

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.

Viellissement 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 Dorfmueller 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 Lafortune, 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 Llana-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	5
Résumé	8
1 Indicateurs clés : performances comparatives des pays et grandes tendances	11
Introduction	12
État de santé	14
Déterminants non médicaux et facteurs de risque	16
Accès aux soins	18
Qualité des soins	20
Capacités et ressources des systèmes de santé	22
Dimensions transversales des performances des systèmes de santé – graphiques en quadrant	24
Liens vers d'autres indicateurs de performances transversales des systèmes de santé	25
Références	26
2 Quelles maladies touchent différemment les hommes et les femmes, et pourquoi cette différence est-elle importante ?	27
Introduction	29
En quoi les causes de mortalité diffèrent-elles entre les femmes et les hommes ?	32
Les femmes vivent plus longtemps mais souffrent de maladies physiques et mentales plus prolongées	39
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	44
En conclusion	50
Références	51
Notes	53

Guide du lecteur

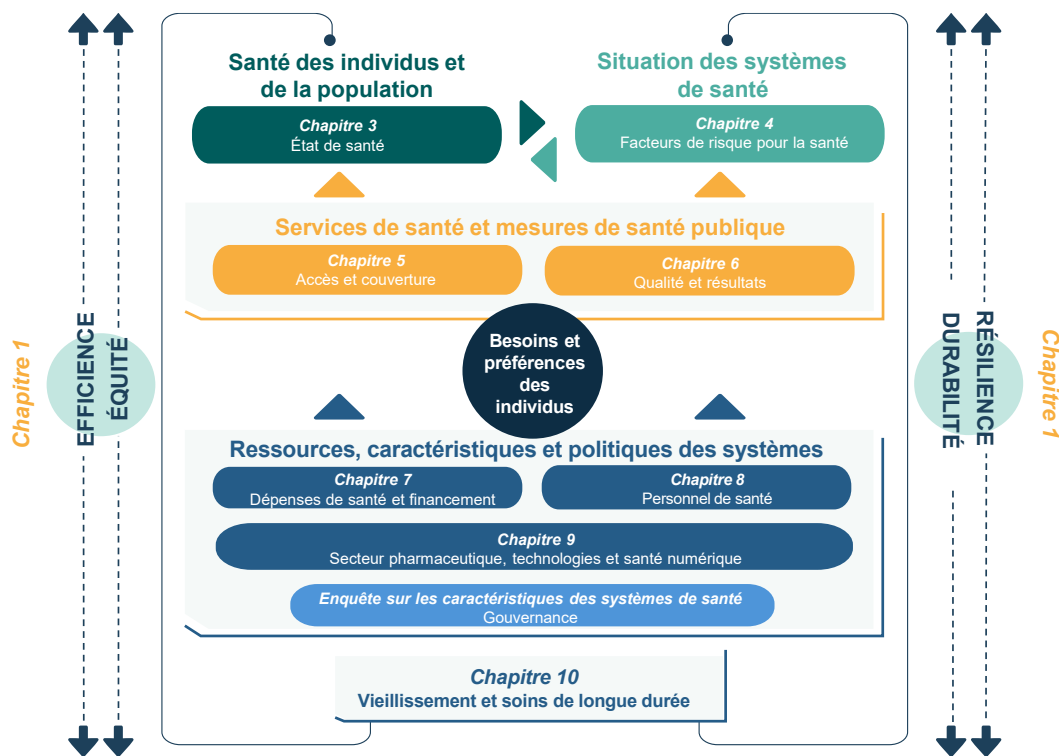
Le *Panorama de la santé 2025 - Les indicateurs de l'OCDE* présente des comparaisons entre des indicateurs clés relatifs à la santé de la population et au fonctionnement des systèmes de santé dans les 38 pays Membres de l'OCDE. Les pays candidats à l'adhésion et les Partenaires clés figurent dans certains 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]), *Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé : Un cadre renouvelé*, <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-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 **vieillessement 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	Türkiye	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/10.1787/04e8cdeb9-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'accroître 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.

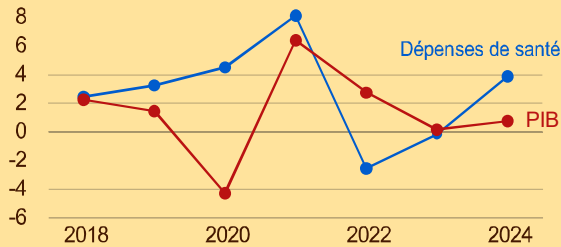
Un nouvel effort d'optimisation des dépenses s'impose pour assurer la santé de la population et la viabilité des systèmes de santé, en accordant un rôle central à la prévention

- 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. Pourtant, 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. Pourtant, 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

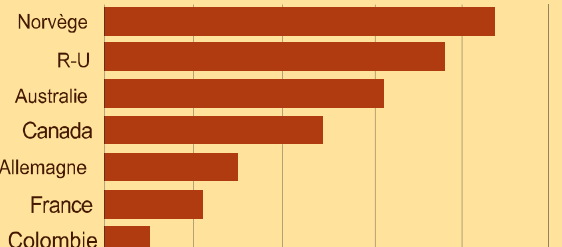
% de croissance annuelle réelle des dépenses de santé et du PIB par habitant, moyenne OCDE, 2018-2024



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

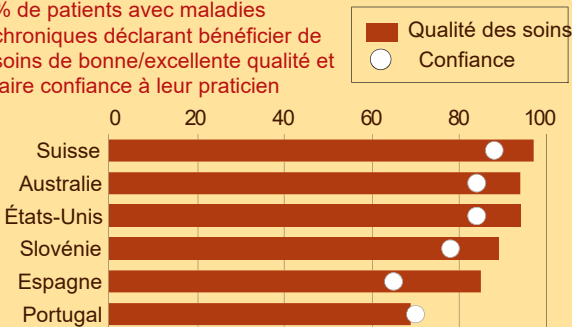
% de médecins formés à l'étranger, 2023



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

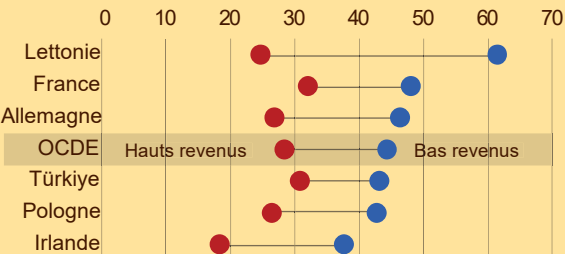
Personnes âgées de 15 ans et plus

	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

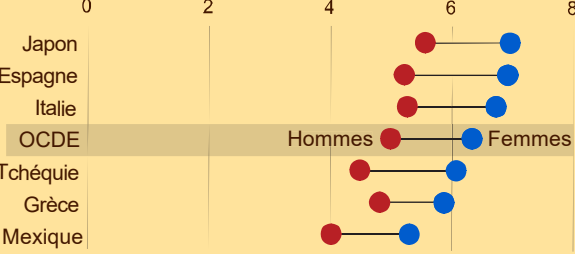
% déclarant une maladie ou un problème de santé de longue durée, par quintile de revenu, 2024



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 – efficacité, 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 autoévalué – 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.

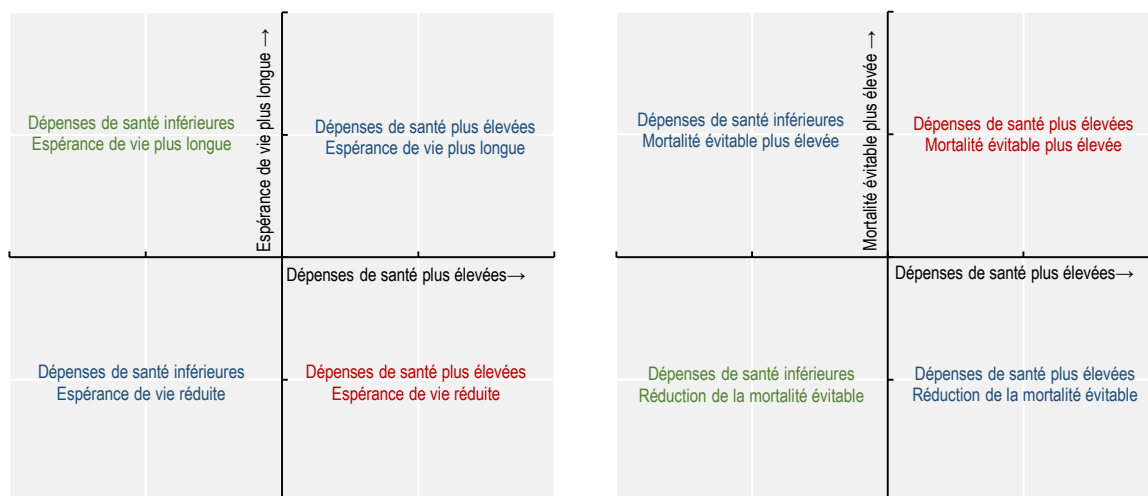
La seule exception à ce classement concerne le tableau de bord portant sur les capacités et les ressources de systèmes de santé, où les indicateurs ne peuvent être rigoureusement classés comme présentant des performances inférieures ou supérieures. Dans ce cas, une nuance plus ou moins prononcée de bleu 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.

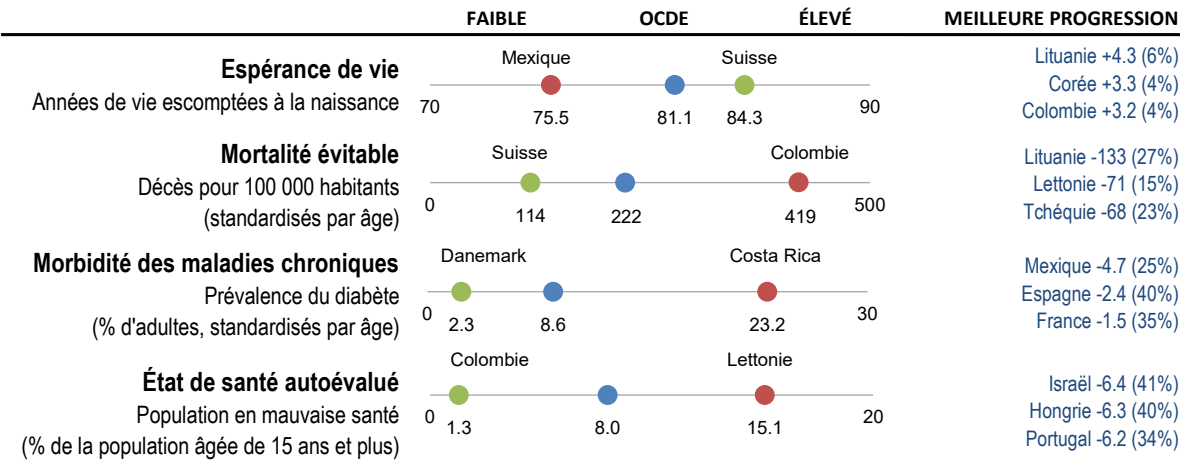
Graphiques en quadrant

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 autoévaluée offre une mesure plus générale de la santé mentale et physique. Le Graphique 1.2 présente une vue d'ensemble de l'état de santé dans les pays de l'OCDE et le Tableau 1.2 fournit des comparaisons plus détaillées entre pays.

