

Promouvoir la cohésion sociale et la convergence

COVID-19: une étape charnière pour une convergence ascendante en matière de santé et de soins de santé dans l'UE?



Toute citation de la présente note d'orientation doit être accompagnée de la référence suivante:
Eurofound (2021), *COVID-19: une étape charnière pour une convergence ascendante en matière de santé et de soins de santé dans l'UE?* Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Auteurs: Anamaria Maftai, Jens Carstens et Massimiliano Mascherini

Directeur de recherche: Massimiliano Mascherini

Projet de recherche: Suivi de la convergence en ce qui concerne les conditions de vie (191003)

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

La présente note d'orientation et tous les documents connexes sont disponibles en ligne à l'adresse suivante: <http://eurofound.link/ef20026>

© Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2021

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

Pour toute utilisation ou reproduction de photos ou d'autres éléments non couverts par le droit d'auteur d'Eurofound, l'autorisation doit être obtenue directement auprès des titulaires du droit d'auteur.

Image de couverture: © SHOTPRIME STUDIO/Adobe Stock Photos

Autres images: p. 1 © Светлана Лазаренко/Adobe Stock Photos; p. 2 © Monkey Business/Adobe Stock Photos; p. 5 © GDM photo and video/Adobe Stock Photos; p. 23 © Valerii/Adobe Stock Photos; p. 25 © Thomas Bethge/Shutterstock

Toute question relative au droit d'auteur doit être adressée par écrit à l'adresse suivante:
copyright@eurofound.europa.eu

Il est possible que des recherches effectuées avant le retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne le 31 janvier 2020 et publiées après cette date incluent des données relatives aux 28 États membres de l'UE. À compter de cette date, les recherches ne porteront, sauf indication contraire, que sur les 27 États membres de l'UE (EU-28 moins le Royaume-Uni).

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound), instituée en 1975, est une agence tripartite de l'Union européenne. Son rôle est de fournir des informations dans le domaine des politiques sociales et liées à l'emploi et au travail en application du règlement (UE) 2019/127.

Version imprimée: ISBN: 978-92-897-2200-1 ISSN: 2599-8145 doi:10.2806/489485 TJ-AR-21-004-FR-C
PDF: ISBN: 978-92-897-2199-8 ISSN: 2599-8188 doi:10.2806/04703 TJ-AR-21-004-FR-N

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

Téléphone: (+353 1) 204 31 00

Courriel: information@eurofound.europa.eu

Web: www.eurofound.europa.eu



Introduction

La pandémie de COVID-19 a replacé le thème de la santé de la population au cœur de la politique sociale de l'UE. En Europe, le droit à la santé est consacré par la Charte sociale européenne, et le socle européen des droits sociaux mentionne, dans son principe n° 16, «le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité». L'UE joue cependant un rôle secondaire dans la satisfaction des besoins des Européens en matière de santé.

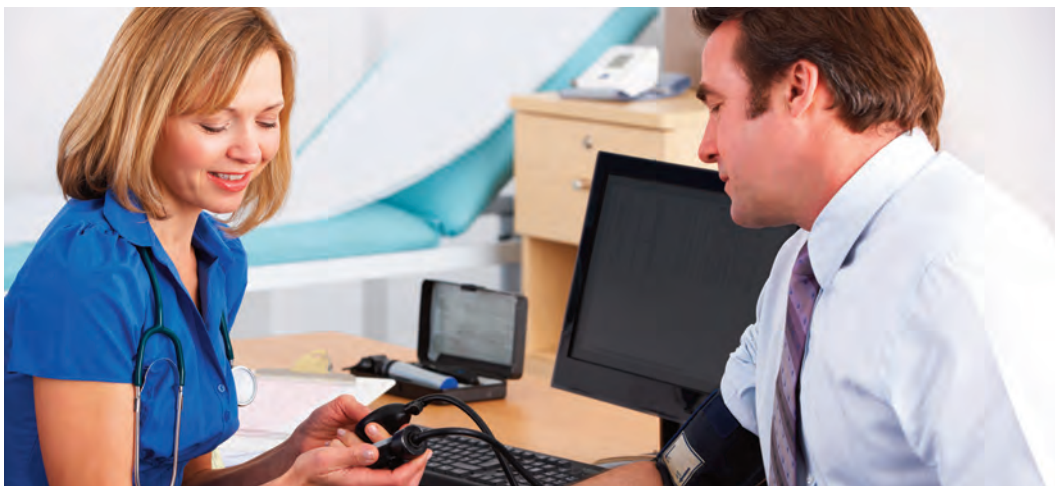
La responsabilité première de l'organisation et de la fourniture des services de santé et des soins médicaux incombe aux États membres. C'est la raison pour laquelle l'étendue et la structure des systèmes de soins de santé varient considérablement d'un pays à un autre. Les politiques de santé de l'UE visent à compléter les politiques nationales et à intégrer la protection de la santé des citoyens dans toutes les actions initiées à l'échelle européenne. L'apparition de la pandémie de COVID-19 a toutefois mis en évidence la nécessité d'une plus grande coordination au sein de l'UE lors de la survenue d'une crise sanitaire; elle a également fait ressortir la nécessité de disposer de systèmes de santé davantage capables de s'adapter et d'être mieux préparés dans l'éventualité de pandémies futures. L'UE entend relever ces défis en créant une Union européenne de la santé.

Dans ce contexte, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure les États membres ont progressé sur les plans de la santé et des résultats en

matière de soins de santé, ainsi que des dépenses de santé et de la fourniture de soins de santé, et si les données font apparaître un alignement dans l'UE dans ces domaines (en d'autres termes, s'il y a eu convergence ascendante).

La présente note d'orientation a d'abord pour but de déterminer si une convergence ascendante a eu lieu dans plusieurs aspects de la santé et des soins de santé dans l'UE au cours de la période 2008-2019. Aux fins de cet exercice sont analysés une série d'indicateurs portant sur les résultats en matière de santé, l'accès aux soins de santé, les dépenses publiques consacrées à la santé et la fourniture de soins de santé. Ces mesures sont sélectionnées à partir du tableau de bord social, qui permet de suivre les performances des États membres par rapport au socle européen des droits sociaux, ainsi qu'à partir des indicateurs de santé européens de base (ISEB), élaborés en vue de créer un système durable de surveillance de la santé capable de soutenir la stratégie européenne en matière de santé.

L'analyse de la convergence ascendante se concentre ensuite sur les retombées sanitaires de la pandémie de COVID-19 ainsi que sur les mesures d'atténuation adoptées aux niveaux européen et national. Le rythme et les disparités des campagnes de vaccination dans les États membres de l'UE sont comparés à ceux des États-Unis et des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).



Contexte politique

Jusqu'en 2019, l'UE était considérée comme un moteur de convergence dans de nombreux domaines socio-économiques, mais pas dans celui de la santé. La pandémie de COVID-19 a radicalement changé la donne: la Commission européenne a pris des initiatives sans précédent afin de renforcer le rôle de l'UE dans la protection de la santé de ses citoyens et d'améliorer la résilience des systèmes de santé européens. Le 16 septembre 2020, dans son discours sur l'état de l'Union, Ursula von der Leyen, la présidente de la Commission européenne, a fait part de l'intention de la Commission de «construire une Union européenne de la santé qui soit plus forte».

S'appuyant sur les premiers enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 (la nécessité d'une coordination au niveau de l'UE, des évaluations communes des risques et la mise en commun des données), la Commission a présenté une série de propositions visant à renforcer le cadre sanitaire européen en vue des crises sanitaires actuelles et futures. La première proposition entend moderniser la réglementation relative aux menaces transfrontières graves pour la santé en élaborant un plan de préparation de l'UE, en renforçant la surveillance et en intensifiant la communication des données relatives aux indicateurs des systèmes de santé nationaux.

La deuxième initiative vise à renforcer les agences de santé européennes. Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Agence européenne des médicaments (EMA) se verront confier des mandats plus conséquents: par exemple, avec la création d'une task-force de l'Union dans le domaine de la santé. Une nouvelle agence européenne pour la préparation biomédicale, appelée Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA), est également prévue.

Ces initiatives seront financées par l'intermédiaire du programme «L'UE pour la santé» pour la période 2021-2027, qui orientera les investissements vers les pays de l'UE et les organisations et organisations non gouvernementales (ONG) de santé. Doté d'un budget de 5,3 milliards d'euros, le programme «L'UE pour la santé» représente le quatrième programme de santé de l'UE le plus important depuis leur création en 2003.

La création d'une Union européenne de la santé renforcera la réponse politique de l'UE dans un domaine où ses compétences étaient traditionnellement limitées. D'après l'enquête Eurobaromètre Flash 494 de 2021, près de trois quarts des personnes interrogées conviennent que l'UE devrait disposer de plus de compétences pour faire face à des crises telles que la pandémie de COVID-19, et un quart estime que l'UE devrait accorder la priorité à l'élaboration d'une politique européenne de la santé.

La crise sanitaire actuelle offre aux dirigeants européens une occasion historique de repenser le rôle de la santé publique au sein de l'Union, ce qui conduira à une coopération plus étroite entre l'UE et ses États membres. Malgré les défauts de coordination au début de la crise qui ont retardé toute action, l'UE a su s'adapter dans un domaine qui relevait auparavant de la responsabilité nationale. En adoptant des mesures centralisées, elle a apporté un soutien d'urgence pour la livraison de médicaments, de vaccins et d'équipements de protection à tous les États membres. En sa qualité de premier fournisseur mondial de doses de vaccins et en tant que l'un des principaux donateurs de l'initiative mondiale en faveur de la vaccination COVAX, l'UE a fait preuve de solidarité avec les partenaires mondiaux. Elle a également renforcé son rôle d'acteur stratégique clé au

sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Grâce à ces efforts considérables, l'UE a renforcé sa position à la table des négociations internationales, cherchant à devenir une voix plus affirmée dans les futures urgences sanitaires.

L'UE a manqué une occasion de créer une Communauté européenne de la santé en 1952 lorsque, devant des représentants des États européens, Robert Schuman a proposé que l'Europe établisse un front commun contre la maladie. Ses paroles résonnent encore plus aujourd'hui que jamais: «dans la lutte contre la souffrance, il ne [faut] plus faire de distinction de nationalités. La mise en commun des ressources destinées à prévenir les maladies, à soulager les malades ou les infirmes, est de nature à augmenter le bien-être moral et physique de toutes nos populations».

Principales conclusions

- Entre 2008 et 2019 a été observée une amélioration globale des résultats en matière de santé dans l'UE. Cette tendance positive s'est accompagnée d'une diminution des disparités entre les États membres, les pays à l'origine les moins performants ayant enregistré des progrès plus rapides.
- Le produit intérieur brut (PIB) des États membres était en corrélation avec la santé de leurs citoyens, ce qui signifie que les pays les plus riches présentaient de meilleurs résultats en matière de santé. Cependant, le PIB a également joué un rôle important dans le processus par lequel les pays les moins performants ont rattrapé les plus performants. Les accroissements du PIB ont accéléré les gains en matière d'espérance de vie et ralenti les augmentations de la mortalité infantile et des besoins médicaux non satisfaits.
- Les dépenses publiques de santé, qui dépendent grandement du PIB, ont augmenté de près d'un tiers dans l'UE au cours de ces douze années. Cependant, les disparités dans les sommes que les États membres ont allouées à la santé se sont également accrues, plus particulièrement pendant la grande récession (2008-2013).
- Point positif: les pays dont les dépenses de santé étaient relativement modestes en 2008 (principalement situés en Europe centrale et orientale) ont considérablement augmenté leurs dépenses de santé, ce qui leur a permis de rattraper les pays les plus dépensiers de l'UE. L'augmentation du PIB par habitant a contribué à accélérer ce processus. Si l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé a ralenti le taux de croissance des dépenses de santé, il en a été de même pour les taux de chômage plus élevés.
- S'agissant de la prestation de services de santé, si le nombre des médecins et des infirmiers en exercice a enregistré une hausse constante dans l'UE entre 2008 et 2019, les pénuries de personnel médical continuaient de poser problème. Les disparités entre les États membres en ce qui concerne l'offre de personnel médical se sont accentuées, notamment en raison de la migration des professionnels de la santé. Les pays devant faire face à une pénurie de personnel de santé ont vu leur situation se détériorer davantage. La capacité en lits d'hôpitaux n'a cessé de diminuer entre 2008 et 2019, sous l'effet de réductions dans 24 États membres, tandis que les disparités entre les pays n'ont cessé de s'accroître.
- La pandémie de COVID-19 a touché les pays de manière différente sur le plan de l'intensité et de la durée, des disparités considérables ayant alors été observées aux moments où la pandémie atteignait ses sommets. L'espérance de vie à la naissance a considérablement chuté en 2020 (baisse la plus forte jamais enregistrée dans l'histoire de l'UE), et l'incidence disproportionnée de la crise sur les États membres a fait diverger ces derniers sur cet indicateur.
- Les stratégies d'atténuation de la COVID-19 adoptées par les États membres reposaient pour beaucoup sur des mesures d'atténuation des risques dont l'intensité, la rigueur, le nombre et la durée variaient d'un pays à un autre. Malgré cette diversité et la gravité des vagues d'infection, les disparités entre les États membres sont demeurées constantes, ce qui suggère la nécessité d'une éventuelle stratégie de sortie de crise coordonnée dans toute l'Europe afin d'obtenir des avancées plus rapides en matière de contrôle de la pandémie.
- La campagne de vaccination a connu des débuts difficiles dans l'UE, qui accusait du retard sur les États-Unis et l'OCDE. Qui plus est, à mesure que les programmes de vaccination ont progressé, les écarts entre les États membres se sont creusés, entre les pays enregistrant un taux de vaccination élevé et ceux où la population hésitante est plus nombreuse. De mai à mi-juin 2021, l'UE a dépassé à la fois les États-Unis et l'OCDE sur le plan du nombre de vaccins quotidiens administrés par million de personnes, les disparités se maintenant à des niveaux comparables. Durant l'été 2021, une tendance générale à la baisse du rythme des vaccinations a été observée dans la plupart des pays de l'UE.



