

Chapitre 1

Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances

Ce chapitre analyse un ensemble d'indicateurs fondamentaux portant sur la santé et les systèmes de santé. Les tableaux de bord nationaux permettent de comparer les résultats des pays de l'OCDE selon cinq dimensions : l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès aux soins, la qualité des soins et les ressources de santé. Les vues d'ensemble des pays de l'OCDE synthétisent les écarts de performance entre pays, ainsi que les évolutions dans le temps. Enfin, les graphiques en quadrant mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et les effectifs, l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

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.

Introduction

Les indicateurs de santé sont utiles en ce qu'ils donnent un aperçu immédiat de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Ce chapitre d'introduction propose un tableau comparatif des pays de l'OCDE à l'aune de 20 indicateurs fondamentaux. Il examine en outre les liens entre les sommes que les pays investissent dans leur système de santé et les effectifs, l'accès, la qualité et les résultats en matière de santé.

Cette analyse comparative n'a pas pour ambition de désigner les pays qui possèdent les systèmes de santé les plus performants dans l'ensemble ; il s'agit plutôt de recenser les forces et les faiblesses relatives des différents pays de l'OCDE, une démarche susceptible d'aider les responsables publics à définir les domaines d'intervention prioritaires pour leur pays. Les chapitres suivants du *Panorama de la santé* présentent une série d'indicateurs plus détaillés, agencés par thème.

Cinq aspects de la santé et des systèmes de santé sont analysés ici, qui couvrent des composantes fondamentales de l'état de santé des populations et du fonctionnement des systèmes de santé. Quatre indicateurs synthétiques sont analysés pour chacun d'eux (Tableau 1.1). Ils ont été choisis en fonction de leur utilité et de leur exploitabilité pour l'action publique, ainsi que du critère plus pratique de la disponibilité des données dans les différents pays.

Des *tableaux de bord* sont établis à partir de ces indicateurs pour chacun des cinq aspects. Ils comparent les résultats des pays entre eux et avec la moyenne de l'OCDE. Les pays sont classés, pour chaque indicateur, selon trois codes de couleur :

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

La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les ressources de santé (Tableau 1.6), où les indicateurs ne peuvent être rigoureusement classés comme présentant des performances inférieures ou supérieures. C'est pourquoi le code couleur retenu consiste en une nuance plus ou moins prononcée de bleu pour indiquer qu'un pays dispose d'une ressource donnée en quantité nettement inférieure ou nettement supérieure à la moyenne de l'OCDE.

Les *vues d'ensemble de l'OCDE* fournissent des statistiques synthétiques correspondant à chacun des indicateurs. Ils complètent les tableaux de bord nationaux en donnant une vue d'ensemble de chaque indicateur, à l'échelle de l'OCDE. Outre la moyenne pour l'OCDE, ils présentent les valeurs supérieures et inférieures des indicateurs, ce qui donne une idée générale des variations entre pays. Les pays où un indicateur donné enregistre une amélioration comparativement importante dans le temps sont également indiqués.

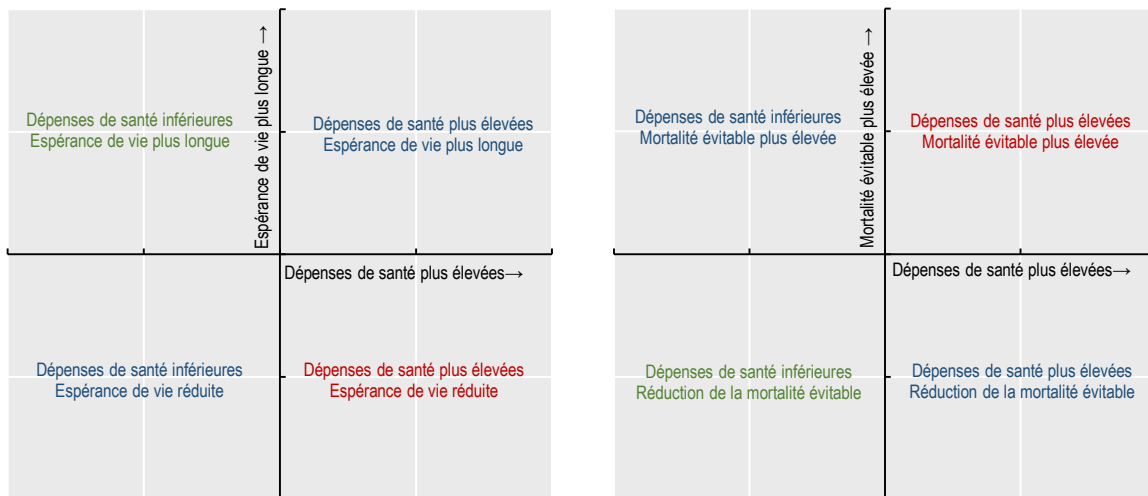
Tableau 1.1. **État de santé des populations et fonctionnement du système de santé : indicateurs synthétiques**

Aspect	Indicateur
État de santé (chapitres 3 et 11)	Espérance de vie – années de vie escomptées à la naissance Mortalité évitable – décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge) Morbidity des maladies chroniques – prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge) État de santé autoévalué – population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Facteurs de risque pour la santé (chapitre 4)	Tabagisme – fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et plus) Alcool – litres consommés par habitant (population âgée de 15 ans et plus) Surpoids/obésité – population présentant un IMC >= 25 kg/m ² (% de la population âgée de 15 ans et plus) Pollution atmosphérique – décès dus à la pollution (pour 100 000 habitants)
Accès aux soins (chapitre 5)	Couverture de la population – population couverte pour les services essentiels (% de la population) Protection financière – dépenses couvertes par les régimes à prépaiement (% des dépenses totales) Couverture des services, soins primaires – probabilité de consultation d'un médecin, corrigée pour tenir compte des besoins (% de la population âgée de 15 ans et plus) Couverture des services, soins préventifs – probabilité de dépistage du cancer du col de l'utérus (% de la population âgée de 15 ans et plus)
Qualité des soins (chapitre 6)	Sécurité des prescriptions – antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 100 000 habitants) Efficacité des soins primaires – admissions évitables pour asthme/BPCO (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Efficacité des soins secondaires – taux de mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 000 habitants, standardisés en fonction de l'âge et du sexe) Efficacité de la prise en charge du cancer – taux de survie net à cinq ans du cancer du sein (% , standardisés en fonction de l'âge)
Ressources de santé (chapitres 7 à 10)	Dépenses de santé – par habitant (en USD sur la base de la parité de pouvoir d'achat) Part des dépenses de santé – en % du PIB Médecins – nombre de médecins en exercice (pour 1 000 habitants) Personnel infirmier – nombre d'infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)

Note : IMC = indice de masse corporelle ; BPCO = Bronchopneumopathie chronique obstructive ; IAM = infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque).

Enfin, les *graphiques en quadrant* mettent en lumière les liens entre les dépenses de santé et l'efficacité avec laquelle les systèmes de santé fonctionnent. Autrement dit, ils montrent dans quelle mesure une hausse des dépenses de santé se traduit par une amélioration des résultats en matière de santé, de la qualité des soins, et de l'accès aux soins, dans les pays de l'OCDE, tout en reconnaissant l'importance des principaux facteurs de risque. Le lien entre les dépenses et les effectifs de santé est également examiné. Ces graphiques font uniquement apparaître les corrélations simples à un niveau macro entre les différents indicateurs, et non les relations causales. Ils ont pour objet de stimuler des discussions plus approfondies sur la hiérarchisation des priorités de l'action publique, en mettant en évidence les domaines dans lesquels les pays pourraient obtenir de meilleurs résultats. Le centre de chaque graphique en quadrant représente la moyenne de l'OCDE, avec les dépenses de santé en abscisse et l'autre variable d'intérêt en ordonnée. Le Graphique 1.1 illustre l'interprétation de base de chaque quadrant, en prenant comme exemple les variables de résultats en matière de santé.