Graphique 1.2. État de santé dans l'OCDE, 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 Türkiye, 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		Morbidité des maladies chroniques (2022)		État de santé autoévalué (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	+
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.
Costa Rica	81.0	+	241	-	23.2	-	n.d.	n.d.
Tchéquie	79.9	+	229	+	7.7	-	9.1	+
Danemark	81.8	+	175	+	2.3	+	7.7	-
Estonie	79.1	+	323	+	8.8	-	12.3	+
Finlande	81.6	+	191	+	7.4	-	6.1	+
France	83.0	+	162	+	2.7	+	9.7	-
Allemagne	81.1	+	195	+	6.6	+	10.9	-
Grèce	81.8	+	213	-	7.2	-	7.0	+
Hongrie	76.7	+	390	+	11.2	-	9.6	+
Islande	82.4	+	150	+	5.4	-	7.5	-
Irlande	82.9	+	166	+	7.8	-	4.8	-
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.
Corée	83.5	+	151	+	10.4	-	11.3	+
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.
Pays-Bas	81.9	+	149	+	6.4	-	6.0	-
Nouvelle-Zélande	82.0	+	n.d.	n.d.	9.0	-	2.9	-
Norvège	83.1	+	n.d.	n.d.	5.6	-	9.7	-
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	+
Slovénie	82.0	+	187	+	10.8	-	8.4	+
Espagne	84.0	+	142	+	3.6	+	7.3	+
Suède	83.4	+	133	+	5.1	-	8.0	-
Suisse	84.3	+	114	+	4.3	-	4.4	-
Türkiye	77.3	+	287	-	16.6	-	7.1	n.d.
Royaume-Uni	81.0	+	227	-	8.8	-	8.3	+
États-Unis	78.4	-	312	-	12.5	-	3.4	-

Mieux que la moyenne de l'OCDE.

Proche de la moyenne de l'OCDE.

Moins bien que la moyenne de l'OCDE.

1. Données de 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.

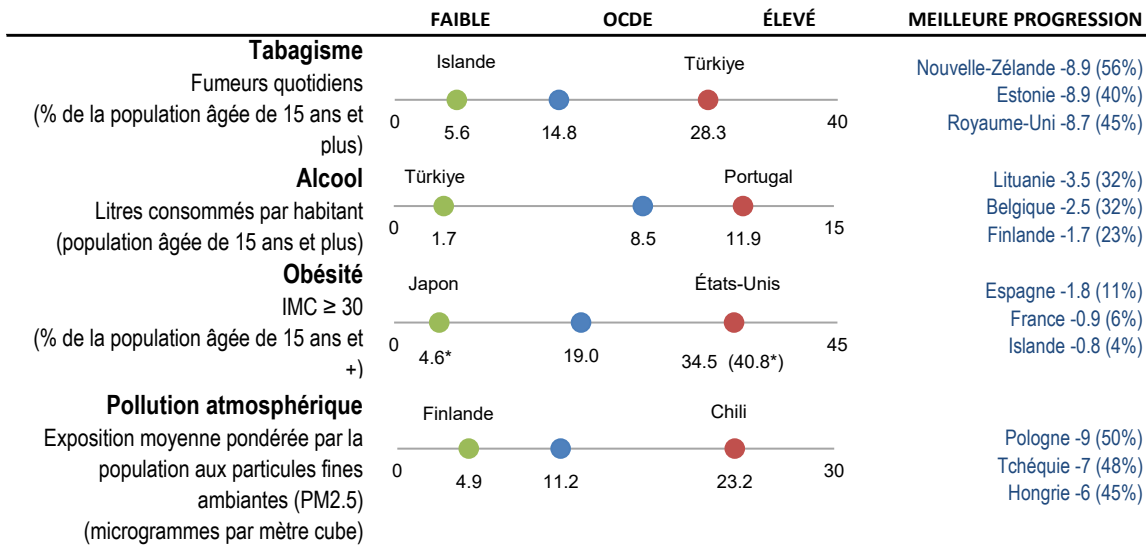
3. Données de 2019-2023 pour l'Australie, le Canada, le Chili, la Colombie, les États-Unis, l'Islande, Israël, le Japon, le Royaume-Uni et la Suisse.

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 prématurés 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 aux particules fines ambiantes (microgrammes par mètre cube)	
OCDE	14.8	+	8.5	+	19.0	-	11.2	+
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	+
Costa Rica	6.2	+	3.4	-	n.d.	n.d.	14.1	+
Tchéquie	15.9	+	11.2	+	19.3	-	14.1	+
Danemark	11.0	+	9.3	+	18.7	-	8.9	+
Estonie	13.2	+	10.9	+	19.9	-	6.1	+
Finlande	11.3	+	7.4	+	24 (30.2*)	-	4.9	+
France	23.1	+	10.4	+	14.4	+	9.5	+
Allemagne	14.6	+	10.6	+	16.7	-	10.3	+
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	+
Islande	5.6	+	7.7	-	21.4	+	5.5	+
Irlande	14.0	+	9.4	+	21 (22.2*)	-	8.0	+
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	-
Corée	15.3	+	7.8	+	5.1 (7.2*)	-	n.d.	n.d.
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	+
Pays-Bas	13.2	+	7.8	+	14.9	-	10.8	+
Nouvelle-Zélande	6.9	+	8.2	+	33.8*	-	6.3	+
Norvège	8.0	+	6.2	-	16	-	6.1	+
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	+
Slovénie	17.4	n.d.	9.7	-	19.4	-	14.0	+
Espagne	19.8	+	11.1	-	14.9	+	9.7	+
Suède	8.5	+	7.4	-	16.5	-	5.6	+
Suisse	16.1	+	8	+	12.1	-	9.0	+
Türkiye	28.3	-	1.7	-	20.2	-	22.1	+
Royaume-Uni	10.5	+	9.3	+	29 (28*)	-	9.7	+
États-Unis	8.0	+	9.5	-	34.5 (40.8*)	-	7.7	+

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.

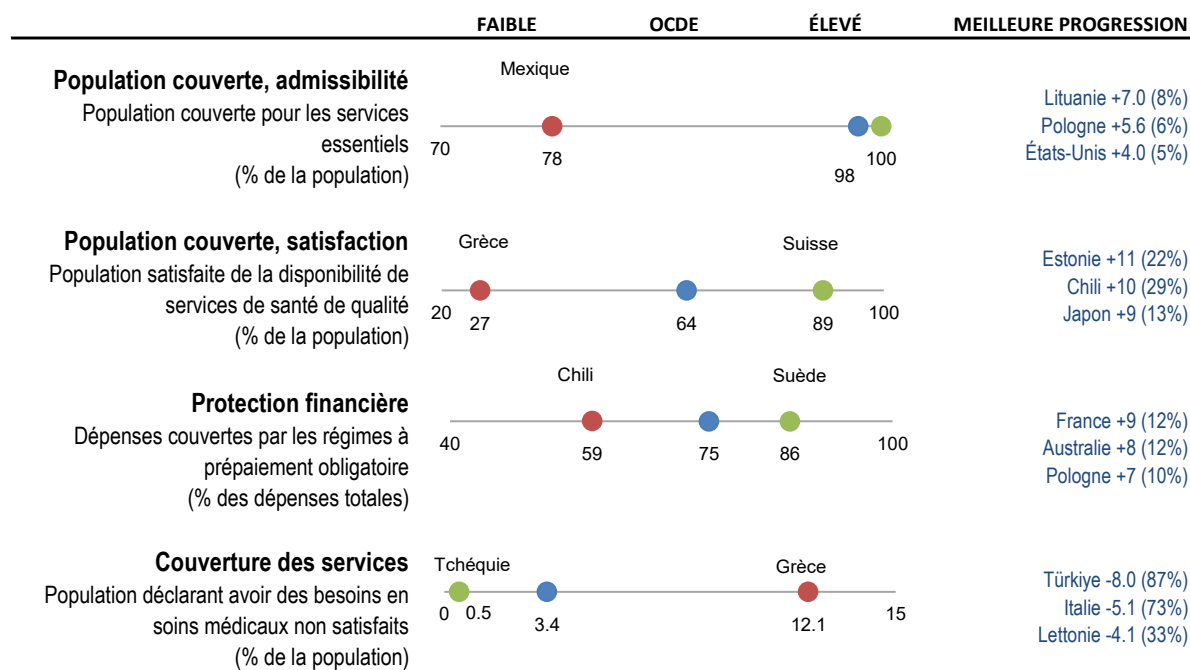
3. Données de 2024 pour la Corée, l'Irlande, et Israël ; données de 2019-2022 pour l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, le Canada, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Pologne, le Portugal, 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 Türkiye, 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	+
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.
Costa Rica	93	-	70	+	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Tchéquie	100	-	75	-	84.5	-	0.5	+
Danemark	100	=	86	+	83.3	-	3.1	-
Estonie	94	=	62	+	75.8	+	8.5	+
Finlande	100	=	61	-	81.0	+	8.5	-
France	100	=	60	-	84.4	+	4.1	-
Allemagne	100	=	81	-	85.9	+	0.8	+
Grèce	100	n.d.	27	-	60.9	-	12.1	-
Hongrie	96	=	41	-	73.7	+	1.0	+
Islande	100	=	62	-	83.6	+	2.8	+
Irlande	100	=	65	-	76.6	+	2.9	+
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.
Corée	100	=	69	+	60.4	+	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.
Pays-Bas	100	+	83	-	82.7	+	0.6	-
Nouvelle-Zélande	100	=	63	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	100	=	80	-	85.7	+	1.6	-
Pologne	97	+	51	+	77.6	+	3.8	+
Portugal	100	=	58	-	61.5	-	2.5	+
Rép. slovaque	96	+	56	-	78.9	+	1.6	+
Slovénie	100	=	71	-	73.6	+	3.4	-
Espagne	100	+	62	-	73.2	+	1.8	-
Suède	100	=	75	-	86.1	+	2.2	-
Suisse	100	=	89	-	67.5	+	1.3	-
Türkiye	99	+	41	-	n.d.	n.d.	1.2	+
Royaume-Uni	100	=	61	-	81.5	+	4.5	-
États-Unis	93	+	75	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

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.

