

Malgré les efforts déployés au niveau national pour faciliter les transitions de soins et améliorer l'interaction entre les prestataires, les systèmes de santé demeurent fragmentés lors de la fourniture des soins. Des travaux récents de l'OCDE montrent à quel point une mauvaise intégration empêche d'exploiter tout le potentiel des soins de santé (OCDE, 2020[14]). Cela vaut tout particulièrement pour ceux qui transitent entre les cadres de soins avec des problèmes de santé complexes, comme la maladie mentale (OCDE, 2021[39]). Un manque de coordination est également à déplorer entre soins de santé, soins de longue durée et action sociale (OCDE, 2020[56]). Ces défaillances ont été amplifiées par la pandémie de COVID-19, la fragmentation des soins entre les hôpitaux et le milieu extrahospitalier nuisant à la continuité des soins et compromettant la fourniture de soins sans risque aux populations les plus vulnérables (OCDE, 2020[57]).

Les soins intégrés permettent d'améliorer les résultats et le vécu des patients. Ils permettent également une meilleure utilisation des ressources en améliorant la coordination et en réduisant les soins redondants et inutiles. L'OCDE a recensé les principaux mécanismes qui permettent d'améliorer les soins intégrés : le renforcement de la gouvernance, le développement de systèmes d'information solides, la constitution d'une main-d'œuvre qualifiée et la mise en place d'incitations financières harmonisées (OCDE, 2017[17]).

Des indicateurs tels que la mortalité, les réadmissions et les prescriptions de médicaments après hospitalisation donnent un aperçu de la qualité de l'intégration entre les soins hospitaliers et les soins extrahospitaliers. Les indicateurs d'AVC et d'ICC dans l'année qui suit la sortie de l'hôpital peuvent être calculés à l'aide des dossiers hospitaliers des patients, qui sont corrélés aux registres de décès et aux données sur les traitements prescrits aux patients externes. Cependant, seuls trois pays de l'OCDE (la République tchèque, la Finlande et la Suède) ayant participé à la collecte de données pilote de l'OCDE sur les soins intégrés sont actuellement en mesure de corréler toutes les sources de données pour rendre compte des indicateurs sur les prescriptions de médicaments, en plus de tous les autres indicateurs.

Le Graphique 6.38 illustre les résultats sur le plan de la mortalité et des réadmissions dans les pays de l'OCDE au cours de l'année qui suit la sortie de l'hôpital pour cause d'AVC ou d'ICC en 2018. S'agissant des patients ayant subi un AVC ischémique, en moyenne, 64 % ont survécu et ne sont pas retournés aux soins intensifs, 22 % ont survécu puis ont été réadmis à l'hôpital (4 % pour une raison liée à l'AVC et 18 % pour d'autres raisons) et 14 % sont décédés l'année suivante. S'agissant des patients victime d'ICC, en moyenne, 45 % des survivants ne sont pas retournés en soin intensif, tandis que 32 % ont survécu mais ont été réadmis à l'hôpital après une ICC et 23 % sont décédés l'année suivante.

S'agissant des patients victimes d'AVC et qui sont sortis de l'hôpital, la mortalité à un an variait de 2 % au Japon à 25 % en Estonie. S'agissant des patients victimes d'ICC, la mortalité à un an variait de 8 % au Japon à 33 % en Slovaquie. Les réadmissions à un an des patients victimes d'AVC ayant survécu un an ou plus variaient de 1 % en Italie à 6 % en Norvège en cas de causes liées à l'AVC, et de 0 % au Costa Rica à 28 % en République tchèque en cas de causes non liées à l'AVC. S'agissant des patients victimes d'ICC survivant un an ou plus, les taux de réadmission variaient de 1 % en Italie à 17 % en Israël en cas de causes liées à l'ICC et de 0 % au Costa Rica à 29 % en République tchèque dans le cas d'autres causes.