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



Méthodologie, interprétation et utilisation

Tableaux de bord nationaux

Le classement des pays (supérieur, inférieur ou proche de la moyenne de l'OCDE) se fonde sur l'écart-type de chaque indicateur (une mesure statistique courante de la dispersion). Cette méthode est préférée à celle consistant à utiliser un pourcentage ou un nombre fixes de pays par catégorie car elle rend compte du degré de variation (c'est-à-dire l'éloignement d'un pays par rapport à la moyenne). Les pays sont classés dans la catégorie « proche de la moyenne de l'OCDE » (bleue) dès lors que la valeur d'un indicateur se situe dans la limite d'un écart-type par rapport à cette moyenne pour la dernière année. Les valeurs particulièrement aberrantes (supérieures à trois écarts-types) sont exclues du calcul de l'écart-type pour éviter les distorsions statistiques. Ces exclusions sont signalées dans les tableaux de bord nationaux correspondants.

Pour un indicateur type, 65 % des pays environ (24 ou 25 pays) seront proches de la moyenne de l'OCDE, les 35 % restant enregistrant des performances sensiblement supérieures (en vert) ou inférieures (en 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. S'agissant des taux d'obésité, par exemple, 27 pays sont proches de la moyenne de l'OCDE. En revanche, 16 pays seulement en sont proches en ce qui concerne la mortalité évitable.

Vues d'ensemble des pays de l'OCDE

Les valeurs moyenne, supérieure et inférieure de l'OCDE de la dernière année disponible sont signalées pour chaque indicateur ; elles correspondent aux données illustrées dans les principaux chapitres de cette publication. Les pays où un indicateur donné enregistre une amélioration comparativement importante dans le temps sont également indiqués.

Graphiques en quadrant

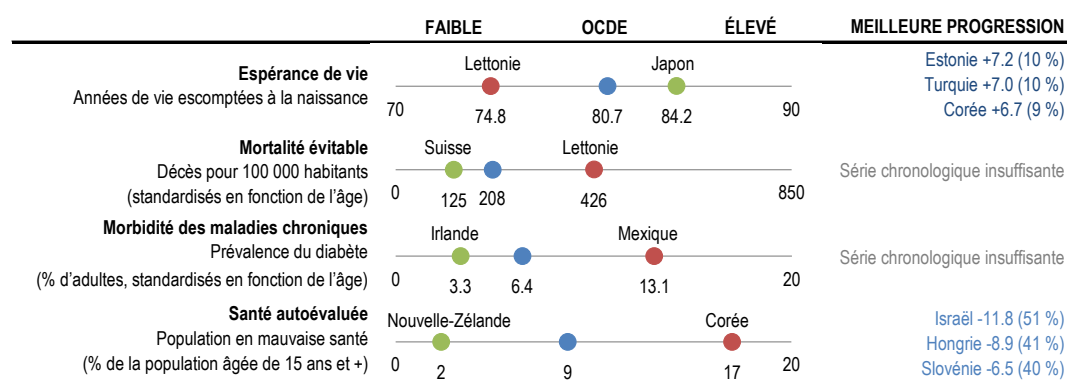
Les graphiques en quadrant établissent le rapport entre les dépenses de santé par habitant et un autre indicateur présentant un intérêt (résultats de santé, qualité de la prise en charge, accès aux soins et personnel de santé). Ils illustrent l'écart, en pourcentage, de chaque indicateur par rapport à la moyenne de l'OCDE. Le point d'intersection des axes représente la moyenne de l'OCDE pour les deux indicateurs, de sorte que les écarts par rapport à celui-ci mettent en évidence les pays qui enregistrent des résultats supérieurs ou inférieurs à cette moyenne. Une droite de corrélation simple est également représentée. Les pays sont classés selon des codes de couleurs en fonction d'un indice simple (non pondéré) des facteurs de risque qui établit la moyenne des variables correspondant au tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité (l'interprétation des couleurs - bleu, vert et rouge - étant la même que pour les tableaux de bord nationaux).

Les données de la dernière année disponible sont utilisées pour les deux variables de chaque graphique. 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, ou que les facteurs de risque se traduisent par des taux de mortalité évitable plus élevés.

État de santé

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

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



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

D'après ces indicateurs, ce sont le Japon, l'Espagne, la Suisse et les Pays-Bas qui affichent les meilleurs résultats globaux en matière de santé. La Hongrie, la Lettonie, le Mexique, la Pologne et la République slovaque se situent régulièrement en deçà de la moyenne de l'OCDE. Les systèmes de santé performants contribuent à l'amélioration des résultats en offrant des services plus accessibles et de meilleure qualité. Les différences dans les facteurs de risques (tabagisme, consommation d'alcool et obésité) expliquent aussi les écarts de résultats entre pays. Les déterminants plus généraux de la santé entrent aussi en ligne de compte, notamment la hausse des revenus et du niveau d'instruction et l'amélioration des cadres de vie.

Le Japon, la Suisse et l'Espagne se classent en tête d'un vaste groupe composé de 26 pays de l'OCDE qui affichent une espérance de vie à la naissance de plus de 80 ans. Un deuxième groupe, comprenant les États-Unis et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, présente une espérance de vie comprise entre 77 et 80 ans. La Lettonie, la Lituanie, le Mexique et la Hongrie enregistrent l'espérance de vie la plus faible (moins de 76 ans en 2017). Si l'espérance de vie a régulièrement augmenté dans l'ensemble de l'OCDE au fil des ans, on constate depuis quelques années un ralentissement des gains de longévité.

Les taux de mortalité évitable (par prévention et par traitement) les plus bas sont observés en Suisse, en Islande, au Japon, en Suède et en Norvège, où moins de 300 personnes sur 100 000 sont décédées prématurément. Les plus élevés sont ceux de la Lettonie, la Lituanie et la Hongrie (plus de 800 décès prématurés pour 100 000 habitants).

C'est au Mexique, en Turquie et aux États-Unis que la prévalence du diabète est la plus forte, plus de 10 % des adultes étant atteints de cette maladie (données standardisées en fonction de l'âge). Les taux de prévalence du diabète standardisés en fonction de l'âge se sont stabilisés dans de nombreux pays de l'OCDE, surtout en Europe occidentale, mais ont sensiblement progressé en Turquie et dans la plupart des pays partenaires. Cette évolution tient en partie à la hausse des taux d'obésité et à l'inactivité physique, et à leur interaction avec le vieillissement démographique.