Analyse des données disponibles

Analyse de la convergence ascendante dans le domaine de la santé et des soins de santé

Mesurer la santé et les soins de santé

L'analyse présentée dans cette note d'orientation se divise en deux parties. La première examine la convergence ascendante au regard des résultats en matière de santé et de soins de santé dans l'UE au cours de la période 2008-2019. Les tendances en matière de santé de la population sont examinées au travers de quatre indicateurs: l'espérance de vie à la naissance, la perception de son état de santé, la mortalité infantile et les besoins médicaux non satisfaits. L'analyse se poursuit par l'examen de l'incidence du PIB sur la convergence des dépenses consacrées à la santé et aux soins de santé dans l'UE. Elle traite également de la convergence dans la fourniture des soins de santé à l'aide de trois indicateurs: l'offre de médecins, l'offre d'infirmiers et la capacité en lits d'hôpitaux.

La deuxième partie se concentre sur la pandémie de COVID-19, et examine la manière dont les États membres ont divergé en ce qui concerne les infections, le taux de mortalité et l'espérance de vie à la naissance depuis le début 2020. Elle analyse ensuite les réponses de l'UE et des États membres à la crise sanitaire sur le plan des mesures d'atténuation des risques et des campagnes de vaccination.

Enfin, elle compare les tendances et les disparités des programmes de vaccination entre les pays de l'UE, les États-Unis et l'OCDE.

Mesurer la convergence ascendante

Eurofound définit la convergence ascendante pour un indicateur donné comme une amélioration des performances des États membres au regard de cet indicateur, qui se rapprochent alors d'un objectif politique, assortie d'une réduction des disparités entre eux. L'amélioration des indicateurs sélectionnés est mesurée au travers de l'évolution de la moyenne au niveau de l'EU-27. La moyenne non pondérée est utilisée afin d'attribuer à chaque pays la même représentation et la même importance pour déterminer la tendance générale.

Les schémas de convergence ou de divergence entre les pays sont mesurés à l'aide de l'écart-type (une mesure statistique de la dispersion) de l'indicateur. Une diminution de l'écart-type au fil du temps traduit une convergence (également appelée sigma-convergence). Une mesure supplémentaire de la convergence (bêta-convergence) permet de déterminer si les États membres dont les niveaux de performance étaient initialement faibles rattrapent leur retard en progressant plus rapidement que les pays plus performants. Lorsque les caractéristiques structurelles de l'État membre influent sur ce processus de rattrapage (en l'accéléralant ou en le ralentissant), on parle alors de «bêta-convergence conditionnelle».

De la dernière crise mondiale à la crise actuelle

Amélioration des résultats en matière de santé et réduction des disparités

Espérance de vie à la naissance

Plusieurs indicateurs peuvent décrire l'état de santé d'une population, tels que l'espérance de vie, les taux de mortalité et l'incidence des maladies mentales et physiques. Parmi ces derniers, l'espérance de vie à la naissance occupe une place centrale en ce qu'elle mesure le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre, en se fondant sur des taux de mortalité par âge. Depuis le début de la grande récession (en 2008) et jusqu'en 2019, la vie des citoyens de l'UE s'est allongée en moyenne de près de deux ans et demi (passant de 78 ans en 2008 à 80,5 ans environ en 2019). Les disparités entre les États membres se sont également réduites au cours de cette période, ainsi que l'illustre la figure 1.a. Qui plus est, les pays qui avaient initialement l'espérance de vie à la naissance la plus faible (ce qui est le cas

des États baltes) ont connu les plus fortes améliorations (figure 1.b).

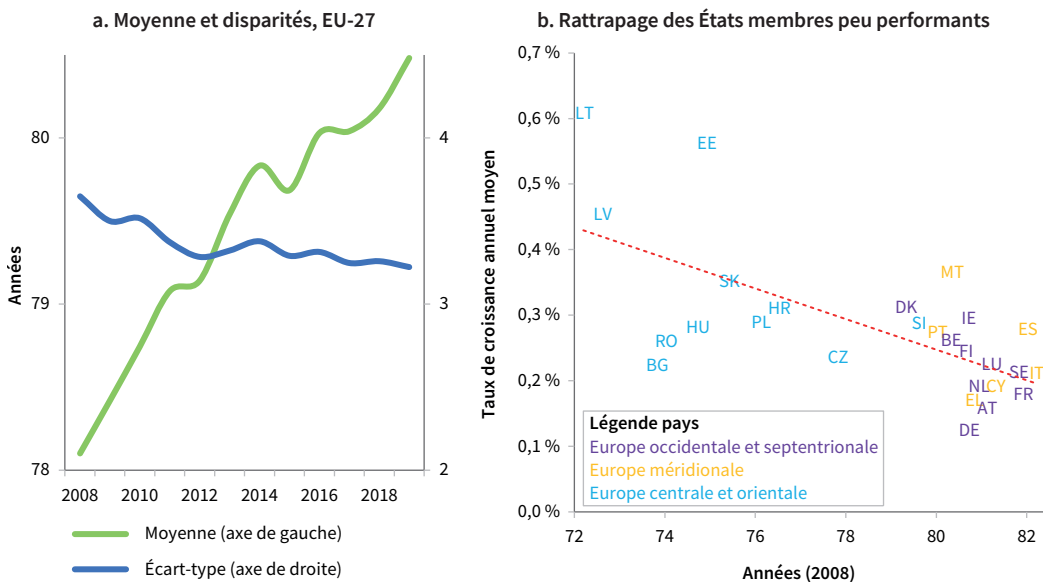
Une dimension géographique ne fait aucun doute dans ce processus de rattrapage: les États membres d'Europe centrale et orientale (à l'exception de la Slovaquie) étaient tous en dessous de la moyenne de l'UE en 2008 et ont généralement enregistré des gains en espérance de vie plus importants que les pays du reste de l'UE.

Perception de son état de santé

Parallèlement à la mesure objective de l'espérance de vie, une évaluation subjective de la santé peut venir compléter le tableau de la convergence des résultats en matière de santé. Pour ce faire, il est utile d'examiner l'état de santé auto-déclaré de la population de l'UE.

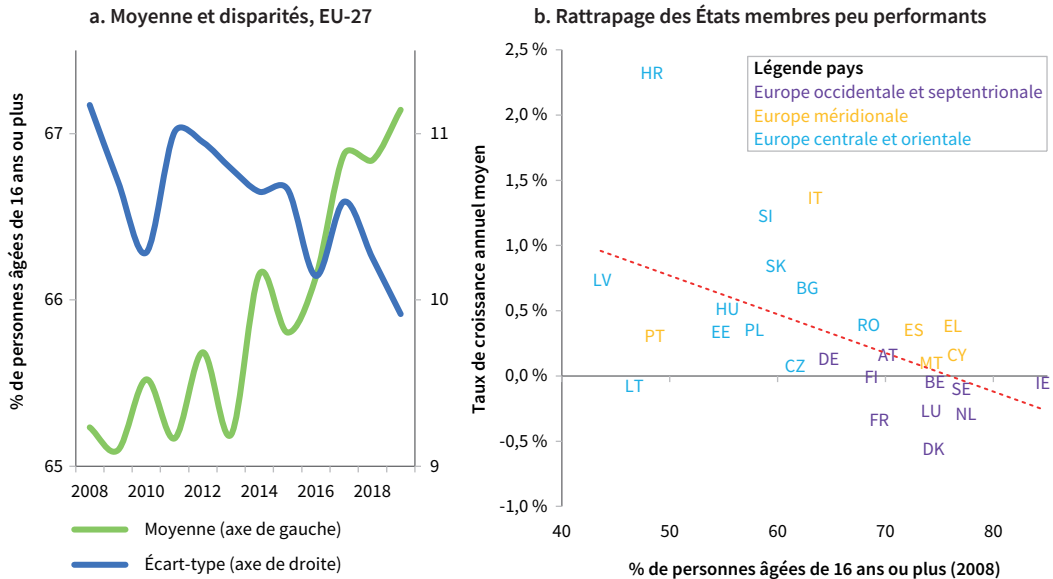
Tout comme l'espérance de vie, la part des Européens qui perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon a augmenté tout au long de la décennie, passant de 65 % en 2008 à 67 % en 2019, tandis que les disparités entre les pays ont diminué (figure 2.a). En ce qui concerne la dynamique des pays, une fois

Figure 1: convergence de l'espérance de vie à la naissance, 2008-2019



Source: Eurostat; calculs des auteurs

Figure 2: convergence de la perception de son état de santé, 2008-2019



Remarque: le pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui déclarent que leur état de santé est bon ou très bon. En cas de données manquantes (HR: 2008 et 2009), les valeurs sont supposées constantes par rapport à l'année suivante.

Source: Eurostat; calculs des auteurs

encore, en Europe centrale et orientale, les personnes étaient moins nombreuses à qualifier leur état de santé de bon en 2008, par rapport à la moyenne de l'UE (figure 2.b). Néanmoins, au cours de ces douze années, c'est dans ces pays que la perception de l'état de santé a davantage progressé (à l'exception de la Lituanie, où le pourcentage a baissé), entraînant une hausse de la moyenne européenne. Par opposition, les habitants de la plupart des États membres d'Europe occidentale et septentrionale, bien que positifs quant à leur état de santé en 2008, l'étaient moins en 2019.

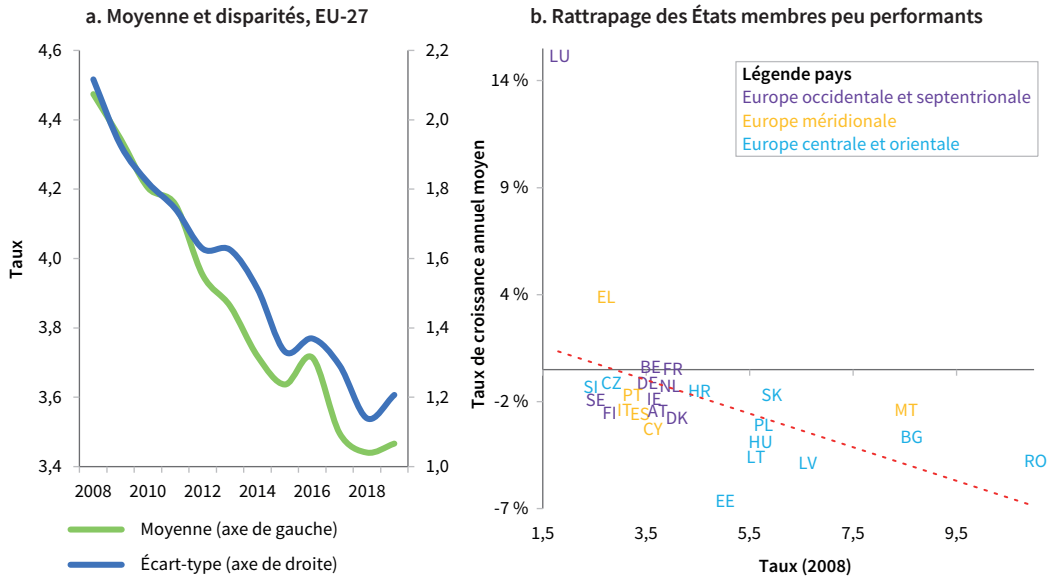
Mortalité infantile

Un autre marqueur important de l'état de santé global d'une société est le taux de mortalité infantile, qui mesure le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux moyen de mortalité infantile au sein de l'UE a considérablement diminué, passant de 4,5% en 2008 à 3,5% en 2019, tandis que les disparités entre les États membres ont également baissé (figure 3.a).

