

State of Health in the EU France

Profils de santé par pays 2017

La série des profils de santé par pays

Les profils de santé par pays fournissent un aperçu concis et pertinent de la santé et des systèmes de santé dans les États membres de l'Union, soulignant les caractéristiques particulières et les enjeux dans chaque pays. Ils visent à soutenir les efforts consentis par les États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

Ces profils sont le fruit de travaux menés conjointement par l'OCDE et *European Observatory on Health Systems and Policies* en collaboration avec la Commission européenne. L'équipe remercie les États membres et le réseau de *Health Systems and Policy Monitor* pour leurs suggestions et commentaires précieux.

Table des matières

1 • POINTS SAILLANTS	1
2 • LA SANTÉ EN FRANCE	2
3 • FACTEURS DE RISQUE	4
4 • LE SYSTÈME DE SANTÉ	6
5 • LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	9
5.1 Efficacité	9
5.2 Accessibilité	11
5.3 Résilience	13
6 • PRINCIPALES CONCLUSIONS	16

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans ces profils pays sont principalement basées sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées en juin 2017 afin d'assurer les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes sous-tendant ces données sont disponibles dans la base de données d'Eurostat et dans la base de données sur la santé de l'OCDE. Des données supplémentaires proviennent également de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), des enquêtes sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres sources nationales.

Les moyennes de l'Union calculées sont des moyennes pondérées des 28 États membres, sauf indication contraire.

Pour télécharger le fichier *Excel* correspondant à tous les tableaux et graphiques contenus dans le présent profil, veuillez saisir le lien StatLink suivant dans votre navigateur internet:
<http://dx.doi.org/10.1787/888933623381>

Contexte démographique et socio-économique de la France, 2015

	France	UE
Facteurs démographiques	Taille de la population (en milliers)	509 394
	Part de la population de plus de 65 ans (en %)	18,9
	Taux de fécondité ¹	1,6
Facteurs socio-économiques	PIB par habitant (PPA en EUR ²)	28 900
	Taux de pauvreté relative ³ (en %)	10,8
	Taux de chômage (en %)	9,4

1. Nombre d'enfants nés par femme âgée de 15 à 49 ans.

2. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en gommant les différences de niveau de prix entre les pays.

3. Pourcentage de personnes qui vivent avec moins de 50 % du revenu disponible équivalent médian.

Source: base de données d'Eurostat.

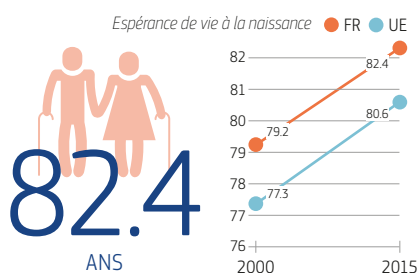
Clause de non-responsabilité: les opinions exprimées et les arguments avancés dans le présent document n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de ses pays membres, ni de *European Observatory on Health Systems and Policies* ou de ses partenaires. Les avis qui sont exprimés dans le présent document ne sauraient en aucun cas être considérés comme reflétant la position officielle de l'Union européenne.

Le présent document ainsi que toutes les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et toute ville ou région. D'autres clauses de non-responsabilité concernant l'OMS figurent à l'adresse <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/fr/>.

1 Points saillants

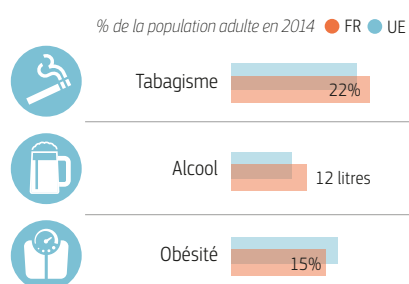
L'état de santé de la population française est bon et l'espérance de vie continue à augmenter, mais il existe des disparités importantes selon le sexe et le statut socio-économique. Le système de santé français offre généralement un bon accès à des soins de qualité, mais il est encore possible de l'améliorer en mettant davantage l'accent sur la prévention et en poursuivant la transformation du système pour répondre aux besoins du nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques.

État de santé



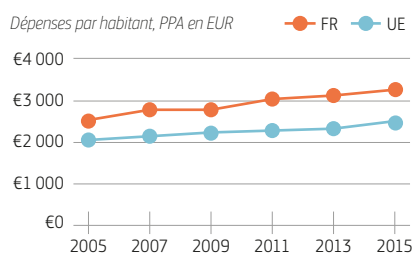
L'espérance de vie à la naissance en France a atteint 82,4 ans en 2015, contre 79,2 ans en 2000. C'est l'une des plus élevées de l'Union européenne (UE). Cette amélioration s'explique principalement par la baisse des taux de mortalité après l'âge de 65 ans. À 65 ans, une femme peut espérer vivre encore en moyenne 23,5 ans, dont 10,7 ans sans incapacité, contre respectivement 19,4 ans et 9,8 ans pour un homme.

Facteurs de risque



En 2014, 22 % des adultes fumaient quotidiennement du tabac en France, un taux en baisse par rapport à 2000 (27 %), mais toujours supérieur à la moyenne de l'UE. Dans l'ensemble, la consommation d'alcool par adulte a aussi diminué, mais demeure supérieure à la moyenne de l'UE. Quelque 15 % des adultes en France étaient obèses en 2014, contre 9 % en 2000. Le surpoids et l'obésité chez les adolescents de 15 ans ont aussi augmenté, passant de 11 % en 2001-2002 à 14 % en 2013-2014. La pratique d'une activité physique régulière chez les adolescents est plus faible que dans bien des pays de l'UE, notamment chez les filles.

Système de santé

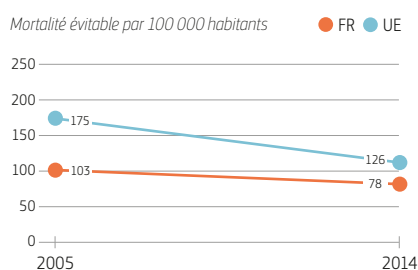


Les dépenses de santé en France sont plus élevées que dans la plupart des pays de l'UE. Elles ont atteint 3 382 EUR par habitant en 2015 contre une moyenne de l'UE de 2 797 EUR. Cela équivaut à 11,1 % du PIB, ce qui est aussi nettement supérieur à la moyenne de l'UE de 9,9 %. Étant donné que plus des trois quarts des dépenses de santé sont financées par des fonds publics et que l'assurance maladie complémentaire joue un rôle important, la part du reste à charge pour les patients est la plus faible de toute l'UE.

Performance du système de santé

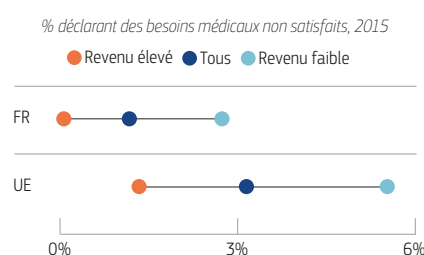
Efficacité

La mortalité évitable en France compte parmi les plus faibles des pays de l'UE. Les personnes atteintes de pathologies potentiellement fatales, telles que crises cardiaques, accidents vasculaires cérébraux et cancers, y survivent plus souvent qu'ailleurs.



Accès

L'accès aux soins de santé est généralement bon et les besoins en soins non satisfaits restent faibles par rapport à la moyenne de l'UE, même s'il existe des disparités selon le revenu. Le problème des inégalités régionales de l'accès aux soins n'est pas encore résolu.



Résilience

Le secteur hospitalier est en cours de modernisation et de rationalisation, mais il faut encore renforcer la prévention, les soins primaires et la coordination des soins. Une autre priorité est de promouvoir une utilisation plus appropriée des produits pharmaceutiques et de gérer le remboursement des médicaments innovants en tenant compte de manière équilibrée des impératifs d'accès et de coût abordable.



2 La santé en France

L'espérance de vie en France est l'une des plus élevées de l'UE

La France affiche la troisième espérance de vie la plus élevée des pays de l'UE (après l'Espagne et l'Italie). L'espérance de vie à la naissance y a atteint 82,4 ans en 2015, soit près de deux années de plus que la moyenne de l'UE (80,6 ans) (graphique 1). L'espérance de vie en France a augmenté de plus de trois ans entre 2000 et 2015¹.

Il existe des disparités importantes d'espérance de vie selon le sexe et le statut socio-économique

Les disparités d'espérance de vie entre les hommes et les femmes sont plus fortes en France que dans beaucoup de pays de l'UE. Les femmes vivent plus de six ans de plus que les hommes. Toutefois, l'écart entre les hommes et les femmes concernant les années de vie en bonne santé est beaucoup plus faible, car les femmes vivent une plus grande partie de leur vie avec certaines incapacités². À 65 ans, seulement 45 %

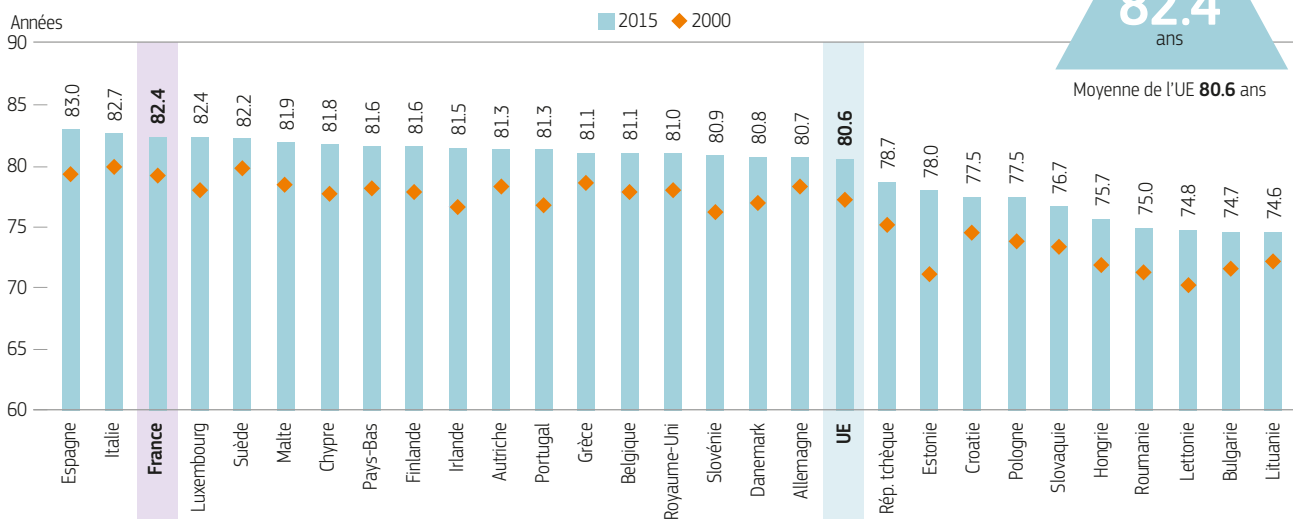
en moyenne des années de vie restantes pour les femmes françaises sont vécues sans incapacité (10,7 ans sur 23,5 ans d'espérance de vie restante), tandis que cette proportion est d'environ la moitié chez les hommes (9,8 ans sur 19,4 ans d'espérance de vie).