Tableau 1.2. Tableau de bord sur l'état de santé

	Espérance de vie		Mortalité évitable		Morbidity des maladies chroniques		Santé autoévaluée	
	Années de vie escomptées à la naissance		Décès pour 100 000 habitants (standardisés en fonction de l'âge)		Prévalence du diabète (% d'adultes, standardisés en fonction de l'âge)		Population en mauvaise santé (% de la population âgée de 15 ans et +)	
OCDE	80.7	⊙	208	⊙	6.4	⊙	8.7	⊙
Allemagne	81.1	⊙	186	⊙	8.3	⊗	8.4	⊙
Australie	82.6	⊙	145	☑	5.1	⊙	3.7	☑
Autriche	81.7	⊙	175	⊙	6.4	⊙	8.1	⊙
Belgique	81.6	⊙	172	⊙	4.3	☑	8.6	⊙
Canada	82.0	⊙	176	⊙	7.4	⊙	3.2	☑
Chili	80.2	⊙	206	⊙	8.5	⊗	6.6	⊙
Corée	82.7	⊙	159	⊙	6.8	⊙	17.0	⊗
Danemark	81.2	⊙	184	⊙	6.4	⊙	7.5	⊙
Espagne	83.4	☑	146	☑	7.2	⊙	6.6	⊙
Estonie	78.2	⊗	297	⊗	4.0	☑	14.6	⊗
États-Unis	78.6	⊙	262	⊗	10.8	⊗	2.6	☑
Finlande	81.7	⊙	184	⊙	5.8	⊙	5.7	⊙
France	82.6	⊙	154	☑	4.8	⊙	8.3	⊙
Grèce	81.4	⊙	187	⊙	4.6	☑	10.4	⊙
Hongrie	75.9	⊗	388	⊗	7.6	⊙	11.9	⊙
Irlande	82.2	⊙	172	⊙	3.3	☑	3.4	☑
Islande	82.7	⊙	140	☑	5.3	⊙	6.4	⊙
Israël	82.6	⊙	134	☑	6.7	⊙	10.9	⊙
Italie	83.0	⊙	143	☑	4.8	⊙	5.8	⊙
Japon	84.2	☑	138	☑	5.7	⊙	14.1	⊗
Lettonie	74.8	⊗	426	⊗	4.9	⊙	15.5	⊗
Lituanie	75.6	⊗	385	⊗	3.7	☑	16.4	⊗
Luxembourg	82.2	⊙	152	☑	4.4	☑	9.3	⊙
Mexique	75.4	⊗	367	⊗	13.1	⊗	-	-
Norvège	82.7	⊙	145	☑	5.3	⊙	7.2	⊙
Nouvelle-Zélande	81.9	⊙	178	⊙	8.1	⊙	2.3	☑
Pays-Bas	81.8	⊙	153	☑	5.3	⊙	4.6	☑
Pologne	77.9	⊗	268	⊗	5.9	⊙	13.6	⊗
Portugal	81.5	⊙	180	⊙	9.9	⊗	15.3	⊗
République slovaque	77.3	⊗	323	⊗	7.3	⊙	11.3	⊙
République tchèque	79.1	⊙	245	⊙	6.8	⊙	10.7	⊙
Royaume-Uni	81.3	⊙	189	⊙	4.3	☑	7.1	⊙
Slovénie	81.1	⊙	210	⊙	7.3	⊙	9.7	⊙
Suède	82.5	⊙	144	☑	4.8	⊙	5.7	⊙
Suisse	83.6	☑	125	☑	5.6	⊙	4.1	☑
Turquie	78.1	⊗	257	⊙	12.1	⊗	9.4	⊙

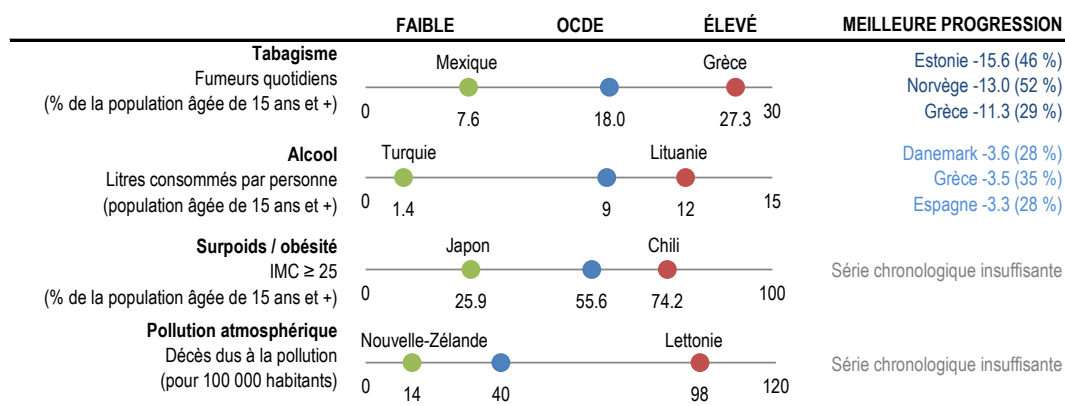
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ⊙ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ⊗ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la mortalité évitable, le Mexique et la Turquie pour la prévalence du diabète.

Globalement, dans l'OCDE, près de 9 % des adultes s'estiment en mauvaise santé. Ce pourcentage va de plus de 15 % en Corée, en Lituanie, en Lettonie et au Portugal à moins de 4 % en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, au Canada, en Irlande et en Australie. Cela dit, des disparités socioculturelles, la proportion de personnes âgées et des différences dans la conception des enquêtes altèrent la comparabilité internationale des données. Dans tous les pays de l'OCDE, les personnes à faible revenu portent dans l'ensemble un jugement moins positif sur leur santé que les personnes à revenu élevé.

Facteurs de risque pour la santé

Le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité sont les trois facteurs de risque 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 non-médical essentiel de la santé. Le Graphique 1.3 donne un aperçu des facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE, et le Tableau 1.3 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.3. **Vue d'ensemble des facteurs de risque pour la santé dans l'OCDE**



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019 ; Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

La Norvège et la Suède affichent de bons résultats pour ces indicateurs. Le tabac est à l'origine de nombreuses maladies - selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, il tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde. Les taux de tabagisme s'échelonnent de plus de 25 % en Grèce, en Turquie et en Hongrie à moins de 10 % au Mexique et en Islande. Les taux de tabagisme quotidien ont diminué dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des dix dernières années, passant de 23 % en moyenne en 2007 à 18 % en 2017. En République slovaque et en Autriche, ils ont cependant légèrement augmenté.

La consommation d'alcool est une cause essentielle de mortalité et d'invalidité dans le monde, surtout parmi la population d'âge actif. La Lituanie affiche la plus forte consommation, mesurée par le volume des ventes (12.3 litres d'alcool pur par personne et par an), suivie de l'Autriche, de la France, de la République tchèque, du Luxembourg, de l'Irlande, de la Lettonie et de la Hongrie, pays où la consommation se monte à plus de 11 litres par personne. Les niveaux de consommation sont comparativement plus faibles en Turquie, en Israël et au Mexique (moins de 5 litres). La consommation moyenne a diminué dans 27 pays de l'OCDE depuis 2007. La consommation excessive d'alcool est un problème particulièrement préoccupant dans certains pays, notamment la Lettonie, la Hongrie et la Fédération de Russie.

L'obésité est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. Les taux d'obésité progressent depuis quelques décennies dans quasiment tous les pays de l'OCDE : 56 % de la population de l'OCDE est en surcharge pondérale ou obèse. Ils sont considérablement supérieurs à la moyenne de l'OCDE au Chili, au Mexique, aux États-Unis, en Finlande, au Portugal et en Nouvelle-Zélande. Les plus faibles sont observés au Japon, en Corée et en Suisse. L'indicateur de surcharge pondérale (obésité comprise) mentionné ici se fonde sur les données mesurées et autodéclarées. Une certaine prudence s'impose lorsque l'on compare