La quasi-totalité des pays de l'UE ont réalisé des progrès remarquables dans la réduction du nombre de décès par naissance vivante, à l'exception du Luxembourg et de la Grèce (où ce taux a augmenté de 3 points de pourcentage et de 1 point de pourcentage, respectivement). Les taux de mortalité infantile ont particulièrement baissé en Europe centrale et orientale (figure 3.b). Alors que beaucoup de ces États membres affichaient des taux supérieurs à la moyenne de l'UE en 2008, ils ont enregistré les réductions les plus importantes, ce qui signifie qu'ils ont convergé vers les pays les plus performants.

Figure 3: convergence du taux de mortalité infantile, 2008-2019



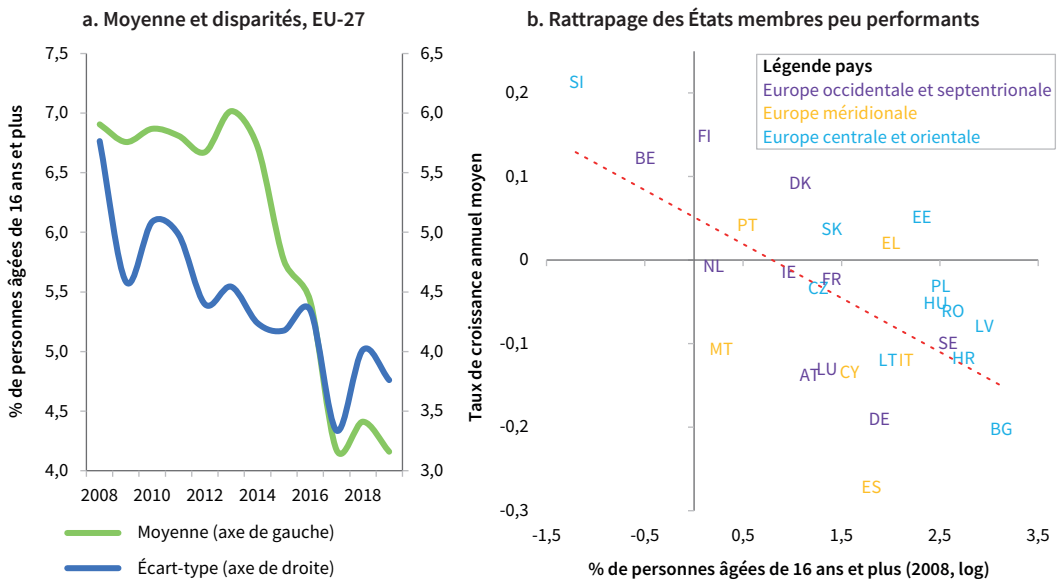
Source: Eurostat; calculs des auteurs

Besoins non satisfaits en matière de soins médicaux

La santé d'une population dépend de l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité des services de soins de santé. De ce point de vue, il est instructif d'examiner la part de la population qui déclare ne pas avoir pu recevoir de traitement médical lorsqu'elle en avait besoin. Cet indicateur rend compte des besoins non satisfaits en matière d'exams et de soins médicaux, pour quelque raison que ce soit (depuis les coûts élevés et la distance à parcourir jusqu'au fait de ne pas connaître un bon spécialiste ou d'avoir peur des hôpitaux), au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Après avoir connu un pic en 2013, les besoins médicaux non satisfaits ont globalement diminué dans l'UE de près de 40 %, passant de 6,9 % en 2008 à 4,2 % en 2019. Cette évolution s'est accompagnée d'une réduction des disparités entre les États membres (figure 4.a). Cependant, au cours de la période étudiée, le pourcentage de citoyens de l'UE faisant état de ces besoins a considérablement augmenté dans huit pays, dont trois présentaient la plus faible prévalence de besoins médicaux non satisfaits en 2008: la Slovaquie, la Belgique et la Finlande (figure 4.b). En revanche, les pays qui accusaient un retard en 2008 ont réalisé des gains impressionnants, notamment la Bulgarie, dont la part est passée de 22,4 % à 2,4 % en 2019. Ces évolutions ont permis aux pays en retard de rattraper les premiers, donnant lieu à une convergence dans l'UE.

Figure 4: convergence des besoins non satisfaits en matière d'examen et de soins médicaux, 2008-2019



Remarque: en cas de données manquantes (HR: 2008 et 2009), les valeurs sont supposées constantes par rapport à l'année suivante.

Source: Eurostat; calculs des auteurs

La richesse nationale est liée à une meilleure santé et à une meilleure convergence

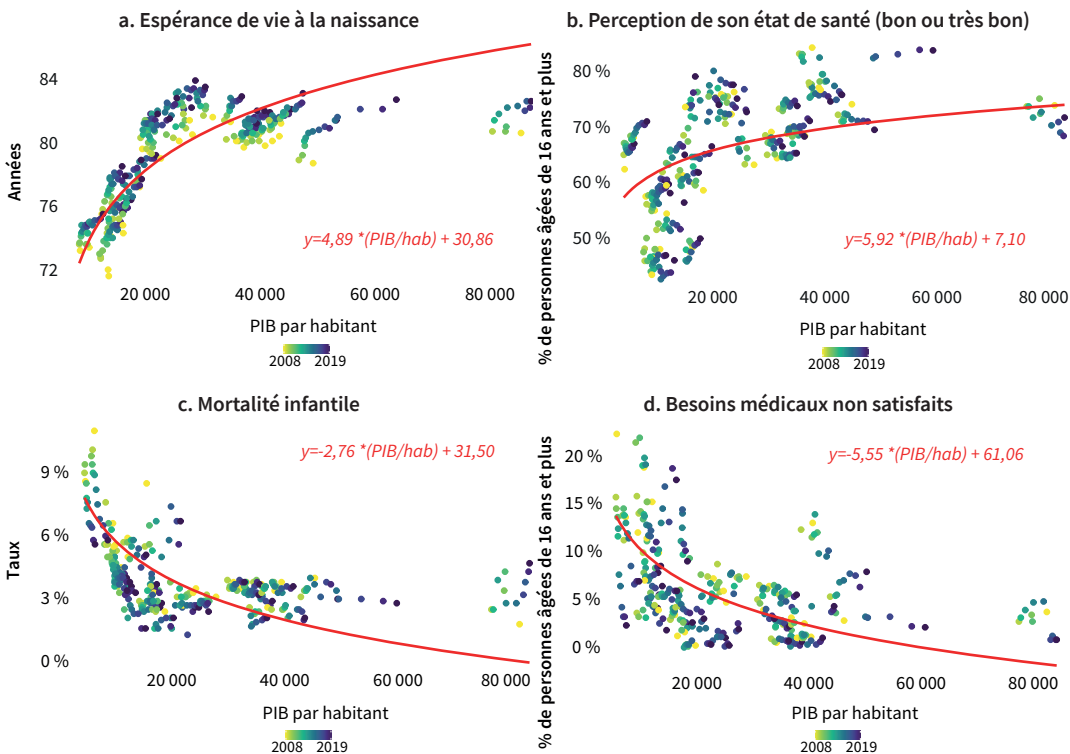
La période 2008-2019 a été marquée par une évolution économique mitigée qui a touché les États membres de manière inégale: une récession à double creux de 2008 à 2013 pour la plupart des pays, suivie d'une reprise économique. Les performances économiques d'un pays ont-elles un lien avec la santé de ses citoyens?

De multiples études attestent de l'existence d'un lien fort entre le PIB et l'espérance de vie. À titre d'exemple, la courbe de Preston indique que les personnes nées dans les pays riches peuvent s'attendre à vivre plus longtemps que celles nées dans les pays pauvres. Dans le même ordre d'idées, il existe une relation importante entre le PIB par habitant et les indicateurs de santé analysés ci-dessus. La figure 5 représente ces indicateurs annuels pour chaque État membre au cours de la période 2008-2019 (sur l'axe vertical) par rapport au PIB des pays pour l'année concernée (sur l'axe horizontal). Les tendances

à la hausse des points dans les figures 5.a et 5.b, et à la baisse dans les figures 5.c et 5.d, montrent à quel point les résultats en matière de santé sont meilleurs pour les pays dont le PIB est plus élevé. Plus précisément, les lignes de régression révèlent que, si un pays est deux fois plus riche qu'un autre, les individus ont une espérance de vie à la naissance plus élevée (de près de 5 ans), une plus grande proportion (de 6 points de pourcentage environ) de personnes perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon, le taux de mortalité infantile est plus faible (de 2,8 points de pourcentage) et une proportion plus réduite (de 5,6 points de pourcentage) de personnes déclarent des besoins médicaux non satisfaits.

Or, le PIB n'a pas seulement trait aux performances sanitaires d'un pays; il a également une incidence sur la vitesse à laquelle les pays les moins performants rattrapent les premiers. Pour illustrer cela, nous réalisons une régression des taux de croissance annuels des indicateurs de santé par rapport aux valeurs de l'année précédente et au PIB de l'année en cours. Conformément aux résultats présentés ci-dessus, le tableau 1

Figure 5: incidence du PIB par habitant (en euros) sur les indicateurs de santé, EU-27, 2008-2019



Remarque: les coefficients de régression sont statistiquement significatifs au niveau de 0,1 % et sont estimés sur la base du logarithme naturel du PIB par habitant. L'analyse a été réalisée sur un panel composé des 27 États membres sur 12 ans.
Source: Eurostat; calculs des auteurs

confirme que les États membres qui accusaient du retard pour les quatre indicateurs de santé en 2008 ont réalisé des progrès nettement supérieurs à ceux des pays les plus performants de l'UE (et, inversement, que les premiers ont ralenti - première ligne), et que le PIB a joué un rôle considérable dans ce processus de rattrapage (deuxième ligne).

Plus spécifiquement, il existe une relation négative entre la valeur des indicateurs de santé de l'année précédente et l'ampleur de la variation annuelle l'année suivante; ainsi, un pays dont l'indicateur est supérieur de 1 % à un taux de croissance plus faible d'environ -0,3 % pour l'espérance de vie à la naissance, la perception de son état de santé et les besoins

Tableau 1: déterminants de la croissance annuelle des indicateurs de santé, EU-27, 2008-2019

	Espérance de vie à la naissance	Perception de son état de santé (bon ou très bon)	Mortalité infantile	Besoins médicaux non satisfaits
Indicateur de santé (année t-1)	-0,26***	-0,33***	-0,74***	-0,26***
PIB par habitant	0,01***	0,03	-0,61***	-0,83**

Remarque: les coefficients de régression sont statistiquement significatifs aux niveaux de 0,1 % (***) et de 1 % (**) et sont estimés sur la base du logarithme naturel des variables. L'analyse a été réalisée sur un panel composé des 27 États membres sur 12 ans.

Source: Eurostat; calculs des auteurs

médicaux non satisfaits, et de -0,7 % pour la mortalité infantile. Le PIB influe sur la vitesse de ces taux de croissance annuels de la manière suivante: une augmentation de 1 % du PIB par habitant entraîne une hausse plus rapide de l'espérance de vie à la naissance (de 0,01 %) ainsi qu'une hausse plus lente de la mortalité infantile (de -0,6 %) et des besoins médicaux non satisfaits (de -0,8 %). La richesse d'un pays n'a cependant pas d'incidence sur la rapidité avec laquelle la proportion de personnes se percevant en bonne santé augmente (ce qui est indiqué par l'absence de toute relation statistiquement significative).