Il existe aussi des disparités importantes d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles, imputables à des causes de mortalité évitables, en particulier chez les hommes. L'espérance de vie à 35 ans chez les hommes des catégories socio-professionnelles inférieures est plus courte de plus de 6 ans que chez les hommes des catégories supérieures (Blanpain, 2016).

1. Pour la première fois depuis de nombreuses années, l'espérance de vie a diminué en 2015 par rapport à 2014 (baisse de 0,5 année). Cette baisse s'explique principalement par une augmentation de la mortalité chez les personnes âgées, due à une épidémie de grippe exceptionnellement longue et à certaines fluctuations météorologiques exceptionnelles (Bellamy et Beaumel, 2016). Cependant, l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans a de nouveau augmenté en 2016.

2. Les «années de vie en bonne santé» mesurent le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre sans incapacité à différents âges.

Graphique 1. La population française enregistre la troisième espérance de vie la plus élevée à la naissance dans l'UE



Source: base de données d'Eurostat.

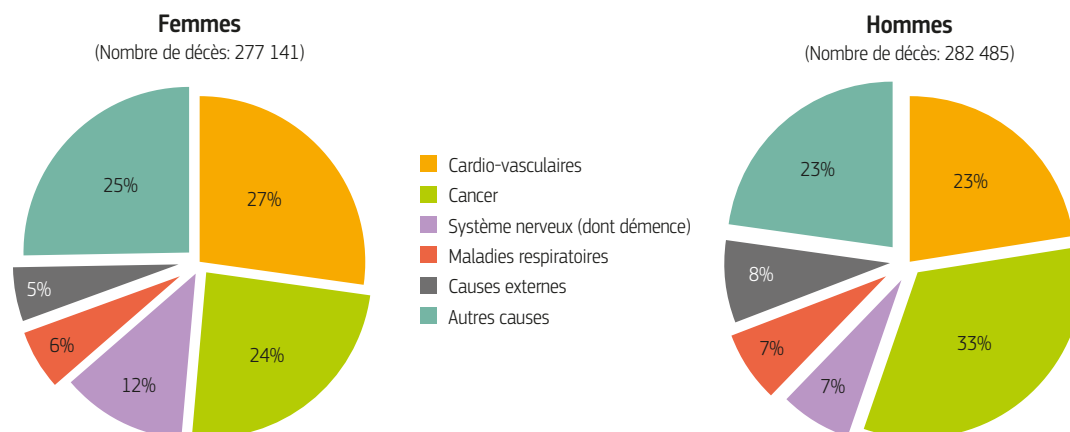
Le cancer est la principale cause de décès en France, devant les maladies cardiovasculaires

Le cancer est la principale cause de décès en France (28,5 % de tous les décès en 2014), devant les maladies cardiovasculaires (25 %). Cela étant dit, il existe des différences entre les hommes et les femmes (graphique 2): si 33 % de tous les décès chez les hommes sont liés au cancer, cette proportion est plus faible chez les femmes (24 %). Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès chez les femmes (27 %).

Si l'on examine les tendances pour des causes de décès plus précises, les maladies cardiaques (ischémiques et autres) sont les principales causes de décès, mais le nombre de décès dus à la maladie d'Alzheimer et à d'autres formes de démence augmente rapidement depuis 2000 (graphique 3). Cette augmentation est liée au vieillissement de la population, à l'amélioration des diagnostics, au manque de traitements efficaces et à l'évolution des pratiques de codage.

Le cancer du poumon reste la principale cause de décès par cancer, ce qui reflète les conséquences à long terme de taux de tabagisme élevés (bien

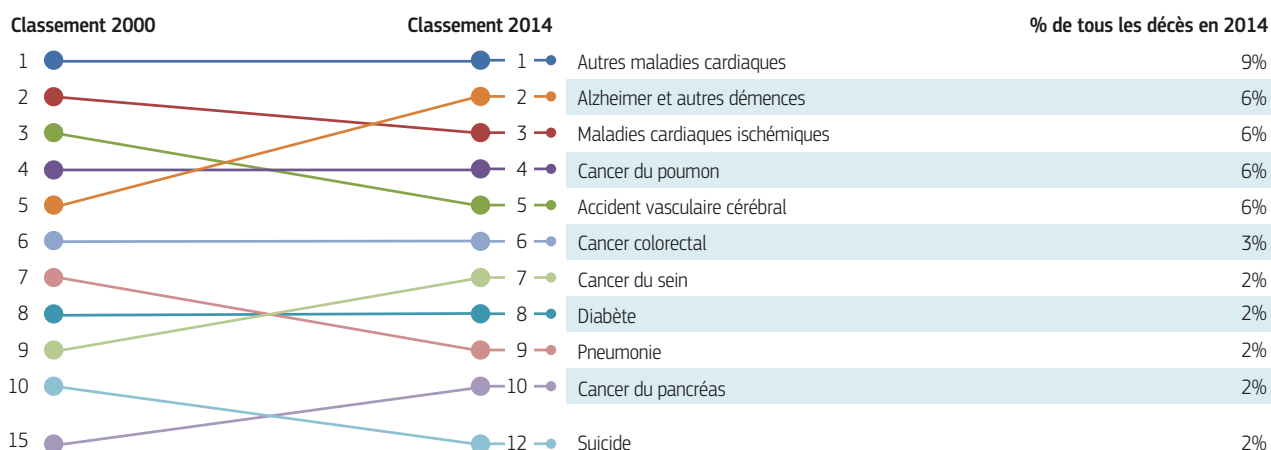
Graphique 2. Le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes de décès en France



Remarque: les données sont présentées par grands chapitres de la CIM. La démence a été ajoutée au chapitre sur les maladies du système nerveux afin de l'inclure dans le même chapitre que la maladie d'Alzheimer (la principale forme de démence).

Source: base de données d'Eurostat (chiffres de 2014).

Graphique 3. Les décès dus à la maladie d'Alzheimer et à d'autres formes de démence augmentent rapidement en France



Source: base de données d'Eurostat.

que ces taux soient en baisse depuis 2000 – voir la section 3). Après le cancer du poumon, les principaux cancers mortels en France en 2014 étaient le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du pancréas.

Les troubles musculo-squelettiques et les problèmes de santé mentale figurent parmi les principales causes de mauvaises santé

Outre les principales causes de mortalité, les troubles musculo-squelettiques (y compris les douleurs dorsales et cervicales) et les troubles de santé mentale (y compris la dépression) comptent également

parmi les principaux facteurs qui diminuent les années de vie corrigées de l'incapacité³ (AVCI) en France (IHME, 2016).

Selon l'enquête santé européenne (EHIS) de 2014, une personne sur sept en France a déclaré souffrir d'hypertension artérielle, une personne sur onze de l'asthme et une personne sur dix du diabète. La prévalence de ces maladies chroniques varie fortement selon le niveau d'éducation. Les Français les moins éduqués risquent deux fois plus de souffrir d'hypertension artérielle, et près de deux fois plus de souffrir de dépression, d'asthme ou d'autres maladies respiratoires chroniques, que les Français au niveau d'éducation le plus élevé⁴.

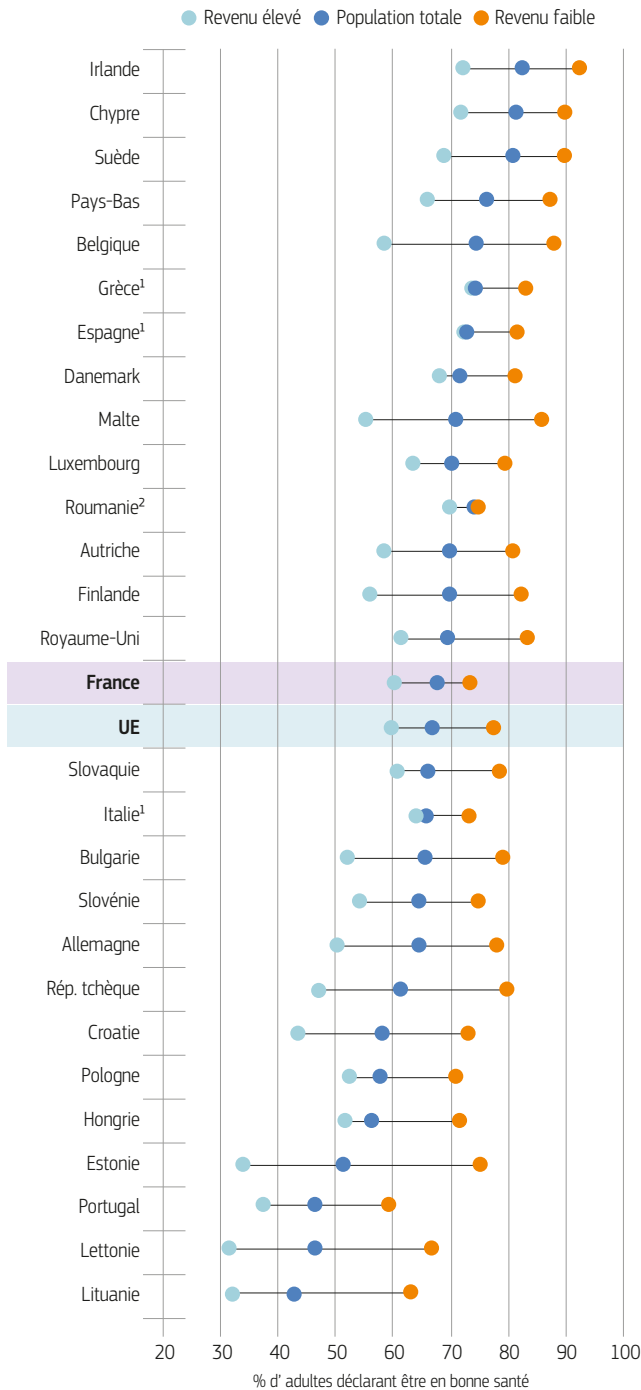
3. L'AVCI est un indicateur qui sert à estimer le nombre total d'années perdues en raison de maladies et de facteurs de risque spécifiques. Une AVCI correspond à une année de vie en bonne santé perdue (IHME).

4. Les inégalités observées en fonction du niveau d'éducation peuvent être en partie dues à la plus grande proportion de personnes âgées ayant un niveau d'éducation plus bas, mais cela n'explique pas toutes les inégalités socioéconomiques.

La majorité des Français déclare être en bonne santé

Plus des deux tiers (68 %) de la population française déclarent être en bonne santé, ce qui est proche de la moyenne de l'UE. Toutefois, ils ne sont que 60 % dans le quintile de revenu le plus faible, contre 73 % dans le quintile de revenu le plus élevé (graphique 4).

Graphique 4. La majorité de la population française déclare être en bonne santé, mais il existe des disparités selon le revenu



1. Les parts de la population totale et de la population à faible revenu sont à peu près égales.
2. Les parts de la population totale et de la population à revenu élevé sont à peu près égales.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'EU-SILC (chiffres de 2015).