Tableau 1.3. **Tableau de bord sur les facteurs de risque pour la santé**

	Tabagisme		Alcool		Surpoids / obésité		Pollution atmosphérique	
	Fumeurs quotidiens (% de la population âgée de 15 ans et +)		Litres consommés par personne (population âgée de 15 ans et +)		IMC ≥ 25 (% de la population âgée de 15 ans et +)		Décès dus à la pollution (pour 100 000 habitants)	
OCDE	18.0	●	8.9	●	55.6	●	39.6	●
Allemagne	18.8	●	10.9	●	60.0	●	45.3	●
Australie	12.4	☑	9.4	●	65.2	●	16.8	☑
Autriche	24.3	☒	11.8	☒	46.7*	●	38.7	●
Belgique	18.9	●	10.4	●	51.0	●	39.4	●
Canada	12.0	☑	8.1	●	59.1	●	14.7	☑
Chili	24.5	☒	7.9	●	74.2	☒	34.8	●
Corée	17.5	●	8.7	●	33.7	☑	35.0	●
Danemark	16.9	●	9.1	●	51.0*	●	30.4	●
Espagne	22.1	●	8.6	●	53.0*	●	27.1	●
Estonie	17.2	●	10.3	●	51.3	●	59.9	☒
États-Unis	10.5	☑	8.9	●	71.0	☒	24.1	●
Finlande	14.0	●	8.4	●	67.6	☒	18.7	☑
France	25.4	☒	11.7	☒	49.0	●	25.2	●
Grèce	27.3	☒	6.5	●	55.0*	●	76.7	☒
Hongrie	25.8	☒	11.1	●	62.3	●	82.7	☒
Irlande	17.0	●	11.2	●	62.0	●	20.2	☑
Islande	8.6	☑	7.7	●	65.4*	●	16.9	☑
Israël	16.9	●	2.6	☑	50.9	●	23.2	●
Italie	19.9	●	7.6	●	46.0*	●	48.7	●
Japon	17.7	●	7.2	●	25.9	☑	42.9	●
Lettonie	24.1	☒	11.2	●	54.6	●	97.8	☒
Lituanie	20.3	●	12.3	☒	53.3*	●	82.1	☒
Luxembourg	14.5	●	11.3	●	58.1	●	22.6	●
Mexique	7.6	☑	4.4	☑	72.5	☒	33.0	●
Norvège	12.0	☑	6.0	☑	46.0*	●	18.7	☑
Nouvelle-Zélande	13.8	●	8.8	●	66.6	☒	13.6	☑
Pays-Bas	16.8	●	8.3	●	47.3*	●	31.3	●
Pologne	22.7	●	10.6	●	53.3*	●	76.3	☒
Portugal	16.8	●	10.7	●	67.6	☒	28.3	●
République slovaque	22.9	●	9.7	●	51.5	●	59.1	☒
République tchèque	18.4	●	11.6	☒	55.0	●	64.3	☒
Royaume-Uni	17.2	●	9.7	●	64.3	●	32.1	●
Slovénie	18.9	●	10.1	●	55.6*	●	56.8	●
Suède	10.4	☑	7.1	●	48.2*	●	18.5	☑
Suisse	19.1	●	9.2	●	41.8*	☑	25.2	●
Turquie	26.5	☒	1.4	☑	64.4	●	46.2	●

Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ● Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. La Hongrie, la Lettonie et la Lituanie sont exclues du calcul de l'écart-type pour la pollution atmosphérique.

* Sous-estimation probable de l'obésité car autodéclarée.

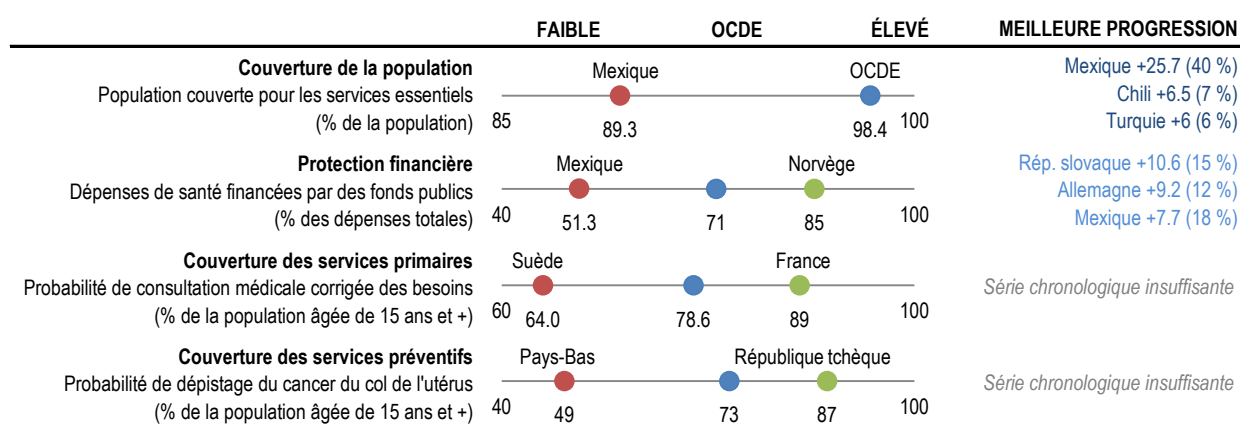
des pays dont les outils de mesure diffèrent, car les données mesurées sont généralement plus élevées.

La pollution atmosphérique n'est pas seulement une grave menace pour l'environnement ; elle nuit aussi à la santé. Selon les projections de l'OCDE, la pollution de l'air extérieur pourrait entraîner de 6 à 9 millions de décès prématurés par an, à l'échelle mondiale, d'ici à 2060. Les taux de mortalité sont compris entre plus de 80 décès pour 100 000 habitants en Lettonie, en Hongrie et en Lituanie, à moins de 15 en Nouvelle-Zélande et au Canada.

Accès aux soins

Un accès équitable aux soins est essentiel pour obtenir une société inclusive et des systèmes de santé performants. Le taux de couverture, mesurée en pourcentage de la population couverte pour un ensemble de services essentiels, 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 probabilité de consultation d'un médecin, corrigée de manière à tenir compte des besoins, et la proportion des femmes âgées de 20 à 69 ans bénéficiant d'un dépistage du cancer du col de l'utérus mesurent l'utilisation des services. Le Graphique 1.4 présente une vue d'ensemble de l'accès aux soins dans l'OCDE, et le Tableau 1.4 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.4. **Vue d'ensemble de l'accès aux soins dans l'OCDE**



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

L'Allemagne, l'Autriche, la France, le Luxembourg et la République tchèque obtiennent de bons résultats sur ces indicateurs. S'agissant du taux de couverture, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un ensemble de services essentiels. Celui-ci demeure toutefois inférieur à 95 % dans sept pays – Chili, Estonie, États-Unis, Hongrie, Mexique, Pologne et République slovaque.

Le taux de couverture n'est cependant pas suffisant en soi. Le degré de participation aux coûts des services influe aussi sur l'accès aux soins. Dans l'OCDE, près de trois quarts des frais de santé sont financés par des fonds publics. Au Mexique, en Lettonie et en Corée, les régimes publics en couvrent néanmoins moins de 60 %. Le Mexique a toutefois sensiblement amélioré la couverture de la population et la protection financière au cours de la décennie écoulée.

Une personne sur cinq déclare ne pas consulter de médecin malgré des besoins médicaux. Les écarts entre pays sont importants, la probabilité de consultation d'un médecin, corrigée de manière à tenir compte des besoins, étant comprise entre environ 65 % en Suède et aux États-Unis et 89 % en France. À un niveau comparable de besoin, les plus riches sont plus susceptibles de consulter un médecin que les personnes du quintile inférieur de revenu, sauf au Danemark et en République slovaque.

