

Baromètre BD de la résilience des soins - 2026

Votre système de santé est-il résilient aujourd'hui et pour les générations futures ?

BD



Sommaire

Synthèse 02

Avant-propos 04

Sécurité des patients:
Sécuriser les parcours, les ressources et la résilience des systèmes de santé 06

Bien-être des professionnels de santé:
La plus grande faiblesse structurelle des systèmes de santé 12

L'impact environnemental:
Un levier de résilience 18

Efficience:
Activer les leviers inexploités pour renforcer la résilience 24

Réflexions 30

Profils par pays 32

Annexe 40

BD SYNTHÈSE

53/100

Le score pour les infections associées aux soins s'améliore légèrement dans l'ensemble des pays (53/100 – en hausse par rapport à 51/100 en 2024)

33/100

Le sepsis post-opératoire est l'indicateur de sécurité des patients le moins performant dans l'ensemble des pays (33/100) – la Pologne (80/100) et l'Italie (60/100) obtenant toutefois des résultats particulièrement positifs

56/100

Les scores comparatifs pour toutes les mesures relatives aux équipes soignantes ont baissé en 2026 par rapport à 2024 – y compris le ratio infirmiers/médecins (56/100, soit -5), le nombre de médecins pour 10 000 habitants (-6) et le nombre d'infirmiers et de sages-femmes pour 10 000 habitants (-2)

52/100

L'impact environnemental des systèmes de santé dans l'ensemble des pays, une nouvelle rubrique de cette édition du baromètre, présente des résultats contrastés, avec un score moyen de 52/100. La disponibilité limitée des données au niveau national freine l'évaluation des progrès réalisés sur les principaux indicateurs

42/100

Les scores pour la durée moyenne de séjour à l'hôpital ont progressé de 4 points dans l'ensemble des pays depuis 2024 (42/100 en 2026).

71/100

À l'inverse, les scores d'espérance de vie en bonne santé à la naissance ont reculé de 7 points sur la même période (71/100 en 2026).

Veuillez consulter la page 40 pour la méthodologie de calcul des scores et du classement.

SCORE ÉLEVÉ:

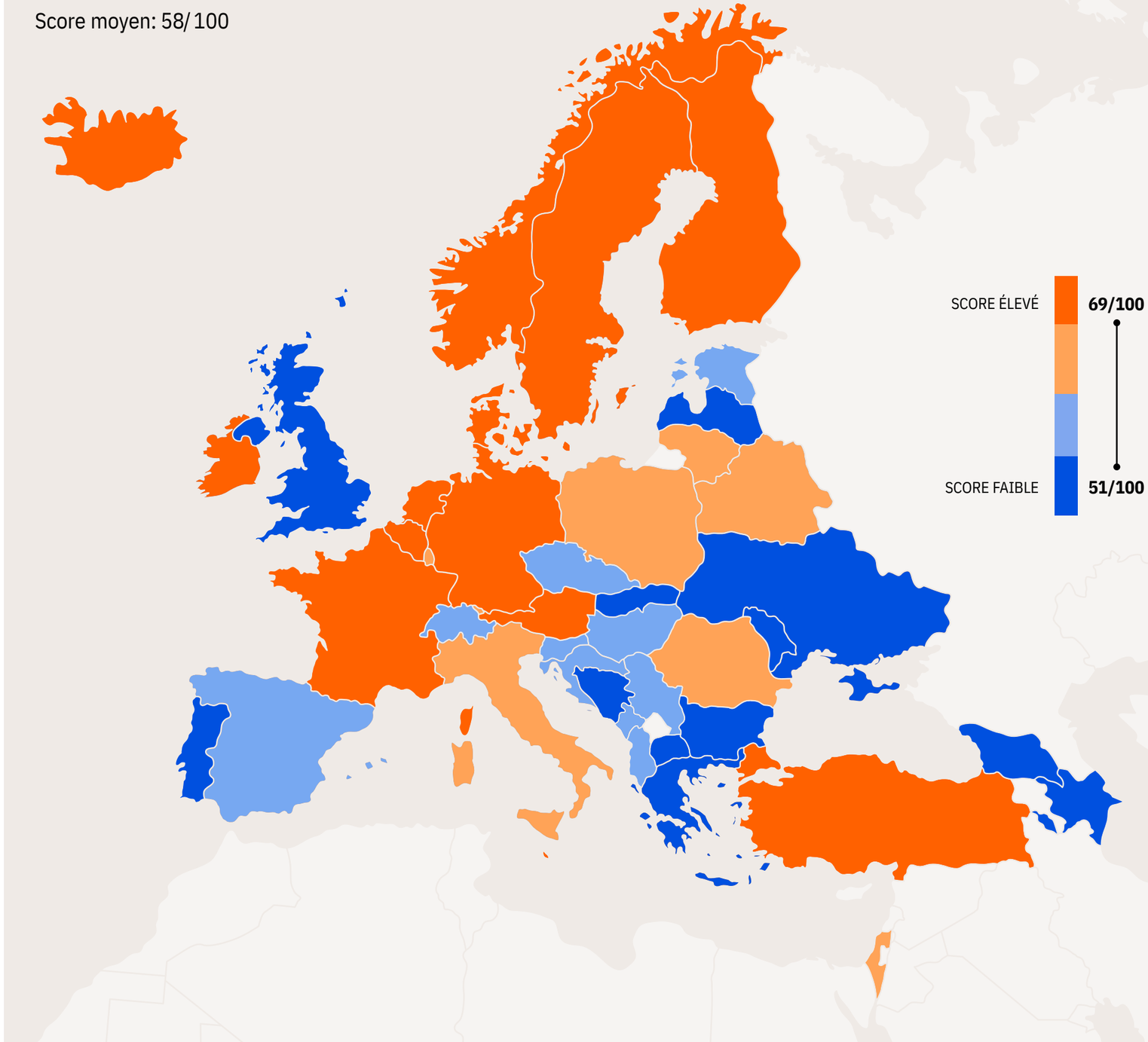
- Norvège**: 69/100**
- Islande: **67/100**
- Danemark: **64/100**
- Finlande: **64/100**
- Turquie: **64/100**

SCORE FAIBLE:

- Lettonie: **53/100**
- Bosnie-Herzégovine: **52/100**
- Macédoine du Nord: **52/100**
- Bulgarie: **51/100**
- Ukraine: **51/100**

Scores globaux

Score moyen: 58/100



AVANT-PROPOS

Les systèmes de santé Européens sont soumis à une pression importante, ce qui rend de plus en plus difficile le maintien de soins sûrs et fiables. Pendant les périodes de forte pression, la capacité des établissements peut être fortement saturée, et même des perturbations mineures peuvent compromettre la résilience du système. Dans ces situations, les risques financiers et opérationnels augmentent fortement. Les dirigeants du secteur de la santé sont désormais confrontés à un impératif critique : renforcer la résilience à l'échelle du système afin de pouvoir garantir la prestation de soins sûrs et de haute qualité et améliorer la capacité du système à absorber les chocs de la demande, qu'il s'agisse de pics hospitaliers hivernaux, d'épidémies ou d'événements climatiques extrêmes.



Les résultats de cette année montrent que la résilience se renforce dans certains domaines, mais pas au rythme requis.

BD a créé le Baromètre de la résilience des soins pour comprendre ce qui favorise ou menace la résilience et la durabilité des systèmes de santé à travers le monde à une époque de pressions concurrentes. Dans cette édition du Baromètre de la résilience des soins, nous avons introduit un nouveau groupe d'indicateurs : la durabilité. Dans les versions précédentes du Baromètre, les indicateurs de durabilité étaient inclus dans les scores d'efficience des pays, mais ce nouveau regroupement met clairement l'accent sur la durabilité environnementale en tant que pilier central de la résilience du système de santé.

Notre objectif est de fournir une vision cohérente et comparable de la résilience des systèmes de santé, en mettant l'accent sur la sécurité des patients, le bien-être des professionnels de santé, l'efficience et la durabilité des soins, tout en mettant en évidence les domaines dans lesquels les actions entreprises pourraient avoir le plus d'impact.

En travaillant en étroite collaboration avec les systèmes de santé, nous constatons à la fois l'engagement des équipes cliniques et les obstacles opérationnels qui les freinent. Ce Baromètre reflète ces réalités et vise à accompagner les décideurs dans leur gestion de ces défis, grâce à une analyse enrichie par les points de vue de leaders d'opinion qui apportent des éclairages de terrain sur les risques émergents, les opportunités et les bonnes pratiques.

Les résultats de cette année montrent que la résilience se renforce dans certains domaines, mais pas au rythme requis. Les indicateurs de sécurité des patients continuent de montrer des vulnérabilités, en particulier dans le contrôle des infections et du sepsis. Les tensions sur l'attractivité et la rétention des professionnels de santé s'aggravent, avec moins de cliniciens disponibles et beaucoup d'entre eux approchant de l'âge de la retraite. Les gains d'efficacité restent isolés et insuffisants pour répondre à la demande croissante, et les performances des pays en matière de durabilité environnementale varient considérablement. Des chaînes d'approvisionnement plus robustes, moins de complications évitables et une réduction des déchets contribuent à rendre les soins plus prévisibles et à diminuer les risques opérationnels.

Le Baromètre montre également que la résilience se construit par des actions pratiques et quotidiennes. **Trois actions prioritaires se dégagent:**

Ce sont des mesures concrètes que les décideurs peuvent commencer à appliquer dès maintenant, et chacune renforce le système dans son ensemble lorsque les pressions augmentent.

1. Réduire les événements indésirables évitables

Cela permet de protéger la qualité des soins, libérer des ressources et réduire les réadmissions.

2. Repenser le travail

De meilleurs rôles, des tâches plus claires et des flux de travail plus intelligents peuvent protéger les professionnels de santé et aider les équipes à consacrer plus de temps à des soins significatifs aux patients.

3. Supprimer les obstacles tout au long des parcours

Des transmissions fluides, des procédures d'escalade fiables et des flux de données intégrés peuvent améliorer la fluidité des parcours de soins, ce qui peut améliorer l'expérience des patients et réduire les coûts évitables.

Ce sont des mesures concrètes que les décideurs peuvent commencer à appliquer dès maintenant, et chacune renforce le système dans son ensemble lorsque les pressions augmentent.

La méthodologie de cette analyse est transparente et fondée sur des indicateurs reconnus au niveau international. Malgré certaines lacunes dans les données, les tendances sont claires : les pays doivent accélérer leurs efforts pour construire des systèmes résistants aux chocs et soutenir leurs professionnels de santé. BD continuera d'affiner le Baromètre, d'enrichir ses indicateurs et de travailler avec ses partenaires afin qu'il demeure un outil à la fois pratique et crédible.

L'ambition de cette édition du Baromètre est d'offrir une vision claire de l'état actuel de la résilience des systèmes de santé et de montrer comment une action collective peut la renforcer dans les années à venir.

Méthodologie

L'édition 2026 du Baromètre BD de la résilience des soins classe la résilience des systèmes de santé dans 42 pays à travers quatre piliers fondamentaux : la sécurité des patients, le bien-être des professionnels de santé, l'efficience et la durabilité environnementale.

Comme les points de données originaux sur lesquels repose le Baromètre sont définis sur des échelles et des mesures différentes, un système de notation de 0 à 100 a été créé pour classer et interpréter les données provenant des diverses sources de manière standardisée.

Selon ce système unifié, 100/100 est le meilleur score possible pour tous les indicateurs. Un score plus élevé est toujours synonyme de meilleure performance, car il reflète un niveau plus élevé de résilience du système de santé du pays concerné.

Des travaux de recherche primaire ont également été menés pour compléter ces résultats. Cela comprend une série d'entretiens approfondis avec des leaders d'opinion clés dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale. Veuillez noter que le contenu de chaque entretien reflète le point de vue de la partie prenante concernée sur les sujets abordés et ne représente pas nécessairement la position de l'organisation qu'elle représente ni celle de BD.

Veuillez vous référer à l'annexe de ce rapport pour une explication détaillée des mesures individuelles, de la manière dont les scores ont été créés, ainsi qu'une liste complète des parties prenantes consultées.

Tout au long du rapport, nous comparons les résultats de cette année aux données de l'édition 2024 du Baromètre. Ces données de 2024 peuvent être consultées à l'adresse suivante : **https://lp.bd.com/barometre-de-la-resilience-des-soins-2024.html**

Sécurité des patients:

Sécuriser les parcours, les capacités et la résilience du système

En bref

Les performances en matière de sécurité des patients restent stables. Cette mesure agrégée englobe des indicateurs allant des infections au sepsis en passant par la couverture santé, et permet de mettre en évidence à la fois les défaillances en matière de sécurité des patients et les vulnérabilités plus larges des systèmes de santé. Le score moyen de l'ensemble des pays est de 58/100. Avec la Norvège et l'Islande en tête avec 73, et la Slovénie comme la Grèce avec 40, les progrès sont inégaux et fragiles.

La prévalence des infections associées aux soins montre une légère amélioration dans l'ensemble des pays. La moyenne de l'ensemble des pays s'est légèrement améliorée (passant de 51/100 en 2024 à 53/100 en 2026), les progrès les plus notables étant observés en Italie, en Irlande et en Espagne.

L'incidence du sepsis expose la vulnérabilité du système. La plupart des pays se situent dans une fourchette de scores relativement resserrée, avec une moyenne de 42/100. Les scores sont en baisse dans l'ensemble des pays depuis 2024, y compris dans des pays tels que l'Italie et le Royaume-Uni.

Le sepsis post-opératoire obtient un score inquiétant, avec une moyenne de l'ensemble des pays de 33/100 et des lacunes notables dans les données de plusieurs pays. Cet indicateur, ajouté dans cette édition du Baromètre afin de mieux rendre compte d'un facteur critique et évitable de préjudice pour les patients, de coûts pour les systèmes de santé et de pression sur les ressources, met en évidence les performances relativement élevées de la Pologne (80/100) et de l'Italie (60/100). Cela met en évidence des opportunités en matière de sécurité périopératoire et de contrôle des infections.