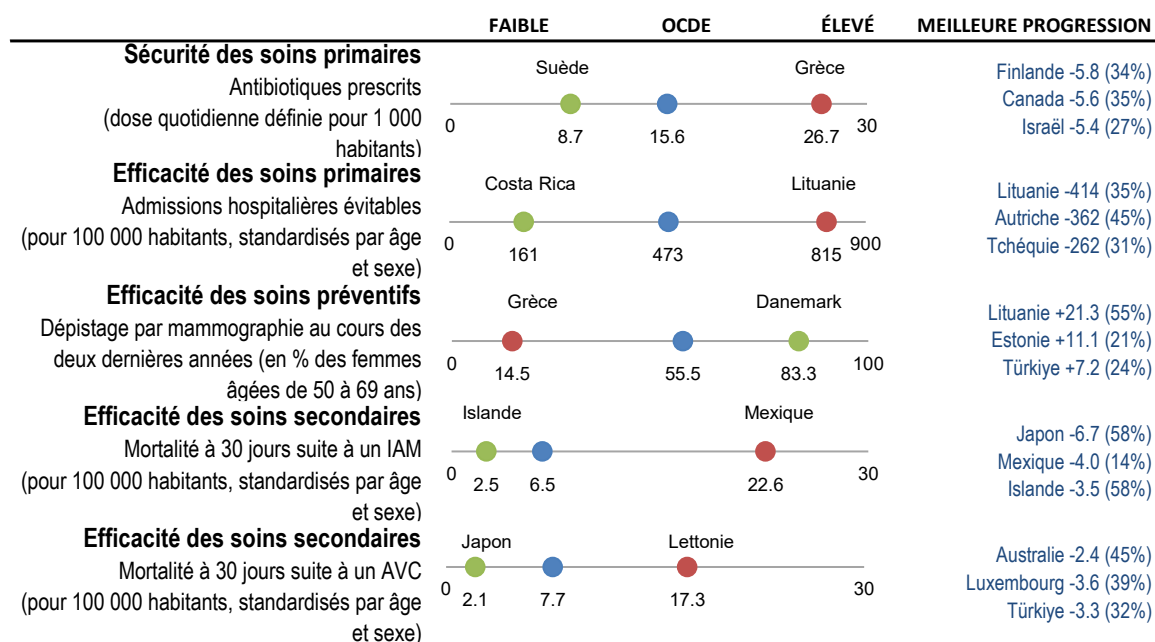
3. Données de 2022 pour l'Australie, Israël, la Norvège et le Royaume-Uni.

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)		
OCDE	15.6	+	473	+	55.5	+	6.5	7.7	+
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.
Costa Rica	n.d.	n.d.	161	+	21.7	-	n.d.	n.d.	n.d.
Tchéquie	15.0	+	592	+	60.3	+	5.2	8.1	+
Danemark	14.3	+	514	+	83.3	-	4.5	4.9	+
Estonie	11.2	-	384	+	64.5	+	9.1	8.0	+
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.
Allemagne	11.7	+	810	+	52.0	-	7.9	7.0	=
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	+
Islande	17.2	+	343	+	56.0	-	2.5	8.9	+
Irlande	20.7	-	545	+	69.3	-	5.6	6.8	+
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	+
Corée	25.5	-	376	+	70.1	+	8.4	3.3	+
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	+
Pays-Bas	8.8	+	364	+	70.2	-	2.9	5.1	+
Nouvelle-Zélande	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	67.9	-	4.6	6.7	+
Norvège	14.1	+	458	+	76.6	+	2.6	4.0	+
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	+
Slovénie	11.9	+	402	+	77.5	-	5.7	11.7	+
Espagne	22.5	-	426	+	n.d.	n.d.	6.3	9.4	+
Suède	8.7	+	384	+	83.0	n.d.	3.4	4.9	+
Suisse	n.d.	n.d.	459	-	50.0	+	6.2	7.9	+
Türkiye	12.1	-	n.d.	n.d.	37.4	+	6.0	7.0	+
Royaume-Uni	15.6	+	447	+	66.4	-	6.4	8.5	+
États-Unis	n.d.	n.d.	733	+	79.8	-	5.2	4.5	+

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.

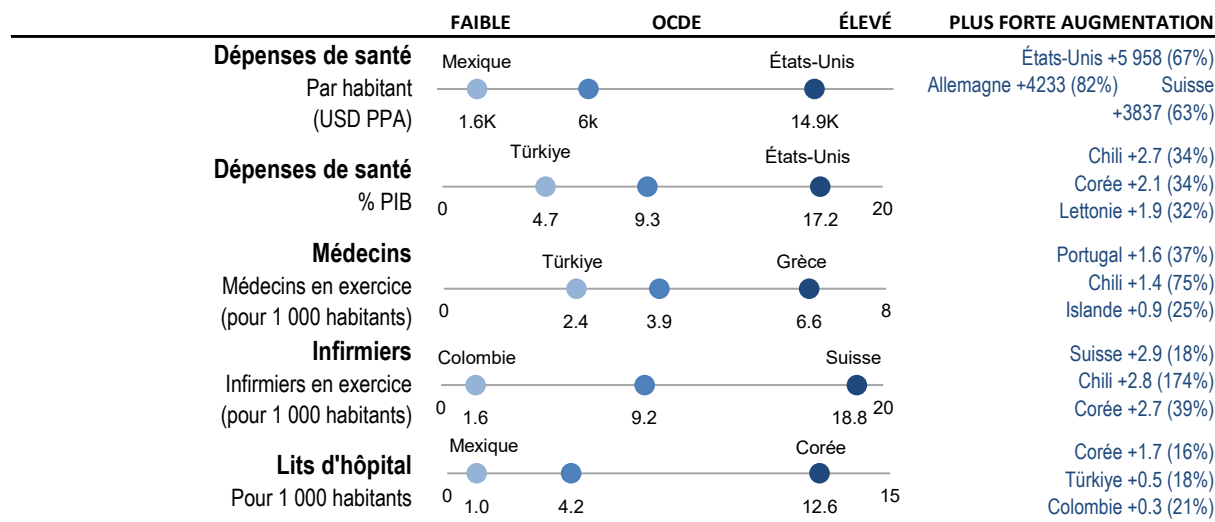
4. Données de 2021-2022 pour le Chili, les États-Unis, le Mexique et la Nouvelle-Zélande.

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 Türkiye 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 Türkiye, 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 Türkiye 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	-
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	+
Costa Rica	1 935	+	6.8	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.1	-
Tchéquie	5 014	+	8.5	+	4.2	+	9.0	+	6.4	-
Danemark	7 071	+	9.4	-	4.5	+	10.5	+	2.3	-
Estonie	3 768	+	7.8	+	3.5	+	6.6	+	4.1	-
Finlande	6 655	+	10.6	+	2.9	+	12.7	+	2.6	-
France	7 367	+	11.5	-	3.9	n.d.	8.8	+	5.4	-
Allemagne	9 365	+	12.3	+	4.7	+	12.2	+	7.7	-
Grèce	3 607	+	8.1	+	6.6	+	3.8	+	4.2	-
Hongrie	3 303	+	6.5	-	3.6	+	5.5	n.d.	6.5	-
Islande	6 770	+	9.0	+	4.5	+	15.2	-	2.6	-
Irlande	7 813	+	6.9	-	3.8	+	13.7	n.d.	2.9	+
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	-
Corée	4 797	+	8.4	+	2.7	+	9.5	+	12.6	+
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	-
Pays-Bas	8 436	+	10.0	-	3.9	+	11.1	+	2.3	-
Nouvelle-Zélande	6 097	+	10.1	+	3.7	+	11.7	+	2.5	-
Norvège	9 393	+	9.7	+	5.0	+	15.6	+	3.3	-
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	-
Slovénie	5 527	+	9.9	+	3.5	+	10.5	+	4.1	-
Espagne	5 346	+	9.2	+	4.4	+	5.9	+	2.9	-
Suède	7 871	+	11.3	+	4.5	+	11.0	-	1.9	-
Suisse	9 963	+	11.8	+	4.5	+	18.8	+	4.4	-
Türkiye	2 309	+	4.7	+	2.4	+	2.9	+	3.1	+
Royaume-Uni	6 747	+	11.1	+	3.4	+	9.1	+	2.4	-
États-Unis	14 885	+	17.2	+	2.7	+	12.4	+	2.8	-

 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.

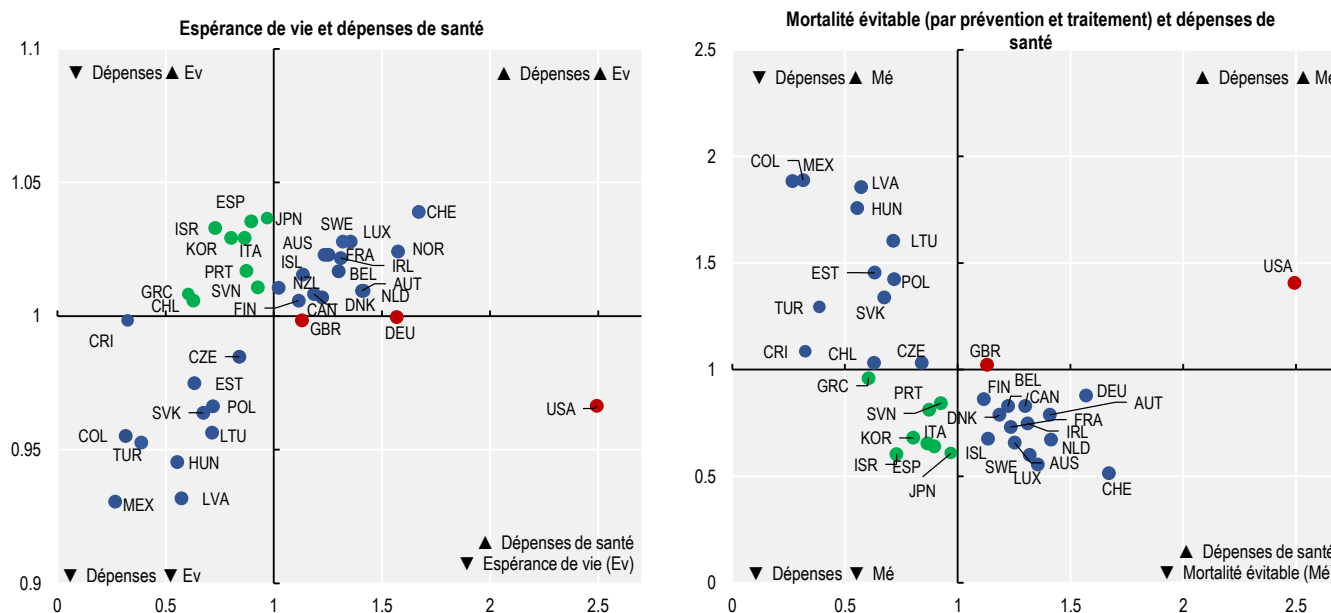
Dimensions transversales des performances des systèmes de santé – graphiques en quadrant

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).