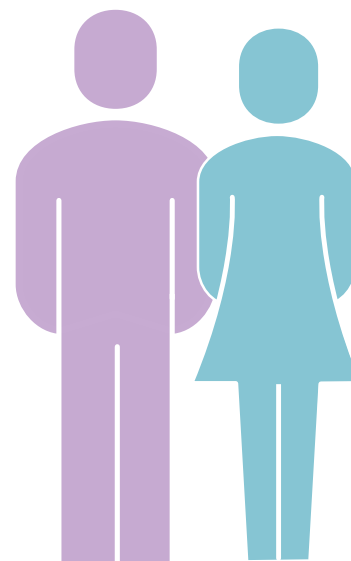
3 Facteurs de risque

Les modes de vie malsains contribuent pour un quart à la charge de morbidité globale

Sur la base des estimations de l'IHME, les facteurs de risque liés à l'hygiène de vie étaient à l'origine d'environ 25 % de la charge de morbidité globale en France en 2015 (mesurée en AVCI), les risques liés au tabagisme (9,7 %), à une mauvaise alimentation (8,2 %), à la consommation d'alcool (5,3 %) et au manque d'activité physique (2,0 %) étant les principaux contributeurs (IHME, 2016).

Le tabagisme et la consommation d'alcool en France restent supérieurs à la moyenne de l'UE

Le tabagisme et la consommation d'alcool diminuent globalement depuis 2000, mais restent tout de même relativement élevés. En 2014, 22 % des adultes en France consommaient quotidiennement du tabac, un taux en baisse par rapport à 2000 (27 %), mais qui reste supérieur à celui de bien des pays de l'UE (graphique 5)⁵. Les taux de tabagisme chez les filles et garçons de 15 ans en France sont particulièrement préoccupants. En 2014, près d'un adolescent de 15 ans sur cinq a déclaré fumer quotidiennement en France, ce qui est nettement supérieur à la moyenne de l'UE (un sur sept). La France a pris de nouvelles mesures de lutte contre le tabagisme ces dernières années (voir la section 5.1).



5. Sur la base d'une autre enquête, plus récente (Baromètre santé de 2016), la proportion de personnes âgées de 15 à 75 ans fumant quotidiennement en France était plus élevée (28,7 % en 2016), et ce taux n'a diminué que légèrement depuis 2000 (30,0 %).

La consommation d'alcool chez les adultes reste un problème de santé publique majeur en France, bien que les niveaux de consommation soient en baisse depuis 2000. En moyenne, les adultes en France consommaient près de 12 litres d'alcool en 2015, contre près de 14 litres en 2000, mais leur consommation reste supérieure à la moyenne de l'UE (10 litres). Bien que la proportion des jeunes de 15 ans déclarant avoir été ivres au moins deux fois dans leur vie soit plus faible que dans la plupart des pays de l'UE, un adolescent sur six a déclaré avoir eu une consommation d'alcool excessive à plusieurs reprises en 2013-2014.

Le surpoids et l'obésité ont augmenté, mais ils restent faibles par rapport aux autres pays de l'UE

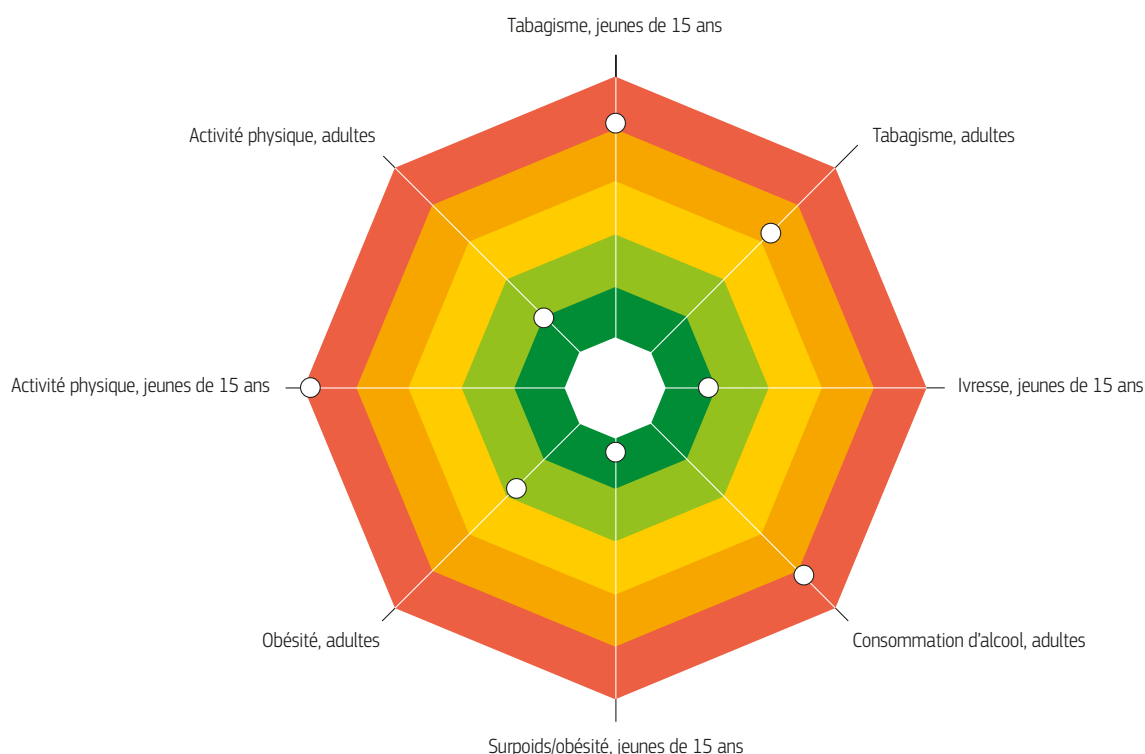
Les problèmes de surpoids et d'obésité chez les enfants et les adultes posent un problème de santé publique de plus en plus important en France. Plus d'un adulte sur sept souffre désormais d'obésité (15 % en 2014), contre un sur onze en 2000 (9 %), et 14 % des adolescents de 15 ans souffraient de surpoids ou d'obésité en 2013-2014, contre 11 % en 2001-2002.

La pratique d'une activité physique régulière chez les adolescents est particulièrement faible en France, notamment chez les filles. En 2013-2014, seulement 6 % des filles de 15 ans déclaraient pratiquer une activité physique régulière, contre 10 % en moyenne dans l'UE. La proportion correspondante chez les garçons de 15 ans était de 14 % en France, contre 20 % en moyenne dans les pays de l'UE.

Les modes de vie malsains sont plus répandus parmi les populations défavorisées

Comme dans les autres pays de l'UE, la répartition de nombreux facteurs de risque liés à l'hygiène de vie en France suit un gradient social, ces facteurs de risque étant plus répandus chez les personnes à faible niveau de revenu ou d'éducation. Par exemple, les taux d'obésité chez les adultes sont deux fois plus élevés chez les Français au niveau d'éducation le plus bas que chez les Français au niveau d'éducation le plus élevé. La prévalence du tabagisme est aussi beaucoup plus élevée chez les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires que chez celles ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur. Cette répartition sociale des facteurs de risque contribue aux inégalités observées en matière de santé.

Graphique 5. Le tabagisme et la consommation d'alcool restent des problèmes de santé publique majeurs en France



Remarque : plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.

Source : calculs de l'OCDE fondés sur la base de données d'Eurostat (EHIS 2014 ou année avoisinante), statistiques de l'OCDE sur la santé et enquête sur le comportement des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) 2013-2014. (conception graphique: Laboratorio MeS).

4 Le système de santé

La gestion du système de santé français est centralisée

Le financement du système de santé français repose sur l'assurance sociale, et l'État y joue un rôle plus important que celui qui lui est d'ordinaire dévolu dans ce genre de système. La responsabilité de la gestion du système de santé est répartie entre l'État et l'assurance maladie. Depuis le milieu des années 1990, des réformes ont été menées pour déléguer des compétences du niveau national au niveau régional, en particulier dans le domaine de la planification. À la suite de la loi de 2009 sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), la plupart des organismes de gestion régionaux existants ont été fusionnés pour former des structures régionales uniques, les Agences régionales de santé (ARS). Cette mesure vise à faciliter la gouvernance nationale et à la diffuser au niveau local, et à garantir que la prestation des soins de santé répond aux besoins de la population (Chevreul et al., 2015).

Les dépenses de santé par habitant en France sont 20 % plus élevées que la moyenne de l'UE

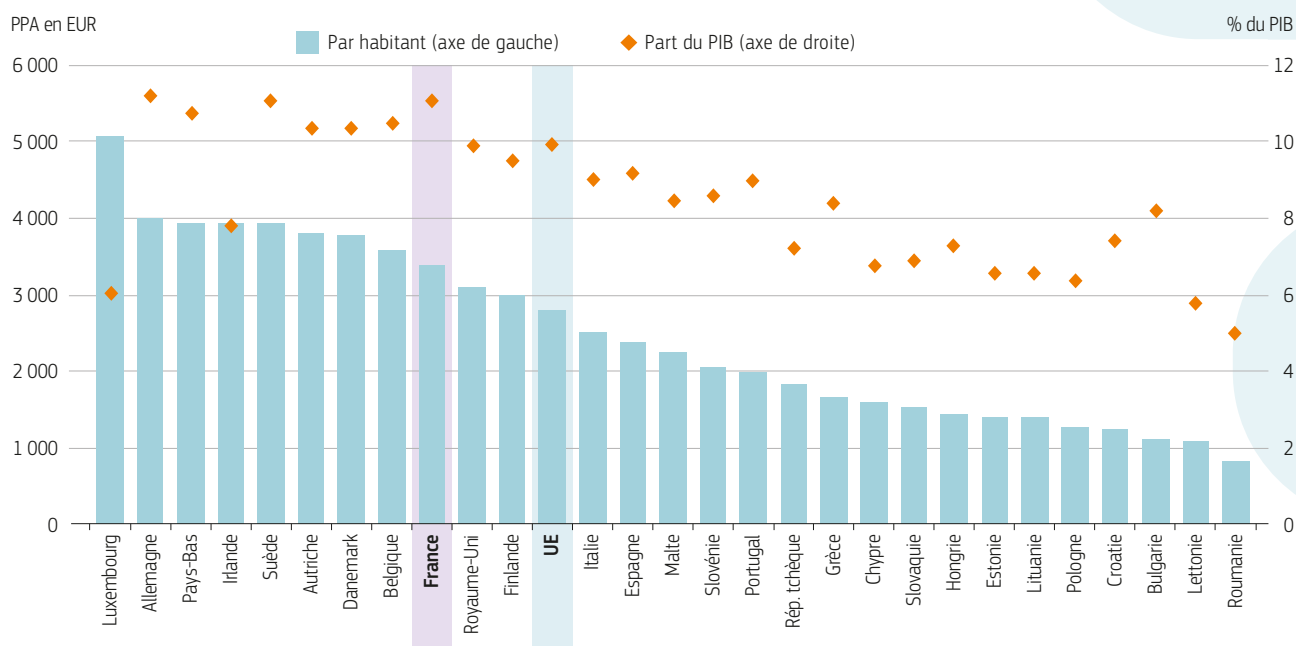
La France occupait en 2015 le neuvième rang parmi les pays de l'UE en terme de dépenses de santé par habitant (3 342 EUR par habitant ajustées par la parité de pouvoir d'achat). Toutefois, en proportion du PIB, la France se classe en deuxième position (après l'Allemagne), avec 11,1 % du PIB allouée à la santé en 2015 (graphique 6). Les dépenses de santé

en France ont augmenté à un rythme modéré au cours de la dernière décennie, mais comme leur hausse a dépassé la croissance économique, la part du PIB allouée aux dépenses de santé a augmenté de près d'un point de pourcentage depuis 2005.