L'analyse des tendances permet de faire apparaître les évolutions au fil du temps, telles que les améliorations des taux de mortalité et de réadmission. Les données pour 2013-18 sont présentées pour le pourcentage de patients victimes d'AVC et d'ICC sortis de l'hôpital puis réadmis ou décédés dans l'année qui a suivi leur sortie, toutes causes confondues (Graphique 6.39) ou en raison du diagnostic primaire (Graphique 6.40). La plupart des pays ont affiché de légères améliorations sur cinq ans. Le Costa Rica, la Suède et Israël ont affiché les améliorations les plus importantes quant à la réduction du nombre

de réadmissions et de décès à un an après un AVC ischémique, et le Costa Rica, la Suède, le Japon et Israël après une ICC. On observe des baisses similaires des taux de létalité à 30 jours après un AVC ischémique (voir l'indicateur « Mortalité après un AVC ischémique »). Cependant, certains pays dont la Lituanie, la Norvège et la Finlande ont signalé une aggravation des taux.

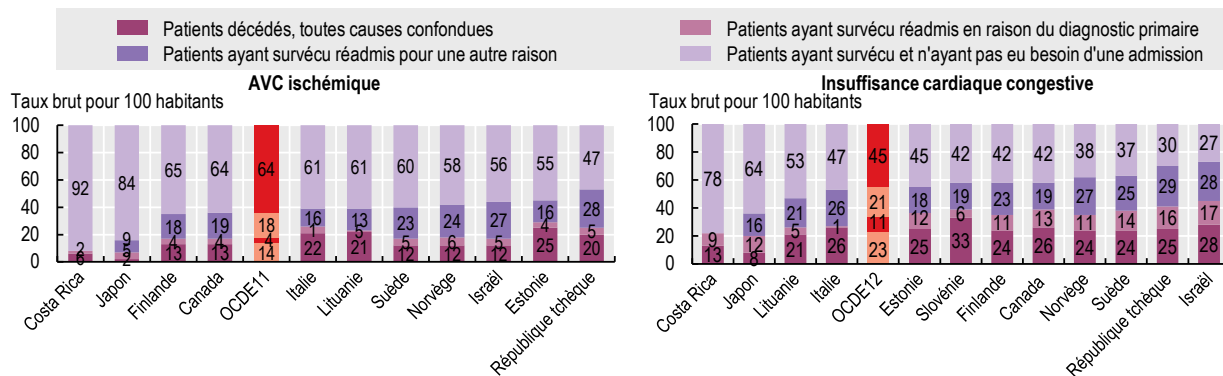
La variation des résultats d'un pays à l'autre peut s'expliquer, en partie, par les différences en matière d'organisation de la prestation des soins ainsi que par les différences en matière d'accès aux soins, les mécanismes de paiement et les systèmes d'information. Par exemple, l'Estonie a adopté un nouveau modèle de réseau de soins centrés sur la personne, et la Finlande a défini un nouveau modèle de gouvernance du financement, d'organisation et d'information visant à favoriser l'intégration des soins de santé et des prestations à caractère social.

#### Définition et comparabilité

L'OCDE a piloté la collecte des indicateurs de soins intégrés afin d'apporter son concours à la comparaison internationale des performances s'agissant des patients sortis de l'hôpital après un AVC ischémique ou une ICC. Les indicateurs de résultats sont calculés pour les personnes âgées de 15 ans ou plus le jour de leur admission, présentant un épisode de soins intensifs non électifs (urgents) pour un premier événement vasculaire de type AVC ou ICC. Un premier événement est défini chez les personnes n'ayant pas été hospitalisées pour une maladie spécifique au cours des cinq années précédentes. Les pays ont appliqué cette période d'« élimination », à l'exception de la République tchèque (qui n'a utilisé que le premier événement de diagnostic primaire) et du Japon (qui a utilisé une période d'un an). Ces variations influent sur la construction de la cohorte de patients, entravent la possibilité de pister les personnes ayant un historique d'hospitalisations répétées et réduisent la comparabilité des données.