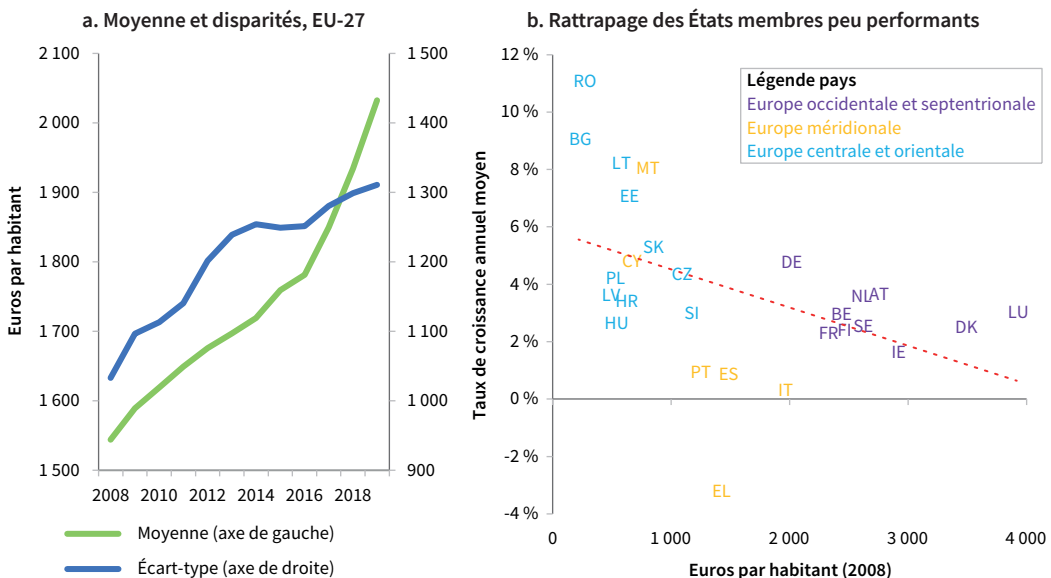
Les pays peu dépensiers en soins de santé ont rattrapé le reste de l'UE

Des dépenses élevées en soins de santé constituent une condition préalable au bon fonctionnement du secteur des soins de santé (à la condition que les marchés des soins de santé soient exempts de tout défaut conduisant à des soins inutiles ou à la pratique de prix majorés). Si les dépenses de santé par habitant ont augmenté de près d'un tiers dans l'UE entre 2008 et 2019, les États membres ont présenté une divergence de plus en plus forte s'agissant des montants qu'ils ont affectés à la santé (figure 6.a). C'est notamment pendant la grande récession (2008-2013) que les disparités

entre les pays se sont creusées et que la croissance des dépenses de santé a ralenti par rapport aux années précédentes et suivantes.

Ces évolutions s'expliquent par le lien étroit entre le PIB et les dépenses publiques en matière de soins de santé. Les données concernant les 27 États membres recueillies durant ces 12 années témoignent d'une forte corrélation entre ces deux indicateurs. Cela signifie que les États membres riches d'Europe occidentale et septentrionale étaient généralement ceux qui dépensaient le plus en soins de santé et, inversement, que les pays les plus durement touchés par la grande récession (notamment les États membres d'Europe méridionale) ont réduit leurs dépenses en soins de santé (figure 6.b). Les États membres d'Europe centrale et orientale, bien qu'affichant des dépenses relativement modestes au début de la période, ont considérablement augmenté leurs dépenses en soins de santé: La Roumanie, la Bulgarie, la Lituanie et l'Estonie ont enregistré des taux de croissance annuels d'au moins 7 %. Cela signifie qu'ils ont réduit l'écart avec les premiers de l'UE (le Luxembourg, le Danemark et l'Irlande), qui ont conservé un taux de croissance relativement stable de moins de 3 % par an.

Figure 6: convergence des dépenses publiques consacrées à la santé, 2008-2019



Source: Eurostat; calculs des auteurs

De grandes variations ont été observées non seulement au niveau des dépenses de santé entre les États membres, mais également dans les taux de croissance annuels des dépenses. La variation en pourcentage des dépenses de santé d'une année sur l'autre dépend d'un vaste éventail de facteurs qui influent sur la convergence dans l'UE. Le tableau 2 montre comment une légère hausse d'un certain nombre d'indicateurs démographiques, sociaux et économiques (le reste restant constant) a directement influencé la croissance des dépenses de santé (les coefficients de régression reflètent les relations positives ou négatives et l'ampleur des retombées).

Deux spécifications de modèle sont présentées. Dans le modèle 1, la ligne 1 confirme que les pays dont les dépenses étaient plus faibles l'année précédente ont rattrapé les principaux pays dépensiers de l'UE grâce à un taux de croissance plus élevé (la relation est négative). La ligne 2 indique qu'une augmentation de 1 % du PIB par habitant a accéléré l'augmentation des dépenses de santé d'environ 0,4 %. Le fait que la population vive plus longtemps en bonne santé a ralenti le taux de croissance des dépenses publiques de -0,27 % (ligne 3), tandis qu'une hausse du chômage a entraîné une réduction de 0,06 % (ligne 4).

Le modèle 2 inclut deux facteurs supplémentaires: le vieillissement de la population (la proportion des personnes âgées dans la population totale) et le progrès technologique (représenté par la part de l'emploi dans les activités à forte intensité de

connaissances). Ces facteurs n'ont pas montré de relation statistiquement significative avec le rythme de croissance des dépenses de santé, ce qui indique qu'ils ne l'affectent pas.

Divergence entre les États membres en matière de prestation de services de santé

L'offre de personnel médical et la capacité en lits d'hôpitaux constituent des facteurs importants pour évaluer l'accessibilité des services de santé et l'efficacité de leur prestation. Ces indicateurs doivent toutefois être interprétés avec prudence, car les pays appliquent des techniques de mesure différentes, susceptibles d'entraîner des sous-estimations ou des surestimations. En outre, les densités moyennes d'un pays ne brossent pas un tableau exhaustif des ressources disponibles dans les régions reculées et faiblement peuplées.

Un accès approprié aux soins de santé dépend de la disponibilité de médecins et d'infirmiers sur l'ensemble du territoire d'un pays. L'OMS estime qu'il faut au moins 2,5 membres du personnel médical (médecins, infirmiers et sages-femmes) pour 1 000 personnes pour assurer une couverture adéquate des interventions relatives aux soins de santé primaires (OMS, 2006), un seuil que tous les pays de l'UE dépassent en moyenne. Le nombre de médecins en exercice ne semble pas être corrélé au PIB d'un pays, mais il existe une relation positive entre le nombre d'infirmiers et le PIB par habitant.

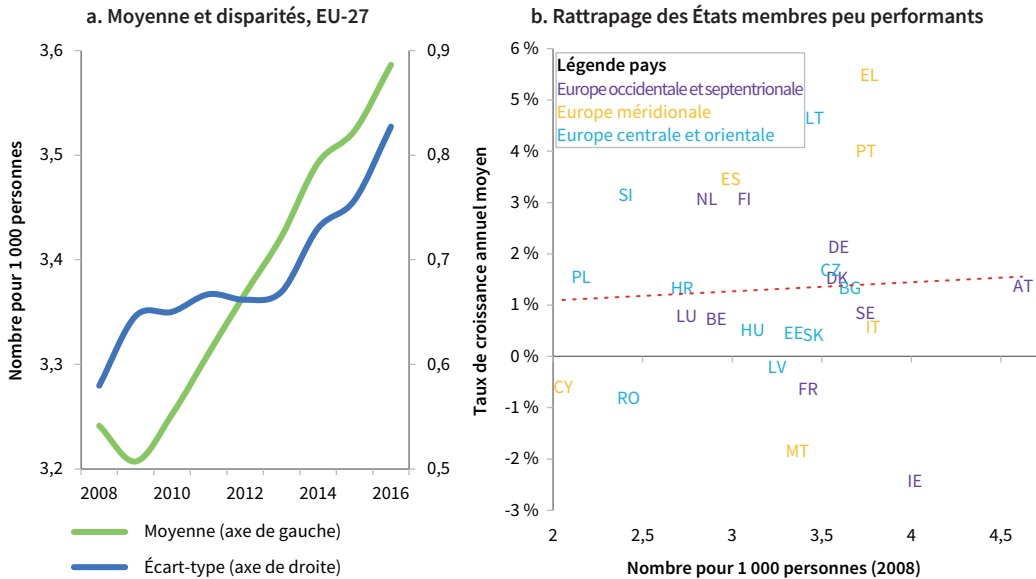
Tableau 2: déterminants de la croissance annuelle des dépenses de santé par habitant, EU-27, 2008–2019

	Indicateurs	Modèle 1	Modèle 2
1.	Dépenses de santé par habitant (année t-1)	-0,28***	-0,29***
2.	PIB par habitant	0,41***	0,36***
3.	Années de vie en bonne santé	-0,27**	-0,28**
4.	Taux de chômage	-0,06***	-0,07***
5.	Population âgée (% de la population totale)		0,06
6.	Activités à forte intensité de connaissances (% de l'emploi total)		0,04

Remarque: les coefficients de régression sont statistiquement significatifs aux niveaux de 0,1 % (***) et de 1 % (**) et sont estimés sur la base des logarithmes naturels des variables. L'analyse a été réalisée sur un panel composé des 27 États membres sur 12 ans.

Source: Eurostat; calculs des auteurs

Figure 7: convergence de l'offre de médecins, 2008–2016



Remarque: en cas de données manquantes (BG: 2016, MT: 2016, RO: 2014 et 2015), les valeurs sont supposées constantes par rapport aux années précédentes ou suivantes.

Source: données par pays de l'OMS et de l'OCDE; calculs des auteurs

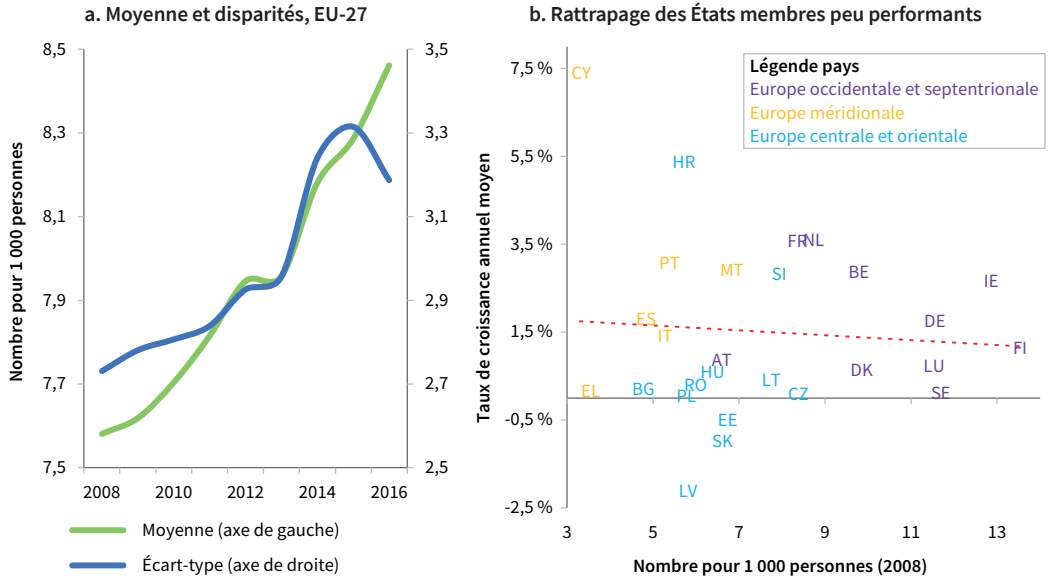
Offre de médecins

Entre 2008 et 2016 (année des dernières données disponibles), le nombre de médecins (généralistes et spécialistes) a connu une augmentation constante dans l'UE, mais la progression a été modeste: de 3,2 à près de 3,6 médecins pour 1 000 personnes (figure 7.a). Au niveau des États membres, les pays en tête sur le plan du personnel de santé, comme la Grèce, le Portugal et la Lituanie, ont enregistré la plus forte croissance des effectifs (plus de 4 % par an), tandis que Chypre et la Roumanie, dont les effectifs sont les plus faibles dans le domaine des soins de santé, ont vu leur situation se détériorer davantage (figure 7.b). Ces évolutions ont creusé les disparités existantes entre les pays (notamment après la grande récession) et restreint la capacité des pays peu performants à rattraper le reste de l'UE. La dynamique des pays s'explique en partie par la migration des professionnels de la santé des pays d'Europe centrale et orientale vers les autres États membres, conduisant, dans les premiers, à des pénuries de main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé (Eurofound, 2013).

