ont été utilisées pour les années antérieures, en raison de ruptures de séries. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/ebruc2>

Graphique 5.17. Consultations médicales, en personne ou à distance, 2023 (ou année la plus proche)

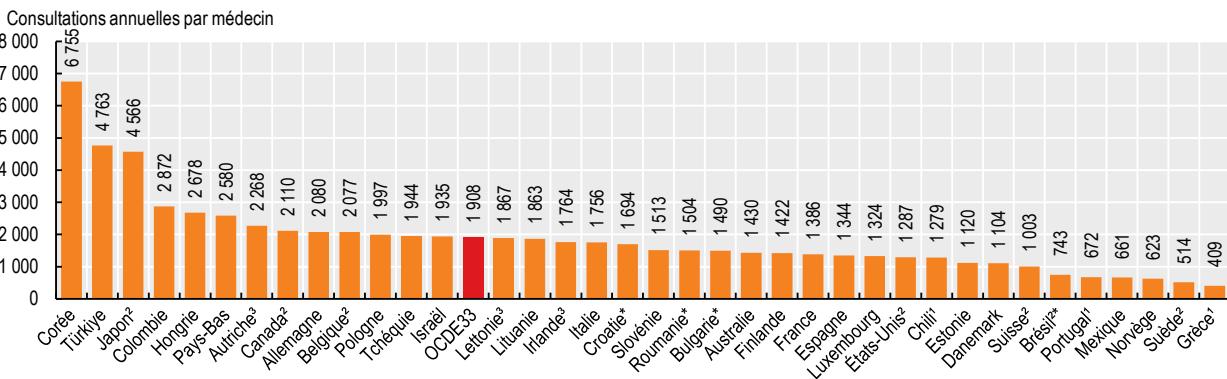


1. Données de 2022. 2. Secteur public uniquement. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/tfdgwq>

Graphique 5.18. Estimation du nombre de consultations en personne par médecin, 2023 (ou année la plus proche)



1. Le dénominateur inclut tous les médecins autorisés à exercer, d'où une sous-estimation possible des résultats. 2. Données de 2021-2022. 3. Données de 2019.

* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/izw7s9>

Lits d'hôpital et taux d'occupation

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de lits d'hôpital et de faire preuve d'une capacité d'adaptation s'agissant de leur utilisation afin de faire face à la hausse inattendue de la demande de soins intensifs. Pour autant, le manque de personnel constitue un problème plus grave que le nombre de lits (OCDE, 2023^[1]). En outre, un excédent de lits hospitaliers peut entraîner une surutilisation et donc des coûts, alors que de nombreux patients peuvent être soignés efficacement en ambulatoire dans les hôpitaux ou dans les établissements de soins primaires. Il convient donc de trouver un équilibre entre une capacité d'accueil suffisante et des impératifs d'optimisation des ressources.

En 2023, on recensait en moyenne 4,2 lits d'hôpital pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.19). Au Japon et en Corée, ce chiffre était nettement supérieur (12,5 et 12,6 pour 1 000 habitants respectivement). Plus des deux tiers des pays de l'OCDE déclaraient entre trois et huit lits pour 1 000 habitants, les densités les plus faibles étant observées au Mexique, au Costa Rica et en Suède.

Depuis 2013, le nombre de lits par habitant a diminué dans pratiquement tous les pays de l'OCDE, ce qui s'explique en partie par un recours accru aux soins ambulatoires et par un raccourcissement de la durée moyenne des hospitalisations. La diminution la plus importante a été observée en Finlande, avec une chute de plus de 50 % touchant essentiellement les lits de soins de longue durée et les lits de soins psychiatriques. Une baisse de la capacité d'accueil équivalent à un lit au moins pour 1 000 habitants a été observée en Autriche, en Lituanie, au Luxembourg et aux Pays-Bas, en raison là aussi en partie de fermetures de lits de soins de longue durée et de soins psychiatriques. En revanche, le nombre de lits a fortement augmenté en Corée, où ils sont pour une part substantielle affectés aux soins de longue durée.

Les taux d'occupation des lits d'hôpital constituent des informations complémentaires permettant d'évaluer la capacité des hôpitaux. Un taux d'occupation élevé des lits de soins curatifs (aigus) peut être symptomatique d'un système de santé sous pression. Une certaine capacité de lits excédentaire est nécessaire pour absorber les hausses inattendues du nombre de patients ayant besoin d'une hospitalisation. Bien qu'il n'existe pas de consensus sur le niveau d'occupation « optimal », un taux de 85 % environ est souvent considéré comme un maximum pour réduire le risque de pénurie de lits (NICE, 2018^[2]). En 2023, le taux moyen d'occupation des lits était de 72 %, mais dépassait les 85 % dans deux pays de l'OCDE sur 29 disposant de données comparables, à savoir l'Irlande et le Canada (Graphique 5.20). Les taux d'occupation étaient comparativement faibles en Turquie, en Hongrie et dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale. Par rapport à 2013, les taux d'occupation ont baissé dans presque tous les pays de l'OCDE en 2023.

Si la capacité d'accueil des hôpitaux généraux est importante, celle des unités de soins intensifs (USI) est essentielle, en période d'urgence sanitaire ou face à d'autres crises majeures, pour assurer la prise en charge de patients gravement malades, comme on l'a vu durant la pandémie de COVID-19. En dépit des différences de définition, on comptait en moyenne dans 31 pays de l'OCDE 17 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants en 2023 (Graphique 5.21). Les moyennes nationales varient considérablement, d'une quarantaine de lits, voire davantage, pour 100 000 habitants en Estonie et en Tchéquie à moins de 5 en Nouvelle-Zélande et en Suède. Par rapport à la situation qui prévalait avant la pandémie, tous les pays ont augmenté leur capacité d'accueil en soins intensifs.

Définition et comparabilité

Les lits d'hôpital sont les lits d'hospitalisation qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel et immédiatement disponibles pour la prise en charge de patients. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée. Certains pays ne prennent pas en compte tous les hôpitaux. Les données du Royaume-Uni concernent uniquement les hôpitaux publics. Celles de la Suède ne couvrent pas les lits privés financés sur fonds privés. Les lits de soins ambulatoires peuvent être inclus dans certains pays (p. ex., l'Autriche). Quelques pays (p. ex., le Canada et la Pologne) incluent les berceaux pour les nourrissons en bonne santé.

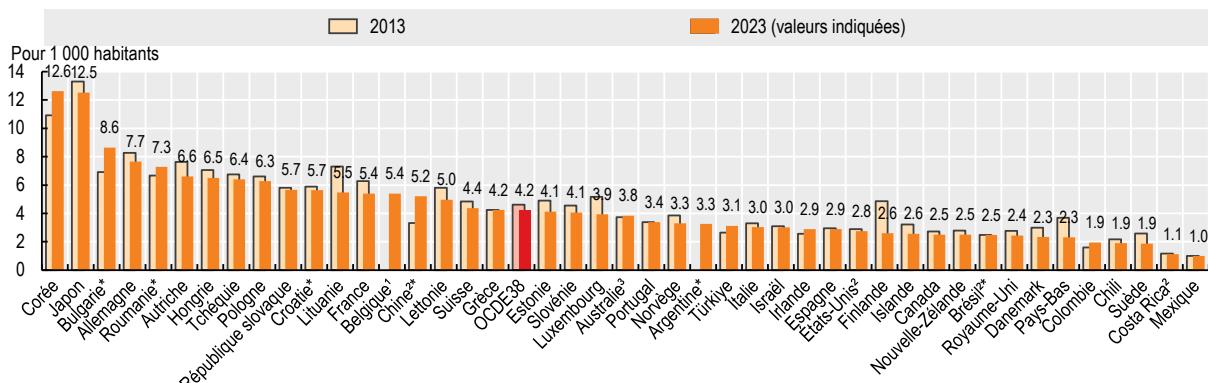
Le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) est obtenu en divisant le nombre de journées d'hospitalisation en soins curatifs par le nombre de lits de soins curatifs disponibles (multiplié par 365). Les hospitalisations de jour sont exclues de ce calcul.

Les lits de soins intensifs sont destinés aux patients gravement malades qui ont besoin de soins médicaux et infirmiers intensifs et spécialisés, d'une surveillance étroite et d'un soutien physiologique de leurs organes afin de rester en vie pendant une période d'insuffisance aiguë de leurs systèmes organiques. Ces lits sont classés en fonction du niveau de soins prodigués au patient. Il existe généralement trois niveaux de surveillance, le niveau 3 étant le plus intense et le niveau 1 le plus faible. Les données sur les lits de soins intensifs couvrent les trois niveaux, à l'exception de celles de l'Espagne, de la Finlande, de l'Irlande, de l'Italie et des Pays-Bas, qui couvrent uniquement les lits de soins critiques (niveaux 2 et 3). La définition exacte des lits de soins intensifs varie d'un pays de l'OCDE à l'autre, en fonction de leur réglementation, et apporte des précisions sur les exigences à respecter, par exemple le ratio de patients par infirmier, sur les propriétés physiques du lit (à savoir les ventilateurs, l'équipement de monitoring, le matériel de perfusion, etc.) et sur les caractéristiques des patients. Les données du Graphique 5.21 concernent les lits de soins intensifs pour adultes dans la plupart des pays, mais quelques pays (p. ex., l'Estonie, l'Islande, le Mexique et la Nouvelle-Zélande) incluent également ceux des unités de néonatalogie et de pédiatrie.

Références

- NICE (2018), *Bed Occupancy*, The National Institute for Health and Care Excellence, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704>. [2]
- OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [1]

Graphique 5.19. Lits d'hôpital, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

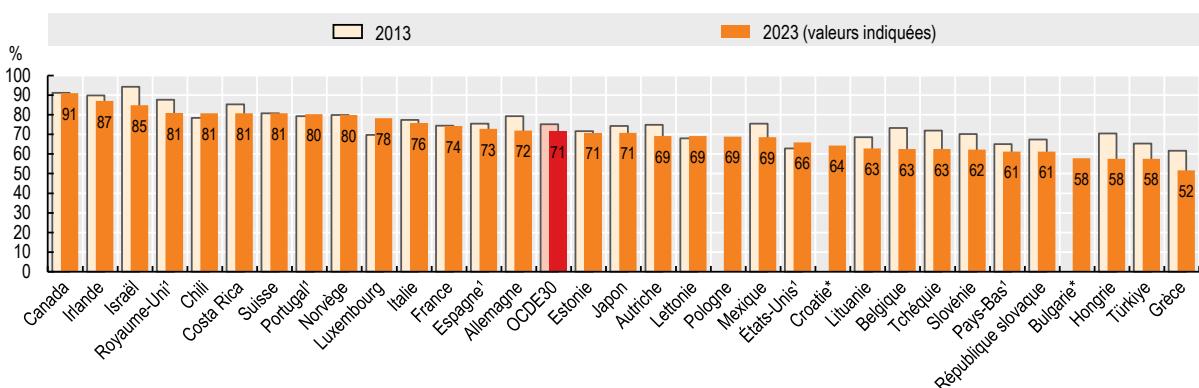


1. Les données ne concernent que les hôpitaux de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques. 2. Les dernières données datent de 2021-2022. 3. Les dernières données datent de 2016. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/4krycl>

Graphique 5.20. Taux d'occupation des lits de soins curatifs aigus, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

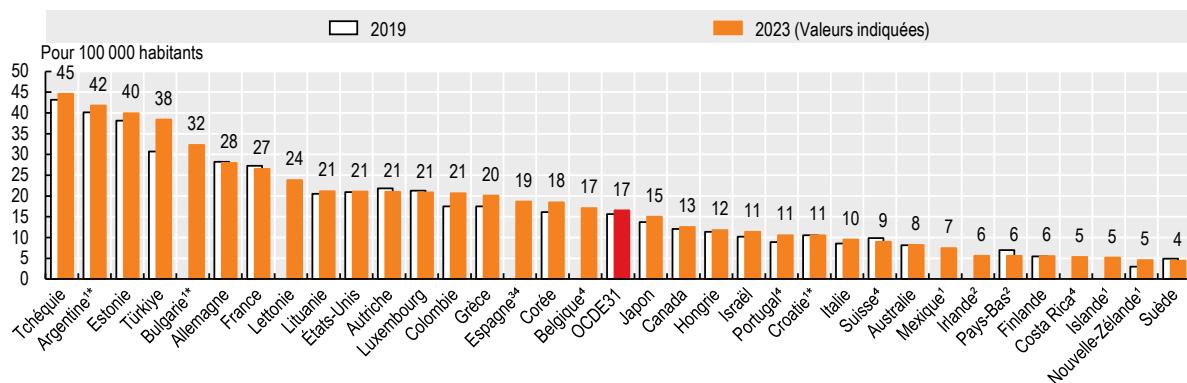


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/lkic7q>

Graphique 5.21. Lits de soins intensifs pour adultes, 2023 et 2019 (ou année la plus proche)



1. Lits de soins intensifs en néonatalogie et en pédiatrie inclus. 2. Les données couvrent uniquement les lits de soins critiques. 3. Lits de soins intensifs en réanimation post-anesthésique et en pédiatrie inclus. 4. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/fj1h5q>

Activité hospitalière

Le taux de sortie d'hôpital – soit le nombre de patients qui quittent l'hôpital après y être restés au moins une nuit – est l'un des principaux indicateurs de l'activité hospitalière. L'optimisation des sorties permet de fluidifier le flux de patients et donc de libérer des lits hospitaliers et de faire gagner du temps au personnel soignant. Les sorties prématuées et retardées aggravent l'état des patients et augmentent les coûts : les premières peuvent donner lieu à des réhospitalisations coûteuses ; les secondes consomment des ressources limitées.

En 2023, le taux de sortie après un séjour en soins aigus s'élevait en moyenne à 128 pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE (Graphique 5.22). Les taux les plus élevés ont été enregistrés en Allemagne et en Autriche (plus de 200 pour 1 000 habitants) et les plus faibles au Mexique, au Costa Rica, au Canada, aux Pays-Bas, au Chili et en Italie (moins de 100 pour 1 000 habitants). Parmi les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires, les sorties d'hôpital étaient nombreuses en Bulgarie et en Chine, mais relativement rares en Argentine et au Brésil. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de sorties a diminué entre 2019 et 2023.

La durée moyenne de séjour hospitalier est un indicateur d'efficience de la prestation des services de santé. Toutes choses égales par ailleurs, une hospitalisation de courte durée diminuera le coût par sortie et transférera la prise en charge des patients à des structures moins onéreuses. Les séjours de longue durée peuvent être le signe d'une mauvaise coordination des soins, ce qui a pour effet de laisser certains patients attendre inutilement à l'hôpital qu'une rééducation ou des soins de longue durée s'organisent. Dans le même temps, il arrive que certains patients sortent trop tôt, alors qu'un séjour plus long aurait peut-être pu améliorer leur état de santé ou réduire le risque de réhospitalisation.

En 2023, la durée moyenne de séjour hospitalier en soins intensifs était de 6.5 jours dans 36 pays de l'OCDE ayant des données comparables (Graphique 5.23). La Turquie et le Mexique affichent les séjours hospitaliers les plus courts (4.7 jours) et le Japon les plus longs (15.7 jours). Depuis 2019, la durée moyenne de séjour a diminué dans la plupart des pays, les baisses les plus importantes étant observées au Danemark et en Belgique. En revanche, elle a augmenté de plus d'une demi-journée aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Outre ces deux indicateurs fondamentaux de l'activité hospitalière globale, le recours aux services de soins d'urgence est une mesure importante des services hospitaliers de première ligne. Dans les 26 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, on a dénombré en moyenne 31 consultations aux urgences pour 100 habitants en 2023 (Graphique 5.24). Le recours aux services d'urgence est particulièrement fréquent en Espagne et au Portugal, avec plus de 65 consultations pour 100 habitants. Si les services d'urgence constituent un service essentiel, une fréquentation élevée peut être le signe que les soins sont inadaptés et inefficaces – notamment si de nombreux patients se rendent aux urgences pour des problèmes non urgents qui pourraient être mieux pris en charge dans le cadre des services de soins primaires et de proximité. Les Pays-Bas sont un exemple de pays où les médecins généralistes (dans le cadre d'un système de coopératives) prodiguent des soins aigus en dehors de leurs heures de consultation. Le nombre de consultations aux urgences est relativement stable depuis 2019, même s'il a diminué dans 10 pays sur 26 disposant de données, à commencer par l'Italie et le Chili, tandis qu'il a nettement augmenté en Islande et en Slovénie.

Une ventilation plus fine des données (non présentée) apporte des renseignements complémentaires. En moyenne, dans 16 pays de l'OCDE, 64 % des consultations aux urgences ont été suivies d'un retour du patient à son domicile, 20 % par une hospitalisation et 16 % ont eu une autre issue, y compris fatale. La plupart des patients sont arrivés aux urgences par leurs propres moyens, avec ou sans recommandation d'un professionnel de santé, et 14 % y ont été amenés en transport d'urgence (en ambulance, par ex.).

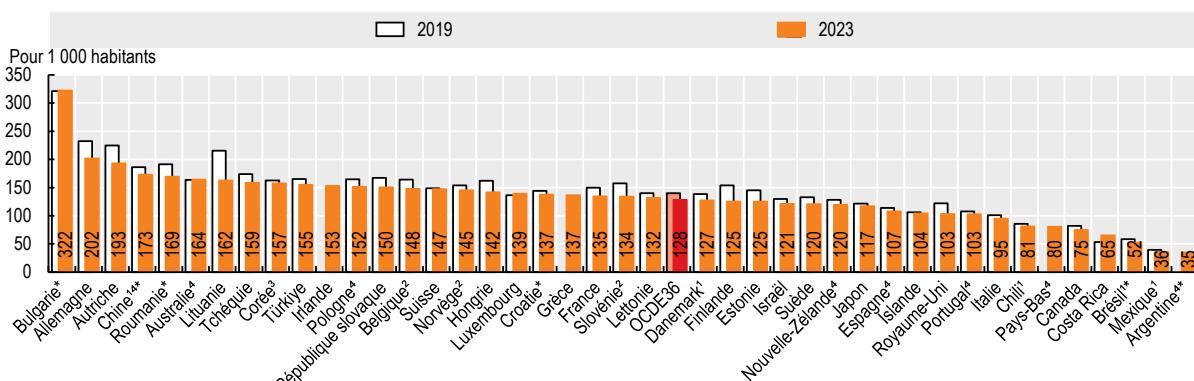
Définition et comparabilité

On entend par sortie d'hôpital la sortie d'un patient qui quitte l'hôpital après y avoir passé au moins une nuit. Ce chiffre inclut les décès de patients hospitalisés survenus à l'hôpital. Les sorties le jour même sont exclues, sauf dans le cas du Chili, du Japon et de la Norvège, où elles sont en partie comptabilisées. Les bébés en bonne santé nés dans les hôpitaux sont exclus (ou le plus souvent exclus) des taux de sorties dans plusieurs pays. Ils représentent généralement de 3 à 10 % de l'ensemble des sorties. Les données ne concernent que les soins curatifs/aigus, sauf pour quelques pays où elles couvrent l'ensemble des hospitalisations, comme indiqué dans les notes figurant en dessous du graphique.

La durée moyenne de séjour est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital. Elle se calcule généralement en divisant le nombre total de jours d'hospitalisation de l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre d'admissions ou de sorties. Les hospitalisations de jour ne sont généralement pas prises en compte. Les données ne concernent que les soins curatifs/aigus, sauf pour quelques pays où elles couvrent l'ensemble des hospitalisations, comme indiqué dans les notes figurant en dessous du graphique. Les nouveau-nés en bonne santé étant exclus des données sur les sorties d'hôpital dans plusieurs pays, il s'ensuit une légère surestimation de la durée de séjour.

Les consultations des services d'urgences comprennent à la fois les consultations ambulatoires et les hospitalisations.

Graphique 5.22. Taux de sortie d'hôpital, 2023 et 2019 (ou année la plus proche)

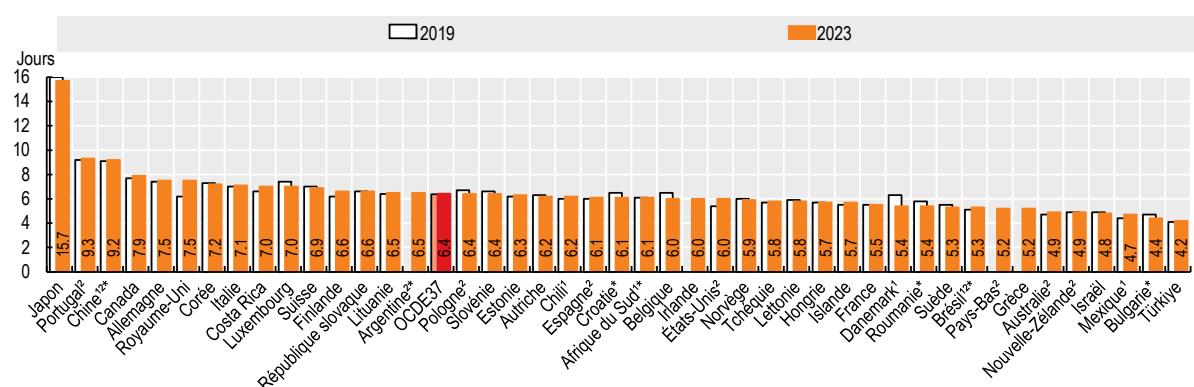


Note : Sauf indication contraire, les données correspondent aux sorties de soins curatifs (aigus). 1. Les données couvrent les sorties de l'ensemble des patients hospitalisés. 2. Les données ne comprennent pas les sorties de nouveau-nés en bonne santé. 3. Les données ne comprennent pas les sorties de certains types d'établissements. 4. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/cvtxd3>

Graphique 5.23. Durée moyenne de séjour à l'hôpital en soins curatifs (aigus), 2023 et 2019 (ou année la plus proche)

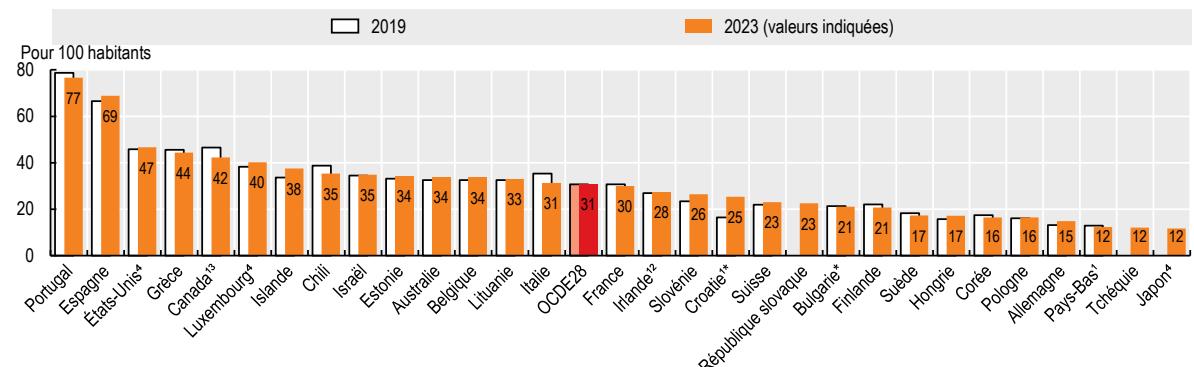


Note : Sauf indication contraire, les données réfèrent aux soins curatifs (aigus). 1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations. 2. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/w37hp>

Graphique 5.24. Visites aux urgences, 2023 et 2019



1. Les données ne comprennent pas les hôpitaux psychiatriques. 2. Les données ne comprennent pas les hôpitaux privés. 3. Les données couvrent uniquement l'Alberta et l'Ontario. 4. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/iqokb5>

Remplacements de la hanche ou du genou

Les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou comptent parmi les interventions les plus couramment réalisées et les plus efficaces dans le monde. L'indication la plus fréquente de remplacement de la hanche et du genou (chirurgie de remplacement de l'articulation) est l'arthrose, qui diminue les capacités fonctionnelles et la qualité de vie. L'arthrose est une forme d'arthrite dégénérative caractérisée par l'usure du cartilage qui amortit et fluidifie le mouvement des articulations – le plus souvent du genou et de la hanche. Elle se traduit par des douleurs, des gonflements et une raideur qui entraînent une perte de mobilité et de capacité fonctionnelle. Elle est l'une des dix maladies les plus invalidantes dans les pays développés. À l'échelle mondiale, l'OMS estime que quelque 528 millions de personnes souffrent d'arthrose symptomatique – ce qui représente une progression de 113 % par rapport à 1990.

L'âge est le principal déterminant de l'apparition et de l'évolution de l'arthrose. Cette pathologie est plus répandue chez les femmes, et progresse au-delà de 50 ans, affectant notamment la main et le genou. Les autres facteurs de risque sont l'obésité, le manque d'activité physique, le tabac, la consommation excessive d'alcool et les blessures. L'arthroplastie se pratique essentiellement sur les personnes de 60 ans et plus, mais elle peut également s'effectuer sur des personnes plus jeunes.

En 2023, l'Allemagne, la Suisse, l'Australie, la Finlande et le Danemark étaient, parmi les pays pour lesquels on dispose de données, ceux qui présentaient les taux les plus élevés d'arthroplastie de la hanche et du genou (Graphique 5.25). Les moyennes de l'OCDE sont de 198 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les arthroplasties de la hanche, et de 156 pour 100 000 habitants en ce qui concerne les arthroplasties du genou. La Colombie et le Costa Rica ont de faibles taux d'arthroplastie de la hanche et du genou. Des différences dans la structure de la population peuvent partiellement expliquer ces variations entre pays, et une normalisation par l'âge les réduit dans une certaine mesure. Néanmoins, des écarts prononcés subsistent, et des recherches ont montré que le classement des pays n'est pas bouleversé une fois effectuée la normalisation par l'âge (McPherson, Gon et Scott, 2013^[1]).

Les moyennes nationales peuvent masquer d'importantes variations des taux de remplacement de la hanche et du genou à l'intérieur d'un pays. En Allemagne, en Australie, au Canada, en France et en Italie, l'analyse de données d'il y a une dizaine d'années révèle que le taux d'arthroplastie du genou variait au bas mot du simple au double dans certaines régions, même après normalisation par l'âge (OCDE, 2014^[2]). Outre le nombre d'interventions, la qualité de la chirurgie (voir sections « Sécurité des soins aigus – complications chirurgicales et gestion des erreurs » et « Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs » au chapitre 6) et les délais d'attente revêtent une importance cruciale pour les patients.

Le nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou pour 100 000 habitants a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception de la Nouvelle-Zélande et du Mexique, au cours de la dernière décennie (Graphique 5.25). Cette hausse correspond à l'incidence et à la prévalence croissantes de l'arthrose, en raison du vieillissement démographique et de l'augmentation des taux d'obésité dans les pays de l'OCDE. Elle a été particulièrement nette en Lituanie, en Slovénie et en Pologne pour ce qui est de l'arthroplastie de la hanche (avec au moins 90 interventions supplémentaires pour 100 000 habitants), ainsi qu'en Suisse, en Pologne, en Allemagne et en Australie pour ce qui est de l'arthroplastie du genou (avec au moins 70 interventions supplémentaires pour 100 000 habitants). Si le nombre d'arthroplasties a nettement diminué durant la pandémie (qui a entraîné un allongement des délais d'attente), les dernières données disponibles révèlent qu'il est revenu à son niveau antérieur dans la plupart des pays. En Nouvelle-Zélande, au Luxembourg et en Pologne, cependant, il était encore inférieur, en 2023, à ce qu'il était en 2019, tant pour les opérations de la hanche que pour celles du genou.

Définition et comparabilité

L'arthroplastie de la hanche est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer l'articulation de la hanche par une prothèse. Elle est pratiquée généralement pour soulager des douleurs arthritiques ou traiter une lésion sévère de l'articulation après une fracture.

L'arthroplastie du genou est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les surfaces portantes de l'articulation pour soulager la douleur et le handicap liés à l'arthrose. Elle peut être pratiquée pour traiter d'autres pathologies du genou telles que la polyarthrite rhumatoïde.

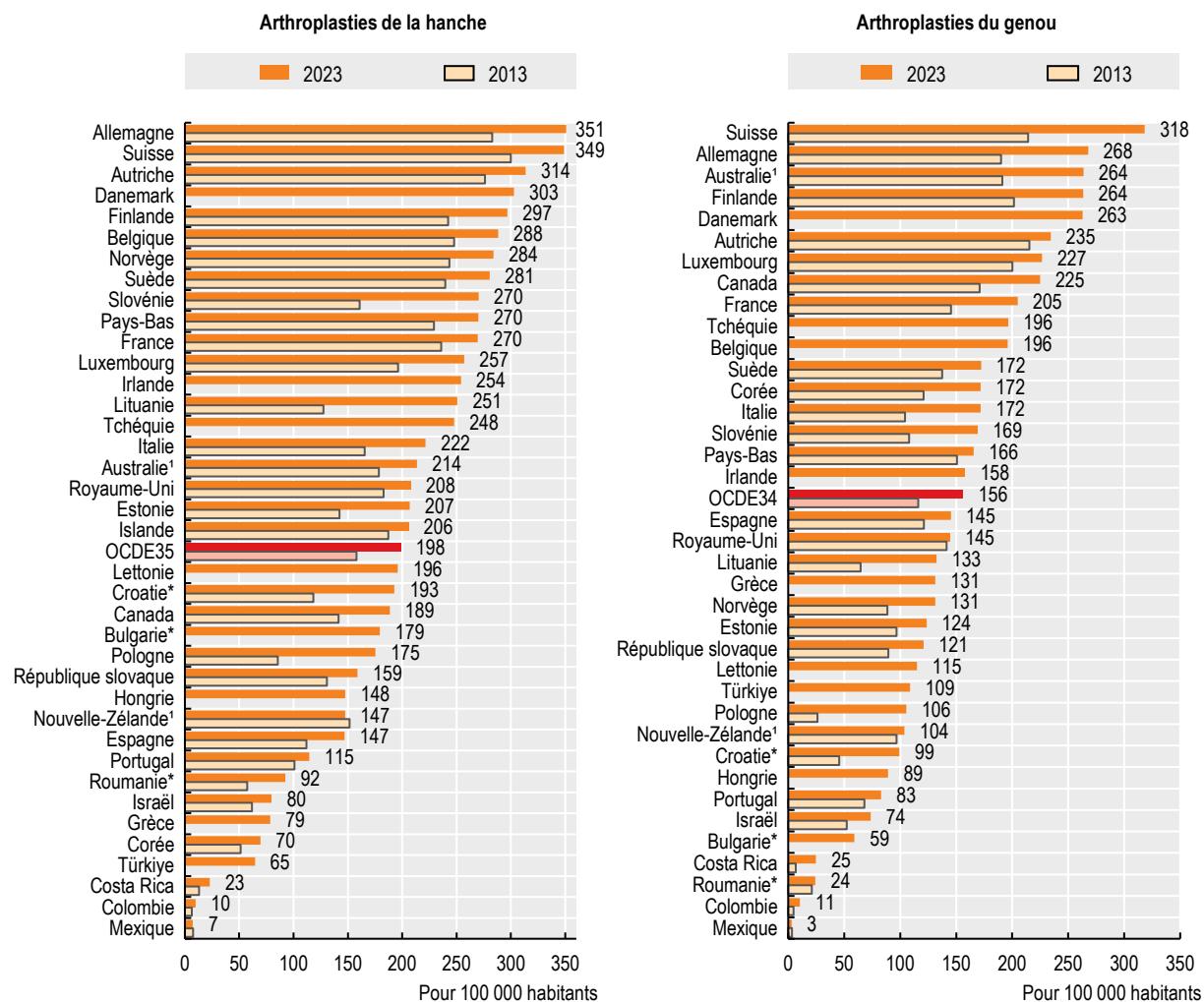
Les systèmes de classification et les pratiques d'enregistrement varient d'un pays à l'autre, ce qui limite la comparabilité des données. Alors que la plupart des pays prennent en compte à la fois le remplacement total et le remplacement partiel de la hanche, certains ne comptabilisent que le remplacement total. Au Costa Rica, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal et au Royaume-Uni, les données ne couvrent que les activités des hôpitaux financés sur fonds publics, d'où une sous-estimation du nombre d'interventions présenté ici.

Références

McPherson, K., G. Gon et M. Scott (2013), « International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 61, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5k49h4p5g9mw-en>. [1]

OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care : What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264216594-en>. [2]

Graphique 5.25. Arthroplasties de la hanche et du genou, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2021-2022. Dans certains pays, les données de 2014-2015 ont été utilisées pour les années antérieures, en raison de ruptures de série. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink  <https://stat.link/9krt7x>

Chirurgie ambulatoire

Au cours des dernières décennies, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire a nettement augmenté dans les pays de l'OCDE. Les progrès des technologies médicales – notamment la diffusion de procédés chirurgicaux moins invasifs – et l'amélioration de l'anesthésie ont rendu cette évolution possible. Ces innovations ont amélioré la sécurité des patients et les résultats de santé. De plus, en raccourcissant la durée d'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire permet d'économiser d'importantes ressources sans que la qualité des soins s'en ressente. Elle libère aussi des moyens, ce qui permet aux hôpitaux de se concentrer sur les cas plus complexes ou de diminuer les listes d'attente. Les répercussions de l'essor de la chirurgie ambulatoire sur les dépenses totales de santé ne sont cependant pas toujours évidentes, car la réduction des coûts unitaires (par rapport à la chirurgie avec hospitalisation) est parfois neutralisée par la hausse globale du volume des interventions. Il convient en outre de prendre en compte les coûts supplémentaires associés aux soins de suite et de réadaptation et aux services de soins à domicile après une intervention.

L'opération de la cataracte et l'amygdalectomie sont de bons exemples d'actes chirurgicaux effectués en grand nombre et qui se pratiquent désormais essentiellement en hôpital de jour dans de nombreux pays de l'OCDE.

Plus de 90 % des opérations de la cataracte sont ainsi réalisées en ambulatoire dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception du Mexique, de la Hongrie, de la Grèce et de l'Allemagne. Dans plusieurs pays, la quasi-totalité de ces opérations de la cataracte est réalisée en hôpital de jour ; en revanche, le taux est relativement faible au Mexique et en Hongrie, avec moins de 75 % d'interventions en ambulatoire. La chirurgie ambulatoire est également peu répandue en Bulgarie et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion, où elle représente moins de 50 % des interventions chirurgicales. Il est possible que ce faible taux tienne en partie à la couverture limitée des données sur les activités externes en milieu hospitalier et hors milieu hospitalier, mais il peut aussi s'expliquer par un meilleur remboursement des hospitalisations ou par des difficultés pesant sur l'expansion de la chirurgie ambulatoire.

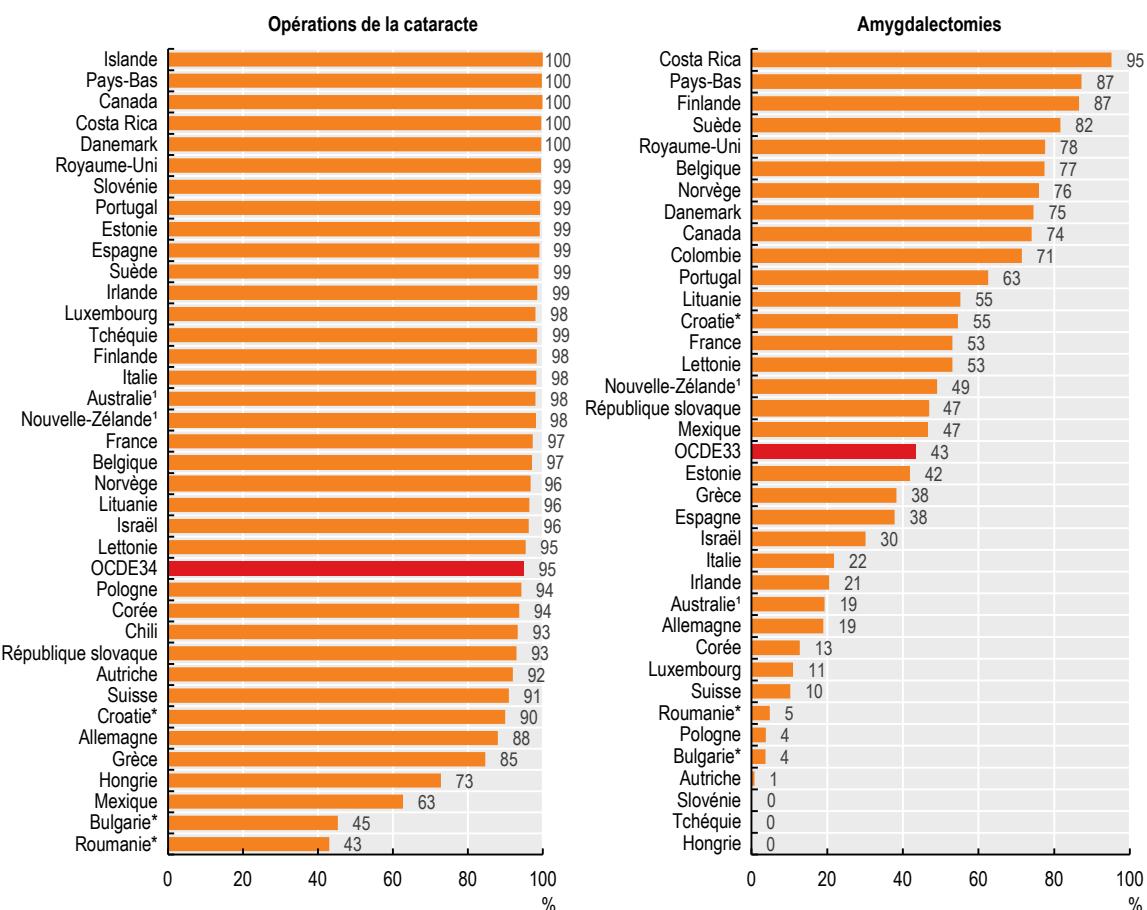
L'amygdalectomie est l'un des actes chirurgicaux les plus fréquemment pratiqués chez les enfants, habituellement chez ceux qui souffrent d'infections répétées ou chroniques des amygdales, ou de difficultés respiratoires ou d'apnée obstructive du sommeil dues à la grosseur de ces glandes. Bien que cette opération s'effectue sous anesthésie générale, elle se pratique aujourd'hui essentiellement en ambulatoire dans 14 des 33 pays de l'OCDE présentant des données comparables, les enfants retournant chez eux le jour même. La proportion d'opérations effectuées en ambulatoire n'est cependant pas aussi élevée que dans le cas de l'opération de la cataracte, avec 43 % d'amygdalectomies contre 95 % d'opérations de la cataracte en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Le pourcentage d'amygdalectomies pratiquées en ambulatoire est relativement élevé en Finlande, aux Pays-Bas et au Costa Rica (plus de 85 % des cas), mais reste inférieur à 5 % dans cinq pays de l'OCDE, ainsi qu'en Bulgarie et en Roumanie, pays candidats à l'adhésion. En Slovénie, en Hongrie, en Tchéquie et en Autriche, ce taux est pour ainsi dire nul. Ces écarts marqués peuvent s'expliquer par une perception différente des risques de complications postopératoires, ou simplement par une tradition clinique consistant à garder les enfants au moins une nuit à l'hôpital après l'opération.

Le nombre d'opérations de la cataracte et d'amygdalectomies réalisées en ambulatoire a considérablement augmenté au fil du temps dans de nombreux pays, dont l'Autriche, la Lituanie, le Luxembourg, la France et la Pologne. En Pologne, la part des opérations de la cataracte pratiquées en ambulatoire est passée de 27 % seulement en 2013 à 49 % en 2018, avant de bondir à 94 % en 2023 ; en Lituanie, elle est passée de 35 % à 96 %. La part des amygdalectomies réalisées en ambulatoire a doublé entre 2013 et 2023 au Royaume-Uni (passant de 47 % à 77 %), tandis qu'elle est passée de 22 % à 53 % en France. Le pourcentage d'interventions en ambulatoire ne s'est guère ressenti de la pandémie en ce qui concerne tant les opérations de la cataracte que les amygdalectomies.

Définition et comparabilité

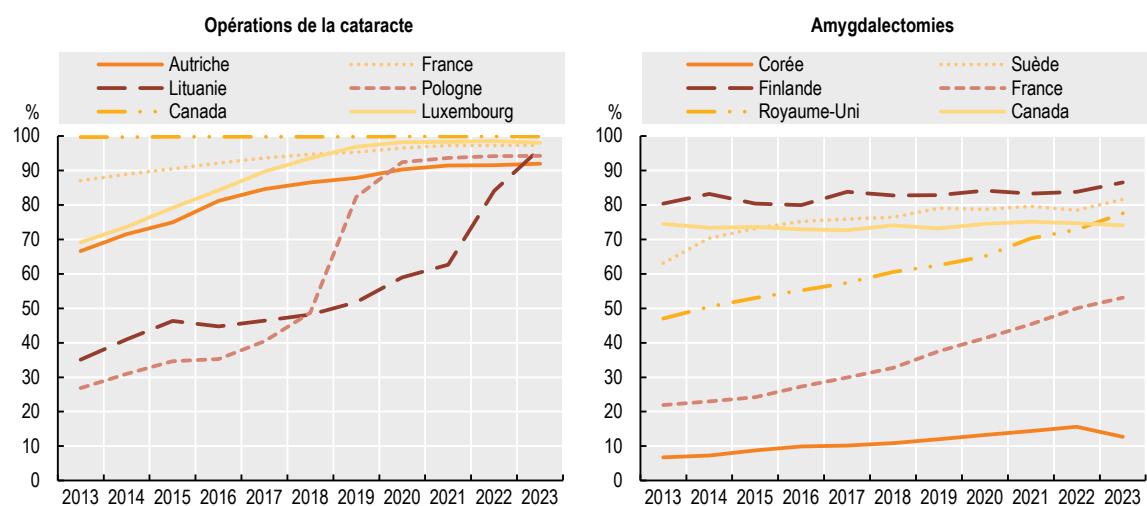
L'opération de la cataracte consiste à extraire le cristallin de l'œil, pour remédier à son opacification partielle ou complète, et à le remplacer par un cristallin artificiel. Elle s'effectue principalement chez les personnes âgées. L'amygdalectomie consiste à enlever les amygdales, glandes situées au fond de la gorge. Elle s'effectue essentiellement chez les enfants.

Les données de plusieurs pays ne couvrent pas les soins externes prodigués en milieu hospitalier ou en dehors (c'est-à-dire les patients dont l'admission et la sortie n'ont pas été enregistrées de manière formelle), ce qui donne lieu à une sous-estimation. Au Costa Rica, au Mexique, en Nouvelle-Zélande, au Portugal et au Royaume-Uni, elles ne prennent en compte que les opérations de la cataracte pratiquées dans les hôpitaux publics ou financées sur fonds publics, pas celles pratiquées dans les hôpitaux privés.

Graphique 5.26. Proportion d'opérations chirurgicales pratiquées en ambulatoire, 2023 (ou année la plus proche)

1. Données de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/lu7ehp>**Graphique 5.27. Évolution du pourcentage d'opérations chirurgicales pratiquées en ambulatoire, dans quelques pays, 2013-2023**

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/ph0oc5>



6

Qualité et résultats des soins

- Vaccination de routine
- Dépistage du cancer
- Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires
- Hospitalisations évitables
- Efficacité de la prise en charge des maladies chroniques
- Soins primaires centrés sur la personne
- Sécurité des soins aigus – culture sur le lieu de travail et vécu des patients
- Sécurité des soins aigus – complications chirurgicales et gestion des erreurs
- Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)
- Mortalité après un accident vasculaire cérébral
- Prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale
- Résultats déclarés par les patients dans le cadre des soins hospitaliers
- Soins intégrés

Vaccination de routine

La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus efficaces, offrant d'importants avantages sur les plans sanitaires et économiques en protégeant contre les maladies infectieuses. La vaccination des enfants contre des maladies infectieuses telles que la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), la rougeole et l'hépatite B a considérablement réduit la morbidité et la mortalité dans le monde entier. Chez les seniors, qui sont plus vulnérables face à la grippe, les vaccins offrent une protection essentielle, réduisant le risque de formes graves, d'hospitalisations et de mortalité, et atténuant les pressions saisonnières sur les systèmes de santé. Toutefois, des taux élevés de couverture nationale peuvent ne pas suffire à enrayer la propagation de la maladie si les taux de vaccination sont contrastés d'une région à l'autre ou chez certains groupes de population. Par conséquent, l'action des pouvoirs publics visant à assurer l'accès aux vaccins et à susciter la confiance de la population, tous groupes confondus, dans la sécurité et l'efficacité des vaccins, est essentielle à la réussite des programmes de vaccination.

Le Graphique 6.1 montre la couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC), ainsi que la rougeole. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 89 % des enfants en moyenne étaient vaccinés contre la rougeole (vaccin recommandé) en 2024. Les lacunes persistantes dans la couverture vaccinale contre la rougeole chez certains groupes de population, y compris dans les pays où la couverture est élevée au niveau national, sont à l'origine de poussées épidémiques : l'incidence de la rougeole a en effet atteint ses niveaux les plus élevés ces dernières décennies en Europe (UNICEF et OMS/Europe, 2025^[1]), et a fortement augmenté en Amérique du Nord et du Sud (OMS, 2025^[2]). Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'importance des vaccins pour les enfants a diminué aux yeux de la population pendant la pandémie de COVID-19.

En 2024, seuls six pays de l'OCDE ont atteint le niveau minimum d'immunisation contre la rougeole (deux doses) recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir 95 % de la population couverte. L'immunisation contre la rougeole, qui est souvent combinée à la vaccination contre la rubéole et/ou les oreillons, était particulièrement faible au Mexique (69 %), au Chili (73 %) et en Estonie (74 %). Par rapport aux niveaux prépandémiques de 2019, les taux de vaccination contre la rougeole ont diminué en moyenne de près de 2 points de pourcentage (p.p.) dans les pays de l'OCDE. Cette baisse était particulièrement marquée au Chili (-18 p.p.), en Estonie et au Costa Rica (-15 p.p.), ainsi qu'en Pologne, en Lituanie, aux Pays-Bas, au Canada et dans des pays partenaires/candidats à l'adhésion à l'OCDE comme l'Argentine et la Roumanie, avec des reculs de 8 p.p. ou plus.

Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, 93 % des enfants en moyenne étaient vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC, vaccin recommandé) en 2024. Toutefois, en 2024, plus d'un pays de l'OCDE sur cinq n'avait pas atteint le niveau minimum d'immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) recommandé par l'OMS (90 %), les taux étant particulièrement faibles au Mexique (78 %) et en Estonie (81 %). Plusieurs pays partenaires/candidats à l'adhésion à l'OCDE, parmi lesquels l'Afrique du Sud, l'Argentine, la Roumanie, le Pérou et l'Indonésie, affichaient également une couverture inférieure ou égale à 80 %. Les taux de vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ont légèrement diminué en moyenne (de moins de 2 p.p.) entre 2019 et 2024 dans les pays de l'OCDE, même si l'Estonie et la Tchéquie, ainsi que des pays partenaires/candidats à l'adhésion à l'OCDE comme l'Afrique du Sud et l'Indonésie ont enregistré des baisses plus importantes (-10 p.p. ou plus).

La grippe est une maladie infectieuse saisonnière courante, à l'origine de 3 à 5 millions de cas graves dans le monde chaque année, ainsi que d'un nombre de décès estimé à 650 000 (OMS, 2019^[3]). La vaccination annuelle est recommandée pour les groupes à haut risque, notamment les adultes de 65 ans et plus. Le Graphique 6.2 montre que le taux d'immunisation contre la grippe visé par l'OMS, à savoir 75 %, a seulement été atteint en 2023 en Corée (85 %), au Mexique (83 %), ainsi qu'au Royaume-Uni et au Danemark (78 %). La couverture était inférieure à 20 % en Pologne, en Turquie, en République slovaque, en Lettonie, en Slovénie et en Hongrie, ainsi qu'en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE.

Les taux de vaccination antigrippale chez les personnes âgées de 65 ans et plus ont augmenté au fil du temps, passant de 46 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2019 à 51 % en 2024. Cette progression tient à l'essor des campagnes de vaccination antigrippale ainsi qu'à une sensibilisation accrue. La couverture est néanmoins inférieure au pic de 55 % atteint en 2021 grâce à une sensibilisation accrue à la vaccination, mais aussi à la pratique de la co-administration des vaccins contre le COVID-19 et contre la grippe qui a simplifié et amélioré l'accès à la vaccination. Par rapport à 2019, les hausses ont dépassé 20 p.p. au Danemark et en Norvège. Toutefois, certains pays ont enregistré des baisses de plus de 5 p.p., notamment l'Irlande, Israël et la Hongrie, ainsi que la Croatie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE.

Définition et comparabilité

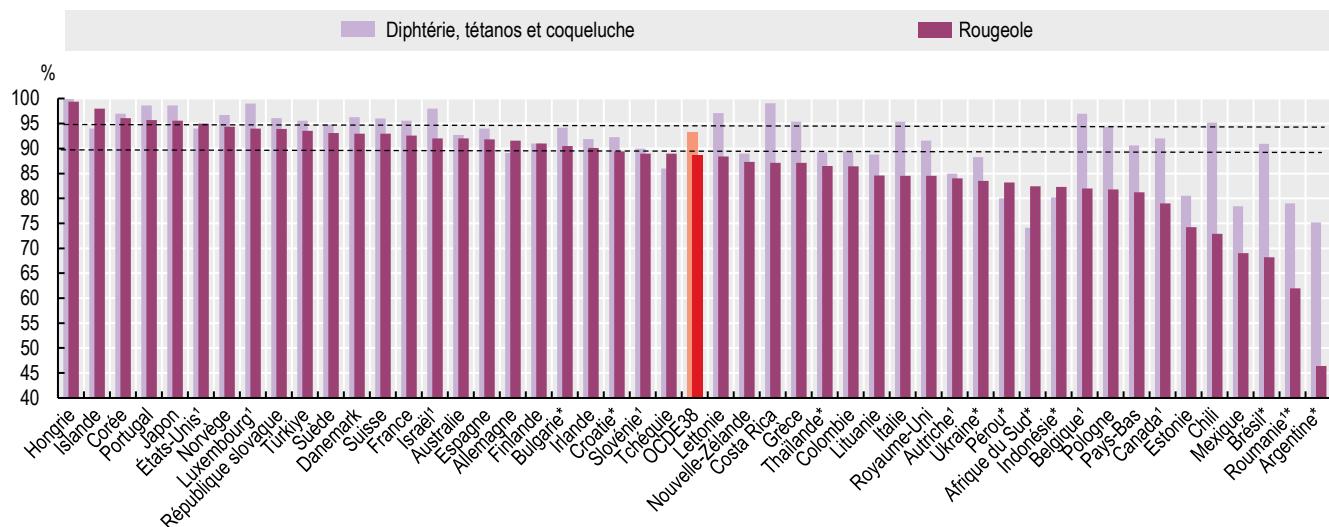
La vaccination infantile renvoie aux enfants concernés qui ont reçu la deuxième dose du vaccin contenant le virus de la rougeole et trois doses du vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche au cours d'une année donnée. Ces indicateurs sont fondés sur la politique de vaccination dans chaque pays. L'âge de l'immunisation complète varie d'un pays à l'autre, en fonction des différents calendriers de vaccination.

Le taux de vaccination contre la grippe correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont fait vacciner contre la grippe dans l'année, divisé par le nombre total de personnes de cette tranche d'âge. Dans certains pays, les données concernent les personnes âgées de plus de 60 ans. Sauf indication contraire, les données indiquées pour 2024 se rapportent à l'année civile 2024 ou à la saison grippale 2024/25.

Références

- | | |
|---|-----|
| OMS (2025), <i>Measles – Region of the Americas</i> , https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565 . | [2] |
| OMS (2019), <i>Global Influenza Strategy 2019-2030</i> , Organisation mondiale de la santé, https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184 . | [3] |
| UNICEF et OMS/Europe (2025), <i>La Région européenne rapporte le plus grand nombre de cas de rougeole depuis plus de 25 ans</i> , https://www.who.int/europe/fr/news/item/13-03-2025-european-region-reports-highest-number-of-measles-cases-in-more-than-25-years---unicef---who-europe . | [1] |

Graphique 6.1. Pourcentage d'enfants concernés qui ont reçu deux doses du vaccin contenant le virus de la rougeole et trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 2024 (ou année la plus proche)

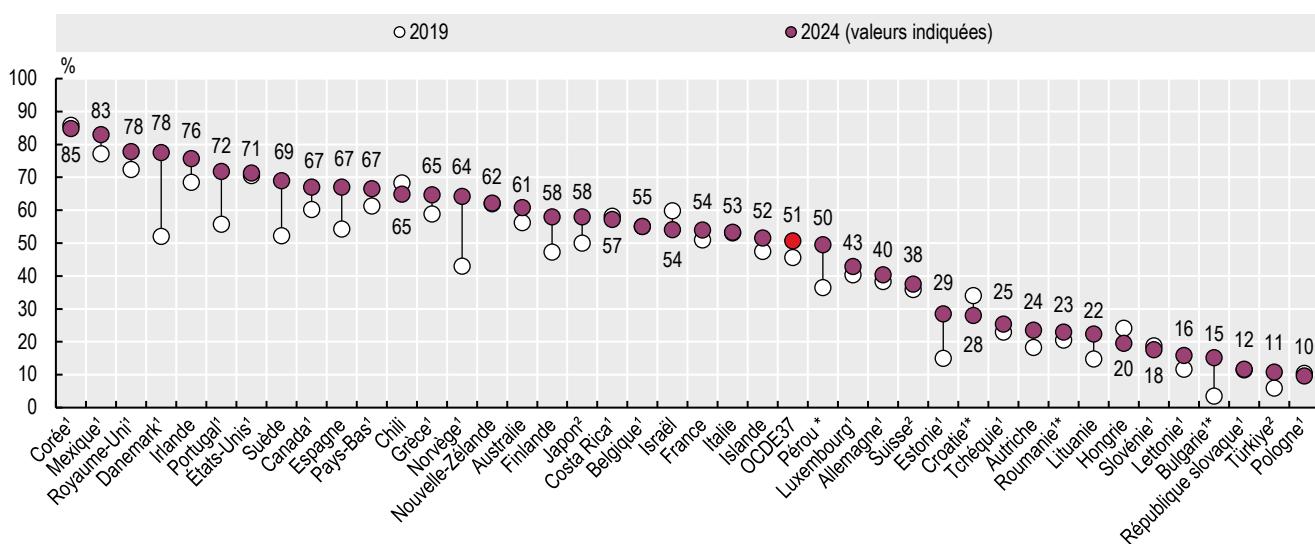


1. Les données se rapportent à des estimations. Les lignes pointillées indiquent les objectifs minimaux fixés par l'OMS, à savoir 95 % pour la rougeole et 90 % pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC). * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/wvve23>

Graphique 6.2. Pourcentage de la population âgée de 65 ans et plus qui est vaccinée contre la grippe, 2024 et 2019 (ou année la plus proche)



Note : Les données de la Belgique ne tiennent pas compte des personnes séjournant dans des établissements d'accueil médicalisé. Les données de la République slovaque portent sur les personnes âgées de 59 ans et plus. 1. Les dernières données datent de 2023. 2. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/vfx1hd>

Dépistage du cancer

La détection et le diagnostic précoces du cancer sont essentiels pour réduire la mortalité par cancer au niveau de la population et faire augmenter le taux de survie des personnes atteintes de cancer. Le dépistage systématique du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal dans la population cible est considéré comme une mesure efficace et rentable pour lutter contre la charge du cancer. La plupart des pays de l'OCDE disposent de programmes pour les populations cibles, mais la population concernée varie pour chaque type de cancer, ainsi que la fréquence et les méthodes de dépistage.

L'OMS recommande d'organiser les programmes de dépistage du cancer du sein par mammographie au sein de la population en fonction de l'âge des femmes (OMS, 2014^[1]). Les pays de l'OCDE organisent généralement un dépistage tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, même si certains ont élargi la fourchette d'âge des bénéficiaires et sont en train de mettre au point des programmes pour adapter le dépistage aux niveaux de risques pour les individus.

Le graphique 6.3 illustre la proportion de femmes âgées de 50-69 ans ayant passé une mammographie au cours des deux années précédant 2013 et 2023. Le taux de dépistage varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre ; ainsi, sur la période la plus récente, le taux le plus élevé est observé au Danemark et en Suède (83 % de la population cible) et le taux le plus bas en Grèce, au Mexique et au Costa Rica, où moins de 25 % des femmes âgées de 50-69 ans ont passé une mammographie au cours des deux années précédentes. Si le taux moyen de dépistage du cancer du sein était similaire en 2013 et en 2023 dans les pays de l'OCDE, il a sensiblement augmenté en Lituanie (de 21 p.p.) et en Estonie (de 11 p.p.), à la suite d'activités menées pour améliorer l'accès au dépistage grâce à des investissements dans des mammographes et l'accessibilité géographique. Il a à l'inverse considérablement baissé aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (-10 p.p.), ainsi qu'au Costa Rica (-9 p.p.). Les données du Royaume-Uni font état d'un recours accru au dépistage en 2024, qui s'explique par la résorption du nombre de dossiers en attente en raison de la pandémie de COVID-19.

Pour ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, l'OMS recommande le test de détection de l'ADN du papillomavirus humain (HPV) chez les femmes à partir de 30 ans, à réaliser tous les 5 à 10 ans. La stratégie mondiale de l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus recommande un taux de couverture vaccinale contre le HPV de 90 % chez les filles de 15 ans, un taux de dépistage du cancer du col de l'utérus de 70 % à 35 et 45 ans et une amélioration du taux de diagnostic précoce et de traitement (traitement de 90 % des femmes atteintes de lésions précancéreuses et prise en charge de 90 % des femmes atteintes d'un cancer invasif) (OMS, 2021^[2]). Dans les pays de l'OCDE, le dépistage du cancer du col de l'utérus est souvent réalisé tous les 3 à 5 ans chez les femmes appartenant au groupe d'âge cible. Les recommandations en matière de population cible et de dépistage ont changé dans un certain nombre de pays à la suite de l'intégration du test de dépistage de l'ADN du HPV dans le cadre du dépistage primaire, qui est généralement effectué tous les cinq ans, et des programmes de vaccination contre le HPV (OCDE, 2024^[3]).

Le Graphique 6.4 montre que la part des femmes dépistées varie beaucoup pour ce qui est du cancer du col de l'utérus, conformément aux directives nationales. En 2023, le taux le plus élevé était de 78 % en Suède, suivi de 75 % en Suisse et en Tchéquie, tandis que les taux les plus faibles étaient observés en Pologne (11 %) et au Costa Rica (4 %), ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE (6 %). Le Costa Rica a mis en œuvre un dépistage opportuniste des femmes concernées et a déployé en 2024 le test de détection de l'ADN du HPV chez les femmes âgées de 30-64 ans. Bien que certains hôpitaux privés ne soient pas pris en considération, les estimations nationales indiquent que 34 % des femmes âgées de 35-64 ans ont fait l'objet d'un test de dépistage en 2023.

Le cancer colorectal est souvent largement évitable par traitement s'il est détecté à un stade précoce dans le cadre d'un dépistage systématique, et de nombreux pays de l'OCDE ont adopté des programmes nationaux de dépistage. Les directives nationales recommandent généralement de pratiquer tous les deux ans un test de recherche de sang occulte dans les selles chez les quinquagénaires et sexagénaires, mais certains pays ciblent d'autres groupes d'âge et utilisent d'autres méthodes, notamment la coloscopie. Les recommandations différentes en termes de fréquence du dépistage font qu'il est difficile de comparer les taux de dépistage entre les pays.

Le Graphique 6.5 illustre les taux de couverture des programmes de dépistage du cancer colorectal établis à partir des protocoles nationaux de dépistage. En 2023, les proportions étaient variables, le taux le plus élevé étant enregistré en Finlande (74 %), devant le Royaume-Uni (72 %), les États-Unis (68 %) et les Pays-Bas (67 %), et le taux le plus faible (9 %) en Hongrie. Les Pays-Bas envoient directement les invitations, les brochures et les kits de dépistage aux personnes concernées, tandis que les Hongrois ne reçoivent les invitations que si leur médecin généraliste a adhéré au programme de dépistage, et les bénéficiaires doivent commander eux-mêmes un kit de dépistage (OCDE, 2024^[3]).

Alors que les taux de dépistage du cancer étaient de façon générale à la hausse avant la pandémie de COVID-19, ils ont chuté en 2020-2021 en raison de l'interruption des programmes ou de l'accès retardé aux services de santé. Les taux ont toutefois augmenté dans la plupart des pays en 2023. Les tendances en matière de participation au dépistage depuis la pandémie sont les mêmes pour différents types de dépistage du cancer au sein d'un même pays, ce qui tend à montrer la nécessité d'adopter des stratégies spécifiques pour améliorer les taux de dépistage, par exemple en faisant mieux connaître les programmes et en les rendant plus accessibles (OCDE, 2024^[3]).

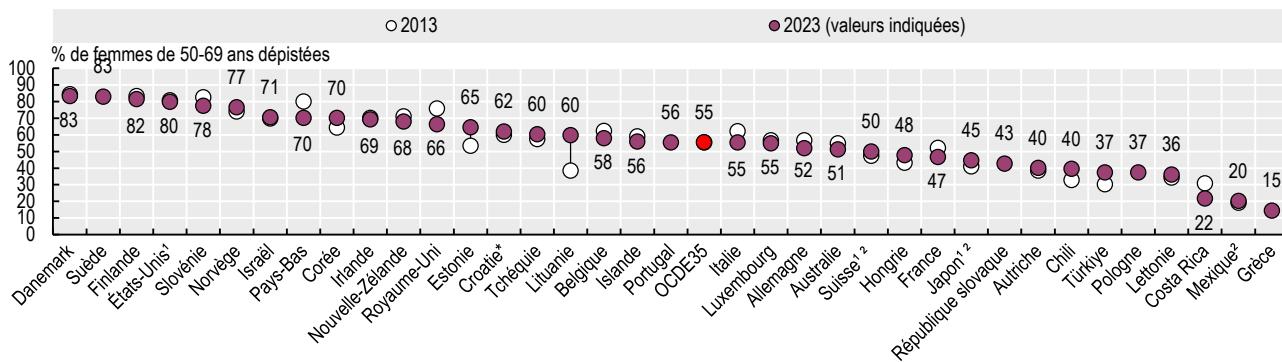
Définition et comparabilité

Les taux de dépistage sont basés sur des données d'enquête ou de programme. Les données de programme sont recueillies pour suivre les résultats des programmes nationaux de dépistage, en mettant en évidence le taux de participation parmi la population concernée. Pour le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal, les différences entre les pays en termes de groupes d'âge cibles, de fréquence du dépistage et de méthodes de dépistage entraînent des variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne la couverture des données communiquées. Les données d'enquête peuvent pâtrir d'un biais de mémorisation.

Références

- Direção-Geral da Saúde (2025), *valiação e monitorização dos rastreios oncológicos de base populacional 2023-2025 [Evaluation and monitoring of population-based cancer screenings 2023-2025]*, Direção-Geral da Saúde. [4]
- OCDE (2024), *Beating Cancer Inequalities in the EU : Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>. [3]
- OMS (2021), *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition*, Organisation mondiale de la santé, <https://iris.who.int/handle/10665/342365>. [2]
- OMS (2014), *WHO position paper on mammography screening*, Organisation mondiale de la santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137339>. [1]

Graphique 6.3. Dépistage par mammographie au cours des deux années précédentes, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

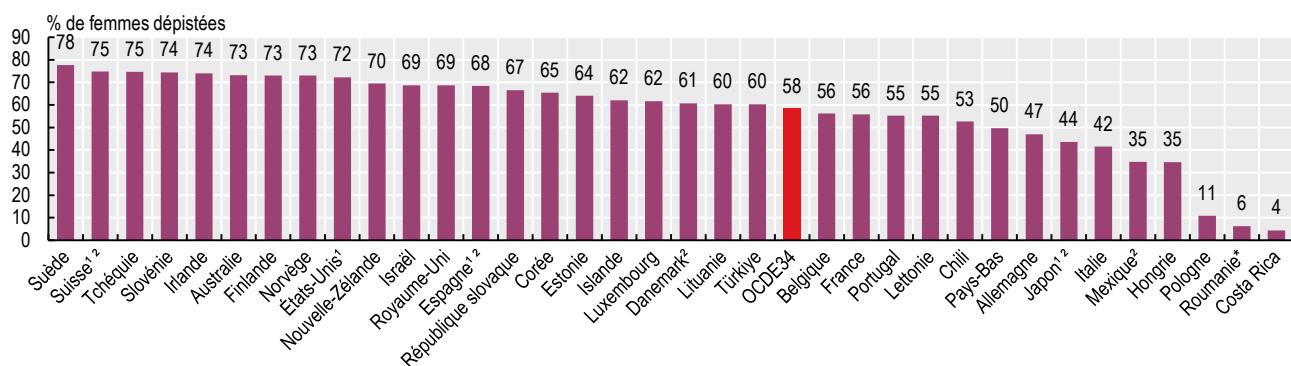


Note : Données de programme, sauf indication contraire. Les données pour l'Islande, le Mexique et la Turquie concernent les femmes âgées de 40-69 ans, les données pour Israël les femmes de 50-74 ans et les données pour la Suède les femmes de 40-74 ans. Les données du Royaume-Uni se rapportent à l'Angleterre. 1. Données d'enquête. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Direção-Geral da Saúde (2025^[4]).

StatLink <https://stat.link/nc9f4a>

Graphique 6.4. Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, 2023 (ou année la plus proche)

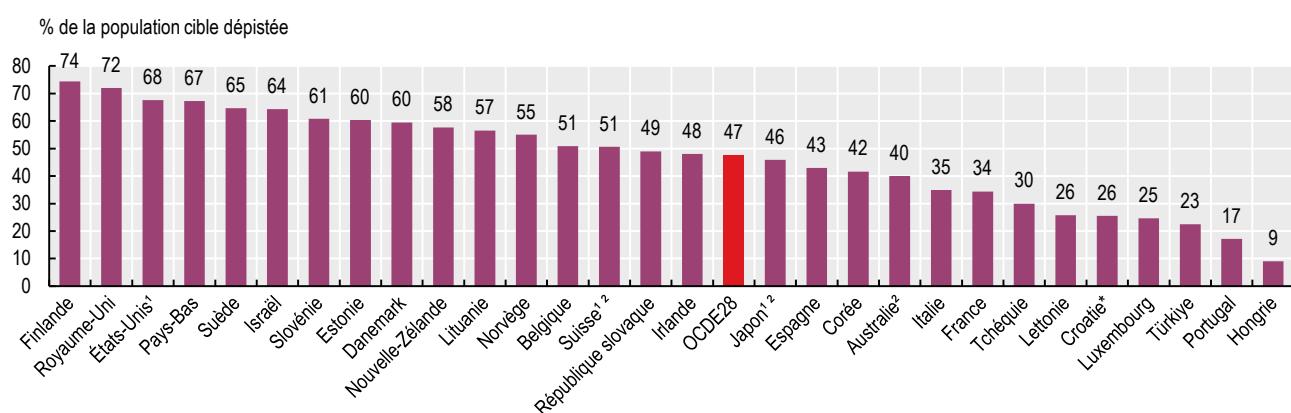


Note : Données de programme, sauf indication contraire. Les données du Royaume-Uni se rapportent à l'Angleterre. 1. Données d'enquête. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Direção-Geral da Saúde (2025^[4]).

StatLink <https://stat.link/dz0vf6>

Graphique 6.5. Taux de dépistage du cancer colorectal, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Données de programme, sauf indication contraire. Les données du Royaume-Uni se rapportent à l'Angleterre. 1. Données d'enquête. 2. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Direção-Geral da Saúde (2025^[4]).

StatLink <https://stat.link/raty4i>

Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires

La sécurité des prescriptions de médicaments peut être utilisée comme un indicateur de la qualité des soins de santé, en venant compléter les informations relatives à la consommation et aux dépenses de produits pharmaceutiques (voir aussi le chapitre 9 « Produits pharmaceutiques, technologies et santé numérique »). La surconsommation, la sous-consommation ou le mauvais usage des médicaments prescrits peuvent avoir des effets non négligeables sur la santé des patients et entraîner des dépenses inutiles. C'est le cas des opioïdes et des antibiotiques, par exemple.

Les antibiotiques sont prescrits pour le traitement des infections bactériennes, mais leur surconsommation ou leur prescription inappropriée peut entraîner une augmentation des taux de résistance aux antimicrobiens, qui est associée à une hausse de la mortalité et des coûts de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE (OCDE, 2018^[1]). Les directives recommandent que les antibiotiques ne soient prescrits que lorsque cela est clairement étayé par des données cliniques. Le volume total d'antibiotiques prescrits en milieu extrahospitalier a été validé comme étant un indicateur de la sécurité et de l'efficacité des soins, et les pays s'efforcent de réduire les prescriptions d'antibiotiques dans le cadre des soins primaires afin de lutter contre la résistance aux antimicrobiens.

En moyenne, 16 doses quotidiennes définies (DQD) d'antibiotiques pour 1 000 habitants ont été prescrites dans les pays de l'OCDE en 2023, soit une légère réduction par rapport aux 17 DQD pour 1 000 habitants enregistrées en 2013 (Graphique 6.6). C'est en Finlande que la baisse des prescriptions d'antibiotiques a été la plus importante au fil du temps, suivie du Canada, de l'Autriche, d'Israël et de l'Australie. Le volume total des antibiotiques prescrits en 2023 variait du simple au triple selon les pays de l'OCDE, la Suède, les Pays-Bas et l'Autriche déclarant les volumes quotidiens par habitant par jour les plus faibles, la Grèce et la Corée les plus élevés. Les écarts observés peuvent s'expliquer par des différences au niveau des directives sur les prescriptions dans le cadre des soins primaires et des incitations à une gestion avisée des antimicrobiens, ainsi que par les attitudes et les attentes concernant le traitement optimal des maladies infectieuses.

Les opioïdes sont utilisés pour le traitement de la douleur aiguë, par exemple, associée au cancer. Cependant, depuis dix ans, ils sont de plus en plus utilisés pour le traitement des douleurs chroniques, malgré le risque de dépendance et d'accoutumance, entraînant de graves risques pour la santé. Le mauvais usage des opioïdes a été à l'origine d'une épidémie alarmante de décès par surdose dans certains pays de l'OCDE, notamment les États-Unis et le Canada. Les directives relatives aux prescriptions cliniques sont une mesure de gestion qui vise à réduire la prescription d'opioïdes sur le long terme en tant que mesure de sécurité pour les patients en favorisant la prise d'autres antalgiques et en mettant en place des stratégies de dosage appropriées (OCDE, 2019^[2]).

Parmi les 19 pays pour lesquels des données sont disponibles, l'Islande a fait état d'un volume global d'opioïdes prescrits qui est deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE, soit 33 doses quotidiennes définies (DQD) pour 1 000 adultes. La Turquie, la Corée et l'Italie ont affiché les volumes les plus faibles, avec 5 DQD ou moins pour 1 000 adultes (Graphique 6.7). Ces écarts importants peuvent en partie s'expliquer par les différentes pratiques cliniques pour la prise en charge de la douleur, ainsi que par des différences au niveau de la réglementation, des cadres juridiques applicables aux opioïdes, des politiques en matière de prescription et des directives de traitement. La moyenne de l'OCDE a diminué de 4 DQD pour 1 000 habitants entre 2013 et 2023. L'Espagne, l'Estonie et le Portugal ont tous fait état d'une augmentation de plus de 5 DQD pour 1 000 habitants.

La polypharmacie est la prescription de routine de multiples médicaments (souvent plus de cinq) à un patient. Si la polypharmacie peut se justifier pour la prise en charge de comorbidités multiples, il est fréquent qu'elle soit inappropriée, par exemple dans le cas de la consommation de médicaments inappropriés ou faisant double emploi, ou de la consommation excessive de médicaments (de Bienassis et al., 2022^[3]). Les risques associés à la polypharmacie sont importants ; ils comprennent les effets indésirables liés aux médicaments, les interactions médicamenteuses ou interactions entre un médicament et une maladie, les chutes et les troubles cognitifs.

D'après l'enquête de l'OCDE fondée sur les déclarations des patients (PaRIS), en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE, dans le cadre des soins primaires, un patient sur quatre de 45 ans et plus atteint de maladies chroniques déclarait prendre cinq médicaments ou plus (Graphique 6.8.). Cette proportion variait de 35 % en Slovénie et 32 % au Luxembourg et en France, à 18 % en Roumanie (pays candidat à l'adhésion à l'OCDE) et 14 % au Pays de Galles (Royaume-Uni). Dans 8 des 19 pays étudiés (États-Unis, France, Luxembourg, Norvège, Slovénie, Suisse et Tchéquie), 5 % ou plus des patients prenaient dix médicaments ou plus. Les analyses fondées sur les registres qui concernent les personnes âgées de 75 ans et plus sont un complément précieux des données autodéclarées, car elles indiquent que jusqu'à la moitié de cette population prend plus de cinq médicaments en même temps (section « Sécurité des soins de longue durée » au chapitre 10). La rationalisation de la polypharmacie dans les soins primaires peut conduire à des prescriptions plus efficaces, plus sûres et davantage centrées sur le patient, tout en réduisant les dépenses inutiles grâce à la déprescription.

Définition et comparabilité

La DQD correspond à la dose d'entretien moyenne supposée, par jour, d'un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Par exemple, la DQD de l'aspirine orale est de 3 grammes, la dose quotidienne supposée pour traiter les douleurs chez l'adulte. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne réellement consommée dans un pays donné. Voir <http://www.whocc.no/atcddd>.

Le dénominateur pour l'indicateur du volume global d'antibiotiques prescrits correspond à la population totale, tandis que le dénominateur pour l'indicateur du volume global d'opioïdes prescrits correspond uniquement à la population adulte (18 ans et plus) ayant une ordonnance pour au moins un de ces médicaments. Les données relatives aux pays de l'UE/EEE ne concernent que la consommation d'antibiotiques en milieu extrahospitalier et les antibiotiques en vente libre sont inclus pour certains pays.

Les données sur la polypharmacie, telles que déclarées par les patients dans le cadre de l'enquête PaRIS, font référence à la proportion de personnes qui prennent plus de cinq médicaments de façon régulière ou continue, tels que prescrits par un médecin ou un infirmier, parmi les personnes âgées de 45 ans et plus atteintes de maladies chroniques qui ont consulté leur praticien de soins primaires au cours des six derniers mois.

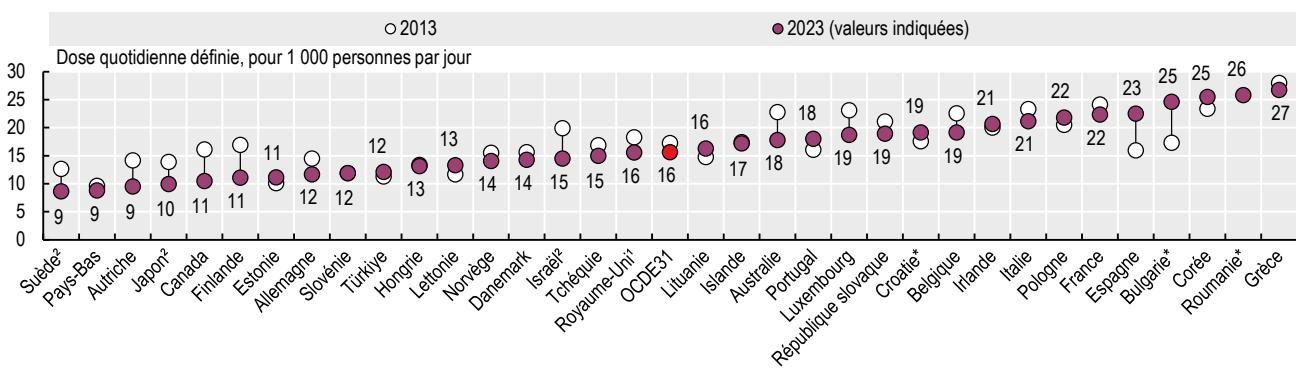
Références

de Bienassis, K. et al. (2022), « The economics of medication safety : Improving medication safety through collective, real-time learning », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 147, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9a933261-en>. [3]

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

OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide : Just A Few Dollars More*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>. [1]

Graphique 6.6. Volume total d'antibiotiques prescrits en milieu extrahospitalier, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

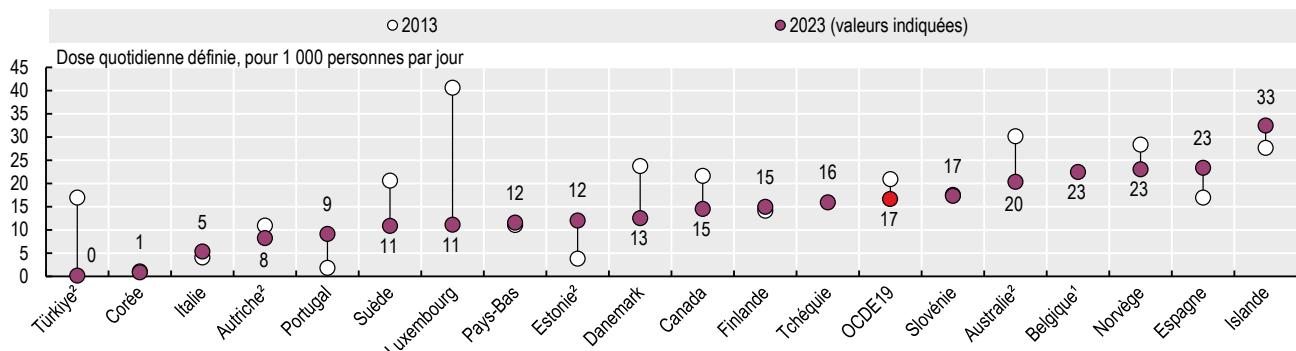


1. Les dernières données datent de 2019. 2. Les dernières données datent de 2021. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. Les données se rapportent uniquement aux antibiotiques prescrits par la médecine de ville.

Source : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) 2025 (pour les pays de l'UE) ; ECDC 2021 (pour le Royaume-Uni) ; Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/13hjwe>

Graphique 6.7. Volume total d'opioïdes prescrits dans la population adulte, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

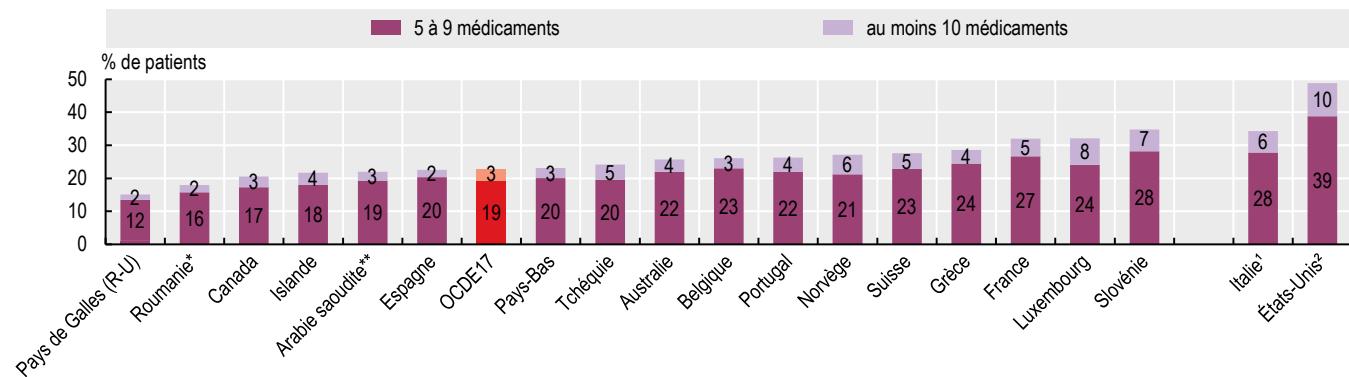


1. Les dernières données datent de 2019. 2. Les dernières données datent de 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/sw2yar>

Graphique 6.8. Polypharmacie parmi les usagers de soins primaires atteints de maladies chroniques, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Pays participant à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/7wv64g>

Hospitalisations évitables

Les soins primaires sont souvent le premier point de contact des personnes avec les systèmes de santé. Un accès insuffisant à des soins primaires de qualité pour des pathologies telles que l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque congestive (ICC) et le diabète peut conduire à des hospitalisations qui auraient pu être évitées. Pour ces quatre pathologies, les données factuelles établissent clairement que les traitements sont efficaces et qu'ils peuvent être en grande partie administrés dans le cadre des soins primaires. Un système de soins primaires très performant, où les patients ont accès à des services de haute qualité, permet d'atténuer la dégradation aiguë de l'état de santé des personnes atteintes d'asthme, de BPCO, d'ICC et de diabète. Par exemple, pour le diabète, le contrôle efficace de la glycémie dans le cadre d'un suivi systématique, d'une modification du régime alimentaire et d'une activité physique régulière, et l'utilisation appropriée de produits pharmaceutiques, permet de réduire la survenue de complications graves et les hospitalisations. La gestion de grands facteurs de risque, comme le tabagisme, la tension artérielle et les taux de lipides, joue également un rôle majeur dans la lutte contre les complications. Les hospitalisations pour ces pathologies peuvent être utilisées comme marqueur de la qualité des soins primaires et de l'accès à ces soins, sachant qu'un taux d'hospitalisation très faible peut aussi en partie refléter un accès limité aux soins aigus.

Le Graphique 6.9 montre que les taux combinés d'hospitalisation pour asthme et BPCO ont chuté de 35 % entre 2013 et 2023, s'établissant désormais à 155 hospitalisations pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE. En ce qui concerne les taux d'hospitalisations en 2023, les écarts étaient considérables, puisque l'on comptait moins de 20 hospitalisations pour 100 000 habitants au Costa Rica et plus de 250 pour 100 000 habitants en Irlande, en Australie, au Danemark, au Royaume-Uni et en Allemagne. Comme indiqué plus haut, l'un des facteurs expliquant le très faible nombre d'hospitalisations est l'accès aux soins, le Costa Rica affichant le plus faible nombre de lits d'hôpital par habitant parmi les pays de l'OCDE (voir la section « Lits d'hôpital » au chapitre 5).