Plus des trois quarts des dépenses de santé totales sont financés par des fonds publics (79 %), essentiellement par l'assurance maladie. Celle-ci est surtout alimentée par les cotisations des employeurs et des contribuables, sur la base de leur revenu. Des recettes supplémentaires proviennent de taxes spécifiques, comme celles sur le tabac et sur l'alcool et celles touchant l'industrie pharmaceutique. Depuis 1996, les dépenses annuelles de l'assurance maladie sont contrôlées par rapport à un objectif national des dépenses d'assurance maladie (l'ONDAM).

L'assurance maladie complémentaire (complémentaires et mutuelles santé) joue un rôle important en France. Elle rembourse au moins en partie les copaiements et offre une meilleure prise en charge des produits et services médicaux peu remboursés par l'assurance maladie (lunettes et soins dentaires, par exemple). Elle finance environ 14 % des dépenses de santé totales et couvre quelque 95 % de la population. Un assuré sur dix est couvert par une couverture complémentaire financée par l'État, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Le reste à charge ne représente que 7 % des dépenses de santé totales, le taux le plus faible de l'UE, bien en dessous de la moyenne de l'UE (15 %).

Graphique 6. Les dépenses de santé en France sont plus élevées que dans la majorité des pays de l'UE



Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde (chiffres de 2015).

Presque toute la population est couverte par l'assurance maladie

Tous les résidents légaux sont couverts par l'assurance maladie dans le cadre du système général de sécurité sociale. Créé en 1945, le régime d'assurance maladie proposait initialement une couverture fondée sur l'activité professionnelle et était financé par des cotisations. Ce régime a toujours été administré par plusieurs fonds d'assurance maladie non concurrents couvrant différents segments du marché du travail. Le principal fonds (la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS) couvre 91 % de la population. Deux autres fonds importants couvrent les travailleurs indépendants (régime social des indépendants – RSI) et les travailleurs agricoles (Mutualité sociale agricole – MSA).

En 2000, la loi sur la création d'une couverture maladie universelle (CMU) a subordonné le droit à l'assurance maladie à un critère de résidence, et non plus d'activité professionnelle. Une partie faible, mais croissante, de la population a pu ainsi bénéficier des mêmes droits que le reste de la population. En 2016, ce mécanisme a été généralisé et simplifié pour devenir la protection universelle maladie (PUMA). Quelque 3,8 % de la population sont désormais affiliés à l'assurance maladie au titre de leur statut de résident.

La couverture des produits et services est relativement large, mais le niveau de couverture varie

Le panier de soins de santé en France est relativement large du point de vue des produits et services couverts. Les produits et services médicaux couverts englobent les soins et traitements hospitaliers dispensés dans les établissements publics et privés, les soins ambulatoires délivrés par les médecins généralistes, spécialistes, dentistes et sages-femmes et tous les autres services prescrits par les médecins (procédures diagnostiques et médicales, tests de laboratoire, médicaments, appareils médicaux et transport sanitaire).

Cependant, le niveau de la couverture varie selon le produit et le service (encadré 1). La couverture est assez limitée pour les lunettes, les lentilles de contact et les prothèses dentaires, une part importante du coût de ces produits restant à la charge des patients ou de leur complémentaire santé. L'assurance maladie ne couvre pas non plus les montants supplémentaires qui sont facturés par rapport aux tarifs réglementaires⁶.

6. Les médecins qui pratiquent dans le «secteur 2» (à honoraires libres) sont autorisés à fixer leurs honoraires à des niveaux plus élevés que les tarifs réglementaires du système de sécurité sociale, et ces honoraires plus élevés doivent être payés soit par les patients eux-mêmes, soit par leur complémentaire santé. Afin de limiter cette facturation supplémentaire, certaines dispositions ont été introduites dans la convention générale entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins en octobre 2012, visant à inciter les médecins du secteur 2 à adhérer à un contrat restreignant ces pratiques de surfacturation (Chevreul et al., 2015).

ENCADRÉ 1. COUVERTURE PUBLIQUE DES SOINS HOSPITALIERS, DES SOINS AMBULATOIRES ET DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Le taux de couverture des soins hospitaliers est généralement de 80 %, mais il atteint 100 % dans certains cas (par exemple, pour les patients souffrant d'affections de longue durée et en cas de maternité). Indépendamment du niveau de couverture, la plupart des patients doivent payer un tarif forfaitaire (le forfait journalier) de 18 EUR par jour en cas de séjour hospitalier (il est prévu que ce forfait passera à 20 EUR par jour en 2018).

Pour les soins ambulatoires délivrés par des professionnels de santé libéraux, le taux de couverture oscille entre 60 % du tarif réglementaire pour les services fournis par les auxiliaires médicaux et les tests de laboratoire et 70 % pour les consultations chez un médecin ou un dentiste. Toutefois, la couverture des consultations médicales peut varier selon que le patient a choisi ou non un «médecin traitant», un système mis en place pour privilégier les parcours de soins coordonnés. Dans le cadre de ce système, il est demandé aux patients de s'inscrire auprès du médecin de leur choix (le plus souvent un médecin généraliste), qu'ils doivent consulter avant d'être orientés vers un spécialiste. Si un patient consulte directement un spécialiste (ou un autre médecin généraliste) en dehors des parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement tombe à 30 %.

Le taux de couverture des produits pharmaceutiques est généralement fixé à 65 %, mais il peut osciller entre 15 % pour les médicaments dont le service médical rendu est faible (selon une évaluation de leur efficacité) et 100 % pour les médicaments non substituables, ou coûteux.

Les patients souffrant d'affections de longue durée sont exemptés du ticket modérateur pour tous les traitements liés à cette affection.

Source: Chevreul *et al.* (2015)

Il existe aussi des franchises, généralement non couvertes par les mutuelles ou complémentaires santé, qui visent à réduire la demande de soins et leur surconsommation. Depuis 2005, les patients doivent payer 1 EUR pour chaque consultation médicale et analyse biomédicale, 0,50 EUR pour chaque procédure paramédicale et 2 EUR pour chaque transport médical. Chacun de ces types de soins est soumis à un plafond annuel de 50 EUR. Les femmes enceintes, les personnes souffrant de maladies chroniques et les victimes d'accidents du travail sont exemptées des frais à la charge des patients dans la plupart des cas.

La répartition géographique des médecins et autres professionnels de la santé est inégale

Le nombre de médecins par habitant en France est légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (3,3 médecins pour 1 000 habitants en France contre 3,6 médecins pour la moyenne de l'UE en 2015), tandis que le nombre d'infirmiers est légèrement supérieur (9,9 infirmiers par 1 000 habitants en France contre 8,4 pour la moyenne de l'UE en 2015), tel qu'illustré dans le graphique 7.

Cependant, il existe des disparités importantes entre les régions de France au niveau de la densité des professionnels de la santé, en particulier pour les médecins spécialistes, dont la densité est deux fois plus forte dans certaines régions que dans d'autres (Ministère des solidarités et de la santé, 2016).

Le nombre de lits d'hôpitaux a diminué, mais reste supérieur à la moyenne de l'UE

Le nombre de lits d'hôpitaux en France a diminué de plus de 15 % en termes absolus depuis 2000, mais il reste supérieur à la moyenne de l'UE (6,1 lits pour 1 000 habitants en 2015 contre 5,1 pour la moyenne de l'UE). Tous les types de lits sont concernés par cette baisse. Les lits de soins aigus ont diminué de 12,5 %. La réduction la plus forte a été enregistrée pour les lits de soins de longue durée à l'hôpital. Ceux-ci ont diminué de plus de 60 % entre 2000 et 2015 du fait de la reconversion des services concernés en maisons de retraite médicalisées, considérées comme plus adaptées aux besoins des personnes âgées fragiles. Les lits

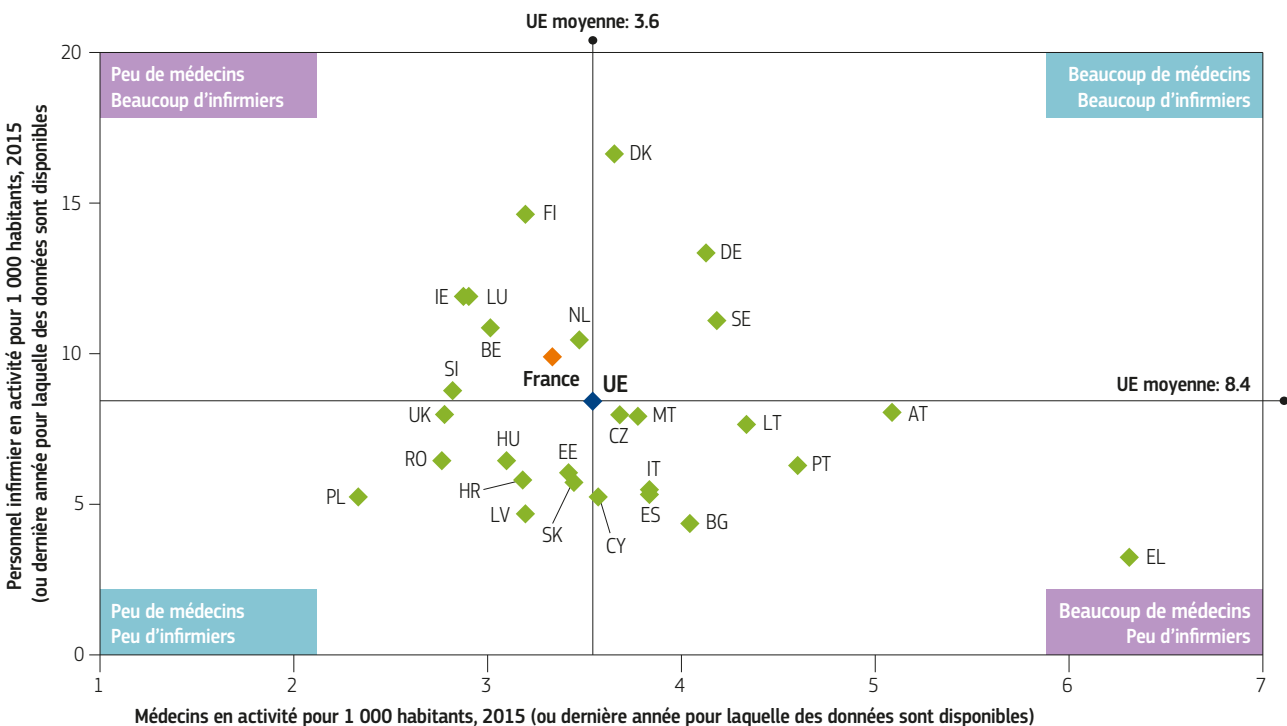
de soins psychiatriques ont aussi diminué (de plus de 8 %), en raison de la politique de désinstitutionnalisation et d'une réorientation privilégiant les établissements de santé mentale de proximité.