Offre d'infirmiers et de sages-femmes

Les infirmiers et les aides-soignants sont essentiels à la prise en charge quotidienne des patients dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée. Leur nombre est largement plus élevé que celui des médecins dans l'UE (en 2016, on comptait 8,5 infirmiers et sages-femmes pour 1 000 personnes contre 3,6 médecins), et leur nombre a augmenté de 12 % entre 2008 et 2016 (figure 8.a). Néanmoins, il existe des pénuries d'infirmiers à long terme, exacerbées par le vieillissement de nos sociétés (Eurofound, 2014). Certains États membres ont répondu à la demande croissante d'infirmiers en recrutant à l'étranger (OCDE, 2019). Toutefois, pour les pays d'origine (notamment les pays d'Europe centrale et orientale, où les salaires sont plus bas), ces départs ont aggravé les pénuries existantes (Eurofound, 2020). Cette évolution est illustrée par la figure 8.b, qui montre l'enregistrement d'importantes augmentations des effectifs dans les pays occidentaux et septentrionaux (qui comptaient le plus grand nombre d'infirmiers et de sages-femmes en 2008) par opposition aux États membres d'Europe centrale et orientale, déjà en difficulté. En conséquence, les disparités entre les États membres n'ont cessé de se creuser.

Figure 8: convergence de l'offre d'infirmiers et de sages-femmes, 2008–2016



Remarque: en cas de données manquantes (BG: 2016, FI: 2015, LU: 2008, MT: 2016, NL: 2009–2013, RO: 2014 et 2015), les valeurs sont supposées constantes par rapport aux années précédentes ou suivantes, ou sont imputées en tant que moyennes des années les plus proches.

Source: données par pays de l'OMS et de l'OCDE; calculs des auteurs

Capacité en lits d'hôpitaux

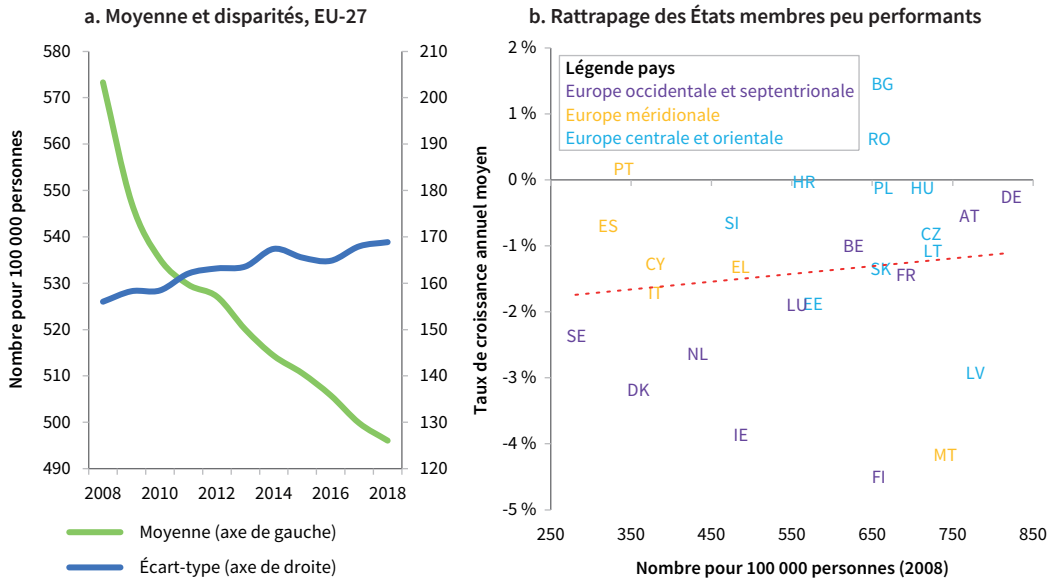
Compte tenu de la pénurie de personnel médical et de l'augmentation des coûts des soins hospitaliers, la capacité en lits d'hôpitaux joue un rôle crucial dans la planification stratégique des hôpitaux. La détermination du nombre optimal de lits est toutefois complexe, car un nombre insuffisant de lits peut entraîner l'annulation d'opérations, des retards dans les admissions d'urgence et des sorties précoces, tandis qu'un nombre trop élevé peut gonfler les coûts et entraîner une stagnation du capital (Ravaghi et al, 2020). Par ailleurs, il convient de prendre en considération les besoins des patients, les changements démographiques et technologiques, les modèles de soins, les politiques nationales et d'autres facteurs contextuels pour évaluer le nombre adéquat de lits d'hôpitaux.

L'UE a connu une baisse continue de sa capacité en lits d'hôpitaux entre 2008 et 2018. Le nombre de lits disponibles a chuté de 13 %, passant de 573 à 496 pour 100 000 personnes,

tandis que les disparités entre les pays n'ont cessé de se creuser (figure 9.a). La tendance à la baisse, signalée par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé depuis 2004, a été induite par des réductions dans 24 États membres (figure 9.b). Ces réductions ont été d'autant plus importantes dans les pays où le nombre de lits était déjà faible, comme en Europe méridionale et septentrionale. En revanche, les pays comptant le plus grand nombre de lits ont enregistré des réductions négligeables, voire des augmentations, ce qui a donné lieu à des tendances divergentes dans l'UE.

Il est important de noter que l'examen de la capacité en lits d'hôpitaux doit tenir compte de la disponibilité des ressources humaines et physiques ainsi que de l'accès aux soins primaires. Par exemple, la Roumanie a été l'un des rares pays à avoir augmenté le nombre de lits d'hôpitaux, mais aussi à avoir connu une pénurie de médecins (en raison de l'émigration).

Figure 9: convergence de la capacité en lits d'hôpitaux, 2008-2018



Remarque: en cas de données manquantes, les valeurs sont imputées en tant que moyennes de l'année la plus proche (DK: 2012) ou sont supposées constantes par rapport à l'année précédente (DE: 2018).

Source: Eurostat; calculs des auteurs

Synthèse

La période 2008-2019 a été témoin d'une amélioration globale de l'état de santé de la population de l'UE et d'une augmentation des dépenses de santé dans les États membres, en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale, qui ont rattrapé le reste de l'UE. En revanche, les pays d'Europe méridionale, durement touchés par la grande récession, ont enregistré les hausses des dépenses de santé les plus modestes, la Grèce enregistrant même une baisse. Les tendances en matière de prestations de santé ont également été moins positives, marquées par des divergences croissantes entre les États membres qui ont creusé l'écart entre les pays orientaux et les pays occidentaux de l'UE.

Incidence de la COVID-19

La pandémie de COVID-19 a causé, et continue d'infliger, d'immenses souffrances humaines, poussant les systèmes de santé de l'UE à leurs limites. Les recherches menées par Eurofound montrent qu'entre mars et juillet 2020, plus de 20 % des personnes dans l'UE qui avaient

besoin d'un examen ou d'un traitement médical n'en ont pas bénéficié, principalement parce que les services de santé ont été débordés par la pandémie (Eurofound, 2021a). En ce qui concerne les mesures politiques relatives à la construction d'une Union européenne de la santé, le nouveau cadre de sécurité sanitaire de l'UE exigera des États membres qu'ils intensifient leur communication des indicateurs des systèmes de santé, tels que le nombre de membres du personnel médical qualifié, la disponibilité des lits d'hôpitaux et la capacité des soins intensifs.

La présente section se penche tout d'abord sur l'effet de la pandémie sur l'espérance de vie et examine les schémas de convergence en matière d'infections et de décès dus à la COVID-19. Elle déplace ensuite l'analyse vers les mesures d'atténuation adoptées par l'UE et les gouvernements nationaux pour contenir la propagation du virus, qu'il s'agisse des mesures d'atténuation des risques ou des campagnes de vaccination. Enfin, elle compare l'évolution et la convergence des programmes de vaccination entre les pays de l'UE, les États-Unis et l'OCDE.

Des conséquences sanitaires très inégales dans les États membres

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance a considérablement baissé en 2020, enregistrant la chute la plus importante de l'histoire de l'UE, de -0,92 % selon les données disponibles. Ce pourcentage n'a été dépassé, au niveau national, que par ceux du Portugal en 1961, de l'Allemagne en 1991, de la Lituanie en 1993 et de l'Estonie en 1994 (tous inférieurs à -2%). Entre 2019 et 2020, l'espérance de vie a chuté, passant de 80,48 ans (le plus haut niveau jamais atteint) à 79,74 ans (figure 10.a). Par ailleurs, les disparités entre pays de l'UE n'avaient pas augmenté de façon aussi spectaculaire depuis 1994 (de 6,5 %).

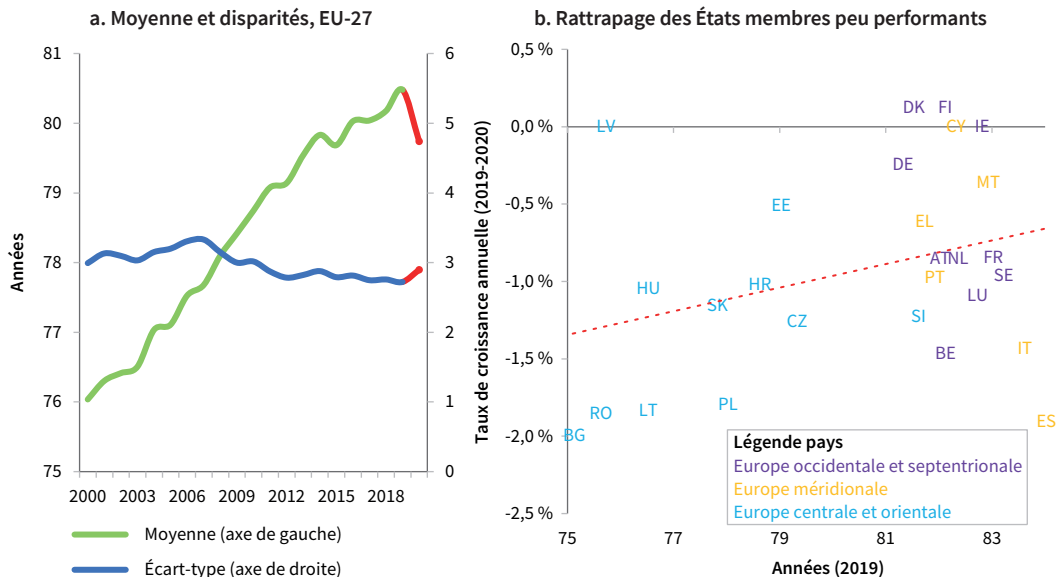
Cette tendance divergente à la baisse s'explique par l'incidence extrêmement disproportionnée de la pandémie entre les États membres (figure 10.b): l'espérance de vie a augmenté modérément en Finlande et au Danemark, est restée inchangée à Chypre et en Lettonie, et a diminué dans les 22 autres pays (aucune donnée n'était disponible pour

l'Irlande). Les diminutions les plus importantes ont été enregistrées non seulement dans les États membres les plus sévèrement touchés, dont l'espérance de vie est traditionnellement élevée (Espagne, Italie et Belgique), mais surtout dans les pays d'Europe centrale et orientale qui étaient déjà bien en dessous de la moyenne de l'UE en 2019: la Bulgarie, la Roumanie, la Lituanie et la Pologne.