Les progrès réalisés dans la gestion et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV), ainsi que dans la réduction de la mortalité par MCV, ont entraîné une augmentation du nombre de personnes vivant avec des maladies cardiovasculaires chroniques, notamment une ICC. Les taux d'hospitalisation pour ICC varient d'un facteur de 1 à 12 selon les pays de l'OCDE (Graphique 6.10). Comme pour l'asthme et la BPCO, le Costa Rica a enregistré le taux le plus bas, tandis que la Pologne et la Lituanie ont déclaré un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE. Le taux moyen d'hospitalisation dans les pays de l'OCDE a diminué de 16 % entre 2013 et 2023, et il a baissé de plus de 30 % en Autriche, en Belgique, en Estonie, en Italie et au Portugal. Les hospitalisations pour ICC ont augmenté dans plusieurs pays au cours de cette période, notamment en Islande, en Norvège, en République slovaque, en Suisse et aux États-Unis. Les patients peuvent bénéficier d'une aide à l'autogestion afin de maîtriser les facteurs de risque cliniques et comportementaux et de gérer leur maladie (voir la section « Efficacité de la prise en charge des maladies chroniques ») (OCDE, 2025^[1]).

Le Graphique 6.11 montre qu'en 2023, les hospitalisations pour cause de diabète variaient d'un facteur de 1 à plus de 7 selon les pays de l'OCDE. L'Italie, l'Islande et les Pays-Bas ont déclaré les taux d'hospitalisation les plus faibles, tandis que les États-Unis ont fait état de taux plus de deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE, de même que la Roumanie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE. Bien que le nombre d'hospitalisations pour diabète ait diminué en moyenne entre 2013 et 2023 (passant de 151 à 111 pour 100 000 habitants), un certain nombre de pays ont connu des augmentations. Les hospitalisations pour diabète ont augmenté de plus de 10 % au cours de cette période en Israël, en Lettonie, en Espagne, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis. La prévalence du diabète et l'accès général aux soins hospitaliers peuvent expliquer en partie ces variations. Comme pour l'insuffisance cardiaque, le contrôle continu du diabète implique généralement une part considérable d'autogestion ; par conséquent, la formation et l'éducation aux soins centrés sur le patient sont au cœur des soins primaires dispensés aux personnes diabétiques (OCDE, 2020^[2]).

Définition et comparabilité

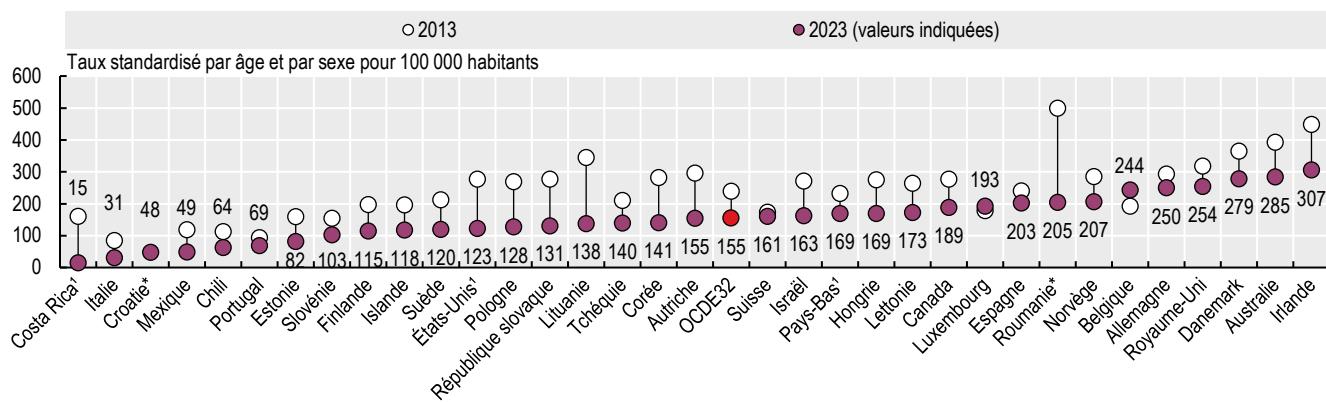
Les indicateurs correspondent au nombre d'hospitalisations avec un diagnostic principal d'asthme, de BPCO ou d'ICC chez les personnes âgées de 15 ans et plus pour 100 000 habitants. Les données relatives aux hospitalisations pour cause de diabète reposent sur la somme de trois indicateurs : hospitalisations pour des complications à court terme et à long terme et pour diabète non contrôlé sans complication. L'indicateur repose sur un diagnostic principal de diabète. Les taux sont standardisés par âge et par sexe par rapport à la population de l'OCDE en 2015. Les hospitalisations à la suite d'un transfert depuis un autre hôpital pendant lesquelles le patient décède ne sont pas prises en compte dans les calculs, car elles sont jugées comme probablement inévitables.

La prévalence de la maladie et la disponibilité des soins hospitaliers peuvent expliquer en partie, mais pas totalement, la variation des taux d'un pays à l'autre. Les différences de définition des données, de pratiques de diagnostic et de codage ainsi que de méthodes de calcul des indicateurs entre les pays peuvent compromettre la comparabilité des données. Par exemple, dans de nombreux pays, le diabète est codé comme un diagnostic secondaire, tandis que quelques pays le codent comme un diagnostic principal, et l'exclusion des transferts ne peut pas être pleinement mise en place par certains pays. Les différences de couverture des données du secteur hospitalier national selon les pays peuvent également influer sur les taux calculés pour ces indicateurs.

Références

- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [1]
- OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>. [2]

Graphique 6.9. Hospitalisations pour asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive chez les adultes, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

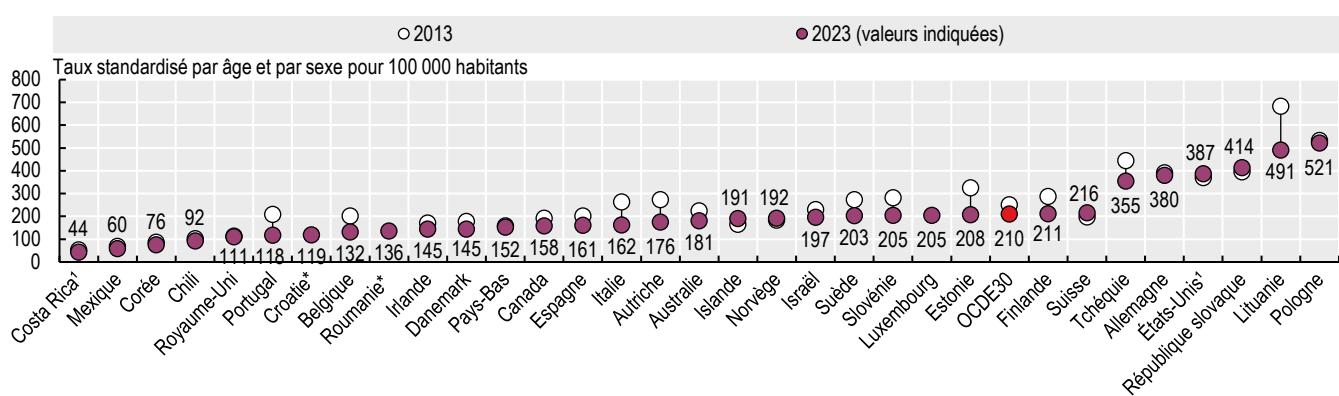


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/2vrfn8>

Graphique 6.10. Hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive chez les adultes, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

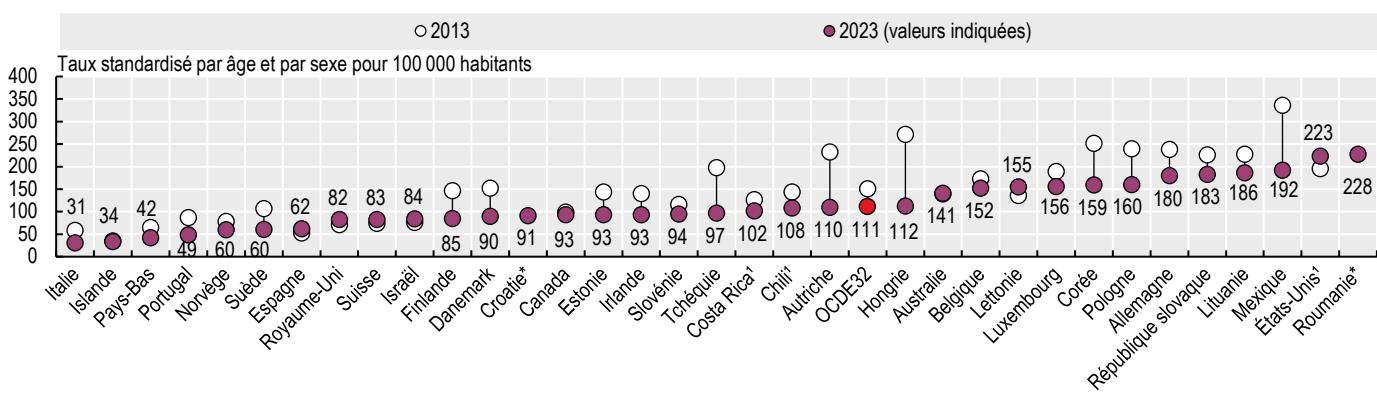


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/upl3mb>

Graphique 6.11. Hospitalisations pour diabète chez les adultes, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/atwgui>

Efficacité de la prise en charge des maladies chroniques

L'efficacité des soins prodigués aux personnes atteintes de maladies chroniques peut être renforcée grâce à une prise en charge clinique fondée sur des données, d'autant plus que ces patients ont des interactions fréquentes avec leurs prestataires de santé. Cependant, comme l'autogestion permanente fait partie du quotidien de la plupart de ces personnes, il est également essentiel de les aider à prendre en charge leur santé et leur bien-être, en leur donnant par exemple des conseils pour adopter un mode de vie plus sain et gérer efficacement leur traitement médicamenteux. La prise en charge intégrée des maladies chroniques dans le cadre des soins primaires contribue à prévenir les complications et les hospitalisations évitables.

Le diabète, qui est une maladie chronique courante, est une cause majeure de maladie cardiovasculaire, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation d'un membre inférieur. Chez les personnes atteintes de diabète et d'hypertension, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine sont recommandés dans la plupart des directives nationales comme médicaments antihypertenseurs de première intention pour réduire la tension artérielle.

Le Graphique 6.12 montre en 2023 des pourcentages globalement uniformes de patients diabétiques sous antihypertenseurs recommandés, bien que l'Islande, les Pays-Bas et la Turquie enregistrent un taux d'environ 80 %, ou inférieur. Le taux moyen de prescription d'antihypertenseurs a augmenté de 4 p.p. entre 2013 et 2023 dans les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, ce qui témoigne d'un plus grand respect des recommandations pour la pratique clinique, l'amélioration étant particulièrement notable en Finlande.

Vu que le risque d'amputation chez les patients diabétiques peut être réduit par une gestion efficace du diabète, le taux d'hospitalisation pour amputation d'un membre inférieur peut indiquer la qualité à long terme de la prise en charge du diabète. Si les recommandations pour la pratique clinique en matière de prescription sont très respectées dans les pays de l'OCDE, le Graphique 6.13 montre des écarts importants entre les pays pour ce qui est des taux d'amputation majeure et mineure des membres inférieurs chez les adultes diabétiques. L'Islande, le Portugal, l'Italie, la Corée et la Suède ont affiché des taux inférieurs à 12 pour 100 000 habitants, tandis que le Chili, la Tchéquie, la Slovénie et l'Allemagne ont enregistré des taux supérieurs à 40 pour 100 000. L'amputation mineure d'un membre inférieur peut être considérée comme un traitement visant à prévenir l'amputation majeure d'un membre inférieur ainsi que des complications graves dues à un diabète non contrôlé, mais le taux d'amputations mineures des membres inférieurs varie d'un pays à l'autre, ce qui semble indiquer des différences au niveau de la rapidité et de la qualité des interventions de soins primaires pour les cas de diabète à un stade précoce. Il convient toutefois de noter que les amputations mineures des membres inférieurs peuvent être pratiquées en ambulatoire dans des pays de l'OCDE ; il s'agit en Suède d'une pratique courante qui fait que le taux d'amputations mineures des membres inférieurs avec hospitalisation est relativement faible, de sorte qu'il faut interpréter avec prudence les variations de cet indicateur d'un pays à l'autre.

L'aide à l'autogestion, qui vise à doter les patients des connaissances et des compétences nécessaires pour gérer leurs pathologies, est plus efficace lorsque les patients prennent une part active aux décisions concernant leur prise en charge. Les résultats de l'enquête PaRIS de l'OCDE montrent qu'au niveau des soins primaires, les personnes sont plus confiantes dans leur capacité d'autogestion lorsque les médecins les associent à la prise de décision et les aident à jouer un rôle plus actif dans la prise en charge de leur état de santé (OCDE, 2025^[1]). Le Graphique 6.14 montre qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE, si 70 % des personnes sans maladie chronique ont déclaré avoir confiance dans leur capacité d'autogestion, cette proportion n'est que de 59 % parmi les personnes atteintes de maladies chroniques. La confiance des personnes âgées de 45 ans et plus qui sont atteintes de maladies chroniques dans leur capacité d'autogestion variait d'un facteur de un à près de quatre dans les pays étudiés, allant de 92 % en France à moins de 40 % en Italie, en Islande et en Grèce.

Définition et comparabilité

Le dénominateur des personnes diabétiques auxquelles des antihypertenseurs recommandés sont prescrits correspond aux personnes diabétiques (c'est-à-dire les usagers de longue durée de médicaments régulateurs de la glycémie) auxquels sont en outre prescrits une ou plusieurs fois au cours d'une année donnée divers médicaments souvent utilisés dans la gestion de l'hypertension. Le numérateur est le nombre de personnes qui ont une ou plusieurs ordonnances pour un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine. Toute baisse indiquée des taux peut être expliquée par une augmentation du dénominateur des patients diabétiques recensés par les données relatives aux prescriptions, en raison d'un taux accru de prescription d'agonistes du peptide-1 apparenté au glucagon (GLP-1) pour la perte de poids plutôt que pour l'indication du diabète, comme mis en évidence au Danemark et en Norvège (voir le chapitre 9 « Produits pharmaceutiques, technologies et santé numérique »).

L'indicateur des amputations majeures et mineures d'un membre inférieur chez les adultes diabétiques est défini comme le nombre de sorties d'hôpital parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, les taux étant standardisés par âge et par sexe par rapport à la population de l'OCDE en 2015. L'amputation majeure d'un membre inférieur intervient entre la hanche et le dessus de la cheville et l'amputation mineure d'un membre inférieur peut concerner un orteil et aller jusqu'à la cheville. Ces indicateurs se rapportent aux amputations en milieu hospitalier, alors qu'un nombre variable d'amputations, en particulier les amputations mineures des membres inférieurs, sont pratiquées en ambulatoire dans différents pays.

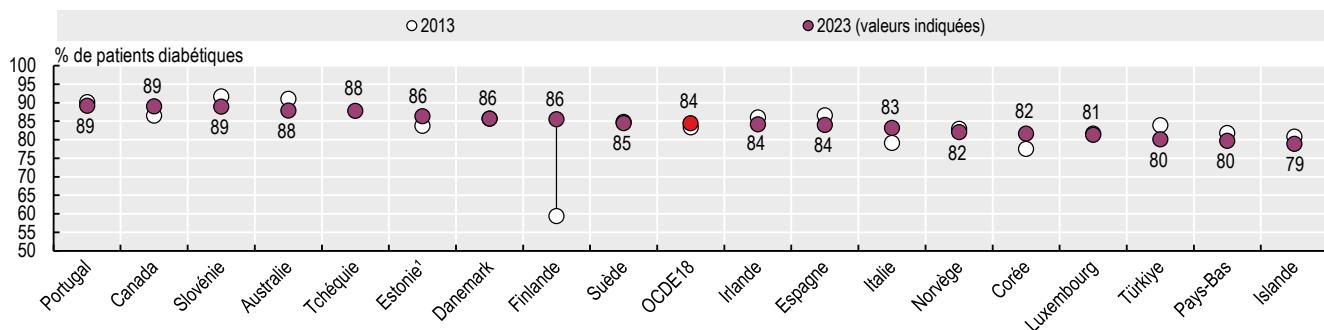
L'indicateur relatif à la confiance dans sa capacité d'autogestion mesure le degré de confiance que les personnes interrogées ont dans leur capacité à gérer elles-mêmes leur santé et leur bien-être, à partir d'une question figurant dans le questionnaire sur la perception de soins coordonnés et centrés sur la personne (P3CEQ). Le dénominateur des données de l'enquête PaRIS correspond aux personnes âgées de 45 ans et plus qui ont consulté leur praticien de soins primaires au cours des six derniers mois. Le numérateur correspond aux personnes qui ont déclaré être confiantes ou très confiantes dans leur capacité d'autogestion, par opposition à peu ou pas du tout confiantes.

Références

OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>.

[1]

Graphique 6.12. Personnes diabétiques auxquelles des antihypertenseurs recommandés ont été prescrits, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

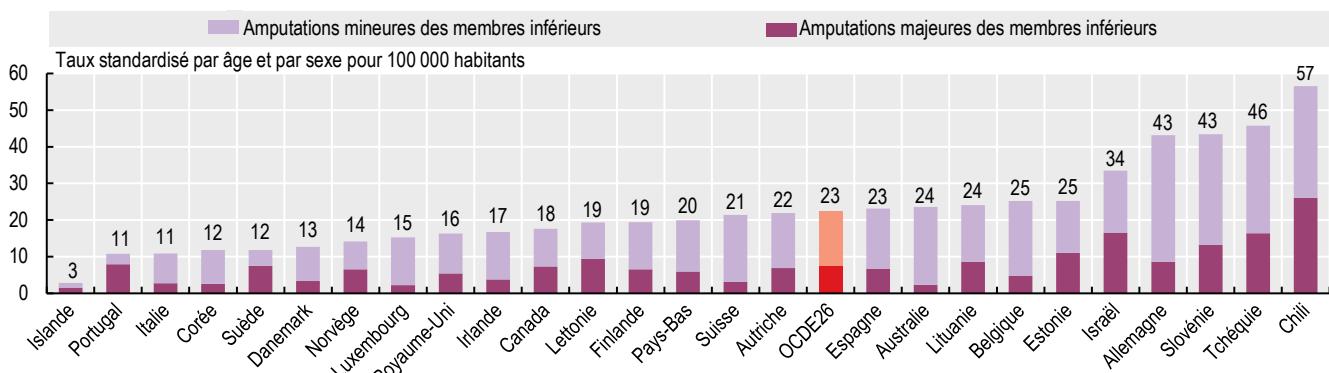


1. Les dernières données datent de 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/yano9u>

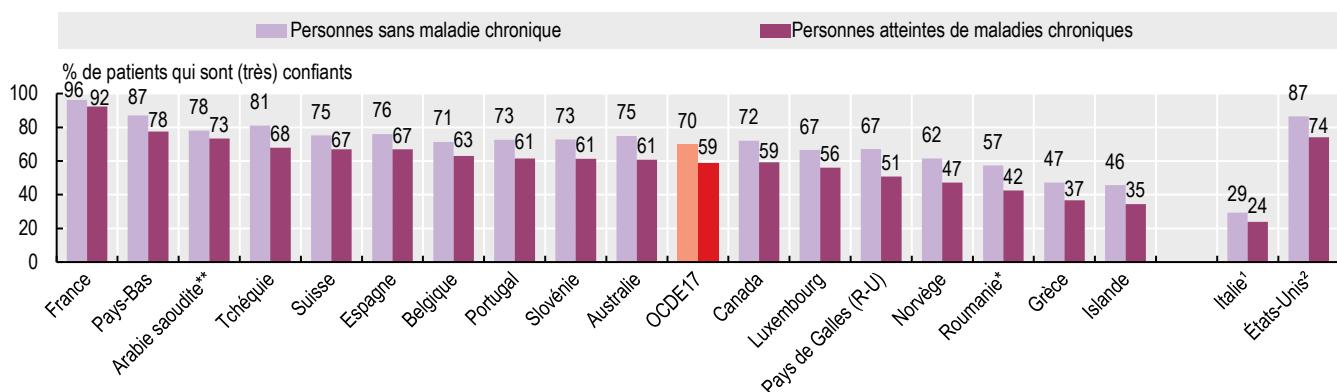
Graphique 6.13. Amputations majeures et mineures des membres inférieurs chez les adultes diabétiques, 2023 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/c0i1hp>

Graphique 6.14. Usagers des soins primaires qui ont confiance dans leur capacité d'autogestion, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/unx1cg>

Soins primaires centrés sur la personne

Donner la parole aux patients est une composante essentielle des efforts déployés à l'échelle nationale et internationale pour améliorer la qualité des soins (OCDE, 2021^[1]). Au cours de la dernière décennie, les pays de l'OCDE ont eu beaucoup plus recours à des indicateurs fondés sur les déclarations des patients pour éclairer l'élaboration des politiques de santé. Plusieurs pays ont recueilli et évalué des mesures de l'expérience déclarée par les patients (PREM) et des mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) et ont créé des canaux afin que les contributions des patients permettent d'améliorer les performances des systèmes de santé et de centrer les soins sur la personne. Une initiative majeure est l'Enquête PaRIS de l'OCDE, qui est la plus grande enquête internationale menée auprès de personnes atteintes de maladies chroniques. Elle met en évidence les différences entre les pays en termes de vécu des patients, en mettant en lumière la qualité variable des soins primaires et en guidant les efforts visant à améliorer l'offre de soins primaires (OCDE, 2025^[2]).

Les résultats de l'enquête PaRIS montrent que les personnes atteintes de maladies chroniques ont généralement fait état d'un niveau élevé de qualité perçue dans le cadre des soins primaires. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 87 % des patients atteints de maladies chroniques avaient une perception positive des soins qu'ils avaient reçus (les jugeant bons, très bons ou excellents), dans une fourchette comprise entre 97 % en Suisse et 69 % au Portugal (Graphique 6.15). Les résultats étaient similaires chez les personnes sans maladie chronique. L'analyse des données de l'enquête PaRIS montre que la qualité perçue est largement associée aux dépenses nationales de santé par habitant et que plus de 10 % des écarts peuvent être attribués à des différences au niveau des pays, comme les politiques nationales de santé ainsi que l'offre, l'accessibilité et la qualité des services de santé, mais aussi à d'autres facteurs qui dépassent le système de santé.

La confiance dans les professionnels de santé est une composante fondamentale des soins centrés sur la personne, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques qui doivent interagir en permanence avec le système de santé. Dans les pays de l'OCDE, 78 % des patients atteints de maladies chroniques ont déclaré faire confiance au dernier professionnel de santé qu'ils ont consulté, ce taux allant de 88 % en Suisse à 57 % en Grèce (Graphique 6.16). Dans les pays de l'OCDE, le taux moyen était supérieur à la confiance moyenne dans le système de santé dans son ensemble (62 %) (OCDE, 2025^[2]). Le sentiment qu'ont les patients de bénéficier de soins de qualité, d'avoir une personne de référence à contacter, d'entretenir des relations de longue date avec leurs prestataires de soins au fil du temps et d'avoir des consultations plus longues avec ces derniers a été reconnu comme ayant une influence positive sur la confiance.

Lorsque les soins de santé sont « centrés sur la personne », ils sont adaptés aux besoins, aux préférences et aux valeurs de chaque patient. Le Graphique 6.17 (partie gauche) montre la proportion de patients qui ont fait état d'une expérience positive des soins centrés sur la personne, avec des scores supérieurs à 12 sur l'échelle dédiée du questionnaire P3CEQ (0-24). En moyenne, dans les pays de l'OCDE, 87 % des personnes interrogées ont fait état d'une expérience positive, cette proportion allant de 97 % en Suisse à 66 % au Pays de Galles (Royaume-Uni). Améliorer la continuité de l'information, éviter aux patients de devoir expliquer leur situation à plusieurs reprises et associer plus étroitement les patients à la prise de décisions sont des étapes essentielles pour centrer davantage les soins sur la personne.

Les soins primaires jouent un rôle crucial dans la gestion de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques, ce qui en fait un cadre naturel pour mettre en œuvre des stratégies et des interventions visant à améliorer la coordination des soins, comme les bilans de médication et l'aide à l'autogestion. Le Graphique 6.17 (partie droite) montre la proportion de patients qui ont fait état d'une expérience positive de la coordination des soins, sur la base d'un score supérieur à 7,5 sur l'échelle dédiée du questionnaire P3CEQ (0-15). La moyenne dans les pays de l'OCDE s'établissait à 59 %, allant de 81 % en Suisse à 22 % au Pays de Galles (Royaume-Uni). Consolider la planification des soins, favoriser les bilans de médication et renforcer le partage d'informations en continu sont des stratégies essentielles pour améliorer la coordination et mieux accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques.

Définition et comparabilité

Les résultats de l'enquête PaRIS rassemblent des données issues de 107 011 patients (âgés de 45 ans et plus) rattachés à 1 816 structures de soins primaires dans 19 pays. Tous avaient consulté un praticien dans leur structure de soins primaires au cours des six mois précédents, et tous les résultats sont standardisés par âge et par sexe.

La qualité perçue est une mesure globale de la façon dont les patients évaluent la qualité des soins reçus au cours des 12 derniers mois. Elle indique le pourcentage d'usagers des soins primaires ayant déclaré que la qualité des soins était « bonne », « très bonne » ou « excellente » par rapport à « passable » ou « mauvaise ». **La confiance dans les professionnels de santé** désigne le degré de confiance que les patients accordent au professionnel de santé qu'ils ont consulté ou avec lequel ils ont parlé, un résultat positif étant défini comme la réponse « oui, absolument ».

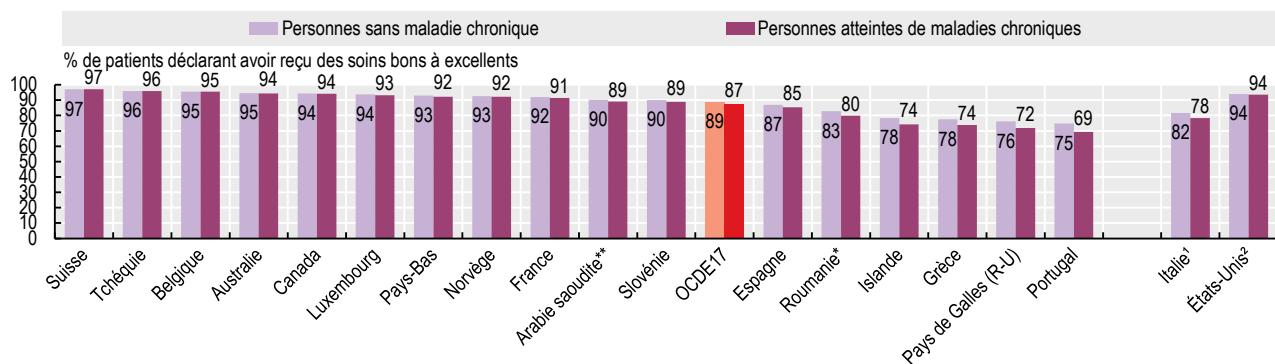
L'approche centrée sur la personne, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les besoins de santé des patients sont gérés de façon holistique en plaçant leurs préférences et leurs besoins au cœur des soins prodigués, correspond au pourcentage de patients faisant état d'une expérience positive (score supérieur ou égal à 50 % à huit questions, soit un score ≥ 12 sur la sous-échelle de 24 points du questionnaire sur la perception de soins coordonnés et centrés sur la personne (P3CEQ)). **La coordination perçue**, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les patients bénéficient d'un parcours de soins fluide et continu dans différentes structures de santé, correspond au pourcentage de patients faisant état d'une expérience positive (score supérieur ou égal à 50 % à cinq questions mesurant la coordination des soins, soit un score $\geq 7,5$ sur la sous-échelle de 15 points du questionnaire P3CEQ).

Références

OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [2]

OCDE (2021), *Health for the People, by the People : Building People-centred Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>. [1]

Graphique 6.15. Qualité perçue des soins primaires, 2024

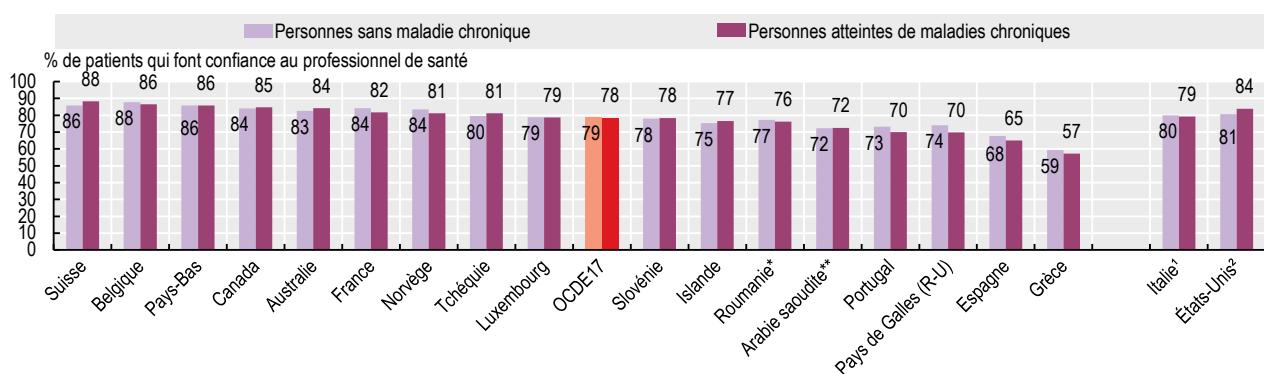


1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/zcb3k2>

Graphique 6.16. Confiance dans les professionnels de santé parmi les usagers des soins primaires, 2024

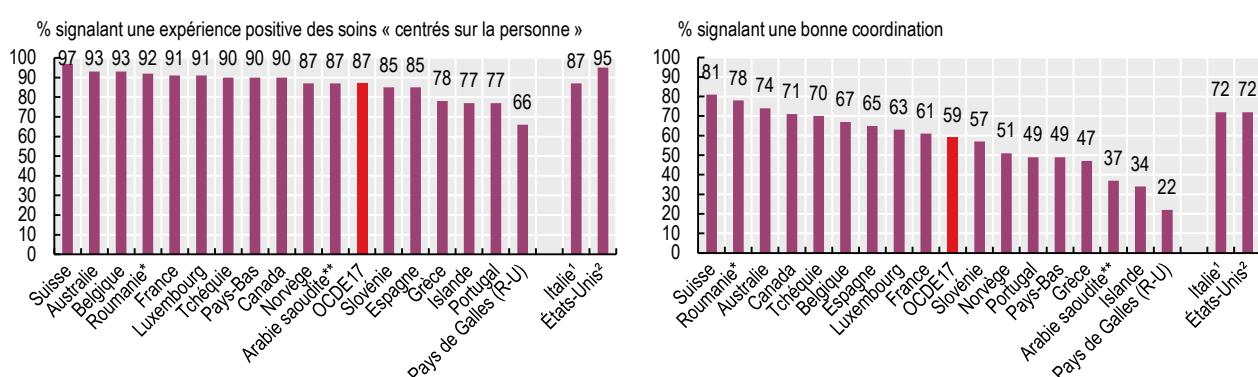


1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/cqzv0n>

Graphique 6.17. Approche centrée sur la personne et coordination perçue des soins parmi les usagers des soins primaires atteints de maladies chroniques, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/mttyrq0>

Sécurité des soins aigus – culture sur le lieu de travail et vécu des patients

Il est possible de conjuguer des indicateurs de la culture de la sécurité des patients du point de vue des soignants avec des mesures de l'expérience déclarée par les patients quant à la sécurité et des indicateurs classiques de la sécurité des patients (voir la section « Sécurité des soins aigus – complications chirurgicales et gestion des erreurs ») pour obtenir une vision globale de la sécurité au sein des systèmes de santé.

L'adoption par les soignants d'une culture positive de la sécurité des patients se traduit par une perception commune de l'importance de la sécurité, une transparence et une confiance accrues, des niveaux plus élevés de responsabilité partagée, ainsi qu'une confiance accrue dans les initiatives de sécurité au niveau de la structure et au niveau national. Un nombre croissant d'études révèlent qu'une culture positive de la sécurité des patients est associée à une amélioration des résultats sanitaires et du vécu des patients, ainsi qu'à des gains de productivité pour la structure et à une meilleure satisfaction du personnel. Les modèles renforcés de gouvernance de la sécurité des patients et les investissements visant à améliorer la culture de la sécurité des patients ont des effets importants et durables sur les résultats (G20 Health & Development Partnership, 2021^[1]).

Le Graphique 6.18 et le Graphique 6.19 illustrent deux domaines du questionnaire HSPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*), qui demande au personnel hospitalier de communiquer des informations sur certains aspects de leur environnement de travail et d'indiquer si ces derniers contribuent à garantir la sécurité des patients. Le Graphique 6.18 indique dans quelle mesure le personnel a le sentiment que des informations importantes sur la prise en charge des patients sont communiquées d'une unité hospitalière à l'autre et lors des changements d'équipe. La perception positive qu'a le personnel de la sécurité des transferts et de l'échange d'information varie considérablement d'un pays à l'autre, avec un écart de 25 p.p. (de 78 % à 53 %) pour les pays qui utilisent la version 2.0 du questionnaire HSPSC. Les pays qui utilisent la version 1.0 du questionnaire HSPSC observent généralement de moindres niveaux de perception positive des transferts et des transitions en raison du format des questions de l'enquête, les valeurs allant de 53 % à 36 % des effectifs ayant une perception positive de la sécurité des patients dans leur hôpital. Le Graphique 6.19 montre que la plupart des travailleurs hospitaliers estiment que les effectifs et le rythme de travail ne leur permettent pas d'assurer la sécurité des soins aux patients. Pour tous les types de personnel, les perceptions quant aux effectifs et au rythme de travail sont les plus positives en Pologne, en Israël, en Colombie, aux États-Unis et en Lettonie (50 % ou plus de perceptions positives parmi différents types de personnel). Dans la plupart des pays, il existe un décalage évident entre les perceptions du personnel de direction et celles du personnel de première ligne. En moyenne, pour les pays de l'OCDE qui utilisent la version 2.0 du questionnaire HSPSC, 44 % seulement des médecins et des infirmiers dans les établissements hospitaliers estimaient que les effectifs et le rythme de travail permettaient d'assurer la sécurité des soins, contre 53 % du personnel de direction.

Le point de vue des patients est également essentiel pour rendre les systèmes de santé plus sûrs et davantage centrés sur la personne. D'après les données tirées de l'enquête PaRIS de l'OCDE, 25 % des usagers des soins primaires âgés de 45 ans et plus ont indiqué avoir subi une situation qui aurait pu entraîner, ou qui a effectivement entraîné, un préjudice inutile pour eux-mêmes, par exemple ne pas obtenir de rendez-vous lorsque c'était nécessaire, recevoir un diagnostic ou un traitement erroné ou retardé, ou connaître des problèmes de communication entre les professionnels de santé. Ces taux allaient de plus de 50 % en Grèce et en Arabie saoudite à moins de 10 % en Tchéquie et en Suisse (Graphique 6.20). Les événements indésirables sapent considérablement la confiance à la fois dans les professionnels de santé et dans le système de santé au sens large. Il ressort de l'analyse des données de l'enquête PaRIS que les personnes ayant fait face à un événement ou une situation susceptibles de leur porter préjudice dans le contexte des soins de santé sont 1,6 fois moins susceptibles de faire confiance au système de santé que celles qui n'ont pas connu d'événement indésirable (45 % contre 70 %). De même, la confiance dans le dernier professionnel de santé consulté est 1,4 fois plus faible chez les personnes qui ont vécu un événement indésirable que chez celles qui n'ont rien connu de tel (59 % contre 85 %) (OCDE, 2025^[2]).

Définition et comparabilité

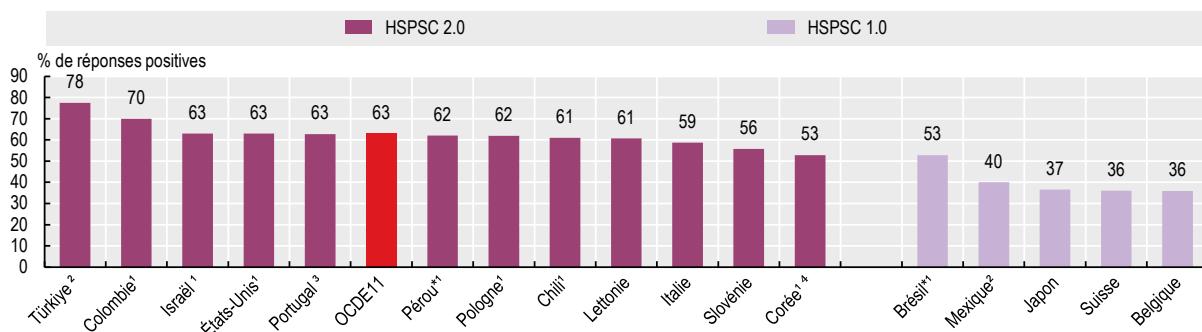
La perception que les soignants ont de la sécurité des patients est basée sur l'évaluation des travailleurs en milieu hospitalier (y compris dans les hôpitaux psychiatriques) à l'aide des versions 1.0 et 2.0 du questionnaire HSPSC. Les performances moyennes des versions 1.0 et 2.0 du questionnaire HSPSC étant différentes, les scores générés à l'aide de la version 1.0 sont normalement inférieurs. Plusieurs autres différences peuvent également influer sur la compatibilité des données présentées dans le Graphique 6.18 et le Graphique 6.19. Il s'agit essentiellement de différences quant à la portée de l'enquête et aux méthodes utilisées pour mesurer la culture de la sécurité des patients, notamment en ce qui concerne le nombre total de répondants, les types et le nombre d'hôpitaux participants, le taux de réponse et le caractère obligatoire ou facultatif de la communication des données (de Bienassis et Klazinga, 2024^[3]). S'agissant de l'interprétation des indicateurs de la culture de la sécurité des patients, la prudence s'impose en raison de ces différences.

Pour obtenir des informations sur les sources et les méthodes de l'enquête PaRIS, voir la section « Soins primaires centrés sur la personne ».

Références

- de Bienassis, K. et N. Klazinga (2024), « Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries : Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 168, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>. [3]
- G20 Health & Development Partnership (2021), *The Overlooked Pandemic: How to Transform Patient Safety and Save Healthcare Systems*, <https://www.ssduhub.org/wp-content/uploads/2021/03/1863-Sovereign-Strategy-Patient-Safety-Report-1.pdf> (consulté le 3 juin 2021). [1]
- OCDE (2025), *Les systèmes de santé tiennent-ils leurs promesses ? : Résultats de l'enquête PaRIS fondés sur les déclarations des patients*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/81af0784-fr>. [2]

Graphique 6.18. Perception qu'ont les soignants des transferts et de l'échange d'information, 2023 (ou année la plus proche)

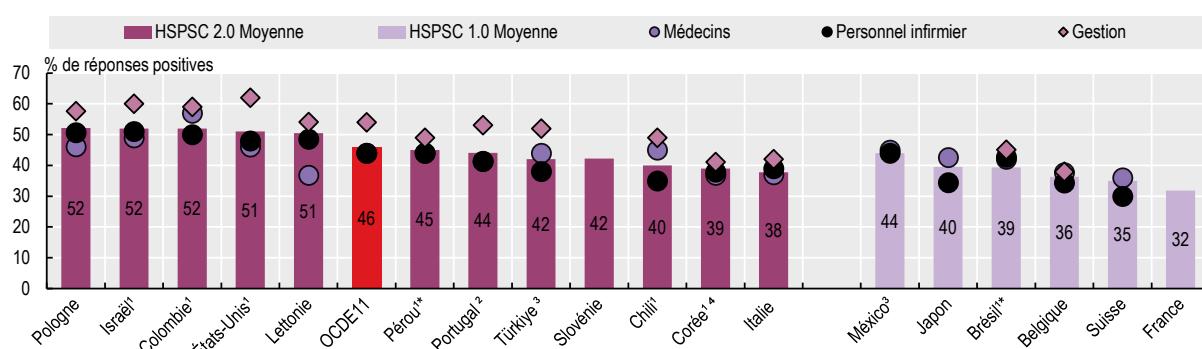


1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les dernières données datent de 2024. 3. Les dernières données datent de 2025. 4. Données communiquées volontairement par 15 hôpitaux. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et de Bienassis et Klazinga (2024^[3]).

StatLink <https://stat.link/9j4pmx>

Graphique 6.19. Perception qu'ont les soignants de l'adéquation des effectifs et du rythme de travail, par catégorie professionnelle, 2023 (ou année la plus proche)

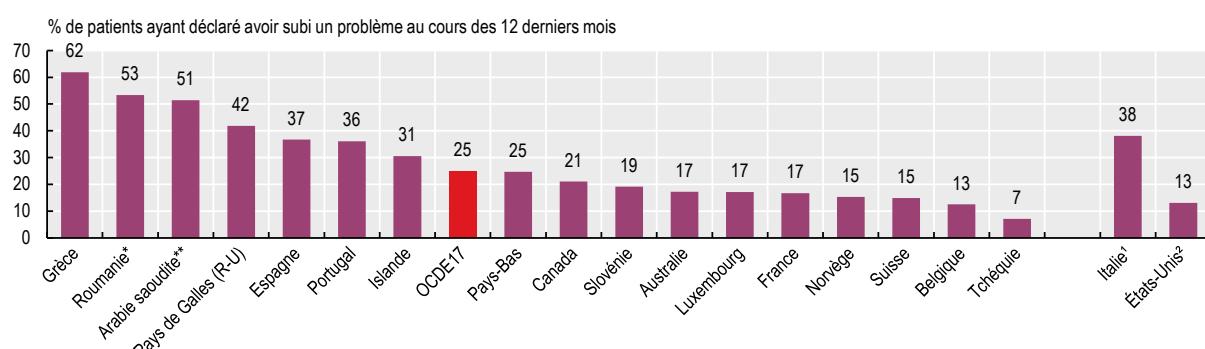


1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les dernières données datent de 2025. 3. Les dernières données datent de 2024. 4. Données communiquées volontairement par 15 hôpitaux.* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et de Bienassis et Klazinga (2024^[3]).

StatLink <https://stat.link/1m5yid>

Graphique 6.20. Usagers des soins primaires faisant état d'un problème survenu pendant leur prise en charge au cours des 12 derniers mois, 2024



1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/u6mkoc>

Sécurité des soins aigus – complications chirurgicales et gestion des erreurs

La sécurité des patients, c'est-à-dire la prévention des préjudices lors des activités de soins, est une question urgente dont le coût social et économique est considérable dans les pays de l'OCDE. Selon les estimations, jusqu'à 13 % des dépenses de santé sont consacrées au traitement des patients ayant subi un préjudice pendant leur prise en charge, sachant que la majorité de ces événements indésirables pourraient être évités si les protocoles de sécurité appropriés et les recommandations pour la pratique clinique étaient respectés (Slawomirski et Klazinga, 2022^[1]). Pour réaliser des progrès durables en matière de sécurité des soins et atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030 de l'OMS, il est essentiel de mettre l'accent sur la promotion d'une culture de la sécurité des patients (voir la section « Sécurité des soins intensifs – culture sur le lieu de travail et vécu des patients ») et sur l'amélioration à la fois des processus et des résultats (voir la section « Résultats déclarés par les patients en matière de soins intensifs ») (OMS, 2021^[2]).

L'intervention chirurgicale en cas de fracture de la hanche est généralement pratiquée en urgence/de manière non planifiée. Une intervention rapide, dans les premières 48 heures, peut considérablement améliorer les résultats des patients et réduire au minimum le risque de complications. De nombreux facteurs influent sur le délai avant une opération, notamment, à l'hôpital, la capacité du bloc opératoire, les effectifs, les flux et la coordination, ainsi que les interventions ciblées des pouvoirs publics et des structures, comme les voies d'accès accélérés à la chirurgie mises en place dans plusieurs pays très performants comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède.

Dans les pays de l'OCDE, en 2023, près de quatre patients sur cinq (79 %) admis pour une fracture de la hanche ont été opérés dans les 48 heures, cette proportion allant de 98 % en Norvège à 44 % en Lettonie (Graphique 6.21). La proportion de patients qui ont été opérés rapidement a considérablement augmenté entre 2013 et 2023 en Italie (28 p.p.), en Israël (18 p.p.) et en Espagne (11 p.p.), tandis que les taux ont diminué en Lituanie, au Royaume-Uni, en Islande et en Lettonie. Au cours de cette période, l'Italie et Israël ont adopté cet indicateur dans le cadre de leurs activités nationales de suivi de la qualité, ce qui a permis de souligner au niveau national l'importance d'opérer rapidement.

Une déchirure périnéale grave lors d'un accouchement par voie basse est un événement indésirable portant gravement atteinte à la sécurité de la patiente qui nécessite souvent une intervention chirurgicale et qui peut engendrer des complications telles que des douleurs périnéales et une incontinence. Bien que la prévention ne soit pas toujours possible, une gestion appropriée du travail pendant l'accouchement ainsi que des soins obstétriques de qualité peuvent réduire la fréquence des déchirures.

Le Graphique 6.22 montre que l'incidence des traumatismes lors des accouchements par voie basse non assistés varie de 0,5 % et moins en Pologne, en Lituanie, au Costa Rica et en Israël à plus de 3 % au Canada, en Islande et au Danemark. Les différences entre les pays qui ne sont pas liées à la qualité des interventions chirurgicales, notamment les taux de césariennes, les pratiques de transparence et de codage, et l'utilisation de données administratives au lieu de celles des registres obstétricaux, influent sur les taux de traumatismes obstétricaux. Un suivi précis et transparent est essentiel pour améliorer la sécurité des patients, ce qui souligne l'importance de reconnaître, d'isoler et d'examiner avec soin les taux d'incidents réels.

Si les données administratives sont essentielles au suivi de la sécurité des patients, l'exhaustivité et l'exactitude des dossiers médicaux (prise en charge et résultats) dépendent de la façon dont les professionnels de santé documentent les cas de défaillances lorsqu'ils se produisent. Une culture dans laquelle les travailleurs ont le sentiment qu'ils seront rendus responsables à titre individuel en cas d'erreur peut les dissuader de rendre compte avec précision du processus d'intervention, ce qui risque de nuire aux performances à la fois individuelles et systémiques. Si de nombreux pays s'emploient activement à développer une culture non punitive fondée sur l'apprentissage, qui vise à améliorer la sécurité des patients en éliminant les obstacles systémiques à la sécurité des soins (de Bienassis et Klazinga, 2024^[3]), les professionnels de santé continuent de penser que les mesures prises en cas d'erreur sont peu équitables ; en effet, à peine plus de la moitié des soignants hospitaliers dans les pays de l'OCDE estiment faire l'objet d'un traitement équitable lorsqu'ils commettent des erreurs et indiquent que l'accent est mis sur l'importance d'apprendre de ses erreurs et sur l'accompagnement du personnel concerné en cas d'erreur au travail (Graphique 6.23).

Définition et comparabilité

Le Graphique 6.21 illustre le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus admis à l'hôpital avec un diagnostic de fracture du col du fémur ayant été opérés dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital. Si les cas de fracture de la hanche survenus pendant l'hospitalisation doivent normalement être exclus, il se peut que, dans les pays où le moment de l'hospitalisation et de l'intervention chirurgicale n'est pas consigné de façon détaillée dans les données administratives de l'hôpital, les taux soient surestimés.

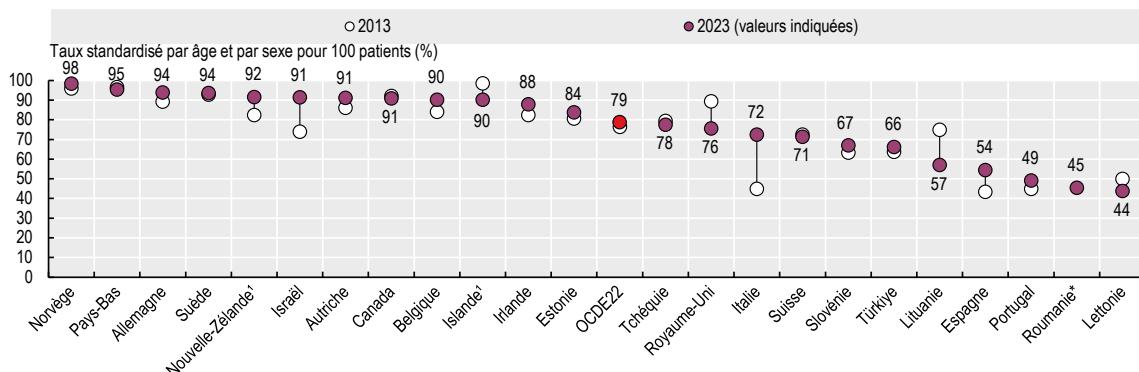
L'indicateur de traumatisme obstétrical illustre les taux de déchirures du troisième et du quatrième degré (codes O70.2-O70.3 de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10)) consécutives à un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale (forceps ou ventouse).

Pour obtenir des informations sur les sources et les méthodes utilisées pour évaluer la façon dont les professionnels de santé perçoivent les mesures prises en cas d'erreur, voir la section « Sécurité des soins aigus – culture du travail et vécu des patients ».

Références

- de Bienassis, K. et N. Klazinga (2024), « Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries : Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 168, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>. [3]
- OMS (2021), *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*, Organisation mondiale de la santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>. [2]
- Slawomirski, L. et N. Klazinga (2022), « The economics of patient safety : From analysis to action », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 145, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/761f2da8-en>. [1]

Graphique 6.21. Début de l'intervention chirurgicale pour fracture de la hanche chez les patients âgés de 65 ans et plus dans les deux jours suivant leur admission à l'hôpital, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

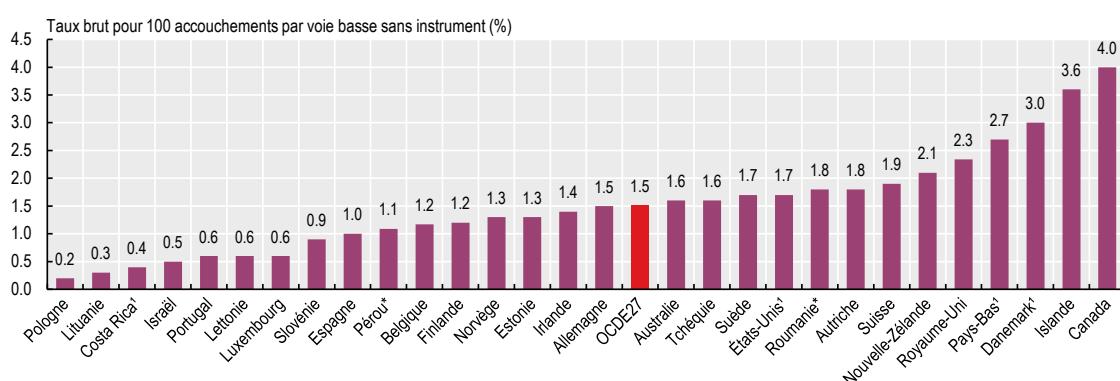


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/7jgl4a>

Graphique 6.22. Traumatisme obstétrical lors d'un accouchement par voie basse sans extraction instrumentale, 2023 (ou année la plus proche)

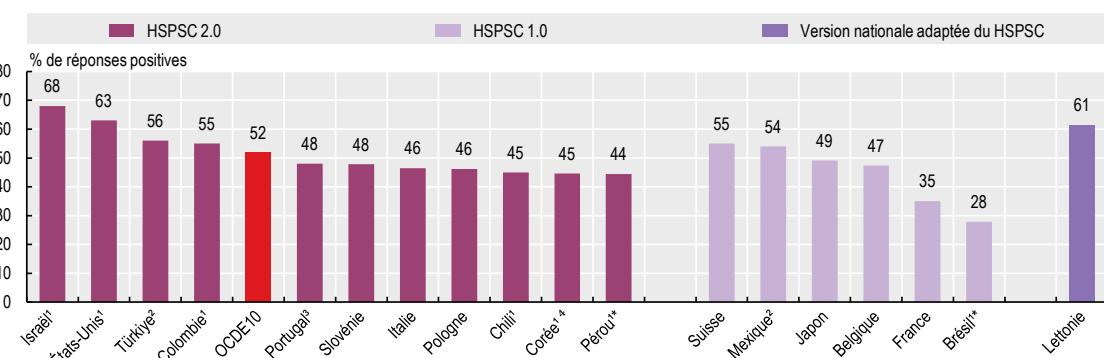


1. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/xj41oh>

Graphique 6.23. Perception qu'ont les soignants de l'équité des mesures prises en cas d'erreur, 2024 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les dernières données datent de 2024. 3. Les dernières données datent de 2025. 4. Données communiquées volontairement par 15 hôpitaux. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et de Bienassis et Klazinga (2024^[3]).

StatLink <https://stat.link/qzen6f>

Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM)

La mortalité imputable à une cardiopathie coronarienne a considérablement diminué ces dernières décennies (voir la section « Mortalité due aux maladies circulatoires » au chapitre 3). La réduction du tabagisme (voir la section « Tabagisme et vapotage » au chapitre 4) et l'amélioration du traitement des maladies cardiaques y ont contribué. Malgré ces progrès, l'IAM (ou crise cardiaque) reste l'une des principales causes de décès et la principale cause de décès d'origine cardiovasculaire dans de nombreux pays de l'OCDE, ce qui souligne la nécessité de réduire davantage les facteurs de risque et d'améliorer la qualité des soins (OCDE/ The King's Fund, 2020^[1] ; OCDE, 2025^[2]).

Les indicateurs de la mortalité à 30 jours après une hospitalisation pour un IAM rendent compte des processus de soins, tels que le transport des patients en temps voulu et les interventions médicales efficaces et à temps. À ce titre, l'indicateur est influencé non seulement par la qualité des soins aigus dispensés à l'hôpital, comme l'intervention coronarienne percutanée (ICP) et le pontage coronarien, mais aussi par la qualité et la rapidité du diagnostic et du traitement préhospitaliers, notamment l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE) et l'administration de médicaments, l'envoi coordonné d'une ambulance et le transport efficace du patient vers l'hôpital, ainsi que la pose du bon diagnostic et la mise en place du traitement qui convient. Les taux de mortalité à 30 jours dépendent également de différences en termes d'organisation des transferts à l'hôpital, de durée du séjour et de gravité de l'IAM.

Le Graphique 6.24 illustre les taux de mortalité à 30 jours suivant une hospitalisation pour un IAM, calculés sur la base de données non couplées, c'est-à-dire en comptabilisant uniquement les décès survenus dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, chez les patients âgés de 45 ans et plus. En 2023, les taux les plus bas ont été enregistrés par l'Islande, la Norvège, les Pays-Bas, l'Australie et la Suède (moins de 4 %) et les plus élevés par le Mexique (23 %) et la Lettonie (14 %).

Le Graphique 6.25. montre les mêmes taux de mortalité à 30 jours, mais calculés sur la base de données couplées, c'est-à-dire en comptabilisant les décès quel que soit l'endroit où ils sont survenus après l'hospitalisation (dans l'hôpital où le patient a été admis initialement, après son transfert dans un autre hôpital ou après sa sortie). Sur la base de ces données couplées, les taux de mortalité par IAM en 2023 allaient de 5 % en Islande et aux Pays-Bas à 15 % en Lettonie.

Les taux de létalité par IAM ont sensiblement diminué avant la pandémie, entre 2013 et 2019, mais ils ne se sont guère améliorés depuis 2019. Dans les pays de l'OCDE, entre 2013 et 2019, le taux moyen est passé de 8.2 % à 6.7 % pour les décès survenus dans le même hôpital que celui où les patients ont été admis, et de 10.7 % à 8.9 % pour les décès survenus à l'hôpital ou en dehors, mais en 2023 le taux moyen était de 6.5 % pour les décès survenus dans le même hôpital (Graphique 6.24) et de 8.6 % pour les décès survenus à l'hôpital ou en dehors (Graphique 6.25.). Il existe toutefois quelques exceptions : le taux de mortalité à 30 jours pour un IAM a sensiblement diminué au Japon et une hausse significative a été observée en Turquie et en Pologne depuis 2019. Au Japon, une société professionnelle responsable de la certification des professionnels et des prestataires dans le cadre des interventions cardiovasculaires a mis en place en 2018 un mécanisme d'évaluation comparative de la qualité des ICP, et les résultats de cette évaluation comparative, qui couvrent 90 % des ICP réalisées dans le pays, sont communiqués au niveau des prestataires afin de faciliter l'amélioration de la qualité (Saito et al., 2024^[3]).

Le taux de mortalité dans les 24 heures qui suivent une hospitalisation, lequel exclut généralement les décès dans l'ambulance ou aux urgences hospitalières, était inférieur à 1.5 pour 100 patients en Islande, au Canada et en Australie, mais supérieur à 3.5 pour 100 patients en Lituanie et en Lettonie en 2023 (graphique 6.26). L'accès préhospitalier à des soins efficaces est crucial pour les résultats à court terme des patients victimes d'un IAM. Pour assurer une prise en charge rapide, les pays autorisent de plus en plus la population à utiliser un DAE sans formation préalable. Plusieurs pays de l'OCDE ont aussi surmonté des obstacles sur le plan de la réglementation pour autoriser le personnel préhospitalier non médical à effectuer certains actes médicaux, tels que le diagnostic, la prescription et l'administration de médicaments. En Australie, les ambulanciers peuvent administrer des médicaments conformément aux protocoles ; leur rôle a été progressivement étendu et leur formation est devenue plus technique (OCDE, 2025^[2] ; Putland, Morgan et Fujisawa, à paraître^[4]).

Définition et comparabilité

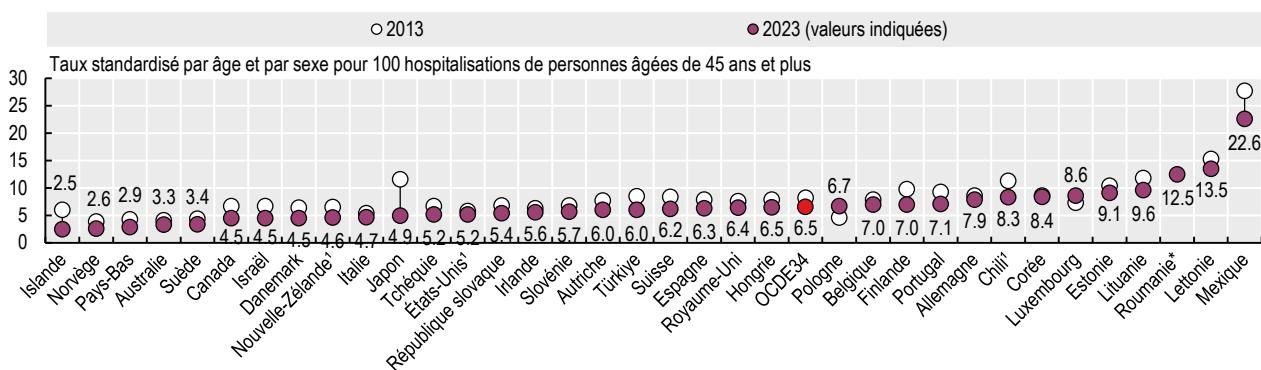
Le taux de létalité permet de mesurer le pourcentage de personnes âgées de 45 ans et plus qui décèdent dans les 24 heures ou les 30 jours suivant leur hospitalisation pour une affection aiguë précise. Pour la plupart des pays, les données se rapportent aux décès survenus après une hospitalisation formelle, à l'exclusion des décès survenus aux urgences hospitalières et avant l'arrivée à l'hôpital. Les données non couplées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où les patients ont été initialement admis ; les données couplées tiennent compte des décès enregistrés indépendamment du lieu où ils sont survenus, y compris dans un autre hôpital que celui où l'IAM a été enregistré initialement ou en dehors de l'hôpital. La méthode basée sur des données couplées est considérée comme plus approfondie et plus comparable que les taux basés sur des données non couplées, et donne donc lieu à des écarts beaucoup moins marqués entre les pays. Elle repose cependant sur l'utilisation d'un identifiant unique pour chaque patient afin de coupler les données issues de différents ensembles de données utiles, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Les résultats de cet indicateur sont plus élevés que pour l'indicateur relatif aux décès qui se produisent dans le même hôpital que celui où le patient a été initialement admis.

Les taux sont standardisés par âge et par sexe par rapport à la population de l'OCDE de 2013 âgée de 45 ans et plus hospitalisée pour un IAM (codes CIM-10 : I21-I22).

Références

- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the EU*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [2]
- OCDE/ The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>. [1]
- Putland, M., D. Morgan et R. Fujisawa (à paraître), « Between Crisis and Care: The Evolving Landscape of Emergency Care across the OECD », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris. [4]
- Saito, Y. et al. (2024), « Benchmarking System Monitoring on Quality Improvement in Percutaneous Coronary Intervention », *JACC: Asia*, vol. 4/4, pp. 323-331, <https://doi.org/10.1016/j.jacasi.2023.12.003>. [3]

Graphique 6.24. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

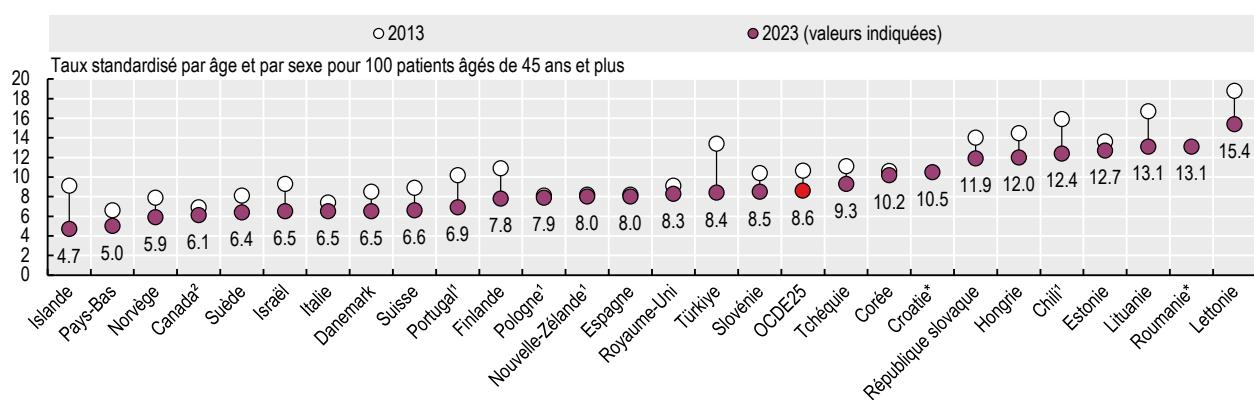


1. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/90hv5g>

Graphique 6.25. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données couplées, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

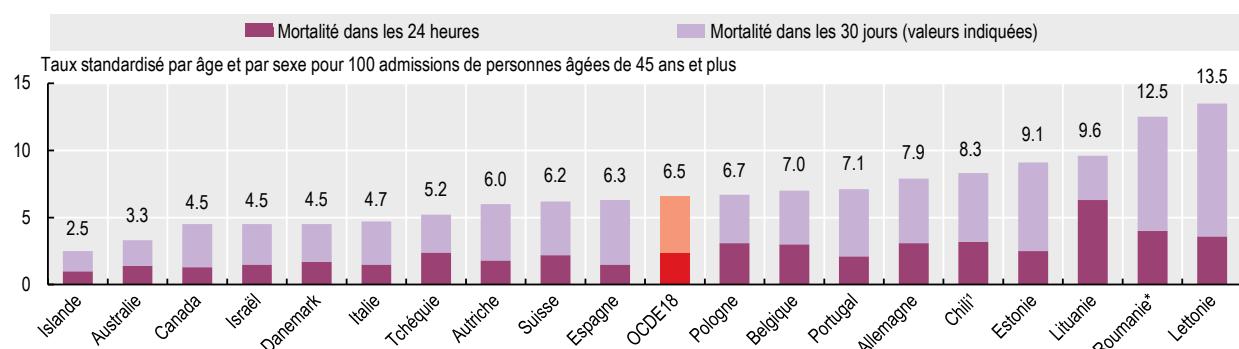


1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les données n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/8yr5gs>

Graphique 6.26. Mortalité dans les 24 heures et dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un infarctus aigu du myocarde, taux basés sur des données non couplées, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2020-2021. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/0q8bgc>

Mortalité après un accident vasculaire cérébral

L'AVC est l'une des premières causes de décès, représentant 6 % des décès dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2023 (voir les sections « Principales causes de mortalité » et « Mortalité due aux maladies circulatoires » au chapitre 3). Il survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cerveau est interrompue, ce qui entraîne une nécrose (mort cellulaire) de la partie atteinte. Parmi les deux types d'AVC, environ 85 % sont ischémiques (causés par l'obstruction d'un vaisseau sanguin) et 15 % sont hémorragiques (causés par la rupture d'un vaisseau sanguin). Un diagnostic rapide est essentiel pour une prise en charge urgente, par exemple la thrombolyse intraveineuse pour dissoudre ou disperser le caillot de sang et la thrombectomie pour retirer le caillot de sang de l'artère obstruée.

Le Graphique 6.27 illustre les taux de létalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un AVC ischémique en cas de décès survenu dans l'hôpital où le patient a été admis initialement (données non couplées). Le Graphique 6.28 illustre les taux de létalité lorsque les décès sont enregistrés indépendamment du lieu où ils sont survenus, y compris dans un autre hôpital que celui où l'AVC a été enregistré initialement ou en dehors de l'hôpital (données couplées). L'indicateur basé sur des données couplées est plus approfondi et plus comparable, mais il exige un identifiant unique pour chaque patient et des moyens pour coupler les données, ce dont tous les pays ne disposent pas. Les résultats de cet indicateur sont plus élevés que pour l'indicateur relatif aux décès qui se produisent dans le même hôpital où le patient a été initialement admis, car les décès sont enregistrés quel que soit le lieu où ils se sont produits après l'hospitalisation.

Dans les pays de l'OCDE, 7,7 % des patients sont décédés dans les 30 jours qui ont suivi leur hospitalisation pour un AVC ischémique en 2023, selon des données non couplées (Graphique 6.27). La Lettonie, le Mexique, la Slovénie et la Lituanie affichaient les taux de létalité les plus élevés (taux de mortalité supérieurs à 11 %). Ces taux étaient inférieurs à 4 % au Japon, en Corée et en Norvège. Les faibles taux observés au Japon s'expliquent en partie par les efforts déployés pour améliorer la prise en charge des patients victimes d'un AVC, grâce à une surveillance systématique de la tension artérielle, à d'importants investissements dans le matériel des hôpitaux et à la mise en place d'unités spécialisées dans les AVC, de sorte que la quasi-totalité de la population peut rejoindre une structure de soins primaires dédiée aux AVC dans un délai de 60 minutes à bord d'un véhicule d'urgence (OCDE, 2015^[1]). En Norvège, un service mobile d'ambulances dédiées à la prise en charge des AVC grâce à des tomodensitomètres embarqués permet de diagnostiquer et de traiter les cas d'AVC ischémiques ; en 2023, 95 % des patients victimes d'un AVC ont été pris en charge dans des unités spécialisées (OCDE, 2025^[2]). En revanche, en Lettonie, où le taux de létalité est relativement élevé, seule la moitié environ des patients victimes d'un AVC ont été pris en charge dans des unités spécialisées en 2023.

Dans les 24 pays de l'OCDE qui ont communiqué des données couplées, en moyenne 12,1 % des patients sont décédés dans les 30 jours suivant leur hospitalisation pour un AVC ischémique en 2023 (Graphique 6.28). Le taux de mortalité était le plus élevé (plus de 15 %) en Lettonie, en Turquie, en Lituanie, au Chili et en Estonie, et le plus faible (moins de 8 %) en Corée, en Israël et en Norvège. La Corée a atteint un faible taux de mortalité en améliorant la prise en charge des AVC ischémiques aigus, notamment grâce à un nombre accru de centres intégrés dédiés aux AVC prodiguant des soins de qualité et réalisant des thrombectomies, et en élargissant la couverture de l'assurance maladie pour ce qui concerne la thrombectomie mécanique (Park et al., 2022^[3]).

Le traitement des AVC ischémiques a progressé de manière spectaculaire ces dernières décennies, de nombreux pays de l'OCDE disposant désormais de systèmes et procédures permettant, d'une part, de recenser les patients à risque et, d'autre part, de traiter à la phase aiguë par une réperfusion coronaire précoce. Une amélioration notable a été observée avant la pandémie : en effet, entre 2013 et 2019, les taux de létalité par AVC ischémique ont diminué dans les pays de l'OCDE, passant de 9,3 % à 7,9 % en moyenne en ce qui concerne les taux basés sur des données non couplées et de 13,4 % à 12,1 % en ce qui concerne les taux basés sur des données couplées (Graphique 6.27 et Graphique 6.28). Cependant, de la même façon que pour l'IAM (voir la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) »), la situation a peu progressé ces dernières années, les taux de mortalité étant restés stables entre 2019 et 2023.

Les pays peuvent encore améliorer la qualité de la prise en charge des AVC en veillant à ce que les patients soient transportés rapidement, à ce qu'un diagnostic soit posé à bref délai, à ce que les interventions médicales soient fondées sur des données probantes et à ce que les patients aient accès à des structures spécialisées de qualité telles que des unités dédiées à la prise en charge des AVC. Les progrès technologiques donnent lieu à de nouveaux modèles de prise en charge permettant de traiter par réperfusion encore plus rapidement et efficacement, que ce soit par un triage préhospitalier par téléphone ou par l'administration du traitement dans l'ambulance (OCDE, 2025^[2]).

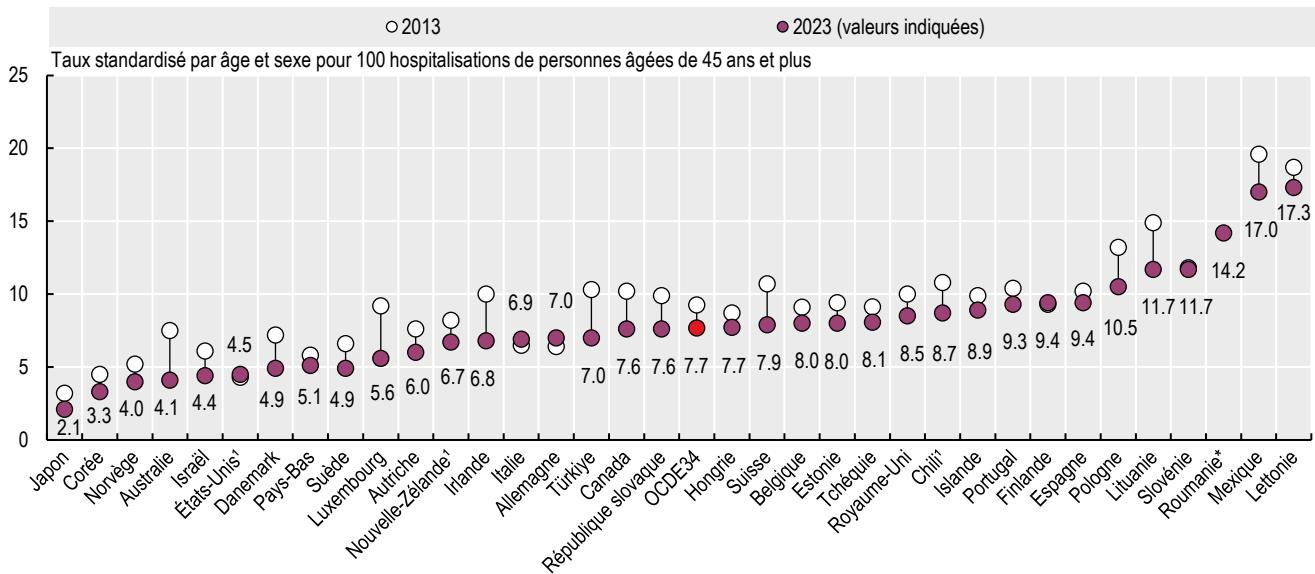
Définition et comparabilité

Les taux de létalité sont définis et les données non couplées et couplées sont expliquées dans la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde (IAM) ». L'AVC ischémique correspond aux codes I63-I64 de la CIM-10.

Références

- OCDE (2025), *The State of Cardiovascular Health in the EU*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [2]
- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233010-en>. [1]
- Park, S. et al. (2022), « Change of mortality of patients with acute ischemic stroke before and after 2015 », *Frontiers in Neurology*, vol. 13, <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.947992>. [3]

Graphique 6.27. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un AVC ischémique, taux basés sur des données non couplées, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

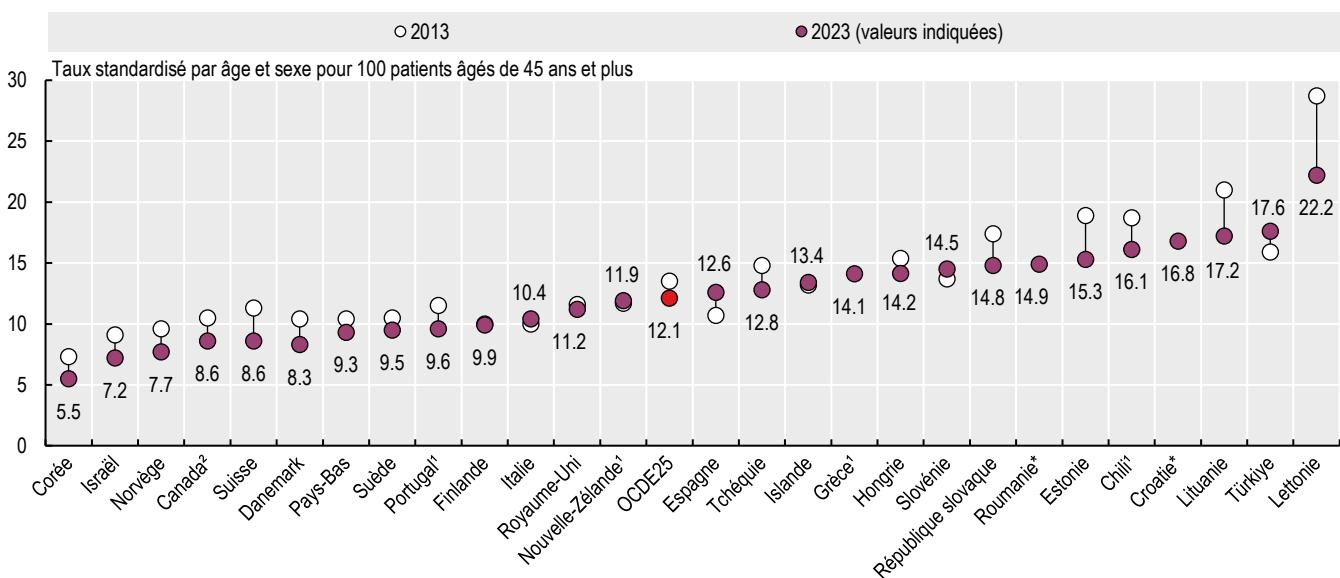


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/dzknf0>

Graphique 6.28. Mortalité dans les 30 jours suivant une hospitalisation pour un AVC ischémique, taux basés sur des données couplées, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2020-2022. 2. Les données n'incluent pas les décès hors des hôpitaux de soins de courte durée. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/9elanr>

Prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale

La charge de la maladie mentale est considérable, touchant une personne sur deux à un moment de leur vie (voir la section « Santé mentale » au chapitre 3). Depuis la pandémie, la prévalence des troubles psychiques graves a augmenté et reste supérieure à aux niveaux d'avant la pandémie dans la plupart des pays de l'OCDE. Selon les estimations, le coût économique des troubles de la santé mentale représente plus de 4.2 % du produit intérieur brut (PIB) ; si une partie découle directement des traitements, l'autre est indirectement liée à la baisse des taux d'emploi et de la productivité (OCDE, 2021^[1]). Des soins de qualité prodigués en temps voulu peuvent améliorer les résultats et faire reculer les taux de suicide et de surmortalité chez les personnes atteintes de troubles de la santé mentale.

Les taux de décès par suicide après la sortie d'hôpital peuvent servir d'indicateur de la qualité des soins dans le secteur extrahospitalier après l'hospitalisation, mais aussi de la coordination entre le milieu hospitalier et le milieu non hospitalier. Dans les pays de l'OCDE, en 2023, les taux de suicide chez les patients hospitalisés au cours de l'année précédente allaient de 1.4 pour 1 000 patients au Royaume-Uni à 6.9 pour 1 000 patients en Corée (Graphique 6.29). Les écarts en matière de taux de suicide peuvent également s'expliquer par des différences en termes d'accès aux soins de santé mentale et de gravité des pathologies prises en charge en milieu hospitalier, car les taux de sortie d'hôpital varient considérablement d'un pays à l'autre. Entre 2013 et 2023, le nombre de suicides après une sortie d'hôpital a augmenté au Chili, en Tchéquie, en République slovaque, en Slovénie et en Corée, mais a diminué en Finlande, au Danemark, en Lettonie, au Canada, en Lituanie, en Suède, en Israël et en Islande. En Finlande, la prévention du suicide est une priorité des pouvoirs publics, dans le cadre de sa Stratégie nationale pour la santé mentale et de son Programme de prévention du suicide, qui visent à accroître les ressources allouées aux services de santé mentale dans les soins primaires et à renforcer la coordination entre les soins primaires et les soins spécialisés (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2023^[2]).

Un taux de surmortalité supérieur à 1 signifie que les personnes atteintes de troubles de la santé mentale présentent un risque de décès supérieur au reste de la population. Le Graphique 6.30 montre que dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité sont plus de quatre fois plus élevés chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans la population générale, et plus de deux fois plus élevés chez les personnes atteintes de troubles bipolaires. En 2023, les taux de surmortalité allaient de 2.1 en Lituanie à 6.5 en Norvège pour les personnes atteintes de schizophrénie, et de 1.4 en Lituanie à 4.3 en Corée pour les personnes atteintes de troubles bipolaires. Au cours de la dernière décennie, la surmortalité des personnes atteintes de troubles graves de la santé mentale a augmenté dans la plupart des pays, à l'exception des troubles bipolaires en Suède et de la schizophrénie au Chili. Une étude a montré que la hausse de la surmortalité chez les personnes schizophrènes pendant la pandémie était due à une baisse du nombre d'hospitalisations pour des maladies somatiques, à l'accès limité des patients schizophrènes à des soins aigus non liés au COVID-19 et à la moindre efficacité de ces soins chez ces patients par rapport aux patients n'ayant pas de troubles graves de la santé mentale (Boyer et al., 2022^[3]).

Les mesures de l'expérience déclarée par les patients (PREM) peuvent aider à appréhender la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Ces indicateurs sont de plus en plus utilisés dans le cadre des soins de santé mentale pour comprendre la façon dont les personnes ont perçu les services de santé et l'offre de soins centrés sur la personne (de Bienassis et al., 2022^[4]). Le Graphique 6.31 indique si les usagers des services se sont sentis aussi associés qu'ils le souhaitaient à la prise de décisions concernant leur traitement, à la fois dans les services de santé mentale avec hospitalisation et dans les services extrahospitaliers. La part des usagers des services hospitaliers de santé mentale qui déclarent se sentir associés à la prise de décisions concernant leur traitement allait de 50 % au Japon à 83 % en Turquie. En ce qui concerne les services extrahospitaliers de santé mentale, le Japon affichait la part la plus faible (75 %), et les parts les plus élevées étaient observées en Turquie (96 %) et au Portugal (89 %).

Définition et comparabilité

Le taux de suicide dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital est établi par le recouplement, d'une part, des taux de sortie après hospitalisation avec comme diagnostic principal ou diagnostic secondaire les codes correspondant à des troubles mentaux et du comportement (codes CIM-10 : F10-F69 et F90-99) et, d'autre part, des suicides consignés dans les registres de décès (codes CIM-10 : X60-X84). Si les codes de diagnostic secondaire ne revêtent pas la même importance, un code de diagnostic principal ou les deux premiers codes indiqués de diagnostic secondaire (troubles mentaux et du comportement) sont utilisés. Pour la Slovénie, les données de 2013 sont basées uniquement sur les diagnostics principaux ; pour Israël, les données de 2013 et de 2023 sont basées uniquement sur les diagnostics principaux ; et, pour la Corée, les données de 2013 et de 2023 se rapportent aux personnes avec un code de diagnostic principal ou un premier code indiqué de diagnostic secondaire.

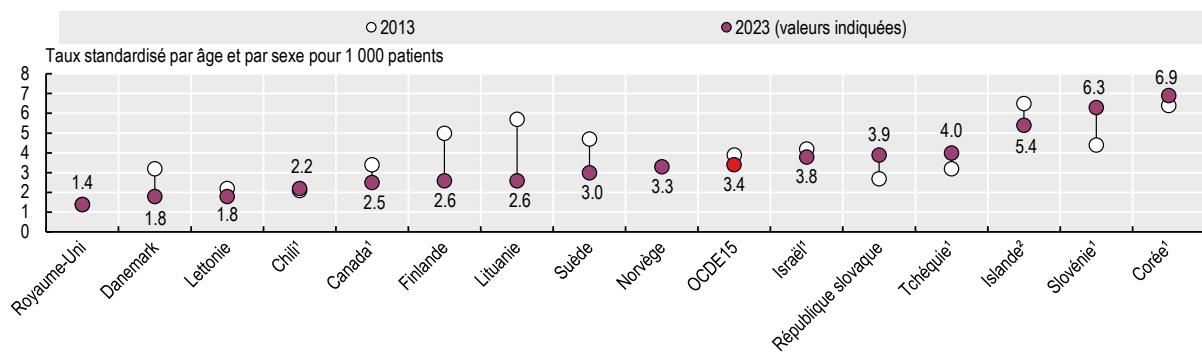
S'agissant de la surmortalité, le numérateur correspond au taux de mortalité global des personnes âgées de 15 à 74 ans à qui l'on a diagnostiqué des troubles de la schizophrénie ou de la bipolarité. Le dénominateur correspond au taux de mortalité global de la population générale du même groupe d'âge. Le nombre relativement faible de personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires qui décèdent au cours d'une année donnée peut donner lieu à des variations sensibles de cet indicateur d'une année sur l'autre.