Le rôle des médecins généralistes dans la coordination des soins a été renforcé

Les soins ambulatoires primaires et secondaires sont dispensés principalement par des médecins libéraux et des auxiliaires médicaux (dont les infirmiers et les physiothérapeutes) travaillant dans leur propre cabinet et, dans une moindre mesure, par du personnel salarié travaillant dans les centres de santé et les hôpitaux. Avec le système d'orientation dit du «médecin traitant», les médecins généralistes jouent désormais un rôle majeur dans la coordination des soins. Les patients sont encouragés à consulter leur médecin généraliste avant de se rendre chez un spécialiste (voir l'encadré 1).

Diverses initiatives ont tenté de remédier au manque de coordination et de continuité des soins dans le système de santé, telles que la structure d'orientation mise en place en vertu de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, qui vise à promouvoir la coordination des soins et les réseaux de prestataires afin de procurer des soins pluridisciplinaires aux patients ayant des besoins complexes. Récemment, des parcours de soins ont été élaborés pour les patients atteints de maladies chroniques (voir la section 5.1) et pour les patients de plus de 75 ans à risque de dépendance. La loi de 2016 sur la réforme du système de santé vise à instituer des groupements hospitaliers de territoire afin d'améliorer la coopération entre les hôpitaux sur un territoire géographique défini (voir la section 5.3).

Graphique 7. La France compte moins de médecins par habitant que la moyenne de l'Union mais plus d'infirmiers



Remarque: au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité (d'environ 30 % au Portugal, par exemple). En Autriche et en Grèce, le nombre du personnel infirmier est sous-estimé car il n'inclut que le personnel hospitalier.

Source: base de données d'Eurostat.

5 La performance du système de santé

5.1 EFFICACITÉ

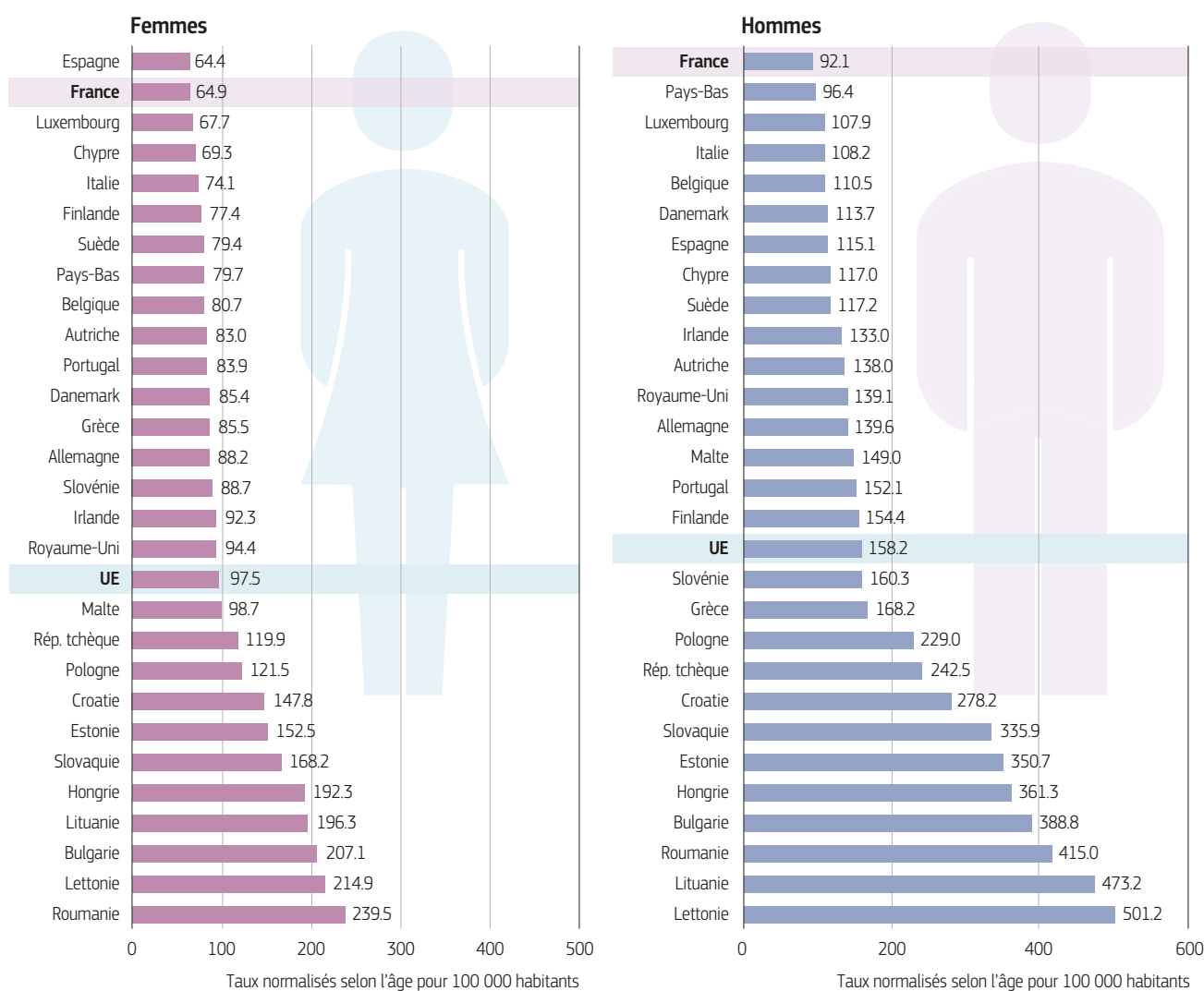
Les faibles taux de mortalité évitable démontrent le bon fonctionnement du système de santé pour le traitement des patients souffrant d'affections aiguës

La mortalité évitable liée aux soins de santé est relativement faible en France, principalement parce que la mortalité due à des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux y est peu élevée⁷. En 2014, la France affichait le taux de mortalité évitable le plus faible de l'UE pour les hommes, et le deuxième taux le plus faible (après l'Espagne) pour les femmes (graphique 7).

Les personnes atteintes d'une crise cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral ont plus de chances de survivre

La qualité des soins aigus pour des pathologies engageant le pronostic final, telles que les crises cardiaques (infarctus aigu du myocarde) et les accidents vasculaires cérébraux, s'est améliorée en France ces dix dernières années, et le nombre de patients qui décèdent après avoir été admis pour l'une de ces pathologies est inférieur à la moyenne de l'UE (graphique 9). Ces améliorations sont imputables à plusieurs changements, dont un traitement plus rapide des patients avant leur transport à l'hôpital et le développement d'unités spécialisées pour traiter les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (OCDE, 2015).

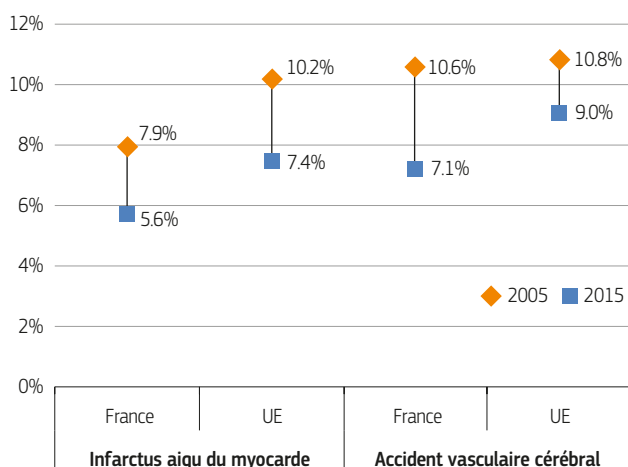
Graphique 8. Les taux de mortalité évitable en France comptent parmi les plus faibles de l'UE



Source: base de données d'Eurostat (chiffres de 2014).

7. La mortalité évitable désigne les décès prématurés qui auraient pu être évités avec des soins de santé rapides et efficaces.

Graphique 9. Les taux de mortalité hospitalière suite à une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) ou un accident vasculaire cérébral ont diminué en France



Remarque: ces chiffres utilisent les données des admissions et ont été normalisés selon l'âge et le sexe pour la population de l'OCDE en 2010 âgée de 45 ans et plus, admise à l'hôpital pour une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) ou un accident vasculaire cérébral ischémique. La moyenne de l'UE est une moyenne non pondérée des 22 pays pour lesquels des données sont disponibles en 2005 et 2015 (ou l'année la plus proche).

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé, 2017.

Le traitement des cancers est aussi généralement bon

La France se classe favorablement par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne la survie à cinq ans après un diagnostic de cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon ou du rectum. Depuis le début des années 2000, la qualité du traitement des cancers s'est améliorée grâce à l'introduction d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des lignes directrices cliniques et à un accès plus rapide aux médicaments innovants.

L'actuel plan de lutte contre le cancer (le troisième du genre) a reçu une enveloppe budgétaire de 1,5 milliard d'EUR pour la période 2014-2019. Il est axé sur la prévention, le diagnostic précoce, l'accès à des soins de qualité et l'innovation et vise à privilégier des soins davantage axés sur le patient. Il vise aussi à faire reculer les inégalités en matière d'incidence du cancer et de résultats après qu'un cancer ait été diagnostiqué. La gouvernance du traitement des cancers a aussi été renforcée, avec la création d'un organisme indépendant (l'Institut national du cancer) chargé de la supervision globale de la lutte contre le cancer, de l'allocation des ressources nécessaires à la réalisation d'objectifs spécifiques et du suivi et de l'évaluation des progrès.

De nouveaux modèles de soins émergents permettent d'améliorer la gestion des maladies chroniques

De nouveaux modèles de soins qui émergent progressivement en France permettent d'améliorer la coordination et la qualité des soins pour les patients atteints de maladies chroniques. Par exemple, des programmes

de gestion des maladies ont été introduits pour les patients diabétiques et asthmatiques. En outre, les médecins généralistes libéraux peuvent désormais percevoir une rémunération sur objectifs de santé publique, une prime de résultat qui vient compléter le système de paiement à l'acte. Cette prime encourage à fournir des soins de meilleure qualité aux patients chroniques; elle représentait 4,1 % du total des paiements reçus par les médecins généralistes indépendants en 2014.

Des parcours de soins ont été introduits pour plusieurs maladies chroniques, dont la maladie de Parkinson, les maladies rénales chroniques, les insuffisances cardiaques congestives et le diabète. L'objectif global de toutes ces initiatives est d'aider les médecins à mieux traiter les épisodes aigus et à retarder la progression de la maladie en fournissant des soins de meilleure qualité et mieux coordonnés, et en encourageant les patients à être acteurs de leurs soins grâce à l'éducation thérapeutique (Chevreul et al., 2015).

Les décès évitables dus à la consommation d'alcool et aux accidents de la route ont diminué

Les décès liés à l'alcool et aux accidents de la route ont considérablement baissé en France depuis 2000, mais plusieurs milliers de personnes décèdent encore chaque année à cause de l'alcool⁸ et quelque 3 460 personnes ont perdu la vie dans des accidents de la route en 2016. Il y a plus de deux décennies, le gouvernement français a adopté des mesures de lutte contre l'alcool telles qu'une réglementation stricte de la promotion des boissons alcooliques (la loi Évin, initialement adoptée en 1991). Cependant, la France a fait marche arrière sur certaines de ces mesures et elle continue à appliquer des niveaux inférieurs de taxes sur l'alcool, en particulier pour le vin, par rapport aux autres pays européens, bien que les taxes sur la bière et les spiritueux aient augmenté ces dernières années. Plusieurs mesures ont aussi été prises ces dernières années pour réduire le nombre de décès dus aux accidents de la route. La France a notamment baissé les limitations de vitesse et les seuils d'alcoolémie pour les conducteurs, en particulier chez les jeunes conducteurs.