Infections et décès dus à la COVID-19

L'espérance de vie à la naissance est estimée sur la base des taux de mortalité actuels, et le nombre de décès et d'infections liés à la COVID-19 a été extrêmement élevé dans l'UE. Du début de l'année 2020 au 11 août 2021 (date des dernières données disponibles), on a recensé 35 millions de cas d'infection et 747 000 décès, selon les données quotidiennes rapportées par le Center for Systems Science and Engineering (CSSE) de l'université Johns Hopkins aux États-Unis. Le nombre de décès pourrait être encore plus élevé, étant donné les différentes techniques de mesure appliquées par les pays, le traitement tardif des certificats de décès et l'absence de traitement d'autres

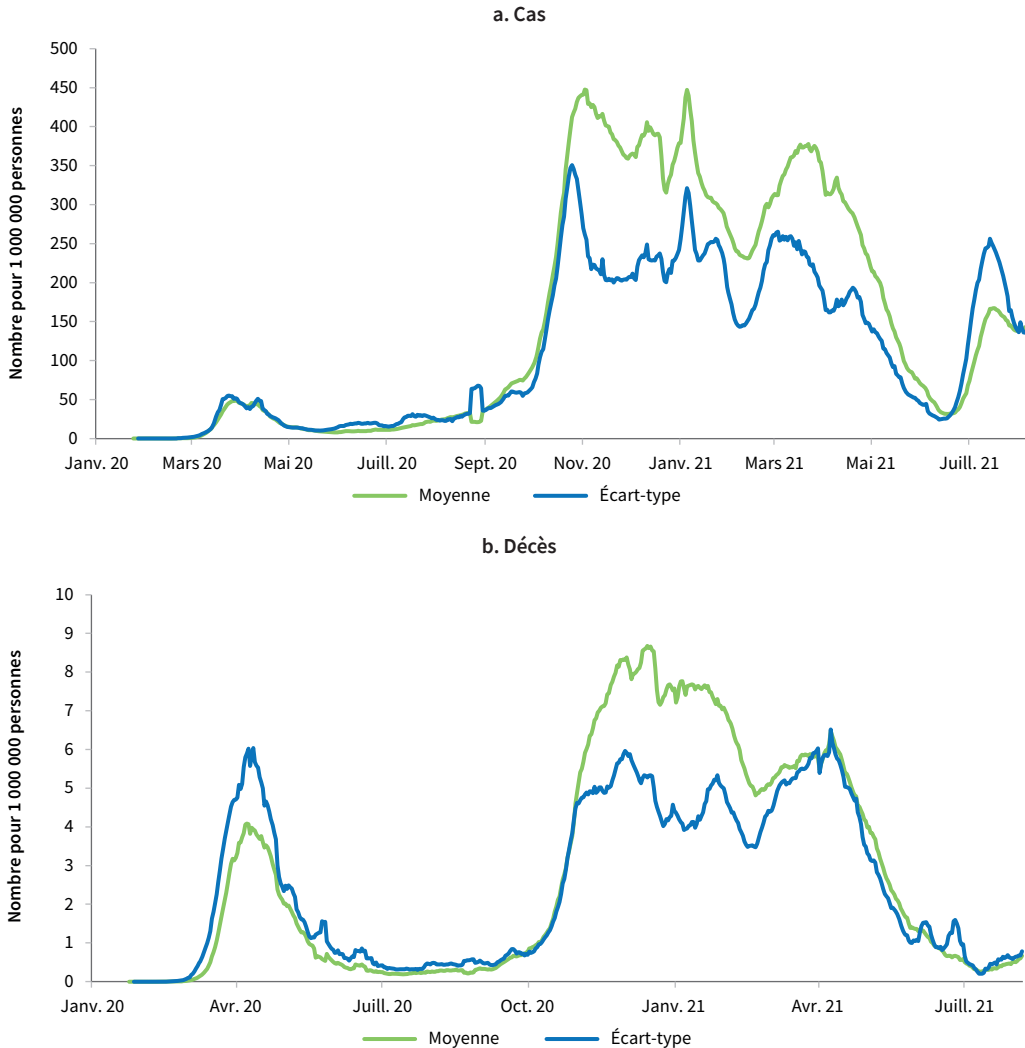
Figure 10: convergence de l'espérance de vie à la naissance, 2019–2020



Remarque: en cas de données manquantes (HR: 2000, LV: 2000 et 2001, IE: 2020), les valeurs sont supposées constantes par rapport aux années précédentes ou suivantes.

Source: Eurostat; calculs des auteurs

Figure 11: COVID-19: nouveaux cas et décès par million, EU-27, janvier 2020 – 11 août 2021



Remarque: données lissées présentées sous la forme de moyenne mobile sur sept jours.

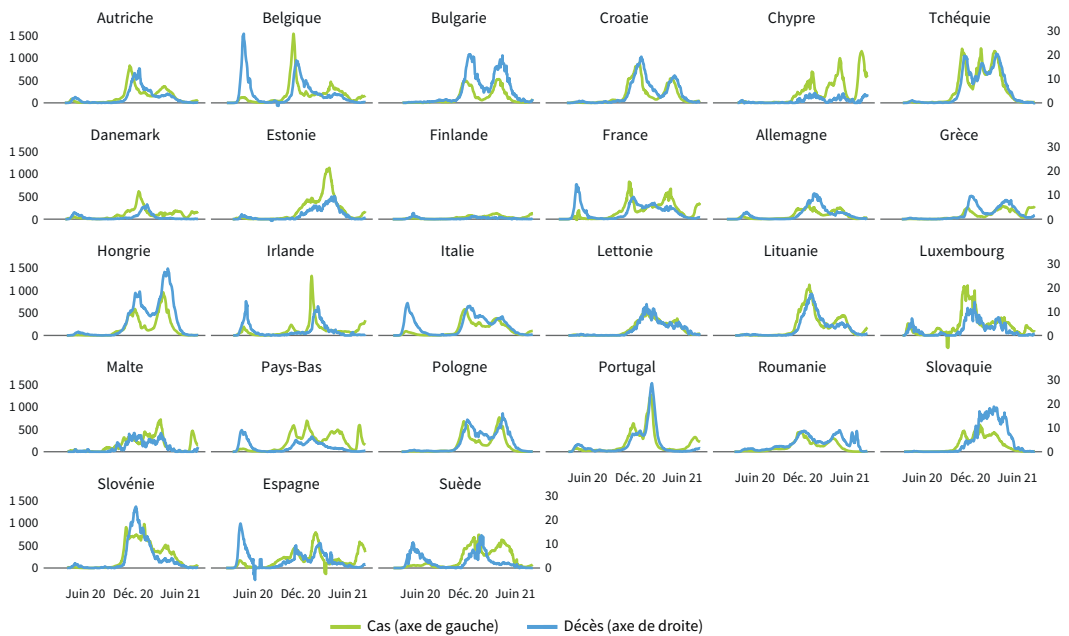
Source: données relatives à la COVID-19 du CSSE de l'université Johns Hopkins; calculs des auteurs

maladies pendant la pandémie. L'incidence très inégale de la crise de la COVID-19 sur les taux d'infection et de mortalité entre les pays transparaît dans les grandes disparités enregistrées au printemps et à l'automne 2020, à l'hiver 2020–2021 et à l'été 2021, lorsque la pandémie a atteint son pic (figure 11).

Les incidences les plus élevées de cas et de décès liés au COVID-19 ont été enregistrées à des moments différents selon les pays, et avec une intensité variable (figure 12). Au printemps

2020, la Belgique, la France, l'Italie et l'Espagne ont connu le plus grand nombre de décès, avec plus de 10 décès quotidiens par million d'habitants. À l'automne 2020, une deuxième forte augmentation a été enregistrée dans la plupart des États membres, notamment en Bulgarie, en Croatie, en République tchèque et en Slovaquie. La Slovaquie a été durement touchée pendant l'hiver 2020-2021, ainsi que la Hongrie et le Portugal au printemps 2021. La Finlande a enregistré le plus faible nombre de décès tout au long de la pandémie.

Figure 12: COVID-19: nouveaux cas et décès par million de personnes par État membre, janvier 2020 – 11 août 2021



Remarque: données lissées présentées sous la forme de moyenne mobile sur sept jours. Les valeurs négatives corrigent les surestimations antérieures par pays.

Source: données relatives à la COVID-19 du CSSE de l'université Johns Hopkins; calculs des auteurs

Les tendances du nombre de nouvelles infections par million de personnes diffèrent également d'un pays à un autre, avec des pics importants à l'automne pour la Belgique et la République tchèque; à l'hiver 2020–2021 et au printemps 2021 pour l'Estonie, le Portugal et l'Irlande; et, plus récemment, à l'été 2021 pour Chypre, les Pays-Bas, l'Espagne et Malte.

Des interventions harmonisées, mais des campagnes de vaccination divergentes

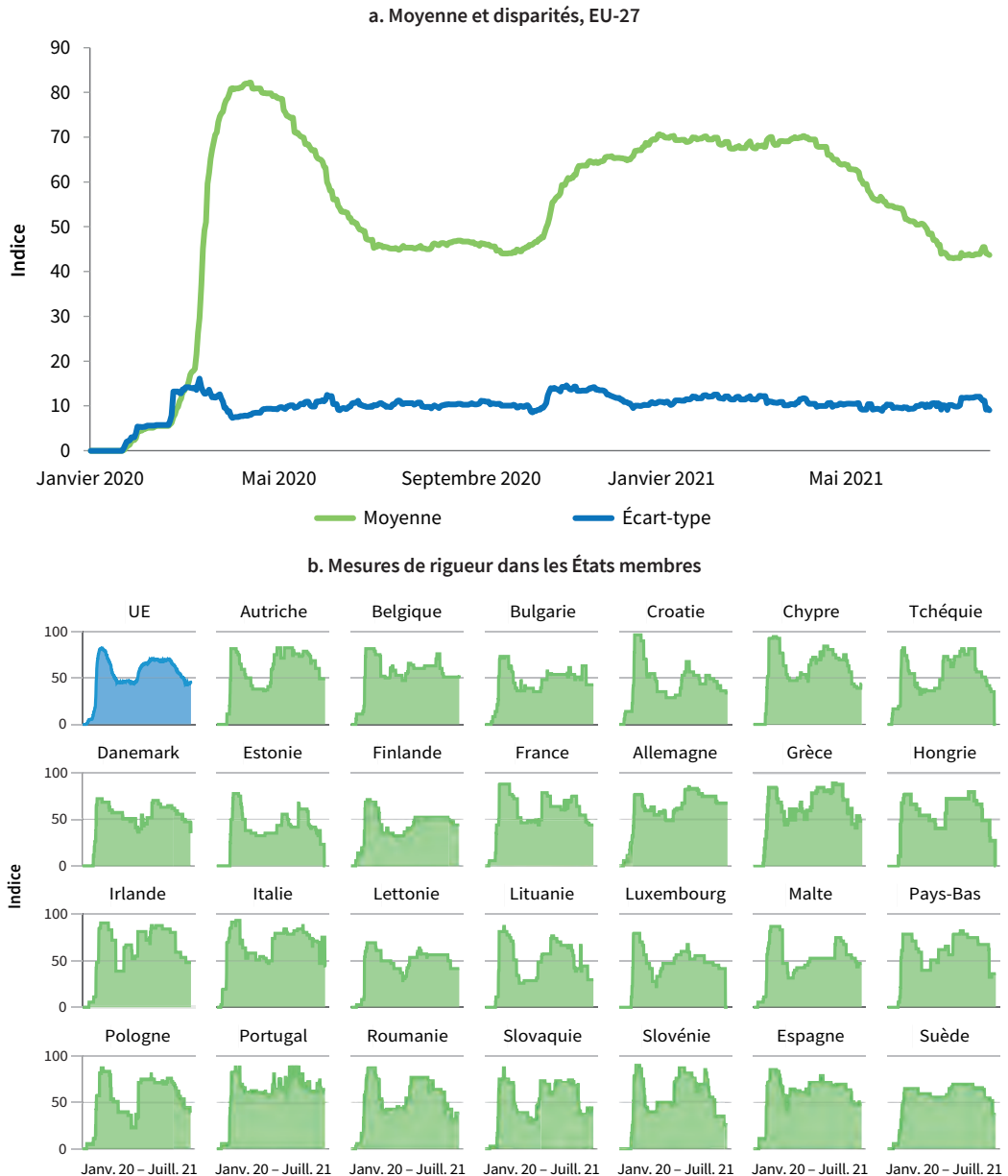
Interventions gouvernementales

Les stratégies d'atténuation de la COVID-19 adoptées par les gouvernements reposent principalement sur des mesures de distanciation sociale et de renforcement du système de santé. Il est actuellement difficile d'évaluer les mesures de renforcement des hôpitaux dans l'UE (en matière de personnel, d'équipement ou de produits médicaux), mais il est possible d'analyser l'effet des mesures d'atténuation des risques immédiates appliquées par les États membres sur le ralentissement des taux d'infection et le soulagement des systèmes de santé.

Ces mesures d'atténuation varient en intensité, en rigueur, en nombre et en durée, d'un État membre à un autre. L'indice de rigueur élaboré par l'université d'Oxford, illustré à la figure 13.b, reflète ces différences, de la première réaction de l'Italie en mars 2020 aux mesures plus souples appliquées dans la plupart des pays au 1er août 2021 (date des dernières données disponibles pour la majorité des États membres).

Cependant, un examen au niveau de l'UE (figure 13.a) montre clairement que les disparités entre les États membres sont restées presque constantes, malgré les différentes vagues d'infection et malgré les diverses mesures d'atténuation des risques adoptées par les pays. Cet examen plaide en faveur d'une éventuelle stratégie coordonnée de sortie de crise à travers l'Europe afin de réaliser des progrès plus rapides dans le contrôle de la pandémie. Une étude de Ruktanonchai et al (2020) illustre ce point en utilisant les données de mobilité des smartphones pour estimer les déplacements en Europe, avant et après la mise en œuvre des mesures d'atténuation des risques. Elle montre que, si les pays ne coordonnent pas leurs mesures lorsqu'ils relâchent le confinement, la résurgence de la maladie a lieu plus tôt.