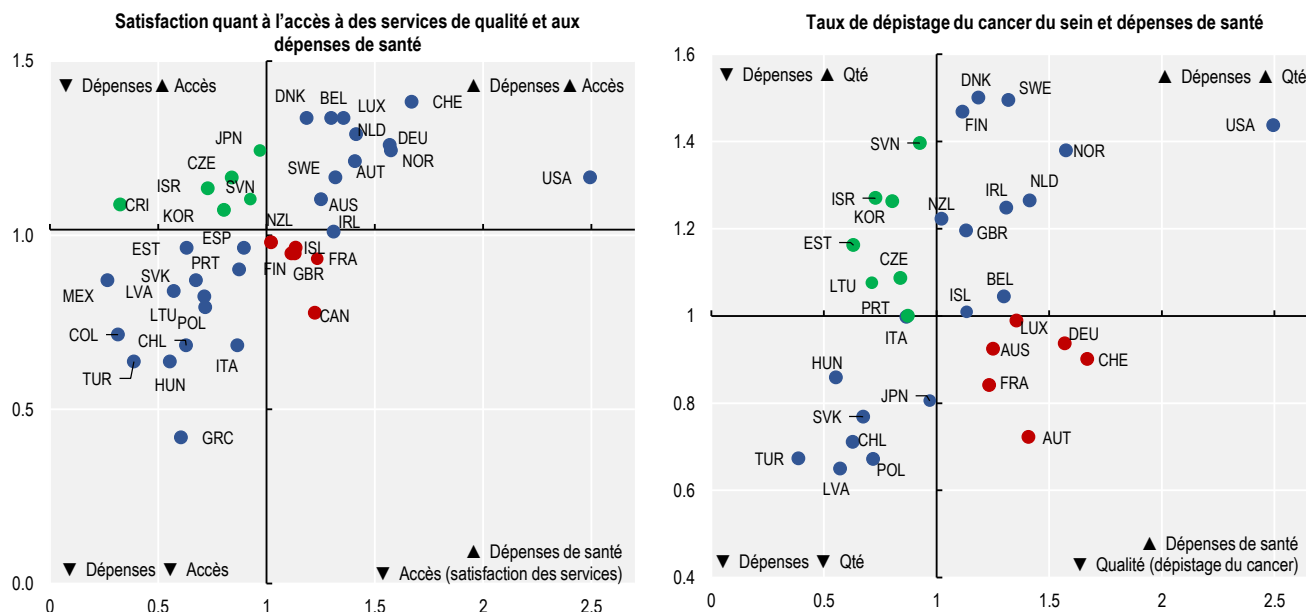
Les pays qui s'écartent de ce schéma présentent un intérêt particulier. Neuf pays consacrent à la santé des dépenses inférieures à la moyenne de l'OCDE mais affichent une espérance de vie globalement supérieure (quadrant supérieur gauche). Cela peut indiquer que les systèmes de santé ont un bon rapport 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'efficacité, 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 autoévalué, 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
	Obésité, femmes/hommes, filles/garçons, revenus faibles/élevés	Chapitre 4 – Graphiques 4.21, 4.22, 4.23, 4.24
Équité en matière de recours aux services	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.
Viabilité budgétaire	Dépenses publiques et privées de santé en pourcentage du PIB	Chapitre 7 – Graphiques 7.1, 7.2, 7.3
	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
Durabilité environnementale	Émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé	Chapitre 4 – Graphique 4.27.
Résilience – vulnérabilité des populations	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 – capacités des systèmes de santé	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

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 contraste 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 prématurée 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 prématurés 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 Türkiye, 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^[11]). 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 prématurés 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 prématurés 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 prématurée 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

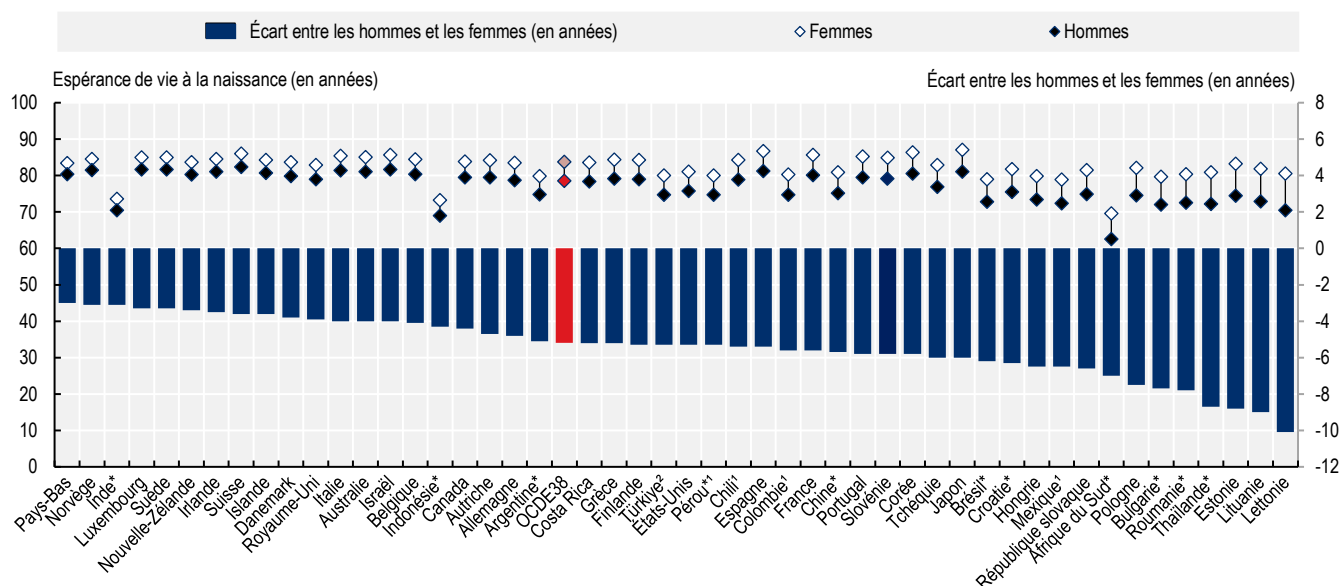
Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les hommes meurent avant les femmes. En 2023, l'espérance de vie moyenne à la naissance était de 83.7 ans pour les femmes et de 78.5 ans pour les hommes, soit un écart de 5.2 ans. En ce domaine, l'écart entre les genres (Graphique 2.1) varie d'un facteur supérieur 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)

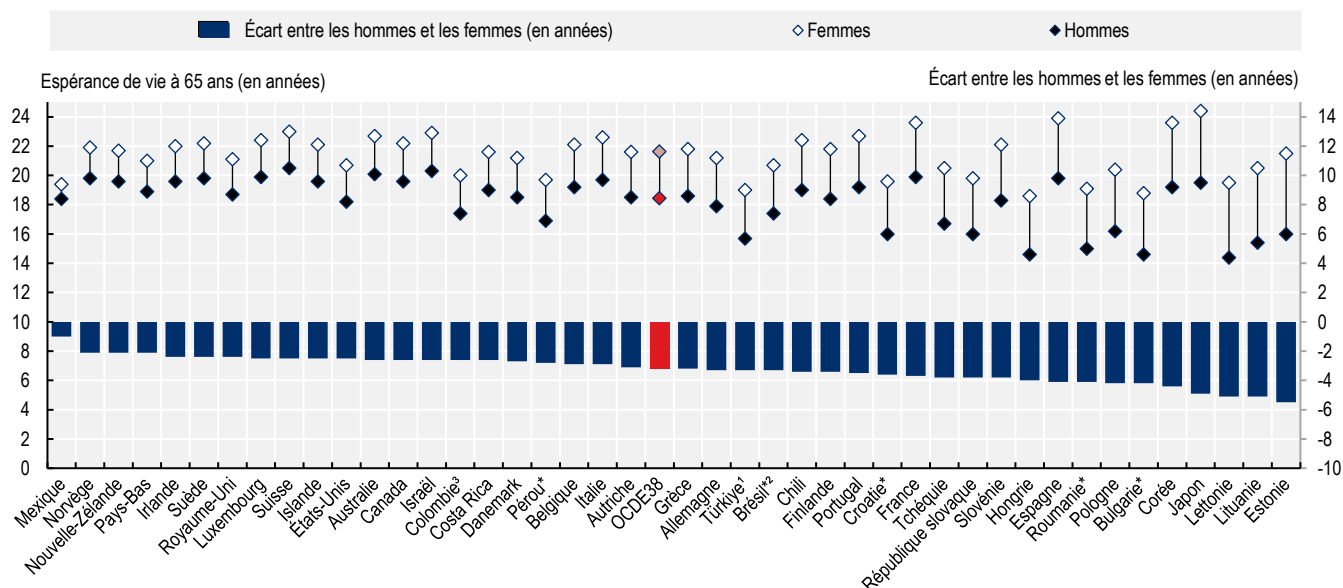


Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2024.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, Eurostat pour les pays de l'UE.

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.

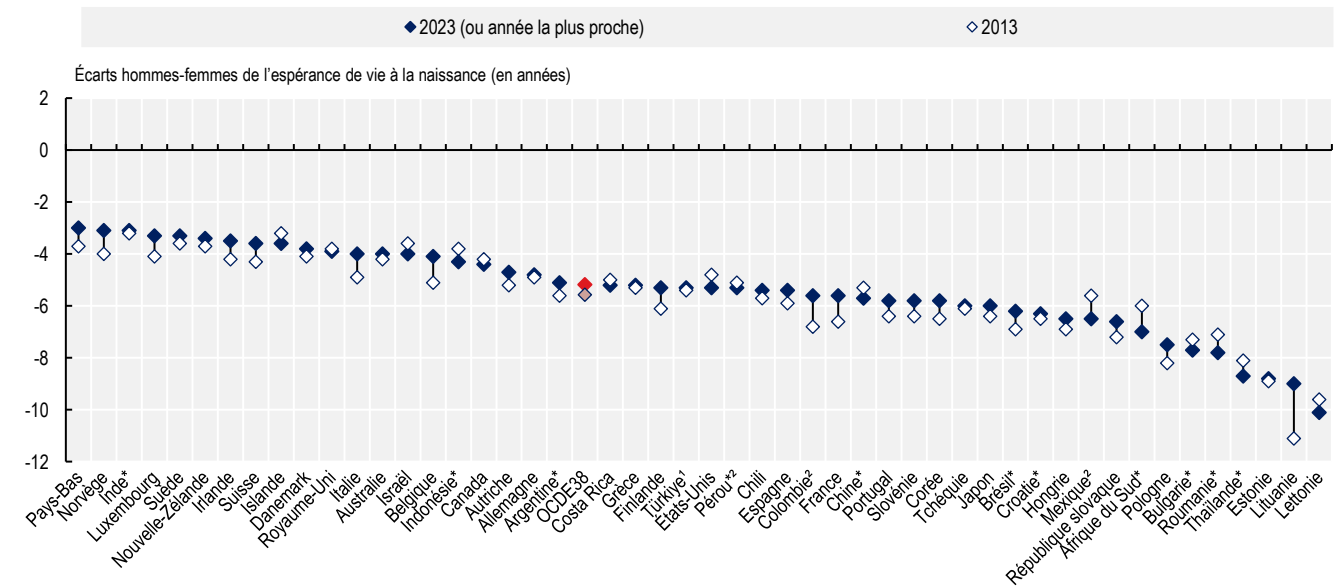
Dans la plupart des pays de l'OCDE, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit au cours de la dernière décennie, mais dans huit pays de l'OCDE, il s'est considérablement creusé

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.