Tableau 1.4. Tableau de bord sur l'accès aux soins

	Couverture de la population		Protection financière		Couverture des services primaires		Couverture des services préventifs	
	Population couverte pour les services essentiels (% de la population)		Dépenses de santé financées par des fonds publics (% des dépenses totales)		Probabilité de consultation médicale corrigée des besoins (% de la pop. âgée de 15 ans et +)		Probabilité de dépistage du cancer du col de l'utérus (% de la pop. âgée de 15 ans et +)	
OCDE	98.4	●	71.2	●	78.6	●	73.1	●
Allemagne	100	●	77.7	●	86	☑	81	●
Australie	100	●	68.6	●	-	-	-	-
Autriche	99.9	●	74.0	●	86	☑	87	☑
Belgique	98.7	●	77.2	●	86	☑	76	●
Canada	100	●	73.0	●	75	●	76	●
Chili	94	☒	50.1	☒	-	-	72	●
Corée	100	●	57.4	☒	-	-	-	-
Danemark	100	●	84.0	☑	81	●	64	☒
Espagne	99.9	●	70.6	●	84	●	69	●
Estonie	94.1	☒	74.7	●	75	●	58	☒
États-Unis	90.8	☒	50.2	☒	65	☒	80	●
Finlande	100	●	76.7	●	74	●	79	●
France	99.9	●	77.1	●	89	☑	82	☑
Grèce	100	●	60.8	●	76	●	76	●
Hongrie	94.0	☒	68.7	●	84	●	71	●
Irlande	100	●	73.3	●	75	●	69	●
Islande	100	●	81.8	●	75	●	80	●
Israël	100	●	63.6	●	-	-	-	-
Italie	100	●	73.9	●	80	●	68	●
Japon	100	●	84.0	☑	-	-	-	-
Lettonie	100	●	57.2	☒	76	●	78	●
Lituanie	98.1	●	65.5	●	76	●	62	☒
Luxembourg	-	-	84.9	☑	88	☑	84	☑
Mexique	89.3	☒	51.3	☒	-	-	-	-
Norvège	100	●	85.5	☑	77	●	66	●
Nouvelle-Zélande	100	●	78.6	●	-	-	-	-
Pays-Bas	99.9	●	81.5	●	75	●	49	☒
Pologne	92.6	☒	69.0	●	80	●	72	●
Portugal	100	●	66.3	●	86	☑	71	●
République slovaque	94.6	☒	79.9	●	74	●	69	●
République tchèque	100	●	82.1	●	85	☑	87	☑
Royaume-Uni	100	●	79.4	●	76	●	63	☒
Slovénie	100	●	71.8	●	71	☒	78	●
Suède	100	●	83.7	☑	64	☒	81	●
Suisse	100	●	30.5	☒	-	-	-	-
Turquie	99.2	●	77.711	●	-	-	-	-

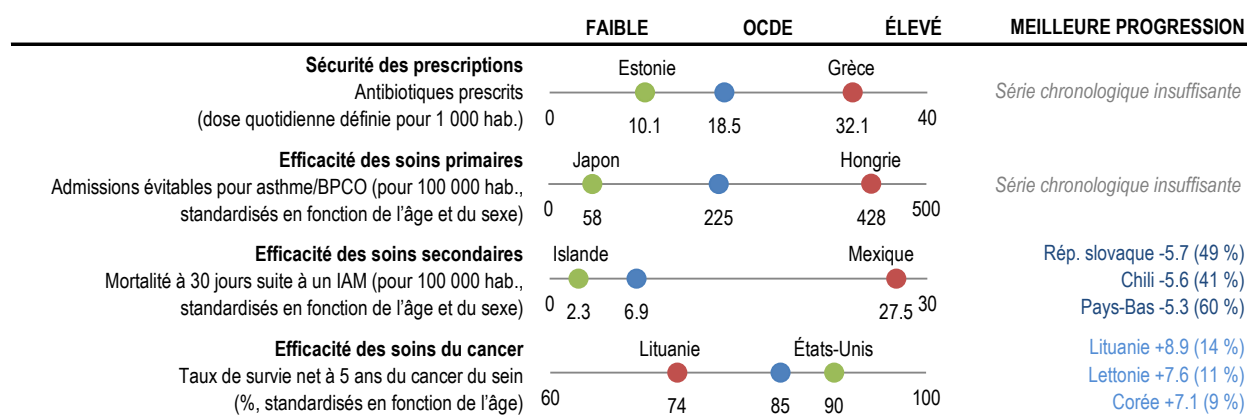
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ● Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

Les moins aisés font également moins appel aux services de dépistage du cancer, bien que ceux-ci soient gratuits dans la plupart des pays de l'OCDE. Le taux d'utilisation global du dépistage du cancer du col de l'utérus est compris entre un peu moins de 50 % des femmes âgées de 20 à 69 ans aux Pays-Bas et plus de 85 % en République tchèque et en Autriche.

Qualité des soins

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

Graphique 1.5. **Vue d'ensemble de la qualité des soins dans l'OCDE**



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

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 varie du simple à plus du triple selon les pays ; l'Estonie et la Suède déclarent les volumes les plus faibles, la Grèce et l'Italie les plus élevés. Dans l'OCDE, le nombre d'antibiotiques prescrits a légèrement augmenté au fil du temps.

L'asthme et la BPCO sont des affections pour lesquelles il existe des traitements efficaces au stade des soins primaires, et les hospitalisations pour ces pathologies peuvent traduire des problèmes de qualité des services de soins primaires. Les taux d'admission pour asthme varient de 1 à 12 selon les pays : le Mexique, l'Italie et la Colombie affichent les taux les plus faibles ; la Lettonie, la Turquie et la Pologne déclarent des taux deux fois supérieurs à la moyenne de l'OCDE. En ce qui concerne la BPCO, les taux d'admission varient dans un rapport de 1 à 15 dans les pays de l'OCDE ; le Japon, l'Italie et le Mexique enregistrent les taux les plus bas, la Hongrie, la Turquie et l'Australie les plus hauts. La variation pour ces deux pathologies respiratoires conjuguées est moindre – de 1 à 7 selon les pays.

Le taux de mortalité suite à un infarctus aigu du myocarde (IAM) est un indicateur avéré de la qualité des soins intensifs. Depuis les années 70, il est en recul constant dans la plupart des pays, mais des écarts substantiels persistent encore entre pays. Le Mexique affiche de loin le taux le plus élevé de mortalité dans les 30 jours suivant un IAM (28 décès pour 100 admissions) ; les taux sont aussi relativement hauts en Lettonie, au Japon, en Corée et en Estonie. Les plus bas sont observés en Islande, au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, en Australie et en Suède (4 % ou moins).

Tableau 1.5. Tableau de bord sur la qualité des soins

	Sécurité des prescriptions		Efficacité des soins primaires		Efficacité des soins secondaires		Efficacité de la prise en charge du cancer	
	Antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1 000 hab.)		Admissions évitables pour asthme/BPCO (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Mortalité à 30 jours suite à un IAM (pour 100 000 hab., standardisés en fonction de l'âge et du sexe)		Taux de survie net à 5 ans du cancer du sein (% standardisés en fonction de l'âge)	
OCDE	17.8	●	225	●	6.9	●	84.5	●
Allemagne	12.3	☑	289	●	8.5	●	86.0	●
Australie	23.5	●	403	☒	3.8	☑	89.5	☑
Autriche	12.1	☑	248	●	6.2	●	84.8	●
Belgique	15.9	●	291	●	6.8	●	86.4	●
Canada	14.8	●	253	●	4.8	●	88.6	●
Chili	-	-	98	☑	8.2	●	75.5	☒
Corée	26.5	☒	263	●	9.6	☒	86.6	●
Danemark	13.9	●	325	☒	3.2	☑	86.1	●
Espagne	12.6	●	210	●	6.5	●	85.3	●
Estonie	10.1	☑	122	☑	9.6	☒	76.6	☒
États-Unis	-	-	268	●	5.0	●	90.2	☑
Finlande	12.6	●	182	●	8.0	●	88.5	●
France	23.0	●	150	●	5.6	●	86.7	●
Grèce	32.1	☒	-	-	-	-	-	-
Hongrie	13.4	●	428	☒	-	-	-	-
Irlande	24.6	☒	329	☒	5.4	●	82.0	●
Islande	24.6	☒	201	●	2.3	☑	89.1	●
Israël	20.5	●	214	●	5.5	●	88.0	●
Italie	28.3	☒	64	☑	5.4	●	86.0	●
Japon	-	-	58	☑	9.7	☒	89.4	☑
Lettonie	12.1	☑	242	●	13.4	☒	76.9	☒
Lituanie	13.6	●	263	●	8.6	●	73.5	☒
Luxembourg	25.3	☒	203	●	8.5	●	-	-
Mexique	-	-	85	☑	27.5	☒	-	-
Norvège	14.6	●	244	●	3.5	☑	87.2	●
Nouvelle-Zélande	25.8	☒	363	☒	4.7	●	87.6	●
Pays-Bas	14.3	●	236	●	3.5	☑	86.6	●
Pologne	23.8	●	236	●	4.1	☑	76.5	☒
Portugal	16.4	●	90	☑	7.3	●	87.6	●
République slovaque	23.6	●	209	●	5.9	●	75.5	☒
République tchèque	19.6	●	174	●	6.2	●	81.4	●
Royaume-Uni	17.5	●	281	●	7.0	●	85.6	●
Slovénie	19.0	●	128	●	4.1	☑	83.5	●
Suède	10.2	☑	169	●	3.9	☑	88.8	●
Suisse	-	-	138	●	-	-	86.2	●
Turquie	16.6	●	425	☒	6.8	●	82.1	●