La lutte contre le tabac s'intensifie

Pour atteindre l'objectif de réduire le tabagisme d'au moins 10 % entre 2014 et 2019 (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2014), un programme national de réduction du tabagisme a été mis en place visant à empêcher les jeunes de commencer à fumer, d'aider les fumeurs à arrêter et d'agir sur l'économie du tabac. Plusieurs mesures ont été prises, dont une campagne nationale massive visant les fumeurs et l'introduction d'emballages neutres au 1^{er} janvier 2017 (comme en Australie, au Royaume-Uni et en Irlande). De plus, depuis la fin 2016, une somme forfaitaire de 150 EUR par an est proposée aux fumeurs qui souhaitent utiliser des produits pour arrêter de fumer, et un large éventail de professionnels de la santé (infirmiers, dentistes, physiothérapeutes, par exemple) sont autorisés à prescrire des traitements.

8. D'après la base de données d'Eurostat, 7 800 personnes sont décédées de maladies liées à l'alcool en 2014 (hors blessures et autres décès violents), mais selon l'estimation la plus récente utilisée par le ministère français de la santé (qui inclut ces blessures et décès violents), la consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès chaque année (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

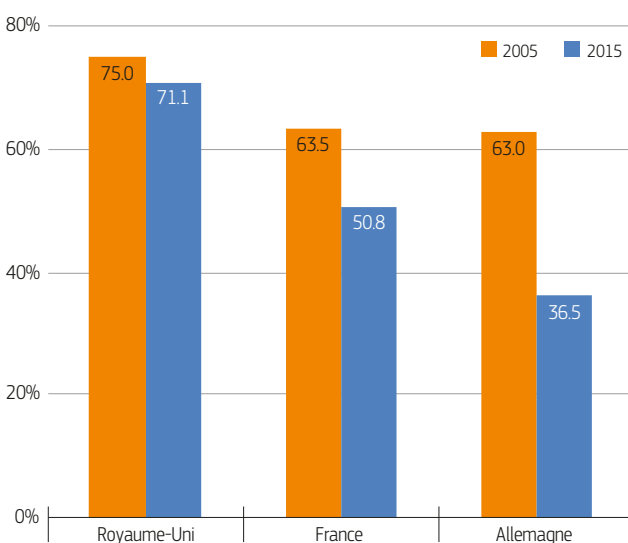
En décembre 2016, un décret a jeté les bases de la création d'un nouveau fonds de lutte contre le tabac, et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a institué une nouvelle cotisation sociale, qui permettra de percevoir des recettes directement auprès des distributeurs de tabac, pour un montant total estimé à 130 millions d'EUR par an. Ce nouveau fonds soutiendra des actions dans quatre domaines prioritaires: la prévention, les programmes d'aide pour arrêter de fumer, la réduction des inégalités sociales, et l'évaluation et la recherche.

La couverture vaccinale peut être augmentée

La couverture vaccinale pour certains types de vaccins chez les enfants et les personnes âgées est relativement faible en France par rapport aux autres pays de l'UE. Par exemple, le taux de vaccination des enfants français contre la rougeole (première dose) n'était que d'environ 90 % en 2015 (contre 95 % ou plus dans la plupart des pays de l'UE), tandis que la vaccination contre l'hépatite B était encore plus faible, à 83 % (contre une moyenne de l'UE d'environ 95 %). Le ministère français de la santé prévoit de faire passer de 3 à 11 le nombre de vaccinations obligatoires chez les enfants, et les vaccins contre la rougeole et l'hépatite B, qui ne sont actuellement que recommandés, deviendraient ainsi obligatoires.

Le taux de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées a diminué au cours de la dernière décennie en France comme dans d'autres pays, tels que l'Allemagne. Si près de deux tiers des personnes de plus de 65 ans en France avaient été vaccinées contre la grippe en 2005, cette proportion était descendue à environ la moitié seulement en 2015 (graphique 10). La France s'est ainsi éloignée de l'objectif de couverture vaccinale de 75 % fixé pour cette population par l'OMS et par une recommandation du Conseil de l'UE en 2009. Une initiative récente autorisant les pharmaciens à prodiguer des vaccins contre la grippe, initialement dans le cadre de projets pilotes, vise à faciliter la vaccination des personnes âgées et des autres populations à risque.

Graphique 10. La vaccination contre la grippe chez les personnes de plus de 65 ans a diminué



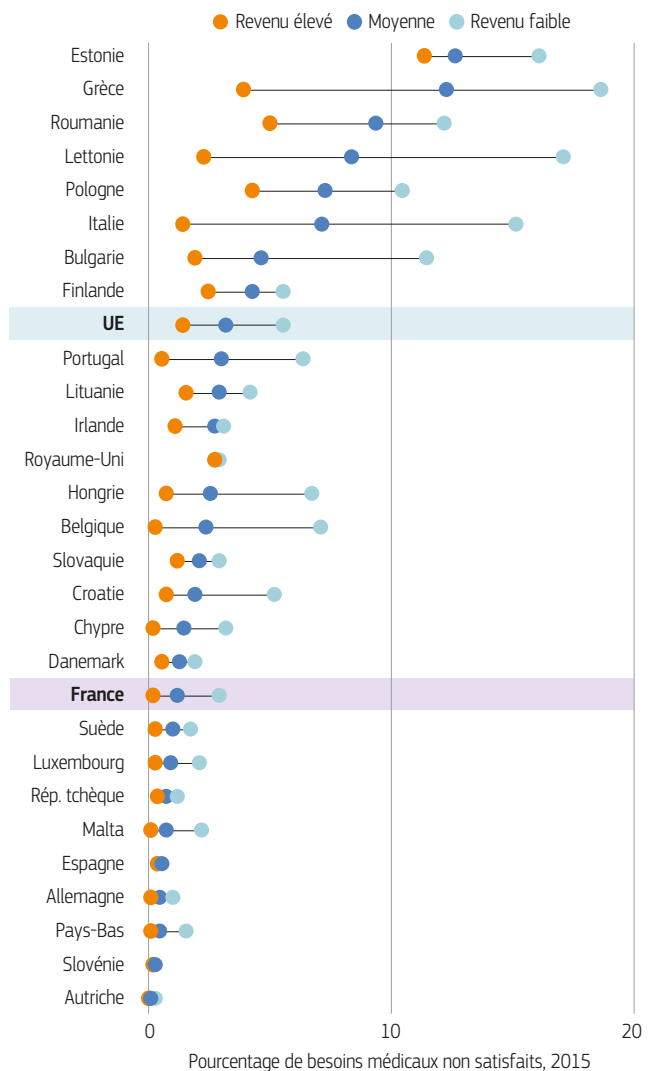
Source: statistiques de l'OCDE sur la santé, 2017.

5.2. ACCESSIBILITÉ

Les besoins non satisfaits sont particulièrement élevés pour les soins dentaires et optiques, et parmi les catégories à faible revenu

Comme mentionné dans la section 4, l'assurance maladie en France assure une couverture quasi-universelle (99,9 % de la population en 2015). Sur la base de l'enquête EU-SILC (statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie) de 2015, seulement 1,2 % de la population française a signalé éprouver des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons financières, géographiques ou liées aux temps d'attente, soit un taux nettement plus faible que la moyenne de l'UE (3,2 %). Cependant, il existe des disparités selon les tranches de revenu: quelque 3 % des personnes ayant les revenus les

Graphique 11. Les Français déclarent un faible niveau de besoins médicaux non satisfaits, mais il existe des disparités selon de revenu



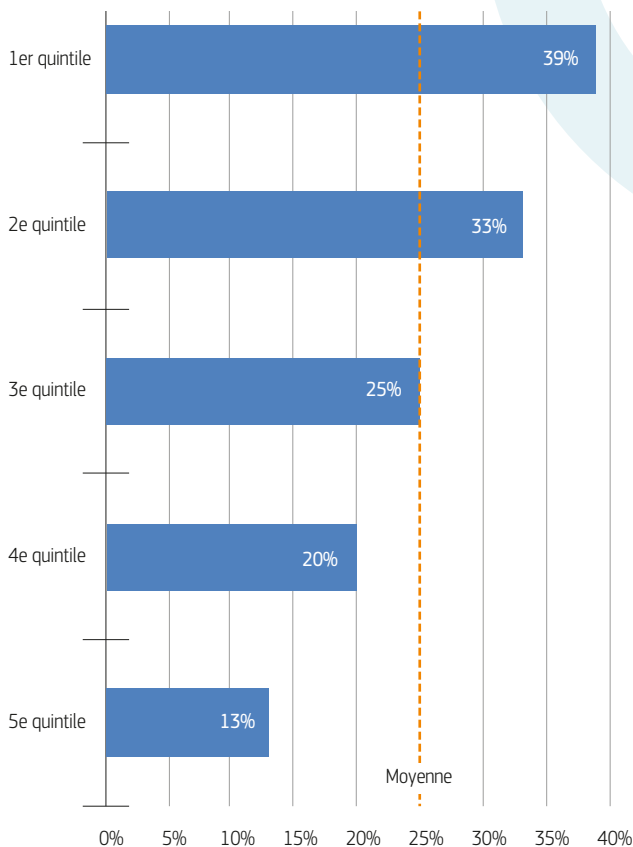
Remarque: les données portent sur les besoins d'examen médical ou de traitement non satisfaits en raison du coût, de la distance à parcourir ou des délais d'attente. La prudence est de mise concernant la comparaison des données entre les pays car il existe des variations dans l'instrument d'enquête utilisé.

Source: base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'EU-SILC (chiffres de 2015).

plus faibles ont déclaré se passer de soins médicaux pour des raisons financières, géographiques ou liées aux temps d'attente, alors que ce taux était presque nul (0,2 %) chez les personnes ayant les revenus les plus élevés (graphique 11).

Les résultats de l'enquête nationale sur la santé et la protection sociale montrent qu'un pourcentage beaucoup plus élevé de Français déclare éprouver des besoins non satisfaits pour des raisons financières lorsque la gamme de services comprend non seulement des soins médicaux, mais aussi des soins dentaires, optiques et autres. Un quart de la population a déclaré éprouver de tels besoins non satisfaits en 2014 (graphique 12). Ceux-ci concernent essentiellement les soins dentaires et optiques. La proportion de besoins non satisfaits chez les personnes à faible revenu est trois fois plus élevée (39 %) que chez les personnes à revenu élevé (13 %). Le principal facteur influant sur ces besoins non satisfaits est l'absence d'une assurance maladie complémentaire (DREES et Santé publique France, 2017).

Graphique 12. Un quart de la population française déclare éprouver des besoins non satisfaits pour une large gamme de soins, principalement pour les soins dentaires et optiques



Remarque : ces taux concernent la proportion de la population déclarant avoir éprouvé des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires et optiques, de consultations médicales, d'examen médicaux ou d'autres soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois.

Source : Enquête santé et protection sociale 2014 (DREES-IRDES).