La couverture sanitaire universelle est en recul dans un certain nombre de systèmes de santé de pays performants. L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suède ont tous reculé par rapport à 2024, et la moyenne de l'ensemble des pays est passée de 76/100 à 74/100.

La transparence des données est un problème. Plusieurs pays ne disposent pas de données publiées sur les infections du site opératoire et le sepsis post-opératoire, ce qui limite l'analyse comparative et ralentit les cycles d'amélioration.

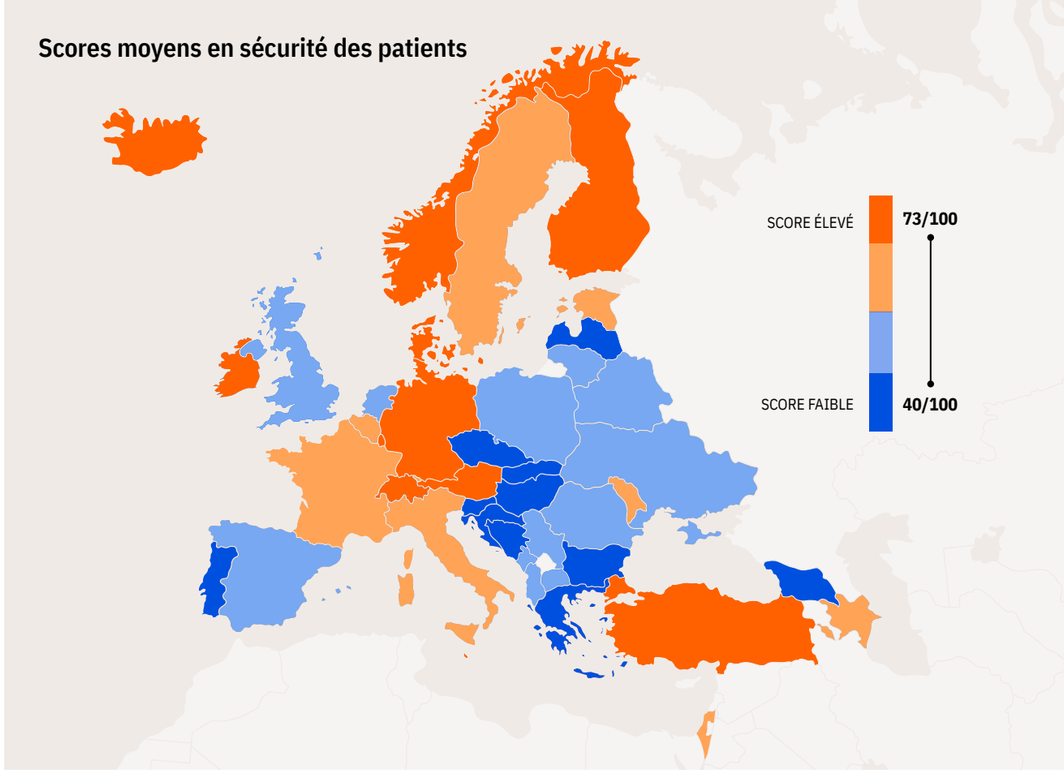
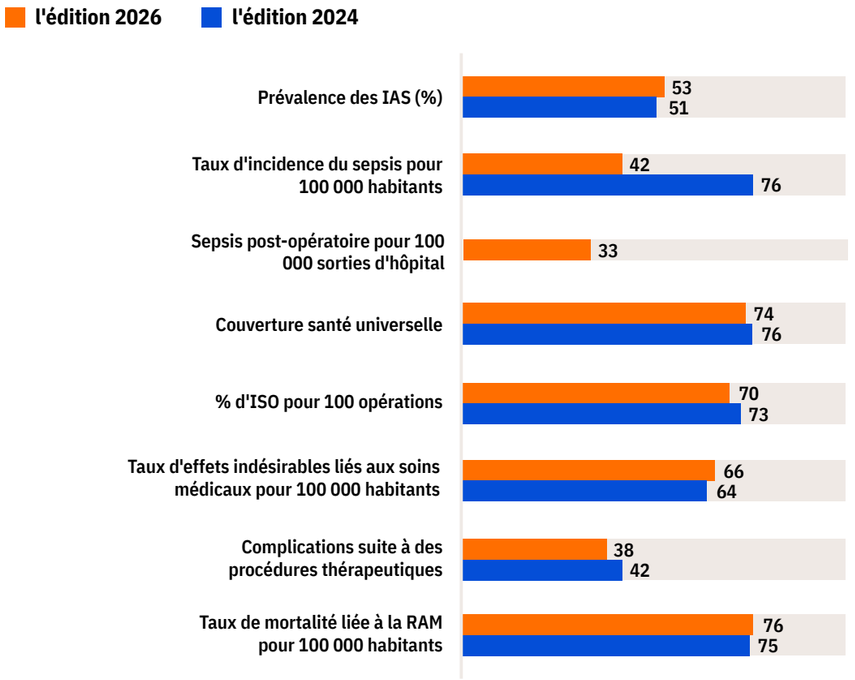


Figure 1: Scores moyens de la sécurité des patients par indicateur et par pays (scores sur 100)



Note : Les valeurs présentées dans ces graphiques ne correspondent pas à des taux ou indicateurs bruts. Elles sont interprétées selon la méthodologie du Baromètre afin de calculer un score de résilience. Pour en savoir plus, consultez l'annexe « Système de notation du Baromètre ».

Des soins de qualité reposent sur la sécurité des patients et contribuent à préserver les capacités du système de santé.

Chaque patient entre à l'hôpital avec une attente simple et fondamentale : que les soins qu'il reçoit soient sûrs, fiables et axés sur son rétablissement, et non compromis par des dommages évitables. Des soins de qualité reposent sur la sécurité des patients et contribuent à préserver les capacités du système de santé.



La réduction des infections associées aux soins (IAS) raccourcit les séjours et améliore le flux des patients, augmentant le nombre de journées d'hospitalisation disponibles pour réduire le nombre de patients en attente de soins[1].

Le Baromètre de cette année montre un déclin principalement dû aux indicateurs de sepsis, avec un score de sécurité global de 58/100, en baisse par rapport au 62/100 de 2024[2].

« Même de petits échecs en matière de sécurité se transforment rapidement en problèmes de capacité, car les complications mobilisent souvent un lit pendant deux à trois semaines supplémentaires. Cela a des répercussions considérables sur l'ensemble du système. »



Prof. Dr Dirk de Ridder
Directeur de la Qualité et Chef de l'Institut pour la politique de santé, UZ Leuven, Belgique

Infections associées aux soins (IAS)

Le score pour les IAS s'est légèrement amélioré (passant de 51/100 en 2024 à 53/100 en 2026), notamment en Italie, en Irlande et en Espagne. Les responsables de première ligne décrivent cela comme un progrès réel mais fragile.

Le Dr Rafael Bengoa, chercheur principal à l'Université de Harvard et ancien directeur des systèmes de santé à l'OMS, note que des outils d'amélioration existent, mais que « *les cliniciens n'ont pas le temps de diffuser les bonnes pratiques* », si bien que les progrès restent cantonnés au niveau local. Le Dr Matthias Gründling, responsable du dialogue sur le sepsis au centre hospitalier universitaire de Greifswald, ajoute que le contrôle des infections est limité par la lenteur de la transformation à l'échelle du système.

« Les systèmes devraient alerter les cliniciens lorsque les paramètres clés des directives ne sont pas respectés. Lier directement les directives aux flux de travail numériques pourrait améliorer considérablement la sécurité des patients. »



Dr Matthias Gründling
Responsable du dialogue sur le sepsis au centre hospitalier universitaire de Greifswald, Allemagne

Infections du site opératoire

Les infections du site opératoire (ISO) surviennent dans 0,6 à 9,6 % des interventions en Europe[3].

Cela se reflète dans le score de performance des ISO qui reste relativement élevé à 70/100, bien qu'en légère baisse par rapport au 73/100 de 2024, et le manque de données dans plusieurs pays limite les possibilités de comparaison et d'apprentissage. Ces lacunes menacent la résilience, car les systèmes ne peuvent pas identifier ou traiter les variations.

« L'amélioration dans n'importe quel domaine dépend de la capacité du personnel à disposer des outils et de la possibilité de mener à bien des projets au fur et à mesure de leur progression, ce qui repose sur une mesure cohérente et la transparence. »



Dr Rafael Bengoa
Chercheur principal, Université de Harvard ; ancien directeur des systèmes de santé, OMS, Espagne



1. Stewart S., et al. Impact of healthcare-associated infection on length of stay. Journal of Hospital Infection. 2021. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.02.026
2. Remarque : la liste complète des indicateurs de sécurité des patients utilisés en 2026 n'est pas directement comparable à celle utilisée en 2024 ; les changements dans les scores globaux doivent donc être interprétés avec prudence.
3. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Healthcare-associated infections: surgical site infections. Annual epidemiological report for 2021–2022. Stockholm : ECDC ; 2025.

Sepsis et sepsis post-opératoire

Chaque minute, plus d'une personne meurt du sepsis en Europe et les trois quarts des 2,8 millions de survivants touchés souffrent de séquelles à long terme[4]. L'incidence du sepsis obtient un score moyen de 42/100, le déclin reflétant potentiellement une meilleure surveillance plutôt qu'une détérioration des soins. Le sepsis post-opératoire affiche un score encore plus bas, à 33/100. Le score plus élevé de la Pologne (80/100) montre ce qui est possible, mais une fiabilité périopératoire incohérente et des transitions de soins sous-optimales continuent d'entraîner des variations.

« Bien que les soins intensifs chirurgicaux aient fait des progrès majeurs, il existe encore un énorme potentiel pour améliorer la sécurité des patients, en particulier dans le traitement du sepsis. »



Dr Matthias Gründling

Responsable du dialogue sur le sepsis, centre hospitalier universitaire de Greifswald, Allemagne

Couverture sanitaire universelle (CSU)

La sécurité des patients et la qualité des soins sont reconnues comme faisant partie intégrante d'un système de CSU performant[5]. Le score du Baromètre pour la CSU est passé de 76/100 en 2024 à 74/100 en 2026, ce que le Dr Rafael Bengoa lie à la fragmentation et aux lacunes dans les soins primaires et sociaux qui poussent les complications évitables vers les hôpitaux. Les pressions sur le personnel aggravent cette situation, le Dr Anders Ahlsson, directeur des services de santé et médicaux de la région de Stockholm, notant que la charge administrative réduit le temps consacré à l'observation directe des patients. Alexandra Hammond, directrice associée du Net Zéro et des achats durables au NHS England, souligne également qu'une sécurité des patients renforcée apporte des avantages en matière de durabilité.

« La réduction du temps passé au chevet du patient affecte directement la fiabilité de la détection précoce et de la prévention des infections. »



Prof. Dr Anders Ahlsson

Directeur des services de santé et médicaux, région de Stockholm, Suède

« Éviter les préjudices évitables réduit les complications, le gaspillage et l'activité clinique inutile, soutenant à la fois les objectifs environnementaux et la capacité opérationnelle. »



Alexandra Hammond

Directrice associée du Net Zéro et des achats durables, NHS England, Royaume-Uni



Résumé des implications et perspectives

Dans l'ensemble, certains pays montrent des améliorations notables en matière de sécurité des patients entre 2024 et 2026 – notamment Malte (+14), la Belgique (+7), l'Irlande (+9), l'Allemagne (+4) et le Luxembourg (+6) – mais les progrès à l'échelle du système restent limités. Les risques d'infection restent élevés, comme le montre la baisse des scores de sepsis, ce qui peut indiquer comment des complications plus larges peuvent prolonger les séjours et accroître la pression sur les soins intensifs. Les responsables cliniques interrogés pour ce rapport attribuent ces faiblesses aux pénuries de personnels de santé, à la diversité des profils de compétences et au manque d'intégration des parcours de soins.

Il existe une réelle marge de progression, sachant qu'environ la moitié des événements liés à la sécurité des patients sont considérés comme évitables[6]. Les dommages évitables sont rarement causés par une seule erreur. Réduire les dommages évitables nécessite une compréhension des risques et des défis de fiabilité au sein de systèmes de soins complexes fonctionnant sous une pression constante.

Lorsque les systèmes de santé manquent de personnel, la cohérence des soins diminue et la sécurité des patients est mise en péril[7]. Nos données suggèrent que la prévention et le contrôle des infections constituent un facteur de risque permanent pour les systèmes de santé. Les systèmes pourraient envisager des initiatives telles que des équipes dédiées à la prévention des infections, un soutien renforcé pour la reconnaissance précoce de la détérioration via des systèmes d'alerte précoce améliorés, des transitions de soins plus sûres et des données plus complètes pour favoriser l'apprentissage. Réduire les lacunes et la mauvaise coordination plus tôt dans le parcours de soins est également essentiel pour éviter que les hôpitaux n'aient à gérer des épisodes d'urgence évitables.

À l'avenir, réduire les dommages évitables pourrait également avoir des effets bénéfiques sur l'environnement en limitant les émissions et les déchets inutiles. Des indicateurs cohérents, de meilleures conditions de travail, des transmissions plus fluides et une redéfinition réfléchie des rôles du personnel pourraient favoriser ces progrès.

4. European Sepsis Alliance. European sepsis report [Internet]. Bruxelles : European Sepsis Alliance ; 2023. Disponible sur : https://www.europeansepsisalliance.org/europeansepsisreport. Consulté le 21 mai 2026.
5. Organisation mondiale de la Santé. Universal health coverage and patient safety & quality: understanding the central role of patient safety and quality in UHC. Genève : OMS ; 2014.
6. Organisation mondiale de la Santé ; Organisation de coopération et de développement économiques. 10 facts on patient safety. Genève : OMS ; 2019.
7. Ball J.E., et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies. 2018;78:10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.