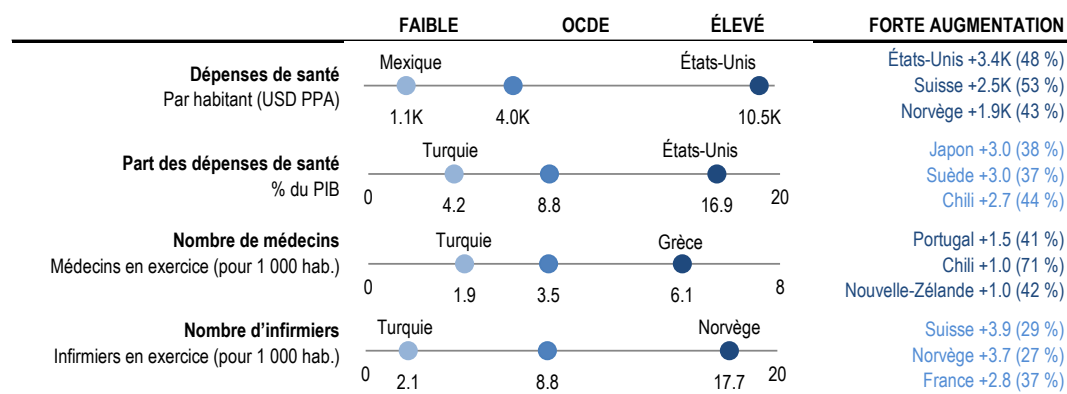
Note : ☑ Mieux que la moyenne de l'OCDE ; ● Proche de la moyenne de l'OCDE ; ☒ Moins bien que la moyenne de l'OCDE. Le Mexique est exclu du calcul de l'écart-type pour la mortalité suite à un IAM.

Le taux de survie au cancer du sein est un indicateur important de l'efficacité clinique ; il est globalement élevé dans l'OCDE. Les taux de survie les plus hauts sont observés en Australie, au Japon et aux États-Unis ; ils sont en revanche sensiblement inférieurs à la moyenne de l'OCDE au Chili, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne et en République slovaque.

Ressources de santé

Il est indispensable de disposer de ressources suffisantes pour assurer le bon fonctionnement d'un système de santé. Une augmentation des ressources en santé ne se traduit cependant pas automatiquement par une amélioration des résultats sanitaires – l'efficacité des dépenses entre aussi en ligne de compte. Les dépenses de santé, par habitant et en pourcentage du PIB, donnent un aperçu synthétique des ressources globalement disponibles. Le nombre de médecins et d'infirmiers apporte des informations supplémentaires sur les effectifs de santé. Le Graphique 1.6 présente un aperçu des ressources de santé dans l'OCDE, et le Tableau 1.6 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.6. **Vue d'ensemble des ressources de santé dans l'OCDE**



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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019.

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

Les États-Unis consacrent à la santé des dépenses considérablement plus élevées que tous les autres pays (plus de 10 000 USD par habitant, corrigés des parités de pouvoir d'achat). Celles-ci sont également élevées en Suisse, en Norvège et en Allemagne. Les plus faibles sont observées au Mexique et en Turquie, où elles représentent environ un quart de la moyenne de l'OCDE. Mis à part le ralentissement temporaire observé au lendemain de la crise financière de 2008, les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter dans tous les pays ces dernières décennies. La hausse des revenus, les nouvelles technologies et le vieillissement démographique sont les principaux facteurs à l'origine de cette progression.

Les États-Unis arrivent nettement en tête pour ce qui est des dépenses de santé en pourcentage du PIB (16.9 % du PIB), bien avant la Suisse, qui s'inscrit au deuxième rang (12.2 %), suivie de l'Allemagne, la France, la Suède et le Japon. Un vaste groupe de pays de l'OCDE, couvrant l'Europe mais aussi l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Chili et la Corée, consacrent à la santé entre 8 % et 10 % de leur PIB. Un petit nombre de pays de l'OCDE affichent des dépenses de santé inférieures à 6 % de leur PIB, notamment le Mexique, la Lettonie, le Luxembourg, et la Turquie (4.2 %).

Tableau 1.6. Tableau de bord sur les ressources de santé

	Dépenses de santé		Part des dépenses de santé		Nombre de médecins		Nombre d'infirmiers	
	Par habitant (USD PPA)		% du PIB		Médecins en exercice (pour 1 000 habitants)		Infirmiers en exercice (pour 1 000 habitants)	
OCDE	3 994	⊙	8.8	⊙	3.5	⊙	8.8	⊙
Allemagne	5 986	⬆	11.2	⬆	4.3	⊙	12.9	⬆
Australie	5 005	⊙	9.3	⊙	3.7	⊙	11.7	⊙
Autriche	5 395	⊙	10.3	⊙	5.2	⬆	6.9	⊙
Belgique	4 944	⊙	10.4	⊙	3.1	⊙	11.0	⊙
Canada	4 974	⊙	10.7	⊙	2.7	⊙	10.0	⊙
Chili	2 182	⬇	8.9	⊙	2.5	⬇	2.7	⬇
Corée	3 192	⊙	8.1	⊙	2.3	⬇	6.9	⊙
Danemark	5 299	⊙	10.5	⊙	4.0	⊙	10.0	⊙
Espagne	3 323	⊙	8.9	⊙	3.9	⊙	5.7	⊙
Estonie	2 231	⬇	6.4	⬇	3.5	⊙	6.2	⊙
États-Unis	10 586	⬆	16.9	⬆	2.6	⊙	11.7	⊙
Finlande	4 228	⊙	9.1	⊙	3.2	⊙	14.3	⬆
France	4 965	⊙	11.2	⬆	3.2	⊙	10.5	⊙
Grèce	2 238	⬇	7.8	⊙	6.1*	⬆	3.3	⬇
Hongrie	2 047	⬇	6.6	⬇	3.3	⊙	6.5	⊙
Irlande	4 915	⊙	7.1	⊙	3.1	⊙	12.2	⊙
Islande	4 349	⊙	8.3	⊙	3.9	⊙	14.5	⬆
Israël	2 780	⊙	7.5	⊙	3.1	⊙	5.1	⊙
Italie	3 428	⊙	8.8	⊙	4.0	⊙	5.8	⊙
Japon	4 766	⊙	10.9	⬆	2.4	⬇	11.3	⊙
Lettonie	1 749	⬇	5.9	⬇	3.2	⊙	4.6	⬇
Lituanie	2 416	⬇	6.8	⬇	4.6	⬆	7.7	⊙
Luxembourg	5 070	⊙	5.4	⬇	3.0	⊙	11.7	⊙
Mexique	1 138	⬇	5.5	⬇	2.4	⬇	2.9	⬇
Norvège	6 187	⬆	10.2	⊙	4.7	⬆	17.7	⬆
Nouvelle-Zélande	3 923	⊙	9.3	⊙	3.3	⊙	10.2	⊙
Pays-Bas	5 288	⊙	9.9	⊙	3.6	⊙	10.9	⊙
Pologne	2 056	⬇	6.3	⬇	2.4	⬇	5.1	⊙
Portugal	2 861	⊙	9.1	⊙	5.0*	⬆	6.7	⊙
République slovaque	2 290	⬇	6.7	⬇	3.4	⊙	5.7	⊙
République tchèque	3 058	⊙	7.5	⊙	3.7	⊙	8.1	⊙
Royaume-Uni	4 070	⊙	9.8	⊙	2.8	⊙	7.8	⊙
Slovénie	2 859	⊙	7.9	⊙	3.1	⊙	9.9	⊙
Suède	5 447	⊙	11.0	⬆	4.1	⊙	10.9	⊙
Suisse	7 317	⬆	12.2	⬆	4.3	⊙	17.2	⬆
Turquie	1 227	⬇	4.2	⬇	1.9	⬇	2.1	⬇