Tous les pays utilisent un identifiant unique pour chaque patient. Pour tous les pays à l'exception du Japon, les données sont représentatives à l'échelle nationale. Le Japon a recours à un réseau de prestataires représentant 30 % des hospitalisations et recense uniquement les réadmissions hospitalières qui ont eu lieu au sein de ce réseau. Cela limite donc la comparabilité des données avec celles d'autres pays. Les identifiants uniques des patients permettent de faire le lien entre les données hospitalières (avec des informations sur le type et la date d'admission et de sortie et les diagnostics), les registres de décès et les bases de données sur les traitements prescrits aux patients externes. Les définitions des soins intensifs d'urgence varient d'un pays à l'autre. La plupart des pays définissent les soins intensifs d'urgence comme une hospitalisation via des soins d'urgence/non planifiés (Costa Rica, Finlande, Japon, Israël, Italie, Norvège, Slovaquie et Suède) ou des soins curatifs (Lituanie). Certains pays (Estonie) excluent les soins intensifs de réadaptation, les soins psychiatriques ou les soins de longue durée, ou utilisent des groupes homogènes de malades (République tchèque) pour recenser les épisodes de soins intensifs. Comme le montrent le Graphique 6.11 et les graphiques 6.17-18, les hospitalisations après une ICC et la mortalité après un AVC ischémique sont très variables d'un pays à l'autre. La prudence s'impose lorsqu'on établit des comparaisons directes entre les pays en utilisant ces paramètres. Voir Barrenho et al. (à paraître[58]) pour des analyses plus approfondies.

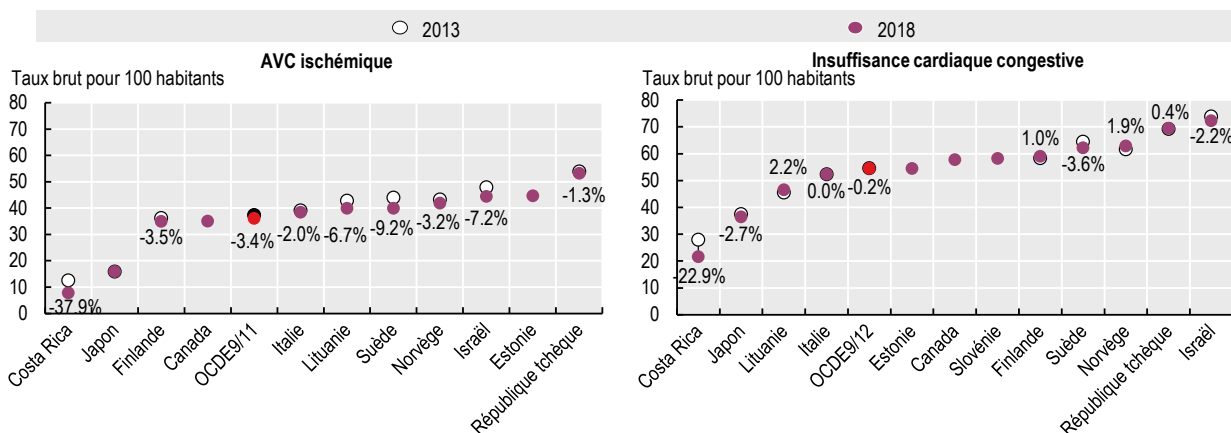
Graphique 6.38. Résultats des patients victimes d'AVC ischémique ou d'insuffisance cardiaque congestive dans l'année suivant leur sortie d'hôpital, 2018



Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink <https://stat.link/Ops5iy>

Graphique 6.39. Patients réadmis ou décédés, toutes causes confondues, dans l'année suivant leur sortie d'hôpital après un AVC ou une insuffisance cardiaque congestive, 2013-18 (ou année la plus proche)