Professionnels de santé:

La plus grande faiblesse structurelle des systèmes de santé

En bref

Le score moyen global de l'indicateur du bien-être des professionnels de santé, couvrant tous les indicateurs liés au personnel dans cette édition du Baromètre, est de 56/100, en baisse par rapport au 62/100 de 2024.[8]

Le vieillissement du personnel constitue un risque structurel majeur pour la capacité des systèmes de santé à répondre à la demande de soins et à garantir la sécurité des patients. Si l'on considère les médecins et les personnels infirmiers âgés de 55 ans ou plus – un indicateur élargi par rapport à l'édition précédente, qui ne portait que sur les personnels infirmiers de 55 ans ou plus –, l'ensemble des pays n'obtient qu'un score moyen de 44/100. Ce résultat confirme que le continent est proche d'une vague massive de départs à la retraite, sans disposer d'un nombre suffisant de diplômés pour remplacer les personnels qui quittent la profession.

La disponibilité des médecins se détériore. La moyenne de l'ensemble des pays du ratio médecins/patients est passée de 56/100 en 2024 à 50/100, avec des baisses marquées en Suède et d'autres reculs dans des pays comme le Danemark, l'Irlande, la Suisse et la France.

Les scores de disponibilité du personnel infirmier sont également en baisse (77/100 contre 79/100 en 2024). La Belgique, la France, l'Allemagne et la Suède figurent parmi les pays ayant légèrement reculé dans cette édition du Baromètre.

Par ailleurs, l'indicateur du ratio infirmiers/médecins a également chuté (56/100 contre 61/100 en 2024), notamment en Allemagne, en Pologne et en Italie. Cela signale une fragilité croissante des équipes de première ligne.

Les nouveaux diplômés ne suivent pas le rythme. Ce nouvel indicateur, qui évalue le nouvel apport de professionnels de santé sur le marché du travail, a révélé que seuls la France et l'Allemagne obtiennent des scores maximaux en matière de diplômés, tandis que beaucoup d'autres se situent bien en dessous du niveau nécessaire pour compenser les départs.

8. Note : la liste complète des indicateurs relatif au personnel de santé utilisés en 2026 n'est pas directement comparable à ceux utilisés en 2024, les changements dans le score global doivent donc être interprétés avec prudence

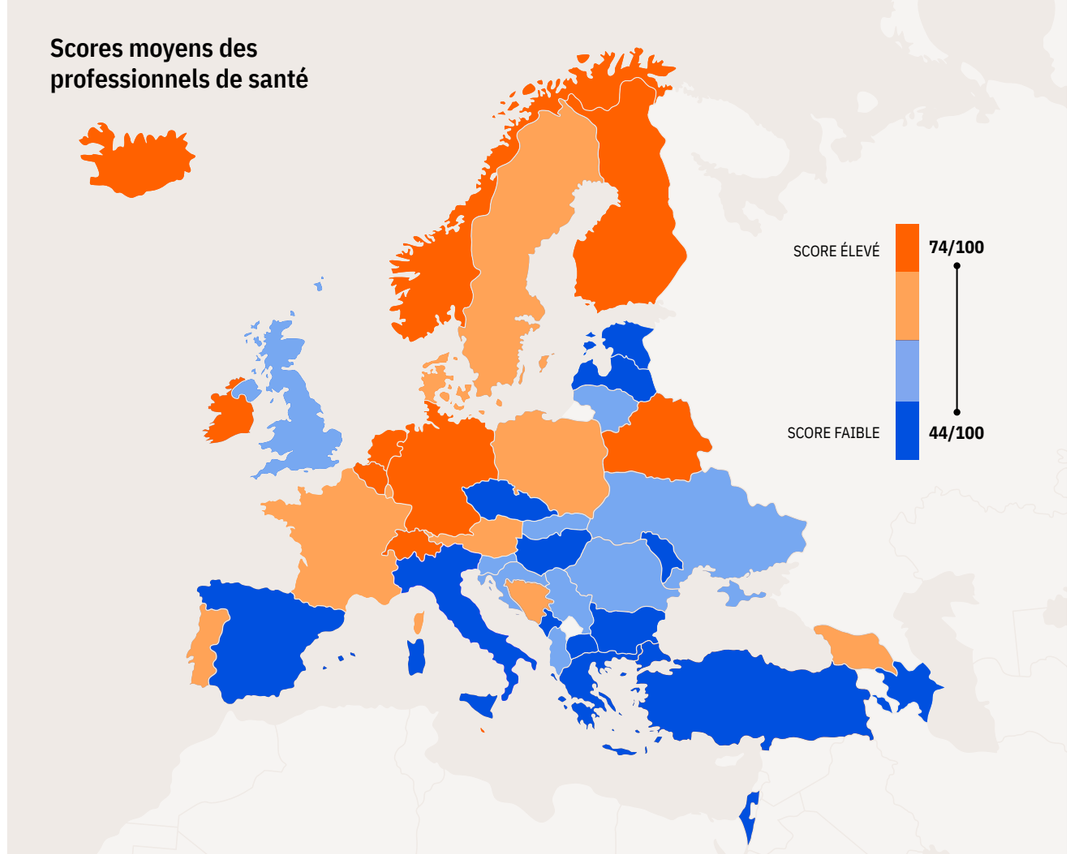
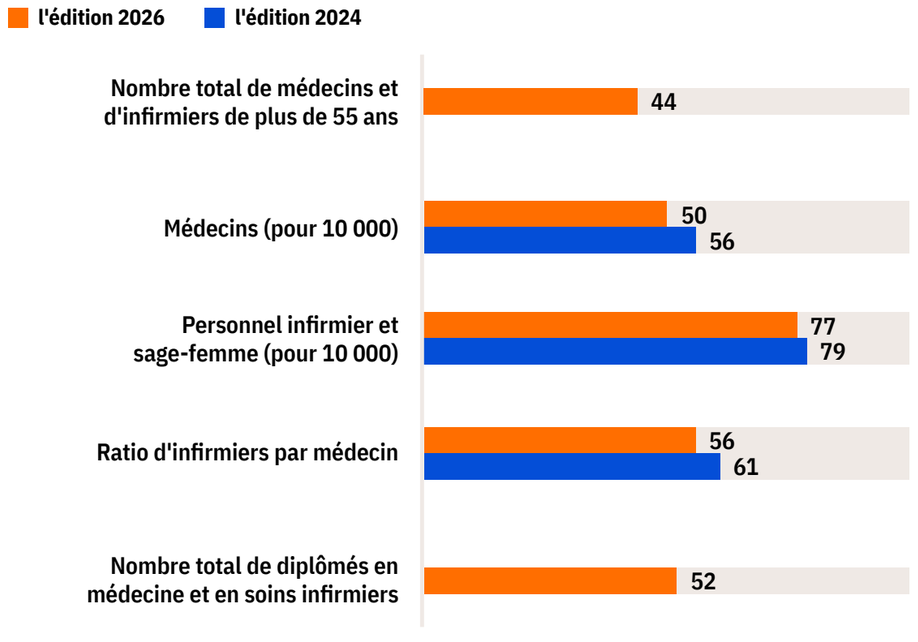


Figure 2: Scores moyens des professionnels de santé par indicateur et par pays (scores sur 100)



Note : Les valeurs présentées dans ces graphiques ne correspondent pas à des taux ou indicateurs bruts. Elles sont interprétées selon la méthodologie du Baromètre afin de calculer un score de résilience. Pour en savoir plus, consultez l'annexe « Système de notation du Baromètre ».

La résilience du personnel est le fondement de la résilience du système.

Lorsque les effectifs sont insuffisants ou mal déployés, la qualité et la sécurité peuvent être plus difficiles à maintenir. Le Baromètre de cette année montre que le personnel est mis à rude épreuve non seulement par la demande croissante, mais aussi par un déséquilibre structurel.



Médecins (pour 10 000 habitants)

La baisse du nombre de médecins par habitant est un signe avant-coureur lié au vieillissement du personnel, aux problèmes de rétention et à la lenteur des processus de formation. La moyenne de l'ensemble des pays est passée de 56/100 en 2024 à 50/100, avec des baisses notables en Suède et de nouveaux reculs au Danemark, en Irlande, en Suisse et en France.

Dans certains systèmes de santé, les départs à la retraite dépassent désormais de plus en plus souvent l'arrivée de nouveaux diplômés, créant un déficit de personnels de santé[9]. De nombreux pays comptent sur des cliniciens formés à l'étranger pour combler les lacunes, une solution à court terme qui ajoute de la fragilité et contribue aux tensions ailleurs[10].

9. Ellen Kuhlmann. The health workforce crisis in the European Union. 2025.
10. OMS. Healthcare workforce migration in the WHO European Region: country case studies from Albania, Armenia, Georgia, Ireland, Malta, Norway, Republic of Moldova, Romania and Tajikistan. 2025.

Ratio d'infirmiers par médecin

Le ratio infirmiers/médecins a également chuté, passant de 61/100 en 2024 à 56/100. Des systèmes majeurs, comme l'Allemagne, la Pologne et l'Italie, sont en recul, ce qui souligne la pression sur la composition des équipes et la répartition des compétences. Le professeur Dirk De Ridder note que l'optimisation ne consiste pas seulement à jouer sur les chiffres, mais à s'assurer que les bonnes qualifications sont disponibles là où et quand elles sont nécessaires.

« Nous avons eu des incidents où nous n'avons pas détecté une détérioration parce que la personne présente n'avait pas les qualifications requises. »



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur de la Qualité et Chef de l'Institut pour la politique de santé, UZ Leuven, Belgique

Nombre de médecins et d'infirmiers âgés de 55 ans et plus

Le vieillissement du personnel illustre davantage la fragilité du système, reflétant une tendance plus large : plus d'un tiers des médecins et environ un quart des infirmiers dans l'UE sont âgés de plus de 55 ans et devraient prendre leur retraite dans les années à venir[11]. Pour cette raison, l'ensemble des pays n'obtient qu'une moyenne de 44/100 sur cet indicateur.

De nombreux pays sont confrontés à un risque élevé car l'éligibilité à la retraite s'accélère après 60 ans, entraînant des vagues concentrées de départs. Sans mesures de rétention ciblées ou redéfinition des rôles, le profil d'âge actuel et les taux d'entrée des diplômés risquent de laisser de nombreux systèmes avec une perte nette de capacité clinique dans les années à venir, affaiblissant la résilience tant du personnel que du système dans son ensemble.

Diplômés en médecine et en soins infirmiers

Le nombre de nouveaux diplômés ne suit pas le rythme de ces pertes imminentes. Bien que la France et l'Allemagne obtiennent de bons résultats, la plupart des pays se situent bien en dessous de ce qui est nécessaire pour répondre à la demande croissante de soins et remplacer la capacité d'un personnel vieillissant. Compte tenu des longs délais nécessaires pour développer la formation, les évaluations internationales soulignent que la rétention et l'amélioration des conditions de travail sont les leviers à court terme les plus efficaces pour stabiliser les effectifs[12].

Les nouvelles générations de professionnels de santé qui entrent sur le marché du travail apportent également de nouvelles perspectives sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les objectifs de carrière et les approches des soins aux patients. Comprendre ces différences et construire des approches constructives pour accompagner des équipes intergénérationnelles est essentiel afin de fidéliser les nouveaux diplômés[13,14].



11. OCDE et Commission européenne, Health at a Glance: Europe 2024, 2024
12. OCDE (2016). Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places
13. Pawlak et al. Generational differences in nurse stress and coping strategies in relation to perceived patient safety: a cross-sectional study. 2025. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100385
14. Pietrantonio et al., Age diversity management in healthcare: leveraging generational differences with an inclusive approach. 2025. https://doi.org/10.4081/itjm.2025.2074

Résoudre les défis du personnel

Il n'existe pas de solution unique aux problèmes des effectifs des systèmes de santé. Parmi les mesures susceptibles de favoriser les progrès figurent un meilleur accompagnement des personnels, une plus grande souplesse dans le déploiement des effectifs et l'amélioration des conditions de travail, qu'il s'agisse de garantir des effectifs suffisants, une charge de travail soutenable, la sécurité physique ou encore un soutien psychosocial.

Une étude de 2026 montre qu'une proportion notable de professionnels de santé se sentent fréquemment épuisés (40 %), mentalement détachés (25 %) ou éprouvent des difficultés cognitives au travail (23 %)[15].

Pour attirer et fidéliser les talents, le Dr Anders Ahlsson exhorte les décideurs à analyser les réalités du travail quotidien et à réduire la charge administrative, qui mobilise inutilement le temps, l'énergie et la productivité des personnels. De son côté, Sonya Carassik Ratty, directrice générale d'Adapt & Live, exhorte les systèmes à fournir un soutien par les pairs, un accès aux services de santé mentale et un mentorat pour les professionnels de santé.

« Pour la personne qui travaille seule dans le service, ce n'est pas un bon environnement de travail. L'empilement des tâches administratives et les contraintes liées aux outils numériques réduisent le temps passé au chevet des patients et nuisent à la fidélisation des personnels. »



Prof. Dr Anders Ahlsson

Directeur des services de santé et médicaux, Région de Stockholm, Suède

« L'un des plus grands défis auquel notre personnel est confronté aujourd'hui est l'érosion de la résilience en l'absence d'un soutien significatif. »



Sonya Carassik Ratty

Directrice générale, Adapt & Live, Royaume- Uni

Le professeur Dirk De Ridder décrit le transfert des procédures appropriées vers les soins de jour pour libérer des lits (à condition que les soins primaires puissent recevoir les patients plus tôt) et la redéfinition des tâches afin que les infirmiers spécialisés ne soient pas absorbés par un travail administratif répétitif qui peut être automatisé ou délégué.

« Prenons le cancer de la prostate, par exemple : après une prostatectomie robotique, 99 % de nos patients rentrent chez eux après seulement 23 heures. Les tâches que nous gérions auparavant pendant un séjour à l'hôpital sont de plus en plus transférées vers les soins de jour, en grande partie parce que le COVID nous a forcés à repenser la façon dont nous prodiguons les soins. »



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur de la Qualité et Chef de l'Institut pour la politique de santé, UZ Leuven, Belgique

Le Dr Rafael Bengoa suggère que la pénurie d'infirmiers n'est pas toujours le problème et qu'une partie de la solution réside dans une plus grande flexibilité et une refonte structurelle de l'endroit où, au sein d'une organisation, les bons ensembles de compétences sont déployés. Amah Kouevi, directeur de l'Institut Français de l'Expérience Patient, décrit comment cela fonctionne en pratique, créant une flexibilité qui renforce la résilience dans différentes parties du système de soins.