Les mesures PREM en matière de santé mentale sont basées sur l'évaluation par les usagers des services psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers. Les données concernent les personnes âgées de 16 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal de troubles de la santé mentale et du comportement. Il convient de faire preuve de prudence lorsque l'on compare à l'échelle internationale les mesures PREM en matière de santé mentale, car il existe des différences entre les instruments d'enquête. Les données de la Belgique se rapportent à la Flandre, celles de la France à Paris, et celles de l'Australie au Victoria, au Queensland et à la Nouvelle-Galles du Sud.

Références

- Boyer, L. et al. (2022), « Impact of the COVID-19 pandemic on non-COVID-19 hospital mortality in patients with schizophrenia: a nationwide population-based cohort study », *Molecular Psychiatry*, vol. 27/12, pp. 5186-5194, <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01803-4>. [3]
- de Bienassis, K. et al. (2022), « Establishing standards for assessing patient-reported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries : Technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 135, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/e45438b5-en>. [4]
- OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems : Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>. [1]
- OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2023), *Finlande : Country Health Profile 2023*, State of Health in the EU, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/e7af1b4d-en>. [2]

Graphique 6.29. Suicide à la suite d'une hospitalisation pour un trouble psychiatrique, dans l'année suivant la sortie, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

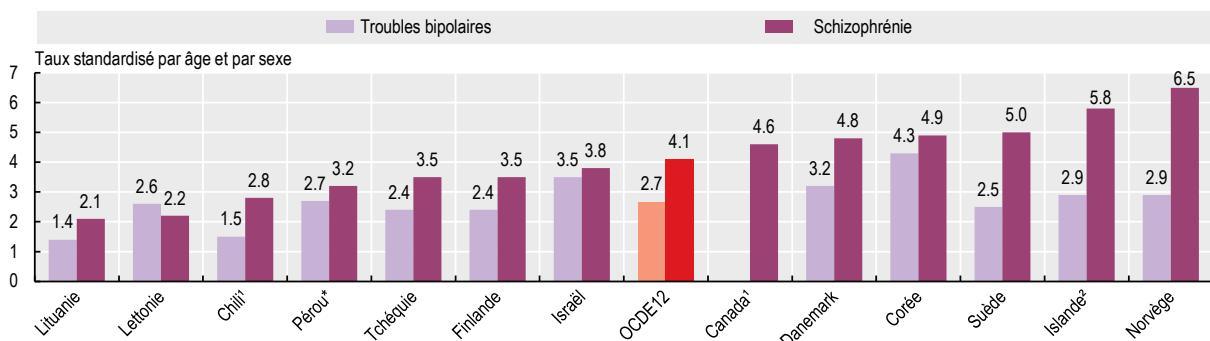


1. Les dernières données datent de 2021-2022. 2. Les données sont basées sur une moyenne sur trois ans.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/50shxt>

Graphique 6.30. Surmortalité des personnes atteintes de troubles bipolaires et de schizophrénie par rapport à la population générale, 2023 (ou année la plus proche)

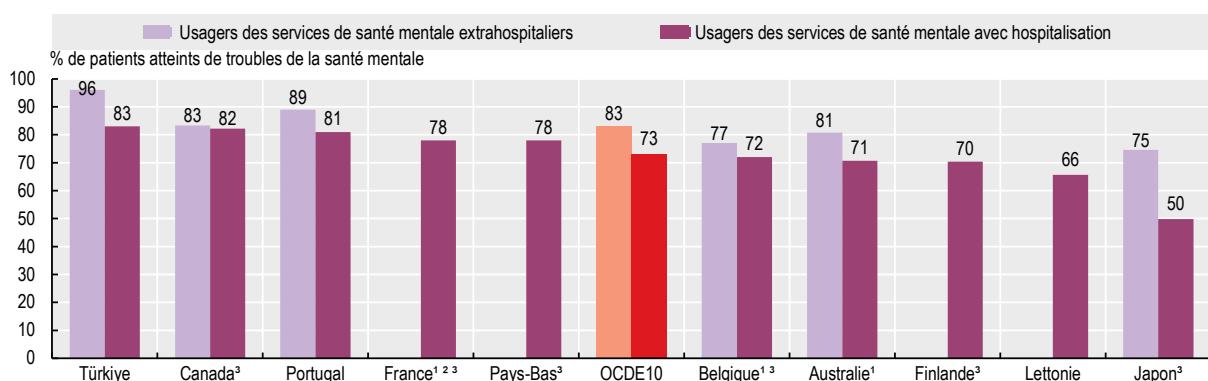


1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les données sont basées sur une moyenne sur trois ans. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/db3q5g>

Graphique 6.31. Participation des usagers des services hospitaliers de santé mentale aux décisions thérapeutiques, 2023 (ou année la plus proche)



1. L'échantillonnage ne couvre qu'une partie des pays, comme expliqué dans l'encadré intitulé Définition et comparabilité. 2. Taille de l'échantillon inférieure à 500. 3. Les dernières données datent de 2020-2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et de Bienassis et al. (2022^[4]).

StatLink <https://stat.link/8i4cu7>

Résultats déclarés par les patients dans le cadre des soins hospitaliers

Les mesures des résultats déclarés par les patients (PROM) sont devenues des outils essentiels pour étayer l'amélioration de la qualité des soins de santé et offrir des soins centrés sur la personne (voir la section « Soins primaires centrés sur la personne »). Les mesures PROM sont souvent utilisées comme des indicateurs de la qualité des soins, y compris les soins aigus, tels que l'arthroplastie du genou et de la hanche. Elles servent à surveiller et promouvoir la prestation de soins centrés sur le patient, car elles renseignent sur les résultats du point de vue du patient, notamment, par exemple, si les soins qui lui ont été prodigués correspondaient à ses objectifs et besoins individuels. Compte tenu du recours croissant aux mesures PROM pour évaluer la qualité des soins ces dernières années, le nombre de personnes répondant aux requêtes en lien avec les arthroplasties du genou et de la hanche a augmenté dans l'ensemble des pays (Kendir et al., 2022^[1]).

Le graphique 6.32 illustre les écarts entre le score préopératoire et le score postopératoire sur l'échelle du questionnaire Oxford Hip Score (OHS) qui ont été déclarés par les patients après une arthroplastie élective de la hanche pour ostéoarthrite et qui sont disponibles dans les registres d'arthroplastie des différents pays de l'OCDE. Le graphique 6.33 illustre les écarts entre le score préopératoire et le score postopératoire qui ont été déclarés par les patients ayant répondu au questionnaire Oxford Knee Score (OKS) après une arthroplastie élective du genou pour ostéoarthrite. Le graphique 6.34 illustre la qualité de vie des patients mesurée par le questionnaire EuroQol 5-Dimensional (EQ-5D), lequel porte sur la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, la douleur/la gêne et l'anxiété/la dépression avant et après une arthroplastie de la hanche ou du genou.

L'écart entre le score préopératoire et le score postopératoire montre qu'en moyenne, les patients ont fait état d'une amélioration perçue de leur état de santé et de leur qualité de vie après l'opération. Pour une opération de la hanche, le score postopératoire sur l'échelle du questionnaire OHS a sensiblement augmenté dans tous les pays. La Finlande a enregistré le meilleur score postopératoire, passant de 23 à 45, tandis que l'Allemagne est le seul pays qui est resté sous la barre des 40, avec un score postopératoire de 37 (graphique 6.32). En ce qui concerne l'arthroplastie du genou, tous les pays ont aussi fait état de gains postopératoires, les scores préopératoires allant de 19 à 25 et les scores postopératoires de 36 à 41 sur l'échelle du questionnaire OKS (graphique 6.33). La Finlande a de nouveau affiché le score postopératoire le plus élevé, soit 41. En ce qui concerne la qualité de vie, pour les arthroplasties de la hanche, les scores au questionnaire EQ-5D sont passés d'une fourchette de 0.26 à 0.59 avant l'opération à une fourchette de 0.77 à 0.90 après l'opération ; pour les arthroplasties du genou, les scores se sont améliorés, passant d'une fourchette de 0.49 à 0.66 avant l'opération à une fourchette de 0.68 à 0.88 après l'opération (graphique 6.34).

L'ampleur des améliorations (c'est-à-dire l'écart moyen entre les scores préopératoires et postopératoires) était similaire chez les hommes et les femmes pour les pathologies données et en termes de qualité de vie pour les deux types d'opérations. Toutefois, les femmes affichaient des scores préopératoires et postopératoires inférieurs pour les pathologies liées à l'opération et en termes de qualité de vie globale dans tous les pays pour les deux types d'opérations. Ce constat souligne la nécessité pour les systèmes de santé de prendre en compte la manière dont les maladies se manifestent et évoluent différemment chez les hommes et chez les femmes, et de veiller à ce que les soins répondent de manière appropriée à ces différences (voir le chapitre 2).

Il convient de noter que les variations des scores postopératoires reflètent non seulement les différences entre les pays en ce qui concerne la qualité des arthroplasties de la hanche et du genou, mais aussi d'autres facteurs au-delà des soins reçus, notamment les différences quant aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients déclarant des mesures PROM. Une certaine prudence s'impose donc au moment d'interpréter les écarts entre les pays. Si la comparabilité internationale des données reste limitée pour quelques pays, d'autres pays s'efforcent de mesurer la qualité des soins prodigués aux personnes qui subissent une arthroplastie de la hanche ou du genou du point de vue des patients. On peut citer à titre d'exemple les récentes collectes nationales de données PROM en lien avec les opérations de la hanche et du genou en Norvège et en Slovénie.

Définition et comparabilité

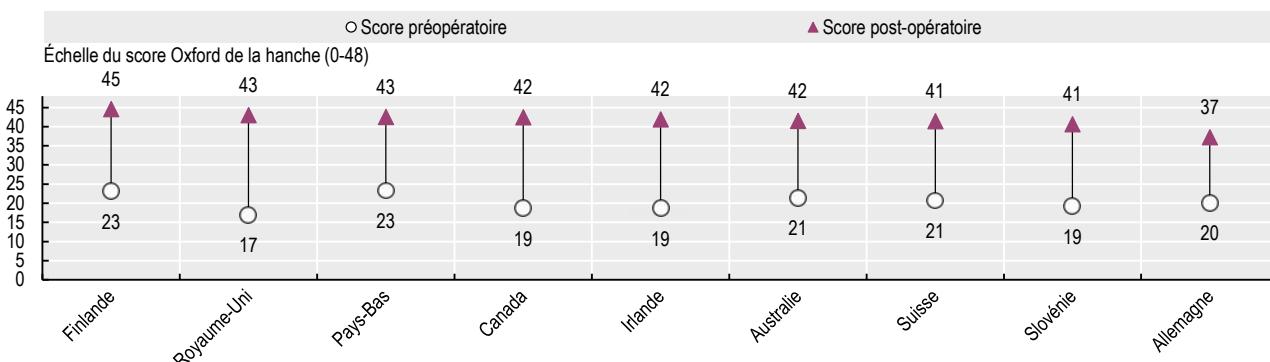
Les résultats PROM sont basés sur des données issues de registres nationaux ou infranationaux sur l'arthroplastie dans les pays qui utilisent des données sur les patients adultes ayant subi une arthroplastie élective de la hanche ou du genou avec un diagnostic principal d'ostéoarthrite et ayant répondu au questionnaire Oxford Hip/Kness Score (OHS/OKS) et/ou au questionnaire EuroQol à cinq dimensions (EQ-5D), à la fois avant et après l'opération. Le questionnaire OHS/OKS fait partie des PROM spécifiques qui sont les plus couramment utilisés pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Le questionnaire EQ-5D est aussi fréquemment utilisé pour évaluer la qualité de vie générale des patients. Un score élevé indique de meilleurs résultats sur toutes ces échelles. Les scores postopératoires pour l'Australie, l'Irlande et l'Angleterre (Royaume-Uni) sont mesurés six mois après l'intervention chirurgicale, tandis que d'autres le sont 12 mois après l'opération. Pour toutes les mesures, les données du Canada se rapportent à l'Alberta, au Manitoba et à l'Ontario, celles de l'Allemagne à Dresde et celles de la Suisse à Genève. En ce qui concerne l'Allemagne, la taille de l'échantillon pour les questionnaires OHS et OKS est inférieure à 600 patients.

Références

- Kendir, C. et al. (2022), « International assessment of the use and results of patient-reported outcome measures for hip and knee replacement surgery : Findings of the OECD Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) working group on hip and knee replacement surgery », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 148, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6da7f06b-en>.

[1]

Graphique 6.32. Résultats déclarés par les patients avant et après une arthroplastie de la hanche, indicateur spécifique à la maladie, 2024 (ou année la plus proche)

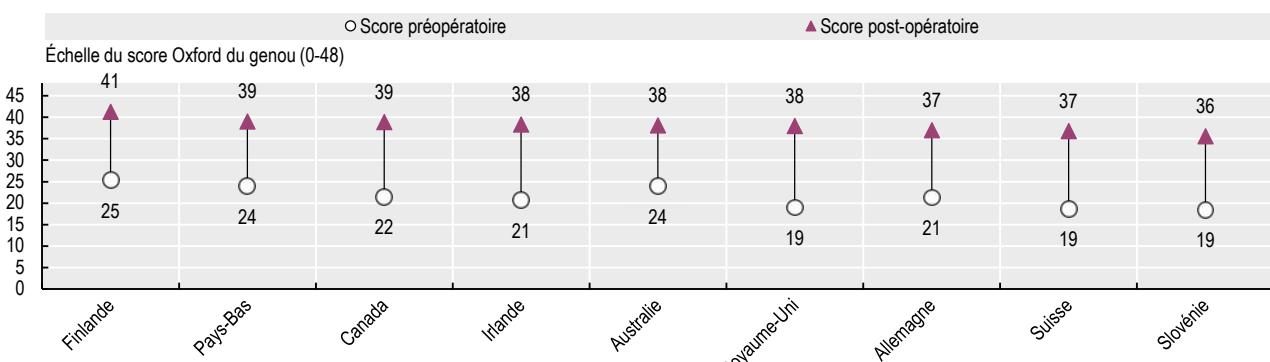


Note : Les données du Canada se rapportent à l'Alberta, au Manitoba et à l'Ontario, celles de l'Allemagne à Dresde et celles de la Suisse à Genève.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/3baosk>

Graphique 6.33. Résultats déclarés par les patients avant et après une arthroplastie du genou, indicateur spécifique à la maladie, 2024 (ou année la plus proche)

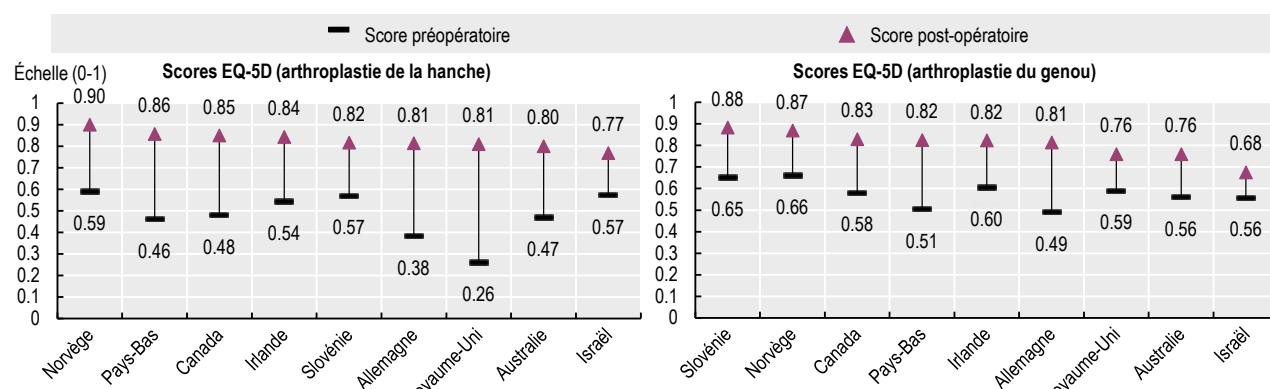


Note : Les données du Canada se rapportent à l'Alberta, au Manitoba et à l'Ontario, celles de l'Allemagne à Dresde et celles de la Suisse à Genève.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/lok9qr>

Graphique 6.34. Qualité de vie déclarée par les patients avant et après une arthroplastie de la hanche ou du genou, indicateur générique, 2024 (ou année la plus proche)



Note : Les données du Canada se rapportent à l'Alberta, au Manitoba et à l'Ontario, celles de l'Allemagne à Dresde et celles de la Suisse à Genève.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/qt14fz>

Soins intégrés

Lorsque les patients atteints de maladies chroniques sont soignés par de multiples prestataires dans différents établissements de santé, le morcellement des services peut donner lieu à des résultats médiocres sur le plan de la santé, à des besoins non satisfaits, à un recours excessif aux services et à des coûts accrus. Il ressort des données de l'enquête PaRIS qu'en moyenne, dans les pays de l'OCDE, seuls 59 % des usagers des soins primaires atteints de maladies chroniques ont déclaré que les soins étaient bien coordonnés, les résultats allant de 22 % au Pays de Galles (Royaume-Uni) à 81 % en Suisse. Face à cette situation, de nombreux pays mettent actuellement au point de nouveaux modèles de soins afin de mieux intégrer l'offre de services, dans le but de renforcer la santé de la population, d'améliorer l'expérience des patients, de réduire les coûts, de favoriser le bien-être des professionnels de santé et de promouvoir l'équité en santé (OCDE, 2023^[1]).

L'intégration optimale des différents niveaux de soins pour les patients victimes d'AVC et d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) réduit les réhospitalisations inutiles et la mortalité, tout en favorisant le respect des lignes directrices en matière de prescription appropriée (Barrenho et al., 2022^[2]). Parmi les patients sortis de l'hôpital, des indicateurs tels que les taux de réhospitalisation, la mortalité et le respect des recommandations en matière de prescription servent d'indicateurs clés de l'efficacité avec laquelle les systèmes de santé dispensent des soins intégrés.

Le graphique 6.35 illustre la proportion de patients ayant présenté des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie de l'hôpital pour un AVC ischémique ou une ICC en 2023. Le niveau et le type de résultats après la sortie d'hôpital varient considérablement d'un pays à l'autre. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 15 % des patients victimes d'un AVC sont décédés et 23 % ont été de nouveau hospitalisés dans l'année, ce qui revient à une issue défavorable dans 38 % des cas. Les Pays-Bas (31 %) et l'Islande (33 %) ont enregistré les taux globaux les plus faibles, tandis que la Tchéquie (54 %) et le Danemark (48 %) les taux les plus élevés, affichant un taux particulièrement élevé de mortalité et de réhospitalisation sans lien avec l'accident vasculaire cérébral initial. Dans presque tous les pays, les réhospitalisations pour des pathologies autres que le diagnostic initial représentent la plus grande proportion des événements postérieurs à la sortie d'hôpital.

Pour les ICC, la charge des événements indésirables postérieurs à la sortie d'hôpital est systématiquement plus élevée que pour les AVC. C'est l'Islande qui affiche le taux global le plus bas, à 24 %. En revanche, la Norvège (71 %) et la Tchéquie (69 %) ont enregistré les taux les plus élevés, la mortalité et les réhospitalisations y dépassant les moyennes de l'OCDE. Ces résultats montrent qu'il est possible de renforcer les parcours de soins de transition et d'améliorer la continuité de la gestion des maladies chroniques.

Entre 2013 et 2023, la part des patients décédés ou de nouveau hospitalisés dans l'année qui a suivi leur sortie d'hôpital a diminué dans la plupart des pays, tant pour les ICC que pour les AVC. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les taux d'issue défavorable ont diminué d'environ 6 p.p. pour l'ICC et de 5 p.p. pour l'AVC. C'est en Islande que les résultats se sont le plus améliorés, les taux pour les ICC étant passés de 32.6 % à 23.1 % et ceux pour les AVC de 35.3 % à 23.2 %. La Suisse a aussi enregistré des baisses importantes. Ces tendances donnent à penser que les soins prodigues après la sortie d'hôpital progressent, la plupart des pays maintenant ou améliorant leurs résultats. Toutefois, plusieurs pays ont connu une dégradation de la situation, en particulier en ce qui concerne les ICC. La Norvège a enregistré une hausse de la mortalité toutes causes confondues dans l'année qui a suivi la sortie d'hôpital (de 23.3 % en 2017 à 27.8 % en 2023). Le Canada et la Tchéquie ont également fait état d'une hausse modeste mais constante de la mortalité post-sortie d'hôpital, ce qui suscite des préoccupations quant à la coordination des soins et aux capacités des soins primaires.

Les patients qui se remettent d'un AVC ischémique devraient se voir prescrire des antihypertenseurs et des antithrombotiques dans le cadre de la prévention secondaire après leur sortie d'hôpital. Le fait pour un patient de se voir prescrire au moins une ordonnance de médicaments dans un délai de 18 mois permet d'évaluer le degré d'intégration des soins entre les hôpitaux et les structures extrahospitalières (Barrenho et al., 2022^[2]). Le graphique 6.36 montre que les taux de prescription varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de 68 % aux Pays-Bas à 83 % en Suède pour les antihypertenseurs, et de 31 % en Croatie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE, à 94 % en Suède pour les antithrombotiques. Les bons résultats de la Suède sont probablement le résultat du transfert efficace d'informations entre les différents niveaux de prise en charge et d'une documentation fournie sur les diagnostics (Dahlgren et al., 2017^[3]).

Définition et comparabilité

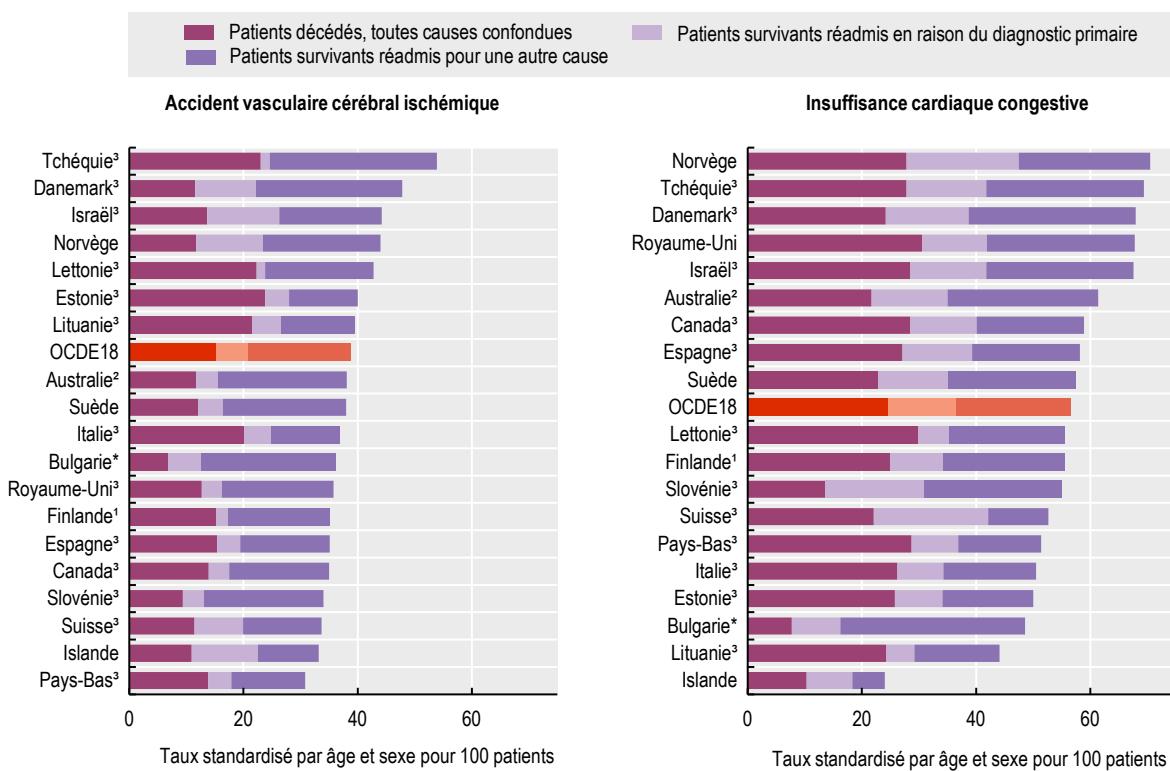
Les indicateurs se rapportent aux personnes âgées de 45 ans et plus hospitalisées pour un épisode de soins (urgents) non électifs en raison d'un premier événement de type AVC ou ICC. Un premier événement (épisode de soins de référence) a été défini comme l'absence d'hospitalisation antérieure pour la même affection au cours des cinq dernières années. L'année des indicateurs correspond à l'année de l'épisode de soins de référence, et les données couvrent les 365 jours suivants en ce qui concerne la mortalité et les réhospitalisations et les 548 jours suivants en ce qui concerne les prescriptions. Les données sont représentatives à l'échelle nationale pour tous les pays. Les taux sont standardisés par âge et par sexe. Les indicateurs des soins intégrés nécessitent de recouper les dossiers hospitaliers, les registres de décès et les prescriptions ou demandes de remboursement à l'aide d'un identifiant unique pour chaque patient.

Les définitions des soins aigus urgents varient d'un pays à l'autre. La plupart les définissent comme une hospitalisation dans le cadre d'une prise en charge en urgence/non planifiée ou d'une prise en charge nécessitant une intervention curative immédiate.

Références

- Barrenho, E. et al. (2022), *International comparisons of the quality and outcomes of integrated care : Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/480cf8a0-en>. [2]
- Dahlgren, C. et al. (2017), « Recording a diagnosis of stroke, transient ischaemic attack or myocardial infarction in primary healthcare and the association with dispensation of secondary preventive medication: a registry-based prospective cohort study », *BMJ Open*, vol. 7/9, p. e015723, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015723>. [3]
- OCDE (2023), *Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases : Best Practices in Public Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en>. [1]

Graphique 6.35. Patients victimes d'AVC ischémique ou d'insuffisance cardiaque congestive avec des résultats médiocres dans l'année ayant suivi leur sortie d'hôpital, 2023 (ou année la plus proche)

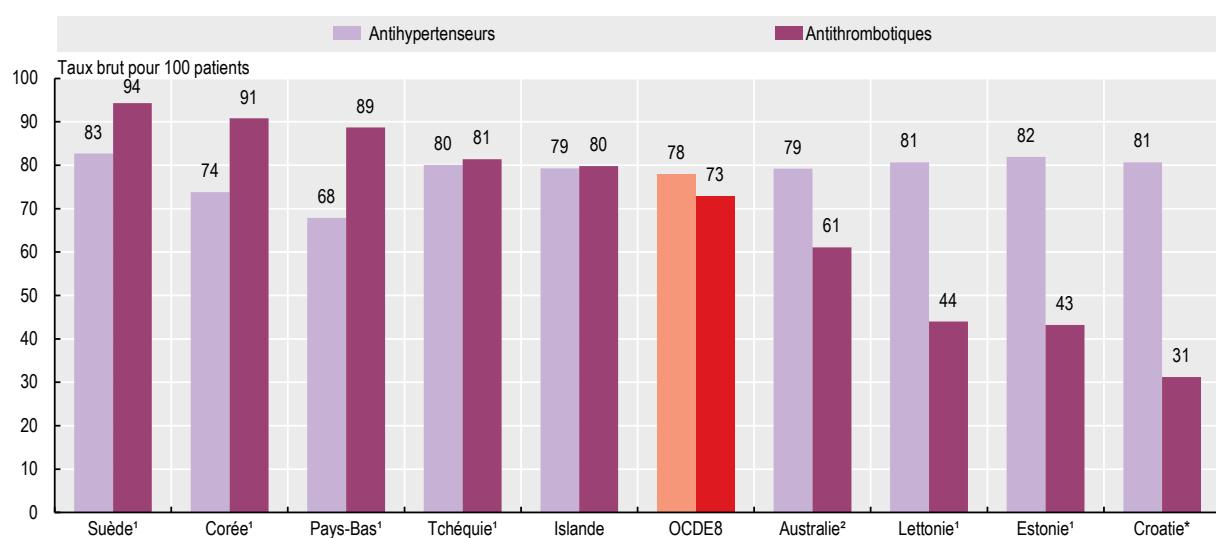


1. Les dernières données datent de 2018. 2. Les dernières données datent de 2019. 3. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/e3lcir>

Graphique 6.36. Patients qui se sont vu prescrire au moins une fois des antihypertenseurs et des antithrombotiques dans les 18 mois ayant suivi leur sortie d'hôpital après un AVC ischémique, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2021-2022. 2. Les dernières données datent de 2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/efokin>



7 Dépenses de santé

- Dépenses de santé en proportion du PIB
- Dépenses de santé par habitant
- Prix dans le secteur de la santé
- Dépenses de santé par dispositif de financement
- Financement public des dépenses de santé
- Dépenses de santé par type de service
- Dépenses de santé consacrées à la prévention et aux soins primaires
- Dépenses de santé par prestataire
- Dépenses en capital dans le secteur de la santé
- Dépenses consacrées à la préparation aux crises et aux capacités de soins critiques
- Projections concernant les dépenses de santé

Dépenses de santé en proportion du PIB

Les ressources que consacre un pays aux soins de santé par rapport à la taille de son économie globale varient au fil du temps en raison de différences au niveau à la fois de la progression des dépenses de santé et de la croissance économique globale. Au cours des années 1990 et 2000, on a constaté que la part des dépenses de santé dépassait généralement celle des autres dépenses dans l'économie des pays de l'OCDE, entraînant une hausse quasiment constante des dépenses de santé en part du produit intérieur brut (PIB). Après les incertitudes liées à la crise économique et financière de 2008, cette part est restée relativement stable, leur croissance étant à la mesure des performances économiques globales des pays de l'OCDE. Ces dernières années, la pandémie de COVID-19 et les crises énergétique et du coût de la vie ont encore fait évoluer ce ratio.

En 2024, on estime que les pays de l'OCDE ont alloué quelque 9.3 % de leur PIB à la santé en moyenne (Graphique 7.1). La part des dépenses de santé augmente à nouveau en 2024 tout en restant légèrement inférieure au niveau exceptionnel observé de 9.6 % du PIB en 2020 et 2021. Néanmoins, le ratio de 2024 restait nettement supérieur au niveau d'avant la pandémie de 2019, époque à laquelle les pays de l'OCDE consacraient environ 8.8 % de leur PIB à la santé, un chiffre qui était resté relativement stable depuis 2013. En 2024, les États-Unis ont enregistré de loin les dépenses de santé les plus élevées avec un taux de 17.2 % de leur PIB, devançant largement l'Allemagne, qui occupait la deuxième place avec un taux de 12.3 %. Ils étaient suivis d'un groupe constitué d'environ 15 pays qui allouaient 10 à 12 % de leur PIB à la santé. Dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale Membres de l'OCDE, ainsi que dans les Membres plus récents d'Amérique latine, les dépenses de santé ont représenté entre 6 % et 9 % de leur PIB. Enfin, le Mexique et la Turquie ont consacré moins de 6 % de leur PIB aux soins de santé.

Une analyse de l'évolution des dépenses de santé et du PIB par habitant au cours des 20 dernières années met en évidence deux chocs de grande ampleur : la crise économique et financière de 2008 et l'impact de la pandémie de COVID-19 en 2020 (Graphique 7.2). Si les économies de l'OCDE se sont fortement contractées en 2009, la croissance des dépenses s'est maintenue brièvement avant de ralentir pour atteindre un niveau proche de zéro entre 2010 et 2012, différentes mesures ayant été prises pour réduire les dépenses publiques. Puis, la croissance s'est redressée pour atteindre de nouveau un niveau modéré. En 2020, les mesures généralisées de confinement et les autres mesures de santé publique qui restreignaient fortement l'activité économique et les dépenses de consommation ont précipité de nombreuses économies de l'OCDE dans une chute libre, alors que les dépenses de santé ont connu une croissance exceptionnelle. La guerre menée par la Russie contre l'Ukraine, la crise énergétique et les perturbations des chaînes d'approvisionnement ont par la suite provoqué une forte inflation et un ralentissement de la croissance en 2022 et 2023, qui s'est établie à des niveaux inférieurs aux prévisions. À mesure que les pays sortaient de la phase aiguë de la pandémie de COVID-19, les dépenses de santé réelles par habitant ont diminué en moyenne de 2.5 % en 2022 puis stagné en 2023. Néanmoins, en 2024 les dépenses de santé ont commencé à retrouver les niveaux constatés avant la pandémie, et l'augmentation estimée des dépenses par habitant a dépassé 3 % en valeur réelle.

L'évolution du rapport des dépenses de santé au PIB au cours de cette période se traduit par une courbe distincte avec des hausses brutales en 2009 et 2020, et une période de stabilité entre les deux (Graphique 7.3). L'Italie et le Royaume-Uni, par exemple, ont suivi cette évolution de près, le Royaume-Uni affichant une hausse encore plus prononcée en 2020, maintenue à des niveaux élevés jusqu'en 2024. À l'inverse, en Italie ce rapport a connu une baisse progressive depuis le pic de la pandémie, tombant sous les niveaux d'avant la pandémie. L'Allemagne a connu une augmentation plutôt continue de la part de ses dépenses de santé en proportion du PIB au fil du temps. Tout au long de cette période, les États-Unis sont de loin le pays de l'OCDE qui a consacré la plus grande part de leur production économique à la santé, celle-ci dépassant 17 % en 2024 après avoir culminé à 18.5 % en 2020. En dépit de ces différents chocs, les dépenses de santé en pourcentage du PIB en Corée ont enregistré une hausse quasi continue et régulière au cours des 20 années qui ont précédé 2022, lorsqu'elles ont atteint leur niveau le plus élevé de 8.8 % avant de reculer légèrement.

Définition et comparabilité

Les dépenses de santé correspondent à la consommation finale de biens et services de santé (les dépenses courantes de santé) (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[11]). Elles englobent les dépenses engagées par tout dispositif de financement au titre de produits et de services médicaux, ainsi que les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration des systèmes de santé. La répartition des dépenses regroupe les dispositifs de financement public et obligatoire, ces derniers comprenant l'assurance privée obligatoire. Les données disponibles étant limitées, l'assurance privée facultative aux États-Unis est regroupée avec le régime d'assurance maladie privé de l'employeur, qui est désormais obligatoire en vertu de la loi sur les soins abordables (*Affordable Care Act*, ACA).

Le PIB est la somme de la consommation finale, de la formation brute de capital fixe et des exportations nettes. La consommation finale inclut les biens et les services utilisés par les ménages ou les habitants pour répondre à leurs besoins individuels. Elle comprend les dépenses de consommation finale des ménages, des administrations publiques et des organismes à but non lucratif qui œuvrent au service des ménages.

Pour des pays comme l'Irlande et le Luxembourg, où une part significative du PIB inclut des bénéfices rapatriés et donc non disponibles pour la consommation nationale, le revenu national brut (RNB) peut être une mesure plus appropriée que le PIB. Cependant, par souci de cohérence, le PIB demeure le dénominateur commun pour tous les pays. On utilise la consommation individuelle effective agrégée comme déflateur temporel pour calculer la croissance des dépenses de santé en valeur réelle.

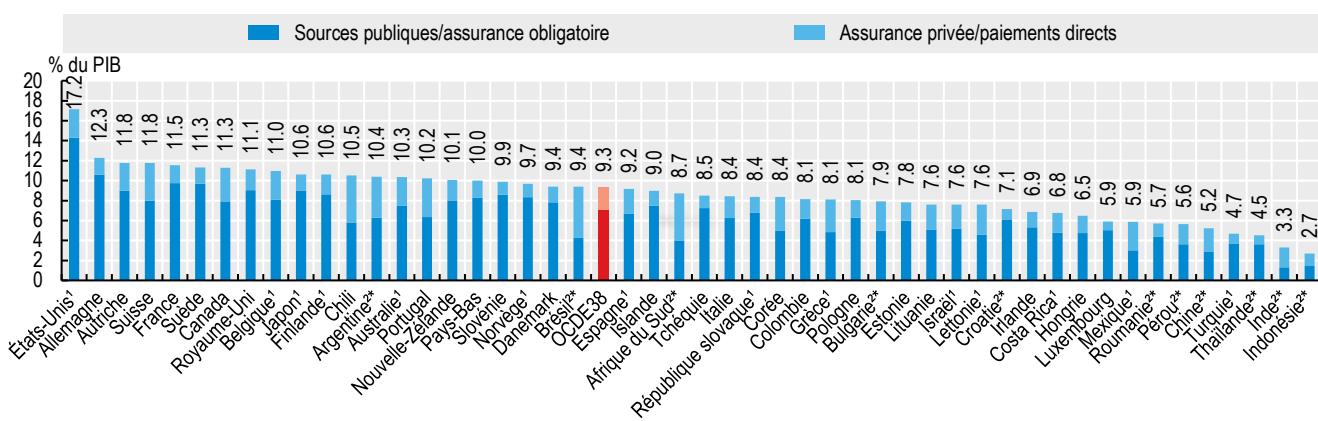
À noter que les données pour 2024 sont basées sur des chiffres provisoires fournis par les pays ou des estimations préliminaires calculées par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

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

[1]

Graphique 7.1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2024 (ou année la plus proche)

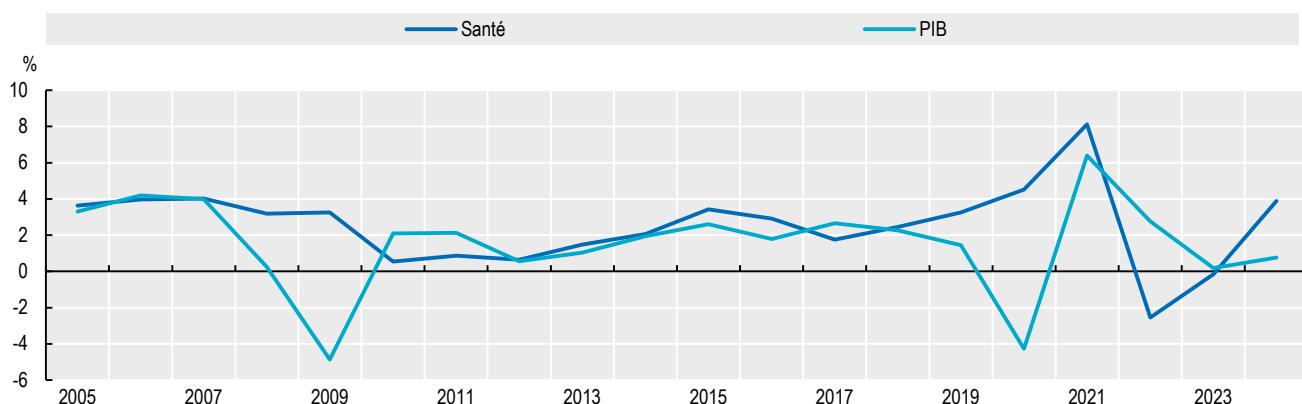


1. Estimations de l'OCDE pour 2024. 2. Données de 2022-2023. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink <https://stat.link/qp46u5>

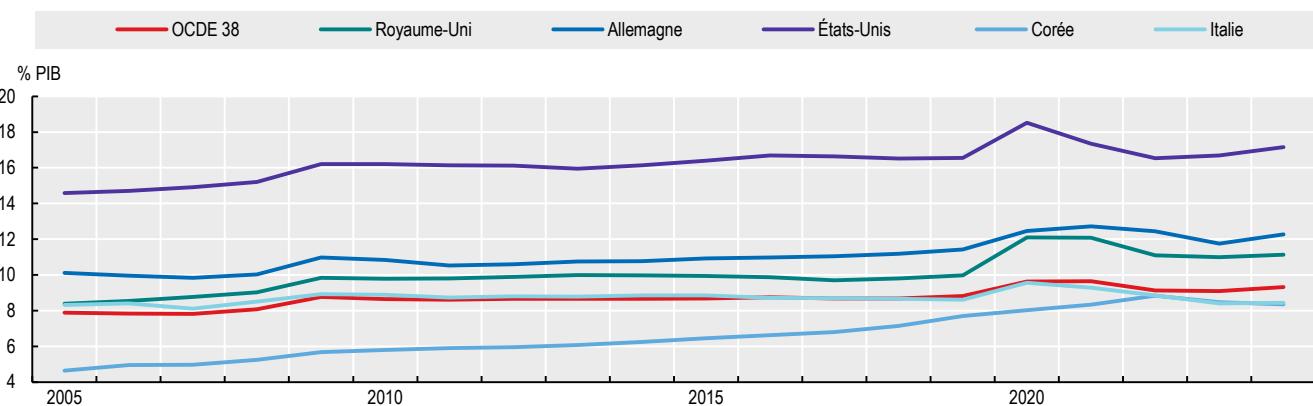
Graphique 7.2. Croissance annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB par habitant, moyenne de l'OCDE, 2006-2024



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/cx1al5>

Graphique 7.3. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, divers pays, 2006-2024



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/k54bg6>

Dépenses de santé par habitant

Le niveau des dépenses de santé par habitant, qui reflète la fois les besoins des individus et de la population, ainsi que son évolution au fil du temps, dépendent de divers facteurs démographiques, sociaux et économiques, mais aussi des structures de financement et d'organisation du système de santé des pays.

En 2024, on estime que les dépenses moyennes de santé dans les pays de l'OCDE s'élevaient à près de 6 000 USD par habitant (après ajustement des différences de pouvoir d'achat). Les États-Unis étaient le pays dont les dépenses étaient les plus élevées, atteignant l'équivalent de plus de 14 880 USD par personne, soit 2.5 fois la moyenne de l'OCDE (Graphique 7.4). Ils sont suivis par la Suisse, la Norvège et l'Allemagne, dont les dépenses de santé par habitant correspondaient à environ deux tiers de celles des États-Unis (entre 9 300 USD et 10 000 USD). Après ces pays, un autre groupe de pays d'Europe occidentale, ainsi que l'Australie et le Canada, ont dépensé chacun entre 7 000 USD et 8 500 USD par personne. Les niveaux de dépenses ont sensiblement diminué dans les pays d'Europe méridionale, les pays d'Europe centrale et orientale et enfin dans les pays d'Amérique latine. Membres de l'OCDE, les dépenses au Mexique (1 590 USD) représentent environ un quart de la moyenne de l'OCDE. Les dépenses de santé en Indonésie et en Inde, pays candidats à l'adhésion/partenaires, étaient inférieures à 500 USD par habitant.

Le Graphique 7.4 illustre également la répartition des dépenses de santé selon le type de prise en charge médicale, selon qu'elles sont financées par des sources publiques, une assurance obligatoire ou encore par le biais de dispositifs facultatifs comme une assurance privée ou des paiements directs des ménages (voir l'indicateur « Dépenses de santé par dispositif de financement »). En moyenne dans les pays de l'OCDE, les trois quarts environ des dépenses de santé sont financées par des régimes publics ou obligatoires.

Au cours des années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, les dépenses de santé annuelles par habitant ont augmenté de 2.7 % en moyenne dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.5). Au cours de la période 2014-2019, dans les pays baltes, en Corée et en Pologne, la croissance annuelle moyenne des dépenses était comprise entre 5 % et 8 %, tandis qu'en France, en Italie, en Finlande, au Luxembourg et aux Pays-Bas, la croissance annuelle était beaucoup plus modérée et en moyenne inférieure à 1 %.

Entre 2019 et 2024 dans les pays de l'OCDE, la croissance annuelle moyenne des dépenses par habitant s'est établie à un taux proche de celui observé avant la pandémie (2.5 %), mais avec des écarts substantiels d'une année sur l'autre. Au sein de l'OCDE, la croissance annuelle en valeur réelle était de 5 % en 2020 et a culminé à 8 % en 2021, les gouvernements mobilisant des fonds pour freiner les effets de la pandémie de COVID-19 et lutter contre ceux-ci. Avec la sortie progressive de cette crise sanitaire, les dépenses de santé ont diminué 2.5 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2022. Elles ont ensuite stagné en 2023 avant d'enregistrer une croissance forte et de s'établir à plus de 3 % par habitant en 2024 (Graphique 7.2). Ces évolutions récentes s'expliquent en partie par les défis économiques et géopolitiques auxquels ont été confrontés les pays, qui ont réduit leur capacité à financer des dépenses supplémentaires dans le domaine de la santé en 2022 et 2023, ainsi que par les taux d'inflation élevés qui ont souvent érodé les augmentations nominales des dépenses (OCDE, 2024^[1]).

Les tendances en matière de dépenses de santé ont varié sensiblement d'un pays et d'une région à l'autre entre 2019 et 2024, les répercussions de la pandémie de COVID-19 et des crises énergétiques et du coût de la vie ayant différé selon les systèmes de santé. Au Danemark et au Japon, par exemple, le niveau réel des dépenses de santé par habitant a stagné, si l'on compare les données de 2019 et de 2024. Si les deux pays ont enregistré une forte croissance des dépenses en 2021 (8 %), celle-ci a été suivie d'une baisse d'ampleur similaire au cours de l'année ou des années suivantes, ce qui s'est traduit par un taux de croissance composé nul. En revanche, la Turquie et la Pologne ont enregistré des augmentations particulièrement importantes de leurs dépenses de santé entre 2019 et 2024, caractérisées par une croissance annuelle moyenne réelle comprise entre 8 et 10 %. La Slovénie, la République slovaque et le Chili ont aussi enregistré une croissance robuste au cours de cette période (quelque 4 à 5 % en moyenne). La Lettonie a emprunté une trajectoire budgétaire très particulière, marquée par une augmentation réelle spectaculaire de 30 % des dépenses en 2021, suivie de réductions substantielles au cours des deux années suivantes, ce qui s'est traduit par un taux de croissance annuel composé proche de 3 %. En revanche, de nombreux pays d'Europe occidentale et septentrionale, comme la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie et la Suède, n'ont enregistré qu'une croissance annuelle modeste des dépenses, de l'ordre de 1 % en moyenne, un taux similaire ou inférieur à celui observé avant la pandémie.

Définition et comparabilité

Voir l'indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB » pour une définition des dépenses courantes de santé.

Afin de comparer les niveaux de dépenses entre les pays, les dépenses de santé par habitant sont converties dans une monnaie commune (le dollar américain) et corrigées de la différence de pouvoir d'achat des monnaies nationales. On utilise les PPA de la consommation individuelle effective (CIE), car elles représentent les taux de conversion les plus largement disponibles et les plus fiables. On emploie quand cela est possible des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle de tous les pays.

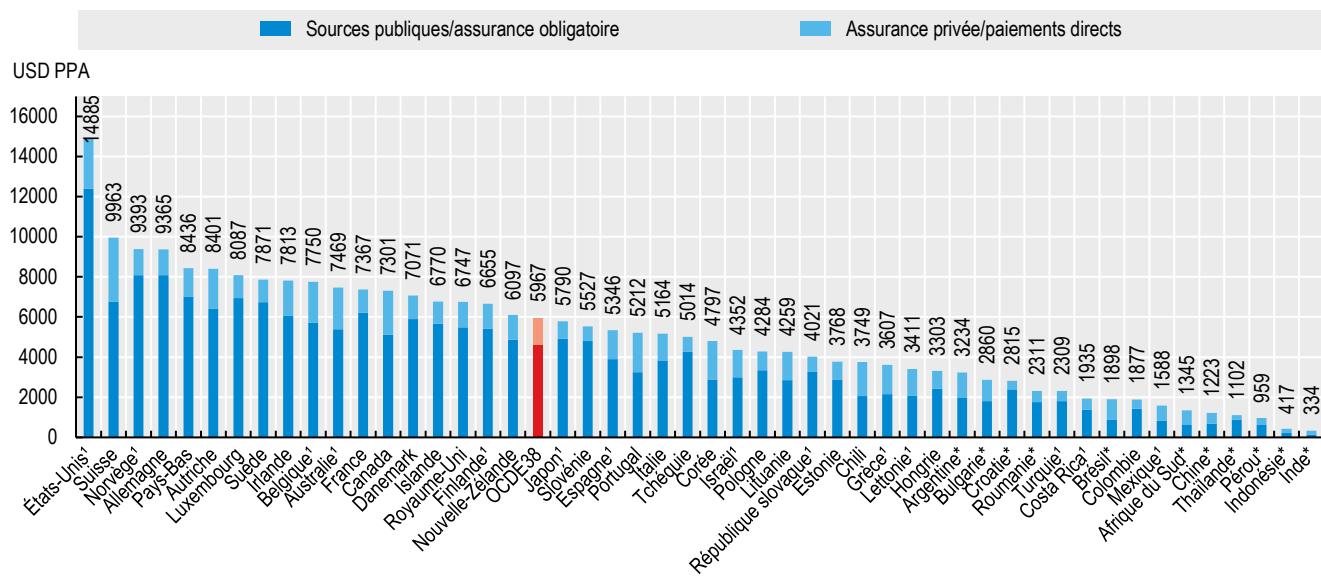
À noter que les données pour 2024 sont basées sur des chiffres préliminaires fournis par les pays ou des estimations par le Secrétariat de l'OCDE.

Références

OCDE (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems : How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.

[1]

Graphique 7.4. Dépenses de santé par habitant, 2024 (ou année la plus proche)

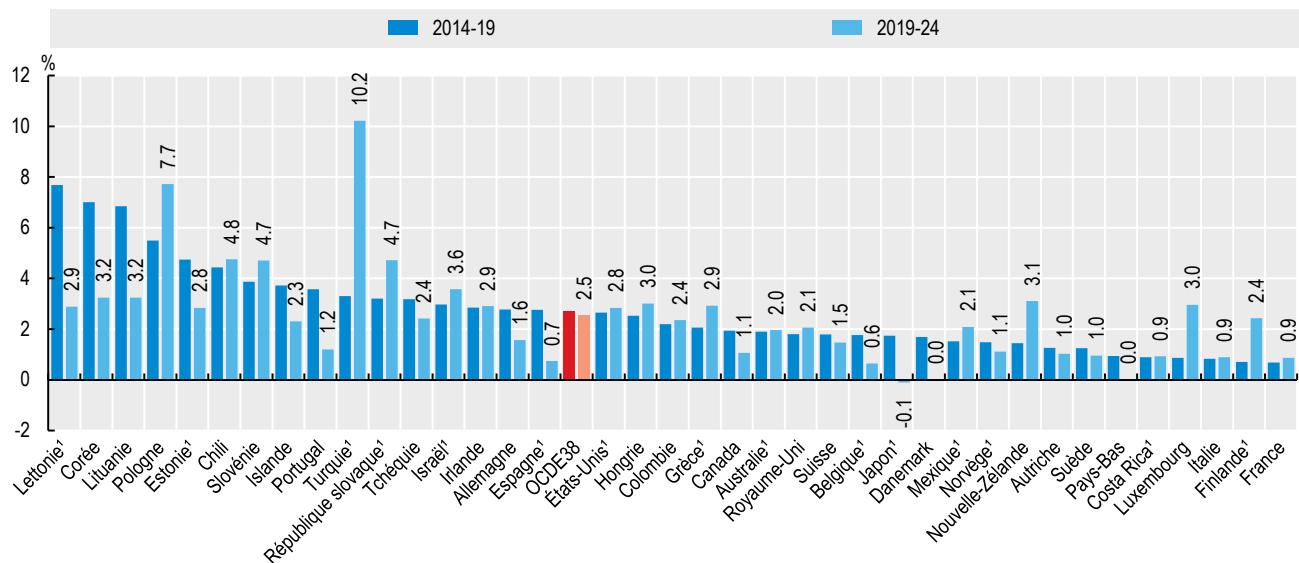


1. Estimations de l'OCDE pour 2024. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink <https://stat.link/y4cgvz>

Graphique 7.5. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant (valeur réelle), 2014-2019 et 2019-2024



1. D'après les estimations de l'OCDE pour 2024. Les taux de croissance et les périodes ont peut-être été ajustés pour tenir compte des ruptures de séries.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/xd06mv>

Prix dans le secteur de la santé

Les comparaisons internationales des dépenses de santé mettent en évidence les différences tenant compte à la fois du prix des biens et services de santé et de la quantité (« volume ») de soins que les individus utilisent. Répartir les dépenses de santé en ces deux composantes aide les responsables de l'action publique à mieux comprendre les facteurs à l'origine des variations des dépenses.

Pour ce faire, il faut que les données concernant les dépenses soient exprimées dans une devise commune, et le choix de la méthode de conversion des devises peut avoir une grande influence sur les résultats et leur interprétation. Une possibilité consiste à convertir les devises locales en utilisant les taux de change du marché, mais ceux-ci sont souvent volatils. De plus, les taux de change ne sont pas nécessairement adaptés aux secteurs principalement non exportateurs comme la santé, car ils ne reflètent pas le pouvoir d'achat réel des devises sur le marché intérieur. Il est plus approprié d'utiliser les parités de pouvoir d'achat (PPA), qui tiennent compte des différences de niveau des prix à l'échelle de l'ensemble de l'économie, pour les secteurs et pour des agrégats de dépenses précis (OCDE/Eurostat, 2007^[1]). En raison de leur grande disponibilité, les PPA de la CIE, qui englobent tous les biens et services consommés par les ménages, sont communément utilisées comme taux de conversion pour les dépenses de santé (voir l'indicateur « Dépenses de santé par habitant »). Cependant, le recours aux PPA de la CIE signifie que les niveaux de prix obtenus reflètent non seulement les différences en volume et en prix des services de santé, mais également les écarts de prix relatifs entre les biens et services de santé et les autres biens et services de consommation d'un pays à l'autre.

Le Graphique 7.6 illustre les niveaux de prix propres à la santé sur la base d'un panier standardisé de biens et services de santé dans les pays de l'OCDE. Un même ensemble de produits de santé coûte 55 % de plus que la moyenne de l'OCDE en Islande, et 52 % de plus en Suisse et aux États-Unis, les pays où les prix sont les plus élevés. L'Australie et Israël se caractérisent également par des prix relativement élevés en matière de soins de santé. À l'inverse, des pays comme la France, la Slovénie et l'Espagne affichent des niveaux de prix plus bas, le même panier de soins de santé coûtant environ deux tiers de la moyenne de l'OCDE. La Turquie affiche les prix des soins de santé les plus bas parmi les pays de l'OCDE, à savoir 18 % seulement de la moyenne.

Si l'on retire la composante prix des dépenses de santé, il est possible d'estimer la quantité de biens et de services de santé (« le volume de soins de santé ») consommés par la population. Ces volumes varient moins d'un pays à l'autre que les dépenses de santé globales (Graphique 7.6). Les États-Unis continuent d'afficher la consommation de soins de santé par habitant la plus élevée, avec des volumes supérieurs d'environ 50 % à la moyenne de l'OCDE. En revanche, le Mexique et le Costa Rica enregistrent les volumes les plus faibles, représentant environ un cinquième de la moyenne. Les différences en matière de volume de soins de santé par habitant résultent de facteurs comme la structure démographique et le profil pathologique d'une population, la manière dont sont organisés les modes de délivrance des services, le niveau de consommation de médicaments prescrits et des problèmes d'accès à l'origine d'un moindre recours aux soins.

Les prix dans le secteur de la santé sont étroitement liés aux niveaux globaux des prix dans l'économie. Cependant, contrairement aux biens faisant l'objet d'échanges internationaux, dont les prix ont tendance à converger d'un pays à l'autre, des services comme les soins de santé sont principalement produits localement. Dans les pays riches, les salaires plus élevés entraînent souvent une augmentation des coûts des services, y compris des soins de santé. Lorsque l'on compare les niveaux de prix spécifiques à la santé et à l'ensemble de l'économie à la moyenne de l'OCDE, les variations des prix des soins de santé sont souvent plus importantes. En règle générale, dans les pays où les prix sont globalement bas, les prix des soins de santé sont encore plus bas, et inversement. Néanmoins, cette relation n'est pas systématique. Au Danemark, par exemple, les niveaux globaux des prix sont relativement élevés, mais les prix des soins de santé restent inférieurs à la moyenne de l'OCDE. Cette situation peut s'expliquer par des décisions des pouvoirs publics visant à réglementer les prix de la santé.

Définition et comparabilité

Les PPA sont des taux de conversion qui montrent le rapport entre les prix exprimés en devises nationales pour un même panier de biens et de services dans différents pays. Elles peuvent ainsi être utilisées à la fois pour convertir les devises et déflater les prix. Quand les PPA sont employées pour convertir les dépenses en une unité commune, les résultats sont évalués à un niveau de prix uniforme et devraient représenter uniquement les différences de volume de produits et services consommés.

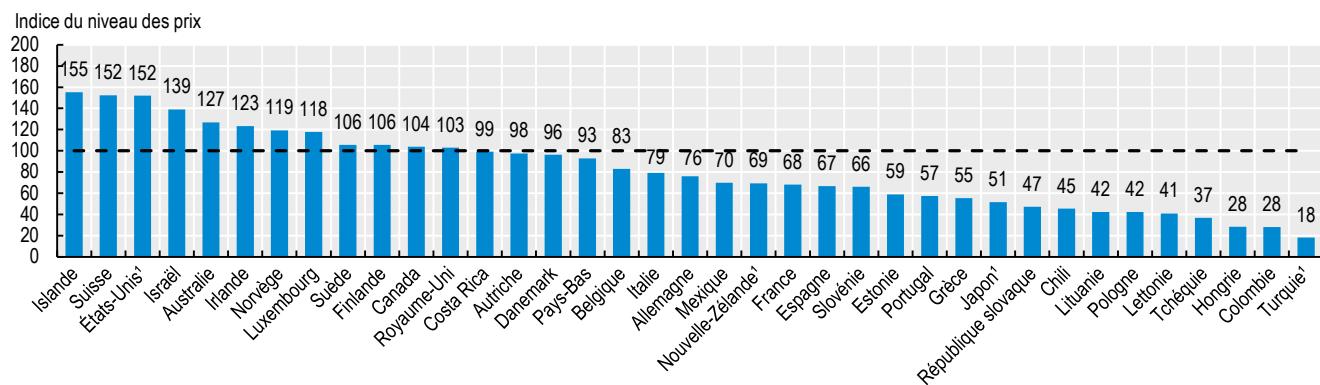
L'analyse des différences de volumes dans le secteur de la santé suppose des PPA propres à la santé. Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour le PIB et environ 50 catégories de produits, dont la santé. Récemment, un certain nombre de pays ont cherché à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. Cette méthodologie a été employée pour le calcul des PPA dans le secteur de la santé et à l'hôpital, lesquelles sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Ces PPA peuvent servir au calcul des indices de niveau de prix pour comparer les niveaux de prix et les volumes des différents pays. Calculés sous forme de ratios entre les PPA de la santé et les taux de change, ils indiquent le nombre requis d'unités d'une monnaie commune pour l'achat du même volume de soins de santé.

Références

OCDE/Eurostat (2007), *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264011335-en>.

[1]

Graphique 7.6. Niveaux de prix comparatifs dans le secteur de la santé, 2023 (moyenne de l'OCDE = 100)

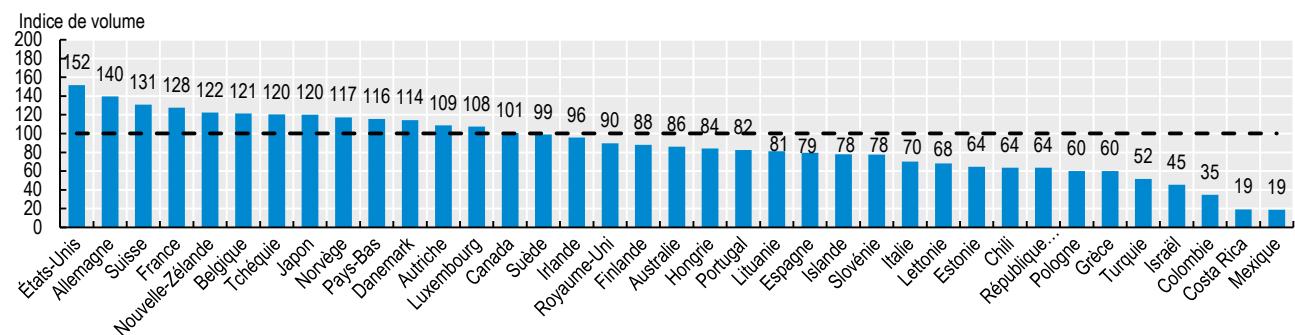


1. S'agissant des hôpitaux, les PPA sont estimées essentiellement au moyen des salaires du personnel médical et non médical (entrées).

Source : Statistiques de l'OCDE 2025.

StatLink <https://stat.link/xdgjv8>

Graphique 7.7. Volumes estimés de soins de santé par habitant, 2023 (moyenne de l'OCDE = 100)

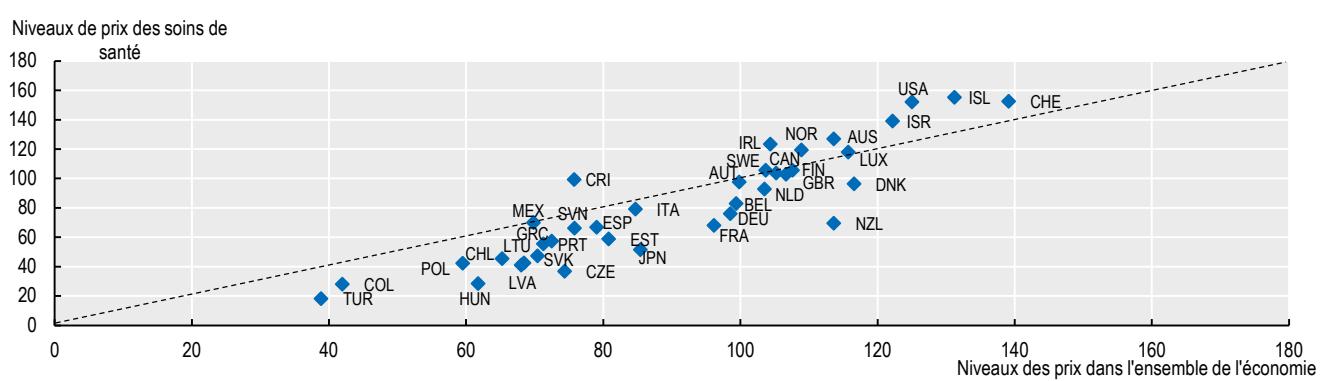


Note : Les volumes sont calculés au moyen des PPA pour la santé.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et estimations du Secrétariat de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/n0p5e6>

Graphique 7.8. Niveaux des prix de la santé par rapport aux niveaux des prix dans l'ensemble de l'économie, 2023 (moyenne OCDE = 100)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 et estimations du Secrétariat de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/tu70mc>

Dépenses de santé par dispositif de financement

Les personnes ou groupes de population bénéficient de soins de santé grâce à une série d'accords financiers. Les régimes de financement publics – sur une base nationale ou infranationale ou pour des groupes de population spécifiques – donnent droit aux soins de santé sur la base de la résidence et constituent le principal mécanisme de prise en charge des coûts des soins de santé dans près de la moitié des pays de l'OCDE. L'autre grand mode de financement repose sur des régimes d'assurance maladie obligatoire (gérée par des entités publiques ou privées). Les dépenses directes des ménages (dépenses à la charge des patients) peuvent représenter une part significative des dépenses globales de santé. Enfin, l'assurance maladie facultative, sous ses diverses formes, peut également jouer un rôle important en matière de financement dans certains pays.

Dans les pays de l'OCDE, la majeure partie du financement des soins de santé repose sur une couverture obligatoire ou automatique, assurée par les régimes publics ou les systèmes d'assurance maladie. Les trois quarts des dépenses de santé de 2023 ont été financés par cette forme de dispositifs obligatoires (Graphique 7.9). Les régimes publics centraux, régionaux ou locaux au Danemark, en Islande, en Norvège, au Royaume-Uni et en Suède représentaient 80 % ou plus des dépenses nationales de santé. En Allemagne, en France, au Japon et au Luxembourg, plus des trois quarts des dépenses étaient pris en charge par une forme d'assurance maladie obligatoire. Aux États-Unis, les régimes fédéraux et régionaux couvraient environ 28 % du total des dépenses de santé en 2023, tandis que 55 % relevaient de régimes considérés comme obligatoires, associant dispositifs publics et assurances privées rendues obligatoires en vertu de la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act, ACA).

En 2023, les dépenses directes des ménages (ou reste à charge) ont financé un peu moins d'un cinquième des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, cette part augmentant sensiblement à mesure que le PIB diminue. Dans certains pays, les ménages supportent directement plus d'un tiers de l'ensemble des coûts de santé au Mexique, au Chili, en Lettonie et en Grèce. En Inde, pays partenaire, près de la moitié de toutes les dépenses de santé sont à la charge des patients. En revanche, en France et au Luxembourg, les dépenses directes (ou reste à charge) représentaient moins de 10 % des dépenses totales de santé. L'assurance maladie facultative ne couvrait que 5 % de l'ensemble du total des dépenses de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE, mais permettait de financer plus de 10 % du budget total consacré à la santé en Slovénie, au Canada, en Irlande et en Israël, bien que la Slovénie ait supprimé l'assurance maladie complémentaire facultative en 2024 (OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à paraître^[1]). Dans les pays candidats à l'adhésion/partenaires que sont le Brésil (27 %) et l'Afrique du Sud (45 %), l'assurance maladie facultative représentait une proportion beaucoup plus importante du total des dépenses de santé.

La trajectoire des dépenses des divers dispositifs de financement a connu des inflexions marquées par la survenue de la pandémie de COVID-19 et les crises énergétique et du coût de la vie (Graphique 7.10). Au cours des années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, les dépenses par habitant au titre des régimes publics et de l'assurance maladie obligatoire augmentaient de 3 % à 4 % par an. Cette croissance a été moins rapide que celle des dépenses d'assurance maladie facultative (5.6 % par an), mais nettement supérieure à celle du reste à charge (1.3 %).

La pandémie a conduit à une accélération substantielle des dépenses des régimes publics. En 2019-2021, les dépenses publiques ont augmenté de 26 % par an en moyenne dans les pays de l'OCDE, car des ressources importantes ont été mobilisées pour la surveillance épidémiologique, renforcer les capacités des systèmes de santé, subventionner les prestataires de soins de santé et, finalement, lancer des campagnes de vaccination. En revanche, la croissance des dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoire est restée quasiment inchangée par rapport à la période d'avant la pandémie, tandis que les dépenses des régimes d'assurance maladie facultative ont stagné. Dans de nombreux pays, les interventions chirurgicales non urgentes ou de confort ainsi que les soins dentaires (deux domaines populaires en matière d'assurance facultative) ont été reportés pendant les périodes les plus intenses de circulation du virus COVID-19.

Au cours de la période la plus récente (2021-2023), l'abandon progressif des dépenses supplémentaires liées au COVID-19 dans les pays de l'OCDE a entraîné une baisse substantielle des financements publics (-11 % par an). En outre, la guerre en Ukraine, la crise énergétique et le contexte de forte inflation ont conduit les gouvernements à revoir les priorités postpandémie. Par contraste, les dépenses des régimes d'assurance maladie facultative ont rebondi, augmentant de plus de 5 % par an grâce à la reprise de la demande de services facultatifs et financés à titre privé. D'un autre côté, les dépenses à la charge des patients ont stagné.

Définition et comparabilité

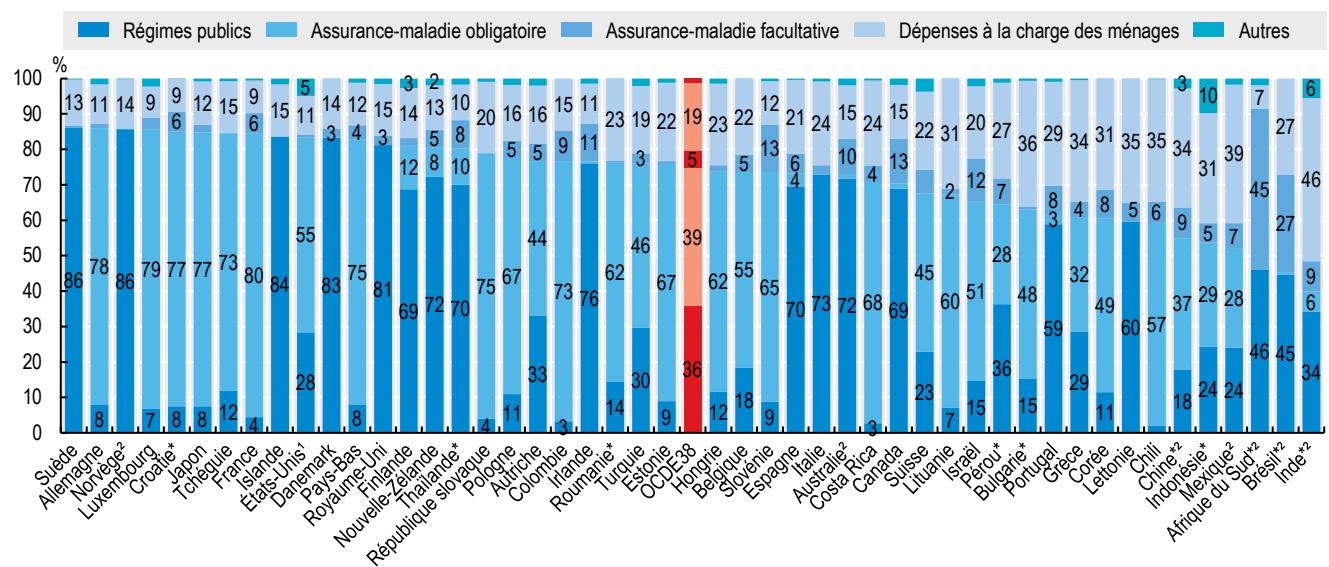
Le financement des dépenses de santé peut être analysé du point de vue des dispositifs de financement (les mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont pris en charge et fournis aux particuliers, par exemple l'assurance maladie sociale), des agents de financement (les organismes qui gèrent les dispositifs de financement, par exemple les caisses d'assurance sociale) et des types de recettes (par exemple les cotisations d'assurance sociale). Par « financement », il faut entendre ici les mécanismes de financement tels que les définit le *Système de comptes de la santé 2011 (SCS)* (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[2]) ; ce terme englobe les régimes publics, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie facultative et les fonds privés (paiements directs des ménages, organisations non gouvernementales (ONG) et entreprises privées). Les dépenses à la charge des ménages sont celles que les patients supportent directement. Elles incluent la participation aux coûts et, dans certains pays, les estimations relatives à la rémunération informelle des prestataires de soins.

Références

OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [2]

OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (à paraître), *Country Health Profile 2025 Slovenia*, Éditions OCDE, Paris. [1]

Graphique 7.9. Dépenses de santé par type de financement, 2023 (ou année la plus proche)

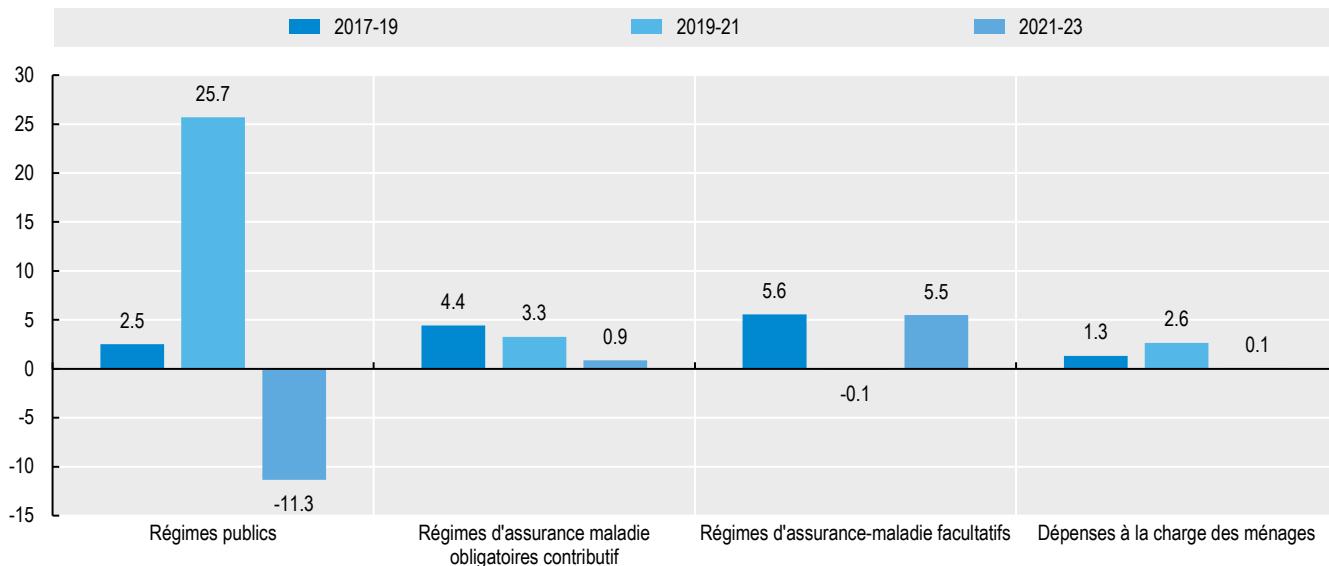


Note : La catégorie « Autres » désigne le financement par les ONG, les employeurs, les régimes de non-résidents et les régimes inconnus. 1. Toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées déclarées au titre de l'assurance maladie obligatoire. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/8xaprc>

Graphique 7.10. Croissance annuelle des dépenses de santé par habitant par type de financement (valeur réelle), moyenne de l'OCDE, 2017-2019, 2019-2021 et 2021-2023



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/36ntcs>

Financement public des dépenses de santé

Alors que les dispositifs de financement achètent des soins de santé pour le compte des individus et de la population, les recettes utilisées pour financer ces dépenses peuvent provenir de plusieurs sources différentes. La plupart du financement des régimes publics provient des recettes de l'administration publique (par exemple, les impôts), lesquelles sont affectées par le biais du processus budgétaire. L'État contribue aussi parfois à l'assurance maladie sociale, en prenant à sa charge les cotisations de certaines catégories de population ou en allouant une part du budget général aux caisses d'assurance. Les particuliers peuvent souscrire une assurance maladie privée, mais une partie de leur prime peut être prise en charge par leur employeur ou subventionnée par l'État. Les individus financent également les soins directement, en utilisant les revenus du ménage pour payer l'intégralité des services, ou dans le cadre d'un accord de partage des coûts. D'autres dispositifs de financement de la santé (par exemple, les dispositifs à but non lucratif ou d'entreprise) peuvent recevoir des dons ou générer des recettes à partir d'investissements ou d'autres opérations commerciales. Enfin, les recettes peuvent provenir de sources non résidentielles.

Le financement public regroupe l'ensemble des transferts publics et de toutes les cotisations sociales. En 2023, les sources publiques ont financé en moyenne 72 % des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.11). Dans les pays où les dispositifs de financement public constituent le principal mécanisme de financement (Norvège et Suède notamment), les transferts publics financent 85 % ou plus des dépenses de santé. Dans d'autres pays, comme le Costa Rica, la Pologne et l'Allemagne, la majeure partie des financements publics provient des cotisations d'assurance sociale à la charge des employeurs et des salariés, qui ont financé près des deux tiers des dépenses de santé en 2023. Dans certains pays, on observe un décalage entre les financements publics d'un côté, et les dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance obligatoire de l'autre. Si les dépenses publiques et obligatoires représentaient respectivement 83 % de l'ensemble des dépenses de santé aux États-Unis et 68 % en Suisse, les parts correspondantes des financements publics s'élevaient seulement à 54 et 33 %. Cet écart tient au rôle important que jouent les régimes d'assurance privée obligatoire, qui ne relèvent pas des dépenses publiques dans ces pays.

L'État finance un éventail de services publics, et les soins de santé se trouvent en concurrence avec d'autres priorités budgétaires telles que l'éducation, la défense et le logement. Le niveau de financement public de la santé dépend de plusieurs facteurs : le type de système de santé en place, la démographie de la population, les nouvelles priorités budgétaires et la conjoncture économique. Les dépenses de santé représentaient en moyenne 15.1 % des dépenses publiques totales dans les pays de l'OCDE en 2023, soit une augmentation de 1 point de pourcentage (p.p.) par rapport à 2013 (Graphique 7.12). Pendant la phase initiale de la pandémie, de nombreux pays de l'OCDE ont été en mesure d'accroître sensiblement les ressources publiques disponibles pour la santé. En conséquence, la part des dépenses publiques consacrées à la santé a augmenté, culminant à 15.6 % en 2021. Néanmoins, l'année 2022 a été marquée par de nouveaux défis économiques et géopolitiques. La guerre menée par la Russie contre l'Ukraine a déstabilisé les marchés de l'énergie mondiaux et alimenté les pressions inflationnistes, et de nombreux pays ont dû faire face à des déficits budgétaires croissants. Ces contraintes ont limité leur capacité d'augmenter, voire de maintenir, leurs dépenses de santé, la part des dépenses publiques consacrées à la santé ayant diminué en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2022 et 2023.

De nombreux pays de l'OCDE disposent d'un système d'assurance maladie obligatoire, qu'il s'agisse d'une assurance maladie sociale, soit une couverture privée, mais la composition des primes de ce type de régimes est très variable (Graphique 7.13). L'importance des transferts publics en tant que source de recettes peut varier considérablement. En moyenne, environ deux tiers environ du financement proviennent de cotisations sociales (ou primes) réparties essentiellement entre les salariés et leurs employeurs ; environ un quart provient cependant de transferts publics, pour le compte de certaines catégories de population (par exemple les personnes aux revenus modestes ou sans emploi) ou au titre de contribution générale. Les transferts publics financent les deux tiers du système national d'assurance maladie au Chili et plus de 50 % de l'ensemble des recettes en Hongrie et en Israël. En Slovénie, en Pologne et au Costa Rica, la part des transferts publics dans le financement des régimes d'assurance obligatoire est très limité, les cotisations sociales représentant au moins 90 % de l'ensemble des recettes de ces régimes.

Définition et comparabilité

Les dispositifs de financement doivent mobiliser des recettes pour payer les biens et services de santé dont bénéficie la population. En général, les dispositifs de financement peuvent percevoir des transferts publics, des cotisations d'assurance sociale, des préapéments facultatifs ou obligatoires (par exemple des primes d'assurance), d'autres ressources nationales et des revenus de l'étranger (par exemple dans le cadre de l'aide au développement).

En réalité, les recettes d'un dispositif de financement de la santé ne sont généralement pas égales aux dépenses au cours d'une année donnée, causant ainsi un excédent ou un déficit. Dans la pratique, la plupart des pays se contentent d'analyser la composition des recettes de chaque dispositif et d'appliquer la même répartition aux dépenses pour donner une idée du financement des dépenses pendant la période comptable.

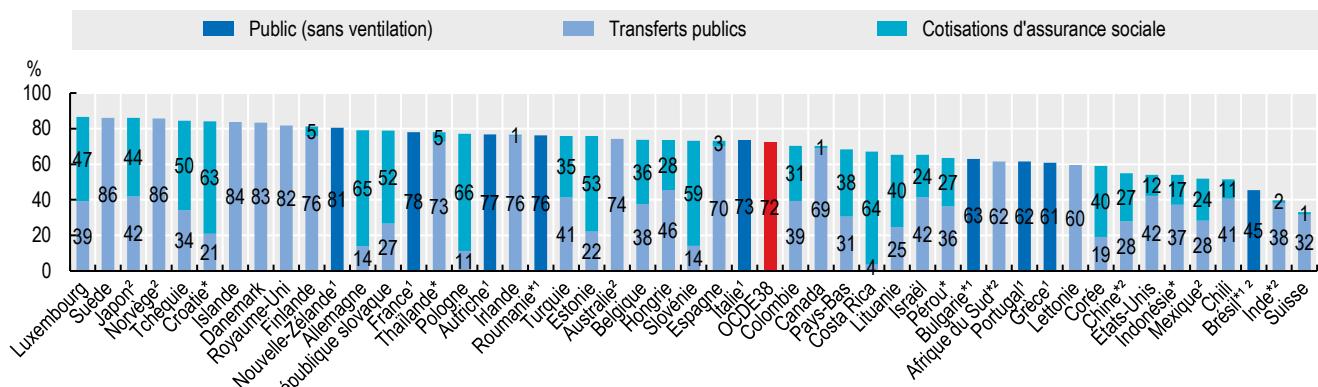
Les dépenses totales des administrations publiques sont définies de la même manière que dans le Système des comptes nationaux. D'après la méthodologie du Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[1]), les dépenses publiques de santé sont égales à la somme des transferts publics et des cotisations d'assurance sociale. En l'absence d'informations sur les recettes, on utilise comme valeur approximative la somme des dépenses des régimes publics et de celles des régimes d'assurance maladie sociale.