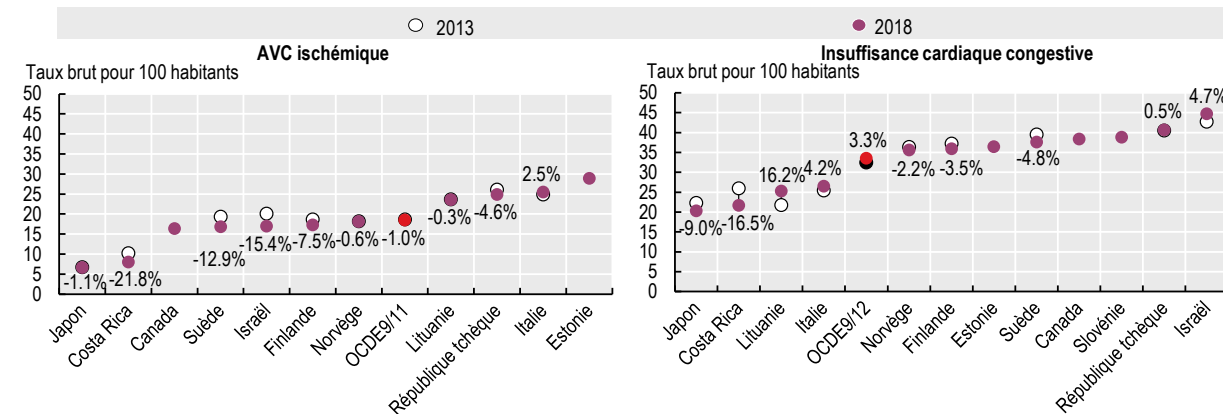


Note : Les chiffres indiquent la variation relative en pourcentage, 2013-18. La moyenne 2013 de l'OCDE ne comprend pas les données du Canada, de l'Estonie et de la Slovénie.

Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink <https://stat.link/tbalg8>

Graphique 6.40. Patients réadmis ou décédés en raison du diagnostic primaire dans l'année suivant leur sortie d'hôpital après un AVC ou une insuffisance cardiaque congestive, 2013-18 (ou année la plus proche)



Note : Les chiffres indiquent la variation relative en pourcentage, 2013-18. La moyenne 2013 de l'OCDE ne comprend pas les données du Canada, de l'Estonie et de la Slovénie.

Source : Collecte de données pilote HCQO de l'OCDE sur les soins intégrés 2021.