« Nous avons besoin de la flexibilité nécessaire pour réorganiser notre personnel, pour permettre aux gens d'assumer différents rôles et pour soutenir l'innovation locale avec le personnel dont nous disposons déjà. »



Dr Rafael Bengoa

Chercheur principal, Université Harvard ; ancien directeur des systèmes de santé à l'OMS, Espagne

« La force de nos systèmes réside dans leur diversité. Les prestataires publics, privés, hospitaliers et communautaires travaillent ensemble pour créer de la souplesse, garantissant que lorsqu'une partie est sous tension, les autres peuvent prendre le relais. »



Amah Kouevi

Directeur, Institut Français de l'Expérience Patient, France

Résumé des implications et perspectives

Dans l'ensemble des pays, certains systèmes de santé s'adaptent, mais les données montrent que les effectifs sont soumis à des tensions structurelles. Les pénuries persistantes et le vieillissement du personnel réduisent l'offre de médecins et d'infirmiers, tandis que les conditions de travail qui limitent le temps consacré aux soins directs accentuent les écarts en matière de sécurité et d'efficience.

La résilience du personnel devient un facteur de plus en plus limitant pour fournir des soins sûrs et de haute qualité. Lorsque les équipes sont en sous-effectif ou instables, avec des intégrations fréquentes, un recours à l'intérim et une méconnaissance des protocoles locaux, il devient plus difficile de maintenir des soins fiables entre les quarts de travail et les unités [16] .

Quelques actions prioritaires peuvent contribuer à renforcer les personnels de santé :

- Repenser les rôles et les processus pour maximiser le temps clinique et renforcer l'intégration et la supervision là où la répartition des compétences varie.
- Développer et moderniser les filières de formation, tout en améliorant les conditions de travail et la rémunération pour soutenir la rétention.
- Améliorer les flux de travail et introduire des outils numériques et l'IA pour stimuler la productivité, libérant ainsi le personnel pour les soins aux patients et permettant une pratique plus flexible dans les différents environnements de soins afin que les hôpitaux n'absorbent pas la demande évitable.

L'innovation, combinée à un investissement soutenu dans la formation et le soutien au personnel, peut protéger les capacités actuelles et soutenir la durabilité à long terme.

15. Foglia et al., Enhancing healthcare workers' safety and well-being through a comprehensive qualitative analysis across hospital settings. 2026.

16. Beauvais B., et al. When agency fails: an analysis of the association between hospital agency staffing and quality outcomes. Risk Management and Healthcare Policy. 2024.

BD **CHAPITRE 3**

Impact environnemental :

Un levier de résilience

En bref

Les performances en matière d'impact environnemental à travers le Baromètre sont mitigées, avec un score moyen de 52/100.

Les données incluses dans cette édition du Baromètre sont fondées sur les dernières publications statistiques. Cependant, les données sous-jacentes dans ces publications n'ont pas été mises à jour depuis la publication de l'édition précédente du Baromètre – ce qui signifie que ces données sont inchangées. Cela met en évidence une lacune dans le suivi continu de la performance des soins sur ce sujet.

La France, l'Irlande et la Suède figurent parmi les pays qui obtiennent de bons résultats en ce qui concerne les émissions globales de soins par habitant provenant du secteur de la santé. Leurs scores élevés indiquent que, par rapport à d'autres systèmes, ces pays génèrent relativement peu d'émissions de gaz à effet de serre par personne provenant du secteur de la santé.

D'autres pays, comme l'Italie et la Pologne, obtiennent de bons résultats sur une dimension différente : l'empreinte des soins en pourcentage des émissions nationales est plus faible. Cela signifie que bien que leurs systèmes de santé ne soient pas toujours les plus faibles émetteurs en termes absolus, les soins représentent une plus petite proportion de l'empreinte carbone globale de leurs pays, ce qui suggère des progrès dans la décarbonation de la santé par rapport à d'autres secteurs émetteurs.

L'indicateur « tCO2e par habitant en pourcentage du PIB dépensé »[17] met en évidence le lien entre le niveau d'investissement et l'intensité carbone. Un tCO2e par habitant plus élevé à des niveaux de dépenses similaires peut indiquer des inefficacités structurelles. À l'inverse, des émissions plus faibles pour un niveau de dépenses comparable sont le signe de systèmes de santé plus sobres en carbone.

De nombreux pays d'Europe occidentale se classent en dessous de la moyenne de l'ensemble des pays. Ces classements ne reflètent pas nécessairement une inefficacité, mais reflètent souvent un meilleur accès, une plus grande intensité et une plus grande portée des soins. Certains pays moins bien classés peuvent simultanément être en tête des efforts de décarbonation plus larges, notamment en matière d'électricité renouvelable et de réglementation climatique.

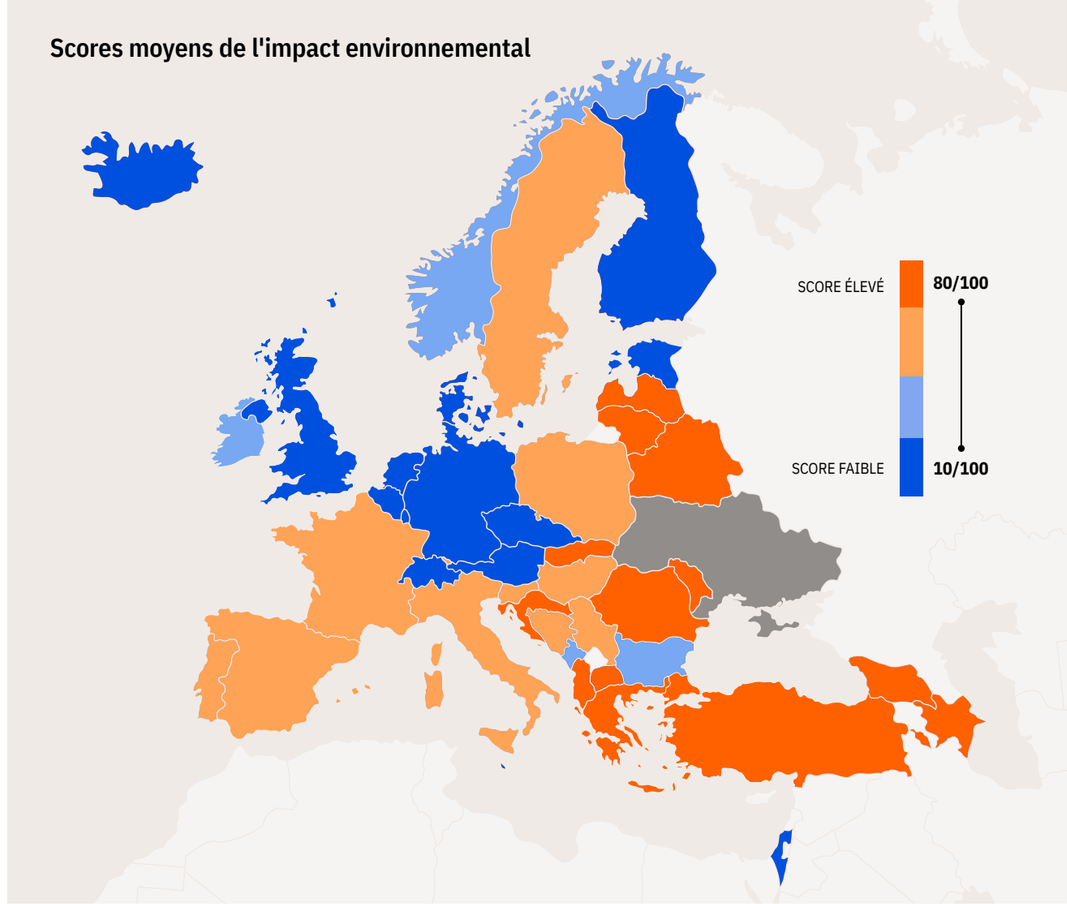
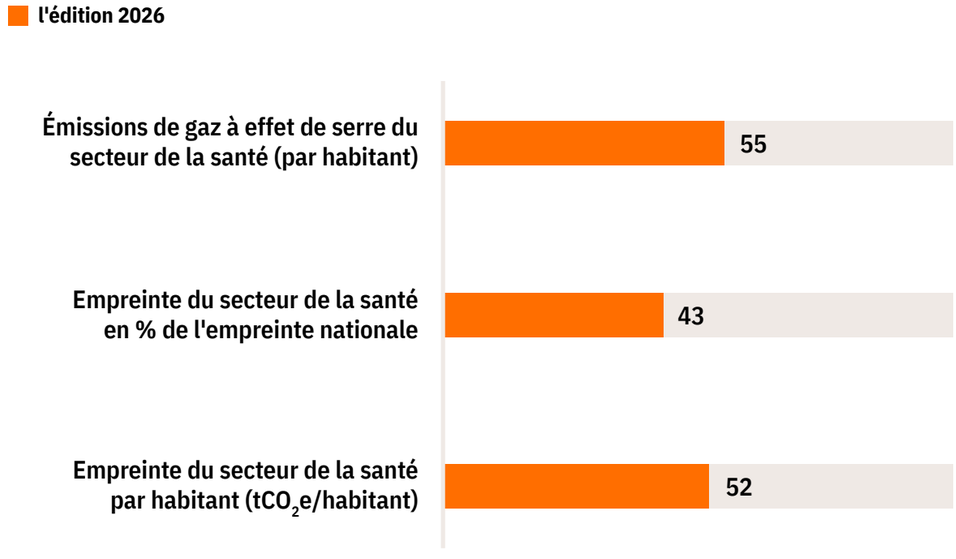


Figure 3: Scores moyens de l'impact environnemental par indicateur et par pays (scores sur 100)



17. tCO_2e signifie tonnes d'équivalent dioxyde de carbone, une unité standard pour compter les émissions de gaz à effet de serre, quel que soit le gaz dont elles proviennent. Veuillez consulter l'annexe pour plus de détails sur les indicateurs.

Note : Les valeurs présentées dans ces graphiques ne correspondent pas à des taux ou indicateurs bruts. Elles sont interprétées selon la méthodologie du Baromètre afin de calculer un score de résilience. Pour en savoir plus, consultez l'annexe « Système de notation du Baromètre ».

L'impact environnemental, un facteur central de la résilience des systèmes de santé

L'impact environnemental est de plus en plus reconnu comme un facteur central de la résilience des systèmes de santé, avec une attention croissante portée à la mesure et au rapport précis de la durabilité des systèmes de santé, sous l'impulsion, en partie, de la Commission du Lancet sur les soins durables[18]. Pour refléter cette importance, cette édition du Baromètre consacre une section entière à l'impact environnemental. Les scores montrent une moyenne de l'ensemble des pays de 52/100 sur l'ensemble des indicateurs de durabilité, avec une grande variation des émissions de santé par habitant, de la part du secteur dans les émissions nationales et de l'empreinte globale.



Des émissions élevées dans le secteur de la santé peuvent refléter les services étendus fournis par des systèmes de santé avancés et accessibles, plutôt qu'un manque d'efforts en matière de durabilité. Alors que les pays décarbonent leurs industries, le secteur de la santé peut être l'un des plus difficiles à décarboner, en partie en raison de la complexité de sa chaîne d'approvisionnement.

De nombreux facteurs peuvent influencer les émissions du secteur de la santé, notamment la manière et le lieu où les soins sont prodigués, la durabilité des achats et des chaînes d'approvisionnement, ainsi que l'efficacité des parcours de soins pour réduire les examens, les traitements et les actes évitables.

Les améliorations en matière de durabilité environnementale peuvent être intégrées parallèlement à des initiatives de résilience plus étendues. Les systèmes peuvent simultanément améliorer l'efficience et les résultats des soins tout en réduisant leur impact environnemental grâce à des politiques ciblant la réduction à la fois du gaspillage et des soins à faible valeur ajoutée[19].

Émissions de gaz à effet de serre par habitant du secteur national de la santé

Les scores relatifs aux émissions de gaz à effet de serre illustrent l'inégalité de la décarbonation du secteur de la santé dans l'ensemble des pays. La France, l'Irlande et la Suède obtiennent des scores comparativement élevés (70/100) par rapport à une moyenne de l'ensemble des pays de 55/100. Comparés à d'autres systèmes , ces trois pays génèrent relativement peu d'émissions de gaz à effet de serre par personne dans le secteur de la santé, tandis que d'autres restent fortement dépendants d'opérations à forte intensité énergétique et carbone.

Des émissions de santé plus élevées par habitant sont fortement corrélées à la maturité du système. Les pays dotés d'un accès universel, d'une couverture de services élevée, de diagnostics avancés et de traitements complexes ont tendance à fournir davantage de services de santé par personne, ce qui augmente les émissions par habitant. Les comparaisons des émissions par habitant doivent être interprétées parallèlement aux résultats de santé et à l'équité, afin de mieux comprendre comment la performance du système de santé façonne les objectifs de durabilité, comme le démontre l'OCDE dans son rapport de 2025, Decarbonising health systems across OECD countries[20].

Empreinte du secteur de la santé en % des émissions nationales

La part du secteur de la santé dans les émissions nationales varie également. Dans de nombreux pays à revenu élevé, l'énergie, la production d'électricité et l'industrie lourde réduisent déjà leurs émissions, alors que le secteur de la santé est plus difficile à décarboner. En conséquence, le secteur de la santé peut représenter une proportion plus importante des émissions nationales, même si les émissions absolues sont stables ou en baisse.

Une grande partie de l'Europe occidentale et septentrionale se situe en dessous de la moyenne de l'ensemble des pays de 43/100. Pour les pays les plus performants, cela peut signifier que la santé représente une plus petite proportion de l'empreinte carbone globale, même s'ils ne sont pas toujours les plus faibles émetteurs en termes absolus.