Références

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

[1]

Graphique 7.11. Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses de santé, 2023 (ou année la plus proche)

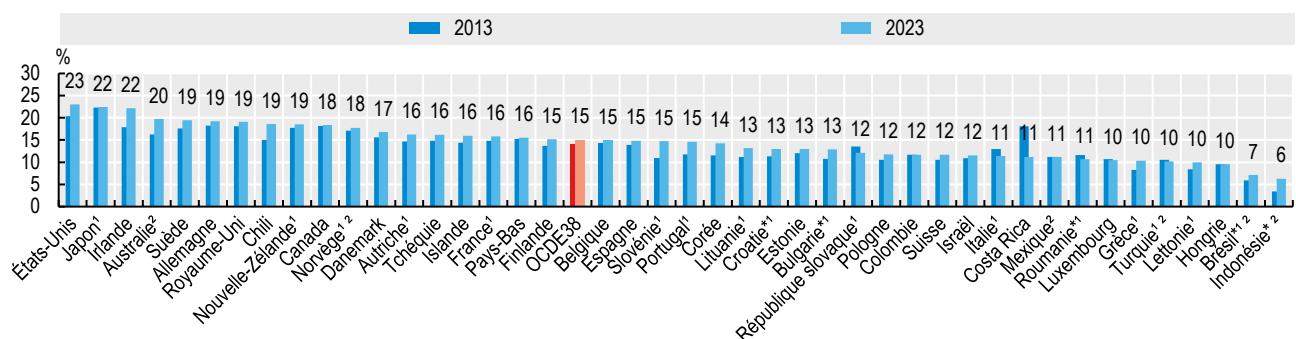


1. Le total des dépenses financées sur fonds publics est estimé en additionnant les dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale.
2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/21m6q9>

Graphique 7.12. Dépenses de santé financées sur fonds publics en proportion du total des dépenses publiques, 2013 et 2023 (ou année la plus proche)

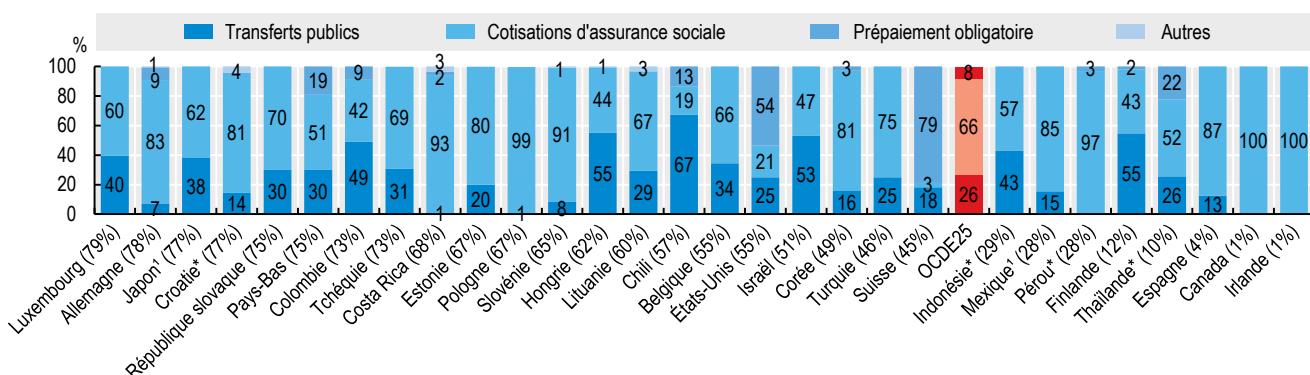


1. Le total des dépenses financées sur fonds publics est estimé en additionnant les dépenses des régimes publics et des régimes d'assurance maladie sociale. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025 ; Base de données de l'OCDE sur les comptes nationaux.

StatLink <https://stat.link/k1mqxf>

Graphique 7.13. Sources de financement de l'assurance maladie obligatoire, 2023 (ou année la plus proche)



Note : Les chiffres entre parenthèses indiquent la contribution de l'assurance maladie obligatoire aux dépenses totales de santé. La catégorie « Autres » comprend les autres revenus nationaux et les transferts étrangers directs. 1. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/2m6fgj>

Dépenses de santé par type de service

La répartition des dépenses de santé entre les différents types de services dépend d'un ensemble de facteurs, tels que la charge de morbidité, les priorités des systèmes de santé, les modalités d'organisation des soins ou encore les coûts relatifs des prestations. Pour tous les pays de l'OCDE, les services de soins curatifs et de réadaptation constituent la principale composante des dépenses de santé. Ils sont essentiellement assurés par les services hospitaliers et ambulatoires, qui représentaient plus des trois cinquièmes de l'ensemble des dépenses de santé en 2023 (Graphique 7.14). Les biens médicaux (essentiellement les produits pharmaceutiques) représentaient 18 % supplémentaires, suivis des services de soins de longue durée, qui absorbaient en moyenne 1 USD sur sept du budget de la santé. Le reste des dépenses de santé, soit 7 %, est consacré à l'administration et à la gouvernance générale du système de santé, ainsi qu'à la prévention.

En 2023, la Grèce, la Pologne et le Costa Rica ont affiché la part la plus élevée du total des dépenses de santé allouées aux services hospitaliers, environ 40 %, soit bien plus que la moyenne de l'OCDE (28 %). À l'autre extrémité, de nombreux pays nordiques ainsi que le Canada et les Pays-Bas ont enregistré une proportion beaucoup plus faible des dépenses consacrées aux services hospitaliers, soit environ 20 %. Les soins ambulatoires forment une large catégorie qui recouvre les services ambulatoires généralistes et spécialisés, les soins dentaires ainsi que les soins à domicile et les services auxiliaires. Dans leur ensemble, en 2023 les dépenses au titre des services de soins ambulatoires représentent environ 45 % de l'ensemble des dépenses de santé en Israël, au Portugal et en Estonie contre une moyenne de 33 % pour l'OCDE. Compte tenu de l'importance relative des prestations de soins hospitaliers, la Grèce alloue une proportion comparativement faible de ses dépenses aux services ambulatoires, soit environ un cinquième du total des dépenses de santé.

La troisième composante majeure des dépenses de santé correspond aux biens médicaux. Les différences de prix des produits internationaux tels que les produits pharmaceutiques varient généralement moins d'un pays à l'autre que celles des services produits localement. En conséquence, les dépenses allouées aux biens médicaux dans les pays à faible revenu représentent souvent une part plus élevée des dépenses de santé que les services. Par exemple, en 2023, les dépenses au titre des biens médicaux représentaient environ 30 % du total des dépenses de santé en République slovaque et en Grèce. En revanche, ces parts étaient beaucoup moins élevées en Norvège, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, où elles ne représentaient qu'un dixième des dépenses de santé.

La part des dépenses de santé consacrée aux soins de longue durée a augmenté de manière constante au cours des dernières décennies et s'élève aujourd'hui à 14 % en moyenne. Néanmoins, ce chiffre masque des différences considérables entre les pays de l'OCDE. Dans les pays dotés de dispositifs formels, comme la Norvège, la Suède et les Pays-Bas, près de 30 % des dépenses de santé ont été consacrés aux services de soins de longue durée en 2023. Il existe cependant un secteur plus informel des soins de longue durée dans de nombreux pays d'Europe méridionale, centrale et orientale ainsi que dans des pays d'Amérique latine, où les dépenses consacrées aux soins de longue durée sont beaucoup plus faibles, généralement de l'ordre de 5 % ou moins.

Ces dernières années, les différents chocs sanitaires et économiques ont modifié la structure des dépenses de santé dans de nombreux pays, entraînant des différences notables dans la trajectoire des dépenses selon les services (Graphique 7.15). Au cours de la période d'avant la pandémie (2017-2019), les variations de la croissance annuelle des dépenses par habitant dans les pays de l'OCDE étaient relativement limitées, allant d'environ 1 % pour les produits pharmaceutiques à 3 à 4 % pour les soins ambulatoires, les soins de longue durée, la prévention et l'administration. La pandémie a entraîné une accélération des dépenses dans toutes les fonctions de soins. Entre 2019 et 2021, la progression annuelle des dépenses liées aux soins hospitaliers et aux produits pharmaceutiques a presque doublé (atteignant respectivement 4,3 % et 2,7 %), sous l'effet des surcoûts liés aux dépenses de personnel et d'intrants, ainsi qu'aux équipements de protection comme les masques. Les dépenses de prévention ont augmenté de plus de 50 % par an, les pays ayant consacré des ressources importantes aux campagnes de dépistage, de traçage, de surveillance et d'information en lien avec la pandémie, ainsi qu'au déploiement de campagnes de vaccination. À environ 8 % par an, les dépenses consacrées à l'administration des systèmes de santé ont également enregistré une forte croissance entre 2019 et 2021. Cette hausse s'explique en partie par les ressources supplémentaires nécessaires pour gérer les stratégies nationales de lutte contre le COVID-19. La période 2021-2023 a été marquée par une réduction généralisée des dépenses supplémentaires liées au COVID-19, qui a touché tous les services de santé. En outre, de nombreux pays de l'OCDE ont dû faire face à une inflation élevée, et aux crises énergétique et du coût de la vie, et les budgets de santé ont de nouveau été en concurrence avec d'autres priorités. En conséquence, dans de nombreux pays la croissance annuelle des dépenses est devenue négative pour la plupart des services au cours de cette période, les soins de longue durée constituant une exception notable.

Définition et comparabilité

Le Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[11]) définit le cadre du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions de soins de santé correspondant aux différentes catégories de services et de biens dans le domaine de la santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, soins de réadaptation, soins de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, services de santé publique et administration, à savoir la gestion du système de santé dans sa globalité plutôt qu'au niveau des prestataires de santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de prestation (patients hospitalisés, services de jour, soins ambulatoires ou à domicile).

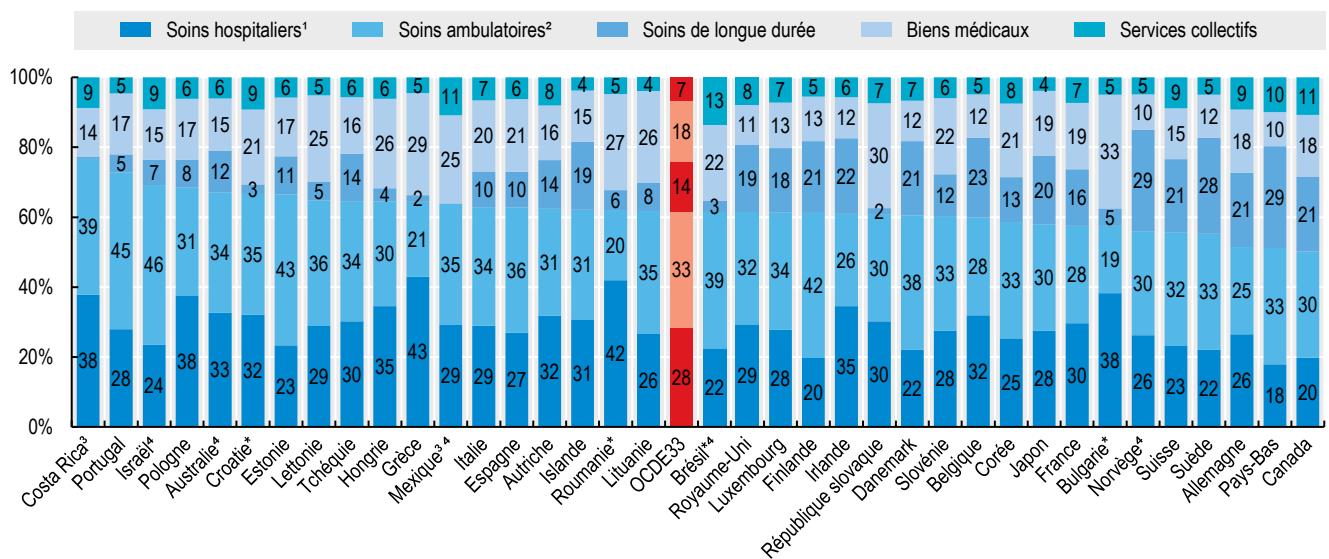
On utilise des déflateurs de la CIE pour calculer les taux de croissance en valeur réelle.

Références

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

[1]

Graphique 7.14. Dépenses de santé par type de service, 2023 (ou année la plus proche)

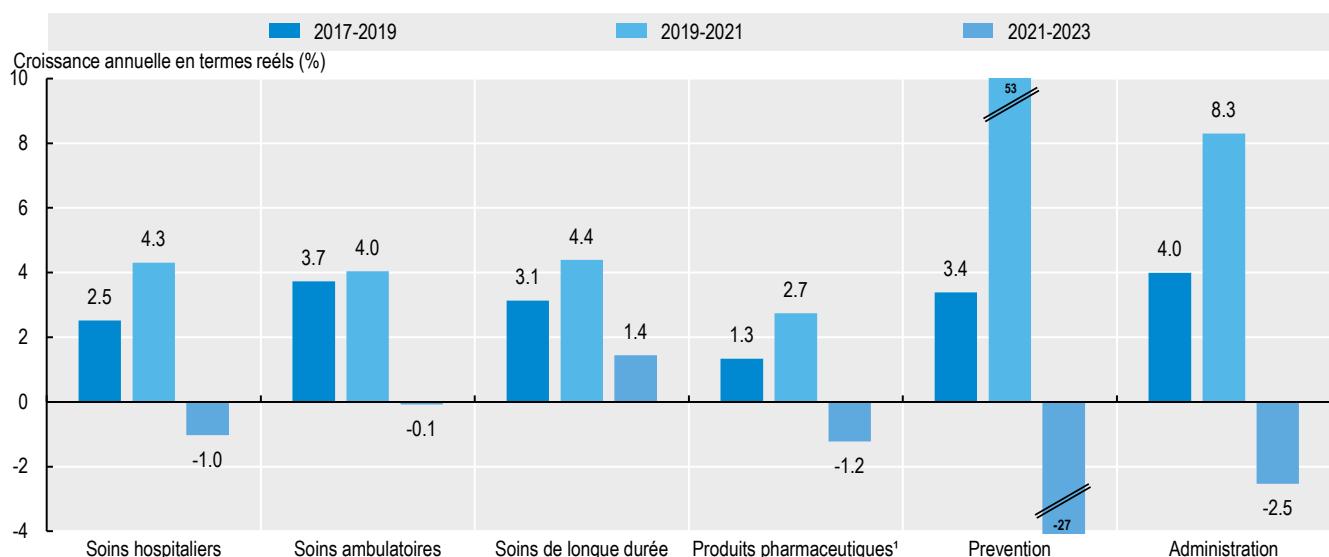


Note : Les pays sont classés selon la part des soins curatifs et des soins de réadaptation dans leurs dépenses courantes de santé. 1. Soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. 2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires. 3. Les biens médicaux financés par les dispositifs publics et les régimes obligatoires sont inclus dans les soins hospitaliers ou les soins ambulatoires. 4. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/lwykt>

Graphique 7.15. Croissance annuelle des dépenses de santé consacrées à un éventail de services (en valeur réelle), moyenne de l'OCDE, 2017-2019, 2019-2021 et 2021-2023



1. Inclut les dépenses consacrées aux produits médicaux non durables comme les masques.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/dxmkrq>

Dépenses de santé consacrées à la prévention et aux soins primaires

L'efficacité des soins de santé primaires est la pierre angulaire d'un système de santé efficace, centré sur la personne et équitable. Le renforcement des soins primaires est considéré comme un moyen efficace d'améliorer la coordination des soins et les résultats sur le plan de la santé et de réduire les dépenses inutiles, en limitant les hospitalisations inutiles et les coûts associés dans les hôpitaux et les autres parties du système de santé. Cependant, dans de nombreux pays de l'OCDE, les possibilités du secteur des soins primaires ne sont pas encore pleinement exploitées.

En 2023, les soins de santé primaires représentaient 14 % des dépenses de santé totales en moyenne dans les pays de l'OCDE, allant de 10 % ou moins en Suisse, aux Pays-Bas, au Luxembourg et en République slovaque à quelque 20 % en Lituanie, en Estonie et en Finlande (Graphique 7.16). Par rapport à il y a dix ans, cette part est restée pratiquement stable, ce qui montre que les dépenses consacrées aux soins de santé primaires ont augmenté au même rythme que les dépenses de santé globales. Cela suggère que les soins de santé primaires n'ont en général pas été la priorité des investissements ciblés dans le secteur de la santé.

Concernant leur composition, la moitié des dépenses de soins primaires dans les pays de l'OCDE concernent les services de soins ambulatoires généraux, un peu plus d'un tiers étant alloué aux soins dentaires. Les services de prévention et les visites à domicile de médecins généralistes et de personnel infirmier représentent une proportion plus faible des dépenses de soins primaires, même si les activités de prévention sont difficiles à distinguer des consultations ambulatoires générales. Les dépenses consacrées aux soins ambulatoires généraux assurés par les prestataires de soins ambulatoires étaient particulièrement élevées au Costa Rica, en Pologne et au Mexique, où elle atteignait 14 % du total des dépenses de santé. En Allemagne, en Autriche, au Canada, en France, au Luxembourg et en Suisse, les dépenses consacrées aux soins ambulatoires généraux étaient globalement beaucoup plus faibles, ne représentant pas plus de 4 % des dépenses de santé.

En Lituanie et en Estonie, les soins de santé primaires représentent une part importante des dépenses globales de santé, ce qui peut s'expliquer par les dépenses allouées aux soins dentaires. Dans les deux pays, les soins dentaires représentent 10 % environ du budget total de la santé, soit le double de la moyenne de l'OCDE. À titre de comparaison, les dépenses allouées aux soins dentaires ne représentent qu'environ 3 % des dépenses totales de santé au Costa Rica, au Mexique, aux Pays-Bas, en Pologne et au Royaume-Uni.

Le total des dépenses consacrées à la prévention (c'est-à-dire les services de santé et les interventions de santé publique fournis par des prestataires de soins ambulatoires et d'autres structures) s'est maintenu à un niveau relativement stable de 3 % environ des dépenses de santé globales dans les pays de l'OCDE dans la décennie qui a précédé la pandémie, mais a considérablement augmenté lorsque celle-ci a éclaté. En 2021, cette part avait grimpé pour s'établir à 6 % (Graphique 7.17). Cette augmentation a été particulièrement marquée au Danemark, au Royaume-Uni, en Autriche et au Japon, où la part des dépenses de santé allouée aux soins préventifs a augmenté de 7 à 8 % par rapport à 2013, sous l'effet d'investissements considérables dans des mesures de santé publique visant à lutter contre la propagation de la pandémie de COVID-19. Néanmoins, la croissance des dépenses enregistrée en 2021 était liée à des mesures d'urgence temporaires en rapport avec la gestion du COVID-19 plutôt qu'à des investissements prévus à long terme dans la santé de la population. Avec le retrait progressif des mesures d'urgence de santé publique après la phase aiguë de la pandémie, la part des dépenses consacrées à la prévention a diminué pour revenir en 2023 à son niveau d'avant la pandémie, dans une fourchette comprise entre 6-7 % des dépenses de santé totales au Canada et au Royaume-Uni, et moins de 3 % en Pologne, en Belgique, en Islande, en France, en Suisse, au Portugal et au Japon. Le fait que la place accordée à la prévention et à la santé publique dans les budgets de santé généraux n'ait pas beaucoup évolué après la pandémie de COVID-19 laisse penser que les systèmes de santé restent tout aussi vulnérables face à une crise sanitaire majeure. Par ailleurs, il montre que des dépenses supplémentaires en soins préventifs sont encore nécessaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé des pays et améliorer leur réactivité face aux pandémies et à d'autres menaces en constante évolution (OCDE, 2023^[1]).

Définition et comparabilité

Les comparaisons internationales des dépenses consacrées aux soins de santé primaires faisaient jusqu'à présent cruellement défaut en raison de l'absence d'une définition communément acceptée et d'un cadre approprié de collecte de données. En collaboration avec des experts en données et des experts cliniciens ainsi que des partenaires internationaux, l'OCDE a défini un cadre méthodologique visant à estimer les dépenses en matière de soins de santé primaires (Mueller et Morgan, 2018^[2]).

Les estimations reposent sur les données soumises dans le cadre du SCS (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[3]). Les fonctions suivantes sont d'abord recensées comme des services de soins de base :

- les soins curatifs généraux en ambulatoire (p. ex. les visites de routine chez un médecin généraliste ou une infirmière pour des soins aigus ou chroniques)
- les soins curatifs dentaires en ambulatoire (p. ex. les visites de contrôle régulières et les traitements bucco-dentaires plus complexes)
- les soins curatifs à domicile (essentiellement les visites à domicile des médecins généralistes ou des personnels infirmiers)
- les services de soins préventifs (p. ex. la vaccination ou les bilans de santé)

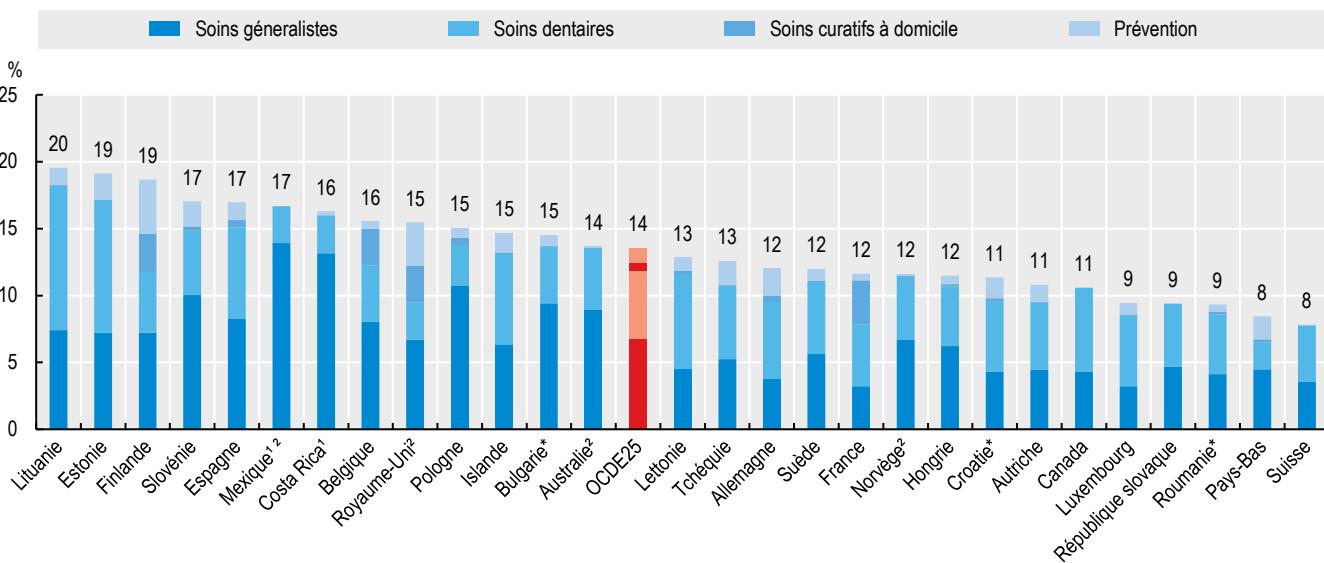
Lorsque les services de soins de base sont prodigués par des prestataires de soins de santé ambulatoires tels que des médecins, des dentistes, des centres de soins de santé ambulatoires et des prestataires de services de soins à domicile, cela peut être considéré comme une mesure de remplacement des soins de santé primaires. Il convient de souligner que cette mesure de substitution est une approche simplifiée visant à opérationnaliser un concept multidimensionnel complexe.

La comparabilité de cet indicateur reste limitée et dépend de la capacité des pays et des méthodes qu'ils utilisent à faire la distinction entre les services ambulatoires généraux et les services spécialisés.

Références

- Mueller, M. et D. Morgan (2018), « Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework », OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>. [2]
- OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [1]
- OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [3]

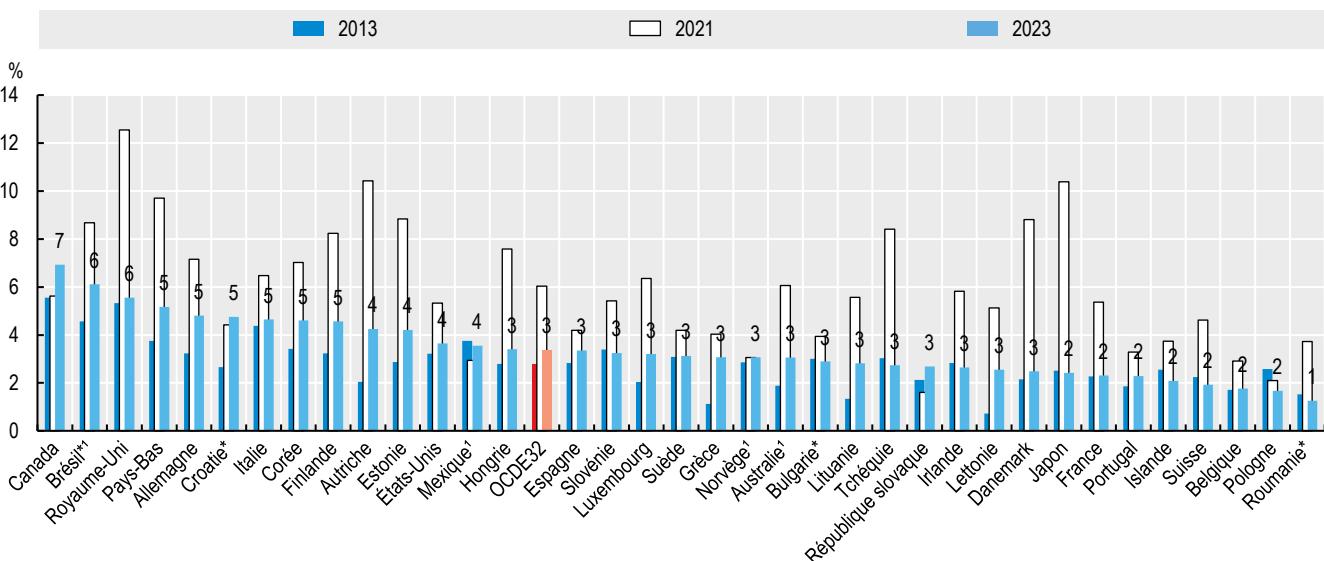
Graphique 7.16. Part des dépenses de santé courantes allouée aux soins primaires, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dépenses allouées aux soins ambulatoires généraux peuvent inclure les produits pharmaceutiques. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/5k3pcd>

Graphique 7.17. Dépenses de santé allouées à la prévention en proportion des dépenses de santé courantes, 2013, 2021 et 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/rkschb>

Dépenses de santé par prestataire

Les soins de santé sont dispensés par une grande variété de prestataires de soins de santé allant des hôpitaux et des cabinets médicaux aux établissements de jour et aux détaillants, ce qui peut avoir une incidence sur les modèles de dépenses pour différents biens et services. L'analyse des dépenses de santé par prestataire peut s'avérer particulièrement utile lorsqu'elle est examinée parallèlement à la répartition par fonction des dépenses de santé (voir l'indicateur « Dépenses de santé par type de service »), car elle donne une vue plus détaillée de l'organisation des systèmes de santé.

Les différences organisationnelles en matière de prestation des soins de santé dans les pays de l'OCDE peuvent être marquées, ce qui se traduit par une répartition très diverse des dépenses de santé entre les prestataires. Les activités hospitalières représentent la plus grande part (39 %) du financement des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Cette moyenne est largement dépassée en Turquie et au Costa Rica, où les activités hospitalières ont reçu la moitié ou davantage de l'ensemble des ressources financières, ainsi qu'en Indonésie et en Thaïlande, pays candidats à l'adhésion (Graphique 7.18). En revanche, le Canada, l'Allemagne et le Mexique ont consacré moins de 30 % du budget total de la santé aux hôpitaux.

Après les hôpitaux, la deuxième catégorie de prestataires la plus importante correspond aux fournisseurs de soins ambulatoires. Cette catégorie couvre un large éventail d'établissements dont la plupart des dépenses sont liées soit aux pratiques médicales, médecins généralistes et spécialistes compris (comme en Autriche, en France et en Allemagne) soit aux centres de soins ambulatoires (comme en Finlande, en Irlande et en Suède). Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les soins dispensés par les prestataires ambulatoires représentent environ un quart de l'ensemble des dépenses de santé. Dans ces pays, environ deux tiers des dépenses globales concernent les médecins généralistes, les cabinets de spécialistes et les centres de soins ambulatoires, tandis qu'environ un cinquième est lié aux cabinets dentaires. Dans l'ensemble, un tiers des dépenses de santé a été consacré aux prestataires de soins ambulatoires en Belgique, au Mexique, en Finlande, au Luxembourg et aux États-Unis, mais cette part était inférieure à 20 % en Turquie, en Grèce et en République slovaque.

Les autres grandes catégories de prestataires comprennent les détaillants (essentiellement les pharmacies), qui représentent un sixième des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, et les établissements de soins de longue durée (qui fournissent essentiellement des soins hospitaliers aux personnes dépendantes), auxquels sont imputables 9 % des dépenses de santé. Ce dernier groupe de prestataires joue un rôle beaucoup plus important dans les systèmes de santé des Pays-Bas, de la Suède et de la Finlande que d'ailleurs.

L'éventail des activités pouvant être exercées par une même catégorie de prestataires est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre, ce qui reflète les différences quant à l'organisation des systèmes de santé. C'est dans le secteur hospitalier que ces différences entre pays sont les plus prononcées (Graphique 7.19). Bien que les soins curatifs et de réadaptation dispensés aux patients hospitalisés définissent l'activité principale des hôpitaux, ceux-ci peuvent aussi être d'importants prestataires de soins ambulatoires dans de nombreux pays, par exemple par le biais de services d'urgences et de prise en charge des personnes accidentées, d'unités de consultation externe spécialisées ou de laboratoires d'analyses médicales et d'imagerie. En Finlande et au Danemark, les soins ambulatoires représentent plus de la moitié des dépenses hospitalières, car les spécialistes reçoivent généralement des patients dans les services de consultation externe des hôpitaux. En revanche, les hôpitaux sont généralement monofonctionnels en Allemagne et en Grèce, la plus grande proportion (environ 90 %) des dépenses est consacrée à la fourniture de services hospitaliers plutôt qu'aux services ambulatoires et aux services de jour. Ces dernières décennies, de nombreux pays ont transféré certains services hospitaliers vers les hôpitaux de jour en vue de réaliser des gains d'efficience potentiels et de réduire les délais d'attente. En conséquence, les services d'hôpital de jour représentent 15 % ou plus des dépenses hospitalières en Belgique, en Irlande et au Portugal.

Définition et comparabilité

L'univers des prestataires de soins, qui est défini dans le Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[1]), englobe les prestataires primaires, à savoir les organisations et acteurs dont l'activité principale consiste à fournir des biens et des services de santé, ainsi que les prestataires secondaires pour lesquels la prestation de soins n'est qu'une activité parmi d'autres.

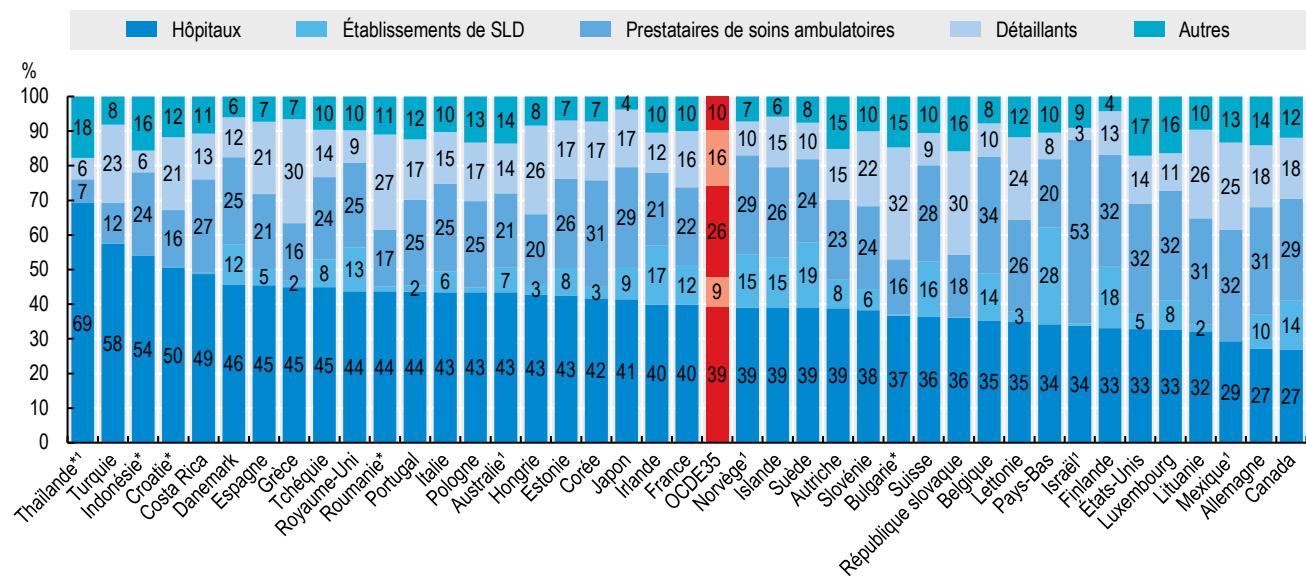
Les premiers sont essentiellement les hôpitaux (de court séjour, psychiatriques et spécialisés), les établissements de soins de longue durée, les prestataires de soins ambulatoires (les cabinets de médecins généralistes et spécialistes, les cabinets dentaires, les centres de santé ambulatoires, les prestataires de services de soins à domicile), les prestataires de services auxiliaires (par exemple les services d'ambulance, les laboratoires), les détaillants (par exemple les pharmacies), et les prestataires de soins préventifs (par exemple les organismes de santé publique). Les seconds sont notamment les établissements de soins, dont la principale activité peut être l'hébergement, mais qui proposent une surveillance infirmière comme activité secondaire ; les supermarchés qui commercialisent des médicaments en vente libre ; ou les établissements qui fournissent des services de santé à un groupe restreint de la population (par exemple, les services de santé pénitentiaires). Les prestataires secondaires incluent également les organismes qui administrent et financent le système de santé, et les ménages en tant que prestataires de soins à domicile. Les établissements de soins de santé sont classés dans l'une de ces catégories de prestataires en fonction de leur activité principale.

Références

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

[1]

Graphique 7.18. Dépenses de santé par prestataire, 2023 (ou année la plus proche)

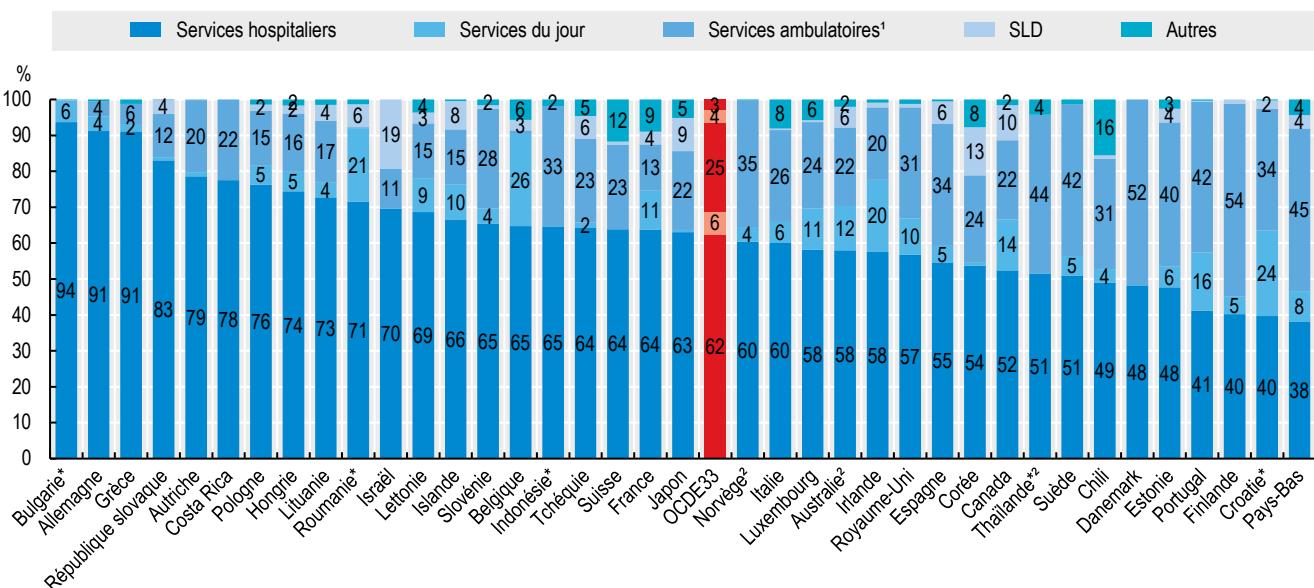


Note : La catégorie « Autres » comprend les prestataires de services auxiliaires (p. ex., le transport des patients, les laboratoires) ; les organismes d'administration du système de santé, de santé publique et de prévention ; les ménages dans les cas où ils dispensent des soins de longue durée rémunérés ; les prestataires atypiques pour lesquels les soins de santé constituent une activité économique secondaire. 1. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaires.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/hmz4vg>

Graphique 7.19. Dépenses hospitalières par type de service, 2023 (ou année la plus proche)



Note : La catégorie « Autres » comprend l'activité de soins préventifs ; les produits pharmaceutiques s'ils sont administrés aux patients non hospitalisés ; les services inconnus. 1. Inclut les services auxiliaires. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/6wuyze>

Dépenses en capital dans le secteur de la santé

Si les ressources humaines sont essentielles au secteur de la santé et des soins de longue durée, les infrastructures physiques et la technologie jouent également un rôle fondamental dans la fourniture des services de santé efficaces. Les investissements dans de nouveaux établissements de santé, équipements et technologies numériques ont une influence directe sur la capacité des systèmes de santé à répondre aux demandes de soins de santé courants et d'urgence. Disposer d'un équipement adéquat, en particulier dans les unités de soins intensifs, est essentiel pour éviter des retards de prise en charge susceptibles d'être critiques. Outre des établissements et des équipements techniques suffisants, il est de plus en plus nécessaire de garantir une infrastructure numérique solide, tant pour la gestion des crises en temps réel que pour la performance à long terme du système de santé. L'investissement en capital est donc essentiel au renforcement de la résilience dans l'ensemble du secteur de la santé.

Par nature, l'investissement en capital tend à fluctuer d'une année à l'autre, sous l'influence marquée des conditions macroéconomiques à court terme, des priorités stratégiques et des infrastructures existantes. Un sous-investissement constant peut entraîner une détérioration progressive des établissements et des technologies, ce qui nécessitera à terme des dépenses de remise en état plus coûteuses.

Entre 2021 et 2024, la moyenne annuelle des dépenses d'investissement en capital consacrées à la santé dans les pays de l'OCDE est restée stable, soit quelque 0,6 % du PIB, contre des dépenses courantes de santé moyennes représentant plus de 9 % du PIB au cours de la même période (voir l'indicateur « Dépenses de santé en proportion du PIB »). Au cours de cette période, l'Allemagne a affiché le niveau annuel d'investissement en capital le plus élevé, soit 1,2 % du PIB, suivie d'un groupe de pays investissant chacun environ 0,9 % (Graphique 7.20). Parmi eux, la Lettonie a doublé ses dépenses en capital par rapport aux niveaux d'avant la pandémie. Dans le cadre de son plan national pour la reprise et la résilience, soutenu par des fonds de l'Union européenne, un appui financier a été apporté à la modernisation des hôpitaux et des prestataires de soins de santé, tandis que les investissements dans les technologies de l'information et des communications (TIC) dans le secteur de la santé ont été accélérés. Parmi les pays du G7, le Japon (0,9 %) et les États-Unis (0,8 %) sont restés au-dessus de la moyenne de l'OCDE, tandis que la France, l'Italie et le Royaume-Uni ont engagé des investissements inférieurs à la moyenne, à hauteur de 0,4 à 0,5 % du PIB. À l'extrême inférieure du spectre, les dépenses d'investissement annuelles ne représentent que 0,2 à 0,3 % du PIB dans plusieurs pays de l'OCDE. L'Irlande, par exemple, a connu une période prolongée marquée par la faiblesse des investissements en capital, même si des signes d'amélioration commencent à apparaître (Sicari et Sutherland, 2023^[1]).

La répartition des dépenses en capital dans le secteur de la santé révèle qu'en moyenne, dans les pays de l'OCDE, la construction représentait la part la plus importante (environ 50 %), suivie par les machines et équipements, puis par les actifs intellectuels comme les bases de données et les logiciels (Graphique 7.20). La répartition des fonds alloués varie selon les pays. Par exemple, la Finlande, soutenue par la Banque européenne d'investissement, a lancé plusieurs projets de construction d'hôpitaux, tandis que d'autres pays (dont le Japon, la Lettonie et le Portugal) se concentrent davantage sur les équipements et les machines. Aux Pays-Bas, bien que le niveau d'investissement global soit similaire à celui de la Finlande, les fonds ont été davantage alloués à des projets d'infrastructure numérique (OCDE, 2022^[2]).

Ces dix dernières années, les investissements en capital dans le secteur de la santé ont progressivement augmenté dans les pays de l'OCDE (Graphique 7.21). En Australie, la part des dépenses en capital dans le PIB a également augmenté au cours de cette période, malgré des variations d'une année sur l'autre. Les dépenses en capital sont restées globalement stables aux États-Unis et au Canada au cours de la même période, avec une légère convergence plus récemment. En Europe, encouragée par ses modèles de financement, l'Allemagne a continuellement investi de façon substantielle dans les infrastructures et les capitaux liés à la santé. En revanche, après avoir enregistré une baisse sensible des investissements jusqu'au milieu des années 2010, le Royaume-Uni a affiché une augmentation notable ces dernières années, quoique le niveau de ces investissements reste inférieur à la moyenne de l'OCDE.

Définition et comparabilité

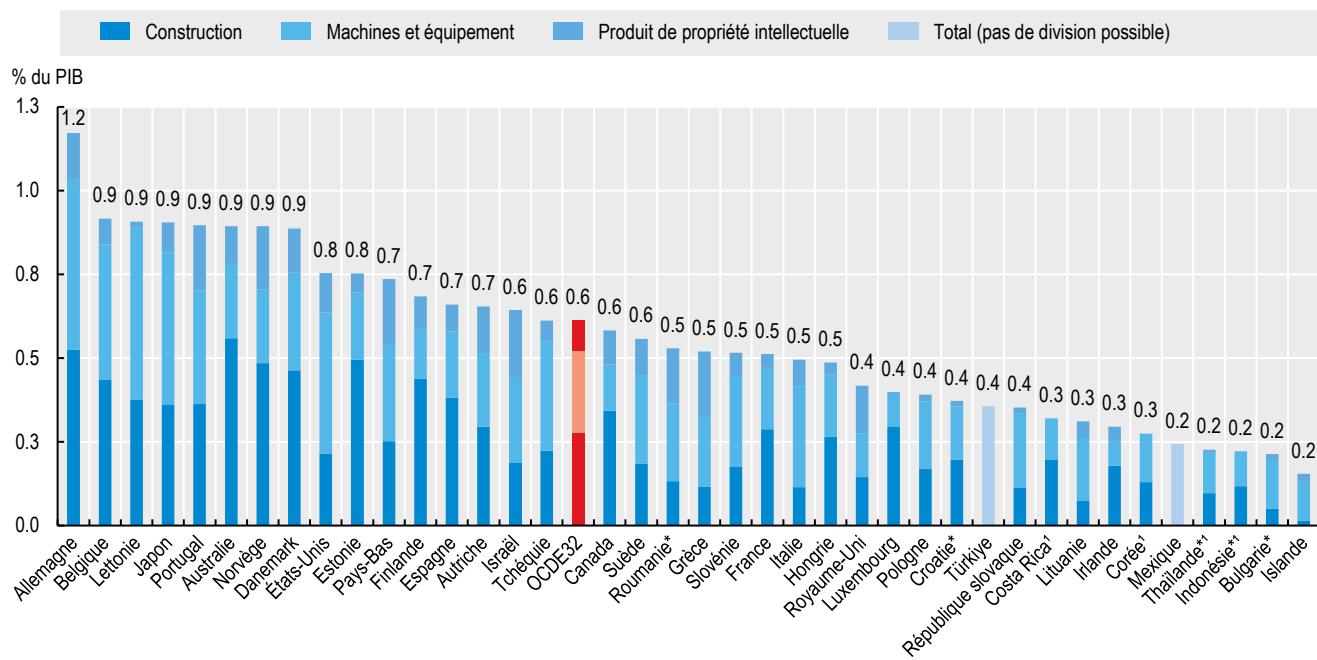
La formation brute de capital fixe (FBCF) dans le secteur de la santé se mesure par la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de soins ont acquis durant la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de manière répétée ou continue pendant plus d'une année dans la production des services de santé. Les catégories d'actifs sont l'infrastructure (hôpitaux et cliniques par exemple), les machines et équipements (appareils chirurgicaux et diagnostiques, ambulances et équipements TIC) ainsi que les logiciels et les bases de données.

La formation brute de capital fixe est déclarée dans les comptes nationaux par secteur d'activité conformément à la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI, Rév. 4), section Q : Santé et activités d'action sociale. Elle est également déclarée par un petit nombre de pays dans le cadre du Système de comptes de la santé (OCDE/Eurostat/OMS, 2017^[3]). La section Q de la CITI est normalement plus large que la catégorie définie par le Système de comptes de la santé pour les soins de santé. Pour des raisons de comparabilité et de disponibilité, la préférence a été donnée aux mesures de la FBCF dans le cadre des comptes nationaux.

Références

- OCDE (2022), *Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/a1568975-en>. [2]
- OCDE/Eurostat/OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011 : Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. [3]
- Sicari, P. et D. Sutherland (2023), « Health sector performance and efficiency in Ireland », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 1750, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6a000bf1-en>. [1]

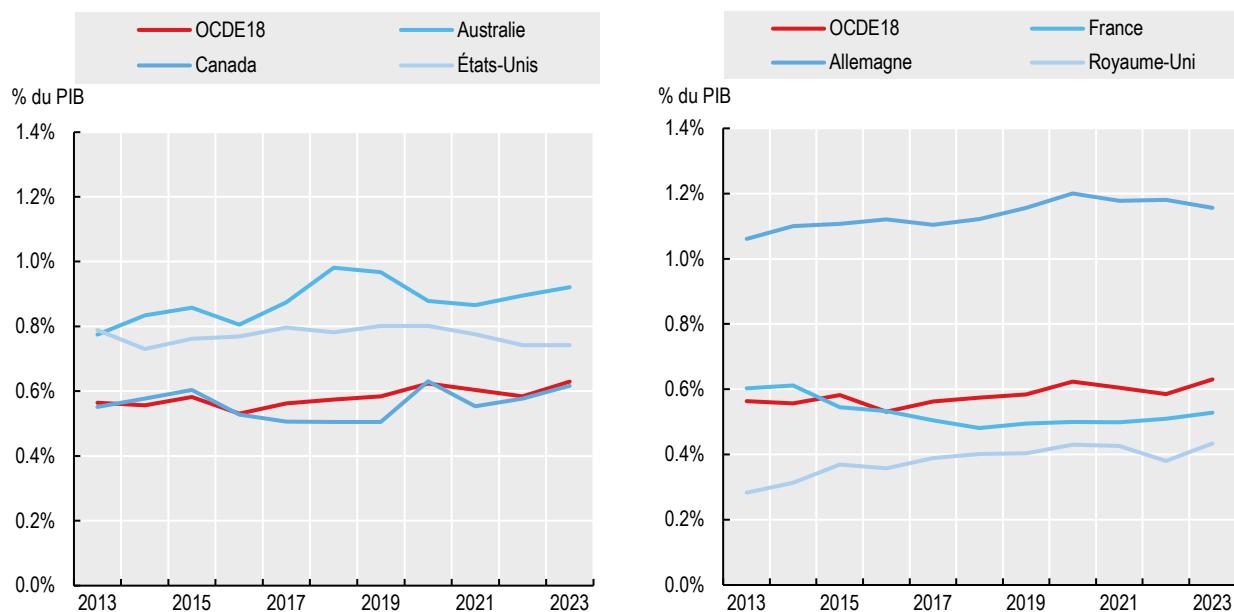
Graphique 7.20. Dépenses annuelles en capital consacrées à la santé et l'action sociale en pourcentage du PIB, moyenne sur 2021-2024 (ou année la plus proche), par type d'actif



1. Désigne la formation brute de capital fixe des prestataires de soins de santé dans le cadre du SCS. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Base de données des comptes nationaux de l'OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/wcan5x>

Graphique 7.21. Évolution des dépenses en capital en pourcentage du PIB, OCDE et divers pays, 2013-2023



Source : Base de données des comptes nationaux de l'OCDE, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/41oivc>

Dépenses consacrées à la préparation aux crises et aux capacités de soins critiques

La raison motivant les dépenses consacrées à la préparation aux crises et aux capacités de soins critiques pour faire face aux menaces sanitaires mondiales est claire. La pandémie de COVID-19 a fait des millions de victimes et provoqué la plus importante récession mondiale depuis des décennies. Les estimations actuelles font état d'une probabilité de 2 à 3 % par an qu'une pandémie dont les caractéristiques de transmission et de mortalité seraient similaires à celles du COVID-19 se produise, ce qui tend à indiquer qu'une pandémie de cette ampleur pourrait survenir environ une fois tous les 50 ans (G20/OMS/Banque mondiale, 2024^[1]).

Les estimations de l'OCDE révèlent que les États membres ont consacré en moyenne 101 USD par habitant à la prévention, à la préparation et à l'intervention en 2023, notamment à un certain nombre de programmes de vaccination, à la surveillance des maladies et aux systèmes nationaux de laboratoires (Graphique 7.22). Les États-Unis ont été le pays qui a dépensé le plus, à savoir 279 USD par habitant, suivis par l'Allemagne (209 USD). La Lettonie, le Mexique et le Costa Rica ont affiché les niveaux de dépenses par habitant les plus bas en matière de prévention, de préparation et d'intervention, à savoir moins de 40 USD en 2023. Entre 2013 et 2019, la part des dépenses liées à la prévention, la préparation et l'intervention dans le total des dépenses de santé a diminué, les dépenses annuelles par habitant dans ce domaine ayant augmenté en moyenne de 2.4 %, un taux légèrement inférieur à celui du total des dépenses de santé (2.5 %). Toutefois, plusieurs pays – dont la Corée, la Lituanie et l'Estonie, ainsi que la Bulgarie et la Roumanie (pays candidats à l'adhésion) – ont accru leurs dépenses consacrées à la prévention, la préparation et l'intervention de plus de 60 % sur la même période.

Portées par les dépenses d'urgence liées au COVID-19, les dépenses de prévention, de préparation et de réponse (PPR) dans ce domaine ont progressé entre 2019 et 2023, augmentant en moyenne de 6 % par an. Les dépenses ont atteint un pic spectaculaire en 2021, s'élevant en moyenne à près de 140 USD par habitant dans la zone OCDE. En 2021, les dépenses ont temporairement franchi la barre des 300 USD par habitant au Japon et dépassé les 200 USD en Australie, au Danemark, en Allemagne, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Renforcer la préparation aux crises et les capacités de soins critiques dans les seuls pays de l'OCDE ne suffit pas pour lutter contre les menaces sanitaires mondiales sans efforts parallèles dans tous les systèmes de santé, mais les niveaux d'investissement sont très inégaux. En 2022, les pays à revenu élevé (principalement les pays de l'OCDE) ont dépensé environ cinq fois plus par habitant (96 USD) que la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (18 USD) et nettement plus que les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (5.5 USD) et les pays à faible revenu (3.7 USD) (Graphique 7.23). Dans les pays à revenu élevé, les sources publiques couvraient 85 % des dépenses consacrées à la prévention, la préparation et l'intervention, les 15 % restants étant financés par des sources privées. En revanche, dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, plus de 60 % et de 45 % respectivement des dépenses en la matière ont été financées par des sources externes en 2022.

Une des principales sources de financement extérieur de la santé est l'aide publique au développement (APD), qui soutient un éventail d'activités dans le secteur des soins de santé, notamment la prévention, la préparation et l'intervention, mais aussi les infrastructures, les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé. En 2023, les pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE ont engagé près de 15 milliards USD d'APD bilatérale en faveur de la santé dans les pays en développement (Graphique 7.24). Les États-Unis étaient de loin le plus grand donneur en valeur absolue, avec une contribution de plus de 7.5 milliards USD, suivis du Japon et du Royaume-Uni. Les pays membres du CAD ont consacré en moyenne 0.02 % de leur revenu national brut (RNB) à la santé, le Luxembourg, la Suède et la Norvège y consacrant 0.04 % ou davantage.

Néanmoins, l'APD se trouve à une étape déterminante. La pandémie de COVID-19 a eu des conséquences majeures tant sur la santé publique que sur la stabilité économique du monde entier. Les demandes croissantes liées à des priorités de développement concurrentes exercent une pression sur les ressources limitées de l'APD, et l'évolution de la dynamique géopolitique redéfinissent les engagements des donneurs traditionnels. Les diminutions annoncées par les principaux donneurs signifient que l'APD nette des pays du CAD pour la santé devrait baisser de 6 % en 2024 et de 14 à 29 % en 2025 (OCDE, 2025^[2]). Cette évolution a des incidences directes sur les pays bénéficiaires concernés et fait également peser de nouveaux risques sur la sécurité sanitaire mondiale.

Définition et comparabilité

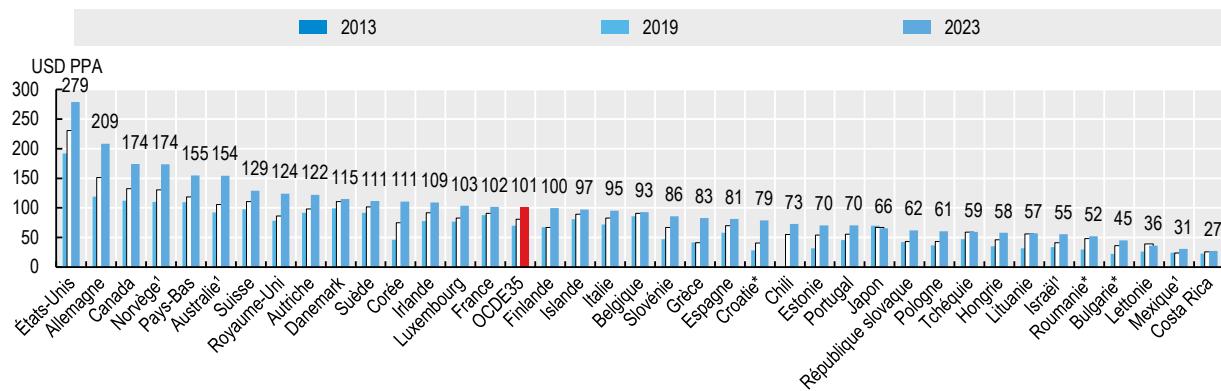
Le cadre du Système de comptes de la santé ne comporte pas encore de catégorie correspondant à la prévention, la préparation et l'intervention. Un indicateur supplémentaire des dépenses de santé publique a été mis au point, lequel repose sur une cartographie des classifications des comptes de la santé établie par l'OCDE et l'OMS à l'aide de l'outil d'évaluation externe conjointe du Règlement sanitaire international (Penn et al., 2025^[3]).

Les données sur l'aide publique au développement (APD) sont issues du Système de notification des pays créanciers. L'aide bilatérale représente les flux versés directement par des sources publiques officielles au pays bénéficiaire. Les données concernent 32 pays de l'OCDE membres du CAD. L'APD en faveur de la santé se rapporte aux services de santé et à la population.

Références

- G20/OMS/Banque mondiale (2024), *Global Report on the Framework for Health, Social, and Economic Vulnerabilities and Risks (FEVR) related to Pandemics*, https://www.gov.br/g20/pt-br/trilhas/trilha-de-financas/financas-saude/7-q20_who_wb-global-report-on-the-fevr-related-to-pandemics.pdf. [1]
- OCDE (2025), « Réductions de l'aide publique au développement : Projections de l'OCDE pour 2025 et à court terme », *Les notes de synthèse de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/811056e3-fr>. [2]
- Penn, C. et al. (2025), « Smart spending to combat global health threats : Tracking expenditure on prevention, preparedness, and response, and other global public goods for health », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 175, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/166d7c57-en>. [3]

Graphique 7.22. Estimations des dépenses nationales par habitant consacrées à la prévention, la préparation et l'intervention, 2013, 2019 et 2023

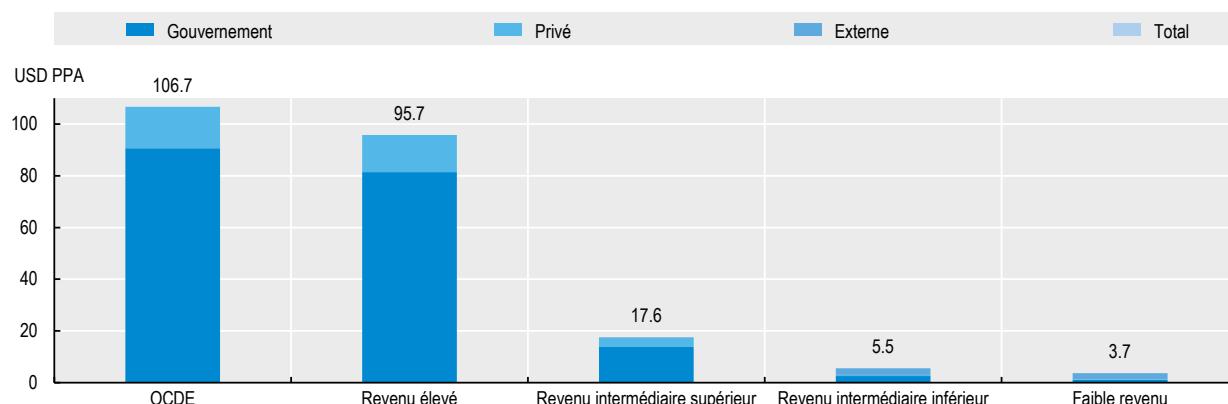


Note : Les données relatives au Chili ne sont pas disponibles pour l'année 2013. 1. Les données les plus récentes datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/wzr5yg>

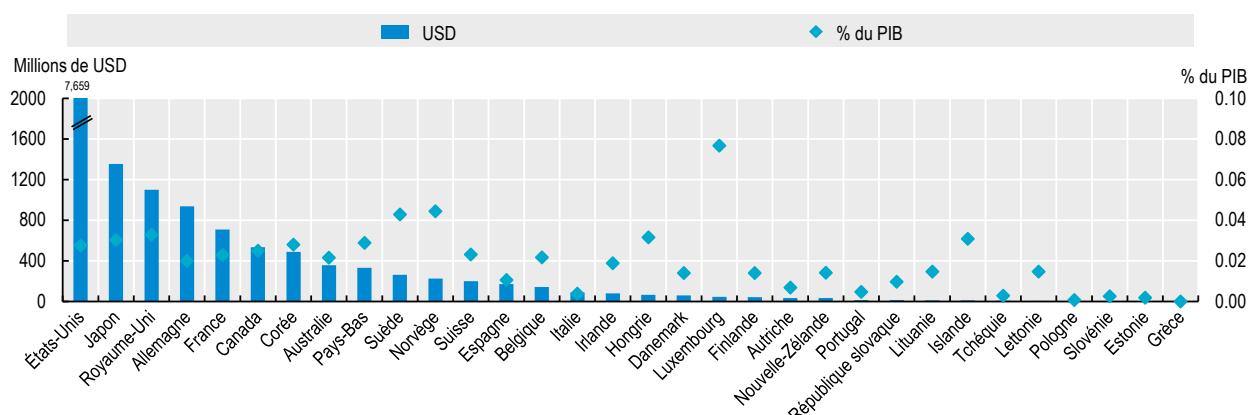
Graphique 7.23. Estimations des dépenses par habitant allouées à la prévention, la préparation et l'intervention, par catégorie de pays selon le revenu, 2022



Source : Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales, Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/j3wwon>

Graphique 7.24. Engagements bilatéraux au titre de l'APD en faveur de la santé, 2023



Source : Système de notification des pays créanciers, Statistiques du CAD-OCDE. Indicateurs du développement dans le monde.

StatLink <https://stat.link/qj1rs7>

Projections concernant les dépenses de santé

Assurer le suivi des contraintes budgétaires à long terme au moyen de projections prospectives permet aux responsables politiques d'anticiper les demandes financières futures dans les secteurs de la santé et des soins de longue durée et de s'y préparer. Les trois quarts des dépenses de santé de la zone OCDE étant financés par des fonds publics en moyenne, prévoir l'évolution de ces dépenses est essentiel pour la viabilité budgétaire.

Le modèle de projection de l'OCDE porte principalement sur les dépenses publiques de santé courantes, qui englobent à la fois les régimes publics et l'assurance maladie obligatoire. Il applique une approche par composante, ventilant les projections par tranches d'âge quinquennales et imputant les évolutions à quatre facteurs clés : la progression des revenus, les contraintes pesant sur la productivité, les évolutions démographiques et l'innovation technologique (OCDE, 2024^[1]).

De 2024 à 2045, les dépenses publiques de santé par habitant devraient enregistrer une croissance annuelle moyenne de 2.6 % dans les pays de l'OCDE, selon le scénario de référence. Cela représente un ralentissement par rapport au taux historique de 2.9 % observé entre 2001 et 2023 (Graphique 7.25). Les projections varient considérablement d'un pays à l'autre. Les dépenses de santé publique par habitant devraient progresser de plus de 3.5 % par an au Costa Rica et en Corée, deux pays dont les prévisions de croissance du PIB sont élevées. En revanche, en Autriche et en Allemagne, la croissance annuelle devrait être inférieure à 2 %.

Alors que les dépenses de santé ont tendance à être alignées sur la croissance du PIB, d'autres facteurs de coûts portent habituellement les dépenses à des niveaux supérieurs aux tendances du PIB, en particulier dans le scénario de pression exercée par les coûts. Ce découplage partiel concorde avec les analyses précédentes de l'OCDE, qui ont montré que les fluctuations économiques expliquaient moins de la moitié du ralentissement des dépenses de santé entre 2005 et 2013, le reste étant imputable à des décisions stratégiques (Lorenzoni et al., 2018^[2]).

Étant donné que les dépenses de santé publique devraient croître plus rapidement que la croissance économique globale, leur part dans le PIB des pays de l'OCDE devrait augmenter de 1.5 p.p. pour atteindre 8.4 % d'ici 2045 d'après le scénario de référence (Graphique 7.26). Des hausses d'environ 3 p.p. ou plus sont attendues en Islande, en Norvège et en Nouvelle-Zélande, tandis que les prévisions tablent sur de légères baisses en Grèce, en Lettonie, en Lituanie et en Pologne. L'analyse des scénarios montre que la part des dépenses de santé publique dans le PIB devrait augmenter d'environ 1 % dans le scénario de maîtrise des coûts et de 1.7 % dans le scénario de pression exercée par les coûts (Graphique 7.27, partie gauche). La croissance annuelle moyenne par habitant est estimée à 2.6 % dans le scénario de référence, contre 2.7 % dans le scénario de pression exercée par les coûts et 2.3 % dans le scénario de maîtrise des coûts (Graphique 7.27, partie droite).

Pour résumer, le modèle de l'OCDE montre l'influence des choix stratégiques sur les dépenses de santé publique à venir. Les dépenses devraient augmenter tant par habitant qu'en pourcentage du PIB, mais une planification proactive et des stratégies porteuses de transformations seront essentielles pour faire face aux pressions et garantir la viabilité et la performance des systèmes de santé.

Définition et comparabilité

Le scénario d'action de référence suppose que les politiques restent inchangées par rapport à celles qui étaient en vigueur avant la pandémie, mais prévoit une augmentation linéaire de la productivité dans le secteur de la santé pouvant atteindre 10 % d'ici 2045 en comparaison avec l'ensemble de l'économie, ce qui reflète les tendances historiques. Par ailleurs, ce scénario de référence table sur un vieillissement en bonne santé et une réduction des dépenses, en moyenne, pour les personnes survivantes.

Deux autres scénarios d'action sont modélisés :

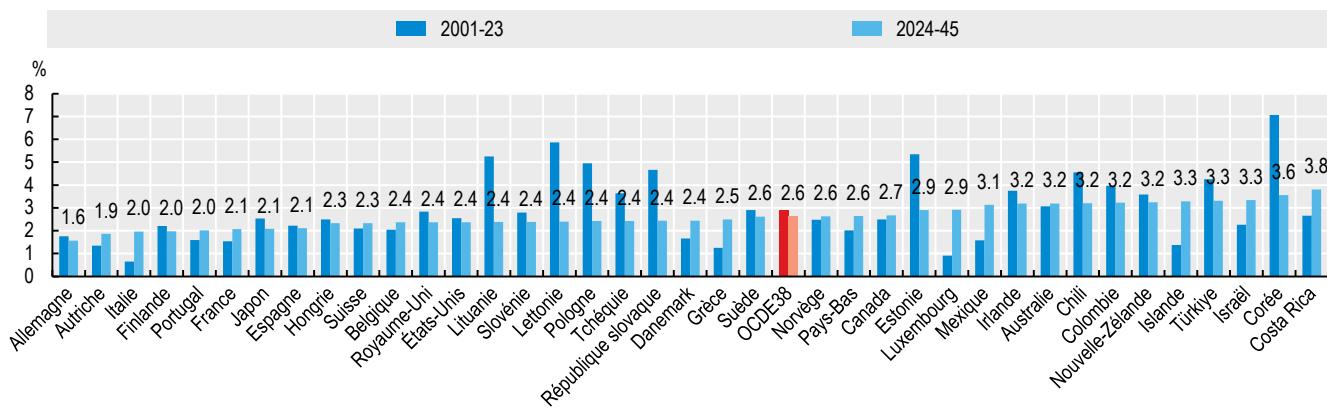
Le scénario de maîtrise des coûts estime dans quelle mesure des stratégies efficaces de maîtrise des coûts peuvent compenser les facteurs de dépenses de santé. Il suppose une augmentation linéaire de la productivité pouvant atteindre 20 % dans le secteur de la santé d'ici 2045, et une diminution linéaire de 10 % d'ici 2045 de l'élasticité des dépenses de santé par rapport au revenu (contre aucun changement dans le scénario de référence), ce qui tient compte du fait que plus les pays s'enrichissent, plus les systèmes de santé deviennent efficaces et plus les résultats en matière de santé s'améliorent. Il suppose également que tous les gains d'espérance de vie se traduisent à terme par des années passées en bonne santé, ce qui réduit les dépenses de santé pour les personnes survivantes par rapport au scénario de référence.

Le scénario de pression exercée par les coûts suppose une augmentation linéaire allant jusqu'à 10 % de l'élasticité par rapport au revenu d'ici 2045 et une productivité constante. Dans ce scénario, des stratégies de maîtrise des coûts inefficaces, associées à des attentes croissantes en matière de soins de santé, conduisent à l'introduction de nouvelles technologies coûteuses, sans que leur rapport coût-efficacité soit suffisamment pris en considération. Si la qualité des soins pourrait s'améliorer, ces gains s'accompagneraient toutefois de pressions considérables exercées par les coûts.

Références

- Lorenzoni, L. et al. (2018), « Cyclical vs structural effects on health care expenditure trends in OECD countries », *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 1507, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/27b11444-en>. [2]
- OCDE (2024), *Fiscal Sustainability of Health Systems : How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>. [1]

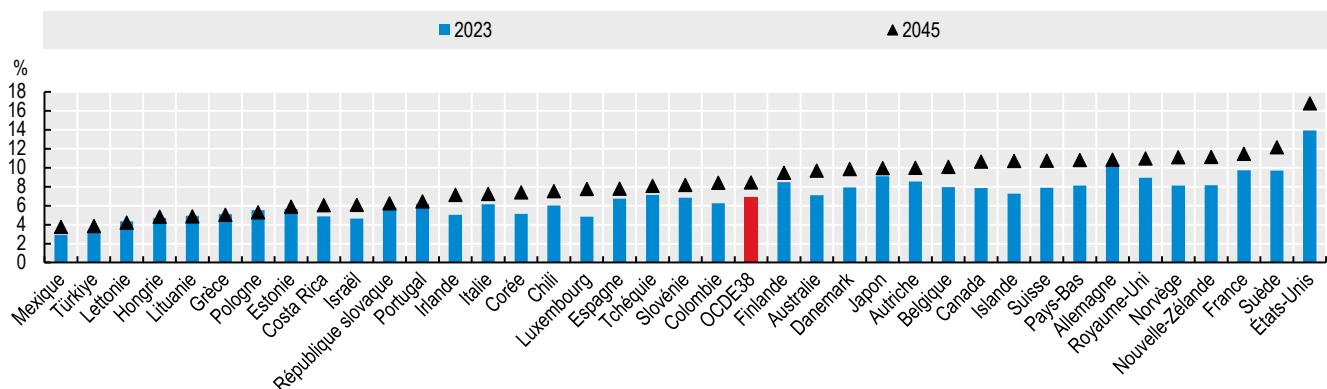
Graphique 7.25. Croissance annuelle observée et projetée des dépenses de santé par habitant (valeur réelle), 2001-2023 et 2024-2045



Source : Estimations du Secrétariat de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/3zo14g>

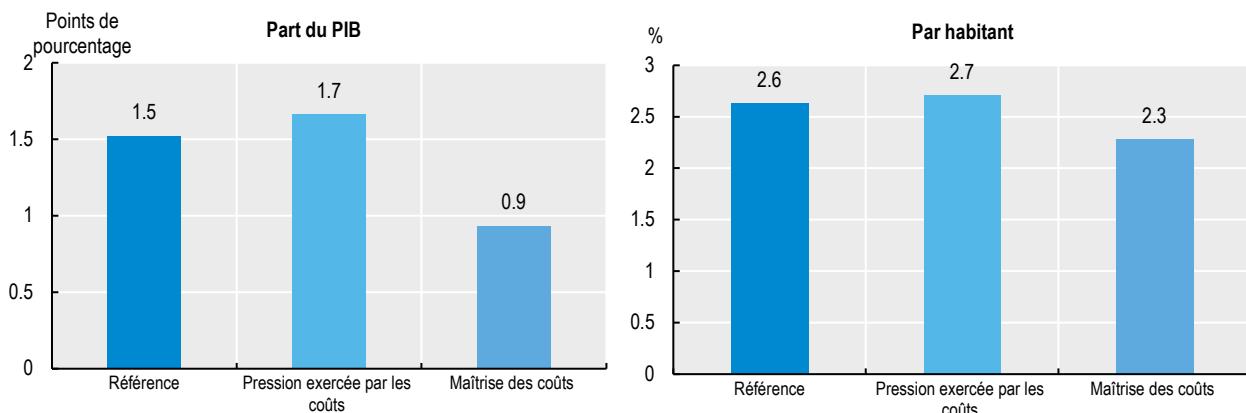
Graphique 7.26. Dépenses de santé financées par des fonds publics en proportion du PIB, observées et projetées



Source : Estimations du Secrétariat de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/jzo1x2>

Graphique 7.27. Augmentation prévue des dépenses publiques de santé en 2045, selon différents scénarios de projection (moyenne de l'OCDE)



Source : Estimations du Secrétariat de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/qwtlki>



8 Personnel de santé

- Personnel médico-social
- Médecins (nombre total et répartition)
- Médecins (par âge, genre et catégorie)
- Rémunération des généralistes
- Rémunération des spécialistes
- Personnel infirmier
- Rémunération du personnel infirmier
- Personnel hospitalier
- Médecins nouvellement diplômés
- Personnel infirmier nouvellement diplômé
- Migrations internationales de médecins
- Migrations internationales de personnel infirmier

Personnel médico-social

Sous l'effet du vieillissement démographique, de la hausse des revenus et d'attentes de plus en plus grandes, le secteur médico-social emploie aujourd'hui plus de travailleurs que jamais auparavant dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2023, le secteur médico-social représentait un emploi sur neuf (10.9 %), contre un sur dix (10.1 %) en 2013 (Graphique 8.1). Dans les pays nordiques et aux Pays-Bas, il représente plus de 16 % des emplois. Entre 2013 et 2023, la part du personnel médico-social a augmenté particulièrement rapidement en Turquie, au Chili et en Corée, même si celle-ci reste inférieure à la moyenne OCDE dans ces trois pays.

Le nombre d'emplois dans le secteur médico-social a augmenté beaucoup plus rapidement que dans les autres secteurs au cours des dernières décennies. Entre 2013 et 2023, il a augmenté de 30 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, soit deux fois plus que l'emploi total (Graphique 8.2).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les femmes représentent plus de 75 % du personnel médico-social (Graphique 8.3). Même si elles exercent souvent majoritairement des professions moins qualifiées et moins rémunérées, elles représentaient en moyenne un peu plus de la moitié des médecins dans les pays de l'OCDE en 2023 (voir l'indicateur « Répartition des médecins par âge, genre et catégorie »).

Dans la plupart des pays, les établissements hospitaliers constituent les principaux employeurs du secteur médico-social, puisqu'ils emploient un quart environ de tous les professionnels du secteur (voir l'indicateur « Personnel hospitalier »). Le personnel infirmier représente la catégorie la plus importante de professionnels du secteur médico-social (20-25 % environ) dans la majorité des pays de l'OCDE. Les auxiliaires de soins et les aides-soignants dans les établissements hospitaliers et les établissements d'accueil médicalisés constituent aussi une proportion relativement importante des personnels du secteur.

Dans les années à venir, le vieillissement démographique, les progrès technologiques et l'augmentation des revenus devraient continuer de stimuler la demande de personnel médico-social. Les projections nationales le confirment, et prévoient une forte croissance de l'emploi dans le secteur de la santé dans les prochaines années. Par exemple, aux États-Unis, le Bureau of Labor Statistics estime que l'emploi dans le secteur médico-social progressera plus rapidement que dans tout autre secteur d'activité entre 2023 et 2033, avec un taux de croissance supérieur à 10 % attendu ces dix prochaines années, soit plus du double du taux de croissance de l'emploi à l'échelle de l'ensemble de l'économie. Au Canada, le secteur de la santé devrait également enregistrer les plus fortes hausses d'emploi ces dix prochaines années. La demande de travailleurs dans les soins de longue durée devrait également augmenter fortement, principalement du fait du vieillissement démographique (OCDE, 2023^[1]).

Alors que la part des personnes âgées continue d'augmenter et que la population d'âge actif diminue dans la plupart des pays de l'OCDE, il va être de plus en plus difficile de continuer d'accroître les effectifs de personnes d'âge actif occupant un emploi dans le secteur de la santé et des soins de longue durée sans empiéter sur l'emploi dans d'autres secteurs de l'économie et peser ainsi sur la croissance économique globale. En Norvège par exemple où plus d'une personne sur cinq occupe déjà un emploi dans le secteur médico-social, un rapport récent a conclu que le secteur de la santé avait peu de marge de manœuvre pour accroître ses effectifs sans ponctionner la main-d'œuvre d'autres secteurs prioritaires de l'économie (Healthcare Personnel Commission, 2023^[2]). Ce rapport mettait également en garde contre les recrutements massifs de professionnels de santé étrangers, en soulignant que la dépendance à l'égard de la main-d'œuvre étrangère fragiliserait le système de santé et serait irresponsable dans une perspective mondiale. Pour répondre à la demande croissante induite par le vieillissement démographique, la Commission chargée des personnels de santé a recommandé une stratégie à plusieurs volets axée sur l'augmentation de la productivité des ressources humaines existantes au moyen d'un transfert de tâches accru, de la technologie et d'une intégration renforcée des soins.

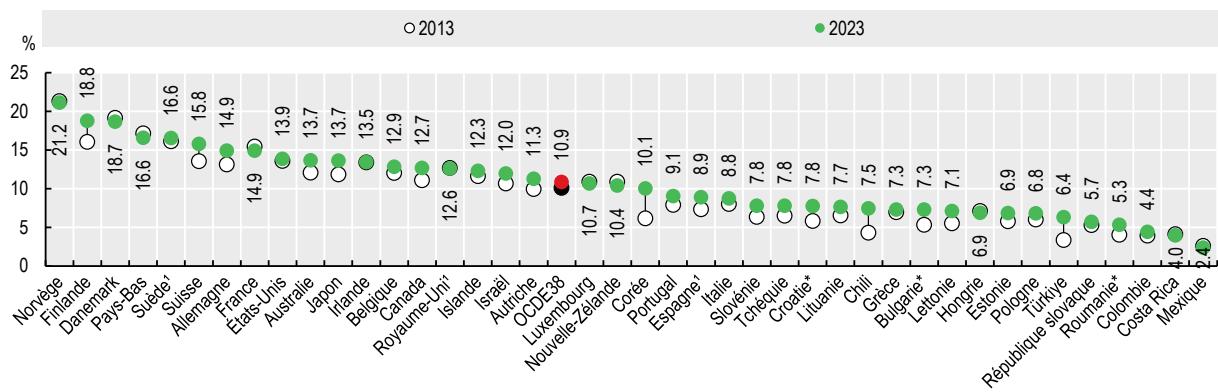
Définition et comparabilité

Le secteur médico-social est l'une des activités économiques définies suivant les grandes catégories de la Classification internationale type, par industrie, des branches d'activité économique. Composante du secteur des services, il recouvre les activités relatives à la santé, les activités de soins dispensés en établissement (soins de longue durée compris) et les activités d'action sociale sans hébergement.

Références

- Healthcare Personnel Commission (2023), *Time to Act: The Personnel in a Sustainable Health and Care Service.* [2]
- OCDE (2023), *Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/160ef74a-fr>. [1]

Graphique 8.1. Emploi dans le secteur médico-social en proportion de l'emploi total, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

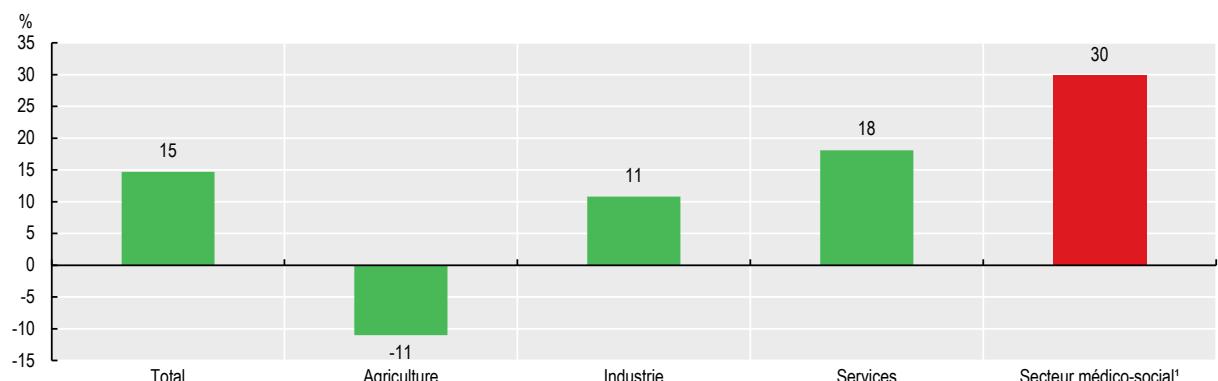


1. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Base de données des comptes nationaux de l'OCDE ; Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active pour l'Australie, le Chili, le Luxembourg et la Turquie.

StatLink <https://stat.link/nct96i>

Graphique 8.2. Croissance de l'emploi par secteur, moyenne de l'OCDE, 2013-2023 (ou année la plus proche)

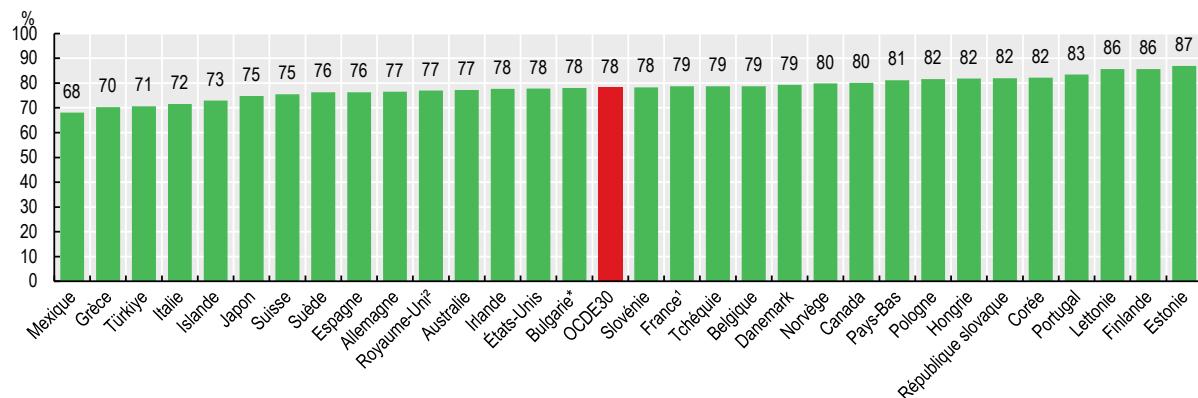


1. Le secteur médico-social est considéré comme une composante du secteur des services.

Source : Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active ; Base de données des comptes nationaux de l'OCDE pour les États-Unis.

StatLink <https://stat.link/y7rsp8>

Graphique 8.3. Part des femmes dans le secteur médico-social, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2020 2. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Base de données de l'OCDE sur les statistiques annuelles de la population active, complétée par des sources nationales pour l'Australie, les États-Unis, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni.

StatLink <https://stat.link/4e7oyu>

Médecins (nombre total et répartition)

L'accès aux soins médicaux suppose un nombre suffisant de médecins et une répartition géographique adéquate de ces derniers dans l'ensemble du pays. Une pénurie de médecins, qu'elle soit généralisée ou limitée à certaines régions, peut entraîner des inégalités dans l'accès aux soins et des besoins non satisfaits. Dans tous les pays de l'OCDE, le nombre de médecins a progressé plus rapidement que la taille de la population au cours des dix dernières années, de sorte qu'en moyenne, il est passé de 3.3 médecins pour 1 000 habitants en 2013 à 3.9 en 2023 (Graphique 8.4). Cela ne signifie pas pour autant que la pénurie de médecins s'est résorbée, compte tenu de la demande croissante de soins de santé, tirée en partie par le vieillissement démographique.

En 2023, c'est en Grèce, au Portugal, en Autriche, en Italie et en Norvège que l'on comptait le plus grand nombre de médecins parmi les pays de l'OCDE, avec 5.0 médecins ou plus pour 1 000 habitants, même si les chiffres de la Grèce et du Portugal sont surestimés, car ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer (et pas uniquement les médecins en activité). C'est en Turquie et en Colombie que le nombre de médecins était le plus bas, à 2.5 médecins ou moins pour 1 000 habitants. De nombreux pays non européens, notamment le Japon et la Corée en Asie et le Canada, le Mexique et les États-Unis en Amérique du Nord, comptaient aussi un nombre relativement faible de médecins par rapport à la moyenne de l'OCDE. Parmi les pays candidats à l'adhésion à l'OCDE, le Brésil et le Pérou comptaient en 2023 moins de médecins par habitant que dans n'importe quel pays de l'OCDE. L'Argentine semble compter davantage de médecins que la moyenne de l'OCDE, mais ces chiffres sont surestimés, car ils comprennent l'ensemble des médecins autorisés à exercer.