Note : ⬆ Supérieur à la moyenne de l'OCDE ; ⊙ Proche de la moyenne de l'OCDE ; ⬇ Inférieur à la moyenne de l'OCDE. Les États-Unis sont exclus du calcul de l'écart-type pour les deux indicateurs de dépenses de santé. * Englobe l'ensemble des médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation significative.

Une part substantielle des dépenses de santé est allouée à la rémunération du personnel de santé. Le nombre de médecins et d'infirmiers dans un système de santé est donc un indicateur important pour contrôler l'utilisation des ressources. Le nombre de médecins s'inscrit dans une fourchette comprise entre deux pour 1 000 habitants environ en Turquie, au Japon, au Chili et en Corée, à cinq ou plus au Portugal, en Autriche et en Grèce - les chiffres du Portugal et de la Grèce sont cependant surestimés car ils englobent l'ensemble des médecins autorisés à exercer. On recensait un peu moins de neuf infirmiers pour 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE en 2017, dans une fourchette allant de deux pour 1 000 en Turquie à plus de 17 pour 1 000 en Norvège et en Suisse.

Liens entre les dépenses de santé et l'accès, la qualité, les résultats et les effectifs dans le secteur de la santé

Les graphiques en quadrant illustrent les liens entre les dépenses de santé et d'autres variables pertinentes. Ils montrent dans quelle mesure l'augmentation des dépenses de santé améliore les résultats dans quatre domaines : résultats, qualité des soins, accès aux soins, et effectifs dans le secteur. Il convient toutefois de noter que seul un sous-ensemble restreint d'indicateurs pour ces quatre dimensions est comparé aux dépenses de santé. Les graphiques en quadrant montrent également des corrélations statistiques pures, sans qu'il y est de lien causal.

Le point d'intersection des graphiques représente la moyenne de l'OCDE, les différents points marquant la position relative des pays par rapport à leurs dépenses de santé et l'indicateur considéré. Un code par couleur est attribué à chaque pays, selon un indice simple des facteurs de risque (tabagisme, consommation d'alcool et obésité). Les points verts indiquent un risque relativement faible (par exemple, Israël, Norvège), les points bleus montrent les pays qui se rapprochent de la moyenne de l'OCDE et les points rouges indiquent les pays présentant un indice de facteurs de risque relativement élevé (par exemple, Chili, Hongrie). L'indice des facteurs de risque est une moyenne non pondérée des trois facteurs de risque précités. Les États-Unis, par exemple, sont symbolisés par un point bleu malgré un taux d'obésité élevé, car la consommation d'alcool et le tabagisme y atteignent des niveaux relativement faibles. Voir l'encadré intitulé « Méthodologie, interprétation et utilisation » pour de plus amples détails.

Dépenses de santé et résultats en matière de santé

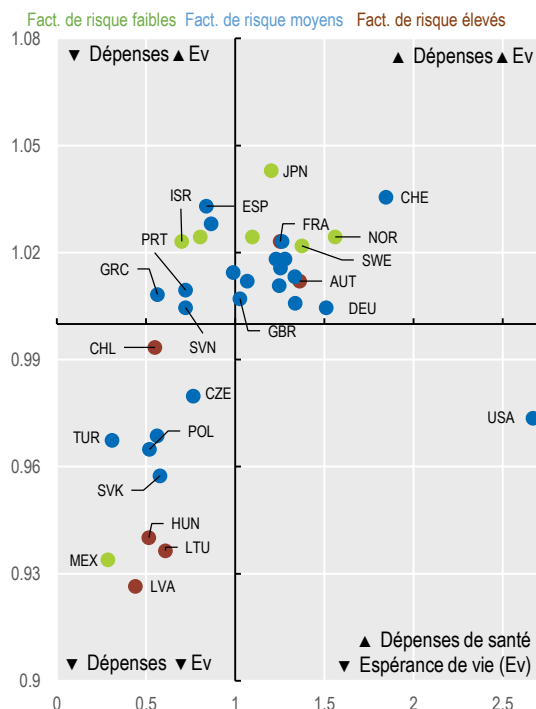
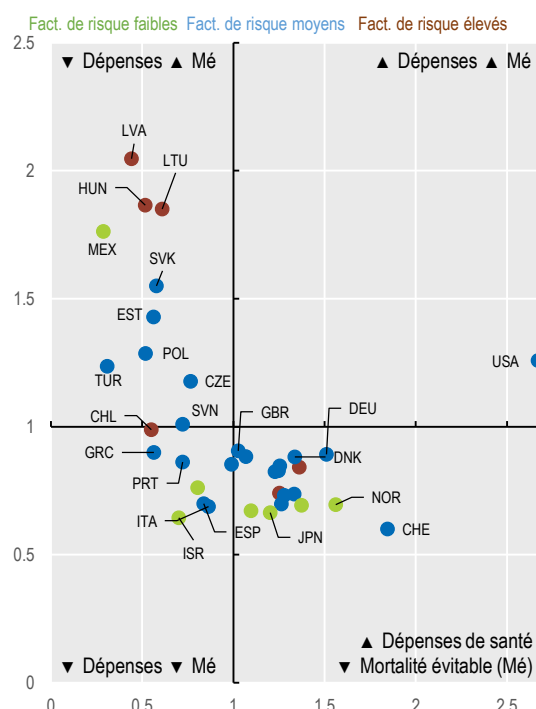
Les graphiques ci-dessous montrent dans quelle mesure les pays qui consacrent plus de dépenses à la santé enregistrent de meilleurs résultats en matière de santé (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Il existe une corrélation positive manifeste entre les dépenses de santé par habitant et l'espérance de vie (Graphique 1.7). Parmi les 36 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 dix autres, ces deux indicateurs sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE (quadrant inférieur gauche).

Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Huit pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Il s'agit de l'Italie, de la Corée, du Portugal, de l'Espagne, de la Slovénie, de la Grèce, d'Israël et de la Nouvelle-Zélande. Dans le quadrant inférieur droit ne figurent que les États-Unis, dont les dépenses de santé sont nettement plus élevées que tous les autres pays de l'OCDE, mais où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne de la zone.

La plupart des pays présentant des facteurs de risques globalement importants (points rouges) affichent une espérance de vie plus faible que la moyenne de l'OCDE. Ils figurent aussi généralement en dessous de la droite de tendance, qui illustre le rapport entre les dépenses moyennes et l'espérance de vie des pays de l'OCDE. L'inverse se vérifie dans l'ensemble pour les pays présentant de faibles facteurs de risque (points verts).