Faire face à la transition climatique inégale dans l'ensemble des pays

Ces résultats mettent en évidence une transition vers des systèmes de santé plus durables qui demeure inégale. Les gains d'efficience peuvent initialement augmenter les émissions déclarées, car l'élargissement de l'accès aux diagnostics, aux traitements et aux soins préventifs peut accroître les émissions à court terme tout en améliorant les résultats, comme l'explique le paradoxe de Jevons[21]. Alexandra Hammond souligne la nécessité de lier la durabilité environnementale à la performance opérationnelle. Les réadmissions évitables, les procédures inutiles et les séjours prolongés génèrent tous des émissions, une consommation d'énergie et des déchets évitables, tandis que les complications entraînent du carbone supplémentaire, les soins à forte intensité mobilisant davantage de ressources.

18. Singh S, et al. The Lancet Commission on sustainable health care measurement framework for advancing sustainable health care transformation. Lancet. 2026.

19. Organisation de coopération et de développement économiques. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris : Éditions OCDE ; 2025.
20. Organisation de coopération et de développement économiques. Decarbonising health systems across OECD countries. Paris : Éditions OCDE ; 2025.
21. Reid MJA, Mateen B. The Jevons paradox in global health: efficiency, demand, and the AI dilemma. Lancet Digit Health. 2025;7(10).

« Un service de santé vraiment bien géré est un service qui utilise bien ses produits, prend le meilleur soin de ses patients et fait de la durabilité une priorité. »



Alexandra Hammond

Directrice associée du
Net Zéro et des achats durables,
NHS England, Royaume-Uni

Le professeur Dirk De Ridder souligne que des complications telles qu'une dégradation de l'état du patient non détectée à temps ou des processus périopératoires insuffisamment performants entraînent des journées d'hospitalisation supplémentaires, une consommation accrue de matériel, davantage de déchets et une charge de travail plus importante pour les personnels. Les conclusions du Baromètre sur les infections et le sepsis post-opératoire renforcent le lien entre sécurité, efficience et impact environnemental. Les pressions climatiques intensifieront cette interdépendance, car les vagues de chaleur, les conditions météorologiques extrêmes et l'instabilité de la chaîne d'approvisionnement modifient la demande et ont un impact direct sur la santé humaine[22]. Les changements démographiques constituent un facteur de risque supplémentaire qui, en se combinant avec l'augmentation de la charge mondiale de morbidité et des soins de plus en plus complexes, contribue à une demande accrue de soins et à des émissions plus élevées[23].

« Nous commençons vraiment à comprendre le coût réel des complications, non seulement en termes de matériaux ou d'impact financier sur l'hôpital, mais aussi en termes de capacité. »



Prof. Dr Dirk de Ridder

Directeur de la Qualité et Chef de
l'Institut pour la politique de santé,
UZ Leuven, Belgique

Une meilleure mesure des performances constitue un levier majeur. La complexité des chaînes d'approvisionnement dans le secteur de la santé pose des défis à la comptabilité carbone, rendant les progrès difficiles à comparer ou à opérationnaliser. Les chaînes d'approvisionnement à forte intensité de carbone dominent l'empreinte carbone du secteur de la santé, 60 à 80 % des émissions de santé étant estimées provenir d'émissions indirectes intégrées dans ces chaînes[24]. Les systèmes avancés qui reposent sur la technologie et les produits pharmaceutiques présentent donc une empreinte plus élevée, même dans les hôpitaux très efficaces.

Robert S. Kaplan et Karthik Ramanna, cofondateurs de l'E-ledgers Institute, proposent un modèle prometteur. Leur système de comptabilité carbone E-ledgers reflète la comptabilité financière en termes de structure, de traçabilité et d'audit, comme ils l'expliquent dans la *Harvard Business Review*[25]. Appliqué aux soins, ce système permet un reporting cohérent des émissions, quantifie l'impact carbone de la conception des parcours et de la variation clinique, éclaire les achats en comparant les coûts et le carbone, et lie directement la durabilité aux décisions financières et opérationnelles.

« Lorsque les organisations comprennent les émissions associées aux produits de leurs fournisseurs, elles peuvent utiliser ces informations pour stimuler une concurrence saine. Au lieu de comparer les fournisseurs uniquement sur le prix, la qualité et les délais de livraison, elles peuvent désormais également évaluer les émissions par kilogramme d'intrant et les méthodes de transport utilisées pour acheminer les marchandises. Cela donne aux organisations une base plus solide pour choisir leurs fournisseurs et leurs partenaires logistiques. »



Prof. Dr Robert S. Kaplan

Professeur émérite de développement
du leadership à la Harvard
Business School, États-Unis



Cette approche pourrait renforcer les stratégies nationales qui imposent déjà la déclaration des émissions et favoriser le type de collaboration intégrée avec les fournisseurs décrit par Alexandra Hammond au sein du National Health Service du Royaume-Uni, où les objectifs de réduction des émissions de carbone sont intégrés aux politiques d'achat et mis en œuvre dans une logique de partenariat plutôt que de simple conformité.

Les variations dans l'ensemble des pays reflètent également des différences dans les modèles de gaspillage et l'utilisation des produits, et pas seulement dans la pratique clinique. Certains des systèmes de santé les plus développés ont les émissions les plus élevées, mais des changements opérationnels peuvent aider à réduire leur impact environnemental, notamment par des améliorations ciblées des processus inefficaces qui conduisent au gaspillage de médicaments et à des diagnostics répétés. L'amélioration de ces domaines permet de réduire à la fois les coûts et les émissions de carbone. Comme le note Alexandra Hammond, « la durabilité consiste à bien faire les choses et à fournir des soins de santé brillants », soulignant qu'une meilleure utilisation des ressources est tout simplement une bonne pratique opérationnelle.

Résumé des implications et perspectives

Les performances des systèmes de santé en matière d'impact environnemental des soins restent mitigées et inégales. Les systèmes de santé qui intègrent la durabilité environnementale dans la conception des parcours de soins et les standards de prise en charge, réduisent les variations injustifiées des pratiques, renforcent le suivi des émissions de carbone et travaillent de manière proactive avec leurs fournisseurs peuvent en retirer des bénéfices opérationnels, financiers et environnementaux. Des outils tels que le système E-ledgers de Kaplan et Ramanna peuvent contribuer à faire passer la durabilité d'une ambition à une démarche mesurable et directement exploitable pour la prise de décision. Renforcer les liens entre la sécurité des patients, l'efficience, les achats et la durabilité constitue un levier majeur pour accroître la résilience à long terme, en améliorant la qualité des soins tout en réduisant l'impact environnemental des systèmes de santé.

22. Curtis S, et al. Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems. Public Health. 2017.
23. MacNeill AJ, McGain F, Sherman JD. Planetary health care: a framework for sustainable health systems. The Lancet Planetary Health. 2021;5(2):e66-e68. doi:10.1016/S2542-5196(21)00005-X.
24. Organisation mondiale de la Santé. Decarbonizing the healthcare supply chain: strategic actions for health systems. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025. Disponible sur : https://www.who.int/publications/b/81844
25. Kaplan, Robert S., et Karthik Ramanna. "Accounting for Climate Change." Harvard Business Review 99, n° 6 (novembre-décembre 2021) : 120-131. (note : révisé par la rédaction, non évalué par des pairs)

Efficience

Activer les leviers inexploités pour renforcer la résilience

En bref

Les performances en matière d'efficience demeurent contrastées dans l'ensemble des pays pour l'ensemble de ces indicateurs, avec un score moyen thématique de 62/100, reflétant l'incapacité des systèmes de santé nationaux à suivre le rythme de la demande croissante malgré des gains modestes pour certains indicateurs d'efficience[26].

La durée moyenne de séjour (DMS) montre de légères améliorations, avec des scores en hausse pour la Belgique, l'Irlande, la Pologne et l'Italie, et une moyenne de l'ensemble des pays atteignant 42/100, ce qui indique que les flux de patients à l'échelle des systèmes de santé ont largement atteint un plateau.

Les décès évitables montrent une légère baisse par rapport à l'édition précédente du Baromètre. Les scores de plusieurs pays restent inchangés, et de légères baisses dans les scores de pays comme le Danemark et le Royaume-Uni ramènent le score moyen à 50/100 contre 51/100 en 2024.

Les scores d'espérance de vie en bonne santé sont en baisse par rapport à la dernière édition du Baromètre, la plupart des scores des pays chutant et le score moyen de l'ensemble des pays passant de 78/100 en 2024 à 71/100 en 2026.

La capacité numérique est fortement polarisée, comme l'indique la nouvelle mesure sur l'utilisation des dossiers cliniques électroniques, qui rend compte de la transition vers des solutions cliniques numériques et de ses implications pour l'efficience des soins. Les pays nordiques, les Pays-Bas et l'Allemagne, entre autres, obtiennent des scores élevés pour l'utilisation des dossiers cliniques électroniques, tandis que beaucoup d'autres n'ont aucune donnée disponible, soulignant une fragmentation numérique et de reporting substantielle.

La capacité en soins intensifs varie considérablement. Dans le premier de deux nouveaux indicateurs sur les lits d'hôpitaux, l'indicateur de capacité en soins intensifs met en évidence la capacité potentielle des hôpitaux à gérer une augmentation du nombre de patients. L'Allemagne fait partie des quelques pays ayant obtenu un score élevé, tandis que la Suède obtient le score le plus bas là où les données sont disponibles, illustrant des lacunes importantes dans la préparation aux pics d'activité.

Les taux d'occupation des lits sont variés. L'indicateur d'occupation des lits, ajouté cette année, apporte un niveau d'analyse supplémentaire à notre indicateur relatif au nombre de lits en soins intensifs. Les scores à travers les différents pays atteignent une moyenne de 56/100, les scores les plus élevés étant observés en Grèce et les plus bas en Irlande là où les données sont disponibles, de nombreux systèmes de santé ayant une disponibilité de lits limitée pour préserver la résilience du système en cas d'afflux hospitalier.

Les dépenses à la charge des patients obtiennent des scores relativement élevés par rapport aux autres indicateurs d'efficience. Ce nouvel indicateur a été introduit afin de mesurer la charge financière supportée directement par les patients ainsi que ses conséquences sur l'équité de l'accès aux soins et sur l'efficience du système de santé. L'ensemble des pays obtient une moyenne de 73/100, avec plusieurs pays atteignant un score de 90/100, notamment le Royaume-Uni, la Suède, les Pays-Bas, l'Irlande, l'Allemagne, la France et le Danemark.

26. Note : la liste complète des indicateurs d'efficience utilisés en 2026 n'est pas directement comparable à ceux utilisés en 2024, les changements dans le score global doivent donc être interprétés avec prudence

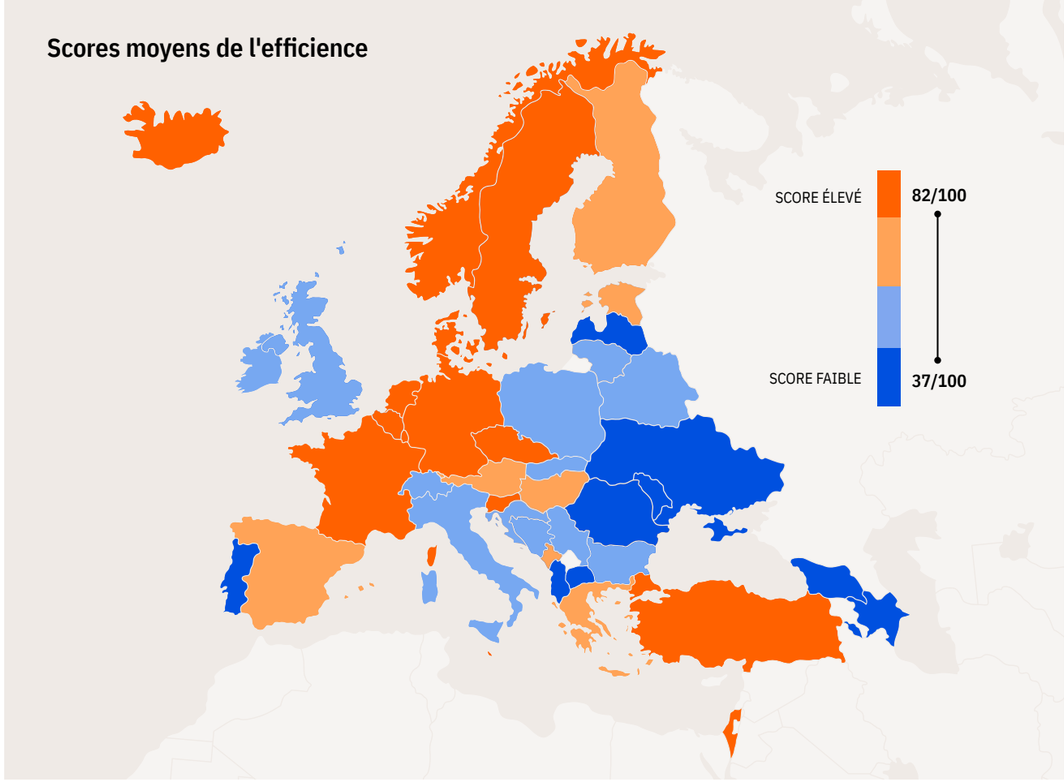
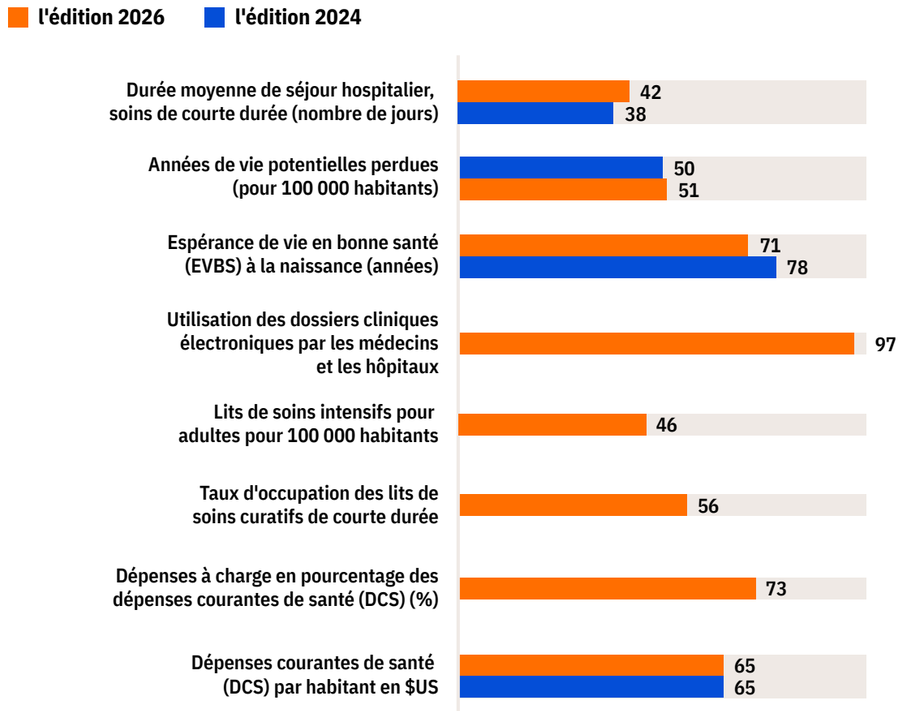


Figure 4: Scores moyens de l'efficience par indicateur et par pays (scores sur 100)



Note : Les valeurs présentées dans ces graphiques ne correspondent pas à des taux ou indicateurs bruts. Elles sont interprétées selon la méthodologie du Baromètre afin de calculer un score de résilience. Pour en savoir plus, consultez l'annexe « Système de notation du Baromètre ».