L'augmentation du nombre de médecins dans les pays de l'OCDE est principalement due à la hausse du nombre d'étudiants diplômés en médecine dans leur pays (voir l'indicateur « Médecins nouvellement diplômés »). Les inquiétudes de longue date concernant la pénurie de médecins et le vieillissement du corps médical ont incité de nombreux pays de l'OCDE à accroître le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine il y a plusieurs années (OCDE, 2023^[1]). Dans certains pays, l'immigration de médecins formés à l'étranger a également contribué à l'augmentation des effectifs de médecins (voir l'indicateur « Migrations internationales de médecins »). Cette augmentation s'explique aussi par le fait que dans plusieurs pays, un nombre croissant de médecins restent en activité au-delà de l'âge normal de la retraite (voir l'indicateur « Répartition des médecins par âge, genre et catégorie »).

Si le nombre de médecins par habitant a augmenté ces dix dernières années dans tous les pays, leur temps de travail moyen a diminué dans la plupart des pays, ce qui signifie que la progression du nombre d'équivalents temps plein (ETP) est plus modeste. Les données de l'Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne montrent qu'en moyenne dans les pays de l'UE, le temps de travail des hommes médecins est passé de 44.3 heures par semaine en 2012 à 43.2 heures en 2022 (soit une baisse de 2.5 %), tandis que celui de leurs consœurs a légèrement reculé, de 40.0 heures par semaine à 39.5 heures (soit une baisse de 1.2 %) (OCDE/European Commission, 2024^[2]).

La densité de médecins varie non seulement d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'un même pays, et elle est généralement plus élevée dans les régions métropolitaines, signe de la concentration des services spécialisés et des préférences des médecins pour les zones densément peuplées. Dans de nombreux pays, on observe une concentration particulièrement élevée de médecins dans la région de la capitale nationale (Graphique 8.5). (Voir également l'indicateur « Accessibilité physique des services de santé » au chapitre 5 sur les variations entre les zones métropolitaines et les zones rurales/isolées en termes de densité de médecins.).

Les médecins sont parfois réticents à exercer en dehors des régions urbaines pour diverses raisons professionnelles et sociales. Différents leviers d'action peuvent être utilisés pour influencer le choix du lieu d'exercice des médecins, notamment : 1) proposer des incitations financières aux médecins afin qu'ils travaillent dans les déserts médicaux ; 2) augmenter les inscriptions dans les filières médicales d'étudiants issus de zones rurales ou délocaliser les facultés de médecine ; 3) réglementer le choix du lieu d'exercice des nouveaux médecins ; et 4) réorganiser l'offre de services pour améliorer les conditions de travail des médecins dans les zones rurales ou mal desservies (OCDE, 2016^[3]).

Définition et comparabilité

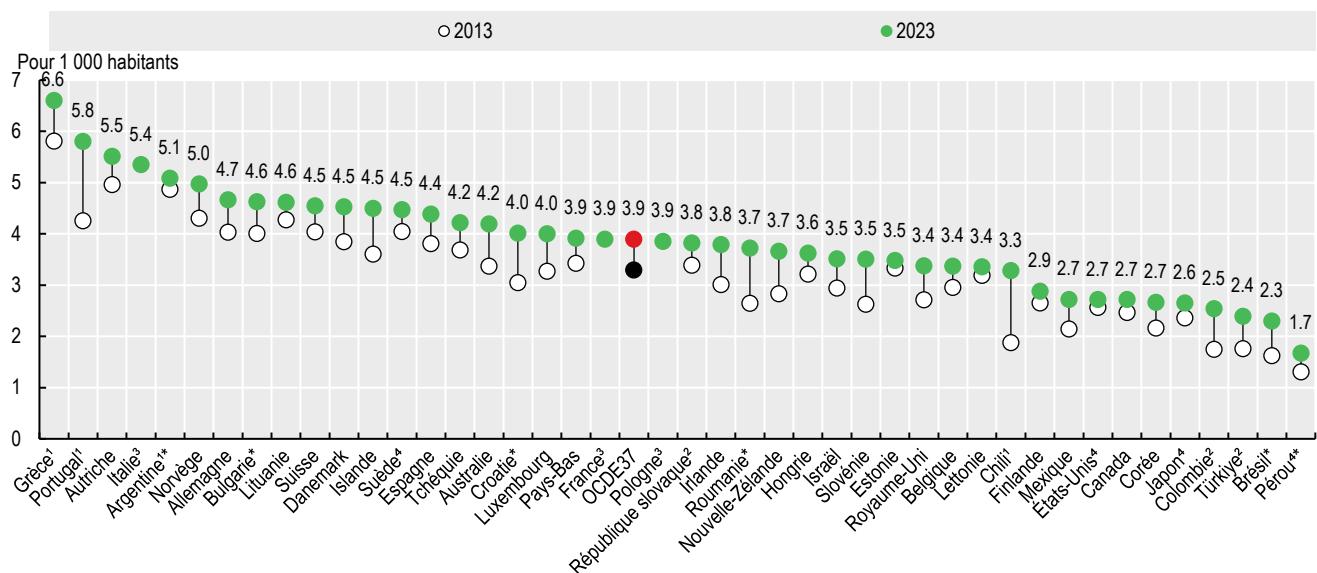
Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Dans la majorité des pays, les chiffres incluent les internes et les résidents (médecins en formation). Les données de la Colombie, de la République slovaque et de la Turquie englobent également les médecins en activité dans le secteur de la santé, même s'ils ne fournissent pas directement de soins aux patients, ce qui augmente leur nombre de 5 % à 10 %. Le Chili, la Grèce, le Portugal et l'Argentine comptabilisent tous les médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation encore plus importante du nombre de praticiens en activité.

La répartition géographique est présentée au niveau territorial 2. Il s'agit de grandes régions correspondant généralement aux régions administratives nationales, qui peuvent mélanger zones métropolitaines et zones plus rurales et isolées.

Références

- OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [1]
- OCDE (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>. [3]
- OCDE/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>. [2]

Graphique 8.4. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

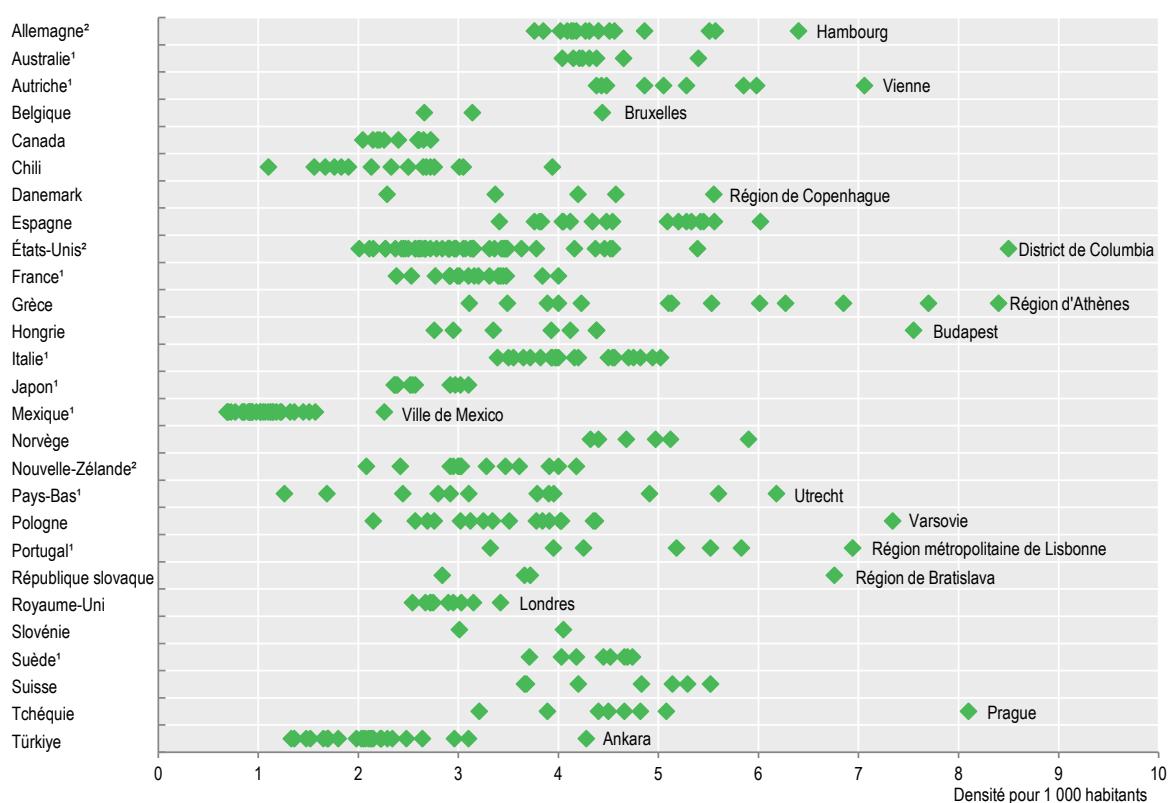


1. Les données font référence à tous les médecins autorisés à exercer, d'où une forte surestimation du nombre de praticiens en activité. 2. Comprend les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé en tant qu'administrateurs, professeurs, chercheurs, etc. (ce qui augmente leur nombre de 5 à 10 %). 3. Les données de 2013 n'apparaissent pas en raison de ruptures dans les séries chronologiques. 4. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/b4sj2z>

Graphique 8.5. Densité de médecins, par région de niveau territorial 2, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2020-2022. 2. Données de 2019.

Source : Base de données régionales de l'OCDE 2025 et base de données d'Eurostat.

StatLink <https://stat.link/jf7g8l>

Médecins (par âge, genre et catégorie)

Le vieillissement du personnel médical est une source de préoccupation croissante dans de nombreux pays de l'OCDE. En 2023, près d'un tiers (32 %) des médecins de pays de l'OCDE étaient âgés de plus de 55 ans, et cette proportion atteignait 40 % ou plus dans neuf pays (Graphique 8.6). C'est en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion à l'OCDE, que l'inquiétude est la plus forte puisque plus de la moitié des médecins bulgares ont plus de 55 ans. Parmi les pays de l'OCDE, la Lettonie, l'Estonie, l'Italie et la Hongrie affichent la plus forte proportion de médecins de plus de 55 ans, à 44 % au moins. Néanmoins, la part de médecins âgés de plus de 55 ans s'est stabilisée ces dix dernières années dans plusieurs pays, grâce à l'arrivée de nombreux jeunes médecins qui a permis de compenser le départ progressif à la retraite des praticiens de la génération du baby-boom.

Les pays qui comptent une forte proportion de médecins de plus de 55 ans devront former suffisamment de nouveaux médecins pour remplacer les départs à la retraite prévus au cours des dix prochaines années, tout en prenant en parallèle des mesures incitatives à destination des médecins en exercice désireux et capables de continuer à travailler au-delà de l'âge normal de la retraite. Les dispositifs flexibles de transition vers la retraite peuvent être déterminants pour inciter les médecins expérimentés à continuer d'exercer plus longtemps. La décision de nombreux médecins de continuer à travailler au-delà de l'âge normal de la retraite a permis d'éviter une aggravation des pénuries dans de nombreux pays de l'OCDE ces dix dernières années, comme en témoigne la proportion croissante de médecins de plus de 65 ans dans divers pays, dont l'Italie, l'Allemagne, la France et la Belgique.

L'Italie se démarque particulièrement avec plus de 20 % de médecins âgés de 65 ans et plus en 2023, ce qui laisse présager une forte diminution des effectifs de médecins dans les années à venir. Pour atténuer les conséquences de cette vague attendue de départs à la retraite sur son système de santé, l'Italie a pris des mesures pour retenir plus longtemps les médecins âgés tout en augmentant la formation des nouveaux médecins ces dernières années. En 2024, une loi a été adoptée pour suspendre temporairement l'obligation faite aux médecins des établissements publics de prendre leur retraite à 70 ans, afin de leur permettre de rester en activité jusqu'à 72 ans. Par ailleurs, ceux qui ont pris leur retraite depuis septembre 2023 peuvent reprendre du service s'ils satisfont à ces critères.

La proportion de femmes médecins s'est accrue dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE ces dix dernières années. Pour la première fois, en 2023, plus de la moitié de l'ensemble des médecins étaient des femmes en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette proportion s'inscrit dans une fourchette comprise entre plus de 70 % dans les pays baltes (Lettonie, Estonie et Lituanie) et en Roumanie, pays candidat à l'adhésion, et 25 % environ au Japon et en Corée (Graphique 8.7). La proportion des femmes médecins a connu une hausse particulièrement rapide ces dix dernières années en Islande, en Norvège, aux Pays-Bas et en Belgique. Les femmes exercent souvent davantage en médecine générale et dans certaines spécialités comme la pédiatrie, et moins dans les spécialités chirurgicales. Elles travaillent en outre généralement moins d'heures que leurs confrères (10 % de moins en moyenne dans les pays de l'UE selon l'Enquête sur les forces de travail de l'UE), ce qui est souvent le signe d'une répartition inégale des responsabilités familiales (OCDE/European Commission, 2024^[1]).

En 2023, les médecins généralistes (ou médecins de famille) représentaient un cinquième environ (21 %) de tous les médecins en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette proportion était comprise entre plus d'un tiers au Canada, en Finlande et en Belgique et 6 % seulement en Grèce et en Corée (Graphique 8.8). La comparaison entre les effectifs de généralistes d'un pays à l'autre est toutefois difficile compte tenu des différents modes de catégorisation des médecins. Aux États-Unis et en Israël par exemple, les docteurs en médecine interne générale remplissent souvent des fonctions similaires à celles des médecins généralistes dans d'autres pays, et pourtant ils sont considérés comme des spécialistes.

Face aux craintes d'une pénurie de médecins généralistes, bon nombre de pays ont décidé d'augmenter le quota de places dans cette formation (voir l'indicateur « Médecins nouvellement diplômés »).

Définition et comparabilité

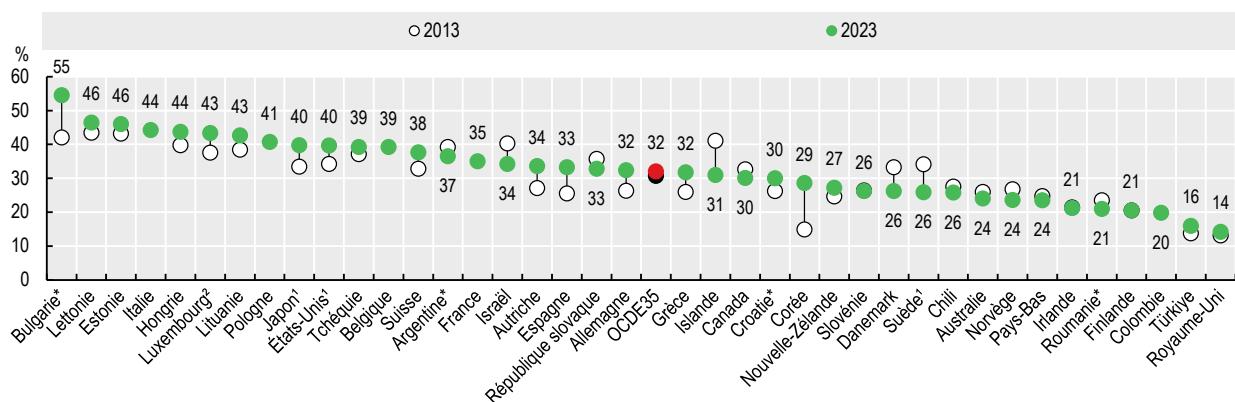
Dans la plupart des pays, les données comptabilisent les médecins en exercice, définis comme les praticiens qui fournissent directement des soins aux patients. Dans certains pays (Chili, Grèce et Portugal ; et aussi Israël et Nouvelle-Zélande pour les données sur les médecins par âge et par genre), les données ne couvrent pas uniquement les médecins en exercice, mais tous ceux qui sont autorisés à exercer. Tous les pays ne sont pas en mesure de recenser l'ensemble des médecins selon les deux grandes catégories (spécialistes et généralistes), en raison de l'absence de données par spécialité pour les médecins en cours de formation ou libéraux. Une distinction est établie dans la catégorie des généralistes entre les médecins généralistes (médecins de famille) et les médecins non spécialisés exerçant en milieu hospitalier ou dans d'autres structures, mais cette distinction n'existe pas dans plusieurs pays (comme la Finlande, le Royaume-Uni, la Suisse et la Turquie), ce qui peut conduire à une surestimation du nombre de généralistes dans ces pays. En Suisse, les médecins généralistes englobent les docteurs en médecine interne générale et les autres généralistes.

Références

OCDE/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

[1]

Graphique 8.6. Pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

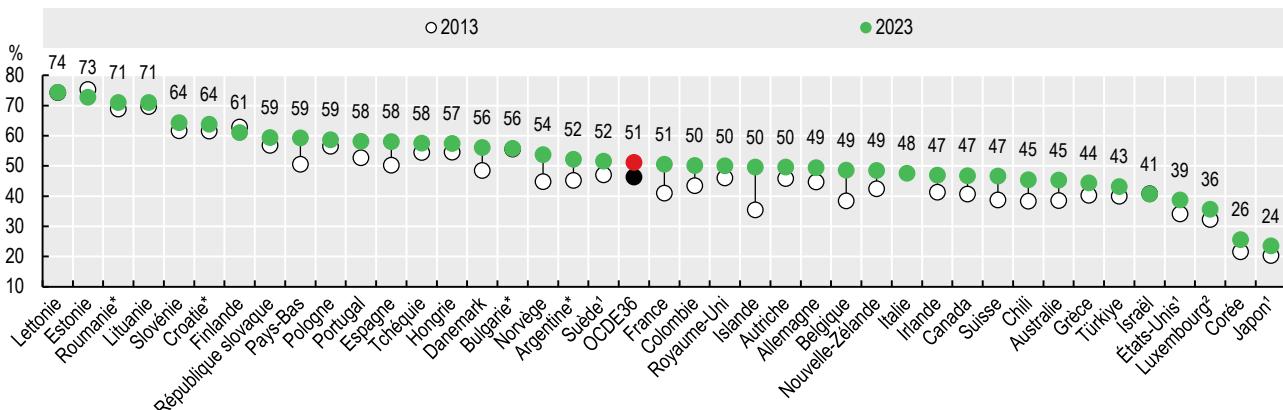


1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les dernières données datent de 2017. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/6f3tew>

Graphique 8.7. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

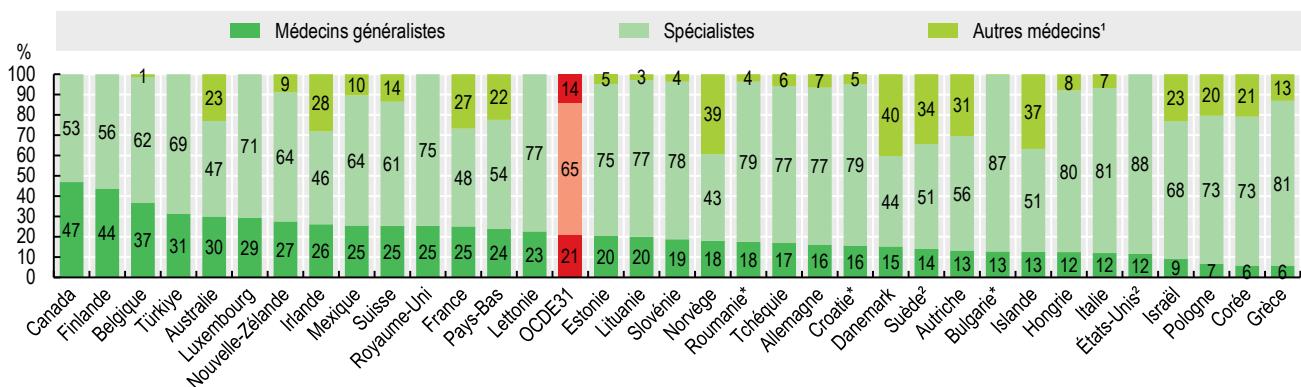


1. Les dernières données datent de 2022. 2. Les dernières données datent de 2017. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/fjbxgc>

Graphique 8.8. Parts des différentes catégories de médecins, 2023 (ou année la plus proche)



1. Inclut les médecins non spécialistes exerçant en milieu hospitalier et les médecins nouvellement diplômés qui n'ont pas entamé leur formation spécialisée. 2. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/sgz7p>

Rémunération des généralistes

Le niveau de rémunération des médecins est un facteur important de l'attractivité de la profession, et les variations de cette rémunération selon les différentes spécialités médicales peuvent influencer les décisions quant au choix de poursuivre une carrière dans la médecine générale ou une spécialité. Les différences entre les niveaux de rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) d'un pays à l'autre peuvent également exercer un pouvoir d'attraction ou de répulsion au regard des migrations de médecins (OCDE, 2025^[1]). Dans de nombreux pays, l'État peut déterminer ou agir sur le niveau et la structure de la rémunération des généralistes et des spécialistes en réglementant les honoraires ou en fixant les salaires des médecins employés dans le secteur public. Selon une enquête menée en 2022 dans 10 pays de l'OCDE, moins de la moitié des généralistes étaient satisfaits de leurs revenus dans l'ensemble des pays considérés (Commonwealth Fund, 2023^[2]).

Dans tous les pays de l'OCDE, la rémunération des généralistes est nettement supérieure au salaire moyen des travailleurs du pays, mais elle est inférieure à celle de la plupart des spécialistes (voir l'indicateur « Rémunération des spécialistes »). En 2023, les spécialistes salariés dans la plupart des pays gagnaient entre 1,5 et 2,5 fois plus que le salaire moyen, tandis que les généralistes libéraux gagnaient généralement entre deux et quatre fois plus (Graphique 8.9 ; partie gauche). Dans les pays où les généralistes peuvent travailler à la fois en libéral et en tant que salariés (et pour lesquels on dispose de données sur la rémunération de ces deux catégories), les généralistes libéraux ont une rémunération plus élevée.

Il est aussi possible de comparer la rémunération des généralistes en s'appuyant sur une monnaie commune (dollar américain) après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat (Graphique 8.9, partie droite). En 2023, la rémunération des généralistes salariés était au moins trois fois supérieure aux Pays-Bas et en Islande qu'en Colombie et au Mexique, tandis que la rémunération des généralistes libéraux en Allemagne, en Suisse et en Autriche est près de deux fois supérieure ou plus à celle constatée en Israël, en Australie et au Danemark.

Dans de nombreux pays, la rémunération des médecins généralistes et spécialistes en valeur réelle (corrigeé de l'inflation) a augmenté ces dix dernières années, plus particulièrement en Hongrie, en Lettonie et en Lituanie, mais aussi dans une moindre mesure en Pologne et en Estonie, rattrapant ainsi au moins en partie le retard par rapport à leurs homologues en Europe occidentale. Cependant, dans certains pays, dont le Portugal, le Canada et les Pays-Bas, la rémunération des généralistes et des spécialistes a diminué en valeur réelle entre 2013 et 2023. Dans de nombreux pays, la croissance de la rémunération a varié entre médecins généralistes et spécialistes (Graphique 8.10). Dans certains pays comme l'Autriche, la Tchéquie et l'Espagne, la rémunération des généralistes a augmenté plus rapidement que celle des spécialistes, d'où une réduction de l'écart de revenu. À l'inverse, au Chili et en Colombie, les revenus des spécialistes ont augmenté plus rapidement depuis 2013, ce qui a creusé l'écart de rémunération avec les généralistes.

Définition et comparabilité

La rémunération des médecins salariés correspond au revenu annuel brut moyen, avant déduction des cotisations de sécurité sociale et de l'impôt sur le revenu. Pour les médecins libéraux, la rémunération correspond au total des revenus d'activité hors frais professionnels, mais après prise en compte des cotisations de sécurité sociale et de l'impôt sur le revenu. Les données sont collectées à la fois pour les médecins salariés et libéraux. Dans certains pays, cette distinction est floue du fait que certains médecins salariés sont aussi autorisés à prendre en charge des patients dans le cadre d'une activité libérale, et que des médecins exerçant principalement en libéral peuvent recevoir une partie de leur rémunération sous forme de salaires.

La comparabilité internationale des données relatives à la rémunération des médecins libéraux peut varier en fonction des différences dans les postes de dépenses inclus dans les frais professionnels. En Allemagne par exemple, les dépenses incorporelles (comme le fonds de commerce) liées à l'acquisition d'un cabinet ne sont pas incluses dans les frais professionnels, ce qui peut augmenter les chiffres de la rémunération. Les différences de réglementation concernant ce qui peut entrer dans le cadre des frais professionnels à des fins fiscales peuvent aussi influer sur les données relatives à la rémunération. Les niveaux de rémunération, en particulier pour les médecins salariés, peuvent être sous-estimés dans certains pays, pour plusieurs raisons : 1) certains pays ne tiennent pas compte du paiement des heures supplémentaires, des primes et des autres revenus additionnels ou des cotisations de sécurité sociale ; 2) les revenus tirés de l'exercice en clientèle privée des médecins salariés ne sont pas pris en compte ; 3) les paiements informels ne sont pas inclus ; 4) dans certains pays, les données couvrent uniquement les salariés du secteur public, dont la rémunération est généralement inférieure à celle des praticiens exerçant dans le secteur privé ; 5) les médecins en formation sont parfois pris en compte ; 6) la rémunération moyenne est calculée sur la base des effectifs bruts et non pas uniquement sur ceux qui travaillent à temps plein.

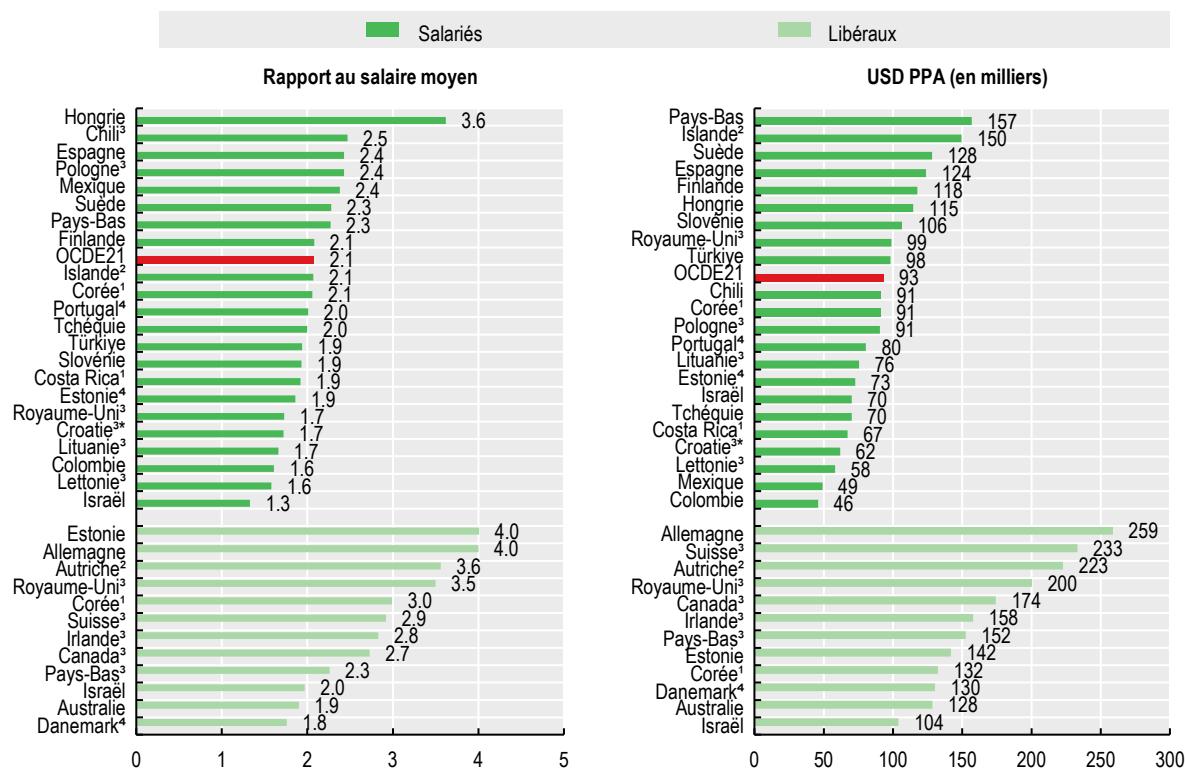
Le revenu des médecins est comparé au salaire moyen des employés à temps plein dans tous les secteurs du pays. Il est aussi comparé d'un pays à l'autre sur la base d'une monnaie commune (dollar américain), après ajustement pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat au moyen des PPA pour les dépenses de consommation finale des ménages privés.

Références

Commonwealth Fund (2023), *Overworked and Undervalued: Unmasking Primary Care Physicians' Dissatisfaction in 10 High-Income Countries: Findings from the 2022 International Health Policy Survey*, Commonwealth Fund, <https://doi.org/10.26099/t0y2-6k44>. [2]

OCDE (2025), *Perspectives des migrations internationales 2025*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/695789d1-fr>. [1]

Graphique 8.9. Rémunération des généralistes, 2023 (ou année la plus proche)

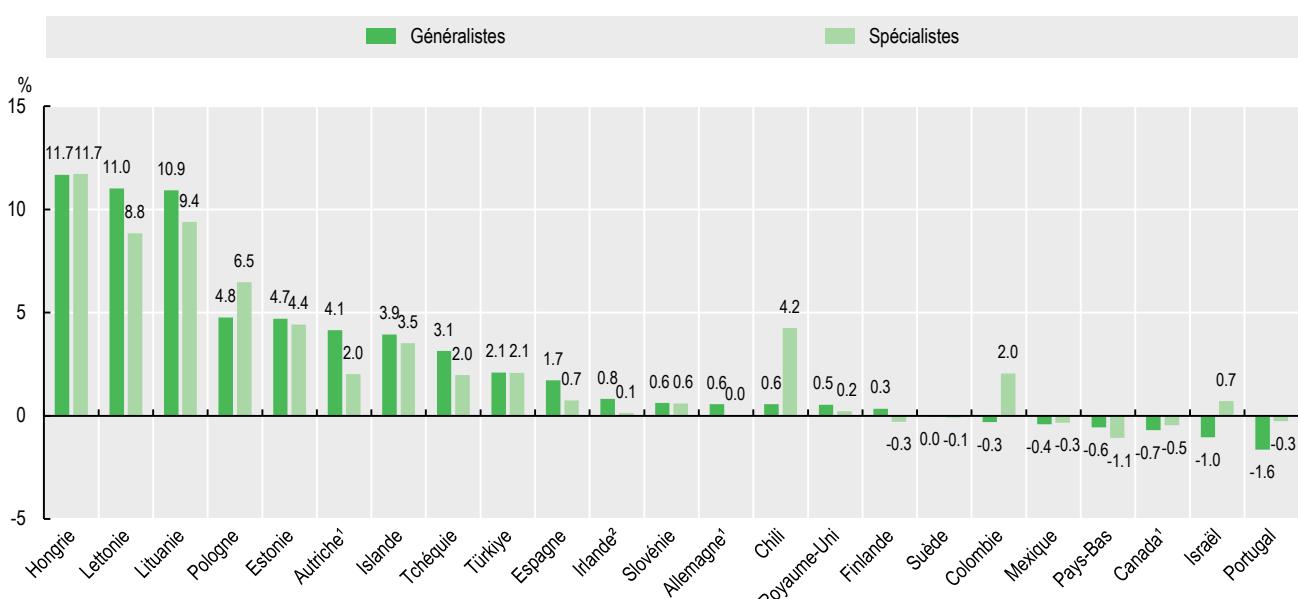


1. Données de 2020. 2. Données de 2021. 3. Données de 2022. 4. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/usd5gz>

Graphique 8.10. Croissance annuelle moyenne de la rémunération des médecins généralistes et spécialistes (en valeur réelle), 2013-2023 (ou année la plus proche)



1. Taux de croissance de la rémunération des médecins libéraux uniquement. 2. Les données relatives à l'Irlande portent sur les médecins généralistes libéraux (dernière année disponible en 2022) et les spécialistes salariés (dernière année disponible en 2024).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/z0hn46>

Rémunération des spécialistes

Compte tenu du niveau de qualification très élevé des médecins spécialistes et de la lourde charge de travail qui pèse sur un grand nombre d'entre eux, leur rémunération est beaucoup plus élevée que le salaire national moyen de l'ensemble des travailleurs dans tous les pays. Les médecins spécialistes salariés gagnent entre deux et cinq fois plus que le salaire moyen, tandis que les spécialistes installés en libéral gagnent généralement trois à cinq fois plus. En Corée, ils gagnent près de sept fois plus (Graphique 8.11 ; partie gauche). Dans presque tous les pays où coexistent spécialistes libéraux et spécialistes salariés, les praticiens qui exercent en libéral perçoivent une rémunération nettement supérieure. Les Pays-Bas font figure d'exception, qui s'explique par le fait qu'un nombre croissant de spécialistes libéraux exercent au titre d'un statut de « dirigeant-actionnaire » qui incite à déclarer de faibles « salaires habituels » pour des raisons fiscales.

Lorsque l'on compare la rémunération des spécialistes en valeur absolue sur la base d'une monnaie commune (dollar américain), après prise en compte des différences de pouvoir d'achat et de l'inflation, c'est en Irlande que les spécialistes salariés gagnent le plus, puisque le revenu moyen y est supérieur à 250 000 USD depuis l'entrée en vigueur en 2024 du nouveau contrat réservé aux consultants renonçant au droit à une patientèle privée (Graphique 8.11 ; partie droite). Les spécialistes libéraux les mieux rémunérés exercent en Allemagne, en Corée et en Autriche, avec un revenu proche de 300 000 USD ou plus. À l'autre extrémité de l'échelle de rémunération, c'est en Bulgarie que les spécialistes salariés sont les moins bien rémunérés des pays de l'OCDE et des pays candidats à l'adhésion, tandis que les salaires des spécialistes au Mexique, en Colombie, en Grèce et au Costa Rica sont aussi relativement bas (entre 65 000 et 75 000 USD). Il convient de noter que si les spécialistes salariés au Mexique se classent en dernière position parmi les pays de l'OCDE sur la base de cette mesure, leur rémunération est supérieure à la moyenne de l'OCDE lorsqu'elle est rapportée au salaire moyen national (Graphique 8.11 ; partie gauche).

Le niveau de revenu et ses variations d'une catégorie de médecins à l'autre peuvent influencer les décisions quant au choix de poursuivre une carrière dans la médecine générale ou dans une des nombreuses spécialités médicales. En moyenne dans les pays de l'OCDE et les différentes spécialités, les médecins spécialistes gagnent environ 40 % de plus que les généralistes. En Corée, les revenus des spécialistes étaient au moins deux fois supérieurs à ceux des généralistes dans le secteur libéral. En Suisse, l'écart entre ces deux catégories était nettement moindre, à 6 % environ. Pour ce qui est des médecins salariés, les revenus des spécialistes sont deux fois plus élevés que ceux des généralistes en Turquie, en Israël et en Corée.

Le calcul d'une moyenne générale pour les nombreuses spécialités médicales masque des différences importantes dans la rémunération potentielle entre les différentes spécialités, ce qui peut avoir une incidence sur les décisions professionnelles des jeunes médecins en formation. S'il existe des différences entre les pays de l'OCDE, on constate des tendances récurrentes. En moyenne, les radiologues, anesthésistes et ophtalmologues sont les spécialistes les mieux rémunérés des pays de l'OCDE, et gagnent 60 à 80 % de plus environ que les généralistes (Graphique 8.12). Les pédiatres ont généralement quant à eux des revenus légèrement inférieurs ou légèrement supérieurs à ceux des généralistes.

On observe d'importants écarts de revenu entre les spécialités dans certains pays comme le Canada, où les ophtalmologues gagnent en moyenne plus de trois fois plus que les généralistes et 75 % plus que les chirurgiens généraux, tandis qu'en Allemagne, les radiologues ont une rémunération plus de deux fois supérieure à celle des généralistes et des pédiatres. En Israël, les anesthésistes gagnent près de trois fois plus que les médecins généralistes. L'écart est plus restreint dans d'autres pays comme le Portugal, où radiologues et ophtalmologues perçoivent une rémunération comparable à celle des généralistes, tandis que les chirurgiens et les anesthésistes gagnent environ 10 % de plus que les généralistes.

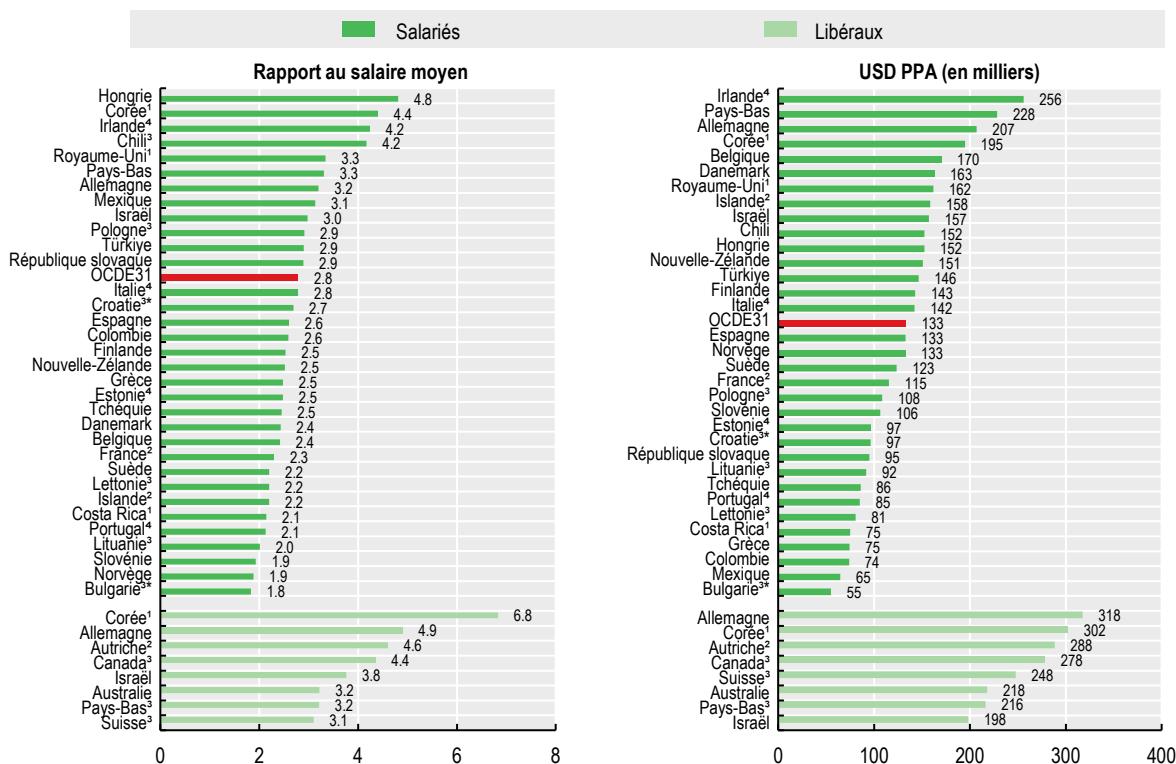
Différents facteurs peuvent contribuer à expliquer les variations des niveaux de rémunération entre les pays et les spécialités, notamment : les méthodes de rémunération en général (salaires ou rémunération à l'acte pour les médecins libéraux par exemple), salaires ou paiements à l'acte horaires ou mensuels spécifiques, ou différences dans la charge de travail (nombre d'heures de travail).

Définition et comparabilité

Plusieurs limitations importantes de comparabilité des données se posent entre les pays à la fois pour les médecins libéraux et les médecins salariés – se reporter à l'indicateur « Rémunération des généralistes » pour des informations détaillées sur les facteurs susceptibles de limiter la comparabilité des données sur la rémunération.

La collecte de données standard de l'OCDE comprend des données sur la rémunération de tous les spécialistes, mais une collecte de données pilote débutée en 2025 porte sur la rémunération d'un sous-groupe de certaines spécialités. Des problèmes de comparabilité peuvent se poser en raison de pratiques différentes selon les pays s'agissant d'affecter les groupes de médecins aux différentes spécialités.

Graphique 8.11. Rémunération des spécialistes, 2023 (ou année la plus proche)

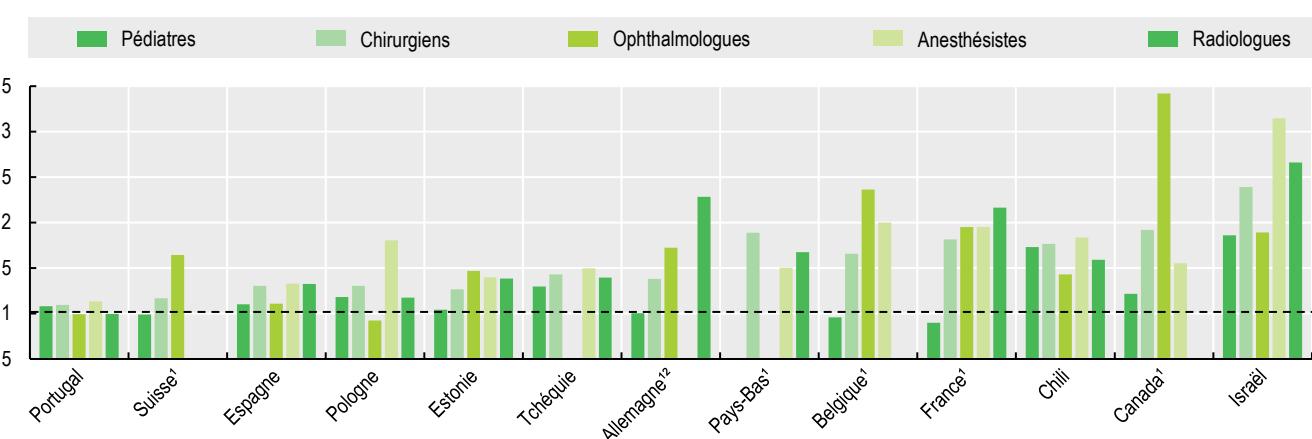


1. Données de 2020. 2. Données de 2021. 3. Données de 2022. 4. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/85p4hm>

Graphique 8.12. Rémunération de différentes catégories de spécialistes par rapport aux médecins généralistes, 2023 (ou année la plus proche)



Note : La ligne horizontale en pointillés indique la parité avec la rémunération des généralistes. 1. Les données se rapportent aux spécialistes libéraux. 2. Les radiologues incluent les médecins spécialistes de la radiothérapie et de la médecine nucléaire (d'où une surestimation). Les pays sont classés sur la base de la rémunération moyenne des différentes spécialités.

Source : Sources nationales.

StatLink <https://stat.link/litae3>

Personnel infirmier

Le personnel infirmier occupe un rôle central dans la prestation des soins et constitue la catégorie la plus nombreuse des professionnels de santé dans la plupart des pays de l'OCDE. La plupart des personnels infirmiers sont employés à l'hôpital, mais ils sont également nombreux dans les établissements de soins de longue durée et dans le secteur extrahospitalier. En 2023, on comptait 9.2 infirmiers en exercice pour 1 000 habitants en moyenne dans les pays de l'OCDE, contre 8.1 en 2013. En 2023, les effectifs de personnel infirmier étaient compris entre 3 pour 1 000 habitants ou moins en Colombie, en Turquie et au Mexique et plus de 15 pour 1 000 habitants en Suisse, en Norvège et en Islande (Graphique 8.13). Les pays candidats à l'adhésion à l'OCDE comptent moins d'infirmiers par habitant que la moyenne de l'OCDE, même si leur nombre a sensiblement augmenté au cours des dix dernières années en Roumanie, en Croatie et au Brésil, mais pas en Bulgarie.

Le nombre d'infirmiers par habitant est en hausse dans la plupart des pays de l'OCDE depuis une dizaine d'années ; toutefois, il reste stable dans certains pays et a même légèrement reculé dans quelques pays (comme l'Islande et la Lettonie). Les hausses ont été particulièrement marquées en Suisse, en Australie, en Slovénie et en Corée, en grande partie sous l'effet de l'augmentation du nombre de nouveaux diplômés des programmes de formation en soins infirmiers (voir l'indicateur « Personnel infirmier nouvellement diplômé »). En Suisse, cette progression peut aussi s'expliquer par une forte augmentation du nombre de personnels infirmiers « de niveau intermédiaire » moins qualifiés que les infirmiers « de niveau supérieur ». En effet, ces dix dernières années, le nombre d'infirmiers de niveau intermédiaire en Suisse a augmenté de plus de 50 % tandis que celui des infirmiers de niveau supérieur a progressé de 20 %.

Dans certains pays, l'embauche de personnel infirmier formé à l'étranger joue aussi un rôle important. Par exemple, en Irlande, le personnel infirmier formé à l'étranger a contribué à hauteur de 92 % à la croissance globale des effectifs infirmiers entre 2021 et 2024. Il a également contribué à hauteur de plus de 80 % à la progression des effectifs de personnel infirmier au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande ces dernières années (voir l'indicateur « Migrations internationales de personnel infirmier »).

Dans plusieurs pays, un grand nombre de personnels infirmiers ont fait état d'une détérioration de leurs conditions de travail pendant et après la pandémie de COVID-19, et une forte proportion déclaraient ne pas être satisfaits au travail et envisager de quitter leur emploi (OCDE, 2023^[3]). Selon de récentes enquêtes menées auprès du personnel hospitalier, en moyenne dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, une majorité d'infirmiers (56 %) dans les établissements hospitaliers estiment que les effectifs et le rythme de travail ne permettent pas d'assurer la sécurité des soins (voir l'indicateur « Sécurité des soins aigus – culture sur le lieu de travail et vécu des patients » dans le chapitre 6). Des craintes se sont exprimées dans certains pays en 2021 quant à une « grande démission » des infirmiers et des autres professionnels de santé, y compris aux États-Unis et au Royaume-Uni. Toutefois, des données récentes sur le Royaume-Uni montrent une certaine stabilisation : 10.1 % des personnels infirmiers et autres soignants dans les établissements hospitaliers et les services de proximité ont ainsi quitté le National Health Service entre septembre 2023 et septembre 2024, contre 12.5 % entre septembre 2021 et septembre 2022, au pic de la vague de départs. Cette amélioration a été favorisée par un programme spécifiquement conçu pour accroître les taux de maintien en poste (NHS England, 2025^[8]).

Les infirmiers sont plus nombreux que les médecins dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, on compte 2.5 infirmiers pour un médecin. Ce ratio s'inscrit dans une fourchette comprise entre 1.2 ou moins en Colombie, au Mexique, en Turquie et en Lettonie, ainsi qu'en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion, et plus de 4.0 au Japon, en Finlande, aux États-Unis et en Suisse (Graphique 8.14). Plusieurs pays ont pris des mesures pour renforcer les fonctions exercées par le personnel infirmier dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins et de faire face aux pénuries de médecins, à l'instar des fonctions d'« infirmiers praticiens » et d'« infirmiers de famille et de proximité ». Les infirmiers en pratique avancée ont généralement un niveau de formation supérieur (de niveau master le plus souvent) et sont autorisés à jouer un rôle plus actif dans le diagnostic des maladies et la prescription des médicaments et autres traitements, sous la supervision ou non de médecins. Aux États-Unis, le nombre d'infirmiers praticiens a augmenté plus rapidement que les effectifs totaux de personnel infirmier entre 2013 et 2023, et il devrait continuer à progresser fortement entre 2023 et 2033. Les évaluations des infirmiers praticiens dans les soins primaires dans plusieurs pays montrent que ce personnel infirmier en pratique avancée permet d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les délais d'attente pour certains patients, en particulier ceux qui rencontrent des problèmes de santé mineurs ou qui ont besoin d'un suivi ordinaire, et peut assurer dans le même temps des soins de qualité équivalente à ceux dispensés par les médecins. Ces évaluations font également ressortir un taux de satisfaction élevé des patients (Brownwood et Lafourche, 2024^[9]).

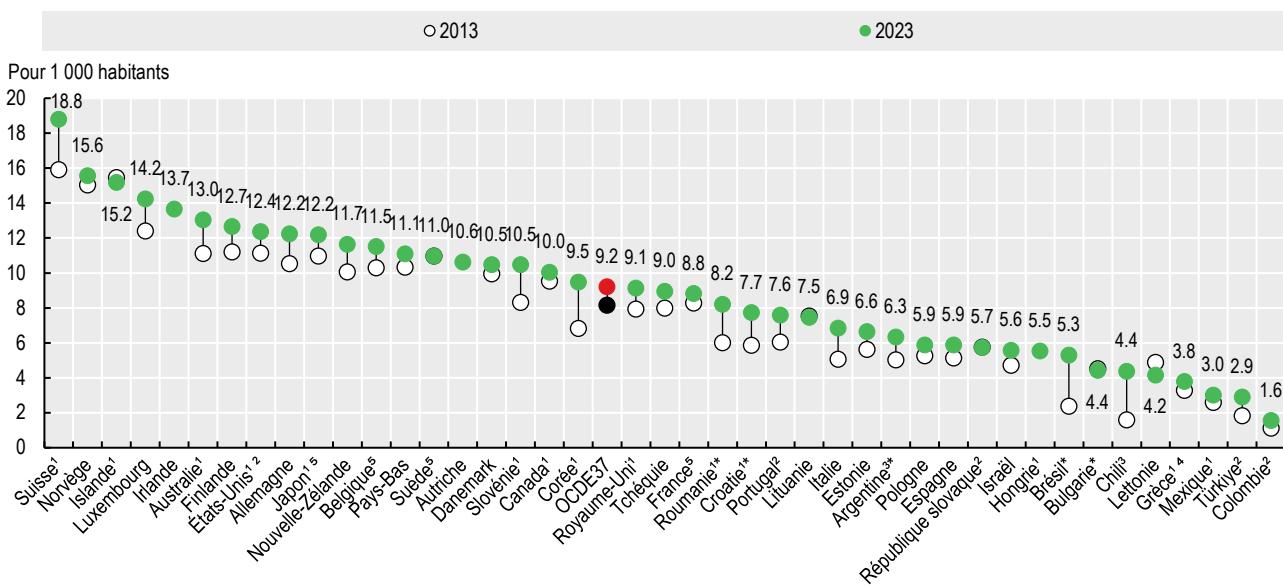
Définition et comparabilité

Le nombre d'infirmiers couvre l'ensemble du personnel infirmier fournissant des soins directement aux patients ; sont également inclus, dans certains cas, les infirmiers qui exercent une fonction d'encadrement, d'enseignement ou de recherche. Dans les pays où les niveaux de qualification ou les fonctions des infirmiers diffèrent, les données couvrent à la fois les infirmiers de niveau supérieur, qui ont suivi une formation plus approfondie, et les infirmiers de niveau intermédiaire, qui ont suivi une formation moins poussée, mais sont néanmoins reconnus comme infirmiers. Les auxiliaires de soins (ou aides-soignants), qui ne sont pas considérés comme des infirmiers, ne sont pas pris en compte (ce qui représente une catégorie de personnel importante dans certains pays comme l'Espagne et la France). Les données ne couvrent pas non plus les sages-femmes, hormis dans certains pays où elles sont prises en compte, car elles sont considérées comme personnel infirmier spécialisé ou pour d'autres raisons (Australie, Espagne et Irlande). La Grèce ne prend en compte que les infirmiers travaillant dans les hôpitaux, d'où une sous-estimation.

Références

- Brownwood, I. et G. Lafourche (2024), « Advanced practice nursing in primary care in OECD countries : Recent developments and persisting implementation challenges », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 165, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8e10af16-en>. [3]
- NHS England (2025), *Staff leaving the NHS among lowest in over a decade*, <https://www.england.nhs.uk/2025/03/staff-leaving-the-nhs-among-lowest-in-over-a-decade/>. [2]
- OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [1]

Graphique 8.13. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 habitants, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

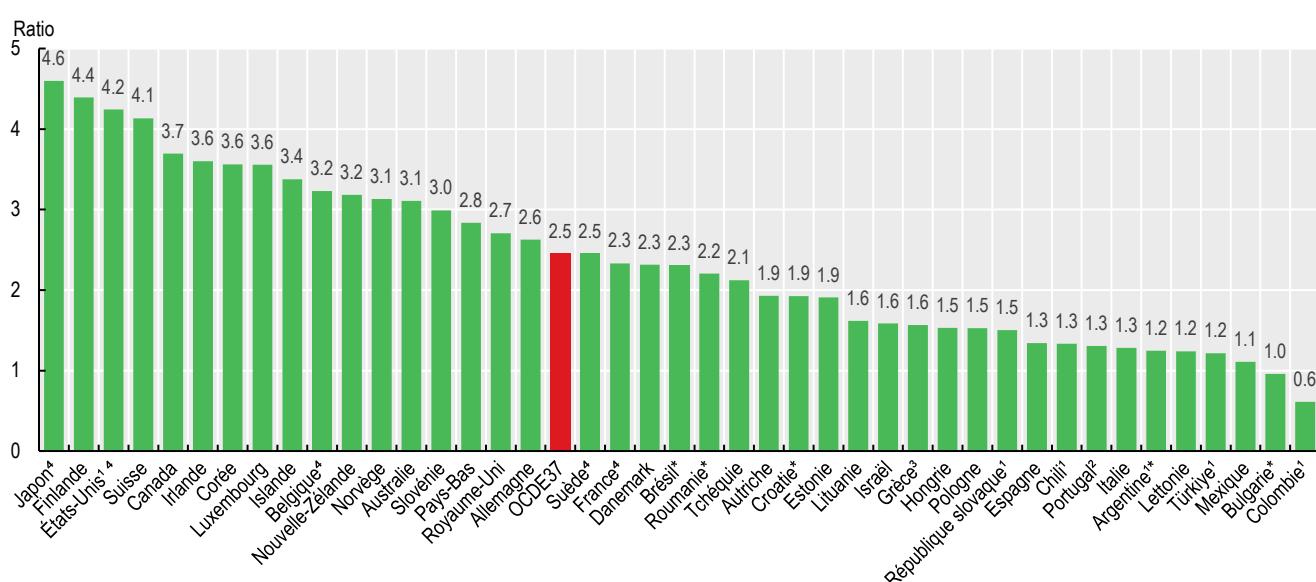


1. Les infirmiers de niveau intermédiaire qui ont un niveau de qualification inférieur représentent plus de 50 % des effectifs infirmiers en Slovénie, et en Croatie et en Roumanie (pays candidats à l'adhésion) ; entre 33 % et 50 % en Corée, en Grèce, en Islande, au Mexique et en Suisse ; et entre 15 % et 30 % en Australie, au Canada, aux États-Unis, en Finlande, au Japon et au Royaume-Uni. 2. Les données incluent les infirmiers travaillant en tant qu'administrateurs, professeurs, chercheurs, et autres fonctions comparables. 3. Les données incluent tous les infirmiers habilités à exercer. 4. Les données concernent uniquement les infirmiers employés dans les hôpitaux. 5. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/ihv5k6>

Graphique 8.14. Nombre d'infirmiers par médecin, 2023 (ou année la plus proche)



1. Pour les pays n'ayant pas communiqué de données sur le personnel infirmier et/ou les médecins en exercice, les données se rapportent dans un cas comme dans l'autre aux individus « professionnellement actifs » (à l'exception du Chili et de l'Argentine, où elles concernent l'ensemble des infirmiers et des médecins habilités à exercer). 2. Le ratio est sous-estimé (nombre d'infirmiers professionnellement actifs rapporté au nombre total des médecins habilités à exercer). 3. Les données couvrent uniquement les infirmiers et les médecins employés dans les hôpitaux. 4. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/zgnmbs>

Rémunération du personnel infirmier

Le niveau de rémunération du personnel infirmier est sujet à controverse depuis de nombreuses années. La pandémie de COVID-19 et, plus récemment, la crise du coût de la vie, ont attiré l'attention sur le niveau de rémunération du personnel infirmier, et sur la question de savoir si ce niveau était suffisant pour attirer du personnel dans la profession et le retenir.

En 2023, les infirmiers exerçant en milieu hospitalier percevaient, en moyenne dans les pays de l'OCDE, une rémunération 20 % supérieure au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs. Toutefois, en Suisse, au Royaume-Uni, en Finlande et en Italie, les infirmiers percevaient un salaire inférieur au salaire moyen, tandis qu'au Mexique, en Pologne, au Chili, et en Tchéquie, leur revenu était au moins 50 % supérieur au salaire moyen (Graphique 8.15, partie gauche).

Le Graphique 8.15 (partie droite) compare la rémunération des personnels infirmiers exerçant en milieu hospitalier sur la base d'une monnaie commune (dollar américain), après prise en compte des différences de pouvoir d'achat, afin de donner une indication du bien-être économique relatif du personnel infirmier dans les différents pays. En 2023, les infirmiers au Luxembourg percevaient une rémunération plus de trois fois supérieure à celle de leurs homologues au Mexique, au Portugal, en Bulgarie et en Grèce. De manière générale, les infirmiers des pays d'Europe centrale et orientale et du Sud perçoivent des rémunérations inférieures à la moyenne de l'OCDE, ce qui peut en partie expliquer pourquoi un grand nombre d'entre eux choisissent d'émigrer vers d'autres pays de l'UE. La rémunération des infirmiers aux États-Unis est plus élevée que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, ce qui est l'une des raisons pour lesquelles les États-Unis sont en mesure d'attirer chaque année plusieurs milliers d'infirmiers étrangers (voir l'indicateur « Migrations internationales de personnel infirmier »).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la rémunération des infirmiers a augmenté en valeur réelle pendant les années qui ont précédé la pandémie. C'est particulièrement le cas dans les pays d'Europe centrale et orientale et dans les pays baltes. En Pologne, en Lettonie et en Lituanie, les infirmiers ont vu leur rémunération augmenter de 9 à 11 % par an en valeur réelle en moyenne dans les années qui ont précédé la pandémie, ce qui a permis de réduire l'écart avec les autres pays de l'UE (Graphique 8.16). En Hongrie, en République slovaque et en Tchéquie, leur rémunération a augmenté de 6 % par an. En revanche, les rémunérations ont baissé en valeur réelle entre 2013 et 2019 en Grèce, en Irlande et au Portugal, de l'ordre de 1 % par an ou plus, conséquence des mesures d'ajustement prises pour maîtriser les dépenses publiques au lendemain de la crise financière et de la crise de la dette.

Entre 2019 et 2023, le personnel infirmier a vu sa rémunération augmenter en valeur réelle dans la moitié seulement des pays de l'OCDE. En Lituanie et en Lettonie, le personnel infirmier a bénéficié d'importantes augmentations de salaire annuelles (de près de 10 %, voire plus). La croissance annuelle des salaires a également été dynamique en Pologne, en Hongrie, en République slovaque, en France et en Estonie, à plus de 4 %. En revanche, la rémunération des infirmiers a diminué en valeur réelle de plus de 1 % par an en Nouvelle-Zélande, au Chili, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Deux tendances contradictoires peuvent expliquer en partie les écarts dans l'évolution de la rémunération du personnel infirmier entre 2019 et 2023. D'un côté, dans de nombreux pays, une large part du personnel infirmier et des autres professionnels de santé ont reçu une prime « COVID-19 » en 2020 et en 2021 en reconnaissance du rôle de premier plan qu'ils ont joué durant la pandémie. Néanmoins, ces primes ont souvent été versées sous forme de paiements forfaitaires et n'ont donc pas été prises en compte dans les salaires habituels (à quelques exceptions près, dont la Slovénie). De l'autre côté, l'augmentation modeste des salaires nominaux a souvent été compensée par une inflation élevée lors des crises du coût de la vie et de l'énergie, ce qui a débouché sur des taux de croissance négatifs en valeur réelle. Le personnel infirmier n'a pas été la seule catégorie de travailleurs touchée par ce phénomène. Dans de nombreux pays, les salaires réels moyens ont diminué entre 2021 et 2023 en raison de l'inflation (OCDE, 2024^[1]).

Définition et comparabilité

La rémunération du personnel infirmier correspond au revenu annuel brut moyen, avant déduction des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu à la charge du salarié. Dans la plupart des pays, les données se rapportent spécifiquement au personnel infirmier exerçant dans les hôpitaux ; au Canada, toutefois, elles couvrent également les infirmiers exerçant dans d'autres structures. Dans certains États fédéraux comme l'Australie, le Canada et les États-Unis, mais également au Royaume-Uni, le niveau et la structure de la rémunération sont fixés à un échelon infranational, ce qui peut entraîner des différences entre les unités territoriales. D'autres sources de données pour le Royaume-Uni donnent à penser que le revenu moyen des personnels infirmiers est supérieur (et non inférieur) au salaire moyen national.

Les données portent uniquement sur le personnel infirmier « de niveau supérieur » au Canada, au Chili, en Irlande et aux États-Unis, d'où une surestimation par rapport aux pays où les infirmiers « de niveau intermédiaire » sont également pris en compte. Les données concernant la Nouvelle-Zélande recouvrent tous les infirmiers employés par les conseils régionaux de santé financés sur fonds publics, mais également les aides-soignants dont la rémunération est sensiblement inférieure à celle des infirmiers.

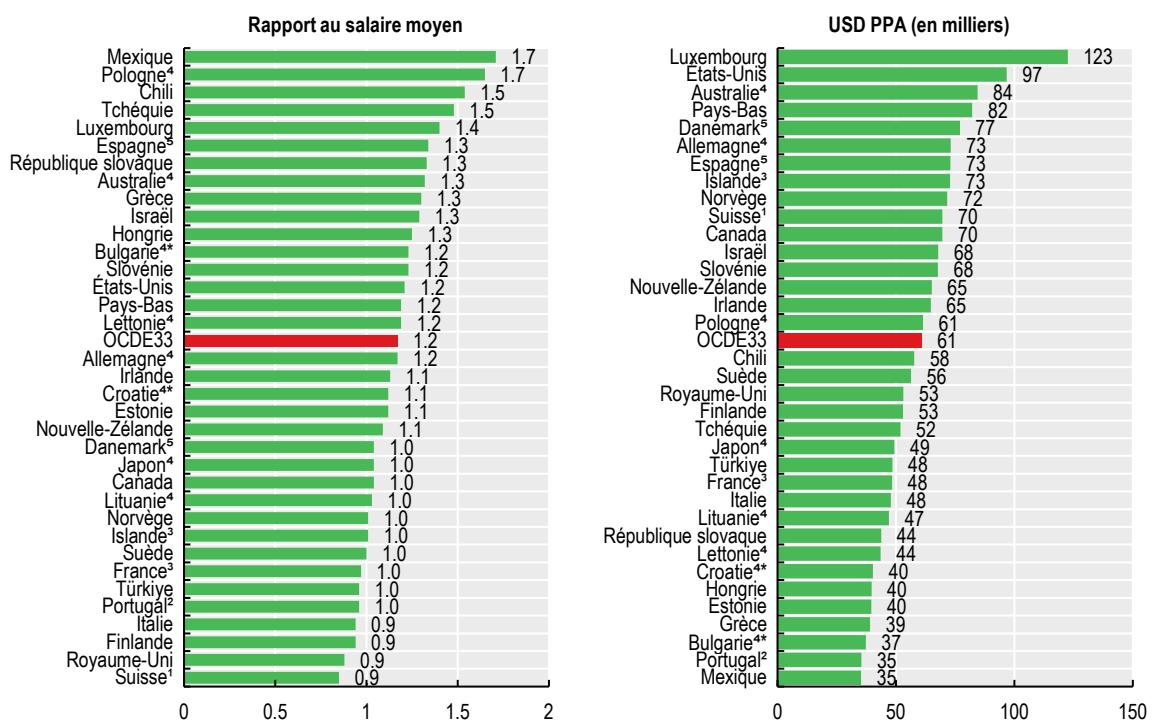
Les données ne portent que sur le personnel infirmier travaillant à temps plein. Pour certains pays, elles ne tiennent pas compte des revenus additionnels comme le paiement des heures supplémentaires. Aucun pays ne fournit de données sur les paiements informels qui, dans certains cas, représentent une part non négligeable du revenu total.

Le revenu des infirmiers est rapporté au salaire moyen à temps plein du pays, tous secteurs confondus. Il est également comparé d'un pays à l'autre sur la base d'une monnaie commune (dollar américain) et ajusté pour tenir compte des différences de pouvoir d'achat et de l'inflation.

Références

OCDE (2024), « Real wages regaining some of the lost ground : The OECD wage bulletin », Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/en/publications/real-wages-regaining-some-of-the-lost-ground_2f798dfe-en.html. [1]

Graphique 8.15. Rémunération des infirmiers exerçant à l'hôpital, 2023 (ou année la plus proche)

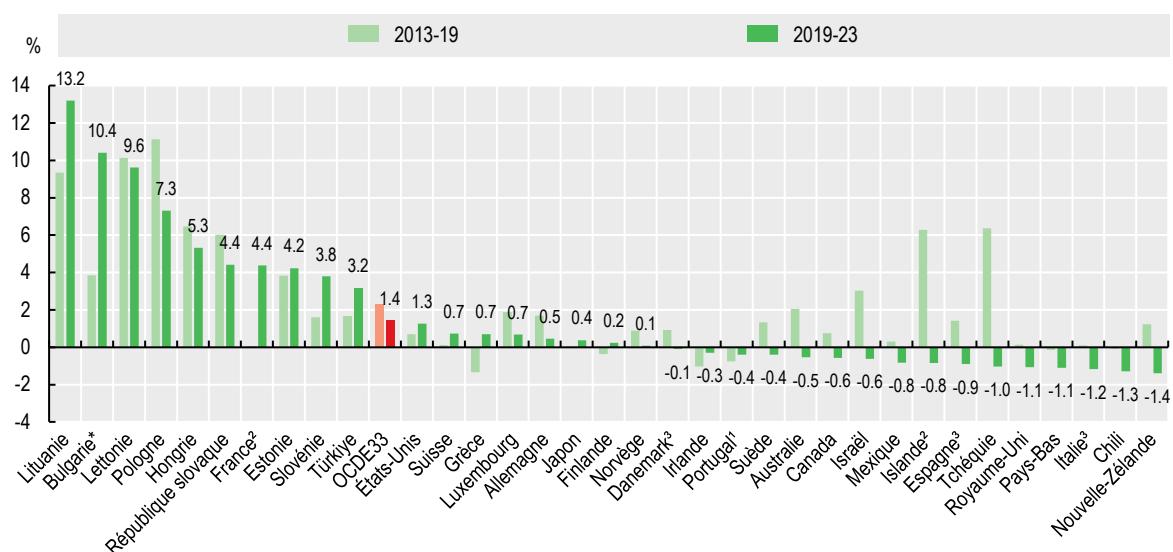


1. Les données incluent le personnel infirmier de niveau intermédiaire, aux qualifications et aux revenus inférieurs. 2. Les données ne concernent que le personnel infirmier hospitalier travaillant pour le service national de santé (secteur public). 3. Données de 2021. 4. Données de 2022. 5. Données de 2024. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/c235we>

Graphique 8.16. Croissance annuelle moyenne de la rémunération du personnel infirmier exerçant à l'hôpital (en valeur réelle), 2019-2023 et 2013-2019 (ou années les plus proches)



1. Les données ne concernent que le personnel infirmier hospitalier travaillant pour le service national de santé (secteur public). 2. Le dernier taux de croissance ne concerne que la période 2019-2021. 3. Le dernier taux de croissance couvre la période 2019-2024 (Danemark et Espagne) et 2021-2024 (Italie).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/5e9pcr>

Personnel hospitalier

Le nombre et la composition des personnels travaillant dans les hôpitaux des pays de l'OCDE dépendent des rôles et fonctions que jouent les hôpitaux dans les systèmes de santé, ainsi que de la manière dont sont fournis et comptabilisés les différents types de services de soutien dans les hôpitaux. Les rôles et fonctions des hôpitaux diffèrent sensiblement selon que les services spécialisés ambulatoires sont fournis dans les hôpitaux ou en dehors. Dans la plupart des pays dotés d'une couverture santé universelle financée par l'impôt (systèmes de type service national de santé), les services spécialisés ambulatoires sont généralement dispensés dans les hôpitaux publics. C'est le cas par exemple au Portugal, en Espagne, au Royaume-Uni et dans les pays nordiques. Dans d'autres pays, comme l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, les États-Unis, la France et la Suisse, la plupart des services ambulatoires sont dispensés en dehors du secteur hospitalier. Dans certains pays d'Europe centrale et orientale (Estonie et Slovénie par exemple), la plupart des services spécialisés ambulatoires sont assurés dans des hôpitaux publics, alors que dans d'autres pays, ils sont fournis dans des polycliniques publiques (par exemple en Pologne) ou dans des cabinets privés (Tchéquie).

En 2023, le nombre de personnes travaillant dans les hôpitaux rapporté à la population totale était au moins deux fois plus important en Suisse, au Royaume-Uni, en Norvège, au Danemark, aux États-Unis, en Islande et en France qu'au Mexique, au Chili, en Hongrie et en Corée (Graphique 8.17).

Dans tous les pays, le personnel infirmier constitue la principale catégorie de soignants à l'hôpital. Les infirmiers et les sages-femmes représentent plus d'un tiers (36 %) de l'ensemble des emplois hospitaliers en moyenne dans les pays de l'OCDE. Les médecins représentent un travailleur hospitalier sur sept (14 %) en moyenne dans les pays de l'OCDE, même si dans plusieurs pays, ce chiffre sous-estime le nombre de médecins qui travaillent au moins à temps partiel à l'hôpital, car les médecins libéraux qui exercent à la fois à l'hôpital et en dehors ne sont pas comptabilisés.

Les auxiliaires de soins (ou aides-soignants) représentent 10 % environ du personnel hospitalier en moyenne dans les pays de l'OCDE, mais cette proportion varie fortement d'un pays à l'autre. Ils représentent ainsi plus de 20 % du personnel hospitalier au Portugal et en Espagne, et près de 20 % en France, alors que cette catégorie de travailleurs n'existe pas (ou presque) dans plusieurs autres pays.

Les autres personnels non soignants représentent un quart environ du personnel hospitalier en moyenne dans les pays de l'OCDE qui sont en mesure de communiquer ces données. Cette proportion est particulièrement élevée dans certains pays. Aux États-Unis, 46 % des personnes travaillant à l'hôpital appartiennent aux personnels non soignants, et cette proportion s'élève à 30 % ou plus en Suisse, en Islande, en France et en Turquie. La forte proportion de personnel non soignant a conduit à proposer en France de limiter cette proportion à 25 % du personnel hospitalier total. La collecte de données de l'OCDE ne permet pas d'obtenir plus de détails sur les différentes catégories de personnel non soignant, mais elles peuvent se diviser au minimum en trois : personnel administratif, personnel logistique (nettoyage et restauration par exemple), et personnel informatique et de soutien technique. Il convient de garder à l'esprit que les variations entre les pays dans le nombre et la part du personnel non soignant peuvent s'expliquer en partie par le degré d'externalisation de ces services. Par ailleurs, la distinction entre le personnel soignant et non soignant n'est pas toujours évidente pour certaines catégories de travailleurs (personnel médico-administratif par exemple), ce qui limite la comparabilité des données entre les pays.

Si l'on examine l'évolution dans le temps pour le personnel infirmier (catégorie la plus nombreuse de personnel clinique dans les établissements hospitaliers), on constate que dans plusieurs pays dont le Canada, les États-Unis, le Mexique, l'Allemagne et l'Espagne, le nombre d'infirmiers travaillant dans les hôpitaux a régulièrement augmenté entre 2013 et 2023, avant et après la pandémie. En Italie et au Royaume-Uni, le nombre d'infirmiers exerçant à l'hôpital n'a pas augmenté entre 2013 et 2017, mais il a commencé à croître régulièrement à partir de 2017. À titre de comparaison, la croissance a été beaucoup plus modeste en France aussi bien avant qu'après la pandémie (Graphique 8.18).

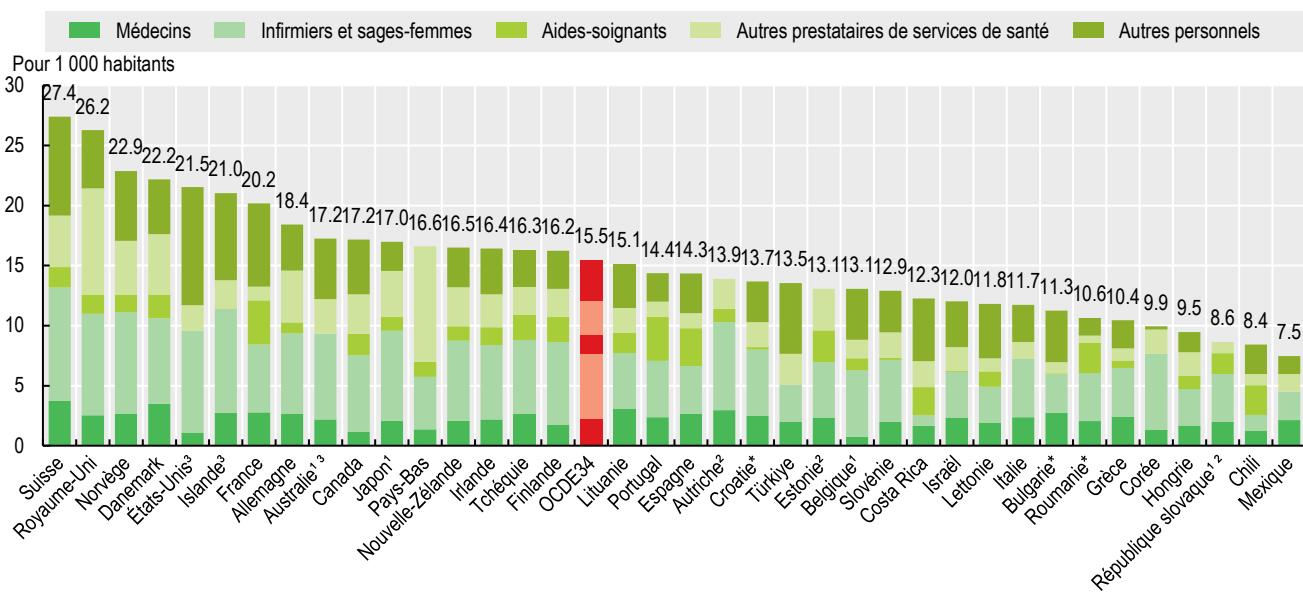
Définition et comparabilité

Les personnels hospitaliers se définissent comme les personnes travaillant en milieu hospitalier, y compris, dans la mesure du possible, les indépendants employés dans le cadre de contrats de service. La plupart des pays rapportent le personnel soignant et non soignant. Les données sont rapportées en effectifs bruts, même si la Base de données de l'OCDE sur la santé comprend également des données sur les équivalents temps plein pour un nombre plus limité de pays.

De nombreux pays ne comptabilisent pas la totalité ou une partie des travailleurs indépendants travaillant à l'hôpital. L'Australie, le Chili, le Danemark, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ne communiquent que des données sur l'emploi dans les hôpitaux publics, d'où une sous-estimation des effectifs.

À des fins de comparaison entre les pays, le nombre de personnels hospitaliers est lié à la taille de la population totale de chaque pays. Il serait également possible de relier plus spécifiquement le nombre de travailleurs au nombre de lits d'hôpitaux ou de journées d'hospitalisation afin de tenir compte d'une partie des activités hospitalières dans les différents pays, même si cela n'inclut pas les activités qui ne nécessitent pas d'hospitalisation (comme les consultations, les examens et les soins ambulatoires).

Graphique 8.17. Personnel hospitalier pour 1 000 habitants, 2023 (ou année la plus proche)

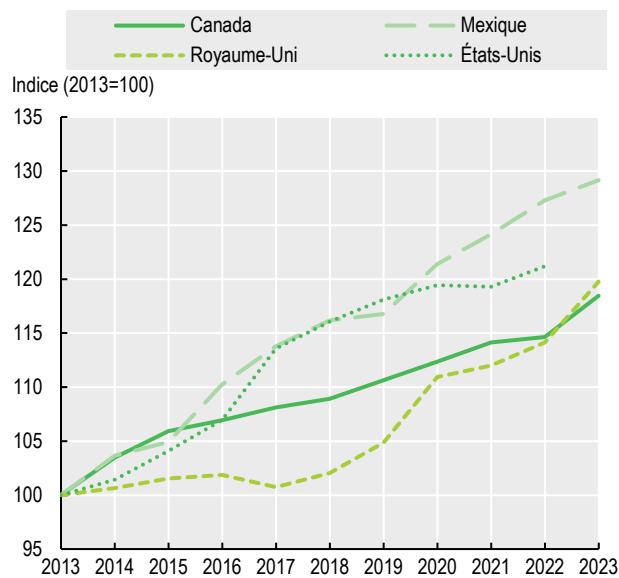


1. Les données se rapportent aux ETP (et non à des effectifs bruts), d'où une sous-estimation. 2. Les données ne couvrent que le personnel clinique (soignants), à l'exclusion des autres personnels (administratifs, techniques, etc.), d'où une sous-estimation. 3. Les dernières données datent de 2020-2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

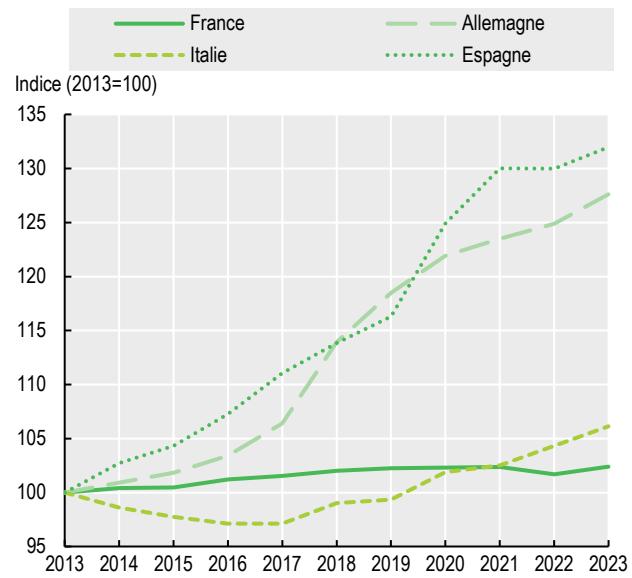
StatLink <https://stat.link/xdqgth>

Graphique 8.18. Évolution du nombre d'infirmiers hospitaliers, divers pays de l'OCDE, 2013-2023



Note : Les données englobent les infirmiers et les sages-femmes.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.



StatLink <https://stat.link/c1au3k>

Médecins nouvellement diplômés

Le nombre de nouveaux diplômés en médecine est un indicateur important permettant d'évaluer le nombre de nouveaux entrants dans le métier qui pourront remplacer les médecins partant à la retraite et combler toute pénurie actuelle ou future. Le nombre de diplômés en médecine pour une année donnée est le résultat de décisions prises quelques années plus tôt concernant l'admission des étudiants, soit par le biais de politiques explicites de *numerus clausus* (fixation de quotas d'admission), soit par d'autres processus décisionnels.

Au total, le nombre de médecins nouvellement diplômés dans les pays de l'OCDE a augmenté de 75 % entre 2000 et 2023, de 93 000 en 2000 à 163 000 en 2023. En 2023, le nombre de médecins nouvellement diplômés dans les pays de l'OCDE s'inscrivait dans une fourchette comprise entre moins de 8 pour 100 000 habitants en Israël, au Canada, en Corée et au Japon et plus de 20 pour 100 000 en Lettonie, en Irlande, en Lituanie et au Danemark (Graphique 8.19).

Le nombre de diplômés en médecine était encore plus élevé en Bulgarie et en Roumanie, deux pays candidats à l'adhésion à l'OCDE, principalement à la faveur d'une forte hausse du nombre d'étudiants en médecine étrangers. De nombreuses facultés de médecine en République slovaque, en Tchéquie, en Hongrie et en Pologne attirent également un nombre croissant d'étudiants en médecine étrangers. En Irlande aussi, le nombre élevé de médecins nouvellement diplômés s'explique par la forte proportion d'étudiants étrangers qui, ces dernières années, représentaient environ la moitié des étudiants en médecine. Un bon nombre de ces étudiants étrangers sont originaires du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. Dans la plupart des cas, ces étudiants étrangers ne restent pas dans le pays après l'obtention de leur diplôme. En Irlande, cela aboutit à une situation paradoxale où il est nécessaire de pallier la pénurie de médecins en faisant venir des praticiens formés à l'étranger (OCDE, 2019^[1]). En Israël, le faible effectif de nouveaux diplômés nationaux est compensé par le nombre élevé de médecins (60 % environ) formés à l'étranger. Une grande partie de ces médecins formés à l'étranger sont nés en Israël et sont revenus exercer dans le pays après des études à l'étranger en raison du faible nombre de places dans les écoles de médecine israéliennes (OCDE, 2023^[2]).

Depuis 2013, le nombre de diplômés en médecine par rapport à la population totale a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, pour répondre aux préoccupations suscitées par les pénuries de médecins. Pour ce faire, de nombreux pays ont créé de nouvelles écoles de médecine et ont relevé les quotas d'admission dans les écoles existantes. La Corée est le seul pays de l'OCDE où le nombre de médecins nouvellement diplômés par rapport à la population totale et le nombre de diplômés en valeur absolue ont diminué entre 2013 et 2023, ce qui tient au fait que le nombre d'admissions en médecine n'a pas augmenté depuis 2006 tandis que les taux d'abandon ont légèrement augmenté. En février 2024, l'ancien gouvernement de la Corée a annoncé un plan visant à augmenter le nombre d'étudiants en médecine de deux tiers ; toutefois, ce plan a suscité une forte opposition de la part des jeunes médecins, qui ont fait valoir que ces moyens devaient plutôt être utilisés pour améliorer les conditions de travail et les niveaux de rémunération de sorte à renforcer l'attractivité des emplois dans certains services hospitaliers et spécialités essentielles (Min, 2024^[3]).