Le reste à charge est faible en moyenne, mais plus élevé pour les personnes sans mutuelle ou complémentaire santé

Comme indiqué dans la section 4, la part des dépenses de santé à la charge des patients en France n'était que de 7 % en 2015, soit le taux le plus faible parmi tous les pays de l'UE. Toutefois, cette moyenne cache des variations de la couverture selon le type de service et de population. Si plus de 90 % des dépenses hospitalières ont été financées par des fonds publics en 2015, ce taux était de 67 % pour les soins ambulatoires. Pour la grande majorité de la population qui ne bénéficie pas d'exemption légale du ticket modérateur pour cause de maladie chronique, la couverture réelle des soins ambulatoires n'était que d'environ 50 %. Le reste à charge peut donc être assez important pour les patients qui ne disposent pas de complémentaire santé (ou de complémentaire de qualité).

Les paiements à la charge des patients au point d'utilisation constituent un obstacle financier, dont la suppression est en cours

En France, les patients payaient traditionnellement les soins de santé ambulatoires au moment de leur utilisation, pour être ensuite remboursés par l'assurance maladie et leur complémentaire santé. Cette avance de la part des patients peut constituer un obstacle financier à l'accès aux soins pour certaines catégories de population. Pour cette raison, il a été décidé de généraliser le régime du tiers payant (comme dans de nombreux autres pays, tels que l'Allemagne, l'Autriche et les Pays-Bas), afin d'éliminer la nécessité que les patients versent une avance. Cette généralisation, initialement prévue pour la fin 2017, a cependant été remise à plus tard.

Plusieurs mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux soins dans les zones mal desservies

Tel que mentionné, il existe de fortes disparités régionales en ce qui concerne la répartition des médecins et autres professionnels de la santé en France. Elles résultent principalement de la liberté laissée aux médecins libéraux de choisir leur lieu d'exercice.

Le ministère de la santé a lancé en 2012 et 2015 deux « Pactes territoire-santé » afin d'encourager le recrutement et la rétention des médecins et autres professionnels de la santé dans les déserts médicaux. Ces pactes prévoient plusieurs mesures destinées à faciliter l'installation de jeunes médecins dans les zones mal desservies et à améliorer leurs conditions de travail. La création de nouvelles maisons médicales pluridisciplinaires, permettant aux médecins et autres professionnels de la santé de travailler au même endroit, a commencé en 2007, et leur nombre devrait doubler d'ici à 2022. En outre, la promotion de la télémédecine et des transferts de compétences entre médecins et autres prestataires de soins de santé sera renforcée (voir la section 5.3).

Un contrat d'engagement de service public est par ailleurs proposé aux étudiants et internes en médecine et en odontologie, qui reçoivent pendant leurs études une allocation mensuelle en échange d'un engagement à exercer ensuite dans une zone mal desservie. De plus, pour les infirmiers, sages-femmes et autres professionnels de la santé, des incitations, financières et autres, ont été introduites pour les encourager à s'installer dans des zones mal desservies.

5.3. RÉSILIENCE⁹

Une transition vers les soins ambulatoires est en cours depuis 2000

La réduction du nombre de lits d'hôpitaux observée depuis 2000 au moins indique que la France est moins centrée sur les soins hospitaliers que par le passé. Cette réduction a été accompagnée d'une diminution de la durée de séjour à l'hôpital (graphique 13), facilitée ces dernières années par l'extension du «Programme d'accompagnement du retour à domicile» (PRADO), qui a été lancé en 2010 en maternité et a été étendu depuis à l'orthopédie et à certains soins cardiaques.

Le développement de la chirurgie ambulatoire a aussi été identifié comme une priorité au cours des deux dernières décennies, mais les progrès n'ont pas été aussi rapides que dans d'autres pays. Par exemple, la part des opérations de la cataracte (la procédure chirurgicale la plus fréquente en France) réalisées en soins de jour est passée de 32 % en 2000 à 89 % en 2014, ce qui a permis de réduire l'écart avec

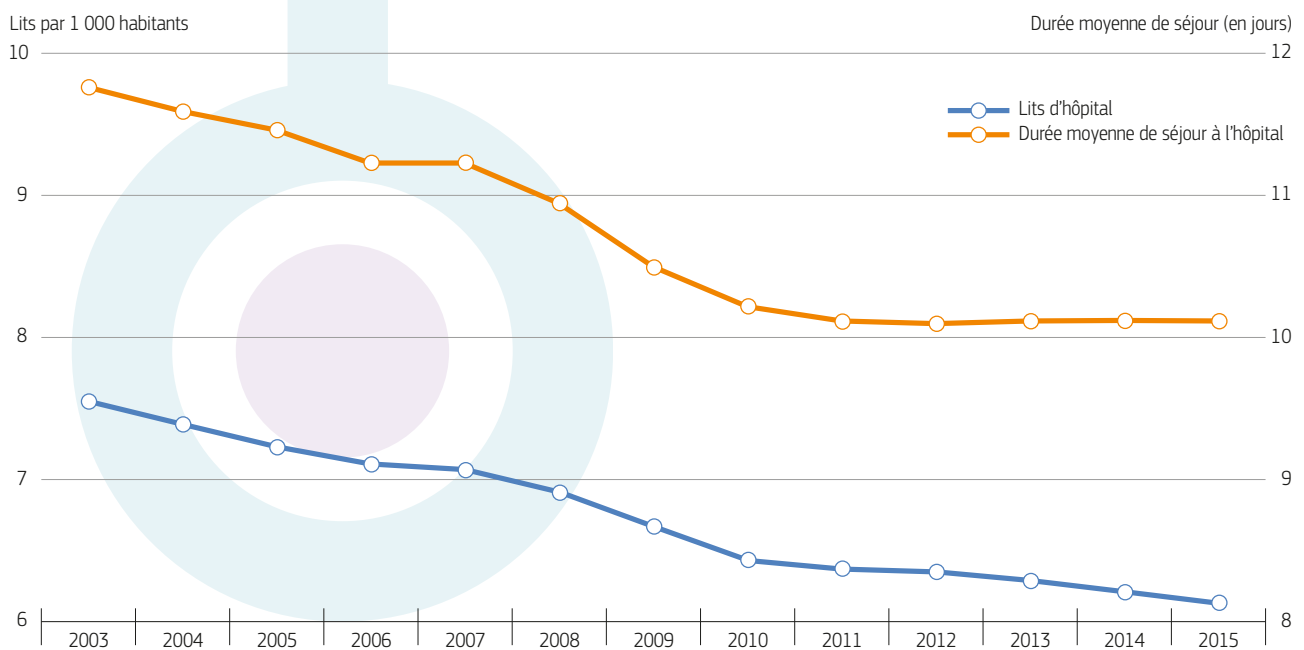
de nombreux pays d'Europe où presque toutes les opérations de la cataracte sont réalisées en soins de jour depuis de nombreuses années. Néanmoins, des progrès supplémentaires sont encore possibles pour de nombreuses autres interventions chirurgicales, telles que l'ablation des amygdales, lorsque ces interventions sont réellement nécessaires.

La loi de 2016 sur la réforme du système de santé prévoit le développement de communautés professionnelles territoriales de santé pour promouvoir la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et améliorer ainsi la coordination des soins prodigués aux personnes souffrant d'affections chroniques.

Des gains d'efficacité ont été obtenus pour les dépenses pharmaceutiques, mais il est important d'améliorer la gestion de l'accès aux médicaments coûteux

Ces dernières années, la France a pris plusieurs mesures pour améliorer l'efficacité des dépenses pharmaceutiques et dégager des ressources en vue de garantir un accès à de nouveaux médicaments coûteux, dont les résultats pour le patient sont jugés bons. Les taux de remboursement des médicaments dépendent de plus en plus d'une évaluation de leur efficacité. Quand un médicament prescrit est très efficace, le ticket modérateur reste faible voire nul, mais il a été augmenté pour les médicaments moins efficaces.

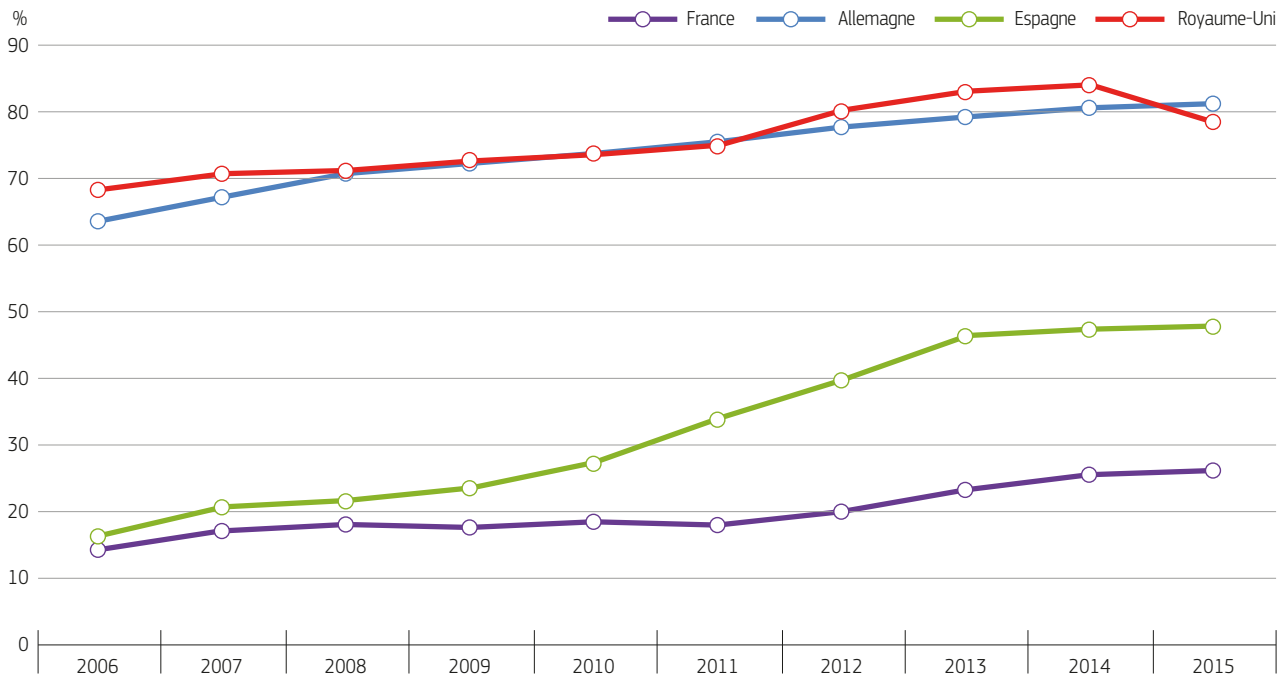
Graphique 13. Le nombre de lits d'hôpitaux et la durée moyenne de séjour ont diminué



Source: statistiques de l'OCDE sur la santé, 2017.

9. La résilience désigne la capacité des systèmes de santé à s'adapter efficacement à des environnements en mutation, à des crises ou à des chocs soudains.

Graphique 14. La part de marché des médicaments génériques a augmenté en France, mais reste plus faible que dans de nombreux autres pays de l'UE



Remarque: ces données concernent la part des génériques mesurée en volume de consommation (et non en valeur).

Source: statistiques de l'OCDE sur la santé, 2017.