Figure 13: COVID-19: convergence de l'indice de rigueur, janvier 2020–1er août 2021



Remarque: L'indice de rigueur ne reflète pas l'efficacité de la réponse d'un pays à la crise ni les habitudes de mobilité de la population. Au 1er août, les dernières données disponibles ont été utilisées pour LU: 19 juillet, CZ: 22 juillet, EE: 26 juillet, HU: 27 juillet.
Source: Oxford COVID-19 Government Response Tracker (Suivi de l'Université d'Oxford de la réponse gouvernementale à la COVID-19), calcul des auteurs

Programmes de vaccination

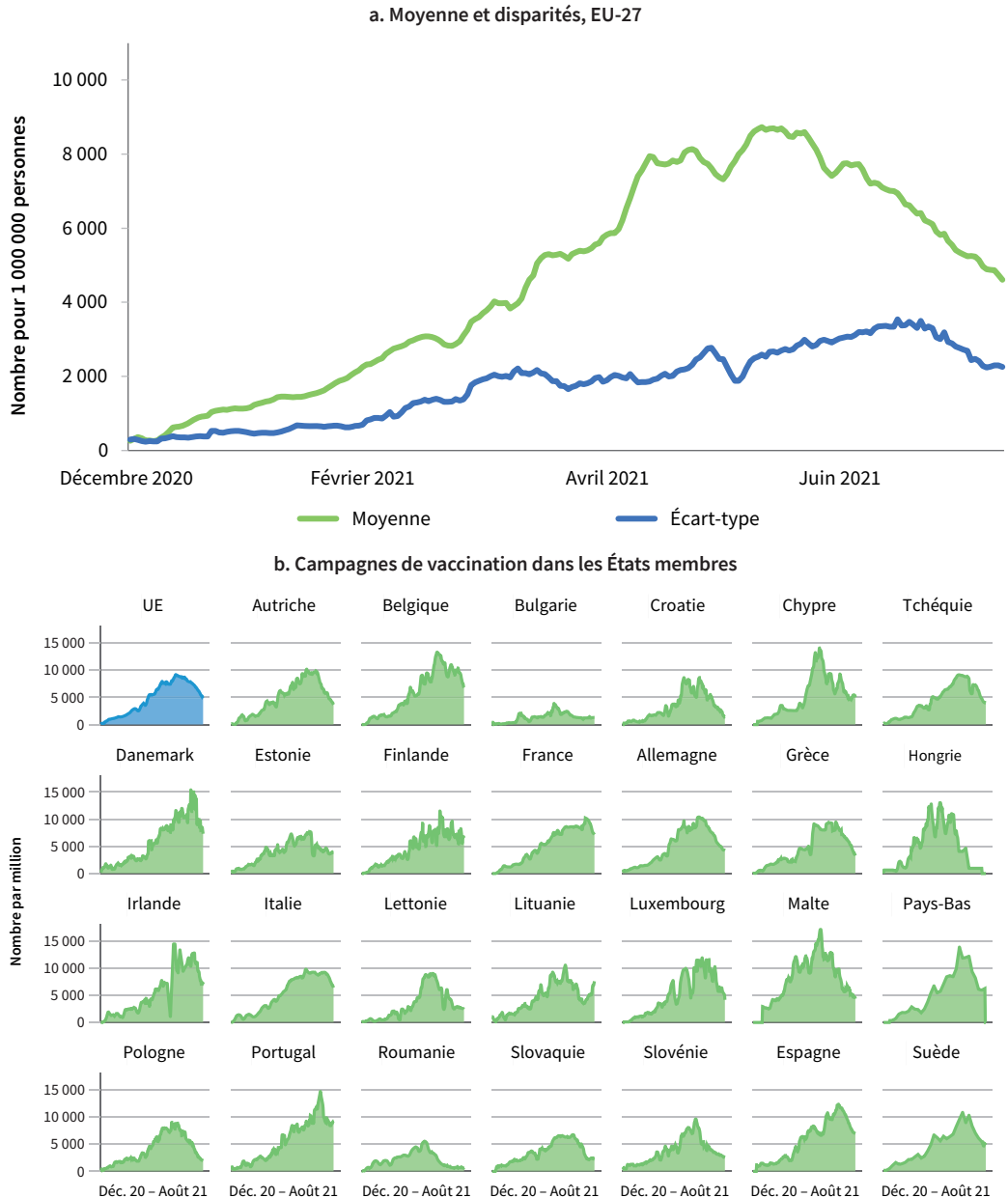
Outre ces mesures de confinement, l'approche la plus prometteuse pour enrayer la pandémie, vigoureusement suivie par l'UE (et tous les

pays du monde), passe par des programmes de vaccination. À mesure que les campagnes de vaccination ont progressé dans l'UE, les écarts entre les pays se sont creusés jusqu'à la mi-juillet 2021, date après laquelle la tendance

divergente a commencé à s'infléchir (figure 14.a). Une accélération du taux de vaccination dans la plupart des pays au cours des premières semaines d'avril, de mai et de juin 2021 a légèrement réduit les disparités entre les États membres.

Au 10 août 2021, le nombre moyen de nouvelles vaccinations enregistrées quotidiennement au niveau de l'UE était d'environ 4 600 par million de personnes, avec une baisse constante depuis le 9 juin, date à laquelle elles avaient atteint leur pic à 8 700

Figure 14: COVID-19: nouvelles vaccinations quotidiennes, 28 décembre 2020-10 août 2021



Remarque: données lissées présentées sous la forme de moyenne mobile sur sept jours. Au 10 août, les dernières données disponibles ont été utilisées pour HU: 1er août, et NL: 8 août.

Source: Mathieu et al (2021); calculs des auteurs

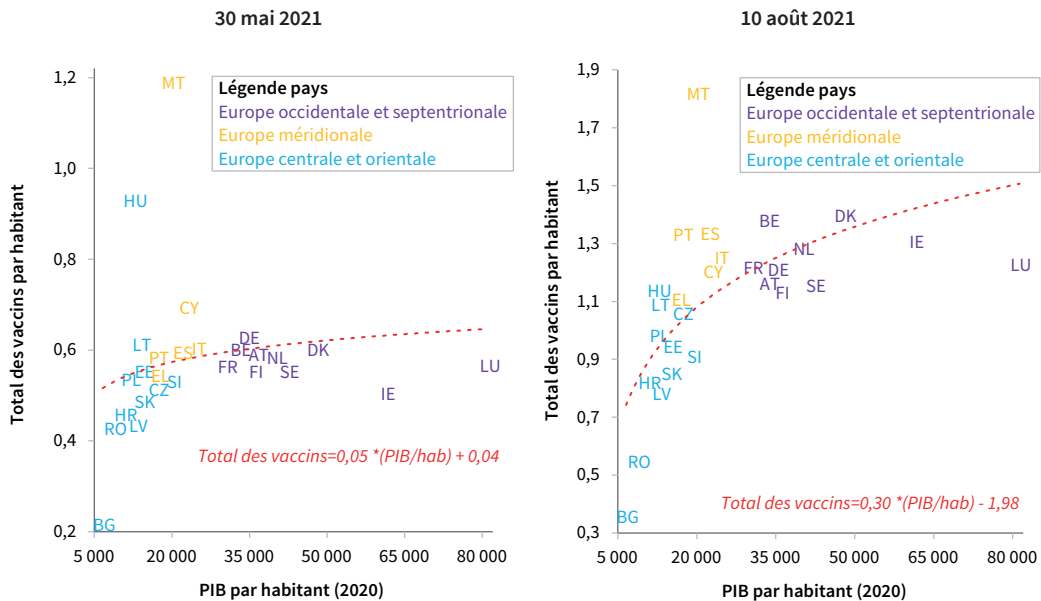
par million de personnes. De nombreux facteurs, liés à la géographie d'un pays, à sa population et à ses systèmes de santé, ont une incidence sur l'administration des vaccins. C'est à Malte, pays à faible population et géographiquement compact, que le plus de doses ont été administrées (figure 14.b). À l'opposé, en Roumanie et en Bulgarie, la réticence à la vaccination a limité le nombre de doses à, respectivement, moins de 700 et 1 400 par million d'habitants à la date du 10 août.

Même avant la pandémie, les taux de vaccination contre d'autres infections variaient considérablement d'un État membre à l'autre, en fonction du budget d'un pays, de ses infrastructures, des choix publics, de la situation socioéconomique, de la confiance dans les professionnels de la santé et d'autres facteurs (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2018). De manière générale, les pays riches devraient être mieux préparés lors d'une pandémie importante de maladie infectieuse. En 2019, l'indice mondial de sécurité sanitaire a évalué les systèmes de santé du monde entier quant à leur état de

préparation en cas de pandémie. Dans le classement de l'UE, sept des dix pays les mieux préparés se situaient en Europe occidentale et septentrionale, tandis que les États membres d'Europe centrale et orientale étaient à la traîne.

Lors de la pandémie de COVID-19, le PIB ne s'est pas avéré être un facteur important ayant une incidence sur les campagnes de vaccination au cours des premiers mois de 2021. La figure 15.a montre qu'au 30 mai 2021, les pays les plus riches avaient administré presque le même nombre de doses que les États membres dont le PIB par habitant était plus faible. Toutefois, au 10 août 2021, les écarts entre les pays de l'Europe orientale et occidentale se sont creusés, entravant le processus de rattrapage (figure 15.b). Ces évolutions sont très probablement liées à l'incidence plus élevée de la réticence à la vaccination en Europe centrale et orientale, comme le montrent l'enquête Eurofound réalisée en avril 2021 (Eurofound, 2021b) et l'enquête Eurobaromètre Flash réalisée fin mai 2021 (Commission européenne, 2021).

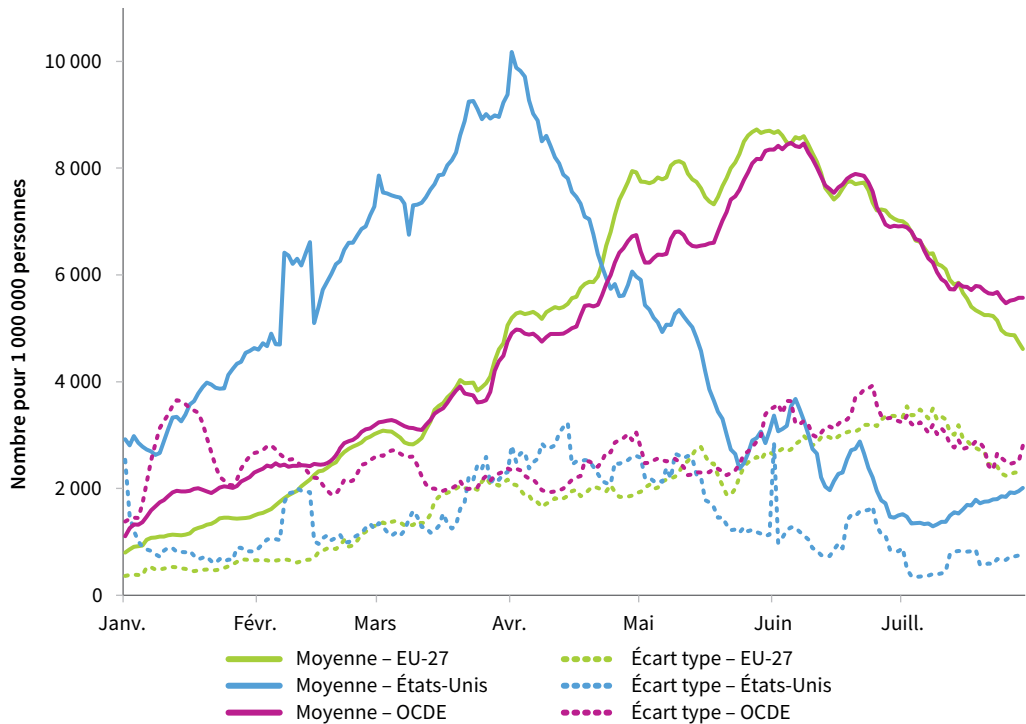
Figure 15: COVID-19: total des vaccins administrés par PIB par habitant (en euros), EU-27, 30 mai et 10 août 2021



Remarque: au 30 mai, les dernières données disponibles ont été utilisées pour EL, FI et LU: 29 mai; au 10 août, les dernières données disponibles ont été utilisées pour HU: 1er août, et NL: 8 août. Le coefficient de régression du PIB par habitant pour le 10 août est statistiquement significatif au niveau de 0,1 %.

Source: Mathieu et al (2021) et Eurostat; calculs des auteurs

Figure 16: COVID-19: nouvelles vaccinations quotidiennes dans l'EU-27, aux États-Unis et les pays de l'OCDE, 13 janvier 2021–10 août 2021



Remarque: données lissées présentées sous la forme de moyenne mobile sur sept jours. Au 10 août, les dernières données disponibles ont été utilisées pour la Hongrie: 1er août, Islande: 6 août, Chili et Pays-Bas: 8 août, Colombie: 9 août.