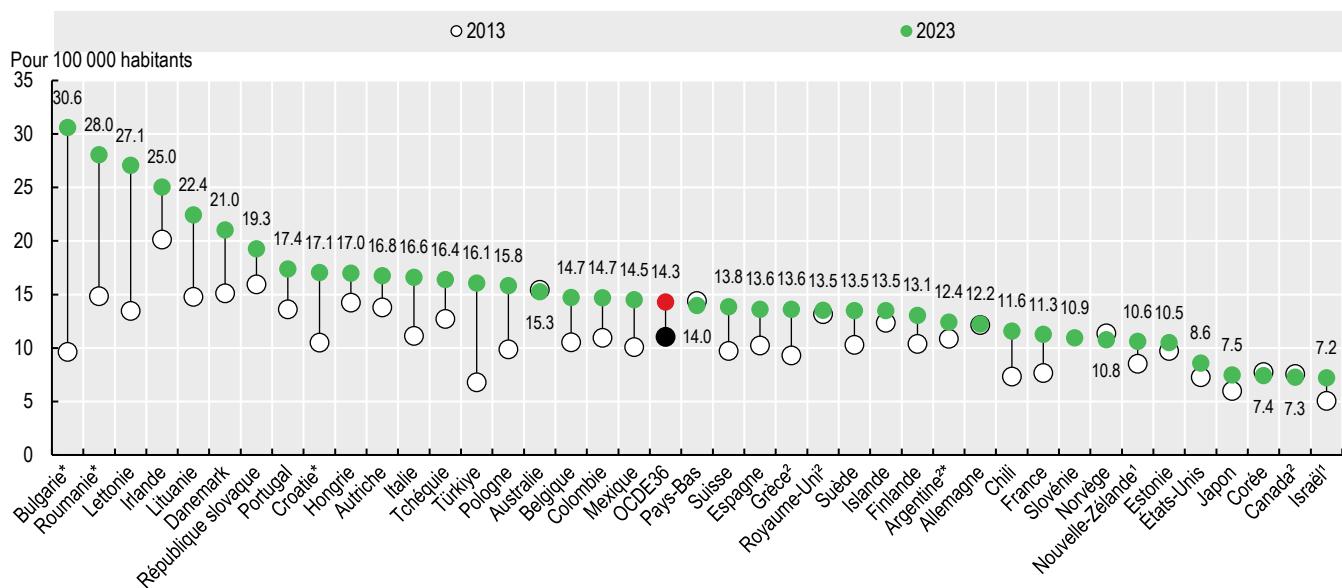
Dans de nombreux pays de l'OCDE, le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine a été relevé, de même que le nombre de diplômés effectuant leur internat/résidence de troisième cycle en médecine générale a augmenté pour remédier aux pénuries de médecins généralistes (OCDE, 2023^[4]). En 2023, la proportion de places de formation en troisième cycle en médecine générale s'élevait à 27 % en moyenne dans les 18 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, dans une fourchette comprise entre 45 % environ de tous les nouveaux résidents en médecine au Canada, au Royaume-Uni et en Belgique, et moins de 15 % en Israël, en Allemagne, en Slovénie et au Mexique (Graphique 8.20). En France, depuis 2017 au moins 40 % de toutes les places de formation de troisième cycle doivent aller à la médecine générale. En Belgique, le gouvernement a annoncé en 2022 un plan visant à accroître la part des places de formation de troisième cycle allouées à la médecine générale, qui passerait de 39 % en 2022 à 47 % en 2028 (Vandenbroucke, 2022^[5]). Toutefois, de nombreux pays peinent à attirer un nombre suffisant de diplômés en médecine pour occuper toutes les places de formation disponibles en médecine générale, en raison du prestige et de la rémunération perçus comme moindres (voir l'indicateur « Rémunération des généralistes »).

Définition et comparabilité

Le nombre de médecins nouvellement diplômés est défini comme le nombre d'étudiants diplômés des écoles de médecine au cours d'une année donnée. Il englobe les étudiants nationaux et étrangers. Les places d'internat/résidence de troisième cycle sont des places de formation destinées aux diplômés en médecine, dans diverses spécialités, y compris la médecine générale/de famille. Les postes occupés ne correspondent pas nécessairement aux postes proposés, dans la mesure où tous les postes ne sont pas pourvus dans de nombreux pays.

Références

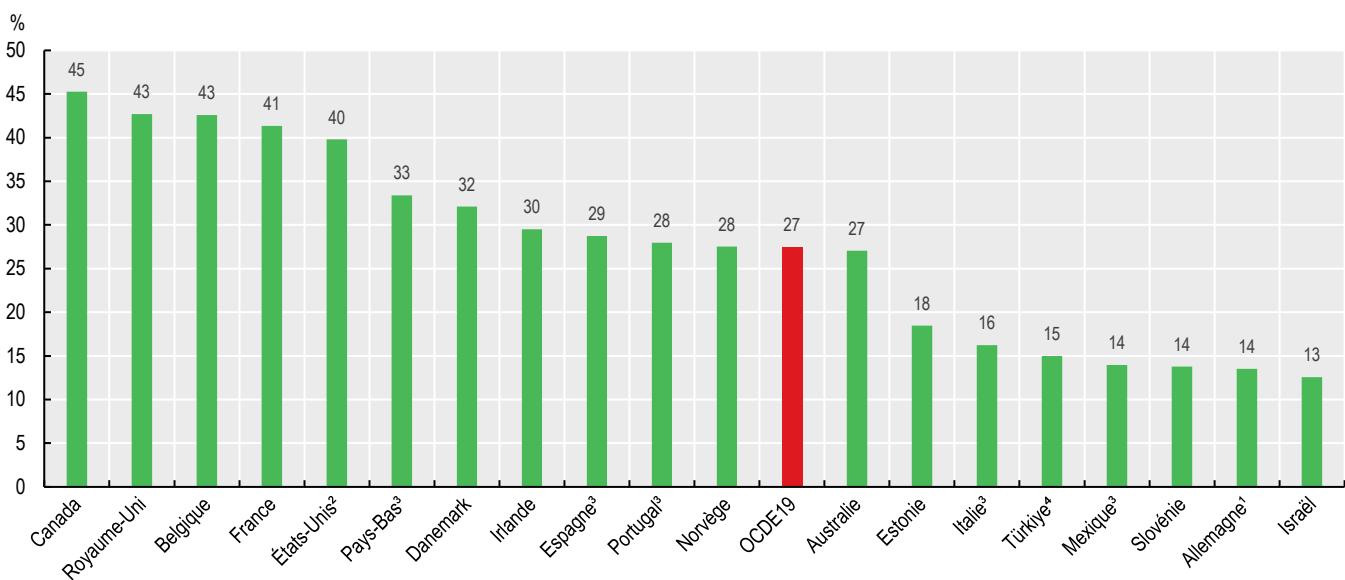
- Min, R. (2024), « Why have 10,000 junior doctors in South Korea resigned in protest against the government? », *Euronews*, <https://www.euronews.com/health/2024/03/05/why-have-10000-junior-doctors-in-south-korea-resigned-in-protest-against-the-government>. [3]
- OCDE (2023), *OECD Report on Medical Education and Training in Israel*, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/health/OECD-report-on-medical-education-and-training-in-Israel.pdf>. [2]
- OCDE (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [4]
- OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>. [1]
- Vandenbroucke, F. (2022), *Towards a New Deal for the (practice) general practitioner [Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste]*, <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/vers-un-new-deal-pour-le-cabinet-de-m%C3%A9decin-g%C3%A9n%C3%A9raliste>. [5]

Graphique 8.19. Nombre de diplômés en médecine, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

Note : Dans certains pays, un grand nombre de diplômés en médecine sont des étudiants étrangers (par exemple en Bulgarie, en Roumanie, en Lettonie, en Irlande, en République slovaque, en Hongrie et en Tchéquie). 1. Les données excluent les étudiants étrangers, d'où une sous-estimation. 2. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/4ox7c5>

Graphique 8.20. Part des places de formation de troisième cycle en médecine générale, 2023

1. Les données se rapportent aux étudiants qui ont achevé leur spécialisation (et non ceux qui la commencent). 2. La médecine générale comprend les étudiants en médecine de famille et en médecine interne. 3. Les données font référence aux places ouvertes et non aux places pourvues. 4. Données de 2024.

Source : Sources nationales.

StatLink <https://stat.link/4zol86>

Personnel infirmier nouvellement diplômé

Le nombre de nouveaux diplômés en soins infirmiers est un indicateur clé permettant d'évaluer le nombre potentiel de nouveaux entrants dans le métier qui pourront remplacer les infirmiers partant à la retraite et combler toute pénurie actuelle ou future. Le nombre de diplômés en soins infirmiers pour une année donnée est le résultat de décisions prises quelques années plus tôt (environ trois ans) concernant l'admission des étudiants, même si le taux de diplômés dépend également du taux d'abandon des études.

Le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés augmente dans la plupart des pays de l'OCDE depuis dix ans. Il a progressé en moyenne dans ces pays de 1,7 % par an environ, passant de 544 000 diplômés en soins infirmiers en 2013 à 644 000 en 2023. À titre de comparaison, le nombre de médecins nouvellement diplômés dans les pays de l'OCDE a augmenté presque deux fois plus vite sur la même période, à un taux annuel moyen de 3,2 %.

En 2023, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés était compris entre pas plus de 10 pour 100 000 habitants en Colombie et au Luxembourg, ainsi qu'en Bulgarie, pays candidat à l'adhésion, et plus de 100 pour 100 000 habitants en Australie et en Suisse (Graphique 8.21). Au Luxembourg, le faible nombre d'infirmiers nouvellement diplômés est compensé par le nombre élevé d'étudiants qui obtiennent leur diplôme d'infirmier dans un pays voisin, ainsi que par la capacité du pays à attirer des infirmiers étrangers grâce à de meilleures conditions de rémunération et de travail (voir l'indicateur « Rémunération du personnel infirmier »).

Dans les pays où les différentes catégories de personnel infirmier correspondent à des niveaux de qualification différents, la progression du taux de diplômés varie entre les programmes plus courts (généralement dans les filières professionnelles) et les programmes plus longs (souvent dispensés à l'université) qui permettent d'accéder à des postes plus qualifiés. En Suisse, la hausse de 45 % du nombre d'infirmiers nouvellement diplômés entre 2013 et 2023 s'explique principalement par une progression de 50 % du nombre de personnel infirmier de niveau intermédiaire nouvellement diplômé, qui est supérieure à l'augmentation de 40 % de diplômés des études d'infirmiers de niveau supérieur. À titre de comparaison, aux États-Unis, la progression de 20 % des effectifs d'infirmiers nouvellement diplômés entre 2013 et 2023 est entièrement due à une augmentation du nombre de diplômés de programmes de niveau licence, tandis que le nombre de diplômés des programmes d'enseignement pratique/professionnel plus courts a diminué.

Alors que dans la plupart des pays, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a augmenté au fil du temps, il a nettement diminué en République slovaque, sous l'effet d'importantes contractions enregistrées entre 2013 et 2020, qui ont toutefois été suivies d'un rebond qui se poursuit. En Italie également, le nombre d'infirmiers nouvellement diplômés a fortement diminué entre 2013 et 2023 (de plus de 20 % en valeur absolue), principalement en raison de la hausse des taux d'abandon des étudiants.

S'il est essentiel d'augmenter le nombre d'étudiants admis dans les programmes de formation en soins infirmiers et diplômés de ces derniers pour remédier aux pénuries actuelles et futures de personnel infirmier, la réussite de cette stratégie dépend de l'intérêt des jeunes pour cette profession. Selon les dernières enquêtes PISA de l'OCDE, la proportion de jeunes de 15 ans qui envisagent de devenir infirmiers a diminué dans la moitié des pays de l'OCDE, et la moyenne à l'échelle de la zone OCDE a légèrement baissé, passant de 2,3 % en 2018 à 2,1 % en 2022 (OCDE, 2024^[1]). C'est aux États-Unis, au Canada, en Irlande, en Norvège et au Danemark que cette tendance à la baisse est la plus marquée. En revanche, le Japon a enregistré une forte hausse et comptait la plus forte proportion d'élèves de 15 ans envisageant de devenir infirmiers. Dans plusieurs pays, dont la Pologne, les pays baltes, la Hongrie, l'Italie et la Grèce, moins de 1 % des jeunes de 15 ans aspirent à devenir infirmiers (Graphique 8.22). L'une des principales raisons de ce manque d'intérêt tient au fait que la profession d'infirmier est très sexospécifique : dans la plupart des pays de l'OCDE, plus de 90 % des jeunes de 15 ans qui aspirent à exercer cette profession sont des filles (OCDE, 2025^[2]).

Définition et comparabilité

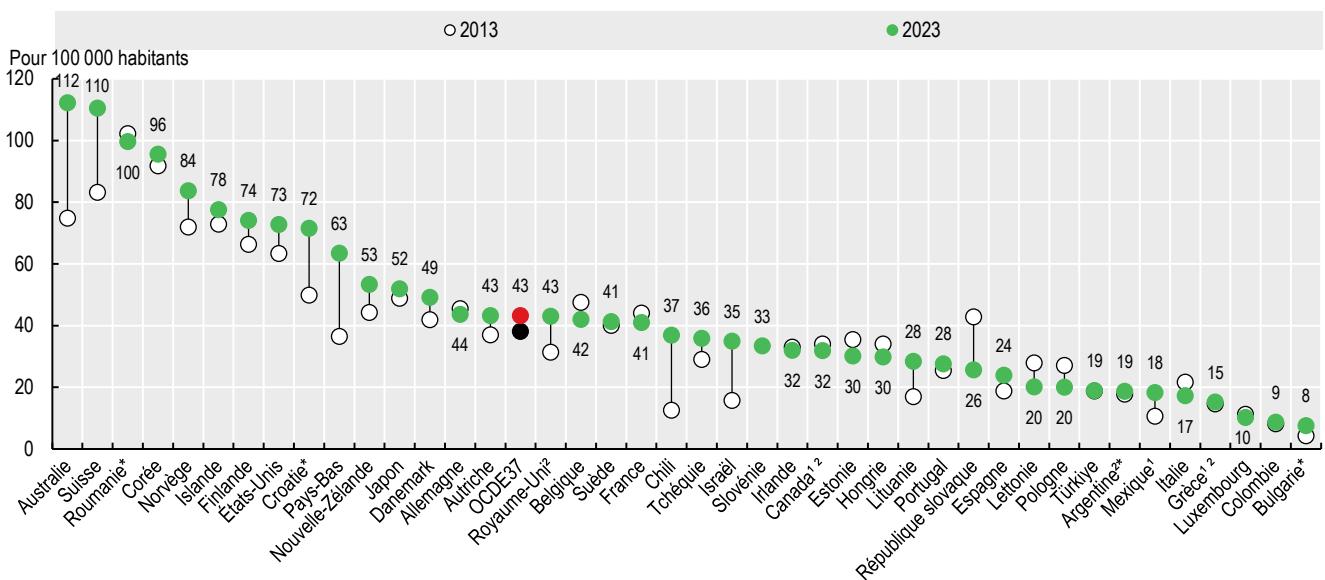
Les infirmiers nouvellement diplômés sont les étudiants qui ont obtenu un diplôme reconnu, nécessaire pour devenir infirmier certifié ou agréé. Cette catégorie comprend les diplômés issus de programmes de formation en soins infirmiers de niveau supérieur (universitaire en général) et en deçà (filières professionnelles souvent) dans les pays où ces deux types de programmes coexistent (sauf au Canada et en Grèce). Elle ne tient pas compte des étudiants titulaires de masters ou de doctorats, pour éviter de comptabiliser deux fois les personnes qui acquièrent des qualifications supplémentaires.

Les données relatives aux aspirations professionnelles des élèves de 15 ans dans l'enquête PISA de l'OCDE sont basées sur les réponses à la question suivante : « Quel type d'emploi souhaiteriez-vous exercer lorsque vous aurez environ 30 ans ? ». Les réponses à cette question ouverte sont ensuite codées sur la base de la Classification internationale type des professions (CITP-08).

Références

- OCDE (2025), *What Do We Know about Young People's Interest in Health Careers?*, Éditions OCDE, Paris, [2]
<https://doi.org/10.1787/002b3a39-en>.
- OCDE (2024), « Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries », Éditions OCDE, Paris, [1]
https://www.oecd.org/en/publications/fewer-young-people-want-to-become-nurses-in-half-of-oecd-countries_e6612040-en.html.

Graphique 8.21. Infirmiers nouvellement diplômés, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

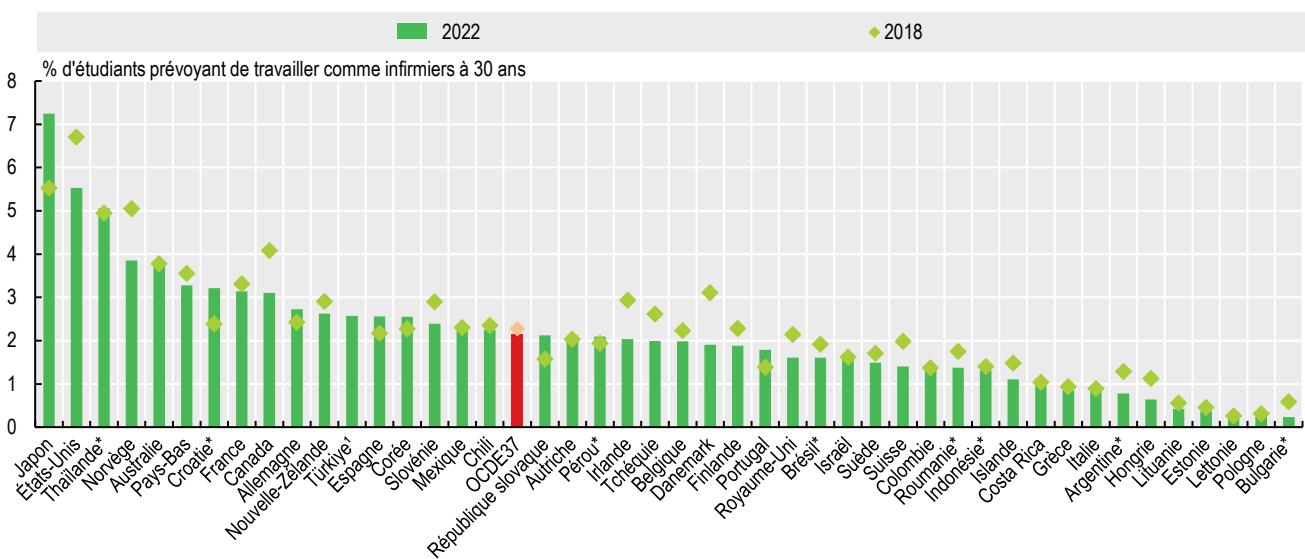


1. Les données portent uniquement sur le personnel infirmier issu d'une filière de niveau supérieur. 2. Les dernières données datent de 2022. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/y50xj3>

Graphique 8.22. Intérêt pour la profession d'infirmier parmi les élèves de 15 ans, 2022 et 2018



Note : Le Luxembourg n'a pas pris part à l'enquête PISA de 2022. 1. Les données du PISA 2018 pour la Turquie ne sont pas prises en compte en raison de leur fiabilité limitée. * Pays candidat à l'adhésion.

Source : OCDE, Base de données PISA 2018 et 2022.

StatLink <https://stat.link/wy261p>

Migrations internationales de médecins

De nombreux pays de l'OCDE se tournent vers des médecins formés à l'étranger pour étoffer leurs effectifs de médecins rapidement et pour un coût relativement faible. Si ces recrutements ont pour effet immédiat d'atténuer les tensions en termes de main-d'œuvre, ils introduisent une plus grande incertitude dans la planification des effectifs et peuvent aggraver les pénuries dans les pays d'origine. En 2023, les pays Membres de l'OCDE comptaient plus de 600 000 médecins formés à l'étranger, soit une hausse d'un peu plus de 50 % depuis 2010. Leur répartition est inégale : près de trois cinquièmes d'entre eux exercent dans trois pays uniquement, à savoir les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne.

Les médecins formés à l'étranger représentaient en moyenne 20 % du corps médical dans les pays de l'OCDE en 2023, contre 16 % en 2010 (Graphique 8.23). Leur nombre a augmenté plus rapidement que celui des médecins formés dans les pays dans presque tous les pays Membres. La proportion de médecins formés à l'étranger était très variable en 2023, de 1 % ou moins en Lituanie et en Italie à plus de 40 % en Suisse, en Nouvelle-Zélande, en Irlande et en Norvège, voire 59 % en Israël. La progression entre 2010 et 2023 a été particulièrement soutenue en Suisse, où les effectifs en valeur absolue de médecins formés à l'étranger ont doublé, et en Allemagne, où ils ont triplé.

Dans certains pays, bon nombre de ces médecins sont en fait des personnes qui ont obtenu leur premier diplôme de médecine à l'étranger avant de revenir dans leur pays d'origine pour y suivre leur formation de troisième cycle et y exercer. Ces personnes qui sont allées étudier à l'étranger représentent 80 % des médecins formés à l'étranger en Grèce, 57 % en Norvège, 55 % en Israël et 25 % en Suède. Cette tendance reflète davantage l'internationalisation des formations médicales et le développement d'un marché international des diplômes médicaux (OCDE, 2019^[1]) plutôt qu'une « fuite des cerveaux » à sens unique. L'Irlande se distingue par une situation paradoxale : bien qu'elle soit devenue un pôle de formation international, puisque près de la moitié de ses étudiants en médecine viennent désormais de l'étranger, elle recrute de plus en plus de médecins diplômés étrangers, car un grand nombre de médecins irlandais quittent le pays une fois diplômés (OCDE, 2025^[2]).

Le recours croissant à des médecins formés à l'étranger s'est accompagné d'une augmentation des capacités nationales de formation. Entre 2010 et 2023, les médecins formés dans les pays représentaient encore l'essentiel de la croissance des effectifs de médecins dans la plupart des pays Membres de l'OCDE (Graphique 8.24). Cependant, dans cinq pays, les médecins formés à l'étranger ont contribué à plus de la moitié de cette augmentation, notamment en Suisse (86 %), en Norvège (70 %) et en Irlande (57 %). Dans les pays de l'OCDE, les médecins formés à l'étranger ont contribué à hauteur d'environ un tiers à la croissance totale des effectifs de médecins.

Les entrées annuelles de médecins formés à l'étranger sont très volatiles, influencées par différents facteurs allant des tensions géopolitiques et des cycles économiques aux déplacements forcés, en passant par les voies d'immigration, les règles relatives à la reconnaissance des diplômes et les campagnes actives de recrutement. Les entrées de médecins formés à l'étranger dans les principaux pays de destination augmentent rapidement depuis la pandémie de COVID-19 (Graphique 8.25). En 2023, le Royaume-Uni a admis plus de 18 000 médecins formés à l'étranger, soit le plus haut niveau jamais enregistré et un chiffre multiplié par trois depuis 2010. L'Irlande et Israël ont enregistré des hausses comparables.

L'un des principaux obstacles à une intégration réussie des professionnels de santé formés à l'étranger, dont les médecins, sur le marché du travail du pays d'accueil tient à la reconnaissance des diplômes et aux procédures d'autorisation d'exercer. Ces procédures peuvent en effet contribuer à un « gaspillage des cerveaux », qui correspond à la situation où des travailleurs qualifiés ne sont pas en mesure d'exercer leur profession ou doivent occuper des fonctions pour lesquelles ils sont surdiplômés. Les données du recensement au Canada illustrent l'ampleur du problème : en 2021, 90 % des médecins nés et formés au Canada exerçaient la médecine, contre 36 % seulement des médecins nés et formés à l'étranger résidant dans le pays. L'écart est comparable, quoique plus limité, pour le personnel infirmier. Par conséquent, un vivier considérable de médecins et d'infirmiers qualifiés reste inexploité en dépit des pénuries de main-d'œuvre actuelles, principalement en raison de formations passerelles longues et de procédures d'autorisation complexes qui retardent ou empêchent l'exercice de ces professions (OCDE, 2025^[2]).

Dans les pays de l'OCDE, les politiques migratoires relatives aux professionnels de santé reposent depuis longtemps sur des listes de métiers en tension et des accords bilatéraux de formation ou de développement des compétences. Des voies d'accès spécialement conçues pour les professionnels de santé commencent à apparaître, et les mesures temporaires adoptées lors des crises récentes – en particulier celle du COVID-19 et liées aux déplacements provoqués par l'invasion de l'Ukraine – ont incité les responsables publics à concevoir de nouvelles stratégies pour attirer des professionnels de santé. Même si elles étaient conçues comme des solutions temporaires, ces mesures ont suscité un intérêt plus large pour des réformes durables, en particulier l'introduction d'autorisations temporaires et conditionnelles qui facilitent l'entrée sur le marché du travail des médecins formés à l'étranger (OCDE, 2025^[2]).

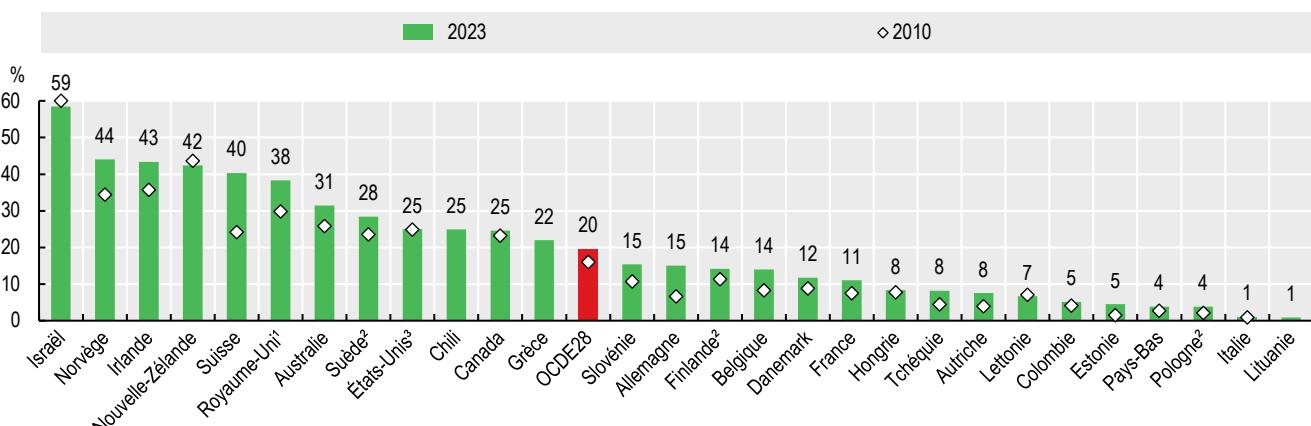
Définition et comparabilité

Les médecins formés à l'étranger sont ceux qui ont obtenu leur premier diplôme de médecine à l'étranger. Ils correspondent aux effectifs totaux de médecins exerçant dans les pays de l'OCDE, ainsi qu'aux entrées annuelles de ces professionnels. La Base de données de l'OCDE sur la santé contient aussi des données par pays d'origine. Dans la plupart des pays, les sources des données sont les registres professionnels ou d'autres sources administratives. La comparabilité est principalement limitée par les différences concernant l'activité des médecins. Certains registres sont mis à jour régulièrement, ce qui permet de distinguer les médecins qui sont en activité, alors que d'autres couvrent tous les médecins autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité. Les données pour l'Allemagne sont basées sur la nationalité, et non sur le lieu de formation.

Références

- OCDE (2025), *Perspectives des migrations internationales 2025*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/695789d1-fr>. [2]
- OCDE (2019), *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>. [1]

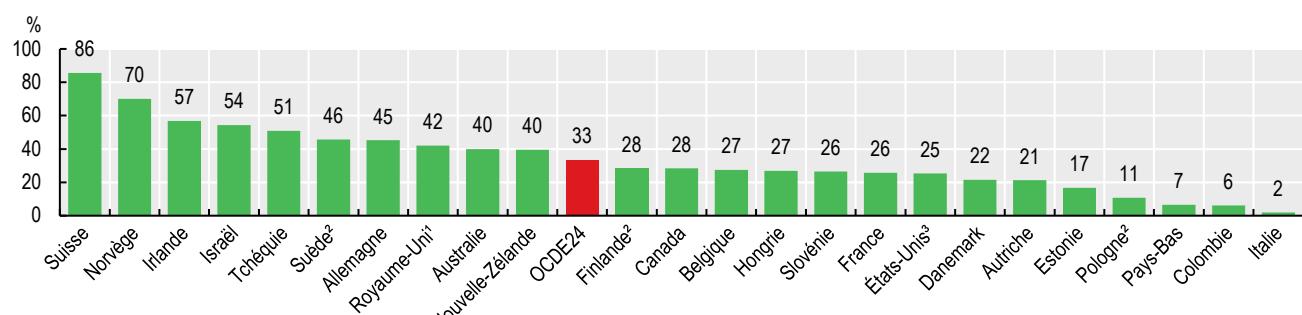
Graphique 8.23. Pourcentage de médecins formés à l'étranger, 2023 et 2010 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données concernent uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles. 2. Les dernières données datent de 2022. 3. Les dernières données datent de 2024.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/gnfbmx>

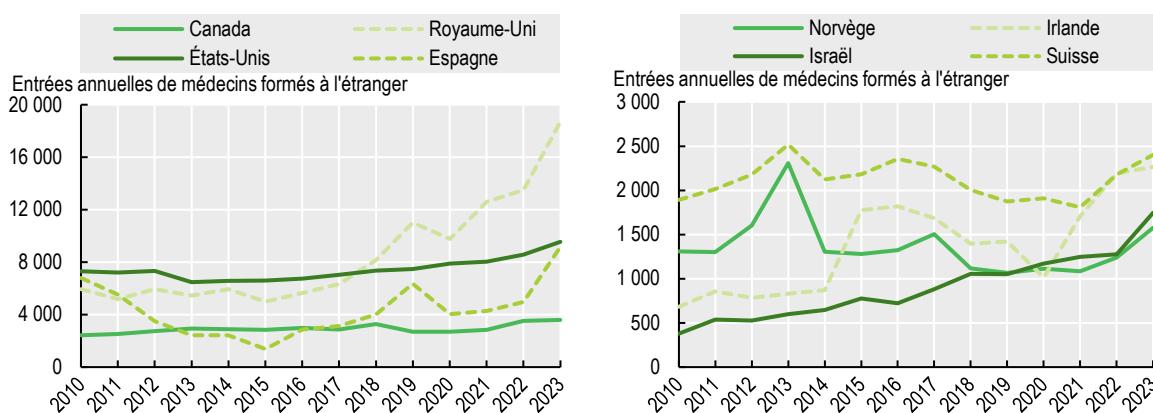
Graphique 8.24. Contribution des médecins formés à l'étranger à la croissance des effectifs de médecins, 2010-2023 (ou années les plus proches)



1. Les dernières données concernent uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles. 2. Les dernières données datent de 2022. 3. Les dernières données datent de 2024.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/qdnug8g>

Graphique 8.25. Évolution des entrées annuelles de médecins formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2010-2023



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/0jq5ob>

Migrations internationales de personnel infirmier

Les pays de l'OCDE ont généralement moins recours au personnel infirmier formé à l'étranger qu'aux médecins formés à l'étranger. En 2023, 8.8 % des infirmiers étaient formés à l'étranger (Graphique 8.26), ce qui est bien en-deçà de la moyenne de 19.6 % constatée pour les médecins. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cet écart : les études d'infirmier sont moins chères et plus courtes, la reconnaissance des diplômes étrangers peut être plus difficile, et les immigrés sont plus nombreux à occuper des postes pour lesquels ils sont surdiplômés ou à quitter purement et simplement la profession.

Malgré tout, les effectifs d'infirmiers formés à l'étranger ont fortement augmenté dans les pays de l'OCDE, pour s'établir à plus de 800 000 en 2023, soit une hausse de près de 69 % depuis 2010. Cette tendance se vérifie dans la plupart des pays de l'OCDE. Si les séries chronologiques disponibles pour l'Irlande sont plus limitées, la proportion d'infirmiers formés à l'étranger a augmenté pour passer de 47 % en 2021 à 52 % en 2023 (et à 54 % en 2024). La Nouvelle-Zélande, la Suisse et le Royaume-Uni comptent également une part importante et croissante d'infirmiers formés à l'étranger. Comme pour les médecins, les infirmiers formés à l'étranger se concentrent dans quelques grands pays de destination : les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne concentrent plus de 60 % du total des effectifs d'infirmiers formés à l'étranger, et les dix principaux pays de destination représentent 92 % du total.

Si le recours aux infirmiers formés à l'étranger est moindre que pour les médecins, ils représentaient tout de même en moyenne un infirmier supplémentaire sur cinq (21 %) dans les pays de l'OCDE entre 2010 et 2023 (Graphique 8.27). Leur contribution a été particulièrement marquée au Royaume-Uni, puisque les infirmiers formés à l'étranger ont contribué à hauteur de 83 % à l'augmentation des effectifs totaux d'infirmiers (passant de 70 000 à 170 000 en valeur absolue). Ils ont aussi joué un rôle important dans la hausse des effectifs d'infirmiers en Suisse (58 %), en Nouvelle-Zélande (55 %), en Australie (33 %), en Allemagne (26 %) et aux Pays-Bas (26 %). En Irlande, où les séries chronologiques sont plus limitées, les infirmiers formés à l'étranger ont contribué à hauteur de 92 % à l'augmentation des effectifs totaux entre 2021 et 2024.

Si l'on se concentre sur le lieu de naissance plutôt que sur le lieu de formation, le nombre d'infirmiers nés à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE a plus que doublé depuis 20 ans. Les principaux pays d'origine des infirmiers travaillant dans les pays de l'OCDE en 2020-2021 étaient les suivants : Philippines (270 000 infirmiers environ exerçant dans les pays de l'OCDE), Inde (120 000), Pologne (64 000) et Nigéria (54 000). Le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS a été adopté en 2010 pour atténuer l'éventuelle « fuite des cerveaux » des pays d'origine, en encourageant un recrutement éthique et en conciliant les intérêts des pays d'origine et d'accueil tout en protégeant les droits des professionnels de santé immigrés. Depuis sa révision de 2023, le code contient une Liste d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé qui couvre 55 pays exposés aux plus graves tensions en matière de personnels de santé et il précise que le recrutement actif dans ces pays doit être évité à moins d'être accompagné de mesures compensatoires. En 2020-2021, environ 257 000 infirmiers exerçant dans les pays de l'OCDE étaient originaires d'un pays confronté à de graves tensions en matière de personnels de santé, dont un grand nombre en provenance du Nigéria (54 000), de Haïti (35 800) et du Ghana (21 400) (OCDE, 2025^[1]).

Les entrées annuelles d'infirmiers formés à l'étranger sont en hausse dans presque tous les grands pays de destination depuis 2010 (Graphique 8.28). Si la plupart de ces pays ont enregistré un recul des entrées en 2020-2021 lors de la pandémie de COVID-19, cette contraction a été suivie par de nets rebonds marqués par des entrées annuelles supérieures à celles enregistrées avant la crise. Le Royaume-Uni illustre les efforts intensifs de recrutement à l'international et incarne un nouveau profil, celui de « tremplin » vers d'autres destinations. Les entrées d'infirmiers formés à l'étranger ont été multipliées par sept, passant de 3 000 à plus de 21 000 entre 2010 et 2023, mais certains d'entre eux peuvent partir dans d'autres pays par la suite. Les demandes de Certificate of Current Professional Status, attestation obligatoire pour pouvoir travailler à l'étranger, ont nettement augmenté ces dernières années au Royaume-Uni, plus de quatre cinquièmes d'entre elles concernant les États-Unis, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande (The Health Foundation, 2024^[2]). Cette situation souligne les risques d'une forte dépendance à l'égard des personnels infirmiers étrangers. L'émigration secondaire est un phénomène qui n'est ni nouveau ni propre au Royaume-Uni. La Nouvelle-Zélande par exemple enregistre depuis longtemps des déplacements de personnel infirmier étranger vers l'Australie dans le cadre de l'Accord de reconnaissance mutuelle Trans-Tasman.

Définition et comparabilité

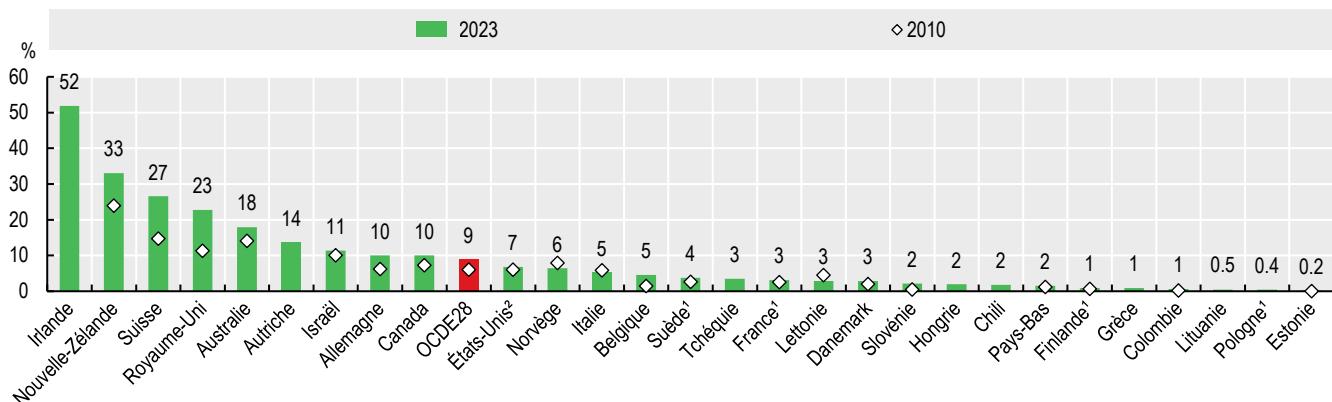
Les infirmiers formés à l'étranger sont ceux qui ont obtenu leur premier diplôme en soins infirmiers à l'étranger. Ils correspondent aux effectifs totaux d'infirmiers exerçant dans les pays de l'OCDE, ainsi qu'aux entrées annuelles. Dans la plupart des pays, les sources des données sont les registres professionnels ou d'autres sources administratives. La comparabilité est principalement limitée par les différences concernant l'activité des infirmiers. Certains registres sont mis à jour régulièrement, ce qui permet de distinguer les infirmiers qui sont en activité dans les systèmes de santé, alors que d'autres couvrent tous les infirmiers autorisés à exercer, qu'ils soient ou non en activité. Les données pour l'Allemagne sont basées sur la nationalité, et non sur le lieu de formation. Les données relatives aux personnels infirmiers nés à l'étranger sont issues de la Base de données sur les immigrés dans les pays de l'OCDE, qui s'appuie sur les recensements nationaux de la population et les enquêtes sur la population active, et propose une ventilation par pays d'origine.

Références

OCDE (2025), *Perspectives des migrations internationales 2025*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/695789d1-fr>. [1]

The Health Foundation (2024), *Nursing locally, thinking globally: UK-registered nurses and their intentions to leave*, <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/nursing-locally-thinking-globally-uk-registered-nurses-and-their>. [2]

Graphique 8.26. Pourcentage d'infirmiers formés à l'étranger, 2023 et 2010 (ou années les plus proches)

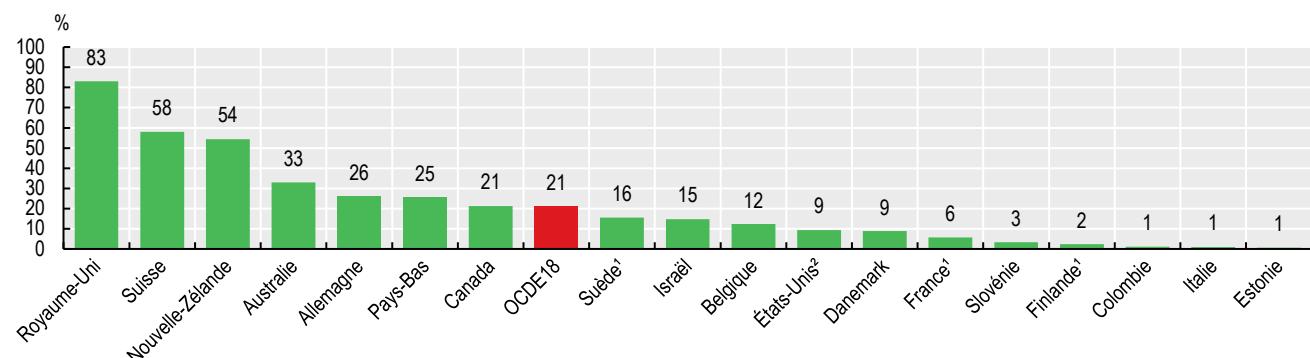


1. Les dernières données datent de 2021 ou 2022. 2. Les dernières données datent de 2024.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/32oxln>

Graphique 8.27. Contribution des infirmiers formés à l'étranger à la croissance du personnel infirmier, 2010-2023 (ou années les plus proches)

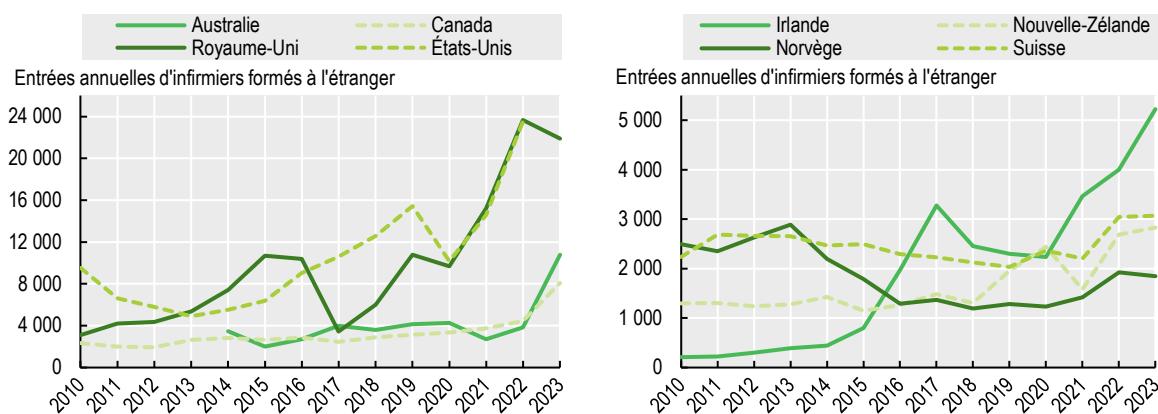


1. Les dernières données datent de 2021 ou 2022. 2. Les dernières données datent de 2024.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/r1109d>

Graphique 8.28. Évolution des entrées annuelles d'infirmiers formés à l'étranger, divers pays de l'OCDE, 2010-2023



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/dok5jb>



9

Produits pharmaceutiques, technologies et santé numérique

Dépenses pharmaceutiques

Pharmaciens et pharmacies

Consommation de produits pharmaceutiques

Génériques et biosimilaires

Technologies de diagnostic

Données et numérique

Connaissance et innovation dans le secteur pharmaceutique

Dépenses pharmaceutiques

En 2023, les produits pharmaceutiques au détail – définis comme ceux utilisés en dehors de l'hôpital ou autres structures de soin – représentaient environ un sixième des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, autrement dit le troisième poste des dépenses de santé après les soins hospitaliers et ambulatoires. Toutefois, la croissance des dépenses en produits pharmaceutiques au détail au cours des dix dernières années est généralement restée inférieure à celle des dépenses consacrées aux autres services de santé, grâce aux efforts continus déployés pour gérer les coûts, en particulier au moyen de politiques de tarification et de l'utilisation accrue des génériques (voir « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7).

En 2023, les dépenses par habitant consacrées aux produits pharmaceutiques au détail s'élevaient en moyenne à 766 USD (à PPA) dans les pays de l'OCDE (Graphique 9.1). Ce sont aux États-Unis que les dépenses par habitant sont les plus élevées, 1 713 USD, soit plus du double de la moyenne, suivis de l'Allemagne (1 158 USD) et de la Suisse (1 061 USD). À l'autre extrémité, les dépenses du Danemark (404 USD), du Chili (455 USD) et de l'Estonie (458 USD) représentent moins de 60 % de la moyenne de l'OCDE. Ces écarts peuvent être dus à des différences dans les habitudes de prescription, la consommation de génériques et les cadres réglementaires en place. Le niveau relativement faible des dépenses au Danemark s'explique par le fait que les médicaments sont généralement dispensés dans le cadre des structures hospitalières ou ambulatoires plutôt que dans les points de vente au détail. Les médicaments délivrés sur ordonnance représentent plus de 75 % du total des dépenses dans la plupart des pays, le reste correspondant aux produits en vente libre. La Pologne est le seul pays de l'OCDE où les dépenses en vente libre dépassent celles consacrées aux médicaments délivrés sur ordonnance.

En termes de financement, les pouvoirs publics et les régimes d'assurance obligatoires sont la principale source de financement des produits pharmaceutiques au détail, puisqu'ils représentent près de 60 % des dépenses en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2023 (Graphique 9.2). Ce pourcentage dépasse 80 % en France et en Allemagne, où les régimes publics ou légaux assurent une large couverture des médicaments destinés aux traitements en ambulatoire. Les dépenses restant à la charge des ménages, y compris les paiements et achats directs, représentent une large part du coût restant, environ 38 %, mais elles financent environ deux tiers des dépenses au Chili et en Pologne. Les régimes d'assurance-maladie facultative ne jouent un rôle dans les dépenses pharmaceutiques que dans un petit nombre de pays. Le Canada fait figure d'exception, avec un tiers des dépenses couvertes par l'assurance privée. L'assurance-maladie complémentaire représente également près d'un quart des dépenses en produits pharmaceutiques au détail en Slovénie, même si depuis 2024, ce n'est plus une option facultative pour les produits pharmaceutiques ou la couverture médicale de base.

Les dépenses en produits pharmaceutiques au détail ne donnent qu'une vision partielle des dépenses pharmaceutiques totales. Les médicaments dispensés en milieu hospitalier et dans d'autres établissements hors vente au détail représentent une part croissante des coûts pharmaceutiques globaux, en partie en raison de l'apparition de thérapies onéreuses dans des domaines tels que l'oncologie, l'immunologie et les maladies rares. Dans 15 pays de l'OCDE, les produits pharmaceutiques hors vente au détail représentaient 25 % des dépenses pharmaceutiques totales en 2023, contre 21 % en 2013 (Graphique 9.3). Les plus fortes hausses sont enregistrées au Portugal, en Espagne et en Tchéquie, où l'utilisation de produits pharmaceutiques en milieu hospitalier a fortement augmenté. Le Danemark continue d'afficher la part la plus élevée (49 %) des dépenses hors vente au détail, car les médicaments y sont généralement délivrés en milieu hospitalier. En revanche, la Suisse et la Lituanie enregistrent les pourcentages les plus faibles, à seulement 6 % environ des dépenses pharmaceutiques totales en 2023. Des données probantes de plus en plus nombreuses, y compris des analyses récentes de l'OCDE (Morgan et Xiang, 2022^[1]), soulignent la nécessité de prendre en compte les dépenses pharmaceutiques au détail et hospitalières lors de la planification des budgets et de l'évaluation de la viabilité financière à long terme.

Définition et comparabilité

Les dépenses pharmaceutiques sont celles qui sont consacrées aux médicaments sur ordonnance et à l'automédication (cette dernière concerne les produits en vente libre). Certains pays sont dans l'incapacité de présenter une ventilation précise, et leurs données peuvent inclure les biens médicaux non durables (comme les kits de premiers secours, les seringues hypodermiques et les masques chirurgicaux). Il s'ensuit une surestimation des dépenses, de l'ordre de 5 à 10 %, même si elle était plus importante durant la pandémie de COVID-19. Les produits pharmaceutiques au détail sont ceux fournis en dehors des soins hospitaliers, comme ceux délivrés dans les pharmacies ou achetés au supermarché, et les prix doivent inclure les marges des grossistes et des détaillants, ainsi que la taxe sur la valeur ajoutée. On observe des problèmes de comparabilité concernant l'administration et la délivrance de produits pharmaceutiques aux patients ambulatoires dans les hôpitaux. Certains pays comptabilisent en effet les coûts dans la catégorie des soins curatifs, d'autres dans celle des produits pharmaceutiques.

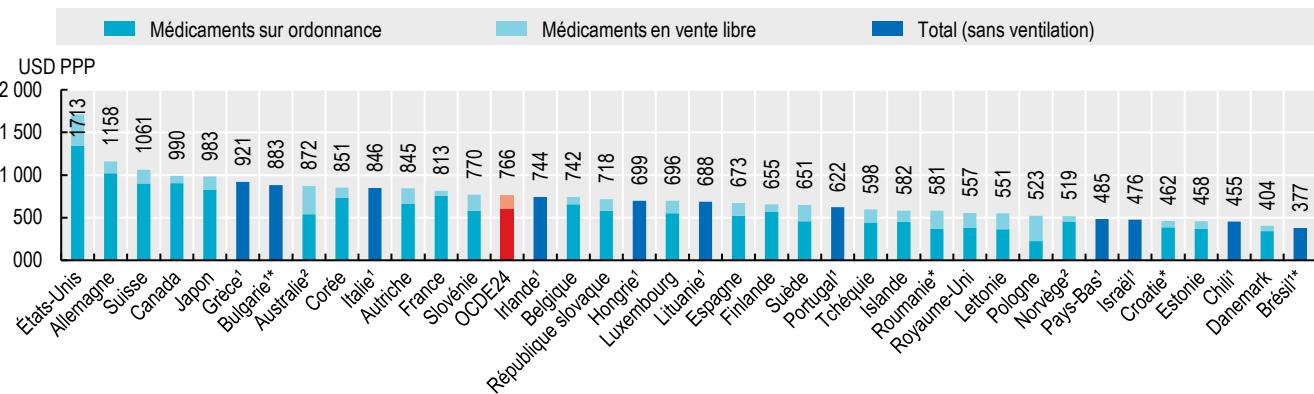
Les produits pharmaceutiques délivrés en hôpital ou hors vente au détail s'entendent des médicaments administrés ou délivrés au cours d'une hospitalisation ou dans une autre structure de soins. Les coûts des produits pharmaceutiques consommés dans les hôpitaux et d'autres structures de soins sont comptabilisés dans les coûts des traitements avec hospitalisation ou en ambulatoire. Les produits pharmaceutiques hors vente au détail comprennent aussi le coût des vaccins utilisés dans le cadre de campagnes de vaccination et qui ne sont pas achetés auprès de détaillants.

Les dépenses pharmaceutiques totales sont « nettes » : elles prennent en compte les éventuelles ristournes consenties par les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes ou les pharmacies.

Références

- Morgan, D. et F. Xiang (2022), *Improving data on pharmaceutical expenditure in hospitals and other health care settings*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6c0d64a2-en>. [1]

Graphique 9.1. Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par habitant, 2023 (ou année la plus proche)

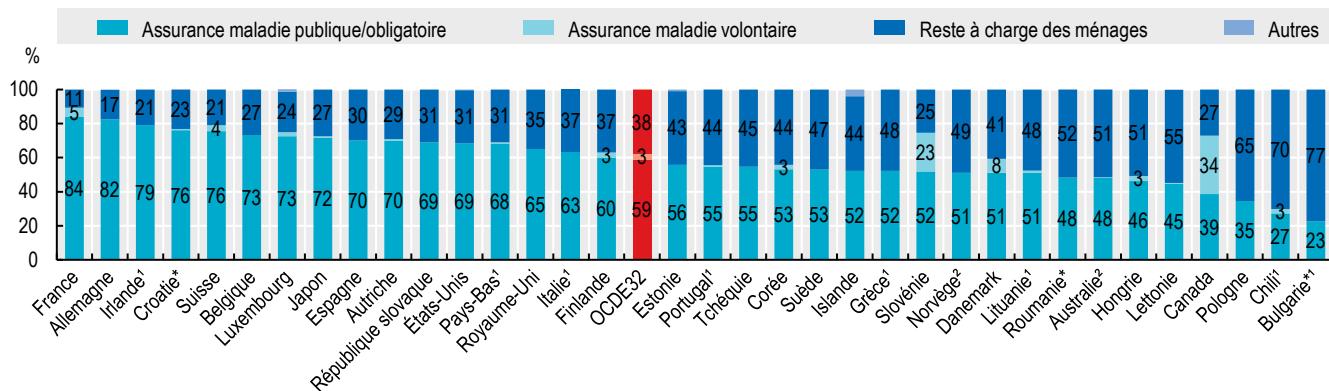


1. Produits médicaux non durables inclus. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/rm7agc>

Graphique 9.2. Dépenses en produits pharmaceutiques au détail par type de financement, 2023 (ou année la plus proche)

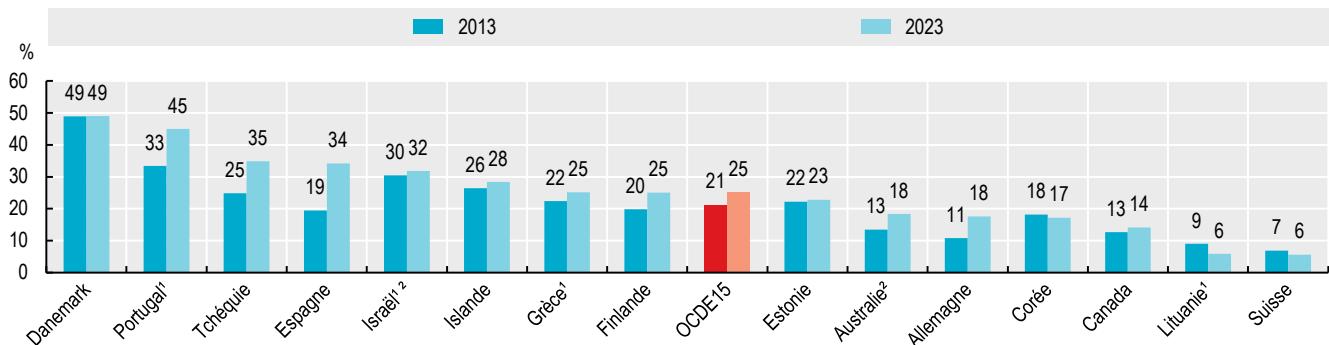


1. Produits médicaux non durables inclus. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/a3yrd9>

Graphique 9.3. Dépenses en produits pharmaceutiques hors détail en proportion du total des dépenses publiques, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Produits médicaux non durables inclus. 2. Données de 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/i5trwa>

Pharmaciens et pharmacies

Les pharmaciens sont des professionnels de santé hautement qualifiés dont le rôle principal est de gérer la distribution des médicaments aux consommateurs/patients et de veiller à leur utilisation sûre et efficace. Entre 2013 et 2023, le nombre moyen de pharmaciens en exercice par habitant a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, de près de 10 % en moyenne, pour atteindre 86 pharmaciens pour 100 000 habitants (Graphique 9.4). Toutefois, la densité varie fortement d'un pays à l'autre, allant de 18 pour 100 000 habitants en Colombie à 203 au Japon. Parmi les pays de l'OCDE, c'est au Chili que la densité de pharmaciens a le plus augmenté entre 2013 et 2023, leur nombre ayant plus que doublé.

La plupart des pharmaciens travaillent dans des pharmacies de ville, mais ils sont également nombreux à être employés dans les hôpitaux, l'industrie, la recherche et la sphère universitaire. Au Canada, par exemple, en 2023, plus de 77 % des pharmaciens en exercice travaillaient dans une pharmacie de ville, tandis que près de 23 % étaient employés dans des hôpitaux ou d'autres établissements médicaux. Au Japon, environ 59 % des pharmaciens travaillaient dans des pharmacies de ville en 2022, environ 19 % étaient employés dans des hôpitaux ou des cliniques, et les 22 % restants dans d'autres structures.

Ces dernières années, le rôle des pharmaciens de ville s'est amplifié. En plus de délivrer des médicaments, ils fournissent de plus en plus d'autres services de santé (comme les vaccinations, l'aide à l'observance des traitements médicamenteux et à la gestion des maladies chroniques, et la vérification des traitements pris à domicile), aussi bien en officine que dans le cadre d'équipes intégrées de prestataires de soins. Par exemple, dans plusieurs provinces canadiennes, au Royaume-Uni, dans de nombreuses régions des États-Unis et en Australie, les pharmaciens de ville (possédant les qualifications requises) sont autorisés à examiner les patients présentant certaines affections mineures et à leur prescrire des médicaments en toute autonomie. Dans de nombreux pays, le champ d'activité autorisé des pharmaciens de ville s'est étoffé en réponse à la pandémie de COVID-19 (OCDE, 2021^[1]), et dans certains cas, il a été maintenu. En France, par exemple, certaines des autorisations exceptionnelles accordées aux pharmaciens pendant la pandémie ont depuis été rendues permanentes, ce qui confère aux pharmaciens un rôle élargi dans le renouvellement des ordonnances, la prescription de médicaments pour des affections mineures et l'administration de vaccins. En Écosse (Royaume-Uni), le programme Pharmacy First permet aux pharmaciens de traiter les affections mineures courantes (WPC, 2023^[2]).

En 2023, le nombre de pharmacies de ville pour 100 000 habitants allait de 9 au Danemark à 102 en Grèce, avec une moyenne de 29 dans les pays de l'OCDE disposant de données comparables (Graphique 9.5). La situation n'a guère varié au fil du temps dans la plupart des pays à l'exception cependant du Danemark, où la densité des officines a augmenté de 60 % entre 2013 et 2023. Les écarts de densité entre pays tiennent en partie aux différences dans les canaux de distribution habituels. Dans certains pays par exemple, ce sont davantage les pharmacies des hôpitaux qui délivrent les médicaments aux patients ambulatoires. Au Danemark, les pharmacies de ville sont moins nombreuses, mais elles sont souvent de grande taille, avec des succursales et des filiales rattachées à une officine principale. Le Danemark tout comme plusieurs pays européens (Autriche, Belgique, Espagne, Italie et Portugal) réglementent la création de nouvelles pharmacies en fonction de critères démographiques ou de distance. En Australie, où l'on dénombre en moyenne environ 23 pharmacies de ville pour 100 000 habitants, la distance minimale entre les officines est réglementée. La gamme des produits et services fournis varie également d'un pays à un autre. Dans la plupart des pays d'Europe, par exemple, les pharmacies vendent aussi des cosmétiques, des compléments alimentaires, des appareils médicaux et des produits homéopathiques.

Définition et comparabilité

Les pharmaciens en exercice sont ceux qui sont autorisés à exercer et qui fournissent des services directs aux clients ou patients. Ils peuvent être salariés ou libéraux, et travailler dans des pharmacies de ville, des hôpitaux ou d'autres structures. Les aides-pharmacien et autres employés de pharmacie sont normalement exclus de cette catégorie.

En Irlande, les chiffres à partir de 2023 sont tirés d'autodéclarations faites à la Pharmaceutical Society of Ireland et concernent toutes les personnes du secteur pharmaceutique (c'est-à-dire travaillant dans une pharmacie de ville ou d'hôpital) inscrites dans leur registre qui ont indiqué être en contact direct avec des patients.

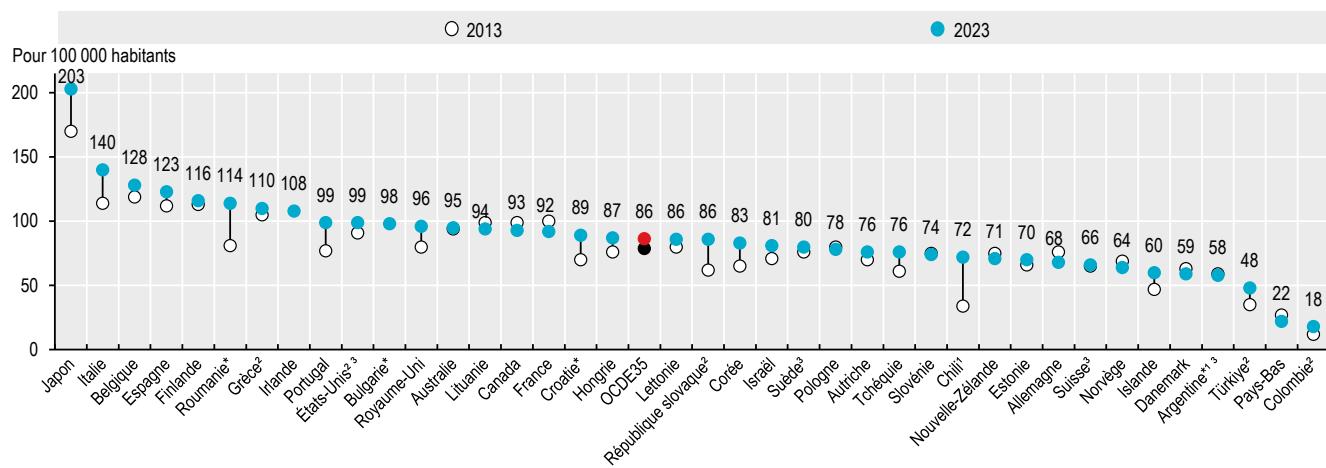
Les pharmacies de ville sont les établissements qui, conformément aux dispositions et définitions légales du pays, sont autorisés à fournir des services de pharmacie à l'échelon local. Le nombre de pharmacies de ville indiqué correspond aux officines où des médicaments sont délivrés sous la supervision d'un pharmacien.

Références

OCDE (2021), « Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19 », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae139cf5-fr>. [1]

WPC (2023), *Sector Analysis Report 2023*, World Pharmacy Council, <https://d2s3n99uw51hng.cloudfront.net/static/2023%20WPC%20Sector%20Analysis%20Report%20-%20Public%20Version.pdf> (consulté le 9 juillet 2025). [2]

Graphique 9.4. Pharmaciens en exercice, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

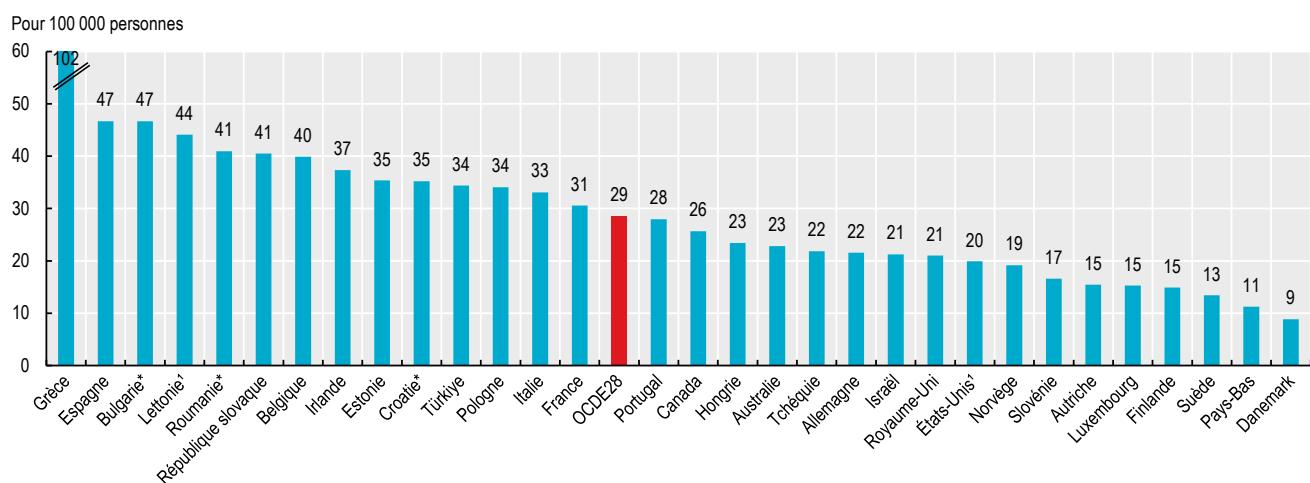


1. Comprend tous les pharmaciens habilités à exercer. 2. Les données concernent également les pharmaciens qui travaillent dans le secteur de la santé en tant que chercheurs, pour des entreprises pharmaceutiques, etc. 3. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/bfm7vc>

Graphique 9.5. Pharmacies de ville, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2020-2021. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Base de données du Groupement pharmaceutique de l'Union européenne, IQVIA ou sources nationales pour les pays non européens.

StatLink <https://stat.link/0wzus4>

Consommation de produits pharmaceutiques

La consommation de produits pharmaceutiques augmente depuis plusieurs décennies, à la fois sous l'effet de la demande croissante de médicaments destinés à traiter les maladies liées à l'âge et les affections chroniques, et sous celui de l'évolution de la pratique clinique. La présente section examine la consommation de quatre catégories de produits pharmaceutiques utilisés pour certaines affections chroniques : les antihypertenseurs, les agents modifiant les lipides, les antidiabétiques et les antidépresseurs (Graphique 9.6). Ces médicaments soignent des pathologies dont la prévalence a sensiblement augmenté dans les pays de l'OCDE.

La consommation d'antihypertenseurs dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne de 6 % entre 2013 et 2023, mais elle a progressé de près de 50 % au Chili. Les niveaux de consommation restent très variables entre les pays de l'OCDE, ce qui témoigne des différences en matière de prévalence de l'hypertension et de pratiques cliniques.

Bien plus importante a été la croissance de la consommation d'agents réduisant les lipides sériques, qui a progressé de près de 65 %, en moyenne, dans les pays de l'OCDE, entre 2013 et 2023. C'est au Danemark et en Finlande que la consommation par habitant a été la plus élevée en 2023, et en Turquie qu'elle a été la plus faible, consommation qui varie du simple à plus du quintuple à travers la zone OCDE.

L'utilisation de médicaments antidiabétiques elle aussi a considérablement augmenté, de 50 %, sur la même période et a même plus que triplé au Canada et en République slovaque. Cette progression peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, elle-même largement liée à celle de l'obésité, et par l'utilisation croissante de certains médicaments A10 pour d'autres indications telles que l'obésité, l'insuffisance cardiaque ou les maladies rénales. Au Canada, les données du Système d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits de certaines provinces, qui rend compte de toutes les ordonnances délivrées, montre une réelle envolée de la consommation, imputable en partie à la prescription accrue du sémaglutide après son autorisation de mise sur le marché en 2021 pour lutter contre l'obésité, même s'il n'est pas remboursé par le régime public pour cette indication. En République slovaque, cette hausse est due aux médecins ayant suivi des études cliniques prônant l'usage du médicament A10 pour des affections cardiaques et rénales. En 2023, la consommation de médicaments antidiabétiques allait du simple au quadruple entre la Lettonie, la Nouvelle-Zélande et l'Autriche, où elle était la plus basse, et la République slovaque et le Canada, où elle était la plus élevée.

La consommation d'antidépresseurs a augmenté de plus de 40 % dans les pays de l'OCDE entre 2013 et 2023 ; elle a fait plus que doubler au Chili, en Corée, en Estonie et en Lettonie. Si elle peut dénoter une progression des troubles de santé mentale, elle peut aussi témoigner d'une meilleure prise en considération de ces troubles, d'une évolution des directives cliniques et d'une meilleure disponibilité des traitements, ainsi que d'une prise en charge sur la durée (Bogowicz et al., 2021^[1] ; Madeira, Queiroz et Henriques, 2023^[2]). C'est en Islande et au Portugal que la consommation a été la plus élevée en 2023, à un niveau environ six fois supérieur à celui de la Lettonie.

Plus récemment, la consommation de produits pharmaceutiques dans chacune de ces quatre catégories a augmenté d'environ 20 à 30 % en moyenne dans la zone OCDE entre 2019 et 2023, exception faite de celle des médicaments antihypertenseurs, qui est restée relativement stable. L'évolution des habitudes de consommation peut refléter en partie celle de la charge de morbidité depuis la pandémie de COVID-19, avec par exemple une prévalence plus importante de l'anxiété et de la dépression (voir la section « Santé mentale » au chapitre 3).

Définition et comparabilité

La dose quotidienne définie (DQD) correspond à la dose moyenne d'entretien supposée, par jour, pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. Les DQD sont attribuées par un consensus d'experts internationaux à chaque principe actif dans une catégorie thérapeutique donnée. Les DQD ne reflètent pas nécessairement la dose quotidienne moyenne effectivement utilisée dans un pays donné. Elles peuvent être cumulées au sein des catégories thérapeutiques de la classification anatomique, thérapeutique, chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé, et entre celles-ci.

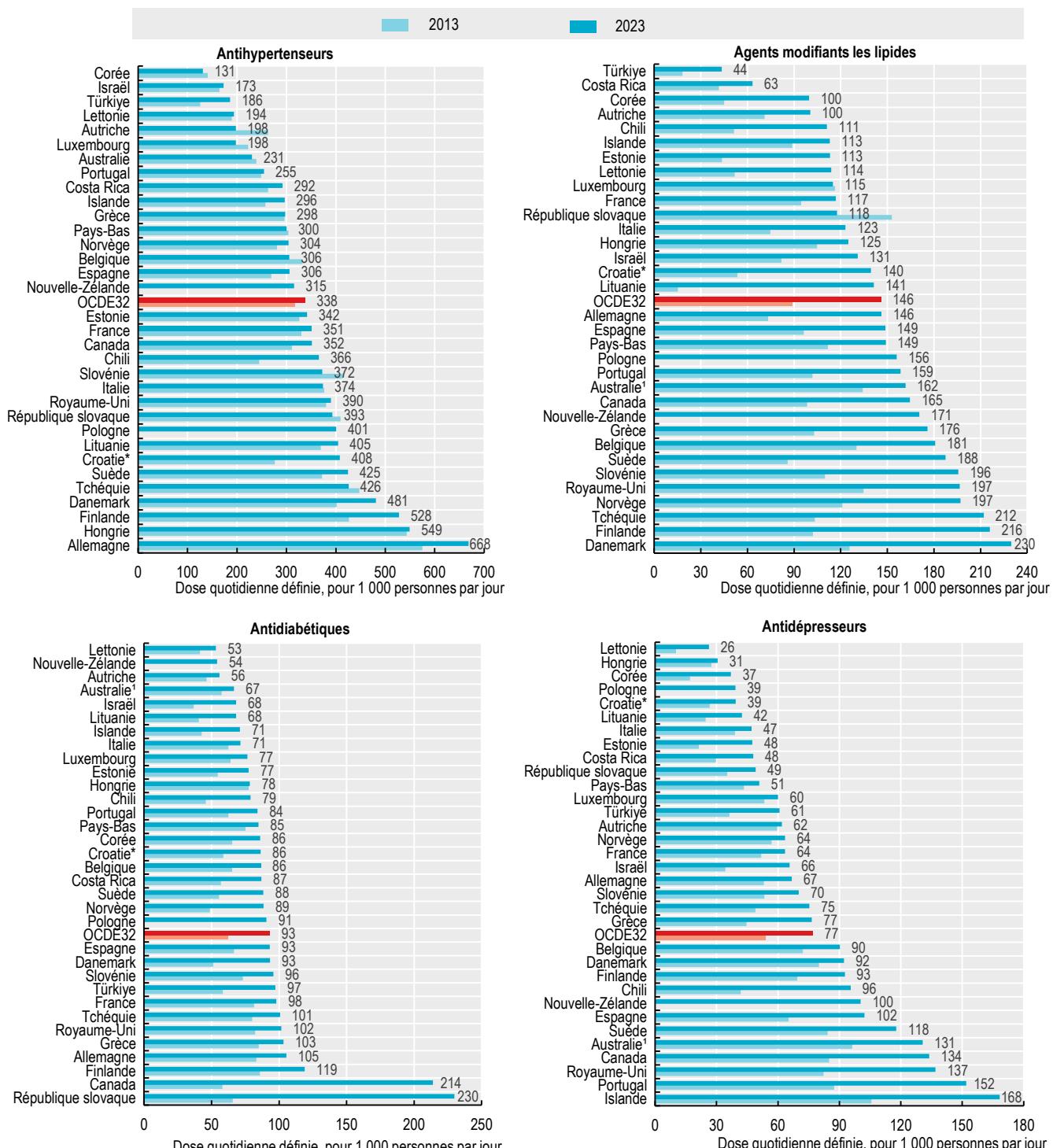
La consommation de médicaments contre l'hypertension correspond à la somme de cinq catégories de deuxième niveau de l'ATC, qui peuvent toutes être prescrites à cet effet (C02 – antihypertenseurs, C03 – diurétiques, C07 – bêtabloquants, C08 – inhibiteurs des canaux calciques et C09 – agents agissant sur le système rénine-angiotensine). Les codes de l'ATC pour les autres classes des médicaments sont : C10 – agents réduisant les lipides sériques, A10 – médicaments utilisés en cas de diabète et N06A – antidépresseurs. Les comparaisons au regard de la consommation de médicaments doivent néanmoins être interprétées avec prudence dans la mesure où les écarts de consommation peuvent être le reflet de disparités dans la charge de morbidité et la pratique clinique. Qui plus est, un même médicament pouvant servir à traiter de multiples maladies, on ne peut donc exclure un sursignalage de sa consommation.

Les données concernent uniquement la consommation ambulatoire, à l'exception du Chili, de la Corée, du Costa Rica, de la Croatie, du Danemark, de l'Espagne (depuis 2018), de l'Estonie, de la Finlande, de la France, de l'Italie, de la Lituanie, du Luxembourg (depuis 2021), de la Norvège, de la République slovaque, de la Suède et de la Tchéquie, où les chiffres couvrent aussi la consommation hospitalière. Pour le Canada, seules les provinces disposant de données pour l'ensemble de la population ont été incluses (Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan). Les données pour l'Espagne concernent la consommation ambulatoire et hospitalière de médicaments sur ordonnance pris en charge par le système national de santé (assurance publique), tandis que celles pour le Luxembourg couvrent la consommation ambulatoire et, depuis 2021, couvre aussi les médicaments délivrés uniquement à l'hôpital. Les données du Luxembourg sont sous-estimées en raison de la prise en compte incomplète des produits contenant plusieurs principes actifs. Certains pays indiquent que leurs déclarations actuelles ne tiennent pas compte de la consommation de combinaisons de produits (par exemple, la Nouvelle-Zélande pour les antidiabétiques). La consommation réelle risque donc d'être sous-estimée.

Références

- Bogowicz, P. et al. (2021), « Trends and variation in antidepressant prescribing in English primary care: a retrospective longitudinal study », *BJGP Open*, vol. 5/4, p. BJGPO.2021.0020, <https://doi.org/10.3399/bjgpo.2021.0020>. [1]
- Madeira, L., G. Queiroz et R. Henriques (2023), « Pre-pandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile », *Scientific Reports*, vol. 13/1, <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>. [2]

Graphique 9.6. Consommation de médicaments pour certaines affections chroniques, 2023, et 2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2022. 2. Voir l'encadré « Définition et comparabilité » pour une répartition des médicaments par code ATC. 3. Les étiquettes de données correspondent aux données de 2023. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/2hmckd>

Génériques et biosimilaires

Tous les pays de l'OCDE voient dans les génériques et biosimilaires l'occasion de renforcer l'efficience des dépenses pharmaceutiques, mais beaucoup ne tirent pas pleinement parti des possibilités qu'ils offrent. En 2023, les génériques ont représenté plus des trois quarts du volume des produits pharmaceutiques vendus au Chili, en Allemagne, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, au Canada, en Nouvelle-Zélande et en Lettonie. Entre 2013 et 2023, le volume de génériques a augmenté dans la plupart des pays, avec une croissance notable observée au Luxembourg, au Japon et en Grèce (Graphique 9.7). En valeur, les génériques représentaient en moyenne 25 % du marché des produits pharmaceutiques, mais plus de 50 % au Chili et au Royaume-Uni (Graphique 9.8).

Les différences dans la structure des marchés (notamment le nombre de médicaments tombés dans le domaine public) et les pratiques de prescription expliquent certaines divergences entre pays, mais la consommation de génériques est aussi liée aux politiques en vigueur (OCDE, 2018^[1] ; Socha-Dietrich, James et Couffinhal, 2017^[2]). En Autriche, par exemple, les pharmaciens ne sont pas autorisés à remplacer un médicament par son générique, tandis qu'au Luxembourg, ce remplacement n'est permis que dans le cas de certains médicaments. Dans certains pays, comme l'Irlande, l'usage des génériques est peu répandu, mais princeps et génériques peuvent être affichés au même prix.

De nombreux pays ont adopté des incitations financières à l'intention des médecins, des pharmaciens et des patients pour stimuler le marché des génériques. Le Japon a par exemple établi une feuille de route pour développer le recours aux génériques en 2013. Depuis lors, le gouvernement relève régulièrement ses objectifs et met en œuvre diverses mesures, notamment des incitations en direction des hôpitaux et des pharmacies. En Suisse, les pharmaciens reçoivent une rémunération lorsqu'ils remplacent un médicament par son générique ; en France, les pharmacies perçoivent des primes si elles affichent un taux de substitution élevé. Dans de nombreux pays, les tiers payeurs remboursent un montant fixe pour un médicament donné, ce qui permet au patient de choisir entre le principe et son générique, la différence éventuelle étant toutefois laissée à sa charge.

Les produits biologiques sont une classe de médicaments fabriqués ou obtenus à partir de systèmes vivants comme des microorganismes, ou des cellules végétales ou animales. Un grand nombre sont produits à l'aide de la technologie de l'ADN recombinant. Lorsque ces médicaments ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale, des « biosimilaires » (versions ultérieures de ceux-ci) peuvent être approuvés. L'entrée sur le marché de biosimilaires crée une concurrence tarifaire, et améliore ainsi l'accessibilité économique des produits et la maîtrise des coûts.

Entre 2013 et 2023, les biosimilaires ont régulièrement gagné des parts sur le marché accessible dans dix domaines thérapeutiques clés (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). En 2013, ils ne représentaient que 1 % du volume du marché, mais en 2023, leur part était passée à 22 % dans 25 pays, une évolution qui met en évidence l'acceptation et l'intégration croissantes des biosimilaires au sein des systèmes de santé. En 2023, les biosimilaires représentaient plus d'un quart du marché accessible dans certains domaines thérapeutiques dans des pays comme l'Italie, l'Espagne, la Suède, l'Autriche et le Portugal (Graphique 9.9).

Définition et comparabilité

Un médicament générique est un produit pharmaceutique qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le produit de référence et dont la bioéquivalence avec ce dernier a été prouvée. On peut distinguer les génériques de marque (portant un nom commercial spécifique) et les génériques sans marque (désignés par la dénomination commune internationale et le nom du laboratoire).

Les pays sont invités à fournir des données pour l'ensemble des marchés concernés. Toutefois nombreux sont ceux qui fournissent des chiffres concernant uniquement le marché des pharmacies de ville ou celui des médicaments remboursables (voir les notes du graphique). La part du marché des génériques exprimée en valeur peut représenter le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, le montant payé par des tiers payeurs pour des médicaments, ou le montant payé par tous les payeurs (tiers payeurs ou consommateurs). La part du marché des génériques en volume peut être exprimée en DQD ou en nombre de boîtes ou d'unités standard.

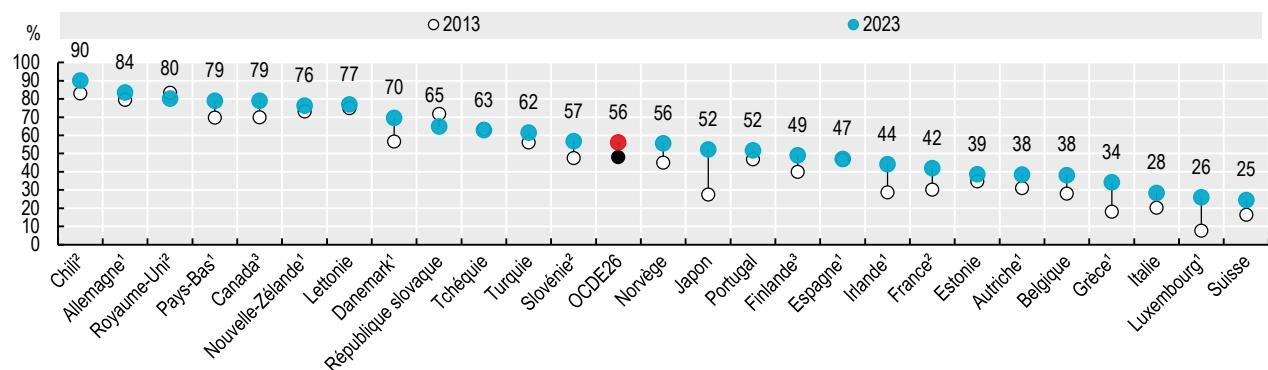
Un produit médical biosimilaire (un biosimilaire) est un produit ayant obtenu l'homologation réglementaire, qui présente des similitudes suffisantes avec le produit médical de référence (biologique) pour ce qui est des caractéristiques qualitatives, de l'activité biologique, de la sécurité et de l'efficacité. La part de marché des biosimilaires est mesurée pour le « marché accessible », c'est-à-dire le marché qui inclut les principes qui ne bénéficient plus d'une exclusivité commerciale et les biosimilaires correspondants. Le marché accessible comprend trois catégories : les médicaments de référence (produits biologiques principe pour lesquels il existe un biosimilaire), les produits non référencés (produits biologiques qui ont perdu la protection conférée par un brevet mais qui n'ont pas de biosimilaire approuvé) et les biosimilaires. Les produits biologiques principe encore protégés par un brevet sont exclus du marché accessible. Les ventes en volume sont mesurées en jours de traitement, sur la base des DQD.

L'analyse se concentre sur dix domaines thérapeutiques clés dans lesquels la concurrence des biosimilaires est la plus pertinente et mature, à savoir l'hormone de croissance humaine, l'érythropoïétine, le facteur de stimulation de la colonie de granulocytes, les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF), les traitements des troubles de la fertilité (follitropine alfa), les insulines, les anticancéreux, l'héparine de faible poids moléculaire, l'hormone parathyroïdienne et les médicaments utilisés en ophtalmologie.