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 prématurée 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 prématurée, 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 représentent 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 prématurée 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 prématurés 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

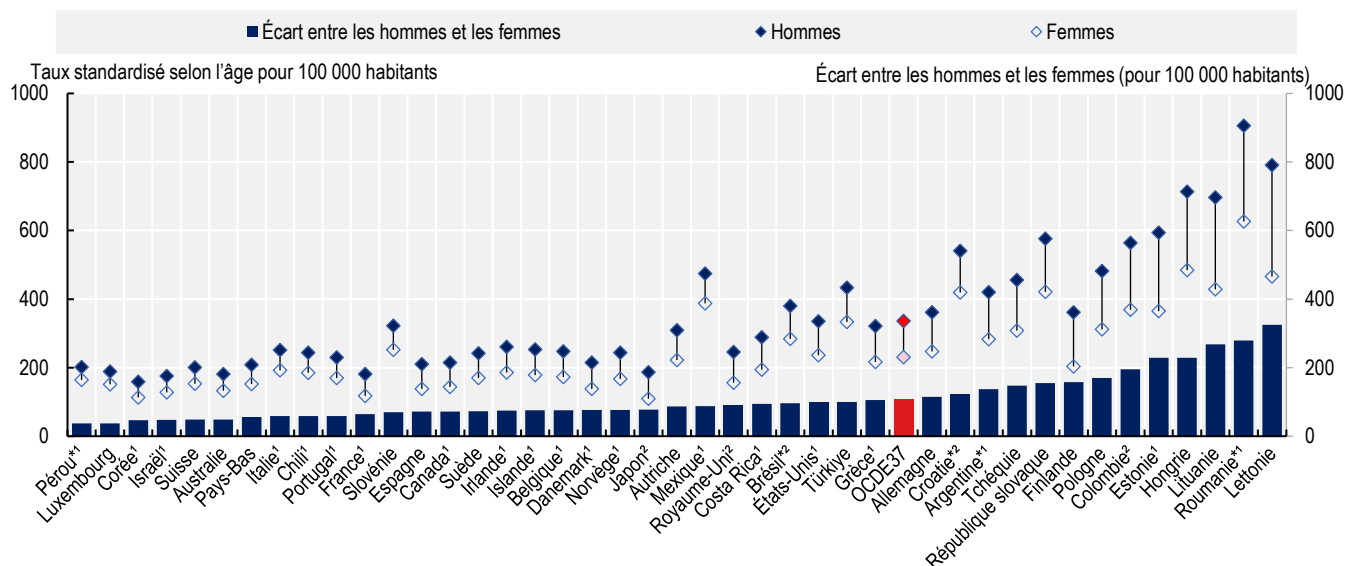
Les décès imputables aux MCV couvrent des affections telles que les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et les maladies vasculaires. Beaucoup sont évitables, car les principaux facteurs de risque (hypertension artérielle, cholestérol, tabagisme, obésité, inactivité 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)

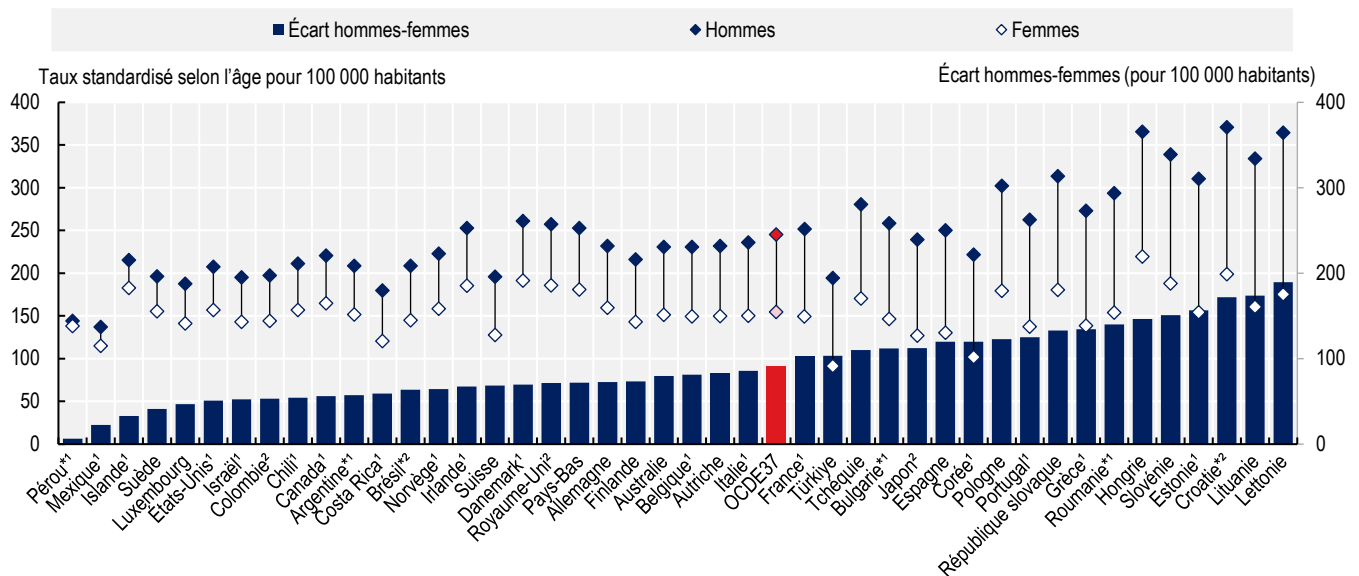


Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025, fondées sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

Le cancer est la principale cause de mortalité prématurée 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 de mauvaises raisons.

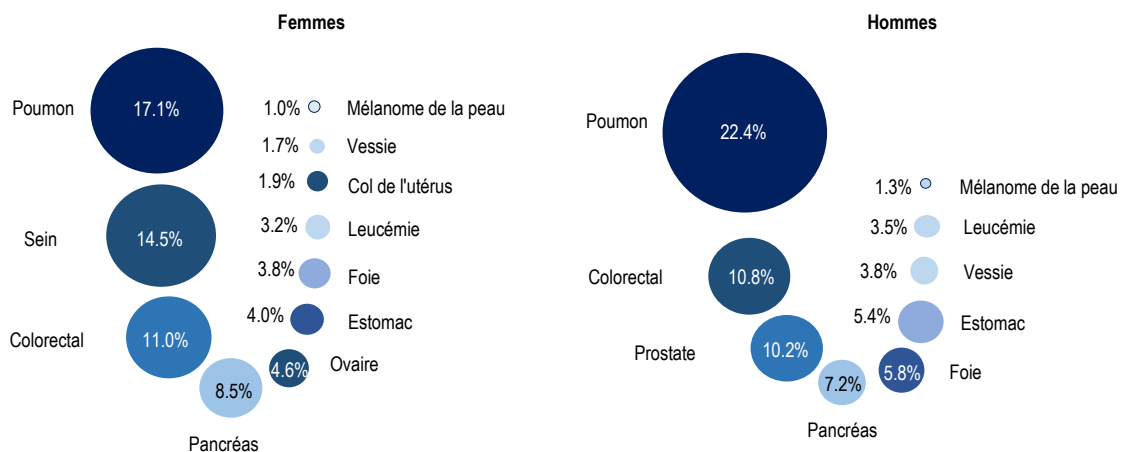
Le cancer était la principale cause de mortalité prématurée (APVP) chez les femmes, représentant 31 % de l'ensemble des APVP, tandis que chez les hommes, il se classait au troisième rang (18 %) après les causes externes et le suicide, ainsi que les MCV (Tableau 2.2). Bien que les hommes soient globalement 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.

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.

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]).

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)

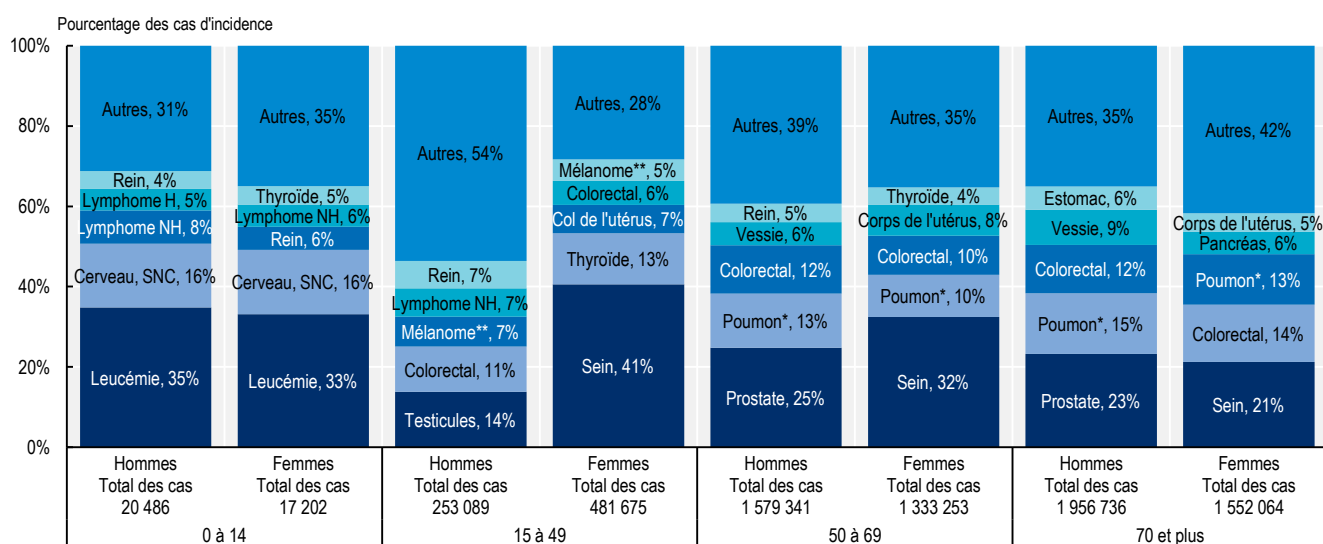
Note : Part du total des décès par cancer dans les pays de l'OCDE.

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

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).

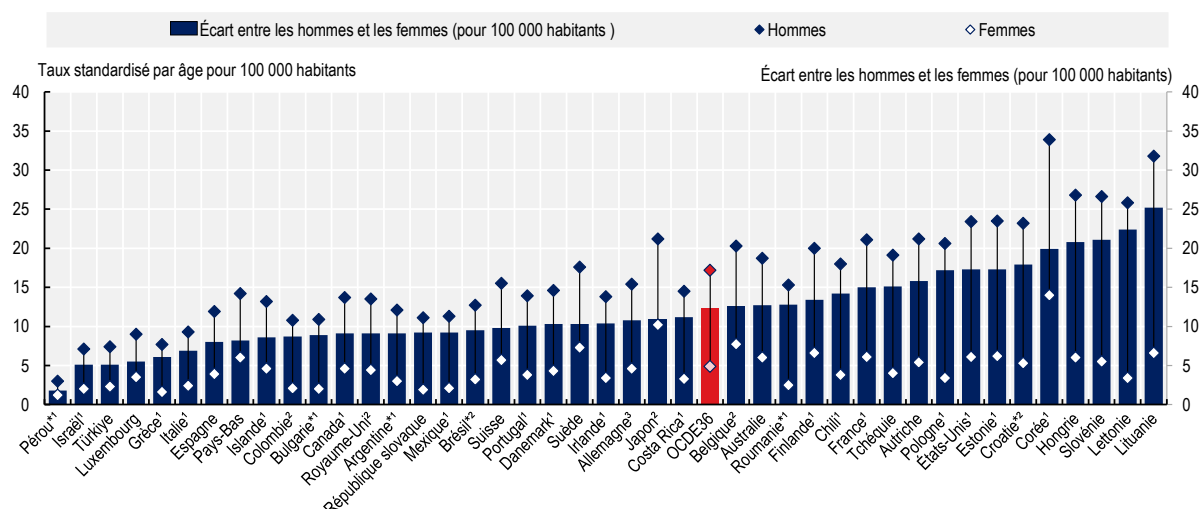
Le suicide, les accidents et la violence sont les principaux facteurs de mortalité prématurée chez les hommes