L'efficience de la prestation de soins peut refléter la capacité des systèmes de santé à convertir le temps du personnel, la capacité en lits et l'infrastructure en soins sûrs et prévisibles.

Le décalage entre les besoins locaux et les besoins du système, la fragmentation des spécialisations dans l'offre de soins et le manque d'anticipation figurent parmi les facteurs susceptibles d'influencer les flux de patients et l'efficience à l'échelle du système[27]. Le Baromètre 2026 montre de légers gains dans des contextes isolés, mais pas l'amélioration à l'échelle du système nécessaire pour compenser les tensions en matière d'attractivité et de rétention du personnel et la demande croissante.



Durée moyenne de séjour

La durée de séjour demeure un indicateur clé de la fluidité des flux de patients. La Belgique, l'Irlande, la Pologne et l'Italie enregistrent des progrès modestes, mais le score moyen reste globalement stable à 42/100, contre 38/100 en 2024. Ces évolutions marginales suggèrent une meilleure coordination dans certains pays, mais pas à une échelle suffisante pour transformer les flux de patients.

Indicateurs de résultats pour les patients

Les indicateurs de résultats dressent un constat similaire. Les décès évitables restent stables à 50/100, avec de légères baisses, notamment au Danemark et au Royaume-Uni. L'espérance de vie en bonne santé a chuté dans la plupart des systèmes, faisant passer la moyenne de 78/100 en 2024 à 71/100. Ces tendances pourraient refléter non seulement les performances hospitalières, mais aussi des problèmes en amont dans les soins primaires, la prévention et le diagnostic précoce.

« La prévention n'est pas la solution complète, mais elle pourrait jouer un rôle majeur dans la réduction de la pression sur la capacité et la libération de ressources actuellement perdues dans des soins inefficaces. »



Prof. Dr Dominique Vandijck

Professeur titulaire d'économie de la santé, de politique de santé, d'innovation dans les soins de santé et de gestion de la qualité à l'Université de Gand, Belgique

Transformation numérique

La transformation numérique au service de l'efficience des soins demeure inégale. Les systèmes nordiques, les Pays-Bas et l'Allemagne, entre autres, obtiennent des scores élevés en matière d'utilisation des dossiers cliniques électroniques, tandis que de nombreux pays manquent de données. Cette fragmentation de la transformation numérique peut limiter l'interopérabilité, ralentir les décisions et réduire les opportunités d'automatiser les tâches à faible valeur ajoutée. Les dossiers électroniques font plus que numériser la paperasse ; ils remodèlent le fonctionnement des soins en améliorant le flux d'informations, l'efficience des soins et l'accès sécurisé aux informations des patients[28].

Lits de soins intensifs pour adultes

La capacité en soins intensifs varie également considérablement. En moyenne, les pays obtiennent un score de 46/100 pour les lits de soins intensifs pour adultes pour 100 000 habitants, ce qui peut affecter la capacité de chaque pays à absorber les chocs, à maintenir le flux des soins électifs et à prévenir les goulots d'étranglement dans les services d'urgence. Les poussées saisonnières, telles que les maladies respiratoires hivernales, peuvent amplifier ces pressions. Une étude sur l'occupation des lits en soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19, par exemple, a lié l'occupation des lits à un risque de mortalité plus élevé pour les patients admis en soins intensifs, soulignant l'importance de maintenir la disponibilité des lits afin de limiter les effets délétères sur la prise en charge des patients[29].

27. Åhlin C, et al. Bottom-up perspectives on hospital-wide patient flow: a multi-site qualitative study of solutions to organisational paradoxes. BMC Health Services Research. 2026.

28. Costa C, et al. Electronic health records and data exchange in the WHO Europe region: a subregional analysis of achievements, challenges, and prospects. International Journal of Medical Informatics. 2023.
29. Wilde H, et al. The association between mechanical ventilator compatible bed occupancy and mortality risk in intensive care patients with COVID-19: a national retrospective cohort study. BMC Medicine. 2021.

Répondre aux pressions sur l'efficience dans l'ensemble du système de santé

Les pressions sur l'efficience persistent dans les hôpitaux, où des flux de travail fragmentés peuvent réduire le temps consacré aux activités cliniques et ralentir la prise de décision. Des processus rigides peuvent rendre plus difficile l'adaptation des équipes, et ces obstacles organisationnels risquent de détourner les professionnels de santé de la surveillance précoce et de l'escalade des soins, réduisant ainsi les possibilités de prévenir une aggravation de l'état des patients ou de raccourcir les durées de séjour.

« Les processus de routine, tels que les transferts et les transmissions, doivent fréquemment être repensés car de petites inefficacités sont répétées des centaines de fois par jour. »



Prof. Dr Dirk De Ridder

Directeur de la Qualité et Chef de l'Institut pour la politique de santé, UZ Leuven, Belgique

« Lorsque les services ne sont pas suffisamment coordonnés, la charge qui pèse sur chaque professionnel de santé s'alourdit. Créer un système plus coordonné profitera aux patients et aux professionnels qui dispensent les soins. »



Sonya Carassik Ratty

Directrice générale,
Adapt & Live, Royaume-Uni

Mais l'efficience dépend aussi de la qualité des transitions dans les parcours de soins. Le Prof. Dr Dirk De Ridder souligne que les processus de transfert « *conduisent à des incidents car les flux de travail se sont développés autour d'hypothèses qui ne sont plus valables* ». Les transitions de soins, en particulier les sorties de l'hôpital vers les soins primaires, sont un point de contact clé pour les interventions de communication entre les prestataires de soins afin de protéger les résultats des patients et de prévenir les réadmissions[30].

Le Baromètre reflète ce défi dans les transitions de soins aux patients en cas d'occupation élevée des lits. Les pays affichent une moyenne de 56/100, avec la pression la plus forte en Irlande, où une capacité limitée peut laisser peu de marge de manœuvre pour absorber les poussées sans perturber le flux.

«Conduisent à des incidents car les flux de travail se sont développés autour d'hypothèses qui ne sont plus valables.»

Prof. Dr Dirk De Ridder

À la base de ces indicateurs se trouvent les contraintes structurelles discutées dans les chapitres précédents de ce rapport. Les tensions en matière de recrutement et de rétention de personnel, l'hétérogénéité des compétences et le vieillissement des professionnels de santé peuvent limiter la capacité à mettre en œuvre des parcours de soins plus efficients.

Le Dr Bengoa souligne que « *les modèles fragmentés ralentissent l'amélioration. Sans soins intégrés et incitations alignées, les gains sont locaux et non systémiques.* » Amah Kouevi explique comment les mesures des résultats rapportés par les patients (PROM - patient reported outcome measures) peuvent faire le lien entre l'expérience des patients et les objectifs d'efficience.

« En comparant les résultats rapportés par les patients entre les régions et les approches thérapeutiques, les PROM révèlent quelles pratiques cliniques produisent réellement de meilleurs résultats et aident à faire progresser la science. »



Amah Kouevi

Directeur, Institut Français de l'Expérience Patient, France

Résumé des implications et perspectives

Dans l'ensemble des systèmes de santé, les hôpitaux sont confrontés à un écart croissant entre une demande en hausse et les ressources disponibles. La véritable efficience consiste à libérer les ressources inutilisées en éliminant les gaspillages cliniques et organisationnels évitables, afin de créer davantage de valeur à partir de ressources limitées.

L'efficience des soins demeure modeste et inégale dans l'ensemble des pays. Les gains en matière de durée de séjour sont trop limités pour compenser les pressions croissantes, les décès évitables ne montrent aucune amélioration et l'espérance de vie en bonne santé est en déclin. Les lacunes en matière d'infrastructures numériques, de capacités en soins intensifs et de transitions dans les parcours de soins continuent de nuire à la préparation des systèmes de santé et à la fluidité des flux de patients. Ces faiblesses, conjuguées aux tensions en matière d'attractivité et de rétention du personnel et au vieillissement des professionnels de santé, réduisent la flexibilité opérationnelle. Les processus inefficaces entraînent également des émissions et des gaspillages inutiles en créant des retards et des activités répétitives.

L'amélioration de l'efficience nécessitera des processus de sortie et de transfert plus fiables, un investissement numérique ciblé renforçant l'interopérabilité et réduisant les charges administratives, ainsi que des modèles de soins repensés qui transfèrent les activités appropriées vers des prises en charge ambulatoires. Une intégration plus forte des soins primaires sera essentielle pour prévenir la demande aiguë évitable et favoriser des sorties plus précoces et plus sûres. À l'avenir, les gains les plus rapides pourraient provenir d'un allègement de la charge administrative, d'une amélioration de l'interopérabilité et d'une refonte des processus cliniques afin de maximiser le temps consacré aux patients, avec l'appui des technologies numériques et d'une IA responsable, capables de fluidifier les processus de travail et de renforcer la prise de décision.

30. Becker A, et al. Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission. JAMA Netw Open. 2021.

RÉFLEXIONS

Dans l'ensemble des pays, les systèmes de santé restent soumis à des pressions durables, mais le Baromètre met en évidence plusieurs leviers clairs pour renforcer leur résilience, notamment une mesure plus systématique des complications liées aux soins et une amélioration des transitions dans les parcours de soins. Les priorités ci-dessous reflètent des enjeux communs à l'ensemble des pays, identifiés à partir des données du Baromètre, des retours des professionnels de terrain et des partenariats de BD. Chacune inclut des avantages opérationnels ou en ressources indicatifs.

1 Prioriser la sécurité des patients comme première ligne de défense

Les décideurs devraient envisager de faire de la sécurité des patients une capacité organisationnelle fondamentale plutôt qu'une simple fonction dédiée à la qualité, en confiant au plus haut niveau de gouvernance la responsabilité de la prévention des infections, de la détection précoce de la dégradation de l'état des patients et de la fiabilité des processus périopératoires.

2 Renforcer le rôle des professionnels de santé en repensant leurs missions, en améliorant leurs conditions de travail et en investissant dans des filières de formation ciblées

Les décideurs devraient envisager de rééquilibrer les investissements dans le personnel, en évitant les tactiques à court terme et les initiatives fragmentées qui peinent à produire des changements durables. L'investissement devrait plutôt cibler la refonte des rôles, le temps clinique protégé, l'intégration structurée et les filières de formation ciblées, en particulier pour le personnel recruté à l'international.

3 Faire progresser les soins intégrés grâce à une responsabilité partagée et à l'alignement du système

Cette intégration pourrait nécessiter une responsabilité partagée en matière de résultats entre les soins primaires, les soins de proximité et les établissements hospitaliers. Les décideurs devraient envisager d'aligner les incitations, les critères d'escalade et le partage des données entre les différents niveaux de prise en charge afin de renforcer la résilience et d'améliorer les résultats pour les patients.

4 Renforcer les fondements du système pour améliorer la performance opérationnelle

Les performances opérationnelles peuvent dépendre de la solidité des fondements du système lorsqu'il est soumis à des tensions. Les décideurs devraient envisager de repenser les parcours de soins de bout en bout, de renforcer les dispositifs de gouvernance de l'escalade des soins et des sorties, et de standardiser les processus de décision opérationnelle.

5 Automatiser les tâches au niveau du flux de travail pour soutenir les professionnels de santé et alléger leur charge de travail

L'automatisation devrait être considérée comme un élément essentiel de l'excellence opérationnelle plutôt que comme une innovation facultative. Les décideurs devraient envisager d'accorder la priorité à l'élimination du travail répétitif, à la rationalisation et à la standardisation des flux de travail, ainsi qu'à la protection du temps clinique et de la capacité cognitive.

6 Intégrer la durabilité environnementale dans la prestation quotidienne des soins

Les processus à fortes émissions peuvent indiquer une inefficacité sous-jacente, du gaspillage et un manque de fluidité des parcours de soins. En optimisant l'utilisation des produits, en éliminant les activités inutiles et en appliquant une politique d'achats rigoureuse, les décideurs peuvent améliorer à la fois les performances opérationnelles et la réduction des émissions. Des outils de mesure des émissions de carbone, tels que les e-ledgers, peuvent favoriser une prise de décision plus rigoureuse.

7 Faire de la prévention et de la santé des populations des leviers essentiels de résilience

Aucun système de santé ne peut, à lui seul, répondre par les seuls soins à la charge croissante des maladies chroniques. Les décideurs du secteur de la santé reconnaissent de plus en plus que l'optimisation hospitalière seule ne peut absorber cela. Le renforcement de la prévention, par un dépistage plus précoce, un diagnostic opportun et une gestion proactive basée sur la communauté – devrait être considéré comme faisant partie de la stratégie fondamentale des systèmes, réduisant la demande évitable et protégeant la capacité hospitalière.

BD, partenaire des systèmes de santé

BD continuera d'évaluer ce qui peut favoriser ou menacer la résilience des systèmes de santé à travers le prisme de la sécurité des patients, des professionnels de la santé, de l'efficience et de la durabilité de la prestation des soins.