Références

- OCDE (2018), « Strategies to reduce wasteful spending: Turning the lens to hospitals and pharmaceuticals », dans *Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. [1]
- Socha-Dietrich, K., C. James et A. Couffinhal (2017), « Reducing ineffective health care spending on pharmaceuticals », dans *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-7-en>. [2]

Graphique 9.7. Part des génériques sur le marché pharmaceutique, en volume, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

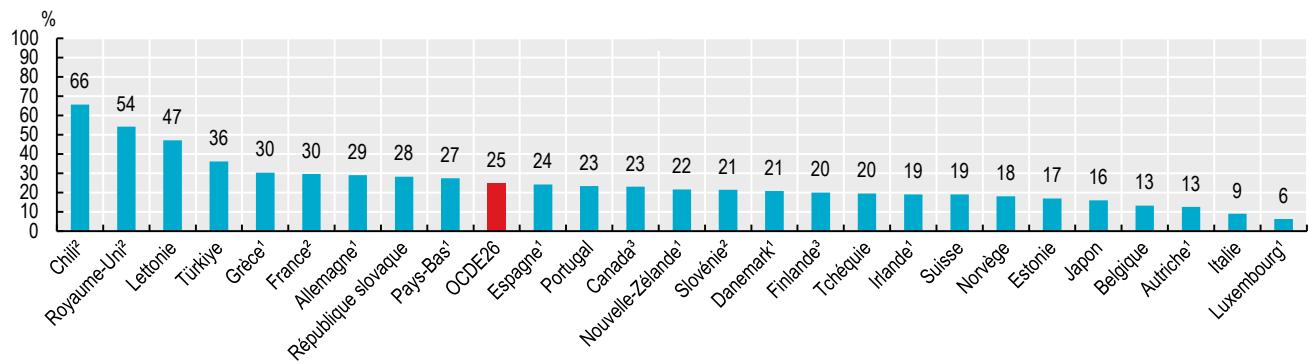


1. Marché des produits pharmaceutiques remboursés, à savoir le sous-marché sur lequel un tiers payeur rembourse les médicaments. 2. Marché des pharmacies de ville. 3. Les dernières données datent de 2021-2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/jnf4m8>

Graphique 9.8. Part des génériques sur le marché pharmaceutique, en valeur, 2023 (ou année la plus proche)

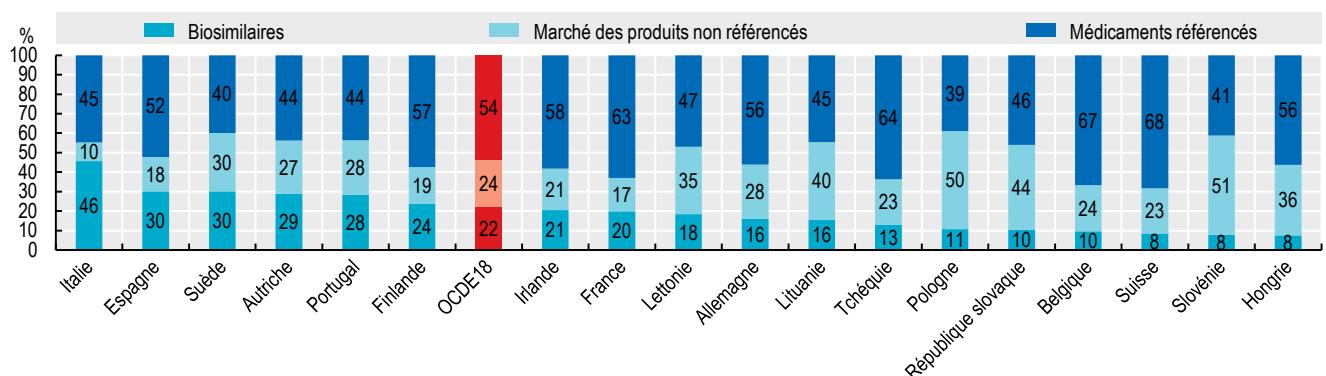


1. Marché des produits pharmaceutiques remboursés, à savoir le sous-marché sur lequel un tiers payeur rembourse les médicaments. 2. Marché des pharmacies de ville. 3. Données de 2022 ou antérieures

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/g6m40v>

Graphique 9.9. Part de marché des biosimilaires sur le marché des produits biologiques dans dix domaines thérapeutiques clés, 2023



Note : Voir l'encadré « Définition et comparabilité » à propos des « dix domaines thérapeutiques clés », du « marché des produits non référencés » et des « médicaments référencés ».

Source : IQVIA MIDAS® 2023.

StatLink <https://stat.link/ml9zin>

Technologies de diagnostic

Les technologies jouent un rôle important en matière de diagnostic médical, de la visite médicale au traitement et au partage des résultats, en passant par l'accès au dossier médical des patients et l'examen des antécédents cliniques. Cependant, les nouvelles technologies sont considérées comme un facteur de coût important dans les systèmes de santé. Cette section présente des données sur la disponibilité et l'utilisation de deux technologies de diagnostic : la tomodensitométrie (TDM), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomographie par émission de positons (TEP). Les examens de TDM et d'IRM montrent tous deux des images des organes et des tissus internes, tandis que ceux de TEP montrent d'autres informations ainsi que des problèmes au niveau cellulaire.

Il n'existe pas de lignes directrices ou de références internationales quant au nombre idéal de scanners TDM et TEP et d'appareils d'IRM. Un nombre trop faible d'appareils peut engendrer des problèmes d'accès dus à l'éloignement géographique ou aux délais d'attente, tandis qu'un nombre trop élevé peut entraîner une surutilisation de ces actes diagnostiques onéreux, avec peu d'avantages voire aucun pour les patients.

Ces dernières décennies, le nombre de scanners TDM et TEP et d'appareils d'IRM a rapidement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. Le Japon possède de loin le plus grand nombre de scanners TDM et d'appareils d'IRM, et le troisième plus grand nombre de scanners TEP par habitant. L'Australie est le pays qui compte le plus grand nombre de scanners TDM ; les États-Unis arrivent en deuxième position quant au nombre le plus élevé d'appareils d'IRM et les scanners TEP ; enfin le Danemark arrive en première position quant au nombre le plus élevé de scanners TEP par habitant (Graphique 9.10). Les chiffres combinés de ces trois technologies de diagnostic étaient également nettement supérieurs à la moyenne de l'OCDE en Corée, en Grèce et en Italie ; et nettement inférieurs à la moyenne en Colombie, au Costa Rica et au Mexique.

Des données sur l'utilisation des scanners de diagnostic sont disponibles pour 31 pays de l'OCDE. Le Luxembourg, la Corée, l'Autriche, la France et le Portugal enregistrent le nombre le plus élevé d'examens diagnostiques TDM, TEP et IRM, avec un total combiné de plus de 370 examens pour 1 000 habitants en 2023 (Graphique 9.11). C'est au Costa Rica et en Finlande, ainsi que dans deux pays candidats à l'adhésion à l'OCDE, la Roumanie et la Bulgarie, que le recours à ces trois examens diagnostiques est le plus faible. Le recours aux scanners TDM et aux appareils d'IRM varie considérablement d'un pays à l'autre, mais aussi à l'intérieur de chaque pays. En Norvège, par exemple, une analyse récente montre une variation géographique de 50 % du recours aux examens diagnostiques en ambulatoire du système musculosquelettique, du thorax, de l'abdomen et des vaisseaux sanguins, en 2019 (Hofmann et Gransjøen, 2022^[1]).

Si l'on examine l'évolution dans le temps, le nombre d'examens de TDM et d'IRM pour 1 000 habitants a continué d'augmenter dans plusieurs pays, dont l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, la Corée, la France et la Lettonie (Graphique 9.12). Entre 2013 et 2023, le nombre de TDM a plus que doublé en Corée et augmenté de plus de 50 % en Australie et en Lettonie. De même, les examens d'IRM ont plus que doublé en Corée et en Lettonie, ont augmenté d'environ 70 % en France et ont progressé régulièrement en Belgique et en Allemagne.

Des directives cliniques sur les examens d'IRM et de TDM existent dans les pays de l'OCDE afin de favoriser des pratiques adaptées et d'améliorer la sécurité des patients en évitant les procédures inutiles. Des études antérieures ont évalué la pertinence des examens de TDM et d'IRM en les comparant aux directives nationales ou à des critères d'orientation des patients concernant l'imagerie. Par exemple, une récente analyse rétrospective menée en Suède a évalué le bien-fondé de 13 075 examens d'IRM et de TDM sur la base des recommandations de la Société européenne de radiologie pour un usage adapté de l'imagerie. L'étude a montré que 76 % des examens d'IRM et 63 % des examens de TDM étaient classés comme adaptés selon ces recommandations (Ståhlbrandt et al., 2023^[2]).

Définition et comparabilité

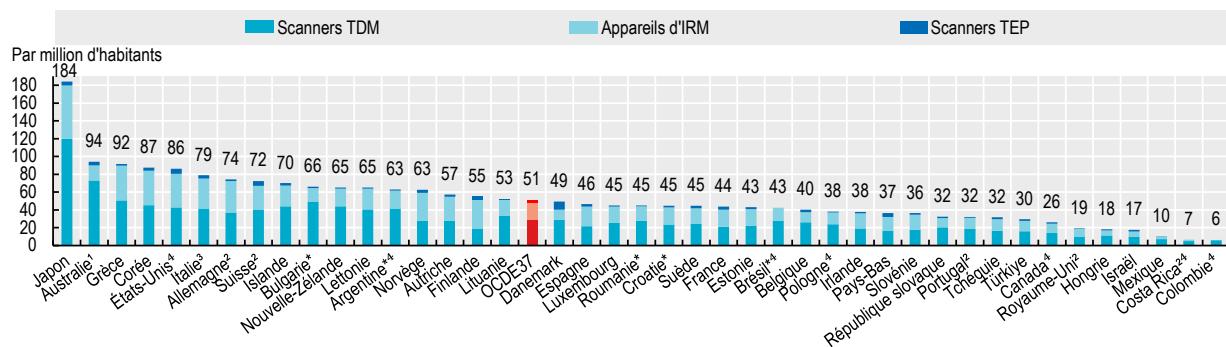
Dans la plupart des pays, les données recensent les scanners TDM et TEP ainsi que les appareils d'IRM installés en milieu hospitalier et dans les services ambulatoires, la couverture des données étant toutefois plus limitée dans quelques autres. Le Costa Rica, le Portugal, la Suisse (pour les unités d'IRM), l'Allemagne (pour les scanners TEP) et le Royaume-Uni font état d'équipements disponibles en milieu hospitalier uniquement. S'agissant de la Colombie, du Costa Rica et du Royaume-Uni, les données ne couvrent que les équipements du secteur public. En Australie et en Hongrie, seuls sont pris en compte les appareils admis au remboursement de l'assurance maladie publique.

De même, les TDM, IRM et TEP effectués hors milieu hospitalier ne sont pas pris en compte au Portugal, en Suisse et au Royaume-Uni, tandis que les examens effectués en milieu hospitalier ne sont pas pris en charge en Norvège. En Australie, les données couvrent seulement les examens effectués sur la base du « paiement à l'acte » pour lesquels des prestations de Medicare ont été versées ; en Corée et aux Pays-Bas, elles ne couvrent au contraire que les examens financés par des sources publiques.

Références

- Hofmann, B. et A. Gransjøen (2022), « Geographical variations in the use of outpatient diagnostic imaging in Norway 2019 », *Acta Radiologica Open*, vol. 11/2, <https://doi.org/10.1177/20584601221074561>. [1]
- Ståhlbrandt, H. et al. (2023), « CT and MRI imaging in Sweden: retrospective appropriateness analysis of large referral samples », *Insights into Imaging*, vol. 14/1, <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01483-w>. [2]

Graphique 9.10. Scanners TDM, appareils d'IRM et scanners TEP, 2023 (ou année la plus proche)

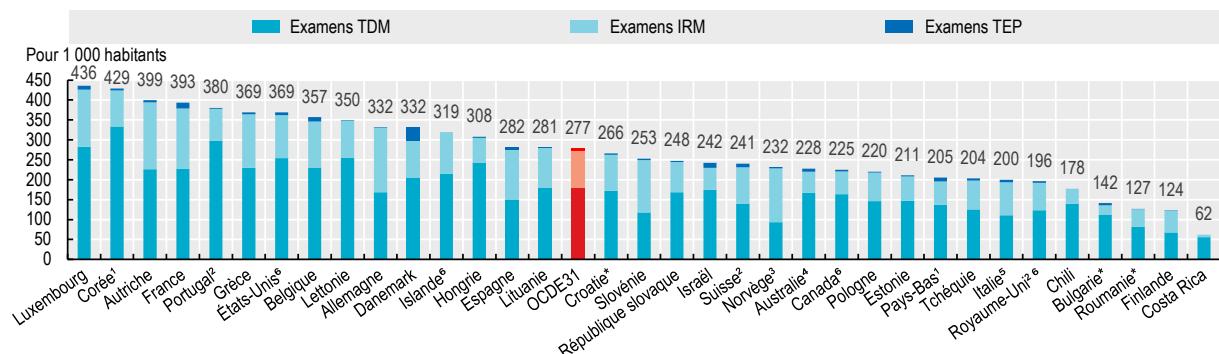


1. Les données comprennent les appareils couverts par les remboursements publics. 2. Les données excluent les équipements hors milieu hospitalier (uniquement pour les unités d'IRM en Suisse et uniquement pour les scanners TEP en Allemagne). 3. Les données relatives aux hôpitaux privés ne sont pas incluses. 4. Données de 2022 ou antérieures. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/80v4wl>

Graphique 9.11. Examens TDM, IRM et TEP, 2023 (ou année la plus proche)

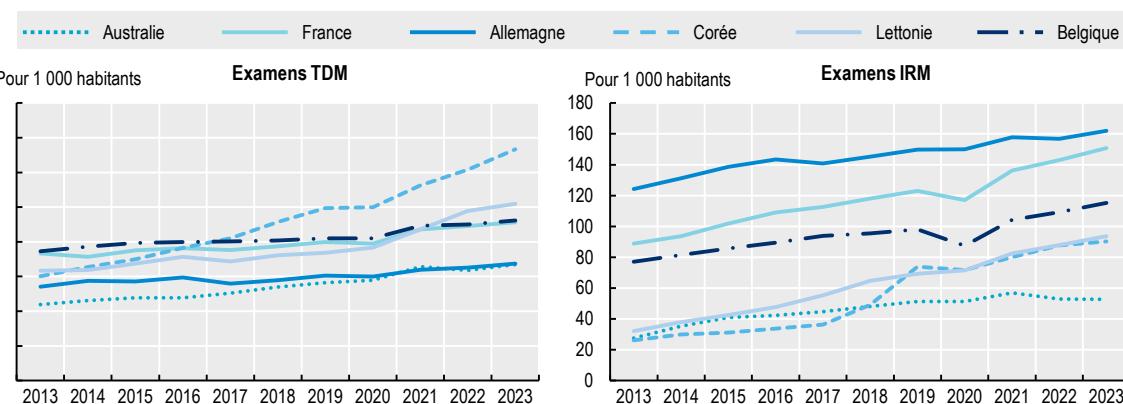


1. Les données excluent les examens remboursés par des fonds privés. 2. Les données excluent les examens effectués hors milieu hospitalier. 3. Les données comprennent uniquement les examens effectués hors milieu hospitalier. 4. Les examens remboursés par des fonds publics sont exclus. 5. Les données relatives aux hôpitaux privés ne sont pas incluses. 6. Données de 2022 ou antérieures. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/r1gd0q>

Graphique 9.12. Évolution de l'utilisation des technologies de diagnostic, divers pays, 2013-2023



Note : Les données pour la Corée excluent les examens financés par des fonds privés et les données pour l'Australie excluent les examens effectués sur des patients publics.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/bugso5>

Données et numérique

La transformation numérique des systèmes de santé dépend de la disponibilité de données de qualité et interopérables pour assurer des services de santé efficents, résilients et équitables. Les technologies numériques telles que la télémédecine, les dossiers médicaux électroniques (DME), les thérapies numériques et l'intelligence artificielle (IA) sont de plus en plus utilisées, ce qui améliore la continuité des soins et les délais. Conscients qu'ils peuvent réduire les disparités en matière de santé, les pays continuent de développer les infrastructures d'information dans ce domaine et de rendre les données de santé facilement accessibles afin de renforcer la résilience des systèmes, d'améliorer les performances et de faciliter la coopération transfrontière (OCDE, 2022^[1]).

Les pays de l'OCDE ont progressé dans l'élargissement de l'accès aux DME. En 2024, la disponibilité moyenne des services de santé numériques en ligne a atteint 82 %, soit une augmentation par rapport aux 79 % enregistrés en 2023 dans les pays disposant de données comparables. Seules la Belgique et l'Estonie offrent actuellement un accès complet aux fonctions des DME. La disponibilité reste faible en Irlande, où les gens ont accès à moins de 30 % des fonctionnalités de base des DME (Graphique 9.13). Néanmoins, tous les pays ont amélioré l'accès aux DME depuis 2022, les hausses les plus fortes étant observées en France, en Irlande, au Portugal, en République slovaque et en Tchéquie. Ces progrès donnent à penser que l'on investit de plus en plus dans l'accessibilité des données, mais l'interopérabilité entre les hôpitaux, les cabinets de médecine générale et d'autres structures médicales reste difficile. Garantir l'interopérabilité n'est pas seulement un obstacle technique, mais aussi un défi organisationnel et de gouvernance, car la fragmentation des systèmes de données réduit l'efficacité, entrave la continuité des soins et limite le potentiel des analyses avancées et de l'IA.

Il est essentiel de renforcer la confiance pour encourager une utilisation active des technologies numériques en santé. L'enquête PaRIS de 2024 sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients montre que les personnes âgées et moins instruites se méfient davantage des outils numériques pour gérer leur santé et déclarent avoir plus de difficultés à comprendre les informations de santé que les jeunes et les personnes ayant un niveau d'études plus élevé. Dans les pays de l'OCDE étudiés, l'écart selon le niveau d'études en matière de culture numérique dans le domaine de la santé dépasse 15 points de pourcentage (p.p.) en France, en Islande, en Australie, aux États-Unis et au Pays de Galles (Royaume-Uni), les personnes ayant un faible niveau d'études déclarant avoir nettement moins confiance. À l'inverse, en Arabie saoudite et en Slovénie, les personnes moins instruites se déclarent plus confiantes, tandis qu'en Roumanie, au Portugal et en Belgique, l'écart entre les groupes est relativement faible (Graphique 9.14).

Pendant la pandémie de COVID-19, la télémédecine s'est révélée essentielle. En 2019, le nombre de consultations à distance, par téléphone ou vidéo, était en moyenne de 0,5 par patient et par an dans les pays de l'OCDE ; en 2021, ce nombre a plus que doublé pour atteindre 1,3 téléconsultation, avec des hausses significatives en Australie, en Espagne, en Lituanie et en Slovénie. Toutefois, en 2023, le taux de téléconsultations s'était stabilisé à 1,0 par patient et par an, reflétant un recul partiel par rapport aux pics de la pandémie, tout en maintenant des niveaux bien supérieurs à ceux d'avant. C'est en Israël que le recours à la télémédecine a été le plus élevé en 2023 (2,8 téléconsultations par patient et par an), tandis que les baisses les plus importantes ont été observées en Pologne, en Lituanie et en Espagne après la pandémie (Graphique 9.15). Après avoir découvert les avantages que cela pouvait avoir, les systèmes de santé ont étendu le recours aux consultations à distance, même si des obstacles financiers, juridiques et opérationnels subsistent (Keelara, Sutherland et Almyranti, 2025^[2]). Pour pérenniser l'utilisation de la télémédecine, il faudra non seulement lever les obstacles juridiques et financiers, mais aussi adapter les systèmes de paiement, renforcer les infrastructures à haut débit et intégrer les téléconsultations dans les parcours de soins traditionnels.

Définition et comparabilité

L'accès en ligne des patients à leur dossier médical électronique (DME) est l'un des indicateurs pris en compte dans le tableau de bord de l'Indice de l'économie et de la société numériques (DESI). Cet indicateur est mesuré à partir de deux composantes principales : i) la disponibilité à l'échelle nationale de l'accès en ligne aux DME (via un portail patient ou une application mobile dédiée) et ii) le pourcentage de personnes ayant la possibilité d'obtenir ou d'utiliser leur propre ensemble minimal de données de santé actuellement stockées dans des systèmes de DME publics et privés (European Commission, 2025^[3]).

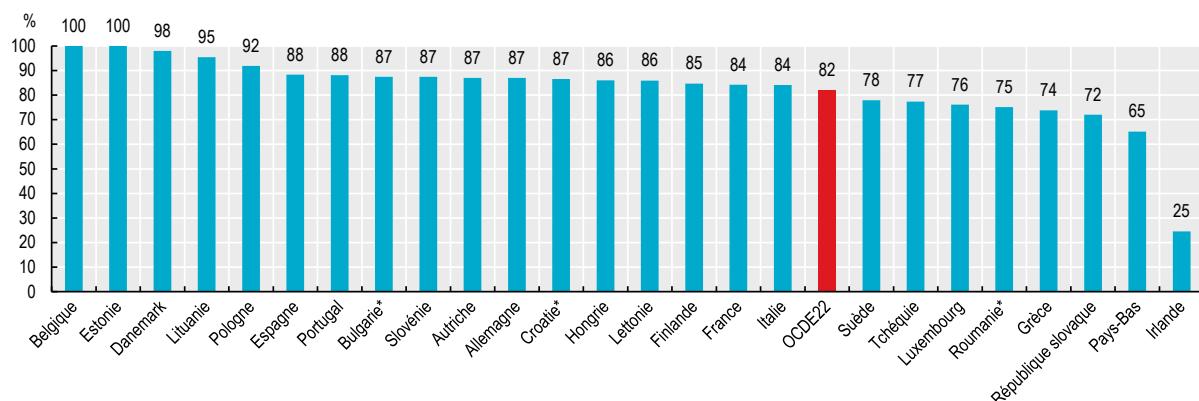
Selon sa définition, la culture numérique en matière de santé comprend le fait de se sentir capable de trouver et de sélectionner des sources d'information de qualité, ainsi que de comprendre et d'utiliser les informations obtenues à partir de sources numériques. Dans PaRIS, l'indicateur de la culture numérique en matière de santé est un élément de l'échelle de mesure des compétences des consommateurs en matière d'utilisation des technologies de santé (eHealth Literacy Scale ou eHEALS) qui montre le pourcentage d'utilisateurs de soins primaires âgés de 45 ans et plus qui se disent (très) capables d'utiliser des informations de santé disponibles sur Internet. Les résultats sont standardisés par âge et genre dans l'ensemble des pays.

Les téléconsultations couvrent les consultations à distance avec des médecins généralistes et spécialistes, quel que soit le moyen employé (notamment les appels téléphoniques ou virtuels). Si les données sur les téléconsultations sont globalement comparables d'un pays à l'autre, il existe certaines différences. Le Danemark inclut les consultations d'infirmiers, mais exclut les téléconsultations ambulatoires à l'hôpital ; l'Allemagne ne comptabilise que les consultations remboursées par l'assurance maladie obligatoire ; la Suède inclut les consultations sous forme écrite, avec des variations régionales dans l'extraction des données. D'autres différences mineures concernent l'inclusion de certains prestataires ou structures en Espagne, en Estonie, en Norvège et au Portugal.

Références

- European Commission (2025), « 2025 digital decade ehealth indicator study – Final report », *Publications of the Office of the European Union*, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bb5838fe-4742-11f0-85ba-01aa75ed71a1/language-en>. [3]
- Keelara, R., E. Sutherland et M. Almyranti (2025), *Leading practices for the future of telemedicine : Implementing telemedicine post-pandemic*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/496a8ffe-en>. [2]
- OCDE (2022), *Gouvernance des données de santé à l'ère du numérique : Mise en œuvre de la Recommandation de l'OCDE sur la gouvernance des données de santé*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/37ef3797-fr>. [1]

Graphique 9.13. Accès aux dossiers médicaux électroniques, 2024

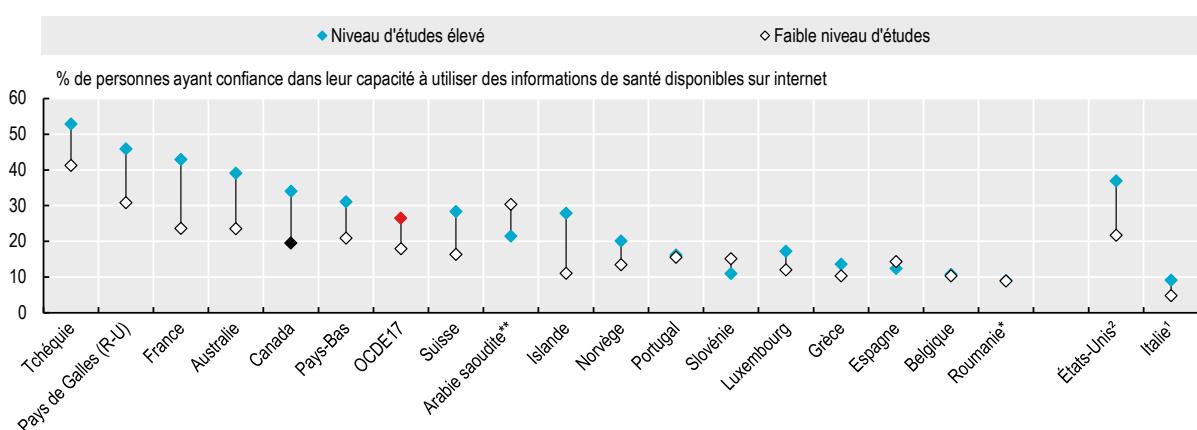


* Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Indice de l'économie et de la société numériques, Commission européenne 2025.

StatLink <https://stat.link/fv07qw>

Graphique 9.14. Scores en culture numérique en matière de santé selon le niveau d'études, usagers des services de soins primaires âgés de 45 ans et plus, 2024

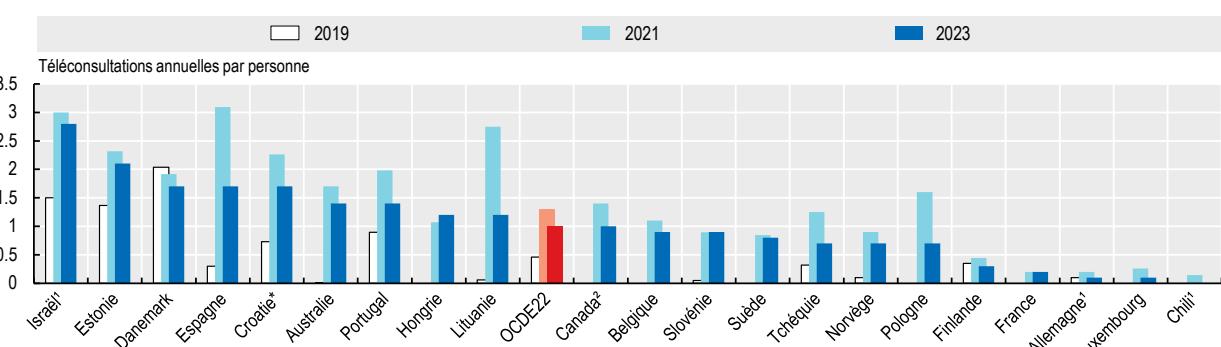


1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions. 2. L'échantillon des États-Unis inclut uniquement des personnes de 65 ans et plus. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Pays inclus dans l'enquête PaRIS.

Source : OCDE PaRIS 2024.

StatLink <https://stat.link/2xcrf1>

Graphique 9.15. Téléconsultations médicales par personne, 2023, 2021 et 2019



1. Secteur public uniquement 2. Dernières données disponibles pour le Canada, 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/si3boq>

Connaissance et innovation dans le secteur pharmaceutique

Le financement de la R-D (recherche-développement) pharmaceutique est le fruit d'une combinaison de sources publiques et privées. Les pouvoirs publics financent généralement la recherche fondamentale et les travaux de recherche préliminaires par l'intermédiaire de dotations budgétaires, de subventions de recherche et par le financement d'établissements de recherche et d'établissements d'enseignement supérieur. L'industrie pharmaceutique finance toutes les phases de R-D et la plupart des essais cliniques préalables à l'enregistrement, mais c'est avant tout elle qui exploite et applique le savoir acquis pour développer des produits, ce pour quoi elle reçoit une aide sous forme de subventions à la R-D ou de crédits d'impôt.

En 2022, les gouvernements de 35 pays de l'OCDE pour lesquels il existe des données ont alloué ensemble environ 73 milliards USD à la R-D dans le domaine de la santé. Ce montant ne concerne pas uniquement les produits pharmaceutiques, et reste une sous-estimation du soutien total des pouvoirs publics, car il exclut la plupart des incitations fiscales et des fonds alloués à l'enseignement supérieur et aux entreprises publiques. Les États-Unis ont représenté environ les deux tiers du total (49.5 milliards USD) et ont consacré la plus grande part par rapport au PIB (Graphique 9.16), suivis par le Royaume-Uni (3.7 milliards USD) et le Japon (3.3 milliards USD).

Au cours de la période 2010-2023, les budgets publics de R-D dans le domaine de la santé dans les pays de l'OCDE ont augmenté d'environ 13 % (en termes réels), en baisse par rapport au pic atteint en 2020 pendant la pandémie de COVID-19 (+24 % depuis 2010). Plus précisément, en termes réels, les pays de l'OCDE ont alloué collectivement 60 milliards USD en moyenne au cours de la période 2010-2019, atteignant un pic de 80 milliards USD en 2020, avant de revenir à 72 milliards USD en moyenne sur la période 2021-2023.

L'industrie pharmaceutique a dépensé 129 milliards USD pour la R-D en 2022, aux États-Unis pour la majeure partie (103.9 milliards USD). Les dépenses intérieures de R-D des entreprises (DIRDE) dans le secteur pharmaceutique ont augmenté de près de 76 % en termes réels depuis 2010. Cette croissance est portée principalement par les pays de l'OCDE (+60 % depuis 2010), et en particulier par les États-Unis (69 % du total de l'OCDE). Néanmoins, la part des pays hors de l'OCDE augmente. En particulier, les DIRDE en Chine sont passées de 5.0 milliards USD en 2010 (à prix constant de 2015 à PPA) à 23.4 milliards (+365 %) – ce qui représente un taux de croissance supérieur à celui de n'importe quel pays de l'OCDE.

En moyenne dans les pays de l'OCDE, le secteur pharmaceutique représente environ 8 % de ces dépenses, même si ce pourcentage varie considérablement d'un pays à l'autre (Graphique 9.17). Dans la moitié des pays de l'OCDE, l'investissement des entreprises dans la R-D pharmaceutique représente moins de 5 %, alors qu'en Suisse, en Slovénie, au Danemark et en Belgique, il dépasse 20 %, à l'image du rôle important que joue l'industrie pharmaceutique dans leur économie.

L'activité effective de R-D peut s'observer à travers le nombre de produits ou de médicaments en phase de développement pour chaque classe et indication thérapeutiques. Entre 2013 et 2023, le nombre total de couples produit/indication thérapeutique en phase de développement actif à l'échelle mondiale a plus que doublé, pour atteindre 41 370 (Graphique 9.18), quoique cette augmentation soit due en partie au développement de produits ayant plusieurs indications. En ce qui concerne les maladies visées, les priorités n'ont guère évolué depuis 2013. Ainsi, le cancer représente chaque année le plus grand nombre de couples produit/indication en phase de développement et sa part dans le total suit une progression soutenue qui l'a fait passer de 27 %, en 2013, à 43 %, en 2023.

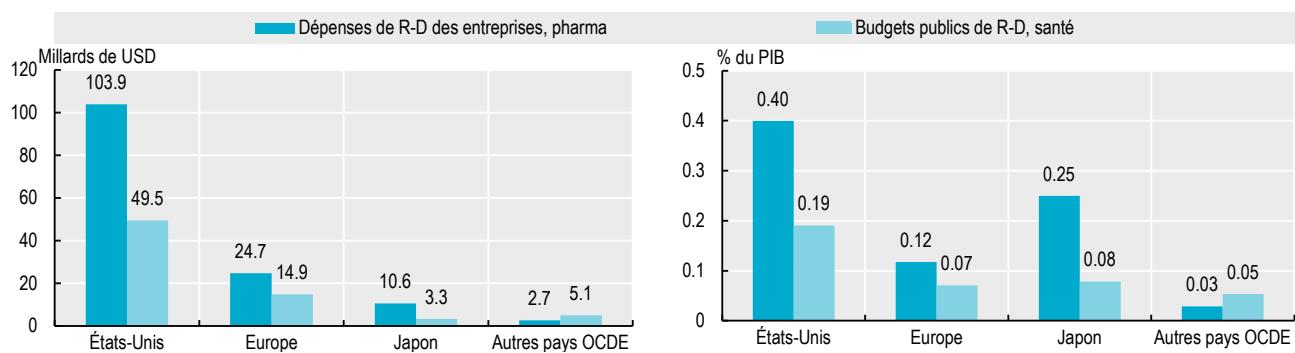
Définition et comparabilité

Les crédits budgétaires publics de R-D (CBPRD) englobent la R-D menée directement par les administrations publiques et les sommes versées à d'autres institutions pour financer la R-D. La R-D dans le domaine de la santé désigne les CBPRD employés dans le but de protéger, promouvoir et restaurer la santé humaine, ce qui recouvre notamment tous les aspects des soins médicaux et sociaux, mais exclut les dépenses des entreprises publiques et les fonds universitaires généraux qui sont ensuite affectés à la santé.

La base de données analytique des dépenses en recherche et développement dans l'industrie (ANBERD) de l'OCDE fournit des données annuelles sur les DIRDE par secteur d'activité. Les DIRDE couvrent les activités de R-D menées par les entreprises dans le pays où elles sont réalisées, quelle que soit leur source de financement, et sont collectées par les agences nationales de statistique conformément au Manuel de Frascati (avec quelques variations dans la pratique). Elles peuvent être classées soit par activité principale (AP) de l'entreprise, soit par orientation sectorielle (OI) de la R-D effectuée. L'approche par activité principale attribue l'ensemble de la R-D d'une entreprise au secteur d'activité principal de celle-ci, ce qui garantit la cohérence avec d'autres statistiques économiques telles que la valeur ajoutée. Cependant, cela peut masquer le fait que les entreprises diversifiées mènent souvent des activités de R-D pour plusieurs secteurs. L'orientation sectorielle, quant à elle, répartit la R-D entre les secteurs dans lesquels elle est destinée à être appliquée, ce qui donne une image plus précise de l'orientation économique des projets de R-D. C'est pourquoi le Graphique 9.17 utilise les données relatives à l'orientation sectorielle lorsqu'elles sont disponibles, car elles reflètent mieux la répartition de la R-D entre les secteurs.

Le Graphique 9.18 montre le nombre de paires produit-indication en cours de développement actif, telles qu'identifiées dans la base de données propriétaire AdisInsight gérée par Springer Nature. Cette base de données permet de suivre les projets de développement de produits commerciaux, de la découverte à la mise sur le marché partout dans le monde, en s'appuyant sur des informations accessibles au public. Par rapport à l'édition 2023 du *Panorama de la santé*, les chiffres ont été corrigés pour tenir compte des doublons et d'une classification affinée des catégories de santé.

Graphique 9.16. Dépenses intérieures de R-D pharmaceutique des entreprises et budgets publics de R-D allouée à la santé, 2022 (ou dernière année disponible)

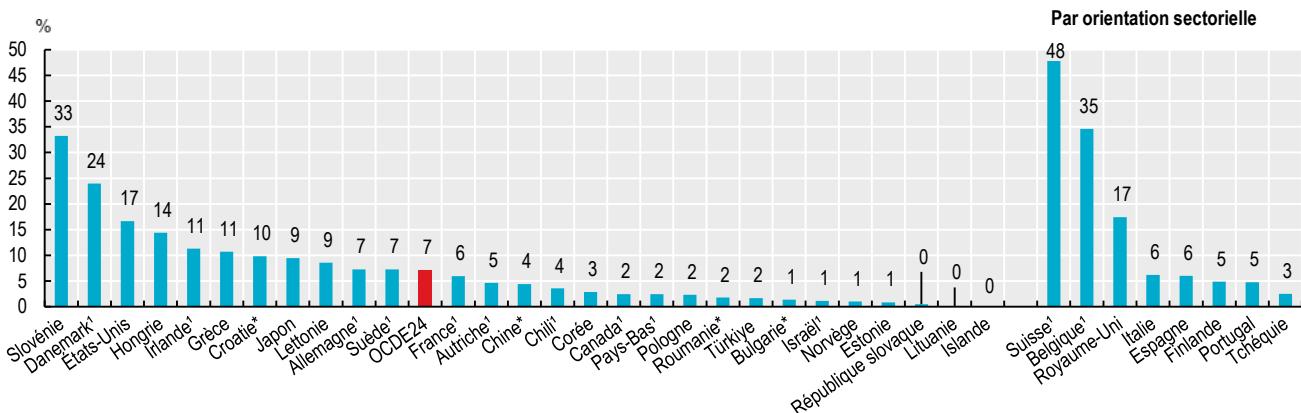


Note : L'Europe comprend les 21 États membres de l'UE qui sont aussi Membres de l'OCDE.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la R-D.

StatLink <https://stat.link/3twrlz>

Graphique 9.17. R-D pharmaceutique en pourcentage des dépenses de R-D des entreprises, 2022 ou année la plus proche

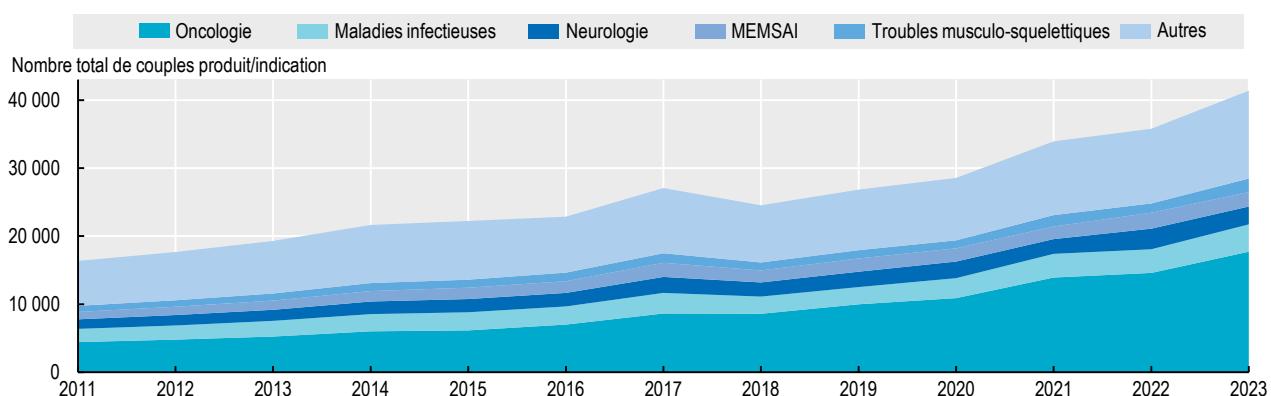


1. Données de 2020-2021. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Analyse de la R-D des entreprises par secteur de la CITI Rév. 4 (base de données ANBERD). Bureau pour les statistiques nationales (ONS) du Royaume-Uni.

StatLink <https://stat.link/3jnjly>

Graphique 9.18. Principales catégories de médicaments en développement actif dans le monde, 2013-2023



Note : L'oncologie recouvre aussi les tumeurs malignes ; MEMSAI désigne les maladies endocriniques, métaboliques, sanguines et auto-immunes ; les maladies infectieuses comprennent aussi les maladies parasitaires ; les troubles musculosquelettiques comprennent aussi les maladies du tissu conjonctif.

Source : AdisInsight 2023.

StatLink <https://stat.link/yjqg1s>



10 Vieillissement et soins de longue durée

Évolution démographique

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Démence

Sécurité des soins de longue durée

Accès aux soins de longue durée

Aidants informels

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Établissements de soins de longue durée

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Soins de fin de vie

Évolution démographique

Ces 50 dernières années, la part de la population âgée de 65 ans et plus a doublé en moyenne dans les pays de l'OCDE, passant de moins de 9 % en 1960 à 18.5 % en 2023. La baisse des taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie (voir la section « Espérance de vie à la naissance » au chapitre 3) signifient que les personnes âgées représentent une proportion toujours plus importante des populations des pays de l'OCDE. En 2023, on comptait plus de 252 millions de personnes de 65 ans et plus dans les 38 pays Membres de l'OCDE, dont plus de 67 millions avaient au moins 80 ans. Ces tendances démographiques témoignent de la nécessité pour les systèmes de santé de s'adapter et de renforcer leur capacité de répondre aux demandes croissantes et en évolution d'une population vieillissante.

Dans les pays de l'OCDE, la proportion de la population âgée de plus de 65 ans devrait continuer d'augmenter dans les prochaines décennies, et passer en moyenne de 18.5 % en 2023 à 26.4 % en 2050 (OCDE, 2024^[1]) (Graphique 10.1, cadre de gauche). Dans cinq pays (Corée, Japon, Grèce, Portugal et Italie), plus d'un tiers de la population devrait être âgée de 65 ans et plus en 2050. En revanche, en Israël, au Mexique, en Australie, en Colombie et en Islande, les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront moins d'un cinquième de la population en raison de taux de fécondité et d'immigration supérieurs.

Si l'augmentation de la part de la population âgée de 65 ans et plus dans la zone OCDE est marquante, la hausse a été particulièrement rapide pour le groupe des personnes les plus âgées (de 80 ans et plus). En moyenne dans les pays de l'OCDE, la part de la population âgée de 80 ans et plus devrait doubler entre 2023 et 2050, passant de 4.9 % à 9.6 % (OCDE, 2024^[1]) (Graphique 10.1, cadre de droite). Au moins une personne sur 10 aura 80 ans ou plus dans près de la moitié (18) de ces pays d'ici à 2050, dont cinq pays (Corée, Japon, Grèce, Portugal et Italie) où ce sera le cas de plus d'une sur huit.

La plupart des pays candidats à l'adhésion et pays Partenaires de l'OCDE présentent une pyramide des âges plus jeune que de nombreux pays Membres, mais le vieillissement de la population les touchera rapidement dans les années à venir, et parfois à un rythme plus rapide que celui que connaissent les pays de l'OCDE. En Chine, la proportion de la population de 65 ans et plus devrait augmenter beaucoup plus rapidement que dans les pays de l'OCDE, faisant plus que doubler et passant de 14.3 % en 2023 à 30.1 % en 2050. La proportion des 80 ans et plus devrait y augmenter encore plus brusquement, et sera multipliée par plus de quatre (2.5 % en 2023 contre 10.3 % en 2050). Le Brésil, dont la part de population âgée de 65 ans et plus n'était que légèrement supérieure à la moitié de la moyenne de l'OCDE en 2023, connaîtra une hausse aussi rapide : près de 22 % de sa population devrait avoir 65 ans et plus en 2050. La vitesse du vieillissement de la population a fortement varié d'un pays de l'OCDE à l'autre, la Grèce, le Chili et la Lituanie ayant connu un vieillissement rapide au cours des trois dernières décennies. Dans les prochaines années, c'est la Corée qui devrait subir le vieillissement de population le plus rapide parmi les pays de l'OCDE : la proportion des plus de 80 ans devrait presque quadrupler pour passer de 4.4 % en 2023 (en dessous de la moyenne OCDE de 4.9 %) à 16.5 % (bien au-dessus de la moyenne OCDE de 9.6 %) en 2050.

Malgré l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé observée ces dernières années (voir la section « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé »), les systèmes de santé devront s'adapter pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, dont probablement un accroissement de la demande de soins de longue durée à forte intensité de main-d'œuvre et des soins intégrés et centrés sur la personne. Ces tendances exercent et continueront d'exercer une pression considérable sur les capacités financières des pays de fournir des soins de longue durée adéquats. Malgré les prestations publiques, les dépenses à la charge des patients peuvent être considérables dans certains pays, en particulier pour les personnes ayant des besoins de soins importants et des revenus modestes. Pour éliminer ces coûts, il faudra augmenter les dépenses en soins de longue durée de 6 % par an jusqu'en 2050 (OCDE, 2024^[1]). Il faudra également investir dans les personnes qui fournissent des soins et un soutien. La pandémie de COVID-19 a mis davantage en évidence le manque de personnel dans le secteur des soins de longue durée. Même si le nombre total de travailleurs dans ce secteur a augmenté dans un certain nombre de pays, il n'a pas suivi le rythme du vieillissement de la population (voir la section « Travailleurs des soins de longue durée »). Ce manque de personnel est étroitement lié à la mauvaise qualité des emplois, car les soins constituent un travail exigeant sur les plans physique et émotionnel, souvent mal rémunéré et peu reconnu socialement (OCDE, 2023^[2]). Pour surmonter ces difficultés, il faudra mettre en œuvre des réformes coordonnées dans les domaines de la santé, du travail et des politiques sociales afin de mettre en place des systèmes de soins de longue durée intégrés et durables.

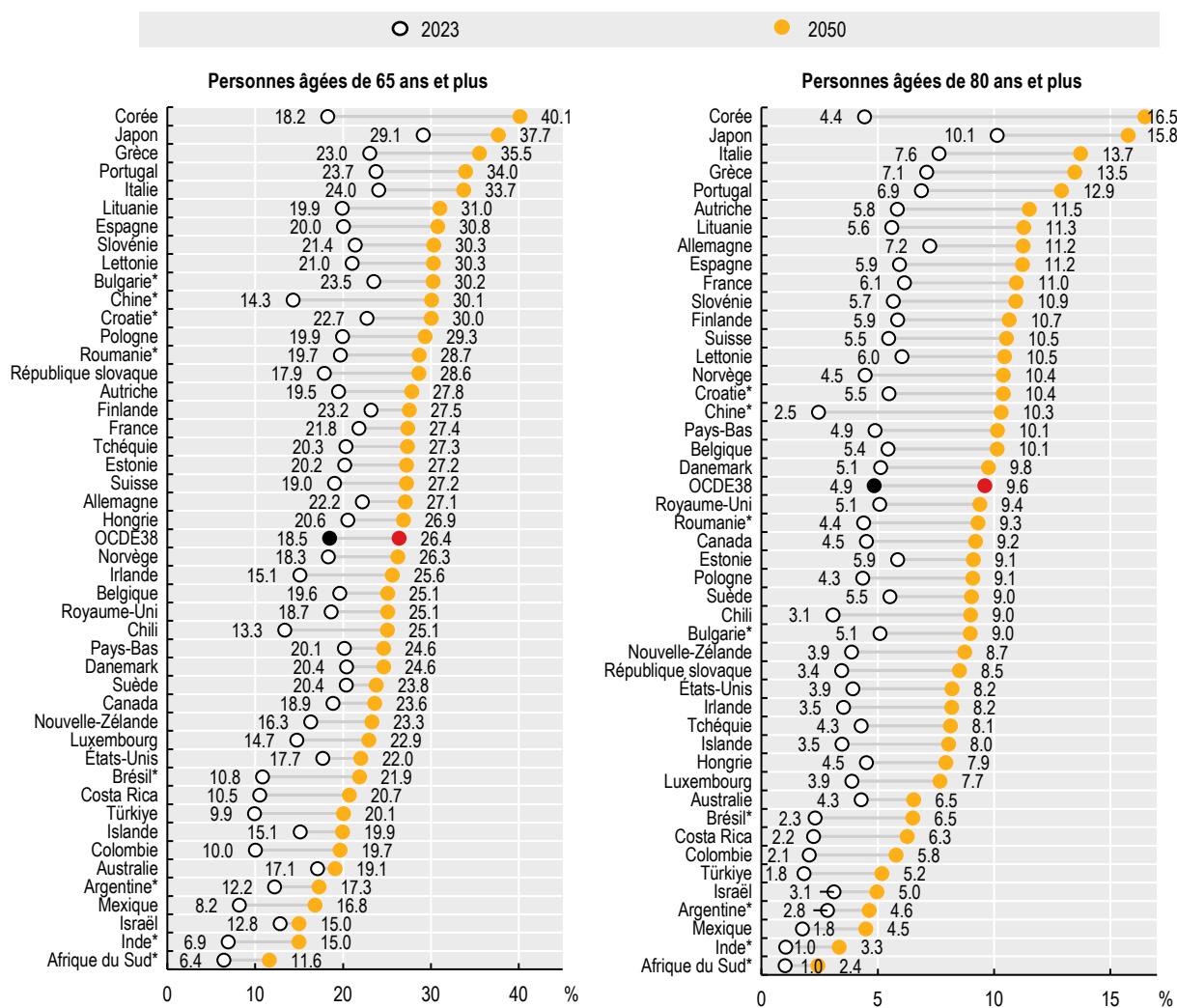
Définition et comparabilité

Les données relatives à la structure de la population sont extraites de la base de données Données historiques et projections de l'OCDE de la population (1950-2060). Les projections correspondent à la variante moyenne des projections démographiques les plus récentes des Nations Unies (Perspectives de la population mondiale : Révision de 2022) et complétées par des projections nationales, estimations et des projections de population de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et des projections de population d'Eurostat.

Références

- OCDE (2024), *Is Care Affordable for Older People?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [1] <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.
- OCDE (2023), *Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée)*, Éditions OCDE, Paris, [2] <https://doi.org/10.1787/160ef74a-fr>.

Graphique 10.1. Part de la population âgée de 65 ans et plus et de 80 ans et plus, 2050 et 2023



Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Base de données historiques et projections de l'OCDE sur la population, 2025.

StatLink <https://stat.link/8vra9w>

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé

Tous les pays de l'OCDE ont enregistré une progression considérable de l'espérance de vie à 65 ans au cours des dernières décennies. En moyenne dans l'OCDE, les personnes âgées de 65 ans en 2023 pouvaient espérer vivre 20 années supplémentaires (Graphique 10.2). L'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 6 ans entre 1970 et 2023, et de 2.8 ans entre 2000 et 2023, une croissance positive observée dans tous les pays. Six pays (Corée, Irlande, Estonie, Slovénie, Portugal et Israël) ont enregistré une augmentation d'au moins 3.5 ans entre 2000 et 2023 ; cinq pays (États-Unis, Allemagne, Costa Rica, Hongrie et Mexique) ont connu une augmentation de moins de 2 ans sur la période.

L'espérance de vie à 65 ans a continué d'augmenter ces dix dernières années, mais le rythme auquel elle s'accroît a ralenti. La plupart des pays ont enregistré des gains inférieurs à un an entre 2013 et 2023. Ce ralentissement global s'explique en partie par les effets persistants de la pandémie de COVID-19, qui a temporairement perturbé les tendances à la hausse dans de nombreux pays, mais aussi par le fléchissement des progrès réalisés dans la lutte contre les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (voir la section « Espérance de vie à la naissance » au chapitre 3). La Grèce, la Hongrie, l'Allemagne, l'Autriche et la Finlande ont enregistré une croissance inférieure à 0.3 an, tandis que la Turquie a affiché une croissance négative. À l'inverse, 11 pays dont la Corée, le Chili, Israël, l'Irlande et la Lituanie ont enregistré des gains supérieurs à un an entre 2013 et 2023. Le Japon, l'Espagne, la France et la Suisse continuent de figurer parmi les pays les mieux classés, avec une espérance de vie à 65 ans proche de 22 ans, voire supérieure, en 2023.

Les femmes ont une espérance de vie à 65 ans supérieure d'environ 3.4 ans. Cette différence n'a pas sensiblement évolué depuis 2000 (l'espérance de vie à 65 ans était alors supérieure de 3.5 années pour les femmes). Dans la zone OCDE, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans en 2023 était la plus élevée au Japon pour les femmes (28.9 ans) et en Israël pour les hommes (25.5 ans). Elle était la plus basse au Mexique pour les femmes (20.2 ans), et en Lettonie pour les hommes (15.7 ans).

Entre 2013 et 2023, la plupart des pays de l'OCDE ont connu une amélioration de l'espérance de vie à 65 ans, mais toutes ces années supplémentaires ne sont pas vécues en bonne santé. Le nombre d'années de vie en bonne santé à 60 ans varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre (Graphique 10.3). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'espérance de vie corrigée en fonction de la santé comme le nombre moyen d'années qu'une personne peut compter vivre en pleine santé, en tenant compte des années vécues en moins bonne santé en raison d'une maladie et/ou d'un traumatisme (OMS, 2023^[1]). En moyenne dans les pays de l'OCDE, le nombre d'années de vie en bonne santé à 60 ans était de 18.3 ans pour les femmes et de 16.2 ans pour les hommes en 2021, une différence bien moins importante que celle observée pour l'espérance de vie à 65 ans en général. Le Japon, la Corée et l'Espagne indiquent plus de 20 ans de vie en bonne santé pour les femmes, tandis qu'Israël, l'Islande et le Japon indiquent plus de 18.7 ans pour les hommes. En revanche, l'espérance de vie en bonne santé est inférieure à 15.6 ans pour les femmes au Mexique, en Hongrie, en République slovaque et en Turquie, et inférieure à 12.5 ans pour les hommes en Lettonie, en Hongrie, en Lituanie et en République slovaque, ce qui signifie moins d'années en bonne santé. Les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires rapportent les niveaux les plus faibles. En Afrique du Sud, en Inde et en Indonésie, les femmes vivent moins de 13 années en bonne santé, tandis que les hommes vivent moins de 12 années en bonne santé en Afrique du Sud, en Bulgarie, en Indonésie, en Inde et en Roumanie.

Garantir que les gains d'espérance de vie se traduisent par des années de vie en meilleure santé nécessite une action politique. De récents travaux de l'OCDE montrent qu'investir dans la prévention, l'adaptation des systèmes de santé, les soins à domicile et les soins communautaires peut améliorer la santé et la longévité tout en contribuant à la maîtrise des dépenses et à la croissance économique (OCDE, 2025^[2]).

Définition et comparabilité

L'espérance de vie mesure le nombre moyen d'années pendant lesquelles un individu peut espérer vivre, dans l'hypothèse de taux de mortalité stables. Il n'est cependant pas possible de connaître à l'avance le taux effectif de mortalité d'une cohorte. Si les taux baissent (comme ce fut le cas ces dernières décennies dans les pays de l'OCDE), la durée de vie effective des individus sera supérieure à l'espérance de vie calculée sur la base des taux de mortalité actuels. La méthodologie utilisée pour calculer l'espérance de vie peut légèrement varier d'un pays à l'autre, ces différences pouvant induire des écarts qui restent inférieurs à un an. Les données d'espérance de vie à 65 ans proviennent d'Eurostat pour les pays de l'Union européenne (UE). Pour les pays de l'OCDE non membres de l'UE, les données proviennent des Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, à partir desquelles le Secrétariat de l'OCDE calcule l'espérance de vie à 65 ans pour tous les pays de l'OCDE, à l'aide d'une moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

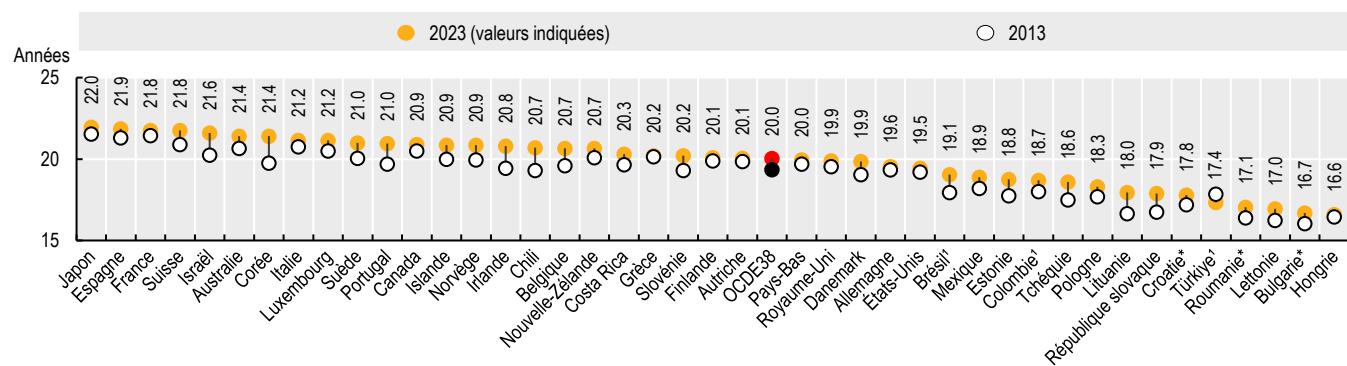
Les années de vie en bonne santé à l'âge de 60 ans sont définies comme le nombre moyen d'années en pleine santé qu'une personne peut espérer vivre sur la base des taux actuels de mauvaise santé et de mortalité. Cet indicateur est calculé par l'Observatoire de la santé mondiale de l'OMS et publié tous les cinq ans. Les dernières données disponibles datent de 2021. Compte tenu des différences conceptuelles entre les mesures de l'espérance de vie en bonne santé utilisées par l'UE et celles utilisées par l'OMS, la présente section utilise le terme plus général de « bonne santé » afin de toucher un public plus large.

Références

OCDE (2025), *The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions ocde, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en>. [2]

OMS (2023), *Healthy life expectancy (HALE) at birth*, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/66>. [1]

Graphique 10.2. Espérance de vie à 65 ans, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

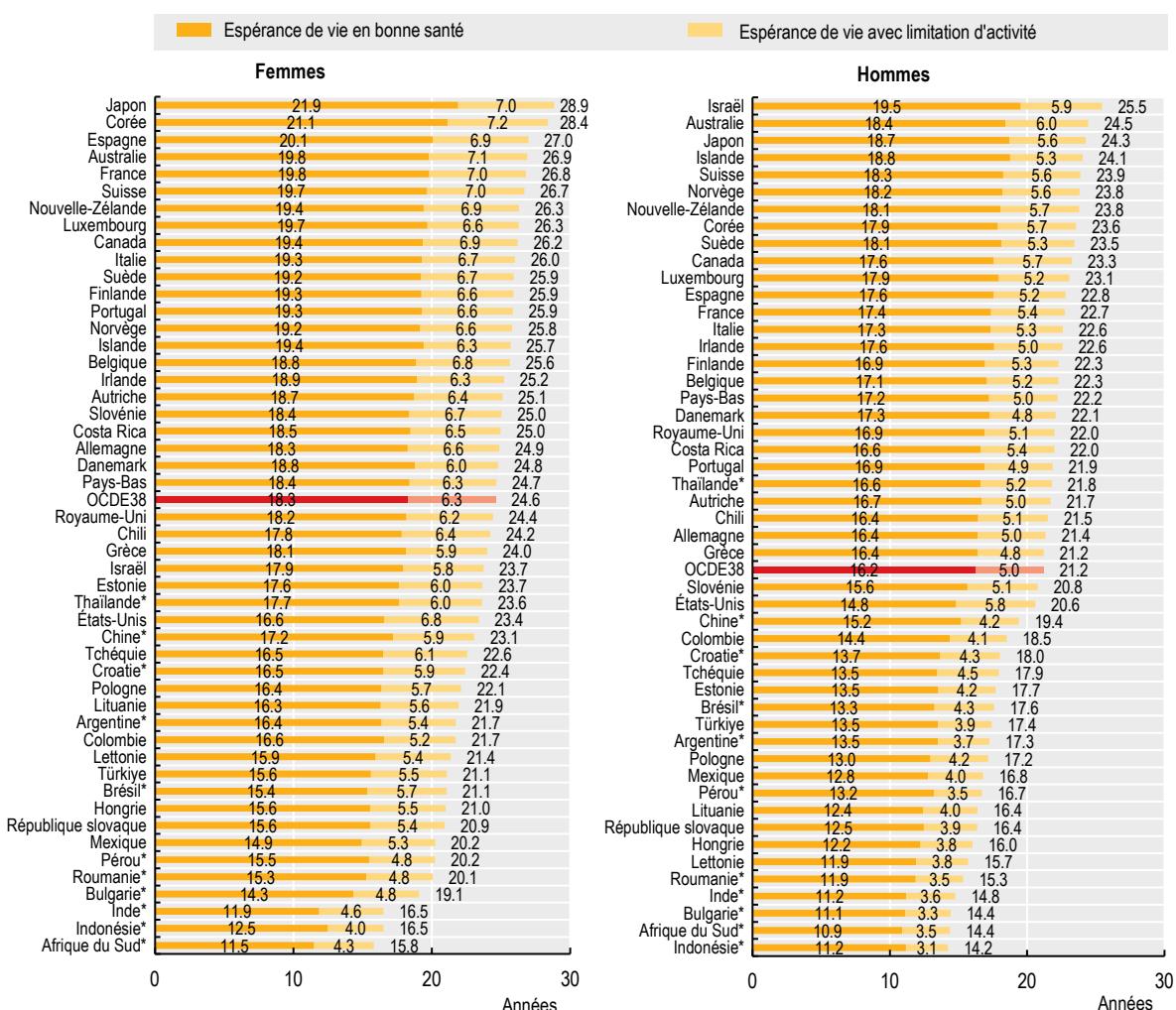


1. Les dernières données datent de 2020-2022. *Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Eurostat 2025 pour les pays de l'UE plus l'Islande, la Norvège et la Suisse.

StatLink <https://stat.link/sehvp6>

Graphique 10.3. Espérance de vie en bonne santé à 60 ans, 2021



Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Données de l'Observatoire de la santé mondiale, OMS, 2025. Les valeurs peuvent différer des estimations nationales.

StatLink <https://stat.link/a4g6qn>

État de santé et incapacité autodéclarés à 65 ans

Alors même que l'espérance de vie à 65 ans a progressé dans les pays de l'OCDE, tous les individus (ou ceux de 65 ans et plus) ne vivent pas le reste de leur vie en bonne santé (voir la section « Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à un âge avancé »). Dans tous les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, les personnes âgées appartenant au quintile de revenu le plus bas sont plus nombreuses à déclarer un mauvais état de santé que celles qui se situent dans le quintile le plus élevé (Graphique 10.4). En moyenne dans 24 pays de l'OCDE, une personne sur quatre (22.8 %) du quintile de revenu le plus bas fait état d'un état de santé mauvais ou très mauvais en 2024, contre une personne sur dix (9.7 %) parmi celles du quintile le plus élevé.

Dans dix pays, les personnes âgées les plus modestes sont au moins deux fois et demie plus susceptibles de déclarer un mauvais ou très mauvais état de santé que celles appartenant au quintile le plus élevé, tandis que dans cinq pays (Slovénie, Tchéquie, Estonie, Pays-Bas et Lituanie) les personnes âgées appartenant au quintile de revenu le plus bas sont plus de trois fois plus susceptibles de déclarer un mauvais état de santé. En Suisse, cependant, les proportions de personnes âgées déclarant être en mauvaise santé étaient les plus faibles parmi les pays de l'OCDE, tant pour le quintile de revenu le plus bas (7.1 %) que pour le quintile le plus élevé (2.8 %). Dans cinq pays (Espagne, Finlande, Italie, Luxembourg, Pologne et République slovaque), les personnes âgées appartenant au quintile de revenu le plus bas étaient moins de deux fois plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé.

Dans 27 pays de l'OCDE en 2022, un peu plus d'un cinquième des personnes de 65 ans et plus ont déclaré au moins certaines limitations dans leurs activités quotidiennes (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : 19 % ont déclaré être modérément limitées, et 3 % être fortement limitées (Graphique 10.5). Dans nombre des pays qui enregistrent les taux autodéclarés de mauvaise ou très mauvaise santé les plus élevés, on observe également certains des taux de limitation des AVQ et AIVQ parmi les plus hauts. En Hongrie, au Portugal, en Belgique et en Angleterre (Royaume-Uni), plus de 24 % des 65 ans et plus ont rapporté au moins quelques limitations de leurs AVQ et AIVQ. En Corée, en Irlande et au Luxembourg, au moins 13 % des adultes appartenant au même groupe d'âge ont déclaré pâtir de telles limitations. Dans quatre pays (Japon, Espagne, Lituanie et Portugal), plus de 7 % des 65 ans et plus ont déclaré être fortement limités dans leurs AVQ et AIVQ. Dans l'ensemble, le Japon, le Portugal, la Lituanie et l'Espagne affichent les niveaux les plus élevés de limitations autodéclarées des AVQ et AIVQ, atteignant ou dépassant 30 % au total.

En 2024, 83 % des usagers des services de soins primaires âgés de 65 ans de 17 pays de l'OCDE et atteints d'au moins une maladie chronique ont qualifié leur vie sociale de bonne, très bonne ou excellente (Graphique 10.6). La Suisse affiche le taux le plus élevé (92 %) en la matière, sept autres pays affichant également des taux supérieurs à 85 % : la France, le Canada, les États-Unis, la Slovénie, la Belgique, le Luxembourg et la Tchéquie. À l'inverse, moins de 80 % des personnes âgées utilisant des services de soins primaires qualifiaient leur vie sociale de bonne, très bonne ou excellente, en Espagne, au Pays de Galles (Royaume-Uni) et en Italie ; le Portugal et la Roumanie, pays candidat à l'adhésion, affichant les taux les plus faibles (respectivement 70 % et 70.9 %).

Définition et comparabilité

Le Graphique 10.4 s'appuie sur les données des Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). L'état de santé perçu traduit la perception globale qu'ont les individus de leur propre santé, tant du point de vue physique que psychologique. L'état de santé perçu par quintile de revenu est déterminé par la perception des répondants quant à leur santé, qui constitue une évaluation subjective de celle-ci. Les données concernant les inégalités fondées sur le revenu dans l'état de santé perçu prennent en compte la différence dans la proportion de personnes de 65 ans et plus faisant part d'un état de santé mauvais ou très mauvais, et excluent les individus qui déclarent un état de santé moyen.

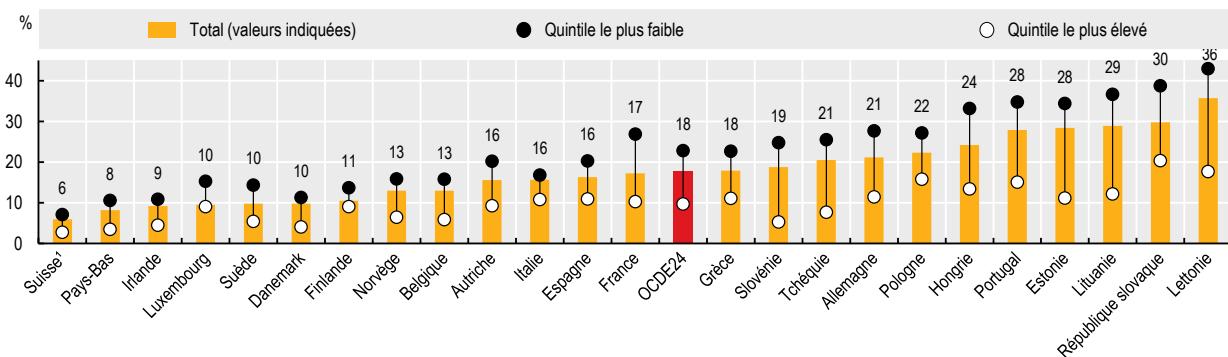
Les limitations dans les activités quotidiennes évaluent l'autonomie d'une personne dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Elles sont classées dans deux groupes : « quelques limitations », qui désigne les individus dont les besoins de soins sont faibles ou moyens et « limitations graves », qui s'applique aux personnes dont les besoins de soins sont importants. L'évaluation des niveaux de besoins est fondée sur la méthodologie utilisée et décrite dans (2024_[1]). Elle utilise en moyenne deux méthodes de correspondance, destinées à établir un lien entre les cas types et les difficultés rapportées par les patients dans l'accomplissement de leurs AVQ et AIVQ. Les microdonnées utilisées proviennent d'ensembles de données multiples, qui incluent en priorité les AVQ et les AIVQ, mais des différences inhérentes à la définition de ces termes peuvent exister. Pour une explication plus détaillée, voir OCDE (2024_[1]).

La prudence s'impose lorsque l'on procède à des comparaisons internationales de l'état de santé ou de la vie sociale perçus, les auto-évaluations des personnes étant subjectives et pouvant être influencées par des facteurs culturels. La vie sociale perçue se fonde sur les réponses apportées à la question : « En général, comment évaluez-vous votre capacité à mener vos activités et fonctions sociales habituelles », les possibilités de réponse allant de « mauvaise » à « excellente ». Les données sont issues de l'enquête PaRIS 2024 de l'OCDE sur les indicateurs fondés sur les déclarations des patients et collectées à l'aide de l'échelle PROMIS® Scale v1.2 – Global Health / élément vie sociale. La comparabilité est quelque peu limitée pour l'Italie, en raison de l'utilisation d'échantillons différents.

Références

- OCDE (2024), *Is Care Affordable for Older People?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [1] <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.

Graphique 10.4. Personnes de 65 ans et plus déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais, par quintile de revenu, 2024 (ou année la plus proche)

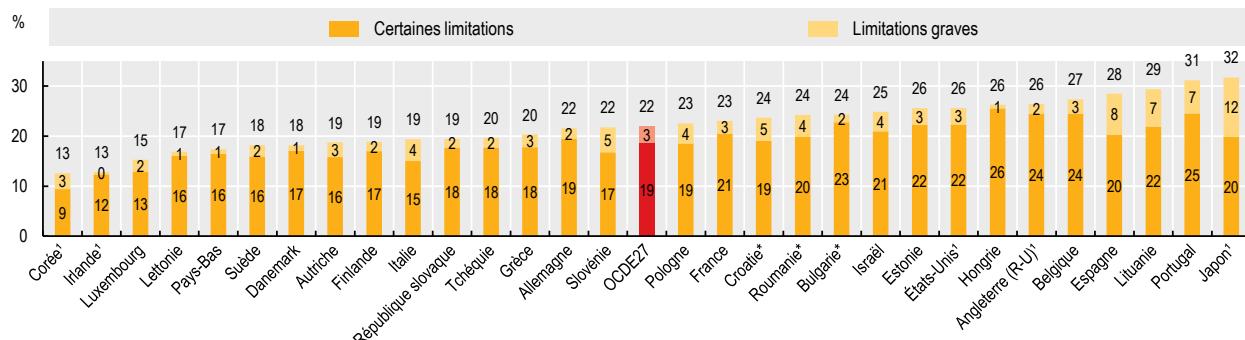


1. Données de 2023.

Source : Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink <https://stat.link/km40wi>

Graphique 10.5. Limitations dans les activités quotidiennes et dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, population âgée de 65 ans et plus, 2021-2022 (ou année la plus proche)

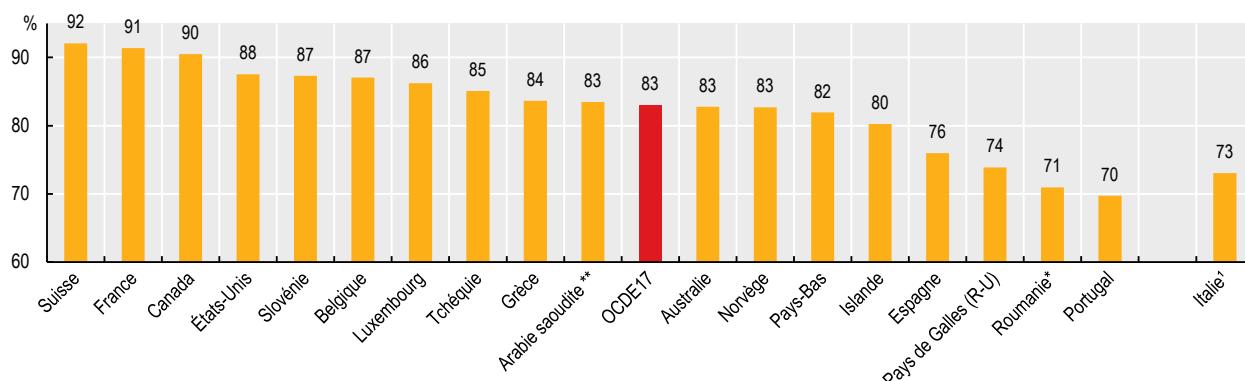


1. Données de 2017-2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : SHARE, 9e vague (2021-22) ; ELSA, 9e vague (2019) pour le Royaume-Uni ; HRS (2018) pour les États-Unis ; KLoSA (2018) pour la Corée ; SSJDA (2017) pour le Japon ; TILDA, 5e vague (2018) pour l'Irlande.

StatLink <https://stat.link/t6h0er>

Graphique 10.6. Usagers des services de soins primaires âgés de 65 ans et plus et atteints d'au moins une maladie chronique qualifiant leur vie sociale de bonne, très bonne ou excellente, 2024



Note : Outil de collecte de données : échelle PROMIS® Scale v1.2. Consulter la section « Définition et comparabilité » pour de plus amples informations. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS. 1. Les données de l'Italie se rapportent aux patients consultant un spécialiste au sein de services de soins ambulatoires, dans certaines régions.

Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

StatLink <https://stat.link/xqakzy>

Démence

La démence est un défi mondial majeur du vieillissement de la population. Elle couvre les troubles cérébraux, dont la maladie d'Alzheimer, qui entraîne une détérioration progressive et la mort des cellules cérébrales, provoquant une dégradation graduelle des capacités fonctionnelles et des relations sociales de l'individu. À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif et les traitements modifiant le cours de la maladie ne font que ralentir sa progression, au risque d'entraîner des effets secondaires.

Avec le vieillissement démographique, le nombre de personnes souffrant de démence devrait lui aussi augmenter. Dans 19 pays de l'OCDE, on estimait en moyenne que 61 personnes pour 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus souffraient de démence en 2023 (Graphique 10.7), avec des taux allant de 24 pour 1 000 en Colombie à 122 pour 1 000 au Japon, bien que les différences dans les taux de diagnostic, les définitions et les mesures nuisent à la comparabilité internationale.

Au moins 24 pays de l'OCDE sur 29 ont des plans spécifiques relatifs à la démence, qui visent à améliorer la prévention, le diagnostic et les soins prodigués aux personnes atteintes de cette maladie (OCDE, à paraître^[1]). La prévention de la démence reste un enjeu complexe, même si environ 45 % des cas de démence dans le monde sont liés à des facteurs de risque modifiables, comme la prise en charge des maladies chroniques (Livingston et al., 2024^[2]). Une intervention rapide peut retarder la progression de la maladie, mais exige un diagnostic précoce. Au moins 23 pays de l'OCDE ont mis en place des orientations en matière de diagnostic pour aider les professionnels de santé à reconnaître les symptômes et à rationaliser les parcours diagnostics.

Les progrès récents dans la recherche-développement pharmaceutique ont suscité de nouveaux espoirs en ce qui concerne le traitement de la démence. Si ces nouveaux médicaments visent à ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer, des effets secondaires non négligeables, un rapport coût-efficacité défavorable, des pratiques cliniques limitées et la charge administrative importante qu'ils représentent restreignent leur disponibilité, ce qui incite les pays à faire preuve de prudence avant de les intégrer dans leurs systèmes de santé. En juillet 2025, le donanemab (Kisunla) a été autorisé en Australie, au Japon, au Mexique, au Royaume-Uni et aux États-Unis, tandis que le lecanemab (Leqembi) l'a été dans l'Union européenne, en Israël, au Japon, en Corée, au Royaume-Uni et aux États-Unis, avec un taux de remboursement variable selon les pays.

Dans le traitement de la démence des formes légères à modérées, les interventions multidimensionnelles sur le mode de vie (telles que l'étude finlandaise sur les interventions gériatriques visant à prévenir les troubles cognitifs et le handicap (FINGER)) et les approches non pharmacologiques (telles que la kinésithérapie et la musicothérapie) donnent des résultats prometteurs. Néanmoins, le niveau de mise en œuvre varie selon les pays.

À mesure que la maladie progresse, de nombreuses personnes atteintes de démence présentent des symptômes comportementaux et psychologiques. Les symptômes non cognitifs devraient être pris en charge en priorité à l'aide de méthodes non pharmacologiques ; les neuroleptiques à court terme ne sont recommandés que lorsque celles-ci échouent et que les risques liés à l'absence de traitement l'emportent sur les effets indésirables potentiels.

Toutefois, l'utilisation inappropriée de ces médicaments reste répandue et la réduction de leur surprescription est une priorité des pouvoirs publics. Dans 17 pays de l'OCDE, en moyenne 54 personnes âgées de 65 ans et plus sur 1 000 se sont vu prescrire des médicaments antipsychotiques. En 2023, la prescription de neuroleptiques variait d'un facteur de près de six dans ces pays, allant de seulement 16 prescriptions pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en Suède à plus de 90 prescriptions pour 1 000 en Slovénie. En outre, les taux standardisés suivant l'âge de prescription des médicaments antipsychotiques étaient plus élevés de 27 % pour les femmes que pour les hommes dans les 17 pays de l'OCDE (Graphique 10.8).

Définition et comparabilité

L'OCDE procède actuellement à une collecte pilote de données sur la démence afin de mieux comprendre les variations dans la communication des données selon les pays de l'OCDE et de parvenir à des données comparables à l'échelle internationale. Plusieurs pays de l'OCDE ont constitué des fichiers nationaux de patients (par exemple, l'Angleterre (Royaume-Uni) et la Norvège) et des fichiers de patients atteints de démence (par exemple, la Suède et, prochainement, l'Irlande) qui permettent d'identifier les personnes chez lesquelles un diagnostic de démence a été posé.

Les données sur la prévalence de la démence sont recueillies à partir de la collecte de données pilote et de sources nationales. Certains pays fournissent des données basées sur des estimations, tandis que d'autres utilisent des données enregistrées sur les patients. Ces deux approches diffèrent. Les données estimées sont susceptibles de surestimer la prévalence, car elles comprennent des projections fondées sur les caractéristiques de la population ainsi que des hypothèses. En revanche, les données enregistrées ne comprennent que les cas officiellement diagnostiqués, et peuvent donc sous-estimer le véritable chiffre en raison de sous-diagnostic ou de lacunes dans la communication des données.

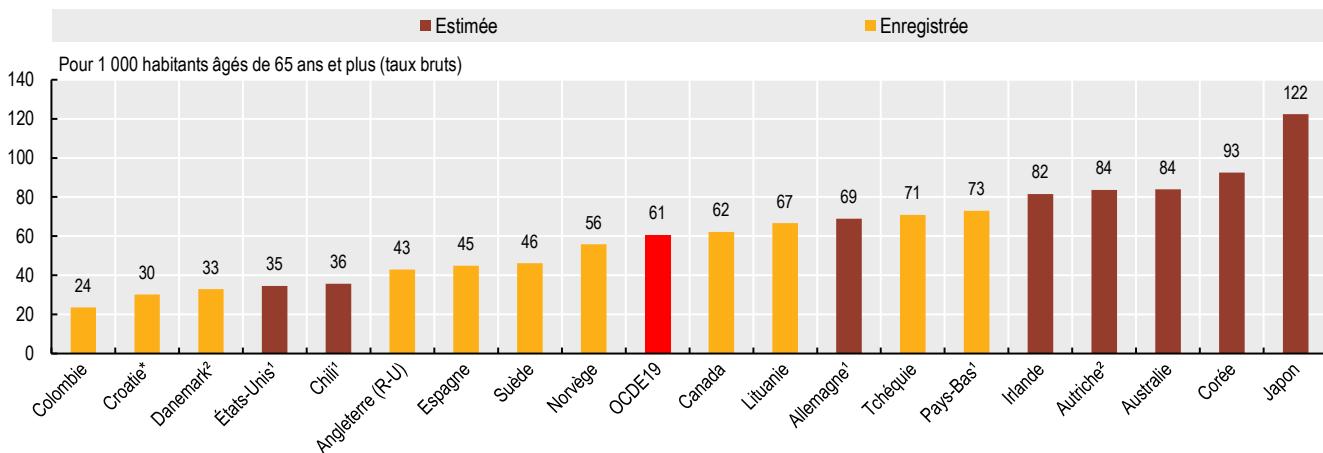
Les antipsychotiques sont définis de manière identique dans tous les pays, en utilisant les codes de la Classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) de l'OMS. Le numérateur comprend tous les patients sur le registre des médicaments ayant une prescription pour un médicament du sous-groupe ATC N05A. Le dénominateur est le nombre total de personnes inscrites au registre. La plupart des pays ne sont pas en mesure de recenser les prescriptions qui concernent des personnes atteintes de démence, c'est pourquoi l'indicateur sur les neuroleptiques inclut toutes les personnes âgées de plus de 65 ans. La prudence s'impose au moment de tirer des conclusions sur la population atteinte de démence, car un taux supérieur de prescription chez l'ensemble des plus de 65 ans se traduit par davantage de prescriptions destinées aux personnes atteintes de démence. Néanmoins, évaluer cet indicateur, déterminer les éléments expliquant les écarts de résultats et réduire la consommation inappropriée des neuroleptiques sont autant de stratégies qui permettront d'améliorer la qualité de la prise en charge de la démence.

Références

Livingston, G. et al. (2024), « Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission », *The Lancet*, vol. 404/10452, pp. 572-628, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)01296-0). [2]

OCDE (à paraître), *Care Still Needed: Revisiting Policies for Improving the Lives of People with Dementia*, Éditions OCDE, Paris. [1]

Graphique 10.7. Données estimées et enregistrées de la prévalence de la démence chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)

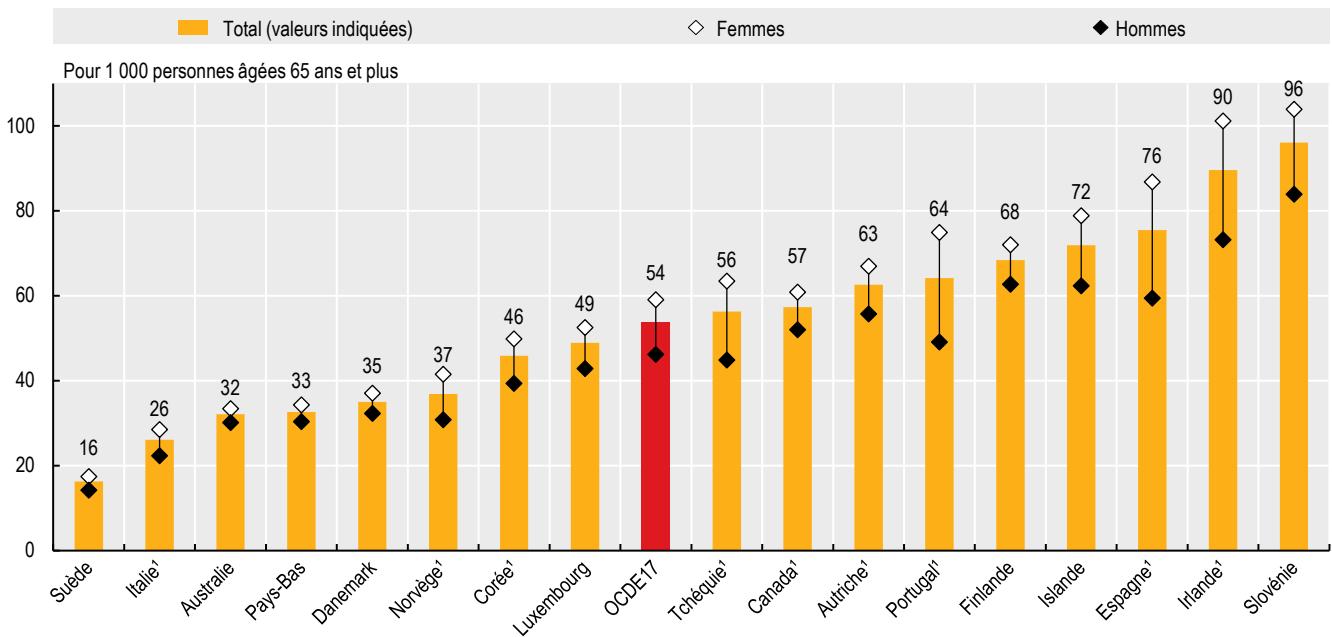


1. Données de 2022. 2. Données de 2024-2025. Les définitions varient selon les pays (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Collecte de données pilotes effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins. Les sources nationales sont les suivantes : GÖG (Hg.) (2025), *Österreichischer Demenzbericht* 2025 (Autriche) ; Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) (2025), Démence, y compris la maladie d'Alzheimer ; Observatorio Social (2022), *Encuesta Discapacidad y Dependencia* (Chili) ; Danish Dementia Research Centre (2025), *Incidence and prevalence of dementia in Denmark* ; Rommel, A. et al. (2025), "Dementia – Prevalence, trends and regional patterns in Germany. An analysis based on routine data from the statutory health insurance", *Journal of Health Monitoring*, Vol. 10/1; Ninomiya, T. et al. (2024), *A Study on the Prevalence and Future Projections of Dementia and Mild Cognitive Impairment* (Japon) ; Ministry of Health and Welfare (2025), *2023 National Survey on Dementia Epidemiology and Prevalence* (Corée) ; Ministerio de Salud (2023), *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria* (Espagne) ; et Kramarow, E. (2024), "Diagnosed dementia in adults age 65 and older: United States", *National Health Statistics Reports*, no. 203.