Source: Mathieu et al (2021); calculs des auteurs

La preuve que l'UE a réussi à fournir des vaccins à ses États membres de manière relativement uniforme (malgré les problèmes d'approvisionnement du début) est également visible lors de la comparaison des campagnes de vaccination avec celles des États-Unis et des pays de l'OCDE. Une telle comparaison doit toutefois tenir compte de plusieurs facteurs politiques et économiques. Par exemple, les États-Unis ont un gouvernement fédéral avec un budget centralisé, ce qui leur permet d'agir plus rapidement et de manière coordonnée. Dans l'UE, de nombreuses décisions relatives à la santé sont prises au niveau des États membres, ce qui a ralenti les négociations et l'accord sur l'achat partagé de vaccins. Qui plus est, l'UE a exporté une plus grande proportion de ses vaccins contre le coronavirus produits en Europe (devenant ainsi le premier fournisseur mondial de doses), tandis que les États-Unis ont privilégié la livraison de vaccins sur leur marché intérieur. La comparaison avec

les pays de l'OCDE, bien que difficile étant donné le grand nombre de spécificités nationales, est pertinente pour assurer une comparaison globale avec d'autres nations développées (bien que cinq pays de l'UE ne soient pas membres de l'OCDE).

Comme l'illustre la figure 16, au premier trimestre 2021, l'UE s'est retrouvée derrière les États-Unis en matière de distribution de vaccins contre la COVID-19, avec près d'un tiers des doses quotidiennes administrées par les États-Unis par million de personnes. L'OCDE a également obtenu de meilleurs résultats, principalement grâce à Israël (le leader mondial de la campagne de vaccination), mais aussi au Chili, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Au début du mois de mai, la situation s'est inversée et l'UE est devenue le leader des efforts de vaccination. Cette situation a été provoquée par une baisse significative du taux moyen de vaccination aux États-Unis à partir de la mi-avril. Peu après,

une baisse continue s'est également produite dans l'UE et dans les pays de l'OCDE, tandis que le rythme de vaccination a commencé à s'accélérer aux États-Unis à partir de la deuxième quinzaine de juillet. En ce qui concerne les disparités entre pays, au début de la pandémie, elles étaient beaucoup plus

importantes au sein de l'OCDE, étant donné que ses membres sont répartis sur cinq continents. Au 10 août, les écarts dans l'UE et l'OCDE se situaient à des niveaux comparables. Aux États-Unis, la baisse générale des taux de vaccination a réduit les disparités entre les États du pays.



Indicateurs stratégiques

- La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le fait que l'UE ne disposait pas des outils adéquats pour faire face à la plus grave crise de santé publique qu'elle ait jamais connue. En conséquence, l'UE a jeté les bases d'une Union européenne de la santé pour renforcer sa préparation aux futures crises sanitaires. Afin de faire une différence fondamentale et durable, l'UE doit construire l'Union de la santé sur des éléments significatifs qui offrent un moyen démocratique et scientifique de parvenir à un consensus. Une coordination plus poussée au niveau de l'UE (tout en gardant à l'esprit le principe de subsidiarité) pourrait améliorer la qualité et la résilience des services de santé en Europe, favorisant ainsi la convergence des indicateurs de santé et de soins. La conférence en cours sur l'avenir de l'Europe offre une occasion opportune et bienvenue pour les citoyens de l'UE de s'exprimer sur les priorités de l'Europe en matière de santé, jusqu'à ce que la conférence rende ses conclusions au printemps 2022.
- En 2020, la Commission européenne a adressé aux États membres des recommandations par pays sur le renforcement de la résilience de leurs systèmes de santé. Dans le cadre de son programme de refonte du Semestre européen, la Commission pourrait intégrer des éléments de l'Union européenne de la santé dans ce cycle annuel de coordination des politiques, par exemple en incluant les indicateurs nationaux de santé que les États membres doivent communiquer régulièrement. Les données sur les besoins et les ressources disponibles aux niveaux local et régional pourraient être utilisées pour prendre des décisions plus centralisées en réponse aux urgences sanitaires transfrontières. Elles permettraient également d'évaluer les capacités des États membres en matière de soins de santé dans différents domaines, tels que les pénuries de main-d'œuvre aggravées par le flux asymétrique de personnel hautement qualifié entre les pays de l'UE.
- La crise a plus que jamais mis en évidence les inégalités structurelles en matière de capacités de soins de santé, avec des variations importantes entre les États membres. Selon le socle européen des droits sociaux, toute personne a le droit d'accéder en temps utile à des soins de santé préventifs et curatifs abordables et de qualité. Aux moments critiques de la pandémie, les ressources limitées en matière de soins intensifs ont confronté les professionnels de la santé au dilemme moral de la hiérarchisation des patients à soigner, alors que certaines régions et certains groupes socioéconomiques étaient chroniquement mal desservis.

Le troisième objectif de développement durable des Nations unies vise à assurer une couverture sanitaire universelle et à permettre à tous d'avoir accès à des médicaments et à des vaccins sûrs et efficaces. Pour atteindre cet objectif, il convient d'augmenter les capacités de

soins de santé et de remédier à la fragmentation de la couverture de la population (par exemple, par des services numérisés), afin que personne ne soit laissé pour compte, pendant une crise et à la suite de celle-ci.



Ressources

Toutes les publications d'Eurofound sont disponibles à l'adresse suivante: www.eurofound.europa.eu

Page d'Eurofound sur le thème «Promouvoir la cohésion sociale et la convergence»:

<http://eurofound.link/socialcohesionconvergence>

Page d'Eurofound sur la «COVID-19»: <http://eurofound.link/covid19>

Page d'Eurofound sur les «Soins»: <https://www.eurofound.europa.eu/topic/care>

Eurofound (2013), *Mobility and migration of healthcare workers in central and eastern Europe* (Mobilité et migration des professionnels de la santé en Europe centrale et orientale), Dublin, disponible à l'adresse suivante: <http://eurofound.link/ef1335>

Eurofound (2014), *Access to healthcare in times of crisis* (L'accès aux soins de santé en période de crise), Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, disponible à l'adresse suivante:

<http://eurofound.link/ef1442>

Eurofound (2020), *Long-term care workforce: Employment and working conditions* (Personnels des soins de longue durée: emploi et conditions de travail), Office des publications de l'Union européenne,

Luxembourg, disponible à l'adresse suivante: <http://eurofound.link/ef20028>

Eurofound (2021a), «Protecting access to healthcare during COVID-19 and beyond» (Protéger l'accès aux soins de santé durant la COVID-19 et au-delà), publication de blog, 18 janvier, disponible à l'adresse suivante:

<http://eurofound.link/ef21014>

Eurofound (2021b), *Living, working and COVID-19 (update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year* [Vivre, travailler et COVID-19 (mise à jour avril 2021): la santé mentale et la confiance se dégradent dans l'ensemble de l'UE tandis que la pandémie entame sa deuxième année d'existence], Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, disponible à l'adresse suivante:

<http://eurofound.link/ef21064>

Commission européenne (2020), *Construire une Union européenne de la santé: renforcer la résilience de l'UE face aux menaces transfrontières pour la santé*, COM(2020)724 final, Bruxelles.

Commission européenne (2021), *Flash Eurobarometer 494: Attitudes on vaccination against Covid-19* (Eurobaromètre Flash 494: comportements face à la vaccination contre la COVID-19), Union européenne, Bruxelles.

Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union* (L'organisation et la prestation des services de vaccination dans l'Union européenne), Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague.

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et McKee, M. (2004), *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned? (Réduction du nombre de lits d'hospitalisation: quelles sont les leçons à en tirer?)*, Note d'orientation n° 6, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague.

Parlement européen (2021), *Eurobaromètre: Résilience et reprise: l'opinion publique un an après le début de la pandémie*, Bruxelles.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C. et al (2021), «A global database of COVID-19 vaccinations» (Une base de données mondiale des vaccinations contre la COVID-19), *Nature Human Behaviour*, vol. 5, p. 947–953.

OCDE (2019), *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students* (Tendances récentes en matière de migrations internationales de médecins, d'infirmiers et d'étudiants en médecine), Éditions OCDE, Paris.

Ravaghi, H., Alidoost, S., Mannion, R. et Bélorgeot, V. D. (2020), «Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: A systematic scoping review» (Modèles et méthodes pour déterminer le nombre optimal de lits dans les hôpitaux et les régions: un examen systématique de la portée), *BMC Health Services Research*, vol. 20, n° 186.

Ruktanonchai, N. W., Floyd, J. R., Lai, S., Ruktanonchai, C. W., Sadilek, A., Rente-Lourenco, P. et al (2020), «Assessing the impact of coordinated COVID-19 exit strategies across Europe» (Évaluer l'incidence de stratégies coordonnées de sortie de la crise liée à la COVID-19 en Europe), *Science*, vol. 369, n° 6510, p. 1465–1470.

Schuman, R. (1952), «Notes et documents concernant la Communauté européenne de la Santé», *Notes et Études Documentaires*, n° 1718, La Documentation française, Paris, disponible à l'adresse suivante: http://www.cvce.eu/obj/expose_de_robert_sc_human_a_la_conference_preparatoire_a_la_ommunaute_europeenne_de_la_sante_paris_12_decembre_1952-fr-1fba65da-1ae8-45a4-beb5-e299ed4b4c6c.html

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2006), *Rapport sur la santé dans le monde 2006: travailler ensemble pour la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Codes pays

AT	Autriche	ES	Espagne	LV	Lettonie
BE	Belgique	FI	Finlande	MT	Malte
BG	Bulgarie	FR	France	NL	Pays-Bas
CY	Chypre	HR	Croatie	PL	Pologne
CZ	Tchéquie	HU	Hongrie	PT	Portugal
DE	Allemagne	IE	Irlande	RO	Roumanie
DK	Danemark	IT	Italie	SE	Suède
EE	Estonie	LU	Luxembourg	SI	Slovénie
EL	Grèce	LT	Lituanie	SK	Slovaquie

Comment prendre contact avec l'union européenne?

En personne

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante:

https://europa.eu/european-union/contact_fr

Par téléphone ou courrier électronique

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne.

Vous pouvez prendre contact avec ce service:

– par téléphone:

- via un numéro gratuit: 00 800 6 7 8 9 10 11 (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
- au numéro de standard suivant: +32 22999696;

– par courrier électronique via la page https://europa.eu/european-union/contact_fr

Comment trouver des informations sur l'union européenne?

En ligne

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse https://europa.eu/european-union/index_fr

Publications de l'Union européenne

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes à l'adresse <https://op.europa.eu/fr/publications>. Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local (https://europa.eu/european-union/contact_fr).

Droit de l'Union européenne et documents connexes

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1952 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante:

<http://eur-lex.europa.eu>

Données ouvertes de l'Union européenne

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (<http://data.europa.eu/euodp/fr>) donne accès à des ensembles de données provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.

Les effets de la COVID-19 ont fait remonter la santé publique en tête de l'agenda de la politique sociale de l'UE. Tandis que l'UE oriente ses efforts vers la création d'une Union européenne de la santé pour se prémunir contre de futures crises sanitaires, la présente note d'orientation examine dans quelle mesure l'UE est parvenue à une convergence ascendante sur les plans de la santé et des résultats en matière de soins de santé, ainsi que des dépenses de santé et de la fourniture de soins de santé, avant la pandémie. Elle examine par ailleurs les schémas de convergence en matière d'infections et de décès dus à la COVID-19 et de mesures d'atténuation adoptées par l'UE et les gouvernements nationaux.

Les résultats indiquent que, de 2008 à 2019, la santé des citoyens de l'UE s'est globalement améliorée et que les États membres ont convergé en ce qui concerne les résultats en matière de santé, mais que des disparités dans les dépenses publiques et la prestation de services de santé ont continué de se creuser. Dans ce contexte, la pandémie de COVID-19 a entraîné de nouvelles divergences, le nombre des décès et des infections variant fortement d'un pays à un autre. La note d'orientation révèle qu'une Union européenne de la santé permettrait idéalement non seulement de renforcer la préparation aux crises de l'UE, mais aussi, à terme, de faire converger les indicateurs de santé et de soins de santé de ses États membres.

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound), instituée en 1975, est une agence tripartite de l'Union européenne. Son rôle est de fournir des informations dans le domaine des politiques sociales et liées à l'emploi et au travail en application du règlement (UE) 2019/127.