Des changements significatifs nécessitent une mobilisation à l'échelle de l'ensemble du système, et BD continuera à travailler aux côtés des responsables des systèmes de santé pour contribuer à la mise en œuvre de ces recommandations et favoriser la prestation durable de soins sûrs et de haute qualité, au bénéfice des générations actuelles et futures.



PROFILS PAR PAYS

Ces profils de pays présentent les points saillants de l'édition 2026 du Baromètre.
Les indicateurs présentés dans les fiches ci-dessous ne sont pas exhaustifs.

Liste des abréviations :

RAM – résistance aux antimicrobiens
IAS – infections associées aux soins
ISO – infections du site opératoire
tCO$_2$e/habitant – empreinte des soins par habitant
SS – soins de santé
DSE – dossier de santé électronique
OOP – Reste à charge
CSU – couverture santé universelle
USI – unité de soins intensifs
EVBS – espérance de vie en bonne santé



Belgique

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (80/100) • IAS ISO (90/100) • CSU (90/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100)	• Disponibilité des médecins 80/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Disponibilité des infirmiers 90/100 (vs. 77/100 moyenne de l'ensemble des pays) • ISO 90/100 (vs. 70/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Durée de séjour à l'hôpital (+10 par rapport à la dernière édition) • Décès par RAM (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Sepsis post-opératoire (20/100) • tCO$_2$e/habitant (10/100) • GES/habitant (30/100) • Empreinte carbone des soins (30/100)	• Sepsis post-opératoire 20/100 (vs. 33/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO$_2$e/habitant 10/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des infirmiers (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Cibler la réduction des infections associées aux soins (IAS) au niveau des services, en tirant parti des bonnes pratiques en matière d'infections du site opératoire (ISO) pour standardiser les protocoles dans les services médicaux et raccourcir les séjours.

Danemark

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (90/100) • Dépenses OOP (90/100) • DSE (100/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100)	• Sepsis 60/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays) • CSU 80/100 (vs. 74/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Décès par RAM (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Empreinte carbone SS (20/100) • tCO$_2$e/habitant (20/100) • Personnel de 55 ans et plus (40/100)	• Sepsis post-opératoire – aucune donnée • Lits USI – aucune donnée • tCO$_2$e/habitant 20/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • Dépenses de santé (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Combler les lacunes en matière de données périopératoires et de capacité ; utiliser la maturité numérique pour intégrer les parcours de soins contre le sepsis et les règles de sortie le jour même.



France

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Dépenses OOP (90/100) • Diplômés (100/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100) • Dépenses de santé (80/100)	• ISO 80/100 (vs. 70/100 moyenne de l'ensemble des pays) • EVBS 80/100 (vs. 71/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Aucun enregistré
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Empreinte écologique SS (40/100) • Personnel de 55 ans et plus (10/100) • Effets indésirables (40/100) • Disponibilité des médecins (40/100)	• Disponibilité des médecins 40/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Personnel de 55 ans et plus 10/100 (vs. 44/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • Disponibilité des infirmiers (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Protéger la productivité du bloc opératoire grâce à un leadership sur les ISO (infections sur site opératoire) et accélérer l'intégration pour compenser le vieillissement, en utilisant la force des diplômés pour stabiliser la mixité des compétences dans les services.



Allemagne

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Couverture CSU (90/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100) • Diplômés (100/100) • Dépenses OOP (90/100) • DSE (100/100)	• Lits USI 70/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays) • ISO 80/100 (vs. 70/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Disponibilité des médecins 60/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Effets indésirables (+20 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Personnel de 55 ans et plus (10/100) • Durée de séjour (10/100) • tCO_2e /habitant (30/100) • Empreinte écologique SS (30/100)	• Durée de séjour 10/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Personnel de 55 ans et plus 10/100 (vs. 44/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• CSU (-10 par rapport à la dernière édition) • Ratio infirmiers/médecins (-20 par rapport à la dernière édition) • Dépenses de santé (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Utiliser la force des soins intensifs et les outils numériques pour réduire la durée de séjour grâce à une gouvernance des sorties et un démarrage plus précoce de la rééducation.



Irlande

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (90/100) • Disponibilité des infirmiers (100/100) • Ratio infirmiers/ médecins (90/100) • Dépenses de santé (90/100) • Dépenses OOP (90/100)	• Disponibilité des infirmiers 100/100 (vs. 77/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Décès évitables 60/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Durée de séjour à l'hôpital (+10 par rapport à la dernière édition) • IAS (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Lits USI (20/100) • Taux d'occupation des lits (20/100) • Empreinte écologique SS (40/100) • tCO_2e /habitant (40/100)	• Lits USI 20/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition) • Complications (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Prioriser la capacité de réponse des soins intensifs et la visibilité des données périopératoires ; étendre les sorties gérées par les infirmiers pour protéger les flux.



Italie

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• DSE (90/100) • EVBS (80/100) • Diplômés (90/100) • CSU (80/100)	• Sepsis post-opératoire 60/100 (vs. 33/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Diplômés 90/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO_2e /habitant 70/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• IAS (+20 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Sepsis (30/100) • Personnel de 55 ans et plus (20/100) • Durée de séjour (20/100) • Lits USI (30/100)	• Durée de séjour 20/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Lits USI 30/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Ratio infirmiers/médecins 30/100 (vs. 56/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Renforcer la fiabilité périopératoire dans les services médicaux et développer la chirurgie ambulatoire pour réduire la durée de séjour.



Pays-Bas

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (80/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100) • Dépenses OOP (90/100) • DSE (100/100)	• Décès évitables 70/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Disponibilité des infirmiers 90/100 (vs. 77/100) moyenne de l'ensemble des pays) • Ratio infirmiers/médecins 70/100 (vs. 56/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Effets indésirables (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Sepsis post-opératoire (10/100) • Personnel de 55 ans et plus (20/100) • Lits USI (20/100) • Empreinte carbone SS (20/100) • tCO_2e/habitant (20/100)	• Sepsis post-opératoire 10/100 (vs. 33/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Lits USI 20/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO_2e/habitant 20/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• CSU (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition) • Complications (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Cibler l'escalade des soins en période post-opératoire et renforcer le suivi de la durée de séjour afin d'optimiser la fluidité des flux de patients et la planification des capacités en lits.



Pologne

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Sepsis post-opératoire (80/100) • CSU (80/100) • Diplômés (80/100) • Dépenses OOP (80/100)	• Sepsis post-opératoire 80/100 (vs. 33/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Diplômés 80/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO_2e /habitant 70/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Durée de séjour hospitalier (+20 par rapport à la dernière édition
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Complications (20/100) • Décès évitables (30/100) • Ratio infirmiers/ médecins (40/100) • Durée de séjour (40/100)	• Décès évitables 30/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Ratio infirmiers/médecins 40/100 (vs. 56/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Ratio infirmiers/médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition) • Effets indésirables (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Diffuser les protocoles périopératoires à l'échelle nationale et cibler les facteurs de décès évitables par une détection plus précoce et une coordination des soins chroniques.



Espagne

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• CSU (80/100) • Diplômés (80/100) • EVBS (80/100) • Dépenses OOP (80/100)	• Décès évitables 70/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • EVBS 80/100 (vs. 71/100 moyenne de l'ensemble des pays) • CSU 80/100 (vs. 74/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO_2e /habitant 70/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• IAS (+10 par rapport à la dernière édition) • Effets indésirables (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Sepsis post-opératoire (30/100) • Personnel de 55 ans et plus (10/100) • Ratio infirmiers/ médecins (30/100)	• IAS 40/100 (vs. 53/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Ratio infirmiers/médecins 30/100 (vs. 56/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• CSU (-10 par rapport à la dernière édition) • EVBS (-10 par rapport à la dernière édition) • Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Maintenir les gains en matière d'IAS et renforcer l'équilibre de l'équipe infirmiers-médecins afin de soutenir l'activité programmée.



Suède

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (90/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100) • EVBS (90/100) • DSE (100/100) • Dépenses OOP (90/100)	• EVBS 90/100 (vs. 71/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Sepsis 50/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Aucun enregistré
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• IAS (30/100) • Personnel de 55 ans et plus (20/100) • Lits USI (10/100) • Sepsis post-opératoire (40/100)	• Lits USI 10/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Personnel de 55 ans et plus 20/100 (vs. 44/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-40 par rapport à la dernière édition) • Disponibilité des infirmiers (-10 par rapport à la dernière édition) • CSU (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Renforcer les effectifs médicaux, accroître les capacités de montée en charge des soins intensifs et préserver la fiabilité des processus périopératoires.

Suisse

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• Décès par RAM (90/100) • CSU (90/100) • Disponibilité des infirmiers (100/100) • Ratio infirmiers/ médecins (100/100) • Dépenses de santé (100/100)	• Disponibilité des infirmiers 100/100 (vs. 77/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Ratio infirmiers/médecins 100/100 (vs. 56/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Aucun enregistré
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Durée de séjour (20/100) • Lits USI (20/100) • tCO_2e /habitant (10/100) • Empreinte écologique SS (10/100)	• Durée de séjour 20/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Lits USI 20/100 (vs. 46/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Personnel de 55 ans et plus 30/100 (vs. 44/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Disponibilité des médecins (-10 par rapport à la dernière édition) • Complications (-10 par rapport à la dernière édition) • Durée de séjour (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: S'appuyer sur des équipes infirmières solides pour accélérer la mobilisation précoce et les sorties, tout en investissant dans l'état de préparation des soins intensifs.

Royaume-Uni

▲ POINTS FORTS	▲ AU-DESSUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS	▲ DOMAINES EN AMÉLIORATION
• CSU (100/100) • Dépenses OOP (90/100) • Disponibilité des infirmiers (90/100) • Dépenses de santé courantes (80/100) • EVBS (80/100) • Décès liés à la RAM (80/100)	• CSU 100/100 (vs. 74/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Disponibilité des infirmiers 90/100 (vs. 77/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Dépenses OOP 90/100 (vs. 73/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Effets indésirables (+10 par rapport à la dernière édition)
▼ POINTS FAIBLES	**▼ EN DESSOUS DE LA MOYENNE DE L'ENSEMBLE DES PAYS**	**▼ DOMAINES EN DÉCLIN**
• Durée de séjour (10/100) • Personnel de 55 ans et plus (10/100) • Sepsis post-opératoire (10/100) • Sepsis (30/100) • Taux d'occupation des lits (30/100) • tCO_2e /habitant (30/100)	• Durée de séjour 10/100 (vs. 42/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Sepsis post-opératoire 10/100 (vs. 33/100 moyenne de l'ensemble des pays) • Disponibilité des médecins 40/100 (vs. 50/100 moyenne de l'ensemble des pays) • tCO_2e /habitant 30/100 (vs. 52/100 moyenne de l'ensemble des pays)	• Décès évitables (-10 par rapport à la dernière édition) • Durée de séjour (-10 par rapport à la dernière édition)

ACTION À ENVISAGER: Renforcer la réponse au sepsis périopératoire et généraliser la sortie précoce accompagnée pour récupérer la durée de séjour sans ajouter de lits.



Dans cette édition du Baromètre de la résilience des soins, nous avons introduit un nouveau groupe d'indicateurs : la durabilité.

Dans les versions précédentes du Baromètre, les indicateurs de durabilité étaient inclus dans les scores d'efficience des pays, mais les pays figurant dans le Baromètre de cette année ont reçu des scores distincts pour l'efficience et la durabilité, basés sur les regroupements d'indicateurs décrits ci-dessous.

Compte tenu de la légère variation des indicateurs inclus dans le Baromètre d'une année à l'autre, les scores ne sont pas directement comparables entre les éditions du Baromètre. Néanmoins, le Baromètre a été conçu pour conserver un noyau stable d'indicateurs au sein de chaque domaine, permettant une évaluation significative de l'évolution directionnelle au fil du temps.

Tableau 1 : Descriptions complètes des indicateurs et sources

SOURCES DE DONNÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES					
Nouveau	Indicateur	Description complète	Année	Source	Date de consultation
SÉCURITÉ DES PATIENTS					
	Effets indésirables	Taux d'effets indésirables liés aux soins médicaux pour 100 000 habitants	2022	IHME	07.04.2026
	Complications	Complications suite à des procédures thérapeutiques	2022	IHME	07.04.2026
	Décès liés à la RAM	Taux de mortalité liée à la RAM pour 100 000 habitants	2021	IHME	07.04.2026
	Sepsis	Taux d'incidence du sepsis pour 100 000 habitants	2021	The Lancet	16.03.2026
	IAS - total	Prévalence des IAS (%)	2022-23	ECDC	16.03.2026
	IAS - ISO	% d'ISO pour 100 opérations	2021-22	ECDC	16.03.2026
Nouveau	Sepsis post-opératoire	Sepsis post-opératoire pour 100 000 sorties d'hôpital	2020-21	OECD	16.03.2026
	Couverture CSU	Indice de couverture des services de CSU (ODD 3.8.1)	2023	WHO	16.03.2026