Une corrélation dans le sens attendu est également évidente en ce qui concerne la mortalité évitable (Graphique 1.8). Sur les 36 pays pour lesquels on dispose de données comparables, 16 affichent un plus haut niveau de dépense et un taux de mortalité évitable plus bas (quadrant inférieur droit). Neuf autres dépensent moins et ont un taux de

Graphique 1.7. **Espérance de vie et dépenses de santé**Graphique 1.8. **Mortalité évitable (par prévention et traitement) et dépenses de santé**

mortalité évitable plus élevé (quadrant supérieur gauche). Sept ont des dépenses inférieures à la moyenne mais des taux de mortalité évitables plus faibles – l’Italie, Israël et l’Espagne, par exemple (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis dépensent davantage que la moyenne de l’OCDE et enregistrent un taux de mortalité évitable plus important. Comme pour l’espérance de vie, les pays qui présentent des facteurs de risques plus élevés (plus bas) (respectivement, points rouges et points verts) affichent en général un taux de mortalité évitable supérieur (inférieur).

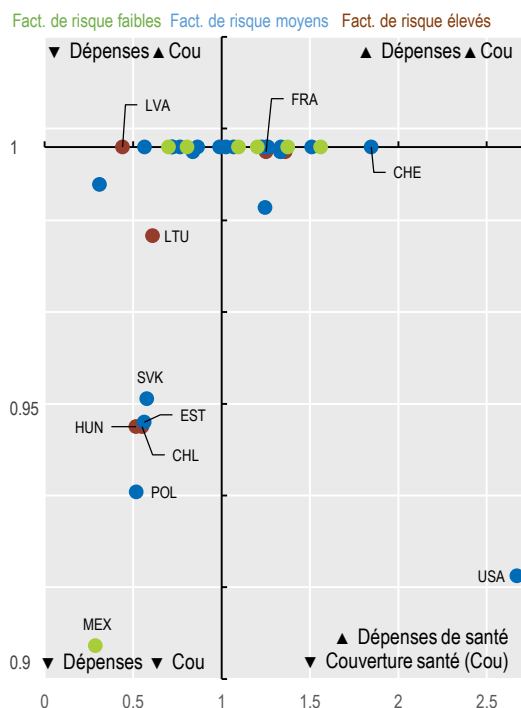
Dépenses de santé, accès et qualité des soins

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

En termes d’accès, le Graphique 1.9 montre qu’il est possible de mettre en place une couverture universelle (ou quasi-universelle) pour un éventail de services essentiels même moyennant un niveau comparativement faible de dépenses de santé – la Turquie et la Lettonie, par exemple, dépensent moins de 2 000 USD par personne (moins de la moitié de la moyenne de l’OCDE) et parviennent toutefois à assurer une couverture universelle.

Cela posé, six des sept pays dont le taux de couverture des soins est inférieur à 95 % consacrent effectivement moins de dépenses à la santé – Mexique, Pologne, Chili, Estonie, République slovaque et Hongrie (quadrant inférieur gauche). Les États-Unis sont le seul pays de l’OCDE qui affiche un niveau de dépenses élevé et un taux de couverture faible. On obtient des résultats très similaires lorsque l’on remplace les dépenses de santé par

Graphique 1.9. Couverture pour un ensemble de services essentiels et dépenses de santé



Graphique 1.10. Taux de survie au cancer du sein et dépenses de santé



personne par les dépenses des régimes d'assurance maladie publics et obligatoires, ou par les dépenses en pourcentage du PIB.

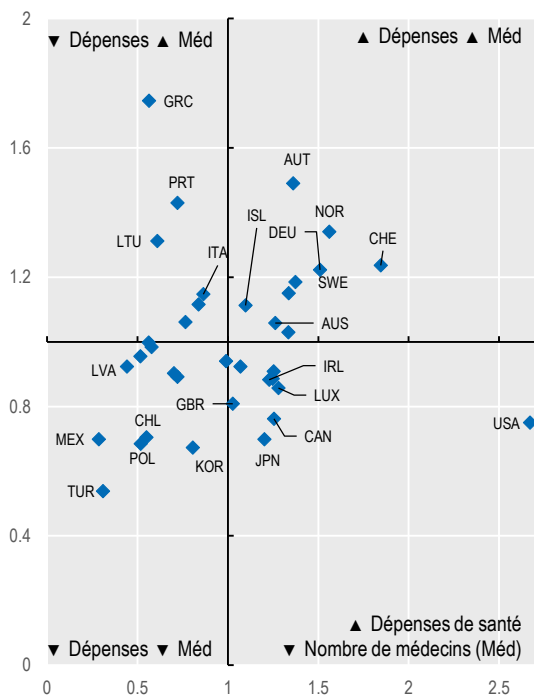
En termes de qualité des soins, le Graphique 1.10 illustre le lien entre les dépenses de santé et le taux de survie net au cancer du sein à 5 ans (indicateur reflétant la qualité des soins préventifs comme curatifs). Il existe une corrélation positive manifeste : dans 32 pays membres, 16 dépensent plus pour la santé et enregistrent un meilleur taux de survie net (quadrant supérieur droit), tandis que 9 dépensent moins et enregistrent un taux de survie net inférieur (quadrant inférieur gauche). Six pays affichent un taux de survie relativement élevé malgré des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE (Israël, Italie, Corée, Portugal, Nouvelle-Zélande et Espagne). En Irlande, les dépenses sont près de 25 % supérieures à la moyenne de l'OCDE et pourtant, le taux de survie net y est légèrement inférieur à la moyenne de l'OCDE.

Dépenses de santé et effectifs des professionnels de santé

Les graphiques ci-dessous illustrent dans quelle mesure les pays qui consacrent des dépenses plus élevées à la santé ont davantage de médecins et d'infirmiers (on notera que ces corrélations ne résultent pas forcément d'un lien causal).

Il n'existe qu'une corrélation positive faible entre dépenses de santé et nombre de médecins (Graphique 1.11). Neuf pays ont des dépenses supérieures à la moyenne de l'OCDE mais comptent moins de médecins (comme le Canada, le Luxembourg ou les États-Unis) ; six autres affichent des dépenses relativement faibles mais un nombre de médecins supérieur à la moyenne (Espagne, Grèce, Italie, Lituanie, Portugal, République tchèque), même si les chiffres du Portugal et de la Grèce sont surestimés car ils englobent tous les médecins autorisés à exercer. Ces divergences tiennent peut-être aussi à des différences de

Graphique 1.11. Nombre de médecins et dépenses de santé



Graphique 1.12. Nombre d'infirmiers et dépenses de santé



niveau de rémunération, de même qu'à la composition des effectifs et à l'importance accordée aux infirmiers et à d'autres professionnels (par rapport aux médecins).

La corrélation positive entre les dépenses de santé et le nombre d'infirmiers est nettement plus manifeste (Graphique 1.12). Sur les 36 pays de l'OCDE, 16 dépensent plus que la moyenne de l'OCDE et comptent aussi un plus grand nombre d'infirmiers pour 1 000 habitants. De même, 16 pays affichaient des dépenses relativement faibles et comptaient moins d'infirmiers. Deux pays seulement dépensent moins que la moyenne de l'OCDE et ont un nombre plus élevé d'infirmiers (la Slovaquie et, dans une moindre mesure, la Nouvelle-Zélande). Deux autres pays affichaient des dépenses comparativement élevées mais un nombre plus faible d'infirmiers (Autriche et Royaume-Uni).



Extrait de :
Health at a Glance 2019
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2019), « Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances », dans *Health at a Glance 2019 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/2caca57d-fr>

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

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