StatLink <https://stat.link/uo47yd>

- [9] Al-Aly, Z., Y. Xie et B. Bowe (2021), « High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19 », *Nature*, vol. 594/7862, pp. 259-264, <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-021-03553-9>.
- [48] Allemani, C. et al. (2018), « Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries », *The Lancet*, vol. 391/10125, pp. 1023-1075, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)33326-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)33326-3).
- [45] Bargon, C. (2021), « Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient-Reported Outcomes of Breast Cancer Patients and Survivors », *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 5/1, p. pkaa104, <https://doi.org/10.1093/jncics/pkaa104>.
- [58] Barrenho et al. (à paraître), « Methodological development of indicators for international comparison of integrated care: findings of a pilot on stroke and chronic heart failure. », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- [29] Bersano, A. et al. (2020), « Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries », *European Journal of Neurology*, vol. 27/9, pp. 1794-1800, <http://dx.doi.org/10.1111/ene.14375>.
- [15] CDC (2021), *Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness*, U.S. Department of Health & Human Services, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> (consulté le 8 juillet 2021).
- [7] CDC (2021), *Measles Cases and Outbreaks*, <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html> (consulté le 7 juillet 2021).
- [22] Chudasama, Y. et al. (2020), « Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals », *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/5, pp. 965-967, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042>.
- [21] Collins, F. (2021), *How COVID-19 Can Lead to Diabetes – NIH Director's Blog*, National Institutes of Health, <https://directorsblog.nih.gov/2021/06/08/how-covid-19-can-lead-to-diabetes/> (consulté le 7 juillet 2021).
- [50] Commission européenne (2017), *Cancer Screening in Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major\\_chronic\\_diseases/docs/2017\\_cancerscreening\\_2ndreportimplementation\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf) (consulté le 24 juin 2019).
- [46] Dave, R. (2021), « Breast cancer management pathways during the COVID-19 pandemic: outcomes from the UK « Alert Level 4 » phase of the B-MaP-C study », *British Journal of Cancer*, vol. 124/11, pp. 1785-1794, <http://dx.doi.org/10.1038/s41416-020-01234-4>.
- [36] de Bienassis, K. et al. (2020), « Culture as a cure : Assessments of patient safety culture in OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 119, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>.
- [41] de Bienassis, K. et al. (2021), « Measuring patient voice matters: setting the scene for patient-reported indicators », *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, vol. 33/1, <http://dx.doi.org/10.1093/INTQHC/MZAB002>.
- [54] Di Carlo, V. et al. (2020), « Trends in short-term survival from distant-stage cutaneous melanoma in the United States, 2001-2013 (CONCORD-3) », *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 4/6, <http://dx.doi.org/10.1093/jncics/pkaa078>.
- [12] Fujisawa, R. et N. Klazinga (2017), « Measuring patient experiences (PREMS) : Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016 », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 102, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en>.
- [34] G20 Health & Development Partnership (2021), *The Overlooked Pandemic: How to Transform Patient Safety and Save Healthcare Systems*, <https://www.ssdhub.org/wp-content/uploads/2021/03/1863-Sovereign-Strategy-Patient-Safely-Report-1.pdf> (consulté le 3 juin 2021).
- [3] Gallup (2021), *Over 1 Billion Worldwide Unwilling to Take COVID-19 Vaccine*, <https://news.gallup.com/poll/348719/billion-unwilling-covid-vaccine.aspx> (consulté le 8 juillet 2021).
- [2] Gallup (2019), *Is There an Outbreak of Doubt About Vaccines in the U.S.?*, <https://news.gallup.com/opinion/gallup/259574/outbreak-doubt-vaccines.aspx> (consulté le 8 juillet 2021).
- [53] GLOBOCAN (2020), *International Agency for Research on Cancer, Global Cancer Observatory, Cancer Today*, <https://gco.iarc.fr/today/home>.
- [26] Holmes, J. et al. (2020), « Emergency ambulance services for heart attack and stroke during UK's COVID-19 lockdown », *The Lancet*, vol. 395/10237, pp. e93-e94, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31031-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31031-x).
- [55] Intergruppo Melanoma Italiano (2021), « The effect of COVID-19 emergency in the management of melanoma in Italy », *Dermatology Reports*, vol. 13/1, <http://dx.doi.org/10.4081/dr.2021.8972>.
- [18] International Diabetes Federation (2020), *IDF Diabetes Atlas Ninth edition 2019*.
- [52] Ivanuš, U. et al. (2021), « The impact of the COVID-19 pandemic on organised cervical cancer screening: The first results of the Slovenian cervical screening programme and registry », *The Lancet Regional Health - Europe*, vol. 5, p. 100101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanpe.2021.100101>.
- [27] Little, C. et al. (2020), « COVID-19 pandemic and STEMI: pathway activation and outcomes from the pan-London heart attack group », *Open Heart*, vol. 7/2, p. e001432, <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2020-001432>.
- [25] Martínez-Sánchez, C. et al. (2017), « Reperfusion therapy of myocardial infarction in Mexico: A challenge for modern cardiology », *Archivos de Cardiología de México*, vol. 87/2, pp. 144-150, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.12.007>.