Les causes externes, notamment le suicide, les accidents et la violence, sont les principaux facteurs de mortalité prématurée 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 Slovaquie 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)



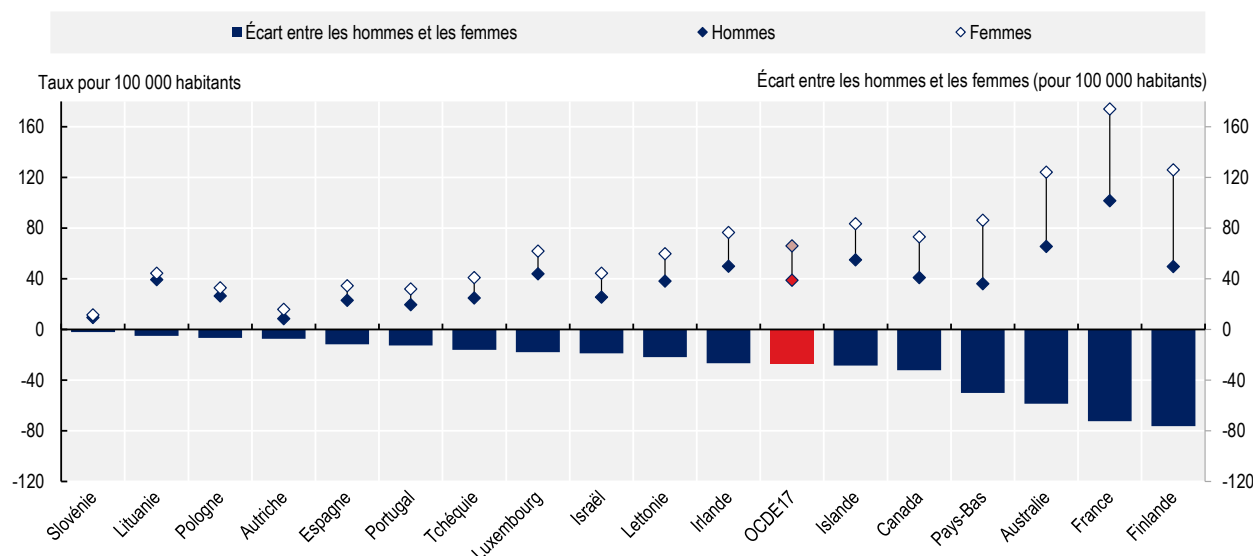
Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2022. 2. Données de 2021. 3. Données de 2020.

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

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 Llana-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.

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

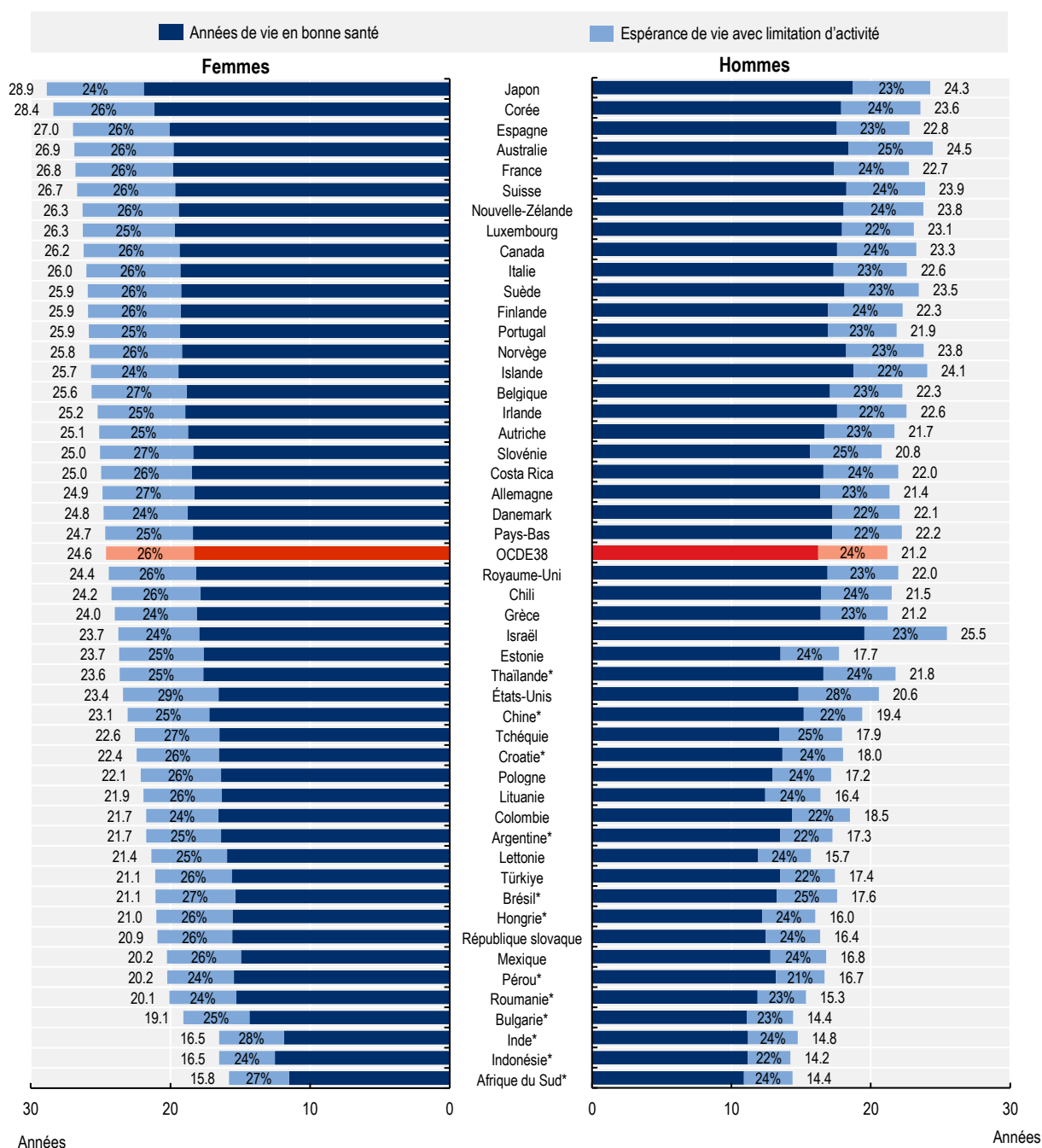
Dans tous les pays de l'OCDE, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais ne bénéficient pas nécessairement d'un plus grand nombre d'années en bonne santé. Il en résulte un défi majeur pour les systèmes de santé, qui doivent améliorer non seulement l'espérance de vie, mais aussi la qualité 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 Türkiye, l'écart entre les sexes atteint 3 points de pourcentage (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) (Garmany 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.

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

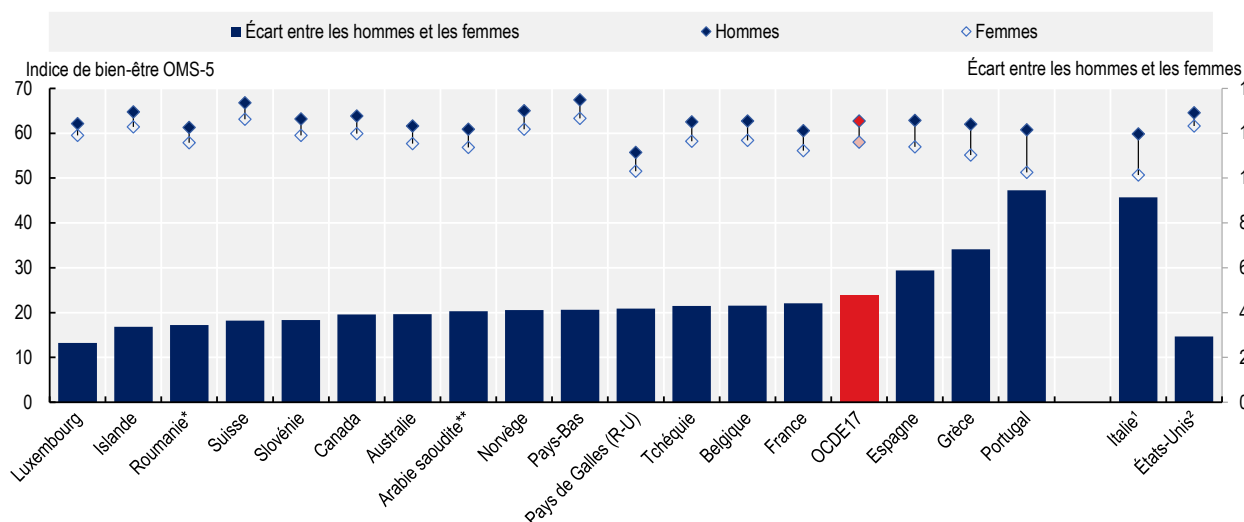
L'Enquête PaRIS constitue la plus grande collecte internationale de données au monde sur les résultats et le vécu déclarés par les patients des structures de soins primaires. Elle porte sur 107 011 patients en soins primaires dans 1 816 structures de soins primaires, représentant 104 millions d'usagers 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 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 de niveaux 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.

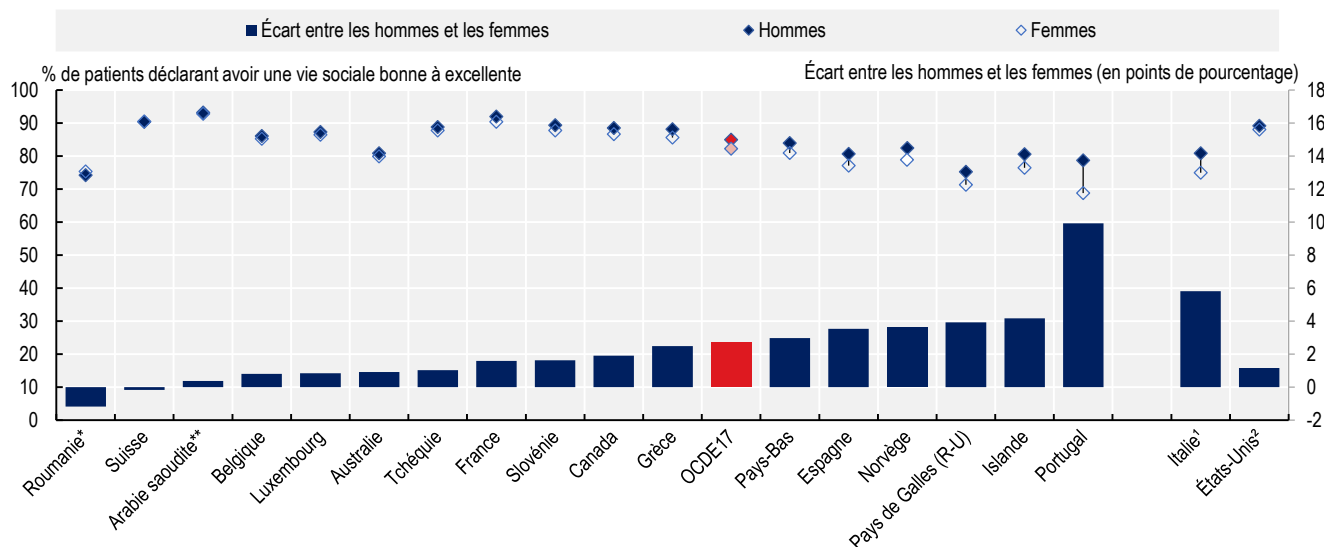
Source : Base de données PaRIS 2024 de l'OCDE.