StatLink <https://stat.link/1j9frh>

Graphique 10.8. Taux de prescription de neuroleptiques, 2024 (ou année la plus proche)



Note : Les données incluent à la fois les personnes atteintes de démence et celles qui ne le sont pas. 1. Données de 2023.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/0lkmxb>

Sécurité des soins de longue durée

La demande de soins spécialisés augmente dans le secteur des soins de longue durée en raison du vieillissement de la population, qui se caractérise par des pathologies et des besoins fonctionnels complexes. Garantir la sécurité ne consiste pas seulement à prévenir les préjudices, mais aussi à promouvoir la confiance, la qualité de vie et la prestation efficace des soins.

Les infections associées aux soins de santé causées notamment par des bactéries résistantes aux antibiotiques constituent une préoccupation majeure en matière de sécurité des soins de longue durée. Elles sont généralement considérées comme évitables grâce aux mesures standard de lutte anti-infectieuse, mais peuvent tout de même avoir des conséquences dommageables pour les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée (OCDE/OMS, 2022^[1]). Dans 16 pays de l'OCDE, 3,2 % des résidents des établissements de soins de longue durée ont contracté au moins une infection associée aux soins en 2023-2024 (Graphique 10.9). La prévalence déclarée était élevée au Portugal, en Espagne et aux Pays-Bas (plus de 5 %).

Par ailleurs, l'utilisation de benzodiazépines comporte des risques pour la sécurité. Pour les personnes âgées, la plupart des directives conseillent d'éviter complètement les benzodiazépines en raison des risques associés de vertiges, de chutes et de confusion. En dépit de ces risques, les benzodiazépines continuent d'être prescrites aux personnes âgées pour soulager l'anxiété et les troubles du sommeil. L'utilisation à long terme des benzodiazépines peut conduire à des effets indésirables (surdosages), et entraîner une tolérance, une dépendance et une augmentation des doses. Les benzodiazépines à action prolongée sont encore davantage déconseillées pour les personnes âgées parce qu'elles mettent plus de temps à être éliminées par le corps (OCDE, 2017^[2]).

La consommation de benzodiazépines a diminué dans 18 pays de l'OCDE, la consommation chronique passant de 33 à 27 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en moyenne entre 2013 et 2023 (Graphique 10.10, cadre de gauche). En 2023, ces chiffres allaient de moins de 1 en Italie et en Turquie à 92,8 en Islande. L'Islande a enregistré la contraction la plus marquée (34 patients de moins pour 1 000 habitants), mais est restée le premier utilisateur. Le Luxembourg et l'Estonie ont enregistré de faibles hausses. En ce qui concerne les benzodiazépines à action prolongée, la moyenne de l'OCDE a chuté, passant de 64 à près de 42 personnes pour 1 000 en 2023 (Graphique 10.10, cadre de droite). L'Italie et la Finlande affichaient des taux relativement bas, inférieurs à 5 pour 1 000, tandis qu'ils étaient supérieurs à 90 pour 1 000 en Espagne, en Corée et en Estonie. La Corée, l'Estonie et l'Islande ont enregistré les plus fortes baisses de la consommation de benzodiazépines à action prolongée. L'Espagne est le pays où la consommation était la plus élevée et le seul à avoir enregistré une augmentation de 7 pour 1 000 entre 2013 et 2023. Ces variations sont imputables aux différences en matière de politiques de remboursement et de prescription, de prévalence des maladies et de directives de traitement.

En raison de leurs multimorbidités et de leurs besoins complexes en matière de soins, les patients âgés prennent souvent plusieurs médicaments pendant des périodes prolongées. Si certains cas de polymédication sont justifiés, le recours inadapté à celle-ci augmente le risque d'événements d'effets indésirables, d'erreurs médicamenteuses et d'effets nocifs entraînant des chutes et des épisodes de confusion et de délire. Dans 16 pays de l'OCDE, la part des adultes âgés de 75 ans et plus prenant au moins cinq médicaments a progressé de 2,4 % entre 2014 et 2024. La Turquie, le Danemark et l'Autriche ont déclaré les pourcentages les plus bas en 2024, à moins de 30 %, contre 77 % en Australie, suivie du Portugal, de la Corée, de l'Italie et de l'Irlande, à plus de 63 % (Graphique 10.11). Ces fortes variations s'expliquent en partie par la mise en œuvre d'initiatives ciblant la polymédication dans certains pays, notamment des politiques relatives au remboursement et à la prescription. Au fil du temps, les Pays-Bas ont connu la plus forte baisse en matière de polymédication, avec un recul de 7 %, suivis de l'Australie et du Danemark. En revanche, la Turquie et la Slovénie ont enregistré une augmentation de 8 points de pourcentage (p.p.).

Définition et comparabilité

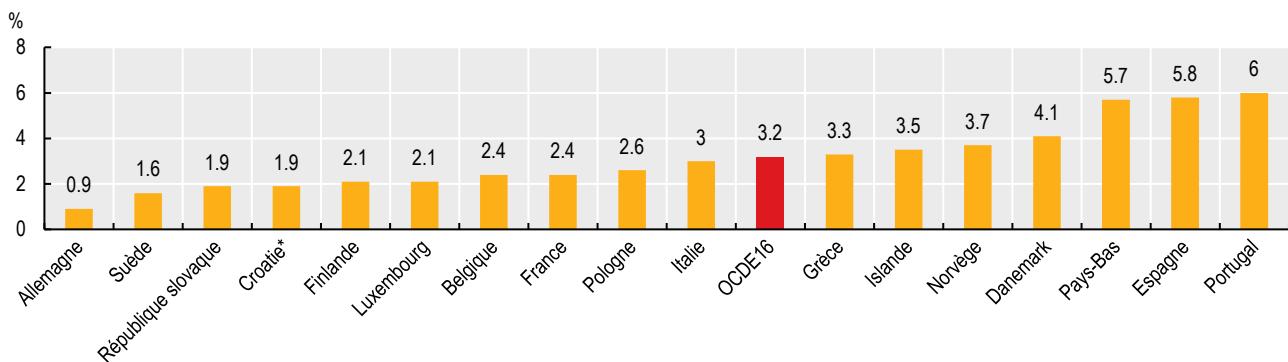
Les données sur les infections associées aux soins de santé proviennent de l'enquête de prévalence ponctuelle sur les infections associées aux soins de santé et l'utilisation d'antimicrobiens réalisée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2025^[3]). La prévalence brute des infections associées aux soins indique le pourcentage de résidents d'établissements de soins de longue durée chez lesquels au moins une infection de cette nature a été détectée le jour de l'enquête, par rapport au nombre total de résidents concernés. La prudence s'impose, en raison des variations touchant à la méthodologie dans certains pays, à la participation des établissements de soins de longue durée et à la représentativité des échantillons.

Les données relatives à l'évolution de l'utilisation des benzodiazépines (utilisation chronique ou à long terme), ainsi que celles relatives à la part des personnes de 75 ans et plus concernées par la polymédication sont recueillies tous les deux ans dans le cadre de la collecte de données effectuée par l'OCDE sur la qualité et les résultats des soins. Les dénominateurs sont la population de 65 ans et plus ayant au moins une ordonnance pour des benzodiazépines pour une utilisation chronique ou à long terme, et la population de 75 ans et plus ayant au moins une ordonnance pour la proportion de la population prenant plus de cinq médicaments simultanément, plutôt que la population générale. De plus amples informations sur les sources et méthodologies sont disponibles dans l'Explorateur des données de l'OCDE. Voir l'encadré « Définition et comparabilité » dans la section « Sécurité des prescriptions dans le cadre des soins primaires » au chapitre 6 pour plus de détails concernant la définition et la comparabilité des données sur les prescriptions entre les différents pays.

Références

- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2025), « Point Prevalence Survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities » Stockholm: ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/PPS-HAI-AMR-LCTF.pdf>. [3]
- OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>. [2]
- OCDE/OMS (2022), *Addressing the burden of infections and antimicrobial resistance associated with health care: Focus on G7 countries*, <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/antimicrobial-resistance-and-pandemics/addressing-burden-of-infections-and-amr-associated-with-health-care.pdf>. [1]

Graphique 10.9. Prévalence des infections associées aux soins pour 100 résidents dans les établissements de soins de longue durée, 2023-2024

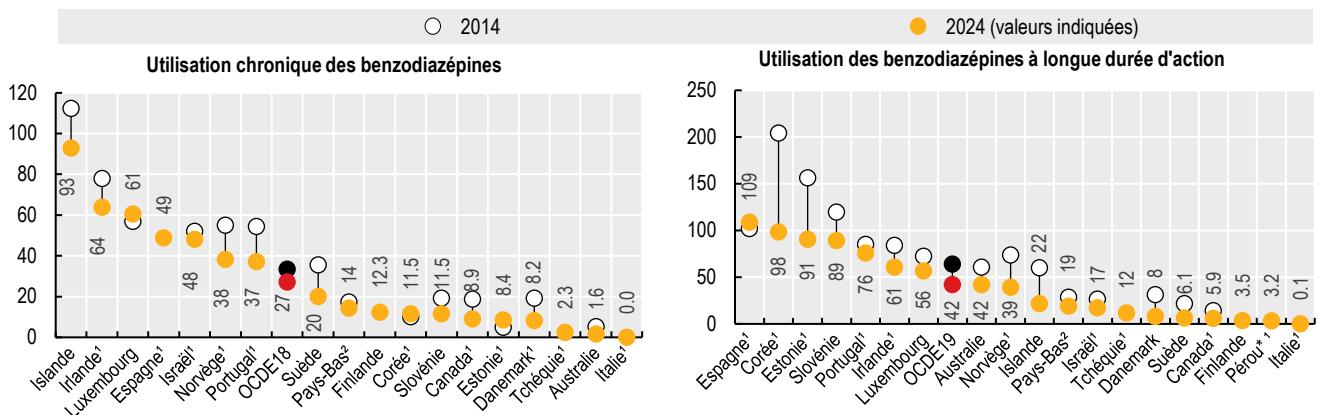


Note : * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

StatLink <https://stat.link/s3rv7p>

Graphique 10.10. Utilisation des benzodiazépines pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, 2024 et 2014 (ou année la plus proche)

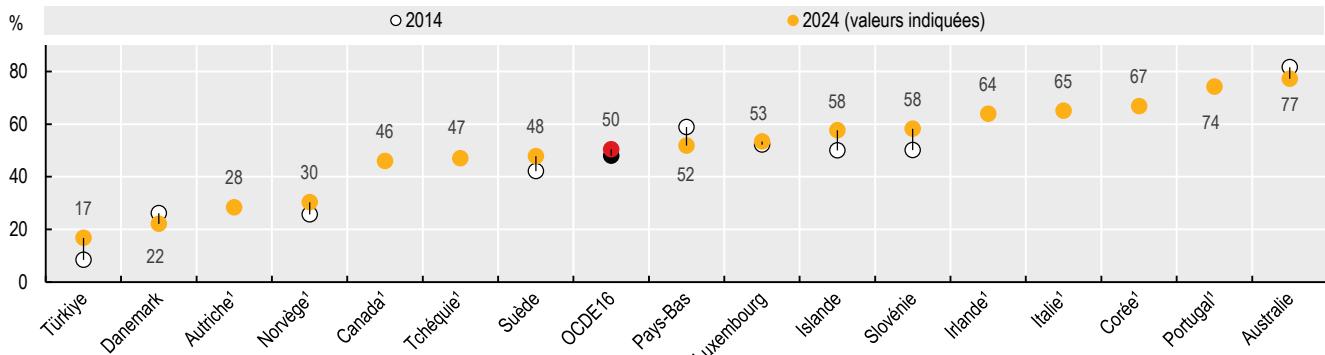


1. Les dernières données datent de 2021-2023. 2. Les données font référence à 2018 au lieu de 2014. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/oca5i7>

Graphique 10.11. Personnes âgées de 75 ans et plus prenant plus de cinq médicaments en même temps, 2024 et 2014 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2023.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/oz0hgn>

Accès aux soins de longue durée

Dans 31 pays de l'OCDE, en 2023, 12 % en moyenne des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu des soins de longue durée, à domicile ou en établissement (Graphique 10.12). Dans quatre pays de l'OCDE (Lituanie, Israël, Suisse et Allemagne) plus d'une personne âgée de 65 ans et plus sur cinq bénéficiait de soins de longue durée. Les normes culturelles qui définissent dans quelle mesure les familles s'occupent des personnes âgées peuvent également influer sur l'utilisation des services formels (voir la section « Aidants informels »). En moyenne, la part des bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus a légèrement crû de 1 p.p. par rapport à 2013, où elle s'élevait à 11 %. Elle a augmenté de plus de 8 p.p. en Lituanie, en Allemagne, en Israël et en Espagne, et baissé de 2 % ou plus aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Danemark et en Hongrie.

De nombreuses personnes ayant besoin de soins de longue durée souhaitent rester à leur domicile aussi longtemps que possible. Compte tenu de ces préférences, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des services à destination des personnes âgées afin de faciliter leur prise en charge à domicile. Entre 2013 et 2023, la proportion de personnes qui bénéficiaient de soins de longue durée à domicile a légèrement augmenté, passant de 66 % à 70 % (Graphique 10.13). Les augmentations ont été particulièrement fortes en Allemagne, en Corée, en Espagne et en Suisse.

Les changements intervenus en matière d'évaluation des besoins et de critères d'éligibilité contribuent à certaines des évolutions observées dans la répartition des bénéficiaires de soins de longue durée depuis les années 2010 (Llena-Nozal, Araki et Killmeier, 2025^[1]). En 2017, l'Allemagne a élargi la définition des soins de longue durée afin d'étendre la prise en charge aux personnes souffrant de troubles cognitifs, ce qui a amélioré l'accessibilité aux prestations d'assurance-maladie. L'Espagne a ajouté un niveau de soins supplémentaire depuis 2015, ce qui permet aux personnes présentant une dépendance modérée d'avoir accès aux prestations publiques. En revanche, une réforme intervenue en 2015 aux Pays-Bas a transféré certaines responsabilités en matière de prestation de soins de longue durée aux autorités locales, ce qui a contribué à une baisse substantielle du nombre de bénéficiaires de soins à domicile. En Nouvelle-Zélande, la prestation de soins à domicile a été de fait rationnée, les prestataires de soins à domicile ayant limité l'offre de services afin de maîtriser leurs coûts opérationnels et d'absorber les augmentations salariales prévues par l'accord sur l'équité salariale (*Pay Equity Settlement*), qui imposait que des augmentations salariales légales soient accordées aux travailleurs sociaux afin de remédier aux disparités salariales entre les sexes existant de longue date.

Même lorsqu'elles sont limitées dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) et dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), certaines personnes ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge formelle suffisante. Parmi les personnes de 65 ans et plus dans 22 européens, 47 % des personnes vivant à domicile avec au moins une limitation des AVQ ou AIVQ – et deux sur cinq (38 %) avec trois limitations ou plus – déclaraient ne pas recevoir suffisamment d'aide informelle pour leurs soins de longue durée, ou ne pas bénéficier de prise en charge formelle (Graphique 10.14).

Définition et comparabilité

Les bénéficiaires de soins de longue durée comprennent les personnes qui reçoivent des soins prodigués par des prestataires rémunérés ou non rémunérés percevant des paiements en espèces, ainsi que ceux qui bénéficient d'autres prestations publiques accordées pour venir en aide aux personnes ayant besoin de soins de longue durée. Les soins de longue durée peuvent être prodigués dans des établissements, ou à domicile. Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent aux patients hébergement et prise en charge de longue durée. La prise en charge à domicile signifie que les personnes reçoivent la plupart de leurs soins chez elles. Elle peut également inclure le recours temporaire à des soins en établissement, ainsi qu'à des structures de proximité et des centres d'accueil de jour et à des formules d'hébergement spécialement conçues.

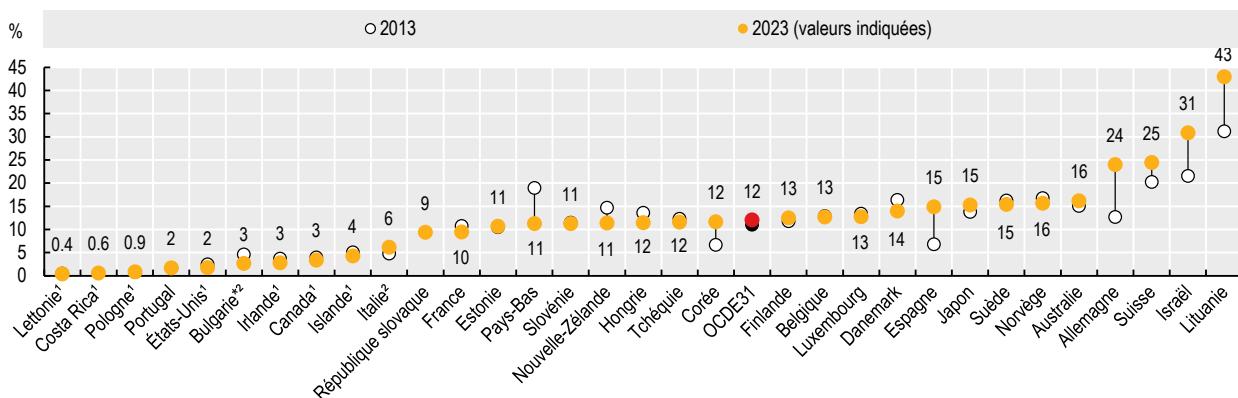
Les données pour le Canada, le Costa Rica, les États-Unis, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie et la Pologne ne sont disponibles que pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée en établissement, le nombre total de bénéficiaires est donc sous-estimé. Pour le Japon, le nombre de bénéficiaires âgés de 65 ans et plus est estimé à partir des statistiques sur les dépenses liées aux prestations de soins de longue durée (Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales) et divisé par la population correspondante selon les estimations démographiques au 1^{er} octobre (Bureau des statistiques du Japon). Pour les Pays-Bas, les services de soins de longue durée fournis par les municipalités locales (*Wmo*) ne sont pas inclus, ce qui conduit à une sous-estimation du recours aux soins à domicile. Pour la République slovaque, les données pour les bénéficiaires de soins de longue durée à domicile étaient bien disponibles pour 2021, mais seules les données concernant les établissements ont été utilisées pour permettre la comparaison avec 2011.

La collecte des données sur les soins de longue durée présente plusieurs défis méthodologiques, et les chiffres publiés présentent des limites. Pour certains pays, les données concernent uniquement les personnes recevant des soins financés par des fonds publics, tandis que d'autres pays incluent les personnes financiant elles-mêmes leurs soins. Comme les données concernant les personnes recevant des soins en dehors des systèmes publics sont plus difficiles à obtenir et peuvent être sous-estimées, les chiffres pour des pays qui dépendent plus fortement des soins financés par le privé peuvent être artificiellement bas. Au Portugal, les établissements privés soutenus par la sécurité sociale ne sont pas pris en compte, ce qui explique que le recours aux services de soins de longue durée soit sous-déclaré. Pour l'indicateur sur les besoins en soins de longue durée non satisfaits, les données concernent les personnes âgées de 65 ans et plus, et sont tirées de la neuvième vague de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE) pour les années 2021 et 2022. Il n'existe pas de définition internationalement reconnue des besoins en soins de longue durée non satisfaits, mais SHARE facilite l'estimation de la part des personnes âgées faisant état de limitations des AVQ et AIVQ qui n'ont pas bénéficié d'une prise en charge formelle ou de suffisamment d'aide informelle.

Références

Llena-Nozal, A., S. Araki et K. Killmeier (2025), « Needs assessment and eligibility criteria in long-term care : How access is managed across OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 181, Éditions OCDE, Paris, [1] <https://doi.org/10.1787/461811c4-en>.

Graphique 10.12. Bénéficiaires de soins de longue durée âgés de 65 ans et plus, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

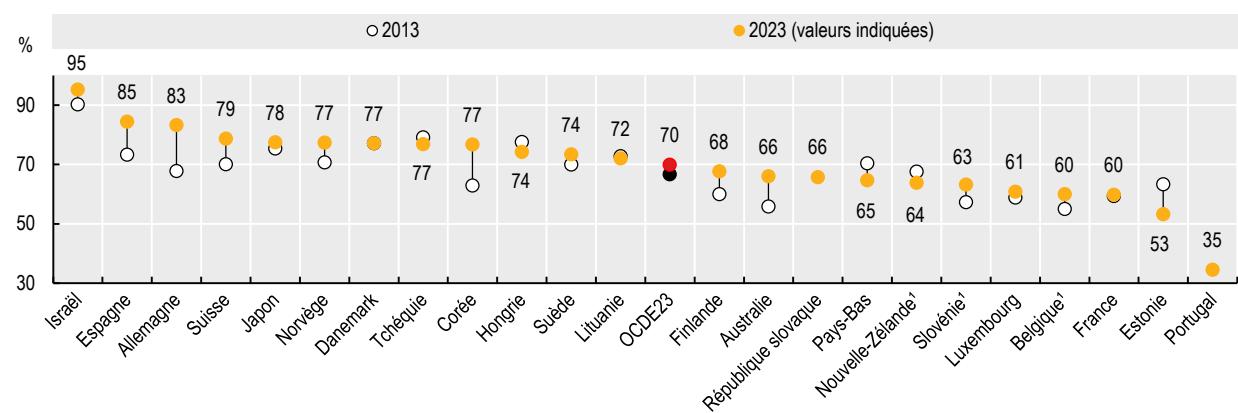


Note : Les données se rapportent tant aux bénéficiaires de soins en établissement qu'aux bénéficiaires de soins à domicile, sauf mention contraire. 1. Données sur les soins en établissement uniquement. 2. Données sur les soins à domicile uniquement. Les dernières données datent de 2020-2022 pour la Belgique, le Costa Rica, la Nouvelle-Zélande, la Slovénie et les États-Unis et de 2015 pour la Tchéquie. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, complétées par des sources nationales.

StatLink <https://stat.link/6btz3g>

Graphique 10.13. Bénéficiaires de soins de longue durée de plus de 65 ans recevant des soins à domicile, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

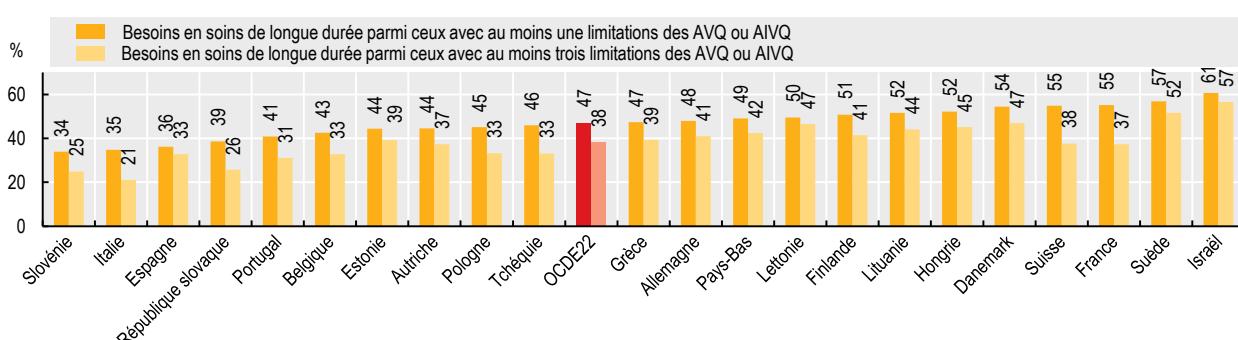


1. Les dernières données datent de 2020-2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, complétées par des sources nationales.

StatLink <https://stat.link/a9uigk>

Graphique 10.14. Besoins en soins de longue durée non satisfaits parmi les personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et présentant certaines limitations dans leurs activités quotidiennes, 2021-2022



Source : SHARE, 9^e vague (2021-2022).

StatLink <https://stat.link/mvnhey>

Aidants informels

Dans les pays de l'OCDE, les aidants informels sont une source majeure de soins pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Dans les 19 pays de l'OCDE analysés, environ 60 % des personnes âgées déclaraient ne recevoir que des soins informels (Rocard et Llena-Nozal, 2022^[1]). Les soins informels sont prodigués par la famille, les amis et les proches des personnes qui ont besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Du fait de la nature informelle des soins, il n'est pas simple d'obtenir des données comparables. Les données présentées dans cette section sont issues d'enquêtes nationales et internationales, mais ces dernières n'utilisent pas toutes les mêmes définitions, ce qui nuit à la comparabilité des données recueillies (voir l'encadré « Définition et comparabilité »).

Dans les pays de l'OCDE, plus d'une personne sur huit (13 %) âgée de 50 ans et plus a prodigué des soins informels – de 5 % en Lettonie à plus de 20 % en Autriche et en Belgique (Graphique 10.15). En moyenne, 6,3 % des répondants ayant répondu à l'enquête dans ces pays ont indiqué prodiguer des soins informels tous les jours, contre 6,9 % chaque semaine. Le pourcentage d'aidants intervenant quotidiennement est le plus élevé en Allemagne et en Belgique (9,4 %), et le plus bas en Lettonie et en Suède (3 %). S'agissant des aidants prodiguant des soins hebdomadaires, le pourcentage le plus élevé est observé en Belgique (14,8 %), et le plus bas en Lettonie (2 %).

Les aidants informels sont majoritairement des femmes. Dans les 26 pays de l'OCDE, 61 % de ces aidants étaient des femmes (de 53 % en Espagne à 73 % en Lettonie) (Graphique 10.16). La proportion de femmes est particulièrement élevée en Lettonie, en Lituanie et en Grèce, où plus de 70 % des aidants informels intervenant quotidiennement sont des femmes. Dans les pays candidats à l'adhésion à l'OCDE (Croatie, Bulgarie et Roumanie), au moins 60 % des aidants informels sont des femmes.

En moyenne dans 24 pays de l'OCDE, 11 % des aidants au quotidien déclaraient être salariés ou indépendants (en plus des soins informels qu'ils prodiguent), de plus du tiers des aidants au Royaume-Uni (40 %) et au Portugal (36 %), à 10 % ou moins au Luxembourg et en République slovaque (Graphique 10.17).

La prise en charge intensive peut avoir des effets négatifs sur l'état psychique et sur le taux d'activité, et conduire par exemple à une réduction des heures travaillées ou à une retraite anticipée. L'impact estimé des soins informels et de l'attrition du marché du travail sur la croissance économique est de 0,5 % en termes annualisés (Barszczewski et al., à paraître^[2]). Environ deux tiers des pays de l'OCDE ont mis en place des politiques visant à soutenir les travailleurs non professionnels et à alléger le fardeau des soins informels, comme des prestations en espèces versées aux aidants, aux personnes dépendantes, ou aux deux. En outre, environ la moitié des pays de l'OCDE prévoient divers types de congés rémunérés pour les aidants informels, mais qui ne remplacent pas nécessairement les pertes de salaire. Il est probable qu'à l'avenir, les pays ne puissent plus autant compter sur les aidants informels pour constituer les principaux pourvoyeurs de soins de longue durée. La demande de soins de longue durée va s'accroître en raison du vieillissement de la population et des besoins de soins qu'il créera (voir la section « Évolution démographique »). Parallèlement, avec des familles de moins en moins nombreuses, une mobilité géographique accrue et la hausse des taux d'activité des femmes, les aidants informels seront de moins en moins nombreux. Les pays devront donc développer le secteur professionnel des soins de longue durée pour répondre aux besoins non satisfaits.

Définition et comparabilité

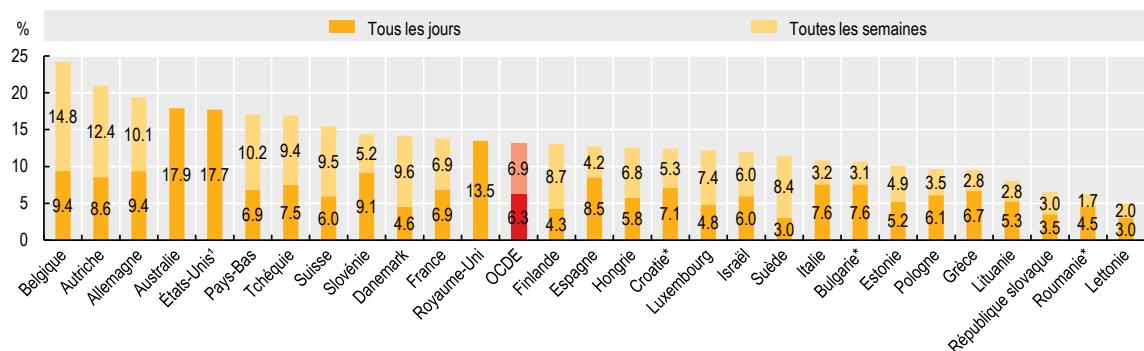
Les aidants informels sont définis comme les individus qui dispensent une aide à des parents, des amis ou des proches plus âgés, résidant ou non au domicile de l'aidant et ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne. Les données présentées ici n'englobent que les personnes de 50 ans et plus, et sont issues d'enquêtes nationales pour l'Australie (*Survey of Disability, Aging and Carers*, SDAC), le Royaume-Uni (*English Longitudinal Study of Ageing*, ELSA) et les États-Unis (*Health and Retirement Survey*, HRS) et d'une enquête internationale pour les pays européens (SHARE).

Les questions sur l'intensité des soins varient d'une enquête à l'autre. Dans l'enquête SHARE, il est demandé aux aidants à quelle fréquence ils prodiguent des soins et cet indicateur inclut les personnes assurant une prise en charge au moins une fois par semaine. Il est important de souligner que la pandémie de COVID-19 a peut-être aidé les individus à prendre conscience de leur rôle et à s'identifier en tant qu'aidant informel. Les questions figurant dans les enquêtes HRS et SDAC sont moins comparables avec celles de SHARE. Dans l'enquête HRS, les aidants sont inclus s'ils ont assuré plus de 200 heures de soins au cours de l'année précédente. Dans l'enquête SDAC, un aidant est défini comme quelqu'un qui fournit une assistance informelle, en termes d'aide ou de supervision, à une ou des personnes âgées (65 ans et plus) ou présentant une incapacité. Cette assistance doit être continue, ou susceptible de l'être pendant au moins six mois. Les personnes qui s'occupent d'enfants handicapés ne sont pas prises en compte dans les pays européens mais le sont dans les données des États-Unis et de l'Australie. Cependant, les données des États-Unis incluent uniquement les personnes qui s'occupent de quelqu'un en dehors de leur ménage, tandis que l'Australie prend en compte l'ensemble des aidants informels (et uniquement les aidants principaux). De ce fait, il est possible que les données relatives à l'Australie et aux États-Unis ne soient pas comparables avec celles des autres pays.

Références

- Barszczewski, J. et al. (à paraître), « How do women respond to increased care needs of their parents? The economic costs of informal caregiving », *Journal of the Economics of Ageing*. [2]
- Rocard, E. et A. Llena-Nozal (2022), « Supporting informal carers of older people : Policies to leave no carer behind », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 140, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>. [1]

Graphique 10.15. Personnes âgées de 50 ans et plus fournissaient des soins informels, 2021-2022 (ou année la plus proche)

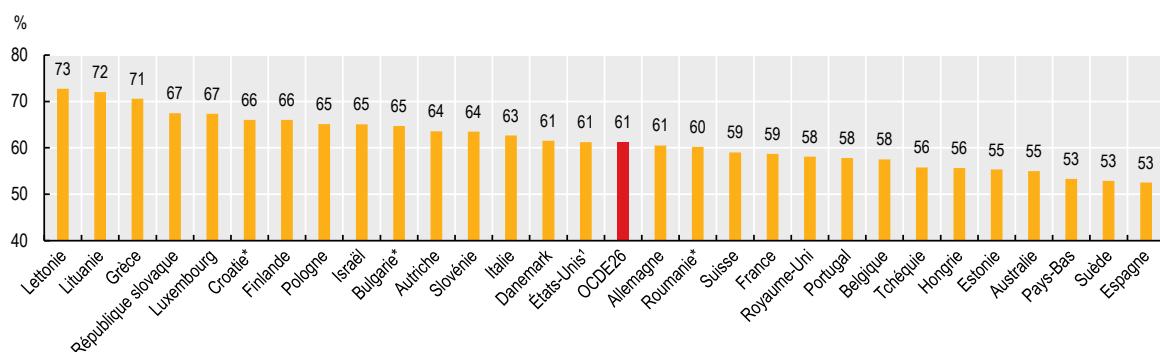


Note : La définition d'aidants informels varie selon les enquêtes (voir l'encadré « Définition et comparabilité »). Les données pour le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis se rapportent aux aidants informels en général. 1. Données de 2018-2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : SHARE, 9^e vague (2021-2022) ; SDAC (2022) pour l'Australie ; ELSA, Census-based statistics (2021) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14^e vague (2018-2019) pour les États-Unis.

StatLink <https://stat.link/nc7e8g>

Graphique 10.16. Proportion de femmes parmi les aidants informels intervenant quotidiennement, 2021-2022 (ou année la plus proche)

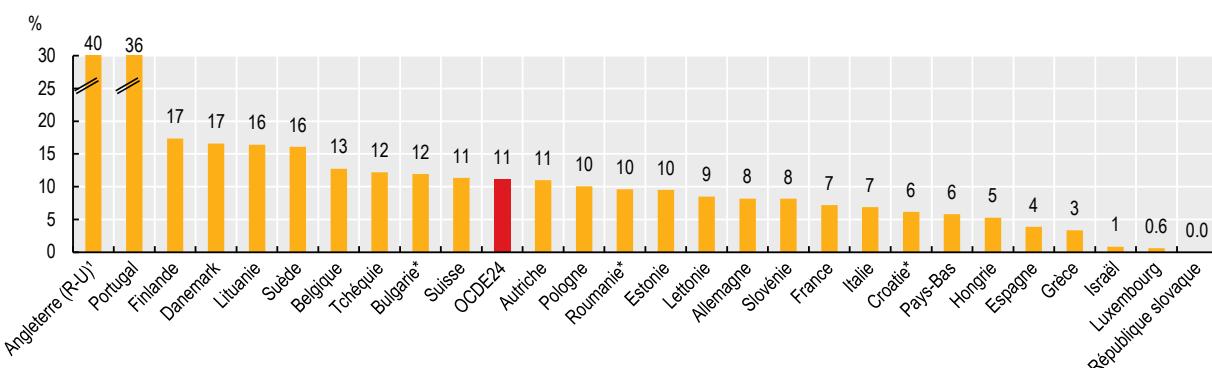


1. Les dernières données datent de 2018-2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : SHARE, 9^e vague (2021-2022) ; SDAC (2018) pour l'Australie ; Census-based statistics (2021) pour le Royaume-Uni ; HRS, 14^e vague (2018-2019) pour les États-Unis.

StatLink <https://stat.link/4ds8l3>

Graphique 10.17. Proportion d'aidants informels intervenant quotidiennement qui déclarent travailler par ailleurs, 2021-2022 (ou année la plus proche)



1. Données de 2018-2019. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : SHARE, 9^e vague (2021-2022) ; ELSA, 10^e vague (2021-2023) pour le Royaume-Uni.

StatLink <https://stat.link/29gpwy>

Emploi dans le secteur des soins de longue durée

Tous les pays de l'OCDE proposent un certain niveau de soins de longue durée formels pour accompagner les personnes ayant besoin d'aide dans leurs activités du quotidien. Les soins sont dispensés par les travailleurs du secteur des soins de longue durée qui sont définis comme le personnel rémunéré, généralement infirmiers et auxiliaires de vie, qui dispense des soins et/ou une aide aux personnes qui sont limitées dans leurs activités quotidiennes, à domicile ou dans des établissements (non hospitaliers). La demande de travailleurs dans le secteur des soins de longue durée continuera d'augmenter dans les années à venir, du fait du vieillissement de la population et de l'évolution de la structure des soins informels.

Malgré cette hausse, le nombre moyen de travailleurs du secteur des soins de longue durée s'est maintenu à un niveau stable entre 2013 et 2023, soit 5 pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus dans les 31 pays de l'OCDE pour lesquels des données étaient disponibles, allant de 13.0 en Norvège à 0.2 en Grèce (Graphique 10.18). Entre 2013 et 2023, la Corée, la Turquie et l'Espagne ont chacune enregistré une hausse de plus d'un travailleur en soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus. À l'inverse, on observe dans le secteur une diminution notable du nombre de travailleurs pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus aux États-Unis, au Danemark, en Estonie et en Belgique.

Le secteur des soins de longue durée fait face à de fortes difficultés pour attirer des talents et répondre à l'augmentation de la demande en raison de conditions de travail médiocres, caractérisées notamment par la faiblesse des salaires, les risques physiques et psychologiques élevés, les contrats de travail atypiques et le manque de reconnaissance (OCDE, 2023^[1]). Les formes atypiques d'emploi sont courantes dans ce secteur (Graphique 10.19). Dans les 31 pays de l'OCDE qui ont communiqué des données, plus d'un travailleur de longue durée sur trois, en moyenne, occupait un emploi à temps partiel, cette proportion étant nettement plus élevée en Australie (91 %), aux Pays-Bas (74 %) et en Corée (69 %). En outre, dans ces 28 pays un travailleur sur six disposait d'un contrat à durée déterminée. Cette situation est particulièrement répandue en Australie et au Portugal, ainsi qu'en Bulgarie et en Croatie, pays candidats à l'adhésion, où plus d'un tiers des travailleurs du secteur des soins de longue durée travaillent dans le cadre de contrats à durée déterminée.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'importance des travailleurs immigrés augmente dans le secteur des soins de longue durée. Dans 26 pays européens de l'OCDE, la proportion de travailleurs de ce secteur étant nés à l'étranger est en hausse, passant de 14 % en 2014 à 21 % en 2024 (Graphique 10.20). Au Luxembourg, en Suède, en Irlande et en Suisse, quatre travailleurs du secteur des soins de longue durée sur dix étaient nés à l'étranger, tandis que c'était le cas de très peu d'entre eux dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale. Par ailleurs, dans deux tiers des pays, la main-d'œuvre du secteur des soins de longue durée compte une proportion plus élevée de travailleurs nés à l'étranger que la main-d'œuvre dans son ensemble, en particulier dans les pays où la proportion de travailleurs nés à l'étranger est plus élevée.

Les exigences en matière d'études et de formation sont particulièrement basses pour les auxiliaires de vie. Par exemple, il n'existe aucune exigence en matière de qualification pour les travailleurs du secteur des soins de longue durée en Grèce, en Islande, au Royaume-Uni et aux États-Unis (Llena-Nozal, Barszczewski et Rauet-Tejeda, 2025^[2]). L'inadéquation entre la formation et les compétences requises, comme une formation spécifique en gériatrie, en suivi médical et en coordination des soins, peut nuire à la qualité des soins prodigués. Au-delà des bas salaires et de l'instabilité de l'emploi, l'accès limité à la formation et les faibles perspectives de carrière contribuent sûrement à réduire l'attractivité de la profession (OCDE, 2020^[3]).

Définition et comparabilité

Les données présentées dans cette section sont fondées sur les effectifs. Les travailleurs du secteur des soins de longue durée sont des travailleurs rémunérés qui prodiguent des soins à domicile ou en établissement (non hospitalier), en tant que personnel infirmier qualifié ou qu'aides-soignants. Le personnel infirmier englobe les infirmiers de niveau supérieur et les infirmiers de niveau intermédiaire – codes 2 221 et 3 221 dans la Classification internationale type des professions de 2008 (CITP-08). Les auxiliaires de vie (codes 5 321 et 5 322 dans la CITP-08) regroupent diverses catégories de personnel susceptibles d'être dénommées différemment selon le pays.

La collecte de données comparables concernant les auxiliaires de vie est difficile en raison du nombre limité d'accréditations. Les pays de l'OCDE prévoient souvent une accréditation obligatoire pour les personnes travaillant dans les établissements de soins, mais moins souvent pour celles qui fournissent des soins à domicile (Llena-Nozal, Barszczewski et Rauet-Tejeda, 2025^[2]). Les données des Statistiques de l'OCDE sur la santé de 2025 excluent les infirmiers employés dans l'administration mais peuvent inclure les membres de la famille ou les amis employés au moyen d'un contrat formel par le bénéficiaire des soins, par une agence ou par un prestataire de services public ou privé.

Dans le Graphique 10.18, les données des statistiques de santé 2025 de l'OCDE sur la Belgique, la Bulgarie, la France, l'Islande, l'Italie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie et la Turquie sont basées sur l'enquête de l'Union européenne sur les forces de travail. Dans le Graphique 10.19, les données du Japon sont issues de l'enquête 2022 sur les travailleurs du secteur des soins de longue durée (*Care Work Foundation of Japan*) et les données de la Corée de l'enquête sur les soins de longue durée (ministère de la Santé et du Bien-être, Institut coréen pour la santé et les affaires sociales). Pour la Corée, les travailleurs contractuels sont considérés comme des travailleurs sous contrat à durée indéterminée. Dans le Graphique 10.20, on utilise les données de l'enquête de l'Union européenne sur les forces de travail.

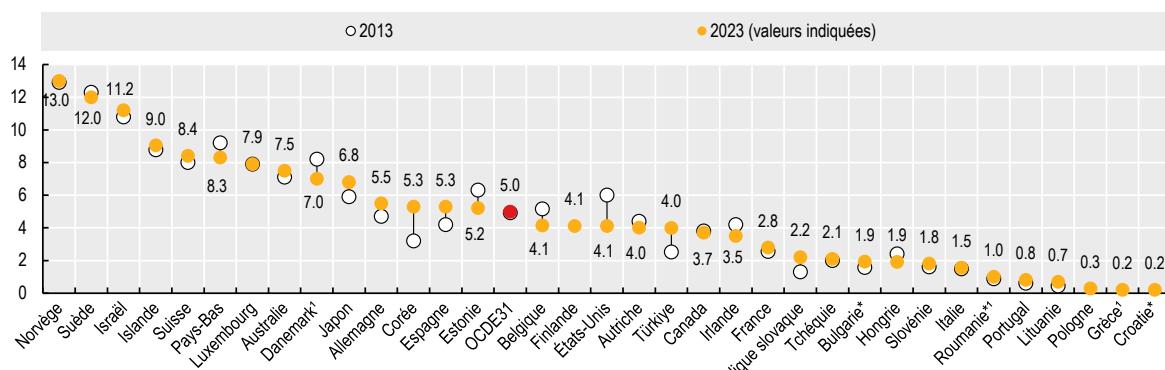
Références

Llena-Nozal, A., J. Barszczewski et J. Rauet-Tejeda (2025), « How do countries compare in their design of long-term care provision? : A typology of long-term care systems », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 182, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/44f5453a-en>. [2]

OCDE (2023), *Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée (version abrégée)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/160ef74a-fr>. [1]

OCDE (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>. [3]

Graphique 10.18. Travailleurs du secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)

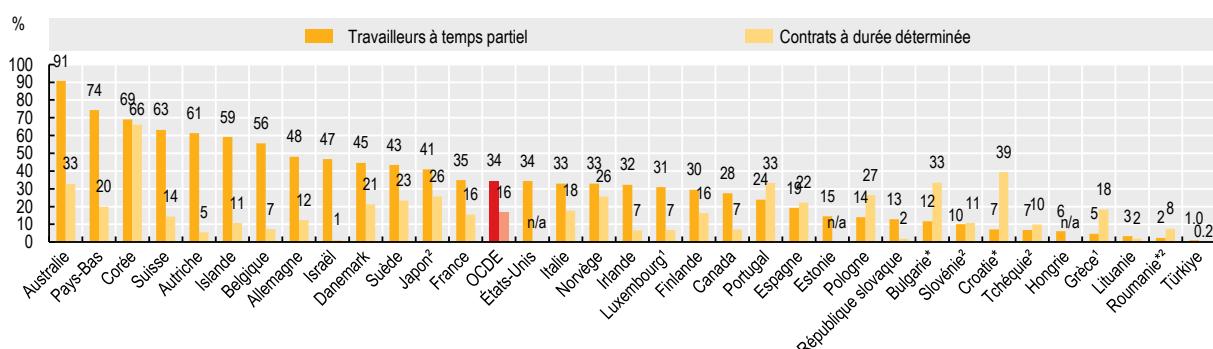


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/wm5xjr>

Graphique 10.19. Proportion des travailleurs du secteur des soins de longue durée travaillant à temps partiel ou dans le cadre d'un CDD, 2023 (ou année la plus proche)

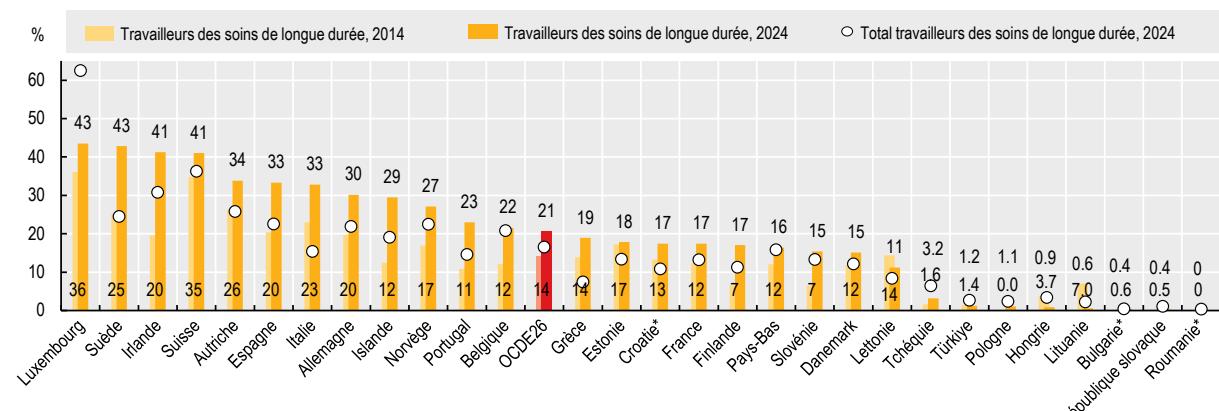


1. Données de 2021-2022. 2. Données de 2021-2022 pour les travailleurs à temps partiel. 3. Données de 2022 pour les contrats à durée déterminée. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, complétées par des sources nationales.

StatLink <https://stat.link/h57y4r>

Graphique 10.20. Proportion de travailleurs du secteur des soins de longue durée étant nés à l'étranger, 2024 et 2014



Note : Les données se rapportent aux personnes de 20 à 64 ans. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Enquête de l'UE sur les forces de travail (Eurostat).

StatLink <https://stat.link/r5bxua>

Établissements de soins de longue durée

De nombreuses personnes bénéficiant de soins de longue durée souhaitent rester chez elles le plus longtemps possible, et ces dernières années, la plupart des pays ont pris des mesures visant à tenir compte de cette préférence et à promouvoir les soins de proximité et à domicile. Toutefois, la situation personnelle peut justifier, à terme, un placement en établissement de soins de longue durée. Il importe donc que les pays conservent un niveau suffisant de capacités dans les établissements de soins de longue durée. Le nombre de lits dans les établissements de long séjour et dans les unités de soins de longue durée à l'hôpital donne une indication des ressources disponibles pour assurer une prise en charge de longue durée ailleurs qu'au domicile des patients.

En 2023 dans 34 pays de l'OCDE, on comptait en moyenne 41 lits de soins de longue durée pour 1 000 individus âgés de 65 ans et plus (Graphique 10.21). La grande majorité des lits (40 pour 1 000) se trouvait dans des établissements de long séjour, et l'hôpital ne comptait que 3 lits pour 1 000. Le pourcentage de lits de soins de longue durée situés à l'hôpital ne dépassait les 10 % de l'ensemble des lits de ce type que dans quatre pays de l'OCDE : la Grèce (68 %), la Corée (52 %), la Tchéquie (20 %) et Israël (16 %). Parmi les pays déclarant à la fois des lits de soins de longue durée à l'hôpital et en établissements de long séjour, les écarts de disponibilité étaient considérables : on observait plus d'un facteur 7 entre les niveaux les plus élevés et les plus faibles. Le Luxembourg, le pays disposant du plus grand nombre de lits, déclarait près de 79 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus, contre moins de 3 lits pour 1 000 en Grèce.

Entre 2013 et 2023, les pays de l'OCDE ont en moyenne réduit le nombre de lits de soins de longue durée dans les établissements de 5 lits pour 1 000 individus de 65 ans et plus. Dans certains cas, le nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus peut avoir baissé alors que le nombre absolu de lits a augmenté, le vieillissement de la population et du nombre de personnes âgées ayant progressé plus rapidement que le nombre de lits disponibles. Toutefois, l'évolution du nombre de lits dans les établissements varie fortement selon les pays de l'OCDE. Au cours de ces dix années, neuf pays ont réduit le nombre de lits de soins de longue durée d'environ 10 lits ou plus. À l'inverse, entre 2013 et 2023, le nombre de lits de soins de longue durée a augmenté de plus de 2,5 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus en Italie et au Japon. Ces évolutions significatives sont dues à des choix stratégiques opérés durant cette période. Aux Pays-Bas, la baisse est due aux réformes majeures des soins de longue durée mises en œuvre en 2015, qui visaient à désinstitutionnaliser la prise en charge (Llena-Nozal, Araki et Killmeier, 2025^[1]). Bien que le nombre de lits en soins de longue durée dans les pays candidats à l'adhésion et les pays partenaires soit inférieur à la moyenne de l'OCDE, ces pays ont enregistré les plus fortes augmentations entre 2013 et 2023, notamment l'Argentine et la Croatie, avec respectivement 17 et 12 lits supplémentaires pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Dans 21 pays de l'OCDE, environ deux tiers des lits en soins de longue durée appartenaient à des établissements privés en 2023 (Graphique 10.22). La part des lits de soins de longue durée détenus par le secteur privé dépassait 90 % du nombre total de lits de soins de longue durée dans neuf pays, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande ne comptant que des lits appartenant au privé. À l'inverse, les lits de soins de longue durée appartenaient majoritairement à des établissements publics en Norvège (92 %) et en Lettonie (92 %). Les variations entre pays en matière de propriété des lits en soins de longue durée peuvent être imputées à de nombreux facteurs institutionnels, notamment aux politiques et réglementations publiques. Les pays où les systèmes de santé et d'aide sociale sont centralisés (par exemple, la Norvège et la Lettonie) sont davantage susceptibles de préserver la prestation publique de soins de longue durée que les pays où les systèmes sont davantage axés sur le marché, qui externalisent la prestation de soins de longue durée à des entités privées tout en conservant un contrôle réglementaire, comme c'est le cas aux Pays-Bas.

Il est donc essentiel, pour des soins de qualité, d'élaborer et de mettre en œuvre des modèles de soins qui respectent les souhaits des résidents, et favorisent leur dignité et leur autonomie. Cela implique que le personnel de ces établissements soit correctement formé, et que les établissements disposent des moyens nécessaires pour prodiguer des soins de grande qualité, enrayer le fort taux de rotation et faciliter le recrutement et la fidélisation de travailleurs de grande qualité (voir la section « Travailleurs du secteur des soins de longue durée »).

Définition et comparabilité

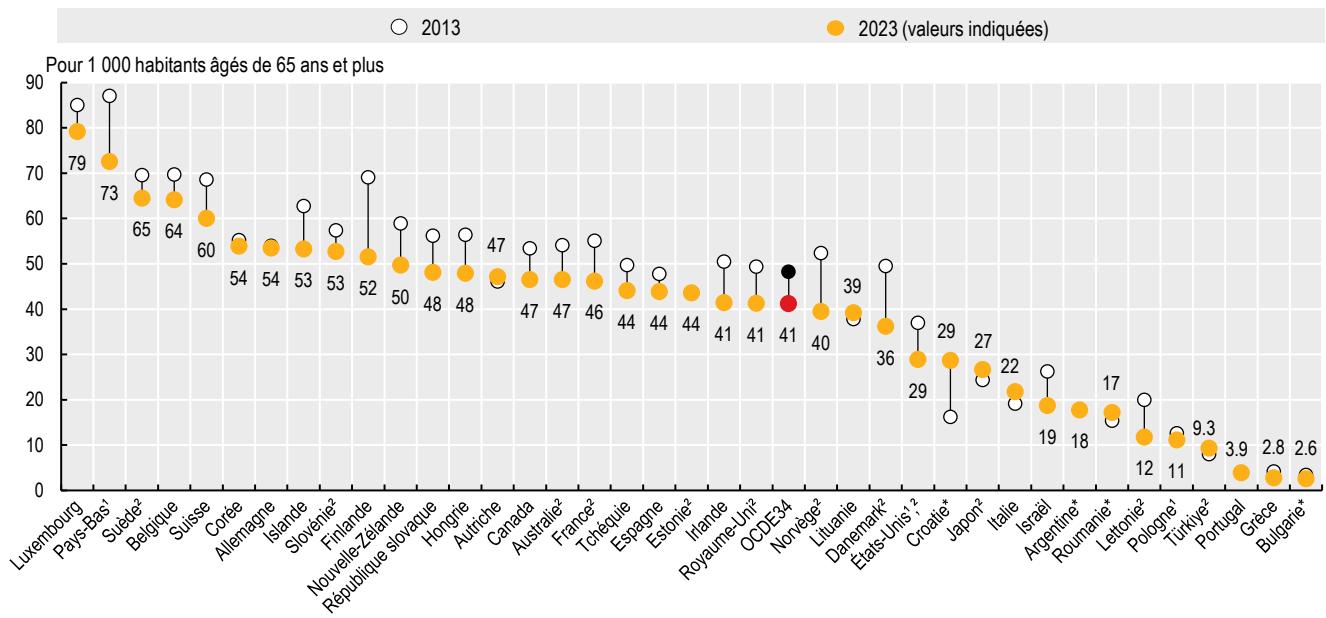
Les établissements de soins de longue durée sont des structures offrant hébergement et soins à des personnes ayant besoin de soins de longue durée. Ce sont des établissements spécialisés ou des structures de type hospitalier dont la mission principale consiste à prendre en charge sur le long terme des patients ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Ils n'incluent pas les lits disponibles dans les formules d'hébergement adaptées aux personnes ayant besoin d'une assistance mais qui conservent une grande autonomie. Les lits des centres de réadaptation ne doivent pas être pris en compte dans les comparaisons internationales.

La couverture des données varie toutefois d'un pays à l'autre. Plusieurs pays ne prennent en compte que les lits des établissements publics de long séjour, tandis que d'autres comptent ceux des structures privées (à but lucratif et sans but lucratif). Certains comptabilisent également les lits des centres de désintoxication, des unités psychiatriques d'hôpitaux spécialisés ou de médecine générale, et des centres de réadaptation.

Références

Llena-Nozal, A., S. Araki et K. Killmeier (2025), « Needs assessment and eligibility criteria in long-term care : How access is managed [1] across OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 181, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/461811c4-en>.

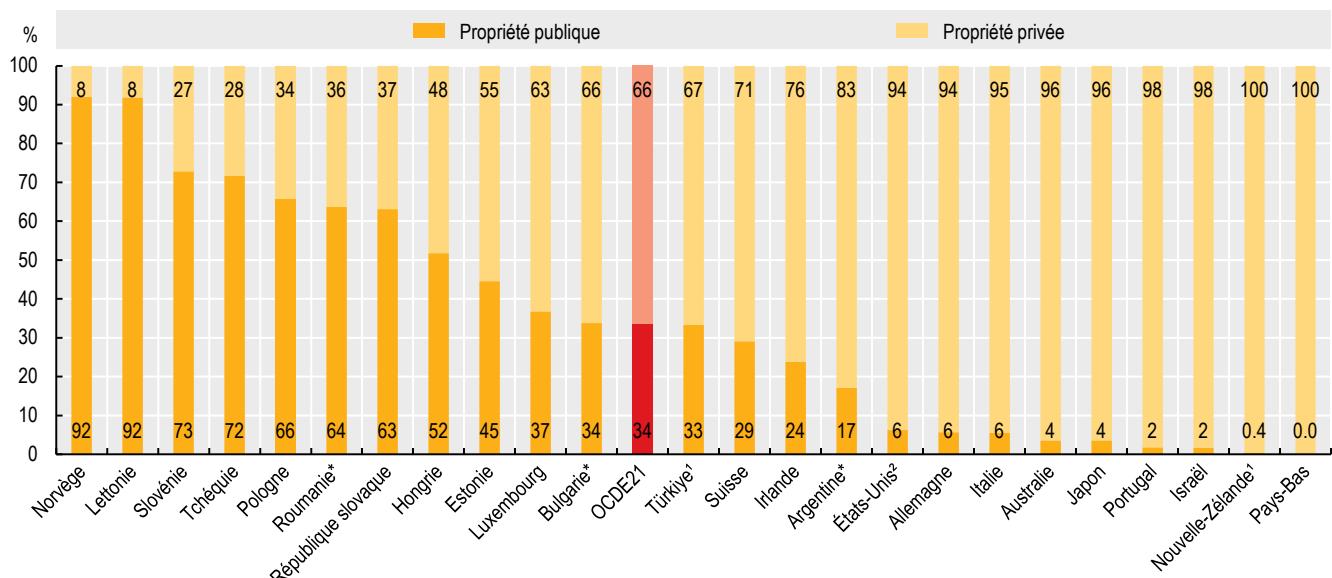
Graphique 10.21. Lots pour soins de longue durée en établissements de long séjour et à l'hôpital, 2023 et 2013 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2021-2022. 2. Les données incluent uniquement les lots en établissements. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/qr4yvx>

Graphique 10.22. Lots pour soins de longue durée par propriétaire, 2023 (ou année la plus proche)



1. Données de 2024. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/z5x4sh>

Dépenses de soins de longue durée et coûts unitaires

Ces dix dernières années, les dépenses de soins de longue durée ont été supérieures aux dépenses globales de santé dans la plupart des pays de l'OCDE (voir la section « Dépenses de santé par type de service » au chapitre 7). Le vieillissement démographique s'accompagnera d'une augmentation du nombre de personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente ; la hausse des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse ; l'offre de soins informels risque de diminuer et les gains de productivité sont difficiles à réaliser dans ce secteur à forte intensité de main-d'œuvre. Dans ce contexte de pression sur les coûts, les dépenses liées aux soins de longue durée devraient augmenter de 2,6 % par an jusqu'en 2050 dans les pays de l'OCDE (OCDE, 2024^[1]).

En 2023, 1,8 % du produit intérieur brut (PIB) était en moyenne consacré aux soins de longue durée (à la fois le volet santé et le volet aide sociale) dans les pays de l'OCDE (Graphique 10.23). Les Pays-Bas sont le pays qui a consacré le plus de moyens à ce secteur (4,1 % du PIB), devant les pays nordiques, Suède (3,7 %), Finlande (3,2 %) et Danemark (3,2 %), et la Belgique (3,1 %). En revanche, la Grèce, le Chili et le Costa Rica, ainsi que la Bulgarie, la Roumanie, le Brésil, la Croatie et le Pérou, pays candidats à l'adhésion et pays partenaires, ont consacré moins de 0,5 % de leur PIB à la prestation de services de soins de longue durée. Cet écart s'explique en partie par des différences de structure démographique, mais surtout par l'état de développement des systèmes formels de prise en charge de la dépendance par opposition à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. Il est possible que ces dépenses soient sous-estimées dans les pays qui sont dans l'incapacité de rapporter les dépenses consacrées au volet social des soins de longue durée. Dans les pays de l'OCDE, quatre dollars dépensés dans les soins de longue durée sur cinq proviennent de sources publiques.

Dans les pays de l'OCDE, environ la moitié des dépenses consacrées aux soins de longue durée (volet sanitaire et volet social) en 2023 ont eu lieu dans des établissements médicalisés de long séjour (Graphique 10.24). Dans la plupart de pays de l'OCDE, ces prestataires représentent la majorité des dépenses de soins de longue durée. En moyenne, environ un sixième du total des dépenses était consacré à la prestation de soins professionnels (médicaux) à domicile. Les autres prestataires sont notamment les hôpitaux, les ménages (lorsqu'il existe une allocation dépendance qui rémunère les aidants informels) et les prestataires de soins de longue durée à orientation sociale. Ces prestataires représentent chacun environ 10 % des dépenses totales en soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. L'importance de ces modes de prestation varie fortement d'un pays à l'autre, en fonction de l'organisation des soins et des priorités stratégiques.

À une échelle plus microéconomique, le coût des soins de longue durée peut être prohibitif pour les personnes âgées, en particulier celles qui ont des besoins plus lourds et/ou des revenus et un patrimoine plus modestes, et par conséquent inabordable et inaccessible sans prestations et services publics (OCDE, 2024^[1]). Dans 22 pays et régions de l'OCDE, le coût des soins à domicile pour une personne âgée ayant des besoins importants est estimé à 282 % du revenu médian des personnes âgées en moyenne, tandis que le coût estimé des soins en établissement s'élève à 211 % (Graphique 10.25). Les coûts des soins à domicile sont quatre fois supérieurs au revenu médian des personnes âgées en Finlande (754 %), en Tchéquie (668 %), en Suède (576 %), au Japon (425 %), à Tallinn en Estonie (496 %) et à Vienne, en Autriche (400 %). Si les soins en établissement sont moins onéreux que les soins à domicile dans 12 de 22 pays et régions infranationales de l'OCDE, leur coût est supérieur au revenu médian des personnes âgées de 65 ans et plus dans tous les pays Membres de l'OCDE et tous les pays candidats à l'adhésion/partenaires pour lesquels des données sont disponibles.

Les systèmes publics de protection sociale sont donc essentiels pour garantir que les personnes âgées accèdent aux soins requis sans tomber dans la pauvreté ni faire peser un fardeau financier sur les membres de leur famille. Par exemple, le coût estimé des soins à domicile est élevé en Finlande, mais son régime de protection sociale pour les soins de longue durée couvrirait 97 % du coût des soins à domicile pour les personnes ayant des besoins importants, ce qui laisse une dépense à la charge des bénéficiaires équivalente à 22 % du revenu médian des personnes âgées de 65 ans et plus. En d'autres termes, le coût des soins à domicile diminue considérablement, passant de 754 % à 22 % du revenu médian, ce qui garantit leur accessibilité financière et physique aux personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée.

Définition et comparabilité

Les dépenses de soins de longue durée englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu. Conformément au Système des comptes de la santé 2011, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (l'aide aux AVQ). Il englobe également les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour (notamment les frais de pension) ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux AIVQ. Malgré les progrès réalisés ces dernières années concernant la comparabilité générale des dépenses de soins de longue durée, des différences demeurent au niveau des pratiques de comptabilisation des dépenses entre le volet sanitaire et le volet social des soins de longue durée. Dans certains pays, le volet social des soins de longue durée est (partiellement) intégré dans le volet sanitaire ; dans d'autres, seul le volet sanitaire est comptabilisé. On constate également des variations dans l'exhaustivité de la comptabilisation des dépenses de soins de longue durée financées de manière privée.

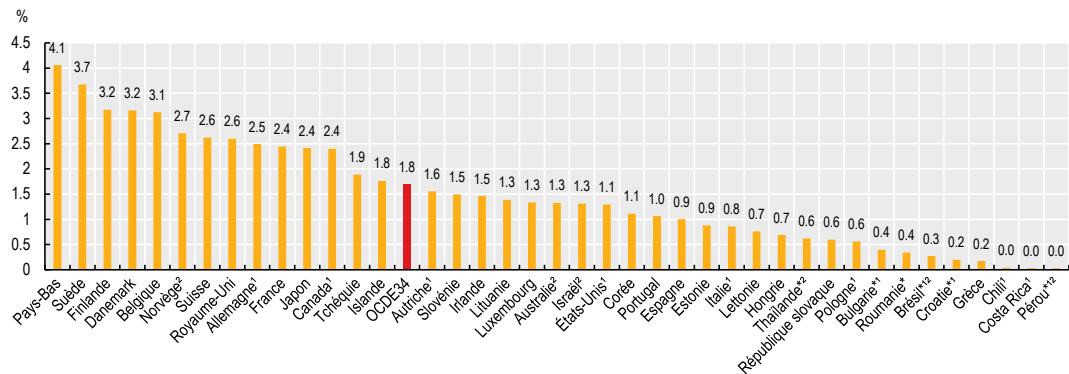
Les établissements de soins de longue durée sont des centres médicalisés qui offrent hébergement et prise en charge de longue durée aux patients. Ce sont des établissements spécialisés dont la mission principale consiste à prodiguer des soins de longue durée à des personnes dépendantes ayant des limitations fonctionnelles modérées à graves. Une personne âgée très dépendante est définie comme quelqu'un qui a besoin de 41,25 heures de soins par semaine. Une description détaillée de leurs besoins est disponible dans (2024^[1]).

Références

OCDE (2024), *Is Care Affordable for Older People?*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.

[1]

Graphique 10.23. Dépenses totales de soins de longue durée en pourcentage du produit intérieur brut, 2023 (ou année la plus proche)

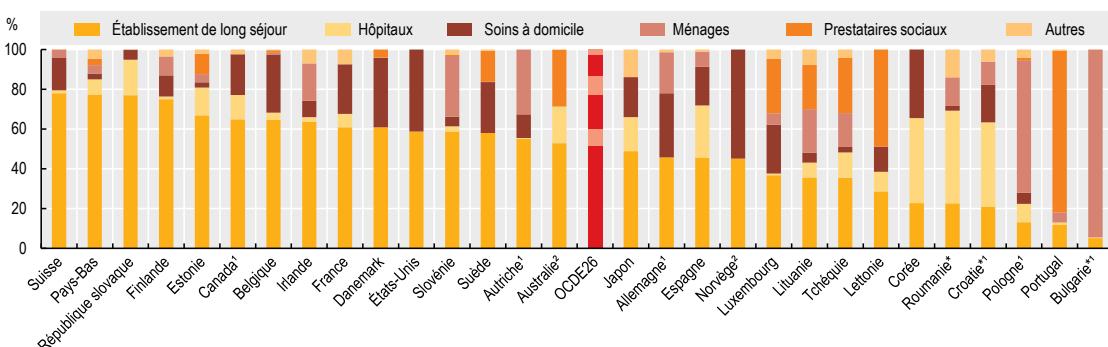


1. Pays ne comptabilisant pas les dépenses de soins de longue durée (volet social). Dans de nombreux pays, cette composante est donc absente des dépenses totales de soins de longue durée, mais dans certains autres elle est en partie intégrée dans le volet sanitaire. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/ywgzep>

Graphique 10.24. Dépenses totales de soins de longue durée, par prestataire, 2023 (ou année la plus proche)

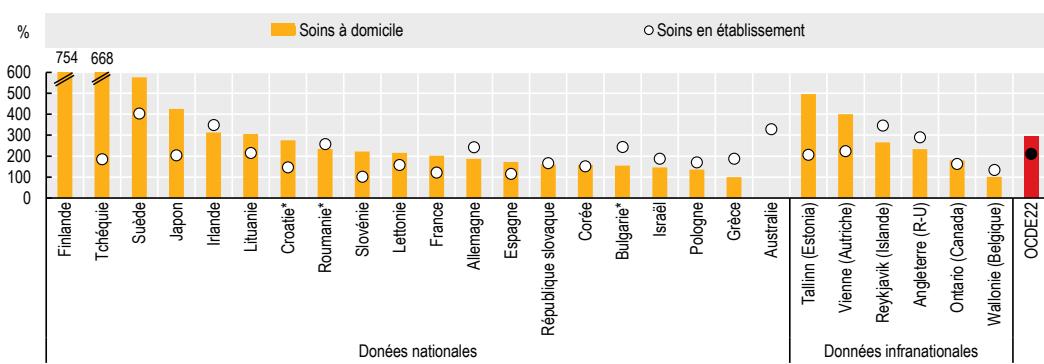


1. Pays ne comptabilisant pas le volet social. La catégorie « Prestataire social » renvoie aux prestataires dont la principale activité est l'aide aux AIVQ ou d'autres prestations sociales. 2. Données de 2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

StatLink <https://stat.link/2cmjoy>

Graphique 10.25. Coûts des soins de longue durée pour les personnes de 65 ans et plus fortement dépendantes, en pourcentage du revenu médian, 2024-2025 (ou année la plus proche)



Note : Les moyennes de l'OCDE sont basées sur des données nationales et infranationales. Les données sont manquantes pour l'Australie (domicile) et la Finlande (établissement). * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Questionnaire sur la protection sociale des soins de longue durée de l'OCDE (2025) et Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus.

StatLink <https://stat.link/07m8cn>

Soins de fin de vie

Les soins de fin de vie désignent l'ensemble des services de santé et de soins de longue durée dont bénéficient les personnes dans la dernière phase de leur vie, souvent définie comme la dernière année avant le décès (OCDE, 2023^[15]). Ils englobent tous les services susceptibles de dispenser une aide physique, psychologique, sociale et spirituelle à la personne mourante, y compris la gestion de la douleur et de la détresse psychologique. Le soutien psychologique et l'accompagnement du deuil à destination des familles font également partie de ces soins. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans les pays de l'OCDE, le nombre de personnes ayant besoin de soins de fin de vie est en hausse et devrait atteindre 10 millions d'ici 2050, contre 7 millions en 2019.

Les soins de fin de vie peuvent être dispensés dans les hôpitaux, les unités de soins palliatifs, les établissements de long séjour ou à domicile. Même si les croyances et particularités personnelles, ainsi que d'autres facteurs culturels, peuvent influencer les choix en matière de soins de fin de vie, les études démontrent que la plupart des personnes préféreraient passer leur fin de vie chez elles. Une analyse exploratoire des études sur les soins de fin de vie révèle une nette préférence pour un décès à domicile tant chez les patients que chez leurs familles : jusqu'à 89 % parmi les patients et jusqu'à 84 % dans leurs familles (Pinto et al., 2024^[16]).

Pourtant, moins de la moitié des personnes nécessitant des soins de fin de vie, en reçoivent effectivement, ce qui indique que l'accessibilité de ces soins est insuffisante (OCDE, 2023^[15]). En 2023, dans 30 pays de l'OCDE, près de la moitié des décès ont eu lieu à l'hôpital, ce qui en fait le lieu de décès le plus courant (Graphique 10.26). Les Pays-Bas, la Norvège et la Suisse, ainsi que le Pérou, pays candidat à l'adhésion, enregistrent les pourcentages les plus faibles (environ un tiers ou moins des décès survenant à l'hôpital). Cette situation est liée au rôle des établissements d'accueil médicalisé, des centres de soins palliatifs et d'autres structures de soins de longue durée, qui aux Pays-Bas et en Suisse constituent le lieu de décès le plus fréquent (OCDE, 2023^[15]). En Hongrie, au Japon, en Islande, en Lituanie, au Portugal et en Israël, 60 % des décès, voire plus, sont survenus à l'hôpital.

La proportion de décès survenus à l'hôpital a diminué entre 2018 et 2023 dans environ 70 % des pays, les baisses les plus importantes ayant été observées en Estonie (11 %), au Japon et en Irlande (8 %), ainsi qu'au Danemark (7 %). En revanche, elle a augmenté dans quelques pays, notamment en Lettonie et en Islande, ainsi qu'en Roumanie, pays candidat à l'adhésion. Il est possible que la pandémie de COVID-19 ait contribué à la baisse de la proportion de décès survenus à l'hôpital.

Dans 17 pays de l'OCDE pour lesquels des données plus détaillées sur le lieu du décès sont disponibles, les hôpitaux sont le lieu de décès le plus courant, avec en moyenne 47 % des décès survenant à l'hôpital, contre 22 % des décès enregistrés à domicile en 2019-2020 (Graphique 10.27). Les Pays-Bas sont le seul pays où le domicile est le lieu de décès le plus courant. Les décès dans les établissements et institutions de soins de longue durée sont fréquents en Suède (40 %), en Suisse (38 %), en Islande (37 %), aux Pays-Bas (36 %) et en Nouvelle-Zélande (32 %). En revanche, la proportion de décès survenant à l'hôpital est la plus élevée au Japon (753 %), en Tchéquie (64 %), en Estonie (63 %), en Israël (61 %) et en Lituanie (60 %).

L'intégration des soins de fin de vie dans les politiques de santé et l'enseignement médical, ainsi que la garantie de l'accès aux médicaments essentiels à la gestion de la douleur et des symptômes, restent un défi. L'Atlas mondial des soins palliatifs indique que la proportion d'écoles de médecine et d'infirmières où l'enseignement des soins palliatifs est obligatoire n'est de 100 % que dans huit pays de l'OCDE d'Asie-Pacifique et d'Europe (Autriche, Finlande, France, Irlande, Lituanie, Luxembourg, Japon et Royaume-Uni).

Définition et comparabilité

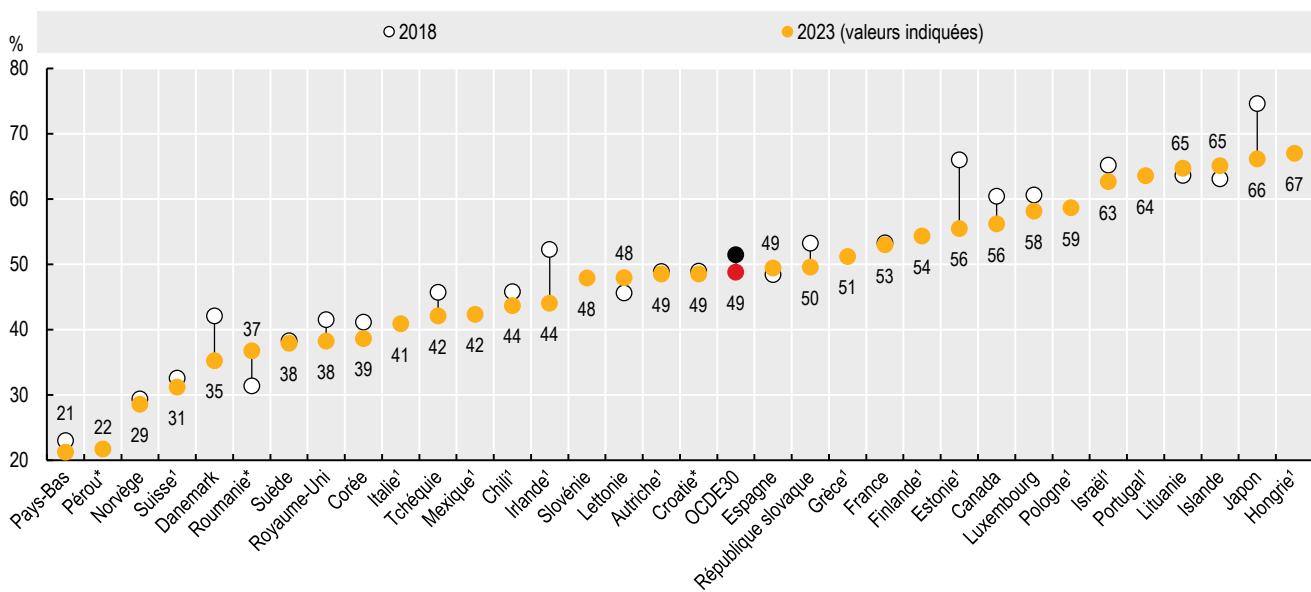
Les données relatives au pourcentage de décès à l'hôpital renvoient aux décès survenant pour toute cause de décès à l'exclusion des causes externes de mortalité, telles que les accidents et les blessures (tous les codes de la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10), sauf V00-Y99). Les données renvoient aux années 2018 et 2023, ou aux années disponibles les plus proches. Les comparaisons entre pays doivent être faites avec prudence, car les données peuvent renvoyer à des années différentes. La part des décès à l'hôpital a été calculée par le Secrétariat de l'OCDE, sur la base des données disponibles. Les données pour la Corée excluent les hôpitaux disposant de lits de soins de longue durée, ce qui signifie que l'incidence des décès à l'hôpital est sous-estimée de près de moitié. Les données pour le Royaume-Uni excluent l'Irlande du Nord.

Alors que les soins de fin de vie englobent l'ensemble des services fournis aux personnes en fin de vie, les soins palliatifs ne se limitent pas nécessairement à la toute fin de la vie, comme les derniers jours ou les dernières heures. Leur portée s'est élargie et ils commencent désormais beaucoup plus tôt dans l'évolution de la maladie. Les soins palliatifs offrent un soutien holistique aux personnes atteintes d'une maladie limitant leur espérance de vie, depuis le moment du diagnostic jusqu'au décès et au deuil, en les aidant à vivre aussi bien que possible jusqu'à la fin de leur vie.

Références

- OCDE (2023), *Time for Better Care at the End of Life*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, [1] <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>.
- Pinto, S. et al. (2024), « Patient and Family Preferences About Place of End-of-Life Care and Death: An Umbrella Review », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 67/5, pp. e439-e452, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2024.01.014>. [2]

Graphique 10.26. Part des décès survenus à l'hôpital, 2023 et 2018 (ou année la plus proche)

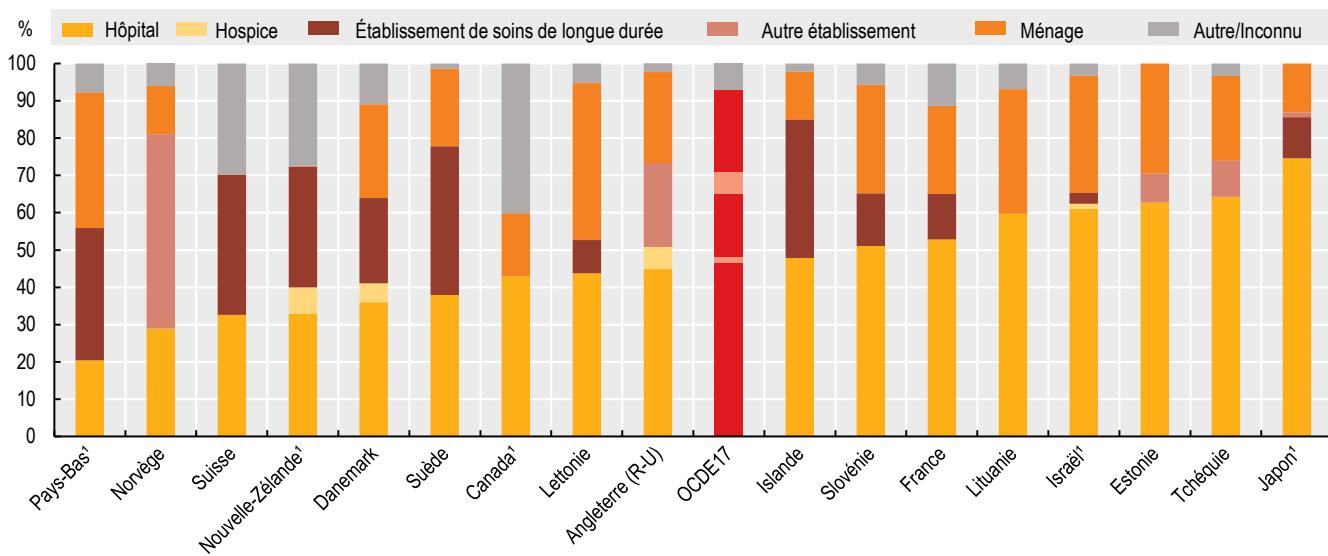


1. Les dernières données datent de 2021-2022. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, EOLinPLACE pour la Finlande, la Grèce, la Hongrie, le Mexique, la Pologne et le Portugal ; Institut national de la statistique et des études économiques (France).

StatLink <https://stat.link/efiaqw>

Graphique 10.27. Lieu de décès, 2019-2020 (ou année la plus proche)



1. Les données se rapportent à 2017-2018.

Source : OCDE (2023^[15]) ; Institut national de la statistique et des études économiques (France).

StatLink <https://stat.link/euc9im>

Panorama de la santé 2025

Les indicateurs de l'OCDE

Le *Panorama de la santé* propose un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé des pays Membres de l'OCDE, des Partenaires clés et des pays candidats à l'adhésion. Ces indicateurs couvrent l'état de santé, les déterminants non médicaux et les facteurs de risque, l'accès aux soins de santé et leur qualité, ainsi que les dépenses de santé et les ressources des systèmes de santé. L'analyse s'appuie sur les statistiques nationales officielles comparables les plus récentes et d'autres sources.

Outre une analyse indicateur par indicateur, un chapitre de synthèse résume les performances comparatives des pays et les principales tendances. Cette édition comprend également un chapitre thématique sur la santé selon le genre.



IMPRIMÉ ISBN 978-92-64-73951-2
PDF ISBN 978-92-64-45432-3