- [19] Muniyappa, R. et S. Gubbi (2020), « COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus », *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, vol. 318/5, pp. E736-E741, <http://dx.doi.org/10.1152/ajpendo.00124.2020>.
- [44] NABON COVID-19 Consortium and the COVID and Cancer-NL Consortium (2021), « Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis, stage, and initial treatment of breast cancer in the Netherlands: a population-based study », *Journal of Hematology & Oncology*, vol. 14/1, <http://dx.doi.org/10.1186/s13045-021-01073-7>.
- [40] 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://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- [39] OCDE (2021), « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID 19 sur la santé mentale », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/f4d9703f-fr>.
- [4] OCDE (2021), « Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea0ec5a-en>.
- [5] OCDE (2021), « L'accès aux vaccins anti-COVID-19 dans un monde en crise : état des lieux et stratégies », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fe64d679-fr>.
- [13] OCDE (2021), *Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS)*, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/health/paris.htm> (consulté le 26 juin 2019).
- [6] 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>.
- [14] OCDE (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- [56] 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://dx.doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- [57] OCDE (2020), « Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/43fc5d50-en>.
- [8] OCDE (2019), *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a18286f0-en>.
- [38] OCDE (2019), *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance*, OCDE, Paris, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Patient-reported-incident-measures-December-2019.pdf>.
- [30] OCDE (2019), « Systèmes de santé centrés sur la personne : en mesurer les aspects les plus importants », dans *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/db5b2182-fr>.
- [10] OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide : Just A Few Dollars More*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en>.
- [17] OCDE (2017), *Caring for Quality in Health : Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>.
- [11] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- [23] 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://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.
- [28] OCDE (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015 : Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>.
- [43] OCDE (2013), *Cancer Care : Assuring Quality to Improve Survival*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>.
- [31] OCDE (À paraître), *Findings of the OECD Working Group on Patient-Reported Indicators for Hip and Knee Replacement Surgery: Technical report on data collected from 2018-2021*, OCDE, Paris.
- [37] OCDE (à paraître), *Safety in numbers: Quantifying health worker perceptions of patient safety culture in OECD countries*, Éditions OCDE, Paris.
- [42] OCDE (à paraître), « Standards for Assessing Patient Outcomes and Experiences of Mental Health Care in OECD Countries: Findings of the PaRIS Mental Health Working Group Pilot Data Collection », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.
- [24] 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://dx.doi.org/10.1787/47a04a11-en>.
- [35] OMS (2021), *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*, Organisation mondiale de la santé, <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> (consulté le 2 juin 2021).
- [51] OMS (2021), *WHO Immunization Data portal*, Organisation mondiale de la santé, <https://immunizationdata.who.int/listing.html?topic=incidence&location=Global> (consulté le 15 juillet 2021).
- [1] OMS (2019), *Global Influenza Strategy 2019-2030*, Organisation mondiale de la santé, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184>.

- [49] Pusic, A. et al. (2009), « Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q », *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 124/2, pp. 345-353, <http://dx.doi.org/10.1097/prs.0b013e3181aee807>.
- [47] Regionala Cancercentrum I Samverkan (2021), <https://cancercentrum.se/samverkan/covid-19/uppskjuten-cancervard>.
- [16] Rey et al., J. (2020), « Heart failure in COVID-19 patients: prevalence, incidence and prognostic implications », *European Journal of Heart Failure*, vol. 22/12, pp. 2205-2215, <http://dx.doi.org/10.1002/ehf.1990>.
- [20] Singh, A. et al. (2020), « Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations », *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, vol. 14/4, pp. 303-310, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.004>.
- [33] Slawomirski, L., A. Aaraaen et N. Klazinga (2017), « The economics of patient safety : Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 96, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
- [32] Van Hout, B. et al. (2012), « Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets », *Value in Health*, vol. 15/5, pp. 708-715, <http://dx.doi.org/10.1016/J.JVAL.2012.02.008>.



Extrait de :  
**Health at a Glance 2021**  
OECD Indicators

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

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2021), « Soins intégrés », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/fbdd10be-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>.