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.), en Norvège (3.6 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

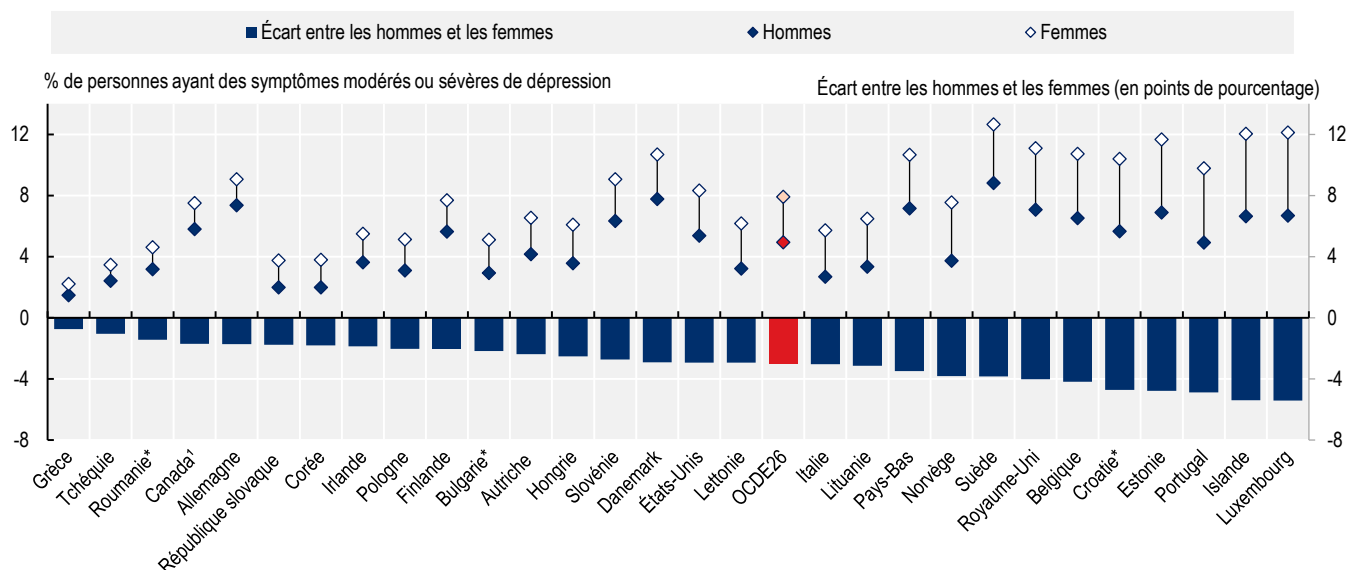


Note : Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. Résultats des personnes atteintes d'une maladie chronique ou plus. Échelle PROMIS® Scale v1.2 – Global Health. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS. 1. Les données de l'Italie se 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.

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 Llana-Nozal, 2025^[22]).

Graphique 2.13. Les symptômes dépressifs, modérés ou sévères, sont plus courants chez les femmes dans les 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/HPCDP.41.11.04> ; Vargas Lopes and Llana-Nozal (2025^[22]), "Understanding and addressing inequalities in mental health", <https://doi.org/10.1787/56adb10f-en>.

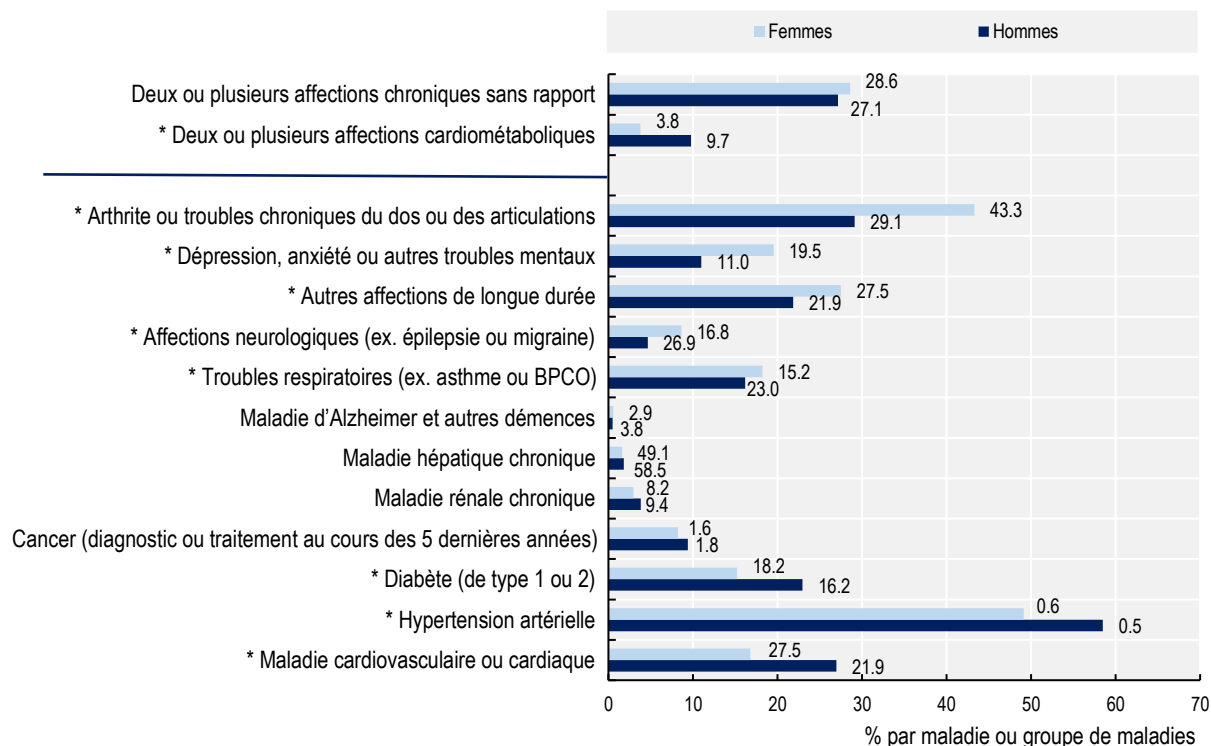
Alors que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter et de signaler des troubles dépressifs et anxieux, les hommes présentent plus souvent des troubles des conduites, des troubles du spectre autistique, un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et des troubles 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 prématurée 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 cardiométaboliques 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.

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 Türkiye, 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 Türkiye, 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 Türkiye, 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
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

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
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

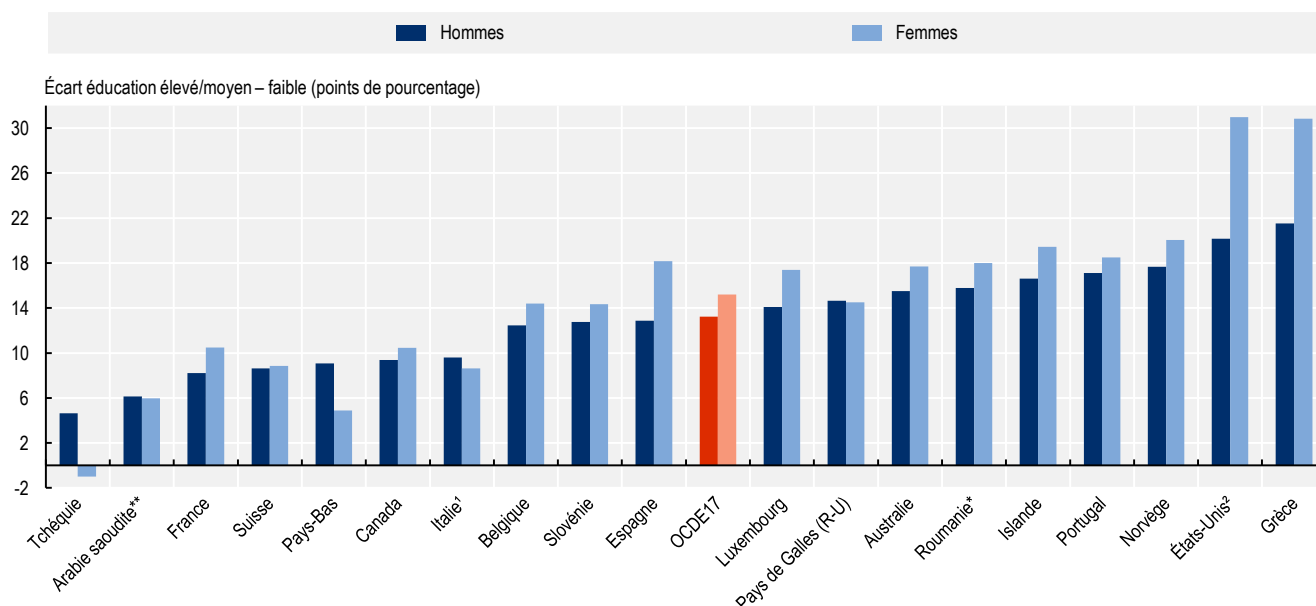
la santé et d'avoir un accès limité aux soins (OCDE, 2019^[40] ; OCDE/Union européenne, 2022^[41]). Ces désavantages sont souvent aggravés par la détresse psychologique liée au chômage, à la précarité du travail et aux mauvaises conditions de logement (OCDE, 2021^[42]).

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'écarts 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/partenaire. ** Participation à l'enquête PaRIS.