SOURCES DE DONNÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES					
Nouveau	Indicateur	Description complète	Année	Source	Date de consultation
PROFESSIONNELS DE SANTÉ					
	Ratio infirmiers/ patients (Infirmiers)	Personnel infirmier et sage-femme (pour 10 000)	2022-23	OMS	16.03.2026
	Ratio médecins/ patients (Médecins)	Médecins (pour 10 000)	2023	OMS	16.03.2026
	Ratio d'infirmiers par médecin	Ratio d'infirmiers par médecin	2023	OCDE	16.03.2026
Nouveau	Nombre total de personnel > 55 ans	Nombre total de médecins et d'infirmiers de plus de 55 ans	2022-23	Portail de données des Comptes nationaux des personnels de santé (NHWA) de l'OMS	16.03.2026
Nouveau	Nombre total de diplômés en médecine et en soins infirmiers	Nombre total de diplômés en médecine et en soins infirmiers	2023-24	Eurostat	16.03.2026
EFFICIENCE					
	Durée de séjour	Durée moyenne de séjour hospitalier, soins de courte durée (nombre de jours)	2022	OCDE	16.03.2026
	Dépenses courantes de santé (par habitant en $US)	Dépenses courantes de santé (DCS) par habitant en $US	2026	OMS	16.03.2026
	Décès évitables	Années de vie potentielles perdues (pour 100 000 habitants)	2022-23	OCDE	16.03.2026
	Espérance de vie en bonne santé	Espérance de vie en bonne santé (EVBS) à la naissance (années)	2024	OMS	16.03.2026
Nouveau	Lits de soins intensifs pour adultes	Lits de soins intensifs pour adultes pour 100 000 habitants	2023	OCDE	16.03.2026
Nouveau	Taux d'occupation des lits	Taux d'occupation des lits de soins curatifs de courte durée	2023	OCDE	16.03.2026
Nouveau	Dépenses à charge	Dépenses à charge en pourcentage des dépenses courantes de santé (DCS) (%)	2023	OMS	16.03.2026
Nouveau	Utilisation des dossiers cliniques électroniques	Utilisation des dossiers cliniques électroniques par les médecins et les hôpitaux	2021	OCDE	16.03.2026

SOURCES DE DONNÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES					
Nouveau	Indicateur	Description complète	Année	Source	Date de consultation
NOUVEAU : IMPACT ENVIRONNEMENTAL					
Nouveau	Émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (par habitant)	Émissions de gaz à effet de serre par habitant issues de la consommation du secteur national de la santé	2022	The Lancet	16.03.2026
	Empreinte du secteur de la santé en % de l'empreinte nationale	Empreinte du secteur de la santé en pourcentage des émissions nationales	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026
	Empreinte du secteur de la santé par habitant (tCO2e/ habitant)	Empreinte du secteur de la santé par habitant classée par pourcentage du PIB consacré aux soins de santé	2019	Healthcare Without Harm	16.03.2026

Tableau 2 : Liste complète des parties prenantes interrogées

Nom	Pays	Titre et organisation
Dr Rafael Bengoa	Espagne	Chercheur principal, Université Harvard et ancien directeur des systèmes de santé à l'OMS
Prof. Dr Robert S. Kaplan	États-Unis	Professeur émérite de développement du leadership à la Harvard Business School
Prof. Dr Dominique Vandijck	Belgique	Professeur titulaire d'économie de la santé, de politique de santé, d'innovation en santé et de gestion de la qualité, Université de Gand
Alexandra Hammond	Royaume-Uni	Directrice associée, Net Zéro et achats durables au NHS England
Prof. Dr Dirk de Ridder	Belgique	Directeur de la qualité et chef de l'Institut pour la politique de santé, UZ Leuven
Prof. Dr Anders Ahlsson	Suède	Directeur des services de santé et médicaux, Région de Stockholm
Amah Kouevi	France	Directeur, Institut Français de l'Expérience Patient
Dr Matthias Gründling	Allemagne	Responsable du dialogue sur le sepsis au centre médical universitaire de Greifswald
Sonya Carassik Ratty	Royaume-Uni	Directrice générale, Adapt & Live

Système de notation du Baromètre

Classification

Dans le Baromètre de résilience des soins BD, chaque pays a reçu un score de résilience agrégé compris entre 0 et 100, qui est une mesure composite calculée comme la moyenne des scores de résilience dans les quatre domaines thématiques : sécurité des patients, personnel de santé, durabilité et efficience.

Attribution des scores au niveau des indicateurs

Pour chacun des indicateurs de résilience individuels, nous avons converti le point de données brut en une échelle de 1 à 10, afin de standardiser et de permettre la comparabilité. Les scores compris entre 1 et 10 ont été multipliés par 10 et présentés sur une échelle de 0 à 100 dans le Baromètre pour permettre l'utilisation de nombres entiers pour les moyennes nationales et régionales.

Cela a impliqué la création de plages individuelles par indicateur, l'objectif étant de créer une plage permettant une bonne distribution des points de données de chaque pays, en visant une courbe en cloche de distribution normale, tout en maintenant une taille de plage standard dans la mesure du possible.

Interprétation des scores du Baromètre

Comme les points de données originaux sur lesquels repose le Baromètre sont définis sur des échelles et des mesures différentes, le système de notation de 0 à 100 a été créé pour nous permettre de classer et d'interpréter les données provenant des diverses sources de manière standardisée.

Selon ce système unifié, 100/100 est le meilleur score possible pour tous les indicateurs. Comme le montre le tableau de classification dans la section ci-dessus, un score plus élevé est toujours plus positif, car il indique un niveau plus élevé de résilience des soins dans un pays.



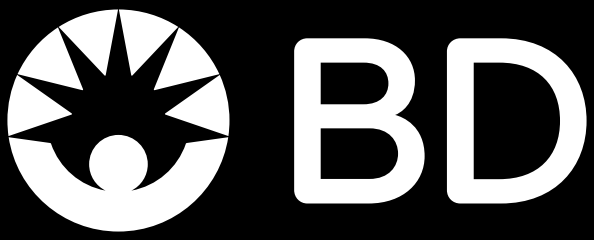
Tableau 3 : Système de notation du Baromètre par indicateur

Indicateur	Source	Unité de mesure de l'échelle d'origine	Score du Baromètre attribué
SÉCURITÉ DES PATIENTS			
Effets indésirables	IHME	Taux pour 100 000 habitants	<0,25 = 100 >6 = 10
Complications	IHME	Taux pour 100 000 habitants	<10 = 100 >70 = 10
Décès liés à la RAM	IHME	Taux pour 100 000 habitants	<18 = 100 >162 = 10
Sepsis	The Lancet	Taux pour 100 000 habitants	<250 = 100 >2 250 = 10
IAS - total	ECDC	Prévalence %	<1,3 = 100 >11,7 = 10
IAS - ISO	ECDC	% d'ISO pour 100 opérations	<1 = 100 >9 = 10
Sepsis post-opératoire	OCDE	Pour 100 000 sorties d'hôpital	<50 = 100 >3 500,01 = 10
Couverture CSU	OMS	Indice de couverture des services de CSU	<40 = 10 >87,51 = 100
PROFESSIONNELS DE SANTÉ			
Ratio infirmiers/ patients (Infirmiers)	OMS	Personnel infirmier et sage-femme pour 10 000	>145 = 100 <10 = 10
Ratio médecins/ patients (Médecins)	OMS	Médecins pour 10 000	<9 = 10 >81 = 100
Ratio d'infirmiers par médecin	OCDE	Ratio d'infirmiers par médecin	< 0,45 = 10 >4,05 = 100
Nombre total de personnel > 55 ans	Portail de données des Comptes nationaux des personnels de santé (NHWA) de l'OMS	Nombre total de médecins et d'infirmiers de plus de 55 ans	<250 = 100 >100 000,01=10
Nombre total de diplômés en médecine et en soins infirmiers	Eurostat	Nombre total de diplômés en médecine et en soins infirmiers	<250 = 10 >35 000,01 = 100
EFFICIENCE			
Durée de séjour	OCDE	Durée moyenne de séjour hospitalier, soins de courte durée (nombre de jours)	<4 = 100 >7,21= 10
Dépenses courantes de santé (par habitant en $US)	OMS	Dépenses par habitant (USD)	<50 = 10 >8 800,01 = 100
Décès évitables	OCDE	Années de vie potentielles perdues (pour 100 000 personnes)	<870 = 100 >7 830 =10
Espérance de vie en bonne santé	OMS	Espérance de vie en bonne santé (EVBS) à la naissance (années)	<50 = 10 >74 = 100
Lits de soins intensifs pour adultes	OCDE	Lits de soins intensifs pour adultes pour 100 000 habitants	<4,5 = 10 >40,5 = 100
Taux d'occupation des lits	OCDE	Taux d'occupation des lits de soins curatifs de courte durée	<50 = 100 >90 = 10
Dépenses à charge	OMS	Dépenses à la charge des ménages en pourcentage des dépenses de santé courantes (%)	<7,5 = 100 >67,5 = 10
Utilisation des dossiers cliniques électroniques	OCDE	Utilisation des dossiers cliniques électroniques par les médecins et les hôpitaux	<10 = 10 >90,01 = 100
IMPACT ENVIRONNEMENTAL			
Émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé (par habitant)	The Lancet	Émissions de GES par habitant issues de la consommation du secteur national de la santé	<15 = 100 >2 000,01 = 10
Empreinte du secteur de la santé en % de l'empreinte nationale	Healthcare Without Harm	Empreinte en % des émissions nationales	< 0,7 = 100 >6,3 = 10
Empreinte du secteur de la santé par habitant (tCO2e/habitant)	Healthcare Without Harm	Empreinte par habitant selon le % du PIB consacré à la santé	<0,09 =100 >0,81 = 10

Tableau 4 : Comparaisons des scores totaux et des moyennes par catégorie du Baromètre 2024 vs 2026 par pays

Pays (A-L)	Score moyen de sécurité des patients		Score moyen des profession-nels de santé		Score moyen de l'impact en-vironnemental		Score moyen d'efficience		Score moyen total du Baromètre	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Albanie	60,0	58,0	40,0	53,3	-	70,0	63,3	50,0	54,2	55,8
Allemagne	63,3	66,7	78,3	64,0	-	36,7	52,9	67,5	64,1	62,3
Autriche	67,8	65,7	65,0	60,0	-	40,0	55,7	64,3	63,0	60,5
Azerbaïdjan	60,0	62,5	55,0	50,0	-	80,0	43,3	36,7	54,0	54,0
Belgique	52,5	60,0	74,0	74,0	-	23,3	50,0	67,5	57,4	60,9
Biélorussie	64,0	54,0	76,7	63,3	-	70,0	46,7	56,7	62,7	58,3
Bosnie-Her-zégovine	50,0	44,0	50,0	56,7	-	60,0	66,7	56,7	54,5	51,7
Bulgarie	63,8	51,7	35,0	44,0	-	46,7	44,3	58,3	50,5	51,0
Chypre	60,0	64,0	57,5	37,5	-	63,3	70,0	76,7	62,5	59,3
Croatie	60,0	48,0	80,0	54,0	-	73,3	61,4	58,3	64,7	56,8
Danemark	74,0	72,0	52,0	60,0	-	30,0	60,0	82,0	61,9	64,4
Espagne	56,3	54,3	54,0	48,0	-	56,7	62,9	62,9	58,0	55,9
Estonie	62,2	60,0	55,0	52,0	-	26,7	42,9	66,3	54,0	56,1
Finlande	74,4	68,6	66,0	70,0	-	40,0	55,7	65,7	66,2	64,1
France	65,7	61,7	74,0	60,0	-	56,7	68,3	68,6	68,9	62,9
Géorgie	52,0	52,5	65,0	56,7	-	70,0	50,0	43,3	54,0	52,7
Grèce	44,3	40,0	73,3	50,0	-	63,3	61,7	66,7	56,3	54,0
Hongrie	58,9	53,3	60,0	46,0	-	60,0	51,4	62,5	56,5	55,9
Irlande	58,8	68,3	76,7	68,0	-	50,0	61,7	58,6	62,9	62,4
Islande	67,5	73,3	65,0	62,0	-	10,0	74,0	74,3	68,8	67,4
Israël	-	60,0	-	50,0	-	20,0	-	67,5	-	58,9
Italie	65,6	60,0	57,5	52,0	-	60,0	58,3	58,8	61,6	57,8
Lettonie	52,5	52,0	34,0	44,0	-	70,0	56,7	51,4	48,9	52,5
Lituanie	60,0	55,7	66,0	56,0	-	80,0	50,0	57,5	58,1	59,6
Luxembourg	58,8	65,0	60,0	60,0	-	23,3	57,1	68,8	58,4	59,5

Pays (M-U)	Score moyen de sécurité des patients		Score moyen des profession-nels de santé		Score moyen de l'impact en-vironnemental		Score moyen d'efficience		Score moyen total du Baromètre	
	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026	2024	2026
Macédoine du Nord	66,0	54,0	43,3	45,0	-	70,0	46,7	50,0	54,5	51,5
Malte	51,1	65,0	85,0	62,5	-	40,0	66,0	70,0	60,0	60,6
Moldavie	56,0	60,0	40,0	50,0	-	70,0	36,7	50,0	45,8	55,4
Monténégro	70,0	55,0	50,0	50,0	-	50,0	53,3	66,7	60,0	55,7
Norvège	82,5	73,3	77,5	66,0	-	46,7	66,7	76,7	76,1	68,5
Pays-Bas	60,0	58,3	67,5	62,0	-	30,0	57,1	72,9	60,5	60,0
Pologne	65,0	56,7	55,0	60,0	-	60,0	48,6	56,7	56,8	57,9
Portugal	56,7	47,5	85,0	58,0	-	56,7	57,1	56,3	62,5	53,8
Roumanie	70,0	58,3	66,7	56,0	-	76,7	54,3	50,0	63,3	58,9
Royaume-Uni	60,0	56,7	68,3	52,5	-	36,7	51,7	56,7	60,0	52,6
Russie	58,0	48,0	60,0	80,0	-	60,0	48,0	56,7	54,2	55,5
Serbie	60,0	56,7	46,7	55,0	-	60,0	56,7	56,7	56,4	56,4
Slovaquie	63,3	48,6	65,0	52,5	-	65,0	54,0	57,5	61,1	53,5
Slovénie	45,7	40,0	70,0	56,0	-	53,3	58,6	71,4	56,1	56,2
Suède	78,0	58,6	68,0	58,0	-	53,3	65,0	71,4	70,0	61,8
Suisse	82,0	70,0	76,0	70,0	-	13,3	65,0	57,1	73,8	57,6
Tchéquie	55,0	50,0	65,0	52,0	-	35,0	53,3	72,5	56,7	57,6
Turquie	70,0	70,0	50,0	44,0	-	70,0	54,0	70,0	58,6	63,8
Ukraine	62,0	56,0	55,0	55,0	-	-	36,7	40,0	53,0	51,0



lp.bd.com/BD-Barometer-FR-BE

BD et le logo BD sont des marques déposées de Becton, Dickinson and Company ou de ses filiales. ©2026. Tous droits réservés. NPM-9795 (09/26)