Plusieurs mesures ont été prises pour encourager la prescription et l'achat de médicaments génériques. Depuis 2010, les patients qui refusent un médicament de substitution générique proposé par le pharmacien doivent régler à l'avance le montant des médicaments prescrits et demander ensuite leur remboursement à l'assurance maladie. Une rémunération sur objectif a été instaurée en 2009 pour récompenser les médecins qui prescrivent des médicaments génériques et, depuis 2015, la prescription des médicaments sous leur dénomination commune internationale (DCI) est obligatoire (mais dans de nombreux cas, cette obligation n'est pas encore respectée en pratique).

Ces mesures, associées à l'expiration des brevets pour plusieurs médicaments phares, ont contribué à une augmentation considérable de la part de marché des génériques au cours de la dernière décennie. Entre 2006 et 2015, celle-ci a presque doublé en France, passant de 14,5 % à 26,5 %. Cependant, elle reste inférieure à la moyenne de l'UE et très inférieure à celle observée dans des pays tels que le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Espagne (graphique 14). Cette pénétration relativement faible s'explique en partie par le fait que la France a ouvert moins de catégories de médicaments à la substitution par des médicaments génériques et à la concurrence des génériques. Le plan national d'action de promotion des médicaments génériques 2017 vise à augmenter la part de marché des génériques de cinq points de pourcentage supplémentaires d'ici à 2018 (CNAM, 2016).

La France a par ailleurs lancé plusieurs initiatives visant à réduire la consommation d'antibiotiques dans le cadre d'une stratégie plus générale de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (encadré 2).

ENCADRÉ 2. STRATÉGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

La résistance aux antimicrobiens est un problème de santé publique majeur en France. Des niveaux élevés de résistance aux antimicrobiens ont été observés ces 15 dernières années pour la majorité des bactéries soumises à une surveillance par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC, 2017). Cette situation s'explique en partie par le fait que la France affiche le deuxième niveau de consommation d'antibiotiques par habitant le plus élevé d'Europe.

Selon l'agence nationale française de santé publique, quelque 150 000 personnes développent une infection liée à une bactérie résistante chaque année, et 12 500 personnes en meurent. En janvier 2015, le ministère de la santé a mis en place un groupe de travail spécial sur la résistance aux antimicrobiens, réunissant plus de cent experts issus de divers secteurs. Ce groupe de travail a formulé plusieurs recommandations, notamment la nécessité de sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public aux menaces associées à la résistance aux antimicrobiens et la nécessité d'une utilisation plus appropriée des antibiotiques, d'un soutien plus appuyé à la R&D dans ce domaine et d'un renforcement des systèmes de surveillance existants. Un plan interdisciplinaire national a été mis en place pour atteindre ces objectifs, sur la base d'une approche intégrée (c'est-à-dire en tenant compte des besoins sanitaires des humains, des animaux et de l'environnement).

Source: ECDC (2017)

La définition d'objectifs appropriés pour la diffusion de nouveaux médicaments coûteux reste un défi en France. Comme d'autres pays, la France a rencontré des difficultés pour garantir à l'ensemble de la population un accès aux nouveaux médicaments contre l'hépatite C dès les premiers mois. Dans le même temps, la France favorise l'accès aux nouveaux traitements. Elle exempte explicitement les médicaments orphelins de l'évaluation économique, pour autant que leur impact budgétaire au cours des deux premières années sur le marché ne dépasse pas 20 millions d'EUR. La France est aussi l'un des seuls pays à fournir un financement public à un régime d'«autorisation temporaire d'utilisation» (ATU), qui donne aux patients un accès précoce aux médicaments prometteurs avant leur approbation finale. La croissance des dépenses dans certains domaines thérapeutiques tels que l'oncologie reste préoccupante, car elle ne débouchera pas forcément sur des gains de santé proportionnels.

Gérer la main-d'œuvre en santé au moyen d'une meilleure planification et de mesures novatrices dans les zones mal desservies

D'après les dernières projections du ministère des affaires sociales et de la santé, le nombre de médecins en France devrait rester relativement stable entre 2016 et 2019, avant de recommencer à augmenter en 2020, reflétant l'augmentation modérée du *numerus clausus* entre 2007 et 2015.

Compte tenu de la croissance de la population, la densité en médecins devrait diminuer légèrement entre 2015 et 2021 (de 3,3 à 3,2 médecins pour 1 000 habitants), avant de revenir à son niveau de 2015 d'ici à 2028. En termes de composition, le nombre de médecins généralistes devrait augmenter moins rapidement que le nombre de spécialistes, principalement parce que la plupart des médecins formés à l'étranger qui s'installent en France sont des spécialistes (Bachelet et Anguis, 2017).

En réponse aux inquiétudes relatives à une éventuelle pénurie de médecins face à la demande croissante, la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé en 2017 une augmentation de 6 % du *numerus clausus* pour les admissions en faculté de médecine (en France, ce *numerus clausus* s'applique aux étudiants entrant en deuxième année de médecine). Cette augmentation du *numerus clausus* (qui n'a pas été prise en considération dans les projections récentes) entrera en vigueur dès 2017 et les augmentations seront plus importantes pour les facultés de médecine situées dans les régions considérées comme connaissant une pénurie de médecins.

Un élargissement supplémentaire du rôle des infirmiers et des pharmaciens, comme dans le cas des vaccinations, est aussi considéré comme une solution qui permettra d'améliorer l'accès à la santé, en particulier dans les zones mal desservies où le nombre de médecins généralistes diminue.



6 Principales conclusions

- Le système de santé français fournit des soins de qualité et contribue de manière importante à la bonne santé de la population. L'espérance de vie en France compte parmi les plus élevées des pays de l'UE et les taux de mortalité évitable sont parmi les plus faibles, grâce, entre autres, à une mortalité faible et en baisse des maladies cardiovasculaires. La population française a généralement un bon accès aux soins, même si une part non négligeable de la population déclare éprouver des besoins non satisfaits pour des raisons financières, en particulier pour les soins dentaires et optiques.
- La France occupe le deuxième rang parmi les pays de l'UE (après l'Allemagne) en ce qui concerne les dépenses de santé en pourcentage du PIB (11.1 % du PIB en 2015), mais elle se classe au neuvième rang lorsque ces dépenses sont mesurées par habitant. Les dépenses de santé en pourcentage du PIB devraient continuer à augmenter dans les prochaines années, en raison du vieillissement de la population et de la diffusion des nouvelles technologies.
- En France, 79 % des dépenses de santé sont financées par des fonds publics, ce qui est similaire à la moyenne de l'UE. Étant donné que les assurances complémentaires privées jouent un rôle plus important que dans d'autres pays, la part du reste à charge des ménages est la plus faible de toute l'UE. Toutefois, l'augmentation de ces paiements, en particulier chez les patients qui n'ont pas de mutuelle ou de complémentaire santé (ou de complémentaire de qualité), devient préoccupante.
- Outre les obstacles financiers, les disparités persistantes en matière de répartition géographique des médecins et autres professionnels de la santé représentent un autre défi majeur. Afin de résoudre ce problème, le ministère français des Solidarités et de la Santé a pris plusieurs mesures visant à encourager le recrutement et la rétention des médecins et autres professionnels de la santé dans les régions mal desservies.
- En réponse aux inquiétudes plus générales relatives à une éventuelle pénurie de médecins, le ministère de la Santé a annoncé en 2017 une augmentation de 6 % du *numerus clausus* pour les admissions en faculté de médecine, qui est entré en vigueur en septembre 2017. Il importera de trouver un juste équilibre entre médecins généralistes et spécialistes. Certaines mesures novatrices ont été prises pour élargir le rôle des autres professionnels de la santé, tels que les infirmiers et les pharmaciens, afin d'améliorer l'accès aux services, en particulier dans les zones mal desservies.
- L'un des principaux défis pour le système de santé français, toujours très centré sur les soins aigus à l'hôpital, consiste à poursuivre sa transformation en un système davantage axé sur la réponse aux besoins d'une population vieillissante et d'un nombre croissant de patients souffrant d'affections chroniques. Si des progrès ont été réalisés dans le renforcement des soins primaires et l'élaboration de nouveaux modèles de coordination des soins pour les personnes atteintes de maladies chroniques telles que le diabète et l'asthme, des avancées supplémentaires sont encore possibles.
- Le renforcement des politiques de santé publique et de prévention peut aussi réduire les pressions qui pèsent sur le système de santé et faire reculer les inégalités sociales en matière de santé. Le tabagisme et la consommation d'alcool restent des problèmes de santé publique majeurs en France, et la hausse des taux d'obésité ainsi que le manque d'activité physique, en particulier chez les jeunes, posent de plus en plus de risques pour la santé. Bien que le tabagisme et la consommation d'alcool aient diminué au cours de la dernière décennie, ils restent plus élevés que la moyenne de l'UE et suivent un gradient social important.



Sources principales

Chevreur, K. et al. (2015), «France: Health System Review», *Health Systems in Transition*, vol. 17(3), p. 1 à 218.

OCDE/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Références

Bachelet, M. et M. Anguis (2017), «Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée», *Études et résultats*, DREES, mai.

Bellamy, V. et C. Beaumel (2016), *Bilan démographique 2015*, INSEE, janvier.

Blanpain, N. (2016), «Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers», *INSEE Première*, février.

CNAM (2016), *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: propositions de l'Assurance Maladie pour 2017*, 7 juillet 2016.

DREES et Santé publique France (2017), *L'état de santé de la population en France – Rapport 2017*.

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, rapport annuel du Réseau européen de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (EARS-Net).

IHME (2016), «Global Health Data Exchange», Institute for Health Metrics and Evaluation, disponible à l'adresse <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2014), «Plan cancer 2014-2019, Objectif 10, Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019», <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019.pdf>.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2016), «Nombre de médecins et d'infirmiers par habitant», DREES, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>.

Ministère des Solidarités et de la Santé (2017), *L'addiction à l'alcool*, 24 mars 2017.

OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

OCDE (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.

Liste des abréviations de pays

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

State of Health in the EU

Profils de santé par pays 2017

Les profils de santé par pays sont une étape importante du cycle biennal de travaux de la Commission européenne sur l'état de la santé dans l'Union et sont le fruit du travail mené conjointement par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'European Observatory on Health Systems and Policies. Cette série de profils a été coordonnée par la Commission et réalisée avec l'assistance financière de l'Union européenne.

Les profils de santé par pays, concis et pertinents pour l'action publique, reposent sur une méthodologie transparente et cohérente qui utilise des données tant quantitatives que qualitatives, tout en s'adaptant avec souplesse au contexte de chaque État membre de l'Union. L'objectif est de créer un outil d'apprentissage mutuel et d'échanges volontaires qui soutienne les efforts des États membres dans l'élaboration de leurs politiques fondées sur des données factuelles.

Chaque profil de santé par pays fournit une synthèse succincte des points suivants:

- l'état de santé du pays;
- les déterminants de la santé, en particulier les facteurs de risque liés au comportement;
- l'organisation du système de santé;
- l'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé.

Il s'agit de la première série de profils de santé par pays biennal, publiée en novembre 2017. La Commission assortit les principales conclusions de ces profils de santé par pays d'un rapport d'accompagnement.

Pour de plus amples informations, voir: ec.europa.eu/health/state/summary_fr

Merci de citer cet ouvrage comme suit:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *France: Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285187-fr>

ISBN 9789264285187 (PDF)

Series: State of Health in the EU

ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.