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

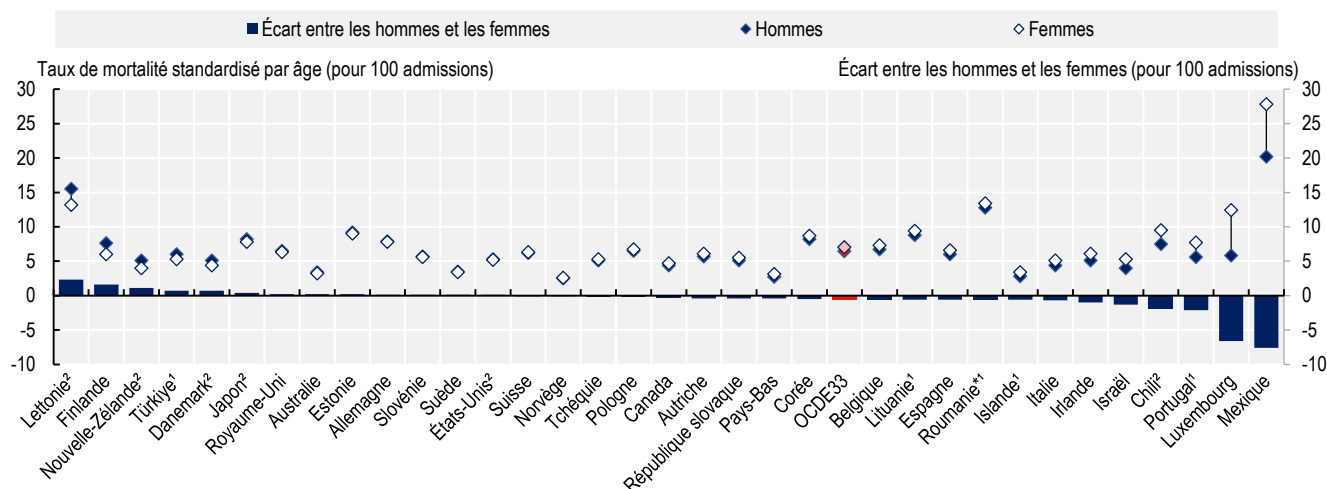
Les inégalités en santé proviennent en partie des différences dans la façon dont les femmes et les hommes accèdent aux soins et en font l'expérience

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)

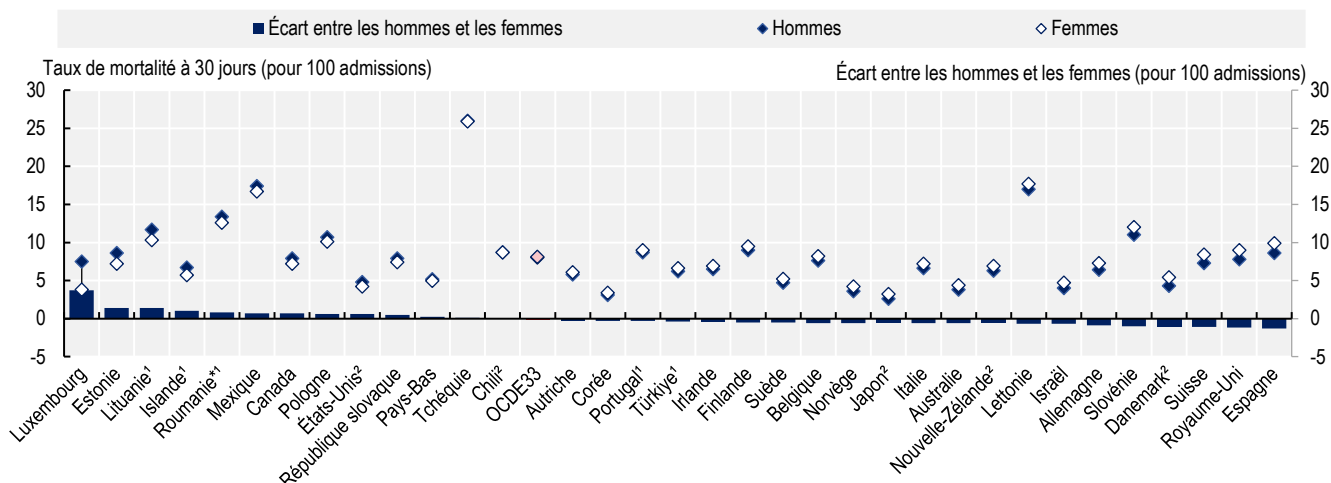


Note : Les données non liées tiennent compte uniquement des décès survenus dans le même hôpital que celui où les patients ont été initialement admis. Les barres correspondent à l'écart de valeur entre les hommes et les femmes. * Pays candidat à l'adhésion/partenaire. 1. Données de 2024. 2. Données de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

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

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.

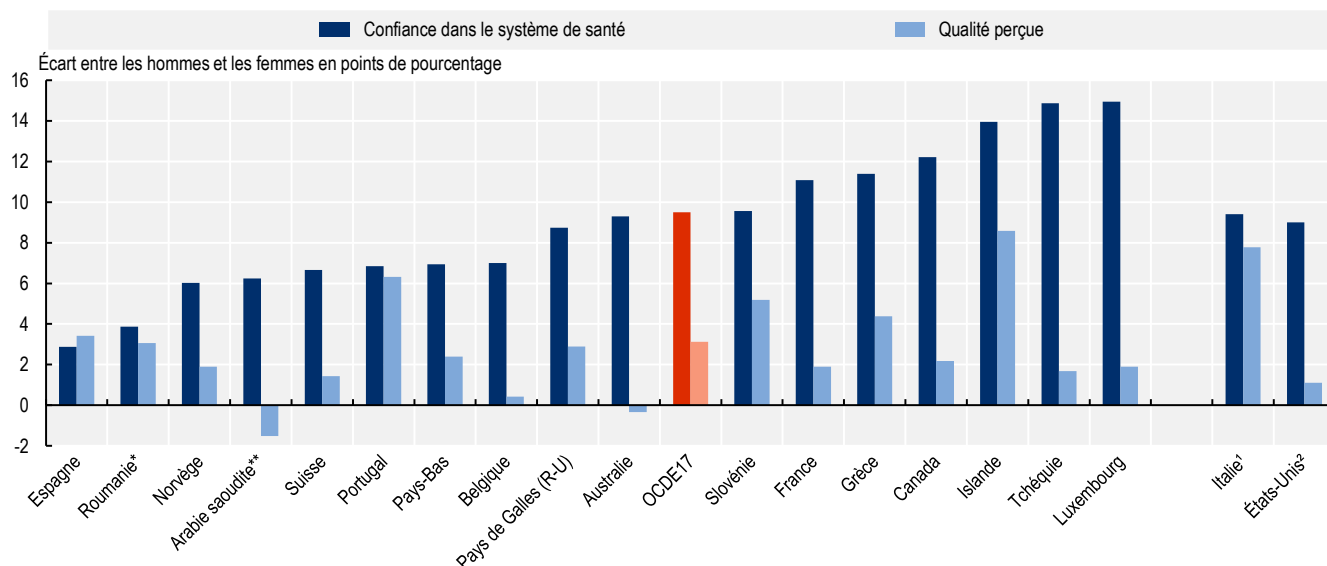
Les données de l'enquête PaRIS confirment que les hommes et les femmes font état d'expériences différentes en matière de soins de santé. Comme le montre le Graphique 2.18, les hommes ont généralement tendance à évaluer plus positivement la qualité des soins, même si les différences significatives sont rares : seule la Slovenie 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 lécanémab, 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^[51] ; 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 absolus 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 Slovaquie ($p < 0.05$). 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.

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 prématurée 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 prématurée. 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_ERHospiGestesAutoInfliges. [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, <https://doi.org/10.1073/pnas.1800097115>. [56]
- Haupt, S. et al. (2021), « Sex disparities matter in cancer development and therapy », *Nature Reviews Cancer*, vol. 21/6, pp. 393-407, <https://doi.org/10.1038/s41568-021-00348-y>. [9]
- 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, <https://doi.org/10.1038/d41586-024-01372-2>. [8]
- Heydari, R. et al. (2022), « Y chromosome is moving out of sex determination shadow », *Cell Biosci*, vol. 12/4, <https://doi.org/10.1186/s13578-021-00741-y>. [6]
- Lacroix, C. et al. (2023), « Sex differences in adverse drug reactions: Are women more impacted? », *Therapies*, vol. 78/2, pp. 175-188, <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.10.002>. [51]
- 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, <https://doi.org/10.1016/j.biocel.2015.05.024>. [11]
- Maas, A. et Y. Appelman (2010), « Gender differences in coronary heart disease », *Netherlands Heart Journal*, vol. 18/12, pp. 598–603, <https://doi.org/10.1007/s12471-010-0841-y>. [13]
- 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*, <https://doi.org/10.3233/JAD-240358>. [31]
- Merz, A. et S. Cheng (2016), « Sex differences in cardiovascular ageing », *Heart*, vol. 102/11, pp. 825-831, <https://doi.org/10.1136/HEARTJNL-2015-308769>. [14]
- 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, <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8682>. [65]
- Murtin, F. et C. Lübker (2022), *Educational inequalities in longevity among OECD countries around 2016*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5faaa751-en>. [43]
- National Women's Council (2021), *Improving the health outcomes and experiences of healthcare system for marginalised women*, https://www.nwci.ie/images/uploads/NWC_RadicalListening_Report_FINAL.pdf. [63]
- O. (dir. pub.) (2023), *How to Make Societies Thrive ? Coordinating Approaches to Promote Well-being and Mental Health*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fc6b9844-en>. [37]
- 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 (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>. [19]
- OCDE (2024), *Déclaration sur l'instauration de politiques meilleures pour des systèmes de santé plus résilients*, Éditions OCDE, Paris, <https://legalinstruments.oecd.org/fr/instruments/OECD-LEGAL-0500>. [2]
- 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>. [68]
- OCDE (2023), *Joining Forces for Gender Equality : What is Holding us Back?*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6a24b253-fr>. [3]
- OCDE (2023), *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5108d4c7-fr>. [38]
- 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, <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>. [42]
- 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>. [40]
- OCDE (à paraître), *The State of Cardiovascular Health in the European Union*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/ea7a15f4-en>. [17]
- 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>. [4]
- OCDE/Union européenne (2022), *Health at a Glance : Europe 2022 : State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [41]
- 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, <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070568>. [60]
- 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, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00053-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00053-7). [25]

- Peters, S. et M. Woodward (2022), « Sex and gender matter in cardiovascular disease and beyond », *Heart*, vol. 108/13, pp. 994-995, [7]
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320719>.
- 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 », *BMC Public Health*, 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 », *Cell Reports Medicine*, 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?*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>. [5]
- Raparelli, V. et al. (2017), « Treatment and response to statins: gender-related differences », *Current Medicinal Chemistry*, vol. 24/24, pp. 2628-2638, <https://doi.org/10.2174/092986732466616118094711>. [53]
- Rinonapoli, G. et al. (2021), « Osteoporosis in men: a review of an underestimated bone condition », *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 22/4, <https://doi.org/10.3390/ijms22042105>. [67]
- Santé Canada (2024), « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada », *Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur la crise des opioïdes*, <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 », *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 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 », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, vol. 41/11, pp. 340-358, <https://doi.org/10.24095/HPCDP.41.11.04>. [33]
- Staniewicz, A., M. Wenner et N. Stachenfeld (2018), « Sex differences in endothelial function important to vascular health and overall cardiovascular disease risk across the lifespan », *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology*, 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 », *European Heart Journal—Cardiovascular Pharmacotherapy*, 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 », *BMC Women's Health*, 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 », *BMC Women's Health*, vol. 23/162, <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02319-x>. [64]
- Templeton, K. (2021), *Musculoskeletal disorders: Sex and gender evidence in anterior cruciate ligament injuries, osteoarthritis, and osteoporosis*, Elsevier, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816569-0.00010-3>. [47]
- The Kings Fund (2024), *Inequalities in men's health: why are they not being addressed?*, <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 », *International Journal of Public Health*, vol. 58, pp. 143- 155, <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0361-1>. [32]
- Vargas Lopes, F. et A. Llana-Nozal (2025), « Understanding and addressing inequalities in mental health », *OECD Health Working Papers*, 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 », *BMJ*, 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 », *The Lancet*, vol. 400/10354, pp. 744-756, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01483-0](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>.

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



9 789264 739512